

CAS CLINIQUE

femme de 70 ans

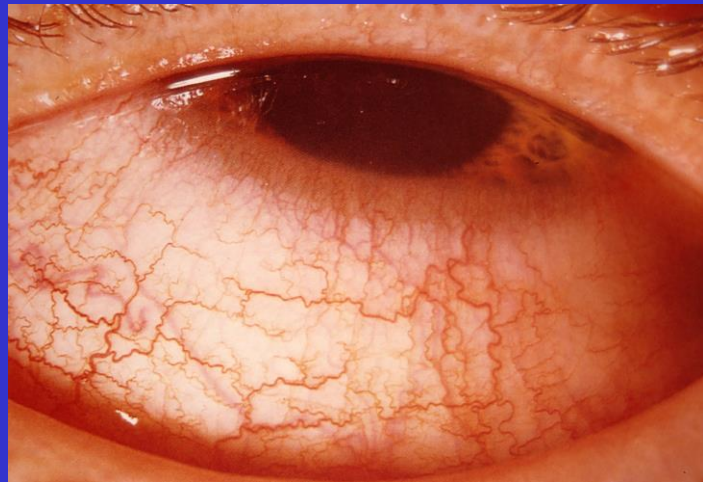
réveillée en pleine nuit par une violente douleur de l'œil droit irradiant à toute l'hémiface

a vomi dans la nuit

n'a pas déjeuné ce matin

vision très brouillée de l'œil droit quand elle ferme l'œil gauche : elle voit à peine les contours des objets

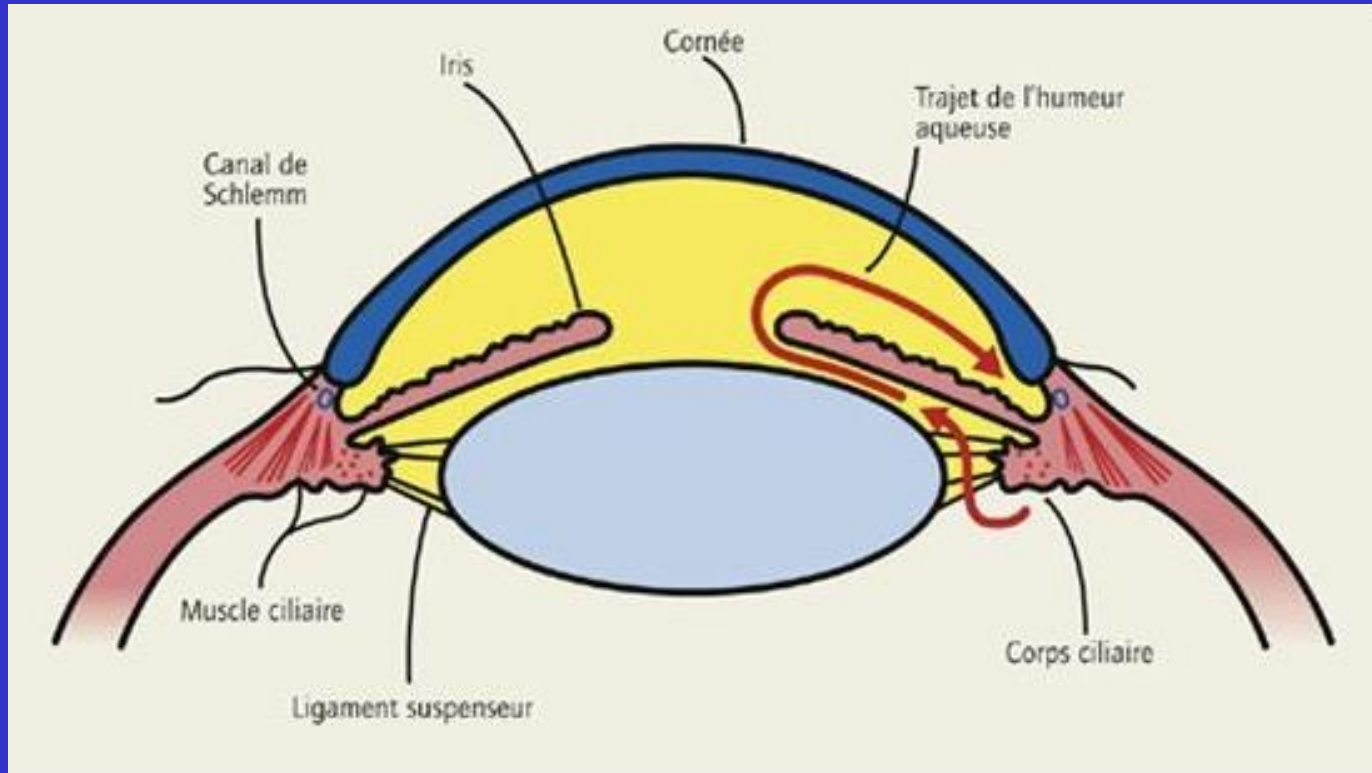
prend depuis 3 jours des antispasmodiques prescrits par son médecin pour des douleurs abdominales



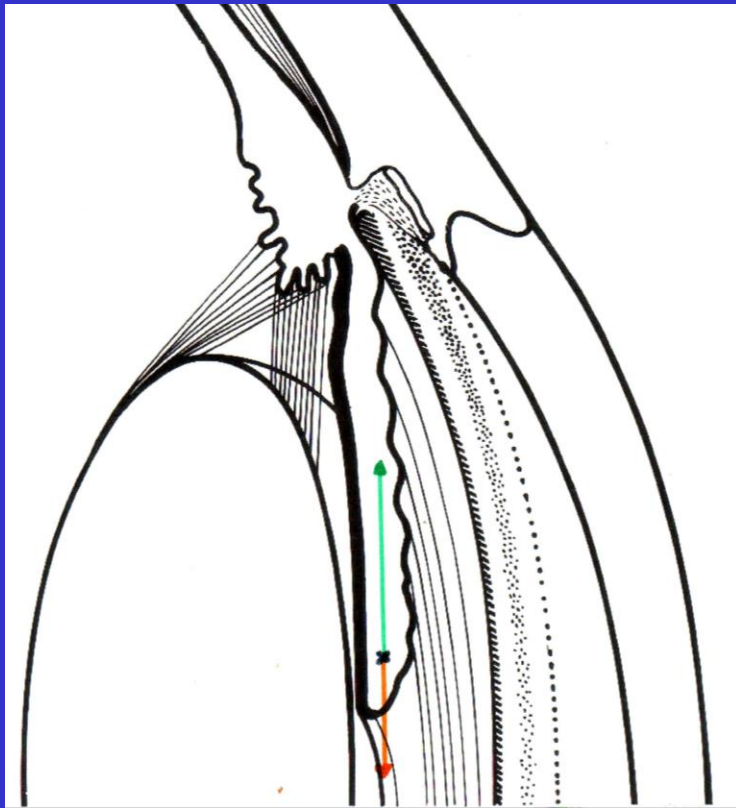
QUEL EST VOTRE DIAGNOSTIC ?

QUELS SONT VOS ARGUMENTS ?

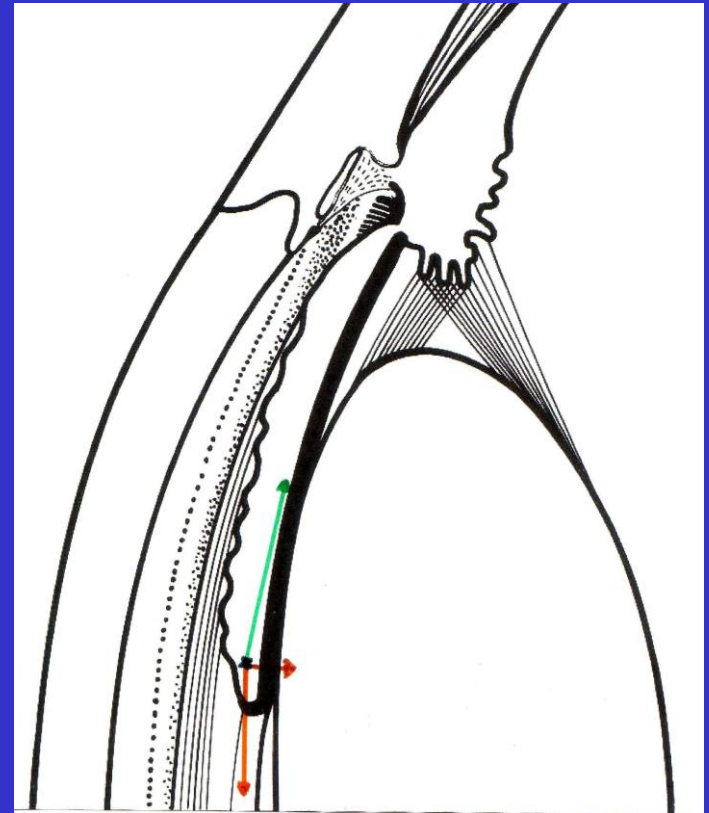
CIRCULATION DE L'HUMEUR AQUEUSE



LA FERMETURE DE L'ANGLE

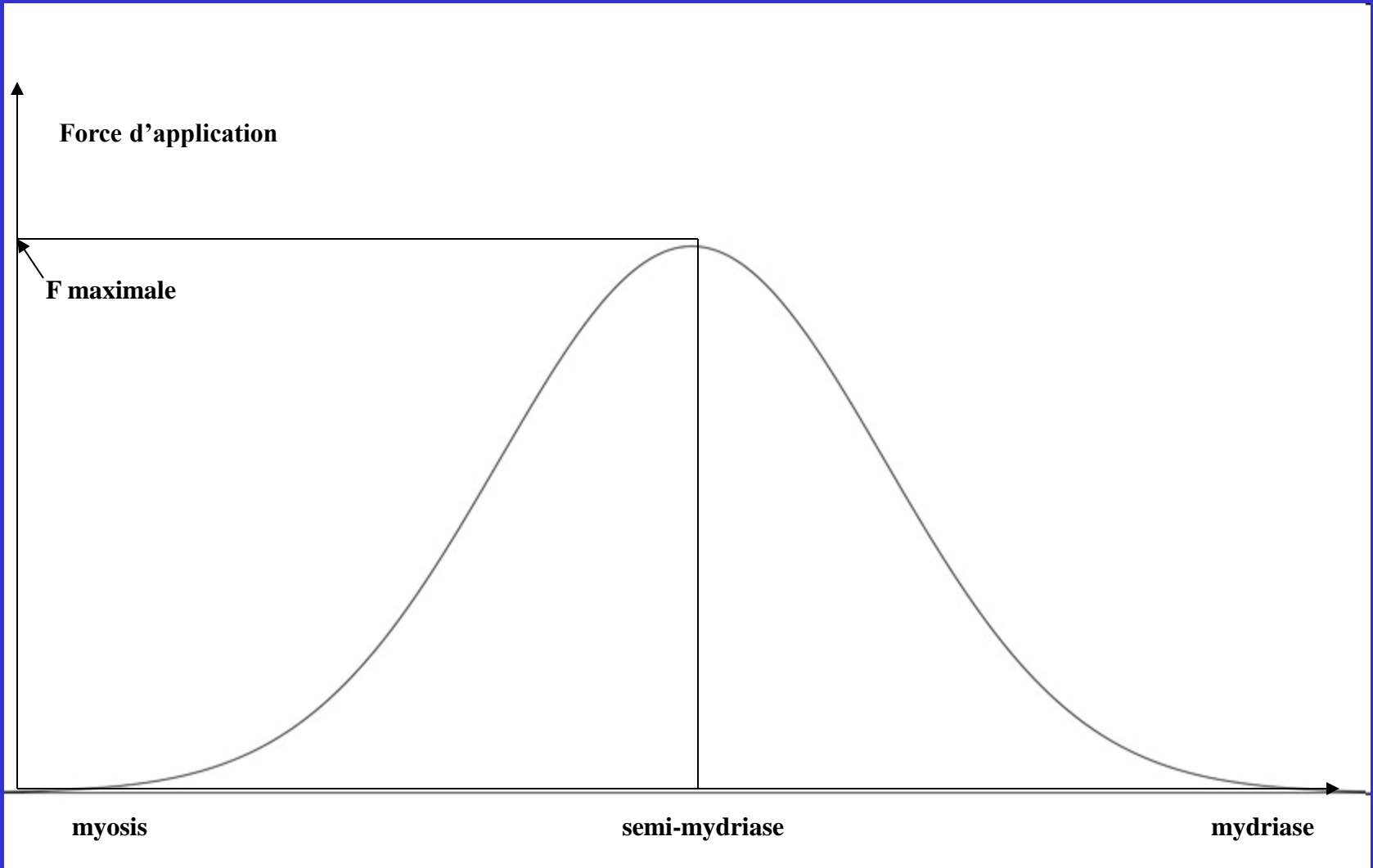


Angle ouvert



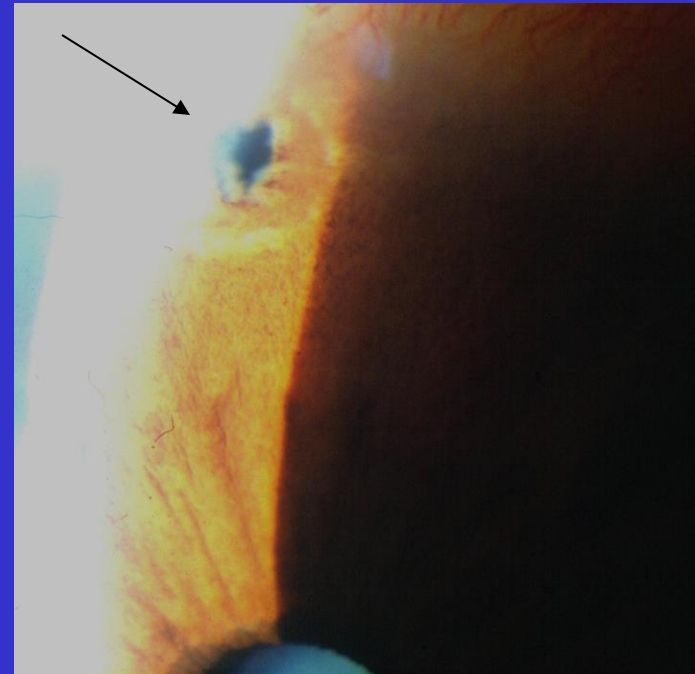
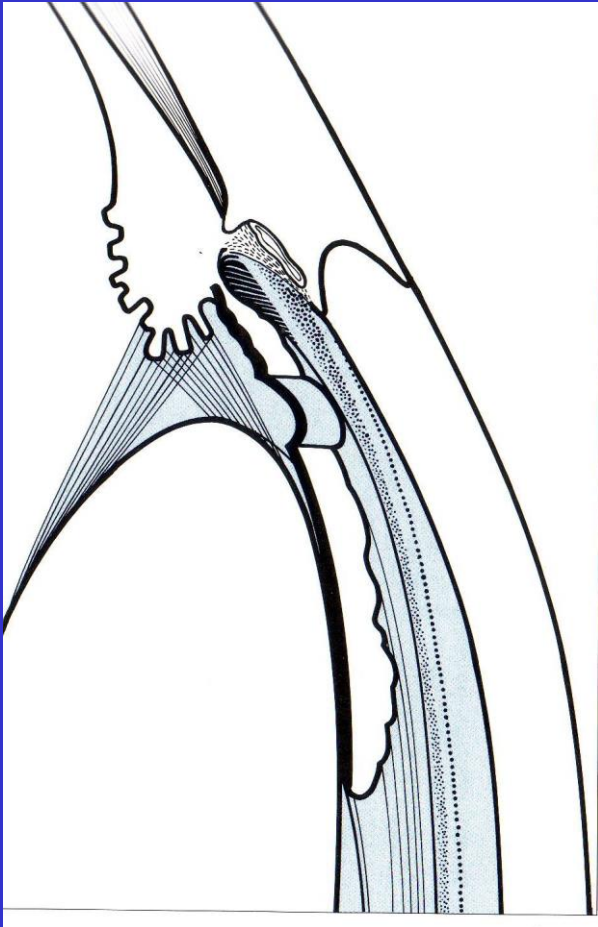
Angle fermé

LE BLOCAGE PUPILLAIRE



LE TRAITEMENT

Il devrait être toujours préventif +++ = irodotomie
au laser



LE TRAITEMENT DE LA CRISE

- 1/ Faire de la place dans l'œil en faisant reculer le bloc iris-cristallin = déshydrater le vitré par une perfusion de mannitol à 20% (bolus de 200 cc en 5 minutes)
- 2/ Stopper la production d'humeur aqueuse = Diamox® injectable (si vomissements) ou per os (1 cp de 250 mg)
- 3/ Resserrer la pupille (Pilocarpine 2%) : toutes les heures pour annuler la force d'application jusqu'à normalisation pressionnelle
- 4/ Faire l'iridotomie du côté adelphe (le jour même) puis du côté malade (dès la normalisation de la pression).

EN RESUME

- patients prédisposés dès la naissance car hypermétropes : prédisposition ignorée par le patient et le plus souvent par le médecin traitant (cela rend illusoire les précautions d'emploi du Vidal (médicaments « contrindiqués » dans le glaucome)
- le risque de crise augmente avec l'âge (grossissement du cristallin) et tout ce qui dilate la pupille (obscurité, stress, médicaments atropiniques). C'est une hypertonie aigue (PIO normale en dehors de la crise).
- les sujets à risque doivent être dépistés et surveillés par l'ophtalmologiste : en cas de risque important (angle fermé en gonioscopie), faire une iridotomie préventive bilatérale qui met le patient définitivement à l'abri de la crise.
- savoir qu'il existe des crises subaigues de diagnostic difficile
- la crise de glaucome aigu est grave : ischémie du sphincter de l'iris avec semi-mydriase définitive, risque d'atrophie optique (si traitement retardé), risque d'hypertonie oculaire chronique (glaucome secondaire).