

ITEM 127 : CATARACTE

Cataracte = opacification de tout ou partie du cristallin : très fréquente, ↗ avec l'âge → 700000 actes/an → chirurgie la plus fréquente

Diagnostic	SF	<ul style="list-style-type: none"> - Baisse d'acuité visuelle : progressive, prédominante en vision de loin → Acuité visuelle de près souvent relativement conservée, sauf en cas de cataracte sous-capsulaire postérieure - Photophobie: présence de halos colorés autour des lumières, gêne à la conduite de nuit - Diplopie monoculaire (plus rare) - Modification de la perception des couleurs : jaunissement (décrit après la chirurgie du 1^{er} œil opéré)
	SC	<p>Interrogatoire : âge, profession, antécédents ophtalmologiques, diabète, prise corticoïdes</p> <p>Mesure de l'acuité visuelle œil par œil, de loin et de près, avec correction optique : myopisation d'indice</p> <p>Examen à la lampe à fente : avant et après dilatation pharmacologique des pupilles</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cataracte corticale (plus fréquente): opacification du cortex cristallinien avec opacités « en cavaliers » - Cataracte nucléaire : atteinte du noyau cristallinien avec prédominance d'une BAV de loin et myopie d'indice - Cataracte sous-capsulaire postérieure : opacification en soucoupe devant la capsule (en « rosace », ou perles d'Elschnig) avec gêne de loin et de près → éliminer une origine métabolique ou iatrogène - Cataracte totale (cataracte très évoluée visible à l'œil nu) : aire pupillaire blanche <p>Toujours vérifier le FO à la recherche d'une autre pathologie (échographie B si inaccessible)</p>
	PC	<ul style="list-style-type: none"> → Diagnostic clinique+++ : aucun examen complémentaire systématique - en cas de chirurgie : biométrie oculaire = Kératométrie (puissance réfractive de la cornée) + échographie en mode A (longueur axiale de l'œil : choix d'un cristallin artificiel (implant) adapté à l'œil du patient - Echo en mode B si cataracte dense avec FO inaccessible : élimine décollement de rétine ou tumeur intra-oculaire
Etiologie	Liée à l'âge	- Cataracte sénile (la plus fréquente) : le plus souvent bilatérale, globalement symétrique
	Traumatique	<ul style="list-style-type: none"> - Contusive : contusion violente à globe fermé, récent (voire dans les heures suivant le traumatisme) ou ancienne (jusqu'à plusieurs années après) → souvent de type sous-capsulaire postérieure (aspect en rosace) - Traumatisme perforant : contexte évident, parfois inaperçu (notamment chez l'enfant) → recherche de corps étranger intra-oculaire par Rx/TDM de l'orbite
	Maladie oculaire	<ul style="list-style-type: none"> - Uvéite chronique (surtout postérieure) - Antécédent de chirurgie oculaire : décollement de rétine, vitrectomie - Myopie forte - Rétinopathie pigmentaire
	Métabolique	<ul style="list-style-type: none"> - Diabète - Hypoparathyroïdie
	Iatrogène	<ul style="list-style-type: none"> - Corticoïdes locaux ou généraux au long cours : forme sous capsulaire postérieure - Radiothérapie orbitaire (mélanome choroïdien, tumeur de l'orbite)
	Génétique	<ul style="list-style-type: none"> - Dystrophie myotonique de Steinert - Trisomie 21
	Cataracte congénitale	<ul style="list-style-type: none"> - Secondaire à une embryopathie : rubéole congénitale... - Héréditaire
TTT	<p>= Exclusivement chirurgical (aucun traitement médical préventif ou curatif) : extraction extra-capsulaire automatique par phaco-émulsification avec implant de chambre postérieur dans la majorité des cas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Généralement sous anesthésie topique en ambulatoire - Indication : selon la gêne fonctionnelle (généralement BAV ≤ 5/10 OU gêne importante pour le patient), l'âge et l'activité du patient → Si les 2 yeux sont atteints : un œil après l'autre, en commençant par le plus atteint, à 1 ou 2 semaines d'écart 	

III	Chirurgie de cataracte	<ul style="list-style-type: none"> - Anesthésie : topique (tétracaïne), AL (péribulbaire, rétrobulbaire ou sous-ténonienne) voire AG - Dilatation pupillaire maximale en préopératoire (collyre tropicamide et néosynéphrine), implant dans le cul de sac conjonctival libérant du tropicamide en préopératoire ou injection intracaméculaire de phényléphrine et lidocaïne. - Etapes : <ul style="list-style-type: none"> . Désinfection cutanée et des cils de sac conjonctivaux a la Bétadine . Incision tunnelisée de la cornée . Ouverture de la capsule antérieure du cristallin sur 360° = capsulorrhexis . Hydrodissection des tissus cristalliniens . Phacoémulsification du cristallin (ultrasons) . Mise en place de l'implant dans le sac cristallinien plié à travers l'incision cornéenne (se déplie une fois en place) . Injection antibiotique en intra-caméculaire (= dans la chambre antérieure) . Suture de l'incision cornéenne par un fil ou hydrosuture (facultative si incision auto-étanche) - Suivi : <ul style="list-style-type: none"> . Collyre anti-inflammatoire + antibiotique pendant 1 mois . Surveillance à (J1) J7 et J30
	Correction optique de l'aphakie	<ul style="list-style-type: none"> = Implant de chambre postérieure corrigeant les troubles réfractifs → Exceptionnellement de chambre antérieure : rupture de capsule postérieure, cataracte traumatique - Implant sphérique monofocal : correction des amétropies sphériques (hypermétropie ou myopie) par un implant de 20-25 dioptrie (emmétrope), peut être plus puissant (hypermétrope) ou moins puissant (myope) - Implant torique (cylindrique) : correction d'une amétropie sphérique et d'un astigmatisme → Perte de l'accommodation : nécessite le port de lunettes en vision de près - Implant multifocal (sphérique pur ou torique) : correction de la vision loin ET près → Focalise différemment à distance et de près, mais avec une performance visuelle moins bonne - En l'absence d'implant (exceptionnellement) : correction de l'aphakie par lentilles ou lunettes
	Complications	<ul style="list-style-type: none"> - Opacification de la capsule postérieure = cataracte secondaire : BAV progressive, chez 50% des patients dans les 2 à 5 ans post-chirurgie → traitement par laser Yag - Endophtalmie : = 0,1% : infection intra-oculaire sévère, généralement entre 2 et 7 jours post-opératoire, pouvant compromettre définitivement la fonction visuelle, traitement par antibiothérapie locale, intravitréenne et générale +/- vitrectomie dans les cas sévères. - Décollement de rétine : plus fréquent en cas d'antécédent de rupture per-opératoire de la capsule postérieure ou chez les myopes forts - Œdème maculaire cystoïde = syndrome d'Irvine-Gass : dans les semaines/mois, BAV loin et près +/- métamorphopsies, diagnostic à l'OCT ou à l'angiographie, TRT = corticoïde local ou locorégional - Kératite bulleuse (plus fréquent si antécédent de cornea guttata ou implant en chambre antérieure)