

Le glaucome

Guide patient — dépister et stabiliser la maladie « silencieuse » du nerf optique

■ QU'EST-CE QUE LE GLAUCOME

Le glaucome est un groupe de maladies qui endommagent le **nerf optique**, le câble qui transmet les images de l'œil au cerveau. Il est le plus souvent associé à une **pression intraoculaire trop élevée** : le liquide qui nourrit l'œil (l'humeur aqueuse) s'évacue mal, la pression monte et comprime peu à peu les fibres du nerf. Sans traitement, la perte de vision est **définitive**. C'est une maladie longtemps silencieuse : elle ne fait pas mal et ne se voit pas au début — d'où l'importance capitale du dépistage.

■ LES FACTEURS DE RISQUE

Âge (surtout après 40-50 ans), **antécédents familiaux** de glaucome, forte myopie ou forte hypermétropie, pression oculaire élevée, cornée fine, origine africaine ou antillaise, diabète, utilisation prolongée de corticoïdes, apnées du sommeil. En présence de l'un de ces facteurs, un dépistage régulier est recommandé.

■ LES PRINCIPAUX TYPES

● Glaucome à angle ouvert

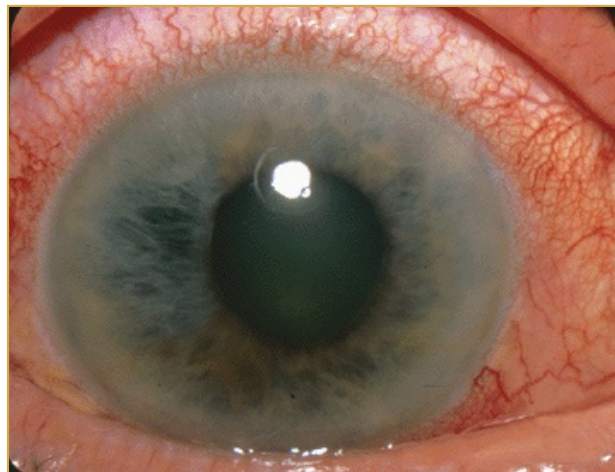
Le plus fréquent. Évolue lentement, sans aucun symptôme au début. La vision périphérique se réduit progressivement (vision « en tunnel » aux stades avancés).

● Glaucome à angle fermé (aigu)

Plus rare mais grave : la crise associe douleur oculaire sévère, œil rouge, vision floue avec halos, maux de tête, nausées et vomissements. C'est une **urgence**.

● Glaucome congénital ou secondaires

Plus rares (d'origine cortisonique, post-traumatique, etc.).



Crise de glaucome aigu par fermeture de l'angle : œil rouge et pupille en semi-mydriase. C'est une urgence — à distinguer du glaucome chronique, indolore.

■ LE DIAGNOSTIC ET LE SUIVI

Aucun examen isolé ne suffit : le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments.

- **Pression intraoculaire**

Mesurée au tonomètre (à air ou par aplanation). Son interprétation dépend de l'épaisseur de la cornée. Attention : il existe des glaucomes à pression « normale ».

- **Examen du nerf optique**

À la recherche de signes d'altération (excavation).

- **Champ visuel (périmétrie)**

Détecte et suit les pertes de vision périphérique.

- **Gonioscopie**

Examine l'angle de drainage pour classer le glaucome (ouvert ou fermé).

- **OCT des fibres nerveuses**

Imagerie très fine des couches de la rétine et du nerf : c'est l'examen qui permet une **détection précoce**, avant même le retentissement sur le champ visuel. À l'IPO, l'analyse est couplée à un outil d'intelligence artificielle (Glaucoma Workplace) qui suit dans le temps la moindre évolution et trace des courbes de tendance.

■ **LES TRAITEMENTS**

L'objectif est de **baisser la pression** pour stopper l'évolution. La prise en charge moderne privilégie les solutions les moins invasives possibles.

- **Collyres**

Réduisent la pression en améliorant le drainage ou en diminuant la production de liquide. Suffisent la plupart du temps. On privilégie les collyres **sans conservateur**, mieux tolérés. À instiller tous les jours, à vie, sans interruption : c'est la clé de la stabilité.

- **Laser SLT**

Un laser YAG qui traite le trabéculum sur 360° pour améliorer le drainage. Non invasif, sans lésion thermique, efficace 2 à 3 ans voire plus, et renouvelable. Depuis 2020, il est même proposé en **première intention** par la Société Européenne du Glaucome. Nos médecins le pratiquent depuis de nombreuses années.

- **Micro-stent (chirurgie mini-invasive)**

Un micro-implant de pontage trabéculaire, posé lors de la chirurgie de la cataracte, permet souvent de réduire voire d'arrêter les collyres. Nous recommandons de le proposer systématiquement aux patients glaucomateux qui doivent être opérés de la cataracte.

- **Chirurgie classique**

Quand la maladie est plus avancée : sclérectomie profonde non perforante (angle ouvert) ou trabéculéctomie (angle fermé), pour créer une nouvelle voie de drainage. Nos chirurgiens ont une grande expérience de ces techniques.

■ **L'ADHÉSION AU TRAITEMENT : ESSENTIELLE**

Parce que le glaucome est longtemps asymptomatique, il est tentant de relâcher le traitement quand « on voit bien ». C'est le principal piège : la régularité des collyres et des contrôles (1 à 2 fois par an selon les cas) est ce qui garantit la stabilité de la maladie.

Points essentiels

- ! Le glaucome ne se guérit pas, mais il se STABILISE : le traitement empêche l'aggravation, il ne restaure pas la vision déjà perdue — d'où l'importance de le prendre tôt.
 - ! Ne jamais arrêter ni espacer ses collyres sans avis médical.
 - ! Un dépistage est recommandé dès 40 ans, plus tôt en cas d'antécédents familiaux.
- Une crise aiguë (œil rouge et douloureux, vision floue, maux de tête, nausées) est une urgence :
! consultez immédiatement.