



Désirée Murray
Maître de conférences en ophtalmologie, Department of Clinical Surgical Sciences, The University of the West Indies, Mount Hope, Trinité-et-Tobago.

Traitement d'urgence : glaucome par fermeture de l'angle

Le glaucome aigu par fermeture de l'angle est une urgence ophtalmologique, car il peut entraîner une cécité irréversible s'il n'est pas diagnostiqué et pris en charge de toute urgence.

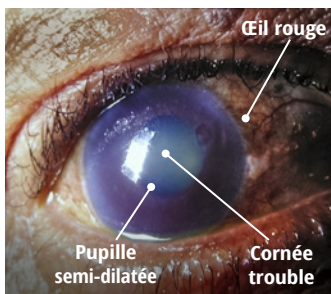
Tableau clinique

Le patient peut se plaindre d'un œil rouge et douloureux, de céphalées, de vision trouble et perception de halos lumineux, ainsi que de nausées, vomissements et douleurs abdominales (entraînant parfois un diagnostic erroné de gastroentérite). Parmi les facteurs déclenchants on peut citer un faible éclairage et certains médicaments (par ex. bronchodilatateurs, sirops pour la toux, médicaments contre le rhume et la grippe, antihistaminiques, antidépresseurs et anticonvulsivants).

Examen

Durant l'examen, on notera entre autres une injection conjonctivale péricornéenne (œil rouge), une pupille semi-dilatée et non réactive, une cornée trouble, une diminution de l'intensité du reflet pupillaire et une hypertonie du globe, avec une pression intraoculaire (PIO) entre 50 et 80 mm Hg. Il peut également se produire une occlusion de l'artère centrale de la rétine et une occlusion de la veine centrale de la rétine.

Figure 1 Glaucome aigu par fermeture de l'angle : observations cliniques



N DU TOIT ET L VAN ZYL

Protocole de traitement

Objectif thérapeutique : abaisser immédiatement la PIO (hypotoniser) et réduire l'inflammation, la douleur et les nausées.

1 Réduire le blocage pupillaire. Demander au patient de s'allonger sur le dos. Ceci améliore la position du cristallin et donc diminue le blocage pupillaire.

2 Diminuer la PIO. Administrer 500 mg d'acétazolamide, de préférence par voie intraveineuse, ou par voie orale si la voie

intraveineuse n'est pas envisageable ou le patient n'éprouve pas de nausées. Instiller les antiglaucomateux appropriés par voie topique (bêta-bloquants, alpha-agonistes et analogues des prostaglandines).

3 Soulager la douleur en administrant des analgésiques et **diminuer l'inflammation** en instillant un collyre à base de corticoïdes.

4 Diminuer les nausées et vomissements en administrant des antiémétiques.

Au bout d'une heure environ, la diminution de la PIO devrait améliorer l'apport sanguin au niveau de l'iris et ce dernier devrait donc mieux réagir à la pilocarpine.

Instiller un collyre à la pilocarpine (2 à 4 %) en deux doses espacées de 15 minutes. Si la PIO demeure dangereusement élevée après la deuxième dose de pilocarpine, envisager l'utilisation d'agents hyperosmotiques comme le glycérol, l'isosorbide ou le mannitol. **Attention, il faut être extrêmement prudent dans le cas de patients présentant des troubles cardiovasculaires et une insuffisance rénale, car ces médicaments peuvent alors avoir des effets délétères. Le glycérol est contre-indiqué chez les patients diabétiques.**

Orientation et prise en charge

Lorsque l'état du patient s'est stabilisé, envoyer immédiatement ce dernier chez un ophtalmologiste.

Parce que le cristallin joue un rôle essentiel dans le mécanisme d'une crise de glaucome aigu par fermeture de l'angle,

l'extraction de la cataracte peut être considérée comme le traitement définitif chez les patients présentant une cataracte concomitante

et une PIO > 55 mm Hg¹. Une fois que la crise aiguë a été prise en charge par un traitement médicamenteux, on remplace le cristallin par un implant intraoculaire de moindre épaisseur, levant ainsi le blocage pupillaire.

Chez d'autres patients, la réalisation d'un petit trou en périphérie de l'iris (iridotomie au laser ou iridectomie chirurgicale) constitue la base du traitement (Figure 2). Ceci permet de contourner le blocage pupillaire et de restaurer la circulation entre chambre postérieure et chambre antérieure. Si l'autre œil présente un risque de glaucome, on réalise une iridectomie dans les deux yeux.



DESIRÉE MURRAY

Figure 2 Iridotomie périphérique

Préparatifs pour faire face à cette urgence

Préparez une trousse d'urgence contenant tous les médicaments, ainsi que les aiguilles et seringues, nécessaires à la prise en charge d'un glaucome aigu par fermeture de l'angle (voir encadré ci-dessous pour la liste des médicaments)². Incluez également dans cette trousse une copie du protocole de traitement et les coordonnées de l'ophtalmologiste le plus proche. Vérifiez régulièrement les dates d'expiration car cette urgence ophtalmologique n'est pas courante mais peut entraîner une cécité irréversible. Étiquetez clairement la boîte contenant cette trousse et entreposez-la en salle d'urgence à un endroit où elle sera facilement accessible. Tous les membres de l'équipe de soins oculaires doivent se familiariser avec le contenu de cette trousse et doivent savoir où elle se trouve.

Trousse d'urgence : médicaments à inclure

- Acétazolamide à administrer par voie intraveineuse, fourni sous forme de poudre stérile à reconstituer (ou acétazolamide par voie orale, si la voie intraveineuse n'est pas envisageable)
- Agents hyperosmotiques
 - Glycérol par voie orale 1 g à 1,5 g/kg (contre-indiqué chez les patients diabétiques)
 - Isosorbide par voie orale 1,5 à 2 g/kg (alternative pour les patients diabétiques)
 - Mannitol par voie intraveineuse 1 à 2 g/kg (500 ml de solution à 20 %)
- Corticoïdes locaux (prednisolone)
- Collyres antiglaucomateux
 - Bêtabloquant (timolol)
 - Agoniste alpha-2 adrénergique (brimonidine, apraclonidine)
 - Analogues des prostaglandines (latanoprost, travoprost, bimatoprost)
- Collyre à la pilocarpine (2 % ou 4 %)
- Analgésiques, de préférence par voie non orale (ou par voie orale si c'est la seule voie d'administration possible)
- Antiémétiques, de préférence par voie non orale (ou par voie orale si c'est la seule voie d'administration possible)
- Coordonnées de l'ophtalmologiste le plus proche

Références

- 1 Lam DSC, Leung DYL, Tham CCY, Li FCH, Kwong YY, Chiu TYH, Fan DSP. Randomized trial of early phacoemulsification versus peripheral iridotomy to prevent intraocular pressure rise after acute primary angle closure. *Ophthalmology* 2008;115(7):1134-1140.
- 2 IAPB Essential List for Glaucoma. Available at https://iapb.standardlist.org/wp-content/uploads/2017/04/IAPB_EL_for_Glaucoma_2017.pdf (accessed 10 June, 2018).