

L'implant ICL

Fiche patient — corriger une myopie forte sans laser

■ QU'EST-CE QUE L'ICL

L'**ICL** (Implantable Collamer Lens) est une lentille souple, fabriquée sur mesure, que le chirurgien place **à l'intérieur de l'œil** — entre l'iris et le cristallin. Elle est faite de collamère, un matériau très bien toléré par l'œil. Contrairement au laser, qui corrige la myopie en retirant quelques microns de cornée, l'ICL **n'enlève aucun tissu** : la cornée reste intacte et le cristallin garde son pouvoir d'accommodation. C'est le seul geste réfractif **réversible** : l'implant peut être retiré ou remplacé si nécessaire.

■ QUAND ELLE EST PROPOSÉE

Le laser retire de l'épaisseur à la cornée. Au-delà d'un certain degré de myopie, ou si la cornée est trop fine, il n'en resterait plus assez pour rester solide : le laser devient contre-indiqué. L'ICL est alors l'alternative de référence. Elle est également envisagée en cas de **sécheresse oculaire marquée**, où le laser aggraverait les symptômes. Elle existe aussi en version **torique**, qui corrige l'astigmatisme en même temps.

■ COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION

● Un bilan préopératoire poussé

Réfraction stable depuis au moins un an, mesure du diamètre et de la profondeur de la chambre antérieure, comptage des cellules endothéliales, topographie et examen du fond d'œil. Ces mesures déterminent la taille exacte de l'implant commandé.

● Le geste : environ 15 minutes par œil

Sous anesthésie locale (gouttes), en ambulatoire. L'implant, plié, est introduit par une incision d'environ 3 mm puis déplié derrière l'iris. Aucun point de suture n'est nécessaire. Les deux yeux sont opérés à quelques jours d'intervalle.

● Les suites

Vision utile dès le lendemain pour la plupart des patients. Collyres pendant quelques semaines. Éviter piscine, sauna et sports de contact le premier mois.

■ CE QUE MONTRENT LES RÉSULTATS

Dans l'étude prospective multicentrique de la FDA américaine portant sur **629 yeux suivis 3 ans** : **90,7 %** des yeux se situent à moins de 0,50 dioptrie de la correction visée et **99 %** à moins de 1,00 dioptrie. L'indice d'efficacité atteint 1,07, ce qui signifie que la vision **sans correction** après l'opération dépasse en moyenne celle obtenue **avec les lunettes** avant l'opération.

■ LES LIMITES, ET POURQUOI LE SUIVI EST À VIE

● La perte de cellules endothéliales

L'endothélium est la fine couche de cellules qui maintient la cornée transparente ; elle ne se renouvelle pas. L'étude FDA retrouve **6,7 %** de cellules en moins à 3 ans. C'est la raison principale du comptage annuel.

● Le « vault »

C'est l'espace laissé entre l'implant et le cristallin. Trop faible, il expose à une cataracte ; trop important, à une élévation de la pression oculaire. Il se mesure à chaque contrôle. Dans l'étude FDA, 0,16 % de cataracte et 0,32 % de changement d'implant pour vault excessif.

● Halos et éblouissement nocturnes

Ils sont possibles, surtout les premiers mois et chez les patients à grande pupille. Ils s'atténuent généralement avec le temps.

● Un contrôle par an, à vie

Endothélium, vault, pression oculaire, fond d'œil. Une myopie forte reste par ailleurs un facteur de risque de décollement de rétine, indépendamment de l'implant.

Consultez sans attendre si

- ! Votre œil devient rouge et douloureux avec une baisse de vision (élévation de pression ou infection).
- ! Vous voyez des halos très marqués qui apparaissent brutalement.
- ! Vous voyez des éclairs lumineux et une pluie de taches noires : urgence rétinienne, consultez le jour même.
- ! Votre vision se voile progressivement après plusieurs années : une cataracte doit être recherchée.

Source : Parkhurst G. et al., Three Year Results from the United States FDA Prospective Multicenter Clinical Study of the EVO/EVO+ Implantable Collamer Lens.

Source : Étude prospective multicentrique : 629 yeux, 327 patients, suivi 3 ans. Indice de sécurité 1,25, indice d'efficacité 1,07, perte endothéliale 6,7 % à 3 ans, a