



Prise en charge d'une cataracte dans un contexte d'uvéite

Mikael Guedj

La chirurgie de la cataracte est désormais de bon pronostic chez les patients atteints d'uvéite grâce à l'amélioration des techniques opératoires, de moins en moins traumatisantes (extraction extracapsulaire par phacoémulsification, mini- et micro-incisions, temps opératoire considérablement réduit). Le contrôle de l'inflammation dans les temps pré- et postopératoire est un point clef de la prise en charge d'une cataracte dans ce contexte : le respect d'un temps de quiescence d'au moins trois mois avant la chirurgie et le contrôle de l'inflammation postopératoire permettent de ramener le risque d'œdème maculaire postopératoire à celui de la population générale.

Un contrôle de l'inflammation préopératoire indispensable

Une chirurgie de la cataracte ne doit pas être entreprise avant une rémission de l'inflammation intraoculaire (ou phase de quiescence) d'au moins trois mois.

Plus cette phase de quiescence est longue, moins le risque de réaction inflammatoire liée à la chirurgie est élevé. Il convient de distinguer deux indications chirurgicales différentes :

- améliorer l'acuité visuelle (même si le rôle propre de la cataracte dans la baisse de vision peut être difficile à évaluer précisément),
- lever un obstacle à la visualisation de la rétine dans les cas où les opacités cristalliniennes ou la présence de synéchies masquent les détails du fond d'œil et rendent difficile l'évaluation de l'uvéite.

L'évaluation pré-opératoire du patient doit permettre de répondre aux questions suivantes, limitées artificiellement au nombre de dix :

- La cause de l'uvéite est-elle connue ?
- Existe-t-il des facteurs pouvant compromettre une bonne récupération visuelle (lésions maculaires, neuropathie optique, opacités cornéennes...)?
- Une hypertension est-elle associée à la cataracte ? Une chirurgie filtrante sera-t-elle nécessaire ?
- Quel est le temps de quiescence depuis la dernière

poussée inflammatoire ?

- Un traitement immunosuppresseur est-il nécessaire pour contrôler l'inflammation avant la chirurgie dans les cas d'uvéites très sévères ?
- Existe-t-il un fond inflammatoire chronique asymptomatique ?
- Quelle est la qualité de la dilatation pupillaire (normale, réduite avec ou sans synéchies, existence d'une membrane dans l'aire pupillaire, atrophie irienne) ?
- Quelle est la profondeur de la chambre antérieure ?
- Quels sont le grade et la consistance de la cataracte ?
- Une chirurgie de cataracte est-elle à prévoir à court terme pour l'autre œil ?

Des techniques peropératoires spécifiques

L'obtention d'une dilatation pupillaire correcte et la levée des synéchies irido-cristalliniennes représentent les principales difficultés opératoires. Différentes techniques sont couramment utilisées :

En premier lieu, l'ablation soigneuse d'une membrane cyclitique à la pince à rhexis est indispensable, sans quoi aucun stretching pupillaire ne sera efficace.

L'utilisation de la canule de visqueux et l'injection du produit visco-élastique en arrière du plan irien sont parfois suffisantes pour lever progressivement les synéchies irido-cristalliniennes.

Dans les cas plus difficiles, un stretching pupillaire pourra être obtenu par le crochet de Sinskey, le dilatateur irien de Beehler, voire des paracentèses avec mise en

Chef de clinique d'ophtalmologie, Hôpital Cochin-Hôtel-Dieu, Paris.

Dossier

place de crochets iriens de Grishaber. Ces derniers sont cependant à éviter autant que possible car traumatisants pour le sphincter irien et source de correctopie postopératoire. Il convient de privilégier au maximum les techniques les moins traumatisantes (ablation de membrane cyclitique et *stretching* pupillaire).

La réalisation du rhexis, limitée par la mauvaise dilatation, devra raser le bord pupillaire au plus près pour obtenir une taille convenable. Il arrive fréquemment que l'extrémité périphérique du rhexis ne soit pas visible, masquée par l'iris atone. Il est particulièrement important que le rhexis recouvre les bords de l'optique de l'implant sur 0,5 à 1 mm afin de limiter la survenue d'opacification capsulaire postérieure secondaire chez ces patients au risque déjà majoré par le contexte inflammatoire.

La suite de la phacoémulsification ne diffère pas d'une procédure standard, avec parfois recours au lavage des masses sous l'iris sans contrôle visuel. Celui-ci peut cependant être repoussé à l'aide d'un crochet de Sinsky ou doucement écarté à la sonde d'irrigation-aspiration pour vérifier la propreté du sac capsulaire.

Des complications peropératoires peuvent survenir :

- une *hernie irienne peropératoire* (apparentée à l'IFIS, *Intraoperative Floppy Iris Syndrome*) est parfois observée dans des yeux atteints d'uvéïte (par manque de tonicité du muscle dilateur de l'iris) et doit être prévenue par une incision cornéenne en cornée claire très tunnelisée. L'iris hernié peut être réintégré par l'injection prudente d'une substance visco-élastique (mais sans excès car une augmentation de pression en chambre antérieure aggrave la protrusion de l'iris), ou par la mise en place de crochets iriens de part et d'autre de l'incision ;
- en cas de *rupture capsulaire postérieure*, une injection intra-camérulaire de triamcinolone peut être utile pour visualiser le vitré à retirer en chambre antérieure, ainsi que pour son rôle anti-inflammatoire.

Le choix d'un implant intraoculaire acrylique hydrophobe est recommandé chez les patients atteints d'uvéïte, étant reconnu comme le moins pourvoyeur d'inflammation dans les trois premiers mois postopératoires [1].

Une implantation intracapsulaire est habituellement effectuée dans la plupart des études, même si certains auteurs sulfureux préconisent la mise en place volontaire de l'implant dans le sulcus afin d'éviter la survenue de synéchies entre l'iris et la capsule antérieure [2] !

Une injection postopératoire immédiate de corticoïdes est classiquement pratiquée en fin d'intervention en prévention de l'œdème maculaire :

- une injection sous-ténonienne de triamcinolone est le plus souvent utilisée en pratique, mais de manière empirique (*figure 1*) ;

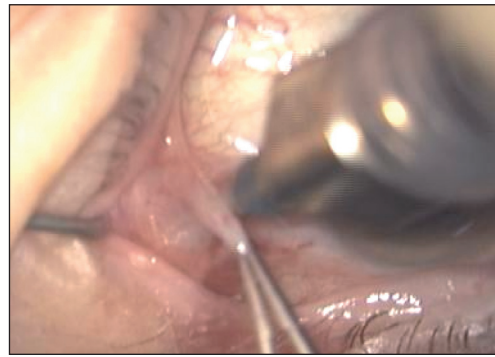


Figure 1.
Injection sous-ténonienne de triamcinolone en postopératoire.

- l'injection intravitréenne (IVT de 4 mg soit 0,1 ml) a été décrite comme plus efficace que la voie sous-ténonienne ou que l'administration d'une corticothérapie orale à fortes doses (0,5 à 1 mg/kg/j) [3] ;
- chez les patients souffrant d'arthrite juvénile idiopathique, l'injection en chambre antérieure semble plus efficace qu'une corticothérapie systémique [4] ;
- enfin, l'utilisation de structures biodégradables permettant un relargage continu de corticoïdes est parfois utile en couverture anti-inflammatoire péri-opératoire chez des patients avec œdèmes maculaires mal contrôlés [5].

Un facteur pronostique essentiel : la survenue d'un œdème maculaire cystoïde postopératoire

La chirurgie de la cataracte entraîne chez tout patient une rupture de la barrière hémato-aqueuse (avec augmentation transitoire du flare) persistant huit semaines en moyenne après l'intervention et est donc susceptible de déclencher des récurrences inflammatoires antérieures et des œdèmes maculaires [6].

La prise en charge postopératoire nécessite donc un suivi rapproché et répond à un double objectif :

- contrôler l'inflammation du segment antérieur, le plus souvent par corticothérapie locale à dose plus élevée et décroissance plus lente que chez les patients non uvéïtiques,
- dépister et traiter précocement l'apparition d'un œdème maculaire cystoïde postopératoire, élément majeur du pronostic dans le suivi.

Le respect d'un temps de quiescence d'au moins trois mois avant la chirurgie et le contrôle de l'inflammation péri-opératoire chez les patients atteints d'uvéïte permettent de ramener le risque d'œdème maculaire postopératoire à celui de la population générale [7].

Un pronostic très variable selon la cause de l'uvéïte

Les données de la littérature regroupent souvent en une même entité des causes différentes d'uvéïte, sans

distinguer les cas au pronostic supposé favorable (cyclite de Fuchs) de ceux au pronostic plus réservé (arthrites juvéniles idiopathiques), rendant ainsi les analyses peu discriminantes et trop peu spécifiques.

Il apparaît en effet que l'étiologie de l'uvéite conditionne non seulement le pronostic, mais aussi la prise en charge. Citons à titre d'exemple les causes suivantes :

La cyclite hétérochromique de Fuchs

Traditionnellement de meilleur pronostic que les autres causes d'uvéite [8], la cyclite de Fuchs se caractérise par une cataracte de début très précoce (chirurgie avant 35 ans le plus souvent [9]), des précipités stellaires diffus, une hétérochromie irienne mais jamais de synéchies (figure 2). L'inflammation reste relativement modérée en postopératoire (pas de fibrine ni de synéchies) et n'est pas accompagnée d'un taux plus fréquent d'œdème maculaire cystoïde. Un signe d'Amsler (ou hyphéma peropératoire) est classiquement observé.

L'arthrite juvénile idiopathique

Hautement « cataractogène » (plus de 70 % des cas [10]), elle représente une menace majeure pour la vision du jeune enfant par risque d'amblyopie définitive. De pronostic plus réservé que dans les autres formes d'uvéite, la chirurgie de cataracte chez ces patients est associée à des complications fréquentes : réaction inflammatoire postopératoire majeure, glaucome, formation de membranes fibreuses pupillaires secondaires, décollement de rétine et hypotonie. Le traitement préopératoire d'une kératite en bandelettes peut être nécessaire pour améliorer la visibilité pendant la chirurgie. L'implantation a été longtemps controversée car elle pourrait stimuler l'inflammation oculaire et servir de support à la formation de membranes fibreuses.

L'uvéite herpétique

Classiquement associée à une atrophie irienne, elle peut se compliquer de hernie de l'iris peropératoire (figure 3).

Un traitement préventif par Valaciclovir postopératoire permet de limiter les récurrences d'uvéite antérieure herpétique potentiellement déclenchées par la chirurgie de la cataracte.

La toxoplasmose

Il semble exister une incidence plus importante de récurrences de chorioretinite active après chirurgie de la cataracte chez des patients aux antécédents de toxoplasmose oculaire [11]. Cette notion peut justifier un traitement prophylactique antiparasitaire chez les patients chez qui une nouvelle poussée représenterait une menace visuelle (foyers proches de la macula).

Références

1. Estafanous MF, Lowder CY, Meisler DM, Chauhan R. Phacoemulsification cataract extraction and posterior chamber lens implantation in patients with uveitis. *Am J Ophthalmol.* 2001;131(5): 620-5.
2. Holland GN, Van Horn SD, Margolis TP. Cataract surgery with ciliary sulcus fixation of intraocular lenses in patients with uveitis. *Am J Ophthalmol.* 1999;128(1):21-30.
3. Roesel M, Tappeiner C, Heinz C *et al.* Comparison between intravitreal and orbital floor triamcinolone acetonide after phacoemulsification in patients with endogenous uveitis. *Am J Ophthalmol.* 2009; 147(3):406-12.
4. Li J, Heinz C, Zurek-Imhoff B, Heiligenhaus A. Intraoperative intraocular triamcinolone injection prophylaxis for post-cataract surgery fibrin formation in uveitis associated with juvenile idiopathic arthritis. *J Cataract Refract Surg.* 2006;32(9):1535-9.
5. Tan DT, Chee SP, Lim L *et al.* Randomized clinical trial of Surodex steroid drug delivery system for cataract surgery: anterior versus posterior placement of two Surodex in the eye. *Ophthalmology.* 2001;108(12):2172-81.
6. Ladas JG, Wheeler NC, Morhun PJ *et al.* Laser flare-cell photometry: methodology and clinical applications. *Surv Ophthalmol.* 2005;50(1):27-47.
7. Bélair ML, Kim SJ, Thorne JE *et al.* Incidence of cystoid macular edema after cataract surgery in patients with and without uveitis using optical coherence tomography. *Am J Ophthalmol.* 2009;148(1): 128-35.
8. Menezes V, Lightman S. The development of complications in patients with chronic anterior uveitis. *Am J Ophthalmol.* 2005;139(6): 988-92.
9. Tejwani S, Murthy S, Sangwan VS. Cataract extraction outcomes in patients with Fuchs' heterochromic cyclitis. *J Cataract Refract Surg.* 2006;32(10):1678-82.
10. Quinones K, Cervantes-Castaneda RA, Hynes AY *et al.* Outcomes of cataract surgery in children with chronic uveitis. *J Cataract Refract Surg.* 2009;35(4):725-31.
11. Bosch-Driessen LH, Plaisier MB, Stilma JS *et al.* Reactivations of ocular toxoplasmosis after cataract extraction. *Ophthalmology.* 2002;109(1):41-5.

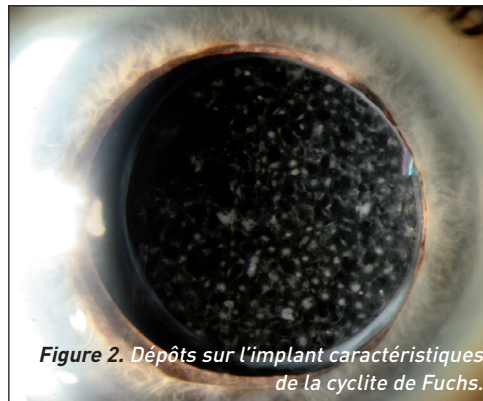


Figure 2. Dépôts sur l'implant caractéristiques de la cyclite de Fuchs.

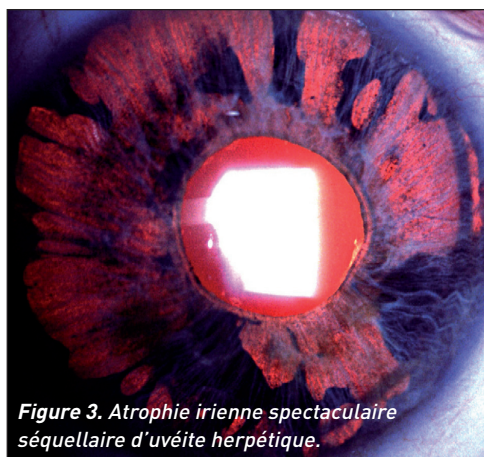


Figure 3. Atrophie irienne spectaculaire séquellaire d'uvéite herpétique.