



Article original

Cataracte intumescente : à propos de 25 cas au CHU-IOTA Bamako

Intumescent cataract: about 25 cases at CHU-IOTA Bamako

SM Diarra^{*1}, A Guindo², M Elansari¹, A Doumbia¹, G Saye², N Guirou², J Thera², L Traore³

Résumé

La cataracte intumescente est une urgence médico-chirurgicale surtout si elle se complique d'hypertonie oculaire. Le but de notre travail est de décrire les aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique des cataractes intumescentes.

Nous avons réalisé une étude prospective sur 25 patients présentant une cataracte intumescente aux CHU-IOTA durant 1 an.

L'âge moyen de nos patients était de 56 ans avec des extrêmes de 36 ans à 76 ans. Une prédominance féminine à 72% avec un sex ratio de M/F= 0,39. L'acuité visuelle préopératoire était : pas de perception lumineuse dans 32% (n= 8 cas) et réduite à une perception lumineuse dans 44% (n=11 cas), voit bouger la main dans 24% (n=6 cas). Hypertonie oculaire était présente chez 80% (n=20). Les techniques opératoires ont consisté à une extraction extracapsulaire simple dans 32% (n=8 cas) et une extraction extracapsulaire avec implant dans la chambre postérieure dans 68% (n=17) des cas. L'issue de vitré était la seule complication peropératoire. Les complications post opératoires ont été essentiellement dominées par la réaction inflammatoire dans 16 % (n=4 cas), une hypertonie résiduelle dans 12% (n= 3 cas) et une décompensation cornéenne dans 8% (n= 2 cas).

L'acuité visuelle post opératoire avec la meilleure correction possible était supérieure à 1/10ème chez 32% (n=8) de nos patients.

Les cataractes intumescentes surtout compliquées d'hypertonie oculaire posent des problèmes thérapeutiques

Mots-clés : cataracte, intumescence, clinique, thérapeutique

Abstract

Intumescent cataract is a medical and surgical emergency, especially if it is complicated by ocular hypertonia. The aim of our work is to describe the epidemiological, clinical and therapeutic aspects of intumescent cataracts.

From a prospective study of 25 cases of intumescent cataracts performed at CHU-IOTA during the period from 01 January to 31 December 2012.

The average age of our patients was 56 years with extremes of 36 years to 76 years. A female predominance of 72% with a sex ratio of M / F = 0.39. The preoperative visual acuity was nil in 32% (n = 8 cases) and reduced to a light perception in 44% (n = 11 cases), sees the hand move in 24% (n = 6 cases). Ocular hypertonia was present in 80% (n = 20). The operative techniques consisted of a

simple extracapsular extraction in 32% (n = 8 cases) and an extracapsular extraction with implant in the posterior chamber in 68% (n = 17) cases. The vitreous was the only complication intraoperatively. Postoperative complications were mainly dominated by the inflammatory reaction in 16% (n = 4 cases), residual hypertonia in 12% (n = 3 cases) and corneal decompensation in 8% (n = 2 cases). Postoperative visual acuity with the best correction was greater than 1 / 10th in 32% (n = 8) of our patients.

Intumescent cataracts, especially complicated with ocular hypertension, pose therapeutic problems.

Keywords: cataract, intumescence, clinical, therapeutic.

Introduction

Selon l'OMS, en 2004 le nombre de personnes souffrant de déficience visuelle est estimé à 165 millions dont 38 millions d'aveugles. En Afrique Subsaharienne 1 à 1,2% de la population est affectée par un déficit visuel. Selon l'OMS la cataracte est la première cause environ 47%. [1, 2, 3].

La cataracte, cause de cécité évitable est une opacification du cristallin qui revêt diverses formes cliniques. La chirurgie reste le seul moyen thérapeutique permettant d'améliorer la vision. Toutefois la population recourt rarement aux services de l'ophtalmologiste et de son équipe médicale. Selon l'OMS, à l'échelle mondiale, les centres ophtalmologiques ne sont actuellement utilisés que par un quart de personnes qui en ont besoin. La majorité des patients pouvant bénéficier de la chirurgie reste chez eux [2].

Au Mali la prévalence de la cécité est estimée à 1,2% soit environ 192 000 aveugles dont 90 240 du fait de la cataracte [4]. Dans les pays en voie de développement comme le nôtre, cette chirurgie est confrontée à de nombreuses barrières. Ces barrières conduisent à une évolution beaucoup plus avancée de la cataracte en donnant des cataractes hyper mûres et intumescents [2].

La cataracte intumescence résulte d'une augmentation du volume du cristallin secondaire à une hyperosmolarité. Cette intumescence cristallinienne expose à l'hypertonie oculaire par blocage pupillaire et prétrabéculaire. De ce fait, la cataracte intumescence représente une urgence médico-chirurgicale car elle peut mettre en jeu le pronostic fonctionnel de l'œil. C'est une affection assez fréquente dans nos régions.

Le but de notre étude était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des cataractes intumescents dans notre service.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective portant sur 25 cas de cataracte intumescence vus aux CHU- IOTA.

Etaient inclus dans notre étude tous patients consentants et présentant une cataracte intumescence durant la période d'étude. N'étaient pas inclus dans notre étude les patients non consentants et ou ceux n'ayant pas une cataracte intumescence.

Tous les patients ont consulté dans un tableau d'œil rouge, douloureux et non-voyant. L'examen ophtalmologique de chaque patient comprenait une mesure de l'acuité visuelle, un examen biomicroscopique complet, et une échographie oculaire précisant l'état vitréo-rétinien. La prise en charge des patients a été d'abord médicale puis chirurgicale. Le traitement médical était double : un traitement local à base de collyre hypotonisant oculaire et antiinflammatoire, un traitement par voie générale à base d'acetazolamide. Après équilibration du tonus oculaire, nos patients ont bénéficié d'une extraction de la cataracte. Le suivi post opératoire des patients consistait en une évaluation de l'acuité visuelle, un examen du segment antérieur avec prise de la pression intra oculaire et un examen du fond d'œil en précisant l'état de la papille. La saisie et les tableaux ont été faits grâce aux logiciels Word et Excel 2010 et l'analyse des données avec l'Epi-Info 6.04dfr.

Résultats

Durant notre période d'étude, nous avons colligé 25 cas de cataracte intumescence soit une prévalence de 0,74%. Le sexe féminin a représenté 72% (n=18 cas) avec un sex ratio de M/F= 0,39. L'âge moyen était de 56 ans avec des extrêmes allant de 36 ans à 76 ans. L'acuité visuelle préopératoire était : pas de perception lumineuse dans 32% (n=8 cas), une perception lumineuse bien orientée dans 44% (n=11 cas), voie bougée la main dans 24% (n=6 cas). L'examen du segment antérieur montrait : un œdème de cornée dans 84% (n= 21 cas), une réduction de la chambre antérieure chez tous nos malades 100% (n=25 cas), une sémi mydriase aréfléctique dans 80% (n= 20 cas), une cataracte blanche totale chez tous nos patients et une hypertension oculaire dans 80% (n= 20 cas). L'intervention chirurgicale a été réalisée dans un délai de 7-15 jours après l'installation du tableau clinique. Le traitement chirurgical a consisté à une extraction extra capsulaire simple dans 32% (n=8 cas) et une extraction extra capsulaire avec implantation dans la chambre postérieure dans 68% (n=17 cas). Un cas d'issue du vitré a été enregistré comme complication peropératoire. Les complications post opératoires étaient essentiellement : la réaction inflammatoire dans 16% (n=4 cas), l'hypertonie résiduelle dans 12 % (n=3 cas) et une décompensation cornéenne dans 8% (n=2 cas). L'acuité visuelle a été améliorée chez 68% (n= 17 cas) de nos patients. En effet 32% (n= 8 cas) de nos patients avaient une acuité visuelle supérieure ou égale à 1/10ème. La normalisation du tonus oculaire a été obtenue chez 88% (n=22 cas) des patients, les 12% (n=3 cas) restants ont bénéficiés d'un traitement médical. Le fond d'œil a montré une atrophie optique dans 32% (n= 8 cas), une pâleur papillaire dans 12% (n= 3 cas), la DMLA dans 12% (n=3 cas), rétinopathie diabétique dans 4% (n=1 cas) un fond d'œil normal dans 40% (n= 10 cas).

Discussion

La revue de la littérature de cette forme clinique de cataracte intumescence est pauvre dans nos pays. Le tableau clinique de la cataracte intumescence compliquée d'une hypertension oculaire par blocage pupillaire est celui d'une crise aiguë de glaucome par fermeture de l'angle [5]. Ce tableau comporte un œil rouge et douloureux avec un œdème cornéen, une étroitesse de la chambre antérieure et parfois même plate, une héli-mydriase aréfléctique, et une cataracte blanche totale [5]. Dans notre étude, la fréquence des cataractes intumescences par rapport à l'ensemble des cataractes était de 0.74% légèrement en dessous des études faites par Boukhrissa M et al 1% [6], au Népal 1,5% [7], en Inde 3,91% [8]. Ceci peut s'expliquer par la taille de l'échantillon plus petite dans notre cas. L'évolution de la cataracte intumescence non traitée peut être favorable mais ceci est rare et marquée par un risque important de récurrence. Le plus souvent, l'évolution spontanée se fait vers la décompensation cornéenne, l'hypertonie oculaire irréductible et enfin vers la perte fonctionnelle définitive. De ce fait la cataracte intumescence est une urgence qui impose d'abord une préparation à la chirurgie par les hypotonisants, les anti-inflammatoires, une appréciation de l'état de l'endothélium cornéen par microscopie spéculaire afin de déterminer le pronostic fonctionnel. La phaco-exérèse peut se faire par extraction extracapsulaire manuelle ou par phacoémulsification [9], dans notre série tous les patients ont été opérés par extraction extracapsulaire manuelle. Ce résultat est comparable à celui de CHAABOUNI al [5], mais Boukhrissa M et al [6] avaient utilisé la technique de l'extraction extracapsulaire manuelle dans 96,2% contre 3,8% pour la phocoémulsification. La chirurgie de la cataracte intumescence est une chirurgie difficile. Les difficultés opératoires relèvent essentiellement de la présence de l'œdème cornéen, de l'étranglement de la chambre antérieure, d'une mauvaise dilatation, d'une fragilité zonulaire, d'une réaction

inflammatoire, d'un hyphéma et d'une hémorragie expulsive peropératoire [5, 6]. La capsulotomie antérieure étant difficile, certains auteurs préconisent un capsulorhexis après décompression de la cataracte intumescence par injection de produit visco-élastique dans la chambre antérieure étroite [10,11] associée à une aspiration du cortex par une aiguille 30 gauge [11]. Gimbel et al. [12] pratiquent un premier capsulorhexis de petite taille à travers lequel ils aspirent le cortex cristallinien, puis vont élargir secondairement ce rhexis pour la phaco-émulsification du noyau. Dans notre étude, tous les patients ont subi une capsulotomie antérieure. L'implantation intra-oculaire se fait systématiquement en chambre postérieure mais ceci n'est pas toujours possible. En cas d'issue de vitré, l'implantation en chambre antérieure est discutée car elle peut aggraver un œdème cornéen ou une éventuelle hypertonie résiduelle. L'implantation en chambre postérieure à fixation irienne ou sclérale trouverait son indication. Civerchia et al. [13] pensent qu'il faut éviter l'implantation en cas de glaucome aigu par fermeture de l'angle secondaire à une intumescence cristallinienne. La complication peropératoire redoutable qui compromet le pronostic fonctionnel est l'hémorragie expulsive (0 cas dans notre série). Ndiaye et al. [14], CHAABOUNIA [5], Boukhrissa M et al [6] ont tous rapportés deux cas d'hémorragie expulsive. Dans notre série l'acuité visuelle a été améliorée chez 68% (n=17) des patients et 32% (n=8) des patients avaient une acuité visuelle supérieure à 1/10ème. Le pronostic fonctionnel est lié essentiellement à l'état du nerf optique et de la cornée. L'altération du nerf optique dépend de l'importance et de la durée de l'hypertonie. Dans notre série, nous avons noté une atrophie optique dans 32% (n=8 cas). La décompensation cornéenne dépend de l'importance de la perte endothéliale liée à l'hypertonie oculaire et à une chirurgie laborieuse.

Conclusion

La cataracte intumescence demeure une réalité sous nos tropiques. Les formes compliquées sont les plus observées (hypertonies oculaires). La chirurgie demeure un des moyens efficaces dans la prise en charge car elle permet de réduire la douleur, l'hypertonie oculaire et de donner une acuité visuelle souvent utile. La cataracte intumescence pose un problème thérapeutique. Elle nécessite une préparation préopératoire des malades. Les résultats fonctionnels encourageants nous incitent à opérer les malades, même si la perception lumineuse est douteuse. Enfin il faut insister sur la prévention de cette forme de cataracte.

*Correspondance :

SM Diarra
diarrasidym@yahoo.fr

Disponible en ligne : 25 Janvier 2020

1. Centre de sante de référence de la commune CVI de Bamako, Mali
2. CHU IOTA de Bamako, Mali
3. Programme national de la santé oculaire, Dakar, Sénégal

© Journal of african clinical cases and reviews 2020

Conflit d'intérêt: Aucun

Références

- [1] Initiative mondiale pour l'élimination de la cécité évitable lancement de l'initiative VISION 2020 en Afrique Francophone.
 Communiqué de presse OMS/9 25février 2000.
 Santé oculaire communautaire volume 1, numéro 1 2004,
- [2] Marie N. M raisons du retard de la prise en charge des cataractes blanches cécitantes à l'IOTA à propos de 410 cas en 2005. Thèse de Med, Bamako 2006, N°184

- [3] N. Guirou, A. Napo, A. Dougnon, S. Bakayoko, F. Sidibé, M.-K. Sidibé, I. Conaré, L. Traoré, J. Traoré. Résultats fonctionnels de la chirurgie de la cataracte de l'adulte *Journal français d'ophtalmologie* (2013)36: 19-22
- [4] Schemann J.F, Bakayoko S, et coll. barriers to cataract surgery in an African subsaharian country, Mali *These Med. Mali* 1997 N° 108 IOTA
- [5] Chaabouni A, Kamoun M, Mghaieth F, El Matri L. cataracte intumescence compliquée d'hypertonie oculaire *Bull. Soc. Belge Ophtalmol.*,284, 33-36, 2002.
- [6] Boukhrissa M, BouazzaM, Mchachi A, Benhmidoune L, Rachid R, Chakib A, Amraoui A les hypertopies oculaires d'origine cristalliniene : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques : *Journal Société Marocaine d'Ophtalmologie* 2016 ; 25 :20-23
- [7] Pradhan D, Hennig A, Kumar J, Foster A. A prospective study of 413 cases of Lens-induced Glaucoma in Nepal. *Ind J Ophthalmol* 2001; 49:103-7.
- [8] Ravi.T, Padma.P, Jayaprakash. M. Glaucoma in india. *Journal of Glaucoma.* 2003; 12(1):81-87
- [9] Chakrabarti A., Singh S. phacoemulsification in eyes with white cataract. *J Cataract Refract Surg* 2000, 26:1041-7.
- [10] Bhattacharjee K., Bhattacharjee H., GOSWAMI B.J., SARMA P. capsulorhexis in intumescent cataract. *J. Cataract Refract Surg* 1999, 25:1045-7.
- [11] RAO S.K., PADMANABHAN P. capsulorhexis in eyes with phacomorphic glaucoma. *J Cataract Refract Surg* 1998, 24:882-4.
- [12] Gimbel H.V., Willerscheidt A.B. what to do with limited view: the intumescent cataract. *J.Cataract Refract Surg* 1993; 19:657-61.
- [13] Civerchia L.L., Balent A. intraocular lens implantation in acute angle closure glaucoma associated with cataract. *J Am Intraocul Implant Soc* 1985, 11:171-3.
- [14] Ndiaye M.R., BA E.A., Ndoye N., Ceccon J.F., Wade A. – Expulsive haemorrhage (report of 2 cases). *Dakar Med* 1993, 38 :39-41.

Pour citer cet article

SM Diarra, A Guindo, M Elansari, A Doumbia, G Saye, N Guirou *et al.* Cataracte intumescence : à propos de 25 cas au CHU-IOTA Bamako. *Jaccr Africa* 2020; 4(1): 91-95