

Le but de ce module est de réactualiser les données rapidement évolutives sur le glaucome. Les thèmes sont déclinés en s'attachant à repartir des bases pour mettre en perspective les changements récents, et aboutir à des conduites à tenir pratiques :

- L'importance des signes d'appel d'une papille glaucomateuse alors qu'un patient glaucomateux sur deux a une pression normale le jour d'un examen systématique (E. Blumen-Ohana), dont l'article correspondant est publié ci-dessous.
- Place de la gonioscopie (un glaucome est à angle fermé jusqu'à preuve du contraire) et apport complémentaire de l'OCT et de l'UBM (M. Puech).
- Progrès logiciels pour remplacer le diagnostic simple d'aggravation par sa quantification (F. Aptel).
- Apport de l'OCT spectral qui prend une place prépondérante parmi les examens de structure en ajoutant à l'étude péri-papillaire, celle de l'atteinte maculaire (J.-P. Renard).
- Conduite à tenir devant une hypertonie : un problème classique de l'ophtalmologie de ville réactualisé à la lumière des études multicentriques récentes (E. Sellem).
- Focus sur les particularités encore trop méconnues du glaucome à pression normale (C. Lamirel et O. Bergès).
- Enfin une mise à jour du traitement non chirurgical : progression thérapeutique et place de la trabéculoplastie (C. Lamirel et I. Cochereau).

Jacques Laloum
Coordinateur scientifique

Qu'est-ce qui rend une papille suspecte d'être glaucomateuse ?

Esther Blumen Ohana

Le diagnostic de glaucome est classiquement décrit comme difficile à établir et repose sur un faisceau d'arguments cliniques et paracliniques concordants justifiant la prise en charge ultérieure. La suspicion clinique peut découler d'une hypertonie oculaire constatée ou plus généralement de facteurs de risques retrouvés, mais ces signes ne sont pas systématiques ; en effet, et à titre d'exemple, l'hypertonie oculaire est présente dans un cas sur deux au moment du diagnostic de glaucome.

La neuropathie optique glaucomateuse induisant des modifications morphologiques papillaires, il apparaît donc logique d'insister sur l'examen clinique de la papille au fond d'œil.

Les signes cliniques au fond d'œil pouvant évoquer une neuropathie optique glaucomateuse

Une papille normale est une papille de taille moyenne,

de forme variable mais plutôt ovalaire, symétrique, avec un anneau neuro-rétinien régulier, des vaisseaux distribués harmonieusement. Une excavation peut éventuel-

CHNO des Quinze-Vingts, Paris

lement être présente mais sera rapportée comme étant moins importante que le tiers de la taille papillaire, régulière, plutôt horizontalisée, symétrique, sans autre critère inquiétant [1]. En cas de doute quant à l'aspect physiologique d'une excavation, il est légitime de proposer un dépistage plus poussé, ce d'autant que le contexte clinique est évocateur.

À l'inverse, une papille peut être suspecte du fait de sa taille (les petites papilles décrites comme trompeuses peuvent être considérées comme suspectes), de sa forme, avec un anneau neuro-rétinien aminci ou présentant une encoche, une excavation verticalisée, asymétrique, ne respectant plus la règle ISNT [2] même si la validité de cette règle n'est pas systématique [3], un rejet nasal des vaisseaux, la présence d'une hémorragie parapapillaire nous inquiétera et sera synonyme de glaucome jusqu'à preuve du contraire, et enfin des zones d'atrophie parapapillaire parfois non anodines (*figure 1*).

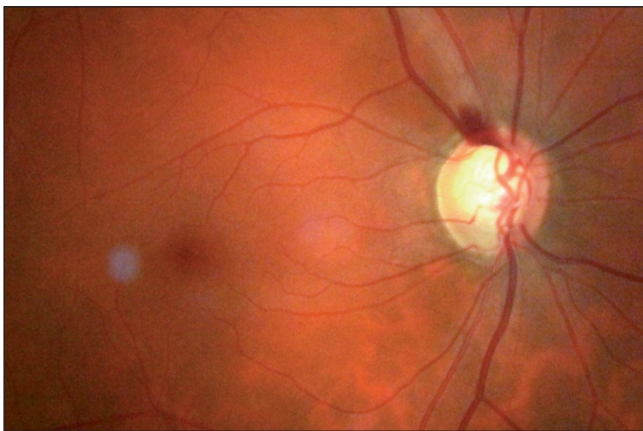


Figure 1. Papille présentant une excavation importante et verticalisée associée à une hémorragie fortement évocatrice d'un glaucome.

La présence d'un défaut fasciculaire dans la couche des fibres nerveuses rétiniennes, parfois mieux individualisée à l'aide de la lumière verte du biomicroscope, est également fortement évocatrice. En début de course, il peut être intéressant de rechercher une asymétrie entre les deux papilles, en particulier au niveau de l'excavation, généralement symétrique chez le sujet normal. Tous ces signes, susceptibles d'induire un doute chez l'examineur, sont intéressants de ce fait mais n'ont pas une spécificité et une sensibilité suffisantes pour poser un diagnostic univoque, justifiant la mise en route d'un traitement contraignant « à vie ». Le doute initié cliniquement doit généralement être confirmé par des examens paracliniques visant à démasquer un retentissement fonctionnel et/ou structural de la neuropathie optique glaucomateuse.

Les examens paracliniques pour optimiser le dépistage

Les rétiniographies du fond d'œil seront intéressantes dans un but iconographique et de suivi évolutif. Elles peuvent démontrer la présence d'une hémorragie parapapillaire passée inaperçue au fond d'œil ou encore l'existence d'un déficit fasciculaire en interposant un filtre bleu.

L'approche structurale du glaucome se fera par le biais des analyseurs de fibres nerveuses rétiniennes et de la tête du nerf optique. Les analyseurs de fibres nerveuses rétiniennes que sont l'OCT, l'HRT et le GDx ont démontré leur utilité en termes de dépistage de glaucome. L'analyse du complexe des cellules ganglionnaires au niveau maculaire, possible en OCT, semble également avoir un intérêt. Les altérations fonctionnelles seront démasquées en explorant la voie konio-cellulaire (champ visuel bleu-jaune) ou la voie magno-cellulaire (champ visuel FDT) qui s'altèrent en règle plus précocement que la périmétrie standard automatisée.

Conclusions

Le glaucome est une neuropathie optique progressive, avec une dégénérescence des cellules ganglionnaires rétiniennes, engendrant des altérations de la tête du nerf optique et de la couche des fibres nerveuses rétiniennes. Le diagnostic de glaucome peut être difficile à établir, en tout cas régulièrement décrit comme retardé. L'enjeu d'un dépistage précoce est important en matière de pronostic et de prise en charge. S'attacher à examiner les papilles optiques et à rechercher les altérations induites par le glaucome, sans attendre une hypertonie oculaire associée, nous permettra d'optimiser ce dépistage et d'adapter la prise en charge.

Bibliographie

- Jonas JB, Gusek GC, Naumann GO. Optic disc, cup and neuroretinal rim size, configuration and correlations in normal eyes. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 1988;29(7):1151-8.
- Harizman N, Oliveira C, Chiang A *et al.* The ISNT rule and differentiation of normal from glaucomatous eyes. *Arch Ophthalmol.* 2006;124(11):1579-83.
- Morgan JE, Bourtsoukli I, Rajkumar KN *et al.* The accuracy of the inferior>superior>nasal>temporal neuroretinal rim area rule for diagnosing glaucomatous optic disc damage. *Ophthalmology.* 2012;119(4):723-30.