

---

# CHAPITRE 13: Item 81 Cataracte

---

Pr P. Fournié, CHU de Toulouse

## Plan du chapitre

- I 233 **Diagnostic**
- II **Traitement**

## Situations cliniques de départ

---

*La cataracte peut être évoquée dans les situations cliniques suivantes.*

- 27 – Chute de la personne âgée : une baisse de l'acuité visuelle peut être la cause de chute chez les personnes âgées atteintes de cataracte. Il est important de poser le diagnostic de cataracte et l'indication opératoire avant la perte d'autonomie visuelle chez la personne âgée.
- 138 – Anomalie de la vision; 143 – Diplopie : la cataracte se manifeste par une baisse d'acuité visuelle progressive et une photophobie; plus rarement par une diplopie monoculaire et une modification de la perception des couleurs.
- 352 – Expliquer un traitement au patient : expliquer le principe de la prise en charge opératoire de la cataracte : ses bénéfices et ses complications, notamment infectieuses, l'endophtalmie et l'opacification de la capsule postérieure.

## *Hierarchisation des connaissances*

| Rang     | Rubrique                  | Intitulé et descriptif                                                                                                                                                                                                                        |
|----------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>B</b> | Prévalence, épidémiologie | Connaître l'épidémiologie de la cataracte                                                                                                                                                                                                     |
| <b>B</b> | Prévalence, épidémiologie | Connaître l'épidémiologie de la DMLA                                                                                                                                                                                                          |
| <b>A</b> | Définition                | Connaître la définition de la DMLA                                                                                                                                                                                                            |
| <b>A</b> | Définition                | Connaître la définition de la cataracte, ses principales causes, et les modalités de diagnostic clinique                                                                                                                                      |
| <b>B</b> | Diagnostic positif        | Connaître les pathologies maculaires chroniques hors DMLA (membrane épirétinienne, trou maculaire, œdème maculaire)                                                                                                                           |
| <b>A</b> | Étiologies                | Connaître les principales étiologies d'altération chronique de la vision : interrogatoire et examen clinique                                                                                                                                  |
| <b>B</b> | Étiologies                | Connaître les grandes familles médicamenteuses à l'origine d'une altération chronique de la vision : atteinte de la rétine, du cristallin ou du nerf optique                                                                                  |
| A        | Prise en charge           | Connaître les indications et contre-indications des collyres anesthésiques, antibiotiques et corticoïdes                                                                                                                                      |
| A        | Prise en charge           | Anti-inflammatoires non stéroïdiens et les corticoïdes par voie générale ou locale : connaître les mécanismes d'action, indications, effets secondaires interactions médicamenteuses, modalités de surveillance et principales causes d'échec |
| <b>B</b> | Examens complémentaires   | Connaître les principaux examens complémentaires en ophtalmologie et leurs indications : atteinte du segment antérieur, du nerf optique (objectif commun avec item 80), de la rétine (AV, angiographie, OCT maculaire, ERG)                   |

234

### Vignette clinique de départ

Une patiente, âgée de 67 ans, ne voit plus très bien des deux yeux. Elle a « comme du brouillard devant les yeux » et voit moins bien les couleurs, les spots lumineux apparaissent flous. La nuit, elle n'arrive plus à conduire car elle est éblouie par les phares des voitures qui viennent en face. Dans certaines circonstances, elle voit avec son œil droit plusieurs images à côté les unes des autres. Elle est traitée pour une polyarthrite pseudo-rhizomélique actuellement bien équilibrée. L'examen retrouve :

> une acuité visuelle à 2/10<sup>es</sup> de l'œil droit et à 3/10<sup>es</sup> de l'œil gauche avec ses anciennes lunettes qui corrigent une myopie de -2 dioptries;

- > son acuité visuelle remonte à 4/10<sup>es</sup> à droite et à 5/10<sup>es</sup> à gauche avec une correction de -3 dioptries;
- > l'acuité visuelle de près est de Parinaud 4 aux deux yeux avec une addition de +3 dioptries;
- > l'examen biomicroscopique à la lampe à fente retrouve des cornées claires, des cristallins opacifiés. Le fond d'œil est normal. La pression intraoculaire est de 12 mmHg aux deux yeux.

Le diagnostic retenu est celui d'une cataracte bilatérale liée à l'âge en raison d'une baisse d'acuité visuelle progressive de loin et de près, de halos lumineux, d'un éblouissement et d'une diplopie (vision double) ou polyopie (fait de voir plusieurs images d'un seul objet). La cause la plus probable de la cataracte est liée à l'âge. Une corticothérapie dans le cadre du rhumatisme inflammatoire peut être recherchée.

La prise en charge consiste :

- > à éliminer d'autres causes de baisse d'acuité visuelle : fond d'œil et tomographie en cohérence optique (OCT) pour éliminer une DMLA;
- > à réaliser un bilan préopératoire de chirurgie de cataracte : mesure de la longueur axiale de l'œil et calcul d'implant.

La chirurgie de la cataracte avec mise en place d'un implant intraoculaire permet de restaurer son acuité visuelle.



La cataracte est définie par l'opacification de tout ou partie du cristallin entraînant une



baisse progressive de la vision. Il s'agit d'une pathologie très fréquente. Elle touche plus d'une personne sur cinq à partir de 65 ans et près de deux sur trois après 85 ans. L'augmentation de la fréquence de cette pathologie, le plus souvent liée à l'âge, est donc liée au vieillissement de la population. Elle est en augmentation constante dans les pays développés du fait de l'allongement de l'espérance de vie. La chirurgie de la cataracte est la chirurgie la plus fréquente toutes chirurgies confondues (plus de 800 000 actes par an en France).

## I 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 (sauf en cas de cataracte sous-capsulaire postérieure);
- 235 une *photophobie* : présence de halos colorés autour des lumières (liés à la diffraction de la lumière au niveau des opacités cristalliniennes), gêne à la conduite de nuit;
- une *diplopie monoculaire* (plus rare) : le patient voit double d'un œil (pas de disparition à l'occlusion d'un œil comme dans les diplopies binoculaires; voir [chapitre 5](#));
- 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

L'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 (myodésopsies, métamorphopsies).

### 2 Mesure de l'acuité visuelle

La mesure de l'acuité visuelle va permettre de quantifier la gêne ressentie par le patient :

- œil par œil puis en binoculaire;
- de loin et de près (échelles de Monoyer et Parinaud);
- avec la correction optique adaptée.

On retrouve souvent une myopisation qui est liée à une augmentation de l'indice de réfraction du cristallin (c'est une myopie d'indice).

### 3 Examen à la lampe à fente

L'examen est réalisé avant et après dilatation pharmacologique des pupilles.

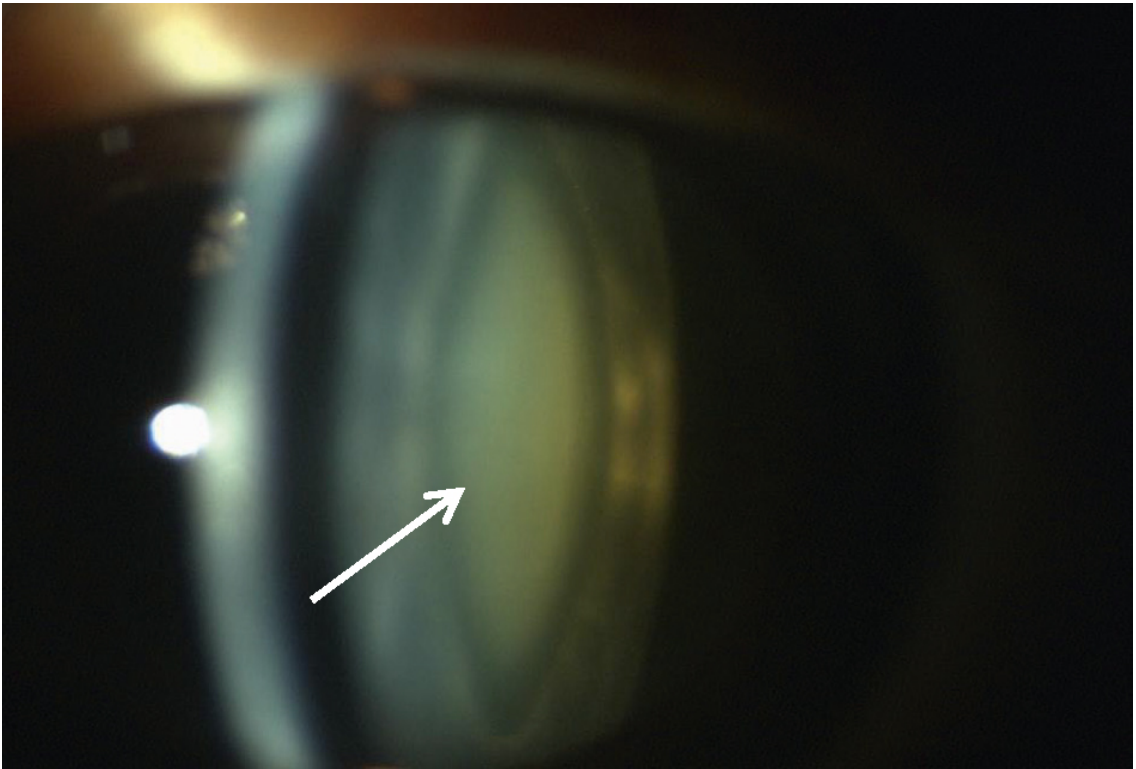
#### a Description du cristallin

La cataracte est définie par l'apparition d'opacités dans le cristallin. Leur répartition anatomique va définir plusieurs types de cataractes. Les principales sont :

- la *cataracte nucléaire* (**fig. 13.1** et fig. 13.2) : atteinte du noyau cristallinien, prédominance d'une baisse de l'acuité visuelle (BAV) de loin, myopie d'indice;



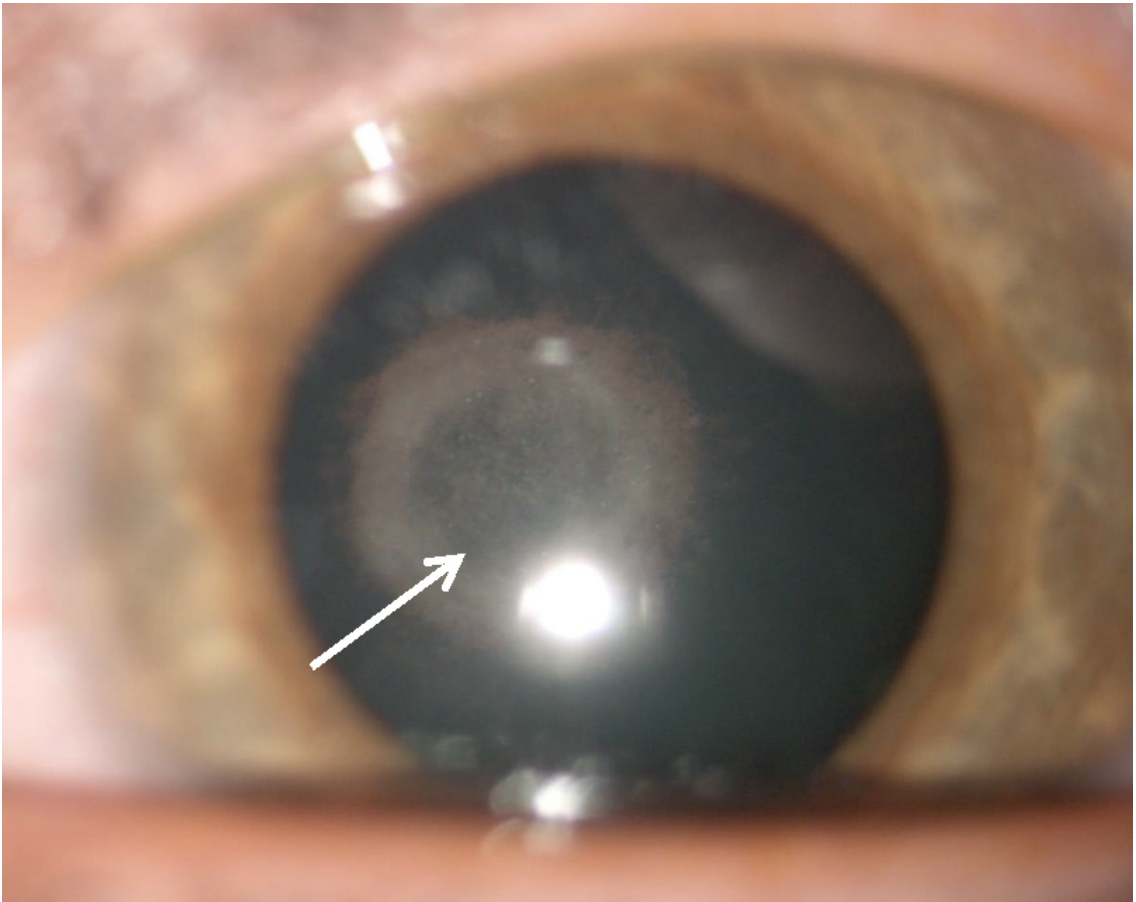
A



**FIG. 13.1** Cataracte nucléaire (flèche).

- la *cataracte sous-capsulaire postérieure* (**fig. 13.3** et fig. 13.4 ) : opacification en soucoupe devant la capsule postérieure, gêne de loin et de près. Penser à l'origine métabolique et iatrogène (corticoïdes);

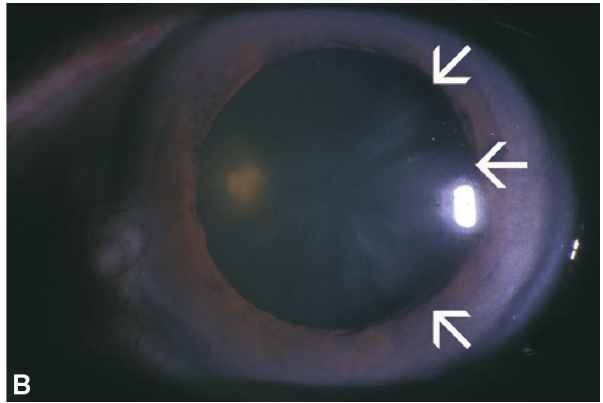
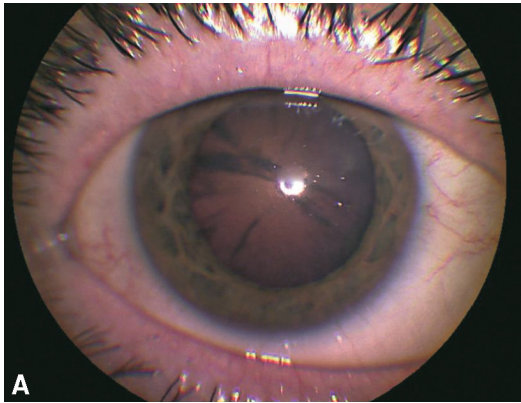
A



**FIG. 13.3** Cataracte sous-capsulaire postérieure en soucoupe (flèche)

- la *cataracte corticale* (**fig. 13.5** et fig. 13.6) : opacification au niveau du cortex cristallinien;

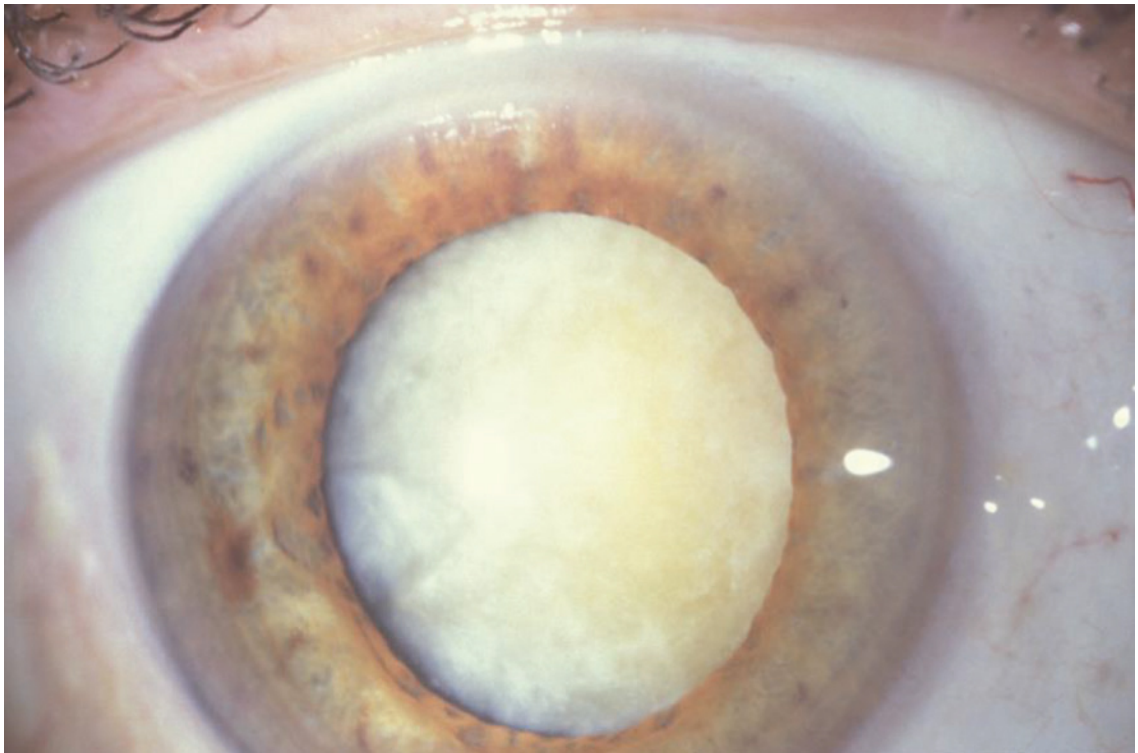
**A**



**FIG. 13.5** A, B. Cataracte corticale : opacités cristalliniennes en « cavaliers » (flèches).

- la *cataracte totale* ([fig. 13.7](#) et [fig. 13.8](#)) : cataracte très évoluée visible à l'œil nu, aire pupil-laire blanche.

**A**



**FIG. 13.7** Cataracte totale.

## **b Examen des autres structures oculaires**

**B**

Cet examen permet d'éliminer une pathologie associée et concerne : cornée, iris, vitré, rétine avec dilatation pupillaire à la recherche d'une dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) ou d'une déchirure rétinienne, d'un glaucome chronique.

**c** **236** **Mesure du tonus oculaire**
**C**

Cette mesure recherche une hypertonie oculaire ou un glaucome.

**A**

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

- L'opacification du cristallin est-elle responsable de la baisse d'acuité visuelle ?
- 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** **237** **Examens complémentaires**
**B**

Le diagnostic de cataracte est clinique et ne requiert aucun examen complémentaire. Certains examens complémentaires sont cependant nécessaires dans certains cas.

La tomographie en cohérence optique (OCT) est un examen indispensable pour éliminer une autre cause de baisse d'acuité visuelle, notamment maculaire comme une DMLA. L'échographie en mode B peut s'avérer utile en cas de cataracte dense avec fond d'œil inaccessible pour éliminer un décollement de rétine ou une tumeur intraoculaire.

En cas de décision chirurgicale, il faut choisir un implant intraoculaire (cristallin artificiel).

Le cristallin a une puissance réfractive de 20 dioptries environ. Il est remplacé par un implant adapté à l'œil de chaque patient. Pour cela, il faut mesurer :

- la kératométrie, soit la puissance réfractive (ou courbure) de la cornée;
- la longueur axiale de l'œil par biométrie optique non contact par interférométrie. La biométrie ultrasonore axiale (échographie en mode A) était utilisée avant l'avènement de la biométrie optique. Moins précise, elle reste utilisée en cas de perte de transparence des milieux optiques (cicatrice cornéenne, cataracte très évoluée).

**C**

Ces données permettent de calculer la puissance sphérique de l'implant. Pour les implants toriques, qui corrigent l'astigmatisme, un calcul supplémentaire doit être effectué pour déterminer la puissance cylindrique.

L'information du patient est primordiale. Il doit être prévenu des modalités opératoires, des résultats fonctionnels attendus et des complications potentielles.

Une consultation préanesthésique est programmée, de même qu'un bilan préopératoire.

**D Diagnostic étiologique**
**1 Cataracte liée à l'âge**

**A**

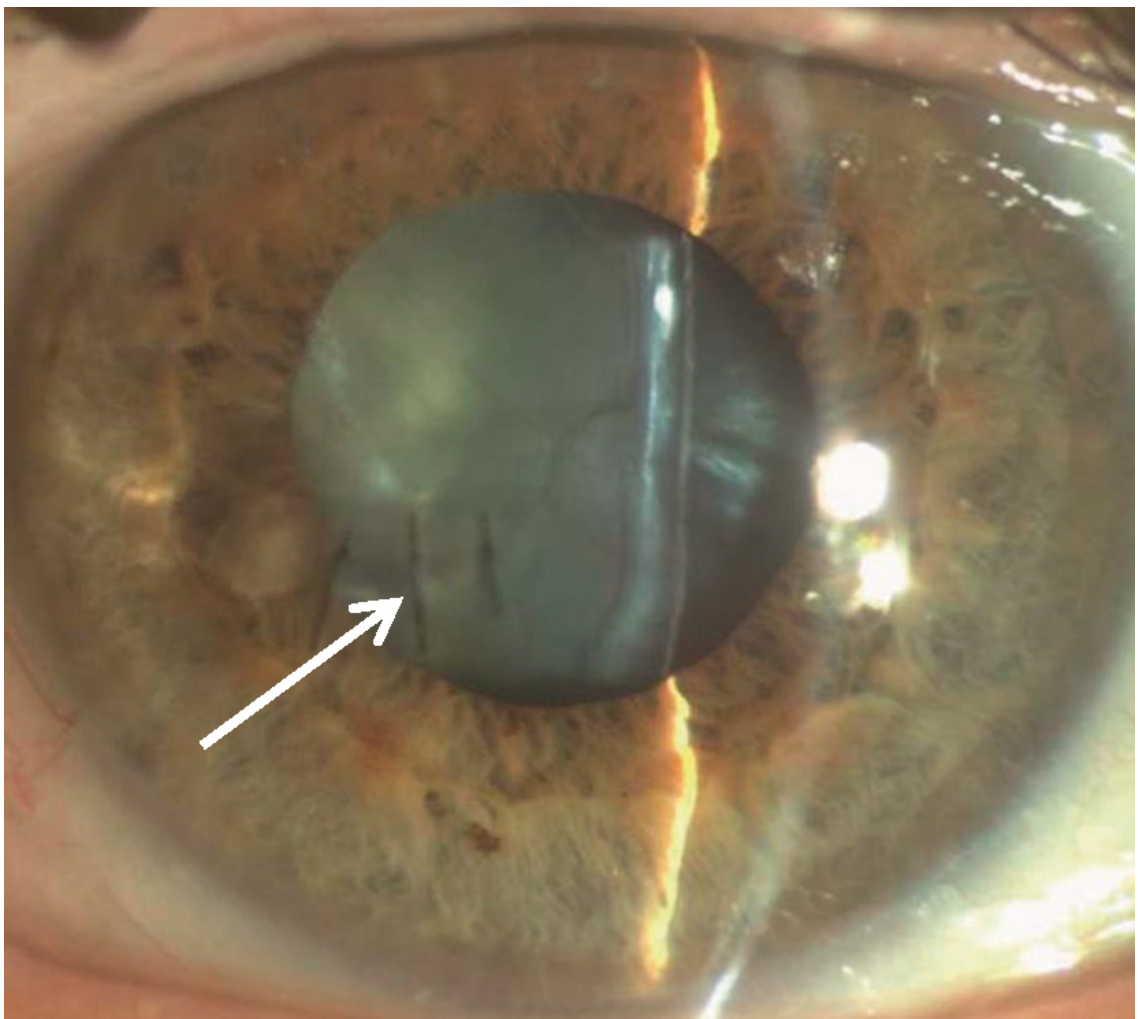
C'est la plus fréquente. Elle est le plus souvent bilatérale et globalement symétrique.

## 2 Cataractes traumatiques

Ces cataractes sont :

- soit *contusives* : une contusion violente à globe fermé même ancienne doit être recherchée. La cataracte est souvent de type sous-capsulaire postérieur (aspect en rosace). Une cataracte contusive peut se développer dans les heures qui suivent, ou au contraire plusieurs années après;
- **238** soit liées à un *traumatisme perforant* (**fig. 13.9**) : même si le contexte est le plus souvent évocateur, certains traumatismes peuvent passer inaperçus, en particulier chez l'enfant, et il faut rechercher un corps étranger intraoculaire (radiographies ou scanner de l'orbite).

**A**



**FIG. 13.9** Traumatisme perforant avec plaie cornéenne suturée (flèche) et cataracte traumatique.

### **3 Cataractes secondaires à des maladies ophtalmologiques**

Les pathologies concernées sont les suivantes :

- uvéites chroniques (en particulier les uvéites postérieures qui nécessitent une corticothérapie prolongée – plus de 3 mois) : penser à la responsabilité de la maladie inflammatoire, mais aussi au traitement par corticoïdes;
- myopie forte;
- rétinopathies pigmentaires;
- antécédents de chirurgie oculaire (détachement de la rétine, vitrectomie).

### **4 Cataractes secondaires métaboliques**

Les troubles métaboliques concernés sont :

- le diabète;
- l'hypoparathyroïdie.

### **5 Cataractes secondaires iatrogènes**

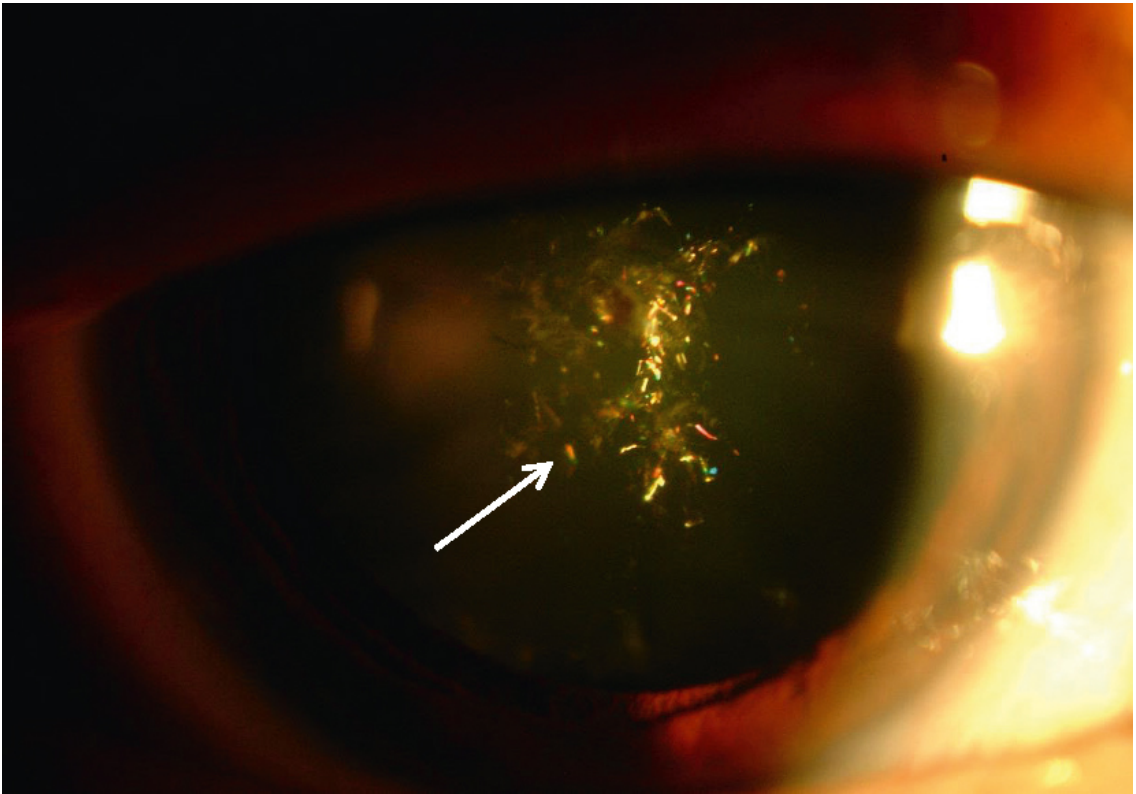
Peuvent être mis en cause :

- les corticoïdes locaux ou généraux au long cours (forme sous-capsulaire postérieure);
- la radiothérapie orbitaire (mélanome choroïdien, tumeur de l'orbite).

### **6 Cataractes secondaires à des maladies génétiques**

Il peut s'agir de :

- dystrophie myotonique de Steinert (**fig. 13.10**) – association fréquente d'une cataracte, d'un ptosis, de troubles moteurs et d'un trouble du rythme cardiaque;



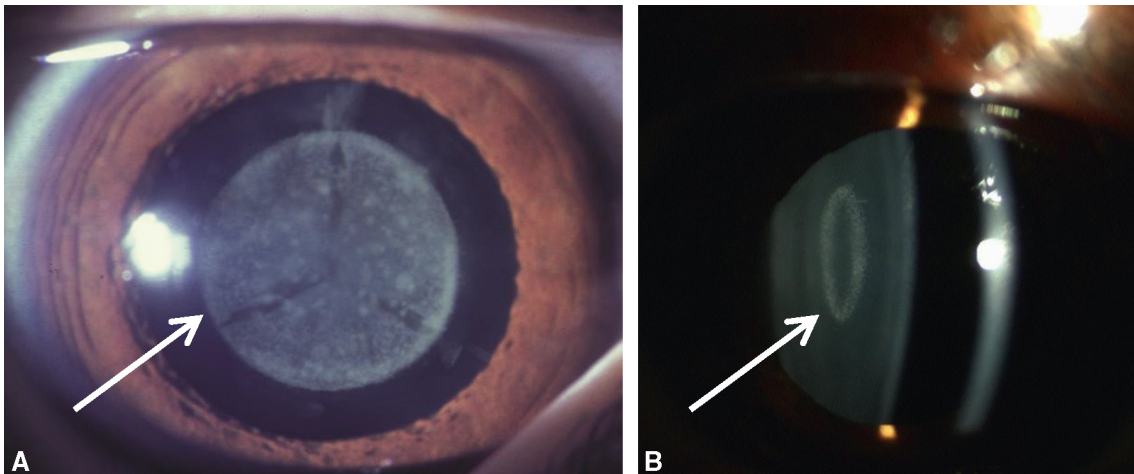
**FIG. 13.10** Cataracte polychrome dans une maladie de Steinert avec opacités multicolores (flèche).

- trisomie 21.

## 7 **239** Cataractes congénitales

Ces cataractes peuvent être :

- secondaires à une embryofœtopathie, notamment la rubéole congénitale;
- héréditaires (**fig. 13.11**).

**A**

**FIG. 13.11** A, B. Cataractes congénitales, héréditaires (flèches).

## Cataractes : étiologie

*Cataracte sénile. Cataractes traumatiques :*

- cataracte contusive;
- cataracte secondaire à un traumatisme perforant avec ou sans corps étranger intraoculaire (+++).
- Cataractes « pathologiques » :*
  - cataractes consécutives à une pathologie oculaire (uvéite chronique);
  - cataractes liées à une pathologie générale :
    - cataractes métaboliques et endocriniennes : diabète +++,
    - autres causes (maladie de Steinert, trisomie 21);
  - cataractes iatrogènes :
    - corticothérapie générale au long cours +++,
    - radiothérapie.
- Cataractes congénitales :*
  - cataractes par embryofœtopathie (rubéole congénitale);
  - cataractes héréditaires.

## II **240** Traitement



Le traitement est exclusivement chirurgical. Il n'existe actuellement aucun traitement médical, ni préventif ni curatif de la cataracte, et 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 quelques minutes avant le geste chirurgical;



- locorégionale : injection péribulbaire ou sous-ténonienne;
- générale : rare (patient stressé, cataracte pédiatrique, cataracte compliquée).

## B Dilatation pupillaire

La chirurgie est toujours réalisée sous dilatation pupillaire maximale par instillation de collyres (tropicamide [Mydriaticum®] et chlorhydrate de phényléphrine [Néosynéphrine®]) ou mise en place d'un insert ophtalmique dans le cul-de-sac conjonctival (Mydriaser®), ou injection en chambre antérieure d'une solution injectable de tropicamide, phényléphrine et lidocaïne (Mydrane®).

## C Chirurgie

La méthode de référence est l'extraction extracapsulaire du cristallin par phacoémulsification (vidéo 13.1). Ses principales étapes sont :

- désinfection cutanée et des culs-de-sac conjonctivaux à la povidone iodée (Bétadine® 5 %);
- incision de petite taille tunnelisée de la cornée;
- ouverture de la capsule antérieure du cristallin sur 360° (capsulorhexis circulaire continu);
- hydrodissection pour séparer la capsule du cortex et du noyau;
- phacoémulsification du cristallin (ultrasons) qui consiste à fragmenter et aspirer le contenu du sac cristallinien;
- mise en place de l'implant dans le sac cristallinien plié à travers l'incision cornéenne : l'implant se déplie une fois en place;
- injection d'un antibiotique en chambre antérieure. L'incision auto-étanche n'est suturée qu'en cas de fuite.



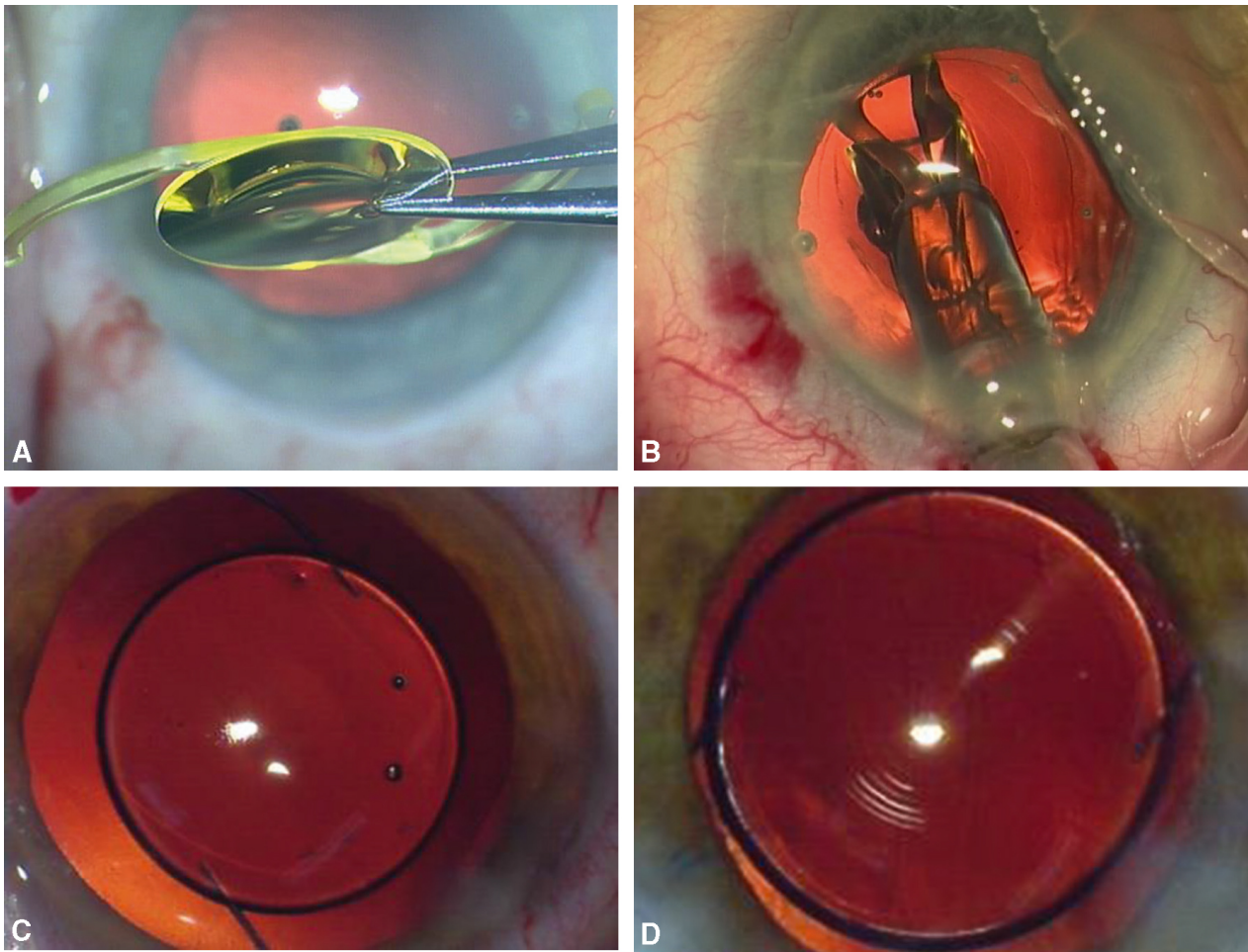
Un traitement par collyres anti-inflammatoire et antibiotique est prescrit dans les suites



opératoires pendant 1 mois environ et le patient est revu au moins deux fois dans le mois qui suit (à la première semaine puis au bout d'un mois).

## D Correction optique de l'aphaquie (absence de cristallin)

La mise en place d'un *implant intraoculaire de chambre postérieure* (**fig. 13.12**) dans le sac cristallinien est le principal moyen de correction pour compenser la puissance du cristallin.



**FIG. 13.12** Implantation intraoculaire.

A. Implant souple en matériau acrylique. B. Implantation à l'aide d'un injecteur à travers une incision de petite taille. C. Implant monofocal en place dans le sac cristallinien. D. Implant multifocal diffractif (« cercles concentriques » à la surface).

Le choix de l'implant permet de corriger les troubles réfractifs du patient.

Les *implants sphériques monofocaux* corrigent uniquement les amétropies sphériques (myopie ou hypermétropie).

**241** Les *implants toriques monofocaux* permettent de corriger en même temps les amétropies sphériques (myopie et hypermétropie) et l'astigmatisme. Ils ont une composante cylindrique et sont donc orientés. Il faut les positionner selon un certain axe lorsqu'on les met en place dans l'œil (vidéo 13.2).

Avec ces deux types d'implant, le patient perd la faculté d'accommoder et devra porter des lunettes en vision de près ou progressives en postopératoire.

Les *implants multifocaux* sont conçus pour corriger plusieurs distances de vision (loin, intermédiaire, près). Ils peuvent être toriques. Leur principe repose sur la séparation de la lumière réfractée par l'implant vers deux (bifocaux) ou trois (trifocaux) foyers. Ils peuvent être réfractifs, avec une variation de puissances répartie sur l'optique de l'implant, ou diffractifs et séparent alors l'énergie

lumineuse en différents foyers bien distincts. Les implants multifocaux peuvent entraîner toutefois une perte de performance visuelle par rapport aux implants monofocaux et des effets secondaires photiques à type de halos la nuit.

Une gamme d'*implants à profondeur de champ* permet d'obtenir une courbe de focalisation étendue de la vision de loin à la vision intermédiaire notamment, avec pour objectif de réduire les effets photiques secondaires.

Parfois, dans des circonstances particulières (rupture de la capsule postérieure ou cataracte traumatique), il est possible d'utiliser un implant à fixation irienne ou sclérale. Lorsque l'on ne peut pas mettre en place d'implant, il reste possible de corriger l'aphaquie par lunettes ou lentilles de contact.

**242** La *correction par lunettes* est possible à l'aide de verres très épais (souvent plus de 10 dioptries). De ce fait, elle entraîne des aberrations optiques majeures qui réduisent le champ visuel utile. Ce mode de correction est aujourd'hui exceptionnel et nécessite une correction bilatérale pour éviter une aniséiconie (différence de grandeur des images rétiniennes des deux yeux en cas de différence importante de défaut de vision entre l'œil droit et l'œil gauche).

La correction par *lentilles de contact* restitue une fonction visuelle correcte, mais a ses inconvénients propres liés à la manipulation et au risque de complications des lentilles (sécheresse oculaire, ulcère cornéen traumatique, abcès cornéen infectieux).

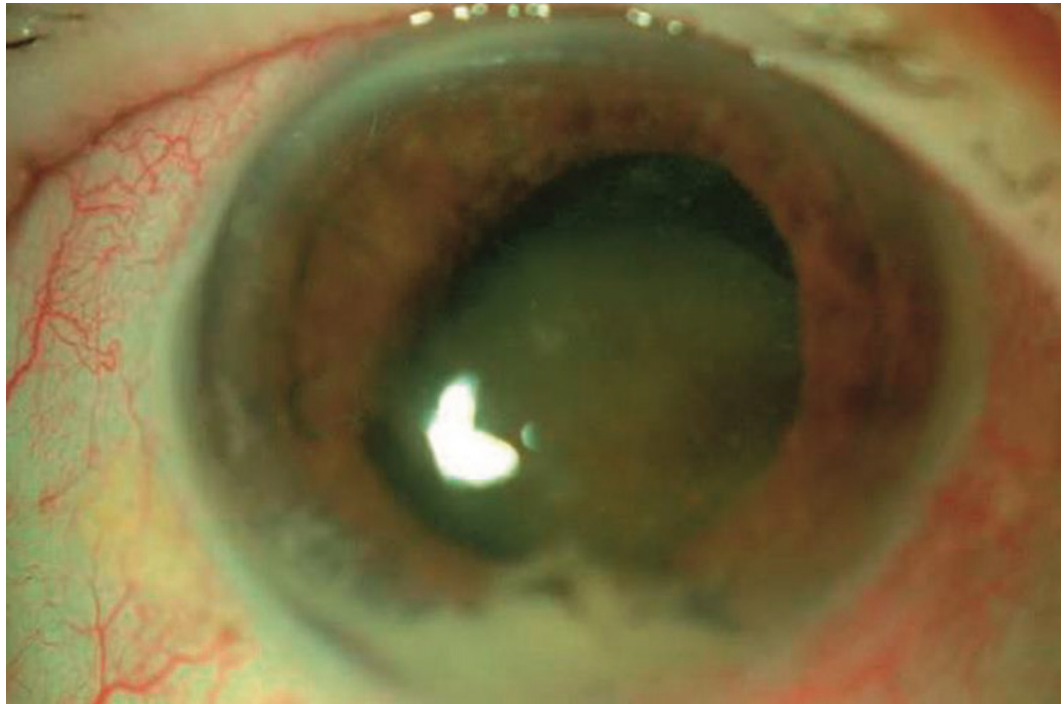
## E Indications



La chirurgie peut être envisagée dans trois situations :

- la *gêne fonctionnelle*. La chirurgie est envisagée lorsque la fonction visuelle ne satisfait plus les besoins du patient et affecte son mode de vie en retentissant sur ses activités quotidiennes. La récupération est rapide en l'absence d'autres pathologies et le patient pourra être équipé de sa nouvelle correction optique en moyenne 1 mois après la chirurgie;
- en cas de *gêne à l'examen du fond d'œil*, dans un but diagnostique et/ou thérapeutique;
- en *prévention des complications* induites par la cataracte. Ces complications sont rares, prévenues par la chirurgie et souvent réversibles après opération. Une cataracte non opérée très évoluée peut se compliquer :
  - de BAV possiblement sévère (avec maintien toujours d'au moins une perception visuelle en l'absence de pathologie associée);
  - d'une uvéite phacoantigénique (**fig. 13.13**) par exsudation de protéines cristalliniennes à travers la capsule altérée et réaction immunologique à leur rencontre,

A



**FIG. 13.13** Cataracte hypermature avec pseudo-hypopion par uvéite phacoantigénique.

- d'un glaucome phacolytique par obstruction du trabéculum par les protéines cristalliniennes,
- d'un glaucome phacomorphique par cataracte intumescence (par augmentation du volume du cristallin) pouvant se compliquer d'un blocage pupillaire avec glaucome aigu par fermeture de l'angle,
- d'une subluxation/luxation cristallinienne avec ou sans traumatisme.

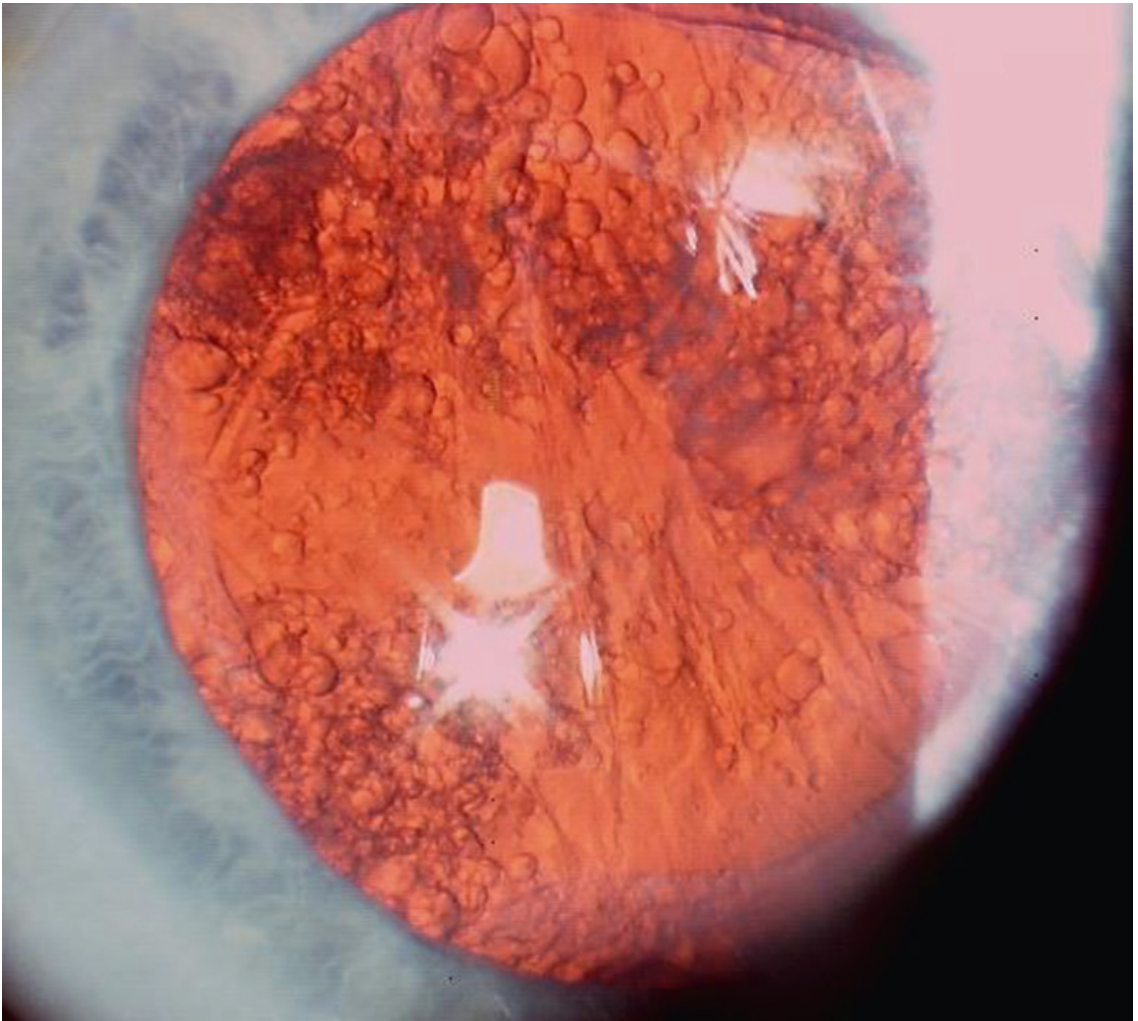
## F Complications postopératoires

Ce sont :



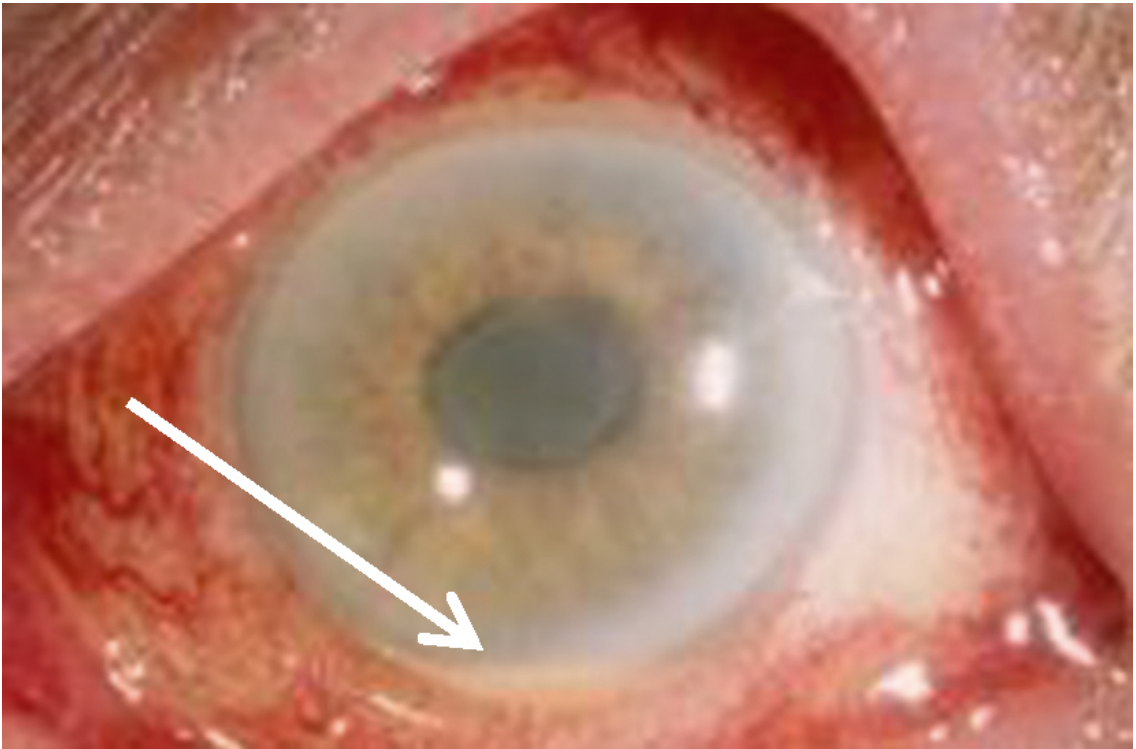
- l'opacification de la capsule postérieure (fig. 13.14 et fig. 13.15) : elle survient chez près de 50 % des patients dans les 2 ans postchirurgie. Elle correspond à une prolifération de 243 cellules cristalliniennes résiduelles et aboutit à des opacités gênantes quand elles sont centrales. Elle se traduit par une BAV progressive, d'où son nom parfois de « cataracte secondaire ». Le traitement est réalisé par capsulotomie au laser YAG qui permet d'ouvrir cette capsule opacifiée;





**FIG. 13.14** Opacification capsulaire postérieure (perles d'Elschnig et fibrose).

- A** l'*endophtalmie* (**fig. 13.16** et fig. 13.17) : infection intraoculaire postopératoire sévère qui peut compromettre la fonction visuelle définitivement. Elle survient classiquement entre 2 et 7 jours postchirurgie, mais parfois plus tardivement, et doit être traitée rapidement par une antibiothérapie locale, intravitréenne et générale, parfois une vitrectomie postérieure dans les cas sévères en hospitalisation (estimée à une fréquence de 1 %);

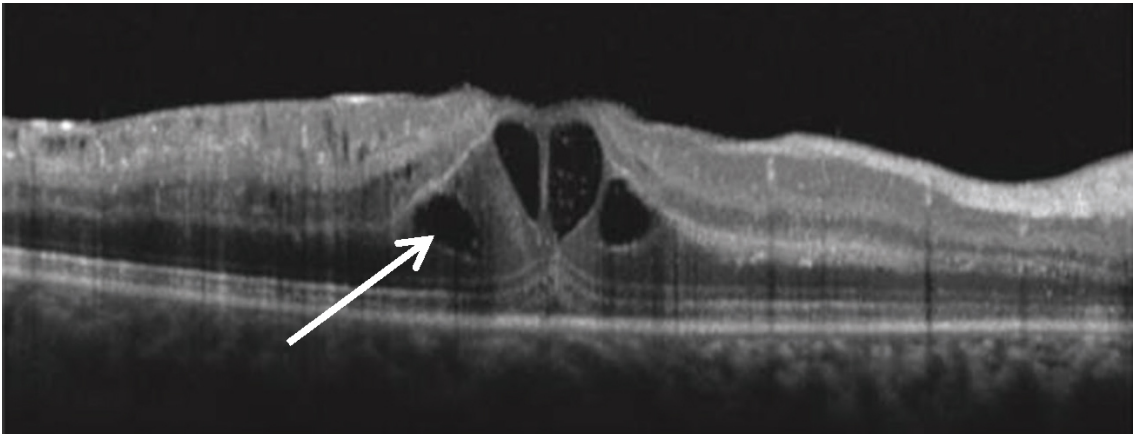


**FIG. 13.16** Endophtalmie : lame d'hypopion (flèche), hyperhémie conjonctivale, trouble des milieux.

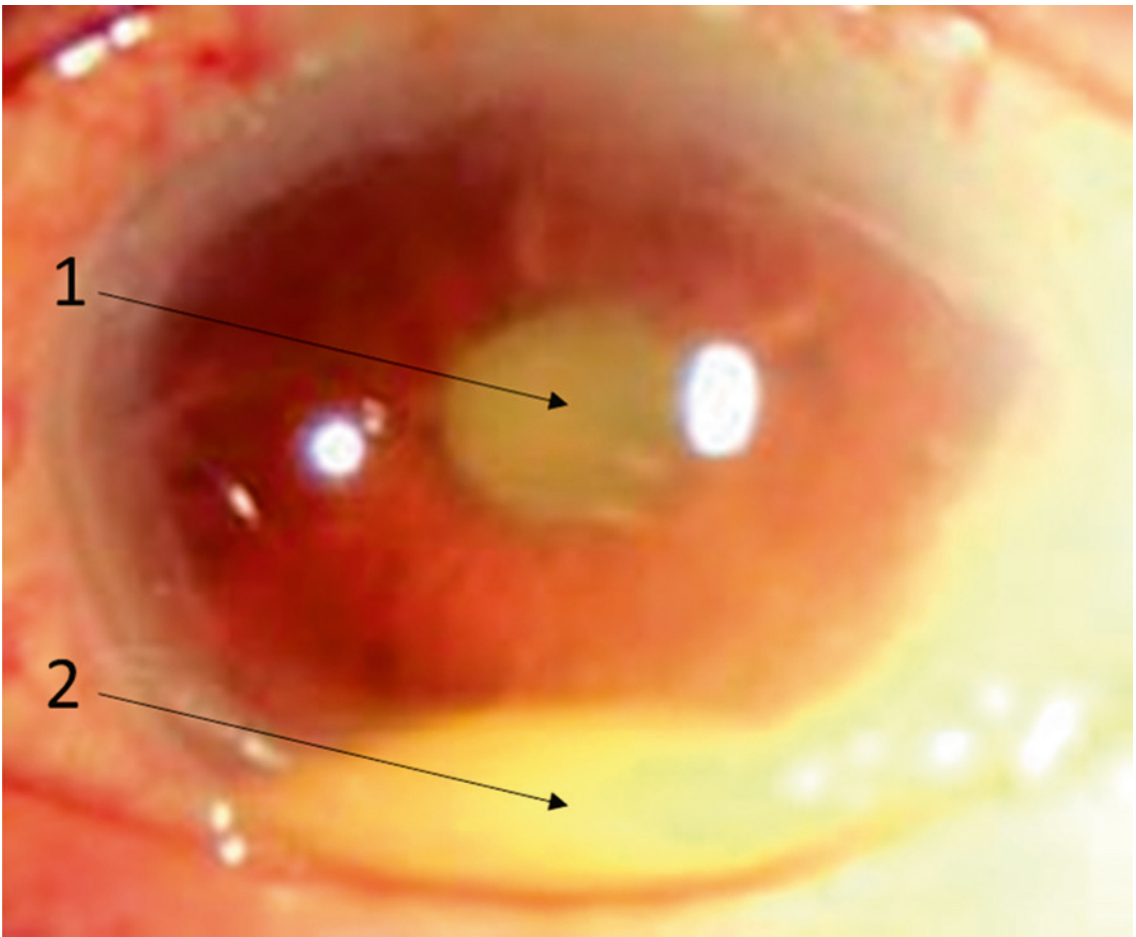


- le *décollement de la rétine* : plus fréquent en cas de rupture peropératoire de la capsule postérieure et chez les forts myopes;
- l'œdème *maculaire cystoïde* (œdème d'Irvine-Gass) d'origine inflammatoire (**fig. 13.18**) : il survient dans les semaines ou les mois qui suivent la chirurgie avec baisse d'acuité visuelle de loin et de près et présence de métamorphopsies; le traitement anti-inflammatoire local (anti-inflammatoires non stéroïdiens et stéroïdiens) et l'acétazolamide (Diamox®) sont souvent efficaces;

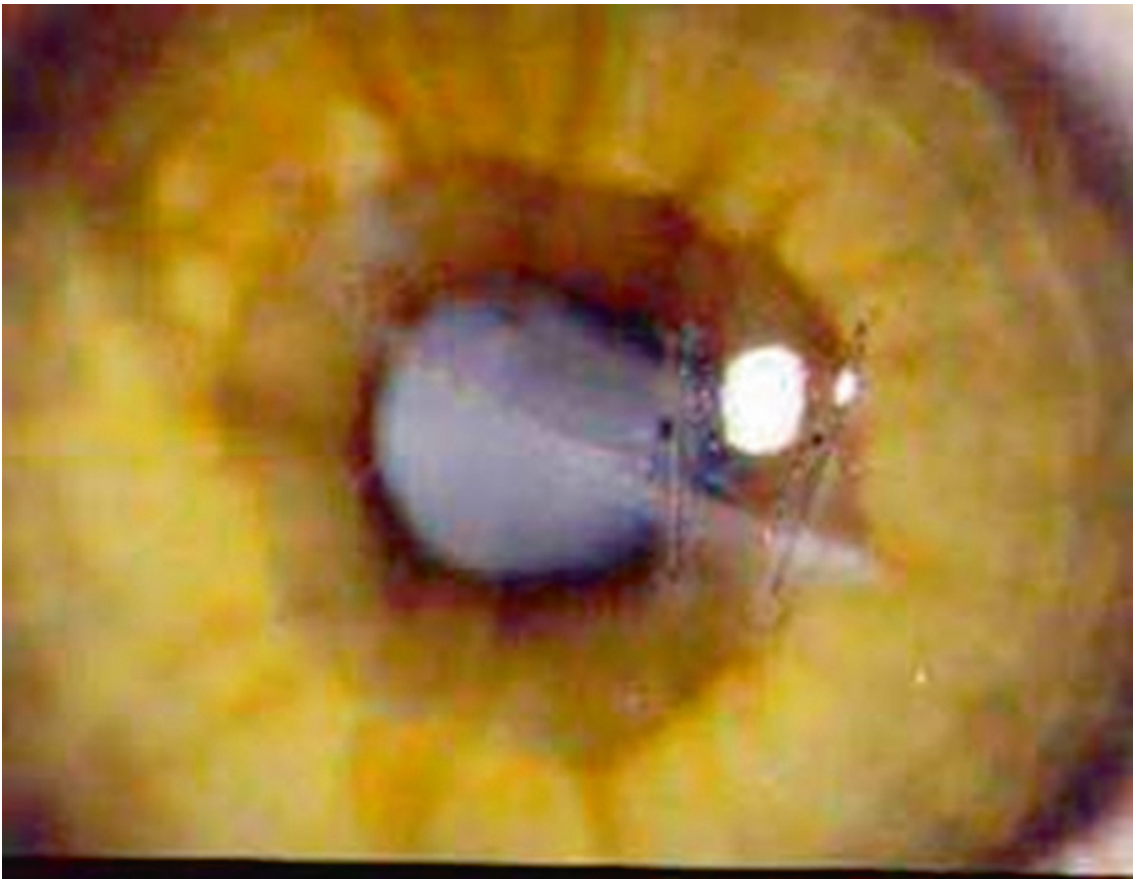
**B**



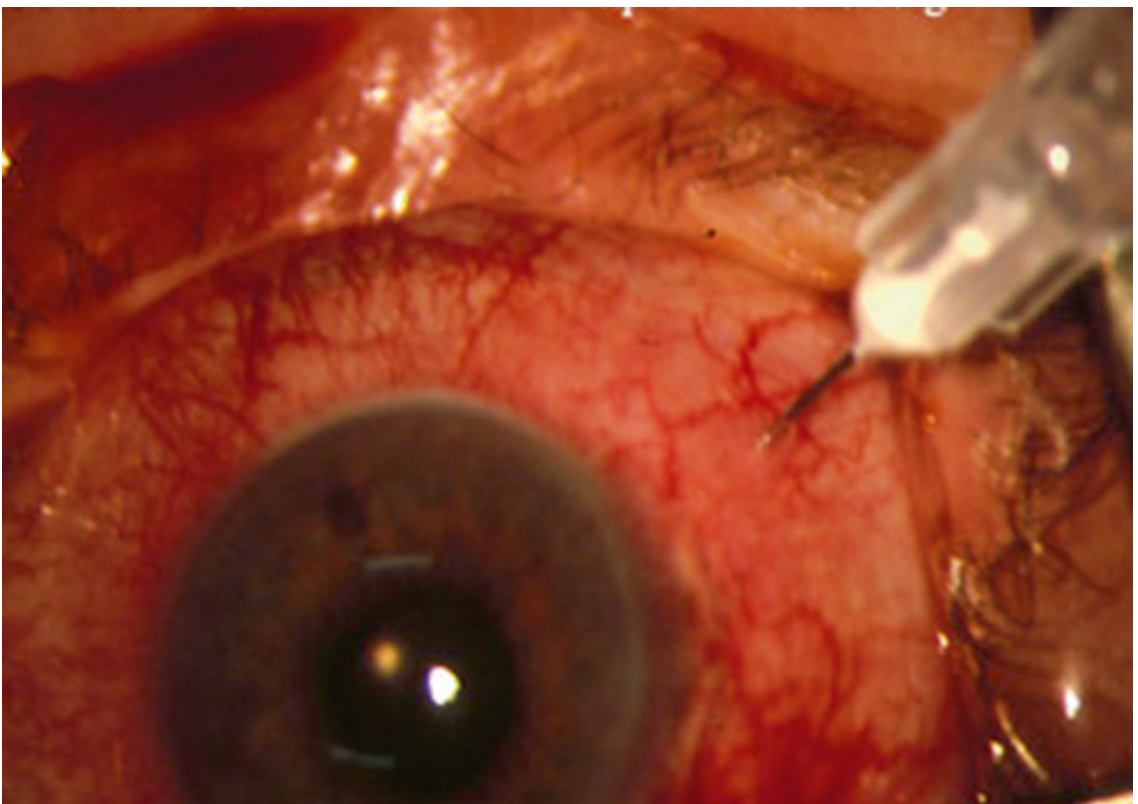
**FIG. 13.18** œdème maculaire cystoïde (flèche) (image OCT).



**FIG. 13.19**



**FIG. 13.20**



**FIG. 13.21**

- la *kératopathie bulleuse* (décompensation œdémateuse de la cornée pouvant nécessiter une greffe de cornée), plus fréquemment retrouvée chez les patients ayant une prédisposition

dystrophique cornéenne (cornea guttata avec perte endothéliale).

244

## Points clés

- **A** La cataracte, opacification du cristallin, s'observe le plus souvent chez le sujet âgé (cataracte sénile).
- **B** Elle se manifeste par une baisse d'acuité visuelle en général bilatérale, parfois asymétrique, d'évolution lente.
- **A** L'examen après dilatation pupillaire permet d'observer l'opacification du cristallin et d'en préciser le type (cataracte nucléaire, etc.).
- **B** L'évolution non traitée est lente, entraînant une baisse progressive de la vision; la baisse d'acuité visuelle devient petit à petit invalidante en vision de loin et/ou en vision de près, amenant à envisager un traitement chirurgical.
- Le traitement est uniquement chirurgical, par extraction extracapsulaire du cristallin, par phacoémul-sification, et mise en place d'un implant intraoculaire. Il est pratiqué le plus souvent sous anesthésie topique en ambulatoire.
- La récupération fonctionnelle est le plus fréquemment excellente et rapide, sauf en cas de pathologie oculaire associée ou en cas de survenue de complications.

## ► Compléments en ligne

### **A** *QROC 1*

Un patient de 69 ans rapporte une baisse de vision qui le gêne pour conduire. Il ne portait pas de lunettes de loin. Il ne porte en revanche plus les lunettes qu'il utilisait pour regarder son écran d'ordinateur. Quel est votre diagnostic précis ?

### **A** *QRM 2*

Quels signes peuvent révéler la survenue d'une cataracte sénile ?

- A Baisse d'acuité visuelle progressive
- B Photophobie
- C Halos dans la vision
- D Gêne en conduite nocturne
- E Diplopie monoculaire

245

### **A** *QRS 3*

Une patiente se plaint de voir double. Cette diplopie ne disparaît pas à l'occlusion de l'œil droit ou de l'œil gauche. Quels examens en urgence réalisez-vous ?

- A IRM cérébrale
- B Scanner cérébral
- C VS/CRP
- D Échographie Doppler des troncs supra-aortiques
- E Aucun



**QRM 4**

Quels sont les principaux examens complémentaires nécessaires avant de réaliser une chirurgie de la cataracte classique ?

- A Champ visuel
- B Mesure de la longueur axiale
- C Kératométrie
- D Angiographie rétinienne à la fluorescéine
- E Vision des couleurs
- F Topographie cornéenne
- G Échographie en mode B



**QROC 5**

Une patiente opérée de la cataracte revient 6 jours après l'intervention avec une douleur importante ainsi qu'une baisse d'acuité visuelle majeure. Quelle complication faut-il éliminer en urgence dans ce contexte ?



**ZAP 6**

Nommer les lésions indiquées par les flèches.



**QRS 7**

246 Quelle est l'origine la plus probable de cette cataracte ?

- A Métabolique
- B Traumatique
- C Uvéitique
- D Sénile
- E Contusive



**QROC 8**

Nommez le geste technique sur cette photographie.

## **QROC 1**

Réponse : cataracte avec augmentation de l'indice de réfraction du cristallin créant une myopie d'indice. Commentaires : certaines cataractes, pas toutes, peuvent induire une myopie qui permet parfois à certains patients d'y voir mieux, de près ou en distance intermédiaire (ordinateur). Si la cataracte progresse, la vision finit par se détériorer.

## **QRM 2**

Réponses : A, B, C, D, E.

Commentaires : la gêne en conduite nocturne peut être due à la baisse d'acuité visuelle ou aux halos (auréoles lumineuses diffuses autour des phares) et éblouissements.

## **QRS 3**

Réponse : E.

Commentaires : la diplopie binoculaire disparaît lorsque l'un des deux yeux est fermé. Une diplopie binoculaire peut avoir une origine neurologique et nécessiter une prise en charge urgente. Une diplopie monoculaire persiste à l'occlusion de l'œil sain et disparaît à l'occlusion de l'œil atteint. Elle peut avoir une cause ophtalmologique retrouvée facilement à l'examen : cornéenne (astigmatisme important, cicatrice, kératocône); irienne (traumatique); cristallinienne (cataracte nucléaire).

## **QRM 4**

Réponses : B, C.

Commentaires : kératométrie (mesure de la courbure cornéenne) et mesure de la longueur axiale permettent de calculer la puissance de l'implant intraoculaire qui compense le retrait du cristallin. On peut aussi proposer un examen OCT de la macula pour vérifier son intégrité le cas échéant.

## **QROC 5**

Réponse : une endophtalmie.

Commentaires : l'endophtalmie est une infection oculaire grave, d'origine postopératoire le plus souvent. La prise en charge est urgente, puisque la rapidité d'injection intravitréenne des antibiotiques conditionne le pronostic.

## **ZAP 6**

Réponses : 1. fibrine dans l'aire pupillaire; 2. hypopion.

## **QRS 7**

Réponse : B.

Commentaires : il s'agit d'une cataracte traumatique, probablement perforante. La cataracte est blanche. La cornée présente une plaie suturée (deux points de suture de monofilament 10-0). Le mécanisme est le plus souvent dû à la lésion directe des fibres du cristallin par l'agent perforant, mais aussi à l'hydratation secondaire à la rupture capsulaire.

## **QROC 8**

Réponse : injection intravitréenne.

Commentaires : il s'agit d'une injection d'antibiotiques dans une endophtalmie postopératoire de cataracte. L'injection se fait directement dans la cavité vitréenne. Il s'agit d'une urgence avec un pronostic fonctionnel (perte de vision) et anatomique (perte de l'œil) engagé.

## ► **248 Compléments en ligne**

Des compléments numériques sont associés à ce chapitre. Ils sont indiqués dans le texte par un picto. Pour voir ces compléments, connectez-vous sur <http://www.em-consulte.com/e->

complements/478662 et suivez les instructions.

• e-Figures

A



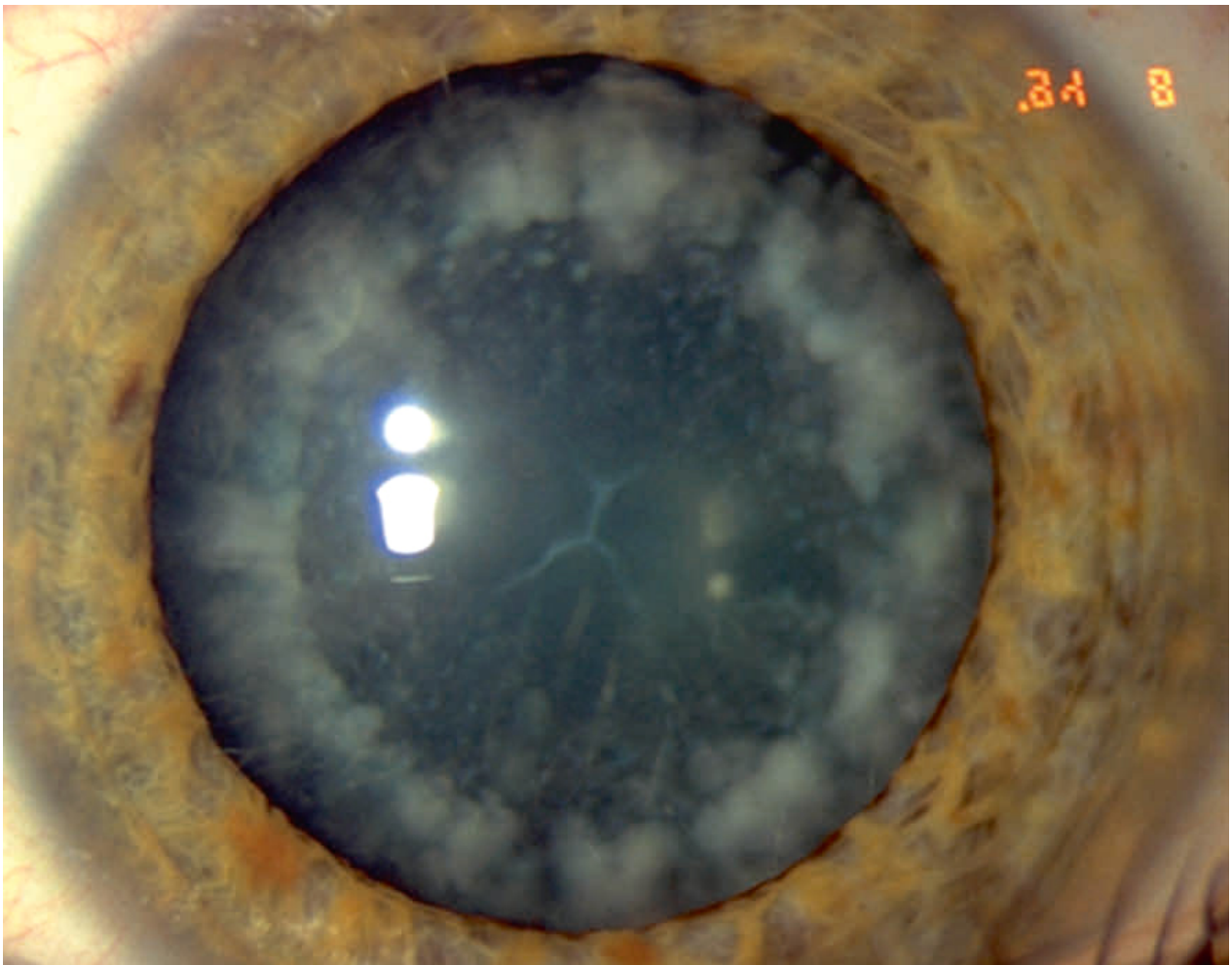
**E-FIG. 13.2** Cataracte avec opacification jaunâtre importante du noyau.

A



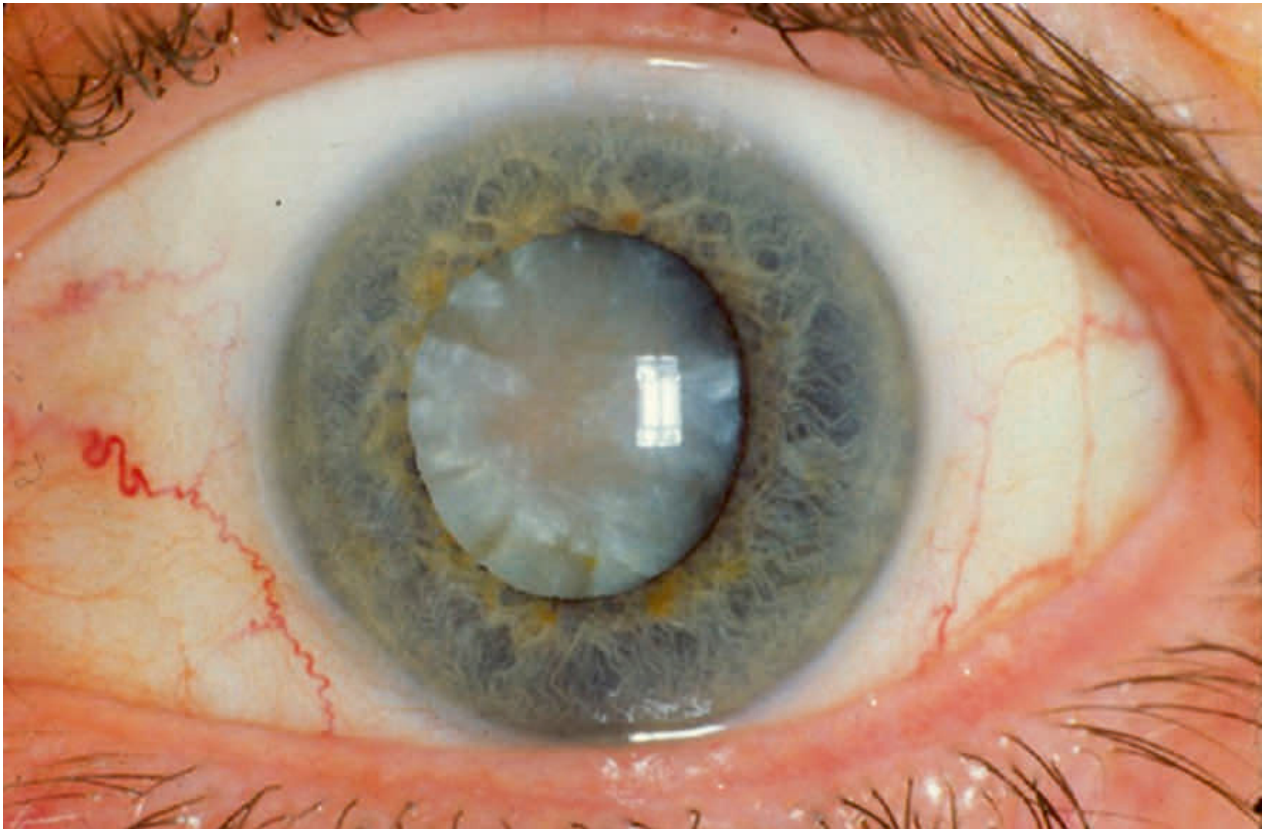
**E-FIG. 13.4** Cataracte sous-capsulaire postérieure observée en rétro-illumination rétinienne.

A

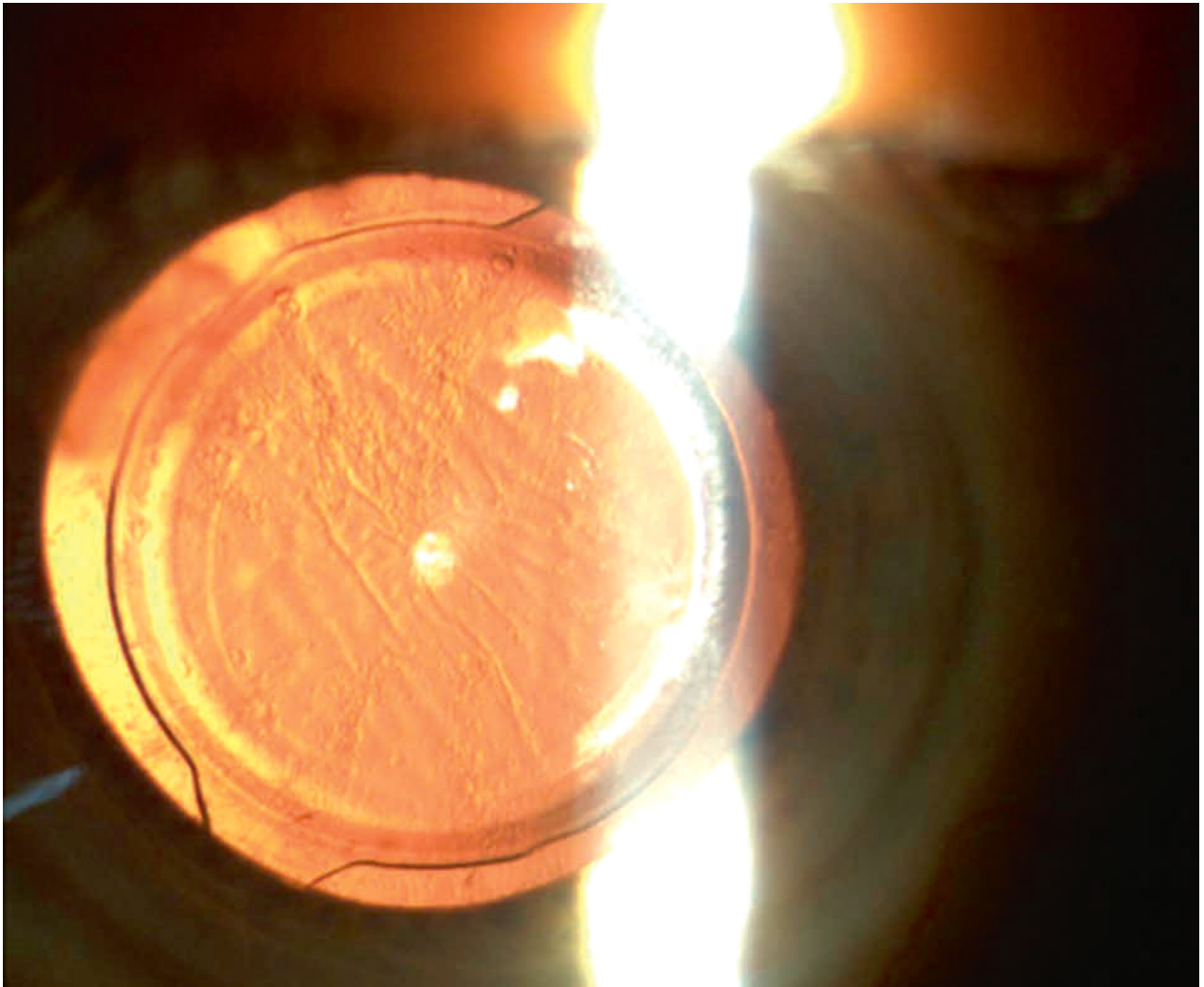


**E-FIG. 13.6** Cataracte corticale.

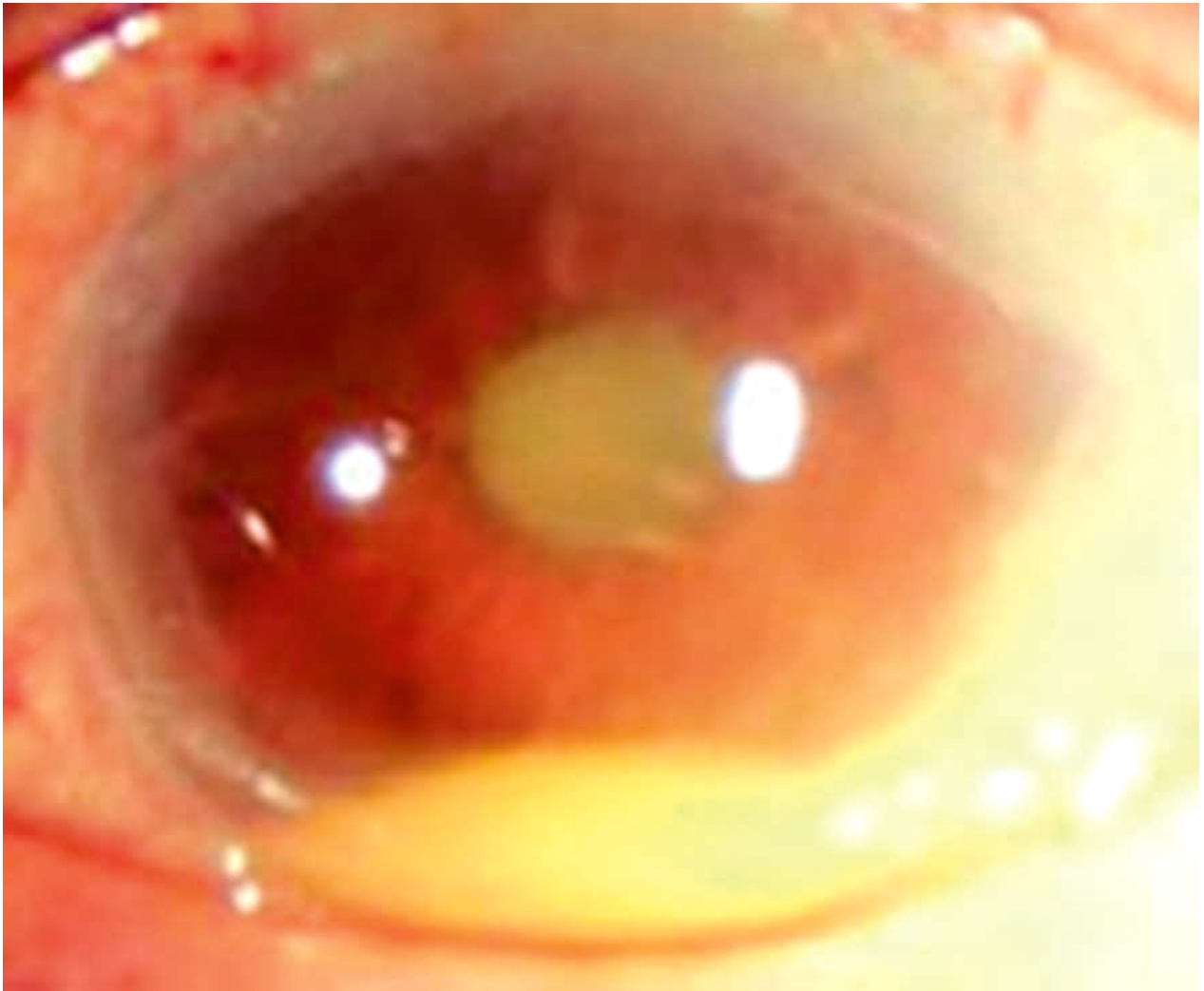
A



**E-FIG. 13.8** Cataracte totale à l'origine d'une baisse d'acuité visuelle importante.



**E-FIG. 13.15** Opacification capsulaire postérieure fibreuse à l'origine d'une baisse d'acuité visuelle progressive.



**E-FIG. 13.17** Endophtalmie avec hyperhémie conjonctivale, œdème cornéen (flou cornéen), fibrine dans l'aire pupillaire avec un reflet jaunâtre, et importante lame d'hypopion (pus collecté en inférieur).

#### • Vidéos

**Vidéo 13.1. Procédure chirurgicale d'extraction extracapsulaire de la cataracte par phacoémulsification sous anesthésie topique.**

Source : Pr J.-L. Bourges, Hôpital Cochin, AP-HP, Paris.

**Vidéo 13.2. Chirurgie de cataracte : implantation d'un implant torique.**

Source : Pr P. Fournié, CHU de Toulouse.