

INFORMED CONSENTS:

1. Destruction du corps ciliaire ou chirurgie cyclodestructive
2. Implant (ou valve) de drainage et glaucome chronique à angle ouvert ou glaucome secondaire
3. Iridectomie
4. Iridotomie
5. Trabéculoplastie au laser
6. Trabéculectomie non perforante et glaucome chronique à angle ouvert
7. Trabéculectomie et glaucome chronique à angle ouvert
8. Trabéculectomie et glaucome par fermeture de l'angle

DESTRUCTION DU CORPS CILIAIRE OU CHIRURGIE CYCLODESTRUCTIVE

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

L'augmentation de la pression qui règne dans votre œil et pour laquelle une intervention chirurgicale vous est proposée par votre ophtalmologue, est due à un mauvais écoulement du liquide (ou humeur aqueuse) qui se trouve à la partie antérieure du globe oculaire (ou chambre antérieure).

L'augmentation de pression intraoculaire dont vous souffrez échappe aux traitements habituels. Ce problème relève d'un glaucome considéré comme étant réfractaire.

Votre ophtalmologue vous a exposé oralement les bénéfices et les risques de cette opération qui a pour but de diminuer et de normaliser votre pression intraoculaire.

Cette lettre a pour but de vous rappeler ce qui vous a été expliqué oralement.

1. QU'EST-CE QU'UN GLAUCOME RÉFRACTAIRE ?

Le glaucome réfractaire est un glaucome qui ne répond plus ou qui ne répond qu'insuffisamment aux traitements classiques (collyres, laser et chirurgie filtrante). Un glaucome réfractaire risque d'atrophier progressivement le nerf optique, entraînant progressivement des pertes insidieuses du champ visuel et à terme une cécité. Il est associé dans la majorité des cas à une pression intraoculaire très élevée. Son pronostic visuel est souvent réservé. Il peut se présenter dans des circonstances multiples. Il peut par exemple émailler l'évolution d'un glaucome chronique à angle ouvert ou d'un glaucome par fermeture de l'angle, survenir dans les suites d'une contusion oculaire violente ou encore compliquer certaines maladies intraoculaires, telles qu'un diabète ou une occlusion de la veine centrale de la rétine. Dans ces circonstances, on parle de glaucome secondaire réfractaire.

2. POUR QUELLE RAISON ET QUAND FAUT-IL OPÉRER UN GLAUCOME RÉFRACTAIRE ?

Différents traitements sont utilisés pour traiter le glaucome : les médicaments locaux ou collyres, le laser et la chirurgie. Leur but est de diminuer la pression intraoculaire pour essayer d'arrêter ou au moins de ralentir l'évolution du glaucome, ou de lutter contre la douleur.

Votre ophtalmologue vous propose une chirurgie cyclodestructive parce qu'il estime qu'un traitement médical local (collyres) est insuffisant et qu'un traitement chirurgical classique n'est plus possible: la chirurgie cyclodestructive est, à ce stade, la seule solution qui offre des chances de préserver le plus longtemps possible la vision de votre œil, en ralentissant au maximum la destruction glaucomeuse des fibres de votre nerf optique.

Cette opération ne garantit pas un arrêt définitif de la détérioration de la fonction visuelle. Elle n'entraînera pas une disparition des pertes existantes éventuelles du champ visuel.

Une chirurgie cyclodestructive peut être appliquée dans le seul but de préserver un globe oculaire devenu douloureux bien qu'atteint de cécité définitive.

3. COMMENT SE DÉROULE LE TRAITEMENT PAR CYCLODESTRUCTION ?

L'intervention est le plus souvent réalisée dans le cadre d'une chirurgie ambulatoire (chirurgie d'1 jour). En fonction des circonstances, une hospitalisation (1 voire 2 nuitées) est parfois justifiée.

L'opération elle-même est pratiquée en milieu chirurgical stérile. Elle se déroule sous anesthésie locale obtenue par instillation de gouttes anesthésiantes et par une injection locale anesthésiante. Une anesthésie générale est parfois nécessaire.

Le patient est allongé sur le dos pendant toute la durée de l'intervention.

L'opération de cyclodestruction consiste à affaiblir une structure oculaire appelée corps ciliaire qui produit l'humeur aqueuse et ce dans le but de diminuer la pression intraoculaire.

La cyclodestruction peut être réalisée par laser, plus rarement par ultrasons ou par applications de froid.

La sonde générant le rayonnement laser, (le froid ou les ultrasons) est appliquée sur le blanc de l'œil (ou sclère) à proximité de la cornée, en regard du corps ciliaire.

Le traitement peut être douloureux dans certaines circonstances malgré l'anesthésie de l'œil.

Si la pression intraoculaire reste élevée, il peut être nécessaire de réitérer le traitement à une ou plusieurs reprises pour obtenir un résultat.

4. EVOLUTION POSTOPÉRATOIRE HABITUELLE

Dans la très grande majorité des cas, l'œil opéré est indolore ou modérément douloureux. Une inflammation est fréquente. La vision ne s'améliore pas. Elle sera au contraire souvent sensiblement diminuée au cours des premiers jours ou des premières semaines qui suivent l'intervention.

Le traitement post-opératoire repose sur l'instillation d'un collyre anti-inflammatoire et d'un collyre qui dilate la pupille et met au repos le corps ciliaire. Le traitement anti-glaucomeux sera poursuivi ou éventuellement modifié et pourra être combiné à la prise orale d'un médicament destiné à diminuer la pression intraoculaire.

Votre ophtalmologue vous indiquera les modalités du traitement.

5. COMPLICATIONS OU INCIDENTS AU COURS DE L'OPÉRATION OU APRÈS L'OPÉRATION

Douleurs persistantes, ecchymose bulbaire, lésions conjonctivales et sclérales, inflammation, hypotonie oculaire, décollement choroïdien, œdème de la cornée, cataracte, augmentation secondaire de la tension intraoculaire, hémorragie intraoculaire, baisse de l'acuité visuelle, rarement atrophie du globe oculaire.

Ces complications sont susceptibles de conduire à la perte de l'œil.

Votre ophtalmologue est disposé à répondre à toutes vos questions touchant aussi bien au volet scientifique de la maladie et de l'opération qu'à ses aspects pratiques ou financiers.

Le souhait de votre médecin de pouvoir prouver qu'il vous a fourni une information appropriée, justifie la demande de signer ce document.

Je soussigné (en lettres majuscules)

reconnais que la nature de l'intervention proposée ainsi que ses risques, m'ont été expliqués oralement en termes que j'ai compris et qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées. J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant et donne mon accord/ne donne pas mon accord pour la réalisation de l'acte qui m'est proposé.

Fait à

Signature

IMPLANT (OU VALVE) DE DRAINAGE ET GLAUCOME CHRONIQUE À ANGLE OUVERT OU GLAUCOME SECONDAIRE

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

L'augmentation de la pression qui règne dans votre œil et pour laquelle une intervention chirurgicale vous est proposée par votre ophtalmologue, est due à un mauvais écoulement du liquide (ou humeur aqueuse) qui se trouve à la partie antérieure du globe oculaire (ou chambre antérieure).

Votre ophtalmologue vous a exposé oralement les bénéfices et les risques de cette opération qui a pour but de diminuer et de normaliser votre pression intraoculaire.

Cette lettre a pour but de vous rappeler ce qui vous a été expliqué oralement.

1. QU'EST-CE QU'UN GLAUCOME CHRONIQUE À ANGLE OUVERT ?

Le glaucome chronique à angle ouvert est une maladie de l'œil qui altère progressivement le nerf optique et détériore insidieusement le champ visuel sans que le patient ne s'en aperçoive. Cette affection constitue donc à terme une menace pour la vision et risque de conduire, dans des cas extrêmes, à la cécité. La cause la plus fréquente et la plus importante en est liée à l'existence d'une pression intraoculaire trop élevée. La pression intraoculaire ne constitue toutefois qu'un des éléments de la pathologie glaucomateuse. Un glaucome peut en effet se développer en présence d'une pression intraoculaire normale (glaucome à pression normale).

L'augmentation de la pression intraoculaire est secondaire à une moins bonne porosité d'un petit filtre, appelé trabéculum, situé entre l'iris et la cornée et au travers duquel se draine l'humeur aqueuse avant de rejoindre un canal appelé canal de Schlemm puis les espaces sous-conjonctivaux.

Votre ophtalmologue est seul qualifié pour évaluer la nocivité éventuelle de cette augmentation de pression intraoculaire, en se basant sur les autres données de l'examen de votre œil, en particulier l'état de votre nerf optique et de votre champ visuel, ainsi que sur différents autres facteurs de risque tels que votre tension artérielle, une consommation de tabac, etc., ...

2. QU'EST-CE QU'UN GLAUCOME SECONDAIRE ?

A côté du glaucome chronique à angle ouvert qui est la forme la plus fréquente de glaucome, les glaucomes secondaires succèdent à un grand nombre de processus pathologiques et/ou induits par des médicaments (telles que la cortisone) touchant l'œil lui-même ou d'autres tissus de l'organisme. Leurs conséquences sur le nerf optique et la vision sont les mêmes que celles du glaucome chronique à angle ouvert. Certains de ces glaucomes secondaires peuvent se révéler réfractaires à une ou plusieurs approches chirurgicales classiques.

3. POUR QUELLE RAISON Y-A-T-IL LIEU DE PROCÉDER À LA MISE EN PLACE D'UNE VALVE DE DRAINAGE ?

Plusieurs traitements sont utilisés pour traiter la maladie : les collyres, le laser et la chirurgie. Leur but est de diminuer la pression intraoculaire pour essayer d'arrêter ou au moins de freiner l'évolution du glaucome.

Votre ophtalmologue vous propose une intervention chirurgicale parce qu'il estime que le traitement médical local est insuffisant et/ou inadapté et que la mise en place d'une valve de drainage est, à ce stade, la solution la plus appropriée pour préserver le plus longtemps possible la vision de votre œil.

Cette opération ne garantit pas un arrêt définitif de la détérioration de la fonction visuelle. Elle n'entraînera pas une disparition des pertes existantes éventuelles du champ visuel.

4. COMMENT SE DÉROULE LE TRAITEMENT ?

En fonction des circonstances, l'intervention peut-être réalisée dans le cadre d'une chirurgie ambulatoire (chirurgie d'1 jour) ou nécessiter une hospitalisation (1 voire 2 nuitées ou davantage).

L'opération elle-même est pratiquée en milieu chirurgical stérile, sous microscope opératoire. Elle se déroule sous anesthésie par une injection locale anesthésiante. Une anesthésie générale est souvent nécessaire.

Le patient est allongé sur le dos pendant toute la durée de l'intervention.

L'opération consiste à implanter et à fixer dans les tissus oculaires, le plus souvent au dessous de la paupière supérieure, un matériel étranger biocompatible, appelé implant ou valve de drainage, allant de la chambre antérieure

de l'œil vers les espaces de filtration et qui entraînera ainsi une diminution de la pression intraoculaire. Des moyens chimiques (inhibiteurs de cicatrisation) peuvent être employés dans certain cas.
L'incision réalisée au niveau du globe oculaire est fermée par des points de suture.

5. EVOLUTION POSTOPÉRATOIRE HABITUELLE

La pression intraoculaire est diminuée le plus souvent jusqu'à un niveau satisfaisant. Cette diminution de pression est liée au développement d'une bulle de filtration sur le réservoir de l'implant mis en place.

Au cours du premier mois qui suit l'intervention, parfois plus tard, il peut être nécessaire de procéder à des injections sous la conjonctive de substances anticicatrisantes, ou de réintervenir chirurgicalement à une ou plusieurs reprises, afin d'irriguer, de repositionner, de remplacer, voire le cas échéant de recouvrir l'implant si l'examen clinique venait à montrer qu'il était inapproprié, qu'il s'était déplacé ou s'était extériorisé sur une partie de son trajet.

A terme, un traitement médical d'appoint par collyre hypotenseur est parfois nécessaire.

Une rougeur de l'œil opéré, une diminution le plus souvent transitoire de la vision et un larmoiement constituent les principaux effets secondaires qui peuvent se manifester au décours de l'intervention. Il peut arriver que la bulle de filtration qui se forme sur le réservoir de l'implant soit visible sous la paupière supérieure et/ou occasionne de l'inconfort. Une diplopie (ou vision double) est rare.

Le traitement postopératoire consiste en l'instillation de gouttes et/ou de pommades anti-infectieuses et anti-inflammatoires et dans le port facultatif d'un pansement ou d'une coque oculaire protectrice.

Les modalités du traitement, les dates des contrôles postopératoires et la durée de l'incapacité de travail vous seront détaillés par votre ophtalmologue.

6. COMPLICATIONS OU INCIDENTS AU COURS DE L'OPÉRATION OU APRÈS L'OPÉRATION

Ecchymose bulbaire, hémorragie intraoculaire, inflammation, infection, absence ou retard de formation de la chambre antérieure, hypotonie oculaire (pression intraoculaire basse) persistante, décollement choroïdien, œdème de la cornée, cataracte, augmentation secondaire de la tension intraoculaire, traumatisme de l'œil opéré (induit par le patient ou par son entourage), érosion du tube, ou vision double.

Certaines de ces complications sont susceptibles de conduire à la perte de l'œil.

Votre ophtalmologue est disposé à répondre à toutes vos questions touchant aussi bien au volet scientifique de la maladie et de l'opération qu'à ses aspects pratiques ou financiers.

Le souhait de votre médecin de pouvoir prouver qu'il vous a fourni une information appropriée, justifie la demande de signer ce document.

Je soussigné (en lettres majuscules)

reconnais que la nature de l'intervention proposée ainsi que ses risques, m'ont été expliqués oralement en termes que j'ai compris et qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées. J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant et donne **mon accord/ne donne pas mon accord** pour la réalisation de l'acte qui m'est proposé.

Fait à

Signature

IRIDECTOMIE

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

L'augmentation de la pression qui règne dans votre œil ou le risque d'augmentation brutale de celle-ci, pour laquelle une iridectomie vous est proposée par votre ophtalmologue, est due à la fermeture ou au risque de fermeture de l'angle situé entre l'iris et la cornée et au niveau duquel se fait normalement le drainage du liquide intraoculaire (ou humeur aqueuse).

Votre ophtalmologue vous a exposé oralement les bénéfices et les risques de cette opération, qui a pour but de diminuer la pression dans votre œil ou de prévenir le risque d'une augmentation brutale.

L'indication d'une iridectomie dans le cadre d'un glaucome par fermeture de l'angle peut se poser dans plusieurs circonstances :

- à titre préventif, c'est-à-dire avant tout épisode d'augmentation de la pression intraoculaire car la morphologie de l'œil prédispose à ce type de pathologie,
- après un épisode d'hypertonie oculaire, problème objectivé ou diagnostic établi en fonction de l'anamnèse,
- lors d'une crise de glaucome aigu,
- au niveau de l'autre œil d'une personne qui a présenté un glaucome aigu.
- lorsque une iridotomie au laser n'est pas réalisable

Cette lettre a pour but de vous rappeler ce qui vous a été expliqué oralement.

1. QU'EST-CE QU'UN GLAUCOME AIGU PAR FERMETURE DE L'ANGLE ?

La pression intraoculaire peut augmenter brusquement suite à une fermeture de l'angle iridocornéen entraînant une élévation de pression intraoculaire souvent importante et liée à un blocage de la circulation de l'humeur aqueuse.

Sous l'effet de cette augmentation brutale et importante de pression intraoculaire, la vue deviendra trouble, sera souvent fortement diminuée et sera en règle générale associée à de fortes douleurs et/ou à des maux de tête.

Le glaucome par fermeture de l'angle survient avec une plus grande fréquence sur des yeux prédisposés, en particulier sur des yeux hypermétropes (yeux « petits »). Il peut aussi se présenter chez une personne âgée qui présente une cataracte du fait d'un gonflement du cristallin avec l'âge.

La crise de fermeture de l'angle elle-même est le plus souvent déclenchée par un séjour dans une pièce obscure (sans dormir), le stress, une anesthésie générale, la prise de certains médicaments ou l'emploi de certains collyres.

2. POUR QUELLE RAISON ET QUAND FAUT-IL TRAITER UNE CRISE AIGUE DE FERMETURE DE L'ANGLE ?

L'augmentation brutale (ou le risque d'augmentation) de la pression intraoculaire peut avoir des conséquences éventuellement graves sur l'œil et la vision.

Elle doit être traitée en urgence et dans la mesure du possible, avant l'apparition d'une crise aigue de fermeture de l'angle.

Son traitement est basé sur la réalisation d'une iridectomie. Ce geste consiste à créer par une intervention chirurgicale, un petit trou dans la périphérie de l'iris pour rétablir la libre circulation de l'humeur aqueuse, rouvrir l'angle iridocornéen et diminuer ainsi la pression intraoculaire.

Cette intervention supprime le risque de récurrence de crise aigue de fermeture de l'angle et doit impérativement être réalisée à titre préventif sur l'autre œil prédisposé au même problème.

3. COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION ?

L'iridectomie chirurgicale est pratiquée en milieu chirurgical stérile, sous microscope opératoire. Elle se déroule, après instillation de gouttes myotiques, sous anesthésie locale par instillation de gouttes anesthésiantes, sous anesthésie locorégionale ou par une injection locale anesthésiante. Une anesthésie générale est parfois nécessaire.

Le patient est allongé sur le dos pendant toute la durée de l'intervention.

La technique opératoire de l'iridectomie consiste à ouvrir le globe oculaire par une petite incision et à réséquer un petit fragment d'iris. Le globe oculaire est ensuite refermé par un ou plusieurs points de suture.

Lorsque l'iridectomie est réalisée dans le cadre d'une crise aigue de fermeture de l'angle, la récupération de la vision est liée à l'importance et la durée de celle-ci.

4. EVOLUTION POSTOPÉRATOIRE HABITUELLE

Immédiatement après le traitement, la vision de l'œil est trouble; elle s'améliorera en règle générale pendant les heures qui suivent le traitement et se normalisera en principe au bout de 24 à 48 heures.

Une augmentation transitoire de la pression intraoculaire, et plus rarement une hémorragie dans l'œil, peuvent se produire.

Sauf complications, le patient peut quitter la clinique après le traitement.

Le traitement suivi à domicile repose sur l'instillation d'un collyre anti-inflammatoire qui pourra être associé au besoin, pendant quelques jours, à un collyre antiglaucomeux et/ou à la prise par voie orale d'un médicament destiné à diminuer la pression intraoculaire.

Un ou plusieurs contrôles réalisés en consultation seront nécessaires dans les jours ou les semaines qui suivent le traitement.

5. COMPLICATIONS OU INCIDENTS AU COURS DE L'OPÉRATION OU APRÈS L'OPÉRATION

Ecchymose bulbaire, hémorragie dans la chambre antérieure de l'oeil, cicatrisation insuffisante de la plaie chirurgicale, déformation (passagère ou permanente) de la cornée responsable d'un astigmatisme ou d'une diminution de l'acuité visuelle, réaction inflammatoire, diminution de la transparence du cristallin (cataracte), augmentation de la pression intraoculaire pouvant nécessiter une autre intervention chirurgicale, infection de l'œil, glaucome malin, **endophtalmie**, hémorragie expulsive **avec perte fonctionnelle de l'oeil**.

Votre ophtalmologue est disposé à répondre à toutes vos questions touchant aussi bien au volet scientifique de la maladie et de l'opération qu'à ses aspects pratiques ou financiers.

Le souhait de votre médecin de pouvoir prouver qu'il vous a fourni une information appropriée, justifie la demande de signer ce document.

Je soussigné (en lettres majuscules)

reconnais que la nature de l'intervention proposée ainsi que ses risques, m'ont été expliqués oralement en termes que j'ai compris et qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées. J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant et donne **mon accord/ne donne pas mon accord** pour la réalisation de l'acte qui m'est proposé.

Fait à

Signature

IRIDOTOMIE

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

L'augmentation de la pression qui règne dans votre œil ou le risque d'augmentation brutale de celle-ci, pour laquelle une iridotomie vous est proposée par votre ophtalmologue, est due à la fermeture ou au risque de fermeture de l'angle situé entre l'iris et la cornée et au niveau duquel se fait normalement le drainage du liquide intraoculaire (ou humeur aqueuse).

Votre ophtalmologue vous a exposé oralement les bénéfices et les risques de cette opération, qui a pour but de diminuer la pression dans votre œil ou de prévenir le risque d'une augmentation brutale.

L'indication d'une iridotomie dans le cadre d'un glaucome par fermeture de l'angle peut se poser dans plusieurs circonstances :

- à titre préventif, c'est-à-dire avant tout épisode d'augmentation de la pression intraoculaire car la morphologie de l'œil prédispose à ce type de pathologie,
- après un épisode d'hypertonie oculaire, problème objectivé ou diagnostic établi en fonction de l'anamnèse,
- lors d'une crise de glaucome aigu, ou après,
- au niveau de l'autre œil d'une personne qui a présenté un glaucome aigu.

Cette lettre a pour but de vous rappeler ce qui vous a été expliqué oralement.

1. QU'EST-CE QU'UN GLAUCOME AIGU PAR FERMETURE DE L'ANGLE ?

La pression intraoculaire peut augmenter brusquement suite à une fermeture de l'angle iridocornéen, entraînant une élévation de pression intraoculaire souvent importante et liée à un blocage de la circulation de l'humeur aqueuse. Sous l'effet de cette augmentation brutale et importante de pression intraoculaire, la vue deviendra trouble, sera souvent fortement diminuée et sera en règle générale associée à de fortes douleurs et/ou à des maux de tête.

Le glaucome par fermeture de l'angle survient avec une plus grande fréquence sur des yeux prédisposés, en particulier sur des yeux hypermétropes (yeux « petits »). Il peut aussi se présenter chez une personne âgée qui présente une cataracte du fait d'un gonflement du cristallin avec l'âge.

La crise de fermeture de l'angle elle-même est le plus souvent déclenchée par un séjour dans une pièce obscure (sans dormir), le stress, une anesthésie générale, la prise de certains médicaments ou l'emploi de certains collyres.

2. POUR QUELLE RAISON ET QUAND FAUT-IL TRAITER UNE CRISE AIGUE DE FERMETURE DE L'ANGLE ?

L'augmentation brutale (ou le risque d'augmentation) de la pression intraoculaire peut avoir des conséquences éventuellement graves sur l'œil et la vision. Elle doit être traitée en urgence et dans la mesure du possible, avant l'apparition d'une crise aigue de fermeture de l'angle.

Son traitement est basé sur la réalisation d'une iridotomie. Ce geste consiste à créer par laser un petit trou dans la périphérie de l'iris pour rétablir la libre circulation de l'humeur aqueuse, rouvrir l'angle iridocornéen et diminuer ainsi la pression intraoculaire.

Cette intervention supprime le risque de récurrence de crise aigue de fermeture de l'angle et doit impérativement être réalisée à titre préventif sur l'autre œil prédisposé au même problème.

3. COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION ?

Cette intervention se déroule en ambulatoire.

Le patient est assis devant une lampe à fente équipée d'un laser.

Le traitement peut se faire avec ou sans utilisation d'un verre de contact sur l'œil, après instillation de gouttes myotiques et après avoir rendu l'œil insensible par instillation de gouttes anesthésiantes.

Le globe oculaire n'est pas ouvert.

Quelques sensations douloureuses peuvent être ressenties pendant le traitement, malgré l'anesthésie locale.

4. EVOLUTION POSTOPÉRATOIRE HABITUELLE

Immédiatement après le traitement, la vision de l'œil est trouble; elle s'améliorera en règle générale pendant les heures qui suivent le traitement et se normalisera en principe au bout de 24 à 48 heures.

Une augmentation transitoire de la pression intraoculaire, et plus rarement une hémorragie dans l'œil, peuvent se produire.

Le petit trou réalisé dans l'iris est susceptible de se refermer pendant les premières semaines après l'opération au laser.

Sauf complications, le patient peut quitter la consultation après le traitement.

Le traitement suivi à domicile repose sur l'instillation d'un collyre anti-inflammatoire qui pourra être associé au besoin, pendant quelques jours, à un collyre antiglaucomeux et/ou à la prise par voie orale d'un médicament destiné à diminuer la pression intraoculaire.

Un ou plusieurs contrôles réalisés en consultation seront nécessaires dans les jours ou les semaines qui suivent le traitement.

5. COMPLICATIONS OU INCIDENTS AU COURS DE L'OPÉRATION OU APRÈS L'OPÉRATION

Hémorragie dans la chambre intérieure, perforation de l'iris insuffisante, inflammation de l'iris, augmentation secondaire de la pression intraoculaire. Cette augmentation secondaire peut conduire à poser l'indication d'une intervention chirurgicale dite « filtrante ».

Votre ophtalmologue est disposé à répondre à toutes vos questions touchant aussi bien au volet scientifique de la maladie et de l'opération qu'à ses aspects pratiques ou financiers.

Le souhait de votre médecin de pouvoir prouver qu'il vous a fourni une information appropriée, justifie la demande de signer ce document.

Je soussigné (en lettres majuscules)

reconnais que la nature de l'intervention proposée ainsi que ses risques, m'ont été expliqués oralement en termes que j'ai compris et qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées. J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant et donne **mon accord/ne donne pas mon accord** pour la réalisation de l'acte qui m'est proposé.

Fait à

Signature

TRABÉCULOPLASTIE AU LASER

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

L'augmentation de la pression qui règne dans votre œil et pour laquelle une intervention par laser vous est proposée par votre ophtalmologue, est due à un mauvais écoulement du liquide (ou humeur aqueuse) qui se trouve à la partie antérieure du globe oculaire (ou chambre antérieure).

Votre ophtalmologue vous a exposé oralement les bénéfices et les risques de cette opération qui a pour but de diminuer et de normaliser votre pression intraoculaire.

Cette lettre a pour but de vous rappeler ce qui vous a été expliqué oralement.

1. QU'EST-CE QU'UN GLAUCOME CHRONIQUE À ANGLE OUVERT ?

Le glaucome chronique à angle ouvert est une maladie de l'œil qui altère progressivement le nerf optique et détériore insidieusement le champ visuel sans que le patient ne s'en aperçoive. Cette affection constitue donc à terme une menace pour la vision et risque de conduire, dans des cas extrêmes, à la cécité. La cause la plus fréquente et la plus importante en est liée à l'existence d'une pression intraoculaire trop élevée. La pression intraoculaire ne constitue toutefois qu'un des éléments de la pathologie glaucomateuse. Un glaucome peut en effet se développer en présence d'une pression intraoculaire normale (glaucome à pression normale).

L'augmentation de la pression intraoculaire est secondaire à une moins bonne porosité d'un petit filtre, appelé trabéculum, situé entre l'iris et la cornée et au travers duquel se draine l'humeur aqueuse avant de rejoindre un canal appelé canal de Schlemm puis les espaces sous-conjonctivaux.

Votre ophtalmologue est seul qualifié pour évaluer la nocivité éventuelle de cette augmentation de pression intraoculaire, en se basant sur les autres données de l'examen de votre œil, en particulier l'état de votre nerf optique et de votre champ visuel, ainsi que sur différents autres facteurs de risque tels que votre tension artérielle, une consommation de tabac, etc., ...

2. POUR QUELLE RAISON ET QUAND TRAITER LE GLAUCOME CHRONIQUE À ANGLE OUVERT ?

Plusieurs traitements sont utilisés pour traiter la maladie : les collyres, le laser et la chirurgie. Leur but est de diminuer la pression intraoculaire pour essayer d'arrêter ou au moins de freiner l'évolution du glaucome.

Votre ophtalmologue vous propose une intervention par laser parce qu'il estime que le traitement médical local est insuffisant et/ou inadapté et que ce traitement par laser est, à ce stade, la solution la plus appropriée pour préserver le plus longtemps possible la vision de votre œil.

Cette opération ne garantit pas un arrêt définitif de la détérioration de la fonction visuelle. Elle n'entraînera pas une disparition des pertes existantes éventuelles du champ visuel.

3. COMMENT SE DÉROULE LE TRAITEMENT AU LASER ?

L'intervention par laser se déroule en ambulatoire et s'appelle trabéculoplastie au laser.

Le patient est assis devant une lampe à fente associée à un laser. Après instillation de gouttes oculaires anesthésiantes, une lentille de contact appropriée est appliquée sur la cornée du patient. Au travers de ce verre, des impacts de laser seront délivrés et focalisés sur le tissu à traiter. Le traitement se fait en une à deux séances espacées dans le temps.

Le globe oculaire n'est pas ouvert pendant ce traitement.

Quelques sensations douloureuses peuvent être ressenties pendant le traitement, malgré l'anesthésie locale.

4. EVOLUTION POSTOPÉRATOIRE HABITUELLE

Immédiatement après le traitement, la vision peut être brouillée et ne normalisera progressivement normale dans un délai variant le plus souvent de 6 à 24 heures. Une augmentation de la pression intraoculaire transitoire peut survenir. Sauf complication, le patient peut regagner son domicile après le traitement. Il devra suivre un traitement local combinant des instillations de gouttes anti-inflammatoires et des gouttes antihypertensives et éventuellement la prise par voie orale d'un agent hypotonisant.

Par après et en fonction de l'évolution, il devra faire l'objet d'un ou de plusieurs contrôles en consultation dans les jours voire les semaines qui suivent le traitement, avant de reprendre le suivi habituel de glaucome.



5. COMPLICATIONS OU INCIDENTS AU COURS DE L'OPÉRATION OU APRÈS L'OPÉRATION

Augmentation secondaire de la pression intraoculaire, pouvant nécessiter dans certains cas à terme une intervention chirurgicale dite filtrante, inflammation intra-oculaire.

Votre ophtalmologue est disposé à répondre à toutes vos questions touchant aussi bien au volet scientifique de la maladie et de l'opération qu'à ses aspects pratiques ou financiers.

Le souhait de votre médecin de pouvoir prouver qu'il vous a fourni une information appropriée, justifie la demande de signer ce document.

Je soussigné (en lettres majuscules)

reconnais que la nature de l'intervention proposée ainsi que ses risques, m'ont été expliqués oralement en termes que j'ai compris et qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées. J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant et donne **mon accord/ne donne pas mon accord** pour la réalisation de l'acte qui m'est proposé.

Fait à

Signature

TRABÉCULECTOMIE NON PERFORANTE ET GLAUCOME CHRONIQUE À ANGLE OUVERT

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

L'augmentation de la pression qui règne dans votre œil et pour laquelle une intervention chirurgicale vous est proposée par votre ophtalmologue, est due à un mauvais écoulement du liquide (ou humeur aqueuse) qui se trouve à la partie antérieure du globe oculaire (ou chambre antérieure).

Votre ophtalmologue vous a exposé oralement les bénéfices et les risques de cette opération qui a pour but de diminuer et de normaliser votre pression intraoculaire.

Cette lettre a pour but de vous rappeler ce qui vous a été expliqué oralement.

1. QU'EST-CE QU'UN GLAUCOME CHRONIQUE À ANGLE OUVERT ?

Le glaucome chronique à angle ouvert est une maladie de l'œil qui altère progressivement le nerf optique et détériore insidieusement le champ visuel sans que le patient ne s'en aperçoive. Cette affection constitue donc à terme une menace pour la vision et risque de conduire, dans des cas extrêmes, à la cécité. La cause la plus fréquente et la plus importante en est liée à l'existence d'une pression intraoculaire trop élevée. La pression intraoculaire ne constitue toutefois qu'un des éléments de la pathologie glaucomateuse. Un glaucome peut en effet se développer en présence d'une pression intraoculaire normale (glaucome à pression normale).

L'augmentation de la pression intraoculaire est secondaire à une moins bonne porosité d'un petit filtre, appelé trabéculum, situé entre l'iris et la cornée et au travers duquel se draine l'humeur aqueuse avant de rejoindre un canal appelé canal de Schlemm puis les espaces sous-conjonctivaux.

Votre ophtalmologue est seul qualifié pour évaluer la nocivité éventuelle de cette augmentation de pression intraoculaire, en se basant sur les autres données de l'examen de votre œil, en particulier l'état de votre nerf optique et de votre champ visuel, ainsi que sur différents autres facteurs de risque tels que votre tension artérielle, une consommation de tabac, etc., ...

2. POUR QUELLE RAISON ET QUAND FAUT-IL OPÉRER UN PATIENT ATTEINT DE GLAUCOME CHRONIQUE À ANGLE OUVERT ?

Plusieurs traitements sont utilisés pour traiter la maladie : les collyres, le laser et la chirurgie. Leur but est de diminuer la pression intraoculaire pour essayer d'arrêter ou au moins de freiner l'évolution du glaucome.

Votre ophtalmologue vous propose une intervention chirurgicale parce qu'il estime que le traitement médical local est insuffisant et/ou inadapté et que la chirurgie est, à ce stade, la solution la plus appropriée pour préserver le plus longtemps possible la vision de votre œil.

Cette opération ne garantit pas un arrêt définitif de la détérioration de la fonction visuelle. Elle n'entraînera pas une disparition des pertes existantes éventuelles du champ visuel.

3. COMMENT SE DÉROULE LA TRABÉCULECTOMIE NON PERFORANTE ?

L'intervention est le plus souvent réalisée dans le cadre d'une chirurgie ambulatoire (chirurgie d'1 jour). En fonction des circonstances, une hospitalisation (1 voire 2 nuitées) est parfois justifiée.

L'opération elle-même est pratiquée en milieu chirurgical stérile, sous microscope opératoire. Elle se déroule sous anesthésie locale par instillation de gouttes anesthésiantes, sous anesthésie locorégionale ou par une injection locale anesthésiante. Une anesthésie générale est parfois nécessaire.

Le patient est allongé sur le dos pendant toute la durée de l'intervention.

La technique opératoire de la trabéculéctomie non perforante n'est pas associée à une ouverture proprement dite de l'oeil. Elle consiste à réaliser une ablation d'une des deux parois du canal de Schlemm, afin de faciliter l'écoulement de l'humeur aqueuse et sa transsudation à travers le tissu très fin laissé en place. L'insertion d'un drain ou d'un implant biocompatibles peut se révéler nécessaire pour faciliter cette filtration vers la région sous-conjonctivale.

4. EVOLUTION POSTOPÉRATOIRE HABITUELLE

La pression intraoculaire est diminuée dans le plus grand nombre des cas jusqu'à un niveau satisfaisant.

A terme, un traitement médical d'appoint par collyre hypotenseur est parfois nécessaire. Une autre ou plusieurs interventions chirurgicales peuvent aussi être requises.

Une rougeur modérée de l'œil opéré, une diminution le plus souvent transitoire de la vision et un larmoiement constituent les principaux effets secondaires qui peuvent se manifester au décours de l'intervention. Le traitement postopératoire consiste en l'instillation de gouttes et/ou de pommades anti-infectieuses et anti-inflammatoires et dans le port facultatif d'un pansement ou d'une coque oculaire protectrice. Les modalités du traitement, les dates des contrôles postopératoires et la durée de l'incapacité de travail vous seront détaillés par votre ophtalmologue.

5. COMPLICATIONS OU INCIDENTS AU COURS DE L'OPÉRATION OU APRÈS L'OPÉRATION

Ecchymose bulbaire, hémorragie intraoculaire, inflammation, endophtalmie, œdème de la cornée, cataracte, augmentation secondaire de la tension intraoculaire, traumatisme de l'œil opéré (induit par le patient ou par son entourage).

Certaines de ces complications sont susceptibles de conduire à la perte de l'œil.

Votre ophtalmologue est disposé à répondre à toutes vos questions touchant aussi bien au volet scientifique de la maladie et de l'opération qu'à ses aspects pratiques ou financiers.

Le souhait de votre médecin de pouvoir prouver qu'il vous a fourni une information appropriée, justifie la demande de signer ce document.

Je soussigné (en lettres majuscules)

reconnais que la nature de l'intervention proposée ainsi que ses risques, m'ont été expliqués oralement en termes que j'ai compris et qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées. J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant et donne **mon accord/ne donne pas mon accord** pour la réalisation de l'acte qui m'est proposé.

Fait à

Signature

TRABÉCULECTOMIE ET GLAUCOME CHRONIQUE À ANGLE OUVERT

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

L'augmentation de la pression qui règne dans votre œil et pour laquelle une intervention chirurgicale vous est proposée par votre ophtalmologue, est due à un mauvais écoulement du liquide (ou humeur aqueuse) qui se trouve à la partie antérieure du globe oculaire (ou chambre antérieure).

Votre ophtalmologue vous a exposé oralement les bénéfices et les risques de cette opération qui a pour but de diminuer et de normaliser votre pression intraoculaire.

Cette lettre a pour but de vous rappeler ce qui vous a été expliqué oralement.

1. QU'EST-CE QU'UN GLAUCOME CHRONIQUE À ANGLE OUVERT ?

Le glaucome chronique à angle ouvert est une maladie de l'œil qui altère progressivement le nerf optique et détériore insidieusement le champ visuel sans que le patient ne s'en aperçoive. Cette affection constitue donc à terme une menace pour la vision et risque de conduire, dans des cas extrêmes, à la cécité. La cause la plus fréquente et la plus importante en est liée à l'existence d'une pression intraoculaire trop élevée. La pression intraoculaire ne constitue toutefois qu'un des éléments de la pathologie glaucomateuse. Un glaucome peut en effet se développer en présence d'une pression intraoculaire normale (glaucome à pression normale).

L'augmentation de la pression intraoculaire est secondaire à une moins bonne porosité d'un petit filtre, appelé trabéculum, situé entre l'iris et la cornée et au travers duquel se draine l'humeur aqueuse avant de rejoindre un canal appelé canal de Schlemm puis les espaces sous-conjonctivaux.

Votre ophtalmologue est seul qualifié pour évaluer la nocivité éventuelle de cette augmentation de pression intraoculaire, en se basant sur les autres données de l'examen de votre œil, en particulier l'état de votre nerf optique et de votre champ visuel, ainsi que sur différents autres facteurs de risque tels que votre tension artérielle, une consommation de tabac, etc., ...

2. POUR QUELLE RAISON ET QUAND FAUT-IL OPÉRER UN PATIENT ATTEINT DE GLAUCOME CHRONIQUE À ANGLE OUVERT ?

Plusieurs traitements sont utilisés pour traiter la maladie : les collyres, le laser et la chirurgie. Leur but est de diminuer la pression intraoculaire pour essayer d'arrêter ou au moins de freiner l'évolution du glaucome.

Votre ophtalmologue vous propose une intervention chirurgicale parce qu'il estime que le traitement médical local est insuffisant et/ou inadapté et que la chirurgie est, à ce stade, la solution la plus appropriée pour préserver le plus longtemps possible la vision de votre œil.

Cette opération ne garantit pas un arrêt définitif de la détérioration de la fonction visuelle. Elle n'entraînera pas une disparition des pertes existantes éventuelles du champ visuel.

3. COMMENT SE DÉROULE LA TRABÉCULECTOMIE ?

En fonction des circonstances, l'intervention peut-être réalisée dans le cadre d'une chirurgie ambulatoire (chirurgie d'1 jour) ou nécessiter une hospitalisation (1 voire 2 nuitées ou davantage).

L'opération elle-même est pratiquée en milieu chirurgical stérile, sous microscope opératoire. Elle se déroule sous anesthésie locale par instillation de gouttes anesthésiantes, sous anesthésie locorégionale ou par une injection locale anesthésiante. Une anesthésie générale est parfois nécessaire. Le choix de l'anesthésie dépend du chirurgien et de l'anesthésiste et il sera, dans la mesure du possible, tenu compte du souhait et de l'avis du patient.

Le patient est allongé sur le dos pendant toute la durée de l'intervention.

La technique opératoire de la trabéculéctomie consiste à réaliser dans les tissus oculaires, le plus souvent sous la paupière supérieure, une petite soupape qui facilitera l'écoulement de l'humeur aqueuse sous les tissus conjonctivaux et entraînera ainsi une diminution de la tension intraoculaire. Des moyens chimiques (inhibiteurs de cicatrisation) peuvent être employés dans certains cas pendant l'intervention. L'intervention est associée à la résection d'un petit fragment d'iris (iridectomie). Il peut arriver qu'elle doive être combinée à une vitrectomie (ou résection d'une partie du vitré). L'incision réalisée au niveau du globe oculaire est fermée par des points de suture.

4. EVOLUTION POSTOPÉRATOIRE HABITUELLE

La pression intraoculaire est diminuée jusqu'à un niveau satisfaisant dans des cas environ. Cette diminution de la pression intraoculaire est due à la formation d'une petite bulle de filtration dans laquelle se draine l'humeur aqueuse et qui est en général visible sous la conjonctive de l'œil, au dessous de la paupière supérieure.

Au cours du premier mois qui suit l'intervention, parfois plus tard, il peut être nécessaire de procéder à des injections sous la conjonctive de substances anti-cicatrisantes. Il est parfois nécessaire de procéder à l'ablation des fils de sutures.

A terme, un traitement médical d'appoint par collyre hypotenseur devra éventuellement être instauré ou réinstauré.

Une seconde intervention chirurgicale voire plusieurs opérations peuvent également se révéler nécessaires.

La petite bulle de filtration sous la paupière supérieure peut être à l'origine d'un certain inconfort.

Une rougeur modérée de l'œil opéré, une diminution le plus souvent transitoire de la vision et un larmolement constituent les principaux effets secondaires qui peuvent se manifester au décours de l'intervention

Le traitement postopératoire consiste en l'instillation de gouttes et/ou de pommades anti-infectieuses et anti-inflammatoires et dans le port facultatif d'un pansement ou d'une coque oculaire protectrice.

Les modalités du traitement, les dates des contrôles postopératoires et la durée de l'incapacité de travail vous seront détaillés par votre ophtalmologue.

5. COMPLICATIONS OU INCIDENTS AU COURS DE L'OPÉRATION OU APRÈS L'OPÉRATION

Ecchymose bulbaire, hémorragie intraoculaire, inflammation, absence ou retard de formation de la chambre antérieure, hypotonie oculaire (pression intraoculaire basse) persistante, décollement choroïdien, œdème de la cornée, cataracte, augmentation secondaire de la tension intraoculaire, traumatisme de l'œil opéré (induit par le patient ou par son entourage), infection précoce ou tardive.

Certaines de ces complications sont susceptibles de conduire à la perte de l'œil.

Votre ophtalmologue est disposé à répondre à toutes vos questions touchant aussi bien au volet scientifique de la maladie et de l'opération qu'à ses aspects pratiques ou financiers.

Le souhait de votre médecin de pouvoir prouver qu'il vous a fourni une information appropriée, justifie la demande de signer ce document.

Je soussigné (en lettres majuscules)

reconnais que la nature de l'intervention proposée ainsi que ses risques, m'ont été expliqués oralement en termes que j'ai compris et qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées. J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant et donne **mon accord/ne donne pas mon accord** pour la réalisation de l'acte qui m'est proposé.

Fait à

Signature

TRABÉCULECTOMIE ET GLAUCOME PAR FERMETURE DE L'ANGLE.

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

L'augmentation brutale (ou chronique) de la pression qui règne dans votre oeil pour laquelle une intervention chirurgicale (trabéculéctomie) vous est proposée par votre ophtalmologue, est due à la fermeture de l'angle situé entre l'iris et la cornée et au niveau duquel se fait normalement le drainage du liquide intraoculaire (ou humeur aqueuse).

Votre ophtalmologue vous a exposé oralement les bénéfices et les risques de cette opération, qui a pour but de diminuer la pression dans votre oeil.

L'indication d'une trabéculéctomie dans le cadre d'un glaucome par fermeture de l'angle peut se poser dans plusieurs circonstances :

- dans le décours d'une crise aiguë de fermeture de l'angle.
- dans le cadre d'une hypertonie oculaire en relation avec une fermeture chronique de l'angle iridocornéen, diagnostic établi en fonction de l'anamnèse et de l'examen clinique.

Cette lettre a pour but de vous rappeler ce qui vous a été expliqué oralement.

1. QU'EST-CE QU'UN GLAUCOME PAR FERMETURE DE L'ANGLE ?

La pression intraoculaire peut augmenter brusquement ou insidieusement suite à une fermeture de l'angle iridocornéen entraînant une élévation de pression intraoculaire souvent importante et liée à un blocage de la circulation de l'humeur aqueuse.

Sous l'effet d'une augmentation brutale et importante de la pression intraoculaire, comme celle qui est observée dans une crise aiguë de fermeture de l'angle, la vue deviendra trouble, sera souvent fortement diminuée et sera en règle générale associée à de fortes douleurs et/ou à des maux de tête. Dans la forme chronique, les douleurs oculaires et/ou maux de tête sont plus rares, moins accusés et les troubles visuels allégués par le patient sont fréquemment en relation avec des pertes sévères de son champ visuel.

Le glaucome par fermeture de l'angle survient avec une plus grande fréquence sur des yeux prédisposés, en particulier sur des yeux hypermétropes (yeux « petits »). Il peut aussi se présenter chez une personne âgée qui présente une cataracte du fait d'un gonflement du cristallin avec l'âge.

La crise aiguë de fermeture de l'angle est le plus souvent déclenchée par un séjour dans une pièce obscure (sans dormir), le stress, une anesthésie générale, la prise de certains médicaments ou l'emploi de certains collyres.

2. POUR QUELLE RAISON ET QUAND FAUT-IL OPÉRER UN GLAUCOME PAR FERMETURE DE L'ANGLE ?

L'augmentation brutale ou chronique de la pression intraoculaire en relation avec un glaucome par fermeture de l'angle peut avoir des conséquences éventuellement graves sur l'oeil et la vision.

La chirurgie filtrante appelée trabéculéctomie vous est proposée comme traitement afin de diminuer la pression intraoculaire et de réduire les complications comme la perte de l'acuité visuelle. Elle n'entraînera pas une disparition des pertes existantes éventuelles du champ visuel.

3. COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION CHIRURGICALE ?

En fonction des circonstances, l'intervention peut-être réalisée dans le cadre d'une chirurgie ambulatoire (chirurgie d'1 jour) ou nécessiter une hospitalisation (1 voire 2 nuitées ou davantage).

L'opération elle-même est pratiquée en milieu chirurgical stérile, sous microscope opératoire. Elle se déroule sous anesthésie locale par instillation de gouttes anesthésiantes, sous anesthésie locorégionale ou par une injection locale anesthésiante. Une anesthésie générale est parfois nécessaire. Le choix de l'anesthésie dépend du chirurgien et de l'anesthésiste et il sera, dans la mesure du possible, tenu compte du souhait et de l'avis du patient.

Le patient est allongé sur le dos pendant toute la durée de l'intervention.

La technique opératoire de la trabéculéctomie consiste à réaliser dans les tissus oculaires, le plus souvent sous la paupière supérieure, une petite soupape qui facilitera l'écoulement de l'humeur aqueuse sous les tissus conjonctivaux et entraînera ainsi une diminution de la tension intraoculaire. Des moyens chimiques (inhibiteurs de cicatrisation) peuvent être employés dans certain cas pendant l'intervention. L'intervention est associée à la résection d'un petit fragment d'iris (iridectomie). Il peut arriver qu'elle doive être combinée à une vitrectomie (ou résection d'une partie du vitré). L'incision réalisée au niveau du globe oculaire est fermée par des points de suture.

4. EVOLUTION POSTOPÉRATOIRE HABITUELLE

La pression intraoculaire est diminuée jusqu'à un niveau satisfaisant dans des cas environ. Cette diminution de la pression intraoculaire est due à la formation d'une petite bulle de filtration dans laquelle se draine l'humeur aqueuse et qui est en général visible sous la conjonctive de l'œil, au dessous de la paupière supérieure.

Au cours du premier mois qui suit l'intervention, parfois plus tard, il peut être nécessaire de procéder à des injections sous la conjonctive de substances anti-cicatrisantes. Il est parfois nécessaire de procéder à l'ablation des fils de sutures.

A terme, un traitement médical d'appoint par collyre hypotenseur devra éventuellement être instauré ou réinstauré.

Une seconde intervention chirurgicale voire plusieurs opérations peuvent également se révéler nécessaires.

La petite bulle de filtration sous la paupière supérieure peut être à l'origine d'un certain inconfort.

Une rougeur modérée de l'œil opéré, une diminution le plus souvent transitoire de la vision et un larmolement constituent les principaux effets secondaires qui peuvent se manifester au décours de l'intervention

Le traitement postopératoire consiste en l'instillation de gouttes et/ou de pommades anti-infectieuses, anti-inflammatoires et cycloplégiques (pour dilater la pupille) et dans le port facultatif d'un pansement ou d'une coque oculaire protectrice.

Les modalités du traitement, les dates des contrôles postopératoires et la durée de l'incapacité de travail vous seront détaillés par votre ophtalmologue.

Lorsque la trabéculéctomie est réalisée dans le cadre d'une crise aiguë de fermeture de l'angle, la récupération de la vision est liée à l'importance et la durée de celle-ci.

5. COMPLICATIONS OU INCIDENTS AU COURS DE L'OPÉRATION OU APRÈS L'OPÉRATION

Ecchymose bulbaire, hémorragie intraoculaire parfois explosive, absence ou reformation difficile de la chambre antérieure, hypotonie oculaire persistante (pression intraoculaire basse), œdème maculaire, décollement choroïdien, œdème de la cornée, cataracte, augmentation secondaire de la pression intraoculaire, infection oculaire précoce ou tardive, **endophtalmie**, traumatisme de l'œil opéré.

Ces complications sont susceptibles de conduire à la perte fonctionnelle de l'œil.

Votre ophtalmologue est disposé à répondre à toutes vos questions touchant aussi bien au volet scientifique de la maladie et de l'opération qu'à ses aspects pratiques ou financiers.

Le souhait de votre médecin de pouvoir prouver qu'il vous a fourni une information appropriée, justifie la demande de signer ce document.

Je soussigné (en lettres majuscules)

reconnais que la nature de l'intervention proposée ainsi que ses risques, m'ont été expliqués oralement en termes que j'ai compris et qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées. J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant et donne **mon accord/ne donne pas mon accord** pour la réalisation de l'acte qui m'est proposé.

Fait à

Signature