

LA CATARACTE CORTISONIQUE : A PROPOS DE 18 CAS THE CATARACTE CORTISONIQUE: ABOUT 18 CASES

O.Moustaine, L. Elmaaloum, M. Elhamidi, N. Tazi, B. Allali, A. El kettani, A.Amraoui, KH. Zaghloul

Résumé : Les corticostéroïdes sont largement utilisés en ophtalmologie. Plusieurs voies d'administration sont possibles. Cependant leur utilisation chronique, locale ou générale est responsable d'effets secondaires multiples dont la cataracte cortisonique qui constitue la seconde complication oculaire après le glaucome cortisonique. Ces complications peuvent menacer le pronostic visuel, et devenir plus graves que la maladie initiale elle-même.

A travers une étude rétrospective, portant sur 18 cas de cataractes cortisoniques, colligée au service d'ophtalmologie pédiatrique de l'hôpital 20Aout de Casablanca, nous décrivons le profil épidémiologique, clinique et thérapeutique de ce type de cataracte, en insistant sur l'intérêt de la lutte contre l'automédication par des corticoïdes, ainsi que de l'importance d'une prescription bien réfléchie et d'un suivi rigoureux.

Mots clés : Corticothérapie, Effets secondaires, Cataracte.

Summary: Corticosteroids are widely used in ophthalmology, multiple routes of administration are possible, but their chronic use, local or general is responsible for multiple side effects including cataract steroid which is the second eye complication after steroid glaucoma. These complications may become sight threatening, and become more serious than the original disease itself.

Through a retrospective study, however, 18 cases of cataracts cortisone, collated in pediatric ophthalmology service at the hospital 20Aout Casablanca, clinical and therapeutic of this type of cataract, insisting on the importance of the fight against self-medication with corticosteroids, as well as the importance of prescription thoughtful and careful monitoring.

Key-words: Steroids, side effects, cataract.

Les corticostéroïdes sont largement utilisés en thérapeutique. Leur utilisation chronique locale ou générale est responsable d'effets secondaires pouvant menacer le pronostic visuel.

La cataracte cortisonique constitue la seconde complication oculaire du traitement corticoïde prolongé après le glaucome cortisonique.

A travers cette étude nous décrivons le profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des cataractes cortisoniques dans notre contexte, en insistant sur l'intérêt de la prévention par la sensibilisation des patients contre l'automédication, et du personnel médical de l'importance d'une prescription bien réfléchie.

MATÉRIEL ET MÉTHODE :

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 18 patients (34 yeux), colligée au service d'ophtalmologie pédiatrique de l'hôpital 20 aout de Casablanca entre Janvier 2005 et Décembre 2011. Tous nos patients ont reçu un traitement corticoïde prolongé par voie locale et/ou générale pour des indications variables.

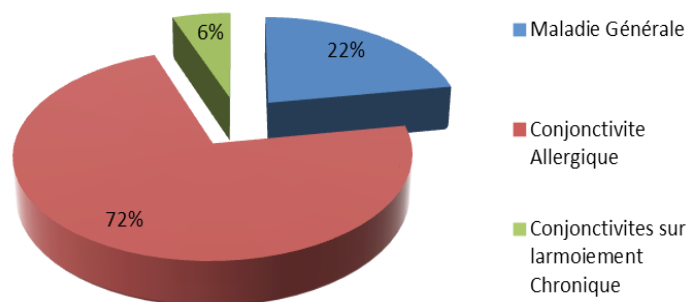
Nous avons relevé pour chaque patient l'indication de la corticothérapie chronique, le prescripteur, la molécule utilisée, la voie d'administration, les données des examens cliniques et paracliniques, la prise en charge chirurgicale de la cataracte et le suivi post opératoire. Le recul de l'étude est de 15mois.

RESULTATS :

L'âge des malades variait entre 7 et 25ans avec une moyenne de 13,7ans, et une prédominance masculine (61%).

La baisse de l'acuité visuelle était le principal motif de consultation chez 15 patients (84% des cas), 10% avaient une leucocorie et 6% avaient un strabisme.

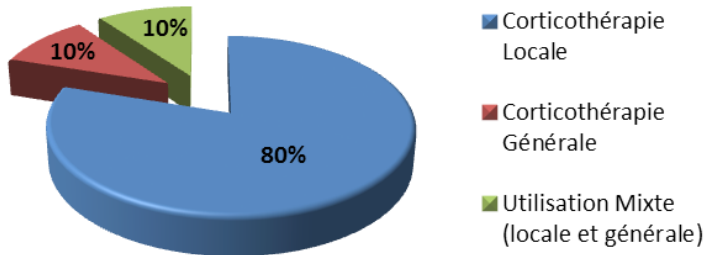
La maladie causale pour laquelle les malades ont été mis sous corticothérapie au long cours était la conjonctivite allergique chez 72% des cas, une maladie inflammatoire générale (arthrite juvénile idiopathique, behçet) chez 22% et 6% avaient des conjonctivites à répétition sur larmoiement chronique (Graph 1).



Graph 1 : Indication de la corticothérapie

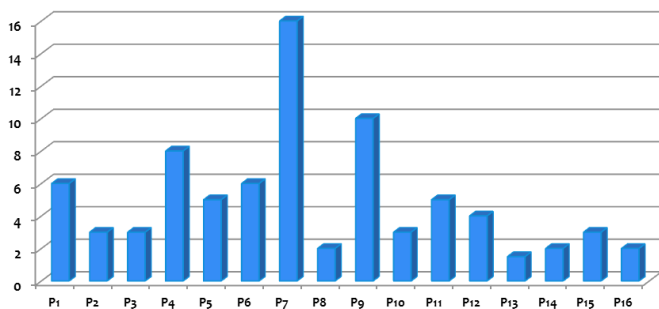


La Dexamétasone était le corticoïde le plus incriminé chez 39% des cas, utilisé le plus souvent par voie locale (78% des cas), le Prednisone a été incriminé chez 16% des cas. Dans 61% des cas, il s'agissait d'une automédication discontinu dont le pharmacien était le prescripteur initial. Dans 39% des cas la prescription a été faite par un ophtalmologiste. La voie d'administration locale a été retrouvée chez 80% des cas. La voie générale chez 10% et mixte (orale et local) chez 10% des cas (Graph 2).



Graph 2 : Voies d'administration de la corticothérapie

Dans notre série la durée d'utilisation du traitement cortisonique variait de 18 mois à 16 ans avec une moyenne de 5ans (Graph 3).



Graph 3 : Durée d'utilisation de la corticothérapie

Quatre vingt neuf pour cent (89%) des patients avaient une cataracte bilatérale ; le plus souvent de type sous capsulaire postérieure (41%) ou polaire postérieure (26,5%). L'association cataracte-glaucome cortisonique a été retrouvée chez 3 patients (16,5%).

Type de la cataracte cortisonique	Nombre d'Yeux	%
Sous capsulaire postérieure	14	41%
Polaire postérieure	9	26,5%
Totale blanche	6	17,6%
Sous capsulaire antérieure et postérieure	3	9%
Poussiéreuse	1	3%
corticale	1	3%

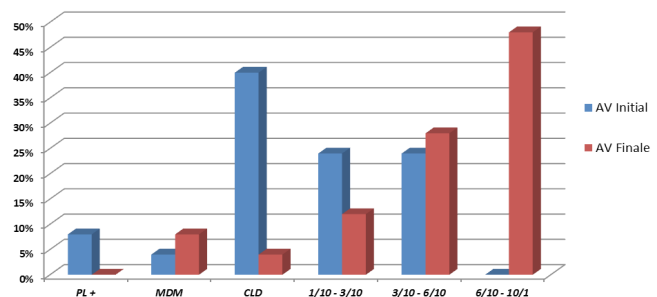
Tableau 1 : différents Types de La cataracte cortisonique

La prise en charge thérapeutique

La prise en charge thérapeutique a consisté en l'arrêt immédiat de la corticothérapie locale ou générale, sauf s'il s'agissait d'une maladie inflammatoire chronique nécessitant son maintien.

Tous nos malades ont bénéficié d'une Phacoémulsification avec mise en place dans la chambre postérieure d'un implant intraoculaire de puissance adaptée.

L'évolution post opératoire était en général favorable, avec une acuité visuelle finale supérieure à 5/10 dans 61% des cas (Graph 4).



Graph 4 : Comparaison entre l'AV initiale et l'AV finale après traitement

Pour les trois cas de l'association cataracte-glaucome cortisonique, le traitement médical à base des hypotonisants était suffisant pour équilibrer le tonus oculaire chez 2 malades. Chez le troisième malade, la réalisation d'une trabéculéctomie était nécessaire devant l'échec du traitement médical.

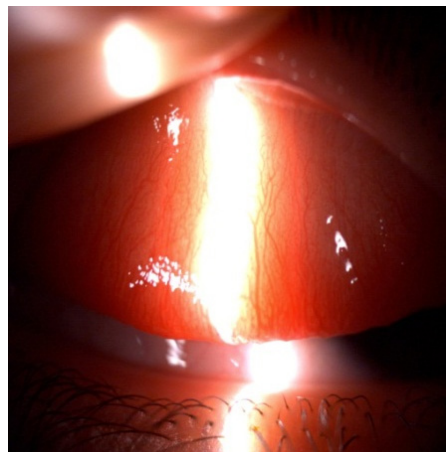


Image 1 : Conjonctivite allergique responsable d'une automédication par des corticoïdes locaux

DISCUSSION :

Quel que soit le mode d'administration (topique, sous-conjonctivale ou latéro-bulbaire, intravitréenne, ou par voie générale : comprimés, spray), les corticoïdes au long cours peuvent entraîner des effets secondaires oculaires représentés essentiellement par le glaucome et la cataracte cortisonique, ils représentent également un facteur de risque majeur de la Choriorétinite séreuse centrale secondaire [3, 5, 10, 11, 12].

Le risque de survenue de ces complications est important mais difficile à prévoir à l'échelon individuel compte tenu de nombreux facteurs impliqués (corticoïde, voie d'administration, dose, durée, terrain) [3, 4, 9]. Ce risque est en général

Image 2 :
Cataracte cortisonique sous capsulaire postérieure

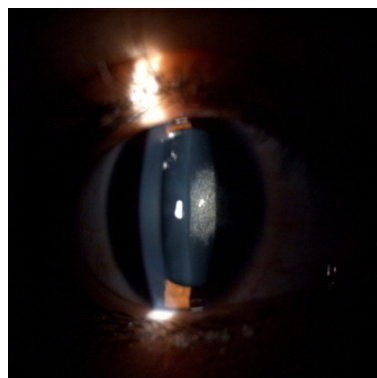
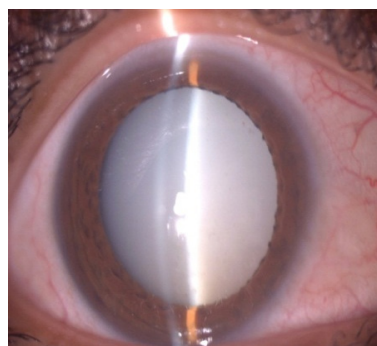


Image 3 :
Cataracte cortisonique Totale blanche



estimé de 11 à 15 % pour la cataracte cortisonique et à 12,8 % pour le glaucome cortisonique qui représente 1,4% de l'ensemble des glaucomes [7].

La cataracte cortisonique est une cataracte secondaire iatrogène d'origine pharmacogène due aux dérivés cortisoniques. Le délai d'apparition et la rapidité de survenue sont très variables et significativement liés à la dose totale cumulée et à la durée d'administration des corticoïdes [3, 4, 9]. Théoriquement, la cataracte survient pour une dose de 20 mg/j pendant 1 an ou de 10 mg /j pendant 4 ans, mais il faut noter que l'existence d'un terrain prédisposant (diabète) ou de pathologie oculaire favorisant la survenue de cataracte (uvéites, hyalites) concourt à la rapidité de survenue de cette dernière [4, 6, 9].

Dans notre série la durée moyenne d'utilisation des corticoïdes est de 5ans ; cependant le délai d'apparition n'a pu pas être évalué du fait que les patients consultent tardivement et la baisse de l'acuité visuelle secondaire est d'installation très progressive. La cataracte est parfois de découverte fortuite chez des malades qui reviennent consulter pour une récurrence de leur conjonctivite allergique.

Tous les collyres cortisonés peuvent provoquer une cataracte cortisonique ; la Dexamétasone est la plus incriminée, du fait de son grand pouvoir de pénétration intraoculaire [2, 6]. Dans notre étude la Dexamétasone est le corticoïde utilisé chez la majorité des malades (78% des cas).

L'opacité cristalliniennne est typiquement sous capsulaire postérieure très gênante dans 33% des cas pour Donshic [4] et dans 41% des cas dans notre série. Mais toutes les formes cliniques de la cataracte peuvent s'observer (voir tableau N°1). En général La progression de la cataracte est lente, et les opacités

cristalliniennes cessent leur évolution à l'arrêt de la corticothérapie [4].

L'association cataracte-glaucome cortisoniques est fréquente : 61% des cas pour Biatti [13] et 16,7% des cas dans notre série. Dans ce cas, le pronostic est très réservé et le pronostic visuel est met en jeu.

Du point de vue thérapeutique, l'arrêt de la corticothérapie est la première mesure à entreprendre. Le traitement de la cataracte est chirurgical. Parmi les complications peropératoires rares de cette chirurgie, on retrouve, la rupture à «l'emporte-pièce» de la capsule postérieure lors de l'hydrodissection avec bascule du cristallin dans le corps vitré. Les autres complications postopératoires, pouvant être favorisées par la corticothérapie, sont exceptionnellement un retard de cicatrisation (théorique) et un risque accru d'endophtalmie [12].

Devant l'association glaucome-cataracte cortisonique, le défi est d'équilibrer la pression intraoculaire par le traitement médical hypotonisant. La chirurgie de la cataracte vient en second lieu, et le traitement chirurgical du glaucome reste le dernier recours lorsque le traitement médical est inefficace. L'automédication intempestive au long cours pour des conjonctivites allergiques représente la principale cause des cataractes cortisoniques selon notre étude (71% des cas), M.C. Chefchaoui [2] rapporte dans son étude sur le glaucome cortisonique au cours de la conjonctivite allergique que 100% de ces patients ont reçu un traitement corticoïde par automédication discontinuée et non contrôlée, de même M.A El Afrit rapporte dans son étude sur l'épidémiologie du glaucome cortisonique que 65,2% des malades ont été soumis à une automédication au long cours pour des affections initiales souvent banales. Ces données rendent la prévention un élément incontournable dans la prise en charge de cette affection.

De ce fait, devant toute conjonctivite allergique, il faut bien mesurer le risque de l'utilisation cortisonique, et si l'indication est retenue, il faut absolument respecter les règles suivantes:

- La corticothérapie doit être réservée aux stades aigus des maladies oculaires et doit être évitée dans les affections chroniques où le traitement spécifique doit être primordial.
- La prescription doit être faite par un spécialiste.
- Le choix du traitement doit porter sur les dérivés qui pénètrent moins dans la chambre antérieure
- Le patient doit être prévenu des complications de l'utilisation abusive et non contrôlée des corticoïdes.
- Une surveillance régulière de l'acuité visuelle et du tonus oculaire à chaque consultation s'impose : une fois par an s'il s'agit d'une corticothérapie générale et une fois tous les 3 mois devant une corticothérapie locale.

Il faut noter que si la cataracte cortisonique est de bon pronostic en terme d'amélioration de l'acuité visuelle (AV finale > 5/10 dans plus de 61% des cas (voir graph.4)), néanmoins la survenue d'un glaucome cortisonique risque de dévier l'évolution vers une cécité [2].



Dans l'avenir, le développement de nouveaux glucocorticoïdes et/ou agonistes de leurs récepteurs comme les glucocorticoïdes dissociés ou SEGRAS (Selective Glucocorticoid-Receptor Agonists), actuellement en cours d'évaluation clinique chez l'homme, devrait permettre de limiter encore les effets indésirables des corticoïdes tout en maintenant une excellente efficacité anti-inflammatoire [1, 8, 14].

CONCLUSION :

Les complications ophtalmologiques de la corticothérapie doivent restées au cœur de notre réflexion avant toute prescription qui doit être mesurée, expliquée, et surveillée.

Si la cataracte cortisonique est la plus fréquente et la plus gérable des complications oculaires des corticoïdes, les autres complications tel que glaucome cortisonique, sont beaucoup plus sévères.

La prévention par la sensibilisation des professionnels de la santé et par l'éducation des patients afin d'enrayer l'automédication, reste un volet très important dans la prise en charge des effets secondaires des corticoïdes.

REFERENCES :

- [1] BELVISI MG, BROWN TJ, WICKS S, FOSTER ML. New glucocorticosteroids with therapeutic ratio? *Pulm Pharmacol Ther* 2001; 14: 221-7
- [2] CHARIF CHEFCHAOUNI M, BERBICH O, NAOUMI A, AMRANI R, BERRAHO A. Le glaucome cortisonique au cours de la conjonctivite allergique. *Médecine du maghreb* 1998 n°71
- [3] DEMOLS P. Les Injections Intravitréennes De Corticoïdes. *Bull. Soc. belge Ophtalmol*, 304, 117-123, 2007
- [4] DONSHIK PC, CAVANAUGH HD, BORUCHOFF SA, DOHLMAN CH. Cataracte sous capsulaire postérieure Induite par les corticostéroïdes topiques après kératoplastie pour kératocône. *Ann Ophthalmol* 1981 Jan; 13 (1) :29-32.
- [5] EL AFRIT M-A, MAZLOUT H, TROJET S, ET COLL. Glaucom cortisonique étude épidémiologique, clinique et thérapeutique. *J Fr. ophtalmol*, 2007,30, 1, 49-52
- [6] EL MATRI L, CHARFI O. L'utilisation des corticoïdes en ophtalmologie. Société tunisienne de médecine interne. Congrès de Médecine interne. La Corticothérapie (1er Congrès National de Médecine Interne 1997).
- [7] FEL A, ASLANGUL E, LE JEUNNE C. Indications et complications des corticoïdes en ophtalmologie. *La Presse Médicale*, Volume 41, Issue 4, April 2012, Pages 414-421.
- [8] FELDMAN-BILLARD S. Tolérance systémique des corticoïdes en ophtalmologie : influence de la voie d'administration. *Journal Français d'Ophtalmologie* Volume 31, Issue 10, December 2008, Pages 1026-103
- [9] FLAMMER J. Glaucom. Édition Hans Huber ; 2002.
- [10] GILLIES M.C, KUZNIARZ M, CRAIG J, BALL M, ET COLL. Intravitreal triamcinolone-induced elevated intraocular pressure is associated with the development of posterior subcapsular cataract. *Ophthalmology* 2005; 112: 139-143.
- [11] Haimovici R, Koh S, R Gagnon D, Lehrfeld T, Wellik S. Central serous chorioretinopathy case-control study group. Risk factors for central serous chorioretinopathy. A case-control study. *Ophthalmol* 2004; 111:244-249.
- [12] LEBRETON O, WEBER M. Complications ophtalmologiques des corticoïdes systémiques. *La Revue de médecine interne* 32 (2011) 506-512
- [13] SCHWART B, and coll: Increased plasma free cortisol in ocular hypertension and open angle glaucoma. *Arch Ophthalmology*. Vol 105, Aug 1987.
- [14] SIBILIA J. Les corticoïdes : mécanismes d'action. *La lettre du rhumatologue* - N°289 - Février 2003



Omar Moustaine
Cité My Abd Allah N°5, Avenue Saffron,
Casablanca (Maroc)
Résident en ophtalmologie pédiatrique,
Hôpital 20Aout 1953, CHU Ibn Rochd
Casablanca
Email : o.moustaine@gmail.com