

Etats Kératoconiques et Anneaux Intra-cornéens

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous présentez une anomalie de la cornée que votre ophtalmologiste vous propose de traiter par une chirurgie adaptée. Cette fiche contient l'information sur l'opération qui vous est proposée, sur ses résultats et ses risques.

La maladie :

Le kératocône est une maladie de la cornée le plus souvent bilatérale, non inflammatoire, caractérisée par un amincissement progressif du stroma cornéen qui entraîne une déformation irrégulière et progressive de la cornée. Celle-ci induit un astigmatisme irrégulier, responsable d'une baisse plus ou moins importante de la vision. Une myopie est souvent associée et des opacités cornéennes plus ou moins importantes peuvent apparaître. Le kératocône touche 1 personne sur 2000 dans la population générale. L'évolutivité du kératocône est très variable d'un patient à un autre et il n'est pas certain que l'évolution passera par toutes les étapes de l'aggravation.

Prise en charge du kératocône :

Les formes mineures sont corrigées par des lunettes. Lorsque les lunettes ne permettent pas d'obtenir une acuité visuelle suffisante, le traitement consiste en l'adaptation de lentilles de contact, le plus souvent rigides. Quand la cornée est devenue opaque au centre, le seul traitement qui puisse être envisagé est la greffe de cornée lamellaire ou perforante. Quand les lentilles ne sont plus tolérées et que la cornée est toujours transparente au niveau de son centre, les anneaux intracornéens peuvent être utilisés. Si la maladie est évolutive le *collagen corneal cross linking* (CXL) permet de ralentir la maladie. Le traitement CXL peut être associé aux anneaux intra cornéens et au port de lentilles rigides.

L'opération :

L'intervention est réalisée alors que le patient est installé sur le dos en milieu chirurgical.

- **Hospitalisation** : l'opération peut se faire en ambulatoire ou en externe
- **Anesthésie** : l'opération se pratique sous anesthésie locale par instillation de collyre.
- **Technique opératoire** : A l'aide d'un laser femtoseconde ou éventuellement par un dissecteur manuel, un tunnel circulaire est réalisé dans l'épaisseur de la cornée (2/3 de la profondeur), de même le laser découpe une incision de 1 mm à la périphérie de la cornée pour permettre l'accès des anneaux à ce tunnel. Ce geste est réalisé au bloc opératoire sous anesthésie locale par collyres. Un ou deux segments d'anneaux sont introduits dans les tunnels à la périphérie de la cornée de façon à aplatir et régulariser le centre de la cornée afin d'améliorer l'acuité visuelle du patient. Le centre de la cornée n'est pas touché par cet acte chirurgical.
- En post-opératoire le patient peut ressentir une gêne oculaire superficielle pendant quelques jours. Le traitement associe un collyre antibiotique et corticoïde et des collyres lubrifiants à la surface de la cornée pendant 2 à 4 semaines.

L'évolution postopératoire habituelle :

Un contrôle est réalisé au cours de la première semaine, à un mois, puis régulièrement. L'acuité visuelle met en général plusieurs semaines à s'améliorer car l'effet des anneaux est progressif. Après l'implantation des anneaux, l'acuité visuelle des patients peut être améliorée par le port de lunettes ou de nouvelles lentilles qui sont le plus souvent bien tolérées en raison de la nouvelle forme de la cornée. Après cette chirurgie, un traitement par le laser Excimer de surface peut être également réalisé pour diminuer certaines anomalies réfractives résiduelles. La mise en place des anneaux est un geste réversible et qui ne contre-indique pas ultérieurement la greffe de cornée en cas d'inefficacité.

Les complications :

Les complications suivantes peuvent survenir; elles sont rares :

- Extrusion d'un anneau : il est demandé au patient de ne pas se frotter les yeux pour éviter ce problème.
- Infection au niveau d'un anneau : complication très rare.
- Perception de halos lors de la conduite nocturne due à la visualisation par le patient des bords de l'anneau.
- Efficacité insuffisante des anneaux.

Toutes ces complications peuvent être traitées par l'ablation des anneaux, ce qui permet à la cornée de retrouver son état antérieur avec préservation de la clarté du centre de la cornée, elles aboutissent très rarement à une perte de vision.

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

(CXL) العلاج بالربط التشبيكي لكولاجين القرنية

سيدتي، أنستي، سيدي،
هناك خلل بقرنيتك يقترح عليك الطبيب المتخصص في أمراض العيون المعالج لك، على إثره علاجا جراحيا يلائمه. و تتضمن هذه النشرة تنويرا حول العملية المقترحة عليك، كما حول نتائجها ومخاطرها.

المرض:

"القرنية المخروطية" مرض غير التهابي، يعترى القرنية في أغلب الأحيان على مستوى العينين معا. و يتمثل في ترقق تدريجي بسداة القرنية المؤدي إلى تشوه تدريجي و غير متناسق بالقرنية، مما يولد بؤرية بصرية غير متناسقة تنخفض من الحدة البصرية مع قصر البصر و احتمال ظهور عتمة بالقرنية (عدم الشفافية). إن القرنية المخروطية تصيب الساكنة عموما بنسبة شخص واحد من 2000، و تختلف حدة تطورها من مريض إلى آخر، دون أن تمر من مراحل الخطر كلها.

علاج "القرنية المخروطية":

يتم تصحيح الحالات الطفيفة بوضع النظارات. و إن لم تمكن النظارات من التوصل إلى حدة بصرية كافية، يتجلى العلاج في وضع عدسات بلورية، صلبة في غالب الأحيان. و في حالة عدم تحمل العدسات البلورية، و استمرار شفافية وسط القرنية، يمكن وضع الحلقات الصلبة المطاطية بداخل القرنية، قصد تخفيف التشوه. و إن كان المرض تطوريا، قد يتم اقتراح الربط التشبيكي لكولاجين القرنية (اختزالا CXL)، الهدف منه إنشاء ارتباطات فيزيائية و كيميائية ما بين ألياف الكولاجين و تكيف الملائمة الميكانيكية لهذه الألياف و بقاءها مع شفافية القرنية و شكلها، و خاصيتها البصرية. و تشكل هذا الارتباطات الفيزيائية و الكيميائية بفضل تداخل الجزئية المسماة "الريبو فلافين" (RIBOFLAFLINE) و إشعاع الليزر الفوقبنفسجي. و بتقوية صلابة القرنية، يمكن الربط التشبيكي لكولاجين القرنية من تخفيف أو توقيف تطوير التشوه و بذلك من تأخير وضع قرنية بلورية أو عدم وضعها (إذا ما أصبحت القرنية كثيفة بجهتها الوسطى، أو كثيرة التشوه، العلاج الوحيد المتصور، هو وضع قرنية بلورية على سمك القرنية أو على جزء منه). و يمكن ضم وضع الحلقات داخل القرنية و العدسات الصلبة، إلى العلاج بالربط التشبيكي لكولاجين القرنية.

العملية الجراحية:

يمكن الفحص الشامل السابق، من التأكد على أن القرنية تتوفر على سمك و شفافية كافيين. و لإخضاع المريض للعملية، يتم إلقاؤه على ظهره في محيط جراحي.

الاستشفاء: لا يستدعي التدخل الجراحي، الاحتفاظ بالمريض في المستشفى.

التخدير: إنها عملية جراحية غير مؤلمة، تتم تحت التخدير الموضعي بتقطير غسول العين.

التقنية الجراحية:

باختيار من الطبيب الجراح، يتم أم لا، نزع طبقة الخلايا السطحية للقرنية المسماة "الظهاريات" و توضع قطرات " RIBOFLAFINE" بانتظام لمدة عدة دقائق لتدخلها إلى القرنية. و عند انتهاء مرحلة الإعداد هته، يتم لعدة دقائق إخضاع المريض لإشعاع الليزر (مع إمكانية الأخذ ببعض الشكليات). و خلال تعريضه لذات الإشعاع، تقطر مادة تزييقية للقرنية بالتناوب مع مادة " RIBOFLAFINE "، مع مراقبة المسافة الفارقة ما بين العين و المولد الإشعاعي، و مدة الإخضاع، بصفة مستمرة. و إذا ما تم نزع "الظهاريات"، توضع و لمدة 3 أيام عدسة بلورية رخوة تقوم مقام الضمادة. و بعد إجراء العملية يجمع العلاج ما بين تقطير المضاد الحيوي و المضاد الالتهابي و قطرات تزييقية توضع بانتظام على سطح القرنية، على امتداد 30 يوما.

التطور المعتاد الموالي لإجراء العملية الجراحية:

بعد إجراء العملية الجراحية، قد يحس المريض بإزعاج بصري سطحي لمدة بضعة أيام، علما بأن تحسن الحدة البصرية يأخذ عدة أسابيع. و خلال الشهر الاول، عادة ما يلاحظ انخفاض عابر في النظر و في أغلب الأحيان يعود البصر تدريجيا إلى مستواه الأولي. و بعد العلاج بالربط التشبيكي لكولاجين القرنية، قد تتحسن الحدة البصرية عند المريض باستعماله للنظارات أو العدسات البلورية الأحسن تحملا. و يجب إجراء مراقبة منتظمة على مدى عدة شهور.

التعقيدات: إن التعقيدات المحتملة، قليلة.

- تعفن القرنية خلال فترة الشفاء.
- التثام غير عادي وكبير ينتج عنه تجمع بالوسط قد يجب معه زرع قرنية.
- فعالية غير كافية.

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 بنظير منها.

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>