

Vous allez être opéré(e) de Trou Maculaire

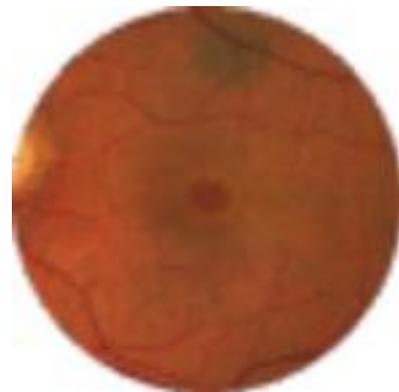
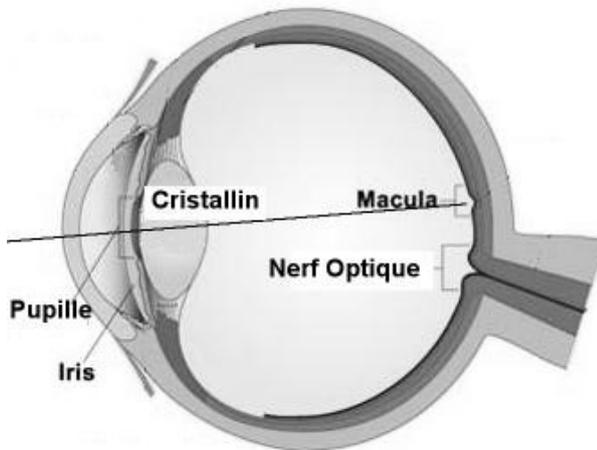


Service d'Ophtalmologie

Pr Ramin TADAYONI

La rétine est constituée de cellules visuelles et tapisse le fond de l'œil. 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.

entraîne peu de gêne visuelle. Souvent même il passe inaperçu si l'autre œil 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".



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

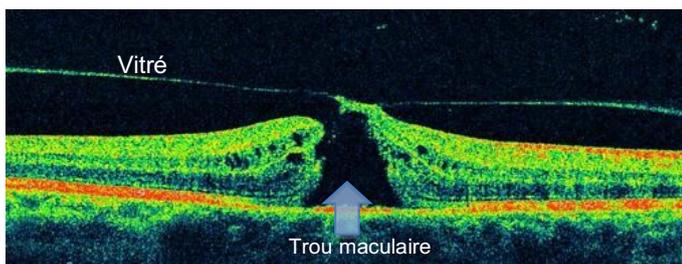
En l'absence de traitement, on constate une aggravation progressive puis une stabilisation du trouble visuel. L'acuité visuelle peut être affaiblie à 2 ou 3/10 par exemple. Dans d'autres cas, elle baisse jusqu'à moins de 1/10 à cause d'une tache qui se projette sur le centre des lettres ou des mots. 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'œil atteint.

Les améliorations spontanées existent mais sont très rares. L'autre œil 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'œil). Ils surviennent le plus souvent chez des sujets de plus de 60 ans (mais peuvent également exister chez des patients plus jeunes) et atteignent plus fréquemment 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.

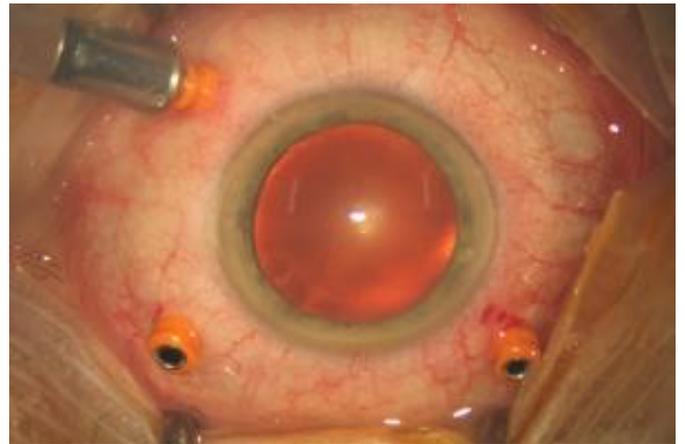


Le seul traitement actuellement disponible est le traitement chirurgical.

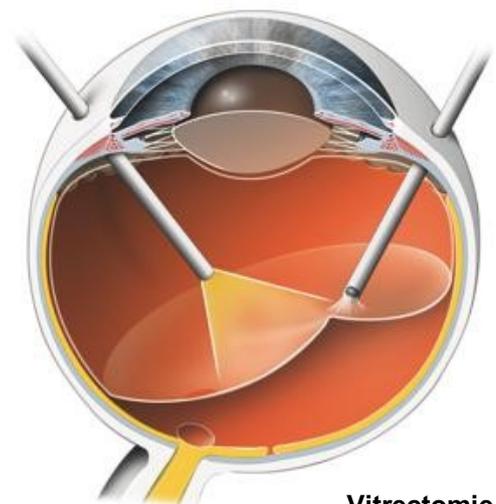
Le traitement chirurgical.

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. Sa durée est d'environ une heure. Elle est réalisée grâce à des instruments de microchirurgie, que l'on fait pénétrer dans l'œil par trois petits orifices de 0,45 mm de diamètre chacun, pratiqués dans la sclère (le "blanc de de l'œil").

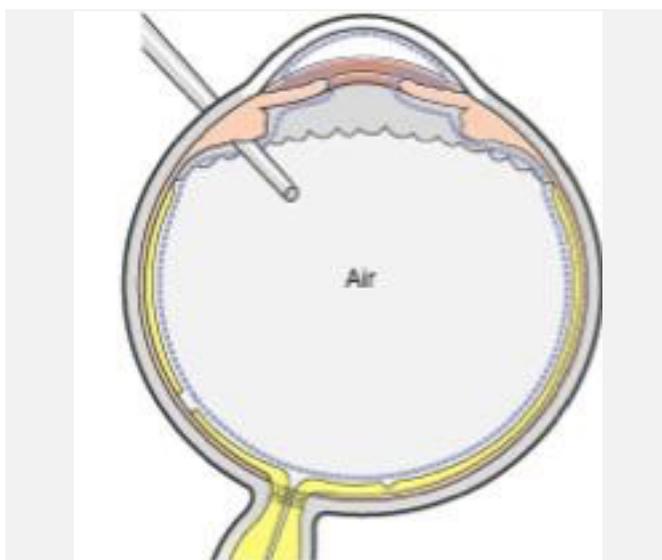


L'opération consiste à aspirer le corps vitré et à le séparer de la rétine dans sa totalité (vitrectomie) ;



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

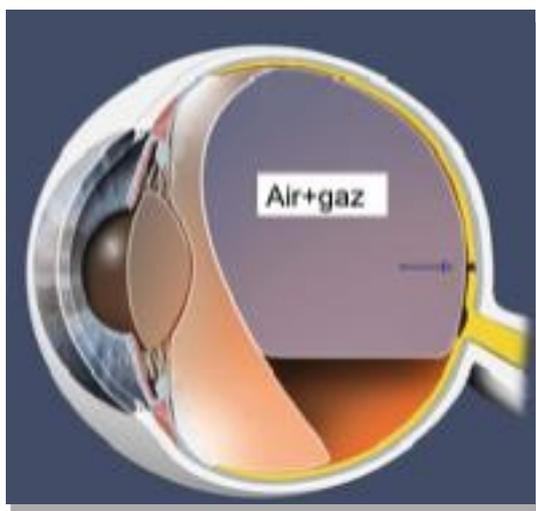
Injection d'un mélange air-gaz



Les orifices sont le plus souvent étanches sans suture, mais parfois un fil de suture peut être nécessaire, il se résorbera spontanément.

Le bilan avant l'intervention

Des photos et une tomographie en cohérence optique de votre fond d'œil seront prises avant l'intervention et répétées un mois post opératoire. L'examen pré-opératoire comporte un bilan sanguin, quelques examens complémentaires et une consultation avec l'anesthésiste.



L'hospitalisation

La chirurgie a lieu à l'Hôpital Lariboisière ou à l'Hôpital Fondation Adolphe de Rothschild mais sera bien effectuée par votre chirurgien de Lariboisière.

La chirurgie maculaire se déroule généralement en hospitalisation **ambulatoire**, c'est à dire de courte durée. Vous rentrerez chez vous le soir de l'opération. Vous devez être accompagné lors de votre sortie de l'hôpital et la nuit qui suit l'opération.

La veille de votre intervention la secrétaire du service ambulatoire vous téléphonera pour fixer votre heure d'arrivée.

L'anesthésie

L'intervention a lieu habituellement sous anesthésie locale qui consiste à injecter un produit anesthésiant autour de l'œil, juste avant l'acte chirurgical proprement dit.

Le fait d'enlever le vitré et de remplir temporairement l'œil de gaz n'entraîne pas d'inconvénient. Durant toute la durée où l'œil est rempli de gaz, la vision est très faible et le patient a l'impression de voir comme à travers une bulle d'eau.

Au fur et à mesure que le gaz se résorbe (il disparaît complètement entre 4 à 6 semaines), il est remplacé par de l'humeur aqueuse sécrétée par l'œil et la vision s'améliore.

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. Vous aurez une consultation d'anesthésie quelques jours avant l'intervention

Après l'intervention

Vous êtes ramené(e) dans votre box et une collation vous est servie. Selon le type d'anesthésie réalisée, une coque protectrice ou un pansement sera placé sur l'œil opéré jusqu'au lendemain. Un bracelet vert est également placé autour de votre poignet afin que l'ensemble du personnel soignant soit averti de la présence de gaz intraoculaire. Ce bracelet devra être porté jusqu'à disparition complète du gaz.

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

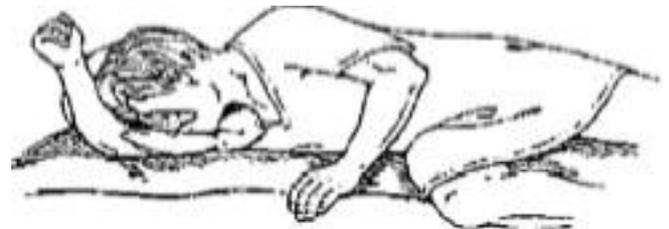
Dans quelques cas particuliers, une hospitalisation pourra s'avérer utile ou nécessaire. Sa durée sera déterminée de façon précise, au moment de votre consultation préopératoire, et tiendra compte de certains impératifs médicaux

Votre sortie

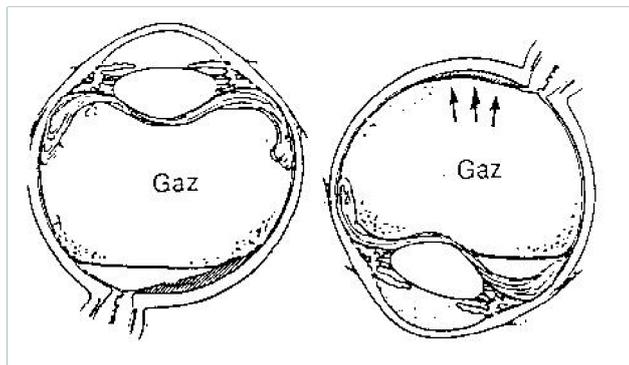
L'infirmier vous expliquera les soins postopératoires et vous remettra vos ordonnances.

Néanmoins si une complication survenait, vous pouvez joindre le service d'ophtalmologie du lundi au vendredi de 8 heures à 16 heures au 01 49 95 64 94. En dehors de ces horaires vous pouvez contacter les urgences ophtalmologiques à l'Hôpital Fondation Adolphe de Rothschild au 01 48 03 68 84

Dans la moitié des cas il est primordial, pour que l'intervention réussisse, que pendant les 7 à 10 premiers jours postopératoires 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 les autres cas, si le diamètre du trou maculaire est petit le positionnement sera très allégé et consiste 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'atténue 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.

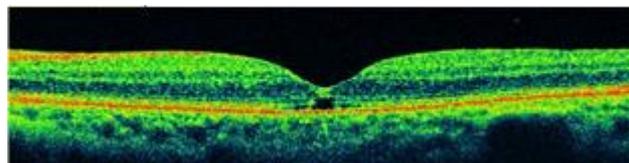
Remarques importantes. Du fait du risque d'expansion du gaz injecté dans votre œil, il est formellement contre-indiqué durant les six semaines après l'opération, de prendre l'avion, ou d'aller en montagne à plus de 1 000 mètres d'altitude. Si une opération, pour une autre raison que l'œil, doit être pratiquée, l'anesthésiste doit être prévenu

que votre œil contient un mélange gazeux, comme indiqué sur la notice qui est remise à votre sortie. Il faut pour cela porter le bracelet vert fixé à votre poignet au bloc opératoire jusqu'à disparition complète du gaz.

Les rendez-vous post opératoires

Vous serez revu(e) en consultation d'ophtalmologie 8 jours après votre intervention, un mois et trois mois ensuite. Les rendez-vous vous seront envoyés par courrier.

Par la suite, 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. C'est pourquoi lorsqu'une cataracte existe, une chirurgie combinée de la cataracte et du trou maculaire est proposée.

Les complications sont rares

- L'infection est un risque qui existe comme dans n'importe quelle autre chirurgie, malgré les précautions rigoureuses d'aseptie 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 réappliquer.

- 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.

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

Chef de Service	Pr Ramin TADAYONI
PUPH consultant	Pr Alain GAUDRIC
PHU	Dr Aude COUTURIER
Praticien Hospitaliers	Dr Bénédicte DUPAS Dr Ali ERGINAY Dr Valérie KRIVOSIC Dr Elise PHILIPPAKIS
Chefs de clinique assistants	Dr Marion LAM
Assistants spécialisés	Dr Pierre NEGRIER Dr Mehdi BENCHEQROUN Dr Anaïs AUBINEAU
Secrétariat Médical	01 49 95 64 88 01 49 95 25 23 01 49 95 24 75 01 49 95 24 74 Fax : 01 49 95 64 83
Secrétariat hospitalier	01 49 95 64 94
Cadre Hospitalisation	01 49 65 68 13
Rendez-vous opératoires	Mme Caroline BOUCHE Mme Ghislaine ZETTOR 01 49 95 64 90

EN CAS D'URGENCE

Par téléphone :

Du lundi au vendredi de 8h à 16h : Hôpital Lariboisière

01 49 95 64 94 (poste infirmier)

01 49 95 64 88 (secrétariat général)

En dehors de ces horaires, urgences ophtalmologiques 24h/24, 7j/7 :

01 48 03 68 84 (Hôpital Fondation Adolphe de Rothschild)

Si vous devez vous déplacer :

Du lundi au jeudi de 8h30 à 17h et le vendredi de 8h30 à 16h : consultation d'ophtalmologie de Lariboisière, secteur bleu porte 12, rez de chaussée

En dehors de ces créneaux, vous devez vous rendre aux urgences ophtalmologiques de l'Hôpital Fondation Adolphe de Rothschild, 26 rue Manin 75019 Paris.

