

LES SYNECHIES ANTERIEURES IRIDO - CORNEENNES

par J. LEGRAND
Nantes

Bien que ce soit dans la pathologie oculaire une altération inquiétante et fréquemment observée, les synéchies antérieures ne semblent pas avoir suscité beaucoup de travaux. C'est qu'elles constituent un chapitre assez mal délimité tant dans leur étiologie que dans leurs conséquences, et dans la fréquente imprécision des indications thérapeutiques.

Ce que je désirerais préciser avec vous devant cette ambiguïté du traitement, c'est:

—Quelle attitude avoir en face d'une synéchie antérieure? —Faut-il opérer?

—Quand faut-il opérer? Et quelle sorte d'opération?

Je vous rappelle qu'une synéchie antérieure est réalisée toutes les fois que l'iris contracte une adhérence durable et anormale avec la cornée.

Les synéchies irido-cornéennes sont en général la conséquence d'une perforation de la cornée que vient obturer l'iris fixé ensuite à ce niveau par un processus cicatriciel irréversible.

Mais on peut aussi voir des synéchies antérieures congénitales ressemblant beaucoup à un embryotoxon postérieur et qui sont vraisemblablement le reliquat d'un trouble de la résorption du mésoderme au stade de formation de la chambre antérieure. Elles sont le plus souvent associées à d'autres malformations oculaires ou générales.

Elles peuvent également faire suite à une maladie oculaire, bien entendu une kératite infectieuse aboutissant à une perforation par le mécanisme que j'exposais plus haut. Mais même sans perforation cornéenne, au cours d'un processus inflammatoire, un contact peut s'établir entre l'iris et l'endothélium cornéen endogène. C'est le cas des segmentites antérieures au cours des kératites neurotrophiques, des kératites disciformes trainantes, des hyphémas trop lents à se résorber, des processus dégénératifs du stroma irien (iridoschisis), des brûlures chimiques du segment antérieur souvent génératrices d'un exsudat réactionnel de la chambre antérieure, consécutif au caustique.

J. LEGRAND

Enfin, les synéchies antérieures sont le plus souvent la conséquence d'une blessure de la cornée, soit *accidentelle* (plaies perforantes par corps étranger, pointes de ciseaux, éclats de pare-brise), soit *chirurgicale*: après la kératoplastie ou l'extraction de la cataracte.

La kératoplastie perforante

Complication la plus fréquente de la greffe de cornée, dont le mécanisme est aisé à comprendre, la position du greffon et de la pupille étant pratiquement superposables.

Si la coaptation du greffon n'est pas parfaite et qu'entre deux points de suture, il y ait une "fuite", l'iris, comme dans une classique perforation, vient s'y engager.

Mais on peut avoir une adhérence sans qu'il y ait fistulisation. Dans la suture, les points séparés à la soie vierge perforent le stroma à peu près dans son tiers moyen, de telle sorte que les berges de la plaie s'adosent et se soudent rapidement dans leur moitié superficielle. Mais les couches profondes, à cause de la rétraction de la Descemet, s'écartent l'une de l'autre et du côté endoculaire, la plaie reste longtemps béante.

THORPE, dans une étude sur la cicatrisation des plaies cornéennes, a noté que dans 21% des cas, une béance de la partie endoculaire persistait 10 semaines après l'intervention.

On comprend donc qu'il y a là un piège pour l'iris sous-jacent dans lequel il vient se prendre pour peu que la chambre antérieure perde un peu de sa profondeur.

Cette adhérence peut être très limitée, mais elle est aussi susceptible de s'étendre de proche en proche et de compromettre l'intégrité du greffon.

L'opération de la cataracte

Peut être responsable de synéchies antérieures.

L'affaissement prolongé post-opératoire de la chambre antérieure peut entraîner l'obstruction par la base de l'iris, de la grille trabéculaire. Mais ce n'est pas une vraie synéchie antérieure.

Par contre, l'adossement ou l'enclavement de l'iris dans la plaie opératoire résulte d'une mauvaise fermeture de la cicatrice que l'iris vient colmater. Ce hiatus peut être la conséquence d'un choc, d'un effort, d'une quinte de toux, d'un spasme de l'orbiculaire.

L'introduction d'une bulle d'air dans la chambre antérieure peut aussi en être responsable, car à travers l'iridectomie périphérique, elle peut passer derrière l'iris et l'engager dans la plaie opératoire.

Le danger de ces synéchies, c'est qu'elles ont tendance, comme l'avait montré MAGGIORE, à s'étendre, à fermer sur plus ou moins de degrés l'angle, avec les conséquences que cela fait peser sur le tonus oculaire.

* * *

LES SYNECHIES ANTERIEURES IRIDO-CORNEENNES

Quel est le retentissement de ces synéchies irido-cornéennes sur la fonction visuelle?

Certaines, surtout si l'adhérence est étroite et assez distendue, sont bien tolérées. D'autres entraînent une irritation qui explique les tiraillements incessants d'un iris sans cesse en mouvement.

Si elles masquent ou osbtruent l'angle de filtration, il y a augmentation de la résistance à l'écoulement et glaucome obstructif. Enfin, l'adhérence de l'iris à la cornée est responsable très souvent, et surtout dans les kératoplasties, d'oedème endo-épithélial dû à un trouble des échanges liquidiens à ce niveau, l'intégrité des limitantes, et surtout des limitantes postérieures, étant un gage essentiel de la transparence cornéenne et la synéchie entretenant une véritable fistule interne.

* * *

Le Traitement

Comment peut-on éviter les synéchies antérieures, et si elles existent, comment parer aux dommages qu'elles font peser sur la fonction oculaire?

Le traitement préventif:

a) *Au cours d'une kératite avec menace de perforation*, complication aujourd'hui plus rare, mais qui doit être retenue.

Plus le tonus sera abaissé et moins grandes seront les chances de perforation; donc, utilisation des myotiques et des inhibiteurs de l'anhydrase carbonique. Mais la Pilocarpine, au contraire de l'Atropine, ne calme pas le malade et favorise les synéchies postérieures.

Et si un ulcère sape la cornée et que la perforation menace, je conseille de pratiquer une iridectomie totale qui, même faite à chaud, est bien tolérée, et d'y associer une tarsorrhaphie médiane. L'iridectomie contribue à abaisser la pression oculaire, permet l'instillation d'Atropine, et la tarsorrhaphie, par la sangle qu'elle constitue au devant de la cornée, la soutient, la renforce et lui permet de cicatriser.

Il sera toujours temps ultérieurement de pratiquer une kératoplastie réparatrice.

b) *L'intervention de la cataracte* sera menée de façon à ce que les risques d'enclavement ou d'adossement de l'iris et les possibilités de rupture de l'hyaloïde soient réduits au minimum.

La place élective de la kératotomie varie suivant les auteurs. A mon sens, elle est au limbe; certains la font oblique, d'autres perpendiculaire, d'autres en marches d'escalier. Ce qui importe, c'est que sa fermeture soit hermétique. Différents matériaux et différentes techniques sont utilisés, soit la soie vierge, ou la soie 8 x 0, soit le monofilament de Perlon.

Ce dernier filament, s'il est utilisé suivant la technique de TROUTMAN, éviterait le baillement de la partie postérieure de la plaie.

J. LEGRAND

Alors qu'une suture transfixiante à la soie entraîne automatiquement une fistulisation et une athalamie, les points passés au monofilament dans toute la tranche cornéo-sclérale permettraient un adossement parfait sans risque de fistulisation grâce à sa finesse et son élasticité.

Le myosis médicamenteux post-opératoire et l'approfondissement de la chambre antérieure par l'injection intra-caméculaire de quelques gouttes d'humeur aqueuse artificielle, dégageront l'angle et éloigneront l'iris de la zone cruentée.

c) *La kératoplastie perforante* voit souvent des résultats qu'on pouvait espérer satisfaisants, compromis par des synéchies antérieures.

Plus la chambre antérieure sera profonde et plus l'iris sera tenu éloigné de la plaie de trépanation, et plus les chances d'adhérences seront limitées.

Il convient donc d'ajouter de l'air dans la chambre antérieure à la fin de l'opération, et de veiller à ce que les bulles s'étendent à toute la chambre et jusqu'à l'angle. Plutôt que de passer l'aiguille entre deux points de suture du greffon, je préfère utiliser un petit orifice fait au limbe avant la trépanation, à la pointe d'un couteau de Graefe et trop petit pour laisser échapper l'air. Une ou deux iridectomies périphériques favoriseront la permanence de la profondeur de la chambre antérieure.

La suture du greffon, qu'elle soit faite à la soie ou au monofilament ou aux deux à la fois, par points séparés ou par surjet, a une importance primordiale dans les suites opératoires. Le procédé utilisé par TROUTMANN dans la cataracte peut être appliqué à la kératoplastie.

Myosis ou Mydriase? Cela dépend de la dimension du greffon: l'Atropine étant souhaitable pour les petits greffons de 5 et 6 mm. et la Pilocarpine pour les plus grands.

CASTROVIEJO utilise systématiquement l'Atropine, quelle que soit la dimension du greffon.

Le traitement curatif:

Si malgré ces précautions, il se produit une synéchie antérieure, que faut-il faire?

1) *Ne pas être systématiquement interventionniste.*

Si une synéchie qui n'est pas récente n'entraîne pas de réactions alarmantes, si la cornée n'est pas oedématisée, si la tension oculaire n'est pas élevée, en un mot, si la fonction visuelle n'est pas altérée, il n'y a pas lieu d'opérer.

Il y a seulement lieu de surveiller l'oeil et il sera toujours temps d'intervenir si les choses s'aggravent et il ne faut pas oublier que les synéchiotomies ne sont pas exemptes de danger.

2) *Quelle attitude adopter après une extraction de cataracte devant un adossement ou un enclavement de l'iris?*

LES SYNECHIES ANTERIEURES IRIDO-CORNEENNES

La hernie de l'iris se produit en général dans les heures qui suivent l'intervention et est constatée au premier pansement. A ce moment, entière inutilité des myotiques.

Certains opérateurs, sous couverture antibiotique, remettent en place l'iris à la spatule, ce qui dans les cas favorables, restitue une pupille normale.

CASTROVIEJO utilise cette technique non seulement sur des cas récents, mais aussi sur des adossements anciens.

Personnellement, je préfère à cette remise en place d'un iris à l'aseptie problématique, la résection à la pinceciseaux de la hernie, suivie d'une suture très précise.

On peut aussi utiliser la cryocoagulation dont l'action est moins rapide, mais efficace.

Si l'adossement de l'iris entraîne avec l'ascension pupillaire une élévation de l'ophtalmotonus, on a le classique glaucome par accolement au trabéculum pour lequel un dégagement chirurgical de l'angle peut être envisagé.

3) *Les synéchies antérieures après kérateplasties perforantes.*

Si l'adhérence du greffon est ancienne et qu'elle n'entraîne pas de trouble de la transparence ou du tonus, pas d'intervention.

Mais s'il y a oedème et si cet oedème est extensif, il faut libérer la synéchie.

Quand faut-il intervenir?

Deux écoles: l'une qui commande la réintervention précoce, même dans les premiers jours (PATTON, CASTROVIEJO). L'avantage est la fragilité de l'adhérence qui permet avec un crochet de Tyrell de décrocher la synéchie facilement et avec un risque d'hémorragie moindre. La suture doit être très soignée pour aveugler la voie d'eau et la chambre antérieure approfondie. Le seul risque est à ce moment l'extrême fragilité de la coaptation du greffon.

L'autre école (PAUFIQUE, OFFRET) conseille d'attendre au moins trois semaines pour que la cicatrice soit plus solide.

Personnellement, après avoir été longtemps un attentiste, je pense qu'il faut intervenir le plus tôt possible. C'est la meilleure chance d'éviter les complications ultérieures.

Comment dégager l'iris incarcerated?

Si l'adhérence est étroite, au crochet de Tyrell, après petite kérateotomie au limbe.

Ph. SOURDILLE s'est trouvé bien, dans des cas analogues, de la destruction au Laser.

Si la synéchie est plus large, il faut la sectionner au synéchetome, spatule épousant la courbure de la cornée et dont un des côtés est tranchant. Plus facile à dire qu'à faire à cause des hémorragies.

J. LEGRAND

Si l'adhérence est très importante, comme cela se rencontre dans les leucomes adhérents faisant suite à une large plaie perforante, le synéctotome a peu de chances de réussite. Il vaut mieux faire une kératectomie très large, permettant de soulever la cornée à la manière d'un couvercle, réséquer aux ciseaux de VANNAS l'iris enclavé en dégageant le plus possible la cornée. Un grattage à la curette de la zone endothéliale, éventuellement une vitrectomie antérieure, une remise en place du couvercle cornéen et la reconstitution d'une chambre antérieure complèteront l'opération. Si les choses vont bien, une kérateplastie pourra être envisagée ultérieurement.

* * *

Ces cas où l'architecture du segment antérieur a été bouleversée justifient une chirurgie de la dernière chance rarement récompensée.

En dehors des blessures oculaires, le vrai traitement des synéchiés antérieures est de faire en sorte de ne pas en avoir.

C'est la prévention qui reste notre arme la plus sûre.

SUMMARY

In his paper, the author describes the attitude to take in the case of an anterior synechia: if surgery is necessary, when to perform it and what kind of surgery to perform.

He then describes the different types of synechiae according to their etiology and their preventive as well as healing treatment, specially in keratitis with danger of perforation, in cataract surgery, and in penetrating keratoplasties.

F. S.