

AVIS D'EXPERTS

# Quelques experts français et leur expérience de la technique des héli-anneaux intracornéens

L'incision peut être suturée. Pour ma part, je ne suture plus systématiquement lorsque l'aspect de l'incision est satisfaisant à la fin de l'intervention.

### *Les règles fondamentales de sécurité*



**Dr. Béatrice Cochener (Brest) :** Certains paramètres fondamentaux sont à respecter afin de garantir le



### *Intérêt de la technique*

**Dr Stéphane Ganem (Institut de la myopie, Fondation Rothschild, Paris) :** Pour tous les ophtalmologistes qui ont une expérience de cette technique, les critères de réversibilité et son corollaire, l'ajustabilité vient au premier plan. De plus, contrairement à une correction par laser, le centre cornéen n'est pas touché. Dans tous les cas, l'explantation serait possible à tout moment, avec échange d'anneau s'il y avait myopie résiduelle (augmentation ou diminution de l'épaisseur des anneaux), ou sans échange (restauration de l'état antérieur). La prédictibilité est très satisfaisante. La bonne tolérance des anneaux témoigne de leur bio-



principe est simple. L'introduction d'anneaux transparents (fabriqués en PMMA) dans le stroma cornéen, a pour effet d'en modifier la courbure antérieure, l'expansion de l'implant étant destinée à aplatir le centre cornéen et de réduire ainsi la myopie. L'épaisseur de l'anneau (en fait deux demi-anneaux de 150° introduits l'un après l'autre) conditionne l'effet rétractif. C'est ainsi que Kéravision produit cinq épaisseurs d'anneaux de taille croissante adaptée au degré de myopie à corriger.

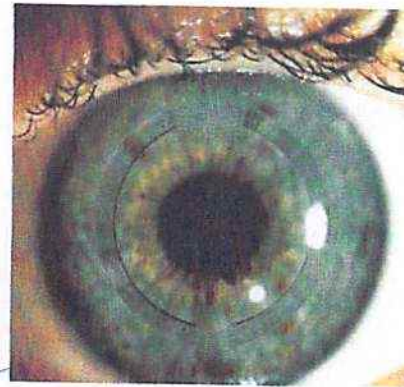


### *Descriptif de la technique*

**Dr Dominique Pietrini (Paris) :** La technique est chirurgicale. Elle nécessite une bonne expérience de la chirurgie cornéenne.

Une formation spécifique est indispensable. Elle est au mieux délivrée avec l'aide de chirurgiens rompus à la technique des anneaux. Elle est généralement organisée avec le concours de Kéravision France. La procédure est parfaitement bien codifiée. L'anesthésie topique est la plus couramment pratiquée et une légère sédation administrée. Le repérage du centre géométrique de la cornée est effectué, ainsi que le marquage de l'incision cornéenne à 12 heures. Une poche cornéenne est pratiquée ensuite de part et d'autre de l'incision, à la même profondeur de chaque côté. Un anneau de succion permet aux dissecteurs de créer deux tunnels semi-circulaires dans chaque hémicornee. Les deux segments d'anneaux sont ensuite introduits dans ces tunnels stromaux. La position des anneaux est vérifiée.

expose à un risque de canal de forme ou de profondeur inadéquate, voire à une perforation superficielle. De même, un réglage précautionneux du couteau diamant permettra de s'assurer d'une profondeur correcte de l'incision, aux 2/3 de la cornée. Cette porte d'entrée doit être, de plus, bien positionnée par rapport au centrage de l'anneau, pour permettre une introduction aisée des dissecteurs du tunnel. La manipulation soignée des berges de l'incision est également importante, ainsi qu'une gestion prudente et précise de la suture post-opératoire, qui minimiseront le risque de cicatrisation indésirable de la cornée autour de cette incision et celui d'un astigmatisme induit. Ajoutons que, comme toute chirurgie, des précautions d'asepsie sont indispensables, pour éviter d'éventuelles complications infectieuses. Les quelques cas rapportés, ayant été jugulés par un traitement antibiotique, éventuellement associé au retrait des segments.



jusqu'à six ans pour les premiers cas, un an dans mon expérience. Les résultats pour les cas opérés il y a six ans sont stables, sans complications notables. Pour ma part, sur la vingtaine d'yeux équipés, je n'ai eu à déplorer aucune intolérance.

### *Les critères de choix de la technique*

**Dr Dominique Pietrini (Paris) :** En tant que chirurgien réfractif, j'ai vu arriver cette technique avec beaucoup d'intérêt. Elle s'inscrit dans un nouveau concept de chirurgie réfractive. Jusqu'alors, on ne disposait que de techniques de chirurgie dite ablative. Les hémis-anneaux intra-cornéens représentent la première chirurgie additive pour la correction des myopies faibles. L'intérêt conceptuel majeur est d'une part de respecter le centre de la cornée et d'autre part de respecter l'asphéricité normale de la cornée pour améliorer la qualité de la vision. En pratique, les résultats sont comparables voire légèrement supérieurs à ceux de la kératotomie radiaire et du laser pour les myopies comprises entre -1 et -4 dioptries. La récupération visuelle est par contre plus rapide, souvent dès le lendemain. Les sujets les plus directement concernés sont les patients jeunes dont la réfraction est stable depuis plus d'un an, critère habituellement requis pour toute chirurgie réfractive, (sans que soit garantie une absence d'évolution ultérieure de la myopie). Les autres patients plus particulièrement concernés sont les patients pré-presbytes ou presbytes pour qui il est difficile d'appréhender la pres-

