

# Clinique



## Prise en charge de l'hypertonie oculaire sur iris plateau

Arnaud Sénéclauze

Un patient de 47 ans se présente aux urgences ophtalmologiques pour la récurrence d'un œil gauche rouge et douloureux. Son seul antécédent ophtalmologique est d'avoir présenté, une semaine plus tôt chez son ophtalmologiste, le même épisode aux 2 yeux dans les suites d'un examen sous cyclopégie et qui aurait été résolutif après une iridotomie aux 2 yeux.

Ce jour l'examen ophtalmologique est le suivant (tableau I). Nous notons en particulier sur l'œil gauche :  
- à l'examen gonioscopique, un angle fermé ne se réouvrant pas à l'indentation en raison de nombreuses synéchies antérieures périphériques ainsi qu'un aspect typique en double bosse (figure 1) ;  
- à l'examen du fond d'œil, un aspect *Paracentral Acute Middle Maculopathy* (PAMM) par diminution de la pression de perfusion oculaire secondaire à l'hypertonie majeure et d'apparition aiguë (figure 2).

Tableau I. Examen ophtalmologique.

Examen clinique		
	OD	OG
MAVAC	10	CLD
PIO	15	40
LAF	IP Phake	IP Buée épithéliale Phake
Gonio	Schaffer 0 → 3 ITC Scheie 2	Schaffer 0 → 1 SAP 360° Aspect de double bosse
FO	Normal	Aspect de PAMM

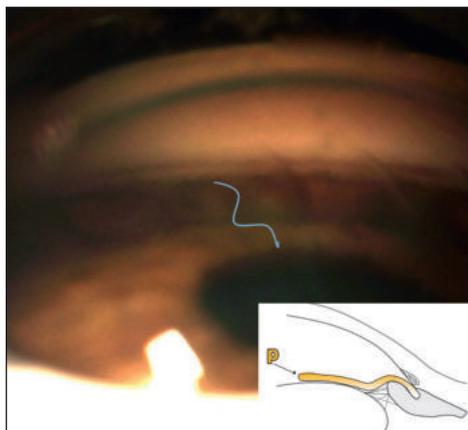


Figure 1. Au cours de l'examen gonioscopique avec indentation, nous observons l'aspect de l'iris en double bosse, typique d'un iris plateau.

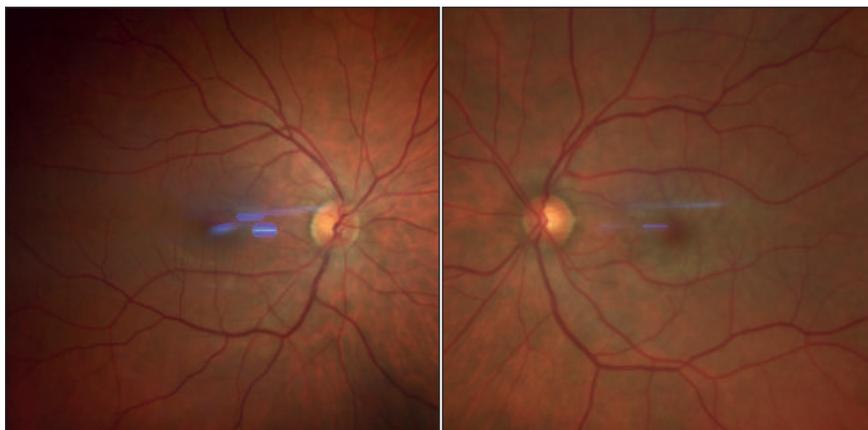


Figure 2. Les photographies du fond d'œil montrent à droite et à gauche des papilles bien colorées, non excavées. À droite, la rétine est de coloration normale. À gauche, il existe une coloration blanchâtre de la macula.

### Examens complémentaires

La réfraction automatique retrouve une emmétropie aux 2 yeux.

La biométrie du patient montre une longueur axiale (23,51/23,71 mm) et une chambre antérieure (2,49/2,50) de dimension normale.

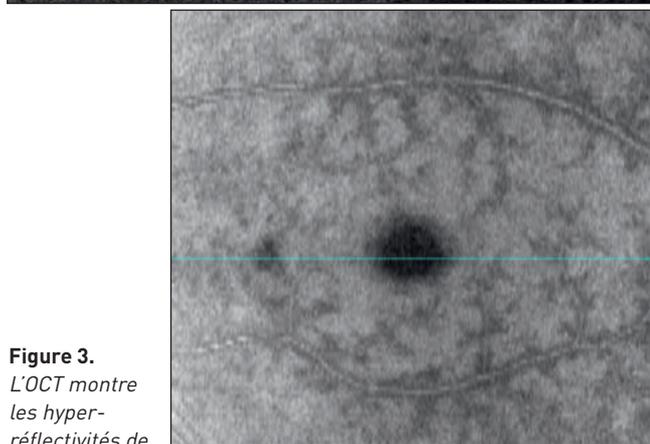
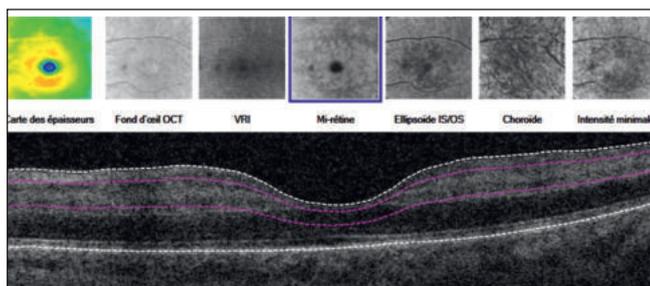
CHU de Bordeaux

L'OCT en face segmenté sur la « mi-rétine » confirme l'aspect de PAMM au niveau de l'œil gauche (figure 3).

L'OCT de segment antérieur montre une chambre antérieure profonde, une flèche cristallinienne peu importante et un iris plan (figure 4), évocateurs d'un blocage trabéculaire primitif sans blocage pupillaire associé.

L'examen par *Ultrasound BioMicroscopy* (UBM) confirme le diagnostic d'iris plateau en montrant une

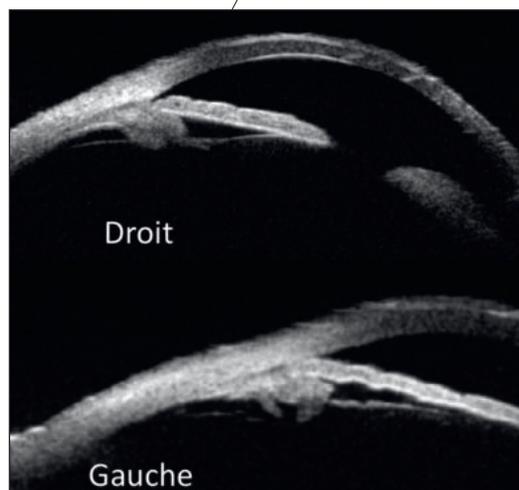
antéversion des corps ciliaires, une insertion antérieure de l'iris et un sulcus ciliaire non visible (figure 5).



**Figure 3.**  
L'OCT montre les hyper-réfléctivités de la PAMM réparties de façon caractéristique : sur les coupes B-scan, dans les couches internes (nucléaire interne ++) uniquement ; sur les coupes de face, une répartition dite en «feuille de fougère», avec respect des territoires périartériolaires.



**Figure 4.** L'OCT de segment antérieur (ici sur CASIA-2) donne une vision globale des rapports des structures du segment antérieur avec un examen d'acquisition rapide et sans contact. À droite comme à gauche, on observe une chambre antérieure de taille normale, une flèche cristallinienne peu importante, une forme plane de l'iris. L'angle paraît néanmoins fermé, avec une base de l'iris venant s'apposer en regard du trabéculum.



**Figure 5.** On peut voir sur ces acquisitions d'images UBM des corps ciliaires antéversés avec un iris d'insertion antérieure. L'ouverture de l'angle irido-cornéen paraît encore conservée sur l'œil droit, à l'inverse de l'œil gauche où l'iris semble apposé sur le trabéculum du fait d'une poussée des procès ciliaires, et ce malgré l'iridotomie périphérique réalisée précédemment.

### Prise en charge en urgence : gestion de la crise aiguë de fermeture de l'angle

L'hypertonie de l'œil gauche par crise aiguë de fermeture de l'angle est rapidement résolutive sous acétazolamide intraveineux et instillation de collyres de latanoprost, association timolol et dorzolamide, ainsi que pilocarpine.

### Prise en charge à distance : gestion des angles étroits

À distance de la crise hypertensive, l'examen clinique est le suivant (tableau II) : sur l'analyse OCT, alors que l'examen RNFL est normal et symétrique aux 2 yeux,

**Tableau II.** Examen final.

Examen final		
	OD	OG
MAVAC	10	4
PIO	13 sans traitement	20 sous quadrithérapie + Acétazolamide + Pilo
LAF	Contact irido-trabéculaire malgré IP +	Synéchies antérieures périphériques /360°
Diagnostic	Iris plateau compliqué de fermeture d'angle	Iris plateau compliqué de neuropathie glaucomateuse débutante
Prise en charge	Iridoplastie	Trabéculectomie + MMC 0,4

# Clinique

l'analyse du complexe des cellules ganglionnaires montre une atteinte débutante sectorielle (asymétrie haut/bas dans le secteur temporal) du côté gauche, faisant suspecter une atteinte glaucomateuse débutante.

Nous pouvons donc classer le patient ainsi :

- à droite : existence d'une fermeture d'angle en raison de l'antécédent d'hypertonie ;
- à gauche : existence d'un glaucome par fermeture d'angle avec une pression intraoculaire non contrôlée par un traitement local seul (nécessité d'acétazolamide *per os*).

Il est donc décidé :

- à droite, de réaliser une iridoplastie laser afin d'éviter la survenue de synéchies antérieures périphériques ;
- à gauche, de réaliser une trabéculectomie avec mitomycine 0,4 mg/mL en raison du jeune âge du patient et en prenant soin de veiller à l'absence d'hypotonie per- ou postopératoire pour éviter la survenue d'un glaucome malin, particulièrement à risque dans ce contexte d'iris plateau.

## Conclusion

Ainsi ce cas paraissait particulièrement intéressant à présenter, car il montrait bien : l'intérêt de l'examen gonioscopique – qui ne doit pas être limité aux chambres étroites et qui permet de déterminer l'état de complication de l'iris plateau, comme chez ce patient emmétrope avec des chambres antérieures de profondeur normales ; l'importance d'une approche mécanistique de la fermeture d'angle – aboutissant sur un traitement spécifique et expliquant l'échec du premier traitement chez son ophtalmologiste ; et les différences de prise en charge de l'iris plateau selon le stade de fermeture d'angle – suspicion de fermeture d'angle, fermeture d'angle ou glaucome par fermeture d'angle.

Remerciements au Pr C. Schweitzer ainsi qu'aux Drs M. Assoun et N. Morvant pour les illustrations.