

INTERVIEW Cataracte



→ UNE INTERVIEW DU Dr P. ROZOT
Clinique Monticelli, MARSEILLE.

Micro-incisions : le gold standard

>>> La micro-incision est-elle obligatoire en 2012 ?

P. ROZOT : Indéniablement, il est peu concevable d'opérer par phacoémulsification de cataracte en 2012 sans micro-incision. Celle-ci répond à une dimension inférieure ou égale à 2,2 mm et est pratiquée par largement plus de 50 % des opérateurs en France aujourd'hui. Par rapport à une incision classique, les avantages sont d'abord une moindre inflammation postopératoire, qui est inversement corrélée à la taille de l'incision, une meilleure étanchéité per- et postopératoire, une plus grande sécurité sur certains yeux difficiles, dont les pupilles étroites ou les chambres antérieures étroites.

Cette micro-incision requiert une légère courbe d'apprentissage et une adaptation de matériel : actuellement, pour pratiquer sans difficulté la phacoémulsification avec l'appareil Infiniti® par 1,8 mm, on utilise un embout de phacoémulsification ultrasonique ABS® MiniTip®, non évasé à la pointe, dont l'extrémité de 0,8 mm de diamètre réduit les risques de "bouchage". L'irrigation-aspiration est facilitée par l'usage de la sonde métallique fine, à extrémité en plastique. Il peut enfin être recommandé d'augmenter le niveau d'aspiration, notamment pour la phacoémulsification des quadrants, du fait du diamètre plus réduit de l'embout.

>>> Comment la dynamique d'Infiniti® sécurise-t-elle la CO-MIC ?

P. ROZOT : Le système de gestion des fluides FMS Intrepid Plus a été

spécialement conçu pour la sécurité et l'efficacité de l'extraction de cataracte par micro-incision, en réduisant significativement les risques de colapsus et en conservant la stabilité de chambre antérieure. Cela est favorisé par des tubulures d'aspiration en polymère de plus grande épaisseur, d'où une moindre compliance par augmentation de la rigidité, ce qui améliore la réactivité du système en réduisant les temps de latence ; la dynamique des fluides permet des niveaux d'aspiration au-delà de 600 mmHg, au travers d'une membrane élastomère spécifique, et optimise la distribution énergétique tout en réduisant les pulsations péristaltiques.

Au total, la levée d'occlusion est plus rapide (**fig. 1**), alors que la chambre antérieure a une meilleure stabilité, avec des paramètres plus puissants [1].

>>> Pourquoi OZil® IP et Intrepid® représentent-ils la solution idéale ?

P. ROZOT : Les ultrasons torsionnels de type OZil® représentent le principal progrès de gestion des ultrasons pour la phacoémulsification depuis déjà 6 à 7 ans [2]. Les mouvements latéraux permettent d'avoir une meilleure efficacité par effet de "rasage" du matériel nucléaire cristallinien, sans effet répulsif et avec moins de turbulences dans la chambre antérieure. On utilise moins de liquide d'irrigation, et l'efficacité ultrasonique est significativement augmentée, alors que la chirurgie se fait à des températures plus basses qu'avec des ultrasons traditionnels longitudinaux [3].

L'adjonction du module IP (Intelligence Phaco), par une brève salve d'ultrasons longitudinaux en fin d'occlusion, permet de faciliter l'émulsification des noyaux

Suite page 34

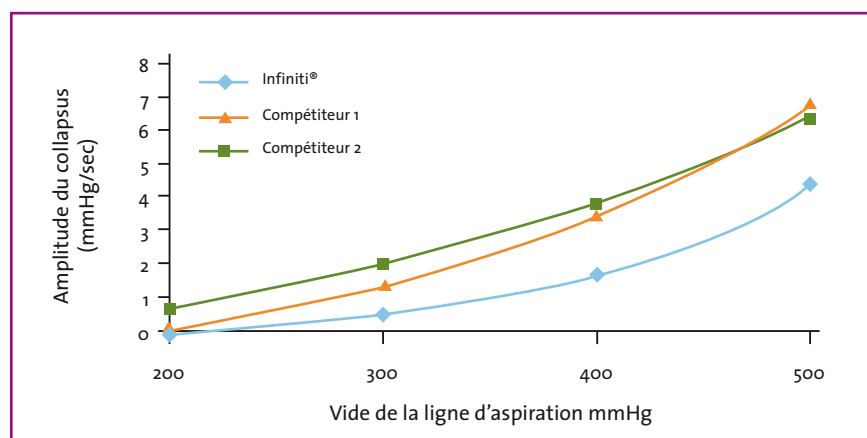


FIG. 1: Rapidité de levée d'occlusion (surge). D'après [1].

INTERVIEW

Cataracte

Suite de la page 32, interview du Dr P. ROZOT

les plus durs, et permet de s'affranchir des risques d'obstruction de la sonde sur ces noyaux durs, ce qui augmente encore la sécurité. Toutefois, en ce qui concerne les noyaux de dureté extrême, l'adjonction d'ultrasons longitudinaux combinés à l'OZil® permet d'augmenter la puissance d'effet. Cette gestion originale des ultrasons, associée aux améliorations hydrodynamiques décrites plus haut, permet d'aborder les noyaux les plus difficiles avec une grande sérénité.

Bibliographie

1. HAN YK. Comparison of vacuum rise time, vacuum limit accuracy, and occlusion break surge of 3 new phacoemulsification systems. *J Cataract & Refract Surg*, 2009; 35: 1424-1429.
2. LIU Y, ZENG M *et al.* Torsional mode versus conventional ultrasound mode phacoemulsification; randomized comparative clinical study. *J Cataract Refract Surg*, 2007; 33: 287-292.
3. JUN B. Thermal study of longitudinal and torsional ultrasound phacoemulsification: tracking the temperature of the corneal surface, incision, and handpiece. *J Cataract Refract Surg*, 2010; 36: 832-837.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Infiniti® Vision System est un instrument de chirurgie ophtalmique destiné à être utilisé pour les interventions chirurgicales d'extraction du cristallin cataracté avec petite incision. Cet outil peut être utilisé avec différentes pièces à main. Dispositif médical de classe IIb – Organisme notifié : 0123 TUV SUD – Fabricant : Alcon Laboratoires Inc. Lire attentivement le mode d'emploi qui accompagne ce dispositif médical avant utilisation. Février 2013.

Suite de la page 33, interview du Dr P. LEVY

Je dirai donc qu'il est essentiel, dans le cadre des astigmatismes < 0.75 D, de réaliser une technique qui, à défaut de ne pas réduire l'astigmatisme de façon significative, au moins ne l'augmente pas (incision sur le méridien cambré), et de réaliser la mise en place d'un implant torique dès lors que le résultat du cylindre croisé entre l'astigmatisme cornéen et l'astigmatisme chirurgicalement induit s'approche de 0.75 D. L'implant torique est le moyen le plus efficace, le plus sûr et le plus reproductible pour corriger de nos jours les astigmatismes même faibles, son efficacité sera encore renforcée par les solutions automatiques de marquage.

Bibliographie

1. FERRER-BLASCO T. Prevalence of corneal astigmatism before cataract surgery. *J Cataract Refract Surg*, 2009; 35: 70-75.

2. HAYASHI K. Effect of astigmatism on visual acuity in eyes with a diffractive multifocal intraocular lens. *J Cataract Refract Surg*, 2010; 36: 1323-1329.
3. FERRER-BLASCO T, MONTES-MICO R, PEIXOTO-DE-MATOS S *et al.* Prevalence of corneal astigmatism before cataract surgery. *J Cataract Refract Surg*, 2009; 35: 70-75.
4. HAYASHI K, MANABE S, YOSHIDA M *et al.* Effect of astigmatism on visual acuity 5. Hoffmann PC, Hütz W. Analysis of biometry and prevalence data for corneal astigmatism in 23 239 eyes. *J Cataract Refract Surg*, 2010; 36: 1479-1485.
6. KOHNEN T, DICK B, JACOBI KW. Comparison of the induced astigmatism after temporal clear corneal tunnel incisions of different sizes. *J Cataract Refract Surg*, 1995; 21: 417-424.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.