

CHIRURGIE COMBINÉE CATARACTE ET PONTAGE TRABÉCULAIRE

Madame, Monsieur,

Vous êtes atteint d'une cataracte responsable de certains de vos troubles visuels. Votre ophtalmologiste vous propose l'opération, car la chirurgie constitue le seul moyen de les améliorer. Vous présentez par ailleurs un glaucome chronique. Votre ophtalmologiste vous propose une intervention chirurgicale combinée « cataracte et pose de drain trabéculaire », de façon à réduire la pression intra-oculaire et/ou à réduire les traitements par collyres anti-glaucomateux.

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

La cataracte

Elle correspond à une altération optique et/ou anatomique du cristallin, lentille de forte puissance située à l'intérieur de l'œil (équivalent de l'objectif dans un appareil photographique) jouant un rôle important dans la vision et l'accommodation chez le sujet jeune, c'est-à-dire le passage de la vision de loin à la vision de près.

Pourquoi opérer la cataracte ?

Parce qu'il n'existe pas de traitement médical (collyres, médicaments) pouvant guérir une cataracte. En l'absence d'opération, l'opacification évolutive du cristallin pourra conduire à une diminution progressive et croissante de la vision, et à terme à une perte de votre autonomie. De plus, l'augmentation de volume du cristallin vieillissant pourrait être source d'une élévation de la pression intra-oculaire.

L'opération de la cataracte

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, à en extraire l'un de ses éléments internes - le cristallin - et à le remplacer par un implant intra-oculaire.

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 facteurs de risque du glaucome sont nombreux et le plus fréquent est l'élévation de la pression oculaire qui est liée à l'obstruction et au dysfonctionnement du filtre (le trabéculum) permettant l'évacuation du liquide circulant dans l'œil (l'humeur aqueuse). Il existe trois méthodes pour abaisser la pression oculaire : les collyres, le laser et la chirurgie. Il existe plusieurs techniques de chirurgie du glaucome et de chirurgie combinée de la cataracte et du glaucome. Votre ophtalmologiste vous propose celle qu'il/elle estime être la plus appropriée pour préserver le plus longtemps possible votre vision. Les chirurgies du glaucome ne peuvent ni supprimer le glaucome, ni améliorer la fonction visuelle, ni réparer les lésions dues au glaucome qui sont irréversibles. Leur objectif est donc d'abaisser la pression oculaire pour ralentir l'évolution du glaucome.

La chirurgie de pontage trabéculaire

La chirurgie de pontage trabéculaire est une des techniques de chirurgie mini-invasive du glaucome. Elle consiste à placer, en passant par l'intérieur de l'œil, un ou des drain(s) au travers des voies d'écoulement de l'humeur aqueuse pour faciliter son évacuation hors de l'œil par les voies naturelles et donc abaisser la pression oculaire. Cette chirurgie se fait au début ou à la fin de la chirurgie de la cataracte.

Hospitalisation

Une immobilisation minimale appropriée est nécessaire. Le mode d'hospitalisation adapté à votre cas vous sera proposé par votre ophtalmologiste.

Anesthésie

L'œil est insensibilisé uniquement par l'instillation de gouttes ou éventuellement par des injections autour de l'œil. Une anesthésie générale est également possible.

L'intervention

Le chirurgien a recours à l'instrumentation qui lui semble la mieux adaptée. L'extraction du cristallin est réalisée par une sonde passant par une petite incision, permettant de fragmenter le cristallin avec des ultrasons, et peut parfois aussi être assistée par laser. L'enveloppe contenant le cristallin (la capsule) est laissée en place (sauf sa partie antérieure). Il est exceptionnel de procéder à l'extraction de l'ensemble du cristallin et de la capsule. Le cristallin est remplacé par une lentille synthétique placée derrière la pupille (implant intra-oculaire). L'incision de l'œil est suturée ou non.

Avant ou après la chirurgie de la cataracte, le chirurgien pratique la chirurgie de pontage trabéculaire qui est une chirurgie mini-invasive du glaucome. L'implantation du ou des drain(s) est généralement réalisée par l'incision de la chirurgie de la cataracte.

Les implants intra-oculaires disponibles pour la chirurgie de la cataracte

Le choix, discuté avec votre chirurgien, sera fondé sur les caractéristiques fonctionnelles et anatomiques de vos yeux, ainsi que sur vos besoins visuels. Les différentes catégories se rangent entre monofocaux, multifocaux, à profondeur de champ étendue et toriques.

Incidents ou difficultés peropératoires

Pour la chirurgie de la cataracte ils sont rares et imprévisibles mais peuvent modifier le déroulement de l'intervention. La principale complication est la rupture de la capsule (moins de 5% des cas). Elle conduit parfois à placer l'implant devant la pupille, voire à renoncer à toute implantation. Il peut être nécessaire d'enlever un petit fragment de l'iris et/ou de procéder à l'ablation d'une partie du vitré dans le même temps ou dans un second temps. L'extraction de la cataracte est parfois incomplète et peut imposer une reprise chirurgicale (rare).

Pour la chirurgie de pontage trabéculaire, 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 entraîner une augmentation temporaire de la pression intra oculaire et, dans des cas exceptionnels, aboutir à la perte de la vision voire de l'œil.

L'évolution post-opératoire habituelle

Dans la très grande majorité des cas (95%), l'œil opéré de cataracte est indolore. La vision s'améliore rapidement et une correction adaptée par lunettes peut être prescrite au bout de quelques semaines. La présence d'autres lésions de l'œil (glaucome, maladie rétinienne, cicatrices ou maladie cornéenne) peut limiter la récupération visuelle. Les soins locaux sont réduits à l'instillation de gouttes, à l'application d'une pommade et au port d'une protection oculaire selon des modalités et durant une période qui vous seront précisées par votre chirurgien. Il est parfois nécessaire de procéder à l'ablation de fils de suture. 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 ophtalmologiste. Dans plus de 30 % des cas, il se produit, au cours des années qui suivent l'intervention, une opacification de la capsule : c'est la "cataracte secondaire" responsable d'une nouvelle baisse de vision. Le traitement consiste alors à réaliser une ouverture de la capsule par laser ou par chirurgie. Ce traitement complémentaire, réalisé dans les conditions d'une simple consultation, est unique et définitif. Une sécheresse oculaire plus ou moins durable peut survenir, se traduisant par une gêne oculaire à type de sensation de corps étranger, picotements, brûlure, larmoiement réflexe paradoxal. La perception de mouches volantes est aussi possible.

Le succès de la chirurgie de pontage trabéculaire dépend de la perméabilité des voies d'évacuation de l'humeur aqueuse qui varient d'une personne à l'autre. Il n'est donc pas possible à votre ophtalmologiste de garantir formellement le succès de l'intervention. Le but de la chirurgie est la baisse de pression oculaire qui permet le ralentissement de la progression du glaucome. L'allègement, voire l'interruption, du traitement par les collyres est possible, mais pas systématique.

Après la chirurgie de pontage trabéculaire, il est parfois nécessaire de poursuivre l'utilisation de collyres anti- glaucomateux, voire de réintervenir 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.

Les complications post-opératoires de l'opération de la cataracte et de la chirurgie de micro-pontage trabéculaire

Bien qu'elle soit parfaitement standardisée et suivie d'excellents résultats, l'opération de la cataracte 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 l'opération de la cataracte sont cependant très rares. 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. Il peut s'agir des infections (moins de 1 cas sur 1000), du traumatisme de l'œil par le patient ou son entourage, du décollement de la rétine, du trouble de la cornée, de déformation pupillaire, de l'extraction incomplète de la cataracte, du déplacement du cristallin artificiel, d'un œdème rétinien maculaire. Enfin l'hémorragie sous-rétinienne ou choroïdienne est une complication grave, rarissime. D'autres complications sont moins sévères, comme la cicatrice insuffisamment étanche, une chute partielle de la paupière supérieure, un hématome du blanc de l'œil ou de la paupière, une sensibilité accrue à la lumière, une inflammation de l'œil, l'augmentation de la pression intraoculaire, la déformation de la cornée (astigmatisme), une vision dédoublée. L'erreur de calcul de la puissance du cristallin artificiel est rare, compte tenu de la précision des systèmes de mesures utilisés systématiquement avant l'intervention. Elle peut éventuellement nécessiter une réintervention.

Les complications spécifiques de la chirurgie de pontage trabéculaire sont peu fréquentes, et les complications sévères très exceptionnelles :

- Hyperpression importante, qui peut parfois nécessiter une intervention en urgence,
- Baisse prolongée et importante de la pression oculaire, avec parfois œdème de la macula,
- Déplacement ou mauvais positionnement du ou des drain(s), pouvant nécessiter une reprise chirurgicale

Votre ophtalmologiste est disposé à répondre à toutes les questions complémentaires 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 soussignéreconnais

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

Signature du patient :

En date du :

Dans le cadre de la recherche clinique, avec ou sans publication dans une revue scientifique, les données médicales vous concernant peuvent être exploitées statistiquement de façon anonyme dans le respect de la stricte confidentialité des données personnelles et du secret médical. Vous pouvez faire valoir si vous le désirez, votre droit d'opposition à l'exploitation de vos données personnelles pour la recherche clinique ; dans ce cas ceci ne modifie en rien votre prise en charge.