

# Chapitre 11

## Cataracte et uvéites

A. Brézin

L'inflammation intraoculaire et son traitement par les corticoïdes sont fréquemment à l'origine de cataractes chez les patients atteints d'uvéite. Dans le contexte particulier d'un œil présentant des antécédents inflammatoires, la chirurgie de la cataracte associe à son objectif habituel de restauration d'une fonction visuelle satisfaisante, celui du maintien de l'œil opéré dans un état de quiescence. Les principales spécificités de la chirurgie de la cataracte sur uvéite sont donc liées à ce double objectif : d'une part éviter que le geste opératoire ne soit le déclencheur d'une récursive inflammatoire, d'autre part réussir à restaurer une anatomie pseudophaque satisfaisante en dépit des éventuelles difficultés peropératoires liées aux séquelles de l'inflammation. Le *timing* de la chirurgie est essentiel, l'intervention ne devant être programmée que lorsque l'inflammation est préalablement parfaitement contrôlée, si nécessaire par une majoration thérapeutique périopératoire. Il s'agit fréquemment d'une chirurgie s'adressant à des sujets jeunes, parfois à des enfants dans le contexte particulier de l'arthrite idiopathique juvénile : la chirurgie doit donc être réfléchie en envisageant les suites à très long terme de l'intervention.

### Bilan préopératoire (encadré 11.1)

#### Étiologie de l'uvéite

La connaissance de la cause de l'uvéite est importante, car elle peut guider les stratégies périopératoires de contrôle de l'inflammation. Ainsi, à titre d'exemple, les uvéites de la sarcoïdose sont

habituellement très cortico-sensibles, tandis que la cyclite hétérochromique est cortico-insensible. Dans le cas particulier des cataractes compliquant les segmentites herpétiques, la connaissance de ce diagnostic permet de prescrire un traitement anti-herpétique par voie générale à dose d'attaque dans la période périopératoire, afin d'éviter le rôle « gâchette » de l'intervention pour un rebond inflammatoire.

#### Balance bénéfices–risques

L'évaluation préopératoire a également pour objectif de vérifier qu'un bénéfice visuel réel est bien susceptible d'être attendu de l'intervention. En effet, dans le contexte particulier d'uvéite, d'autres facteurs associés à la cataracte peuvent contribuer à la dégradation de la vision. Parmi ces facteurs, le plus fréquent est l'œdème maculaire uvéitique, mais également les membranes épirétiniennes secondaires aux inflammations prolongées, les neuropathies optiques glaucomateuses. Ces facteurs peuvent être associés entre eux et il est parfois difficile d'évaluer la part réelle de la cataracte dans la dégradation de la vision. Dans certains cas, bien que le bénéfice fonctionnel attendu de l'intervention de la cataracte soit limité, la chirurgie a pour objectif de permettre la visualisation correcte du segment antérieur, afin de pouvoir suivre et si nécessaire traiter l'inflammation du segment postérieur.

#### Timing de la chirurgie

Plus le temps est long entre la chirurgie de la cataracte et la dernière poussée d'uvéite, plus

## Encadré 11.1

**Évaluation préopératoire d'une cataracte sur uvéite**

1. L'étiologie de l'uvéite est-elle identifiée ?
2. Quels autres facteurs pourraient participer à la baisse d'acuité visuelle ?
  - Amblyopie
  - Opacités cornéennes
  - Opacités vitréennes
  - Atteintes maculaires : membrane épirétinienne, œdème maculaire uvéitique, atrophie ou cicatrice maculaire, ischémie maculaire, néovascularisation choroïdienne
  - Neuropathie optique
3. Y a-t-il une hypertension oculaire associée à la cataracte ? Quelle est sa cause ?
4. Quel est le temps écoulé depuis la dernière poussée d'inflammation intraoculaire ?

le risque de réaction inflammatoire induite par la chirurgie est diminué. Cependant, il n'y a pas de données fondées sur des preuves pour quantifier avec précision le risque de rebond inflammatoire iatrogène déclenché par la chirurgie en fonction du délai écoulé depuis la dernière poussée inflammatoire. Le consensus habituel est de considérer qu'une période minimale de 3 mois de contrôle parfait de l'inflammation est recommandée avant d'opérer. Dans certains cas, aboutir à ce contrôle préopératoire satisfaisant de l'inflammation nécessite une majoration thérapeutique. Selon la cause de l'uvéite, selon sa présentation spécifique, différentes méthodes, souvent associées entre elles, peuvent être utilisées pour satisfaire l'objectif d'une quiescence oculaire préopératoire : corticothérapie topique préopératoire quotidienne pendant les mois précédant l'intervention, injection sous-ténonienne de corticoïdes retard (triamcinolone), injection intravitréenne d'implant à libération prolongée de dexaméthasone (Ozurdex®), corticothérapie *per os* majorée, mise en route d'un traitement immunosuppresseur classique, voire d'une biothérapie par inhibiteur du *tumor necrosis factor* (TNF).

## Choix de l'implant intraoculaire au cours de la chirurgie de la cataracte sur uvéite

L'implant choisi pour un œil atteint d'uvéite doit avoir une longévité garantie sur des décennies chez des patients fréquemment opérés jeunes. Le matériau ne doit avoir aucune propriété pro-inflammatoire et une rigidité lui permettant de résister à des forces de rétraction capsulaire parfois importantes, notamment au cours des sarcoïdoses. Ce cahier des charges étant pris en compte, il n'existe pas de données issues d'études avec un haut niveau de preuve pour comparer un type d'implant par rapport à un autre, avec l'utilisation des techniques modernes de phacoémulsification par voie micro-incisionnelle. Le matériau acrylique hydrophobe est le plus utilisé (vidéo 56, cas 2 ) , notamment en raison de sa meilleure résistance habituelle aux forces de rétraction du sac capsulaire. Bien que la chirurgie de la cataracte sur uvéite concerne souvent des sujets jeunes, la plupart des implantations dans ce contexte sont monofocales. Ce choix de la monofocalité est habituellement dicté par les possibles pathologies associées qui contre-indiqueraient la mise en place d'implants multifocaux. Par ailleurs, les forces de rétraction du sac capsulaire peuvent entraîner un décentrement des implants, particulièrement gênant en cas d'implantation multifocale. Enfin, le caractère fréquemment unilatéral de la cataracte constitue une contre-indication relative à l'implantation multifocale.



Vidéo 56 Cataracte et uvéite : traitement chirurgical

Vidéo 56.

## Spécificités peropératoires de la chirurgie de la cataracte sur uvéite

### Dilatation pupillaire

De nombreuses techniques sont aujourd'hui disponibles pour obtenir une dilatation pupillaire peropératoire permettant la phacoémulsification sur un œil présentant des synéchies iridocristalliniennes (encadré 11.2 et voir vidéos 51 et 52 ). Dans les cas les plus simples les synéchies peuvent être simplement libérées avec la canule du produit viscoélastique (vidéo 56, cas 1 et 2 ). Dans les cas plus compliqués, trois techniques peuvent être proposées. La première est l'utilisation de crochets à iris insérés à travers des paracentèses multiples. La seconde est le *stretching* pupillaire, soit bimanuel avec deux crochets de Sinskey étirant la pupille dans des directions à 180° l'une de l'autre (vidéo 56, cas 3 ), soit au dilatateur de Beehler (figure 11.1 et vidéo 56, cas 1 et 2 ). La troisième est la mise en place d'un dispositif de maintien peropératoire de la pupille, le plus utilisé étant l'anneau de Malyugin (figure 11.2). Une fois obtenue une dilatation pupillaire suffisante, la technique de phacoémulsification sur un œil atteint d'uvéite ne diffère pas de celle d'une procédure standard.

#### Encadré 11.2

##### Méthodes disponibles pour la dilatation pupillaire en cas de synéchies iridocristalliniennes

- Libération à la canule du produit viscoélastique
- *Stretching* pupillaire :
  - *stretching* au crochet de Sinskey
  - *stretching* au dilatateur irien de Beehler
- Anneau de dilatation irienne : par exemple, anneau de Malyugin
- Paracentèses et mise en place de crochets iriens

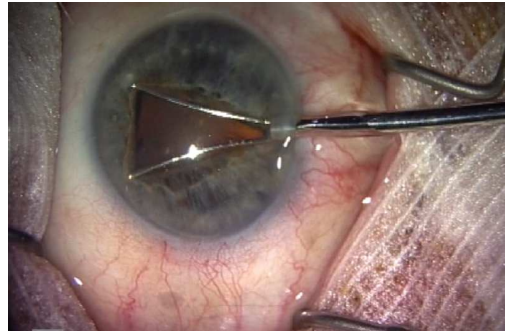


Figure 11.1. Dilatateur de Beehler.

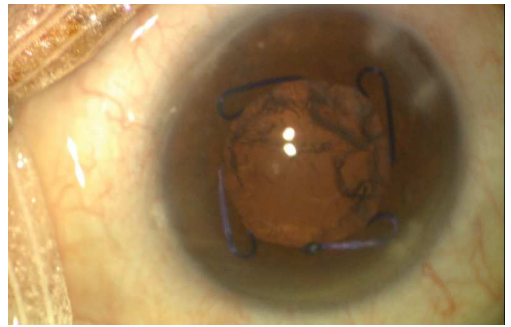


Figure 11.2. Anneaux de Malyugin.

### Phacoémulsification

Un nettoyage parfait de tous les fragments du cortex cristallinien est essentiel, car dans le contexte d'antécédent d'uvéite un facteur pro-inflammatoire phaco-antigénique doit être absolument évité. L'ablation du cortex doit parfois être réalisée sans contrôle visuel, lorsque la dilatation pupillaire ne permet pas la visualisation de la périphérie capsulaire. Un crochet de Sinskey peut être utilisé pour pousser la pupille et vérifier qu'aucun fragment cortical cristallinien ne persiste à la périphérie du sac capsulaire.

### Injection peropératoire péri-oculaire ou intraoculaire de corticoïdes

Bien que ne disposant pas d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans cette indication,

l'injection sous-ténonienne de 40 mg de triamcinolone acétonide est fréquemment pratiquée pour la prévention des rebonds inflammatoires après la chirurgie de la cataracte sur uvéite (vidéo 56, cas 1 et 2 [📺](#)). De même, l'injection intravitréenne peropératoire d'implant à libération prolongée de dexaméthasone (Ozurdex®) est fréquemment effectuée. Ces injections péri- ou intraoculaires limitent désormais à des cas exceptionnels le recours à des bolus par voie intraveineuse de méthyprednisolone pour encadrer une intervention de la cataracte sur uvéite. Une hypertension oculaire complique fréquemment ces injections, mais celle-ci est habituellement contrôlée par les traitements hypotonisants usuels.

## Cas particuliers

### Cyclite hétérochromique de Fuchs

De nombreux éléments distinguent la cyclite hétérochromique de Fuchs des autres causes d'uvéite, dont l'absence de synéchie iridocristallinienne. La cataracte apparaît précocement dans l'évolution de la maladie. On n'observe pas de complications postopératoires, telles que la formation de fibrine, de synéchies ou d'œdème maculaire uvéitique. Il n'y a donc pas lieu de prescrire une corticothérapie périopératoire majorée. Les techniques modernes de phacoémulsification permettent une pression intraoculaire positive pendant toutes les phases de la phacoémulsification. Dans ces conditions, le classique signe d'Amsler, caractérisé par un saignement de la base de l'iris à distance de l'incision, n'est plus observé que de manière exceptionnelle. Paradoxalement, alors que la cyclite hétérochromique de Fuchs est cortico-insensible, une corticothérapie topique prolongée, au minimum pendant plusieurs mois, est souvent nécessaire pour prévenir la formation de dépôts sur l'implant (figure 11.3). Même dans les cas avec un bon résultat anatomique et une bonne acuité visuelle postopératoire, la qualité de vision des patients peut être perturbée par des myodésopsies secondaires aux opacités vitréennes.

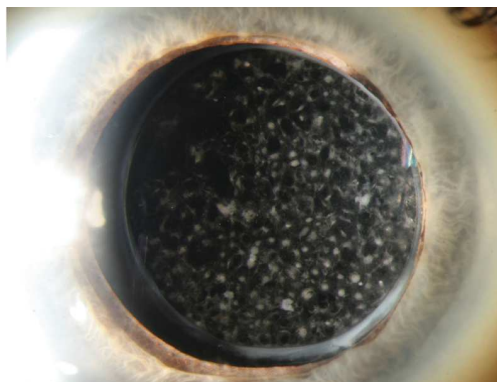


Figure 11.3. Dépôts postopératoires.

### Arthrite juvénile idiopathique

La cataracte est fréquente dans ce contexte diagnostique. L'âge habituel des premiers signes d'uvéite est de moins de 6 ans : la cataracte peut donc être responsable d'une amblyopie. La chirurgie de la cataracte chez les enfants atteints d'arthrite juvénile idiopathique est associée à des risques de réactions inflammatoires postopératoires majeures, de glaucome secondaire, de membranes cyclitiques secondaires, de décollement de rétine, de kératite en bandelette, voire de phtisie. La chirurgie ne doit être envisagée que sur un œil en état de quiescence, fréquemment au prix d'une majoration du traitement systémique, y compris par la prescription d'anti-TNF. L'implantation reste controversée chez les moins de 3 ans dans ce contexte diagnostique. Chez les jeunes enfants, un rhexis postérieur et une vitrectomie antérieure peuvent être proposés au cours de l'intervention.

### Segmentite herpétique

Les manifestations habituelles de la segmentite herpétique comprennent en général une atrophie de l'iris, dont l'importance est évaluée au mieux par rétro-illumination irienne. Lorsque cette atrophie est importante, le risque de hernie de l'iris à travers les orifices d'incision devient élevé. Le risque de récurrence d'uvéite antérieure herpétique déclenchée par la chirurgie de la cataracte justifie

un traitement préventif systémique par valaciclovir à dose d'attaque, prescrit pendant la période périopératoire et relayé par un traitement préventif de fond.

## Conclusion

Sous réserve d'un bon contrôle de l'inflammation intraoculaire, les résultats de la chirurgie de la cataracte sur uvéite sont généralement excellents. Obtenir une quiescence préopératoire permettant l'intervention justifie parfois de majorer un traitement systémique et/ou d'associer à la chirurgie de la cataracte une injection péri- ou intraoculaire de corticoïdes à effet prolongé. Si nécessaire, plusieurs méthodes efficaces de dilatation pupillaire sont disponibles pour libérer des synéchies iridocristalliniennes. Une surveillance postopératoire spécifique est nécessaire, en particulier pour

détecter un œdème maculaire uvéitique déclenché par l'intervention.

### Points clés

- La connaissance de la cause de l'uvéite est importante.
- Le délai entre la chirurgie et la dernière poussée doit être le plus long possible.
- Les synéchies iridocristalliniennes doivent être libérées et la pupille dilatée.
- L'injection sous-ténonienne de triamcinolone acétonide ou l'injection intravitréenne peropératoire d'implant à libération prolongée de dexaméthasone sont fréquemment effectuées.

### Déclarations d'intérêts

A. Brézin déclare les conflits d'intérêts suivants : consultant pour les laboratoires Abbvie, Alcon.