

Docteurs M. BENZERROUG, V. BIELEFELD, B. BOUSSION, B. BRIEND, S. COISY, M. HAFFAF,
D. HAUTION, M. JEAN-LECHNER, T. MACÉ, C. MAZIT, Z. MOUHAFTEL, D. TANEVA

Chirurgie du cristallin à visée réfractive

Madame, Monsieur,

Vous présentez une anomalie de la réfraction que votre ophtalmologiste vous propose de traiter par une extraction du cristallin et son remplacement par un implant de puissance adaptée. Cette fiche contient l'information sur l'opération qui vous est proposée, sa nature, ses indications et ses risques.

Le cristallin Il s'agit d'une lentille de forte puissance, située à l'intérieur de l'œil, jouant un rôle important dans la vision et l'accommodation, c'est-à-dire le passage de la vision de loin à la vision de près. C'est l'objectif et le focus d'un appareil photographique.

Pourquoi opérer ? Cette opération consiste à remplacer le cristallin naturel par un cristallin artificiel, ou implant, de puissance adaptée qui permet de modifier, de réduire ou d'annuler le port d'une correction optique. Elle peut être proposée pour la correction de tous les défauts de vision : myopie, hypermétropie, astigmatisme : un implant torique est alors souvent nécessaire, et enfin presbytie : un implant multifocal représente la solution la plus fréquente alors. Il existe une fiche d'information spécifique pour ces implants.

L'opération sur le cristallin L'intervention est réalisée alors que le patient est installé sur le dos, en milieu chirurgical stérile et sous microscope. Elle représente un geste chirurgical majeur qui consiste à remplacer le cœur du cristallin, en conservant son enveloppe, par un cristallin artificiel (ou implant). Une immobilisation minimale est nécessaire en ambulatoire. L'extraction du cristallin est réalisée par une sonde passant par une petite incision et peut-être assistée par laser. Le sac contenant le cristallin (la capsule) est laissé en place. Le cristallin est remplacé par une lentille synthétique placée derrière la pupille. L'œil est insensibilisé uniquement par l'instillation de gouttes ou éventuellement par des injections autour de l'œil. Une anesthésie générale est également possible. Le choix de l'anesthésie est décidé entre l'anesthésiste et l'ophtalmologiste qui tiennent aussi compte de vos souhaits. Le chirurgien a recours à l'instrumentation qui lui semble la mieux adaptée. Il est exceptionnel de procéder à l'extraction de l'ensemble du cristallin et de la capsule. L'incision de l'œil est suturée ou non.

Incidents ou difficultés peropératoires Ils sont rares et imprévisibles mais peuvent modifier le déroulement de l'intervention. La plus fréquente est la rupture de la capsule qui survient dans moins de 5% des cas. Elle conduit parfois à modifier le choix et la position de l'implant, voire à renoncer à toute implantation immédiate. Elle peut rallonger le temps opératoire. Un geste complémentaire ou une deuxième opération peuvent être nécessaires (reprise chirurgicale).

Les implants intraoculaires disponibles Le choix, discuté avec votre chirurgien, sera fondé sur les caractéristiques fonctionnelles et anatomiques de vos yeux, ainsi que sur vos habitudes et besoins visuels. Les différentes catégories se rangent entre :

- Monofocaux : calculés pour corriger la vision à une distance donnée, souvent de loin.
- Toriques : capables d'ajouter la correction d'un astigmatisme surajouté.
- Multifocaux : visant à corriger la vision à différentes distances pour compenser la presbytie. Ces deux concepts sont destinés à réduire la dépendance aux lunettes.

L'évolution post-opératoire habituelle L'opération est indolore dans la grande majorité des cas. La vision s'améliore rapidement dans les heures ou les jours qui suivent. S'il existe une autre affection de l'œil (glaucome,

maladie de la rétine, maladie de la cornée ...) cela peut limiter votre récupération visuelle.

Les soins post-opératoires comprennent l'instillation de gouttes, parfois l'application d'une pommade et le port d'une protection oculaire durant une période qui vous sera précisée par votre chirurgien. S'il a été nécessaire de poser des fils il faudra procéder à leur ablation. Dans les premiers jours postopératoires on vous conseillera de protéger votre œil avec une coque la nuit et des lunettes dans la journée. Certaines activités professionnelles comme la conduite automobile peuvent être déconseillées pendant une période à préciser avec votre chirurgien. Les RDV postopératoires sont importants et doivent être honorés.

Une sécheresse oculaire prolongée peut survenir, se traduisant par une gêne oculaire à type de sensation de corps étranger, picotements, brûlure, larmolement paradoxal. La perception de « mouches volantes » est aussi possible. Dans les années qui suivent, chez environ un tiers des patients, il se produit une opacification de la capsule, responsable d'une nouvelle baisse de vision. On parle alors de "cataracte secondaire". Elle ne nécessite pas de nouvelle intervention, elle traitée par une séance de laser qui permet une ouverture de la capsule (laser Yag) et l'amélioration de la vision.

Les complications Bien qu'elle soit standardisée depuis longtemps et suivie d'excellents résultats, cette opération n'échappe pas à la règle générale selon laquelle il n'existe pas de chirurgie sans risque. Il n'est donc pas possible à votre ophtalmologiste de garantir le succès total de l'intervention. Des incidents ou difficultés peropératoires sont rares et imprévisibles mais peuvent modifier le déroulement de l'intervention. La plus fréquente est la rupture de la capsule qui survient dans moins de 5% des cas. Elle conduit parfois à modifier le choix et la position de l'implant, voire à renoncer à toute implantation immédiate. Elle peut rallonger le temps opératoire. Un geste complémentaire ou une deuxième opération peuvent être nécessaires (reprise chirurgicale). Les complications sévères de cette opération sont aussi très rares. Elles peuvent nécessiter une réintervention et aboutir, dans les cas les plus extrêmes, à une perte de vision, voire à la perte de l'œil lui-même. Il peut s'agir d'une infection (moins de 1 cas sur 3000), d'un décollement de la rétine, d'un trouble de la cornée (œdème), d'un œdème rétinien maculaire, un déplacement de l'implant, enfin un hématorne aigu est une complication rarissime mais grave.

Signes d'alerte La survenue d'une douleur, d'une baisse de vision ou d'une rougeur brutale dans les 10 jours qui suivent l'opération, doivent vous amener à contacter votre chirurgien ou son équipe dans les plus brefs délais.

D'autres complications sont moins sévères, comme la cicatrice insuffisamment étanche, un hématorne du blanc de l'œil ou de la paupière, une sensibilité accrue à la lumière, une inflammation de l'œil, une augmentation de la pression intraoculaire, la déformation de la cornée (astigmatisme), une vision dédoublée, une chute partielle de la paupière supérieure.

Si une opération de chirurgie réfractive (correction d'un défaut visuel par laser) a été faite dans le passé le calcul de l'implant nécessitera plus de travail et le degré de précision peut en être réduit. Il n'est pas possible de vous garantir de façon absolue la correction de vos défauts de vision.

La cicatrisation des premières semaines peut en effet modifier légèrement la position de l'implant et laisser persister une partie des défauts qu'il était prévu de corriger. Cela peut éventuellement nécessiter une réintervention. Une correction adaptée par lunettes peut dans tous les cas être prescrite au bout de quelques semaines.

Il n'est pas possible de vous garantir la correction de vos défauts de vision. La cicatrisation des premières semaines peut en effet modifier légèrement la position de l'implant et laisser persister une partie des défauts optiques qu'il était prévu de tenter de corriger. Si une opération de chirurgie réfractive (correction d'un défaut visuel par laser) a été faite dans le passé, le calcul de l'implant peut être moins précis. Cela peut éventuellement nécessiter une ré-intervention avec échange ou non de l'implant, une retouche au laser peut parfois être proposée.

Votre ophtalmologiste est disposé à répondre à toute question complémentaire que vous souhaiteriez lui poser.

Les dispositions réglementaires font obligation au médecin de prouver qu'il a fourni l'information au patient. Aussi vous demande-t-on de signer ce document dont le double est conservé par votre médecin.

Je soussigné reconnais que la nature de l'intervention, ainsi que ses risques, m'ont été expliqués en termes que j'ai compris, et qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées.

J'ai reçu une information sur tous les coûts de l'opération. J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant et :

donne mon accord au Dr

ne donne pas mon accord pour la réalisation de l'acte qui m'est proposé ainsi que pour l'enregistrement anonyme des images opératoires

Date et signature
Mention : « Lu et approuvé »

Ces fiches nationales ont été créées sous l'égide de la Société Française d'Ophtalmologie (SFO) et du Syndicat National des Ophtalmologistes de France (SNOF) avec l'aide de la Société de l'Association Française des Implants intraoculaires et de la Réfraction (SAFIR).

Dans le cadre de la recherche clinique, avec ou sans publication dans une revue scientifique, les données médicales vous concernant peuvent être exploitées statistiquement de façon anonyme dans le respect de la stricte confidentialité des données personnelles et du secret médical. Vous pouvez faire valoir si vous le désirez, votre droit d'opposition à l'exploitation de vos données personnelles pour la recherche clinique ; dans ce cas ceci ne modifie en rien votre prise en charge.