

crystallin), voire une hémorragie intraoculaire ou un décollement de rétine. Ces complications peuvent aboutir à la perte de toute la vision de l'œil opéré, voire de l'œil lui-même.

Déroulement – Durée de l'hospitalisation

Un mode d'hospitalisation adapté à votre cas vous sera proposé, mais une immobilisation minimale de quelques heures est toujours nécessaire.

Les soins se limitent à l'application de gouttes et/ou de pommade et à la prise éventuelle de comprimés. Le port d'une protection oculaire peut être conseillé les premières semaines.

La surveillance de la pression oculaire est une part essentielle du suivi médical. Une nouvelle intervention pourra être envisagée rapidement si elle reste élevée.

Source : Fiche SFO n°5



21

Opération du glaucome réfractaire



Opération du glaucome réfractaire

Généralités

Le glaucome est une maladie chronique qui détruit progressivement le nerf optique : cela se traduit par une détérioration insidieuse du champ visuel pouvant mener à la cécité. La cause la plus fréquente est une pression trop élevée dans l'œil, due au fait que le liquide oculaire (humeur aqueuse) ne s'évacue pas normalement.

Un glaucome est dit réfractaire lorsqu'il résiste aux traitements médicaux et chirurgicaux classiques, collyres, laser ou chirurgie anti-glaucomeuse conventionnelle, visant à abaisser cette pression.

En laissant le glaucome évoluer, sans traitement la cécité est inéluctable à court terme et l'œil peut devenir douloureux ou irrité en permanence. Une opération classique n'étant plus possible, l'ophtalmologue doit recourir à des techniques plus complexes et plus risquées pour abaisser la pression, pour espérer conserver la vision et réduire la douleur éventuelle.

Deux types d'opération sont envisageables :

- Le **tube de Baerveldt** consiste à placer une valve en plastique visant à favoriser le drainage du liquide oculaire.
- La **cyclophotocoagulation** vise à détruire le corps ciliaire, glande située derrière l'iris qui produit l'humeur aqueuse. La destruction du corps ciliaire fait baisser la pression oculaire. L'intervention se fait soit par laser soit par application de froid (cyclocryocoagulation). Une sonde est appliquée sur l'œil à la limite de la cornée, et le laser ou le froid sont dirigés vers les tissus à détruire.

L'œil peut être insensibilisé par des injections de voisinage. Une anesthésie générale est également possible.

Résultats attendus

Ces deux techniques ont pour objectif d'abaisser durablement la pression oculaire. Elles n'ont pas pour but d'améliorer la vision, qui peut même s'altérer.

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.

Risques opératoires – Complications

L'opération du glaucome réfractaire peut être considérée comme une opération de la dernière chance, dont le seul but est de conserver un œil autrement condamné. Elle n'échappe pas à la règle générale selon laquelle il n'existe pas de chirurgie sans risque. Il n'est pas possible de garantir son succès.

Dans les deux types d'intervention, les complications graves 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. Elle est irrémédiable et s'accompagne toujours d'une perte totale de la vision. L'ablation de l'œil atrophié peut être nécessaire.

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

Les infections intraoculaires concernent environ un patient sur mille opéré avec une valve anti-glaucomeuse. Le déplacement de la valve est possible, entraînant une décompensation de la cornée, une cataracte (opacification du