

16



Capsulotomie



**Hôpital ophtalmique
Jules-Gonin**
Service universitaire d'ophtalmologie
Fondation Asile des aveugles

Capsulotomie

Généralités

La cataracte dite «secondaire» est une opacification de la capsule du cristallin laissée en place lors d'une opération de la cataracte. Elle est responsable d'une baisse d'acuité visuelle et rend difficile la surveillance du fond d'œil.

Il ne s'agit aucunement d'une «repousse» de la cataracte mais d'une perte de transparence de la capsule naturelle du cristallin située en arrière de l'implant (ou cristallin artificiel), et qui sert de support à ce dernier. Cette opacification capsulaire se produit dans plus de 30% des cas au cours des années qui suivent l'intervention de la cataracte.

Les collyres sont impuissants à guérir une cataracte secondaire. Le traitement par laser est la technique de choix, pratiquée sans incision : la capsulotomie par laser YAG permet de dégager les opacités de l'axe visuel en ouvrant la membrane opacifiée en son centre par des impacts laser de puissance contrôlée.

Résultats attendus

En l'absence d'une autre maladie oculaire, la récupération visuelle est rapide, souvent perceptible dès le lendemain de l'opération.

La perception de mouches volantes et une sensibilité accrue à la lumière peuvent être observées pendant une durée variable.

Un certain degré d'irritation ou d'inflammation oculaire ainsi qu'une élévation transitoire de la pression intraoculaire sont fréquents ; on peut généralement y remédier par des médicaments.

Risques opératoires – Complications

Les problèmes peropératoires sont rares. Un malaise vagal est possible en cours de traitement, ou juste après.

Les complications de la capsulotomie par laser sont rares. Une inflammation oculaire modérée peut survenir, rarement importante ou prolongée. Une élévation durable de la pression intraoculaire est exceptionnelle.

Des complications rétinienne, d'apparition souvent différée, susceptibles d'entraîner une baisse de vision et plus fréquentes en cas de fragilité rétinienne (par exemple : forte myopie), imposent une consultation rapide chez votre ophtalmologue :

- Un œdème rétinien central (moins de 1% des cas) ou l'aggravation d'une maladie maculaire préexistante, annoncés par un brouillard visuel ou une déformation d'image
- Un décollement postérieur du vitré et/ou un décollement de rétine, annoncés dans un délai variable par de nouveaux corps flottants, un voile ou la sensation d'éclairs lumineux.

Autres complications : une altération de la partie optique de l'implant touché par quelques impacts du laser, sans conséquence visuelle dans l'immense majorité des cas ; le déplacement exceptionnel du cristallin artificiel implanté lors de l'intervention initiale, se signalant par une baisse de la vision, et pouvant nécessiter une ré-intervention.

La récurrence de l'opacification de la capsule est rare : elle peut nécessiter une nouvelle séance de laser.

Préparation au rendez-vous

Deux heures avant le rendez-vous, le patient doit mettre les gouttes permettant de dilater la pupille selon l'ordonnance remise par le médecin.

Déroulement – Durée du geste

Le patient est assis devant l'appareil et doit éviter de bouger en gardant sa tête appuyée contre le support prévu à cet effet. Le traitement au laser est rapide et indolore. Une seule séance est en général suffisante. Après instillation de gouttes anesthésiantes, on pose un verre en contact de l'œil qui permet de focaliser le laser sur la capsule à ouvrir.

La conduite automobile est déconseillée dans les trois heures qui suivent l'opération, en raison de l'éblouissement et de la gêne liée à une éventuelle dilatation de la pupille.

En postopératoire, les soins sont réduits à l'instillation de gouttes et à la prise éventuelle de comprimés.