



Export

Profil des trous maculaires à Cotonou - 25/09/21

Profile of macular holes in Cotonou

Doi : 10.1016/j.jfo.2021.04.004

L. Agbahoungba^{a, *}, L. Odoulami^b, S. Alamous^b, H. Nkok^b, R. Lawani^a, I. Sounouvo^b, S. Tchabi^b^a Centre d'exploration de la rétine, Cotonou, Bénin^b Centre national hospitalier et universitaire Hubert Koutoukou Maga, Cotonou, Bénin

*Auteur correspondant.

PDF	Article	Résumé Mots clés	Figures	Tableaux	Références
-----	---------	---------------------	---------	----------	------------

**Vol 44 - N° 8**
P. 1237-1242 - octobre 2021
[Retour au numéro](#)[Article précédent](#) | [Article suivant](#)

PLAN

FIGURES

[Introduction](#)

[Patients et méthodes](#)

[Résultats](#)

[Discussion](#)

[Conclusion](#)

[Déclaration de liens d'intérêts](#)

Introduction

Déhiscence de pleine épaisseur localisée à la région centro-fovéolaire [1], le trou maculaire (TM) a vu son approche diagnostique et thérapeutique révolutionnée par les progrès de la technologie OCT (tomographie à cohérence optique) qui est devenu le moyen le plus fiable pour imager un TM. Le premier cas de trou maculaire remonte à KNAPP en 1869 mais l'histoire moderne commence avec GASS en 1988 qui en établit la première classification [1]. Avec une prévalence relativement faible de 0,02 à 0,8 % [1, 2], les trous maculaires sont plus fréquents après 65 ans et chez les femmes. Généralement idiopathiques, les TM peuvent être secondaires dans les suites d'un traumatisme, soit au cours d'une myopie forte [1, 2]. L'atteinte est bilatérale dans 5 à 16 % des cas selon les études [1, 2, 3, 4].

Sur le plan clinique, le trou maculaire se traduit par un syndrome maculaire clinique qui associe de manière variable, des métamorphopsies centrales, micropsie, microscotome et baisse d'acuité visuelle [1, 3]. La tomographie par cohérence optique (OCT) est l'examen de référence, qui établit le diagnostic de certitude en précisant le diamètre, le type de trou maculaire. L'OCT assure le dépistage précoce sur l'œil adelphe en déterminant l'indication thérapeutique et le pronostic ainsi que le suivi post thérapeutique [1, 2, 3, 4, 5]. La littérature dans les pays en voie de développement est pauvre sur ce sujet car l'arrivée des machines d'OCT est récente. C'est la première fois qu'une étude épidémiologique, clinique et en tomographie par cohérence optique est consacrée aux trous maculaires au Bénin, dans le but d'établir le profil des trous maculaires chez le sujet béninois, en décrivant les aspects épidémiologiques, cliniques ainsi que les caractéristiques tomographiques (OCT).

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive analytique concernant des patients consécutifs reçus pour exploration maculaire pendant la période allant de janvier 2016 à août 2017 au centre d'exploration de la rétine Saint Antoine de Padoue Cotonou (Bénin). Les caractéristiques cliniques et tomographiques ont été recueillies à l'aide d'une fiche de dépouillement. Ont été inclus tous les patients ayant eu un OCT maculaire dans la période d'étude et qui ont présenté un trou maculaire. Tous les patients retenus dans cette étude ont eu un bilan ophtalmologique complet avec mesure de l'acuité visuelle, et un examen à la lampe à fente réalisés par un ophtalmologiste dans le centre demandeur. L'examen d'OCT maculaire est réalisé à l'aide d'un tomographe *Spectral Domain 3D OCT-1 Maestro TOPCON*. Pour chaque cas de trou maculaire répertorié, nous avons analysé : l'âge le sexe, les antécédents, l'œil atteint, l'œil adelphe, l'acuité visuelle, le type de trou, le diamètre du trou, l'état du cortex vitréen (déchollé ou non du bord du trou, déchollé ou non de la papille), l'œdème des berges, l'épaisseur maculaire moyenne, l'existence de Traction vitréo-maculaire (TVM), de membrane epi-maculaire (MEM), l'épaisseur de la choroïde retrofovéolaire. Pour définir les types de trou maculaire, nous avons utilisé la nouvelle classification 2013 DUKER et al. [6], TM de petite taille (S) : diamètre < 250 µm, TM moyen (M) entre 250 et 400 µm, TM grand (L) : diamètre > 400 µm et < 700 µm, TM Extra large (XL) : diamètre > 700 µm, en précisant l'état du cortex vitréen (vitré déchollé ou non du bord du trou et/ou de la papille). Ont été exclus tous les patients ayant présenté un pseudo-trou maculaire ou un trou lamellaire ainsi que les patients qui n'ont pas présenté de trou maculaire lors de la procédure d'OCT Toutes les données collectées ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS 21.

Résultats

Pendant cette période d'étude, 401 patients ont bénéficié d'une procédure d'OCT maculaire au centre d'exploration de la rétine avec 22 patients ayant présenté un trou maculaire, soit une fréquence de 5,5 %. Au total 23 yeux de 22 patients ont présenté un trou maculaire dont 15 femmes et 07 hommes soit un ratio de 2,14 en faveur des femmes. L'âge moyen des patients est de 61 ± 10 ans avec un âge médian de 63 ans et des extrêmes de 35 ans et 79 ans et la tranche d'âge de plus de 60 ans la plus représentée. La majorité des patients, soit 36,36 % n'avait aucun antécédent, 18,18 % étant diabétiques, 9,1 % avaient un antécédent de traumatisme. L'œil droit est atteint dans 54 % et 6 % ont présenté une atteinte bilatérale (Figure 1).

Pour les 23 yeux atteints de trou maculaire, l'AV est inférieure à 1/20 dans 34,78 % et comprise entre 1/20 et 3/10 dans 47,83 % soit 11 yeux (Tableau 1).

Le diamètre moyen des trous est de 705,64 µm ± 232,81 µm avec un diamètre médian de 692 µm, et des extrêmes de 304 µm et 1059 µm Figure 2, Figure 3. Aucun trou de petite taille n'a été relevé (Figure 4).

L'épaisseur maculaire centrale moyenne est de 272,1 µm ± 39 µm, avec une médiane de 275 µm et des extrêmes de 201 µm et 393 µm et une épaisseur de la choroïde retrofovéolaire moyenne de 233,66 µm ± 28,7 µm avec des extrêmes de 195 µm et 235 µm. Nous avons retrouvé des kystes intrarétiniens et un œdème des berges sur 22 yeux soit 95,6 %. Le cortex vitréen est en majorité détaché au bord du trou (73,9 %) et à la papille (52,2 %). Une TVM est retrouvée pour 06 yeux (26,1 %) associée à une MEM pour 04 yeux (17,4 %) (Figure 5).

L'état de l'œil adelphe à l'OCT a noté dans 52,4 % des cas la présence d'une traction vitréo-maculaire soit 11 yeux sur 21 yeux adelphes (Figure 6).

Le profil étiologique des TM retrouve dans 72,7 % une origine primaire (idiopathique) et une origine secondaire (diabétique et traumatique) respectivement dans 13,6 % et 9,09 % (Tableau 2).

Discussion

Le trou maculaire est une déhiscence centro-fovéolaire de pleine épaisseur entraînant une perte variable de la vision centrale, le plus fréquemment d'origine primaire et qui résulte d'un décollement postérieur du vitré (DPV) anormal. La fréquence des trous maculaires dans notre série est de 5,5 %, proche celle de Fiebai et al. [7] qui ont observé 6,6 % dans une étude similaire à Port Harcourt au Nigéria qui est un pays voisin. Notre échantillon d'OCT maculaire est l'ensemble des demandes émises par 14 services d'ophtalmologie de la ville de Cotonou et sa périphérie, le centre d'exploration de la rétine recevant des demandes d'OCT de la plupart de ces centres. Dans la littérature, la prévalence au sein de la population générale est faible [1], l'étude *Beaver Dam Eye Study* [5] basée sur les anomalies de l'interface vitréo-rétinienne avec SD OCT dans une population âgée de 63–102 ans a retrouvé une prévalence 5‰ en 2015. Notre prévalence élevée s'explique par le biais d'accessibilité et le schéma d'étude.

La prédominance féminine nette de l'ordre de 2 pour 1 des yeux atteints de TM retrouvée dans notre étude confirme les données de la littérature [8], et qui pourrait s'expliquer par certains facteurs particuliers hormonaux chez la femme ménopausée selon certains auteurs sans qu'aucun facteur n'ait réellement été démontré à ce jour [1, 2]. L'âge moyen de survenue du TM dans notre série est de $61,1 \pm 10,3$ ans avec 68,2 % des cas dans la tranche d'âge 60 ans et plus. L'âge moyen se situe en général dans la sixième décennie dans littérature [1, 8, 9] ; dans une étude cas-témoins Evans et al. ont retrouvé comme facteur de risque significatif le sexe féminin (67 % des cas) et un âge supérieur à 65 ans (74 % des cas). Nous avons noté une atteinte bilatérale dans 6 % dans notre série pourrait s'expliquer par le retard à la consultation lié aux conditions socio-économiques difficiles chez certaines catégories sociales. La bilatéralisation du TM varie de 5 à 16 % selon les études publiées [1, 10]. Dans 34,78 % des cas, les patients présentant une acuité visuelle inférieure à 1/20 rendant compte du caractère cécitant des TM.

La grande majorité des trous maculaire observés 87 % des cas de notre série sont de grand trou avec un diamètre moyen de $705,64 \mu\text{m} \pm 232,81 \mu\text{m}$ selon la Nouvelle classification internationale 2013 (Duker et al.). Aucun trou de petite taille n'a été relevé ce qui pourrait s'expliquer par le dépistage à un stade tardif lié à un retard à la consultation chez le spécialiste observé chez la plupart des patients. Les TM ont une tendance à s'élargir selon la littérature [1, 10]. L'épaisseur maculaire centrale moyenne est de $272,1 \mu\text{m} \pm 39 \mu\text{m}$, ce qui s'explique par le caractère relativement œdémateux de la rétine centrale des yeux atteints de TM, lié à la présence de kystes intra-rétiniens et un œdème des berges retrouvés dans 95,6 % des cas, confirmant la caractéristique œdémateuse retrouvée dans la littérature [11]. L'épaisseur de la choroïde retrofovéolaire moyenne de $233,66 \mu\text{m} \pm 28,7 \mu\text{m}$ indique le caractère non inflammatoire de la pathogénie des TM [12]. Le cortex vitréen est en grande majorité détaché du bord du trou (73,9 %) et de la papille (52,2 %) s'explique par le caractère évolué des TM de notre série. Une TVM est retrouvée dans 26,1 % des cas associée à une MEM pour 04 yeux 17,4 %. Un décollement postérieur du vitré anormal explique la pathogénie des TM primaires observés dans notre étude ce qui confirme les observations de Gass depuis 1988 et de Gaudric et al. en 1999 à l'OCT [3, 13]. L'étude de l'état de l'œil adelphe à l'OCT nous a permis retrouver dans 52,4 % des cas la présence d'une TVM focale soit 11 yeux sur 21 yeux adelphes ce qui traduit le risque potentiel de survenue de TM sur ces yeux adelphes avec une TVM dans notre série. Une étude de suivi avec un recul suffisant est nécessaire dans la suite de cette série, pour valider et chiffrer ce niveau de risque pour l'œil adelphe porteur de traction vitréo-maculaire (Figure 7). Le risque de TM pour l'œil adelphe avec une TVM est supérieur à 30 % dans la littérature [13, 14, 15, 16]. Le profil étiologique des TM dans notre étude a observé dans 72,7 % une origine primaire et une origine secondaire 27,3 %, confirmant les données de la littérature sur l'étiologie des TM [17, 1, 2, 13, 14]. Seuls 04 patients ont pu bénéficier d'une prise en charge avec une chirurgie maculaire par l'organisation d'évacuation sanitaire à l'étranger.

Conclusion

Le trou maculaire est une pathologie de l'interface vitréo-maculaire observée dans notre contexte avec un profil de grand trou maculaire. À l'OCT les données retrouvées restent comparables aux données de la littérature. Plus de la moitié des yeux adelphes avec une traction vitréo-maculaire ce qui indique le risque réel de bilatéralisation. Sur le plan étiologique l'origine primaire est prédominante et la mise en place d'unité de chirurgie vitréo-rétinienne équipée et fonctionnelle reste une problématique à régler par les pouvoirs publics.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

☆ Cet article est issu d'une communication orale présentée lors du 124^e Congrès de la Société française d'ophtalmologie en mai 2018.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ACCÈS RAPIDES

DOMAINES TRAITÉS EMC REVUES LIVRES NOS FORMULES D'ABONNEMENTS

MON COMPTE

MON COMPTE

AIDE & SUPPORT

Contactez-nous / FAQ
Qui sommes-nous ?
Mentions légales
© - Avertissements
Termes et conditions d'utilisation
Politique rédactionnelle
Politique publicitaire
Paramètres des cookies
Politique de la vie privée

PLATEFORMES ELSEVIER MASSON

Site e-commerce : www.elsevier-masson.fr
Aide à la pratique clinique : www.clinicalkey.fr
Portail pour les institutions : www.em-premium.com
Site d'information sur l'EMC : emc-info.em-consulte.com
E-learning pour les infirmier(e)s : pratique-infirmiere.com
Bibliothèque d'e-books Elsevier : www.elsevierlibrary.fr
Blog special IFSI : www.generationelsevier.fr
Suivez notre actualité sur notre blog : www.blog-elsevier-masson.fr
Site d'emploi en santé : emploisante.com

DÉCLARATION CNIL

EM-CONSULTE.COM est déclaré à la CNIL, déclaration n° 1286925.

En application de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez des droits d'opposition (art.26 de la loi), d'accès (art.34 à 38 de la loi), et de rectification (art.36 de la loi) des données vous concernant. Ainsi, vous pouvez exiger que soient rectifiées, complétées, clarifiées, mises à jour ou effacées les informations vous concernant qui sont inexactes, incomplètes, équivoques, périmées ou dont la collecte ou l'utilisation ou la conservation est interdite.

Les informations personnelles concernant les visiteurs de notre site, y compris leur identité, sont confidentielles.

Le responsable du site s'engage sur l'honneur à respecter les conditions légales de confidentialité applicables en France et à ne pas divulguer ces informations à des tiers.

Tout le contenu de ce site: Copyright © 2024 Elsevier, ses concédants de licence et ses contributeurs. Tout les droits sont réservés, y compris ceux relatifs à l'exploration de textes et de données, a la formation en IA et aux technologies similaires. Pour tout contenu en libre accès, les conditions de licence Creative Commons s'appliquent.