

Clinique de la Vision



Chirurgie Laser Vision
Paris



Clinique de la Vision Montpellier



Clinique de la Vision Strasbourg

VISYA

Clinique de la Vision

CHIRURGIE RÉFRACTIVE 2015

Coordinateur : D.A. LEBUISSON



Clinique de la Vision Toulouse



Clinique de la Vision La Rochelle

w w w . c l i n i q u e v i s i o n . c o m

SOMMAIRE

En 2015, l'avenir de la chirurgie réfractive s'annonce formidable Vive les Cliniques de la Vision... Ou, tout simplement, Visya!	3
M. ASSOULINE	
Le coût et la tarification de l'opération de la cataracte	11
B. ARSON-STRIM	
Le kératocône est-il une pathologie rétinienne ?	19
M. ASSOULINE	
Ectasies cornéennes chez les patients opérés de Lasik	40
D. PIETRINI, T. GUEDJ	
Mise au point sur le <i>crosslinking</i> du collagène cornéen en 2015	48
A. THEVENIN, M. CASSAGNE, F. MALECAZE	
État de l'art en biomécanique cornéenne : les points forts	51
D. TOUBOUL	
Un <i>crosslinking</i> aux suites difficiles	56
A. DANAN, L. BESSEDE	
Kératocône : quels anneaux choisir ? Comment et où les poser ?	60
O. PRISANT	
OCT et kératoplasties (place dans les greffes de cornée)	66
G. BAIKOFF	
Grefe lamellaire antérieure profonde avec guidage vidéo en temps réel par OCT avec le laser Victus	73
E. GABISON,	
Le comptage endothélial et l'indication de greffe cornéenne	76
J.-L. BOURGES	
Le défi de la communication et de la chirurgie réfractive	79
V. HEITZ	
La chirurgie réfractive dans un centre Point Vision	81
F. PELEN, N. ROBIN	
Attitude des armées occidentales envers l'aptitude réfractive	81
M. DELBARRE, JC RIGAL-SASTOURNE	

SOMMAIRE

Épidémiologie de la myopie D. LEBUISSON	86
Mots pour maux : le face-à-face IDE/patient en chirurgie réfractive B. PRIEUR	86
Intérêt d'un topographe-aberrromètre dans l'évaluation objective des implants toriques monofocaux et multifocaux T. GUEDJ, D. PIETRINI	95
Intérêt du topographe Dual Technology TMS-5 en chirurgie réfractive B. AMARI, A. ABENHAÏM	101
Astigmatisme asymétrique L. GAUTHIER	107
Vidéotopographes : de leur influence sur l'indication en chirurgie cornéenne au laser T. HOANG XUAN, R. AMAR	110
La photokératectomie réfractive en 2015 P.P. DIGHIRO	113
Conservation des larmes <i>in situ</i> B. FAYET	117
PKR transépithéliale L. GAUTHIER	121
Le haze, sa prévention et son traitement en 2015 T. THAN TRONG	123
Chirurgie à globe ouvert (PreLEx/ICL) en site dédié Retour d'expérience PH. WAGNER	127
Prise en charge de la cataracte chez le diabétique par le chirurgien du segment antérieur C. CHASSAIN	130
Chirurgie réfractive du cristallin au laser femtoseconde : un modèle d'utilisation de la plateforme Victus D. PIETRINI	137

SOMMAIRE

- Chirurgie de la cataracte au laser femtoseconde : évolutions essentielles de la 3^e génération Victus** 141
J.L. FEBBRARO
- Correction simultanée de l'astigmatisme cornéen lors de la phacoexérèse assistée par laser femtoseconde Victus** 147
J.L. NGUYEN-KHOA
- Stellaris par Bausch + Lomb et implant Eye-Cee ONE** 151
P. BOUCHUT
- Comparaison de quatre implants multifocaux pour la compensation de la presbytie lors de la chirurgie de la cataracte** 157
M. ASSOULINE, L. BESSEDE
- Calcul d'implant après chirurgie réfractive** 164
M. PUECH
- Surprise! Il y a une interface. Deux conséquences tardives et méconnues du Lasik** 167
B. AMELINE, T. GUEDJ
- SMILE (Small Incision Lenticule Extraction) : technique, résultats, avantages** 170
C. ALBOU-GANEM, A. LAVAUD, R. AMAR
- SMILE versus femtoLasik : qualité de la vision Apport de l'HD Analyser en chirurgie cornéenne** 177
B. BRIAT, J. AGUSSAN
- SMILE est-il toujours tout sourire?** 183
J.-F. MONTIN
- Correction de l'hypermétropie post-KR par implants phaques précristalliniens** 188
P. LEVY
- Chirurgie du strabisme après chirurgie réfractive** 191
Chirurgie réfractive du strabisme
L. LALOUM
- Évaluation de la dominance visuelle en pratique clinique** 193
T. GUEDJ
- PresbyLasik : "tout se joue avant d'appuyer sur le bouton" ou comment optimiser ses résultats au cours de la consultation préopératoire** 195
J. COULLET, I. COMANDRE

SOMMAIRE

Supracor: asphéricité, aberration sphérique et multifocalité A. HAGÈGE	199
Le presbyLasik avec le laser Schwind L. GAUTHIER	212
Chirurgie de la presbytie : lasers ou implants? Les éléments décisionnels M. TIMSIT	216
Résultats du Supracor hypermétropique à la CLV Montpellier V. DIMÉGLIO	224
Complications du Lasik (hors ectasie cornéenne) D. CHONG-SIT	228
L'implant "Macula Lens" de Scharioth : un nouvel espoir pour le traitement des basses visions après dégénérescence maculaire M. ASSOULINE, G. SCHARIOTH	233
Dossier Lasik du 19 mars 2015 AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ DU MÉDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTÉ	239



La Revue annuelle de la Clinique de la Vision est réservée aux ophtalmologistes. Elle est adressée gracieusement et sans aucune obligation ni offre. C'est un organe de formation médico-chirurgicale dont tous les articles sont écrits bénévolement. Elle ne peut pas être vendue ni redirigée. La reproduction totale ou partielle exige une autorisation de la société éditrice.

Une édition **PERFORMANCES MEDICALES / Réalités Ophtalmologiques**
91, avenue de la République - 75 540 Paris Cedex 11 - Tél.: 01 47 00 67 14 - Fax.: 01 47 00 69 99
e-mail : info@performances-medicales.com
Directeur de la publication: Dr Richard Niddam • **Secrétariat de Rédaction:** S. Duméry • **Maquette:** J. Delorme
Imprimeries Bialec, Nancy • Dépôt légal : 2^e trimestre 2015 • ISSN : 1242-0018

D. PIETRINI¹, T. GUEDJ²¹Ophthalmologiste, Clinique de la Vision, Visya et Centre Cornée Kératocône, PARIS.²Orthoptiste, Clinique de la Vision, Visya et Centre Cornée Kératocône, PARIS.
docteurpietrini@gmail.com

Ectasies cornéennes chez les patients opérés de Lasik

Au sein de la Clinique de la Vision et du Centre Cornée Kératocône, au carrefour de la pathologie cornéenne et de la chirurgie réfractive, nous sommes amenés à examiner, surveiller et prendre en charge des patients présentant une ectasie cornéenne et ayant été préalablement opérés par chirurgie réfractive Lasik. Nous avons analysé rétrospectivement les dossiers documentés de 139 yeux de 89 patients opérés par Lasik ayant présenté une ectasie cornéenne pour établir une mise au point sur cette affection, en préciser les facteurs de risque et tenter de dégager une conduite à tenir préventive et une stratégie thérapeutique adaptée.

II DÉFINITION

L'ectasie cornéenne est une pathologie grave par le retentissement potentiellement dévastateur sur la vision des patients atteints. Elle se traduit par une diminution, le plus souvent

bilatérale, de l'acuité visuelle sans et avec correction, et une perte de la qualité de vision, en particulier en ambiance mésopique. Chez des patients opérés de chirurgie réfractive, après une période d'emmétropie plus ou moins longue, apparaissent une myopie et un astigmatisme irrégulier motivant souvent une nouvelle demande réfractive. La topographie cornéenne retrouve un bombement cornéen, fréquemment localisé en inférieur, générateur d'astigmatisme irrégulier, souvent associé à une faible pachymétrie centrale ou paracentrale en regard de la zone ectatique (*fig. 1*). En cohérence optique, l'examen du segment antérieur retrouve fréquemment un lit stromal résiduel de faible épaisseur.

II DESCRIPTION

Dans notre série de 139 yeux, l'ectasie cornéenne était unilatérale chez 39 patients et bilatérale chez les 50 patients restants (89 patients au total). L'âge moyen au moment du diagnostic était malheureusement assez tardif : 39,7 ans. La date de l'intervention Lasik initiale se situait entre 1998 et 2013 (date moyenne 2004). La baisse d'acuité visuelle remontait en moyenne à 2010, soit 6 ans après la chirurgie, mais avec des extrêmes allant de 2 mois à 11 ans. Dans 82 cas, le volet initial avait été réalisé avec un microkératome, dans 47 cas avec un laser femtoseconde, et le mode de création du volet était indéterminé pour les autres. Le volet cornéen analysé en OCT variait entre 112 et 204 microns, pour une épaisseur moyenne de 147 microns. Le lit stromal résiduel était en moyenne mesuré à 288 microns, avec des extrêmes allant de 170 à 448 microns. La pachymétrie au point le plus mince était en moyenne de 437 microns, avec des extrêmes allant de 324 à 584 microns.

Les aspects topographiques des ectasies après Lasik sont très caractéristiques et se répartissent en trois catégories principales. L'ectasie inférieure de répartition asymétrique, le long de l'axe

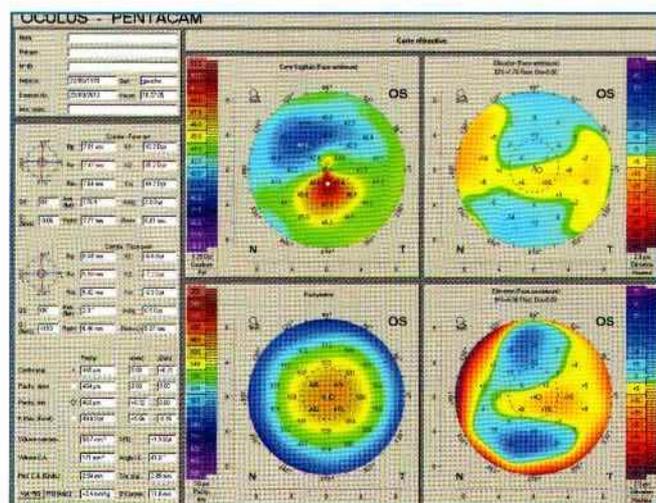


Fig. 1 : Ectasie postLasik associant bombement cornéen excentré et amincissement cornéen.

du cylindre positif, mimant l'ectasie typique du kératocône (fig. 1), représente 84 % des aspects rencontrés ; puis vient l'ectasie périphérique avec amincissement périphérique marqué et image en pince de crabe évocatrice de dégénérescence marginale pellucide (11 cas, 8 %) (fig. 2) ; et enfin l'ectasie centrale pure, également plus rare (11 cas) (fig. 3).

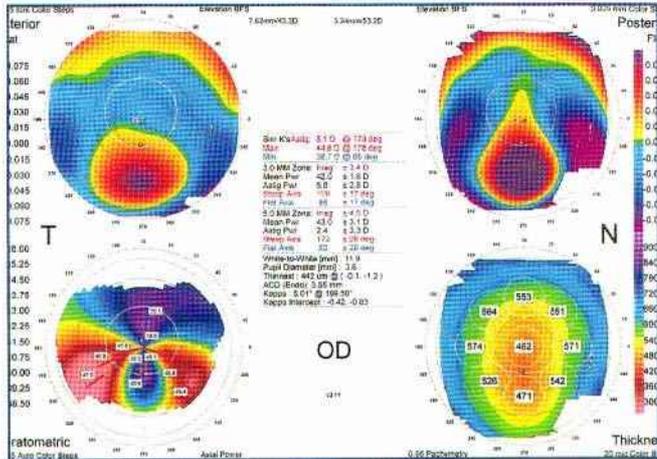


Fig. 2: Ectasie postLasik Aspect de dégénérescence pellucide marginale.

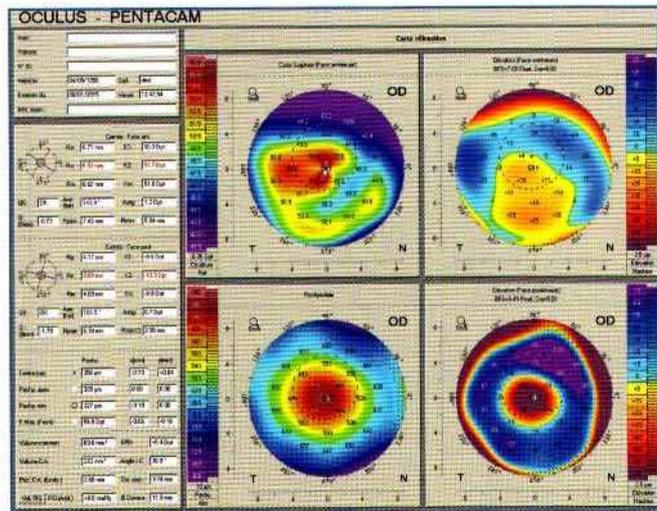


Fig. 3: Ectasie postLasik centrale. Pachymétrie centrale : 327 microns (volet au microkératome : 157 microns, lit stromal résiduel : 170 microns).

RETENTISSEMENT VISUEL DE L'ECTASIE CORNÉENNE

L'acuité visuelle moyenne sans correction est de 2,6/10^e. Elle est mal acceptée par les patients dans les suites d'une démarche réfractive. Elle s'accompagne d'une diminution de la qualité de vision, liée aux aberrations principalement comatiques et responsables de diplopie monoculaire et de

perte de vision en faible contraste. La meilleure acuité visuelle corrigée plafonne à 6,4/10^e du fait de l'astigmatisme cornéen irrégulier. Une correction est rarement portée. La kératométrie maximale moyenne est de 50 dioptries (de 38 à 60) et le cylindre cornéen moyen est de 3.76 dioptries (compris entre 0.00 et 10.50 dioptries)

Les patients souhaitent retrouver la vision antérieure et seul un entretien patient et personnalisé peut les aider à comprendre la pathologie, à accepter le traitement de la maladie ectasiente et à envisager les techniques de réhabilitation visuelle les plus adaptées. Trois patients avaient subi une kératotomie radiaire préalablement à l'intervention Lasik : c'est un facteur aggravant avec des remaniements topographiques majeurs (fig. 4).

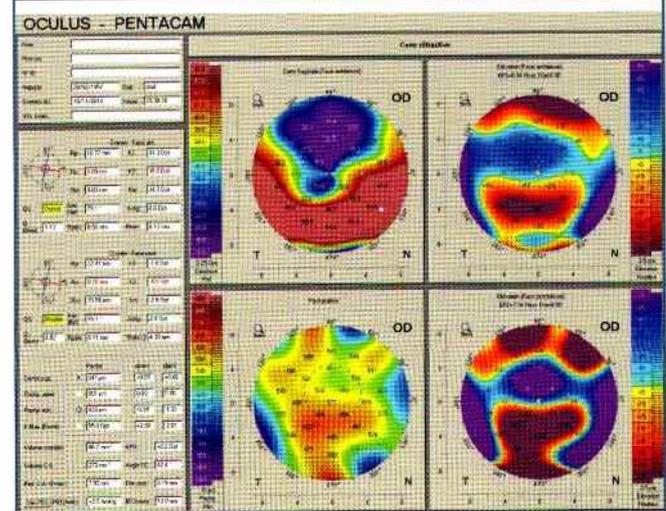
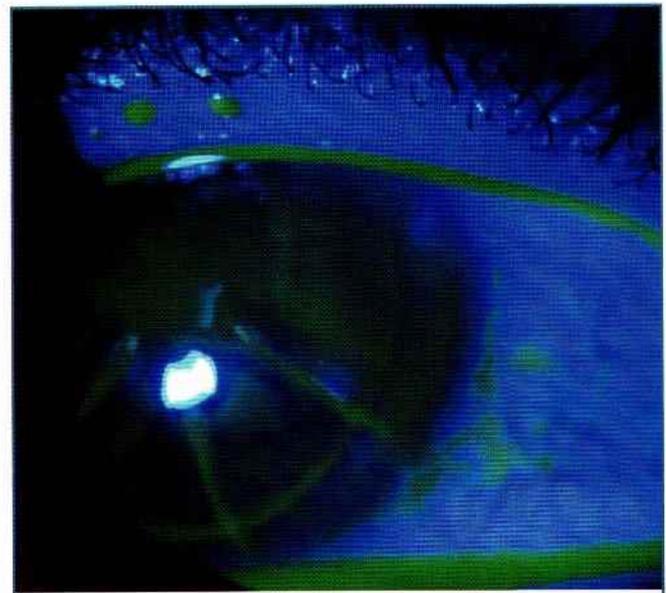


Fig. 4: Ectasie aggravée (kératotomies radiaires + Lasik) en haut, et aspect topographique en bas.

II TOPOGRAPHIES PRÉOPÉRATOIRES AVANT LASIK

La topographie préopératoire initiale, avant l'intervention Lasik, est rarement disponible. Lorsqu'on peut la consulter, elle présente le plus souvent des éléments désormais bien connus qui font aujourd'hui surseoir à toute chirurgie lamellaire. Il

s'agit des cornées dites à risque, souvent fines, inférieures à 500 microns, ou présentant des aspects asymétriques, en particulier un bombement inférieur (*fig. 5 et 6*). La topographie peut parfois être strictement normale, régulière, épaisse, et présenter malgré tout une ectasie postopératoire, c'est le cas de figure le plus rare (*fig. 7 et 8*).

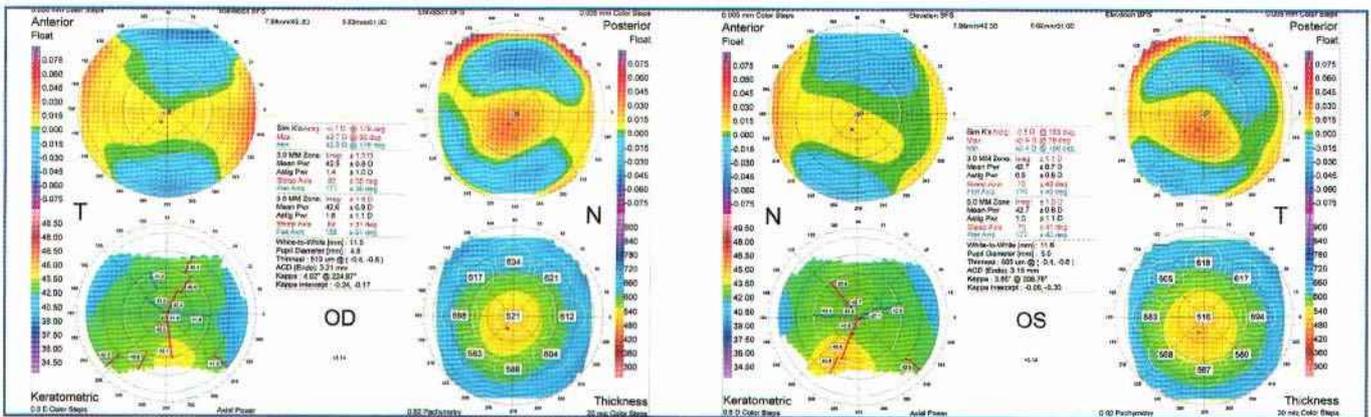


Fig. 5: Cornée à risque d'un patient ayant présenté une ectasie. Bombement inférieur bilatéral (pachymétrie 513/505).

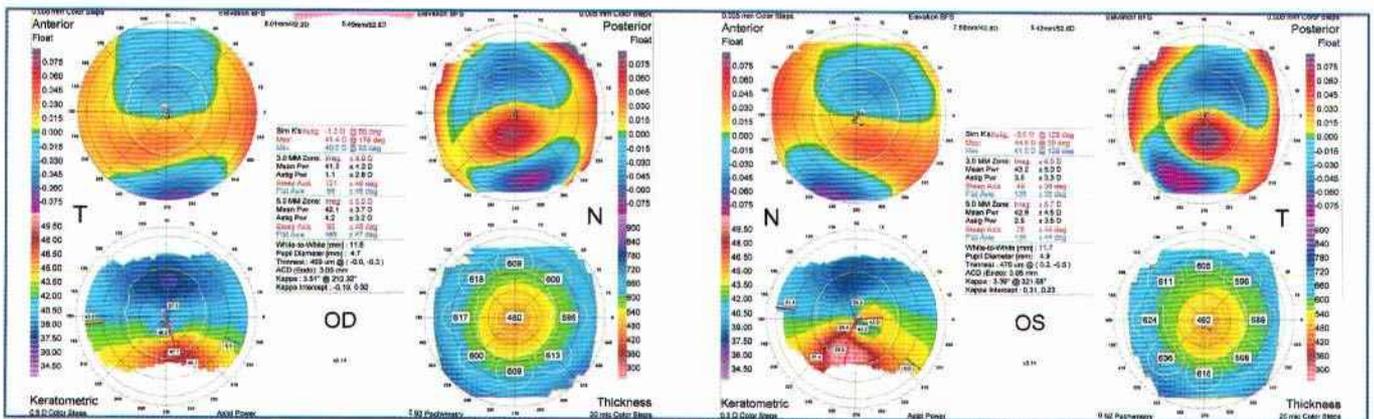


Fig. 6: Ectasie post-Lasik bilatérale de ce patient.

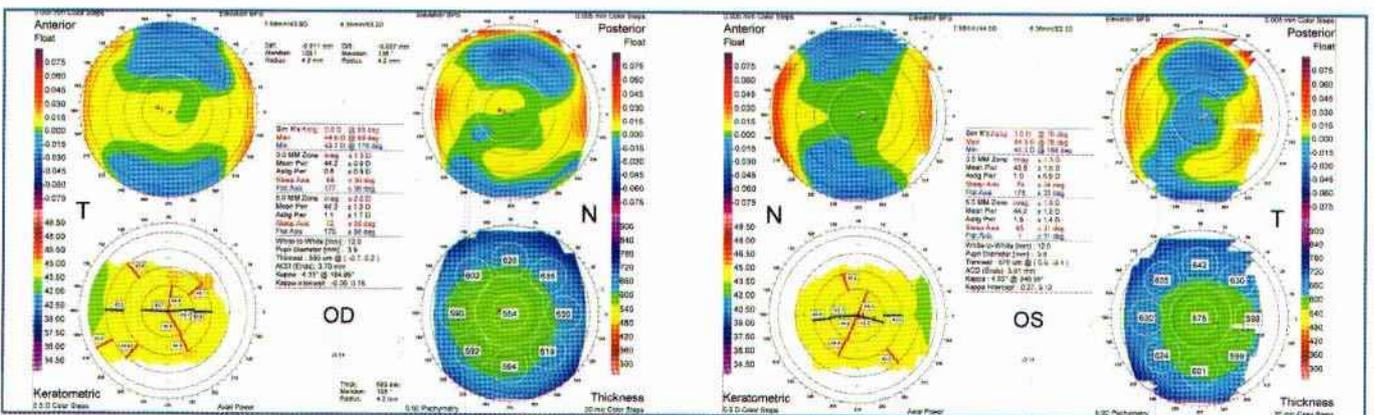


Fig. 7: Cornée préopératoire normale d'un patient de 30 ans ayant présenté une ectasie cornéenne après Lasik.

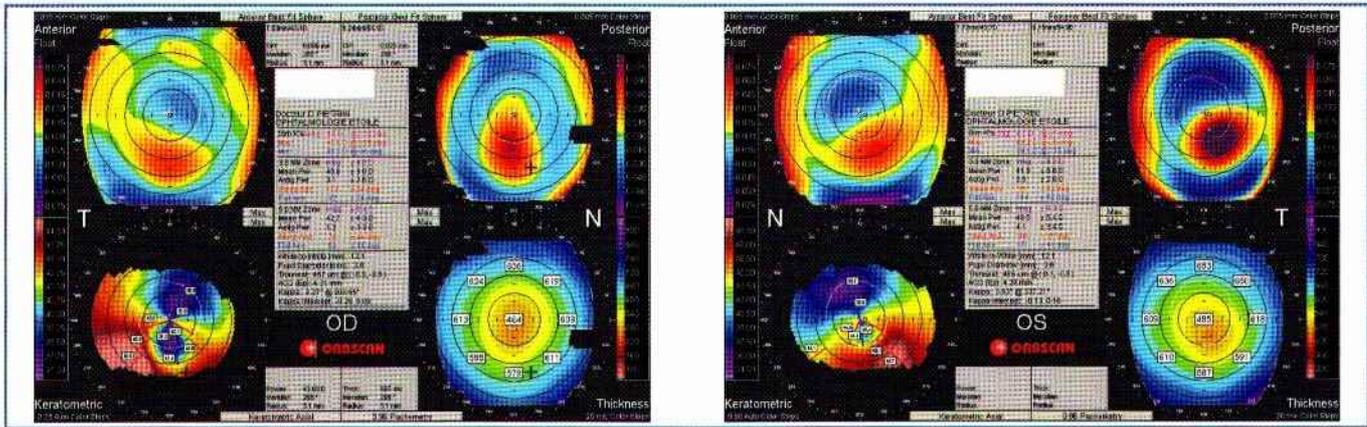


Fig. 8 : Cornées 2 ans après Lasik du patient de la figure 7. L'aspect est celui d'une dégénérescence pellucide marginale.

III ECTASIE POSTLASIK OU KÉRATOCÔNE CHEZ UN PATIENT OPÉRÉ PAR LASIK

Il est désormais établi que la plupart des ectasies surviennent chez des patients atteints de maladie kératocônique : rares sont les cas où l'on peut mettre en cause uniquement la chirurgie : lit stromal résiduel insuffisant ou volume de photoablation excessif pour expliquer la maladie ectasiente.

Certains auteurs ont posé la question de la réalité de l'ectasie postLasik. Le Lasik seul n'entraîne pas d'ectasie cornéenne sur une cornée saine et il doit exister une pathologie sous-jacente pour qu'elle se développe. La réalisation d'un volet cornéen va générer, chez certains patients en état de stabilité cornéenne précaire, un affaiblissement biomécanique qui va décompenser la maladie sous-jacente et accélérer le développement de la maladie kératocônique.

Pour ces raisons, le terme d'ectasie post-Lasik est impropre, car il sous entend que le Lasik est seul responsable de l'ectasie, alors qu'il n'est que le facteur favorisant ou déclenchant la décompensation d'un état préopératoire pathologique. Le terme de **kératocône après Lasik** est beaucoup plus approprié et il permet au patient, lorsqu'un lien est évoqué entre le Lasik et l'ectasie, de comprendre qu'il faut traiter la pathologie sous-jacente préexistante avant d'envisager la réhabilitation visuelle.

III FACTEURS DE RISQUES

Nous utilisons le score de Randelman pour dépister les patients à risque ; ils sont classés en trois catégories en fonction du cumul de différents critères : risques faible, modéré ou fort.

>>> **Anomalies topographiques** : elles sont au mieux décelées par les topographes d'élévation. Aujourd'hui, la topographie Placido est insuffisante dans le cadre d'un bilan de chirurgie réfractive. Tous les topographes disposent de logiciels de dépistage propres, mais c'est le chirurgien qui collecte les différents éléments qui peuvent rendre une cornée suspecte et orienter le choix thérapeutique. Plus récemment, l'apport du *mapping* épithélial a apporté un élément supplémentaire dans la recherche de cornées suspectes par la détection de zones d'amincissement épithélial apical. Les principaux signes sont essentiellement les bombements cornéens inférieurs et les cornées asymétriques.

>>> **Faible lit stromal résiduel et forte myopie** : un lit stromal résiduel inférieur à 300 microns est souvent retrouvé dans notre étude. C'est certes rarement à lui seul un facteur d'ectasie mais la quantité de photoablation, en particulier de la cornée antérieure plus résistante, est un facteur supplémentaire de diminution de la stabilité cornéenne. C'est dans ces ablations très importantes qu'on retrouve plus volontiers l'association ectasie centrale et faible pachymétrie. Pour cette raison les fortes myopies sont associées à ce risque.

>>> **Jeune âge** : c'est un critère très important dans le score de Randelman (*Ectasia Risk Score System*) et tout patient de moins de 22 ans est considéré, sur ce seul critère, à risque modéré d'ectasie cornéenne. C'est un des points critiquables de ce score et ce critère isolé n'est pas retrouvé dans notre série.

>>> **Faible pachymétrie préopératoire** : c'est certainement un des critères les plus importants. En France, le chiffre de 500 microns est habituellement retenu et incite à poser les indications de Lasik avec circonspection, en particulier si d'autres facteurs de risque sont associés.

II TRAITEMENTS DE L'ECTASIE CORNÉENNE

S'agissant d'une ectasie kératocônique, la prise en charge est calquée sur celle du kératocône. Le temps d'information du patient sur sa pathologie et de recherche des antécédents familiaux est capital pour expliquer la prise en charge et aider le patient à faire le deuil de sa démarche réfractive. Le patient opéré est très demandeur d'une nouvelle opération : la prise en charge se fait sur deux versants.

>>> **Le traitement de la maladie ectasiant** si celle-ci est évolutive et seul le *crosslinking* du collagène cornéen a fait la preuve de son efficacité.

>>> **La réhabilitation visuelle** dont le champ des techniques s'enrichit : lentilles de contact, anneaux intracornéens, photoablations guidées par la topographie, implants réfractifs pour œil phaqué, chirurgie du cristallin avec implantation torique, voire kératoplasties pour les stades les plus avancés.

1. Le cross-linking est indiqué dès que l'ectasie cornéenne a fait la preuve de son évolutivité

L'efficacité du *crosslinking* du collagène est régulièrement consolidée par de nombreuses études cliniques démontrant son efficacité. L'étude randomisée australienne de Wittig-Silva *et al.* retrouve une stabilisation de l'œil traité, l'œil non traité continuant à évoluer. Dès que l'ectasie a montré son caractère évolutif (variation kératométrique sur deux examens successifs ou anamnèse chez un patient suivi), il est licite de le proposer, en particulier chez les patients les plus jeunes au plus fort potentiel évolutif. La limite d'âge dans le traitement de l'ectasie cornéenne ne se conçoit pas comme dans le kératocône, car la déstabilisation cornéenne induite par la chirurgie lamellaire peut faire évoluer le processus plus longtemps. Le traitement est de réalisation simple et peu de complications ont été rapportées.

Dans notre série, 44 yeux ont bénéficié d'un *crosslinking* du collagène cornéen, soit isolé dans 17 cas, soit associé à une photoablation guidée par la topographie (10 cas), soit après implantation d'anneaux intracornéens (17 cas).

Le *crosslinking* ne peut être proposé que lorsque l'épaisseur de la cornée égale 400 microns. En deçà, la pénétration des UVA pourrait entraîner des lésions des couches profondes de la cornée. Il faut donc le proposer avant le stade d'amincissement cornéen majeur, en particulier chez ces patients aux cornées amincies par la photoablation.

Enfin, compte tenu de la très faible action du *crosslinking* sur l'acuité visuelle, le traitement doit être réalisé le plus tôt possible avant la perte d'acuité visuelle. À l'heure actuelle, les traitements transépithéliaux (dits *epi-on*) semblent de moindre efficacité, et nous avons du retraiter les deux yeux d'une patiente initialement traitée en transépithélial dont l'ectasie avait progressé. À ce jour, aucun de ces patients n'a vu son ectasie progresser après *crosslinking*.

2. Traitements médicaux : abstention surveillance topographique et réhabilitation visuelle par lentilles de contact

La surveillance topographique est la règle en l'absence de notion d'évolutivité. L'ectasie peut évoluer longtemps et tardivement quel que soit l'âge du patient. La surveillance doit se faire également après traitement pour dépister tôt une récurrence. Dans notre série, 2 yeux ont évolué après un *crosslinking* transépithélial motivant un retraitement par *crosslinking* dit *epi-off* et 3 patients ont vu leur ectasie progresser malgré une implantation d'anneaux intracornéens motivant une réintervention avec changement d'anneaux. Dans les trois cas, il s'agissait d'une dégénérescence marginale pellucide.

L'adaptation en lentilles de contact est malheureusement souvent mal perçue par le patient opéré de chirurgie réfractive et elle sonne pour lui le glas de l'emmétropie. C'est pourtant la solution la plus performante, en particulier pour les cas les plus sévères.

3. Les traitements cornéoplastiques doivent être envisagés en cas d'intolérance aux lentilles

Deux procédés cornéoplastiques régularisent la cornée et, par là même, améliorent la vision mais surtout la qualité de vision et la meilleure acuité visuelle corrigée : les anneaux intracornéens et les photoablations guidées par la topographie.

4. Les anneaux intracornéens sont indiqués chez les patients intolérants au port des lentilles de contact lorsque la meilleure acuité visuelle corrigée est diminuée

Lorsque l'adaptation contactologique n'est plus tolérée, l'implantation d'anneaux peut à la fois améliorer l'acuité visuelle sans correction en réduisant la myopie et l'astigmatisme cornéen régulier et/ou irrégulier, et la qualité de vision par la régularisation cornéenne induite et l'effet bénéfique sur les aberrations de haut degré. Le résultat n'est pas prévisible et, si l'amélioration est la règle (*fig. 9*), elle ne peut être garantie, l'effet restant

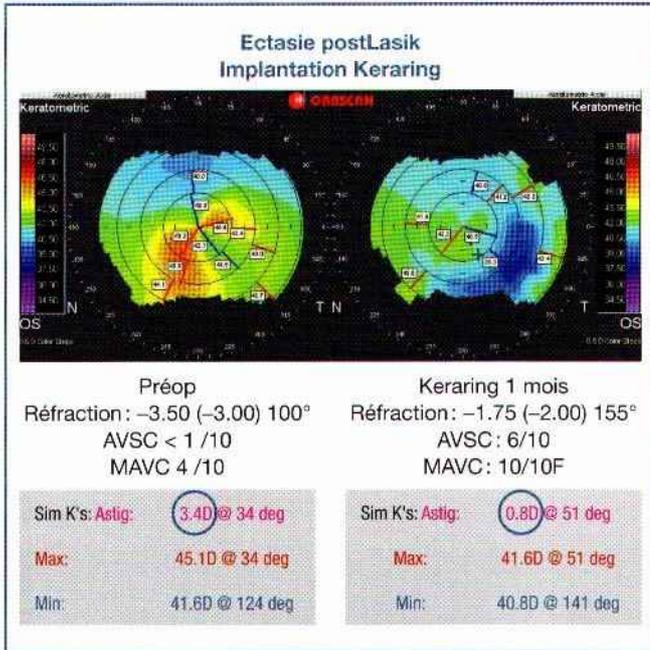


Fig. 9: Implantation d'anneaux intracornéens pour ectasie post-Lasik avec excellente régularisation postopératoire.

toujours aléatoire. L'utilisation du laser femtoseconde a fait quasiment disparaître les complications opératoires, rares et le plus souvent sans conséquence. Citons l'extrusion rarissime depuis l'implantation au laser femtoseconde, l'infection toujours possible mais exceptionnelle, et les halos fréquents mais rarement gênants et disparaissant avec le temps.

Les différents types d'anneaux à notre disposition offrent une solution adaptée et permettent de réaliser une chirurgie réellement personnalisée en choisissant, en fonction de l'aspect topographique, différents diamètres, épaisseurs et longueurs d'arc des anneaux, permettent de moduler en partie la correction de la myopie et de l'astigmatisme. La composante réfractive de ces anneaux améliore l'acuité visuelle sans correction chez les patients demandeurs d'une chirurgie complémentaire.

5. Expérience et résultats des anneaux intracornéens dans l'ectasie cornéenne post-Lasik

Nous avons implanté 44 yeux atteints d'ectasie cornéenne après Lasik. L'examen OCT pré- et postopératoire est d'une importance capitale pour l'évaluation préopératoire comme pour la surveillance postopératoire (fig. 10). La particularité technique de cette implantation est d'éviter de disséquer le volet cornéen lors de l'introduction de l'anneau en intrastromal, qui doit se faire dans le tunnel habituellement profond, à 70 % environ de l'épaisseur cornéenne.

Pour toutes les implantations, le tunnel cornéen a été réalisé à l'aide du laser femtoseconde Intralase. 4 yeux de deux patients ont été implantés avec un anneau de type Intacs (Addition Technology), tous les yeux restants ont reçu un ou deux anneaux intracornéens de type Keraring (Mediphacos) en fonction du type d'ectasie.

Le gain d'acuité visuelle sans correction est de 3 lignes et le gain de meilleure acuité visuelle corrigée de 2 lignes (fig. 11). L'équivalent sphérique est diminué d'environ 30 %, le cylindre subjectif (fig. 12) et le cylindre cornéen de moitié (fig. 13). La kératométrie maximale est abaissée de 2.5 dioptries (fig. 14).

L'exemple clinique montre l'effet du traitement d'une forme de kératocône appelée dégénérescence marginale pellucide par implantation d'un anneau intracornéen de 210° spécifiquement

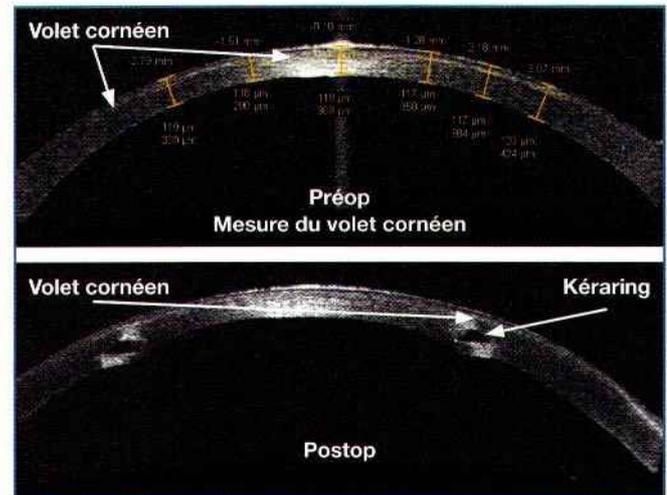


Fig. 10: Analyse OCT d'un volet cornéen et aspect postopératoire après implantation d'anneaux intracornéens.

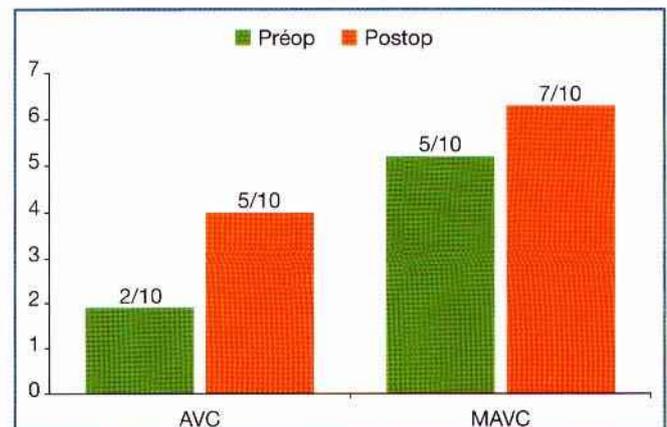


Fig. 11: Évolution de l'acuité visuelle sans correction (AVC) et avec correction (MAVC).

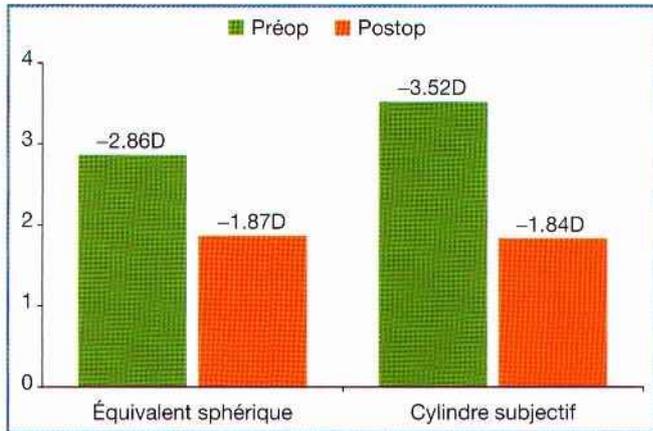


Fig. 12: Évolution de l'équivalent sphérique du cylindre subjectif (réfraction).

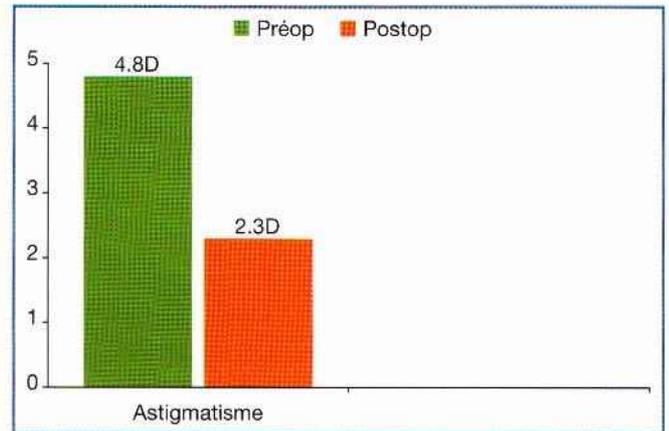


Fig. 13: Astigmatisme cornéen pré- et postopératoire.

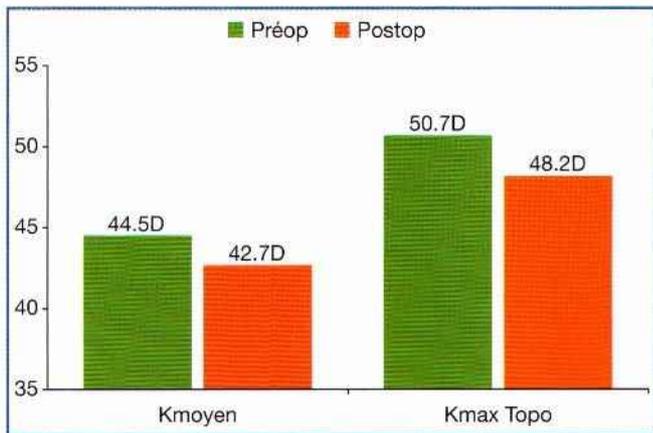


Fig. 14: Évolution des mesures kératométriques moyennes et maximales en Orbscan.

développé pour cette forme topographique (anneaux Keraring, Mediphacos) (fig. 15). Outre la régularisation cornéenne, la réfraction est améliorée, illustrant la composante réfractive du traitement et l'amélioration de la qualité de vision.

6. Associations synergiques

>>> Anneaux et *crosslinking*

L'association anneaux et *crosslinking* est une association synergique ayant des effets complémentaires. Les premiers régularisent la cornée pour améliorer la vision et le deuxième "rigidifie" la cornée dans le but de stopper la progression de la maladie (fig. 16).

>>> Photoablation guidée par la topographie et *crosslinking*

Cette association parfaitement synergique permet, dans le même temps, de réaliser la stabilisation de la maladie ectasiente et la réhabilitation visuelle. Elle peut être pratiquée seule dans les cas de diminution modérée de la meilleure acuité visuelle corrigée, ou quelques mois après implanta-

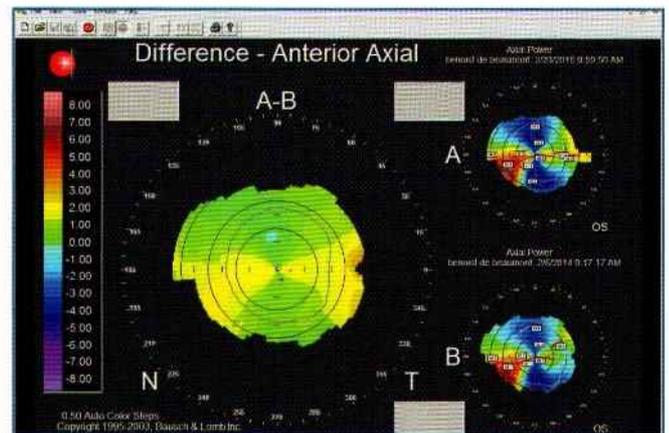


Fig. 15: Progression d'une dégénérescence marginale pellucide après implantation d'anneaux intracornéens.

tion d'anneaux intracornéens pour améliorer encore l'acuité visuelle (fig. 16).

7. Les indications de greffe doivent rester l'exception

Les anneaux intracornéens ne sont pas une alternative à la greffe de cornée. Cette dernière garde toutes ces indications mais doit rester réservée aux cas les plus sévères: stades 4, kératométrie supérieur à 70 ou 80 dioptries et intolérance absolue aux lentilles de contact, acuité visuelle effondrée non améliorable. La possibilité d'une intervention conservatrice doit toujours être envisagée avant d'opter pour une kératoplastie. Dans notre série, seul un patient jeune a bénéficié d'une kératoplastie réalisée d'emblée devant le stade avancé de la maladie ectasiente.

La greffe doit rester l'exception et c'est la prise en charge précoce de la maladie qui permet de surseoir à ces kératoplasties après chirurgie réfractive.

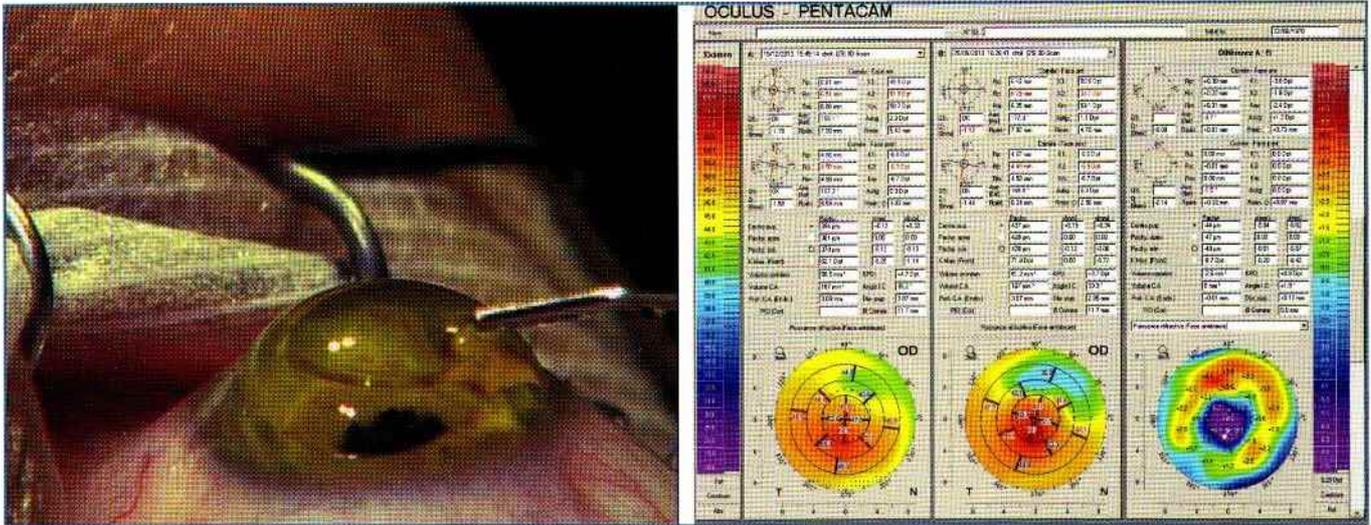


Fig. 16: Crosslinking du collagène cornéen après implantation d’anneaux intracornéens. Aspect topographique pré et postopératoire et différentiel après réalisation d’un crosslinking du collagène cornéen associé à une photoablation cornéenne (aplatissement de l’ectasie centrale).

II CONCLUSION

L’ectasie dite postLasik correspond le plus souvent à la révélation ou à l’exacerbation d’une maladie kératocônique sous jacente préexistante. Son incidence est faible, inférieure à celle du kératocône, dans la population générale. Sa meilleure connaissance et l’identification des facteurs de risques permettent d’en

diminuer l’incidence. Son traitement est codifié et efficace. Sa prise en charge doit être précoce pour éviter une dégradation irréversible de la fonction visuelle.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d’intérêts concernant les données publiées dans cet article.