

# Le risque rétinien de la pseudophaquie : analyse et gestion

**RÉSUMÉ :** Les connaissances concernant le risque rétinien du pseudophaque se sont modifiées au cours des dernières années. Le risque de décollement de rétine n'est pas accru si la chirurgie de la cataracte est pratiquée après l'âge de 70 ans et non compliquée. Il n'y a pas de prévention reconnue hormis le traitement d'une déchirure. Le risque de DMLA n'est pas accru par la chirurgie. Cependant, un OCT pré- ou postopératoire précoce est nécessaire en cas de risque. Les œdèmes du pseudophaque restent l'une des principales causes de résultat fonctionnel insatisfaisant après la chirurgie. En cas d'œdème maculaire préopératoire associé à une rétinopathie diabétique, la normalisation des constantes biologiques est impérative avant de pratiquer la chirurgie. Un traitement pharmacologique par injection intravitréenne est proposé si l'œdème maculaire persiste, associé à la chirurgie de la cataracte.



→ D. CHAUVAUD  
Hôtel-Dieu,  
PARIS.

Les risques rétiniens de la pseudophaquie sont : l'aggravation de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), le décollement de rétine (DR) et les œdèmes maculaires (OM). De nombreuses publications ont évalué l'incidence de ces risques et leur traitement. Cependant, l'amélioration des procédures de la chirurgie de la cataracte, les progrès de l'imagerie maculaire, l'apparition de nouvelles armes thérapeutiques justifient une réactualisation du risque rétinien de la pseudophaquie.

## [ L'aggravation de la DMLA

Il y a plus de 10 ans, la publication de quelques cas cliniques faisant état d'hémorragies maculaires survenant dans les suites immédiates de la chirurgie de la cataracte avait alerté la communauté ophtalmologique. Le rapport 25 de l'AREDS [1] ainsi que Mainster [2] démontrent, suivant les études épidémiologiques actuelles, que la chirurgie de la cataracte n'accélère pas la progression de la DMLA et que l'usage des implants colorés n'a aucune justification

scientifique. Cependant, une imagerie préopératoire est nécessaire pour les patients présentant une DMLA de l'œil adelphe ou des drusen – remaniement de l'épithélium pigmentaire de l'œil à opérer afin d'éliminer des néovaisseaux occultes. Si l'OCT préopératoire n'est pas valide en raison de la cataracte, un OCT les jours suivant la chirurgie permet d'indiquer la nécessité d'un traitement par IVT d'anti-VEGF.

## [ Le décollement de la rétine

Toutes les études montrent que les facteurs de risque de décollement de rétine liés à la chirurgie de la cataracte sont : le jeune âge lors de l'intervention et la rupture capsulaire. Le rôle de la capsulotomie est incertain. Erié [3] ainsi que d'autres auteurs montrent que l'incidence du DR augmente au cours des 8 à 10 années après la phacoémulsification. Suivant Mirshahi [4], pour les patients n'ayant pas de décollement postérieur du vitré (DPV) avant la chirurgie, à un an, 44 % d'entre eux n'ont toujours pas de DPV établi. Pour les patients ayant

# REVUES GÉNÉRALES

## Rétine

### POINTS FORTS

- ➔ La chirurgie de la cataracte n'augmente pas le risque de décollement de rétine si elle est pratiquée sans complication à partir de l'âge de 70 ans.
- ➔ Elle n'augmente pas non plus le risque de DMLA.
- ➔ Le traitement de l'œdème maculaire postopératoire reste la principale cause de résultat fonctionnel insatisfaisant.

70 ans ou plus, ayant été opérés sans complication, le risque à 10 ans est de 0,4 à 0,8 %, soit peu différent de celui de la population phaque identique [3]. Il apparaît donc aujourd'hui que la chirurgie de la cataracte n'augmente pas l'incidence du décollement de rétine comparativement à la population phaque si cette chirurgie est réalisée après l'âge de 70 ans et sans complication. Les progrès de la chirurgie du décollement, en particulier l'extension de la chirurgie endo-oculaire de première intention, permettent d'obtenir 90 % de réapplication de la rétine après une seule intervention. Le résultat fonctionnel est toujours limité par la durée du soulèvement maculaire.

Concernant la prévention du décollement, aucune étude chez le pseudophaque n'a été faite. L'efficacité du laser préventif n'a été prouvée exclusivement que pour les déchirures chez le phaque. Lorsqu'une déchirure survient chez le pseudophaque, le traitement de son bord antérieur ou le retour à l'ora par photocoagulation est souvent inadéquat. Dans ce cas, la cryoapplication est une meilleure prévention.

### Les œdèmes maculaires du pseudophaque

Ils s'observent en cas de chirurgie compliquée, chez le diabétique, ou sans étiologie démontrée, correspondant alors au syndrome d'Irving-Gass.

### 1. OM après rupture capsulaire

La chirurgie est indiquée lorsqu'il existe une incarceration de l'iris dans l'incision : vitrectomie antérieure et réfection de la pupille. Lorsqu'il s'agit d'une mèche de vitré prise dans l'incision et qu'il n'existe pas de syndrome de traction vitréorétinienne à l'OCT, la vitrectomie n'a aucune efficacité.

### 2. Le syndrome d'Irving-Gass

Le diagnostic sera posé après élimination d'un syndrome de traction vitréorétinienne, d'une membrane épitréinienne ou d'une rétinopathie diabétique. Le syndrome d'Irving-Gass est estimé de 0,1 à 2 % car il n'existe pas de prévention. Il est actuellement l'une des principales causes de résultat fonctionnel non satisfaisant lors de la phacoémulsification. Le traitement reconnu [5] reste les collyres anti-inflammatoires non stéroïdiens associés aux corticostéroïdes. Dans certains cas sévères, l'acétazolamide peut être proposée en l'absence de contre-indication : la dose utile est de 500 mg/j. Les injections intravitréennes (IVT) ou périoculaires sont une option dont l'efficacité n'est pas démontrée.

### 3. L'œdème du pseudophaque diabétique

#### ● La chirurgie de la cataracte peut-elle aggraver la rétinopathie diabétique ?

Les publications récentes montrent qu'une phacoémulsification non com-

pliquée ne détermine pas d'œdème maculaire s'il n'y en avait pas en préopératoire et n'aggrave pas la rétinopathie si elle était débutante ou modérée [6, 7]. En l'absence d'œdème maculaire préopératoire, il n'y a donc aucun argument pour pratiquer une injection intravitréenne prophylactique en fin d'intervention [8].

#### ● Faut-il associer une IVT en cas d'œdème maculaire chez un diabétique dont la cataracte justifie la chirurgie ?

Les nombreuses publications sur ce sujet sont contradictoires et nous laissent dans l'expectative. La triamcinolone fut le premier médicament utilisé. Son efficacité temporaire a conduit à utiliser des anti-VEGF. Seules trois petites séries suggèrent un effet bénéfique [9]. Pour cette raison, certains auteurs associent les deux médicaments avec, semble-t-il, une efficacité à trois mois sur l'acuité visuelle [10]. Plus récemment, la mise en place d'un implant intravitréen délivrant à long terme de la dexaméthasone a été proposée. Cependant, il n'y a pas de publication fondant une *evidence - based medical practice* de ces traitements associés à la chirurgie de la cataracte.

Il est indispensable d'évaluer la macula chez les diabétiques avant la chirurgie, d'abord en rapportant l'acuité visuelle de près au type de la cataracte. Si l'OCT n'est pas possible, un temps tardif d'angiographie peut être contributif en montrant une diffusion du colorant.

Dans tous les cas, la chirurgie ne sera pratiquée qu'après une normalisation des constantes biologiques pendant six mois. Une bonne indication, lorsqu'il existe une rétinopathie sévère et une cataracte, est certainement la nécessité d'extraire la cataracte pour permettre la réalisation d'une photocoagulation panrétinienne. Dans tous les cas, un implant de grand diamètre sera choisi pour permettre celle-ci éventuellement plus tard.

## REVUES GÉNÉRALES

### Rétine

#### Conclusion

Le risque rétinien induit par la chirurgie de la cataracte est essentiellement l'œdème maculaire dont le traitement actuel reste difficile.

#### Bibliographie

1. CHEW EY, SPERDUTO RD, MILTON RC *et al.* Risk of advanced age-related macular degeneration after cataract surgery in the Age-Related Eye Disease Study: AREDS report 25. *Ophthalmology*, 2009; 116: 297-303.
2. MAINSTER MA, TURNER PL. Blue-blocking IOLs vs. short-wavelength visible light: hypothesis-based vs. evidence-based medical practice. *Ophthalmology*, 2011; 118: 1-2.
3. ERIE JC, RAECKER MA, BARATZ KH *et al.* Risk of retinal detachment after cataract extraction, 1980-2004: a population-based study. *Ophthalmology*, 2006; 113: 2026-2032.
4. MIRSHAHI A, HOEHN F, LORENZ K *et al.* Incidence of posterior vitreous detachment after cataract surgery. *J Cataract Refract Surg*, 2009; 35: 987-991.
5. ZUR D, FISCHER N, TUFAIL A *et al.* Postsurgical cystoid macular edema. *Eur J Ophthalmol*, 2010; 11, 21: 62-68.
6. ERIKSSON U, ALM A, BJÄRNHALL G *et al.* Macular edema and visual outcome following cataract surgery in patients with diabetic retinopathy and controls. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*, 2011; 249: 349-359.
7. SHAH AS, CHEN SH. Cataract surgery and diabetes. *Curr Opin Ophthalmol*, 2010; 21: 4-9.
8. FARD MA, YAZDANEI ABYANE A, MALIHI M. Prophylactic intravitreal bevacizumab for diabetic macular edema (thickening) after cataract surgery: prospective randomized study. *Eur J Ophthalmol*, 2011; 21: 276-281.
9. NICHOLSON BP, SCHACHAT AP. A review of clinical trials of anti-VEGF agents for diabetic retinopathy. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*, 2010; 248: 915-930.
10. AKINCI A, MUFTUOGLU O, ALTINSOY A *et al.* Phacoemulsification with intravitreal Bevacizumab and Triamcinolone Acetonide injection in diabetic patients with clinically significant macular edema and cataract. *Retina*, 2011; 31: 755-758.

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