

Item127-1-Déficit neurosensoriel chez le sujet âgé - Cataracte

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer une cataracte, connaître les conséquences, les principes de traitement.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- RPC Evaluation du traitement chirurgical de la cataracte de l'adulte / Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé - Evaluation des Technologies / 2000 - Polycopié national: Cataracte	- Cataracte liée à l'âge (sénile) - Cataractes secondaires (4) - BAV progressive / de loin / bilatérale - Photophobie / diplopie monoculaire - Echo A + kératométrie en pré-chir. - Cataracte intumescence / hypermà Â»re - Endophtalmie / DR / OMC / récidive - Anesthésie topique ou locorégionale - Extraction extra-capsulaire par phakoémulsification - Correction de laphakie par un implant de chambre postérieure	- Ex. bilatéral et comparatif (4) - Glycémie si cataracte jeune - CEIO si cataracte unilatérale - Prise de corticoïdes - Retentissement socio-prof. - FO au V3M +/- écho B - Diagnostic positif clinique - Consultation danesthésie - BAV postop = endophtalmie - Information et consentement - ABT + AINS/S postop 1mois

Généralités

Définitions

- Cataracte = opacification partielle ou totale du cristallin
- Oeil phake = avec cristallin / aphake = sans cristallin / pseudophake = cristallin artificiel

Rappels anatomiques

- Cristallin = lentille biconvexe / avasculaire / transparente
- Dans segment postérieur: devant corps vitré / derrière iris-pupille
- Rôle = accommodation et mise au point de l'image en vision de près/de loin
- Avec l'âge: diminution du pouvoir accommodatif = presbytie

Epidémiologie

- Pathologie fréquente +++ (400 000 opérations/an en France)

Etiologies

Cataracte liée à l'âge (sénile) +++ / pré sénile (< 65 ans)

- Etiologie de loin la plus fréquente / touche 35% des > 75ans
- Le plus souvent bilatérale / souvent asymétrique
- Evolution lente (années) avec aggravation progressive de IAV

Cataracte secondaire (« pathologique »)

- à une cause métabolique: **diabète** +++ / hypocalcémie / hypoparathyroïdie
- à une cause iatrogène: **corticoïdes** +++ / radiothérapie orbitaire
- à une cause oculaire: uvéites / DR / myopie forte / pseudo-exfoliation capsulaire / rétinite pigmentaire
- à une cause traumatique: contusion / plaie perforante / CEIO

Cataractes congénitales

- par embryofetopathie: rubéole / toxoplasmose
- anomalies chromosomiques: trisomie 21 ++
- héréditaires: formes familiales (AD le plus souvent)
- Réflexe: Pupille blanche de enfant: Rétinoblastome / Cataracte congénitale +++

Diagnostic

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain**
 - **Age**: patient âgé (si patient jeune: rechercher une cause primitive ++)
 - Rechercher atcd médicaux (**diabète**) / ophtalmo / **corticothérapie** (**A savoir !**) + + + + --> Sinon pas de récupération post chirurgie cataracte
 - Evaluation du **retentissement** socio-professionnel: pose l'indication chirurgicale
 - **Anamnèse**
 - Date et circonstances d'apparition / évolution progressive
 - En général BAV de loin lentement évolutive puis de près
 - **Signes fonctionnels (5)**
 - **Baisse de l'acuité visuelle + + +**
 - BAV progressive / bilatérale / asymétrique / +/- impression de « voile »
 - En vision de loin ++ / vision de près conservée (sauf si sous-capsulaire)
 - Si BAV près altérée: Cataracte sous Capsulaire postérieure.
 - **Photophobie**
 - sensation déblouissement (phares de voitures) / de halo
 - **Diplopie monoculaire (rare)**
 - = dédoublement de l'image au niveau de l'œil atteint
 - !! Ne disparaît pas à l'occlusion de l'œil adelphe (cf **Diplopie.**)
 - **Myopie d'indice (≠ axiale)**
 - cf indice de réfraction par opacification du cristallin
 - typiquement: amélioration d'une presbytie pré-existante + + +
 - **Jaunissement**
 - Décrit typiquement après la chirurgie
 - **Examen ophtalmologique**
 - !! Toujours **bilatéral** et comparatif (**A savoir !**)
 - **Mesure de l'acuité visuelle**
 - BAV de loin (Monoyer ; N = 10/10) / de près (Parinaud / N = P2)
 - en monoculaire puis binoculaire / avec et sans correction adaptée
 - **Tonus oculaire**
 - Recherche systématique d'un glaucome chronique associé (cf **Glaucome chronique.**)
 - **Examen à la lampe à fente**
 - Avec dilatation pupillaire par atropinique + + +
 - **avant dilatation**: examen de la cornée / de la chambre antérieure / de l'iris
 - **après dilatation**: retrouve l'opacification du cristallin / À pose le diagnostic
 - **Cataracte nucléaire**: opacification du noyau / BAV de loin
 - **Cataracte sous-capsulaire postérieure**: BAV de loin et de près
 - **Cataracte corticale**: opacités en « cavaliers »
 - **Cataracte totale**: coloration blanchâtre à l'œil nu (leucocorie)
 - **Fond d'œil au verre à 3 miroirs (V3M) (A savoir !)** + + + + + + +
 - Eliminer les autres causes de BAV (DMLA / DR / GCAO...)
- Examens complémentaires**
- **Pour diagnostic positif**
 - !! AUCUN: le diagnostic de cataracte est clinique (**A savoir !**)
 - **Pour bilan pré-thérapeutique (3) systématique**
 - **Pour calculer la puissance de l'implant = biométrie + + + +**
 - **Kératométrie**: mesure du rayon de courbure de la cornée
 - **Echographie en mode A**: mesure de la longueur axiale de l'œil
 - **Pour bilan pré-opératoire**
 - Consultation d'anesthésie +/- bilan biologique (!! médico-légal: **A savoir !**)
 - **Pour diagnostic étiologique**
 - Si cataracte chez le sujet jeune: glycémie pour recherche d'un diabète
 - Si cataracte unilatérale: rechercher un corps étranger intra-oculaire
 - **!! selon contexte clinique, rechercher une pathologie associée**
 - **Echographie en mode B**: pour examen du segment postérieur si cataracte totale
 - **Electrorétinogramme**: idem: examen segment postérieur si cataracte totale
 - **Angiographie à la fluorescéine**: si DMLA ou rétinopathie diabétique
 - **Champ visuel**: si glaucome retrouvé à l'examen du tonus (PO > 21mmHg)

Evolution

Histoire naturelle

- Opacification avec aggravation progressive de la baisse d'acuité visuelle
- **Cataracte intumescence** = augmentation de volume du cristallin
- **Cataracte morganienne** (« hyper mûre ») = diminution du volume du cristallin

Complications évolutives

- **Glaucome aigu par fermeture de l'angle irido-cornéen**
 - par refoulement de l'iris par le cristallin
 - sur cataracte intumescence ou hyper mûre +++
- **Cécité**
 - stade ultime = cataracte totale « blanche » (leucocorie)
- **Complications générales**

Complications du traitement chirurgical

- **Per-opératoires (rares)**
 - Rupture capsulaire postérieure (implant antérieur nécessaire)
 - Hémorragie expulsive (rare désormais)
 - Luxation cristallinienne en cavité vitréenne
- **Post-opératoires (5)**
 - **Endophtalmie aiguë (A savoir !)**
 - = infection intra-oculaire: rare (0.1%) mais grave
 - A évoquer devant toute BAV en post-op (même si oeil non rouge)
 - **Diagnostic = clinique**
 - Douleur oculaire intense / BAV brutale / oedème palpébral
 - LAF: cercle périkératique / oedème de cornée / hypopion en CA
 - FO impossible: non visualisable !
 - **Décollement de rétine: 2% des cas / réintervention en urgence**
 - **Oedème maculaire cystoïde = Irvine Gass: 1% des cas / BAV définitive**
 - **Cataracte secondaire ++ (= Opacification secondaire de la capsule postérieure)**
 - Ré-opacification de la capsule postérieure laissée en place initialement
 - Fréquent (30% des cas à 3 ans) / symptomatologie classique de cataracte
 - Traitement par **laser YAG** en ambulatoire: Ouverture de capsule: effet instantané / pas de récurrence ++
 - **Complications cornéennes: Décompensation bulleuse endothéliale**
 - Oedème de cornée (donc BAV)

Traitement

Prise en charge

- Chirurgie ambulatoire (ou courte hospitalisation) / Sous Anesthésie locale topique/
- !! NPO bilan pré-op du terrain (glycémie si diabète, etc)

Information du patient écrite (A savoir !)

- Indispensable avant toute chirurgie / claire, loyale et appropriée / orale et **écrite**
- Balance **bénéfice-risque**: bénéfices attendus / risques encourus (cf supra)
- !! Dans la majorité des cas, le patient devra quand même porter une correction optique

Traitement curatif = chirurgical

- **Indication**
 - Elle est fonction de la **gêne fonctionnelle** et du retentissement
 - En général AV < 5/10ème (Mais au dessus de 5/10 si gêne importante)
 - Toujours commencer par l'oeil avec la plus grande BAV
 - Délai entre les 2 yeux: **1 mois** (au minimum 1 semaine: risque infectieux)
 - Toujours prendre en charge auparavant la pathologie sous-jacente (RD, Glaucome...)
- **Modalités**
 - **Anesthésie**
 - Topique (Tétracaïne®) ou loco-régionale (péri-bulbaire: cf **Anesthésie locale, locorégionale et générale**)
 - NPO dilatation pupillaire pré-opératoire par mydriatique
 - **Extraction du cristallin**
 - **extra-capsulaire** par **phakoémulsification** (capsule postérieure respectée)
 - **Alternatives** (obsoletes): extraction manuelle intra ou extra-capsulaire
 - **Correction de l'aphakie**
 - Par **implant** de chambre postérieur +++ : puissance selon biométrie
 - **Alternatives** (obsoletes): lunettes-lentilles / implant chambre antérieure/ Implant de sulcus.

Traitement post-opératoire immédiat

- **Anti-inflammatoire local** (collyre AINS ou corticoïde) pendant 1 mois
- **Antibioprophylaxie locale** en une injection de C2G (céfuroxime) intra oculaire
- **Lunettes à 1 mois de la chirurgie !! NPO d'informer le patient qu'il devra quasi-toujours porter des lunettes en postop**

- cf limplant permet une vision de loin adaptée mais rarement de près (accommodation)

Traitement des complications

- **En cas d'endophtalmie post-opératoire**
 - A évoquer devant toute BAV et/ou oeil rouge et/ou douloureux (A savoir !)
 - Hospitalisation en urgence en ophtalmologie / isolement
 - **Ponction de CA** et prélèvement vitréen à visée diagnostique
 - **Bi-antibiothérapie**: générale (**IV**) et en **intra-vitréen**
 - **Chir: vitrectomie**
 - **Corticothérapie**: locale immédiate et générale après 48h d'ATB
 - Surveillance clinique quotidienne
- **Cataracte secondaire**
 - Ouverture capsule postérieure au laser YAG
 - Collyres anti inflammatoire et hypotonisant pendant 15 jours.
 - Effet secondaire YAG: Inflammation, Hypertonie.

Surveillance

- **Clinique**
 - **Post-op immédiat (J1)**: vérifier **acuité visuelle +++ (A savoir !)** / LAF / TO / FO
 - **Consultation de contrôle à S1 puis M1**: ex ophtalmo complet (dont FO: cf DR)
- **Paraclinique**: aucune hors complication

Synthèse pour questions fermées

La cause de cataracte la plus fréquente ?

- Cataracte liée à l'âge (sénile)

2 causes métaboliques de cataracte secondaire ?

- Diabète

- Hypoparathyroïdie (hypocalcémie)

5 signes fonctionnels de cataracte ?

- BAV (vision de loin, progressive, bilatérale, asymétrique)

- Photophobie

- Diplopie monoculaire (rare)

- Jaunissement

- Myopie d'indice

5 complications de la chirurgie de la cataracte ?

- Endophtalmie aiguë

- Oedème maculaire = Irvine Gass

- Décollement de rétine

- Cataracte secondaire (sous-capsulaire postérieure)

- Décompensation bulleuse de cornée