

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE DE L'UNIVERSITÉ DE LIÈGE  
(Pr. R. WEEKERS).

---

## **Extraction du cristallin cataracté après opération antiglaucomeuse fistulisante.**

Par MM.

R. WEEKERS et A. PIVONT

(Liège).

Malgré les risques qu'elles comportent d'une opacification cristallinienne tardive, les opérations fistulisantes demeurent actuellement, par leurs effets tensionnels favorables, la sauvegarde la plus sûre des fonctions visuelles d'un sujet glaucomeux (L. Weekers [15]; Legrand [9]; R. Weekers [17]). Il en résulte que l'extraction d'une cataracte d'un œil ayant subi antérieurement une opération fistulisante est un problème qui se pose de temps en temps.

La technique de cette intervention se caractérise par plusieurs particularités qui la différencient de l'extraction d'une cataracte sénile banale. *a)* L'opération doit respecter le territoire de la fistulisation pour ne pas compromettre la normalisation de la tension oculaire et pour ne pas exposer à une infection post-opératoire (fig. 1). *b)* Elle doit tenir compte de l'existence possible de synéchies iriennes postérieures. *c)* Elle doit éviter toute accentuation d'une élévation préexistante éventuelle de la pupille. *d)* Elle doit, malgré ces difficultés, chercher à aboutir à une extraction intracapsulaire dans un pourcentage de cas comparable à celui obtenu dans la cataracte sénile.

Différents auteurs se sont déjà préoccupés de ce problème de la pratique. Les solutions qu'ils préconisent diffèrent les uns des autres surtout par l'endroit de l'ouverture du globe. Kirby [7], Mc Lean [10], Guyton [6], Gasteiger [4], Pillat [11], Scheie [13], Franceschetti [3], Legrand [9] incisent la cornée à 12 heures en avant de la zone de fistulisation. D'autres auteurs proposent des abords différents : latéral (Gifford [5]; Labib [8]); inféro-latéral (Callahan [2]); inférieur (Rizzuti [12]; Spaeth [14]).

Le but de cette note est de décrire la technique à laquelle nous sommes arrivés progressivement et dont les résultats sont satisfaisants.

### Préparation pré-opératoire.

Lorsque l'opération fistulisante a normalisé l'ophtalmotonus, ce qui est l'éventualité la plus fréquente, la préparation du patient ne diffère en rien de celle d'un malade atteint de cataracte sénile.

S'il persiste une hypertension discrète : 22 à 25 mm Hg, par exemple. (1) l'ingestion de Diamox est utile ( $1 \times 250$  mg la veille de l'opération, à la soirée; 2 ou  $3 \times 250$  mg, selon l'heure de l'intervention, le jour même de l'opération). Nous ne recourons qu'exceptionnellement à l'emploi d'hyaluronidase mélangé à l'injection rétrobulbaire anesthésiante car ses effets tensionnels sont inconstants et incontrôlables.

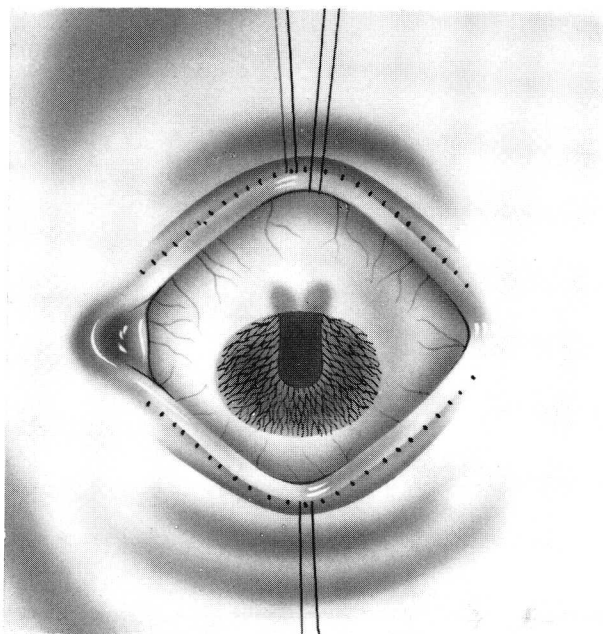


Fig. 1. — Cicatrice de l'iridencleisis.

Dans l'éventualité exceptionnelle d'une hypertension dépassant 25 mm — 28 mm Hg, il est préférable de faire précéder l'extraction cristallinienne d'une angéiodiathermie selon la technique que nous avons décrite précédemment (Weekers R., Gougnard L., Gougnard C. et Watillon M. [16]). Cette intervention normalise l'ophtalmotonus non seulement au moment de l'extraction cristallinienne mais dans les mois ou les années qui suivent.

Dans le glaucome à angle ouvert, la pupille est dilatée comme dans la cataracte sénile, par installation d'une goutte d'adrénaline à 1 p. 100, 30 à 40 minutes avant l'intervention.

(1) Tonometre de Schiötz standard, tables de Friedenwald, 1955.

Dans le glaucome congestif, il est prudent de renoncer à une large mydriase et de se contenter d'une dilatation pupillaire minime pour éviter de provoquer une hypertension par fermeture de l'angle irido-cornéen.

### Technique opératoire.

#### 1<sup>er</sup> temps : L'INCISION CORNÉENNE.

L'incision cornéenne est faite à la lance au niveau du limbe à XII H ce qui peut nécessiter dans certains cas, le refoulement en arrière d'une cicatrice bulleuse volumineuse. Cette incision est élargie au moyen des ciseaux de Castroviejo (fig. 2).

Deux sutures cornéosclérales sont mises en place de part et d'autre de la cicatrice filtrante. Les points d'entrée dans la cornée et de sortie de la sclérotique doivent être placés vis-à-vis et très rapprochés les uns des autres pour réduire dans la mesure du possible l'astigmatisme post-opératoire. Le matériel utilisé est de la soie très fine. Une boucle de quelques centimètres entre la cornée et la sclérotique est nécessaire pour les temps suivants (fig. 3).

#### 2<sup>e</sup> temps : LA SYNÉCHOTOMIE.

La synéctomie doit être pratiquée dans tous les cas même si l'examen biomicroscopique pré-opératoire ne révèle pas de synéchie postérieure au niveau du sphincter et même si l'instillation du mydriatique a été suivie d'une dilatation pupillaire satisfaisante. L'existence de synéchies postérieures périphériques invisibles n'est, en effet, pas exceptionnelle. Ces synéchies, si elles sont méconnues, peuvent compromettre l'extraction intracapsulaire.

La synéctomie doit être pratiquée d'un bord du colobome irien à l'autre en introduisant une spatule plate et mousse, jusqu'à l'équateur de la lentille (fig. 4).

#### 3<sup>e</sup> temps : L'IRIDOTOMIE.

Dans certains cas, dans la buphtalmie plus particulièrement, l'enclavement de l'iris provoque une ascension plus ou moins accusée de l'aire pupillaire. Lorsque le bord inférieur du sphincter atteint la mi-hauteur du segment antérieur, c'est à-dire une ligne horizontale passant par III heures et IX heures, il est justifié de pratiquer, avant l'extraction cristallinienne, une iridotomie dans la portion la plus déclive du sphincter. Celle-ci est faite au moyen de petits ciseaux à iris tenus à plat. Une branche des ciseaux est engagée sous l'iris, l'autre passe devant. La longueur de l'incision est proportionnée à l'ascension pupillaire (fig. 5).

#### 4<sup>e</sup> temps : LA ZONULOLYSE ENZYMATIQUE.

Barraquer [1] a eu le mérite de découvrir l'action lytique de l'alpha-chimo-trypsine sur la zonule de Zinn et d'y recourir en clinique, pour faciliter l'extraction cristallinienne. Cette technique a l'inconvénient de retarder la cicatrisation de la plaie opératoire et d'exposer à un affaissement

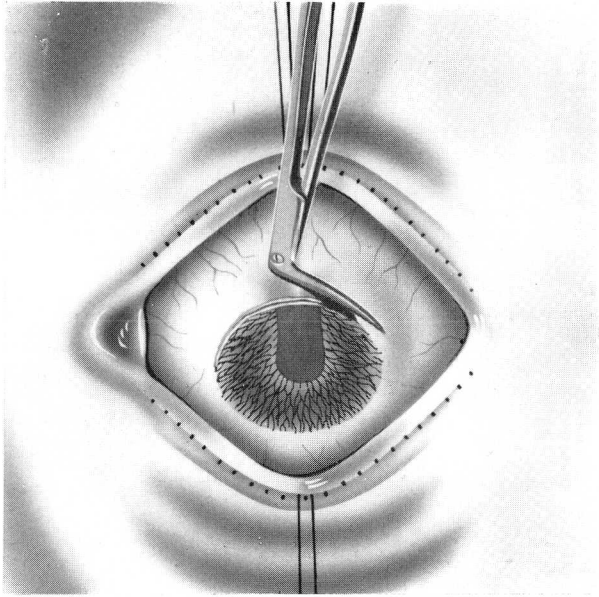


Fig. 2. — Incision cornéenne à la lance, puis aux ciseaux.

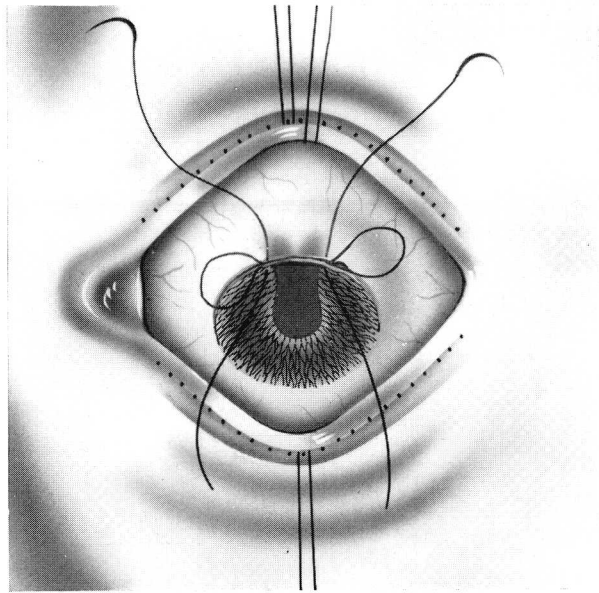


Fig. 3. — Sutures cornéo-sclérales de part et d'autre de la cicatrice filtrante.

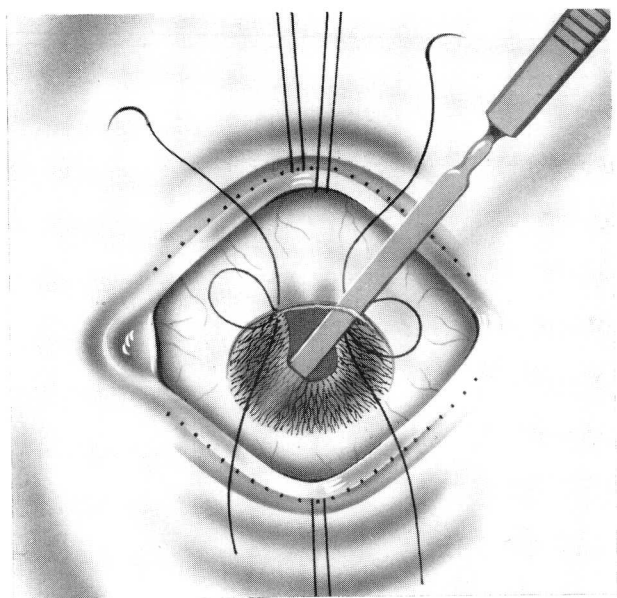


Fig. 4. — Synéchetomie jusqu'à l'équateur du cristallin d'un bord à l'autre du colobome opératoire.

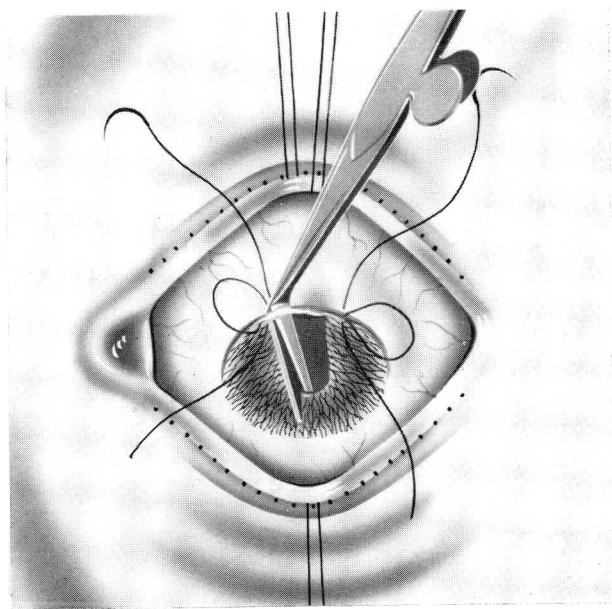


Fig. 5. — L'iridotomie à 6 heures est indiquée lorsque la pupille est décentrée vers le haut.

tardif de la chambre intérieure (Weekers, Lavergne et Stassart [18]. C'est la raison pour laquelle nous ne l'utilisons plus dans l'extraction des cataractes séniles banales. Mais cette technique demeure indiquée lorsque la probabilité d'une extraction intracapsulaire est moindre que dans la cataracte sénile ce qui est le cas dans l'éventualité qui fait l'objet de cette note. Nous avons donc pratiqué la zonulolyse quelquefois pour extraire le cristallin cataracté d'un œil ayant subi préalablement un iridencléisis. Très rapidement, nous avons été contraints d'y renoncer car la présence de l'enzyme retarde la fermeture de la plaie cornéo-sclérale, inconvénient particulièrement grave en l'absence de lambeau conjonctival. Le problème pourra cependant être envisagé, à nouveau, si on découvre un inhibiteur efficace et bien toléré de l'alphachimotrypsine. Cette question fait l'objet de recherches actuelles dans différents laboratoires.

5<sup>e</sup> temps : L'EXTRACTION DU CRISTALLIN.

Le cristallin est extrait à la pince selon la méthode classique (fig. 6)

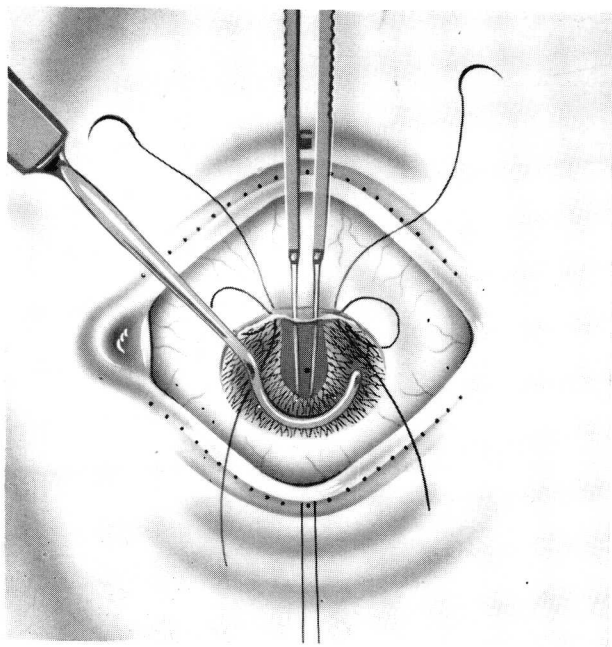


Fig. 6. — Extraction intracapsulaire à la pince.

6<sup>e</sup> temps : SUTURES CORNÉO-SCLÉRALES.

Les sutures sont tendues par traction sur le fil à son point d'émergence scléral. Il n'est pas nécessaire de serrer fortement les fils; il suffit de coapter les lèvres cornéenne et sclérale (fig. 7).

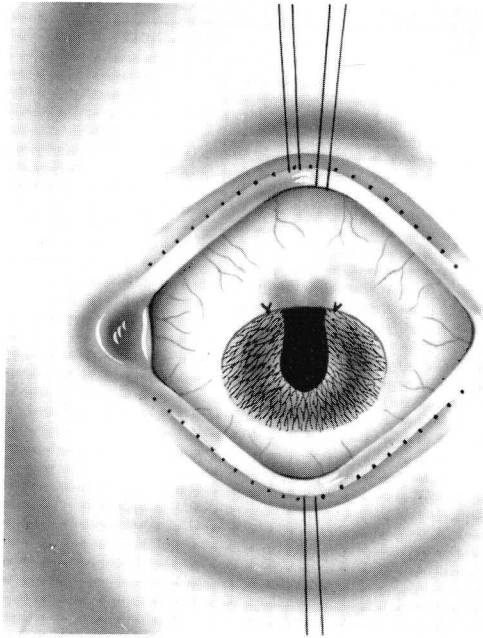


Fig. 7. — Sutures cornéo-sclérales.

#### Suites opératoires.

Elles ne diffèrent que peu de celles d'une extraction de cataracte sénile. Si l'enclavement était justifié par un glaucome à angle ouvert ou par un glaucome secondaire, on instille de l'atropine au premier pansement, c'est-à-dire après 48 heures et on continue ce traitement pendant 15 jours. Si le patient était atteint de glaucome à angle fermé, l'atropine n'est instillée, à doses très faibles, qu'une fois ou deux, le 2<sup>e</sup> ou le 3<sup>e</sup> jour, c'est-à-dire au moment où le stop post-opératoire de la sécrétion prévient à coup sûr une hypertension.

Les sutures cornéo-sclérales sont enlevées le 12<sup>e</sup> jour.

#### Résumé.

Description d'une technique d'extraction de la cataracte d'un œil ayant subi antérieurement une opération fistulisante.

#### Bibliographie.

- [1] BARRAQUER, J. — Comunicacion a la Real Academia de Médecine de Barcelona, 1958.
- [2] CALLAHAN, A. — Cataract extraction after glaucoma surgery. *A.M.A. Arch. Opth.*, 1952, **47**, 132.

- [3] FRANCESCHETTI, A. — a) New operations and some special indications and technique in ophthalmic surgery. *Amer. J. Ophthalm.*, 1955, **39**, p. 189.  
FRANCESCHETTI, A. — b) L'ascension pupillaire dans l'opération de la cataracte. *Année thérapeutique et clinique en Ophtalmologie*, 1958, **9**, p. 133.
- [4] GASTEIGER, H. — Über Kataract Extraktion in Augen mit vorher ausgeführter Elliot-scher Trepanation. *Klin. Monatsbl. Augenh.*, 1949, **114**, p. 370.
- [5] GIFFORD, S. R. — Lens extraction following operations for glaucoma. *Amer. J. Ophthalm.*, 1943, **26**, p. 468.
- [6] GUYTON, J. S. — Choice of operation for primary glaucoma combined with cataract. *Tr. Am. Acad. Ophthalm.*, 1944, **49**, p. 216.
- [7] KIRBY, D. B. — Prevention and handling of complications arising during and after cataract extractions. *Arch. Ophthalm.*, 1941, **25**, p. 886.
- [8] LABIB, M. A. M. — Lateral section in cataract surgery. *Bull. Ophthalm. Soc. Egypt*, session 1954, **47**, p. 159.
- [9] LEGRAND, J. — a) Divers échecs de la thérapeutique chirurgicale du glaucome chronique. *Bull. Soc. franç. Ophth.*, 1953, **66**, p. 357.  
LEGRAND, J. — b) Anatomie pathologique de l'iridocléisis, la raison des succès et des échecs — (en coll. avec F. Hervouet et A. Lenoir). *Bull. Soc. franç. Ophth.*, 1957, **70**, p. 457.  
LEGRAND, J. — c) Cataractes après les opérations fistulisantes. *Année thérapeutique et clinique en Ophtalmologie*, 1958, **9**, p. 243.
- [10] Mc LEAN, J. — Cataract extraction after glaucoma operation. *Amer. J. Ophthalm.*, 1942, **25**, p. 192.
- [11] PILLAT, A. — Intracapsular extraction of cataracta complicata accreta after iridocyclitis and glaucoma. *A. M. A. Arch. Ophthalm.*, 1949, **42**, p. 567.
- [12] RIZZUTI, A. B. — Cataract extraction following fistulising glaucoma operations: method of choice by inferior limbal approach. *Acta XVII, Conc. Ophthalm.*, 1954-1955, **3**, p. 1831.
- [13] SCHEIE, H. C. — A method of cataract extraction following filtering operations for glaucoma. *A. M. A. Arch. Ophthalm.*, 1956, **55**, p. 818.
- [14] SPAETH, E. — Lens traumatism. *Amer. J. Ophthalm.*, 1954, **37**, p. 120.
- [15] WEEKERS, L. — a) *Bull. Soc. belge Ophth.*, 1948, **88**, p. 282. — (Part de discussion à la communication de J. Legrand).  
WEEKERS, L. — b) *Archives d'Ophth.*, 1959, **19**, 3, 270.
- [16] WEEKERS, R., GOUGNARD, C., GOUGNARD, L. et WATILLON, M. — Traitement de l'hypertension oculaire par la ligature des artères ciliaires antérieures et la coagulation diathermique à l'endroit de passage des artères ciliaires longues postérieures. *Bull. Soc. belge Ophth.*, 1956, **113**, p. 420.
- [17] WEEKERS, R. — *Année thérapeutique et clinique en Ophtalmologie*, 1958, **9**, p. 253. (Part de discussion à la communication de J. Legrand).
- [18] WEEKERS, R., LAVERGNE, G. et STASSART, C. — Avantages et inconvénients de la zonulolyse enzymatique dans l'extraction du cristallin cataracté. *Bull. Soc. belge Ophth.*, 1958, **120**, p. 539.