

Suivi d'un patient présentant les signes d'un décollement postérieur du vitré

Y Lemer (Paris) et JC Zech (Lyon)

9-2014

Introduction

Le décollement postérieur du vitré

Le décollement postérieur du vitré (DPV) est une modification physiologique du vitré, lié au vieillissement normal de la structure du gel qui se liquéfie progressivement avec l'âge : à un certain degré de liquéfaction, le vitré ne peut plus garder sa forme et s'affaisse en se séparant d'abord du pôle postérieur puis de la périphérie rétinienne jusqu'à la base, antérieure, plus ou moins étendue de l'ora serrata jusqu'à l'équateur. Alors que la hyaloïde postérieure est simplement adhérente à la limitante interne de la rétine du pôle postérieur, la base est une zone où les fibres collagènes pénétrant directement dans la limitante interne de la rétine rendent impossible la séparation.

Ce changement physique se produit chez plus de 75 pour cent de la population de plus de 65 ans mais peut exister déjà de façon normale vers 40 ou 50 ans. Le DPV n'est pas un signe de maladie ou de problème de santé oculaire même s'il peut être accéléré dans quelques cas particuliers.

Dans la majorité des cas, le DPV est totalement asymptomatique mais peut être un motif de consultation urgente dans 15% des cas.

Les complications les plus fréquentes à rechercher sont la déchirure de la rétine et l'hémorragie intra-vitréenne sans déchirure qui peuvent survenir de façon aiguë au moment du DPV. Les autres complications plus tardive sont plutôt liées à un décollement incomplet anormal du vitré, notamment les syndromes de traction vitréo-rétinienne et les trous maculaires.

Analyse de la littérature

Nous avons retenu 5 publications présentant la physiopathogénie et les signes du DPV, ses complications et les conséquences sur le suivi des patients.

1. Johnson MW. Posterior vitreous detachment: evolution and complications of its early stages. *Am J Ophthalmol.* 2010;149:371-382.
2. Hollands H¹, Johnson D, Brox AC et coll Acute-onset floaters and flashes: is this patient at risk for retinal detachment? *JAMA.* 2009 ;302:2243-2249

3. Hikichi T. Time course of posterior vitreous detachment in the second eye. *Curr Opin Ophthalmol.* 2007;18:224-227.
4. Sebag J. Anomalous posterior vitreous detachment: a unifying concept in vitreo-retinal disease. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 2004;242:690-698.
5. Brasseur G. Décollement postérieur du vitré in *Pathologie du vitré, Rapport de la Société Française d'ophtalmologie, Paris, Masson 2003*

Causes du DPV :

L'âge est la cause principale du DPV, par modification de la structure macromoléculaire du gel qui se liquéfie et s'affaisse (syneresis). Ceci ne se traduit pas automatiquement par une séparation de la hyaloïde postérieure (collapsus) qui peut rester longtemps attachée au pôle postérieur et en particulier à la papille comme peut en témoigner la rareté de l'anneau prépapillaire lors de l'examen de patients porteurs par ailleurs de tous les signes du DPV, voire même de déchirures rétiniennes.

La séparation de la hyaloïde postérieure commence en temporal de la fovea, va s'étendre de façon circulaire en périfovéolaire. L'adhérence fovéolaire va ensuite lâcher avec une hyaloïde postérieure restant attachée à la papille alors que la séparation rétinienne continue en périphérie temporale avant d'évoluer en décollement complet du vitré, la hyaloïde restant toujours attachés à la base, quelque part entre l'équateur de la rétine et l'ora serrata.

La vitesse de ce DPV peut être très rapide quand le liquide de la cavité vitrénne passe par une déchirure de la hyaloïde postérieure (DPV rhégmato-gène). La séparation peut sinon prendre plusieurs semaines ou mois avant d'être complète.

Le DPV peut être facilité par l'aphaquie, la myopie, un traumatisme, une uvéite mais le plus souvent, on assiste plus à une liquéfaction rapide sans obligatoirement de décollement de la hyaloïde postérieure dans ces pathologies comme en témoignent les confrontations anatomo-cliniques dans les vitrectomies, les chirurgiens retrouvant très souvent du vitré adhérent à la rétine postérieure.

Symptômes du DPV :

La majorité des DPV est asymptomatique mais quand ils surviennent, les signes sont essentiellement l'apparition ou l'aggravation brutale de corps flottants ou d'une gêne visuelle diffuse. Les signes d'adhérence ou de traction rétinienne (photopsies, phosphènes) sont rares.

Les risques de trouver une complication du DPV sont indirectement corrélés aux symptômes : les corps flottants sont évocateurs de déchirure de la rétine surtout s'ils sont associés à des phosphènes, localisés et quasi-permanents.

L'existence d'une discrète hémorragie intra-vitrénne, même si elle doit alerter, est assez banale (près de 5% des cas) et ne traduit pas forcément l'existence d'une déchirure. L'adhérence de la hyaloïde postérieure étant plus forte sur les vaisseaux rétiens, la traction lors du DPV peut provoquer une hémorragie, rarement abondante au point d'empêcher tout examen de la rétine. Si

l'hémorragie est obturante, il faut la considérer jusqu'à preuve du contraire, comme liée à une déchirure rétinienne.

Complications du DPV

- La déchirure rétinienne est la complication la plus fréquente, retrouvée dans près de 10% des cas symptomatiques et jusqu'à 18% en cas d'association des corps flottants à des phosphènes. Elles sont dans plus de 90% des cas dans la moitié supérieure de la rétine, en arrière de la base du vitré, sous forme d'une déchirure à clapet avec une bride de vitré attachée sur le clapet. Le risque d'évolution vers un décollement de la rétine (DR) est de 30 à 40% en l'absence de traitement. Par contre, si aucune déchirure n'est retrouvée après 6 semaines d'évolution, le risque de voir apparaître une lésion rétinienne secondairement est très faible
- L'hémorragie intravitréenne peut également survenir dans 5 à 10% des cas, souvent associée à une déchirure mais pas de façon systématique. Il peut y avoir des tractions vasculaires provoquant des hémorragies le plus souvent rétro-hyaloïdiennes, rarement très denses. Elles peuvent être remplacées par de petites hémorragies rétiniennes au lieu d'adhérence vasculaire. Si l'hémorragie est très dense et ne peut pas permettre l'examen de la périphérie rétinienne, il faut programmer une vitrectomie rapidement s'il n'y a pas de début d'éclaircissement après quelques jours.

Discussion

Seul le DPV symptomatique nécessite un suivi jusqu'à disparition des signes initiaux.

Les symptômes qui amènent le plus souvent à consulter sont :

- Une apparition soudaine de corps flottants ou une augmentation de leur taille et de leur nombre.
- Des éclairs lumineux et/ou une modification de leur intensité
- Un trouble de la vision.

Il faut dès lors pratiquer un examen ophtalmologique rapide après dilatation pupillaire, vérifiant l'état de la rétine centrale et périphérique, recherchant le seul signe clinique du DPV qui est la visualisation de l'anneau pré-papillaire flottant dans la cavité vitréenne, habituellement en regard de la papille. On doit également apprécier la densité et la mobilité du vitré.

La seule complication du DPV nécessitant un traitement rapide est la déchirure de la rétine qui peut provoquer en l'absence de traitement par rétinopexie un décollement de la rétine dans 40% des cas dans les jours suivant sa survenue : il faut donc pouvoir examiner les patients très rapidement après la survenue des symptômes, les signes vitréens (corps flottants) étant beaucoup plus fréquents que les signes rétiniens (flashes lumineux) mais si les deux sont associés, le risque est encore supérieur.

Si l'examen initial ne retrouve pas d'anomalies rétiniennes, l'examen doit être répété après une semaine surtout en cas de flashes lumineux persistants. Le patient doit être prévenu de la nécessité de consulter rapidement en cas d'apparition de voile noir dans tout ou partie de son champ visuel. Si à cet examen d'une semaine il n'y a toujours aucune anomalie rétinienne visible après dilatation de

la pupille, un nouvel examen doit être conduit après quelques semaines et ceci jusqu'à disparition des symptômes. S'il n'y a pas d'apparition de lésions rétiniennes, les adhérences vitréennes traduites par les flashes lumineux finissent par disparaître après quelques semaines

Le seul examen complémentaire qui peut être demandé en cas de suspicion de DPV symptomatique est l'échographie qui n'a d'intérêt qu'en cas de trouble des milieux et notamment d'hémorragie intra-vitréenne. L'échographe doit être guidé vers la recherche de clapet de déchirure visible, quasi exclusivement dans la moitié supérieure de la rétine.

Le patient doit être prévenu que l'évolution des symptômes, en dehors des complications, se fait vers une amélioration progressive avec le temps, sur plusieurs mois et qu'une consultation est nécessaire en cas d'aggravation des signes initiaux.

Le DPV asymptomatique, le plus fréquent, ne nécessite pas de surveillance particulière.

Conclusion :

Le décollement postérieur du vitré est un phénomène normal, lié au vieillissement du vitré et dont la fréquence augmente donc avec l'âge des patients.

Il est dans près de 85% des cas asymptomatique et ne nécessite aucun suivi particulier. Quand il est aigu et symptomatique, la seule crainte est le risque de déchirure rétinienne et l'évolution vers un décollement de la rétine rapide en l'absence de traitement.

Il faut donc pouvoir recevoir rapidement les patients présentant des signes évocateurs, répéter les examens du fond d'œil avec dilatation pupillaire si les signes persistent et ceci pendant plusieurs semaines. En cas d'hémorragie intra-vitréenne, une échographie rapide faite par un échographe entraîné est le seul examen complémentaire nécessaire.