

AMBLYOPIE X ZANLONGHI

1. INTRODUCTION

L'amblyopie se définit comme une diminution uni- ou bilatérale de certaines aptitudes visuelles. Elle se traduit cliniquement par une acuité visuelle inférieure à 4/10. L'amblyopie est une qualification fonctionnelle indépendante de la pathologie ⁽¹⁾.

2. SIGNES FONCTIONNELS ET CLINIQUES

L'amblyopie va entraîner des perturbations de nombreuses fonctions visuelles sensorielles, motrices ^(2, 3), parmi lesquelles :

- une **diminution de la résolution spatiale** mesurée en pratique par la perte de l'acuité visuelle de loin et de près (lecture),
- une **diminution de la sensibilité au contraste** décrite par les patients comme une vision délavée « tout est gris »,
- une **diminution de la sensibilité aux couleurs**, peu ressentie par les patients sauf pour les neuropathies optiques toxiques sévères ou les patients décrivent une perte parfois majeure pouvant aller jusqu'à une achromatopsie,
- une **diminution de la sensibilité aux mouvements**, (mais qui ne donne pas de phénomène de Pulfrich),
- une **perte plus ou moins prononcée de la vision binoculaire** avec souvent une perte de la vision stéréoscopique, et mise en place d'une neutralisation, donnant un microstrabisme, un nystagmus latent

monoculaire, un strabisme ou un torticolis ; classiquement il n'y a pas de diplopie,

- une **atteinte du champ visuel central** se traduit par une diminution du seuil fovéolaire, voire un discret scotome central, avec au maximum un scotome centro-caecal lié aux difficultés de fixation en cours de champ visuel (**Fig. 1**),
- un **trouble de la fixation**, bien mis en évidence en micropérimétrie,
- parfois **trouble de l'accommodation** (atteinte des vergences),
- **atteinte de la motricité oculaire** (saccades, poursuites, mouvement de stabilisation).

3. CIRCONSTANCES DE DÉCOUVERTE

En France, l'amblyopie bilatérale fonctionnelle est très rare, et se résume à des troubles réfractifs importants touchant les deux et non corrigés avant l'âge de 10 ans, le plus souvent des hypermétropies avec astigmatisme majeur (**Fig. 2**) ⁽⁴⁾.

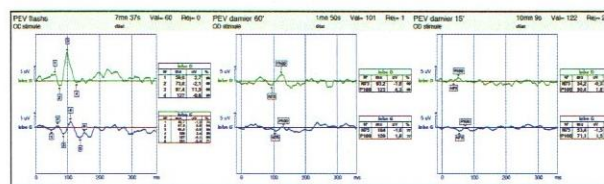


Figure 2 : Homme 45 ans, illettré, jamais corrigé OD +6.5(-1)35° 2/10 P8, OG +7.5(-1.75)25° 1/10 P10: PEV normaux par flash, P100 de faible amplitude mais de latence normale par grands damiers de 60', pas de P100 individualisable par rapport aux bruits de fond par petits damiers de 15'

L'amblyopie unilatérale pose un problème de diagnostic différentiel avec une neuropathie optique récente ou ancienne dans les cas suivants :

- découverte chez un enfant de moins de 10 ans d'une amblyopie unilatérale modérée sans strabisme ni anisométrie,
- cortège fonctionnel unilatéral (douleur oculaire, flou visuel), puis découverte d'une acuité visuelle faible sur le même œil, chez un adulte de moins de 40 ans,
- au moment de la presbytie, lors de la première consultation ophtalmologique, alors que le patient ne signale aucun antécédent (**Fig. 3**).

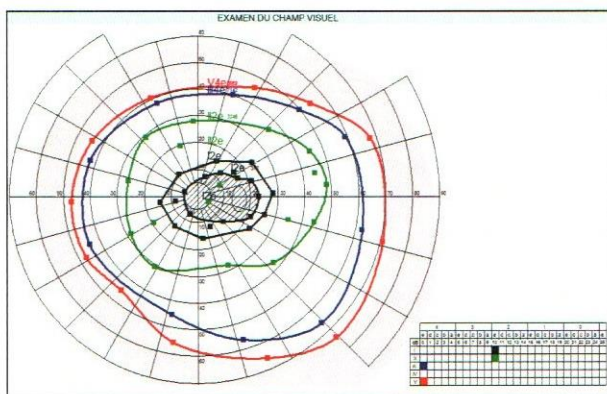


Figure 1 : Enfant de 9 ans, amblyopie de l'œil droit par anisométrie non traitée 1/20 Parinaud 28

4. SIGNES PARACLINIQUES

Les PEV damiers transitoires et les PEV Sweep ont montré un intérêt diagnostique et pronostique surtout quand l'amblyopie unilatérale est découverte jeune ⁽⁵⁾. Il n'y a pas de pâleur papillaire, l'OCT avec l'étude de l'épaisseur des fibres nerveuses rétiniennes péripapillaires (RNFL) ne montre pas d'anomalie spécifique de l'amblyopie fonctionnelle ⁽⁶⁾.

Les autres examens, MERG, PERG, ERG, champ visuel, sensibilité aux contrastes, IRM des voies visuelles, IRM fonctionnelle, n'ont d'intérêt que pour objectiver une amblyopie organique associée, ou une autre pathologie des voies visuelles.

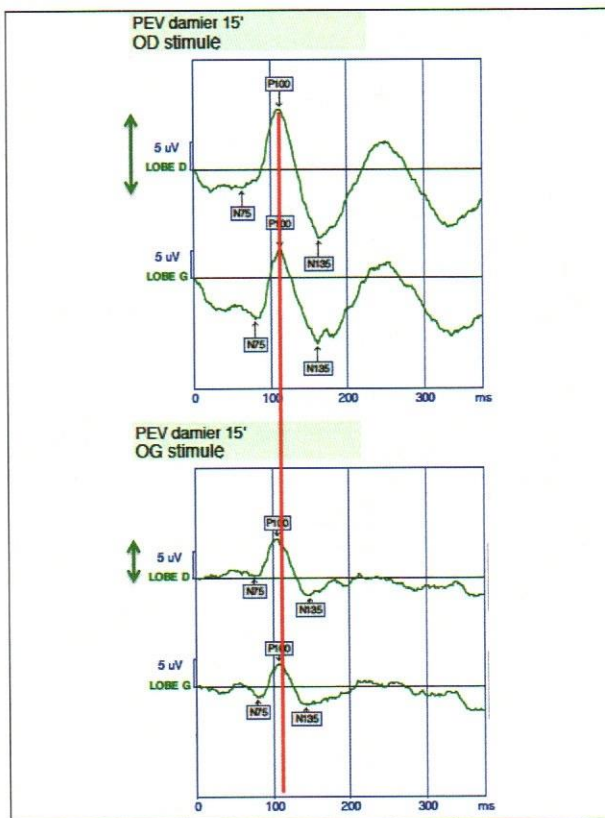


Figure 3 : PEV damiers de 15'chez un homme de 45 ans, OD plan 10/10, OG plan 6,3/10

CONCLUSION

Dans une amblyopie, l'atteinte fonctionnelle peut mimer une neuropathie optique surtout unilatérale, l'étude de la réfraction et l'examen oculomoteur permettent souvent de déceler la cause de l'amblyopie. Le diagnostic différentiel avec une neuropathie optique se fait sur la normalité des examens morphologiques.

REFERENCES

1. Arnaud C, Bursztyn J, Charlier J, Defoort-Dhellemmes S, Kaplan J, Le Gargasson J-F, Lenne W, Levy P. Déficits visuels. Dépistage et prise en charge chez le jeune enfant. *Expertises collectives*, Ed by INSERM, 2002, 398pp et synthèse de 52 pp.
2. Ciuffreda K.J., Levi D.M., Selenow A. Amblyopia. Basic and clinical aspects. Ed Butterworth-Heinemann, Boston, 1991, 507 pp
3. Campos E. Amblyopia. *Survey Ophthalmol*, 1995; 40:23-39.
4. Goberville M, Dureau P, Audren F, Caputo G, Gravier N, Habault C, Metge-Galatoire F, Robert M, Speeg-Schatz C. Ophtalmologie pédiatrique et strabismes : Amblyopie et troubles oculomoteurs. *Coffret 5 livres, éditions Lavoisier*, mai 2014.
5. Orssaud C. L'amblyopie. *J Fr Ophthalmol* 2014; 37: 486-496.
6. Quoc EB, Delepine, Tran THC. Epaisseur des fibres nerveuses rétiniennes péripapillaires (RNFL) et volume maculaire dans l'amblyopie chez les enfants et les adultes. *J Fr. Ophthalmol* 2009; 32, 7, 488-495.