

Avertissement: notes prises au vol... erreurs possibles... prudence!

Colloque de Pédiatrie du 5 octobre 2021, deuxième heure:

Dépistage ophtalmologique en cabinet pédiatrique

Orateur : Prof. Heimo Steffen, médecin adjoint agrégé, responsable de l'Unité de neuro-ophtalmologie, strabologie et ophtalmo-pédiatrie - HUG

La recherche d'une asymétrie du reflet cornéen est importante.

Il est important d'apprendre à effectuer un dépistage visuel. La recherche des anomalies visuelles est importante car il peut y avoir des conséquences pour le développement scolaire.

Quels sont les examens que l'on peut faire ?

Le système visuel a une plasticité de développement surtout avant l'âge de six ans, mais elle persiste jusqu'à l'âge de 9 voire 11 ans.

À la naissance, la vision est faible, le champ visuel rétréci, l'acuité visuelle est très mauvaise à 0,05, les couleurs sont mal discernées.

De 2 à 3 mois on attend une coordination. A l'âge de quatre mois l'acuité visuelle est de 0,1, à l'âge de trois ans de 0,5. Les pupilles sont myotiques à la naissance.

À la naissance, il est nécessaire de rechercher le reflet pupillaire.

Des mouvements de poursuite oculaire apparaissent à l'âge de six mois. La vision binoculaire démarre dès l'âge de 1 à 2 ans, le test de Lang peut être pratiqué.

On peut tester l'acuité visuelle dès l'âge de deux ans et demi.

Pour faire l'examen, on a besoin d'une source lumineuse, d'un objet de fixation. Un ophtalmoscope fait bien l'affaire comme source lumineuse.

Un test de Lang réussi n'exclut pas une amblyopie ni un microstrabisme.

Les appareils de screening visuel sont utiles avec analyse du reflet cornéen, du reflet pupillaire, de la réfraction, et du diamètre pupillaire. C'est un outil de dépistage intéressant pour le cabinet médical.

Il faut également rechercher des conditions familiales à risque comme une anamnèse de strabisme, d'amblyopie, des troubles de la réfraction. Certaines conditions prédisposent à des problèmes visuels comme le syndrome de Down.

5 à 7% des enfants d'âge préscolaire ont un trouble visuel.

La position des yeux en coucher de soleil est souvent liée à une immaturité des nerfs crâniens. Il est néanmoins important de rechercher un bombement des fontanelles pouvant suggérer une hypertension intracrânienne.

Les ptôses sont à contrôler. L'enfant peut adopter une attitude en torticolis pour compenser. D'autres exemples de ptôses sont présentés.

Il faut également rechercher des différences de taille du globe oculaire ou des anomalies de position comme l'exophtalmie (par exemple liée à un hémangiome retro-oculaire)

Pour tester l'acuité visuelle, il ne faut pas employer des images mais des optotypes standardisés. Les seuils d'acuité visuelle ne font pas l'unanimité. Les appareils de dépistage sont effectifs.

Les facteurs de risque sont le strabisme, l'astigmatie, l'hypermétropie, la myopie. On peut tolérer des troubles de la réfraction en fonction de l'âge, notamment chez le très jeune enfant.

Avec l'ophtalmoscope, on recherche le reflet pupillaire et le reflet cornéen. Une asymétrie de reflet pupillaire est anormale. Il faut rechercher des signes de rétinoblastome, ou des anomalies du cristallin.

Les céphalées ne sont pas souvent liées au strabisme ou au problème de réfraction.

L'atteinte en torticolis est souvent associée à une anomalie des nerfs crâniens (par exemple syndrome de Duane avec anomalie d'innervation du muscle droit). L'anisocorie est souvent un sujet d'inquiétude. Un exemple est le syndrome de Claude Bernard Horner qui peut se voir dans les syndromes paranéoplasiques. On observe notamment un défaut de dilatation avec un retard prolongé d'environ 12 secondes. Dans l'anisocorie physiologique, le retard de dilatation est de 5 secondes. Les tests pharmacologiques peuvent être utiles. Il existe des critères pour distinguer entre les deux entités, l'anisocorie physiologique est relativement fréquente.

Compte rendu du Dr V. Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch