

# STRATEGIES CHIRURGICALES DANS LES CATARACTES CONGENITALES

Pr Albert Galand, Dr Cécile Andris - Centre Hospitalier Universitaire, Liège

La majorité des cataractes congénitales sont d'origine génétique, autosomales dominantes ou par mutation. Quelques-unes sont d'origine virale ou autres ...

Ce qui indique l'intervention n'est plus le caractère uni- ou bilatéral, mais plutôt le degré d'opacification. En effet, l'idée qu'il n'est pas utile d'opérer les cataractes unilatérales ne se défend que si elles sont partielles, laissant un bon champ visuel. Une cataracte unilatérale opaque s'opère, bien que l'amblyopie sera très probablement intraitable, parce qu'il vaut mieux un œil amblyope que l'état de borgne.

Le moment de l'opération est très discuté. Théoriquement, du point de vue de l'amblyopie, le plus tôt est le mieux. Pratiquement, en dessous de l'âge de 4 mois, l'iris n'a pas une innervation permettant la mydriase médicamenteuse. D'autre part, les anesthésiologistes admettent qu'en dessous de l'âge de 6 mois, l'anesthésie générale comporte certains risques.

En pratique, nos opérés les plus jeunes avaient entre 3 et 4 mois et, souvent, nous tâchons de convaincre les parents d'attendre l'âge de 6 mois. Une intervention très précoce est sans doute plus favorable au traitement de l'amblyopie, mais comporte des risques locaux et généraux plus grands.

La chirurgie de la cataracte congénitale est carrément difficile : le rhexis antérieur tend à dériver vers la périphérie, en raison de l'élasticité de la capsule. Le stroma cristallinien est parfois trop consistant pour être extrait par irrigation/aspiration et trop peu consistant pour la phacoémulsification. C'est pourquoi, il est fréquent que nous l'extrayons au vitrectome à la façon des lensectomies.

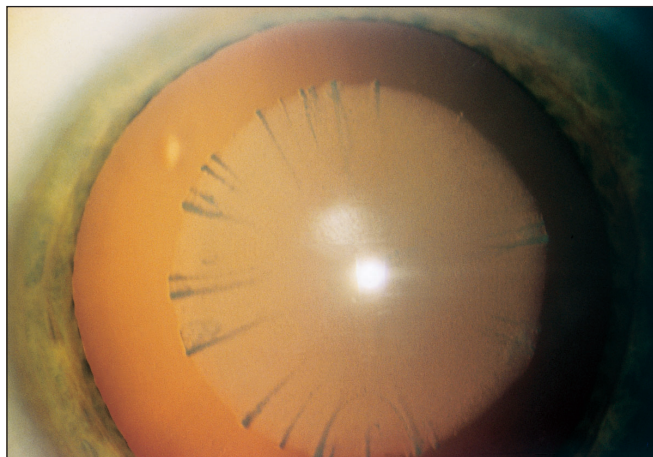


Fig. 1: Cataracte congénitale nucléaire, familiale.



Fig. 2 : Enfant opéré de cataracte congénitale bilatérale. En mydriase, on remarque le reflet des implants. Strabisme associé.

Environ la moitié des cataractes congénitales d'origine génétique est nucléaire tandis que l'autre moitié est polaire postérieure avec calcification. Dans ce dernier type d'opacité, il peut arriver que la capsule postérieure se déchire, sans aucun contact avec un instrument, mais simplement par les variations de pression dans le sac capsulaire au cours de l'irrigation/aspiration. Nous appelons cela le signe de Osher parce que Robert Osher a été le premier à insister sur cette particularité de la chirurgie de certaines cataractes congénitales.

Lorsque la capsule postérieure est propre et intacte à la fin de l'intervention, il faut un certain courage pour l'ouvrir et réaliser un capsulorhexis postérieur. Celui-ci ne suffira pas à mettre à l'abri de la cataracte secondaire : chez les enfants en dessous d'une dizaine d'années, la face antérieure du vitré (l'hyaloïde antérieure) est un support suffisant pour la migration des perles d'Elschnig. Par conséquent, il faut faire une vitrectomie antérieure si l'on veut avoir de bonnes chances d'éviter la cataracte secondaire. Il va de soi que le traitement par YAG laser est aléatoire ou impossible chez des enfants en dessous d'environ 6 ans.

Un des problèmes lié à la réalisation de la vitrectomie antérieure est que le globe oculaire devient hypotone, rendant difficile l'introduction d'un implant plié dans une incision réellement étroite. C'est pourquoi, nous opérons parfois les cataractes congénitales sans capsulorhexis postérieur et sans vitrectomie, ce qui oblige à intervenir quelques mois plus tard par la pars plana pour faire une membranectomie au moyen d'un vitrectome.

# STRATEGIES CHIRURGICALES DANS LES CATARACTES CONGENITALES

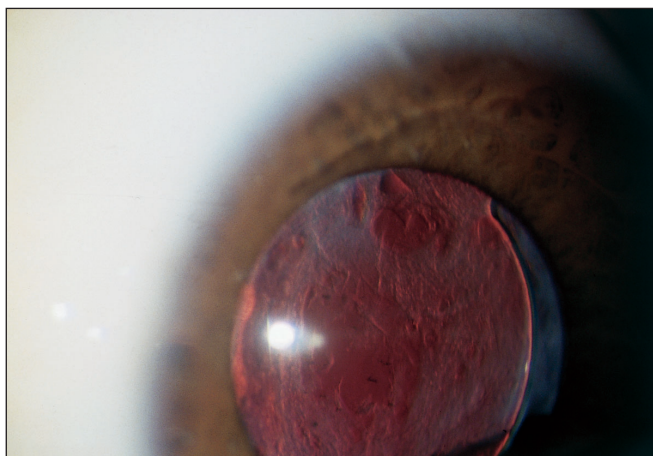
Il va de soi que cette façon de faire est tout aussi invasive que la vitrectomie extemporanée, mais elle a donc l'avantage de séparer les temps opératoires, réduisant la durée de la première intervention et facilitant l'implantation par une très petite incision. Toutefois, notre procédé de «routine» (nous opérons entre 10 et 20 cataractes congénitales par an) est avec capsulorhexis postérieur, vitrectomie antérieure et implantation d'un implant hydrophile dans le sac capsulaire.

Le calcul de la puissance de l'implant, lorsqu'il est possible, amènerait souvent à mettre des lentilles de forte puissance : 28 dioptries ou davantage. Etant donné qu'ultérieurement l'hypermétropie régresse, ou même qu'il y a évolution vers la

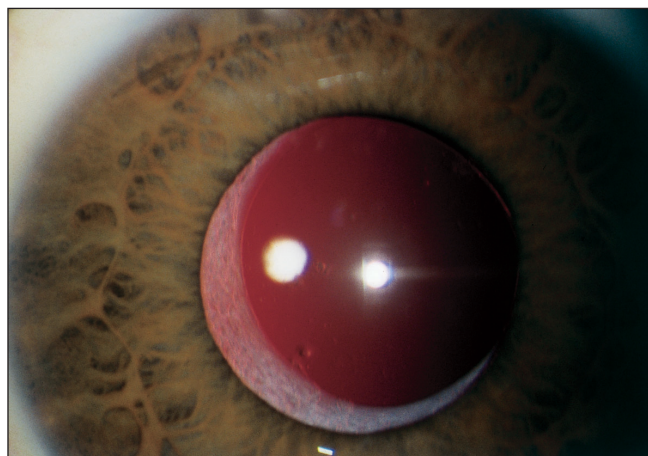
myopie, nous choisissons souvent une puissance d'environ 5 dioptries en dessous du calcul.

Les enfants sont suivis pour évaluer la réfraction et corriger par lunettes d'abord simple foyer, puis double foyers, puis verres progressifs. Le traitement de l'amblyopie est classique par cache ou pénalisation. Parmi 78 yeux opérés de cataracte congénitale avec implant entre janvier 1990 et novembre 2000, nous notons un succès, total ou partiel, du traitement de l'amblyopie dans environ 30% des cas suivis.

A. Galand, C. Andris



*Fig. 3 : Un an après opération de cataracte congénitale, avec rhexis postérieur et implant. Cataracte secondaire. Il n'y avait pas de vitrectomie.*



*Fig. 4 : Trois ans après opération de cataracte congénitale avec rhexis postérieur et vitrectomie antérieure programmée. Pas de cataracte secondaire.*