

## Vision et LIS : de l'intérêt d'un bilan et d'un suivi

La vue reste souvent le seul moyen de communication de la personne LIS. Les bilans précoces et réguliers ophtalmologiques et orthoptistes restent primordiaux, d'autant que l'AVC a fréquemment induit des troubles de la vision. Il convient de les détecter rapidement pour les prendre en considération dans la communication de la personne LIS.

Il est possible et recommandé de faire pratiquer un examen ophtalmologique et de la fonction visuelle tous les ans, ou plus fréquemment si besoin. Idéalement, cette consultation doit se faire dans un box ophtalmologique pouvant accueillir des personnes en situation de handicap (en fauteuil ou en brancard) disposant d'un matériel adapté, portable le plus souvent.

Cet examen se fait idéalement en binôme avec un ophtalmologiste et un orthoptiste. L'ophtalmologiste effectue un bilan complet. L'orthoptiste, rééducateur de la vision fonctionnelle, a un rôle de dépistage et d'évaluations sensorielle et motrice de la vision.

Les objectifs de cet examen sont l'étude du « voir », du « regarder » et du « comprendre » de la personne à des fins d'optimisation du sens visuel et de l'adaptation de l'environnement.

C'est un examen standard mais totalement adaptable aux personnes LIS et à leur problématique de communication. Il est non invasif, sans contact. Les tests sont présentés pour que la réponse soit un oui ou un non. L'examen peut se faire même si la personne est couchée.

Le questionnement ou les demandes de la personne ou de son entourage sont prises en compte pour effectuer un état des lieux et un bilan des requêtes.

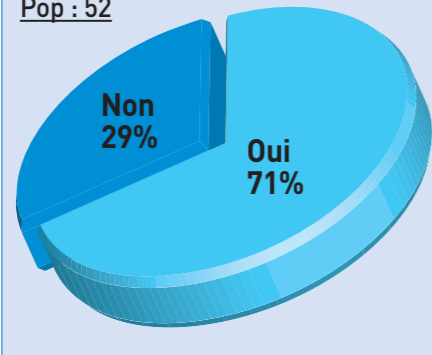
Les informations recherchées sont :

- le champ visuel,
- l'environnement lumineux,
- le sens coloré,
- la qualité de la fixation,
- la motricité oculaire et ses troubles : diplopie, oscillopsies, paralysies,
- l'acuité visuelle et une vérification/mise en place de corrections optiques (lunettes).

Avec toutes ses informations, il est possible d'avoir une idée très précise de l'état de la fonction visuelle d'une personne et d'émettre des préconisations en termes d'environnement visuel : positionnement des objets, contrastes à utiliser, luminosité, taille des stimuli visuels et distance,

### Le LIS a-t-il causé un trouble visuel ?

Pop : 52



orientation de présentation préférentielle... Ces informations sont transmises à la personne, à son entourage (famille, aidants) et aux rééducateurs.

→ En clinique, le **champ visuel binoculaire** est la partie de l'espace perçu avec les yeux en position « droit devant ». Le champ du regard est ce même champ visuel étudié en fonction des positions de la tête par rapport au corps. L'étude du champ visuel permet de comprendre quelles sont les portions de l'espace les plus facilement atteignables et donc privilégiées pour la présentation des personnes ou d'objet.

C'est aussi le champ visuel qui doit être évalué pour les personnes se déplaçant avec un fauteuil roulant électrique. C'est le champ perçu qui est important pour

les déplacements beaucoup plus que l'acuité visuelle.

→ Il est apparu que certaines personnes LIS étaient « suréclairées » et que leur **environnement lumineux** pouvait être source de gêne (éblouissement). Il convient donc d'être attentif et de proposer l'adaptation de la luminosité (diminuer l'éclairage ambiant...) ou des filtres colorés si nécessaires.

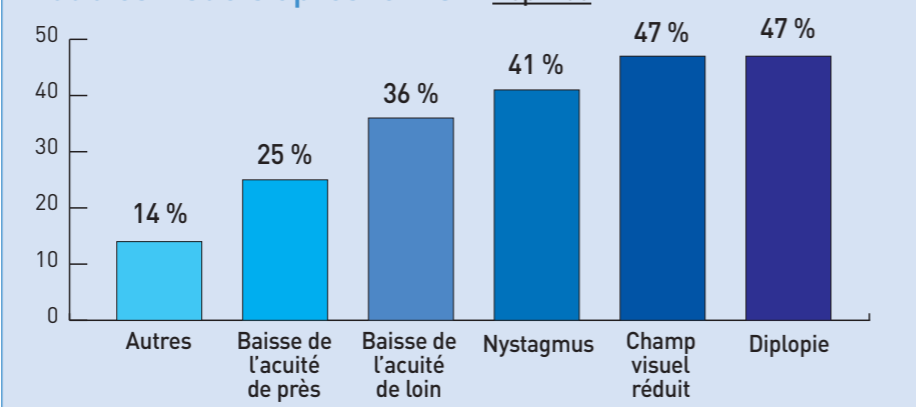
→ **Le sens coloré** : il convient aussi de demander à la personne si sa perception des couleurs a été modifiée ou non depuis son accident, ceci en vue de l'adaptation de son environnement.

→ **La qualité de la fixation, la motricité oculaire et ses troubles** : la statique oculaire est souvent atteinte chez les personnes LIS, ce qui nuit à leur fixation et donc à leur acuité visuelle. Il apparaît dans certains cas des mouvements oculaires anormaux, involontaires et pas toujours perçus directement par la personne, c'est ce que l'on appelle le **nystagmus**. La fixation d'un objet visuel s'en trouve perturbée. Le nystagmus est accompagné quelquefois d'**oscillopsies** qui sont la sensation d'avoir « le monde qui bouge », pour reprendre une expression d'une personne LIS. A ce jour, il n'y a pas de pistes thérapeutiques existantes pour ce trouble de la vision.

Le bilan permet en fait d'étudier un tiers de nos douze paires de nerfs crâniens. Le plus connu est le II, le nerf optique

### Troubles visuels après le LIS

Pop : 36



accessible par la mesure de l'acuité visuelle et le fond d'œil. Pour mobiliser nos yeux, nous disposons de six muscles autour de chaque œil, innervés par trois paires de nerfs crâniens dont l'origine se situe dans le tronc cérébral.

Les causes du LIS étant situées dans le tronc cérébral, il est facile de comprendre que les nerfs oculomoteurs puissent être atteints et provoquer des troubles. Ces troubles oculomoteurs peuvent être responsables de **diplopie** qui est la vision double du même objet. Les axes visuels des yeux étant déviés, la zone cérébrale reçoit des yeux deux images trop différentes pour n'en faire qu'une.

La diplopie se rencontre pour d'autres causes et il est quelquefois possible de

ment réversibles et peuvent être altérés en fonction des demandes de la personne. Quand aucune des solutions n'est envisageable, il est toujours possible d'apprendre à vivre avec deux images en en oubliant une.

→ **L'acuité visuelle** est en général mesurée en dernier après avoir obtenu toutes les informations précédentes pour pouvoir positionner la personne dans les meilleures conditions de vision (position du corps par rapport au test d'acuité), éclairage.

Elle se mesure d'abord de loin, avec les corrections de la personne. La mesure s'effectue en proposant en même temps que l'optotype, verbalement des lettres ou des chiffres jusqu'à obtention d'un

*« Il est recommandé de faire pratiquer un examen ophtalmologique et de la fonction visuelle tous les ans ou plus fréquemment si besoin »*

la traiter quand une neutralisation n'est pas intervenue spontanément (la neutralisation est un mécanisme cortical qui fait oublier la deuxième image, celle de l'œil dévié).

Ce traitement peut consister en une prismsation, une occlusion ou un apprentissage de la gestion de la diplopie.

La prismsation est utilisée depuis de nombreuses années dans le cas de paralysies oculomotrices, elle n'est pas toujours possible car l'interposition d'un film prismatique sur les lunettes peut majorer d'autres troubles, en particulier perturber la statique oculaire.

La diplopie peut devenir insupportable quelle qu'en soit la cause. Il est possible d'être amené à occlure ou diminuer par un film plastique la vision d'un œil pour supprimer la double image. Cela ne se fait qu'avec l'accord éclairé du patient.

Tous ces traitements sont immédiate-

ment réversibles et peuvent être altérés en fonction des demandes de la personne. Quand aucune des solutions n'est envisageable, il est toujours possible d'apprendre à vivre avec deux images en en oubliant une.

→ **L'acuité visuelle** est en général mesurée en dernier après avoir obtenu toutes les informations précédentes pour pouvoir positionner la personne dans les meilleures conditions de vision (position du corps par rapport au test d'acuité), éclairage.

Elle se mesure d'abord de loin, avec les corrections de la personne. La mesure s'effectue en proposant en même temps que l'optotype, verbalement des lettres ou des chiffres jusqu'à obtention d'un

ment réversibles et peuvent être altérés en fonction des demandes de la personne. Quand aucune des solutions n'est envisageable, il est toujours possible d'apprendre à vivre avec deux images en en oubliant une.

bles de la statique oculaire et le couloir de progression de la correction sur le verre de lunettes. On contourne la difficulté en prescrivant des lunettes monofocales de loin et de près. Il est important d'être en relation avec un opticien qui peut se déplacer sur le lieu de vie de la personne LIS pour effectuer le centrage des verres.

L'examen ophtalmologique peut s'effectuer à la « lampe à fente », outil habituel avec un patient assis, ou au lit si nécessaire. Il est accompagné d'un fond d'œil avec ou sans dilatation. La dilatation s'effectue par instillation de gouttes et trouble la vision pendant quelques heures. Toutes les structures de l'œil sont observées: cornée, cristallin, rétine, papille (départ du nerf optique).

Pour obtenir toutes ces informations et ouvrir un dialogue avec la personne LIS et/ou son entourage, la consultation peut durer deux heures.

Le réexamen de la personne LIS quelques temps plus tard, permet de suivre les évolutions : mouvements nystagmiques pouvant diminuer d'intensité (avec pour conséquence l'augmentation de l'acuité visuelle), régression partielle des paralysies oculomotrices...

En conclusion, la vue est un sens majeur pour la personne LIS pour recevoir et émettre des informations. Il convient donc d'en faire l'étude pour mettre la personne LIS dans les meilleures conditions visuelles possibles. Elle permet aussi des préconisations primordiales qui seront utiles à l'ergothérapeute dans sa recherche d'un accès à une aide technique de communication. Ce bilan doit être effectué le plus tôt possible et renouvelé régulièrement.

Marie-Françoise Alexandre, orthoptiste

Dr Georges Challe

georges.challe@psl.aphp.fr

Voir p. 8 pour RV à la consultation

du Dr Georges Challe

Groupe hospitalier

La Pitié-Salpêtrière - Paris

### Cumul de troubles visuels après le LIS

Nombre de personnes touchées sur 36 sujets

	Nystagmus	Baisse d'acuité de près	baisse de l'acuité de loin	Champ visuel réduit
Diplopie	9	4	3	5
Nystagmus		4	2	7
Baisse d'acuité de près			5	5
Baisse d'acuité de loin				6