**CATARACTE**

**INTRODUCTION**

* 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 toutes chirurgies confondues
* L'augmentation de la fréquence de cette pathologie le plus souvent liée à l'âge est donc liée au

 vieillissement de la population.

**DIAGNOSTIC**

***A Circonstances de découverte et signes fonctionnels*** Ce sont :

* **une baisse d'acuité visuelle** : elle est progressive et prédomine en vision de loin, avec une acuité

 visuelle de près souvent relativement conservée

* **une photophobie** : présence de halos colorés autour des lumières gêne à la conduite de nuit ;
* **une diplopie monoculaire** (plus rare) : le patient voit double d'un œil
* **une modification de la perception des couleurs** : jaunissement (ce signe est le plus souvent décrit

 après la chirurgie du premier œil retrouvé sur l'œil non opéré).

***B Examen clinique***

 **1 Interrogatoire** recense les paramètres suivants :

 âge et profession du patient, antécédents ophtalmologiques et généraux, en particulier maladies

 métaboliques (diabète) et prise de corticoïdes au long cours, symptômes oculaires associés pouvant

 orienter vers une pathologie associée

 **2 Mesure de l'acuité visuelle**  permet de quantifier la gêne ressentie par le patient :

 • œil par œil puis en binoculaire ;

 • de loin et de près;

 • 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).

 **3 Examen à la lampe à fente**

Cet examen est réalisé avant et après dilatation pharmacologique des pupilles.

 **A- Description du cristallin**

La cataracte est définie par l'apparition d'opacités dans le cristallin.

 Leur répartition anatomique va définir plusieurs types de cataracte. Les principales sont :

 ° la cataracte nucléaire :

 ° la cataracte sous-capsulaire postérieure

 ° la cataracte corticale

 ° la cataracte totale

B- **Examen des autres structures oculaires** Cet examen permet d'éliminer une pathologie associée et concerne : cornée, iris, vitré, rétine avec dilatation pupillaire à la recherche d'une DMLA ou d'une déchirure rétinienne.

**C- Mesure du tonus oculaire** La mesure du tonus oculaire recherche une hypertonie oculaire ou un glaucome.

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

 •  l'opacification du cristallin est-elle responsable de la BAV ?

 •  la gêne ressentie par le patient fait-elle poser une indication chirurgicale ?

 •  existe-t-il d'autres pathologies oculaires qui risquent de compromettre le résultat postopératoire ?

***C Examens complémentaires***

Le diagnostic de cataracte est clinique et ne requiert aucun examen complémentaire.

Certains examens complémentaires sont cependant nécessaires dans certains cas.

L'échographie en mode B peut s'avérer utile en cas de cataracte dense avec fond d'œil inaccessible, pour éliminer un décollement de la rétine ou une tumeur intraoculaire.

En cas de décision chirurgicale, il faut choisir un cristallin artificiel (implant). La puissance sphérique de l'implant est calculée. Pour cela, il faut mesurer :

 • la kératométrie,

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

L'information du patient est primordiale. Celui-ci doit être prévenu des modalités opératoires, des résultats fonctionnels attendus et des complications potentielles. Une consultation préanesthésique est programmée dans le mois qui précède, de même qu'un bilan préopératoire

***D Diagnostic étiologique***

 **1 Cataracte liée à l'âge** C'est la plus fréquente. Elle est le plus souvent bilatérale,

 **2 Cataractes traumatiques**  sont :

 • soit contusives : une contusion violente à globe fermé.

   • soit liées à un traumatisme perforant : il faut rechercher un corps étranger intraoculaire

 (Rx de l'orbite).

 **3 Cataractes secondaires à des maladies ophtalmologiques**

- uvéites chroniques

 - myopie forte

  - rétinopathies pigmentaires

  - antécédents de chirurgie oculaire

 **4 Cataractes secondaires métaboliques** :

 •  le diabète

 • l'hypoparathyroïdie.

 **5 Cataractes secondaires iatrogènes**

• les corticoïdes locaux ou généraux au long cours

 • la radiothérapie orbitaire

**6 Cataractes secondaires à des maladies génétiques**

 • de dystrophie myotonique de Steinert

 • de trisomie 21.

 **7 Cataractes congénitales**

• secondaires à une embryopathie, notamment la rubéole congénitale

 • héréditaires

**TRAITEMENT**

 Le traitement est exclusivement chirurgical. Il n'existe actuellement aucun traitement médical préventif ni curatif de la cataracte, ni aucune mesure préventive efficace.

La chirurgie est effectuée en principe sous anesthésie topique, en chirurgie ambulatoire.

***A Type d'anesthésie*** L'anesthésie peut être :

 • topique : instillation de collyre anesthésiant (tétracaïne) quelques minutes avant le geste chirurgical

 • locorégionale : injection péribulbaire, rétrobulbaire ou sous-ténonienne

 ;• générale : exceptionnelle.

***B Dilatation pupillaire*** La chirurgie est toujours réalisée sous dilatation pupillaire maximale (instillation de collyre tropicamide et néosynéphrine) en préopératoire.

***C Chirurgie*** La méthode de référence est l'extraction extracapsulaire automatique par phacoémulsification

Ses principales étapes sont :

 • désinfection cutanée et des culs-de-sac conjonctivaux à la Bétadine® 5 % ;

 • 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  ;

 • suture de l'incision cornéenne par un fil (facultative si l'incision est autoétanche).

Un traitement par collyre anti-inflammatoire et antibiotique est prescrit pendant 1 mois et le patient est revu au moins deux fois dans le mois qui suit (à la première semaine puis au bout d'un mois).

**COMPLICATION**

• **l'opacification de la capsule postérieure** 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

• **l'endophtalmie** : infection intraoculaire sévère qui peut compromettre la fonction visuelle définitivement. doit être traitée rapidement par une antibiothérapie locale et générale en hospitalisation

• **le décollement de la rétine**, plus fréquent en cas de rupture peropératoire de la capsule postérieure, et chez les forts myopes ;

**• l’œdème maculaire** (œdème d'Irvine Gass) ;

**• la kératite bulleuse** (décompensation œdémateuse de la cornée)