



Complications de la chirurgie de la cataracte

Vincent Daien, Max Villain

► To cite this version:

Vincent Daien, Max Villain. Complications de la chirurgie de la cataracte. Inter bloc, 2017, 36, pp.218 - 219. <10.1016/j.bloc.2017.09.002>. <hal-03487570>

HAL Id: hal-03487570

<https://hal.science/hal-03487570v1>

Submitted on 20 Jul 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

Dochead dossier

Sous-dochead Évolution de la chirurgie ophtalmologique

surtitre suites opératoires

Complications de la chirurgie de la cataracte

Vincent Daïen^{a,b}

PU-PH, MD, PhD

Max Villain^{a,*,b}

PU-PH, chef de département

¹Département d'Ophtalmologie, Hôpital Gui de Chauliac, Centre hospitalier universitaire de Montpellier, 34000 Montpellier, France

²Inserm, U1061, 34093 Montpellier cedex, France

**Auteur correspondant.*

Adresse e-mail : m-villain@chu-montpellier.fr (M. Villain).

Résumé

Les complications de la chirurgie de la cataracte peuvent être qualifiées de fréquentes en utilisant comme critères ceux des effets indésirables médicamenteux puisque le taux cumulé de survenue est compris entre 1 et 10 %. Se distinguent les complications qui peuvent survenir durant l'intervention (rupture capsulaire, iris flasque, hémorragie expulsive) et celles en postopératoire (endophtalmie, œdème maculaire, décollement de rétine). La survenue de ces complications peut compromettre le bon résultat fonctionnel attendu.

© 2017

Mots-clés : cristallin ; décollement de rétine ; œdème maculaire ; rupture capsulaire

Summary à venir

© 2017

Keywords à venir

La cataracte est la première cause de cécité dans le monde et demeure un problème de santé publique majeur dans les pays n'ayant pas un système de soins performant [1]. La chirurgie de la cataracte et du cristallin représente l'acte chirurgical le plus pratiqué en France et dans les pays occidentaux. Il n'y a pas de critères visuels stricts pour poser l'indication opératoire. Cette chirurgie est le plus souvent réalisée en ambulatoire sous anesthésie loco-régionale ou topique pure. Pour autant, elle n'est pas exempte de complications que ce soit en peropératoire ou postopératoire.

La cataracte est une opacification du cristallin associée à une baisse d'acuité visuelle non corrigeable par une correction optique. Le plus souvent, la cataracte est dite "sénile", car elle survient après 70 ans. Le seul traitement est chirurgical et consiste à extraire le cristallin et à le remplacer par un implant défini avant l'intervention par les données biométriques de l'œil opéré. L'extraction du cristallin associée à la mise en place d'un implant intra-oculaire permet de corriger les troubles réfractifs associés (myopie, hypermétropie, astigmatisme), ce qui peut permettre l'absence de port de lunettes.

T1. Complications peropératoires

L'intervention chirurgicale consiste à réaliser une incision cornéenne (plus rarement cornéo-sclérale) pour accéder au cristallin avec une incision supplémentaire dite "porte de service" [2].

TEG1 L'hémorragie expulsive est la complication la plus grave durant l'intervention. Son diagnostic est fait par le chirurgien qui observe une augmentation brutale de la pression intra-oculaire, un aplatissement de la chambre antérieure avec déplacement vers l'avant de l'iris et du cristallin ou de l'implant si ce dernier a déjà été mis en place. La fréquence de l'hémorragie expulsive a considérablement diminué avec la miniaturisation des incisions. Elle est devenue exceptionnelle, mais impose d'arrêter la chirurgie d'extraction du cristallin et de suturer les incisions. La survenue de poussée d'hypertension artérielle favorise ce type de complications, d'où la justification du monitoring de la pression artérielle durant l'acte chirurgical.

TEG1 L'iris flasque est majoritairement associé à la prise de Tamsulosine® et plus rarement avec d'autres alpha-1 bloquants. Durant l'intervention, cet iris flasque rend beaucoup plus difficiles les différentes phases de la chirurgie, aussi il importe de rechercher la prise de ces médicaments.

TEG1 La rupture capsulaire ou la désinsertion zonulaire peut être en rapport avec une ouverture trop large de la capsule antérieure du cristallin ou une fragilité de la capsule postérieure (cas rencontré plus souvent chez les porteurs de pseudo-exfoliation capsulaire¹, une pathologie fréquente en Bretagne), des manœuvres chirurgicales endoculaires inappropriées, ou des mouvements de l'opéré (douleur, gêne...) qui peuvent être favorisés par une anesthésie incomplète, une mauvaise coopération, une installation inconfortable, un problème de communication (surdité, panique). La rupture capsulaire se complique fréquemment d'issue de corps vitré qui nécessite une vitrectomie antérieure et de reconsidérer le choix de l'implant intra-oculaire en fonction des zones solides restantes. Cette rupture de capsule peut aboutir à la chute dans le corps vitré de tout ou partie du

cristallin. Dans ce cas, une chirurgie complémentaire par vitrectomie postérieure sera nécessaire et souvent différée de 24 heures.

T1. Complications postopératoires

En postopératoire, les complications peuvent survenir dans un délai de quelques jours à quelques semaines pour l'endophtalmie et l'œdème maculaire, voire plusieurs mois pour le décollement de la rétine.

TEG1 L'endophtalmie est une complication infectieuse qui survient davantage, mais non exclusivement, sur des patients diabétiques ou après rupture capsulaire. L'injection intra-camérulaire de Cefuroxime® à la fin de l'intervention a significativement diminué la fréquence de survenue en-dessous de deux pour mille, sachant que cette complication impose une hospitalisation de plusieurs jours et des injections intra-vitréennes d'antibiotiques.

TEG1 L'œdème maculaire ou syndrome d'Irvine-Gass survient selon les publications et les méthodes diagnostiques utilisées dans 1 à 5 % des chirurgies du cristallin et ne s'accompagnent pas systématiquement d'une baisse de vision [3]. Le traitement prophylactique systématique par collyre anti-inflammatoire au décours de cette chirurgie est instauré pour éviter cette complication. Les facteurs de risque sont la présence d'une membrane épirétinienne, un antécédent de décollement de rétine, d'uvéïte, l'existence d'une rétinopathie diabétique et la rupture capsulaire peropératoire.

TEG1 Le décollement de la rétine est une complication fréquente puisque l'analyse de données PMSI (registre des chirurgies réalisées en France) de 2009 à 2012 a relevé un taux de 0,99 % à quatre ans de la chirurgie de la cataracte [4,5]. Le délai moyen d'apparition était de 237 jours. Les facteurs de risque étaient la myopie forte et l'âge d'intervention inférieur à 65 ans. En effet, sur cette base de données, en comparant avec la population opérée des plus de 75 ans, les patients opérés entre 40 et 54 ans avaient un risque de décollement de la rétine multiplié par 5,22, entre 55 et 64 ans par 3,69 et entre 65 et 74 ans par 1,98. La myopie forte multipliait le risque par 6,12. Cette complication ne peut être traitée que chirurgicalement et 50 % des opérés auront définitivement une vision inférieure à 5/10^e.

TEG1 Concernant la survenue de dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) après chirurgie de la cataracte, les données épidémiologiques ne permettent pas à l'heure actuelle de retenir cette pathologie cécitante comme complication à long terme de la chirurgie du cristallin.

T1. Conclusion

La chirurgie de la cataracte est standardisée, mais la survenue de complications compromet parfois la vision finale. C'est à l'ophtalmologiste de définir le bénéfice-risque avec le patient et de ne pas sous-estimer la fréquence de ces complications qui peuvent parfois s'associer à l'image de la rupture

capsulaire peropératoire qui se conjugue, elle-même, à davantage d'œdème maculaire et d'endophtalmie.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Note

¹Envahissement du segment antérieur de l'œil par des dépôts blanchâtres de matrice extracellulaire anormale. Ces dépôts donnent un aspect de givre à la surface du cristallin et leur migration dans l'humeur aqueuse est à l'origine d'un glaucome obstructif.

Références

- [1] Organisation mondiale de la Santé. Prévention de la cécité et des déficiences visuelles. Causes de la cécité et des déficiences visuelles. <http://www.who.int/blindness/causes/fr/>
- [2] Papin L, Panthier C. La chirurgie de la cataracte. Interbloc. 2016;36(4):212-6.
- [3] Yonekawa Y, Kim IK. Pseudophakic cystoid macular edema. Curr Opin Ophthalmol. 2012;23(1):26-32.
- [4] Daien V, Le Pape A, Heve D et al. Incidence and characteristics of cataract surgery in France from 2009 to 2012: a national population study. Ophthalmology. 2015 Nov;122(8):1633-8.
- [5] Daien V, Le Pape A, Heve D et al. Incidence, risk factors, and impact of age on retinal detachment after cataract surgery in France: a national population study. Ophthalmology. 2015 Nov;122(11):2179-85.

Illustration

Vil_illus1

Le seul traitement de la cataracte est chirurgical, il consiste à extraire le cristallin pour le remplacer par un implant.

© michaelvaulin/stock.adobe.com

