

GPAO Glaucome primitif à angle ouvert

anciennement glaucome chronique
neuropathie optique progressive
maladie sans symptômes
40A +
2ème cause de cécité après DMLA / 1ère cause irréversible

FDR

- âge
- hypertension oculaire (FDR mais pas la cause !)
- ATCD familiaux (x3 le risque)
- ethnicité : patients mélanodermes (x3 aussi)
- myopie (x3)

Physiopathologie

perte de fibres optiques (= paquets d'axones de cellules ganglionnaires)
neurodégénérative accélérée par rapport au vieillissement normal
impliquerait : stress oxydatif, acides amino-excitateurs, immunité

Formes cliniques et diagnostic

GPAO à PIO élevée

70% GPAO occidentaux
PIO > 21mmHg sans traitement
anomalie de la papille optique
cup/disc ratio >0,2 fait suspecter glaucome
OCT : diag +, suivi...
examen clé = champ visuel PSA Periétrie Statique Automatisée

GPAO à PIO normale

70% GPAO asiatiques
+ souvent les femmes
PIO ≤ 21mmHg sans traitement
même chose avec PIO normale
FDR : migraines, acrosyndromes

Circonstances de découverte

- fortuite
 - demandé par patient à ATCD familiaux
 - complications = BAV progressive (GPAO très avancé, irréversible)
- BAV rapide (occlusion veineuse rétinienne car GPAO est un FDR)

Dépistage

- PAS systématique (maladie rare, dépistage peu sensible)
- ATCD familiaux
 - myopes
 - + de 40 ans

Diagnostics différentiels

Hypertonie oculaire

- PIO > 21 mmHg
 - angle ouvert
 - PAS de neuropathie optique
- 10x plus fréquente
surveillance mais pas de traitement
FDR du GPAO

Glaucome à angle ouvert secondaire

Glaucome par fermeture de l'angle

- Crise aiguë de fermeture de l'angle
- BAV
 - douleurs oculaires
 - URGENCE : éviter l'atteinte du nerf optique et donc le glaucome

Neuropathies optiques non glaucomateuses

Traitement

- correction du seul facteur de risque = PIO
stoppe la progression pour les 2 types de GPAO
- traitement médical d'abord
 - chir dans les cas les + avancés / échec des médicaments / patient jeune

Surveillance

- PIO
- tête du nerf optique
- champ visuel (tous les 6 à 12 mois)

Traitement médical

- à vie
surtout fonction des contre indications / effets indésirables
1ère intention = collyres prostaglandines + collyres bétabloquants
2 types :
- *diminution humeur aqueuse* : BB, ago alpha-2-adré, inhibiteurs anhydrase carbonique
 - *élimination humeur aqueuse* : adrénaline et composés, myotiques
- parasympathomimétiques, prostaglandines
possible association mais max = trithérapie

Trabéculoplastie au laser

photocoagulation pour ouvrir l'angle => meilleur écoulement de l'humeur aqueuse
non durable

Chir = trabéculéctomie

alternative = sclérectomie profonde non perforante

