

# ASSOCIATION FRANÇAISE DE STRABOLOGIE

## Réunion de printemps de l'AFS

Dans le cadre du congrès annuel  
de la Société Française d'Ophtalmologie.

Lundi 9 mai 2005 de 9h à 17h30

Salle 241 du palais des congrès de la porte Maillot

**Thème principal :  
« Amblyopie fonctionnelle »**

### Conférences

- **Dr. Th. Nguyen (CHNO XV-XX)**: “ Amblyopie fonctionnelle après traitement : évaluation de la réponse corticale et de la rivalité binoculaire après stimulation visuelle en IRM fonctionnelle ”
- **Mme Ch. Milleret (Collège de France)** :“ Asymétrie de l'intégration interhémisphérique visuelle chez l'animal strabique précoce ”
- **Pr. Birgit Lorenz (Présidente de la Bielschowsky Gesellschaft)** :“ La génétique du nystagmus congénital ”

# ASSOCIATION FRANÇAISE DE STRABOLOGIE

## Lettre de l'association :

Chers Amis, membres de l'AFS,

Voici venu le temps du renouvellement du comité directeur de l'AFS. Les membres de l'AFS sont conviés à voter durant la pause de notre réunion de Paris pour élire le nouveau comité qui élira lui même le nouveau bureau pour une durée de 3 ans.

Le temps aussi du bilan de ces 3 ans passés :

Notre société est dynamique comme le montre le nombre d'inscrits à l'AFS, le nombre de participants aux congrès et la qualité des communications nationales et internationales. Au cours des trois années qui s'achèvent nous avons eu six Congrès, à Toulouse, à Genève et à Marseille à l'automne, en alternance avec Paris au printemps

Le Comité a recherché la rigueur scientifique, tant dans l'organisation des congrès que dans la mise en forme à un niveau de qualité internationale des abrégés des communications, aidé pour cela par le Comité de lecture et la Secrétaire scientifique qui ont pu travailler en toute autonomie depuis la mise en place d'un anonymat total lors de la sélection des communications.

Par ailleurs le Comité a développé ses relations internationales, ce qui nous a permis de bénéficier d'orateurs étrangers éminents lors de nos congrès.

Notre association est maintenant attachée à un siège social fixe, indépendant du secrétariat et affiliée à la SFO, ce qui simplifiera les successions et la continuité de la vie de notre Association..

Le site internet de l'Association s'est renouvelé après le travail pionnier et immense de Françoise Lods. Nous espérons pouvoir y centraliser tout ce qui touche à la communication et la publication dans l'Association, tant pour les consultants extérieurs (annonce de congrès, inscriptions aux congrès, demandes de renseignements, publications des résumés de communications avec moteur de recherche) que pour les adhérents (inscriptions, cotisations, publication intégrale des communications dans journal électronique de strabologie francophone avec moteur de recherche, liens vers les autres sites de strabologie, liste de diffusion, liste de discussion de cas cliniques). Il reste bien sur (beaucoup) de travail pour que ce site tourne et les bonnes volontés sont bienvenues.

Le site est géré par un webmaster (G Aflalo) et un comité du site composé de membres du comité directeur.

**La communication au sein de l'AFS ne se fait dorénavant plus que par courriel.  
Soyez attentifs à communiquer au secrétariat vos changements d'adresse.**

Nous avons vu apparaître les fiches d'évaluation FMC qui doivent se développer et être traitées à chaque congrès.

Enfin, alors qu'il existe un grand mouvement dans la cotation des actes techniques (CCAM), notre Association a fait entendre sa voix auprès du ministère et de l'organisme de tutelle, en tant que « société savante » (et non comme syndicat), afin de défendre la juste reconnaissance des actes que nous pratiquons, de leur spécificité, de leur technicité et parfois de leur difficulté, imposant souvent une préparation et un savoir faire clinique mal reconnu dans la cotation des actes chirurgicaux.

Quelques remarques sur le fonctionnement de l'Association

Les compte-rendus de séance du Comité directeur sont accessibles aux membres de l'AFS sur le site internet et à la demande auprès du secrétaire général.

Les inscriptions et cotisations sont du ressort du secrétaire trésorier. Vous pouvez communiquer avec lui par courriel ou courrier.

# ASSOCIATION FRANÇAISE DE STRABOLOGIE

Tout ce qui concerne les congrès tant sur le plan organisation, inscriptions, communications scientifiques passe par le secrétaire général.

Il existe une boîte au lettre « générale » de l'association, quand vous ne savez pas à qui écrire..., gérée par le webmaster qui retransmettra au membre du comité directeur de l'AFS concerné.

Tout cela vous sera précisé par une lettre de diffusion, avec les nouvelles adresses internet de courriel et la répartition du nouveau comité directeur.

Les prochains congrès auront lieu :

- A Bruges (Belgique), le 7 et 8 octobre 2005

Thème : la pathologie des obliques

Date limite de soumission des abrégés : 15 juillet 2005

- A Paris, le 8 mai 2006

Thème : la pathologie orbitaire (sous réserve)

Date limite de soumission des abrégés : 15 novembre 2005

- A Tours, date à décider

Thème : à décider

Date limite de soumission des abrégés : 15 juillet 2006

Les abrégés doivent être structurés selon les règles éditées sur le site sous peine de ne pas être revus par le comité scientifique. Un avis de réception vous sera adressé, ainsi qu'un avis d'acceptation ou non.

Les communications ne sont plus acceptées que sous forme de vidéoprojection Power Point. Soyez attentifs à la confidentialité des clichés présentés (seul le regard). Merci d'amener votre communication sous forme de CD ou avec une clé USB afin de pouvoir la placer dans l'ordinateur servant à la projection et laisser au secrétariat en vue de publication.

Les communications présentées à l'AFS seront présentées telles quelles (format pdf) sur le site de l'AFS dans sa partie réservée aux membres, après mise en forme sommaire par le secrétariat scientifique, SAUF si vous manifestez votre opposition par courriel au secrétariat général ou si vous préférez le mettre en forme selon un format de publication plus adapté. Cette forme de publication sera sans doute amenée à évoluer dans les années à venir, mais elle garantit que votre travail laisse une trace officielle.

**André Roth**  
Président

**Dominique Thouvenin**  
Secrétaire général

# ASSOCIATION FRANÇAISE DE STRABOLOGIE

## Composition du bureau 2002-2005 de l'AFS :

- **Président:** A. Roth (Genève)
- **Vice-Présidents:** F. Lavenant (Nantes) &, M. Bourron-Madignier (Lyon)
- **Secrétaire général:** D.Thouvenin (Toulouse)
- **Secrétaire trésorier:** G. Aflalo (Saint-Raphaël)
- **Secrétaire général adjoint:** D. Denis (Marseille)
- **Secrétaire trésorier adjoint :** J.P. Caramel (Montpellier)
- **Secrétaire scientifique:** M. Bourron-Madignier
- **Chargé de la FMC:** N. Gravier (Nantes)
- **Relations avec la SFO, les autres associations de strabologie, les orthoptistes, le syndicat :** F. Lavenant, N. Gambarelli (Marseille) & J.C. Charlot (Paris)
- **Comité de lecture:** M. Bourron-Madignier, B. Roussat (Paris), C. Habault (Lyon) & E. Laurent (Montpellier), A Roth
- **Gestion et développement du site Internet de l'AFS :** F. Lods (Nice) & S. Arsene

### **Past présidents :**

PV Bérard (Marseille) : 1984-1999  
A Spielmann (Nancy) :1999-2002

### **Membres fondateurs :**

M Ardouin ; G Bechac ; PV Bérard ; D Godde Jolly ; J Julou ; F Pinçon ; MA Quéré ; R Reydy ; A Roth ; A Spielmann ; JB Weiss ; M Woillez..

# **ASSOCIATION FRANÇAISE DE STRABOLOGIE**

## **FICHE INDIVIDUELLE D'EVALUATION D'UNE**

### **FMC**

**Date : lundi 9 mai 2005**

## **Thème de la FMC : L'amblyopie fonctionnelle**

**Quels sont les points forts de cette formation et quel est le message qui vous semble le plus pertinent pour votre pratique quotidienne ?**

.....  
.....  
.....

Quels sont les points faibles de cette formation ?

.....  
.....  
.....

Quelles sont vos questions restées sans réponse ?

.....  
.....  
.....

## Echelle visuelle de satisfaction

Qualité pédagogique : 0 .. 1 .. 2 .. 3 .. 4 .. 5 .. 6 .. 7 .. 8 .. 9 .. 10

Adaptation à la pratique : 0 .. 1 .. 2 .. 3 .. 4 .. 5 .. 6 .. 7 .. 8 .. 9 .. 10

Validité scientifique des informations : 0 .. 1 .. 2 .. 3 .. 4 .. 5 .. 6 .. 7 .. 8 .. 9 .. 10

# **ASSOCIATION FRANÇAISE DE STRABOLOGIE**

## **Réunion de printemps Lundi 9 mai 2005 de 9h à 17h30**

(Salle 241 du palais des congrès de la porte Maillot)

### **Programme**

- 09.00-09.10            Accueil et introduction
- 09.10-09.20            Amblyopie, troubles oculomoteurs et ptose palpébrale associés au cours du syndrome de Marcus Gunn. C Bok, S Morax (Paris)
- 09.20-09.30            La chirurgie réfractive dans le traitement des amblyopies strabiques et nystagmiques. L Lesueur, S Moalic, JL Arné, B Gambino-Gagean, C Duval (Hyères, Toulouse)
- 09.30-09.40            Le traitement de l'amblyopie mixte ; à propos de 20 cas. C Le Sage Beaudon, D Thouvenin, S Nogué, L Fontes, O Norbert (Toulouse)
- 09.40-09.50            Spasmes de convergence et lésions supranacléaires : approche clinique et thérapeutique. Alain Spielmann (Nancy)
- 09.50-10.10            **Discussion. : Modération M Bourron Madignier**
- 10.10-10.40            **Assemblée générale de l'AFS**
- 10.40-11.00            Pause, recueil des bulletins de vote**
- 11.00-11.30            **Conférence du Dr. Th. Nguyen (CHNO XV-XX): “ Amblyopie fonctionnelle après traitement : évaluation de la réponse corticale et de la rivalité binoculaire après stimulation visuelle en IRM fonctionnelle ”**  
**Discussion. Modération : D Thouvenin**
- 11.30-12.15            **Conférence de Mme Ch. Milleret (Collège de France) :“ Asymétrie de l'intégration interhémisphérique visuelle chez l'animal strabique précoce ”**  
**Discussion. Modération : D.Thouvenin**
- 12.15-14.00            Repas**

# ASSOCIATION FRANÇAISE DE STRABOLOGIE

14.00-14.50	Conférence du Pr. <u>Birgit Lorenz</u> (Présidente de la Bielschowsky Gesellschaft) : " La génétique du nystagmus congénital " <b>Discussion. Modération : A. Roth</b>
14.50-15.00	L'évolution de l'astigmatisme chez l'enfant : Recherche de valeurs amblyogènes. <u>A Hernando</u> , G Michel, P Stirn, A Widmer, E Naud, C Speeg-Schatz (Strasbourg)
15.00-15.10	Avant l'amblyopie. Pourquoi attendre. Y. Lobstein (Strasbourg)
15.10-15.20	Amélioration de la vision de l'œil amblyope après perte fonctionnelle de l'œil sain. <u>N Gambarelli</u> , O Bouchard (Marseille)
15.20-15.30	<b>Discussion. Modération : A. Roth</b>
<b>15.30-16.00</b>	<b>Pause</b>
16.00-16.15	<b>Résultats des élections du comité directeur</b>
16.15-16.35	Le traitement de l'amblyopie d'un continent à l'autre. Rapport d'une table ronde internationale sur le traitement de cas classiques d'amblyopie et sur certaines données thérapeutiques nouvelles (Congrès de l'Association internationale d'Orthoptique, Melbourne 2004). <u>D.Thouvenin</u> (Toulouse).
16.35-16.45	Les amblyopies à fixation excentrique verticale associée à une hypotropie et une D.V.D. <u>H. Cohen</u> , L. Trinquet, N. Gravier, M. Goberville, E. Laurent. (Marseille)
16.45-16.55	Le biprisme à la rescousse du cover-test et de l'acuité visuelle dans le suivi objectif de l'alternance de fixation chez le microstrabique pénalisé. <u>V Paris</u> (Marche-en-Famenne, Belgique)
16.55-17.05	Stabilité de la position des yeux sous anesthésie générale. Comparaison sur l'œil non opéré. <u>A Péchereau</u> , D Lassalle (Nantes)
17.05-17.15	<b>Discussion. Modération : V. Paris</b>
17.15-17.30	Conclusion

# **ASSOCIATION FRANÇAISE DE STRABOLOGIE**

**Assemblée Générale  
Lundi, 9 mai 2005 à 10 heures 10  
Palais des Congrès  
Salle 241**

## **Ordre de jour**

1. Accueil
2. Acceptation de l'ordre du jour
3. Désignation des scrutateurs
4. Rapport du Président
5. Rapport du Secrétaire général
6. Rapport du Secrétaire – Trésorier
7. Rapport du Secrétaire scientifique (Comité de lecture)
8. Election du nouveau Comité de l'AFS
9. Prochains Congrès
10. Divers

# ASSOCIATION FRANÇAISE DE STRABOLOGIE

## Résumés structurés (abrégés) des communications

1. Amblyopie, troubles oculomoteurs et ptose palpébrale associés au cours du syndrome de Marcus Gunn

C Bok, S Morax (Paris)

**Introduction :** Le syndrome de Marcus Gunn associe un ptosis congénital neurogène à une syncinésie mandibulo-palpébrale. Il peut être isolé ou s'associer dans 25 % des cas à des troubles oculomoteurs et une amblyopie. Le pronostic est différent dans les deux cas.

**Sujets et méthode :** Nous rapportons 6 cas, 2 adultes et 4 enfants, âgés de 6 à 29 ans, présentant une association de ptosis majeur, de syncinésie, d'amblyopie et de troubles oculomoteurs. La prise en charge a comporté le traitement de l'amblyopie, la chirurgie oculomotrice, puis la chirurgie palpébrale. Dans tous les cas, une pénalisation prolongée de l'œil dominant a été effectuée.

**Résultats :** Nous avons obtenu des résultats incomplets chez les deux adultes (l'un gardait une amblyopie, l'autre avait subi de nombreuses interventions de strabisme). Les résultats ont été bons chez les 4 enfants pris en charge tôt avec traitement complet.

**Discussion :** Les formes isolées sont de bon pronostic par un traitement chirurgical de la ptose et de la syncinésie. Si une amblyopie par anisométropie existe, elle doit être prise en charge parallèlement. Les formes associées nécessitent un traitement précoce et prolongé de l'amblyopie et du strabisme. La chirurgie palpébrale est proposée sur un œil centré, sur la ptose résiduelle. La pénalisation prolongée de l'œil sain est nécessaire. A long terme, il est indispensable que l'œil anciennement amblyope soit fixateur.

**Conclusion :** La chirurgie palpébrale n'est indiquée que sur la ptose résiduelle après traitement précoce et prolongé de l'amblyopie et du strabisme.

# ASSOCIATION FRANÇAISE DE STRABOLOGIE

2. La chirurgie réfractive dans le traitement des amblyopies strabiques et nystagmiques.

L Lesueur, S Moalic, JL Arné, B Gambino-Gagean, C Duval (Hyères, Toulouse)  
laurence.lesueur@club-internet.fr

**But de l'étude :** Evaluer les résultats anatomiques et fonctionnels de patients strabiques et/ou nystagmiques, opérés de myopie forte unilatérale et/ou d'astigmatisme myopique

**Sujets et méthodes :** Deux séries ont été analysées :

Série 1 : chez 18 enfants (âge moyen : 8 ans) un implant phake de chambre postérieure a été mis en place pour amblyopie unilatérale anisomyopique, après échec des traitements conventionnels. Recul de 12 mois à 8 ans.

Série 2 : 3 patients (âge moyen : 30 ans) atteints de nystagmus congénital ont été opérés, l'un de myopie forte bilatérale par implantation, les deux autres d'astigmatisme myopique bilatéral au laser excimer. Recul de 1,5 ans.

**Résultats :** Série 1 : Un gain moyen de 2 lignes de meilleure acuité visuelle corrigée (de 0,1 à 0,3) a été obtenu. La tolérance des implants a été excellente dans tous les cas. 3 cas d'ésotropie > 50 D ont été opérés 6 mois après l'opération réfractive. La vision binoculaire a été récupérée dans 7 cas.

Série 2 : Un gain moyen de 2 lignes de meilleure acuité visuelle corrigée a été obtenu dans les 3 cas, avec régression de l'amplitude des secousses nystagmiques.

**Discussion :** Les indications et la réalisation de la chirurgie réfractive restent très spécifiques dans ces cas rares et particuliers. Les meilleurs résultats fonctionnels ont été obtenus dans les cas d'amblyopie moyenne.

**Conclusion :** Nos résultats montrent l'intérêt de la correction précoce de l'anisomyopie chez l'enfant en cas d'échec des traitements conventionnels et de la chirurgie réfractive chez l'adulte jeune nystagmique..

# ASSOCIATION FRANÇAISE DE STRABOLOGIE

## 3. Le traitement de l'amblyopie mixte ; à propos de 20 cas

C Le Sage Beaudon, D Thouvenin, S Nogué, L Fontes, O Norbert (Toulouse)  
clesage@numericable.fr

**Introduction :** L'amblyopie mixte est une amblyopie organique associée à une amblyopie fonctionnelle : celle-ci peut être traitée par les méthodes de rééducation classiques. Nous avons étudié une série de cas afin d'évaluer les difficultés, l'efficacité et les limites du traitement.

**Sujets et méthode :** L'étude a porté sur 20 cas consécutifs, suivis depuis 1997 (en excluant les amblyopies organiques bilatérales profondes et les cataractes opérées). L'atteinte organique intéressait le segment antérieur dans 8 cas et le segment postérieur dans 12 cas. Le traitement a consisté en une occlusion, associée selon les cas à l'instillation d'atropine, à une pénalisation optique ou un filtre Ryser.

**Résultats :** Le résultat a été moyen dans 5 cas, avec une acuité visuelle restée inférieure à 5/10 et bon dans 15 cas, avec une acuité visuelle ayant dépassé 6/10 ou atteint l'isoacuité.

**Discussion :** L'étude de ces cas montre un résultat globalement positif. La difficulté du traitement réside dans la méconnaissance de l'acuité visuelle maximale potentielle et par conséquent les limites de l'efficacité du traitement. On s'aidera de données objectives (électrophysiologie), ainsi que de l'observation d'une « bascule », donnant ainsi la limite de la rééducation. L'existence de lésions générales associées rend également le traitement plus difficile.

**Conclusion :** Moyennant ces données, le traitement de l'amblyopie mixte vaut la peine d'être entrepris, sans oublier la notion d'acuité visuelle « limite », différemment appréciée en fonction des cas.

# ASSOCIATION FRANÇAISE DE STRABOLOGIE

## 4. Spasmes de convergence et lésions supranucléaires : approche clinique et thérapeutique

Alain Spielmann (Nancy)  
spielmann.alain@free.fr

**Introduction :** La région thalamique et sous-thalamique est particulièrement impliquée dans la fonction de convergence. Les anomalies de la convergence associées à des lésions neurologiques peuvent se manifester par une paralysie ou par un spasme de la convergence. Les spasmes peuvent être consécutifs à une atteinte nerveuse, mésencéphalique, pontique ou corticale. Leur traitement n'est pas décrit dans la littérature neurologique.

**Sujets et méthodes :** Nous avons étudié 4 patients présentant un spasme de la convergence : dans 2 cas il était associé à une paralysie de l'élévation (syndrome de Parinaud), dans 1 cas, à un nystagmus périodique alternant acquis, dans 1 cas à un flutter-opsoclonus. Les trois premiers cas étaient d'origine vasculaire, le dernier d'origine traumatique. L'excès de convergence a fait l'objet d'un affaiblissement des droits internes par Fadenoperation ou par grand recul (chirurgie des 4 droits horizontaux dans le cas du nystagmus périodique alternant).

**Résultats :** L'affaiblissement chirurgical des droits internes s'est avéré efficace dans l'excès de convergence acquis d'origine supranucléaire.

**Discussion :** Les supports anatomiques et physiologiques de la convergence seront discutés à propos des 4 cas étudiés.

**Conclusion :** Les excès de convergence d'origine neurologique doivent être recherchés dans les lésions supranucléaires, d'autant qu'ils peuvent bénéficier de procédés chirurgicaux efficaces.

# ASSOCIATION FRANÇAISE DE STRABOLOGIE

## 5. Evolution de l'astigmatisme chez l'enfant : Recherche de valeurs amblyogenes

A Hernando, G Michel, P Stirn, A Widmer, E Naud, C Speeg-Schatz (Strasbourg)  
Alain.HERNANDO@chru-strasbourg.fr

**Introduction :** Nous présentons une étude rétrospective sur l'évolution et le retentissement de l'astigmatisme sur l'acuité visuelle chez l'enfant.

**Sujets et méthodes :** Nous avons suivi les skiascopies et les acuités visuelles corrigées (Teller, Pigassou, Snellen) de 800 enfants astigmates jusqu'à l'âge de 8 ans. Les skiascopies ont été effectuées à l'aide du Rétinomax, en utilisant comme cycloplégique du Skiacol ou de l'Atropine à 0,3% chez les enfants de moins de 3 ans, à 0,5% au-delà de cet âge.

**Résultats préliminaires :** De 0 à 3 ans il n'y a pas de différence significative d'acuité visuelle entre les astigmatismes inverses et conformes supérieurs ou égaux à une dioptrie. Entre 6 et 8 ans, l'astigmatisme est majoritairement conforme, avec 5% d'astigmatismes supérieurs à 0,75 dioptries. L'astigmatisme comporte un haut risque d'amblyopie lorsqu'il est supérieur à 1,5 dioptries et qu'il est associé à une amétropie sphérique. Il en est de même des aniso-astigmatismes (différence  $\geq 1,0$  dioptrie), d'autant plus qu'ils sont associés à une amétropie sphérique.

**Discussion :** Du fait de la croissance du globe de la naissance à l'âge de 4 ans, on tiendra compte pour la correction optique d'un astigmatisme de l'âge de l'enfant, de la valeur de l'amétropie sphérique associée et de son caractère uni ou bilatéral.

**Conclusion :** Nous avons trouvé une forte prévalence de l'astigmatisme dans les premières années de vie ; celle-ci décroît ensuite à l'âge scolaire. L'astigmatisme doit être corrigé à partir d'une dioptrie et demi afin d'éviter l'amblyopie et le strabisme

# ASSOCIATION FRANÇAISE DE STRABOLOGIE

6. Avant l'amblyopie. Pourquoi attendre ?

Yvonne Lobstein (Strasbourg)

# ASSOCIATION FRANÇAISE DE STRABOLOGIE

7. Amélioration de la vision de l'œil amblyope après perte fonctionnelle de l'œil sain

N Gambarelli, O Bouchard (Marseille)  
MOUILLAC@aol.com

**Introduction :** A propos de deux observations concernant des sujets adultes, les auteurs soulèvent la question d'une possible plasticité du système visuel au-delà de l'âge classiquement considéré comme critique dans le traitement de l'amblyopie.

**Sujets et méthodes :** Deux cas cliniques sont rapportés, celui d'un jeune homme de 20 ans présentant une amblyopie de l'œil droit par myopie forte unilatérale, et celui d'un homme de 45 ans présentant une amblyopie de l'œil droit, opéré de cataracte congénitale sans implant dans l'enfance. Chez ces deux patients, une cécité de l'œil sain est survenue suite à une tumeur du nerf optique dans le premier cas, à une tumeur hypophysaire dans le second cas.

**Résultats :** Dans les deux cas, l'acuité visuelle corrigée de l'œil amblyope s'est améliorée de façon significative dans les mois qui ont suivi la cécité du bon œil.

**Discussion :** De telles observations sont toujours à interpréter avec prudence. Néanmoins plusieurs références de la littérature vont dans le même sens. Il s'agit toujours d'atteintes graves de l'œil sain : traumatiques<sup>1</sup>, rétiennes centrales<sup>2</sup>, énucléations<sup>3</sup>. Des études rétrospectives sur un grand nombre de cas tentent de préciser les critères de récupération<sup>4</sup>. Dans le même ordre d'idée, des travaux récents analysent les possibilités de rééducation de l'amblyopie au-delà de l'âge de 10 ans<sup>5</sup>.

**Conclusion :** Ce travail évoque d'une part la possibilité d'une plasticité du système visuel à l'âge adulte, du moins dans certaines conditions particulières, et d'autre part la possibilité d'un traitement efficace de l'amblyopie chez le grand enfant.

---

<sup>1</sup> TOMMILA Br J Ophthalmol, 1981

<sup>2</sup> TIERNEY J Am Optom Assoc, 1989

<sup>3</sup> KLAEGER Br J Ophthalmol, 1994

<sup>4</sup> EL MALLAH Br J Ophthalmol, 2000 et RAHI Lancet, 2002

<sup>5</sup> MOHAN J Ped Ophthalmol Strabismus, 2004, Pediatric eye disease investigation group. Am J Ophthalmol , 2004

# ASSOCIATION FRANÇAISE DE STRABOLOGIE

8. Le traitement de l'amblyopie d'un continent à l'autre. Rapport d'une table ronde internationale sur le traitement de cas classiques d'amblyopie et sur certaines données thérapeutiques nouvelles (Congrès international d'Orthoptique, Melbourne 2004). (*Exposé sur invitation*)

D.Thouvenin (Toulouse)  
[dr.thouvenin@wanadoo.fr](mailto:dr.thouvenin@wanadoo.fr)

Nous résumons la table ronde sur le traitement de cas classiques d'amblyopie qui s'est tenue lors de la réunion de l'IOA (International Orthoptic Association) à Melbourne (Australie) en novembre 2004.

Elle était coordonnée par le Pr. J. Holmes (Opht., Mayo Clinic, Philadelphia, USA), elle réunissait :

Mrs Sarah Richardson (Orth., Newcastle, UK)  
Dr. Maria Fronius (Opht., Francfort, Allemagne)  
Dr. Connie Koklanis (Opht., Sydney, Australie)  
Dr. Dominique Thouvenin (Opht., Toulouse, France)

Le Pr. Holmes a présenté 7 situations d'amblyopies et chaque intervenant a développé sa manière de traiter, en insistant sur certains points spécifiques à son pays ou sa spécialisation. En-dehors de l'intéressante comparaison entre les habitudes de traitement de chaque pays, on retiendra les études suivantes :

Sur la comparaison

- entre le traitement par Atropine seule vs occlusion (Holmes),
- entre des instillations quotidiennes et de 2j/semaine (fin de semaine) d'atropine,
- entre une occlusion totale et une occlusion de partielle comme traitement d'attaque (Holmes),

- entre un arrêt brutal ou progressif de l'occlusion en fin de traitement d'attaque.

Quand traiter une amblyopie, à quel niveau d'AV (Richardson) ?

L'observance du traitement par occlusion (études sur le temps de port réel des occlusions par puces thermo sensibles intégrées aux occlusions)(Fronius).

Les limites du traitement par occlusion dans les cas difficiles ou chez des enfants âgés (Richardson, Thouvenin).

L'utilisation de l'amblyogramme dans les cas difficiles (Thouvenin).

Le retentissement psychologique de l'occlusion (Thouvenin, Koklanis).

# ASSOCIATION FRANÇAISE DE STRABOLOGIE

9. Les amblyopies à fixation excentrique verticale associée à une hypotropie et une D.V.D.

H. Cohen, L. Trinquet, N. Gravier, M. Goberville, E. Laurent.  
(Marseille)

**Introduction :** Notre étude rapporte les données cliniques de 4 patients atteints d'une amblyopie unilatérale à fixation excentrique verticale, associée à un strabisme vertical avec D.V.D.

**Sujets et méthode :** Nous avons étudié les rapports entre l'amblyopie à fixation excentrique verticale et les troubles oculaires associés, et effectué les mesures de la déviation verticale réelle et de la déviation verticale dissociée.

**Résultats :** Il s'agit de 4 cas de strabisme précoce avec une déviation horizontale en convergence ou divergence secondaire. La déviation verticale réelle consistait en une hypotropie de l'œil amblyope dans trois cas avec fixation excentrique verticale inférieure et dans un cas en une hypotropie de l'œil non amblyope par fibrose du droit inférieur d'origine myopique. La déviation verticale dissociée était bilatérale asymétrique.

**Discussion :** Les formes de DVD avec hypotropie de l'œil dominé sont rares, mais ont déjà été décrites dans la littérature. L'aspect esthétique du patient doit être pris en considération afin de proposer, si nécessaire, une solution chirurgicale tenant compte des différents éléments du problème, pour tenter de compenser l'hypotropie et la déviation horizontale, sans déstabiliser la DVD.

**Conclusion :** L'excentricité de la fixation peut être verticale lorsque la déviation strabique comporte une composante verticale. Le traitement doit être adapté à cette situation particulière.

# ASSOCIATION FRANÇAISE DE STRABOLOGIE

10. Le biprisme à la rescousse du cover-test et de l'acuité visuelle dans le suivi objectif de l'alternance de fixation chez le microstrabique pénalisé.

V Paris (Marche-en-Famenne, Belgique)  
vincent.paris@wol.be

**Introduction :** Le succès du traitement de l'amblyopie fonctionnelle strabique repose sur l'alternance de l'utilisation des deux yeux. La difficulté consiste à s'assurer objectivement que cette condition est bien obtenue.

**Méthode et sujets :** Une occlusion monolatérale ininterrompue, relayée par une pénalisation de loin de 2,50 Δ est systématiquement proposée en cas de forte dominance pathologique. Le biprisme testé de loin et de près permet une interprétation objective dynamique de l'alternance de fixation obtenue. Notre expérience porte sur une cinquantaine d'enfants, âgés en moyenne de 4 ans, chez qui le biprisme fut le seul guide fiable pour évaluer l'efficacité de l'occlusion, permettant un relais utile par la pénalisation.

**Résultats :** Cinq saccades successives de l'œil fixateur ont constitué cliniquement une parfaite sécurité de l'utilisation de cet œil à la distance de mesure. Le biprisme a permis d'objectiver les vraies bascules et d'anticiper le relâchement de l'hypermétropie latente qui diminuent l'efficacité de la pénalisation.

**Discussion :** Le biprisme est un révélateur très efficace de la compliance à l'occlusion, étape nécessaire pour passer à la pénalisation-relais. Le cover-test est moins interprétable de loin que de près dans les angles inférieurs à 10 Δ. Quant à la mesure de l'acuité visuelle, elle est non seulement subjective, mais non spécifique de l'alternance motrice de fixation.

**Conclusion :** Notre méthode a montré que les seuls échecs étaient liés à la non compliance à l'occlusion et que l'alternance motrice ne pouvait parfois être obtenue que plusieurs semaines après la récupération fonctionnelle de l'amblyopie.

# ASSOCIATION FRANÇAISE DE STRABOLOGIE

11. Stabilité de la position des yeux sous anesthésie générale. Comparaison sur l'œil non opéré.

Alain Péchereau & David Lassalle (Nantes)  
dr.pechereau@wanadoo.fr

**But de l'étude :** le but de ce travail est d'étudier chez les sujets strabiques la stabilité de la position de l'œil non opéré entre la fin de la première intervention et le début de la seconde intervention.

**Patients et méthode :** À la fin d'une intervention unilatérale de strabisme (position 1) une photographie numérique de l'œil non opéré a été prise. Au début de l'intervention suivante, une photographie numérique du même œil a été prise (position 2). Le diamètre cornéen (DC) et la distance du reflet cornéen au limbe nasal (RN) ont été mesurés en pixels. Le pourcentage RN/DC a été calculé. La comparaison de ces deux pourcentages permet de déterminer s'il existe une variation significative entre la position 1 et la position 2. 21 patients ont été inclus dans cette étude.

**Résultats :** L'analyse des différences au test de t appariés ne montre pas différence entre les deux séries ( $t : 0,713$  ;  $p : 0,484$ ). La régression entre ces deux variables montre une excellente liaison :  $y = 0,085 + 0,809*x$ .

**Discussion :** Cette nouvelle étude complète nos travaux antérieurs de validation du signe de l'anesthésie pour la chirurgie des strabismes. Ce travail montre, une nouvelle fois, la stabilité de la position de chaque œil sous anesthésie générale profonde et curarisée.

**Conclusion :** Notre étude confirme la validité du signe de l'anesthésie pour les opérations de strabisme.

# ASSOCIATION FRANÇAISE DE STRABOLOGIE

## Prochains congrès de l'AFS

### **Automne 7-8 octobre 2005 = Bruges (Belgique)**

Thème : la pathologie des muscles obliques

Date limite d'envoi des abrégés : 15 juillet 2005

### **Paris mai 2006**

Thème : la pathologie orbitaire (sous réserve)

Date limite de soumission des abrégés : 15 novembre 2005

### **Tours, octobre 2006**

## Congrès de strabologie et contacts avec les associations nationales et internationales :

### **Association Française de Strabologie : <http://www.afs-strabologie.org>**

Secrétariat : D Thouvenin (Toulouse, France). [d.thouvenin@afs-strabologie.org](mailto:d.thouvenin@afs-strabologie.org)

Prochain congrès : Bruges (Belgique) 7-8 octobre 2006

### **European Strabismological Association : <http://www.esa-strabismology.com/>**

Secrétariat : C Schiavi (Bologna, Italy)

Prochain congrès = Killarney (Irlande) 8-11 juin 2005. [www.esa2005.org](http://www.esa2005.org)

### **International Strabological Association**

Secrétariat : Dr Sprunger, (Indianapolis). Fax (317) 328 8864

Prochain congrès = Sao Paolo, Bresil 19-24 fevrier 2006

[isa@ophthalmology2006.com.br](mailto:isa@ophthalmology2006.com.br)

### **Bielschowsky Gesellschaft : <http://www.bielschowsky.de/>**

Prochain congrès à Giessen 18-20 novembre 2005

### **American Association of Pediatric Ophthalmology and Strabismus : <http://med-aapos.bu.edu/>**

Secretariat : Denise De Losada Wilson (San Francisco) [aapos@aoa.org](mailto:aapos@aoa.org) Fax: (415) 561-8531

Prochain congrès : Orlando, mars 2005

### **Association française d'Orthoptique : <http://www.association-orthoptique.fr/>**

Secrétariat : E Lecannelié : [afo@orthoptie.net](mailto:afo@orthoptie.net)

Prochain congrès : Paris 8 mai 2005, la posturologie

### **Association Française d'Ophtalmopédiatrie**

Secrétariat : Dr Orssaud. Hopital Necker

Prochain congrès :

### **International Orthoptic Association : <http://www.internationalorthoptics.org>**

Secretariat : Mrs Bronia Unwin (London) Fax: 44 171 388 5066

Prochain congrès : 28-31 mai 2008, Antwerp ;Belgique : <http://www.ioacongress2008.org/>

### **CLADE : Consejo Latino Americano de Estrabismo : <http://www.cladeweb.org>**

Secrétariat : G Velez Restrepo. email : [admin@clade.net](mailto:admin@clade.net)

Prochain congrès : Santiago de chile, 17-20 novembre 2005

### **European Paediatric Ophthalmological Society (EPOS) : <http://www.epos-focus.org/>**

Secrétariat : Pr. Lorenz. [info@epos-focus.org](mailto:info@epos-focus.org). Fax (49) - 9 41 - 9 44 - 92 16

Prochain congrès: Warszaw, Poland, 3 – 5 novembre 2005

# **ASSOCIATION FRANÇAISE DE STRABOLOGIE**

## **Publications et références strabologiques**

### ***Revues spécialisées***

Publications en lignes sur le site de l'AFS : <http://www.afs-strabologie.org>

Journal of the American Association of Paediatric Ophthalmology and Strabismus (JAAPOS): <http://med-aapos.bu.edu/>

Journal of Paediatric Ophthalmology and Strabismus (JPOS)

Binocular Vision and Strabismus Quarterly (BV&SQ)

Strabismus (revue européenne): <http://www.szp.swets.nl>

Journal Français d'Orthoptique : publié par l'Ass Fr d'orthoptique. Peut être consulté en ligne :  
<http://www.association-orthoptique.fr/>

British Orthoptic Journal : <http://bj.o.bmjjournals.com/>

American Orthoptic Journal

### **Ponctuellement dans les revues internationales ophtalmologiques : (liste non limitative...)**

Journal Français d'Ophtalmologie

Ophthalmology

British Journal of Ophthalmology

Der Ophthalmologe

### **Publications des livres des congrès**

A demander aux secrétariats ou aux éditeurs

AFS, ESA, ISA, IOA, colloques de Nantes

### ***Diplôme d'Université de Strabologie, CHR de Nantes***

Secrétariat : Mme Racapé - fax 02 40 08 46 50

*Siège social : Maison de l'Ophtalmologie, 17, Villa d'Alésia, 75014, Paris*

Email : [asfrstrabologie@msn.com](mailto:asfrstrabologie@msn.com)

Site AFS : : <http://www.afs-strabologie.org>

# ASSOCIATION FRANÇAISE DE STRABOLOGIE

## Demande d'admission à l'AFS

A adresser au secrétariat de l'AFS (adresse à consulter sur le site AFS)

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Date de Naissance :** .....

**Profession :** Ophtalmologiste      Orthoptiste      Autre (préciser) :

**Adresse :**

N° : ..... Rue : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Pays : .....

N° de téléphone : ..... ; Mobile : .....

N° de télécopie : .....

**Adresse courriel** (e mail) (obligatoire pour la transmission des informations internes à l'AFS) : .....

Je, soussigné, après avoir pris connaissance des statuts de l'Association Française de Strabologie, demande mon admission à l'Association Française de Strabologie et m'engage à me conformer aux dispositions des statuts ainsi qu'aux décisions du comité directeur.

**Date :**

**Signature :**

## **Parrainage de deux membres actifs de l'AFS**

Nous soutenons la demande d'admission à l'AFS du candidat ci dessus.

Nom : ..... Prénom : ..... Signature

Le : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Signature

Le : .....

Conformément à l'article 34 de la loi « Informatique et Libertés » du 6 Janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent.