

JIFRO – L'œil qui vieillit



E. BLUMEN-OHANA
CHNO des Quinze-Vingts,
PARIS.

Le glaucome du sujet âgé

dans 38 % des cas et pouvant devenir binoculaire dans 13 % des cas après 20 ans d'évolution [6]. Cette atteinte fonctionnelle altère la qualité de vie des patients glaucomateux et est associée à une morbidité accrue. Le glaucome peut être assimilé grossièrement à un vieillissement accéléré du nerf optique, et notre prise en charge peut se résumer à ralentir, autant que faire se peut, la dégradation du nerf optique, pour que la courbe de dégradation des FNR rejoigne la courbe de dégradation physiologique (**fig. 2**) sans handicap visuel fonctionnel significatif [5].

Le principe actuel de la prise en charge du glaucome repose sur la notion de PIO cible, *i. e.* le niveau de pression estimé nécessaire pour limiter la dégradation du

nerf optique. Ce niveau de PIO fait intervenir divers éléments, mais notamment l'espérance de vie : la prise en charge d'un sujet âgé atteint de glaucome va être sensiblement différente de celle d'un sujet jeune. La **figure 3** répertorie les différents éléments qui interviennent dans le calcul de la PIO cible, auxquels on peut ajouter la volonté propre du patient à propos de la prise en charge proposée.

Particularités de la prise en charge du glaucome chez le sujet âgé

Les principes de prise en charge du glaucome sont les mêmes, à savoir obtenir une baisse de la PIO suffisante pour

Les définitions du vieillissement sont multiples et reflètent une amélioration de la santé et des conditions socio-économiques : pour l'organisation mondiale de la santé, le vieillissement concerne les personnes âgées de plus de 60 ans [1], pour d'autres, le vieillissement se définit par son cortège d'altérations motrices, fonctionnelles ou pathologiques [2, 3]. Une projection statistique dans le temps souligne le volume démographique qu'occupent les personnes âgées de plus de 60 ans [1]. La **figure 1** illustre cette projection démographique.

L'augmentation de l'espérance de vie s'accompagne de certaines difficultés et de certaines pathologies auxquelles les soignants devront faire face, le glaucome étant l'une d'entre elles car la proportion de patients atteints de glaucome augmente également [4]. Le glaucome est une neuropathie optique chronique progressive qui entraîne des altérations anatomiques de la couche des fibres nerveuses rétiniennes (FNR), de la tête du nerf optique (TNO) et des altérations fonctionnelles au niveau du champ visuel. Sa prise en charge repose encore à l'heure actuelle sur la maîtrise de son facteur de risque essentiel qui est la pression intraoculaire (PIO) [5]. C'est une pathologie grave car éventuellement pourvoyeuse de cécité, dont la prévalence augmente avec l'âge.

■ Problématique

Le glaucome est une pathologie liée à l'âge qui est susceptible d'entraîner une perte fonctionnelle de la vision d'un œil

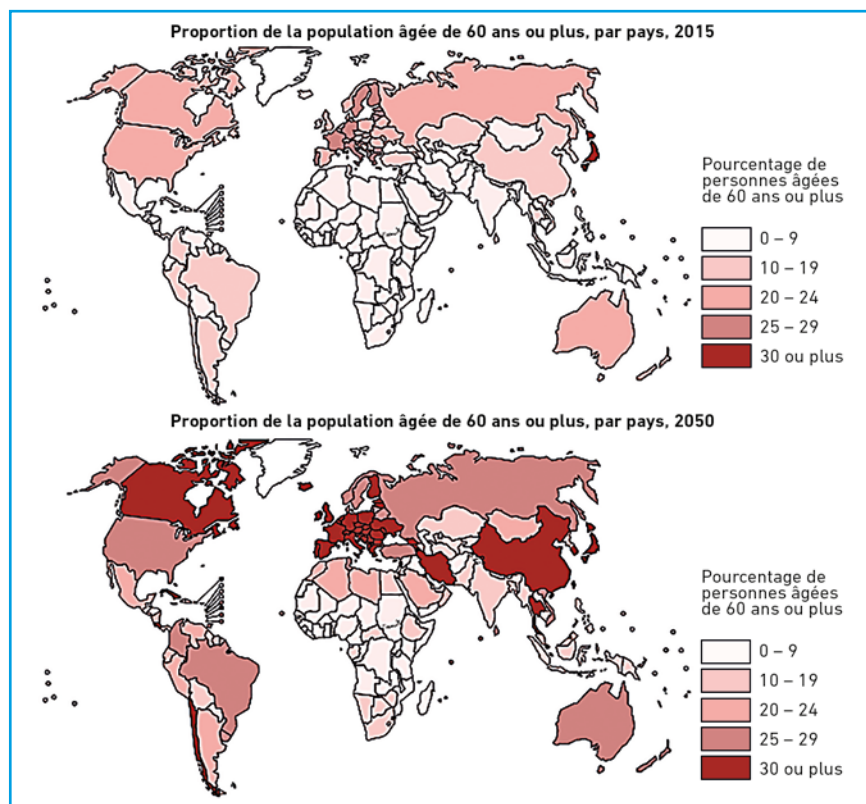


Fig. 1 : Proportion de la population âgée de plus de 60 ans en 2015 et projection pour 2050 [1].

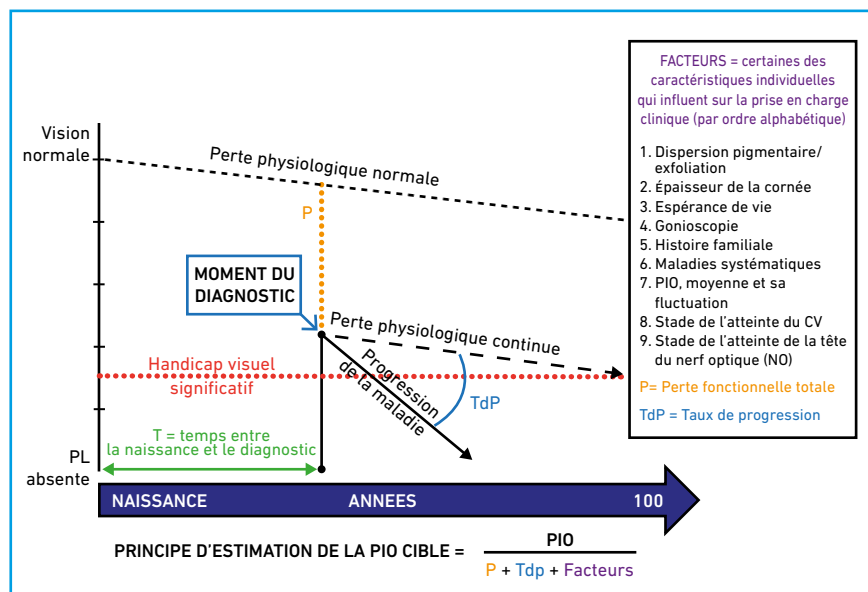


Fig. 2 : Évaluation de la perte fonctionnelle dans le temps et principe d'un traitement individualisé [5].



Fig. 3 : Différents éléments intervenant dans le calcul individualisé de la PIO cible [5].

limiter le déficit fonctionnel et préserver la qualité de vie de nos patients. Il s'agit donc de trouver un compromis qui permette de ralentir la dégradation des FNR, tout en préservant leur qualité de vie. Proposer une trabéculoplastie sélective pour remplacer un traitement topique mal toléré peut être par exemple envisagé en ce sens. Ces principes de prise en charge seront à chaque fois assortis d'une mise en perspective de l'espérance de vie du patient considéré. On sera beaucoup plus tolérant vis-à-vis de la PIO chez un sujet âgé de 95 ans qui a un déficit fonctionnel limité. Notre objectif en tant que soignant sera d'optimiser sa qualité de vie et non de s'acharner pour obtenir une baisse pressionnelle supplémentaire éventuellement assortie d'effets secon-

naires non négligeables. Il faudra ainsi prendre en considération les facteurs suivants pour optimiser cette prise en charge :

>>> Le terrain : la notion d'accompagnement prend tout son sens, avec notamment l'aspect psychologique à ne pas négliger ; empathie, choix des mots, respect des choix du patient sont autant d'éléments importants. Le contexte général de vie du patient est également crucial : le patient est-il autonome ? Est-il accompagné ? A-t-il des pathologies associées ? Quelles sont ses capacités cognitives, intellectuelles, motrices ? Quel est son statut vis-à-vis de la conduite automobile ?... Voici des exemples de questions que l'on sera

amené à se poser avant de proposer une thérapeutique antiglaucomateuse.

>>> Quel est le degré d'atteinte fonctionnelle glaucomateuse ? L'analyse clinique et paraclinique devra tenir compte des difficultés éventuelles de réalisation des examens. Le champ visuel d'un patient porteur d'une maladie de Parkinson peut être compliqué d'analyse par exemple.

>>> Quelles sont les pathologies ophtalmologiques associées, participant éventuellement à la dégradation visuelle : dégénérescence maculaire, cataracte, altérations cornéennes, atteinte de la surface oculaire...

>>> Comment est toléré et accepté le traitement proposé ? Est-il à l'origine d'effets secondaires, voire de complications ? À cet égard, et dans ce contexte d'âge avancé, il est recommandé la plus grande prudence vis-à-vis des traitements bêta-bloquants, même proposés en topique, du fait de leurs interactions avec le système cardio-respiratoire.

Les propositions thérapeutiques seront donc envisagées au cas par cas, avec recul et bienveillance, en ayant à chaque instant à l'esprit la balance bénéfice/risque avant toute prescription formalisée [7]. Il faut privilégier les schémas thérapeutiques simples et réalisables, éviter les ordonnances trop complexes qui multiplient les prises médicamenteuses. Les indications de traitements laser pourront être envisagées en cas de besoin, les chirurgies filtrantes plus rarement, en l'absence d'autre alternative. La chirurgie de la cataracte, permettant, même sur des glaucomes avancés, une amélioration fonctionnelle, ne doit pas être exclue du projet thérapeutique.

Conclusion

Étant donné l'augmentation de l'espérance de vie, nous serons de plus en plus

JIFRO – L'œil qui vieillit

confrontés à la prise en charge de pathologies chez le sujet âgé. Le glaucome est l'une d'entre elles, sa prévalence augmentant avec l'âge, elle constitue un problème de santé publique. Les objectifs de prise en charge sont clairement définis, ils consistent à préserver la vue et la qualité de vie associée de nos patients, tout en mettant en perspective les contraintes socio-économiques de nos patients, mais également de notre système de santé. Les décisions thérapeutiques seront prises au cas par cas, sur un faisceau d'arguments, avec en arrière-pensées permanentes empathie, tolérance et vigilance.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Rapport Mondial sur le Vieillessement et la Santé 2016.
2. KIRKWOOD TB. A systematic look at an old problem. *Nature*. 2008;451:644-647. Epub 2008/02/08.
3. STEVES CJ, SPECTOR TD, JACKSON SH. Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. *Age and ageing*, 2012;41:581-586. Epub 2012/07/25.
4. QUIGLEY HA, BROMAN AT. The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020. *The British journal of ophthalmology*, 2006;90:262-267. Epub 2006/02/21.
5. EGS. Terminology and Guidelines for Glaucoma, 4th edition. www.eugs.org;EUROPEAN GLAUCOMA SOCIETY;2014.
6. PETERSD, BENGTSSON B, HEIJL A. Lifetime risk of blindness in open-angle glaucoma. *American journal of ophthalmology*, 2013;156:724-730. Epub 2013/08/13.
7. DETRY-MOREL M. [Glaucoma in the over-eighties]. *Journal français d'ophtalmologie*, 2007;30:946-952. Epub 2007/11/30. Le glaucome du 4^e age.

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

