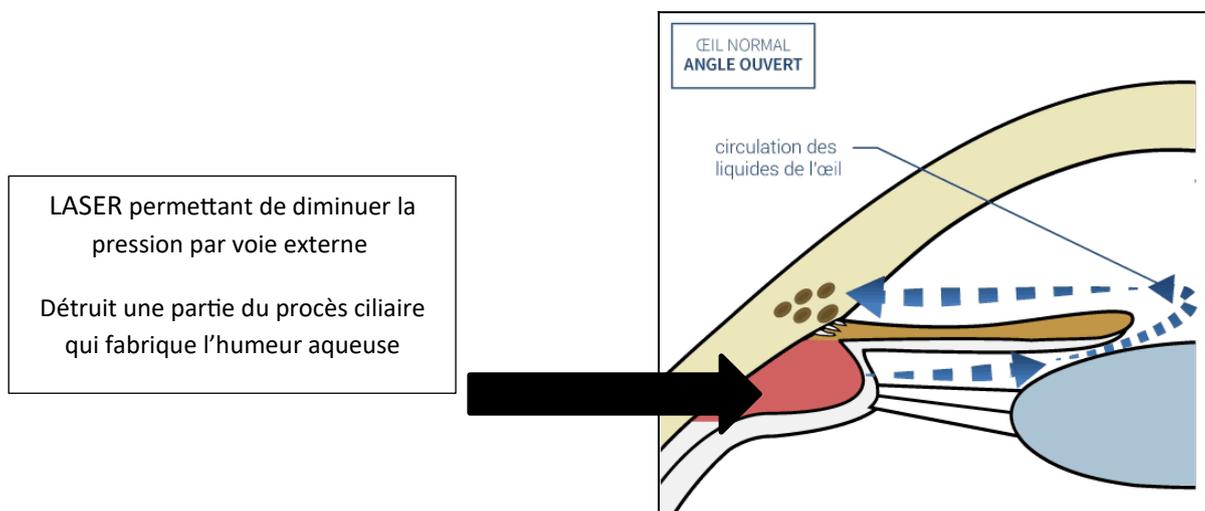


Fiche d'information

**CYCLO AFFAIBLISSEMENT PARTIEL PAR SUBCYCLO DIODE**

Votre Ophtalmologiste vous a proposé un traitement de votre glaucome à l'aide d'un laser SUBCYCLODIODE.

Ce traitement consiste à détruire partiellement et à rétracter une partie des procès ciliaires, structures de l'œil qui produisent le liquide qui circule dans le globe oculaire. La diminution de la sécrétion de l'humeur aqueuse, permet de diminuer la pression de l'œil. Pour ce faire, un dispositif de traitement (une sonde de laser) sera appliqué sur la partie inférieure de votre œil. Le laser diode généré par cette sonde est dirigé uniquement vers les tissus à traiter. La particularité de ce laser est que les impulsions sont très courtes, et le temps de repos entre chaque impulsion permet aux tissus de récupérer, ce qui évite la destruction des tissus autour du corps ciliaire, évitant les dommages collatéraux. La diminution de la pression intra oculaire obtenue est plus modeste mais avec moins d'effets secondaires. La technique ne nécessite pas d'ouverture du globe oculaire et est réalisée en 5 à 10 minutes.



**Déroulement du traitement :**

La procédure de traitement nécessitera une hospitalisation de quelques heures. L'anesthésie sera réalisée par une injection de produits anesthésiques au voisinage de l'œil. Il peut être nécessaire de recourir à une anesthésie générale. Le choix résultera de l'avis de votre ophtalmologiste et de celui de l'anesthésiste, mais prendra en compte vos souhaits lorsque cela sera possible.

L'intervention sera réalisée au moyen d'une fibre laser qui sera appliquée sur l'œil à la limite de la cornée, et le laser sera dirigé vers les tissus à traiter. Les incidents ou difficultés peropératoires sont rares et

imprévisibles. Malgré l'anesthésie, des douleurs peuvent être ressenties. Une hémorragie minime et superficielle peut survenir lors du traitement.

Les soins post-opératoires seront réduits à l'instillation de gouttes et/ou à l'application d'une pommade et à la prise éventuelle de comprimés. Votre ophtalmologiste vous indiquera les modalités de ce traitement. La surveillance de la pression oculaire sera un temps essentiel du suivi médical. Vous serez revus en consultations avec votre ophtalmologiste dans le cadre d'un suivi habituel de la maladie.

**Risques liés à la procédure :** Les risques prévisibles sont de plusieurs types :

**Les risques propres à toute intervention et notamment à toute anesthésie.**

- Les complications spécifiques à l'anesthésie ne sont pas différentes de celles pouvant intervenir lors de toute intervention chirurgicale et vous seront décrites par l'anesthésiste.

**Les complications post-opératoires:**

- Dans la grande majorité des cas, l'œil traité est peu ou pas douloureux. Un traitement antalgique pourra être mis en place par votre ophtalmologiste.
- Une hémorragie (saignement) du blanc de l'œil peut survenir lors de l'intervention. Cette hémorragie est en règle générale superficielle et se résorbe spontanément dans les jours suivants l'intervention.
- Un certain degré d'inflammation oculaire peut être observé. L'inflammation sera prévenue par la mise en place systématique d'un traitement médical adapté.
- La vision postopératoire peut ne pas s'améliorer et sera parfois moins bonne pendant quelques jours ou quelques semaines après le traitement.
- Une élévation transitoire de la pression intraoculaire pourra être observée nécessitant un traitement médical momentané.
- Une infection de l'œil peut survenir. Un traitement médical sera instauré afin de traiter cette infection.
- Une brûlure de la cornée ou des paupières est rare mais possible.
- La persistance d'une trop forte pression dans l'œil peut nécessiter une nouvelle intervention, éventuellement une deuxième séance de traitement par ultrasons.

**Votre ophtalmologiste est disposé à répondre à toute question complémentaire que vous souhaiteriez lui poser**

**Les dispositions réglementaires font obligation au médecin de prouver qu'il a fourni l'information au patient. Aussi nous vous demandons de signer ce document, dont le double est conservé par votre médecin dans votre dossier médical.**

**Je soussigné(e) ..... reconnais que la nature de l'intervention prévue le ..... ainsi que ses risques, m'ont été expliqués en termes que j'ai compris, et qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées. J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant et je donne mon accord pour la réalisation de l'acte qui m'est proposé et pour l'enregistrement anonyme des images opératoires.**

***Date et signature :***

- Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie.
- Arrêter de fumer 6-8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire.