

LE DECOLLEMENT DE RETINE.

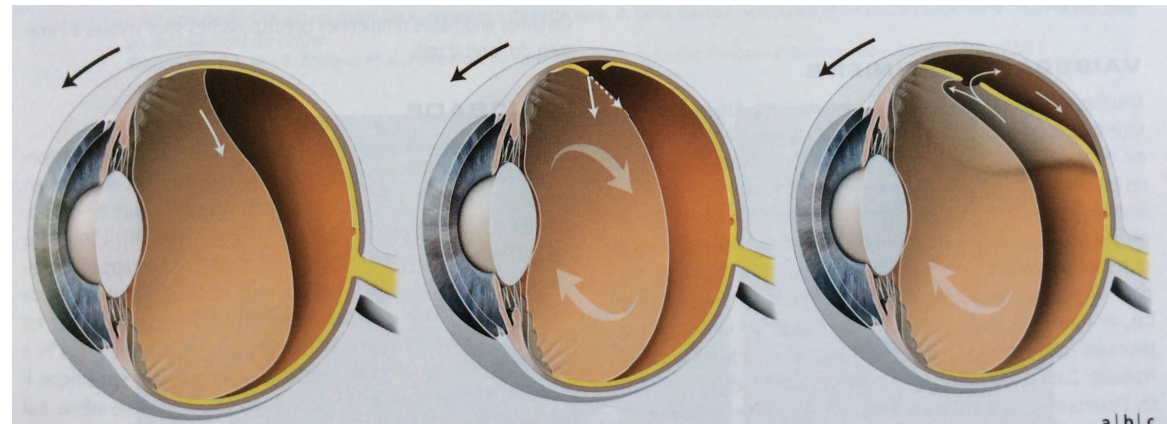
22 mars 2017

VOTRE SANTÉ, NOTRE MÉTIER

Physiopathologie du DR rhégmatogène

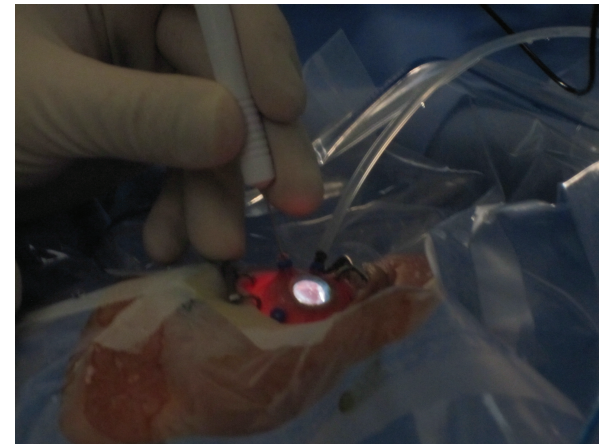
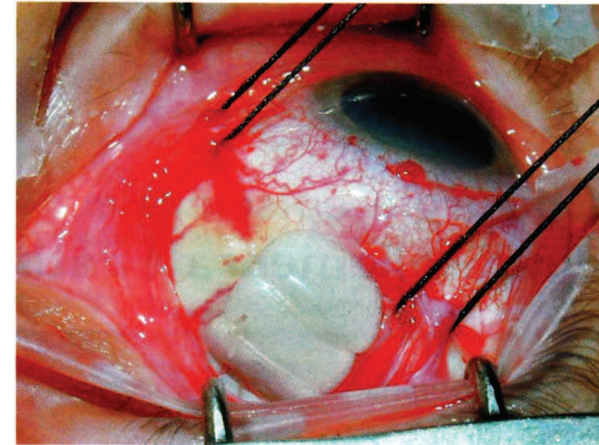
La survenue du DR rhégmatogène résulte de la combinaison de plusieurs facteurs :

- Déhiscence rétinienne
- Traction vitréenne
- Présence de liquide de faible densité en regard de la déchirure



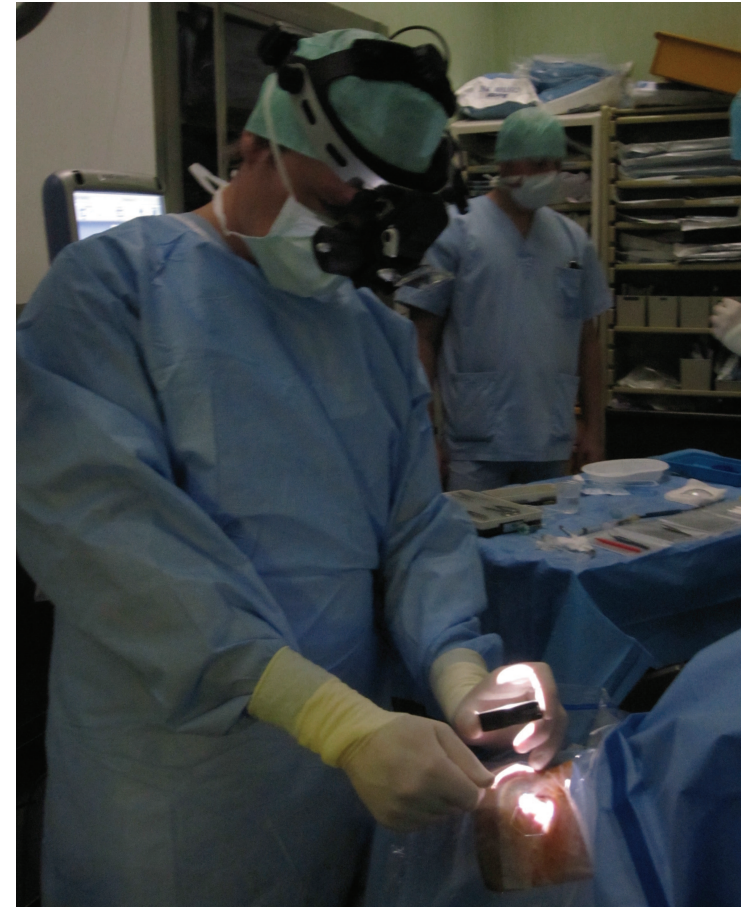
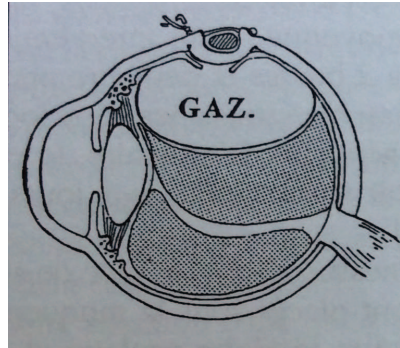
Traitement du DR rhégmatoogène est chirurgical

- BUT de la chirurgie est de « boucher » les déchiscences et d'arrêter le passage de liquide au travers de ces déchirures
- Pour y arriver
 - Chirurgie épisclérale :
 - Indentation sclérale ou chirurgie Ab externo
 - Rétinopexie pneumatique + cryo per-Op ou laser post-Op
 - Vitrectomie

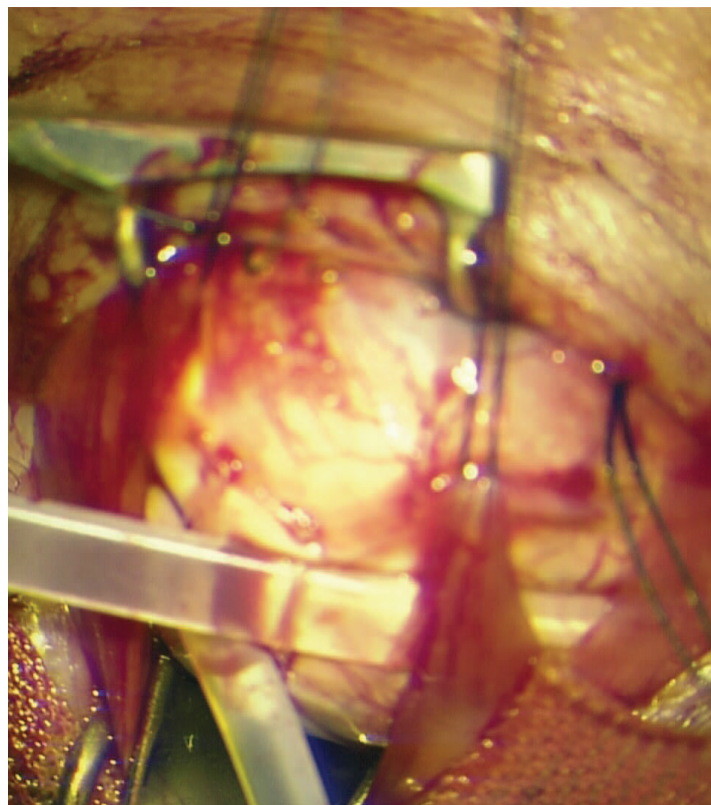
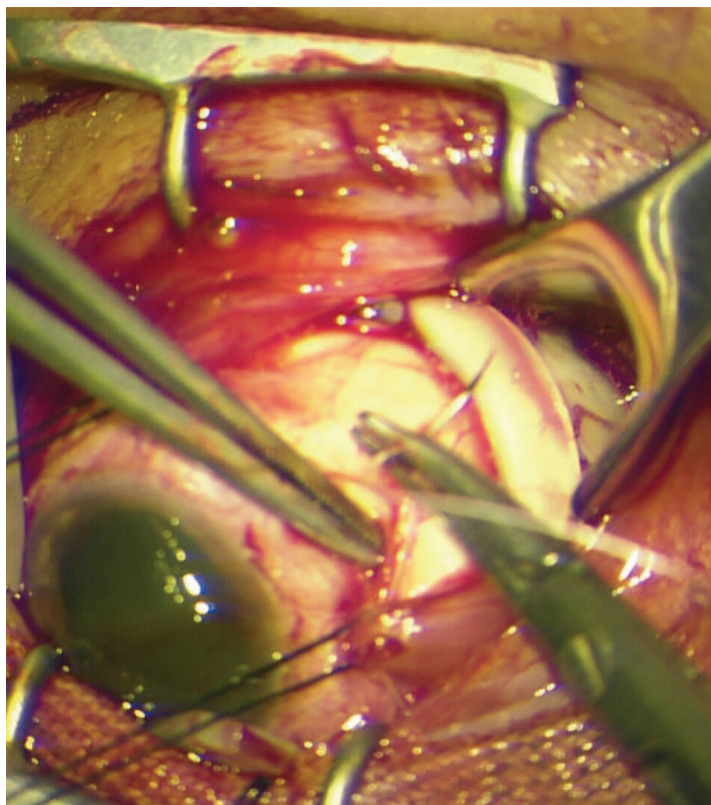


Chirurgie épisclérale du DR

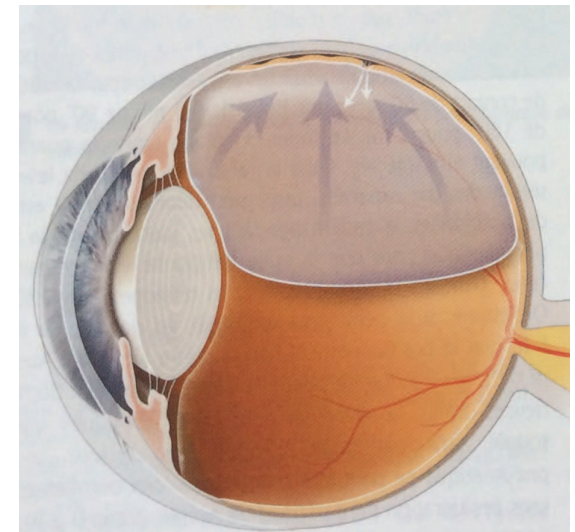
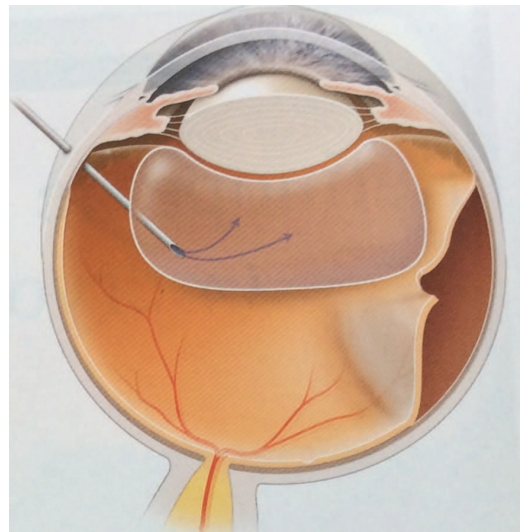
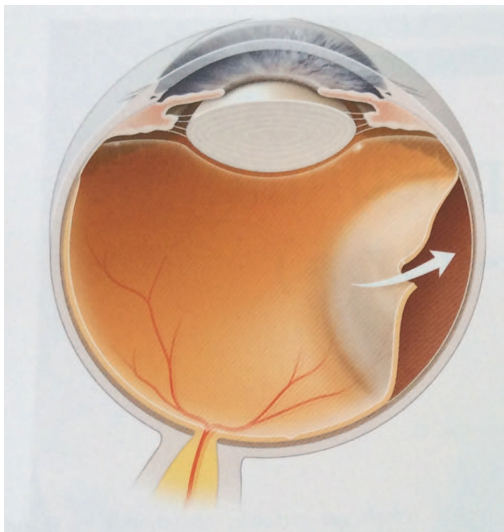
- Dissection conjonctivale
- Chargement des muscles
- Recherche de la déchirure au casque
- Cryoapplication
- Mise en place du matériel d'indentation
- PCP (risque d'hypotonie ou d'hémorragie sous-rétinienne)
- Gaz SF₆
- Techniques particulières
 - D.A.C.E. pour DR très bulleux
 - Rétinopexie pneumatique



L'indentation et le cerclage externe



Chirurgie épisclérale du DR : rétinopexie pneumatique



Sélection du patient : phaque, petites déchirures regroupées dans 1h d'arc rétinien, compliant

Indications réduites en Europe aux cas où l'indentation est contre-indiquée

Complications de la technique Ab externo

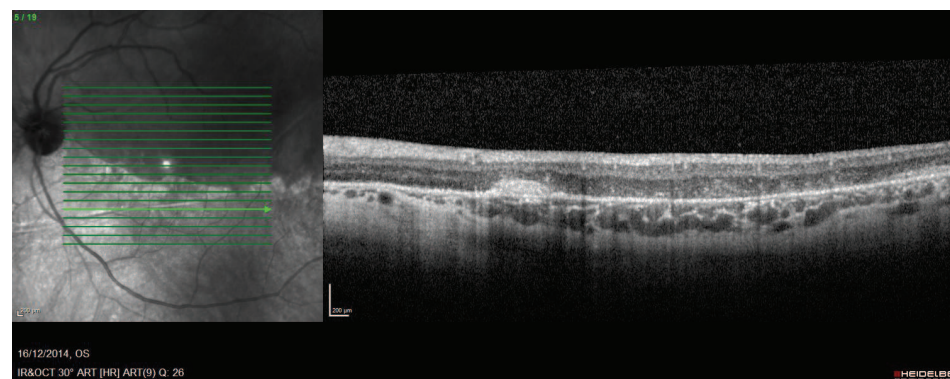
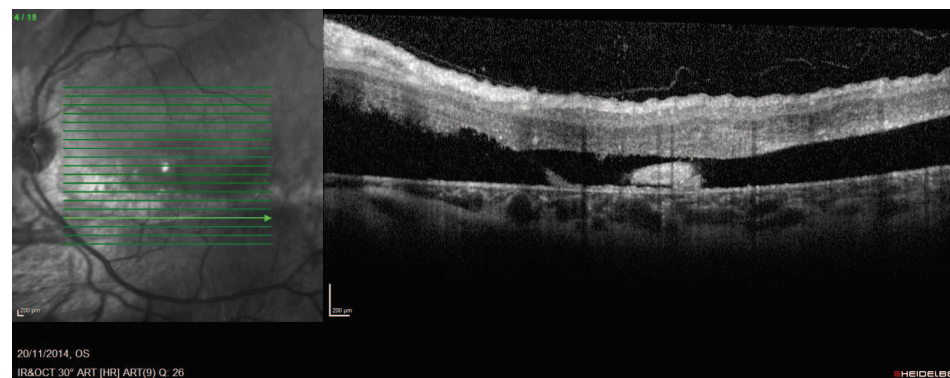
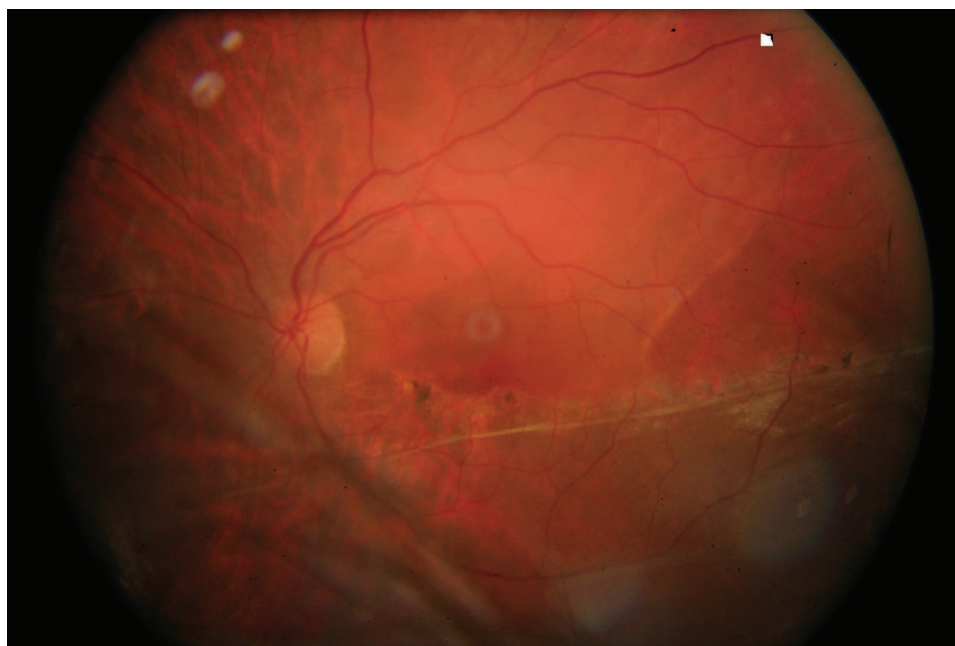
- Difficulté de localisation des déchirures en per-Op même sans troubles des milieux
- Perforation sclérale compliquée d'hémorragie sous rétinienne ou d'incarcération
- Diplopie et troubles réfractifs post-opératoires
- Douleurs et inflammations trainantes post-Op
- Externalisation de la prothèse d'indentation et irritation conjonctivale

Vitrectomie

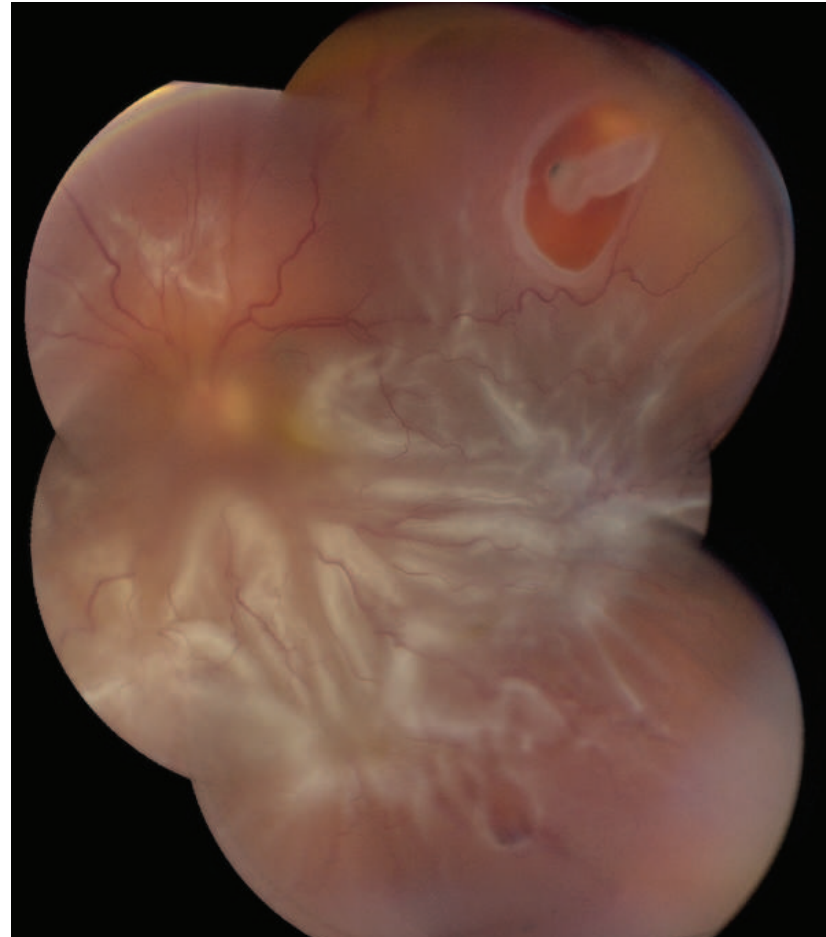
- Indications :
 - Idem ab externo
 - DR ancien organisé et PVR
 - Déchirure géante
 - DR sur TM
 - DR inférieur compliqué
 - Hémorragie vitréenne et trouble de milieux
 - Pseudophakie
- Technique :
 - +/- cerclage externe
 - Trocarts et infusion
 - Ablation du vitré
 - PFC ou aspiration directe
 - Pexie par cryothérapie ou endolaser
 - Tamponnement gazeux ou par huile de silicone



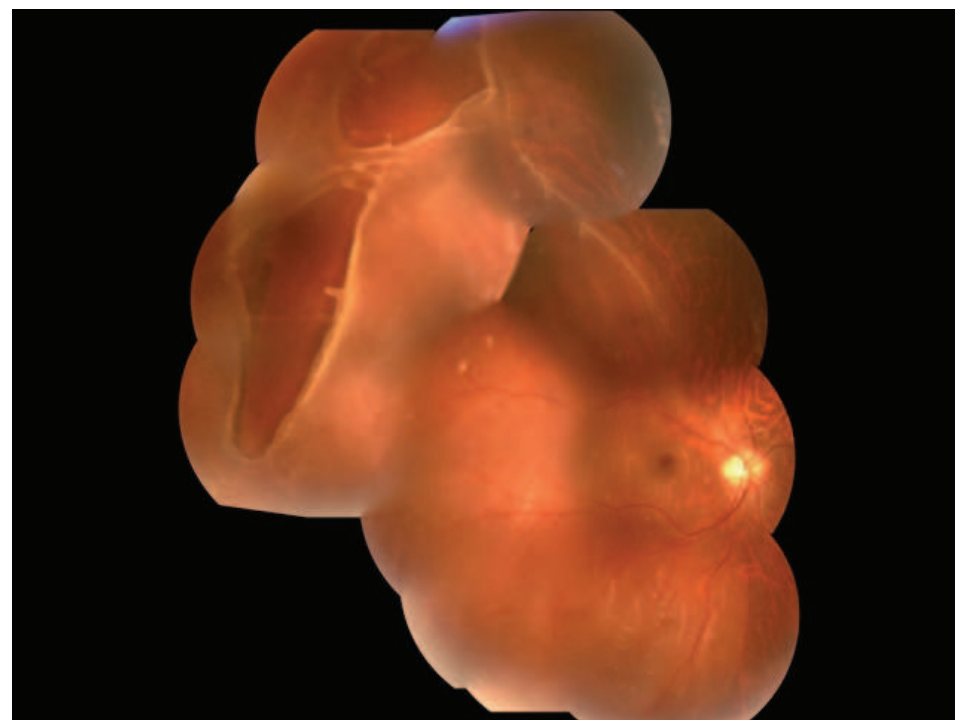
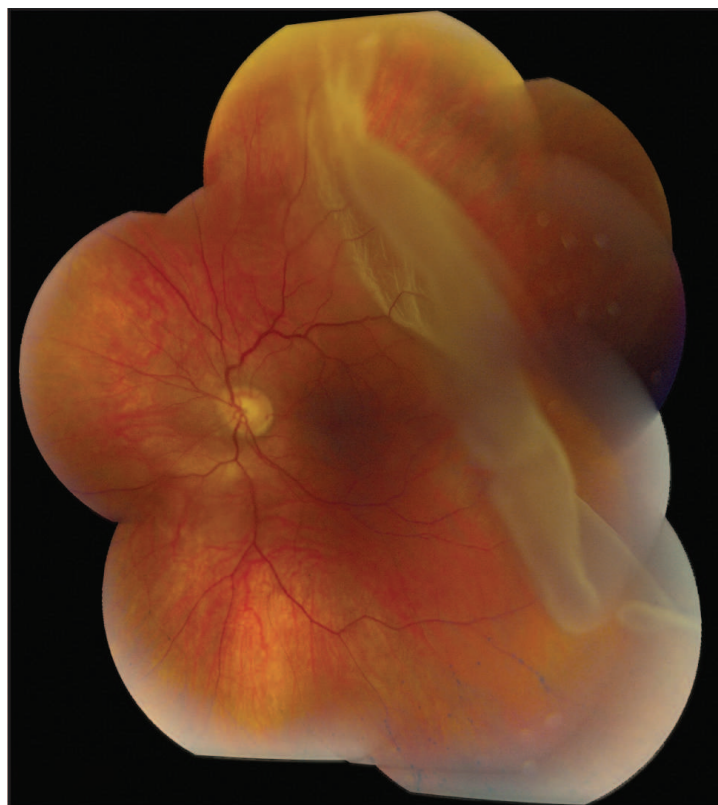
Vitrectomie : DR ancien



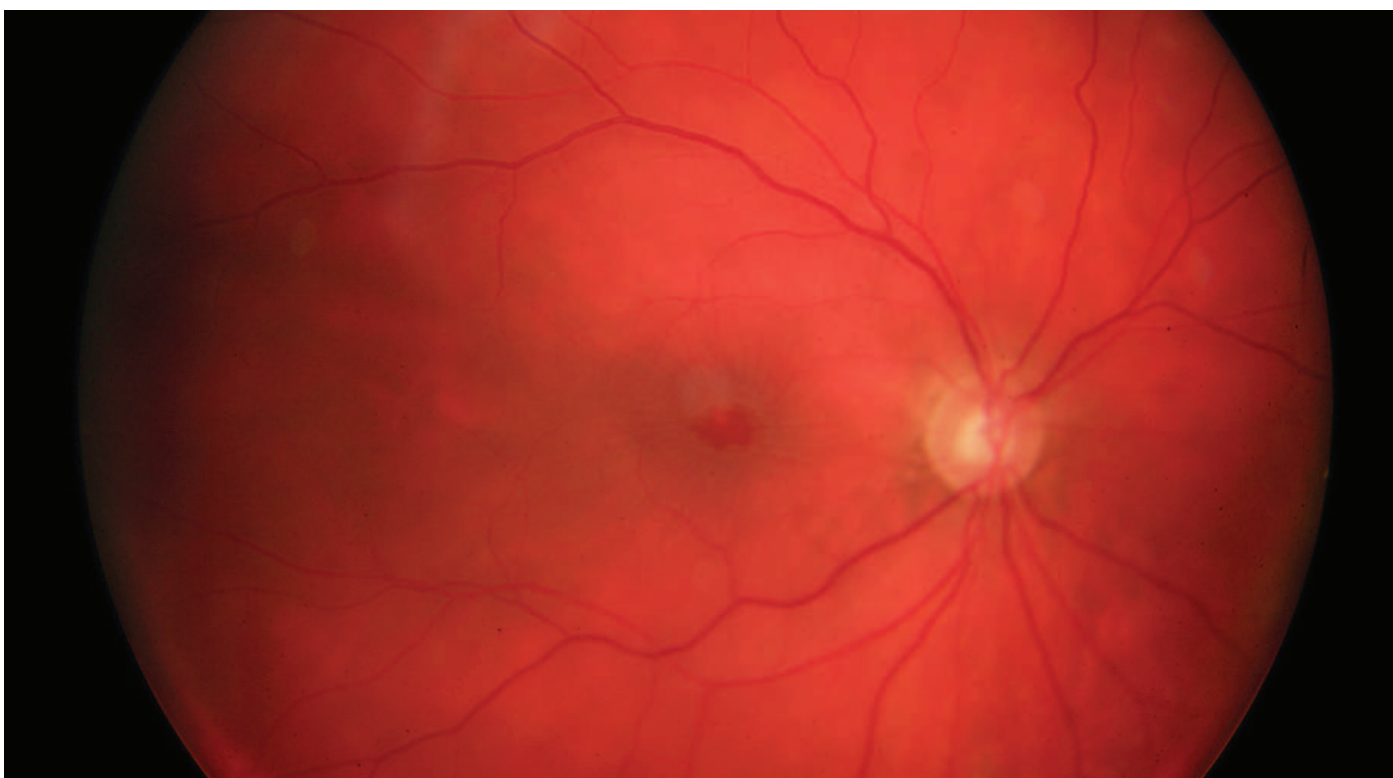
Vitrectomie : prolifération vitréo-rétinienne

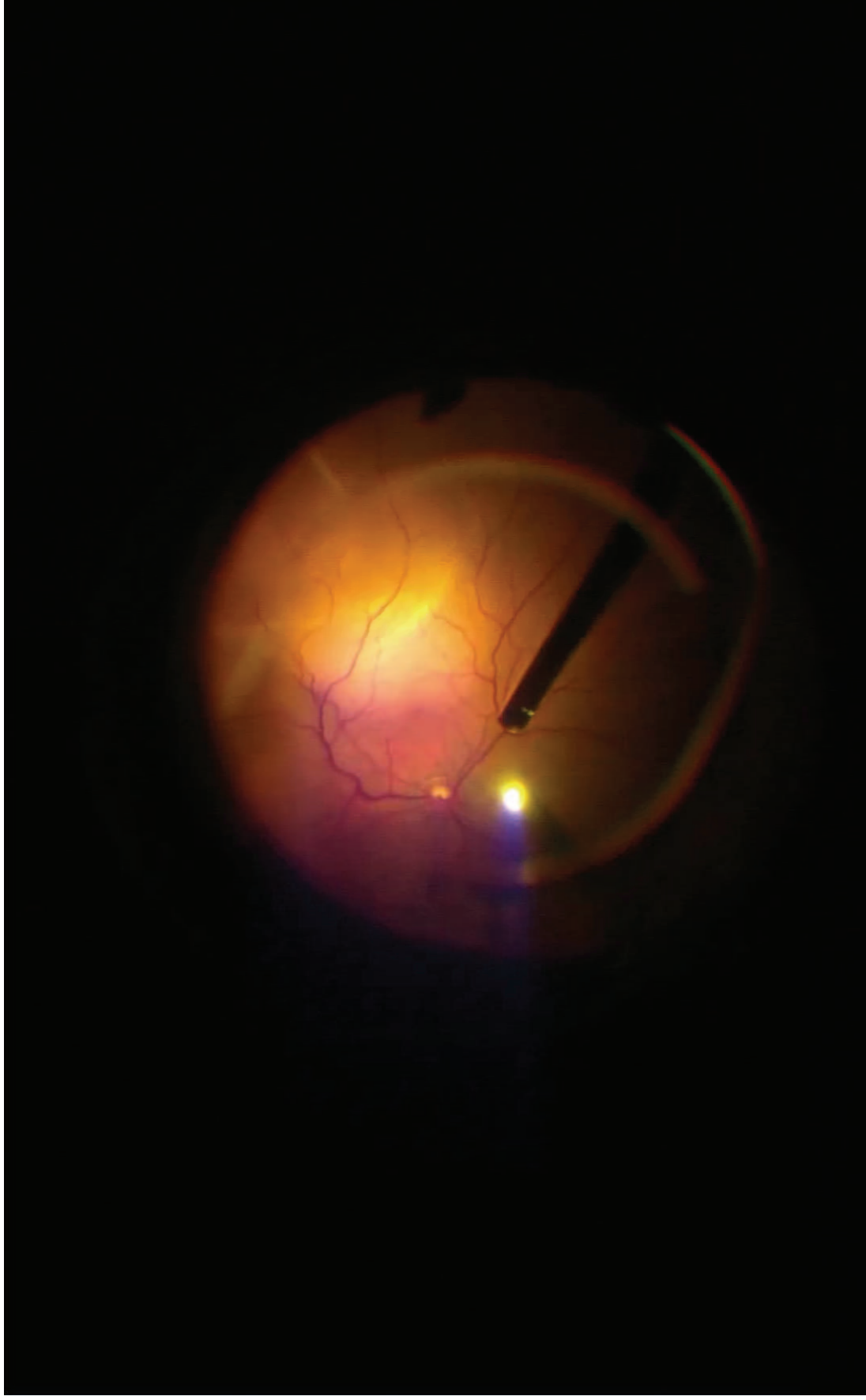


Vitrectomie : déchirure géante



Vitrectomie : DR sur trou maculaire





Vitrectomie : nouveau système Ngenuity



Chirurgie du DR : Post-Op

- Positionnement en fonction de la topographie du DR et des déchirures : décubitus latéral ou ventral
- Instillation de collyres : TBD + IDC + Isopto-atropine
- Incapacité de 15 jours minimum :
 - Inconfort et douleur
 - Pexie nécessite 7 à 10 jours
 - Tamponnement SF6 en fonction de sa concentration : pas de conduite ni avion
 - Mydriase atropinique



Nomenclature : Chirurgie combinée associant vitrectomie 246665 + cataracte $\frac{1}{2}$ 246923.

Ce qui INAMI reproche :

- Même site opératoire :
 - Texte flamand (incision) et traduction française (champ opératoire)
 - incision cornéenne en avant de la conjonctive vs pars plana trans-conjonctivale ou après dissection
 - hantise de rupture de capsule du chirurgien du SA
- Extraction du cristallin afin de générer des bénéfices :
 - 50% du code si chirurgie combinée vs 100% si chirurgie future

Les réalités opératoires :

- Vx induit irrémédiablement une cataracte si > 50 ans
- Vx antérieure complète si extraction du cristallin et diminution des complications
- Meilleure visibilité et accessibilité des structures du FO
- Mobilisation avec accompagnant, hospitalisation et stress du patient si seconde chirurgie
- Diminution des déchets

MERCI POUR VOTRE ATTENTION



VOTRE SANTÉ, NOTRE MÉTIER

