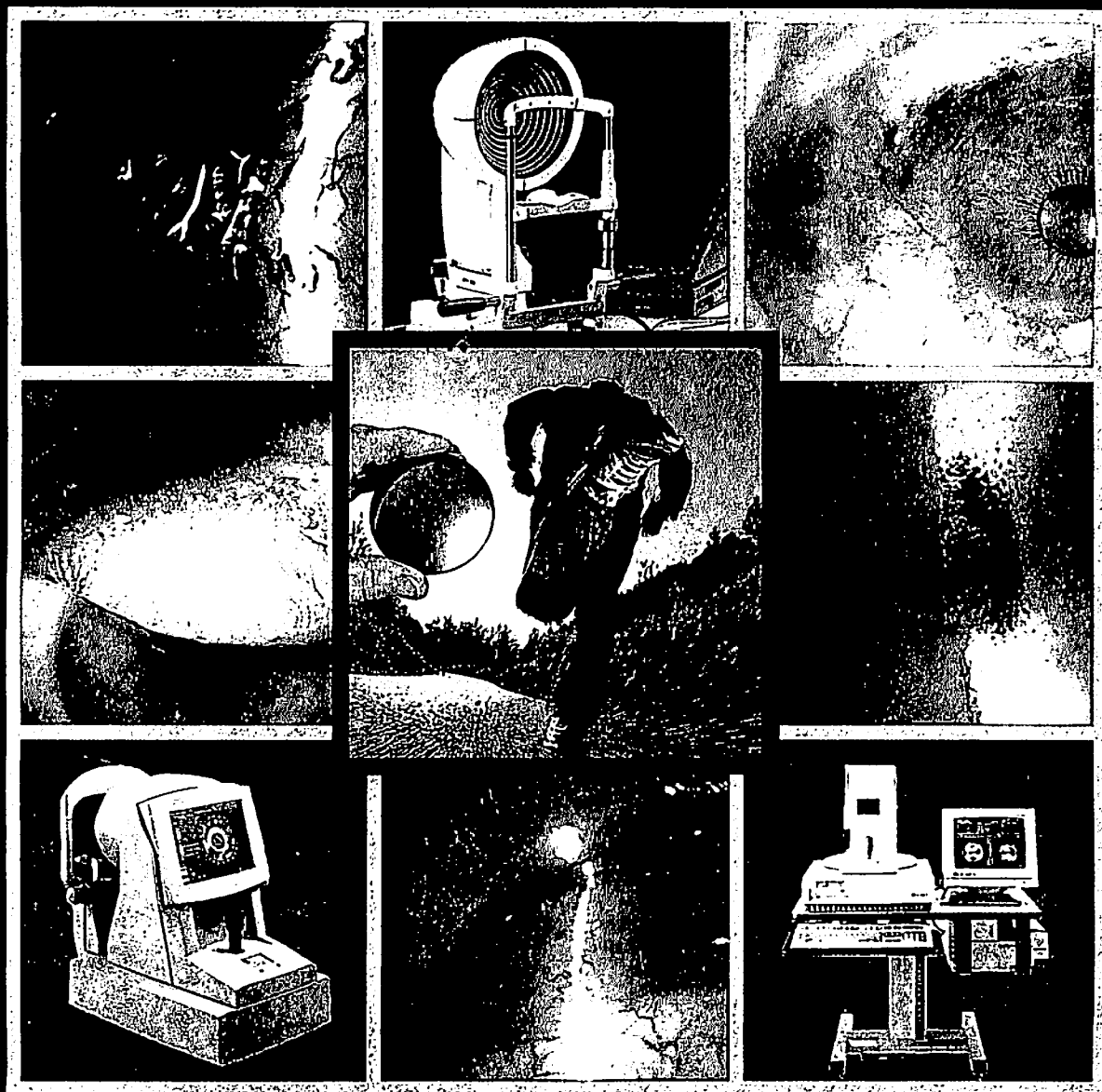


LES CAHIERS d'Ophthalmologie

Tout ce qui est utilisé et prescrit en Ophthalmologie



VERRE ORGANIQUE / VERRE MINÉRAL • ADAPTATION DES LENTILLES CHEZ
L'ENFANT • AFFECTIONS CHRONIQUES DE LA CONJONCTIVE • GLAUCOMES
RÉFRACTAIRES • AMBLYOPIE • RESPONSABILITÉ DE L'OPHTALMOLOGISTE •
TOPOGRAPHES CORNÉENS • MALADIES A PRIONS

JUSQU'OU TRAITER L'AMBLYOPIE : INTÉRÊT DES PEV

DR SABINE DEFOORT DHELLEMES



Dr Sabine Defoort Dhellemes
Praticien Hospitalier, CHRU Lille.

Devant une amblyopie fonctionnelle de l'enfant, il est inutile avant d'instaurer un traitement de demander des potentiels évoqués visuels (PEV). Ceux-ci seront cependant d'un grand intérêt dans certains cas : en particulier devant une amblyopie qui ne récupère pas pour répondre à la question « jusqu'ou traiter l'amblyopie ? »

I. L'AMBLYOPIE UNILATERALE

A) PEV dans l'amblyopie

1. Indications

Des PEV sont demandés :

- en première intention dans les amblyopies de privation (trouble des milieux transparents) et dans les amblyopies avec anomalie ou suspicion d'anomalie du fond d'œil ;
- uniquement après plusieurs mois de traitement chez les enfants ayant une amblyopie apparemment fonctionnelle qui ne récupère pas malgré un traitement qui semble bien conduit. Il s'agit fréquemment d'un enfant amblyope traité qui change d'ophtalmologiste vers l'âge de 4-5 ans.

2. Méthodes

Trois types de stimulation sont réalisés :

- des PEV par flash qui testent la perméabilité globale des voies optiques ;
- des PEV par pattern grand damier (carreaux de 60') qui testent le champ visuel para-central ;
- des PEV par pattern petit damier (carreaux de 15', parfois 7' et 5') qui testent la vision centrale.

3. Résultats

- Les PEV par flash sont plats ou très altérés (fig 1) : l'amblyopie est organique. Il ne faut pas espérer de récupération fonctionnelle. Ce type de PEV est habituellement retrouvé chez des enfants ayant une cause organique connue (atrophie optique...) dont on voulait apprécier le retentissement fonctionnel. Dans certains cas, la cause organique est passée inaperçue : il s'agit d'une hypoplasie papillaire, d'une pâleur papillaire (chez les petits enfants ne pas hésiter à examiner plusieurs fois un œil puis l'autre pour comparer les papilles) ou d'une maculopathie modérée.

- Les PEV par flash sont normaux, les PEV grand damier présents mais altérés (fig 2) : ce type d'anomalie est mis en évidence surtout dans les amblyopies par anisométrie importante ou dans les amblyopies anciennes. Le pronostic est réservé, la récupération est possible mais nécessite une occlusion totale, prolongée. Cet aspect est également rencontré chez des enfants traités pour strabisme précoce, n'ayant aucune récupération et aucune fixation de l'œil amblyope. Au niveau du bon œil lors de l'examen du fond d'œil, on met en évidence un micronystagmus.

- Les PEV sont normaux par flash et pattern grand damier mais altérés (en fonction de l'acuité) au petit damier (fig 3) : le pronostic est bon, l'amblyopie devrait récupérer. Dans ce cas il s'agit :

- dans la très grande majorité, ce sont des enfants dont le traitement n'est pas aussi bien suivi que ne le disent les parents, qui reconnaissent ce fait à l'issue du bilan électrophysiologique,
- plus souvent d'enfants dont l'astigmatisme est insuffisamment corrigé (le PEV est alors nettement meilleur avec la correction optique adéquate alors même que l'acuité n'est pas encore remontée).
- plus rarement, d'enfants myopisés par leur correction optique.

- Les PEV sont immatures (fig 4 et fig 5) du côté de l'œil amblyope, normaux de l'autre côté : cet aspect est retrouvé dans les amblyopies de privation unilatérales et signe l'origine congénitale.

Par exemple lorsqu'une cataracte est découverte de façon fortuite chez un enfant, le PEV peut permettre d'en apprécier l'ancienneté et donc le pronostic visuel après chirurgie.

B) L'amblyopie fonctionnelle ajoutée à une amblyopie organique uni ou bilatérale « Ne doit pas toujours être traitée ».

1. Il ne faut pas traiter si atteinte anatomique majeure de l'œil amblyope par exemple :

- devant un colobome englobant la macula (même si le PEV flash est présent) ou une atrophie optique avec hypoplasie papillaire...
- lorsque les PEV par flash ne sont pas analysables ou sont très altérés.

2. Il faut

- si l'atteinte est modérée
- les PEV par flash
- si dans le bilan
- térale, on
- une atteinte
- PEV plus
- strabique.

C) Amblyopie fonctionnelle ajoutée à une amblyopie organique (IMC).

La décision de traitement optique doit être prise en fonction de la sévérité de l'atteinte et de la possibilité de la corriger. Il faut toujours privilégier le traitement optique le plus tôt possible. Il faut aussi être conscient que l'amblyopie fonctionnelle est souvent associée à une atteinte motrice n'ayant pas été prise en compte. Il faut privilégier le traitement chirurgical en cas de handicap.

Chirurgie
Chirurgie
de l'œil

2. Il faut traiter :

- si l'atteinte ophtalmoscopique est modérée (ex : pâleur papillaire...) et les PEV par flash normaux ;
- si dans l'amblyopie organique bilatérale, on constate sur l'œil fixateur une atteinte du fond d'œil et des PEV plus importante que sur l'œil strabique.

C) Amblyopie fonctionnelle des enfants avec lésions cérébrales (IMC).

La décision de prescrire une correction optique, de traiter et de poursuivre le traitement de l'amblyopie se prend en collaboration avec le médecin rééducateur.

Il faut toujours traiter l'amblyopie le plus tôt possible si le comportement visuel en binoculaire est normal, si l'amblyopie est purement fonctionnelle et si le développement psychomoteur n'est pas à priori péjoratif. Il faut privilégier dans la petite enfance chez les enfants lourdement handicapés l'orientation dans l'es-

pace et le champ visuel (rétréci par les montures de lunettes, les verres de forte puissance et l'occlusion) et savoir renoncer au traitement.

En dehors des amétropies fortes, il n'est donc pas utile de prescrire de correction chez les bébés qui ont un comportement de quasi-cécité ou qui ont peu d'espoir d'avoir un développement psychomoteur satisfaisant.

II. L'AMBLYOPIE BILATERALE (ORGANIQUE)

1. Il faut toujours rechercher et corriger précocement et totalement une amétropie associée à l'amblyopie bilatérale ce qui permet d'améliorer, parfois nettement, les performances visuelles. Les amétropies fortes sont fréquentes dans de nombreuses pathologies congénitales ou acquises de l'enfant :

- Nystagmus congénital :
 - idiopathique,
 - de l'albinisme (un astigmatisme oblique de plus de 2 dioptries, une myopie ou une hypermétropie supérieure à 4 dioptries y sont souvent associés),

- de l'amaurose congénitale de Leber : (hypermétropie forte),
- de l'achromatopsie (myopie forte),
- de l'héméralopie congénitale (astigmatisme et myopie : l'amblyopie est souvent modérée et rattachée à tort à l'amblyopie méridienne).

- Rétinopathie pigmentaire liée à l'X (myopie forte).
- Atrophie optique en rapport avec une souffrance fœtale chez le prématuré.

2. A l'inverse devant une amétropie bilatérale avec fond d'œil normal, si l'acuité visuelle ne se normalise pas avec une correction optique totale, il faut évoquer une amblyopie organique. Les examens fonctionnels de la vision sont alors indispensables au diagnostic.

- Atteinte des voies optiques : PEV altéré, ERG normal, (champ visuel après 7 ans).
- Atteintes rétiniennes (dystrophies rétiniennes mixtes et autres causes précédemment citées) : ERG altéré. ■

Chirurgie en direct
Chirurgie : Clinique
de la Muette -
Paris

Direct 98

D.A. Lebuison

L'après-midi sera consacrée à des sessions de 1h 15
où les chirurgiens et les orateurs reviendront
sur les techniques utilisées

Lieu de la réunion
Centre de Congrès
Chaillot-Galliera -
28, avenue Georges V
75008 Paris

Vendredi 16 Janvier 1988
Samedi 17 Janvier 1998

Chirurgie réfractive • Chirurgie de la cataracte et du glaucome • Chirurgie maculaire pour le chirurgien du segment antérieur • Chirurgie esthétique palpébrale pour les ophtalmologistes •
Nouvelles approches chirurgicales de l'appareil lacrymal

Renseignements et inscription : Brigitte Arson - Secrétariat d'Ophtalmologie -
CMC Foch - 40 rue Worth - 92150 Suresnes - Tél. : 01 46 25 20 81 - Fax : 01 40 99 98 49

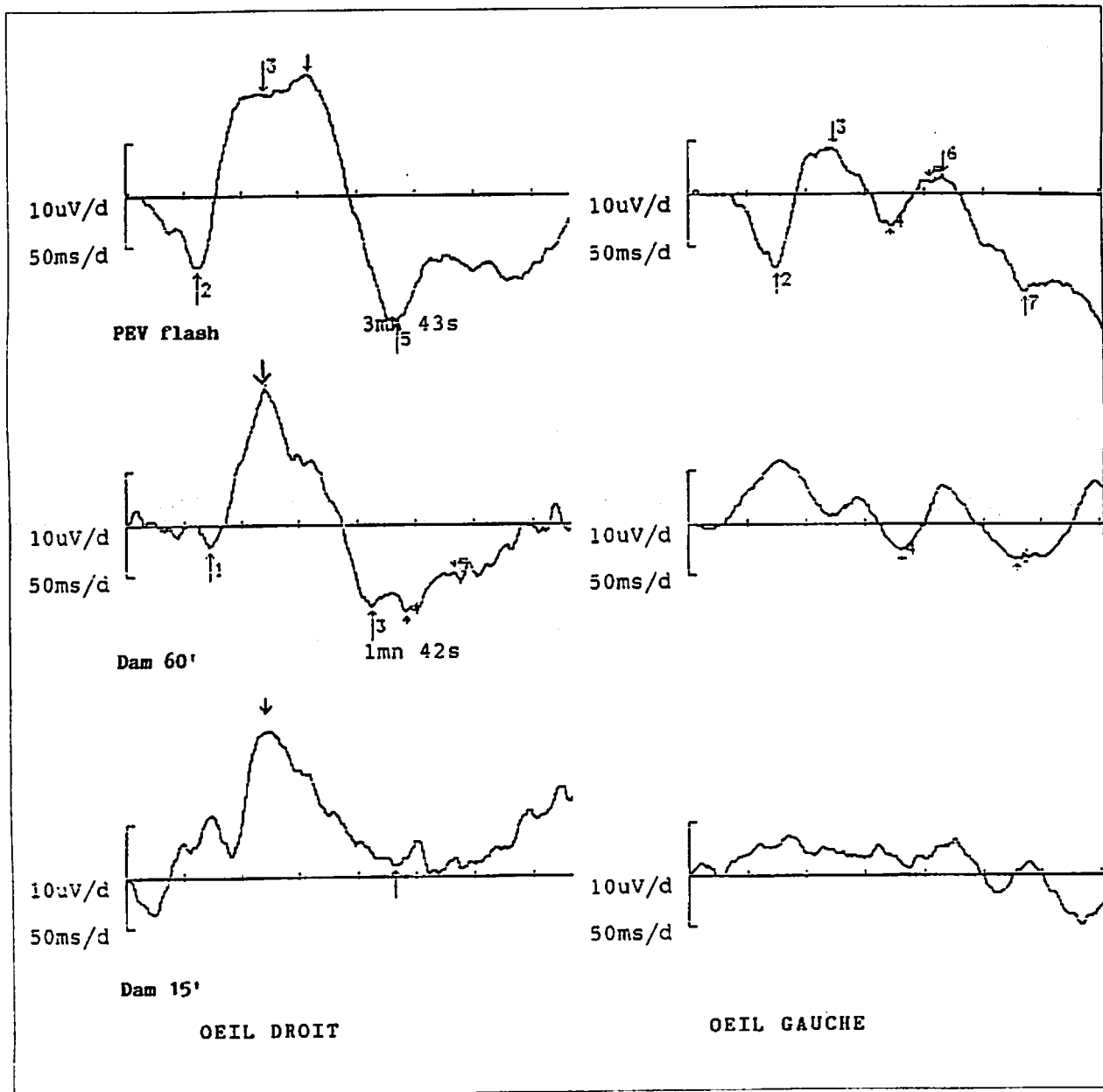


Figure 1 : Amblyopie organique gauche : malformation papillaire.
 PÉV par flash altérés, PÉV par damier 60' et 15' non analysables.

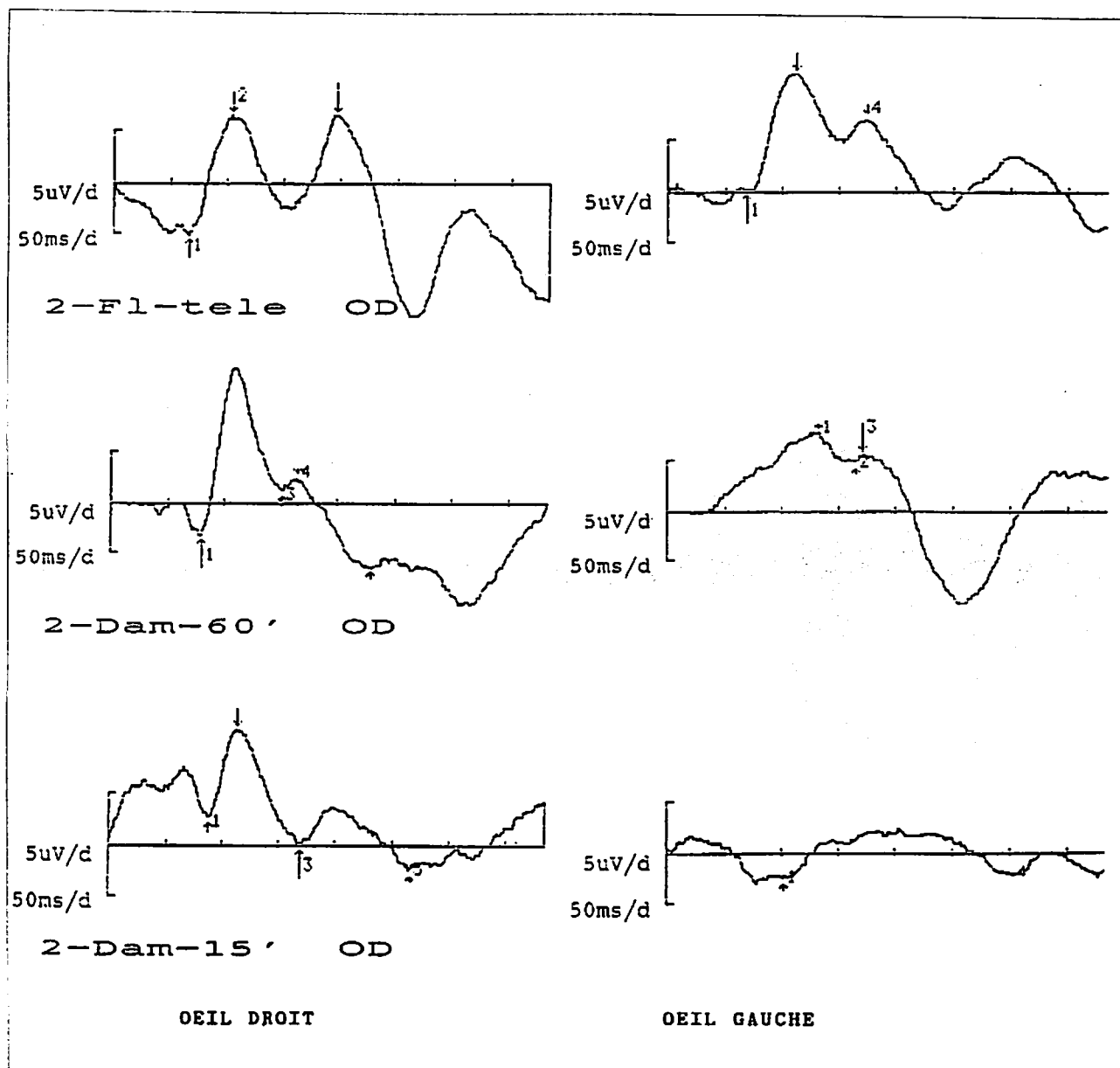


Figure 2 : D. 4 ans, amblyopie gauche par anisométrie.
PEV par flash normaux, PEV par damier 60' altérés, PEV par damier 15' plats.

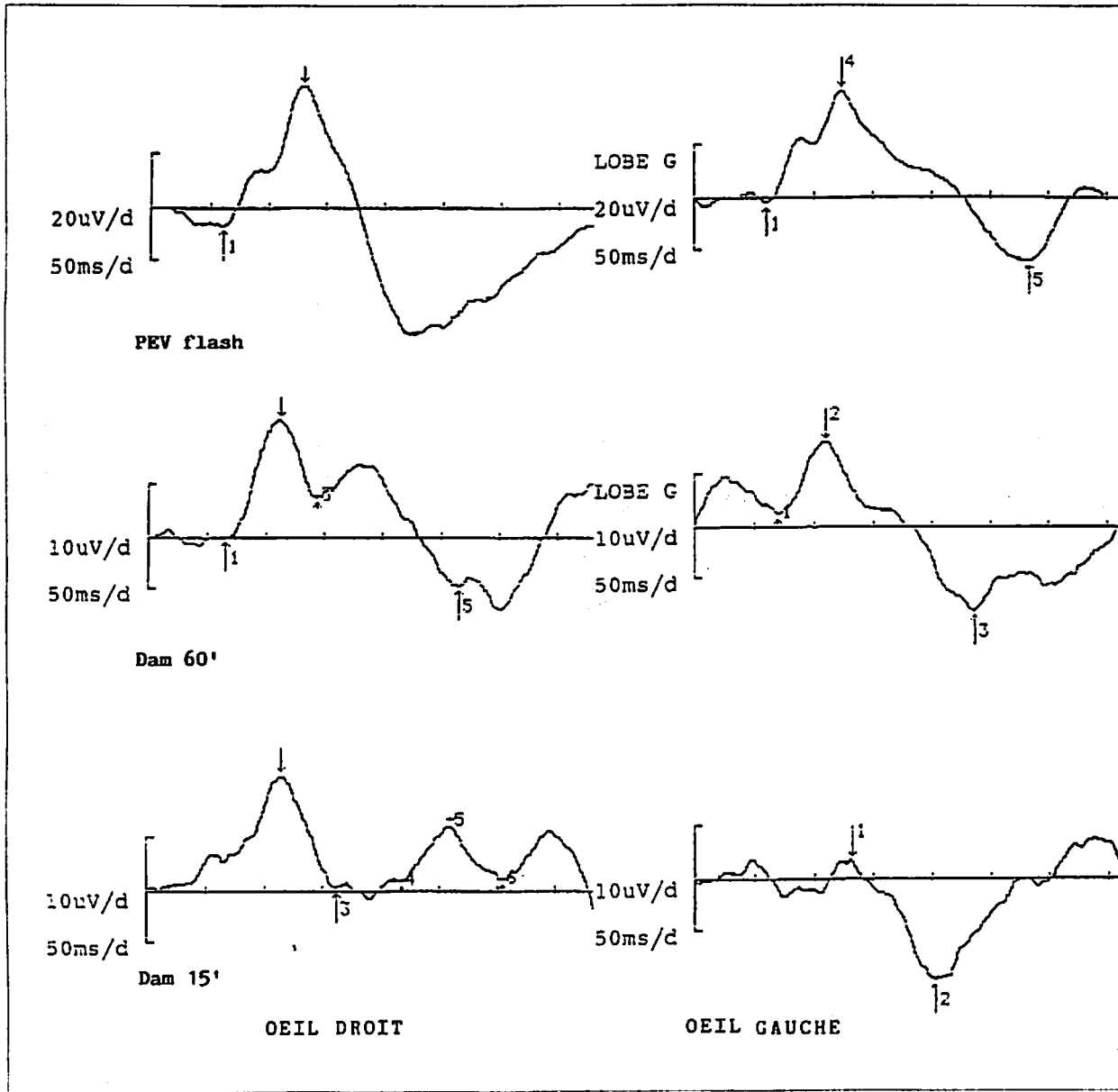


Figure 3 : M..3 ans, amblyopie strabique gauche.
 PEV par flash normaux, PEV 60' et 15' diminués d'amplitude par rapport à l'œil droit.

LOBE
 50uV
 100ms
 LOBE
 20uV
 100ms
 LOBE
 20uV
 100ms

Fr
 a: PEV n
 b: PEV "im
 positiv
 c, d: m
 tardives.

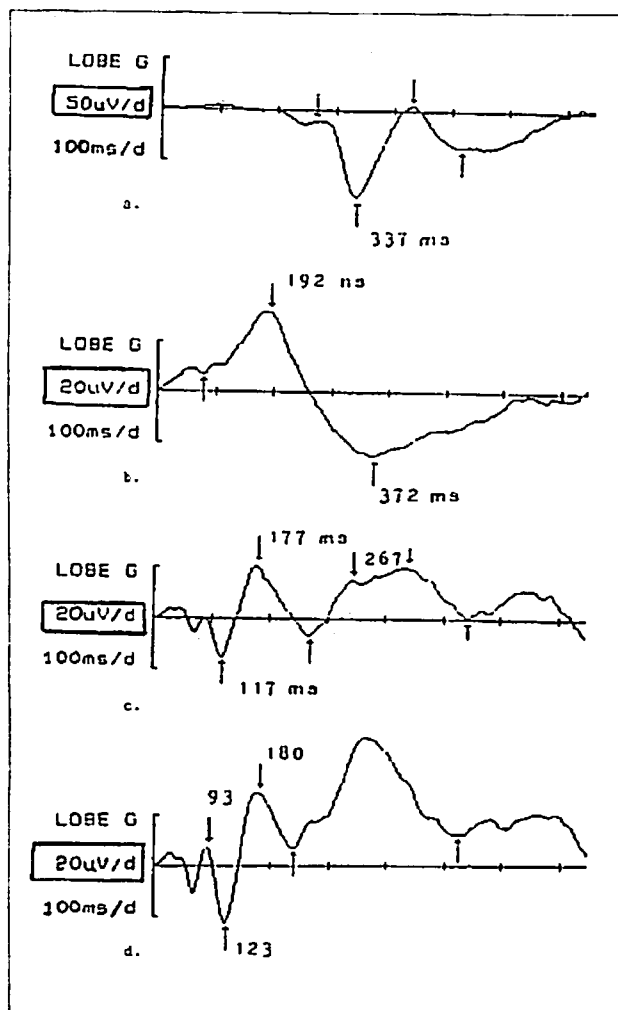


Figure 4 : Maturation du PEV flash avec l'âge.
 a: PEV normal du prématuré et du nouveau-né à terme jusque 1 mois. (Grande onde négative vers 300 ms.)
 b: PEV "immature", normal jusqu'à l'âge de 6 mois. (grande onde positive P200 suivie d'une grande onde négative N300)
 c, d : maturation du PEV. (Apparition d'ondes précoces et tardives. Pic principal plus précoce et d'amplitude plus faible).

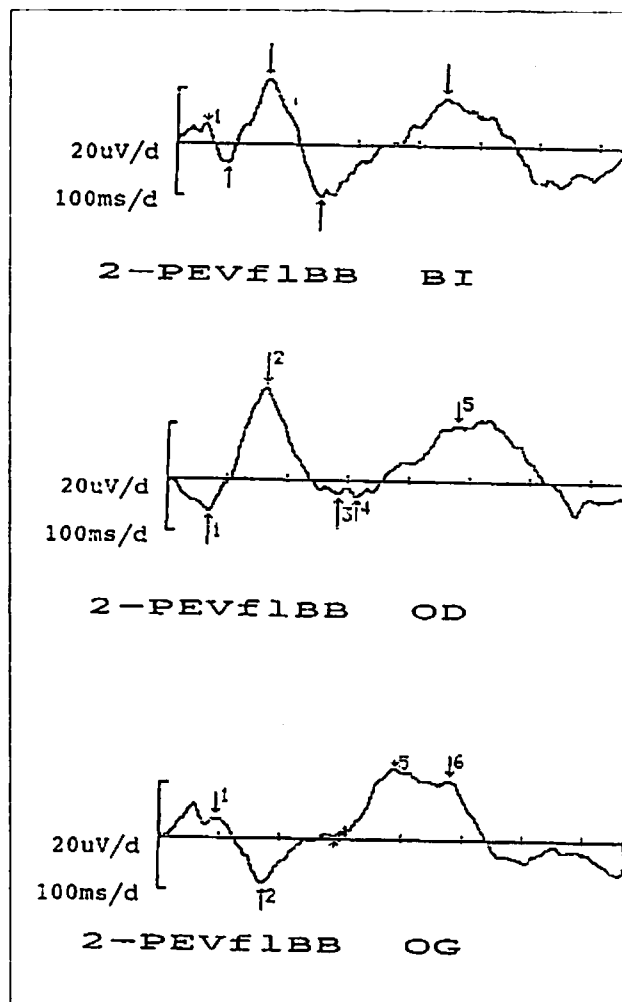


Figure 5 : C.. 2,5 ans. Amblyopie de privation.
 Cataracte congénitale gauche.
 PEV par flash "immatures".