

LE POINT SUR LA CHIRURGIE DE LA CATARACTE

L'OPÉRATION DE LA CATARACTE EST L'INTERVENTION LA PLUS PRATiquÉE DANS LE MONDE. LORS D'UNE CONFÉRENCE PUBLIQUE ORGANISÉE PAR HIRSLANDEN LAUSANNE EN FÉVRIER DERNIER, LES DRS FRANÇOIS MAJO, PHILIPPE OTHENIN-GIRARD ET JEAN VAUDAUX, SPÉCIALISTES FMH EN OPHTALMOLOGIE ET OPHTALMOCHIRURGIE, ONT PRÉSENTÉ LES DERNIÈRES AVANCÉES TECHNIQUES EN LA MATIÈRE.

Au cours du vieillissement, le cristallin – la lentille située derrière l'iris, qui permet à l'œil d'accommoder – s'opacifie et prend une coloration jaunâtre à brun foncé: c'est la cataracte. Cette affection diminue l'acuité visuelle à longue distance et/ou de près. Elle altère aussi la vision et la perception des couleurs, provoque un éblouissement (particulièrement lorsqu'il fait sombre) et une baisse de la sensibilité aux contrastes. Pour les personnes concernées, ces symptômes ont parfois de graves conséquences: baisse des performances au quotidien, perte progressive d'indépendance, troubles de l'humeur, dépression ou angoisses, mais aussi chutes, accidents et fractures. Le premier facteur de risque de cataracte est l'âge. Elle touche ainsi 16% des 65-69 ans, 42% des 75-79 ans et 71% des plus de 85 ans. Mais la maladie peut aussi avoir d'autres causes: un traumatisme, une maladie inflammatoire, la consommation de tabac ou l'abus d'alcool, la prise de corticoïdes, l'exposition aux UV ou aux irradiations, une maladie

métabolique comme le diabète, certains syndromes comme la trisomie 21, ou encore des maladies dégénératives de l'œil telles que la rétinite pigmentaire.

DÉJÀ DES OPÉRATIONS DANS L'ANTIQUITÉ

L'opération de la cataracte était déjà pratiquée dans l'Égypte antique. On poussait alors le cristallin en arrière, ce qui permettait à certaines personnes de retrouver la vision... au prix toutefois de graves complications. Les techniques chirurgicales modernes ont été développées dans la deuxième partie du XX^e siècle. A commencer par la cryoextraction, pratiquée dans les années 1960. Cette méthode consistait à injecter dans l'œil une enzyme qui lysait la zonule (c'est-à-dire lui faisait subir une fragmentation et désintégration), la structure qui maintient le cristallin attaché au corps ciliaire. Une sonde à très basse température était appliquée au cristallin pour le refroidir et l'extraire en un bloc à travers une large ouverture faite en périphérie de la cornée. Plus tard, les chirurgiens ont utilisé l'extrac-

tion extracapsulaire, qui permettait de n'enlever que le noyau et le cortex du cristallin, en appliquant une pression sur la cornée ou en utilisant un flux de liquide. Cette intervention nécessitait malgré tout une incision d'environ un centimètre.

Aujourd'hui, on a recours à la phacoémulsification, décrite pour la première fois en 1967 par l'ophtalmologue américain Charles Kelman et pratiquée en Suisse depuis le début des années 1980. Contrairement aux techniques chirurgicales plus anciennes qui nécessitaient de faire une injection à côté de l'œil pour l'insensibiliser, la phacoémulsification permet de réaliser des anesthésies beaucoup plus légères, à l'aide de gouttes sur l'œil.

UNE INTERVENTION COURTE ET INDOLORE

Après avoir pratiqué plusieurs incisions dans le limbe de la cornée (limite entre la couleur et le blanc de l'œil), on injecte dans l'œil un produit visqueux qui remplit tout l'espace situé entre l'iris et la cornée et permet à l'œil de garder sa forme. On découpe ensuite la capsule de manière circulaire afin d'avoir accès à l'intérieur du cristallin. On utilise alors des ultrasons pour lyser le noyau du cristallin, qui est aspiré par la sonde de phacoémulsification. Une fois ôtée, la lentille naturelle est remplacée par une optique artificielle,

dont les paramètres sont adaptés au cas de chaque patient. L'implant, enroulé dans un injecteur (petit tube à l'extrémité en biseau), est glissé à l'intérieur de l'œil, dans lequel il se déploie. L'opération de la cataracte est une intervention courte – elle ne dure qu'une quinzaine de minutes – et indolore pour les patients. Toutefois, comme tout acte chirurgical, elle peut entraîner un certain nombre de complications. Par ailleurs, à la suite d'une chirurgie de la cataracte, certains patients développent, avec le temps, une cataracte secondaire. Elle n'est pas due à l'implant, mais à l'opacification du sac du cristallin, qui crée un trouble derrière la lentille artificielle rendant la vision floue. Il suffit toutefois d'ouvrir la capsule postérieure sur quelques millimètres à l'aide d'un laser pour corriger ce problème.

CORRIGER AUSSI LES DÉFAUTS DE LA VISION

Les lentilles artificielles permettent non seulement d'éliminer la cataracte, mais elles corrigent aussi les défauts de la vi-

sion comme la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme et la presbytie. Il est donc important de bien choisir l'implant en fonction du patient et de la manière dont il utilise sa vision dans sa vie quotidienne. Nous possédons en effet quatre types de vision: de très près (une trentaine de centimètres, pour lire), de près (de 50 centimètres à 1 mètre, pour

L'OPÉRATION DE LA CATARACTE EST UNE INTERVENTION COURTE ET INDOLORE POUR LES PATIENTS.

travailler sur un ordinateur), d'un peu plus loin (de 3 à 4 mètres, pour regarder la télévision) et enfin de loin (pour conduire un véhicule).

Les implants monofocaux permettent d'assurer une bonne vision, soit de près, soit de loin, alors que les implants multifocaux font les deux à la fois. Ils ont toutefois l'inconvénient de provoquer

des halos en présence d'une source lumineuse; la plupart des patients s'en accommodent, mais certains ne le supportent pas. Quant aux implants trifocaux, ils permettent de voir nettement aux différentes distances, mais il faut alors disposer de plus de lumière pour avoir une bonne vision. De nouveaux implants accommodatifs qui, comme les cristallins naturels natifs, ont la capacité de se déformer, ont été expérimentés. Mais, jusqu'ici, ils n'ont pas donné satisfaction. Par ailleurs, des chercheurs travaillent à l'élaboration d'un néo-cristallin liquide qui remplacerait le cristallin vieilli, tout en préservant sa capacité d'accommoder. Notons enfin que s'il reste un défaut de vision résiduel après l'opération de la cataracte, il est possible de le corriger en remodelant la cornée à l'aide de la chirurgie réfractive. Utilisée depuis environ vingt-cinq ans, elle a fait la preuve de son efficacité et de sa stabilité, lorsque l'évaluation préopératoire a été bien faite. ■

ISABELLE BEIER



De gauche à droite, Dr Jean Vaudaux, Dr François Majo et Dr Philippe Othenin-Girard.