

Opération de repositionnement ou de changement d'un implant cristallinien intraoculaire

Madame, Monsieur,

Votre ophtalmologiste vous propose une opération car votre implant est jugé responsable de troubles visuels et que la chirurgie constitue le meilleur moyen d'améliorer votre vision. Cette fiche contient des informations sur la nature, les indications et les risques de cette opération.

Les implants et leurs conséquences

Les implants sont placés dans l'œil lors d'une opération du cristallin soit dans le cadre d'une cataracte soit d'une chirurgie réfractive (cf. fiches SFO de ces deux opérations). Malgré une chirurgie bien réalisée, la vision peut être jugée insuffisante dès la période post-opératoire, ou se dégrader à distance de l'opération. Parmi les causes possibles de vision insuffisante, la cible réfractive qui était attendue peut ne pas être atteinte. Ceci survient essentiellement en raison d'aléas de calcul de la puissance de l'implant, de positionnement inattendu de l'implant dans l'œil et de cicatrisation atypique dans les jours ou semaines qui suivent l'opération, modifiant l'effet attendu de l'implant sur la vision. Un déplacement de l'implant (on parle de luxation ou de sub-luxation selon les cas) peut aussi survenir, que ce soit en raison d'un traumatisme antérieur ou d'une affection progressive des structures de soutien de l'implant (sac capsulaire). Des phénomènes de halos lumineux, d'éblouissement, de sensation « d'échos visuels » peuvent aussi entraîner une gêne importante. Par ailleurs, s'il n'existe pas de « rejet » pour ces implants, dits biocompatibles, il peut néanmoins exister de façon exceptionnelle des phénomènes inflammatoires chroniques et des opacifications progressives.

Pourquoi opérer ?

Lorsque les troubles ressentis ne sont pas corrigeables par le port de lunettes ou de lentilles et que l'implant est jugé responsable de tout ou partie de vos symptômes.

L'opération de repositionnement ou de changement d'implant intraoculaire cristallinien

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 consiste à libérer votre implant des adhérences post-opératoires pour pouvoir l'extraire. Le chirurgien repositionne l'implant déplacé ou positionne le nouvel implant, si possible, dans le sac du cristallin mais il peut être amené à le positionner autrement, soit fixé à l'iris, soit directement fixé à la sclère (paroi oculaire). En cas de configuration chirurgicale inattendue, le type d'implant initialement prévu peut être modifié pendant l'intervention en fonction des observations per-opératoires. Une chirurgie de repositionnement peut donc aboutir à un changement en fonction des circonstances per opératoires. L'incision de l'œil pour réaliser l'ensemble de ce geste opératoire est souvent auto-étanche mais parfois elle doit être suturée. Un antibiotique intraoculaire est habituellement injecté en fin d'intervention. Un geste de vitrectomie est parfois associé. Le chirurgien a recours à l'instrumentation qui lui semble la plus adaptée.

Le choix de l'implant de remplacement

Il est fondé sur vos besoins visuels, dans la limite des caractéristiques fonctionnelles et anatomiques de vos yeux.

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

En fonction de la durée et des difficultés prévisibles de l'intervention, l'œil peut être rendu indolore par l'instillation de gouttes et/ou d'un gel sur la surface de l'œil ou par une injection dans les tissus péri-oculaires.

Une anesthésie générale est parfois nécessaire. Le choix de l'anesthésie est une décision prise entre l'anesthésiste et le chirurgien, qui tiennent aussi compte de vos souhaits.

L'évolution post-opératoire

La période post opératoire est habituellement indolore. La vision s'améliore dans les jours qui suivent. Une récupération lente ne préjuge pas d'un mauvais résultat. Une autre affection de l'œil (glaucome, maladie de la rétine, maladie de la cornée, etc) peut retarder ou limiter définitivement votre récupération visuelle. Une gêne oculaire transitoire peut survenir, se traduisant par une sensation de corps étrangers, picotements, brûlure, larmolement paradoxal. La perception de « corps flottants » est également possible.

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. Il est souvent conseillé de protéger votre œil avec une coque la nuit pendant les premiers jours postopératoires. Certaines activités professionnelles et la conduite automobile peuvent être déconseillées pendant une certaine période. Les rendez-vous postopératoires sont importants pour le suivi de votre chirurgie et votre présence est indispensable.

Si le sac capsulaire a pu être conservé, il se produira son opacification secondaire tout comme après chirurgie de la cataracte. On parle souvent de "cataracte secondaire" mais celle-ci ne nécessite pas de nouvelle intervention en salle d'opération, elle est traitée par une séance de Laser Nd:YAG qui permet de réaliser une ouverture du sac, en arrière de l'implant, afin d'améliorer la vision.

Les complications

Les opérations de repositionnement ou de changement d'implant intraoculaires n'échappent 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. Les incidents ou aléas per-opératoires peuvent modifier le déroulement de l'intervention. Par exemple la rupture de la capsule du sac cristallinien peut rallonger le temps opératoire, conduire à modifier le choix et la position de l'implant, voire à renoncer à toute implantation immédiate. Un geste complémentaire ou une deuxième opération peuvent alors être nécessaires.

Les complications sévères de cette opération sont rares. Elles peuvent nécessiter une prise en charge spécifique, éventuellement chirurgicale, 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, pour citer les principales complications possibles, d'une infection, d'un décollement de la rétine, d'un trouble permanent de la cornée (œdème), d'un œdème rétinien maculaire, un déplacement excessif de l'implant, ou encore un hématome aigu de la couche vasculaire rétinienne, 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 30 jours qui suivent l'opération, doivent vous amener à contacter votre chirurgien ou son équipe dans les plus brefs délais (si besoin en demandant une consultation sans rendez-vous).

D'autres complications peuvent exister, en étant toutefois moins sévères, 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, une déformation de la cornée, une vision dédoublée (astigmatisme), une sécheresse oculaire prolongée, une chute partielle de la paupière supérieure, une erreur d'implant. Elles demandent une prise en charge spécifique.

Il n'est pas possible de vous garantir de façon absolue la correction de vos défauts de vision. Une retouche au laser peut parfois être proposée mais dans la majorité des cas une correction complémentaire par lunettes sera suffisante et prescrite au bout de quelques semaines afin d'optimiser la vision à toutes les distances, en fonction de vos activités, des choix d'implants et des résultats obtenus.

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 soussignéreconnais 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

☐ 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

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.