

Prise en charge diagnostique et thérapeutique du glaucome primitif à angle fermé

Laftimi Zyad, Rami Ali, Daghouj Ghizlane , El Maaloum Loubna, Allali Bouchra, EL Kettani Asmaa

Service d'ophtalmologie pédiatrique Hôpital 20 Aout Casablanca.

Résumé

Le glaucome primitif par fermeture de l'angle (GPFA) représente un problème de santé publique à l'échelle mondiale. Il s'agit d'une entité relativement fréquente, souvent ignorée, à l'origine d'erreurs diagnostiques et de prises en charge inadaptées. Il est généralement asymptomatique et d'évolution insidieuse ; seul l'examen ophtalmologique l'identifie et évalue sa sévérité afin de proposer un traitement adapté . À travers une étude rétrospective réalisée au service d'ophtalmologie pédiatrique Hôpital 20 Aout Casablanca – Maroc de Janvier 2014 jusqu'à Aout 2017 sur 52 yeux ; nous allons montrer les aspects cliniques , diagnostiques et thérapeutiques glaucome primitif par fermeture de l'angle .L'âge moyen est de 48 ans avec une légère prédominance masculine .L'examen clinique a trouvé un signe de Van Herrik positif dans 20 % des cas , le Tonus oculaire était inférieur à 20 mm Hg dans 61% des cas ,la gonioscopie a trouvé un grade 1 dans 61 % , un grade 0 dans 23 % et un grade 1 dans 16% , une excavation supérieur à 3/10 au fond d'œil était retrouvée dans 84% des cas , Le bloc pupillaire dominait les résultats en ultra-biomicroscopie avec une profondeur de chambre antérieure moyenne à 2.2 mm et une flèche moyenne à 580microns , la valeur moyenne de l'épaisseur de la couche des fibres nerveuses rétinienne objectivée par l'OCT papillaire était de 75,2µm , le champ visuel était marqué par des déficits diffus à 79% des cas. Concernant le traitement, la bithérapie était préconisée chez 61% des patients, l'IP au laser a été réalisée chez 38% des patients versus un traitement chirurgical chez 7%.

Mots clés: glaucome primitif par fermeture de l'angle, examen clinique , UBM ,OCT papillaire champs visuel

Date of Submission: 06-04-2023

Date of Acceptance: 18-04-2023

I. Introduction

Le glaucome primitif par fermeture de l'angle (GPFA) correspond à une neuropathie optique glaucomeuse survenant dans un contexte de fermeture angulaire (1) ; il s'agit de dommages du nerf optique concordant avec l'atteinte du champ visuel, et la présence de SAP permanentes confirmée en gonioscopie dynamique ou avec indentation, quels que soient leur importance et leur degré et/ou la présence d'un contact irido-trabéculaire sur plus de trois quadrants. Cette définition implique la connaissance de la technique de gonioscopie avec indentation et des différentes classifications des degrés de fermeture de l'angle irido-cornéen. (2) .Le glaucome primitif par fermeture de l'angle est une affection plus rare que le glaucome chronique à angle ouvert mais plus fréquente que la crise aiguë par fermeture de l'angle. Seule la gonioscopie répétée dans la vie d'un patient permet de faire son diagnostic. (2) Diverses technologies d'imagerie peuvent aider le clinicien à déterminer la pathophysiologie et le diagnostic de la fermeture primaire de l'angle notamment l'UBM . Le traitement consiste à abaisser la PIO, supprimer le tonus dilatateur de l'iris et lever le blocage pré-trabéculaire.

II. Matériels et méthodes

Notre travail fait l'objet d'une étude rétrospective menée au sein du service d'ophtalmologie pédiatrique de l'hôpital 20 aout, CHU Ibn Rochd Casablanca Maroc, portant sur l'analyse de 52 Yeux présentant un glaucome primitif par fermeture de l'angle. Cette étude était étalée sur la période allant de Janvier 2014 à aout 2017 .

Tous les patients sujets à cette étude ont bénéficié d'un examen clinique complet avec évaluation de l'acuité visuelle ,une étude de la chambre antérieure , recherche du signe de Van Herrik , la mesure du tonus oculaire ,l'étude de la papille au fond d'œil et la gonioscopie . Ainsi ils ont bénéficié d'un bilan paraclinique à savoir L'UBM, OCT Papillaire et un champ visuel.

III. Résultats

Épidémiologie :

L'âge médian dans notre série était de 48 ans . Une légère prédominance masculine se démontre avec un sex-ratio de 1,12.

Clinique :

Concernant les antécédant ;52% des patients de notre étude avaient des antécédants familiaux de glaucome ,12% des patients avaient une hypermétropie ainsi 4% des patients ont un antécédent de crise de glaucome par fermeture de l'angle .

Une découverte fortuite était fortuite dans 60 % des cas alors que peu d'autres se plaignaient de signes fonctionnels notamment la baisse d'acuité visuelle dans 20 % , des céphalées et brouillards visuel dans d'autres cas .

Cliniquement le signe Van Herrik était présent chez 20% des patients. Le Tonus oculaire était inférieur à 20 mm Hg chez presque les deux tiers des patients alors que 13 % des patients ont présenté un tonus dépassant les 25 mm Hg et 26 % des patients présentaient un tonus oculaire compris entre 20 et 25 mm Hg .

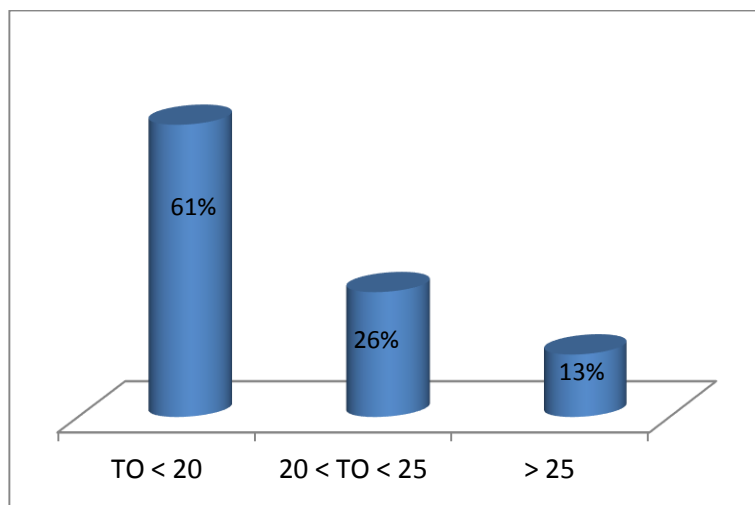


Figure 1 :Répartition des patients selon le tonus oculaire

La gonioscopie était réalisée chez tous les patients , elle a objectivé un grade 0 chez 23 % (figure 2A) , grade 1 dans 61% (figure 2B) et grade 2 dans 16% des cas (figure 2C) selon la classification de Shaffer .

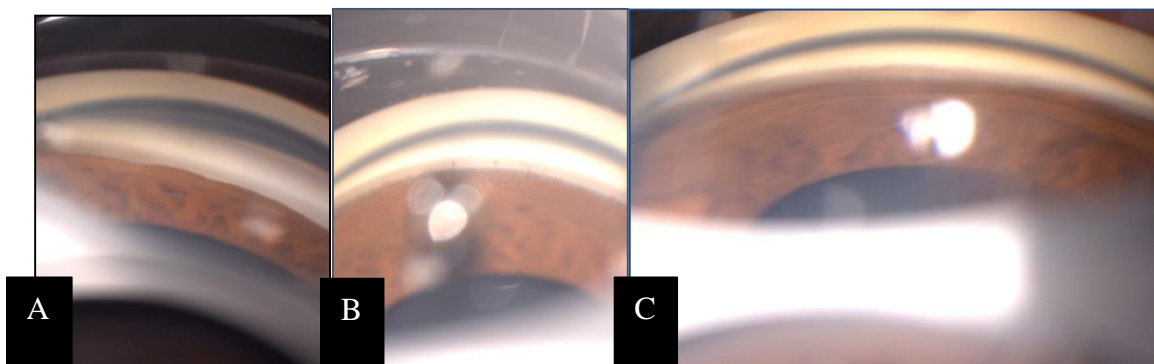


Figure 2 : Gonioscopie chez les patients présentant un glaucome primitif par fermeture de l'angle : A :grade 0, B :grade 1, C :grade 2

L'examen au fond d'œil a trouvé une excavation inférieure à 3/10 dans 16% des cas, entre 3/10 et 7/10 dans 46% des cas et supérieure à 7/10 dans 38% des cas

Paraclinique :

Le bloc pupillaire dominait les résultats en ultra-biomicroscopie retrouvé dans la moitié des cas suivi d'iris plateau puis de goniosynéchies retrouvées respectivement dans 38% et 12 % avec une profondeur de chambre antérieure moyenne à 2.2 mm et une flèche moyenne à 580microns,

La valeur moyenne de l'épaisseur de la couche des fibres nerveuses rétinienne objectivée par l'OCT était de 75,2µm

Le champ visuel était marqué par des déficits diffus dans 79% des cas et des déficits tubulaires dans 21%

Traitement :

-Traitement médical :

La bithérapie était préconisée chez 61% des patients ,27 % des patients ont bénéficié d'une monothérapie alors que 22% des patients ont bénéficié d'une trithérapie.

-Traitement physique :

L'IP au laser a été réalisée chez 38% des patients (n=20)

-Traitement chirurgical :

Un traitement chirurgical notamment une trabéculotomie avec IP était réalisé chez 7% des patients (n=4)

Évolution :

Le tonus oculaire était équilibré chez tous les patients (Tableau 1)

TO	Équilibré (sans traitement)	Équilibré + traitement adjuvant
IP laser	17 (20)	3 (20)
Chirurgie	3(4)	1 (4)

Tableau 1 : Tableau montrant l'évolution chez les patients bénéficiant d'IP au laser et de chirurgie

IV. Discussion

Le glaucome représente la principale cause de cécité irréversible dans le monde par l'OMS [3] ,

Le glaucome primitif par fermeture de l'angle représente la principale cause de cécité en Chine [4].

La gonioscopie, ou analyse clinique de l'AIC, est l'examen clé en matière de détection de fermeture angulaire. Elle est réalisée au moyen d'une lentille permettant un accès indirect aux différentes structures angulaires. Le Grade 1 était le plus présent dans notre étude ce qui concorde avec l'étude Med Reza et all à Iran , alors que dans l'étude de Bononi et all en Inde le grade 0 était le plus retrouvé .

Le bloc pupillaire étant le mécanisme le plus fréquent [1], à la suite d'un contact irido-cristalinien gênant l'écoulement physiologique de l'humeur aqueuse, ceci favorisant l'augmentation de la pression de la chambre postérieure et donc un refoulement de l'iris vers l'avant. Ce mécanisme peut être associé à un encombrement angulaire de type iris plateau , à un mécanisme de fermeture cristallinienne voire un mécanisme rétrocrystallinien [5]

L'iris plateau représente le deuxième mécanisme en cause où on a des procès ciliaires antéro-positionnés [6].repoussant l'iris périphérique vers l'avant entraînant alors une fermeture de l'angle avec une chambre antérieure profonde .La gonioscopie avec indentation permet le diagnostic avec un aspect de double bosse .

L'OCT permet l'analyse de fibres nerveuses rétinienne et du complexe cellulaire ganglionnaire, l'échographie UBM et les OCT de segment antérieur autorisent une imagerie du segment antérieur et analysent les mécanismes de fermeture de l'AIC , ainsi ils permettent d'éliminer dans certains cas des formes secondaires de fermetures de l'angle (kystes ou tumeurs) [7].

Le principe du traitement consiste à abaisser la pression intra-oculaire, supprimer le tonus dilatateur de l'iris, lever le blocage pré-trabéculaire et rouvrir l'angle irido-cornéen.

Devant le bloc pupillaire et l'iris plateau, l'iridotomie périphérique au laser pourra être proposée en l'absence de synéchies antérieures périphériques (SAP) étendues sur plus de 2 quadrants. Si pas de résultats, il y aura le recours à l'iridoplastie au laser argon

la phacoexérèse, possible à tous les stades, représente une alternative thérapeutique et permet d'obtenir un approfondissement de la chambre antérieure, une réouverture de l'angle iridocornéen (en l'absence de SAP), et souvent une baisse de la PIO [8]

Si la PIO n'est pas contrôlée médicalement malgré la levée du blocage pupillaire : une chirurgie filtrante est indiquée.

V. Conclusion :

Le glaucome primitif par fermeture de l'angle est fréquent, survenant dans un contexte de fermeture angulaire de mécanismes différents .Son diagnostic est clinique reposant essentiellement sur la gonioscopie .Son traitement repose sur la prise en charge de la cause de fermeture de l'angle .

Références :

- [1]. Esther Blumen, Emmanuelle Brasnu, Yves Lachkar, Xavier Zanlonghi Détection et prise en charge du risque de glaucome par fermeture de l'angle ,société française d'ophtalmologie.
- [2]. Yves Lachkar Glaucomes primitifs par fermeture de l'angle : mise au point (2012)
- [3]. 1 -Resnikoff S, Pascolini D, Etya'ale D, Kocur I, Pararajasegaram R, Pokharel GP, et al. Global data on visual impairment in the year 2002. Bull World Health Organ. 2004;82:844–51
- [4]. Douglas GR, Drance SM, Schulzer M. The visual field and nerve head in angle closure glaucoma. A comparison of the effects of acute and chronic angle closure. Arch Ophthalmol, 1975; 409-11.
- [5]. Ritch R, L.R., Ritch R, Shields MB, Krupin T. The Glaucomas. 2nd ed., in The Glaucomas. 2nd ed., S.I. Mosby, Editor. 1996. p. 801.
- [6]. Yves Lachkar ,Elisa Bluwol Iridoplastie et iris plateau 2014
- [7]. Smith, S.D., et al., Evaluation of the anterior chamber angle in glaucoma: a report by the american academy of ophthalmology. Ophthalmology, 2013. 120(10): p. 1985-97.
- [8]. Huang, G., et al., Anterior chamber depth, iridocorneal angle width, and intraocular pressure changes after phacoemulsification: narrow vs open iridocorneal angles. Arch Ophthalmol, 2011. 129(10): p. 1283-90.

Laftimi Zyad, et. al. "Prise en charge diagnostique et thérapeutique du glaucome primitif à angle fermé". *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 22(4), 2023, pp. 49-52.