

# Glaucome post-uvéite

**RÉSUMÉ :** L'hypertonie et le glaucome sont des complications fréquentes des uvéites qu'il est important de rechercher et de surveiller au cours du suivi des patients atteints d'inflammation oculaire. Leur mécanisme peut être multiple et doit être analysé chez chaque patient afin d'adapter au mieux leur prise en charge. Le traitement médical n'est pas toujours aisé et doit tenir compte de l'importance de l'inflammation qui doit être traitée en parallèle. Le traitement chirurgical des glaucomes secondaires aux uvéites a un taux de réussite inférieur à celui du glaucome chronique à angle ouvert (GCAO).



→ **E. CHAMPION, B. BODAGHI**  
Service d'Ophthalmologie,  
CHU Pitié-Salpêtrière,  
DHU Vision et Handicaps, PARIS.

**L**e glaucome est une complication relativement fréquente des uvéites (jusqu'à 10 % des patients) [1]. Les mécanismes de l'hypertonie et du glaucome sont nombreux et doivent être bien analysés afin d'adapter au mieux les thérapeutiques.

## **Mécanismes multiples de l'HTIO lors d'uvéite** [2]

On distingue des mécanismes non inflammatoires et des mécanismes inflammatoires.

### **1. Des mécanismes non inflammatoires**

- L'hypertonie intraoculaire (HTIO) préexistante ;
- HTIO cortisonique : collyres dexaméthasone, injection de triamcinolone, dexaméthasone injectable, prednisone orale.

### **2. Des mécanismes inflammatoires**

- Glaucome à angle ouvert : œdème trabéculaire, trabéculite, obstruction du trabeculum par des cellules inflammatoires ou de la fibrine, rupture de la barrière hémato-oculaire, hypersécrétion de l'humeur aqueuse ;
- Glaucome chronique à angle fermé : par séclusion pupillaire responsable

- d'un blocage pupillaire ou par synéchies antérieures ;
- Glaucome néovasculaire.

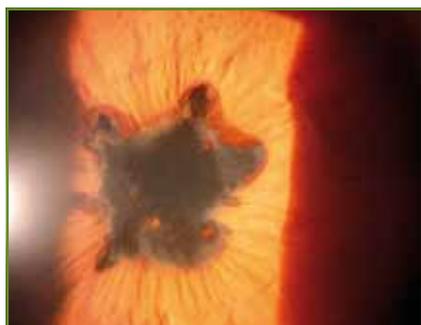
## **Facteurs de risque** [3]

Les facteurs de risque d'hypertonie lors des uvéites sont connus :

- une HTIO préexistante ;
- la localisation antérieure de l'uvéite ;
- l'âge avancé du patient ;
- la chronicité et la sévérité de l'inflammation ;
- le glaucome cortisonique surajouté ;
- une infection virale.

## **Analyse clinique de l'hypertonie**

La mesure de la tension intraoculaire sera systématiquement corrigée en fonction de l'épaisseur cornéenne mesurée par la pachymétrie. L'analyse de l'iris est importante pour rechercher une rubéose, des synéchies irido-cristalliniennes antérieures (**fig. 1**), une atrophie diffuse en faveur d'une cyclite de Fuchs ou sectorielle en faveur d'une infection virale. La gonioscopie permet également d'analyser l'ouverture de l'angle irido-cornéen, de rechercher des synéchies antérieures et des néovaisseaux. Enfin, le reste de l'examen à la lampe à fente (LAF) per-



**FIG. 1 :** Synéchies irido-cristalliniennes au cours d'une arthrite juvénile.



**FIG. 2 :** Atrophie irienne sectorielle au cours d'une uvéite antérieure herpétique.



**FIG. 4 :** Uvéite de type Posner-Schlossman avec quelques PRC ronds centraux blancs.

mettra de préciser le type d'uvéite et l'importance de l'inflammation.

### Étiologies des uvéites hypertensives

>>> **Uvéites antérieures:** viroses (HSV, VZV, CMV, rubéole) avec des entités comme le syndrome de Posner-Schlossman, Fuchs, tuberculose, syphilis, sarcoïdose, arthrite juvénile idiopathique.

>>> **Uvéites intermédiaires:** maladie de Lyme, tuberculose, syphilis, toxocarose, sarcoïdose, sclérose en plaques (SEP).

>>> **Uvéites postérieures:** toxoplasmose surtout périphérique, tuberculose, nécrose rétinienne aiguë, syphilis, sarcoïdose, ophtalmie sympathique, Vogt-Koyanagi-Harada.

### Présentation des uvéites hypertensives les plus classiques

>>> **Infections virales herpétiques:** uvéite antérieure (ou ARN) granulomateuse unilatérale accompagnée d'atteinte cornéenne (œdème, plis descemétiques) et d'atrophie irienne sectorielle (*fig. 2 et 3*).

>>> **Syndrome de Fuchs:** uvéite antérieure chronique unilatérale ou bilatérale (moins souvent), avec PRC stellaires, tyndall modéré, hyalite, hétérochromie



**FIG. 3 :** Uvéite antérieure granulomateuse herpétique.

irienne et atrophie irienne diffuse, compliquée de glaucome chronique ou poussée d'hypertonies aiguës sévères. L'atteinte est souvent secondaire à une infection par le virus de la rubéole [4].

>>> **Syndrome de Posner-Schlossman:** uvéite antérieure récidivante unilatérale, avec forte hypertonie, tyndall minime, rares PRC centraux ronds. Une PCA (*Patient Controlled Analgesia*) permettrait de retrouver la présence de cytomégalovirus (CMV) chez près de 50 % des patients (*fig. 4*) [5].

>>> **Tuberculose:** uvéite granulomateuse bilatérale antérieure, postérieure ou totale.

>>> **Syphilis:** uvéite antérieure, intermédiaire ou postérieure peu spécifique.

>>> **Sarcoïdose:** uvéite granulomateuse bilatérale antérieure, postérieure ou totale.

### Traitements médicaux du glaucome

>>> **Les hypotonisants:** inhibiteurs de l'anhydrase carbonique (IAC), bêta-bloquants, alpha-2-adrénergiques peuvent être utilisés en première intention et en association. Les analogues de prostaglandines seront plutôt utilisés en deuxième intention, en dehors de toute infection virale herpétique.

>>> **Les myotiques** ne seront pas utilisés car ils peuvent être responsables de synéchies irido-cristalliniennes.

>>> **Les mydriatiques** sont largement utilisés, notamment pour éviter la survenue de synéchies irido-cristalliniennes.

>>> **La corticothérapie topique** est utilisée pour traiter l'inflammation: la tension intraoculaire (TIO) sera bien monitorée avant et après le début du traitement afin de dépister une hypertonie cortisonée.

>>> **Le traitement spécifique:** antiviral (herpès ou CMV), antitoxoplasmique, antibiotique sont indispensables au succès de la prise en charge.

>>> En cas d'angle étroit, fermé, ou avec séclusion pupillaire, **une iridotomie au laser Yag ou iridectomie chirurgicale** sera réalisée.

>>> **On ne réalise pas de trabéculoplastie** dans un contexte inflammatoire.

# REVUES GÉNÉRALES

## Uvéites

### Traitements chirurgicaux

Les deux techniques de chirurgie filtrante sont utilisées : trabéculéctomie ou sclérectomie profonde non perforante (SPNP), selon l'ouverture de l'angle iridocornéen. Il est primordial avant toute chirurgie filtrante d'obtenir le meilleur contrôle de l'inflammation oculaire. La trabéculéctomie a une bonne efficacité (71 %), même si elle est moindre que pour un GCAO (90 %) [6].

Cependant, la SPNP semble tout aussi efficace ; elle entraîne moins d'inflammation postopératoire (mesurée au tyn-dallomètre laser) que la trabéculéctomie [7, 8]. Pour augmenter l'efficacité de la chirurgie filtrante, on utilisera systématiquement les antimétabolites en peropératoire. Un drain par implant intrascléral peut également être utilisé. Au total, le choix de la technique est à discuter au cas par cas, selon l'aspect de l'angle irido-cornéen en préopératoire.

En cas de résistance aux chirurgies filtrantes, on peut discuter la pose d'un drain de type Molteno, Ahmed ou Baerveldt. Le laser diode sera réservé aux échecs d'une ou plusieurs chirurgies

filtrantes, mais il induit une inflammation parfois importante qu'il faudra surveiller et traiter efficacement.

### Bibliographie

1. HERBERT HM *et al.* Risk factors for elevated intraocular pressure in uveitis. *J Glaucoma*, 2004,13:96-99.

2. LE HOANG P. Place de la chirurgie du glaucome au cours des uvéites. Uvéite, Elsevier Masson.

3. LACHKAR Y, BRASNU E, ORIGNAC I. Glaucome, hypertension et uvéites. Uvéites. Rapport SFO, 2010.

4. RUOKONEN PC, METZNER S, UCER A *et al.* Intraocular antibody synthesis against rubella virus and other microorganisms in Fuchs' heterochromic cyclitis. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*, 2010;248:565-571.

5. CHEE SP, JAP A. Presumed fuchs heterochromic iridocyclitis and Posner-Schlossman syndrome: comparison of cytomegalovirus-positive and negative eyes. *Am J Ophthalmol*, 2008;146:883-889.

6. IWAO K, INATANI M, SETO T *et al.* Long-term Outcomes and Prognostic Factors for Trabeculectomy With Mitomycin C in Eyes With Uveitic Glaucoma: A Retrospective Cohort Study. *J Glaucoma*, 2012 Aug 14.

7. AUER C, MERMOUR A, HERBERT CP *et al.* Deep sclerectomy for the management of uncontrolled uveitic glaucoma : preliminary data. *Klin Monbl Augenheilkd*, 2004; 221:339-342.

8. DUPAS B, FARDEAU C, CASSOUX N *et al.* Deep sclerectomy and trabeculectomy in uveitic glaucoma. *Eye (Lond)*, 2010;24:310-314.

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

### Eylea est désormais disponible en France

Bayer HealthCare annonce la mise à la disposition en France d'Eylea (aflibercept) destiné à traiter chez l'adulte la forme exsudative (dite humide) de la DMLA. L'autorisation de mise sur le marché de l'EMA (*European Medicines Agency*) intervenue le 22 novembre 2012 avait été accordée sur la base des résultats de deux études de phase III : VIEW1 et VIEW2.

La dose recommandée d'Eylea est de 2 mg d'aflibercept, correspondant à 50 microlitres. À l'instauration du traitement, l'aflibercept est injecté une fois par mois pendant 3 mois consécutifs, puis d'une injection tous les 2 mois. Une visite de suivi doit être effectuée avant chaque injection. Il n'est pas nécessaire de réaliser des visites de suivi entre les injections.

Après les 12 premiers mois de traitement par Eylea, l'intervalle entre deux injections peut être prolongé en fonction des résultats visuels et anatomiques. Dans ce cas, le calendrier de suivi doit être déterminé par le médecin administrant le traitement et ces visites de suivi peuvent être plus fréquentes que les injections programmées (cf. Avis de Transparence du 3 avril 2013).