

جراحة الميكروية طفيفة التوغل لعلاج المياه الزرقاء المزمنة الجلوكوم

السيدة / الأنسة / السيد المحترم،
تعاني من مرض المياه الزرقاء المزمن الذي يهدد رؤيتك
يقترح طبيب العيون إجراء عملية جراحية تتضمن وضع أنبوب تصريف مجيري مضاد للجلوكوما
تتضمن هذه النشرة معلومات حول العملية المقترحة، ونتائجها، ومخاطرها المحتملة

ما هو الجلوكوما المزمن؟

هو مرض يصيب العين يؤدي تدريجياً إلى تدمير العصب البصري، مما ينتج عنه تدهور بطيء في مجال الرؤية، وقد يؤدي في مرحلة الأخيرة إلى فقدان البصر الكامل من بين عوامل الخطر العديدة، يعتبر ارتفاع ضغط العين الأكثر شيوعاً، وهو ناجم عن انسداد أو خلل في وظيفة الفلتر المسؤول عن تصريف السائل داخل العين

لماذا تجرى عملية للجلوكوما المزمنة؟

هناك ثلاثة طرق لتخفيض ضغط العين :

*استخدام القطرات الطبية

*العلاج بالليزر

*الجراحة

يقترح طبيب الطريقة التي يراها الأنسب لحفظ على نظرك لأطول فترة ممكنة
يجب أن تعلم أن جراحات الجلوكوما لا تشفى المرض نهائياً، ولا تحسن الرؤية، ولا تعيد إصلاح الضرر الحاصل
بالعصب البصري
هدفها الأساسي هو خفض ضغط العين لإبطاء تطور المرض

(MIGS) الجراحة الميكروية طفيفة التوغل

تشمل الجراحات الميكروية طفيفة التوغل عدة تقنيات وأجهزة طبية مختلفة
في مسارات تصريف السائل داخل العين لتسهيل خروجه (stent) تقوم هذه الجراحات على وضع أنبوب صغير أو دعامة
وبالتالي خفض الضغط الداخلي
تُصنع هذه الأجهزة من مواد مختلفة (بلاستيك، تيتانيوم، كولاجين حيواني...) وتُسلم معقمة
تُجرى العملية في غرفة العمليات المعقمة باستخدام الميكروسكوب الجراحي، بينما يكون المريض مستلقياً على ظهره

الإقامة في المستشفى

تتطلب العملية عادةبقاء المريض لبعض ساعات على الأقل
سيحدد طبيب العيون وطبيب التخدير نوع الإقامة الأنسب لحالتك

التخدير

يمكن تخدير العين عبر حقن حولها أو باستخدام قطرات أو جل مخدر
وقد تُستخدم أحياناً التخدير العام
يختار نوع التخدير من قبل طبيب العيون بالتنسيق مع طبيب التخدير، مع مراعاة رغبة المريض إن أمكن

العملية الجراحية

توجد أنواع مختلفة من الأنابيب أو الدعامات الميكروية تختلف من حيث الحجم، المادة، وآلية العمل. تُوجه هذه الأجهزة السائل المائي إلى قناة شليم (Canal de Schlemm) أو المساحة فوق المشيمية (chirurgie sans bulle de filtration) أو تحت الملتحمة (chirurgie avec bulle de filtration).

يُحدد طبيبك النوع الأنسب بناءً على حالتك الخاصة في بعض الحالات، تُستخدم وسائل ميكانيكية أو كيميائية لتحسين تصريف السائل وإذا كنت تعاني في الوقت نفسه من المياه البيضاء الكاتاراكت يمكن الجمع بين العمليتين في الوقت نفسه.

الحوادث أو الصعوبات أثناء العملية

نادراً ما تحدث وهي غير متوقعة، وقد تتفاوت خطورتها. في بعض الحالات النادرة، قد تؤدي إلى فقدان البصر أو حتى العين. ومن هذه المضاعفات إصابة القرحية أو العدسة، انخفاض ضغط العين بشدة، نزيف حاد، صعوبة في تثبيت الجهاز المزروع.

التطور بعد العملية

يعتمد نجاح العملية على قدرة أنسجة العين على الالئام واستمرار فتح مسارات تصريف السائل لذلك لا يمكن للطبيب ضمان نجاحها بشكل مطلق. هذه الجراحات حديثة نسبياً، لذا لا تتوفر بيانات طويلة الأمد حول نتائجها. الهدف من الجراحة هو خفض ضغط العين لإبطاء تطور المرض. في بعض الحالات يمكن تقليل أو إيقاف استخدام القطرات، لكن ليس دائماً قد تتكون "فقاعة ترشيح" بعد الجراحة — وهي انتفاخ صغير غالباً تحت الجفن العلوي يمثل منطقة تصريف السائل تحتاج إلى متابعة طبية منتظمة لمراقبة الالئام، وقد تتطلب إجراءات إضافية (إعادة ضبط الجهاز أو تعديل الفقاعة).

العناية بعد العملية تشمل

استخدام قطرات أو مراهم لعدة أسابيع، حماية العين، تحنيق القيادة، الأنشطة الخطرة أو الرياضية لفترة يحددها الجراح. قد تشعر بعد العملية برؤيا ضبابية، انبهار بالضوء، دموع أو إفرازات، إحساس بوجود رمل في العين، انتفاخ بسيط في الجفن العلوي.

وفي بعض الحالات قد يلزم الاستمرار في القطرات أو إعادة الجراحة يجب الاستمرار بمتابعة الحالة مدى الحياة، لأن تطور الجلوكوما يمكن أن يستمر حتى مع ضغط طبيعي للعين.

المضاعفات المحتملة للجراحة الميكروية

المضاعفات الخطيرة نادرة جداً، لكن قد تستدعي أحياناً إعادة الجراحة، وفي الحالات القصوى قد تؤدي إلى فقدان البصر أو العين ومنها فقدان جزئي أو دائم للرؤية (نادر جداً) التهابات قد تظهر بعد أشهر أو سنوات، ارتفاع حاد في الضغط يستدعي تدخلًا عاجلاً، انخفاض شديد وطويل الأمد في الضغط مع وذمة في الشبكية، وضع غير صحيح للزرعة يتطلب إعادة العملية *مضاعفات أقل خطورة ولكن أكثر شيوعاً نزيف خارجي بسيط في العين يختفي خلال أيام، تقرح أو تآكل في القرنية بسبب فقاعة الترشيح، عودة ارتفاع الضغط مما يستدعي حقن أدوية مضادة للتليف أو العودة للقطرات أو جراحة جديدة، ظهور أو تفاقم المياه البيضاء الكاتاراكت

الملحوظات القانونية

طبيبك مستعد للإجابة على أي سؤال إضافي القانون يلزم الطبيب بتقديم المعلومات للمريض وإثبات ذلك، لذلك يطلب منك توقيع هذا المستند، ويحتفظ بنسخة لدى الطبيب

أنا الموقّع أدناه.....أقر بأنني تلقيت شرحاً وأفياً لطبيعة العملية ومخاطرها، وفهمت المعلومات، وأجبت على جميع الأسئلة التي طرحته كما تلقيت معلومات حول تكاليف العملية وأتيح لي وقت كافٍ للتفكير، وأقر ما يلي

أتفق على إجراء العملية المقترحة
 لا أتفق على إجراء العملية المقترحة، ولا على التسجيل المجهول للصور الجراحية

التاريخ والتوفيق

CHIRURGIE MICRO-INVASIVE DU GLAUCOME CHRONIQUE

Madame, Mademoiselle, Monsieur, Vous présentez un glaucome chronique qui menace votre vision. Votre ophtalmologiste vous propose une intervention chirurgicale qui consiste en la pose chirurgicale d'un micro-drain anti-glaucomateux.

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

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).

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/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 d'abaisser la pression oculaire pour ralentir l'évolution du glaucome.

La chirurgie MIGS du glaucome

Les chirurgies micro-invasives du glaucome, connues sous le terme de MIGS (acronyme du terme anglo-saxon de « Minimally Invasive Glaucoma Surgery ») comprennent différentes techniques, soutenues par différents dispositifs médicaux. Elles consistent à placer un micro-drain ou un stent dans les voies d'écoulement de l'humeur aqueuse pour faciliter son évacuation hors de l'œil et donc abaisser la pression oculaire.

Ces implants sont livrés stériles et leur nature est variable (plastique, titane, collagène animal,...). 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.

Hospitalisation:

Une immobilisation minimale de quelques heures est toujours nécessaire.

Le mode d'hospitalisation adapté à votre cas vous sera proposé par votre ophtalmologiste en accord avec l'anesthésiste.

Anesthésie :

L'œil peut être insensibilisé par des injections autour de l'œil ou par instillation de gouttes ou d'un gel anesthésique.

Une anesthésie générale est possible. Le type d'anesthésie est choisi par votre ophtalmologiste en accord avec le médecin anesthésiste, en prenant en compte autant que possible votre propre souhait.

L'intervention:

Il existe plusieurs types de drains et de micro-stents différents par leur nature, leur taille et leur fonctionnement.

Ces drains dérivent l'humeur aqueuse vers le canal de Schlemm ou vers l'espace supra-choroïdien (chirurgie sans bulle de filtration dans les deux cas) ou au travers de la paroi de l'œil sous la conjonctive (chirurgie avec bulle de filtration). Le choix du type de drain dépend de critères liés à votre glaucome que seul votre ophtalmologiste est capable d'évaluer. Dans certains types d'intervention, des moyens mécaniques ou chimiques peuvent être associés pour faciliter la filtration. Si vous présentez en même temps une cataracte, les deux opérations peuvent être combinées dans le même temps opératoire.

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:

Lésions de l'iris ou du cristallin, hypotonie, saignement important,

Difficultés d'implantation, qui peuvent dans des cas exceptionnels aboutir à la perte de La vision, voire de l'œil.

Evolution Post-opératoire habituelle :

Le succès de la chirurgie micro-invasive dépend des capacités de cicatrisation des tissus et/ou 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. Les techniques de chirurgies micro-invasives sont relativement récentes, ce qui explique l'absence de données cliniques long terme. 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.

Certains micro-drains donnent lieu à la formation d'une bulle de filtration. Après l'intervention, il se forme une « grosseur » le plus souvent située sous la paupière supérieure, appelée "bulle de filtration" qui correspond à la zone d'évacuation de l'humeur aqueuse. Des visites de contrôle sont nécessaires et fréquentes dans les suites de l'intervention pour surveiller sa cicatrisation qui peut être défaillante et nécessiter des soins spécifiques réalisés soit en consultation soit au bloc opératoire (repositionnement de l'implant, révision de la bulle de filtration à l'aiguille). 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.

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 possible après l'intervention, souvent modérée, plus ou moins durable, liée à l'intervention elle-même, aux collyres :

Vision trouble, éblouissement, larmoiement et sécrétions au réveil modérés, sensation de sable, œil discrètement sensible au toucher ou lors des mouvements oculaires, discret œdème de la paupière supérieure. Après les chirurgies micro-invasives, il est parfois nécessaire de poursuivre l'utilisation de collyres anti-glaucomateux, 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.

Les complications de la chirurgie micro-invasive du glaucome

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, A la perte de la vision ou de l'œil. Il s'agit:

- . d'une baisse de la vision parfois irréversible (exceptionnelle),
- . d'infections qui peuvent parfois survenir plusieurs mois ou années après la chirurgie,
- . d'une hyperpression importante, qui peut parfois nécessiter une intervention en urgence,
- . d'une baisse prolongée et importante de la pression oculaire, avec œdème de la macula, parfois plusieurs mois ou années après la chirurgie.
- . d'un mauvais positionnement de l'implant, pouvant nécessiter une reprise chirurgicale.

D'autres complications sont moins sévères et plus fréquentes :

- . hémorragie au niveau des tuniques externes de l'œil, régressive en quelques jours, favorisant une inflammation de l'œil,
- . érosion ou ulcère de la cornée du fait de la bulle de filtration.
- . remontée de la pression oculaire nécessitant, soit l'injection de substances anti-cicatrisantes (qui peuvent se compliquer d'érosion ou ulcère de cornée, de flou visuel, d'inflammation oculaire), soit la reprise d'un traitement anti-glaucomateux, soit une nouvelle intervention chirurgicale.
- . apparition ou aggravation d'une cataracte.

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..... reconnaît 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

Ne donne pas mon accord pour la réalisation de l'acte qui m'est proposé ainsi que pour l'enregistrement anonyme des images opératoires.

Date et Signature :