

# Extraction extra-capsulaire du cristallin (EEC)

On pratique l'exérèse du cristallin cataracté en respectant la capsule postérieure.

## 2-1-1 Technique détaillée (planche B).

- Mise en place d'un blépharostat.
- Lavage des culs de sac conjonctivaux à la Betadine.
- Prise des muscles droits supérieur et inférieur au fil de sois 3/0 (planche A) : *la pince 1X2dents est glissée fermée jusqu'au fond du cul-de-sac supérieur (fig. A1) puis rouverte (fig. A2). On la referme en exerçant une légère pression sur le globe (fig. A3), permettant ainsi de saisir le muscle droit supérieur à travers la conjonctive (fig. A4). Puis le globe est basculé par traction du muscle (fig. A5). Une suture de soie 3/0 y est passée, aiguille bien tangentielle à la sclère de façon à ne pas la blesser (fig. A6). On procède de la même manière pour le droit inférieur.*
- Dépose du blépharostat.
- Kératotomie transfixiante (fig. B1).
- Découpe de la capsule antérieure "en timbre poste", à l'aiguille 25G "kystitomisée" (fig. B2-B3), montée sur la tubulure de perfusion (l'infusion constante maintient la chambre antérieure formée)
- Agrandissement de l'incision cornéenne aux ciseaux inverses droit et gauche (fig. B4-B5)
- Mobilisation du noyau par hydrodissection (fig. B6) puis expulsion de celui-ci par pression-contre pression (fig. B7)
- Mise en place éventuelle d'un ou deux fils de suture par sécurité
- Lavage et aspiration des masses à la canule de Charleux ou à la canule double courant (fig. B8-B9)
- Injection de viscoélastique ou d'une bulle d'air.
- Mise en place de l'implant de chambre postérieure
- Fermeture de l'incision par sutures de monofilament 10/0, à noeuds enfouis (fig. B10-B11).
- Vérification de l'étanchéité de l'incision
- Pommade cortisonée
- Pansement (avec coques si possible)

## 2-1-2 Avantages.

- Cette technique respecte le segment postérieur, car la capsule postérieure laissée en place constitue une barrière contre l'inflammation et l'infection.
- L'implantation secondaire en chambre postérieure est possible

## 2-1-3 Inconvénients.

Le principal inconvénient est l'opacification de la capsule postérieure qui provoque une baisse de vision et nécessite un geste opératoire secondaire.

Mais il semble que cette opacification soit peu fréquente lorsque la cataracte est hypermûre, ce qui est quasiment toujours le cas en Afrique.

Le geste de dissection capsulaire est relativement simple. Il sera réalisé sous anesthésie locale.

Il est toujours possible d'ouvrir la capsule postérieure au centre, en fin de l'intervention extra-capsulaire, avec le kystitome.







