

ABSTRACT

OPHTALMO



GLAUCOME P. 20

**PLEIN CHAMP
SUR LA PÉRIMÉTRIE**

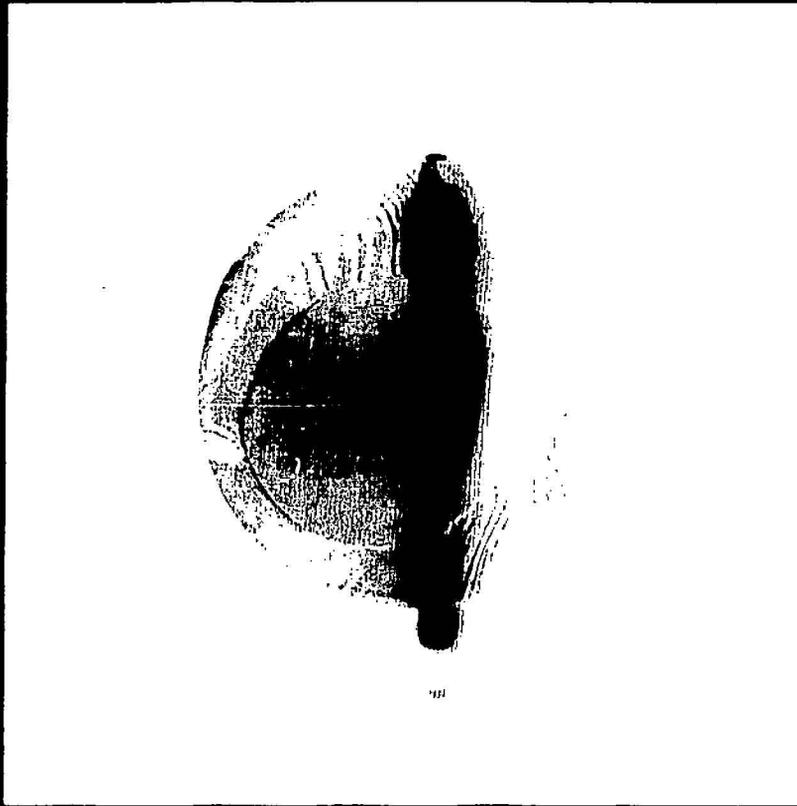
La rétiné en congres p. 18

• **FOULS ET DÉCOLLEMENT**

Diplopie p. 25

• **ERRIERS DE CALCUL**

CEGEDIM EN BOURSE
page 30



DR

Photo n° 1.

Erreurs de calcul

Madame C., 70 ans, a été opérée d'une cataracte de l'œil droit par phaco-émulsification avec implant souple dans le sac capsulaire.

La réfraction post-opératoire avec correction est la suivante : (100°, -2,50) -8,00 : 8/10. Une erreur de biométrie de 4 millimètres a conduit à utiliser un implant de 10 dioptries supérieur à la puissance emmétropisante. Le résultat post-opératoire n'est pas satisfaisant.

Dans le second cas, la patiente madame M. a 71 ans. Il s'agit d'une opération de la cataracte de l'œil droit par phaco-émulsification avec un excellent résultat fonctionnel. Après l'intervention, la réfraction de cet œil est de 8/10^e avec une correction de (90°, -0,50) plan.

Le traitement de l'œil gauche consiste en une phacoémulsification avec implant disque en poly-héma introduit dans le sac capsulaire. La réfraction post-opératoire est de 8/10^e avec une

correction de +6,00 dioptries.

La patiente est déçue du résultat. Les essais de lentilles de contact sont infructueux. De surcroît, il paraît inopportun longtemps après l'intervention initiale d'envisager l'explantation en raison d'une fibrose capsulaire antérieure apparue en avant de l'implant disque en poly-héma (photo n° 1).

Quelle est votre attitude thérapeutique pour chacun des deux cas ?

Discussion

Compte tenu de l'âge de Madame C., qui laisse espérer une bonne efficacité de la kératonomie radiaire, et de l'existence d'un astigmatisme inverse associé, nous avons réalisé trois mois après l'intervention initiale huit incisions radiaires respectant une zone optique de trois millimètres, associées à quatre incisions relaxantes sur le méridien de 10° (photo n° 2).



Photo n° 2.

La réfraction post-opératoire à un mois était de 8/10° avec une correction de (100° - 1,00) - 2,00. La topographie pré et post-opératoire ainsi que la topographie différentielle objectivent un aplatissement central de 6,50 dioptries et

une réduction de l'astigmatisme initial (photo n° 3).

L'équivalent sphérique de l'autre œil est de -2,00 dioptries et Madame C. a pu ainsi échapper à une explantation délicate.

Concernant Madame M., un traitement au laser Excimer a été proposé pour réduire, voire faire disparaître l'anisométrie.

La topographie cornéenne pré-opératoire montre une cornée homogène au centre sans astigmatisme dont la puissance au centre est de 39,5 dioptries (photo n° 4).

Ce traitement permet de bomber le centre cornéen d'environ 8 dioptries donnant sur le relevé topographique cornéen post-opératoire à 6 mois un aspect de kératocône central dont la puissance est mesurée à 47 dioptries (photo n° 5).

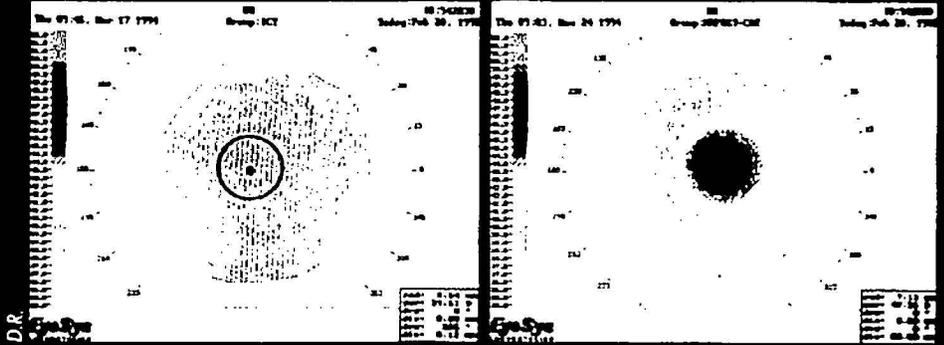


Photo n° 4.

Six mois après la photo-ablation la réfraction est de 7/10° avec une correction de + 1,00 dioptrie.

Le calcul d'implant n'est pas une science exacte.

Lorsque l'anisométrie induite par la pseudophakie n'est pas tolérée par les patients deux possibilités s'offrent à eux : soit le port d'une lentille de contact souvent mal tolérée, soit l'explantation parfois périlleuse.

Que l'erreur se situe sur le versant myopique ou hypermétrope, associée ou non à un astigmatisme, la chirurgie réfractive représente une alternative séduisante par la réalisation d'un geste opératoire moins agressif et pratiqué à globe fermé sous anesthésie de contact en ambulatoire.

Tous ces avantages nous font opter systématiquement pour ce moyen de correction lorsque l'état de pseudophakie engendre une gêne fonctionnelle majeure.

Dans la majorité des cas d'erreur de calcul d'implant et d'anisométrie post-opératoire gênante, il nous paraît indispensable d'envisager une chirurgie cornéenne de la myopie, de l'hypermétropie ou de l'astigmatisme induits avant de décider d'une explantation que les progrès de la chirurgie réfractive relèguent désormais au second plan de notre arsenal thérapeutique dans ces situations délicates.

Dr D. Pietrini
Dr T. Than
C.H.X.O. des Quinze-Vingts,
Paris

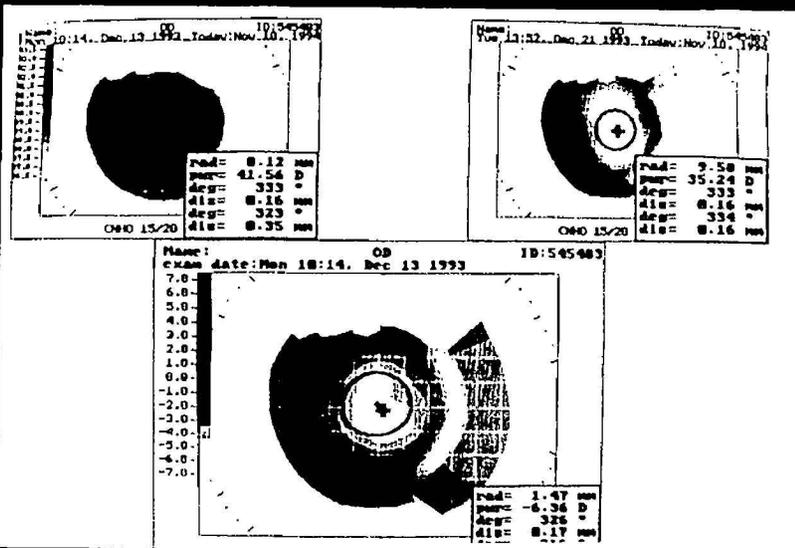


Photo n° 3.