

MM. L. et R. WEEKERS, G. LAVERGNE (\*) et M. WATIL-  
LON (Liège) : **Traitement des hernies de l'iris par photo-  
coagulation.**

Les hernies de l'iris sont parfois d'origine traumatique. Elles constituent plus souvent une complication d'un traitement chirurgical de la cataracte. Elles résultent alors de la réouverture, pendant la convalescence, d'une plaie correctement fermée au cours de l'intervention. Elle s'accompagne parfois de l'affaissement de la chambre antérieure. Un accès de toux, un effort de vomissement, une période d'agitation en étaient autrefois les causes occasionnelles les plus fréquentes. L'emploi, actuellement très répandu, de sutures cornéo-sclérales et d'un lambeau conjonctival à insertion cornéenne assure

(\*) Associé du Fonds National de la Recherche scientifique.

une bonne coaptation des lèvres de la plaie pendant la cicatrisation et a considérablement diminué la fréquence des prolapsus iriens. Ceux-ci ne surviennent plus que dans 1 à 3 % des cas si on s'en réfère aux statistiques récentes de différents auteurs.

La hernie de l'iris entretient fréquemment un certain degré d'irritation oculaire et de la photophobie. Elle expose presque toujours à une complication infectieuse grave immédiate ou tardive. Celle-ci peut survenir plusieurs années après l'intervention, à la suite d'une conjunctivite aiguë, par exemple.

Différents traitements chirurgicaux de la hernie de l'iris ont été décrits : l'excision du prolapsus, sa destruction par la diathermie, sa cautérisation par l'acide trichloracétique et même, plus récemment, sa réduction (Agarwall et Malik, 1959).

Toutes ces techniques chirurgicales semblent, actuellement, devoir être remplacées par la photocoagulation. La hernie de l'iris se prête en effet particulièrement bien à ce type de traitement : le tissu à détruire est toujours fortement pigmenté et n'est recouvert que par un tissu conjonctival mince et translucide. En 1961, Meyer-Schwickerath et Schott ont publié six cas de hernie de l'iris traités par photocoagulation. Notre expérience porte sur huit cas et confirme l'opinion favorable de ces auteurs sur l'efficacité et l'innocuité de ce traitement.

La *cause de la hernie de l'iris* n'a pu être précisée que dans une minorité des cas que nous avons observés.

Dans un cas, la déhiscence semble devoir être attribuée à l'emploi de l'alpha-chymotrypsine (Weekers, Lavergne et Stassart, 1958); dans un cas de cataracte congénitale, à une période d'agitation pendant la convalescence; dans un troisième cas, à une perte de vitré. Il s'agissait, dans deux autres cas, de patients diabétiques mais il ne nous est pas possible de préciser la nature de la corrélation entre le retard de cicatrisation et la diathèse. Dans deux cas, enfin, le mécanisme de la hernie de l'iris est obscur : aucun incident n'ayant compliqué l'intervention, ni les suites opératoires. Nous n'avons aucun renseignement sur l'existence éventuelle d'un incident opératoire ou post-opératoire dans le huitième cas, celui-ci ayant été opéré au dehors de la Clinique.

Dans trois cas, la déhiscence de la plaie opératoire, qui est

la cause de la hernie de l'iris, a également provoqué un affaissement de la chambre antérieure. Celui-ci s'est compliqué, deux fois, d'un glaucome post-opératoire (Weekers et Delmarcelle, 1953).

Notre *technique de photocoagulation des hernies de l'iris* est assez semblable à celle de Meyer-Schwickerath et Schott. L'anesthésie est obtenue au moyen d'instillations et d'une injection rétrobulbaire. Meyer-Schwickerath pose sur l'œil un anneau de plastique et photocoagule à travers une couche de liquide. Nous nous sommes, pour notre part, contenté de fréquentes instillations de liquide physiologique.

L'appareil est muni du dispositif pour photocoagulation du segment antérieur. Une intensité de courant très faible est suffisante (pas de survoltage; graduation 1 ou 2; diamètre 3 ou 4,5; durée de passage 1 seconde, au maximum).

L'effet de l'échauffement se traduit par une rétraction immédiate du tissu irien. Il n'est pas nécessaire de faire disparaître instantanément la totalité de la hernie car l'effet de la photocoagulation continue à se manifester pendant plusieurs semaines.

Dans les jours qui suivent l'intervention, la conjonctive bulbaire devient laiteuse; la région coagulée est le centre d'une hyperhémie plus ou moins accusée. Le tissu irien se désintègre progressivement même si l'effet immédiat paraissait avoir été insuffisant.

En règle générale, une seule photocoagulation est suffisante. Nous n'avons répété l'intervention que dans un seul cas.

Après deux ou trois mois, la cicatrice est plane, la conjonctive bulbaire a repris son aspect normal; un fin liséré de grains de pigment marque seulement l'emplacement de l'ancien prolapsus.

La photocoagulation a été sans effet sur l'hypertension dans les deux cas compliqués de glaucome.

Le délai entre le moment d'apparition du prolapsus irien et la photocoagulation a été de huit jours au minimum et de trois mois au maximum. Ce traitement ne comportant aucune manipulation du globe peut, en fait, être pratiqué quelques jours après l'extraction cristallinienne s'il en est besoin.

### RÉSUMÉ.

Description de la technique de la photocoagulation des hernies de l'iris. Ce mode de traitement semble devoir remplacer les techniques chirurgicales de destruction, d'excision ou de réduction du prolapsus irien.

(Clinique ophtalmologique de l'Université de Liège,  
Professeur R. Weekers.)

### BIBLIOGRAPHIE.

- AGARWALL, L. P. et MALIK, S. R. K. — Post-operative iris prolapse, its cause and management. *Ophthalmologica*, 1959, 138, 133.
- MEYER-SCHWICKERATH, G. und SCHOTT, R. — Die Behandlung des Irisprolapses durch Lichtkoagulation. *Klin. Mbl. Augenheilk.*, 1961, 139, 596.
- WEEKERS, R. et DELMARCELLE, Y. — Pathogénie et traitement de l'hypertension intraoculaire due à un retard de formation de la chambre antérieure après extraction cristalliniennne. *Ann. Ocul.*, 1953, 186, 415.
- WEEKERS, R., LAVERGNE, G. et STASSART-HOURLAY, C. — Avantages et inconvénients de la zonulolyse enzymatique dans l'extraction du cristallin cataracté. *Bull. Soc. belge Ophtal.*, 1958, 120, 539.
-