

Comprendre l'amblyopie

I-Qu'est ce qu'une amblyopie ?

Il existe deux types d'amblyopies.

L'unilatérale : l'un des deux yeux est affecté.

La bilatérale : elle affecte les deux yeux .

Une amblyopie unilatérale est une différence de vision entre les yeux. La vision d'un œil s'est développée moins vite que celle de l'autre.

Une amblyopie bilatérale est une acuité visuelle(avec correction) des deux yeux inférieure à la "normale". Il existe aussi une perturbation de la mise en place de la vision du relief (capacité à voir en 3D).

II-Quelles peuvent être les origines d'une amblyopie ?

Si votre enfant a une amblyopie unilatérale ceci peut être dû à la présence d'un strabisme, d'une anisométrie ou d'une anomalie anatomique présente de façon précoce.

Un strabisme signifie que l'un des deux yeux de votre enfant ne regarde pas dans la même direction que l'autre. Communément on dit qu'il « louche ». Un strabisme peut être une déviation d'un des deux yeux vers l'intérieur, l'extérieur, vers le haut ou le bas. Dans la majorité des cas, il est convergent ou divergent.



Exemple de strabisme convergent : un œil regarde droit devant et l'autre vers l'intérieur



Exemple de strabisme divergent : un œil regarde droit devant et l'autre vers l'extérieur

Une anisométrie est le terme utilisé pour dire qu'il existe une grande différence de correction entre les deux yeux.

Par exemple un œil peut être très myope et l'autre œil très hypermétrope, ou encore avoir un œil très astigmatique et l'autre non...

Plusieurs troubles de la vision existent et peuvent être corrigés par lunettes ou par lentilles : la myopie, l'hypermétrope et l'astigmatisme.



Exemple de différence de vision entre les deux yeux

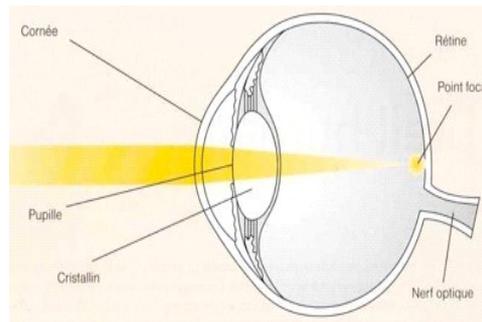


Schéma d'un œil « normal »

Un myope voit mal de loin, mais bien de près. Un œil myope est "trop long", ou ses constituants (cornée, cristallin) sont trop puissants par rapport à un œil « normal ». Comme vous pouvez le voir avec le schéma ci-dessous l'image se forme en avant du point focal de la rétine. Suite au port des lunettes ou de lentilles, l'image pourra se former sur ce point focal.

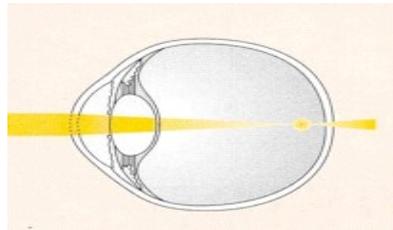


Schéma d'un œil myope

Un hypermétrope voit *mieux* (mais pas parfaitement sans forcer) de loin que de près. L'œil hypermétrope est trop petit, ou ses constituants (cornée, cristallin) sont trop faibles. Vous pourrez constater avec le schéma ci-dessous que l'image se forme donc en arrière du point focal de la rétine. Avec le port de lunettes ou de lentilles l'image pourra se former sur ce point focal.

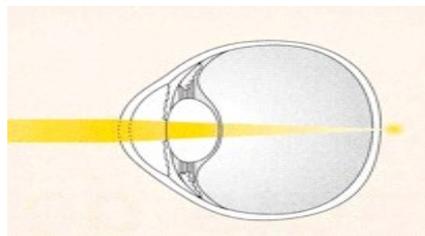


Schéma d'un œil hypermétrope

Un astigmatisme présente une anomalie de courbure de la cornée. Cette dernière est ovalaire au lieu d'être ronde. On pourrait dire communément qu'au lieu d'avoir la forme d'un ballon de football l'œil ressemble plus à un ballon de rugby.

La présence d'une anomalie anatomique perturbant la vision d'un œil de façon précoce peut aussi entraîner une amblyopie unilatérale. Cet élément peut être par exemple une paupière qui tombe :



Il peut s'agir également d'une cataracte présente depuis la naissance :



Si votre enfant a une amblyopie bilatérale, ceci peut provenir d'une forte myopie / hypermétropie ou astigmatisme présents au niveau des deux yeux ce qui perturbe le bon développement de la vision de votre enfant.

Elle peut aussi être engendrée par la présence d'un nystagmus, c'est à dire lorsque les yeux de votre enfant bougent et tremblent en permanence.

Mais elle peut également survenir à la suite d'une anomalie anatomique touchant les deux yeux, par exemple : une cataracte présente depuis la naissance mais sur les deux yeux cette fois ci.



Dans tous les cas de figures, nous devons traiter ces amblyopies quelles soient unilatérales ou bilatérales.

Une prise en charge tardive mettrait en péril la récupération visuelle de votre enfant.

Le développement de la vision se fait entre 0 et 10 ans. Si aucun traitement n'est mis en place avant la fin de cette période, il n'y aura aucune récupération possible.

III-Comment se déroule la prise en charge de l'amblyopie ?

Lors de la consultation chez votre ophtalmologiste, celui-ci dépiste une amblyopie grâce à la mesure d'acuité visuelle de votre enfant.

Cette vision a été évaluée, en fonction des lignes de dessins, chiffres ou lettres qu'il voyait pour chaque œil.

Echelle Sander-Zanlonghi pour enfants

Après avoir évalué l'acuité visuelle en début de traitement, le but est d'obtenir une acuité visuelle maximale (10/10 sur chaque œil).

Le traitement doit se faire dès le diagnostic

IV-En quoi consiste le traitement ?

Le premier des traitements est le port permanent des lunettes adaptées prescrites par votre ophtalmologiste.

Sans le port des lunettes le traitement sera voué à l'échec.

Pour faire remonter l'acuité visuelle de amblyope, il faudra le faire travailler seul. Il faut donc éviter la vision simultanée des deux yeux, qui met toujours en position de force l'œil voyant le mieux et empêche l'autre œil de "travailler", donc de se développer.

Il faudra cacher le bon œil en cas d'amblyopie unilatérale, **en permanence**, pendant la durée demandée par votre ophtalmologiste ou orthoptiste.

En cas d'amblyopie touchant les deux yeux, on cachera dans la même semaine chacun des yeux de façon alternée pendant la durée déterminée par votre professionnel de santé.



Pour cela, il existe différents caches, les plus connus étant les caches « orthopad » et « opticlude » :

Un contrôle régulier permettra de s'assurer de la bonne pratique de cette occlusion mais aussi de pouvoir chiffrer la vision de votre enfant.

Ces rendez-vous permettent de s'assurer de la bonne récupération visuelle de votre enfant. C'est aussi un moment d'échange sur votre ressenti et celui de votre enfant par rapport au traitement.

L'orthoptiste pourra ainsi répondre à vos questions ou à vos incertitudes sur le traitement.

Les premiers jours d'occlusion seront probablement compliqués pour vous et votre enfant surtout en cas d'amblyopie unilatérale. Celui-ci ne comprendra peut-être pas tout de suite pourquoi nous devons lui cacher un œil d'autant plus que c'est son œil voyant le mieux. Il souhaitera enlever son cache et/ou ses lunettes car la perception de son environnement se trouvera très modifiée.

Mais avec beaucoup de patience, d'explications et de persévérance votre enfant s'habitue de lui-même à cette occlusion. La récupération visuelle progressive de son œil amblyope, par le bon port du cache, l'aidera également à accepter le traitement.



L'occlusion est le premier traitement à mettre en place. Elle permet la meilleure récupération visuelle la plus rapide.

Des signes d'irritations cutanées peuvent être observés avec le port du cache. Ceci est très souvent dû à l'adhésif et à une sollicitation des mêmes zones de la peau. Il faudra dans ce cas alterner des caches de différentes tailles ou modifier la position du cache, afin que l'adhésif ne soit pas toujours exactement sur les mêmes zones cutanées. Une fois la récupération visuelle amorcée, des contrôles réguliers auront alors lieu afin de pouvoir chiffrer celle-ci.

Lorsque votre ophtalmologiste ou votre orthoptiste jugera que la récupération est satisfaisante, une autre alternative de traitement vous sera alors proposée.

Il pourra alors être conseillé de diminuer la fréquence et la durée d'occlusion. Secondairement, il sera possible en fonction de l'acuité visuelle retrouvée de passer à un filtre posé sur le verre de lunettes.



Ces filtres sont plus ou moins opaques et brouillent la vue de l'œil voyant le mieux pour que l'autre continue de récupérer et/ou de se stabiliser.

D'autres solutions peuvent être mises en œuvre mais de façon moins courante que celles décrites précédemment.

L'orthoptiste se tient, durant toute la durée du traitement, à votre écoute pour vous accompagner et vous aider à la mise en place de l'amblyothérapie.

Il vous conseillera certaines astuces pour que tout se déroule de la meilleure des façons pour vous et votre enfant.

Drion Fanny