

Société Marocaine du Glaucome



الجمعية المغربية لمرض الزرق

organise

# 5<sup>ÈME</sup> CONGRÈS NATIONAL

A detailed, artistic illustration of a human iris, rendered in shades of blue, green, and yellow. The drawing shows the intricate patterns of the iris, including the pupil and the surrounding stroma. The style is somewhat painterly and textured.

## L'IRIS

SOUS TOUS LES ANGLES  
DANS LE GLAUCOME

# PROGRAMME

CONFÉRENCES / DÉBATS / ATELIERS  
COURS / SYMPOSIA

[www.smg.ma](http://www.smg.ma)

# MIXtears®

## Sodium d'acide hyaluronique

6 Mois d'usage  
après ouverture



### Synergie à l'Unisson



82, Allée des Casuarinas  
Ain Sebaâ - Casablanca - MAROC  
Tél. : (212) 522 35 53 50  
Fax : (212) 522 35 64 19  
Email : [contact@bottu.com](mailto:contact@bottu.com)  
[www.bottu.com](http://www.bottu.com)



P.O.Box 6267, Jeddah 21442, Saudi Arabia  
Tel.: +966 (2) 6140099 - Fax: +966(2) 6140088  
[www.jamjoompharma.com](http://www.jamjoompharma.com)



## Edito

IRIS déesse de la mythologie grecque, messagère des dieux et porteuse de bonnes nouvelles, fleur célébrée par Van Gogh.

L'Iris est aussi ce formidable organe qui nous passionne, nous émerveille et qui ne finit pas de livrer tous ses secrets, à travers le développement de l'imagerie, des études récentes sur sa structure, sa physiologie et sa dynamique.

C'est donc sous le thème « **L'IRIS SOUS TOUS LES ANGLES DANS LE GLAUCOME** » que nous avons le plaisir de vous recevoir chers amis, chers confrères, pour le 5<sup>ème</sup> congrès national de la Société Marocaine du Glaucome après cette longue période de pandémie.

Différents aspects seront développés à travers des sessions qui porteront un autre regard sur l'iris et son implication souvent indissociable des glaucomes.

Ce programme sera enrichi par des conférences originales et instructives, des cours dédiés qui ne manqueront pas de susciter débats et discussions fructueuses.

La Société Marocaine du Glaucome rend aussi hommage à ses pairs pour leur apport à l'ophtalmologie nationale et internationale, à travers les Professeurs Khalid Zaghloul, Amal Meddeb-Ouertani et Tarek Shaarawy.

Nous ne manquerons pas aussi de récompenser les meilleurs travaux et encourager les plus jeunes à s'intéresser au glaucome et à ses multiples facettes.

Le bureau de la Société Marocaine du Glaucome vous souhaite à tous et à toutes un excellent congrès et au plaisir de vous recevoir.

**Sidi Mohammed Ezzouhairi**

*Président de la SMG*

**Lalla Ouafa Cherkaoui**

*Secrétaire générale de la SMG*



**Ezzouhairi Sidi Mohammed**

Président



**El Maaloum Loubna**

1ère vice-présidente



**Bensouda Yasmina**

2ème vice-présidente



**Cherkaoui Lalla Ouafa**

Secrétaire générale



**Naciri Leila**

Secrétaire générale adjointe



**Benharbit Si Mohamed**

Trésorier



**Ouazzani Tnacheri Btissame**

Trésorière adjointe



**Hajji Ibtissam**

Chargée de la communication



**Mouzari Yassine**

Chargé du comité d'éthique

Bureau SMG

## Nos vifs remerciements pour l'ensemble des invités orateurs et modérateurs de

Abdallah El Moutawakil - Maroc

Abdelouaheb Aouati - Algérie

Abdelouahed Amraoui - Maroc

Ahmad Mostafa Abderrahmane - Egypt

Ahmed El-Karmouty - United Kingdom

Alain Bron - France

Amel Meddeb-Ouertani - Tunisie

Amina Berraho - Maroc

Asmaa El Kettani - Maroc

Balo Komi - Togo

Bouchra Allali - Maroc

Btissame Tnacheri Ouazzani - Maroc

Elhassan Abdallah - Maroc

Fatiha Benchrifa - Maroc

Fouzia Alliti - Maroc

Hasnaa Lamari - Maroc

Idriss Benatiya Andaloussi - Maroc

Ibtissam Hajji - Maroc

Iness Malek - Tunisie

Jean-Rémi Fenolland - France

Joma Rola - Maroc

Karim Reda - Maroc

Kaweh Mansouri - Suisse

Khalid Zaghoul - Maroc

Lalla Ouafa Cherkaoui - Maroc

Leila Naciri - Maroc

Loubna El Maaloum - Maroc

Mohamed Ali El Afrit - Tunisie

Mohamed Benharbit - Maroc

Mohamed El Belhadji - Maroc

Mohamed Zidi - Maroc

Mohammed Belmekki - Maroc

Monia Cheour - Tunisie

Mostafa Rafi - Maroc

Mouhcine Bekkali - Maroc

Mouhssine D'khissy - Maroc

Omar Berbich - Maroc

Omar Mustaine - Maroc

Papa Amadou N'diaye - Sénégal

Rachid Sekhsoukh - Maroc

Sidi Mohammed Ezzouhairi - Maroc

Siham Chariba - Maroc

Tarek Shaarawy - Suisse

Yassine Mouzarii - Maroc

Yousra Hanafi - Maroc

Zaher Sbeity - Allemagne

# THEALOSE

TREHALOSE 3% . ACIDE HYALURONIQUE 0,15%

## TREHALOSE

BIOPROTECTION CELLULAIRE

## ACIDE HYALURONIQUE

HYDRATATION/LUBRIFICATION



HYDRATE, PROTÈGE ET REGÈNÈRE

**BIEN PLUS QU'UN ACIDE HYALURONIQUE**

0% CONSERVATEUR

0% PHOSPHATE

## Jeudi 23 Juin 2022

10h00 - 14h00

Inscription et remise des badges

14h00 - 15h00

COURS

**C1:** La gonioscopie en pratique *A. Bron - France*

Salle Beausejour

**C2:** L'OCT en pratique *B. Tnacheri Ouazzani - Maroc, LO. Cherkaoui - Maroc*

Salle Forum 1

**C3:** Quand et comment démarrer un traitement dans le glaucome?  
*I. Hajji - Maroc, M. Belmekki - Maroc*

Salle Forum 2

15h00 - 16h30

### SESSION JEUNES OPHTALMO

AMJO: Glaucoma: how to handle my first patient

- Les différents types de glaucome [10min] *O. Moustaine*
- Démarche diagnostique face à un glaucome [10min] *SM. Ezzouhairi*
- Les différentes thérapeutiques face à un glaucome [10min] *A. Bron*
- Discussion [15min]

YOM: Wetlab: « my first trabeculectomy with an expert »

16h30 - 17h00

Pause café - Visite des stands

17h00 - 18h00

COURS

**C4:** L'UBM *L. El Maaloum - Maroc, M. D'khissy - Maroc*

Salle Beausejour

**C5:** La Progression dans le glaucome *J.R. Fenolland - France*

Salle Forum 1

**C6:** Les glaucomes par fermeture de l'angle *A. Bron - France*

Salle Forum 2

18h00 - 18h30



### CONFÉRENCE

Intelligence artificielle: de la rétinopathie diabétique au glaucome  
*R. Sekhsoukh - Maroc*

## Vendredi 24 juin 2022

08h15 - 08h30

**INTRODUCTION:** Mot du président de la SMG

08h30 - 09h45

### SESSION 1

Examen et exploration de l'iris: *de la semiologie au diagnostic*

*Modérateurs: A. Bron, A. El Kettani, I. Benatiya, L. Naciri*

- Les Particularités physiologiques de la structure irienne et leurs implications dans le glaucome *A. Aouati - Algérie*
- Aspects iriens pathologiques associés aux glaucomes *A. Bron - France*
- La physiologie du jeu pupillaire dans le glaucome *H. Lamari - Maroc*
- Iris et gonioscopie *A. Mostafa - Egypt*
- Discussion
- Apport de l'Angiographie-fluorescéine de l'iris dans le glaucome *J.R. Fenolland - France*
- Imagerie du SA: OCT-SA et UBM *L. Naciri - Maroc*
- Discussion

09h45 - 10h00



### CONFÉRENCE

Innovations dans la mesure continue de la PIO et implications pour la pratique *K. Mansouri - Suisse*

10h00 - 10h30

Pause café - Visite des stands

10h30 - 11h30

### SESSION 2

Iris et Trabéculum: Respecter la distanciation!

*Modérateurs: LO. Cherkaoui, J.R. Fenolland, A. Karmouty, M. Rafi*

- Les bases de la nouvelle terminologie *A. Bron - France*
- Tous les iris n'ont pas le même comportement *LO. Cherkaoui - Maroc*
- Ne pas « ZAP»per les PACS *A. Mostafa - Egypt*
- PAC et PACG: quand faut-il zapper l'iris? *A. Bron - France*
- KAFA CAFA! *A. Karmouty - United Kingdom*
- Discussion

11h30 - 12h00



### SYMPOSIUM

L'étude clinique Passy



12h00 - 12h30



### CONFÉRENCE

L'iris, la fenêtre sur l'uvéa *A. Bron - France*

## Vendredi 24 juin 2022

12h30 - 13h00



Présent et futur de la SMG

13h00 - 14h30

Déjeuner

14h30 - 15h30

COURS

**C7:** Champ visuel: cours fondamental *K. Mansouri - Suisse, Y. Mouzarii - Maroc*

Salle Beausejour

**C8:** Champ visuel: cas cliniques interactifs *J. Rola - Maroc, L. Naciri - Maroc*

Salle Forum 1

**C9:** Les glaucomes secondaires *A. Karmouty - United Kingdom*

Salle Forum 2

15h30 - 16h30

SESSION 3

Anomalies de l'iris et glaucome de l'enfant

*Modérateurs: E. Abdallah, F. Benchrifa, L. El Maaloum, K. Zaghloul*

- Panorama clinique et importance de la gonioscopie *A. El Kettani - Maroc*
- Panorama UBM des anomalies du SA et glaucome de l'enfant *L. El Maaloum - Maroc*
- Pièges à éviter dans le glaucome de l'enfant: ce n'est pas toujours un glaucome!  
*S. Chariba - Maroc*
- Prise en charge du glaucome congénital *I. Malek - Tunisie*
- Cataracte congénitale et glaucome: quand l'iris s'en mêle *F. Benchrifa - Maroc*
- Discussion

16h30 - 17h00

Pause café - Visite des stands

17h00 - 18h30

SESSION 4

Quand l'iris voit rouge ! (Glaucome et uvéites)

*Modérateurs: I. Malek, K. Mansouri, A. Moutawakil, Y. Mouzarii*

- Uvéites hypertensives et glaucomes uvéitiques: à quelles étiologies penser?  
*Y. Mouzarii - Maroc*
- Uvéite hypertensive ou hypertonie cortisonique? *SM. Ezzouhairi - Maroc*
- Uvéites et glaucomes: challenges du traitement médical *P.A. N'diaye - Sénégal*
- Uvéites et glaucomes: challenges du traitement chirurgical *A. Karmouty - United Kingdom*
- Hypertonie réfractaire et inflammation active : quand intervenir ? *K. Mansouri - Suisse*
- Discussion

## Samedi 25 juin 2022

08h30 - 10h00

### SESSION 5 Iris et glaucomes secondaires

*Modérateurs: B. Allali, M. El Belhadji, SM. Ezzouhairi, B. Tnacheri Ouazzani*

- Quelles implications de l'iris dans les glaucomes secondaires? *J.R. Fenolland - France*
- La récession de l'angle irido-cornéen *B. Komi - Togo*
- L'hyphéma: rôles de l'iris? *MA. El Afrit - Tunisie*
- Le glaucome post-contusif *T. Shaarawy - Suisse*
- L'angle irido-cornéen et tumeurs: pas si rare! *L. EL Maaloum - Maroc*
- Glaucome pigmentaire et iris *M. Belmekki - Maroc*
- Le glaucome exfoliatif *SM. Ezzouhairi - Maroc*
- Le glaucome néovasculaire *R. Sekhsoukh - Maroc*

10h00 - 10h30

Pause café - Visite des stands

10h30 - 11h30

### SESSION 6 Iris et lasers

*Modérateurs: A. Mostafa, M. Cheour, MA. El Afrit, L. Naciri*

- Quand surveiller et quand faire une IP? *B. Tnacheri Ouazzani - Maroc*
- Quelle place pour l'iridoplastie périphérique? *K. Mansouri - Suisse*
- Désincarcération irienne et goniopuncture après chirurgie filtrante *A. Mostafa - Egypt*
- L'iris: le mystérieux biosenseur oculaire ! *O. Mustaine, F. Alliti - Maroc*
- Discussion

11h30 - 12h00



### CONFÉRENCE

The future of glaucoma surgery *T. Shaarawy - Suisse*

## Samedi 25 juin 2022

12h00 - 12h30



### CÉRÉMONIE DE REMISE DES MÉDAILLES ET HOMMAGES

Modérateurs SMG: SM. Ezzouhairi, Y. Bensouda, LO. Cherkaoui, L. El Maaloum  
I. Hajji, Y. Mouzari, L. Naciri, B. Ouazzani

LES TROPHÉES D'HONNEUR DE LA SMG 2022 SONT:



Pr. Khalid Zaghloul



Pr. Amel Meddeb-Ouertani



Dr. Tarek Shaarawy

12h30 - 13h00



### SYMPOSIUM

L'impact des conservateurs sur la prise en charge du glaucome



13h00 - 14h30

Déjeuner

14h30 - 15h30

COURS

**C10:** Les lasers dans le glaucome *MA. El Afrit - Tunisie, A. Aouati - Algérie*

Salle Beausejour

**C11:** Prise en charge post-opératoire de la chirurgie du glaucome

*T. Shaarawy - Suisse, SM. Ezzouhairi - Maroc*

Salle Forum 1

**C12:** Panorama vidéo sur la gestion opératoire de l'iris *M. Zidi - Maroc*

Salle Forum 2

15h30 - 16h15

### SESSION 7 Iris et Chirurgie (1)

Modérateurs: A. Amraoui, Y. Bensouda, M. Bekkali, M. Belmekki

- Techniques de clippage et répercussions *O. Berbich - Maroc*
- Implants phaques et iris et alors? *M. Bekkali - Maroc*
- Implants colorés iriens et glaucome *Y. Hanafi - Maroc*
- La goniosynechiolyse *Z. Sbeity - Allemagne*
- Discussion

## Samedi 25 juin 2022

16h15 - 16h30



### CONFÉRENCE

Particularités du Glaucome lié à l'aniridie *A. Berraho - Maroc*

16h30 - 17h00

Pause-café - Visite des stands

17h00 - 18h00

### SESSION 8

### Iris et Chirurgie (2)

*Modérateurs: A. Berraho, I. Hajji, K. Reda, R. Sekhsoukh, A. Meddeb-Ouertani*

- Le glaucome malin: Quelle PEC en 2022? *Z. Sbeity - Allemagne*
- Hypotonie et effusion uvéale *M. Cheour - Tunisie*
- Le rôle de l'iris dans les Glaucomes post-kératoplastie *A. Meddeb-Ouertani - Tunisie*
- Chirurgie du segment postérieur et iris *I. Hajji - Maroc*
- Iris et tubes *A. Karmouty - United Kingdom*
- Discussion

18h00 - 18h30



### CÉRÉMONIE DE CLÔTURE: REMISE DES PRIX

( MEILLEURS POSTERS, FILMS, IMAGES )

*Modérateurs SMG: SM. Ezzouhairi, M. Benharbit, Y. Bensouda, LO. Cherkaoui,  
L. El Maaloum, I. Hajji, Y. Mouzari, L. Naciri, B. Ouazzani*

**TRAVATAN®**  
40 microgrammes/ml collyre en solution  
travoprost

P U I S S A N C E  
D U R  
A  
C O N T R Ô L E  
C E



Posologie Simple :  
**1 goutte, 1 fois/jour<sup>(1)</sup>**



Les mentions légales sont disponibles sur place à la demande.



## E-posters

- 01 | Angles iridocornéens étroits et iris plateau : à propos de 24 yeux**  
*D.M. Otsasso Okomiko ; H. Alaoui ; Z. Hammoumi ; C. M. Lemine ; Z. Morchid ; N. Bouhazzama ; G. Daghouj ; L. El Maaloum ; B. Allali ; A. El Kettani*
- 02 | Aniridie congénitale et glaucome : à propos d'un cas**
- 03 | Forme familiale du Syndrome d'Axenfeld-Rieger avec glaucome secondaire bilatéral : à propos d'un cas.**  
*Soukayna Ouadghir*
- 04 | Crise aiguë d'hypertonie oculaire par fermeture de l'angle : Profil épidémiologique, clinique et thérapeutique**  
*M Himmich, O Hassimi, M Filali Sadouq, I Serghini, S Guerraou, F Lachkar, A Bennis, F Chraibi, M Abdellaoui, I A Benatiya*
- 05 | Un glaucome de bon coeur : case report**  
*K. El Majdoubi El Idrissi, M. Jirari, M. El Hadri, Y. Akannour, L. Serghini, E. Abdallah, A. Berraho*
- 06 | Glaucome post traumatique par récession de l'angle irido-cornéen : à propos d'un cas**  
*Y. Elkhalfa ; S. Bouchriha ; S. Belghmaidi ; I. Hajji ; A. Moutaouakil*
- 07 | Chirurgie de cataracte chez l'enfant : Place du glaucome dans les suites opératoires**  
*S. Ennaki ; Z. Hammoumi ; N. Mtalai ; G. Daghouj ; L. El Maaloum ; B. Allali ; A. Elkettani*
- 08 | Le glaucome aigu par fermeture de l'angle déclenche par des colyres cycloplegiques : à propos d'un cas**  
*S. Zamzami ; M. Sami ; R. Benchekroun ; N. Mtalai ; L. El Maaloum ; B. Allali ; A. El Kettani*
- 09 | Evolution fatale d'un glaucome cortisonique**  
*R. Elaoui ; S. Bouziane ; O. Bengebera ; S. Tanout ; J. Insaf ; A. Maghraoui ; A. Bennis ; F. Chraibi ; M. Abdellaoui ; I. Benatiya Andaloussi*



## E-posters

- 10 |** Le retentissement des pathologies de la surface oculaire sur la qualité de vie des patients glaucomateux  
*O. Hassimi, S. Bouziane, H.El ouazzani, R.El Aouni, Y. Hachimi, F. Lachkar, A. Bennis, F. Chraibi, M. Abdellaoui, I.A. Benatiya*
- 11 |** Evaluation de la technique de Van Herick pour le dépistage des angles étroits en comparaison à la gonioscopie  
*S. Ennaki, I. Essamlali, M. Yousfi, G. Daghouj, L. El Maaloum, B. Allali, A. El Kettani*
- 12 |** Facteurs pronostiques et devenir visuel des glaucomes congénitaux après trabéculéctomie et rééducation de la part fonctionnelle de l'amblyopie.  
*Y. Abaaqil, M. Maslik, A. El Kettani, S. Belghmaidi, I. Hajji, A. Moutaouakil*
- 13 |** Glaucome à pression normale ou Neuropathie optique compressive ? Comment faire la différence  
*R. Benchekroun ; M. Samie ; N. Mtalai ; S. Zamzami ; G. Daghouj ; L.El Maaloum ; B. Allali ; A. Elkettani*
- 14 |** Glaucome congénital primitif traité par trabéculéctomie avec application du 5 FU : résultats de suivi sur 5 ans  
*S. Zamzami ; M. Samie ; A. Rami ; L. El Maaloum ; B. Allali ; A. El Kettani*
- 15 |** Glaucome et surface oculaire : une triste histoire !  
*G. Zdaik ; C. Benmlih ; M. Filali ; R. Aouni ; S. Guerraou ; A. Maghraoui ; A. Bennis ; F. Chraibi ; M. Abdellaoui; I.A. Benatiya*
- 16 |** Le retentissement des pathologies de la surface oculaire sur la qualité de vie des patients glaucomateux  
*O. Hassimi, S. Bouziane, H. El Ouazzani, R. El Aouni, Y. Hachimi, F. Lachkar, A. Bennis, F. Chraibi, M. Abdellaoui, IA. Benatiya*
- 17 |** Glaucome cortisonique : évolution dramatique d'une kérato-conjonctivite vernale : à propos d'un cas  
*R. Ayad ; A.Haddad ; A.EL Harrar ; L. Ajdour ; G. Daghouj ; L. El Maaloum ; B. Allali ; A. El Kettani*



## E-posters

- 18 | Glaucome juvénile : à propos de 20 cas**  
*H. Hanguir ; G. Zdaik ; M. Ouazzani ; S. Saidi ; S. Lekbiche ; A. Choukri ; A. Bennis ; F. Chraibi ; M. Abdellaoui ; I.A. Benatiya*
- 19 | Glaucome néovasculaire révélant un mélanome malin de la choroïde : à propos de 2 cas**  
*J. Aitlhaj , F. Bahari , S. EL Hachimi , A. Mchachi, L. Benhmidoune, A. Chakib, R. Rachid, M. El Belhadji*
- 20 | Glaucome pseudo-exfoliatif évolutif faisant suite à la chirurgie de cataracte : à propos d'un cas**
- 21 | Glaucome néovasculaire : Profil clinique, étiologique et principes de prise en charge**  
*M. Yousfi , I. Essamlali , Z. Hammoumi, G. Daghouj , L. El Maaloum , B. Allali , A. Elkettani*
- 22 | Glaucome à pression normale : à propos de 3 cas**  
*S. Homaide , S. Boussetta , Z. Cheikh , A. Mchachi , L. Benhmidoune , A. Chakib , R. Rachid , M. Elbelhadji*
- 23 | Configuration iris plateau : à propos d'un cas**  
*M. El Mhadi, M. Boughanim, M. El Mellaoui, A. Alami, A. Bouzidi, A. El ouafi, S. Iferkhass*
- 24 | Glaucome primitif à angle ouvert : aspects épidémiologiques cliniques et thérapeutiques**  
*I. Essamlali, A. Haddad, A. El Harrar, G. Daghouj, L. El Maaloum, B. Allali, A. El Kettani*
- 25 | Kyste dermoïde chez un enfant de 4 ans**  
*Z. Hammoumi ; I. Essamlali ; M. Yousfi ; G. Daghouj ; L. El Maaloum ; B. Allali ; A. El Kettani*
- 26 | Les glaucomes post-traumatiques : à propos d'une série de 100 cas**  
*F. Bahari , J. Aitelhaj , S. Elhachimi , A. Mchachi , L. Benhmidoune , A. Chakib , R. Rachid , M. ElBelhadji*
- 27 | Glaucome secondaire apres une opération de la cataracte congénitale : des complications sérieuses à ne pas manquer**  
*W. Oujidi, M. Amro, N. Abutabikh, FZ. Mebrouki, S. Chraiba, A. Maadane, R. Sekhsoukh*



## E-posters

- 28 | Glaucome néovasculaire compliquant une endartériectomie : à propos d'un cas**  
*M.A Krichene, Y. Akannour, L. Sergini, E. Abdallah, A. Berraho*
- 29 | Prise en charge thérapeutique du glaucome primitif par fermeture de l'angle : experience du service**  
*Z. Hammoumi ; M. Yousfi ; H. Alaoui ; I. Essamlali ; G. Daghouj ; L. El Maaloum ; B. Allali ; A. El Kettani*
- 30 | Impact de l'hypertension artérielle sur le développement et la progression du glaucome**  
*K. El Hamraoui, M. Chokayri, J. Ait El Haj, A. Mchachi, L. Benhmidoune, A. Chakib, R. Rachid, M. ElBelhadji*
- 31 | Intérêt de l'iridotomie périphérique au laser dans le glaucome pigmentaire : à propos de 41 cas**  
*M.Yousfi, DM. Otsasso Okomiko, Z. Hammoumi, G. Daghouj, L. El Maaloum, B. Allali, A. Elkettani*
- 32 | Iris tomate**  
*O.Elbaz, S.Belghmaidi, H.Hajji, A.Moutaouakil*
- 33 | La prévalence des pathologies de la surface oculaire chez les patients glaucomateux et leur influence sur la prise en charge thérapeutique : à propos de 46 cas**  
*S. Lakrimi, M. Chafik, M. Alkeitsh, F.z. Mabrouki, S. Chariba, A. Maadane, R. Sekhsoukh*
- 34 | Le glaucome aigu par fermeture de l'angle déclenche par des colyres cycloplegiques : à propos d'un cas**  
*S. Zamzami ; M. Sami ; R. Benchekroun ; N. Mtalai ; L. El Maaloum ; B. Allali ; A. El Kettani*
- 35 | Le glaucome congénital associé à une rétinite pigmentaire dans le cadre d'un syndrome d'Usher : à propos d'un cas**  
*S. Ennaki ; H. Hamdani ; R. Benchekroun ; A. Rami ; G. Daghouj ; L. El Maaloum ; B. Allali ; A. El Kettani*
- 36 | La tomographie en cohérence optique papillaire en pratique**  
*M. El Alami ; Z. Hammoumi ; C. Baqadir ; T. Elongo ; G. Daghouj ; B. Allali ; L. El Maaloum ; A.El Kettani*
- 37 | Le syndrome irido-cornéo-épithélial bilatérale : à propos d'un cas**  
*R. Benchekroun, N. Mtalai, S. Zamzami, L. Aarab, G. Daghouj, L. El Maaloum, B. Allali, A. Elkettani*



## E-posters

- 38 |** Le glaucome dans le syndrome de Sturge-Weber-Krabbe (SWK). Expérience du service d'ophtalmologie de Fès : à propos de 12 cas  
*O. Bengebara, H. Hanguir, M. Filali Sadouq, R. El Aouni, Y. Hachimi, L. Mkhairi, A. Bennis, F. Chraibi, M. Abdellaoui, I. A Benatiya*
- 39 |** Les modifications de la densité des cellules endothéliales cornéennes chez les patients atteints d'un glaucome primitif à angle ouvert (GPAO)  
*G. Zdaik; H. Hanguir; L. Lahlou; H. Ghomri; M. Sghyar; M. Mourchid; A. Bennis; F. Chraibi; M. Abdellaoui; IA. Benatiya*
- 40 |** Crises récurrentes d'hypertonie intra oculaire révélant un syndrome de Posner-Schlossman  
*M. Sidki, S. Chiguer, M. Chnaoui; A. Mchachi; L. Benhmidoune; R. Rachid; M. El Belhadji*
- 41 |** NAEVUS D'OTA associé à un glaucome chronique à angle ouvert  
*O. Elbaz, S. Belghmaidi, H. Hajji, A. Moutaouakil*
- 42 |** Neuropathie optique bilatérale par intoxication au méthanol : à propos d'un cas  
*S. Boussetta; Z. Cheikh; S. Homaide; A. Mchachi; L. Benhmidoune; A. Chakib; R. Rachid; M. Elbelhadji*
- 43 |** Iris plateau secondaire : à propos d'un cas  
*M. El Mhadi; M. Boughanim; M. El Mellaoui; A. Alami; A. Bouzidi; A. El ouafi; S. Iferkhass*
- 44 |** Le glaucome phacolytique : à propos d'un cas  
*M. Tabchi, Z. Hmeimeit, S. Mekyna, N. Boutimzine, LO. Cherkaoui*
- 45 |** Prise en charge du glaucome cortisonique : expérience du service d'ophtalmologie pédiatrique  
*I. Essamlali, A. Rima, C. Rokaya, G. Daghouj, L. El Maaloum, B. Allali, A. El Kettani*
- 46 |** La prévalence des pathologies de la surface oculaire chez les patients glaucomateux  
*C. Talbi, H. Taouti, S. Belghmaidi, I. Hajji, A. Moutaouakil*



## E-posters

- 47 | L'Iridologie » est-elle une science ?**  
*Z. Azemour ; L. Moulahid ; O. Moustaine*
- 48 | Prise en charge du glaucome par fermeture de l'angle : Quid de la phacoexérèse ?**  
*O. Elmansouri, Z. Algouti, A. Mounsif, R. Messaoudi, M. Kriet*
- 49 | Prise en charge du glaucome uveitique au cours de la sarcoïdose : à propos d'un cas**  
*S. Zamzami, M. Samie, R. Benchekroun, L. Arab*
- 50 | OCT papillaire et étude du complexe cellulaire ganglionnaire dans les neuropathies optiques glaucomateuses**  
*S. Boussetta; S. Homaide; Z. Cheikh; A. Mchachi; L. Benhmidoune; A. Chakib; R. Rachid; M. Elbelhadji*
- 51 | OCT papillaire et parkinson : quelle corrélation ?**  
*H. Hanguir; G. Zdaik; M. Himmich; S. Tanoute; M. Sghyar; A. Choukri; A. Bennis; F. Chraibi; M. Abdellaoui; IA. Benatiya*
- 52 | Perforation tardive de la bulle de filtration : à propos d'un cas**  
*Rami ; S. Zamzami ; O. Belcadi ; G. Daghouj ; L. El Maaloum ; B. Allali ; A. El Kettani*
- 53 | Place de l'OCT dans le diagnostic et le suivi du glaucome**  
*I. Hanane, H. Alaoui, G. Daghouj, L. El Maaloum, B. Allali, A. El Kettani*
- 54 | Utilisation du tonomètre à air portatif et du rétinographe portable non mydriatique dans le dépistage de masse du glaucome**  
*A. Razzak, M. Bouazza, L. Mouhib, M. Khamayli, M. Elbelhadji, A. Oubaaz*
- 55 | Les facteurs pronostiques du glaucome congénital : à propos de 226 cas**  
*R.Chahir, R. Ayad , I. Essamlali, A. Elharar, L. Ajdour, G. Daghouj, L. El Maaloum, B. Allali, A. El Kettani*



## E-posters

- 56 | Cataracte luxée en chambre antérieure suite à la manoeuvre traditionnelle de « Dadsie » compliquée d'une hypertonie oculaire : à propos d'un cas**  
*B. Meryem, M. El Mhadi, A. El Ouafi, S. Iferkhass*
- 57 | Cycloaffaiblissement à la cryode dans le traitement du glaucome réfractaire : Expérience du service d'ophtalmologie du CHU de Fès, à propos de 19 yeux**  
*I. Serghini ; S. Bouziane ; O. Bengebara ; H. Ghomri ; S. Idrissi ; A. Bennis ; M. Abdellaoui ; F. Chraibi ; IA. Benatiya*
- 58 | Glaucome juvénile : à propos d'un cas**  
*H. Zahira ; H. Hnich ; A. Essakali ; A. Aboulaouar ; E. Abdallah ; A. Berraho*
- 59 | Sécheresse oculaire et glaucome : à propos de 60 yeux**  
*M. Boughanim, M. El Mhadi, A. El ouafi, S. Iferkhass*
- 60 | Les glaucomes phacomorphiques : profils épidémiologique, étiologique et thérapeutique**  
*I. Ha, H. Alaoui ,G.daghoulj, L.Maaloum , B.Allali , A.Kettani*
- 61 | Mélanome du corps ciliaire compliqué d'hypertonie oculaire : à propos d'un cas**  
*S. Tanout, S. Bouziane, L. Lahlou, S. Saidi, I. Jane, S. Dabou, A. Bennis, F. Chraibi, M. Abdellaoui, IA. Benatiya*
- 62 | Crise aiguë de glaucome à angle fermé avec un iris plateau sur un kyste irien unilatéral : à propos d'un cas**  
*Z. Hmeimett ; M. Tabchi ; T. Baiz ; S. Mekyna ; A. El Akkoumi ; N. Boutemzine ; LO. Cherkaoui*
- 63 | Rôle de l'iridotomie périphérique au laser YAG dans le syndrome de dispersion pigmentaire: expérience de l'hôpital militaire - Avicenne de Marrakech**  
*H. Bezza, Z. Algouti, O. El Mansouri, A. El Adrari, S. Bouabbadi, K. Zaoui, Y. Bennouk, M. Kriet*
- 64 | Glaucome à pression normale : à propos d'un cas**  
*K. Elkafi, Z. Chikh, S.Homaide, A. Mchachi, L. Benhmidoune, A. Chakib, R. Rachid, M. El Belhadji*



## E-posters

- 65 | Occlusion bilatérale de la veine centrale de la rétine révélant un glaucome chronique à angle ouvert : à propos d'un cas**  
*K. Elkafi, S. Chiguer, Z. Chikh, A. Mchachi, L. Benhmidoune, R. Rachid, M. El Belhadji*
- 66 | Hypertonie oculaire réfractaire révélant un glaucome pigmentaire**  
*R. Elaouni ; C. Benlmlih ; M. Himmich ; A. Bouimtarhane ; W. Nassiri ; M. Morchid ; A. Bennis ; F. Chraibi ; M. Abdellaoui ; IA. Benatiya*
- 67 | Le glaucome néovasculaire comme mode de révélation de tumeurs intra oculaires : à propos de deux cas**  
*H. Hnich, Z. Hazil, L. Serghini, E. Abdellah<sup>1</sup>, A. Berraho*
- 68 | Résultat anatomique et fonctionnel de la trabeculectomie avec application d'antimétabolite dans la prise en charge du glaucome congénital**  
*C. Baqadir , M. Issa Muhamat Adoudou , T. Elongo , S. Lys Bel'hantier , Gh. Daghouj, B. Allali, L. EL Maaloum, A. EL Kettani*
- 69 | Trabéculectomie avec application de mitomycine et greffe de cornée**  
*Y. akannour ; K. El Majdoubi El Idrissi ; M. Akhdari ; I. Serghini ; E. Abdallah ; A. Berraho*
- 70 | Pathologies de la surface oculaire et médicaments anti glaucomateux : à propos de 50 cas**  
*R. Ayad ; A. Haddad ; A. EL Harrar ; M. Lehbib ; G. Daghouj ; L. El Maaloum ; B. Allali ; A. El Kettani*
- 71 | Tolérance du traitement hypotonisant chez les patients glaucomateux et son impact sur leur qualité de vie**  
*M. Yousfi, Z. Hammoumi, H. Alaoui, G. Daghouj, L. El Maaloum, B. Allali, A. El Kettani*
- 72 | Le syndrome de Waardenburg : Quand c'est l'iris qui annonce la couleur**  
*M. Maslik ; Y. Abaaqil ; S. Rachda ; S. Belghmaidi ; I. Hajji ; A. Moutaouakil*



## E-posters

- 73 | Angles iridocornéens étroits et iris plateau : à propos de 24 yeux**  
*D.M. Otsasso Okomiko ; H. Alaoui ; Z. Hammoumi ; C. M. Lemine ; Z. Morchid ; N. Bouhazzama ; G. Daghouj ; L. El Maaloum ; B. Allali ; A. El Kettani*
- 74 | Attention aux corticoïdes ! Une cataracte intumescence compliquant une corticothérapie : à propos d'un cas**  
*T. Boutaj, S. Moutamani, I. Ed-darraz, H. Lazaar, S. Benchekroun Belabess, LO. Cherkaoui*
- 75 | Glaucome cortisonique : à propos de 8 cas**  
*Najoua El Moubarik*
- 76i | Mélanome uvéal de l'œil gauche responsable d'une iridodialyse étendue et d'une hypertension oculaire par blocage pupillaire chez une patiente de 45 ans**  
*R. Elaouni, G. Zdaik, L. Lahlou, S. Saidi, S. Lekbich, A. Boubekri, A. Bennis, F. Chraibi, M. Abdellaoui, IA. Benatia*
- 77i | Hypertension oculaire dans l'orbitopathie dysthyroïdienne : à propos d'un cas**  
*M. El mhadi; M. Boughanim; M. El mellaoui; A. Alami; A. Bouzidi; A. El ouafi; S. Iferkhass*
- 78i | Glaucome phacolytique**  
*G. Zdaik, O. Hassimi, O. Benjbara, S. Saidi, I. Jane, I. Lmkhayri, A. Bennis, F. Chraibi, M. Abdellaoui, IA. Benatiya*
- 79i | Iris et PVR avancée**  
*M. Maslik , Y. Abaaqil , N. Shaabane , S. Belghmaidi , I. Hajji , A. Moutaouakil*
- 80i | Sd d'Axenfeld Rieger**  
*G. Zdaik, H. Hanguir, M. Himmich, I. Serghini, S. Lekbich, Z. Bentaj, A. Bennis, F. Chraibi, M. Abdellaoui, IA. Benatiya*
- 81i | Iris et tamponnement endo oculaire**  
*Y. Abaaqil, M. Maslik, A. Agnaou, S. Belghmaidi, I. Hajji, A. Mouaouaki*
- 82i | Anomalie d'axenfeld compliquée d'HTO**  
*Y. Moursli*

## E-Films

### **01F |** Angle irido-cornéen en gonioscopie

*S. Zamzami ; N. Mtalai ; L. Arab ; A. Rami ; L. El Maaloum ; B. Allali ; A. El Kettani*

### **02F |** Démystifier la Gonioscopie

*M. Boualane, O. Moustaine*

### **03F |** Prise en charge chirurgicale du glaucome uvéitique

*Z. Hammoumi ; H. Alaoui ; M. Yousfi ; G. Daghouj ; L. El Maaloum ; B. Allali ; A. El Kettani*

### **04F |** Hypertonie oculaire compliquant une nanophthalmie : à propos d'un cas

*M. El Alami ; C. Baqadir ; M. Adoudou ; I. Laabi ; G. Daghouj ; B. Allali ; L. El Maaloum ; A. El Kettani*

### **05F |** Angle irido-cornéen en gonioscopie

*S. Zamzami ; N. Mtalai ; L. Arab ; A. Rami ; L. El Maaloum ; B. Allali ; A. El Kettani*

### **06F |** Hypertonie oculaire liée a la luxation antérieur du cristallin sur ectopie

*S. Hassina ; H. Hnich ; L. Serghini ; E. Abdallah ; A. Berraho*

### **07F |** Iridotomie laser : quand et comment la réaliser ?

*S. EL Hachimi, J. Ait Elhaj, S. Laababsi, A. Mchachi, L. Benhmidoune, A. Chakib, R. Rachid, M. Elbelhadji*

### **08F |** Iridotomie périphérique : laser YAG VS ARGON/YAG

*S. Haddougui, M. Khamaily, S. Bajjouk, M. Bouchhar, A. Razzak, M. Bouazza, L. Mouhib, A. Oubaaz*

### **09F |** Les mystères de l'iris : atlas d'iconographie

*F. Alliti ; L. Moulahid ; O. Moustaine*

### **10F |** OCT papillaire et glaucome

*F. Bahari, J. Aitlahaj, S. Elhachimi, A. Mchachi, L. Benhmidoune, R. Rachid, A. Chakib, M. El Belhadji*

## E-Films

**11F | OCT papillaire, Le mystère est levé**

*M. Frarchi ; O. El Ghemmaz ; O. Moustaine*

**12F | UBM : step by step pour les débutants**

*M. Bouchaar ; M. Khamayli ; S. Bajjouk ; L. Mouhib ; M. Bouazza ; A. Oubaaz*

**13F | Le laser diode micropulsé dans le traitement du glauome**

*R. Chahir, R. Ayad, A. Haddad, G. Daghouj, L. El Maaloum, B. Allali, A. Elkettani*

**14F | Gestion chirurgicale d'une luxation postérieure du cristallin avec hypertonie oculaire suite à un traumatisme contusif**

*M. El Akhdari, Y. Akannour*

**15F | Gestion chirurgicale d'une cataracte synéchiante post uvéitique**

*M. Boughanim, M. El Mhadi, A. El ouafi, S. Iferkhass*

**16F | Lecture pratique d'une OCT papillaire**

*Y. Moursli, M. Makmoul, A. Mchachi, L. Benhmidoune, A. Chakib, R. Rachid, M. Elbelhadji*

**17F | La tonométrie à aplanation de Goldmann : du principe d'action à la vérification de l'étalonnage - Vidéo pédagogique**

*M. El Mhadi ; M. Boughanim ; M. El Mellaoui ; A. Alami ; A. Bouzidi ; A. El Ouafi ; S. Iferkhass*

**18F | Colobome oculaire: Réussir une chirurgie de cataracte (PKE) avec fente zonulaire et sphinctérotomie**

*A. Daoui*

**19F | Le cycloaffaiblissement au laser diode micro pulsé: Technique et indications**

*S. Bajjouk ; B. Oubaaz ; M. Bouchaar ; M. Bouazza ; M. Khamaily ; Y. Mouzari ; A. Oubaaz*

## Glaucome, à chaque patient sa solution



1. DENOMINATION DU MEDICAMENT : CARTEOL L.P. 1%, collyre à libération prolongée, CARTEOL L.P. 2%, collyre à libération prolongée 2. COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE : CARTEOL L.P. 1%, collyre à libération prolongée Chlorhydrate de cartéolol .....1 g Pour 100 mL. 1 mL de collyre à libération prolongée contient 10 mg de chlorhydrate de cartéolol. CARTEOL L.P. 2%, collyre à libération prolongée : Chlorhydrate de cartéolol .....2 g Pour 100 mL. 1 mL de collyre à libération prolongée contient 20 mg de chlorhydrate de cartéolol. Excipient à effet notoire : solution de chlorure de benzalkonium (10 mg/100 mL). Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 6.1.3. FORME PHARMACEUTIQUE : Collyre à libération prolongée. Solution limpide et légèrement brun-jaune. Le pH se situe entre 6 et 7, compatible avec le pH des larmes. 4. DONNEES CLINIQUES : 4.1. Indications thérapeutiques : • Hypertonie intra-oculaire. • Glaucome chronique à angle ouvert. 4.2. Posologie et mode d'administration : Posologie : Voie ophtalmique. Le collyre est disponible sous deux dosages : 1% et 2%. Instiller une goutte de CARTEOL L.P. dans l'œil malade, une fois par jour, le matin. Pour administrer le traitement, instiller une goutte dans l'œil en regardant vers le haut et en tirant légèrement la paupière vers le bas, fermer l'œil quelques secondes, • L'œil fermé, essayer proprement l'excédent, • Reboucher le flacon après chaque utilisation. Il est recommandé de débiter le traitement par l'instillation dans l'œil malade d'une goutte de CARTEOL L.P. au plus faible dosage. Toutefois, la normalisation de la tension oculaire par le cartéolol collyre requiert parfois quelques semaines, aussi l'évaluation du traitement doit-elle inclure une mesure de la tension intraoculaire et un examen de la cornée en début de traitement et, en conséquence, régulièrement après une période de traitement d'environ 4 semaines. L'ophtalmologiste pourra, s'il le juge nécessaire, associer le cartéolol en collyre à un ou plusieurs autres traitements antiglaucmateux (par voie locale et/ou générale). Les collyres concomitants doivent être administrés au moins 15 minutes avant CARTEOL L.P. Le passage systémique peut être réduit par une occlusion nasolacrurale ou par la fermeture des paupières pendant 2 minutes. Cette méthode peut contribuer à diminuer les effets indésirables systémiques et à augmenter l'efficacité locale. Substitution d'un traitement antérieur : Quand le cartéolol en collyre L.P. doit prendre le relais d'un autre collyre antiglaucmateux, ce dernier collyre doit être arrêté à la fin d'une journée complète de traitement, et le cartéolol en collyre L.P. doit être administré le lendemain à raison d'une goutte dans l'œil malade, une fois par jour. Si le cartéolol en collyre doit être substitué à plusieurs antiglaucmateux associés, les suppressions ne doivent concerner qu'un seul médicament à la fois. En cas de substitution de collyres myotiques par le cartéolol en collyre, un examen de la réfraction peut s'avérer nécessaire quand les effets des myotiques ont disparu. La prescription médicale sera accompagnée du contrôle de la pression intraoculaire, surtout lors de l'instauration du traitement. Population pédiatrique : Aucun essai clinique n'a été réalisé chez l'enfant et l'adolescent avec ce collyre. En conséquence, l'utilisation de ce collyre n'est pas recommandée chez ce groupe de patients. 4.3. Contre-indications : Il convient de garder à l'esprit les contre-indications des bêta-bloquants administrés par voie générale, bien que les effets systémiques des bêta-bloquants ne soient observés que de façon exceptionnelle après instillation oculaire. • Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients mentionnés dans la rubrique 6.1. • Pathologies associées à une hyperactivité bronchique notamment asthme ou antécédents d'asthme et bronchopneumopathie chronique obstructive sévère. • Insuffisance cardiaque. • Choc cardiogénique. • Blocs auriculo-ventriculaires de second et troisième degrés non contrôlés par pacemaker. • Maladie du sinus (y compris bloc sino-auriculaire). • Bradycardie sinusale. • Phéochromocytome non traité. 4.4. Mises en garde spéciales et précautions d'emploi : Oculaires • Autres agents bêta-bloquants : o L'effet sur la pression intraoculaire ou les effets connus des bêta-bloquants par voie systémique peuvent être majorés en cas d'administration de bêta-bloquant topique à des patients recevant déjà un bêta-bloquant systémique. La réponse de ces patients devra être étroitement surveillée. L'utilisation de deux bêta-bloquants topiques n'est pas recommandée (voir rubrique 4.5). • Dans le cas où ce collyre est administré pour diminuer la pression intraoculaire chez les patients ayant un glaucome par fermeture de l'angle, un myotique doit être associé. En effet, chez ces patients, l'objectif immédiat du traitement est la réouverture de l'angle, ce qui nécessite l'emploi d'un myotique afin d'obtenir une constriction pupillaire, le cartéolol n'ayant pas ou peu d'effet sur la pupille. • Des décollements de la choroïde ont été observés après chirurgie filtrante du glaucome lors de l'administration de traitements diminuant la sécrétion d'humeur aqueuse (ex : timolol, acétazolamide). • Porteurs de lentilles de contact o Il existe un risque d'intolérance aux lentilles de contact par diminution de la sécrétion lacrymale, liée d'une manière générale aux bêta-bloquants. o Le conservateur utilisé dans ce collyre, le chlorure de benzalkonium, peut entraîner une irritation oculaire ; il ne se dépose pas sur les lentilles de contact souples et en altère la couleur ; par conséquent, ce collyre ne doit pas être utilisé en présence de lentilles souples. Les lentilles doivent être retirées avant l'installation des gouttes et ne doivent pas être remises avant un délai minimum de 15 minutes après utilisation de ce collyre. • Une diminution de la sensibilité au cartéolol peut apparaître après un traitement prolongé. Il convient, dans les traitements au long cours, de vérifier chaque année l'absence d'échappement thérapeutique. Maladies cornéennes : Les bêta-bloquants ophtalmiques peuvent entraîner une sécheresse oculaire. Les patients souffrant de maladies cornéennes doivent être traités avec prudence. Générales : Comme d'autres médicaments ophtalmiques à usage local, le chlorhydrate de cartéolol passe dans la circulation générale. Du fait de la présence d'un composant bêta-adrénergique, le chlorhydrate de cartéolol, des effets indésirables cardiovasculaires, pulmonaires et d'autres effets indésirables identiques à ceux rencontrés avec les agents bloquants bêta-adrénergiques administrés par voie systémique, peuvent se produire. La fréquence de survenue des effets indésirables systémiques après administration par voie ophtalmique est plus faible qu'après administration par voie générale. Pour réduire l'absorption systémique, voir rubrique 4.2. Ce médicament ne doit généralement pas être associé avec l'amiodarone, certains antagonistes du calcium (bépridil, vérapamil, diltiazem) et des bêta-bloquants utilisés dans l'insuffisance cardiaque (voir rubrique 4.5). Sportifs : L'attention des sportifs est attirée sur le fait que ce médicament contient un principe actif pouvant induire une réaction positive des tests pratiqués lors des contrôles antidopage. Arrêt du traitement : Ne jamais interrompre brutalement un traitement bêta-bloquant par voie générale, en particulier chez les angineux : l'arrêt brusque peut entraîner des troubles du rythme cardiaque graves, un infarctus du myocarde ou une mort subite. La posologie doit être diminuée progressivement, c'est-à-dire sur une à deux semaines. Troubles cardiaques : Troubles cardiaques : Chez les patients atteints de maladies cardiovasculaires (par exemple, maladie coronarienne, angor de Prinzmetal et insuffisance cardiaque) ou d'hypotension, le traitement par bêta-bloquant doit être soigneusement évalué et un traitement avec d'autres principes actifs doit être envisagé. Chez ces patients, une surveillance doit être effectuée afin de rechercher des signes d'aggravation de ces pathologies ou des effets indésirables. En raison de leur effet dromotrope négatif, les bêta-bloquants devront être prescrits avec prudence aux patients atteints d'un bloc auriculo-ventriculaire de premier degré. Bradycardie : Si la fréquence cardiaque s'abaisse au-dessous de 50-55 pulsations par minute au repos et que le patient présente des symptômes des symptômes liés à la bradycardie, la posologie doit être diminuée. Troubles vasculaires : Les patients présentant des troubles circulatoires périphériques sévères (c'est-à-dire des formes sévères de la maladie ou du syndrome de Raynaud) doivent être traités avec prudence. Troubles respiratoires : Chez les patients asthmatiques, des manifestations respiratoires pouvant aller jusqu'à décès par bronchospasme ont été rapportées après administration de certains bêta-bloquants ophtalmiques. CARTEOL L.P. doit être administré avec prudence chez les patients souffrant de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) légère à modérée et doit être administré uniquement si le bénéfice semble supérieur au risque. Hypoglycémie/Diabète : Les bêta-bloquants doivent être administrés avec prudence chez les patients atteints de diabète sucré ou de diabète instable dans la mesure où les bêta-bloquants sont susceptibles de masquer les signes et symptômes d'hypoglycémie aiguë. Phéochromocytome : L'utilisation des bêta-bloquants dans le traitement de l'hypertension due au phéochromocytome traité nécessite une surveillance étroite de la pression artérielle. Sujets âgés, insuffisants rénaux et/ou hépatiques : Chez ces sujets à risque et quand un collyre bêta-bloquant est co-administré avec un bêta-bloquant par voie générale, une adaptation posologique est souvent nécessaire. Psooriasis : Des aggravations de la maladie ayant été rapportées sous bêta-bloquant, l'indication mérite d'être pesée. Réactions allergiques / anaphylactiques : Lors de la prise de bêta-bloquants, les patients présentant un antécédent d'atopie ou de réaction anaphylactique sévère à une gamme d'allergènes pourraient être plus réactifs à une stimulation répétée avec ce type d'allergènes. Chez les patients susceptibles de présenter une réaction anaphylactique sévère, quelle qu'en soit son origine, en particulier la flocétamine, les produits de contraste iodés, lors de l'utilisation de produits anesthésiques ou au cours des traitements de désensibilisation, le traitement bêta-bloquant peut entraîner une aggravation de la réaction et une résistance au traitement par adrénaline (épinéphrine) aux doses usuelles. Anesthésie chirurgicale : Les bêta-bloquants utilisés en ophtalmologie peuvent bloquer les effets des agents bêta-agonistes systémiques tel que l'adrénaline (épinéphrine). L'anesthésiste doit être informé lorsque le patient reçoit le chlorhydrate de cartéolol. Si l'arrêt du traitement est jugé nécessaire, une suspension de 48 heures est considérée comme suffisante pour permettre la réapparition de la sensibilité aux catécholamines. • Dans certains cas, le traitement bêta-bloquant ne peut être interrompu : o Chez les malades atteints d'insuffisance coronaire, il est souhaitable de poursuivre le traitement jusqu'à l'intervention, étant donné le risque lié à l'arrêt brutal des bêta-bloquants, o En cas d'urgence ou d'impossibilité d'arrêt, le patient doit être protégé d'une prédominance vagale par une prémédication suffisante d'atropine renouvelée selon les besoins, o L'anesthésie devra faire appel à des produits aussi peu dépresseurs myocardiques que possible et les pertes sanguines devront être compensées. Thyrotoxicose : Les bêta-bloquants peuvent masquer certains signes d'hyperthyroïdie et en particulier les signes cardiaques. 4.5. Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions : Aucune étude spécifique d'interactions n'a été réalisée avec du chlorhydrate de cartéolol. 1) Collyre en solution : Des mydriases ont été occasionnellement rapportées lorsque les bêta-bloquants ophtalmiques et l'adrénaline (épinéphrine) ont été utilisés de façon concomitante. Ainsi, une surveillance ophtalmologique est nécessaire en cas de traitement concomitant par un collyre contenant de l'adrénaline. 2) Autres médicaments : Bien que les quantités de bêta-bloquants passant dans la circulation systémique soient faibles après instillation oculaire, le risque d'interactions médicamenteuses existe. Il convient donc de tenir compte des interactions observées avec les bêta-bloquants administrés par voie générale. Un effet additif, entraînant une hypotension et/ou une bradycardie, peut potentiellement être observé lors de l'administration simultanée de solution ophtalmique de bêta-bloquants et d'inhibiteurs des canaux calciques oraux, d'agents bloquants bêta-adrénergiques, d'antihypertenseurs (notamment l'amiodarone), de glycosides digitaliques, de parasympathomimétiques, de guanéthidine. Associations déconseillées : • Amiodarone : Troubles de l'autonomie et de la conduction (suppression des mécanismes sympathiques compensateurs). • Antagonistes du calcium (bépridil, diltiazem et vérapamil) : Troubles de l'autonomie (bradycardie excessive, arrêt sinusal), troubles de la conduction sino-auriculaire et auriculo-ventriculaire, et défaillance cardiaque (synergie des effets). Une telle association doit se faire sous surveillance clinique étroite et ECG, en particulier chez le sujet âgé ou en début de traitement. • Bêta-bloquants utilisés dans l'insuffisance cardiaque : Risque de majoration des effets indésirables des bêta-bloquants, avec notamment un risque important de bradycardie. • Fingolimod : Potentialisation de la bradycardie qui pourrait avoir une issue fatale. Les bêta-bloquants sont particulièrement à risque de par leur prévention des mécanismes de compensation adrénergiques. Une telle association doit être réalisée sous surveillance clinique et ECG en continu pendant 24 heures après la première dose. Associations faisant l'objet de précautions d'emploi : • Anesthésiques volatiles halogénés : Réduction des réactions cardiovasculaires de compensation par les bêta-bloquants (inhibition bêta-adrénergique peut être levée durant l'intervention par les bêta-stimulants). En règle générale, ne pas arrêter le traitement bêta-bloquant et, de toute façon, éviter l'arrêt brutal. Informer l'anesthésiste de ce traitement. • Anticholinesthésiques : donépézil, galantamine, rivastigmine, néostigmine, pyridostigmine, tacrine, ambonéumium : Risque de bradycardie excessive (addition des effets bradycardisants). Surveillance clinique régulière. • Une potentialisation des effets systémiques bêta-bloquants du collyre en solution et une augmentation des concentrations plasmatiques du bêta-bloquant ont été rapportées lors de la co-administration d'un collyre bêta-bloquant en solution et de la quinidine, probablement en raison de l'inhibition du métabolisme du bêta-bloquant par la quinidine (décrit pour le timolol). • Lidocaïne : Lors de son administration par voie intraveineuse, une augmentation des concentrations plasmatiques de la lidocaïne (due à la diminution de la clairance hépatique) peut entraîner la survenue d'effets indésirables cardiaques et neurologiques. Surveillance clinique, ECG et éventuellement contrôle des concentrations plasmatiques de la lidocaïne pendant et après l'arrêt de l'association. Adaptation, si besoin, de la posologie de la lidocaïne. • Baclofène : Majoration de l'effet antihypertenseur. Surveillance de la pression artérielle et adaptation posologique de l'antihypertenseur si nécessaire. • Clonidine et autres antihypertenseurs centraux (alphaméthylépo, guanfacine, moxonidine, rilmenidine). Augmentation importante de la pression artérielle en cas d'arrêt brutal du traitement antihypertenseur central. Eviter l'arrêt brutal de l'antihypertenseur central. Surveillance clinique. • Insuline, sulfamides hypoglycémisants, glinides : Tous les bêta-bloquants peuvent masquer certains symptômes de l'hypoglycémie : les palpitations et la tachycardie. La plupart des bêta-bloquants non cardioselectifs augmentent l'incidence et la sévérité de l'hypoglycémie. Prévenir le malade et renforcer, surtout au début du traitement, l'auto-surveillance sanguine. • Médicaments donnant des torsades de pointes : Antiarythmiques de classe Ia (quinidine, hydroquinidine, disopyramide) et de classe III (amiodarone, dofetilide, ibutilide, sotalol), certains neuroleptiques : phénothiazines (chlorpromazine, cyaméazine, lévomépromazine, thionazine, trifluopérazine), benzamides (amisulpride, sulpiride, tiapride, sultopride), butyrophénonnes (pimozide, halopéridol, halogéridol), autres neuroleptiques (pimozide) et autres médicaments tels que : buprénorol, diphenhydramine, érythromycine IV, vincamine IV, mizolastine, halofantrine, sparfloxacin, pentamidine, moxifloxacin... Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire, notamment de torsades de pointes. Surveillance clinique et électrocardiographique. • Propofolone : Troubles de la contractilité, de l'autonomie et de la conduction (suppression des mécanismes sympathiques compensateurs). Surveillance clinique et ECG. Associations à prendre en compte : • AINS (voir rubrique 4.5) y compris les inhibiteurs sélectifs de COX-2. Réduction de l'effet antihypertenseur (inhibition des prostaglandines vasodilatatrices) par les AINS et rétention hydrodrosée avec les AINS pyrrolidones. • Alpha-bloquant à usage urologique : alfuzosine, doxazosine, prazosine, tamsulosine, térazosine. Majoration de l'effet hypotenseur, risque d'hypotension orthostatique majoré. • Amifostine : Majoration de l'effet antihypertenseur. • Dipyrindole : Par voie intraveineuse, majoration de l'effet hypotenseur. • Antagonistes du calcium (dihydropyridines) : Hypotension, défaillance cardiaque chez les malades en insuffisance cardiaque latente ou non contrôlée (effet motrope négatif in vitro des dihydropyridines, plus ou moins marqué en fonction des produits, et susceptible de s'ajouter aux effets inotropes négatifs des bêta-bloquants). La présence d'un traitement bêta-bloquant peut par ailleurs minimiser la réaction sympathique réflexe mise en jeu en cas de répercussion hémodynamique excessive. • Antidépresseurs imipraminiques (tricycliques), antipsychotiques : Effet antihypertenseur et risque d'hypotension orthostatique majorés (effet additif). • Méfloquine, pirocaprine : Risque de bradycardie excessive (addition des effets bradycardisants). 4.6. Fertilité, grossesse et allaitement : Le passage systémique des bêta-bloquants administrés par voie oculaire est moindre que par voie générale mais néanmoins réel. Grossesse : Il n'existe pas de données pertinentes concernant l'utilisation de chlorhydrate de cartéolol chez la femme enceinte. Le chlorhydrate de cartéolol ne doit pas être utilisé pendant la grossesse sauf en cas de nécessité absolue. Pour réduire l'absorption systémique, voir la rubrique 4.2. Les études épidémiologiques n'ont pas révélé d'effet malformatif, mais ont montré un risque de retard de croissance intra-utérin lorsque les bêta-bloquants sont administrés par la voie orale. De plus, les signes et les symptômes d'un effet bêta-bloquant (par exemple : bradycardie, hypotension, détresse respiratoire et hypoglycémie) ont été observés chez le nouveau-né lorsque les bêta-bloquants avaient été administrés jusqu'à l'accouchement. Si le CARTEOL L.P. est administré jusqu'à l'accouchement, le nouveau-né doit être surveillé attentivement durant les premiers jours de sa vie. Allaitement : Les bêta-bloquants sont excrétés dans le lait maternel. Cependant, aux doses thérapeutiques de chlorhydrate de cartéolol contenues dans le collyre, il est peu probable que la quantité passant dans le lait maternel suffise à provoquer les symptômes cliniques des bêta-bloquants par voie générale. Pour réduire l'absorption systémique, voir rubrique 4.2. 4.7. Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines : Ce collyre présente des effets indésirables (en particulier troubles de la vision) qui peuvent compromettre l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines. 4.8. Effets indésirables : Comme d'autres médicaments ophtalmiques appliqués localement, ce collyre bêta-bloquant en solution est absorbé dans la circulation systémique et peut donc induire des effets indésirables similaires à ceux observés avec les bêta-bloquants administrés par voie systémique. L'incidence des effets indésirables médicamenteux systémiques est plus faible après administration ophtalmique qu'après administration systémique. Les effets indésirables mentionnés incluent ceux observés avec la classe des bêta-bloquants ophtalmiques. Les effets indésirables suivants ont été rapportés avec la solution de cartéolol en collyre soit pendant les essais cliniques soit après commercialisation. Les effets indésirables sont classifiés en fonction de leur fréquence, de la manière suivante : Très fréquent (≥ 1/10), Fréquent (≥ 1/100 < 1/100), Peu fréquent (≥ 1/1000 < 1/100), Très rare (< 1/10000) et Fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles). Des effets secondaires supplémentaires ont été observés avec les bêta-bloquants ophtalmiques et peuvent se manifester avec CARTEOL L.P. Affections du système immunitaire : Fréquence indéterminée : Réactions allergiques systémiques y compris angioedème, urticaire, éruption localisée et généralisée, prurit, réaction anaphylactique. Troubles du métabolisme et de la nutrition : Fréquence indéterminée : Hypoglycémie. Affections psychiatriques : Fréquence indéterminée : Insomnie, dépression, cauchemars, perte de mémoire. Affections du système nerveux : Peu fréquent : Vertige. Fréquence indéterminée : Syncope, accident cérébro-vasculaire, ischémie cérébrale, aggravation des signes de myasthénie, parésie et céphalée. Affections oculaires : Fréquent : Signes et symptômes d'une irritation oculaire (par exemple brûlure, picotements, démangeaisons, larmoiement, rougeur), hyperémie conjonctivale, kératite. Fréquence indéterminée : Biphétrie, vision trouble et décollement de la choroïde après chirurgie filtrante (voir rubrique 4.4), diminution de la sensibilité cornéenne, œil sec, érosion cornéenne, ptosis, diplopie. Modification réfractive (due à l'arrêt d'un traitement myotique dans certains cas). Des cas de calcification cornéenne ont été très rarement rapportés lors de l'utilisation de collyres contenant du phosphate chez certains patients présentant des altérations significatives de la cornée. Affections cardiaques : Fréquence indéterminée : Bradycardie, douleur thoracique, palpitations, oedème, arythmie, insuffisance cardiaque congestive, bloc atrioventriculaire, arrêt cardiaque, insuffisance cardiaque, claudication. Affections vasculaires : Fréquence indéterminée : Hypotension, syndrome de Raynaud, refroidissement des extrémités. Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales : Fréquence indéterminée : Bronchospasme (principalement chez les patients atteints d'une maladie bronchospasme pré-existante), dyspnée, toux. Affections gastro-intestinales : Fréquent : Dysgueusie. Fréquence indéterminée : Nausées, dyspepsie, diarrhée, sécheresse buccale, douleurs abdominales, vomissements. Affections de la peau et du tissu sous-cutané : Fréquence indéterminée : Alopecie, éruptions psoariosiformes ou aggravation de psooriasis, éruptions cutanées. Affections musculo-squelettiques et du tissu conjonctif : Peu fréquent : Myalgie, crampes musculaires. Fréquence indéterminée : Lupus érythémateux systémique. Affections des organes de reproduction et des seins : Fréquence indéterminée : Dysfonctionnement sexuel, diminution de la libido, impuissance. Troubles généraux et anomalies au site d'administration : Fréquence indéterminée : Asthénie/fatigue. Investigations : Rare : Apparition d'anticorps anti-anticorps. Déclaration des effets indésirables suspects : La déclaration des effets indésirables suspects après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via le système national de déclaration : Algérie : Centre National de Pharmacovigilance et de Matérovigilance (CNPV)-Algérie, Maroc : Centre Anti-Poison et de Pharmacovigilance-Moroc, Tunisie : CNPV-Tunisie. 4.9. Surdosage : Bien que les quantités de bêta-bloquants passant dans la circulation systémique soient faibles après instillation oculaire, le risque de surdosage doit être gardé à l'esprit. L'expérience de surdosage par voie oculaire est limitée. En cas de surdosage accidentel par voie oculaire, lavez les yeux avec une solution stérile de chlorure de sodium à 9 mg/mL (0,9 %). En cas de prise orale accidentelle ou de mésusage, les symptômes et la conduite à tenir sont calqués sur ceux d'un surdosage en bêta-bloquant par voie générale. 5. PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES 5.1. Propriétés pharmacodynamiques : Classe pharmacothérapeutique : Agent ANTI-GLAUCOMATEUX BETA-BLOQUANT (S : organe sensoriel), code ATC : S01ED05. Sur le plan général. Le cartéolol est un bêta-bloquant non cardioselectif, avec un pouvoir agoniste partiel [activité sympathomimétique intrinsèque (ASI) modérée] et un effet stabilisant de membrane non significatif (anesthésique local ou quinidine-like). Sur le plan oculaire : • Le chlorhydrate de cartéolol en collyre abaisse la tension intra-oculaire, associée ou non à un glaucome, en diminuant la sécrétion d'humeur aqueuse. • Son activité se manifeste habituellement environ 30 minutes après instillation, atteint son maximum 2 heures. • Stabilité de l'effet hypotenseur dans le temps : l'effet peut rester constant pendant un an. • Une diminution de la sensibilité au chlorhydrate de cartéolol reste cependant possible, notamment après un traitement plus prolongé. • Il n'y a pratiquement pas de modification du diamètre pupillaire ou de l'accommodation. L'excipient de CARTEOL L.P. contient un polymère hydrocolloïdal (acide alginique) qui possède des propriétés physiques (telles que bio-adhésivité, interactions ioniques) permettant de diminuer la fréquence des instillations journalières à une seule instillation. 5.2. Propriétés pharmacocinétiques : Les concentrations plasmatiques moyennes observées après 2 mois d'instillations répétées de CARTEOL L.P. 2% chez les patients glaucomateux sont inférieures avec la formulation à libération prolongée administrée une fois par jour (Cmax = 1,72 ng/mL) qu'avec la formulation classique administrée deux fois par jour (Cmax = 3,64 ng/mL). Bien que la fonction rénale soit importante pour l'élimination, il n'y a pas eu d'étude menée chez les patients insuffisants rénaux. 5.3. Données de sécurité préclinique : Les données précliniques issues des tests conventionnels d'évaluation de la pharmacologie de sécurité, de toxicité à doses répétées, de génotoxicité ou de carcinogénéité, n'ont pas révélé de risque particulier chez l'homme. Lors des études de toxicité sur la fonction de reproduction, une embryotoxicité a été mise en évidence à de fortes doses par voie orale, correspondant à des niveaux d'exposition systémique considérés comme suffisamment élevés par rapport à l'exposition systémique liée à l'utilisation du collyre CARTEOL en clinique. Le cartéolol n'a pas montré de propriétés tératogènes lors des études de reproduction. Il a été rapporté chez les rats, que le chlorhydrate de cartéolol pouvait passer la barrière placentaire et était faiblement excrété dans le lait. 6. DONNEES PHARMACEUTIQUES : 6.1. Liste des excipients : Solution de chlorure de benzalkonium, acide alginique (E400), phosphate monosodique dihydraté (E339), phosphate disodique dodécahydraté (E339), chlorure de sodium, hydroxyde de sodium (pour ajustement du pH), eau purifiée. 6.2. Incompatibilités : Sans objet. 6.3. Durée de conservation : Avant ouverture : 2 ans. Durée de conservation après première ouverture du flacon : 28 jours. 6.4. Précautions particulières de conservation : A conserver à une température ne dépassant pas 25°C. 6.5. Nature et contenu de l'emballage extérieur : 3 mL en flacon compte-goutte (PE) avec bouchon à vis (polypropylène). 6.6. Précautions particulières d'utilisation et de manipulation : Pas d'exigences particulières. 7. TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE / DETENTEUR DE LA DECISION D'ENREGISTREMENT : LABORATOIRE CHAUVIN, 416, RUE SAMUEL MORSE - CS99535 34961 MONTPELLIER CEDEX 2 - FRANCE 8. NUMERO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE EN FRANCE : CARTEOL L.P. 1%, collyre à libération prolongée - CIP 34009 357 889 2 4 - 3 mL en flacon compte-goutte (PE). CARTEOL L.P. 2%, collyre à libération prolongée - CIP 34009 357 895 2 5 - 3 mL en flacon compte-goutte (PE). 9. DATE DE PREMIERE AUTORISATION/DE RENOUVELLEMENT DE L'AUTORISATION : Date de première autorisation : CARTEOL L.P. 1% : 07/03/2007 CARTEOL L.P. 2% : 07/03/2007. Date de dernier renouvellement : CARTEOL L.P. 1% : 13/08/2012 CARTEOL L.P. 2% : 13/08/2012. 10. DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE : 09/02/2017. CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE : Liste I (Tableau A). CARTEOL L.P. 1%, collyre à libération prolongée : ALGERIE DE N° : 16/07/17C 146/096 : 3 mL en flacon compte-goutte (PE). TUNISIE AMM N° 528 3023. CARTEOL L.P. 2%, collyre à libération prolongée : ALGERIE DE N° : 16/07/17C 147/096 : 3 mL en flacon compte-goutte (PE). TUNISIE AMM N° 528 30 24. MAROC AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM. ADRESSES : ALGERIE : Laboratoire Chauvin/Bausch & Lomb, Bureau de Liaison, 9, Lot Djénane Achaïbou, 16320 Dely Ibrahim, Alger - Algérie. Tél. : 023 290 658. MAROC : Chauvin Bausch & Lomb - Licence ZENTHYPHARMA 96, zone industrielle Tassila Inezgane, Agadir, Maroc. Tél. : +212 5 22 97 77 30. Laboratoire CHAUVIN 416 RUE SAMUEL MORSE CS99535 34961 MONTPELLIER - France. Tél. : +33(0) 467-12-30-30. Date de révision : 23/09/2020.



PH-INS-SMO-MAR-2022



الجمعية المغربية لمرض الزرق  
Société Marocaine du Glaucome

5<sup>ÈME</sup> CONGRÈS NATIONAL

LES 23-24-25 JUIN 2022

Hyatt Regency Casablanca

LE COMITÉ D'ORGANISATION DE LA "SMG" : REMERCIE

GOLD



SILVER



/societemarocaineduglaucome

www.smg.ma



الجمعية المغربية لمرض الزرق  
Société Marocaine du Glaucome

5<sup>ÈME</sup> CONGRÈS NATIONAL

LES 23-24-25 JUIN 2022

Hyatt Regency Casablanca

# Notes



A large circular graphic in the center of the page features a detailed, artistic rendering of a human eye. The eye is depicted with a complex network of white, branching fibers that resemble the optic nerve or the intricate structure of the retina. The overall color palette is light blue and white, giving it a clinical and scientific appearance. This graphic is overlaid on a background of horizontal dotted lines, which are intended for taking notes during the congress.

Réduction de la pression intraoculaire élevée chez les patients atteints de glaucome à angle ouvert ou d'hypertonie intraoculaire

# Monoprost<sup>®</sup>

Solution Ophtalmique Stérile Latanoprost 0.005%



## LE SWITCH VERS MONOPROST EFFICACITÉ & TOLÉRANCE GARANTIES<sup>(2)</sup>

