

La place du traitement médical dans la prise en charge du GPAO

Présentation: Dr Akono Zoua Marie Evodie

Supervision: Pr OMGBWA EBALLE André

Plan

Introduction

- I. Pourquoi le traitement médical ?
- II. La pression intraoculaire cible
- III. Le traitement médical en 2026
- IV. Optimiser le traitement médical : observance et innovations
- V. Traitement médical : quand s'arreter?

Conclusion

Introduction

- **Neuropathie** optique chronique progressive, cécité irréversible
- **Ralentir** la progression en abaissant la PIO jusqu'à la **PIO cible**
- **Traitements**: médical, trabéculoplastie sélective (SLT), chirurgie
- **Traitement médical** : stratégie majeure
- **PEC individualisée** : progression, préférences du patient
(observance, toxicité surface oculaire, coût)

I- Pourquoi le traitement médical?

1. Physiopathologie du GPAO
2. La PIO : seul facteur de risque modifiable
3. La PIO cible en 2026
4. Les objectifs actuels du traitement

1- Physiopathologie du GPAO

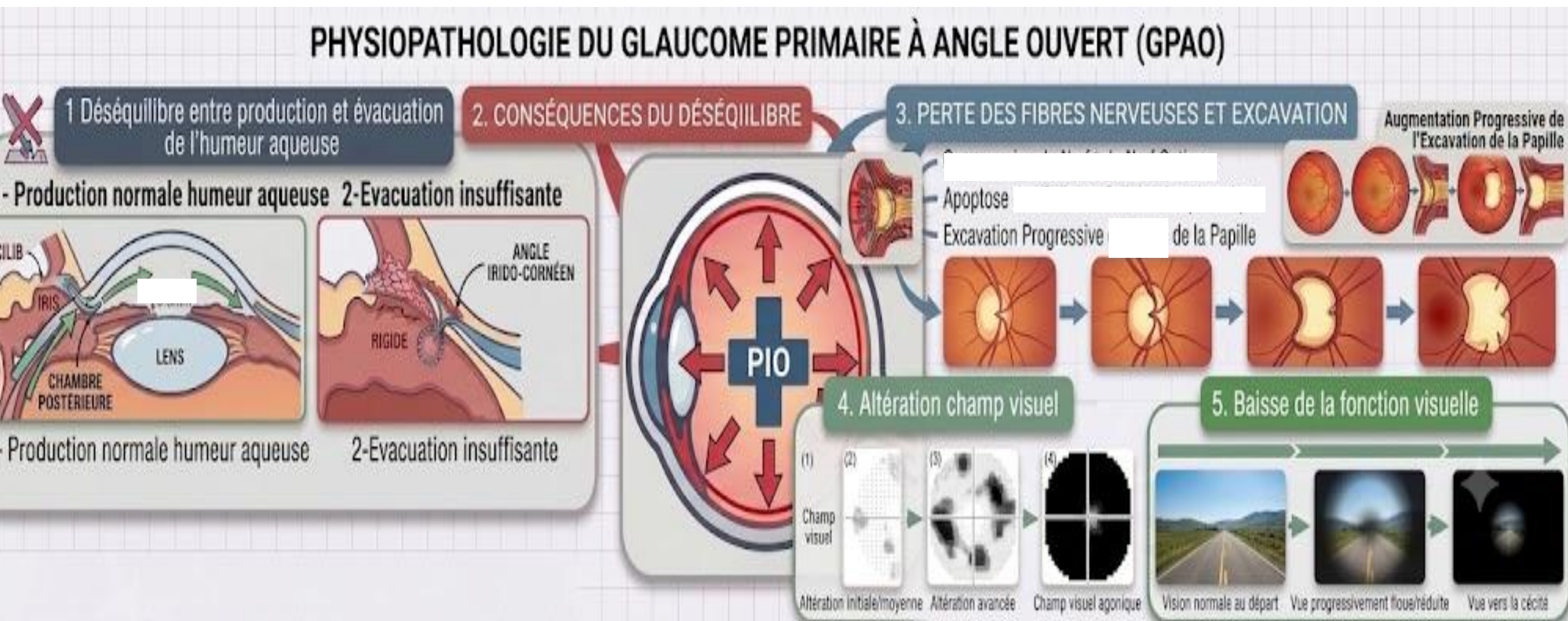


Figure 1: Physiopathologie du GPAO

Source: EGS 6^e édition

2- La PIO : seul facteur de risque modifiable

- Principal facteur de risque **modifiable** du GPAO
- **EMGT** : ↓ PIO de **25 %** → ↓ progression d'environ **50 %**.
- **CNTGS, CIGTS, AGIS, UKGTS** : diminution du risque de progression
- Toutes les stratégies thérapeutiques : **abaisser la PIO**.
- **PIO cible** : PIO max compatible avec l'absence de progression

3- La PIO cible en 2026

- Fixée dès le diagnostic pour chaque œil
- Basée sur : stade du glaucome, PIO initiale et vitesse de progression

Stade GPAO	PIO cible
Débutant	18–20 mmHg ou $\geq 20\%$ de réduction
Modéré	15–17 mmHg ou $\geq 30\%$ de réduction
Avancé	8–12 mmHg ou la plus basse compatible avec une bonne tolérance

II- Le traitement médical en 2026

1. Choisir le traitement médical
2. La monothérapie
3. Les analogues des prostaglandines
4. Les autres classes thérapeutiques
5. Les inhibiteurs de la Rho-kinase
6. Quand débuter une bithérapie ?
7. Les associations fixes
8. Algorithme thérapeutique
9. Préserver la surface oculaire
10. Situations particulières
11. Neuroprotection

1- Choisir le traitement médical

- **Définir d'abord** une PIO cible individualisée
 - ✓ Tenir compte du stade et de la vitesse de progression
 - ✓ Évaluer âge, espérance de vie + vue et facteurs de risque
- **Rechercher les contre-indications** générales et locales
- Intégrer surface oculaire et **risque d'inobservance**
- **Considérer coût** et disponibilité des traitements
- **Associer le patient à la décision thérapeutique**

2- La monothérapie

- 1ère intention dans la majorité des GPAO
- Débuter par **une seule** molécule (*ou proposer un SLT selon le profil*)
- Choisir selon : PIO cible, efficacité, tolérance et contre-indications
- Réévaluer à **4–8 semaines** : PIO, tolérance et observance
 - ✓PIO cible atteinte : poursuivre le traitement et assurer le suivi
 - ✓PIO cible non atteinte : changer molécule ou instaurer bithérapie

3- Les analogues des prostaglandines

- **Latanoprost** : excellente tolérance
- **Travoprost / Tafluprost** : efficacité comparable, sans conservateur
- **Bimatoprost** (Lumigan®) : effet hypotonisant maximal, hyperhémie et *DUES* (*Deepening of the Upper Eyelid Sulcus*)
- **Latanoprostène bunod** (Vyzulta®) : double mécanisme, hypotonis. max
- Éviter : uvéite active, kératite herpétique, œdème maculaire cystoïde

4- Les autres classes thérapeutiques

- **β -bloquants** (Timolol, Bétaxolol, Cartéolol) : efficaces, **CI cardio-respiratoires**
- **Inhibiteurs de l'anhydrase carbonique** (Dorzolamide, Brinzolamide) :
bonne efficacité en association
- **Agonistes $\alpha 2$** (Brimonidine) : efficacité intermédiaire • allergies fréquentes
 - ✓ Choix selon PIO cible, comorbidités et contre-indications
 - ✓ Associer des mécanismes d'action complémentaires
 - ✓ Privilégier les associations fixes

5- Les inhibiteurs de la Rho-kinase

- ROCK : enzyme du trabéculum ; son inhibition ↑ l'écoulement de l'HA
- **Nétarsudil** 0,02 % (Rhopressa®) : 1 goutte le soir • ↓ PIO 20–25 %
- **Nétarsudil** + Latanoprost (Rocklatan®) : 1 goutte le soir • ↓ PIO 35–40 %
- **Ripasudil** 0,4 % (Glanatec®) : 1 goutte ×2/j • ↓ PIO 15–20 % (Japon)
- **EI : hyperhémie (++) , hémorragies conjonctivales, verticillata cornéenne**
 - ✓ En associations ; disponibilité limitée

6- Quand débuter une bithérapie ?

- PIO cible non atteinte sous monothérapie bien conduite
 - ✓ Vérifier d'abord observance et technique d'instillation
 - ✓ Préférer une association fixe
 - ✓ Éviter l'accumulation de conservateurs

7- Les associations fixes

- **PG + Timolol** (latanoprost, travoprost, bimatoprost, tafluprost) : 1 gtte le soir
 - **IAC + Timolol** (dorzolamide–timolol, brinzolamide–timolol) : 1gtte matin et soir
 - **$\alpha 2$ -agoniste + Timolol** (brimonidine–timolol) : 1 goutte matin et soir
 - **$\alpha 2$ -agoniste + IAC** (brimonidine–brinzolamide) : 1 goutte matin et soir
 - **ROCK + PG** (nétarsudil–latanoprost) : 1 goutte le soir
- ✓ Privilégier association fixe (↑ observance • ↓ conservateurs)

8- Algorithme thérapeutique

1. Définir une PIO cible dès le diagnostic
2. **Monothérapie ou SLT** en première intention selon le contexte
3. Si PIO cible non atteinte : **changer de molécule ou bithérapie fixe**
4. **Évaluer observance** avant toute escalade thérapeutique
5. En cas d'échec : SLT ou chirurgie selon le profil
6. Réévaluer la PIO cible et la progression à chaque suivi

9- Préserver la surface oculaire

- Dépister maladie surface oculaire avant et pendant tt
- Réduire charge thérapeutique : moins d'instillations, associations fixes
- Limiter l'exposition au BAK (chlorure de benzalkonium)
- Formulations sans conservateur, avant chirurgie ou en cas d'intolérance
- Traiter la sécheresse oculaire
 - ✓ Objectif : meilleurs observance, qualité de vie, contrôle PIO

10- Situations particulières

- **Enfant: brimonidine à éviter avant 8 ans; timolol** concentration **faible** (0,1–0,25 %)
 - ✓ occlusion ponctuelle, surveillance bradycardie, hypotension, bronchospasme
- **Grossesse /allaitement** : **éviter** tt si possible au 1er trim; sinon **privilégier timolol**
 - ✓ occlusion ponctuelle; **éviter la brimonidine**
- **Uvéite active** : **éviter PG** ; privilégier β -bloquants ou IAC
- **Avant chirurgie filtrante** : privilégier sans conservateur 1 à 3 mois avant

11- Neuro protection

- Protéger les cellules ganglionnaires rétinienne
- Aucune molécule ne bénéficie de recommandation forte
- **Citicoline** : 500–1000 mg/j per os (ou collyre 2 %) , $\geq$ 3–6 mois ; adjuvant
- **Brimonidine, Ginkgo biloba** (120 mg/j) : résultats encourageants
- **Nicotinamide** (Vit B3) : 1,5–3 g/j essais cliniques+ surveillance (hépatotoxicité)
- Abaissement durable de la PIO= seule neuro protection validée

IV- Optimiser le traitement médical : observance et innovations

1. Adhésion thérapeutique : définitions et enjeux
2. Comment améliorer l'observance ?
3. Drug Delivery : où en sommes-nous en 2026 ?

1- Adhésion thérapeutique : définitions et enjeux

- Compliance : suit la prescription - **Adhésion** : décision thérapeutique partagée - **Persistance** : temps de poursuite du tt
- **VA et al.** (HGD, 2015) : observance 31,4 % - oubli, coût, faible connaissance
 - ✓ Horaires contraignants, technique d'instillation, manque de motivation
 - ✓ Effets indésirables, sécheresse oculaire, coût, polymédication
 - ✓ Fluctuations de PIO, progression du glaucome, perte visuelle irréversible
- **Rechercher systématiquement ces obstacles**

2- Comment améliorer l'observance ?

- **Éduquer le patient** : maladie chronique, PIO cible et objectifs du traitement
- **Contrôler et corriger la technique** d'instillation à chaque consultation
- **Simplifier le traitement** : monothérapie, associations fixes, 1 instillation/j
- **Préserver la surface oculaire** : sans conservateur, tt sécheresse
- **Utiliser des aides** : rappels, implication de l'entourage, suivi régulier

3- Drug Delivery : où en sommes-nous en 2026 ?

- Libération prolongée d'un hypotenseur sans instillation quotidienne
 - ✓ Bimatoprost intracaméculaire (Durysta®), injection unique, efficacité 4–6 mois
 - ✓ Travoprost intracaméculaire (iDose TR®), implant rechargeable, ≥ 12 mois
 - ✓ En développement : inserts conjonctivaux, plugs lacrymaux, lentilles de contact, implants biodégradables
- Meilleure observance, réduction fluctuations PIO + exposition conservateurs
- **Perspective : traitement sans instillation quotidienne**

V- Traitement médical : quand s'arrêter ?

1. Ne pas retarder la chirurgie

2- Ne pas retarder la chirurgie

- Progression, échec du traitement médical/SLT ou PIO très élevée
- Ne pas retarder inutilement la chirurgie : « **Don't fiddle while Rome burns** » (Gazzard)
- Préserver la conjonctive : limiter les conservateurs avant la chirurgie
 - ✓ **Décision partagée : bénéfices/risques, espérance visuelle et préférences du patient**

Conclusion

- **Abaiss**er durablement la **PIO** pour ralentir la progression du GPAO
- **Individualiser** le **tt** selon PIO cible, risque de progression, attentes du patient
- **Optimiser l'observance** : simplicité, tolérance et éducation thérapeutique
- **Intégrer précocement SLT**, ne pas retarder la chirurgie lorsque nécessaire
- **Réévaluer régulièrement** stratégie thérapeutique plutôt que multiplier collyres
- Le bon traitement, au bon patient, au bon moment = **préservation visuelle**

Merci