

## Opération du glaucome chronique – Chirurgie filtrante

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous présentez un glaucome chronique qui menace votre vision. Votre ophtalmologiste vous propose l'opération car la chirurgie représente, à ce stade, le moyen le plus approprié pour tenter de stabiliser l'état de votre vision.

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 causes du glaucome sont nombreuses et la plus fréquente est l'élévation de la pression oculaire qui est liée 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 estime être la plus appropriée pour préserver le plus longtemps possible votre vision. L'opération du glaucome ne peut ni supprimer le glaucome, ni améliorer la fonction visuelle, ni réparer les lésions dues au glaucome qui sont irréversibles. Son objectif est d'abaisser la tension oculaire pour ralentir l'évolution du glaucome.

### La chirurgie filtrante du glaucome

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. Elle consiste à exciser une portion du trabéculum en partie ou en totalité pour faciliter l'évacuation de l'humeur aqueuse hors de l'œil et donc abaisser la pression oculaire.

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

. **L'intervention filtrante** : Il existe deux types d'intervention filtrante qui créent une soupape avec les tissus de l'œil :

- **la trabéculectomie** qui consiste à exciser une petite partie du filtre trabéculaire, donc à ouvrir l'œil pendant l'intervention.

- **la sclérectomie profonde non perforante** qui consiste à n'exciser que la partie externe du filtre sans ouverture de l'œil. Le choix du type d'intervention dépend de critères liés à votre glaucome que seul votre ophtalmologiste est capable d'évaluer. Dans les deux types d'intervention, des moyens mécaniques ou chimiques peuvent être associés pour faciliter la filtration. Les incisions sont refermées par des points de suture. Il peut être nécessaire d'enlever pendant l'intervention un petit morceau d'iris ou de procéder à l'ablation d'une partie du vitré.

. **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 : fragilité tissulaire, issue de vitré, hémorragies qui se résorbent habituellement en quelques jours mais qui peuvent dans des cas exceptionnels aboutir à la perte de la vision voire de l'œil.

### EVOLUTION POST-OPERATOIRE HABITUELLE

La chirurgie est standardisée mais son succès dépend des capacités de cicatrisation des tissus 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. 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. Elle va cicatriser et se modifier sur plusieurs semaines. Des visites de contrôle sont nécessaires et fréquentes dans les suites de l'intervention pour surveiller la cicatrisation qui peut être défailante dans 20% à 30% des cas et nécessiter des soins spécifiques réalisés soit en consultation soit au bloc opératoire (sutures additionnelles, injections de substances anti-cicatrisantes, ablation des fils de suture au laser ou à la pince). 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 fréquente après l'intervention, souvent modérée, plus ou moins durable, liée à l'intervention elle-même, aux collyres ou encore aux fils de suture : 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 lié aux sutures. La baisse de la tension oculaire est généralement obtenue dans 75% des cas après l'opération pour une durée variable qui dépend de la cicatrisation de la bulle. Dans un certain nombre de cas, il est nécessaire de reprendre l'utilisation de collyres anti-glaucomeux, 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 FILTRANTE DU GLAUCOME CHRONIQUE

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

- . d'une baisse de la vision parfois irréversible (exceptionnelle)
- . d'hémorragie à l'intérieur de l'œil
- . d'infections qui peuvent survenir plusieurs mois ou années après la chirurgie
- . d'une hyperpression importante, qui peut parfois nécessiter une intervention en urgence
- . d'une baisse trop importante de la tension oculaire, parfois plusieurs mois ou années après la chirurgie, responsable d'une vision abaissée et/ou déformée parfois de façon permanente

### **D'autres complications sont moins sévères et plus fréquentes**

- . hémorragie au niveau des tuniques externes de l'œil, régressive en quelques jours
- . érosion ou ulcère de la cornée du fait des sutures ou de la bulle de filtration
- . larmoiement excessif nécessitant la mise en place de sutures additionnelles
- . inflammation de l'œil
- . baisse trop importante de la tension oculaire pouvant nécessiter une nouvelle intervention
- . remontée de la tension 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-glaucomeux, soit une nouvelle intervention chirurgicale
- . chute modérée, parfois permanente, de la paupière supérieure
- . 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 ..... 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

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*

- *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) avec l'aide de la Société Française du Glaucome (SFG)

## Le traitement par le laser du glaucome chronique à angle ouvert ou trabéculoplastie au laser

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous êtes atteint d'un glaucome chronique à angle ouvert qui menace votre vision. Votre ophtalmologiste vous propose un traitement par laser dont le but est d'essayer de stabiliser l'évolution de votre glaucome et de préserver votre vision.

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

### Le glaucome chronique

Cette maladie de l'œil aboutit progressivement à une destruction du nerf optique. Elle détériore ainsi le champ visuel de façon insidieuse avec une menace de perte totale de la vision. Parmi ses multiples causes, la plus fréquente et la plus importante est l'existence d'une pression trop élevée dans l'œil.

Seul votre ophtalmologiste est qualifié pour évaluer la nocivité ou non du niveau de cette pression en tenant compte des autres données de l'examen de votre œil : état du nerf optique et du champ visuel en particulier.

### Pourquoi traiter par laser ?

Il existe 3 méthodes pour abaisser la pression : le traitement médical par collyres, l'utilisation de certains lasers et la chirurgie. Votre ophtalmologiste vous propose celle qu'il estime la plus apte à préserver le plus longtemps possible votre vision.

### Le traitement par le laser du glaucome chronique à angle ouvert ou trabéculoplastie au laser :

Dans le glaucome chronique, l'élévation de la pression intraoculaire (ou hypertonie oculaire) est liée à une altération du trabéculum, qui représente un filtre tissulaire à travers lequel s'évacue en dehors de l'œil le liquide intraoculaire (humeur aqueuse). Avec le temps, ce trabéculum se modifie. Il devient plus compact, et moins perméable au passage de l'humeur aqueuse, facilitant ainsi l'élévation de la pression intraoculaire.

Le traitement par laser a pour objectif d'abaisser la pression intra-oculaire en favorisant l'évacuation de l'humeur aqueuse.

### L'opération du glaucome ne peut ni supprimer le glaucome, ni améliorer la fonction visuelle, ni réparer les lésions dues au glaucome qui sont irréversibles. Son objectif est d'abaisser la tension oculaire pour ralentir l'évolution du glaucome

La trabéculoplastie au laser, encore appelée trabéculorétraction, peut être réalisée à l'aide d'un laser à l'Argon ou d'un laser YAG doublé (trabéculoplastie sélective au laser ou SLT).

Les impacts de laser sont appliqués, par l'intermédiaire d'un verre de contact posé sur le globe oculaire, directement sur le trabéculum. Leur but est de rendre ce dernier plus perméable, pour obtenir un abaissement de la pression oculaire.

La trabéculoplastie au laser est indolore. Elle ne nécessite aucune hospitalisation.

Le laser n'est pas actif dans tous les glaucomes et votre ophtalmologiste est le meilleur juge pour savoir si cette technique vous convient.

Le résultat sur l'abaissement de la pression intraoculaire est variable. Il dépend de plusieurs facteurs (type de glaucome à angle ouvert, stade d'évolution...). L'efficacité se juge à un mois. Il est parfois possible alors, dans certains cas, de réduire le traitement médical par collyres.

**Hospitalisation :** L'intervention s'effectue en ambulatoire, le patient est assis devant le même type d'appareil que celui utilisé pour l'examen oculaire habituel.

**Anesthésie :** Une anesthésie locale, par gouttes, rend possible l'application sur l'œil, d'un verre de contact nécessaire à l'application des impacts laser.

**Incidents ou difficultés peropératoires :** Ils sont rares. Quelques douleurs peuvent être ressenties, parfois associées à une élévation transitoire de la pression oculaire. Ces complications sont prévenues par l'instillation de collyres anti-inflammatoires et anti-hypertonisants oculaires avant la réalisation de la trabéculoplastie.

**Evolution postopératoire habituelle :** Un certain degré d'irritation ou d'inflammation oculaire, ainsi qu'une accentuation momentanée des difficultés visuelles peuvent être observés. Votre ophtalmologiste vous prescrira un traitement par collyres pour les contrôler.

Une élévation transitoire de la pression intra-oculaire est habituelle : elle nécessite parfois le renforcement momentané du traitement. Les soins comportent l'instillation de gouttes et la prise éventuelle de comprimés pendant une période qui sera précisée par votre ophtalmologiste.

L'efficacité du traitement laser se juge après quelques semaines. Dans la plupart des cas la pression intra-oculaire est abaissée.

Comme pour tout traitement anti- glaucomateux, la durée d'action du laser est imprévisible,

La surveillance de la pression intraoculaire reste un temps essentiel du suivi médical. Votre ophtalmologiste vous indiquera les modalités du traitement à poursuivre et la fréquence des contrôles. Une remontée de la pression oculaire ou une efficacité insuffisante du laser peuvent finalement imposer, à plus ou moins long terme, une intervention chirurgicale anti-glaucomateuse.

Le traitement ne peut en aucun cas prétendre améliorer l'état de la vision.

La surveillance de votre glaucome 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 du laser dans le glaucome chronique :**

Un malaise pendant le traitement ou immédiatement après, comme pour tout examen avec un verre de contact, est possible.

Une réaction inflammatoire, une élévation durable de la pression oculaire seront contrôlées par le traitement prescrit par votre ophtalmologiste au cours des visites de suivi.

### **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

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*

- *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) avec l'aide de la Société Française du Glaucome (SFG)

## Traitement du glaucome réfractaire

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous souffrez d'un glaucome réfractaire, c'est-à-dire résistant au traitement médical et chirurgical classique. Votre ophtalmologiste vous propose une opération qu'il estime constituer le seul moyen d'espérer conserver votre vision. Cette intervention est réservée aux cas les plus difficiles, les plus résistants, ceux pour lesquels un traitement chirurgical classique plus conventionnel n'a pas été suffisamment efficace.

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

### **Le glaucome réfractaire**

Cette maladie de l'œil aboutit progressivement à une destruction du nerf optique. Elle détériore insidieusement le champ visuel avec menace de cécité.

Parmi ses multiples causes, la plus fréquente et la plus importante est l'existence d'une pression trop élevée dans l'œil. Seul votre ophtalmologiste est qualifié pour évaluer la nocivité ou non du niveau de cette pression en tenant compte des autres données de l'examen de votre œil : état du nerf optique et du champ visuel en particulier. Le glaucome est dit réfractaire lorsqu'il échappe à tout traitement habituel : collyres, laser ou chirurgie anti-glaucomeuse habituelle conventionnelle.

### **Pourquoi faire une opération particulière ?**

En laissant votre glaucome évoluer, la cécité est inéluctable à court terme et l'œil peut devenir douloureux ou irrité en permanence. Une opération classique n'étant plus possible, votre ophtalmologiste va devoir recourir à des techniques plus complexes et plus risquées pour abaisser la pression. C'est à ce prix que l'on peut espérer conserver une vision et réduire la douleur éventuelle.

**L'opération** : Elle est réalisée en milieu chirurgical et le plus souvent sous microscope. Elle représente un geste chirurgical majeur car elle consiste :

- soit à ouvrir l'œil pour y placer une valve ou un implant de drainage pour favoriser le drainage du liquide oculaire (humeur aqueuse),
- soit à affaiblir certains tissus pour abaisser la pression (cyclodestruction). Le tissu qui est détruit est le corps ciliaire : il s'agit d'une glande, située derrière l'iris, dont le rôle est de produire l'humeur aqueuse. La destruction du corps ciliaire fait baisser la pression oculaire. Ces deux techniques ont pour but d'abaisser durablement la pression oculaire.

**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 de voisinage, ou uniquement par l'instillation de gouttes (anesthésie topique). Une anesthésie générale est également possible. Le choix résulte de l'avis de votre ophtalmologiste et de celui du médecin anesthésiste. Il est important que vous fassiez part de votre souhait au chirurgien et au médecin anesthésiste. Ils sont les mieux qualifiés pour vous conseiller sur le choix des modes d'anesthésie.

**Technique opératoire** : Elle diffère selon le type d'opération envisagé par votre ophtalmologiste.

On distingue :

- Les opérations de cyclodestruction traditionnelles par laser, ou par application de froid. Une sonde est appliquée sur l'œil à la limite de la cornée, et la lumière laser ou le froid sont dirigés vers les tissus à détruire. Malgré l'anesthésie, des douleurs peuvent être ressenties. Plusieurs séances peuvent être nécessaires pour obtenir un résultat. La cyclodestruction peut être également réalisée à l'aide de lasers focalisés de haute intensité. Cette technique récente peut également vous être proposée et est une variante des techniques de cyclodestruction traditionnelles.
- Les opérations par mise en place d'une valve nécessitent une anesthésie plus complète et l'usage d'un microscope opératoire. Une valve en plastique est insérée et sert de soupape, favorisant l'élimination extra-oculaire de l'humeur aqueuse et la baisse de la pression oculaire.

**L'évolution postopératoire habituelle** : Dans la très grande majorité des cas, l'œil opéré est peu ou pas douloureux. Une inflammation oculaire est possible et peut être une source de gêne oculaire, voire de véritable douleur. L'intervention n'a pas pour but d'améliorer la vision, qui peut même diminuer transitoirement, pendant quelques jours ou quelques semaines, après la chirurgie.

Les soins consistent en l'instillation de gouttes ou à l'application d'une pommade et à la prise éventuelle de comprimés. Le port d'une protection oculaire peut être utile les premières semaines. Votre ophtalmologiste vous indiquera les modalités de ce traitement et la fréquence des contrôles.

La surveillance de la pression oculaire sera un temps essentiel du suivi médical. Une nouvelle intervention pourra être envisagée rapidement si la pression reste élevée.

**Les complications de la chirurgie du glaucome réfractaire** : L'opération du glaucome réfractaire 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 et ce, d'autant plus que les précédents traitements n'ont pas suffi pour contrôler la pression oculaire.

Les complications graves des interventions de cyclodestruction traditionnelles ou de pose de valves anti-glaucomeuses sont fréquentes. Elles peuvent aboutir à la perte de toute vision, voire à la perte de l'œil. L'atrophie de l'œil est la complication la plus grave, pouvant s'observer avec les interventions de cyclodestruction ou la pose de valves anti-glaucomeuses. Elle est irréversible et s'accompagne toujours d'une perte totale de la vision. L'ablation de l'œil atrophié peut être nécessaire. Les techniques de cyclodestruction par ultrasons exposent moins à ce risque, et sont généralement mieux tolérées.

La persistance d'une trop forte pression après l'intervention peut nécessiter une ré intervention.

Des infections oculaires concernent environ 2% des patients opérés avec une valve. Le déplacement de la valve est possible, entraînant une décompensation de la cornée, une cataracte (opacification du cristallin), voire une hémorragie intraoculaire ou un décollement de rétine. Ces complications peuvent aboutir à la perte de la fonction visuelle, ou même de la perte anatomique du globe oculaire.

Les techniques de cyclodestruction par ultrasons qui sont proposées dans certains cas particulièrement indiqués, peuvent justifier un surcoût : votre chirurgien vous en expliquera les modalités.

**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

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*

- *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) avec l'aide de la Société Française du Glaucome (SFG)

Fiche révisée en avril 2013.

<http://www.sfo.asso.fr>



## Opération de l'iris au laser : Iridotomie, Iridoplastie

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous souffrez d'une anomalie ou d'une atteinte de l'iris et/ou de l'angle irido-cornéen responsable de troubles visuels ou d'un glaucome. Votre ophtalmologiste vous propose un traitement par laser qui constitue le moyen le plus approprié d'y remédier.

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

### L'iris

C'est le diaphragme coloré directement visible dans l'œil, centré par un orifice : la pupille.

La circulation intraoculaire de l'humeur aqueuse (liquide qui donne à l'œil sa pression), s'effectue par cet orifice, puis dans l'angle irido-cornéen (espace entre l'iris et la cornée).

Le blocage de la circulation de l'humeur aqueuse par la position anormale de l'iris, peut conduire à une augmentation de la pression intra-oculaire avec risque de cécité.

Seul votre ophtalmologiste est qualifié pour évaluer le risque de blocage et sa nocivité sur la vision.

### Pourquoi opérer l'iris ?

1/ L'**iridotomie** est la création d'une ouverture dans l'iris. Elle est destinée à éviter la survenue d'un glaucome aigu ou sa récurrence. Elle permet le passage de l'humeur aqueuse d'arrière en avant de l'iris en cas de blocage au niveau de la pupille.

2/ L'**iridoplastie**, en modifiant la forme de l'iris, permet de rétracter légèrement la base de l'iris, de façon à faciliter le passage de l'humeur aqueuse vers l'angle iridocornéen.

### Pourquoi traiter au laser ?

En présence des anomalies iriennes avec risque de blocage, les collyres sont insuffisants pour éviter ce risque. La chirurgie nécessite une ouverture du globe oculaire.

Les lasers utilisés agissent comme un bistouri pour créer un orifice, ou font une brûlure pour créer une cicatrice rétractile.

### Le traitement laser

Hospitalisation : L'intervention s'effectue en ambulatoire : le patient est assis devant l'appareil.

Anesthésie : Une anesthésie locale par gouttes rend possible l'application d'un verre sur l'œil.

Procédure laser : Elle s'effectue en une ou deux séances espacées de quelques jours ou semaines.

Incidents ou difficultés peropératoires : ils sont rares et imprévisibles.

Quelques douleurs peuvent être ressenties. Une hémorragie peut survenir, toujours minime.

Ces difficultés peuvent conduire à proposer une deuxième séance, et plus rarement une chirurgie ultérieure.

### Evolution postopératoire habituelle

Les soins sont réduits à l'instillation de gouttes et à la prise éventuelle de comprimés pendant une période qui sera précisée par votre ophtalmologiste.

Dans la très grande majorité des cas, l'œil opéré est indolore.

Un certain degré d'irritation ou d'inflammation oculaire, ainsi qu'une accentuation momentanée des difficultés visuelles peut être observé.

Une élévation transitoire de la pression intraoculaire est possible, pouvant nécessiter l'adjonction momentanée d'un traitement par gouttes.

Après iridotomie laser, il est possible d'apercevoir un trait lumineux dans certaines circonstances : il correspond au passage de la lumière dans le trou de l'iris. Cette perception est le plus souvent temporaire.

L'efficacité du traitement laser se juge au bout de quelques jours ou semaines. Dans la plupart des cas, le risque de blocage et d'élévation brutale de la pression oculaire est levé.

Dans quelques cas, il peut être nécessaire d'agrandir ou de compléter une iridotomie ou de compléter une iridoplastie qui se relâche.

La poursuite associée d'un traitement médical est parfois nécessaire.

Dans de très rares cas, si le laser n'est pas disponible ou en cas d'effet insuffisant du laser, comme dans certaines malformations, il est nécessaire de recourir à la chirurgie (iridectomie, voire chirurgie filtrante).

Le traitement ne peut en aucun cas prétendre à améliorer la vision.

### Les complications du laser de l'iris

Un malaise pendant le traitement ou immédiatement après comme pour tout examen avec verre de contact.

Bien qu'elle soit parfaitement standardisée et habituellement suivie de bons résultats, la chirurgie de l'iris au laser 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. Cependant les complications sévères du laser de l'iris sont exceptionnelles.

**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

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*

- *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) avec l'aide de la Société Française du Glaucome (SFG)