



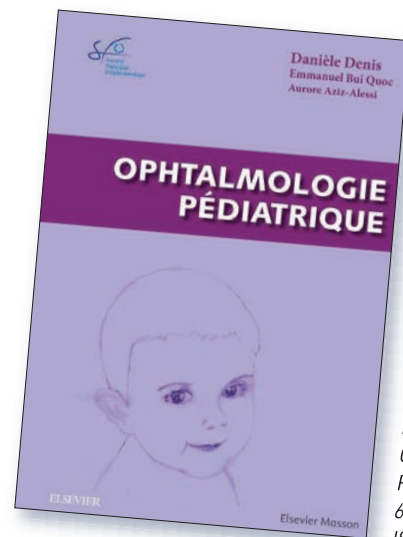
Ophtalmologie pédiatrique

Rapport de la SFO 2017

« Les troubles de la réfraction non ou mal corrigés demeurent la première cause mondiale de déficience visuelle »

Entretien avec Danièle Denis, PU-PH, Hôpital Nord, AMU AP-HM, Marseille

L'ophtalmologie pédiatrique est un vaste domaine. Des prises en charge les plus simples aux plus compliquées, l'enjeu reste le même : obtenir la meilleure capacité visuelle possible. Fruit d'un travail considérable, le rapport « Ophtalmologie pédiatrique » a été présenté le mardi 9 mai dans le grand auditorium du palais des congrès de Paris. La lutte contre les pathologies cécitantes fut le fil conducteur de cette présentation, sachant que les troubles réfractifs représentent la première cause de déficience visuelle au monde. « Dans notre pays, on ne peut que constater que la prise en charge ophtalmologique des enfants reste encore déficiente » regrette Alain Pechereau en livrant ses « réflexions sur l'ophtalmologie pédiatrique ». Danièle Denis a exprimé sa reconnaissance aux collaborateurs, auteurs ou autres acteurs qui ont contribué à la parution de l'ouvrage.



Ophtalmologie pédiatrique
Rapport SFO 2017
Danièle Denis
Elsevier-Masson,
mai 2017
Collection :
Rapport de la SFO
600 pages, 285 €
ISBN : 9782294750229

Dans la préface, David Taylor¹ expose le « rôle » du rapport « Ophtalmologie pédiatrique » ; à quels enjeux répond cet ouvrage ?

L'ophtalmologie pédiatrique est un thème fondamental. Tout ophtalmologiste est susceptible de recevoir des enfants et doit être garant de leur fonction visuelle. Les troubles de la réfraction non corrigés demeurent la première cause mondiale de déficience visuelle, avec des conséquences socio-économiques graves. Il s'agit donc d'un enjeu de santé

publique. Pourtant personne n'a encore chiffré le coût de la déficience visuelle de l'enfant...

Le rapport est une mise au point des connaissances actuelles à un moment précis de l'histoire de l'ophtalmologie, qui permet enfin de faire la lumière sur cette sur-spécialité, à travers une approche globale. Jusqu'alors l'ophtalmologie pédiatrique n'avait en effet été abordée que sous la forme de quelques rapports dédiés ou de chapitres de rapports.

C'est sur proposition de Gilles Renard, soutenu par Christophe Baudouin et Philippe Denis du conseil d'administration d'alors, que ce thème a été choisi et voté en 2013.

1. David Taylor, Professeur émérite, Institute of Child Health, Londres

Il était important que la SFO lui dédie un rapport complet, accessible et actuel.

En quoi l'ophtalmologie pédiatrique diffère-t-elle de l'ophtalmologie adulte ?

La réfractométrie automatique a transformé les pratiques, comparée à l'ancienne skiascopie, et, comme l'a rappelé Claude Speeg-Schatz, examiner un enfant n'est pas si difficile. Le rôle de chaque ophtalmologiste est de détecter les pathologies graves et de les signaler ; dès la première consultation l'examen de la réfraction et du fond d'œil doit être systématique, même en l'absence de signe d'appel.

«Examiner un enfant : ce n'est pas si compliqué» Claude Speeg-Schatz

L'examen de l'enfant d'âge préverbal, peu coopérant, est souvent considéré comme difficile mais n'est pas si compliqué. Il faut savoir écouter les parents et l'enfant, observer le comportement visuel spontané, sans négliger les signes rapportés par les enseignants, le pédiatre et le médecin généraliste. Toute altération de la fonction visuelle au cours de la période sensible du développement peut induire une amblyopie, cependant il est possible de restaurer une fonction visuelle normale, à condition d'agir suffisamment tôt : avant la fin de cette période sensible. Outre l'évaluation comportementale, le diagnostic d'amblyopie à l'âge préverbal passe par la recherche qualitative de la fixation monoculaire et aussi la recherche quantitative via le classique regard préférentiel. Cependant, si le test de «Bébé-Vision» est intéressant pour suivre le traitement de l'amblyopie, il ne constitue en aucun cas un bon test de dépistage. Dès l'âge de 2 ans, il est possible de tester l'acuité visuelle par appariement en vérifiant l'occlusion de l'œil non testé et sans tourner le dos à l'enfant. Parmi les différents optotypes adaptés à la vision de loin, le trident de Raskin est utilisable dès l'âge de 4 ans. Le bilan sensoriel comporte la réfraction, mesurée par skiascopie sous cycloplégique, en espérant disposer dans l'avenir d'appareils à la fois sensibles, peu coûteux et pratiques, qui ne nécessiteront pas de cycloplégie. À ce jour, le cyclopentolate reste la référence pour l'examen de routine dès l'âge d'1 an et n'a plus de contre-indication. Orienté le cas échéant par les signes d'appel, l'examen clinique à la LAF ne diffère pas de celui de l'adulte, en utilisant la technique du *flying baby*. On s'intéresse à la fixation maculaire, à l'examen du FO, au reflet cornéen de la lumière, au réflexe de poursuite.

Quelles sont les modalités du dépistage des troubles visuels de l'enfant ?

Les causes de déficiences visuelles de l'enfant sont le plus souvent fonctionnelles, réfractives et strabiques, et plus rarement organiques. Toutes causes confondues, 80% d'entre elles sont évitables et peuvent être prévenues ou traitées par des stratégies adaptées à chaque pathologie. Le plan de l'OMS «Vision 2020» a pour objectif de prévenir les déficiences visuelles en ciblant chez l'enfant les pathologies cécitantes évitables, dont certaines, au delà du pronostic visuel, engagent aussi le pronostic vital. Il faut se battre dès la naissance pour le droit à la vue dans tous les pays du monde.

La maturation de l'œil dure plus de dix ans mais le pic de vulnérabilité extrême est très précoce puisqu'il se situe autour du 12^e mois. La prise en charge spécifique, de la conception à l'adolescence, nécessite une surveillance du développement physiologique, surtout les 2 premières années, mais aussi au-delà, par des examens systématiques. À ces occasions, la recherche d'un facteur réfractif d'amblyopie fonctionnelle peut aussi révéler une amblyopie organique asymptomatique dont le traitement devra être le plus précoce possible.

En 2010, l'OMS a estimé que près de 285 millions de personnes présentaient une déficience visuelle dont 19 millions sont des enfants de moins de 15 ans. Parmi ces derniers, 12 millions avaient des anomalies de la réfraction mal corrigées. Il faut investir dans un auto-réfractomètre portatif et dépister les troubles de la réfraction entre 9 à 15 mois !

La précocité d'action est essentielle. Les troubles de la réfraction sont LA cause de cécité évitable même dans nos pays industrialisés. La réfraction sous cycloplégique, idéalement effectuée à l'âge de 9 mois, permet de corriger les amétropies. Nous n'insisterons jamais assez : devant tout trouble fonctionnel, tout strabisme, toute amétropie importante sans strabisme, la correction optique totale doit être la règle. Réalisé dans le même temps, l'examen du fond d'œil peut détecter de graves anomalies susceptibles de mettre en jeu les pronostics visuel et vital.

Quels facteurs ou signes doivent absolument alerter ? Pourquoi ?

Il faut retenir 3 facteurs clés : les pathologies ophtalmologiques familiales (strabisme...) ; les situations à haut risque telles que la prématurité, les hémorragies cérébrales néonatales, le faible poids de naissance, les pathologies neurologiques ou encore les malformations cranio-faciales ; les signes d'appel sont quant à eux peu nombreux.

Le dépistage des hypermétropies fortes est capital. Au-delà de +3,5D, les risques de strabisme et d'amblyopie



augmentent respectivement de 13 et 6 fois si l'hypermétropie n'est pas corrigée alors qu'ils diminuent de 4 et 2,5 fois grâce à la correction optique totale ! Une hypermétropie forte doit être corrigée, même en l'absence de strabisme. Il faut surveiller l'enfant 3 fois par an au début, puis 2 fois par an, enfin tous les ans jusqu'à l'âge de 10 ans. Tout bris de lunettes doit aussi être l'occasion de vérifier la réfraction.

Pourquoi faut-il traiter l'amblyopie ? D'une part la qualité de vie est liée à l'amblyopie, avec un seuil critique de 5/10, d'autre part, chez l'adulte, le risque de cécité double en cas d'amblyopie. Plus le traitement, qui peut se poursuivre jusqu'à l'âge de 10 ans, est précoce, meilleures sont les chances de récupération visuelle, mais ce n'est pas nouveau.

Comment gérer l'annonce (pathologie grave, malvoyance et handicap...)?

L'annonce d'une malvoyance a un effet dévastateur au niveau familial. Il ne faut donc jamais annoncer un diagnostic présumé lors du premier contact clinique sans preuve.

Il faut distinguer l'annonce des cancers (qui comporte des spécificités), de celle du handicap visuel. La vision est capitale pour le développement psychomoteur de l'enfant, ses apprentissages et son insertion sociale. Face à des pathologies cécitantes inévitables et un enfant qui souffre d'un handicap, visuel ou neuro-visuel, nous nous sentons tous démunis. Dans le cas du handicap, notre rôle consiste à expliquer aux familles les compensations possibles et à les orienter au plus vite vers des structures adéquates, des spécialistes et les apprentissages. Il faut leur faire comprendre que des aides existent et que la société est aussi adaptée aux non-voyants. Le chapitre consacré aux handicaps, coordonné par Emmanuel Bui Quoc, en témoigne.

Attention cependant aux baisses d'acuité visuelles non organiques. Dans le chapitre du même nom, Pierre Wary et Pierre Lebranchu expliquent comment reconnaître et prendre en charge les « réactions visuelles de conversion ».

Christophe Orsaud détaille quant à lui le **retard de maturation visuelle, ou maladie de Beauvieux**. Cette pathologie non exceptionnelle doit être évoquée devant un nouveau-né ayant un comportement d'aveugle ou de profond malvoyant sans anomalie ophtalmologique ni antécédent familiaux de malvoyance ou accident au cours de la grossesse. Le diagnostic ne peut être certain que devant la normalisation de la vision, qui survient avant le 6^e mois de vie dans la forme isolée. C'est pourquoi il faut être prudent avant d'annoncer un diagnostic de malvoyance.

L'interdisciplinarité, notamment la collaboration avec les pédiatres, est-elle incontournable ? Pourquoi ?

En effet, dans notre spécialité l'interdisciplinarité est incontournable et commence dès la naissance. Soit l'ophtalmologiste appelle le pédiatre spécialisé pour un bilan d'orientation soit le pédiatre spécialisé sollicite l'aide de l'ophtalmologiste. Cette interdisciplinarité s'orchestre en fonction des situations cliniques. Toutes les interdisciplinarités figurent dans le rapport. Les pédiatres sont très intéressés par l'examen entre 9 et 15 mois. La moitié des handi-caps visuels sont associés à une encéphalopathie, or le développement d'un enfant pris en charge entre 9 et 15 mois est nettement meilleur, c'est le jour et la nuit.

Dans le carnet de santé les examens du 9^e et du 24^e mois consistent à vérifier la transparence des cornées, la taille des globes oculaires, les pupilles, la présence ou non d'un strabisme et la poursuite oculaire. Cependant, seuls la réfraction sous cycloplégique et l'examen du fond d'œil par l'ophtalmologiste peuvent conclure à la normalité. La collaboration avec les orthoptistes intervient quant à elle dans la surveillance et non le dépistage chez l'enfant en âge pré-verbal.

Quels sont les progrès thérapeutiques récents et les perspectives ?

Définir l'ophtalmologie pédiatrique c'est aussi évoquer les avancées scientifiques et technologiques qui ont permis à des pathologies cécitantes, considérées initialement comme inévitables, de devenir potentiellement évitables. Ces progrès considérables ne valent qu'au prix de l'obtention de la meilleure capacité visuelle possible qui conditionne notamment l'autonomie et l'insertion de l'enfant dans la société. Si l'acuité visuelle atteint au moins 5/10 (20/40), la qualité de vie de l'enfant sera préservée, ce qui est actuellement le cas de la majorité des pathologies cécitantes potentiellement évitables. Mais si cette capacité ne dépasse pas 2/10 on entre dans la déficience visuelle.

Certaines de ces pathologies cécitantes engagent le pronostic visuel mais non vital. C'est le cas de la cataracte et du glaucome congénital primitif où chirurgie et rééducation sauvent la vue de l'enfant. Dans ces pathologies, la qualification de « potentiellement évitable » suppose une prise en charge précoce et de qualité. Au cours des 30 dernières années la progression de l'acuité visuelle chiffrable l'a bien montré : la chirurgie est essentielle mais loin d'être suffisante. En effet, toute pathologie survenant pendant la période de maturation du système visuel s'accompagne d'une amblyopie dont il faut se charger. Loin d'être facile, cette



dernière étape de la prise en charge est un véritable combat thérapeutique qui implique l'enfant, sa famille et les professionnels de la vision ; le tandem orthoptiste/ophtalmologiste est essentiel.

De grands progrès ont aussi été réalisés dans le traitement du rétinoblastome. Quant à la rétinopathie des prématurés, une étude à 3 bras est en cours pour comparer la photocoagulation à deux dosages d'anti-VEGF en IVT. Il s'agit de montrer la supériorité des injections, notamment du dosage le plus faible, sur le laser, d'autant que ce dernier ampute définitivement le champ visuel. Cependant les conséquences sur le cerveau de l'enfant, qui a besoin du VEGF, restent à préciser.

Enfin, grâce aux futures thérapeutiques, des pathologies aujourd'hui encore cécitantes ne le seront plus demain.

D'autres messages ?

Nous sommes tous amenés à recevoir des enfants. Je souhaite que ce rapport puisse convaincre chacun de réaliser dès la première consultation une réfraction sous cycloplé-

gique et un fond d'œil, car ces deux examens permettent de détecter les pathologies les plus graves. Ce message peut paraître un peu simpliste, mais la pratique m'a malheureusement appris que, trop souvent, ces examens n'étaient pas effectués systématiquement et assez précocement. À l'heure des recommandations de bonnes pratiques nous nous sommes interrogés sur la pédagogie de notre spécialité. De nos jours l'enseignement est en perpétuelle progression, visant l'excellence. En 2016 une réflexion collégiale de notre corps professoral a abouti à la réforme du DES d'ophtalmologie avec notamment la réorganisation de l'enseignement de l'ophtalmologie pédiatrique (option chirurgie pédiatrique...). Baram Bodaghi, président du conseil national des universités, est l'un des principaux acteurs de cette réforme.

Il a fallu plusieurs années aux ORL pour obtenir le dépistage obligatoire de la surdité permanente néonatale à la maternité ; je poursuis les démarches afin d'amener le pouvoir politique à mettre en place des mesures similaires concernant la vision.

Propos recueillis par Véronique Barbat