

Opération du glaucome chronique – Chirurgie filtrante

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous présentez un glaucome chronique qui menace votre vision. Votre ophtalmologiste vous propose l'opération, car la chirurgie représente, à ce stade, le moyen le plus approprié pour tenter de stabiliser l'état de votre vision.

Cette fiche contient l'information sur l'opération qui vous est proposée, sur ses résultats et sur ses risques.

Le glaucome chronique

Cette maladie de l'œil aboutit progressivement à une destruction du nerf optique. Elle détériore insidieusement le champ visuel avec menace de cécité.

Parmi ses multiples causes, la plus fréquente et la plus importante est l'existence d'une pression trop élevée dans l'œil. Seul votre ophtalmologiste est qualifié pour évaluer la nocivité ou non du niveau de cette pression en tenant compte des autres données de l'examen de votre œil : état du nerf optique et du champ visuel en particulier.

Pourquoi opérer le glaucome chronique ?

Il existe 3 méthodes pour abaisser la pression : les collyres, le laser et la chirurgie. Votre ophtalmologiste vous propose celle qu'il estime la plus apte à préserver le plus longtemps possible votre vision.

La chirurgie filtrante du glaucome chronique : L'intervention est réalisée alors que le patient est installé sur le dos, en milieu chirurgical stérile et sous microscope. Elle représente un geste chirurgical majeur, car elle consiste à inciser l'œil pour en abaisser la pression.

Hospitalisation : Une immobilisation minimale de quelques heures est toujours nécessaire. Le mode d'hospitalisation adapté à votre cas vous sera proposé par votre ophtalmologiste en accord avec l'anesthésiste.

Anesthésie : L'œil peut être insensibilisé par des injections de voisinage, ou uniquement par l'instillation de gouttes (anesthésie topique). Une anesthésie générale est également possible. Le choix résulte de l'avis de votre ophtalmologiste et de celui du médecin anesthésiste. Il est important que vous fassiez part de votre souhait au chirurgien et au médecin anesthésiste. Ils sont les mieux qualifiés pour vous conseiller sur le choix des modes d'anesthésie.

La chirurgie du glaucome consiste à enlever une petite portion du trabéculum, c'est-à-dire du filtre anatomique du liquide intra-oculaire (qu'on appelle humeur aqueuse). Cette intervention permet de dériver l'humeur aqueuse hors de l'œil, ce qui a pour effet immédiat d'abaisser le niveau de pression oculaire.

L'acte opératoire, qui se déroule au cours d'une hospitalisation courte, est réalisé en utilisant des instruments miniatures et un microscope opératoire. Il existe actuellement deux techniques que les chirurgiens pratiquent indifféremment.

La trabéculéctomie est la technique la plus connue. Elle consiste à pratiquer l'ablation du trabéculum. L'œil est alors ouvert durant l'opération, puis refermé avec quelques petits points de

suture lorsque le trabéculum a été enlevé. Après l'opération, il se crée une petite «soupape» dissimulée sous la paupière supérieure. Cette soupape a l'apparence d'une «grosseur», d'une bulle d'abord rouge puis blanche, que le patient peut parfois ressentir au toucher. L'existence d'une «bulle de filtration» est normale après une chirurgie du glaucome puisqu'elle correspond au réservoir du liquide qui a filtré hors de l'œil.

L'autre technique, plus récente, s'appelle la sclérectomie. Il s'agit en fait d'une variante chirurgicale de la trabéculéctomie, qui se pratique dans les mêmes conditions opératoires. La principale différence est que le trabéculum n'est enlevé que partiellement. L'œil n'est pas ouvert durant l'opération, ce qui facilite la récupération visuelle après la chirurgie. Une petite bulle de filtration se forme aussi sous la paupière, comme après la trabéculéctomie.

Cependant, dans certains cas, il peut être préférable de choisir la trabéculéctomie, car elle est adaptée à tous les types de glaucome et votre ophtalmologiste pourra vous expliquer les raisons de son choix. La chirurgie ne concerne toujours qu'un seul œil à la fois. Il est déconseillé d'opérer les deux yeux en même temps, principalement à cause du risque infectieux.

Incidents ou difficultés per-opératoires : ils sont rares et imprévisibles et peuvent conduire à renoncer à l'intervention. Il s'agit essentiellement d'hémorragies, qui en général se résorbent en quelques jours, mais peuvent aboutir à la perte de toute vision, voire à la perte de l'œil dans des cas très exceptionnels.

Evolution postopératoire habituelle : La chirurgie du glaucome est généralement bien supportée, avec récupération visuelle rapide. Elle peut parfois entraîner une gêne oculaire qui dure généralement moins d'un mois et se traduit le plus souvent par un larmoiement excessif, une crainte de la lumière vive et, de façon exceptionnelle, une véritable douleur oculaire. Cette gêne oculaire est liée à l'inflammation oculaire causée par les manipulations chirurgicales. De toute façon, des soins locaux, sous forme de collyres ou pommades anti-inflammatoires, sont prescrits après la chirurgie. Le port d'une coque de protection oculaire est souvent préconisée pendant une à plusieurs semaines, afin d'éviter les chocs et les traumatismes. La durée du traitement anti-inflammatoire est variable mais n'excède généralement pas un mois.

Il est toujours nécessaire de prévenir son chirurgien si la douleur n'a pas tendance à s'estomper ou si elle revêt un caractère soutenu, car cela peut signifier une infection oculaire. Ce risque est extrêmement minime, voire exceptionnel, mais il peut compromettre la vision du patient si ce risque se concrétise.

La survenue d'hémorragies oculaires est possible au cours de la chirurgie. Les hémorragies sont généralement minimales et se résorbent en quelques jours. Elles sont souvent localisées à la conjonctive, c'est-à-dire au pourtour de l'œil. L'envahissement de l'intérieur de l'œil par du sang est un phénomène exceptionnel, mais grave. Toutefois, il n'y a jamais d'hémorragie oculaire suffisante pour provoquer une anémie ou nécessitant une transfusion sanguine.

Chez environ un patient sur quatre, il peut être nécessaire de reprendre l'utilisation de collyres antiglaucomateux, voire de recourir à une nouvelle intervention. L'activité professionnelle, l'utilisation de machines ou d'instruments dangereux, la conduite automobile sont déconseillées pendant une période limitée qui sera définie par votre chirurgien.

La normalisation de la pression par la chirurgie filtrante constitue un moyen efficace de ralentir, voire de supprimer le processus d'atrophie du nerf optique. L'évolution du glaucome peut cependant se poursuivre si d'autres facteurs, en particulier circulatoires, interviennent. La chirurgie filtrante du glaucome a comme objectif d'abaisser la pression de l'œil. Elle ne peut en aucun cas prétendre améliorer l'état de la vision. La chirurgie ne dispense pas d'un suivi par le médecin, qui doit continuer à vérifier toutes les données de l'examen: pression oculaire, mais aussi nerf optique et champ visuel. Le rythme de surveillance est fonction du niveau de pression intraoculaire atteint après la chirurgie et également de l'atteinte du nerf optique et de la fonction visuelle.

Les complications de la chirurgie filtrante du glaucome chronique : Bien qu'elle soit parfaitement standardisée et habituellement suivie de bons résultats, la chirurgie du glaucome

n'échappe pas à la règle générale selon laquelle il n'existe pas de chirurgie sans risque. Il n'est donc pas possible à votre ophtalmologiste de garantir formellement le succès de l'intervention.

Les complications sévères de cette chirurgie sont exceptionnelles et il n'est pas possible de les chiffrer. Elles peuvent nécessiter une réintervention et aboutir, dans les cas les plus extrêmes, à la perte de toute vision de l'œil opéré, voire à la perte de l'œil lui-même : les causes sont multiples mais sont liées à une hémorragie oculaire grave, une infection aiguë. Ces complications donnent souvent lieu à des réintervention en urgence.

Un certain degré d'irritation oculaire peut accompagner la cicatrisation postopératoire, mais la gêne entraînée n'excède généralement pas un mois. Le patient peut aussi être gêné par la bulle de filtration si la quantité de liquide s'évacuant de l'œil est excessive. Enfin, la chirurgie du glaucome peut favoriser l'apparition d'une cataracte (opacification du cristallin) ou son aggravation.

Votre ophtalmologiste est disposé à répondre à toute question complémentaire que vous souhaiteriez lui poser.

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

Je soussigné reconnais que la nature de l'intervention, ainsi que ses risques, m'ont été expliqués en termes que j'ai compris, et qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées.

J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant et

Date et Signature

- donne mon accord
 ne donne pas mon accord

pour la réalisation de l'acte qui m'est proposé.

Ces fiches nationales ont été créées sous l'égide de la Société Française d'Ophtalmologie (SFO) et du Syndicat National des Ophtalmologistes de France (SNOF).

Fiche révisée en novembre 2009.

<http://www.sfo.asso.fr>