

LIVRET D'INFORMATION

Le Glaucome

**Institut du Glaucome -
Hôpital Paris Saint Joseph**



Sommaire

Introduction	4
Qu'est-ce que le glaucome ?	4
Pourquoi est-ce une maladie qui menace votre vision ?	4
Comment fonctionne votre oeil ?	5
Qu'est-ce que la pression oculaire ?	6
Comment le glaucome se développe t-il ?	6
Est-ce une maladie fréquente ?	7
Y a-t-il des personnes à risque ?	7
Les différents types de glaucome	8
Le glaucome à angle ouvert	8
Le glaucome à angle fermé	8
Le glaucome à pression normale	9
Autres formes de glaucomes	9
Y a-t-il des signes d'alerte ?	9
Quels tests allez-vous avoir ?	10
Prise de la tension oculaire	10
Gonioscopie	10
Fond d'oeil	10
Champ visuel	11
Analyse du nerf optique ?	11
Peut-on traiter un glaucome ?	12
Quels sont les différents types de traitements ?	12
Les collyres	13
Types de collyres	13
Comment les instiller ?	13
Est-il important des respecter les horaires ?	13

Devez-vous instiller les gouttes avant de venir en consultation ?	13
Vais-je les supporter ? Y a-t-il beaucoup d'effets secondaires ?	14
Quelques règles fondamentales à suivre	14
Le glaucome : les interventions au laser	15
Le glaucome chronique à angle ouvert	15
Le glaucome par fermeture de l'angle	16
Dans les suites d'une opération chirurgicale	16
En cas de glaucome réfractaire	17
Autres indications	17
Questions générales sur les lasers	18
Le laser est –il douloureux ?	18
Le laser comporte t-il des risques ?	18
En pratique comment le traitement laser va t- il se passer ?	18
Le laser présente t il un danger en cours de séance ?	19
Peut-on avoir plusieurs fois du laser ?	19
Vais-je continuer à instiller des gouttes après mon intervention au laser ?	19
Le glaucome : l'intervention chirurgicale	20
Pourquoi décide t-on de m'opérer ?	20
Comment est-on anesthésié ?	20
Comment se déroule l'opération ?	21
Combien de temps est- on hospitalisé ?	21
En quoi consiste l'opération ?	21
Dois je poursuivre mon traitement jusqu'à l'opération ?	21
Quel est le traitement à suivre après l'intervention ?	22
Quelles sont les précautions à prendre après l'opération ?	22
Comment sera ma vision après l'opération ?	22
Peut – on opérer une cataracte en même temps ?	23
Est ce que l'opération du glaucome l'enlève complètement ?	23
L'intervention comporte t-elle des risques ?	23
Questions générales	24
Où nous trouver ?	25
Notes	26

Introduction

Ce guide est destiné à mieux répondre aux questions que vous vous posez sur le glaucome ou plutôt les glaucomes. Il existe en effet plusieurs types de glaucomes, ce qui explique que le traitement varie d'une personne à l'autre.

Qu'est-ce que le glaucome ?

Le glaucome est une maladie de l'oeil liée à l'élévation anormale de la pression du liquide qui se trouve à l'intérieur du globe oculaire. Cette pression anormale conduit de façon progressive et le plus souvent sans douleur à une atteinte irréversible de la vision.

Il existe toute une gamme de traitement qui permet de contrarier l'évolution de la maladie et de prévenir ainsi cette perte progressive de la vision qui peut aboutir à la cécité.

Pourquoi est-ce une maladie qui menace votre vision ?

Le glaucome menace la vision car cette maladie évolue de façon indolore entraînant une perte progressive du champ de la vision sans toucher au début l'acuité visuelle centrale (calculée en dixième). Comme cette maladie est indolore et que la diminution de la vision n'est pas perceptible au début, le glaucome est généralement diagnostiqué par un ophtalmologiste lors des contrôles systématiques réalisés au décours de la prescription de lunettes.

Ainsi en l'absence d'examen ophtalmologique (par exemple prescription de lunettes avec examen de la vue sans examen médical) la maladie peut rester longtemps inconnue et évoluer.

Comment fonctionne votre oeil ?

La connaissance du fonctionnement de l'oeil est la première étape permettant de comprendre ce qu'est le glaucome.

L'oeil est un organe prodigieusement efficace et complexe. Il a une forme sphérique, protégé par coque blanche appelée sclère.

Un oeil humain peut être comparé à un appareil photographique.

Les informations visuelles (c'est à dire ce qui se trouve dans votre champ de vision) passent d'abord une membrane transparente : **la cornée** puis à travers **la pupille** située au centre de l'iris. L'iris, partie colorée de l'oeil agit comme un véritable diaphragme qui permet de régler la quantité de lumière qui rentre dans l'oeil par la pupille c'est-à-dire l'orifice central de l'iris.

Le cristallin permet comme un objectif de mettre au point, et de focaliser ainsi l'image sur la **rétine**. La rétine tapisse le fond de l'oeil et constitue la pellicule sur laquelle sont captées les images. La partie centrale de la rétine qui sert à voir de façon précise s'appelle la **macula**.

Les informations venant des différentes régions du champ de la vision sont ainsi captées par l'ensemble de la rétine. Elles sont ensuite transmises au cerveau par "un câble", le nerf optique. Ce câble est constitué d'environ 1 200 000 fibres nerveuses visuelles. Comme il s'agit de cellules nerveuses, nous en perdons tous un petit peu au fur et à mesure que nous vieillissons (environ 5 000 par an). On peut ainsi considérer que le glaucome est une accélération de cette perte "normale" des fibres visuelles.

Qu'est-ce que la pression oculaire ?

Intervient ici l'humeur aqueuse c'est-à-dire le liquide qui baigne l'intérieur du globe oculaire. Ce liquide est différent des larmes qui sont produites en dehors de l'oeil.

Il existe à l'intérieur de l'oeil une certaine pression ou tension intra-oculaire dont le niveau est réglé par une entrée et une sortie permanente d'un liquide : **l'humeur aqueuse**. Cette pression intra-oculaire n'a pas de rapport avec la pression qui règne à l'intérieur des vaisseaux sanguins (ou pression artérielle) ou bien encore avec la tension nerveuse. L'entrée d'humeur aqueuse dans l'oeil se fait par un tissu appelé le corps ciliaire qui agit comme un robinet. La sortie se fait à l'intersection entre la cornée et l'iris ("dans l'angle irido-cornéen") par un tissu spécial appelé trabéculum. La production et l'écoulement et le drainage de ce liquide (humeur aqueuse) constituent un phénomène actif, continu, indispensable à la bonne santé de l'oeil..

Comment le glaucome se développe t-il ?

Le glaucome se développe lorsque la pression du liquide à l'intérieur de l'oeil est trop élevée généralement parce que le système d'écoulement ne fonctionne plus de façon convenable. Le système de drainage de l'humeur aqueuse peut être bouché ou encrassé alors que le corps ciliaire continue à produire du liquide. La présence de trop de liquide à l'intérieur de l'oeil entraîne ce que nous appelons une hypertension oculaire. Cette tension oculaire trop élevée peut à long terme endommager le nerf optique. La perte progressive du nombre de fibres dans ce câble peut altérer la perception des images, et se traduit au début par des trous dans le champ de la vision non perceptibles. Ces trous, c'est-à-dire ces zones de moindre vision (« scotomes » en langage technique) peuvent se rejoindre et entraîner une vision tubulaire.

La progression de l'atteinte du nerf optique provoque une perte lente habituellement indolore, imperceptible et irréversible de la vision. Ainsi en l'absence d'examen la maladie peut rester longtemps inconnue. La vision périphérique, c'est à dire le champ visuel supérieur, latéral et inférieur disparaît en premier et un oeil compense la perte de vision de l'autre pendant longtemps. Ce mécanisme compensatoire peut être un des facteurs retardant le diagnostic du glaucome car la vision centrale (zone que vous voyez en regardant droit devant vous ou en lisant) peut rester intacte très longtemps. Ce n'est que lorsque la vision centrale est atteinte, qu'il existe une baisse de l'acuité visuelle.

Est-ce une maladie fréquente ?

Le glaucome concerne essentiellement la population de plus 40 ans et son incidence augmente avec l'âge. Ainsi 1 % de la population est atteinte de glaucome à 70 ans et 2 % à 80 ans. En France on estime que le nombre de patients atteints glaucome est d'un million dont 500 000 seulement sont dépistés et traités. Dans le monde entier, le nombre de personnes atteintes est estimé à environ 70 millions. Le glaucome est donc une maladie fréquente.

Y a-t-il des personnes à risque ?

Les patients ayant des antécédents familiaux de glaucome doivent se faire dépister très précocement car il s'agit d'une maladie dont le caractère génétique est prouvé. La recherche médicale avance et le gène de certaines formes de glaucome (glaucome juvénile, glaucome pigmentaire, glaucome exfoliatif) ont déjà été localisés dans le génome humain.

Le facteur de risque principal pour le développement du glaucome est l'âge comme nous l'avons déjà évoqué. Le risque de présenter cette maladie augmente au fur et à mesure que l'âge avance. A partir de 40 ans, il faut faire examiner régulièrement vos yeux par votre ophtalmologiste. En cas d'histoire familiale, c'est-à-dire si un membre de votre famille présente un glaucome, faites examiner vos yeux plus tôt.

Il faut savoir également que le glaucome se rencontre plus fréquemment dans les populations scandinaves, noires et asiatiques. Les autres facteurs de risques sont la myopie, le diabète, la prise de cortisone.

Les différents types de glaucome

Le glaucome à angle ouvert

La forme la plus courante de glaucome est dite à angle ouvert. Ce type de glaucome évolue très lentement car le système de drainage de l'humeur aqueuse de l'oeil se bouche très progressivement ce qui fait que la pression intraoculaire augmente aussi peu à peu.

La première étape de l'évolution vers le glaucome est appelée hypertension oculaire ou suspicion de glaucome. A ce stade, la tension oculaire peut être légèrement trop élevée mais il n'y a encore aucune atteinte décelable du champ visuel ou du nerf optique au fond d'oeil. Si vous êtes dans ce cas, vous devez vous faire contrôler régulièrement par votre ophtalmologiste afin de déceler toute évolution potentielle vers la maladie.

Le glaucome à angle fermé

Le glaucome à angle fermé est beaucoup plus rare et peut survenir de façon aigue secondairement à une ascension rapide de la tension oculaire. Dans cette forme de glaucome, il existe une fermeture brutale de la zone où s'évacue l'humeur aqueuse (l'angle irido-cornéen) entraînant une élévation très importante de la pression intra-oculaire. L'oeil devient alors douloureux et rouge. Cette forme de glaucome survient le plus souvent chez les sujets âgés et hypermétropes. Les signes de ce type de glaucome sont de violents maux de tête, des douleurs oculaires, une vision floue et des nausées. Ce type de glaucome exige un traitement médical urgent.

La fermeture de l'angle peut se faire également de façon progressive et mimer un glaucome à angle ouvert

Le glaucome à pression normale

Comme son nom l'indique cette forme rare de glaucome survient alors que la tension intra-oculaire est normale mais qu'il y a des lésions visibles au niveau du nerf optique et de la vision périphérique, c'est-à-dire du champ visuel. Dans ce cas il est probable que le nerf optique souffre également d'une irrigation insuffisante par les vaisseaux sanguins qui l'entourent. Il faut également savoir que la pression intraoculaire varie dans la journée et que l'on peut mesurer une pression normale alors qu'elle peut être plus élevée à d'autres moments. Cette forme de glaucome nécessite la prise en charge de tous les facteurs de risque vasculaires (tension artérielle, diabète).

Autres formes de glaucomes

Il existe également des formes secondaires de glaucomes qui peuvent résulter d'un traumatisme oculaire, d'une maladie inflammatoire de l'oeil, un traitement par cortisone.

Il existe également des formes de glaucome qui peuvent survenir dès la naissance (glaucome congénital) et des formes associées à de nombreuses autres maladies générales.

On peut parler plutôt des glaucomes plutôt que du glaucome.

Cependant la forme la plus fréquente de glaucome est le glaucome chronique à angle ouvert et c'est de cette forme dont on fait référence lorsque l'on parle "du glaucome".

Y a-t-il des signes d'alerte ?

Le plus souvent, il n'existe aucun signe d'alerte pouvant faire suspecter l'existence d'un glaucome. C'est pour cette raison, qu'il est capital surtout si il existe des antécédents familiaux de glaucome de bénéficier d'un dépistage de la maladie.

Quels tests allez-vous avoir ?

Ces tests sont tous indolores et non invasifs

Prise de la tension oculaire

Elle est faite le plus souvent après instillation de gouttes pour anesthésier la cornée et en approchant ensuite près de l'oeil un petit appareil (le tonomètre). On peut également prendre cette pression intra-oculaire par des appareils qui projettent de l'air pulsé sur la cornée. La pression intra-oculaire normale est comprise entre 10 et 21mmHg mais il s'agit là d'une moyenne.

On peut compléter la mesure de la pression intraoculaire par la mesure de l'épaisseur de la cornée qui peut modifier le résultat.

La tension oculaire varie également au cours de la journée. Du fait, de ces variations, il peut être nécessaire de mesurer la tension oculaire à différents moments de la journée.

Une tension oculaire normale ne permet donc pas d'éliminer le diagnostic du glaucome.

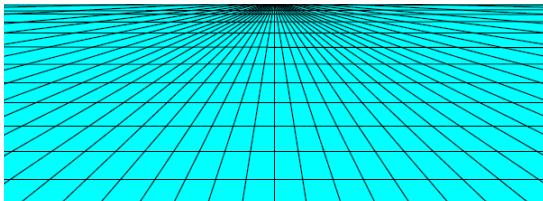
Gonioscopie

La gonioscopie pratiquée par votre ophtalmologiste lui permettra de préciser le type de glaucome dont vous souffrez en observant l'angle entre l'iris et la cornée, là où se trouvent les canaux de drainage (glaucome à angle ouvert ou fermé).

Fond d'oeil

Votre ophtalmologiste utilisera également un ophthalmoscope pour voir le départ du nerf optique au fond de l'oeil ou papille. La couleur, la forme de votre nerf optique sont des informations qui lui permettront de voir s'il présente des lésions dues au glaucome.

Champ visuel



En cas de suspicion de glaucome, vous bénéficierez d'un examen du champ visuel pour voir s'il existe des lacunes dans celui-ci. Ces tests peuvent être assistés par ordinateur et permettront de tester votre vision centrale et périphérique. Chaque œil est testé séparément.

Analyse du nerf optique ?

Dans certains cas, on peut s'aider de photos ou d'analyseurs de nerfs optiques pour améliorer la prise en charge et le suivi de la maladie.

L'ensemble de ces tests, qui sont non invasifs et indolores : prise de la pression intra-oculaire, gonioscopie, fond d'œil, champ visuel permettront à votre ophtalmologiste de diagnostiquer un glaucome.

En cas de diagnostic ou de suspicion de glaucome, ces mêmes examens seront répétés périodiquement afin de s'assurer que la maladie est bien maîtrisée et que votre vision est sauvegardée.

Peut-on traiter un glaucome ?

Le glaucome est une maladie qu'il est possible de maîtriser. Dès qu'un glaucome a été diagnostiqué, un traitement sera nécessaire toute votre vie. Si vous suivez les instructions de votre ophtalmologiste et si vous prenez soin de votre problème, votre vision a toutes les chances d'être conservée. Votre glaucome sera très probablement maintenu sous contrôle par différents moyens qui permettent d'abaisser la tension oculaire, soit en augmentant la quantité de liquide drainé hors de l'oeil, soit en diminuant la quantité de liquide que produit votre oeil. Le but du traitement est de trouver le niveau de la pression intra-oculaire qui chez vous permettra d'arrêter l'évolution de la maladie. Ce niveau de pression intra-oculaire peut être différent d'un patient à l'autre. Dans l'état actuel de la science, le traitement permet de stopper l'évolution de la maladie mais il n'est pas possible de récupérer ce qui a été perdu. C'est pour cela qu'il est important de détecter un glaucome dès son début.

Quels sont les différents types de traitements ?

Il existe 3 grands types de traitement qui permettent tous d'abaisser la pression intra-oculaire.

- ▶ Un traitement à base de collyre permet d'abaisser la tension oculaire. Selon le médicament qu'il contient le collyre augmentera la quantité de liquide drainé hors de l'oeil ou diminuera la quantité de liquide produite par votre oeil.
- ▶ Le laser : il existe différents types de laser adaptés à différentes formes de glaucome (Laser Argon, Laser Yag, Laser Diode).
- ▶ La chirurgie s'avère généralement nécessaire pour faire baisser la pression intra-oculaire si la maladie continue à progresser. Il ne faut pas considérer la chirurgie comme une solution de dernier recours quand la vision à baissé mais avant qu'une dégradation ne devienne trop importante.

Les collyres

Types de collyres

Il existe de nombreuses classes thérapeutiques qui permettent d'abaisser la pression intra-oculaire, ce sont : les bétabloquants, les miotiques (comme la pilocarpine), les inhibiteurs de l'anhydrase carbonique, les prostaglandines, et les dérivés de l'adrénaline. Votre ophtalmologiste vous prescrira le traitement le mieux à même de contrôler votre glaucome. Le but est d'utiliser le moins de médicaments possible afin d'éviter leurs effets indésirables.

Suivez donc strictement les instructions de votre ophtalmologiste. Il faut également signaler à votre médecin généraliste les collyres que vous instillez dans votre œil car ceux-ci peuvent avoir des effets secondaires généraux.

Comment les instiller ?

Après avoir déposé une goutte dans votre œil, appuyez délicatement un doigt sur l'angle des paupières proches du nez pendant une minute. Cette pression délicate permet de bloquer le canal lacrymal, et votre collyre aura moins de chances de passer dans le nez puis dans le courant sanguin.

Est-il important de respecter les horaires ?

Il est important de respecter les horaires. Lorsqu'on instille un collyre dans l'œil, celui-ci n'agit qu'un certain nombre d'heures. Certains collyres ont une durée d'action de 8h et seront instillés 3 fois par jour toutes les 8 heures, d'autres ont une durée d'action de 12h et seront instillés 2 fois par jour, ou enfin une durée d'action plus longue de 24h nécessitant une seule instillation par jour.

Devez-vous instiller les gouttes avant de venir en consultation ?

Sauf instructions contraires de votre ophtalmologiste, il faut instiller les gouttes avant de venir en consultation afin de pouvoir contrôler l'efficacité du traitement.

Vais-je les supporter ? Y a-t-il beaucoup d'effets secondaires ?

Les collyres sont généralement très bien supportés mais comme pour tout traitement efficace des effets indésirables peuvent survenir.*

Avant leur commercialisation l'efficacité du collyre sur la pression intraoculaire est testée en comparaison avec un placebo (produit neutre) dans des études où ni le patient ni le docteur ne connaissent la nature du produit instillé. Les effets indésirables sont répertoriés dans les deux groupes et tous ceux qui sont survenus sont notés sur la notice des médicaments.

Quelques règles fondamentales à suivre

Prenez vos médicaments régulièrement. Essayez de programmer la prise du traitement en fonction de vos activités journalières (réveil, heures des repas, coucher). Si vous devez instiller 2 collyres, attendez environ 5mn avant d'instiller le second dans votre oeil.

Signalez à votre ophtalmologiste les autres médicaments que vous prenez, même ceux qui sont en vente libre (comme par exemple l'aspirine). Assurez vous que les autres médecins qui vous suivent sont au courant de votre traitement pour le glaucome.

Le glaucome : les interventions au laser

Le LASER (Light Amplification by Stimulation Emission of Radiations) est un rayonnement lumineux cohérent très concentré utilisé dans de nombreux domaines. Le Laser médical en est une grande application et un des premiers domaines d'action a été le traitement des maladies oculaires. En ce qui concerne le glaucome il est employé depuis plus de 30 ans avec une amélioration constante à la fois des appareils et des indications.

On le réalise en général dans une salle dédiée au laser. Il se fait en soins externes, sans hospitalisation, sans nécessité de consultation d'anesthésie, sans obligation de se dévêter, ni d'être à jeun. La présence d'une personne accompagnante n'est pas forcément nécessaire. Il est recommandé de ne pas conduire juste après un traitement laser.

On pourra proposer un traitement laser dans divers cas.

Le glaucome chronique à angle ouvert

Il s'agit essentiellement de la trabéculoplastie. Le traitement est en général simple, rapide et indolore. Il consiste à appliquer des impacts de laser dans la zone qui est déficiente dans le glaucome, c'est-à-dire le trabéculum, situé dans l'angle entre l'iris et la cornée.

Il se fait en position assise, sans tenue spéciale. On anesthésie l'oeil avec un collyre puis on applique un verre de contact adapté qui permet de garder l'oeil ouvert et à travers lequel le rayonnement laser va passer pour bien focaliser chaque impact. Divers types de laser peuvent être employés : Argon, Yag doublé en fréquence, Diode, Selecta.

Une préparation peut être nécessaire par des collyres ou des comprimés.

Dans les suites on prescrit souvent un collyre anti-inflammatoire. On le propose quand le traitement médical suivi est inefficace ou mal toléré. On peut aussi le proposer d'emblée dans certaines indications.

Le glaucome par fermeture de l'angle

On pratique une iridotomie (ou iridectomie) périphérique. Pour permettre un meilleur passage de l'humeur aqueuse de son lieu de production (le corps ciliaire) à son lieu de résorption (le trabéculum) on crée un micro trou à la périphérie de l'iris masqué par la paupière supérieure. Le perçement de l'iris est plus ou moins long suivant son épaisseur, sa couleur et sa visibilité à travers la cornée.

Le rayonnement employé est la laser Yag complété souvent par le laser thermique. Comme pour la trabéculoplastie, l'oeil est anesthésié par un collyre, il se réalise en position assise et on place un verre pour maintenir l'oeil ouvert et focaliser le rayon laser.

On propose l'iridotomie dans deux circonstances.

Préventivement quand l'anatomie de l'oeil est telle qu'elle prédispose à l'apparition de la maladie (angle irido cornéen étroit)

Quand la maladie est déclarée avec un angle partiellement fermé et une pression intraoculaire qui dépasse la normale.

Quand il existe un accrolement permanent entre l'iris et la cornée (on parle alors de « synéchies ») on ne peut plus avoir recours au traitement laser et la chirurgie s'impose alors.

Dans certaines formes rares de glaucome à angle fermé (iris plateau) on peut proposer un traitement au laser pour remodeler la périphérie de l'iris (iridoplastie).

Dans les suites d'une opération chirurgicale

On citera essentiellement la goniopuncture qui permet d'améliorer le résultat d'une sclérectomie.

On peut avoir recours au laser pour sectionner les fils après une trabéculectomie.

En cas de glaucome réfractaire

Dans le cas d'un glaucome réfractaire (c'est à dire régiissant mal à la chirurgie habituelle) on a la possibilité d'utiliser le laser sur le corps ciliaire. En affaiblissant un certain nombre de procès ciliaires on diminue la production d'humeur aqueuse et on réduit ainsi la pression intraoculaire.

Il s'agit alors d'un laser spécial (laser diode) appliqué directement sur l'oeil à l'aide d'une sonde à usage unique. La séance se fait en position allongée, au bloc opératoire car il nécessite une anesthésie profonde de l'oeil. Une consultation d'anesthésie est donc nécessaire.

Autres indications

On peut avoir recours au laser

- ▶ En cas de glaucome dit néovasculaire pour traiter la rétine par un laser thermique.
- ▶ Après une intervention combinée cataracte et glaucome lorsque la capsule située derrière l'implant cristallinien s'opacifie (capsulotomie au laser Yag).

Questions générales sur les lasers

Le laser est -il douloureux ?

En général non car l'oeil est anesthésié. La majorité des patients n'éprouvent pas de douleur pendant le traitement mais sentent que l'on fait quelque chose. Quelques personnes ont la sensation d'une petite piqûre localisée.

Le laser comporte t-il des risques ?

Le risque zéro n'existe pas et toute intervention comporte des risques y compris graves bien que très rares.

Toute proposition de traitement évalue le risque de ne rien faire et de laisser la situation telle quelle en le comparant aux différents traitements et à leurs risques.

On choisit alors la solution la moins risquée.

Les risques de perte de vision après iridotomie au laser ou trabéculoplastie sont exceptionnels et les incidents répertoriés survenus ne sont le plus souvent pas imputables au traitement laser mais à d'autres événements survenus de façon concomitante.

En pratique comment le traitement laser va t- il se passer ?

Vous n'êtes pas hospitalisé mais il faut prévoir le plus souvent d'être accompagné. Si votre deuxième oeil est bon vous pourrez prendre les transports en commun mais il n'est pas possible de conduire après une séance de laser.

Votre visage est posé sur la mentonnière du microscope, front appuyé vers l'avant comme lors de l'examen des yeux.

Un collyre anesthésique est instillé et une lentille est ensuite placée sur votre œil pour maintenir l'œil ouvert et focaliser le rayon laser.

Evitez les mouvements brusques en pensant à « autre chose » pour éviter d'être trop contracté.

Une séance de laser ne dure que quelques minutes.

Le laser présente t il un danger en cours de séance ? -

Exceptionnellement. Les ophtalmologistes sont habitués à éviter les brûlures accidentelles en levant le pied de la pédale du laser si l'oeil bouge.

Concentrez vous pour suivre les instructions qui vous sont données pendant les quelques minutes de la séance de laser.

Peut-on avoir plusieurs fois du laser ? ---

Oui car différentes formes de glaucomes peuvent s'associer (angle fermé puis angle ouvert).

Vais-je continuer à instiller des gouttes après mon intervention au laser ? ---

Cela dépend du type de laser qui aura été réalisé chez vous.

Le plus souvent en cas de traitement préventif du glaucome à angle fermé il ne sera pas nécessaire de mettre des gouttes (sauf un traitement anti inflammatoire systématique quelques jours après le laser). Une surveillance à vie sera cependant nécessaire pour dépister le glaucome à angle ouvert.

Si vous avez un glaucome à angle ouvert l'efficacité complète du laser sur la pression intra oculaire se juge après quelques semaines et il est souvent nécessaire d'instiller des gouttes en complément.

Le glaucome : l'intervention chirurgicale

Pourquoi décide t-on de m'opérer ?

Il existe différents traitements du glaucome : les collyres, le laser et la chirurgie.

Les risques et bénéfices de chaque méthode sont calculés et l'on décide généralement d'une opération lorsque la maladie n'est pas ou plus contrôlée par le traitement médical c'est à dire qu'il persiste une dégradation du champ de la vision liée à une tension oculaire trop élevée.

Chaque cas est évalué individuellement, car chaque individu est unique. Il n'y a pas de chiffre de tension oculaire à partir duquel on décide d'opérer. La décision est prise en fonction de l'évolution du nerf optique, du champ visuel et de la tension oculaire.

Il ne s'agit pas d'une intervention de confort pour se passer des gouttes mais d'une chirurgie de nécessité liée à l'évolution de la maladie ou à une intolérance aux traitements précédemment utilisés.

Comment est-on anesthésié ?

Dans la très grande majorité des cas, l'intervention se déroule sous anesthésie locale associée à une décontraction par voie veineuse. Le produit anesthésique est injecté à côté de l'oeil (c'est à dire pas dans l'oeil) et diffuse ensuite. L'intervention est donc indolore. Cette injection peut entraîner une rougeur de l'oeil ou de la paupière qui ne compromet pas le résultat de l'opération. Une consultation anesthésique est nécessaire (et obligatoire) avant l'opération.

Il est important de signaler tous les traitements que vous prenez ainsi que les investigations que vous avez eues et leurs résultats.

Si vous prenez des anticoagulants ou d'autres types de médicaments qui fluidifient le sang : antiagrégants plaquettaires (aspirine, Plavix , Ticlid) signalez le à l'anesthésiste.

Il faut en effet ne pas prendre d'aspirine dans les jours qui précédent un acte chirurgical.

Comment se déroule l'opération ?

L'intervention se déroule en étant allongé. Après avoir anesthésié l'oeil, un champ opératoire (drap stérile) est placé sur le visage, avec un tuyau d'oxygène qui arrive en dessous près du nez pour aider à respirer. Vous ne verrez donc pas les instruments. La tension artérielle est vérifiée régulièrement (bracelet qui se gonfle sur le bras). L'intervention est réalisée sous microscope par le chirurgien aidé par un assistant. Elle ne dure pas longtemps (moins d'une heure). Il suffit simplement de ne pas bouger la tête (qui est fixée au niveau du front par du sparadrap).

Un pansement est placé sur l'oeil en fin d'intervention. Il est enlevé le lendemain à la première consultation de contrôle post opératoire.

Combien de temps est-on hospitalisé ?

L'hospitalisation est courte. La chirurgie peut être réalisée en chirurgie ambulatoire : entrée le matin et sortie l'après midi. Dans certains cas (maladies associées, patient habitant loin, impossibilité d'être accompagné la nuit qui suit l'intervention), une hospitalisation courte peut être proposée.

En quoi consiste l'opération ?

Le but de l'intervention est de créer une " soupape " qui permet en cas d'élévation de la pression intraoculaire de faire baisser celle ci. Elle est créée sous la paupière supérieure : c'est " la bulle de filtration ". Il est donc normal après l'opération d'avoir une petite " grosseur " au dessus de l'oeil qui est cachée par la paupière supérieure. Les noms techniques des interventions chirurgicales sont : trabéculectomie, sclérectomie profonde.

Dois je poursuivre mon traitement jusqu'à l'opération ?

Oui car sinon votre tension intraoculaire remonte. Il faut poursuivre le traitement prescrit jusqu'à l'intervention.

Quel est le traitement à suivre après l'intervention ? —

Après l'intervention un traitement anti-inflammatoire et antibiotique en collyres est prescrit pendant plusieurs semaines. La cicatrisation de l'oeil est surveillée régulièrement.

Des consultations post opératoires sont donc nécessaires. Elles sont plus nombreuses que pour une chirurgie de la cataracte.

En cas de cicatrisation excessive, on peut être amené à modifier le traitement ou à injecter des substances pour freiner cette cicatrisation excessive qui peut compromettre le résultat de la chirurgie. Comme chaque oeil cicatrice différemment ce traitement est différent d'un individu à l'autre.

Les collyres anti-inflammatoires prescrits sont à base de cortisone (c'est normal). Ne vous inquiétez pas si vous lisez sur la notice de ces produits " contre indiqué en cas de glaucome ". Cette contre indication ne s'applique pas à la période post opératoire.

Les gouttes contre le glaucome sont arrêtées pour l'oeil opéré. Dans certains cas, si la baisse de la pression intraoculaire est jugée insuffisante, compte tenu de votre cas, les collyres anti-glaucomateux peuvent être repris en complément de la chirurgie.

Quelles sont les précautions à prendre après l'opération ?

Vous pouvez vivre normalement : lire , regarder la télévision etc.. Votre seul ennemi réel est le choc sur l'oeil opéré. Il faut donc éviter de vous mettre dans des situations " à risque ".

Vous pouvez garder vos lunettes dans la journée si vous en avez. La nuit l'oeil doit être protégé par une coque.

Comment sera ma vision après l'opération ?

Il est normal de voir flou après l'opération. Ce flou transitoire est lié à la petite inflammation liée à l'opération, la baisse de la pression intraoculaire ou à l'instillation de goutte qui dilate la pupille. La vision de l'oeil opéré revient ensuite au niveau qu'il avait avant l'opération.

L'opération peut changer la formule des lunettes ou induire le port de verres correcteurs. Il est ainsi conseillé de ne pas changer de lunettes avant une opération de glaucome. Le but de l'intervention n'est pas d'améliorer la vision mais de diminuer la progression des trous du champ visuel qui peut atteindre le centre de la vision. En cas de chirurgie de la cataracte associée il peut y avoir par contre des améliorations de la vision mais généralement moindre qu'en cas de cataracte isolée sans glaucome.

Peut – on opérer une cataracte en même temps ?

Oui. Il s'agit d'une intervention couramment pratiquée dite chirurgie combinée cataracte et glaucome. L'anesthésie est exactement la même (qui est celle également de la chirurgie de la cataracte) mais le temps opératoire est un peu plus long. Il est souvent bénéfique d'opérer en même les deux maladies ce qui permet d'améliorer la vision et d'alléger le traitement.

Est ce que l'opération du glaucome l'enlève complètement ?

Le glaucome est une maladie chronique comme le diabète ou l'hypertension artérielle. Le but de l'opération est de normaliser la tension oculaire pour essayer de stopper l'évolution de la maladie.

Une surveillance à vie est donc nécessaire même après l'opération du glaucome.

L'intervention comporte t-elle des risques ?

Si la chirurgie ne présentait pas de risque on opérerait tout le monde d'emblée. Le traitement médical n'aurait pas d'intérêt vu qu'il s'agit d'un traitement à vie.

Le risque zéro n'existe pas et toute intervention comporte des risques y compris graves bien que très rares.

Il est maintenant possible de remettre (et faire signer) une feuille de consentement au patient qui détaille notamment les complications.

Ces feuilles ont été réalisées par la Société Française d'Ophtalmologie.

On décide d'opérer car le risque de laisser la situation telle qu'elle est (tension trop élevée, dégradation du champ de la vision) est beaucoup plus important que le risque opératoire.

Le glaucome est une maladie chronique et il faut se battre. Il existe de nombreux traitements pour stopper la dégradation de la vision. La chirurgie est une arme efficace pour lutter contre cette maladie.

Questions générales

Le glaucome “ s’attrape-t-il ” ?

Le glaucome n'est pas une maladie qui s'attrape comme une grippe et qui repart, il s'agit d'une maladie chronique qui nécessite un traitement et une surveillance à vie.

Peut-on prévenir le glaucome ?

Il n'existe pas de traitement préventif du glaucome chronique à angle ouvert. Dans certains cas, la présence de facteurs de risque incitera votre ophtalmologiste à faire une iridotomie (trou microscopique dans l'iris) préventive.

Pouvez-vous continuer à mener une vie normale ?

Il n'existe aucune contre-indication, ni régime alimentaire particulier à suivre chez les patients qui ont un glaucome.

Pouvez-vous continuer à porter des lentilles de contact ?

Le plus souvent oui, mais il existe cependant des interactions avec certains collyres. Il faut donc demander à votre ophtalmologiste, les précautions à suivre dans ce cas.

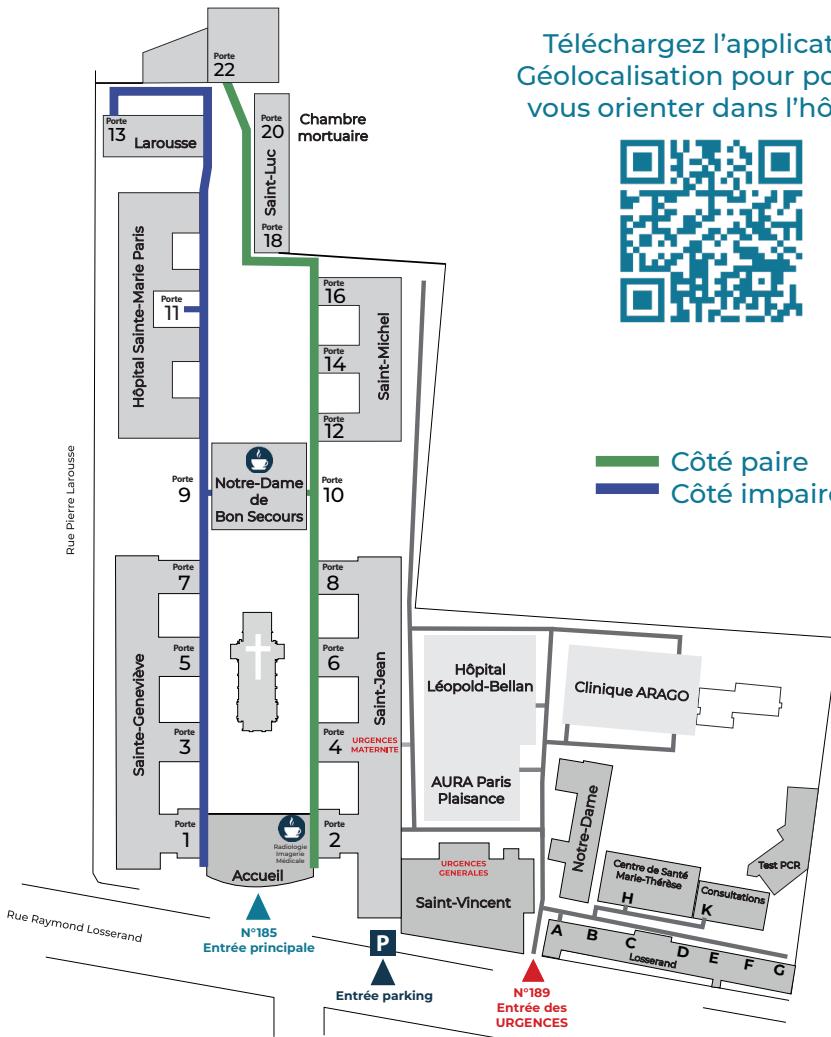
Y a t-il des contre-indications médicamenteuses ?

Oui , en cas de glaucome par fermeture de l'angle non dépisté par contre une fois l'iridotomie pratiquée aux deux yeux, il n'existe plus de contre-indication médicamenteuse.

Il n'y a pas de contre-indication médicamenteuse en cas de glaucome chronique à angle ouvert (sauf un traitement par la cortisone qui peut dans certains cas faire augmenter la pression intra-oculaire).

En cas de doute, demandez à votre ophtalmologiste.

Où nous trouver ?



Téléchargez l'application
Géolocalisation pour pouvoir
vous orienter dans l'hôpital



— Côté paire
— Côté impair

← (M 13) PLAISANCE
(B 62)

PORTE DE VANVES (M 13)

(B 58 95)
(T 3)

PERIPHERIQUE Porte Brancion
Porte de Vanves

NOTES

Hôpital Paris Saint-Joseph
185 rue Raymond Losserand
75 674 Paris cedex 14

www.hpsj.fr

ORTHO/E/INFO-049/03-02-2022

Téléphone

Secrétariat de consultation : 01 44 12 34 33
Secrétariat d'hospitalisation : 01 44 12 78 45