

Item 82 : Glaucome chronique.

Objectifs CNCI		
<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostiquer un glaucome chronique. - Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient. 		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / PMZ
<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation HAS 06 - Polycopié national: item 240 	<ul style="list-style-type: none"> - HTO: PO > 21 mmHg - FdR: HTO / corticoïdes / myopie - Prise de la PO / pachymétrie - Excavation papillaire au FO - Périmétrie automatisée - Ressaut nasal / scotome de Bjerrum - Analyseur du nerf optique: OCT - Tt hypotonique / chirurgie filtrante - Béta-bloquants / analogues des PG - Sclérectomie NP / trabéculéctomie - Contrôle à 1M puis 1x/6M à vie 	<ul style="list-style-type: none"> - 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

- 2^{de} cause de cécité dans les pays industrialisés (après DMLA: cf [item 60](#))
- Fréquent: 1% des plus de 40ans (soit 800 000-1M de personnes en France)
- **Facteurs de risque**
 - Hypertonie oculaire +++ : principal FdR (mais pas systématique !)
 - **Age** > 40ans / **atcd** familiaux (forme familiale = 30%) / ethnie (noirs)
 - 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 rétiniens

Remarques:

- **!! HTO n'est pas synonyme de glaucome chronique (PMZ)**
 - 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 [item 212](#))

- Diagnostic

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain**
 - **Dépistage** systématique de tout sujet > 40ans par mesure du TO (**PMZ**)
 - 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 (**PMZ**)
 - **Inspection**: « oeil blanc et calme » / indolore (hors crise hypertensive)
 - **Mesure de l'acuité visuelle**: préservée jusqu'à un stade très avancé
 - **Mesure du tonus oculaire**
 - HTO (**PO > 21mmHg**) le plus souvent présente (!! mais pas nécessaire)
 - !! variation de la PO avec: épaisseur de la cornée / cycle nyctéméral
 - **Examen à la lampe à fente (LAF) = segment antérieur**
 - Chambre antérieure profonde (≠ GAFA)
 - **Gonioscopie**: vérifier l'ouverture de l'angle irido-cornéen (**PMZ**)
 - **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)

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 (« Tt 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
 - cf fausse HTO si cornée trop épaisse (et inversement si trop fine)
 - !! NPC avec kératométrie: en pré-opératoire dans la cataracte (cf [item 58](#))

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**
 - **Glaucome cortisonique ++** (cf [item 174](#))
 - Complication classique d'une corticothérapie locale ou générale au long cours
 - !! Ne pas arrêter une corticothérapie pour Horton devant une complication
 - **Autres**: post-traumatique / uvéitique / phaco-antigénique

- Evolution

Histoire naturelle

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

Complication

- OVCR (devant tte OVCR prise TO systématique)

- Traitement

Prise en charge

- En ambulatoire / suivi au long cours
- **Objectifs (3): PO à 16mmHg** / excavation stable au FO / champ visuel stable

Tt médicamenteux

- **!! Remarque: HTO sans glaucome**
 - HTO isolée sans anomalie au FO / champs visuels normaux / OCT normale
 - = HTO sans glaucome → PAS de Tt hypotonisant / surveillance régulière +++
- **Hypotoniques**
 - !! Dans tous les cas, le Tt 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®)
 - Parasympathicomimétiques (pilocarpine)
 - Agonistes adrénergiques non sélectifs (adrénaline)
- **Schéma thérapeutique**
 - **En 1ère intention**
 - Monothérapie par bêta-bloquants en l'absence de contre-indications (**PMZ**)
 - !! CI des BB: **asthme** (CI **absolue**) / BAV non appareillé / Raynaud / IC
 - !! Information systématique du patient sur les effets II des PG = 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 Tt chirurgical

Tt 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..

Tt chirurgical

- **Indication**
 - Glaucome réfractaire au Tt 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** (**PMZ**)
- **Education** thérapeutique: attention aux ES des bêta-bloquants mal pris !

Surveillance

- Remarque: surveillance postop = bulle de filtration sous-conjonctivale
- **Clinique**
 - **Contrôle à 1 mois:** mesure de la **PO** (N ~ 16mmHg) et de l'excavation au **FO**

- → si non équilibré: modifier le Tt (biT puis triT si toujours élevé à 2 mois)
- → si équilibré: conserver le Tt 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

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

- Pigmentation irienne
- Accélération de la pousse des cils

