

Chirurgie du cristallin à visée réfractive

Madame, Mademoiselle, 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, sur ses résultats et sur ses risques.

Le cristallin

Il s'agit d'une lentille de forte puissance située à l'intérieur de l'œil (objectif d'un appareil photographique).

Pourquoi opérer ?

Dans un œil normal le trajet des rayons lumineux est modifié par la cornée et le cristallin pour lui permettre de converger vers la rétine. L'œil myope étant trop grand, les rayons lumineux convergent en avant de la rétine. L'œil hypermétrope est trop petit et les rayons lumineux convergent en arrière de la rétine. Des implants corrigeant l'astigmatisme peuvent également être proposés.

Cette opération consiste à remplacer le cristallin naturel par un cristallin artificiel de puissance adaptée qui permet de modifier le trajet des rayons lumineux. Elle est réservée à la correction des fortes myopies et des fortes hypermétropies.

Description de l'opération : 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, car elle consiste à inciser l'œil et à extraire l'un de ses éléments internes, le cristallin.

Hospitalisation : Une immobilisation minimale de quelques heures est nécessaire. Le mode d'hospitalisation adapté à votre cas vous sera proposé par votre ophtalmologiste en accord avec l'anesthésiste.

Anesthésie : Une anesthésie générale est souvent nécessaire. Le choix du mode d'anesthésie résulte de l'avis de votre ophtalmologiste et de celui du médecin anesthésiste.

L'extraction du cristallin est réalisée avec ou sans l'aide d'une sonde à ultrasons. L'enveloppe du cristallin (la capsule) est laissée en place. Il est exceptionnel de procéder à l'extraction totale du cristallin.

Implantation d'un cristallin artificiel (implant intra-oculaire) : le cristallin est remplacé par une lentille synthétique placée derrière la pupille.

L'incision de l'œil est suturée ou non.

Incidents ou difficultés peropératoires : Ils sont rares et imprévisibles. Ils conduisent parfois à placer l'implant devant la pupille, voire à renoncer à toute implantation. Il peut être nécessaire d'enlever un petit fragment de l'iris ou de procéder à l'ablation d'une partie du vitré. Le déroulement de l'intervention peut-être compliqué par une rupture de la capsule (moins de 5% des cas).

L'extraction de la cataracte est parfois incomplète.

Évolution postopératoire habituelle : Dans la très grande majorité des cas (95%), l'œil opéré de cataracte est indolore. La vision s'améliore très rapidement et une correction adaptée par lunettes peut être prescrite au bout de quelques semaines. La présence d'autres lésions de l'œil peut limiter la récupération visuelle.

Les soins locaux sont réduits à l'instillation de gouttes et au port d'une protection oculaire selon des modalités et durant une période qui vous seront précisées par votre chirurgien. Il est parfois nécessaire de procéder à l'ablation de fils de suture.

L'activité professionnelle, l'utilisation de machines ou d'instruments dangereux, la conduite automobile sont déconseillées pendant une période limitée qui sera définie par votre chirurgien.

Les réglementations concernant les aptitudes visuelles des professions sont continuellement modifiées. Il est donc indispensable que vous vérifiez vous-même auprès des administrations concernées si une intervention de chirurgie réfractive est acceptée (armée, police, gendarmerie, marine, pompiers, SNCF, transport aérien ou routier, etc.).

Lorsque le cristallin est extrait, la capacité de mise au point entre vision de loin et vision de près (mécanisme de l'accommodation) est perdue et doit être compensée par des lunettes. Cette chirurgie s'adresse en général à des patients de plus de 40 ans.

Dans plus de 30% des cas, il se produit, au cours des années qui suivent l'intervention, une opacification de la capsule : c'est la "cataracte secondaire" responsable d'une nouvelle baisse de vision. Le traitement consiste à réaliser une ouverture de la capsule par laser ou par chirurgie.

Les complications : Le résultat recherché ne peut jamais être garanti, car il dépend des phénomènes de cicatrisation. Une correction complémentaire par lunettes, lentilles de contact ou par réintervention est parfois nécessaire.

Cette opération n'échappe pas à la règle générale selon laquelle il n'y a pas de chirurgie sans risque. Même si celui-ci est très faible des complications allant des plus anodines aux plus graves sont possibles. Parmi les conséquences possibles de ces complications, on peut citer la perceptions de halos, une tendance à l'éblouissement, une réduction de l'acuité visuelle même avec correction, une gêne à la vision nocturne, une vision dédoublée, une déformation des images, un abaissement de la paupière supérieure. Ces complications transitoires ou définitives peuvent parfois nécessiter un traitement médical ou chirurgical.

Ces manifestations peuvent résulter :

- d'une infection (1 à 3 cas sur 1000),
- d'un traumatisme de l'œil
- d'un décollement de la rétine (1 cas sur 100),
- d'un trouble de la cornée,
- de l'extraction incomplète du cristallin,
- du déplacement du cristallin artificiel,
- d'un œdème rétinien central,
- d'une brûlure rétinienne par l'éclairage du microscope opératoire,
- d'une élévation de la pression intra-oculaire.

Dans des cas exceptionnels, comme pour toute chirurgie oculaire, les complications peuvent prendre un caractère de gravité conduisant à la perte de la vision, voire à celle de l'œil.

L'erreur de calcul de la puissance du cristallin artificiel est rare, compte tenu de la précision de l'échographie systématiquement réalisée avant l'intervention. Elle peut éventuellement nécessiter une réintervention.

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 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.

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).

Fiche révisée en novembre 2009.

<http://www.sfo.asso.fr>

