

Chirurgie du glaucome

Ce symposium, organisé lors du Congrès de la SFO, était consacré au glaucome ; en particulier les problématiques des pièges liés aux thérapeutiques (interventionnelles et non-interventionnelles).

Pièges peropératoires

D'après l'intervention du Pr Alain Bron (Dijon)

En matière de glaucome, les indications doivent être claires et le patient bien informé (suivi long et fastidieux). La technique sera choisie en fonction du profil physiopathologique (importance de la gonioscopie). Dans le cas où une trabéculéctomie est faite, le respect de l'épéron scléral et de l'étanchéité (tester si la chambre antérieure tient) est capital ; ils diminuent les risques de cataracte et/ou de maculopathie induits. En cas de sclérectomie profonde, les impératifs sont les mêmes et il faut savoir gérer une hernie de l'uvée (source de plus d'inflammation). Les nouvelles techniques chirurgicales *ab interno* MIGS utilisent les outils classiques et induisent quant à elles d'autres effets indésirables éventuels : saignement, malposition du drain en chambre antérieure. Dans tous les cas, des précautions particulières sont toujours à prendre, notamment en rapport avec les traitements anticoagulants chez certains patients, le choix de l'œil à opérer et le type d'anesthésie.

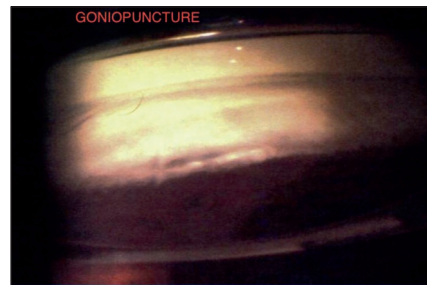
Les chirurgiens se battent pour une chirurgie de dix minutes, pour réduire la pression à 10mmHg, et tout cela doit durer 10 ans.

Pièges postopératoires

D'après l'intervention du Dr Yves Lachkar (Paris)

La chirurgie du glaucome nécessite un long suivi postopératoire permettant de lutter contre certains pièges (cicatrisation excessive, absence de fuite d'humeur aqueuse). Il est important de proposer un type de chirurgie adapté au profil du patient : une trabéculéctomie et/ou une extraction du cristallin dans le cas d'un angle irido-cornéen étroit, et une sclé-

rectomie et/ou MIGS dans le cas d'un angle ouvert. On commence toujours par le bon œil (l'œil le moins atteint, celui avec un meilleur pronostic visuel) ! En cas d'échec, il faut pouvoir proposer une alternative thérapeutique. Il est capital de savoir gérer les complications postopératoires : *needling* dans le cas d'une fibrose aiguë de la bulle, couper les fils du volet scléral au laser argon si nécessaire, savoir exécuter une goniopuncture en présence d'une chirurgie non perforante. Le chirurgien doit se méfier d'une incarceration de l'iris face à une élévation de la PIO avec une pupille ronde. Le suivi postopératoire adapte le traitement anti-inflammatoire et traite la bulle de filtration. Il varie selon les patients.



Goniopuncture

Pièges en surface : quand le patient ne se plaint pas...

D'après l'intervention du Pr Christophe Baudouin (Paris)

De nombreuses études observationnelles de vraie vie ont montré que la qualité de vie et la tolérance des traitements diminuaient avec l'augmentation des collyres prescrits et la sévérité du glaucome. Les patients se plaignant d'intolérance ne sont pas majoritaires mais le médecin ne doit pas renoncer à rechercher les signes d'intolérance lors des visites de contrôle. Les contrôles récurrents doivent

rechercher systématiquement les anomalies de la surface oculaire (kératite toxique), qui doit être préservée le plus longtemps possible (potentielle chirurgie à distance). Paradoxalement, les patients glaucomateux ne s'en plaignent pas beaucoup du fait de l'hypoesthésie cornéenne associée. L'ophtalmologiste ne doit pas renoncer à traquer les signes de toxicité. La toxicité n'est pas à confondre avec les allergies (phénomènes plus aigus, plus rapides) qui peuvent toucher l'œil et/ou ses annexes. En cas d'allergies vraies, les antihistaminiques sont inutiles ! Seule la suppression totale de l'allergène peut être efficace (attention aux allergies croisées ou aux agents masqués par des noms commerciaux différents). Prenons l'exemple du chlorure de benzalkonium, qui s'est avéré peu allergisant mais toxique à long terme directement sur les cellules épithéliales et les cellules à mucus, indirectement avec ses propriétés détergentes sur le film lacrymal et directement pro-inflammatoires. La toxicité est dose- et temps-dépendante. Contrairement aux réflexes habituels (stratégie d'addition), une stratégie de soustraction est bien plus efficace (suppression des produits toxiques, des molécules allergisantes, associations fixes, SLT, voire chirurgie) dans la gestion des collyres à prescrire. La gestion des collyres impacte la qualité de vie, l'observance, la chirurgie et la prise en charge de la pression intraoculaire (PIO). En effet, une grande partie des patients se plaignent plus des contraintes thérapeutiques que du déficit visuel. Une surface oculaire saine est propice à la réussite d'une chirurgie ultérieure et connaîtra moins de problèmes de fibrose postopératoire (souvent liés à un mauvais état conjonctival préopératoire).

Pièges du traitement médical

*D'après l'intervention
du Pr Philippe Denis (Lyon)*

Il ne faut pas oublier que le glaucome est une maladie progressive chronique (équivalent d'une accélération du processus d'apoptose naturelle) et que la PIO n'est pas forcément un bon marqueur de diagnostic. Toutes les hypertonies oculaires ne sont pas à traiter systématiquement. L'OHTS a démontré qu'un traitement précoce réduisait l'incidence du glaucome de 50% à 5 ans. Cependant, l'OHTS/EGPS rapportent que seulement 1 à 2% des patients non traités développent réellement un glaucome par an et que 30 à 40% des patients non traités ont un risque inférieur à 1% d'en développer un chaque année. L'OHTS2 recommande la prise en compte des autres facteurs de risque de conversion en glaucome d'une hypertonie oculaire (pseudo-exfoliation, antécédents familiaux, myopie forte, hémorragies du disque optique, cornée fine) pour déterminer la PIO-cible. Il n'existe pas de prise en charge typique et l'attitude des médecins ne peut pas être uniciste ! La connaissance physiopathologique et pharmacologique permet un suivi adapté à chaque profil de patient.

Les mécanismes d'action des collyres ont 3 axes :

- augmenter le flux trabéculaire (myotiques, inhibiteurs de la rho-kinase) ;
- augmenter le flux uvéo-scléral (prostaglandines) ;
- diminuer la sécrétion d'humeur aqueuse (bêtabloquants, inhibiteurs de l'anhydrase carbonique, alpha-2 adrénergiques).

Ainsi certains collyres sont inefficaces

la nuit et leurs effets ne s'additionnent pas mécaniquement. Il faut toujours privilégier les prostaglandines en premier choix, sauf dans le cas d'un glaucome traumatique, de glaucomes inflammatoires (syndrome de Posner-Schlossman, uvéite de Fuchs, herpès, glaucome néovasculaire), d'un risque d'œdèmes maculaires (diabète, membrane maculaire, OVCR, rupture de la capsule postérieure), de pics pressionnels postopératoires, d'une grossesse, d'un traitement unilatéral.

En cas de glaucome débutant, la progression des déficits du champ visuel est comparable à long terme que les patients suivent un traitement médical ou soient opérés précocément. En revanche, en cas de glaucome avancé, la chirurgie semble supérieure au traitement par collyres pour conserver le champ visuel.

Pièges de l'observance

*D'après l'intervention
du Pr Jean-Paul Renard (Paris)*

L'observance est un marqueur d'efficacité du traitement. Il a été démontré que dans les meilleurs cas, même les patients glaucomateux avec les meilleurs taux d'observance avaient une couverture médicamenteuse équivalente à 236 jours par an. Les récentes études de l'EGS ont rapporté que chez la plupart des patients glaucomateux, 30 à 70% avaient une mauvaise observance et qu'un tiers d'entre eux négligeait les visites de contrôle. L'adhérence (respect de la prescription en dose et en durée des recommandations de contrôle) et la persistance (poursuite du traitement à long terme) ont des

taux plus élevés avec les prostaglandines dans plusieurs études.

L'inobservance sera suspectée dans le cas d'une aggravation du champ visuel et d'une intolérance aux collyres. L'interrogatoire, les questionnaires, les dispositifs d'aide électroniques (moniteurs) et le rapport de possession médicamenteuse permettent de quantifier l'inobservance.

Les pièges classiques sont des instillations excessives, donc inefficaces (non-respect du *wash-out* des gouttes), une automédication, un changement d'agent hypotonisant plus ou moins volontaire, le non-respect de la persistance après un premier contrôle satisfaisant, des visites de contrôle non respectées, une dissimulation de l'observance ; en plus des facteurs individuels (âge inférieur à 50 ans et supérieur à 80 ans, manque d'information et de motivation, défaut de sources d'information variées, faible niveau de connaissance du glaucome) et des facteurs liés au traitement (le risque augmente avec plus de 2 instillations quotidiennes).

Une bonne relation avec le patient, une éducation thérapeutique (information appropriée, vérification des connaissances), un recours aux traitements les mieux tolérés (les simplifier, privilégier les agents sans conservateurs et/ou les combinaisons fixes aux associations) et une connaissance du profil évolutif du patient ralentissent la progression de la maladie.

*Compte rendu rédigé par
Cynthia Rumuri-Sehungiza*