

# Bilan en pratique

## Le glaucome à pression normale

F. Valtot

Institut du glaucome, Fondation Hôpital Saint-Joseph, 185, rue Raymond Losserand, F-75014 Paris.

### Practical assessment. Clinical evaluation of normal-tension glaucoma

F. Valtot

*J. Fr. Ophthalmol., 2005; 28, Hors série 2, 2S25-2S30*

Normal-tension glaucoma is a form of primary open-angle glaucoma where the intraocular pressure remains within the normal range. The progression of the disease is usually very slow. The main challenge is to establish the correct diagnosis, with a double risk : the patient might have undetected (and untreated) high intraocular pressure or, the patient might have a nonglaucomatous (possibly treatable) disease looking as a glaucomatous optic neuropathy. The clinical evaluation of the patient suspected of a normal-tension glaucoma must answer two questions : 1) is the intraocular pressure normal ?, 2) is it a glaucomatous optic neuropathy or another type of optic neuropathy ?

**Key-words:** Normal-tension glaucoma, intraocular pressure, corneal pachymetry, nycthemeral tension curve, anterior ischemic optic neuropathy, optic disc cupping.

### Bilan en pratique. Le glaucome à pression normale

Le glaucome à pression normale est une forme de glaucome primitif à angle ouvert au cours de laquelle la pression oculaire reste dans des limites statistiquement normales. L'évolution est généralement très lente. La principale difficulté est d'affirmer le diagnostic en évitant deux risques potentiels : 1) ne pas ignorer une éventuelle hypertonie oculaire qui, par conséquent, ne sera pas traitée, 2) attribuer à un glaucome une autre cause, sûrement curable, de neuropathie optique. Le bilan clinique doit donc répondre à deux questions : 1) la tension est elle bien normale ?, 2) s'agit-il d'une neuropathie glaucomateuse ou d'une autre atteinte du nerf optique ?

**Mots-clés :** Glaucome à tension normale, tension oculaire, pachymétrie cornéenne, courbe de tension nycthémerale, névrite optique ischémique antérieure, excavation papillaire.

### INTRODUCTION

Le bilan clinique d'un patient suspecté d'être atteint d'un glaucome à pression normale (GPN), diffère peu de celui qu'il est classique de pratiquer en cas de glaucome primitif à angle ouvert (GPAO). Le problème majeur consiste en fait à établir le diagnostic de GPN.

On se trouve en effet confronté à deux difficultés tout à fait spécifiques :

- La première difficulté est l'absence d'hypertonie qui, au cours d'un banal examen ophtalmologique, attire facilement l'attention du clinicien et déclenche immédiatement le réflexe de pratiquer une gonioscopie, un examen approfondi des papilles et une étude du champ visuel pour confirmer le diagnostic de glaucome. Il existe donc un risque, si l'atteinte de la papille n'est pas détectée au cours d'un fond d'œil de routine, de ne pas établir le diagnostic, et dans ce cas, la maladie, non traitée, va poursuivre son évolution pendant des années, généralement jusqu'à ce que la baisse d'acuité d'un côté, ne soit perçue par le malade lui-même.

- La deuxième difficulté est, devant une altération papillaire patente ou une atteinte du champ visuel, de poser indûment un diagnostic de GPN, en méconnaissant une autre cause responsable de la neuropathie. Cette erreur peut être tragique, car en l'absence de

traitement correct, non seulement elle compromet le pronostic visuel, mais elle peut, heureusement plus rarement, mettre en jeu le pronostic vital.

## DÉFINITION

Le glaucome à pression normale est une forme clinique du glaucome primitif à angle ouvert. Sa particularité est d'évoluer sans que la pression oculaire n'excède les limites statistiquement normales (généralement 10 à 20 mmHg).

## LE DIAGNOSTIC

Comme dans le GPAO, les patients atteints de GPN ne se plaignent qu'à un stade très évolué de la maladie. Ils ont le temps de s'adapter à leur handicap, l'affection étant plus lentement évolutive. Seuls, 10 % des cas évoluent en un an [1] et 30 % des champs visuels sont stables pendant 5 ans [2]. Des troubles visuels ou une baisse d'acuité brutale doivent donc faire rechercher d'autres causes.

### L'interrogatoire

- Il va permettre de savoir si le patient a reçu des corticoïdes locaux ou généraux ayant pu induire des périodes d'hypertonie oculaire réversible. Il va également permettre de recenser les facteurs de risque :

- Il n'est pas rare de retrouver des antécédents familiaux, soit de GPAO, soit de GPN [3], chez les sujets suspects de GPN. Actuellement, dans le GPN, il a été possible d'identifier des mutations du gène MYOC [4], ou plus fréquemment, des mutations du gène de l'optineurine [5]. Il faut donc conseiller au patient de prévenir sa famille du risque potentiel et de les encourager à subir un examen de dépistage.

- Il faut s'enquérir auprès du patient de ses antécédents médicaux et chirurgicaux. On connaît par exemple le rôle délétère d'un choc hémorragique avec forte hypotension artérielle sur le nerf optique, mimant une neuropathie glaucomateuse, sans toutefois avoir de caractère évolutif [6].

- Les antécédents cardiovasculaires sont particulièrement intéressants : infarctus myocardique, athérosclérose, diabète et hypertension artérielle (même traitée). Il faut dans ce cas, se faire communiquer par le patient la liste complète de ses traitements. En effet, un traitement par bêta-bloquant peut minorer le chiffre de la pression oculaire. De plus, un traitement anti-hypertenseur agressif ou des inhibiteurs calciques, peuvent engendrer des chutes tensionnelles (« dips ») nocturnes impressionnantes, responsa-

bles d'aggravation du champ visuel par l'hypoperfusion du nerf optique qu'elles engendrent [7]. Il faut dans tous les cas de GPN, demander au cardiologue la pose d'un holter tensionnel sur 24 heures. En cas de « dips », une correction du traitement sera nécessaire, jusqu'au rétablissement du profil normal de la courbe tensionnelle. Mais c'est surtout l'hypotension artérielle, systolique ou diastolique, responsable d'hypoperfusions répétitives qui est dangereuse [8], car elle est souvent méconnue jusqu'à la pose du holter tensionnel, et elle sera de toute façon très difficile à corriger.

- Le terrain vasospastique doit être recherché. Il se traduit, en pratique, par des mains et des pieds « froids », souvent signalés par le conjoint. Ce sont plus fréquemment des femmes, souvent ménopausées, ayant des crises de migraine, qui en sont victimes [9]. Le vasospasme qui est vraisemblablement lié à une sécrétion excessive d'endothéline [10], pourrait également exercer ses effets au niveau des vaisseaux de la tête du nerf optique.

- Récemment, un lien a été établi entre le GPN et le syndrome d'apnée du sommeil [11] et l'association de ces deux affections semble fréquente, surtout chez les sujets de plus de 60 ans. Il est donc justifié en cas de GPN évolutif de demander un enregistrement polysomnographique du sommeil, et de débiter un traitement spécifique si l'enregistrement confirme l'existence de ce syndrome.

- Enfin, il faut penser à l'hyperviscosité sanguine et à toutes les atteintes endothéliales qui affectent la microcirculation (la principale étant le diabète), ainsi qu'à toutes les maladies de système.

### L'examen ophtalmologique

C'est l'élément le plus important du diagnostic.

#### L'acuité visuelle

Dans le GPN, comme dans le GPAO, l'acuité visuelle demeure normale jusqu'au stade terminal de la maladie. C'est pourquoi, une baisse visuelle, en l'absence de cataracte ou d'atteinte maculaire, élimine le diagnostic de GPN et doit faire rechercher une cause vasculaire ou neurologique.

#### La myopie

La myopie forte représente un facteur de risque.

#### La tension oculaire

Elle est classiquement dans « des limites statistiquement normales », c'est-à-dire inférieure ou égale à 21 mmHg. Elle peut même être parfois très basse lors de l'examen.

- Sa variabilité : Une tension dans les limites de la normale lors d'un examen, ne signifie pas qu'il en soit de même en permanence. Il est en effet notoire

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9345555>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9345555>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)