

Exophorie-tropie résiduelle symptomatique

J.P. Hardy

Opération pendant l'enfance

- Protocole non communiqué:
 - Possible recul-résection OG

Symptomatologie

- Patiente suivie depuis plusieurs années pour des symptômes d'asthénopie très minimes
 - Mais examen orthoptique très marqué par un exophorie importante (PLUS DE 20 DP) assez bien compensée. Les prismes sont proposés, mais l'absence de nécessité de lunettes font repousser l'idée

Bascule de la symptomatologie

- À l'apparition de la presbytie:
 - Diminution de l'exophorie,
 - Mais asthénopie majeure,
 - Céphalées ,
 - Vertiges,
 - Nausées,
 - Tendance dépressive exprimée après quelques consultations

Correction optique

- Premier élément considéré, la correction optique:
 - Verres moofocaux très mal tolérés, avec nausées en “relevant la tête” ,
 - Idem avec prismes 2DP base interne: même résultat..
 - Verres varilux proposés mais plutôt mal supportés, avec persistance des symptômes, port seulement occasionnel car défaut optque minime

Sanction chirurgicale

- Proposée seulement plusieurs années après car impossible de trouver une satisfaction avec les verres
- But: régler le problème de l'exophorie

L'intervention:

- Recul du droit externe droit de 6 mm
- Recul du droit externe gauche de 1.5 mm
 - En fonction d'une position sous narcose asymétrique (R-R OG antérieurement confirmée)

Post op immédiat:

- Plutôt correct, disparition des nausées et des vertiges dans un premier temps,
- Mais clairement ésoptropie à petit angle (EET 6) dans le regard à droite avec diplopie.
- Orthoposition en position primaire , voire tendance à l'ésophorie (E 2)sans diplopie

Post op tardif

- Reprise des nausées et des vertiges, de l'asthénopie et bascule dans un syndrome dépressif avec migraines invalidantes
- Multiples démarches (ORL, posturologie, neurologie,...)

Demande d'avis strabologiques

- Dr Andries
 - Dr Cordonnier
 - Dr Paris
-
- Évaluation de l'aspect sensoriel perturbé fortement par la tendance à l'ésophorie (pourtant minime) sur une patiente inhabituée à neutraliser en rétine nasale

Décision d'opérer

- Reprise du droit externe droit en ajustable, sous locale,
- Succès court terme et sûrement long terme... ?

Les données techniques:

- Années 90: X 20-25 DP compensée
- Avril 2006: XXT 20 DP petit S. V, pas de torsion objective, pas d'hyperaction des PO. plaintes majeures: "jamais bien, difficultés passage vision loin-près et inversément, migraines, vertiges à la fixation et nausées..."
- Essai petits prismes en 2006 sur correction optique de lecture.(2 DP), essai verres progressifs (Optique: -0.25 OD ET 0 -0.50 155° OG)
- Mars 2007: XXT 16 DP variable
- Opération
- Novembre 2007: E 2 mais EET 6 à droite

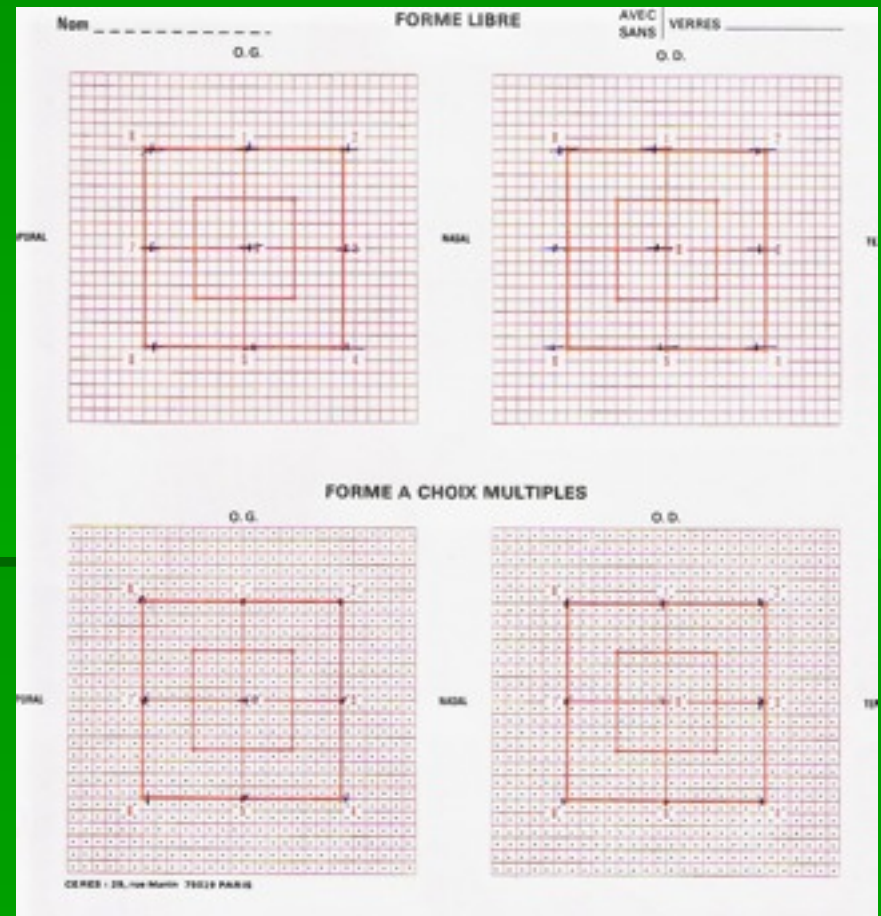
A simple case of exophoria, not that easy...

Dr J.P Hardy, Dr C. Andris,
Pr M. Cordonnier, Dr V. Paris

D. M-C 52y

- 6 months post surgery
- Asthenopic complaints (near to far, gaze)
- Headaches « between the eyes »
- Dizziness, nausea

- Cover test : ortho in PP, in lateral gaze
- Maddox :
far eso 1-2D, id lateral gaze; near ortho
- Prism : 2D base out RE
- Neurological and ORL examinations :
Citalopram



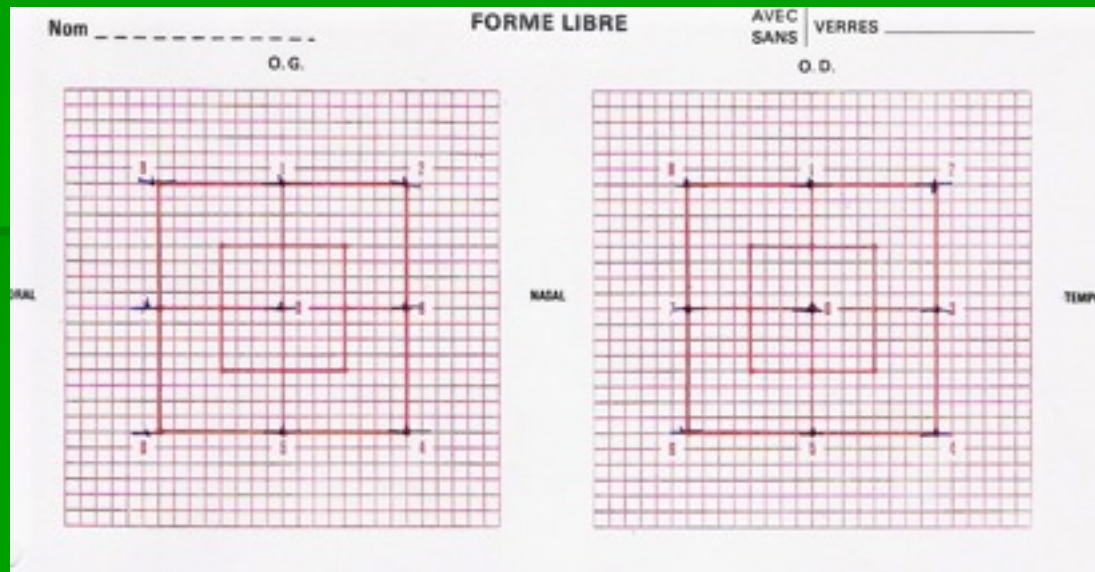
- Diagram illustrating the construction of a 2D grid for a 2D problem, showing four different grid configurations (O.S., O.D., O.G., O.D.) and their corresponding temporal and spatial dimensions.

The diagrams are arranged in a 2x2 grid. The top row is labeled "O.S." and "O.D." and the bottom row is labeled "O.G." and "O.D.". The left column is labeled "O.S." and "O.G." and the right column is labeled "O.D." and "O.D.". The diagrams show a grid of points with a central square region highlighted. The O.S. and O.D. diagrams show a grid of points with a central square region highlighted. The O.G. and O.D. diagrams show a grid of points with a central square region highlighted. The diagrams are arranged in a 2x2 grid. The top row is labeled "O.S." and "O.D." and the bottom row is labeled "O.G." and "O.D.". The left column is labeled "O.S." and "O.G." and the right column is labeled "O.D." and "O.D.". The diagrams show a grid of points with a central square region highlighted.

- Patch test
- « Alcool test » : constant diplopia
- Divergence amplitude : very poor 1-2 D
- Polarized glasses : unstable images
- Binocular visual acuity lower than monocular visual acuity
- Horizontal fixation disparity
- Weiss free-fusion forms

- Surgery ? On the incomitant right lateral rectus

- New surgery : on the right lateral rectus (incomitant eso) resection 4,5 mm
- Post-op : maddox eso 6, right gaze 1D eso, left gaze 4 D exo



Grand round

- Last one for a fourth opinion
- What I've seen
- What I've done.....

Pre op evaluation

- To eliminate diplopia
- Prism bar base out in right gaze 8-10 D
- Prism bar base out in left gaze 3- 4 D
- Bilateral surgery on LR ?
- Topical anesthesia because of relative orthophoria in PP

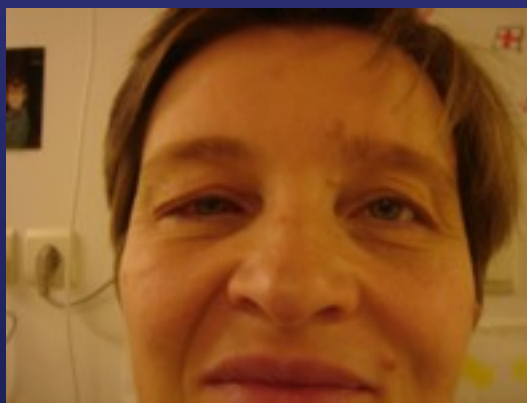
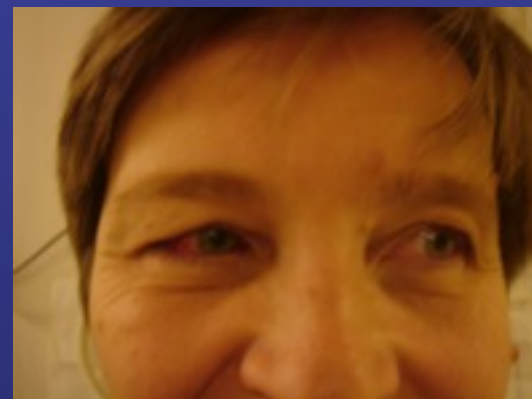
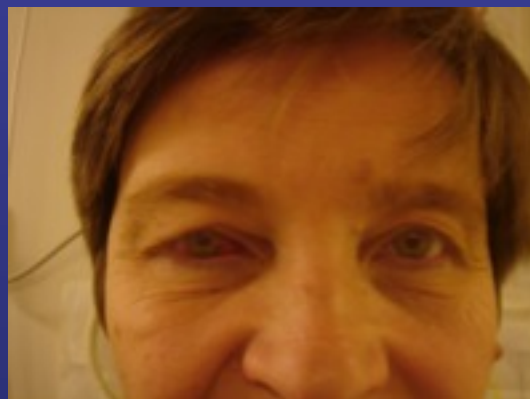
Surgical procedure

- Go to the previous operating site
- No adherence
- LR recessed 6 mm
- Resection 4 mm without LR advancement
(interactive surgery , topical aneesthesia)
- Normalization of the CT on both sides

E 1



X4



Orthophoria preserved in primary position



Case report : latent excyclo

- MF L Woman 53 y
- Operated for head tilt in St Pierre 20y ago
(file lost)

- Seen by Annie P :

Persistence of head tilt with neck pain

X 8 L/R 2 incyclo 3° OD excyclo 1° OS

Partial perception of Lang stereotest

No diplopia / Subnormal VA

No explanation

- Failure of Botox for treating “spasmodic torticollis “
- Operated 4 times before
- Initial congenital exotropia
- Wearing a collar !!
- No amblyopia
- Right refraction

Clinical examination

- Small left IOOA (1+)
- V pattern : E 2 down / X 18 up
- Subjective torsion: 4° incyclo PP and downgaze
- Objective torsion : normal on both eyes
- Very small + at Bielschowsky test
- Patching test : no change

What to do ?

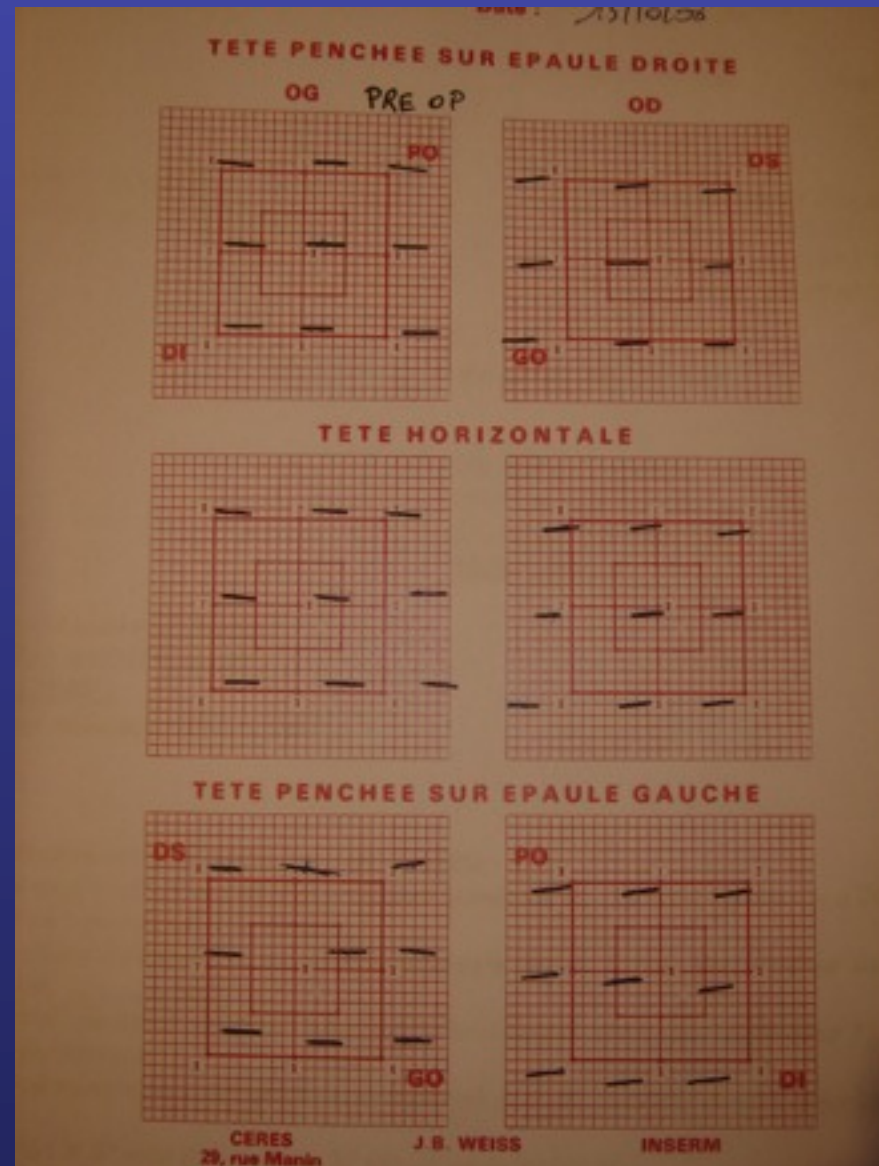
Surgery for suspected left extorsion

- YES
 - BHTT +
 - History
 - V pattern
 - Left IOOA
 - Chronic and spasmodic head tilt
 - Torsion can be very latent
- NO
 - No change in patching test
 - Subjective incyclo Maddox
 - Weiss pointer no cyclo !
 - Objective no cyclo
 - Unclear surgical history

Preop Hess Weiss

Linear pointer

Non fusional form =
fusional form



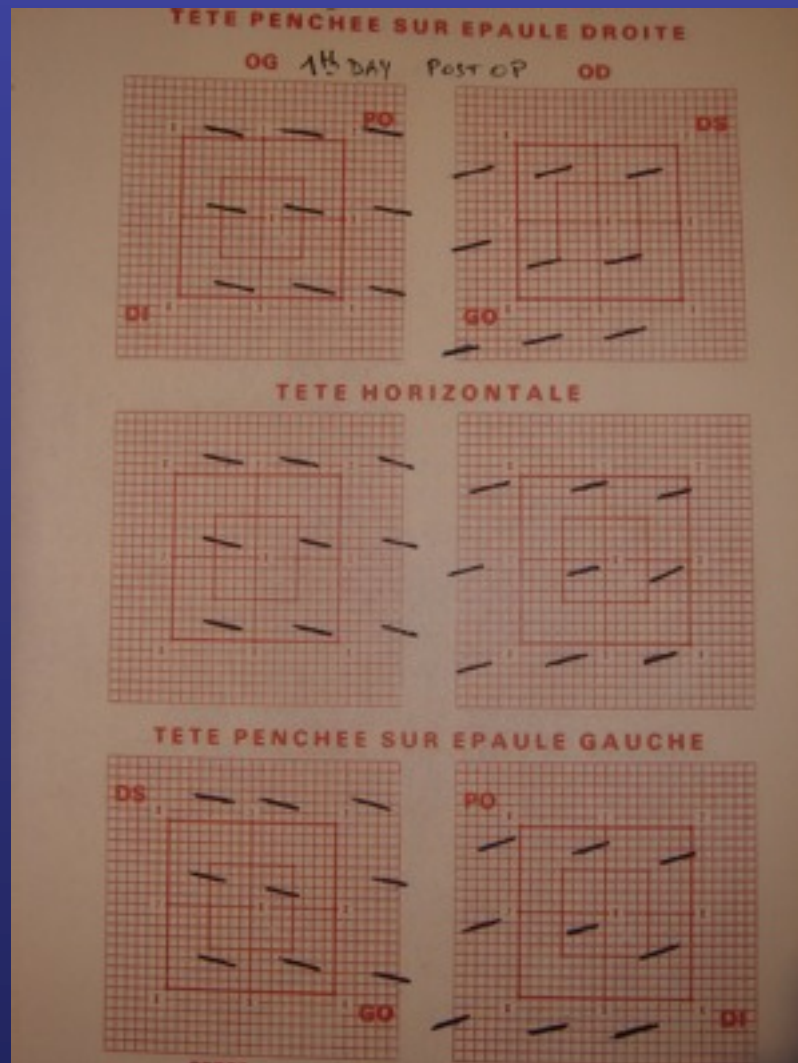
Patient is suffering

- Wearing a collar
- Operated 4 times
- Numerous advices
- Failure of local botox in neck muscles
- Desperate

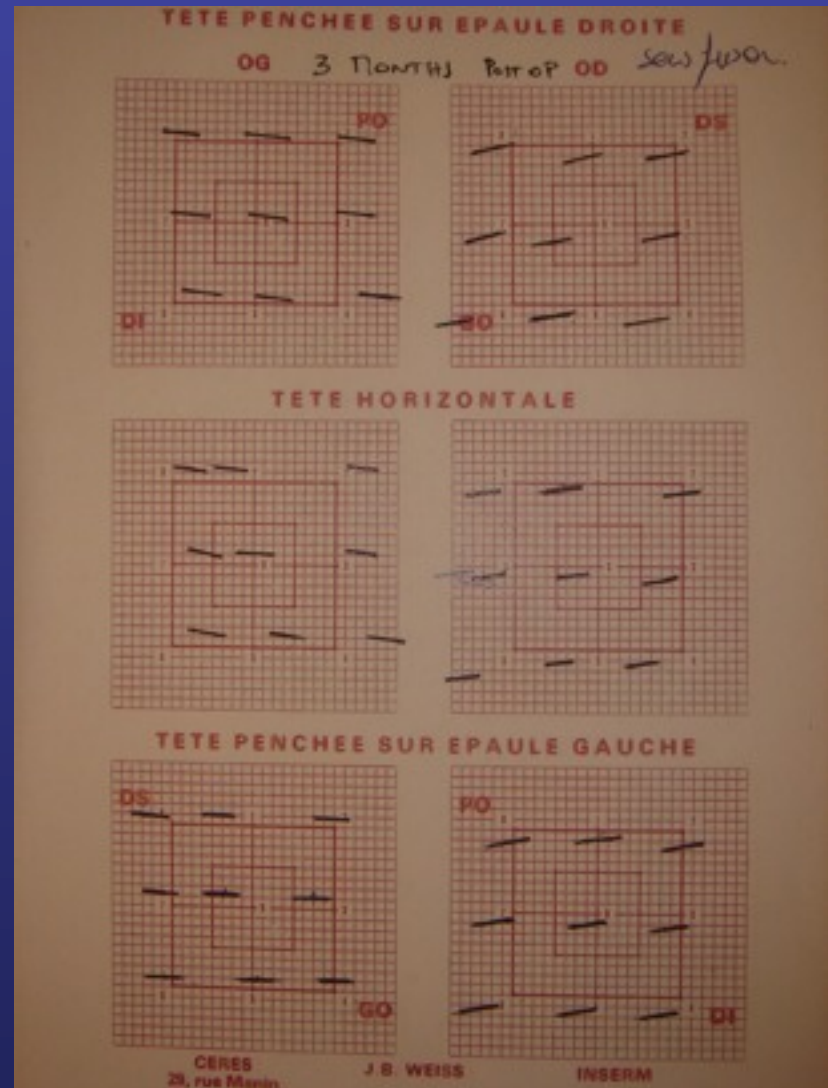
Decision

- Harada Ito procedure left eye
- Under GA
- Reversible if necessary
- Informed consent

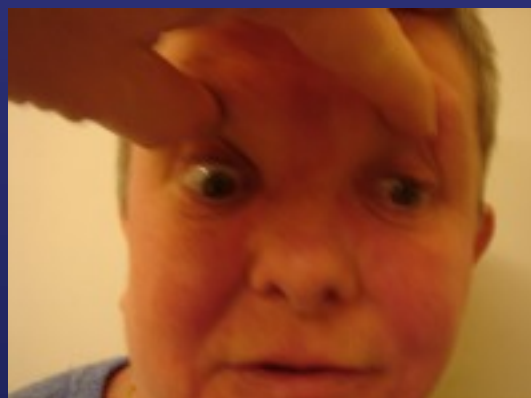
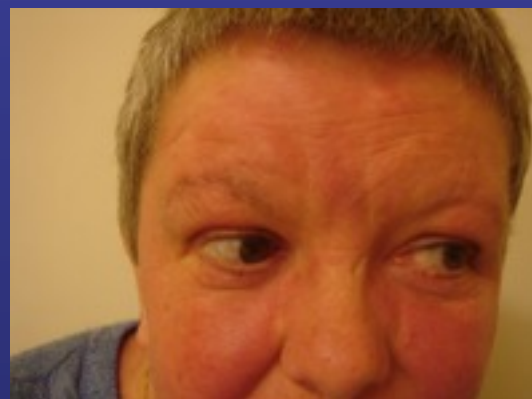
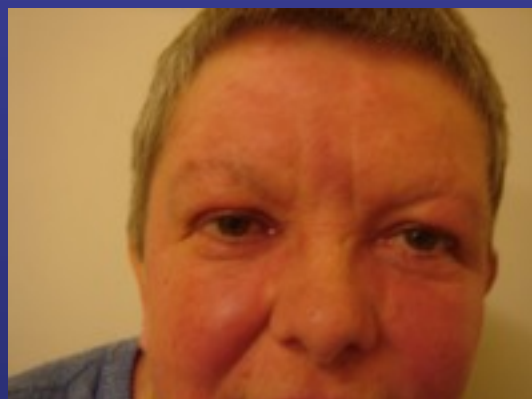
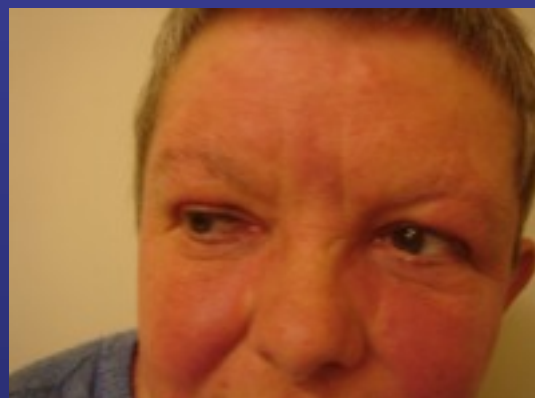
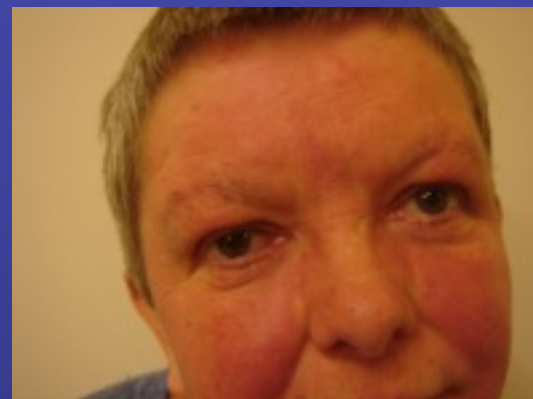
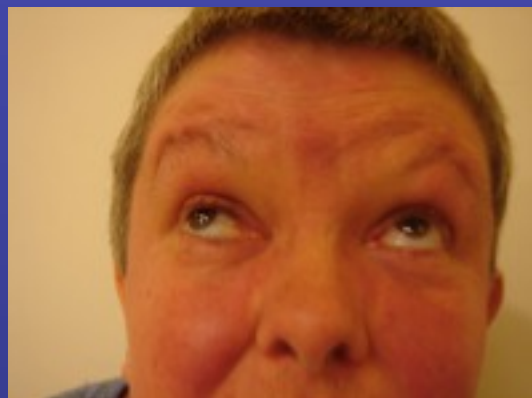
Maddox incyclo : 8° PP 8° down



Maddox incyclo : 4° PP 6° down



- Patient HAPPY !!!!!
- Present to all the team
- No more head tilt
- Better vision
- No more IOAO
- No more positive BHTT



In conclusion

- Latent extorsion has to be suspected even in *the absence of measurable cyclodeviation*
- Indirect signs :
 - three steps test
 - head tilt (sometime paradoxal)
 - SR contracture (Paris 2008 ESA)
- Surprising good results

A new instrument : the “bunnyeye” from Anna Soproni Budapest - Hungary

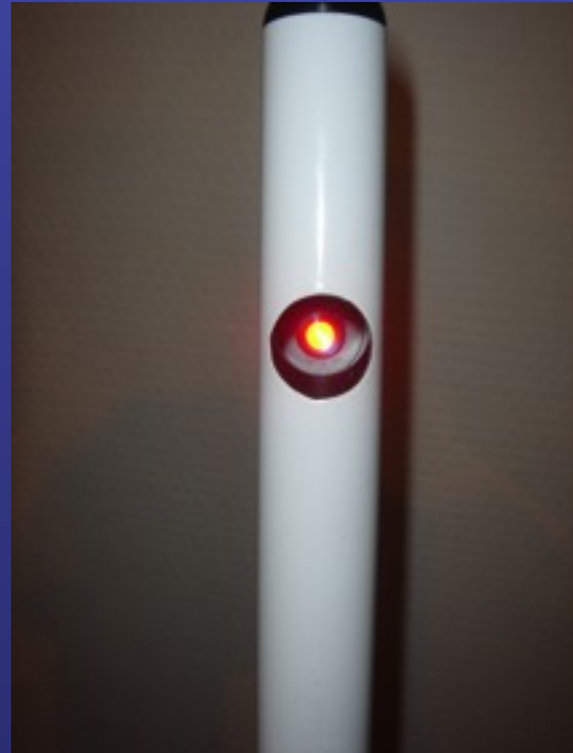
- Aim of this instrument
- Check the objective torsion with direct ophthalmoscopy in the non fixing eye
- Fixing eye at distance
- Without passing in front of the fixing eye with physician's head

Red Light flicker projected at distance by a mirror





Turn the
button for
lightening







Importance to screen
objective torsion

Here exemple of paradoxal
controlateral extorsion in OS

And pathology in OD

