PATHOLOGIE DU CRISTALLIN : LA CATARACTE

I/ Définition

Opacification du cristallin responsable d'une baisse de l'acuité visuelle.

II/ Epidémiologie

Est lié au vieillissement naturel du cristallin (inéluctable).

En France :

- touche plus de 50 % de la population des plus de 80 ans
- environ 3500 opérations / an
- acte chirurgical le plus réalisé (environ 1500 euro / acte)

C'est la première cause de cécité dans le monde.

III/ Etiopathogénie

- *Le vieillissement du cristallin* : il devient opaque (il est composé : d'un noyau, d'un cortex, d'une capsule antérieure et d'une capsule postérieure)
- *Les facteurs de risques* :

- l'exposition solaire / les UV
- le diabète
- le tabac
- l'alcool
- certains médicaments, dont les corticoïdes

IV/ Classification

1. Formes évolutives et formes topographiques

- cataracte totale : **leucocorie** (il s'agit d'une coloration de la pupille par un reflet blanchâtre)
- cataracte partielle
- cataracte hyper-mûre (plus fréquente dans les PEVD) : destruction cellulaire et tissulaire

2. Formes étiologiques

- cataracte liée à l'âge = cataracte « sénile », à partir de 65 ans, d'évolution très lente, bilatérale
- cataracte pathologique, lié à un processus pathologique général de début extra-oculaire (*ex :* affection dermatologique, pathologie endocrinienne) ou de cause iatrogène (lors d'utilisation prolongée de corticoïdes locaux ou généraux, pendant plus de 1 an)
- cataracte traumatique : par contusion, perforation, brûlure oculaire chimique, radiothérapie, corps étranger

➔ cataracte de l'enfant = congénital (rubéole, CMV, herpès, toxoplasmose) : **rôle IDE = dépistage** (examen de l'enfant)

V/ Symptomatologie et diagnostic

a) Chez l'adulte

~ diminution progressive de l'acuité visuelle
~ photophobie

Interrogatoire du patient / Examen ophtalmologique pour mesurer l'acuité visuelle et vérifier l'état du cristallin / Diagnostic fondé sur l'examen bio-microscopique de l'oeil et du cristallin en particulier

b) Chez l'enfant

La leucocorie révèle une cataracte totale congénitale.
Examens : général par le pédiatre, oculaire par un spécialiste.
Diagnostic fondé sur l'examen oculaire.
C'est une urgence ophtalmique lorsqu'on à évoqué que cette leucocorie reflète un **rétinoblastome** (tumeur hautement maligne de la rétine).

VI/ Ttt

1. Médical

Lever les facteurs de risques pour diminuer voire arrêter l'évolution.

2. Chirurgical

= seul ttt de la cataracte constituée.
Objectif : améliorer la vision.

On rétabli la vision en 2 points :

- rétablissement de la transparence intra-oculaire pour permettre à la lumière de parvenir à la rétine, par l'extraction du cristallin = **phacoexérèse** (un oeil privé de cristallin = oeil aphaque)

- **phacoémulsification** : c'est l'extraction du cortex et du noyau du cristallin avec des ultrasons qui vont creuser, pulvériser et aspirer les fragments

Avantages : incision très courte, qui ne nécessite qu'un point de suture / cicatrisation rapide / permet de la chirurgie ambulatoire (AL par instillation de qq gouttes d'anesthésiques)

VII/ Soins infirmiers

1. Bilan pré-opératoire

- consultation pré-anesthésique : 10 j avant l'intervention (demander ATCD, ttt en cours ; expliquer AG /AL ...)
- le patient sera revu par l'anesthésiste la veille de l'opération (avec bilan sanguin, ECG, RP)
- vérifier que l'**échographie ophtalmique** est bien dans le dossier du

patient
- préparation pré-opératoire : patient à jeun, douché ; protocole qui prescrit une **dilatation oculaire** (pose d'un insert ophtalmique) ; pose d'une VVP ; prémédication selon la PM +/- flash d'ATB (selon PM)

2. Anesthésie

- locale sous-péri bulbaire : anesthésiant sus et sous-orbitaire
- générale par topique : collyre anesthésique

3. Intervention

2 techniques :

- ***PHACO-ÉMULSIFICATION***
- ***EXTRACTION EXTRA-CORPUSCULAIRE*** : grande incision cornéenne supérieure ; la capsule est ouverte de façon circulaire, le noyau extrait et le cortex est aspiré à l'aide d'une seringue

Correction de l'aphakie (absence de cristallin) : on pose un implant intra-oculaire (= cristallin artificiel, synthétique et transparent) dans la capsule postérieure du cristallin qui est laissé en place.
S'il est impossible de mettre un implant : on porte des lentilles ou des verres correcteurs.
Per et post-opératoire rarement douloureux.

4. Au retour du bloc opératoire

Le patient revient avec un pansement sur l'oeil opéré :

- surveillance pouls et TA 1 fois / h
- +/- antalgique selon la PM
- +/- ATB selon la PM
- oeil protégé par une **coque**

5. Le lendemain matin

~ le médecin examine l'oeil grâce à la lampe à fente
~ instillation de **collyre** suivant la PM
~ administration de médicament selon la PM
~ coque toutes les nuits pendant 1 semaine

6. La sortie

Elle s'effectue à J_2 si pas de chirurgie ambulatoire.
Le patient sort avec son ttt, ses collyres : **lui apprendre à les mettre** ; lui dire d'éviter efforts et chocs sur l'oeil.
Lui donner un RDV de consultation pour dans la semaine, puis pour 3 semaines plus tard.
On prévoit une correction optique quand la cicatrisation de la cornée sera terminée (au bout de quelques semaines).

7. Complications

- *précoces :*

- lâchage de suture (rare)
- infection = urgence médicale (appeler le médecin pour PM d'ATB)

- hypertonie oculaire : douleur oculaire, céphalées et vomissements (prévenir le médecin)

  - *tardives :*
- décollement de rétine
- opacification secondaire de la capsule postérieure
- uvéite