Questions flash
Glaucome

Facteurs de risque dans le glaucome primitif à angle ouvert et dans le glaucome à pression normale : quel bilan en pratique ?

E. BLUMEN OHANA, J.-P. NORDMANN
CHNO des Quinze-Vingts, PARIS.

Le terme "glaucomes" fait référence à un groupe hétérogène de pathologies dont la physiopathologie n'est qu'imparfaitement comprise, avec comme point commun une neuropathie optique chronique progressive, induisant un retentissement fonctionnel visuel en l'absence de prise en charge. Certains facteurs de risque ont été identifiés, et leur prise en charge permettrait éventuellement d'optimiser le pronostic de la neuropathie optique.

Dans le glaucome primitif à angle ouvert (GPAO), on observe une destruction progressive des cellules ganglionnaires rétiniennes par apoptose, déclenchées par différents facteurs non exclusifs que sont la pression intraoculaire (PIO), la génétique ou les facteurs vasculaires (***fig. 1***).

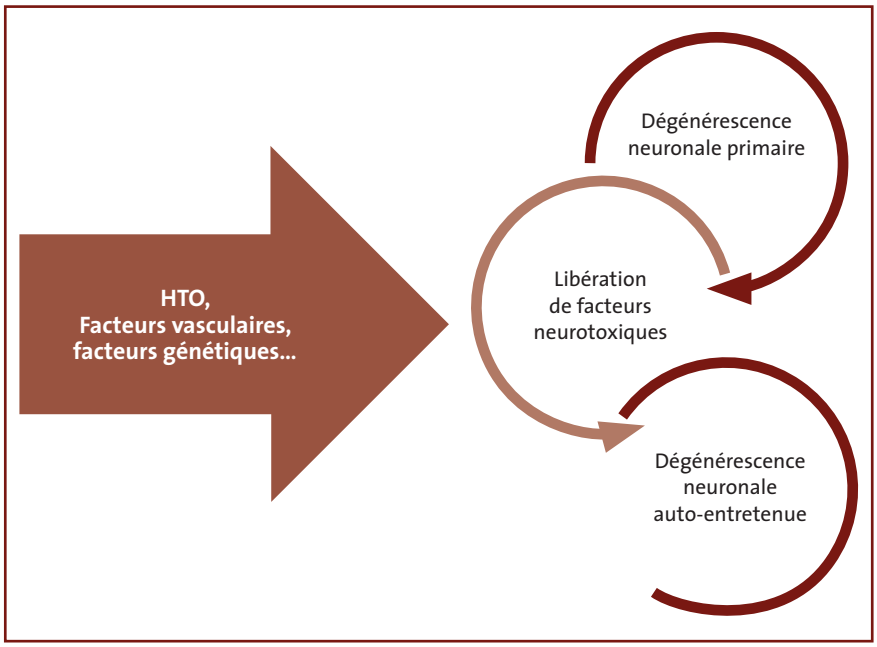

Fig. 1.

Dans le bilan des facteurs de risque, il s'agit dans un premier temps d'éliminer les causes de glaucomes secondaires telles la dispersion pigmentaire ou la pseudo-exfoliation capsulaire, ou les situations pouvant mimer un glaucome comme une cicatrice choriorétinienne.

Certains facteurs de risque (FDR) sont accessibles à l'examen clinique comme la biomécanique de la cornée, en particulier l'épaisseur cornéenne centrale (ECC) et son hystérésis, les variations nycthémérales de la PIO. La myopie est un FDR reconnu qu'il faut prendre en considération. Enfin, notre examen clinique pourra déceler une excavation asymétrique, une hémorragie du disque optique ou une hypertonie oculaire (HTO). En effet, la PIO demeure à ce jour le FDR majeur de développer un glaucome, et il faut multiplier les mesures, les réaliser idéalement en aplanation et les rapporter à l'ECC, envisager des courbes de PIO si nécessaire.

Sur le plan général, il s'agit de prendre du recul, se détacher de nos instruments d'examen et d'appréhender nos patient dans leur globalité. La liste non exhaustive des facteurs de risque comporte :
– l'âge, les antécédents familiaux de glaucome, l'origine ethnique ;
– la notion d'une corticothérapie antérieure, d'un passage en réanimation avec choc hypovolémique ;
– un terrain vasospastique avec migraines, syndrome de Raynaud… ;
– les facteurs de risque cardiovasculaires avec notamment l'hypertension artérielle, l'hypotension artérielle nocturne ou posturale… ;
– le syndrome d'apnées du sommeil de type obstructif demeure à l'heure actuelle controversé comme étant un facteur de risque de glaucome, mais son dépistage peut tout de même être envisagé dans le doute, devant des signes évocateurs tels que la notion de ronflement nocturne associé à une somnolence diurne… La prise en charge de ce facteur de risque cardiovasculaire améliore la qualité de vie de nos patients, et pourrait prévenir la morbidité et la mortalité liées à ce syndrome ;
– l'exposition aux pesticides, l'utilisation d'instruments de musique à vent peuvent aussi être recherchées.

La physiopathologie du GPAO et GPN (Glaucome à pression normale) est encore imparfaitement élucidée. Il est vraisemblable que la PIO ne soit pas l'unique facteur de dégradation de la tête du nerf optique (TNO). La prédisposition génétique, les facteurs de risque vasculaires ou immunitaires, certains facteurs de risque anatomiques tels qu'une moindre résistance de la lame criblée ou un gradient de pression

translaminaire modifié peuvent participer au processus de dégradation pathologique.

Optimiser autant que faire se peut ces facteurs non pressionnels est intéressant, mais reste à être démontré, que ce soit pour les facteurs vasculaires, le syndrome d'apnées du sommeil obstructif (SASO)… Néanmoins, ce bilan ne nous dispense aucunement de la prise en charge pressionnelle qui reste notre cible thérapeutique essentielle.

En résumé, pour faire le bilan des facteurs de risque de glaucome en pratique, nous vous proposons ce schéma synthétique (***fig. 2***) :

Suspicion clinique et examen minutieux : antécédents, interrogatoire, pachymétrie cornéenne, gonioscopie, PIO, FO.

Évoquer et rechercher les diagnostics différentiels :
- ophtalmologiques, glaucomes secondaires, situations mimant un glaucome, neuropathie optiques, autres…
- extra-ophtalmologiques tels que AVC, compressions intracrâniennes… avec imagerie neuroradiologique au moindre doute.

Explorations à visée cardiovasculaires :
- interrogatoire : antécédents, traitements médicamenteux, syndrome de Raynaud, etc. Holter tensionnel avec recherche d'HTA et de DIPS, recherche d'un SASO, si terrain évocateur, Berlin +, ronflements ;
- se mettre en rapport avec le médecin traitant ou le cardiologue.

Fig. 2.

Pour en savoir plus

- Casson RJ *et al*. Definition of glaucoma: clinical and experimental concepts. *Clin Experiment Ophthalmol*, 2012;40:341-349.
- Weinreb RN *et al*. The pathophysiology and treatment of glaucoma: a review. *JAMA*, 2014;311:1901-1911.
- Kass MA *et al*. The Ocular Hypertension Treatment Study: a randomized trial determines that topical ocular hypotensive medication delays or prevents the onset of primary openangle glaucoma. *Arch Ophthalmol*, 2002;120:701-713.
- Stein JD *et al*. Differences in rates of glaucoma among Asian Americans and other racial groups, and among various Asian ethnic groups. *Ophthalmology*, 2011;118:1031-1037.
- Iwase A *et al*. The prevalence of POAG in Japenese. The Tajimi Study. *Ophthalmology*, 2004;111:1641-1648.
- Zhao D *et al*. The association of blood pressure and primary open-angle glaucoma: a meta-analysis. *Am J Ophthalmol*, 2014;158:615-627.
- Bae HW *et al*. Systemic hypertension as a risk factor for open-angle glaucoma: a meta-analysis of population-based studies. *PLoS ONE*, 2014;9:e108226.
- Liu S *et al*. Meta-Analysis of Association of Obstructive Sleep Apnea With Glaucoma. *J Glaucoma*, 2016;25:1-7.
- Renard JP. High blood pressure-low ocular pressure: the parallels. Vascular risk factors in glaucoma. *J Fr Ophtalmol*, 2007;30:3S18-21.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.