



LES DECOLLEMENTS DE RETINE POST TRAUMATIQUES : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES TRAUMATIC RETINAL DETACHMENT : EPIDEMIOLOGICAL CLINICAL AND THE- RAPEUTIC ASPECTS

Meskini MEH ; Gallala A ; Benhmidoune L ; Mchachi A ; Elbelhadji M ; Chakib A ; Rachid R ; Zaghloul K ; Amraoui A
Service d'ophtalmologie Adulte -Hôpital 20 Août – Casablanca

INTRODUCTION : Le décollement de rétine post traumatique (DRPT) est une source importante de cécité dans le monde. Survient le plus souvent dans la population jeune en pleine activité d'où son impact socioéconomique négatif. L'objectif de ce travail est d'évaluer les particularités cliniques et thérapeutiques de cette entité particulière de DR.

Matériel et méthodes : Etude rétrospective de 82 patients soit 82 yeux, traités pour DRPT depuis janvier 2012 jusqu'à décembre 2013. Nous avons fait une étude comparative entre le groupes des DRPT perforants avec ou sans CEIO et celui des DRPT contusifs.

RESULTATS : Notre série comportait 31 cas dans le DRPT perforant et 53 cas dans le DR contusif. L'âge moyen était de 28.5 ans dans les DRPT perforants, et de 30 ans dans les DR contusifs. 96.15% sont des hommes dans les DRPT perforants et 87.5% dans les traumatismes contusifs. La macula était décollée dans 98.3% des cas dans les DRPT perforants et dans 66.7% des cas dans les DR contusifs. Pour les étiologies, on retrouve une prédominance des accidents de travail et domestiques dans les DR perforants par rapport aux contusifs dominés par les agressions et les accidents sportifs.

DISCUSSION : Le délai de survenue du DR est tributaires des mécanismes physiopathologiques des déchirures et des tractions rétinovitréennes en cause, le DR post traumatique perforant est d'aspect tractionnel en rapport avec la prolifération vitreo-rétinienne (PVR) qui se forme au niveau de la plaie. Quant au DR post traumatiques contusifs, la compression antéropostérieure entraîne une expansion équatoriale du globe et produit une avulsion de la base du vitré avec arrachement de rétine à l'ora (désinsertion). Sur le plan thérapeutique, les résultats anatomiques et fonctionnels de la chirurgie du DRPT perforant sont réputés médiocres, expliqués par la gliose sous rétinienne et la traction rétinienne, par contre, l'absence de PVR avancée était à l'origine de ce succès dans le DRPT contusif.

CONCLUSION : Les DR post traumatiques sont relativement graves surtout dans les traumatismes perforants où le pronostic est d'emblée réservé. les progrès de la microchirurgie tentent à améliorer le pronostic de ce type de DR, cependant les résultats fonctionnels restent peu satisfaisants.

MOTS CLÉS : décollement de rétine, traumatisme contusif, traumatisme perforant.

Le décollement de rétine post traumatiques (DRPT) est un motif d'hospitalisation fréquent dans notre structure. Il constitue une cause importante de perte de la fonction visuelle, chez une population jeune en pleine activité. Il a un impact socioéconomique négatif. La gravité de ces types de décollement est tributaire du type de lésions, du risque septique et du mécanisme causal. On distingue deux types de traumatismes: Les traumatismes perforants (TP) avec ou sans corps étranger et les traumatismes contusifs (TC).

BUT DU TRAVAIL :

Evaluer les particularités épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de cette entité particulière de décollement de rétine.

MATÉRIEL ET MÉTHODES:

C'est une étude rétrospective, comparative, portant sur 82 patients traités pour DRPT, menée du janvier 2012 à décembre 2013. Les paramètres étudiés sont l'âge, le sexe, les circonstances du traumatisme, le délai de survenue du DR, l'examen ophtalmologique complet, les lésions associées et les résultats du traitement.

RÉSULTATS

Notre série comportait 31 cas dans le DR traumatique perforant (38%) et 51 cas dans le DR contusif (62%). La moyenne d'âge pour le DRPT perforant était à 28,3 et pour le DRPT contusif à 30,8. On a noté une nette prédominance masculine pour les 2 types de DRPT avec 96,15% pour le TP et 74,7% pour le TC. Concernant les circonstances du traumatisme, les DRPT perforants sont dominés par les accidents du travail (58%), puis les accidents domestique (25,81%), les jeux d'enfant (9,68%) et enfin les agressions (6,45%), alors qu'on note une variation des résultats pour les DRPT contusifs qui sont dominés par les agressions(33,33%), puis les accidents du sport (27,25%), les jeux d'enfants (17,65%) et enfin les accidents domestiques (11,76%). Les lésions associées sont dominées par les cataractes (32%), les plaies de sclère (31%) suivies des corps étrangers intraoculaires (19%) et les plaies de cornée (18%) pour les TP, tandis que les TC sont dominés par les hyphémas (29%), les cataractes (26%) et les hémorragies intra vitréennes (10%) alors que 35% de ce type de décollement étaient isolés sans aucune lésion associée (**figure 1**).



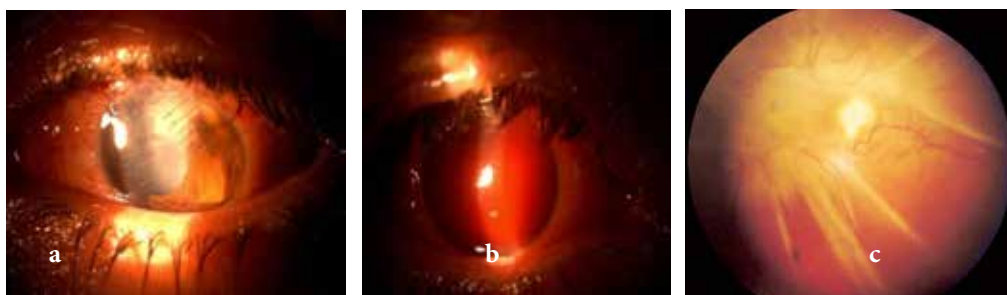


Figure 1 : Lésions associées fréquemment observées au cours d'un DRPT : a-plaie cornéo-sclérale avec cataracte rompue ; b-hyphéma total ; c-organisation vitréenne avec CEIO.

Pour le délai de survenu du DR, on a divisé les patients en 3 groupes, avant une semaine, après un mois et entre les deux, on avait comme résultats : 64,52% des rétines sont décollées à moins d'une semaine du TP alors que 80,39% après un mois pour le TC.

En ce qui concerne l'acuité visuelle corrigée à l'admission, 90,32% des patients ayant un DRPT perforant, ne dépassant pas 1/10 dont 64,52% sont à perception lumineuse positive. Pour le DRPT contusif, 72,55% ont une acuité visuelle inférieure à 1/10, le pourcentage des patients à PL+ ne dépasse pas 9,80%.

La macula est décollée chez 98,3% des patients ayant un TP, et 74,7% pour le TC. Ce DR est total chez 84% des TP et seulement 14% des TC (fig2). Pour le type des déchirures, 55% des TP ont une déchirure centrale, alors qu'elle est périphérique chez 59% des TC (fig3 ,4). La prolifération vitéo-rétinienne (PVR) est différente entre les 2 types de DR et plus avancée pour le TP (25,81% type B, 79,19% C ou plus) et moins pour le TC (41,18% type A, 50,98% B et 7,84% C ou plus).

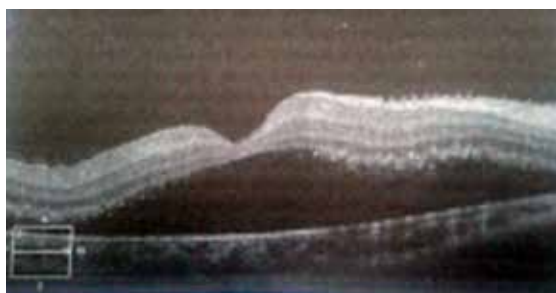
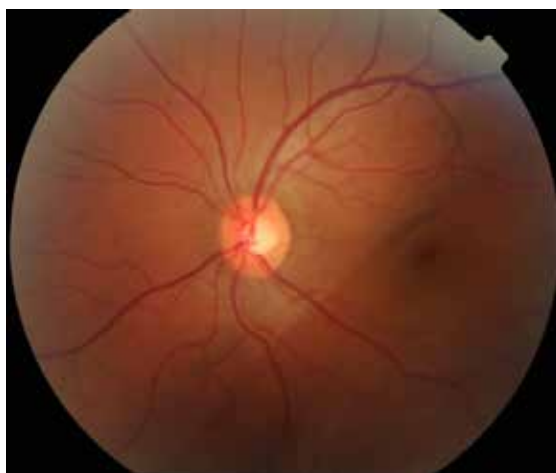


Figure 2: DRPT inféro-temporal avec macula à peine soulevée confirmé par l'OCT

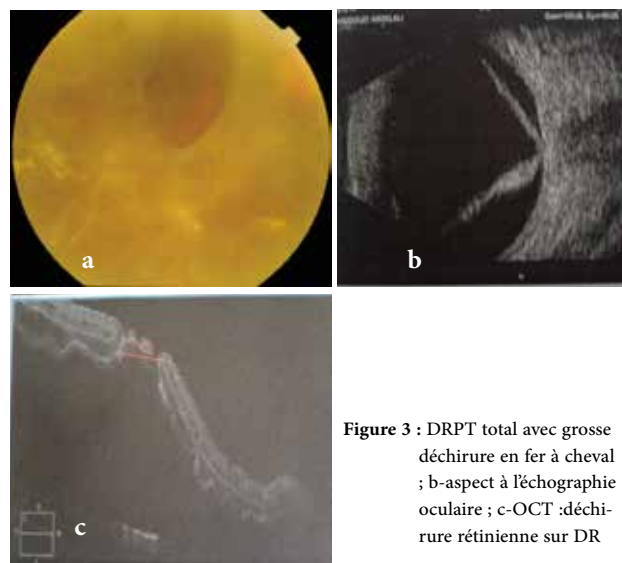


Figure 3 : DRPT total avec grosse déchirure en fer à cheval ; b-aspect à l'échographie oculaire ; c-OCT :déchirure rétinienne sur DR

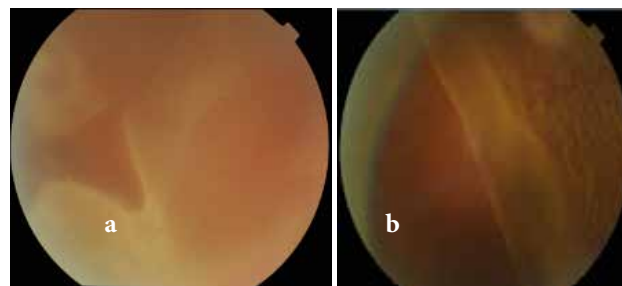


Figure 4 : a-grosse déchirure périphérique occasionnant un DRPT contusif ;b-déchirure géante sur DRPT perforant.

La prise en charge des DRPT Perforants est basée sur la chirurgie endoculaire avec vitrectomie par la pars plana, ceci est dû à la complexité du DR (HIV organisée, PVR avancée, déchirures complexes ou de tractions importantes de la rétine). Le tamponnement par silicone était réalisé pour les déchirures géantes et les rétines rétractées, pour les déchirures périphériques, on a réalisé une vitrectomie avec injection de gaz et cryoapplication et/ou un barrage au laser argon. Dans le groupe post contusif, la chirurgie Ab-externo (rail de silicone) réalisée dans 89,7% des cas, du fait de la PVR peu avancée (fig5).



DRPT perforant: 31 cas		
chirurgie	nombre	%
vitréctomie + silicone	24	77,42%
vitréctomie + gaz	7	22,58%

Figure 5: Prise en charge chirurgicale des deux types de DRPT perforant et contusif.

Pour les résultats de la chirurgie, nous avons pris comme critère de réussite la réapplication anatomique de la rétine. Le délai minimal de suivi est de 6 mois. Dans les TP, le taux de réapplication était de 62,3 %, tandis que dans les TC nous avons eu 86,2% de réapplication.

Les complications pour les TP sont dominées par la cataracte post-chirurgicale (35,84%), l'hypertonie oculaire (22,58%), l'endophtalmie (6,45%) et la phytose du globe (3,23%). Pour les TC, on note l'hypertonie (11,76%) suivie de la cataracte post chirurgicale (9,80%).

DRPT contusif: 51 cas		
chirurgie	nombre	%
vitréctomie + silicone	5	9,80%
Indentation + gaz	11	21,56%
indentation locale	35	68,62%

DISCUSSION :

L'analyse épidémiologique en fonction de l'âge, retrouve un profil identique à ceux de la littérature dans les 2 groupes: DRTP: 28,5 ans et DRTC: 30 ans ; (Schein al : 30 ans) (Liggett et Keith : 28 ans) (Shukla : 27,5 ans) ; il s'agit donc d'une affection de l'adulte jeune.

la distribution en fonction du sexe a révélé une prédominance masculine de 96,15% pour le DRPT perforant et de 87,50% pour le DRPT contusif, les autres séries ont rapporté des résultats variables de 72 % à 95 % (2)(3). Cette prédominance masculine est expliquée du fait que l'homme est plus retrouvé dans les situations de violence et de métiers à risque corporels (4).

Pour les étiologies, on note la prédominance des accidents de travail (martellement) 58% et domestiques 25,1% dans les DRPT perforants par rapport aux contusifs qui sont dominés par les agressions (37,25%) et accidents sportifs (33,33%) surtout le ballon. On remarque une différence nette dans les deux groupes (liggett : 20%) (Johnston: 13%). Ces chiffres sont remarquablement élevés et peuvent être expliqués par le relâchement dans les mesures de sécurité dans nos milieux professionnels.

Le délai de survenue du DR est tributaire des mécanismes physiopathologiques des déchirures et des tractions vitréorétiniennes, ainsi pour les TP, le DR est tractionnel en rapport avec la PVR qui se forme au niveau de la plaie. Pour les TC, le décollement est dû à la compression antéro-postérieure de l'œil entraînant une expansion du diamètre équatorial du globe (6). Lorsque le mécanisme de choc est central, l'onde de choc produit une avulsion de la base du vitré, induisant un arrachement de la rétine à l'ora (16% dans notre série)

(Johnston: 63,6%) (Cox et al: 53%). La déchirure rétinienne est due d'une part à l'effet direct du traumatisme et d'autre part au contrecoup, ainsi, la mobilisation du vitré provoque une traction sur les zones d'adhérences vitréo-rétiniennes normales et surtout pathologiques, créant les déchirures. Les trous sont la résultante d'un amincissement de la rétine, secondaire à la nécrose du site d'impact (8).

Sur le plan thérapeutique, les résultats anatomiques et fonctionnels de la chirurgie du DRPT perforant sont réputés médiocres, ainsi, nous avons noté 62,3 % de réapplication, ce taux est bas par rapport à ceux de la littérature (Rouberol : 92%), expliqués par la gliose sous rétinienne et la traction rétinienne, en outre, les plaies touchant la base du vitré, la présence de corps étranger intraoculaire, l'issue ou l'incarcération du vitré et l'endophtalmie constituent des éléments de mauvais pronostic (10). Dans le DRPT contusif, la réapplication était retrouvée chez 89,7 % (Bonnet et Delage: 88%) (Johnson: 96%)(Ourteni et al : 95%)(Daghfous et al : 60%), l'absence de prolifération vitréo-rétinienne avancée était à l'origine de ce succès, mais le pronostic de décollement reste aussi lié à son ancienneté, la qualité de la prise en charge et aux lésions oculaires associées (14).

CONCLUSION :

Les DRPT sont relativement graves surtout dans les traumatismes perforants où le pronostic est d'emblée réservé. Les progrès de la microchirurgie tentent à améliorer le pronostic de ce type de DR, cependant les résultats fonctionnels restent peu satisfaisants. Ainsi le meilleur traitement reste la prévention des accidents professionnels et domestiques et la lutte contre la violence.

BIBLIOGRAPHIE:

1. Schein OD, Hibberd PL, Shingleton BJ, et al. The spectrum and burden of ocular injury. *Ophthalmology* 1988;95:300-5.
2. Liggett E, Keith J. Ocular trauma in an urban population. *Ophthalmology*, 1990;97:581-4.
3. Shukla M, Ahuja O P, Jamal N. Traumatic retinal detachment. *Indian J Ophthalmol* 1986;34:29-32.
4. Canavan YM, O'Flaherty MJ, Archer DB, Elwood JH. A 10 year survey of eye injuries in northern Ireland, 1967-76. *Br J Ophthalmol*, 1980;64:618-25.
5. Johnston PB. Traumatic retinal detachment. *Br J Ophthalmol*, 1991;75:18-21.
6. Duguid I.G.M ; Leaver P.K. Giant retinal tears resulting from eye gouging in rugby football. *Br J Sports Med* 2000;34:65-66.
7. Cox MS, Schepens CL, Freeman HM. Retinal detachment due to ocular contusion. *Arch Ophthalmol*, 1966;76:678-85.
8. Trigui et al. Les décollements de rétine post contusifs : étude rétrospective à propos de 48 cas. *J Fr Ophtalmol*, 2004 avril ; Vol 27, 4 : 353-356
9. Rouberol F, and al. Prospective study of 50 post-traumatic retinal detachments. *ophth* 2008 avril ; Vol 31 (supplément 1) : 71.
10. Krifa F et al. Post-traumatic retinal detachment: prognosis factors. *J fr Ophtalmol*, 2007 avril ; Vol 30 (Supplément 2):174.
11. Bonnet M, Moyenin P, Pecoldowa G, Grange JD. Décollement de la rétine par désinsertion à l'ora serrata. *J Fr Ophtalmol*, 1986;9:231-42.
12. Delage S, Bonnet M. Microchirurgie des décollements de la rétine de l'enfant. *J Fr Ophtalmol*, 1993;16:291-6.
13. Ouertani R, Zhioua R, El Euch M, Mili I. Les décollements rétinien du jeune. *J Fr Ophtalmol*, 1994;17:388-93.
14. Dagfous M.F et al. Distinctive features of post contusive retinal detachments. *J Fr Ophtalmol*, 2007 April ; Vol 30 (Supplément 2):277.