

Vous allez être opéré(e) de Trou Maculaire

ASSISTANCE
PUBLIQUE  HÔPITAUX
DE PARIS
LARIBOISIÈRE - FERNAND-WIDAL

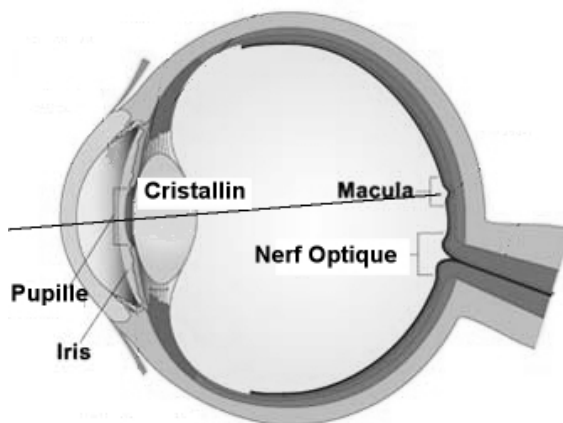
HÔPITAL LARIBOISIÈRE

Service d'Ophtalmologie

2 rue Ambroise Paré 75475 Paris cedex 10

tel : 33 (0)1 49 95 64 88

La rétine est constituée de cellules visuelles et tapisse le fond de l'oeil. Sa partie centrale ou *macula* mesure seulement 1 mm de diamètre et permet la vision précise, tandis que sa partie périphérique sert à percevoir l'espace situé autour de ce point. Par exemple, la macula vous permet de lire le journal, mais c'est le reste de la rétine qui vous fait voir les gens qui vous entourent.

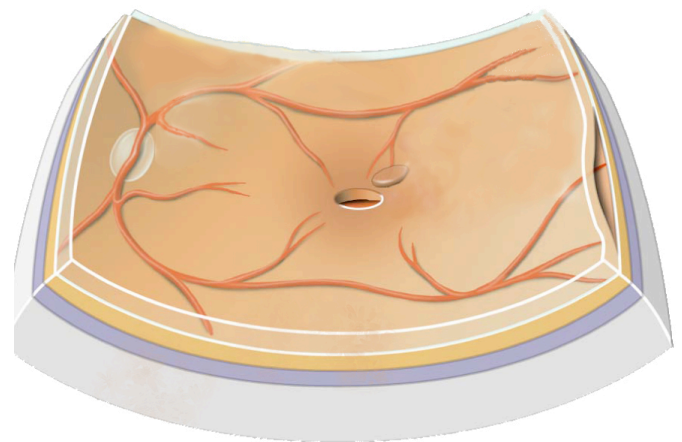


Qu'est-ce qu'un trou maculaire?

Un trou maculaire est une perte de substance rétinienne, ronde située au centre la macula.

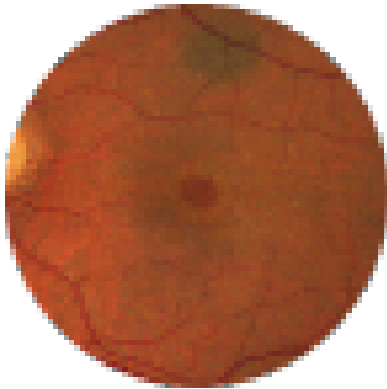
Au début de son apparition, le trou maculaire est de très petite taille et en-

traîne peu de gêne visuelle. Souvent même il passe inaperçu si l'autre oeil voit normalement. Le trou maculaire augmente progressivement de taille et devient responsable alors de la baisse d'acuité visuelle. Son bord s'épaissit et se soulève ; ce soulèvement est responsable de la vision déformée des objets ou "métamorphopsies".



En l'absence de traitement, on constate une aggravation progressive puis une stabilisation du trouble visuel. L'acuité visuelle peut être affaiblie à 2 ou 3/10 par exemple. Dans d'autres cas, elle baisse jusqu'à moins de 1/10 à cause d'une tache qui se projette sur le centre des lettres ou des mots. Parfois, les déformations gênent aussi la vision du relief où incitent à fermer l'œil pour lire plus confortablement.

Le champ visuel périphérique reste normal et l'évolution n'aboutit jamais à la cécité de l'oeil atteint.



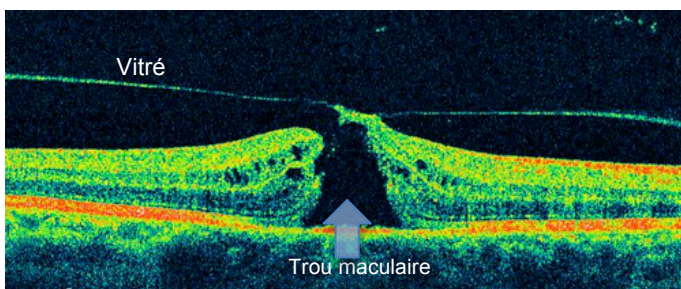
Les améliorations spontanées existent mais sont très rares. L'autre oeil est habituellement normal et ne risque de présenter un trou

que dans 1 cas sur 10.

La cause des trous maculaires n'est pas connue (en dehors des rares cas de contusion de l'oeil). Ils surviennent chez des sujets de plus de 60 ans (mais peuvent également exister chez des patients plus jeunes) et atteignent plus souvent les femmes.

Comment se forme un trou maculaire ?

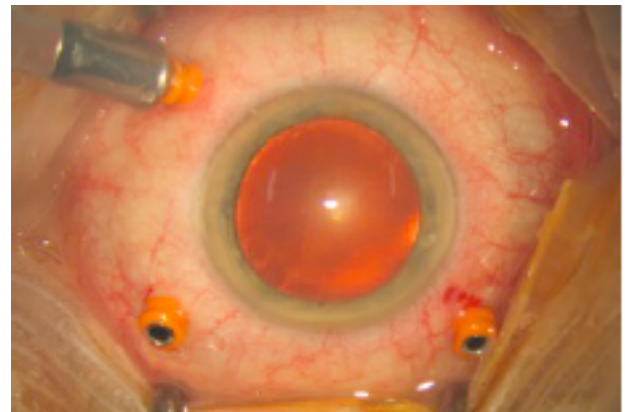
Le vitré est un gel transparent qui remplit la cavité oculaire et tapisse la rétine. A partir d'un certain âge, le vitré a tendance à se détacher de la rétine, et cela sans incident. Mais dans quelques cas, il existe une adhérence anormale entre le vitré et la macula. La traction du vitré peut alors entraîner un trou dans la macula



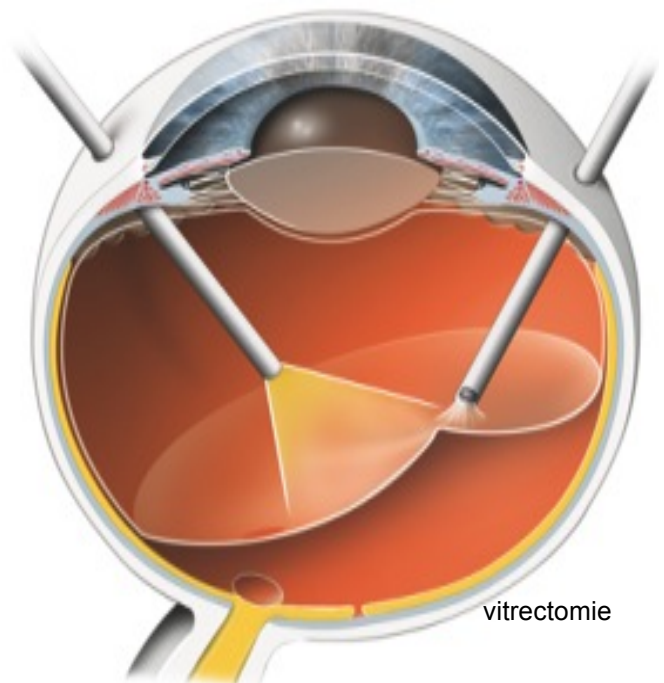
Le seul traitement possible est chirurgical.

Le traitement chirurgical.

Le but de la chirurgie est d'obtenir la fermeture du trou et une réapplication de son bord contre la paroi oculaire. L'intervention se déroule au bloc opératoire sous microscope. Elle est réalisée grâce à des instruments de microchirurgie, que l'on fait pénétrer dans l'oeil par trois petits orifices de 0,6 mm de

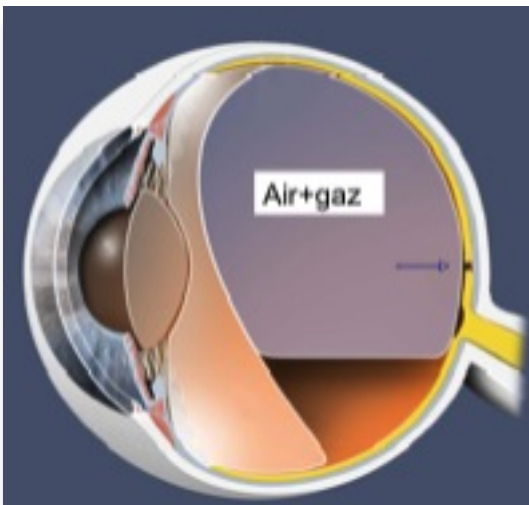
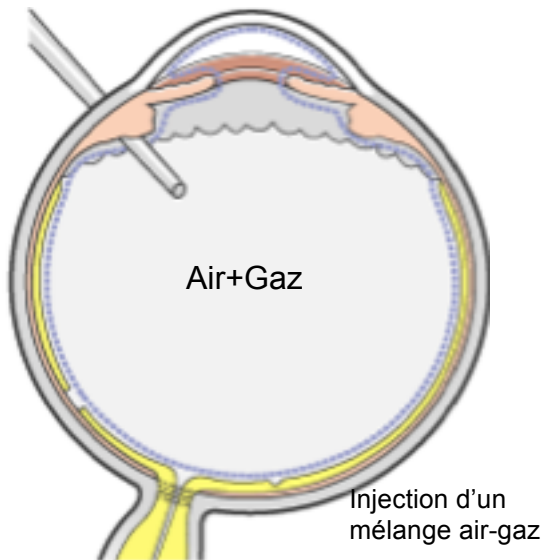


diamètre chacun, pratiqués dans la sclère (le "blanc de l'oeil").



L'opération consiste à aspirer le corps vitré et à le séparer de la rétine dans sa totalité (vitrectomie) ;

On termine l'intervention en remplissant l'oeil par un mélange gazeux. C'est ce gaz qui va appuyer sur le bord du trou et permettra d'initier sa réapplication.



Le fait d'enlever le vitré et de remplir temporairement l'oeil de gaz n'entraîne pas d'inconvénient ; au fur et à mesure que le gaz se résorbe (il disparaît complètement en six semaines) il est remplacé par de l'humeur aqueuse sécrétée par l'oeil.

Les orifices sont ensuite refermés avec du fil de suture très fin qu'il ne sera pas nécessaire d'enlever. Dans les cas où on a opéré avec des instruments de

0,6mm aucune suture n'est nécessaire à la fin de l'intervention.

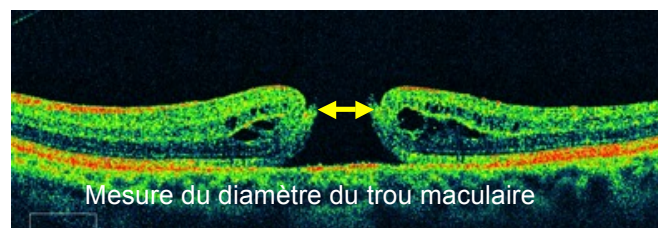
L'intervention a lieu habituellement sous anesthésie locale qui consiste à injecter un produit anesthésiant autour de l'oeil, juste avant l'acte chirurgical proprement dit. Dans ce cas, le patient est conscient et éveillé, ne ressent aucune douleur et peut éventuellement voir les instruments chirurgicaux dans son oeil. On peut également opérer sous anesthésie générale. La durée de l'intervention est d'environ une heure

Le bilan avant l'intervention

Des photos de votre fond d'œil. seront prises avant l'intervention et répétées 3 mois plus tard

On pratiquera aussi une Tomographie en Cohérence Optique (OCT) de votre fond d'oeil qui est un examen réalisé sans contact oculaire, et qui permet d'avoir des images très précises des dimensions et de la forme du trou maculaire. Cet examen sera répété en post-opératoire.

L'examen pré-opératoire comporte un bilan sanguin, quelques examens complémentaires et une consultation avec l'anesthésiste.



L'hospitalisation

La durée de l'hospitalisation est en général de 48h. Vous entrez à l'hôpital la

veille ou le jour de l'intervention et ressortez le lendemain ou le jour suivant

Le jour de l'hospitalisation.

Un examen ophtalmologique pré-opératoire sera de nouveau effectué et votre dossier ophtalmologique sera complété.

Le jour de l'intervention.

Une fois la chirurgie terminée, vous serez rapidement ramené(e) dans votre chambre.

Après l'intervention.

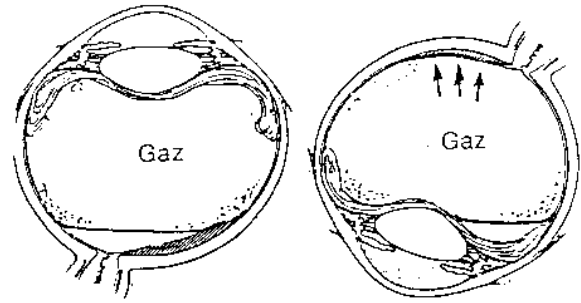
Les suites opératoires ne sont, en règle générale, pas douloureuses mais vous recevrez des médicaments contre la douleur si cela s'avère nécessaire.

Suites opératoires.

Dans la majorité des cas Il est primordial, pour que l'intervention réussisse, que pendant les 7 à 10 premiers jours post-opératoires vous mainteniez une position telle que la face soit dirigée vers le sol (soit couché(e) à plat ventre, soit assis(e) à une table, la tête reposant sur les avant-bras).



C'est la seule façon d'obtenir que le gaz appuie sur le trou et permette sa fermeture définitive après quelques jours.



Ce positionnement doit être strict, à peu près 22 heures sur 24.

Dans certains cas, si le diamètre du trou maculaire est petit le positionnement sera très allégé consistant seulement à ne pas dormir sur le dos, mais en position assise ou strictement à plat ventre.

Dans les jours qui suivent l'intervention peuvent survenir des picotements oculaires qui ne doivent pas inquiéter. En effet, cette petite gêne survient si des fils de suture ont été placés à la fin de l'intervention et s'atténuera progressivement jusqu'à la résorption spontanée des fils. (3 semaines à 1 mois environ). Vous pourrez, poser les questions nécessaires lors de votre hospitalisation.

Après votre sortie, il faudra continuer à réaliser le positionnement prescrit, à votre domicile.

Remarques importantes.

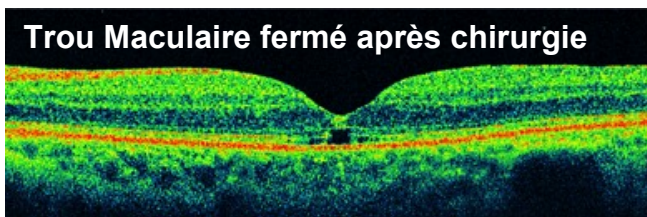
Du fait du risque d'expansion du gaz injecté dans votre oeil, il est formellement contre-indiqué durant les six semaines après l'opération, de prendre l'avion, ou d'aller en montagne à plus de 1 000 mètres d'altitude.

Si une opération, pour une autre raison que l'oeil, doit être pratiquée, l'anesthésiste doit être prévenu que votre oeil contient un mélange gazeux, comme indiqué sur la notice qui est remise à votre sortie.

Les rendez-vous post-opératoires

Lors de votre sortie, vous aurez une ordonnance précisant les gouttes à instiller et les médicaments éventuels à prendre. Lors de votre sortie, un rendez-vous vous sera donné pour la semaine qui suit l'intervention puis trois mois plus tard.

Entre-temps, il vous sera conseillé de revoir votre ophtalmologiste traitant.



Au bout d'un mois, il est possible de savoir si le trou est bien fermé.

Récupération fonctionnelle.

La chirurgie permet d'obtenir la fermeture du trou dans plus de 90% à 95% des cas selon la taille du trou. L'amélioration de l'acuité visuelle est progressive. Elle est variable et dépend de l'ancienneté et de la taille du trou.

Chez les patients qui n'ont pas déjà été opérés de cataracte, il faut noter la forte probabilité du développement d'une **cataracte**, responsable d'une baisse de l'acuité visuelle secondaire. Celle-ci apparaît dès les premiers mois après l'intervention. Elle implique une nouvelle intervention, sous anesthésie locale, pour retrouver ou conserver le bénéfice visuel obtenu après la chirurgie du trou maculaire.

Les *complications* sont rares :

- L'*infection* est un risque qui existe comme dans n'importe quelle autre chirurgie, malgré les précautions rigou-

reuses d'asepsie au bloc opératoire ; le risque est de 2 pour 1000. L'infection est le plus souvent traitée efficacement par des antibiotiques, mais reste grave pour la vision, et peut même exceptionnellement conduire à la perte de l'œil.

- Le *décollement de la rétine* est un autre risque : sa fréquence est de 1 % environ. Lorsque la rétine se décolle, une nouvelle intervention est nécessaire pour la recoller.

- Dans 10 % des cas environ, le trou maculaire, fermé par l'intervention, peut se *rouvrir* après plusieurs mois, ou années.

- D'autres incidents peuvent se produire, comme une élévation de la pression intraoculaire pendant les premiers jours post-opératoires, ou une réaction inflammatoire habituellement bien contrôlée par le traitement, mais qui peuvent demander une hospitalisation prolongée de 1 jour ou 2

EN CONCLUSION

La chirurgie des trous maculaires donne de bons résultats :

- Dans plus de 85 % des cas le trou est refermé.
- 80 % des patients constatent une nette diminution des métamorphopsies, et une diminution ou une disparition du scotome central
- Plus de 70 % des patients présentent une amélioration de l'acuité visuelle, et tout particulièrement une meilleure facilité de lecture.
- Les cas de mauvaise récupération sont ceux où le trou maculaire était ancien ou de grande taille.
- Les échecs d'une première chirurgie peuvent éventuellement être réopérés.

RENSEIGNEMENTS PRATIQUES

PU-PH, chef de service :	Pr Pascale Massin
PU-PH, consultant :	Pr Alain Gaudric
Praticiens Hospitaliers :	Dr Ramin Tadayoni Dr Ali Erginay Dr Claudia Schulze
Chefs de Clinique-Assistants (CCA) :	Dr Sébastien Bruneau Dr Bénédicte Dupas
Praticiens Attachés, anciens CCA	Dr S Yves Cohen Dr Valérie Krivosic Dr Philippe Girard
Assistant Spécialiste :	Dr Yassine Aloulou
Secrétariat Médical :	Tél. : 01 49 95 64 88 ou 01 49 95 25 23 Fax : 01 49 95 64 83
Cadre Infirmier :	Mme Karine Lopez Tél. : 01 49 95 68 13
Rendez-vous opératoires :	M. David Bouaziz Mme Cécile Ngoué Tél. : 01 49 95 64 90

Le Service d'Ophtalmologie de l'Hôpital Lariboisière
fait partie du Pôle Neurosensoriel-Tête et Cou.

www.ophtalmologie-lariboisiere.fr

