

QUESTIONS FLASH

Hypertension oculaire ou glaucome ?

E. SELLEM

Centre d'Ophtalmologie Kléber, LYON.

La fréquence du glaucome est estimée être de 1 à 2 % d'une population générale adulte; celle de l'hypertension oculaire (HTO: PIO \leq 21 mmHg) se situe entre 7 et 12 %. Cette deuxième estimation mérite peut-être d'être réévaluée avec la généralisation de la mesure de l'épaisseur de la cornée centrale (ECC) dont on sait que, forte, elle surévalue la valeur de la PIO. En contrepartie, les cornées qui sont minces peuvent faire sous-estimer la réalité de l'HTO. Les tonomètres type Pascal ou surtout ORA, minimisant ce biais majeur, sont peu répandus. Un diagnostic d'HTO ne doit donc plus être porté actuellement tant que la valeur mesurée de la PIO n'est pas confrontée à celle de l'ECC, du moins avec les tonomètres conventionnels.

Il y a plus de 15 ans, pour retenir le diagnostic d'hypertension oculaire, les critères retenus par le groupe de l'*Ocular Hypertension Treatment Study* (OHTS) étaient l'absence d'anomalies sur le relevé périmétrique conventionnel blanc-blanc pour la fonction, et la constatation d'une papille "normale" sur des clichés stéréoscopiques pour la structure. La notion de "glaucome pré-périmétrique" s'est progressivement imposée avec le développement des technologies étudiant avec une précision croissante l'atteinte de la fonction et de la structure, et traquant ainsi la perte des fibres optiques de plus en plus tôt dans le glaucome, avant que le champ visuel conventionnel ne se détériore.

La perte des fibres optiques sur la rétine

La perte des fibres optiques sur la rétine est difficilement repérable à l'examen

biomicroscopique, mais elle peut devenir évidente sur les rétinophotographies en couleurs. Uniques ou multiples, en bandes s'évasant vers la périphérie ou conférant un aspect peigné à leur répartition rétinienne, elles confirment un début d'atteinte glaucomateuse. Le GDx est dévolu à la mesure de leur épaisseur autour de la papille, et un aplatissement d'une des deux bosses et/ou une asymétrie d'un œil à l'autre sont aussi évocatrices d'un glaucome débutant. Les mêmes remarques concernent l'évaluation péripapillaire de cette couche avec l'OCT.

Avec les appareils Spectral Domain, il est récemment devenu possible de mesurer aussi, électivement et dans la région périmaculaire, ce que l'on nomme le "complexe cellulaire ganglionnaire" (GCC); celui-ci se compose des axones (fibres optiques), des corps et des dendrites (plexiforme externe) des cellules ganglionnaires, seule couche atteinte par le glaucome dans l'épaisseur de la rétine (soit 1/3 de son épaisseur). Une asymétrie altitudinale, là encore, peut évoquer fortement un glaucome débutant, à la condition que la papille ne soit pas en dysversion.

L'atteinte papillaire

L'atteinte papillaire, chronologiquement et classiquement la première marque évidente d'une atteinte glaucomateuse, peut en réalité être tardivement patente sur des petites papilles et peu évidente sur des papilles dysmorphiques. Son évaluation par l'OCT s'est montrée jusqu'à présent décevante, et l'HRT est souvent prise en défaut au tout début de la maladie.

L'examen biomicroscopique direct minutieux de la papille reste un passage obligé après avoir mesuré son diamètre: un amincissement localisé de l'anneau neuro-rétinien, une asymétrie OD-OG de l'excavation, et surtout la présence éventuelle d'une hémorragie papillaire

sont des marqueurs du glaucome parfois beaucoup plus significatifs que ce que peuvent apporter les analyseurs.

Le champ visuel

Le champ visuel est, par définition, normal dans l'HTO. Cela concerne en réalité la périmétrie conventionnelle blanc-blanc, où l'observateur devra cependant rechercher avec soin sur le tracé une discrète asymétrie altitudinale (*Hemi-Field Test* perturbé), une ébauche de ressaut nasal, même très relatif, et une hyposensibilité localisée paracentrale.

D'autres méthodes de relevé périmétrique ont prouvé qu'elles pouvaient détecter plus précocement, parfois de quelques années, une hyposensibilité rétinienne localisée. Elles interrogent plus spécifiquement les axones préférentiellement atteints dans le glaucome:

- ceux du système ganglionnaire bistratifié avec la périmétrie bleu-jaune (ou SWAP), qui nécessite une solide coopération du patient durant l'examen, et elle n'est fiable que chez les sujets de moins de 60 ans et en l'absence d'atteinte des milieux transparents,
- ceux du système magno-cellulaire, avec le FDT et la Matrix fonctionnant sur le principe de l'illusion de doublement de fréquence, avec une bonne sensibilité pour le dépistage. Ces appareils spécifiques sont toutefois peu répandus, et deviennent moins utiles dès lors que le glaucome est avéré.

Association des tests

Il est évident que l'association de ces tests explorant la structure et la fonction augmente la sensibilité du dépistage d'un glaucome pré-périmétrique. Ils ne peuvent être tous réalisés, sauf exception logistique, à cause du lourd équipement qu'ils nécessitent et de la disponibilité qu'on demanderait à nos patients.

QUESTIONS FLASH

Leur mise en œuvre peut de surcroît être critiquable lorsque l'on sait que seulement 10 % de ces patients hypertendus développeront à 5 ans un glaucome, et que le

traitement de l'HPO n'empêche pas obligatoirement, loin s'en faut, cette conversion (OHTS). La prise en compte des facteurs de risque et du niveau pressionnel représente

un élément décisionnel majeur quant à la mise en route d'un traitement éventuel ; l'information et la surveillance des patients hypertendus sont plus importants encore.