BULLETINAssociation France Glaucome

AUTOMNE 2022



Association loi 1901



SOMMAIRE

-1
LE MOT DE LA
SECRÉTAIRE GÉNÉRALEp.1
-2-
« JUSQU'OÙ FAIRE BAISSER LA PIO »
CONFÉRENCE DU 15 MARS 2022
Dr Yves LACHKARp.2
-3-
ATTRIBUTION DES BOURSES DE
RECHERCHE DE L'AFGp.16
-4-
VIE DE L'ASSOCIATIONp.18
-5-
CONTACTER L'AFG
CONTACTEN LAI Op. 19

LE MOT DE LA SECRÉTAIRE GÉNÉRALE

L'augmentation de la tension intraoculaire est le principal facteur favorisant la survenue du glaucome. Le glaucome est une neuropathie touchant le nerf optique. Les différents traitements appliqués ont pour seul but de faire baisser la tension intraoculaire. Mais jusqu'où la faire baisser ? La visioconférence du 15 mars 2022 donnée par le Docteur Yves Lachkar, retranscrite dans ce numéro, avait pour thème cette question.

En octobre 2021 l'AFG a fait un appel à candidatures pour l'attribution d'une bourse de recherche pour un projet de recherche en lien avec le glaucome. Finalement ce sont deux bourses que l'AFG a choisi d'accompagner. Le 7 mai 2022 la remise de ces bourses a eu lieu lors de l'assemblée générale de la Société Française du Glaucome, notre partenaire, au sein du congrès de la Société Française d'Ophtalmologie (SFO). Ces deux projets très différents que nous vous présentons dans ce numéro, seront suivis par le comité scientifique de l'AFG.

Nous vous présenterons régulièrement les avancées de ces recherches dans nos différentes éditions futures.

La baisse de l'épidémie de covid 19 au premier semestre a permis à l'AFG de reprendre les activités de présence aux différents congrès d'ophtalmologie afin de se faire connaître auprès des praticiens. Ainsi elle a été présente au congrès de la SFO qui s'est déroulé du 7 au 9 mai à Paris, au congrès de l'association CoRoNa à Perpignan du 17 au 18 juin.

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

- Regrouper les malades atteints de glaucome afin de les informer, leur porter assistance, 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.

Vous trouverez à la fin de ce bulletin un formulaire d'adhésion à l'AFG, n'hésitez pas à le transmettre à vos proches ou à toute personne intéressée par le glaucome. Nous avons besoin du soutien et de l'adhésion de nombreuses personnes pour avoir un rôle influent et mettre en avant efficacement nos thématiques.



Déborah Loi Présidente de l'Association France Glaucome



Josée Gaillard Secrétaire générale

« JUSQU'OÙ FAIRE BAISSER LA PIO » CONFÉRENCE DU 15 MARS 2022

Docteur Yves LACHKAR

1 - Introduction

Le glaucome est souvent traité par des collyres, du laser ou de la chirurgie parfois en combinant ces traitements. On peut parfois s'inquiéter et se demander « j'ai baissé la tension oculaire, est-ce que j'ai suffisamment abaissé la PIO et jusqu'où baisser ? ».

Le seul moyen d'action à ce jour pour traiter le glaucome est d'agir sur l'hypertonie oculaire.

L'œil est rempli d'un liquide, l'humeur aqueuse, 24h/24 il se remplit et il se vide. L'humeur aqueuse est secrétée par le corps ciliaire, s'évacue dans la pupille, pour sortir dans l'angle entre l'iris et la cornée que l'on appelle l'angle irido cornéen. Toutes les 2 heures, 24h/24, 365 jours par an l'humeur aqueuse se renouvelle. C'est un processus actif et permanent, et quand cette humeur aqueuse sort mal de l'œil, il y a un excès de pression intraoculaire. Cette hypertonie endommage le nerf optique et altère le champ visuel.

Finalement le glaucome n'est pas une « tonopathie » mais une neuropathie. On agit cependant sur la cause du glaucome qui est l'excès de pression intraoculaire.

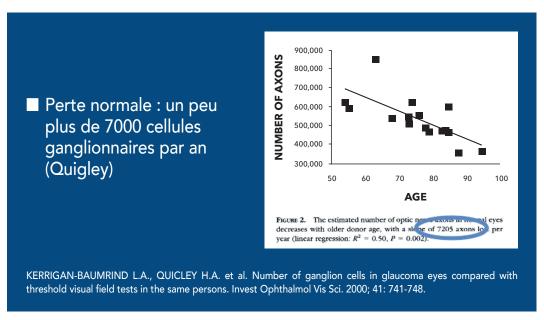


Figure 1

Ce d'autant qu'en plus de cette perte qui est liée à l'hypertonie oculaire, il existe une perte liée à l'âge estimée à 7000 fibres par an **(figure 1)**.

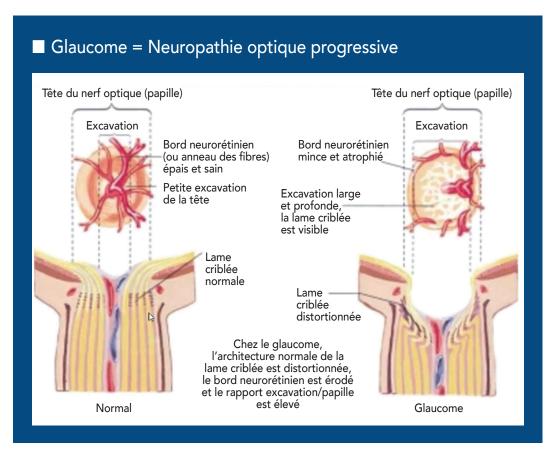


Figure 2 : Schéma à gauche : Un nerf optique sain, les fibres optiques transportent l'information de l'œil jusqu'au cerveau.

Schéma à droite : Un nerf optique qui a un glaucome, il se creuse, il perd des fibres.

1.1 - Définition du glaucome

C'est une neuropathie qui atteint le nerf optique et qui progresse (figure 2).

Il faut qu'il y ait une notion de progression pour pouvoir diagnostiquer un glaucome.

En 2040, le nombre de patients glaucomateux estimé est de 111 millions. En 2020 il est de 80 millions. 1 200 000 personnes en France en sont atteintes. Il est ainsi crucial de pouvoir dépister, prévenir et traiter.

1.2 - Les facteurs de risques

- L'âge : selon la courbe liée à l'âge ci-après (figure 3), à 40 ans la prévalence du glaucome est de 2%, à 80 ans cela peut atteindre 4 à 8 %, et dans certaines ethnies la prévalence est encore plus importante.
- En cas d'antécédents familiaux il y a plus de risque de faire un glaucome. Chez les personnes apparentées au premier degré à un patient atteint de glaucome, on estime que le risque de développer la pathologie est 5 à 10 fois supérieur à celui de la population générale.
- Les anomalies de la vision : les myopes sont prédisposés aux glaucomes à angle ouvert. Les hypermétropes aux glaucomes à angle fermé.

- Le collyre à base de cortisone peut également entraîner des glaucomes.
- Tous les facteurs qui altèrent l'irrigation du nerf optique peuvent être responsables d'une progression du glaucome.

Le patient qui a un glaucome ne se plaint pas de troubles, de « tâches noires ». Il peut simplement dire « la personne qui traversait, je ne l'ai pas vue ».

Quand le glaucome est plus évolué, cela peut entraîner des signes fonctionnels à type de mauvaise vision, de difficultés à la descente des escaliers, de se sentir mal à l'aise notamment dans les lieux que l'on ne connait pas, ou encore être gêné par la lumière.

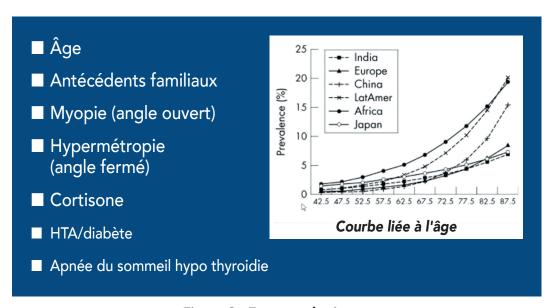


Figure 3 - Facteurs de risques

1.3 - Diagnostic

Le diagnostic ne peut être fait que par des ophtalmologistes et non pas dans des consultations pour des lunettes sans examen médical. Tous les examens que les patients font lorsqu'ils ont un glaucome sont totalement a-traumatiques et non invasifs (figure 4).

■ EXAMENS INDOLORES, A-TRAUMATIQUES ET NON INVASIFS

- Prise de la pression intraoculaire
- Examen de l'œil au microscope : angle entre l'iris et la cornée
- Examen du nerf optique par le fond de l'œil complété par :
 - relevé du champ visuel
 - analyseur de nerf optique
 - autres : gonioscopie, mesure de l'épaisseur de la cornée...

Figure 4 - Diagnostic

Il faut juste aller montrer ses yeux à un ophtalmologiste. Il vous prendra la tension, regardera l'angle entre l'iris et la cornée, analysera le nerf optique en examinant le fond de l'œil. S'il suspecte un glaucome, l'examen sera complété par un champ visuel et un OCT.

2 - Jusqu'où faire baisser la PIO (Pression Intra Oculaire)?

C'est la question de ce soir.

L'œil est un organe clos. Imaginez que vous voulez mesurer la pression d'un pneu, et que vous n'avez pas de valve. La mesure de la PIO consiste à estimer cette pression en appuyant délicatement sur le globe. Cette estimation est réalisée en aplanissant cette sphère, ce que fait un tonomètre à aplanation. Une fois la sphère aplanie, la pression est égale de part et d'autre et on obtient le chiffre de tension. Il est en moyenne compris entre 10 et 21 mmHg.

On peut prendre aussi la tension avec un tonomètre à jet d'air. Le jet d'air aplanit l'œil. Les autres tonomètres sont basés sur le même principe.

Cependant, si on aplanit une sphère qui est extrêmement rigide il faut mettre beaucoup de force. A contrario, si la cornée est fine, vous avez besoin de moins de force pour aplanir le globe. C'est pour cette raison qu'il faut corréler la mesure de la tension oculaire avec l'épaisseur de la cornée. Il existe aussi des variations journalières de la pression intra oculaire.

Finalement la pression intraoculaire est un bon et un mauvais paramètre. C'est un bon paramètre car c'est le seul paramètre sur lequel on peut agir, et on sait qu'un glaucome avec une tension basse ne progressera probablement pas. On sait qu'il y a des biais de mesure à cause de l'épaisseur de la cornée, des variations nycthémérales mais aussi à cause d'autres paramètres comme des spasmes de la paupière.

Ainsi, si l'on se contente d'une seule mesure de PIO on ne dépiste que la moitié des glaucomes.

Jusqu'où faire baisser la tension oculaire ?

Ce n'est pas facile car quelqu'un qui peut avoir 24 mmHg de pression avec un nerf optique qui va bien, un champ visuel qui va bien et une cornée épaisse ne sera pas traité.

Quelqu'un d'autre aura une PIO à 15 mmHg avec une cornée fine sous 3 traitements, et on va lui annoncer qu'il faut l'opérer ou lui faire du laser.

Ainsi, un ophtalmologiste peut voir consécutivement un patient qui a 15 mmHg et qui ne va pas bien et un autre qui a 22 mmHg et qui n'a rien. C'est perturbant! Il faut passer du temps pour expliquer tous ces paramètres.

Si la pression oculaire ne semble pas satisfaisante, on va regarder d'autres paramètres dont le nerf optique. S'il progresse c'est que la pression oculaire n'est pas suffisamment basse. Si le nerf optique ne progresse pas c'est que l'on a bien baissé la tension oculaire et bien lissé les fluctuations de la PIO dans la journée. Il ne faut pas se fixer que sur un chiffre de tension oculaire. D'autres paramètres peuvent aussi interférer. Parfois le patient a un cristallin qui grossit, un angle qui se ferme, et il ne pas faut passer à côté d'une fermeture de l'angle. Il faut analyser le champ visuel, mais réaliser cet examen est fatigant, et anxiogène.

Puis confronter le champ visuel avec l'examen du nerf optique, l'OCT. On va alors cibler une tension oculaire. **On parle de pression intraoculaire cible.**

Jusqu'où faire baisser la pression intraoculaire ? jusqu'à un niveau où le champ visuel ne se dégrade pas et le nerf optique aussi. Si le glaucome progresse, cela veut dire que la tension oculaire fluctue et qu'elle n'est probablement pas suffisamment abaissée au long cours. Les glaucomes se dégradent de façon irrégulière, certains sont à dégradation très lente, d'autres à dégradation plus rapide et cette dégradation n'est parfois pas linéaire comme sur le schéma ci-dessus (ligne jaune C - Figure 5).

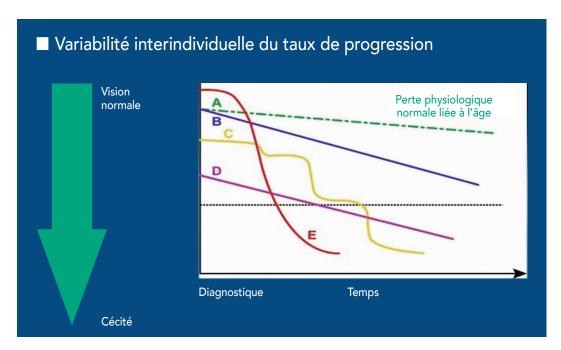


Figure 5 - Recommandations de la Société Européenne du Glaucome (EGS, 5ème édition, 2020)

Comment faire baisser la tension oculaire?

Par des collyres, des lasers ou de la chirurgie.

Si on commence à vous dire, faites un régime avec des aimants méfiez-vous.

Il y a aussi des plantes... La plante qui fait baisser la tension oculaire que l'on connaît tous c'est le cannabis. Sauf que le cannabis a une durée d'action courte et a des effets neuropsychiatriques importants.

Lorsque l'on instille des gouttes, on sait par des études pharmacologiques qu'il y a des gouttes qui agissent 24 heures, on ne les instille donc qu'une fois par jour, des gouttes qui agissent 12 heures qui sont donc préconisées 2 fois par jour, et des gouttes qui agissent 8 heures, instillées 3 fois par jour.

Il faut faire attention car on peut se dire « ma tension n'est pas assez basse, la goutte qu'on ne met qu'une fois, je vais essayer de la mettre 2 fois ». Cela est pire pour la tension car les récepteurs se saturent et l'effet est inverse : le collyre est moins efficace !

La prise en charge de la pression intraoculaire, du glaucome, c'est une stratégie de médecine personnalisée, c'est du sur mesure.



Figure 6 - Objectif du traitement du glaucome (EGS, 5ème édition)

Donc l'objectif du traitement est de maintenir la fonction visuelle à une qualité de vie avec un coût raisonnable. C'est le concept anglo saxon de « target IOP » (PIO cible).

2 - Le concept de PIO cible

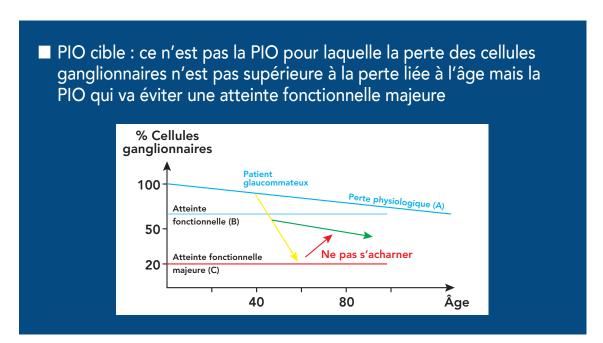


Figure 7 - Concept de PIO cible

A : courbe perte physiologique liée à l'âge B : courbe atteinte fonctionnelle

C: courbe rouge, atteinte fonctionnelle majeure

Un patient, vous le traitez, au lieu d'aller dans la courbe jaune, il va suivre la courbe verte, c'est un glaucome qui avance très lentement, on ne s'inquiète pas, la PIO est à 16, le champ visuel ne progresse pas, il y a une atteinte fonctionnelle mineure (figure 7).

Par contre quand il y a une perte fonctionnelle plus importante, il va falloir agir plus vite.

Plus le patient a perdu de fibres optiques et plus il est jeune, plus l'angle de progression entre la perte physiologique liée à l'âge et la perte liée au glaucome doit être faible.

C'est-à-dire un sujet jeune à qui on découvre un glaucome évolué doit avoir une pression cible basse.

Un patient âgé, qui a un glaucome évoluant lentement depuis peu, aura une pression cible élevée et on sera rassurant.

Il faut faire une prise en charge sur mesure intégrant des paramètres évolutifs. C'est la grande difficulté de la prise en charge du glaucome. Un patient arrivant pour avis doit pouvoir amener des éléments : le glaucome évolue depuis quand ?... je ne sais pas trop ... comment évolue votre champ visuel ? ... ben je ne sais pas, je n'ai trouvé que le dernier ou je les ai perdus dans mon déménagement, ou bien l'ophtalmo ne me les a pas donnés ...

Ce n'est pas l'ophtalmologiste contre le patient, le patient contre l'ophtalmologiste, c'est le patient et l'ophtalmo contre le glaucome.

Il vous faudra trouver un ophtalmologiste avec qui vous allez faire équipe, qui va vous expliquer, qui va vous dire voilà votre champ visuel, voilà comment il a évolué, voilà pourquoi je vous propose d'aller plus loin dans la stratégie thérapeutique en faisant baisser plus la PIO.

On ne se fie pas qu'à une PIO à un jour J, à un instant T. Il faut regarder l'ensemble des paramètres, et la PIO fluctue aussi dans la journée.

On peut se dire alors qu'il faut la mesurer sur 24 heures : je vais acheter un tonomètre, je vais prendre la tension à la maison. Oui et non, d'abord c'est anxiogène, ça ne résout pas le problème car il y a aussi des variations d'un jour à l'autre, d'une saison à l'autre, etc...

On ne regarde pas que la PIO même sur 24 heures, on analyse le nerf optique. Si le nerf optique va bien, qu'il ne progresse pas et que la PIO fait un pic à 22 mmHg, ce n'est pas grave, cela veut dire que son nerf optique supporte les 22 mmHg et on ne s'acharne pas à baisser une tension.

Si un autre patient à 15 mmHg de tension oculaire et que son nerf optique s'abîme, il faut faire quelque chose, proposer du laser ou une chirurgie notamment pour mieux lisser les pics de tension.

Jusqu'où faire baisser la tension oculaire?

- Glaucome : neuropathie optique progressive et pas une « tonopathie »
- Seul moyen d'action = PIO mais la décision est multifactorielle
- Traiter en se fixant une cible
- Ne pas annoncer un chiffre et décider entre traitement médical laser et chirurgie
- Les moyens sont multiples et peuvent se combiner
- Cible = revoir le patient voyant jusqu'à la fin de sa vie

Figure 8 - Vraie vie = vraie cible

Faire baisser jusqu'à une pression mesurée (ou pas ?) qui stoppe la dégradation du nerf optique... c'est une « réponse de normand ».

Le seul moyen d'action que l'on a, c'est baisser la pression intraoculaire, mais la décision est multifactorielle. On fixe une cible, mais on ne va pas dire de façon péremptoire il vous faut 15 mmHg, si vous avez 16 mmHg on vous opère, et si vous avez 14 mmHg on ne vous opère pas. Ce n'est pas un chiffre qui décide. Il y a un ensemble de paramètres qui nous permettent de dire jusqu'où baisser la tension oculaire. Il faut comprendre aussi que les moyens ne sont pas « ou les gouttes », « ou le laser », « ou l'opération ». Ces 3 traitements ne s'opposent pas et peuvent se compléter. Cela peut être laser + goutte une fois par jour. Cela peut être laser puis chirurgie, chirurgie + gouttes. On combine tous les traitements et en combinant on gagne le combat.

3 - Conclusion



Figure 9 - Conclusion

En fait la pression cible est un concept théorique, pour comprendre que le traitement est individualisé. Pour comprendre qu'il y a de nombreux paramètres à prendre en compte. Il faut envisager des stratégies qui soient intelligentes et faisables en fonction de la compréhension et de l'état du patient.

Il faut savoir aussi se remettre en cause, est-ce que je fais bien ? est-ce cela qu'il fallait faire ? quelle est la balance entre l'efficacité d'un traitement, sa tolérance, le bénéfice, le risque ?

Un ophtalmologue qui vous dit « je veux que vous voyiez un expert qui a plus d'expérience que moi » ce n'est pas un signe d'incompétence, c'est un signe qu'il est bon! Il est intelligent, réfléchit, doute et veut que vous soyez bien soigné.

L'escalade classique était traitement médical puis le laser puis la chirurgie. On a tendance maintenant à faire du laser plus tôt qui peut être plus efficace sur des yeux qui ont reçu moins de collyres au long cours.

Les techniques chirurgicales ont aussi beaucoup évolué, moins invasives. On fait actuellement énormément d'évaluations de drains et la difficulté est de ne pas se tromper entre ce qui est une nouveauté et ce qui est une innovation. Toutes les nouveautés ne sont pas innovantes, c'est juste nouveau.

4 - Échanges avec les participants

Q1. Pourquoi est-ce qu'on n'attaque pas d'emblée avec un traitement assez fort dans la mesure où tout ce qu'on a perdu ne pourra plus jamais être récupéré ?

Excellente question. J'ai été expert à la Haute Autorité de Santé et à l'agence du médicament. Lors d'une réunion, un cardiologue me dit « pourquoi vous vous prenez la tête, vous avez des collyres qui permettent d'avoir avec une goutte une combinaison fixe et une tension à 11, est-ce que c'est délétère pour un nerf optique qui ne se serait pas dégradé avec 15 de le mettre à 11? » Je lui avais répondu « non ». Il m'avait re-expliqué que les cardiologues donnent souvent des traitements antihypertenseurs avec 2 médicaments dans le même comprimé, et si la tension est basse, tant mieux et cela réduit le risque de faire un AVC. Le fait d'avoir une hypotension artérielle peut être embêtant. Cependant, pour une hypotension oculaire non. L'hypotonie ne peut être délétère qu'après une chirurgie lorsque qu'elle est très basse.

Il faut aussi prendre en compte la balance entre le bénéfice et le risque que l'on va avoir avec 2 mmHg supplémentaires avec une molécule en plus que l'on va mettre dans le flacon notamment à cause des effets indésirables de cette molécule. Quand vous mélangez les produits, vous mélangez une efficacité mais vous additionner aussi les effets secondaires.

Un patient qui a un problème pulmonaire, vous n'allez pas lui prescrire une association fixe avec des collyres qui ralentissent la respiration et le pouls. Les autres collyres ne sont pas toujours bien tolérés : dépôts blancs sur les cils, fatigue, bouche sèche... Si les associations de molécules ne faisaient que baisser la pression intraoculaire sans effet secondaire cela pourrait être acceptable. On sait maintenant, concernant les lasers pour le glaucome à angle ouvert, que plus ils sont réalisés tardivement, moins ils sont efficaces. Il ne faut pas non plus faire du laser à tout le monde. Une grande étude, qui vient d'être publiée par les anglais, a analysé la réalisation du laser pour le glaucome à angle ouvert en première intention en cas de glaucome nouvellement diagnostiqué. Au bout de 3 ans, ils ont observé 75% d'efficacité avec du laser. Il est licite de proposer du laser en première intention parce que ce n'est pas invasif, vous n'incisez pas l'œil, vous n'allez pas au bloc opératoire, il n'y a pas de risque infectieux, pas de risque de mettre un drain avec un corps étranger.

Q2. Est-ce qu'il y a une suite logique de traitements ? Personnellement on m'a proposé une cataracte, puis une trabéculectomie, et là j'entends les lasers ou des meilleures chirurgies à faire ?

Il y a 2 types de glaucome : à angle ouvert et à angle fermé.

Si les patients ont un angle fermé on peut réaliser en première intention une extraction du cristallin pour faire de la place dans l'œil. L'angle se ferme parce que le cristallin grossit avec le temps. En revanche, quand l'angle est ouvert il n'y a strictement aucune indication à enlever le cristallin si il est clair. Après cela dépend aussi de l'âge. Enlever un cristallin n'est pas un geste anodin surtout avant 40 ans car il y a un risque de décollement de rétine et on n'accommode plus (mettre au point loin et près). Il vaut mieux faire du laser pour ouvrir l'angle qu'enlever un cristallin chez un sujet jeune. L'extraction du cristallin n'est pas le traitement du glaucome à angle ouvert. En cas d'angle étroit ou fermé on peut s'aider avec des examens qui vont analyser le cristallin et aider à la décision.

Du coup j'ai 19 ans...

A 19 ans, enlever un cristallin clair en cas d'angle ouvert n'est pas à envisager. Dans des cas particuliers exceptionnels où les personnes ont déjà eu une iridotomie, une iridoplastie, et ont un glaucome par fermeture de l'angle avec un nerf optique qui s'abîme, là on peut exceptionnellement enlever un cristallin avant 30 ans.

Comment s'appelle l'examen pour savoir la taille du cristallin?

C'est un OCT (Tomographie à Cohérence Optique) ou un UBM (Ultra-biomicroscopie) avec mesure de la flèche cristallinienne.

On mesure un paramètre appelé la flèche cristallinienne : si elle est très augmentée on peut proposer une extraction du cristallin. Ce n'est pas une opération qui est proposée à 19 ans en cas d'angle ouvert.

Je suis la maman de Léna qui a 19 ans et à qui on a déjà enlevé un cristallin, on lui propose d'enlever l'autre.

Si un est déjà enlevé, on peut enlever le cristallin de l'autre œil pour rétablir l'équilibre entre les deux yeux. Après c'est du cas par cas, l'angle était probablement fermé, la flèche cristallinienne très augmentée, une iridotomie au laser avait peut-être été déjà réalisée et pas suffisamment efficace... on rentre dans des consultations particulières et il est difficile de vous donner un avis sans connaître exactement le cas.

Q3. Après trabéculectomie, l'un des effets a été de déclencher la cataracte, c'est confirmé ? 2 ans après j'ai été obligé d'être opéré de la cataracte

Oui c'est assez banal, cela anticipe de quelques années l'extraction de la cataracte. Quand un cristallin est un peu opaque, l'opacité va se majorer avec la chirurgie, cela anticipera la chirurgie de la cataracte.

Q4. Après une trabéculectomie, si la tension continue à être importante, et qu'il y a une gêne sur le champ visuel mais qui ne se voit pas forcément à l'OCT, qu'est-ce qu'on peut proposer?

Cela dépend de la tension. Si elle continue d'augmenter, c'est un glaucome réfractaire. Il y a énormément de moyens thérapeutiques, soit on refait une trabéculectomie, soit on fait du laser diode, soit on fait du laser sélecta, soit on rajoute des gouttes en complément. Il y a aussi des drains spéciaux. Il ne faut pas penser que l'on a été opéré et qu'il n'y a plus rien à faire. On peut être opéré plusieurs fois du glaucome.

Q5. Pourquoi les collyres sont irritants, entraînent des yeux rouges, pourquoi les labos n'enlèvent pas l'excipient qui irrite ?

Ils l'enlèvent, il y a des laboratoires qui travaillent pour développer des formulations sans conservateur (généralement le chlorure de benzalkonium). Nous nous battons notamment l'AFG pour le remboursement de tous les collyres non conservés.

Q6. Quels sont les effets nocifs des collyres sur la cornée et le traitement du glaucome ?... Et même aller jusqu'à l'opacification ?

Le conservateur irrite la cornée ce qui entraîne une gêne, qui peut être anxiogène car certains patients pensent que c'est la tension qui augmente.

Mais cela ne va pas jusqu'à l'opacification. Les effets sur la cornée sont créés à la surface (ça gratte, ça pique, ça démange...), mais il n'y a pas d'œdème de la cornée, ou de cornée opaque qui nécessite une greffe.

Q7. Est-ce que vous pouvez nous parler des drains ? Est-ce une tendance à le faire fréquemment ou à ne plus les faire ?

Nous en avons évalués beaucoup à Saint Joseph, le drain Xen®, drain Preserflo®, drain i-Stent®... avec des résultats pressionnels qui ne sont pas meilleurs qu'avec une chirurgie classique bien faite type sclérectomie ou trabéculectomie. Ce qu'il faut savoir c'est que lorsque l'on enlève le cristallin on baisse la tension oculaire de quelques mmHg. Lorsque l'on ajoute un stent on gagne 1,5 mmHg; c'est assez modeste. On peut les proposer dans des formes mineures. Cela n'a pas révolutionné la prise en charge du glaucome.

Les congrès scientifiques organisent des débats avec les « pour » et les « contre ». Est-ce que cela vaut le coup de dépenser autant d'argent pour baisser aussi peu la PIO ?

On me l'a proposé du fait qu'on me dit que je ne peux plus avoir d'opération chirurgicale, on m'a évoqué le drain.

C'est une autre chose, ce ne sont pas les drains de chirurgie mini invasive, mais ce sont des drains que l'on propose chez des patients qui ont été multi opérés lorsqu'il n'y a plus de place pour refaire une opération, alors le drain a sa place, ce ne sont pas les mêmes drains.

Q8. Pour les collyres bétabloquants, est-ce que à long terme cela peut avoir des problèmes sur la santé ? Il y a quand même des effets secondaires assez importants.

Les bétabloquants sont utilisés par voie orale, a des doses plus importantes qu'en collyre, pour traiter l'hypertension artérielle, des problèmes cardiaques ou en traitement de fond des migraines.

Par contre cette classe est contre indiquée chez les patients qui ont un pouls lent ou qui ont de l'asthme. Bien utilisé à bon escient, en éliminant les contre-indications, c'est un bon collyre. On peut les associer aux analogues de prostaglandine pour faire baisser la tension.

On m'a dit que j'ai un cœur qui battait très lentement, pourtant c'est ce qu'on me donne actuellement.

Si vous avez un cœur lent il faut revoir cela avec votre cardiologue.

Q9. Est-ce que les collyres à base de cortisone par voie locale sont contre-indiqués ?

Ils peuvent faire monter la tension oculaire. En spray nasal très peu et en crème dermique ou en infiltration, non.

Etant asthmatique, même en local, au long cours ?

Oui, mais les montées de tension sont faibles.

Après c'est du cas par cas, il faut vérifier car certains patients sont répondeurs aux corticoïdes et d'autres pas.

Q10. Est-ce qu'une trabéculoplastie peut être renouvelée plusieurs fois?

Oui, mais pas à l'infini pour ne pas opérer.

Q11. Dans quelle circonstance est-on amené à faire un scanner ?

Quand le champ visuel se dégrade, que la tension oculaire est normale, on se demande s'il n'y a peut-être autre chose qui peut abîmer le champ visuel ? Le scanner ou l'IRM sont généralement demandés pour éliminer une lésion cérébrale compressive.

Q12. Quel est le taux de réussite des trabéculectomies ?

Autour de 90%. Les critères des études diffèrent aussi si l'on considère succès sans traitement, succès avec un traitement de complément.

Cela veut dire que si j'ai cette opération, j'aurai un traitement par la suite?

Vous allez avoir une bulle sous la paupière pour faire baisser la tension oculaire. Parfois un collyre de complément pourra être réintroduit au long cours. Il ne faut pas considérer la chirurgie comme un traitement de confort pour se passer des collyres.

Q13. Les collyres fatiguent-ils?

Certains collyres fatiguent, il y a un passage dans le système nerveux central et entraînent une fatigue, une bouche sèche. Ce passage peut être limité en comprimant les voies lacrymales.

Q14. Ça veut dire quoi bien mettre le collyre, c'est une manière de le mettre ou de le mettre à des heures régulières ?

Les collyres qui agissent 24 heures doivent être instillés toutes les 24 heures. Il ne faut pas non plus se stresser ce n'est pas à 1/2 heure près.

On peut s'aider des tutoriels pour voir comment bien mettre la goutte pour qu'elle tombe dans l'œil. La compression des voies lacrymales permet d'éviter le passage systémique.

Q15. Comment faire quand on voyage avec des décalages horaires importants?

Le nerf optique ne s'abîme pas durant un décalage horaire. Si le décalage est très important, à ce moment-là il faut mettre le collyre 2 fois et le recaler ensuite sur l'heure locale.

Q16. Et mettre 2 gouttes au lieu d'une ?

Le cul-de-sac conjonctival contient une goutte, pour 2 gouttes, l'une sera dedans et l'autre dehors. Il n'est pas utile de multiplier les instillations.

Q17. Est-ce que vous pouvez parler brièvement du glaucome malin ?

C'est assez compliqué. Ce n'est pas un cancer malgré le terme « malin ». Il survient chez des patients qui ont un glaucome par fermeture de l'angle avec de tous petits yeux. Quand on rentre dans l'œil, il peut y avoir des complications nécessitant l'ablation du corps vitré. C'est une complication des glaucomes chez les très forts hypermétropes.

Le glaucome malin est un glaucome difficile à traiter avec une très forte tension oculaire le lendemain d'une intervention chirurgicale à globe ouvert chez un patient ayant une très forte hypermétropie.

Est-ce que vous savez le taux de risque d'avoir un glaucome malin ?

Cela dépend du degré d'hypermétropie, de l'angle, de l'œil... mais c'est une complication très rare.

Q18. Après une chirurgie de la cataracte, peut-on perdre la vue ?

C'est un des risques de l'opération de la cataracte, mais il est très faible et essentiellement lié à des infections post opératoires.

Chez une personne très myope et avec un glaucome?

Cela dépend du degré d'évolution du glaucome et de la menace du point de fixation en pré opératoire.

Q19. En fait l'opération de la cataracte n'est pas conseillée alors ?

La décision se prend au cas par cas.

L'opération de la cataracte ne fatigue pas le nerf optique, mais cela ne l'améliore pas.

Si le patient a beaucoup de cataracte et peu de glaucome il sera plutôt satisfait de la chirurgie. Dans le cas contraire la chirurgie risque d'être considérée comme pas réussie.

On ne veut pas m'opérer parce que j'ai pas beaucoup de tension, 11, je suis très myope, j'ai la cornée fine, le champ visuel abîmé, on me dit que l'opération de la cataracte ne résoudrait rien du tout.

Vous avez probablement plus de glaucome que de cataracte. Si vous aviez une grosse cataracte et un glaucome modéré, on vous opérerait probablement de la cataracte. Si votre gêne visuelle est plus liée au glaucome qu'à la cataracte, on n'opère pas la cataracte. Enlever le cristallin c'est prendre un risque et cela ne va pas améliorer la vision.

Donc si on a un glaucome très évolué, une cataracte évoluée, on ne fait rien ?

On peut enlever le cristallin et on a quelque fois des petites améliorations en sachant qu'il faut être modeste dans ce que l'on va proposer au patient.

Il faut bien expliquer ce que l'on peut gagner après une opération et les risques encourus.

Q20. Ma mère a un glaucome, elle n'a plus qu'un œil, elle se plaint parfois outre de niveau de vision bas, de voir un certain nombre d'objets sur les murs, est-ce qu'il y a un lien avec le glaucome ?

Ce sont de fausses perceptions chez les glaucomes très évolués. C'est l'œil qui regarde et c'est le cerveau qui voit. Quand il y a moins de fibres pour faire passer l'information de l'œil vers le cerveau, il y a des images parasites qui peuvent survenir.

Q21. Pour le dépistage précoce, pourquoi n'y a-t-il pas de programme de dépistage comme pour le cancer du sein ?

On est en train d'œuvrer, et c'est pour cela que l'Association s'est créée.

En fait le dépistage du glaucome est fait par les ophtalmologistes quand vous allez refaire vos lunettes.

Il ne faut pas dire : « on ne prend pas la tension avant 40 ans », « il n'y a pas de glaucome avant 35 ans », « ça ne sert à rien de voir un ophtalmo pour une paire de lunettes ».

Q22. Si le laser n'a pas fonctionné une fois, est-ce qu'il peut à nouveau fonctionner?

Cela peut fonctionner. Une thèse réalisée par une de mes internes sur le thème « l'efficacité du laser chez les patients opérés » a montré qu'il y a une baisse pressionnelle complémentaire.

ATTRIBUTION DES BOURSES DE RECHERCHE DE L'AFG

Bourse de recherche AFG, la sélection des projets

En octobre 2021 l'AFG a fait un appel à candidatures pour l'attribution d'une bourse de recherche pour un projet de recherche en lien avec le glaucome. Le comité scientifique présidé par le Professeur Florent Aptel a sélectionné deux projets. Ces deux projets d'excellente qualité ne pouvant être départagés, l'AFG a décidé d'attribuer à chacun un prix.

Le **premier prix de 25 000 euros** a désigné Madame Muriel Boucart, Directrice de recherche au CNRS, Centre Lille Neuroscience & Cognition INSERM U 1172.

Le projet : un simple coup d'œil sur un visage nous permet d'extraire une multitude d'informations jouant un rôle crucial dans les interactions sociales, comme l'identité ou encore l'état émotionnel d'une personne. Un déficit de la perception des visages peut avoir un impact sur la communication sociale et la qualité de vie des patients atteints de glaucome. Bien que les questionnaires indiquent des plaintes concernant la reconnaissance des visages chez ces patients, peu d'études ont été consacrées à cette fonction considérée comme relevant de la vision centrale. Or, le glaucome peut aussi altérer la vision centrale. L'équipe du CHU de Lille a démontré une altération de la perception des visages en vision centrale dans le glaucome par la mesure des seuils de distance de reconnaissance. Nous nous sommes ensuite intéressés aux mécanismes sous-tendant ces déficits. Nous avons mis en évidence une plus grande sensibilité des patients à l'encombrement, se traduisant par un brouillage des caractéristiques faciales compromettant la reconnaissance. Notre objectif se porte dorénavant sur la compréhension des changements cérébraux induits par le glaucome en examinant les répercussions de la perte des cellules ganglionnaires et des fibres optiques sur le fonctionnement cortical des régions du cerveau impliquées dans la reconnaissance des visages. Pour cela, la technique de l'EEG sera employée au cours de la réalisation de tâches de reconnaissance de visages. Notre intérêt se portera plus particulièrement sur l'analyse de la latence et de l'amplitude de la composante N170, connue pour sa sélectivité aux visages. Le projet sera réalisé dans le service d'ophtalmologie du CHU de Lille en collaboration avec une collègue de l'Université de Lorraine, spécialiste dans le domaine de la perception des visages en électrophysiologie.

Nous pensons en tant que patients que ce projet pourrait apporter un bénéfice dans la prise en charge de la compensation du handicap et dans la rééducation des patients qui ont un glaucome sévère impactant fortement la vision.

Le **deuxième prix de 10 000 euros** a désigné Madame Cécile Delettre, Directrice de Recherche (DR2) Inserm, Institut des Neurosciences de Montpellier, Inserm U1298.

Le projet : le glaucome est une cause majeure de cécité dans le monde et à ce jour, il n'existe aucun traitement curatif pour cette maladie. Explorer de nouvelles stratégies thérapeutiques qui stopperaient la progression de la maladie est donc un réel challenge. Notre projet repose

sur la découverte d'une nouvelle molécule thérapeutique pour traiter les neuropathies optiques héréditaires qui peut s'appliquer au glaucome. Nous voulons confirmer qu'un traitement avec une polyamine synthétique appelée SPA favorise la survie des cellules ganglionnaires de la rétine dans le glaucome. L'objectif de ce projet consiste en une étude préclinique évaluant l'effet in vivo de ce composé sur la protection du nerf optique en utilisant un modèle de poissonzèbre ayant une atrophie du nerf optique. Nous mesurerons dans un premier temps l'effet dose-réponse du SPA afin de mesurer le seuil de toxicité du composé. L'effet neuroprotecteur du SPA sera étudié sur notre modèle de poissons zèbre après administration du traitement dans les aquariums. Le volume du nerf optique sera mesuré et comparé entre les poissons traités et non traités. Nous mesurerons ensuite les bénéfices du traitement sur la fonction visuelle et motrice des larves du poisson zèbre grâce à un test comportemental mettant en jeu leur système visuel. Ce test permettra de tester la capacité des poissons à réagir face à des changements d'intensités lumineuses. Notre projet permettra d'évaluer l'effet neuroprotecteur du SPA dans un modèle de neuropathie optique chez le poisson zèbre. La démonstration de l'efficacité de l'administration du SPA dans notre modèle d'atrophie optique ouvrira la voie au développement d'un futur traitement pour prévenir la perte de vision chez les patients atteints de glaucome.

Pour nous patients, ce projet permet d'espérer avoir un traitement qui pourrait stopper ou freiner durablement l'évolution de la maladie.

Remise des prix des bourses de recherche de l'AFG

Le samedi 7 mai, lors de l'Assemblée Générale de la SFG au Palais des congrès de Paris, les 2 prix des bourses de recherche ont été remis aux récipiendaires. En présence du Professeur Florent Aptel, Président du comité scientifique de l'AFG accompagné de deux autres de ses membres, les Professeurs Antoine Labbé, Jean-François Rouland et Philippe Denis, la Présidente de l'AFG, Madame Deborah Loi a remis les prix.



Pr Florent Aptel



Mme Deborah Loi (Présidente AFG)



Remise du chèque au Pr Jean-François Rouland



Discours du Pr Jean-François Rouland



Discours de Mme Cécile Delettre

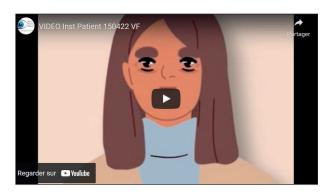


Pr Antoine Labbé, Mme Deborah Loi

VIE DE L'ASSOCIATION

UNE NOUVELLE VIDÉO

Un de nos partenaires a réalisé avec l'AFG une vidéo illustrant comment bien instiller son collyre.



Visionner:

La vidéo est disponible sur le site de l'AFG :

https://www.associationfranceglaucome.fr/comment-bien-instiller-son-ou-ses-collyres/

FAIRE CONNAÎTRE L'ASSOCIATION FRANCE GLAUCOME

Faire connaître l'Association France Glaucome auprès des praticiens ophtalmologues et des professionnels de l'ophtalmologie lors des différents congrès :

 Au congrès de la Société Française d'Ophtalmologie du 7 au 9 mai 2022, village des associations



Mme Deborah Loi, Mme Josée Gaillard, Mr Michel Thibault

 Au congrès CoRoNa, Cercle Ophtalmologique du Roussillon et du Narbonnais les 17 et 18 juin 2022. L'AFG a présenté l'association aux praticiens de cette région.



CONTACTER L'AFG

Adresse postale:

Association France Glaucome Hôpital Saint Joseph - Institut du Glaucome - Ophtalmologie 185 rue Raymond Losserand - 75014 Paris

Adresse mail: assofrglaucome@gmail.com

Site internet: https://www.associationfranceglaucome.fr/

Téléphone: 06 73 58 93 68

Du lundi au vendredi de 10h à 12h et de 15h à 17h, sinon laissez un message, on vous rappellera dès que possible.

Le réseau « écoute patient »

Les réseaux « écoute patient » sont à votre écoute du lundi au vendredi de 10h à 12h et de 15h à 17h, sinon laissez un message



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 à l'association est valable pour une année à partir de la date d'adhésion.

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 du patient ainsi que nos bulletins d'information trimestriels par envoi numérique uniquement.

L'adhésion « soutien » est de **30** €. Elle vous permet de recevoir notre brochure d'information du patient ainsi que nos bulletins d'information trimestriels par envoi numérique uniquement, 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 du patient ainsi que nos bulletins d'information trimestriels par envoi numérique uniquement, et apporte en plus un soutien de 90 € pour les actions de l'AFG.

Les personnes n'ayant pas d'adresse électronique et souhaitant recevoir les bulletins d'information par courrier doivent souscrire à l'adhésion « soutien» ou «bienfaiteur» afin de permettre à l'AFG de couvrir les frais postaux.

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 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 Hôpital Saint Joseph - Institut du Glaucome - Ophtalmologie - 185 rue Raymond Losserand - 75014 Paris accompagné du bulletin d'adhésion ci-après.

• FAIRE UNE ADHÉSION EN LIGNE

Effectuez votre paiement en ligne via la page « adhérer » de notre site internet : www.associationfranceglaucome.fr/adherer/

FAIRE UNE ADHÉSION PAR VIREMENT

Demandez le RIB de l'AFG par mail à cette adresse : <u>assofrglaucome@gmail.com</u> Une copie de votre ordre de virement est à nous adresser pour justificatif de versement.

LUTTER

contre le Glaucome avec l'AFG!

Association France Glaucome

Soutenez France Glaucome pour agir ensemble!

Bulletin d'adhésion

Nom :			
Prénom :			
Adresse :			
Code postal :			
Tél:			
Email :			
Je souhaite soutenir l'AFG dans	s ses actions et adl	nère à l'associatio	on pour une année a

Je souhaite soutenir l'AFG dans ses actions et adhère à l'association pour une année à partir de la date d'adhésion.

Je choisis la formule suivante d'adhésion :

- ☐ Adhésion « simple » à 10 € (pas d'envoi par la poste de tout le courrier que l'AFG vous adresse)
- ☐ Adhésion « soutien » à 30 €
- ☐ Adhésion « bienfaiteur » à 100 €



Votre soutien nous est essentiel et nous vous en remercions!



France Glaucome est une association de patients

Association France Glaucome - Hôpital Saint Joseph - Institut du Glaucome - Ophtalmologie 185 rue Raymond Losserand - 75014 Paris

Tél: 06 73 58 93 68 - E-mail: assofrglaucome@gmail.com

Site internet : <u>www.associationfranceglaucome.fr</u>

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

