



Gestion d'un œdème de cornée après une chirurgie de la cataracte

Rabia Bentata, Valentine Saunier, David Touboul

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 62 ans, sans antécédent notable, ayant bénéficié d'une chirurgie combinée pour un trou maculaire de l'œil droit et ayant présenté un œdème cornéen en postopératoire.

Prise en charge initiale

La chirurgie initiale associe une vitrectomie 25 G avec pelage de la limitante interne et tamponnement par gaz, ainsi qu'une phakoémulsification et une implantation de chambre postérieure avec un implant monofocal. L'intervention se déroule sans complications.

À J5 postopératoire, l'examen à la lampe à fente retrouve un œdème de cornée majeur central et nasal à limite temporale nette (figure 1). Il existe un tyndall de chambre antérieure à 2 croix sans précipités rétrodes-cémétiques granulomateux. La pression intraoculaire est normale. L'interrogatoire retrouve un antécédent d'éruption palpébrale vésiculeuse. L'étiologie virale est d'abord retenue et un traitement *per os* par antiviral à dose curative est prescrit, associé à une fenêtre de corticoïdes de 48 heures et des collyres à effet osmotique.

L'œdème de cornée est inchangé au contrôle réalisé à J15 postopératoire. Deux autres causes sont évoquées : TASS syndrome (mais œdème cornéen sectoriel non en faveur) et traumatisme chirurgical (mais intervention réalisée par un opérateur expérimenté sans incident non en faveur). Un avis spécialisé est demandé au CHU.

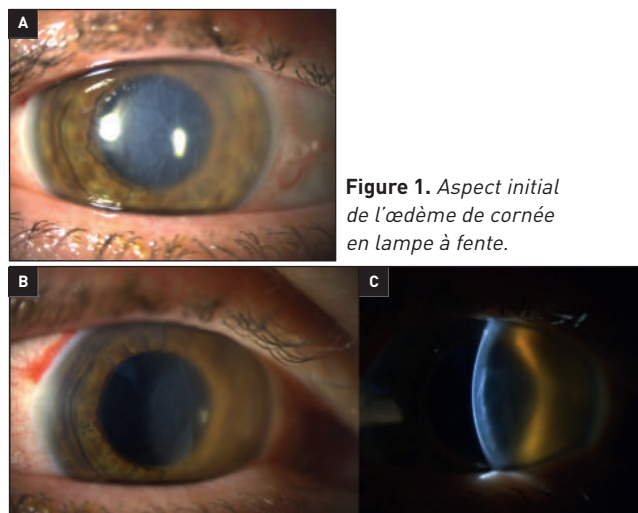


Figure 1. Aspect initial de l'œdème de cornée en lampe à fente.

Prise en charge en milieu spécialisé : diagnostic et traitement

La patiente est reçue en consultation au CHU à 3 semaines postopératoires. L'aspect clinique et la pachymétrie sont similaires. Il n'y a pas de tyndall de chambre antérieure. L'examen du segment antérieur de l'œil adelphe est sans particularité.

La microscopie spéculaire retrouve un comptage endothélial normal à droite à 2216 cellules/mm² et est inaccessible à gauche. La pachymétrie est mesurée à 914 microns à l'apex contre 540 à droite. Les coupes de la cornée en OCT à swept-source de segment antérieur (CASIA-2, Tomey) mettent en évidence un décollement de la Dua, qui semble rompue, et de la Descemet [1] ; ces 2 couches semblent séparées (figure 2).

Le diagnostic retenu est celui d'un décollement de la Dua et de la Descemet iatrogène en lien avec l'hydrosuture de la contre-incision de la chirurgie de la cataracte. À noter que la difficulté à visualiser le décollement en fin d'intervention peut s'expliquer par l'injection de gaz et le myosis pharmacologique induit, et donc par l'absence de rétro-illumination.

Il est donc décidé de réaliser une descémétopexie par bulle d'air sous anesthésie locale [2-4]. La contre-incision est reprise, une bulle d'air est injectée en chambre antérieure et la collection de liquide piégé est éliminée en massant la cornée (figures 3A-3C). En cas d'échec, une greffe endothéliale de type DMEK serait alors à envisager.

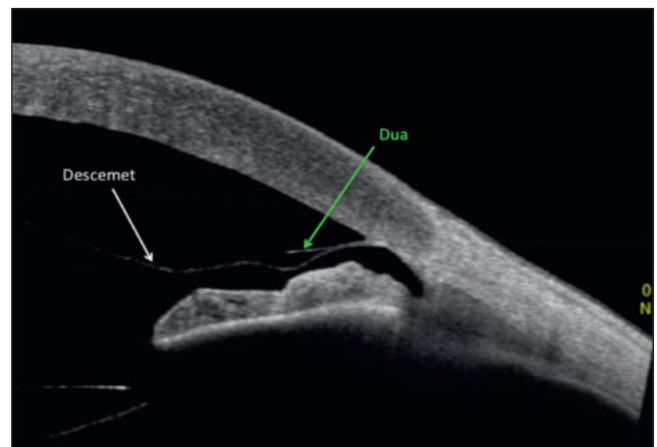


Figure 2. Coupe cornée, OCT swept-source de segment antérieur, CASIA-2. Décollement de la Dua et de la Descemet.

CHU de Bordeaux



Figure 3. Principales étapes de la descemetopexie. A. Réouverture de la contre-incision. B. Injection d'une bulle d'air en chambre antérieure. C. Massage cornéen.

Evolution

Dès J1 postopératoire, la cornée est claire (figure 4A). À J7 postopératoire, il persiste un pli en temporal supérieur à distance de l'axe visuel (figure 4B) mais la descemet est réappliquée à 100% (figure 5A). L'épaisseur de la cornée est normalisée à 510 microns (figure 5B).

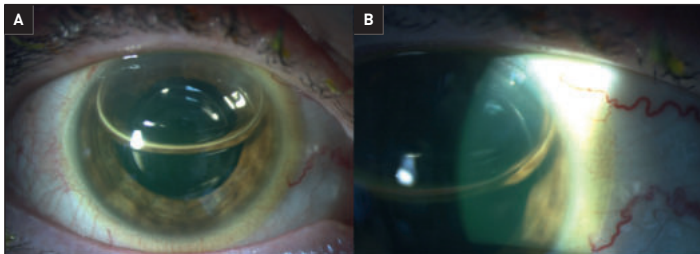


Figure 4. A. Cornée claire dès J1 post-opératoire en LAF. B. Pli temporal supérieur à J7 post-opératoire

À retenir

- Trois principales causes d'œdème de cornée à évoquer en postopératoire précoce : endothélite virale (HSV et VZV), TASS syndrome, iatrogénie.
- Intérêt de l'OCT swept-source de segment antérieur pour visualiser facilement un décollement descémétique.
- Toujours tenter de réappliquer l'endothélium sain, même s'il est décollé depuis plusieurs semaines, avant d'envisager un geste chirurgical plus invasif de type greffe de cornée.

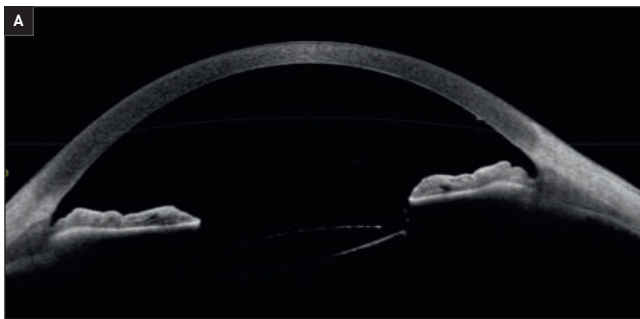
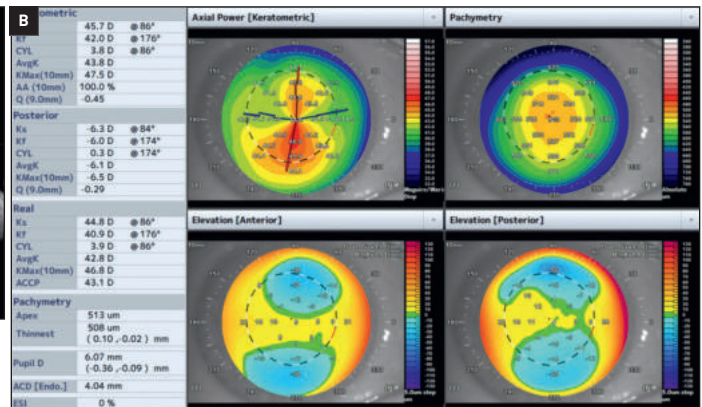


Figure 5. OCT swept-source de segment antérieur, CASIA-2. A. Coupe cornéenne : Descemet réappliquée à J7 post-opératoire. B. Topographie : Epaisseur de cornée normalisée.



Références bibliographiques

[1] Sharma N, Gupta S, Maharana P *et al.* Anterior segment optical coherence tomography-guided management algorithm for descemet membrane detachment after intraocular surgery. *Cornea*. 2015; 34(9):1170-4.
 [2] Chaurasia S, Ramappa M, Garg P. Outcomes of air descemetopexy for Descemet membrane detachment after cataract surgery. *J Cataract Refract Surg*. 2012;38(7):1134-9.

[3] Weng Y, Ren YP, Zhang L *et al.* An alternative technique for Descemet's membrane detachment following phacoemulsification: case report and review of literature. *BMC Ophthalmol*. 2017;17(1):109.
 [4] Kumar DA, Agarwal A, Sivanganam S, Chandrasekar R. Height-, extent-, length-, and pupil-based (HELP) algorithm to manage post-phacoemulsification Descemet membrane detachment. *J Cataract Refract Surg*. 2015;41(9):1945-53.