

Ce qu'il faut savoir

1. Connaître les signes d'appel d'une cataracte
2. Connaître les étiologies et pouvoir orienter le bilan clinique et paraclinique.
3. Pouvoir expliquer au patient :
 - le mécanisme de la baisse d'acuité visuelle,
 - l'évolution de l'affection non traitée,
 - les grandes lignes du traitement chirurgical,
 - de quoi dépend la récupération d'une bonne vision,
 - les suites et le suivi postopératoires.

La cataracte est définie par l'opacification de tout ou partie du cristallin ; il s'agit d'une pathologie très fréquente et la chirurgie de cataracte est la chirurgie la plus fréquente en France (500.000 actes par an) . L'augmentation de la fréquence de cette pathologie le plus souvent liée à l'âge est donc liée au vieillissement de la population.

I. DIAGNOSTIC

1° CIRCONSTANCES DE DÉCOUVERTES ET SIGNES FONCTIONNELS :

- **baisse d'acuité visuelle** : elle est progressive et prédomine en vision de loin, avec une acuité visuelle de près souvent relativement conservée (sauf en cas de cataracte sous-capsulaire postérieure, cf plus loin)
- **photophobie** : présence de halos colorés autour des lumières (liés à la diffraction de la lumière au niveau des opacités cristalliniennes), gêne à la conduite de nuit
- **diplopie monoculaire** (plus rare) : le patient voit double d'un oeil (pas de disparition à l'occlusion d'un oeil comme dans les diplopies binoculaires, cf question diplopie)
- modification de la perception des couleurs : **jau-**

nissement (ce signe est le plus souvent décrit après la chirurgie du premier oeil retrouvé sur l'oeil non opéré)

2° EXAMEN CLINIQUE :

- Interrogatoire : âge et profession du patient, antécédents ophtalmologiques et généraux en particulier maladies métaboliques (diabète) et prise de corticoïdes au long court, symptômes oculaires associés pouvant orienter vers une pathologie associée (myodésopsies, métamorphopsies)

- **Mesure de l'acuité visuelle** : va permettre de quantifier la gêne ressentie par le patient

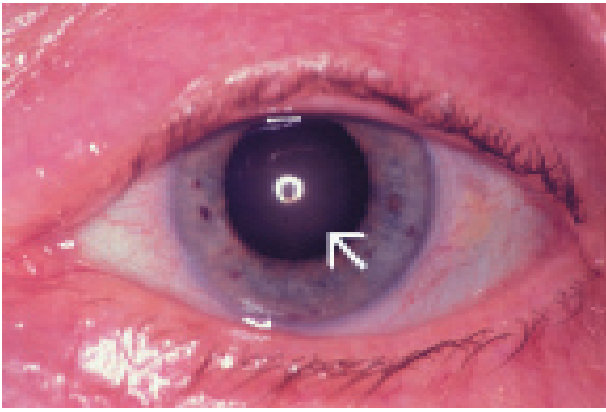
- oeil par oeil puis en binoculaire
- de loin et de près (échelles de Monoyer et Parinaud)
- avec la correction optique adaptée

On retrouve souvent une myopisation qui est liée à l'indice de réfraction du cristallin (c'est une myopie d'indice)

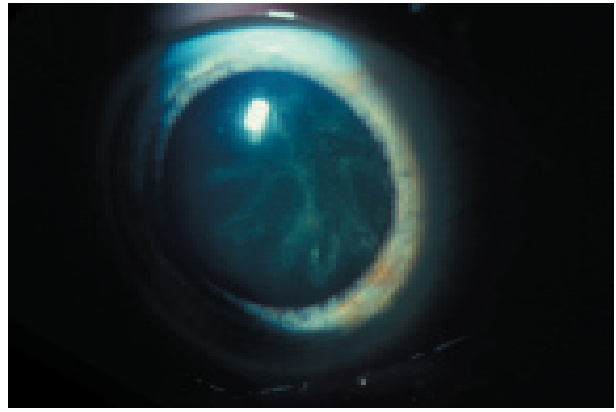
- **L'examen à la lampe à fente** avant et après dilatation pharmacologiques des pupilles

◇ *description du cristallin*

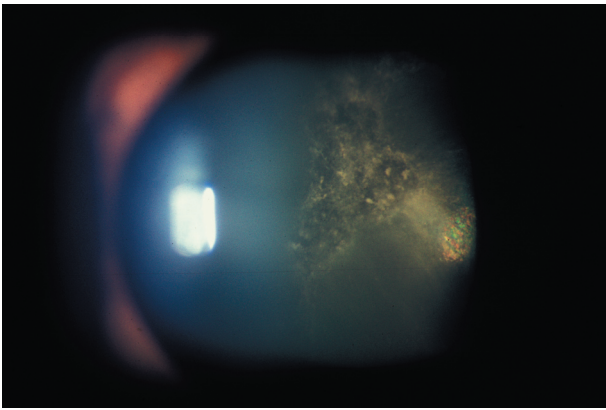
La cataracte est définie par l'apparition d'opacités dans le cristallin. Leur répartition anatomo-



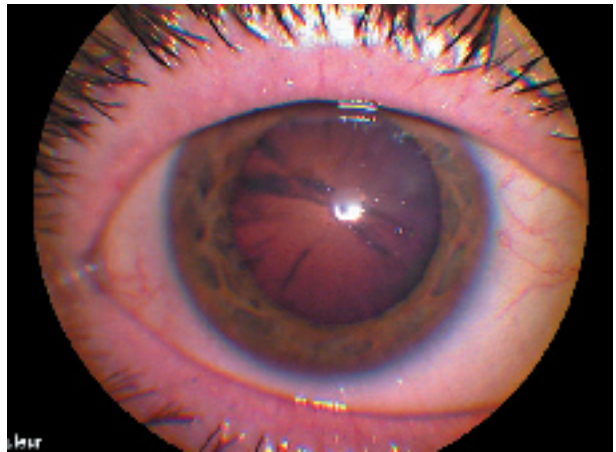
Catarate nucléaire (⊞).



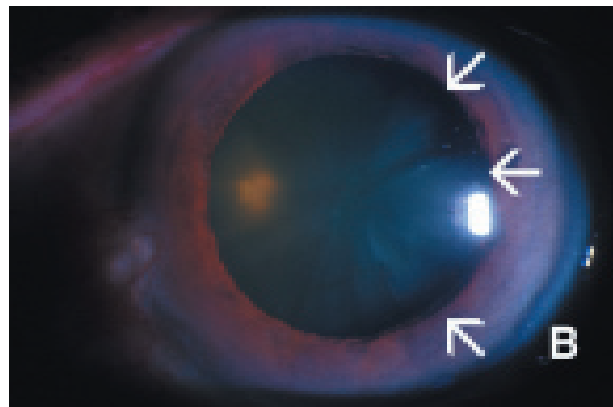
Cataracte sous-capsulaire postérieure.



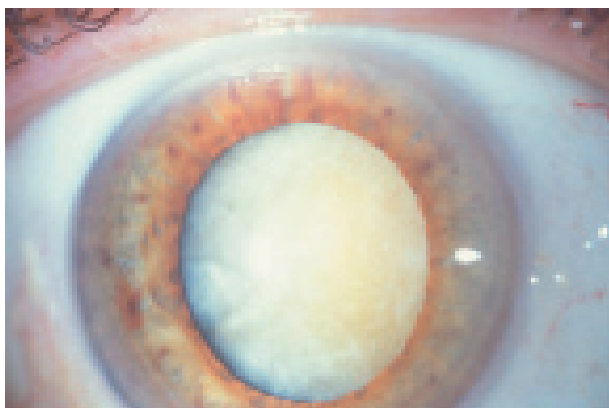
Cataracte sous-capsulaire postérieure.



Cataracte corticale



Cataracte corticale : opacités cristalliniennes en «cavaliers» (flèches).



Cataracte totale

mique va définir plusieurs types de cataracte. Les principales sont :

- la cataracte nucléaire : atteinte du noyau cristallinien. Prédominance BAV de loin, myopie d'indice.
- la cataracte sous-capsulaire postérieure : opacification en soucoupe devant la capsule. Gêne de loin et de près. Penser à l'origine métabolique et iatrogène.
- la cataracte corticale : opacification au niveau du cortex cristallinien.
- la cataracte totale : cataracte très évoluée visible à l'œil nu, air pupillaire blanche.

◇ **examen des autres structures oculaires** : éliminer une pathologie associée; cornée, iris, vitré, rétine avec dilatation pupillaire à la recherche d'une DMLA ou déchirure rétinienne

◇ **mesure du tonus oculaire**
à la recherche d'une hypertonie oculaire ou d'un glaucome

Au terme de cet examen, il doit être possible de répondre à plusieurs questions :

1. l'opacification du cristallin est-elle responsable de la baisse d'acuité visuelle ?
2. la gêne ressentie par le patient fait-elle poser une indication chirurgicale ?
3. existe-t-il d'autres pathologies oculaires qui risquent de compromettre le résultat post-opératoire ?

3° Examens complémentaires

Le diagnostic est clinique et ne requiert aucun examen complémentaire.

- échographie en mode B : en cas de cataracte dense avec fond d'œil inaccessible, pour éliminer un décollement de la rétine ou une tumeur intra-oculaire.

- en cas de décision chirurgicale :

◇ calcul de la puissance de l'implant

Le cristallin a une puissance réfractive de 20 dioptries environ. Il va être remplacé par un implant adapté à l'œil de chaque patient. Pour cela il faut mesurer :

- la kératométrie, soit la puissance réfractive de la cornée

- la longueur axiale de l'œil par échographie en mode A

Ces données permettent à l'appareil de proposer un certain nombre de mesures qui permettent à l'opérateur de choisir l'implant le plus adapté à l'œil de son patient.

◇ Information du patient+++ qui doit être prévenu des modalités opératoires, des résultats fonctionnels attendus et des complications potentielles.

◇ consultation pré-anesthésique, dans le mois qui précède

◇ bilan pré-opératoire

4° DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

a) cataracte liée à l'âge :

C'est la plus fréquente. Elle est le plus souvent bilatérale, et globalement symétrique.

b) cataractes traumatiques :

- soit **contusives** : une contusion violente à globe fermé même ancienne doit être recherchée. Souvent de type sous-capsulaire postérieure (aspect en rosace).

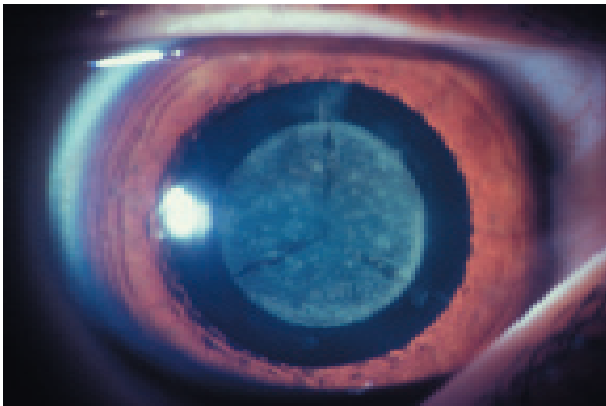
- soit liées à un **traumatisme perforant** : même si le contexte est le plus souvent évocateur, certains traumatismes peuvent passer inaperçus en particulier chez l'enfant et il faut rechercher un corps étranger intra-oculaire (radiographies de l'orbite).

c) cataractes secondaires à des maladies ophtalmologiques :

- uvéites chroniques (en particulier les uvéites postérieures qui nécessitent une corticothérapie prolongée, plus de 3 mois) : penser à la responsabilité de la maladie inflammatoire, mais aussi au traitement par corticoïdes.
- myopie forte
- rétinopathies pigmentaires
- antécédents de chirurgie oculaire (décollement de la rétine, vitrectomie pour membrane maculaire)

d) cataractes secondaires métaboliques :

- diabète



Cataracte congénitale, héréditaire.

- hypoparathyroïdie

e) cataractes secondaires iatrogènes :

- corticoïdes locaux ou généraux au long cours (forme sous-capsulaire postérieure)
- radiothérapie orbitaire (mélanome choroïdien, tumeur orbite)

d) cataractes secondaires à des maladies génétiques :

- dystrophie myotonique de Steinert
- trisomie 21

e) cataractes congénitales :

- secondaires à une embryopathie
- héréditaires

II. TRAITEMENT

Le traitement est exclusivement *chirurgical*.

1° LE TYPE D'ANESTHÉSIE

- *anesthésie topique* : instillation de collyre anesthésiant (tétracaine) quelques minutes avant le geste chirurgical
- *anesthésie loco-régionale* : injection péri-bulbaire, rétro-bulbaire ou sous-ténonienne
- *anesthésie générale* : exceptionnelle

2° DILATATION PUPILLAIRE

La chirurgie est toujours réalisée sous dilatation pupillaire maximale (instillation de collyre tropicamide et néosynéphrine) en pré-opératoire.

3° CHIRURGIE

La méthode de référence est devenue l'*extraction extracapsulaire automatique par phacoémulsification*. Ses principales étapes sont :

- désinfection cutanée et des culs de sac conjonctivaux
- incision tunnélisée de la cornée
- ouverture de la capsule antérieure du cristallin sur 360° (capsulorhexis)
- hydrodissection des tissus cristalliniens
- phacoémulsification du cristallin (ultrasons) qui consiste à retirer le contenu du sac cristallinien
- mise en place de l'implant dans le sac cristallinien plié à travers l'incision cornéenne : l'implant se déploie une fois en place
- suture de l'incision cornéenne par un fil (facultative si l'incision est autoétanche).
- un traitement par collyre anti-inflammatoire et antibiotique prescrit pendant 1 mois et le patient est revu plusieurs fois dans le mois qui suit (J1, J7, J30).

4° LA CORRECTION OPTIQUE DE L'APHAKIE (absence de cristallin)

- la mise en place d'un *implant de chambre postérieure* est le principal mode de correction de la puissance dioptrique du cristallin. Parfois dans des circonstances particulières (rupture de la capsule postérieure ou cataracte traumatique) il est possible de mettre en place un implant de chambre antérieure.

- la correction par **lentille de contact** est le deuxième mode de correction possible. Elle restitue des fonctions visuelles correctes mais a ses inconvénients propres liés à la manipulation et l'intolérance à long terme de la lentille (risque de complications : ulcère cornéen traumatique, abcès cornéen infectieux).

- la **correction par lunettes** entraîne des aberrations optiques majeures et reste tout à fait exceptionnelle en dehors des cataractes congénitales.

5° INDICATIONS

L'indication opératoire dépend de la **gêne fonctionnelle**. On attend en général une baisse d'acuité visuelle à 5/10^{èmes}, mais il est possible d'opérer plus tôt en fonction des circonstances, de l'âge et de l'activité du patient. La récupération est rapide en l'absence d'autres pathologies et le patient pourra être équipé de sa nouvelle correction optique en moyenne un mois après la chirurgie.

6° COMPLICATIONS

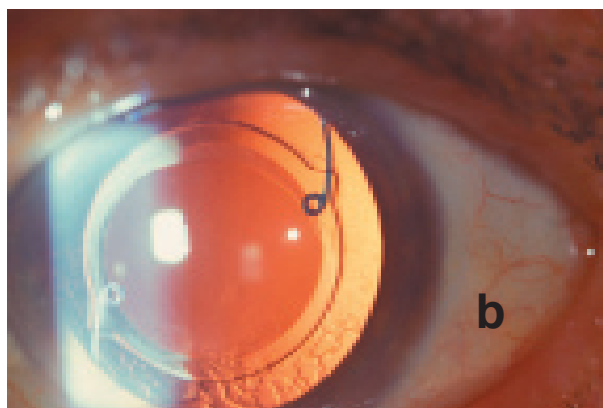
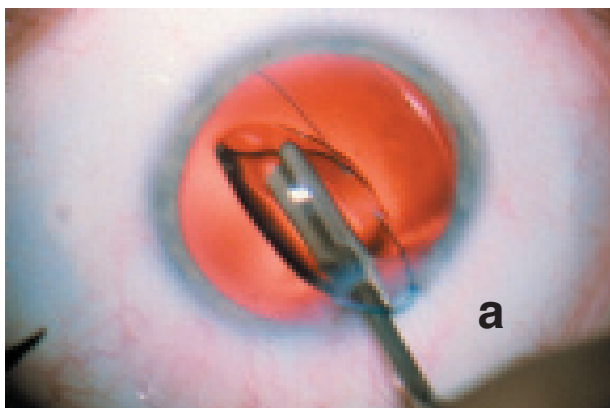
1) l'opacification de la capsule postérieure (cataracte secondaire) : elle survient chez près de 50% des patients dans les 2 ans post-chirurgie. Elle correspond à une prolifération de cellules cristalliniennes résiduelles et aboutit à des opacités gênantes quand elles sont centrales. Elle se traduit par une baisse d'acuité visuelle progressive. Le traitement est réalisé par du laser yag qui va permettre d'ouvrir cette capsule opacifiée.

2) l'endophtalmie: infection intra-oculaire sévère qui peut compromettre la fonction visuelle définitivement. Elle survient entre 2 et 7 jours et doit être

traitée rapidement par une antibiothérapie locale et générale en hospitalisation (estimée à une fréquence de 1 pour 1000).

3) le décollement de la rétine

4) l'œdème maculaire (oedème d'Irvine Gass)



Traitement chirurgical :

- a : mise en place d'un implant souple par une incision de petite taille.

- b : implant de chambre postérieure en place.

CATARACTES : ÉTIOLOGIE

a) cataracte sénile

b) cataractes traumatiques :

- cataracte contusive
- cataracte secondaire à un traumatisme perforant avec ou sans corps étranger intraoculaire (+++)

c) cataractes « pathologiques » :

- *cataractes consécutives à une pathologie oculaire* (uvéite chronique).
- *cataractes liées à une pathologie générale :*
 - ◇ *cataractes métaboliques et endocriniennes : diabète +++*
 - ◇ *autres causes (maladie de Steinert, trisomie 21,)*
- **cataractes iatrogènes :**
 - ◇ corticothérapie générale au long cours +++
 - ◇ radiothérapie

d) cataractes congénitales :

- *cataractes par embryopathie* (rubéole congénitale)
- *cataractes héréditaires*

LES POINTS FORTS

☞ La cataracte, opacification du cristallin, s'observe le plus souvent chez le sujet âgé (cataracte sénile).

☞ Elle se manifeste par une baisse d'acuité visuelle en général bilatérale, à peu près symétrique, d'évolution lente.

☞ L'examen après dilatation pupillaire permet d'observer l'opacification du cristallin et d'en préciser le type (cataracte nucléaire, ...)

☞ L'évolution non traitée est lente, entraînant une baisse lentement progressive de la vision ; la baisse d'acuité visuelle devient petit à petit invalidante en vision de loin et/ou en vision de près, amenant à envisager un traitement chirurgical.

☞ Le traitement est uniquement chirurgical, par extraction extracapsulaire du cristallin, le plus souvent par phakoémulsification, et mise en place d'un implant intra-oculaire. Il est pratiqué le plus souvent sous anesthésie loco-régionale ou anesthésie topique et de plus en plus souvent en ambulatoire.

☞ La récupération fonctionnelle est le plus souvent excellente et rapide, sauf en cas de pathologie oculaire associée ou en cas de survenue de complications (endophtalmie, œdème maculaire, décollement de la rétine).

