

Traitement chirurgical du trou maculaire idiopathique à Madagascar : à propos de deux cas

Rajaona RA^{1*}, Raharimanantsoa OL¹, Razafindraja TF¹,
Raobela L²



¹Service d'Ophtalmologie, CHU-JRA, Antananarivo, Madagascar

Résumé

Le trou maculaire idiopathique est une pathologie rétinienne caractérisée par une déhiscence de pleine épaisseur de la rétine au niveau de la macula. Il atteint surtout les sujets autour de la soixantaine avec une prédominance féminine. Nous en rapportons deux cas chez lesquels un traitement chirurgical a permis une récupération fonctionnelle et anatomique. L'apport de l'imagerie par tomographie en cohérence optique (OCT) combiné à un traitement chirurgical permettent de les prendre en charge correctement. Ces deux cas témoignent de l'avancée de la prise en charge chirurgicale des pathologies de la rétine à Madagascar.

Mots clés : Macula ; Madagascar ; Membrane épirétinienne ; Perforations de la rétine

Titre en Anglais: Surgical treatment of idiopathic macular holes in Madagascar: a report of two cases

Idiopathic macular hole is a retinal condition characterised by a full-thickness break in the retina at the level of the macula. It mainly affects people in their sixties, with a higher incidence in women. We report two cases in whom surgical treatment resulted in functional and anatomical recovery. Optical coherence tomography (OCT) imaging combined with surgical treatment allows them to be managed properly. These two cases demonstrate the progress made in the surgical management of retinal conditions in Madagascar.

Keywords : Epiretinal membrane; Macula; Madagascar; Retinal perforations

Introduction

Le trou maculaire idiopathique est une pathologie fréquente chez les patients âgés [1]. Il est caractérisé par une solution de continuité de la rétine neurosensorielle au niveau de la macula, la zone centrale de la rétine responsable de la vision fine et des détails [2]. Il existe 4 stades évolutifs de la maladie. Les classifications actuelles reposent essentiellement sur l'analyse des coupes de la rétine par l'imagerie par Tomographie en cohérence optique (OCT) [3]. Le traitement est exclusivement chirurgical et consiste en une vitrectomie avec pelage de la membrane limitante interne de la rétine [4]. Nous rapportons les deux premiers cas documentés de trou maculaire stade 3 opérés avec succès dans notre service.

Observation 1

Il s'agit d'une femme âgée de 59 ans qui était venue en consultation pour un flou visuel de son œil gauche avec métamorphopsies depuis 2 mois. Dans ses antécédents, elle rapportait une hypertension artérielle grade 2 traitée régulièrement par du Losartan à la dose de 50mg par jour. Il n'y a pas eu de notion de traumatisme oculaire, ni de chirurgie oculaire. Elle était presbyte depuis l'âge de 45 ans. L'examen ophtalmologique a objectivé au niveau de l'œil gauche une acuité visuelle réduite à 1/20ème non améliorable, une cataracte corticale et une pression intraoculaire à 14mmHg. L'examen du fond d'œil a retrouvé une membrane épirétinienne avec perte du reflet fovéolaire et présence d'un liseré jaunâtre au niveau de la macula (Figure 1). L'examen OCT a retrouvé un trou maculaire de pleine épaisseur stade 3, avec kyste intra rétinien en bordure et un décollement postérieur du vitré en regard (Figure 2). Au niveau de l'œil droit, l'examen a objectivé une acuité visuelle à 10/10ème, une cataracte corticale débutante et un fond d'œil normal. L'examen OCT était normal. Le diagnostic de trou maculaire idiopathique stade 3 de l'œil



Fig.1: Photographie couleur du fond d'œil gauche montrant le trou maculaire sous forme de tache jaune centrale au niveau de la macula (flèche bleue)

gauche a été retenu. La patiente a été opérée de l'œil gauche par une chirurgie combinée associant une chirurgie de la cataracte par phacoémulsification, une vitrectomie 25 gauges (Figure 3), un pelage de la membrane limitante interne et un tamponnement rétinien par du gaz SF6 dilué à 50%. La patiente a été placée en décubitus ventral pendant 72 heures. Les suites opératoires immédiates étaient simples. Le suivi post-opératoire à 3 mois était marqué par une récupération visuelle à 7/10ème, une disparition des métamorphopsies et une fermeture complète du trou maculaire à l'examen OCT (Figure 4).

Observation 2

Il s'agit d'une femme âgée de 62 ans, venue en consultation ophtalmologique pour une baisse importante de la vision de l'œil droit depuis 3 mois. Elle n'a pas d'anté-

* Auteur correspondant - Adresse e-mail: dr Rajaona@gmail.com

¹ Adresse actuelle: Service d'Ophtalmologie, CHU-JRA, Antananarivo, Madagascar

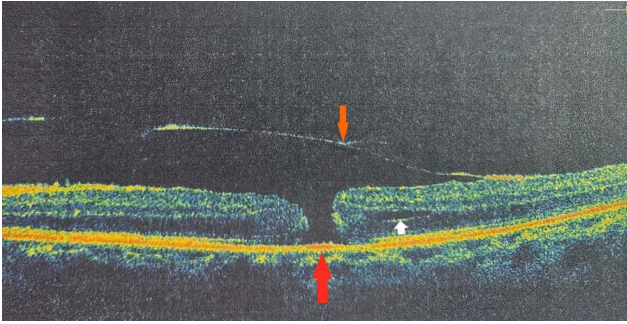


Fig.2: Coupe OCT de la macula de l'œil gauche en pré-opératoire montrant un trou maculaire de pleine épaisseur (flèche rouge) avec décollement postérieur du vitré (flèche orange) et kyste intrarétinien (flèche blanche), cas 1

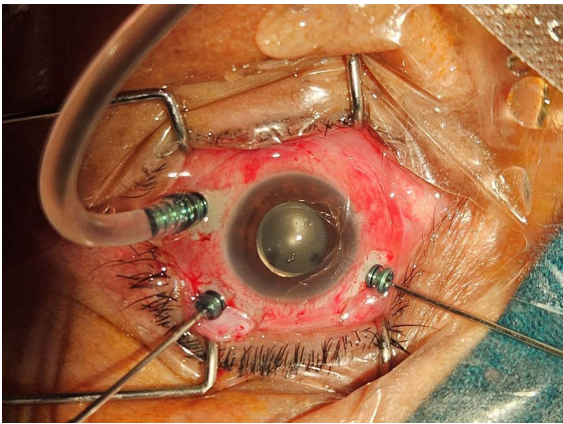


Fig.3: Vitrectomie à 3 voies de l'œil gauche, abord par la pars plana, cas 1



Fig.4: Coupe OCT maculaire de l'œil gauche en post opératoire montrant la fermeture du trou maculaire, cas 1

cédent particulier sur le plan général. Sur le plan ophtalmologique, elle est hypermétrope faible et presbyte depuis l'âge de 46 ans. Il n'y a pas eu de notion de traumatisme ni de chirurgie oculaire. A l'examen de l'œil droit, l'acuité visuelle était réduite à 1/10ème, non Parinaud 6 non améliorable, avec une cataracte corticale débutante et une pression intraoculaire à 12mmHg. L'examen du fond d'œil a retrouvé une perte du reflet fovéolaire. L'examen OCT a mis en évidence un trou maculaire stade 3 avec décollement postérieur du vitré et présence d'opercule maculaire en regard du trou ainsi que des microkystes au niveau des berges (Figure 5). L'examen de l'œil gauche a retrouvé une acuité visuelle

à 10/10ème, une cataracte corticale minimale, une pression intraoculaire à 12mmHg et un fond d'œil normal. L'examen OCT était normal. Le diagnostic de trou maculaire idiopathique stade 3 de l'œil droit a été retenu. Elle a bénéficié de la même procédure opératoire comme la patiente précédente. Les suites opératoires immédiates étaient simples. Le contrôle à 1 mois post-opératoire était marqué par une récupération visuelle à 8/10ème avec fermeture complète du trou maculaire à l'OCT (Figure 6).

Discussion

Les trous maculaires idiopathiques surviennent généralement chez les adultes âgés de 60 à 80 ans, avec une prédominance féminine. Sa prévalence est estimée à environ 0,3 % dans la population générale et elle augmente avec l'âge puisqu'il touche 0% des moins de 54 ans, 0,33% des plus de 55 ans et 0,8% des plus de 75 ans avec un âge moyen de survenue de 65 ans [1]. Sur le plan physiopathologique, la formation d'un trou maculaire repose sur une double traction vitréorétinienne, une traction tangentielle et une traction antéropostérieure due à un décollement postérieur du vitré incomplet avec une adhérence persistante au niveau du pôle postérieur [2,5]. C'est le cas de nos patientes avec persistance d'une partie de la membrane hyaloïde postérieure attachée à la rétine. Les trous maculaires sont classés selon leur taille et leur stade évolutif [3]. Le stade 1 se traduit par une déformation fovéolaire sans rupture complète. Il y a un kyste fovéolaire au sommet duquel l'hyaloïde postérieure est attachée, et dont le toit n'est pas ouvert. La rétine externe est inchangée. Pour le stade 2, le trou maculaire est débutant avec une ouverture spontanée rétinienne de pleine épaisseur d'un diamètre inférieure à 400µm. Elle délimite un pseudo opercule qui reste en partie attaché au bord du trou. Au stade 3, le trou maculaire est de pleine épaisseur sans séparation vitréo-fovéolaire ; il y a une déhiscence rétinienne au niveau de la fovéa de pleine épaisseur, une élévation du bord du trou et un opercule suspendu à l'hyaloïde postérieure, de taille inférieure au trou. Il n'y a pas de décollement du cortex vitréen. Et enfin au stade 4, le trou maculaire est de pleine épaisseur avec décollement postérieur du vitré ; le trou est de même aspect qu'au 3ème stade, cependant la membrane hyaloïde postérieure s'est entièrement décollée ainsi que l'anneau prépapillaire et il y a un décollement postérieur du vitré complet. Une membrane épi-rétinienne est parfois présente à ce stade. Nos patientes présentaient un trou stade 3 car les déhiscences étaient de pleine épaisseur avec persistance partielle de la membrane hyaloïde postérieure. Sur le plan clinique, les symptômes les plus fréquents sont la baisse d'acuité visuelle centrale, une distorsion des images (métamorphopsies) et rarement une tache sombre au centre du champ visuel (scotome central) [2,3]. Pour notre part, il s'agissait d'un flou visuel et d'une métamorphopsie. Le diagnostic repose sur l'examen clinique qui comporte un examen du fond d'œil pupille dilatée permettant de visualiser le trou maculaire, et l'examen OCT de la macula évaluant le diamètre du trou qui apparaît comme un facteur important de pronostic de chance de fermeture chirurgicale. Il apporte des renseignements sur la jonction vitréo-maculaire, s'il y a une traction vitréo-rétinienne ou au contraire un décollement postérieur du vitré. Il permet également de guider le choix thérapeutique et d'en suivre l'évolution. Enfin il permet de documenter avec précision le résultat post opératoire [2,5]. Il existe deux diagnostics différentiels à éliminer [6,7] : le pseudo-trou maculaire dû à la contraction d'une membrane épi-maculaire entourant la fovéola, donnant l'impression d'un trou maculaire mais il n'y a pas de perte de tissu au niveau de la rétine ; et le trou la-

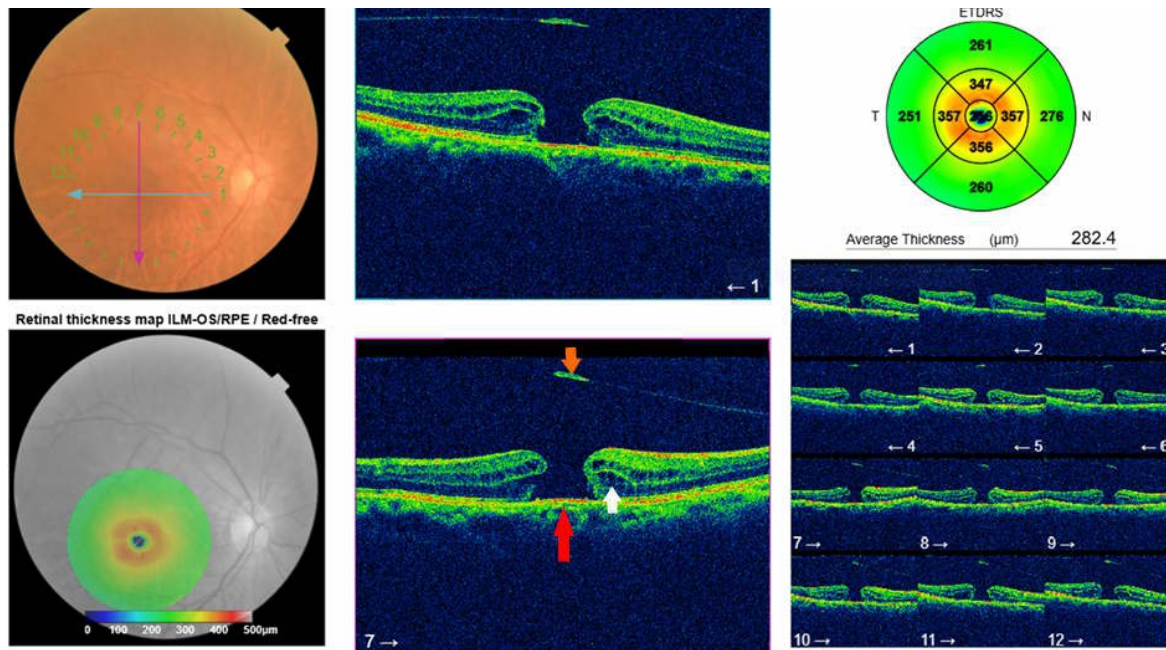


Fig.5: Coupe OCT de la macula de l'œil droit en préopératoire montrant un trou maculaire de pleine épaisseur (flèche rouge) avec décollement postérieur du vitré avec opercule maculaire (flèche orange) et kyste intrarétinien (flèche blanche), cas 2

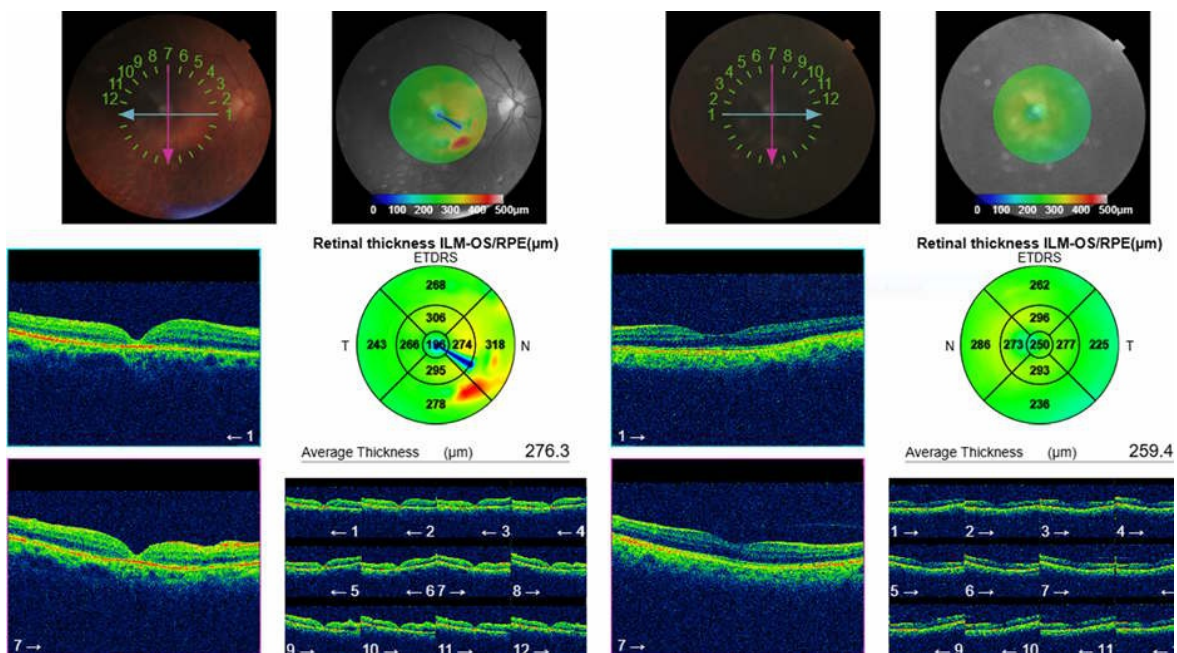


Fig.6: Coupe OCT maculaire de l'œil droit à 1 mois post opératoire montrant la fermeture du trou maculaire, cas 2

mellaire qui est un défaut au niveau de la rétine qui ne touche que les couches les plus internes de celle-ci, la couche des photorécepteurs restant intacte. Le traitement est une chirurgie endoculaire. Il consiste dans un premier temps à l'incision sclérale transconjonctivale à 3-4 mm du limbe cornéo-sclérale, pour l'insertion des instruments et les 3 voies d'abord, lumière, vitréotome et infusion. Puis réalisation d'une vitrectomie avec pelage de la limitante interne rendu visible par coloration en bleu. A la fin de l'intervention, la cavité vitréenne est remplie par un gaz, le SF6 ou le C2F6, qui par tamponnement va permettre la fermeture du trou maculaire. Le gaz se résorbe totalement en 3 à 4 semaines. L'ablation des trocarts est ensuite effectuée en vérifiant l'absence de fuite. En post opératoire, un positionnement du patient, face vers le sol est indiqué pour une durée de 7 à 10 jours. La

bulle de gaz vient tamponner la rétine pour empêcher l'infiltration liquidienne aux bords du trou et permet un processus de cicatrisation [8]. Pour nos cas, une chirurgie de cataracte combinée a été décidée pour anticiper le développement de la cataracte après la vitrectomie, et la durée du positionnement a été raccourcie car nous avons utilisé un gaz SF6 diluée à 50% semi-expansif permettant d'avoir un volume de gaz suffisant durant une semaine. Les complications peuvent survenir en per opératoire à type de déchirures rétiniennes au cours du décollement de l'hyaloïde postérieure ou d'élargissements du trou maculaire [6]. En post opératoire, il peut s'agir d'un décollement de la rétine dans les jours ou les premières semaines, une hypertension intraoculaire ou encore l'apparition d'une cataracte secondaire [6]. Pour nos cas, aucune complication n'a été observée et la chirurgie

de la cataracte a été anticipée. Sur le plan pronostique, de nombreuses études ont permis d'établir le pronostic anatomique et celui qui ressort en premier est la taille du trou au moment de l'intervention, et la réalisation d'un pelage de la membrane limitante interne de la rétine. D'autres critères, plus discutés, peuvent s'y ajouter, comme sa forme et l'existence d'une traction associée, mais le diamètre est le seul facteur pronostic constant [6,8]. Pour nos cas, il y avait une bonne récupération fonctionnelle et anatomique du fait de la taille relativement modérée du trou.

Conclusion

Le succès de la chirurgie des trous maculaires idiopathiques ne cesse de progresser depuis la première description par Eckardt en 1997 du pelage de la membrane limitante interne. Les progrès de l'imagerie actuelle permettent une aisance diagnostique et une meilleure indication thérapeutique. Nos premiers cas sont le fruit d'une amélioration de notre plateau technique en chirurgie du segment postérieur et le témoin d'une avancée de la chirurgie rétinienne à Madagascar.

Références

- 1- Mc Cannel CA, Ensminger JL, Diehl NN, Hodge DN. Population-based incidence of macular holes. *Ophthalmology* 2009;116:1366-9.
- 2- Gass JD. Idiopathic senile macular hole. Its early stages and pathogenesis. *Arch Ophthalmol* 1988;106:629-39.
- 3- Duker JS, Kaiser PK, Binder S, de Smet MD, Gaudric A, Reichel E, et al. The International Vitreomacular Traction Study Group classification of vitreomacular adhesion, traction, and macular hole. *Ophthalmology* 2013;120:2611-9.
- 4- Kelly NE, Wendel RT. Vitreous surgery for idiopathic macular holes: results of a pilot study. *Arch Ophthalmol* 1991;109:654-659.
- 5- Gaudric A, Haouchine B, Massin P, Paques M, Blain P, Erginay A. Macular hole formation: new data provided by optical coherence tomography. *Arch Ophthalmol* 1999;117:744-51.
- 6- Androudi S, Stangos A, Brazitikos PD. Lamellar macular holes: tomographic features and surgical outcome. *Am J Ophthalmol* 2009;148(3):420-6.
- 7- Martinez J, Smiddy WE, Kim J, Gass JD. Differentiating macular holes from macular pseudoholes. *Am J Ophthalmol* 1994;117(6):762-7.
- 8- Lange CA, Membrey L, Ahmad N, Wickham L, MacLaren RE, Solebo L, et al. Pilot randomised controlled trial of face-down positioning following macular hole surgery. *Eye (Lond)*. 2012;26(2):272-7.