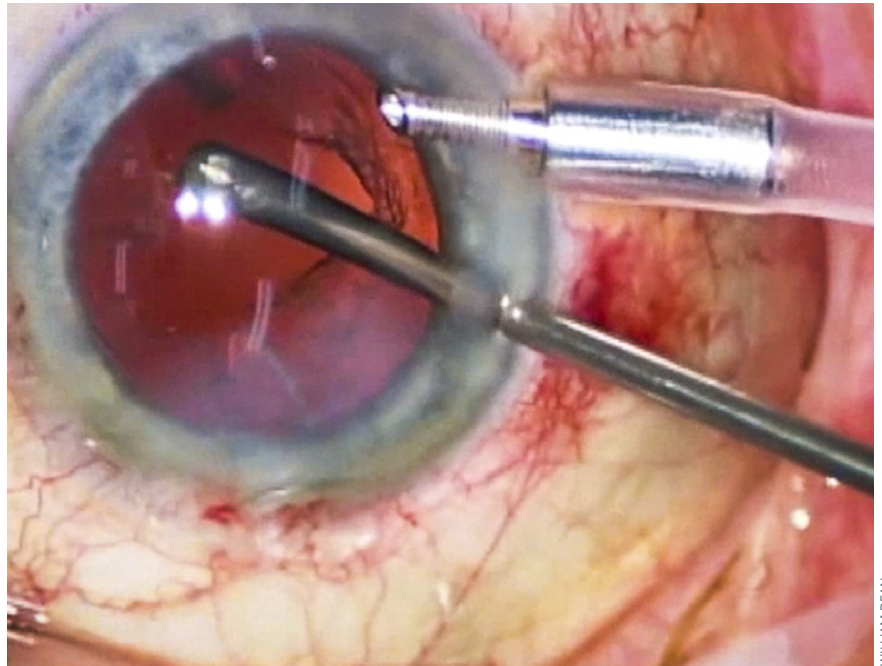




**William Dean**  
Attaché de recherche clinique, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni.

# Traitement d'urgence : issue de vitré

Face à une issue de vitré, il faut éviter de commettre l'erreur courante qui consiste à laisser du vitré dans la chambre antérieure ou en contact avec l'incision. Il est crucial de savoir quand arrêter le vitréotome et de pouvoir déterminer s'il reste du vitré.



Vitreotomie après rupture capsulaire postérieure et issue de vitré.

WILLIAM DEAN

La rupture de capsule postérieure avec issue de vitré est une urgence ophtalmologique qui peut survenir à différents stades d'une opération de la cataracte.

Les **signes** incluent un approfondissement soudain de la chambre antérieure, une dilatation momentanée de la pupille, la visualisation de la présence de vitré ou d'une rupture capsulaire postérieure, un reflet pupillaire clair en périphérie et/ou une trop grande mobilité du cristallin.

Tout chirurgien de la cataracte doit savoir comment gérer une issue de vitré en toute sécurité. Il n'est jamais acceptable de laisser du vitré dans la chambre antérieure, particulièrement si les filaments de vitré sont en contact avec l'incision principale ou la paracentèse.

Le diagnostic différentiel peut inclure la présence d'un simple pli au niveau de la capsule postérieure, qui peut ressembler à la bordure d'une rupture capsulaire

postérieure. La présence de matériau cristallin mou peut ressembler au reflet pupillaire clair en périphérie que l'on obtient en cas de rupture capsulaire postérieure.

## Prise en charge immédiate

Une fois que vous avez diagnostiqué une issue de vitré, il faut la prendre en charge de manière efficace. Ne paniquez pas. Arrêtez l'aspiration, évaluez calmement la situation et sortez très délicatement les instruments de l'œil. Si possible, injectez un agent viscoélastique dispersif dans la chambre antérieure avant de sortir les instruments.

### Étape n°1 Réduisez la pression exercée sur l'œil

- Mettez en place un fil de traction dans le droit supérieur.
- Envisagez de soulever le blépharostat vers l'avant.
- Diminuez la pression de l'irrigation-aspiration (par canule Simcoe ou automatisée) quand les instruments seront réinsérés dans l'œil.
- Placez la poche de liquide d'irrigation à moindre hauteur.
- N'exercez pas de pression sur le globe avec une fixation sclérale ou avec des pincettes.

### Étape n°2 Retirez le vitré

Lorsque vous utilisez un vitréotome automatisé, veillez à maintenir une **faible vitesse d'aspiration** et une **vitesse de coupe élevée**. Maintenez également une **faible pression d'infusion**. Coupez et retirez le vitré au niveau de la déchirure de la capsule postérieure, autour du bord pupillaire et dans la chambre antérieure. Effectuez une vitrectomie antérieure limitée en passant par la déchirure de la capsule postérieure. Arrêtez le vitréotome lorsque vous êtes certain qu'il ne reste plus de vitré dans la chambre antérieure.

Vous pouvez aussi réaliser une vitrectomie manuelle avec une micro-éponge triangulaire en cellulose qui ne se fragmentera pas (Figure 1). Appuyez l'éponge montée sur le bord postérieur de l'incision pour faire sortir le vitré, puis coupez les filaments de vitré avec des ciseaux de Wecker ou de Westcott bien aiguisés. Répétez jusqu'à ce qu'il n'y ait plus aucun filament de vitré adhérent à l'incision ou à l'éponge.

Un chirurgien réalise une vitrectomie après une rupture capsulaire avec issue de vitré. **INDE**



KASTURBA HOSPITAL



L'injection dans la chambre antérieure de triamcinolone à 40 mg/ml permet de colorer en blanc les filaments de vitré, ce qui facilitera la réalisation d'une vitrectomie complète (Figure 2). Une technique simple consiste à utiliser une canule de viscoélastique pour effectuer un balayage juste au-dessus de l'iris, sous la plaie. La canule accrochera les filaments de vitré restants, ce qui déformera la pupille. Il faudra ensuite couper ces filaments.

Enlevez toute trace de vitré de la chambre antérieure, en faisant particulièrement attention aux incisions ; il ne faut pas que la pupille demeure ovale. Préservez ce que vous pouvez de la capsule postérieure.

Une fois la vitrectomie terminée, n'insérez une lentille intraoculaire (LIO) en chambre postérieure que si vous avez la certitude qu'il reste suffisamment de capsule pour maintenir la LIO en place.

**Étape n°3 Vérifiez que vous avez bien enlevé tout le vitré**

Vérifiez une dernière fois qu'il n'y a pas trace de vitré dans la chambre antérieure et qu'il n'y a aucun filament de vitré en contact avec les incisions. Après insertion de la LIO en chambre postérieure, vous pouvez injecter dans la chambre antérieure une solution d'acétylcholine à 20 mg/ml ou de la pilocarpine sans conservateurs (goutte de 2 % ou 4 % diluée dans 1 ml de solution isotonique salée). Ceci entraîne un myosis (contraction de la pupille), donc la pupille apparaîtra déformée s'il reste des filaments de vitré.

**Étape n°4 Envoyez le patient dans un service spécialisé**

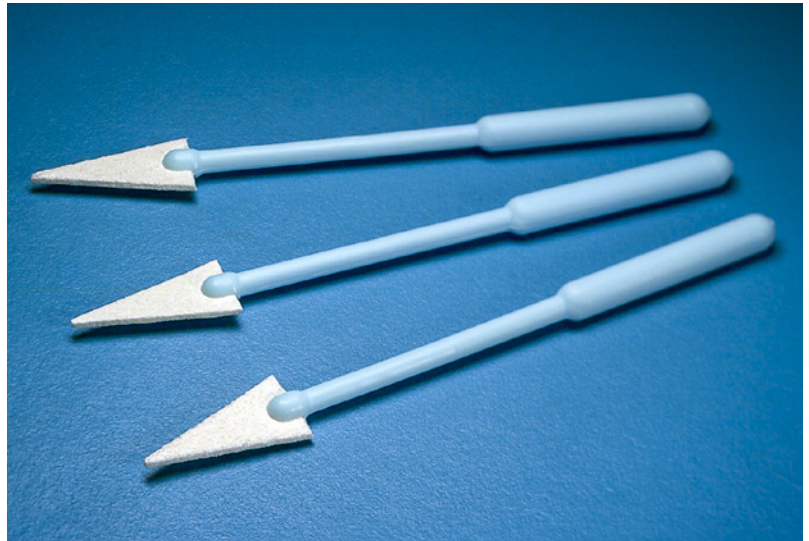
En cas de rupture de la capsule postérieure, s'il y a luxation (même partielle) du cristallin cataracté dans le vitré il faut alors de toute urgence envoyer le patient dans un service de chirurgie vitréo-rétinienne. N'essayez surtout pas d'extraire du vitré les fragments de cristallin, car vous risqueriez de léser la capsule, l'iris et la cornée, ce qui compliquerait fortement toute chirurgie ultérieure.

**Préparatifs pour faire face à cette urgence**

Avec l'équipe du bloc opératoire, entraînez-vous à mettre en marche le vitréotome automatisé (si disponible). Continuez cet exercice jusqu'à ce que tous les membres de l'équipe se sentent compétents.

Si vous avez accès à un laboratoire de travaux pratiques ou un centre de formation en chirurgie, vous pouvez pratiquer des exercices opératoires sur des yeux d'animaux ; vous pouvez aussi injecter du blanc d'œuf dans la chambre postérieure d'un œil artificiel et, avec une aiguille, causer une rupture capsulaire postérieure. Il faut s'entraîner à gérer efficacement une issue de vitré dans des situations artificielles, en dehors des consultations et du stress ressenti lorsque survient brusquement une « vraie » complication.

**Figure 1** Instruments utilisés pour prendre en charge l'issue de vitré



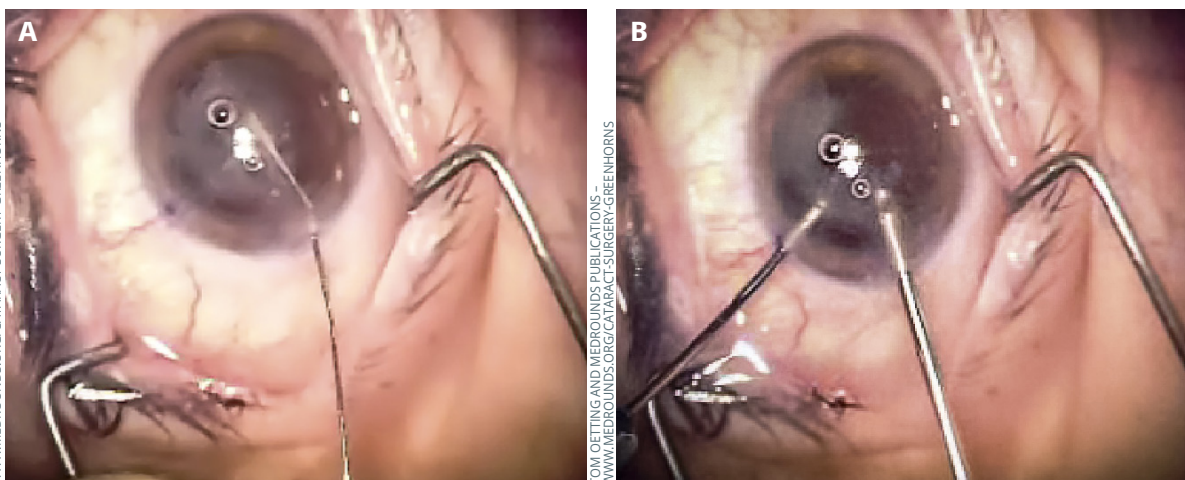
**Micro-éponges triangulaires sur manche (en cellulose)**



**Vitréotome automatisé**



**Ciseaux de Wecker**



**Figure 2** Injection d'acétonide de triamcinolone dans la chambre antérieure (A) pour colorer le vitré et améliorer sa visualisation durant l'utilisation du vitréotome (B)