

Cataracte (Evaluation Initiale et lors du Suivi)

Traduit par Dr. Amel Ouertani

Examen Initial, Histoire de la Maladie

- Symptômes
- Antécédents oculaires
- Antécédents systémiques
- Evaluation de l'état de la fonction visuelle

Examen Physique Initial

- Acuité visuelle avec correction actuelle
- Mesure de la meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC) (avec réfraction quand nécessaire)
- Inspection
- Parallélisme oculaire et motricité oculaire
- Réactivité et fonction pupillaire
- Mesure de la PIO
- Examen biomicroscopique à la lampe à fente
- Examen sous dilatation pupillaire du cristallin, de la macula, de la rétine périphérique, du nerf optique et du vitré
- Evaluation des aspects pertinents de l'état **médical** et physique du patient

Stratégie des Indications

- Le traitement est indiqué quand la fonction visuelle ne répond plus aux besoins du patient et que la chirurgie de la cataracte permet d'envisager une bonne probabilité d'amélioration
- L'extraction de la cataracte est aussi indiquée quand il existe des preuves de pathologies induites par le cristallin ou en cas de nécessité de visualiser le fond d'œil dans un œil avec un potentiel visuel
- La chirurgie ne devrait pas être indiquée dans les circonstances suivantes : correction réfractive tolérable permettant une vision compatible avec les besoins et les souhaits du patient ; chirurgie ne permettant probablement pas d'améliorer la fonction visuelle et absence de toute autre indication pour l'ablation du cristallin ; patient ne pouvant pas être opéré sans risque du fait des pathologies oculaires ou générales associées ; soins postopératoires adéquats ne pouvant pas être assurés ; incapacité du patient ou de la personne parlant en son nom à donner un consentement éclairé pour une intervention chirurgicale non urgente
- Indications pour la chirurgie du deuxième œil sont les mêmes que pour le premier œil [A:11] (en tenant compte des besoins d'une fonction binoculaire).

Soins Préopératoires

L'ophtalmologiste qui doit réaliser la chirurgie a les responsabilités suivantes:

- Examiner le patient en préopératoire

- S'assurer que l'évaluation préopératoire note avec précision les symptômes, signes d'examen et les indications du traitement
- Informer le patient au sujet des risques, bénéfices, et des résultats escomptés de la chirurgie
- Formuler un protocole chirurgical, incluant la sélection de l'implant intraoculaire
- Revoir les résultats des évaluations préopératoires et diagnostiques avec le patient
- Formuler un protocole postopératoire et informer le patient des mesures à prendre

Evaluation lors du Suivi

- Les patients à haut risque doivent être revus durant les 24 heures suivant la chirurgie
- Les autres patients doivent être revus durant les 48 heures suivant la chirurgie
- La fréquence et rythme des visites ultérieures dépendra de la réfraction, fonction visuelle et de l'état oculaire
- Des visites postopératoires plus fréquentes sont nécessaires pour les patients à haut risque
- Chaque examen postopératoire devra comprendre:
 - L'évolution depuis le dernier examen, incluant les nouveaux symptômes et l'usage de médicaments en postopératoire
 - Evaluation de l'état de la fonction visuelle du patient
 - Evaluation de la fonction visuelle (acuité visuelle, test au trou sténopéique)
 - Mesure de la PIO
 - Examen biomicroscopique à la lampe à fente

Capsulotomie au Laser Nd:YAG

- Traitement indiqué quand l'opacification capsulaire postérieure induit une baisse de la vision préjudiciable au patient ou interfère sévèrement avec la visualisation du fond d'œil
- Informer les patients sur les symptômes de décollement postérieur du vitré, déchirure rétinienne et décollement de rétine et la nécessité d'un examen immédiat en cas d'apparition de ces symptômes

Education du Patient

- Pour les patients qui sont fonctionnellement monophthalmes, discuter particulièrement les bénéfices et risques de la chirurgie, incluant le risque de cécité