LE GLAUCOME CHEZ LE SUJET DE RACE NOIRE

Médecin en Chef C.BOUAT Pr.Ag. IMTSSA

I. INTRODUCTION :

Le glaucome est une affection oculaire caractérisée par une neuropathie optique antérieure chronique (touchant la papille optique) aboutissant à une altération progressive du champ visuel et conduisant à terme à la cécité.

Le facteur principal lésionnel est l'hyperpression intra oculaire (HPIO) qui entraîne, par un processus ischémique et mécanique au niveau de la papille, la dégradation progressive des fibres optiques issues des cellules ganglionnaires de la rétine

Le glaucome du sujet de race noire présente des spécificités en terme de fréquence, d'évolution et de réponse aux traitements. Le glaucome en milieu tropical présente en plus d'autres particularités liées à son dépistage, à son traitement et à son suivi évolutif.

Il constitue 3ème cause de cécité mondiale et pour certains la deuxième.

Par rapport aux occidentaux où le glaucome affecte près de 2% de la population de plus de 40 ans, il existe une différence de fréquence de l'ensemble des glaucomes :

Le glaucome chronique à angle ouvert est un peu plus fréquent : 60%, que chez le sujet de race blanche : 51%

Le glaucome à angle fermé est moins fréquent chez le sujet de race noire : 1%, que chez le sujet de race blanche : 10 %

Les glaucomes secondaires (uvéitiques, uvéosiques, traumatiques, phakogéniques, dégénératif, y compris vasculaires, tumoraux et toxiques) sont à peu près rencontrés de façon équivalente : 34 % pour 31 %

Le glaucome congénital est d'environ 8% chez les sujet de race blanche pour 5% chez les sujets de race noire

II. LE GLAUCOME A ANGLE OUVERT :

Il constitue le problème principal de dépistage et de traitement

1. **Fréquence** : Il est estimé à 1% de la population après 40 ans chez le blanc, alors que chez le noir sa fréquence est 2 à 3 fois plus importante. Son incidence globale en Afrique est minimisée statistiquement par la présence plus grande des glaucomes secondaires notamment inflammatoires

2. **Les caractères étiologiques** :

L'âge de survenue est plus précoce chez le noir, 30 à 40 ans, soit 10 ans plus tôt que chez le blanc, comme pour la cataracte

Le sexe n'a pas d'influence chez le blanc ou les noirs américains, en Afrique le glaucome serait plus fréquent chez l'homme (Diallo, Védy) mais les conditions sociales sont différentes, les femmes consultent moins.

Le caractère familial est démontré chez le blanc et probable chez le noir (manque d'étude)
et le caractère ethnique non démontré

Les prédispositions évoquées pour expliquer la plus grande fréquence chez le noir se référent :

à une fibrose de l'épisclére périlimbique obstruant le canal de Schlemm (Luntz 1960)

à une osbtruction des voies de drainage par le pigment : le glaucome croît en fréquence et en évolutivité avec le degré de pigmentation (Venable 1952)

Mais il n'existe pas de preuves histologiques étayant ces hypothéses

Le rôle du terrain est avancé, comme pour les cataractes, avec une certaine antériorité où interviennent l'altération de l'état général et les pathologies inflammatoires oculaires de plus grandes fréquences

A l'inverse il n'y a pas de modifications rhéologiques entre les populations blanches et noires Easty et Luntz en 1969 en Afrique du sud, au contraire, montrent que les noirs répondent 2 fois moins que les blancs au test hypertonisant à la bétaméthasone

3. **Clinique** : Des caractères originaux sont retrouvés

Le début : Il passe souvent inaperçu, et le diagnostic n'est que tardivement porté, en raison :

De l'absence prolongées de manifestations visuelles préoccupantes, l'acuité visuelle n'est atteinte qu'au dernier stade et constitue souvent le seul sujet d'inquiétude

De l'absence d'information sur cette affection qui n'est parfois pas une priorité face aux grandes endémies

Du déficit en ophtalmologistes sur le continent africain et la distance à parcourir pour consulter et avoir une mesure de la pression intraoculaire, à fortiori un champ visuel

De la rapidité évolutive de cette affection chez le sujet de race noire

La phase d'état : le diagnostic est évident, il associe une hyperpression intraoculaire (30 à 40 mmHg) un champ visuel altéré, une papille excavée et parfois déjà une acuité visuelle altérée. L'angle iridocornéen est ouvert et libre

Mais le bilan exact est difficile à établir en raison :

De la difficulté de relever le champ visuel, compréhension, disponibilité et qualité des appareils et formation des opérateurs

Des associations pathologiques oculaires qui génent l'interprétation ou masquent la maladie (cataractes, pathologies cornéennes ou choriorétiniennes)

Un caractère original à été souligné par Diallo (1971), la fréquence des formes unilatérales retrouvée à 37% au début

L'évolution est rapide (Vedy, Quéré, Mbengo), spontanément ou malgré le traitement médical, mais se pose alors le problème de son abandon ou de son refus.

4. **Notions thérapeutiques** :

Il y a une certaine unanimité pour dénoncer le manque d'efficacité du traitement médical, ceci pour différentes raisons : Abandon du traitement pour des raisons sociales, économiques, culturelles ou de disponibilité des collyres, mais aussi par épuisement rapide de l'effet thérapeutique (Neumann, Zauberman : en 1 ou 2 ans) voire par une faible activité ou une inefficacité d'emblée.

La chirurgie est le plus souvent préconisée : la trabéculectomie est l'intervention de choix, avec un résultat intéressant et durable

Il a été rapporté un taux d'échec un peu plus important que chez le sujet de race blanche. La responsabilité a été attribuée à l'épaisseur de la tenon et à la cicatrisation excessive voire exubérante de la conjonctivo-tenon. Ce phénomène accru de cicatrisation, que l'on retrouve dans les processus cicatriciels après traumatisme, fait qu'un tissu cicatriciel exagéré envahit la fistule externe et peut conduire à l'échec de la trabéculectomie.

Ainsi certains auteurs recommandent l'excision de la tenon au niveau du site de trabéculectomie et l'utilisation prolongée de la corticothérapie locale.

Mais d'autres, au contraire, conseillent d'agresser au minimun la conjonctive et la capsule de tenon pour limiter au mieux les phénomènes cicatriciels

Actuellement en France, le glaucome du sujet de race noire et du sujet jeune sont 2 facteurs considérés comme « à risque » pour le résultat de la trabéculectomie. Ainsi il est fréquent d'utiliser des antimitotiques in situ associés au geste chirurgical chez ces patients

Quant à la Sclérectomie profonde non perforante, elle souffre des mêmes problèmes locaux et manque de pratique et de recul dans les pays tropicaux

III. **LES GLAUCOMES SECONDAIRES** :

1. Les Uvéoses :

- Le glaucome de la pseudo exfoliation capsulaire est estimé comme rare chez le noir (Cradle Sugar aux US, Conrad en 70) mais Luntz en Afrique du sud souligne leur fréquence retrouvée jusqu'à 20%, notamment chez les hommes entre 40 et 50 ans, Bartholomev en 73 la retrouve chez les Bantous d'Afrique du sud, forme précoce et rapidement compliquée d'hypertonie oculaire, représentant 17 à 35 % du total des glaucomes

Des facteurs génétiques sont invoqués

- Le glaucome pigmentaire, associe à l'hypertonie oculaire un syndrome de dispersion pigmentaire. Néanmoins sa fréquence est plus à rattachée à des groupes tissulaires HLA qu'à la pigmentation raciale
- Le syndrome de Fuchs, avec hétérochromie irienne est rare chez le noir
- L'atrophie essentielle de l'iris est rare aussi

2. Les glaucomes uvéitiques sont surtout post-uvéitiques. Les uvéites sont fréquentes en pays tropical, de causes bactériennes, virales, rickettsiennes où s'ajoutent le parasitisme tropical, dont l'onchocercose, les tréponèmatoses et la lèpre qui ont une grande affinité pour le segment antérieur de l'œil

3. Les glaucomes phakogéniques ont une plus grande fréquence par l'importance des cataractes non traitées et de leur évolution vers la maturité augmentant l'incidence des glaucomes phakomorphiques et phakolytiques

4. Les glaucomes traumatiques n'ont pas de particularités

Rappelons les hypertonies oculaires rencontrées après luxation du cristallin cataracté dans le vitré par les guérisseurs traditionnels, qui reste une pratique encore courante

5. Le glaucome néovasculaire reste rare, comme l'est le diabète

IV. **LE GLAUCOME CONGENITAL** :

Il représente 8% des glaucomes chez le blanc, il est plus rare mais plus grave chez le noir car vu à un stade plus avancé. Le facteur héréditaire n'est pas évident et pour Luntz il n'existe pas de différence entre noirs et blancs

Le traitement chirurgical comprend la goniotomie de Barkan qui est efficace de même que la trabéculectomie chez l'enfant

Conclusion : Le glaucome du noir présente quelques originalités, mais ceux ci sont davantage le fait de conditions socio-économiques et de quelques traits génétiques que d'une différence raciale globale