

ASSOCIATION FRANÇAISE DE STRABOLOGIE

Présidente: C. Speeg-Schatz

Secrétaire générale: M-A. Espinasse-Berrod Trésorier: J-P. Caramel

Secrétaire scientifique: E. Laurent

Les exodéviation précoces : bilan sensori-moteur et IRM cérébrale.

Christophe BAETEMAN, Danièle DENIS, Julie BRONSARD (Marseille)

Introduction : L'exodéviatation précoce apparaît du premier mois à la deuxième année de vie. Elle peut être isolée ou associée à un contexte pathologique nécessitant alors une imagerie cérébrale à but diagnostique et pronostique. Le but de cette étude est de rapporter l'état sensori-moteur et le résultat de l'IRM dans l'exodéviatation précoce.

Sujets et méthode : 41 enfants avec exodéviatation précoce ont bénéficié d'un bilan ophtalmologique complet (acuité visuelle, vision binoculaire, réfraction sous cycloplégique, fond d'œil) et d'une IRM cérébrale (moyenne d'âge de réalisation : 22 mois). La déviatation est classée en : comprise entre 4 et 9 dioptries, 10 et 20 dioptries, 21 et 40 dioptries et supérieure à 40 dioptries. Les résultats de l'IRM sont classés en : anomalie anatomique indépendante de l'étiologie (atrophie cérébrale, gliose, retard de maturation, leucoencéphalie périventriculaire, cavitation, nécrose, dilatation des espaces de Virchow-Robin), pathologies malformatives (système nerveux central, corps calleux et septum pellucidum, anomalie de croissance cérébrale), pathologies compressives, anomalies de métabolisme, hydrocéphalie externe. Deux groupes d'IRM sont individualisés : exodéviatation isolée et exodéviatation avec présence de pathologie associée : souffrance fœtale, retard psychomoteur, IMC, épilepsie, dysmorphie cranio-faciale.

Résultats : On note une absence de binocularité dans 75% des cas. Les auteurs présentent les résultats de l'IRM en fonction du caractère isolé (groupe 1) ou associé (groupe 2) de l'exodéviatation et de la sévérité de cette déviatation.

Conclusion : Cette étude montre l'apport fondamental de l'IRM cérébrale dans l'exodéviatation précoce.