

# Tutorat

## Nystagmus

**Un nystagmus est un trouble de la statique oculaire caractérisé par un mouvement de va-et-vient d'un œil ou des 2 yeux, initié par une phase lente. [1]**

**Un nystagmus ophtalmologique peut être révélé (latent) ou spontané (manifeste) d'origine congénital ou acquis au cours de la vie. [2]**

### Nystagmus ophtalmologique spontané

Les nystagmus congénitaux apparaissent précocement, vers 2-3 mois de vie, vers le début de la fixation chez le bébé. Ils peuvent être d'origine :

- ◆ Familiale/génétique : nystagmus lié à l'X ou autosomique dominant ;
- ◆ Neurologique : nystagmus causé par une prématurité, une leucodystrophie, une ischémie...
- ◆ Tumorale : nystagmus causé par une tumeur située sur les voies visuelles ou le tronc cérébral ;
- ◆ Sensorielle : nystagmus secondaire à une cause organique (cataracte, glaucome, albinisme...).

Les nystagmus acquis présentent des oscillopsies ainsi qu'une baisse d'acuité visuelle dans les zones de présence du nystagmus, ils sont donc à considérer comme un symptôme neurologique. L'origine peut être neurologique ou ORL. La cause la plus fréquente d'apparition d'un nystagmus spontané est tumorale, on retrouve également des causes infectieuses, inflammatoires... [2]

### Nystagmus ophtalmologique révélé

Un nystagmus révélé est un nystagmus latent, qui sera donc observé après avoir réduit l'acuité visuelle d'un œil. On peut nommer le :

- ◆ Nystagmus manifeste latent (NML) : il est pathognomonique du syndrome strabisme précoce, lié à un non-développement du lien binoculaire durant les 6 premiers mois de vie :
  - Nystagmus à ressort battant du côté de l'œil fixe.
  - Nystagmus moins visible en vision binoculaire (composante manifeste) et augmenté en monoculaire (composante latente).

- ◆ Nystagmus du regard extrême : nystagmus physiologique visible à partir d'une excentration du regard de 40°.
- ◆ Tropie nystagmique : association d'un nystagmus et d'un strabisme précoce, une pathologie organique peut y être associée entraînant fréquemment une amblyopie.
- ◆ Nystagmus révélé par la fixation : la fixation du regard entraîne un nystagmus.

### Examen du nystagmus

L'anamnèse va être importante afin d'orienter le praticien vers un nystagmus congénital ou acquis. Nous cherchons à connaître la date d'apparition du nystagmus, la présence ou non d'antécédents personnels ou familiaux. [3]

Après avoir déterminé l'acuité visuelle, en binoculaire dans un premier temps puis en monoculaire, en posi-

tion de torticolis et en position primaire, le nystagmus doit théoriquement être étudié dans les 9 positions du regard. Nous allons l'analyser selon plusieurs caractéristiques :

- ◆ Son amplitude : de faible à forte.
- ◆ Son orientation : horizontal, vertical, rotatoire/torsionnel.

- ◇ Sa rapidité.
- ◇ Son sens : donné par le côté où bat la phase rapide du nystagmus (droite, gauche, haut, bas, rotation horaire ou anti-horaire). [4]
- ◇ Sa forme :
  - Pendulaire : nystagmus composé de 2 phases lentes, nous pouvons donc déterminer sa direction mais pas son sens ;
  - À ressort : nystagmus composé d'une phase lente de dérive puis d'une phase lente de recentrage ;
  - Mixte : nystagmus qui est à ressort et pendulaire. [2]

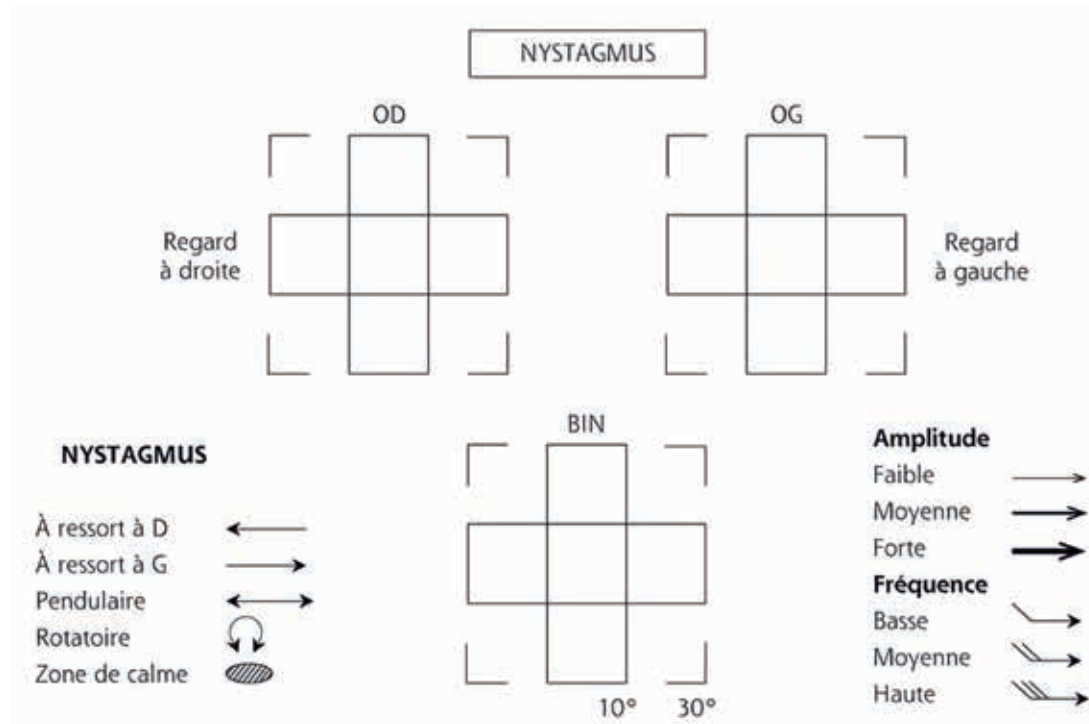


Figure 1 : Schéma de Kestenbaum revu par Klainguti

## Prise en charge

Le but de la prise en charge/traitement du nystagmus est la stabilisation de l'image perçue sur la rétine. Elle est différente selon le caractère acquis ou congénital du nystagmus :

- ◇ **Congénital**
  - La 1<sup>ère</sup> étape est le port de la correction optique totale obtenue après une réfraction sous cycloplégie.
  - En cas de traitement d'amblyopie il faut privilégier la surcorrection optique avec un + 3.00D, la composante latente du nystagmus étant augmentée par une occlusion.

- ◇ **Acquis** : un traitement pharmacologique peut être mis en place.

Une chirurgie peut être proposée, elle ne traitera pas le nystagmus en lui-même mais plutôt le torticolis qui en résulte. Le but sera dans ce cas d'aplanir la position de calme du nystagmus en position primaire afin de réduire le torticolis. Cette chirurgie doit se faire si l'angle est suffisamment stable dans le temps. [5]

## Bibliographie

- [1]. Robert M. Rapport SFO 2017 : Ophtalmologie pédiatrique ; 596
  - [2]. Speeg-Schatz C. Rapport SFO 2013 : Strabisme ; 113-121
  - [3]. Oger-Lavenant F, Pêchereau A. Rapport SFO 2013 : Strabisme ; 242
  - [4]. Tilikete C. Rapport SFO 2020 : Neuro-ophtalmologie pratique ; 388
  - [5]. Robert M. Rapport SFO 2017 : Ophtalmologie pédiatrique ; 604
- Figure 1 : Rapport SFO 2017 : Ophtalmologie pédiatrique ; 596