

Fiche d'information sur les implants de type "Bag in the lens" (BIL)

Rédigée par Eric Denion en octobre 2017 et révisée en août 2018

La chirurgie du cristallin, dans le cadre d'une chirurgie de la cataracte, s'accompagne quasi-systématiquement de la pose d'un implant intraoculaire destiné à remplacer votre cristallin. Dans la grande majorité des cas, l'implant est placé dans le sac capsulaire, c'est à dire l'enveloppe du cristallin, enveloppe qui a été ouverte en avant (capsulorhexis antérieur). Avec ce type d'implant une cataracte secondaire, liée à une opacification secondaire de la capsule postérieure, est fréquente. Elle ne correspond aucunement à une « repousse » de la cataracte mais à une perte de transparence de la capsule naturelle du cristallin située en arrière de l'implant (ou cristallin artificiel).

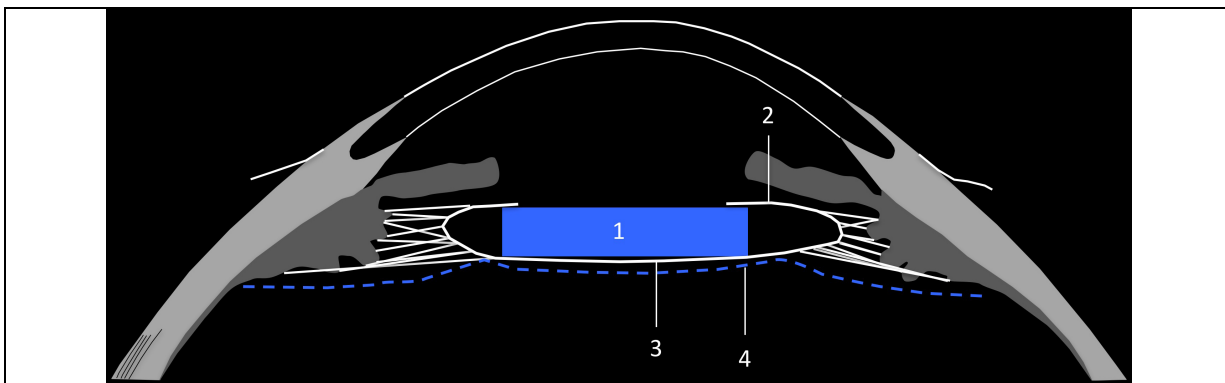


Figure 1 : l'implant (1) est dans le sac cristallinien, entre la capsule antérieure (2) et la capsule postérieure (3). La ligne pointillée (4) matérialise la hyaloïde antérieure qui limite le vitré en avant. Après quelques mois ou années, la capsule postérieure (3) peut s'opacifier et faire baisser la vision.

Une cataracte secondaire se produit dans plus de 30% des cas au cours des années qui suivent l'intervention de la cataracte. Plus rarement, une contraction avec rétrécissement du capsulorhexis antérieur survient. Dans les cas sévères, cette contraction est telle qu'elle peut plier ou déplacer l'implant, créer une inflammation par traction sur le corps ciliaires ou encore aboutir à une obturation de l'axe visuel.

De plus, avec ce type d'implant, la survenue d'accolements entre l'iris et l'implant ou la capsule antérieure du cristallin (synéchies) est fréquente chez les patients souffrant d'une uvéite ou chez les patients bénéficiant d'une intervention combinant traitement de la cataracte et traitement d'une maladie vitréo-rétinienne par vitrectomie, en particulier quand des gestes tels que de l'endolaser, le pelage de membranes ou la mise en place d'un tamponnement sont effectués.

L'implant "Bag in the lens" (BIL) évite ces complications. Sa pose nécessite une double ouverture : de la capsule antérieure (capsulorhexis antérieur) comme c'est habituellement le cas mais aussi de la capsule postérieure (capsulorhexis postérieur). L'implant comporte un sillon circonférentiel. Les 2 capsules accolées vont être insérées dans ce sillon, à l'instar d'un pneu dans une jante (Figure 2).

•Principaux avantages :

-L'implant BIL quand il est bien positionné évite à 100% la cataracte secondaire. Cela évite une baisse d'acuité visuelle et la nécessité de faire une capsulotomie au laser pourvoyeuse dans de rares cas de complications (œdème maculaire, décollement de rétine). De même, l'implant évite totalement la contraction du capsulorhexis antérieur.

-L'implant BIL entraîne évite la survenue de synéchies entre iris et capsule antérieure ou entre iris et implant chez les patients souffrant d'une uvéite ou chez les bénéficiant d'une intervention combinant traitement de la cataracte et traitement d'une maladie vitréo-rétinienne par

vitrectomie, en particulier quand des gestes tels que de l'endolaser, le pelage de membranes ou la mise en place d'un tamponnement sont effectués.

-L'implant ne tourne pas, ce qui est un avantage si un implant BIL torique (corrigeant l'astigmatisme) est utilisé. Ce type d'implant doit en effet rester dans un axe précis.

-L'implant n'entraîne pas de risque post-opératoire supplémentaire d'œdème maculaire, de décollement de rétine ou d'endophtalmie.

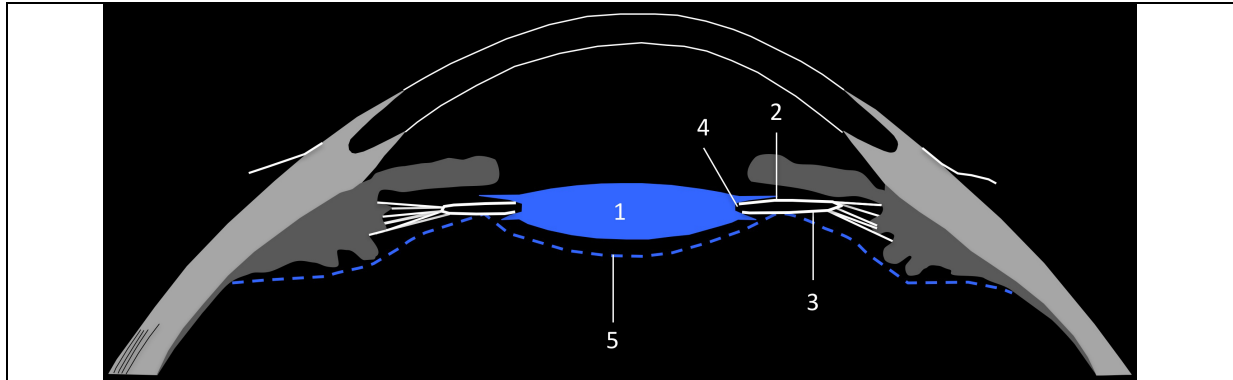


Figure 2 : l'implant (1) est en place, maintenu par les capsules (2 et 3) accolées qui ont été insérées dans le sillon (4) de l'implant. Cette configuration évite à 100% la survenue d'une cataracte secondaire. Le vitré est intact, la hyaloïde antérieure (5) étant respectée.

•Principaux inconvénients possibles :

-Des contre-indications limitent l'utilisation des implants BIL chez certains patients.

-Comme pour tout implant malgré un calcul de puissance précis un défaut réfractif limitant le résultat visuel peut rarement survenir.

-Certains incidents opératoires rares peuvent empêcher la mise en place d'un implant BIL.

-La pose d'un implant BIL nécessite quelques minutes de temps opératoire supplémentaire.

-Rarement, l'implant BIL peut être partiellement ou totalement piégé dans l'iris en post-opératoire. Il s'agit d'une complication qui nécessite le plus souvent une reprise au bloc opératoire sous anesthésie locale.

-Très rarement, et le plus souvent suite à un traumatisme oculaire, l'implant BIL peut se luxer. Il s'agit d'une complication qui nécessite le plus souvent une reprise au bloc opératoire.

•Surcoût

Le remboursement de l'assurance maladie ne couvre pas la totalité du coût de l'implant.

Les dispositions réglementaires font obligation au médecin de prouver qu'il a fourni l'information au patient. Aussi vous demande-t-on de signer ce document dont le double est conservé par votre médecin.

Je soussigné reconnais que la nature de l'intervention, ainsi que ses risques, m'ont été expliqués en termes que j'ai compris, et qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées. J'ai reçu une information sur les coûts des implants. J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant et **donne mon accord ou ne donne pas mon accord** pour la réalisation de l'acte qui m'est proposé et pour l'enregistrement anonyme des images opératoires.

Date et Signature