



CRISE DE GFA SUR UNE CONFIGURATION IRIS PLATEAU SECONDAIRE AU POLYKYSTOSE IRIDO-CILIAIRE

K Reda;
A Alami;
N Aïgbè;
F Elasri;
I Fiqhi,
J Ahmimch;
S Chatoui;
A Elkhouya ali;
R Messaoudi;
A Oubaaz

RESUME

Introduction

L'Iris plateau est une anomalie de la configuration de l'iris. La biomicroscopie ultrasonore (UBM) constitue une aide précieuse pour son diagnostic ainsi que pour la détermination de son caractère primaire ou secondaire. Nous rapportons le cas d'une configuration iris plateau secondaire à une polykystose irido-ciliaire.

Observation :

Patient de 34 ans, sans antécédents familiaux de glaucome, vu en urgence pour une crise de GFA de l'œil gauche. La gonioscopie dynamique de l'œil Adelphe a montré un aspect en double bosse caractéristique de la configuration iris plateau. Un examen UBM fut alors réalisé et a confirmé le diagnostic de la configuration iris plateau secondaire à une polykystose irido-ciliaire bilatérale. Après le contrôle de la crise aiguë, le malade a bénéficié d'une iridotomie périphérique pour ces deux yeux et son tonus oculaire est bien équilibré sous une monothérapie.

Discussions :

Les kystes irido-ciliaires primaires sont l'une des étiologies responsables de l'iris plateau secondaire. L'UBM constitue une aide diagnostique précieuse, car elle donne une meilleure analyse du corps ciliaire et des structures en arrière de l'iris.

Conclusion :

La polykystose irido-ciliaire peut être responsable d'une hypertension oculaire aiguë par fermeture de l'angle. L'UBM constitue un examen capital pour évoquer ce diagnostic. Le contrôle de la pression intra-oculaire peut être obtenu par une monothérapie et une IP au laser YAG.

SUMMARY

Introduction

The plateau Iris is an anomaly in the configuration of the iris. Ultrasound biomicroscopy (UBM) is a valuable aid for diagnosis and for determination of its primary or secondary. We report the case of plateau iris configuration secondary to numerous iridociliary cysts.

Observation:

A 34-year-old North African man, with no family history of glaucoma, seen in emergency with acute crisis of angle-closure glaucoma of the left eye and whose gonioscopy dynamics of the fellow eye showed a double hump appearance characteristic of plateau iris configuration. UBM examination was then performed which confirmed the diagnosis of plateau iris configuration, but secondary to numerous iridociliary cysts. After control of acute crisis, the patient received an IP for both eyes and IOP is well balanced as monotherapy.

Discussion:

Primary numerous iridociliary cysts are one of the causes responsible for the plateau iris secondary. The UBM is a valuable diagnostic aid, for giving a better analysis of the ciliary body and structure behind the iris.

Conclusion:

The UBM examination is crucial to suggest the diagnosis of numerous iridociliary cysts which coexistence with a triggering factor may be responsible for with acute crisis of angle-closure glaucoma that was controlled by a monotherapy and an YAG laser iridotomy.

Mots clés :

GFA ;
Iris plateau secondaire ;
UBM ;
Polykystose iridociliaire ;
Iridotomie au laser YAG

Keywords:

Angle-closure glaucoma;
Plateau iris secondary;
UBM;
Numerous ciliary cysts;
YAG laser iridotomy.

INTRODUCTION :

L'iris plateau est une anomalie de la configuration de l'iris qui peut aboutir à une fermeture de l'angle avec ou sans blocage pupillaire ; il peut être primaire (racine de l'iris épaissie et/ou insertion antérieure de l'iris) ou secondaire à des corps ciliaires trop volumineux (par antéposition, polykystose ou tumeur) [1,15]

La biomicroscopie ultrasonore (UBM) constitue une aide précieuse pour son diagnostic ainsi que pour la détermination de son caractère primaire ou secondaire.

Nous rapportons le cas d'une configuration iris plateau secondaire à une polykystose irido-ciliaire.

OBSERVATION :

Un homme maghrébin, âgé de 34 ans, sans antécédents familiaux de glaucome, vu en consultation aux urgences pour une hypertension oculaire à 34 mmHg, rougeur, douleur et baisse de l'acuité visuelle de l'œil gauche.

L'examen biomicroscopie de l'œil gauche objective une buée épithéliale, des précipités rétro-désclériques, un Tyndall deux croix, une chambre antérieure de profondeur normale au centre, le tout associée à une semi-mydriase aréflexique (Fig 1) ; l'examen gonioscopique est gêné par l'œdème cornéen, le rapport cup/disc était de 6/10.

À l'œil droit, le tonus oculaire est à 14 mmHg, la chambre antérieure est de profondeur normale au centre, l'iris est plat jusqu'à sa périphérie où il décrit une courbure accentuée vers l'arrière, la pupille ronde et réactive, la gonioscopie met en évidence un angle iridocornéen étroit de grade 2 (Fig 2) et un aspect en double bosse après indentation (Fig 3), le rapport cup/disc est de 4/10 ;

Une périmétrie automatisée Humphrey 24.2, blanc-blanc en stratégie sita-standard n'a pas objectivé d'anomalies campimétriques au niveau des deux yeux.

L'hypothèse d'un iris plateau est évoquée devant l'aspect gonioscopique en double bosse et



un examen UBM fut alors réalisé. Il confirme le diagnostic d'iris plateau secondaire à une polykystose irido-ciliaire bilatérale (Fig 4,5). Hypertonie oculaire de l'œil gauche a été contrôlé par un agent hyperosmolaire (Mannitol 20%, en intraveineux, après contrôle de l'ionogramme sanguin), un inhibiteur de l'anhydrase carbonique (Diamox 250) par voie orale, un bêtabloqueur et un myotique (pilocarpine 2%) en collyre.

Ce traitement est complété par la réalisation d'une iridotomie au laser YAG pour les deux yeux (Fig 6, 7) afin de lever le blocage pupillaire associé à l'iris plateau.

Le malade est mis ensuite sous une monothérapie (pilocarpine diluée à 0.1%) permettant ainsi de normaliser sa pression intraoculaire et la disparition des signes fonctionnels. L'œil droit est resté asymptomatique avec une pression intraoculaire normale.

DISCUSSION :

La configuration d'iris plateau est due à une anomalie anatomique d'une ou plusieurs structures du segment antérieur : épaisseur de la racine irienne ou angulation périphérique de l'iris supérieure à la norme, insertion de l'iris sur le corps ciliaire plus antérieure, procès ciliaires plus volumineux et/ou déplacés antérieurement par rapport à la norme [2,3,4,5,6,7,8].

Pour certains, il n'y a pas de prédisposition sexuelle [7] alors que pour d'autres il existe une prédominance chez la femme [5,9]. Les patients sont généralement jeunes (30-50 ans) et moins hypermétropes que ceux présentant un blocage pupillaire relatif isolé, la longueur axiale chez notre patient est de 22 mm.

Cliniquement, le patient peut être asymptomatique ou présenter une crise aiguë d'hypertonie par fermeture de l'angle.

Les signes bio microscopiques de l'iris pla-

teau seront suspectés sur une profondeur de chambre antérieure normale au centre (3.30 mm chez notre patient), l'absence de bombé irien périphérique, un angle étroit ou fermé [10] et la gonioscopie dynamique peut montrer typiquement une configuration en bosses de chameau << double hump or sine wave sign >> [3,5,6].

La classification de l'iris plateau est fonction du degré de l'anomalie d'insertion de la racine irienne. Ritch et al. ont défini quatre stades :

- **Stade A** : l'iris masque complètement, ou presque, le trabéculum jusqu'à l'anneau de scwalbe,
- **Stade B** : l'iris masque le trabéculum antérieur,
- **Stade C** : l'iris masque le trabéculum postérieur,
- **Stade D** : le plateau de l'iris s'élève au niveau de l'éperon scléral.

Le mécanisme d'iris plateau pur est rare comparé au bloc pupillaire, mais ces deux mécanismes peuvent fréquemment coexister [11]. Il s'agit d'un blocage prétrabéculaire direct par la racine de l'iris.

L'UBM constitue une aide diagnostic précieuse, car elle donne une meilleure analyse du corps ciliaire et des structures en arrière de l'iris [12,13], permettant ainsi le diagnostic de l'iris plateau et la détermination de son caractère primaire ou secondaire ;

Les kystes irido-ciliaires primaires, sont l'une des étiologies responsables de l'iris plateau secondaire. Ils apparaissent spontanément et sont fréquemment observés de façon isolée et solitaire de 80% des cas, chez les sujets entre 20 ans et 30 ans (54.3%), tous sexes confondus [14,15]. Ils sont souvent asymptomatiques (rarement à l'origine d'une fermeture de l'angle), de forme arrondie (diamètre variant entre 200 et 2500µm), avec paroi fine hyperéchogène et un contenu anéchogène [15,16]. Ils se situent le plus souvent à la jonction iridociliaire ou au niveau de la pars plicata dans le secteur

inférieur et temporal. Leur incidence et leur diamètre diminuent avec l'âge [14,15].

Le traitement repose sur l'iridoplastie au laser Argon au niveau de la racine de l'iris [15], et la plupart des patients présentant une configuration d'iris plateau sont <<guéris>> par la réalisation d'une iridotomie au laser qui lève le bloc pupillaire associé [11], même son efficacité, dans ce cas, est discutée car risque de blocage de l'IP par un kyste en arrière [15]. Notre observation montre l'intérêt de l'examen UBM devant toute crise aiguë de glaucome par fermeture de l'angle, permettant ainsi de mettre en évidence d'une part, le mécanisme responsable de fermeture de l'angle (blocage pupillaire et/ou iris plateau) et d'autre part, il met en évidence le caractère primaire ou secondaire de la configuration iris plateau. Les kystes irido-ciliaires sont souvent asymptomatiques et régressent avec le temps mais en présence d'un facteur déclenchant (tous les facteurs qui provoquent directement ou indirectement la mydriase) peuvent être responsables d'une ou de plusieurs crises d'hypertonie oculaire par le mécanisme de blocage prétrabéculaire ; nous n'avons pas réalisé l'iridoplastie au laser Argon, car la PIO de notre patient a pu être équilibrée par une IP au laser YAG et une monothérapie (pilocarpine diluée à 0.1%). L'œil Adelphe a bénéficié aussi d'une IP prophylactique.

CONCLUSION :

Bien qu'une configuration d'iris plateau puisse être présente et diagnostiquée par la gonioscopie, l'UBM constitue un examen capital pour évoquer le caractère primaire ou secondaire de cette configuration et de visualiser une polykystose irido-ciliaire. Le contrôle de la pression intra-oculaire a pu être obtenu par une monothérapie et une IP au laser YAG. ■

Référence :

- [1] Richt R, Chang BM, Liebman JM. Angle closure in younger patients. *Ophthalmology* 2003 ; 110 : 18809-
- [2] Pavlin CJ, Ritch R, Foster FS. Ultrasound biomicroscopy in plateau iris syndrome. *Am J Ophthalmol* 1992; 113: 3905-.
- [3] Ritch R. Plateau iris is caused by abnormally positioned ciliary processes. *J Glaucoma* 1992; 1 : 236-.
- [4] Pavlin CJ, Foster FS. Clinical measurements: ultrasound biomicroscopy in glaucoma. In: Ritch R, Shields MB, Krupin T, eds. *The glaucomas*. Vol 1.2 ed. Saint Louis: CV Mosby; 1996. P. 47190-.
- [5] Ritch R, Lowe RF. Clinical entities/angle-closure glaucoma: clinical types. In : Ritch R, Shields MB, Krupin T, eds. *The glaucomas*. Vol. 2. 2ed. Saint Luis: CV Mosby; 1996.p.82140-.
- [6] Tran HV, Liebmann JM, Ritch R. Iridociliary apposition in plateau iris syndrome persists after cataract extraction. *Am J Ophthalmol* 2003; 135: 403-.
- [7] Wand M, Grant WM, Simmons RJ, Hutchinson BT. Plateau iris syndrome. *Trans Am Acad Ophthalmol Otol* 1977; 83: 12230-.
- [8] Pavlin CJ, Foster FS. Plateau iris syndrome: changes in angle opening associated with dark, light, and pilocarpine administration. *Am J Ophthalmol* 1999; 128: 28891-.
- [9] Ritch R, Tham MLY, Lam DSC. Long-term success of argon laser peripheral iridoplasty in the management of plateau iris syndrome. *Ophthalmology* 2004; 111: 1048-.
- [10] Valtot F. Les glaucomes chroniques par fermeture de l'angle. *J Fr Ophtalmol* 2004 ; 27 : 697700-.
- [11] Lachkar Y. Le glaucome chronique par fermeture de l'angle. *J Fr Ophtalmol* 2003 ; 26 : 2S492-S52.
- [12] Ishikawa H. Anterior segment imaging for glaucoma: OCT or UBM? *Br J Ophthalmol* 2007; 91:14201-.
- [13] Marigo FA, Esaki K, Finger PT, Ishikawa H, Greenfield DS, Liebmann JW, et al. Differential Diagnosis of Anterior Segment Cyst by UBM. *Ophthalmology* 1999; 106: 21315-.
- [14] Shiho K, Makoto A, Kunitoshi O, Chikuma H. UBM of ciliary body cysts. *Am J Ophthalmol* 1999; 4855-;
- [15] Le Corre A, Dot C, Feraoun M, Burelle X, Grasswill C, Perrenoud F, May F. *J Fr Ophtalmol* 2009, 32, 591504-.
- [16] Mc Whae JA, Rincke M, Crichton AC, Van Wyngaarden C. Multiple bilateral iridociliary cysts: ultrasound biomicroscopy and clinical characteristics. *Can J Ophthalmol* 2007; 42: 26871-

Iconographie :

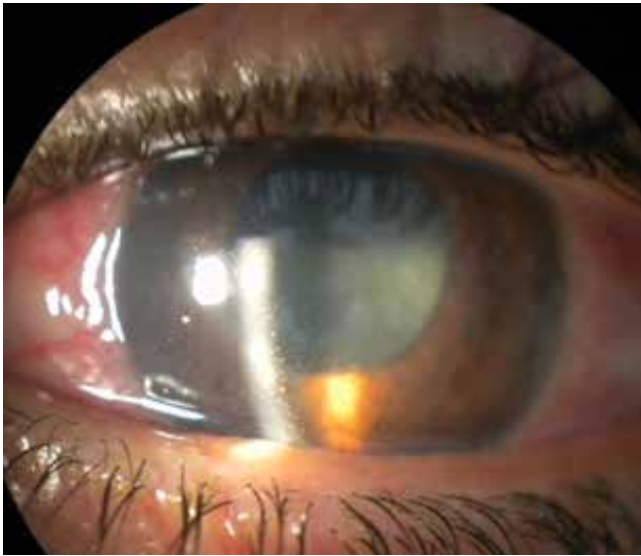


Fig 1

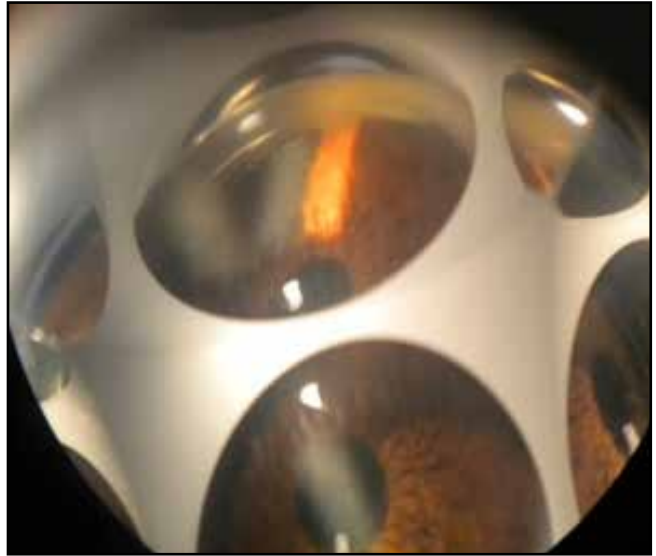


Fig 2



Fig 3

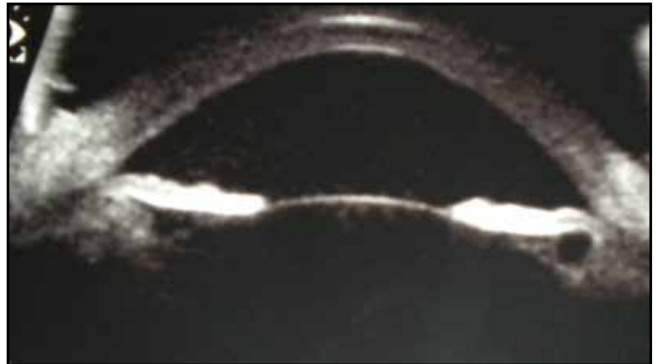


Fig 4: Examen UBM de l'oeil droit.



Fig 5: Examen UBM de l'oeil gauche.

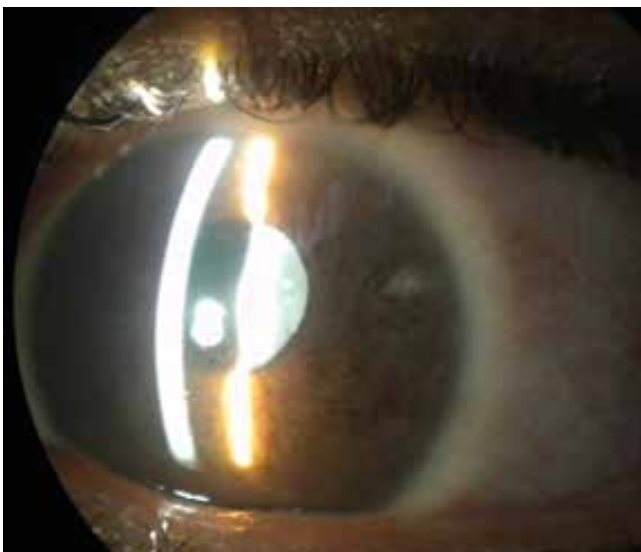


Fig 6



Fig 7: Examen UBM de l'oeil Gauche après l'IP.