

**De l'imagerie clinique, en RM et peropératoire à la stratégie opératoire. A propos de neuf cas. (André Roth, Béatrice Rossillion, Moïra Bumbacher. Genève)**

Depuis la description princeps de Herzau et Ioannakis en 1996, la correction des déséquilibres oculomoteurs consécutifs à la myopie forte a été fondamentalement reconsidérée. Plusieurs stratégies opératoires ont été proposées.

**Patients et méthode :** Les données cliniques sont documentées par photographies. L'IRM, effectuée de manière systématique avant toute intervention chirurgicale, précise les données anatomiques. Celles-ci sont confirmées par les constatations peropératoires. Neufs cas consécutifs ont été suivis ainsi.

**Résultats :** Ces cas illustrent les différents tableaux cliniques possibles : la déviation horizontale plus ou moins prononcée, associée à une déviation verticale vers le bas, en cas de myopie forte unilatérale ou de myopie forte bilatérale symétrique ou asymétrique. L'IRM montre l'importance du déplacement du trajet musculaire du droit latéral et du droit médial, du droit supérieur, mais aussi la protrusion temporo-supérieure du globe oculaire écartant les droits latéral et supérieur.

**Déductions et stratégies opératoires :** Nous savons aujourd'hui que la déviation horizontale est principalement due au déplacement du trajet du droit latéral, parfois aussi du droit médial, vers le bas et du droit supérieur vers le dedans. Selon la position de ces muscles on optera pour une myopexie équatoriale haute du droit latéral selon Herzau, suivi de Krzizok ou une myopexie réunissant les droits latéral et supérieur selon Yokoyama. Un recul et un repositionnement du droit médial peuvent être nécessaires dans un second temps opératoire.

**Conclusion :** Les résultats opératoires de la correction des déséquilibres oculomoteurs de la myopie forte ont été considérablement améliorés grâce à ces nouvelles stratégies.