

Macula (centre de la rétine)

Les maladies de la macula

Si la macula est atteinte par une maladie quelconque, le patient perd alors sa vision centrale (c'est-à-dire la vision fine pour lire, écrire et conduire). La vision chute progressivement, plus ou moins rapidement, pour parfois atteindre moins de 1/10ème.

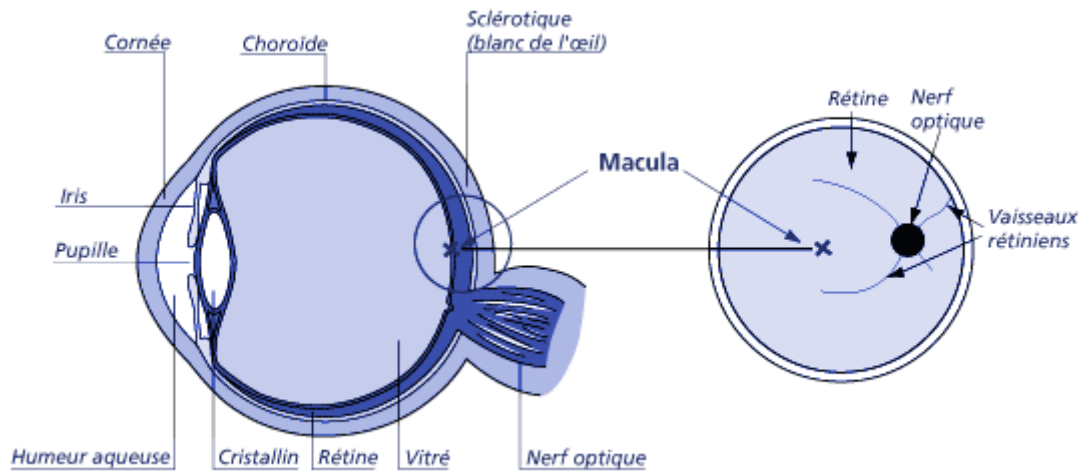
Les maladies les plus fréquentes de la macula sont les membranes épirétiniennes (syndrome de Jaffé et trou maculaire) et la dégénérescence liée à l'âge.

Membranes épirétiniennes :

Des membranes très fines et translucides se forment spontanément sur la macula et la plissent, ce qui provoque une souffrance importante des cellules rétiniennes. Dans certains cas, les tractions de ces membranes sur la rétine centrale peuvent être à l'origine d'un trou dit "trou maculaire".

Dégénérescence maculaire :

C'est la mort progressive des cellules de la macula, le plus souvent liée au vieillissement. Elle se complique dans un certain nombre de cas de "néovascularisation sous-rétinienne", c'est-à-dire d'une prolifération de minuscules vaisseaux sanguins sous la rétine. Ces vaisseaux en surnombre se multiplient, laissant passer au travers de leur paroi du sang et du sérum. Ces liquides forment alors une bulle qui gonfle la rétine et déforme la vision. La vue est alors très basse, souvent inférieure à 1/10ème.



Quelles en sont les causes ?

Des troubles circulatoires (hypertension, athérosclérose), certaines maladies inflammatoires, un traumatisme, mais surtout l'âge, favorisent ces atteintes maculaires.

Les premiers symptômes

Une atteinte de la macula se manifeste par une vision déformée des lignes droites, un flou visuel avec souvent des difficultés à la lecture et plus tard une tâche centrale noire ou grise.

Comment soigne-t-on cette maladie ?

Membranes maculaires épirétiniennes :

L'intervention chirurgicale consiste, après une vitrectomie (ablation du vitré), à disséquer et enlever cette membrane responsable des tractions sur la macula.

En cas de trou maculaire constitué, le chirurgien injecte une grosse bulle de gaz inerte dans l'œil à la fin de l'intervention pour obtenir une cicatrisation du trou. Le patient devra alors garder une position (dite "position bulle") pendant 12 jours après l'intervention.

Cette position consiste à regarder le sol en permanence. Le respect très strict de cette position est indispensable à la guérison. La bulle de gaz se résorbe dans les 15 jours qui suivent l'intervention.

Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) :

Le choix du traitement (laser, photothérapie dynamique, thermothérapie, chirurgie, radiothérapie) repose sur l'angiographie qui permet de préciser le type de néovaisseaux et leur localisation ou leur absence, comme dans les formes de dégénérescence maculaire atrophique.

Dans le cadre de dégénérescence maculaire néovasculaire, c'est-à-dire exsudative ou humide, lorsque les vaisseaux sont situés en dehors du point de fixation, le traitement habituel est le traitement par laser, qui permet la destruction des néovaisseaux en laissant place à une cicatrice qui ne permet plus la vision dans cette zone.

En cas de néovaisseau situé derrière le point de fixation, de nouveaux traitements comme la photothérapie permettent de rendre ces vaisseaux moins perméables et de diminuer ainsi les phénomènes exsudatifs, et donc de freiner l'évolution de la maladie.

Lorsque les néovaisseaux ne sont pas visibles, la thermothérapie peut avoir des indications intéressantes.

Dans certains cas, une intervention chirurgicale peut être proposée. Grâce à une incision dans la rétine, le chirurgien peut atteindre directement les vaisseaux sous-rétiniens et les retirer à l'aide d'une petite pince coudée. Il enlève également l'hématome. Il injecte ensuite une petite bulle d'air dans l'œil, qui va appuyer sur la rétine le temps de la cicatrisation. Le patient doit alors regarder vers le sol pendant quelques heures après l'intervention.

Consultation externe, chirurgie ambulatoire ou hospitalisation ?

Cette chirurgie peut nécessiter une hospitalisation de 48 heures. Selon les cas, elle peut aussi se pratiquer en ambulatoire.

L'anesthésie peut être locale ou générale.

La durée de l'intervention est très variable selon le cas et la difficulté.

Quelles précautions prendre après l'intervention ?

Le patient peut reprendre ses activités dès la sortie de la clinique sous réserve bien sûr qu'il respecte les prescriptions de son médecin (médicaments ou positionnement).

L'œil ne doit être ni douloureux, ni très collé le matin ; dans le cas contraire après la sortie de la clinique, il faudra consulter un ophtalmologiste sans aucun délai. Dans les jours qui suivent l'intervention, peuvent survenir des picotements oculaires qui ne doivent pas vous inquiéter.

En combien de temps récupère-t-on une vision correcte ?

Syndrome de Jaffé et trou maculaire :

La vision s'améliore très progressivement après l'intervention chirurgicale.
La récupération visuelle maximale est obtenue 3 à 4 mois après l'intervention.

DMLA et néovascularisation sous-rétinienne :

L'intervention a pour but d'arrêter la baisse de la vue et d'éviter l'extension de la tâche sombre centrale. Mais elle n'est pas toujours suivie d'une amélioration visuelle en raison de la présence d'une cicatrice rétinienne indélébile (là où le vaisseau a été retiré). Toutefois, la vision déformée des objets peut disparaître très rapidement.

Existe-t-il des effets secondaires ou des complications ?

Le risque principal est l'apparition ou l'aggravation d'une cataracte : quelles que soient les techniques utilisées, ce risque est estimé entre 40 et 50 % dans les 3 ans qui suivent l'intervention. Un décollement de rétine peut parfois survenir ultérieurement. Heureusement ce risque est faible. Une nouvelle intervention chirurgicale doit alors être envisagée pour le traiter. Une infection endoculaire (à l'intérieur de l'œil) est extrêmement rare. Il existe des récurrences de ces maladies de l'œil, mais le risque est faible.