

Chirurgie combinée cataracte et affection maculaire

V. Pagot-Mathis

Correspondance : V. Pagot-Mathis, Service d'Ophtalmologie, Hôpital Rangueil — 50032, 31059 Toulouse CEDEX 9.
E-mail : pagot-mathis.v@chu-toulouse.fr
Reçu le 9 août 2007. Accepté le 18 décembre 2007.

Combined cataract and macular disease surgery

V. Pagot-Mathis

J. Fr. Ophtalmol., 2008; 31, 2: 221-224

Cataract is frequently associated with vitreoretinal diseases. Moreover, cataract is one of the most frequent complications of pars plana vitrectomy. In cases of cataract associated with vitreoretinal diseases such as age-related macular degeneration complicated by massive submacular hemorrhage or macular hole, combined phacoemulsification and vitrectomy surgery in one session can be considered. Therefore, phacoemulsification performed before the pars plana vitrectomy for epiretinal membrane seems to be the best solution when preoperative cataract is present. In all cases, phacoemulsification with a corneal incision, insertion of a posterior capsule intraocular lens with a large diameter and a large anterior capsulorhexis are necessary

Key-words: Cataract, age-related macular degeneration, macular hole, premacular membrane, submacular hemorrhage, vitrectomy.

Chirurgie combinée cataracte et affection maculaire

Cataracte et affections vitréorétiniennes sont fréquemment associées. La cataracte est par ailleurs une complication fréquente de la vitrectomie postérieure. Le traitement chirurgical de la cataracte pré ou post-vitrectomie est la phacoémulsification par voie cornéenne avec mise en place d'un implant dans le sac de 6 mm au moins de diamètre. La chirurgie des hématomas maculaires compliquant la dégénérescence maculaire liée à l'âge, la chirurgie des trous maculaires et la chirurgie des membranes prémaculaires constituent trois types de pathologies qui peuvent bénéficier d'une intervention combinée cataracte-vitrectomie postérieure, si elles sont associées à une cataracte préopératoire. Par ordre d'urgence les hématomas maculaires et les trous maculaires peuvent bénéficier d'une chirurgie combinée ; une chirurgie en deux temps : cataracte, puis vitrectomie postérieure semble plus adaptée au traitement des membranes prémaculaires. Dans tous les cas doit être pratiquée une phacoémulsification par voie cornéenne avec un capsulorhexis large et la mise en place d'un implant de chambre postérieure de grand diamètre.

Mots-clés : Cataracte, dégénérescence maculaire liée à l'âge, hémorragie sous-rétinienne, membrane prémaculaire, trou maculaire, vitrectomie.

INTRODUCTION

Cataracte et affections vitréorétiniennes sont fréquemment associées. La cataracte est par ailleurs une complication fréquente de la vitrectomie postérieure. Il s'agit d'une cataracte le plus souvent nucléaire avec myopie d'indice, parfois capsulaire postérieure en feuilles de fougères par dessiccation ou contact du cristallin avec un tamponnement interne par gaz ou huile de silicone. Elle est d'autant plus fréquente que le sujet est plus âgé au moment de l'intervention et qu'un tamponnement intra-oculaire est mis en place. La survenue et la rapidité d'installation de la cataracte post-vitrectomie ne sont pas corrélées avec la durée de la vitrectomie [1]. Le traitement chirurgical de la cataracte post-vitrectomie ne présente pas de difficultés particulières avec les techniques actuelles de phacoémulsification pour un chirurgien du segment antérieur averti. Elle est le plus souvent réalisée 6 à 24 mois après la vitrectomie. La technique habituelle est la phacoémulsification par voie cornéenne avec implantation dans le sac capsulaire d'un implant de diamètre supérieur ou égal à 6,5 mm. L'opacification de la capsule postérieure étant plus fréquente dans les yeux vitrectomisés, un capsulorhexis postérieur peut être justifié lors de l'implantation, en particulier chez le sujet jeune.

À l'inverse, l'ablation du cristallin peut être réalisée dans le même temps que la vitrectomie. Quand poser l'indication d'une chirurgie combinée cataracte et vitrectomie postérieure dans le cadre d'une pathologie

maculaire et quelles sont les particularités techniques de la chirurgie combinée ?

INDICATIONS

Trois types de pathologies maculaires ont été retenus en fonction du degré d'urgence de leur prise en charge : la chirurgie des hématomas maculaires compliquant la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), la chirurgie des trous maculaires, et la chirurgie des membranes prémaculaires.

Hématomes maculaires

Ils sont une complication rare de la DMLA et font partie des formes dites évoluées de la DMLA à prédominance hémorragique. La DMLA constitue en revanche la première cause des hémorragies sous-rétiniennes maculaires, avant les ruptures traumatiques de la membrane de Bruch, les macro-anévrysmes artériels rétinien et les complications du drainage du liquide sous-rétinien dans la chirurgie externe des décollements de la rétine. On ne retrouve pas dans la littérature la fréquence exacte de ces hématomas maculaires. On remarque que les hémorragies intra-vitréennes sont très fréquemment associées à un hématome maculaire et qu'elles représentent environ 0,6 à 6,7 % des formes évoluées de la DMLA [2]. Les hématomas maculaires nécessitent une prise en charge urgente, au mieux dans les 48 heures pour obtenir un résultat fonctionnel. En effet, le pronostic fonctionnel est très péjoratif du fait de la toxicité rétinienne du fer, de la constitution d'une barrière mécanique aux échanges nutritionnels entre l'épithélium pigmentaire et la rétine et les forces de cisaillement exercées sur les photorécepteurs par la rétraction du caillot fibrineux. Les hématomas maculaires sont très fréquemment associés à une cataracte qui peut gêner leur prise en charge. Le

principe du traitement actuel associe en effet une vitrectomie postérieure avec lyse du caillot par injection sous-rétinienne de tPA, un déplacement pneumatique de l'hémorragie par tamponnement interne par gaz [3, 4]. Par ailleurs, un traitement postopératoire précoce est souvent nécessaire dans les 15 jours postopératoires par photocoagulation au laser direct ou PDT sur des néovaisseaux sous-rétiniens sous-jacents, après angiographie de contrôle, d'où l'intérêt d'un accès aisé au fond d'œil et donc d'une chirurgie combinée cataracte et vitrectomie postérieure lors de la prise en charge initiale (fig. 1).

Trous maculaires

Il est reconnu actuellement que la chirurgie des trous maculaires se complique dans 99 % des cas d'une cataracte nucléaire postopératoire qui apparaît en général dans l'année qui suit la chirurgie, essentiellement du fait de la vitrectomie et du tamponnement interne par gaz. On sait également qu'il existe un risque de réouverture du trou maculaire au moment de la chirurgie de la cataracte sans connaître le mécanisme physiopathologique de ce phénomène. Paque *et al.* [5] rapportent un taux de réouverture spontanée des trous maculaires au 12^e mois postopératoire de 6,9 %. La plupart de ces réouvertures se produisent après chirurgie d'une cataracte secondaire. La chirurgie combinée cataracte-vitrectomie postérieure apparaît donc comme un bon compromis devant un trou maculaire associé à une cataracte préopératoire : la vitrectomie est plus complète et l'accessibilité au fond d'œil de meilleure qualité, surtout si l'ablation de la membrane limitante interne est pratiquée (fig. 2). Cependant une chirurgie en deux temps — cataracte, puis vitrectomie postérieure — est également possible car il n'y a pas, dans les trous maculaires, le caractère d'urgence que présente la prise en charge des hématomas maculaires.

Membranes prémaculaires

Plusieurs études cliniques ont montré que 90 % des patients présentant une membrane prémaculaire sont âgés de plus de 50 ans. La plupart de ces patients présentent déjà en préopératoire une opalescence cristallinienne bilatérale. L'aggravation de cette cataracte dans l'année qui suit la vitrectomie est la complication la plus fréquente de la chirurgie des membranes prémaculaires. La fréquence de survenue augmente avec le recul pour atteindre 40 à 60 % chez les patients âgés de plus de 60 ans. Les patients doivent être informés de ce risque en préopératoire. Cependant, la survenue d'une cataracte après chirurgie des membranes prémaculaires n'est pas quasi constante comme dans la chirurgie des trous maculaires, surtout si le patient a moins de 60 ans, car la vitrectomie est uniquement centrale et il n'y a pas de tamponnement interne. En général, il n'y a donc pas d'indication pour une chirurgie combinée cataracte-vitrectomie postérieure devant une membrane prémaculaire associée à une cataracte préopératoire modérée. On pratiquera dans un premier temps la vitrectomie postérieure avec pelage de la membrane. Par ailleurs, il ne faut pas méconnaître également le risque d'un œdème maculaire cystoïde après phakoémulsification, qui est plus fréquent sur un œil opéré de membrane prémaculaire et évalué à 8,5 % par certains auteurs [6]. À l'inverse, chez un patient atteint d'une cataracte prononcée, on peut proposer dans un premier temps une phakoémulsification. Un nombre non négligeable de patients dont le retentissement fonctionnel de la membrane prémaculaire en préopératoire était modéré « échappe » ainsi à la vitrectomie postérieure devant une amélioration suffisante de leur acuité visuelle après la chirurgie de la cataracte.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4024631>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4024631>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)