

## PRISE EN CHARGE DES CATARACTES POST-UVÉITIQUES : EXPÉRIENCE DE 2 ANS AU CHU DE TREICHVILLE

MANAGEMENT OF POST-VEITIC CATARACTS: 2 YEARS OF EXPERIENCE  
AT THE UNIVERSITY HOSPITAL OF TREICHVILLE

OUFFOUÉ YG, KONAN AJ, KOUASSI KLJ, OUATTARA OAS, COULIBALY F, OUONNEBO L, DIBICA, SIRIMADM, AKRE-AGO CNS, BONI S, GBE K.

**Correspondant :** Dr OUFFOUE Yves Ghislain Kouassi  
Service Ophtalmologie, CHU Treichville  
23 BP 3843 Abidjan 23/Mail : ghisouffoue@yahoo.fr

### RÉSUMÉ

**Introduction :** La cataracte est une complication fréquente au cours des uvéites et surviendrait dans 40% des cas d'uvéites, toutes causes confondues. La cataracte post-uvéitique est responsable d'une baisse d'acuité visuelle qui vient s'ajouter à des lésions pré-existantes induites par l'uvéite. Le but de notre étude était d'évaluer la prise en charge des cataractes post-uvéitiques au centre hospitalier et universitaire (CHU) de Treichville.

**Matériels et méthodes :** Les auteurs ont réalisé une étude rétrospective durant la période du 1<sup>er</sup> décembre 2015 au 1<sup>er</sup> Décembre 2017 où les patients présentant une cataracte associée ou secondaire à une uvéite et ayant bénéficié d'une chirurgie et d'un suivi régulier ont été retenus. Les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et évolutives de ces patients ont été notées. Le test t de student a été utilisé pour la comparaison des moyennes avec un seuil de significativité de 5%.

### ABSTRACT

**Introduction:** Cataracts are a common complication in uveitis and are thought to occur in 40% of uveitis cases, all causes considered. Post-uveitic cataract is responsible for a decrease in visual acuity in addition to pre-existing lesions induced by uveitis. The aim of our study was to assess the management of post-uveitic cataracts at the University Hospital of Treichville.

**Materials and methods:** The authors carried out a retrospective study during the period from December 1, 2015 to December 1, 2017 where patients with cataract associated or secondary to uveitis and having undergone surgery and who had had regular follow-up were selected. The socio-demographic, clinical and evolutionary features of these patients were noted. The student's t test was used to compare the means with a significance level of 5%.

**Résultats :** La moyenne d'âge de la population d'étude de 31 patients était de  $39 \pm 18,69$  ans. L'acuité visuelle préopératoire était limitée à une perception lumineuse dans 84% des cas. Une corticothérapie préopératoire a été instituée chez moins de la moitié des patients (45,16%). La technique prédominante a été l'extraction extracapsulaire manuelle dans 77,42%. La majorité des patients soit 51,62% présentait une acuité visuelle post opératoire supérieure à 3/10. Les complications postopératoires étaient dominées par l'œdème maculaire et la cataracte secondaire à des taux respectifs de 22,58% et de 16,13%.

**Conclusion :** Les résultats visuels de la chirurgie de la cataracte dépendent largement de l'atteinte du segment postérieur, du contrôle périopératoire de l'inflammation et de la technique chirurgicale. Il est donc important de codifier la prise en charge de ces cataractes dans notre contexte.

**Mots-clés :** CATARACTE, UVÉITES, CHIRURGIE, COMPLICATIONS, ACUITÉ VISUELLE, CÔTE D'IVOIRE.

**Results:** The mean age of the study population of 31 patients was  $39 \pm 18.69$  years. Preoperative visual acuity was limited to light perception in 84% of cases. Preoperative corticosteroid therapy was instituted in less than half of the patients (45.16%). The predominant technique was manual extracapsular extraction in 77.42% of cases. The majority of patients, that is 51.62%, had postoperative visual acuity greater than 3/10. Postoperative complications were dominated by macular edema and secondary cataract at rates of 22.58% and 16.13%, respectively.

**Conclusion:** The visual results of cataract surgery depend largely on the involvement of the posterior segment, the perioperative control of the inflammation and the surgical technique. It is therefore important to codify the management of these cataracts in our context.

**KEYWORDS:** CATARACT, UVEITIS, SURGERY, COMPLICATIONS, VISUAL ACUITY, CÔTE D'IVOIRE.

## INTRODUCTION

La cataracte se définit comme une opacification du cristallin dont le traitement est exclusivement chirurgical. La recherche nosologique de cette pathologie retrouve les causes sénile, congénitale et secondaire à une pathologie générale ou oculaire. La cataracte constitue une complication fréquente au cours de l'inflammation uvéale notamment dans sa portion antérieure<sup>1</sup>. Le pronostic fonctionnel de la cataracte post-uvéitique reste réservé et lié à l'atteinte des structures vitréo-rétiniennes. Cependant ce pronostic

semble meilleur de nos jours, grâce aux nouvelles techniques de chirurgie de la cataracte par phacoémulsification. Cette réalité technologique admise dans les pays développés, est encore difficilement accessible en Côte d'Ivoire où l'extraction extra capsulaire manuelle est largement pratiquée. Le but de notre étude était d'évaluer la prise en charge des cataractes post-uvéitiques au centre hospitalier et universitaire de Treichville afin d'y indiquer les modalités thérapeutiques et d'analyser les résultats fonctionnels.

## MÉTHODES

Nous avons réalisé une étude rétrospective à visée descriptive du 1<sup>er</sup> décembre 2015 au 1<sup>er</sup> Décembre 2017 au service d'Ophtalmologie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Treichville à Abidjan. L'étude a porté sur les dossiers de patients opérés de cataracte post-uvéitiques avec pour critère d'inclusion un suivi post opératoire régulier d'au moins six mois. Les dossiers incomplets, les patients présentant une autre pathologie oculaire associée et les cataractes post-traumatiques n'ont pas été retenus.

A partir de l'examen clinique ophtalmologique ont été notifiées les données anamnestiques et cliniques à savoir un épisode antérieur d'uvéite, le statut sérologique VIH, la présence de synéchies irido-cristalliniennes, l'état du reflexe photomoteur et le type de cataracte. Afin

d'apprécier le retentissement de l'inflammation sur le segment postérieur, une échographie oculaire en mode B a été réalisée chez tous les patients. Les données thérapeutiques étaient la prescription ou non d'une corticothérapie préopératoire par voie systémique et la technique chirurgicale réalisée. Les données évolutives ont concerné l'acuité visuelle post-opératoire et la recherche de complications à court, moyen et long terme.

Une fiche d'enquête individuelle anonyme a servi pour le recueil des informations. Les paramètres étudiés étaient sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives. Les données ont été traitées par les logiciels Microsoft Excel et Epi info 7 et le test de Student a été utilisé pour la comparaison des moyennes avec pour seuil de significativité  $\alpha < 5\%$ .

## RÉSULTATS

Durant cette période étude de deux ans, nous avons colligé 31 yeux opérés de 31 patients. La moyenne d'âge était de  $39 \pm 18,69$  ans avec des extrêmes de 16 et 82 ans avec un sex ratio de 0,72. On ne notait pas de différence significative entre hommes et femmes ( $p=0,23$ ). Concernant les antécédents d'inflammation endo-oculaire, l'uvéite était à un premier épisode chez 9 patients soit 29% et à un second épisode ou plus chez 12,9% de la population d'étude. Un terrain immuno compromis au VIH a été noté chez 10 patients soit 32,26% des cas.

A l'examen préopératoire, 29 patients étaient en état de cécité légale dont 26

avaient une acuité visuelle (AV) réduite à une perception lumineuse. La présence de synéchies irido-cristalliniennes s'observait chez 19 patients soit 61,2% cas (Figures 1, 2, 3). Le type de cataracte était dominé par une cataracte totale dans 26 cas et on observait une localisation sous capsulaire postérieure chez 5 patients. Un remaniement vitré en minime ou modéré de diagnostic échographique a été mis en évidence chez 11 patients soit 35,5% des cas.

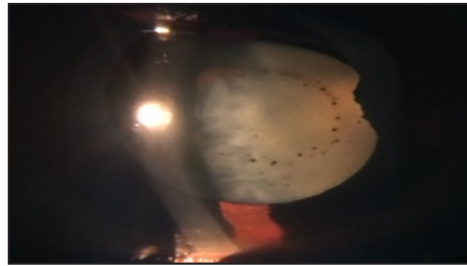
La prise en charge chirurgicale a été effectuée en dehors de tout épisode inflammatoire et dans un délai minimal de 6 mois après la dernière inflammation

active. Une corticothérapie préopératoire a été instituée chez 45,16% de la population étudiée soit chez 14 patients. Pour cette corticothérapie, la prednisone a été utilisée par voie orale 72 heures avant la chirurgie à la dose de 0,5 mg/Kg/jour. La technique opératoire principalement réalisée était l'extraction extra-capsulaire classique avec implantation en chambre postérieure chez 24 patients soit 77,42% des cas. Les autres procédés chirurgicaux étaient représentés par la chirurgie de la cataracte par petite incision manuelle sans suture et l'extraction intracapsulaire dans respectivement 12,90 et 9,68% des cas.

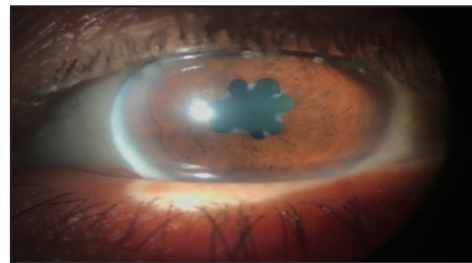
Le taux de cécité légale (AV<1/20) au terme du suivi était de 6,45% tandis qu'une malvoyance (AV entre 1/20 et 3/10) et une bonne acuité visuelle (AV >3/10) étaient retrouvées respectivement dans 41,93% et 51,62% des cas. Le gain d'acuité visuelle est objectivé par la figure 4 en comparant les acuités visuelles pré et post-opératoire. Les patients ayant bénéficié d'une corticothérapie pré-opératoire avaient une meilleure acuité visuelle que ceux n'ayant pas bénéficié dans un délai post-opératoire de 3 mois ; cette différence n'était pas significative au seuil  $\alpha(p=0,44)$ .

Quatre cas de complications per-opératoires à type de rupture de la capsule postérieure avec issue de vitré et impossibilité de mise en place de l'implant intraoculaire ont été observés.

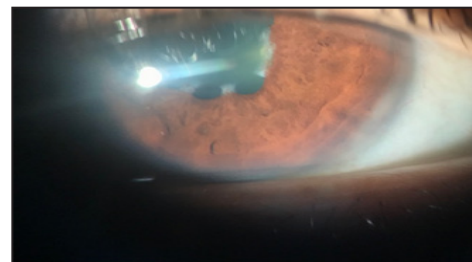
Durant le délai de suivi de 6 mois, aucune complication n'a été retrouvée chez 12 patients soit 38,8% des cas. Les complications post-opératoires ont été observées dans 62,2% des cas et étaient dominées par la cataracte secondaire dans 22,58%. L'œdème maculaire et les synéchies sectorielles sur l'implant étaient retrouvés dans une proportion égale de 16,13% tandis qu'une hypertension oculaire a été observée chez 2 patients soit 6,45% des cas. Aucune différence significative n'a été retrouvée entre la technique chirurgicale et la survenue de complications ( $p=0,21$ ).



**Fig 1 :** Synéchies irido-cristalliniennes ayant lâché après dilatation pupillaire : noter les reliquats pigmentaires sur la cristalloïde antérieure

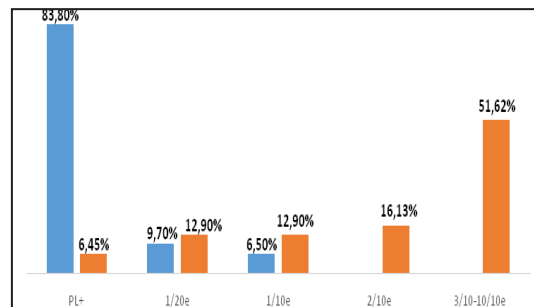


**Fig 2.**



**Fig 3.**

**Fig 2 et 3 :** synéchies irido-cristalliniennes ayant lâché partiellement après dilatation pupillaire et nécessitant une synéchiolyse per-opératoire



PL + : présence d'une perception lumineuse, MAV préop : meilleure acuité visuelle préopératoire, MAV postop : Meilleure acuité visuelle post-opératoire  
**Figure 4 :** Comparaison de la meilleure acuité visuelle pré-opératoire et 3 mois après la chirurgie

## DISCUSSION

Le traitement de la cataracte est en général bien codifié et maîtrisé ; celui des cataractes post-uvéitiques ne fait toujours pas l'objet d'un consensus. Cependant, il est admis que la chirurgie de cette pathologie doit se faire en l'absence de toute inflammation active<sup>1,2</sup>.

Dans notre étude on notait une prédominance féminine sans différence significative ( $p=0,23$ ). Par contre Bhargava en Inde a retrouvé une majorité masculine sans différence significative<sup>3</sup>. Ainsi, hommes et femmes seraient soumis aux mêmes facteurs de risque de survenue des cataractes post-uvéitiques dont les étiologies resteraient tributaires de la nosologie des uvéites. La moyenne d'âge dans notre série était de 39 ans. Ce résultat est proche de celui de Chebil qui retrouvait une moyenne d'âge de 36 ans<sup>4</sup>. Ce constat révélerait le fait qu'il s'agit d'une pathologie du sujet jeune et dans certains cas des enfants comme dans l'arthrite idiopathique<sup>1,2</sup>. L'uvéite est une pathologie récidivante, toutefois dans 58% des cas aucun épisode antérieur n'a été retrouvé dans cette étude. La première raison à ce taux d'épisode antérieur de 42% seulement retrouvé dans ce travail est due au fait que toutes les uvéites ne se compliquent pas obligatoirement de cataracte. Secondairement certaines uvéites antérieures s'expriment avec une faible réaction inflammatoire du segment antérieur et peuvent passer inaperçues car prises à tort pour des conjonctivites banales. Le diagnostic est alors effectué de manière rétrospective par l'ophtalmologiste sur la base des stigmates inflammatoires à l'examen biomicroscopique telles que des précipités retrodescémétiques anciens pigmentés ou des synéchies irido-cristalliniennes associés à une cataracte. Nous avons noté chez 10 patients soit 32,26% des cas une séropositivité au VIH. Le lien entre uvéite et infection au VIH/SIDA ne semble pas être établi mais les terrains immunocompromis seraient l'apanage de survenue de cataractes post-uvéitiques bilatérales de façon précoce chez le sujet jeune comme souligné par Bhargava en Inde<sup>3</sup>. L'infection à VIH ferait le lit de certaines uvéites d'étiologies virales et

parasitaires. Aussi, les travaux de Chebil sur la co-infection VIH et cataracte ont retrouvé 17,6% d'uvéites infectieuses dominées par la toxoplasmose<sup>4</sup>. En Côte d'Ivoire bien que la séroprévalence de l'infection à VIH ait diminué de moitié en deux décennies, des efforts doivent encore être consentis dans la lutte contre la pandémie afin d'atteindre les objectifs du projet 2020 de l'ONUSIDA qui seraient d'atteindre un taux en deçà de 1%<sup>5</sup>.

Sur le plan clinique les synéchies irido-cristalliniennes ont été mises en évidence chez 19 patients soit 61,2% des cas. Ces synéchies sont des complications fréquentes des uvéites qui contrarient de façon variable la dilatation pupillaire nécessaire à une bonne chirurgie. Leur présence fera appel à une synéchiolyse-per-opératoire et les résultats visuels attendus dépendent en partie du succès de cette étape opératoire. Une autre solution à envisager serait l'usage de dilatateurs atropiniques ou adrénérgiques en instillation locale ou en injection sous conjonctivale avant l'acte chirurgical.

Dans notre série, nous avons observé 26 cataractes totales soit 83,9% des cas et 5 cataractes sous capsulaires postérieures. Dans la littérature, les cataractes compliquant les uvéites sont décrites le plus souvent comme sous capsulaire postérieure<sup>1,6</sup>. Il s'agit en effet de la forme de début de l'opacification cristallinienne avant l'extension à toutes les structures du cristallin. Cette différence pourrait s'expliquer d'une part par le long délai entre la survenue de la cataracte et la consultation et d'autre part par l'attitude du praticien dans notre contexte qui est d'opérer les cataractes obturantes et en dehors de tout phénomène inflammatoire. L'opacification cristallinienne peut être rapide en cas d'inflammation de l'uvéite et majorée par la corticothérapie tant générale que locale utilisée dans le traitement symptomatique des uvéites.

Nous avons systématiquement réalisé une échographie oculaire en mode B afin d'apprécier les structures oculaires en arrière du cristallin compte tenu de l'inaccessibilité du fond d'œil à l'examen biomicroscopique. L'échographie oculaire était normale chez 20 patients soit 64,5% des cas et on retrouvait 35,5% de remaniement vitréen. Ceci pourrait suggérer



qu'il s'agissait de cataractes compliquant des uvéites antérieures, ou des formes postérieures dont le traitement aurait été efficace. En effet selon la littérature les uvéites antérieures seraient plus grandes pourvoyeuses de cataractes que les uvéites postérieures.<sup>6</sup>

La corticothérapie préopératoire est devenue systématique dans la prise en charge des cataractes post-uvéitiques. Elle se fait presque toujours par voie locale et souvent par voie orale. La corticothérapie par voie orale est discutée dans la littérature. En effet certains auteurs comme Bodaghi recommandent une corticothérapie préopératoire systématique selon un protocole bien établi<sup>7</sup>. Par contre d'autres auteurs comme Brezin<sup>1</sup> n'y sont pas adeptes et préconisent qu'elle ne doit servir que dans certains cas afin d'assurer un contrôle préopératoire satisfaisant de l'inflammation. Dans notre étude, 14 patients ont reçu une corticothérapie préopératoire par voie orale. Chez ces derniers on note une meilleure acuité visuelle corrigée post-opératoire supérieure à ceux qui ne l'ont pas reçue sans différence statistiquement significative ( $p=0,44$ ). Cette corticothérapie induirait une réduction importante de l'inflammation<sup>3</sup>. Selon Colin la corticothérapie orale pourrait être remplacée par les injections intravitréennes de corticoïdes qui auraient une efficacité similaire avec des effets indésirables moindres<sup>8</sup>.

Nous avons utilisé 3 techniques chirurgicales à savoir l'extraction extra capsulaire classique, la chirurgie de la cataracte à petite incision manuelle sans suture et l'extraction intracapsulaire. La technique la plus utilisée était l'extraction extra capsulaire manuelle chez 77,40% de la population d'étude. La technique de l'extraction intra capsulaire a été utilisée chez 3 patients qui présentaient des cataractes luxées. Les auteurs tels que Nghiem-Buffet ou Malki ont largement utilisé l'extraction par phacoémulsification<sup>9-10</sup>. En effet cette technique est préférable à l'extraction extra capsulaire manuelle car elle entraînerait une inflammation post opératoire significativement moins importante dans le premier mois suivant la chirurgie par rapport aux autres techniques chirurgicales<sup>7</sup>. Ce choix chirurgical dans notre étude s'impose par le

fait que la phacoémulsification n'est pas encore pratiquée dans notre structure hospitalière. De plus la large ouverture cornéenne permet une meilleure synéchiolyse et ainsi une meilleure manipulation en chambre antérieure au cours de l'extraction extra capsulaire manuelle. Cependant la chirurgie de la cataracte à petite incision pourrait se positionner comme une bonne alternative à la phacoémulsification.

Nous avons noté quatre cas de complications per opératoires à type de rupture de la capsule postérieure avec issue de vitré et impossibilité de mise en place de l'implant intraoculaire. Il s'agissait de patients ayant présenté d'importantes synéchies irido-cristalliniennes avec une mauvaise dilatation pupillaire. Ces complications pourraient dans ce cas être en rapport avec une synéchiolyse souvent fastidieuse associée à une éventuelle fragilité de la capsule postérieure et de la zonule. Les complications post-opératoires à moyen et long terme étaient observées dans 62,2% des cas et étaient représentées par la cataracte secondaire et l'œdème maculaire ; les synéchies sectorielles sur l'implant (16,13%) et l'hypertonie oculaire (6,45%) ayant régressé sous traitement médical. Ces complications correspondaient à celles décrites dans la littérature ; la prévalence de l'œdème maculaire cystoïde se situerait entre 19 à 35% des cas au cours des cataractes post-uvéites<sup>8</sup>.

Le pourcentage des patients présentant une bonne acuité visuelle selon les critères de l'OMS était de 51,62%. L'acuité visuelle finale au cours des cataractes post-uvéitiques serait en moyenne plus basse que celle des patients présentant une cataracte sénile. Cette acuité visuelle relativement plus basse serait due à une incidence plus accrue de cataractes secondaires et d'œdèmes maculaires comme révélée dans cette étude à hauteur respectivement de 22,58% et de 16,13% de la population étudiée. Nos résultats sont similaires à ceux de Fasina<sup>12</sup> au Nigéria qui retrouvait la cataracte secondaire et l'œdème maculaire respectivement dans 21,42% et 9,52% des cas avec une meilleure acuité visuelle post-opératoire corrigée supérieure à 3/10 dans 60% des cas. Afin de réduire ces complications postopératoires, Colin a proposé une implantation « bag in the lens »

qui réduirait le taux d'œdème maculaire au plus bas, proche de celui retrouvé dans la

cataracte sénile ; comme l'atteste son étude avec un taux de 3,3%<sup>8</sup>.

## CONCLUSION

La prise en charge des cataractes post-uvéitiques mérite une démarche bien codifiée dans notre contexte. Il s'agit d'une affection qui survient avec prédilection chez le sujet jeune et la recherche d'un terrain d'immunodépression devrait être systématique. Le traitement chirurgical a permis de retrouver une bonne acuité visuelle post-opératoire corrigée.

Les résultats fonctionnels sont largement tributaires de l'atteinte éventuelle du segment postérieur, de la maîtrise de l'inflammation, du bon déroulement du temps opératoire et d'une surveillance post opératoire rigoureuse afin déceler et traiter tout œdème maculaire ou cataracte secondaire dont l'incidence reste majorée en cas de cataracte post-uvéitique.

## REFERENCES

- 1- Monnet D, Brézin A. Cataracte et uvéite. In Brézin A, Rapport de la Société Française d'Ophthalmologie editors. Elsevier Masson ; 2010 p. 685-3.
- 2- Alio JL, Chipont E, Benezra D, Fakhry MA, International Ocular Inflammation Society, Study Group Of Uveitic Cataract Surgery. Comparative performance of intraocular lenses in eyes with cataract and uveitis. J Cataract Refract Surg 2002 ; 28(12) : 2096-108.
- 3- Bhargava R, Kumar P, Bashir H, Sharma SK, Mishra A. Manual Suture Less Small Incision Cataract Surgery in Patients with Uveitic Cataract. Middle East Afr J Ophthalmol 2014; 21(1): 77-82.
- 4- Chebil A, Baroudi B, Slim M, Chaker N, Lam-loum M et al. Profil épidémiologique des uvéites dans la région de Tunis. J Fr Ophtalmol 2013 ; 36, 764-8.
- 5- [http : www.onusida.com](http://www.onusida.com) consulté le 29/08/2018.
- 6- Abdoul YS, Hamed OMA, Mehdi K, Alwan AN, El Ouatassi NFE et al. Profil épidémiologique des uvéites à propos de 105 cas. Pan Afr Med J 2016 ; 24 : 97-101
- 7- Barham B. Chirurgie sur œil inflammatoire. Réflexions ophtalmologiques 2012 ; 153(17) : 26-9
- 8- Colin J. Value of PMMA intracapsular rings during cataract surgery. J Fr Ophtalmol 1996; 19(12) : 777-9.
- 9- Nghiem-Buffet MH, Gatinel D, Fajnkuchen F, Chaîne G. Cataracte et uvéite : résultats après implantation en chambre postérieure en extracapsulaire à propos de 14 cas. J Fr Ophtalmol 2001 ; 24 (7) ; 704-9.
- 10- Malki N, Boutaalla J, Zongo P, Tahri H. Cataracte et uvéite. J Fr Ophtalmol 2009 ; 32(HS1) : 111.
- 11- Ram J, Gupta A, Kumar S, Kaushik S, Gupta N, Severia S. Phacoemulsification with intraocular lens implantation in patients with uveitis. J Cataract Refract Surg 2010 ; 36(8) : 1283-8.
- 12- Fasina O, Bekibele CO. Visual outcome of uveitic cataract in Ibadan. Afr J Med Med-Sci. 2010 ; 9(4) : 323-8.