

La chirurgie de la cataracte

Guide patient — comprendre l'intervention et choisir son implant

■ QU'EST-CE QUE LA CATARACTE

Le cristallin est la lentille naturelle située à l'intérieur de l'œil, derrière l'iris. Avec l'âge, il perd progressivement sa transparence : c'est la **cataracte**. La lumière passe alors plus difficilement jusqu'à la rétine, comme à travers un verre dépoli. C'est un phénomène très fréquent et naturel après 60 ans, mais il peut aussi survenir plus tôt (traumatisme, corticoïdes, diabète, forte myopie, causes héréditaires).

■ LES SYMPTÔMES

La cataracte s'installe lentement, sur des mois ou des années. Elle se manifeste par :

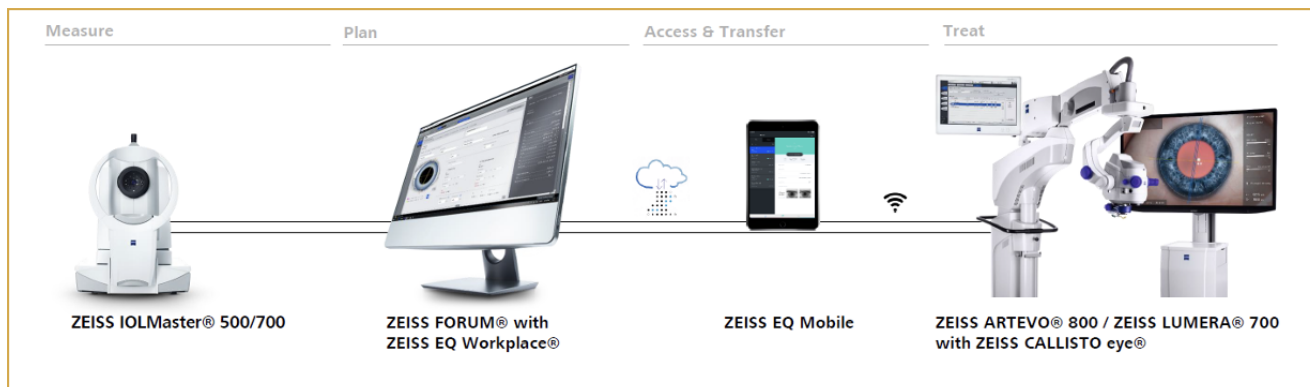
- **Une vision floue ou voilée**
de loin et/ou de près, non améliorée par un changement de lunettes.
- **Une gêne à la lumière (éblouissement)**
phares la nuit, soleil, halos autour des sources lumineuses.
- **Des couleurs ternies et des contrastes réduits**
les blancs paraissent jaunis, la vision « manque de peps ».
- **Une gêne pour conduire la nuit**
et parfois une modification de la correction (myopisation).

■ QUAND FAUT-IL OPÉRER ?

Il n'y a pas de « bon moment » universel, et il n'est pas nécessaire d'attendre que la cataracte soit « mûre ». On opère lorsque la gêne devient **réelle dans votre vie quotidienne** (lecture, conduite, travail, loisirs) et que la baisse de vision est bien due à la cataracte. La décision se prend avec votre chirurgien.

■ L'INTERVENTION

La chirurgie de la cataracte est l'**intervention chirurgicale la plus pratiquée en France** : elle est très sûre et bien maîtrisée. Elle consiste à retirer le cristallin opacifié par une **micro-incision de 2,2 mm**, en le fragmentant par ultrasons (phacoémulsification), puis à le remplacer par un **implant intraoculaire** transparent, mesuré sur mesure pour votre œil. L'intervention dure une quinzaine de minutes, se fait en ambulatoire (pas d'hospitalisation) et sous anesthésie locale : vous restez éveillé mais détendu, un anesthésiste étant présent. Il faut être accompagné pour rentrer chez vous le jour même. Les deux yeux sont opérés à quelques jours ou semaines d'intervalle, jamais le même jour.



Le plateau technique de la chirurgie de la cataracte à l'IPO : mesure (biométrie IOLMaster), planification (EQ Workplace) et bloc opératoire (microscope ARTEVO).

■ LE BILAN PRÉ-OPÉRATOIRE (OBLIGATOIRE, RÉALISÉ À L'IPO)

Il comprend la mesure de l'acuité visuelle, de la pression oculaire, un examen du fond d'œil, une **biométrie** (mesures précises de l'œil pour calculer la puissance de l'implant) et un **OCT** de la macula et du nerf optique. Son double objectif : mesurer l'œil pour choisir le bon implant, et dépister une autre pathologie (DMLA, glaucome, pathologie de la macula...) qui pourrait limiter le résultat visuel — afin de vous informer honnêtement du bénéfice attendu.

■ LE CHOIX DE L'IMPLANT

C'est une décision importante, prise avec votre chirurgien selon votre œil, vos activités et votre mode de vie. Il existe deux grandes familles :

- **Implant monofocal (remboursé)**
Offre la meilleure qualité de vision possible sur UNE distance (le plus souvent de loin). Des lunettes restent nécessaires pour l'autre distance (lecture). Pris en charge par la Sécurité sociale. Il existe une version **torique** qui corrige aussi l'astigmatisme.
- **Implant EDOF (profondeur de champ)**
Donne une bonne vision de loin et intermédiaire sans lunettes (≈ 80 % des activités quotidiennes) ; de petites lunettes restent utiles pour lire de très près (30 cm). Très peu de halos. Surcoût non remboursé.
- **Implant multifocal diffractif**
Procure la meilleure indépendance aux lunettes, avec trois distances de vision (loin, intermédiaire, près). En contrepartie, 25 à 30 % des patients perçoivent des halos la nuit et une légère baisse des contrastes ; une bonne lumière améliore le confort. Surcoût non remboursé.

Il n'existe pas d'implant parfait sans inconvénient : tout est affaire de compromis et de choix de vie. Votre chirurgien vous guide vers l'implant le plus adapté à vos attentes.

■ LE DÉROULEMENT ET LES SUITES

Un traitement par collyres (anti-inflammatoire et antibiotique) est prescrit à mettre dès le lendemain, pendant quelques semaines, pour prévenir l'infection et aider la cicatrisation. Un premier **contrôle** a lieu 2 à 3 jours après l'opération : à ce stade la vision n'est pas encore nette, c'est normal. La récupération se fait sur quelques jours à quelques semaines. La prescription **définitive de lunettes** n'est établie qu'au contrôle final, environ 1 mois après.

■ BON À SAVOIR

● La « cataracte secondaire »

Des mois ou des années après, la membrane qui soutient l'implant peut s'opacifier et brouiller à nouveau la vision. Un petit geste laser indolore (capsulotomie YAG), en consultation, la traite définitivement en quelques minutes.

● Un résultat durable

L'implant ne s'use pas et ne se « refait » pas : la cataracte, une fois opérée, ne revient jamais.

Consultez sans attendre si, après l'opération

- ! Douleur croissante de l'œil opéré, rougeur importante, ou baisse de vision (au lieu d'une amélioration).
- ! Apparition brutale de mouches, d'éclairs, d'un voile ou d'une ombre dans le champ de vision.
- ! Sécrétions purulentes ou œil très collé, avec sensation de baisse visuelle.