Société Française d'Ophtalmologie

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL
VILLENEUVE-SAINT-GEORGES
Lucie & Raymond AUBRAC

Fiche d'information n°05

## Opération du glaucome réfractaire

Madame, Mademoiselle, Monsieur,
Vous souffrez d'un glaucome réfractaire. Votre ophtalmologiste vous propose une opération qu'il estime constituer le seul moyen d'espérer conserver votre vision.
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'oeil atrophie progressivement le 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'oeil. Le glaucome est dit réfractaire lorsqu'il échappe à tout traitement habituel.
Pourquoi faire une opération particulière ?
En laissant votre glaucome évoluer, la cécité est inéluctable à court terme. 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.

**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'oeil pour y placer une valve, soit à affaiblir certains tissus pour abaisser la pression.
**Hospitalisation** : l'opération nécessite une immobilisation de quelques heures à quelques jours selon la technique employée. Votre mode d'hospitalisation vous sera proposé par votre ophtalmologiste en accord avec le médecin anesthésiste.
**Anesthésie** : L'oeil peut être insensibilisé par des injections de produits anesthésiques au voisinage de l'oeil ou par des gouttes. Il peut être nécessaire de recourir à une anesthésie générale. Le choix résulte de l'avis de votre ophtalmologiste et de celui du médecin anesthésiste. Ce choix prend en compte votre souhait lorsque cela est possible.
Technique opératoire : elle diffère selon le type d'opération envisagé par votre ophtalmologiste.
On distingue :
- Les opérations par laser, par ultrasons ou par application de froid. Une sonde est appliquée sur l'oeil à la limite de la cornée, et les ultrasons, 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.
- 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. La pression est ainsi abaissée.

**Complications pendant l'opération :**

- Les anomalies découvertes par le chirurgien lors de la mise en place d'une valve peuvent l'obliger à réaliser une opération plus complexe, voire à renoncer à l'opération
- Une hémorragie peut se produire qui, en général, se résorbe en quelques jours. Dans des cas très exceptionnels elle peut aboutir à la perte de la vision ou de l'oeil.

De telles situations sont imprévisibles.
L'évolution postopératoire habituelle
Dans la très grande majorité des cas l'oeil opéré est peu ou pas douloureux. L'inflammation est fréquente. La vision ne va pas s'améliorer et sera au contraire souvent un peu moins bonne pendant quelques jours ou quelques semaines.
Les soins sont réduits à 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.
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. S'agissant d'une opération exceptionnelle dont le seul but est de conserver un oeil condamné, le seul abaissement de la pression est un succès.
Les complications graves de l'opération sont fréquentes. Elles peuvent aboutir à la perte de toute vision, voire à la perte de l'oeil.
L'atrophie de l'oeil est la complication la plus grave. Elle est irrémédiable et s'accompagne toujours d'une perte totale de la vision. L'ablation de l'oeil atrophié peut être nécessaire.
La persistance d'une trop forte pression peut nécessiter une réintervention.
Des infections touchent 2 % des cas pour les valves.

L'oedème de la cornée.
Le déplacement de la valve est fréquent.

**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).