

RECOMMANDATIONS FRANÇAISES POUR LE DEPISTAGE DE LA RETINOPATHIE DES PREMATURES

Rédigées par Amandine BARJOL, Anne-Laure LUX, Sophie SOUDEE, Florence METGE et Georges CAPUTO

Validé par le Groupe d'Etude Français de la Rétinopathie du Prématuré (GEFROP) et l'Association Française de strabologie et d'ophtalmologie pédiatrique (AFSOP)

La rétinopathie du prématuré (RDP)

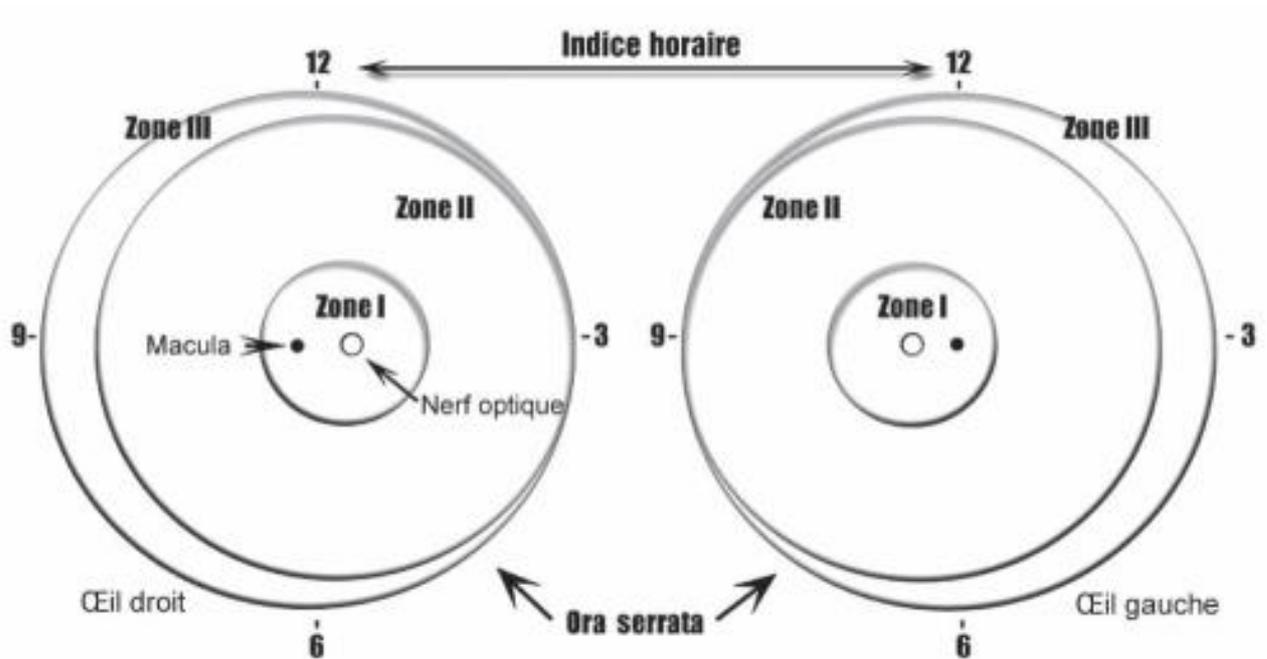
Elle est liée à l'immaturation vasculaire rétinienne des prématurés et aux variations de pression en oxygène entourant la naissance et la réanimation néonatale. La poursuite de la vascularisation rétinienne doit être surveillée car certains de ces enfants développeront une rétinopathie potentiellement cécitante en l'absence de traitement adapté.

La vascularisation normale se développe de façon centrifuge, de la papille jusqu'à la périphérie.

La rétinopathie est décrite selon 5 stades et selon 3 zones. (Tableau 1 et figure 1)

Classification internationale de la RDP tableau 1

Stade 1	Ligne de démarcation
Stade 2	bouirelet
Stade 3	Prolifération/néovascularisation extra-rétinienne
Stade 4	Décollement de rétine partiel
	A : n'incluant pas la macula
	B : incluant la macula
Stade 5	Décollement de rétine total
Stade pré-plus	Majoration de la tortuosité vasculaire
Stade plus	Dilatation et tortuosité vasculaire sur au moins deux quadrants



Les 3 zones de développement de la RDP figure 1

Qui dépister ?

- Nourrissons nés < 31 semaines d'aménorrhées quelque soit le poids de naissance ET
- Nourrissons pesant < 1251 grammes à la naissance
- Nourrissons entre 1250 et 2000 grammes si facteurs de risques :
 - Oxygénothérapie prolongée
 - Sepsis
 - Usage prolongé d'inotropes

Quand dépister ?

- Nourrissons nés < 27 SA: Premier dépistage à 31 semaines d'APM
- Nourrissons nés ≥ 27 SA : Premier dépistage à quatre semaines d'âge corrigé (AC)

Tableau du calendrier de dépistage

Terme de naissance Semaines d'aménorrhées (SA)	Terme du 1 ^{er} FO Age corrigé Semaines post menstruelles (PM)
<27 SA	31
27	31

28	32
29	33
30	34

Comment dépister ?

1. Dilatation pupillaire de chaque œil par
 - néosynéphrine 2,5% : 1 goutte 30 minutes avant l'examen
 - mydriaticum 0,5% : 1 goutte 25 minutes avant l'examen et une autre goutte 20 minutes avant l'examen.
2. Utilisation d'un blépharostat

3. Examen du fond d'œil

Deux techniques de visualisation du fond d'œil sont possibles :

- Ophthalmoscopie indirecte au casque avec lentille 28 ou 30 dioptries, par un ophtalmologiste entraîné.
- Imagerie rétinienne par caméra grand champ. Les images doivent être lues par un ophtalmologiste expert.

Critères de qualité :

- Visualisation du pôle postérieur : recherche d'une dilatation veineuse et/ou tortuosité artérielle des vaisseaux émergents de la papille (Quatre quadrants)
- Visualisation de la périphérie rétinienne, si possible jusqu'à l'ora serrata en nasal, temporal, supérieur et inférieur.

Le soulagement de la douleur

Il faut administrer des anesthésiques topiques (oxybuprocaine) et utiliser une succion sucrée, associée à l'emballage de l'enfant pour réduire au minimum l'inconfort et le stress liés à l'examen. L'enfant doit être contenu par un membre de l'équipe pendant que l'examineur réalise l'examen.

Les examens de suivi

C'est l'ophtalmologiste qui établit la date du prochain examen du fond d'œil.

Suivi d'une semaine ou moins :

- RDP de stade 1 ou 2 dans la zone I
- RDP de stade 3 dans la zone II

- Suivi d'une à deux semaines :
 - Vascularisation immature (stade 0) dans la zone I
 - RDP de stade 2 dans la zone II
 - RDP régressive dans la zone I

- Suivi de deux semaines :
 - RDP de stade 1 dans la zone II
 - RDP régressive dans la zone II

- Suivi de deux à trois semaines :
 - RDP de stade 1 ou 2 dans la zone III
 - RDP régressive dans la zone III

Le traitement

Le traitement de référence est la photocoagulation laser

Celui-ci est indiqué en cas de RDP pré-seuil à haut risque (type 1):

ROP pré-seuil type 1
Zone I : tout stade plus ou tout stade 3
Zone II : stade 2 ou 3 AVEC stade plus

Il est réalisé sous anesthésie générale au bloc opératoire. Toute la rétine avasculaire du bourrelet jusqu'à l'ora serrata doit être traitée.

L'injection d'anti VEGF est en cours d'évaluation. Celle-ci doit être discutée au cas par cas. Elle est indiquée dans les formes postérieures agressives de la zone I, et plus généralement lorsque la zone avasculaire reste importante, comme dans les stades 3 zone I. Dans tous les cas, une surveillance rapprochée et prolongée est indispensable en raison de la fréquence des récurrences. En effet, un complément par traitement laser ultérieur est souvent nécessaire. La dose injectée doit être adaptée : 0,675 mg voire 0,337 mg par œil.

La durée du dépistage de la RDP

La surveillance du fond d'œil sera prolongée jusqu'à vascularisation complète ou régression de la rétinopathie dans les formes modérées (stades 1-2 zones II-III)

En cas de traitement, le fond d'œil sera recontrôlé jusqu'à pigmentation du laser et régression du stade plus/aplanissement du bourrelet.

En cas d'injection d'anti-VEGF, le fond d'œil sera contrôlé jusqu'à vascularisation complète. Une angiographie est souhaitable. En cas de non vascularisation, un traitement laser complémentaire sera effectué.

Suivi à long terme

Tout prématuré présente un risque accru de troubles réfractifs, oculomoteurs ou neurovisuels. Un bilan ophtalmologique systématique avec bilan orthoptique, cycloplégie et fond d'œil est recommandé vers 1 an, 3 ans et 5 ans.

Responsabilités à l'égard du dépistage de la RDP

- Tout service de néonatalogie accueillant des prématurés à risque doit organiser le dépistage de ces patients
- Si les nourrissons sont transférés d'une unité à l'autre, il faut prendre des dispositions pour assurer un suivi ophtalmologique convenable. Il faut transmettre avec exactitude les résultats du dépistage de la RDP à l'unité d'accueil.

La planification du retour à domicile doit inclure des dispositions en vue de tout examen ophtalmologique indiqué et du suivi. Les parents doivent comprendre l'importance de ces examens.