



Item82-Glaucome chronique.

| Objectifs CNCI | | |
|--|--|---|
| - Diagnostiquer un glaucome chronique. - Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient. | | |
| Recommandations | Mots-clés / Tiroirs | NPO / A savoir ! |
| - Dépistage et diagnostic précoce du glaucome : problématique et perspectives en France / HAS / 2006 - Polycopié national: Glaucome chronique | - HTO: PO > 21 mmHg - FdR: HTO / corticoïdes / myopie - Cause secondaire: Corticoïdes, Trauma, Uvéite - Prise de la PO / pachymétrie - Excavation papillaire au FO - Périmétrie automatisée - Ressaut nasal / scotome de Bjerrum - Analyseur du nerf optique: OCT - Traitement hypotonique / chirurgie filtrante - Béta-bloquants / analogues des PG - Sclérectomie NP / trabéculotomie - Contrôle à 1mois puis 1x/6M à vie | - Ex. bilatéral / comparatif (4) - HTO ≠ glaucome chronique - Dépistage systématique - Vérifier l'angle: gonioscopie - Eliminer une autre cause de BAV - CI/ES des bêta-bloquants - Observance / EduP / A VIE - Objectif: PO = 16 mmHg |

Généralités

Définition

- Glaucome chronique = glaucome primitif à angle ouvert
- **Neuropathie optique progressive +++**: caractérisée par une HTO +/- altération du champ visuel
- **Hypertonie oculaire (HTO)**: pression intra-oculaire > **21mmHg** (N = 15 +/- 6 mmHg)

Epidémiologie

- 2nde cause de cécité dans les pays industrialisés (après DMLA: cf [Déficit neurosensoriel chez le sujet âgé - MLA et DMLA](#)). Atteinte du Champs Visuel en premier avant Cécité +++.
- Fréquent: 1% des plus de 40ans (soit 800 000-1M de personnes en France)
- **Facteurs de risque**
 - Hypertonie oculaire +++ : principal FdR (mais pas systématique !) --> Glaucome Chronique à pression normal.
 - **Age** > 40ans
 - **Atcd** familiaux (forme familiale = 30%) / ethnie (noirs)
 - Myope= FDR de Glaucome chronique (≠ Hypermétrope: Glaucome aigu)
 - hypoTA / acrosyndrome / migraine (par ischémie de la tête du n. optique)
 - Co-morbidités: myopie / diabète / **FdR CV** (dont HTA)
 - **Corticothérapie** au long cours / en local ou voie générale

Physiopathologie

- Humeur aqueuse éliminée par trabéculum dans l'angle irido-cornéen (Σ par corps ciliés)
- Dégénérescence progressive du trabéculum → mauvaise élimination = HTO
- **Hypertension oculaire → neuropathie optique par 2 mécanismes**
 - **Cause mécanique**: compression de tête (papille) du nerf optique
 - **Cause ischémique**: insuffisance circulatoire dans capillaires rétinien

Remarques:

- **!! HTO n'est pas synonyme de glaucome chronique (A savoir !)**
 - Glaucome sans hypertension oculaire possible (= glaucome à pression normale)
 - Hypertonie oculaire sans glaucome plus que possible (9 cas/10 !)
- **NPC glaucome chronique et glaucome aigu**
 - Glaucome aigu = par fermeture de l'angle irido-cornéen / néovasculaire (cf [Œil rouge et/ou douloureux.](#))

Diagnostic

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain**
 - **Dépistage** systématique de tout sujet > 40ans par mesure du TO (**A savoir !**)
 - Rechercher FdR de glaucome I: HTO / atcd familiaux / FdR CV
 - Pour glaucome II: amétropie (myopie) / corticoïdes / diabète
 - **Signes fonctionnels**
 - **Asymptomatique**: installation insidieuse → découverte par dépistage
 - Signes tardifs aspécifiques: brouillard visuel / douleurs oculaires / céphalées
 - Gêne fonctionnelle que si coalescence des scotomes: à un stade tardif..
 - **!! Remarque**
 - Ne jamais attribuer une BAV à un glaucome chronique avant d'avoir éliminé toutes les autres causes possibles
+++
- **Examen ophtalmologique**
 - Examen **bilatéral** / comparatif (**A savoir !**)
 - **Inspection**: « oeil blanc et calme » / indolore (hors crise hypertensive)
 - **Mesure de l'acuité visuelle**: préservée jusqu'à un stade très avancé ++++ (Glaucome Chronique: Altération du Champs Visuel ++++)
 - **Mesure du tonus oculaire**
 - HTO (**PO > 21mmHg**) le plus souvent présente (!! mais pas nécessaire)
 - !! variation de la PO avec: épaisseur de la cornée / cycle nycthémeral
 - **Examen à la lampe à fente (LAF) = segment antérieur**
 - Chambre antérieure profonde (≠ GAFA)
 - **Gonioscopie**: vérifier l'ouverture de l'angle irido-cornéen (**A savoir !**)
 - **Fond d'oeil +++**
 - Recherche une augmentation de l'**excavation papillaire**
 - « cup »: région centrale de la papille / dépourvue de fibres (excavée car pâle)
 - « disc »: région périphérique de la papille / passage des fibres optiques (rosé)
 - → rapport « **cup/disc** » > **0.6** si glaucome (car dégénérescence des fibres) --> Normale = 0.3

Examens complémentaires (3)

- **Champ visuel +++**
 - Par périmétrie statique automatisée: Humphrey (Goldman moins précis)
 - **Altérations du champ visuel par apparition de scotomes (bilatérales ++)**
 - **ressaut nasal**: scotome en encoche à la limite inf/sup du champ nasal
 - **scotome arciforme**: (de Bjerrum) contourne le point central depuis tâche aveugle
 - **rétrécissement concentrique**: stade avancé: champ visuel « agonique »: BAV ++
- **Analyseur de la tête du nerf optique (ex: tomographie à cohérence optique / OCT)**
 - Mesure objective de l'épaisseur des fibres optiques au niveau de la papille
 - Indiqué si tonus oculaire élevé sans anomalie du champ visuel (« traitement ou non ? »)
 - → dépistage précoce de la neuropathie optique (avant excavation papillaire et BAV)
- **Pachymétrie**
 - = mesure de l'épaisseur de la cornée / confirme (ou non) l'HTO
 - Epaisseur normale de la cornée= 500 microns
 - cf fausse HTO si cornée trop épaisse (et inversement si trop fine)
 - ex: si TO=22 mmHg et Pachymétrie=650microns --> Le tonus est normal en fait
 - !! NPC avec kératométrie: en pré-opératoire dans la cataracte (cf **Déficit neurosensoriel chez le sujet âgé - MLA et DMLA**)
- **Gonioscopie**

Formes cliniques

- **Glaucome à pression normale**
 - = Pas d'HTO mais ↑ de l'excavation papillaire + altération du champ visuel
 - Diagnostic d'élimination: prises du TO répétées / pas de Mdt (BB) / pachymétrie
- **Glaucome juvénile**
 - Si survenue du glaucome < **40ans** / !! évolution rapide et sévère
 - Facteurs génétiques +++ : rechercher une forme familiale
- **Glaucome pigmentaire (du myope ++)**
 - Malformation irienne → libération de pigment → dépôt sur trabéculum = HTO
 - Sd de dispersion pigmentaire = effet Tyndall / dépôts cornéens / atrophie irienne
- **Glaucome secondaire à rechercher à interrogatoire ++++**
 - **Glaucome cortisonique ++** (cf **Prescription et surveillance des classes de médicaments les plus courantes chez l'adulte et chez l'enfant. Connaître pour chacune les mécanismes d'action de classe et des produits individuels, les principes du bon usage, les critères de choix d'un médicament en première intention, les causes d'échec, les principaux effets indésirables et interactions**)

- Complication classique d'une corticothérapie locale ou générale au long cours
- !! Ne pas arrêter une corticothérapie pour Horton devant une complication
- Post Uvéite
- Post traumatique

Evolution

Histoire naturelle

- Pas de guérison possible: l'objectif est de stabiliser la neuropathie
- !! Toute dégénération des fibres optiques est irréversible
- → compliance du traitement et observance A VIE indispensables (**A savoir !**)

Complication

- OVCR (devant tte OVCR prise TO systématique)

Traitement

Prise en charge

- En ambulatoire / suivi au long cours --> Surveillance 3 éléments +++ :
- Mnémo: **Photo sur le CV**: FO= Fond d'oeil TO: Tonus CV: Champs visuel
- **Objectifs (3): PO à 16mmHg** / excavation stable au FO / champ visuel stable

Traitement médicamenteux

- !! Remarque: HTO sans glaucome
 - HTO isolée sans anomalie au FO / champs visuels normaux / OCT normale
 - = HTO sans glaucome → PAS de traitement hypotonisant / surveillance régulière +++
- **Hypotoniques**
 - !! Dans tous les cas, le traitement est **A VIE** / à mettre dans les **2 YEUX**
 - **Collyres diminuant la sécrétion d'humeur aqueuse**
 - Béta-bloquants +++ (ex: timolol = Timoptol®)
 - Inhibiteurs de l'anhydrase carbonique (Diamox® en voie générale)
 - Agonistes α2-adrénergiques (Alphagan®)
 - **Collyres augmentant l'élimination de l'humeur aqueuse**
 - Analogues des prostaglandines +++ (ex: Xalatan®) --> Attention: Pro inflammatoire. Effet secondaire: Pousse des cils, Pigmentation iris, Hyperhémie conjonctivale.
 - Parasympathicomimétiques (pilocarpine)
 - Agonistes adrénergiques non sélectifs (adrénaline)
- **Schéma thérapeutique**
 - **En 1ère intention**
 - Monothérapie par bêta-bloquants en l'absence de contre-indications (**A savoir !**)
 - !! CI des BB: **asthme** (CI **absolue**) / BAV non appareillé / Raynaud / IC
 - !! Information systématique du patient sur les effets II des PG = Hyperhémie conjonctivale, modification de la couleur de l'iris et accélération de la pousse des cils
 - **En 2nde intention si échec (à +1 mois)**
 - Changer de monothérapie ou associer une autre classe: **bi puis trithérapie**
 - Si toujours inefficace: Diamox® PO en attente de traitement chirurgical

Traitement laser

- **Trabéculoplastie au laser**
 - = photocoagulation sélective de l'angle irido-cornéen → rétraction du tabréculum
 - efficace mais limité et transitoire / mais nouveau laser: de plus en plus indiqué..

Traitement chirurgical

- **Indication**
 - Glaucome réfractaire au traitement médical maximal (tri-thérapie et/ou allergies ou CI)
- **Modalités: 2 types de chirurgie filtrante**
 - **Sclérectomie profonde non perforante**
 - = exérèse isolée du trabéculum: filtrant mais non perforant (sclère respectée)
 - Moins traumatique et moins de complications postop: à privilégier si possible
 - **Trabéculéctomie (avec iridectomie)**
 - = fistule chirurgicale entre chambre antérieure et espace sous-conjonctival
 - Complications: hypotonie post-op / cataracte / hyphéma / endophtalmie

Mesures associées

- **Information** du patient sur évolution → importance de **l'observance** (**A savoir !**)
- **Education** thérapeutique: attention aux ES des bêta-bloquants mal pris !

Surveillance

- Remarque: surveillance postop = bulle de filtration sous-conjonctivale
- Clinique --> Surveillance 3 éléments +++ :
- Mnémo: **Photo sur le CV**
- FO= Fond d'oeil TO: Tonus CV: Champs visuel
 - **Contrôle à 1 mois:** mesure de la **PO** (N ~ 16mmHg) et de l'excavation au **FO**
 - → si non équilibré: modifier le traitement (bIT puis trIT si toujours élevé à 2 mois)
 - → si équilibré: conserver le traitement et consultation de contrôle **1x/6 mois A VIE**
- Paraclinique
 - Champs visuels (Humphrey): **périmétrie 1x/an**

Synthèse pour questions fermées

3 principaux signes d'un glaucome chronique ?

- Elévation pathologique de la PIO
- Elargissement de l'excavation papillaire
- Altérations du champ visuel

1 trouble de la réfraction responsable de glaucome secondaire ?

- Myopie

1 complication classique de l'hypertonie oculaire ?

- Occlusion veineuse centrale de rétine

3 effets secondaires dont il faut informer le patient en cas de traitement par collyre de prostaglandine ?

- Pigmentation irienne
- Accélération de la pousse des cils
- Hyperhémie conjonctivale

6 Examens Réflexes devant une HTIO

- FO
- TO
- CV automatisé
- Pachymetrie (fausse HTIO à éliminer: Cornée épaisse sur estime le Tonus)
- Gonioscopie (angle fermé à éliminer)
- OCT du Nerf Optique: Analyse des fibres nerveuses rétiniennes.