



Prise en charge des cataractes traumatiques chez l'adulte

-A propos de 90 cas-

G. El Houari ; L.Benhmidoune ; W.baha ; R.karami ; M. Adli ; R.Rachid ; A.Amraoui
Service d'ophtalmologie Adulte, hôpital 20 Août casablanca

Résumé : La cataracte traumatique est une affection grave et fréquente, qui touche surtout l'adulte jeune. Elle s'intègre dans le cadre d'un traumatisme contusif ou perforant. Le pronostic dépend des lésions associées. Le but : étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques des cataractes traumatiques.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective de 90 cas de cataractes traumatiques, colligés au service d'ophtalmologie A de l'hôpital 20 Aout de Casablanca, sur une période de 4 ans, de novembre 2007 à octobre 2011.

Résultats : L'âge moyen était de 26 ans (15-63 ans), avec une prédominance masculine (92%). Le traumatisme est perforant dans 65% des cas et contusif dans 35% des cas. L'examen clinique initial a montré une acuité visuelle <1/10 dans 95% des cas. La cataracte est rompue dans 35 cas; totale dans 30 cas et subluxée dans 10 cas. Des lésions associées sont retrouvées dans 88% des cas: 40 cas de plaie de cornée (44,5%), 2 cas de plaie sclérale (2,2%), 4 cas de plaie cornéo-sclérale (4,5%), 8 cas d'hyphéma (8,8%), 3 cas d'iridodialyse (3,3%), 21 cas de CEIO (23,3%), 10 cas d'HTO (11%), 3 cas de récession de l'angle (3,3%), décollement de rétine dans 9 cas (10%), HIV dans 6 cas (6,6%) et 4 cas d'endophtalmie (4,4%). Le délai moyen de la chirurgie était de 6 semaines vu les lésions associées. Sur 84 (93,3%) malades opérés, 75 cas ont bénéficié d'une phacoexérèse, 5 cas d'extraction extracapsulaire et 4 cas d'extraction intracapsulaire, avec une implantation dans 90% des cas. Les suites opératoires étaient simples. 29 patients ont récupéré une acuité visuelle >3/10.

Discussion : La cataracte traumatique est l'apanage des sujets jeunes de sexe masculin. Sur le plan clinique et thérapeutique, l'unilatéralité est la règle. La stratégie thérapeutique et le pronostic fonctionnel sont conditionnés par le type anatomoclinique de la cataracte et les lésions oculaires associées.

Conclusion : La cataracte traumatique est une pathologie fréquente, qui pose des problèmes thérapeutiques et pronostiques. D'où l'intérêt de la prévention des traumatismes oculaires.

Mots-clés : Cataracte traumatique, cécité, unilatéralité.

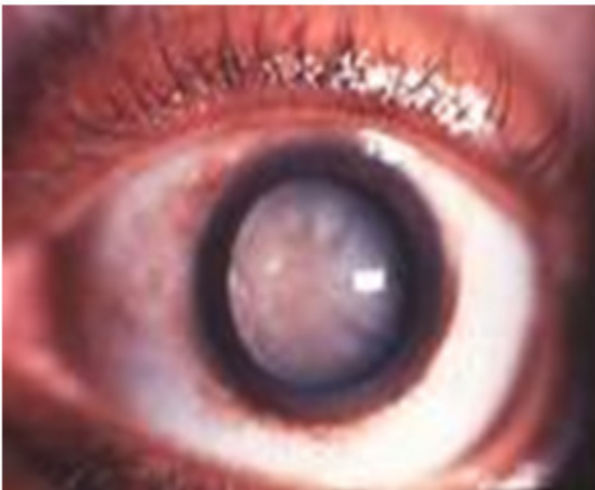


Fig.1 : cataracte post traumatique

La cataracte traumatique constitue une affection grave qui touche généralement l'enfant et l'adulte jeune (figure 1). Elle peut être secondaire à un traumatisme contusif ou perforant.

Son pronostic est surtout lié aux lésions associées en particulier celles du segment postérieur.

Chez l'enfant, elle pose le problème d'amblyopie postopératoire.

Le but de notre travail est de dégager les particularités cliniques et thérapeutiques des cataractes traumatiques à travers une étude rétrospective.

PATIENTS ET METHODE :

Il s'agit d'une étude rétrospective de 90 cas de cataractes traumatiques, colligés au service d'ophtalmologie A de l'hôpital 20 Aout de Casablanca, sur une période de 4 ans, de novembre 2007 à octobre 2011.

TABLEAU I :
Lésions
associées.

Plaies de la cornée	44,5 %
Plaie de sclère	2,2 %
Plaie cornéo-sclérale	4,5 %
Hyphéma	8,8 %
Iridodialyse	3,3 %
CEIO	23,3 %
HTO	11 %
Récession de l'angle	3,3%
Décollement de rétine	10%
Hémorragie intravitréenne	6,6 %
Endophtalmie	4,4%

RESULTAT :

•Age, sexe

L'âge moyen est de 26 ans (15-63 ans), avec une prédominance masculine (92%).

•Mécanisme (figure 2)

Le traumatisme est perforant dans 65% des cas et contusif dans 35% des cas.

• Données de l'examen clinique initial

L'examen clinique initial a montré une acuité visuelle initiale <1/10 dans 95% des cas.

La cataracte est rompue dans 35 cas; totale dans 30 cas et subluxée dans 10 cas.

Des lésions associées sont retrouvées dans 88% des cas et résumées dans le tableau I.

•Examens paracliniques

Les radiographies de l'orbite ainsi que l'échographie oculaire ont noté la présence d'un corps étranger intraoculaire (CEIO) dans 3 cas (23.3%),

L'échographie oculaire a montré également une hémorra-

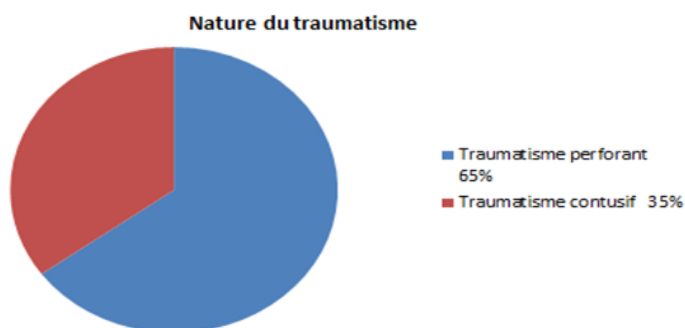


Fig .2: Nature de traumatisme de cataracte post traumatique

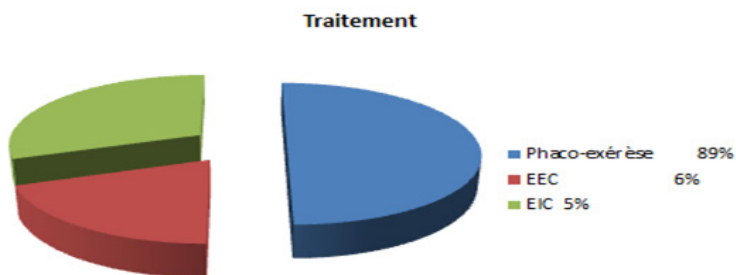


Fig .3 : Traitement des cataractes post traumatiques

gie vitréenne associée dans 6 cas (6,6 %).

• Traitement

Sur 84 (93,3%) malades opérés, 75 cas ont bénéficié d'une phacoexérèse, 5 cas d'extraction extracapsulaire et 4 cas d'extraction intracapsulaire, avec une implantation dans 90% des cas (figure 3).

La chirurgie a été plus souvent différée, sauf dans un cas de traumatisme perforant où le lavage des masses cristalliniennes a été réalisé en urgence en même temps que la suture de la plaie cornéenne.

Le délai moyen de la chirurgie était de 6 semaines vu les lésions associées. Les suites opératoires étaient simples. 29 patients ont récupéré une acuité visuelle >3/10.(figure 4)

DISCUSSION :

La cataracte traumatique du fait de sa fréquence et des problèmes thérapeutiques qu'elle pose a fait l'objet de nombreux travaux. Elle représente une cause majeure de baisse de la vision chez l'enfant et l'adulte jeune, dans notre série l'âge moyen est de 26 ans. (3)

Cette cataracte peut être secondaire à un traumatisme contusif ou perforant avec ou sans CE.

Les problèmes de la cataracte traumatique sont dominés outre les lésions associées du globe oculaire, par l'aphakie unilatérale, le risque majeur d'amblyopie notamment chez l'enfant et les complications rétinienues à long terme. La solution proposée actuellement pour la correction de l'aphakie unilaté-

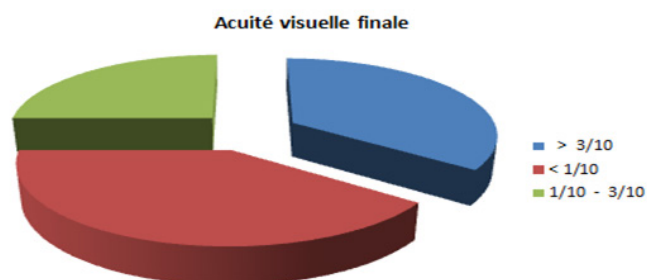


Fig. 4 : Résultats de l'acuité visuelle finale des patients opérés pour cataracte post traumatiques de notre étude

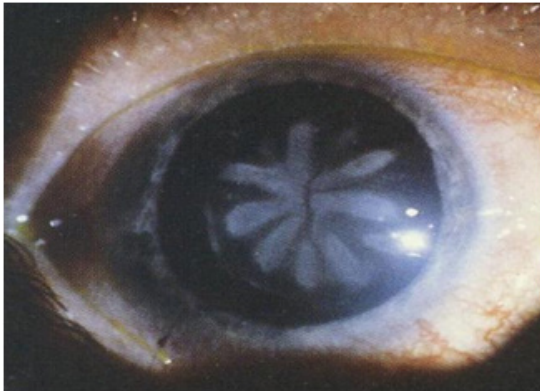


Fig.5 : cataracte post traumatique en rosacé

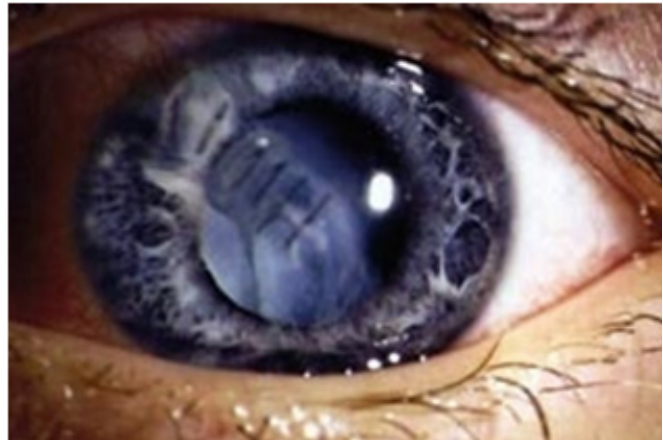


Fig.7 : cataracte post traumatisme perforant



Fig.6 : subluxation cristallinienne post traumatique

rale est l'implantation d'un cristallin artificiel. (8) La stratégie thérapeutique devant une cataracte traumatique diffère selon les cas. Elle est conditionnée en premier lieu par son type anatomoclinique et les lésions associées mais aussi par l'ophtalmologiste qui la prend en charge.

• Cataracte contusive :

En cas de traumatisme contusif pur, qui est la situation la plus fréquemment rencontrée selon les séries (35 % seulement dans notre série), il s'agit classiquement de cataracte "en rosacé" sous-capsulaire postérieure (figure 5). Il convient de s'assurer qu'il n'existe pas de subluxation cristallinienne (figure 6).

• Cataracte par traumatisme perforant (Figure 7)

D'après Blum (2), il est conseillé en cas de traumatisme perforant, de suturer en urgence soigneusement la plaie avec un lavage d'éventuelles masses cristalliniennes dans la chambre antérieure. La chirurgie de la cataracte sera envisagée ultérieurement.

Dans notre série, le délai moyen de l'implantation intra-oculaire est de 6 semaines après la suture de la plaie cornéenne.

Loncar (6) préconise une chirurgie en deux temps et ce pour de nombreuses raisons: meilleure visibilité pour l'opérateur, meilleur calcul de l'implant et la stabilité de la barrière hémato-oculaire.

Le calcul de la puissance de l'implant pour un oeil perforé est fait généralement sur l'oeil adelphe (4,7) mais Kohen (5) stipule qu'il est prudent de retarder l'intervention d'environ 2 mois jusqu'à ce que la plaie cornéenne soit cicatrisée et les sutures enlevées pour calculer la puissance de l'implant sur le même oeil.

Bencic (1) recommande une extraction de cristallin opacifié avec ablation de corps étranger

par un aimant intra-oculaire dans un délai de 24 heures pour prévenir l'endophtalmie et la prolifération vitréo-rétinienne. Dans notre série, 23 cas ont été notés.

Notre travail a démontré que la majorité des yeux avec une cataracte traumatique peuvent

être réhabilités après chirurgie et implantation dans la chambre postérieure. Blum (2) a rapporté 90 % de succès avec amélioration de l'acuité visuelle, alors que Gain (3) conclut que

l'acuité visuelle postopératoire dépendait des complications oculaires associées.

Nos résultats globaux sont comparables à ceux d'autres séries. Nous avons pu obtenir 35 %

d'acuité visuelle supérieure à 3/10. Les mauvaises acuités sont surtout constatées chez des

patients ayant des lésions cornéennes ou rétinienues traumatiques.



CONCLUSION

Le traitement des cataractes post-traumatiques a certes bénéficié des techniques de microchirurgie ophtalmologique actuelle et surtout de l'implantation intraoculaire. Néanmoins, dans des cas particuliers, elle continue de poser des problèmes d'ordre thérapeutique et pronostique.

Une prise en charge en urgence des lésions associées et l'implantation en chambre postérieure garantiront un meilleur pronostic fonctionnel. Enfin, nous insistons sur la prévention des traumatismes cristalliniens qui rejoint celle des traumatismes oculaires en général.

REFERENCES:

1. BENCIC G., VATAVUK Z., MANDIC Z. Novel Approach in the treatment of intravitreal foreign body and traumatic cataract: three case report. Croat Med J 2004; 45:283-286. (1)
2. BLUM M., TETZ M., GREINER C., VOELKER H.E. Treatment of traumatic cataract. J Cataract Refract Surg 1996; 22:342-6.(2)
3. GAIN P., THURET G., MAUGERY J. Les cataractes traumatiques: conduite à tenir en pratique. J Fr Ophtalmol, 2003; 26,512-520. (5) (5)
4. GRADIN D., YORSTON D. Intraocular lens implantation for traumatic cataract in children in East Africa. J Cataract Refract Surg 2001;27:2017-2025.(6)
5. KOHEN K. Inaccuracy of intraocular lens power calculation after traumatic corneal laceration and cataract. J Cataract Refract Surg 2001; 27:1519-1522.(8)
6. LONCAR V., PETRIC I. Surgical treatment, clinical outcomes and complications of traumatic cataract. Ophthalmology 2004, 45:310- 313.(9)
7. PANDEY S., RAM J., WARNER L. Visual results and postoperative complications of capsular bag and ciliary sulcus fixation of posterior chamber intraocular lenses in children with traumatic cataracts. J Cataract Refract Surg 1999; 25:1576-1584.(10)
8. PARKS M.M. Posterior lens capsulotomy during primary surgery in children. Ophthalmology, 1983; 20:658-664.(10)

