

Amblyopie

Une définition simplifiée de l'amblyopie désignerait la diminution de l'acuité visuelle d'un œil par rapport à l'autre sans que le port de la correction optique totale (COT) puisse corriger cette différence. Il existe 2 types d'amblyopies :

- ◆ **Organique** : baisse de vision d'un œil par rapport à l'autre due à une anomalie anatomique de l'œil ou des voies visuelles altérant la transmission, perception ou intégration de l'information visuelle.
- ◆ **Fonctionnelle** : baisse de vision d'un œil par rapport à l'autre non causée par une anomalie anatomique de l'œil ou des voies visuelles. On considère 3 causes :
 - **l'anisométrie** : amblyopie induite par le flou d'une image ;
 - **le strabisme** : mécanisme anti-diplopie avec suppression de l'une des 2 images ;
 - **la privation visuelle** : absence d'une image [1].

L'amblyopie est toujours fonctionnelle avec parfois une part organique en plus. L'amblyopie organique est donc toujours mixte (fonctionnelle et organique).

L'amblyopie peut être définie plus précisément comme une diminution plus ou moins sévère de la fonction visuelle du fait d'une altération précoce de l'expérience visuelle, le plus souvent asymétrique, par privation d'une image et/ou perturbation du lien binoculaire par strabisme et/ou anisométrie, avec ou sans anomalies anatomique retrouvée de l'œil et/ou des voies visuelles [2].

Pour définir **l'amblyopie relative**, on va rechercher une différence interoculaire (anisoacuité) :

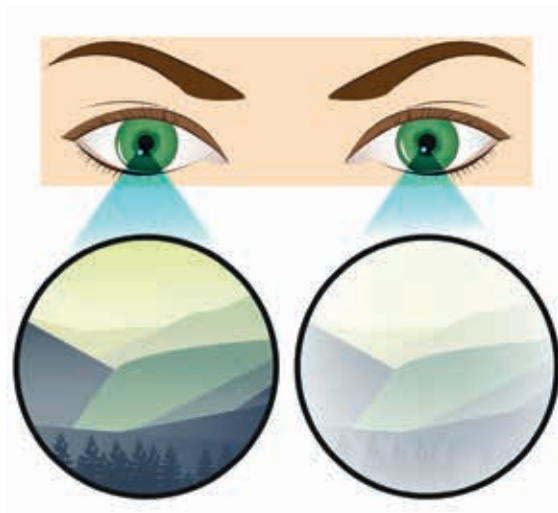
- ◆ Amblyopie légère : différence de plus d'une ligne logarithmique.
- ◆ Amblyopie moyenne : différence de plus de trois lignes logarithmiques.
- ◆ Amblyopie profonde : différence de plus de dix lignes logarithmiques.

Pour définir **l'amblyopie absolue**, on se fonde sur l'acuité visuelle :

- ◆ Amblyopie légère : la vision est inférieure à 0,2 LogMAR, soit 6/10 (0,63 exactement).
- ◆ Amblyopie moyenne : la vision est inférieure à 0,6 LogMAR, soit 2 à 3/10 (0,25 exactement).
- ◆ Amblyopie profonde : la vision est inférieure à 1,0 LogMAR soit 1/10. [2]

Traitement

Une fois le diagnostic d'amblyopie établi et expliqué, un traitement doit être mis en place pour arriver à une isoacuité visuelle (différence d'AV entre les 2 yeux inférieure ou égale à 1 ligne d'AV log). Le traitement dit d'attaque va être effectué par occlusion sur peau permanente (24h/24, 7j/7) de l'œil ayant la meilleure



Ces 2 types d'amblyopie peuvent être associés. Par exemple, un enfant de 8 ans ayant une AV OD de 7/10 et AV OG 2/10, présente une anisoacuité et des acuités visuelles sous-optimales pour son âge. Il a donc une amblyopie relative et absolue.

Le diagnostic d'une amblyopie est porté au bout d'un **mois de port permanent de la COT déterminée sous cycloplégie** (skiacol ou atropine) car, même si les lunettes permettent à l'image d'être bien située sur la rétine, elles ne permettent pas aux connexions neuronales de fonctionner correctement [2].

acuité visuelle, avec port permanent de la COT, afin de :

- ◆ obliger l'œil dominé à prendre la fixation ;
- ◆ empêcher toute vision simultanée ;
- ◆ empêcher la compétition entre les 2 yeux (phénomène de commutation).

La durée de l'occlusion dépend de l'âge du patient. On compte une semaine d'occlusion permanente par année d'âge jusqu'à l'isoacuité. Chez le très jeune enfant, avant l'âge d'un an, on effectue une heure d'occlusion par jour par mois d'âge de l'œil non amblyope (ex : 8 mois = 8h/j) [3].

Une fois l'isoacuité atteinte, on peut passer au traitement dit d'entretien qui a pour but de maintenir l'isoacuité et donc empêcher une récurrence de l'amblyopie, qui est possible tant que le système visuel n'est pas mature. Plusieurs moyens existent :

- ◆ **Occlusion alternée sur verre**, à condition que l'enfant ne regarde pas par-dessus ses lunettes.
- ◆ **Sur-correction optique unilatérale ou alternée.**
 - *Unilatérale* : 1 paire de lunettes est utilisée, le verre de l'œil amblyope porte la COT, l'autre verre correspond à la COT +3,00D, ainsi l'œil amblyope voit de loin et l'autre œil voit de près.
 - *Alternée* : 2 paires de lunettes sont utilisées, l'une a la sur-correction à droite et l'autre paire a la sur-correction à gauche ; ce moyen est utilisé pour le patient qui n'alterne pas naturellement entre la VL et la VP avec son œil amblyope et non amblyope.
- ◆ **Filtre ryser** : filtre calibré, collé sur le verre de lunettes de l'œil non amblyope, pour laisser passer une certaine acuité visuelle (ex : un filtre 0.2 laisse passer 2/10 d'acuité visuelle).



Le traitement d'entretien doit être maintenu au moins 2 ans après l'arrêt du traitement d'attaque. Plus le traitement d'entretien est prolongé, moins le risque de rechute est élevé. Une fois la fin du traitement d'entretien décidé, une surveillance régulière doit être mise en place [4].

Point essentiel dans la prise en charge de l'amblyopie : l'adhésion des parents. Il est indispensable que le praticien explique aux parents de manière claire ce qu'est l'amblyopie et le traitement qui va être mis en place. Plus les parents sont informés sur ce qui va et peut se passer (but de l'occlusion, risque d'amblyopie à bascule, majoration du strabisme, durée du traitement sur plusieurs années, risque de récurrence...) plus ils adhèrent au suivi de leur enfant. Nous devons être conscients que le traitement peut être perçu comme contraignant, à nous de rappeler l'objectif du projet thérapeutique, de regagner la confiance et l'adhésion complète des parents.

Le praticien n'a que la gestion du temps comme moyen d'action, ce sont les parents et le patient qui sont acteurs de la réussite du traitement de l'amblyopie.

Bibliographie

- [1]. Robert M. Collège des Ophtalmologistes Universitaires de France (COUF) ; 66
- [2]. Bui Quoc E. Rapport SFO 2013 : Strabisme ; 63-66
- [3]. Audren F. Rapport SFO 2013 : Strabisme ; 77-78
- [4]. Arsène S.. Rapport SFO 2013 : Strabisme ; 79-81

Clémence JEANNETEAU
Comité de veille