

Le trou maculaire

Fiche patient — reconnaître, comprendre, et ce qu'apporte la chirurgie

■ QU'EST-CE QU'UN TROU MACULAIRE

La **macula** est la petite zone centrale de la rétine, celle qui permet de lire, de reconnaître un visage et de conduire. En son milieu se trouve la **fovéa**, épaisse d'environ un quart de millimètre. Un **trou maculaire de pleine épaisseur** est une ouverture de la rétine à cet endroit précis. La vision centrale est alors amputée, mais la vision périphérique reste intacte : un trou maculaire ne rend pas aveugle.

■ POURQUOI CELA ARRIVE

Le **vitré**, le gel transparent qui remplit l'œil, se liquéfie avec l'âge et se décolle progressivement de la rétine. Là où il reste adhérent à la fovéa, il exerce une traction vers l'avant. Le tissu se dédouble, puis s'ouvre. Sur une série de 776 yeux opérés, **64,4 %** des trous étaient idiopathiques (liés au seul vieillissement du vitré) et **21,1 %** survenaient sur un œil très myope. Les femmes sont environ trois fois plus souvent touchées que les hommes.

■ LES SIGNES QUI DOIVENT ALERTER

● Une tache grise au centre de la vision

Elle ne se déplace pas avec le regard, contrairement aux mouches volantes. Elle gêne la lecture et masque le centre des visages.

● Des lignes droites qui se tordent

On parle de métamorphopsies : un carrelage, un cadre de porte ou une grille d'Amsler apparaissent déformés.

● Une gêne qui ne cède pas au changement de lunettes

Aucune correction optique ne compense un trou maculaire : c'est un problème de tissu, pas de mise au point.

● Un dépistage œil par œil

Le bon œil compense en permanence. Cachez un œil, puis l'autre, et fixez une ligne droite : c'est le seul moyen de s'en apercevoir tôt.

■ LE DIAGNOSTIC

Il repose sur l'**OCT maculaire** (tomographie par cohérence optique) : un examen de quelques secondes, sans contact et sans injection, qui produit une coupe de la rétine au micron près. Il confirme le trou, en mesure le diamètre, et distingue le trou maculaire d'une DMLA, d'une membrane épirétinienne ou d'un œdème maculaire.

■ LE TRAITEMENT

Le traitement est **chirurgical** : une **vitrectomie**, réalisée en ambulatoire, sous anesthésie locale, en 20 à 30 minutes. Le chirurgien retire le vitré, pèle une membrane extrêmement fine posée sur la rétine (la membrane limitante interne), puis remplit l'œil d'une bulle de gaz qui maintient les berges du trou le temps qu'elles se ressoudent. Le gaz se résorbe seul en quelques semaines.

Les résultats anatomiques sont aujourd'hui très bons : dans une étude multicentrique portant sur **693 yeux**, le taux de fermeture atteint **98 %** lorsque la membrane limitante interne est pelée. La récupération visuelle, elle, est progressive : l'acuité continue de s'améliorer entre le 3e et le 12e mois postopératoire.

■ FAUT-IL ATTENDRE ?

La fermeture spontanée existe mais reste rare : **23 cas sur 750** trous dans une série publiée, avec une récupération visuelle souvent incomplète. Plus le trou reste ouvert longtemps et plus il s'agrandit, moins la vision récupérée est bonne. L'attente n'est donc pas une stratégie : la décision se prend avec votre chirurgien, mais elle se prend tôt.

Consultez rapidement si

- ! Une tache fixe apparaît au centre de votre vision, d'un seul œil.
 - ! Les lignes droites se déforment ou ondulent quand vous cachez l'autre œil.
 - ! Votre vision centrale baisse alors que vos lunettes sont récentes.
 - ! Vous êtes très myope : le risque de trou maculaire et de décollement de rétine est plus élevé.
- Après une chirurgie : des éclairs lumineux, une pluie de taches noires ou un voile impose une
- ! consultation le jour même.

Source : Marolo P., Caselgrandi P., Fallico M. et al., Vitrectomy in Small idiopathic MACULAR hole (SMALL) study: Internal limiting membrane peeling versus no peeling.

Source : Étude multicentrique, 693 yeux : taux de fermeture de 98 % avec pelage de la limitante interne contre 85 % sans pelage ($p < 0,001$).

Source : Yue H., Liu C., Zhang Y. et al., Etiologies and clinical characteristics of macular hole: an 8-year, single-center, retrospective study. Medicine (Baltimore) 2020;99(12):e20000.

Source : 776 yeux : 64,4 % de trous idiopathiques, 21,1 % myopiques, 3,7 % traumatiques.

Source : Nawrocka Vel Michalewska Z.A., Nawrocka Z., Nawrocki J., Spontaneous closure of full-thickness macular holes. Ophthalmologica 2022;245(1):49-58.

Source : 23 fermetures spontanées sur une base de 750 trous, avec récupération visuelle rarement complète.

Source : Baumann C., Kaye S., Iannetta D. et al., Effect of inverted internal limiting membrane flap on closure rate, postoperative visual acuity and restoration of macular hole.

Source : L'acuité visuelle continue de progresser entre 3, 6 et 12 mois après la chirurgie.