

par Grégoire VERHAEGEN
Orthoptiste libéral, Cambrai et Lille (59)



Apport de l'Orthoptie dans les troubles visuels des patients présentant une SEP

Bon nombre de patients porteurs d'une SEP se plaignent de troubles visuels. De la photophobie (gêne à la luminosité) à la diplopie (vision double d'un objet unique), en passant par une vision qui se trouble, une fatigabilité; ces troubles ne sont pas toujours une fatalité. Ils sont souvent en rapport avec la névrite optique quand elle a existé, mais ils sont aussi dus à une perturbation de l'équilibre oculomoteur, acquise ou décompensée à cause de la SEP. Le Bilan Orthoptique, en complément du bilan ophtalmologique indispensable, met en évidence le(s) déséquilibre(s) moteur(s) et/ou sensoriel(s) qui perturbent la vision fonctionnelle utile au quotidien. Cet état des lieux permet donc la prise en charge ciblée en rééducation orthoptique pour soulager le patient.

Les motifs du bilan orthoptique

Description des troubles visuels et des troubles associés

On s'efforce de connaître les antécédents, oculaires, visuels, et également généraux.

Obtenir les résultats des dernières investigations Ophtalmologiques (fond d'œil, O.C.T., PEV...) est un plus! Les plaintes les plus fréquemment rencontrées sont:

Troubles oculaires: picotements, brûlures, démangeaisons, rougeurs, larmolements, photophobie, éblouissement, douleurs à la mobilité des globes oculaires.

Troubles Visuels: vision trouble, vision floue, vision double (dans le regard droit devant et/ou dans certaines directions ou distances), sensation de voile, de scotomes (« trous » dans le champ de vision), sensation de baisse d'acuité visuelle, sensation de baisse des contrastes avec besoin d'éclairage important, baisse de l'acuité visuelle à l'effort (phénomène d'Uthoff).

Troubles Généraux: céphalées (maux de tête) frontales, temporales, occipitales; sensations vertigineuses; pertes d'équilibre.

L'attente du patient est évidemment de faire disparaître ces troubles, ou en tous cas de les atténuer.

Une fois que cet état des lieux est listé, l'orthoptiste va donc rechercher

quelle(s) est (sont) la (les) cause(s) oculomotrice(s) des troubles décrits.

L'investigation va donc continuer en étudiant les 3 fonctions de la vision :

- La fonction motrice
- La fonction sensorielle
- Et la vision fonctionnelle

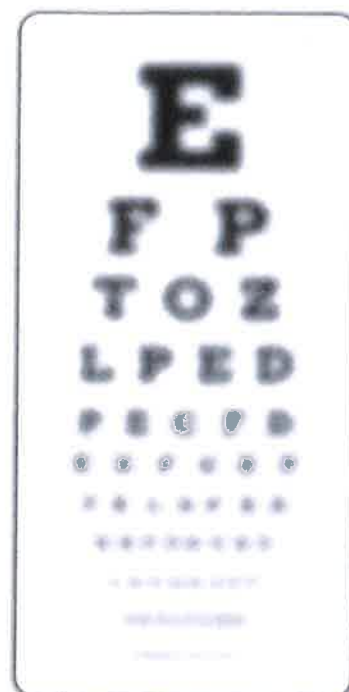
Le bilan opto-moteur

Il s'agit ici de mettre en évidence le ou les désordres musculaires qui perturbent les capacités à orienter correctement le regard

Etude de la Motilité Oculaire: évaluation objective le l'efficacité des muscles oculomoteurs dans la limitation et/ou l'hyper action... C'est à ce moment que

RAPPELS SUR L'ORTHOPTIE ET LES ORTHOPTISTES

- **art. R4342-1:** l'Orthoptie consiste en des actes de rééducation, de réadaptation et d'explorations de la vision utilisant éventuellement des appareils et destinés à travailler les anomalies fonctionnelles de la vision.
- **art. R4342-2:** sur prescription médicale, l'orthoptiste établit un bilan qui comprend le diagnostic orthoptique, l'objectif et le plan de soins.
- **art. 4342-3:** les orthoptistes sont seuls habilités, sur prescription médicale et dans le cadre du traitement des déséquilibres oculomoteurs et des déficits neurosensoriels y afférent, à effectuer les actes suivants:
 - 1 - détermination (...) de la fixation et études des mouvements oculaires,
 - 2 - bilans des déséquilibres oculomoteurs,
 - 3 - rééducation des personnes atteintes de strabisme, d'hétérophories, d'insuffisance de convergence ou de déséquilibre binoculaire,
 - 4 - rééducation des personnes atteintes d'amblyopie fonctionnelle. Ils sont en outre habilités à effectuer des actes de rééducation de la vision fonctionnelle chez les personnes atteintes de déficience visuelle d'origine organique ou fonctionnelle.
- **art. 4342-7:** sur prescription médicale, les orthoptistes sont habilités à déterminer l'acuité visuelle et la réfraction subjective.



l'on peut mettre en évidence les parésies, les paralysies oculomotrices, ou les paralysies de fonction (comme l'est l'Inter Nucléaire Antérieure - limitation du mouvement vers l'intérieur pour un œil, associé à un nystagmus en mouvement vers l'extérieur de l'autre œil)...

Etude du Nystagmus (tremblement incessant des yeux): à ressort ou pendulaire, sens du battement, congruence, vitesse, amplitude, direction du regard, où il existe, où il est minoré/majoré, oscillopsies (conscience du mouvement des images) associées ou non, position de blocage ou de moindre mouvement de ce nystagmus.

Etude de la Statique Oculaire: y a-t-il déviation du parallélisme oculaire? Cette déviation est-elle latente, intermittente, constante? Existe-t-elle en vision de près (40 cm) et/ou en vision de loin (5 m)? Ou apparaît-elle uniquement dans certaines directions du regard?

Etude des Mouvements Oculaires Conjugués:

- la stabilité de la Fixation.
- la qualité des mouvements guidés de Poursuite (horizontale, verticale, oblique, rotatoire).
- des mouvements spontanés de Saccades sur Cibles horizontales, verticales, obliques - changements de directions du regard.
- des mouvements spontanés de Vergences - changements de distances de fixation - (20 cm <-> 4 cm, 40 cm <-> 5 m).

L'Orthoptiste évalue alors la précision du mouvement, l'amplitude, la symétrie, la synchronisation d'un œil par rapport à l'autre.

Etude de la Convergence Binoculaire Tonique: on considère la convergence normale à 3 cm de la racine du nez.

Le bilan sensoriel

Les images des deux yeux correspondent-elles correctement pour voir net, pour voir simple, et pour discriminer?

Etude de l'Acuité Visuelle: un œil à la fois, puis les deux yeux ensemble, en vision éloignée (5 m), en vision proche (40 cm).

C'est à ce moment où l'Orthoptiste peut effectuer une Réfraction Subjective - examen de la vue - (si elle n'a pas déjà été réalisée par l'Ophthalmologiste) afin d'optimiser l'acuité visuelle du patient.

Etude de l'Accommodation: c'est la faculté de mise au point pour obtenir une vision nette, déclenchée par la vision floue; elle est variable selon l'âge; il est important qu'elle soit donc en rapport avec l'âge, et aussi qu'elle soit symétrique sur un œil et sur l'autre.

Etude de la Vision des Contrastes: en vision éloignée et en vision rapprochée, en monoculaire et en binoculaire: le contraste le plus faible est 1 %, le plus fort étant 100 %, et on le considère normal quand il est > à 30 %. En dessous de cette mesure, le noir est perçu comme gris.





Etude des Relations Binoculaires : on teste ici la qualité de la superposition des images des 2 yeux (fusion et stéréoscopie) : on les qualifie de Normales, Anormales, Stables ou Instables : il est possible que l'image centrale d'un œil soit « neutralisée » quand il y a un scotome (« trou » dans le champ visuel) dû à la NORB par exemple, ou quand il y a une mauvaise superposition, le cerveau s'arrange pour « supprimer » l'image gênante.

C'est lors de cette étude que l'on objective également une diplopie avec le test du Verre Rouge, entre autres.

Cette vision double est le résultat du défaut de parallélisme des yeux.

Etude des Capacités Fusionnelles : c'est l'étude des capacités à maintenir une seule image en stimulant la Convergence et la Divergence. Ces mesures sont très souvent inférieures à la norme, asymétriques selon l'œil stimulé, et selon les distances étudiées.

Le bilan fonctionnel

Il s'agit maintenant d'étudier la capacité à organiser les éléments optomoteurs et sensoriels ensemble pour les utiliser dans la vie courante

Voir pour Communiquer : le regard est utilisé dans les échanges interpersonnels, dans l'émission (quand on s'adresse à quelqu'un), dans la réception (quand quelqu'un s'adresse à nous) et dans la désignation (quand on montre du regard) ; cette communication est elle maintenue par le regard ?

Voir pour Organiser le Geste : le regard doit guider correctement le geste (de la main pour écrire, du corps pour se déplacer...) dans la localisation, dans la coordination, dans les praxies graphiques et lexiques : existe-t-il des maladresses, des erreurs de précision... ?

Voir pour Saisir l'Information : le regard initie l'identification visuelle (détection, reconnaissance, identification) ; il est lourdement impliqué également dans le délai du temps de reconnaissance, dans l'affection de la cohérence intermodale, de l'analyse perceptive, des stratégies visuelles d'explorations, d'anticipations... non seulement dans la perception, mais également dans l'endurance de la saisie informative (lecture d'un magazine ou d'un livre, travail sur écran...).

Tous ces paramètres peuvent être ralentis, perturbés voire même compliqués à cause d'un déficit optomoteur, associé ou non à un désordre sensoriel : en quelque sorte, le grain de sable qui enraye le mécanisme !

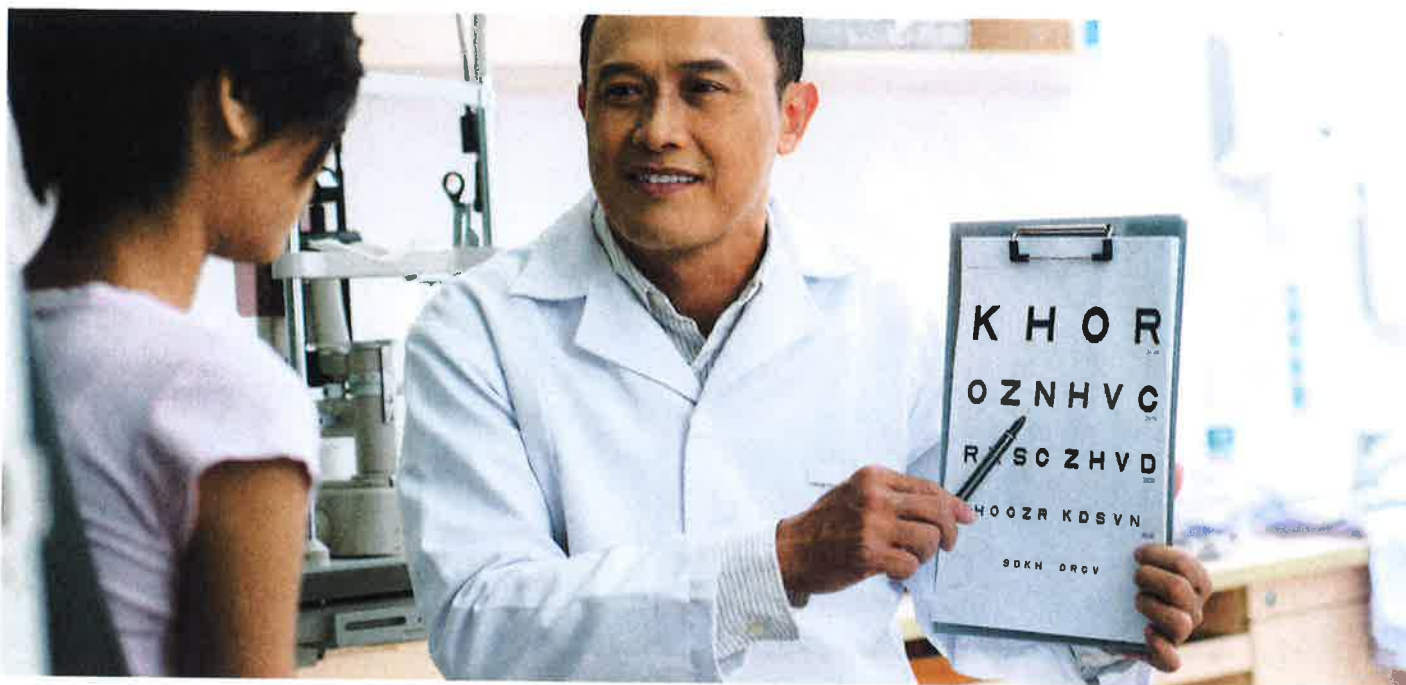
Nous faisons évidemment la part des choses entre le visuel « perturbateur » et les troubles des membres supérieurs et inférieurs, en rapport avec la SEP.

Diagnostic orthoptique & projet de soins

En fonction des résultats que l'Orthoptiste a mis en évidence dans l'étude des 3 bilans, il pose alors le diagnostic orthoptique de :

- Strabisme (latent, intermittent ou manifeste) associé ou non à un Trouble Neuro Sensoriel (neutralisation, diplopie).
- Déséquilibre Binoculaire : perturbations des Capacités Fusionnelles (insuffisance de convergence et/ou de divergence) ; mauvaise maîtrise des mouvements oculaires conjugués ; perturbation de la réfraction, qui, une fois corrigée, permet une meilleure acuité visuelle et ainsi renforcer l'efficacité visuelle.





- Basse Vision : quand la vision du meilleur œil est $< 3/10^{\text{es}}$
- Trouble Neuro-Visuel : quand la maladie neurologique diagnostiquée provoque une perturbation de la fonction visuelle

Le projet de soins est alors défini avec le patient.

Il consiste à travailler sur tous les axes du Bilan qui sont déséquilibrés, pour obtenir au mieux une guérison, ou alors une compensation qui améliore les troubles décrits lors de l'interrogatoire.

Le but est de :

- travailler les capacités fusionnelles en amplitude de Convergence de Divergence de façon à les rendre suffisantes, symétriques et équilibrées.
- améliorer la maîtrise des mouvements oculaires conjugués en insistant peut être sur un œil.
- renforcer la compensation de la déviation des axes visuels.
- lever la neutralisation gênante provoquée par le cerveau.
- lutter contre la diplopie par l'utilisation de prismes auto collant sur les verres de lunettes, qui seront régulièrement réévalués pour améliorer le confort visuel.
- stimuler la syncinésie accommodation-convergence.
- soulager le système visuel de tout effort accommodatif délétère par le biais du PORT CONSTANT DE LA CORRECTION OPTIQUE !

Les lunettes dites « de repos » n'existent pas ! Quand l'œil a besoin d'une correction optique, c'est tout le temps, car il

ne fonctionne pas uniquement lorsqu'il lit un livre ou un ordinateur : il fixe un visage, il aide à la détection des obstacles, à déambuler dans la rue ou dans la forêt, il perçoit la voiture qui ralentit devant nous, ou le piéton qui veut traverser ; il doit donc être soulagé de tous efforts inutiles !

Au cours des séances de rééducation, des évaluations régulières seront réalisées avec le patient de façon à faire le point régulièrement sur les progrès constatés, ou non.

Des conseils ergonomiques sont également prodigués :

- utiliser un pupitre ou un plan incliné lors de la lecture.
- avoir un éclairage suffisant : il doit être ambiant dans la pièce où on se trouve, et aussi direct sur l'activité en cours.
- avoir recours à des filtres colorés (jaunes à 450 nm, orangés à 511 nm...) ou des verres polarisants pour supprimer la photophobie et l'éblouissement.
- avoir recours à des loupes, des systèmes grossissants pour la lecture quotidienne, qu'elle soit ponctuelle (un numéro de téléphone, une plaque de rue...) ou prolongée (lecture, couture...).
- des logiciels spécifiques de traitement de texte pouvant agrandir tout ce qui est consulté sur ordinateur

Ces différents systèmes optiques sont disponibles uniquement chez certains Opticiens, le plus souvent spécialistes en Basse Vision.

Conclusion

La SEP provoque des déficits moteurs et sensoriels.

Elle révèle aussi un trouble oculomoteur préexistant qui se décompense.

Les troubles visuels dans la SEP ne sont pas une fatalité : certes, les séquelles de la NORB (Névrite Optique Rétro Bulbaire) sont irréversibles ; en revanche, tout peut être mis en œuvre de façon à améliorer le quotidien visuel de nos patients.

La collaboration des 3 O (Ophtalmologiste - Orthoptiste - Opticien) est, là encore, un maillon indispensable à la prise en charge des patients.

Et quand cette collaboration s'effectue avec les Médecins traitants, les Neurologues, les Médecins de rééducation fonctionnelle, les Kinés, les Ergothérapeutes, les Orthophonistes, on se rend compte qu'on apporte chacun sa pierre à l'édifice du mieux vivre du patient.

Le fait d'avoir 10/10^{es} est insuffisant, car la gêne c'est aussi le simple fait de ne pas savoir ou de ne pas pouvoir bouger les yeux de façon symétrique et synchrone.

Cette jolie citation du Professeur J-P ROLL, chercheur au CNRS de Marseille est une allégorie orthoptique à tous les patients, qu'ils soient porteurs de la SEP ou non :

« on ne voit bien qu'avec les muscles » !