

333 - ORIENTATION DIAGNOSTIQUE

DEVANT UN STRABISME DE L'ENFANT-2010

Ce qu'il faut savoir

1. Connaître les signes d'appel du strabisme de l'enfant
2. Connaître les complications des strabismes
3. Comprendre les principes du traitement des strabismes et de l'amblyopie

Le strabisme de l'enfant est fréquent et, en l'absence de dépistage précoce et de traitement, peut par le mécanisme de la suppression aboutir à une amblyopie irréversible. En effet, comme nous l'avons vu au cours de l'étude des diplopies, la *correspondance sensorielle* permet une localisation identique d'un objet par les deux yeux, un objet se projetant sur les deux yeux sur des points rétiniens dits «*points rétiniens correspondants*». Par exemple,

- un objet situé dans le champ visuel droit est vu par deux points rétiniens correspondants situés sur la rétine nasale de l'œil droit et la rétine temporale de l'œil gauche,

- un objet situé droit devant est vu par les maculas des deux yeux.

Si le parallélisme des deux yeux disparaît, un objet fixé par la macula d'un œil sera fixé par une autre zone, extra-maculaire, de l'autre œil ; c'est la «*correspondance rétinienne anormale*» :

- le même objet est alors localisé de façon différente par les deux yeux ; chez l'adulte, ce phénomène est responsable d'une vision double = diplopie.

- l'enfant a par contre la capacité de *neutraliser* une des deux images pour éviter la diplopie : c'est le *phénomène de suppression* ; s'il est permanent, le phénomène de suppression va devenir *définitif et irréversible*, entraînant une baisse profonde de l'acuité visuelle = *amblyopie* (appelée amblyopie fonctionnelle par opposition à l'amblyopie organique secondaire à une affection oculaire) qui fait toute la gravité de l'affection

Le strabisme de l'enfant comporte deux phénomènes : un phénomène moteur et un phénomène sensoriel.

I - PHÉNOMÈNE MOTEUR

Le strabisme se définit comme une perte de parallélisme des deux yeux :

• le strabisme convergent est le plus fréquent (90%) ; il est souvent *secondaire à une hypermétropie*, très fréquente chez l'enfant ; l'hypermétropie est spontanément corrigée par l'enfant par l'accommodation cristallinienne ; ceci, par la mise en jeu de la «synergie accommodation-convergence» (phénomène physiologique qui n'est normalement mis en jeu que dans la vision de près), entraîne en permanence une convergence qui va devenir à la longue, en l'absence de traitement, définitive.

Le strabisme convergent peut être :

- soit unilatéral : un œil est fixateur, l'autre est dévié.

- soit alternant, chacun des deux yeux étant fixateur à tour de rôle.

• le strabisme divergent est beaucoup plus rare chez l'enfant.

II - PHÉNOMÈNE SENSORIEL

Le strabisme, responsable d'une correspondance rétinienne anormale, entraîne chez l'enfant comme nous l'avons vu une neutralisation évitant la diplopie :

- en cas de strabisme unilatéral, l'œil dévié de façon permanente va développer une amblyopie.
- en cas de strabisme alternant, chaque œil étant fixateur à tour de rôle, le phénomène de neutralisation est également intermittent et l'enfant ne développe pas d'amblyopie.

III - DÉPISTAGE DU STRABISME ET DE L'AMBLYOPIE

Il doit être très précoce car l'amblyopie devient irréversible après six ans. Dans ce dépistage, le pédiatre et le généraliste jouent un rôle majeur.

L'inspection permet d'observer la perte du parallélisme des deux yeux ; un seul diagnostic différentiel à l'inspection = l'épicanthus ; il s'agit d'un repli cutané vertical qui masque l'angle palpébral interne et donne une fausse impression de convergence des deux yeux, mais les reflets cornéens d'une source lumineuse dirigée sur les yeux de l'enfant se projettent tous deux au centre de la pupille alors qu'en cas de strabisme l'un des deux reflets n'est pas centré.

L'examen de photographies met souvent en évidence de façon plus facile et plus flagrante le strabisme convergent.

Dépistage de l'amblyopie : la mesure de l'acuité visuelle n'est pas réalisable chez le petit enfant ; il est par contre possible de dépister précocement une amblyopie, à tout âge, par le masquage des deux

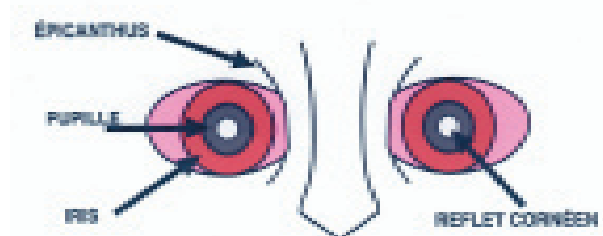


Fig. 1 - Représentation schématique d'un épicanthus: repli cutané nasal bilatéral donnant une fausse impression de strabisme convergent, mais les reflets cornéens sont centrés.

yeux en alternance : si la vision est normale aux deux yeux, cette manœuvre n'entraîne pas de réaction de l'enfant ; l'amblyopie d'un œil entraîne par contre une réaction de défense de l'enfant lorsque l'on masque l'œil sain.

IV - EXAMEN OPHTHALMOLOGIQUE

La mise en évidence d'un strabisme et/ou d'une amblyopie doivent faire pratiquer un **examen ophtalmologique complet** avec examen du fond d'œil afin d'éliminer une rare cause organique, en particulier cataracte congénitale unilatérale ou rétinoblastome, qui sont parfois d'emblée suspectés devant une leucocorie (pupille blanche).

V - BASES DU TRAITEMENT

Il a, très schématiquement, trois volets :

- **La correction optique totale** : déterminée par cycloplégie (Cyclopentolate ou Atropine à concentration variable selon l'âge). La correction optique devra être portée en permanence avec des montures adaptées au faciès de l'enfant (monture plastique, pont bas, verres organiques...)

- **traitement ou prévention de l'amblyopie** : il repose sur l'occlusion de l'œil sain, supprimant la neutralisation de l'image par l'œil amblyope. Il ne peut être efficace que s'il est effectué précocement : il n'a plus aucune efficacité après l'âge de six ans, âge à partir duquel la rétine a terminé sa «maturation» et n'a plus la «plasticité» lui permettant de récupérer une acuité visuelle. Ce traitement, souvent mal supporté par l'enfant, nécessite la motivation et la coopération des parents. Il peut également être réalisé par la pénalisation optique alternée par 2 paires de lunettes ajoutant alternativement 3 dioptries sphériques, 1 jour à droite, 1 jour à gauche.

- **traitement de la déviation** : ce traitement peut bénéficier dans les formes précoces d'une injection de toxine botulique dans les droits médiaux qui lutte contre l'incomitance et la variabilité angulaire et peut dans 2/3 des cas surseoir à un traitement chirurgical.

Le traitement de la déviation repose dans les autres cas sur un traitement chirurgical (par déplacement, allongement ou raccourcissement de certains muscles...) qui se réalise au microscope opératoire avec des instruments micro-chirurgicaux tenant

compte de la position des yeux sous anesthésie et de l'élongation musculaire. Le traitement chirurgical ne surseoit pas à la poursuite du port de la correction optique en post-opératoire ni du traitement éventuel de l'amblyopie.



Fig. 2 - Strabisme convergent de l'œil droit (œil gauche fixateur).



Fig. 2 bis - Strabisme divergent de l'œil droit (œil gauche fixateur).

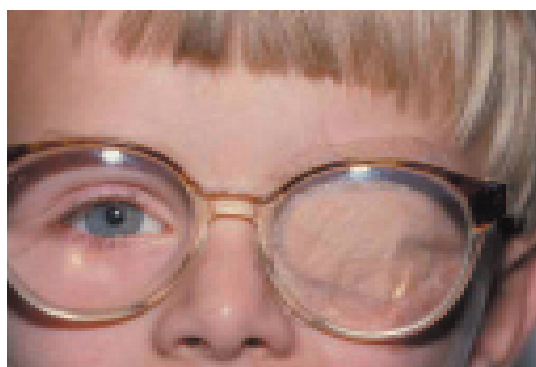


Fig. 3 - Traitement d'une amblyopie de l'œil droit par occlusion de l'œil gauche

Les points forts

- ☞ Le strabisme de l'enfant est le plus souvent dû à une hypermétropie (mais peut s'observer dans la myopie); il se traduit au début par une perte du parallélisme, par convergence, des deux yeux.
- ☞ En l'absence de traitement précoce, il peut aboutir à une amblyopie fonctionnelle définitive, d'où l'importance de son dépistage.
- ☞ Son traitement a un double but : traitement de l'amblyopie par occlusion de l'œil sain pour supprimer la neutralisation, et traitement de la déviation, soit optique dans les formes purement accommodatives, soit optique et chirurgical.
- ☞ Il faut savoir éliminer une cause organique devant un strabisme d'apparition brutale (rétinoblastome).