

Le Glaucome - par Marthe Humbert

Le glaucome et l'angoisse suscitée :

C'est une question de chance ou de manque de pot : on est prédisposé, ou on ne l'est pas... Ceci d'une façon très générale. Car il existe des cas particuliers : absorption, entre autre, de certains médicaments, lesquels vont favoriser l'apparition de certains glaucomes : car on en distingue - au moins - 2 sortes...On verra plus loin...

Des sites assez nombreux sont consacrés à une correspondance questions-réponses réalisée par les malades affligés de cette pathologie de l'œil : une altération des fibres du nerf optique, consécutive - du moins le plus souvent - à un excès de pression dans le globe oculaire. On est ému de leur angoisse... Parfois on a vécu la même angoisse - dans certains cas - heureusement - on s'est ému pour rien - mais on sent, plus ou moins, toujours, l'épée suspendue au-dessus de la tête, et cela incite à se documenter plus avant...

Le danger du glaucome : le rétrécissement du champ visuel et la cécité

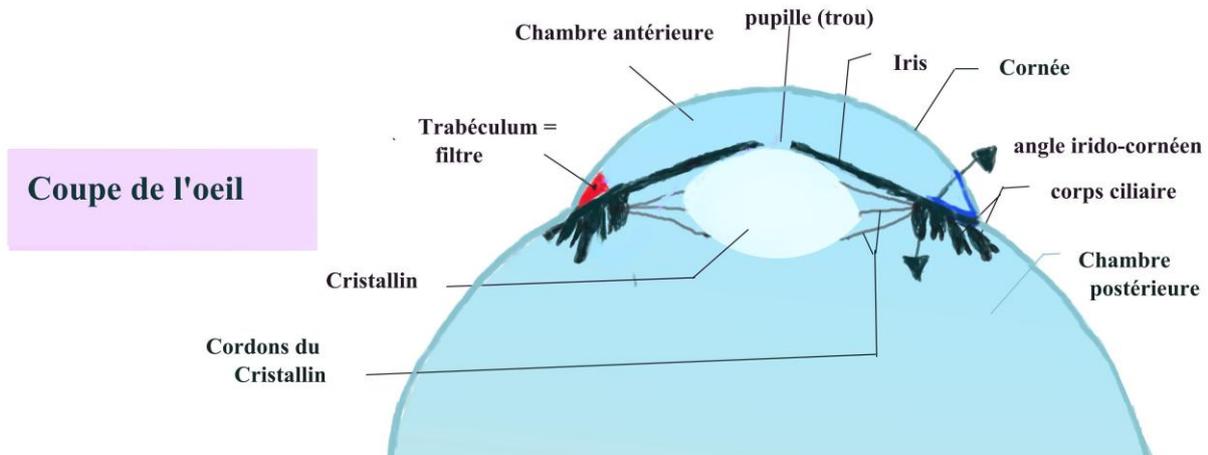
Dans le cas (le plus général, donc), d'un excès de pression, on comprend bien que le liquide intérieur va appuyer sur toute la paroi, et donc aussi sur « la tête »* du nerf optique, qui forme en temps normal une petite protubérance, au fond de l'œil. On comprend bien qu'au fur et à mesure que le temps passe, les fibres nerveuses se détériorent de plus en plus, faisant perdre une proportion de plus en plus grande de champ visuel au patient (en même temps que la papille du nerf optique se creuse...). La pathologie évolue sans bruit : certains spécialistes parlent d'une détérioration de 90 % avant que le patient ne s'en rende compte. Et les fibres mortes ne se reconstitueront plus. Dans le meilleur des cas, donc, on parviendra à freiner, voire stopper le mal, mais jamais « à revenir en arrière » !

C'est là tout le danger du glaucome, une fois installé.

« Le champ visuel » n'inspire pas forcément tout le monde... « C'est quoi, ça » !? C'est tout ce que l'œil perçoit, sans toutefois forcément le distinguer nettement. On conçoit que la voiture qui a priorité, en venant de la droite, si elle n'est pas perçue à temps, va mettre des vies en péril. Plus le glaucome est avancé, moins on va voir cette voiture arriver. Viendra un moment où la cécité va s'installer. Reste à voir si le patient va distinguer, encore, le jour de la nuit... (cela aussi est important !)

D'où vient donc cet excès de pression dans l'œil ? Celui-ci est rempli d'un liquide essentiellement constitué d'eau, contenant des nutriments (glucose, vitamines, etc.). Comme tout liquide de notre corps, il se renouvelle : une partie s'en va, une autre, non chargée en cellules mortes, arrive.

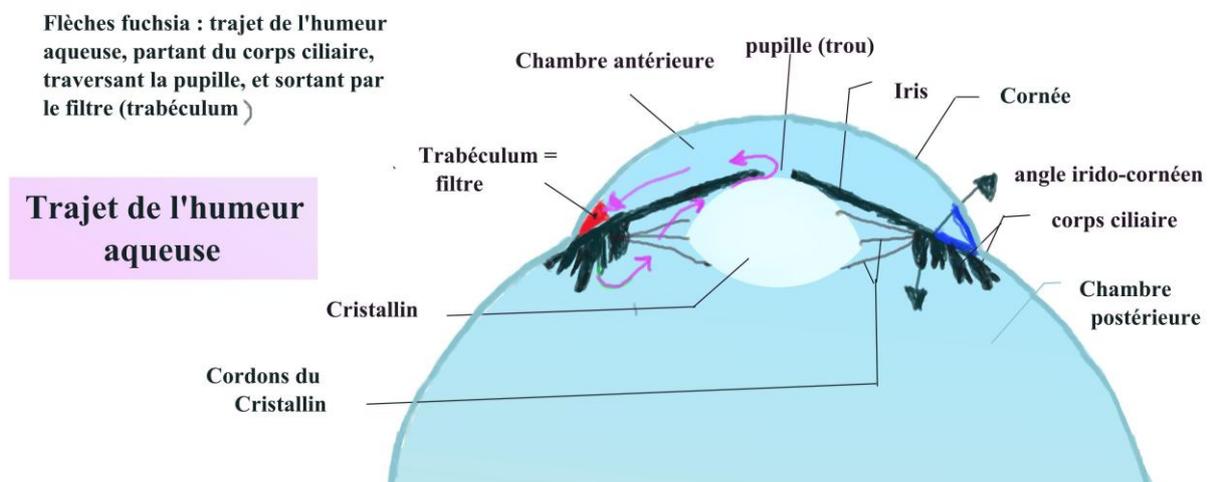
Constitution de la chambre antérieure de l'œil :



Vous voyez que l'œil possède 2 « chambres », une petite, en avant, et l'autre, occupant presque tout le volume, en arrière. On va s'occuper de la petite chambre, placée devant : une partie, transparente, la cornée, que tout le monde connaît comme sensible à la moindre poussière. Cette cornée est bombée Au centre, un disque coloré représente l'iris, qui va paraître bleu, gris, brun, etc. selon l'épaisseur des fibres qui le composent. Ce disque est percé d'un trou qui va laisser passer les rayons lumineux, c'est la pupille. Elle va se rétrécir ou s'agrandir, par réflexe, en fonction de l'intensité de la lumière. Des fibres musculaires vont commander ce mouvement. Le trou (pupille) est « collé » contre le cristallin, qui est la loupe de l'œil qui va zoomer sur un objet proche, pour le voir nettement, ou « dézoomer » pour voir, sans effort, un objet lointain. La cloison qui sépare la petite chambre de la grande chambre est donc formée par le cristallin et l'iris sur lequel il s'appuie, et le corps ciliaire, entre l'iris et la cornée, mais « derrière » l'iris.

Jusque-là, on ne comprend pas trop le pourquoi de l'excès possible de pression...

Dans quels cas l'excès de pression :



Ce corps ciliaire comprend une partie nommée « procès ciliaire », il s'agit d'un ensemble de

petites glandes lesquelles fabriquent cette humeur aqueuse, constamment.

Voici pour l'arrivée du liquide.

Ce liquide passe d'une chambre à l'autre par le trou de la pupille et sort au travers d'un filtre, formé de fibres de collagène (le trabéculum) lequel déverse petit à petit le liquide, dans le circuit sanguin.

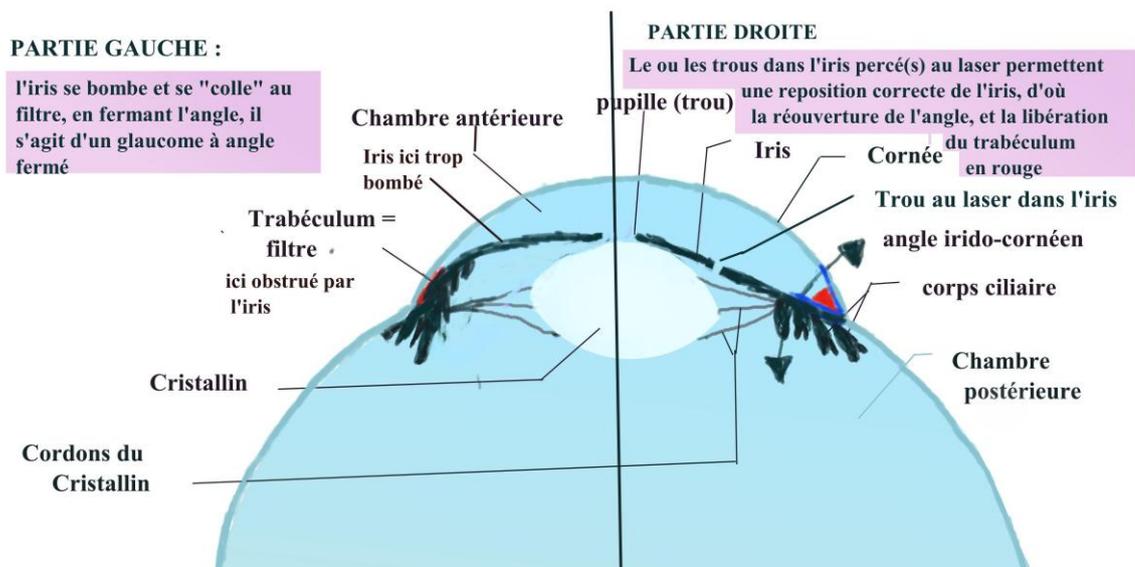
Normalement il y a autant de liquide qui rentre, que de liquide qui sort. La pression habituelle en cas de bon fonctionnement, se situe entre 15 et 16 mm de mercure. On considère que 20 mm est une limite au-delà de laquelle le glaucome risque de s'installer. Mais pas forcément. Car la pression est mesurée à l'extérieur de l'œil, et l'épaisseur de la cornée va influencer sur la valeur de la mesure... Même en cas de « pression corrigée » trop importante, dans certains cas (pas la majorité...), l'œil ne sera néanmoins pas atteint de glaucome... Inversement, dans des cas rares, l'œil pourra être atteint de glaucome, avec une pression normale... (mauvaise irrigation sanguine du nerf ?)

Cette excès de pression peut donc être atteint par perte de perméabilité du filtre (le trabéculum). Ce type de glaucome va être chronique, dans tous les cas, car la nature dégradée du filtre aura tendance à le rester... On nommera ce type de glaucome : à angle ouvert. Pourquoi « angle ouvert » ? Ce terme me semble mal choisi, mais j'y reviendrai tout à l'heure...

Il s'agit du glaucome le plus habituel : Au-dessus de 40 ans > 1 % de la population et au-dessus de 80 ans > 2 %.

Les personnes âgées sont les plus atteintes, de même que celles qui souffrent de myopie.

Mais l'excès de pression peut provenir d'un autre processus.



Le schéma représente la chambre antérieure de l'œil, et l'on voit que la cornée forme avec l'iris un certain angle (partie droite). Si le cristallin devient trop gros, ou que l'œil est trop court (hypermétropie > le contraire de la myopie), cette chambre antérieure aura tendance à se rapetisser, l'iris sera poussé en avant par le cristallin, a fortiori s'il est trop gros, (partie gauche du schéma), et l'angle appelé irido-cornéen va se réduire... L'iris va se bomber en avant, et obstruer le filtre (trabéculum), et l'évacuation se fera mal, ou brutalement plus du tout.. En quelques heures, ou

quelques jours, le nerf optique peut être irréversiblement détruit ! Il s'agit d'une urgence ! Généralement cela est très douloureux - cette douleur va heureusement être bénéfique, puisque le patient va être forcé de recourir aux soins d'un ophtalmo ou se faire hospitalisé en urgence.

On parle alors d'un glaucome par fermeture de l'angle. Il est bien plus rare que le glaucome par « ouverture de l'angle ». Il est aigu, généralement. Chronique plus rarement.

Par opposition à ce cas de figure = glaucome à angle fermé (rare), on a donc le glaucome à angle ouvert, toujours chronique, bien plus fréquent. A noter que ce n'est pas du tout une ouverture de l'angle qui provoque ici le glaucome chronique, mais un filtrage insuffisant d'un trabéculum qui a perdu une partie de sa perméabilité. On parle juste « d'ouverture de l'angle », par opposition à « fermeture de l'angle », laquelle, elle, provoque bien la pathologie en question...

Pour bien comprendre les causes différentes d'un même résultat final : imaginons une baignoire, avec le robinet ouvert : si l'eau peut s'écouler au travers de la bonde, tout est bien. Mais 2 cas de figure peuvent se présenter : la tuyauterie est bouchée (un paquet de cheveux, par exemple) : l'eau va s'écouler, certes, mais trop lentement : la baignoire finit par déborder. Cas du glaucome baptisé « à ouverture de l'angle ». Autre cas de figure : la bonde est restée fermée : la catastrophe est rapide... Cas du glaucome à fermeture de l'angle.

On pourrait aussi bien baptiser ces 2 cas de figure :

- 1) Débordement avec bonde ouverte
- 2) Débordement avec bonde fermée

Ceci dit pour démystifier l'étrangeté de ces 2 appellations...

Pour empêcher l'évolution :

- Dans le cas de fermeture de l'angle, quand il s'agit d'une urgence thérapeutique (cas le plus fréquent de ce type de glaucome), alors on va traiter au laser appelé YAG : 2 trous dans l'iris (ou davantage) vont permettre que l'iris change de forme, soit moins bombé vers l'avant, et « se décolle » du trabéculum. Le soulagement est immédiat. Parfois il s'agit d'un véritable collage, et alors le problème est plus complexe.
- Dans le cas d'un glaucome **chronique** à fermeture de l'angle, le problème se complexifie encore...
- Dans le cas du glaucome le plus fréquent, à ouverture de l'angle, le laser Argon peut être employé avec un certain succès. Agissant sur le trabéculum, il peut lui rendre une certaine perméabilité - pour un temps, du moins...

Mais habituellement les ophtalmos préfèrent prescrire des collyres :

- les uns ont pour rôle de diminuer la pression par diminution de la production d'humeur aqueuse (les bêtabloquants)
- les autres par augmentation de l'évacuation de l'humeur aqueuse : les « analogues des prostaglandines » : ces dernières sont des hormones naturelles secrétées par notre corps
- A noter que les bêtabloquants sont à surveiller, car contre-indiqués dans d'assez nombreux cas non anodins **

- La chirurgie est employée dans les cas où le laser n'aura pas été efficace, ou serait inopportun, ou dans le cas où les collyres sont trop mal supportés

Certains médicaments sont interdits en cas de glaucome, ou peuvent le provoquer :

En cas de glaucome par ouverture de l'angle : seuls les corticoïdes sont signalés dangereux

En cas de glaucome par fermeture de l'angle ; il faut faire très attention : de nombreuses classes de médicaments sont contre-indiquées...

Toujours bien lire les notices placées dans les boîtes, et toujours conserver celles-ci !

Les médecins devraient mieux expliquer tout cela à leurs patients quand ils les savent concernés...

L'anxiété de ne pas savoir est, pour certains, très perturbante.

=====

*Cette partie est effectivement dénommée « tête » !

** Copié-Collé de [EUREKA-SANTE](#) ci-dessous :

Néanmoins, en raison du passage possible du bêtabloquant dans le sang, ils sont contre-indiqués chez les personnes qui souffrent d'asthme, de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), d'insuffisance cardiaque, de troubles du rythme cardiaque ou de syndrome de Raynaud. Chez les personnes diabétiques, les bêtabloquants peuvent masquer certains signes de l'hypoglycémie (palpitations et accélération du cœur). De plus, chez les patients masculins, les bêtabloquants peuvent parfois provoquer des troubles de l'érection (impuissance). Ce risque est faible avec les collyres (le principe actif passe peu dans le sang).