



Chirurgie réfractive et chirurgie de la cataracte

Cyrille Temstet

Centre ophtalmologique Ternes-Monceau, Paris

Comme chaque année, la SFO et la SAFIR ont permis d'exposer les nouveautés et avancées en chirurgie de la cataracte et chirurgie réfractive. Cette année a été marquée par la présence de deux invités dont les conférences ont été très suivies : le Pr Per Montan de Suède qui nous a exposé les pratiques chirurgicales simplifiées de la cataracte en Suède et le Pr Dan Reinstein qui a présenté les études qu'il a menées avec la technologie Smile de Zeiss pour la chirurgie réfractive.

Le Smile au cœur des débats

Concernant la chirurgie réfractive, la communication de Jeronimo Burazovitch sur une large cohorte de 500 yeux avec un recul à 5 ans a suscité l'intérêt par l'évocation de ce qu'il semblerait être le premier cas d'ectasie post-Smile chez un patient non à risque. En effet, les Drs Cati Albou-Ganem et Liem Trinh, modérateurs et experts de la technique Smile, ont précisé que jusqu'alors les quatre cas décrits d'ectasie post-Smile étaient en fait des cas de kératocônes avérés.

La conférence du Pr Dan Reinstein de Londres, justement axée sur le Smile, a trouvé salle comble. En effet, ce professeur, lié au service du Pr Laurent Laroche du CHNO des Quinze-Vingts, où il avait développé l'Artemis (l'échographie à haute résolution, qui permet de faire un mapping ultra précis des différentes couches cornéennes avec une résolution inégalable de l'ordre du micron), a fait l'effort exceptionnel de faire sa conférence en français avec l'aisance et le charisme qu'on lui connaît. Il a insisté sur la biomécanique cornéenne et a défendu l'intérêt du Smile, vantant le respect du

stroma antérieur en Smile et permettant in fine d'avoir une force de tension postopératoire bien supérieure au Lasik (travaux de Cynthia Roberts). Il conclut que le Smile permet alors de faire des ablations beaucoup plus importantes qu'en Lasik et il étudie actuellement l'intérêt de diminuer le cutoff que l'on se fixe pour le mur postérieur en Smile (actuellement on préconise les mêmes précautions qu'en Lasik). Par ailleurs, il reprend les 4 cas décrits d'ectasie post-Smile et démontre qu'il s'agissait en fait de kératocônes. Il précise que l'étude de l'épithélium de par sa capacité à lisser une ectasie stromale aurait probablement permis un dépistage de ces kératocônes. Il explique l'absence d'ectasie sur la grande cohorte de Smile qu'il a pratiquée, par le fait qu'il dépiste systématiquement ces patients en Artemis.

Kératocône

L'actualité du kératocône a été marquée par, d'une part, l'intervention du Dr Sofiane Ouanezar de l'équipe du Pr Laurent Laroche qui a montré l'intérêt de l'OCT-SD pour apprécier une progression. Ainsi, une diminution pachymétrique sur l'OCT est un marqueur objectif fiable, reproductible et aisé à obtenir pour révéler une évolutivité. D'autre part, l'intervention du Dr Haikel Kammoun a montré une nouveauté dans la prise en charge du kératocône par anneaux intracornéens. Il préconise des anneaux asymétriques pour les kératocônes dont la morphologie s'adapte mal au profil d'aplatissement des anneaux disponibles sur le marché et qui constituent actuellement des morphologies de mauvais pronostic après la mise en place d'anneaux standards.

Greffes lamellaires

La DMEK, que Gerit Melles a inventée, a fêté ses 10 ans cette année. Elle continue de susciter beaucoup d'intérêt. La communication du Dr Nicolas Famery, de l'équipe du Pr Éric Gabison, avec la réalisation d'un modèle d'entraînement, notamment pour le déploiement du greffon dans une chambre antérieure artificielle, laisse entrevoir une courbe d'apprentissage plus simple et plus sécuritaire avec l'objectif d'une démocratisation de cette technique au plus grand nombre de chirurgiens. La vidéo du Dr Jean Marc Guennoun qui a reçu le 3^e prix de la SFO a montré l'intérêt de l'OCT peropératoire dans toutes les étapes de cette chirurgie.

Cataracte

La conférence du Pr Per Montan de Stockholm sur la prise en charge allégée de la cataracte a permis de voir une autre approche de la prise en charge de cette chirurgie chez nos voisins nordiques. La chirurgie des 2 yeux simultanée y est assez développée, d'ailleurs le Dr Jean François Montin a également présenté une communication avec une série française de chirurgies simultanées. Par ailleurs, le suivi des patients en postopératoire est assuré directement par les opticiens. Néanmoins, ce système n'est pas transposable en France car le champ de compétences et les diplômes des opticiens sont différents selon les pays. Les complications, notamment l'endophtalmie, ne représentent pas une part plus importante que chez nous. Il faut noter que le Pr Per Montan est l'un des initiateurs de la prévention primaire de l'endophtalmie postopératoire par injection de céfuroxime en intracaméculaire en fin d'intervention.

À noter, la présentation remarquable du Dr Christophe Panthier, de l'équipe du Dr Damien Gatinel, qui a montré l'intérêt d'un nouvel indice de quantification de la cataracte (voir p. 40 des Echos *Imagerie*).

Cataracte réfractive

La dernière session, avant la fin de la SFO, présidée par le président de la



SFO le Pr Pierre-Jean Pisella et la vice-présidente le Dr Cati Albou-Ganem, a permis de faire le point sur la chirurgie premium de la cataracte. L'actualité sur les implants multifocaux a été marquée par l'intervention du Dr Pascal Rozot qui a parlé des implants à profondeur de champs qui pouvaient être une manière de diminuer les craintes et a priori sur les implants multifocaux et ainsi développer la place des implants multifocaux dont le marché reste confidentiel en France. Le Pr Pisella a d'ailleurs pondéré en insistant sur le fait que ces implants à profondeur de champ n'empêchaient pas la survenue de halos. Le Dr Michel Puech a exposé les dernières avancées en matière de calcul d'implant avec de nouvelles formules (Barett) permettant de s'approcher un peu plus de la position

effective de l'implant. Le Dr Thierry Amzallag a rappelé qu'en 2010 on promettait que la chirurgie femtocataracte serait le Gold standard dans les 5 ans à venir et force est de constater qu'en 2017 ce n'est toujours pas le cas, car, aussi bien au niveau de l'amélioration de la sécurité opératoire qu'au niveau du temps opératoire, la supériorité du femtocataracte n'est pas avérée avec un modèle économique toujours pas efficient. Les résultats de l'étude multicentrique française vont bientôt être communiqués mais nul doute qu'ils ne montreront pas de supériorité de la femtocataracte.

Les industriels doivent encore développer le modèle pour répondre aux exigences réfractives et économiques afin d'arriver à détrôner la phacoémulsification standard.