



Échos orthoptistes

Justine Lafolie et Ozlem Erol

Hôpital Fondation Adolphe de Rothschild, Paris

La myopie dans tous ses états - Freinage de la myopie

D'après l'intervention du Pr Dominique Brémond-Gignac

Selon l'étude de Brien Holden publiée dans l'*American Academy of Ophthalmology*, 50% de la population sera myope d'ici 2050, soit 4 758 milliards de per-

sonnes dans le monde, dont 938 millions de myopes forts (amétropie supérieure à 6,00 D et/ou longueur axiale supérieure à 26 mm).

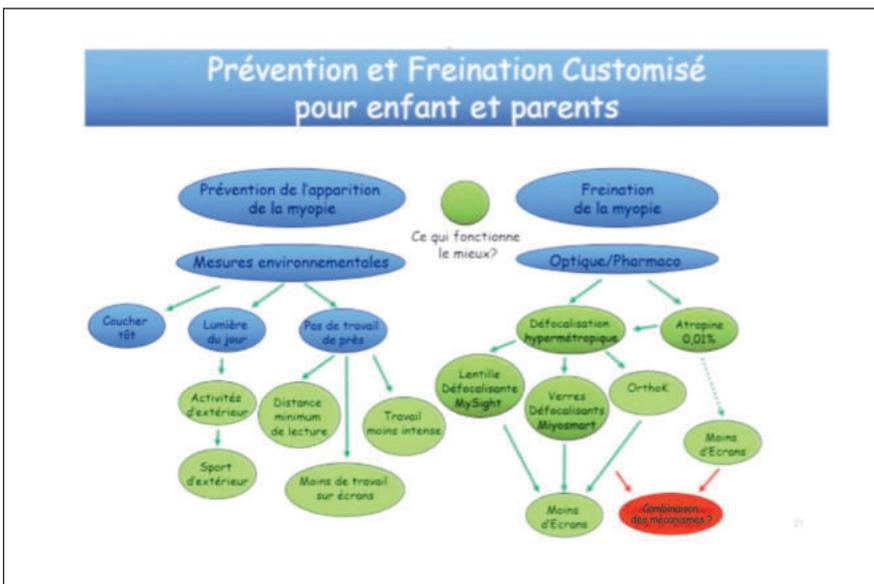
Cette augmentation du nombre de patients myopes engendre non seulement des problèmes réfractifs, mais également de nombreuses complications rétinien-

(néovaisseaux choroïdiens, décollement de la rétine, glaucome...) pouvant aller jusqu'à la cécité. En effet, chaque dioptrie supplémentaire augmente le risque de malvoyance de 67%. L'évolution de la myopie est donc un enjeu de santé publique.

De nombreux processus de freinage existent actuellement, qu'il est nécessaire d'associer à des mesures environnementales telles que la pratique quotidienne d'une activité en extérieur pendant au moins 2 heures, une diminution du temps passé sur les écrans, avec des pauses fréquentes et une distance de lecture appropriée.

À ce jour, les différentes actions freinatrices de la myopie chez l'enfant pouvant être mises en place après une réfraction sous cycloplégie sont :

- les verres ou les lentilles défocalisants : les verres correcteurs défocalisants permettent de créer une défocalisation non hypermétropique en moyenne périphérie, tout en gardant une correction optique myopique optimale dans la zone centrale du verre. Il existe actuellement différents verres sur le marché, avec des études menées sur plusieurs années : les verres MiYosmart (Hoya), avec la technologie DIMS (*Defocus Incorporated Multiple Segments*), qui ont une freinage de 59% de la myopie et de 60% de la longueur axiale selon une étude menée sur 6 ans ; les verres Stellest (Essilor), avec la technologie HALT radiare (*Highly Aspherical*





Lenslet Target), ayant quant à eux une freinage de 55% de la myopie et de 51% de la longueur axiale selon une étude menée sur 2 ans ;

- l'orthokératologie ;

- l'atropine faiblement dosée à 0,01, 0,025 ou 0,05% avec, selon l'étude LAMP, une diminution significative de la myopie et de la longueur axiale par rapport au groupe placebo après 2 ans de recul et avec des résultats 2 fois plus efficaces avec l'atropine 0,05% qu'avec l'atropine 0,01%.

Le choix du bon système freinateur doit être décidé avec l'enfant et les parents afin de déterminer la solution la plus adaptée.

Troubles cognitifs de l'enfant et troubles obstructifs du sommeil - AFO

D'après l'intervention du Dr Claude Ferret

Les symptômes présents chez un enfant atteint d'un trouble du déficit de l'attention, avec ou sans hyperactivité (TDAH), peuvent se manifester de manière similaire à ceux observés chez un enfant atteint du syndrome d'apnée-hypopnée obstructive du sommeil (SAOS).

En effet, selon une étude de Guilleminault publiée en 2004, sur 88 enfants TDAH, 55 présentaient un SAOS. Il est donc important de dépister ces enfants apnéiques afin d'aiguiller au mieux la prise en charge pluridisciplinaire.

Les troubles cognitifs chez ces enfants peuvent se manifester par des troubles du langage, des apprentissages et de l'attention, ou de l'hyperactivité. En conséquence, ces enfants sont très souvent orientés vers une équipe pluridisciplinaire en raison de leur TDAH.

Il est donc important d'élargir l'interrogatoire par quelques questions supplémentaires simples qui peuvent aiguiller vers le bon diagnostic.

Les signes d'appels nocturnes sont les ronflements, la respiration buccale

broyante, les apnées avec reprise bruyante, l'hypersudation, l'énurésie secondaire ou encore les parasomnies : cauchemars, somniloquies. Les principaux signes d'appels diurnes sont les difficultés à se lever le matin, la somnolence ou au contraire l'agitation, les troubles attentionnels à l'école, les troubles de l'humeur, le retard staturo-pondéral avant l'âge de 6 ans.

Les manifestations physiques incluent des symptômes tels que des lèvres sèches, des cernes, une anomalie oropharyngée (nez incompétent avec des enfants qui ne savent pas se moucher par exemple), une anomalie maxillo-faciale avec un encombrement dentaire lié à un palais trop petit...

Ces enfants présentent une persistance du phénomène de succion/déglutition primaire, avec un mouvement de la langue d'avant en arrière qui doit disparaître vers l'âge de 5 à 7 ans, pour devenir une déglutition de l'adulte avec un mouvement vertical de la langue vers le palais.

Il est important de souligner que le SAOS est 6 fois plus fréquent chez les enfants qui connaissent des difficultés scolaires à l'école primaire.

Lorsqu'une prise en charge pluridisciplinaire est mise en place, il est recommandé d'analyser attentivement les signes mentionnés précédemment lors du bilan initial, dans le but d'améliorer au maximum la prise en charge globale.

Évaluation longitudinale des biomarqueurs rétiens dans une équipe professionnelle de rugbymen : la rétine comme biomarqueur de commotion cérébrale ?

D'après l'intervention de Vivien Vasseur

Les résultats de l'étude ON-RUGBY (NCT03958110) nous ont été présentés. Cette étude visait à étudier les variations d'épaisseur de la rétine en SD-OCT et leur association avec les commotions cérébrales durant une saison chez une équipe de rugbymen professionnels.

En effet, les conséquences des lésions cérébrales traumatiques légères et des commotions cérébrales liées au sport constituent un défi pour les cliniciens, les joueurs, les entraîneurs et les parents d'enfants pratiquant des sports de contact. Des modifications des couches rétinienues ont été peu documentées à ce jour dans le domaine sportif, et notamment dans les sports sujets aux commotions cérébrales.

L'étude s'est déroulée en 2 visites, la première avant le début de la saison et la seconde avant le début de la suivante. Durant toute la saison, les participants ont été suivis par le personnel médical de l'équipe et le nombre de commotions cérébrales a été rapporté. Lors de chaque examen ophtalmologique, une SD-OCT et une OCT-A ont été réalisées chez tous les participants, permettant d'obtenir les mesures des épaisseurs péripapillaires et maculaires ainsi que l'estimation de la densité vasculaire maculaire. Parmi les 59 rugbymen inclus lors de la première visite, 36 ont été suivis pendant 1 an et ont passé une visite finale après la saison.

L'épaisseur de la couche de fibres nerveuses de la rétine (RNFL) a diminué de manière significative entre la visite initiale et la visite finale ($102,65 \pm 7,01$ m vs $101,46 \pm 7,14$, $p=0,0001$). On a également constaté une diminution significative du volume moyen de la couche des cellules ganglionnaires (GCL) ($1,16 \pm 0,08$ vs $1,14 \pm 0,09$ mm³, $p<0,0001$) et de la densité vasculaire maculaire ($19,71 \pm 3,01$ vs $19,36 \pm 3,03$ %, $p=0,0002$). Parmi ces 36 patients, 5 (13,9%) ont subi au moins 1 commotion cérébrale au cours de la saison. La perte moyenne de RNFL était significativement plus élevée chez les rugbymen ayant subi au moins 1 commotion dans l'année.

Cette étude a permis de démontrer l'intérêt du suivi par OCT, et notamment grâce à l'analyse du RNFL et GCL, afin d'évaluer les conséquences d'une commotion cérébrale.