

## Colobome à l'entrée du nerf optique

*Par. profs: G. CHAMS et G. SADOUGHI*

Dans notre clinique ophtalmologique, le hasard nous a mis devant deux malades très intéressants, nous ayant été envoyé pour un glaucome subaigu. Excavation complète chez les deux et en plus agrandissement de la papille chez un d'eux. En somme il ne s'agissait que du colobome à l'entrée du nerf optique. Voici nos observations.

### I — Observation

Melle. M âgée de 19 ans s'adressa à l'Hôpital Farabi avec le diagnostic du "Glaucome subaigu", Elle fut hospitalisée pour complément d'examen et si nécessaire intervention. L'interrogation des parents nous apprend qu'ils s'étaient aperçus d'une déviation anormale à l'œil droit de leur fille, il y a deux ou trois ans, mais auparavant aucun signe n'avait permis de soupçonner une affection oculaire quelconque. Par négligence, ils n'allèrent pas consulter le médecin qu'en Juin 1958 lorsqu'elle fit un poussé aigu (rougeur, photophobie, larmoiment et baisse de la vision). Le médecin porta alors le diagnostic du glaucome subaigu et l'envoya à l'Hôpital pour l'intervention. La jeune fille est rentrée dans notre clinique le 8 Juin 1958.

*Examen :*

Ce qui frappe chez notre malade, c'est l'existence d'un strabisme

externe à l'œil droit. Déviation ex-anopsia. Les conjonctives palpebrales et oculaires sont rouges. Des sécrétions assez abondantes dans le cul-de-sac inférieur, surtout à droite. Quelques amas de Follicules. Pas de Pan-nus. Les globes oculaires ont des dimensions normales.

O. D. V. = 1/6

Iris et les reflexes pupillaires normaux. Les milieux transparents, cornée, cristallin et ensemble de la masse vitrénne paraissent normaux. La papille entourée d'un croissant est excavée. L'émergence des vaisseaux est irrégulière, celle des vaisseaux inférieurs qui forment un coude sur le bord de la papille n'est pas visible (planche 1 fig. 2). Un colobome choroïdien typique entouré d'un liséré pigmentaire s'arrête à faible distance de la papille. (planche 1 fig. 3). La tension oculaire a toujours été trouvée normale entre:

18 et 20 Baillart

Le champ Visuel est très rétréci à la partie supérieure (15°).

Rien à signaler dans ses antécédents. Ni maladies héréditaires ni consanguinité. L'œil gauche est normal.

O. G. V. = 1

Pas de lésion oculaire sauf conjonctivite folliculaire.

*Résumé*

C'est une malade ayant un colobome de l'entrée du nerf optique et un colobome choroïdien typique avec strabisme externe de l'œil droit depuis sa naissance. Après avoir fait un épisode aigu de conjonctivite folliculaire. elle s'adressa à un médecin de campagne qui a fait le diagnostic du glaucome chronique avec excavation.

### II — Observation

Mr A. N, 29 ans, fit une chute de cheval le 29.8.55. Il fut transporté chez un médecin à l'état d'obnubilation. Après les premiers soins il fut reconduit chez lui. Dans la soirée, il entra dans le coma. On le transporta à l'hôpital de Tabriz.

Il avait une plaie au front un peu à gauche de la ligne médiane. Les quatre paupières ecchymotiques étaient fortement gonflées. Les os du nez étaient brisés. Il y avait des caillots du sang dans le nez ainsi que quelques plaies au menton. L'examen des yeux fait le lendemain montra que la papille de l'œil gauche était excavée et agrandie mais les pupilles étaient égales, régulière en dilatation moyenne reagissant bien à la lumière. La motilité extrinsèque semblait normale. Il n'y avait pas d'exophtalmie. Les radiographies du crâne ne décélérent aucun trait de fracture. La température 37,5.

Le coma dura peu de temps. Après une dizaine de jours d'observation, le malade rentra chez lui, et durant un mois ne se montra plus au service d'ophtalmologie.

En Octobre, il remarqua que la vision de l'œil gauche est baissée. C'est alors qu'il se presenta à notre consultation le 22 Oct. avec le diagnostic d'arrachement du nerf optique de l'œil gauche. Nous avons constaté que la pupille de l'œil droit est plus petite que celle de l'œil gauche. Les reflexes directs et consentuels sont conservés. La motilité extrinsèque est bonne la papille de l'œil droit est normale.

O. D. V. = 1

La papille de l'œil gauche est agrandie d'une forme circulaire sa moitié inférieure étant excavée, les vallonnements sont profonds (Planche 1 fig. 1). En divers endroits, le long du bord externe de la papille naissent des branches vasculaires destinées aux territoires supérieurs et catéraux de la rétine. Les territoires inférieurs de la rétine sont irrigués par des vaisseaux venant de la partie excavées du pseudo disque. L'acuité visuel est 0.

Nous n'avons pas attribué ces symptômes au traumatisme cranien. Nous croyons que c'est un colobome à l'entrée du nerf optique et que la traumatisme à occasioner au malade de s'appercevoir qu'il ne voyait pas de l'œil gauche.

Les colobomes papillaires peuvent se rencontrer isolément ou associés à d'autres colobomes. Colobomes de la choroïde (obs. 1) de l'iris, du cristalin. On a pu les observer sur des yeux, de dimension et de

vision normales. Il semble qu'ils soient fréquemment accompagnés d'amblyopie, parfois même de microphthalmie. Ils sont unis ou bilatéraux.

La denomination de colobome à l'entrée du nerf optique introduite par Von Hippel, inclut toutes les variations dans le territoire ou dans les environs immédiats de la papille. Van Duyse semble réserver aux colobomes papillaires le nom de colobomes vrais de nerf optique. Ronne 1930 distingue deux types de colobomes papillaires: le premier correspond à une plage colobomateuse modérément excavée à une papille encore reconnaissable. Le second à une large plage profondément excavée ou la papille n'est reconnaissable que par la partie supérieure de la lésion.

La Mann différencie également deux sortes de colobomes papillaires selon que la cavité est située entièrement à l'intérieur de la gaine du nerf optique au le colobome s'accompagne d'une éctasie en dessous de la gaine.

L'aspect ophtalmoscopique est excessivement variable d'après Van Duyse rapporté par Danis en 1940 en indiquant les caractères communs.

- 1) Agrandissement apparent et forme inégulière de la papille (pseudo-disque pouvant atteindre 20 D.P.)
- 2) Excavation partielle ou totale de sa surface la plus grande profondeur existant dans le bas.
- 3) Blancheur et aspect miroitant de sa surface alternant avec la teinte grise des éctasies éventuelles. A la partie supérieure du disque on voit souvent une teinte rosée, analogue à celle de la papille normale.
- 4) Distribution spéciale des vaisseaux qui d'après Caspar peut se présenter sous deux formes différentes.

a) La partie inférieure de la papille est rétractée en arrière; dans cette partie rétractée apparaissent les vaisseaux, les uns supérieurs passant sur la papille, les autres inférieurs après s'être coudés sur le bord de la papille, se distribuent sur la partie inférieure de la rétine.

b) La division vasculaire se fait avant la papille, dans le tronc du nerf.

## Resumé

Les auteurs rapportent deux cas de colobome du nerf optique chez deux sujets jeunes; l'excavation très importante des papilles faisaient penser au premier abord à un glaucome subaigu.

L'un d'eux présente en plus un colobome choroïdien et un strabisme externe depuis l'âge de deux ans;

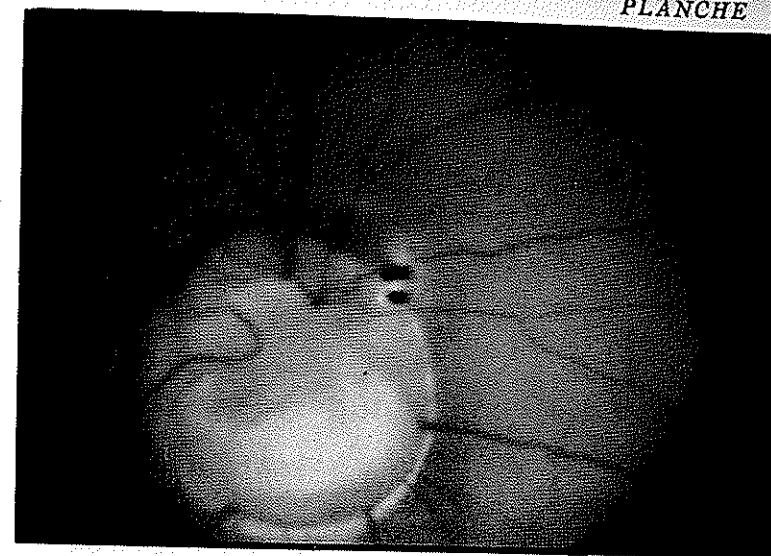


Fig. 1

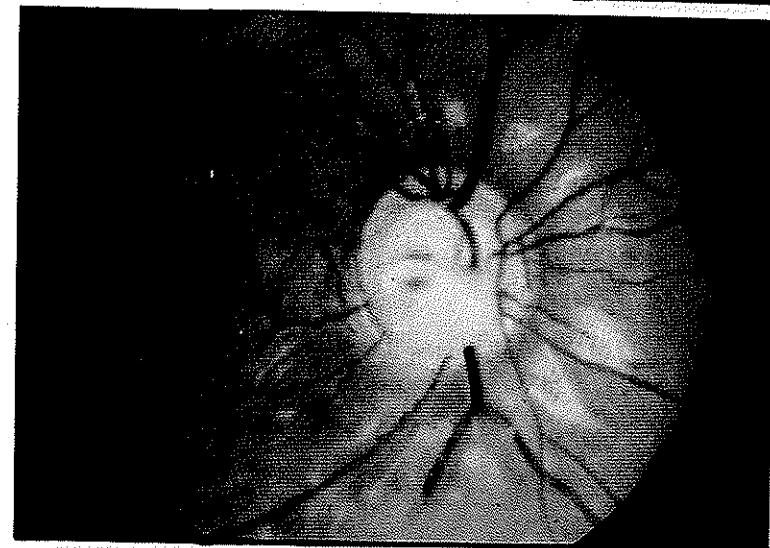


Fig. 2

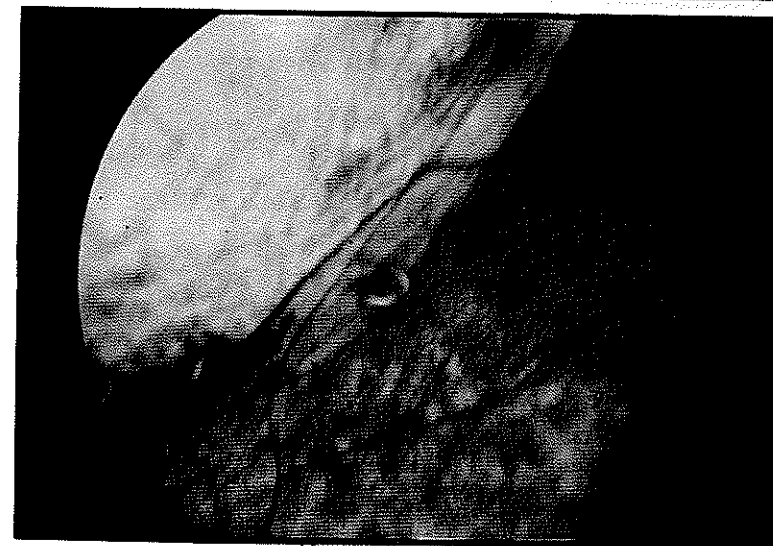


Fig. 3