

Vous allez être opéré d'un trou maculaire

Qu'est-ce qu'un trou maculaire?

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

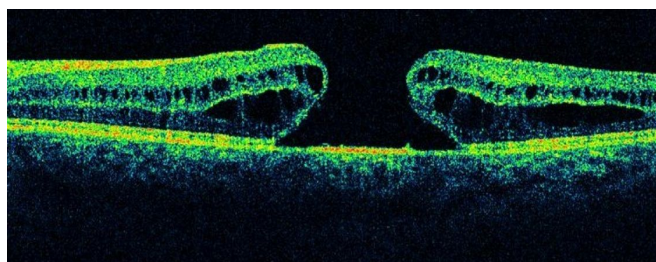
Au début de son apparition, le trou maculaire est de très petite taille et entraîne peu de gêne visuelle. Souvent même il passe inaperçu si l'autre oeil voit normalement.

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, 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'oeil 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 risque de présenter un trou dans 1 cas sur 10. Une surveillance est conseillée.

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.



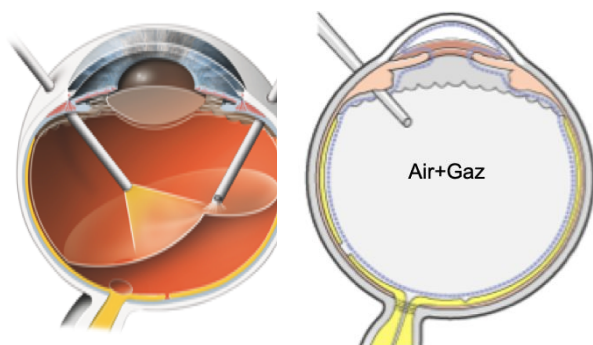
Comment se forme un trou maculaire ?

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 actuellement disponible est le traitement chirurgical.

Le traitement chirurgical

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'oeil par trois petits orifices de 0,45 mm de diamètre chacun, pratiqués dans la sclère (le "blanc de de l'oeil). 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'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. Les orifices sont le plus souvent étanches sans suture, mais parfois un fil de suture peut être nécessaire

qui se dissout spontanément.

L'anesthésie

L'intervention a lieu le plus souvent sous anesthésie locale, qui consiste en des injections de produit anesthésiant autour de l'œil, juste avant l'acte chirurgical. On peut également opérer sous anesthésie générale en l'absence de contre-indication.

L'hospitalisation: La chirurgie 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. **Après l'intervention** : un bracelet en papier sera 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. Votre chirurgien pourra vous demander de maintenir 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) durant une période déterminée qui peut s'étendre entre 48h jusqu'à 10 jours post-opératoires. **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 fixé à votre poignet au bloc opératoire jusqu'à disparition complète du gaz.**

Les complications sont rares :

- *L'infection* est un risque qui existe comme dans n'importe quelle autre chirurgie, malgré les précautions rigoureuses d'asepsie au bloc opératoire. L'infection est le plus souvent traitée avec succès par des antibiotiques mais reste grave pour la vision et peut, exceptionnellement, conduire à la perte de l'œil.
- Le *décollement de la rétine* est un autre risque. Lorsque la rétine se décolle, une nouvelle intervention est nécessaire pour la recoller.
- Une élévation de la pression intraoculaire pendant les premiers jours post-opératoire qui est traitée par collyres.

En conclusion

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 ré-opérés.