



Journal du CLUB TROPIQUE

Fondé en 1970

N°1

1ER TRIMESTRE 1991

5/7

Veillez adresser toute correspondance à :

A.F.S. / TROPIQUE
Docteur J. JULOU
9 passage de Flandre
75019 PARIS

Editorial : Dr. J. JULOU	Page 2
Interview du Pr. P.V. BERARD	Page 5
Matériel de dépistage. Dr. J.M. BADOUCHE	Page 12
Amblyopie fonctionnelle Dr. G. HOROVITZ	Page 17
L'amblyopie du tout-petit. F. VITAL-DURAND	Page 20
Les cartes d'acuité. F. VITAL-DURAND	Page 23
Abstracts. M.A. ESPINASSE-BERROD et D. GOTTE-BOULEY	Page 28

Rédacteur en chef : Docteur J. JULOU

Directeur de la publication : Mr. F. VITAL-DURAND

EDITORIAL...EDITORIAL...EDITORIAL

TROPIQUE bulletin d'information sur la vision et le strabisme. Pourquoi un nouveau journal ? N'êtes-vous pas submergés de revues et bulletins ? Pourquoi, et aussi par qui, TROPIQUE est-il rédigé ?

Un groupe d'ophtalmologistes intéressés par le strabisme s'est réuni chaque mois, depuis 1970, chez Madame BADOUCHE et s'est baptisé "CLUB TROPIQUE" ; il s'agit de Mesdames AUVERT, HOLLIER-LAROUSSE, HOROVITZ, KRAJEVITCH, MAWAS, PINÇON et URVOY et de Messieurs ARDOUIN et JULOU.

En conservant le nom de TROPIQUE nous espérons rester dans une tradition à la fois sérieuse et amicale, au service de nos patients ayant des problèmes de vision ou de strabisme.

Avec le Professeur BERARD et quelques amis strabologues, nous avons créé en 1983, au C.H.U. de Lariboisière, l'Association Française de Strabologie dont il est l'actuel Président. Cette association est un succès, et réunit chaque année, en mars et en novembre, strabologues et orthoptistes, cliniciens et fundamentalistes dont l'activité est très orientée.

Le strabisme touche 5% de la population, avec 3% d'amblyopie. Tous les ophtalmologistes et les orthoptistes sont donc concernés, ainsi que les opticiens qui ont pour mission d'équiper les patients.

L'ophtalmologiste non spécialisé peut être troublé par ce qu'il lit et entend: il existe plusieurs écoles avec des abords cliniques, orthoptiques et chirurgicaux différents. Le praticien peut être désorienté. L'orthoptiste est partagé entre les méthodes retenues par ses divers correspondants. L'opticien s'interroge et essaie de répondre aux questions des parents inquiets.

Nous avons pensé qu'il y avait une place pour une revue simple et pratique, d'informations utiles à nos trois professions, pouvant aider chacun dans ses choix thérapeutiques.

Notre bulletin fait appel à la collaboration de tous les strabologues. Une réunion préparatoire a eu lieu en mai 1990 au Palais des Congrès, et je remercie tous ceux qui ont pu se libérer pour y participer.

Le bulletin TROPIQUE, sans prétention scientifique, comportera les rubriques suivantes :

- la Pratique strabologique
- le Tour d'horizon : des principales idées et publications
- le Point de vue : permettra à un strabologue ou à un service de strabologie de s'exprimer sur un problème.
- le Courrier des lecteurs : où chacun aura l'occasion d'interroger un auteur ou d'exposer un problème.

En résumé nous voudrions que ce bulletin soit :

- pratique
- ouvert à un dialogue : horizontal entre les diverses écoles
vertical avec ceux qui sont "sur le terrain"

Notre Maître, Monsieur HARTMANN, dans ses réunions de Lariboisière le vendredi matin, n'écoutait-il pas avec autant d'attention nos exposés d'étudiants que ceux de l'assistant ?

Je souhaite que chacun se considère comme un collaborateur potentiel !

Et je remercie Monsieur SABBAN et son laboratoire de nous aider à réaliser ce bulletin au service de la vision et des sujets tropiques.

Docteur J. JULOU

Je remercie tous les amis strabologues qui nous ont apporté leur soutien et qui étaient présents à la réunion initiale du mois de mai 1990 :

Mr. le Pr. P.V. BERARD (13) Marseille
Mr. le Dr. P.V. BERARD (13) Marseille
Mme le Dr. BOURRON-MADIGNIER (69) Lyon
Mme le Dr. DOUCHE (93) Montreuil
Mr. le Pr. J.L. DUFIER (75) Paris
Mme le Dr. ESPINASSE-BERROD (75) Paris
Mme le Dr. GOTTE-BOULLEY (75) Paris
Mme le Dr. HOROVITZ (75) Paris
Mme JEANROT (81) Castres
Mr. le Dr. J. JULOU (95) Enghein-les-Bains
Melle LEBERT (06) Nice
Mme le Dr. LOBSTEIN (67) Strasbourg
Mme le Dr. LODS (06) Nice
Mme le Dr. MARUCCHI (75) Paris
Mme le Dr. J. MAWAS (78) Chatou
Mr. le Dr. E. MAWAS (75) Paris
Mme. le Dr. PINÇON (33) Bordeaux
Mr. le Pr. QUERE (44) Nantes
Mr. le Dr. R. REYDY (13) Marseille
Mr. le Pr. ROTH Genève (Suisse)
Mme le Dr. SARNIGUET-BADOUCHE (75) Paris
Mme le Dr. A. SPIELMANN (54) Nancy
Mr. le Dr. C. SPIELMANN (54) Nancy
Melle le Pr. URVOY (35) Rennes
Mr. le Dr. WOILLEZ (59) Lille
Mme F. ZAMFIRESCU (75) Paris
Mr. SABBAN (Lunettes TROPIQUE)

LE TRAITEMENT DE L'AMBLYOPIE EN PRATIQUE QUOTIDIENNE

Interview du Professeur P.V. BERARD par le Docteur R. REYDY

R. REYDY : Pourriez-vous nous préciser votre point de vue actuel sur le traitement de l'amblyopie ?

P.V. BERARD : L'ancienneté de l'Ecole Marseillaise lui donne le privilège d'avoir assisté à l'évolution du traitement de l'amblyopie, depuis CUPPERS qui a jeté les bases des conceptions pathogéniques actuelles.

R.R. : Depuis cette époque, la fréquence de l'amblyopie a-t-elle changé ?

P.V.B. : Le problème de l'amblyopie qui était aigu il y a 30 ans, l'est beaucoup moins actuellement. D'une part, parce que les médecins de la Protection Maternelle et Infantile (P.M.I.) attirent très tôt l'attention des familles, et d'autre part, parce que les médecins ophtalmologistes et leurs collègues de la Médecine Scolaire sont mieux informés. Aussi voyons-nous les enfants beaucoup plus tôt et les chances de guérison de

l'amblyopie sont-elles plus grandes.

Le mérite de cette information revient en grande partie au Cercle d'Action pour le Dépistage des Troubles visuels (C.A.D.E.T.) fondé par les Docteurs SARNIGUËT-BADOUCHE et ZENATTI auxquels nous nous sommes associés dès le début et dont nous avons utilisé et diffusé la méthode.

R.R. : Y-a-t-il une période sensible dans le développement de la vision binoculaire chez le très jeune enfant ?

P.V.B. : Il faut avoir présent à l'esprit que chez l'enfant le développement de la vision binoculaire se constitue essentiellement entre le 3ème et le 10ème mois, en même temps que se développe la région fovéolaire. Au cours de cette période, l'expérience visuelle doit être considérée comme composée de l'information d'origine rétinienne, mais aussi d'informations liées aux mouvements des yeux et de la tête.

R.R. : Quelles sont les formes cliniques d'amblyopie que vous avez l'occasion de rencontrer le plus souvent ?

P.V.B. : Il faut considérer d'une part, l'amblyopie avec strabisme, et d'autre part l'amblyopie sans strabisme.

Dans l'amblyopie avec strabisme on distingue :

- L'amblyopie par privation sensorielle ; il s'agit d'une amblyopie d'arrêt qui crée le strabisme (ptosis, cataracte congénitale, taies cornéennes) où il faut supprimer l'obstacle le plus rapidement possible.

- L'amblyopie dioptrique, où il est impératif de prescrire la correction optique nécessaire après 8 jours d'atropinisation ; l'utilisation d'un réfractomètre objectif ou automatisé permet dès l'âge de 2 ans une prescription exacte, surtout en cas d'astigmatisme important (amblyopie méridienne).

- L'amblyopie fonctionnelle strabique, où l'amblyopie est créée par le strabisme.

R.R. : C'est à propos de cette amblyopie strabique que nous aimerions bénéficier de votre expérience personnelle, et vous demander si vous utilisez encore les méthodes euthyscopique, pleioptique ou prismatique qui avaient pour but de privilégier la stimulation fovéolaire au cours du traitement.

P.V.B. : L'expérience nous a montré que ces méthodes trop astreignantes obligent à attendre l'âge scolaire et sont mal supportées. Les résultats obtenus entre nos mains ne justifient plus leur utilisation.

R.R. : Quel est alors le schéma thérapeutique que vous préconisez dans l'amblyopie strabique ?

P.V.B. : Le traitement précoce est capital, il doit être mis en jeu dès que le diagnostic de l'amblyopie est posé. La thérapeutique est confrontée à quatre éléments essentiels :

l'âge de l'enfant, l'importance de l'amblyopie, le trouble moteur associé (strabisme, nystagmus), le type de fixation qui permet de suivre les progrès de traitement avec éventuellement le passage au temps chirurgical de la déviation strabique.

R.R. : Quel est le type de strabisme avec amblyopie que vous rencontrez le plus souvent ?

P.V.B. : Il s'agit essentiellement des strabismes convergents avec amblyopie apparus avant l'âge de 1 an. Ils sont considérés comme congénitaux ; leur pronostic binoculaire est moins bon que celui des strabismes convergents avec amblyopie apparus après l'âge de 1 an.

R.R. : Quels types de traitement utilisez-vous chez un enfant de 6 mois qui louche toujours du même œil sans qu'il puisse prendre la fixation ?

P.V.B. : Dans ce cas, où l'amblyopie semble installée depuis la naissance, nous

préconisons d'abord une occlusion de l'œil sain (directeur) par opticlude, avec surveillance hebdomadaire, et inversion de l'occlusion au moins une fois par semaine. Avant 6 mois, il faut même supprimer l'occlusion une heure par jour. Dès que la fixation est améliorée nous prescrivons des lunettes (type TROPIQUE) avec secteur nasal très large, ou simple lucarne, ou fente sur l'œil fixateur. Le port de ces lunettes est intermittent, il faut toutefois privilégier le moment de la prise du biberon qui est présenté de manière à placer l'œil amblyope en abduction.

R.R. : Que préconisez-vous lorsque l'amblyopie est relative ?

P.V.B. : Lorsque l'enfant a un œil préférentiel, on peut pratiquer une occlusion alternée par opticlude, en insistant sur l'œil préférentiel, puis faire porter des lunettes avec secteurs nasaux ; ceux-ci seront plus grands du côté de l'œil pré-

férentiel. L'atropinisation de l'œil dominant peut aider à faire supporter l'occlusion ou les secteurs. Le but recherché est atteint lorsque l'enfant est devenu parfaitement alternant, ce qui traduit une isoacuité.

R.R. : Le syndrome de blocage, ou strabisme croisé dans les premiers mois de la vie, est-il fréquent ? Lorsqu'il existe, quelle est la marche à suivre ?

P.V.B. : Ce syndrome, relativement fréquent, est caractérisé par une déviation en convergence très importante avec fixation croisée et pseudo-paralysie de l'abduction. Il se rencontre effectivement lors des 3 premiers mois de la vie. Le but du traitement consiste à pratiquer une occlusion alternée dont la durée et le rythme seront fonction de la préférence d'un œil par rapport à l'autre. Lorsque le mouvement d'abduction est amorcé, des secteurs droite-gauche, ou encore mieux en V couché, sont mis en place, tandis que

des exercices de motilité sont effectués par les parents. Le secteur en V couché gêne le regard en haut et en bas de l'œil fixateur en position primaire et facilite la recherche de l'abduction.

R.R. : Pensez-vous qu'un risque d'inversion de l'amblyopie soit à craindre dans ce type d'occlusion ?

P.V.B. : Cette éventualité est possible avant l'âge de 1 an, lorsque l'occlusion a été poursuivie sans contrôle pendant plusieurs jours ou semaines selon l'âge. Toutefois, cette inversion de l'amblyopie, appelée à tort "*amblyopie à bascule*", n'est rien en comparaison, du point de vue de la gravité, de l'amblyopie originelle car elle est relativement bien récupérable.

R.R. : Peut-on guérir l'amblyopie strabique à un âge avancé, 10 ans par exemple ?

P.V.B. : On a cité des observations d'enfants strabiques

