

IMPLANT INTRA-OCULAIRE

Réflexion sur 80 cas

EXPOSE D'UNE TECHNIQUE DE DOUBLE FIXATION IRIENE D'APRES 30 CAS

Dr. PIERRE GIRARD
Paris, Francia

Main Purpose:

The author presents 80 consecutive cases of patients implanted with the Binkhorst's lens.

To ameliorate the post operative follow up (pupillar dilatation) and prevent eventual complications (as luxation), the author now prefers a Prolène fixation to the iris of the 2 anterior loops (for the lower one, Mc Cannel technique) description of the technique - Results.

Notre expérience s'étend sur une période de quatre ans avec la mise en place de 80 implants.

Nous avons utilisé l'implant de BINKHORST pour les raisons suivantes:

- implant léger, de petite taille
- structures anatomiques de l'angle assez loin des anses.
- cornée assez loin de l'implant
- peut être utilisé en intra ou en extra-capsulaire
- très utilisé dans la monde et a fait preuve d'une grande tolérance.

BINKHORST conseille de mettre l'implant en faisant une extraction extra-capsulaire, et nous avons commencé par cette technique avec le modèle 2 anses "irido-capsulaire".

PIERRE GIRARD

Avec ce modèle, nous avons remarqué que l'on est jamais certain de mettre correctement les anses entre les 2 capsules, en particulier l'anse supérieure. Le lavage des masses, d'autant plus long que le sujet est plus jeune, est parfois responsable d'oedème cornéen durable. La dissection de la capsule postérieure souvent nécessaire n'est pas toujours bien acceptée par le malade. Enfin, l'examen de la rétine périphérique est souvent difficile en raison de la dilatation pupillaire souvent médiocre.

Pour améliorer la fixation de l'implant, qui n'est pas toujours sûre, certaine, avec la capsule, nous avons utilisé le modèle 4 anses toujours en **extra-capsulaire**.

La fixation est double; capsulaire et irienne, et procure une meilleure sécurité. Ce modèle est intéressant dans les cataractes molles avec capsule très fine ou réduite à peu de chose.

Nous avons ensuite essayé ce modèle 4 anses avec extraction **intra-capsulaire**.

Nous avons remarqué que le résultat optique était meilleur, mais surtout l'absence de trouble cornéen, et de réactions inflammatoires post-opératoires. Toutefois, le danger de cette technique est celui de luxation spontanée ou provoquée par un traumatisme ou une dilatation de la pupille. Nous avons donc cherché un système pour fixer les anses à l'iris.

Nous n'avons pas l'expérience de la transiridectomie suture: cette technique nous a paru dangereuse pour la hyaloïde, tout en n'évitant pas la possibilité de luxation des 2 anses inférieures.

Depuis un an nous avons donc utilisé la technique de la double suture irienne, dans le même temps opératoire.

Voici la procédure que nous adoptons:

Le premier temps est une paracentèse de la chambre antérieure avec le couteau de WORST dans un quadrant inférieur de la cornée, à 4-5 mm du limbe, en regard de la future anse inférieure. Ensuite, on ouvre la chambre antérieure de façon habituelle, ici au couteau Diamant.

La cornée étant soulevée, on passe un fil de Prolène 10-0 dans le stroma de l'iris sur le côté nasal ou temporal, à environ mi-distance entre la racine

IMPLANT INTRA-OCULAIRE

de l'iris et le bord pupillaire. L'extraction de la cataracte est effectuée en intra-capsulaire.

Un chef de Prolène est passé dans l'anse antérieure du haut, puis c'est l'introduction de l'implant: rarement possible à "ciel ouvert"; le plus souvent sous coussin d'air en évitant de toucher l'endothélium cornéen. L'hypotonie du vitré conditionne beaucoup la facilité ou la difficulté de ce temps opératoire.

On cherche à introduire uniquement les 2 anses inférieures, de part et d'autre de l'iris à VI h.

La mise en place des 2 anses supérieures est faite selon la technique de Binkhorst:

—sous air, à l'aide du crochet à iris mousse, on fait passer l'iris par dessus l'anse postérieure, tandis que la spatule de Barraquer maintient l'implant.

Nous attachons l'anse en haut par le fil de Prolène avec lequel on fait un noeud coulant: ce noeud a l'avantage d'être réglé à l'extérieur du globe, et d'être arrêté où l'on veut on ne cherche qu'à obtenir une boucle et non un serrage de l'iris sur l'anse.

L'iridectomie ou les iridectomies sont faites, ainsi que la suture étanche de la plaie opératoire (2 iridectomies de part et d'autre de l'anse).

Dernier temps opératoire: la suture de l'anse inférieure (Mc Cannel) Le globe est fermé et la bulle d'air dans la chambre antérieure.

L'aiguille pénètre par la paracentèse, passe sous l'anse, prend un peu de stroma irien et ressort en perforant la cornée de dedans en dehors. Pour aller chercher le chef de Prolène sorti à travers la cornée et le ramener dans la paracentèse on utilise un petit crochet confectionné avec une aiguille jetable dont on recourbe le biseau.

Le crochet monté sur une seringue remplie de sérum (ce qui permet de maintenir le cas échéant, la C. A. de profondeur correcte) pénètre dans la C. A. et va chercher le fil.

Les 2 chefs sont dans la paracentèse: on effectue (comme en haut) un noeud coulant, donc réglable, en essayant d'obtenir une boucle lâche.

PIERRE GIRARD

Voici les résultats que nous avons obtenus, comparés à l'ensemble des implants posés.

Pour les 30 cas faits selon cette technique, il n'y a pas eu d'incidents per-opératoires. Nous n'avons pas observé d'œdème cornéen - 1 syndrome de Gass responsable de la mauvaise vision.

Pour l'ensemble des 80 implants:

- 4 fois l'implant n'a pu être posé en raison d'une poussée du vitré, et 1 fois il y a eu issue de vitré.
- 2 œdèmes cornéens durables, définitifs, consécutifs à un défaut de technique d'extra-capsulaire.
- Nous avons constaté le syndrome de Gass plus fréquent, si l'extraction était intra-capsulaire plutôt qu'extra-capsulaire, et c'est bien connu.
- Le seul cas de luxation était survenu au 5ème jour, et il s'agissait d'un implant 4 anses posé en intra-capsulaire et **non fixé**.
- Enfin, nous n'avons pas observé de décollement de rétine, et ceci peut être dû à un manque de recul du temps, et aussi à la sélection des cas: en effet, nous n'implantons pas si nous voyons des lésions rétinienues périphériques, qui paraissent dangereuses - de même, si l'oeil adelphe présente des lésions qui paraissent dangereuses.

La technique que nous avons présentée a des avantages et des inconvénients:

Les inconvénients et les difficultés:

L'opération est longue et complexe.

L'extraction étant intra-capsulaire, la pose de l'implant peut être difficile ou même impossible.

L'hypotonie per opératoire conditionne beaucoup ce temps opératoire. L'anesthésie doit donc être d'excellente qualité. L'iridophakodonsis n'est pas supprimé par cette technique, et nous pensons qu'elle doit être évitée chez les sujets jeunes.

IMPLANT INTRA-OCULAIRE

Les avantages paraissent intéressants:

L'extraction étant intra-capsulaire, notre habitude de la chirurgie de la cataracte n'est pas trop modifiée. L'endothélium cornéen est bien respecté et c'est important chez les sujets âgés. Il n'y a pas de capsulotomie à prévoir.

"La double attache" a plusieurs avantages:

- elle contribue à la stabilité de l'implant, déjà excellente,
- elle maintient l'implant en bonne position, ainsi il ne pourra pas pivoter: nous préférons placer les 2 sutures iriennes en les opposant l'une à l'autre, c'est à dire en diagonale, afin d'avoir une meilleure stabilité dans le plan frontal, en particulier lors de la dilatation. Nous verrons quelques exemples:
 - le risque de luxation des anses supérieures comme des anses inférieures paraît être exclu,
 - la dilatation pupillaire précoce ou tardive est excellente, et sans danger.
 - examen du fond d'oeil,
 - angiographie,
 - photocoagulation,
 - examen, traitement d'un décollement de rétine.

On peut dilater rapidement après l'intervention, et c'est même souhaitable, pour éviter l'apparition de synéchies postérieures, en particulier à l'endroit où les anses se raccordent à la lentille.

Cette technique a paru reproductible et sécurisante. Nous la réservons aux patients âgés, et l'expérience nous a montré qu'en choisissant les cas avec prudence, on peut donner une grande satisfaction aux opérés.