

Fiche d'information

Chirurgie du glaucome avec trabéculotomie ab interno au laser Eximer Elios

Vous allez être opéré(e) pour stabiliser votre glaucome.

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

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.

Le glaucome chronique

Cette maladie de l'œil détruit progressivement le nerf optique, ce qui se traduit par une détérioration insidieuse du champ visuel et expose au stade ultime à une perte de la vision. Les causes du glaucome sont nombreuses et la plus fréquente est l'élévation de la pression oculaire qui est liée au dysfonctionnement du filtre (le trabéculum) permettant l'évacuation du liquide circulant dans l'œil (l'humeur aqueuse).

Pourquoi opérer le glaucome chronique ?

Il existe trois méthodes pour abaisser la pression oculaire : les collyres, le laser et la chirurgie. Votre ophtalmologiste vous propose celle qu'il estime être la plus appropriée pour préserver le plus longtemps possible votre vision. L'opération du glaucome ne peut ni supprimer le glaucome, ni améliorer la fonction visuelle, ni réparer les lésions dues au glaucome, qui sont irréversibles. Son objectif est d'abaisser la tension oculaire pour ralentir l'évolution du glaucome et préserver au mieux votre champ visuel.

La chirurgie du glaucome avec trabéculotomie ab interno au laser Eximer Elios

L'intervention chirurgicale se déroule toujours au bloc opératoire, en milieu chirurgical stérile et sous microscope alors que le patient est installé sur le dos. Elle consiste à réaliser 10 microcanaux dans le réseau trabéculaire (filtre de l'œil) afin d'améliorer l'écoulement physiologique (naturel) de l'humeur aqueuse dans le canal de Schlemm, tout en préservant l'anatomie de l'angle Irido-cornéen. et donc abaisser la pression oculaire. Cette chirurgie peut se faire au décours d'une chirurgie de la cataracte ou seule.

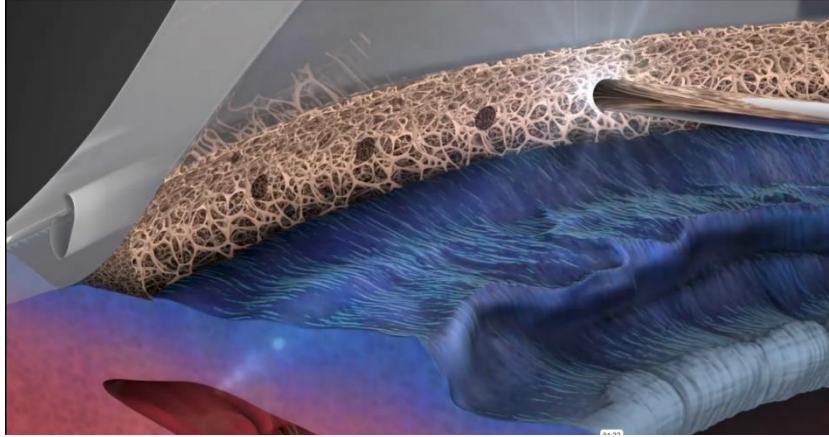
- . **Hospitalisation ambulatoire:** Une immobilisation minimale de quelques heures est toujours nécessaire.
- . **Anesthésie :** l'œil peut être insensibilisé par des injections autour de l'œil ou par instillation de gouttes. Une anesthésie générale est possible. Le type d'anesthésie est choisi par votre ophtalmologiste en accord avec le médecin anesthésiste, en prenant en compte, si possible, votre propre souhait.
- . **Incidents ou difficultés per opératoires:** ils sont rares et imprévisibles, de gravité variable et certains peuvent conduire à renoncer à la poursuite de l'intervention: fragilité tissulaire, issue de vitré, hémorragies qui se résorbent habituellement en quelques jours mais qui peuvent, dans des cas exceptionnels, aboutir à la perte de la vision voire de l'œil.

EVOLUTION POST-OPERATOIRE HABITUELLE

La chirurgie est standardisée mais son succès dépend des capacités de cicatrisation des tissus qui varient d'une personne à l'autre et de la perméabilité du filtre trabéculaire restant. Il n'est donc pas possible, à votre ophtalmologiste de garantir formellement le succès de l'intervention.

Des visites de contrôle sont nécessaires dans les suites de l'intervention pour surveiller la filtration qui peut être défaillante dans 20% à 30% des cas et nécessiter de remettre un traitement contre la pression de l'œil. Les soins locaux habituels sont réduits à l'instillation de gouttes et /ou pommade durant plusieurs semaines, ainsi qu'au port d'une protection oculaire la nuit pendant quelques jours. L'activité professionnelle, l'utilisation de machines ou instruments dangereux, la conduite automobile et les activités

sportives sont déconseillées pendant une période limitée, qui sera définie au cas par cas par votre chirurgien. Une gêne visuelle est fréquente après l'intervention, souvent modérée, plus ou moins durable, liée à l'intervention elle-même, aux collyres: vision trouble, éblouissement, larmoiement et sécrétions modérées au réveil, sensation de sable, œil discrètement sensible au toucher ou lors des mouvements oculaires. La baisse de la tension oculaire est généralement obtenue dans 60% des cas après l'opération pour une durée variable. Dans un certain nombre de cas, il est nécessaire de reprendre l'utilisation de collyres antiglaucomateux, voire de ré-intervenir chirurgicalement. Après l'opération du glaucome, une surveillance reste indispensable à vie, au rythme qui sera déterminé par votre ophtalmologiste, car le glaucome est une maladie dont l'évolution peut se poursuivre même en cas de normalisation de la pression oculaire notamment si d'autres facteurs (circulatoires en particulier) interviennent.



Trabéculotomie ab interno au laser Eximer Elios
 Réalisation de 10 microcanaux dans le réseau trabéculaire (filtre de l'œil) afin d'améliorer l'écoulement naturel de l'humeur aqueuse dans le canal de Schlemm, tout en préservant l'anatomie de l'angle Irido-cornéen, pour abaisser la pression oculaire. Il s'agit d'une procédure sûre et efficace, sans corps étranger.

Les complications de la chirurgie filtrante du glaucome chronique

Les complications sévères de cette chirurgie sont exceptionnelles et il n'est pas possible de les chiffrer.

Certaines peuvent nécessiter une ré-intervention et aboutir, dans les cas les plus extrêmes, à la perte de la vision ou de l'œil. Il s'agit : d'une baisse de la vision parfois irréversible (exceptionnelle), d'hémorragie à l'intérieur de l'œil, d'infections qui peuvent survenir plusieurs mois ou années après la chirurgie, d'une hyperpression importante, qui peut parfois nécessiter une intervention en urgence, d'une baisse trop importante de la tension oculaire, parfois plusieurs mois ou années après la chirurgie, responsable d'une vision abaissée et/ou déformée parfois de façon permanente.

D'autres aléas sont moins sévères et plus fréquentes :

Hémorragie au niveau des tuniques externes de l'œil, régressive en quelques jours, érosion ou ulcère de la cornée du fait de la chirurgie, larmoiement excessif, inflammation de l'œil, baisse trop importante ou insuffisante de la tension oculaire pouvant nécessiter une nouvelle intervention, ou la reprise d'un traitement anti-glaucomateux, chute modérée, parfois permanente, de la paupière supérieure.

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 nous vous demandons de signer ce document, dont le double est conservé par votre médecin dans votre dossier médical.

Je soussigné(e) reconnais que la nature de l'intervention prévue le 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 je donne mon accord pour la réalisation de l'acte qui m'est proposé et 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.