

## JIFRO – Myopie forte



**H. BRESSON-DUMONT**  
Institut Glaucome,  
NANTES.

### Glaucome et myopie forte : comment diagnostiquer, surveiller et traiter ?

**G**laucome et myopie forte sont étroitement liés. L'amincissement scléral et chorioretinien, les modifications de la rigidité sclérale ainsi que leurs conséquences hémodynamiques en font une maladie complexe qui touche la rétine et le nerf optique. Un stress mécanique important agit sur le pôle postérieur et la lame criblée, plus fine, entraînant des altérations des fibres nerveuses rétiniennes plus importantes pour un niveau de pression intraoculaire plus bas.

Le risque de glaucome augmente avec le degré de myopie. Il est multiplié par 3 en cas de myopie forte, la prévalence est de 6 % pour les myopies inférieures à -3 dioptries, mais passe à 11 % pour une myopie supérieure à -6 dioptries, et 28 % si la longueur axiale est supérieure à 29 mm. La prévalence du glaucome à pression normale chez le myope fort, souvent grave, est de 30 %, avec un risque de retard diagnostique lié à la difficulté diagnostique.

En effet, la mesure de la pression intraoculaire est souvent sous-évaluée en raison de la rigidité sclérale modifiée (et plus encore en cas de chirurgie réfractive antérieure) et l'analyse de la papille est difficile du fait de la fréquence importante de papilles dysmorphiques et de la quasi absence d'excavation, car la lame criblée est propulsée en avant. Dans la

mesure où les analyseurs de la tête du nerf optique sont souvent mis en défaut, l'examen soigneux de la papille au biomicroscope après dilatation est primordial. Il faut repérer le coude des petits vaisseaux, les éventuelles hémorragies du bord neurorétinien. L'analyse précise de la forme de la papille permet de mieux interpréter le résultat OCT qu'il faut optimiser avec l'analyse conjointe du complexe cellulaire ganglionnaire. Les nouveaux OCT et la banque de données normative myopique pourront aussi probablement améliorer les résultats. Dans ce contexte diagnostique difficile, la rétinophotographie prend toutes ses lettres de noblesse et aidera au suivi.

Le champ visuel reste un élément clé du diagnostic et de la surveillance. Il faut savoir différencier les atteintes glaucomateuses spécifiques (ressaut nasal, scotome paracentraux, scotome arciforme, qui garde des limites très précises avec le méridien horizontal) et toujours prendre en compte les atteintes chorioretiniennes qui peuvent interférer.

Le principe du traitement est de toujours considérer le glaucome du myope fort comme un glaucome grave et évolutif. La PIO cible est basse (inférieure à 18 mmHg) d'autant que les patients sont souvent jeunes (le glaucome myopique commence vers 40 ans). Le traitement

médical n'a pas de particularité. La trabéculoplastie n'est pas couramment indiquée car les résultats sont globalement moins bons et moins durables, avec un risque d'hypertonie et d'inflammation non négligeable. Seule indication, le glaucome pigmentaire qui touche plutôt les myopies modérées, mais pour lequel le laser peut s'avérer fort intéressant au stade débutant.

La chirurgie hypotonisante, même si elle est de réalisation plus difficile sur cette sclère anormale, ne doit pas être différée. Elle est l'indication de choix dans le glaucome myopique évolutif.

Dans le glaucome avancé, la surveillance devient difficile et elle est parfois réduite à la mesure de la pression intraoculaire et au champ visuel Goldmann.

Le pronostic visuel des myopes forts est souvent sombre avec un fort risque de cécité, il dépend de la précocité du diagnostic et du traitement du glaucome, mais aussi de l'état de la rétine centrale (la maculopathie myopique associée menaçant la vision centrale).

---

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