CATARACTE INTUMESCENTE COMPLIQUEE D'HYPERTONIE OCULAIRE

CHAABOUNI A., KAMOUN M.*, MGHAIETH F.*, EL MATRI L.**

RÉSUMÉ:

Introduction: La cataracte intumescente avec hypertonie oculaire constitue une urgence médico-chirurgicale. Le but de notre travail est d'étudier les particularités cliniques et thérapeutiques de ces cataractes.

Matériel et méthodes: A partir d'une étude rétrospective, nous rapportons 40 cas de cataracte intumescente avec hypertonie oculaire vus aux urgences durant la période allant du 1er janvier 1998 au 30 octobre 2000.

Résultats: L'âge de nos patients variait de 59 à 88 ans (moyenne 78 ans) avec prédominance féminine dans 70% des cas. L'acuité visuelle pré-opératoire était nulle dans 17% des cas et réduite à la perception lumineuse (bien orientée dans 48% des cas, mal orientée dans 35% des cas). L'hypertonie oculaire variait de 25 à 68 mmHg (moyenne 40 mmHg). L'intervention chirurgicale a été pratiquée dans un délai allant d'un jour à 23 jours (moyenne 5 jours). Les techniques opératoires ont consisté en une extraction extracapsulaire simple dans 65% des cas et en une extraction extracapsulaire avec implant intra-oculaire de chambre postérieure dans 35% des cas. Les complications postopératoires étaient essentiellement représentées par l'issue de vitré dans 20% des cas et l'hémorragie expulsive dans 2 cas (5%). L'acuité visuelle postopératoire a été améliorée dans 70% des cas.

Commentaires et conclusion: Les cataractes intumescentes avec hypertonie oculaire posent des problèmes thérapeutiques. Ces derniers peuvent être prévenus par une hypotonisation oculaire pré-opératoire. Les bons résultats fonctionnels nous encouragent à opérer les malades même avec une perception lumineuse douteuse.

.....

* *Institut Hédi Rais d'Ophtalmologie de Tunis (service B)*

received: 27.02.02
accepted: 22.04.02

ABSTRACT:

Introduction: Intumescent cataract with ocular hypertony is a medicosurgical emergency. The purpose of our study is to define the clinical and therapeutic particularities of these cataracts.

Materiel and methods: This retrospective study includes 40 consecutive patients with angle closure secondary to intumescent cataract. All patients were examined between 1st January 1998 and 30 October 2000.

Results: The patient population consisted of 28 women (70%) and 12 men ranging in age from 59 to 88 years (mean age:78 years). Preoperative visual acuity was negative in 17% of cases and limited to light perception in 83% of cases. Ocular pressure varied from 25 to 68 mmHg. Patients underwent surgery one to 23 days after diagnosis. Surgical techniques consisted in extracapsular cataract extraction with (35%) and without (65%) intraocular lens. Peroperative complications were: vitreous loss in 20% of cases and expulsive haemorrhage in 2 cases (5%). Postoperative visual acuity improved in 70% of cases.

Comment and conclusion: Intumescent cataract with ocular overpressure gives therapeutic problems, which can be prevented by a preoperative hypotony. Functionnal results of this study encouraged us to operate the intumescent cataract even if visual acuity is bad.

MOTS-CLÉS:

- Cataracte intumescente
- Hypertonie oculaire

KEY-WORDS:

- Intumescent cataract
- Ocular hypertony

INTRODUCTION

La cataracte intumescente résulte d'une augmentation du volume du cristallin secondaire à une hyperosmolarité. Elle constitue une complication de la cataracte mûre non traitée. Cette intumescence cristallinienne expose à l'hypertonie oculaire par blocage pupillaire et prétrabéculaire. De ce fait, la cataracte intumescente représente une urgence médico-chirurgicale car elle peut mettre en jeu le pronostic fonctionnel. C'est une affection assez fréquente dans nos régions. Le but de cette étude est d'étudier ses particularités cliniques, thérapeutiques et pronostiques.

PATIENTS ET MÉTHODES:

Il s'agit d'une étude rétrospective à propos de 40 cas de cataracte intumescente avec hypertonie oculaire vus aux urgences durant la période allant du 1er janvier 1998 au 30 octobre 2000 et comprenant 28 femmes et 12 hommes. L'âge moyen était de 78 ans avec des extrêmes allant de 59 à 88 ans. Tous les patients avaient consulté avec un tableau d'œil rouge, douloureux et non-voyant. L'examen ophtalmologique de chaque patient comprenait une évaluation de l'acuité visuelle, un examen du segment antérieur (état de la cornée, profondeur de la chambre antérieure, état de l'iris et du cristallin), une mesure du tonus oculaire et une échographie oculaire précisant l'état vitréo-rétinien. La prise en charge en milieu hospitalier des malades a été d'abord médicale puis chirurgicale. Le traitement médical était double: traitement local à base de collyre hypotonisant oculaire, mydriatique et anti-inflammatoire et traitement par voie générale: perfusion de mannitol à 20% avec acétazolamide per os. Après équilibration du tonus oculaire, nos malades ont bénéficié d'une extraction de cataracte.
Le suivi des patients consistait en une évaluation de l'acuité visuelle, un examen du segment antérieur avec mesure du tonus oculaire et un examen du fond d'œil précisant l'état de la papille. Le recul moyen a été de 14 mois avec des extrêmes allant de 4 à 30 mois.

RÉSULTATS:

L'acuité visuelle pré-opératoire était nulle dans 7 cas et réduite à une perception lumineuse bien orientée dans 15 cas, mal orientée dans 14 cas. L'examen du segment antérieur montrait une buée épithéliale, une chambre antérieure étroite, une hémi-mydriase aréflectique, une cataracte blanche totale et un tonus oculaire élevé variant entre 25 et 68 mmHg (moyenne: 40 mmHg). L'intervention chirurgicale a été pratiquée dans un délai allant d'un jour à 23 jours (moyenne: 5 jours) après l'installation du tableau clinique. Le traitement chirurgical a consisté en une extraction extracapsulaire (EEC) simple dans 26 cas et une EEC avec implantation en chambre postérieure dans 14 cas. Les complications peropératoires ont consisté essentiellement en issue de vitré dans 8 cas et en hémorragie expulsive dans 2 cas. L'acuité visuelle postopératoire a été améliorée dans 70% des cas. En effet, la moitié de nos malades avaient récupéré une acuité visuelle supérieure à 1/10. La normalisation du tonus oculaire postopératoire a été obtenue dans 89% des cas. Une hypertonie résiduelle a été notée dans 4 cas nécessitant un traitement médical. Le fond d'œil a montré une papille normale dans 52% des cas, une papille pâle dans 27% des cas, une excavation papillaire dans 13% des cas. Dans les 3 cas restants, la papille n'a pu être appréciée, le fond d'œil étant invisible. Les complications postopératoires étaient essentiellement du type réaction inflammatoire (18 cas). Les autres complications consistaient en une hypertonie oculaire (4 cas), décompensation cornéenne (3 cas), persistance de masses (1 cas) et décollement de la rétine (1 cas).

DISCUSSION:

La revue de la littérature dans cette forme clinique de cataracte est pauvre. Le tableau clinique de la cataracte intumescente compliquée d'une hypertonie oculaire par blocage pupillaire est celui d'une crise aiguë de glaucome par fermeture de l'angle. Ce tableau comporte un œil rouge et douloureux avec à l'examen une buée épithéliale pouvant aller jusqu'à l'œdème cornéen, une chambre antérieure étroite et parfois même plate, une hémi-mydriase aréflectique, et une cataracte blanche totale. L'évo-

lution de la cataracte intumescente non traitée peut être favorable mais ceci est rare et marqué par un risque important de récidive. Le plus souvent, l'évolution spontanée se fait vers la décompensation cornéenne, l'hypertonie oculaire irréductible et enfin vers la perte fonctionnelle définitive. La cataracte intumescente est une urgence ophtalmologique nécessitant d'abord une préparation à la chirurgie par hypotonisation du globe oculaire, une dilatation de la pupille avec instillation d'anti-inflammatoires stéroïdiens et une appréciation de l'état de l'endothélium cornéen par microscopie spéculaire. La phaco-exérèse peut se faire par extraction extracapsulaire manuelle ou par phacoémulsification [2]. La chirurgie de la cataracte intumescente est une chirurgie difficile. Les difficultés opératoires relèvent essentiellement de la présence de l'œdème cornéen, de l'étroitesse de la chambre antérieure, d'une mauvaise dilatation, d'une fragilité zonulaire, d'une réaction inflammatoire et d'un hyphéma peropératoire. La capsulotomie antérieure étant difficile, certains auteurs préconisent un capsulorhexis après décompression de la cataracte intumescente par injection de produit visco-élastique dans la chambre antérieure étroite [1,7] associée à une aspiration du cortex par une aiguille 30 gauge [7]. Gimbel et al. [4] pratiquent un premier capsulorhexis de petite taille à travers lequel ils aspirent le cortex cristallinien, puis vont élargir secondairement ce rhexis pour la phaco-émulsification du noyau. Pham et al. [6] utilisent la diathermie à haute fréquence pour réaliser le rhexis antérieur. L'implantation intra-oculaire se fait systématiquement en chambre postérieure mais ceci n'est pas toujours possible. En cas d'issue de vitré, l'implantation en chambre antérieure est discutée car elle peut aggraver un œdème cornéen ou une éventuelle hypertonie résiduelle. L'implantation en chambre postérieure à fixation sclérale trouverait son indication. Civerchia et al. [3] pensent qu'il faut éviter l'implantation en cas de glaucome aigu par fermeture de l'angle secondaire à une intumescence cristallinienne. La complication peropératoire redoutable qui compromet le pronostic fonctionnel est l'hémorragie expulsive (2 cas dans notre série). Ndiaye et al. [5] rapportent deux cas d'hémorragie expulsive.

Les patients qui ne consultent qu'au stade de cataracte intumescente avec hypertonie oculaire sont beaucoup plus gênés et alarmés par la douleur que par la baisse de l'acuité visuelle puisque celle-ci est ancienne et réduite à la perception lumineuse. L'intervention pour ces patients se fait essentiellement dans un but antalgique. Cependant il peut exister des surprises postopératoires. En effet, dans notre série l'acuité visuelle a été améliorée dans 10 cas sur 14 de perception lumineuse douteuse. Le pronostic fonctionnel est lié essentiellement à l'état du nerf optique et de la cornée. L'altération du nerf optique dépend de l'importance et de la durée de l'hypertonie. Dans notre série, nous avons noté une altération du nerf optique dans 40% des cas. La décompensation cornéenne dépend de l'importance de la perte endothéliale liée à l'hypertonie oculaire et à une chirurgie laborieuse.

CONCLUSION:

La cataracte intumescente avec hypertonie oculaire pose un problème thérapeutique. Elle nécessite une bonne préparation pré-opératoire des malades. Les résultats fonctionnels encourageants nous incitent à opérer les malades, même si la perception lumineuse est douteuse. Enfin il faut insister sur la prévention de cette forme clinique de cataracte.

RÉFÉRENCES:

(1) BHATTACHARJEE K., BHATTACHARJEE H., GOSWAMI B.J., SARMA P. – Capsulorhexis in intumescent cataract. J. Cataract Refract Surg 1999, 25:1045-7.
(2) CHAKRABARTI A., SINGH S. – Phacoemulsification in eyes with white cataract. J Cataract Refract Surg 2000, 26:1041-7.
(3) CIVERCHIA L.L., BALENT A. – Intraocular lens implantation in acute angle closure glaucoma associated with cataract. J Am Intraocul Implant Soc 1985, 11:171-3.
(4) GIMBEL H.V., WILLERSCHEIDT A.B. – What to do whith limited view: the intumescent cataract. J.Cataract Refract Surg 1993; 19:657-61.
(5) NDIAYE M.R., BA E.A., NDOYE N., CECCON J.F., WADE A. – Expulsive haemorrhage (report of 2 cases). Dakar Med 1993, 38:39-41.
(6) PHAM D.T., LIEKFELD A., HARTMANN C. – Capsulotomy in intumescent cataract with the high frequency diathermy capsulotom. Klin Monatsbl Augenheilkd 1998, 212:29-31.
(7) RAO S.K., PADMANABHAN P. – Capsulorhexis in eyes with phacomorphic glaucoma. J Cataract Refract Surg 1998, 24:882-4.

.....

Adresse:
Afif CHAABOUNI
Institut Hédi Rais d'Ophtalmologie de Tunis (service B)
Bab Saadoun, 1006 Tunis
Tunisie
N° Tel: 00216 71 577937
N° Fax: 00216 71 575956
e-mail: leila.elmatri@rns.tn