COEXISTENCE DE CATARACTE ET DE GLAUCOME: TRAITEMENTS CHIRURGICAUX

ALBERT GALAND, COORDINATEUR
JACQUELINE COLLIGNON
XAVIER MARTIN
ANDRÉ MERMOUD
THIERRY ZEYEN

Rapport à la Société belge d'Ophtalmologie
Décembre 2000

Un rapport à la Société belge d'Ophtalmologie et à la Belgisch Oftalmologisch Gezelschap devrait idéalement être bilingue, et pourquoi pas trilingue puisque nous avons des confrères belges dont l'allemand est la langue professionnelle. Nous étions malheureusement incapable de rédiger un tel texte national. L'anglais devient l'outil de communication médicale international, mais il nous est apparu difficile et sans doute peu réaliste de présenter un manuscrit entièrement en anglais. La plus grande partie de ce rapport est donc en français avec des résumés en anglais.

Les auteurs

Ce rapport sur l'attitude thérapeutique devant la coexistence de cataracte et de glaucome est une compilation d'avis et de propositions médicales et chirurgicales. Les auteurs sont tous des cliniciens "affrontant" quotidiennement les patients et leur entourage, avec l'intrication de somatique et de psychologique. Ils sont tous aussi des chirurgiens du segment antérieur. Comme si cela ne suffisait pas à leur bonheur, ils sont, comme chaque médecin de nos pays "développés", obligés de rendre compte d'une partie de leur décision aux administratifs et aux comités d'éthique. Enfin, pour ceux d'entre-nous qui sont en milieu universitaire, il faut assumer un enseignement et une recherche clinique. Dès lors, le lecteur comprendra qu'il était exclu de faire un rapport exhaustif sur la coexistence de cataracte et de glaucome. Nous nous sommes limités à des considérations pratiques, c'est-à-dire accessibles aux praticiens que nous sommes.

Je tiens à remercier chaleureusement tous ceux qui ont contribué à ce travail:

– Jacqueline Collignon-Brach, chef de clinique au service d'ophtalmologie du CHU de Liège, Unité Glaucome.

– Xavier Martin, Privat-Docent et agrégé à l'Université de Zurich.

– André Mermoud, Privat-Docent et agrégé à l'Université de Lausanne.

– Thierry Zeyen, Glaucoma Unit, Universitair Ziekenhuis, Leuven.

– Ali Benabderrazik, Jean-Marc Dekkers, Edouard Duchateau, Serge Guillaume, Sandrine Hick, Bernard Mans et Gaël Xhauflaire, "résidents" du service d'ophtalmologie au CHU de Liège, qui ont revu des dossiers cliniques, de façon rétrospective. Nous n'avons pas pu en tirer de statistiques significatives concernant nos interventions, mais cela m'a permis de baser mes affirmations sur un fond d'observations et de résultats cliniques. Nathalie Collignon et Olivier Ravet sont co-auteurs de chapitres.

– J. Acosta, M. Blumenthal, E. Dahan, Ph. Sourdille et M. Wishart, pour leurs abstracts concernant la chirurgie combinée.

– Christiane Fanchamps, Christelle Janssens, Martine Adam et Francine Pierret secrétaires du département. Elles ont assuré une large part de la dactylographie et du rassemblement des manuscrits.

– Pierre Jamart et Joseph Delaxhe, techniciens en vidéographie et en photographie, ont permis l'insertion de clichés d'opérations.

Nos manuscrits, tels qu'ils ont été envoyés à l'éditeur, comportaient trop de fautes d'orthographe et les références manquaient de rigueur: le Professeur Michel Hanssens, secrétaire de rédaction du Bulletin de la Société belge d'Ophtalmologie a eu la gentillesse et la patience de lire et de corriger l'ensemble des textes. Je tiens à lui exprimer notre reconnaissance.

Albert Galand

LES QUESTIONS

Pour la grande majorité des cas de glaucome ou de cataracte, en tant que pathologie unique d'un œil, l'ophtalmologiste peut appliquer une décision thérapeutique bien codifiée et quasi universellement admise:

– Le traitement d'une neuropathie optique glaucomateuse dispose de moyens médicamenteux, physiques, ou chirurgicaux dont l'efficacité est estimée en termes de chiffres tensionnels et par l'évolution de déficits, anatomiques ou fonctionnels.
– Le traitement d'une cataracte invalidante est, dans la majorité des cas, la phacoémulsification suivie d'implantation, intervention dont le résultat sera le plus souvent bénéfique.
  Lorsqu'il y a coexistence de glaucome et de cataracte, les choix sont bien plus difficiles. En effet, chacune de ces affections influence, par elle-même ou par son traitement, le décours de l'autre affection:
  Le traitement médical ou chirurgical du glaucome ne va, bien entendu, pas résoudre le problème cataracte mais, au contraire, ce traitement est parfois susceptible d'aggraver l'état du cristallin.
  Par ailleurs l'opération de la cataracte aura souvent des répercussions sur la tension intra-oculaire ou directement sur la neuropathie glaucomateuse.
  Si l'opération de cataracte est réalisée sur un œil précédemment opéré de glaucome, il se produira parfois un arrêt de la filtration. (Nous n'avons observé cet arrêt que dans un œil parmi treize, opérés par phacoémulsification en 1998 ou 1999 et contrôlés jusqu'à un an postopératoire).
  Ainsi, l'association pathologique cataracte et glaucome conduit souvent à des questions telles que:
  - Faut-il opérer le glaucome avant la cataracte ou l'inverse?
  - Faut-il combiner les deux interventions?
  - Lorsque l'œil a été opéré de glaucome avec succès, l'intervention cataracte-implant ne va-t-elle pas faire réapparaître le glaucome?
  - Un œil pseudophaque avec de graves déficits périmétriques peut-il être opéré de glaucome sans risque de perdre ses dernières cellules ganglionnaires?
  - Dans un glaucome primitif par fermeture de l'angle avec hypermétropie forte mais acuité normale faut-il rendre l'œil pseudophaque ou se contenter d'une iridotomie?

Les problèmes possibles pourraient être multipliés: en admettant que les principales étiologies des cataractes sont au nombre d'une dizaine et que les principales étiologies des glaucomes sont aussi au nombre d'une dizaine, on peut trouver une centaine de situations cataracte-glaucome qui diffèrent entre elles par l'association étiologique.
En pratique, ce genre de classification exhaustive (tableau I) n'est pas nécessaire au raisonnement de l'attitude thérapeutique devant un cas particulier.
Ce qui est nécessaire, et suffisant, c'est de diviser les cas de coexistence cataracte-glaucome en catégories larges, incluant des pathogénies semblables même si les étiologies peuvent différer.
Ces catégories sont définies:

1° Par la biométrie des yeux atteints, biométrie dont il résulte soit une évolution chronique soit une évolution aiguë.
2° Par le contexte pré-pathologique en ce qui concerne les glaucomes secondaires.

Ainsi, nous pouvons diviser notre revue des problèmes en retenant 3 groupes d'associations:

I. Coexistence de cataracte et de glaucome primitif à angle ouvert.
II. Coexistence de cataracte et de glaucome primitif à angle fermé (étroit).
III. Coexistence de cataracte et de glaucome secondaire.

Pour les trois groupes, nous pourrons envisager la pathogénie, le diagnostic, les traitements médicaux et chirurgicaux avec leur application chronologique ou combinée.

Tableau I: *La coexistence de cataracte et de glaucome peut faire l'objet d'un diagnostic différentiel à "100" possibilités en ne considérant que 10 étiologies de cataracte et 10 étiologies de glaucome. Seule la coexistence de cataracte liée à la myopie et de glaucome à angle fermé n'apparaît pas possible.*

Cataracte / *Glaucome*	sénile	congénitale	traumatique	cortisonique	diabétique	post-inflam.	par radiations	du myope	de la trisomie 21	de la rét. pigm.
primitif à angle ouvert										
congénital										
cortisonique										
avec pseudo-exfol.										
pigmentaire										
traumatique										
néovasculaire										
phacolytique										
à angle fermé										
post-inflammatoire										

THE QUESTIONS

Facing glaucoma or cataract as isolated pathology in the eye, the ophthalmologist may apply therapeutic options which are universally accepted:

– For an optic glaucomatous neuropathy, we have at our disposal a range of medications and different surgical procedures. The decisions for the treatments are relatively simple.
– The cure of cataract is still more clearly codified and here also the practitioner knows what to do.

When cataract and glaucoma coexist, the strategies are much more complex, especially when there is indication for surgery on one or other condition.

Among the questions:

– Is the cataract to be operated before the glaucoma or the opposite?
– Why not combine the two procedures?
– In case of angle closure with still a clear lens, is it better to extract the crystalline lens or to perform an iridotomy?

One could multiply the problems. Admitting that there are about 10 different possible etiologies for cataract and also about 10 different etiologies for glaucoma, one could speak of about one hundred differential diagnoses when both conditions coexist. Practically, this exhaustive classification is not necessary for treating a particular case.

What is useful and sufficient is to place the case in one of two large groups including similar pathogeny whatever the etiology. These large groups are defined by the biometry of the eyes, biometry which results in a chronic or an acute evolution.

First group: coexisting open angle glaucoma and cataract.

Second group: coexisting angle closure glaucoma and cataract.

Chronic angle closure and secondary glaucoma (post-uveitis, etc…) may usually be placed in the first group.

When it comes to the surgical decisions and to the choice of procedures, there are some considerations not to be forget:

– In average, cataract surgery alone reduces the intraocular pressure of open angle glaucoma, even if this effect is modest, sometimes transient or even unoccuring in a particular case.
– Filtration procedures may create synechiaes and unreactive pupils.

– Combined procedures are often less effective than separated procedures. In year 2000, topical anesthesia may be used in many cases not only of cataract but also of glaucoma surgery.
It is for us the reason to prefer two steps surgery, whenever it is possible.

– Deep sclerectomy and its variations is more and more to be considered as a first choice surgical approach, even if a fistulizing procedure could appear necessary later on.

A. Galand