

Opération de greffe de cornée

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous êtes atteint d'une anomalie de la cornée à l'origine de vos troubles visuels. Votre ophtalmologiste vous propose une greffe de cornée car cette intervention constitue le seul moyen d'améliorer votre vision.

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

Les anomalies de la cornée

La cornée, comme un verre de montre, est le hublot de l'œil qui permet le passage de la lumière. La cornée peut être altérée par des opacités, par un œdème ou par une déformation.

Pourquoi faire une greffe de cornée ?

Pour tenter de restituer la transparence et favoriser la transmission de la lumière dans de bonnes conditions. La vision sera alors améliorée si les autres structures oculaires le permettent.

L'opération : Elle est réalisée sur le patient alors qu'il est installé sur le dos, en milieu chirurgical stérile et sous microscope. Elle représente un geste chirurgical majeur car elle consiste à ouvrir l'œil et à remplacer l'un de ses éléments, la cornée.

Hospitalisation : Votre mode d'hospitalisation vous sera proposé par votre ophtalmologiste en accord avec le médecin anesthésiste. Elle sera en moyenne de 2 à 5 jours selon le type de greffe de cornée.

Anesthésie : Elle peut être générale ou locale par injection de produits anesthésiques au voisinage de l'œil. Il est exceptionnel de pouvoir se contenter d'une anesthésie par des gouttes. Le choix résulte de l'avis de votre ophtalmologiste et de celui du médecin anesthésiste. Ce choix prend en compte votre souhait lorsque cela est possible.

Technique opératoire : Elle diffère selon le type de greffe envisagé par votre ophtalmologiste.

Dans la greffe habituelle, le greffon provient d'un donneur humain. Il existe un risque de rejet de la greffe. La greffe peut concerner toute l'épaisseur de la cornée (greffe ou kératoplastie transfixiante) ou une seule partie de l'épaisseur (greffe ou kératoplastie lamellaire antérieure ou postérieure) lorsque seulement une partie de la cornée est altérée. Dans l'exceptionnelle autogreffe, la cornée transparente est prise sur l'un des 2 yeux du patient. Cette technique évite le rejet mais expose aux risques d'une double opération. Dans la plupart des cas, l'ablation de la cornée malade est réalisée à l'aide d'un trépan, parfois automatisé, ou encore à l'aide d'un laser femtoseconde.

Le greffon est suturé par des fils.

La greffe de la cornée peut être combinée à une opération de la cataracte ou à celle d'un glaucome. La difficulté augmente avec la complexité de l'opération et les risques sont augmentés parallèlement. Une analyse anatomopathologique de la cornée peut être effectuée.

Incidents opératoires :

- La trépanation de la cornée peut être imparfaite, entraînant des difficultés pour la suture.
- Les anomalies découvertes par le chirurgien derrière une cornée opaque peuvent l'obliger à réaliser une opération plus complexe que celle initialement prévue.
- Une hémorragie peut se produire qui, en général, se résorbe en quelques jours. Dans des cas très exceptionnels, elle peut aboutir à la perte de la vision ou de l'œil.
- Une réintervention peut être nécessaire pour compléter la suture ou pour corriger une anomalie non constatée pendant l'opération.

De telles situations sont imprévisibles.

L'évolution postopératoire habituelle : Dans la très grande majorité des cas l'œil opéré est peu ou pas douloureux. La récupération visuelle est progressive.

Les soins locaux sont réduits à l'instillation de gouttes pour plusieurs mois, associée éventuellement à l'application d'une pommade et à la prise de comprimés. Le port d'une protection oculaire est utile les premières semaines. Votre chirurgien vous indiquera les modalités de ce traitement qui peut s'étendre sur plusieurs mois. L'ablation des fils de suture peut être nécessaire. Il est possible de les laisser en place sans inconvénient.

Il faut se souvenir qu'un œil greffé sera pour toujours un œil plus fragile nécessitant une surveillance régulière.

Les complications de la greffe : Bien qu'elle soit de pratique ancienne et courante, l'opération de greffe de cornée n'échappe pas à la règle générale selon laquelle il n'existe pas de chirurgie sans risque. Il n'est pas possible à votre ophtalmologiste de garantir formellement le succès de l'opération.

Les complications graves de l'opération sont assez rares. Elles peuvent cependant aboutir, dans les cas les plus extrêmes, à la perte de toute vision, voire à la perte de l'œil. Le rejet de greffe ne concerne pas l'autogreffe. Il se manifeste à partir des premières semaines après l'opération et jusqu'à 20 ans après celle-ci. Il peut être traité par des médicaments avec une certaine efficacité.

En cas d'échec de ce traitement le greffon reste opaque et la vision est très basse. Une seconde greffe est possible mais son risque d'échec est augmenté.

Les infections touchent 2 à 5 cas sur 1000.

L'augmentation de la pression oculaire.

Le traumatisme de l'œil par le patient ou son entourage.

La déformation de la cornée greffée (astigmatisme) est très fréquente, parfois réversible à l'ablation des fils ou par une opération.

La perte de transparence spontanée du greffon qui traduit une dévitalisation du greffon pour laquelle il n'y a pas de traitement. Une seconde greffe est possible mais son risque d'échec est augmenté.

Un oedème rétinien central.

Plus spécifiquement en cas de greffe de cornée lamellaire, son échec peut conduire à une reprise ou à une conversion en greffe de cornée transfixiante selon la cause de la complication.

Le greffon cornéen provenant d'un donneur a transité par une Banque de Cornée, qui a procédé à tous les tests de qualité requis par les textes officiels. Il n'est cependant jamais possible d'affirmer que ce tissu biologique ne sera pas susceptible de transmettre une maladie bactérienne, mycosique, virale ou à prion dont l'expression peut être immédiate après la greffe ou survenir beaucoup plus tard.

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 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.

• *Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie.*

• *Arrêter de fumer 6-8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire.*

Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste ou appelez la ligne Tabac-Info-Service au 3989 pour vous aider à réduire les risques et mettre toutes les chances de votre côté.

Ces fiches nationales ont été créées sous l'égide de la Société Française d'Ophtalmologie (SFO) et du Syndicat National des Ophtalmologistes de France (SNOF).

Fiche révisée en novembre 2009. <http://www.sfo.asso.fr>