



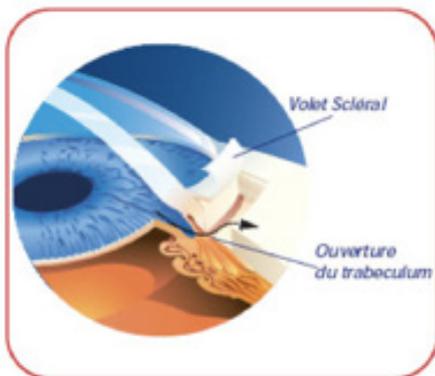
En quoi consiste l'intervention chirurgicale?

L'hypertonie oculaire est le plus souvent liée à un obstacle à la circulation de l'humeur aqueuse (liquide produit dans l'oeil par les corps ciliaires).

La chirurgie vise à améliorer le système d'évacuation de ce liquide. Au niveau du trabéculum (filtre naturel), le passage est élargi et le liquide dévié vers une poche dans la conjonctive (bulle de filtration), sous la paupière supérieure.

L'opération se réalise le plus souvent sous anesthésie générale étant donné la durée entre 1 heure et 1 heure 1/2, et l'inconfort potentiel du patient dont l'oeil doit rester immobile.

• La technique « classique » : trabéculéctomie ou chirurgie filtrante perforante:

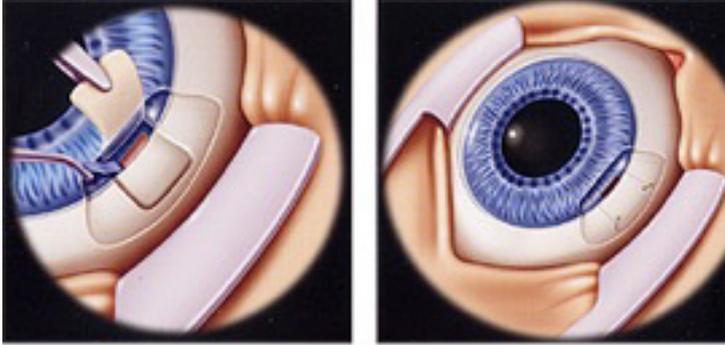


Dans cette approche chirurgicale, la conjonctive est incisée, un volet scléral découpé et disséqué jusqu'à atteindre le trabéculum qui est ensuite ouvert vers la chambre antérieure (chirurgie perforante). Cette technique nécessite la réalisation d'un petit trou dans l'iris en regard (iridectomie).

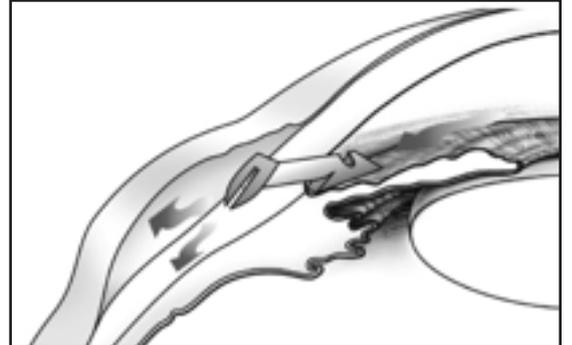
Une variante de cette technique nous permet également d'utiliser un petit « tuyau métallique » (minishunt ExPress) pour créer cette communication, sans iridectomie, ce qui diminue le risque de tension très basse après l'intervention ainsi que le risque de cataracte acquise post-opératoire. Cette technique sera proposée en fonction du stade du glaucome, de l'oeil du patient et parfois réévaluée selon les conditions techniques en cours d'intervention.

Enfin, une autre variante de la chirurgie « classique » consiste à affaiblir le trabéculum, dénudé dans sa portion externe mais sans le perforer (chirurgie non perforante). Cette technique dépendra également de variantes anatomiques (angle ouvert) et cliniques (stade d'évolution de la pathologie, âge du patient,...)

Dans ces trois méthodes, la réalisation de points de suture est indispensable. Mis en place sur la sclère d'une part mais aussi sur la conjonctive, ces derniers expliquent parfois une sensation de « crasse » ressentie dans l'oeil opéré durant plusieurs jours.



volet scléral, ouverture du trabéculum puis sutures



minishunt Express

• La technique « micro-invasive » : XEN Gel Stent

Comme la chirurgie « classique », la technique micro-invasive vise à améliorer le système d'évacuation de l'humeur aqueuse, liquide dévié vers une poche dans la conjonctive (bulle de filtration). Ce drainage se réalise au travers d'un très fin tuyau en gélatine, positionné à l'aide d'un injecteur spécifique par voie interne (en passant dans la chambre antérieure, devant le plan du cristallin).

Cette technique a pour principal avantage de ne pas fragiliser la sclère, ne nécessite quasi pas de points de suture, diminue le risque de tension très basse après l'intervention, et peut se combiner très facilement à une chirurgie de la cataracte.

A nouveau, son indication dépendra de divers critères anatomiques, cliniques et de la tension post-opératoire visée (cette technique ne diminue habituellement pas, toute seule, la tension oculaire aussi bas que la chirurgie classique).

Après l'intervention du glaucome:

Le patient reste à l'hôpital jusqu'au lendemain de l'opération. Une baisse temporaire de la vision et une gêne oculaire sont des conséquences prévisibles et assez communes durant les premières semaines post-opératoires.

La réalisation de soins à domicile est nécessaire après l'intervention, avec l'instillation d'antibiotiques et anti-inflammatoires (gouttes et pommade), pour une période de 2 à 3 mois. Un repos physique est également indispensable au début de la convalescence.

De même un suivi rapproché en consultation est essentiel, avec adaptation du traitement (massages, retrait de suture, complément laser) selon les phénomènes de cicatrisation, différents pour chaque patient et non prédictibles.



Quelle est l'évolution post-opératoire ?

Dans 2/3 des cas, la pression de l'oeil diminue à une valeur satisfaisante sans traitement complémentaire.

Après stabilisation de la chirurgie, un suivi tous les 6 mois au minimum sera recommandé.

Dans 1/3 des cas cependant il est nécessaire de reprendre un traitement de gouttes ou parfois de réaliser une deuxième intervention afin de contrôler la tension de l'oeil.

Existe-t-il des risques ?

Toute intervention comporte certains risques.

Comme les autres traitements, la chirurgie du glaucome ne vise pas à améliorer la vision mais à stabiliser les déficits et à diminuer la tension intra-oculaire afin de ralentir la progression de la maladie.

1. les risques généraux : ils sont liés à l'anesthésie, à l'état général de chaque patient et à ses maladies éventuelles (coeur, poumons,...).

2. les complications spécifiques à l'intervention : peuvent survenir,

- une infection de l'oeil
- une hémorragie
- une baisse trop importante de tension avec atteinte de la macula
- une tension trop haute
- une inflammation postopératoire
- une progression de la cataracte
- ...

Il est important de rester conscient que toutes ces complications peuvent également conduire à une perte -partielle ou complète- de vision sur l'oeil opéré.. Le risque étant d'autant plus grand que le nerf optique est abîmé avant l'intervention.

Il revient au médecin et au patient de poser ce choix, entre le bénéfice d'une opération et les risques potentiels: à savoir celui de laisser progresser un glaucome mal contrôlé ou ceux liés à l'opération elle-même.