

I JIFRO – Actualités dans le glaucome



E. BLUMEN-OHANA
CHNO des 15-20, PARIS.

Glaucome agonique : puis-je encore opérer ? Sinon que faire ?

Cet adjectif du grec *agônia*, lutte, caractérise un état précédant la mort, où l'organisme concerné paraît lutter pour se maintenir en vie. Associé au nom "glaucome", il caractérise un état avancé de la neuropathie optique glaucomateuse arrivée à son stade terminal, avec une atteinte majeure du champ visuel [1], et des ressources thérapeutiques limitées parfois jugées dangereuses.

Ainsi, la chirurgie filtrante n'est pas l'option thérapeutique univoque ou indiscutable dans ce contexte : la raison en est la crainte pour le chirurgien d'être celui "qui éteint la lumière", la chirurgie filtrante, même parfaitement réalisée, risquant de ne pas être bien tolérée par cet œil fragilisé par le processus pathologique arrivé à son terme. Une étude parue [2], il y a maintenant une dizaine d'années, faisait état de 6 % de perte du point de fixation sur des glaucomes avancés bénéficiant d'une trabéculéctomie dont on connaît les risques de complications postopératoires, à une époque où la technique chirurgicale n'était pas aussi aboutie et raisonnée qu'actuellement.

Se baser sur cette étude pour écarter systématiquement l'indication chirurgicale dans ce contexte de glaucome avancé, ne semble pas être justifié ou raisonnable [3-5] ; l'indication chirurgicale n'est certes pas facile à poser et ne doit jamais l'être sans avoir envisagé les tenants et aboutissants d'une telle décision, et sans avoir vérifié la bonne compréhension des enjeux par le patient concerné. Il y aura certes des circonstances cliniques où il sera préférable de renoncer car les risques

chirurgicaux sont majeurs, la notion de plusieurs échecs chirurgicaux antérieurs, la chirurgie perforante imposée par le caractère synéchié de l'angle iridocornéen, l'âge très avancé du patient, le traitement médical efficace bien toléré et bien pris, les attentes inadaptées d'un patient non conscient de son état ou ne comprenant pas les enjeux.

Il est néanmoins des circonstances, où notre devoir de soignant nous impose le choix de la chirurgie, faute de quoi la perte fonctionnelle de l'œil ne fait aucun doute : c'est le cas de glaucomes totalement déséquilibrés, avec une forte hypertonie persistant malgré un traitement médical maximal, chez un patient jeune dont l'espérance de vie est longue, patient éventuellement candidat à une chirurgie de la cataracte qui présente par ailleurs un glaucome avancé avec une pression intraoculaire très élevée... On optera, si l'angle iridocornéen l'autorise, pour une chirurgie non perforante susceptible de limiter la survenue de complications graves.

On ne pourra évidemment rien promettre au patient en termes de gain fonctionnel, et il est recommandé de recueillir son consentement éclairé, vérifiant, là encore, que la situation et les limites de l'action chirurgicale sont bien comprises. Entre ces deux extrêmes, renoncement en espérant que le processus de dégradation sera peu évolutif, et indication chirurgicale, nous disposons à l'heure actuelle de **différents moyens thérapeutiques non exclusifs qui méritent d'être envisagés** :

>>> Tout d'abord, l'éducation et l'accompagnement du patient concerné [6-7] : cela va des explications bienveillantes concernant la pathologie, les moyens thérapeutiques disponibles qui ont pour cible le facteur de risque à savoir la pression intraoculaire et non la neuropathie elle-même, les moyens d'optimiser l'observance médicamenteuse, la prise en compte de la surface oculaire, l'importance du suivi, la prise en charge associée des facteurs de risque cardiovasculaires, les mesures adjuvantes possibles mais qui n'ont pas démontré scientifiquement leur utilité telles que l'arrêt du tabac, l'importance d'avoir une alimentation équilibrée et une activité physique quotidienne, la prise de compléments alimentaires à visée neuroprotectrice... à l'empathie quand les difficultés fonctionnelles s'établissent, se montrer compatissant et éviter d'aggraver le traumatisme psychologique par des paroles maladroites, font partie intégrante de la prise en charge du patient présentant un glaucome au stade terminal.

>>> La trabéculoplastie sélective peut avoir un intérêt dans ce contexte, souvent en plus du traitement médical, ou pour remplacer une molécule mal tolérée. Ce traitement laser ne s'adresse qu'aux glaucomes à angle ouvert, la notion d'efficacité de ce traitement laser, son caractère non pérenne dans le temps ainsi que l'existence de patients non répondeurs devront faire partie des explications délivrées au patient candidat.

>>> Les cyclo-affaiblissements au laser diode, au laser pulsé, aux ultrasons ultra-focalisés **représentent également une**

option thérapeutique possible avec des risques spécifiques mais classiquement jugés moins importants que ceux d'une chirurgie filtrante dans ce contexte de glaucome avancé. Ces traitements *ab externo* font d'autant plus de sens que le patient concerné a déjà bénéficié d'une voire de plusieurs chirurgies filtrantes préalables. Leur efficacité est démontrée en termes de baisse pressionnelle, et ces traitements peuvent être proposés aux glaucomes par fermeture de l'angle.

>>> Un mot concernant la **prise d'acétazolamide** (Diamox) au long cours n'est classiquement pas recommandée dans la prise en charge du glaucome. Néanmoins, ce médicament **peut permettre de gagner quelques points de pression intraoculaire**, points précieux dans ce contexte de glaucome agonique; ce médicament est encore prescrit à l'heure actuelle sous forme chronique pour cette raison, avec une tolérance variable, une supplémentation potassique et une surveillance nécessaires au long cours également.

La prise en charge d'un glaucome agonique ne peut se résumer en quelques lignes, les décisions thérapeutiques devront être réfléchies, pondérées de réserves et individualisées en fonction

du cas clinique. Une éventuelle indication opératoire dépendra de différents facteurs et la décision reposera sur différents arguments, en ayant envisagé la balance bénéfices/risques d'une part, et l'adhésion complète du patient au projet thérapeutique n'excluant pas les complications redoutées.

La prise en charge d'un glaucome agonique, par la complexité qu'elle représente, me fait penser à Paul Valéry qui décrivait "*une science des choses simples et un art des choses compliquées*". Il est donc difficile de proposer un algorithme de prise en charge unique mais plus des éléments de réflexion qui permettront d'individualiser et optimiser ainsi la prise en charge des glaucomes agoniques.

BIBLIOGRAPHIE

1. HODAPP E, PARRISH RK, ANDERSON DR. Clinical decisions in glaucoma. St Louis: The CV Mosby Co; 1993:52-61.
2. LAW SK, NGUYEN AM, COLEMAN AL *et al.* Severe loss of central vision in patients with advanced glaucoma undergoing trabeculectomy. *Arch Ophthalmol*, 2007;125:1044-1050
3. AGGARWAL SP, HENDELES S. Risk of sudden visual loss following trabeculectomy

in advanced primary open-angle glaucoma. *Br J Ophthalmol*, 1986;70:97-99.

4. TOPOUZIS F, TRANOS P, KOSKOSAS A *et al.* Risk of sudden visual loss following filtration surgery in end-stage glaucoma. *Am J Ophthalmol*, 2005;140:661-666.
5. CHOCKALINGAM M. Visual outcome and risk of sudden visual loss following trabeculectomy in end-stage glaucoma. *Kerala Journal of Ophthalmology*, 2010;22:346-349.
6. American Academy Ophthalmology. Primary Open Angle Glaucoma - Preferred Practise Patterns. Elsevier Inc, 2015.
7. European Glaucoma Society. Terminology and Guidelines for Glaucoma. 4th ed. Italy: Publicomm, 2014.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.