

Dépistage des troubles visuels de l'enfant

Au cabinet de médecine générale

Rappel : Prévalence des troubles visuels de l'enfant = 1 enfant sur 7
Efficacité maximale du traitement si prise en charge avant 3 ans

Matériel à avoir

- Une source lumineuse : lampe de poche ou otoscope
- Une échelle d'optotypes pour l'évaluation de l'acuité visuelle à partir de 2ans 1/2
- Des lunettes occlusives réversibles mais on peut se contenter d'un cache avec une compresse et un sparadrap

Déroulement de l'examen

1- Interrogatoire

Facteurs de risque à connaître :

- Les antécédents de l'enfant potentiellement amblyogènes : prématurité, poids de naissance inférieur à 2500g, troubles neuromoteurs, anomalie chromosomique (trisomie 21++), exposition in utero à des agents toxiques (alcool, cocaïne, tabac...).
- Les antécédents familiaux de troubles de la réfraction ou de strabisme : le plus souvent non précisé par les parents qui ne s'en souviennent pas. Présents dans 50 à 80% des cas.

Si présence de facteurs de risque amblyogènes, strabisme et/ou troubles de la réfraction, une consultation spécialisée doit être programmée durant la 1ère année de vie

2- Examen

○ Observations

- Malformations du visage (crâne+face) :
 oui non
- Malformations des paupières :
 oui non
- Anomalies des globes oculaires :
 oui non
- Anomalie de l'iris :
 oui non
- Grands beaux yeux (cf. photo) :
 oui non



Source : collection D. Denis

- Larmoiement clair bilatéral :
 oui non

Toute réponse « oui » doit entraîner une consultation spécialisée

○ Étude du comportement visuel

- Réflexe photomoteur = recherche de la sensibilité à la stimulation lumineuse → **dès la naissance**
- Réflexe de fixation = fixation de l'œil sur un point lumineux ou sur un objet → **au cours 15^{ers} jours**
- Réflexe de poursuite = l'enfant peut suivre une cible qui se déplace → **à partir du 2^{ème} mois**
- Réflexe de convergence = on présente un objet à distance du nez de l'enfant et on le rapproche, les 2 yeux doivent converger de manière symétrique → **au cours du 4^{ème} mois**

Une anomalie à l'examen de ces réflexes doit entraîner une consultation spécialisée

○ **Recherche d'une défense à l'occlusion :**

= on présente un objet à l'enfant et on cache un œil puis l'autre en étudiant la réaction de l'enfant

→ Si l'enfant accepte l'occlusion d'un œil et refuse l'occlusion de l'autre il est suspect d'amblyopie sur l'œil qu'il accepte de voir caché

Absence de défense à l'occlusion = consultation spécialisée

○ **Recherche d'un strabisme :**

- Etude des reflets cornéens = on pointe une source lumineuse dans les yeux de l'enfant à 30cm de son visage et on étudie les reflets dans les 2 pupilles
- Reflet centré = normal



Source : collection D. Denis

- Reflet dévié en temporal = strabisme convergent



Source : collection D. Denis

- Reflet dévié en nasal = strabisme divergent



Source : collection D. Denis

Toute déviation des reflets doit entraîner une consultation spécialisée

- Test à l'écran = on fait fixer un objet à l'enfant et on cache un œil. On étudie l'œil non caché : l'œil ne doit pas bouger.

Tout mouvement de l'œil fait suspecter un strabisme

- Test à l'écran alterné = on fait fixer un objet à l'enfant et on cache alternativement chaque œil. On étudie le mouvement de l'œil qui était caché : l'œil ne doit pas bouger.

Tout mouvement de l'œil fait suspecter un strabisme

○ **Acuité visuelle :**

À partir de 2ans1/2, de près et de loin, en monoculaire et en binoculaire.

Échelle d'optotypes adaptée, par appariement (l'enfant désigne le dessin qu'on lui montre au moyen d'une planche d'optotypes placée dans ses mains).

Attention à bien respecter les distances pour l'acuité visuelle de loin (variable selon les échelles).

Ce qu'on cherche : une **isoacuité** et non pas une acuité de 10/10 qui ne sera atteinte que vers l'âge de 5 ans.

Toute différence d'acuité supérieure ou égale à 2/10^{ème} doit entraîner une consultation spécialisée

LIENS

<http://www.anaes.fr>

<http://www.depistagevisuel.com>