

67. 1957

## Le rôle du pédiatre et du médecin de famille <sup>(1)</sup> dans la prévention de l'amblyopie chez l'enfant strabique

par R. WEEKERS et J. HACOURT

Université de Liège, Clinique ophtalmologique

L'expérience acquise depuis la création, en 1951, du Service d'Orthoptique de la Clinique ophtalmologique universitaire montre que, il y a peu de temps encore, la majorité des enfants strabiques n'étaient examinés par un ophtalmologiste que plusieurs années après la date d'apparition de la déviation oculaire. Ce temps perdu complique ou compromet le traitement de l'amblyopie. Cet état de chose a toutefois tendance à s'améliorer. Le public commence à être informé des altérations fonctionnelles qui compliquent fréquemment le strabisme. Il sait, actuellement, que le traitement a pour but principal de rétablir ou de sauvegarder la vision et que le bénéfice esthétique n'est plus le seul but d'une intervention chirurgicale. Mais beaucoup reste à faire avant qu'une ligne de conduite idéale soit appliquée dans tous les cas. Cette ligne de conduite serait de tenter de prévenir l'apparition du strabisme par la correction précoce des amétropies, de traiter les strabismes avant l'apparition de l'amblyopie ou enfin, de guérir les amblyopies tant qu'elles sont encore facilement et complètement réversibles.

Les recherches poursuivies au cours de ces dernières années dans les principaux services d'orthoptique anglais, allemands, suisses et français ont permis d'établir une ligne de

conduite thérapeutique précise sur laquelle un accord presque unanime est actuellement fait.

Le pédiatre et le médecin de famille occupent une place favorisée pour le dépistage et le traitement précoce des enfants amétropes, strabiques ou amblyopes.

Dans un but didactique, nous limiterons cet exposé à l'étude de l'amblyopie du sujet hypermétrope ou astigmat hypermétrope souffrant de strabisme convergent. Cette catégorie de patients fournit d'ailleurs, de très loin, le contingent le plus important des amblyopes.

L'étude du problème thérapeutique nécessite un bref rappel de physiopathologie.

Le sujet emmétrope ne fait aucun effort d'accommodation pour regarder au loin; le sujet hypermétrope, au contraire, accommode d'autant plus que son amétropie est plus forte.

Il existe, à l'état normal, une synergie entre la convergence et l'accommodation. Pour regarder un objet situé à un mètre, un sujet emmétrope accommode d'une dioptrie et converge de ce qu'il est convenu d'appeler un angle métrique; pour regarder un objet situé à 0,50 mètre, ce même sujet accommode de deux dioptries et converge de deux angles métriques. Cette synergie est altérée dans

(1) Leçon donnée aux Journées d'Enseignement Postuniversitaire des 14, 15, 16 et 17 juin 1957.

l'amétropie. Supposons un hypermétrope de 3 dioptries. Pour fixer du regard un objet situé à un mètre, il accomode de 4 dioptries (3 dioptries pour compenser l'hypermétropie, 1 dioptrie pour fixer un point situé à un mètre) et ne devrait converger que d'un angle métrique.

L'expérience montre que, parfois, la synergie physiologique réapparaît et que la convergence est excessive pour la distance à laquelle se trouve le point de fixation. Le sujet souffre alors de strabisme convergent accommodatif. Cette complication est fréquente sans toutefois être inéluctable. Elle survient parfois à la suite d'une cause purement occasionnelle : épisode fébrile, fièvre éruptive.

L'hypermétropie est nettement influencée par un facteur génétique; le strabisme, par



FIG. 1. — *Jumelles univitellines*

A gauche : Nicole; strabisme convergent alternant.

A droite : Denise; pas de strabisme.

Astigmatisme hypermétropique identique chez les deux enfants.

contre, ne l'est pas. La preuve la plus formelle en est fournie par l'étude de jumeaux univitellins hypermétropes. Nous avons, en effet, montré que l'hypermétropie est toujours identique dans les yeux correspondants des deux enfants tandis que dans la majorité des cas, le strabisme atteint un enfant seulement (fig. 1 à 3).

Le strabisme perturbe considérablement les fonctions binoculaires : les axes oculaires n'étant plus parallèles, l'image de l'objet fixé tombe sur la macula d'un œil et sur un point périphérique de la rétine de l'autre œil. Les deux points envisagés ne sont pas cor-



FIG. 2. — *Jumelles univitellines*

A gauche : Annette; strabisme convergent de l'œil droit.

A droite : Monique; pas de strabisme.

Astigmatisme hypermétropique identique chez les deux enfants.

respondants et n'ont pas la même localisation visuelle. L'objet fixé sera ainsi situé dans deux directions différentes d'où diplopie. L'image vraie est donnée par la macula fixatrice, la fausse image par le point excentrique stimulé dans l'œil dévié. Cet état de chose est extrêmement gênant, il suffit, pour s'en convaincre, d'interposer devant un œil un prisme d'une force suffisante pour créer une diplopie. Le sujet strabique réussit à supprimer la vision double par divers mécanismes. Le plus fréquent et le seul que nous envisagerons ici consiste à neutraliser les sensations issues de l'œil dévié. On peut comparer ce mécanisme à celui auquel recourt l'histologiste qui se sert d'un

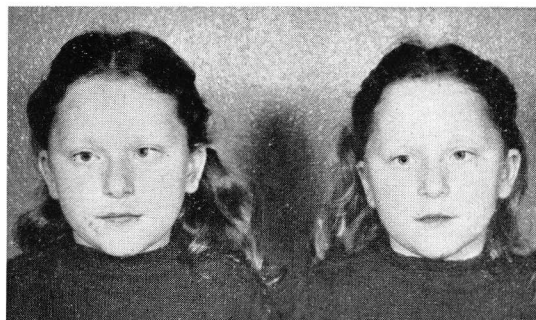


FIG. 3. — *Jumelles univitellines*

A gauche : Annie; fort strabisme convergent de l'œil gauche survenu très tôt.

A droite : Adrienne; faible strabisme convergent de l'œil gauche survenu tardivement.

Hypermétropie forte, identique chez les deux enfants.

microscope monoculaire et qui porte son attention sur la préparation excluant sans peine l'image rétinienne qui se forme sur l'œil non utilisé, ou à celui de l'oculiste qui ophtalmoscope au moyen de son œil droit et supprime mentalement l'image fournie par son œil gauche sans cependant fermer celui-ci. Dans les deux cas envisagés, ces inhibitions ne sont que momentanées et n'altèrent en rien la fonction de l'œil qui en est le siège. Chez l'enfant atteint d'un strabisme concomitant, ce phénomène d'inhibition perdure pendant des années. La gravité de l'amblyopie qui peut en résulter est fonction de son ancienneté. Quelques mois après l'apparition du strabisme,

irréversible ou ne s'amender que partiellement après une occlusion prolongée de l'œil fixateur. Le sujet peut avoir perdu la fixation centrale normale et avoir choisi pour fixer l'objet qu'il regarde avec l'œil amblyope, un territoire situé en dehors de la zone d'inhibition (fig. 4). Dans l'éventualité d'une fixation excentrique, le traitement par occlusion de l'œil directeur est voué à l'échec. Certains de ces cas sont toutefois encore curables par le traitement par les post-images de Cuppers (fig. 5) (1).

Le traitement par post-images exige de nombreuses séances. Il est très absorbant tant pour le médecin que pour le patient et les

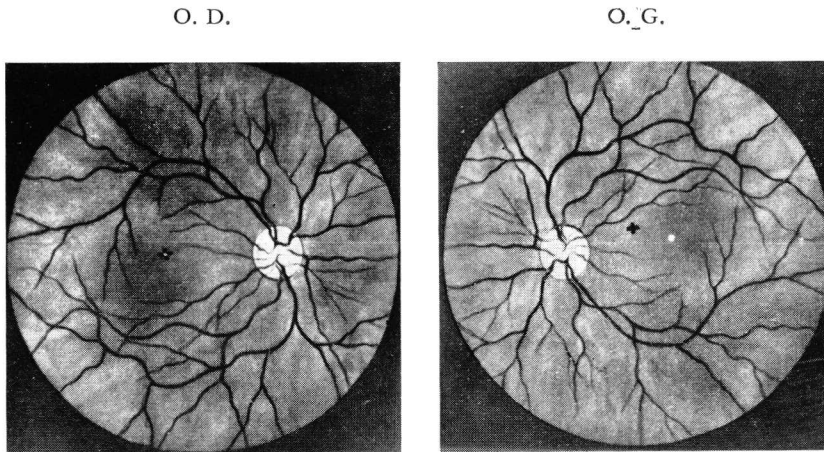


FIG. 4

O. D. : fixation centrale.  
O. G. (amblyope) : fixation excentrique.

les phénomènes d'inhibition sont encore réversibles. Il suffit de faire l'occlusion du bon œil pendant quelques semaines pour réentraîner l'œil amblyope et lui rendre une acuité visuelle normale. Ce traitement, lorsqu'il est suivi d'une opération chirurgicale qui rétablit le parallélisme strict des axes visuels, peut aboutir non seulement à une guérison esthétique mais encore à une restitution fonctionnelle totale.

Le traitement est beaucoup plus long et ses résultats sont beaucoup plus incertains si le strabisme et l'amblyopie remontent à plusieurs années. L'inhibition peut devenir

parents de celui-ci. Certaines considérations sociales peuvent le rendre impossible.

Dans les cas les plus anciens enfin, l'enfant strabique établit parfois entre l'œil directeur et l'œil dévié une correspondance binoculaire anormale qui devient si stable qu'elle doit être considérée comme tout à fait incurable.

Ces considérations montrent que le dépistage des amétropies et des strabismes et que le traitement précoce des amblyopies constituent

(1) J. HACOURT. — Considérations sur l'amblyopie. 2<sup>e</sup> partie : Méthodes de traitement. *Revue Médicale de Liège*, 1957, 12, 235-239.

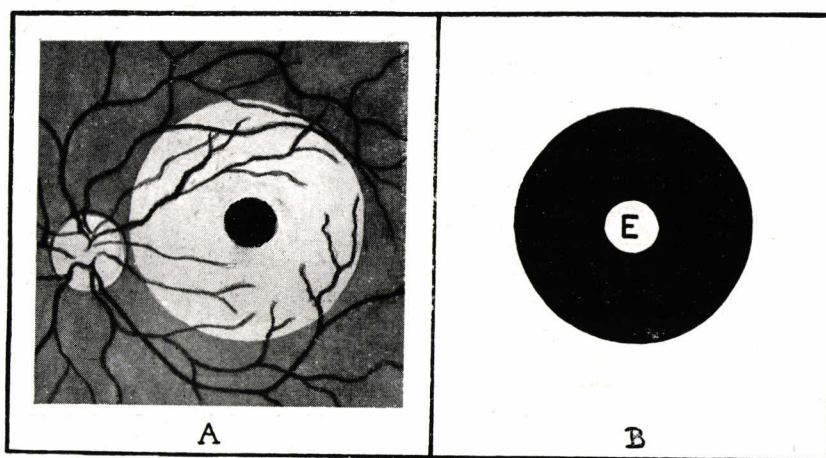


FIG. 5. — Traitement de la fixation excentrique par la méthode des post-images

- a) La post-image est provoquée en illuminant la rétine dans un rayon de 15 degrés à l'exclusion de la macula.  
 b) Post-image négative vue par le sujet et au centre de laquelle on présente des optotypes. Ceux-ci ne peuvent être perçus que par la macula.

un problème important dont la solution dépend non seulement de l'ophtalmologiste mais encore du pédiatre et du médecin de famille.

Les examens faits en âge scolaire sont beaucoup trop tardifs. Le strabisme apparaît souvent entre la première et la quatrième année de l'existence. Au début des études primaires, l'amblyopie est souvent déjà trop ancienne pour être traitée facilement.

Etant donné le rôle causal des amétropies, on doit admettre que la correction précoce et totale des vices de réfraction constituerait une mesure préventive efficace du strabisme et de l'amblyopie. Cette mesure radicale est difficilement réalisable. L'étude de la réfraction oculaire avant l'âge de deux ans nous paraît toutefois formellement indiquée quand l'enfant a des parents, des frères ou des sœurs amétropes et plus encore strabiques.

L'examen oculaire s'impose de façon urgente dès qu'un doute existe sur le parallélisme des axes visuels.

Deux préjugés actuellement très répandus doivent être combattus pour que l'enfant strabique ou soupçonné de strabisme soit vu par un ophtalmologiste. Il faut enseigner aux parents qu'une déviation oculaire est toujours pathologique même si elle est inter-

mittente. Il faut, d'autre part, répandre la notion que le traitement du strabisme poursuit non plus exclusivement un but esthétique comme c'était le cas autrefois mais un but fonctionnel, mais que ce traitement n'est efficace que dans les toutes premières années de l'existence. Attendre pour corriger un strabisme l'âge où l'enfant manifeste un souci de coquetterie et demande, de son propre chef, la correction de cette infirmité, c'est, dans la grande majorité des cas, laisser s'établir une amblyopie définitive.

Les moyens thérapeutiques actuels permettent de guérir totalement ou tout au moins d'améliorer considérablement les enfants qui sont pris en traitement moins de six mois après le début du strabisme et il ne semble pas exagéré d'affirmer que la forte amblyopie par non usage résulte presque toujours d'une longue négligence des parents ou d'une thérapeutique insuffisante : atropinisation de l'œil directeur poursuivie pendant des années, par exemple.

Les nombreux problèmes posés à l'ophtalmologiste par le strabisme ont trouvé, actuellement, des solutions mais leur application utile suppose le dépistage des enfants amétropes et des enfants strabiques par le pédiatre et le médecin de famille.