


Une vision

 **IRIS**
CLINIQUE D'OPHTALMOLOGIE



Guide de préparation
à la chirurgie
phacoréfractive

définie

Table des matières

L'évaluation préopératoire

Chapitre 1 La visite préopératoire	3
1.1 Le déroulement de la consultation préopératoire	3
1.2 La planification de votre rendez-vous	4
Chapitre 2 Bien connaître l'œil pour mieux comprendre la chirurgie	5
2.1 L'emmétropie	6
2.2 La vision de loin et ses défauts	6
2.2.1 La myopie	6
2.2.2 L'hypermétropie	6
2.2.3 L'astigmatisme	7
2.3 La presbytie : une perte de fonctionnalité du cristallin liée à l'âge	8
2.3.1 Les signes qui ne trompent pas	8
Chapitre 3 Qu'est-ce qu'une cataracte ?	9
3.1 Les symptômes de la cataracte	10
3.2 Quand doit-on opérer la cataracte ?	10
3.3 Remplacer un cristallin clair...pourquoi pas ?	11

Les lentilles intraoculaires

Chapitre 4 Pour un choix éclairé, soyez transparent avec votre ophtalmologiste !	13
4.1 Questionnaire concernant la santé de vos yeux	13
4.2 Questionnaire concernant votre état de santé général	15
4.3 Dites-moi qui vous êtes, je vous dirai quel type de lentille intraoculaire vous convient !	15
4.3.1 Nous distinguons 5 « zones de vision »	16
4.3.2 Questionnaire sur votre style de vie	17
4.4 Devriez-vous considérer la chirurgie phacoréfractive ?	18
Chapitre 5 Choisir votre lentille en fonction de votre style de vie	19
5.1 Les lentilles monofocales	19
5.1.1 Deux yeux corrigés en vision de loin	20
5.1.2 La monovision : un œil corrigé en vision de loin et l'autre, en vision de près	20
5.2 Les lentilles multifocales	21
5.2.1 Les avantages	22
5.2.2 Les compromis	22
5.2.3 Êtes-vous un bon candidat pour la multifocale ?	23
5.3 Les alternatives en un coup d'œil	24

Le masculin a été utilisé tout au long de ce guide pour en faciliter la lecture.

La chirurgie phacoréfractive

Chapitre 6 L'intervention	27
6.1 La veille de l'intervention	27
6.2 Le jour de l'intervention	27
6.2.1 La formule de consentement	28
6.2.2 Les modes de paiement	28
6.3 La préparation à la chirurgie	29
Chapitre 7 Les étapes de la chirurgie phacoréfractive	31
7.1 Désinfection et nettoyage	32
7.2 Anesthésie	32
7.3 Incision relaxante limbique	32
7.4 Incision de phacoémulsification	32
7.5 Capsulorhexis	33
7.6 Phacoémulsification	33
7.7 Implantation de la lentille intraoculaire pliable	34

La période postopératoire

Chapitre 8 Après l'intervention	35
8.1 Les recommandations postopératoires	36
8.1.1 Gouttes	36
8.1.2 Bain/douche	37
8.1.3 Maquillage	37
8.1.4 Travail	37
8.1.5 Conduite automobile	37
8.1.6 Sports/loisirs	38
8.1.7 Diète	38
8.2 La stabilisation de la vision	38
8.3 Avoir des attentes réalistes	39
8.4 L'opacification de la capsule postérieure ou « après cataracte »	40
Chapitre 9 La récupération postopératoire	42
9.1 Les symptômes normaux	42
9.2 Les symptômes alarmants	43
9.3 Les complications	43
9.3.1 Les complications mineures et les effets secondaires	44
9.3.2 Les complications majeures	45
9.3.3 Les complications extrêmes ou graves	46
9.4 Votre sécurité, notre priorité	46
Annexe 1 Formule de consentement	48

Chapitre 1 La visite préopératoire

Lors de votre consultation préopératoire, vous rencontrerez l'optométriste et l'ophtalmologiste qui procéderont à une évaluation complète de votre vision et de la santé de vos yeux. Ils seront alors en mesure de déterminer si vous êtes candidat pour une chirurgie phacoréfractive (remplacement du cristallin par une lentille intraoculaire). Dans l'affirmative, ils vous proposeront le type de correction le mieux adapté à vos besoins et à votre style de vie.

Nos chirurgiens assistés d'une équipe d'optométristes qualifiés et d'infirmières s'engagent à répondre à toutes vos questions dans le but de vous aider à prendre une décision éclairée.

1.1 Le déroulement de la consultation préopératoire

L'évaluation durera approximativement 90 minutes. Pour favoriser l'exactitude des mesures, vous devrez prévoir un **arrêt complet du port de vos lentilles cornéennes** avant l'évaluation préopératoire :

- > Au moins 7 jours d'arrêt pour les lentilles souples, en mode de port quotidien (retirées à chaque soir);
- > Au moins 14 jours d'arrêt pour les lentilles souples toriques (corrigeant l'astigmatisme) ou en mode de port prolongé (portées durant la nuit);
- > Au moins 4 semaines d'arrêt pour chaque tranche de 10 ans de port pour les lentilles semi-rigides perméables au gaz.

L'ophtalmologiste pourrait vous demander de prolonger ce temps d'arrêt, s'il le juge nécessaire.

Apportez une liste complète de vos médicaments. Apportez vos plus récentes lunettes.

Des **gouttes anesthésiques** seront utilisées pour prendre certaines mesures. Ces gouttes créent un effet d'engourdissement à la surface de l'œil. Cet effet dure une quinzaine de minutes. Pendant les quelques heures suivantes, l'œil pourrait vous paraître sec et/ou votre vision légèrement voilée.

Des **gouttes de dilatation** seront instillées pour l'évaluation détaillée du fond d'œil. La dilatation des pupilles entraîne une sensibilité accrue à la lumière, un léger voile au niveau de la vision de loin et une perte temporaire de votre capacité à focaliser les objets en vision de près.

L'effet de la dilatation dure généralement de 4 à 6 heures mais varie selon les individus ou la pigmentation de l'iris. Il n'est pas recommandé de conduire votre véhicule avec les pupilles dilatées. Il serait donc préférable de prévoir un accompagnateur pour le retour ainsi que des lunettes de soleil.

La consultation préopératoire ne requiert aucun engagement de votre part. Des frais pour les honoraires professionnels et/ou pour la rédaction d'un rapport de consultation ophtalmologique pourraient s'appliquer.

La Clinique d'Ophtalmologie IRIS s'engage à déduire ces frais du prix de votre éventuelle chirurgie.

N.B. Aucune ordonnance pour la prescription de lunettes et/ou lentilles cornéennes ne sera émise suite à votre évaluation préopératoire.

1.2 La planification de votre rendez-vous

Vous pouvez communiquer avec la Clinique d'Ophtalmologie IRIS pour planifier la date de votre consultation préopératoire :

- > Par téléphone au **(450) 688-6574** ou sans frais 1-877-656-IRIS;
- > Par courriel à info.ophtalmo@iris.ca.

Nos heures d'ouverture sont du lundi au vendredi, de **8h30 à 17h00**.

La Clinique d'Ophtalmologie IRIS est située au **3030 boulevard Le Carrefour, suite 1105** (11^e étage), dans l'édifice de la Banque HSBC. Sa position stratégique, en face du prestigieux centre commercial Le Carrefour Laval, vous permettra d'y accéder facilement.

Avec votre consentement, votre professionnel de la vision pourra nous transmettre un résumé de votre dossier optométrique par **télécopieur au (450) 688-9516** ou sans frais 1-877-674-8256. À cet effet, un formulaire de référence de la Clinique d'Ophtalmologie IRIS peut lui être acheminé avant la date prévue de votre évaluation préopératoire. Toutefois, votre dossier ne se substitue pas à l'examen détaillé qui devra être fait à la Clinique d'Ophtalmologie IRIS.

Par égard pour les autres patients et pour favoriser votre confort durant l'évaluation, veuillez prévoir un **accompagnateur pour assurer la garde de tout enfant en bas âge**.

Afin de mieux vous servir, vous êtes prié de nous **informer si vous êtes une personne à mobilité réduite**.

Chapitre 2 Bien connaître l'œil pour mieux comprendre la chirurgie

L'œil se compare à une caméra. Son segment antérieur est composé de deux lentilles naturelles; la **cornée**, située devant l'iris et le **crystallin**, situé derrière.

L'**iris**, qui donne à l'œil sa couleur distincte, agit comme un diaphragme en contrôlant la quantité de lumière qui pénètre dans l'œil par l'ouverture de la **pupille** (partie noire centrale). En présence d'une quantité importante de lumière, la pupille se contracte et à l'inverse, elle se dilate.

La cornée est une fenêtre arrondie. Sa courbure lui confère une certaine puissance de focalisation, comparable à l'objectif d'une caméra.

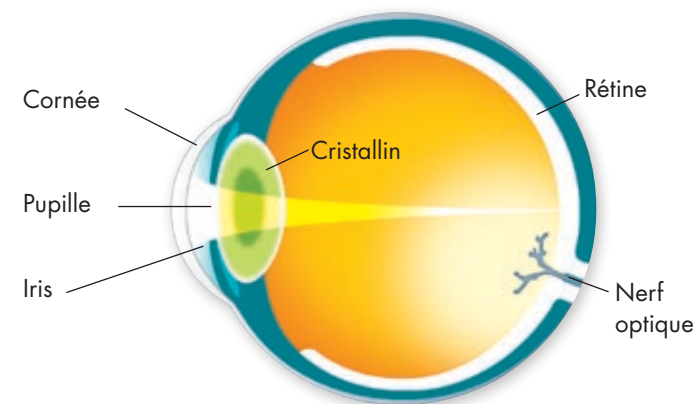
Le cristallin est une lentille transparente et flexible à la naissance. Celui-ci est contenu dans une enveloppe, la **capsule**, qui se rattache à des muscles.

Lorsque les muscles se contractent, le cristallin adopte une forme plus arrondie, à la manière d'une loupe. Cette action, appelée **accommodation**, permet à l'œil d'ajuster sa mise au point de l'image lorsqu'un objet se rapproche. Cet ajustement imite l'action du **zoom** dans une caméra.

En traversant la cornée, puis le cristallin, les rayons de lumière convergent en un point de focalisation. Après avoir traversé une substance gélatineuse appelée **vitré**, l'ensemble de ces points de lumière forme une image qui sera captée par la **rétine**. Celle-ci tapisse le fond de l'œil à la manière d'un film de caméra. L'image sera ensuite acheminée au cerveau sous forme d'influx nerveux par le **nerf optique**.

N.B. Toute atteinte ou anomalie d'un de ces éléments peut empêcher d'obtenir une vision qualifiée de 100 % et ce, même après une chirurgie réalisée dans des conditions optimales.

Emmétropie : focalisation parfaite sur la rétine



2.1 L'emmétropie

On dit d'un œil qu'il est **emmétrope** ou **sans erreur de réfraction** lorsque les rayons lumineux qui traversent la cornée et le cristallin se focalisent en un seul point clair, directement sur la rétine. La mise au point est alors parfaite pour la **vision de loin**. À ce moment, le cristallin est au repos.

2.2 La vision de loin et ses défauts

Durant la croissance de l'œil, il arrive que des défauts de la vision de loin apparaissent, nécessitant alors le port de lunettes et/ou de lentilles cornéennes pour les corriger.

Lors de la chirurgie phacoréfractive, l'ophtalmologiste remplace le cristallin par une lentille intraoculaire qui vise à réduire votre dépendance à votre correction optique.

2.2.1 La myopie

Si l'**œil est trop long** ou que la **cornée est trop bombée**, les rayons lumineux convergent **devant la rétine**. Il en résulte une **vision floue, principalement de loin**.

Si vous êtes myope et que vous retirez vos lunettes, votre vision sera meilleure de près et vous aurez de la difficulté à distinguer les objets éloignés.

2.2.2 L'hypermétropie

Si l'**œil est trop court** ou que la **cornée n'est pas assez bombée**, les rayons lumineux convergent **derrière la rétine**.

Le cristallin déploie alors un effort pour ajuster la mise au point de l'image sur la rétine. C'est ce qui explique que pendant plusieurs années, certains hypermétropes bénéficient d'une bonne vision de loin. Toutefois, cet effort accommodatif résulte en une fatigue visuelle, **principalement de près**.

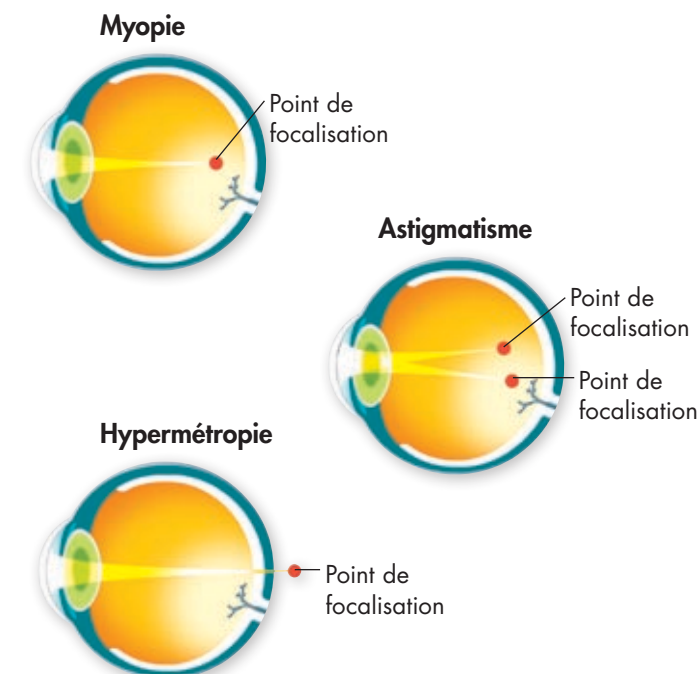
Avec l'âge et la perte d'élasticité du cristallin, l'hypermétropie latente se manifeste graduellement par une vision floue en vision intermédiaire et en vision de loin.

2.2.3 L'astigmatisme

L'astigmatisme est fréquemment causé par **une cornée en forme de « ballon de football »**, c'est-à-dire plus cambrée dans un axe et plus plate dans l'axe opposé. Il en résulte alors deux points de focalisation différents dans l'œil.

La rétine capte alors une image hors foyer, qui paraît dédoublée ou plus embrouillée dans une orientation que dans une autre.

Ce dédoublement du point de focalisation peut affecter autant l'œil myope que l'œil hypermétrope.



2.3 La presbytie : une perte de fonctionnalité du cristallin liée à l'âge

Tout au long de la vie, le cristallin perd progressivement son élasticité naturelle qui permet de passer de la vision de loin à la vision rapprochée (accommodation).

La perte d'accommodation est physiologique et affecte tout le monde après l'âge de 40 ans. Elle se poursuit ensuite jusqu'à la cinquantaine où pratiquement toute flexibilité du cristallin disparaît.

2.3.1 Les signes qui ne trompent pas

Lorsque vous portez des lunettes en vision de loin, certains signes peuvent vous permettre de reconnaître l'apparition de la presbytie :

- > Vous avez tendance à éloigner votre matériel de lecture;
- > Vous ressentez une fatigue visuelle ou un embrouillement lors d'un travail prolongé en vision de près;
- > Si vous êtes myope, vous avez tendance à retirer vos lunettes pour mieux voir de près.

Myope : Attention à la fausse impression de jeunesse éternelle !

Le cristallin est la structure de l'œil qui est la plus affectée par les effets de l'âge. Les myopes ont tendance à croire qu'ils ne deviennent pas presbytes (vers 40 ans) car ils peuvent raccourcir leur vision en tout temps, sans effort, **par le simple retrait de leurs lunettes de vision de loin**. En fait, leur défaut visuel leur sert de « porte de sortie » pour camoufler leur presbytie.

Chapitre 3 Qu'est-ce qu'une cataracte ?

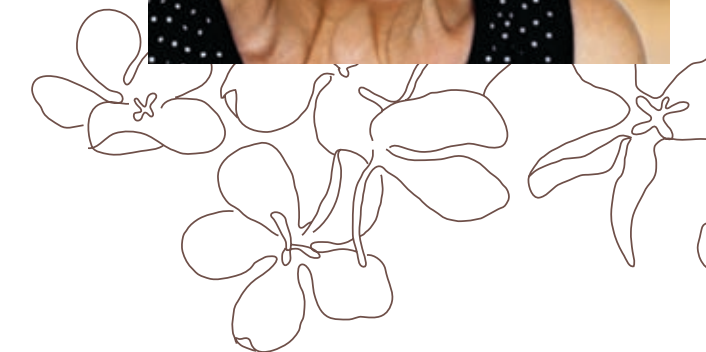
La cataracte se définit comme une perte de transparence du cristallin. Son effet peut se comparer à regarder à travers une fenêtre givrée ou teintée. Au départ, l'opacité peut n'affecter qu'une zone limitée du cristallin et par conséquent, passer inaperçue. Elle tend cependant à évoluer progressivement, entraînant une réduction de la qualité de la vision.

La plupart des cataractes sont liées à l'âge et apparaissent généralement après 50 ans. Il est estimé que la moitié des personnes âgées entre 65 et 75 ans présenteront des cataractes. Ce chiffre s'élève à 70 % chez les plus de 75 ans.

Si nous vivons assez vieux, **nous développerons tous éventuellement des cataractes !**

Bien que la grande majorité des cataractes soient reliées au processus naturel du vieillissement, d'autres causes sont aussi possibles (Ex. : exposition aux rayons ultraviolets, médicaments, traumatismes, etc.).

À ce jour, aucun médicament, supplément vitaminique ou exercice n'a démontré une efficacité à prévenir ou à traiter la cataracte. **Seule la chirurgie peut apporter un traitement définitif à cette condition.**



3.1 Les symptômes de la cataracte

La cataracte est généralement présente dans les deux yeux, mais il n'est pas rare qu'un œil soit plus affecté que l'autre.

Elle évolue généralement lentement et se manifeste par différents symptômes :

- > Impression d'un voile devant les yeux;
- > Sensibilité à la lumière;
- > Éblouissement;
- > Étirement ou halos autour des lumières le soir;
- > Changements fréquents de la prescription de vos lunettes et/ou lentilles cornéennes;
- > Amélioration temporaire de la vision de près sans lunettes;
- > Couleurs apparaissant plus ternes ou modifiées;
- > Vision dédoublée avec un seul œil ou image fantôme autour des objets.

N.B. Certains de ces symptômes peuvent aussi être associés à d'autres conditions oculaires. Il est donc important de **consulter votre professionnel de la vision annuellement ou aussitôt que vous percevez un changement significatif dans votre vision**. Un dépistage précoce sera alors possible.

3.2 Quand doit-on faire opérer la cataracte ?

La chirurgie phacoréfractive peut être envisagée à partir du moment où la cataracte nuit à vos activités quotidiennes (Ex. : conduire, lire, regarder la télé, etc.). Elle devient d'autant plus pertinente si votre optométriste ne réussit plus à atténuer vos symptômes avec une nouvelle correction en lunettes.

Il n'y a généralement pas de danger à retarder la chirurgie phacoréfractive jusqu'à ce que vous vous sentiez prêt. Toutefois, avec les techniques chirurgicales modernes, il peut être plus difficile d'extraire le cristallin lorsque la cataracte est plus avancée. **L'ancienne croyance voulant qu'on laisse « mûrir » la cataracte avant de l'enlever n'est donc plus valable.**

L'ophtalmologiste jugera avec vous, en fonction de vos symptômes, du moment approprié pour opérer la cataracte. Il évaluera les risques de la chirurgie ainsi que la probabilité d'améliorer votre vision suite à la procédure.

3.3 Remplacer un cristallin clair... pourquoi pas ?

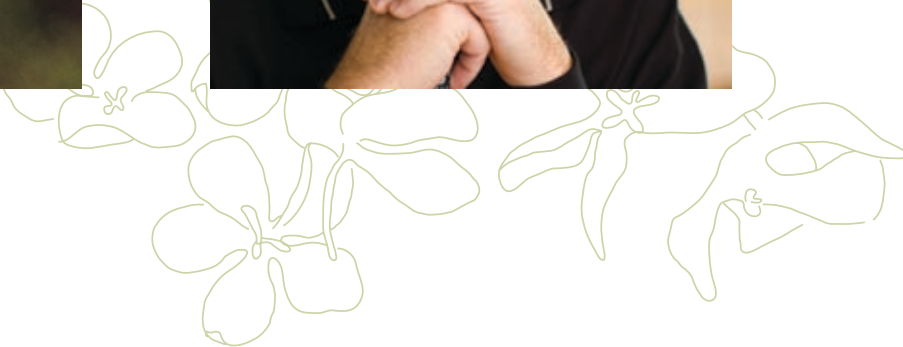
Le remplacement d'un cristallin clair se fait de la même façon qu'une chirurgie de la cataracte. L'objectif premier est toutefois de diminuer votre dépendance à vos verres correcteurs.

La chirurgie phacoréfractive devient la technique de choix lorsque :

- > Les autres méthodes chirurgicales de correction de la vision ne vous conviennent pas (Ex. : chirurgie laser);
- > Vous présentez déjà des signes de presbytie (45 ans et plus);
- > Vous souhaitez corriger votre presbytie en plus de votre myopie ou de votre hypermétropie;
- > Vous présentez un début de cataracte, ou votre âge vous y prédispose (55 ans et plus);
- > Vous avez déjà été opéré d'une cataracte dans un œil et souhaitez égaliser la vision de vos deux yeux;
- > Vous souhaitez une correction durable de votre vision dans le temps.

Vous profiterez d'un **effet stabilisateur** en remplaçant votre cristallin par une lentille intraoculaire artificielle, puisqu'elle ne peut ni vieillir, ni se détériorer dans le temps. **Cette technique opératoire vous met donc à l'abri de faire ou de refaire une cataracte pour le restant de votre vie !**

Vous bénéficierez d'une technologie éprouvée, ayant démontré son efficacité et sa sécurité auprès de millions de gens opérés de la cataracte dans les 50 dernières années.



Chapitre **4** Pour un choix éclairé, soyez transparent avec votre ophtalmologiste !

Grâce à une évaluation détaillée de votre vision et de la santé de vos yeux, l'ophtalmologiste sera en mesure d'évaluer la pertinence et la probabilité de succès d'une chirurgie phacoréfractive.

Le choix de la technique opératoire ainsi que du type de lentille intraoculaire sont intimement liés à d'autres facteurs importants :

- > Vos antécédents personnels et familiaux de santé oculaire et systémique;
- > Vos besoins et votre mode de vie;
- > Vos attentes et votre personnalité.

Pour éviter des complications ou des déceptions prévisibles, il sera d'une importance capitale de fournir à l'ophtalmologiste toutes informations pertinentes à la préparation de votre chirurgie.

4.1 **Questionnaire concernant la santé de vos yeux**

L'ophtalmologiste devra connaître vos antécédents visuels afin de :

- > Prévoir le type de lentille intraoculaire à implanter et permettre un calcul précis de sa puissance;
- > Prévoir la méthode opératoire à utiliser;
- > Évaluer les risques pendant et après la chirurgie;
- > Estimer la probabilité que vous obteniez une qualité de vision satisfaisante après la chirurgie.

	Oui	Non
> Portez-vous des lunettes et/ou des lentilles cornéennes ?		
> Est-ce que vos deux yeux sont corrigés pour la vision de loin ?		
> Est-ce que vous utilisez des lunettes pour voir de près lorsque vous portez vos lentilles cornéennes ?		
> Est-ce que vous avez un œil corrigé pour la vision de loin et l'autre, pour la vision de près (monovision) ?		
> Est-ce que vous portez des lentilles cornéennes de type multifocal ?		
> Est-ce que vous, ou un membre de votre famille, souffrez d'une maladie ou d'une anomalie oculaire ?		

Les principales conditions, maladies ou anomalies oculaires qui peuvent influencer le résultat de votre chirurgie sont (mais ne se limitent pas à cette liste) :

- > Antécédent de chirurgie oculaire pour corriger votre myopie, astigmatisme ou hypermétropie;
- > Traumatisme direct à l'œil ou aux structures de l'orbite;
- > Déchirure ou décollement de la rétine;
- > Anomalie de la cornée;

- > Anomalie de la rétine ou du nerf optique;
- > Infection ou inflammation;
- > Amblyopie (œil paresseux) ou strabisme (œil qui louche).

4.2 Questionnaire concernant votre état de santé général

Prenez-vous des médicaments ?

À moins d'une instruction particulière du chirurgien, vous n'aurez pas à interrompre la prise de vos médicaments avant l'évaluation préopératoire ou la chirurgie.

Apportez une liste détaillée :

- > Des gouttes oculaires médicamenteuses utilisées;
- > Des médicaments systémiques pris sur une base régulière.

N'omettez aucun détail car certains médicaments peuvent exiger du chirurgien qu'il apporte des modifications à sa technique opératoire, à votre préparation pour la chirurgie ou à la posologie des gouttes après la chirurgie.

Souffrez-vous d'une maladie systémique ?

À moins d'une condition particulière, vous n'aurez pas à présenter un bilan de santé de votre médecin. Toutefois, il est primordial que l'ophtalmologiste soit informé de toute condition relative à votre état de santé général qui pourrait :

- > Nuire à votre confort durant l'intervention;
- > Nécessiter des précautions particulières au niveau de la sédation ou du monitoring des fonctions vitales lors de l'intervention;
- > Interférer avec la sécurité de l'équipe du bloc opératoire;
- > Empêcher la prise de certains médicaments pendant ou après l'intervention;
- > Affecter le déroulement de la guérison postopératoire.

4.3 Dites-moi qui vous êtes, je vous dirai quel type de lentille intraoculaire vous convient !

Lors de l'évaluation préopératoire, l'optométriste et le chirurgien vous présenteront les avantages et les inconvénients des différents types de lentilles intraoculaires. Ils pourront vous conseiller sur le choix le mieux adapté à vos besoins et à votre style de vie. La puissance et le type de lentille seront soigneusement choisis afin de vous assurer une diminution de votre dépendance à vos lunettes et/ou à vos lentilles cornéennes.

Il est important de comprendre que plusieurs patients nécessiteront tout de même le port de lunettes pour réaliser certaines tâches, dans certaines circonstances après la chirurgie.

4.3.1 Nous distinguons 5 « ZONES DE VISION »

Réfléchissez à vos activités quotidiennes.

Déterminez dans quelle mesure le fait de porter des lunettes et/ou des lentilles cornéennes interfère dans vos activités.

vision de près					vision de loin
Zone 1 (30 à 50 cm)	Zone 2 (60 cm à 1.20 M)	Zone 3 (1.80 à 6 M)	Zone 4 (6 à 30 M)	Zone 5 (30 M et +)	
> articles de journaux > bottin de téléphone > carte géographique > couture/tricot	> écran d'ordinateur > lire des gros titres > lire des menus > lire des prix sur des étiquettes > cuisiner	> activités intérieures > télévision > tâches ménagères	> activités extérieures de jour > conduire de jour > jouer au golf > lire des panneaux routiers	> activités extérieures de nuit > conduire de nuit > aller au cinéma > observer les étoiles	
Groupe A (vision de près)					
		Groupe B (vision intermédiaire)			
					Groupe C (vision de loin)

À quel groupe, accordez-vous le plus d'importance ?
(n'en choisissez qu'un seul)

- > Groupe A : zones 1 et 2
- > Groupe B : zones 2 et 3
- > Groupe C : zones 3, 4 et 5

4.3.2 Questionnaire sur votre style de vie

Sur l'échelle ci-dessous, encerclez le trait de personnalité qui vous décrit le mieux

1	2	3	4	5
conciliant/accommodant		flexible/s'adapte facilement	minutieux/perfectionniste	

Êtes-vous intéressé à voir de loin sans lunettes après la chirurgie ?

- > Je préfère ne pas porter de lunettes en vision de loin.
- > Porter des lunettes en vision de loin ne me dérange pas.

Êtes-vous intéressé à voir de près sans lunettes après la chirurgie ?

- > Je préfère ne pas porter de lunettes en vision de près.
- > Porter des lunettes en vision de près ne me dérange pas.

Si vous aviez à porter des lunettes après la chirurgie, pour laquelle des activités suivantes accepteriez-vous le plus d'en porter ?

- > Lire de petits caractères (vision de près).
- > Travailler sur ordinateur ou cuisiner (vision intermédiaire).

- > Conduire ou regarder la télévision (vision de loin).
- > Porter des lunettes ne me dérange en aucune circonstance.

Est-ce que votre travail ou vos activités quotidiennes vous obligent à conduire fréquemment le soir ou la nuit ? (2 heures et + par jour)

- > Oui > Non

Si vous pouviez avoir une bonne vision de loin sans lunettes durant le jour et une bonne vision de près sans lunettes, seriez-vous prêt à tolérer la perception de halos autour des lumières le soir ?

- > Oui > Non

Si vous pouviez avoir une bonne vision de loin sans lunettes durant le jour et une bonne vision de près sans lunettes, accepteriez-vous d'utiliser des lunettes pour les détails en vision intermédiaire (ex. : travailler sur ordinateur, cuisiner, etc.) ?

- > Oui > Non

4.4 Devriez-vous considérer la chirurgie phacoréfractive ?

Les personnes qui présentent le plus haut taux de satisfaction suite à leur chirurgie sont généralement :

- > Celles qui ont des **attentes réalistes** face à ce que sera leur vision après le remplacement du cristallin par une lentille intraoculaire;

> Celles qui **comprennent les risques** ainsi que les **effets secondaires** potentiels d'une telle chirurgie.

Ce petit questionnaire peut vous aider à déterminer si vous êtes prêt pour la chirurgie phacoréfractive.

	Oui	Non
> Est-ce que vos lunettes et/ou vos lentilles cornéennes interfèrent avec votre travail, vos sports ou vos activités quotidiennes ?		
> Est-ce que vous comprenez et acceptez les risques d'une chirurgie ?		
> Est-ce que vous comprenez que les effets de la chirurgie sont permanents et sont irréversibles ?		
> Est-ce que vous comprenez qu'une chirurgie nécessite des visites de contrôle à intervalles réguliers ? Avez-vous le temps de vous rendre à ces visites ?		
> Est-ce que vous comprenez que les résultats d'une chirurgie ne peuvent être garantis à 100 % ?		
> Est-ce que vous comprenez que vous pourriez avoir à porter des lunettes après la chirurgie, pour certaines tâches, dans certaines circonstances ?		
> Est-ce que vous comprenez que vous pourriez avoir besoin d'une seconde intervention chirurgicale pour rehausser le résultat de la première, si jugé nécessaire et sécuritaire par l'ophtalmologiste ?		

Si vous avez répondu «non» à certaines de ces questions, vous êtes invité à discuter plus amplement avec votre ophtalmologiste de la chirurgie et de vos attentes.

Chapitre 5 Choisir votre lentille en fonction de votre style de vie

Contrairement aux lentilles rigides conventionnelles (PMMA), les lentilles intraoculaires utilisées à la Clinique d'Ophtalmologie IRIS présentent toutes les améliorations apportées par les technologies de dernière génération :

- > Des matériaux **pliables** (silicone ou acrylique) permettant une micro-incision, sans point de suture;
- > Un **filtre UV** intégré et, dans certains cas, un traitement *blue-blocker* permettant de limiter l'effet nuisible de certains rayons lumineux sur la rétine, principalement sur la macula;
- > Un design amélioré des rebords de la lentille permettant de réduire les réflexions lumineuses gênantes (dysphotopsie) et de ralentir le processus d'opacification de la capsule postérieure après la chirurgie, communément appelé «après-cataracte»;
- > Dans certains cas, un profil optique issu de la technologie par front d'ondes (*wavefront*) permettant de contrôler les aberrations naturelles de l'œil et de contrer la perte de sensibilité aux contrastes liée au vieillissement.

Les alternatives : voir de loin, voir de près ou les deux

À la Clinique d'Ophtalmologie IRIS, l'ophtalmologiste dispose d'un arsenal de lentilles intraoculaires permettant de répondre aux besoins spécifiques de chaque personne. Aucune sorte de lentille n'est parfaite pour tous. **Votre chirurgien déterminera laquelle est la plus appropriée pour vous.**

Plusieurs types de lentilles intraoculaires sont disponibles :

- > Monofocales;
- > Multifocales.

5.1 Les lentilles monofocales

La lentille monofocale présente un seul foyer, c'est-à-dire qu'elle permet à l'œil opéré de **bien voir à une seule distance.**

La lentille monofocale convient très bien aux personnes qui acceptent de porter des lunettes ou qui présentent une anomalie d'un ou des deux yeux.

Avec la lentille monofocale, l'optométriste et l'ophtalmologiste peuvent vous proposer différentes alternatives de correction :

- > Deux yeux corrigés en vision de loin;
- > La monovision : un œil corrigé en vision de loin et l'autre, en vision de près.

5.1.1 Deux yeux corrigés en vision de loin

Cette alternative vous permettra de bénéficier de la meilleure qualité de vision pour vos tâches en vision éloignée. C'est ce que la nature aurait dû vous donner dès le départ (Ex. : conduire de jour/de soir, regarder la télévision, aller au cinéma, faire du sport, etc.).

Toutefois, vous aurez à porter des lunettes pour corriger votre vision à une distance intermédiaire et rapprochée. Il se peut que des foyers progressifs soient nécessaires, même si vous n'avez pas besoin de les porter pour voir de loin (Ex. : lire un livre, travailler sur ordinateur, cuisiner, lire l'heure sur votre montre, vous maquiller, vous raser, bricoler, etc.).

5.1.2 La monovision : un œil corrigé en vision de loin et l'autre, en vision de près

Vous pouvez choisir de corriger un œil en vision de loin (dominant) et l'autre œil en vision de près (dominé). Cette méthode offre une alternative pour réduire votre dépendance aux verres correcteurs.

La monovision peut être simulée par des lentilles cornéennes avant la chirurgie. Elle nécessite une capacité d'adaptation, car elle **exige des compromis** sur la qualité de la vision :

- > Bonne vision à deux distances spécifiques (une par œil), mais peut ne pas être parfaite dans toutes les circonstances;
- > Réduction de la capacité à juger des distances (vision 3D);
- > Possible perception de halos autour des lumières le soir.

Des verres correcteurs pourraient être nécessaires pour égaliser la vision de vos deux yeux lorsque vous exécutez des tâches de précision ou pour améliorer votre confort lorsque vous exécutez des tâches prolongées (Ex. : conduire la voiture le soir, travailler sur ordinateur, lire des petits caractères, etc.).

5.2 Les lentilles multifocales

La lentille multifocale utilise un principe optique qui permet de séparer la lumière en plusieurs points de focalisation. Ce principe permet une « **vision simultanée** », à plus d'une distance en même temps, dans le même œil.

Lorsque la rétine capte les différents points de focalisation, elle sélectionne celui qui correspond à l'objet regardé. Ce processus de sélection des images n'est pas naturel pour l'œil et nécessite une **période « d'adaptation neuronale »**. Cette période d'adaptation peut varier selon les individus. En fait, le système visuel doit « apprendre » à voir à travers une autre forme de vision.

Lorsque les deux yeux ont été opérés, l'adaptation aux lentilles intraoculaires multifocales prend généralement de **3 à 6 mois**. Cette adaptation neuronale est comparable à la capacité de s'adapter à un nouveau foyer progressif en lunettes. Certains individus s'adaptent facilement, en peu de jours, alors que d'autres prennent plus de temps ou, dans de rares cas, n'y arrivent jamais.

Certaines lentilles cornéennes multifocales peuvent aider à comprendre ou à simuler l'effet d'une lentille intraoculaire multifocale avant la chirurgie.

À la Clinique d'Ophtalmologie IRIS, l'ophtalmologiste se fait un devoir de mettre à votre disposition des produits qui répondent à des standards élevés d'efficacité et de sécurité.

Les lentilles multifocales utilisées à la Clinique d'Ophtalmologie IRIS agissent comme une lentille bifocale, en ce sens qu'elles séparent la lumière en deux points de focalisation distincts; **un pour la vision de loin** (Groupe C) et **l'autre pour la vision de près** (Groupe A).

Avec ce type de lentille, **très peu de lumière est destinée à la vision intermédiaire** (Groupe B). La lentille permet donc une bonne vision à une courte distance (32 à 39 cm).

La qualité de la vision est toutefois moins performante lorsque les objets sont reculés à une **distance intermédiaire** (à portée de bras). Des lunettes d'appoint pourraient donc être nécessaires pour certaines tâches (Ex. : travail sur ordinateur). De plus, la qualité de la vision de près (Groupe A) peut varier selon l'éclairage. Au besoin, il est recommandé **d'utiliser une lampe d'appoint pour la lecture**.

5.2.1 Les avantages

Les lentilles multifocales pourraient vous convenir si vous avez un désir élevé de vous départir de vos verres correcteurs autant pour la vision de loin que pour la vision de près.

L'ophtalmologiste **ne peut** vous **garantir** que vous ne porterez **jamais** de lunettes après la chirurgie, même si vous optez pour la lentille multifocale. Peu importe le type de lentilles utilisées, il est fort probable que vous aurez à utiliser **occasionnellement** des lunettes de correction, pour certaines tâches de précision, dans certaines conditions.

5.2.2 Les compromis « On n'a rien sans rien ! »

Les lentilles multifocales s'accompagnent de certains effets au niveau de la vision auxquels vous devrez vous adapter :

- > Perception de halos ou d'étirements autour des lumières le soir ou lorsque l'éclairage est tamisé;
- > Légère réduction de la sensibilité aux contrastes dans certaines conditions d'éclairage (Ex. : par temps de brouillard);
- > Bonne vision en général, mais peut ne pas être parfaite dans toutes les circonstances.

La plupart de ces effets sont irréversibles et ne peuvent pas être corrigés à l'aide de lunettes. Cependant, grâce au phénomène d'adaptation neuronale, la gêne causée par ces effets secondaires tend à diminuer avec le temps (on s'habitue !).

Des verres correcteurs peuvent améliorer la qualité de la vision lorsqu'un défaut résiduel est présent (myopie, hypermétropie ou astigmatisme).



5.2.3 Êtes-vous un bon candidat pour la multifocale ?

La lentille multifocale pourrait **ne pas vous convenir** si :

- > Vous êtes une personne perfectionniste, soucieuse du détail et/ou qui avez des attentes irréalistes;
- > Vous avez de la difficulté à vous adapter au changement;
- > Vous êtes sujet à des états dépressifs;
- > Votre travail vous oblige à conduire souvent le soir;
- > Vos activités et vos loisirs dépendent d'une excellente vision de nuit;
- > Vous êtes pilote d'avion (amateur ou commercial);
- > Vous avez toujours été sensible à la lumière;
- > Vous souhaitez des garanties sur le résultat de la chirurgie;
- > Vous êtes heureux avec le fait de porter des lunettes.

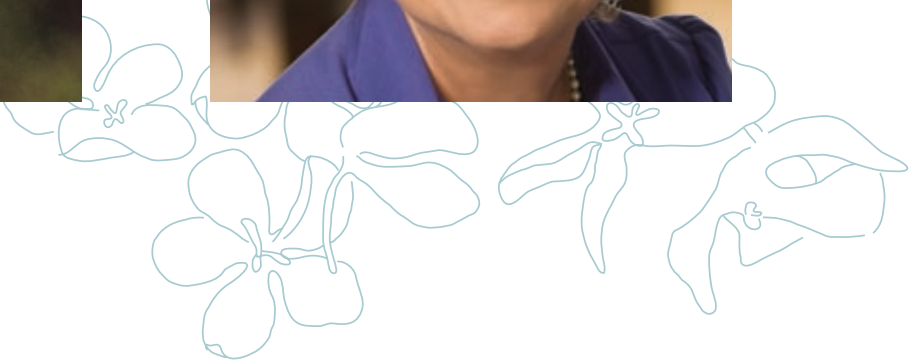
Malgré toute votre bonne volonté, l'ophtalmologiste pourrait juger que la lentille multifocale **n'est pas la solution idéale** si :

- > Vous présentez un degré d'astigmatisme élevé;
- > Vous avez une maladie oculaire qui réduit votre qualité de vision dans un œil ou dans les deux yeux;
- > Vous présentez une amblyopie (œil paresseux) ou vous souffrez de strabisme (œil qui louche);
- > Vous n'êtes pas candidat pour une deuxième intervention par la chirurgie au laser (LASIK ou PRK);
- > Vous avez déjà subi une correction de votre vision par le laser ou par une kératotomie radiaire.

5.3 Les alternatives en un coup d'œil

Type de LENTILLE	Avantages	Inconvénients
Monofocale > Disponible en lentille torique (correction de l'astigmatisme)	2 yeux de loin > Excellente qualité de vision à distance ; > Peu d'effets lumineux nuisibles; > Bonne performance en vision nocturne ou avec un éclairage tamisé.	> Nécessite le port constant de lunettes pour les activités en vision intermédiaire et de près .
	Monovision	
	> Permet d'être autonome sans lunettes pour la vision de loin et de près ; > Vision des deux yeux peut être égalisée avec le port de lunettes pour les tâches de précision.	> Diminution de la vision stéréoscopique (perception des distances); > Halos modérés autour des lumières; > Bonne vision, mais peut ne pas être parfaite dans toutes les circonstances; > Nécessite parfois le port de lunettes d'appoint, pour les tâches de précision ou prolongées.

Type de LENTILLE	Avantages	Inconvénients
Multifocale	> Permet d'être autonome sans lunettes de loin et de près ; > Bonne vision des petits caractères de près (32-39 cm); > Maintien de la vision binoculaire (2 yeux ensemble).	> Perception de halos autour des lumières; > Légère réduction de la sensibilité aux contrastes; > Vision intermédiaire limitée (portée de bras); > Nécessite parfois le port de lunettes d'appoint, principalement en vision intermédiaire ; > Nécessite parfois une lampe d'appoint pour la lecture .



Chapitre 6 L'intervention

Dans les jours précédents la chirurgie, vous n'aurez pas à mettre de gouttes médicamenteuses dans vos yeux, sauf si c'est une recommandation particulière de l'ophtalmologiste. Par contre, si vous utilisez déjà des gouttes pour traiter une autre condition oculaire, vous devrez continuer à les utiliser avant l'intervention.

À moins d'une condition particulière, vous n'aurez pas à interrompre la prise de vos médicaments habituels avant la chirurgie.

Rappel : L'ophtalmologiste devra connaître la liste de vos médicaments et de vos allergies.

6.1 La veille de l'intervention

Il est recommandé de prendre une douche ou un bain la veille et/ou le matin de la chirurgie, en prenant soin de vous laver les cheveux et le visage. Il sera plus difficile de le faire dans les premiers 24 heures suivant la chirurgie.

Les femmes doivent se démaquiller avec soin la veille de l'intervention.

Prévoyez un accompagnateur le jour de la chirurgie car vous ne pourrez pas conduire après l'intervention.

N.B. Veuillez nous avertir, au minimum 24 heures à l'avance, si vous devez annuler votre chirurgie.

6.2 Le jour de l'intervention

On vous demandera d'arriver au moins 45 minutes avant l'heure prévue de votre chirurgie. Bien que l'intervention soit de courte durée, **prévoyez rester à la clinique environ 2 heures.**

Vous pouvez manger, boire et prendre vos médicaments habituels le jour de votre chirurgie.

N'appliquez pas de maquillage, de crème ou de lotion sur votre visage.

Portez des vêtements confortables et propres. Ceux-ci devraient se déboutonner facilement. Évitez les vêtements qui resserrent les vaisseaux du cou ou des bras. Évitez les tissus qui dégagent des fibres, comme la laine ou le coton ouaté.

Prévoyez des souliers propres d'intérieur ou préférablement des pantoufles.

Une chemise de salle opératoire, un bonnet et des couvres chaussures vous seront fournis pour recouvrir vos vêtements et vos cheveux avant d'entrer en salle de chirurgie. **Vous n'aurez pas à vous déshabiller pour l'intervention.**

6.2.1 La formule de consentement

Avant votre chirurgie, on vous demandera de lire attentivement et de signer une formule de consentement (voir annexe 1).

Il est important de relever toutes questions ou inquiétudes qui pourraient persister après la lecture de celle-ci afin d'en discuter avec l'ophtalmologiste **avant l'intervention.**

* La Clinique d'Ophtalmologie IRIS vous offre un plan de financement avantageux, sous la forme de paiements mensuels égaux sans frais ni intérêts. Informez-vous auprès de notre service à la clientèle pour connaître les conditions applicables.

6.2.2 Les modes de paiement

Les frais de la chirurgie sont acquittés avant la procédure. Un reçu en deux copies vous sera remis pour fins d'impôts. Vous pourrez les joindre à vos frais médicaux pour déduction fiscale.

La plupart des modes de paiement sont acceptés :

- > Argent comptant;
- > Paiement direct;
- > Cartes de crédit (MasterCard, Visa, American Express);
- > Chèque certifié;
- > Plan de financement*.

N.B. Seuls les *chèques personnels* ne sont *pas acceptés*.

6.3 La préparation à la chirurgie

La durée de la chirurgie est normalement de moins de 30 minutes.

En règle générale, l'ophtalmologiste opère un seul œil à la fois. Dans la majorité des cas, un délai d'une semaine est à prévoir avant de procéder à la chirurgie du deuxième œil.

Sous la supervision d'une infirmière qualifiée, vous serez dirigé vers une salle confortable où l'on procédera à votre préparation en vue de la chirurgie.

Différentes gouttes seront instillées dans l'œil à opérer :

- > Des gouttes anti-inflammatoires et antibiotiques, et;
- > Des gouttes mydriatiques pour dilater votre pupille.

Les gouttes de dilatation prennent de 15 à 30 minutes avant d'agir et leur action peut durer plusieurs heures après la chirurgie.

Un médicament contre l'anxiété vous sera administré, au besoin.

L'infirmière procédera à une vérification de votre pression artérielle et de vos pulsations cardiaques.

Lorsque votre pupille sera suffisamment dilatée, l'ophtalmologiste vous fera entrer en salle de chirurgie.

Lors de l'intervention, vous serez couché sur un fauteuil confortable et votre tête reposera sur un coussin. L'ophtalmologiste pourrait installer un bandeau autour de votre tête afin de stabiliser votre position durant l'intervention.

Un saturomètre permettra de monitorer votre pouls et votre taux d'oxygène.

L'ophtalmologiste mettra un gel anesthésique sur l'œil à opérer. Vous ne devriez donc pas ressentir de douleur durant l'intervention.

On vous demandera de regarder droit devant vous, en direction de la lumière du microscope. Au début, cette lumière pourrait vous paraître très intense, mais votre œil s'adaptera à l'éblouissement.

Un grand drap stérile recouvrira votre visage et votre corps. Celui-ci sera fixé autour de l'œil à opérer à l'aide d'un collant très adhérent. Au besoin, une tige émettant une source constante d'air et d'oxygène sera introduite sous le drap pour vous permettre de respirer confortablement.

Si vous souffrez de claustrophobie, mentionnez-le à l'infirmière et à l'ophtalmologiste pour qu'ils puissent assurer votre confort. Le fait de voir de la lumière en tout temps pendant l'intervention devrait vous aider à vous détendre.

Il est important de ne pas bouger durant l'intervention et de parler le moins possible. Toutefois, n'hésitez pas à informer le chirurgien ou l'infirmière si vous sentez le besoin de tousser ou de bouger pour une raison quelconque.

Durant l'intervention, vous entendrez l'ophtalmologiste donner ses instructions aux infirmières et vous informer du déroulement de la chirurgie. Vous entendrez aussi le **bruit typique** de l'appareil à ultrasons servant à extraire le cristallin.



Chapitre 7

Les étapes de la chirurgie phacoréfractive

Contrairement à la croyance populaire, la chirurgie phacoréfractive **n'est pas effectuée à l'aide du laser**. La technique employée, pour la plupart des chirurgies phacoréfractives modernes, est la **phacoémulsification** (dérivé du mot grec *phakos*, qui signifie *lentille* et du latin *emulsificar*, qui signifie *transformer en lait*).

Lors de l'intervention, une **minuscule incision** est pratiquée sur le bord de la cornée. Elle permet l'introduction d'une sonde microscopique dans l'œil. Cette sonde émet des **ultrasons** qui fragmentent le cristallin en fines particules. Celles-ci sont évacuées à l'extérieur de l'œil par un système d'aspiration.

Le cristallin ainsi extrait est ensuite remplacé par une **lentille intraoculaire pliable**.

De façon générale, cette méthode ne requiert aucun point de suture.

N.B. Les étapes de l'intervention peuvent varier d'un chirurgien à l'autre ou être modifiées selon l'œil à opérer.

7.1 Désinfection et nettoyage

Les paupières et l'œil sont nettoyés et désinfectés à l'aide d'une solution antiseptique.

Avant le début de l'intervention chirurgicale, un **écarteur de paupière** est installé. Il sert à maintenir l'œil ouvert durant la chirurgie.

L'œil est irrigué fréquemment afin d'éviter une déshydratation marquée pendant la chirurgie.

7.2 Anesthésie

Habituellement, aucune injection (piqûre) n'est nécessaire puisque l'œil est **anesthésié par un gel**. L'ophtalmologiste pourrait toutefois décider de recourir à une injection si une anesthésie plus profonde est nécessaire ou si votre œil doit être immobilisé complètement pour faciliter la chirurgie.

7.3 Incision relaxante limbique

Si vous présentez de l'astigmatisme, le chirurgien effectuera une ou deux incisions en arc sur le bord de la cornée afin de le corriger en partie ou en totalité.

N.B. Des **lentilles intraoculaires toriques** existent et sont suggérées pour la correction d'**astigmatisme élevé**.



7.4 Incision de phacoémulsification

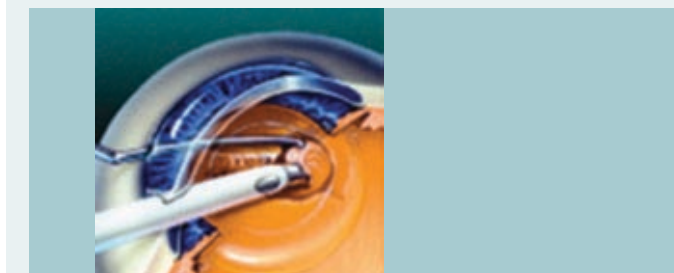
Une minuscule incision d'environ 3 mm est pratiquée sur le bord de la cornée. Celle-ci est généralement positionnée du côté temporal (côté de l'oreille). Cette incision sert de porte d'entrée pour la sonde à phacoémulsification ainsi que pour la lentille pliable.

Cette **micro-incision** ne requiert aucun point de suture et **se referme d'elle-même** après l'intervention.

7.5 Capsulorhexis

Lors du capsulorhexis, l'ophtalmologiste pratique une ouverture circulaire dans la partie antérieure de la capsule afin d'exposer le cristallin qui se trouve à l'intérieur. Cette étape délicate de l'intervention nécessite une bonne dextérité de la part du chirurgien ainsi qu'une très grande coopération de votre part. Vous devrez **éviter de faire des mouvements excessifs**.

Une capsule intacte permettra de recevoir la lentille intraoculaire dans la position souhaitée, c'est-à-dire à l'intérieur du sac capsulaire.

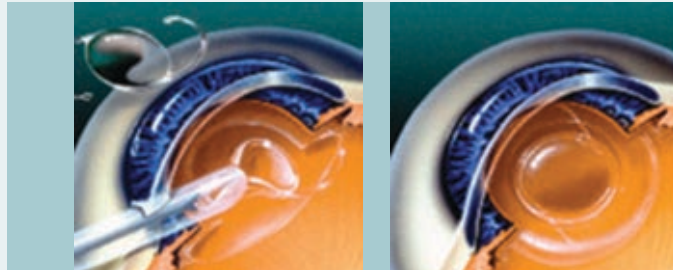


7.6 Phacoémulsification

La sonde microscopique de l'appareil à phacoémulsification est introduite par l'incision. Cette sonde émet des ultrasons permettant de fragmenter le cristallin en morceaux. Ils seront ensuite irrigués et aspirés hors de l'œil.

La fragmentation du cristallin peut nécessiter plus de temps ou une quantité d'énergie plus élevée en présence d'un noyau durci par une cataracte dense (mature).

Il est normal d'expérimenter une **perte temporaire de votre vision**. Ne soyez pas inquiet, votre vision reviendra immédiatement après l'implantation de la lentille.



7.7 Implantation de la lentille intraoculaire pliable

Le chirurgien procède à l'implantation de la lentille intraoculaire en la pliant sur elle-même et en l'insérant par l'incision. Une fois la lentille dans le sac capsulaire, elle se déplie et prend sa position permanente à l'intérieur de l'œil.

L'incision se referme d'elle-même, comme un clapet. Dans de rares cas, l'ophtalmologiste pourrait juger nécessaire d'ajouter un point de suture.



Chapitre 8 Après l'intervention

Une fois l'intervention complétée, vous serez installé dans une salle de repos. À moins d'une condition particulière, **aucun bandage ou coquille ne recouvrira l'œil opéré**. Bien que votre vision sera floue dans les premières heures suivant la chirurgie, vous pourrez utiliser votre œil opéré immédiatement après l'intervention.

Une **trousse vous sera remise**. Celle-ci contient les gouttes médicamenteuses, des échantillons de larmes artificielles, les coquilles pour la nuit ainsi qu'une paire de lunettes de soleil. L'infirmière vous donnera verbalement toutes les directives à suivre en plus de vous remettre un aide-mémoire.

Vous pourrez quitter la clinique aussitôt que vous vous sentirez à l'aise de le faire. **Une personne désignée devra vous accompagner pour le retour** car vous ne serez pas en mesure de conduire.

Vous devrez prévoir du temps libre pour les différentes visites de contrôle soit 24 heures, 1 semaine et 1 mois après la chirurgie. Dans certains cas, une visite à 3 mois sera également à planifier. **Les premières visites seront obligatoirement effectuées à la Clinique d'Ophtalmologie IRIS**. Les suivantes, pourront être faites chez un optométriste désigné près de chez vous.

N.B. Pour les urgences, l'ophtalmologiste de garde pourra être joint en tout temps sur son téléavertisseur.

8.1 Les recommandations postopératoires

Ne prévoyez aucune activité importante après la chirurgie. Vous devrez vous reposer pour quelques heures.

Évitez de frotter votre œil ou de plisser les paupières vigoureusement durant les 2 premières semaines.

Durant les 3 premiers jours, vous aurez à porter une **coquille de protection sur l'œil opéré, pendant la nuit**. N'utilisez aucun bandage sous la coquille.

Dans les 2 premières semaines, prévenez les accidents en évitant de soulever des objets **plus lourds que 10 livres**.

Il n'y a pas de risque à vous pencher suite à l'intervention.

Utilisez des lunettes de sécurité appropriées lorsque vous faites des activités à risque d'impact aux yeux.

N'oubliez pas que les accidents arrivent plus souvent à la maison qu'au travail (Ex. : sport, vélo, jardinage, promenade en forêt, travaux de rénovation, etc.).

Il n'y a pas de risque à vous exposer au soleil après l'intervention. Vous serez toutefois plus ébloui par la lumière pendant les 4 premières semaines. Prévoyez le port de lunettes solaires avec un filtre UV adéquat lorsque vous êtes à l'extérieur.

8.1.1 Gouttes

Après la chirurgie, vous aurez 3 sortes de médicaments à mettre dans l'œil opéré :

- > Un antibactérien :
4 fois par jour, pendant 1 semaine;
- > 2 anti-inflammatoires :
4 fois par jour, pendant 3 semaines.

L'ordre d'usage des gouttes n'a pas d'importance.

La posologie et la durée du traitement seront adaptées à votre condition par l'ophtalmologiste et/ou l'optométriste lors des suivis postopératoires.

Des larmes artificielles peuvent également être utilisées si des symptômes d'assèchement sont présents. Au besoin, vous pourrez vous procurer ces larmes artificielles à la pharmacie, sans ordonnance.

Si vous utilisez des gouttes médicamenteuses pour traiter une autre condition oculaire (Ex. : glaucome) vous devrez continuer d'en faire usage selon la posologie indiquée par votre médecin, **en plus des gouttes** médicamenteuses prescrites pour la chirurgie.

8.1.2 Bain/douche

Le bain et la douche sont permis dès le lendemain de la chirurgie. Gardez les yeux fermés et évitez d'envoyer le jet d'eau directement sur votre visage durant la première semaine. Lavez vos cheveux en laissant l'eau et le savon s'écouler par l'arrière.

Durant la première semaine, vous pourrez vous laver le visage **en évitant de faire entrer une quantité importante d'eau dans votre œil**. Utilisez une serviette propre et souple pour vous essuyer.

Nettoyez délicatement les débris collés sur vos cils à l'aide d'un linge propre, trempé dans l'eau tiède/chaude.

Pour les hommes, vous pourrez vous raser dès le lendemain.

8.1.3 Maquillage

Les crèmes ou lotions peuvent être utilisées dès le lendemain de la chirurgie.

Cependant, il est important d'éviter le contour de l'œil et les paupières pendant la première semaine. **Le mascara et la ligne de crayon sont donc contre-indiqués durant cette période.**

Utilisez des produits neufs et solubles à l'eau pour éviter une infection et une friction excessive des yeux lors du démaquillage.

8.1.4 Travail

Vous pourrez retourner au travail dès le lendemain de votre chirurgie, ou aussitôt que votre vision vous paraîtra satisfaisante à la réalisation de vos tâches habituelles. Il n'y a donc aucun danger à utiliser vos yeux pour lire, regarder la télé ou pour travailler à l'ordinateur.

Toutefois, si vous travaillez dans un milieu poussiéreux et/ou à risque d'infection ou d'impact, il est souhaitable d'attendre 1 semaine après la chirurgie avant de reprendre vos activités. Au besoin, la clinique pourra vous remettre une lettre justifiant votre absence.

En tout temps, utilisez des lunettes de sécurité appropriées pour les activités à risque.

8.1.5 Conduite automobile

Lors de vos visites postopératoires, l'ophtalmologiste et/ou l'optométriste vous indiqueront si votre vision répond aux exigences de la Société de transport et le moment approprié pour recommencer à conduire. Évitez de conduire le soir ou dans un environnement inconnu tant que vos deux yeux ne seront pas opérés. Votre perception des distances et la qualité de votre vision pourraient être diminuées temporairement.

Tout dépendant du type de lentille intraoculaire implantée, vous pourriez percevoir des halos ou des étirements autour des lumières le soir, principalement durant le premier mois. Selon les conditions d'éclairage, votre sensibilité aux contrastes pourrait aussi être légèrement réduite.

8.1.6 Sports/loisirs

La plupart des activités d'intensité modérée peuvent être reprises dès le lendemain de la chirurgie (Ex. : marche, vélo, magasinage, spectacles, etc.).

Toutefois, il est recommandé d'attendre une ou deux semaines pour les activités plus intenses ou pour celles qui nécessitent de soulever un poids excédant 10 livres (Ex. : jogging, bowling, sports de raquette, construction, relations sexuelles, etc.).

La baignade en piscine ou dans un lac ainsi que l'usage d'un bain tourbillon sont contre-indiqués durant la première semaine.

8.1.7 Diète

À l'exception de celle déjà imposée par votre médecin, il n'existe aucune restriction alimentaire postchirurgicale.

Privilégiez les diètes riches en fibres et en liquides pour éviter la constipation.

N.B. Avec l'usage des gouttes anti-inflammatoires, vous pourriez noter un **goût ferreux**, désagréable, dans le fond de votre gorge. Ceci s'explique par le passage du médicament dans le nez, par le canal lacrymal, et ensuite une évacuation vers la gorge. Pour éviter ce goût désagréable, gardez les yeux fermés 20 secondes après l'instillation des gouttes et appliquer un délicat pincement dans le coin de l'œil, près du nez.

8.2 La stabilisation de la vision

En attendant la stabilisation de votre vision, votre correction en lunettes pourrait ne plus vous convenir. Votre confort sera meilleur une fois le deuxième œil opéré. Entre temps, vous devrez soit tolérer votre ancienne correction ou encore fonctionner sans lunettes avec l'œil opéré.

Votre correction devra être modifiée par votre optométriste environ **4 semaines après l'intervention**. Dans certains cas, l'ophtalmologiste et/ou l'optométriste pourraient vous recommander d'attendre de 8 à 12 semaines.

8.3 Avoir des attentes réalistes

Il est important de comprendre que, pour différentes raisons, **le résultat de la chirurgie ne peut pas être garanti**.

Vision 20/20 ? Ca dépend de la santé de vos yeux !

Il se peut que votre vision ne soit pas parfaite après le remplacement de votre cristallin. Cette déficience pourrait **ne pas se corriger par des lunettes** si par exemple, vous présentez une anomalie dans une autre partie de l'œil :

- > Déficience de la couche de larmes;
- > Anomalie de la cornée;
- > Irrégularité du vitré;
- > Anomalie de la macula, de la rétine ou du nerf optique;
- > Amblyopie (« œil paresseux ») ou strabisme (« œil qui louche »).

N.B. En présence d'une cataracte, il arrive que le chirurgien ne puisse pas observer les détails des structures situées derrière le cristallin. Par conséquent, il arrive, une fois la cataracte enlevée, qu'une anomalie préexistante soit découverte.

La vision sans lunettes après la chirurgie

Il n'est pas rare que des lunettes soient nécessaires après l'intervention, pour effectuer certaines tâches, dans certaines conditions et ce, même si vous avez choisi de corriger votre défaut de la vision par la lentille la plus appropriée.

Il arrive que le résultat postopératoire ne corresponde pas au résultat visé par les calculs avant la chirurgie. Certaines conditions peuvent diminuer la fiabilité des mesures et augmenter la probabilité d'avoir à porter des lunettes après la chirurgie :

- > La présence d'un astigmatisme important;
- > La présence d'une cataracte très mature ou d'une cataracte sous-capsulaire postérieure;
- > Un œil anormalement long (myopie sévère) ou anormalement court (hypermétropie élevée);
- > Une cornée irrégulière ou présentant une pathologie;
- > Une cornée ayant déjà subi une chirurgie pour corriger la myopie, l'hypermétropie ou l'astigmatisme;
- > Une pathologie de la rétine.

La correction de votre vision après la chirurgie

Différentes alternatives de correction de la vision pourront être envisagées afin de rehausser le résultat de la chirurgie. La solution retenue dépendra de l'erreur de réfraction résiduelle à corriger :

- > Le port occasionnel de lunettes et/ou de lentilles cornéennes.
 - Les frais de la correction optique ne sont pas couverts par les frais de la chirurgie.
- > La correction par une chirurgie photoréfractive au laser (LASIK ou PRK).
 - Un délai minimal de 3 mois devra être respecté.
 - Les mesures préopératoires de votre cornée devront démontrer qu'elles répondent aux critères de sécurité pour ce type d'intervention.
- > La correction par une explantation et par un remplacement de la lentille intraoculaire.
 - Cette solution présente des risques différents de ceux associés à la première intervention et n'est **considérée que dans de très rares cas**.
 - Les risques de cette intervention sont encore plus significatifs si une capsulotomie au laser Yag a déjà été effectuée.
 - Des frais pourraient s'appliquer.

Dans certains cas, la stabilisation de la vision peut prendre plusieurs semaines voire plusieurs mois. Vous devrez donc patienter le temps nécessaire avant qu'une deuxième intervention chirurgicale soit prévue, **si jugée nécessaire et sécuritaire par l'ophtalmologiste**.

8.4 L'opacification de la capsule postérieure ou « après-cataracte »

Pour soutenir la lentille intraoculaire, la capsule du cristallin est préservée. Suite à un processus naturel de cicatrisation, il arrive que la capsule perde de sa transparence. Ce phénomène peut même se manifester plusieurs années après la chirurgie.

Cette opacification de la capsule peut s'accompagner des symptômes suivants :

- > Baisse progressive de la qualité de la vision;
- > Augmentation de l'éblouissement ou de la sensibilité à la lumière;
- > Augmentation des halos ou des étirements autour des lumières le soir.

Une procédure mineure appelée **capsulotomie postérieure au laser Yag** permet de traiter l'opacité de la capsule postérieure lorsque celle-ci entraîne une gêne significative de la vision. L'ophtalmologiste attendra généralement un minimum de 3 mois, après le remplacement du cristallin, avant de procéder à une capsulotomie. Cette intervention comporte un risque minimal de complications.

Lors de l'intervention, le faisceau du laser Yag est focalisé sur la capsule pour « percer un trou » dans la zone opacifiée. Cette ouverture permet aux rayons de lumière de passer librement jusqu'à la rétine et d'éliminer l'effet de brouillard.

- > Cette intervention dure approximativement de 5 à 10 minutes par œil;
- > Elle est réalisée dans la salle d'examen de l'ophtalmologiste et ne nécessite **aucune incision** sur ou dans l'œil;
- > Pour cette intervention, la pupille est dilatée. Vous devrez donc **prévoir un accompagnateur**;
- > De façon générale, aucune médication n'est prescrite après la capsulotomie.



Même si la récupération visuelle est encourageante dans les jours qui suivent la chirurgie, **la guérison ne sera complétée qu'après 4 à 8 semaines.**

9.1 Les symptômes normaux

Les symptômes suivants sont fréquents immédiatement après la chirurgie. La plupart d'entre eux sont tolérables et diminueront en intensité dans les semaines suivantes. Ces symptômes ne devraient pas vous inquiéter, **sauf s'ils empirent avec le temps** :

- > Vision voilée;
- > Légère sensibilité à la lumière;
- > Sensation de corps étranger ou de grain de sable dans l'œil;
- > Sensation d'avoir les yeux secs;
- > Larmolement;
- > Rougeur modérée du blanc de l'œil;
 - À l'occasion, une tache de sang rouge beaucoup plus foncée peut être observée sur le blanc de l'œil. Elle correspond à la rupture d'un vaisseau sanguin durant l'intervention. Cette condition est aussi bénigne qu'un hématome (un « bleu ») et se résorbera dans les semaines qui suivent.

- > Œil qui chauffe lors de l'instillation des gouttes;
- > Paupière légèrement tombante, œil qui paraît plus petit;
- > Pupille de grandeur ou de forme différente par rapport à l'autre œil;
- > Perception de corps flottants (« mouches volantes »);
- > Dysphotopsie positive (reflets ou arcs de lumière, miroitements, impression que la lentille intraoculaire vibre durant les mouvements de l'œil);
- > Dysphotopsie négative (impression d'une ombre ou d'un manque de vision sur le côté temporal);

Certains symptômes peuvent être associés au type de lentille intraoculaire implantée (Ex. : les lentilles multifocales ou les lentilles monofocales en monovision) :

- > Perception de halos autour des lumières;
- > Légère réduction de la sensibilité aux contrastes.

Il n'est pas toujours possible de corriger ces symptômes à l'aide d'une correction en lunettes et/ou en lentilles cornéennes. **La gêne occasionnée par ces symptômes tend toutefois à diminuer avec le temps par le phénomène d'adaptation neuronale (3 à 6 mois).** Cette capacité d'adaptation varie toutefois d'un individu à l'autre.

9.2 Les symptômes alarmants

Contactez **immédiatement** la clinique ou le chirurgien de garde si vous notez :

- > Une rougeur importante;
- > Une douleur persistante;
- > Une diminution marquée de votre vision;
- > Des nausées ou vomissements;
- > Des « flash » scintillants en l'absence de lumière ambiante;
- > Tout changement important qui n'est pas une amélioration.

9.3 Les complications

Toute intervention chirurgicale comporte un risque minimal de complications. La chirurgie phacoréfractive ne fait pas exception.

Par définition, une complication est un **événement imprévisible** qui survient pendant ou après la chirurgie et qui **peut entraîner une baisse de la qualité de la vision**, de façon temporaire ou permanente. Cette baisse de vision pourrait ne pas se corriger à l'aide de lunettes et/ou de lentilles cornéennes.

La chirurgie phacoréfractive figure parmi les chirurgies les plus fréquemment pratiquées en Amérique du Nord. Aux États-Unis seulement, au-delà de 1,5 million de chirurgies phacoréfractives sont effectuées annuellement. **95 %** d'entre elles s'effectuent **sans complication.**

Le taux de complication varie selon l'état de santé oculaire et systémique de la personne opérée. La perte de la qualité visuelle associée dépend de la gravité de la complication. Dans la majorité des cas, elle se limite à une baisse mineure d'acuité visuelle, sans perte de fonctionnalité. Les cas de cécité résultant d'une complication majeure sont très rares, mais la probabilité ne peut pas être exclue.

L'ophtalmologiste révisera avec vous l'ensemble des risques et bénéfices associés à la chirurgie. Il est toutefois impossible d'énumérer tous les événements qui peuvent survenir durant ou après l'intervention. **Une évaluation rigoureuse de votre condition oculovisuelle et l'analyse de vos antécédents** permettront à l'ophtalmologiste d'identifier les risques les plus probables et d'estimer le potentiel d'améliorer votre vision par la chirurgie.

9.3.1 Les complications mineures et les effets secondaires

Une complication mineure survient dans environ **5 % des cas** et n'entraîne généralement pas de baisse permanente ou significative de la qualité de la vision. Certains de ces symptômes peuvent s'atténuer progressivement avec la guérison ou sous l'effet de l'adaptation neuronale. Dans de rares cas, ils peuvent demeurer permanents.

Les symptômes associés à ces complications mineures peuvent généralement être atténués par :

- > L'usage de larmes artificielles;
- > Le port de lunettes (Ex. : verres teintés, correction optique);
- > Un changement de la posologie des gouttes médicamenteuses;
- > Le port d'une lentille cornéenne (thérapeutique ou bandage);
- > Une deuxième intervention (Ex. : chirurgie laser, capsulotomie, vitrectomie, point de suture, etc.).

Certains frais pourraient s'appliquer.

Parmi ces complications ou ces effets secondaires figurent, **sans s'y limiter** :

- > Perte d'accommodation physiologique;
- > Sur ou sous-corrrection/astigmatisme résiduel;
- > Assèchement oculaire;

Le problème des yeux secs s'apparente au trouble de la peau sèche. Il faut comprendre que **cette condition est généralement chronique et requiert l'usage régulier de lubrifiants pour compenser la situation...à vie !**

- > Dysphotopsie (effets lumineux/ombres);
- > Perception de corps flottants (*floaters*);
- > Décollement du vitré postérieur;
- > Vision double/déséquilibre de la vision binoculaire;
- > Érosion épithéliale;
- > Oedème transitoire de la cornée;
- > Élévation transitoire de la pression intraoculaire;

N.B. Dans certains cas, la chirurgie peut mettre en évidence un glaucome qui passait auparavant inaperçu. Cette condition peut nécessiter une référence à un spécialiste du secteur public.

- > Fuite au niveau de l'incision;
- > Uvéite (inflammation du segment antérieur de l'œil);

Il est possible qu'une inflammation « rebond » soit observée quelques jours ou semaines après l'arrêt des gouttes médicamenteuses. La reprise de celles-ci peut être nécessaire.

- > Oedème transitoire de la macula;
- > Rupture de la capsule postérieure;

S'il y a une rupture de la capsule postérieure lors de l'intervention, le chirurgien pourrait avoir à modifier la puissance et le type de lentille intraoculaire à implanter.

- > Fuite de vitré;
- > Traumatisme de l'iris ou de la pupille;
- > Affaissement de la paupière.

9.3.2 Les complications majeures

La probabilité d'une complication majeure varie entre 0.02 % (2 pour 10 000) à 1 % des cas. Ces complications sont considérées comme très sérieuses et nécessitent une **prise en charge rapide et efficace afin d'éviter ou de limiter des dommages irréversibles à la vision.**

Ce genre de complications survient généralement chez des personnes prédisposées par la présence d'une mauvaise santé ou d'une irrégularité de la structure de l'œil.

Parmi ces complications figurent, **sans s'y limiter** :

- > Endophtalmie (infection des structures internes de l'œil);
- > Décollement de la rétine;
- > Oedème maculaire persistant;
- > Membrane pré-maculaire;
- > Oedème cornéen persistant;
- > Perte du noyau dans le vitré;
- > Luxation (déplacement) de la lentille intraoculaire.

9.3.3 Les complications extrêmes ou graves

Très rares, les complications extrêmes surviennent dans environ 0.01 % des cas (1 pour 10 000) et sont malheureusement associées à un taux de morbidité oculaire très élevé, pouvant entraîner une perte de vision dramatique, jusqu'à la cécité.

Parmi ces complications figurent, sans s'y limiter :

- > Hémorragie explosive;
- > Décollement massif de la choroïde;
- > Traumatisme du nerf optique.

Certaines conditions peuvent nécessiter une hospitalisation d'urgence ou encore, une consultation et une intervention chirurgicale par un autre spécialiste.

Certains frais pourraient s'appliquer.

9.4 Votre sécurité, notre priorité

Nos chirurgiens participent annuellement aux différents congrès internationaux de recherche et développement en matière de chirurgie réfractive. Ils ont le souci d'intégrer à leur pratique des techniques et instrumentation de pointe afin de vous procurer des soins de qualité, **respectant des standards élevés de confort et de sécurité.**

La Clinique d'Ophtalmologie IRIS met à votre disposition :

- > Une équipe d'ophtalmologistes, d'optométristes et d'opticiens qualifiés;
- > Un personnel infirmier expérimenté, respectant les techniques de stérilisation reconnues des grands centres hospitaliers;
- > Nos infirmières ont une formation complète en matière de réanimation cardio-respiratoire (RCR);
- > Une salle de chirurgie dotée d'un système de filtration d'air à flot laminaire positif, assurant un environnement chirurgical stérile;
- > Des instruments chirurgicaux couplés d'une source énergétique de secours de type UPS permettant un traitement sans interruption en cas de panne d'électricité;

- > Des instruments diagnostiques et chirurgicaux permettant d'optimiser le résultat réfractif de la chirurgie (Ex. : biomètre optique IOL Master® et le laser Mel-80® de Carl Zeiss Meditec);
- > Des lentilles intraoculaires pliables de dernière génération;
- > Toutes les lentilles utilisées à la Clinique d'Ophtalmologie IRIS ont reçu l'accréditation d'organismes nationaux (Ex. : Santé Canada et Food & Drug Administration (FDA) américaine);
- > Un environnement paisible et confortable.

La Clinique d'Ophtalmologie IRIS a été désignée **centre de stage en chirurgie réfractive** par l'École d'Optométrie de l'Université de Montréal. Cette reconnaissance est le fruit du travail de tous nos professionnels à différentes activités de formation continue offertes par le CPRO (Centre de perfectionnement et de références en optométrie) et accréditées par l'Ordre des Optométristes du Québec.



Formule de consentement

Lisez le présent document attentivement avant d'y apposer votre signature

En consentant à une chirurgie phacoréfractive, je reconnais avoir compris les informations suivantes :

La chirurgie phacoréfractive consiste à remplacer le cristallin naturel de l'œil par une lentille intraoculaire artificielle.

- > En présence d'un cristallin clair, la chirurgie se pratique dans le seul but de modifier la puissance optique de l'œil afin de réduire la dépendance aux verres correcteurs;
- > En présence d'une cataracte, la chirurgie se pratique dans le but de réduire la dépendance aux verres correcteurs et d'améliorer la vision. La chirurgie n'améliore que la portion de baisse visuelle imputable à la cataracte et n'aura donc aucune influence sur un déficit visuel secondaire à toute autre cause.

Je reconnais avoir été informé des différents types de lentilles intraoculaires offerts pour la correction de ma vision. On m'a expliqué les bénéfices et les inconvénients de chacune des alternatives.

Après discussion avec mon ophtalmologiste, j'ai choisi :

- La lentille intraoculaire pliable monofocale;
- La lentille intraoculaire pliable monofocale torique (correction de l'astigmatisme);
- La lentille intraoculaire pliable multifocale.

La chirurgie phacoréfractive se pratique depuis plusieurs décennies et compte parmi les actes chirurgicaux les plus fréquemment effectués mondialement.

Je comprends que :

1. La durée de la chirurgie est généralement de moins de 30 minutes;
2. L'œil est anesthésié par un gel et/ou une injection;
3. Une incision est pratiquée sur la cornée (ou la sclère) afin de pénétrer à l'intérieur de l'œil;
4. Le cristallin est fragmenté et aspiré lors de la phacoémulsification, grâce à une sonde à ultrasons. Dans de rares cas, le cristallin peut être expulsé en entier;
5. Une lentille intraoculaire est introduite pour remplacer le cristallin;
6. Des points de suture pourraient être nécessaires pour refermer la plaie;
7. Je quitterai peut-être avec un pansement sur l'œil opéré (faible probabilité);

8. J'aurai peut-être à prendre des médicaments contre la douleur;
9. J'aurai des gouttes à instiller dans l'œil opéré pour une période de 3 semaines ou plus;
10. J'aurai certaines restrictions temporaires à respecter;
11. J'aurai à porter une coquille protectrice durant la nuit pour une courte période;
12. J'aurai à me présenter pour des suivis postopératoires.

Au besoin, mon astigmatisme sera corrigé par incision(s) relaxante(s) limbique(s) durant la même procédure. Il s'agit d'un acte chirurgical distinct qui a pour but de diminuer la dépendance aux verres correcteurs et d'en réduire la distorsion. Je reconnais avoir été informé des avantages et des limites de cette technique et d'en approuver son application.

Je suis informé que, même si elles sont rares, **des complications peuvent survenir durant ou après l'intervention**. Une complication peut entraîner une baisse de la qualité de la vision, de façon temporaire ou permanente. Cette baisse de vision pourrait ne pas se corriger à l'aide de lunettes, de lentilles cornéennes ou d'une chirurgie.

Parmi ces complications figurent, sans s'y limiter : érosion épithéliale, œdème cornéen, rupture de la capsule postérieure avec perte de vitré, hypertension oculaire, uvéite persistante, saignement, fuite de plaie, œdème maculaire, membrane pré-maculaire, endophtalmie (infection), décollement de la rétine, perte du noyau dans le vitré, déplacement de la lentille, hémorragie explosive, décollement massif de la choroïde,

traumatisme du nerf optique, défektivité d'un instrument, d'une substance ou d'une lentille, etc.

Certaines complications peuvent exiger un changement de posologie ou des visites plus fréquentes à la clinique. Dans de rares cas, une hospitalisation d'urgence, une consultation ou une intervention par un autre spécialiste pourrait être nécessaire. Si tel est le cas, je serai responsable des frais engendrés par ces événements (déplacements, hébergement, médicaments, soins externes, absentéisme au travail, etc.).

Comme pour tout traitement médical ou chirurgical, les résultats ne peuvent être garantis.

Je comprends qu'il n'est pas rare que des lunettes soient nécessaires après l'intervention, pour effectuer certaines tâches et ce, même si j'ai choisi la lentille la plus appropriée à ma condition. Si tel est le cas, je serai responsable des frais de la correction optique (monture, lentilles ophtalmiques, lentilles cornéennes).

Si jugée nécessaire et sécuritaire par l'ophtalmologiste, une deuxième intervention pourrait m'être proposée pour rehausser le résultat de ma chirurgie phacoréfractive :

- > Capsulotomie au laser Yag (sans frais additionnel);
- > Chirurgie réfractive cornéenne au laser (sans frais additionnel pour 2 ans).

Je suis responsable du paiement des frais entourant ma chirurgie phacoréfractive. Ces frais incluent : 1) le bilan réfractif; 2) la lentille intraoculaire pliable; 3) les substances et médicaments; 4) la garantie de correction, par chirurgie réfractive cornéenne ou intraoculaire, d'amétropie nuisible résiduelle ou anticipée. Je comprends que ces services ne sont pas couverts par la Régie de l'Assurance Maladie du Québec (R.A.M.Q.).

Par ailleurs, la portion de la chirurgie qui consiste spécifiquement à extraire une cataracte est un acte médical couvert par la R.A.M.Q. Je suis informé que ce service est disponible en milieu hospitalier. Je comprends que, si on m'a diagnostiqué une cataracte, les honoraires du chirurgien pour l'extraire seront couverts par ma carte d'Assurance Maladie du Québec.

En signant, je déclare que mon consentement est libre et éclairé. Je reconnais avoir reçu toute l'information pertinente au traitement que je consens à recevoir. Les risques, bénéfices et résultats escomptés m'ont été expliqués et on a répondu à mes questions de façon satisfaisante. Je reconnais avoir été informé que je peux joindre mon médecin ou un membre de son équipe en tout temps pour discuter de nouvelles interrogations que je voudrais lui soumettre ou pour l'informer que je désire révoquer mon consentement à ma chirurgie phacoréfractive.

Nom du patient en lettres majuscules

Signature du patient

Signature du témoin

Nom de l'ophtalmologiste en lettres majuscules

Signature de l'ophtalmologiste

Date de la chirurgie

