Crise de glaucome par fermeture d’angle

I - GÉNÉRALITÉS

Plus rare que GCAO. C’est la plus grande urgence médicale ophtalmologique ("la seule chose qui devrait rester dans les mémoires lorsqu’on aura tout oublié ..."). Autant dire que tout est à connaître par cœur

Par ailleurs, c'est le généraliste qui souvent est appelé le premier au chevet d'un crise de glaucome aigu par fermeture de l'angle.

Deux points clefs : les 2 yeux sont prédisposés… donc risque de bilatéralisation et risque de récidive si on ne fait pas un traitement préventif !

II - PHYSIOPATHOLOGIE

Il est du à l’étroitesse constitutionnelle de l’angle irido-cornéen donc survient surtout chez l’**hypermétrope** (oeil trop court) et ayant un cristallin de grosse taille (donc avec l’âge car le cristallin gonfle à mesure qu'on vieillit). Ces sujets prédisposés risquent à la faveur d’une circonstance déclenchante qui est la survenue d'une mydriase une fermeture de leur angle irido-cornéen d’où une HTO brutale et importante (50, 60 voir 80 mm Hg!).

Cette HTO brutale va menacer le nerf optique dans les 6 heures. Si pas de traitement : alors perte fonctionnelle totale et définitive de la vision de l’oeil en crise. Si traitement efficace et précoce: restitution le plus souvent *ad integrum*, ou au prix de séquelles minimes parfois.

III - SIGNES CLINIQUES ET DIAGNOSTIC POSITIF

Nous prendrons pour type de description la "grande crise aiguë par fermeture de l’angle" qui survient vers 50 - 60 ans. Elle est généralement révélatrice de la maladie, généralement unilatérale et très brutale, souvent déclenchée par un facteur à rechercher : ceux qui entraînent une mydriase

1 - Facteurs favorisants (de mydriase)

Ces facteurs favorisant la mydriase sont :

- Stress… car décharge d'adrénaline
- séjour dans l'obscurité car on passe en mydriase
- intervention chirurgicale (associe stress + atropine de la prémédication)
- **médicaments dilatateurs** +++ : regarder l'ordonnance (sujets âgés souvent poly-médicamentés), c'est-à-dire ayant un effet parasympatholytique (atropine et dérivés) ou sympathomimétique (adrénaline et dérivés).
- **collyres dilatateurs** : Mydriaticum® , Néosinéphrine® et Atropine®
- gouttes nasales : contenant de l'adrénaline
  médicaments par voie générale contenant des dérivés d'Atropine ou ayant un effet voisin
- antispasmodiques neurotropes
- antidépresseurs
- antiparkinsoniens (Artane)
- antihistaminiques
- dérivés nitrés

Attention : il faut autant que possible arrêter le médicament déclenchant !!! Néanmoins, en cas de médicament très utile (antidépresseur, dérivé nitré ...), prendre l'avis du spécialiste de la pathologie !

2 - Signes fonctionnels

De façon brutale et unilatérale, survenue de :

- **douleur oculaire** unilatérale effroyable. Le grand symptôme ! Il s'agit soit d'une douleur oculaire pure, soit souvent d'une douleur orbitaire ou de l'hémicrâne ou même céphalée diffuse. C'est une des plus grandes douleurs de la médecine (telles les douleurs de coliques néphrétiques, de névralgie du V ...)

- **baisse d'acuité visuelle rapid**e et profonde : voit des ombres, parfois perçoit des halos colorés autour des lumières (à cause de l'œdème de cornée qui fait voir comme derrière une vitre).

3 - Signes généraux (en fait "extra-ophtalmo")

Ils méritent d'être soulignés car peuvent égarer le diagnostic +++ (s'il ne se plaint pas trop de douleur de l'œil ou relate mal la baisse visuelle brutale) vers un tableau méningé ou d'urgence abdominale et faire muter le patient en neurologie ou faire opérer le patient à tord.

- nausées et vomissements ; très fréquent, 1 fois sur 2, par réflexe oculo-gastrique +++.

- parfois douleurs abdominales. Plus rares, surtout chez l'enfant, le GAAF est d'ailleurs une ces causes de syndromes douloureux abdominaux médicaux…

4 - Signes physiques (niveau généraliste)

Tous ces symptômes sont à rechercher au lit du patient, par le médecin généraliste, il suffit d'une simple lampe de poche…

4-1 Interrogatoire : 3 choses à rechercher

- rechercher une hypermétropie

- rechercher des antécédents de petites crises spontanément résolutives (rare mais de valeur, avec petite douleur oculaire et épisode de flou visuel unilatéral fugace)

- rechercher une circonstance déclenchante (regarder l'ordonnance !!!)

4-2 Inspection : tétrade

1. oeil rouge surtout rougeur périkératique, signe attirant vers une pathologie grave du segment antérieur cercle périkératique.
2. semi-mydriase piriforme aréactive : car mydriase mécanique et non pas liée à une paralysie du III !
3. cornée trouble car gorgée d'humeur aqueuse, donnant un réflexe "glauque" (d'où le nom de glauque-ome).
4. petit signe : la chambre est très plate, on a l'impression que l'iris est collé derrière la cornée, signe visible de profil, si on a un peu d'habitude…

4-3 Palpation oculaire (geste à savoir faire)

La palpation oculaire bidigitale et comparative retrouve que *"l'oeil est dur comme une bille de bois"*

L'expression imagée qui marque la mémoire : "l'oeil est dur comme une bille de bois, c'est l'œil en crise de GAAF"

A comparer avec l'autre oeil dont la pression est normale et la palpation ressentie normale (comme une balle de tennis usagée…)

4-4 Dès que le généraliste a fait le diagnostic, le malade doit être adressé d'urgence en Ophtalmologie

- **Oeil en crise**

- Où l'on confirme le diagnostic en retrouvant à la **lampe à fente** sur l'œil en crise : les signes inspection ci-dessus.

- En **gonioscopie** au verre à trois miroirs, l'angle est fermé (en fait peu réalisé car œil douloureux)

- Au **tonomètre**, la pression est élevée : 40,50, 60 voir 60 ou 70 mm Hg.

- Le fond d'œil est impossible …en raison de l'œdème de cornée et des douleurs !!! A ce stade, le nerf optique serait encore normal !

- **Oeil adelphe**

Il est anatomiquement prédisposé : chambre antérieure plate à la lampe à fente, angle étroit (mais non totalement fermé…) , PIO normale au tonomètre.

4-5 Il n'y a pas d'examens complémentaires nécessaires au diagnostic positif !

VI - TRAITEMENT

Il s'agit d'une urgence médicale ophtalmologique extrême (il y en a 3 en ophtalmo, lesquelles ???)

Traité dans les 6 heures, guérison sans séquelle (ou presque…: parfois atrophie de l'iris, accentuation d'une cataracte déjà présente, synéchies irido-cristallinienne, évolution vers la chronicité de l'hypertonie ...)

1 - Curatif de la crise

Le traitement doit être commencé par le généraliste et se poursuit en milieu spécialisé ophtalmologique. Il comprend :

- **arrêt d'un médicament déclenchant** (sauf extrême nécessité). Essayer au moins de l'arrêter pendant les premiers jours. Se souvenir qu'on pourra peut-être le reprendre une fois le traitement préventif des récidives effectué…

- **médicaments hypotonisants**. On associe

- **Diamox** intra-veineux direct ou oral si le sujet ne vomit pas : posologie de l'odre de 500 mg 1 à 3 fois par jour pendant 1 à 3 jours en général. Il agit en diminuant la sécrétion d'humeur aqueuse par le coprs ciliaire en inhibant l'anhydrase carbonique.

- **Mannitol** 20 % en perfusions flash (sur 20 minutes) de 100 cc : 1 à 3 fois par jour pendant 1 à 3 jours. Il agit en déshydratant le vitré.

Ce traitement général est poursuivi quelques jours jusqu'à résolution de la crise (en 1 à 3 jours le plus souvent…)

- **myotiques collyres** : ce sont des collyres qu'il faut mettre dans les 2 yeux (zéro au cadre si oubli). Collyre Pilocarpine dans l'oeil en crise, on met 1 goutte toutes les 10 minutes pendant la première heure, puis 1 goutte toutes les heures pendant 6 heures et enfin 1 goutte toutes les 6 heures (moyen mnémotechnique : règle des 6…). Dans l'oeil adelphe, on met 1 goutte toutes les 6 heures. Ces collyres sont instillés jusqu'à réalisation du traitement préventif des récidives.

- **l'évolution de la crise traitée tôt et efficacement est généralement spectaculaire** : le malade n'a plus mal, il revoit, son oeil redevient blanc, la pupille se resserre, sa cornée se clarifie et le PIO mesurée au tonomètre redescend < 20 mm Hg… enfin il ne fait pas de crise controlatérale !

b) Préventif des récidives .

Ce traitement est capital. Sans cela, la récidive est inéluctable. Il s'agit d'un traitement bilatéral car haut risque de bilatéralisation (les 2 yeux sont prédisposés)

Il consiste à réaliser un court-circuit entre chambre postérieure et antérieure de l'oeil grâce à une iridotomie au laser. Elle est faite sous la paupière supérieure, à midi, au laser à l'Argon, ou encore au laser Yag. En pratique, on fait l'iridotomie sur l'œil qui a fait la crise 1 ou 2 après résolution de la crise et on fait sur l'œil adelphe quelques jours après.