

REALITES

Ophthalmologiques

R

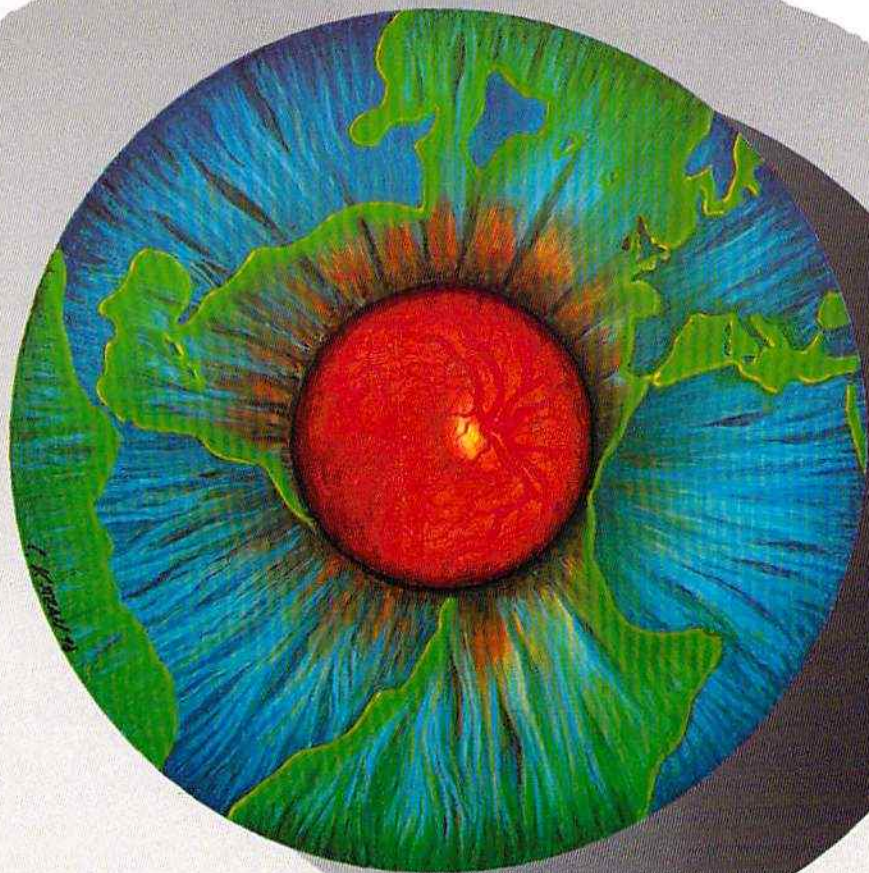
NUMERO

30

MENSUEL

☆

Novembre
1995



DOSSIER

Chirurgie nouvelle de la myopie



Sondes mono-canaliculaires



Faut-il vraiment faire des trabéculéctomies précoces ?



Pharmacovigilance

Sous-correction après ALK. : soulevez le capot... et re-ablatez

■ D. PIETRINI*, C. ALBOU-GANEM* ■

Retraitement au laser Excimer après ALK

Il nous a paru licite de retraiter les patients sous-correctés après ALK avec le laser Excimer appliqué sur le stroma en soulevant le capot initialement découpé sans réaliser de nouvelle découpe automatisée. La reposition du capot cornéen après l'avoir soulevé a déjà été proposée par certains auteurs, soit précocement pour traiter les invasions épithéliales de l'interface, soit ultérieurement pour corriger un astigmatisme induit par un mauvais repositionnement initial (technique appelée *flip and flop*).

Qui retraiter

Les patients dont l'acuité visuelle est insuffisante après une première chirurgie lamellaire, et les patients présentant une anisométrie gênante liée aux aléas rétractifs de la technique.

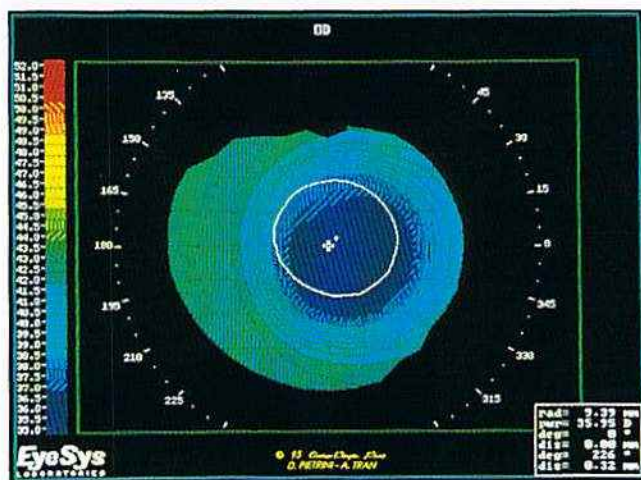


Fig. 1 : Topographie en échelle absolue avant retraitement : aplatissement central régulier et homogène avec kératométrie centrale moyenne entre 35 et 36 mm.

La procédure initiale doit être bien centrée, ce dont on s'assure aisément à l'aide du relevé topographique cornéen. Un léger décentrement de la procédure initiale n'est pas une contre-indication, dans la mesure où la photo-ablation se fait sur une zone plus large que la procédure initiale.

L'astigmatisme irrégulier n'est pas une contre-indication absolue, dans la mesure où il peut, lorsqu'il est dû à un mauvais repositionnement, être traité par le soulèvement simple du volet cornéen.

Quand retraiter

Le traitement par soulèvement du capot peut se faire soit rapidement, soit longtemps (plusieurs mois) après la procédure initiale. Dans le cas que nous présentons, la chirurgie lamellaire datait de 10 mois, et le plan de clivage est aisément retrouvé, sans dégâts pour le capot.

Cas clinique

Madame M., 25 ans, a bénéficié d'un kératomileusis automatisé sur l'œil droit pour corriger une forte myopie de 20 dioptries. La procédure a été réalisée sans incidents en novembre 1994. La découpe, initiale comportait un capot de 7,2 mm de diamètre et 160 microns d'épaisseur. La deuxième découpe, ou coupe réfractive, devait mesurer 4,0 millimètres de diamètre et 120 microns d'épaisseur, en accord avec le nomogramme de Ruiz pour corriger 19 dioptries. Le lenticule découpé mesurait en fait 4,0 mm et 90 microns, ce qui correspondait à une correction de 12 dioptries.

En post-opératoire immédiat, la patiente était myope de 8 dioptries, sans aucun astigmatisme associé. La topographie



cornéenne (fig. 1) retrouve une ablation bien centrée, avec très léger décentrement nasal inférieur. L'aplatissement topographique est majeur et affiche des valeurs entre 35 et 36 dioptries de kératométrie centrale. Le lentille retiré mesurait entre 4,0 et 4,2 mm, pour une épaisseur de 90 microns correspondant à une correction attendue de 11 à 12 dioptries. L'évolution topographique retrouve durant les six mois post-opératoires une légère régression, de l'ordre de 1,5 dioptrie. Dix mois plus tard, la patiente est programmée pour une PKR au laser Excimer complémentaire pour sa myopie résiduelle de 9,5 dioptries.

Compte tenu de l'importance de cette myopie résiduelle et des résultats médiocres de la PKR dans cette gamme de myopie, nous avons préféré réaliser l'ablation sur le stroma, après clivage de la découpe initiale.

Le lit de la découpe initiale est aisément retrouvé en mettant à nu l'épithélium sur les bords de cette découpe (fig. 2). Le plan de coupe est retrouvé sans difficulté en glissant une spatule (ici la branche d'une pince de Troutman courbe) et en marsupialisant la cornée dans son lit de découpe initiale. L'adhérence stromale est légèrement plus marquée au niveau de la découpe réfractive, mais la dissection est poursuivie sans incidents jusqu'à la charnière initiale (fig. 3).

Le stroma est mis à nu sur une surface de 7,2 mm et le masque de succion du laser (MEL 60, Méditec) est mis en place. Le traitement programmé est de 8,5 dioptries, compte tenu des correctifs apportés aux nomogrammes habituels. Le traitement est réalisé avec une zone de transition sur 7 et 5 mm. 85 microns seront à nouveau ablatés, respectant un mur stromal postérieur d'au moins 250 microns chez cette patiente dont la pachymétrie centrale initiale était de 560 microns.

En fin d'ablation, la zone traitée se superpose à celle de la coupe réfractive initiale. L'interface est lavée et le capot repositionné sans suture (fig. 4).

A huit jours, la myopie résiduelle est de une dioptrie sans astigmatisme régulier ou irrégulier associé. La topographie en valeur absolue (fig. 5) retrouve une kératométrie centra-

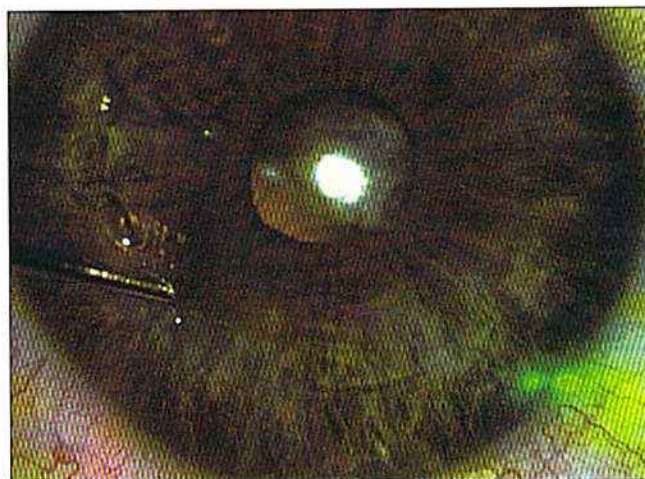


Fig. 2 : Grattage de l'épithélium au bord de la découpe initiale du lentille d'ALK.



Fig. 3 : La marsupialisation est poursuivie jusqu'à la charnière du volet initial.

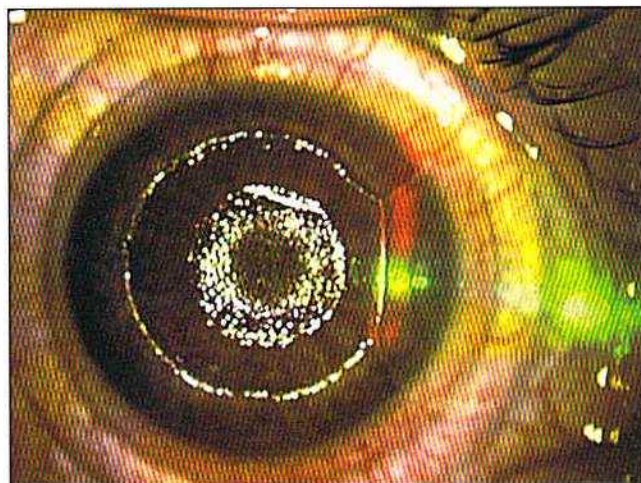


Fig. 4 : Aspect final : la zone de photo-ablation se superpose à la zone de découpe initiale.

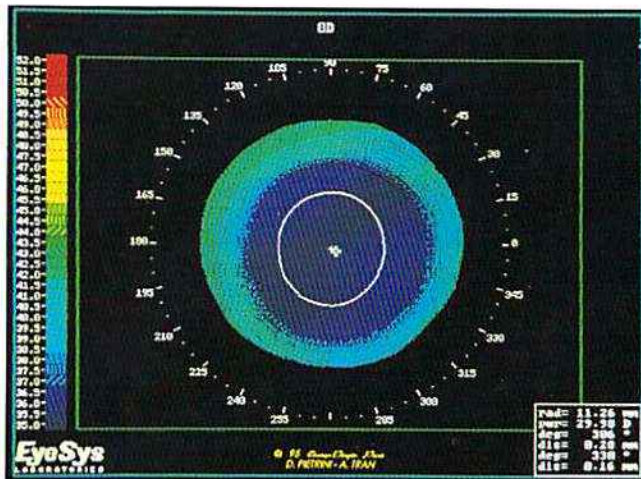


Fig. 5 : Topographie post-opératoire à quinze jours, montrant l'aplatissement central aux alentours de 29 dioptries et l'agrandissement de cette zone d'aplatissement de six à sept millimètres de diamètre.

le à 29 dioptries, avec élargissement notable de la zone d'aplatissement. La même topographie en échelle normalisée (fig. 6) montre l'absence totale d'astigmatisme sur les profils kératométriques, ainsi que la douceur des pentes d'ablation.

L'aspect clinique est parfaitement satisfaisant, avec quelques rares îlots épithéliaux au bord du volet. La topographie montre la largeur, l'efficacité et le centrage de l'ablation, expliquant la qualité du résultat rétractif (fig. 7).

Conclusion

La chirurgie réfractive a pour particularité de marier les différentes techniques de correction des amétropies, et chaque nouvelle technique vient au secours de la précédente pour améliorer ses résultats réfractifs et gagner chaque jour sur l'emmetro-

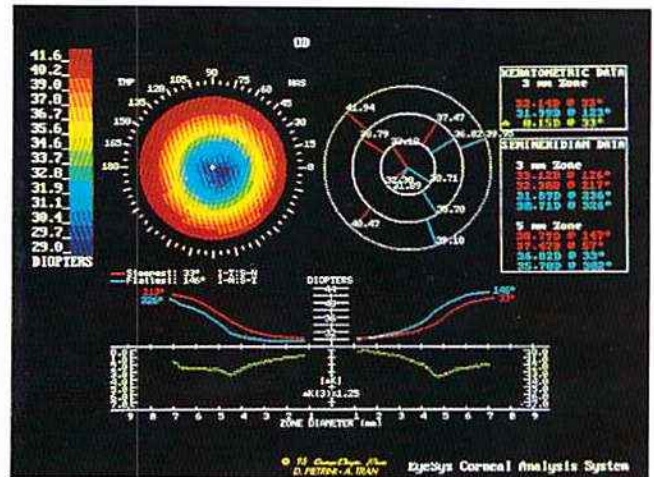


Fig. 6 : Topographie post-opératoire en échelle standardisée, avec profil kératométrique montrant la douceur des pentes d'ablation et l'absence d'astigmatisme associé.

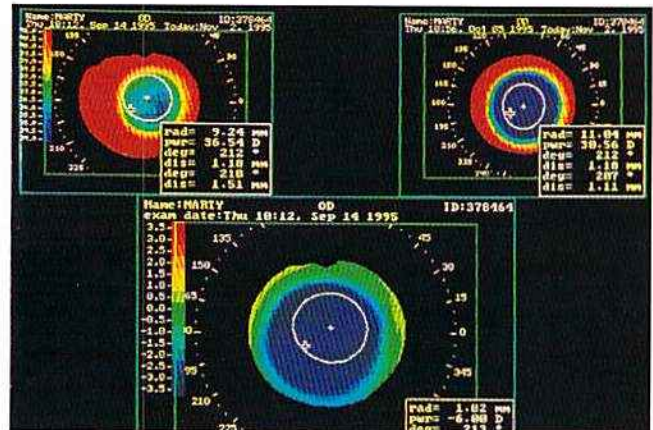


Fig. 7 : Cartes comparatives : topographie pré-op. en haut à droite, post-op. en haut à gauche, topographie différentielle en bas.

pie. Ainsi en est-il de la combinaison de deux techniques synergiques : kératoplastie lamellaire automatisée et photo-kératectomie réfractive au laser Excimer.

*C.H.N.O. des Quinze-vingts, Service IV - PARIS

Abonnez-vous, bulletin d'abonnement p. 14