

# PEC ORTHOPTIQUE: du bilan à la rééducation



UE15 PRISE EN CHARGE DES PATHO  
SENSORI-MOTRICES  
COURS PREMIÈRE ANNÉE  
ANNÉE 2017/2018

Emilie LAZARO: e-lazaro@chu-montpellier.fr

# PLAN

2

- **BILAN ORTHOPTIQUE**
  1. Place de l'orthoptiste
  2. Rapport avec le prescripteur
  3. Pourquoi un BO?
  4. Préalable au BO
  5. L'attente du prescripteur
  6. Bilan en lui-même
    - a) Signes fonctionnels et AV
    - b) Examen moteur
      1. Examen sous écran
      2. La motilité
      3. Les vergences
    - c) Examen sensoriel
      1. Etude de la correspondance rétinienne
      2. Vision stéréoscopique
- **LA REEDUCATION**
  1. Les atouts d'une prise en charge réussie
  2. Les principes du traitement
  3. Les indications de traitement
  4. Examen clinique d'une IDC
  5. Méthode de traitement d'une IDC
  6. Pronostic de la rééducation

# BILAN ORTHOPTIQUE

3

## **1. PLACE DE L'ORTHOPTISTE**

# 1. Place de l'orthoptiste

4

- Enregistré au code de la santé publique
- Auxiliaire médicale
- Décret de compétence
  
- Diagnostic orthoptique
  - Communication avec le médecin prescripteur+++
- Secret médical

**Art. R4342-2 (du code de santé publique)**  
Sur prescription médicale, l'orthoptiste établit un bilan qui comprend le diagnostic orthoptique, l'objectif et le plan de soins. Ce bilan, accompagné du choix des actes et des techniques appropriées, est communiqué au médecin prescripteur.  
L'orthoptiste informe le médecin prescripteur de l'éventuelle adaptation du traitement en fonction de l'évolution et de l'état de santé de la personne et lui adresse, à l'issue de la dernière séance, une fiche retraçant l'évolution du traitement orthoptique.

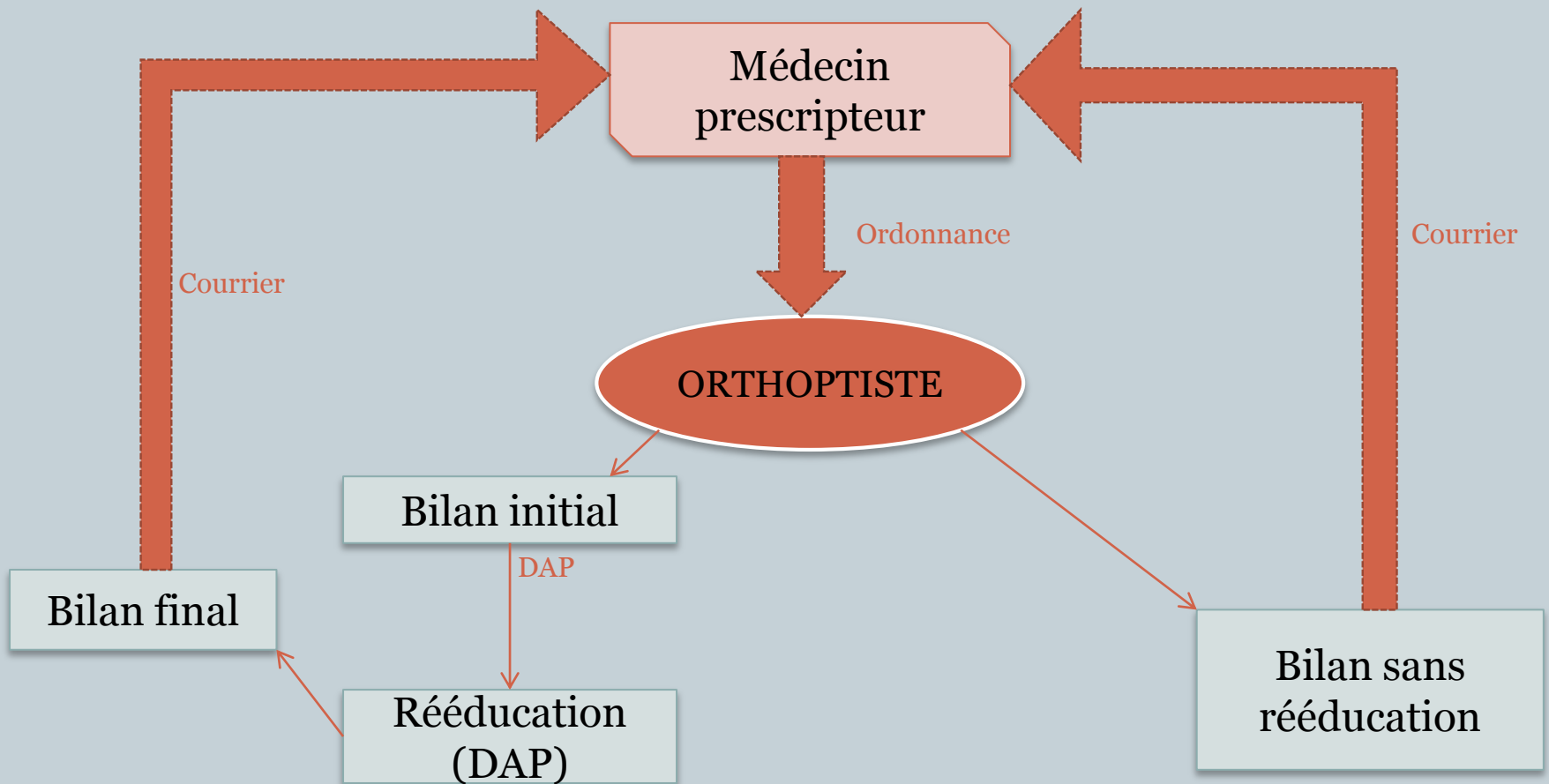
# Bilan orthoptique

5

## **2. RAPPORTS AVEC LE PRESCRIPTEUR**

## 2. Rapports avec le prescripteur

6



# Bilan orthoptique

7

## **3. POURQUOI UN BO?**

# 3. Pourquoi un BO?

8

- **Plainte avec signes fonctionnels:**
  - Céphalées
  - Diplopie
  - **Asthénopie** (fatigue visuelle= entraine des difficultés à soutenir un effort en vision de près)
  - Difficulté de l'appréciation des distances
  - Impression d'avoir un œil qui tourne
  - Torticolis
  - Mauvaise adaptation aux verres progressifs...
- **Suspicion d'un trouble oculomoteur sans plainte:**
  - Strabisme
  - Microtropie devant une amblyopie unilatérale persistant au port de la COT
  - Discret torticolis
  - Trouble de la motilité révélé lors de la CS ophtalmo



# Bilan orthoptique

9

## **4. PRÉALABLES AU BILAN ORTHOPTIQUE**

# 4. Préalables au BO

10

- Correction optique optimale
- Trouble oculomoteur= COT prescrite sous cycloplégique
- Minimum de renseignements médicaux
  - Pathologies ophtalmologiques associées
  - Prescription des lunettes

# Bilan orthoptique

11

## **5. L'ATTENTE DU PRESCRIPTEUR**

# 5. L'attente du prescripteur

12

- **Réponses précises:**
  - Présence d'un strabisme? Récent ou ancien? Paralysie?
  - Sensorialité normale? (CRN, VB)
  - Besoin de rééducation?
  - Opération?
- **Rendre compréhensible son bilan**
- **Donner une conclusion à son compte rendu (comme le demande le décret)**

# Bilan orthoptique

13

## **6. BILAN EN LUI-MÊME**

# 6. Bilan en lui-même

14

## a) Signes fonctionnels et AV:

- Logiquement identiques à ceux du médecin prescripteur ou de l'ophtalmologiste
- Le refaire précisément

## b) Examen moteur:

1. L'Examen sous écran
2. La motilité
3. Les vergences



ESE exophorie.mp4



13- ESE d'une exophorie et hauteur droite.flv

# 1. L'examen sous écran (cover test)

16

- E pour une ésophorie et Et pour une ésotropie
- X pour une exophorie et Xt pour une exotropie
- HD pour hyperphorie droite (hauteur droite) et HDt pour une hypertropie droite
- HG pour une hyperphorie gauche (hauteur gauche) et HGt pour une hypertropie gauche
- Un « ' » indique un angle de près: par exemple E' pour une ésophorie de près et X't pour une exotropie de près



# 1. L'examen sous écran (cover test)

17

- Les phories= troubles oculomoteurs latents
- Les tropies= troubles oculomoteurs patents
- En cas de tropie l'œil fixateur ou le degré d'alternance doit être mentionné.
- La valeur de la déviation s'exprime en dioptrie ( $\Delta$ )
- Plus le chiffre est élevé, plus la déviation est importante
- Faibles déviations  $< 8\Delta$  pour l'horizontalité et  $< 4 \Delta$  pour la verticalité
- Grandes déviations horizontales  $>30 \Delta$
- Valeur de l'angle est un élément important dans la prise de décision d'une chirurgie



21- ESE d'une exotropie intermittente (1).flv



15- ESE d'une ésoptropie ODF.flv



16- ESE d'une exotropie avec hauteur gauche.flv



14- Mesure à la barre de prismes d'une exophorie.flv

# 1. L'examen sous écran (cover test)

19



- En position primaire: direction du droit devant, de loin puis de près
- En position de torticolis:
  - Tropie => Phorie
  - VB
  - Position de confort
- Dans les quatres positions stratégiques du regard:
  - Haut/Bas
  - Droite/Gauche
- Manœuvre de Bielschowsky: éliminer une para du IV



29- Bielschowsky positif.flv

## 2. La motilité

21

- Versions/ ductions
- Hyperaction: doit être validée par l'examen sous écran de façon à s'assurer de l'augmentation de la déviation verticale par rapport à la position primaire.
  - ✦  hypertropie en abduction = DVD
  - ✦  hypertropie en adduction = hyperaction de l'OI
- Hypoaction: (limitation) paralysie oculomotrice ou syndrome de restriction

# 3. Les vergences

22

- Seulement si absence de tropie et CRN présente
- Se font dans l'ordre suivant: D, D',C,C'
- Renseignent sur l'amplitude de fusion
- Si trop faible, possibilité de rééducation (CO optimale portée)
- Rééducation entreprise que si les problèmes accommodatifs solutionnés (COT portée), et présence de SF persistant malgré le port de la COT.

# 6. Bilan en lui-même

23

## c) Examen sensoriel:

### 1. Etude de la correspondance rétinienne

Verres striés de Bagolini, verre rouge, synoptophore...

Un patient en CRN retient toute notre attention car nous devons maintenir cet état, un patient en CRA le restera.

### 2. Vision stéréoscopique

Une vision stéréoscopique  $< 100$  sec d'arc est une bonne VS (surtout au TNO = test de référence)

Atteste d'un potentiel de coopération binoculaire

Si nulle = atteste d'un état oculomoteur dégradé ou amblyopie

Une VS qui se dégrade ( ex: Xt intermit) = signe d'alerte d'une chirurgie

# La Rééducation

24

## **1. LES ATOUTS D'UNE PRISE EN CHARGE RÉUSSIE**



# 1. Les atouts d'une prise en charge réussie

25

- **Les informations de base**

En avoir un maximum: motif de la prescription, contexte visuel, co optique, état de santé et TTT en cours, si autres tentatives de rééduc pratiquées, symptômes et besoin visuels.

- **Le projet de rééducation**

Se construit avec le patient

- **La progressivité**

Recherche d'une progression dans notre rééducation, s'adapter aux âges, organiser sa séance en fonction du patient et de sa fatigue.

- **Un climat de confiance**

Le patient dépend de nous, il attend de nous qu'on le soigne, établir un climat de confiance, une bonne communication.

- **Implication du patient**

Coopération très importante du patient, bien expliquer ce qu'on fait et les résultats

# La rééducation

26

## **2. LES PRINCIPES DU TRAITEMENTS**

## 2. Les principes du traitements

27

- Découlent des définitions:
  - Hétérophorie: Déviation des axes visuels maintenue latente par la fusion.
  - Insuffisance de convergence: Diminution de l'amplitude motrice de fusion en convergence, caractérisée par l'incapacité d'un patient à maintenir un bon alignement des yeux sur un objet situé en vision de près.
- Synergie accommodation/convergence
- Un dysfonctionnement de ces éléments peut entraîner des SF.
- BUT n°1 = faire disparaître les SF

# La rééducation

28

## **3. LES INDICATIONS DE TRAITEMENTS**

# 3. Les indications: binocularité anormale

29

- Enfants et adultes qui présentent une amblyopie, une dominance oculaire, une diplopie ou un nystagmus.
  - Enfants => secteurs , occlusions, ou verres progressifs
  - Adultes => prismaticion, occlusions

**= Traitement passif**
- Obtention d'une guérison fonctionnelle partielle
  - Isoacuité
  - Microtropie
  - Union binoculaire

# 3. Les indications: binocularité normale

30

- Présence de Signes fonctionnels
- Présence d'une hétérophorie et/ou IDC
- Lien entre SF et hétérophorie/IDC



- Mauvaise correction ou non correction
- Mauvais centrage de verre
- Etat général du patient
- Para de la convergence

# La rééducation

31

## 4. EXAMEN CLINIQUE D'UNE IDC

# 4. Examen clinique d'une IDC

32

- **Symptômes**
  - liés à des situations visuellement exigeantes, prolongées, centrées sur des tâches réalisées en vision de près (lecture, ordinateur...).
  - dipopie, asthénopie, vision trouble transitoire, fatigue anormale, maux de tête (céphalées), adaptation posturale anormale, difficultés de concentration



## 4. Examen clinique d'une IDC

33

- **Diagnostic établi après:**
  - l'obtention de l'histoire de la maladie,
  - la réalisation d'une réfraction sous cycloplégique
  - l'évaluation de l'amplitude de fusion du patient (convergence et divergence).
- **Celui-ci est posé par l'ophtalmologiste (après élimination d'une maladie organique) avec l'aide de l'orthoptiste (mesure des capacités de convergence).**

# 4. Examen clinique d'une IDC

34

- **Test des reflets et cover-test**

Etude de la VB aux reflets= absence de strabisme confirmée par le test à l'écran unilatéral.

Le test à l'écran alterné retrouve très fréquemment une exophorie +/- marquée en VP.

- **Mesure des vergences**

- **Convergence:** le sujet fixe un point (loin 5m; près 30cm), la barre horizontale base temporale devant un œil afin de faire réaliser un mouvement de convergence lors de la compensation par l'œil de la diplopie provoqué par interposition du prisme. Le prisme est augmenté jusqu'à ce que le sujet ne puisse plus compenser et qu'il signale alors une diplopie constante. La valeur de la convergence est celle du prisme le plus fort n'entraînant pas de diplopie.

Valeurs normales de convergence: loin 16  $\Delta$  à 20  $\Delta$   
près 30  $\Delta$  à 40  $\Delta$

# 4. Examen clinique d'une IDC

35

- **Divergence:** On utilise la même technique que pour la convergence, mais avec le prisme base nasal pour faire réaliser à l'œil un mouvement de divergence.

Valeurs normales de divergence: loin 2  $\Delta$  à 4  $\Delta$   
près 6  $\Delta$  à 8  $\Delta$

- **Mesure du Punctum Proximum de Convergence**

Point le plus rapproché sur lequel les deux yeux peuvent converger

Mesure objective: on observe l'œil qui lâche

Mesure subjective: le sujet dit voir double

Valeur normale: 8 à 10 cm du rebord orbitaire

- **Amplitude de fusion au synoptophore**

Utilisation des mires de fusion, les bras du synoptophore déplacés successivement en convergence puis en divergence. On relève la valeur de l'amplitude de fusion lorsque le sujet signale une diplopie.



IMG\_0743.mp4

# La rééducation

37

## **5. MÉTHODE DE TRAITEMENT D'UNE IDC**

# 5. Méthode de traitement d'une IDC

38

## ● Médical

- **But:** -augmenter la possibilité d'amplitude de fusion pour diminuer les signes fonctionnels, travail en convergence et en divergence physiologique, travail accommodatif, sans exagération.
  - entraîner les muscles oculomoteurs (DM) grâce à un mouvement obtenu par déplacement de l'image selon diverses méthodes.
  - travail dans l'espace aux prismes en exerçant le patient à dépasser sa capacité fusionnelle lors de l'augmentation des prismes.
  - amplitude de fusion au synoptophore.
  - travail du PPC à la plaquette de Mawas
  - dissociation convergence/divergence et accommodation avec les stéréogrammes.
- **TTT actif:** -exercices sensori-moteurs, binoculaires ayant pour but d'améliorer le confort visuel du patient en perfectionnant son travail binoculaire
  - stimulation de la binocularité existante à l'aide d'appareillage permettant de donner à chaque œil son image, les images des deux yeux devant se fusionner en une perception unique
  - pratiqués au cabinet

# 5. Méthode de traitement d'une IDC

39

- TTT passifs: occlusion, prismes
- **Chirurgical**
  - **Chirurgie IDC:** très rare, la décision de procéder à une chirurgie des muscles oculaires doit être prise avec prudence et seulement après que tous les autres moyens ont échoué.

# 6. Pronostic de la rééducation

40

1<sup>er</sup> facteur: type d'hétéphorie

- Meilleur pronostic:  $X' > X$
- Bon pronostic:  $X > X'$
- Moyen pronostic:  $E' > E$
- Mauvais pronostic:  $E > E'$

2<sup>ème</sup> facteur: comparaison entre l'angle d'hétérophorie et les capacités de compensation

- Meilleur pronostic: petit angle avec mauvaise VB
- Bon pronostic: grand angle avec mauvaise VB
- Moyen pronostic: petit angle avec bonne VB
- Mauvais pronostic: grand angle avec bonne VB



# Conclusion

41

- L' IDC = une des indications principales de la rééducation orthoptique
  - Présence d'un VB correcte
  - Présence de SF
  - COT avant toute rééducation
- Rôle de l'orthoptiste dans la prise en charge des patients n'ayant pas de VB → traitement passif

**VOILA!!!**



**MERCI DE VOTRE  
ATTENTION!**