



## Enseignement d'actualité : la cataracte

Eugénie Mourgues

CHU de Bordeaux

**L**a chirurgie de la cataracte est largement répandue dans notre pratique. Au travers de différents intervenants, le sujet a été abordé dans différents cas de figure, et en termes de retentissement sur les autres structures oculaires.

### Cataracte et cornée

Dans un premier temps nous allons nous intéresser au retentissement de la chirurgie de la cataracte sur la surface, abordé par le Dr Serge Doan. La sécheresse oculaire doit être dépistée en préopératoire et traitée en amont. En peropératoire il faut limiter au strict nécessaire l'usage de la bétadine, préférer l'oxybucaïne à la tétracaïne en termes de toxicité, et arroser abondamment la cornée. Enfin, en postopératoire il est possible de diminuer le risque de sécheresse oculaire en utilisant des collyres sans conservateurs, en minimisant les aminosides et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) topiques. Si, malgré tout, une sécheresse oculaire persiste, des solutions palliatives sont possibles (exemple des verres scléaux en recours avancé).

Le Dr Marc Muraine s'est intéressé à la prise en charge de la cataracte associée à la guttata et au risque de décompensation de cornée postopératoire. Il existe une perte entre 2 et 12% de cellules endothéliales après une opération classique.

Pour les patients avec une dystrophie de Fuchs, le protocole du CHU de Rouen propose une chirurgie combinée de la cataracte à une greffe de type DMEAK aux patients ayant un brouillard matinal, à ceux présentant une pachymétrie supérieure à 630 microns ou si la densité

cellulaire de l'endothélium est inférieure à 700 cellules. Si le patient ne présente pas ces critères, seule une chirurgie de cataracte est réalisée.

Dans le cas d'une chirurgie combinée, l'objectif réfractif visé est de -1 D en raison du shift hypermétropique post-DMEAK.

La chirurgie de la cataracte est une technique de chirurgie réfractive, comme l'a présenté le Dr Cati Albou-Ganem. Il s'agit d'une chirurgie sur cristallin clair à visée réfractive lors d'une amétropie forte ou à l'âge de la presbytie. Pour cela il est possible de choisir un implant monofocal, la vision de près étant obtenue en laissant l'œil dominant de loin, le dominé avec une correction de près par myopisation. Les implants multifocaux, diffractifs (bi- ou trifocaux) ou réfractifs, permettent une vision de loin et près par neutralisation d'une image en vision simultanée.

La vision intermédiaire en conservant la qualité de vision est obtenue par les implants EDof à profondeur de champ étendue. Ils peuvent être diffractifs ou réfractifs mais le plus souvent, ils modifient l'asphéricité. Les EDof focalisent sur une rangée de plusieurs points.

Si l'emmétropie n'est pas atteinte, il est possible de faire des corrections par laser réfractif, ajout d'un implant « add on » ou changement d'implant.

### Cataracte et pathologies oculaires

Le Dr Esther Ohana a parlé de l'intérêt de la chirurgie de la cataracte chez les patients ayant un glaucome. La baisse pressionnelle obtenue par l'intervention est minime dans le cas d'un glaucome à angle ouvert (1 à 2 mmHg), plus importante

en cas d'un PEX ou d'un glaucome par fermeture de l'angle. Il existe également un intérêt en termes d'amélioration de l'acuité visuelle chez les patients glaucomeux, et dans le cas d'un glaucome terminal, il ne faut pas craindre la perte du point de fixation. Le choix de la chirurgie combinée ou non dépend du type de glaucome et de son contrôle : chirurgie du cristallin seule pour obtenir une baisse pressionnelle pour un glaucome primitif par fermeture de l'angle, potentiellement suivie d'une chirurgie filtrante si la tension n'est pas contrôlée. L'intervention se fera en 2 temps pour un glaucome à angle ouvert, la cataracte pouvant créer une inflammation postopératoire délétère pour la bulle de filtration. L'implant choisi sera monofocal, torique si besoin, en évitant les implantations dans le sulcus, pourvoyeur de dispersion pigmentaire.

Pour poursuivre, le Dr Bahram Bodaghi a abordé le sujet de la cataracte sur uvéite. L'opacification du cristallin est plus précoce du fait de l'inflammation et de l'utilisation des corticoïdes. La chirurgie doit être programmée après 3 mois sans inflammation, encadrée par un protocole simplifié comprenant un bolus de 4 mg/kg de corticoïdes peropératoire et une injection sous-conjonctivale de dexaméthasone en fin d'intervention. Le Dr Bodaghi réalise dans certains cas une injection intravitréenne d'un implant de dexaméthasone 15 jours avant l'intervention. Un traitement antiviral doit encadrer la chirurgie si c'est la cause de l'uvéite.

L'inflammation post-cataracte doit faire poser la question de l'endophtalmie, du TASS, et de la recherche d'une uvéite antérieure passée inaperçue.

La prévention de l'inflammation postopératoire passe par l'utilisation combinée de corticoïdes locaux et d'AINS topiques.

Le Dr Pierre-Olivier Barale est intervenu sur le sujet de la rétine dans les chirurgies de la cataracte. Le respect des contre-indications aux implants multifocaux est primordial pour le confort visuel du patient : exclusion s'il existe un antécédent de chirurgie maculaire, de

décollement de rétine avec un soulèvement maculaire, d'une dégénérescence maculaire liée à l'âge chez le myope fort, le patient diabétique et le patient monophthalme ou en cas de corps flottants. L'OCT et l'échographie sont nécessaires en préopératoire pour dépister ces pathologies si un implant multifocal est envisagé.

Face à une myopie forte on sera attentif à la périphérie rétinienne, aux pathologies maculaires associées. La chirurgie du cristallin clair est à éviter, le statut du vitré n'étant pas connu, il y a un risque majoré de décollement de rétine.

On pourra réaliser un laser prophylactique chez les patients à risque de décollement de rétine par exemple, s'il existe une déchirure asymptomatique chez le myope fort ou chez le patient aphaque.

La cataracte traumatique a été traitée par le Dr Corinne Dot. Il existe 2 cas de figure. Le premier concerne une plaie à globe ouvert. L'urgence est alors de fermer le globe et de rechercher un corps étranger intraoculaire. La cataracte pourra être traitée en 1 temps si la capsule antérieure est ouverte, avec du matériel en chambre antérieure, afin de minimiser le risque d'inflammation phako-antigénique, ou s'il existe un risque d'amblyopie. Dans les autres cas la chirurgie en 2 temps est favorisée. Deuxième cas de figure : la contusion à globe fermé. Il est préférable de préparer la chirurgie sauf s'il existe une luxation antérieure du cristallin qui représente une urgence chirurgicale en raison du risque d'hyertonie et d'atteinte endothéliale, contrairement à la luxation postérieure.

Les implants post-traumatismes peuvent être implantés dans le sulcus selon l'état, clippés à l'iris ou à la sclère.

## Cataracte chez l'enfant

Pour finir le Dr Lesueur a résumé la prise en charge de la cataracte chez l'enfant. La principale urgence étant d'opérer dans le cas d'une cataracte totale avec un risque d'amblyopie. La prise en charge de la cataracte subtotale ou partielle sera opérée si elle est associée à un

nystagmus, une perte de vision binoculaire, un strabisme ou une perte d'acuité visuelle. Avant l'âge de 5/6 ans on réalise un abord antérieur par voie limbique avec résection du capsulorhégis antérieur et postérieur, associée à une vitrectomie centrale antérieure. Le FLACC pourra être utilisé pour l'étape du capsulorhégis antérieur et postérieur, et l'OCT peropératoire pour le centrage de l'implant.

Dans le cas d'une implantation primaire, l'implant peut être intercapsulaire ; si elle est secondaire, elle sera réalisée dans le sulcus. L'implant peut être monofocal, avec de plus en plus d'intérêt pour les implants multifocaux qui peuvent être implantés après l'âge de 7 ans si unilatéral, après 10 ans si bilatéral.

Dans l'actualité, nous allons nous intéresser au bilan carbone de la chirurgie de la cataracte et aux axes d'amélioration

possibles décrits par le Dr Isabelle Cochereau. Il est possible de diminuer nos déchets du bloc en recyclant, en diminuant l'utilisation du matériel à usage unique et en opérant les patients proches de leur domicile. Une chirurgie correspond à un trajet en voiture de 200 km. Sur l'ordonnance postopératoire, le choix de collyres multidoses permet de réduire l'utilisation de plastique.

## Pour en savoir plus

Maladain E, Gueudry J, Boutillier G, Muraine M. Outcome of cataract surgery in patients with Fuchs' endothelial cornea dystrophy. ESCR 2019. Chu CJ, Dick AD, Johnston RL et al. Cataract surgery in uveitis: a multicentre database study. Br J Ophthalmol. 2017;101(8):1132-7. Kanclerz P, Tuuminen R, Grzybowski A. Ambulatory surgery centers vs general hospitals for cataract surgery in Europe. J Cataract Refract Surg. 2020;46(5):792.