

Paralysie de l'Oblique Supérieur, IRM et test d'élongation de l'Oblique Supérieur

F. LEFEVRE, D. LASSALLE, M. GAYET, F. OGER-LAVENANT, A. PECHEREAU
(NANTES)

Objet : Déterminer la sensibilité diagnostique des éléments cliniques et paracliniques (IRM et tests d'élongation de l'oblique supérieur) devant un tableau clinique de paralysie de l'oblique supérieur.

Sujets et méthodes : étude rétrospective de 29 dossiers de paralysies oculomotrices congénitales de l'oblique supérieur. Tous ces patients ont été opérés pour la première fois par notre équipe. Ils ont tous eu une IRM orbitaire en préopératoire. Les données de l'examen clinique ont été relevées dans les dossiers. Les IRM ont été interprétées par un même radiologue à la recherche d'une atrophie des muscles obliques supérieurs. En per-opératoire, sous anesthésie générale, un test dit de Guyton 1 (méthode décrite à l'Association Française de Strabologie à Bruges) a été réalisé et photographié numériquement sous microscope, permettant l'analyse du degré de laxité des muscles obliques supérieurs.

Résultats : Un torticolis sur épaule opposée, un signe de Bielschowsky, une incomitance verticale dans les regards latéraux et une élévation en adduction ont été retrouvés dans plus de 70 % des cas. L'IRM a objectivé une atrophie du muscle oblique supérieur atteint dans plus de 60 % des cas. Le test de Guyton 1 a retrouvé une hyperlaxité du côté pathologique dans 80 % des cas.

L'étude statistique montre que le torticolis et le signe de Bielschowsky sont très liés ($p < 0,05$). Les autres signes cliniques sont plus indépendants. Par ailleurs, ni l'IRM ni le test de Guyton 1 n'étaient faussement positifs.

Discussion et conclusion : Depuis la pratique de l'IRM dans les paralysies de l'oblique supérieur, la fréquence d'une atrophie de l'oblique supérieur est retrouvée de façon variable suivant les équipes. L'atrophie permet une explication simple de la symptomatologie clinique. Toutefois, il est plus difficile de proposer une explication pour les cas sans atrophie. Il y a plus de dix ans, Lennerstrand avait émis l'hypothèse d'une hyperlaxité du tendon de l'oblique supérieur. Les tests d'élongation valident cette hypothèse. Par ailleurs, ni l'IRM ni le test de Guyton 1 n'étaient faussement positifs ; ils font donc bien partie de l'arsenal diagnostique de paralysie oculomotrice du IV. Ils permettent notamment de réorienter le diagnostic quand un signe clinique est pris en défaut.