

## DECOLLEMENT DE RETINE DU SUJET AGE DE PLUS DE 70 ANS : EXPERIENCE DU SERVICE D'OPHTALMOLOGIE DU CHU DE TOURS

ODOULAMI-YEHOUESSI L<sup>1</sup>, LELEZ M.L.L<sup>2</sup>, DOUTETIEN C<sup>1</sup>, SOUNOUVOU I<sup>1</sup>, TCHABI S<sup>1</sup>, DEGUENON J<sup>1</sup>,  
PISELLA P-J<sup>2</sup>, BASSABI S.K<sup>1</sup>

1. Clinique d'ophtalmologie, Centre National Hospitalier et Universitaire HKM de Cotonou  
BP 386 Cotonou (Bénin) ; e-mail : [drodoulis@yahoo.fr](mailto:drodoulis@yahoo.fr)
2. Clinique d'ophtalmologie, Centre Hospitalier et Universitaire de Tours

### RESUME

Le traitement du décollement de rétine est chirurgical et se fait par voie ab-externo (indentation sclérale) ou par voie ab-interno (chirurgie endoculaire).

Les auteurs rapportent les résultats fonctionnel et anatomique des décollements de rétine du sujet âgé, traités ab-exerno. L'étude rétrospective réalisée dans le service d'ophtalmologie du centre hospitalier et universitaire de Tours a porté sur 53 patients âgés en moyenne de 76 ans et traités du 01<sup>er</sup> janvier 1998 au 31 Décembre 1999 par indentation sclérale de première intention. Les auteurs ont noté un an après l'intervention, 71,15 % de récupération anatomique (n=37) avec 59,45 % de récupération fonctionnelle au-delà de 4/10°.

L'indentation sclérale peut donc être considérée comme un traitement fiable en cas de décollement de rétine du sujet âgé.

**MOTS CLES :** décollement de rétine, sujet âgé, indentation sclérale.

### INTRODUCTION

Le décollement de rétine est lié à la présence de liquide dans l'espace sous-rétinien, séparant le neuroépithélium de l'épithélium pigmentaire.

Il est le plus souvent secondaire à une déhiscence de la rétine neurosensorielle et son traitement est uniquement chirurgical. Le décollement de rétine est une maladie peu fréquente mais grave, compromettant l'avenir fonctionnel de l'œil et ce d'autant que la rétine est fragilisée par les dégénérescences et les traumatismes oculaires accidentels ou iatrogènes.

Si la prévalence du décollement de rétine a déjà été estimée dans la population générale à 0,3% [1], elle est nettement plus élevée dans certains groupes soit 2% chez les opérés de cataracte et 8% en cas d'issue de vitré.

Aucune étude n'ayant à ce jour été réalisée chez le sujet âgé, ce travail se propose de présenter les résultats fonctionnel et anatomique des décollements de rétine traités ab-externo de Jancier 1998 à décembre 1999 chez des sujets âgés de plus de 70 ans.

### 1. MATERIEL ET METHODES D'ETUDES

Nous avons analysé de façon rétrospective, tous les cas de décollement de rétine traités dans le service d'ophtalmologie du CHU de Tours entre le 01/01/98 et le 31/12/99. Ainsi sur les 194 patients

### SUMMARY

Treatment of detachment retinal is essentially surgical and making by external (scleral buckling) or internal (endocular surgery) method.

Authors relate functional and anatomical result of retinal detachment in elderly's population. Retrospective study realized in ophthalmological clinic of University and Hospital Center of Tpirs; is concerning fifty-three patients mean aged of 76 years and treating to 1st January 1998 at 31 December 1999 by scleral buckling in first intention. The authors have noticed one year after surgical treatment, an anatomical recuperation of 71,15 % (n=37) with 59,45 % of functional success superior to 4/10°.

Scleral buckling can be also to considere as a valid treatment in case of retinal detachment treatment of elderly population.

**KEYS-WORDS :** retinal detachment, elderly, scleral buckling

hospitalisés pour décollement de rétine, nous avons recensé 53 patients âgés de plus de 70 ans, ayant bénéficié d'une intervention ab-externo. L'intervention réalisée sous anesthésie générale ou locorégionale a consisté après exposition du globe, en un repérage et cryo-application de la déchirure, suivie d'indentation localisée ou cerclage. Une ponction du liquide sous-rétinien et/ou de la chambre antérieure est éventuellement réalisée. Une injection intravitréenne de gaz est pratiquée ainsi qu'un contrôle du tonus oculaire et du fond d'œil. Le maintien de la tête dans une position fonction du siège du décollement rétinien est éventuellement recommandé pendant un dizaine de jours après injection de gaz expansifs perfluorocarboués.

Les patients, hospitalisés la veille de l'intervention, sont gardés dans le service pendant 3 à 5 jours. Le traitement post-opératoire est constitué d'hypotonisants, d'antalgiques par voie générale, d'anti-inflammatoires stéroïdiens ou non, de mydriatiques voire d'antibiotiques locaux. Le pansement est retiré le lendemain, le patient examiné et le traitement.

Les paramètres étudiés sont :

- Epidémiologiques : âges, sexe, antécédents
- Cliniques : motif de consultation, acuité visuelle pré-opératoire, latéralité examen du fond d'œil, acte chirurgical et suivi post-opératoire

Ont été inclus dans l'étude les dossiers de patients ayant rempli les conditions sus-citées. Tout les dossiers de patients âges de moins de 70 ans et /ou ayant bénéficié d'une chirurgie endoculaire ont été exclus de notre étude.

Les résultats ont été analysés par le logiciel épi-info 6.0 : les variables quantitatives ont été exprimées sous forme de moyenne plus ou moins la déviation standard et les variables qualitatives sous forme de proportion. La comparaison des acuités visuelles avant et après traitement a été effectuée à l'aide d'un test de KHI 2 pour séries appariées.

Le seuil de significativité était retenu pour  $p < 0,05$

**2. RESULTATS**

**2.1. aspects épidémiologiques**

**2.1.1 Âge des patients**

Les limites d'âge vont de 70 à 91 ans avec une moyenne de 76,23  $\pm$  5,36 ans ;

**2.1.2 Sexe des patients**

Une prédominance masculine de 60,4% des cas est observée soit une sex-ratio de 1,65.

**2.1.3 Antécédents**

la majorité des patients, environ 68% a des antécédents chirurgicaux. La figure ci-dessous montre la proportion des antécédents observés.

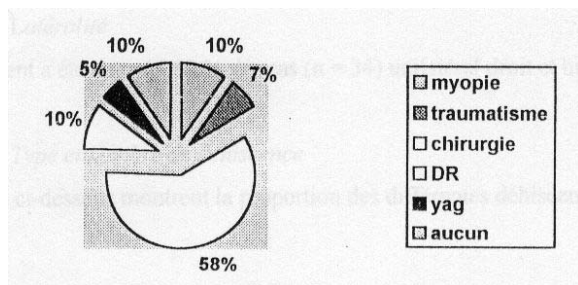


Figure 1 : Répartition des patients selon les antécédents

Les antécédents chirurgicaux se répartissent comme suit :

- . Pseudophakie : n= 28 (52,8%),
  - . Aphakie : n=3 (5,7%),
  - . Rupture capsulaire avec vitrectomie : n=5 (9,5%).
- Certains patients ont présenté 2 ou plusieurs antécédents.

**2.2. Aspects cliniques**

**2.2.1 Mode et Motif de consultation**

83% des patients (n=44) ont été transférés en urgence par les ophtalmologistes de la ville.

La plupart des patients (25 cas soit 48,1%) ont consulté pour une baisse de la lision ; 10 d'entre eux (18,86%) ont présenté simultanément un trouble du champ visuel.

Les autres signes fonctionnels sont la myodésopsie (15,09% soit n=8) et les phosphènes (5,66% soit

n=3). Le décollement est survenu sans aucun signe fonctionnel dans 7 cas (13,2%).

**2.2.2 Acuité visuelle corrigée**

Tableau I : Répartition selon l'acuité visuelle préopératoire

Acuité visuelle	Fréquence	%
Perception Lumineuse	13	24,4
Compte Les Doigts	19	35,9
1/10-3/10	10	18,9
4/10-7/10	10	18,9
> 8/10	1	1,9
Total	53	100

**2.2.3. Latéralité**

Le décollement a été dans 65,38% des cas (n=34) unilatéral droit et bilatéral chez un patient.

**2.2.4 Type et nombre de déchissance**

Le tableau ci-dessous montre la proportion des différentes déchissances observées.

Tableau II : Répartition des patients selon le type et le nombre de déchirure

Type de déchissance Trou	Nombre de déchissances				3 et plus		Non vue		Total	
	1		2		N	%	N	%	N	%
	N	%	N	%						
Atrophique	11	20,75	2	3,77	5	9,43	-	-	18	33,96
Trou	3	5,66	2	3,77	0	-	-	-	5	9,43
Operculé										
Clapet	7	13,2	5	9,43	4	7,54	-	-	16	30,2
Trou	+ 6	11,32	2	3,77	1	1,88	-	-	9	16,98
Non vue							5	9,43	5	9,43
Total	28	52,83	11	20,73	10	18,85	5	9,43	53	100

43,39% de nos patient (n=23) ont présenté une déchirure à type de trou dont 33,96% de trou atrophique. 52,83 % des patients (n=28) ont présenté au fond d'œil une déchirure unique ; 32% (n=15) en ont présenté 2 ; 18,86% (n=10) ont eu 3 déchissances et plus. La déchirure n'a pas été retrouvée chez 5 patients (9,43%)

**2.2.3 Nombre de quadrants**

Le décollement de rétine s'étendait sur 2 quadrants dans 37 yeux soit 70,7% des cas et sur 3 quadrants dans 28,30% ; il était supérieur dans 33 cas soit 62,26%.

**2.2.4 Etat du vitré**

16 patients soit 30,8% avaient un vitré encore transparent lors de l'examen préopératoire. ; 35 yeux (66,03%) avaient un décollement postérieur du vitré (DPV) dont 26 complets (49,05%) et 9 incomplets (16,98%) ;

Une prolifération vitréorétinienne est notée dans 24 cas soit 45,28%. Elle est surtout de type 2 dans 30,20% des cas.

**2.2.5. Etat de la macula**

29 cas soit 55,8% des décollements se sont compliqués d'un soulèvement de la macula.

### 2.2.6. œil sain

37 yeux soit 71,15% avaient une acuité visuelle de plus de 4/10° ; le pôle postérieur était normal chez 48 yeux (90,6%).

## 2.3 Aspects thérapeutiques

### 2.3.1. Intervention chirurgicale

Le délai d'intervention a été en moyenne de 4 + 4,89 jours (1 – 30 jours) : 38,5% des patients ont été opérés dans un délai de 24 heures.

Sur les 53 cas recensés, un patient n'a pas été opéré en raison d'une insuffisance respiratoire contre-indiquant l'anesthésie générale.

En outre, 3 des yeux opérés ont présenté en per-opératoire un hématome sous-rétinien. Tous les patients opérés ont bénéficié d'une cryoapplication. L'indentation a été pratiquée sur 48 yeux soit 92,30% et une ponction de chambre antérieure n'a été réalisée sur 44 yeux soit 84,61% des cas et l'injection de gaz SF6 dans 37 cas (71,15%).

### 2.3.2. Suivi post-opératoire

- Acuité visuelle

*Tableau IV : Répartition de l'acuité visuelle selon la période post-opératoire*

Acuité visuelle	J-1	J+10	1Mois	6Mois	12Mois
< 1/10	32 (60,38%)	31 (59,62%)	21 (40,4%)	9 (17,30%)	8 (15,38%)
1/10-3/10	10 (18,86%)	17 (32,69%)	18 (34,61%)	14 (26,6%)	7 (13,46%)
4/10-6/10	10 (18,86%)	3 (5,76%)	9 (17,31%)	13 (25%)	14 (26,92%)
> 7/10	1 (1,9%)	1 (1,92%)	1 (1,92%)	4 (7,7%)	8 (15,38%)
Non revu	-	-	3 (5,76%)	12 (23,1%)	15 (28,86%)
Total	53 (100%)	52 (100%)	52 (100%)	52 (100%)	52 (100%)

On note une amélioration de l'acuité visuelle supérieure à 4/10° un an après l'intervention du décollement de rétine.

Il est à noter que sur les 52 patients opérés, nous n'avons revu que 37 soit 71,15 % un an après la chirurgie.

- Etat de la rétine

La rétine a été réappliquée en première intention dans 37 cas soit une proportion de 71,15 % un an après l'intervention.

Au cours du suivi post-opératoire, 15 patients (28,84%) ont eu un décollement de rétine récidivant 2 mois après la première intervention ; 5 seulement ont été réopérés par une ab-externo et les autres par une chirurgie endovitréenne.

- Etat de la macula au dernier examen

Sur les 37 patients revus un an après l'intervention, 16 (43,24%) avaient une macula normale sans aucune séquelle ; 7 soit 18,91% des cas ont présenté une altération de l'épithélium pigmentaire et 8 (21,62%) une membrane épirétinienne. L'absence de reflet fovéolaire a été notée chez 6 patients soit 16,2%.

## 3. DISCUSSION

### 3.1. Aspects épidémiologiques

- La moyenne d'âge de nos patients est de 76,23 ans ± 5,36.
- Contrairement à Tanihara [2] au Japon et à Wilkinson [3] aux ISA qui ont rapporté respectivement une prédominance féminine de 58,49%.
- Quant aux antécédents des patients, la chirurgie oculaire en l'occurrence la chirurgie de la cataracte a été la plus grande pourvoyeuse de décollement de rétine (68%) dans notre série ; ces résultats concordent avec ceux de Tanihara [2] au Japon.

### 3.2. Récupération anatomique

Le taux de réapplication rétinienne dans notre étude est de 71,15 % (n=37) après indentation de première intention. Nos résultats sont comparables à ceux de YORSTON [4] au Kenya et de WU [5] à Taiwan qui ont rapporté respectivement 73,2% et 72% de réapplication anatomique après indentation réalisée en première intention.

Par contre, ils sont inférieurs à ceux de GIRARD [6] qui dans sa série en France a rapporté 90 % de réapplication.

De même AHMADIEH [7] en Iran note une réapplication de 84,5% après indentation sclérale de première intention.

Le faible taux de succès dans notre étude pourrait s'expliquer d'une part par la forte prévalence de DPV (n=32 soit 66,03 % de cas) ; ce décollement postérieur du vitré est lié à l'âge qui favoriserait la liquéfaction du vitré et son décollement postérieur exerçant ainsi des tractions sur la rétine [7, 6, 2] d'où le développement de trous atrophiques.

WILKINSON [3] pour sa part rapporte que chez le pseudophaque le décollement de rétine qui survient 2 mois après l'intervention de la cataracte serait dû au DPV. Pour TANIHARA [2], ce processus sénile aggravé par la phacoexérèse serait à l'origine des trous atrophiques et même des déchirures passées inaperçues ;

Par ailleurs, selon certains auteurs [4, 6, 8], le pronostic anatomique dépend de nombreux facteurs à savoir :

- L'âge élevé du patient qui serait de mauvais pronostic ;
- L'étendue du décollement de rétine au-delà de 2 quadrans qui réduit les chances de réapplication ; dans notre étude, le décollement de rétine a intéressé 2 quadrans dans 70,7% des cas.
- L'existence d'une prolifération vitréorétinienne pré-opératoire de type 2 qui compromet le pronostic anatomique ; cependant, bien que nous ayons eu 30,2% de PVR de type 2, nous n'avons pas noté de corrélation entre la préexistence d'une PVR et le résultat anatomique (P=0,6).
- La mauvaise acuité visuelle pré-opératoire réduite à la perception lumineuse car meilleure est l'acuité visuelle en préopératoire et meilleur est le pronostic anatomique ; cependant dans

notre série, l'acuité visuelle n'a pas influencé le pronostic anatomique ( $P > 0,1$ ).

- La non visibilité des déchirures au fond d'œil qui constitue un risque de mauvais pronostic anatomique [4, 8]

### 3.3. Récupération fonctionnelle

La récupération visuelle post-opératoire inférieure à 1/10 dans 32 cas (60, 38%) est passée après un an à plus de 4/10 dans 22 cas sur les 37 patients revus soit 59,45%. Cette récupération dépend surtout de l'état de la macula en post-opératoire ( $P=0,00001$ ); celle-ci est normale dans 43,24% des cas ( $P=0,00001$ ) à 12 mois. Nos résultats sont supérieurs à ceux de TANI [8] qui dans son étude réalisée aux USA, a noté une acuité visuelle supérieure ou égale à 4/10 dans 37 % de cas; il souligne que le succès anatomique et le pronostic visuel post-opératoire sont liés et qu'ils dépendent de plusieurs facteurs. Outre les facteurs intervenant dans le pronostic anatomique cités ci-dessus, il évoque :

- La présence d'un décollement de rétine de moins d'un mois
- La localisation des déchirures en région prééquatoriale,
- l'absence de déchirure géante,
- l'absence d'une hypotonie oculaire préopératoire inférieure à 4 mmHg ou la présence d'une hypertonie oculaire au-delà de 20 mmHg,
- Une indentation radiaire avec moins de 50 impacts de cryoapplication
- l'absence de décollement choroidien en post-opératoire

Par contre, nos résultats sont inférieurs à ceux de Girard [6] en France qui a rapporté 69,4% d'acuité visuelle au-delà de 5/10 après indentation sclérale de première intention. Cette différence importante s'expliquerait par le fait que parmi les 52 yeux opérés dans notre série, 15 cas soit 28,86 % n'ont pas été revus à un an.

Par ailleurs, l'acuité visuelle finale est fortement influencée dans notre étude par l'état anatomique de la rétine ( $P=0,00006$ ) et ce conformément aux résultats de certains auteurs [6, 7, 8].

L'acuité visuelle finale n'a été influencée ni par l'acte chirurgical, ni par la préexistence d'une prolifération vitéo-rétinienne.

### CONCLUSION

Le décollement de rétine est une maladie curable; les résultats fonctionnels et anatomiques sont bons à condition d'en faire le diagnostic et d'en poser l'indication chirurgicale précocement. L'indentation sclérale de première intention est une méthode chirurgicale fiable puisque elle nous a permis d'obtenir 71,15% de réapplication anatomique avec une amélioration de la vision au-delà de 4/10° dans 59,45% des cas.

### REFERENCES

1. GIRARD P - Détachement de rétine « idiopathique » Sémilogie clinique et traitement. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Ophtalmologie, 1-245-A-10, 1998, 10p.
2. TANIHARA H., OKINAMIS S., MINAMI H., OHNISHI-NIO T., TACHI-OGAWA N., OGINO N. Clinical features of retinal detachment in the elderly. Ophthalmologica 1995; 209: 203-207
3. WILKINSON C. P., MD. Phakic retinal detachments in the elderly. Retina 1995; 15: 220-223
4. YORSTON DB.; WOOD ML., GILBERT C. Retinal detachment in East Africa. Ophthalmology 2002; 109 (12): 22799-83
5. WU WC., CHEN MT., HSU SY., CHANG CW. Management of pseudophakic retinal detachment with undetectable retina breaks. Ophthalmic Surg Lasers 2002; 33 (4): 314-8
6. GIRARD P., KARPOUZAS I. Visual acuity after scleral buckling surgery. Ophthalmologica 1995; 209: 323-328
7. AHMADIEH H., ENTEZARI M., SCHEILIAN M., DEHGHAN MH., MASHA YEKHI A., SAJJADI H. Factors influencing anatomic and visual results in primary scleral buckling. Eur J Ophthalmol 2000; 15: 153-159
8. TANI P., ROBERTSON DM., LANGWORTHY A. prognosis for central vision and anatomic reattachment in rhegmatogenous retinal detachment with macula detached. Am J Ophthalmol 1981; 92 (5): 611-620.