

## 33 – SUIVI D'UN NOURISSON -2010

### Ce qu'il faut savoir

1. Connaître le rythme des examens ophtalmologiques obligatoires (carnet de santé et examen de PMI).
2. Dépister les signes évocateurs de malvoyance.
3. Savoir le rythme des examens ophtalmologiques obligatoires.

## I. INTRODUCTION

**L**es déficits visuels du jeune enfant peuvent être séparés en :

1. *déficits mineurs et modérés* qui sont les plus nombreux et comprennent les amétropies ou troubles de la réfraction (myopie, hypermétropie, astigmatisme) et le strabisme,

2. *déficits sévères* beaucoup plus rares comprenant les pathologies des milieux transparents de l'œil (traumatisme grave, cataracte congénitale, glaucome congénital, pathologie vitréenne), les malformations oculaires, les rétinopathies et les atteintes neurologiques centrales.

On estime à 15 à 20 % le nombre des enfants de moins de 6 ans atteints d'une anomalie visuelle (*environ 1 enfant sur 6*), soit 135.000 enfants par tranche d'âge en France, ce qui représente 800.000 enfants qui devraient être suivis par un ophtalmologiste.

S'ils ne sont pas dépistés et traités à temps, certaines amétropies et le strabisme peuvent être à l'origine d'une *amblyopie*, diminution le plus souvent uni- mais parfois bilatérale de l'acuité visuelle. Cette amblyopie ou perte visuelle développée par l'enfant est réeducable dans les premières années de vie puis définitive classiquement après l'âge de 6 ans (de façon schématique). Ceci souligne le fait qu'il est essentiel de dépister les anomalies visuelles le plus précocement.

Quatre pour cent des enfants présentent un strabisme. La moitié d'entre eux risquent de développer une amblyopie s'ils ne sont pas traités rapidement.

Un enfant sur mille (environ 4000 enfants) est

amblyope bilatéral et mérite une prise en charge très spécifique.

*Le dépistage des troubles visuels chez l'enfant est donc un problème de santé publique.*

Seul le *dépistage systématique* et la coopération intensive des parents, du pédiatre, de l'ophtalmologiste et de l'orthoptiste permettront de déceler le trouble visuel, de le prendre en charge, de le traiter et d'assurer le suivi de ces enfants au cours des premières années de vie, période essentielle pour le développement des fonctions visuelles.

En effet, les acquisitions visuelles sont essentielles avant l'âge de 3 ans et le développement de la fonction visuelle se fait dans les premiers mois et les premières années de vie.

## II . RAPPEL SUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA VISION DE L'ENFANT

*Au cours des premières semaines*, les réflexes à la lumière témoignent de la sensibilité visuelle. Les différents réflexes visuels se développent progressivement et ceci en plusieurs étapes. Ces dernières sont données à titre indicatif mais il existe des variations physiologiques de dates. Un retard de maturation est à noter quand l'écart par rapport aux étapes du développement est trop important.

Le réflexe photo-moteur est présent dès la naissance mais lent et de faible amplitude.

*Entre 2 et 4 semaines*, apparition du réflexe de poursuite qui doit être établi à l'âge de 2 mois.

*Entre 4 et 12 semaines*, réflexe de fusion et de coordination binoculaire.

A **3 mois**, l'enfant est attiré par une forme structurée se détachant d'un fond uniforme (principe de regard préférentiel), évaluable par des tests de vision bébé non réalisés en pratique quotidienne. Il apparaît le réflexe de convergence et le réflexe de fixation sur un objet fixe.

### Développement de la vision chez l'enfant

- 1<sup>ère</sup> semaine : réflexe à la lumière, réflexe photomoteur
- 2<sup>ème</sup> - 4<sup>ème</sup> semaine : réflexe de poursuite établi vers l'âge de 2 mois
- 4<sup>ème</sup> - 12<sup>ème</sup> semaine : réflexe de fusion, coordination binoculaire
- 3<sup>ème</sup> mois : vision des formes
- 4<sup>ème</sup> - 5<sup>ème</sup> mois : coordination œil - tête - main
- à partir de deux ans : acuité visuelle mesurable

*Entre 4 et 5 mois*, l'enfant regarde et coordonne ce qu'il voit et ce qu'il prend. La coordination œil - tête - main apparaît.

*Dès l'âge de 2 ans*, l'appréciation de l'acuité visuelle est possible grâce à des méthodes d'examen adaptés à cet âge.

### III. LES DIFFÉRENTS EXAMENS OPHTHALMOLOGIQUES OBLIGATOIRES

Actuellement, un premier dépistage anténatal est effectué par échographie en cours de grossesse.

Sont ensuite obligatoires chez l'enfant d'âge

pré-verbal :

- un examen de la **1<sup>ère</sup> semaine de vie** recherchant essentiellement une anomalie organique,
- un examen au **2<sup>ème</sup> mois**,
- un examen au **4<sup>ème</sup> mois**,
- un examen au **9<sup>ème</sup> mois**,
- puis chez l'enfant d'âge pré-scolaire au **24<sup>ème</sup> mois**.

Au cours de ces différents examens, la recherche d'un strabisme et d'un nystagmus, d'une anomalie organique ou d'un trouble du comportement visuel est effectuée.

- Enfin, en âge scolaire, un bilan ophtalmologique est pratiqué **entre 3 et 6 ans** avant l'entrée au CP, mais souvent trop tardif.

### IV. DÉPISTAGE DES SIGNES EVOCATEURS DE MALVOYANCE

⇨ **Devront alarmer (+++)**:

- une errance du regard,
- une incoordination oculaire,
- un strabisme convergent ou divergent,
- un nystagmus,
- une pupille blanche (leucocorie),
- une opacité cornéenne,
- une anomalie pupillaire,
- une anomalie de taille de la cornée (microphthalmie, mégalocornée du glaucome congénital),
- un signe digito-oculaire,
- une malformation palpébrale.

⇨ **Pourront ainsi être dépistés :**

- les leucocories de diverses étiologies telles la cataracte congénitale, le rétinoblastome...

- le glaucome congénital : affection rare, mais grave,

- les malformations oculaires : microphthalmies, anophthalmies, colobome de l'iris et/ou colobome choroïdo-rétinien, aniridie (absence congénitale de l'iris, qui peut s'associer à une tumeur de type néphroblastome ou gonadoblastome d'où l'indication d'une échographie abdominale systématique),

- les infections maternelles transmises au fœtus soit de façon transplacentaire soit lors du passage par la filière génitale,

- la maladie des enfants secoués ou battus (présence d'hémorragies rétinienne).

- la rétinopathie des prématurés si l'enfant est

prématuré en sachant qu'il y a plus de risques de développer une anisométrie, un strabisme ou une amblyopie.

⇨ *L'indifférence visuelle ou désintérêt* peut correspondre : 1. à un simple retard de maturation, 2. à une cécité congénitale organique : hérédo-dégénérescence rétinienne ou atrophie optique congénitale.

### **Examens ophtalmologiques obligatoires chez l'enfant**

#### ***Recherche d'un strabisme, d'un nystagmus, d'une anomalie organique ou d'un trouble du comportement visuel :***

- examen au 8<sup>ème</sup> jour : recherche d'une anomalie organique
- examen au 2<sup>ème</sup> mois
- examen au 4<sup>ème</sup> mois
- examen au 9<sup>ème</sup> - 12<sup>ème</sup> mois
- examen au 24<sup>ème</sup> mois (âge pré-scolaire)

***Bilan ophtalmologique entre 3 et 6 ans (de la maternelle à l'entrée au CP)***

### **LES POINTS FORTS**

☞ Quinze à vingt pour cent des enfants de moins de six ans présentent une anomalie visuelle.  
☞ Seul le dépistage des troubles visuels de l'enfant, notamment amétropies et strabisme, permet de diminuer le risque d'amblyopie. Le dépistage de la cataracte est optimal avant l'âge de 2 mois.

☞ L'idéal est de dépister entre 9 et 12 mois les troubles de la réfraction, le strabisme et de diagnostiquer l'amblyopie par un examen de la réfraction après cycloplégie (voir chapitre 287 : troubles de la réfraction) et une étude du fond d'œil. Le dépistage précoce de l'amblyopie fonctionnelle permet une rééducation qui évite le handicap visuel.

