

Traitement du glaucome réfractaire

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous souffrez d'un glaucome réfractaire, c'est-à-dire résistant au traitement médical et chirurgical classique. Votre ophtalmologiste vous propose une opération qu'il estime constituer le seul moyen d'espérer conserver votre vision. Cette intervention est réservée aux cas les plus difficiles, les plus résistants, ceux pour lesquels un traitement chirurgical classique plus conventionnel n'a pas été suffisamment efficace.

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

Le glaucome réfractaire

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. Le glaucome est dit réfractaire lorsqu'il échappe à tout traitement habituel : collyres, laser ou chirurgie anti-glaucomeuse habituelle conventionnelle.

Pourquoi faire une opération particulière ?

En laissant votre glaucome évoluer, la cécité est inéluctable à court terme et l'œil peut devenir douloureux ou irrité en permanence. Une opération classique n'étant plus possible, votre ophtalmologiste va devoir recourir à des techniques plus complexes et plus risquées pour abaisser la pression. C'est à ce prix que l'on peut espérer conserver une vision et réduire la douleur éventuelle.

L'opération : Elle est réalisée en milieu chirurgical et le plus souvent sous microscope. Elle représente un geste chirurgical majeur car elle consiste :

- soit à ouvrir l'œil pour y placer une valve ou un implant de drainage pour favoriser le drainage du liquide oculaire (humeur aqueuse),
- soit à affaiblir certains tissus pour abaisser la pression (cyclodestruction). Le tissu qui est détruit est le corps ciliaire : il s'agit d'une glande, située derrière l'iris, dont le rôle est de produire l'humeur aqueuse. La destruction du corps ciliaire fait baisser la pression oculaire. Ces deux techniques ont pour but d'abaisser durablement la pression oculaire.

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.

Technique opératoire : Elle diffère selon le type d'opération envisagé par votre ophtalmologiste.

On distingue :

- Les opérations de cyclodestruction traditionnelles par laser, ou par application de froid. Une sonde est appliquée sur l'œil à la limite de la cornée, et la lumière laser ou le froid sont dirigés vers les tissus à détruire. Malgré l'anesthésie, des douleurs peuvent être ressenties. Plusieurs séances peuvent être nécessaires pour obtenir un résultat. La cyclodestruction peut être également réalisée à l'aide des ultrasons focalisés de haute intensité. Cette technique récente peut également vous être proposée et est une variante des techniques de cyclodestruction traditionnelles.
- Les opérations par mise en place d'une valve nécessitent une anesthésie plus complète et l'usage d'un microscope opératoire. Une valve en plastique est insérée et sert de soupape, favorisant l'élimination extra-oculaire de l'humeur aqueuse et la baisse de la pression oculaire.

L'évolution postopératoire habituelle : Dans la très grande majorité des cas, l'œil opéré est peu ou pas douloureux. Une inflammation oculaire est possible et peut être une source de gêne oculaire, voire de véritable douleur. L'intervention n'a pas pour but d'améliorer la vision, qui peut même diminuer transitoirement, pendant quelques jours ou quelques semaines, après la chirurgie.

Les soins consistent en l'instillation de gouttes ou à l'application d'une pommade et à la prise éventuelle de comprimés. Le port d'une protection oculaire peut être utile les premières semaines. Votre ophtalmologiste vous indiquera les modalités de ce traitement et la fréquence des contrôles.

La surveillance de la pression oculaire sera un temps essentiel du suivi médical. Une nouvelle intervention pourra être envisagée rapidement si la pression reste élevée.

Les complications de la chirurgie du glaucome réfractaire : L'opération du glaucome réfractaire n'échappe pas à la règle générale selon laquelle il n'existe pas de chirurgie sans risque. Il n'est pas possible à votre ophtalmologiste de garantir formellement le succès de l'opération et ce, d'autant plus que les précédents traitements n'ont pas suffi pour contrôler la pression oculaire.

Les complications graves des interventions de cyclodestruction traditionnelles ou de pose de valves anti-glaucomeuses sont fréquentes. Elles peuvent aboutir à la perte de toute vision, voire à la perte de l'œil. L'atrophie de l'œil est la complication la plus grave, pouvant s'observer avec les interventions de cyclodestruction ou la pose de valves anti-glaucomeuses. Elle est irréversible et s'accompagne toujours d'une perte totale de la vision. L'ablation de l'œil atrophié peut être nécessaire. Les techniques de cyclodestruction par ultrasons exposent moins à ce risque, et sont généralement mieux tolérées.

La persistance d'une trop forte pression après l'intervention peut nécessiter une ré intervention.

Des infections oculaires concernent environ 2% des patients opérés avec une valve. Le déplacement de la valve est possible, entraînant une décompensation de la cornée, une cataracte (opacification du cristallin), voire une hémorragie intraoculaire ou un décollement de rétine. Ces complications peuvent aboutir à la perte de la fonction visuelle, ou même de la perte anatomique du globe oculaire.

Les techniques de cyclodestruction par ultrasons qui sont proposées dans certains cas particulièrement indiqués, peuvent justifier un surcoût : votre chirurgien vous en expliquera les modalités.

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 reçu une information sur tous les coûts de l'opération

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

donne mon accord

ne donne pas mon accord

pour la réalisation de l'acte qui m'est proposé ainsi que pour l'enregistrement anonyme des images opératoires

Date et Signature

- *Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie.*
 - *Arrêter de fumer 6-8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire.*
- Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste ou appelez la ligne Tabac-Info-Service au 3989 pour vous aider à réduire les risques et mettre toutes les chances de votre côté.*

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) avec l'aide de la Société Française du Glaucome (SFG)

Fiche révisée en avril 2013.

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