



P. LEVY  
Clinique de la Vision, MONTPELLIER.  
levypierre34@gmail.com

## Multifocalité : optimisation des résultats postopératoires

La multifocalité a modifié le rapport patient/ophtalmologiste dans le cadre d'une chirurgie du cristallin. Nous sommes de plain-pied dans une démarche de chirurgie réfractive. Nous avons ainsi une obligation de moyens, mais aussi une obligation de résultat. Un mauvais résultat (ou un patient insatisfait) est une situation délicate à gérer. Il faut y consacrer beaucoup de temps (situation chronophage) et faire preuve de psychologie. Une telle situation, si elle est mal gérée, aura un effet délétère sur notre activité.

Le but de cet article est de vous aider à gérer les mauvais résultats, car vous en aurez, même si les postulats de départ sont parfaitement respectés, à savoir le respect strict des indications et des contre-indications de la multifocalité, une information exhaustive et répétée du patient (tout effet secondaire prévisible dont vous n'avez pas parlé en préopératoire sera vécu, s'il survient après la chirurgie, comme une complication et sera générateur d'insatisfaction et de reproche) et, enfin, une chirurgie parfaite dans les règles de l'art.

### ■ ATTITUDE À ADOPTER EN CAS D'INSATISFACTION

L'erreur fatale (trop souvent rencontrée) et de ne pas tenir compte du problème du patient. Il ne faut en aucun cas culpabiliser le patient ("Vous êtes trop sensibles, trop exigeant !"), ne pas minimiser sa symptomatologie – ou pire l'ignorer – et ne pas reporter la faute sur l'implant dont nous avons fait nous-mêmes le choix. En effet, la plupart des mauvais résultats ne sont pas dépendants de l'implant mais patients-dépendants.

La symptomatologie décrite par le patient a le plus souvent une cause et une solution. Il faudra impérativement analyser la cause pour pouvoir apporter la solution adaptée. L'analyse

de l'insatisfaction du patient passe par son écoute, par un examen clinique et paraclinique le plus complet possible.

### ■ MÉCONTENTEMENT IMMÉDIAT OU PRÉCOCE

#### 1. Mauvaise vision

##### ● Erreur réfractive

**>>> Une amétropie sphérique postopératoire :** Elle peut être liée à une erreur ou une imprécision de la biométrie. Elle peut être unilatérale ou bilatérale, a plus de répercussions sur la vision de loin et sur la vision intermédiaire que sur la vision de près, mais va en revanche influencer la distance de lecture. Si l'amétropie postopératoire est importante, il faudra réaliser rapidement une explantation/réimplantation. Si elle est peu importante et *a fortiori* unilatérale, il est possible d'attendre la stabilité réfractive (environ 2 semaines), voire d'attendre plus longtemps, afin de laisser la neuro-adaptation faire son travail. Si la gêne persiste, il sera toujours possible de faire une explantation/réimplantation, soit une implantation dans le sulcus pour corriger l'erreur réfractive résiduelle par la technique de *piggy-back*, soit un laser Excimer de préférence par Lasik, cette dernière technique ayant notre préférence dans la prise en charge tardive d'une erreur réfractive.

Deux causes plus rares d'amétropie sphérique postopératoire sont la persistance du produit viscoélastique derrière l'optique de l'implant ou le "*capsular block syndrome*" qui nécessiteront le lavage du contenu du sac.

**>>> Une amétropie cylindrique ou sphéro-cylindrique :** La persistance d'un astigmatisme postopératoire aura un effet délétère sur le résultat visuel. Il peut être combiné à une erreur sphérique. Les techniques chirurgicales de prise en charge

d'un cylindre résiduel sont identiques à celles de la prise en charge d'une erreur sphérique. Il est cependant possible, en cas d'erreur cylindrique isolée, de réaliser une incision limbique relaxante. Cependant, cette technique a une reproductibilité moins importante que la chirurgie de l'astigmatisme par Lasik.

Quelques recommandations concernant ces techniques **chirurgicales** :

- l'explantation/réimplantation doit être extrêmement prudente. Il faut absolument éviter une désinsertion de la capsule postérieure ;
- le *piggy-back* nécessite l'usage d'un implant adapté à cette technique. En cas d'hypermétropie résiduelle, il faudra multiplier l'équivalent sphérique par 1,5 et en cas de myopie résiduelle par 1,3. Les calculateurs en ligne vous donneront la puissance de l'implant, surtout en cas de cylindre associé ;
- le laser Excimer : il est préférable de réaliser une zone optique de grande taille ; il n'est pas souhaitable de réaliser un traitement guidé par aberrométrie en présence d'un implant multifocal.

#### ● Œil sec (fig. 1)

L'œil sec est trop souvent méconnu en préopératoire. Il est très souvent aggravé du fait de l'agression chirurgicale et par le traitement local (association cortisone plus anti-inflammatoire non stéroïdien). La kératite induite entraînera une baisse importante de l'acuité visuelle. Il convient de traiter ce syndrome sec et cette kératite par les moyens habituels (agents mouillants, obturation du point lacrymal, etc.)

#### ● Œil larmoyant (fig. 2)

L'excès de larmes aura aussi un effet négatif sur le résultat postopératoire. Il convient de le traiter par une reperméabilisation des voies lacrymales, voire une chirurgie palpébrale, si nécessaire.

#### ● Œdème maculaire cystoïde (fig. 3)

Il semble plus fréquent après implantation multifocale, du fait de l'âge plus jeune des patients et aussi du fait d'une plus grande sensibilité liée au principe optique de la multifocalité. Il est souhaitable, dans le cadre d'une implantation multifocale, de réaliser un traitement préopératoire local par collyre anti-inflammatoire non stéroïdien qu'il faudra associer en postopératoire à la cortisone. Le diagnostic d'œdème maculaire doit être fait précocement

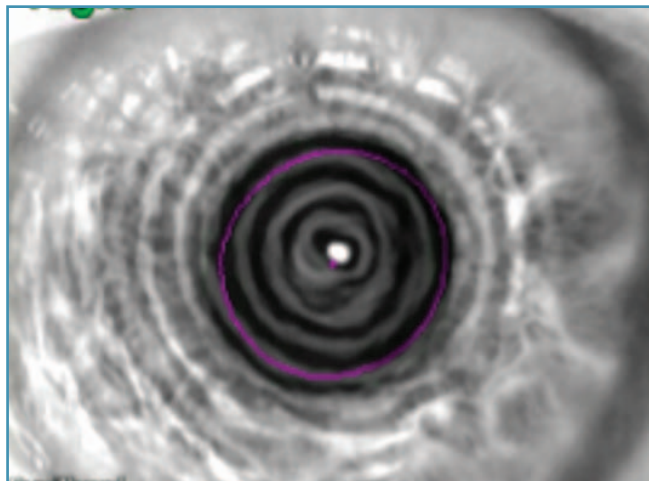


Fig. 1.

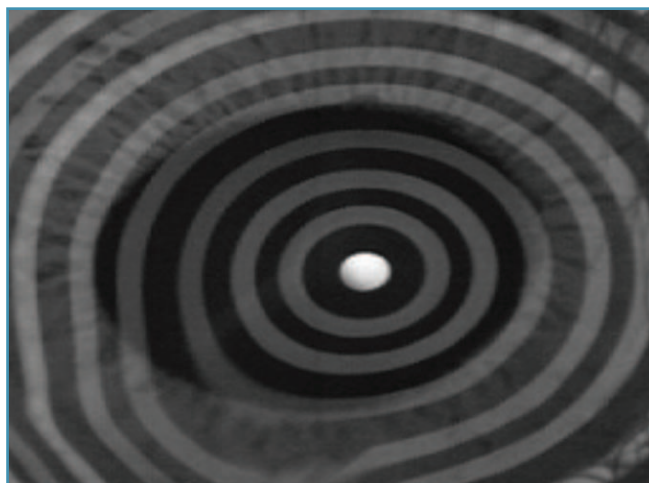


Fig. 2.

par OCT et devra être pris en charge comme il est classique de le faire.

#### ● Décentration de l'implant

Un décentration d'implant a toujours plus de répercussions sur un implant asphérique que sphérique, et sur un implant multifocal, en particulier diffractif, que sur un implant monofocal. La symptomatologie sera d'autant plus invalidante que le décentration sera important (induction d'aberrations optiques à type de coma et d'effet prisme). Il sera responsable d'une diminution de la qualité de vision de jour et de halos asymétriques autour des lumières en vision de nuit.

Il faudra différencier un vrai décentration d'un faux décentration. Effectivement, le centre du sac capsulaire est centré sur l'axe visuel alors que le centre pupillaire est souvent

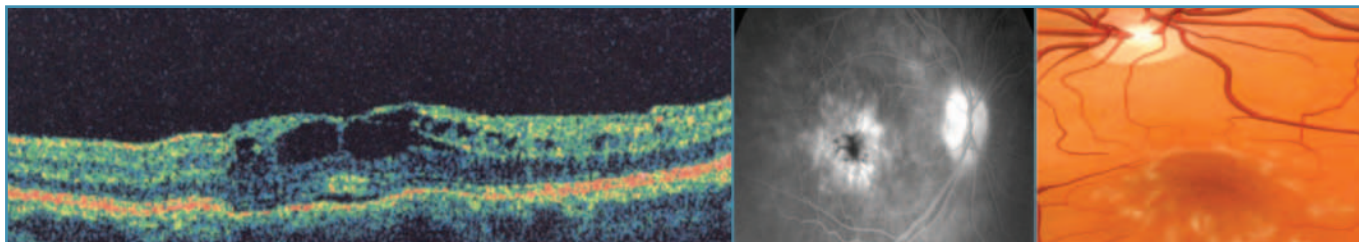


Fig. 3.

décalé de quelques degrés en nasal inférieur (angle Kappa). Le mauvais alignement entre l'implant multifocal et la pupille sera responsable d'un faux décentrement avec possibilité de répercussions fonctionnelles invalidantes.

Le vrai décentrement est lié, lui, soit à une désinsertion zonulaire étendue, soit à un syndrome *in and out* (une anse dans le sac, une anse en dehors). En cas d'un vrai décentrement, il faudra réaliser une révision chirurgicale, remettre les deux anses dans le sac en cas de syndrome *in and out* et mettre un anneau de tension en cas de désinsertion zonulaire localisée.

L'existence d'un syndrome *in and out* lié à une anse dans le vitré de même qu'une désinsertion zonulaire étendue nécessiteront une explantation. Dans certains cas, il sera possible de proposer la mise en place secondaire d'un implant multifocal dans le sulcus.

En cas de faux décentrement (mauvais alignement entre le centre de la pupille et le centre de l'implant), il faudra pratiquer une iridoplastie au laser Argon afin de recentrer la pupille. Il faudra placer quatre impacts de 500 milliwatts, 500 microns de diamètre, 500 ms, en moyenne périphérie dans la région où l'iris se rapproche du centre de l'implant.

#### ● Les anomalies du diamètre pupillaire

Une mydriase très importante, ou au contraire un myosis sévère, peut avoir une répercussion fonctionnelle, variable selon le type d'implant et son principe optique.

Une pupille de grande taille peut être responsable d'une mauvaise vision de près. Il faudra la traiter par collyre myotique (pilocarpine, brimonidine).

Une pupille de très petite taille peut avoir une répercussion à la fois sur la vision de près et sur la vision de loin en condition scotopique. Elle sera traitée par collyre mydriatique ou par iridoplastie au laser Argon.

## 2. Phénomènes photiques (fig. 4)

Il est nécessaire, dans l'information préopératoire donnée au patient, de mentionner la possibilité de halos et d'éblouissements en postopératoire.

La pupillométrie, réalisée dans le cadre du bilan préopératoire, devra éventuellement nous amener à contre-indiquer les patients ayant une mydriase très importante en condition méso ou scotopique. Le plus souvent, la persistance de halo est en rapport avec une amétropie sphéro-cylindrique postopératoire. La prise en charge chirurgicale de cette amétropie résoudra le plus souvent le problème des halos. Il faudra aussi s'assurer du centrage correct de l'implant et y remédier en cas de défaillance, comme indiqué précédemment.

En l'absence des causes précédemment citées, il faut demander au patient d'attendre souvent quelques mois pour constater une diminution spontanée des phénomènes photiques. On pourra aussi essayer les collyres myotiques. Des halos invalidants au cours de la conduite nocturne peuvent bénéficier, comme cela est décrit, de l'allumage du plafonnier de la voiture, etc. En cas de persistance d'une gêne marquée malgré les précautions citées ci-dessus, il faudra se poser la question de l'ablation de l'implant multifocal.



Fig. 4.

Les éblouissements sont fréquents, comme après toute chirurgie du cristallin, mais parfois plus marqués. Là encore, il faudra demander au patient d'attendre quelques semaines, de porter des lunettes de soleil, voire de prendre des collyres myotiques en cas de gêne importante.

### 3. Mécontentement lié au principe même de l'optique et de la multifocalité

Habituellement, tous les implants multifocaux procurent une bonne vision de loin. Le problème selon le principe optique ou l'addition utilisée peut se situer davantage sur la vision intermédiaire et la vision de près.

En cas de mauvaise vision intermédiaire, il est possible de proposer une correction optique par verre de 1,5 dioptrie.

En cas de mauvaise vision de près, il faudra faire comprendre aux patients la notion de distance privilégiée de lecture, lui faire réaliser le besoin d'un éclairage adapté pour la lecture des petits caractères. Enfin, si nécessaire, il faudra prescrire une correction optique d'appoint d'environ 2,5 dioptries.

### 4. Mécontentement retardé

Le mécontentement retardé est assez rarement rencontré.

On retiendra essentiellement :

#### ● *La cataracte secondaire (fig. 5)*

Elle est souvent invalidante de façon plus précoce qu'avec un implant monofocal. Elle peut être pénalisante même en l'absence de prolifération cellulaire, une simple fibrose, un simple plissement ou gaufrage de la capsule sera délétère pour l'acuité visuelle. Selon le matériau de l'implant et sa géométrie, elle peut être assez précoce. Il faudra éviter de faire la capsulotomie avant 6 mois et toujours utiliser des collyres anti-inflammatoires non stéroïdiens.

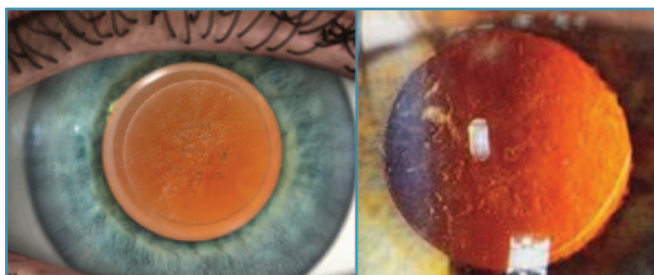


Fig. 5.

#### ● *Le phimosis capsulaire (fig. 6)*

La contraction capsulaire recouvrant la face antérieure de l'implant est devenue exceptionnelle de nos jours. Si elle survient, il faudra réaliser une capsulotomie antérieure.



Fig. 6.

#### ● *Les causes rétinienne (fig. 7)*

Les problèmes vitréo-rétiniens seront d'autant plus fréquents que le patient est opéré jeune et que son décollement postérieur du vitré (DPV) n'était pas fait au moment de la chirurgie. Une telle situation expose au risque d'un DPV plus symptomatique et augmente la fréquence du développement d'une membrane épitréiniennne et du décollement de rétine. Une prise en charge par un rétinologue sera alors souhaitable.

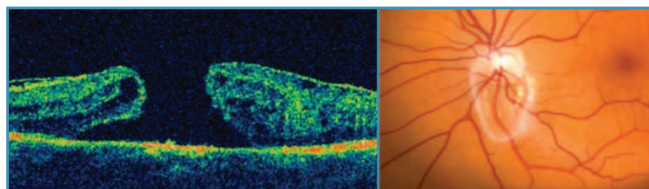


Fig. 7.

#### ● *Le glaucome (fig. 8)*

Il aura un effet délétère sur la vision des contrastes, encore plus marqué avec un implant multifocal.

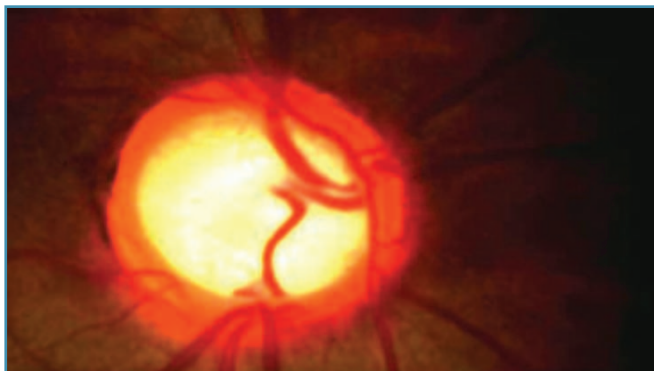


Fig. 8.

## ■ CONCLUSION

Pratiquement tous les problèmes ont une solution qui doit être adaptée à la cause. La gestion d'une complication ou d'un patient insatisfait est une aventure humaine qui nécessite de notre part une dose importante de psychologie. Notre aptitude à savoir écouter et comprendre conditionnera la facilité de gestion d'un patient mécontent.

Il faudra se souvenir, face à un patient mécontent, de la règle des 4R de David Dillman :

- Reconnaître le problème ;
- Regretter (“je suis désolé” ne signifie pas “j’ai fait une erreur”);
- Prendre ses Responsabilités ;
- Remédier au problème.

## Pour en savoir plus :

- ALIÓ JL, PLAZA-PUCHE AB, PIÑERO DP *et al.* Optical analysis, reading performance, and quality-of-life evaluation after implantation of a diffractive multifocal intraocular lens. *J Cataract Refract Surg*, 2011;37:27-37.

## Points forts

- › L'insatisfaction des patients a le plus souvent une cause qu'il faut rechercher.
- › L'information exhaustive de nos patients concernant les effets secondaires et les risques est essentielle.
- › La persistance d'une amétropie sphéro-cylindrique postopératoire est le plus souvent en cause en cas de mauvais résultats.
- › En cas de chirurgie du cristallin clair (PreLex), les risques rétinien sont majorés.
- › La gestion d'un patient insatisfait demande du temps et de la psychologie.
- › L'explantation est le dernier recours. La recherche précise d'une cause et sa prise en charge permet le plus souvent de l'éviter.

- COCHENER B. Photopic versus mesopic outcomes with a new pupil dependent trifocal IOL ASCRS 2011.
- COCHENER B, LAFUMA A, KHOSHNOOD B. Comparaison of outcomes with multifocal intraocular lenses: a meta-analysis. *Clin Ophthalmol*, 2011;5:45-56.
- DAVISON JA, SIMPSON MJ. History and development of the apodized diffractive intraocular lens. *J Cataract Refract Surg*, 2006;32:849-858.
- FERRER-BLASCO T, MONTÉS-MICÓ R, CERVIÑO A *et al.* Contrast sensitivity after refractive lens exchange with diffractive multifocal intraocular lens implantation in hyperopic eyes. *J Cataract Refract Surg*, 2008;34:2043-2048.
- MCALINDEN C, MOORE JE. Multifocal intraocular lens with a surface-embedded near section: Short-term clinical outcomes. *J Cataract Refract Surg*, 2011;37: 441-445.
- PACKER M, CHU RY, WALTZ KL *et al.* Evaluation of the aspheric tecnis multifocal intraocular lens: one-year results from the first cohort of the food and drug administration clinical trial. *Am J Ophthalmol*, 2010;149:577-584e1.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.