

Cataracte



L'encadrement thérapeutique de la cataracte

Dan Alexandre Lebuissou

Cet article passe en revue les différentes étapes de la chirurgie de la cataracte du bilan préopératoire jusqu'à la période postopératoire, en insistant sur les aspects organisationnels et réglementaires de chaque étape, notamment en ce qui concerne l'anesthésie. L'article d'après présente l'opération de la cataracte en ambulatoire.

En 2015, une femme vit en moyenne 85,0 ans et un homme 78,9 ans. Compte tenu de la mortalité annuelle d'environ 600 000 individus par an, on constate qu'avec plus de 650 000 opérations annuelles de cataracte, il y a peu de chance d'échapper à l'intervention. La cataracte est une pathologie très fréquente. Elle touche plus d'une personne sur cinq à partir de 65 ans et près de deux sur trois après 85 ans. Elle est en augmentation constante dans les pays développés du fait de l'allongement de l'espérance de vie. Encore qu'un petit ralentissement soit apparu. Deux notions nouvelles viennent augmenter la fréquence chirurgicale : la notion de qualité de vie et la chirurgie réfractive du cristallin. Il est donc important d'éclairer nos concitoyens sur les conditions d'exécution et d'environnement de cette transmutation vers une vue nouvelle.

L'âge moyen

Il s'est situé longtemps dans la 73-74^e année, mais on assiste depuis peu à deux pics, l'un vers 70 ans, avec une prépondérance d'indication de confort au sens positif du terme, et un autre au-delà de 75 ans qui représente le panier naturel et historique de ceux qui constatent une baisse subjective de l'acuité visuelle. Il existe donc une élongation du temps des indications. Certes, les segments les plus âgés sont contrariés par l'augmentation parallèle des maculopathies liées à l'âge mais cela est largement compensé par l'espoir de jouvence apporté par la suppression des verres correcteurs.

Le bilan préopératoire

Les complications de l'opération sont bien moins nombreuses qu'auparavant et l'opération fait de moins en moins peur (aux patients). Les capsulorexhis sont de plus en plus circonscrits, les agressions des sondes par la capsule de plus en plus rares et les décompartimentages des segments antérieurs et postérieurs bien moins fréquents. La crainte est dominée par la participation de la rétine au résultat visuel, la perspective d'une réaction inflammatoire ou infec-

tieuse et bien évidemment une erreur réfractive (il n'y a pas de risque zéro...).

La mesure de la puissance de l'implant doit donc être réalisée en sachant avant quel modèle de lentilles sera employé et dans quelle intention réfractive. Cette approche tient compte des deux yeux. Le patient doit donc être interrogé pour connaître ses souhaits et préférences. La comparaison des mesures et des possibilités permet une planification raisonnée avec l'aide des moyens d'investigation dont nous disposons :

- l'imagerie rétinienne par OCT est une technique dont on ne devrait plus se passer. Outre le fait que les appareils sont nombreux et fiables, l'examen participe directement à la prédiction des résultats ;
- l'échographie B ne s'impose que si la vérification du fond d'œil est impossible ou s'il y a un doute sur l'intégrité vitréo-rétinienne ;
- le comptage cellulaire endothélial cornéen n'est pas une méthode de routine et ne demande à être effectué que si l'opération fait courir un risque cornéen avéré comme cela peut être le cas avec un cristallin noir de stade IV avec petite chambre antérieure ou en cas de dystrophie préopératoire (Fuchs...).

L'opération

Rien ne détrône la phacoémulsification. Les améliorations techniques sécurisent la technique.

Les lentilles intraoculaires sont dominées par celles qui sont injectables au travers d'un orifice au pertuis inférieur à 2,2 mm. On peut faire mieux mais ce n'est pas encore la règle.

L'emploi d'un femtocataracte donne une note moderne à l'intervention en remplaçant les gestes de découpe et de coupe. Pour le moment, le bénéfice principal prouvé est le meilleur centrage du capsulorexhis. Des études en cours cherchent à mettre en évidence d'autres bénéfices patents.

Quant aux implants, le choix ne manque pas. On dispose presque d'une lentille par distance. D'une manière générale, ceux qui assurent une multifocalité le font au détriment d'une fraction de la luminosité et au bénéfice de

Clinique de la Vision, Paris

l'autonomie en bon éclairage. Les implants toriques ne possèdent pas d'autres inconvénients de ne pas être toujours stables. Mais le taux d'emploi reste limité à moins de 10%.

Le compte rendu opératoire (CRO)

Une seule règle : un excellent CRO est complet et ordinaire. Une opération réussie est celle qui correspond à la théorie et qui est, par nature, la plus reproductible. Le CRO n'est pas un « live » et il n'est pas souhaitable qu'il traduise l'évènementiel et l'émotionnel. Il convient de rester analytique et purement descriptif. Il est pertinent de donner la durée et d'évaluer la difficulté globale sans aller à une attitude défensive.

L'anesthésie

Tout dépend des conditions structurelles du dispositif de soins. Si le chirurgien opère dans une unité de chirurgie ambulatoire ou dans un bloc ophtalmologique séparé, les conditions d'exercice sont déterminées par la charte locale et les conditions règlementaires. Le chirurgien n'a alors plus grand-chose à dire car les circuits, examens, horaires, associations thérapeutiques sont pris en mains par l'anesthésiste et le triumvirat médico-administratif : secrétaire, chef de bloc, infirmière responsable.

La consultation préanesthésique est imposée chaque fois qu'une action régionale ou générale est mise en œuvre par un médecin anesthésiste. Ce geste peut être une injection péri-oculaire mais aussi une action pharmacologique de prémédication. En aucun cas, la simple surveillance n'entre dans la catégorie de l'acte professionnel codé. Pourtant, c'est essentiellement la mission à l'époque où l'analgésie topique pure s'avère très souvent largement suffisante. Heureusement, la notion de confort du patient et du chirurgien vient soutenir la présence anesthésiste. Actuellement, il existe une incontestable sur-utilisation de médecins anesthésistes en chirurgie de la cataracte. Pour mémoire, d'une part un infirmier anesthésiste ne peut pas effectuer la mission théoriquement dévolue au médecin et, d'autre part, il ne peut pas dépendre du chirurgien.

La consultation infirmière existe en France mais elle est largement sous-utilisée. Pourtant, c'est elle qui permet d'avoir un « low management » en ambulatoire ophtalmo-

logique. Interrogatoire médical, social, financier et environnemental (*figure 1*) permettent de dresser un profil de faisabilité ambulatoire bien plus important que la classification ASA qui, elle, ne devrait être dressée que si l'anesthésiste intervient.

Aujourd'hui le bilan préopératoire est devenu quasiment purement clinique. De cette évaluation, il est établi un contact avec le médecin traitant à qui peut revenir la contrainte ou la proposition d'investigations complémentaires, encadrées éventuellement par des modifications thérapeutiques transitoires.

Rappel : une opération de la cataracte standard ne nécessite aucune interruption de médicaments ni de précautions particulières.

L'assistance sédatrice est trop souvent adoptée. L'idée première est de réduire les évènements indésirables et, à notre sens, c'est l'inverse qui se produit (étournelements, ronflements, déviation oculaire, sursaut postural, mal-être...). La levée de l'anxiété est légitime mais avec les procédés techniques actuels, elle est rapidement et sans aucun produit largement maîtrisée par une bonne intelligence du rapport au patient : lui parler, lui tenir la main...

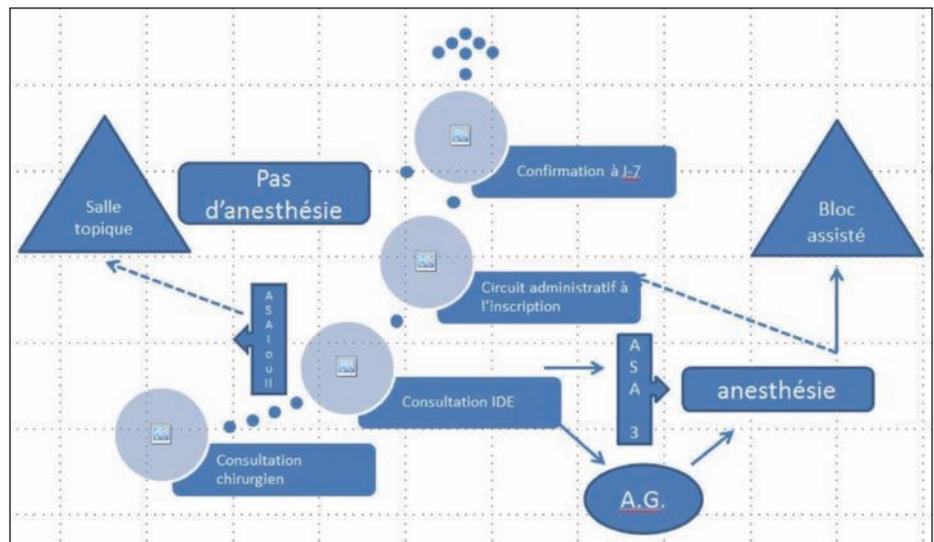


Figure 1. La consultation infirmière est le carrefour dans la consultation pré-opératoire de l'opéré ambulatoire.

La période postopératoire

Cette dernière débute dès le franchissement de la porte de sortie du salon de la structure. Nous ne considérons que l'ambulatoire. Cette étape peut se diviser en deux temps. Le premier est le temps des risques directement liés à l'intervention : endophtalmie, hypertonie..., et le second, plus tardif, après 4 à 5 jours, où la préoccupation est le retour visuel après restauration visuelle et rétinienne.

Cataracte

• **Dès le jour même** : le patient peut quitter la structure dès que l'aval est donné et que lui sont remis l'ordonnance de soins, le rendez-vous postopératoire, le bulletin de sortie et tous les documents ad hoc du dossier médical.

Le délai pour le départ dépend de l'état général et local ainsi que des précautions éventuelles demandées par le thérapeute.

D'une façon générale, si aucune drogue générale n'a été administrée, le départ peut intervenir dans la première demi-heure. Une collation légère est souvent servie car l'intervention se fait à jeun. Il est classique de prévoir un accompagnateur mais cela n'est utile que si l'autre œil ne voit pas bien. Les collyres seront débutés dès le retour à domicile. Aucun pansement n'est souhaitable. Une coque est volontiers prescrite pour la nuit.

Ne pas se frotter les paupières.

Enlever les anciens verres des montures de lunettes.

Si l'anesthésiste a prescrit des produits durant ou avant l'intervention, c'est à lui qu'il revient de fixer l'horaire de départ. On ne connaît pas de vraie règle car, par exemple, la demi-vie du Diprivan® est de 10 minutes mais d'autres drogues peuvent avoir des effets plus de 24 heures. Les tests d'aptitude à la rue sont divers et sont rapides à faire.

• **Une fois arrivé à domicile** : rien n'est interdit sauf les exercices physiques réels ou les travaux de force. Travail de bureau et activités peuvent être repris. Le sport doux est à débiter dès le lendemain. Ceux qui sont violents ou importants demandent plusieurs semaines avant d'être pratiqués à nouveau.

Il est normal d'avoir une sensation de brûlure, voire de gros grain de sable quelques heures après l'intervention, voire quelques céphalées transitoires.

Suivant le mode choisi pour la communication, il est pertinent soit d'appeler le patient au téléphone, soit de le laisser le faire. L'horaire est prédéterminé.

Si une question médicale notable se pose à ce moment-là, elle peut alors être résolue soit, et cela est bien plus rare, elle induit une demande de contact ou de visite chez le médecin traitant ou l'ophtalmologiste en charge.

• **À partir du lendemain** : en cas de douleur oculaire ou de baisse d'acuité visuelle importante, prévenir le patient d'appeler immédiatement son chirurgien ou de lui adresser un message SMS ou un mail, voire les trois modes. Laisser un message et votre téléphone pour être rappelé.

La plupart des patients récupèrent dès le lendemain une excellente vision. Parfois, lorsque la chirurgie est plus longue, il faut attendre quelques jours, voire quelques semaines, ce qui n'a rien d'inquiétant.

Vérifiez la date de visite postopératoire et son lieu. Normalement, on peut se limiter à deux visites en trois mois si tout se déroule normalement.

La question du premier contrôle postopératoire de la cataracte a fait l'objet de débats. Le curseur va de J1 à J4 selon les auteurs. Un appel téléphonique ou un lien avec un personnel soignant est pratiquée lorsque la visite est décalée. Ce qui est important est d'avoir les moyens d'assistance en cas de complications inattendues.

Le changement des verres est systématique mais ils seront très souvent bien plus faibles, voire neutres.

• **Les traitements** : il est assez rassurant de lire que les prescriptions thérapeutiques médicamenteuses sont à la fois variées au plan des modalités et très similaires sur les fondamentaux. Voyons les points généraux pour une cataracte opérée sans complications chez un adulte :

- un collyre stéroïde est conseillé dans 92 % des publications avec, dans leur très grande majorité, un collyre antibiotique. La posologie moyenne est de 4 à 6 gouttes par jour avec des variantes selon la durée. Il est exceptionnel d'observer des ordonnances dépassant un mois ;
- un collyre mydriatique se retrouve les premiers jours dans 22 % des cas ;
- un collyre anti-inflammatoire non stéroïdien, souvent débuté la veille ou le jour de l'opération, concerne environ 40 % des opérés, sans stéroïde associé dans 10 % des cas ;
- un médicament général est très rare. Pour rappel, la jurisprudence conduit à une prescription opératoire systématique chez le diabétique ;
- le protocole anti-infectieux ESCRS est largement employé en France mais sans unanimité.

Conclusion

En avant vers un million d'opérations, c'est possible !

Pour en savoir plus

Laroche L, Borderie V, DA Lebuissou, Montard M. Chirurgies de la cataracte. Med Com:Paris, 2016. A paraître.