Revues générales
Ophtalmopédiatrie

Quand adresser un enfant à un ophtalmologiste ?

RÉSUME : L'adressage d'un enfant à l'ophtalmologiste ne pose pas qu'un problème d'accessibilité au spécialiste de la vision mais également la question de son indication. Pourtant, de nombreux signes et symptômes signifiant le caractère impératif de cette consultation sont facilement identifiables par le pédiatre ou le médecin généraliste.

Garder à l'esprit que ces signes et symptômes sont différents selon l'âge, tout en y associant un examen simple de l'enfant, et l'interrogatoire de l'entourage doit permettre d'apprécier facilement la nécessité d'un examen spécialisé. En cas de doute, le recours à l'orthoptiste permettra de conforter et d'appuyer la demande de consultation chez l'ophtalmologiste.

→ **B. MORTEMOUSQUE**
Service d'Ophtalmologie, CHU, RENNES.

Cette interrogation apparaît tout à fait légitime puisque, en particulier dans les premières années de vie, aucun examen chez l'ophtalmologiste n'est obligatoire. Une surveillance régulière lors des visites chez le pédiatre prévues dans le carnet de santé au 8e jour, à 2, 4 et 9 mois, puis à 2 et 3 ans permettra de dépister un grand nombre d'anomalies.

Les indications évidentes

Certaines pathologies ou antécédents personnels favorisant l'apparition d'anomalies visuelles vont nécessiter une consultation spécialisée, qu'il s'agisse d'une prématurité, d'une souffrance cérébrale, d'un séjour en réanimation, d'un petit poids de naissance tout particulièrement lorsque celui-ci est inférieur à 1 500 g, d'une surdité, de troubles neuromoteurs plus ou moins marqués, d'anomalies chromosomiques identifiées comme par exemple la trisomie 21, de l'identification d'une craniosténose ou d'une dysostose craniofaciale, de l'existence d'embryofœtopathies et plus particulièrement de séroconversions toxoplasmiques, ou encore de l'exposition *in utero* à certaines substances comme la cocaïne ou l'alcool.

Des antécédents familiaux d'anomalies oculaires devront être aussi des éléments déclenchant la consultation ophtalmologique, à savoir des antécédents de strabisme chez les parents et surtout dans la fratrie, des troubles sévères de la réfraction comme des myopies majeures et précoces, l'existence d'antécédents d'amblyopie, d'astigmatismes familiaux, ou de maladies ophtalmologiques héréditaires comme par exemple le rétinoblastome ou les dégénérescences tapéto-rétiniennes.

Les signes qui doivent alerter le pédiatre ou le médecin traitant

1. Les principaux signes d'appels

Comme dans de nombreuses pathologies, les signes d'appel motivant les

Revues générales
Ophtalmopédiatrie

POINTS FORTS

- Garder à l'esprit l'âge du patient et l'évolution normale des acquisitions selon l'âge.
- La vision n'est pas un sens établi, et il faut toujours avoir à l'esprit le risque amblyogène.
- Un examen détaillé de l'œil et des annexes doit être systématique.
- Examiner le comportement de l'enfant lors de la consultation.
- Savoir penser à l'orthoptiste.

consultations spécialisées vont être variables en fonction de l'âge.

>>> Ainsi, avant 4 mois, devra être orienté en urgence chez l'ophtalmologiste tout enfant présentant une anomalie anatomique au niveau des paupières, du globe oculaire, de la conjonctive ou des pupilles – en particulier une leucocorie (reflet blanchâtre de la pupille) – mais également en cas d'apparition ou de mise en évidence d'un strabisme, d'un nystagmus ou d'une position compensatrice de la tête encore appelée à tort "torticolis". Certains comportements visuels devront attirer l'attention comme un manque d'intérêt aux stimuli visuels, l'absence de réflexe de fixation après 1 mois, de réflexe de clignement à la menace après 3 mois ou de poursuite oculaire, l'existence d'un plafonnement ou l'errance du regard, le fait que l'enfant appuie régulièrement sur ses yeux (signe oculo-digital de Franceschetti) ou qu'il agite ses mains devant ses yeux (signe de l'éventail). Les retards d'acquisition de la préhension des objets sont également des signes inquiétants.

>>> De 6 mois à l'âge verbal, en dehors des signes précédemment cités, un enfant qui se cogne aux objets et tombe, qui bute sur les trottoirs ou plisse régulièrement les yeux devra être adressé très rapidement à l'ophtalmologiste. Une fermeture des yeux à l'éblouissement fera rechercher une anomalie oculaire de même que des comportements anormaux visuels comme une indifférence aux personnes proches ou à l'entourage.

>>> Entre 2 et 5 ans, seront rajoutés à la liste précédente les retards d'acquisition du langage, des lenteurs d'exécution ou des dyspraxies et, chez l'enfant plus grand, une lecture trop rapprochée, une gêne à la vision de loin, une difficulté et une fatigabilité à la lecture, l'apparition de maux de têtes, de clignements réguliers des yeux, de rougeurs et de picotements oculaires.

Tous ces signes d'appel, comme nous l'avons dit et répété, devront orienter la consultation le plus rapidement possible chez l'ophtalmologiste ou, dans certains cas, chez l'orthoptiste.

2. L'examen clinique et les tests simples de dépistage

Le dépistage de ces signes d'appel pourra être effectué par le médecin traitant ou le pédiatre prenant en charge l'enfant, les conditions de réalisation étant assez simples : ambiance calme avec un éclairage constant, chez un enfant qui n'aura ni faim ni sommeil, dans des conditions sécuritaires pour l'enfant à savoir dans les bras de ses proches ou assis sur les genoux de son accompagnant. L'examen sera conduit à la lumière douce, le risque d'éblouissement pouvant fausser certaines mesures ou empêcher un examen satisfaisant en raison d'un blépharospasme (fermeture majeure des paupières) induit.

Certains éléments devront être recherchés de manière systématique à tout âge : intégrité de l'anatomie des paupières et de leur dynamique, taille et symétrie des globes oculaires, signes de pathologie conjonctivale (rougeur ou un larmoiement), cornéenne (opacités, cornée trouble, grand diamètre cornéen), irienne (colobome) ou pupillaire (leucocorie). Dans les premières semaines de vie, on s'attachera plus particulièrement à rechercher l'existence des réflexes photomoteurs, des lueurs pupillaires dont l'absence de coloration orange est un signe d'appel d'anomalie des milieux, la présence d'anomalie rétinienne sévère pouvant faire craindre un rétinoblastome. Enfin, les reflets cornéens seront examinés, et permettront de pouvoir confirmer une suspicion de strabisme.

Dès l'âge de 4 mois, la fixation de l'enfant pourra être explorée, que ce soit en monoculaire ou en binoculaire, de même que les phénomènes de poursuite. On recherchera également l'existence de nystagmus ou d'amblyopie. Le dépistage de cette amblyopie devra être la première préoccupation du médecin examinant l'enfant, en particulier entre 9 et 15 mois. Il pourra se faire soit par le test de l'occlusion alternée, soit par le signe de la toupie (l'enfant tourne la tête vers un objet présenté à droite et à gauche afin de le fixer avec son œil sain) ou l'utilisation de tests stéréoscopiques, l'anomalie de l'un d'entre eux devant orienter vers le spécialiste.

Après l'âge de 2 ans et demi, les mesures d'acuité visuelle pourront être effectuées, en particulier par des méthodes d'appariement d'objets. Elles seront mieux précisées vers l'âge de 5 ans avec l'utilisation d'échelles d'acuité visuelle directionnelle, de chiffres ou de lettres. Vers 5-6 ans, l'évaluation de la vision

des couleurs pourra être également réalisée par le pédiatre ou le médecin traitant. Quelques petites précisions sont à apporter à ce sujet. Après 2 ans et demi, l'acuité visuelle sera mesurée soit en parlant si l'enfant est verbalisé, soit en désignant l'objet sur une planche mise à sa portée. Pour l'acuité visuelle de loin, il est souvent nécessaire que l'échelle d'acuité soit présentée à 2,50 m au lieu des 5 mètres habituels afin d'éviter une perte d'attention de l'enfant, il suffira alors de diviser par 2 la valeur de l'acuité visuelle obtenue. Là aussi, l'enfant pourra soit nommer l'objet, soit le montrer sur la planche d'appariement. Il faut se souvenir que l'acuité visuelle de près est plus facile à mesurer chez l'enfant de cet âge que celle de loin, et qu'elle est beaucoup plus aisée si on lui présente des dessins isolés que des dessins sur une même ligne. Enfin, il est indispensable que le médecin ait toujours à l'esprit les valeurs normales de la vision en fonction de l'âge (***tableau I***).

3. Au total

De façon simple, avant 4 mois, tout strabisme constant est pathologique. La présence d'un des signes énumérés dans la liste des signes d'appel ci-dessous doit motiver la réalisation d'un examen ophtalmologique. Toute anomalie de la cornée ou du reflet pupillaire, ou la présence d'un strabisme ou d'un nystagmus doit imposer un examen ophtalmologique dans les jours qui suivent.

Entre 6 mois et l'âge verbal, un strabisme même intermittent est toujours pathologique et, là aussi, tout signe d'appel découvert ou la suspicion d'une amblyopie impose un bilan ophtalmologique.

Pour les plus grands, dès l'âge de 2 ans, l'existence des signes d'appel ou la présence de difficulté de réalisation d'exercices ou d'activités nécessitant une attention visuelle doit également orienter vers un bilan ophtalmologique.

Il faut cependant garder à l'esprit que l'ophtalmologiste n'est pas le seul interlocuteur possible. L'orthoptiste pourra également réaliser un complément d'examen afin de confirmer ou non les craintes que le pédiatre ou le médecin traitant aurait pu avoir lors de l'examen initial.

En pratique, quand adresser à l'ophtalmologiste ?

Si l'on veut faire simple, on peut dire que le recours à l'ophtalmologiste s'imposera dans les premières semaines de vie en cas d'antécédents personnels ou familiaux d'anomalie visuelle, de maladie oculaire ou en cas de doute sur une lésion organique, comme par exemple l'existence d'une leucocorie. Le but sera alors de rechercher des causes organiques à l'affection et de pouvoir éventuellement réaliser une prise en charge thérapeutique.

En âge préverbal, les antécédents personnels et familiaux ainsi que la présence de signes d'appel seront capitaux afin de juger de la pertinence du recours à l'ophtalmologiste. La recherche de facteurs amblyogènes et de strabisme est également fondamentale. À ce sujet, il est toujours important de rappeler que, jusqu'à preuve du contraire, les parents ont toujours raison. Ainsi, lorsque les parents disent que l'enfant présente un strabisme, le fait que l'examen médical ne le retrouve pas ne veut pas dire qu'il n'existe pas. Il faut garder à l'esprit que la possibilité d'un caractère intermittent de cette déviation oculaire est possible.

En âge verbal, les signes d'appels ou les anomalies aux tests de dépistage seront importants pour orienter vers l'ophtalmologiste pour un bilan complet avec dépistage des troubles de la réfraction. Il devra également être sollicité en cas d'impossibilité d'évaluation de l'acuité visuelle chez l'enfant pour rechercher la cause de ce déficit. Il est toujours important, là aussi, de garder à l'esprit qu'un enfant de moins de 6-7 ans ne se plaindra que rarement d'une baisse d'acuité visuelle et c'est donc le dépis-

>>> À la naissance, l'enfant sera capable de fixer un visage à faible distance, il clignera des yeux à l'éclairage par une lumière vive, son acuité visuelle est évaluée à entre 1/50e et 1/30e.
>>> À 1 mois, il est capable de fixer des objets plus fortement contrastés.
>>> Dès l'âge de 4 mois, il est capable de réaliser des mouvements de poursuite oculaire avec l'existence d'un phénomène de convergence tout à fait normal. L'acuité visuelle est évaluée à 1/10e. Celle-ci va progresser doucement.
>>> À 6 mois, l'acuité visuelle est de l'ordre de 2/10e. Les phénomènes de convergence et de poursuite oculaire sont mis en place, de même que la vision stéréoscopique.
>>> À 1 an, l'acuité visuelle moyenne normale est à 4/10e.
>>> À l'âge de 5-6 ans, l'acuité visuelle est de 10/10e. Il est important de noter que cette acuité visuelle peut être supérieure chez l'enfant car on estime que des acuités visuelles de 20/10e sont tout à fait possibles.

Tout enfant présentant une acuité visuelle inférieure à la normale pour l'âge sera considéré comme potentiellement pathologique, et devra être orienté vers un ophtalmologiste.

Tableau I : Acuité visuelle de l'enfant.

tage systématique qui, seul, permettra de mettre en évidence une éventuelle anomalie.

Enfin, certains éléments doivent orienter en urgence vers l'ophtalmologiste : l'existence d'une leucocorie fera suspecter l'existence d'une cataracte congénitale, d'un rétinoblastome (quatrième cancer de l'enfant) mais également de pathologies comme la maladie de Coats, une toxocarose, une toxoplasmose… La présence de troubles cornéens (œdème de cornée) fera craindre l'existence d'un glaucome congénital. L'apparition brutale d'un strabisme implique également une consultation ophtalmologique en urgence tout comme l'apparition d'un nystagmus, et plus particulièrement lorsque celui-ci est vertical.

Le médecin traitant ou le pédiatre pourra également avoir recours à l'orthoptiste sur prescription médicale, ne l'oublions pas, en cas de difficulté ou de manque d'expérience pour la réalisation des tests de dépistage des troubles visuels, ou lorsqu'il existe un doute sur l'existence d'un strabisme et que l'obtention d'un rendez-vous chez l'ophtalmologiste est "compliquée". L'orthoptiste pourra confirmer ou non l'anomalie, son examen contribuant souvent à l'obtention plus rapide d'un rendez-vous auprès de l'ophtalmologiste.

Conclusion

Le pédiatre ou le médecin traitant ont donc un rôle important dans le dépistage des anomalies oculaires, puisqu'ils sont souvent les premiers intervenants et les principaux interlocuteurs de nombreux enfants et de leurs familles. La formation de ces professionnels sur les signes d'appel visuels est donc capitale. Les orthoptistes pourront largement contribuer à la prise en charge plus précoce et à l'orientation plus adaptée vers l'ophtalmologiste.

Références :

- De Laage de Meux P. Ophtalmologie pédiatrique. Masson, 2003.
- Goberville Mitra. Ophtalmologie pédiatrique et strabismes. Lavoisier. 2014, Vol.1
- Dépistage des troubles visuels chez l'enfant. www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Depistage_des_troubles_visuels_chez_l_enfant.pdf

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.