

Implantation d'un iris artificiel associé à une lentille intra-oculaire à fixation intrasclérale après un " blunt " trauma

Implantation of an artificial iris associated intrascleral intraocular lens after a " blunt " trauma

Noel M., Noel A. et Pion B.

Service d'Ophthalmologie, CHU Saint-Pierre, Université libre de Bruxelles (ULB)

RESUME

L'implantation d'un iris artificiel associé à une lentille intra-oculaire à fixation intrasclérale (Glue IOL) sans suture est une opération complexe apportant de très bons résultats esthétiques et fonctionnels chez le patient ne présentant pas de support capsulaire. Nous reportons un cas rare d'implantation à la suite d'un " blunt " trauma.

*Rev Med Brux 2019 ; 40 : 108-10
Doi : 10.30637/2019.18-053*

ABSTRACT

The implantation of an artificial iris associated with intrascleral intraocular lens (Glued IOL) without suture is a complex operation providing very good aesthetic and functional results in the patient with defective capsule. We report a rare case of implantation following a " blunt " trauma.

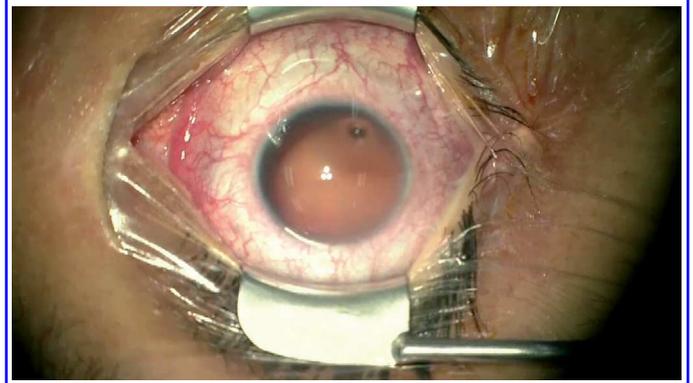
*Rev Med Brux 2019 ; 40 : 108-10
Doi : 10.30637/2019.18-053*

Key words : artificiel iris, trauma, glued IOL, sutureless IOL implantation

CAS CLINIQUE

Il s'agit d'un homme de 43 ans d'origine caucasienne qui a présenté un " blunt " trauma, c'est-à-dire un traumatisme non perforant au niveau de l'œil droit secondaire à l'impact d'une balle de paintball reçu à bout portant. Au niveau de l'examen clinique, la vision du patient se limitait uniquement aux " mouvements des mains ". L'examen à la lampe à fente révélait un cristallin luxé postérieurement avec rupture capsulaire et cataracte post-traumatique ainsi qu'une iridodialyse pratiquement totale, excepté dans le cadran inféro-nasal. La tension intra-oculaire était de l'ordre de 28 mmHg. Une vitrectomie avec phacoémulsification a été performée en urgence afin d'évacuer le cristallin luxé ainsi que les restes de fragments iriens et d'évaluer l'atteinte du segment postérieur qui se voyait rester intact. Le patient a été laissé aphake (figure 1) et mis sous traitements locaux anti-infectieux, anti-inflammatoire stéroïdien (Tobradex®) ainsi que sous un traitement hypotenseur (Timolol®) car malgré l'évacuation des fragments iriens, la tension post-opératoire restait dans les limites hautes de la normale (22 mmHg). Après l'intervention, le patient recouvrait

Figure 1 : Œil droit post-traumatique présentant une aniridie et aphakie avec absence de capsule.

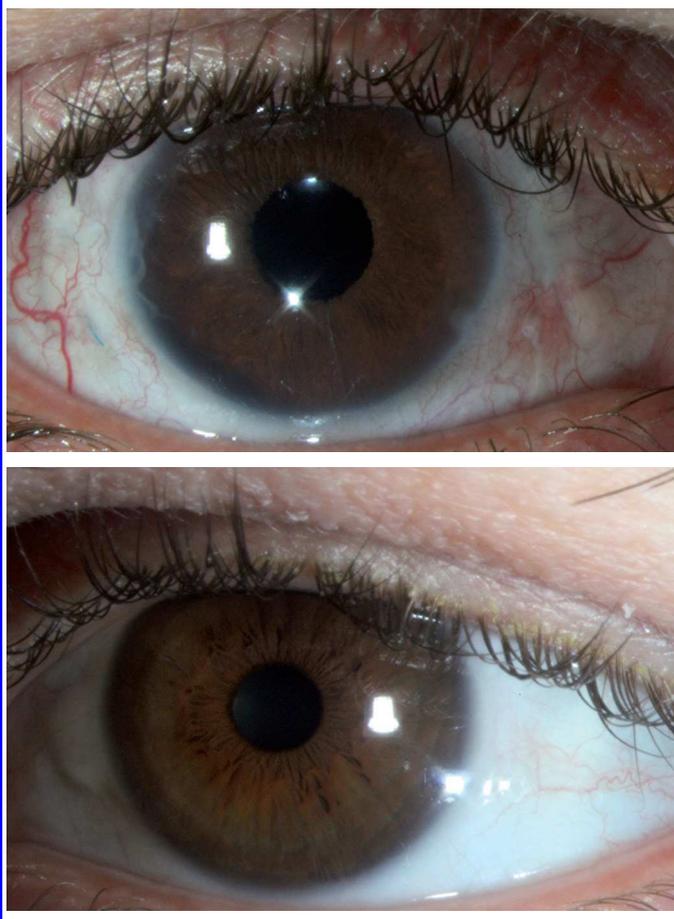


un équilibre normo-tensif, mais exposait comme principales doléances un préjudice esthétique considérable ainsi que des plaintes fonctionnelles, plus particulièrement une photophobie et une faiblesse d'acuité visuelle (5/10) malgré une correction optique totale (+13) et ce en l'absence d'un œdème maculaire postopératoire.

Dans un deuxième temps, une seconde chirurgie a été réalisée afin de mettre en place un cristallin artificiel à fixation intrasclérale (Glued IOL) ainsi qu'un implant irien souple. L'iris artificiel fut au préalable personnalisé à partir de l'œil adelphe afin de reproduire la couleur de l'iris originel. Le traitement médicamenteux postopératoire combinait un traitement local anti-infectieux et anti-inflammatoire stéroïdien (Tobradex®).

La seconde opération permit au patient de récupérer une vision de l'ordre de 9/10 et de recouvrir l'aspect esthétique initial de l'œil traumatique (figures 2).

Figures 2 : (a) Aspect de l'œil droit après implantation de la lentille à fixation intrasclérale sans suture (Glued IOL) et de l'iris artificiel ; (b) Œil adelphe sain.



DISCUSSION

Les défauts iriens partiels ou totaux sont d'étiologies traumatique, congénitale ou iatrogène. Ils engendrent des plaintes visuelles variées (photophobie, flou visuel et diplopie monoculaire), mais également un grave préjudice esthétique.

L'une des plus fréquentes étiologies est l'aniridie post-traumatique, notamment celle provoquée par les " blunt trauma ", traumatismes non perforants du globe oculaire engendrant, soit par traumatisme direct soit secondaire à la vague de pression parcourant le globe oculaire, de multiples défauts notamment érosions de cornées, irido-dyalise, hémorragie

vitréenne, rupture choroïdienne, commotion et déchirure rétinienne.

Il existe différentes options dans la prise en charge d'aniridie.

Le traitement conservateur le plus couramment utilisé est la mise en place d'une lentille cornéenne colorée. Celle-ci joue le rôle de diaphragme artificiel en limitant la diffusion de lumière frappant la rétine. Cependant, cette technique présente comme inconvénient un résultat esthétique peu satisfaisant ainsi qu'une mauvaise tolérance sur le long terme¹.

L'autre alternative, également conservatrice, est le tatouage cornéen. Elle consiste à déposer du colorant dans l'épaisseur du stroma cornéen. Néanmoins, bien que cette technique soit simple et efficace, le rendu esthétique est le plus souvent insuffisant².

La suture de l'iris, la pupilloplastie, est une technique chirurgicale fréquemment utilisée dans la prise en charge de reconstruction de l'iris. Elle apporte de bons résultats au niveau esthétique et fonctionnel. Toutefois elle n'est souvent que peu possible car elle impose comme principale condition un déficit irien ne dépassant le tiers de sa circonférence³.

Une autre technique chirurgicale pouvant être proposée est la mise en place d'un implant irien artificiel rigide (Ophtec®, Morcher®) se déposant soit dans le sac capsulaire, soit en l'absence de celui-ci, directement dans le sulcus. Les limites rencontrées avec ce type d'implant reposent dans la difficulté de sa mise en place étant donné son caractère rigide et fragile. De plus, au niveau esthétique, ce type d'implant ne propose qu'une gamme limitée de coloris⁴.

Parmi ces nombreuses techniques de réfection irienne, la mise en place d'une lentille intra-oculaire à fixation intra-sclérale associée à l'implantation d'un iris artificiel souple et personnalisé est une option qui peut être proposée au patient ne disposant plus de sac capsulaire. Cette technique présente comme avantage majeur d'apporter d'excellents résultats aussi bien esthétiques que fonctionnels, mais reste assez difficile d'accès du fait de sa complexité⁵.

CONCLUSION

Ce cas démontre que la chirurgie combinée associant l'implantation d'un iris artificiel avec la mise en place d'une lentille intra-oculaire à fixation intrasclérale est une option chirurgicale à considérer, au vu de ses résultats esthétiques et fonctionnels indéniables dans la prise en charge d'un patient traumatique présentant une aniridie ainsi qu'une cataracte post-traumatique avec absence de capsule cristallinienne.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Roman S, Cherrate H, Trouvet JP, Ullern M, Baudouin C. Implants à iris artificiel dans la correction des aniridies ou des déficiences iriennes fonctionnelles. J Fr Ophtalmol. 2009;32(5):320-5.
2. Remky A, Redbrake C, Wenzel M. Intrastromal corneal tattooing for iris defects. J Cataract Refract Surg. 1998;24(10):1285-7.
3. McCannel MA. A retrievable suture idea for anterior uveal problems. Ophthalmic Surgery, Lasers and Imaging Retina. 1976;7(2):98-9.
4. Roman S, Cherrate H, Trouvet JP, Ullern M, Baudouin C. Implants à iris artificiel dans la correction des aniridies ou des déficiences iriennes fonctionnelles. J Fr Ophtalmol. 2009;32(5):320-5.

5. Spitzer MS, Yoeruek E, Leitritz MA, Szurman P, Bartz-Schmidt KU. A new technique for treating posttraumatic aniridia with aphakia; first results of haptic fixation of a foldable intraocular lens on a foldable and custom-tailored iris prosthesis. Arch Ophthalmol. 2012; 130(6):771-5.

Correspondance :

M. NOEL
Place du couvent, 07 - bte 002
7181 Arquennes
E-mail : noelmathieu605@gmail.com

Travail reçu le 24 mai 2018 ; accepté dans sa version définitive le 22 août 2018.