

## I Le dossier – Strabologie

# Conduite à tenir devant une ésootropie aiguë tardive chez l'enfant : faut-il une imagerie ?

**RÉSUMÉ :** Un enfant qui présente un strabisme tardif aigu normosensoriel après 3 ans doit impérativement bénéficier d'un bilan en imagerie, s'il présente des signes généraux évoquant une pathologie neurologique, des signes neuro-ophtalmologiques (en particulier un nystagmus) ou des signes ophtalmologiques. Si aucun élément suspect n'est présent lors de l'examen, un bilan en imagerie n'est pas nécessaire.

Néanmoins, un suivi régulier et un contrôle après 2 mois d'évolution sont recommandés, pour vérifier l'absence d'apparition de l'un de ces signes.



**N. GRAVIER**

Unité d'oculomotricité, Institut Ophtalmologique Sourdille Atlantique, SAINT-HERBLAIN-NANTES.

Devant l'apparition d'un strabisme tardif après 3 ans de façon aiguë ou très rapide, alors que le bilan sensoriel retrouve une correspondance rétinienne normale, se pose la question d'une origine neurologique, avec l'arrière-pensée d'une tumeur cérébrale en particulier. Nous allons détailler les signes généraux, neuro-ophtalmologiques ou ophtalmologiques qui nous amèneraient à évoquer une telle origine neurologique, et à demander un bilan neuropédiatrique et surtout une imagerie en IRM.

### ■ Signes généraux

Il faut être alerté par la constatation chez un enfant d'un degré d'ataxie, d'un élargissement du polygone de sustentation lorsqu'il se déplace dans la salle d'examen ou d'un torticolis. À l'interrogatoire, la notion de céphalées surtout si elles sont matinales, accompagnées ou non de nausées ou de vomissements au réveil, peut évoquer une hypertension intracrânienne et imposera de faire pratiquer une IRM dans la semaine.

### ■ Signes neuro-ophtalmologiques

>>> À l'examen du fond d'œil, la présence d'un **œdème papillaire** impose la pratique d'une IRM en urgence. En l'absence d'œdème papillaire et en cas d'examen normal, on réalise un OCT. Même chez les tout-petits, il est facile de faire un *mapping* maculaire, l'enfant fixant très bien la lumière, afin de rechercher une perte de cellules ganglionnaires (CGL). L'OCT des fibres est parfois plus difficile à réaliser chez un enfant entre 3 et 6 ans, mais l'étude du CGL est souvent déterminante. Bien qu'il n'y ait pas de norme officielle d'épaisseur des fibres donnée par les fabricants des différents OCT, une anomalie du CGL est en pratique très évocatrice d'une atteinte des voies visuelles.

>>> La constatation d'un **nystagmus** peut être très évocatrice, on se méfiera particulièrement d'un nystagmus de type *spasmus mutans*. Il s'agit d'un nystagmus pendulaire multidirectionnel, parfois intermittent, de faible amplitude et haute fréquence, souvent asymétrique, voire monoculaire. Jusqu'à preuve du

contraire, la présence d'un tel nystagmus, surtout s'il est associé à une ésoptropie tardive, est évocatrice d'un gliome des voies optiques et nécessite la pratique d'une IRM en urgence. La physiopathogénie de ce *spasmus mutans* est inconnue, on suppose que la baisse d'acuité visuelle entraîne une perte de calibration de l'input visuel et perturbe les mécanismes de vergence nécessitant un équilibre des stimuli lumineux.

Bien que le *spasmus mutans* soit très évocateur d'une origine neurologique, le bilan neurologique pratiqué peut être tout à fait normal. Il est donc possible que l'on soit devant un *spasmus mutans syndrome*, caractérisé par la triade : nystagmus, torticolis, dodelinement de la tête. Ce nystagmus disparaît à l'âge de 2-3 ans, le diagnostic de certitude est donc posé *a posteriori* lors de la disparition du nystagmus, dont l'étiologie est inconnue. Il n'y a habituellement pas d'ésoptropie associée.

La présence d'un nystagmus vertical est jusqu'à preuve du contraire d'origine neurologique et nécessite la pratique d'une IRM en urgence. Le nystagmus du regard excentré, c'est-à-dire un nystagmus qui bat à droite dans le regard à droite, qui bat à gauche dans le regard à gauche, et qui surtout bat en haut dans le regard en haut et moins fréquemment bat en bas dans le regard en bas, évoque une origine cérébelleuse par atteinte de la zone flocculo-paraflocculaire. La présence d'un tel nystagmus nécessite là aussi la pratique d'une IRM en urgence.

>>> Les **troubles de la motilité** sont à rechercher, notamment une limitation d'abduction évoquant une parésie du VI.

## Signes ophtalmologiques suspects

Tous les éléments d'examen ci-dessous sont suspects et peuvent évoquer la présence d'une origine neurologique. Cela nécessitera donc de faire pratiquer une IRM sans urgence, dans le mois qui suit l'apparition de l'ésoptropie :

>>> **Incomitance loin/près "inversée"** : dans une ésoptropie classique, la plupart du temps, il y a un excès de convergence, c'est-à-dire que l'angle de près est plus important que l'angle de loin. La présence chez un enfant avec un strabisme tardif d'une déviation de loin plus marquée que de près est très suspecte d'une parésie du VI ou d'une atteinte du vermis cérébelleux.

>>> **L'absence de réduction angulaire** après correction de l'hypermétropie ou une récurrence rapide de l'angle après la mise en place de la correction optique exacte.

>>> **L'absence de fusion ou de stéréoscopie**, malgré une correspondance rétinienne normale (CRN) sous-jacente. Il est très important de disposer d'un bilan orthoptique sensoriel très bien conduit. Le défi pour l'orthoptiste est d'établir le statut sensoriel préexistant et de retrouver une CRN. L'examen au synoptophore aide. Il est ludique pour l'enfant de répondre aux questions et cela permet ainsi de prouver l'existence d'une vision simultanée. Cet examen est particulièrement aisé à un âge supérieur à 6 ans.

## ■ Apports de la littérature

Nous détaillons ici quelques séries démonstratives.

>>> **Buch** [1], 48 cas d'ésoptropies tardives :

- un cas avec des signes neurologiques et une pathologie cérébrale ;
- deux cas avec des signes ophtalmologiques et une pathologie cérébrale ;
- tous les autres cas : aucun symptôme et pas de lésion intracérébrale.

>>> **Schörkhuber** [2], 53 cas :

- deux cas avec des signes neurologiques et une pathologie cérébrale ;
- un cas avec des signes ophtalmologiques et une pathologie cérébrale ;
- tous les autres cas : aucun symptôme et pas de lésion intracérébrale.

>>> **Lekskul** [3], 30 cas :

- un cas avait un nystagmus de regard excentré : malformation de Chiari ;
- 13 cas avec des signes (céphalée, nystagmus, récurrence) : pas d'anomalie à l'imagerie ;
- tous les autres cas : aucun symptôme et pas de lésion intracérébrale.

>>> **Montriwet** [4] : 41 patients sans symptôme et sans lésion cérébrale.

De nombreuses publications rapportent des cas de pathologie cérébrale, en particulier tumorale. Dans tous les cas, l'ésoptropie aiguë était accompagnée d'un ou plusieurs signes cliniques déjà évoqués. Dans toutes ces séries, s'il n'y a aucun signe neurologique, neuro-ophtalmologique ou ophtalmologique, aucune atteinte intracérébrale n'est retrouvée.

Dans une étude personnelle de patients présentant un nystagmus du regard excentré, sur 58 enfants, on retrouve la présence de 43 pathologies tumorales et 6 pathologies non tumorales (deux accidents vasculaires cérébraux hémorragiques, deux malformations, une ataxie familiale, une encéphalite). Seuls 9 cas présentaient un strabisme associé à ce nystagmus et n'avaient pas de pathologie cérébrale associée.

## BIBLIOGRAPHIE

1. BUCH H, VINDING T. Acute acquired comitant esotropia of childhood: a classification based on 48 children. *Acta Ophthalmol*, 2015;93:568-574.
2. SCHÖRKHUBER M, IVASTINOVIC D, GLATZ W *et al*. Acute concomitant esotropia in children. *Acta ophthalmol*, 2018; 96:e405-e406.
3. LEKSKUL A, CHOTKAJORNKIAT N, WUTHISIRI W *et al*. Acute acquired comitant esotropia: etiology, clinical course, and management. *Clin Ophthalmol*, 2021; 15:1567-1572.
4. MONTRIWET M. Possibility of neurological diseases associated with acute acquired comitant esotropia. *Korean J Ophthalmol*, 2023;37:120-127.

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