

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2015

2015 TOU3 1533

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Caroline TOLOU

le 16 juin 2015

**DELAI DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS D'UN
PREMIER EPISODE DE DECOLLEMENT DE RETINE SUR L'OEIL
ETUDIE EN MIDI-PYRENEES**

Directeur de thèse : Dr Vincent SOLER

JURY

Monsieur le Professeur François MALECAZE	Président
Madame le Professeur Hélène HANAIRE	Assesseur
Monsieur le Professeur Pierre FOURNIE	Assesseur
Madame le Docteur Véronique PAGOT MATHIS	Assesseur
Monsieur le Docteur Vincent SOLER	Suppléant
Madame le Docteur Laurence MAHIEU	Membre invité

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2014

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Y.	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. FABIE
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. LAZORTES F.
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	M. BOUNHORE	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. GOUZI		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU		
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER		
Professeur Honoraire	M. PASCAL		

Professeurs Émérites

Professeur LARROUY	Professeur JL. ADER
Professeur ALBAREDE	Professeur Y. LAZORTES
Professeur CONTÉ	Professeur L. LARENG
Professeur MURAT	Professeur F. JOFFRE
Professeur MANELFE	Professeur J. CORBERAND
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. AMAR J.	Thérapeutique	M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie	M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion	M. BUREAU Ch	Hépatogastro-Entéro
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)	M. CALVAS P.	Génétique
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire	Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie	M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique	Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie	M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. CARRIE D.	Cardiologie	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie	M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie	M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie	M. GAME X.	Urologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. DEGUINE O.	O. R. L.	M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie	M. LAUWERS F.	Anatomie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique	M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie	M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.	M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT J-M	Neurologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique	M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale	M. PARIENTE J.	Neurologie
M. LANGIN D.	Nutrition	M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. LAUQUE D. (C.E)	Médecine Interne	M. PAUL C.	Dermatologie
M. LIBLAU R. (C.E)	Immunologie	M. PAYOUX P.	Biophysique
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie	M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. MALAVAUD B.	Urologie	M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique	M. PERON J.M.	Hépatogastro-Entérologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique	M. SANS N.	Radiologie
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie	Mme SAVAGNER F.	Biochimie et biologie moléculaire
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique	Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme MOYAL E.	Cancérologie	M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie		
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PERRET B (C.E)	Biochimie		
M. PRADERE B. (C.E)	Chirurgie générale		
M. RASCOL O.	Pharmacologie		
M. RECHER Ch.	Hématologie		
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile		
M. SALLES J.P.	Pédiatrie		
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON N.	Médecine Légale		
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-Entérologie		
		P.U.	
		M. OUSTRIC S.	Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr. MESTHE P.

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Ph.	Pédiatrie	M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
M. ALRIC L.	Médecine Interne	Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne	M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. ARNAL J.F.	Physiologie	M. BERRY A.	Parasitologie
Mme BERRY I.	Biophysique	M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale	M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie	M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie	M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique	M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive	M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie	M. COURBON	Biophysique
M. DELABESSE E.	Hématologie	M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie	M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DIDIER A.	Pneumologie	M. DELORD JP.	Cancérologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie	M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GALINIER M.	Cardiologie	M. GARRIDO-STÓWHAS I.	Chirurgie Plastique
M. GERAUD G.	Neurologie	Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. GROLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
M. GOURDY P.	Endocrinologie	Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémi. Eco. de la Santé et Prévention	M. HUYGHE E.	Urologie
Mme HANAIRE H. (C.E)	Endocrinologie	M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. KAMAR N.	Néphrologie	M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. LARRUE V.	Neurologie	M. MARCHEIX B.	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie	M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
M. LEVADE T.	Biochimie	Mme MAZEREUW J.	Dermatologie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie	M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses	M. OTAL Ph.	Radiologie
M. PLANTE P.	Urologie	M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile	M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. RITZ P.	Nutrition	M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie	M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. ROSTAING L. (C.E)	Néphrologie	M. TACK I.	Physiologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale	M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. ROUSSEAU H.	Radiologie	M. VERGEZ S.	O.R.L.
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie	Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD J.M.	Pharmacologie		
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.		
M. SOULIE M.	Urologie		
M. SUC B.	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie		
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie		

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H	
M. APOIL P. A	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. BIETH E.	Génétique	M. CMBUS J.P.	Hématologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSAING S.	Parasitologie	Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CONGY N.	Immunologie	M. CHASSAING N	Génétique
Mme COURBON	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE J.	Hématologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale	M. DESPAS F.	Pharmacologie
M. DUPUI Ph.	Physiologie	M. EDOUARD T	Pédiatrie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
M. GANTET P.	Biophysique	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GENNERO I.	Biochimie	Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. HAMDI S.	Biochimie	M. GASQ D.	Physiologie
Mme HITZEL A.	Biophysique	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	Mme GUYONNET S.	Nutrition
M. KIRZIN S	Chirurgie générale	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. LAIREZ O.	Biophysique et médecine nucléaire
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail	M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ R.	Anatomie	M. LEPAGE B.	Biostatistique
M. MONTOYA R.	Physiologie	Mme MAUPAS F.	Biochimie
Mme MOREAU M.	Physiologie	M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme PERIQUET B.	Nutrition
M. PILLARD F.	Physiologie	Mme NASR N.	Neurologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme RAGAB J.	Biochimie	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SOMMET A.	Pharmacologie
Mme SABOURDY F.	Biochimie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie	M. VALLET P.	Physiologie
M. SILVA SIFONTES S.	Réanimation	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
M. SOLER V.	Ophthalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement		
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique		
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire		
			M.C.U.
		M. BISMUTH S.	Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale
		Mme ESCOURROU B.	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.
Dr CHICOULAA B.

Dr BISMUTH M
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

A mon Maître et Président du jury,

Monsieur le Professeur François MALECAZE

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Ophtalmologiste

Je vous remercie de m'avoir accueillie dans votre service, et d'avoir accepté de présider ce travail de thèse. Votre énergie et votre présence dans le service sont communicatives, et nous motivent chaque jour.

Veillez croire en mon respect le plus profond, et à ma reconnaissance.

A mon Maître,

Monsieur le Professeur Pierre FOURNIE

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Ophtalmologiste

Je te remercie pour tout ce que tu m'as apporté durant mon internat, de ton enseignement à ta patience lors des nuits passées au bloc des urgences... Je resterai éternellement admirative de ta technique et de ta précision chirurgicale.

Merci pour tout.

A mon Maître,

Madame le Professeur Hélène HANAIRE

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Endocrinologue

Je vous remercie non seulement d'avoir accepté de faire partie de mon jury, mais aussi et surtout de tout ce que vous m'avez enseigné, et ce, dès mon externat. Vous resterez un modèle pour moi en termes d'humanité et de communication avec le patient. Je garderai toujours de bons souvenirs de ces stages dans votre service.

Veillez croire en mon respect le plus profond, et à ma reconnaissance.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Vincent SOLER
Maître de Conférence des Universités
Praticien Hospitalier
Ophtalmologiste

Je tenais à te remercier de ton soutien, ta disponibilité et ta patience, dans la réalisation de ce projet pour lequel tu as été un vrai guide pour moi. Et au-delà de ce travail, je ne te remercierai jamais assez de la confiance que tu m'as accordée en consultation comme au bloc opératoire. Tu es toujours disponible, accessible et souriant dans le service, toujours prêt à nous conseiller sur un dossier (surtout si on a pensé à faire l'OCT en Art 100!!).

Merci pour tout.

A mon maître,

Madame le Docteur Véronique PAGOT MATHIS

Praticien Hospitalier

Ophtalmologiste

Je vous remercie pour tout ce que vous m'avez enseigné et apporté durant mon internat. Je me souviendrais toujours de ces premiers jours au bloc en votre compagnie, où la chirurgie de la rétine m'a paru tellement facile ! Il n'en est rien évidemment, et je resterais toujours admirative devant votre technique et votre habilité.

Veillez croire en mon respect le plus profond, et à ma reconnaissance.

A mon maître,

Madame le Docteur MAHIEU Laurence

Praticien Hospitalier

Ophtalmologiste

Te remercier me paraît le minimum comparé à tout ce que tu m'as apporté depuis le début de mon internat. Ta rigueur, ta gentillesse et ta disponibilité envers les patients et tes confrères sont un modèle pour moi. C'est toi qui m'as donné envie de m'orienter vers la rétine, et tous tes conseils m'ont porté jusque-là.

Merci pour tout.

A mes parents,

Vous avez toujours été là pour moi, contre vents et marées, dans les hauts comme dans les bas, dans les rires comme dans les larmes. Vous m'avez soutenue et portée dans mes choix. Qu'aurais-je fait sans toi, maman, dans ces moments où la cocotte avait besoin de lâcher la pression?! Et sans toi papa, sans ton humour et tes « barbeuc » ?

A mes sœurs,

Toujours présentes, et complices de nos week-ends sportifs, soirées et découvertes... Mimi tu as su sans un mot me porter dans les grands moments de doutes... Nath, malgré la distance, tu restes notre grande sœur adorée. On dit qu'on ne choisit pas sa famille, mais moi je ne vous échangerais pour rien au monde.

A pierre,

Pour ton sourire, ton humour, et ton soutien dans cette année difficile. A ta manière de tourner à la dérision, toutes ces choses qui m'aurait tant angoissée sans toi. Il nous reste quelques épreuves à passer, mais je ne peux que souhaiter que ces années de bonheur avec toi ne soient que le début d'une longue histoire...

A mes amis,

A Lucie et Flora, mes complices de sous-colle et de tous les jours, à Val, Anaëlle, Arnaud, Claire, David, Gégé, Greg et tous les autres qui ont rendu tellement plus drôle toutes ces années de travail. Sans oublié, Thomas sans qui je ne serais pas là aujourd'hui...

A Samira, Tu as été maman avant l'heure avec moi, et je ne t'en remercierai jamais assez.

A mes co-internes,

Pierre-Ju et Myriam, qui m'avez accompagné dans mes premiers pas en ophtalmologie, à David, Cyrielle, Anaïs et Lenore qui les ont faits avec moi, mais aussi à tous les autres, les plus jeunes comme les plus vieux, avec qui cet internat fut un réel plaisir.

A mes anciens chefs,

Sylvain, Anne, Léopoldine, Emilie, Corinne, Céline, Alex... Merci pour tout ce que vous m'avez apporté, et pour votre soutien !

A Adeline et Rebecca, qui ont permis aux chiffres de ce travail de prendre un sens.

A l'équipe de la clinique Honoré-Caves et de la clinique de L'Union, qui ont largement contribué à l'effectif de notre étude, avec une attention particulière à Vincent Gualino, qui a aidé à élaborer le questionnaire.

A l'équipe de Tarbes, pour leur accueil chaleureux et pour les 5 mois encore à venir...

Aux infirmières, orthoptistes, aide-soignantes, secrétaires, qui nous accompagnent et nous soutiennent tous les jours dans ces journées occupées à soigner...

A nos patients, sans qui rien de tout cela n'aurait de sens.

SOMMAIRE

ABREVIATIONS.....	15
RESUME.....	16
Introduction	
Matériel et Méthode	
Résultats	
Conclusion	
INTRODUCTION.....	17
MATERIEL ET METHODE.....	19
Type d'étude	
Population étudiée	
Recueil de données	
Variable	
Analyse	
RESULTATS.....	22
Caractéristiques des sujets inclus	
Parcours de soin	
Analyse des délais de prise en charge	
Analyse des facteurs associés aux délais de prise en charge	
DISCUSSION.....	31
CONCLUSION.....	35
BIBLIOGRAPHIE.....	36
ANNEXES.....	38

ABREVIATIONS

- DR : décollement de rétine
- DDM : durée de décollement maculaire
- Macula-OFF : décollement de rétine à macula détachée
- Macula-ON : décollement de rétine à macula non détachée

RESUME

Introduction – Le décollement de rétine (DR) est une pathologie rare et potentiellement cécitante. La rapidité de sa prise en charge chirurgicale est l'un des principaux facteurs pronostiques, bien que les études aient démontré qu'un court délai était tolérable. Dans cette étude, nous avons étudié le délai de prise en charge des DR dans la région Midi-Pyrénées, et les facteurs pouvant l'influencer.

Méthode – Étude transversale, multicentrique, réalisée sur une période de 6 mois (février à août 2014). Le critère principal étudié était le délai séparant le diagnostic de la chirurgie, le critère secondaire était le délai séparant les premiers signes de la chirurgie. Nous avons ensuite recherché l'influence sur ces délais des caractéristiques socio-démographiques et cliniques, de la distance domicile/centre chirurgical, et de la présence d'un week-end.

Résultats – Nous avons inclus 159 patients. Le délai moyen diagnostic-chirurgie était de 4,4 jours \pm 12,3 (2,7 \pm 4,3 pour les DR <1mois, dits récents), et était allongé par la présence d'un week-end ($p < 0,001$), d'un long week-end (3 ou 4 jours, $p=0,023$), et par le statut maculaire OFF ($p=0,008$). Le délai moyen premiers signes/chirurgie était de 12,0 jours et était allongé par le statut maculaire OFF ($p=0,046$) et par l'absence d'antécédent de décollement ($p=0,023$). Aucune corrélation significative n'a été retrouvée entre les délais et la distance domicile / centre chirurgical.

Conclusion – Le délai de prise en charge des DR est relativement court dans la région Midi-Pyrénées, même si nous avons pu constater un retard diagnostique relativement fréquent, notamment chez les DR Macula-OFF, peut-être en raison de la méconnaissance des symptômes par le patient, et des difficultés d'accès aux consultations spécialisées. Aucune relation n'a été mise en évidence entre ce délai, et la distance séparant le domicile du patient du lieu de prise en charge.

INTRODUCTION

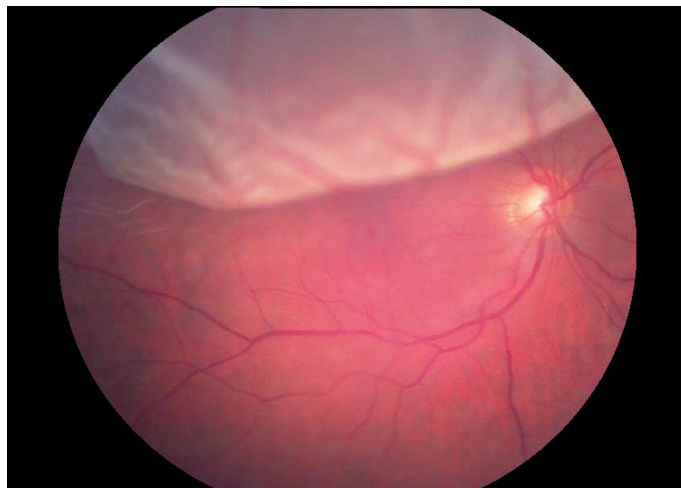
Le décollement de rétine (DR) est une urgence chirurgicale ophtalmologique, pour laquelle le délai de prise en charge a été étudié dans de nombreuses études : faut-il opérer le plus tôt possible, dans des conditions parfois périlleuses (personnels non formés, en dehors des créneaux horaires journaliers) et à n'importe quel prix ? Ou bien peut-on se permettre d'attendre les jours suivants, afin d'organiser la chirurgie dans les conditions optimales (personnels formés, salle dédiée, horaires...) ?

Concernant les décollements de rétine épargnant la macula, dits Macula-ON, la plupart des études montrent qu'un délai de 3 à 5 jours maximum n'altère pas le pronostic visuel, avec un faible risque d'extension du DR vers la macula [1-3]. En effet, cette extension maculaire semble moins fréquente et moins rapide que ce que l'on pensait, d'autant plus si le positionnement pré-opératoire est bien réalisé par le patient [4-5]. Concernant les décollements atteignant la macula, dits Macula-OFF, le délai de prise en charge se base sur le début de la baisse d'acuité visuelle (BAV), qui correspond à l'atteinte de la fovéa par le décollement. On parle alors de Durée de Décollement Maculaire (DDM). De nombreuses études, rétrospectives, portant sur une centaine de patients chacune, amènent aux mêmes conclusions : aucune différence dans l'acuité finale post-opératoire n'est retrouvée si la prise en charge chirurgicale se déroule dans la première semaine de DDM [6-10] et le pronostic visuel reste bon. Au-delà de 10 jours en revanche, l'acuité post-opératoire semble être irréversiblement altérée, et le délai de prise en charge au delà de ces 10 jours semble n'avoir que peu d'impact sur l'acuité finale [11-12].

Concernant les DR Macula-ON et -OFF confondus, une étude rétrospective, réalisée en Allemagne sur près de 1800 patients en 2011, a démontré que la chirurgie en urgence le jour même n'apportait finalement pas de bénéfice en termes fonctionnel et anatomique [13].

En condition de vie réelle, la prise en charge du patient dans les délais optimaux se heurte au nombre restreint de chirurgiens de rétine, et à la disponibilité des blocs opératoires pour ces urgences dites relatives (insertion d'urgences relatives au sein des tableaux de chirurgies programmées, disponibilité des boîtes chirurgicales, équipe soignante compétente...).

L'objectif principal de notre étude était d'étudier le délai séparant le diagnostic de la chirurgie dans la prise en charge chirurgicale des décollements de rétine dans la région Midi-Pyrénées. Les objectifs secondaires étaient d'étudier le délai séparant les premiers symptômes de la chirurgie, le délai séparant la baisse de vision de la chirurgie concernant les DR Macula-OFF et l'influence des caractéristiques socio-démographiques et cliniques, de la distance ainsi que des week-ends sur ces délais de prise en charge.



MATERIEL ET METHODE

Design de l'étude

Cette étude est une enquête transversale, portant sur des sujets opérés d'un premier épisode de décollement de rétine sur l'œil étudié. Les patients ont été recrutés dans 3 centres de la région Midi-Pyrénées, pendant 6 mois de l'année 2014 (février à juillet).

L'objectif principal de cette étude était d'étudier le délai séparant le diagnostic de la chirurgie du décollement de rétine (délai diagnostic-chirurgie).

Les objectifs secondaires étaient :

1. Évaluer le délai entre les premiers symptômes et la chirurgie.
2. Évaluer le délai séparant la baisse de vision de la chirurgie, concernant les DR Macula-OFF (DDM).
3. Étudier l'influence des caractéristiques socio-démographiques et cliniques, de la distance et des week-ends sur ces délais de prise en charge.

Le délai entre le diagnostic et la chirurgie a été déterminé par le nombre de jours séparant le diagnostic de la chirurgie. Le délai « premiers signes-diagnostic » correspondait au temps séparant la première manifestation des symptômes décrits par le patient et le diagnostic ; pour cette analyse, nous avons exclu les signes fonctionnels datant de plus de 60 jours. Enfin, le délai « premiers signes-chirurgie » correspondait à la somme des deux délais précédents.

Les facteurs étudiés pouvant influencer les délais de prise en charge étaient : âge, sexe, antécédent personnel ou familial de DR, présence d'un ophtalmologiste habituel (« ophtalmologiste traitant »), date de la dernière consultation ophtalmologique (plus ou moins de 2 ans), statut cristallinien,

caractère récent/ancien (< ou >1mois) du DR, notion de traumatisme oculaire précédant le décollement, statut professionnel (retraité, sans activité, actif), présence ou non d'une myopie forte, statut maculaire Macula ON/Macula OFF, notion de prise en charge à cheval sur un week-end normal ou prolongé (jour férié, week-end de 3 à 4 jours), distance (en temps de trajet) entre le domicile du patient et le centre de chirurgie vitréo-rétinienne.

Population étudiée

Notre étude portait sur des sujets opérés d'un premier épisode de décollement de rétine sur l'œil étudié. Ont été inclus les patients pris en charge pour un premier épisode de décollement de rétine, dans les trois centres suivants: CHU de Toulouse (Toulouse), Clinique de l'Union (Saint Jean), Clinique Honoré Cave (Montauban). Les sujets ayant un antécédent de DR sur l'œil étudié n'étaient pas inclus. Les sujets pour lesquels nous disposions de données insuffisantes (questionnaires mal remplis), c'est-à-dire ne permettant pas de répondre à nos critères d'évaluation, étaient secondairement exclus.

Recueil de données

Le recueil des données a été réalisé à partir de questionnaires, divisés en deux parties : une remplie par le patient (auto-questionnaire concernant les symptômes et leur évolution), et une autre remplie par le chirurgien (auto-questionnaire concernant la technique chirurgicale et les antécédents médicaux). Le but de notre étude a été expliqué aux patients, et les questionnaires ont été remplis après qu'ils aient donné leur consentement éclairé. La saisie informatique des données a été réalisée de manière anonyme.

Variable

La durée de trajet en voiture entre le domicile et le centre de prise en charge chirurgicale a été estimée à partir de l'itinéraire en voiture entre le code postal du domicile du patient et l'adresse du centre de prise en charge sur le site internet www.mappy.fr.

Analyse

La distribution des données quantitatives (délais notamment) est décrite par la moyenne, l'écart type, et surtout par la médiane et les intervalles interquartiles (p25-p75) étant donné les distributions non normales des délais.

Compte tenu de la distribution non normale des délais, les analyses des facteurs associés aux délais de prise en charge ont été effectuées par des tests d'étude des rangs (tests non-paramétriques). Selon la nature des variables étudiées (quantitatives ou qualitatives à 2 modalités ou plus), des tests de Man-Whitney-Wilcoxon, de Kruskal-Wallis ou des tests des rangs de Spearman ont été utilisés. Les tests étaient bilatéraux avec un risque de première espèce alpha fixé à 0,05. Nous avons réalisé une analyse de l'ensemble de la population et une sous-analyse pour les délais principaux en excluant les décollements considérés comme ancien (> à 1 mois).

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel STATA Version 11.2 (Stata Statistical Software: Release 11. College Station, TX: StataCorp LP).

RESULTATS

1) Caractéristiques des sujets inclus

Au total, 165 patients ont participé à l'étude (165 yeux opérés de décollement de rétine), recrutés sur les trois centres dans cette période. Six ont été exclus : 2 pour des données manquantes trop importantes, 4 pour lesquels il s'agissait en fait d'un deuxième épisode de décollement à cet œil.

Cent cinquante-neuf yeux de 159 patients ont été inclus. Parmi eux, 64,2% étaient des hommes, et 57,2% des yeux étaient des yeux droits. Les antécédents personnels controlatéraux ou familiaux de DR concernaient 18,9% (n = 30) des patients et étaient répartis comme suit: 6,3% (n = 10) antécédents de DR personnel controlatéral, 9,4% (n=15) antécédents de DR dans la famille proche (1^{er} degré) et 5,7% (n = 9) antécédents de DR dans la famille éloignée (>1^{er} degré).

19,8% des patients avaient une myopie forte, et 37,7% des patients étaient pseudo-phaques. Les retraités représentaient 64,8% (n=103) de la population, et 57,2 % (n=91) des patients vivaient en milieu rural. Les autres caractéristiques démographiques de la population sont décrites dans le **Tableau 1**.

Tableau 1. Caractéristiques de la population étudiée prise en charge sur 3 centres chirurgicaux de Midi-Pyrénées pour premier décollement de rétine de l'œil étudié (n = 159).

Age moyenne +/- sd (extrêmes)		62 +/- 15,5 (20 - 92 ans)
Côté	Droit % (n) / Gauche % (n)	57,2 % (91) / 42,8 % (68)
Sexe	Homme % (n) / Femme % (n)	64,2 % (102) / 35,8 % (57)
Milieu de vie	Rurale % (n) / Urbain % (n)	57,2 % (91) / 42,8 % (68)
Activité professionnelle	Actif % (n) / sans profession % (n) / retraité % (n)	28,3 % (45) / 6,9 % (11) / 64,8 % (103)
Antécédents		
Décollement de rétine	Familial ou personnel % (n)	18,9 % (30)
Lésion rhégmato-gène prédisposante	Lésion prédisposante % (n)	15,7 % (25)
	Dont lésion traitée par laser % (n)	84,0 % (21)
Facteurs de risque	Traumatisme oculaire % (n)	10,8 % (17)
	Myopie forte (réfraction < - 6 dioptries) % (n)	19,8 % (31)
Traitement	Anti-coagulant % (n)	8,8 % (14)
	Anti-aggrégant % (n)	9,4 % (15)
Statut cristallinien	Phaque % (n)	61,6 % (98)
	Pseudo-phaque % (n)	37,7 (60)
	Aphaque % (n)	0,6 % (1)
Suivi ophtalmologique		
Présence d'un ophtalmologiste habituel % (n)		84,9 % (135)
Date de la dernière	< 2 ans % (n)	75,3 % (129)
	2 à 5 ans % (n)	13,9 % (22)

consultation	> 5 ans % (n)	10,8% (17)
--------------	---------------	------------

La présentation clinique des DR était répartie comme suit: 35,9% de DR Macula-ON, 48,4% de DR Macula-OFF, et 15,7% de DR Macula bissectrisée. Les DR récents représentaient 85,5 % (n = 136) des cas et les DR anciens (durée d'évolution > 1 mois) 14,5% (n = 23) des cas. Les quadrants concernés par le soulèvement rétinien étaient par ordre de fréquence les quadrants: supérieur (69,2 % ; n = 110), temporal (61,6 % ; n = 98), inférieur (42,8 % ; n = 68) et nasal (32,7 % ; n = 52). Les autres caractéristiques cliniques des DR, et la technique chirurgicale utilisée sont décrites dans le **Tableau supplémentaire 1**.

2) Parcours de soin

Le premier recours du patient a été dans 48,1 % des cas leur ophtalmologue habituel (n = 76), dans 17,7% des cas un autre ophtalmologue (n = 28), dans 17,1% des cas un service d'urgences ophtalmologiques (n = 27), dans 12,7% des cas leur médecin généraliste (n = 20), et enfin dans 3,8 % des cas un service d'urgences générales (n = 6).

Dans notre étude, les médecins généralistes apparaissent les plus faciles à contacter: 100,0% des patients ayant voulu les joindre y sont parvenus (n=25), et parmi eux, 83,3% ont été reçus en consultation.

Parmi les patients ayant essayé d'appeler leur ophtalmologue habituel, 88,8% sont parvenus à les joindre, et parmi eux, 86,4% ont obtenu un rendez-vous. Concernant les patients ayant voulu contacter un autre ophtalmologue

que leur ophtalmologue habituel (absence d'ophtalmologue habituel, ou impossibilité de le joindre), les patients ont réussi à les joindre par téléphone dans 85,2% des cas, et parmi eux, 100,0% ont obtenu un rendez-vous.

Les délais de rendez-vous selon les praticiens sont décrits dans le **Tableau 2**. Ils étaient en moyenne de 1,2 jour \pm 2,3 pour le médecin généraliste (médiane 0), de 6,0 jours \pm 16,6 pour l'ophtalmologiste traitant (médiane 1) et de 6,9 jours \pm 20,3 pour l'ophtalmologiste autre que l'ophtalmologiste traitant (médiane 0).

Tableau 2. Délai de rendez-vous selon les praticiens chez les patients présentant un premier épisode de décollement de rétine (DR) sur l'œil étudié (n = 159).

	Tous DR ¹		DR d'ancienneté < 1 mois	
	Moyenne en jour \pm SD ⁴	Médiane (p25 ² -p75 ³)	Moyenne en jour \pm SD	Médiane (p25-p75)
Médecin généraliste	1,2 \pm 2,3 (n = 20)	0 (0-1)	1,3 \pm 2,5 (n = 17)	0 (0-1)
Ophtalmologiste traitant	6,0 \pm 16,6 (n = 91)	1 (0-4)	2,8 \pm 6,2 (n = 77)	1 (0-2)
Autre ophtalmologiste	6,9 \pm 20,3 (n = 21)	0 (0-2)	7,2 \pm 20,8 (n = 20)	0 (0-1,5)
Urgences spécialisées	3,3 \pm 13,1 (n = 40)	1 (0-1)	1,3 \pm 2,5 (n = 36)	0,5 (0-1)
Urgences générales	1,2 \pm 1,5 (n = 8)	1 (0-2)	1,4 \pm 1,5 (n = 7)	1 (0-3)

DR¹ = Décollement de Rétine, p25² = 25^{ème} percentile (25% des patients ont consulté dans un délai \leq à cette valeur), p75³ = 75^{ème} percentile (25% des patients ont consulté dans

un délai \geq à cette valeur), SD⁴ = écart-type, = écart-type.

Les délais moyens séparant les premiers symptômes du diagnostic étaient très différents selon les symptômes présentés : 12,0 \pm 13,9 jours (médiane = 6) et 10,0 \pm 12,0 jours (médiane = 6), respectivement pour les myodésopsies et les phosphènes, 7,3 \pm 10,6 jours pour la baisse d'acuité visuelle (médiane 3) et 6,5 \pm 9,2 pour l'amputation du champ visuel (médiane = 3), et enfin 11,5 \pm 15,1 jours pour l'aggravation de myodésopsies pré-existantes (médiane = 5). Le délai moyen, tous symptômes confondus, premiers signes-diagnostic était de 12,0 \pm 14,4 jours (médiane = 6).

Ces délais sont présentés dans le **Tableau 3**, ainsi que pour la sous-population des DR récents.

Tableau 3. Délai entre les différents symptômes et le diagnostic de décollement de rétine (DR).

Symptômes présentés	Tous DR ¹			DR récents (<1mois)		
	n	Moyenne en jour (\pm SD ⁴)	Médiane (p25 ² -p75 ³)	n	Moyenne en jour (\pm SD)	Médiane (p25-p75)
Tous symptômes	146	12,0 \pm 14,4	6 (3-15)	133	9,7 \pm 12,5	5 (2-12)
Myodésopsies	83	12 \pm 13,9	6 (2-15)	77	10,2 \pm 12,6	6 (2-12)
Aggravation des myodésopsies	23	11,5 \pm 15,1	5 (1-15)	22	10,7 \pm 14,9	4,5 (1-12)
Phosphènes	40	10,0 \pm 12,0	6 (2,5-12)	35	7,4 \pm 10,2	5 (2-9)
Amputation campimétrique	02	6,5 \pm 9,2	3 (1-7)	91	4,1 \pm 4,7	3 (1-5)
Baisse d'acuité visuelle	103	7,3 \pm 10,6	3 (1-8)	93	5,6 \pm 8,4	3 (1-6)

Douleur	2	2,5 ± 2,12	2,5 (1-4)	1	4	4 (4-4)
Gêne	2	15,5 ± 20,5	15,5 (1-30)	1	1	1 (1-1)
Autres	11	5,9 ± 8,7	4 (0-5)	10	6,5 ± 9,0	4,5(1-5)

DR¹ : décollement de rétine, p25² = 25^{ème} percentile (25% des patients ont consulté dans un délai ≤ à cette valeur), p75³ = 75^{ème} percentile (25% des patients ont consulté dans un délai ≥ à cette valeur), SD⁴ = écart-type.

3) Analyse des délais de prise en charge

Le délai diagnostic-chirurgie était en moyenne de 4,4 ± 12,3 jours (médiane = 2, n = 159) pour l'ensemble de la population étudiée, et de 2,7 ± 4,3 jours pour les DR récents (médiane = 2, n = 136).

Dans la sous population des DR Macula-ON et bissectrisée, le délai moyen de prise en charge était de 1,9 ± 1,3 jours (médiane = 2, n = 82) tous DR confondus, et de 1,9 ± 1,3 jours pour les DR récents (n = 74, médiane = 2). Dans celle des DR Macula-OFF, le délai moyen était de 6,9 ± 17,3 jours tous DR confondus (n = 77, médiane = 2), contre 3,6 ± 6,1 jours pour les DR récents (n = 62, médiane = 2).

Ces résultats sont exposés dans **les Figures 1 et 2**.

L'analyse de la DDM pour les DR macula OFF retrouvait un délai moyen entre BAV et chirurgie de $12,8 \pm 14,9$ jours (médiane 5,5, n = 58) tous DR confondus, et de $10,2 \pm 12,0$ jours pour les DR récents (médiane 5, n = 52).

Concernant les délais symptômes-chirurgie, le délai moyen séparant les premiers symptômes de la chirurgie était de $14,8 \pm 15,6$ jours (médiane = 8, n = 146) pour l'ensemble de notre population, et de $12,3 \pm 13,3$ jours pour les DR récents (médiane = 7, n = 133). Le délai moyen entre la baisse d'acuité visuelle et la chirurgie était de $10,3 \pm 12,3$ jours (médiane = 5, n = 103) pour l'ensemble de la population, et de $8,3 \pm 9,8$ jours pour les DR récents (médiane = 5, n = 93).

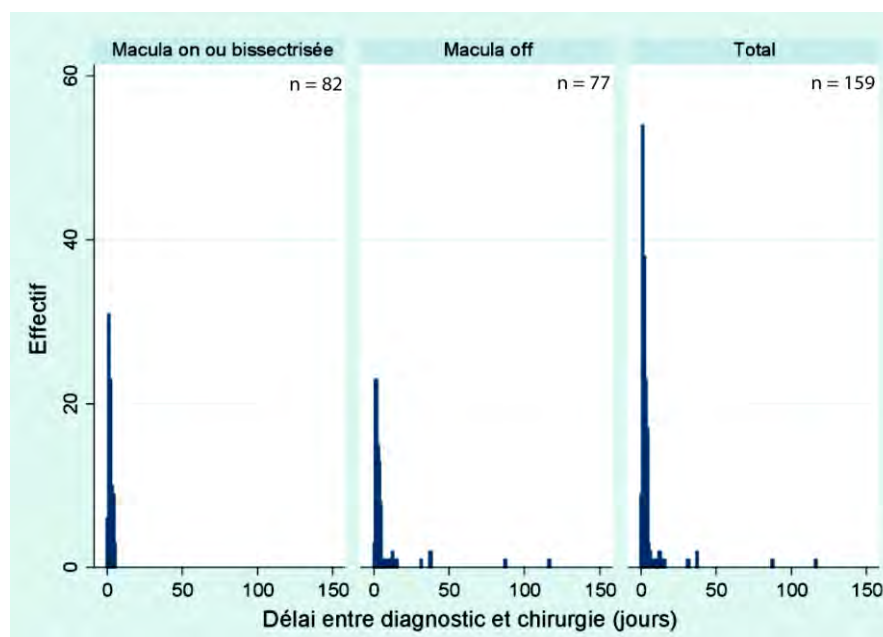


Figure 1. Délais diagnostic-chirurgie tous décollements de rétine confondu

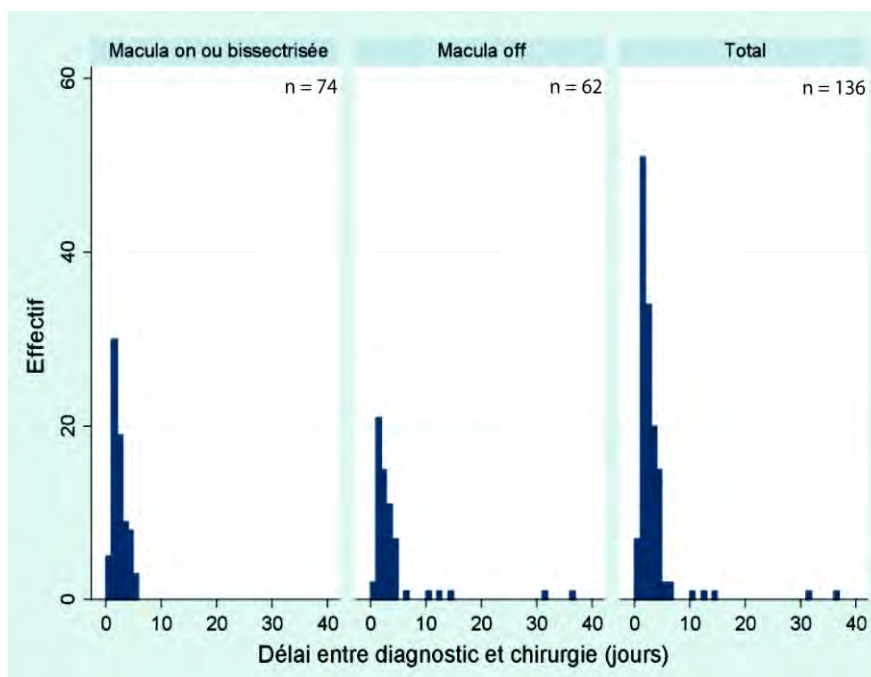


Figure 2. Délais diagnostic-chirurgie pour les décollements de rétine récents (<1mois)

4) Analyse des facteurs associés aux délais de prise en charge

Dans notre étude, le délai diagnostic-chirurgie était allongé de manière significative par la présence d'un week-end ($p < 0,001$), ou d'un week-end prolongé (jour férié) ($p=0,002$) dans ce délai de prise en charge. La présence d'un statut Macula-OFF allongeait également ce délai de manière significative ($p=0,008$).

Concernant le délai premiers signes-chirurgie, le statut macula OFF était à nouveau associé à un allongement de la prise en charge, et ce de manière significative ($p=0,046$); l'absence d'antécédent personnel ou familial de décollement de rétine allongeait également ce délai ($p=0,023$).

Concernant la sous-population des DR Macula-OFF et le délai BAV-chirurgie, nous observons une tendance à l'allongement du délai en cas d'absence d'un ophtalmologiste habituel ($p=0,03$).

Aucune relation n'a été mise en évidence entre le délai de prise en charge, et la distance en temps, entre le domicile du patient et le lieu de prise en charge chirurgicale, et ce, pour tous les décollements de rétine.

L'ensemble des données sont exposées dans le *Tableau supplémentaire 2*.

DISCUSSION

La prise en charge du décollement de rétine est bien une urgence relative, et en condition de vie réelle, une prise en charge en urgence le jour du diagnostic reste difficile à organiser dans de bonnes conditions.

Dans notre étude, le délai moyen de prise en charge entre le diagnostic et la chirurgie est estimé à 4,4 jours pour l'ensemble de la population, contre 2,7 en cas de DR récents ; ce délai est tout à fait concordant avec les délais proposés par les études réalisées sur le sujet, en condition de vie réelle [13-14]. Cependant, ces résultats doivent être nuancés car ils concernent tous les types de décollement ; or nous savons aujourd'hui que la cinétique d'extension des décollements peut être très différente selon leur localisation et la lésion

rhegmatogène responsable (paramètres qui influenceront donc la rapidité de la prise en charge par le chirurgien) [5].

La présence d'un décollement maculaire apparaît dans notre étude comme un facteur augmentant le délai de prise en charge, que ce soit le délai diagnostic-chirurgie, ou que ce soit le délai premiers signes-chirurgie.

Ce résultat paraît étonnant, étant donné l'urgence de la prise en charge : il faut en effet agir dans les 7 premiers jours de DDM pour obtenir les meilleurs résultats en termes d'acuité post-opératoire [6-10], mais au-delà de 10 jours, le pronostic visuel est nettement altéré, et la rapidité d'intervention ne paraît que peu influencer l'acuité finale [11-12].

Dans notre étude, dans la population des DR Macula-OFF, les délais séparant les premiers symptômes du diagnostic étaient en fait très longs, avec une moyenne de 13 jours (10 pour les DR macula off récent). Le délai de DDM était donc d'emblée de plus mauvais pronostic. Ce retard diagnostique pourrait être expliqué en partie par le manque d'information du patient concernant les signes devant l'alerter ; ces derniers attendent souvent de s'assurer que les signes persistent avant d'estimer nécessaire une consultation. Le fait que la présence d'un antécédent personnel ou familial de décollement influe aussi significativement le délai séparant les symptômes du diagnostic est également en faveur du rôle essentiel de la connaissance des symptômes par le patient.

Les délais de consultation (rendez-vous dans les 3 jours pour la majorité des DR récents, dans la semaine pour l'ensemble de la population) participent également à ce retard, et une meilleure accessibilité aux consultations spécialisées en urgence paraît indispensable, via la formation des personnels de secrétariat ou d'accueil médical, aux signes cliniques devant nécessiter une consultation en urgence le jour même. On peut également se demander si les praticiens ne restent pas focalisés sur l'urgence de la prise en charge des DR Macula-ON, voulant intervenir avant l'extension à la macula, et considérant donc comme moins urgente la prise en charge des DR Macula-OFF.

Comme on pouvait s'y attendre, la présence de week-end et de week-end prolongé dans l'intervalle de prise en charge allonge significativement les délais des prise en charge, et ce, malgré les efforts de continuité de soins (gardes, astreintes chirurgicales...) réalisés par les équipes.

En revanche, aucune relation n'a été mise en évidence entre un allongement des délais et la distance séparant le patient du centre de prise en charge. Ce résultat est encourageant quant à l'accessibilité des soins dans notre région.

Concernant le parcours de soin des patients, il est intéressant de constater que malgré ces symptômes ophtalmologiques purs, 16% des patients ont recours en premier lieu à leur médecin généraliste, qui reste toujours très disponible.

La difficulté à joindre les spécialistes est en revanche mise en évidence : 88,8% seulement des patients ayant essayé de contacter leur ophtalmologiste ont réussi à le joindre, avec à la clef seulement 86,4% de rendez-vous, soit un total de seulement 68,5% des patients ayant réussi à avoir un rendez-vous avec leur ophtalmologiste pour ceux qui avaient essayé de les joindre ; 85% des patients ayant contacté un autre ophtalmologue ont réussi à le joindre et 100,0% ont été honorés d'un rendez-vous. L'appréhension des patients à demander un rendez-vous chez des praticiens ayant des délais d'attente de plusieurs mois semble évidente, mais notre étude ne permet pas de faire la distinction entre la part du délai liée à cette appréhension des patients et la part liée probablement au manque de formation des personnels de secrétariat concernant les signes d'alertes devant entraîner une consultation en urgence et sans délai. La difficulté à joindre des secrétariats aux lignes téléphoniques occupées en permanence est très certainement aussi un facteur limitant crucial des demandes de rendez-vous rapide.

En ce qui concerne la population étudiée, les caractéristiques de la population de notre étude sont comparables aux autres études sur le sujet, en

termes de démographie comme de technique chirurgicale [14]. Nous avons remarqué notamment un nombre supérieur de DR chez les hommes, et principalement sur l'œil droit. Ces caractéristiques étonnantes sont retrouvées dans quasiment toutes les études, et ont déjà été décrites et analysées par D.G. Charteris et al [15]. Concernant la répartition entre les sexes, ces auteurs avaient conclu à une différence de longueur axiale selon le sexe, pouvant expliquer les incidences différentes des DR. Concernant la prédominance du côté droit, cet œil étant le plus souvent l'œil directeur, l'hypothèse d'une myopie plus fréquente (et donc d'une longueur axiale supérieure) de ce côté a été mise en avant. Finalement, nous manquons encore d'arguments solides pour expliquer ces différences de répartition de la population.

Les éventuels biais de notre étude sont dominés par le défaut de précision des données fournies par le patient. En effet, tous n'ont pu être soigneusement accompagnés dans le remplissage des questionnaires (auto-questionnaires), et certaines questions ont pu être mal comprises, certaines réponses mal renseignées. L'exemple flagrant est la présence d'un délai moyen pour obtenir une consultation dans les services d'urgences, services dans lesquels les consultations sont sans rendez-vous et «à la demande». Nous pensons que le délai annoncé par les patients correspondrait plutôt au temps que les patients ont attendu avant de se décider à consulter dans un service d'urgence.

Un deuxième exemple est celui de la description des symptômes : concernant la baisse d'acuité, le moment de son apparition exacte est très important dans la détermination du DDM pour les DR Macula-OFF, et est pourtant difficilement individualisable par le patient seul (baisse d'acuité également ressentie en cas d'hémorragie intra-vitréenne, ou exprimée comme tel en cas d'amputation du champ visuel ou autre).

Il faut signaler également que le délai de 1 mois dans la définition des DR récents a été choisi de manière arbitraire, et n'est basé que sur les signes fonctionnels du patient. Il nous paraissait important en effet de séparer les DR

les plus anciens, qu'ils soient d'extension lente ou rapide, afin d'avoir un meilleur reflet de la prise en charge réelle des DR pour lesquels une intervention rapide aurait un impact sur le pronostic fonctionnel de l'œil. Ayant admis peu de critère d'exclusion, ceci mélange donc dans notre population des DR aigus comme chroniques, ainsi que des patients ayant refusé/repoussé la chirurgie initialement...

Enfin, nous avons exclu de l'analyse les patients décrivant des symptômes datant de plus de deux mois car le recueil des données a mis en évidence que certains patients décrivaient des signes anciens, datant de plus de six mois, mais présentaient un décollement de rétine manifestement récent ; il s'agissait notamment de myodésopsies. L'exclusion de ce type de signes fonctionnels « anciens » nous permettait d'éliminer ces biais de confusion.

CONCLUSION

La prise en charge des patients en Midi-Pyrénées souffrant d'un DR est relativement rapide, et adaptée à l'ancienneté du décollement. Certains facteurs ont été identifiés ici comme responsables d'un allongement du temps de prise en charge et une réflexion sur nos pratiques semble nécessaire. L'information du patient et des médecins généralistes, acteurs majeurs dans le parcours de soins des patients, permettrait entre autres d'accélérer le recours aux soins par les patients, alors que la formation des personnels de secrétariats et accueils médicaux pourrait faciliter l'accès à une consultation spécialisée en urgence. L'influence des week-ends sur la prise en charge chirurgicale reste un point faible malgré les efforts réalisés par les équipes. Le cas particulier des DR Macula-OFF est à souligner également auprès des

praticiens spécialisés, notamment par l'urgence de réaliser l'intervention dans les 7 premiers jours du décollement maculaire.

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté

Medicine Raouf

E. SERRANO



Professor F. MALICAZE
Service d'Ophtalmologie
Hôpital Purpan

BIBLIOGRAPHIE

1. Ehrlich R, Niederer RL, Ahmad N, and Polkinghorne P. Timing of acute macula-on rhegmatogenous retinal detachment repair. *Retina* 2013;33:105-10.
2. Wykoff CC, Smiddy WE, Mathen T, Schwartz SG, Flynn HW, Jr., and Shi W. Fovea-sparing retinal detachments: time to surgery and visual outcomes. *Am J Ophthalmol* 2010;150:205-210 e2.
3. Gorovoy IR, Porco TC, Bhisitkul RB, De Juan E, Jr., Schwartz DM, and Stewart JM. Same-Day Versus Next-Day Repair of Fovea-Threatening Primary Rhegmatogenous Retinal Detachments. *Semin Ophthalmol* 2014:1-7.
4. Hajari JN, Kyhnel A, Bech-Azeddine J, La Cour M, and Kiilgaard JF. Progression of foveola-on rhegmatogenous retinal detachment. *Br J Ophthalmol* 2014;98:1534-8.

5. Ho SF, Fitt A, Frimpong-Ansah K, and Benson MT. The management of primary rhegmatogenous retinal detachment not involving the fovea. *Eye (Lond)* 2006;20:1049-53.
6. Mity D, Awan MA, Borooh S, Syrogiannis A, Lim-Fat C, Campbell H, et al. Long-term visual acuity and the duration of macular detachment: findings from a prospective population-based study. *Br J Ophthalmol* 2013;97:149-52.
7. Hassan TS, Sarrafizadeh R, Ruby AJ, Garretson BR, Kuczynski B, and Williams GA. The effect of duration of macular detachment on results after the scleral buckle repair of primary, macula-off retinal detachments. *Ophthalmology* 2002;109:146-52.
8. Khanzada MA, Wahab S, and Hargun LD. Impact of Duration of Macula off Rhegmatogenous Retinal Detachment on Visual Outcome. *Pak J Med Sci* 2014;30:525-9.
9. Van De Put MA, Croonen D, Nolte IM, Japing WJ, Hooymans JM, and Los LI. Postoperative recovery of visual function after macula-off rhegmatogenous retinal detachment. *PLoS One* 2014;9:e99787.
10. Ross WH, and Kozy DW. Visual recovery in macula-off rhegmatogenous retinal detachments. *Ophthalmology* 1998;105:2149-53.
11. Diederer RM, La Heij EC, Kessels AG, Goezinne F, Liem AT, and Hendrikse F. Scleral buckling surgery after macula-off retinal detachment: worse visual outcome after more than 6 days. *Ophthalmology* 2007;114:705-9.
12. Kim JD, Pham HH, Lai MM, Josephson JW, Minarcik JR, and Von Fricken M. Effect of symptom duration on outcomes following vitrectomy repair of primary macula-off retinal detachments. *Retina* 2013;33:1931-7.
13. Koch KR, Hermann MM, Kirchhof B, and Fauser S. Success rates of retinal detachment surgery: routine versus emergency setting. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2012;250:1731-6.
14. Mity D, Charteris DG, Yorston D, Siddiqui MA, Campbell H, Murphy AL, et al. The epidemiology and socioeconomic associations of retinal detachment in Scotland: a two-year prospective population-based study. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2010;51:4963-8.

15. Mitry D, Tuft S, Mcleod D, and Charteris DG. Laterality and gender imbalances in retinal detachment. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol 2011;249:1109-

ANNEXES

<i>Tableau supplémentaire 1. Caractéristiques cliniques des décollements de rétine de la population et leur prise en charge chirurgicale (n = 159).</i>		
Ancienneté	DR ¹ récent (< 1 mois) % (n)	85,5 % (136)
	DR ancien (> 1 mois) % (n)	14,5 % (23)
Statut maculaire	ON % (n)	35,9 % (57)
	OFF % (n)	48,4 % (77)
	Bisectrisée % (n)	15,7 % (25)
Quadrants	Inférieur % (n)	42,8 % (68)

concernés par le soulèvement rétinien	Supérieur % (n)	69,2 % (110)
	Temporal % (n)	61,6 % (98)
	Nasal % (n)	32,7 % (52)
PVR ²	Absente % (n)	45,3 % (72)
	A % (n)	23,3 % (37)
	B % (n)	23,3 % (37)
	C1 % (n)	3,7 % (6)
	≥ C2 % (n)	4,4 % (7)
Type d'anesthésie	Anesthésie générale % (n)	54,1 % (86)
	Anesthésie loco-régionale % (n)	45,9 % (73)
Technique chirurgicale	Cryoapplication + indentation % (n)	23,9 % (38)
	Vitrectomie + Gaz % (n)	69,2 % (110)
	Vitrectomie + HS ³ % (n)	6,9 % (11)
DR ¹ : Décollement de Rétine, PVR ² : prolifération vitré-rétinienne, HS ³ : huile de silicone		

Tableau supplémentaire 2. Analyse des facteurs associés aux délais de prise en charge des décollements de rétine (DR) sur 3 centres de Midi-Pyrénées (Clinique de L'Union, Saint-Jean ; Clinique Honoré Cavé, Montauban ; CHU⁸ de Toulouse, Toulouse).						
	Délai diagnostic-chirurgie (n=159)		Délai symptômes-chirurgie (n=159)		Délai BAV ⁴ -chirurgie (n=65) ⁵	
	Médiane (p25 ⁶ -	p-value	Médiane (p25-p75)	p-value	Médiane (p25-p75)	p-value

	p75 ⁷					
Âge ¹		0,798		0,110		0,710
<60 ans	2(1-3)		7(4-10)		8(3,5-61,5)	
≥60ans	2(1-3)		10(5-22)		6(4-19)	
Sexe		0,308		0,870		0,599
Homme	2(1-3)		8(5-17)		6(4-26)	
Femme	2(1-3)		8(4-22,5)		8(4-27)	
Activité professionnelle		0,559		0,505		0,964
Sans prof	2(1-4)		10(6-16)		14(-5,5-25,5)	
Actif	2(1-3)		7(4-18)		6(3-61,5)	
Retraité	2(1-3)		9(5-20)		6(4-22)	
ATCD ²		0,188		0,023		0,782
Oui	1(1-2)		5(3-9)		6(2,5-108)	
Non	2(1-3)		8(5-17)		7,5(4-22)	
Durée de trajet		0,520		0,525		0,612
<30 min ⁹ .	2(1-3)		6(4-16)		3(3-41)	
30 à 60 min.	2(1-4)		10(6-18)		8(4-19)	
60 à 90 min.	2(1-3)		7(4-21)		5(4-27)	
90 à 120 min.	2(1-3)		10(5-28,5)		6,5(5-19)	
≥120 min.	3(2-4)		8,5(4-16)		7,5(4-16)	
Dernière visite avec l'ophtalmologiste		0,059		0,058		0,491
<2 ans	2(1-3)		9(5-22)		7(4-19)	
≥2 ans	1(1-3)		6(4-11)		4(3-32)	
Ophtalmologiste habituel		0,532		0,584		0,029
Oui	2(1-3)		8(5-21)		6(4-19)	
Non	2(1-4)		8(4-11)		41(15-91)	
Traitement anticoagulant		0,773		0,648		0,891
Oui	2,5(1-5)		10(3-22)		14(3-40)	
Non	2(1-3)		8(5-18,5)		7(4-26)	
Traumatisme		0,771		0,922		0,555
Oui	2(1-3)		7(4-23)		11(5,5-41)	

Non	2(1-3)		8(5-17,5)		6(4-26)	
Statut cristallinien		0,189		0,653		0,117
Phake						
Pseudo/aphake	2(1-3)		7(5-17)		12(4-40)	
	2(1-3)		9,5(5-20)		5(4-9)	
WE ³ dans le délai		<0,001		0,184		0,350
Oui	4(3-4)		9(6-19)		8(4-32)	
Non	1(1-2)		7(4-18)		5,5(4-22)	
WE prolongé dans le délai		0,002		0,704		0,717
Oui	4(2-4)		9,5(5-21)		24,5(4-45)	
Non	2(1-3)		8(5-18,5)		7(4-26)	
Statut Macula-OFF		0,008		0,046		-
Oui						
Non	2(1-4)		9,5(5-22)		7(4-26)	
	2(1-3)		7(4-16)		-	

¹ : p-value présentée pour des tests avec variable en continu , ATCD² : Antécédents, WE³ : week-end, BAV⁴ = Baisse d'acuité visuelle, ⁵ : ne concerne que les DR Macula OFF, p25⁶ : 25^{ème} percentile (25% des patients ont consulté dans un délai ≤ à cette valeur), p75⁷ : 75^{ème} percentile (25% des patients ont consulté dans un délai ≥ à cette valeur), CHU⁸ : centre hospitalo-universitaire, min⁹ : minutes

Délai de prise en charge des patients atteints d'un premier épisode de décollement de rétine sur l' œil étudié en Midi-Pyrénées

RESUME :

Le décollement de rétine (DR) est une pathologie potentiellement cécitante, dont la rapidité de prise en charge est un facteur pronostique majeur. Nous avons étudié le délai de prise en charge chirurgicale des DR, et analysé les facteurs pouvant l'influencer dans cette enquête transversale, multicentrique, réalisée sur 6 mois. Le délai moyen diagnostic-chirurgie était de 4,4 jours (2,7 pour les DR <1mois), et était allongé par la présence d'un week-end ($p < 0,001$), d'un long week-end (3 ou 4 jours, $p = 0,023$), et par le statut maculaire off ($p = 0,008$). Aucune corrélation significative n'a été retrouvée entre les délais et la distance domicile/centre chirurgical. En conclusion, le délai de prise en charge des DR est court dans la région Midi-Pyrénées, même si nous avons pu constater un retard diagnostique fréquent, peut-être en raison de la méconnaissance des symptômes par le patient, et des difficultés d'accès aux consultations spécialisées.

TITRE EN ANGLAIS : Time-to-surgery for patients suffering from first episode of retinal detachment in the studied eye in Midi-Pyrénées

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : OPHTALMOLOGIE

MOTS-CLÉS : décollement de rétine rhéomatogène - délai de prise en charge - urgence - chirurgie - timing

INTITULÉ ET ADRESSE DE L' UFR OU DU LABORATOIRE :
Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Vincent SOLER