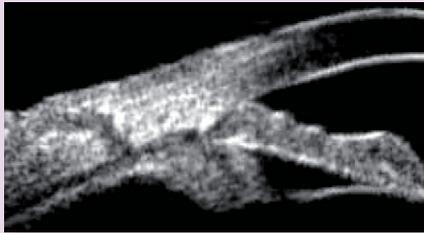


8^e Journée d'Ophthalmologie Interactive. Les points forts

Cette 8^e édition de JOI organisée par les Drs Antoine Bastelica et Jacques Vigne, le 29 septembre 2012 à Toulouse, était dédiée au glaucome à angle fermé (GAFA).

L'imagerie de l'angle est de plus en plus complète

Michel Puech a rappelé les multiples appareils qui permettent l'analyse objective de l'angle ; ils se divisent en deux catégories : les appareils optiques (OCT, Pentacam...) et les appareils échographiques notamment l'UBM. Tous permettent de réaliser une analyse détaillée de l'angle et des procès ciliaires avec un re-



Aspect d'iris plateau en UBM avec la position antérieure des procès ciliaires.

près fixe : l'éperon scléral. La mesure de l'ouverture de l'angle ainsi que des tests dynamiques de fermeture sont possibles. On peut s'en servir également pour le bilan thérapeutique et le suivi de l'efficacité des iridotomies périphériques.

Le GAFA, une pathologie sous-estimée...

Esther Blumen Ohana a souligné qu'il représente la moitié des cas de cécité par glaucome dans le monde. La gonioscopie est l'examen clé pour dépister ces patients. Elle sera réalisée chez tout patient glaucomeux ou à risque de l'être, complétée dans certains cas par une imagerie de l'angle (UBM et/ou OCT). Les principes de la prise en charge reposent essentiellement sur la suppression des risques de fermeture de l'angle, notamment en réalisant une iridotomie périphérique préventive. Le pronostic est souvent plus péjoratif que celui du glauc-

come à angle ouvert, avec un risque d'évolution vers la cécité multiplié par 5.

... et un concept modernisé

Seuls 10 % des angles étroits vont présenter une fermeture. Les conditions anatomiques ne suffisent pas à expliquer cette pathologie. L'iris a également un comportement anormal. Une étude menée par Philippe Denis et Florent Aptel sur la variabilité du volume irien, calculé en fonction du diamètre pupillaire et l'épaisseur de l'iris, conclut à une augmentation paradoxale du volume irien après dilatation pupillaire dans le groupe de patients ayant un angle étroit à risque de fermeture. Le mécanisme proposé est celui d'une congestion sanguine par perméabilité vasculaire accrue provoquant une effusion uvéale dans l'iris.

Le syndrome iris plateau : 1^{re} cause de GAFA avant 50 ans

Le diagnostic est évoqué lors de la gonioscopie dynamique par la constatation de la classique image en double bosse apparaissant après indentation. L'UBM confirme le diagnostic en retrouvant notamment l'antéroposition du procès ciliaire et la disparition du sulcus. Le traitement en première intention fait appel à l'iridotomie qui devra ne pas être trop périphérique. Les myotiques au long cours sont également proposés. Le traitement de référence reste l'iridoplastie périphérique au laser argon qui provoque une rétraction irienne et un dégagement des voies de passage de l'humeur aqueuse bloquée par les corps ciliaires très volumineux.

Face-à-face gonioscopie vs imagerie

Jacques Laloum a justifié l'intérêt de la gonioscopie qui reste la technique de référence irremplaçable dans l'examen du segment antérieur ; elle permet surtout une vision de l'angle sur 360°. Les limites de cette technique sont sa subjectivité et l'absence de paramètres prédictifs quantifiables ; le diagnostic du mécanisme est seulement suspecté.

Michel Puech a défendu l'imagerie, examen reproductible et objectif, qui permet un examen en coupe du segment antérieur en visualisant la totalité des structures de l'angle sans déformation. Les deux techniques sont souvent complémentaires.

Match chirurgie filtrante trabéculectomie vs sclérectomie

Les techniques de trabéculectomie ont été défendues par Yves Lachkar, avançant qu'elles ont beaucoup évolué avec notamment la possibilité d'un ajustement postopératoire des sutures et l'utilisation de sutures relâchables.

La chirurgie non perforante a été défendue par Pierre-Yves Santiago qui l'a présentée comme plus sécuritaire et un peu plus physiologique, avec moins d'inflammation postopératoire. Le traitement hypotonisant est diminué de 50 % et le risque d'hypotonie postopératoire et de ses complications est également diminué. Néanmoins, cette technique reste moins efficace sur la réduction de la PIO (2-4 mmHg en moyenne) que la trabéculectomie. Elle présente des difficultés techniques et une fibrose épisclérale comparable à la trabéculectomie. On la complétera systématiquement par une gonopuncture.

La sclérectomie reste aujourd'hui une alternative valide pour les glaucomes dont on souhaite une PIO cible non effondrée, mais les contre-indications restent multiples, notamment tous les angles étroits et fermés, les glaucomes secondaires et les glaucomes congénitaux ou juvéniles.

La chirurgie de la cataracte chez le patient glaucomeux

Elle est de plus en plus pratiquée en raison de la forte incidence des deux pathologies après 65 ans et la survenue plus fréquente de la cataracte chez les patients glaucomeux. La difficulté chirurgicale réside dans le fait qu'il s'agit souvent de petits yeux avec un cristallin volumineux, une chambre antérieure étroite et un endothélium cornéen parfois compromis. Une mauvaise dilatation pupillaire est fréquente et peut rendre l'intervention difficile. Antoine Bastelica a exposé différentes techniques de gestion de la pupille étroite : libération des synéchies, étirement de la pupille, crochets à iris et utilisation d'un anneau de Malyugin.

En postopératoire, il faut impérativement prévenir tout pic d'hypertonie qui, sur des yeux avec atteinte périmétrique sévère, pourrait avoir des conséquences fonctionnelles dramatiques.

Un point sur la greffe de cornée

Pierre Fournié a rappelé que l'hypertonie est la deuxième cause de rejet de greffe, en insistant sur l'importance de traiter l'HTO avant toute greffe, de réaliser régulièrement le dépistage de glaucome post-greffe, de diminuer les corticoïdes dès que possible, et finalement, si l'indication le permet, de toujours préférer une greffe lamellaire moins pourvoyeuse d'hypertonie.



Rima Yazbeck

CHU Purpan, Toulouse