DISCUSSION

MICHELINE SPIRITUS

V. Paris dans son article intitulé "Une alternative au traitement de l'amblyopie strabique: la pénalisation optique systématique" (2) tente de démontrer l'efficacité d'une surcorrection optique -pénalisation optique de loin- chez des patients présentant une amblyopie fonctionnelle modérée ou légère et/ou une dominance pathologique de fixation. Il présente la pénalisation optique comme une alternative efficace au traitement par occlusion. Dejà en 1993, M.X. Repka et J.M.. Ray (3), cités par l'auteur, ont décrit des résultats équivalents que l'amblyopie soit traitée par occlusion ou pénalisation optique. Avec sagesse, V. Paris exige comme critère pour débuter une pénalisation optique, une acuité visuelle minimale de 0,5 ou mieux 0.7 (dans 85% des cas) mesurée aux E *en ligne* à une distance de 6 mètres. Nous partageons entièrement l'avis de l'auteur qu'en cas d'amblyopie profonde la pénalisation n'est pas indiquée et que l'occlusion constitue l'unique traitement valable. Par ailleurs, l'auteur rapporte que *"dans les cas d'amblyopie profonde que nous avons suivis en première intention, nous avons appliqué une occlusion sans alternance, jour et nuit, en cherchant non seulement à obtenir cette acuité minimale mais également en provoquant délibérément une amblyopie inversée relative sur l'oeil dominant. Cette situation constitue, dans notre expérience, les conditions idéales pour prescrire la pénalisation optique"*. Cette technique nous parait dangereuse; le risque de toute ''amblyopie à bascule'' est bien établi; certains enfants peuvent ne pas récupérer l'acuité visuelle de l'oeil initialement dominant. Par ailleurs, l'auteur n'explique pas quel oeil il pénalise après avoir créé cette amblyopie.

La majorité des patients repris dans l'étude de V. Paris (2) étaient hypermétropes (moyenne: oeil dominant +3,2 D, oeil dominé +3,8 D). Tant V. Paris (2) que M.X. Repka et J.M.. Ray (3) ne rapportent leurs résultats que pour l'acuité visuelle mesurée de loin; les auteurs ne mentionnent aucun résultat de l'acuité visuelle mesurée de près. Un oeil amblyope présente une paresse de l'accommodation; V. Paris confirme ce fait bien établi en parlant de *"spasme d'accommodation sur l'oeil présentant une dominance de fixation".* Par ailleurs, l'auteur recherche une alternance de suppression comme gage de bonne utilisation de la pénalisation optique de loin. Dès lors, on peut se demander si la "balance de fixation loin-près" créée par la pénalisation optique n'entrave pas le développement normal de l'acuité visuelle en vision rapprochée par déprivation de l'oeil amblyope lors de la lecture. Le fait contraire reste à démontrer. Rappelons que B. Zurcher et J.Lang (5) ne considèrent une amblyopie guérie que si outre les critères classiques d'iso-acuité obtenue de loin et de près, la vitesse de lecture à 0,33cm est égale pour chaque oeil.

Nous partageons l'opinion de E.C. Campos (1) (cité par l'auteur), que la pénalisation quelle qu'elle soit constitue une entrave à la vision binoculaire. Enfin, la pénalisation optique de par l' "anisométropie réfractive" qu' elle crée induit une aniséïconie (4). L'auteur n'aborde pas de façon systématique ces aspects

En résumé, si la pénalisation optique peut dans certains cas bien définis, répondant aux critères d'exigence repris par l'auteur, constituer une alternative au traitement par occlusion, nous ne pouvons que confirmer et insister sur les conclusions énoncées par V. Paris lui-même à savoir que *"l'occlusion est le traitement initial de choix de toute amblyopie strabique"*.

RÉFÉRENCES

(1) CAMPOS E.C. – *Amblyopia.* Surv Ophthalmol 1995; 40: 23-39.

(2) PARIS V. – Une alternative au traitement de l'amblyopie strabique: la pénalisation optique systématique. Bull. Soc. belge Ophtalmol 2000; 276: 31-40.

(3) REPKA M.X., RAY J.M. – The efficacy of optical and pharmalogical penalization. Ophthalmology 1993; 100: 769-775.
(4) SPIRITUS M. – Comment corriger un anisométrope? Bull. Soc. belge Ophtalmol 1997; 264: 57-61.
(5) ZURCHER B., LANG J. – Reading capacity in cases of "cured" strabismic amblyopia. Trans Ophthalmol Soc UK 1980; 100: 501-503.

.....

Adresse de l'auteur:
Service d'Ophtalmologie,
Université Catholique de Louvain, Cliniques St Luc,
Avenue Hippocrate, 10.
B-1200 Bruxelles

VINCENT PARIS

Micheline Spiritus insiste à deux reprises sur le fait que le traitement initial de l'amblyopie fonctionnelle est basé sur l'occlusion, ce qui n'est contesté par personne.

Elle s'insurge contre le fait de vouloir délibérément provoquer une amblyopie inversée lors du traitement initial par occlusion. J'ai pourtant justifié clairement qu'il était essentiel de faire la distinction entre une diminution relative de l'acuité visuelle de l'oeil dominant et une vraie inversion de dominance, phénomène communément appelé «bascule». J'ai insisté sur l'extrême utilité du biprisme de Gracis pour réaliser un diagnostic différentiel objectif entre ces deux phénomènes. Le fait de diminuer la vision de l'oeil dominant permet à l'enfant de supporter très facilement le relais de son traitement par pénalisation. Puisque je ne provoque pas d'inversion de dominance, c'est bien toujours l'oeil initialement dominant qui est pénalisé.
Le succès de la pénalisation optique réside en effet dans l'acceptation des lunettes dans les premières heures du traitement. L'amblyopie inversée disparaît en quelques jours car elle n'excède jamais une perte de 0,3 unité logarithmique sur une oeil dont l'acuité minimale initiale est de 10/10.
La mauvaise accomodation de l'oeil amblyope est un phénomène connu depuis très longtemps.

Si les auteurs n'ont jamais cru bon de publier leurs résultats d'acuité visuelle de près, c'est à mon avis pour deux raisons:
1) un bon résultat d'acuité de loin implique, ipso facto, une normalisation des phénomènes liés à l'amblyopie, y compris la paresse accomodative initiale. Dans certains cas, j'ai même constaté une normalisation de la réponse au biprisme de l'oeil dominé. Cette observation confirme non seulement que la dominance n'est plus pathologique mais que la qualité de la fixation objective de près est excellente.
2) L'acuité de près implique souvent un biais de mesure en relation avec un facteur accomodatif lié à la distance de fixation.

Quant aux critères de «guérison» de l'amblyopie, je pense plus modestement que, malgré une acuité minimale de 7/10 conservée sur l'oeil dominé dans 93,5% des mes cas, j'ai rarement obtenu une stricte isoacuité entre les deux yeux.
L'oeil dominant reste pratiquement toujours plus performant. Par ailleurs, même si le niveau d'acuité est comparable, la vitesse de lecture est systématiquement plus rapide sur l'oeil dominant, qu'il s'agisse d'identifier un tableau d'optotypes de loin ou de lecture cursive de près.

Je souscris parfaitement au fait que la surcorrection optique est une entrave à la vision binoculaire. C'est bien la raison pour laquelle je

n'utilise jamais de pénalisation en cas de correspondance rétinienne normale (CRN). Je ne connais d'ailleurs pas de cas présentant une CRN clairement démontrée et une récidive de dominance pathologique. Ce que nous avons décrit, ce sont des cas présupposés en correspondance rétinienne anormale et qui, parallèlement à l'alternance de fixation et à l'amélioration de l'amblyopie résiduelle, ont normalisé leur vision binoculaire. La nuance est capitale car elle constitue un argument de poids en faveur de la pénalisatin optique: l'anisométropie induite ne constitue en rien un obstacle au rétablissement possible d'une CRN sous-jacente.

Nous partageons avec Mazow [3] l'idée qu'il serait nécessaire de définir des règles générales du traitement de l'amblyopie, offrant aux patients la garantie d'un résultat optimal même lorsqu'il est amené à changer de praticien. La pénalisation optique est pratiquée depuis 30 ans en France. Certains auteurs [2] semblent la découvrir... L'originalité de notre étude est de démontrer l'intérêt d'une *démarche systématique* obéissant aux *standards de compliance* que sont le coût, la simplicité, la tolérance et l'efficacite à long terme.

Les travaux les plus récents insistent sur l'extrême efficacité d'une occlusion intensive [1]. Beaucoup de patients appliquent mal l'occlusion. Nous prônons depuis longtemps l'intérêt d'une occlusion courte mais intransigeante relayée, dans les cas difficiles, par une pénalisation optique. Cette attitude est cohérente. Elle offre *plusieurs avantages par rapport à l'occlusion intermittente prolongée:* absence de limitation du champ visuel, absence d'allergie ou d'irritation cutanée, absence d'impact psychologique chez des enfants en âge scolaire, utilisation permanente d'une collaboration spatiale bioculaire, non déclenchement du nystagmus latent, gestion rapide de la diplopie induite par l'occlusion initiale et par dessus tous: simplicité d'application et de contrôle.

Je me réjouis de l'intérêt suscité par la lecture de ce travail par Micheline Spiritus, dont j'apprécié les hautes qualités professionnelles.

RÉFÉRENCES

(1) DOREY S.E., ADAMS G.G.W., LEE J.P. – *Intensive Occlusion Therapy for Amblyopia. Transactions 25th Meeting ESA; Ed. Spiritus; 1999; 25-30.*

(2) FRANCE T.D., FRANCE L.W. – Optical Penalization Can Improve Vision After Occlusion Treatment. Journal of AAPOS; 1999; 3; 25-27.

(3) MAZOW M.L., CHUANG A., VITAL M.C., PRAGER TE. – Outcome Study in Amblyopia: Treatment and Practice Pattern Variations. Journal of AAPOS; 2000; 4; 9-17.[1]

.....

Vincent Paris
Service d'Ophtalmologie
CHU de Liège - Sart-Tilman
B-4000 Liège