



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

FICHE PERTINENCE DES SOINS

# Indications et contre-indications de la chirurgie de la cataracte liée à l'âge

RAPPORT D'ÉLABORATION

Février 2019

La méthode d'élaboration des fiches mémo est une méthode pour produire des recommandations ou messages-clés dans un temps court (6 mois environ) et dans un format court (recto-verso).

Les fiches mémo s'inscrivent dans un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Les fiches mémo ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans la prise en charge du patient qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette fiche Pertinence a été élaborée selon la méthode décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site : [Méthode d'élaboration des fiches mémo](#). La recherche documentaire est précisée en annexe 1.

**Tableau 1.** Grade des recommandations

<b>A</b>	<b>Preuve scientifique établie</b>
	Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
<b>B</b>	<b>Présomption scientifique</b>
	Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
<b>C</b>	<b>Faible niveau de preuve</b>
	Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
<b>AE</b>	<b>Accord d'experts</b>
	En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

La fiche Pertinence est téléchargeable sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

**Haute Autorité de santé**

Service Communication – Information

5, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

## Table des matières

Abréviations et acronymes .....	4
Introduction .....	5
<b>1. Épidémiologie de la chirurgie de la cataracte en France .....</b>	<b>6</b>
1.1 Analyse des données du PMSI .....	6
1.2 Études épidémiologiques françaises.....	7
<b>2. Définition de la cataracte.....</b>	<b>8</b>
2.1 Données de la littérature .....	8
2.2 Définition proposée.....	9
<b>3. Indication de la chirurgie de la cataracte .....</b>	<b>10</b>
3.1 Données de la littérature .....	10
3.2 Indications et contre-indications proposées .....	15
<b>4. Avis des parties prenantes .....</b>	<b>16</b>
4.1 Avis du conseil national professionnel d'ophtalmologie.....	16
4.2 Collège de la médecine générale.....	16
<b>5. Validation .....</b>	<b>17</b>
5.1 Avis de la commission .....	17
5.2 Adoption par le Collège de la HAS.....	17
Annexe 1. Recherche documentaire.....	18
Références .....	19
Participants .....	20
Fiche descriptive .....	21

## Abréviations et acronymes

HAS	Haute Autorité de Santé
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
PMSI	Programme de Médicalisation du Système d'Information
RPC	recommandation pour la pratique clinique
AHCPR	Agency for Health Care Policy and Research
Andem	Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

## Introduction

### Saisine

Ce travail s'inscrit dans le cadre des travaux sur la pertinence des soins menés par la HAS et plus précisément sur le thème de la chirurgie de la cataracte.

Il fait suite à la note de problématique réalisée par la Haute Autorité de Santé en 2015 : intervention sur le cristallin avec ou sans vitrectomie (1) qui avait comme objectif de répondre aux constatations de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), d'hétérogénéité régionale du taux de chirurgie de la cataracte.

Cette note concluait que les indications de la chirurgie de la cataracte devaient être redéfinies en s'appuyant sur les recommandations internationales existantes :

- Guide de pratique clinique factuelle de la Société Canadienne d'Ophtalmologie pour la chirurgie de la cataracte de l'œil adulte. 2008 (2) ;
- *Cataract in the Adult eye. American Academy of Ophthalmology.* 2016. (3);
- *Cataract Surgery Guidelines. The Royal College of Ophthalmologist.* Septembre 2010 (4).

Depuis, une recommandation a été publiée en octobre 2017 par le *National Institute for health and care excellence* (NICE) (5). Cette dernière recommandation a été intégrée à la bibliographie.

### Objectifs du travail

Une mise à jour des recommandations concernant les indications de la chirurgie de la cataracte liée à l'âge – les termes de sénile et présénile doivent être abandonnés- est rendue nécessaire car les derniers textes de la HAS datant de 2010 (6) et ne faisant que reprendre ceux de 2000 (7), reposent sur des données scientifiques anciennes pour la plupart révolues. Ils doivent prendre en compte les nombreuses innovations technologiques et instrumentales ainsi que l'évolution du mode de vie de la population vis-à-vis des contraintes visuelles de plus en plus exigeantes.

Le but de cette fiche Pertinence est de préciser les indications de la chirurgie de la cataracte liée à l'âge. Sont exclus de ce travail la chirurgie de la cataracte d'étiologies suivantes :

- cataractes traumatiques ;
- cataractes consécutives à une pathologie oculaire : complication des inflammations endoculaires chroniques (uvéites chroniques), après intervention antiglaucomateuse (trabéculéctomie) ou après intervention chirurgicale du segment postérieur (vitrectomie), décollements de rétine non traités ;
- cataractes liées à une maladie générale (cataractes métaboliques et endocriniennes, autres causes plus rare trisomie 21, la maladie de Steinert et certaines affections cutanées (cataractes syndermatotiques) : sclérodermie, eczéma atopique ;
- cataractes iatrogènes (corticothérapie générale au long cours, radiothérapie orbitaire) ;
- cataracte congénitale.

Les questions suivantes sont traitées :

- épidémiologie de la chirurgie de la cataracte en France ;
- définition de la cataracte ;
- indication de la chirurgie de la cataracte liée à l'âge.

## Méthode

La méthode de réalisation repose sur la méthode d'élaboration de la fiche Pertinence<sup>1</sup> disponible sur le site de la HAS (<http://www.has-sante.fr/>). Les présentes recommandations sont fondées sur un accord professionnel.

La recherche documentaire est détaillée en annexe 1.

## Patients concernés

Patients ayant une cataracte liée à l'âge.

# 1. Épidémiologie de la chirurgie de la cataracte en France

## 1.1 Analyse des données du PMSI

Une analyse des données du PMSI a été réalisée sur la période 2010-2014 sur l'évolution de l'effectif du GHM 02C05 interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie. Les résultats sont présentés dans le tableau 1 et la figure 1.

Tableau 1. Évolution de l'effectif du GHM 02C05 sur la période 2010-2014

	02C05J	02C051	02C052	02C053	02C054	Total
2010	536 997	123 002	728	101	15	660 843
2011	577 330	110 531	601	85	19	688 566
2012	615 609	100 686	627	101	11	717 034
2013	647 208	86 020	499	86	15	733 828
2014	682 023	75 798	429	86	11	758 347

L'effectif du GHM 02C05 a cru de 14,75 % sur la période 2010-2014. L'augmentation de cet effectif se fait essentiellement au dépend de l'effectif du GHM 02C05J qui a crû de 27 % sur la même période. On observe parallèlement une diminution de 38 % de l'effectif du GHM 02C051 et de 41 % du GHM 02C052. L'augmentation d'effectif du GHM 08C05J sur la période 2010-2014 s'explique probablement, au moins partiellement, par une augmentation du recours à la chirurgie ambulatoire.

L'interrogation des bases de données de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) permet de visualiser en 2014 la répartition par région de l'effectif du GHM 02C05J (figure 1).

<sup>1</sup> Méthode d'élaboration des fiches mémo. Guide méthodologique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.

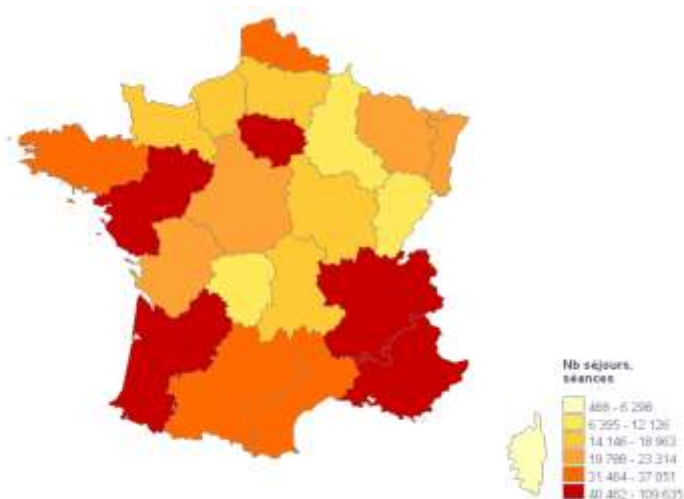


Figure 1. France par régions, GHM 02C05J: Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire, Base complète MCO - Année 2014 (source ATIH).

Cette cartographie objective des variations de pratique inter régional.

## 1.2 Études épidémiologiques françaises

Trois études réalisées en France ont été identifiées. Une étude a été conduite en 2008 (8) sous l'égide de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, une autre étude a été réalisée sur la période 2009-2012 par Daien et coll (9) et la 3<sup>me</sup> étude a été conduite par la DRESS sur la période 2008-2016 (10).

La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés a publié, en 2008, une étude sur la chirurgie de la cataracte en France portant sur le nombre d'intervention, l'âge de l'intervention, le lieu de réalisation, les modalités de l'intervention (ambulatoire ou en hospitalisation). 557 378 interventions de la cataracte ont été réalisées en 2006 dans 706 établissements de santé (237 établissements publics, 469 établissements privés). En moyenne, 80 % ont été réalisées dans le secteur privé. Le niveau d'activité variait de 1 à 8000 séjours selon l'établissement avec aux deux extrêmes 4 % (32) des établissements réalisant moins de 50 séjours et 27 % (189) réalisant plus de 1000 séjours pour intervention de la cataracte. 59 % des opérations étaient effectuées en chirurgie ambulatoire dont 62 % dans le privé et 45 % dans le public. L'âge moyen des patients opérés était de 74 ans avec des différences selon les départements : 75 ans dans la Manche, les Côtes d'Armor, les Landes, 72 ans dans les Bouches du Rhône et l'Île de France. Il existait une corrélation entre une activité forte et un âge moyen plus jeune dans un même département. Le taux d'interventions pour cataracte était en moyenne de 906/100 000 habitants en 2006 avec des variations selon les départements :

- 533/100 000 habitants dans les Ardennes ;
- 850/100 000 en Haute Vienne ;
- 1534/100 000 en Île de France ;
- 1638/ 100 000 en Charente Maritime ;
- 1727/100 000 en Loire Atlantique.

Près de 60 % de ces écarts constatés sur les taux d'interventions s'expliquaient par une population plus âgée et un nombre d'ophtalmologistes plus élevé dans le département. Ainsi, le taux d'intervention était de 616/100 000 dans le Val d'Oise où les 60-74 ans représentaient 9 % de la population et de 1168/100 000 dans le Lot où les 60-74 ans représentaient 17 % de la population. Ce taux était de 1 227/100 000 dans les Alpes Maritimes avec 14 ophtalmologiste pour 100 000 habitants. Il était de 885/100 000 en Lozère où le nombre d'ophtalmologistes était inférieur à 3 pour 100 000 habitants. L'équipe de Daien et coll a étudié l'incidence de la chirurgie de la cataracte quelle qu'en soit l'indication en analysant les données du PMSI sur la période 2009-

2012. Pendant cette période, Le nombre de yeux opérés pour cataracte a augmenté de 13,4 % (631 137 à 715 631) tandis que le nombre de patients opérés d'un ou des deux yeux pour cataracte a diminué de 6,3 %. L'incidence de la chirurgie de la cataracte a augmenté de 9,81 à 10,97/ personnes années tandis que le nombre de patients opérés de la cataracte (1 ou 2 yeux) a diminué de 7,35 à 6,79/1000 personnes années. L'incidence par tranche d'âge sur la période 2009-2012 est présentée dans le tableau 2.

Tableau 2. Incidence par tranche d'âge de la chirurgie de la cataracte de 2009 à 2012

Tranche d'âge	< 40 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70-79 ans	80-89 ans	≥ 90 ans
N chirurgie de la cataracte	14 639	36 586	166 446	538 931	1 112 456	777 427	51 425
I/1000 PA	0,11	1,01	4,89	20,28	59,04	65,78	26,34
% de femmes	42,3 %	47,1 %	50,0 %	54,7 %	60,0 %	63,4	67,0 %

N : nombre, I : incidence, PA : personnes années

Les tranches d'âges les plus concernées par la chirurgie de la cataracte sont les tranches d'âge 70-79 ans et 80-89 ans avec sur la période des 4 ans avec une incidence pour 1000/ PA respectivement de 59,04/1000 PA et 65,78/1000 PA.

L'étude menée par la Dress a été conduite sur le période 2008-2016 en analysant les bases de données du PMSI. Pendant cette période, le nombre de séjour pour chirurgie de la cataracte a augmenté de 39 % et celui des patients opérés de 28 %. La hausse des taux standardisés (après prise en compte de l'augmentation de la population et de son vieillissement) était de 23 % pour les interventions et de 13 % pour les patients. Une analyse des données a été réalisée pour l'année 2016. Le nombre de séjour pour chirurgie de la cataracte était de 825 651 (12,4/1000 habitants) correspondant à 573 814 patients (8,6/1000 habitants). L'âge moyen des patients opérés était de 73,5 ans. Le taux de recours à la chirurgie de la cataracte augmente avec l'âge et atteint son maximum entre 75 et 84 ans (79/1000) pour ensuite diminuer (56/1000 entre 85 et 89 ans, 24/1000 pour les plus âgés). L'étude a également étudié les disparités géographiques du taux de recours pour chirurgie de la cataracte. 17 départements métropolitains et 3 départements et régions d'Outre-mer avaient un taux standardisé de chirurgie de la cataracte inférieur d'au moins 10 % par rapport à la moyenne nationale.

L'ensemble de ces données permet de conclure à une augmentation du taux de recours à la chirurgie de la cataracte qui est partiellement expliqué par l'augmentation et le vieillissement de la population.

## 2. Définition de la cataracte

### 2.1 Données de la littérature

Une recommandation et un rapport d'évaluation français, 4 recommandations internationales ont proposé une définition de la cataracte (tableau 3).



Tableau 3. Définition de la cataracte dans les recommandations françaises et internationales

Auteur – année	Définition
HAS 2000 (7)	Opacification du cristallin qui entraîne une dégradation progressive de la vision.
HAS 2010 (6)	Opacification de tout ou partie du cristallin.
<i>American Academy of Ophthalmology</i> 2016 (3)	Dégradation de la qualité optique du cristallin. Plusieurs types de cataractes existent selon la localisation de l'opacification du cristallin : cataracte nucléaire, corticale, sous capsulaire (antérieure et postérieure), mixtes.
<i>American optometric association</i> 2004 (11)	Opacification du cristallin conduisant à une diminution mesurable de l'acuité visuelle et ou à un handicap fonctionnel perçu par le patient. Les 3 types courants de cataractes sont la cataracte nucléaire, corticale et sous capsulaire
Société canadienne d'ophtalmologie 2008 (2)	La cataracte est une opacification du cristallin qui gêne la vision.
NICE 2017 (5)	La cataracte est définie comme n'importe quelle opacification du cristallin. Elle peut toucher un œil ou les 2 yeux. Les changements de la transparence et de l'indice de réfraction du cristallin entraînent différents niveaux de déficience visuelle. Cette déficience est associée à une diminution de la qualité de vie, car elle peut restreindre la capacité de la personne à mener ses activités quotidiennes et à fonctionner de façon indépendante, tout en augmentant le risque d'accidents et de chutes  Les cataractes affectent le plus souvent les adultes du fait du vieillissement biologique (cataractes liées à l'âge) et peuvent être classées en fonction de la zone du cristallin affectée (cataracte nucléaire, corticale ou sous-capsulaire postérieure)

## 2.2 Définition proposée

Pour l'HAS cette définition était jusqu'à présent la suivante :

Une opacification du cristallin qui entraîne une dégradation progressive de la vision.

À la lecture des documents sélectionnés (1 recommandation et 1 rapport d'évaluation français, et 4 recommandations internationales (tableau 3)), on peut retenir les éléments suivants :

- « l'opacification du cristallin altérant la vision » est le dénominateur commun.

Mais à l'instar de *l'American Academy of Ophthalmology* (2016) (3), le terme de « altération optique » serait plus approprié que celui de « opacification » et élargirait les indications opératoires, notamment aux cas où le cristallin peu opacifié voire même encore clair, verrait sa

forme et/ou son indice de réfraction se modifier, et provoquer alors une altération optique rendant inconfortable voire impossible une vision binoculaire correcte.

- De nouveaux critères apparaissent :
  - l'handicap fonctionnel perçu par le patient (*American Optometric Association* 2004) (11),
  - la diminution de la qualité de la vie, la restriction de la capacité à mener une vie normale et le risque d'accidents (NICE 2017) (5).
- L'intégration dans la définition de la cataracte des différents types topographiques ne présente qu'un intérêt purement anatomique descriptif. Ces formes anatomiques n'interagissent aucunement dans les indications chirurgicales et ne justifient pas d'être mentionnées dans la nouvelle définition.

En conclusion, la définition proposée de la cataracte est la suivante :

« Opacification du cristallin altérant la vision et responsable d'une diminution de la qualité de la vie perçue par le patient, non corrigeable par une correction optique non invasive ».

### 3. Indication de la chirurgie de la cataracte

#### 3.1 Données de la littérature

En 1993 l'Agence officielle de santé américaine *Agency for Health Care Policy and Research* (AHCP) considérait qu'une intervention de la cataracte était justifiée lorsque les trois conditions suivantes étaient remplies :

1. une condition subjective : le patient est gêné dans ses activités de la vie quotidienne et ne peut réaliser les actes souhaités avec un handicap ressenti qui affecte sa qualité de vie ;
2. une condition objective : l'acuité visuelle doit être égale ou inférieure à 5/10 à cause de la cataracte, et le patient doit être dans un état physique et mental lui permettant de subir une chirurgie oculaire sans risque inconsidéré ; pour une acuité visuelle supérieure à 5/10, la condition subjective doit aussi être remplie, mais les plaintes du patient doivent en plus pouvoir être vérifiées objectivement pour que l'intervention ne se solde pas par un résultat visuel décevant ;
3. une condition d'information : le patient doit avoir été informé des avantages et des risques de l'intervention, ainsi que de ses alternatives. C'est à lui que revient la décision finale.

En 1995, l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) reprenait les recommandations de l'AHCP. Elles étaient cependant plus nuancées, une cataracte laissant une acuité visuelle supérieure à 5/10 pouvant être aussi opérée si elle créait un handicap mal vécu par le patient et que sa réalité soit confirmée par des tests objectifs. Depuis, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) en 2000 puis la Haute Autorité de santé (HAS) en 2010, n'ont apporté aucun changement concernant les indications opératoires dans leurs rapports sur la cataracte de l'adulte. Ce seuil d'acuité visuelle inférieur ou égal à 5/10 fait donc toujours force de recommandation.

Depuis, 5 recommandations ont été publiées dont les caractéristiques méthodologiques sont précisées dans le tableau 4 :

- *Care of the adult patient with cataract, American optometric association, 2004* (11)
- Guide de pratique clinique factuelle de la Société canadienne d'ophtalmologie pour la chirurgie de la cataracte de l'œil adulte, 2008 (2)
- *Cataract Surgery Guidelines, The Royal College of Ophthalmologists* – septembre 2010(4)
- *Cataract in the adult eye, American Academy of Ophthalmology, 2016* (3)
- *Cataracts in adult, NICE* octobre 2017 (5).

La recommandation de *l'American Optometric Association* ne sera pas retenue dans ce travail compte tenu de sa date de publication (2004) et de sa méthode d'élaboration non détaillée (notamment : stratégie de recherche documentaire, sélection de la littérature, méthode d'analyse des articles non précisées).

Les indications et non indication de la chirurgie de la cataracte sont détaillées dans le tableau 5.

Tableau 4. Caractéristiques méthodologiques des principales recommandations sur la chirurgie de la cataracte

Auteurs, année	Titre Méthode	RSL	Thème principal	NP	GT	Relecture- validation externe
<i>American Academy of Ophthalmology</i> 2016 (3)	Cataract in the adult eye RPC	oui	Chirurgie de la cataracte	oui	oui	oui
Société canadienne d'ophtalmologie 2008 (2)	Guide de pratique clinique factuelle de la Société canadienne d'ophtalmologie pour la chirurgie de la cataracte de l'œil adulte RPC	oui	Chirurgie de la cataracte	oui	oui	oui
<i>The Royal College of Ophthalmologists</i> - septembre 2010 (4)	Cataract Surgery Guidelines Chemin clinique	oui	Chirurgie de la cataracte, chemin clinique	oui	oui	oui
<i>American Optometric association</i> , 2004 (11)	Care of the adult patient with cataract Consensus?	non	Diagnostic et prise en charge de la cataracte	non	oui	oui
NICE 2017 (5)	Cataracts in adults : management RPC	oui	Chirurgie de la cataracte	oui	oui	oui

RSL : recherche systématique de la littérature, NP : niveau de preuve, GT : groupe de travail

Tableau 5. Indications et non indications de la chirurgie de la cataracte selon les recommandations

Auteurs, année	Indications	Contre-indications CI
HAS 2010 (6)	<p>Fonction visuelle altérée ne permettant plus au patient de pratiquer ses activités habituelles</p> <p>Possibilité d'offrir une réelle amélioration par la chirurgie</p> <p>Absence de contre-indication formelle</p>	<p>Refus du patient</p> <p>Correction suffisante par les lunettes ou des aides visuelles</p> <p>Bénéfice attendu de la chirurgie considéré comme insuffisant</p> <p>Absence d'impact sur la vie quotidienne du patient</p> <p>Une inaptitude médicale à supporter l'intervention</p> <p>Une mauvaise efficacité de la chirurgie de la cataracte sur le premier œil</p>
<i>American Academy of Ophthalmology</i> 2016 (3)	<p>Fonction visuelle qui ne satisfait plus les besoins du patient et pour laquelle la chirurgie de la cataracte peut raisonnablement améliorer la vision</p> <p>Cataracte avec anisométrie cliniquement significative</p> <p>Opacification du cristallin gênant le diagnostic et la prise en charge du segment postérieur de l'œil</p> <p>Inflammations ou glaucome secondaire</p> <p>Glaucome à angle fermé dû au cristallin</p>	<p>Correction visuelle satisfaisant les besoins et désirs du patient</p> <p>Absence attendue d'amélioration de la fonction visuelle par la chirurgie et absence d'autre indication d'ablation du cristallin</p> <p>Situation médicale ou oculaire associée ne permettant pas une chirurgie sans risque</p> <p>Impossibilité d'assurer les soins postopératoires</p> <p>Patient incapable de donner son consentement pour une chirurgie non urgente</p>
Société canadienne d'ophtalmologie 2008 (2)	<p>Patients incommodés dans leurs activités courantes à cause de l'opacité de leurs cristallins : difficultés à voir les détails : lire, conduire, regarder la télévision, aberrations visuelles : éblouissements, halos, problèmes de binocularité : anisométrie, aniseiconie, anomalie de la vision des couleurs</p> <p>Acuité visuelle inférieure à des normes légales définies pour certaines activités (conduite automobile, service militaire, etc.)</p> <p>Permettre un meilleur traitement d'une maladie du segment postérieur de l'œil ou pour traiter un glaucome phacomorphique ou une uvéite phacoanphylatique</p>	<p>Correction visuelle par des lunettes ou autres aides visuelle satisfaisant les besoins du patient</p> <p>Chirurgie risquant peu d'améliorer la fonction visuelle</p> <p>Patient ne pouvant subir l'opération en toute sécurité</p> <p>Soins post-opératoires appropriés non accessibles</p>

Auteurs, année	Indications	Contre-indications CI
<p><i>The Royal College of Ophthalmologists</i> - septembre 2010 (4)</p>	<p>La cataracte doit être la cause des symptômes visuels et affecte la qualité de vie du patient</p> <p>Les risques et bénéfices de la chirurgie doivent avoir été discutés avec le patient</p> <p>Le patient souhaite la chirurgie</p> <p>Autres indications : faciliter le traitement ou la prise en charge de maladie du segment postérieur de l'œil (rétinopathie diabétique, correction d'une anisométrie, maladie oculaire induite par une lentille)</p>	
<p>NICE 2017(5)</p>	<p>Évoquer avec le patient, avant d'envisager une chirurgie, les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Dans quelle mesure, la cataracte altère la vision du patient et sa qualité de vie</li> <li>● Si un ou 2 yeux sont atteints</li> <li>● Les conséquences de la chirurgie en termes de bénéfices risques</li> <li>● Dans quelle mesure la qualité de vie du patient sera affectée si celui-ci ne se fait pas opéré</li> <li>● Le patient veut-il se faire opérer ?</li> </ul> <p>Ne pas restreindre l'indication de la chirurgie de la cataracte en se fondant sur la seule valeur de l'acuité visuelle</p>	

### 3.2 Indications et contre-indications proposées

L'HAS en 2010 a gardé les critères identiques à ceux de l'ANDEM en 1995 qui s'était elle-même basée sur les textes publiés en 1993 par l'agence américaine *Agency for Health Care Policy and Research* (AHCPR). Le point majeur de discussion est le chiffre seuil de 5/10 ou moins qui était retenu pour justifier l'indication opératoire de la cataracte. Au-dessus de ce chiffre d'acuité visuelle, il faut que la cataracte soit confirmée par des tests objectifs et qu'elle crée un handicap mal vécu par le patient.

Pour établir une nouvelle fiche de pertinence des indications et contre-indications opératoires de la cataracte liée à l'âge, 4 recommandations publiées par des sociétés savantes depuis 2008 ont été retenues par la HAS pour la qualité de leur méthodologie : recherche systématique de la littérature, niveau de preuve, groupe de travail (Tableau 4).

La lecture de ces recommandations fait ressortir les critères suivants pour poser l'indication opératoire de la cataracte :

- Le plus important est que plus aucun chiffre seuil d'acuité visuelle ne figure dans les critères d'indications opératoires, à l'exception de quelques activités ou métiers pour lesquels un seuil minimal légal est requis (armée, marine, aéronautique, etc.).
- Les autres critères, aucun ne s'excluant mutuellement :
  - handicap ressenti par le patient et affectant suffisamment son mode de vie en retentissant sur ses activités quotidiennes ;
  - la baisse de la vue n'est pas obligatoire, d'autres facteurs comme l'éblouissement, la sensibilité aux contrastes, la perception des couleurs, les aberrations optiques, la vision binoculaire (anisométrie, anisocorie) pouvant être à l'origine du handicap ;
  - chance raisonnable d'amélioration après chirurgie, en l'absence de pouvoir donner satisfaction avec des lunettes ou autre aide visuelle ;
  - dans certains cas l'amélioration n'est pas l'objectif premier, mais l'extraction de la cataracte est indiquée lorsque celle-ci gêne l'examen du fond d'œil, dans un but diagnostique et/ou thérapeutique ;
  - les bénéfices escomptés de la chirurgie doivent largement dépasser les risques opératoires et post-opératoires ;
  - pour prévenir des complications induites par la cataracte: glaucome phacomorphe par blocage pupillaire, glaucome phacolytique, ou uvéite phacoantigénique.

#### **Les contre-indications de la chirurgie de la cataracte liée à l'âge.**

La chirurgie est contre-indiquée si :

- une correction par lunettes ou autre aide visuelle offre une satisfaction suffisante au patient ;
- une comorbidité médicale ou oculaire la rend déraisonnablement risquée ;
- les soins et le suivi post-opératoire ne peuvent être assurés ;
- en l'absence de consentement du patient ou du tuteur s'il n'y a pas urgence chirurgicale.

En conclusion, ce qui a fondamentalement changé, c'est que plus aucun chiffre d'acuité visuelle seuil ne doit figurer comme critère d'indication opératoire de la cataracte liée à l'âge.

- L'opacification du cristallin est la cause principale des troubles fonctionnels visuels occasionnés. Il faut éliminer cependant toute comorbidité pouvant y être associée. En cas de discordance entre les symptômes fonctionnels et l'examen direct du cristallin à la lampe à fente, des méthodes objectives d'évaluation de la cataracte sont indiquées, comme celles qui mesurent directement la diffusion lumineuse oculaire et parallèlement le retentissement fonctionnel des opacités
- Le cristallin n'a plus besoin d'être opacifié pour être retiré chirurgicalement dans certaines indications à discuter au cas par cas avec le chirurgien.

Exemples (non exhaustif) :

- risque de glaucome aigu par fermeture de l'angle par un cristallin qui devient intumescent avant le stade de l'opacification,
- anisométrie et aniséiconie induites par le changement d'indice du cristallin encore relativement clair, avec parfois nécessité d'opérer dans un second temps l'œil adelphe encore totalement clair pour assurer une bonne vision binoculaire.

L'évaluation des implants n'est pas l'objet de ce travail, cependant il convient de considérer les implants premium (corrigeant l'astigmatisme et la presbytie) comme faisant partie de l'arsenal thérapeutique standard de la chirurgie de la cataracte donc n'induisant aucun surcoût au patient.

## 4. Avis des parties prenantes

### 4.1 Avis du conseil national professionnel d'ophtalmologie

Le conseil national professionnel d'ophtalmologie a validé la fiche pertinence soumise.

### 4.2 Collège de la médecine générale

COMMENTAIRES SUR LA FORME	
Eléments (+)	Eléments (-)
OK pour la forme facilement lisible et utilisable	Mots spécialisés d'ophtalmologues insuffisamment explicités
COMMENTAIRES « OBJECTIFS » (PAGE 1 DE LA FICHE)	
Commentaires : OK. Pas de commentaire	
COMMENTAIRES « DÉFINITION DE LA CATARACTE » (PAGE 1 DE LA FICHE)	
Commentaires : Remplacer « non corrigeable » par « non modifiable » (On parle de facteurs modifiables) OK pour le reste	
COMMENTAIRES « INDICATIONS DE LA CHIRURGIE DE LA CATARACTE LIÉE À L'ÂGE » (PAGE 1 DE LA FICHE)	
Commentaires : Remplacer « extraction de la cataracte » par « remplacement du cristallin lorsque la cataracte... » (On n'extrait pas la cataracte mais on la soigne) OK pour le reste	
COMMENTAIRES « CONTRE-INDICATIONS DE LA CHIRURGIE DE LA CATARACTE LIÉE À L'ÂGE » (PAGE 2 DE LA FICHE)	
Manque d'explicitations sur les éléments de comorbidités médicales et oculaires (2 <sup>e</sup> ligne), sans être exhaustifs mais quand même un minimum pour que le lecteur non spécialiste puisse comprendre.	
AUTRES COMMENTAIRES (NOTAMMENT SUR LE RAPPORT D'ELABORATION)	
Commentaires : Pas d'autres commentaires que ceux ci-dessus	



## **5. Validation**

### **5.1 Avis de la commission**

Ce dossier n'a pas été soumis à une commission.

### **5.2 Adoption par le Collège de la HAS**

Le Collège de la HAS a adopté la fiche Pertinence et son rapport d'élaboration en sa séance du 20 février 2019.

## **Annexe 1. Recherche documentaire**

La recherche documentaire a consisté en l'identification des recommandations de bonnes pratiques françaises et internationales sur la période de janvier 2000 à décembre 2017, la recherche d'enquêtes de pratique et de données épidémiologiques françaises. La base de données *Medline* a été utilisée, les sites internet pertinents, explorés.

## Références

- 1 Haute Autorité de santé. Cataracte : note de problématique. HAS, 2015.
- 2 Guide de pratique clinique factuelle de la Société canadienne d'ophtalmologie pour la chirurgie de la cataracte de l'œil adulte. 2008. Can J Ophthalmol 2008; 43(Suppl1):S35–57.
- 3 *American Academy of Ophthalmology. Cataract in the Adult eye PPP.*2016.  
<https://www.aao.org/preferred-practice-pattern/cataract-in-adult-eye-ppp-2016>
- 4 The Royal College of Ophthalmologist. Cataract Surgery Guidelines. Septembre 2010  
<https://www.rcophth.ac.uk/wp-content/uploads/2014/12/2010-SCI-069-Cataract-Surgery-Guidelines-2010-SEPTEMBER-2010-1.pdf>
- 5 *National Institute for health and care excellence. Cataracts in adults: management.*2017  
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng77>
- 6 Haute Autorité de santé. Condition de réalisation de la chirurgie de la cataracte. 2010  
[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-06/cadrage\\_chirurgie\\_cataracte.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-06/cadrage_chirurgie_cataracte.pdf)
- 7 Haute Autorité de santé. Évaluation du traitement chirurgical de la cataracte de l'adulte. 2000  
[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-06/cadrage\\_chirurgie\\_cataracte.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-06/cadrage_chirurgie_cataracte.pdf)
- 8 La chirurgie de la cataracte en France ? Point d'information 11 septembre 2008  
[https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/DP\\_Cataracte.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Cataracte.pdf)
- 9 Daien V, Le Pape A, Heve D, Carriere I, Villain M. Incidence and Characteristics of Cataract Surgery in France from 2009 to 2012: A National Population Study. *Ophthalmology* 2015;122(8):1633-8.
- 10 De Peretti C, Oberlin P, Villain M, Daien V. Le traitement de la cataracte primaire est la plus fréquente des interventions chirurgicales. *Études et résultats* 2018 ;(1056)  
[http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er\\_1056.pdf](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1056.pdf)
- 11 *American Optometric association. Care of the adult patient with cataract.* 2004.  
<https://www.aoa.org/documents/optometrists/CPG-8.pdf>

## Participants

### Groupe de travail

Dr Anne Lyse Hirsch, Ophtalmologiste, Centre hospitalier de Gonesse, Gonesse

Pr Thanh Hoang- Xuan, Ophtalmologiste, Paris

### Parties prenantes

Les parties prenantes listées ci-dessous ont été sollicitées

Conseil national professionnel d'ophtalmologie

Collège de la médecine générale

\*Collège national professionnel de gériatrie

\*Les parties prenantes indiquées par un astérisque n'ont pas transmis d'avis sur la fiche pertinence.

## Fiche descriptive

Titre	Indications et contre-indications de la chirurgie de la cataracte liée à l'âge
Méthode de travail	Fiche Pertinence
Objectif(s)	Objectifs d'amélioration de la pertinence des soins
Patients ou usagers concernés	Patients ayant une cataracte liée au vieillissement
Professionnel(s) concerné(s)	Ophthalmologiste, gériatre, médecin généraliste
Demandeur	DGOS
Promoteur	Haute Autorité de santé (HAS), Service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : Dr Sabine Laversin, Service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours (Chef de service : Dr Marie Hélène Rodde-Dunet) Secrétariat : Mme Chantal Hottin
Recherche documentaire	De à juin (cf. stratégie de recherche documentaire décrite en annexe 1) Réalisée par Mme Emmanuelle Blondet, avec l'aide de (Chef du service Documentation-Veille : Mme Frédérique Pagès)
Auteurs du rapport d'élaboration	Un chef de projet de la HAS
Participants	Groupe de travail (cf. liste des participants) Parties prenantes consultées : (cf. liste des parties prenantes)
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS, consultables sur <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a> . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail
Validation	Adoption par le Collège de la HAS en février 2019
Actualisation	L'actualisation de cette fiche Pertinence sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.
Autres formats	Fiche pertinence et rapport d'élaboration téléchargeables sur <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a>
Documents d'accompagnement	

~



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)