

ZONULOLYSES ENZYMATIQUE ET PNEUMATIQUE SIMULTANÉES ET CONTINUES JUSQU'À RUPTURE TOTALE DE ZONULES PARTICULIÈREMENT RESISTENTES.

PAR

N. BAILBE, M. D. et R. CAMO, M. D.

Perpignan - France

Sous ce titre "un peu rébarbatif" nous avons jugé bon de rapporter une manœuvre un peu particulière qu'il nous a été possible de réaliser avec succès dans trois cas d'extractions de cataracte particulièrement difficiles.

Nous décrirons d'abord cette technique, nous citerons ensuite ces trois cas, puis nous parlerons des résultats et des facteurs favorisant cette technique.

I - TECHNIQUE

Après deux, trois, parfois quatre essais d'extraction cristalliniennne à la ventouse, infructueuses en raison d'une résistance zonulaire non vaincue par la technique habituelle (c'est-à-dire sans lavage au préalable à l'alpha quimotrypsine et sous un vide de 45 cm HG) après un ou deux essais complémentaires d'extraction à la ventouse encore infrutueux malgré l'impregnation zonulaire d'une solution d'alpha-quimotrypsine à I pour 5.000, nous faisons une nouvelle prise à la ventouse avec la même pression manométrique de 45 cm HG et, tandis que nous maintenons ainsi le cristallin sans relacher la presssion, nous imprégnons à l'aide de la fine canule habituelle la plus grande partie de la zonule, sinon toute, jusqu'à sa rupture totale.

Aspiration à la ventouse et imprégnation de la zonule vont donc de pair et ne cessent qu'avec l'extraction cristallinienne.

En maintenant avec la main droite le cristallin en avant du plan irien à l'aide de la ventouse, nous essayons de le détacher en bas en tirant sur la partie inférieure de la zonule tandis que la main gauche injecte la solution vers la partie latérale et inférieure de la zonule. Nous détachons ensuite le cristallin en haut en tirant sur la partie supérieure de la zonule. Celle-ci semble être plus tenace et plus résistante. Après de nombreuses instillations d'alphaquimotrypsine pratiquement ininterrompues la zonule supérieure cède et le cristallin est extrait, pôle supérieur en premier sans version.

La mydriase moyenne que nous avons en début d'intervention et l'iridectomie périphérique faites pour une intervention jugée a priori normale n'ont pas été modifiées en cours d'intervention.

Lors du troisième cas, nous avons demandé à notre anesthésiste de chronométrer la durée de l'extraction ainsi obtenue par zonulolyses enzymatique et pneumatique simultanées et continues; la durée fut de 4' 22".

2—LES CAS -

1er CAS: femme de 73 ans - diabétique.

Type de cataracte capsulaire postérieure.

2ème CAS: femme de 43 ans - myope de - 24 d - V = 0. I.

Type de cataracte: sclérose cristallinienne avec lésions postérieures.

3ème CAS: homme de 46 ans - porteur d'une rétinite pigmentaire.

Type de cataracte: capsulaire postérieure.

3—RESULTATS -

En cours d'intervention

— aucun incident,

— aucun accident: pas de perte de vitré,
pas de rupture hyaliodienne
pas de déformation irienne
pas de hernie de l'iris,
pas de déchirure irienne
pas d'hémorragie irienne.

Après l'intervention

-- cornée: 1 cas cornée parfaitement transparente,

2 cas de kératite striée ayant bien rétrocedée

— C. A.: normale - pas d'hyphema.

- Iris: pupille ronde
noire
centrale
contractile
- segment antérieur: pas d'irritation particulière
- vision: récupération habituelle comme pour une opération normale.

4—FACTEURS FAVORISANTS

— pour réaliser ces diverses manoeuvres après plusieurs prises cristalliniennes infructueuses, il convient de reconnaître d'abord:

- la solidité capsulaire cristallinienne:
- les avantages offerts par la ventouse: prise douce, étalée, régulière qui permet de sentir la résistance zonulaire et de la contrôler.
- enfin: la tolérance parfaite de la solution d'alphaquimotrypsine à 1 pour 5.000.

5—CONCLUSIONS

1—Nous ne sommes pas partisans de l'extraction systématique de la cataracte avec zonulolyse enzymatique.

2—Après l'éche d'une ou plusieurs prises capsulaires à la ventouse, la zonulolyse enzymatique est indiquée et pratiquée.

3—Il est des cas où après avoir observé des délais normaux, après le lavage à l'alphaquimotrypsine, une dernière prise n'arrive pas à rompre la zonule, nous conseillons alors de ne pas la lâcher et de procéder à une sorte d'irrigation continue de la zonule à l'alphaquimotrypsine, jusqu'à rupture totale - Cette manoeuvre peut durer plusieurs minutes.

198 pl. Jean Payra

ZONULOLISIS ENZIMATICA Y NEUMATICA SIMULTANEA Y CONTINUA HASTA ROTURA TOTAL DE ZONULAS ESPECIALMENTE RESISTENTES

POR

N. BAILBE, M. D. y R. CAMO, M. D.

Perpignan, Francia

Bajo este título "un poco redundante" hemos creído conveniente describir una maniobra especial que nos ha sido posible realizar con éxito en tres casos particularmente difíciles de extracción de catarata.

Primero describiremos esta técnica y a continuación citaremos brevemente las características de cada caso y finalmente expondremos los resultados obtenidos y los factores que favorecen esta técnica.

1. *Técnica*—Después de 2,3 e incluso 4 ensayos de extracción del cristalino con ventosa, infructuosos en razón de una fuerte resistencia zonular no vencible por la técnica habitual (es decir, sin lavado previo con Alfa-Quimotripsina y con un vacío de 45 cm hg) después de una o dos tomas complementarias con la ventosa ineficaces a pesar de la irrigación zonular con una solución de Alfa-Quimotripsina al 1 x 5.000, hacemos una nueva toma con la ventosa y misma tensión manométrica de 45 cm hg y mientras mantenemos así el cristalino sin soltarlo, impregnamos con la ayuda de una cánula fina la totalidad o mayor parte de la zónula hasta su ruptura total.

Preñión con ventosa e impregnación de la zónula, se ejecutan pues simultáneamente y no cesan más que con la extracción del cristalino.

Manteniendo con la mano derecha el cristalino, prendido en la ventosa más delante del plano irideo, ensayamos de desinsertarlo en la parte inferior traccionando sobre la parte inferior de la zónula mientras que con la mano izquierda inyectamos la solución de Alfa-Quimotripsina hacia la parte lateral e inferior de la zónula. Desinsertamos a continuación el cristalino en la parte superior traccionando sobre la parte superior de la zónula.

Esta da la impresión de ser más resistente en este punto. Después de numerosas instilaciones de alfa-quimotripsina prácticamente ininterrumpidas, la zónula superior cede y el cristalino se saca sin versión.

La midriasis media y la iridectomía periférica prevista para una intervención que a priori habíamos considerado normal no se modifican en el curso de la intervención.

En el curso de nuestro tercer caso solicitamos a nuestro anestesista el cronometrar la duración de la extracción obtenida por zonulolisis enzimática y neumática simultánea y continuas; la duración fue de 4 minutos y 22 segundos.

2. *Casuística.*

Primer CASO: Mujer de 73 años. Diabética.

Catarata capsular posterior.

Segundo CASO: Mujer de 43 años.

Miope de 24 dioptrías.

V. 0.1—Catarata esclerosis cristaliniiana con lesiones posteriores.

Tercer CASO: Hombre de 46 años - retinitis pigmentaria

Catarata capsular posterior.

3. *Resultados.*

Durante la intervención:

Ningún accidente.

No pérdida de vítreo.

No ruptura de la hyaloides.

No deformación del iris.

No hernia del iris.

No desgarro del iris.

No hemorragia del iris.

Después de la intervención:

Córnea: Un caso de transparencia perfecta.

Dos casos de queratitis estriada que regresó fácilmente.

Cámara anterior: Normal. No hifema.

Iris: Pupila negra, central, redonda contractil.

Segmento anterior: Sin irritación especial.

Visión: recuperación en la forma habitual.

Condiciones favorables: Para realizar las maniobras descritas después de varias tomas cristalinianas infructuosas, conviene cerciorarse en primer lugar: La solidez de la cápsula del cristalino, las ventajas que ofrece la ventosa: Toma suave, regular, progresiva y que permite apreciar la resistencia zonular.

Finalmente la tolerancia perfecta de la solución de Alfa-Quimotripsina al 1 x 5.000.

CONCLUSIONES

1. No somos partidarios de la extracción sistemática de la catarata con zonulolisis enzimática.

2. Después del fracaso de una o varias tomas capsulares con ventosa, practicamos la zonulolisis enzimática.

3. En los casos en los que después del lavado con Alfa-Quimotripsina y haber esperado un tiempo prudencial si una nueva toma no consigue romper la zónula, aconsejamos soltar el cristalino y proceder a la irrigación continua de la zónula con Alfa-Quimotripsina hasta su ruptura total. Esta maniobra puede durar varios minutos.

198 pl. Jean Payra