

# Pourquoi encore parler d'amblyopie ?

## Why still talk about amblyopia?

Annie Sabiani (Orthoptiste) <sup>a</sup>

Annick Bouly de Lesdain (Orthoptiste) <sup>b</sup>

<sup>a</sup>38, rue de Bercy, 75012 Paris, France

<sup>b</sup>13, rue de Neuilly, 94120 Fontenay sous Bois, France

### RÉSUMÉ

Depuis toujours, pour les orthoptistes, le problème du traitement de l'amblyopie est **un sujet important** du fait du nombre de patients à traiter et **difficile** du fait de la grande diversité des types d'amblyopie. Aujourd'hui encore il nous faut réfléchir sur la meilleure stratégie à adopter. Certes, si un temps d'occlusion est incontournable, il apparaît que **la rééducation orthoptique active** doit commencer dès la découverte de la pathologie et la surveillance se prolonger plusieurs années après la récupération de l'acuité visuelle.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### SUMMARY

For orthoptists, the problem of the treatment of amblyopia has always been an important subject because of the number of patients to be treated and difficult because of the great diversity of types of amblyopia. Even today we need to think about the best strategy to adopt. Admittedly, if an occlusion time is unavoidable, it appears that the active orthoptic rehabilitation must begin as soon as the pathology is discovered and the surveillance will continue several years after the recovery of visual acuity.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

### INTRODUCTION

Déjà tant de livres, d'articles, de réflexions partagées, de cas traités et ce, depuis des années...

Le consensus de toutes ces publications est l'obligation de déterminer et faire porter la correction optique totale dès le dépistage de l'amblyopie.

Concernant la prise en charge le consensus sera toujours difficile à obtenir car le traitement est complètement dépendant du type d'amblyopie, de la plainte, de l'âge, de la gêne fonctionnelle, des incidences posturales, sur la vie professionnelle, pour les activités quotidiennes... Le traitement sera obligatoirement adapté à chacun.

Mais dans tous ces cas le bilan et la rééducation orthoptique active doivent être commencés dès la mise en évidence de l'amblyopie.

C'est en développant la dynamique oculaire que l'acuité récupérée de l'œil amblyope sera la mieux conservée.

### DE QUOI S'AGIT-IL ?

La prise en charge de l'enfant ou l'adulte amblyope est le travail souvent quotidien de l'orthoptiste. La grande diversité des situations et donc de l'adaptation des traitements est indispensable. Les décisions thérapeutiques ne sont pas toujours évidentes [1]. (*Encadré 1*) L'amblyopie organique est à elle seule un sujet particulier qui ne sera pas traité dans cet article.

D'ailleurs le Docteur Pigassou-Albouy définit que « le terme *amblyopie* signifie *baisse de l'acuité visuelle* sans atteinte organique *apparente*. » [2]

### MOTS CLÉS

Amblyopie  
Correspondance cortico-rétinienne  
Acuité visuelle  
Occlusion  
Rééducation active

### KEYWORDS

Amblyopia  
Cortico-retinal  
correspondence  
Visual acuity  
Occlusion  
Active rehabilitation

### Auteur correspondant.

**A. Sabiani,**  
38, rue de Bercy, 75012 Paris,  
France.  
Adresse e-mail :  
annie.sabiani@libertysurf.fr

<https://doi.org/10.1016/j.rfo.2018.06.004>

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Encadré 1

**Intensité de l'amblyopie****Ph.Lanthy** : dictionnaire du strabisme Maloine 1983Amblyopie profonde  $\leq 0,2$ Amblyopie modérée  $0,2 < AV < 0,5$ Amblyopie légère  $0,5 < AV < 0,9$ **MF. Clenet** RFO volume 4 N°2Amblyopie relative  $AV \neq 0,2$ 

Et aussi : « L'amblyopie ne se caractérise pas seulement par une baisse de l'acuité visuelle. . . De plus, d'autres performances sensorielles et parfois motrices peuvent être altérées »  
 Enfin : « L'occlusion a non seulement pour but de permettre l'activité de l'œil amblyope, mais aussi de le soustraire à l'action de l'œil dominant. L'activité inhibitrice de l'œil dominant persiste lorsque l'œil amblyope a récupéré une acuité visuelle normale. La dominance anormale explique les échecs et les récurrences. Il n'y a de guérison totale que lorsque l'œil amblyope ayant récupéré ses capacités fonctionnelles est intégré dans l'ensemble binoculaire » [2]

Ainsi l'occlusion seule, même totale, n'est pas suffisante, un travail orthoptique actif, sensoriel et optomoteur, sera indispensable pour que les résultats deviennent pérennes au cours des années, sans gêne fonctionnelle, avec une bonne efficacité visuelle dans l'activité.

Le premier signe d'appel est souvent la présence d'une déviation strabique

Avec la recommandation de l'examen à 9 mois le dépistage précoce s'est beaucoup amélioré et permet de détecter des amblyopies sans strabisme. Les réfractomètres automatiques portables bi-oculaires sont une aide pour un dépistage précoce d'anomalies réfractives. Ils permettent d'orienter rapidement vers une consultation ophtalmologique.

## LA PRISE EN CHARGE IDÉALE POUR L'AMBLYOPIE

On doit entendre par traitement toutes les actions mises en œuvre : réfraction, occlusion, rééducation orthoptique active dès la découverte de l'amblyopie.

### La réfraction sous cycloplégie

Durant la prise en charge de l'amblyopie le port de la correction optique est le meilleur cycloplégique.

### Correction optique totale avec port permanent de celle-ci avant tout geste thérapeutique

**Rien ne peut se faire sans une correction optique ajustée et vérifiée au moins tous les 6 mois.**

Chez l'enfant en cas d'anisométrie le seul fait de corriger correctement l'amétropie peut faire remonter l'acuité. Aussi est-il prudent de ne pas démarrer l'occlusion avant d'avoir vérifié l'effet de la correction optique sur la vision.

Quelle que soit la méthode de la mesure de l'acuité visuelle (réseaux, appariements, test d'orientation...) la moindre différence entre les deux yeux doit alerter. (Fig. 1)



Figure 1. Importance du choix de la monture

## Traitement orthoptique de l'amblyopie

Après un premier examen ophtalmologique l'orthoptiste va organiser le traitement.

## UN TEMPS D'OCCLUSION DU BON ŒIL SERA TOUJOURS NÉCESSAIRE

Il y a un consensus sur le fait que l'occlusion est pratiquement toujours incontournable.

L'occlusion doit être utilisée avec grande prudence pour ne pas risquer de détruire des relations binoculaires en construction chez le jeune enfant.

Mais de quelle occlusion parle-t-on ?

Ce temps va être adapté selon l'âge de l'enfant et la profondeur de l'amblyopie.

Plus l'enfant est jeune plus il sera fractionné. Cette occlusion doit être accompagnée d'une surveillance très rapprochée.

L'occlusion ne sera efficace que si la rétine centrale et la rétine périphérique sont stimulées. La meilleure stimulation est l'activité pendant l'occlusion.

## IL FAUT RECENSER LES DIFFÉRENTS TYPES D'OCCLUSION

- L'occlusion totale sur peau est souvent préconisée. La durée d'occlusion doit être adaptée à l'âge, à la typologie, aux relations bi-oculaires. En cas de strabisme on note souvent une augmentation de l'angle de déviation, essentiellement en l'absence de travail optomoteur.
- Les filtres diminuants l'acuité visuelle peuvent permettre une étape, le degré de pénalisation choisi dépendra de l'état bi-oculaire et du degré de récupération après occlusion de l'acuité visuelle. En permettant la perception lumineuse en périphérie elle permet souvent de maintenir une déviation constante. À partir du moment où il y a éclaircissement de la rétine périphérique, celle-ci est réactive.
- Les pénalisations optiques sont encore souvent prescrites. Elles favorisent l'alternance un œil en vision de loin, un œil en vision de près et présente peu de dommage esthétique.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8591384>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8591384>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)