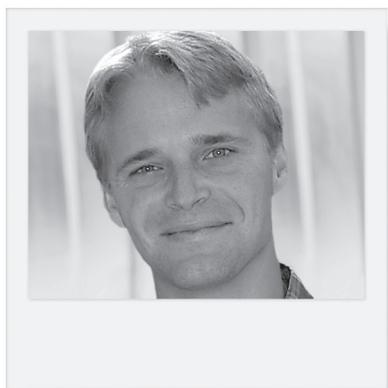


MISES AU POINT INTERACTIVES

Strabisme de l'enfant : éléments clés du diagnostic et de la prise en charge



→ **A. SAUER**
Ophtalmologie,
CHU de STRASBOURG.

Le strabisme est un défaut de parallélisme des axes visuels. Sa prise en charge médicale est une urgence face au risque de pathologie sous-jacente. De plus, tout strabisme doit faire rechercher une amblyopie sous-jacente. La mesure de la réfraction objective sous cycloplégique est un examen indispensable, tant diagnostique que thérapeutique. Une fois les pathologies organiques dépistées et traitées, la correction optique totale prescrite et l'amblyopie rééduquée, la prise en charge chirurgicale d'un angle résiduel pourra se discuter.

Introduction

La France compte environ 1 million d'amblyopes et 1 500 000 strabiques. Le strabisme et l'amblyopie s'installent dans l'enfance. Ainsi, dans la popu-

lation des enfants de 0 à 5 ans (4 millions en France), 150 000 amblyopes ou strabiques et 70 000 enfants avec des lésions oculaires organiques (cataractes, glaucomes, dystrophies rétiniennes...) dont 4 000 en cécité légale sont recensés. La plupart des strabismes et des amblyopies sont accessibles à un traitement. De nombreuses études ont ainsi montré l'intérêt du dépistage précoce et de la prise en charge urgente du strabisme au cours du développement visuel de l'enfant.

Les étapes de la prise en charge d'un strabisme sont systématisées :

- dépistage et traitement d'une cause organique,
- mesure de la réfraction objective sous cycloplégiques et prescription de la correction optique totale,
- dépistage et traitement d'une amblyopie,
- et discussion d'un traitement chirurgical.

Dépistage et traitement d'une cause organique

Tout d'abord, il convient de se rappeler qu'un strabisme n'est jamais normal, et que tout enfant présentant un strabisme doit être vu rapidement par un ophtalmologiste. Cette assertion peut être nuancée chez le bébé de moins de 3 mois chez qui une déviation intermittente en convergence peut être tolérée. Dans tous les autres cas, un bilan ophtalmologique s'impose.

L'examen doit s'efforcer à mettre en évidence un strabisme symptomatique. En effet, la rectitude des yeux

est réglée en partie par la tension de fixation. La fixation par les deux yeux entraîne ainsi un alignement des axes visuels. À l'inverse, en cas de pathologie induisant une baisse d'acuité visuelle, cette tension de fixation peut être abolie et entraîner un strabisme. Ainsi, le dépistage d'une pathologie organique sous-jacente doit toujours être la première étape de prise en charge face à un strabisme. L'examen ophtalmologique sera ainsi toujours complet à la recherche d'une pathologie du segment antérieur (cataracte par exemple), du segment postérieur (rétinoblastome...) et des voies optiques.

Mesure de la réfraction objective sous cycloplégique et prescription de la correction optique totale

La mesure de la réfraction est la deuxième étape de la prise en charge d'un strabisme de l'enfant. Elle est toujours nécessaire. Les capacités d'accommodation étant très importantes chez le petit enfant, une mesure correcte de la réfraction (puissance nécessaire à une vision de loin sans correction) nécessite une paralysie de l'accommodation ou cycloplégie. En effet, l'accommodation est un des facteurs majeurs d'apparition d'un strabisme. La cycloplégie peut être obtenue par l'instillation soit de cyclopentolate, soit d'atropine. Tous les cycloplégiques entraînent une mydriase et permettent ainsi la réalisation d'un fond d'œil, utile dans le dépistage d'une pathologie organique.

La mesure de la réfraction sous cycloplégique va tout d'abord permettre de

mesurer les éléments objectifs de la réfraction de l'enfant et de les corriger en supprimant toute accommodation. Elle va rechercher des amétropies dont l'évolution est corrélée à un fort risque d'amblyopie ou de strabisme, comme une hypermétropie supérieure à 3.5 dioptries, un astigmatisme supérieur à 1.5 dioptries ou une anisométrie (différence de réfraction entre les deux yeux supérieure à 1 dioptrie). La correction de ces amétropies peut même permettre de prévenir l'apparition d'un strabisme.

Dépistage et traitement d'une amblyopie

Le strabisme est un défaut de parallélisme des axes visuels. C'est un syndrome neurosensoriel complexe impliquant une composante motrice et une composante sensorielle. La composante motrice implique une position anormale de l'œil dévié par rapport à l'œil dominant (ou directeur ou fixateur) appelée déviation strabique. La composante sensorielle est relative à une altération de la vision binoculaire. Puisque les axes visuels ne sont plus alignés, le strabisme permanent devrait entraîner une diplopie (perception double d'une image unique).

Cependant, chez l'enfant, des phénomènes de compensation se mettent rapidement en place correspondant à la neutralisation : l'image fournie par l'un des deux yeux est supprimée afin d'éviter la diplopie. L'enfant étant en pleine période de développement visuel, la conséquence est double. Dans un premier temps, la vision binoculaire participant au sens du relief n'est pas acquise par le cerveau ; cette perte est définitive si le strabisme débute dans les premiers mois de vie. Dans un second temps, l'œil dominé va diminuer son acuité visuelle : c'est l'amblyopie (baisse d'acuité visuelle non améliorable supérieure à deux déviations standard).

L'amblyopie est recherchée par la mesure de l'acuité visuelle. Les moyens de mesure de l'acuité visuelle chez l'enfant verbal ne posent pas de problèmes. Le bébé vision (technique du regard préférentiel, ou Teller) permet d'approcher l'acuité visuelle d'un enfant dès 4 à 6 mois. Cet examen quantitatif est intéressant dans le suivi des patients amblyopes mais inutile comme élément de dépistage, car il nécessite une attention soutenue et est très chronophage.

De plus, le bébé vision ne doit pas être utilisé en dépistage car il présente de nombreux faux positifs et faux négatifs. La recherche d'une amblyopie reposera ainsi sur la mesure de la réfraction objective sous cycloplégique.

L'objectif thérapeutique est l'isoacuité. La prise en charge d'une amblyopie repose sur la prescription de la correction optique totale et l'occlusion de l'œil dominant par patch collé sur la peau. Ce traitement doit être instauré rapidement. En effet, tout retard de prise en charge entraînera une amblyopie d'autant plus difficile à réduquer.

À l'inverse, un traitement précoce conduira à 95 % de succès. Ainsi, une prise en charge avant l'âge de 2 ans sera couronnée de succès dans plus de 90 % des cas, alors que les espoirs de récupération d'une amblyopie sont nuls après 8 ans.

Discussion d'un traitement chirurgical

Après réalisation rigoureuse des étapes décrites ci-dessus, la décision d'un traitement chirurgical pourra s'imposer. Ainsi, en règle générale, un traitement chirurgical n'est proposé qu'en l'absence de pathologie organique évolutive et en cas d'isoacuité. La mesure de la vision binoculaire permet à ce stade de la prise en charge de

classer le strabisme et surtout de définir le pronostic du traitement chirurgical.

1. Strabisme à vision binoculaire anormale

Les strabismes à vision binoculaire anormale ont ainsi un pronostic chirurgical mitigé. Parmi ces strabismes, les strabismes précoces sont définis par une apparition précoce avant l'âge de 9 à 12 mois. Dans ces strabismes précoces, il convient de favoriser l'alternance (occlusion alternée), et une prise en charge précoce par injection de toxine botulique dans les muscles droits médiaux ou un traitement chirurgical classique sont souvent indiqués.

Le diagnostic des microtropies est souvent délicat et donc tardif. Le traitement des microtropies se résume en général à la prise en charge de l'amblyopie associée.

- Dans les ésootropies accommodatives partielles (persistance d'une déviation après port de la correction optique totale), le traitement consiste en la prise en charge de l'amblyopie puis en la chirurgie lorsque l'isoacuité est obtenue.

- Dans les ésootropies avec incomitance (déviation prédominante de près), le port de verres progressifs peut s'avérer utile.

2. Strabisme à vision binoculaire normale

Lorsque la vision binoculaire est conservée, le pronostic du strabisme est bien meilleur. La surveillance quantitative de la vision binoculaire doit être un élément majeur de la surveillance.

Ainsi, en cas de strabisme divergent intermittent, l'indication chirurgicale sera posée sur la perte de vision binoculaire de loin puis de près. Le

MISES AU POINT INTERACTIVES

port de la correction optique totale est toujours nécessaire puisque la stratégie chirurgicale se fixera sur l'angle maximal de déviation.

Enfin, dans les ésootropies accommodative totale, il n'y a jamais d'indication chirurgicale. Le port de correction optique totale est nécessaire et suffisant à une prise en charge parfaite.

Conclusion

La prise en charge du strabisme est une urgence face aux risques de pathologie organique sous-jacente et d'apparition d'une amblyopie. La prise en charge nécessite toujours la prescription de la correction totale après mesure de la réfraction objective sous cycloplégique. Le traitement

chirurgical se discutera en fonction de l'acuité visuelle et de la forme étiologique du strabisme.

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