



## Strabisme : quand opérer et comment l'expliquer aux parents ?

Laurent Laloum

**L**e but de l'opération d'un strabisme est parfois fonctionnel mais le plus souvent esthétique, ou plus exactement à la fois esthétique, psychologique et social. Il faut donc opérer quand les indications fonctionnelles ont été établies et lorsque la rééducation orthoptique n'a pas suffi, mais également en cas de moqueries à l'école, indication urgente et formelle, ou de demande esthétique justifiée, même sans moqueries à l'école. Autant de raisons qu'il faut expliquer aux parents, en ajoutant le risque anesthésique. La meilleure façon de rassurer les enfants est de leur expliquer l'opération, sans leur mentir ni omettre certains aspects, et de se préparer à détourner l'attention des plus jeunes.

### Rappel : une chirurgie presque toujours ambulatoire et une reprise rapide de la scolarité

Il s'agit d'une chirurgie ambulatoire, même si une anesthésie générale reste nécessaire pour les enfants. À partir de 13 ans, si le geste envisagé est simple, une anesthésie péribulbaire est proposée, ou mieux, une anesthésie topique afin de réaliser une chirurgie réglable, bien plus précise. La plupart des enfants opérés le jeudi ou le vendredi peuvent retourner à l'école le lundi.

Le chirurgien indique pour chaque cas son évaluation de la probabilité pour qu'une seule intervention suffise (de l'ordre de 90 % dans la plupart des cas), et rappelle que, même avec un excellent résultat, une retouche peut s'avérer nécessaire des années plus tard.

#### Pour savoir répondre lorsque l'on n'est pas chirurgien strabologue

- Le port de lentilles est rarement possible avant 10 à 30 jours.
- Les fils sont résorbables.
- Il est possible de prendre une douche et de se laver les cheveux dès le lendemain de la chirurgie.
- Les yeux sont rouge vif après l'opération.
- Le résultat doit être évalué après 2 à 6 mois. Un excès postopératoire de divergence est toujours réel, et à l'inverse, un excès postopératoire de convergence (convergent paraissant insuffisamment corrigé ou divergent paraissant inversé) est souvent transitoire.
- La piscine est interdite pendant 15 jours.

### Opérer dans un but esthétique est toujours honorable, souvent essentiel

#### Le but de l'opération est parfois fonctionnel...

- C'est le cas des indications suivantes :
- association à un nystagmus dont la chirurgie pourrait améliorer le blocage. C'est une indication importante qui justifie souvent une chirurgie assez précoce car la qualité du blocage déterminera les capacités visuelles futures de l'enfant ;
  - strabisme convergent aigu, lorsque la surcorrection convexe de l'œil dominant, associée à des prismes, n'a pas suffi. Mieux vaut alors opérer sans trop attendre ;
  - fatigabilité visuelle, surtout en cas de strabisme intermittent ;
  - possible récupération d'une vision binoculaire (surtout les strabismes à début tardif, ou intermittents devenus permanents) ; évitement d'une perte de la vision binoculaire lorsqu'un strabisme intermittent devient presque permanent ;
  - fixation croisée insuffisamment améliorée par une occlusion alternée prolongée, surtout si elle est associée à une stratégie d'exploration défectueuse (l'enfant ne trouve pas ce qui est juste devant lui, car son œil droit explore la gauche, son œil gauche explore la droite et il alterne sans s'arrêter à la vision droit devant) ;
  - amblyopie fonctionnelle résistante au traitement et favorisée par une déviation majeure, souvent associée à un nystagmus en abduction : l'enfant ne voit une image stable que lorsqu'il fixe en adduction.

Paris

### ... mais il est souvent esthétique

C'est le cas le plus fréquent. Lorsque nulle amélioration de la fonction visuelle n'est attendue de la chirurgie du strabisme, on informe les parents d'un but purement esthétique. Cette formulation est incomplète. Le but est à la fois esthétique, psychologique et social. Le strabisme responsable d'un problème esthétique est aussi responsable de difficultés psychologiques et sociales.

On ne devrait entendre aucun ophtalmologiste dire avec une sorte de dédain « *si on opérerait, ce serait purement esthétique* ».

On ne devrait entendre aucun ophtalmologiste dire « *il ne faut pas opérer ce strabisme* », et encore moins en menaçant les patients des pires diplopies, lorsqu'un strabisme cause un préjudice esthétique flagrant.

► Avant d'opérer, il faut avoir exploré les alternatives raisonnables (encadré 1).

► Il ne faut pas sous-estimer l'examen clinique mais se méfier des pièges de l'orthoptie (encadré 2 page suivante).

#### Encadré 1

##### Les alternatives raisonnables à la chirurgie

Avant d'opérer, il convient de s'assurer que l'on a essayé la meilleure solution médicale, en particulier en cas de déviation assez faible.

Exemples :

- prismer une petite hauteur ;
- surcorriger l'œil dominant en cas de strabisme accommodatif partiel ;
- lorsque la demande vient d'un strabisme visible uniquement à la piscine, très simplement, proposer des lunettes de piscine (prémontées : 30 à 60 euros) ;
- enseigner le contrôle de la vision floue/nette car il permet aux strabiques accommodatifs de conserver les yeux droits lors du retrait des lunettes ;
- proposer des lentilles en cas d'hypermétropie chez un strabique convergent ou de myopie chez un divergent.

### Les moqueries à l'école sont une indication formelle et urgente

On opère :

- en cas d'utilité fonctionnelle, lorsque la rééducation orthoptique n'a pas suffi ou bien lorsqu'il paraît certain que la chirurgie sera de toute façon nécessaire (inutile de faire 80 séances avant d'opérer si on sait qu'il faudra de toute façon opérer et s'il n'y a pas de risque anesthésique particulier justifiant de temporiser) ;
- en cas de moqueries à l'école. C'est une indication urgente et formelle. On ne doit pas laisser un enfant passer une scolarité douloureuse du fait d'un strabisme ;

- en cas de demande esthétique justifiée, même sans moqueries à l'école.

### Que faut-il expliquer aux parents ?

À ce qui précède et que les parents sont tout à fait capables de comprendre, il faut juste ajouter le risque anesthésique, plus important à un an qu'à quatre, ce qui explique que l'on n'opère pas dans un but esthétique un petit bébé.

### Que faut-il expliquer aux jeunes enfants ?

La meilleure façon de rassurer : expliquer sans mentir ni omettre, préparer le détournement de l'attention de l'enfant.

La seule chose à faire est de décrire ce qui va se passer, comme cela va se passer. En effet, le plus rassurant pour un enfant est de voir que tout se passe comme on le lui a raconté : tout le monde déguisé en Schtroumpfs bleus, la piqûre là où on a mis le patch magique (Emla®). Prévenir que là, il faut qu'il essaye de ne pas rire\* parce que ça fait rire tous les enfants et c'est embêtant parce que ça les fait bouger...



#### Pour les jeunes enfants, cela ne suffit pas !

Il faut détourner l'attention de l'enfant. J'ai l'habitude de donner un stick lumineux (ces petits bâtonnets en plastique qui deviennent lumineux lorsqu'on les tord) pour consoler des gouttes que je fais mettre dans les yeux. En consultation préopératoire, je parle de nos déguisements en Schtroumpfs bleus et je dis « *je serai tellement bien déguisé que tu ne pourras pas me reconnaître. Mais si tu me reconnais, lorsque tu reviendras ici après l'opération tu auras gagné cinq baguettes magiques. Est-ce que tu crois que tu vas me reconnaître ?* ».

Il s'agit d'occuper l'attention de l'enfant jusqu'à ce qu'il dorme, en sachant que seul le détournement de l'attention est efficace.

\*Dire à un enfant « *ça ne fait pas mal* » revient à lui dire « *méfie-toi, on va te mentir encore une fois, tu vas avoir mal* », parce qu'on lui a déjà fait le coup pour des vaccins, pour l'abaisse-langue, pour l'examen des oreilles... Donc, lorsque vraiment ça ne fait pas mal, et uniquement dans ce cas-là – sinon on est un médecin crétin –, pour être crédible, il faut dire « *attention, ça fait rire* ».

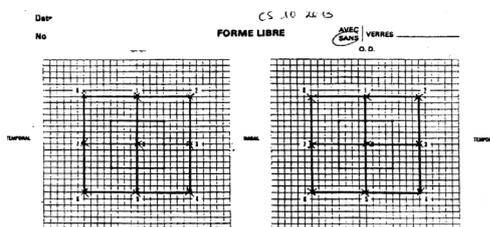
## Encadré 2

**La clinique est essentielle. Se méfier des pièges de l'orthoptie**

Exemples :

- La stéréoscopie : ça change tout. On affaiblit de façon identique de 5 mm les deux droites médians de deux enfants présentant la même petite déviation, sauf que Jules n'a pas de vision binoculaire, alors que Romain voit le Wirt jusqu'au pion n°9. En postopératoire, il est probable que Jules sera sans doute passé en divergence, alors que Romain sera encore en légère éso-phorie.
- La recherche d'un syndrome alphabétique, en «A» ou en «V» n'est pas toujours évidente. Marine, 4 ans, E'T45, se redresse partiellement dans le regard extrême vers le haut et converge plus dans le regard vers le bas. Il faut faire regarder

**Le Hess-Weiss, c'est génial si on sait l'interpréter.  
Merci J.-B. Weiss !**



« Examen réalisé à la demande du Dr X. Madame D. n'ayant pas une correspondance rétinocorticale normale, l'examen coordimétrique ne peut être interprété. »

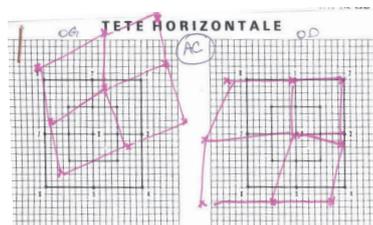
Le Hess-Weiss de cette patiente, en divergence XT40, fait croire à une correspondance rétinienne anormale harmonieuse et à un fort risque de diplopie postopératoire.

1. Aucun examen ne permet d'affirmer le risque de diplopie.
2. Ceux qui affirment un risque de diplopie de façon péremptoire ignorent souvent aussi les bases de la strabologie. La question qui était essentielle à poser à cette patiente était : « cet examen a-t-il été réalisé en pleine lumière ou dans la pénombre ? » Or il l'avait été dans la pénombre alors qu'un Hess-Weiss doit se faire en pleine lumière et c'est ce défaut de réalisation qui conduit à un tracé normal et non une anomalie de correspondance rétinienne. La patiente a récupéré en postopératoire (J5) une bonne stéréoscopie, confirmant que l'on n'aurait pas dû la laisser XT40 toutes ces années précédentes.

longuement vers le bas en la stimulant dans le regard extrême pour avoir toutes les chances de démasquer un faux syndrome «V» spastique. Ce peut être encore plus trompeur s'il existe une DVD (déviation verticale dissociée ou hyperphorie alternante) qui peut faire croire à un double «up-shoot» si on ne met pas un écran translucide devant l'œil en abduction dans les regards latéraux (DVD : l'œil en abduction est le plus haut : c'est bien le cas de Marine ; up-shoot : l'œil en adduction est le plus haut). Or, antéposer à tort les obliques inférieurs conduit à un syndrome en «A», avec divergence dans le regard vers le bas et divergence de face aussi à moyen terme.

- À l'inverse, méconnaître un vrai syndrome en «A» conduit aussi à une divergence dans le regard vers le bas.

**Une petite pénalisation remplace parfois un petit bistouri.  
Merci encore J.-B. Weiss !**



Cet enfant de 6 ans présente une paralysie congénitale de l'oblique supérieur gauche. Il est adressé pour chirurgie. L'orthoptiste a fait le Hess-Weiss, ce qui est d'un apport essentiel. Elle l'a interprété et a posé le diagnostic exact de paralysie.

Un examen attentif permet de noter que sur le schéma de l'œil gauche (schéma de gauche), la hauteur est très importante, alors que sur le schéma de l'œil droit, la hauteur est nulle : cet enfant compense parfaitement sa paralysie sur le schéma de l'œil droit. Or, lorsque le patient réalise le schéma de l'œil droit sur le Hess-Weiss, il est œil gauche fixateur.

Avant d'opérer cet enfant, on propose donc une légère pénalisation de l'œil droit pour forcer l'œil gauche à rester fixateur, et cela suffit à une guérison, non définitive certes, mais qui a de bonnes chances de durer plusieurs années, souvent assez longtemps pour atteindre l'âge de 14 à 15 ans auquel on peut proposer assez facilement une chirurgie réglable sous anesthésie topique.

## Conclusion

Lorsqu'il existe une raison fonctionnelle d'opérer (par exemple, un nystagmus avec l'espoir d'un bon blocage), il ne faut pas hésiter à opérer précocement.

Dans un but esthétique (et donc forcément psychologique et social), il vaut mieux opérer avant l'entrée au CP les strabismes responsables d'un préjudice esthétique important.

Dans l'immense majorité des cas (tous ?), les strabismes disgracieux décrétés inopérables sont des erreurs d'appréciation.

Opérer un strabisme disgracieux change la vie du patient, enfant comme adulte.