

MM. P. DAENEN et R. WEEKERS (Liège) : **Les indications de la myotomie du petit oblique dans le traitement du strabisme convergent concomitant.**

L'hyperaction d'un Petit Oblique ou des deux Petits Obliques est fréquente dans le strabisme convergent concomitant.

L'action principale du Petit Oblique est l'élévation dans le regard en face et plus encore dans l'adduction (fig. 1). Il en

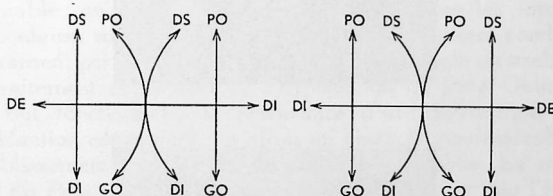


FIG. 1.

Schéma d'action des muscles.
(Hess-Franceschetti.)

résulte que l'hyperaction du muscle se manifeste par une hypertropie. Dans les cas discrets, celle-ci n'existe pas dans le regard en face et n'apparaît que dans la forte adduction (fig. 2).

Lorsque l'hyperaction du petit oblique est plus accusée, l'œil dévié présente une hypertropie déjà dans le regard en face.

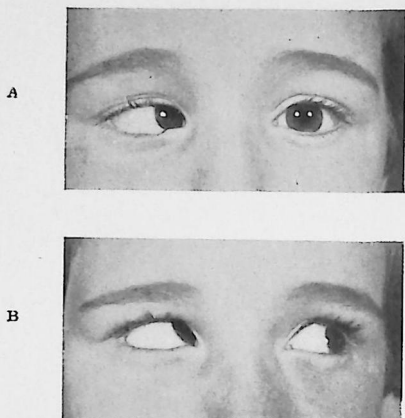


FIG. 2.

Hyperaction du petit oblique droit.

- A. : Pas d'hypertropie en position primaire.
B. : Hypertropie droite dans le regard à gauche.

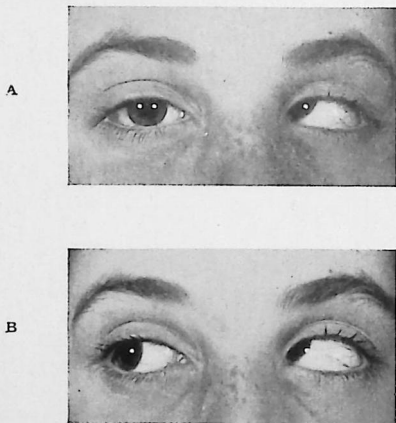


FIG. 3.

Hyperaction du petit oblique gauche.

- A. : Hypertropie gauche en position primaire.
B. : L'hypertropie gauche s'accroît dans le regard à droite.

Cette dernière s'accuse considérablement dans la forte adduction (fig. 3).

L'hyperaction du Petit Oblique est unilatérale ou bilatérale.

Lorsqu'elle est unilatérale, elle intéresse, en règle générale, l'œil dévié; plus rarement elle n'existe qu'à l'œil fixateur.

Bilatérale, l'hyperaction des Petits Obliques est parfois plus accusée au niveau de l'œil dévié qu'au niveau de l'œil fixateur; d'autres fois, elle intéresse, à un même degré, les deux yeux.

Sa pathogénie est obscure. L'hypothèse d'après laquelle l'hyperaction du Petit Oblique résulte d'une paralysie initiale du Grand Oblique n'est pas satisfaisante. Nous avons observé l'hyperaction du Petit Oblique dans les strabismes accommodatifs survenus tardivement sans aucune paralysie initiale, dans des strabismes imputables à une forte anisométrie et même dans des strabismes résultant d'une cataracte congénitale unilatérale. En fait, l'hyperaction du Petit Oblique se manifeste dans un certain nombre de cas où les fonctions binoculaires n'existent pas ou sont altérées, quelle que soit la cause initiale de l'absence ou de la perte de ces fonctions.

Le but du traitement chirurgical de l'hyperaction du Petit Oblique est, selon les cas, fonctionnel ou esthétique.

Lorsque le pronostic d'un cas de strabisme convergent est favorable, qu'il n'y a pas d'amblyopie et que les fonctions binoculaires sont encore satisfaisantes dans certaines conditions d'examen, par exemple, au synoptophore à l'angle du strabisme, le traitement chirurgical de l'hyperaction du Petit Oblique a un but fonctionnel : la persistance d'une hypertropie dans l'adduction constituant, en effet, un obstacle insurmontable au rétablissement complet des fonctions binoculaires. La myotomie du Petit Oblique sera uni- ou bilatérale selon que l'hyperaction est uni- ou bilatérale. Même lorsqu'elle est bilatérale, la myotomie du Petit Oblique doit se faire en une seule intervention et en même temps que l'opération du strabisme convergent.

La myotomie du Petit Oblique est encore indiquée dans les cas moins favorables ou la correction chirurgicale du strabisme convergent n'a qu'un but esthétique. En effet, l'hypertropie dans l'adduction crée à elle seule un trouble esthétique qui demeure visible après disparition de la convergence.

Pour corriger l'hyperaction du Petit Oblique, nous pratiquons presque exclusivement la myotomie à petite distance de l'insertion sur le globe. La ténotomie au niveau de l'insertion orbitaire est moins aisée. Pour le surplus, la cicatrice cutanée est visible tandis que la cicatrice conjonctivale n'est pas apparente.

La technique de la myotomie transconjonctivale est d'une grande simplicité; elle comporte les temps suivants : a) incision conjonctivale à 10 mm. du limbe sous le bord inférieur du droit

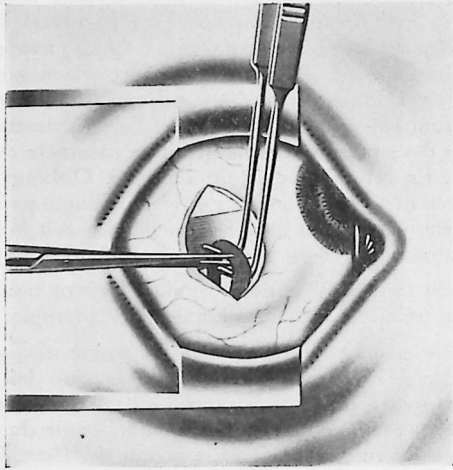


FIG. 4.
Myotomie du petit oblique.

externe; b) extériorisation du muscle sur un, puis sur deux crochets à strabisme; c) myotomie aux ciseaux; d) suture conjonctivale (fig. 4). Lorsque la myotomie du petit oblique est faite en même temps que le raccourcissement du droit externe, elle se pratique après l'isolement de ce muscle mais avant sa séparation du globe.

Si l'hyperaction du Petit Oblique est très accusée, il est parfois indiqué de pratiquer une myectomie de 3 mm. plutôt qu'une myotomie. Lorsqu'elle est, au contraire, très discrète, des sections marginales en chicane peuvent suffire.



Avant.

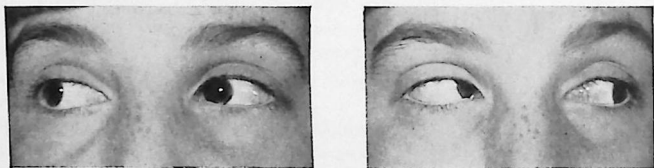


Après.
FIG. 5.

Strabisme convergent O.D. avec hyperaction bilatérale des petits obliques.
O.D. : Myotomie Pt. Obl. + Récession Dr. int. (4 mm.) + Raccourcissement Dr. ext. (7 mm.).
O.G. : Myotomie Pt. Obl.
Disparition de la convergence et de l'hypertropie.



Avant.



Après.
Fig. 6.

Strabisme convergent alternant avec forte hyperaction bilatérale des petits obliques.

O.D. : Myotomie Pt. Obl.

O.G. : Myotomie Pt. Obl. + Récession Dr. int. (4,5 mm.) + Raccourcissement Dr. ext. (8 mm.).

Il ne persiste qu'une légère hypertropie droite visible dans l'adduction seulement.

L'expérience montre que le dosage de l'intervention ne présente guère de difficulté. Automatiquement, l'effet est d'autant plus accusé que l'hyperaction est plus forte et que le muscle est plus contracturé. Un effet excessif n'est guère à craindre. Parfois au contraire, la myotomie ou même la myectomie est quelque peu insuffisante, il persiste une légère hyperaction malgré l'intervention. Dans cette éventualité, il est indiqué d'envisager un plissement du Grand Oblique.

*(Clinique ophtalmologique de l'Université de Liège,
Prof. R. Weckers.)*