

Le glaucome chronique à angle ouvert (240)

Professeur Michel MOUILLON
Mai 2003 (Mise à jour mai 2005)

Pré-Requis :

Connaissances de base :

- Anatomie de l'angle, de la papille optique
- Circulation artérielle ciliaire et production d'humeur aqueuse
- Circulation des fluides dans l'oeil

Pré-acquis sémiologique :

- Les anomalies du champ visuel

Résumé :

C'est une maladie purement ophtalmologique : en l'absence de symptômes, le diagnostic repose le plus souvent sur l'examen systématique qui découvre l'hypertonie oculaire. Maladie fréquente, cécitante, elle doit être reconnue tôt pour mettre en route un traitement adapté. Caractérisée par une altération progressive du nerf optique (destruction des fibres), elle se traduira pas des déficits systématisés du champ visuel : les scotomes. Ceux-ci entourent le point de fixation, de ce fait, l'acuité visuelle peut être longtemps conservée.

C'est une véritable neuropathie optique chronique, le plus souvent bilatérale. Le traitement (à vie) est d'abord médicamenteux.

Il existe de nombreuses formes cliniques de gravité variable : glaucome à pression normale, glaucome pigmentaire, glaucome exfoliatif, glaucome du myope, etc...

Il peut être aussi chirurgical (chirurgie filtrante, laser sur le trabeculum) selon les cas et l'évolution clinique afin de dériver l'humeur aqueuse hors des émonctoires habituels.

Mots-clés :

Glaucome chronique à angle ouvert, glaucome, tension oculaire, champ visuel, scotome, cécité.

Références :

- Impact Internat N° 15 - Décembre 1996
- Ophtalmologie clinique – Ganem – Arnet 1992
- Décision en Ophtalmologie - H. Hamard – 1993

Exercices :

1. Introduction

C'est une maladie ophtalmologique chronique qui s'oppose à la crise de glaucome aigu par le fait que l'angle iridocornéen est anatomiquement normal (vérifié au cours de la gonioscopie).

2. Physiopathologie

La cause siège au niveau du trabéculum mais s'associe à cette atteinte, un trouble de la perfusion du nerf optique = c'est une véritable neuropathie optique chronique bilatérale, mais

majorée par l'hypertonie. L'hypertonie qui caractérise ce glaucome ne se retrouve pas dans la forme avec trouble circulatoire de la papille optique pur (glaucome à pression normale).

3. Epidémiologie

C'est une maladie fréquente (1 à 2 % de la population) généralement de l'âge adulte, à l'âge de la presbytie, parfois chez le jeune.

Première cause de cécité irréversible chez l'adulte.

4. Sémiologie fonctionnelle

Elle est inconstante, voire quasiment absente. Le glaucome chronique à angle ouvert est une maladie insidieuse, sans traduction clinique décelable, du moins au début.

C'est donc le plus souvent la découverte d'une hypertonie au cours d'un examen systématique (par exemple, pour prescription de lunettes) qui conduira au diagnostic.

C'est pourquoi la prise de la pression intraoculaire (ou tonus oculaire) doit être un geste systématique au cours de tout examen ophtalmologique. Cependant, une mesure normale n'élimine pas le diagnostic.

Parfois l'interrogatoire peut retrouver quelques symptômes qui ont pu passer inaperçus :

- céphalées
- rougeur oculaire
- larmoiement
- brouillard visuel intermittent.

5. L'examen

Méthodique, complet, bilatéral, comparatif. L'oeil est calme, blanc, non douloureux.

Le maître symptôme : l'hypertonie oculaire. La pression mesurée au tonomètre à aplanation de Goldman retrouve des chiffres dépassant 21 à 22 mm de Hg. Cette pression doit être vérifiée 2 ou 3 fois à des jours et heures différentes. Elle est rarement très élevée.

De nombreux facteurs peuvent faire varier la pression intraoculaire ; il est donc important de faire plusieurs mesures pour confirmer l'hypertonie et d'étudier sur une journée, les variations de cette pression (courbe de tonus).

Au début, le reste de l'examen ophtalmologique est entièrement normal (acuité visuelle, champ visuel). L'augmentation de la P.I.O peut manquer (glaucome à pression normale).

6. L'évolution

- Très vite, à la phase de glaucome confirmé, de nouveaux signes vont apparaître, signes traduisant la souffrance du nerf optique.
- L'excavation papillaire s'élargit et se creuse. Le rapport cup/disc (taille de l'excavation rapportée à la papille) normalement de 0,3 mm augmente et ce d'autant que la maladie évolue depuis plus longtemps. L'anneau neuro-rétinien s'amincit par diminution progressive des fibres nerveuses (en absence de traitement). La papille

pâlit et devient de plus en plus blanche. Parfois, il existe de petites hémorragies fugaces de la margelle papillaire.

- Enfin, apparaissent des scotomes. Scotome arciforme de Bjerrum (perte du champ visuel dans l'aire des 20° selon un schéma en croissant supérieur respectant le point de fixation) mais englobant la tache aveugle.

L'acuité visuelle est longtemps conservée.

Spontanément, en l'absence de traitement, on assiste à une : Altération progressive du champ visuel : le scotome s'élargit entourant le point de fixation (responsable de la perte de la vision centrale) ; puis le champ central disparaît tandis que l'acuité visuelle se dégrade ; finalement, il ne persiste qu'un petit îlot de vision temporale (stade agonique) avant la cécité complète.

7. Traitement

Le traitement repose sur :

7.1. Les thérapeutiques médicales

7.1.1. Les collyres

Ils ont pour but de :

- diminuer la sécrétion d'humeur aqueuse : beta-bloquant
- de favoriser l'évacuation à travers un trabéculum pathologique : myotiques
- de favoriser les voies annexes de l'élimination de l'humeur aqueuse (espace supraciliaire) : Prostaglandines

- certains peuvent avoir des actions protectrices vasculaires (certains Beta-bloquant) ou neuro-protectrices (bêta2 agoniste) vis à vis des fibres optiques
- certains collyres ont des actions mixtes (sécrétion et écoulement de l'humeur aqueuse), comme l'Adrénaline, la Brimonidine.

7.1.2. Le DIAMOX

Per os ou en forme locale (TRUSOPT) permet aussi de diminuer la sécrétion d'humeur aqueuse.

7.2. Les autres thérapeutiques

Sont surtout chirurgicales.

- La trabéculorétraction au laser permet de remettre en tension le trabéculum, facilitant l'écoulement ; mais ses effets ne sont pas toujours durables à long terme.
- La trabéculéctomie : c'est une intervention « filtrante ». On crée une dérivation couverte de l'humeur aqueuse hors de l'oeil, dans les espaces sous conjonctivaux. On y associe une iridectomie. Elle a un fort pourcentage de succès. Elle peut être améliorée en cas d'échec par l'utilisation d'antimitotiques appliqués lors de la

chirurgie ; ces substances empêchent ou diminuent la fibrose cicatricielle qui obstrue la filtrante.

Sa variante actuelle : la sclérotomie profonde permet d'éviter certaines complications de l'ouverture de la chambre antérieure, tout en permettant la filtration.

Grâce à ces traitements, le glaucome peut être stabilisé et l'évolution naturelle vers la cécité enrayée ou retardée.

Mais la surveillance ne doit jamais se relâcher car souvent, malgré une normalisation tonométrique, l'évolution péjorative va se faire.

Il faut donc très régulièrement, à côté des mesures de la pression intraoculaire, faire des relevés du champ visuel, un examen de la papille avec appréciation du rapport C/D ou photographie de la papille, appréciation de l'anneau neurorétinien (surface, couleur, etc...).

8. Formes cliniques

8.1. Une forme clinique particulière, parfois familiale (ou héréditaire) : le glaucome à pression normale

On retrouve tous les éléments sémiologiques et évolutifs du glaucome chronique à angle ouvert, mais il manque l'hypertonie, le diagnostic est donc difficile.

Le traitement est aléatoire, il est difficile d'empêcher l'évolution vers la cécité.

Seule une trabéculéctomie permettant d'abaisser sensiblement la pression intraoculaire semble être utile ; par voie générale, on utilisera les vasodilatateurs.

8.2. Le glaucome exfoliatif des personnes âgées

Souvent associé à la cataracte

8.3. Le glaucome pigmentaire chez l'adulte jeune

D'évolution souvent péjorative, de traitement difficile.

8.4. Le glaucome cortisonique

Toute administration prolonge des corticoïdes locaux ou généraux impose une surveillance de la P.I.O.

9. Conclusion

C'est une maladie fréquente et grave qui pose des problèmes de santé publique. Le dépistage précoce est essentiel. Les moyens thérapeutiques nombreux doivent être mis en route au bon moment, selon les données de l'évolution de la maladie, des associations thérapeutiques sont souvent nécessaires.