

Conduite à tenir devant une baisse d'acuité visuelle aiguë chez l'enfant

Léopoldine Lequeux - *Ophtalmologie Rive Gauche, clinique Rive-Gauche, Toulouse*

La notion de l'ancienneté de la baisse d'acuité visuelle est une donnée difficilement appréciable chez l'enfant, en particulier à l'âge préverbal. Même si la baisse de vision survient rapidement, le retard diagnostique est fréquent, en particulier pour les pathologies de présentation unilatérale, sans autre manifestation clinique associée. Nous parlerons donc plutôt de baisse d'acuité visuelle acquise en opposition à un problème de déficience visuelle d'origine congénitale.

Les causes de baisse d'acuité visuelle chez l'enfant peuvent être d'origines très diverses et l'orientation diagnostique repose, tout comme chez l'adulte, sur l'analyse des différents segments de l'œil. Le plus souvent, des anomalies évidentes sont retrouvées lors de cet examen, mais parfois, l'examen ophtalmologique peut s'avérer normal. Il se pose alors le problème diagnostique plus difficile qui est de faire la part entre une réelle pathologie organique, un trouble fonctionnel ou une simulation. L'étude de la réfraction sous cycloplégie est une étape indispensable dans la démarche diagnostique avant d'aller plus loin dans la réalisation d'examens complémentaires qui devront être aussi poussés que nécessaires. Le diagnostic de simulation doit rester un diagnostic d'élimination et doit être posé prudemment, même si quelques tests simples peuvent facilement mettre en évidence une incohérence avec les

tests d'acuité visuelle et attester d'une absence de problème visuel d'origine organique.

Conduite de l'examen

■ Interrogatoire

Les antécédents personnels et familiaux doivent être renseignés à la recherche de pathologies héréditaires ou générales pouvant entraîner un problème visuel.

Les circonstances de découverte de la baisse de vision sont à préciser. Il peut s'agir d'une découverte fortuite, au cours d'un examen de contrôle systématique, ou au décours d'un examen de la vision motivé par d'autres signes d'appel (*strabisme, leucocorie, modification de la pupille, photophobie, héméralopie, signes fonctionnels d'asthénopie, diplopie, etc.*). Il peut s'agir également d'une modification récente du comportement, remarquée par l'entourage, évoquant des difficultés visuelles. La présence d'éléments, comme un nystagmus ou un torticolis peut à l'inverse orienter vers un problème plutôt congénital qu'acquis. Il faut également rechercher des signes généraux éventuels associés (céphalées, vomissements, asthénie, etc.) ainsi qu'interroger sur le contexte général (vaccination, infection, traumatisme, etc.). Il faut également savoir

questionner l'entourage et l'enfant sur d'éventuelles difficultés familiales ou scolaires.

■ Examen physique

Il convient en premier lieu d'authentifier la baisse d'acuité visuelle par une mesure chiffrée de l'acuité visuelle à l'aide d'une échelle standardisée adaptée à l'âge de l'enfant. Le caractère uni- ou bilatéral ainsi que la profondeur de la baisse de vision pourront ainsi être précisés. L'observation de l'enfant au cours de ce test est importante. Une discordance entre le comportement de l'enfant et une baisse profonde d'acuité pourra être évocatrice d'une simulation. La lenteur des réponses ou l'apparition de signes fonctionnels d'asthénopie au cours des tests pourra plutôt orienter vers un trouble de l'accommodation.

À l'âge préverbal, on essaiera d'apprécier le comportement visuel de l'enfant en binoculaire puis en monoculaire avec l'étude de la poursuite, de la fixation et de la coordination œil-main, la réaction à l'occlusion et la neutralisation au test du biprisme. Une asymétrie des réponses orientera vers un problème visuel unilatéral.

Il convient ensuite de réaliser un examen détaillé des différents segments de l'œil. Une réfraction sous cycloplégie sera réalisée de façon systématique dès ce stade. Son intérêt est double, elle permet d'éliminer un problème réfractif ou accommodatif et

d'examiner de façon concomitante le fond d'œil. La mesure subjective de l'acuité visuelle peut être répétée sous cycloplégie. L'amélioration de l'acuité visuelle avec la réfraction sous cycloplégie sera en faveur d'un trouble de l'accommodation.

En l'absence de causes pouvant expliquer la baisse d'acuité visuelle, c'est-à-dire devant un examen ophtalmologique normal, et après avoir éliminé un problème réfractif ou un trouble de l'accommodation, des examens complémentaires devront être réalisés avant d'évoquer la possibilité d'une simulation ou d'un trouble psychogène. Toutefois, si l'impression clinique est en faveur de ce diagnostic, des tests simples peuvent permettre d'étayer cette hypothèse rapidement, comme les tests de vision stéréosco-

pique ou le test de Thibaudet, plus connu.

■ Examens complémentaires

Les examens complémentaires seront réalisés de façon orientée pour confirmer le diagnostic étiologique en fonction des anomalies retrouvées lors de l'examen ophtalmologique.

Ils sont surtout indispensables en cas d'examen ophtalmologique normal et doivent être réalisés de façon hiérarchique.

▶▶▶ Rétinophotographie et OCT

Les progrès des techniques d'acquisition de ces appareils, les systèmes d'imagerie ultra grand champ et le développement d'appareils portables permettent une exploration de plus en plus précoce des pathologies réti-

niennes chez l'enfant. Ils seront réalisés en première intention dans le prolongement de l'examen ophtalmologique. Ils permettent de détecter de façon plus sensible que le fond d'œil des maculopathies débutantes (maladie de Stargardt, par exemple) ou des neuropathies débutantes (Figure 1). Les clichés en autofluorescence apporteront également des informations supplémentaires dans le cadre des dystrophies rétiniennes.

▶▶▶ Champ visuel et bilan des couleurs

Le champ visuel cinétique et le bilan des couleurs ont tendance à être un peu oubliés au profit des examens d'imagerie, alors qu'ils sont des examens de choix chez l'enfant dans le cadre du bilan d'une baisse d'acuité visuelle, et être révélateurs d'une maculopathie ou neuropathie débu-

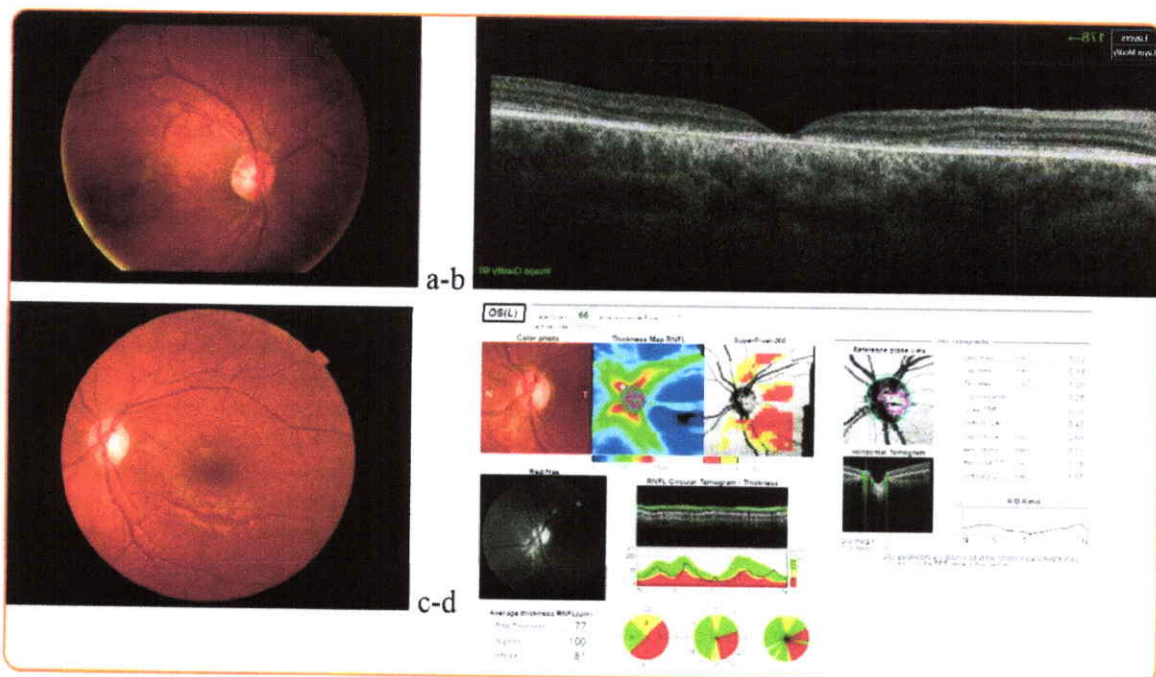


Figure 1 : Apport de la rétinophotographie et de l'OCT lorsque le FO paraît normal.
 a-b. Modification du reflet fovéolaire et discret granité maculaire sur le cliché RNM, et altération de la ligne des photorécepteurs sur la coupe maculaire en OCT dans le cadre d'une maladie de Stargardt débutante.
 c-d. Légère pâleur papillaire temporale sur le cliché RNM et déficit en fibres optiques en temporal sur l'OCT papillaire dans le cadre d'une atrophie optique dominante débutante.

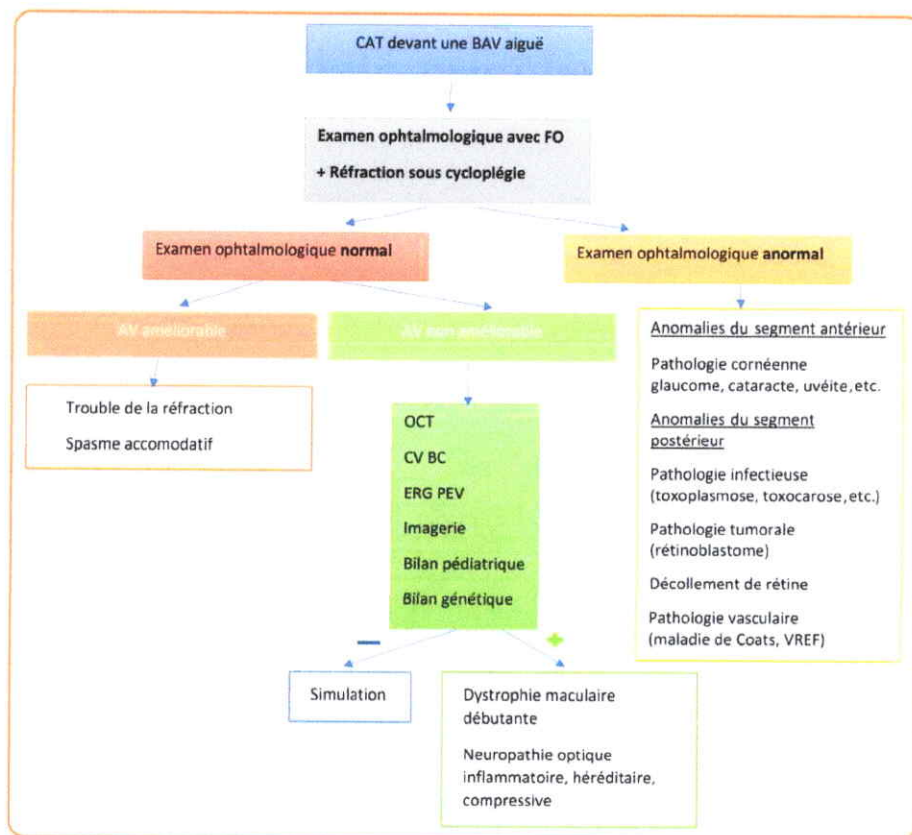


Figure 2 : Arbre décisionnel devant une baisse de l'acuité visuelle acquise chez l'enfant.

tante. Ils peuvent être réalisés à partir de l'âge de 6 ans.

Examens électrophysiologiques

L'électrorétinogramme est l'examen de référence pour attester d'une dysfonction rétinienne. Une altération des potentiels évoqués visuels, alors que l'électrorétinogramme est normal, orientera vers une atteinte des voies visuelles.

Dans certains cas de suspicion de pathologie fonctionnelle, il faudra savoir aller jusqu'à la réalisation de PEV, dont seule la normalité permettra vraiment d'éliminer un problème organique.

Imagerie cérébrale et bilan pédiatrique

Une baisse d'acuité visuelle bilatérale et profonde associée à des signes généraux et une modification du comportement doit faire réaliser un bilan pédiatrique et une imagerie en urgence, car il peut s'agir d'une neuropathie optique inflammatoire associée à une encéphalite aiguë disséminée. ■

Liens d'intérêts : aucun



Flash portable

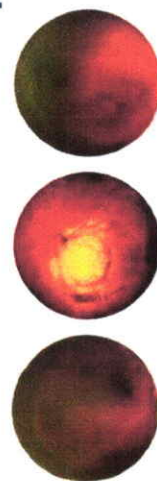


METROVISION

Champ visuel enfant par attraction



www.metrovision.com



Rétinographe Pédiatrique Grand Champ Mobile

3methra neo

