



Strabisme : le choix entre les options chirurgicales

Laurent Laloum

Au cours de la prise en charge du strabisme, l'échec le plus fréquent est l'abstention chirurgicale devant un strabisme disgracieux.

Cet article s'adresse avant tout aux non-strabologues. Il est constitué de petits blocs pouvant être lus indépendamment les uns des autres.

« Si vous deviez choisir entre un strabisme disgracieux non opérable ou une amblyopie monoculaire, que choisiriez-vous ? »

Cette question a été posée à la centaine de participants d'un congrès « Un jour pour être à jour en strabologie ». Tous les ophtalmologistes et orthoptistes présents, sauf un, préféreraient pour eux-mêmes une amblyopie plutôt qu'un strabisme. La moindre des cohérences voudrait donc que l'on mette la même énergie à traiter une disgrâce qu'à traiter une amblyopie !

Il s'agit bien sûr d'une question toute théorique, les vrais strabismes non opérables n'existant pratiquement pas.

Diplopie et discours iatrogène

Brandir le risque de diplopie pour balayer toute discussion sur l'opération d'un strabisme disgracieux est fautif à deux titres :

- cela prive le patient d'une normalisation esthétique de son regard, donc d'une normalisation de ses rapports sociaux. Pour nombre de patients, cette normalisation est le premier pas dans une nouvelle vie ;
- ce discours est iatrogène. L'histoire suivante, que je raconte à mes futurs opérés, l'illustre bien :

« Un confrère me téléphone, car il devait opérer de strabisme une patiente d'une cinquantaine d'années. Cette patiente a présenté un problème lors de l'anesthésie et n'a pas pu être opérée (le champ n'a même pas été posé). Ce chirurgien va la voir dans sa chambre en fin de programme opératoire, trois ou quatre heures plus tard, et elle lui dit « c'est terrible, je vois double, c'est ce que je redoutais le plus ».

Que s'est-il passé ? Dès son réveil, la patiente a cherché une deuxième image pour savoir si sa plus grande crainte s'était réalisée. Elle a ainsi déneutralisé. **Exacte-**

ment comme presque tout strabique peut trouver sa deuxième image s'il la cherche, et peut mettre des jours à la reneutraliser (s'il y parvient !) s'il s'est trop concentré sur cette deuxième image.

Chirurgie du strabisme et diplopie : les règles du jeu sont fixées !

Aucun test (correspondance rétinienne...) ne permet de prédire une diplopie postopératoire survenant malgré l'absence d'inversion de la déviation.

Un strabique convergent passé tardivement en divergence voit double de façon très gênante.

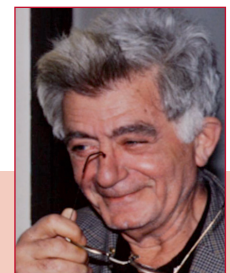
Un strabique divergent passé tardivement en convergence voit double de façon très gênante.

Ce qui peut se résumer plus précisément par : « La primo-inversion tardive de la déviation strabique conduit à une diplopie très gênante ». On précise primo-inversion car le strabique, initialement convergent, passé en divergence, que l'on opère et qui repasse alors en légère convergence, ne voit pas double.

La diplopie liée à l'inversion de la déviation disparaît en restaurant le sens initial de la déviation. Cette diplopie fait donc partie du risque de devoir faire une retouche (qui est une vraie nouvelle intervention), dont le patient a été averti.

Chirurgie du strabisme : la (grande) place de la chirurgie réfractive

Avant la chirurgie, le mode de correction optique privilégié doit être fixé, puisque ce mode modifie la déviation. Le passage des



Remerciements au
Dr J.-B. Weiss, mon maître, inven-
teur de la strabologie moderne.

Paris

Chirurgie

lunettes aux lentilles (ou à la chirurgie réfractive) peut améliorer grandement un strabique convergent hypermétrope fort ou un strabique divergent myope fort. Ce passage peut faire passer en divergence un strabique hypermétrope opéré et actuellement droit avec ses lunettes. Si une chirurgie réfractive est envisagée, elle doit être réalisée avant d'opérer le strabisme.

Le meilleur traitement chirurgical des strabismes accommodatifs purs est la chirurgie réfractive.

Le meilleur traitement des strabismes accommodatifs partiels est la chirurgie réfractive suivie d'une chirurgie réglable du strabisme résiduel, idéalement sous anesthésie topique. L'enchaînement des actes se fait logiquement dans cet ordre puisque la chirurgie réfractive modifie le strabisme, tandis que la chirurgie oculomotrice ne modifie pas la réfraction (ou transitoirement, durant deux mois au plus).

Miroir... Mon beau miroir ?

Le patient doit savoir que l'auto-observation dans un miroir peut être trompeuse pour un strabique. Un patient strabique qui veut s'auto-évaluer sur un plan esthétique doit le faire d'après des photos. Ces photos doivent être prises d'assez loin (pas de selphie).

Si la déviation disgracieuse dont le patient se plaint n'est pas constatée lors de l'examen ophtalmologique, il faut demander au patient de revenir avec des photos de face avec flash (vrai flash à éclair très bref, et non flash diode de téléphone) prises lorsque le strabisme est le plus important. On ne doit récuser un patient que si, même sur ces photos, le strabisme ne cause pas de préjudice esthétique.

Quand opérer ?

On opère les strabismes bénéficiant du meilleur traitement médical possible chez lesquels il existe une raison d'opérer.

Les bonnes raisons pour opérer :

- un préjudice esthétique et a fortiori des moqueries,
- l'existence d'une symptomatologie fonctionnelle améliorable par la chirurgie du strabisme. Il s'agit le plus souvent de strabismes avec vision binoculaire possible, actuellement présente, ou pour lesquels on sait qu'une vision binoculaire a été présente.

Un enfant mal éduqué se moquant de notre patient peut suffire à imposer une chirurgie plus tôt que prévu. On ne laisse pas un enfant subir une scolarité pénible du seul fait d'un strabisme !

La chirurgie doit aussi être proposée d'emblée aux patients pour lesquels on est certain qu'une chirurgie sera nécessaire un jour, même si une rééducation permettrait de repousser la chirurgie. C'est le cas, par exem-

ple, des paralysies importantes d'un oblique supérieur : si on sait qu'il faudra opérer, à quoi sert-il d'attendre cinq ans et 300 séances de rééducation orthoptique avant d'opérer ?

Les syndromes alphabétiques : attention danger !

L'existence d'un syndrome en « A » (dans le regard vers le bas, le patient est plus divergent ou bien moins convergent) ou en « V » doit être recherchée systématiquement. **La méconnaissance d'un tel syndrome alphabétique est particulièrement lourde de conséquences lorsqu'elle conduit à une inversion de la déviation dans le regard vers le bas, avec souvent une diplopie.**

Convergence + syndrome en « A » méconnu + chirurgie alignant les yeux dans le regard de face = divergence dans le regard vers le bas, avec souvent diplopie, et évolution vers une divergence même de face.

Divergence + syndrome en « V » méconnu + chirurgie alignant les yeux dans le regard de face = convergence dans le regard vers le bas, avec diplopie fréquente.

En revanche, on peut négliger un petit syndrome en « V » chez un strabique convergent. Cela vaut mieux que de transformer un syndrome « V » en un syndrome « A » qui sera plus gênant.

Opérer les enfants en bon père de famille

Opérer en bon père de famille, c'est savoir ce qui marche et ce qui est stupide pour éviter qu'un enfant sanglote en arrivant au bloc opératoire. Ayant fait « enfant de 5 ans » en deuxième langue, je peux traduire quelques expressions d'adultes nuls :

- « Ne t'inquiète pas » = « appelle ta mère, car tu ne sais pas ce qui t'attend ».
- « Ça ne va pas faire mal » = « tu vas avoir mal, tu peux commencer à pleurer tout de suite ».
- « Tu te laisses faire ou on le fait de force ? » = « On va te faire tellement peur et mal, que l'on va devoir te tenir... mais on dira que c'est de ta faute ».



Bref, des expressions aussi fines que de dire « détendez-vous » à un adulte mort de peur.

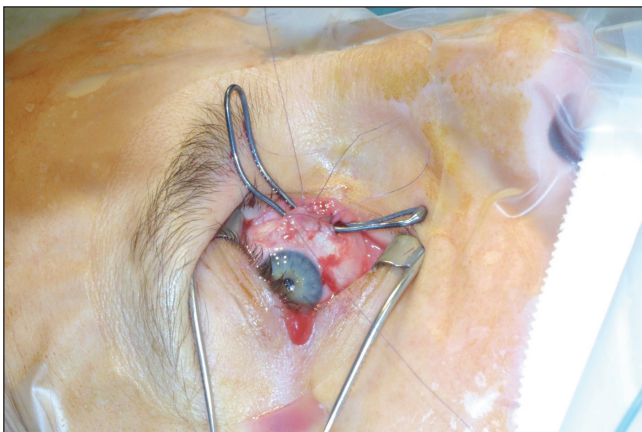
Le simple bon sens fait dire « attention, ça va te faire rire, mais il ne faudra pas bouger » (qui rend crédible que ça ne fera pas mal) à la place de « ça ne va pas te faire mal ».

Le protocole de l'enfant au bloc, c'est :

- l'explication au cabinet de ce qui va se passer,
- le détournement d'attention, tel que la promesse de gagner cinq baguettes magiques (sticks lumineux) s'il reconnaît le chirurgien malgré son déguisement (procédé le plus efficace dans mon expérience),
- la demande de ne pas rire (parce que ça fait bouger) lorsque l'enfant verra une petite aiguille le toucher et qu'il ne sentira rien... « parce que tous les autres enfants, ça les fait éclater de rire, et c'est embêtant parce que ça les fait bouger ! »

La chirurgie réglable sous anesthésie topique est le traitement de référence des strabismes simples

Sous réserve d'utiliser des instruments adaptés (sondes coniques de Weiss, épingle en argent. Voir photos), cette



En haut : sondes coniques de Weiss. En bas : épingle en argent.

chirurgie est très précise et bien tolérée.

Elle est particulièrement simple chez les patients jamais opérés de strabisme, dont les muscles sont « neufs », lorsque l'on doit agir sur les droits médiaux, latéraux ou inférieurs. Elle doit alors être proposée systématiquement. En cas de petite déviation, disgracieuse malgré tout, la chirurgie réglable permet d'opérer en s'assurant de ne pas avoir inversé le strabisme.

Chez les patients déjà opérés, la chirurgie réglable est plus longue et plus difficile, car les adhérences secondaires aux interventions précédentes doivent être disséquées. Mais l'anesthésie topique procure alors un atout majeur, en plus des réglages. Elle permet de vérifier qu'aucune adhérence n'a été oubliée. Par exemple, on dépose le droit médial droit après dissection soigneuse des adhérences. On demande au patient de regarder à gauche... et l'œil tourne ! Cela signe la persistance d'adhérences méconnues, qu'il faut chercher, disséquer, avant de reconstruire si une adduction résiduelle est possible.

La chirurgie réglable sous anesthésie topique est le traitement de référence des paralysies oculomotrices et des syndromes moteurs, tels que le syndrome de Stilling-Duane

Dans le tableau de Stilling-Duane le plus fréquent, la chirurgie réglable permet de trouver le meilleur compromis entre réduction du torticolis et limitation iatrogène de l'adduction : on essaye simplement les différentes combinaisons possibles et on retient la meilleure.

Lors des strabismes paralytiques par parésie modérée d'un VI, la chirurgie qui restaure le champ de vision simple le plus large possible nécessite (entre autres) un affaiblissement du droit médial de l'œil sain. Là encore, pouvoir faire asseoir le patient et l'examiner lors de différents essais est un atout décisif !

Avec un strabisme tel que celui-ci, j'en aurai voulu à l'ophtalmologiste qui m'aurait déconseillé de me faire opérer, quel qu'en soit le prétexte !

