

OPÉRATION DE LA CATARACTE

Madame, Monsieur,

Vous êtes atteint(e) d'une cataracte responsable de troubles visuels. Votre ophtalmologiste vous propose une opération, car la chirurgie constitue le seul moyen d'améliorer votre vision. Cette fiche contient des informations sur la nature, les indications et les risques de cette opération.

La cataracte

Elle correspond à une altération optique et/ou anatomique du cristallin. Cette lentille située à l'intérieur de l'œil (comme un objectif d'appareil photographique) joue un rôle important dans la vision pour former l'image sur la rétine. Elle permet aussi l'accommodation (passage de la vision de loin à la vision de près). La cataracte induit souvent une baisse de qualité de vision puis une baisse de l'acuité visuelle. Ses causes sont multiples mais la plus fréquente est l'âge, le plus souvent au-delà des 65 ans. Des causes traumatiques, génétiques, métaboliques, médicamenteuses et hormonales sont également possibles.

Pourquoi opérer la cataracte ?

Parce qu'il n'existe pas de traitement médical pouvant guérir une cataracte. En l'absence d'opération, l'opacification progressive du cristallin peut conduire à une diminution croissante de la vision et à une perte d'autonomie. De plus, l'augmentation excessive de volume du cristallin peut, chez certains patients, être source de modifications anatomiques préjudiciables pour le risque de survenue d'un glaucome ou d'une pathologie cornéenne.

L'opération de la cataracte

C'est l'intervention chirurgicale actuellement la plus réalisée dans le monde. En pratique cela se passe au bloc opératoire, en conditions stériles. Le patient est allongé sur le dos pendant quelques minutes, fixant la lumière d'un microscope. Le geste est indolore et consiste à remplacer le contenu du cristallin tout en conservant son enveloppe (capsule ou sac) et d'y placer un cristallin artificiel (ou implant) capable de compenser le rôle optique du cristallin naturel.

L'hospitalisation : elle est le plus souvent limitée à quelques heures (ambulatoire). En fonction de votre état de santé l'anesthésiste peut choisir une hospitalisation plus longue.

L'anesthésie : l'œil est généralement insensibilisé par l'instillation de gouttes et/ou l'application d'un gel sur la surface de l'œil et/ou l'injection de l'anesthésique directement dans l'œil. Il peut être nécessaire de faire une injection à proximité de l'œil, voire très exceptionnellement une anesthésie générale. Le choix de l'anesthésie est une décision prise entre l'anesthésiste et le chirurgien, qui tient aussi compte de vos souhaits.

L'intervention : le chirurgien a recours à l'instrumentation qui lui semble la plus adaptée. L'opération est réalisée par une sonde passant par une incision de quelques millimètres. En règle générale en France, la technologie utilisée est la phakoémulsification (ultrasons). Plus rarement, certaines étapes sont réalisées au laser. Le chirurgien positionne l'implant dans le sac du cristallin mais peut être amené à le positionner devant ou à la place de ce dernier. En cas de configuration chirurgicale inattendue, le type d'implant initialement prévu peut être modifié pendant l'intervention. L'incision de l'œil est le

plus souvent étanche en fin d'intervention mais parfois elle doit être suturée. Un antibiotique intraoculaire est habituellement injecté.

L'implant : le choix de l'implant qui remplace le cristallin sera fondé sur vos besoins et habitudes visuelles, dans la limite des caractéristiques fonctionnelles et anatomiques de vos yeux. Les implants sont capables de limiter l'astigmatisme oculaire et aider à compenser la presbytie dans certaines configurations à discuter avec votre chirurgien.

L'évolution post-opératoire habituelle

La période post opératoire 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, etc) cela peut limiter votre récupération visuelle.

Les soins post-opératoires comprennent l'instillation de gouttes antibiotiques et anti-inflammatoires, parfois l'application d'une pommade durant une période qui sera précisée par votre chirurgien. S'il a été nécessaire de poser un fil de suture il faudra procéder à son ablation en consultation. Dans les premiers jours postopératoires on vous conseillera de protéger votre œil avec une coque la nuit. Certaines activités professionnelles, la conduite automobile, peuvent être déconseillées pendant une certaine période. Les rendez-vous postopératoires sont importants et doivent être honorés.

Une sécheresse oculaire transitoire peut survenir, se traduisant par une gêne oculaire à type de sensation de corps étranger, picotements, brûlures, larmoiement paradoxal. La perception de « corps flottants » est également possible.

Dans les années qui suivent, chez environ un tiers des patients, il se produit une opacification du sac qui contient l'implant, responsable d'une nouvelle baisse de vision progressive. On parle souvent de "cataracte secondaire" mais celle-ci ne nécessite pas de nouvelle intervention, elle est traitée par une brève séance de Laser Nd:YAG qui réalise une ouverture du sac, en arrière de l'implant, et permet l'amélioration de la vision.

Les complications

Bien qu'elle soit très standardisée et suivie d'excellents résultats, l'opération de la cataracte 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 de l'intervention.

Les incidents ou aléas peropératoires sont rares et imprévisibles mais peuvent modifier le déroulement de l'intervention. Par exemple, la rupture du sac cristallinien, qui survient dans moins de 5 % des cas, peut conduire 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.

Les complications sévères de l'opération de la cataracte sont exceptionnelles. 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 permanent de la cornée (œdème), d'un œdème rétinien maculaire, d'un déplacement excessif de l'implant, enfin un hématorne aigu de la couche vasculaire rétinienne est une complication rarissime mais très grave.

En post opératoire, 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 ou à défaut un service accueillant les urgences ophtalmologiques.

D'autres complications sont moins urgentes, comme une cicatrice insuffisamment étanche, une hémorragie au niveau 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, une vision dédoublée (astigmatisme), une sécheresse oculaire prolongée, une chute partielle de la paupière supérieure, une erreur d'implant, un mauvais vieillissement de l'implant, peuvent survenir et demander une prise en charge spécifique.

Il n'est pas possible de vous garantir la correction totale 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 toutes les questions complémentaires 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

Signature du patient :

En date du :

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.