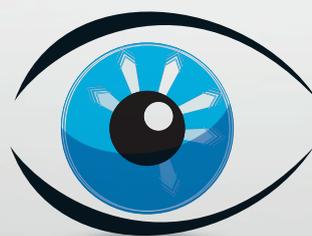


BULLETIN

Association France Glaucome

PRINTEMPS / ÉTÉ 2020



Association
France
Glaucome

La vue pour la vie

Association loi 1901

Document réalisé avec le soutien de



SOMMAIRE

-1-
LE MOT DU PRÉSIDENT p.3

-2-
INFORMATIONS MÉDICALES
ET SCIENTIFIQUES :
Les nouvelles chirurgies micro-
invasives du glaucome p.4

-3-
COMPTE-RENDU
DE LA CONFÉRENCE
« PARLONS GLAUCOME » p.9

-4-
INFORMATIONS SUR LA VIE
DE L'ASSOCIATION p.13

-5-
TÉMOIGNAGE
D'UNE ADHÉRENTE p.14

Chers adhérents, chères adhérentes,

Tout d'abord nous espérons que vous et vos proches n'êtes pas trop affectés par l'épidémie virale. L'AFG reste active et disponible pendant la période de confinement, et nous sommes joignables par email ou par téléphone comme en période habituelle. Si vous n'avez pas pu réaliser votre consultation de suivi habituelle, sachez que les pharmaciens sont autorisés à délivrer un traitement habituel d'une maladie chronique, même si la durée de validité de votre ordonnance est dépassée.

Dans ce bulletin, nous avons demandé au Professeur Philippe Denis et à son équipe un article sur les nouvelles techniques chirurgicales du glaucome. Grâce à l'efficacité importante des collyres et des traitements laser, la majorité des personnes atteintes de glaucome n'aura jamais besoin d'une opération du glaucome. Néanmoins dans 5 à 10% des cas une opération reste nécessaire. Comme certains d'entre vous le savent, la chirurgie du glaucome restait une chirurgie assez complexe, nécessitant parfois une opération sous anesthésie générale et une surveillance de quelques jours à l'hôpital, avec quelques fois des suites opératoires pas parfaitement prévisibles. Ces dernières années ont été développées des nouvelles techniques dites « micro-invasives », qui permettent un résultat voisin des techniques classiques (c'est-à-dire une baisse de la pression oculaire), mais avec un geste opératoire plus simple, plus rapide, souvent réalisé en hospitalisation ambulatoire, et avec une récupération visuelle plus précoce. Le Professeur Denis et son équipe nous présentent un panorama de ces techniques, qui permettent maintenant de répondre à un grand nombre de situations, et remplacent souvent les techniques plus anciennes.

LE MOT DU PRÉSIDENT

La semaine mondiale du glaucome s'est déroulée cette année du 8 au 14 mars 2020. A cette occasion de nombreuses manifestations diverses ayant pour objectifs de sensibiliser le grand public, les médias et les dirigeants politiques à la fréquence et à la dangerosité du glaucome ont été organisées. Une carte interactive de ces événements est disponible sur le site internet de la World Glaucoma Week (<https://www.worldglaucomaweek.org/>).

A cette occasion l'AFG a organisé une réunion-conférence animée par le Dr Yves Lachkar, qui a réuni un public nombreux et permis des échanges très intéressants.

Enfin, nous tenions à vous informer que depuis le 1^{er} Janvier 2020 la loi a nettement compliqué la possibilité pour votre ophtalmologiste de vous prescrire des collyres non substituables. Le fait de mentionner sur une prescription « non substituable » imposait au pharmacien de vous délivrer le médicament original, et pas un médicament générique. Dans le domaine du glaucome, de nombreux travaux scientifiques ont montré des possibles problèmes de tolérance et d'allergie à certains collyres génériques. Des travaux ont aussi montré des variations importantes de la concentration du principe actif dans les collyres génériques, qui pourraient modifier l'efficacité du traitement. L'AFG déplore cette évolution législative qui de fait supprime quasiment la possibilité pour les médecins de prescrire un médicament original, et impose aux patients des médicaments génériques. Nous pensons que l'efficacité et la bonne tolérance des traitements doivent être les critères prépondérants lors du choix d'un traitement, et primer sur les aspects économiques.

Nous vous rappelons les objectifs de l'Association France Glaucome :

- Regrouper les malades atteints de Glaucome afin de les informer, leur porter assistance et les aider à surmonter la maladie et à défendre leurs intérêts.
- Favoriser le diagnostic précoce en informant les professionnels médicaux et paramédicaux sur le glaucome, ses différentes formes, son dépistage et sa prévention.
- Informer et sensibiliser les pouvoirs publics sur la spécificité et l'étendue des atteintes de cette maladie.
- Promouvoir, encourager et faciliter la recherche dans le domaine du glaucome.

Vous trouverez à la fin de ce bulletin une brochure d'adhésion à l'AFG. N'hésitez pas à la transmettre à vos proches ou à toute personne intéressée par le glaucome. Notre association est encore jeune et en plein développement, et nous avons besoin du soutien et de l'adhésion de nombreuses personnes pour avoir un rôle influent et mettre en avant efficacement nos thématiques.



Pr. Florent Aptel,
Président de l'Association France Glaucome

Les nouvelles chirurgies micro-invasives du glaucome

Article rédigé par le Dr. A. Rezkallah, le Dr. I. Douma, et le Pr. P. Denis,
Hôpital de la Croix-Rousse, Hospices Civils de Lyon

● LE TRAITEMENT CHIRURGICAL ACTUEL DU GLAUCOME

Le glaucome, première cause de cécité absolue irréversible dans le monde, est une altération du nerf optique d'apparition progressive et insidieuse. Il se traduit par une dégradation, plus ou moins rapide, du champ visuel. Souvent, les symptômes n'apparaissent que lorsque la pathologie est avancée. Le principal facteur de risque du glaucome est l'augmentation de la pression intraoculaire (PIO).

Les traitements du glaucome qu'ils soient médicaux ou chirurgicaux ont pour objectif principal de faire diminuer la pression intraoculaire (PIO). Sur le long terme, la baisse de la PIO protège le nerf optique touché dans le glaucome. Les chirurgies du glaucome sont appelées chirurgies filtrantes.

L'augmentation de la PIO est liée au fait que le filtre de l'œil, appelé trabéculum (figure 1) est défaillant. Cette petite structure draine normalement l'humeur aqueuse, qui est un liquide sécrété à l'intérieur de l'œil et qui lui donne son tonus et sa fermeté. Lorsque le trabéculum fonctionne moins bien, la pression oculaire augmente progressivement et souvent lentement. A terme, l'hypertonie qui en découle abîme le nerf optique et peut déclencher un glaucome chez les sujets prédisposés. Le but des chirurgies filtrantes est ainsi de créer une nouvelle voie d'écoulement de l'humeur aqueuse pour diminuer cette PIO.



Figure 1 : Photographie d'un angle iridocornéen, l'étoile bleue met en évidence le trabéculum.

Deux principales techniques de chirurgies filtrantes existent : la trabéculéctomie et la sclérectomie.

La trabéculéctomie est indiscutablement une chirurgie efficace et consiste à enlever une partie du trabéculum, permettant une restauration des voies d'écoulement de l'humeur aqueuse. La trabéculéctomie crée une bulle de filtration sous la conjonctive de l'œil, que l'on peut parfois apercevoir sous la paupière supérieure. Cette bulle est en quelque sorte la chambre de résorption de l'humeur aqueuse. Néanmoins, son évolution peut être marquée de complications imprévisibles et dont certaines sont potentiellement cécitantes⁽¹⁾.

INFORMATIONS MÉDICALES ET SCIENTIFIQUES

La sclérectomie profonde non perforante est une variante chirurgicale qui diffère de la première par l'absence d'ouverture de la chambre antérieure. Le chirurgien pèle spécifiquement de la partie du filtre où s'écoule le plus l'humeur aqueuse : le trabéculum cribiforme et le canal de Schlemm⁽²⁾.

La décision de réaliser une trabéculéctomie ou une sclérectomie dépend avant tout du degré d'ouverture de l'angle irido-cornéen et de l'expérience du chirurgien. La technique de sclérectomie nécessite, en effet, une courbe d'apprentissage parfois longue afin que le geste soit reproductible. Les techniques chirurgicales non perforantes présentent un meilleur profil de sécurité en période per- et post-opératoires, avec des résultats pressionnels équivalents ou un peu moins favorables par rapport à ceux de la trabéculéctomie. Dans certains cas, il n'est pas possible de faire une sclérectomie et seule la trabéculéctomie peut alors être proposée⁽³⁾.

Dans la chirurgie du glaucome, les complications hémorragiques ou infectieuses apparaissent à une fréquence très faible mais leur issue peut être dramatique avec une perte fonctionnelle voire anatomique de l'œil. Un autre ennemi de la trabéculéctomie, mais également de la sclérectomie, est la cicatrisation conjonctivale excessive, aboutissant à un échec de la chirurgie et à une remontée de la PIO.

Le paradoxe est qu'un individu en bonne santé cicatrise rapidement et complètement après la réalisation d'une fistule permettant la dérivation de l'humeur aqueuse. Cette « bonne » cicatrisation aboutit à l'inverse de l'effet recherché. Les facteurs pouvant entraîner une cicatrisation ou fibrose précoce et anarchique de la bulle de filtration sont bien connus : jeune âge (moins de 40 ans), les sujets mélanodermes, c'est-à-dire les sujets à peau sombre, les yeux ayant bénéficié de chirurgie de la cataracte, les antécédents d'échec de chirurgie filtrante, les antécédents de chirurgie qui ont nécessité une désinsertion de la conjonctive, les inflammations oculaires (uvéites chroniques) et l'utilisation au long cours de collyres contenant des conservateurs.

Les difficultés et les complications potentielles des chirurgies filtrantes sont en partie les raisons pour lesquelles la chirurgie est actuellement réservée aux cas les plus avancés, résistants au traitement médical bien conduit ou à la trabéculoplastie au laser.

Cependant, ce paradigme est probablement inadapté à la prise en charge du glaucome. En effet, intervenir plus tôt dans l'évolution du glaucome pour ralentir son rythme de progression est vraisemblablement une stratégie plus judicieuse pour conserver le capital des fibres nerveuses du nerf optique sur le long terme. Cela conduit à rechercher et à proposer une stratégie plus graduée, plus progressive, en proposant des techniques mieux tolérées dans les cas les moins avancés, et en préférant des solutions chirurgicales plus lourdes à un stade évolué de la maladie.

INFORMATIONS MÉDICALES ET SCIENTIFIQUES

● QU'EST-CE QU'UN MIGS ?

Cet acronyme, qui répond au terme anglo-saxon de *Micro Invasive Glaucoma Surgery* ou de *Minimally Invasive Glaucoma Surgery*, soit chirurgie du glaucome mini ou micro invasive, a émergé pour caractériser plusieurs procédures chirurgicales destinées à améliorer le profil de sécurité de la chirurgie filtrante en limitant les manipulations des tissus de l'œil qui peuvent cicatriser de manière excessive à savoir la conjonctive et la capsule de Tenon.

La définition originelle⁽⁴⁾ implique :

- Une approche chirurgicale par l'intérieur de l'œil dite *ab-interno*, c'est-à-dire avec un abord chirurgical par l'intérieur de l'œil, peu traumatique,
- Une efficacité globalement comparable à celles des techniques de référence,
- Un profil de sécurité amélioré,
- Une récupération visuelle post-opératoire rapide.

Il faut souligner d'emblée que les MIGS ne se sont encore jamais directement comparés à la trabéculéctomie (ou à la sclérectomie), malgré les recommandations officielles de plusieurs sociétés savantes, dont la World Glaucoma Association⁽⁵⁾. La possibilité de combiner la chirurgie MIGS à la chirurgie de la cataracte rend aussi compliquée la comparaison directe avec la chirurgie filtrante. Si les MIGS ont probablement une efficacité pressionnelle un peu inférieure à celle de la trabéculéctomie (ce qui reste à démontrer), la rareté des complications et la bonne tolérance des MIGS améliorent très sensiblement le rapport risque/bénéfice par rapport à celle-ci. Cela devrait ainsi permettre de proposer les MIGS à un stade moins évolué du glaucome, à un moment où le traitement médical ou au laser devient insuffisant pour diminuer la PIO de manière plus efficace et pour maîtriser l'évolution de la maladie mais que la décision d'une trabéculéctomie n'est pas envisagée ou redoutée⁽⁶⁾.

Selon les techniques, l'évacuation de l'humeur aqueuse peut être facilitée par différentes voies, sous la conjonctive, par la voie trabéculaire ou encore sous la choroïde.

Le chirurgien, selon le MIGS utilisé, peut être amené à choisir différents abords chirurgicaux :

- Un abord chirurgical par une incision cornéenne et visualiser directement l'angle iridocornéen à l'aide un gonioprisme, c'est l'abord *ab interno*.
- Un accès chirurgical de la chambre antérieure par un abord conjonctival, puis pénétration de la chambre antérieure de l'œil, permettant l'injection du MIGS : c'est l'abord *ab externo*.

INFORMATIONS MÉDICALES ET SCIENTIFIQUES

● QUELS SONT LES DIFFÉRENTS TYPES DE MIGS ?

Le panorama des MIGS est large. Cette grande variété de MIGS (*ab-interno*, *ab-externo*, avec ou sans bulle) permet d'élargir le panel thérapeutique de prise en charge personnalisée et adaptée du glaucome.

Parmi les MIGS *ab-interno* sont retrouvées :

- Les chirurgies du trabéculum : trabéculotomie (trabectome et excimer Laser), trabecular microbypass iStent, iStent Inject (figure 2), intracanalicular scaffold Hydrus
- Les chirurgies de dérivation supraciliaire : iStent supra, MINIject iSTAR
- Les chirurgies dérivant l'humeur aqueuse dans l'espace sous-conjonctival : XEN (figure 3)

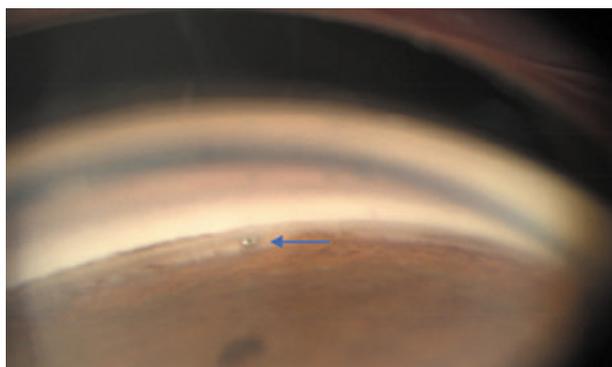


Figure 2 : Photographie d'un angle iridocornéen avec un implant MIGS trabéculaire iSTENT (flèche bleue)



Figure 3 : Photographie d'un angle iridocornéen avec un implant XEN (flèche bleue). L'implant XEN permet le drainage de l'humeur aqueuse dans l'espace sous conjonctival.

Les techniques *ab-externo*, quant à elles, présentent des similitudes avec les chirurgies filtrantes traditionnelles (sclérectomie profonde non perforante (SPNP) et trabéculéctomie). Peuvent être cités la canaliculoplastie, le Stegmann Canal Expander, le subconjunctival stents *ab-externo* (Preserflo Microshunt), le suprachoroidal gold microshunt.

● COMMENT IMPLANTER LES MIGS ?

Les MIGS peuvent s'injecter dans le cadre d'une chirurgie isolée du glaucome ou combinée à une chirurgie de la cataracte. La technique opératoire diffère peu dans les deux situations. En cas de chirurgie combinée à la chirurgie de la cataracte, le risque que la tension soit trop basse, ou hypotonie, durant la procédure est peu probable car la chambre antérieure est remplie d'une substance visco-élastique et les incisions cornéennes sont étanches.

INFORMATIONS MÉDICALES ET SCIENTIFIQUES

Dans la plupart des cas, la modalité d'anesthésie choisie pour la cataracte n'est pas modifiée par l'adjonction d'un MIGS ; la chirurgie se fait souvent sous simple anesthésie topique, éventuellement potentialisée, même si les autres modes anesthésiques sont possibles.

Pour certaines procédures, une application locale d'un antimitotique, la mitomycine, peut être réalisée afin de diminuer les phénomènes de cicatrisation, ce qui permet de mieux visualiser l'espace sous-conjonctival et limiter le processus de cicatrisation des tissus.

Les chirurgies mini-invasives sont plus rapides que les chirurgies dites « classiques » (trabéculéctomie et sclérectomie) et ce même en cas de chirurgie combinée cataracte-glaucome. Les complications per-opératoires sont rares. Il s'agit surtout de complications hémorragiques à type de simple saignement localisé et généralement rapidement réversible. Le traitement post-opératoire doit comprendre des anti-inflammatoires, dont la fréquence et la durée d'instillation sont modulées en fonction de la réaction inflammatoire conjonctivale.

● QUE PENSER DES MIGS ?

Les MIGS commencent à changer nos habitudes cliniques, en permettant plus rapidement de proposer une chirurgie simple à nos patients en échec de traitement médical ou à ceux candidats à une chirurgie de la cataracte présentant un glaucome traité par des collyres.

L'expérience clinique permet aussi de préciser le rôle des MIGS dans l'algorithme thérapeutique du glaucome chez un patient présentant une cataracte associée. Lorsque le glaucome est très avancé (vision centrale menacée, progression rapide de la maladie), il est préférable de privilégier une chirurgie filtrante classique. Lorsque le glaucome est moins avancé et/ou stabilisé par un traitement médical, les MIGS constituent une alternative chirurgicale valable, autorisant le plus souvent un allègement ou un sevrage complet du traitement médical.

Références :

1. Kuhn F, Morris R, Mester V. Choroidal detachment and expulsive choroidal hemorrhage. *Ophthalmol Clin N Am.* 2001;14:639-50.
2. Mendrinós E, Mermoud A, Shaarawy T. Nonpenetrating glaucoma surgery. *Surv Ophthalmol.* 2008;53:592-630.
3. Rulli E, Biagioli E, Riva I, Gambirasio G, De Simone I, Floriani I, et coll. Efficacy and safety of trabeculectomy vs nonpenetrating surgical procedures: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Ophthalmol.* 2013;131:1573-82.
4. Saheb H, Ahmed II. Micro-invasive glaucoma surgery: current perspectives and future directions. *Curr Opin Ophthalmol.* 2012; 23:96-104.
5. Shaarawy T, Sherwood M, Grehn F. Guidelines on design and reporting of glaucoma surgical trials. Amsterdam. The Netherlands; Kugler Publications, 2010.
6. SooHoo JR, Seibold LK, Radcliffe NM, Kahook MY. Minimally invasive glaucoma surgery: current implants and future innovations. *Can J Ophthalmol.* 2014;49:528-33.

COMPTE-RENDU DE LA CONFÉRENCE « PARLONS GLAUCOME »

Organisée par l'AFG le 10 Janvier 2020 à Paris (compte-rendu réalisé par Mme Deborah Loi)

Nous vous retranscrivons les réponses aux questions posées lors de la conférence.

Qu'est-ce que le glaucome, une maladie de l'œil ou du nerf optique ou du cerveau ?

Le Glaucome est une maladie dégénérative du nerf optique (le « câble » connectant l'œil et le cerveau).

Quelles sont les causes du glaucome ?

Il y a 5 facteurs de risque : l'élévation de la PIO (pression oculaire), l'âge, les antécédents familiaux, la myopie forte et certaines origines ethniques (peaux pigmentées).

A partir de quel âge doit-on dépister le glaucome et chez qui ?

Normalement, à partir de 40 ans, tout le monde doit se faire dépister.

Peut-on avoir un glaucome sans tension dans l'œil ?

Oui (environ 10 à 20% des cas de glaucome, on parle de glaucome à pression normale).

Quel rapport entre la pression de l'œil et la tension artérielle ?

Très peu, l'hypertension artérielle n'est pas un facteur de risque de glaucome.

Peut-on avoir un glaucome jeune ?

Oui, le glaucome congénital existe, et la cataracte chez le jeune enfant peut favoriser l'apparition d'un glaucome.

● DIAGNOSTIC

Quels sont les examens utiles pour diagnostiquer un glaucome ?

- PIO (prise de tension oculaire).
- Fond d'Oeil (FO) (examen nerf optique, champ visuel et OCT).

Quels sont les symptômes ressentis en cas de glaucome ?

- Glaucome à angle ouvert : aucun.
- Glaucome à angle fermé : parfois rien, parfois des douleurs et une baisse de la vue, il faut consulter en urgence.

Chez qui doit-on réaliser un dépistage du glaucome ?

Chez un ophtalmologiste spécialiste. En France les opticiens/pharmaciens ne sont pas équipés et pas formés à cela.

Quelle est la fréquence du suivi en cas de glaucome ?

Variable, chaque personne est différente (mais souvent cela est réalisé deux fois par an).

COMPTE-RENDU DE LA CONFÉRENCE

Comment mon ophtalmologiste sait si le glaucome évolue ?

Si le nerf optique est endommagé l'OCT et le champ visuel se dégradent.

J'ai du mal à faire le champ visuel...

Il faut insister, demander à faire des pauses au cours de l'examen...

● TRAITEMENT ET PRISE EN CHARGE

Quel est le traitement en cas de glaucome débutant, lors du diagnostic de glaucome ?

Les gouttes ensuite le laser et en dernier la chirurgie.

Peut-on faire du laser à la place des collyres ?

Deux thérapies différentes, l'un n'exclut pas l'autre.

Quand opère-t-on un glaucome ?

Si les gouttes et les lasers ne sont plus efficaces.

On m'a parlé de petits drains pour la chirurgie du glaucome.

Oui ça se fait, les complications sont moins fréquentes que la chirurgie classique.

Les médicaments génériques sont-ils aussi efficaces ?

Quelque fois les conservateurs présents dans les génériques peuvent donner des effets secondaires, généralement ils sont aussi efficaces.

Parfois mon pharmacien n'a plus mon traitement, que faire ?

Oui ça peut arriver, il faut prévoir le renouvellement de votre ordonnance en amont.

Les compléments alimentaires ont-ils un intérêt ?

Oui, mais une alimentation variée est le mieux. Privilégier les carottes, choux, toutes les baies (myrtilles, canneberges, etc.) et fruits secs.

Il faut arrêter de fumer ? Et l'alcool ?

OUI, l'alcool et le tabac sont néfastes pour le nerf optique. Une à deux tasses de café par jour maxi (au-delà cela augmente la pression oculaire).

J'ai l'impression que le traitement contre le glaucome me sèche les yeux, c'est désagréable.

Oui les gouttes contre le dessèchement aident à soulager ces symptômes. Il faut laisser deux heures entre les instillations.

Les traitements sans conservateur sont mieux ?

Les traitements sans conservateur sont généralement mieux tolérés, et moins irritants pour la surface de l'œil. Certains traitements existent à la fois en flacon et en petite dosette, les dosettes ne contiennent pas de conservateur.

COMPTE-RENDU DE LA CONFÉRENCE

● PRONOSTIC / ÉVOLUTION

La perte de la vue est-elle une fatalité ?

Non, avec un suivi régulier et un traitement adapté, la grande majorité des patients glaucomateux ne perdent pas la vue.

A quelle vitesse évolue un glaucome ?

Variable selon la personne. Il est possible de stopper complètement l'évolution.

J'ai du mal à voir dans la pénombre et je suis ébloui quand il y a beaucoup de soleil, est-ce normal ?

Oui c'est assez fréquent en cas de glaucome évolué.

Puis-je toujours conduire ?

En France il n'y a pas de contrôle de la vue pour le permis de conduire, il est donc impératif de se renseigner auprès de votre ophtalmologiste. Un glaucome évolué peut contre-indiquer la conduite automobile.

Peut-on être pris en charge à 100% ?

Seulement au cas par cas (cela ne fait pas partie de la liste des 30 maladies d'ALD 100%).

● RECHERCHE

Peut-on remplacer l'œil par une petite caméra ?

Non

J'ai entendu parler de prothèse rétinienne ?

Oui, pour les maladies rétinienne (DMLA, maladies héréditaires), mais pas encore pour le glaucome.

En cas de glaucome évolué avec perte de la vue, peut-on régénérer le nerf optique par des médicaments, la thérapie génique ou des cellules souches ?

Non, c'est en cours d'étude, surtout ne pas faire des injections de cellules souches, elles ont des effets secondaires importants. En Asie on propose aux patients d'injecter des cellules souches dans l'œil pour retrouver la vue, mais c'est cher et sans résultat.

Est-ce que de nouveaux collyres sont développés ?

Oui, on aura peut-être dans les années à venir des collyres à instiller une fois tous les deux ou trois jours.

COMPTE-RENDU DE LA CONFÉRENCE

● ET AUSSI, QUESTIONS DIVERSES

Les écrans sont-ils déconseillés en cas de glaucome (PC, téléphone) ?

Maxi 6 heures par jour avec des pauses toutes les deux heures. Utiliser une lumière naturelle pour éclairer l'écran. Possibilité d'ajouter un filtre de lumière bleue.

J'ai un glaucome sévère, je peux prendre l'avion ?

Oui, la pression dans les avions de ligne est bien contrôlée. Par contre les collyres sont à prendre en s'adaptant à l'heure locale.

Les sports font-ils du bien ?

Oui le sport est à conseiller, cela améliore la vascularisation des organes, mais certains sont à éviter : la plongée sous-marine, la pratique de la plongée en apnée, la natation en piscine (une fois opéré, car il y a risque d'infection) ; il faut privilégier les masques de plongée larges, mais pas les lunettes de natation afin de ne pas appuyer sur l'œil.

Toute position où la tête est plus basse que le cœur est à éviter, par exemple yoga et le yoga des yeux.

Quelles sont les nouvelles thérapies, 5 à 10 ans ?

Les recherches sont en cours sur le nerf optique (cellules souches, thérapie génique), mais elles n'aboutiront pas à une utilisation courante dans un futur immédiat (5-10 ans).

Cannabis

Actuellement pas en France. Les recherches sont en cours pour la fabrication de collyre à base de cannabis sans effets secondaires.

Intelligence Artificielle (I.A.)

A l'étranger on utilise l'IA pour diagnostiquer avec plus de précision et aider dans le suivi et l'évolution.

Conseils

Dormir la tête relevée de 30 cm et ne pas dormir sur le ventre (la pression de l'œil est un peu plus basse avec la tête surélevée, un ou 2 oreillers).

INFORMATIONS SUR LA VIE DE L'ASSOCIATION

A vos agendas

Les événements et congrès de printemps sont tous annulés ou reportés en raison de la pandémie.

Nous vous tiendrons informés des dates de reports de ces événements (Village Santé de la Ville de Paris, congrès de la Société Française d'Ophtalmologie, etc.).

Nous souhaitons renforcer le réseau de bénévoles de l'AFG. Si vous pouvez nous aider (distribution des documents de l'AFG, aide des personnes atteintes de glaucome dans votre région, aide à l'organisation des événements de l'AFG, etc.), contactez-nous (assofrglaucome@gmail.com), nous vous expliquerons le fonctionnement de notre association et les possibilités d'aide.



Assemblée générale 2019 de l'AFG, Décembre 2019.



L'AFG au forum des séniors, Paris Novembre 2019.

TÉMOIGNAGE D'UNE ADHÉRENTE

Témoignage de Madame R (49 ans), Lyon

Depuis quand avez-vous cette maladie ?

C'est à l'âge de 18 ans qu'un glaucome d'origine génétique a été diagnostiqué. Durant 25 ans, mon ophtalmologiste m'a prescrit des collyres qui ont maintenu une tension correcte. Assez myope, je portais des lentilles et vivais jusqu'alors très bien avec mes pathologies. Voyant de façon satisfaisante, je travaillais normalement, pratiquais du sport, lisais et voyageais beaucoup. C'est fin 2014, suite à un choc émotionnel et une prise de corticoïdes pourtant mineure, que ma tension a brutalement augmenté, atteignant 38 dans les deux yeux.

Quels ont été les traitements médicaux mis en place ?

En complément de mes collyres, il m'a été prescrit un traitement par comprimés. Toutefois, suite à une allergie à ce dernier, j'ai eu une intervention au laser dans les deux yeux. Ces interventions ayant échoué, j'ai été opérée en urgence de trabéculéctomie dans les deux yeux. Afin d'assurer un fonctionnement optimal des bulles, deux filtrantes ont suivi sur chaque œil. A cette époque, il me restait une vue de 8/10 au bon œil et de 2,5/10 sur le moins bon. Les collyres post-opératoires provoquant des cataractes, j'ai été opérée sans difficulté. Même si ma vue était atteinte, avec des éclairages daylight, des logiciels professionnels spécifiques et de bonnes lunettes, je parvenais à compenser ma déficience visuelle au travail et dans la vie de tous les jours.

Et ensuite ?

Un an après, malgré une tension correcte, j'ai commencé à ressentir une diminution des contrastes, une baisse d'acuité visuelle, des difficultés à distinguer certaines couleurs ainsi qu'une photosensibilité, très invalidante le printemps et l'été. La perte des détails, le flou dans les perspectives et la gêne sur écran sans filtre spécifique ont été une source d'angoisse. C'est effectivement d'autres repères que les seuls visuels sur lesquels il convient désormais de compter. Presque un autre mode de vie ! Beaucoup de choses naturelles auparavant se font désormais avec des outils de compensation : miroirs grossissants et éclairants, loupes électroniques avec couleurs négatives, smartphone en mode vocal, etc. De même, la pratique du yoga des yeux – en plus de séances d'orthoptiste basse vision, une hygiène alimentaire plus saine faite de beaucoup de légumes et de fruits et, l'écoute audio de livres ou de podcasts sont devenus mon quotidien, étant moins rassurée pour sortir le soir en extérieur.

TÉMOIGNAGE D'UNE ADHÉRENTE

Quel est le pronostic de votre ophtalmologiste ?

Les trabéculotomies ayant quatre ans, il m'a prescrit des collyres pour avoir une tension oculaire autour de 13. Cela diminue la dégradation de mes nerfs optiques, même si l'administration de ces gouttes chaque matin me crée nausées, maux de tête et vertiges durant trente minutes. Le pronostic sur l'avenir est prudent, compte tenu de mon âge et de l'état actuel de la recherche en matière de repousse des nerfs optiques et d'autogreffe de rétine.

Que vous a apporté l'Association France Glaucome (AFG) ?

Le partage d'une expérience quant au vécu de la maladie, les ophtalmologistes étant des techniciens, pas forcément des pédagogues, comme peuvent l'être les bénévoles associatifs concernés. C'est donc aussi bien une écoute bienveillante que j'ai trouvée auprès de l'association que des conseils pratiques sur le « comment vivre avec la maladie ». Les lettres d'information régulières assurent, quant à elles, une bonne diffusion en matière de prévention et d'avancée des recherches en cours. Le travail de lobbying que réalise l'AFG est essentiel et complémentaire à celui réalisé par les associations de déficients visuels, plus orientées sur l'adaptation, la compensation et les loisirs des malvoyants.

Pourquoi avoir témoigné ?

Parce que le glaucome est à tort considéré comme une maladie de seniors. Or, c'est une pathologie insidieuse pouvant survenir très tôt, sans que l'on s'en rende compte. C'est souvent quand le mal est fait, donc trop tard, que le patient prend conscience de l'impossibilité de retrouver la vision perdue. En parler est essentiel pour faire mieux connaître le glaucome au grand public et donc multiplier les campagnes de prévention. Surtout quand il y a des cas de glaucome au sein d'une famille. Expliquer la gêne qu'elle crée dans la vie de tous les jours est également un moyen pour que l'entourage, qu'il soit professionnel ou privé, prenne mieux en compte les difficultés des personnes qui en sont atteintes.

AGIR ENSEMBLE

● POURQUOI ADHÉRER À L'AFG ?

Le glaucome est une maladie fréquente, affectant plus d'un million de personnes en France, mais néanmoins toujours mal connue.

L'information du malade dans ce cadre est primordiale car, en lui permettant de mieux comprendre les causes et ses conséquences sur la vision, elle l'aidera à mieux les surmonter, lui fera prendre conscience de la nécessité d'observer avec soin la prise de son traitement et d'effectuer des contrôles réguliers.

● VOTRE ADHÉSION ?

Votre adhésion sera prise en considération dès réception du bulletin d'adhésion joint et dûment complété. Vous recevrez par retour courrier ou par courriel un reçu fiscal.

● QUELLE EST LA DURÉE DE L'ADHÉSION ?

L'adhésion est valable du **1^{er} janvier au 31 décembre** de l'année en cours.

● COMBIEN COÛTE L'ADHÉSION ?

Vous pouvez choisir entre plusieurs formules qui sont ci-dessous :

L'adhésion simple est de **10 €**. Elle vous permet de recevoir notre brochure d'information ainsi que nos quatre bulletins annuels.

L'adhésion soutien est de **30 €**. Elle vous permet de recevoir notre brochure d'information ainsi que nos quatre bulletins annuels et apporte en plus un soutien de 20 € pour les actions de l'AFG.

L'adhésion bienfaiteur est de **100 €**. Elle vous permet de recevoir notre brochure d'information ainsi que nos quatre bulletins annuels ainsi que le livret de suivi du patient. Cette dernière apporte aussi un soutien généreux pour que l'Association France Glaucome puisse continuer ses actions.

● DÉDUCTION FISCALE

Vous pouvez déduire 66 % de votre don de votre impôt dans la limite de 20 % de vos revenus imposables.

Si vous êtes imposable, 66 % de votre don et/ou adhésion à l'Association France Glaucome sont déductibles de votre impôt sur le revenu dans la limite de 20 % de votre revenu imposable. **Par exemple, un don de 100 € ne vous revient qu'à 34 €.**

● FAIRE UNE ADHÉSION PAR COURRIER

Envoyez votre chèque à l'ordre de **Association France Glaucome** et adressez-le à : Association France Glaucome 41 avenue Edouard Vaillant – 92100 Boulogne-Billancourt accompagné du bulletin d'adhésion ci-après.

● FAIRE UNE ADHÉSION PAR VIREMENT

Demandez le RIB de l'AFG par courriel (assofrglaucome@gmail.com). Une copie de votre ordre de virement est à nous adresser pour justificatif de versement.

● FAIRE UNE ADHESION EN LIGNE

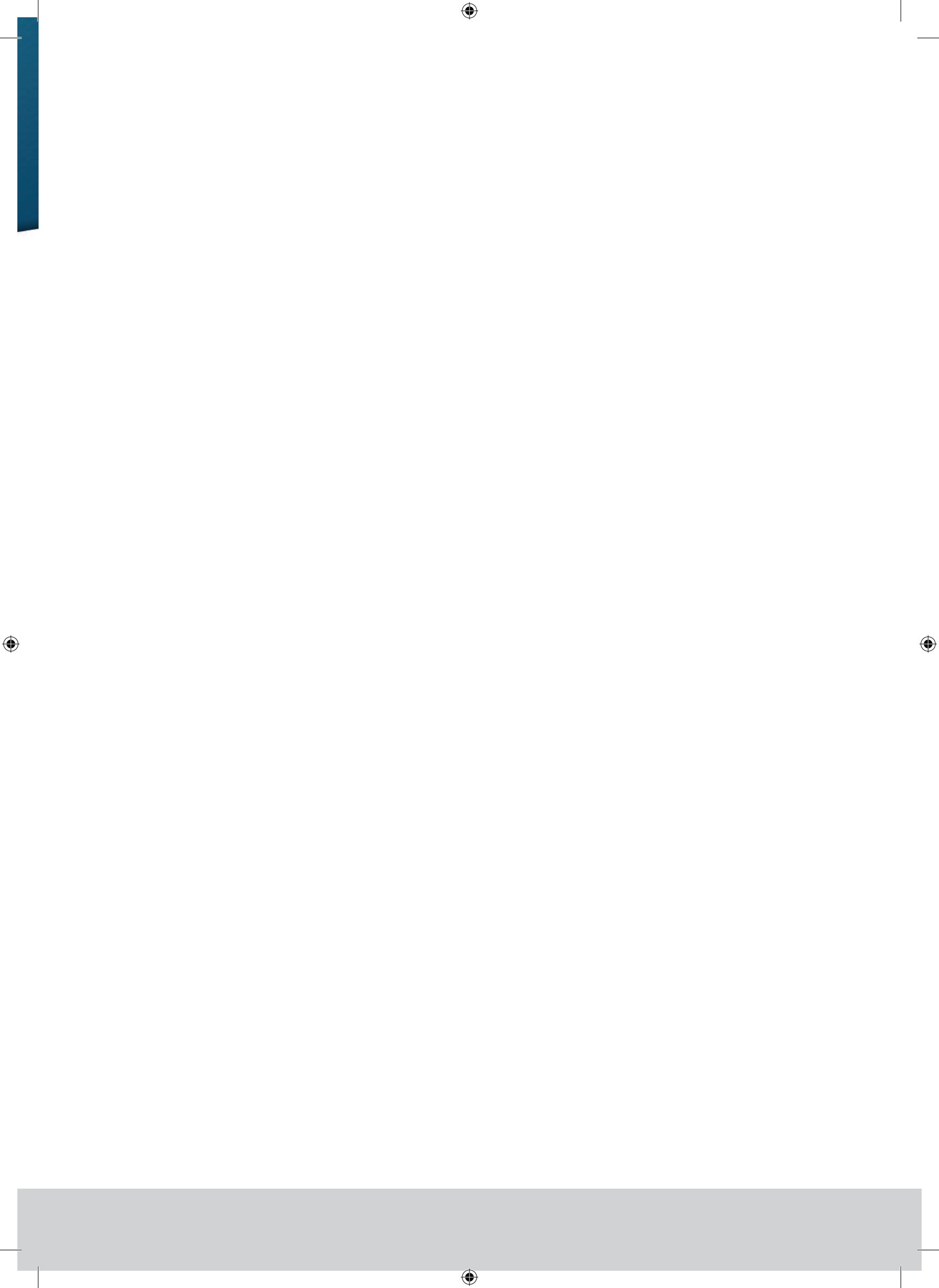
Se rendre sur le site : <https://www.apayer.fr/fr/index.html?idCible=ASSOCIATIONFRANCAISEGLAUCOME>

NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes.



LUTTER

contre le Glaucome avec l'AFG !

Association France Glaucome

Soutenez France Glaucome pour agir ensemble !

Bulletin d'adhésion

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél :

Email :

Je souhaite soutenir l'AFG dans ses actions et adhère à l'association pour l'année 2020.

Je choisis la formule suivante d'adhésion :

- Adhésion simple à 10 €
- Adhésion soutien à 30 €
- Adhésion bienfaiteur à 100 €

Dès réception de votre adhésion, un reçu fiscal vous sera adressé.



Votre soutien nous est essentiel et nous vous en remercions !



France Glaucome est une association de patients.

ASSOCIATION FRANCE GLAUCOME

41 avenue Edouard Vaillant - 92100 Boulogne-Billancourt

Tél : + 33 (0)1 71 16 12 00

E-mail : assofrglaucome@gmail.com

Site internet : www.associationfranceglaucome.fr

Facebook : fr-fr.facebook.com/pages/AFG-Association-France-Glaucome

Document réalisé avec le soutien de

