



CENTRE
IENA VISION

Centre d'ophtalmologie et d'esthétique de l'œil

Informations patient

CATARACTE

Docteur Michael ASSOULINE

CENTRE IÉNA VISION

37, rue Galilée - 75116 Paris

RDV EN LIGNE : www.assouline.info

TEL : 01 53 67 02 02

MAIL : ienavision.info@gmail.com

WEB : www.ienavision.fr

TABLE DES MATIÈRES :

CHIRURGIE DE LA CATARACTE

Page 3	L'œil et la vision normale Les composants de l'œil Les défauts optiques de l'œil
Page 5	Qu'est ce que la cataracte ?
Page 6	Quand opérer la cataracte ?
Page 6	Quel bilan avant l'intervention ? I. Consultation préopératoire avec le chirurgien II. Examens complémentaires préopératoires habituels III. Consultation avec le médecin anesthésiste.
Page 7	Quel implant choisir ? Les implants « standard » monofocaux Les implants « premium » toriques pour corriger l'astigmatisme Les implants « premium » multifocaux pour compenser la presbytie Les autres implants « premium »
Page 9	Comment se déroule la chirurgie de la cataracte ? L'intervention de la cataracte se fait le plus souvent en ambulatoire Préparation avant l'intervention L'intervention, étape par étape Après l'intervention
Page 12	Quelles sont les suites habituelles de l'intervention ? Suites à court terme Suites à long terme
Page 13	Effets indésirables et complications potentielles Complications pendant l'intervention Complications après l'intervention
Page 14	Recommandations importantes Avant l'intervention Le jour de l'intervention Pendant l'intervention Après l'intervention
Page 15	Information sur votre chirurgien
Page 17	Conditions financières de l'intervention
Page 18	Coordonnées utiles Pour nous contacter Cliniques chirurgicales En cas d'urgence



Docteur
**Michael
Assouline**

Chirurgien Ophtalmologiste

Docteur en Médecine, Docteur ès Sciences
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique Assistant à l'Hôtel-Dieu de Paris
Ancien Fellow, Louisiana State University, New Orleans, USA
Ancien Praticien Titulaire à la Fondation A. de Rothschild

Chirurgie de la Cataracte

Chirurgie Réfractive, myopie, presbytie, astigmatisme
Chirurgie du Kératocône et de la Cornée

INFORMATION SUR LA CATARACTE

Madame, Monsieur,

Vous êtes candidat(e) à une chirurgie de la cataracte ou du cristallin.

Cette opération est destinée à améliorer votre vision et peut également vous permettre de vous passer de lunettes de loin et de près.

Cette brochure d'information, que j'ai rédigée pour y inclure les données les plus récentes de la science médicale, comporte les principales explications nécessaires à la bonne compréhension de l'intervention, de son déroulement et de ses conséquences habituelles ou plus rares.

Je vous encourage à discuter avec moi, des différents points qui pourraient vous sembler nécessiter un complément d'explication.

En vous souhaitant une bonne lecture, et en vous remerciant de votre confiance,

Bien Cordialement,

Docteur Michael Assouline

*Fondateur et Directeur, CENTRE IENA VISION
Co-fondateur, Clinique de la Vision - Paris*

Centre Iéna Vision
37, rue Galilée
75116 Paris

TEL : 01 53 67 02 02
MAIL : ienavision.info@gmail.com
WEB : www.ienavision.fr

L'ŒIL ET LA VISION NORMALE

La vision normale permet avant 40 ans de voir à toutes les distances :

- + de près de 0 à 40 cm (lecture, écriture, couture)
- + à distance intermédiaire de 40 cm à 2m (ordinateur, partition musicale)
- + de loin de 2m à l'infini (télévision, cinéma, spectacle, signalisation, sport)

Ceci est possible grâce à l'accommodation : accommoder, c'est mettre au point avec les muscles intraoculaire (corps ciliaire) agissant sur le cristallin pour voir net (comme l'autofocus d'un appareil photo). Le cristallin se bombe lorsque nous regardons des objets proches, et redevient plat lorsque nous regardons des objets éloignés.

Les composants de l'œil

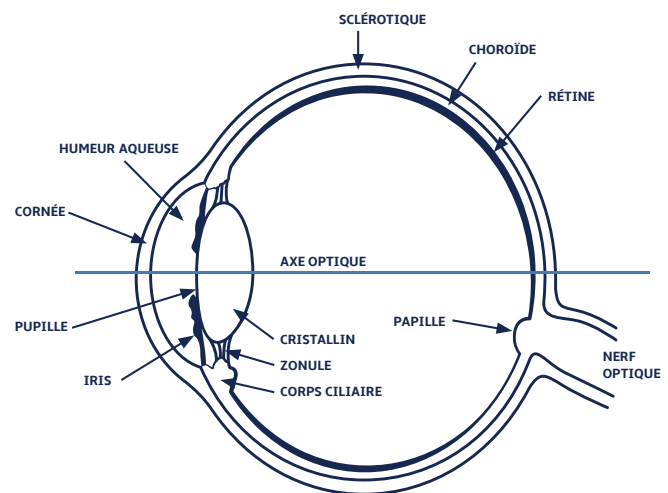
L'œil humain peut être comparé à un appareil photo qui comporte

- + un objectif (la partie avant de l'œil),
- + une chambre noire (le globe)
- + un film sensible ou « capteur » (la rétine au fond de l'œil).

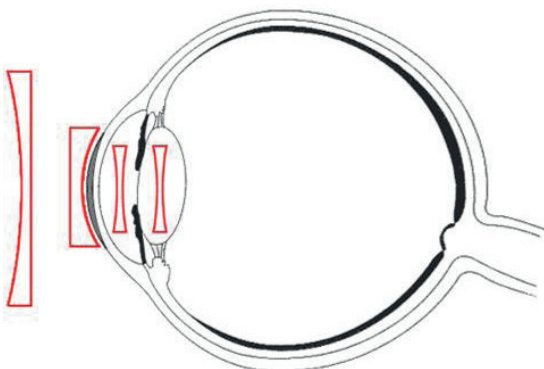
Le cristallin permet de faire la mise au point à différentes distances. Avec l'âge, le cristallin s'opacifie et se durcit, perdant l'élasticité de sa jeunesse et sa capacité de focalisation. La cataracte est cette opacification du cristallin conduisant à une diminution de l'acuité visuelle et de la qualité de vision.

L'objectif de l'œil comporte

- + une lentille avant (la cornée),
- + un diaphragme (la pupille de l'iris),
- + une lentille arrière (le cristallin), qui accomode pour la vision de près.



ŒIL MYOPE



Corrections de la myopie

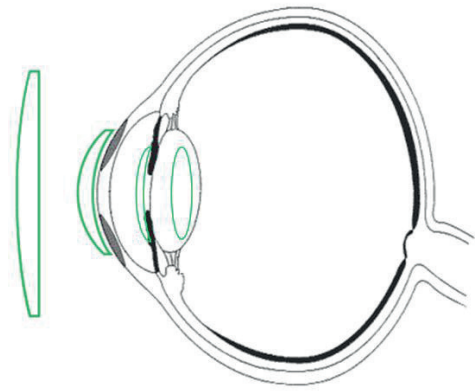
Les défauts optiques de l'œil

Chez le **myope**, l'œil est trop long et la lumière focalisée par l'objectif ne "parvient" pas jusqu'à la rétine.

Le myope ne voit donc pas parfaitement de loin sans correction. Par contre le myope peut voir de près en rapprochant l'objet. La myopie est corrigée en ajoutant une correction négative (verre concave ou "creux"), qui peut être un verre de lunette, une lentille de contact, ou une intervention chirurgicale.

OEIL HYPERMETROPE

Chez l'**hypermétrope**, l'œil est trop court et la lumière est focalisée non pas sur la rétine mais en arrière de celle-ci. L'hypermétrope peut généralement voir de loin sans correction grâce à l'accommodation permanente du cristallin, mais ceci s'accompagne d'une fatigue plus ou moins importante. Après 40 ans, la perte progressive de l'accommodation augmente rapidement la dépendance vis à vis d'une correction optique en vision de près puis en vision de loin. L'hypermétropie est corrigée en ajoutant une correction positive (verre convexe ou "bombé").



Corrections de hypermétropie

Chez l'**astigmate**, le défaut visuel est localisé selon certains axes, sous forme d'une combinaison de l'une ou l'autre (ou les deux) anomalies précédentes. Un astigmate peut être par exemple myope sur les lignes horizontales mais pas sur les lignes verticales de son champ de vision. L'astigmatisme se traduit souvent par une confusion des lettres lors des tests visuels (le sujet ne peut par exemple distinguer le "H" du "N"). La vision précise prolongée s'accompagne d'une fatigue visuelle importante. La vision se dégrade en basse lumière.

Chez le **presbyte**, après 40 ans l'accommodation se réduit progressivement et ce jusqu'à 60 ans. La presbytie nécessite une correction de près différente de la correction optique portée en vision de loin.

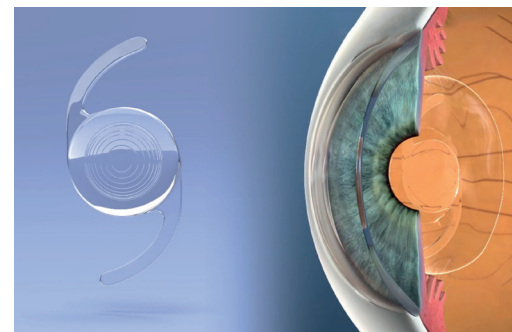
Le presbyte peut être équipé

- + avec deux **paires de lunettes différentes**, que l'on change pour voir de loin ou de près (à 35 cm). Il n'y a par ailleurs pas de correction en vision intermédiaire (entre 35 cm et 1 m de distance, par exemple pour le travail sur écran), à moins d'avoir une troisième paire de lunettes.
- + avec des **verres à double foyer** ou avec des **verres progressifs**. Dans les verres bifocaux ou multifocaux progressifs, la correction dépend de la direction du regard au travers du verre (en haut de loin, en bas de près). Les verres bifocaux présentent l'inconvénient esthétique de la séparation du verre en deux parties et de l'absence de correction en vision intermédiaire. Les verres progressifs sont plus esthétiques et corrigent la vision intermédiaire, mais le champ de vision de près est rétréci et la direction du regard est « imposée » par la distance de vision. De nombreux patients ne parviennent pas à s'accoutumer à cette contrainte.
- + avec des **lentilles de contacts simples (auxquelles on ajoute des verres simples de près)**, avec des **lentilles bifocales** ou avec le système de bascule (**une lentille pour la vision de loin sur l'œil dominant et une lentille adaptée à la vision de près sur l'autre œil**).

Dans tous les cas la correction optique n'est qu'une simple compensation, sans aucune restauration de l'accommodation.

Il est également possible de traiter ces défauts optiques en même temps que la chirurgie de la cataracte à l'aide d'implants intraoculaires.

Un **implant intraoculaire** est une lentille composée d'un matériau inerte et biocompatible parfaitement toléré dans l'œil, n'entraînant pas de rejet. Cette lentille possède un pouvoir optique capable de corriger (si le patient et le chirurgien le souhaitent) la myopie, l'hypermétropie, ou l'astigmatisme. **De nouveaux implants, plus sophistiqués dit « premiums » contribuent également à corriger l'astigmatisme (implants toriques) et la presbytie (implants à double foyer (« multifocaux »)).**

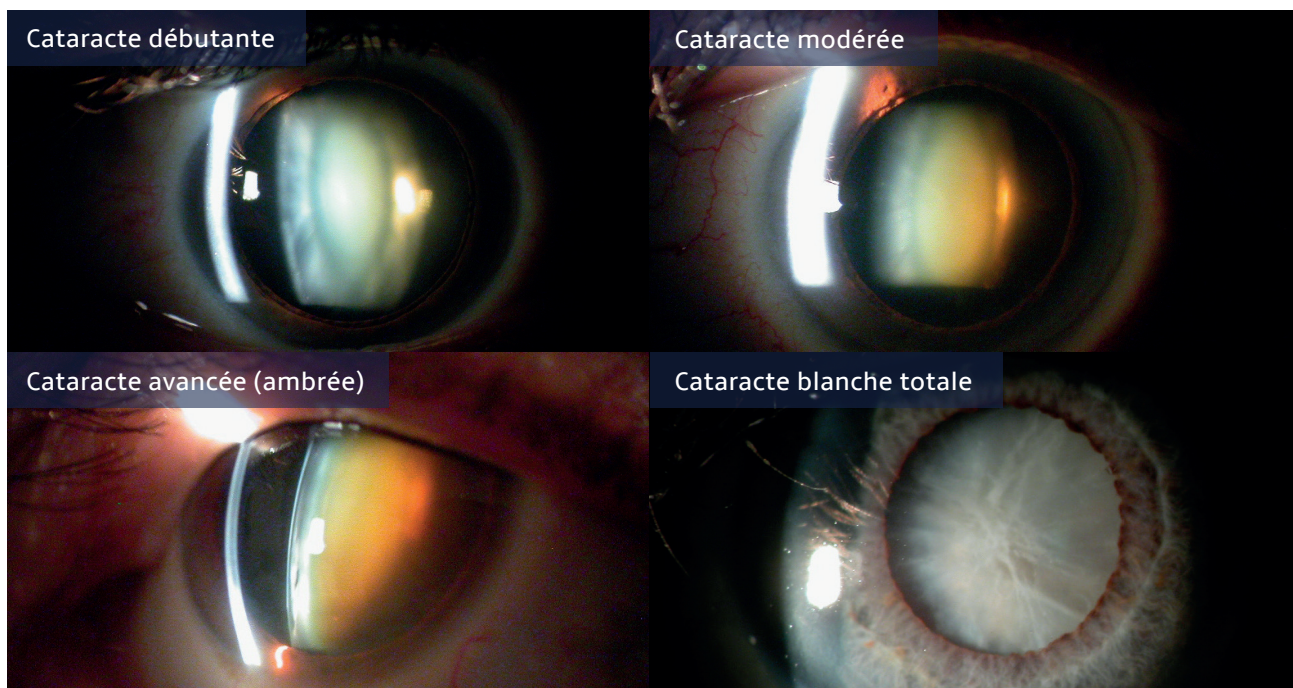


QU'EST CE QUE LA CATARACTE ?

La cataracte est l'opacification du cristallin, la deuxième lentille de l'œil, située en arrière de la pupille et de l'iris.

L'âge est la principale cause. Le **diabète**, les **corticoïdes**, la **myopie forte**, les **traumatismes**, les **uvéites** ou autres affections générales ou oculaires peuvent favoriser une cataracte plus précoce.

En moyenne la cataracte est opérée **vers 70 ans**, mais l'opération est **fréquente dès 60 ans**. Il est recommandé de se faire opérer **avant 80 ans, car au-delà l'opération devient plus difficile et risquée**.



Les **signes de la cataracte** sont :

- + Une **baisse de l'acuité visuelle** de loin (lecture des panneaux routiers par exemple) et /ou de près (lecture)
- + Une **dégradation de la qualité de vision** (éblouissement, fatigue visuelle, jaunissement des couleurs, dédoublement des images persistant après fermeture de l'un des deux yeux)

Le **diagnostic de la cataracte par l'ophtalmologiste est très simple** par observation de la transparence du cristallin au microscope).

Le **traitement de la cataracte est exclusivement chirurgical** : remplacement du cristallin opaque par un implant intraoculaire (cristallin artificiel), lequel peut également corriger la vue de loin et de près pour limiter le besoin de lunettes après l'opération.

En France, plus de **800 000 chirurgies de la cataracte sont réalisées chaque année**. C'est une intervention de routine, confortable, efficace et sûre.

QUAND OPÉRER LA CATARACTE ?

L'intervention de la cataracte est décidée par le patient en fonction de la gêne ressentie et des besoins visuels habituels dans les activités quotidiennes (conduite, travail, loisirs).

Plus rarement, le chirurgien recommande formellement l'intervention :

- + Pour **permettre le traitement d'une affection oculaire associée** (rétine, diabète, glaucome)
- + Pour **réduire le risque d'une intervention retardée** en cas de facteurs de risque (après 80 ans, en cas de chambre antérieure étroite, en cas de noyau cristallinien très dur, en cas de fragilité de la cornée ou du ligament suspenseur du cristallin, la zonule)
- + Pour **corriger la vue**, parce que dans certains cas, la chirurgie du cristallin est la meilleure façon de corriger un défaut optique important (myopie forte, hypermétropie forte, presbytie) à la demande du patient

QUEL BILAN AVANT L'INTERVENTION ?

I. Consultation préopératoire avec le chirurgien

Au **CENTRE IENA VISION**, en principe au moins **8 jours avant l'opération**.

Cette consultation comporte une mesure de la vision et un examen du fond d'œil.

Le chirurgien donne les explications nécessaires, convient du choix de l'implant et répond aux questions du patient. La secrétaire du chirurgien donne le **dossier de démarche opératoire** au patient et fixe les rendez-vous d'examen complémentaires préopératoires, d'intervention et de contrôle postopératoires, en fonction des souhaits du patient.

II. Examens complémentaires préopératoires habituels

Ce bilan réalisé par différents spécialistes au Centre LénaVision comporte les examens suivants:

- + **Échographie** pour vérifier l'état de l'œil en arrière de la cataracte, avec biométrie ultrasonique de l'œil permettant le calcul de l'implant intraoculaire (cristallin artificiel)
- + **Biométrie optique** pour confirmer le calcul de l'implant
- + Vérification du calcul de l'implant par des logiciels spécialisés (notamment en cas de chirurgie antérieure de la myopie)
- + **Topographie de la cornée** permettant un traitement éventuel de l'astigmatisme
- + **Microscopie spéculaire** évaluant la fragilité de la cornée
- + **Champ visuel** évaluant la fonction du nerf optique (dépistage du glaucome)
- + **OCT spectral et Rétinographie couleur** évaluant l'état de la rétine (macula) et du nerf optique (dépistage du glaucome)

III. Consultation avec le médecin anesthésiste.

L'anesthésie lors de la chirurgie de la cataracte est réalisée grâce à l'instillation de collyres anesthésiques.

La consultation préopératoire avec le médecin anesthésiste est obligatoire sauf en cas de chirurgie externe à la **Clinique de la Vision**. Elle est réalisée par l'anesthésiste de la clinique choisie par le patient, au minimum **3 jours avant l'opération** (à la **Clinique Sainte-Geneviève** ou la **Clinique Saint-Jean de Dieu**). Elle fait le bilan de l'état général et des éventuels ajustements du traitement général à effectuer avant et après l'intervention (antiagrégants, anticoagulants, antidépresseurs, **traitement prostatique...**).

QUEL IMPLANT CHOISIR ?

L'implant intraoculaire est une **lentille optique remplaçant le cristallin naturel** qui a été extrait pendant l'intervention. Cette lentille est placée dans la fine capsule naturelle du cristallin. Les implants utilisés aujourd'hui sont parfaitement biocompatibles et bien tolérés à long terme, et sont prévus pour durer une vie entière. Ils sont le plus souvent souples, pour permettre leur injection par des micro-incisions auto-étanches ne nécessitant pas de suture (1.8 mm)

Il est possible de choisir entre différents types d'implants **selon les défauts optiques de l'œil et le type de correction souhaitée par le patient en fonction de ses activités quotidiennes.**

Il existe de nombreux modèles d'implants avec des différences :

- + De matériau (acrylique hydrophile, acrylique hydrophobe, silicone, PMMA)
- + De dessin (monobloc ou à « anses »)
- + De propriétés optiques (les implants asphériques améliorent légèrement la vision nocturne chez les sujets plus jeunes)
- + De filtre jaune coloré éventuel (destiné à protéger en théorie la rétine et la macula de la toxicité des rayons UV et de la lumière bleue).

En pratique, les performances visuelles de ces implants dépendent cependant de leurs qualités optiques : monofocal standard, asphérique, torique, multifocal

Ce choix est le plus souvent guidé et prescrit par le chirurgien en fonction du patient et de ses besoins.

Les implants « standard » monofocaux

Le plus souvent ces implants sont choisis :

- + Pour corriger la **vision de loin** sans lunettes, **sur l'œil dominant** (œil droit directeur pour un droitier, celui que l'on utilise pour « viser »).
- + Pour corriger soit la **vision intermédiaire** (65cm, écran informatique) soit plus rarement la **vision de près** (35cm, lecture) **sur l'œil non dominant** (œil gauche chez un droitier). On ne peut pas corriger les deux à la fois !

Cette légère différence (mini-monovision) entre les deux yeux, très bien supportée, permet de réduire la dépendance en lunettes, mais ne permet pas de les supprimer totalement.

Ces implants sont pris en charge complètement par l'assurance maladie.

Les implants « premium » toriques pour corriger l'astigmatisme

Les implants toriques permettent de **corriger l'astigmatisme cornéen préexistant à l'intervention, lorsque celui-ci est significatif (supérieur à 1.5 Dioptries).**

Ceci permet d'éviter la nécessité de porter des lunettes pour voir de loin après l'opération chez les sujets concernés. Lorsque des lunettes sont tout de même nécessaires après l'intervention, celles-ci sont en général, grâce à l'utilisation d'un implant torique, plus légères, plus esthétiques, plus confortables et moins coûteuses.

Les implants toriques ne sont pas toujours complètement pris en charge par l'assurance maladie. Un supplément (SIO) de 100 euros environ reste le plus souvent à la charge de l'assurance complémentaire (mutuelle) ou du patient.

Les implants « premium » multifocaux pour compenser la presbytie

Ils sont **de plus en plus utilisés car ils apportent un grand confort et permettent le plus souvent de se passer de lunettes après l'opération.**

Les **implants multifocaux permettent de voir de loin et aussi de compenser la presbytie** après l'opération pour éviter la nécessité de porter des lunettes pour voir de près (35cm, lecture) et/ou en vision intermédiaire (65 cm, écran informatique). Ces implants **séparent la lumière en une partie destinée à la vision de loin et l'autre partie à la vision de près.** La rétine perçoit deux images simultanées, et le cerveau sélectionne l'image en fonction de la distance.

Il existe plusieurs types d'implants multifocaux

+ **Les implants multifocaux réfractifs** : ces implants comportent une juxtaposition de plusieurs zones optiques concentriques de puissances différentes.
Les modèles les plus récents (Lentis MPlus et MPlus X) sont asphériques et **particulièrement efficaces pour favoriser la vision de loin et la vision intermédiaire à 65 cm**, en gardant une vision de près convenable.

Ils sont choisis préférentiellement pour l'œil dominant.

+ **Les implants multifocaux diffractifs** : l'optique comporte un microrelief de marches concentriques similaire à celui des lentilles de Fresnel utilisée dans les loupes plates souples ou dans les optiques des phares côtiers.

Les modèles les plus récents (Medicontur BF677MY, Finevision Physiol, Panoptix Alcon) sont **optimisés pour favoriser la vision intermédiaire (à 65 cm) en même temps que la vision de près (à 35 cm)** tout en conservant une très bonne vision de loin.

Ils sont choisis indifféremment pour l'œil dominant ou non dominant.

Ces systèmes impliquent quelques inconvénients le plus souvent mineurs qui ne créent pas de limitation visuelle significative et **disparaissent en général en 1 à 3 mois** :

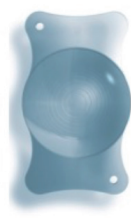
+ La deuxième image « fantôme » sera neutralisée par l'adaptation cérébrale, ce qui peut nécessiter un certain « **apprentissage** » de **quelques jours à quelques mois** selon les sujets (neuro-adaptation).

+ En cas de lumière vive (phare de voiture la nuit par exemple) le sujet implanté peut percevoir des **halos lumineux**.

+ La vision de près est en général excellente avec une bonne lumière mais elle nécessite un **éclairage suffisant pour les petits caractères. Elle est tout de même nettement meilleure qu'avec des implants monofocaux dans ces conditions.**



PanOptix
Alcon
Diffractif
Apodisé
Trifocal



ATLisa
Zeiss
Diffractif
Apodisé
Bifocal



FineVision
Physiol
Diffractif
Apodisé
Trifocal



Lentis M+
Oculentis
Réfractif
Asphérique
Sectoriel



Biflex
Medicontur
Diffractif
Réfractif
Apodisé

Certains de ces implants multifocaux (Lentis Mplus, Medicontur) sont également **toriques**, mais nécessitent un délai de commande parfois assez long (4 à 6 semaines).

Les implants multifocaux ne sont pas complètement pris en charge par l'assurance maladie. Un supplément (SIO) de 160 à 300 euros environ reste à la charge de l'assurance complémentaire (mutuelle) ou du patient (500 à 600 euros si multifocal torique).

Les autres implants « premium »

Les **implants asphériques sur mesure** sont indiqués chez les patients déjà opérés de la cornée pour une forte myopie (implant MyLentis, Oculentis).

Les **implants accommodatifs** et les **implants ajustables par la lumière** sont pour l'instant toujours en cours d'évaluation et les modèles existants ne sont plus utilisés en routine.

COMMENT SE DÉROULE LA CHIRURGIE DE LA CATARACTE ?

L'intervention de la cataracte se fait le plus souvent en ambulatoire.

La durée moyenne d'une intervention est de 10 à 20 minutes, avec une présence dans la salle opératoire de 30 minutes environ et dans la clinique de 2 à 3 heures.

Préparation avant l'intervention

La veille de l'opération :

- + Le patient achète les collyres pré et postopératoire à la pharmacie.
- + Une douche à la Bétadine est recommandée la veille et le matin de l'intervention.

Important : l'intervention doit en général être reportée en cas de maladie aiguë nécessitant un traitement (infection dentaire, ORL, pulmonaire ou urinaire par exemple)

Le jour de l'opération :

- + Le patient est à jeun au moins 6 heures avant l'heure prévue de l'intervention.
- + Une heure avant l'intervention, la pupille est dilatée à l'aide de **3 collyres (4 instillations de chaque en 1 heure) ou d'un insert (Mydrasert)**.
- + Un quart d'heure avant l'intervention l'anesthésie est réalisée grâce à l'instillation de collyres anesthésiques.
- + L'anesthésiste pose un petit cathéter (voie veineuse) pour pouvoir injecter des produits relaxants par perfusion si nécessaire.
- + Très rarement, pour des gestes associés plus complexes (chirurgie du glaucome ou de la rétine) cette anesthésie par gouttes peut être complétée par une ou deux injections indolores autour de l'œil.
- + L'anesthésie générale est exceptionnelle (sujet non-coopérant, enfant).

Enseignement post-universitaire par le Dr Assouline

CHIRURGIE
EN DIRECT

L'INTERVENTION ÉTAPE PAR ÉTAPE

Étape 1

Une micro incision cornéenne de 1.8 à 2.2 mm est réalisée au niveau de la cornée pour permettre l'accès au cristallin. Une deuxième incision de 1.0 mm, appelée contre-incision est réalisée pour permettre l'utilisation d'un instrument manipulateur.

Étape 2

Un gel visco-élastique est injecté dans la chambre antérieure de l'œil afin de protéger la face interne de la cornée (endothélium) pendant la durée de la chirurgie, maintenir les espaces intraoculaires pendant l'intervention et notamment la dilatation de la pupille, et favoriser la manipulation des instruments et de l'implant.

Étape 3

Le chirurgien réalise une fenêtre circulaire dans la capsule avant du cristallin (capsulo-rhexis).

Étape 4

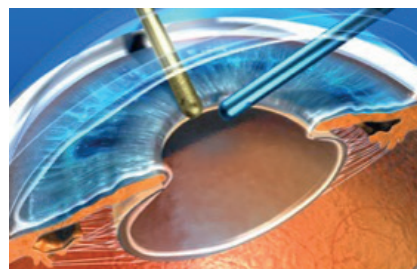
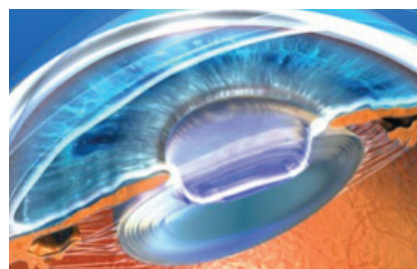
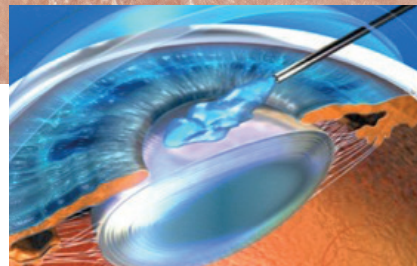
La phase suivante est appelée phacoémulsification, et permet de détruire le cristallin par l'émission d'ultrasons. Les fragments produits sont extraits par une sonde d'irrigation-aspiration. L'enveloppe naturelle du cristallin (capsule) est ainsi vidée de son contenu (la cataracte). La face interne de la capsule est polie soigneusement par aspiration directe.

Étape 5

Le sac capsulaire est rempli de gel visco-élastique afin de permettre l'injection de l'implant intra oculaire. L'implant est positionné dans une cartouche de compression qui permet de l'injecter de façon contrôlée dans l'œil sans agrandir l'incision. Après son déploiement contrôlé, le chirurgien le place dans le sac capsulaire.

Étape 7

Une fois l'implant en place, le viscoélastique est aspiré et le chirurgien vérifie l'étanchéité de l'œil.



Après l'intervention

Une à deux heures après l'intervention, le patient **retourne le plus souvent à son domicile, accompagné d'un proche.**

Une **coque de protection fournie au bloc opératoire doit être impérativement portée les 5 premières nuits pour éviter le frottement intempestif de l'œil.**

Pendant la journée, de simples lunettes solaires (facultatives) suffisent. Aucun pansement n'est nécessaire.

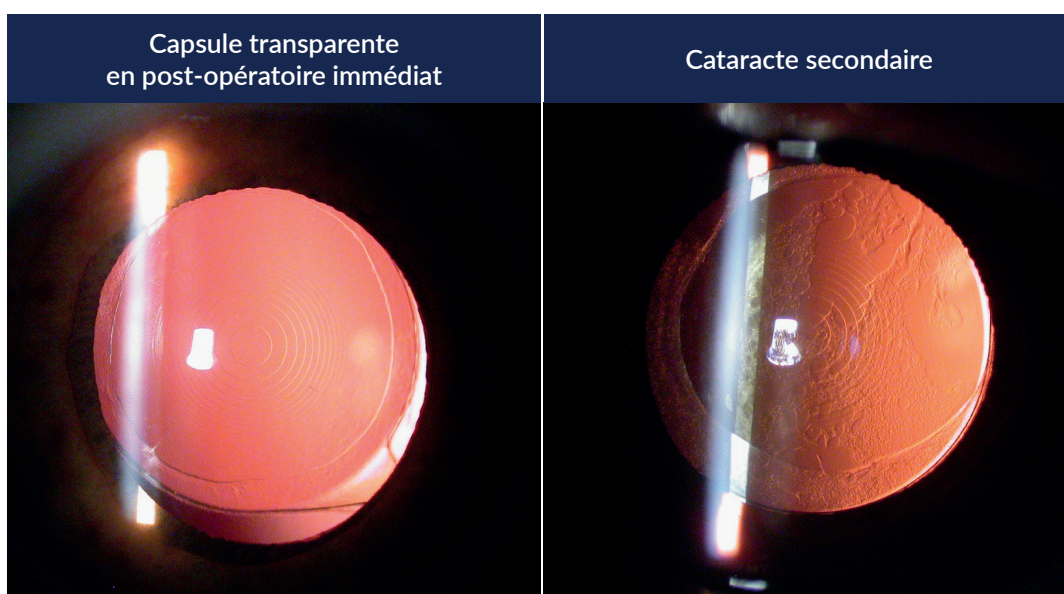
Le patient instille 3 fois par jour les gouttes de collyres anti-inflammatoires et antibiotiques (bouchon blanc) prescrites pendant 4 semaines.

Les 4 premières nuits le patient instille également avant de dormir une goutte pour dilater la pupille (unidoses de Tropicamide / Mydraticum®).

Un contrôle postopératoire par le chirurgien ou l'un(e) de ses associé(e)s est impératif **le lendemain matin et 5 à 7 jours après l'intervention.**

Le deuxième œil est en général opéré 7 à 15 jours après le premier. Ce délai peut être augmenté, le plus souvent sans inconvénient.

Un mois après l'intervention une consultation avec le chirurgien ou l'ophtalmologiste traitant permet de vérifier le résultat de l'opération et de **prescrire une éventuelle correction optique complémentaire définitive.**



QUELLES SONT LES SUITES HABITUELLES DE L'INTERVENTION ?

Suites à court terme

L'œil opéré de cataracte est en général indolore. **La gêne ou une douleur modérée sont possibles immédiatement après l'intervention mais doivent passer en quelques heures. Un traitement simple contre la douleur peut être donné.**

La vision s'améliore très rapidement (1 à 4 jours).

Les soins locaux sont réduits à l'instillation de gouttes pendant 4 semaines et au port d'une protection oculaire pendant les 4 premières nuits.

Si des sutures ont été posées (moins de 1% des cas, elles sont enlevées quelques jours à quelques semaines après l'opération, au cabinet, de façon totalement indolore

La perception initiale des phénomènes suivants, en rapport avec l'augmentation de la transparence à l'intérieur de l'œil est normale :

- + **Vision « rosée » les premiers jours, puis « bleutée » le premier mois**
- + Sensibilité légèrement accrue à la lumière
- + Fausse impression de « majoration » des rides de la peau du visage
- + « Mouches volantes » sur les surfaces blanches ou lumineuses

Une correction adaptée par lunettes (si nécessaire) peut être prescrite **au bout de 3 à 4 semaines.**

Très rarement, **la découverte d'autres lésions de l'œil (et en particulier, maladie de la cornée, glaucome, dégénérescence maculaire) peut limiter la récupération visuelle.**

L'activité professionnelle, l'utilisation de machines ou d'instruments dangereux sont en principe déconseillées les premiers jours si la vision normale n'a pas été totalement récupérée.

La conduite automobile est le plus souvent possible dès que le sujet s'en sent capable.

Les sports non violents sont autorisés dès la première semaine.

Les bains avec immersion de l'œil (piscine...) sont interdits pendant 15 jours. La douche est possible dès le lendemain en prenant soin de ne pas faire ruisseler l'eau du robinet dans l'œil opéré (pencher la tête en arrière).

Le port de lunettes de soleil est conseillé comme pour toute personne normale en cas de soleil ou de gêne à la forte luminosité (fréquente les premiers jours). L'implant comporte un filtre UV qui protège la rétine.

Suites à long terme

La correction est stable et en principe définitive.

Dans près de 30 % des cas, il se produit, au cours des années qui suivent l'intervention, une opacification de la capsule naturelle du cristallin dans laquelle est placé l'implant : c'est la **«cataracte secondaire»** responsable d'une nouvelle baisse de vision.

Le traitement simple, indolore et rapide (quelques secondes) consiste à réaliser au cabinet d'ophtalmologie, après vérification de l'absence de contre-indication rétinienne par OCT, une **ouverture de la capsule par laser YAG (capsulotomie au laser).**

EFFETS INDÉSIRABLES ET COMPLICATIONS POTENTIELLES

La chirurgie de la cataracte est l'intervention chirurgicale la plus fréquente sur le corps humain en France. Cette opération est l'une des plus sûres et des plus efficaces de la chirurgie, toutes spécialités confondues. Il n'existe cependant pas de chirurgie sans risque. Il n'est donc pas possible de garantir formellement le succès de l'intervention, même si celui-ci est considéré comme habituel.

Complications pendant l'intervention

Les incidents pendant l'opération sont rares et imprévisibles.

Ils conduisent exceptionnellement à placer l'implant devant la pupille, voire à renoncer temporairement ou définitivement à toute implantation. Il peut être nécessaire d'enlever un petit fragment de l'iris et/ou de procéder à l'ablation d'une partie du vitré. Le déroulement de l'intervention peut être compliqué par une rupture de la capsule (moins de 1% des cas). L'extraction de la cataracte est parfois incomplète et peut nécessiter un complément chirurgical dans les jours suivants (moins de 1 cas sur 1000). Une hémorragie peut se produire et se résorbe en général en quelques jours (dans des cas très exceptionnels, moins d'un cas sur 100 000, elle peut aboutir à la perte de la vision, voire à la perte de l'œil). Une brûlure de la cornée par l'instrument à ultrasons utilisé, exceptionnelle, doit en général être traitée par des fils de sutures.

Complications après l'intervention

Puissance optique du cristallin artificiel insuffisamment précise (1% des cas)

Le calcul de la puissance des implants toriques et multifocaux est parfois moins précis chez les porteurs d'une forte myopie ou hypermétropie, ou d'une chirurgie antérieure de la cornée. Il est possible de proposer une correction par échange de l'implant quelques jours plus tard ou de corriger secondairement ce défaut par traitement laser. Ces interventions sont bénignes.

Les complications bénignes de l'opération de la cataracte sont très rares

Elles peuvent être en général traitées sans altérer le pronostic fonctionnel ou anatomique de l'œil, avec parfois cependant une augmentation du délai de récupération de la vision.

On peut citer notamment :

- + Une ecchymose du blanc de l'œil ou de la paupière
- + Une cicatrice insuffisamment étanche
- + Une chute partielle de la paupière supérieure
- + Une inflammation transitoire de l'œil (rougeur, sensation de sable dans l'œil)
- + Une augmentation de la pression intra oculaire
- + Un défaut de sphéricité résiduel de la cornée (astigmatisme)
- + La résistance d'un petit fragment de cristallin qui doit être aspiré au bloc opératoire, dans les jours qui suivent.

Les complications sévères de l'opération de la cataracte sont exceptionnelles

Elles peuvent nécessiter une ré-intervention et aboutir, dans les cas les plus extrêmes, à la perte de toute vision de l'œil opéré, voire à la perte de l'œil lui-même.

- + Infection (1 à 3 cas sur 1000, annoncée par une douleur persistante et une baisse de vision, nécessitant un traitement urgent, efficace dans 90% des cas)
- + Traumatisme de l'œil par le patient ou son entourage
- + Décollement de la rétine (parfois plusieurs années plus tard, favorisé par des facteurs de risque individuels, 1 cas sur 100 avant 60 ans, nécessitant une intervention urgente, avec environ 90% de succès)
- + Œdème de la cornée (parfois plusieurs années plus tard, favorisé par des facteurs de risque individuels, 1 cas sur 1000, nécessitant une greffe de la cornée différée, avec environ 90% de succès)
- + Déplacement du cristallin artificiel (nécessitant une reprise chirurgicale, sans urgence)
- + Œdème rétinien central (1% des cas, souvent résolutif en quelques semaines)
- + Le photo-traumatisme (brûlure rétinienne) par l'éclairage du microscope opératoire peut être favorisé par la prise de médicaments photo-sensibilisants.

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Avant l'intervention

- + Éviter la piscine les 8 jours précédents (risque de conjonctivite)
- + Enlever vos lentilles de contact 3 jours avant le bilan préopératoire et l'intervention
- + Arrêt du maquillage et se démaquiller très soigneusement la veille
- + Prendre vos médicaments habituels le jour de l'intervention (sauf prescription contraire de l'anesthésiste)

Documents à remettre obligatoirement en vue de l'intervention :

Les règles d'éthique et de déontologie, ainsi que la jurisprudence actuelle imposent de recueillir votre consentement éclairé manuscrit en vue de l'intervention de cataracte qui sera pratiquée et des modalités particulières qui vous sont proposées. Ce consentement éclairé ne constitue pas une décharge de responsabilité mais atteste qu'une information complète et intelligible vous a été délivrée. Vous devrez donc signer et remettre au secrétariat du Centre LénaVision, les documents suivants (datés de 8 jours avant l'intervention), sans quoi l'intervention devrait être reportée :

- + Déclaration d'information
- + Conditions financières de l'intervention (Devis détaillé)
- + Devis pour une lentille intraoculaire spéciale
- + Formulaire de consentement éclairé à l'intervention

Le jour de l'intervention

- + Prendre une douche à la Bétadine Scrub 4% le matin de l'intervention
- + Être à jeun au minimum 6h avant l'intervention, ne pas manger, boire, consommer de l'alcool, ou fumer des substances illicites avant l'opération.
- + Ne pas se maquiller & se démaquiller à nouveau soigneusement le matin
- + S'habiller confortablement et légèrement (pas de barrettes, pas de chignon)
- + Vous munir de vos papiers (identité, carte vitale, carte mutuelle, chéquier)
- + Apporter votre dossier opératoire avec les consentements signés si vous n'avez pas pu les déposer à notre secrétariat
- + **Apporter au bloc opératoire les ordonnances ainsi que les médicaments pré et postopératoire prescrits lors de la consultation**
- + Arriver détendu(e) car l'intervention n'est pas douloureuse.

Pendant l'intervention

- + Garder les deux yeux ouverts même si l'intervention ne concerne qu'un œil.
- + Ne pas croiser les jambes, garder les bras le long du corps
- + **Ne pas porter les mains au visage.**
- + Respirer doucement et régulièrement par la bouche
- + Lorsque le chirurgien vous le demande, effectuer les mouvements oculaires dans la direction indiquée (« baissez les yeux », « levez les yeux », « à gauche » « à droite ») le plus doucement possible pendant l'opération.
- + Indiquer en parlant à votre chirurgien, sans bouger la tête ou les yeux, si vous éprouvez un inconfort éventuel

Après l'intervention

- + Prévoir une personne accompagnante pour le retour en voiture ou en transports en communs, et qui restera avec vous la première nuit
- + **Instiller les gouttes postopératoires prescrites, l'une après l'autre, dès le soir de l'intervention et le lendemain au réveil**
- + **Mettre la coque de protection les 5 premières nuits sur l'œil opéré**
- + **Se présenter impérativement aux consultations postopératoires prévues le lendemain de l'intervention (apporter son chéquier ou le montant dû des honoraires) et la semaine suivante.**



INFORMATIONS SUR VOTRE CHIRURGIEN

Docteur Michael Assouline
Chirurgien Ophtalmologiste -
Chirurgie Oculaire et Réfractive

Fonctions actuelles

Fondateur et Directeur, CENTRE IENA VISION, Paris
Fondateur et Administrateur, CLINIQUE DE LA VISION, Paris
Chirurgien, Cliniques Saint Jean de Dieu, Ste Geneviève et Clinique de la Vision, Paris
Président, Association francophone INCLO (Innovations en Chirurgie et Lasers Ophtalmologiques)
International Consultant, Medicontur GMBH, Geneva
Member, World Faculty of 1000, Dublin, Ireland
Member, World Keratoconus Expert Group, Brussels
Member, Editorial Board, Cataract and Refractive Surgery, Europe (Brynn Mar Publishing)
Conseiller Spécial de la Rédaction, Pratiques en Ophtalmologie, Expression Santé
Membre, bureau éditorial, Cahier d'Ophtalmologie
Membre, bureau éditorial Réalités Ophtalmologiques

Cursus

Docteur en Médecine
Docteur es Sciences (Biologie Cellulaire)
Ancien Interne d'Ophtalmologie des Hôpitaux de Paris
Ancien Cornea Fellow, Louisiana State University, New Orleans, La, USA
Ancien Chef de Clinique à la Faculté Broussais Hôtel Dieu de Paris
Ancien Praticien Hospitalier à la Fondation Ophtalmologique A. de Rothschild
Fellow, European Board of Ophthalmology
Member, European Refractive Committee, Bausch & Lomb
Expert, Agence du Médicament, ANAES et AFSSAPS
Diplôme d'Etat d'Habilitation à Diriger des Recherches Biomédicales
Diplôme d'Université (DU) d'études juridiques relative à la réparation du dommage corporel
Diplôme inter-Universitaire (DIU) de Microchirurgie de l'œil et de chirurgie réfractive
Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) en Ophtalmologie
Diplôme d'Etudes Approfondies (DEA) en Génie Biologique et Médical / biomatériaux
Diplôme d'Université (DU) d'Anatomie Ultrastructurale de l'œil

Orientations

Le Dr. Michael Assouline s'est spécialisé en chirurgie réfractive depuis 1986, en France et aux Etats-Unis. En 1998, il est l'un des fondateurs de la Clinique de la Vision à Paris, établissement pionnier de la chirurgie Lasik en France et leader dans ce domaine à Paris depuis l'origine.

Le Dr Assouline est l'un des experts français reconnus de la chirurgie réfractive, de la cataracte, de la myopie et de la presbytie, ainsi que des techniques permettant de réduire la dépendance vis à vis d'une correction optique par lunettes après cette opération.

Il a été en particulier l'un des pionniers français dans les domaines suivants de la chirurgie de la cataracte :

- + chirurgie de la cataracte par phacoémulsification (1991)
- + chirurgie par voie cornéenne claire sans suture (1992)
- + chirurgie de la cataracte sous simple anesthésie topique par collyre (1992)
- + implants pliables (1992)
- + chirurgie de la cataracte bimanuelle par microincisions (2002)
- + implants ultraminces injectables par 1.4 mm (2002, Thinoptix) pour limiter l'astigmatisme induit
- + implants multifocaux diffractifs pour compenser la presbytie (2005 Restor, Tecnis, 2006 Acrilisa)
- + implants toriques pour la correction de l'astigmatisme (2007)
- + implant accommodatif Crystalens HD pour la correction de la presbytie (2008)
- + implant ajustable par la lumière Calhoun Vision (2009)
- + implants multifocaux réfractifs sphériques pour préserver la vision de loin (LentisMplus) (2010)
- + implants diffractifs trifocaux pour améliorer la vision intermédiaire (Finevision) (2011)
- + implants multifocaux réfractifs - diffractifs (Medicontour) (2012)

Le Dr Assouline est également depuis une vingtaine d'année l'un des principaux acteurs français du développement de la chirurgie réfractive de la myopie de l'astigmatisme, de la myopie forte (implants phakes) et de la presbytie (Lasik personnalisé guidé par l'aberrométrie, de la compensation chirurgicale de la presbytie par le Lasik multifocal, et des modalités les plus récentes du Lasik (Intralasik / UltraLasik femtoseconde, Smile Relex).

Prix et distinctions

- 1989 - **Fédération Française des Jeunes Aveugles** Prix et bourse de recherche, « Mise au point d'une cornée biosynthétique »
- 1991 - **CLAO (Contact Lens Association of Ophthalmologists)**, Las Vegas, USA
1er prix, « In Vivo Confocal Microscopy » : une application clinique pionnière de la microscopie confocale
- 1992 - **ANAES (Agence Nationale d'Accreditation d'Évaluation en Sante)**
Expert /co-rapporteur : Rapport sur le « Laser excimer pour le traitement de la Myopie »
- 1993 - **Symposium International d'Ophtalmologie de Bordeaux**,
1er prix, « Chirurgie du ptérygion par autogreffe limbo-cornéo-conjonctivale »
- 1996 - **MERCK's International Research Award**, Paris
Décerné tous les 4 ans, 3ème prix, « Mechanisms of steep central Island after photorefractive keratectomy » : Ceci a contribué à la transition des lasers à faisceaux pleins vers les lasers à balayage en chirurgie réfractive, une technologie qui a été appliquée à plus de 60 millions d'yeux à ce jour.
- 2005 - **APAO (Asia Pacific Academy of Ophthalmology)**, Kuala Lumpur,
Recognition Award : « Intraocular lenses: material versus design »
- 2006 - **SFO (Société Française d'Ophtalmologie)**
3ème prix Vidéo, « Chirurgie du ptérygion avec reconstruction par autogreffe lamellaire conjonctivo-limnique avec ancrage scléral postérieur » : une technique innovante limitant le risque de récurrence et améliorant les résultats esthétiques de l'opération
- 2006 - **AAO (American Academy of Ophthalmology)**, Las Vegas, USA
Invited Lecture, LasVegas, USA, « My presbylasik technique » : une description Pionnière de la modulation des aberrations optiques pour la compensation chirurgicale de la presbytie
- 2014 - **ESCRS (European Society of Cataract & Refractive Surgeons)** London, UK
3ème Prix Vidéo « Special case : from unusual to unreported » à propos d'un cas de chirurgie combinée greffe de cornée, plastie irienne et chirurgie de cristallin dans une dysgénésie du segment antérieur de type Peters
- 2018 - **APAO (Asia Pacific Academy of Ophthalmology)**, Hong Kong, Février 2018
Best Scientific Paper, Multifocal Intraocular lenses for the surgical correction of presbyopia : a retrospective study of 1200 cases operated by a single surgeon
 - **Prix de la Société Marocaine d'ophtalmologie**, Tanger, Avril 2018
OCT based Clinical pathology of the cornea
- 2019 - **Business Angel Switzerland pitch contest award**, Geneva, Mars 2018
Robotics and Artificial Intelligence for Automated Ophthalmic Diagnostics
 - **INNOSUISSE**, Geneva, November 2019. Robotics and Artificial Intelligence for Automated Ophthalmic Diagnostics

Travaux, communication publications

Au cours des 20 dernières années, le Dr. Assouline a donné **plus de 400 communications et cours ou conférences dans 54 pays.**

Le Dr. Assouline, effectue régulièrement des démonstrations chirurgicales en direct dans les congrès nationaux et internationaux (et notamment lors de l'European Society of Cataract and Refractive Surgeons, de VideoRefrattiva, de SatelCataracta, de l'APROV). Il a été l'auteur ou le co-auteur de **5 thèses et mémoires, de 35 articles scientifiques internationaux référencés** dans des revues à comité de lecture, de **150 articles de formation professionnelle et de 24 chapitres** de livres.

Le Dr. Assouline est notamment co-auteur des **6 ouvrages de référence** suivants :

- « L'épithélium cornéen » (Rigal ed., Masson, 1992),
- « La chirurgie réfractive » (Saragoussi ed., Masson, 2001),
- « Le vieillissement oculaire » (Cohen, ed., BSOF, 2001),
- « L'endothélium cornéen » (Burrillon ed., BSOF, 2002), et
- « Customized Lasik Surgery » (L. Burratto & S. Brint ed., Slack, 2002).
- « Chirurgie de la Presbytie » (Cochener ed, Masson Elsevier, 2012

Pour en savoir plus, regardez la dernière interview télévisée du Dr Assouline sur Capital Santé

Capital Santé

Implants oculaires, quoi de neuf ?

[youtube.com/watch?v=VTBDFzZIYAk](https://www.youtube.com/watch?v=VTBDFzZIYAk)



CONDITIONS FINANCIÈRES DE L'INTERVENTION

Dr Michael ASSOULINE

Centre Léna Vision : 37, rue Galilée 75116 Paris

Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification avec pose d'un implant intraoculaire
(Code SS / CCAM : BFGA004)

Frais de l'intervention pris en charge par l'assurance maladie (CPAM sécurité sociale) :

- + Les frais d'hospitalisation et salle d'opération ou de chirurgie ambulatoire
- + Les frais de transport aller-retour pour l'intervention si indispensable
- + Le prix d'un implant intraoculaire standard (monofocal, soit 152,45 € au 1^{er} Janvier 2020)
- + Les honoraires conventionnés du chirurgien et de l'anesthésiste

Vous n'avez rien à régler (tiers payant sur présentation carte Vitale à l'admission)

Frais non pris en charge par l'assurance maladie :

- + Ces frais sont pris en charge par votre assurance complémentaire (mutuelle) ou restent totalement ou partiellement à votre charge
- + Le forfait journalier : environ 18 € (*à régler à la clinique lors de l'admission*)
- + Dépassement d'honoraires conventionné secteur 2
 - Du chirurgien : entre 900 et 1 500 € (par œil) (*à régler au cabinet le lendemain de l'intervention*)
 - De l'anesthésiste : entre 150 et 225 € (par œil) (*à régler à la clinique lors de la sortie de l'intervention*)
- + Supplément pour implant « premium » : en moyenne 160 € (par œil)
Différence entre le prix de l'implant intraoculaire « premium » (astigmatisme, multifocal pour la presbytie et le prix de l'implant standard (152.45 €) (*à régler à la clinique lors de l'admission, par chèque à l'ordre du laboratoire*)
- + Frais de chambre particulière: (sur demande) (*à régler à la clinique lors de l'admission*)

Frais non pris en charge par l'assurance maladie ou l'assurance complémentaire

- + Transports aller-retour pour les consultations pré ou postopératoires
- + Demandes spécifiques (téléphone, télévision, prolongation de séjour, lit supplémentaire...)

Un devis détaillé de tous les frais à prévoir dans votre cas particulier vous sera remis lors de la prise de rendez-vous opératoire

Membre d'une Association de Gestion Agrée

Le règlement des honoraires par chèque bancaire est accepté

COORDONNÉES UTILES

Pour nous contacter

Centre Léna Vision

37, rue Galilée - 75116 Paris

RDV de consultation 01 53 67 02 02

RDV de chirurgie (*exclusivement*) 01 85 76 27 75

RDV en ligne www.assouline.info

Secrétariat ienavision.info@gmail.com

Métro Lignes 1-2-6 et RER A station Charles de Gaulle – Etoile Bus 92 arrêt Bassano

Cliniques chirurgicales

Chirurgie de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie, du kératocône

Clinique de la Vision, 131 rue de l'Université - 75007 Paris

01 53 67 02 02 www.cliniquevision.com

Chirurgie de la cataracte, des greffes de cornée, du glaucome, du ptérygion

Clinique Saint Jean de Dieu, 2 rue Rousselet - 75007 Paris

01 40 61 11 00 24h/24 7j/7 www.clinique-stjeandedieu.com

Clinique Sainte Geneviève, 29 rue Sarrette - 75014 Paris

01 56 53 58 58 24h/24 7j/7 www.cliniquesaintegenevieve.com

En cas d'urgence

APPELER IMMEDIATEMENT

Le Centre Léna Vision 01 53 67 02 02

La Clinique St Jean de Dieu 01 40 61 11 00

La Clinique Ste Geneviève 01 56 53 58 58

Urgences Ophtalmologiques Cochin 01 58 41 23 00
8, rue Mechain - 75014 Paris

Urgences des Quinze-Vingt 01 40 02 16 80
28, rue de Charenton - 75011 Paris

Urgences de la Fondation Rothschild 01 48 03 68 84
25, rue Manin - 75019 Paris

Les pompiers ou le Samu 15

Consultations, examens ophtalmologiques et bilans avant chirurgie de l'œil

*Un site unique, Une approche globale, Une expertise reconnue
« du bilan à la chirurgie »*

L'innovation technologique

Une plateforme d'exploration ultra moderne, l'une des plus complète en Europe, met à la disposition des patients des appareils de diagnostic de dernière génération permettant de proposer les traitements les mieux adaptés à chaque cas.

La personnalisation du suivi patient

Éthique, transparence et accompagnement du patient sont les engagements du Centre IénaVision. L'intérêt supérieur du patient et le respect de ses choix personnels sont au cœur du processus de décision. Le suivi du patient est personnalisé. Les informations sont systématiques, écrites, claires et complètes. Les tarifs sont précisés par devis.

 **Centre Iéna Vision**
37, rue Galilée - 75116 Paris

TEL : 01 53 67 02 02

MAIL : ienavision.info@gmail.com

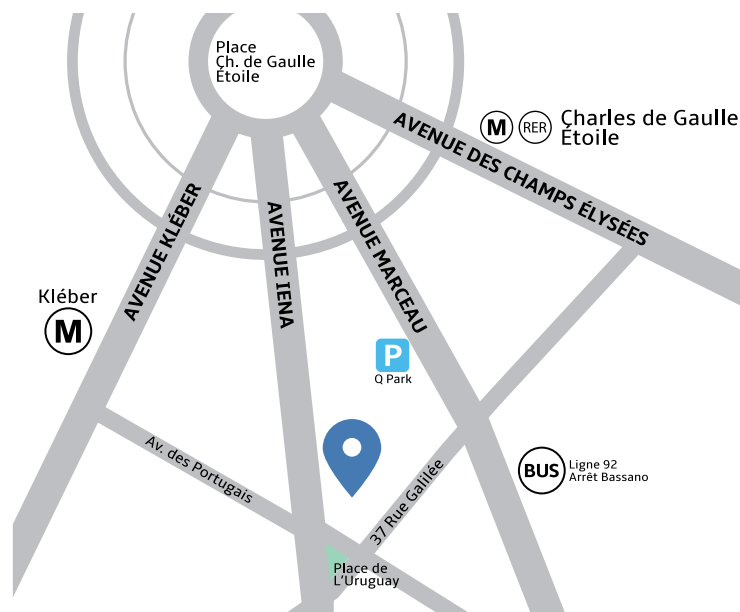
WEB : www.ienavision.fr

WEB ET RDV EN LIGNE : www.assouline.info

L'expertise médicale d'une équipe pluridisciplinaire

Sur un même site, médecins et chirurgiens ophtalmologistes, spécialistes de la rétine et du glaucome, de la cornée, radiologue-échographiste spécialiste de l'œil et de la neuro-ophtalmologie, chirurgien plasticien et orthoptistes prennent en charge l'ensemble des pathologies de l'œil.

Ces médecins et chirurgiens internationalement reconnus ont à leurs actifs plusieurs milliers d'interventions (cataracte, myopie, presbytie, kératocône, greffe de la cornée, glaucome, ptérygion, DMLA, décollement de rétine, paupières et voie lacrymales).



CENTRE IENA VISION, LES EXAMENS

Topographie cornéenne, Pachymétrie, Microscopie Spéculaire, Biométrie Optique, Echo-biométrie oculaire par ultrasons, Echographie en mode B, Ultrabiomicroscopie par ultrasons, Echo-doppler rétinien et des vaisseaux cervicaux, Rétinographie, Angiographie rétinienne, OCT Spectral, Champs Visuels, Injections Intravitréennes, Lasers Argon YAG et SLT, Contactologie thérapeutique

CENTRE IENA VISION : CHIRURGIES

Cataracte, Myopie, Presbytie, Hypermétropie, Astigmatisme, Glaucome, Ptérygion, Kératocône, Greffes de cornée, Décollement de rétine, Membrane épi-rétinienne, Vitrectomie Diabétique, Chirurgie réparatrice et esthétique des paupières