

Réunion commune
Association Française de Strabologie
et
Club de Neuro-Ophthalmologie Francophone

**Dans le cadre du congrès annuel
de la Société Française d'Ophthalmologie**

Lundi 7 mai 2007 de 8h30 à 17h

Salle 342A du palais des congrès de la porte Maillot

Thème principal :
“Neuro-ophthalmologie et déséquilibres oculomoteurs”

Conférences

- Anatomie et physiologie du contrôle oculomoteur supra-nucléaire (**A. Vighetto**)
- Myopathies oculaires (**C. Vial, C. Vignal-Clermont**)
- Que peut-on attendre de l'imagerie dans les troubles oculomoteurs ? (**F. Héran**)



113^{ème} Congrès
5-9 mai 2007

Association Française de Strabologie

Présidente : C. Speeg-Schatz

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

Secrétaire scientifique : E. Laurent

<http://www.afs-strabologie.org>

Chers amis,

Notre réunion de l'Association Française de Strabologie de printemps a lieu, comme chaque année, le lundi de mai qui s'intègre dans le cadre de la Société Française d'Ophthalmologie.

Nous avons pour cette année retenu le thème des déséquilibres oculomoteurs et surtout nous avons désiré coupler notre journée avec celle du Club de Neuro-ophtalmologie Francophone pour mieux nous connaître et pouvoir échanger nos points de vue.

Nous remercions tous les orateurs qui participent au contenu scientifique de la journée. Le comité de lecture a dû sélectionner les communications parmi de nombreuses reçues et nous regrettons ne pas pouvoir permettre à tous de s'exprimer.

La réunion d'automne aura pour thème les paralysies oculomotrices. Elle aura lieu les 19 et 20 octobre 2007 à Montpellier avec l'aide dynamique et efficace de nos amis Jean Pierre Caramel et Erick Laurent. Les abrégés sont à adresser avant le 14 juillet. Tous les renseignements sont sur le site internet de l'AFS. La nouveauté de cette journée sera la réalisation de «quiz» à partir de cas cliniques de paralysies oculomotrices.

Par ailleurs nous vous précisons que toutes les communications power point présentées à nos congrès sont disponibles sur le site de l'AFS dans la partie réservée aux membres. Et vous trouverez dans ce fascicule toutes les modalités pour devenir membre.

Enfin, nous vous rappelons qu'un prix viendra récompenser un orateur du mois de mai ou d'octobre 2007 et lui offrira une bourse de 1500 euros pour participer à un congrès international de strabologie (ISA, ESA, AAPOS ou CLADE). Le comité directeur de l'AFS décernera le prix à l'issue de la réunion d'automne.

Bonne journée à tous
Très cordialement

M-A. Espinasse-Berrod
Secrétaire générale

C. Speeg-Schatz
Présidente

Club de Neuro-Ophtalmologie Francophone

Présidente : C. Vignal-Clermont
Vice-président : A. Tourbah Secrétaire : C. Tilikete
Trésorier : J. de Sèze

Le Club de Neuro Ophtalmologie Francophone (CNOF) est officiellement né début 2004. L'idée fondatrice était de promouvoir le développement de cette spécialité en réunissant de façon régulière autour de ce thème des neurologues et des ophtalmologistes afin de mettre en commun leur expérience quotidienne, d'harmoniser les prises en charge et de favoriser la mutualisation des données médicales. Ce club a pour autre vocation la diffusion des connaissances dans cette spécialité et la formation des médecins et des spécialités paramédicales s'y rattachant. Nous avons également pour vocation de rendre cette spécialité attractive aux internes ou aux jeunes médecins afin d'aider à son développement futur notamment en France. Nous avons assisté pendant trois ans au développement de notre groupe sous l'impulsion du Professeur Alain Vighetto, neurologue à Lyon. Outre la journée annuelle de Janvier, nous nous réunissons actuellement lors des Journées de Neurologie de Langue Française en avril et de la Société Française d'Ophtalmologie en mai.

La neuro-ophtalmologie est une discipline très vaste qui aborde de nombreux thèmes. Parmi ceux-ci, l'oculomotricité tient une place de choix ; c'est pourquoi, il nous a paru intéressant de mettre en commun l'expérience des strabologues et des neuro-ophtalmologues dans le cadre d'une réunion commune avec l'Association Française de Strabologie.

Nous espérons que cette journée commune permettra l'émergence de questions, la démonstration d'intérêts partagés, et l'initiation de projets communs à ces deux spécialités.

C Vignal
Présidente

C Tilikete
Secrétaire

Association Française de Strabologie

Présidente : C. Speeg-Schatz

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

Secrétaire scientifique : E. Laurent

<http://www.afs-strabologie.org>

Bureau de l'Association Française de Strabologie 2005-2008

Présidente : Pr Claude Speeg-Schatz (Strasbourg)

Vice président : Dr Charles Habault (Lyon)

Secrétaire générale : Dr Marie-Andrée Espinasse-Berrod (Paris)

Secrétaire trésorier : Dr Jean-Pierre Caramel (Montpellier)

Secrétaire générale adjointe : Dr Mitra Goberville (Paris)

Secrétaire scientifique : Dr Erick Laurent (Montpellier)

Chargé de la FMC : Dr Nicolas Gravier (Nantes)

Relation avec la SFO, les autres associations, les orthoptistes, le syndicat : Dr Marie de Bideran (Bordeaux), Dr Françoise Oger-Lavenant (Nantes), Pr Alain Péchereau (Nantes)

Comité de lecture : Dr Christine Costet (Nice), Dr Catherine Duncombe (Caen), Dr Nicole Gambarelli (Marseille), Dr Charles Habault (Lyon), Dr Eve Hadjadj (Marseille)

Gestion et développement du site internet de l'AFS : Dr Sophie Arsene (Tours), Dr Catherine Duncombe (Caen), Dr Eve Hadjadj (Marseille)

Association Française de Strabologie

Présidente : C. Speeg-Schatz

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

Secrétaire scientifique : E. Laurent

<http://www.afs-strabologie.org>

Réunion Commune de l'Association Française de Strabologie et du Club de Neuro-Ophthalmologie Francophone (AFS-CNOF)

Salle 342 A – Niveau 3

Neuro-ophthalmologie et déséquilibres oculomoteurs

- 08 h 45** Ouverture.
C. SPEEG-SCHATZ, A. VIGHETTO
- 09 h 00** **Rôle du cervelet dans le contrôle oculomoteur : à propos d'un cas de dysfonctionnement de la voie spinocérébelleuse.**
N. GRAVIER (Nantes), H.FAVIER-LOMENECH (Lorient)
- 09 h 10** **Esotropie en V révélatrice d'une lésion du vermis cérébelleux.**
E. LAURENT (Montpellier)
- 09 h 20** **Analyse de pathologies du sinus sphénoïdal révélées par des complications ophtalmologiques.**
C. COSTET-FIGHIERA, M. GRECH, V. PAOLI, C. SOLER, A. DEVILLE, A. GEOFFRAY (Nice)
- 09 h 30** **Syndrome de Parry-Romberg et troubles oculomoteurs. À propos d'un cas.**
V. VOIRIN, B. ROUSSAT, MT. IBA-ZIZEN (Paris)
- 09 h 40** Discussion.
Modérateur : A. VIGHETTO
- 10 h 00** **Les muscles obliques ont-ils une action verticale ?**
A. PECHEREAU (Nantes)
- 10 h 10** **La cyclotorsion dans les atteintes neurologiques.**
A. SPIELMANN (Nancy)
- 10 h 20** **Les nystagmus congénitaux: lésions cérébrales retrouvées en IRM.**
D. DENIS, E. TOESCA, D. DAULETBEKOV, C. BAETEMAN, C. FOGLIARINI, C. BENSO, N. GIRARD, E. HADJADJ (Marseille)
- 10 h 30** **Les troubles oculomoteurs associés aux ptôsis congénitaux (hors paralysie du III) : analyse sémiologique et prise en charge.**
C. BOK, C. VIGNAL, S. MORAX (Paris)
- 10 h 40** Discussion.
Modérateur : C VIGNAL

Club de Neuro-Ophthalmologie Francophone

Présidente : *C. Vignal-Clermont*
Vice-président : *A. Tourbah* Secrétaire : *C. Tilikete*
Trésorier : *J. de Sèze*

11 h 00

Conférence : Anatomie et physiologie du contrôle oculomoteur supra-nucléaire.
A. VIGHETTO

11 h 30

Pause.

12 h 00

Conférence : Myopathies oculaires : approche neurologique et ophtalmologique.
C. VIAL, C. VIGNAL-CLERMONT

12h30

Pause

14 h 00

Conférence : Que peut-on attendre de l'imagerie dans les troubles oculomoteurs ?
F. HERAN

14 h 30

Mise au point sur les NOIAA.

MB. RENAUD-ROUGIER (Bordeaux)

14 h 40

Hémianopsie ou héminégligence visuelle et conduite automobile.

P. BETERMIEZ, G.BAGLIN, O.GODEFROY, S.MILAZZO (Amiens)

14 h 50

Méningiomes du nerf optique : un piège diagnostique.

M. BOUYON, F. BLANC, L. BALLONZOLI, M. FLEURY, C. ZAENKER, J. de SEZE, C. SPEEG-SCHATZ (Strasbourg)

15 h 00

Présentation d'un cas d'hypertension intracrânienne chez l'enfant, associée à une craniosténose considérée comme bénigne.

E. DELOUVRIER, M. ELMALEH, M. SCHAISON, D. RENIER (Paris)

15 h 10

Discussion.

Modérateur : E. LAURENT

15 h 30

Hémianopsie latérale homonyme et hallucinations visuelles.

A GUEZ, M. OBADIA, O. GOUT (Paris)

15 h 40

Aspects ophtalmologiques des méningites carcinomateuses.

JP WOILLEZ, C.SIGNOLES, I. BOUBET-DRUMARE, S.

DEFOORT-DHELLEMES (Lille)

15 h 50

HIC et neuropathie optique héréditaire de Leber.

O. PAJOT, C. LAMIREL, C. VERNY, C. VIGNAL-CLERMONT, I. COCHEREAU (Paris)

16 h 00

Que peut donc cacher une hémorragie méningée bénigne ?

M. JACOB, C. TILIKETE, M. BERNARD, A. VIGHETTO (Lyon)

16 h 10

Discussion.

Modérateur : MA. ESPINASSE-BERROD

16 h 30

Clôture.

C. SPEEG-SCHATZ, A. VIGHETTO

Association Française de Strabologie

Présidente : C. Speeg-Schatz

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

Secrétaire scientifique : E. Laurent

<http://www.afs-strabologie.org>

Rôle du cervelet dans le contrôle oculomoteur : à propos d'un cas de dysfonctionnement de la voie spinocérébelleuse

Nicolas GRAVIER (Nantes) ; Hélène FAVIER-LOMENECH (Lorient)

Introduction : A propos d'un cas de syndrome vestibulaire avec trouble oculomoteur, les auteurs essaieront de comprendre les mécanismes de régulations spino-cérébello-vestibulo-oculaires.

Sujet : Nous rapportons le cas d'une patiente de 34 ans présentant une exotropie intermittente de type insuffisance de convergence (orthoposition de loin, X'X't 40 à 30 cm, PPC 60 cm), associée à un syndrome vestibulaire.

Le traitement d'un trouble de la sensibilité profonde inconsciente avait permis de faire disparaître toute symptomatologie, et un retour à la normale de l'équilibre vestibulaire et oculomoteur.

Discussion : Le rôle sur l'équilibre oculomoteur, d'une part de la proprioception des membres inférieurs véhiculée par la voie spino-cérébelleuse, et d'autre part du cervelet est discuté.

Association Française de Strabologie

Présidente : *C. Speeg-Schatz*

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

Secrétaire scientifique : *E. Laurent*

<http://www.afs-strabologie.org>

Esotropie en V révélatrice d'une lésion du vermis cérébelleux

Erick LAURENT (Montpellier)

Introduction : Il n'est pas classique qu'une lésion du cervelet soit cause de strabisme . Nous présentons cependant un cas d'esotropie en V avec excyclotorsion d'apparition brutale chez un patient indemne de toute pathologie strabique .

Sujet et Méthodes : Homme de 41 ans porteur d'un cavernome du vermis cérébelleux révélé par l'association d'un syndrome cérébelleux statocinétiq ue à une diplopie . Suivi ophtalmologique sur 8 ans débutant 1 an après l'exérèse du cavernome jusqu'à aujourd'hui et comprenant examen clinique sensorimoteur itératif , coordimétries , enregistrement vidéo et deux temps chirurgicaux .

Résultats : La chirurgie classique de recul-résection des droits horizontaux a permis de supprimer l'esotropie. La chirurgie des obliques a supprimé le syndrome V , la torsion en position primaire et permis de rétablir un champ binoculaire de vision simple confortable . Cependant la comparaison des cyclotorsions pré et post-opératoires rapportées aux gestes chirurgicaux pratiqués laissent penser que la chirurgie des obliques est ici seulement compensatrice .

Discussion : Faut t'il imputer la symptomatologie au cervelet lui-même ou à une structure mésencéphalique, et laquelle ? La cycloverticalité en V résulte-t-elle d'une atteinte nucléaire des IV ou est-elle d'origine supra-nucléaire ?

Conclusion : Weiss a émis l'hypothèse d'une cyclotorsion primitive pour expliquer les syndromes alphabétiques sans atteinte des obliques. Demer a récemment mis l'accent sur l'origine anatomique de ce syndrome . Cette observation permet de rappeler qu'une origine neurogène est possible .

Association Française de Strabologie

Présidente : C. Speeg-Schatz

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

Secrétaire scientifique : E. Laurent

<http://www.afs-strabologie.org>

Analyse de pathologies du sinus sphénoïdal révélées par des complications ophtalmologiques

Christine COSTET-FIGHIERA, Marjorie GRECH, Vincent PAOLI, Christine SOLER, Anne DEVILLE, Anne GEOFFRAY
(Nice)

Introduction : Les complications ophtalmologiques sont un mode inhabituel de découverte des pathologies sphénoïdales. A partir de l'étude rétrospective des dossiers de trois enfants, nous analysons les éléments pouvant optimiser la prise en charge de ces atteintes graves et exceptionnelles.

Sujets et méthodes : Nous rapportons les circonstances diagnostiques et le suivi évolutif de trois enfants porteurs de pathologies du sinus sphénoïdal révélées par une baisse visuelle et/ou des troubles oculomoteurs

Résultats : Nous avons retrouvé un cas de lymphome, un cas de rhabdo-myosarcome, un cas de sphénoïdite. Les diagnostics ont été difficiles à établir. La mise en route de thérapeutiques lourdes a permis une régression partielle des symptômes.

Discussion : Un enfant présentait une baisse visuelle majeure unilatérale avec mydriase, les deux autres associaient des troubles oculomoteurs pouvant s'intégrer dans le cadre d'un syndrome de l'apex orbitaire. Il s'agit de circonstances inhabituelles de révélation de pathologies sphénoïdales et d'un facteur potentiel de retard diagnostic. Les éléments cliniques et neuroradiologiques pouvant orienter le diagnostic sont discutés. La biopsie trans-sphénoïdale sous endoscopie guide le traitement.

Conclusion : La rareté des manifestations ophtalmologiques inaugurales de pathologies sphénoïdales explique les retards diagnostics. L'évocation clinique du diagnostic, l'imagerie cérébrale et l'exploration endoscopique doivent permettre d'améliorer la rapidité de la prise en charge thérapeutique.

Association Française de Strabologie

Présidente : *C. Speeg-Schatz*

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

Secrétaire scientifique : *E. Laurent*

<http://www.afs-strabologie.org>

Syndrome de Parry-Romberg et troubles oculomoteurs. À propos d'un cas

Vincent VOIRIN, Béatrice ROUSSAT, Marie-Thérèse IBA-ZIZEN (Paris)

Introduction : L'hémiatrophie faciale progressive ou syndrome de Parry-Romberg est une maladie rare, mais non exceptionnelle, dont les symptômes caractéristiques peuvent être insidieux et masqués (ou précédés) par des signes d'accompagnement, en particulier neurologiques ou ophtalmologiques.

Observation : Chez une fillette en bonne santé, il apparaît à l'âge de 8 ans une « tuméfaction de l'arcade sourcillière gauche », étiquetée « kyste dermoïde osseux », puis un déficit de l'élévation oculaire, responsable d'une diplopie verticale. D'abord bien compensée par une extension de la tête, la diplopie impose une prismation. À ce moment, l'analyse clinique montre qu'il existe une dépression de la fosse temporale, sans anomalie de l'arcade sourcillière. L'anomalie localisée des parties molles est confirmée par une IRM, qui démontre également une hypotrophie des muscles droit supérieur et releveur de la paupière.

Discussion : Depuis qu'elle est utilisée, l'IRM a permis de confirmer que l'atrophie commençait en général par les parties molles, avant de toucher la paroi osseuse. Des anomalies des structures nerveuses intra-cérébrales ont également été décrites. Dans notre observation, l'IRM centrée sur les muscles oculomoteurs a visualisé l'atrophie du droit supérieur et du releveur de la paupière. Au-delà de l'intérêt physiopathologique des données d'imagerie, nous discutons la place de la chirurgie oculomotrice et reconstructrice dans cette dysmorphie évolutive.

Conclusion : Dans cette affection rare, d'étiologie inconnue, l'imagerie aide au diagnostic puis à la quantification de l'atteinte anatomique. La décision d'un traitement chirurgical ne peut être prise qu'avec un certain recul, pour juger de l'évolutivité du processus.

Association Française de Strabologie

Présidente : *C. Speeg-Schatz*

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

Secrétaire scientifique : *E. Laurent*

<http://www.afs-strabologie.org>

Les muscles obliques ont-ils une action verticale ?

Alain PECHEREAU (Nantes)

Introduction : Le champ d'action d'un muscle extra-oculaire est une notion fondamentale et élémentaire qu'il est indispensable de connaître lors de l'examen de tout patient présentant un trouble oculomoteur. Hugonnier (1 959) le définit comme « la position dans laquelle on doit mettre l'œil pour être dans le champ de tel ou tel muscle ». De cette définition plus subtile qu'il n'y paraît, on est passé à « l'oblique inférieur est l'élévateur dans l'adduction et l'oblique supérieur est l'abaisseur dans l'adduction ». Depuis les travaux de Krewson (1 951), Bøeder (1 961) et de bien d'autres (Robinson 1975, Demer 1 995, Miller, 1 999) cette dernière affirmation est remise en question. Nous présentons deux cas cliniques qui la confirment.

Matériel et méthodes : Le premier cas clinique est une paralysie de l'oblique supérieur congénital avec atrophie à l'IRM et agénésie complète du tendon de l'oblique supérieur en per-opératoire. Le bilan photographique préopératoire montre qu'à l'étude des ductions, celles-ci sont pratiquement normales dans l'abaissement en adduction malgré l'agénésie de l'oblique supérieur. Le deuxième cas clinique est ce qui est habituellement appelé une paralysie des deux élévateurs. On note cependant une très discrète persistance de l'élévation en adduction et une excyclophorie au fond d'œil.

Discussion et conclusion : Les schémas classiques ou plutôt les schémas simplistes et statiques de l'oculomotricité avec une vision monomusculaire de l'oculomotricité réduite à des cordes et des ficelles doivent être abandonnées au profit d'une vision coopérative et complexe de l'action des muscles extra-oculaires.

Association Française de Strabologie

Présidente : C. Speeg-Schatz

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

Secrétaire scientifique : E. Laurent

<http://www.afs-strabologie.org>

La cyclotorsion dans les atteintes neurologiques

Alain SPIELMANN
(Nancy)

Introduction : Les strabismes consécutifs à une atteinte neurologique, qu'elle soit congénitale ou acquise, s'accompagnent fréquemment des désordres cyclotorsionnels. Le but de notre étude est d'évaluer cette sémiologie torsionnelle et d'en comprendre les mécanismes.

Matériel et méthode : Etude d'une cinquantaine de cas cliniques associant des troubles oculomoteurs variés d'origine supranucléaire.

Résultats : Présence d'une cyclotorsion objective ou subjective dans environ 30 % des cas. Les signes d'appels sont : diplopie torsionnelle, torticolis, pseudo-hyperaction des obliques, déviation verticale. Plus l'atteinte neurologique est sévère, plus grande est la fréquence d'une déviation torsionnelle. Possible sous-estimation de la fréquence réelle du fait des difficultés spécifiques à la mettre en évidence chez certains patients débilisés.

Analyse et discussion : La cyclotorsion peut être d'origine paralytique (III ou IV), tonique (déviation du regard vers le bas), nystagmique (nystagmus cyclorotatoire et cycloversion de blocage), vestibulaire (skew deviation, asymétrie du tonus vestibulaire), sensorielle (anomalie centrale de la fusion ou déviation oculomotrice empêchant la cyclofusion), iatrogène après chirurgie oculomotrice. Le diagnostic différentiel est le torticolis des hémiplésiques. Certaines théories récentes rapprochent hyperaction des obliques supérieurs, déviation du regard vers le bas, parésie de l'élévation et skew deviation. Le choix d'un traitement chirurgical de la torsion est parfois difficile et doit être adapté à chaque patient.

Conclusion : La présence d'une cyclotorsion doit être recherchée dans les strabismes d'origine neurologique. Les mécanismes physiopathologiques à l'origine de cette cyclotorsion sont multiples. Son traitement est complexe.

Association Française de Strabologie

Présidente : C. Speeg-Schatz

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

Secrétaire scientifique : E. Laurent

<http://www.afs-strabologie.org>

Les nystagmus congénitaux: lésions cérébrales retrouvées en IRM

Danièle DENIS, Emily TOESCA, Danyar DAULETBEKOV, Christophe BAETEMAN, Céline FOGLIARINI, Corinne BENSO, Nadine GIRARD, Eve HADJADJ (Marseille)

Introduction : Le nystagmus est un trouble de la statique oculaire qui se manifeste en règle générale dès l'âge de 3 mois. Parmi les nystagmus congénitaux seuls ceux dont les causes sensorielles et neurologiques oculogyres ont été étudiés. Le but de cette étude est de rapporter le résultat de l'IRM cérébrale dans cette population.

Matériel et Méthode : 40 enfants avec nystagmus congénital patent ont bénéficié d'un bilan ophtalmologique complet. Les paramètres étudiés ont été : acuité visuelle en fonction de l'âge, position vicieuse de la tête, caractère du nystagmus (pendulaire, à ressort, pendulo-ressort, horizontal et vertical), isolé ou associé à une pathologie neurologique (souffrance fœtale, retard psychomoteur, épilepsie, dysmorphie cranio-faciale, anomalie chromosomique...), oculomotricité (esotropie, exotropie), réfraction sous cycloplégique, fond d'œil et résultat de l'IRM cérébrale. Les résultats de l'IRM ont été classés en : 1. anomalie anatomique (gliose, retard de maturation, leucomalacie périventriculaire, atrophie cérébrale, cavitation, nécrose focale ou diffuse, dilatation des espaces de Virchow-robin, augmentation du périmètre crânien), 2. pathologies développementales malformatives (corps calleux et septum pellucidum, système nerveux central, méninges, vascularisation), 3. pathologies compressives, 4. anomalies innées du métabolisme.

Résultats : L'âge moyen est de 20.6 mois. Les auteurs présentent les résultats de l'IRM en fonction des paramètres étudiés et montrent statistiquement l'importance de la cause organique cérébrale dans le nystagmus congénital patent isolé.

Conclusion : Cette étude montre l'intérêt de l'IRM cérébrale dans le nystagmus congénital patent.

Association Française de Strabologie

Présidente : C. Speeg-Schatz

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

Secrétaire scientifique : E. Laurent

<http://www.afs-strabologie.org>

Les troubles oculomoteurs associés aux ptôsis congénitaux
(hors paralysie du III) :
analyse sémiologique et prise en charge

Corinne BOK, Catherine VIGNAL, Serge MORAX
(Paris)

Introduction : Du fait des rapports anatomiques et des lois de Hering et Sherington, les désordres oculomoteurs sont fréquemment associés aux ptôsis congénitaux.

Sujets et méthodes : Les ptôsis congénitaux peuvent être « simples » ou partie d'un syndrome : syndrome de blépharophimosis, de Marcus Gunn, de fibrose congénitale. L'examen comprend la recherche d'une amblyopie, l'analyse de la motilité, l'étude de la ptose et des syncinésies. Les troubles oculomoteurs associés sont la limitation de l'élévation associée ou non à une hypotropie, à une ésoptropie, rarement à une exotropie ou à un syndrome restrictif. La prise en charge comprend le traitement de l'amblyopie, puis de la déviation puis de la ptose résiduelle puis l'entretien.

Résultats : De bons résultats esthétiques et fonctionnels dépendent d'une prise en charge précoce et complète. Il peut persister une limitation oculomotrice dans le regard en haut.

Discussion : Le diagnostic différentiel se pose avec les paralysies congénitales du III, les modifications palpébrales des syndromes de restriction musculaire. Les techniques du traitement médical et chirurgical sont discutées.

Conclusion : Une bonne analyse sémiologique permettant une prise en charge adaptée est nécessaire à l'obtention d'un résultat optimum.

Club de Neuro-Ophthalmologie Francophone

Présidente : C. Vignal-Clermont
Vice-président : A. Tourbah Secrétaire : C. Tilikete
Trésorier : J. de Sèze

Mise au point sur les NOIAA

MB Renaud-Rougier
(Bordeaux)

Parmi les neuropathies ischémiques, on distingue d'une part les neuropathies antérieures et postérieures, ces dernières se présentant sans œdème papillaire, et les neuropathies ischémiques antérieures artéritiques et non artéritiques d'autre part (NOIANA). La clinique permet le plus souvent de classer ces différentes formes.

Le facteur de risque principal de la NOIANA est la présence d'un ratio cup/disc petit ou nul. Parmi les facteurs de risque vasculaires, le diabète, l'HTA ainsi que l'hypotension sont les plus fréquemment associés à la survenue d'une NOIANA. La bilatéralisation est possible.

La physiopathologie est encore controversée, et les nombreux traitements médicaux et chirurgicaux qui ont été tentés sont restés à ce jour inefficaces.

Compte tenu de ces données, le but de cet exposé est de proposer une prise en charge simple et adaptée de ces patients atteints de neuropathie ischémique.

Club de Neuro-Ophthalmologie Francophone

Présidente : *C. Vignal-Clermont*
Vice-président : *A. Tourbah* Secrétaire : *C. Tilikete*
Trésorier : *J. de Sèze*

Hemianopsie ou héminegligence visuelle et conduite automobile

P BETERMIEZ, G BAGLIN, O GODEFROY, S MILAZZO (Amiens)

L'arrêté du 21 décembre 2005 fixe de nouveaux critères neuro-ophtalmologiques à la conduite automobile des groupes légers A-B-Eb et lourds C-D-Ec-Ed et B professionnel. Cet arrêté établit des normes de champs visuels et des critères neurologiques en cas d'hémianopsie latérale homonyme mais omet le cas, parfois associé d'une hémignégligence visuelle. Des tests informatiques d'étude de temps de réponses à des stimulations visuelles peuvent appréhender ces déficits. Un test en situation réelle à la conduite semble fondamental dans les cas difficiles.

Matériel et méthode : Nous rapportons le cas d'un patient de 50 ans, gaucher, qui a présenté brutalement une hémianopsie latérale homonyme droite en rapport avec une lésion occipitale interne gauche, objectivée sur la RMN cérébrale. Six mois après, persistait une amputation partielle du champ visuel droit de type paracentral. L'étude du champ visuel binoculaire était normale.

Résultats et observation : Six mois, puis un an après l'accident vasculaire initial, occipital gauche, le sujet ne présentait plus de séquelle hémianopsique sur l'étude du champ visuel binoculaire. Il persistait toujours une gêne dans la conduite automobile essentiellement liée à l'utilisation de son hémichamp visuel droit.

Des tests informatisés, tests T.E.A, étudiant les temps de réaction visuelle en millisecondes à des stimulations visuelles, faisant apparaître des réponses très allongées sur l'hémichamp droit par rapport au côté controlatéral. Ces temps de latence anormaux sur l'hémichamp droit peuvent traduire un défaut d'attention et doivent faire suspecter une hémignégligence visuelle associée.

Les tests usuels cliniques de recherche d'hémignégligence chez ce patient, tests GEREM, étaient normaux.

Discussion : Cette observation souligne la nécessité d'appréhender les temps de réaction visuelle sur l'hémichamp lésé, même en cas de récupération complète des champs visuels binoculaires.

La recherche d'une hémignégligence ou des troubles de l'attention est impérative en cas de lésion de l'hémisphère mineur, avant de statuer sur une aptitude à la conduite automobile.

Conclusion : Devant un trouble du champ visuel, l'étude du champ visuel automatisé doit être impérativement couplée à une étude neurologique et à la recherche de trouble de l'attention ou d'une hémignégligence. Cette consultation neuro-ophtalmologique est impérative avant une décision d'aptitude à la conduite automobile des groupes légères ou lourds. En revanche, l'absence de troubles attentionnels est un facteur de bon pronostic pour la reprise de la conduite automobile après un épisode hémianopsique régressif.

Club de Neuro-Ophthalmologie Francophone

Présidente : *C. Vignal-Clermont*
Vice-président : *A. Tourbah* Secrétaire : *C. Tilikete*
Trésorier : *J. de Sèze*

Neuropathie optique et méningiome : un piège diagnostique

M. BOUYON, F. BLANC, L. BALLONZOLI, M. FLEURY, C. ZAENKER, J. de SEZE,
C. SPEEG-SCHATZ (Strasbourg)

Introduction : Les méningiomes sont des tumeurs méningées primitives bénignes. Leur découverte peut être fortuite ou secondaire à l'exploration de symptômes neurologiques voire ophtalmologiques.

Sujets et méthodes : Nous rapportons les histoires cliniques et paracliniques de cinq patientes présentant des symptômes ophtalmologiques et conduisant au diagnostic de méningiomes.

Résultats : Il s'agit de cinq femmes, âgées de 49 à 55 ans au moment du début des symptômes. Elles présentent toutes une baisse de l'acuité visuelle unilatérale progressive avec un fond d'œil initialement normal, associée à une altération du champ visuel ipsilatéral. Les différents examens complémentaires et notamment radiologiques ont dû être répétés pour mener au diagnostic de méningiome dans un délai allant de 18 mois à 4 ans.

Discussion : Les méningiomes sont des tumeurs d'expression plurimorphique. Le tableau clinique de ces cinq cas est celui d'une neuropathie optique rétrobulbaire ayant orienté le bilan vers la recherche d'une maladie inflammatoire du système nerveux central. Le caractère iso-intense de leur signal en T1 et peu hyperintense en T2 en imagerie par résonance magnétique peut faire méconnaître le diagnostic et retarder la prise en charge thérapeutique si l'examen n'est pas interprété par un professionnel expérimenté. L'injection de Gadolinium montrant un rehaussement de la lésion facilite le diagnostic.

Conclusion : L'imagerie joue un rôle primordial pour conduire au diagnostic de cette affection. L'injection de Gadolinium et le centrage des coupes sur les voies optiques lorsqu'elle s'exprime par des symptômes ophtalmologiques sont absolument nécessaires.

Club de Neuro-Ophthalmologie Francophone

Présidente : *C. Vignal-Clermont*
Vice-président : *A. Tourbah* Secrétaire : *C. Tilikete*
Trésorier : *J. de Sèze*

Présentation d'un cas d'hypertension intracrânienne chez l'enfant, associée à une craniosténose considérée comme bénigne

Delouvrier Eliane, Schaison Monique, Elmaleh Monique, Bui Quoc Emmanuel, Ingster-Moati Isabelle, Rénier Dominique.
(Paris)

Introduction : Nous présentons l'observation d'un enfant atteint d'une scaphocéphalie connue, chez qui la découverte fortuite, à 2 ans et 3 mois, d'un œdème papillaire a conduit au diagnostic d'hypertension intracrânienne.

Observation : Chez cet enfant qui consultait pour un chalazion et ne présentait aucun signe clinique d'hypertension intracrânienne, lors de l'examen systématique du fond d'œil, nous avons observé des papilles gonflées, légèrement pâles, à bords flous, sans dilatation veineuse, sans hémorragie. Cet enfant était porteur d'une scaphocéphalie connue. Les radiographies sans préparation ne montraient pas de signes d'hypertension intracrânienne. En tomодensitométrie et résonance magnétique, il existait une dilatation modérée des espaces sous-arachnoïdiens des 2 nerfs optiques et une dilatation modérée des ventricules latéraux prédominant sur les cornes frontales. L'enregistrement de la pression intracrânienne par capteur extradural a confirmé l'hypertension. La ligne de base était à 20mmHg avec une pression soutenue à 40mmHg. Une craniotomie décompressive bilatérale réalisée. De façon inhabituelle, l'enfant a développé en post-opératoire des signes cliniques d'hypertension intracrânienne, modérés, mais avec persistance de l'œdème papillaire, confirmée à l'enregistrement et conduisant à une reprise chirurgicale. A la suite de cette deuxième intervention, les signes cliniques d'hypertension intracrânienne ont régressé, mais l'œdème papillaire n'a pas totalement disparu.

Discussion : Il est exceptionnel que la scaphocéphalie s'accompagne d'une augmentation de la pression intracrânienne, au cours de laquelle l'œdème papillaire est lui-même rare, en général tardif, après 3 ans.

La persistance de l'œdème papillaire après 2 interventions de décompression, également exceptionnelle, pose le problème du devenir visuel de cet enfant.

Conclusion : Les scaphocéphalies ont généralement un pronostic spontané favorable, post-opératoire excellent, Elles peuvent cependant se révéler plus graves, avec risque de souffrance des voies visuelles résistant au traitement.

Club de Neuro-Ophthalmologie Francophone

Présidente : *C. Vignal-Clermont*
Vice-président : *A. Tourbah* Secrétaire : *C. Tilikete*
Trésorier : *J. de Sèze*

Hémianopsie latérale homonyme et hallucinations visuelles. A propos d'un cas

Guez A, Lafitte F, Obadia M, Gout O, (Paris)

Introduction : Une hyperglycémie non cétosique peut se manifester par des troubles neurologiques ou plus rarement par des symptômes visuels isolés. Sa physiopathologie est encore mal connue mais interviendrait probablement un phénomène d'hyperviscosité.

Observations et Méthodes : Nous rapportons le cas d'une femme de soixante ans, ayant comme antécédents une hypertension artérielle sévère et un tabagisme chronique, consultant pour une amputation du champ visuel et des hallucinations visuelles de type autoscopique apparues six jours auparavant. L'examen clinique retrouve une hémianopsie latérale homonyme gauche isolée.

Résultats : Le champ visuel de Goldmann confirme l'hémianopsie latérale homonyme (HLH) gauche. A l'IRM, on observe des anomalies de signal de siège occipital droit: hyposignal cortico-sous-cortical en T2 et en Flair, ainsi qu'un hypersignal relatif en diffusion avec diminution du coefficient ADC. Le bilan biologique révèle une hyperglycémie majeure à 9,45 g/L responsable d'une hyperosmolarité à 341 mmol/L. Il n'y a pas de corps cétonique à la bandelette urinaire. A la spectro-RM on note une augmentation du taux de l'ensemble des métabolites en rapport avec un phénomène d'hémoconcentration. Le tracé de l'EEG est globalement ralenti sans anomalie spécifique.

Après réhydratation et introduction d'une insulinothérapie, l'évolution a été favorable avec une normalisation du champ visuel à un mois et de l'IRM à trois mois.

Discussion : Une HLH peut être liée à une hyperglycémie non cétosique et ainsi être exceptionnellement révélatrice d'un diabète. Une quinzaine de cas sont décrits dans littérature. La physiopathologie est complexe, il existe dans 40% des cas une crise d'épilepsie le plus souvent partielle occipitale, dans les autres cas il existe probablement une souffrance cellulaire réversible par déshydratation intra-cellulaire induite par l'hyperglycémie.

Conclusion : Une HLH associée à des hallucinations visuelles peut révéler une hyperglycémie non cétosique. La SPECTRO-RM peut être une aide diagnostique (diagnostic différentiel avec une crise d'épilepsie ou un accident vasculaire cérébral). Le véritable test thérapeutique consiste en l'équilibration de la glycémie qui assure la réversibilité des troubles.

Club de Neuro-Ophthalmologie Francophone

Présidente : C. Vignal-Clermont
Vice-président : A. Tourbah Secrétaire : C. Tilikete
Trésorier : J. de Sèze

Aspects ophtalmologiques des méningites carcinomateuses : à propos de 4 cas

J.Ph. Woillez; Cl. Signolles; I. Drumare; S. Defoort-Dhellemmes
(Lille)

La méningite carcinomateuse se définit comme un envahissement de l'espace méningé sous arachnoïdien par des cellules tumorales métastatiques. Si l'analyse des cas cliniques, à posteriori, ne pose pas particulièrement de problèmes, il nous semble que l'étude attentive des premiers signes est fondamentale pour éviter toute divagation diagnostique. La présentation de 4 cas (un enfant, deux femmes, un homme) aux âges relativement dispersés (5 ans, 17 ans, 44 ans et 69 ans) nous permet d'évoquer un certain nombre de variations dans l'expression clinique et paraclinique de cette pathologie de mauvais pronostic. Révélée par une atteinte des nerfs crâniens (majoritairement les nerfs oculomoteurs, le VII, le VIII) c'est surtout la baisse d'acuité visuelle plus ou moins rapide, bilatérale, associée à un œdème papillaire le plus souvent massif, qui doit nous faire suspecter cette origine. Après avoir rappelé les principes de cette pathologie, le diagnostic différentiel est évoqué.

Club de Neuro-Ophthalmologie Francophone

Présidente : *C. Vignal-Clermont*
Vice-président : *A. Tourbah* Secrétaire : *C. Tilikete*
Trésorier : *J. de Sèze*

HTIC et neuropathie optique héréditaire de LEBER

Pajot.O (1), Lamirel C.(1), Verny C.(2), Vignal-Clermont C.(3), Cochereau I. (1)

(1)Service ophtalmologie CHU Angers

(2)Centre national de référence en Neurogénétique, Département de neurologie CHU Angers

(3)Service d'Ophtalmologie Fondation Rothschild

But : Nous rapportons le cas atypique d'une neuropathie optique héréditaire de Leber.

Observation : Patiente de 19 ans sans antécédent personnel, famille de Leber, mutation G11778A connue. Découverte fortuite d'un œdème papillaire bilatéral très évocateur d'une hypertension intracrânienne idiopathique. Régression incomplète de l'œdème papillaire et stabilité du champ visuel sous Diamox® pendant 6 mois. Apparaît ensuite de manière rapidement progressive une neuropathie optique à gauche puis droite malgré plusieurs tentatives de traitement médical. Une image atypique est constatée à l'IRM au moment de l'aggravation de la symptomatologie à gauche.

Discussion : Nous avons constaté dans sa famille ce même type d'œdème papillaire lors de l'installation de la neuropathie optique héréditaire.

Conclusion : Manifestation clinique ophtalmologique atypique d'une neuropathie optique héréditaire de Leber chez plusieurs membres de la famille avec un œdème papillaire simulant une HTIC idiopathique.

Club de Neuro-Ophthalmologie Francophone

Présidente : *C. Vignal-Clermont*
Vice-président : *A. Tourbah* Secrétaire : *C. Tilikete*
Trésorier : *J. de Sèze*

Que peut donc cacher une hémorragie méningée bénigne ?

M. JACOB, C. TILIKETE, M. BERNARD, A. VIGHETTO (Lyon)

Introduction: Les fistules artério-veineuses intra-cérébrales sont de présentation polymorphe et non spécifique, ce qui rend parfois leur diagnostic difficile. L'objet de cette présentation est, à propos d'un cas clinique, de revoir la littérature sur les présentations neuro-ophtalmologiques moins connues de cette pathologie, leur risque évolutif, et les outils diagnostiques à pratiquer.

Observation et Méthode : L'histoire clinique du patient est décrite ; puis une revue de la littérature est réalisée.

Observation: Un patient de 57 ans hypertendu mal équilibré présente une hémorragie méningée péri-mésencéphalique d'évolution favorable. Puis, 2 ans après l'épisode initial, il présente une paralysie du VI droit spontanément régressive en 3 mois, considérée initialement comme d'origine ischémique. Enfin, 8 mois plus tard, les signes évocateurs de fistule carotido-caverneuse à type de rougeur, exophtalmie et rétinopathie de stase au fond d'œil sont apparus ; l'artériographie cérébrale a alors permis de confirmer le diagnostic. Le patient a bénéficié d'une embolisation par voie veineuse, permettant l'amélioration très nette des signes cliniques.

Discussion : La responsabilité de la fistule carotido-caverneuse dans la genèse des 2 épisodes neurologiques initiaux fait discuter, à l'aide d'une revue de la littérature, les différentes présentations cliniques de cette pathologie, en fonction du mode de drainage de la fistule, antérieur ou postérieur. Les risques hémorragiques des fistules artério-veineuses intracrâniennes sont également explicités, mettant l'accent sur les moyens diagnostiques à mettre en œuvre pour parvenir au diagnostic : IRM et parfois artériographie cérébrale.

Conclusion : Lorsque le drainage des fistules artério-veineuses est postérieur, les patients se présentent typiquement sous la forme de paralysies oculomotrices isolées ; le diagnostic est alors difficile et requiert la pratique d'une IRM encéphalique avec ARM artérielle, et parfois le recours à une artériographie cérébrale. Le risque majeur encouru par ces patients est celui d'un saignement intracrânien lorsqu'il existe un drainage vers une veine corticale ; mais la survenue d'hémorragie méningée péri-mésencéphalique n'avait alors jamais été décrit à notre connaissance en lien avec une fistule carotido-caverneuse.

Association Française de Strabologie

Présidente : C. Speeg-Schatz

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

Secrétaire scientifique : E. Laurent

<http://www.afs-strabologie.org>

Prochains congrès de l'AFS

Montpellier : 19 et 20 octobre 2007 : paralysies oculomotrices (envoi des abrégés avant le 15 juillet 2007) avec J-P. Caramel et E. Laurent

Paris en mai 2008 : séméiologie et techniques d'examen en strabologie

Nantes à l'automne 2008 : chirurgie du strabisme avec N Gravier et A Pêchereau.

Contacts avec les associations nationales et internationales et dates des prochains congrès

European Strabismological Association

<http://www.esa-strabismology.com/Meetings.html>

20 23 mai 2007 Mykonos

International Strabological Association

isa@ophthalmology2006.com.br

Bielschowsky Gesellschaft

www.bielschowsky.de

American Association of Pediatric Ophthalmology and Strabismus

<http://www.aapos.org/>

11 15 avril 2007 Washington

Association française d'Orthoptique :

www.association-orthoptique.fr

Association Française d'Ophtalmopédiatrie

International Orthoptic Association

<http://www.internationalorthoptics.org/>

28 31 mai 2008 Belgique

CLADE : Consejo Latino Americano de Estrabismo

www.cladeweb.org

septembre 2008 Argentine

European Paediatric Ophthalmological Society (EPOS)

www.epos-focus.org

Club de Neuro-Ophtalmologie Francophone

Présidente : C. Vignal-Clermont
Vice-président : A. Tourbah Secrétaire : C. Tilkete
Trésorier : J. de Sèze

CLUB DE NEURO-OPHTALMOLOGIE FRANCOPHONE

Président : Dr C. Vignal-Clermont (Paris)

Vice-Président : Pr A. Tourbah (Reims)

Secrétaire : Dr C. Tilkete (Lyon)

Trésorier : Dr J. de Sèze (Strasbourg)

REUNIONS NATIONALES DU CNOF (2008)

Réunion annuelle du CNOF : Vendredi 25 janvier 2008 à Strasbourg.

Organisé par le Pr J. de Sèze

Réunion lors des Journées de Neurologie de Langue Française : 23 au 26 avril 2008 à Bordeaux.

Organisée par les Dr A. Tourbah et M.-B. Renaud-Rougier.

Réunion lors de la Société Française d'Ophtalmologie : Mai 2008 à Paris.

Organisée par le Pr A. Vighetto et le Dr C. Arndt.

REUNIONS INTERNATIONALES DE NEURO-OPHTALMOLOGIE (2007/2008)

European Neuro-Ophthalmology Society, Istanbul, Turquie, 26 au 29 mai 2007.

<http://www.eunos2007.org/>

North American Neuro-Ophthalmology Society, Orlando, USA, du 8 au 13 mars 2008.

<http://www.nanosweb.org/>

Association Française de Strabologie

Présidente : C. Speeg-Schatz

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

Secrétaire scientifique : E. Laurent

<http://www.afs-strabologie.org>

Demande d'admission à l'AFS **ou règlement de la cotisation 2007 pour les** **membres**

A adresser au trésorier de l'association :

Dr JP CAMEL 45 Bis, Avenue du professeur Grasset 34090 MONTPELLIER
avec le montant de la cotisation annuelle :

100 MEDECINS, 60 ORTHOPTISTES, INTERNES, MEDECINS RETRAITES

Nom :

Prénom :

Tranche d'âge : 20 à 30 () 31 à 40 () 41 à 50 () 51 à 60 () 61 à 70 () > 70 ans ()

Orthoptiste () Ophtalmologiste médical strict () Ophtalmologiste médico-chirurgical ()

Activité : Exclusif ophtalmo-pédiatrie () Non Exclusif ophtalmo-pédiatrie ()

Adaptateur de lentilles de contact () Non adaptateur de lentilles de contact ()

Chirurgie strabologique annuelle : Inf. à 25 () de 26 à 50 () de 51 à 100 () Sup. à 100 ()

Exercice : Libéral strict () Libéral avec vacations hospitalières () Hospitalier strict ()

Salarié () Retraité () Autre :

Adresse :

Code Postal : **Ville** : **Pays** :

Téléphone Professionnel : **Télécopie** :

Adresse électronique (e-mail) (obligatoire pour la transmission des informations de l'AFS)

Email(obligatoire).....@.....

Je, soussigné, après avoir pris connaissance des statuts de l'Association Française de Strabologie, demande mon admission à l'Association Française de Strabologie et m'engage à me conformer aux dispositions des statuts ainsi qu'aux décisions du comité directeur.

Date :

Signature :

Parrainage de deux membres actifs de l'AFS (si demande d'admission)

Nous soutenons la demande d'admission à l'AFS du candidat ci-dessus

Nom : Prénom : Signature :

Le :

Nom : Prénom : Signature :

Le :

Association Française de Strabologie

Présidente : C. Speeg-Schatz
Secrétaire générale : M-A. Espinasse-Berrod Trésorier : J-P. Caramel
Secrétaire scientifique : E. Laurent
<http://www.afs-strabologie.org>

Fiche individuelle d'évaluation d'une FMC

Date : 7 mai 2007

Thème de la FMC : Déséquilibres oculomoteurs

Quels sont les points forts de cette formation et quel est le message qui vous semble le plus pertinent pour votre pratique quotidienne ?

.....
.....
.....
.....

Quels sont les points faibles de cette formation ?

.....
.....
.....
.....

Quelles sont vos questions restées sans réponse ?

.....
.....
.....
.....

Echelle visuelle de satisfaction

Qualité pédagogique : 0 ..1 .. 2 .. 3 .. 4 .. 5 .. 6 .. 7 .. 8 .. 9 .. 10

Adaptation à la pratique : 0 ..1 .. 2 .. 3 .. 4 .. 5 .. 6 .. 7 .. 8 .. 9 .. 10

Validité scientifique des informations : 0 ..1 .. 2 .. 3 .. 4 .. 5 .. 6 .. 7 .. 8 .. 9 .. 10