



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

REVUE FRANÇAISE
D'**Allergologie**

Revue française d'allergologie xxx (2017) xxx–xxx

Revue générale

Risques oculaires et précautions d'utilisation de la corticothérapie nasale

Ocular risks and precautions for use with nasal corticosteroids

S. Stéphan^{a,*}, A. Daruich^b, A. Matet^c, S. Doan^a

^a Department of ophthalmology, fondation ophtalmologique A. de Rothschild, 29, rue Manin, 75019 Paris, France

^b Department of ophthalmology, hôpital Necker, 149, rue de Sèvres, 75015 Paris, France

^c Department of ophthalmology, institut Curie, 26, rue d'Ulm, 75005 Paris, France

Reçu le 18 février 2018 ; accepté le 23 avril 2018

Résumé

La corticothérapie par voie nasale est indiquée dans diverses pathologies O.R.L. avec de très bons résultats permettant de réduire les effets systémiques. Cependant, des effets indésirables ophtalmologiques graves sont décrits et dominés par la chorioretinite. L'hypertonie et la cataracte sous-capsulaire postérieure sont très rares. La prévention des effets secondaires induits par les corticoïdes nasaux repose avant tout sur la limitation des indications et sur le dépistage des patients à risque. En cas d'instauration d'une corticothérapie par voie nasale, un examen ophtalmologique complet annuel est préconisé. Le but de cette revue est d'exposer les différents effets secondaires ophtalmologiques liés à la corticothérapie nasale rapportés, et les moyens à apporter pour leur prévention et leur traitement.

© 2018 Publié par Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Corticoïdes nasaux ; Chorioretinite séreuse centrale ; Risques oculaires ; Glaucome corticoinduit ; Cataracte corticoinduite

Abstract

Nasal corticosteroids are indicated in various ORL conditions with very good results and reduction of systemic side effects. However, serious ophthalmological adverse effects have been reported, primarily chorioretinopathy. Glaucoma and posterior subcapsular cataract have been reported in very rare cases. The prevention of side effects induced by nasal corticosteroids consists in limiting indications and screening patients at risk. If nasal corticosteroid therapy is initiated, an annual full ophthalmic examination is recommended. The purpose of this review is to report the various ophthalmological side effects related to nasal corticosteroid use and to discuss their prevention and treatment.

© 2018 Published by Elsevier Masson SAS.

Keywords: Nasal corticosteroid; Central serous chorioretinopathy; Ocular risks; Steroid-induced glaucoma; Steroid-induced cataract

1. Introduction

La corticothérapie par voie nasale est indiquée dans des pathologies O.R.L. fréquentes : rhinite allergique et non allergique subaiguë et chronique, polypose naso-sinusienne. La prescription de corticoïdes par voie nasale a augmenté les 15 der-

nières années avec essentiellement l'utilisation de sprays ou d'irrigations nasales. Plus précisément, les molécules les plus employées en irrigation sont le budésonide et le fluticasone propionate, et en spray, la dexaméthasone. La corticothérapie par voie nasale permet une action élective sur le site inflammatoire en réduisant ses effets systémiques. Un passage systémique ne peut, cependant être entièrement exclu, avec des effets indésirables notamment oculaires.

Le but de cette étude est d'exposer les différents effets secondaires ophtalmologiques liés à la corticothérapie nasale, les moyens de prévention et leur traitement.

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : sstephan@for.paris (S. Stéphan), adaruich.matet@gmail.com (A. Daruich), alexmatet@gmail.com (A. Matet), sdoan@for.paris (S. Doan).

<https://doi.org/10.1016/j.reval.2018.04.005>

1877-0320/© 2018 Publié par Elsevier Masson SAS.

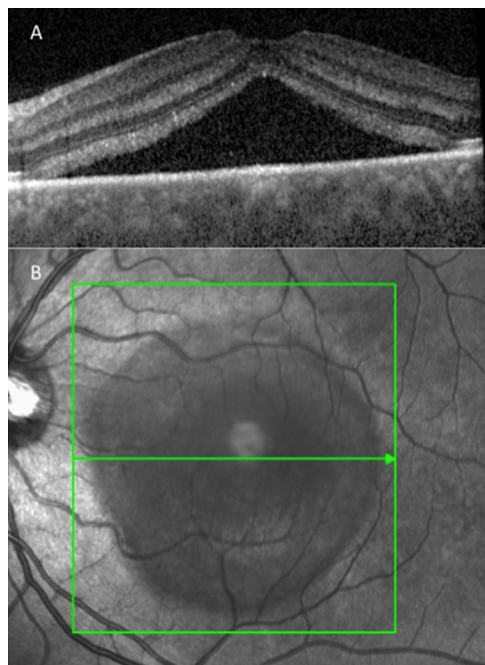


Fig. 1. Patient de 38 ans traité par budénoside par voie nasale pour une rhinite allergique depuis 3 ans qui présente un scotome central de l'œil gauche. A. *Ocular coherence tomography* (OCT) maculaire montrant un décollement sous-séreux maculaire suggérant une chorioretinite séreuse centrale. B. Angiographie rétinienne montrant un point de fuite central hyperfluorescent diffusant la fluorescéine au centre d'une image arrondie hypofluorescente (effet masque par l'accumulation de fluide sous-rétinien).

2. Risques oculaires

2.1. Chorioretinite séreuse centrale (CRSC)

La CRSC est une pathologie du segment postérieur caractérisée par un décollement séreux de la rétine neurosensorielle associé à un détachement focal de l'épithélium pigmentaire. Si le lieu d'apparition est dans l'aire maculaire, le patient présentera un syndrome maculaire avec baisse d'acuité visuelle de près et scotome central. Les atteintes extramaculaires sont asymptomatiques. L'examen du fond d'œil permet d'objectiver l'œdème maculaire, qui est mieux visible en *Optical coherence tomography* (OCT) maculaire (image) (Fig. 1). Le principe simplifié de cet examen est celui d'un échographe utilisant la lumière. Il permet d'obtenir des coupes quasi-histologiques de la rétine aidant le diagnostic et le suivi de l'œdème maculaire.

La physiopathologie est encore mal comprise. En effet, il a été prouvé que les glucocorticoïdes réduisaient l'œdème maculaire de toutes origines et pourtant ceux-ci peuvent aussi aggraver les fluides sous-rétiniens dans les CRSC. Les facteurs de risques reconnus sont : les hommes d'âge moyen, une personnalité anxieuse et la présence d'une hypertension artérielle.

Toutes les formes galéniques de corticoïdes, même par voie nasale, sont un facteur de risque de CRSC [1,2]. Il est noté que la posologie élevée de corticoïdes n'augmente pas son incidence.

Enfin, le risque principal est l'évolution vers une forme chronique d'épithéliopathie rétinienne diffuse avec baisse d'acuité visuelle définitive. Dans ce cas, les corticoïdes doivent être diminués ou interrompus. En cas de persistance des symptômes, un traitement par photothérapie dynamique à demi-dose et par laser focal sur le point de fuite seront discutés.

Pendant toute la durée de la corticothérapie, il conviendra donc de réaliser un suivi ophtalmologique régulier, et les signes d'appel (gêne visuelle, scotome) devront conduire le patient à un examen en urgence du fond d'œil à la recherche d'une modification de l'aire maculaire complétée si besoin d'un OCT.

2.2. Le glaucome cortisonique

Le glaucome cortisonique est surtout secondaire à l'utilisation de corticoïdes topiques, dont la prescription doit être réservée aux ophtalmologistes.

La commission de transparence de l'HAS recommande un suivi de la tension oculaire. Pourtant, l'étude de la littérature est rassurante, avec une étude randomisée contre placebo de grande échelle montrant que l'utilisation de corticoïdes nasaux pendant moins de 3 mois n'est pas associée à un risque accru d'hypertonie oculaire et de glaucome corticoinduit [3]. À 2 ans, une étude retrospective est également rassurante en ne montrant aucun cas de glaucome corticoinduit chez l'enfant [4]. De plus, même en présence d'antécédent familial de glaucome (principal risque de glaucome toute étiologie confondue) il n'y a pas de déséquilibre tensionnel constaté après 6 mois de traitement [5].

Ainsi, il paraît raisonnable de retenir que cette forme galénique de corticoïdes n'est qu'exceptionnellement pourvoyeuse d'hypertonie.

2.3. La cataracte sous-capsulaire postérieure

De même, les corticoïdes sont connus pour augmenter le risque de cataracte nucléaire et sous-capsulaire postérieure, mais en ce qui concerne la forme nasale, cela n'a jamais été démontré [6]. Cependant, seuls deux cas de cataracte sous-capsulaire postérieure après corticothérapie nasale utilisée sur le long terme ont été rapportés [7,8]. L'enfant reste particulièrement à risque du fait d'une imprégnation cortisonnée sur le long cours. Une surveillance régulière ophtalmologique est donc fortement recommandée par l'HAS.

3. Conclusion

Les complications oculaires de la corticothérapie nasale sont très rares et le risque est surtout représenté par la CRSC qui peut se chroniciser et entraîner une baisse d'acuité visuelle définitive. La prévention de ces complications repose sur une bonne indication des corticoïdes et la surveillance des patients à risque.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Haimovici R, Gragoudas ES, Duker JS, Sjaarda RN, Elliott D. Central serous chorioretinopathy associated with inhaled or intranasal corticosteroids. *Ophthalmology* 1997;104:1653–60.
- [2] Kleinberger AJ, Patel C, Lieberman RM, Malkin BD. Bilateral central serous chorioretinopathy caused by intranasal corticosteroids: a case report and review of the literature. *Laryngoscope* 2011;121:2034–7.
- [3] Garbe E, LeLorier J, Boivin JF, Suissa S. Inhaled and nasal glucocorticoids and the risks of ocular hypertension or open-angle glaucoma. *JAMA* 1997;277:722–7.
- [4] Soudry EWang J, Vaezeafshar R, Katznelson L, Hwang PH. Safety analysis of long-term budesonide nasal irrigations in patients with chronic rhinosinusitis post endoscopic sinus surgery. *Int Forum Allergy Rhinol* 2016;6:568–72.
- [5] Yuen D, Buys YM, Jin YP, Alasbali T, Trope GE. Effect of beclomethasone nasal spray on intraocular pressure in ocular hypertension or controlled glaucoma. *J Glaucoma* 2013;22:84–7.
- [6] Derby L, Maier WC. Risk of cataract among users of intranasal corticosteroids. *J Allergy Clin Immunol* 2000;105:912–6.
- [7] Liu A, Manche EE. Bilateral posterior subcapsular cataracts associated with long-term intranasal steroid use. *J Cataract Refract Surg* 2011;37:1555–8.
- [8] Fraunfelder FT, Meyer SM. Posterior subcapsular cataracts associated with nasal or inhalation corticosteroids. *Am J Ophthalmol* 1990;109:489–90.