

Quand faut-il opérer ?

L'opération de la cataracte est indiquée lorsque l'acuité visuelle ne peut plus être améliorée au dessus de 5/10ème, mais bien sûr ce critère n'est pas absolu. La conduite automobile n'est plus permise en dessous de cette acuité visuelle. Il est inutile d'attendre que la cataracte soit "mûre" et la vision très réduite avant de proposer l'opération. Il vaut mieux ne pas attendre que le deuxième œil soit atteint avant d'opérer le premier.

Hélas la cataracte n'est pas la seule cause de diminution de la vue : des dégâts au **nerf optique** par la suite d'une vascularisation déficiente ou d'un **glaucome** et les **lésions liées à l'âge** ou **diabétiques** de la région centrale de la rétine (la **macula**) sont parfois des causes de mauvaise vision ne pouvant faire l'objet d'aucune amélioration, même par une opération. Il est **parfois** utile d'opérer la cataracte coexistante. Souvent et si c'est possible un examen OCT est pratiqué avant l'opération de cataracte pour mieux évaluer la rétine.

Un peu d'histoire...

L'opération de la cataracte se pratique depuis des siècles : d'un coup de pouce vigoureux les anciens "luxaient" le cristallin dans le vitré. Ensuite on l'embrocha avec une aiguille passée à travers le globe oculaire. Dans le courant du 19ème siècle on ouvrait le cristallin à l'aiguille et on aspirait ensuite son contenu très sommairement, le reste se résorbait tant bien que mal (raison pour laquelle il fallait que la cataracte soit mûre). Beaucoup d'yeux étaient perdus par infection ou inflammation.

La chirurgie "**propre**" de la cataracte naquit avec l'idée d'extraire le cristallin en un tout, capsule comprise (technique intracapsulaire). Cette technique a quasiment disparu, car elle ne permet pas d'utiliser les implants de "chambre postérieure" et elle comporte plus de risques de complications rétinienne. Elle imposait d'ouvrir l'œil sur 13 mm (= guérison lente) et de placer une série de points de suture.

L'opération par petite incision (PHACOÉMULSIFICATION)

Depuis plus de 15 ans, je pratique une technique automatisée d'aspiration méticuleuse sous contrôle d'un microscope: la **phacoémulsification** (aux ultrasons), qui permet d'aspirer la cataracte par un trou de 1,8 mm. Cette technique est la seule technique actuellement recommandable. L'opération de cataracte ne se réalise jamais au laser .

L'opération étant décidée, le patient entre une heure avant l'opération à la clinique. L'anesthésie le plus souvent est par gouttes (pas de piqûre) (le malade ne voit rien pendant l'intervention) ou très rarement générale, si le patient est nerveux.

Une **micro ouverture** de l'œil sur 1,8 mm est pratiquée à la limite entre la cornée et la sclérotique à 12 heures (par analogie au cadran d'une montre) ou en temporal. La **chambre antérieure** de l'œil est alors remplie d'un produit visqueux et transparent, puis on ouvre en rond (sur un diamètre de 6 mm) la **capsule** du cristallin (capsulorhexis).

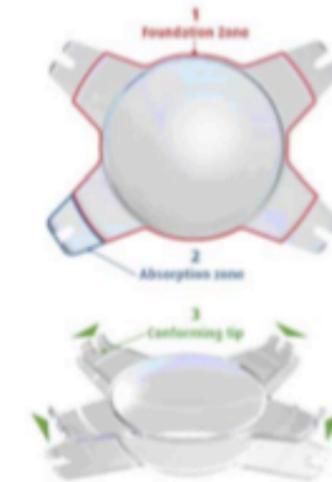
Le **noyau** du cristallin est séparé de son cortex par irrigation. Le noyau et le cortex sont fragmentés par ultrasons et aspirés (**phacoémulsification**) au sein même de la capsule.

Une **aspiration automatisée** des restes de cortex est pratiquée, afin qu'il ne reste plus du cristallin que la périphérie de sa capsule antérieure et sa **capsule postérieure** redevenues bien transparentes pour former un solide **sac** maintenant prêt à recevoir l'**implant**, dont la puissance a été choisie grâce à un calcul par ultrasons (échographie) de la longueur de l'œil.

L'incision étroite est le plus souvent laissée sans suture. Le patient se lève après quelques minutes et peut rentrer chez lui 1 heure après l'opération ou rester hospitalisé jusqu'au lendemain pour des raisons particulières. Un mois après l'opération les verres de lunettes sont adaptés à la nouvelle vue du patient. Ce délai est court grâce à l'incision étroite.

L'**implant** ou "cristallin artificiel" permet bien entendu d'éviter les gros verres (yeux de hibou) ou les verres de contact que l'on prescrivait anciennement. Les contre-indications à l'implantation d'un

cristallin artificiel sont quasi inexistantes. L'implant rigide classique en PMMA (une forme purifiée de plexiglas taillé et poli très finement) ont été utilisés pendant 30 ans dans l'œil. Remplaçant le silicone, les implants en HEMA ou en Acryl, larges de 6 mm mais introduits avec un injecteur dans l'œil, sont les plus utilisés : ils permettent de conserver ou d'élargir au minimum l'incision plus petite que permet la **phacoémulsification**.



implant pliable acrylique



le phacoémulsificateur

Les implants **multifocaux** occasionnent pas mal d'anomalies visuelles et restent déconseillés en routine. L'opéré de cataracte voit souvent sans lunettes de loin et n'en a besoin que pour lire. Souvent pourtant il préfère en garder en permanence.

Le **second œil** peut être opéré quelques semaines plus tard en fonction du résultat obtenu.

La complication la plus courante mais bénigne de cette chirurgie est le retour de l'opacification de la capsule postérieure du cristallin qui survient dans les mois ou années suivant l'opération (**cataracte secondaire**) et qui oblige à pratiquer une ouverture de la capsule postérieure au laser **YAG** (technique non invasive que je pratique à mon cabinet : indolore et durant 2-3 minutes).