

LE CERCLAGE DU GLOBE SELON LA TECHNIQUE D'ARRUGA, TEMPS PREVENTIF PRE-OPERATOIRE DU DECOLLEMENT DE RETINE DANS LA CHIRURGIE DE LA CATARACTE

PER

B. ALGAN, M.D.

Nancy - Francia

Le *problème* du traitement prophylactique du décollement de la rétine a retenu l'attention d'un certain nombre d'auteurs dès la découverte par Gonin du rôle pathogénique de la déchirure rétinienne.

C'est Saclis qui, en 1930, en même temps que Trantas, pose le premier la question d'une prophylaxie du décollement de rétine. Depuis cette date, plus de 50 publications ont trait à ce sujet, dont on trouvera la liste complète dans le livre d'Heringen. Que l'on nous permette de citer le travail de deux auteurs nancéens, Jeandelize et Baudot en 1932.

Trois symposia sont été consacrés à ce même sujet: Bruxelles en 1958, Lausanne en 1959, Utrecht en 1963.

Tout-à-fait récemment, Ortbauer et Mackensen ont rapporté une expérience de traitement prophylactique portant sur 9 ans, avec 185 observations.

Cette question du traitement prophylactique du décollement de rétine peut se poser dans des circonstances cliniques bien différentes et la solution à lui apporter ne sera pas univoque.

Dans cet article, nous voudrions faire part de notre expérience dans les cas suivants: il s'agit de malades présentant une cataracte déjà évoluée, réduisant

de façon importante l'acuité visuelle et empêchant, malgré une mydriase maxima, un examen détaillé du fond d'oeil, surtout en périphérie. Ces malades viennent demander la cure chirurgicale de leur cataracte. Leurs antécédents font craindre, cependant, un risque important de décollement de rétine, soit en raison d'une myopie élevée dépassant 10 dioptries, soit en raison d'un décollement survenu sur l'autre oeil spontanément ou après une opération de cataracte, soit en raison de l'existence de cas de décollements de rétine dans leurs antécédents familiaux.

Pour diminuer le risque opératoire de provoquer un décollement de rétine, la question se pose d'une intervention prophylactique.

Diathermo-coagulation et photo-coagulation ne peuvent guère être utilisées en l'impossibilité où l'on se trouve de localiser en périphérie des zones de dégénérescence sur lesquelles pourrait se porter leur action. Et ceci d'autant plus que l'on sait les dangers d'une diathermie à minima capable de créer des déchirures dans une zone de dégénérescence ou une membrane vitréenne pré-rétinienne susceptible d'exercer sur la rétine une traction dangereuse.

L'opacité du cristallin ne permettrait pas d'utiliser la photo-coagulation. La cryopexie serait plus indiquée, n'entraînant pas de réaction vitréenne. Mais là aussi, même incertitude sur la zone à opérer et il paraît a priori difficile d'admettre une congélation de toute la zone périphérique.

Faut-il, dès lors, opérer avec prudence la cataracte en usant de la zonulolyse enzymatique et faire ensuite une investigation soignée de la périphérie à la recherche de zones de dégénérescence ou de trous sans soulèvement sur lesquel's pourrait être appliqué le traitement.

Sans doute cette attitude est-elle possible. Elle a d'ailleurs été préconisée par plusieurs auteurs et non des moindres.

Deux objections, toutefois, peuvent être faites. Tout d'abord, il n'est pas exceptionnel que le décollement de rétine se produise précocement après l'intervention de cataracte et qu'alors le traitement dusse être curatif et non préventif. Tous les auteurs sont d'accord sur le facteur pronostic aggravant que constitue l'aphakie dans le traitement du décollement de rétine.

Ensuite, l'oeil opéré de cataracte remeure fragile pendant plusieurs mois. Un traitement trop agressif risque, pratiqué avant trois mois, d'avoir des conséquences importantes sur le résultat fonctionnel final.

Ce sont les raisons pour lesquelles il nous semble préférable de n'opérer la cataracte qu'après une intervention prophylactique, réduisant au minimum les risques de décollement.

Pour réaliser celle-ci, notre choix s'est porté sur le cerclage du globe. Il peut être fait soit à l'aide d'un fragment de tenseur du fascia lata, soit plus simplement à l'aide d'un fil de soie de 0,5 mm de diamètre selon la technique décrite en 1958 par Arruga, soit encore à l'aide d'une tube de polyéthylène de 1,25 millimètres de diamètre, ou d'une bande de silicone n° 40.

Nous avons réalisé jusqu'à présent toutes nos interventions de cerclage préventif selon la méthode d'Arruga, sur la technique de laquelle nous n'insisterons pas. Rappelons seulement que le siège habituel des déchirures rétiniennes étant périphérique, le fil devra être placé légèrement en avant de l'équateur, afin d'isoler le pôle postérieur de cette zone périphérique dangereuse. Le fil est moyennement serré, assez cependant pour que son indentation sclérale soit visible, traçant un sillon de 1,5 mm de profondeur environ. Une ponction caméculaire à la pique, légèrement en avant du limbe, procure une hypotonie suffisante pour permettre le serrage du fil. Six points de diathermocoagulation perforante, sous contrôle pyrométrique, sont effectués, dans chacun des 4 quadrants inter-musculaires de part et d'autre du fil.

Cette intervention est réalisée au minimum trois mois avant l'intervention de cataracte. De toutes façons, celle-ci n'est faite que lorsque l'oeil a retrouvé son équilibre, et qu'en particulier toute hyperémie a disparu. Ne modifiant en rien le segment antérieur, elle permet l'opération de la cataracte selon les techniques classiques sans aucune particularité.

Lorsque nous utilisons, pour l'extraction du cristallin, pince et ventouse, nous réalisons toutes nos interventions avec zonulolyse enzymatique. Maintenant que nous utilisons la cryo-extraction avec pleine satisfaction, il ne nous semble plus nécessaire d'avoir recours à la zonulolyse avec la même fréquence.

Notre expérience porte sur 31 cas opérés de cette manière depuis 6 ans:

- En 1960, 4 cas
- En 1961, 5 cas
- En 1962, 8 cas
- En 1963, 2 cas
- En 1964, 1 cas
- En 1965, 2 cas
- En 1966, 9 cas

Du point de vue de l'âge, nos malades avaient entre 49 et 75 ans. 16 étaient du sexe masculin, 15 du sexe féminin.

TABLEAU RECAPITULATIF DES OBSERVATIONS

<i>Nom-Sexe</i>	<i>Age</i>	<i>Année</i>	<i>Oeil opéré</i>	<i>Antécédents</i>	<i>Complications</i>	<i>Opération de cataracte</i>	<i>Résultats</i>
G. Jean M.	60 ans	1960	OD	OG: décollement post-aphakie opéré sans succès	0	Intra à la ventouse avec α	10/10 mais décollement 2 mois plus tard
L. Rose F.	62 ans	1960	OD	Monophtalme Myopie > 18 d.	0	Intra à la pince avec α	6/10
B. Antoinette F.	52 ans	1960	OG	Myopie > 15 d.	0	Intra à la ventouse avec α	5/10
M. Jules M.	58 ans	1960	OD	OG: décollement opéré sans succès en 1952	0	Intra à la pince avec α	9/10
B. Antoinette F.	53 ans	1961	OD	Myopie > 15 d.	0	Intra à la ventouse avec α	6/10
P. Jacques M.	61 ans	1961	OG	Monophtalme Myopie de 10 d.	0	Intra à la pince avec α	9/10
J. Pierre M.	57 ans	1961	OD	Myopie bilat. > 12d.	0	Intra à la pince avec α	8/10
L. Paul M.	50 ans	1961	OG	OD: décollement post-aphakie opéré sans succès	Chemosis pendant 1 mois	Intra à la pince avec α	9/10

<i>Nom-Sexe</i>	<i>Age</i>	<i>Année</i>	<i>Oeil opéré</i>	<i>Antécédents</i>	<i>Complications</i>	<i>Operation de cataracte</i>	<i>Résultats</i>
B. Jeanne F.	56 ans	1961	OD	Myopie > 12d.	0	Intra à la pince a avec α	8/10
C. Jean M.	49 ans	1962	OG	Myopie > 12d.	0	Intra à la ventouse avec α	9/10
B. Pierre M.	56 ans	1962	OG	Décollement OD opéré avec succès en 1953	0	Intra à la ventouse avec α	10/10
D. Véronique F.	57 ans	1962	OD	Myopie > 10d.	Hyperhémie conjonctivale pendant 1 mois	Intra à la ventouse avec α	8/10
V. Antoine M.	49 ans	1962	OG	Myopie > 12d.	0	Intra à la ventouse avec α	7/10
D. Jules M.	59 ans	1962	OG	OG: décollement post-aphakie opéré sans succès en 1958	0	Intra à la pince avec α	9/10 mais décollement opéré avec succès 2 mois après
L. Georgette F.	62 ans	1962	OD	Myopie > 14d.	0	Intra à la ventouse avec α	9/10
V. Pierre M.	59 ans	1962	OD	Myopie > 12d.	0	Intra à la ventouse avec α	7/10

<i>Nom-Sexe</i>	<i>Age</i>	<i>Année</i>	<i>Oeil opéré</i>	<i>Antécédents</i>	<i>Complications</i>	<i>Operation de cataracte</i>	<i>Résultats</i>
H. Jacques M.	49 ans	1962	OD	Décollement OG opéré avec succès en 1957	0	Intra à la ventouse avec α	10/10
B. Jeanne F.	52 ans	1963	OG	Myopie > 10d.	0	Intra à la pince avec α	6/10
D. Pierre M.	51 ans	1963	OG	Myopie > 13d.	0	Intra à la ventouse avec α	5/10
B. Jean M.	61 ans	1964	OG	Myopie > 12d.	0	Intra à la ventouse avec α	7/10
C. Georges M.	71 ans	1965	OD	Myopie > 12d. OG: décollement post-aphakie opéré sans succès en 1961	0	Intra à la ventouse sans α	5/10
L. Georgette F.	56 ans	1965	OD	Myopie > 12d.; OG: décollement non recollé, opéré en 1964	0	Intra à la cryode sans α	5/10
C. Irma F.	69 ans	1966	OG	Myopie > 12d.	0	Intra à la cryode sans α	6/10
M. Paule F.	73 ans	1966	OD	Décollement traumatique opéré sans succès en 1961	0	Intra à la cryode sans α	10/10

<i>Nom-Sexe</i>	<i>Age</i>	<i>Année</i>	<i>Oeil opéré</i>	<i>Antécédents</i>	<i>Complications</i>	<i>Opération de cataracte</i>	<i>Résultats</i>
S. André M.	68 ans	1966	OD	Myopie > 10d.	0	Intra à la cryode sans α	2/10
C. Marie F.	73 ans	1966	OD	Myopie > 15d.	0	Intra à la cryode sans α	3/10
B. Marie F.	70 ans	1966	OG	Myopie > 15d.	0	Intra à la cryode sans α	3/10
P. Lucie F.	75 ans	1966	OD	Myopie > 12d.	0	Intra à la cryode sans α	6/10
H. Blanche F.	70 ans	1966	OD	Myopie > 12d.	0	Intra à la cryode sans α	9/10
A. Basile M.	67 ans	1966	OG	Myopie > 12d.	0	Intra à la cryode sans α	6/10
S. Louise F.	70 ans	1966	OD	Myopie > 15d.	Chemosis pendant 3 semaines	Intra à la cryode sans α	4/10

Les raisons qui nous ont amenés à pratiquer une intervention prophylactique ont été :

- Dans 24 cas, une *myopie élevée* supérieure à 10 dioptries.
- Dans 9 cas, un *décollement de rétine* de l'oeil adelphe :
 - 4 fois après intervention de cataracte,
 - 4 fois spontanément,
 - 1 fois traumatique.

Deux de ces décollements avaient pu être recollés chirurgicalement avec résultat fonctionnel, sept n'avaient pu être recollés.

Le cerclage n'a jamais entraîné de complications, sauf deux cas chemosis n'ayant pas dépassé 4 semaines et n'ayant laissé aucune séquelle définitive. Signalons en particulier n'avoir jamais observé d'érosion de la choroïde par le fil de cerclage, complication qui serait assez fréquente selon Dufour, Grignolo, Meyer-Schwicherath et Schepens. Ceci est dû sans doute à l'indentation modérée que nous laissons prendre au fil. Nous pensons que plus l'indentation doit être importante, plus nous devons utiliser, pour éviter cette complication, un matériel d'un diamètre important, afin de répartir sur une surface plus grande la force de striction, évitant ainsi la nécrose du tissu sous-jacent.

L'extraction de la cataracte a été réalisée :

- 11 fois à la ventouse ;
- 9 fois à la pince avec usage de la zonulolyse enzymatique ;
- 11 fois à la cryode, en utilisant le cryo-stylet de Kelmann sans usage d'Alphachymotrypsine.

Elle a pu, dans ces 31 cas, être réalisée en intra-capsulaire sans particularité. Les suites opératoires ont été 29 fois normales, avec un résultat fonctionnel appréciable, en rapport évidemment avec l'état anatomique de la rétine. L'indentation du fil était visible au fond d'oeil ainsi que la cicatrice des points de diathermo-coagulation perforante.

Dans 2 cas, malgré le cerclage, un décollement de rétine est survenu dans les mois après l'opération de cataracte, avec pour origine une déchirure postérieure au cerclage. Dans ces deux cas, la déchirure a pu être obturée avec succès par diathermo-coagulation et la valeur fonctionnelle de l'oeil conservée. On peut cependant dire que dans ces deux cas, le traitement préventif a été un échec. Rap-

porté au nombre actuel de nos observations, ces deux échecs représentent un pourcentage de 6,4%.

Par comparaison, sur 30 cas de traitement préventif effectués para Ortbauer et Makensen avec la diathermo-coagulation, le nombre d'échecs se monte à 4, ce qui fait un pourcentage de 13,3%.

Le nombre de nos observations est encore insuffisant pour porter une opinion définitive sur la valeur du cerclage selon la technique d'Arruga, dans le traitement préventif du décollement de rétine, avant opération de cataracte. Néanmoins cette technique nous a donné des résultats déjà très valables. Elle nous paraît pouvoir être préconisée comme traitement préventif du décollement rétinien avant intervention de cataracte, lorsque l'opacité du cristallin ne permet pas l'observation de la périphérie rétinienne.

BIBLIOGRAPHIE

1. ARRUGA H. — Le cerclage équatorial pour traiter le décollement rétinien.
Bull. et Mém. SFO 1958, 71, 571.
2. HERINGEN H. — Die prophylaktische Behandlung der Netzhautablösung.
F. Emke verlag, STUTTGART (726 références).
3. ORTABUER R. et MACHENSEN G. — A contribution to the prophylaxis of retinal detachment.
Klin. Mbl. Augenheilk. 1966. 145, 244.
4. Problèmes actuels d'Ophtalmologie, III.
Page 178.
KARGER ed., Bâle
5. SCHEPENS C. L. et REGAN CH. — Controversial aspects of the management of retinal detachment.
J. et A. Churchill edit., London.

27, Rue du Grand-Verger