



Cas n° 25.

Diplopie inattendue après opération de la cataracte du premier œil...

Michael Assouline¹, Jean-Pierre Meillon²

Ce cas met en évidence le risque imprévu d'une diplopie après opération de la cataracte du premier œil chez un sujet initialement emmétrope et sans problème binoculaire connu. Bien que le patient soit finalement satisfait du résultat, la question qui se pose est : pouvait-on prévoir cette décompensation verticale aboutissant à un port permanent de lunettes, alors que le souhait du patient était de ne plus dépendre de lunettes pour voir de loin ?

Historique de la correction (tableau I)

Monsieur B., né en 1934, est droitier avec un œil gauche directeur. Il n'a jamais porté de correction jusqu'à 44 ans, âge à partir duquel il consulte pour une baisse d'acuité en vision de loin. L'ophtalmologiste consulté découvre une légère myopie et prescrit des verres unifocaux qui ne seront portés qu'en vision de loin. À 47 ans, la presbytie ayant évolué, des verres progressifs sont proposés pour éviter le port simultané de deux paires de lunettes ; ils sont utilisés pour conduire, regarder la télévision et travailler au bureau. À partir de 1992, la correction devenue sphéro-cylindrique est portée constamment. Les renouvellements successifs des verres correcteurs se feront sans difficulté jusqu'en 2006, date à laquelle le patient, alors âgé de 72 ans et en excellente santé, voit sa myopie augmenter, surtout à droite. En 2010, le changement de correction, avec apparition d'un astigmatisme inverse

plus important, est mal toléré et jugé insatisfaisant car le patient développe une cataracte responsable d'une baisse d'acuité non améliorable qui le gêne beaucoup pour conduire.

Le patient décide de se faire opérer

Après avoir été informé des possibilités réfractives, le patient décide de se faire opérer. Il choisit l'emmétropisation pour bénéficier d'une vision de loin sans correction (sachant que ce résultat ne sera réellement obtenu qu'après opération du deuxième œil). Les examens biométriques confirment cette possibilité. Opéré de l'OD en janvier 2012, il récupère une acuité de 12/10 en VL sans correction et une lecture du P2 facile à 40 cm avec 2,50 d'addition. Un mois après l'opération, l'ophtalmologiste prescrit un nouveau verre progressif pour l'OD [plan add. 2,50], la correction de l'œil gauche étant demeurée

inchangée. De façon inattendue, à la réception de ses lunettes, le patient se plaint d'un inconfort en vision binoculaire, décrivant une diplopie verticale intermittente très gênante de loin et de près. Le bilan orthoptique, pratiqué à la demande de l'ophtalmologiste, met en évidence une hyperphorie droite de 4 Δ (probablement inhibée avec la correction préopératoire). La pose d'un *press-on* de 2 Δ base infé-

Tableau I. Corrections successives du patient (phaque jusqu'en 2010 et pseudophaque/OD en 2012).

	Correction OD/OG VL		Add. ODG VP
1978, 44 ans	-0,50 → 12/10 ; P2	-0,50 → 12/10 ; P2	
1981, 47 ans	-0,50 → 12/10	-0,50 → 12/10	1,50 → P2 OD & OG
1988, 52 ans	-0,50 → 12/10	-0,50 → 12/10	2,00 → P2 OD & OG
1992, 58 ans	(80°-0,50) -0,50 → 10/10	(95°-0,50) -0,50 → 10/10	2,25 → P2 OD & OG
2006, 72 ans	(70°-0,50) -1,25 → 10/10	(95°-0,75) -0,25 → 10/10	2,50 → P2 OD & OG
2010, 76 ans	(80°-1,50) -1,75 → 5/10f	(90°-1,00) -0,50 → 10/10f	2,50 → P2 pénible/OD et facile/OG
2012, 78 ans	Plan → 12/10	(90°-1,00) -0,50 → 10/10f	2,50 → P2 OD & OG

1. Ophtalmologiste, Centre Léna Vision, Paris 2. Opticien consultant, Vision Contact, Paris

rieure sur le nouveau verre droit rétablit la fusion. Après un mois de port, contrôle de la tolérance et de l'efficacité dans le temps, le verre définitif est prescrit avec une prisme incorporée. Le confort binoculaire est restauré.

Discussion

La question qui se pose : pouvait-on prévoir cette décompensation verticale qui va obliger ce patient à porter des lunettes en permanence, alors que son souhait était de ne plus dépendre de lunettes pour circuler ?

D'autre part, est-ce que l'analyse des effets prismatiques induits par les différents verres correcteurs (en primaire du regard et regard abaissé) peut expliquer à elle seule la décompensation de la diplopie postopératoire ?

Analyse des effets prismatiques induits en VL et en VP

Chez ce patient, l'analyse des effets prismatiques induits en VL et en VP avec les différentes corrections prescrites en verres progressifs (*tableau II*) peut partiellement expliquer la mauvaise tolérance du verre prescrit en postopératoire (à cause de l'effet Δ vertical résultant qui s'inverse en VL et en VP), mais certainement pas la diplopie décompensée en postopératoire. On doit plutôt mettre en cause une hétérophorie latente non décelée avec une mauvaise amplitude fusionnelle et le changement d'œil dominant qui n'est plus l'œil directeur (ce patient étant droitier avec un œil gauche directeur), d'autant que l'implant est parfaitement centré.

Tableau II. Effets prismatiques induits en VL mesurés à 5 mm au-dessus du point de contrôle du prisme d'allègement et en VP mesurés à 12 mm au-dessous du point de contrôle du prisme d'allègement, avec des verres progressifs (voir la figure 1).

	Δ prismatique induit en VL		Δ OD/OG résultant en VL	Δ prismatique induit en VP		Δ OD/OG résultant en VP
	OD	OG		OD	OG	
1981	0,80 Δ base 270°	0,80 Δ base 270°	0,00 Δ	0,60 Δ base 270°	0,60 Δ base 270°	0,00 Δ
1988	1,50 Δ base 270°	1,50 Δ base 270°	0,00 Δ	1,00 Δ base 270°	1,00 Δ base 270°	0,00 Δ
1992	1,20 Δ base 270°	1,20 Δ base 270°	0,00 Δ	0,90 Δ base 270°	0,90 Δ base 270°	0,00 Δ
2006	1,40 Δ base 270°	2,10 Δ base 270°	0,70 Δ base 270° OG	1,80 Δ base 270°	1,20 Δ base 270°	0,60 Δ base 270° OD
2010	1,00 Δ base 270°	2,00 Δ base 270°	1,00 Δ base 270° OG	2,20 Δ base 270°	1,50 Δ base 270°	0,70 Δ base 270° OD
2012	2,25 Δ base 270°	2,00 Δ base 270°	0,25 Δ base 270° OD	0,75 Δ base 270°	1,30 Δ base 270°	0,55 Δ base 270° OG

Comment contrôler les amplitudes fusionnelles au cabinet ?

Avant toute intervention de la cataracte du premier œil, le contrôle de l'amplitude de fusion peut être effectué rapidement lors des réfractions préopératoires. Pour la VL, on utilise un point lumineux fixe (présent sur tous les projecteurs de tests) et un filtre rouge à main que l'on positionne sur l'œil droit en premier, puis sur l'œil gauche, pour vérifier la participation des deux yeux. Pour tester les capacités verticales, il suffit d'interposer sur l'OD un prisme vertical de 2 à 3 dioptries base en bas, puis base en haut, en s'assurant que le patient rétablit chaque fois la fusion rapidement. On procède de même pour l'OG. Il est également important de tester l'amplitude horizontale pour déceler une ésoptorie ou une exoptorie, compensée imparfaitement en lunettes, qui risquerait de se décompenser en postopératoire. L'amplitude fusionnelle peut également être contrôlée en VP, ligne du regard abaissée, à l'aide d'un stylo lampe (en guise de point lumineux) et d'un filtre rouge à main.

En conclusion

Nous pensons qu'il serait souhaitable de rechercher les hétérophories latentes et de tester les capacités fusionnelles avant toute opération de la cataracte visant à annuler le port de lunettes en VL. En cas de faible amplitude fusionnelle et d'hétérophories latentes, il est indispensable de prévenir le patient d'un éventuel risque de diplopie en postopératoire, d'autant que la gêne occasionnée a de fortes chances d'imposer le port permanent d'une prisme, donc le port de lunettes. Et, dans le cas où il n'y aurait pas de diplopie en postopératoire, alors qu'elle était plus ou moins attendue, le patient ne nous en voudrait pas...

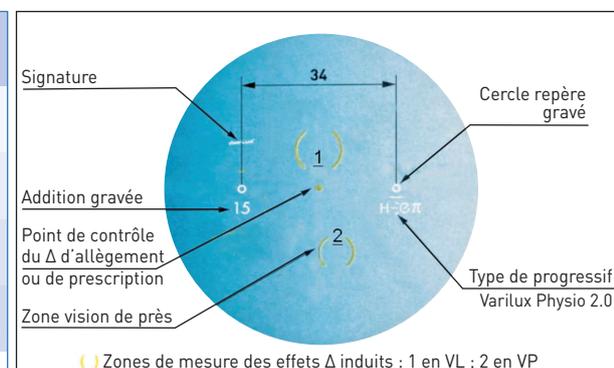


Figure 1. Zones de contrôle des effets prismatiques induits dans un verre progressif.