



1 9 9 2

JOURNAL DU
CLUB TROPIQUE

N° 6



VISION
ET
STRABISME



TROPIQUE

VISION et STRABISME

Directeur de la Publication
Mr. F. VITAL-DURAND

Rédacteur en Chef
Dr. J. JULOU

Directeur du Laboratoire
Mr. J. SABBAN

Rédacteur Technique
Mr. R. SOULIER

Comité de lecture
Dr. J.M. BADOCHÉ
Dr. M.A. ESPINASSE-BERROD
DR. D. GOTTE-BOULLEY
Dr. G. HOROVITZ
Dr. J. MAWAS

Correspondance

AFS/TROPIQUE
Dr. J. JULOU
9 passage de Flandre
75019 PARIS
Tél : (1) 40.36.48.48
Fax : (1) 40.36.43.00

Maquette
Caroline CHANET

Imprimerie
ISI
3 bis Passage E. Delaunay
75011 PARIS

Tirage : 6 000 exemplaires

Editions :
Cette revue est éditée avec la
participation des lunettes
TROPIQUE

SOMMAIRE N°6

Editorial : J. JULOU	Page 2
Traitement médical du strabisme divergent Dr. J.M. BADOCHÉ	Page 3
Un traitement orthoptique du strabisme divergent intermittent S. FATEH et Dr. J. MAWAS	Page 7
Traitement chirurgical du strabisme divergent Dr. G. HOROVITZ	Page 13
Traitement des strabismes divergents par les secteurs Dr. G. HOROVITZ	Page 14
Chirurgie dans les exotropies Interview du Dr. F. LODS par le Dr. J. JULOU	Page 15
Troubles psychologiques et strabisme Dr. C. DOUCHE	Page 18
Abstracts Drs. D. GOTTE-BOULLEY et M.A. ESPINASSE-BERROD	Page 20

Pour vous procurer les 5 premiers numéros de
VISION ET STRABISME
Vous adresser à votre opticien.

EDITORIAL

Des auteurs compétents ont donné dans les numéros précédents leur point de vue sur l'amblyopie, la vision binoculaire, l'ophtalmopédiatrie, la motilité et le nystagmus. Ce numéro 6 est consacré au strabisme divergent.

Les exotropies primitives se voient surtout chez l'enfant et méritent une attention particulière. Elles diffèrent beaucoup des ésootropies, leur fréquence est moindre (1 pour 4 environ), mais il y a le risque de sous-estimer cette fréquence, car les divergences à leur début peuvent être latentes ou intermittentes ! Un jeune enfant qui ferme un œil à la lumière vive est souvent dans cette catégorie.

Cette latence peut en outre faire croire à un début plus tardif que dans les ésootropies.

Enfin, cet aspect souvent intermittent semblerait pouvoir les rendre plus accessibles à une cure fonctionnelle : cependant, malgré un certain potentiel binoculaire, elles récidivent facilement après rééducation, et même après chirurgie.

Les exotropies secondaires sont d'apparition plus tardive, chez le grand enfant ou l'adulte selon l'étiologie (amblyopie, pathologie oculaire, ou secondaires à une ésotropie).

Qu'elles soient primitives ou secondaires, les exotropies justifient une prise en charge médicale ou chirurgicale dès leur constatation, même et surtout chez le tout petit.

J. JULOU

TRAITEMENT MEDICAL DU STRABISME DIVERGENT

Dr. J. M. BADOCHÉ

Il a été dit bien souvent que le strabisme divergent est d'apparition plus tardive que le strabisme convergent. Cependant, 15 ans d'expérience clinique d'une consultation de tout-petits ont montré que le strabisme divergent pouvait être présent avant 6 mois, et que son apparition se fait le plus souvent avant 2 ans.

Les strabismes divergents précoces, tout comme les strabismes convergents précoces, sont constants, mais d'angle variable, et ne développent jamais de vision binoculaire. Seule une chirurgie peut améliorer l'esthétique chez ces enfants, mais il est inutile d'entreprendre un traitement médical à proprement parler de la divergence. Bien entendu, il faut, dans tous les cas, prescrire la correction optique lorsqu'elle est nécessaire et assurer la prophylaxie de l'amblyopie éventuelle.

Si on ne voit ces enfants que vers 4 à 5 ans, il faut savoir faire le diagnostic de strabisme divergent précoce pour ne pas entreprendre une rééducation intempestive qui risquerait d'entraîner une diplopie. On s'aidera pour ce diagnostic rétrospectif d'un examen électro-oculographique qui mettra en évidence un nystagmus latent, des troubles de la poursuite et du nystagmus optocinétique, caractéristiques du strabisme divergent précoce.

Nous exposerons donc ici le traitement médical du strabisme divergent intermittent (SDI), qui peut apparaître très tôt avant 1 an, et très fréquemment entre 1 et 2 ans. Les parents et les pédiatres, actuellement mieux informés, n'attendent pas comme autrefois que le strabisme s'aggrave pour venir consulter. Le premier signe d'appel est souvent

"l'enfant qui ferme un œil au soleil", ou l'enfant qui a un "regard bizarre". Les antécédents d'exophorie ou de SDI dans la famille ne sont pas rares.

L'examen d'un strabisme divergent ne diffère en rien de celui d'un strabisme convergent : étude minutieuse de la réfraction, de la motilité, du PPC, recherche d'une anisométrie, d'un syndrome alphabétique.

Le test stéréoscopique de Lang peut révéler très tôt les capacités fusionnelles du jeune enfant, avant la possibilité d'un bilan orthoptique plus complet.

Quatre moyens thérapeutiques se complètent ou se succèdent au cours d'un traitement médical du SDI : les lunettes, les secteurs, les prismes, l'orthoptie. Les secteurs et l'orthoptie sont traités dans les articles suivants ; nous ne ferons donc que les évoquer.

1 - La correction optique

Aucun traitement ne peut se faire sans la correction optique préalable de l'amétropie :

- Correction totale en cas de myopie, d'astigmatisme, d'anisométrie, de forte hypermétropie (plus de 5 dioptries),

- Sous-correction en cas d'hypermétropie moyenne (entre 3 et 5 dioptries),

- Dans les hypermétropies inférieures à 2 dioptries, on prescrit : ODG + 0,25, et en cas d'emmétropie : ODG - 0,25, pour support de secteurs, d'occlusion ou de prismes.

Des verres teintés asymétriques, verre plus foncé devant l'œil dominant, sont utilisés pour favoriser la déneutralisation

