

LE DOSSIER

Cataracte et pathologies combinées

Cataracte et glaucome : indications de la chirurgie combinée

RÉSUMÉ : La prise en charge des patients glaucomateux est souvent associée à la présence d'une cataracte, l'âge étant pour ces deux pathologies un facteur de risque commun.

Lorsque le stade du glaucome est déjà au moins modéré, ou si le patient est sous bi- ou multithérapie, l'extraction du cristallin constitue très souvent un risque à part entière de progression des déficits périmétriques. L'indication d'une chirurgie combinée prend tout son sens, et doit être confiée à des ophtalmologistes expérimentés afin de gérer au mieux les remontées pressionsnelles précoces potentielles.

L'extraction du cristallin sans association à un traitement chirurgical du glaucome peut permettre de traiter des hypertonies sur des angles susceptibles de fermeture et des glaucomes chroniques par fermeture de l'angle aux stades débutants.



→ E. BLUWOL ^{1, 2}

¹ Cabinet d'Ophtalmologie, PARIS.

² Institut du Glaucome, service du Pr Lachkar, Hôpital Saint-Joseph, PARIS.

Cataracte et glaucome sont deux pathologies dont l'incidence augmente avec l'âge. Ainsi, nombreux sont les patients pour lesquels ces deux affections coexistent et pour lesquels une indication chirurgicale s'impose, qu'elle soit principalement motivée par l'extraction du cristallin ou du fait d'une progression périmétrique.

Cependant, parmi eux, peu bénéficient d'une chirurgie dite "combinée" au détriment bien souvent d'une intervention de cataracte seule qui ne règle pas le problème de la progression périmétrique.

Quelles sont les indications d'une chirurgie filtrante associée à une phacoexérèse? Existe-t-il des inconvénients à ce type de chirurgie? L'extraction du cristallin peut-elle réduire la pression intraoculaire (PIO)?

Effet de l'extraction du cristallin sur la PIO

De nombreuses études rapportent une baisse pressionnelle après phacoexé-

rèse, allant de 4 mmHg sur une période de 3 à 5 ans chez les patients vierges de toute chirurgie [1, 2]. Cette baisse interviendrait par le biais d'une augmentation de la profondeur de chambre antérieure et à l'augmentation du flux trabéculaire [3]. Cependant, cet adage ne vaut pas pour tous les patients, surtout si le glaucome est réfractaire ou s'il existe une excavation marquée du disque optique, ou encore s'il existe des synéchies angulaires étendues en gonioscopie.

Chez ces patients, le risque de pics pressionnels après extraction du cristallin doit être pris en compte, et dès lors que le traitement local hypotonisant ne pourrait être majoré en postopératoire, il ne faut pas envisager de chirurgie de cataracte seule, mais une chirurgie combinée [4].

L'extraction du cristallin "isolée" reste une bonne indication des hypertonies sur des angles susceptibles de fermeture et des glaucomes chroniques par fermeture de l'angle aux stades débutants, lorsque la PIO est bien contrôlée par monothérapie.

LE DOSSIER

Cataracte et pathologies combinées

Indications d'une chirurgie filtrante chez le glaucomateux

1. Sans cataracte visuellement invalidante

L'indication d'une chirurgie filtrante (perforante ou non) est motivée par une progression structurale et fonctionnelle malgré un traitement hypotonisant maximal toléré, en cours. Lorsqu'une telle progression existe chez un patient ne présentant pas de cataracte clinique, seule la chirurgie du glaucome doit être réalisée. Souvent, la cataracte est cliniquement présente mais sans retentissement visuel significatif pour le patient.

S'il s'agit d'un glaucome chronique par fermeture de l'angle, l'extraction du cristallin améliorera la composante de bloc pupillaire relatif et l'indication d'une chirurgie combinée, associant une trabéculéctomie à une phacoexérèse, prend toute sa valeur thérapeutique, l'extraction du cristallin étant une des composantes du traitement. La mesure de la flèche cristallinienne peut être un argument de plus en faveur de cette extraction du cristallin [5].

En cas de glaucome chronique à angle ouvert, la décision d'extraction cristallinienne dans le même temps que la chirurgie filtrante reviendra au praticien, en fonction de l'importance clinique de la cataracte, tout en sachant que toute chirurgie filtrante, même non compliquée, est cataractogène.

2. Avec cataracte fonctionnellement invalidante

>>> Si le glaucome progresse, la chirurgie combinée est l'indication de choix, permettant une réhabilitation visuelle et une stabilisation de la neuropathie optique glaucomateuse simultanée et rapide.

>>> Si le glaucome ne progresse pas :
– en cas de traitement local hypotonisant bien toléré et "léger" (jusqu'à 2 collyres

instillés/jour), une extraction cristallinienne seule pourra être proposée ;

– si le traitement local hypotonisant est assez mal "supporté" et dès lors qu'il requiert plusieurs instillations quotidiennes, ou dès lors que ce traitement ne pourra pas être majoré en cas d'élévation pressionnelle postopératoire, une chirurgie combinée devrait être proposée pour permettre une amélioration des troubles de la surface oculaire et afin d'améliorer la qualité de vie du patient, par le biais d'une réduction du nombre d'instillations, qui restent contraignantes.

Bénéfices/risques d'une chirurgie combinée

1. Avantages d'une chirurgie en un temps

● Gain de temps et de coût

Les chirurgies combinées permettent de traiter plusieurs pathologies de façon simultanée. Cela signifie donc traiter grâce à une seule hospitalisation, tout en gardant la possibilité de les réaliser sur un mode d'hospitalisation ambulatoire. Cela permet un gain de temps pour le patient et la famille, de limiter les déplacements des accompagnants et de limiter le nombre de consultations postopératoires. Il existe également un bénéfice évident en termes de coût pour le patient et celui de santé publique.

● Meilleure viabilité de la bulle de filtration

Les chirurgies combinées permettent de limiter le risque d'élévation pressionnelle secondaire par rapport à une chirurgie réalisée en deux temps, où toute extraction du cristallin risque de compromettre la fonctionnalité de la bulle de filtration

● Meilleure compréhension de sa pathologie par le patient

Les patients glaucomateux sont souvent dans le déni ou, du moins, sous-estiment

le retentissement du glaucome dans leur quotidien. Lors de l'annonce d'une sanction chirurgicale, l'opérateur se doit d'expliquer au patient qu'une chirurgie combinée n'est pas une opération de cataracte "banale".

Cela implique des contrôles postopératoires plus rapprochés et souvent plus nombreux, le besoin potentiel d'injections d'antifibrotiques dans la bulle de filtration en postopératoire, une récupération visuelle plus lente que pour une cataracte "simple" et la contre-indication de poser des implants multifocaux.

Fréquemment, le patient comprend alors qu'il ne peut pas se comparer à quelqu'un de son entourage "qui voit tout sans lunettes depuis son opération de cataracte". Cela implique également souvent une plus grande implication de la famille dans la gestion du quotidien (pas de reprise de la conduite automobile avant nouvelle correction optique, aide aux tâches de la vie courante, etc.).

● Réduction du risque de "perdu de vue"

En cas de chirurgie en deux temps, si la chirurgie de cataracte est réalisée en premier, le patient ressent une amélioration fonctionnelle et espère donc ses contrôles car se sent "guéri" et ne réalise pas que le glaucome peut progresser. L'observance décline souvent, et il existe un risque de "perdu de vue" qui est bien plus élevé qu'en cas de chirurgie combinée.

● Baisse pressionnelle efficace et durable [6]

2. Inconvénients

● Chirurgie plus "technique"

L'opérateur doit être entraîné à ce type d'intervention car les temps capitaux sont ceux de l'ajustement des sutures du volet scléral et celui de la fermeture conjonctivale. Ces deux temps se veulent

le moins astigmatogène possible, tout en assurant une étanchéité parfaite, sans risque d'hypotonie.

L'anesthésie doit être plus profonde que pour une chirurgie de cataracte, du fait d'une durée d'intervention plus longue (30 à 45 minutes) et du fait de la sensibilité potentielle du patient lors de l'iridectomie chirurgicale. L'anesthésie sous-ténonienne (avec de la xylocaïne non adrénalinée à 1 %) suffit parfaitement à obtenir une analgésie suffisante pour le patient, sans toutefois l'akinésie que procure l'anesthésie péribulbaire. L'anesthésie topique potentialisée est également possible (sélectionner les patients "calmes").

Les complications des chirurgies combinées sont plus fréquentes que celles d'une cataracte seule.

● **Récupération visuelle postopératoire moins rapide**

La récupération visuelle est souvent lente les 15 premiers jours ; le patient est moins reconnaissant et souvent inquiet de cette latence initiale, même si elle a été expliquée en préopératoire.

● **Moindre prédictibilité de l'astigmatisme postopératoire**

L'astigmatisme postopératoire est moins facile à prédire du fait des

sutures de la bulle de filtration dont le positionnement et la tension des fils peut varier. Les combinées phaco-sclérectomies seraient moins pourvoyeuses d'astigmatisme que les phaco-trabéculéctomies.

Afin que cet astigmatisme, peu reproductible, ne se surajoute pas à celui d'une incision cornéenne de cataracte, il est préférable de réaliser l'incision de cataracte sur le méridien horizontal autant que faire se peut.

● **Inflammation postopératoire plus importante**

Une chirurgie combinée est potentiellement davantage pourvoyeuse d'inflammation postopératoire car à risque de saignement per et/ou postopératoire, qui n'est qu'un risque très théorique lors d'une chirurgie de cataracte "simple" non compliquée, surveillance plus rapprochée.

● **Gestion postopératoire nécessitant un plateau technique**

En cas de remontée pressionnelle précoce postopératoire, le chirurgien a besoin de pouvoir accéder à un laser pour réaliser une lyse des fils du volet scléral s'ils sont trop tendus, ou pour réaliser une goniopuncture (en cas de phaco-sclérectomie), ou encore à l'administration de 5-FU en cas de fibrose de

la bulle de filtration afin de réaliser des injections sous-conjonctivales.

Bibliographie

1. SHINGLETON BJ, WHADWANI RA, O'DONOGHUE MW *et al.* Evaluation of intraocular pressure in the immediate period after phacoemulsification. *J Cataract Refract Surg*, 2001;27:524-527.
2. MANSBERGER SL, GORDON MO, JAMPEL H *et al.* Reduction of intraocular pressure after cataract extraction: the ocular Hypertension Treatment Study. *Ophthalmology*, 2012; 119:1826-1831.
3. HUANG G, GONZALEZ E, PENG PH *et al.* Anterior chamber depth, iridocorneal angle width, and intraocular pressure changes after phacoemulsification: narrow vs iridocorneal angles. *Arch Ophthalmol*, 2011;129:1283-1290.
4. VERGES C, CAZAL J, LAVIN C. Surgical strategies in patients with cataract and glaucoma. *Curr Opin Ophthalmol*, 2005;16: 44-52.
5. NONGPIUR ME, HE MG, AMERASINGHE N *et al.* Lens vault, thickness and position in Chinese subjects with angle closure. *Ophthalmology*, 2011;118:474-479.
6. THAM CC, KWONG YY, LEUNG DY *et al.* Phacoemulsification versus combined phacotrabeculectomy in medically uncontrolled chronic angle closure glaucoma with cataracts. *Ophthalmology*, 2009;116: 725-731.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

www.realites-ophthalmologiques.com

Le nouveau site de Réalités Ophthalmologiques

+ riche + interactif + proche de vous

