

# Clinique



## Introduction d'une monothérapie

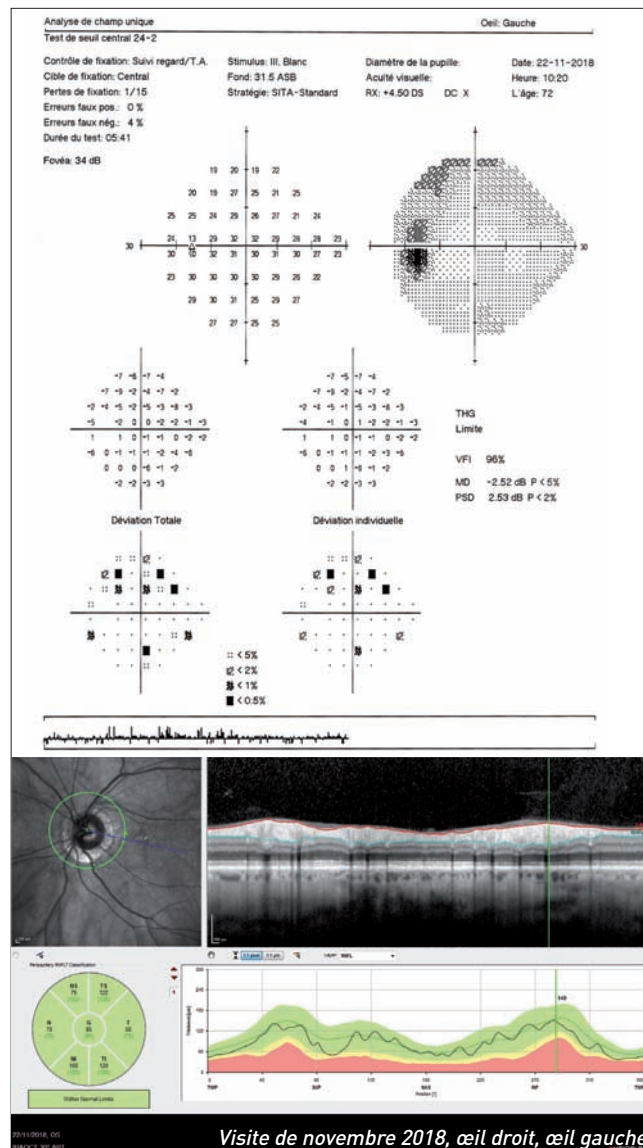
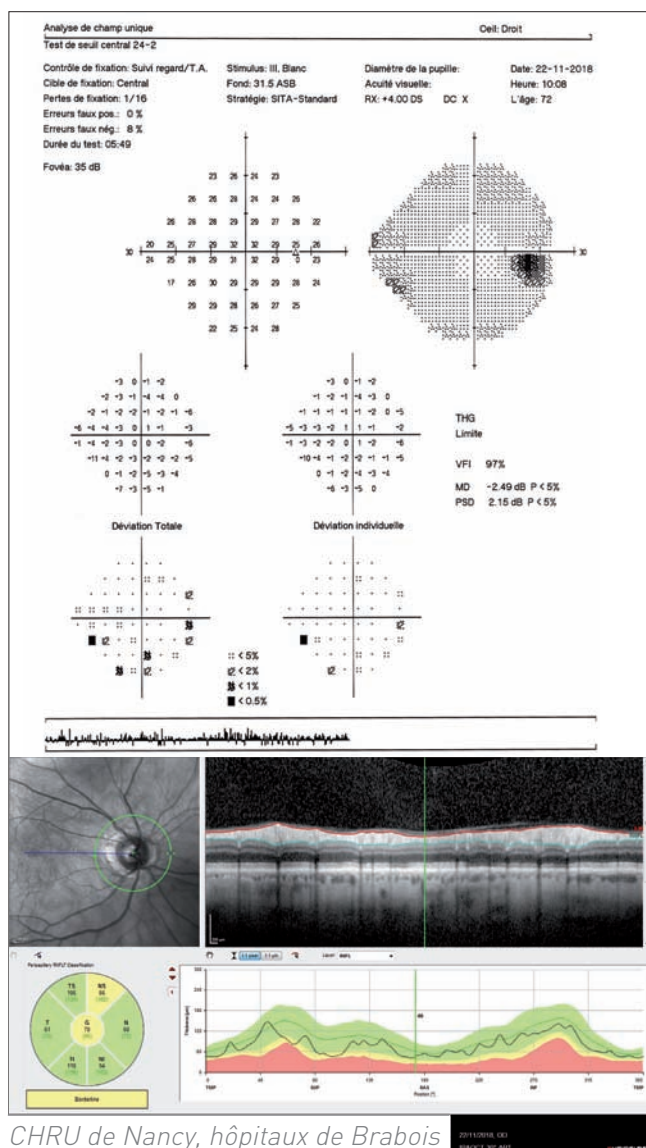
Estelle Neiter

Monsieur L., âgé de 72 ans, s'est présenté pour la première fois à la consultation d'ophtalmologie au CHRU de Nancy en mars 2018 pour un avis concernant une hypertension intraoculaire. Le patient n'avait aucun antécédent familial de glaucome ; il était suivi pour une hypertension artérielle et présentait un antécédent d'infarctus du myocarde stenté en 2014.

L'acuité visuelle (AV) était mesurée à 10/10 P2 à droite comme à gauche, l'examen biomicroscopique était sans particularités

en dehors d'une blépharite postérieure. Les tons contrôlés à l'aplanation étaient mesurés à 22 mmHg à droite et 20 mmHg à gauche à 9 h. Le rapport *cup/disc* vertical était de 0,6 à droite et 0,5 à gauche, avec une règle ISNT non respectée. La pachymétrie était de 530 µm.

Un premier champ visuel 24:2 Humphrey a été réalisé. Il retrouvait à droite un début de ressaut nasal, et à gauche des déficits non systématisés, avec de nombreuses pertes de fixation



CHRU de Nancy, hôpitaux de Brabois

Visite de novembre 2018, œil droit, œil gauche

(3/15). Le RNFL était de 84 µm à droite et 93 µm à gauche, avec un déficit prédominant en supérieur sur l'œil gauche. Devant cette atteinte glaucomateuse débutante, la mise en route d'un traitement par bimatoprost 0,1 mg/ml a été décidée.

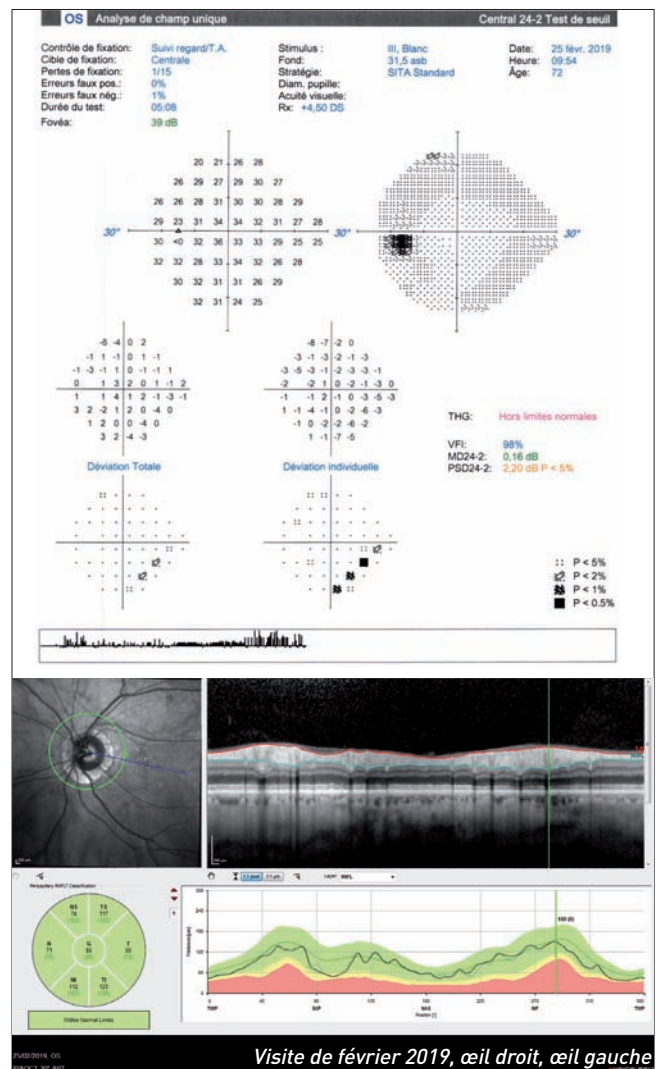
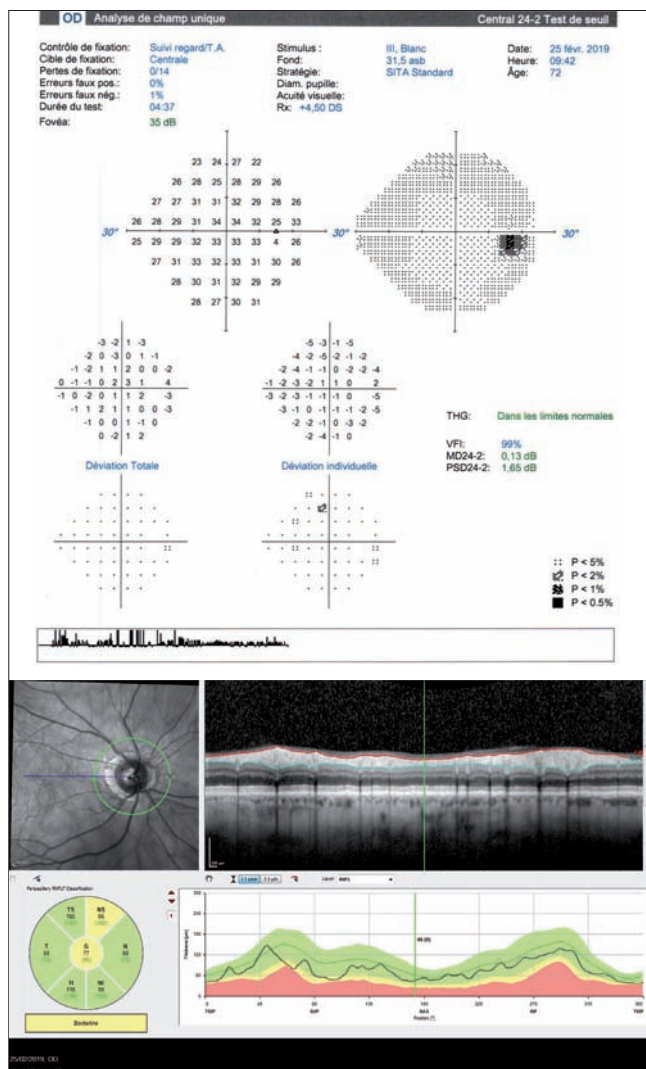
Au contrôle 1 mois après l'introduction du traitement, la pression intraoculaire (PIO) était mesurée à 17 mmHg à droite et 16 mmHg à gauche à l'aplanation à 9 h. L'observance était bonne. La tolérance était correcte selon le patient, et l'examen retrouvait quelques points de kératite ponctuée superficielle inférieure de façon bilatérale.

Le patient a été revu en novembre 2018. Il alléguait des oublis fréquents, environ 2 fois par semaine, et avouait ne pas emporter son traitement lors de ses vacances. Le jour de la consultation, la PIO était mesurée à 14 mmHg et 16 mmHg à 11 h 45. L'examen du champ visuel (CV) retrouvait à droite un ressaut nasal débutant, et à gauche un déficit arciforme supérieur débutant. L'atteinte fonctionnelle était considérée comme stable.

Pour des raisons techniques, l'OCT papillaire n'a pas pu être réalisé sur le même appareil. Il retrouvait des RNFL à 78 µm à droite et 86 µm à gauche avec une atteinte nasale supérieure, mais ne permettait pas de juger de la progression ou non de l'atteinte structurale. Le patient a été informé de la nécessité d'une observance rigoureuse.

Au contrôle à 6 mois, l'observance semblait meilleure. La PIO était mesurée à 20 mmHg à droite et 19 mmHg à gauche à 9 h. Le rapport *cup/disc* était stable à 0,6 à droite et 0,5 à gauche. Un nouveau CV a été réalisé. Normal à droite, il affichait cette fois à gauche un déficit arciforme plutôt inférieur. Les RNFL contrôlés sur le même appareil étaient stables : 77 µm à droite et 85 µm à gauche, avec stabilité des déficits supérieurs. Devant l'absence de progression sous monothérapie, il a été décidé de poursuivre le même traitement, et un contrôle a été prévu à 6 mois.

Ce cas illustre quelques-uns des éléments essentiels dans la prise en charge des patients glaucomateux.



Visite de février 2019, œil droit, œil gauche

### Efficacité d'une monothérapie par prostaglandine en première intention

Il est recommandé de débiter le traitement par une monothérapie. Les analogues des prostaglandines sont utilisés en première intention dans le traitement médical du glaucome. Ils permettent une baisse de la PIO de 30 à 35% et sont supérieurs aux bêtabloquants en terme d'efficacité. Le bimatoprost apparaît comme plus efficace en termes de réduction de PIO que le latanoprost et le travoprost, bien que l'hyperhémie conjonctivale soit plus importante chez les patients sous bimatoprost [1]. Il est à noter que dans cette méta-analyse, il s'agissait du bimatoprost 0,03%. La formulation à 0,01% serait globalement aussi efficace sur la PIO que celle à 0,03%, avec un taux d'hyperhémie moindre. Cette hyperhémie reste dans la majorité des cas minime à légère et tend à diminuer progressivement en quelques semaines. Elle est de nature non inflammatoire, étant directement en lien avec le mécanisme d'action qui entraîne une vasodilatation superficielle.

### Interprétation des examens complémentaires

Le premier CV doit être interprété avec prudence. Un nombre élevé de faux négatifs/faux positifs et de pertes de fixation doit alerter, de même qu'une durée de réalisation élevée. Le CV doit parfois être considéré comme ininterprétable du fait de ces erreurs de réalisation. Les déficits observés ne sont pas toujours reproductibles, il peut exister une grande variabilité intertests. Ces fluctuations sont influencées par l'apprentissage, la fatigue, la qualité de la coopération et la gravité des déficits. Trois tests fiables par an sont idéalement nécessaires pendant les 2 premières années de suivi afin d'identifier et d'évaluer une progression moyenne (taux de progression du MD de -2 dB/an) chez un patient présentant initialement un glaucome débutant (MD de -4 dB). La fréquence des CV ultérieurs sera adaptée en fonction du taux annuel de progression observé.

De plus, le CV doit toujours être interprété à la lumière des déficits structuraux. Le déficit arciforme inférieur apparaissant sur l'œil gauche de notre patient sur le troisième CV paraît cohérent avec le déficit en fibres retrouvé en supérieur sur cet œil.

Les chiffres obtenus sur 2 machines différentes (ici, OCT Canon HS-100 pour le premier examen, puis OCT Heidelberg) ne doivent pas être comparés.

### Importance de l'observance

Devant l'existence d'une progression, ou si la PIO cible n'est pas atteinte, l'observance doit toujours être questionnée. Seuls 50 à 60% des patients glaucomeux sont observants [2]. Les causes de l'inobservance sont multiples et doivent être recherchées. Elles peuvent être liées au patient (oubli, difficulté d'instillation, âge, motivation, comorbidités, croyance négative, ignorance des bénéfices de la prise régulière du traitement, doute sur la sévérité de la maladie), à son environnement (horaire de prise, solitude, voyage, incompatibilité avec les activités, indisponibilité du collyre), au traitement lui-même (coût, tolérance) ou même au praticien (manque de communication, d'information, relation médecin-malade). La ritualisation peut permettre de créer un automatisme dans le cadre d'une routine quotidienne. Par exemple, le patient pourra associer l'administration de son collyre au brossage de dents, à la prise de ses autres médicaments ou encore à son repas.

### Références bibliographiques

- [1] Aptel F, Cucherat M, Denis P. Efficacy and tolerability of prostaglandin analogs: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *J Glaucoma*. 2008;17(8):667-73.
- [2] Kinast RM, Mansberger SL. Glaucoma adherence-from therapy to the future. *Am J Ophthalmol*. 2018;191:13-15.