



SAFIR

Société de l'Association Française
des Implants et de la chirurgie Réfractive

LA CHIRURGIE DE LA CATARACTE

INFORMATIONS POUR LES PATIENTS



SOMMAIRE

- 1 Qu'est-ce que la chirurgie de la cataracte ?
- 2 Quels sont les bénéfices ?
- 3 Qui peut en bénéficier ?
- 4 Quelles sont les alternatives ?
- 5 Comment la chirurgie de la cataracte se déroule-t-elle ?
- 6 Quels sont les risques de l'intervention ?
- 7 Quels sont les effets secondaires possibles ?
- 8 Quelques conseils pour réduire les risques de complication
- 9 La chirurgie de la cataracte peut-elle avoir un impact sur les futurs soins oculaires ?
- 10 Les termes de la chirurgie de la cataracte :
GLOSSAIRE

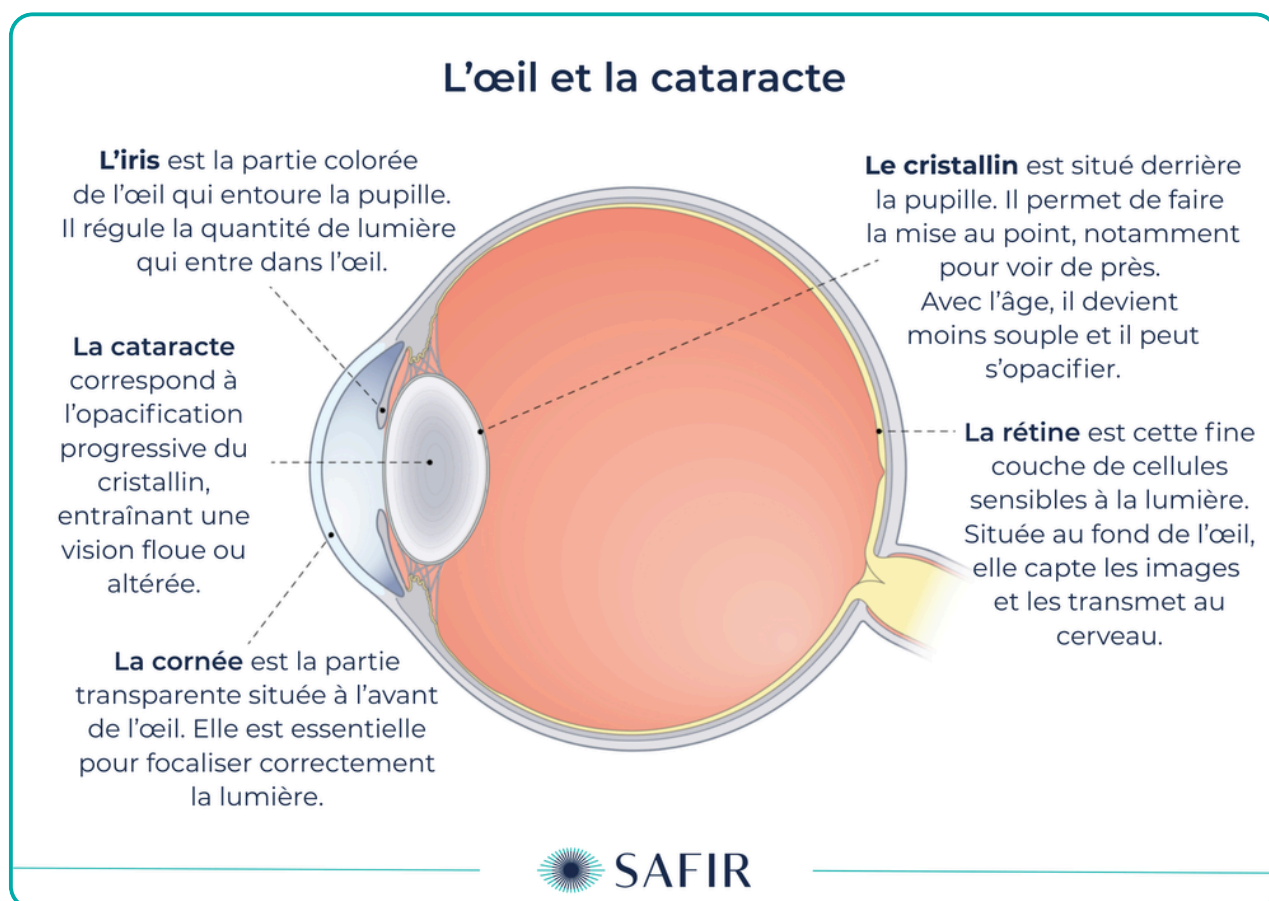
Références



QU'EST-CE QUE LA CHIRURGIE DE LA CATARACTE ?

La chirurgie de la cataracte est l'intervention chirurgicale la plus courante en médecine. En France, plus d'un million d'interventions sont réalisées chaque année, et environ 28 millions dans le monde. [1-4]

Une cataracte correspond à l'opacification progressive du cristallin naturel, situé juste derrière la pupille qui permet la focalisation de la lumière sur la rétine. [1-3]

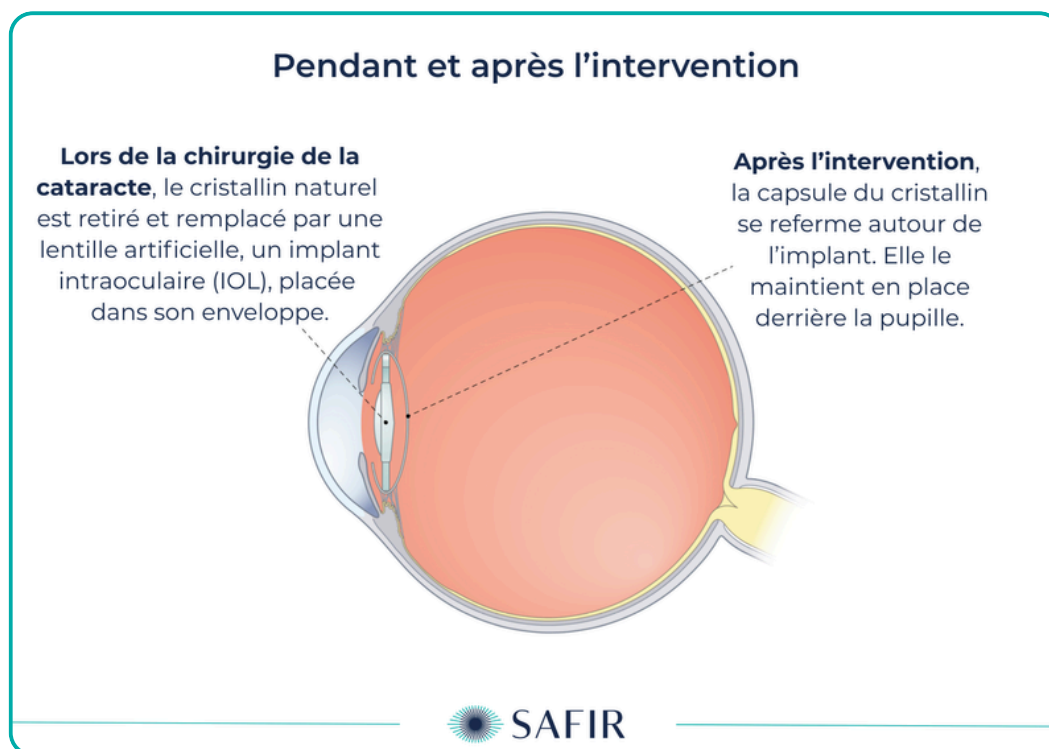




QU'EST-CE QUE LA CHIRURGIE DE LA CATARACTE ?

La chirurgie de la cataracte consiste à retirer ce cristallin devenu opaque et à le remplacer par un petit implant clair et synthétique appelé implant intraoculaire (IOL). [1-3]

La puissance optique de cet implant peut être adaptée à votre œil. On peut comparer l'effet d'un implant intraoculaire au fait d'«intégrer vos lunettes ou vos lentilles de contact à l'intérieur de vos yeux».



Il existe plusieurs grands types d'implants :

- **Implants monofocaux** : ils visent à réduire la dépendance aux lunettes pour la vision de loin (conduite, télévision).
- **Implants monofocaux améliorés et EDOF** (*Extended Depth of Focus*) : ils visent à réduire la dépendance aux lunettes pour la vision de loin et intermédiaire.
- **Implants multifocaux** : ils visent à réduire la dépendance aux lunettes sur la plus large plage de vision et donc un éventail plus important d'activités, incluant la vision intermédiaire (écrans d'ordinateur) et la vision de près (lecture).

Si vous êtes éligible à ces différents types d'IOL qui compensent la presbytie, vous discuterez avec votre praticien du type d'implant le plus adapté à vos besoins. [1-3, 5-9]



QUELS SONT LES BÉNÉFICES ?

La cataracte provoque une baisse progressive de la vision, ainsi que des phénomènes d'éblouissement, par exemple avec les phares de voitures la nuit. Votre correction optique (lunettes) peut aussi devenir instable au fur et à mesure que la cataracte progresse. La chirurgie permet en général de corriger ces problèmes. Elle peut également réduire votre dépendance aux lunettes, notamment si vous êtes éligible aux implants multifocaux. [1-3]

Le résultat visuel après l'opération dépend aussi de l'état général de vos yeux. Certaines maladies oculaires (glaucome, dégénérescence maculaire liée à l'âge, rétinopathie diabétique, etc.) deviennent plus fréquentes avec l'âge. Il n'est donc pas rare que plusieurs problèmes coexistent. [1-3]

Dans certains cas de cataracte avancée, le cristallin est trop opaque pour permettre un examen précis du fond de l'œil. À un stade plus précoce, il est en général possible de vous informer à l'avance de la présence éventuelle d'autres pathologies pouvant influencer le résultat visuel, et de vous conseiller sur le type d'implant le plus adapté. [1-3]

La chirurgie de la cataracte peut également faciliter le suivi et le traitement d'autres maladies oculaires (comme le glaucome, la rétinopathie diabétique et la DMLA), en améliorant la visibilité du fond d'œil. [1-3]

En l'absence de problème oculaire nouveau, la vision reste généralement bonne après l'opération. Si une opacification secondaire de la capsule apparaît (phénomène fréquent et bénin), elle peut être traitée simplement par une procédure laser appelée capsulotomie au laser YAG. [1-3, 16]





QUI PEUT EN BÉNÉFICIER ?

L'impact de la cataracte sur la vision varie beaucoup d'une personne à l'autre. Tant que vous êtes satisfait(e) de votre vision et que vous pouvez continuer vos activités quotidiennes, il n'est pas nécessaire de précipiter une intervention. Lorsque l'opération est réalisée tôt ou à un stade plus avancé, les résultats sont comparables. [1-3]

Il devient pertinent d'envisager l'intervention lorsque la baisse de vision ou les phénomènes d'éblouissement liés à la cataracte commencent à gêner vos activités (travail, loisirs, conduite, confiance). [1-3]



Il n'y a généralement aucune urgence, mais certains patients choisissent d'être opérés plus tôt, surtout lorsque leur objectif principal est de réduire leur dépendance aux lunettes. **Dans ce cas, on parle de chirurgie réfractive du cristallin** (ou échange cristallinien réfractif – RLE). Cette intervention est parfois proposée comme **alternative à la chirurgie laser pour la correction visuelle,** en particulier chez les personnes présentant une cataracte débutante. [1-3]

Chez les personnes de plus de 50 ans, lorsque la correction optique dépasse les limites de la chirurgie laser, le RLE est souvent une option adaptée. [1-3] Il convient toutefois de noter que la chirurgie du cristallin n'est pas prise en charge par le système d'assurance maladie et que toutes les sommes engagées sont à la charge du patient.

Presque tous les degrés de myopie (vue courte) ou d'hypermétropie (vue longue) peuvent être corrigés par la chirurgie de la cataracte (ou RLE). Des implants corrigeant l'astigmatisme existent également. Dans certains cas, la pose d'un implant peut être associée à une chirurgie laser pour élargir la gamme de correction de l'astigmatisme ou affiner le résultat visuel. [1-3, 5-9]

En revanche, **la pose d'implants multifocaux n'est généralement pas recommandée si vous présentez déjà certaines maladies oculaires.** [1-3, 5-6]



QUELLES SONT LES ALTERNATIVES ?

Si vos troubles visuels sont liés à une cataracte, ils ont tendance à s'aggraver progressivement avec le temps – même si la vitesse de dégradation est très variable et difficile à prévoir. [1-3]

Vous êtes libre de choisir le moment de votre opération. Dans la plupart des cas, la chirurgie peut être programmée uniquement en fonction de la gêne visuelle, sauf situations particulières discutées avec le chirurgien (risque de glaucome par fermeture de l'angle, par exemple). **La chirurgie de la cataracte reste le seul traitement efficace.** [1-3]

Les choix d'implants (IOL)

Différents types d'implants conviennent à différents profils de patients, et les implants multifocaux ne sont pas adaptés à tout le monde. [1-3, 5-9]

Les **implants monofocaux** sont souvent plus indiqués si vous présentez d'autres maladies oculaires, ou si vous craignez de mal tolérer les effets optiques secondaires liés aux implants multifocaux. Ces implants entraînent moins d'effets indésirables visuels (comme les halos lumineux) mais ne permettent pas une indépendance totale vis-à-vis des lunettes dans toutes les situations. [1-3,5-6,8-9]

L'approche la plus courante, en chirurgie standard de la cataracte, consiste à poser des implants monofocaux réglés pour que les deux yeux soient corrigés de façon identique pour la vision de loin. Dans ce cas, des lunettes sont généralement nécessaires pour la vision intermédiaire (écran d'ordinateur), la lecture et les activités de près. [1-3]

Une autre stratégie possible avec les implants monofocaux consiste à privilégier une vision de loin nette dans un œil et une vision intermédiaire (distance bras tendu) dans l'autre. Avec les deux yeux ouverts, le cerveau combine ces informations pour élargir la plage de netteté, améliorant la vision pour les écrans d'ordinateur ou les activités manuelles. Bien que des lunettes restent en principe nécessaires pour la lecture, cette technique permet de récupérer une partie de la vision de près sans compromettre fortement la qualité visuelle. [1-3,8-9]

Cette répartition est parfois appelée "micromonovision" et constitue un compromis intéressant pour les patients qui souhaitent réduire leur dépendance aux lunettes sans recourir, ou lors d'accès difficile, aux implants multifocaux. [1-3, 8-9]



QUELLES SONT LES ALTERNATIVES ?

Avec les implants multifocaux et trifocaux les plus utilisés aujourd'hui, **environ 4 patients sur 5 n'ont plus besoin de lunettes du tout après la chirurgie**. Lorsque des lunettes restent nécessaires, c'est en général pour des tâches spécifiques (lecture prolongée, vision intermédiaire fine ou certaines situations de conduite). La plupart des patients ressentent au départ certains effets visuels secondaires (halos lumineux, éblouissements nocturnes), mais ces symptômes tendent à diminuer au fil du temps grâce à l'adaptation cérébrale (neuroadaptation). **Environ 95 % des patients se déclarent satisfaits du résultat de la chirurgie et beaucoup décrivent un véritable changement de vie.** [5-7]

Votre chirurgien peut également recommander des implants dits "à **profondeur de champ étendue**" (EDOF) ou "monofocaux améliorés". Ils représentent une option intermédiaire, offrant plus de liberté vis-à-vis des lunettes que les monofocaux standards, tout en générant moins d'effets photiques indésirables que les implants trifocaux.


Options d'implants (IOL)

Les implants **toriques** sont conçus pour corriger l'astigmatisme. Ils existent en version monofocale et multifocale, et constituent une bonne option si vos examens préopératoires montrent que la cornée a une forme « plus proche d'un ballon de rugby que d'un ballon de football ». [1-3] La compensation de l'astigmatisme par un implant torique ne présente pas vraiment d'inconvénient, si ce n'est un risque de sous correction de l'astigmatisme lorsqu'ils ne sont pas placés exactement dans l'axe prévu ou idéal.

Lors de la consultation initiale, votre chirurgien discutera avec vous de toutes ces options d'implants disponibles pour la chirurgie de la cataracte, de leurs avantages et inconvénients, en tenant compte de votre profil clinique et de vos souhaits d'indépendance aux verres correcteurs [1-3]

Les implants intraoculaires (IOL)

Options




Monofocal
pour une vision nette à une seule distance (le plus souvent de loin).

Monofocal amélioré
pour une vision optimisée de loin et une meilleure vision intermédiaire.

Profondeur de champ étendue
pour une vision continue de loin à intermédiaire et moins de dépendance aux lunettes.

Trifocal
pour voir de loin, à distance intermédiaire et de près, en réduisant le besoin de lunettes.

Implants toriques
Tous ces implants peuvent être adaptés pour corriger l'astigmatisme.

 SAFIR



COMMENT LA CHIRURGIE DE LA CATARACTE SE DÉROULE-T-ELLE ?

La chirurgie de la cataracte est réalisée le plus souvent sous **anesthésie locale**, généralement par collyres ou gel anesthésiant. **Dans certains cas, une prémédication (avant l'intervention) ou une légère sédation intraveineuse (injection dans le bras ou la main) per-opératoire peuvent être proposées pour vous aider à rester détendu(e).** [1-3]

Une anesthésie supplémentaire peut également être réalisée autour de l'œil afin de limiter les mouvements involontaires. [1-3]

Un petit écarteur maintient les paupières ouvertes, ce qui vous permet de "cligner" en toute sécurité pendant l'opération. [1-3]

Votre chirurgien pratique l'intervention sous microscope opératoire. Vous serez allongé(e) confortablement, sous un champ stérile laissant passer l'air frais. **Un film adhésif stérile recouvre la peau autour de l'œil et maintient les cils écartés pour éviter tout contact avec la zone opérée.** [1-3]



Certains chirurgiens pratiquent désormais l'opération des deux yeux le même jour, l'un après l'autre. Cela permet aux deux yeux de travailler ensemble dès le départ et peut accélérer la récupération visuelle. Cependant, en France, la pratique la plus courante reste d'opérer un œil à la fois. N'hésitez pas à discuter avec votre chirurgien des avantages et inconvénients de chaque approche. [1-3] Chaque œil est généralement opéré en une vingtaine de minutes. Vous pouvez rentrer chez vous le jour même de l'intervention. [1-3]

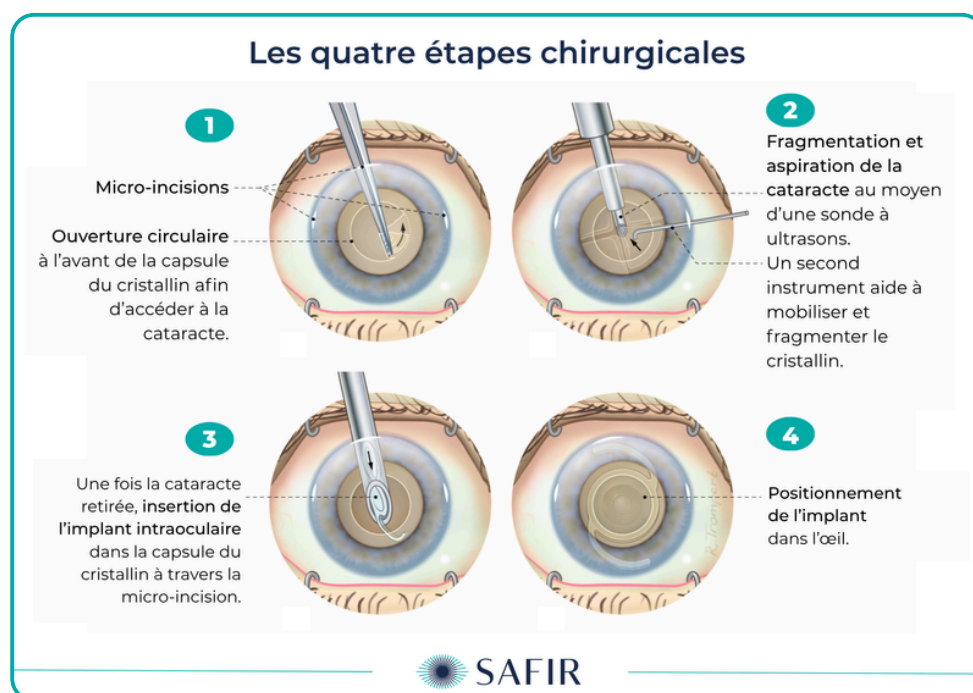
Pour préparer votre œil à la chirurgie, des collyres fortement mydriatiques (qui dilatent la pupille) sont administrés. Parfois, un petit insert médicamenteux est placé sous la paupière inférieure. [1-3]



COMMENT LA CHIRURGIE DE LA CATARACTE SE DÉROULE-T-ELLE ?

Les étapes essentielles de la chirurgie de la cataracte sont [1-3] :

- Les **incisions** – réalisation de petites ouvertures auto-étanches à la jonction entre la cornée et la sclère (blanc de l'œil).
- Le **capsulorhexis** (ou capsulotomie) – ouverture circulaire de la fine membrane qui entoure le cristallin naturel (appelée capsule cristallinienne). On peut la comparer à la « peau » translucide d'un grain de raisin.
- La **phacoémulsification** – fragmentation et aspiration du cristallin devenu opaque à l'aide d'une sonde vibrante à haute fréquence, associée à un système d'irrigation et d'aspiration.
- L'**implantation de l'IOL** – injection et déploiement de l'implant intraoculaire (IOL) à l'intérieur de la capsule cristallinienne, après remplissage de l'œil avec un gel protecteur.
- Le **lavage et le remplissage** – aspiration du gel protecteur, puis remplissage de l'œil avec du liquide et injection d'un antibiotique afin de réduire le risque infectieux. [1-3]



Dans certains centres, des lasers femtoseconde peuvent être utilisés lors d'une étape préparatoire, avant l'entrée au bloc opératoire. [1-3]

Ces lasers sont coûteux et n'apportent **aucun bénéfice visuel prouvé après la chirurgie de la cataracte**, mais ils peuvent faciliter certaines étapes de l'intervention (en particulier la capsulotomie), en les rendant plus sûres et plus reproductibles pour le chirurgien. [1-3, 17]

Cette étape supplémentaire au laser dure environ 5 minutes et est réalisée sous anesthésie locale par collyres. [1-3]



QUELS SONT LES RISQUES DE L'INTERVENTION ?

Comme pour toute chirurgie oculaire, des complications peuvent survenir pendant l'opération ou lors de la période de cicatrisation. Certaines peuvent entraîner une perte de vision permanente et sévère (vision inférieure à la norme légale de conduite, non corrigible par lunettes ou lentilles de contact). Plus souvent, les complications peuvent être corrigées par un ajustement du traitement médical ou par une nouvelle intervention chirurgicale. En général, ces interventions complémentaires ressemblent à la chirurgie initiale et nécessitent une période de récupération similaire. [1-3, 10-12]

Une perte de vision possible

Une perte visuelle permanente et importante survient chez environ **1 patient sur 500** après une chirurgie de la cataracte. Cela peut se traduire par une vision inférieure au seuil de conduite automobile ou, dans de rares cas, par une perte complète de vision de l'œil opéré. [1-3, 10-15]

La cause principale de perte visuelle sévère est une atteinte de la rétine, liée par exemple à une infection ou une réaction inflammatoire après la chirurgie, à un décollement de rétine ou à une hémorragie peropératoire. Certaines complications peropératoires augmentent le risque de séquelles visuelles graves. La plus fréquente est la **rupture de la capsule postérieure** (la membrane située juste derrière l'implant). Cette complication touche en moyenne environ **1,5 % des interventions**. Chez les chirurgiens expérimentés le taux est compris **entre 0,5 et 1 %**, mais aucun chirurgien n'y échappe complètement. [10-12]

En cas de rupture capsulaire, il n'est pas toujours possible de poser un implant multifocal en toute sécurité, ce qui peut augmenter la dépendance aux lunettes après l'opération par pose d'un implant monofocal plus sécuritaire dans le contexte de rupture capsulaire. [1-3, 10-12]

Une chirurgie supplémentaire peut s'avérer nécessaire

Une seconde intervention peut être nécessaire pour corriger une complication de la chirurgie initiale. Cela peut inclure un repositionnement ou un remplacement d'implant, une récupération de fragments de cristallin passés dans le fond de l'œil, ou une réparation de décollement de rétine. [1-3, 10-12]



QUELS SONT LES RISQUES DE L'INTERVENTION ?

Indépendamment de la chirurgie, le risque de décollement de rétine est plus élevé chez les personnes très myopes ; cependant, il est multiplié par environ 5 dans les 4 années qui suivent une chirurgie de la cataracte ou un échange cristallinien réfractif (RLE). [13, 15]

Des mesures biométriques (longueur axiale, courbure cornéenne) et des formules de calcul spécialisées permettent de choisir l'implant le plus adapté. Toutefois, leurs limites expliquent que, dans certains cas, une correction complémentaire par laser puisse être proposée après la chirurgie pour affiner le résultat visuel. [1-3]

La cause la plus fréquente de baisse de vision après chirurgie est l'**opacification capsulaire postérieure (OCP)** : il s'agit d'une opacification progressive de la capsule située derrière l'implant, pouvant survenir des mois ou des années après l'opération. Elle se traite efficacement par une petite procédure laser unique appelée **capsulotomie au laser YAG**. [1-3, 16]



QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES ?

La plupart des patients ressentent des effets secondaires après l'opération, à des degrés variables. Ils s'améliorent habituellement avec le temps, mais ne disparaissent pas toujours complètement. [1-3, 5-9]

Des effets possibles sur la vision, variables selon le type d'implant

La majorité des patients perçoivent, dans les premiers mois, une gêne liée à la diffusion de la lumière et des images parasites. Ces effets varient selon le type d'implant posé et sont souvent plus marqués dans certaines conditions lumineuses. Il est fréquent de percevoir une ombre ou un arc lumineux scintillant en vision périphérique après la pose d'un implant intraoculaire quel que soit le type (monofocal, Edof ou multifocal). Certains implants multifocaux entraînent des halos autour des sources lumineuses, d'autres plutôt un flou ou des images fantômes. Des corps flottants (taches ou filaments dans le champ visuel, liés au vitré) peuvent aussi être plus visibles après l'opération, surtout au début des suites de l'amélioration de la transparence oculaire [1-3,5-9]

Il est admis que **les implants multifocaux induisent davantage d'effets visuels secondaires que les implants monofocaux**, mais ils permettent une plus grande indépendance vis-à-vis des lunettes et ont tendance à diminuer avec le temps (3 mois). [5-9] Toutefois, ces effets peuvent parfois persister et gêner certaines activités, en particulier la conduite nocturne. [5-7]

Environ **95 % des patients sont satisfaits ou très satisfaits** de leur vision 3 à 6 mois après une implantation multifocale. Des procédures laser (correction de l'erreur réfractive résiduelle ou capsulotomie YAG en cas d'Opacification Capsulaire Postérieure) aident souvent à accélérer l'adaptation. [5-16]

Dans de rares cas ($\leq 1\%$), certains patients ne parviennent pas à s'adapter et choisissent de faire remplacer l'implant multifocal par un implant monofocal, **une procédure plus complexe que la chirurgie initiale**. Chez certains patients, l'utilisation d'implants EDOF ou monofocaux améliorés peut représenter une alternative aux multifocaux. [5-9]

Un léger inconfort oculaire possible pendant quelques mois

Un certain inconfort de surface oculaire est fréquent dans les mois qui suivent la chirurgie, généralement léger et variable d'un œil à l'autre. La prévention repose sur une bonne santé de la surface oculaire avant et après l'opération. Des collyres lubrifiants peuvent être utiles et peuvent être utilisés en complément de vos autres traitements. La chirurgie peut être le facteur déstabilisant un trouble de la surface oculaire, jusque là méconnue et compensée. **Chez les patients sans antécédent de sécheresse oculaire, les symptômes persistants sont rares.** [1-3]



QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES ?

Apparence de l'œil et hémorragie sous-conjonctivale

De petites taches rouges sur le blanc de l'œil (appelées hémorragies sous-conjonctivales) sont fréquentes après une chirurgie oculaire. Elles correspondent à une petite fuite de sang sous la fine membrane qui recouvre la sclère. Bien qu'elles puissent sembler impressionnantes, elles sont bénignes, temporaires et disparaissent généralement en quelques semaines (en 3 à 6 semaines maximum). [1-3]

La plupart des implants intraoculaires (IOL) ne sont pas visibles. Cependant, certaines personnes peuvent parfois remarquer un éclat dans leur œil, causé par un reflet de la face avant de l'IOL à l'intérieur de la pupille.



QUELQUES CONSEILS POUR RÉDUIRE LES RISQUES DE COMPLICATION

Avant l'intervention

La plupart des patients bénéficient de la chirurgie de la cataracte sous anesthésie locale. Vous pouvez **manger et boire normalement avant la chirurgie et prendre vos médicaments habituels comme d'habitude.** [1-3]

Pendant l'intervention

La plupart des chirurgiens travaillent avec un anesthésiste pour surveiller votre santé pendant l'opération et optimiser votre confort, en administrant une sédation per-opératoire si nécessaire. [1-3] Une prémédication avant l'intervention en hôpital de jour peut également vous être proposée afin de réduire l'anxiété et diminuer le recours aux sédations per-opératoires.

Après avoir positionné votre tête confortablement, le chirurgien vous invitera à garder une respiration calme et à rester aussi détendu que possible en essayant de la garder immobile. [1-3]

Vous aiderez le chirurgien en gardant les yeux ouverts pendant la chirurgie, tout en clignant quand vous en ressentirez le besoin mais en évitant de "forcer". Tout maquillage et crème hydratante doivent être nettoyés avant l'opération afin que le drap adhésif colle correctement et afin de minimiser le risque infectieux. Ensuite Regardez simplement droit devant la lumière brillante du microscope, et clignez des yeux si nécessaire mais sans forcer. Regarder vers la lumière brillante du microscope aide à maintenir les yeux dans la meilleure position. [1-3]

Votre chirurgien vous expliquera la procédure et vous encouragera à chaque étape. Informez-le si vous ressentez une gêne, le besoin de tousser, d'éternuer ou de faire une pause. [1-3]

Pour l'étape préliminaire au laser lors d'une chirurgie de la cataracte assistée par laser, votre œil est normalement maintenu immobile et les paupières sont dégagées avec un anneau de succion. Les mêmes principes s'appliquent. Pour aider la chirurgie à se dérouler sans problème, regardez droit devant avec les deux yeux ouverts. Essayez de ne pas fermer les yeux, mais clignez lorsque nécessaire. [1-3]

Une coque en plastique transparente est parfois posée sur l'œil à la fin de la chirurgie. Dans certains cas, cela n'est plus nécessaire.

Après l'intervention

Des lunettes de soleil sans prescription peuvent être portées à l'extérieur pendant que les yeux sont encore sensibles à la lumière dans les premiers jours après la chirurgie (dans les premiers jours du traitement). Vous pouvez en apporter une paire pour le trajet de retour à la maison. [1-3]



QUELQUES CONSEILS POUR RÉDUIRE LES RISQUES DE COMPLICATION

Vous pouvez vous laver et prendre une douche normalement dès le premier jour après la chirurgie. La plupart des chirurgiens recommandent de ne pas nager pendant une semaine et d'éviter les sports de contact pendant un mois. Les sports sans contact comme le fitness ou le jogging peuvent être repris dès le premier jour après la chirurgie. [1-3]

Il est plus prudent de **recommencer à conduire lorsque vous pouvez lire une plaque d'immatriculation à 20 mètres avec les deux yeux ouverts et que vous êtes à l'aise avec votre nouvelle vision**. Généralement, cela se fait quelques jours après la chirurgie. [1-3]

Programmez un rappel sur votre téléphone et utilisez les gouttes antibiotiques et anti-inflammatoires comme prescrit pour favoriser une bonne cicatrisation. **Il est conseillé de laisser au moins 2 minutes entre différents types de gouttes afin qu'elles soient bien absorbées avant d'appliquer la suivante**. Si vous oubliez ou si vous n'êtes pas sûr, appliquer une deuxième goutte ne pose pas de problème. [1-3]

Une certaine variabilité de la vision et du confort est normale dans les premières semaines après la chirurgie de la cataracte, et de la patience est nécessaire. Mais l'inconfort est généralement léger et la vision se rétablit normalement de manière substantielle en 2-3 jours, jusqu'à ce que, entre autre, les médicaments qui dilatent la pupille se soient dissipés. [1-3]

D'autres signes de danger peuvent survenir, notamment chez les patients très myopes subissant une chirurgie de la cataracte. Ils concernent les signes avant-coureurs d'un décollement de la rétine : apparition soudaine de nombreux corps flottants, éclairs de lumière (même yeux fermés) et perte du champ visuel (ombre ou rideau s'étendant sur la vision). La plupart des décollements de rétine peuvent être réparés sans nuire à la vision, mais les chances de succès sont beaucoup plus élevées si le décollement n'a pas touché le centre de la vision. [13-15]

Vous devez contacter votre chirurgien sans délai si vous ressentez une douleur croissante, une sensibilité à la lumière, des rougeurs ou une vision floue. Un numéro de téléphone vous aura été remis à cet effet. En dehors des heures normales, n'hésitez pas à vous rendre dans un service d'urgence ophtalmologique. [1-3, 13-15]



QUELQUES CONSEILS POUR RÉDUIRE LES RISQUES DE COMPLICATION



Après une chirurgie de la cataracte, la SAFIR vous propose de vous souvenir de son acronyme **VOILER** contactez rapidement votre chirurgien si votre vision se met à se **VOILER**,

- V**ision qui baisse brutalement
- O**mbre ou rideau dans le champ visuel
- I**ntolérance très forte à la lumière
- L**umières en éclairs
- É**mergence soudaine de corps flottants
- R**ougeur importante ou douleur croissante

Enfin, vous pourriez ne pas être conscient d'un problème nécessitant un traitement pendant la phase de cicatrisation. Assurez-vous donc de vous rendre à vos rendez-vous de suivi, même si vos yeux semblent en bon état. [1-3]



LA CHIRURGIE DE LA CATARACTE PEUT-ELLE AVOIR UN IMPACT SUR LES FUTURS SOINS OCULAIRES ?

Si vous étiez amené à soigner un nouveau problème oculaire plus tard dans la vie, la chirurgie de la cataracte ne devrait pas en entraver la réussite. Elle pourrait même faciliter la surveillance et le traitement de certains problèmes oculaires courants comme le glaucome, la rétinopathie diabétique et la dégénérescence maculaire liée à l'âge. [1-3]

La chirurgie de la cataracte ou du cristallin clair (RLE) créent plus d'espace pour la circulation du fluide (humeur aqueuse) à l'avant de l'œil. Cela est dû au fait que les implants intraoculaires (IOL) sont plus fins que le cristallin naturel. Cela peut être bénéfique pour certains types de glaucome. [1-3]

Si vous êtes hypermétrope (vue au loin), vous pouvez avoir un espace relativement réduit pour la circulation du fluide à l'avant de l'œil - on parle de « chambre antérieure peu profonde » - et être vulnérable à une forme de glaucome - « glaucome par fermeture de l'angle » - causée par un blocage de la circulation du fluide qui peut entraîner une perte soudaine et douloureuse de la vision. Si vous êtes dans ce cas, la chirurgie de la cataracte (ou du cristallin clair, RLE) élimine le risque de glaucome par fermeture de l'angle et vous aide à devenir moins dépendant de lunettes épaisses. [1-3]



LES TERMES DE LA CHIRURGIE DE LA CATARACTE : GLOSSAIRE

- **Accommodation** : Le réflexe par lequel l'œil met un objet proche au point en modifiant la forme du cristallin naturel. Le cristallin devient moins flexible avec l'âge et les capacités d'accommodation diminuent. Cela affecte la vision de près et la capacité à compenser l'hypermétropie.
- **Acuité visuelle** : Mesure principale de la vision. Testée par la lecture de lettres décroissantes sur un tableau. Exprimée en fraction décimale (10/10 vision normale).
- **Astigmatisme** : Déformation irrégulière ou œil « plus en forme de ballon de rugby que de ballon de football ». Le premier chiffre de votre ordonnance décrit la quantité de myopie ou d'hypermétropie, et le second chiffre décrit la quantité d'astigmatisme. La plupart des gens ont un peu d'astigmatisme, ce qui peut parfois aider à élargir la gamme d'activités réalisables sans lunettes de lecture en vieillissant.
- **Biométrie** : Test mesurant l'œil et utilisant des calculs (formules biométriques) pour déterminer la puissance focale appropriée pour un implant intraoculaire avant chirurgie de la cataracte ou du cristallin clair (échange du cristallin à visée réfractive (RLE)).
- **Capsulotomie YAG** : Laser unique pour traiter l'opacification de la capsule postérieure.
- **Cataracte** : Opacification du cristallin naturel qui rend la vision floue.
- **Chirurgie de la cataracte** : Intervention visant à remplacer le cristallin naturel par un implant intraoculaire. Elle est identique à la chirurgie du cristallin clair à visée réfractive mais est pratiquée chez les patients qui ne voient pas clairement malgré le port de lunettes ou lentilles, dans le but principal de restaurer une vision nette.
- **Chirurgie du cristallin clair ou Échange de lentille réfractive (RLE)**: Chirurgie remplaçant le cristallin naturel par un IOL. Identique à la chirurgie de la cataracte mais réalisée pour réduire la dépendance aux lunettes ou lentilles.
- **Chirurgie réfractive** : Autre nom pour la chirurgie de correction visuelle visant à réduire le besoin de lunettes ou lentilles.
- **Conjonctive** : Membrane recouvrant le blanc de l'œil. Elle produit du mucus pour aider à répartir le film lacrymal aqueux sur la surface oculaire.
- **Cornée** : Partie transparente de la paroi antérieure de l'œil. Les deux tiers de la puissance focale de l'œil proviennent de la cornée.
- **Corps flottants** : Ombres flottantes sur la rétine causées par des opacités dans le vitré.
- **Correction laser de la vision** : Chirurgie utilisant lasers excimer et/ou femtoseconde pour modifier la courbure et la puissance focale de la cornée et améliorer la vision après chirurgie de la cataracte.
- **Cristallin naturel** : Situé derrière la pupille et suspendu par des ligaments au muscle ciliaire. Représente un tiers de la puissance focale de l'œil et perd sa flexibilité avec l'âge. Devient trouble avec l'âge et peut provoquer une cataracte.
- **Décollement de la rétine** : La rétine se détache de la paroi oculaire et de sa vascularisation. Chirurgie urgente nécessaire. Plus fréquent chez les myopes et après chirurgie de la cataracte ou du cristallin clair (RLE). Signes : perte de champ visuel, éclairs lumineux, apparition soudaine de corps flottants.
- **Décollement du vitré postérieur (DVP)** : Le vitré se rétracte avec l'âge et peut se détacher de la rétine. Parfois asymptomatique, parfois accompagné de corps flottants.
- **Dioptrie** : Unité de mesure de la puissance de réfraction d'une lentille.
- **Épithélium cornéen** : Couche superficielle de la cornée.
- **Film lacrymal** : Couche humide recouvrant la surface oculaire, essentielle pour la vision et le confort. Stabilisée par le mucus et l'huile sécrétée par les glandes de Meibomius.
- **Glandes de Meibomius** : Glandes sébacées des paupières produisant une couche d'huile stabilisant le film lacrymal aqueux. L'inflammation de ces glandes (blépharite ou méibomite) est une cause fréquente d'inconfort oculaire.

- **Glaucome** : Maladie endommageant progressivement le nerf optique, réduisant le champ visuel. Souvent liée à une pression intraoculaire élevée, le traitement vise à réduire cette pression par médicaments ou chirurgie.
- **Hypermétropie** : Vision de loin normale mais difficulté à voir de près avec l'âge. Les jeunes compensent par l'accommodation. Indiquée par un nombre positif sur l'ordonnance.
- **Implant intraoculaire (IOL)** : Petit implant synthétique utilisé pour remplacer le cristallin naturel lors de chirurgie de la cataracte ou du cristallin clair (RLE).
- **IOL monofocale** : Implant offrant un seul point de focalisation nette, couramment utilisé en chirurgie de la cataracte standard. Les lunettes restent nécessaires pour certaines activités.
- **IOL multifocale** : Implant offrant plusieurs points de focalisation nette, incluant monofocale améliorée et profondeur de focus étendue. Utilisé en chirurgie du cristallin clair (RLE) pour réduire la dépendance aux lunettes.
- **Iris** : Partie colorée de l'œil derrière la cornée, qui se dilate ou se contracte selon la lumière pour réguler la pupille.
- **Laser excimer** : Laser retirant le tissu par vaporisation non thermique (photoablation). Très précis, il n'endommage pas les tissus environnants et est utilisé en LASIK et traitements cornéens superficiels. Peut également améliorer les résultats visuels après chirurgie de la cataracte.
- **Laser femtoseconde** : Laser capable de découper des formes 3D dans les tissus transparents de l'œil (cornée ou cristallin) avec une grande précision, grâce à un motif 3D de microbulles de gaz. Utilisé de plus en plus en chirurgie de la cataracte et du cristallin clair (RLE).
- **Micromonovision** : Stratégie visant à obtenir une vision nette de loin dans un œil et à distance intermédiaire dans l'autre, pour étendre la plage de vision après chirurgie réfractive.
- **Myopie** : Vision de près nette mais difficulté à voir de loin. Généralement détectée à l'enfance. Indiquée par un nombre négatif sur l'ordonnance.
- **Opacification de la capsule postérieure (PCO)** : Membrane cristallinienne entourant l'IOL peut devenir trouble après chirurgie, causant une perte graduelle de vision. Traitable par laser YAG capsulotomie.
- **Phacoémulsification** : Technique standard pour liquéfier le cristallin lors de la chirurgie de la cataracte ou du cristallin clair (RLE). Utilise des ultrasons pour fragmenter le cristallin, aspiré ensuite par une petite incision. Pression intraoculaire (PIO) : Pression du liquide dans l'œil, mesurée avec un jet d'air ou plus précisément avec un tonomètre à aplanation nécessitant l'instillation d'une goutte et un éclairage en lumière bleue.
- **Presbytie** : Perte de la vision de près liée à l'âge.
- **Réfraction** : Test déterminant les valeurs de myopie, hypermétropie ou astigmatisme pour l'ordonnance de lunettes.
- **Rétine** : Couche de cellules sensibles à la lumière au fond de l'œil, transmettant l'information visuelle au cerveau via le nerf optique.
- **Topographie cornéenne** : Examen cartographiant la courbure de la surface cornéenne.
- **Vitré** : Gel remplissant l'arrière de l'œil, qui se rétracte avec l'âge et peut provoquer des corps flottants.
- **Vision binoculaire** : Vision mesurée avec les deux yeux ouverts.



1. European Society of Cataract and Refractive Surgeons. European Society of Cataract and Refractive Surgeons guideline for cataract surgery 2024: executive summary. London: ESCRS; 2025. <https://www.es CRS.org/media/ooama3sf/full-extended-guideline-24092025.pdf>
2. National Institute for Health and Care Excellence. Cataracts in adults: management (NG77). London: NICE; 2017 [updated 2025 May 20]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng77>
3. American Academy of Ophthalmology. Cataract in the adult eye preferred practice pattern [Internet]. San Francisco (CA): American Academy of Ophthalmology; 2021 [cited 2026 Apr 29]. <https://www.aa o.org/education/preferred-practice-pattern/cataract-in-adult-eye-ppp-2021>
4. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Analyse de l'activité hospitalière 2024 MCO [Internet]. Lyon: ATIH; 2025 [cited 2026 Apr 29]. https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/5093/mco_aah24_0.pdf
5. Li J, Sun B, Zhang Y, Hao Y, Wang Z, Liu C, et al. Comparative efficacy and safety of all kinds of intraocular lenses in presbyopia-correcting cataract surgery: a systematic review and meta-analysis. *BMC Ophthalmol.* 2024;24:172.
6. Karam M, Alkhowaiter N, Alkhabbaz A, Aldubaikhi A, Alsaif A, Shareef E, et al. Extended Depth of Focus Versus Trifocal for Intraocular Lens Implantation: an updated systematic review and meta-analysis. *Am J Ophthalmol.* 2023;251:52-65.
7. Zhu D, Ren S, Mills K, Hull J, Dhariwal M. Rate of Complete Spectacle Independence with a Trifocal Intraocular Lens: a systematic literature review and meta-analysis. *Ophthalmol Ther.* 2023;12:1157-1171. doi:10.1007/s40123-023-00657-5.
8. Wan KH, Au ACK, Kua WN, Ng ALK, Cheng GPM, Lam NM, et al. Enhanced Monofocal Versus Conventional Monofocal Intraocular Lens in Cataract Surgery: a meta-analysis. *J Refract Surg.* 2022;38(8):538-546.
9. Loh NC, Pothakamuri TK, Chen DZ. Enhanced monofocal versus conventional monofocal intraocular lenses: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Can J Ophthalmol.* 2025 Jul 16.
10. Segers MHM, Behndig A, van den Biggelaar FJHM, Brocato L, Henry YP, Nuijts RMMA, et al. Risk factors for posterior capsule rupture in cataract surgery as reflected in the European Registry of Quality Outcomes for Cataract and Refractive Surgery. *J Cataract Refract Surg.* 2022;48(1):51-55.
11. Segers MHM, Behndig A, van den Biggelaar FJHM, Brocato L, Henry YP, Nuijts RMMA, et al. Outcomes of cataract surgery complicated by posterior capsule rupture in the European Registry of Quality Outcomes for Cataract and Refractive Surgery. *J Cataract Refract Surg.* 2022;48(8):942-946.
12. Sim PY, Donachie PHJ, Day AC, Buchan JC, Braga AJ, Neo YN, et al. The Royal College of Ophthalmologists' National Ophthalmology Database study of cataract surgery: Report 17, a risk factor model for posterior capsule rupture. *Eye (Lond).* 2024;38:3495-3503.
13. Morano MJ, Khan MA, Zhang Q, Halfpenny CP, Wisner DM, Sharpe J, et al. Incidence and Risk Factors for Retinal Detachment and Retinal Tear after Cataract Surgery: IRIS® Registry Analysis. *Ophthalmol Sci.* 2023;3(4):100314.
14. Thylefors J, Jakobsson G, Zetterberg M, Sheikh R. Retinal detachment after cataract surgery: a population-based study. *Acta Ophthalmol.* 2022;100(8):e1595-e1599.
15. Daien V, Le Pape A, Heve D, Carriere I, Villain M. Incidence, Risk Factors, and Impact of Age on Retinal Detachment after Cataract Surgery in France: a national population study. *Ophthalmology.* 2015;122(11):2179-2185.
16. Ursell PG, Dhariwal M, O'Boyle D, Khan J, Venerus A. 5 year incidence of YAG capsulotomy and PCO after cataract surgery with single-piece monofocal intraocular lenses: a real-world evidence study of 20,763 eyes. *Eye (Lond).* 2020;34(5):960-968.
17. Schweitzer C, Brezin A, Cochener B, Monnet D, Germain C, Roseng S, et al.; FEMCAT study group. Femtosecond laser-assisted versus phacoemulsification cataract surgery (FEMCAT): a multicentre participant-masked randomised superiority and cost-effectiveness trial. *Lancet.* 2020;395(10219):212-224.



SAFIR

Société de l'Association Française
des Implants et de la chirurgie Réfractive