

Chirurgie du cristallin à visée réfractive

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous présentez une anomalie de la réfraction que votre ophtalmologiste vous propose de traiter par une extraction du cristallin et son remplacement par un implant de puissance adaptée.

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

Le cristallin

Il s'agit d'une lentille de forte puissance, située à l'intérieur de l'œil, jouant un rôle important dans la vision et l'accommodation, c'est-à-dire le passage de la vision de loin à la vision de près. C'est l'objectif et le focus d'un appareil photographique.

Pourquoi opérer ?

Cette opération consiste à remplacer le cristallin naturel par un cristallin artificiel, ou implant de puissance adaptée qui permet de modifier le trajet des rayons lumineux pour réduire ou annuler le port d'une correction optique. Elle peut être proposée pour la correction de tous les défauts de la réfraction : myopie, hypermétropie, astigmatisme : un implant torique est alors souvent nécessaire, et enfin presbytie : un implant multifocal ou accommodatif représente la solution la plus fréquente alors.

L'opération sur le cristallin :

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 et à en extraire l'un de ses éléments internes, le cristallin, lentille dont l'opacification est appelée 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. Le choix de l'anesthésie est décidé entre l'anesthésiste et l'ophtalmologiste qui tiennent aussi compte de vos souhaits

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 et peut-être assistée par laser. Le sac contenant le cristallin (la capsule) est laissé en place. Il est exceptionnel de procéder à l'extraction de l'ensemble du cristallin et de la capsule.

Implantation d'un cristallin artificiel (implant intraoculaire) :

Le cristallin est remplacé par une lentille synthétique placée derrière la pupille. L'incision de l'œil est suturée ou non.

Incidents ou difficultés peropératoires :

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.

Les Implants intraoculaires disponibles :

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 : calculés pour corriger la vision à une distance donnée
- toriques : capables d'ajouter la correction d'un astigmatisme existant avant l'opération
- multifocaux : visant à corriger la vision aux différentes distances élémentaires, ou accommodatifs : visant à restaurer la vision de loin et intermédiaire ; ces deux concepts étant destinés à réduire la dépendance aux lunettes.

L'évolution post-opératoire habituelle :

Dans la très grande majorité des cas (95%), l'œil opéré du cristallin est indolore. La vision s'améliore très rapidement et une correction adaptée par lunettes peut être prescrite au bout de quelques semaines.

La présence d'autres lésions de l'œil (glaucome, rétine...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 à réaliser une ouverture de la capsule par laser ou par chirurgie. 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.

Les complications post-opératoires de l'opération sur le cristallin :

Bien qu'elle soit parfaitement standardisée et suivie d'excellents résultats, l'opération sur le cristallin 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 sur le cristallin sont très rares. Elles peuvent nécessiter une ré-intervention 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 s'agit 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 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 ré-intervention.

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 reçu une information sur tous les coûts de l'opération
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 ainsi que pour l'enregistrement anonyme des images opératoires

Ces fiches de consentement sont la propriété intellectuelle de la Société Française d'Ophtalmologie (SFO) qui a autorisé la Société Marocaine d'Ophtalmologie (SMO) de les traduire et de les mettre à disposition des ophtalmologistes marocains

العملية الجراحية المجرات على العدسة البلورية، لكسر الأشعة

سيدتي، أنستي، سيدي،

إنك مصاب بخلل في كسر الأشعة، يقترح عليك الطبيب المتخصص في أمراض العيون المعالج لك من أجله، استئصالاً للعدسة البلورية و استبدالها بمزدرع مطابق لحالتك.

تتضمن هذه النشرة معلومات حول العملية الجراحية المقترحة عليك، كما حول نتائجها و مخاطرها.

العدسة البلورية:

يتعلق الأمر بعدسة ذات قوة شديدة توجد بداخل العين تلعب دوراً هاماً في النظر و التجاوب، أي الانتقال من الرؤيا عن بعد إلى الرؤيا عن قرب، شأنها في ذلك شأن العدسة التصويرية و النقطة المستهدفة من آلة تصويرية.

ما الهدف من إجراء العملية الجراحية؟

تتجلى هذه العملية الجراحية في استبدال العدسة البلورية الطبيعية بأخرى اصطناعية، أو بمزدرع مطابق لحالتك، يمكن كل واحد منهما من تغيير مجرى الإشعاعات الضوئية تقليصاً أو إلغاء لاعتماد تصحيح بصري. يمكن اقتراح إجراء هذه العملية الجراحية لإصلاح كل خلل بكسر الأشعة: قصر النظر، أو طول البصر، أو تحجب النظر: مما يصبح معه وضع مزدرع تنوئي ضرورياً، و أخيراً طول النظر (النظر الشيخوخي): أما الحل الأكثر تطبيقاً، فهو وضع مزدرع متعدد البؤرات أو تجاوبي مع العين.

إجراء العملية الجراحية على العدسة البلورية:

يتم إجراء العملية الجراحية و المريض مستلق على ظهره في جو جراحي معقم و تحت المجهر، حيث تمثل تدخلا جراحيا أساسيا يتم من خلاله فتح العين و استخراج أحد عناصرها الداخلية، العدسة البلورية و التي يسمى تكثف العدسة بها، الساد (الجلالة cataracte).

الإخضاع للاستشفاء:

من الضروري توقيف حركة الجسم في أذناها. و يقترح عليك الطبيب المتخصص في أمراض العيون المعالج لك، طريقة الإخضاع للاستشفاء الصالحة لك.

التخدير:

يتم تخدير العين باستعمال قطرات فقط، و إن اقتضى الحال بحقنات حول العين. كما يمكن إجراء تخدير عام، مع العلم أن اختيار نوع التخدير يتم ما بين الطبيب المتخصص في التخدير و الطبيب المتخصص في أمراض العيون، اللذين يستشيران معك في ذلك.

إجراء العملية الجراحية:

يستعمل الطبيب الجراح الآليات الصالحة لحالتك. ويتم استئصال العدسة البلورية بواسطة محجاج يدخل في شق صغير وربما بالاستعانة بالليزر. ويحتفظ بكيس العدسة البلورية (المحفظة) بمكانه، علماً بأن استئصال كثلة العدسة البلورية والمحفظة، يشكل تدخلاً استثنائياً.

زرع عدسة بلورية اصطناعية (مزدرع بداخل العين):

يتم استبدال العدسة البلورية بعدسة اصطناعية توضع من وراء البؤبؤ. وتتم خياطة شق العين، أو عدم خياطته.

الطوارئ أو الصعوبات التي قد تحدث خلال إجراء العملية:

إنها قليلة وغير متوقعة. إلا أنه من شأنها أن تغير مجرى العملية الجراحية. أهم خطر هو انفصام الكيس (أقل من 5% من الحالات)، مما قد يؤدي إلى وضع المزدرع بالجهة الأمامية للبؤبؤ، بل عدم الزرع. وقد يكون من الضروري نزع قطعة صغيرة من قزحية العين و/أو في نفس الوقت أو في وقت آخر، بتر جزء من زجاجية العين. وقد يكون استئصال الساد (الجلالة) غير كامل فيتطلب تكرار التدخل الجراحي.

المزدرعات المتيسرة للزرع بداخل العين:

إن الاختيار المطروح للمناقشة مع الطبيب الجراح، يؤسس على الخصائص الوظيفية و التشريحية لعينيك كما على متطلباتك البصرية.

و تتدرج مختلف الأنواع ما بين:

- الأحادية البؤرات: المقدرة لإصلاح النظر على بعد ما.
- الخلفية: التي من شأنها أن تضيف تصحيح تحذب النظر الذي كان قبل العملية الجراحية.
- المتعددة البؤرات: التي من شأنها أن تصحح النظر بمختلف امتداداته الأولية أو التجاوبية: الهدف منها ترميم النظر البعدي و الأوسطي قصد النقص من ضرورة استعمال النظارات.

التطور المعتاد الموالي لإجراء العملية الجراحية:

في أغلب الأحوال (95%)، لا وجود لألم بالعين التي خضعت للعملية الجراحية على العدسة البلورية. و يتحسن النظر بسرعة مع إمكانية اقتراح استعمال النظارات، بعد بضعة أسابيع. و قد ينقص إمكانية وجود إصابات أخرى بالعين (زرق العين المزمن، أو الشبكية ... أو ندبات أو اعتلال القرنية) من استرجاع النظر.

تنحصر الإسعافات الأولية في وضع قطرات، و مرهم و حماية على العين حسب ما يحدده لك الطبيب المتخصص في أمراض العيون المعالج لك، من وسائل و مدة. و قد يكون من الضروري أحياناً اقتلاع الخيط.

يتولى الطبيب المتخصص في أمراض العيون المعالج لك تحديد المدة التي يمنع عليك خلالها ممارسة نشاط مهني أو استعمال آلات أو معدات خطيرة.

و في أكثر من 30% من الحالات، يطرىء خلال السنوات الموالية لإجراء العملية الجراحية، تكثف بالكيس: يتعلق الأمر "بالساد التفرعي" المؤدي إلى انخفاض جديد في الحدة البصرية، يتمثل علاجه في إحداث فتح بالكيس بواسطة الليزر أو بتدخل جراحي.

و قد يطرىء جفاف بصري تقريبا مستديم، يتمثل في الإحساس بوجود جسم أجنبي، و تنميل و تحرق، و سيلان لا إرادي و انعكاسي للدموع، مع إمكانية تصور رؤية أشكال ذبائبة متناثرة.

المضاعفات الموائية لإجراء العملية الجراحية على العدسة البلورية:

و لو أن العملية الجراحية على العدسة البلورية، تعتبر عملية جراحية نمطية لها نتائج جيدة، فإنها تظل مسجلة بالقاعدة العامة التي تعتبر الجراحة خطيرة، لا محالة. مما يستحيل معه على الطبيب المختص في أمراض العيون المعالج لك، ضمان نجاح كامل للعملية الجراحية.

إنها قليلة جدا تلك المضاعفات الحادة للعملية الجراحية على العدسة البلورية. قد تتطلب إعادة التدخل الجراحي، و التوصل في أقصى الحالات، إلى فقد البصر بالعين التي خضعت للجراحة، بل فقد العين نفسها.

يتعلق الأمر بحدوث تعفنات (أقل من حالة واحدة من 1000)، أو رضوض بالعين بفعل المريض أو محيطه، أو انفكاك الشبكية، أو خلل بالقرنية، أو تشوه بالبؤبؤ، أو استئصال غير تام للساد (الجلالة)، أو تزحزح العدسة البلورية الاصطناعية عن مكان زرعها، أو وذمة بقعية بالشبكية.

و أخيرا يشكل النزيف مضاعفة خطيرة قليلة. و هناك مضاعفات أقل قوة مثل الندبة الغير المحكمة السد بما فيه الكفاية، أو الترهل الجزئي للجلفن الأعلى، أو ورم دموي على مستوى بياض العين أو بالجلفن، أو حساسية فائقة للضوء، أو التهاب العين، أو ارتفاع الضغط بداخل العين، أو تشوه القرنية (تحذب النظر)، أو ازدواجية الرؤيا. أما سوء تقييم قوة العدسة البلورية الاصطناعية، فهو نادر، نظرا لدقة الأنظمة القياسية المستعملة منهجيا قبل التدخل الجراحي. و قد تتطلب هذه المضاعفات أو إحداها إعادة التدخل الجراحي.

إن الطبيب المتخصص في أمراض العيون الموكول بحالتك، مستعد للإجابة على كل سؤال إضافي قد تريد طرحه.
إن مقتضيات الأحكام تلزم الطبيب بإثبات سبق تنويره للمريض. لذا، نطلب منك توقيع هذه الوثيقة التي يحتفظ الطبيب بنظيرتها.

أنا الموقع أسفله أقر بسبق تنويري حول طبيعة العملية و الطوارئ المحتملة لها، و ذلك بصيغة فهمتها حيث تمت الإجابة عن الأسئلة التي طرحتها، إجابة شافية. اطلعت على كافة تكاليف العملية.

تاريخ و توقيع

أعطيت أجلا كافيا للتفكير.

أوافق

لا أوافق

على إنجاز التدخل المقترح علي.

الاستمارات الموافقة ملكية فكرية للجمعية الفرنسية لطب العيون (SFO)، التي سمحت للجمعية المغربية لطب العيون (SMO) بترجمتها وإتاحتها لأطباء العيون المغاربة.
<http://www.smo.ma>