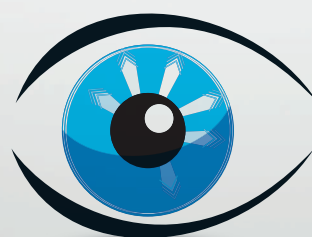


BULLETIN

Association France Glaucome

HIVER 2023-2024



Association
France
Glaucome

La vue pour la vie

Association loi 1901

Document réalisé avec le soutien de



SOMMAIRE

-1-
LE MOT DE LA
SECRÉTAIRE GÉNÉRALE p.3

-2-
LA CHIRURGIE DU GLAUCOME :
DE LA TRABÉCULECTOMIE AUX MIGS
Pr. Antoine Labbé p.4

-3-
TÉMOIGNAGE D'UNE PATIENTE..... p.21

-4-
VIE DE L'ASSOCIATION p.24

-5-
CONTACTER L'AFG p.26

*Ce document est destiné au grand public. Les propos
contenus dans ce document n'engagent que leur
auteur et sont un reflet de l'état de l'art actuel.*

LE MOT DE LA SECRÉTAIRE GÉNÉRALE

Dans le bulletin précédent le Professeur Philippe Denis vous a présenté le traitement médical du glaucome et comment l'optimiser. Lorsqu'il n'est plus possible de contrôler l'évolution du glaucome avec un traitement médical ou du laser, l'indication chirurgicale est proposée. L'objectif du traitement chirurgical est le même que les autres traitements, faire baisser la PIO.

Dans ce numéro, vous retrouverez la conférence du professeur Antoine Labbé. Il a exposé toutes les chirurgies du glaucome qui sont pratiquées aujourd'hui, de la trabéculéctomie aux MIGS (chirurgies mini invasives du glaucome).

Nous vous ferons partager également le témoignage d'une patiente ayant subi une chirurgie mini invasive.

Comme pour chaque bulletin, nous ferons un petit tour d'horizon des activités de l'association ces derniers mois.

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.
- Promouvoir, encourager et faciliter la recherche dans le domaine du glaucome.

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

LA CHIRURGIE DU GLAUCOME : DE LA TRABÉCULECTOMIE AUX MIGS

Compte rendu de la conférence du Pr. Antoine Labbé

Hôpital National de la Vision des 15-20, IHU FOrEsiGHT, Paris.
Centre du glaucome de l'AP-HP, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt.
Université de Versailles Saint-Quentin en Yvelines, Université Paris Saclay.

● Les glaucomes

Les glaucomes correspondent à une famille de maladies du nerf optique caractérisée par une dégénérescence progressive des cellules ganglionnaires rétiniennes conduisant à une excavation du nerf optique associée à des atteintes du champ visuel.

Le nerf optique est constitué par les axones des cellules ganglionnaires rétiniennes. Pour simplifier, il s'agit d'un tuyau rempli de fibres : les axones. A la naissance, nous avons un certain nombre d'axones dans le nerf optique, entre 800 000 et 1 200 000. Avec le vieillissement naturel, nous en perdons entre 2500 et 4000 par an. Nous avons donc un nerf optique capable de supporter une très longue espérance de vie. Le glaucome est une maladie dégénérative qui entraîne une accélération de cette perte axonale. Lorsque cette perte atteint un certain seuil, une atteinte du champ visuel apparaît. Lorsque le glaucome est sévère, il peut conduire à une atteinte importante de la fonction visuelle allant jusqu'à la cécité.

L'objectif du traitement du glaucome est ainsi de ralentir au maximum cette perte axonale dans le nerf optique afin qu'elle se rapproche de la perte physiologique liée à l'âge.

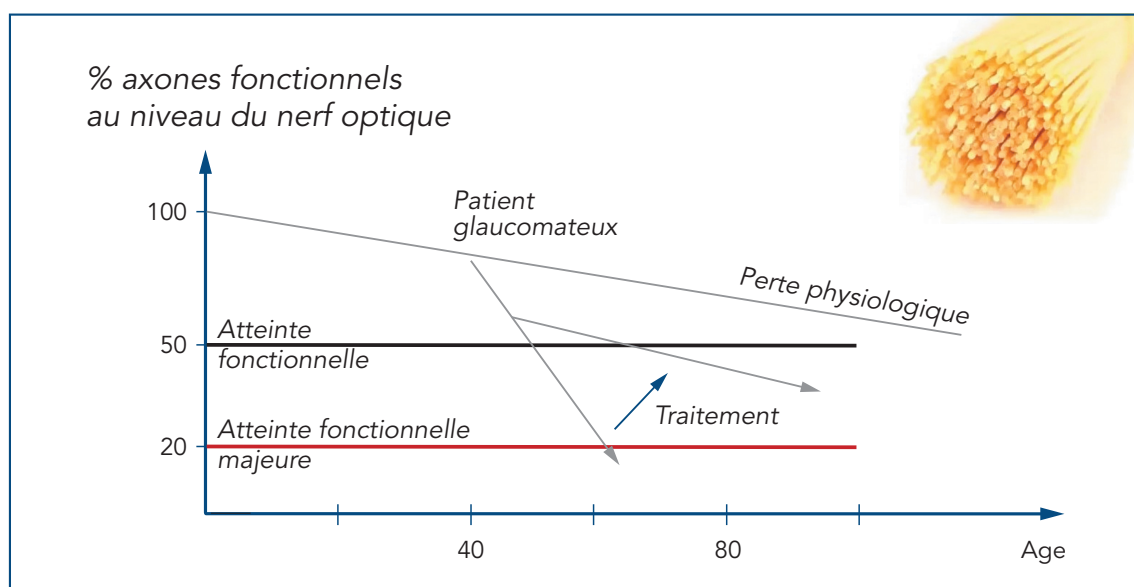


Figure 1 : Principe du glaucome et de son traitement.

● Le traitement du glaucome

L'objectif du traitement du glaucome est de préserver la fonction visuelle du patient et sa qualité de vie. Encore aujourd'hui, le seul traitement scientifiquement prouvé permettant de ralentir l'évolution du glaucome consiste à réduire la pression intraoculaire ou PIO. Cela peut se faire avec des collyres, du laser ou des traitements chirurgicaux.

Il faut bien comprendre que l'élévation de la PIO est le principal facteur de risque du glaucome. Mais ce n'est qu'un facteur de risque, comme l'âge ou encore la myopie forte. Certains patients peuvent ainsi développer un glaucome sans élévation de la PIO, il s'agit du glaucome à pression normale. Nous savons néanmoins que faire baisser la PIO va ralentir l'évolution du glaucome même si la PIO initiale n'est pas élevée.

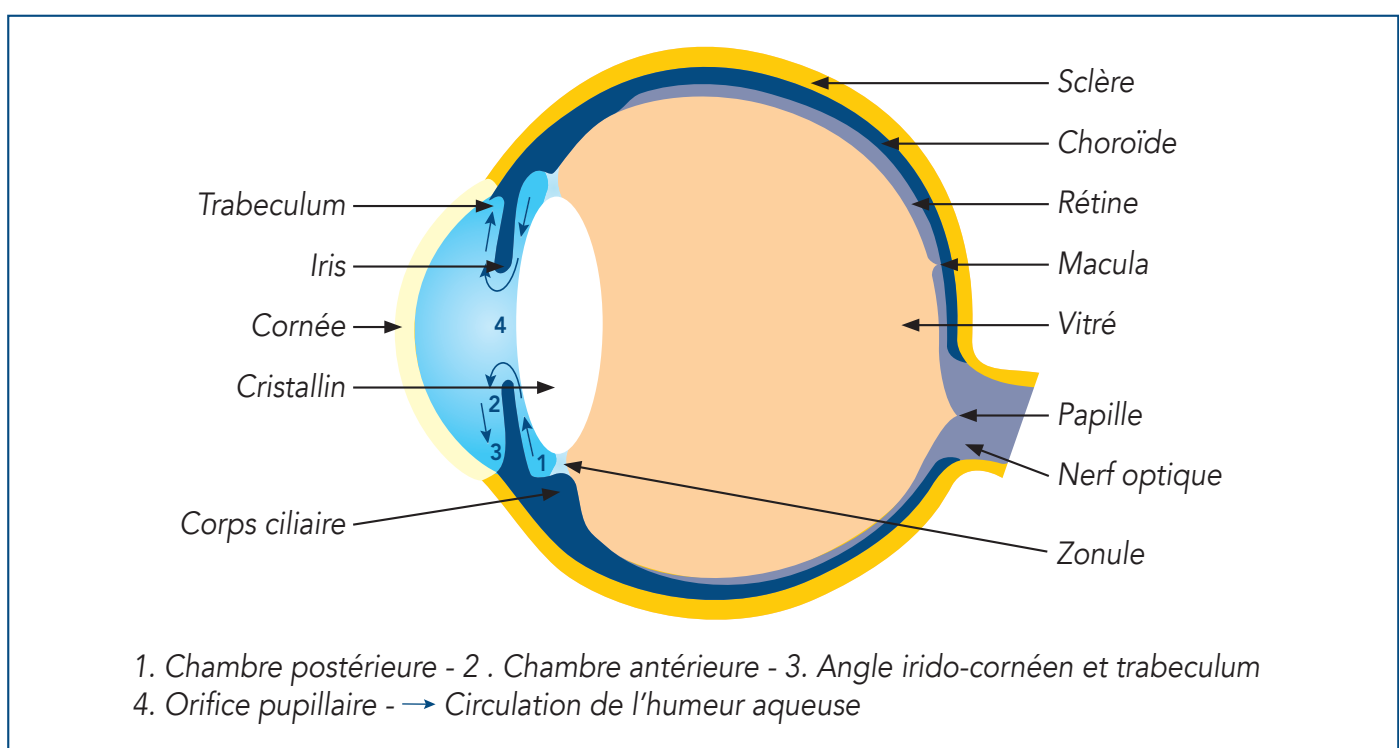


Figure 2 : Coupe anatomique de l'œil.

Afin de mieux comprendre les différents traitements chirurgicaux du glaucome, il convient de faire un rappel sur l'anatomie de l'œil. L'œil peut être considéré comme un ballon rempli de liquide, lorsque le liquide ne peut s'éliminer de l'œil, la PIO augmente. Cette hypertension oculaire est le principal facteur de risque de glaucome.

En réalité, l'œil est divisé en deux compartiments liquidiens, le segment antérieur qui contient l'humeur aqueuse (en bleu sur la figure) et le segment postérieur qui contient le vitré (en jaune sur la figure). C'est le plus souvent une insuffisance de résorption de l'humeur aqueuse au niveau du trabéculum dans l'angle entre l'iris et la cornée (angle iridocornéen) qui provoque une augmentation de la PIO. Le trabéculum constitue donc le filtre de l'œil, lorsque celui-ci est altéré ou encombré ou même bouché par l'iris, la PIO augmente entraînant un risque de glaucome.

● Qu'est-ce qu'on attend de la chirurgie du glaucome ?

L'indication chirurgicale est considérée lorsqu'il n'est plus possible de contrôler l'évolution du glaucome avec un traitement médical ou du laser. Une intervention chirurgicale peut être proposée rapidement lorsque le glaucome est sévère lors du diagnostic ou la PIO très élevée. Mais, le plus souvent, la chirurgie du glaucome arrive après l'utilisation pendant plusieurs années de collyres et des séances de laser. La grande majorité des patients qui ont un glaucome ne seront pas opérés, car le plus souvent la maladie est bien contrôlée médicalement.

L'objectif du traitement chirurgical du glaucome est le même que les autres traitements : faire baisser la PIO afin de ralentir l'évolution de la maladie. Il s'agit d'obtenir une PIO dite cible, ni trop haute, ni trop basse, qui va permettre le meilleur contrôle possible du glaucome.

L'intervention chirurgicale ne guérit pas le glaucome, elle ne fait que réduire la PIO qui ne peut plus être diminuée suffisamment pas d'autres méthodes. Comme tout traitement, une intervention chirurgicale n'est pas sans risque. Elle doit donc être envisagée lorsque le risque de ne pas opérer est plus grand (car le glaucome n'est pas contrôlé et évolue rapidement) que le risque d'opérer.

● Comment faire baisser la PIO par la chirurgie ?

Si l'on reprend la comparaison de l'œil avec un ballon rempli de liquide, lorsqu'il y a trop de pression dans l'œil, il y a 2 moyens pour faire baisser la PIO : soit en augmentant la sortie de liquide, soit en diminuant sa production. C'est exactement l'objectif des interventions chirurgicales.

1. Les techniques qui visent à augmenter l'élimination de l'humeur aqueuse de l'œil

Les premières techniques qui ont été développées dans la chirurgie du glaucome consistent à augmenter la sortie d'humeur aqueuse de l'œil. C'est d'ailleurs le principe de la chirurgie la plus classique, la trabéculéctomie qui a été développée dans les années 40 par Cairns. Des variantes ont ensuite été également mises au point comme la sclérectomie profonde non perforante, technique proche de la trabéculéctomie.

Récemment, depuis une dizaine d'années, de nouvelles techniques moins invasives ont été développées, ce sont les MIGS pour *Minimally Invasive Glaucoma Surgery* ou chirurgie mini-invasive du glaucome. Elles ne remplacent pas la chirurgie classique mais apportent de nouvelles solutions pour certains patients. Enfin, il existe aussi les implants ou valves de drainage qui s'adressent aux glaucomes les plus sévères ou réfractaires, en échec d'une ou plusieurs chirurgies plus classiques.

1.1 La trabéculéctomie

La trabéculéctomie consiste à réaliser une ouverture dans la paroi de l'œil protégée par un volet scléral et recouverte par la conjonctive de manière à contrôler la quantité d'humeur aqueuse qui s'échappe de l'œil. L'objectif est d'obtenir une bulle de filtration sous la paupière supérieure qui correspond à un soulèvement de la conjonctive traduisant une issue d'humeur aqueuse de l'œil et un bon contrôle de la PIO. La trabéculéctomie est associée à une iridotomie périphérique afin que l'iris ne vienne pas boucher l'orifice ainsi créé. L'humeur aqueuse qui s'échappe dans la bulle de filtration va être ensuite résorbée dans les espaces conjonctivaux. L'humeur aqueuse ne s'échappe pas à l'extérieur de l'œil car cela représenterait un risque infectieux très important, elle est éliminée dans la paroi de l'œil.

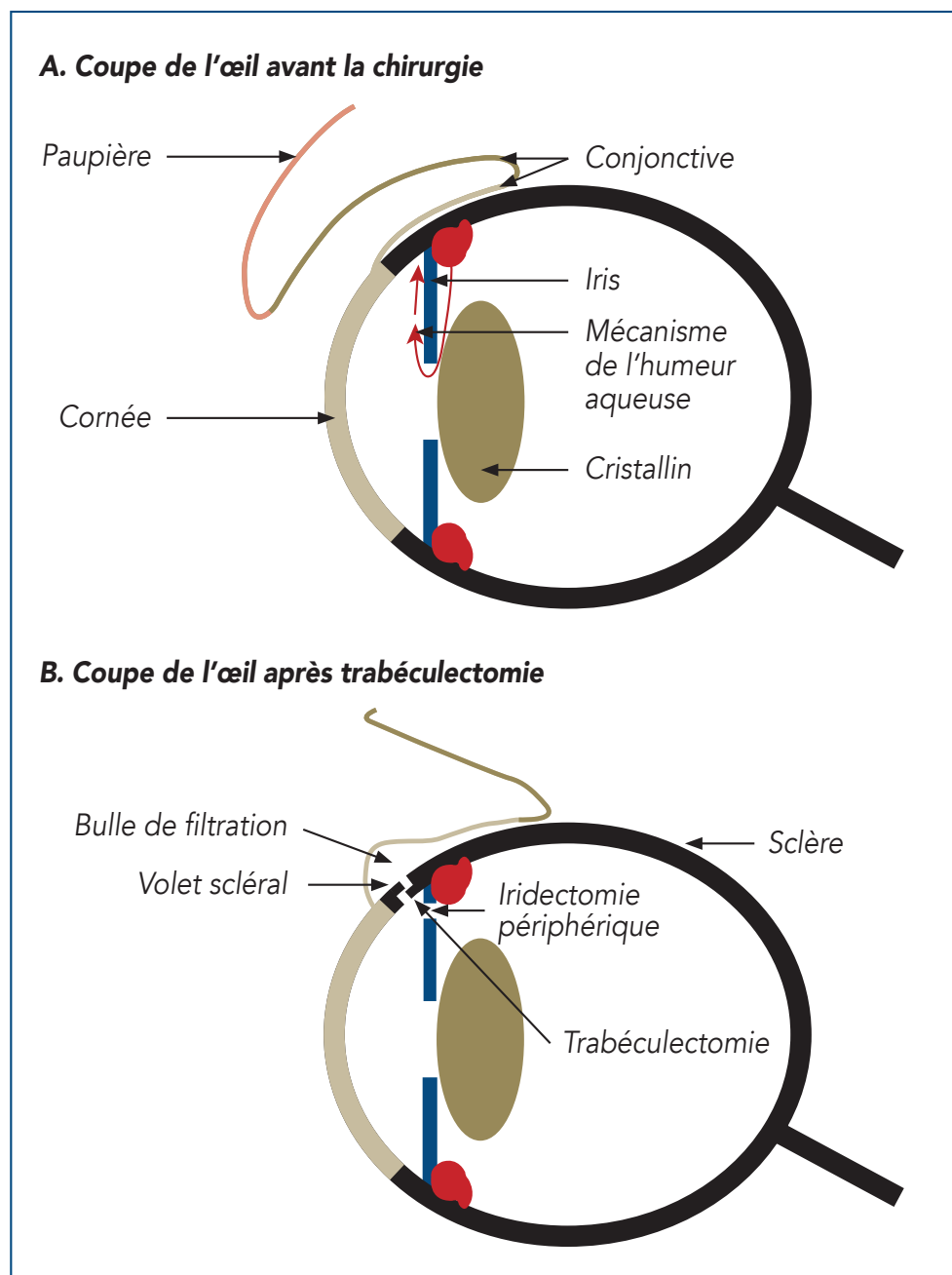


Figure 3 : Principe de la trabéculéctomie.

La trabéculéctomie est capable de faire baisser la PIO de plus de 50 % par rapport à la pression initiale. Même après plusieurs années, on peut observer une baisse de 30 à 40 % de la pression chez de nombreux patients (figure 4).

Group	6 Months			12 Months			24 Months			36 Months			48 Months		
	No. of arms	Mean (%)	95% CI (%)	No. of arms	Mean (%)	95% CI (%)	No. of arms	Mean (%)	95% CI (%)	No. of arms	Mean (%)	95% CI (%)	No. of arms	Mean (%)	95% CI (%)
DS	7	39.5	33.4 to 45.5	7	37.8	31.9 to 43.8	4	35.2	30.0 to 40.4	2	34.7	20.1 to 49.3	2	39.9	32.6 to 47.2
DS-I	9	42.7	38.9 to 46.5	8	40.1	34.9 to 45.3	4	41.1	29.2 to 52.9	1	52.0	47.3 to 56.7	1	50.4	45.9 to 54.9
DS-MMC	7	43.7	41.4 to 46.1	8	42.6	37.8 to 47.5	6	41.7	37.8 to 45.6	4	39.8	36.8 to 42.9	3	36.2	30.2 to 42.2
VCO	10	37.1	32.4 to 41.7	8	32.1	27.2 to 37.1	4	30.2	23.1 to 37.3	2	38.9	16.2 to 61.7	1	32.7	26.2 to 39.2
VCO-I	1	39.3	30.5 to 48.1	1	35.1	26.5 to 43.7	0	NA	NA	0	NA	NA	0	NA	NA
TE	10	46.0	42.0 to 50.0	7	45.8	40.1 to 51.4	4	45.6	40.0 to 51.1	2	51.0	38.7 to 63.2	1	50.6	44.5 to 56.7
TE-MMC	5	47.6	43.2 to 52.1	5	45.3	42.1 to 48.5	3	42.7	40.1 to 45.3	3	42.2	39.6 to 44.7	3	41.0	36.5 to 45.4

DS – deep sclerectomy; VCO – viscocanalostomy; TE – trabeculectomy; I – implant; MMC – mitomycin C; CI – confidence interval; NA – not applicable.

% de réduction de la PIO

Cheng J-W et al. Med Sci Monit 2011

Figure 4. Tableaux représentant les résultats de la trabéculéctomie en % de réduction de la PIO (TE-MMC).

La trabéculéctomie comme toute chirurgie s'accompagne d'un risque de complications plus ou moins graves. Le plus souvent ce sont des complications bénignes comme un petit saignement ou une PIO un peu basse les premiers jours qui suivent l'intervention, mais celles-ci peuvent être malheureusement plus sévères allant jusqu'à la perte fonctionnelle de l'œil dans de très rares cas (figure 5).

Group	Hyphema			Shallow/flat anterior chamber			Hypotony			Choroidal detachment			Progressive cataract		
	No. of arms	Rate (%)	95% CI (%)	No. of arms	Rate (%)	95% CI (%)	No. of arms	Rate (%)	95% CI (%)	No. of arms	Rate (%)	95% CI (%)	No. of arms	Rate (%)	95% CI (%)
DS	8	12.4	7.8 to 19.2	6	2.9	1.0 to 7.9	5	4.3	0.7 to 22.1	5	10.2	6.0 to 16.7	5	12.7	4.6 to 30.9
DS-I	8	5.5	2.9 to 10.0	4	3.8	1.1 to 12.3	6	3.5	1.4 to 8.5	7	7.3	4.0 to 13.1	7	14.9	8.3 to 25.5
DS-MMC	6	13.7	8.8 to 20.7	4	11.0	4.0 to 26.9	4	8.2	0.5 to 60.1	5	11.6	4.8 to 25.5	1	4.7	1.2 to 16.8
VCO	8	11.1	6.2 to 19.2	6	7.0	3.5 to 13.5	8	6.6	2.4 to 16.9	4	2.0	0.5 to 7.6	7	9.2	1.5 to 41.1
VCO-I	1	10.0	2.5 to 32.4	1	10.0	2.5 to 32.4	1	25.0	10.8 to 47.8	1	5.0	0.7 to 28.2	1	2.4	0.1 to 28.7
TE	10	16.8	9.1 to 29.0	7	20.7	13.0 to 31.3	9	17.1	9.5 to 28.9	4	16.7	10.3 to 25.9	6	15.3	8.5 to 25.9
TE-MMC	4	16.3	5.5 to 39.6	5	22.4	8.8 to 46.2	5	20.4	7.8 to 43.5	3	19.3	7.7 to 40.7	2	14.7	7.2 to 27.7

DS – deep sclerectomy; VCO – viscocanalostomy; TE – trabeculectomy; I – implant; MMC – mitomycin C; CI – confidence interval; NA – not applicable.

% de complications

Cheng J-W et al. Med Sci Monit 2011

Figure 5. Tableaux représentant les % des principales complications de la trabéculéctomie (TE-MMC).

Toutes les réactions après une intervention ne sont pas maîtrisables et certaines complications peuvent survenir malgré la parfaite réalisation de l'intervention par le chirurgien. Ainsi, la principale complication de la trabéculéctomie et de beaucoup d'autres chirurgies du glaucome, est l'excès de cicatrisation ou fibrose qui conduit à réduire l'efficacité de l'intervention. Des produits qui retardent la cicatrisation sont utilisés pendant l'intervention chirurgicale afin de réduire ce risque de cicatrisation excessive. De même, le suivi post-opératoire sera essentiel dans les premiers mois qui suivent l'intervention car dans près d'un tiers des chirurgies, des manipulations post-opératoires (section de fil, révision chirurgicale, etc...) seront nécessaires afin d'obtenir le succès de l'intervention.

1.2 La sclérectomie profonde non perforante (SPNP)

La sclérectomie profonde non perforante a été développée par Sviatoslav Fiodorov, un ophtalmologue et chirurgien russe. Il s'agit d'une technique très proche de la trabéculéctomie. Le principe est le même avec la création d'une bulle de filtration par laquelle l'humeur aqueuse peut s'échapper. La différence majeure consiste à ne pas ouvrir complètement la paroi de l'œil comme dans la trabéculéctomie. On aborde le trabéculum par l'extérieur de l'œil afin de l'amincir suffisamment pour que l'humeur aqueuse puisse s'échapper par percolation (figure 6). L'intervention est moins traumatisante car il n'y a pas d'ouverture complète de la paroi de l'œil, et une iridotomie périphérique n'est pas nécessaire.

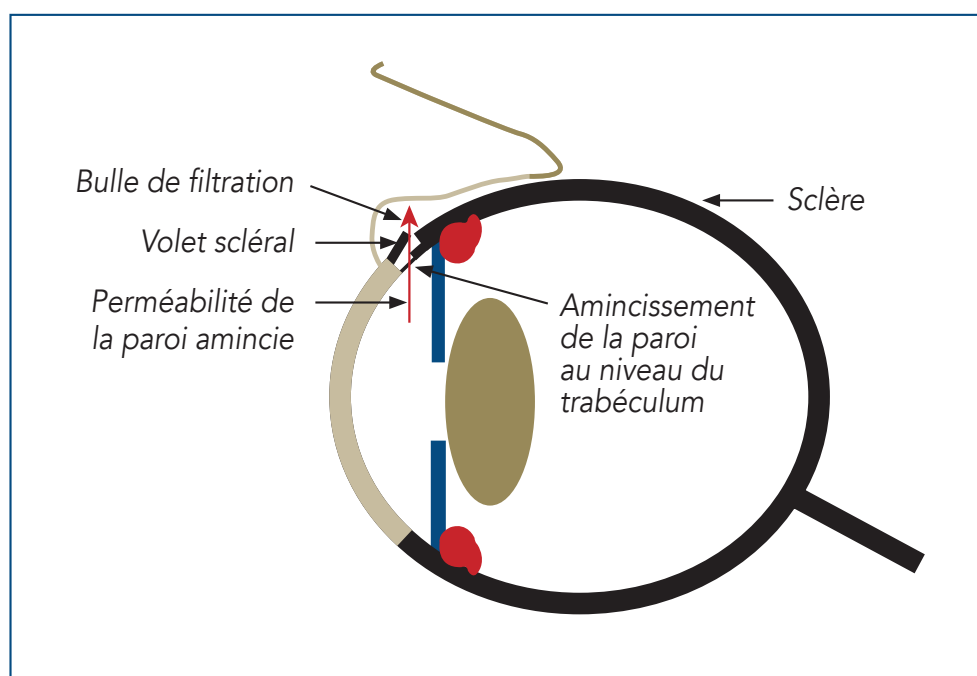


Figure 6 : Principe de la sclérectomie profonde non perforante (SPNP). Coupe de l'œil après SPNP.

L'efficacité de la sclérectomie profonde est très proche de la trabéculéctomie, avec une baisse de la PIO de l'ordre de 30 à 40% même des années après sa réalisation (figure 7). Une particularité de la SPNP est la possibilité de réaliser une goniopuncture. Ceci consiste à réaliser

au laser en consultation une petite perforation de la membrane qui avait été laissée en place pendant l'intervention, et cela afin de faire baisser plus la PIO en augmentant la sortie d'humeur aqueuse. Cette goniopuncture est souvent réalisée à distance de l'intervention.

Group	6 Months			12 Months			24 Months			36 Months			48 Months		
	No. of arms	Mean (%)	95% CI (%)	No. of arms	Mean (%)	95% CI (%)	No. of arms	Mean (%)	95% CI (%)	No. of arms	Mean (%)	95% CI (%)	No. of arms	Mean (%)	95% CI (%)
DS	7	39.5	33.4 to 45.5	7	37.8	31.9 to 43.8	4	35.2	30.0 to 40.4	2	34.7	20.1 to 49.3	2	39.9	32.6 to 47.2
DS-I	9	42.7	38.9 to 46.5	8	40.1	34.9 to 45.3	4	41.1	29.2 to 52.9	1	52.0	47.3 to 56.7	1	50.4	45.9 to 54.9
DS-MMC	7	43.7	41.4 to 46.1	8	42.6	37.8 to 47.5	6	41.7	37.8 to 45.6	4	39.8	36.8 to 42.9	3	36.2	30.2 to 42.2
VCO	10	37.1	32.4 to 41.7	8	32.1	27.2 to 37.1	4	30.2	23.1 to 37.3	2	38.9	16.2 to 61.7	1	32.7	26.2 to 39.2
VCO-I	1	39.3	30.5 to 48.1	1	35.1	26.5 to 43.7	0	NA	NA	0	NA	NA	0	NA	NA
TE	10	46.0	42.0 to 50.0	7	45.8	40.1 to 51.4	4	45.6	40.0 to 51.1	2	51.0	38.7 to 63.2	1	50.6	44.5 to 56.7
TE-MMC	5	47.6	43.2 to 52.1	5	45.3	42.1 to 48.5	3	42.7	40.1 to 45.3	3	42.2	39.6 to 44.7	3	41.0	36.5 to 45.4

DS – deep sclerectomy; VCO – viscocanalostomy; TE – trabeculectomy; I – implant; MMC – mitomycin C; CI – confidence interval; NA – not applicable.

% de réduction de la PIO

Cheng J-W et al. Med Sci Monit 2011

Figure 7 : Tableaux représentant les résultats de la sclérectomie profonde non perforante (DS-MMC) en % de réduction de la PIO.

Les risques de complications de la SPNP sont moins importants que la trabéculéctomie. La SPNP ne peut néanmoins pas être proposée à tous les patients, car elle n'est pas possible lorsque l'angle iridocornéen est fermé ou étroit (figure 8).

Group	Hyphema			Shallow/flat anterior chamber			Hypotony			Choroidal detachment			Progressive cataract		
	No. of arms	Rate (%)	95% CI (%)	No. of arms	Rate (%)	95% CI (%)	No. of arms	Rate (%)	95% CI (%)	No. of arms	Rate (%)	95% CI (%)	No. of arms	Rate (%)	95% CI (%)
DS	8	12.4	7.8 to 19.2	6	2.9	1.0 to 7.9	5	4.3	0.7 to 22.1	5	10.2	6.0 to 16.7	5	12.7	4.6 to 30.9
DS-I	8	5.5	2.9 to 10.0	4	3.8	1.1 to 12.3	6	3.5	1.4 to 8.5	7	7.3	4.0 to 13.1	7	14.9	8.3 to 25.5
DS-MMC	6	13.7	8.8 to 20.7	4	11.0	4.0 to 26.9	4	8.2	0.5 to 60.1	5	11.6	4.8 to 25.5	1	4.7	1.2 to 16.8
VCO	8	11.1	6.2 to 19.2	6	7.0	3.5 to 13.5	8	6.6	2.4 to 16.9	4	2.0	0.5 to 7.6	7	9.2	1.5 to 41.1
VCO-I	1	10.0	2.5 to 32.4	1	10.0	2.5 to 32.4	1	25.0	10.8 to 47.8	1	5.0	0.7 to 28.2	1	2.4	0.1 to 28.7
TE	10	16.8	9.1 to 29.0	7	20.7	13.0 to 31.3	9	17.1	9.5 to 28.9	4	16.7	10.3 to 25.9	6	15.3	8.5 to 25.9
TE-MMC	4	16.3	5.5 to 39.6	5	22.4	8.8 to 46.2	5	20.4	7.8 to 43.5	3	19.3	7.7 to 40.7	2	14.7	7.2 to 27.7

DS – deep sclerectomy; VCO – viscocanalostomy; TE – trabeculectomy; I – implant; MMC – mitomycin C; CI – confidence interval; NA – not applicable.

% de complications

Cheng J-W et al. Med Sci Monit 2011

Figure 8. Tableaux représentant les % des principales complications de la sclérectomie profonde non perforante (DS-MMC).

1.3 Les implants de drainage et les valves

Les implants de drainage et les valves sont les chirurgies les plus invasives de la chirurgie du glaucome. Ces techniques sont le plus souvent réservées aux glaucomes les plus réfractaires en échec d'une ou plusieurs chirurgies classiques du glaucome. Elles consistent à implanter un tube dans l'œil relié à un dispositif d'évacuation de l'humeur aqueuse placé contre la paroi de l'œil dans l'orbite. Lorsque le dispositif d'évacuation de l'humeur aqueuse dispose d'un système contrôlant la pression, on parle alors de valve (figure 9).

Les implants de drainage et les valves ont plus de risque de complications que la trabéculotomie ou la sclérectomie profonde non perforante. Elles sont donc le plus souvent proposées après au moins une chirurgie classique.

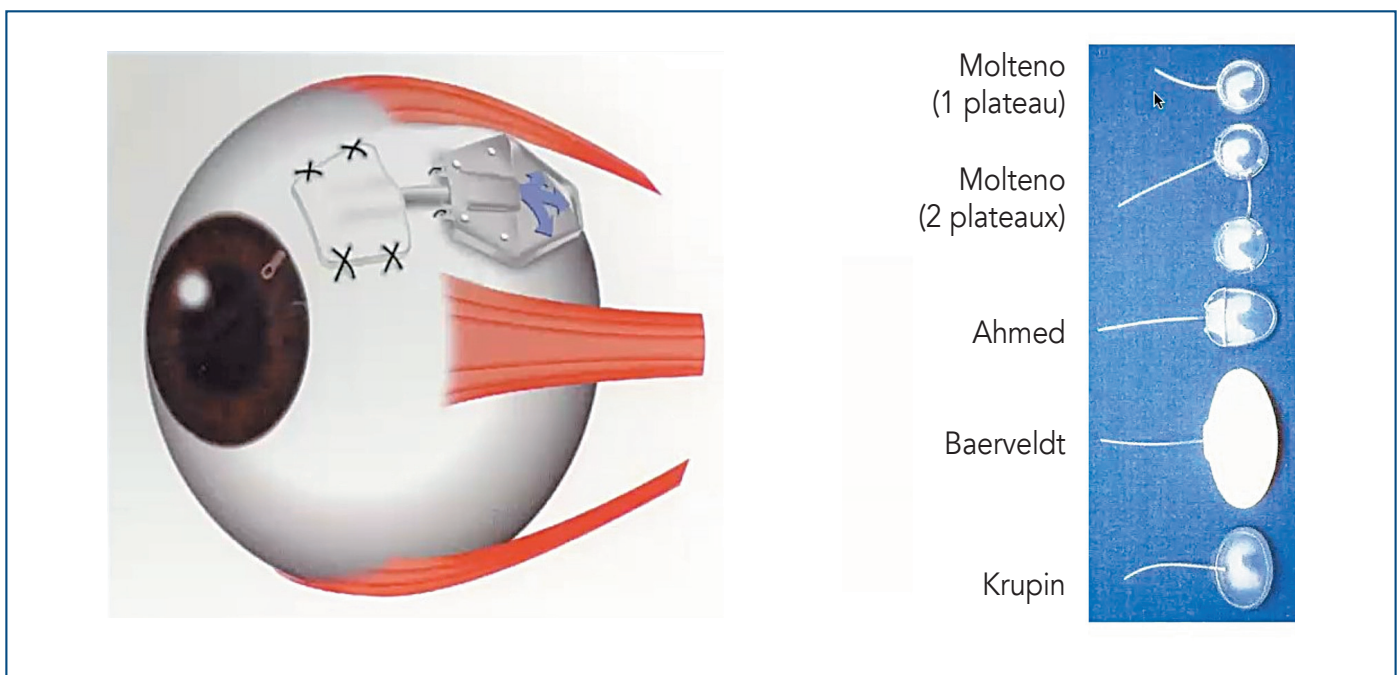


Figure 9. Valves et implants de drainage.

2. Les techniques qui consistent à diminuer la production de l'humeur aqueuse

Les techniques qui consistent à diminuer la production d'humeur aqueuse agissent sur les corps ciliaires qui produisent l'humeur aqueuse. Il s'agit des techniques de cycloaffaiblissement ou de cyclodestruction. Elles se réalisent le plus souvent au laser, mais peuvent se faire aussi à l'aide d'ultrasons (figure 10).

Ces techniques ne nécessitent pas une ouverture de l'œil car elles se réalisent en appliquant une sonde directement sur la paroi de l'œil.

C'est le plus souvent un traitement de deuxième intention du glaucome sévère ou réfractaire. Elles peuvent aussi être réalisées en première intention mais dans des cas très particuliers.

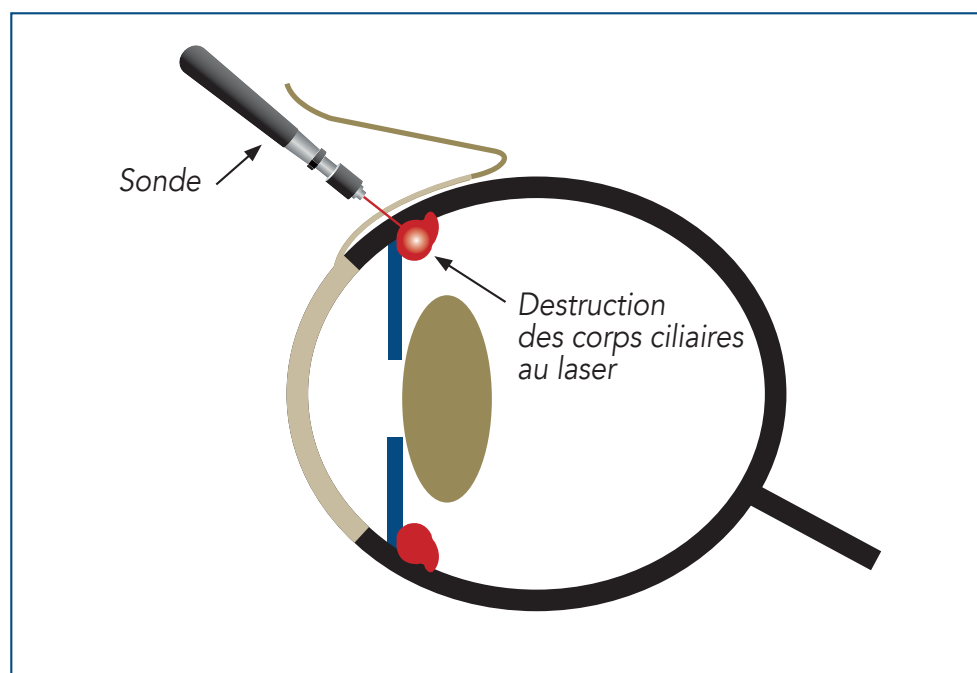


Figure 10. Technique de cyclo-destruction ou cycloaffaiblissement au laser.

3. Les chirurgies mini-invasives du glaucome : Les MIGS

Les MIGS ou chirurgies mini-invasives du glaucome ont été développées plus récemment et plusieurs sont maintenant régulièrement utilisées en France aujourd'hui. L'objectif de ces techniques est toujours de faire baisser la PIO en augmentant l'élimination de l'humeur aqueuse mais en étant moins traumatisantes que la chirurgie classique en offrant aux patients une récupération plus rapide et moins de risque de complications. Elles ne remplacent pas la chirurgie classique car elles sont souvent moins efficaces, mais leur moindre risque de complications les rend très utiles dans de nombreuses situations cliniques.

Les MIGS comportent aujourd'hui de très nombreuses techniques, toutes n'étant pas disponibles ou commercialisées en France. On les classe essentiellement en fonction de la voie utilisée pour l'évacuation de l'humeur aqueuse : la voie trabéculaire, la voie supra-choroïdienne, et la voie conjonctivale.

3.1 Voie trabéculaire

L'objectif de ces MIGS est d'augmenter l'élimination de l'humeur aqueuse par la voie trabéculaire qui est la voie naturelle d'élimination de l'humeur aqueuse de l'œil (figure 11).

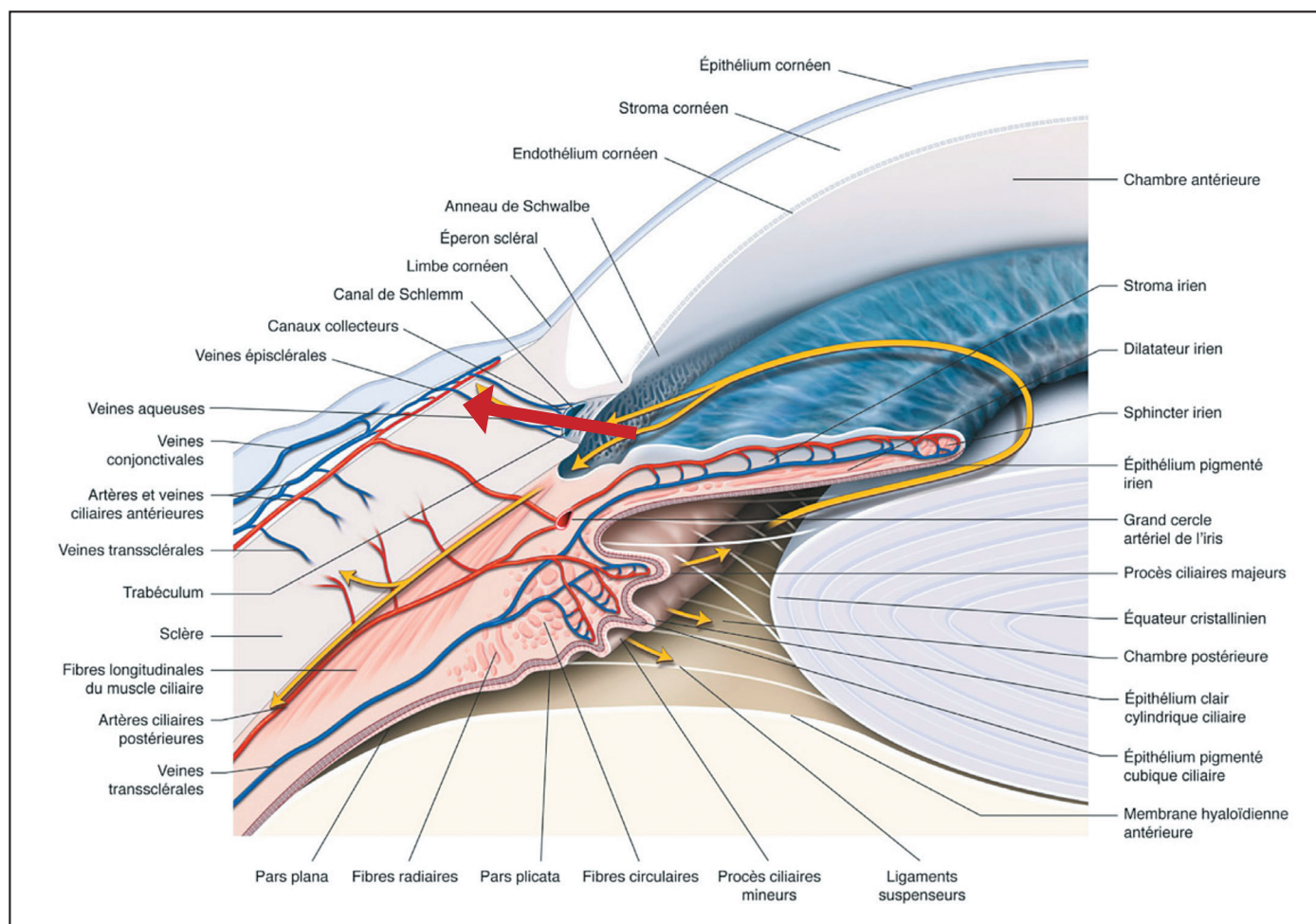


Figure 11. La voie trabéculaire. Image in : Le GPAO. JP Renard, E Sellem. Rapport de la SFO 2014.

L'iStent Inject W[®] est le MIGS trabéculaire actuellement le plus utilisé en France et pour lequel nous avons le plus grand recul d'utilisation. Il s'agit d'un petit shunt de quelques centaines de microns qui est placé dans le trabéculum afin de faire communiquer la chambre antérieure de l'œil avec le canal de Schlemm par lequel s'évacue l'humeur aqueuse. L'injecteur dispose de 2 stents qui sont placés au moment de la chirurgie.

Il est en France uniquement remboursé lors de son utilisation en chirurgie combinée associée à la cataracte. Ce dispositif ne réduit pas la PIO autant qu'une chirurgie filtrante classique mais présente un excellent profil de sécurité. La chirurgie de la cataracte associée à la pose d'iStent ne présente pas plus de risque qu'une chirurgie de la cataracte seule. Il est donc très souvent associé à une chirurgie de la cataracte chez un patient glaucomateux sous traitement médical afin de diminuer le traitement post-opératoire.

L'Hydrus[®] est un autre MIGS trabéculaire qui devrait être prochainement commercialisé en France. Il consiste en un petit guide fenêtré de 8 mm de long qui est inséré dans le canal de Schlemm au travers du trabéculum. Il crée une ouverture du trabéculum et maintient le canal de Schlemm ouvert.

D'autres MIGS trabéculaires existent comme le **Trabectome[®]**, le **Kahook Dual Blade[®]**, le **système OMNI[®]** ou encore le **système Elios[®]**. Tous ne sont pas disponibles ou commercialisés en France. L'efficacité des différents MIGS trabéculaires est proche avec une baisse de la PIO de l'ordre de 20 à 30%. Leur risque de complication est faible.

3.2 - La voie supra-choroïdienne

Les MIGS qui utilisent la voie supra-choroïdienne dérivent l'humeur aqueuse par la création d'une nouvelle voie d'élimination de l'humeur aqueuse entre la sclère et le corps ciliaire, la voie supra-choroïdienne (figure 12). Il n'y a actuellement qu'un MIGS de ce type et il n'est pas encore commercialisé en France : le **MINIject[®]**.

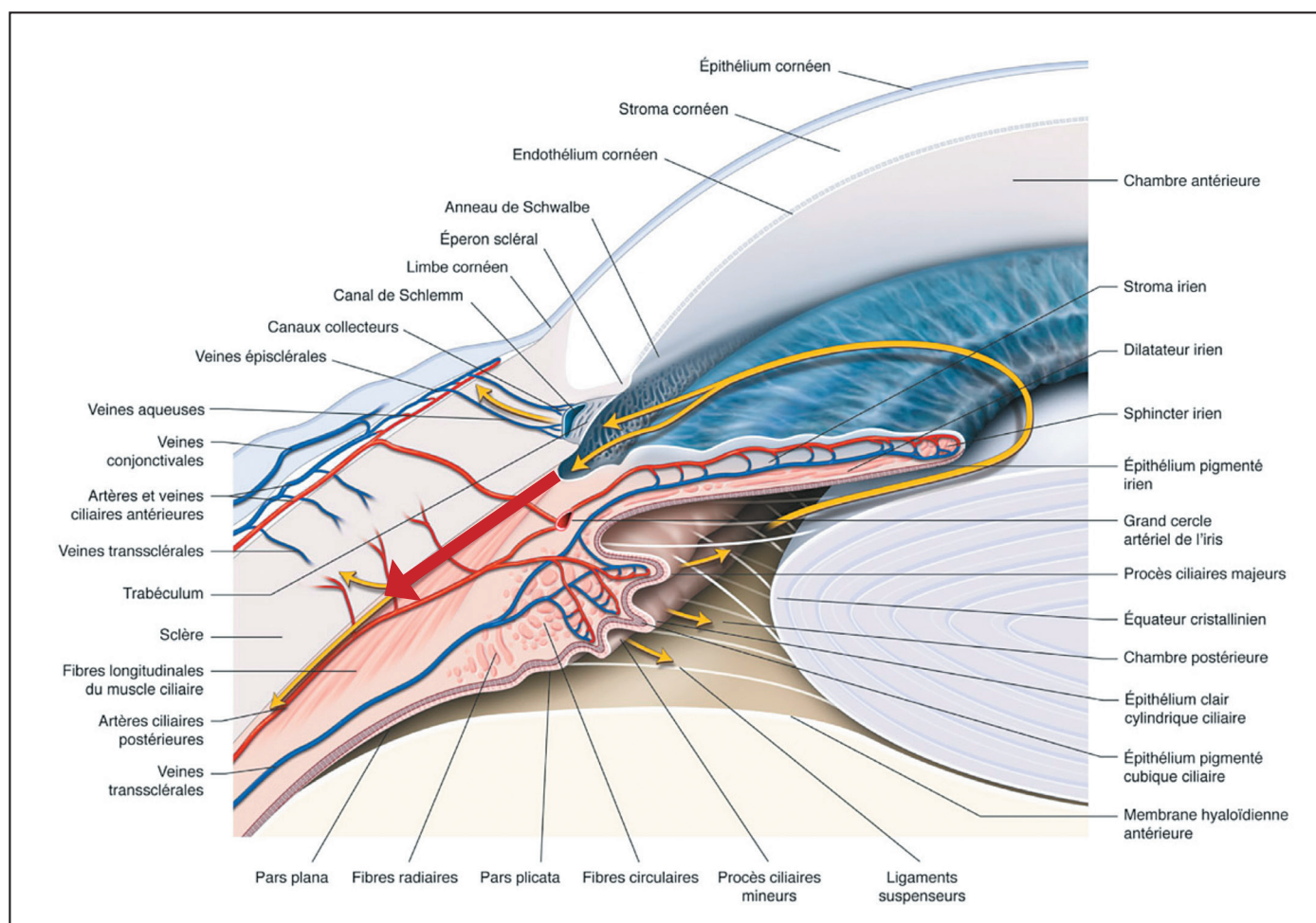


Figure 12. La voie supra-choroïdienne. Image in : Le GPAO. JP Renard, E Sellem. Rapport de la SFO 2014.

3.3 - La voie sous conjonctivale, les MIBS

La voie sous-conjonctivale est la voie utilisée par la chirurgie classique pour dériver l'humeur aqueuse. Les MIGS qui utilisent cette voie ont donc un fonctionnement très proche de la chirurgie classique. Elles ont donc une efficacité très similaire aux techniques classiques et aussi des complications du même type.

Comme pour la trabéculéctomie ou la SPNP, les MIGS qui utilisent la voie sous-conjonctivale pour dériver l'humeur aqueuse fonctionnent grâce à la création d'une bulle de filtration. On les appelle donc MIBS pour *Mini-invasive Bleb Surgery* ou chirurgie mini-invasive à bulle de filtration pour les différencier des autres chirurgies mini-invasives. Deux MIGS de ce type sont actuellement utilisés en France, le **Xen Gel Stent**[®] et le **Préserflo**[®] **Microshunt**, mais seul ce dernier est remboursé.

Le **Présérflo® Microshunt** est un petit tuyau en matériel biocompatible de 8mm de long avec un petit renflement qui permet d'assurer l'absence de déplacement dans l'œil. Il vient se positionner sous la conjonctive par un abord externe. Il fait communiquer la chambre antérieure avec les espaces sous-conjonctivaux en créant une bulle de filtration. La mise en place de ce petit drain s'effectue de manière très similaire à une chirurgie classique du glaucome avec une ouverture de la conjonctive. La technique est néanmoins très standardisée et d'un apprentissage rapide. Les résultats récents du **Présérflo® Microshunt** confirment son efficacité proche de la trabéculéctomie mais avec moins de complications per-opératoires et post-opératoires précoces.

Le **Xen Gel Stent®** est également un petit tuyau en matériel biocompatible qui se place entre la chambre antérieure et les espaces sous-conjonctivaux. Il a la particularité de s'implanter par voie ab interno, c'est à dire sans avoir besoin d'ouvrir la conjonctive. Comme les autres chirurgies dites filtrantes utilisant la voie sous-conjonctivale, il va provoquer la création d'une bulle de filtration. Les différentes études ont retrouvé une efficacité inférieure à la trabéculéctomie.

4. Comparaison des différentes chirurgies

Encore aujourd'hui, aucune technique chirurgicale n'a démontré sa supériorité par rapport à la trabéculéctomie ou la sclérectomie profonde non perforante. Parmi les voies d'évacuation de l'humeur aqueuse, c'est bien la voie sous-conjonctivale qui apporte une baisse de la PIO la plus importante mais avec aussi un plus grand risque de complications notamment liées à la bulle de filtration. Ces différences se retrouvent avec les MIGS. Ceux qui utilisent la voie sous-conjonctivale comme le **Xen®** et le **Présérflo®** font plus baisser la PIO, alors que les techniques trabéculaires comme l'**iStent®** font moins baisser la PIO mais présentent un meilleur profil de sécurité.

5. La chirurgie du glaucome : indications opératoires

Lorsqu'un chirurgien propose une intervention du glaucome à un patient, de très nombreux paramètres sont pris en compte comme le type de glaucome, son stade, sa vitesse de progression, l'état de l'œil controlatéral, les antécédents du patient, mais aussi la propre expérience du chirurgien vis-à-vis des différentes techniques chirurgicales.

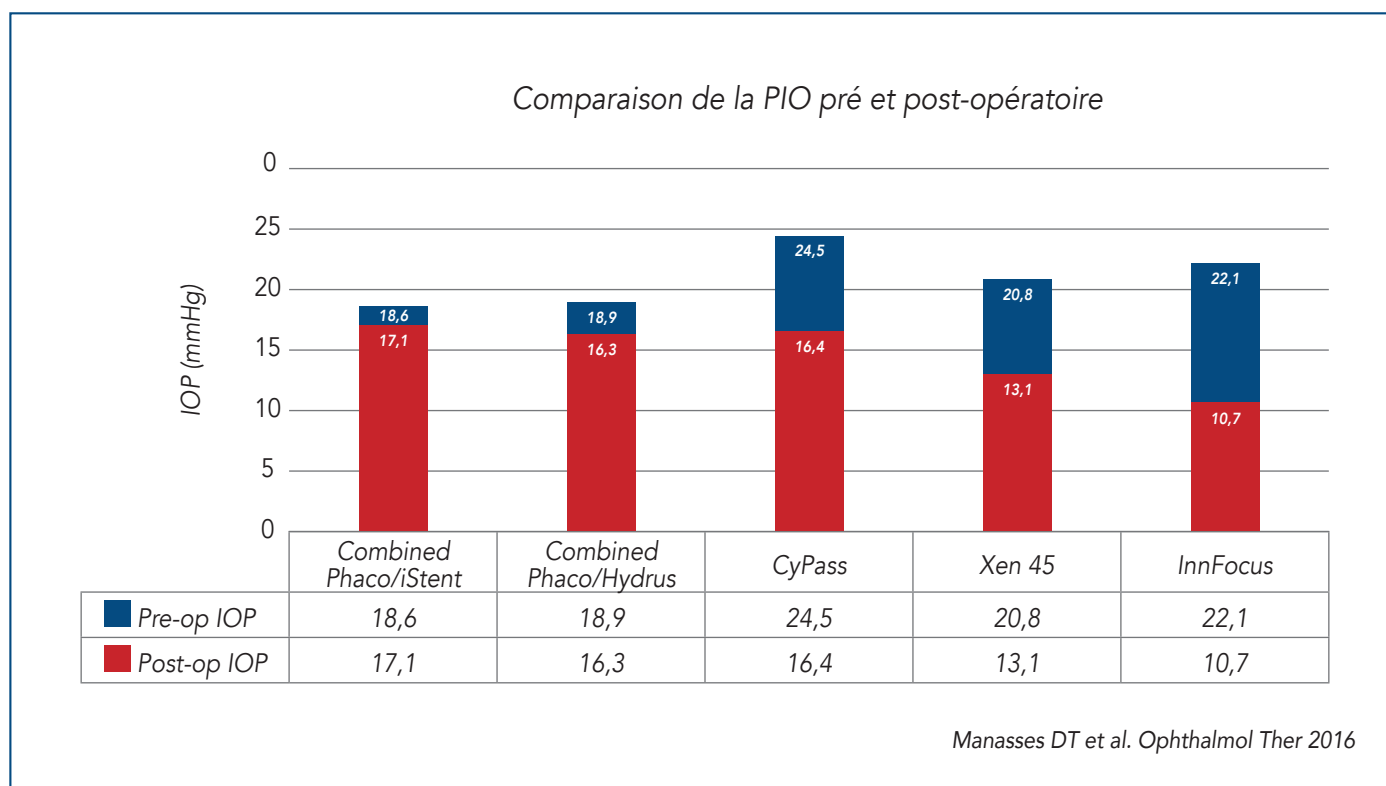


Figure 13. Comparaison de la PIO pré et post-opératoire

6. Conclusion

Les chirurgies classiques du glaucome comme la trabéculéctomie, la sclérectomie profonde et les implants de drainage, demeurent les chirurgies de référence du glaucome. Mais de nouvelles approches ont été développées, et certaines sont déjà utilisées en pratique clinique courante. Le développement de nouvelles techniques chirurgicales a été une véritable évolution de la prise en charge du glaucome ces dernières années avec la possibilité de proposer des techniques moins invasives à des stades moins évolués de la maladie, et notamment en association avec la chirurgie de la cataracte.

● Echanges avec les participants

Questions/réponses :

Q 1. L'oeil est-il fragile après une chirurgie ?

Plus on est proche de l'intervention plus l'œil est fragile. Ensuite, la fragilité dépend aussi du type d'intervention réalisée. Certaines chirurgies n'entraînent aucune fragilité particulière, d'autres provoquent une fragilité notamment au niveau de la bulle de filtration qu'il faudra surveiller de manière régulière tout au long de la vie. Malgré tout, le plus souvent après une chirurgie filtrante, les patients peuvent reprendre une vie normale au bout de quelques semaines.

Q 2. Peut-on se froter l'œil à distance de la chirurgie

Si la cicatrisation est terminée, il n'est pas dangereux de se froter l'œil.

Q 3. L'EyeWatch ne se pratique pas en France ?

La technique EyeWatch est une valve de drainage qui a la particularité de pouvoir ajuster le flux d'humeur aqueuse en post-opératoire. Néanmoins, comme pour les autres implants de drainage, le principal risque d'échec de ce type de chirurgie est la fibrose et ce type de valve présente les mêmes risques que les autres implants de drainage. Il n'a pas été prouvé que la technique EyeWatch ait de meilleurs résultats que les valves que nous utilisons actuellement en France.

Q 4. Pourquoi ne cherche-t-on pas à améliorer la prise des collyres et l'hygiène de vie, (sport, alimentation) qui semblent jouer un rôle très important. De même, une prévention par rapport aux divers médicaments et positions à éviter. Aucun discours à ce sujet ?

En effet, on ne parle que très peu de l'hygiène de vie, de régime ou de positionnement dans la prise en charge du glaucome car cela n'influe que très peu l'évolution du glaucome. Quelques études pourraient montrer qu'une pratique régulière d'une activité sportive pourrait avoir un effet bénéfique, mais cet effet est nettement moins important que n'importe quel collyre qui fait baisser la PIO.

Par contre, avoir une bonne hygiène de vie n'est peut-être pas très important pour le glaucome, mais c'est très important pour la santé en général: le système cardiovasculaire, le poids, etc...

Q 5. Depuis un an après une trabéculéctomie, je pense que mon œil est devenu plus gros et il avance, est-ce normal ?

La chirurgie du glaucome ne peut pas provoquer une augmentation de la taille de l'œil. Néanmoins, il peut être plus sensible au début, et donner l'impression qu'il est plus gros.

Q 6. En cas de fibrose, ne peut-on pas revenir en arrière et éliminer cette fibrose ?

La fibrose est une réaction naturelle du corps lors des phénomènes de cicatrisation. Dans la chirurgie du glaucome, il doit y avoir un peu de fibrose pour cicatriser l'intervention mais pas trop. On utilise pour cela des produits qui, appliqués pendant l'intervention, vont retarder la cicatrisation. On peut donc limiter la fibrose ou reprendre le site opératoire si cette cicatrisation excessive a diminué de manière trop importante l'efficacité de la chirurgie.

Q 7. Peut-on faire du parapente quand on a un glaucome ?

C'est une question de bon sens. Si le glaucome est peu évolué et que l'on a une bonne vision, il n'y a aucune raison de se priver d'activités même comme le parapente. Par contre, si on a un glaucome sévère avec une mauvaise vision ou un champ visuel très altéré, la pratique du parapente n'est pas indiquée. On peut à ce moment-là être sur un parapente biplace avec un accompagnant qui pilotera.

Q 8. Peut-on aller à la piscine quand on met un collyre le matin ?

Le collyre pénètre dans l'œil dans les instants qui suivent l'instillation. On peut donc aller à la piscine dès les minutes qui suivent l'instillation.

Q 9. Quelle est la différence entre un drain de Baerveldt et une valve ?

Le drain ou implant de drainage de type Baerveldt est un tube relié à un réservoir. La valve c'est la même chose, mais il y a un mécanisme dans le tube (valve) qui limite le flux de manière à éviter une baisse de la PIO trop importante.

Q 10. On m'a posé un Preserflo® il y a un an et demi dans chaque œil, la nuit mes yeux me brûlent énormément et le jour mes yeux coulent.

Les yeux sont très sensibles. Après une intervention, une sensibilité accrue peut persister pendant plusieurs mois. Cela est souvent lié à la cicatrice de l'intervention. Par ailleurs, lorsque l'on a reçu des années de collyres, une sécheresse oculaire peut se développer et entraîner ce type de symptômes également. Avec le temps, ce type de symptômes s'atténuent.

Q 11. Les MIGS sont-elles possibles sur un glaucome doublé d'une pseudo-exfoliation capsulaire ?

Oui, on peut tout à fait faire poser un MIGS chez un patient qui a une pseudo-exfoliation capsulaire, il n'y a aucun problème.

Q 12. Pourquoi est-il indiqué sur la posologie de mettre le collyre à heure fixe ?

Les collyres ont une durée d'action qui est fixe, il convient donc de les instiller en fonction de cette durée d'action. Un médicament dont la durée d'action est de 24 heures, sera instillé une fois par jour, par exemple. On conseille souvent au patient de mettre les collyres à heure fixe pour éviter de les oublier. Mais c'est un intervalle horaire qui est important, plus qu'une heure fixe.

Q 13. J'ai une faible tension, un glaucome à angle ouvert et une cataracte. On me dit que je ne peux pas être opérée de la cataracte car cela fragiliserait le nerf optique ? Il n'y aurait donc rien à faire ?

On peut tout à fait opérer une cataracte associée à un glaucome. Mais suivant le stade du glaucome et son type, des précautions doivent être prises.

Q 14. C'est quoi le laser SLT ?

Le laser SLT ou trabéculoplastie au laser Selecta est un traitement au laser du glaucome à angle ouvert. Cela consiste à réaliser des impacts de laser sur le filtre de l'œil, le trabéculum, afin de le rendre plus perméable. Ce n'est pas un traitement chirurgical, ce laser est réalisé en consultation. C'est un traitement très souvent utilisé dans le glaucome à angle ouvert.

Q 15. Lorsque l'on a déjà été opéré de la cataracte, est-il possible d'envisager une nouvelle opération de la cataracte avec un iStent® ?

Non, la cataracte ne s'opère qu'une fois et si le patient n'a pas bénéficié d'un iStent® lors de sa chirurgie de la cataracte, il ne sera pas possible d'implanter un iStent® de manière isolée. En France, l'iStent® ne peut être implanté qu'en association à la chirurgie de la cataracte (acte remboursé). Mais dans d'autres pays, l'iStent® peut être utilisé en procédure isolée, et donc il est probable qu'en France cela devienne possible dans les prochaines années.

Q 16. Quelle est la durée moyenne d'une bulle de filtration ?

Il n'y a pas vraiment une durée moyenne, cela dépend de très nombreux facteurs comme l'âge du patient, son stade de glaucome, les collyres utilisés avant la chirurgie mais surtout de la manière dont il va cicatriser et que les tissus vont se modifier avec le temps. Chez certains patients la chirurgie va fonctionner des décennies, et chez d'autres seulement quelques mois.

Q 17. Est-ce que quelqu'un qui a presque un nerf optique foutu peut faire une opération et s'en sortir avec une opération ?

Il faut bien comprendre que l'opération ne fait pas récupérer l'atteinte du nerf optique liée au glaucome. Le but du traitement est de préserver et surtout de ralentir l'évolution. Dans de nombreux cas, une intervention permet de préserver la fonction visuelle des patients durant de nombreuses années.

Q 18. Quel avenir pour les lentilles qui contrôlent la pression ?

Il n'y a pas de système actuellement commercialisé qui permet de mesurer de manière précise la PIO. Mais c'est un thème de recherche important et il y aura certainement dans le futur, des lentilles qui pourront mesurer la PIO ou l'estimer, mais aussi délivrer un médicament pour la faire baisser si besoin.

Q 19. Combien de temps peut fonctionner une valve, un drain ?

Comme toute chirurgie filtrante cela peut marcher très longtemps comme moins longtemps, je ne peux pas vous donner une moyenne de durée.

Q 20. Après une SPNP peut-on placer un iStent® lorsque la PIO devient trop élevée ?

Bien sûr. Si on opère quelqu'un de la cataracte on peut lui poser un iStent® même s'il a bénéficié d'une chirurgie filtrante des années auparavant.

Q 21. Mon œil a été opéré par sclérectomie non perforante il y a 6 ans, un succès pour la tension mais un désastre esthétique, l'ouverture de l'œil a diminué de moitié.

Le succès d'une opération n'est pas seulement une baisse de la tension c'est aussi un succès esthétique. Le ptosis, ou paupière qui tombe, est assez fréquent dans la chirurgie du glaucome. C'est souvent la bulle de filtration, système par lequel l'humeur aqueuse s'élimine de l'œil, qui peut provoquer un déséquilibre de la statique palpébrale. Si la chute de la paupière est très importante, cela peut tout à fait s'opérer.

Q 22. Est-ce qu'on peut sauver un nerf optique ?

On ne peut pas récupérer un nerf optique, on peut par contre ralentir l'évolution du glaucome. Parfois ce ralentissement est très important et l'on parle alors d'une stabilisation du glaucome.

TÉMOIGNAGE D'UNE PATIENTE

Nicole, adhérente au sein de notre association, nous expose les motivations l'ayant amenée à rejoindre l'AFG.

Qu'est-ce qui vous a donné l'envie d'adhérer à l'AFG ?

Être informée des nouvelles avancées médicales : traitements médicamenteux et chirurgicaux concernant cette maladie du glaucome.

Pouvez-vous nous parler un peu de votre vécu concernant cette maladie ?

Je suis myope de naissance et astigmatique avec une dysversion papillaire (anomalie congénitale des nerfs optiques). Ces anomalies ont été découvertes à l'âge de 11 ans, je suis née en 1953...

Depuis cet âge, comme beaucoup de personnes, mes suivis oculaires ont été réguliers.

Vers l'âge de 45 ans, des problèmes de tension sont arrivés sans inquiéter l'ophtalmologue qui me suivait à l'époque.

En 2006, j'ai donc changé d'ophtalmologue, le suivi en a été différent : un champ visuel tous les ans a été mis en place. La dysversion papillaire a été mise en cause, et ensuite le mot glaucome a été prononcé, glaucome à angle ouvert plus prononcé sur l'œil gauche. Les gouttes oculaires ont été prescrites.

Mon ophtalmologue partant en retraite en 2013, il a fallu encore une fois rechercher un autre spécialiste de ville. Bien suivie par ce dernier, les gouttes oculaires n'arrivant pas à faire diminuer la tension de façon significative, le champ visuel se dégradant plus du côté gauche, mon nouvel ophtalmologue m'a orientée vers le CHU de Poitiers.

J'ai recherché sur internet pour trouver l'existence d'une association. Avec le courrier de mon spécialiste de ville, j'ai vu le Docteur Lachkar, ce dernier mettant aussi en cause ma dysversion papillaire qui vient également perturber le champ visuel. Ce professionnel s'est montré rassurant en me disant que le CHU de Poitiers avait mis en place les bons traitements oculaires.

Depuis quelque temps, c'est donc le spécialiste glaucome du CHU de Poitiers qui a pris le relais à 100% dans mon suivi.

Un examen IRM a été prescrit afin d'exclure une masse tumorale et un scotome œil gauche a été diagnostiqué, confirmant le glaucome.

De façon très classique, je fais un champ visuel tous les 6 mois, mais parfois au terme de 3 mois seulement.

Pourquoi avez-vous eu envie de témoigner auprès de l'AFG ?

J'ai 70 ans. Je voulais faire bénéficier les autres adhérents de mon expérience d'autant que nous avons bénéficié par le biais de l'AFG d'une conférence donnée par le Professeur Antoine Labbé dont le thème était la chirurgie du glaucome.

En Janvier 2023, lors d'un contrôle au CHU, la cataracte évoluant sur les deux yeux, le spécialiste m'a proposé de mettre en même temps des MIGS (petits stents) pour évacuer l'humeur aqueuse.

Le 21 mars 2023, l'œil gauche (le plus atteint) a été opéré pour la cataracte et on m'a posé un stent Xen®. Avant l'intervention, j'ai eu un mois de traitement anti-inflammatoire et un mois après également.

L'opération de l'œil droit aurait dû avoir lieu 10 jours plus tard. Mais je trouvais que cela faisait trop tôt, je voulais que mon œil gauche soit bien rétabli suite à des problèmes visuels. Les examens n'ont rien donné d'inquiétant et, d'un commun accord, avec le chirurgien l'opération de l'œil droit a été reportée.

L'intervention de l'œil droit a eu lieu le 2 juin 2023 pour la cataracte et la pose d'un iStent®. Je n'ai pas eu de traitement avant l'intervention mais j'ai suivi un traitement de 5 semaines après l'intervention.

Mon dernier contrôle pour les 2 yeux a eu lieu le 5 juillet 2023, la tension a baissé à 14-14 mmHg.

Je craignais un peu pour l'œil droit car 8 jours après l'opération, la tension était à 18-20 mmHg. Le spécialiste parlait de reprendre les traitements par gouttes.

Mon prochain rendez-vous de novembre 2023 sera déterminant, un champ visuel, tension. Il faut garder en tête que même avec des stents, les gouttes peuvent être à nouveau prescrites.

Un message à passer, ne pas avoir peur de cette intervention « Cataracte-Stent/glaucome » la douleur est très supportable.

Qu'est-ce qui vous a donné l'envie d'adhérer à l'AFG ?

Je viens d'une famille qui a eu des problèmes de vision.
Ma mère a un glaucome, mon père une DMLA sèche sur un œil et humide sur l'autre.
Je ne supportais plus les gouttes oculaires, démangeaisons, etc...
Les gouttes matin et soir me donnaient des palpitations.
Sur l'œil gauche, j'ai fait un ulcère de la cornée, c'est très douloureux.

Au vu de mon passé médical et de l'histoire de ma famille, j'ai donc cherché sur Internet pour en savoir plus. J'ai trouvé l'AFG et j'ai envoyé un mail, un rendez-vous a été pris avec le Docteur Lachkar.

Papa étant adhérent à l'association de la DMLA, ce dernier m'a poussée à rechercher une association pour le glaucome.

Voulez-vous ajouter un dernier mot ?

Je pense que plus on est de personnes à adhérer, plus nos attentes en soin seront entendues. Il ne faut pas « rester tout seul dans son coin », il faut partager. Si certains cas sont durs (on l'entend dans les groupes de paroles parfois), cela peut « casser le moral ».

Malgré tout, il faut parler et décharger son fardeau. Cela aide d'être écouté(e), de partager nos peines mais aussi nos succès. Il faut savoir se contenter des petits succès.

J'ai surtout voulu dire que c'est une intervention qui se passe bien, qu'il ne faut pas craindre. La science montre des avancées technologiques en la matière.

VIE DE L'ASSOCIATION

Participation de l'AFG aux différents événements :

● 12 octobre : Journée Mondiale de la vue à Brive-La-Gaillarde

La **Journée mondiale de la vue** s'est déroulée cette année le 12 octobre. Cette journée permet de mettre l'accent sur les déficiences visuelles qui frappent plus de deux milliards d'êtres humains à travers la planète. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), qu'il s'agisse de vision de près ou de loin, quelque 2,2 milliards de personnes souffrent d'une déficience visuelle dans le monde. C'est l'absence de prise en charge de ces pathologies surtout qui interpelle. L'OMS estime, en effet, qu'au moins 1 milliard de ces cas n'ont pas encore été traités ou auraient pu être évités avec une prise en charge adaptée.

En France, selon les chiffres livrés par la Drees (Direction de la recherche des études des évaluations et de la statistique) plus de 4 millions de personnes souffrent d'un trouble visuel mal ou non corrigé, alors que la plupart de ces troubles pourraient être traités ou prévenus par une prise en charge et des soins appropriés.

L'AFG invitée par le service d'ophtalmologie de l'hôpital de Brive-La-Gaillarde pour la journée de dépistage organisée en partenariat avec le Lions Club, nos bénévoles Anne-Marie et Jacqueline ont pu parler de glaucome et du rôle de l'Association France Glaucome auprès des patients, au public présent.



**Jacqueline, Anne-Marie les bénévoles de l'AFG
avec la représentante de l'hôpital de Brive-La-Gaillarde**

- **1 et 2 novembre : JOI Journées d'Ophtalmologie Interactives à Toulouse**

L'AFG a participé à ce congrès de praticiens en ophtalmologie. Ces journées permettent à chacun d'améliorer la prise en charge des patients glaucomateux au quotidien et de prendre connaissance de l'innovation dans le domaine.

Le but de la présence de l'AFG est de faire connaître l'association à ces praticiens afin qu'ils puissent orienter leurs patients vers l'association.

15^e JOI Journées d'Ophtalmologie Interactives

GLAUCOME PRIMITIF À ANGLE OUVERT : DE LA RECHERCHE À LA PRATIQUE

DU VENDREDI 1ER DÉCEMBRE AU SAMEDI 2 DÉCEMBRE 2023
ESPACES VANEL, TOULOUSE

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. Si vous n'obtenez pas de réponse à votre appel, laissez un message, on vous rappellera.

● Permanences physiques

- Au **CHU de Bordeaux** : nos bénévoles vous accueillent **tous les premiers jeudi du mois de 9h à 17h**
Adresse : Centre François Xavier Michelet (CFXM) - Groupe Hospitalier Pellegrin - CHU Bordeaux (à l'entrée, à côté de l'accueil) - Place Amélie Raba Léon - 33000 Bordeaux
- Au **CHU d'Angers** : nos bénévoles vous accueillent **tous les premiers jeudi du mois de 9h à 17h**
Adresse : CHU Angers - Service des consultations ophtalmologiques - Rue Moll - 49100 Angers
- A l'**Hôpital Saint-Joseph** : nos bénévoles vous accueillent **tous les deuxièmes mercredi du mois de 10h à 17h** dans le hall d'entrée de l'hôpital.
Adresse : Hôpital Saint-Joseph - 185 rue Raymond Losserand - 75014 Paris
- Au **Centre du Glaucome de l'hôpital des 15-20** :
Adresse : 28, rue Charenton - 75020 Paris

Pour connaître les jours et heures de la permanence appelez le **06 73 58 94 48**

● 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

Vous habitez les régions

Hauts-de-France, Ile-de-France, Normandie,
le contact relais patients est :

06 73 58 94 48



Vous habitez les régions
Auvergne-Rhône-Alpes,
Bourgogne-Franche-Comté,
Grand-Est,
le contact relais patients est :

06 73 57 78 95

Vous habitez les régions

Nouvelle-Aquitaine,
Pays de-la-Loire,
Centre-Val-de-Loire, Bretagne,
Guadeloupe, Réunion, Mayotte,
le contact relais patients est :

06 31 06 61 07

Vous habitez les régions
Occitanie, Corse,
Provence-Alpes-Côte-d'Azur,
Guyane, Martinique,
le contact relais patients est :

06 49 58 20 43

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 : assofrglaucome@gmail.com
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 : Ville :

Tél :

Email :

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 : www.associationfranceglaucome.fr



Document réalisé avec le soutien de

