

Association française d'ophtalmo-pédiatrie

Annie Sabiani

38 rue de Bercy, 75012 Paris, France

Comme chaque année le congrès de l'AFOP se tenait à la Maison de l'Amérique Latine à Paris le 20 janvier. Une centaine de participants étaient présents (Fig 1).

Le mot d'accueil était prononcé par le Pr Duffier insistant surtout sur le nouveau site accessible de l'association. Quatre sessions étaient au programme : nouveaux produits et matériels, oculomotricité, conférence sur les enfants victimes de catastrophe (situation vécue à Nice) et communications libres-cas cliniques. Le Pr. B. Bodaghi (Paris) chercheur et président du CNU (Conseil National des Universités) chargé de l'introduction, précisait que la recherche avait permis pour les patients présentant des inflammations oculaires un pronostic visuel nettement amélioré. Il se réjouissait aussi d'avoir pu faire adopter le principe de la surspécialité d'ophtalmo-pédiatrie, les nouveaux internes ayant la possibilité d'opter pour ce choix dès 2018.

B. Pelosse (Paris) étant modérateur, C. Creux (orthoptiste à la Fondation Rothschild) présentait l'intérêt du champ visuel automatisé vs le périmètre de

Goldmann pour les enfants avant 6 ans. Elle rappelait les définitions, le développement du CV de l'enfant, la nécessité des préalables : mise en confiance de l'enfant, le côté ludique nécessaire. Le premier tracé étant souvent le CV par attraction à l'intérieur de la coupole, la fixation étant surveillée par une caméra (Métrovision). Les examens pouvant être fait en binoculaire afin de mettre l'enfant en confiance. Elle insistait sur la nécessité de refaire assez souvent les examens pour assurer le maximum de fiabilité. Elle illustrait son propos de cas cliniques, le CV précoce ayant orienté rapidement l'équipe médicale vers les examens diagnostiques nécessaires. Cet examen nécessitant bien sur patience et compréhension de l'enfant et prise en compte de l'anxiété parentale.

R. Praud, opticien, présentait les Lunettes à grossissement électronique. Sujet d'actualité s'il en est, l'un des concepteurs ayant été lauréat du dernier salon nautique. Après un bref rappel des grossissements nécessaires en cas de baisse visuelle : équipements microscopiques à partir de 6/10^{ème}, télescopiques entre 2 et 6/10^{ème} et vidéos-agrandisseurs en deçà. Depuis 1968, date des premiers essais de nombreux systèmes ont été commercialisés ayant tous des avantages et des inconvénients. Nous y reviendrons dans un prochain article.

P. Dureau (Paris) posait la question : les anti-angiogéniques sont-ils indiqués dans la rétinopathie du prématuré ? Après un bref rappel des définitions de la prématurité : 35 semaines de grossesse, les risques les plus importants survenant à 28 semaines de grossesse et un petit poids en corollaire. C'est une pathologie du développement vasculaire de la rétine : une vasculogénèse incomplète pouvant donner une ischémie rétinienne et d'autres pathologies en suivant. La surveillance de tous les enfants à risque est donc recommandée

à partir de 1 mois de vie. La classification en 3 grades dépend de la localisation et de l'importance de l'atteinte. Le traitement au laser étant bien sûr difficile sur ces enfants, des études pilotes ont vu le jour entre 2005 et 2010 par traitement d'anti VEGF et comparaison des résultats avec le traitement au laser. Le dosage fort minime eu égard au poids des enfants est donc encore difficile, et les effets généraux mal évalués. Il est donc pour le moment préconisé dans les formes sévères ou pour des enfants intransportables avant un éventuel traitement par laser. La recherche espère encore améliorer le procédé.

Par des illustrations somptueuses J. Allali (Paris) présentait L'utilisation des pigments de tatouage cornéens, que l'on pourrait traduire par « peinture sur cornée ». Ce traitement s'adresse au patient présentant des opacités cornéennes, des colobomes, des opacités cristalliniennes sans possibilités de pose de lentilles colorées. Deux cas de figure se présentent selon la localisation de l'opacité. Les pigments utilisés sont des pigments naturels ayant bénéficié des agréments adéquats. J. Allali a présenté de nombreux cas, spectaculaires, combinant parfois plusieurs interventions, par exemple strabisme plus tatouages, ou ptosis et taies, etc... Le public était séduit. Comme c'est un acte de chirurgie réparatrice, une nomenclature avec prise en charge existe, en privé elle peut donner lieu à dépassements (ou pas, ce sont les paroles de J. Allali), et peut nécessiter 1 à 3 séances selon les cas. L'esthétique étant une composante importante de l'image de soi et du rapport social, le sourire des patients ainsi traités est une belle récompense. Peu de praticiens sont à ce jour formés, peut-être dans l'avenir...

Une pause permettait des échanges et la visite des exposants présents. La seconde session avec E. Bui Quoc comme modérateur avait pour première

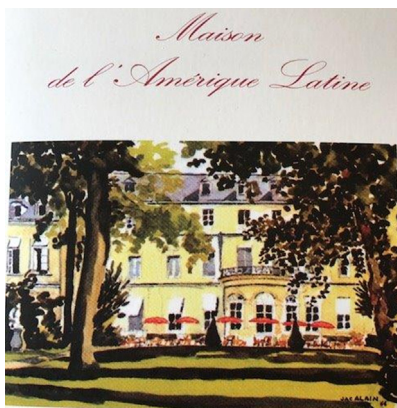


Figure 1.

Adresse e-mail : annie.sabiani@libertysurf.fr

<https://doi.org/10.1016/j.rfo.2018.02.003>

intervenante S. Milazzo (Amiens) présentant Les syndromes de rétraction. Un bref rappel des différentes formes permettait de préciser les différents syndromes classés en 4 parties : les Stilling Duane (1 à 4 % des strabismes), syndrome de Brown, syndrome de Moebius, et les fibroses congénitales (1/230 000). Elle s'attardait essentiellement sur la forme la plus fréquente : le Stilling-Duane présentant une agénésie totale ou partielle du VI en décrivant 4 formes cliniques. Abduction limitée, rétraction du globe et rétrécissement de la fente palpébrale en adduction associé ou non à une déviation pour le type I. Limitation de l'abduction et de l'adduction avec les 2 autres caractéristiques pour le type II. Verticalité associée avec fibrose des droits médial et latéral pour le type III. Le type IV étant rarissime se définit par la divergence synergique des 2 droits latéraux et peut parfois être associé à des anomalies générales. L'atteinte est essentiellement sur l'œil gauche et atteint plutôt les garçons : $\frac{3}{4}$. L'intervention sera proposée en lien avec la gêne et l'attitude compensatrice entraînant des douleurs et l'état sensoriel en présence ou non de binocularité. Le syndrome de Brown se présente comme une fibrose de la gaine de l'oblique supérieur, et la plupart du temps ne nécessite pas d'intervention chirurgicale. Des diapositives illustraient les différentes positions du regard et les méthodes d'investigation. En dernière description du syndrome de Moebius qui présente des phénomènes de rétraction bilatéraux plus une paralysie faciale et des malformations associées des membres et un retard mental. M.A. Espinasse-Berrod (Paris) abordait ensuite la prise en charge d'une

paralysie oculomotrice récente. Elle précisait l'importance du diagnostic et de la recherche de l'étiologie avec les examens complémentaires inhérents à l'apparition de la paralysie. Imagerie, parfois ponction lombaire selon l'état du fond d'œil par exemple. Retenons que la prise en soins (occlusion, prismation, rééducation) dépend avant tout du contexte.

M. Robert (Paris) abordait L'intérêt des enregistrements oculo-moteurs chez l'enfant. Les progrès techniques d'enregistrements permettent de mieux décrire et comprendre les éléments physiopathologiques mais aussi de suivre l'évolution de la maladie et éventuellement les effets du traitement. En particulier pour les nystagmus chez l'enfant, cela permet de les classer (bref rappel des différentes formes de nystagmus), et l'enregistrement du temps de fovéation plus ou moins long peut permettre de prévoir les possibilités d'évolution de l'acuité visuelle.

C. Orssaud (Paris) abordait la rééducation sensorielle de l'amblyopie strabique, sujet important et récurrent pour les ophtalmologistes et les orthoptistes. En présence d'amblyopie profonde il précisait que les anomalies cérébrales relevées lors de l'imagerie fonctionnelle sont plus marquées que pour une amblyopie par anisométrie. Le consensus est : correction totale après examen sous atropine, pour le premier sans contestation, le choix d'une monture adaptée, et l'implication des parents et aussi de l'enfant selon l'âge de prise en charge selon nous. Ensuite et comme toujours dans un sujet si controversé, il préconisait occlusion totale sur peau permanente ou intermittente et/ou en suivant pénalisation par techniques

de séparation de l'espace favorisant l'alternance : secteurs ou pénalisation. Aux orthoptistes présents un peu étonnés de ce qui semblait un retour en arrière, il précisait que ces propos concernaient principalement le courant nord-américain qui considère que 6/10 atteint suffisent dans le traitement de l'amblyopie alors qu'en France on préconise la meilleure acuité visuelle possible. À suivre.

Pour finir la matinée P. Babe, pédiatre au CHU L'Enval de Nice situé au milieu de la promenade des Anglais présentait le système qui avait dû se mettre en place au moment de l'attentat de Nice le 14 juillet 2016. Les conditions de sécurité étant instaurées et la communication difficile entre les services enfants et adultes, le service s'est rapidement vu débordé mais grâce aux soignants alertés répondant spontanément la situation avait pu être gérée. Il ressort que les services d'urgence bien que préparés par le Plan Blanc mis en place pour l'Euro 2016 doivent encore se préparer plus activement aux événements imprévus.

Comme l'an passé l'après-midi présidée par D. Denis (Marseille) était consacrée aux communications des internes de différents services sur des cas rares rencontrés en ophtalmo-pédiatrie. À noter l'intervention de C. Savary, orthoptiste qui présentait le cas d'un enfant présentant un retard scolaire important et dont l'amétropie avait été largement sous-correctée. De l'importance de la correction optique totale même en l'absence de strabisme, la première étape d'une prise en charge efficace. Cette journée a permis encore une fois de mettre en évidence la coopération interactive des 3 « O »