

LE DOSSIER

Ophthalmologie pédiatrique

Peut-on traiter l'amblyopie après 6 ans ?

RÉSUMÉ : Physiologiquement, il est anormal de voir des amblyopies fonctionnelles profondes strabiques puisqu'un traitement simple curatif peut assurer une guérison dans 100 % des cas avant 5 ans. Les amblyopies fonctionnelles strabiques tardives sont le reflet d'un comportement sociétal et professionnel : l'absence d'autorité parentale bien dirigée et l'absence de motivation suffisante des thérapeutes, la satisfaction du patient (pas trop de contraintes parentales) l'emportant sur la rigueur du traitement efficace. Après 6 ans, une amblyopie profonde n'a une chance de récupérer qu'avant 8 ans si la fixation n'est pas excentrique, mais au prix d'un traitement beaucoup plus lourd pour l'enfant et une prophylaxie de la récurrence jusqu'à 10-12 ans. A cet âge, l'amblyopie à bascule réelle n'existe pas.



→ F. LAVENANT
Service d'Ophtalmologie,
CHU Hôtel-Dieu,
NANTES.

Pourquoi est-ce difficile de récupérer une amblyopie fonctionnelle après 6 ans ?

L'amblyopie strabique n'atteint pas seulement l'acuité visuelle en altérant les hautes fréquences spatiales, elle déstructure profondément l'espace perçu par l'œil amblyope [1]. Les patients décrivent, lorsqu'ils regardent avec l'œil amblyope, des distorsions de l'espace, des difficultés d'apprécier les distances, un sentiment d'instabilité, certains ressentent même de l'angoisse, tout cela avec des acuités visuelles certes basses, mais tout de même chiffrables. Les dégâts corticaux qui appartiennent au tableau de l'amblyopie deviennent chaque année plus profonds jusqu'à devenir indélébiles.

La suppression corticale exercée par l'œil directeur sur l'œil dominé devenu amblyope était au départ un mécanisme antidiplopie qui, si l'on peut dire, a trop bien fonctionné. Après 6 ans, les circuits corticaux ont atteint une certaine maturité, et lever l'inhibition corticale qui pèse sur l'œil dominé devient beau-

coup plus difficile déjà physiologiquement.

A tout cela s'ajoutent la pression scolaire, la personnalité de l'enfant qui aura du mal à accepter un traitement le singularisant aux yeux de ses camarades de classe et l'inconfort notoire de vivre quelques semaines avec des troubles visuels spatiaux.

Si le traitement est décidé, il sera nécessaire d'établir un contrat clair avec les parents.

Nous verrons successivement :

- la conduite à tenir devant une amblyopie strabique profonde chez un enfant de 6 ans et demi en CP qui vient de commencer son cours préparatoire ;
- quelques cas particuliers tels que l'amblyopie anisométrique sans strabisme, l'amblyopie organique unilatérale et l'amblyopie bilatérale réfractive.

L'amblyopie fonctionnelle strabique après 6 ans

L'examen sera à la fois classique et particulier, en fonction du contexte.

LE DOSSIER

Ophthalmologie pédiatrique

1. L'interrogatoire

Il recherche :

- la date de découverte de l'amblyopie et les anciens traitements éventuels,
- la compliance aux traitements précédents,
- les antécédents de strabisme et d'amblyopie,
- la valeur des verres correcteurs portés.

Pendant l'interrogatoire, nous aurons déjà commencé l'inspection.

2. L'inspection

Elle permet de découvrir :

- une déviation oculaire,
- un nystagmus,
- un torticolis de fixation de l'œil directeur (syndrome du monophthalme congénital),
- une malformation oculaire.

3. L'examen ophtalmologique

Il permet d'apprécier :

- la réfraction avant cycloplégie,
- la profondeur de l'amblyopie,
- les troubles oculomoteurs, en particulier ceux de précocité strabique (nystagmus latent, hypermétropie de re-fixation et déviation verticale dissociée),
- les déviations strabiques quantifiables.

La réfraction objective sous cycloplégie permet :

- de constater une anisométrie plus ou moins importante,
- de savoir si la correction portée était totale ou non.

La mydriase de la cycloplégie permet d'étudier la fixation fovéolaire qui détermine les chances de récupération et qui se positionne différemment :

- centrée : la récupération est possible si le traitement est draconien ;
- excentrée : les chances de récupération sont moindres, la fixation est juxta-fovéolaire ;
- excentrique : la notion du tout-droit a disparu (perte de la direction visuelle

principale fournie par la fovéola), la fixation est hors région maculaire : les chances de récupération sont infimes même avec un traitement sévère.

La mydriase de la cycloplégie permet aussi d'étudier l'intégrité des milieux oculaires et les champs rétiens, éliminant ainsi des anomalies organiques passées inaperçues.

Au terme de l'examen, l'amblyopie est confirmée :

- soit légère : différence d'au moins deux lignes d'acuité visuelle entre les deux yeux, l'acuité de l'œil amblyope restant supérieure à 4/10,
- soit moyenne : l'acuité de l'œil amblyope étant comprise entre 4/10 et supérieure à 1/10,
- soit profonde : l'acuité de l'œil amblyope étant inférieure ou égale à 1/10.

4. Les amblyopies légères et moyennes

Elles ont souvent eu de nombreux traitements d'attaque efficaces, mais sans le relais par un traitement d'entretien, et les récurrences sont nombreuses.

Une reprise de traitement par occlusion totale de 10 jours de l'œil directeur pour les amblyopies légères permet de récupérer une isoacuité. Ce traitement sera suivi par la mise en place d'une surcorrection optique de l'œil directeur permanente pendant 6 mois et alternante asymétrique pendant au moins un an encore.

Le traitement des amblyopies moyennes différera par la période d'occlusion initiale de l'œil directeur qui peut être d'un mois. La suite du traitement sera une occlusion alternée asymétrique au bénéfice de l'œil dominé, suivie par la surcorrection de l'œil directeur comme précédemment.

5. Les amblyopies profondes

Elles nécessitent une mise au point parentale pour être clair sur :

>>> Les chances de récupération, qui dépendent :

- de la fixation,
- d'une anisométrie associée plus ou moins importante,
- d'éventuelles difficultés scolaires,
- de l'âge de l'enfant en sachant qu'après 8 ans il est inutile en cas d'amblyopie fonctionnelle strabique d'envisager un traitement, car une déneutralisation de l'œil amblyope est possible, laissant une diplopie difficile à gérer à cet âge.

>>> Les conditions de récupération, qui sont draconiennes :

- occlusion par pansement sur la peau jour et nuit (pour être à peu près sûr d'obtenir 6 à 8 heures d'occlusion par jour),
- correction optique totale à porter (condition non négociable).

Cette occlusion et cette correction doivent durer pendant autant de semaines que d'années d'âge : par exemple, chez un patient de 6 ans ½, 7 semaines au minimum. Le traitement doit commencer au début des vacances scolaires (il y en a toutes les 7 semaines et l'enfant n'est plus à 7 semaines près !).

La récupération est parfois lente à démarrer, il est nécessaire alors d'effectuer trois cures de ce type pour obtenir une récupération notable, si les chances de récupération sont envisageables.

Les amblyopies à bascule à ce stade sont exceptionnelles. En revanche, il est souhaitable d'obtenir une légère baisse d'acuité visuelle du bon œil pour espérer une récupération de l'œil amblyope, c'est d'ailleurs l'amorce de la récupération.

L'enfant ne doit pas être revu avant la fin de la cure d'attaque.

Le traitement se poursuit tant que des progrès surviennent [2]. L'allègement a lieu quand l'œil amblyope atteint au moins 5/10 ; l'occlusion peut alors être faite sur le verre de lunettes si la monture est correcte lorsque la peau commence à

souffrir. L'idéal est cependant d'atteindre presque l'isoacuité par l'occlusion sur peau devenue asymétrique, six jours l'œil directeur, un jour l'œil dominé (le dimanche), car la vision simultanée est interdite avant la stabilisation. Le relais sera pris par la surcorrection permanente de l'œil directeur qui pourra assurer la vision de près, alors que l'œil dominé assurera la vision de loin, entretenant ainsi son acquis.

La vigilance sera de mise jusqu'à l'âge de 10-12 ans. En effet, un traitement d'amblyopie doit au moins durer 5 ans après sa mise en route.

Les cas particuliers

1. L'amblyopie anisométrique sans strabisme

En général, l'anisométrie est inférieure à 4 dioptries; au-delà, un microstrabisme existe et l'amblyopie est profonde.

La récupération est souvent possible avec la COT et une occlusion en fonction de l'importance de l'amblyopie pour amorcer la récupération qui peut se voir à un âge tardif et est plus rapide que celle de l'amblyopie strabique.

2. L'amblyopie bilatérale

Lorsqu'elle est d'origine réfractive par absence de correction optique chez un amétrope fort, le cortex visuel n'ayant jamais reçu une information visuelle correcte n'a pas de référentiel suffisant pour fournir une bonne acuité visuelle.

Par exemple, un enfant de 8 ans hypermétrope de 8 dioptries n'ayant jamais eu de correction gardera une acuité visuelle inférieure à 7-8/10.

3. L'amblyopie organique

Uni- ou bilatérale, une part fonctionnelle est souvent associée à l'amblyopie organique. Si l'enfant n'a pas plus de 7 ans, en accord avec les parents, on peut essayer de faire passer une acuité de 1 à 2/10, ce qui correspond à un progrès aussi important que de passer de 5/10 à 10/10. Cela est bien visible si l'on utilise une échelle logarithmique.

Conclusion

L'amblyopie strabique profonde tardive ne devrait plus se voir puisque l'on sait qu'un traitement correct doit obtenir 100 % de guérison avant 5 ans [3]. Malheureusement, avec l'ère de l'enfant-

roi et du refus de conflit parent-enfant, qui entraîne des simulacres de traitement, nous en voyons toujours à nos consultations.

Avant d'entamer un traitement, il faudra donc s'astreindre à établir ses chances de succès, en fonction de la fixation, de la scolarité et de la motivation des parents.

Après l'âge de 8 ans, hormis une amblyopie anisométrique modérée sans strabisme, les récupérations sont illusoire ou transitoires avec le risque de diplopie par déneutralisation chez le strabique.

Bibliographie

1. BARRETT BT, PACEY IE, BRADLEY A *et al.* Nonveridical visual perception in human amblyopes. *IOVS*, 2003; 44 : 1555-1567.
2. ROTH A. Quand arrêter le traitement de l'amblyopie. *Les Cahiers de Sensorio-motricité*, 2009; 141.
3. PECHEREAU A. Le traitement de l'amblyopie au CHU de Nantes. *Les Cahiers de Sensorio-motricité*, 2009 : 193-204.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.