



Association myopie et NF1 chez une fillette : penser à l'adaptation en lentille

Lydia Hamoudi, Françoise Ernould

L'enfant M., âgée de 5 ans, se présente en consultation d'ophtalmologie pour suspicion d'amblyopie de l'œil droit. L'anisométrie importante et la motivation de l'enfant nous ont poussées à lui proposer une adaptation en lentille rigide.

Observation

M. a comme principal antécédent une neurofibromatose de type 1 (NF1), pour laquelle un suivi IRM corps entier à la recherche de névrome est effectué de manière régulière.

Lors de la consultation initiale, on retrouve une réfraction sous cycloplégie (cyclopentolate) à droite de $-14,50$ ($-4,00$) 50° , et $+1,25$ à gauche. L'acuité visuelle était chiffrée à $1/20^\circ$ R1/2,5 à droite et $7/10^\circ$ R1/2 à gauche.

À l'examen du segment antérieur, on notait des nodules de Lisch aux 2 yeux.

Au fond d'œil, il existait une atrophie péripapillaire avec un aspect légèrement dysversique à droite. Celui-ci était normal à gauche.

Au bilan orthoptique nous mettons en évidence une ésoptropie et une hypotropie de l'œil droit ainsi qu'une ptose de la paupière supérieure droite sans névrome à l'IRM (figure 1).

Au vu de la myopie unilatérale sévère dans un contexte de NF1, une imagerie a été demandée à la recherche d'un neurofibrome des voies optiques et/ou palpébral. L'IRM effectuée ne montrait aucune anomalie.

Devant cette amblyopie liée à une anisométrie myopique forte de l'œil droit, nous avons proposé une

rééducation par occlusion de l'œil gauche et une adaptation en lentille rigide de l'œil droit.

Discussion

Après discussion avec la famille, nous avons opté pour une lentille à port permanent : la lentille Menicon EX-Z (diamètre 10,5 mm – rayon 7,5 mm – puissance -12 D DVO). L'avantage de cette lentille est d'offrir une grande perméabilité (matériau Z) avec un Dk/e de 109.

Au contrôle à 1 semaine en port permanent, la lentille avait une bonne mobilité et il n'y avait pas de marquage périphérique à l'examen à la fluorescéine (figures 2 et 3).

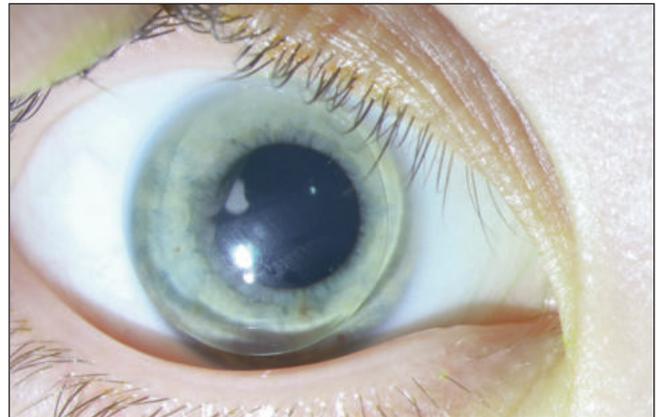


Figure 2. Photo en lampe à fente. Bon recentrage au clignement.

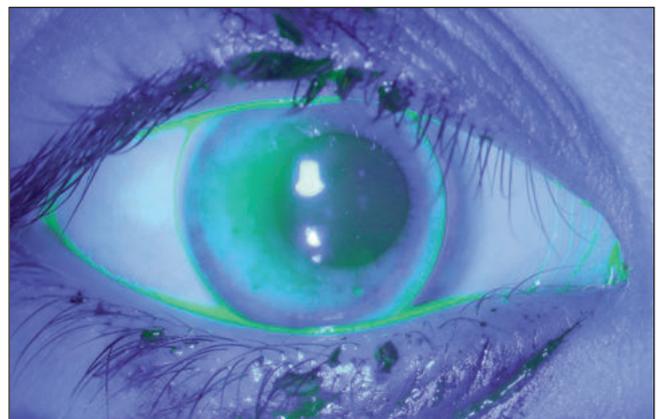


Figure 3. Photo en lampe à fente avec fluorescéine. Pas d'appui, pas de marquage périphérique de la lentille.



Figure 1. Ésoptropie et hypotropie de l'œil droit. Ptose de la paupière supérieure droite.

CHU de Lille

Au contrôle à 2 mois, on notait une amélioration de l'acuité visuelle à 2/10^e R1/2 avec l'ajout d'un verre correcteur de -1,75 D. Nous avons donc modifié la puissance de la lentille et opté pour une Menicon EX-Z de diamètre 10,5 mm, de rayon 7,5 mm et de puissance -14 D DVO. Au contrôle à 1 semaine en port permanent, le centrage de la lentille était correcte, il n'existait pas d'engrassement ni d'appui.

Au cours du suivi, l'acuité visuelle s'est stabilisée à 3/10^e P2. L'occlusion de l'œil gauche a été stoppée à l'âge de 7 ans après diminution progressive.

Actuellement, M. est toujours sous lentille rigide Menicon EX-Z (diamètre 9,60 mm – rayon 7,60 mm – puissance -12 D DVO) parfaitement tolérée.

Conclusion

La myopie forte unilatérale est un des signes cliniques parfois rencontrés dans la NF1. Il est primordial d'éliminer dans un premier temps un neurofibrome de la paupière supérieure ipsilatérale. L'amblyopie par anisométrie sur myopie forte unilatérale est souvent due à un défaut de dépistage précoce. Une lentille rigide est proposée dès que l'âge de l'enfant le permet en prenant en compte différents facteurs, notamment l'entourage de l'enfant et la motivation de celui-ci. Le port peut être proposé en permanent, avec un renouvellement annuel de la lentille. Sans oublier l'occlusion, impérative dans le cas d'une amblyopie !

Pour en savoir plus

Protocole national de diagnostic et de soins – Neurofibromatose de type 1. www.has.fr