Revues générales

Différentes étapes de prise en charge du strabisme

RÉSUMÉ : Le strabisme peut se traduire par une infinie variété de formes cliniques. Chaque cas doit être correctement décrit et analysé sémiologiquement pour éliminer en premier lieu un strabisme parétique et un strabisme sensoriel.
La prise en charge sera adaptée au strabisme, avec un double objectif, d'abord sensoriel : traitement médical préventif ou curatif de l'amblyopie et surveillance de la stéréoscopie ; puis moteur : traitement chirurgical de l'angle de déviation strabique et/ou du torticolis.

D.-T. NGUYEN, M. ROBERT
Service d'Ophtalmologie,
Hôpital Necker-Enfants malades, PARIS.

Quelques données épidémiologiques

>>> 20 % des rétinoblastomes sont révélés par un strabisme.

>>> 80 % des exotropies précoces présentent une anomalie à l'imagerie cérébrale.

>>> Un strabisme convergent révélant une paralysie du VI peut être le premier signe d'une tumeur cérébrale.

Ainsi, tout patient présentant un strabisme persistant et/ou constant après l'âge de 3 mois doit rapidement bénéficier d'une consultation.

Première consultation pour strabisme

La première consultation à la recherche d'un strabisme chez le jeune enfant doit être systématisée (***tableau I***). Toute amblyopie doit être recherchée et traitée en urgence. Au terme de cette première consultation, il convient d'éliminer :

>>> **Un strabisme parétique :**
– devant une incomitance dans l'espace (l'angle strabique varie en fonction de la direction du regard), devant une limitation des ductions ;

1re consultation pour strabisme

- **Anamnèse**
  – Antécédents familiaux de strabisme ? Amblyopie ? Amétropie ?
  – Port d'une correction optique ?
  – Antécédents personnels ? Terme, poids de naissance, état général ?
  – Âge d'apparition du strabisme ?
  – Déviation : sens ? Toujours le même œil ? Constante/intermittente ?
  – Signes fonctionnels : diplopie ? Céphalées ? Photophobie ?

- **Examen clinique :** avec et sans correction, en position primaire ± 9 autres positions du regard
  – Examen sensoriel (avant bilan moteur) : Lang/Titmus/TNO, acuité visuelle
  – De loin : test à l'écran unilatéral (recherche d'une tropie) puis alterné sur optotype, mesure de la déviation
  – De près : à l'écran unilatéral puis alterné sur mire accommodative (cube de Lang), mesure de la déviation
  – Examen moteur : versions (en binoculaire, normales dans les paralysies supranucléaires) et ductions (en monoculaire, anormales dans les atteintes périphériques), recherche d'une incomitance dans l'espace, d'une incomitance alphabétique
  – Autre : nystagmus ? Torticolis ? Signes palpébraux ?
  – Réfraction sous cycloplégie (au moins un examen sous atropine avant 6 ans/ cyclopentolate après 1 an)
  – Fond d'œil

Tableau I : Étapes de l'anamnèse et de l'examen clinique lors d'une première consultation pour strabisme.

Revues générales

– devant le tableau clinique spécifique en fonction du nerf crânien en cause et des muscles paralysés.

>>> Un strabisme secondaire sensoriel par l'examen clinique à la lampe à fente et par le fond d'œil (cataracte, rétinoblastome, etc.). Une prise en charge urgente est nécessaire, avec transfert vers une unité spécialisée.

>>> Un strabisme restrictif (syndrome de Duane, syndrome de Brown) devant une incomitance associée à des signes palpébraux ± torticolis.

Ensuite, il convient d'identifier devant quel type de strabisme on se trouve. Plusieurs classifications des strabismes existent : descriptives ou physiopathologiques. Ici, nous proposons de considérer une classification en fonction de l'âge d'apparition du strabisme (***tableau II***), renvoyant à la correspondance rétinienne sous-jacente.

Syndrome du strabisme précoce

Il survient avant l'apparition des liens binoculaires, soit avant l'âge de 6 mois, et présente un ensemble de signes oculomoteurs :

>>> Spécifiques :
– strabisme : déviation horizontale en général à grand angle (80 % strabisme convergent, 10 % strabisme divergent, 10 % microstrabisme à haut risque d'amblyopie) et déviation verticale dissociée (DVD) ;
– torticolis de fixation en adduction ;
– nystagmus manifeste latent.

>>> Non spécifiques :
– élévation en adduction ;
– incomitance alphabétique.

Le traitement repose sur le port permanent de la correction optique totale (COT), la prévention et le traitement de l'amblyopie (par occlusion ou "pénalisation" optique), et la chirurgie ou toxine botulique si besoin, visant à obtenir une microtropie sans torticolis (but du traitement sur le plan moteur).

	Strabismes précoces (avant 6-8 mois)	Strabismes intermédiaires et tardifs (après 6-8 mois)
CRA	Syndromes du strabisme précoce	Microstrabismes décompensés
CRN		– Strabismes accommodatifs – Strabismes acquis non accommodatifs normosensoriels – Phories décompensées

Tableau II : Classification des strabismes selon leur âge d'apparition. CRA : correspondance rétinienne anormale ; CRN : correspondance rétinienne normale.

Strabisme accommodatif

Le terme "strabisme accommodatif" regroupe des entités cliniques différentes qui ont pour point commun d'avoir une réduction de la déviation par le port de la correction optique (***fig. 1***). Le diagnostic final se fera donc *a posteriori*, après le port de la COT obtenue sous cycloplégie.

Trois questions essentielles permettent de séparer les entités et d'adapter la prise en charge au cas par cas :
1. Le strabisme est-il accommodatif pur ou partiel ? Pur : la COT supprime la déviation de loin (***fig. 2***) ; partiel : une déviation persiste.
2. Y a-t-il une incomitance loin-près (soit un excès de convergence de près > 10 D) ?
3. Si oui, une addition +3 ODG (qui supprime tout effort accommodatif) annule-t-elle l'incomitance ?

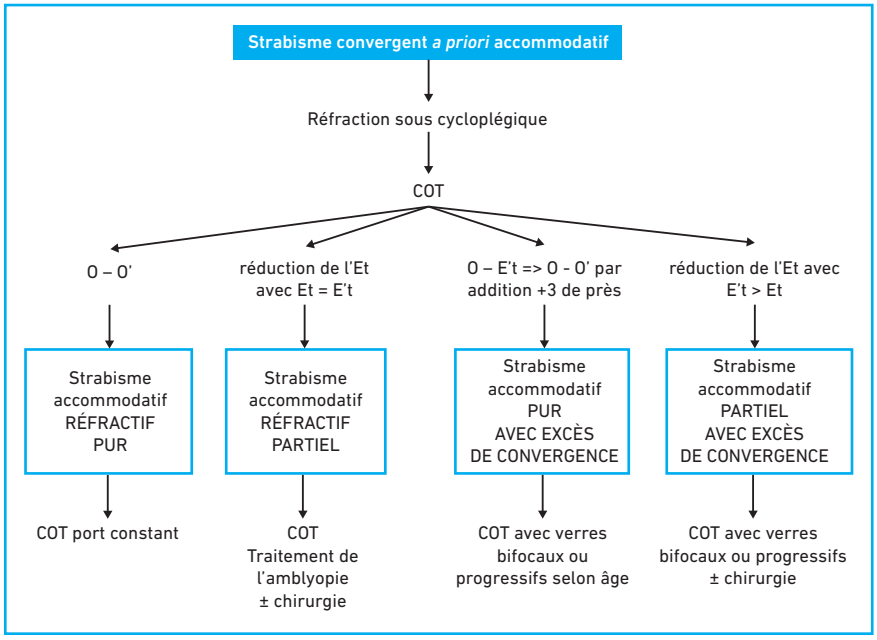

Fig. 1 : Arbre décisionnel devant un strabisme convergent *a priori* accommodatif. COT : correction optique totale.

Fig. 2 : Exemple d'un strabisme accommodatif pur : disparition de l'ésotropie avec le port de la correction optique totale.

POINTS **FORTS**

- Diagnostiquer une affection parfois grave (rétinoblastome, tumeur cérébrale révélée par un strabisme).
- Prescrire la COT obtenue sous cycloplégie.
- Rechercher, prévenir et traiter une amblyopie devant tout strabisme afin de garantir l'iso-acuité à 10 ans chez tout enfant strabique.
- Savoir contre-indiquer la rééducation orthoptique intempestive et contre-indiquer formellement la rééducation orthoptique en l'absence de correspondance rétinienne normale.

Strabisme acquis non accommodatif normosensoriel

La priorité devant un strabisme acquis non accommodatif normosensoriel, d'autant plus s'il est aigu, est d'éliminer une affection neurologique associée (lésion de fosse postérieure) en recherchant des signes d'alerte évocateurs (signes généraux et neurologiques, nystagmus du regard excentré, syndrome cérébelleux, œdème ou pâleur papillaire, céphalées d'hypertension intracrânienne) et par la réalisation si nécessaire d'une IRM. Généralement, aucune cause n'est retrouvée, hormis une situation de tension psychique.

Le traitement repose ensuite sur la COT, le traitement d'une amblyopie, éventuellement des prismes et la chirurgie. Celle-ci est indiquée dans un délai raisonnable, ces strabismes tardifs étant pourvoyeurs de diplopie généralement invalidante.

Strabisme divergent intermittent

Le strabisme divergent intermittent (au sens large, incluant les "exophories-tropies") est le plus fréquent des strabismes divergents. Le terme "excès de divergence" est purement descriptif, alors que le strabisme est en fait généralement caractérisé par une déviation de base en exotropie associée à un "excès de convergence" compensatoire intermittent. Les opinions divergent quant au fait que les formes précoces (strabisme divergent intermittent dans son acception restrictive) et tardives (exophorie-tropie) seraient soit l'expression clinique différente d'une même entité nosographique s'étalant sur un large spectre, soit deux entités distinctes.

Plusieurs formes cliniques du strabisme divergent intermittent ont été décrites, selon l'angle de déviation en vision de loin et vision de près mesuré à l'écran alterné avec prismes (***fig. 3***). La forme clinique la plus fréquente est la forme minorée de près, caractérisée par une exotropie en vision de loin et une exophorie en vision de près, ou une différence angulaire loin/près > 10 D. Une occlusion monoculaire (épreuve de Burian-Marlow) permet généralement de majorer l'angle de près en annulant la vergence fusionnelle.

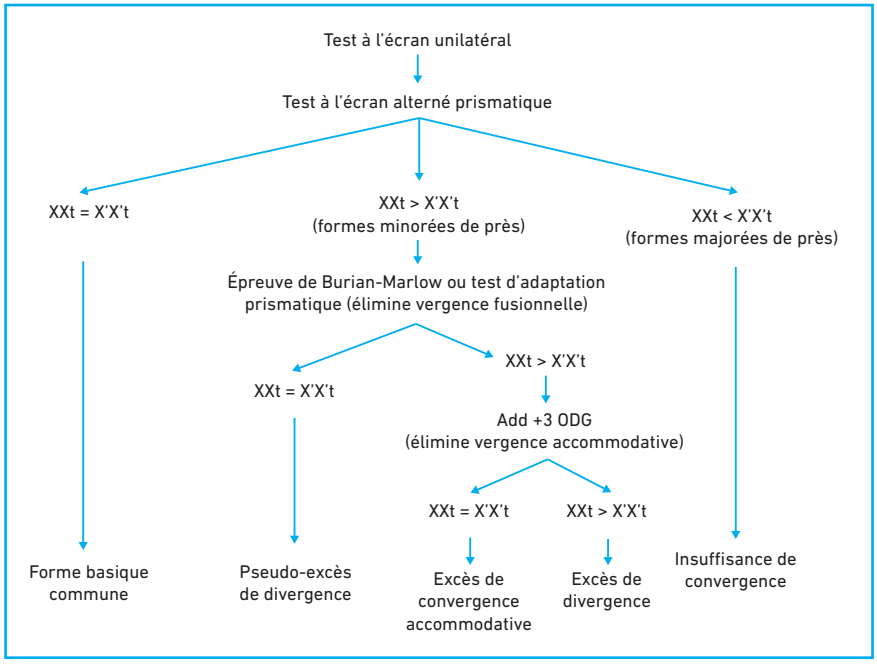

Fig. 3 : Arbre diagnostique dans les strabismes divergents intermittents.

Revues générales

Trois questions doivent être posées avant tout traitement :
1. Quelle est la fréquence de la divergence dans la vie courante ?
2. Y a-t-il des signes fonctionnels ?
3. Quel est le bilan sensoriel ?

Le traitement repose d'abord sur le port de la correction optique. La rééducation orthoptique est indiquée seulement si la correspondance rétinienne est normale, devant un tableau peu sévère et une insuffisance de convergence. Elle ne devrait généralement pas dépasser une série de 12 séances par an et ne devrait pas retarder le moment de la chirurgie. Enfin, le traitement sera chirurgical.

Conclusion

Savoir décrire, analyser et classer un strabisme requiert une certaine habitude. La prise en charge par l'ophtalmologiste et l'orthoptiste sera adaptée à chaque patient, en prenant toujours en compte les aspects sensoriel et moteur de la maladie.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.