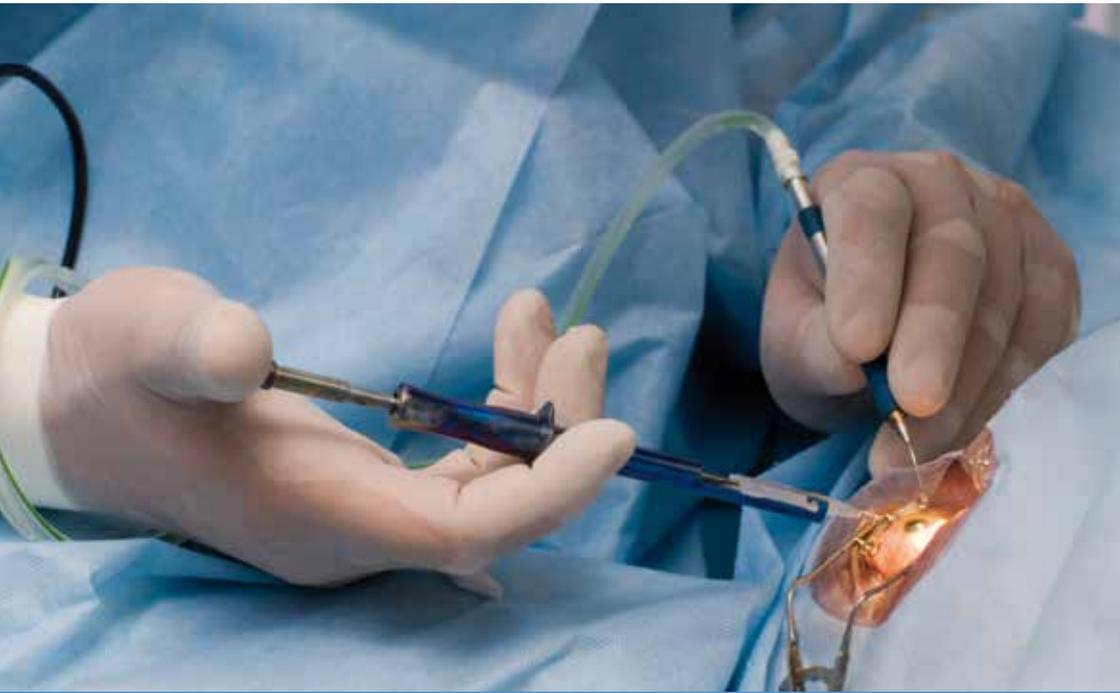




B R U S S E L S
E Y E D O C T O R S



Un regard clair sur l'opération de la cataracte

Dr J. C. Vryghem

www.brusselseyedoctors.be | www.vryghem.be

Sommaire

1. Qu'est ce que la cataracte ?	4
2. La chirurgie de la cataracte	5
3. Historique: techniques de chirurgie de la cataracte	8
4. Chirurgie réfractive du cristallin	12
5. Organisation pratique	17
6. Coûts de la chirurgie	21
7. Localisation du Cabinet	23

Un regard clair
sur l'opération
de *la cataracte*

1. Qu'est ce que la cataracte ?

Le cristallin est une structure située derrière la pupille dont la fonction consiste à focaliser la lumière sur la rétine afin que les images que l'on voit soient nettes. Le nerf optique transmet ensuite ces images vers le cerveau.

Dans le cas des patients atteints de la cataracte, le cristallin devient opaque et les images sont troubles.

• Causes

Le processus de vieillissement est la cause la plus fréquente de la cataracte. La structure normale des protéines du cristallin est modifiée ce qui le rend opaque. La plupart des patients atteints de la cataracte ont plus de 60 ans.

Dans 5 % des cas, la cataracte peut être causée par d'autres facteurs:

- des troubles du métabolisme tels que le diabète;
- des maladies des yeux telles que le glaucome ou des maladies inflammatoires oculaires (iritis, etc.);
- l'utilisation fréquente de certains types de médication, par ex. la cortisone;
- l'hérédité;
- les traumatismes tels qu'un coup sur les yeux ou l'irradiation.



Avant chirurgie



Après chirurgie

2. La chirurgie de la cataracte

• Symptômes

La façon dont la cataracte affecte la vie quotidienne du patient peut varier tout comme la vitesse à laquelle l'affection progresse. Un œil peut être atteint plus sévèrement que l'autre.

Au début, il est possible de corriger les changements de la vue en adaptant les lunettes du patient. Dans certains cas, on constate une amélioration au niveau de la lecture tandis que la vue au loin se détériore. Dans d'autres cas, une vision dédoublée s'installe. Les patients deviennent souvent plus sensibles à la lumière, pendant la nuit les points lumineux deviennent étoilés et conduire un véhicule devient dangereux.

A un stade plus avancé la vue du patient atteint de cataracte devient floue, comme s'il regardait à travers une chute d'eau ou cascade - d'où le nom de "cataracte".

• Diagnostic

Le diagnostic est établi par l'ophtalmologue après un examen approfondi de l'œil, au moyen d'un biomicroscope ou lampe à fente et d'autres équipements diagnostiques. Il s'agit de déterminer si la cataracte est bien la cause de la mauvaise vision et d'exclure d'autres maladies oculaires.

• Traitement: la chirurgie de la cataracte

Aucune médication locale ou générale ne peut prévenir ou guérir la cataracte. Le seul traitement efficace est une intervention chirurgicale consistant à enlever et remplacer le cristallin opaque par un cristallin artificiel ou implant.

Il appartient au patient - en concertation avec l'ophtalmologue - d'évaluer si sa mauvaise vue affecte à ce point sa vie et son bien-être quotidien (lecture, conduite d'un véhicule, regarder la télévision, etc.) qu'il opte pour la chirurgie. En prenant cette décision, le patient devra mettre en balance le confort qu'il souhaite obtenir en éliminant la gêne oculaire qu'occasionne la cataracte et le petit risque de complications qu'entraîne toute chirurgie.

Les interventions de la cataracte sont probablement les opérations les plus pratiquées chez les êtres humains. Le taux de réussite pour ces interventions est élevé : on constate une amélioration significative de la vue chez 98 % des patients.

L'opération de la cataracte peut se faire quel que soit l'âge du patient. Le degré de détérioration de la vue provoqué par la cataracte varie d'un patient à l'autre.

L'intervention chirurgicale n'est urgente que si la cataracte provoque le gonflement du cristallin, ce qui entraîne une augmentation de la tension oculaire (glaucome), une douleur importante et éventuellement la cécité.

• Examen préopératoire

La puissance du cristallin artificiel (implant) que l'on doit implanter est calculée au moyen d'une échographie de l'œil (biométrie), liée à un programme informatique spécifique. Le médecin généraliste du patient sera consulté pour vérifier s'il n'y a pas de contre-indications pour réaliser l'intervention sous anesthésie locale. Souvent, on effectuera un électrocardiogramme et un examen sanguin de routine, si cela n'a pas été fait au cours des 6 mois qui précèdent l'opération.

• Anesthésie

La plupart des opérations de la cataracte sont réalisées sous anesthésie topique, c'est-à-dire au moyen de gouttes.

Le Dr. Vryghem a été parmi les premiers chirurgiens oculaires à introduire cette méthode en Europe - en 1996 - et à l'utiliser systématiquement. Les gouttes anesthésiantes sont instillées quelques instants avant l'opération. Bien que conscient durant l'intervention, le patient ne ressent aucune douleur. Un tranquillisant peut être administré aux patients nerveux.

Dans de rares cas l'anesthésie se fait sous forme d'une injection derrière le globe oculaire. Exceptionnellement on a recours à l'anesthésie générale, par exemple chez des patients atteints de troubles psychiatriques.

• Chirurgie ambulatoire

L'opération de la cataracte se fait en ambulatoire, cela signifie que le patient arrive à l'hôpital une demi-heure avant l'heure prévue pour l'intervention et repart une demi-heure après. Un ou deux contrôles sont prévus dans la semaine qui suit l'opération afin de s'assurer que tout s'est bien déroulé et pour détecter toute infection éventuelle.

• Organisation de la chirurgie

Pendant les trois jours qui précèdent l'opération, l'œil est désinfecté à l'aide de gouttes antibiotiques instillées par le patient. La pupille de l'œil qui doit être opéré doit être dilatée soit à l'aide d'une tablette qui est insérée, soit à l'aide de gouttes qui sont instillées dans l'œil qui sera opéré 1 heure avant l'intervention. Dans certains cas la dilatation est obtenue par l'emploi d'un produit en début d'intervention.

L'intervention se fait dans une salle d'opération stérile. Les contours de l'œil sont désinfectés et couverts d'un champ stérile.

L'intervention en soi dure de 10 à 15 minutes pendant lesquelles on demande au patient de fixer la lumière du microscope opératoire.

La coque protectrice transparente n'est pas nécessaire immédiatement après l'opération mais doit être portée la nuit pendant une semaine.

• Soins postopératoires

Des gouttes antibiotiques et anti-inflammatoires doivent être appliquées par le patient pendant les six semaines après l'opération. Le patient évitera d'exposer ses yeux à un choc éventuel, de soulever des poids ainsi que le contact avec l'eau et des environnements poussiéreux.

Dans la plupart des cas la vue au loin des patients sera suffisante sans lunettes. Toutefois, en cas de chirurgie de la cataracte avec l'implantation d'une lentille monofocale, des lunettes seront nécessaires pour la lecture. Une ordonnance pour les verres définitifs sera prescrite après six semaines.

• Complications éventuelles

La complication la plus sévère qui pourrait survenir à l'occasion de la chirurgie de la cataracte serait une **infection intra-oculaire**, la fréquence est de 1 cas sur 2500.

Dans 4 cas sur 1000 un problème peut survenir pendant l'intervention et causer un **décollement de la rétine** ; ceci nécessite alors une chirurgie supplémentaire.

• Résultats à long terme

Chez un tiers des patients la capsule du cristallin (voir plus bas) peut devenir opaque des mois, voire des années après l'intervention : ce phénomène est appelé **cataracte secondaire** ou opacification de la capsule postérieure.

Le traitement consiste à faire une ouverture dans la capsule opaque (capsulotomie) au moyen d'un laser YAG, ce qui permettra de rétablir la vue dès le lendemain du traitement au laser.

3. Historique: techniques de chirurgie de la cataracte

• Microscopes et micro-instruments

La chirurgie de la cataracte a fortement évolué au cours des vingt dernières années. L'utilisation de microscopes opératoires et de lentilles intra-oculaires et les progrès en micromécanique ont permis le développement de nouvelles techniques opératoires caractérisées par un traumatisme chirurgical minimal et une meilleure récupération visuelle.

Jusque dans les années 70, le cristallin atteint de la cataracte était extrait complètement à l'aide d'une cryode, une sonde spécialement équipée pour geler les tissus avoisinants (**extraction intracapsulaire de la cataracte**), via une grande incision allant jusqu'à 13 mm sans implantation de cristallin artificiel. Plusieurs points de suture étaient nécessaires. Après l'opération la vue du patient devait être corrigée soit au moyen de verres aphakes épais ou soit au moyen de lentilles de contact permanentes. Les verres étaient lourds à porter et non pratiques en raison de leur effet agrandissant et parce qu'ils limitent le champ de vision du patient. De plus, ils ne pouvaient être prescrits dans le cas où un seul oeil avait été opéré. Les lentilles de contact offraient plus de confort mais il était difficile d'apprendre à les manipuler et elles entraînaient des risques d'inflammation et d'infection.

Depuis le début des années 70, des cristallins artificiels ou **implants** destinés à remplacer les cristallins naturels ont été introduits dans la chambre antérieure de l'œil entre l'iris et la cornée. Dans certains cas, ces implants ont provoqué des oedèmes de la cornée ou un glaucome chronique (pression excessive dans l'œil).

Dans l'**extraction extracapsulaire de la cataracte**, seul le noyau du cristallin est extrait de façon manuelle à travers une incision dans la capsule du cristallin (la partie extérieure du cristallin). Ceci permet de conserver une enveloppe dans laquelle on peut introduire un implant. Le cristallin implanté est alors placé dans la chambre postérieure derrière l'iris où était initialement positionné le noyau du cristallin naturel.

L'incision extérieure dans l'œil n'est plus que de 8 à 10 mm mais nécessite toutefois des points de suture. Cette technique se pratique à l'aide d'un microscope opératoire et donne lieu à peu de complications si elle est correctement exécutée. Elle est la technique de choix depuis le début des années 80.

• Phako-émulsification, chirurgie sans sutures et implants pliables

En 1962 Charles Kelman (US) a développé la **phako-émulsification par ultrasons** qui permet de fragmenter et d'extraire le noyau du cristallin via une incision de 3 mm. Il a fallu 30 ans et plusieurs améliorations techniques avant que son invention soit appliquée mondialement. Même si des implants avec une zone optique plus petite étaient utilisés, l'incision devait être élargie jusqu'à 5 mm et un à deux points de suture étaient nécessaires pour fermer la plaie. L'apparition des **implants pliables** qui peuvent être introduits via une petite incision de 3 mm a permis d'entrer dans "l'ère de la chirurgie de la cataracte sans sutures".

Les petites incisions sans points de sutures présentent l'avantage de ne pas entraîner de déformation de la cornée et de prévenir par conséquent l'astigmatisme. La récupération de la vue se fait plus rapidement et le résultat réfractif demeure stable. Actuellement les incisions ont une largeur de moins de 2 mm.

• Anesthésie topique ou anesthésie par gouttes

La prochaine révolution a eu lieu au début des années 90. Jusque là toutes les opérations de la cataracte étaient exécutées sous anesthésie locale ou – moins fréquemment – sous anesthésie générale. L'anesthésie locale était administrée sous forme d'une injection "rétrobulbaire", c'est-à-dire une injection douloureuse et désagréable derrière l'œil non dénuée de risques puisque ce type d'injection pouvait provoquer un hématome orbitaire (épanchement sanguin derrière l'œil), une perforation du globe oculaire, une lésion du nerf optique ou une ptose postopératoire (abaissement de la paupière).

Les gouttes anesthésiantes évitent toute douleur, même si le patient est toujours en mesure de bouger l'œil ou de voir. Un chirurgien expérimenté peut exécuter une opération de la cataracte en utilisant cette forme d'anesthésie, pour autant qu'il donne l'instruction au patient de fixer le point lumineux du microscope et qu'il guide son patient pendant l'intervention.

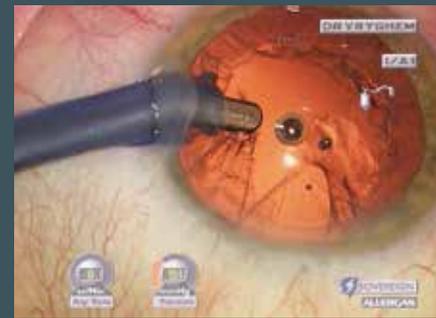
Toutefois, les gouttes ne peuvent être utilisées dans certaines circonstances et il faut alors recourir à une injection. C'est le cas pour les cataractes très denses ou dures, pour les yeux ayant de très petites pupilles ou lorsque l'on combine l'opération de la cataracte avec d'autres interventions telles qu'une opération pour glaucome ou une greffe de la cornée.



Incision de 2.0 mm à l'aide d'un couteau à diamant



Capsulorhexis: ouverture de la capsule antérieure



Irrigation et aspiration des débris



Insertion de l'implant pliable



Un écarteur de paupières empêche les clignements



Phako-émulsification : fragmentation du cristallin à l'aide d'ultrasons



Implant dans le sac capsulaire, incision sans sutures

4. Chirurgie réfractive du cristallin

D'une technique principalement axée sur l'extraction sans risque du cristallin, la chirurgie de la cataracte s'est développée en une procédure affinée qui a pour but d'obtenir le meilleur résultat postopératoire possible, c'est-à-dire permettre au patient de se passer de ses lunettes dans la plupart des cas non seulement pour la vue au loin mais aussi à la lecture et à distance intermédiaire.

Aujourd'hui, l'accent est mis tant sur la **correction des myopies et hypermétropies** préexistantes que sur le **traitement de l'astigmatisme**. Les calculs effectués pour mesurer la puissance de l'implant se sont perfectionnés et raffinés et de nouvelles mesures pour corriger les surprises réfractives postopératoires causées par des calculs erronés de la puissance de l'implant existent.

En plus de cela l'utilisation d'implants multifocaux permet de plus en plus à relever le défi de **corriger la presbytie**.

• Les calculs de la puissance de l'implant

La clé pour obtenir d'excellents résultats réfractifs après l'opération de la cataracte est la mesure précise de la longueur de l'œil (biométrie) et des courbures de la cornée. Ces mesures sont incorporées dans des formules modernes de calcul de la puissance de l'implant. L'échographie classique (biométrie d'applanation) utilisant une sonde directement en contact avec la cornée, apporte toujours de bons résultats mais peut provoquer des surprises réfractives postopératoires lorsque la sonde utilisée pendant la mesure appuie trop fort contre la cornée. De nouvelles méthodes telles la biométrie à immersion ou le "non-contact partial cohérence optical interferometry" (Zeiss IOLMaster) procurent des mesures extrêmement précises et rapides, sont plus agréables pour le patient et permettent au technicien de gagner du temps.

• Indication

Chez un **patient de plus de 45 ans** qui n'a plus de pouvoir d'accommodation les myopies (jusqu'à -30 dioptries) ou hypermétropies (jusqu'à +14 dioptries) peuvent être traitées chirurgicalement en remplaçant le cristallin naturel par un cristallin artificiel (implant) dont la force réfractive est calculée de façon à corriger la myopie ou l'hypermétropie. On parle **d'échange de cristallin à but réfractif**. C'est une intervention fort semblable à une chirurgie de la cataracte qui est exécutée non pas parce que le cristallin est trouble mais pour permettre au patient de se trouver dans une situation où il ne porte (pratiquement) plus de lunettes.

• Astigmatisme

Les incisions utilisées en chirurgie de la cataracte et en chirurgie réfractive du cristallin sont de plus en plus petites et n'induisent de ce fait aucune déformation de la cornée et donc aucun astigmatisme. En cas d'astigmatisme pré-existant deux stratégies sont possibles :

- L'astigmatisme peut se corriger par l'utilisation d'un **implant torique** dans lequel on a incorporé la correction de l'astigmatisme. Cet implant doit être placé dans le méridien correct. En cas d'astigmatisme résiduel un traitement au laser excimer permet dans une phase ultérieure d'affiner le résultat.
- Pour les petits astigmatismes des **incisions relaxantes** au niveau de la courbure cornéenne la plus cambrée (keratotomie arciforme ou limbal relaxing incisions) peuvent s'avérer utiles pour réduire l'astigmatisme préexistant jusqu'à 5 dioptries.
- En cas d'astigmatisme résiduel un **traitement au laser excimer** (PKR ou LASIK) permet dans une phase ultérieure d'affiner le résultat.

• Presbytie

Le prochain grand pas en avant dans la chirurgie de la cataracte et de la chirurgie réfractive du cristallin est le traitement de la presbytie à l'occasion de l'extraction du cristallin.

La chirurgie du cristallin avec des implants intraoculaires conventionnels monofocaux (avec un seul foyer) permet d'obtenir une bonne vision à distance sans correction mais ne solutionne pas la presbytie.

Pour permettre aux patients d'avoir une certaine liberté par rapport aux lunettes de lecture cette presbytie peut être corrigée partiellement par des

implants monofocaux en ajustant l'œil dominant au loin et en créant une légère myopie dans l'autre œil ce qui permet au patient de se débrouiller en pas mal de circonstances de près sans correction après une période d'adaptation. Cette situation s'appelle **Monovision**. La perception des profondeurs peut être altérée légèrement même si la plupart des patients sont peu gênés en conduite voiture. Dans certains cas cette monovision peut être simulée avant une intervention par le port de lentilles de contact pour voir si le patient s'habitue à la différence entre les deux yeux.

La monovision est appliquée moins souvent à cause des progrès récents des **implants multifocaux**. La surface de ces implants a été modifiée (par des cercles diffractifs ou réfractifs) de telle façon à autoriser la vue de près et de loin. Le phénomène d'accommodation (c'est-à-dire la faculté du cristallin normal de s'adapter pour la vue à distance et de près) est simulé.

Le Dr. Vryghem fût le premier chirurgien en Belgique à implanter des implants multifocaux en 1997 (AMO Array).

La qualité des premiers implants laissait à désirer : les patients se plaignaient de halos la nuit et d'une vue de près insuffisante. Depuis 2010 la qualité des implants multifocaux s'est fort améliorée, notamment avec l'apparition d'**implants trifocaux**. Les implants trifocaux disposent de 3 différents points focaux et sont donc conçus de sorte à offrir non seulement une bonne vue au loin, de près (40 centimètres), mais également à distance intermédiaire (60-70 centimètres). La distance intermédiaire est notamment utilisée pour le travail sur ordinateur. Ces implants sont donc une solution adéquate pour le groupe de patients presbytes plus jeunes qui sont encore actifs professionnellement et travaillent beaucoup sur ordinateur. Ces implants trifocaux sont de fabrication belge. Leur design a été développé par la société Liégeoise PhysiOL qui a un brevet sur ces implants.

La perception de halo lumineux autour des sources de lumières vives ne se pose plus que dans un faible pourcentage des cas.

Ces progrès expliquent pourquoi l'échange du cristallin clair à but réfractif (Refractive Lens Exchange) avec des implants trifocaux est actuellement la technique de prédilection pour corriger la presbytie.

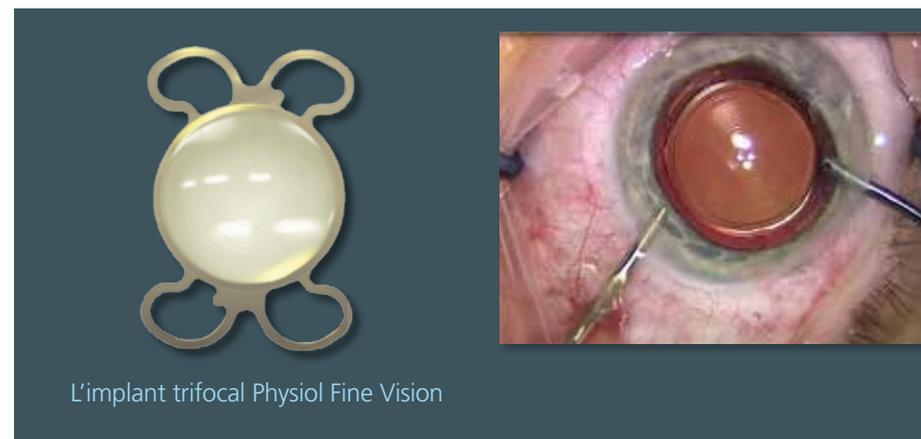
• Effets secondaires sans gravité

Chez un tiers des patients, la capsule peut devenir opaque des mois voire des années après l'intervention: ce phénomène est appelé **cataracte secondaire**. Le traitement est facile et consiste à faire une ouverture dans la capsule voilée (capsulotomie) au moyen d'un laser YAG, ce qui permet de rétablir la vue dès le lendemain du traitement.

Certains patients avec implant multifocal se plaignent de la présence de halos autour des points lumineux la nuit.

• Complications éventuelles

Cette intervention entraîne les mêmes risques rares qu'une chirurgie de la cataracte: la complication la plus sévère serait une **infection intraoculaire** (1/2500).



• En guise de conclusion

Les progrès récents en matière de techniques opératoires, la biométrie et le calcul de la force de l'implant intraoculaire ont permis de nous rapprocher davantage de l'idéal qui consiste à obtenir une situation où les patients opérés de cataracte ne dépendent plus de lunettes, en tous cas dans leurs activités au loin.

Ces raffinements des résultats réfractifs postopératoires ont optimisé l'utilisation des lentilles multifocales et permettent d'offrir cette technologie à nos patients en tant que moyen de traitement de la presbytie et ainsi de réduire leur dépendance par rapport aux lunettes de lecture.

La chirurgie intraoculaire du cristallin devient une forme courante de chirurgie chez ces **patients âgés de plus de 45 ans** qui ne sont pas atteints de cataracte mais **désirent se passer de leurs lunettes**.

5. Organisation pratique

• Avant l'opération

1. La date d'intervention sera fixé lors du rendez-vous préopératoire. En cas de cataracte bilatérale, les rendez-vous des deux yeux sont souvent planifiés à une ou deux semaines d'intervalle. **L'heure** exacte de votre opération doit être confirmée auprès du Cabinet du Dr. Vryghem en téléphonant le jour ouvrable avant l'intervention au **+32 2 741 69 99**.
2. Le **médecin généraliste** du patient sera consulté pour vérifier s'il n'y a pas de contre-indications pour opérer sous anesthésie locale. Dans la plupart des cas on effectuera un électrocardiogramme et un test sanguin de routine, si cela n'a pas été fait au cours des six derniers mois.

En cas de doute, le médecin généraliste peut envoyer le patient chez un cardiologue pour des examens complémentaires.

Ces examens doivent se faire au moins une semaine avant la date prévue pour l'opération.

Les résultats de ces examens doivent nous parvenir par courrier, par fax ou par e-mail.
3. Une **prescription pour des gouttes** sera remise au patient. Celles-ci devront être obtenues en pharmacie.
 - Tobrex (antibiotique) et Indocollyre (anti-inflammatoire) : ces gouttes seront instillées dans l'œil qui doit être opéré pendant les 3 jours qui précèdent l'intervention et ceci 3 fois par jour, avec un intervalle de 5 minutes entre chaque type de gouttes.
 - Tobradex, à utiliser après l'intervention.
4. Si au moment de l'opération vous suivez un **traitement** particulier prescrit par votre **médecin généraliste ou spécialiste**, ce traitement doit être poursuivi même le jour de l'intervention. Ceci s'applique également aux anti-coagulants tels que Sintrom, Aspirine, etc. si l'intervention se fait sous anesthésie topique.

• Chirurgie en ambulatoire

L'opération de la cataracte se fait en ambulatoire, cela signifie que le patient arrive une heure avant l'heure prévue pour l'intervention et qu'il repart quinze minutes après.

L'opération peut s'organiser au cabinet privé du Dr Vryghem, Brussels Eye Doctors, ou à l'Eye-Clinic de la Clinique du Parc Léopold à Bruxelles ou bien à la Clinique de la Basilique à Bruxelles.

• Coordonnées du Cabinet privé du Dr. Vryghem

Brussels Eye Doctors
(rez-de-chaussée)
Boulevard Saint-Michel 12-16
1150 Bruxelles (Woluwe Saint-Pierre)

T +32 2 741 69 99

Le Cabinet du Dr. Vryghem est situé près du Square Montgomery à l'est du centre de Bruxelles et est facilement accessible.

La station de métro Montgomery et une station de taxi se trouvent à proximité du Cabinet.

Le parking le plus aisé se trouve dans la rue du Collège Saint-Michel.

• Coordonnées de l'Eye-Clinic du Parc Léopold

(rez-de-chaussée)
Rue Froissart, 38
1040 Bruxelles (Etterbeek)

T +32 2 287 51 11

La Clinique du Parc Léopold est située au cœur du Quartier Européen, entre le Rond-point Schuman et la Place Jourdan, à 300 mètres du Parlement Européen, de la station de métro Schuman et de la gare du Quartier Léopold. Un parking est à votre disposition sur place, Chaussée d'Etterbeek, au n°184.

L'accès se fait par l'entrée principale, Rue Froissart, à 300m du rond point Schuman (CEE) et à 50m de la place Jourdan.

• Coordonnées de la Clinique de la Basilique

Rue Pangaert, 37-47
1083 Bruxelles (Ganshoren)

T +32 2 434 21 11

La Clinique de la Basilique est située au Nord de Bruxelles à 200 mètres de la Basilique de Koekelberg.

• Organisation de l'intervention

Les opérations se font au Cabinet privé du Dr. Vryghem ou à l'Eye-Clinic de la Clinique du Parc Léopold ou à la Clinique de la Basilique..

- Appelez le Cabinet du Dr. Vryghem **le jour ouvrable qui précède l'opération** pour connaître l'heure à laquelle est prévue votre opération: **+32 2 741 69 99**

• Le jour de l'opération:

Si l'opération a lieu à l'Eye-Clinic de la Clinique du Parc Léopold ou à la Clinique de la Basilique, le patient se présentera au desk d'admission de l'Eye-Clinic une heure avant le rendez-vous fixé pour l'opération muni de sa feuille de liaison remplie par le Dr. Vryghem.

Si l'opération a lieu au cabinet du Dr. Vryghem le patient se présentera 30 minutes avant le rendez-vous fixé pour l'opération.

Avant l'opération, la pupille de l'œil qui sera opéré doit être dilatée.

Cela peut se faire de deux manières différentes :

- Soit à l'aide de gouttes qui seront instillées toutes les 15 minutes, 1 heure avant l'intervention
- soit à l'aide d'une tablette qui est insérée dans l'œil à opérer 1 heure avant l'intervention. Cette tablette sera mise en place par le personnel infirmier de l'Eye-Clinic dès inscription du patient.

Dans certains cas la dilatation de la pupille sera obtenue par l'emploi d'un produit qui sera appliqué en salle d'opération au début de l'intervention.

- Exceptionnellement une **hospitalisation** peut être envisagée. Dans ce cas, le patient est admis l'après-midi avant l'opération et quitte l'hôpital un ou deux jours plus tard. Le patient devra se présenter au service des admissions générales de la Clinique du Parc Léopold (la première porte à droite après la réception générale) muni de sa feuille de liaison remplie par le Dr. Vryghem ainsi que de ses résultats préopératoires : ECG et analyse sanguine. Un ou deux contrôles seront effectués pendant cette hospitalisation.

• Apres l'opération

Dès que l'opération est terminée, vous pouvez boire et manger.

Parfois une légère douleur ou irritation peut être ressentie. Il vous suffit alors de prendre un analgésique comme Perdolan ou Dafalgan.

En cas de douleur anormale ou d'inquiétude contactez le Cabinet :

1/ Pendant les heures ouvrables :

+32 2 741 69 99

2/ En dehors des heures ouvrables :

+32 475/71 08 71 via le numéro de téléphone mobile du Dr. Vryghem

Si le Dr. Vryghem n'est pas accessible, prenez contact avec le service des urgences

de la Clinique du Parc Léopold : **+32 2 287 50 64**

Un à deux contrôles seront effectués dans la semaine qui suit l'intervention pour vérifier si tout s'est bien déroulé et pour détecter tout signe d'infection éventuelle.

Pendant les premiers jours suivant l'intervention, il est vivement conseillé d'éviter un traumatisme direct sur l'oeil, de ne pas faire d'efforts violents (e.a. soulever des poids) et d'éviter l'eau dans les yeux et les milieux poussiéreux.

Le patient instillera des gouttes pendant 6 semaines:

- Tobradex une goutte 4 fois par jour pendant 3 semaines, le traitement est ensuite réduit graduellement : une goutte 3 fois par jour pendant 1 semaine, une goutte 2 fois par jour pendant 1 semaine, une goutte 1 fois par jour pendant 1 semaine.
- Indocollire une goutte 3 fois par jour pendant 3 semaines.

Le patient devra porter une coque transparente en plastique chaque nuit pendant une semaine pour éviter de se frotter l'œil.

La vue du patient et l'éventuel inconfort s'amélioreront rapidement.

• Contrôle final

Un contrôle final est effectué 5 à 6 semaines après l'intervention, les lunettes éventuelles seront alors prescrites. En général, il s'agit uniquement de lunettes de lecture.

6. Coûts de la chirurgie

• En cas de chirurgie de jour à la Clinique

2 mois après l'intervention la Clinique enverra au patient une facture où figureront les détails du coût de l'intervention:

- le forfait de chirurgie de jour
- les frais pharmaceutiques, y compris le prix de l'implant (partiellement ou non remboursé par l'INAMI)
- les honoraires médicaux (honoraires de base et suppléments d'honoraires)
- les frais divers

Chaque rubrique de frais est détaillée avec mention de la partie prise en charge par l'INAMI et la partie à charge du patient (y compris les frais de chambre et les suppléments d'honoraires).

Les suppléments d'honoraires sont de maximum 300 % par rapport au tarif de base.

• En cas d'hospitalisation

2 mois après l'intervention la Clinique enverra au patient une facture où figureront les détails du coût de l'intervention:

- le forfait d'hospitalisation de la Clinique
- les frais pharmaceutiques, y compris le prix de l'implant (partiellement remboursé par l'INAMI)
- les honoraires médicaux (honoraires de base et suppléments d'honoraires)
- les frais divers

Chaque rubrique de frais est détaillée avec mention de la partie prise en charge par l'INAMI et la partie à charge du patient (y compris les frais de chambre et les suppléments d'honoraires).

Les suppléments d'honoraires sont de maximum 300 % par rapport au tarif de base.

• En cas d'opération au Cabinet privé

Lors de l'examen préopératoire un ordre de virement vous est remis.

Les honoraires pour l'intervention se règlent:

de préférence par virement au moins 3 jours avant la date de l'intervention, ou bien le jour de l'intervention:

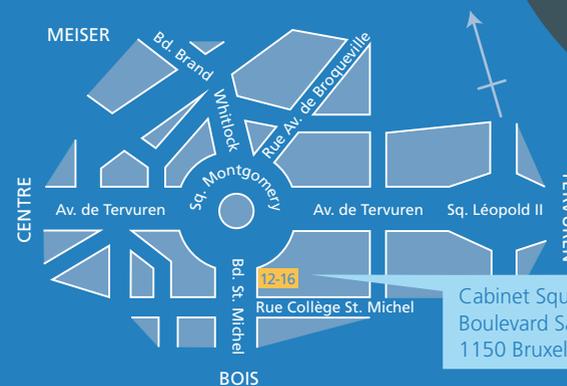
- par bancontact le jour de l'intervention
- par carte de credit le jour de l'intervention
- en espèces le jour de l'intervention

Le jour de l'opération la facture vous est remise.

7. Localisation



Cabinet Square Montgomery



Cabinet Square Montgomery
Boulevard Saint-Michel 12 - 16
1150 Bruxelles (Woluwé St-Pierre)

Clinique du Parc Leopold



Clinique du Parc Léopold
Rue Froissart 38,
1040 Bruxelles (Etterbeek)



BRUSSELS
EYE DOCTORS

www.brusselseyedoctors.be | www.vryghem.be