

## Histoire de cas

# Réadaptation de patients atteints de DMLA atrophique

Dominique Martin

**E**n complément de l'article de Marie-Noëlle Delyfer et de Jean-François Girmens sur la DMLA atrophique (p.24) sont présentés deux cas cliniques qui illustrent deux réadaptations possibles de patients atteints de DMLA atrophique selon qu'ils présentent des scotomes centraux ou qu'ils ont une petite zone centrale préservée.

## Le cas de Madame D.

Madame D., âgée de 83 ans, est atteinte d'une DMLA atrophique depuis 2006 et traitée par des compléments alimentaires ; elle est pseudophaque depuis 2007.

Commerçante retraitée, elle vit seule à Paris sans famille proche.

Elle a été opérée d'une prothèse de genoux rendant la mobilité difficile et lui faisant privilégier des activités statiques donc souvent en vision de près. Elle demande de l'aide pour rester autonome du point de vue administratif (payer ses factures, son loyer...) et pour effectuer certaines activités de la vie quotidiennes (réglages de thermostat du four, mise en route du lave-linge...).

Madame D. possède une loupe à poser de grossissement 2,5x, peu utilisée, et deux paires de lunettes :

- verres unifocaux en vision de loin :

OD = -0,50 (+2,50 à 100°),

OG = -1,00 (+2,25 à 60°) ;

- verres unifocaux en vision de près :

OD = +3,50 (+2,50 à 100°),

OG = +3,00 (+2,25 à 60°).

**Bilan optomoteur** : nous notons un œil droit directeur avec une main droite graphique.

La qualité de la *motricité conjuguée* est perturbée par la perte de la fixation centrale des deux yeux, ce qui rend les poursuites impossibles. Le mouvement de saccades est bien initialisé par le repérage de la rétine périphérique, mais la fin de la saccade est impossible.

**Bilan sensoriel** : acuité visuelle : OD = 0,025, OG = 0,125 (ETDRS à 4 m).

Le **bilan fonctionnel** révèle :

- une *capacité de lecture* : OD = P20, OG = P14 difficile,
- une *vitesse de lecture* : 13 mots/min sur des caractères de taille P5,
- des *erreurs de coordination oculo-manuelle* systématisées.

## La réadaptation orthoptique

Son objectif est de mettre en place une stratégie d'excentration (*figure 1*) de l'œil le plus fonctionnel.

La patiente, guidée par l'orthoptiste, trouve une façon plus efficace de diriger son regard pour mieux voir. Cette fixation paracentrale va s'ancrer grâce à son utilisation répétée dans les mouvements de poursuites et de saccades.

L'étape suivante est de réorganiser le geste autour de cette nouvelle zone de fixation et de corriger ainsi les erreurs de localisation gênantes dans la vie quotidienne. Lorsque le geste sera en parfaite corrélation avec la



Figure 1. Stratégie d'excentration.

Cabinet orthoptique Liège, Paris

manière de fixer, cette fixation de suppléance est utilisée dans des exercices de discrimination sur des caractères correspondants à la capacité de lecture.

Cette excentration devenue automatique, des systèmes optiques grossissants peuvent être essayés puis prêtés : la patiente peut et doit alors l'utiliser chez elle sur des exercices donnés puis dans sa vie quotidienne.

Aides techniques étudiées :

- *en vision de près* : un Galilée de grossissement 6x permet à Madame D. de déchiffrer difficilement un texte de taille P2 (figure 2) à la condition de diriger sur son texte un éclairage fluorescent de température de couleur 6500K ;
- *en vision intermédiaire* : un système microscopique de grossissement 2,5x lui donne la possibilité de lire des caractères de taille P6, suffisante pour lire son thermostat de four, rédiger des chèques, se couper les ongles...



Figure 2. Madame D. : aides optiques.

Madame D. a été suivie pendant dix mois à raison d'un rendez-vous par mois et d'exercices à faire quotidiennement à son domicile. À ce jour, elle lit des livres de taille P5 à une vitesse de 100 mots/min, ce qui est tout à fait confortable pour elle. Elle peut gérer tous ses papiers administratifs, seule, et est parfaitement autonome dans sa vie quotidienne.

## Le cas de Monsieur K.

Monsieur K., âgé de 73 ans, est atteint d'une DMLA atrophique ; il est pseudophake depuis 2001. L'œil droit a été compliqué de néovaisseaux pour lesquels trois injections de Lucentis ont été pratiquées. L'état est stable sans traitement depuis trois ans. L'œil gauche a toujours été uniquement atrophique.

Monsieur K. est fonctionnaire retraité. Veuf, très indépendant, il conduit toujours sa voiture.

Il souhaite relire des livres et des journaux de manière

plus fluide et sans fatigue. Pour la vision intermédiaire, aucune demande spécifique n'est exprimée. Un fort éblouissement est gênant en vision de loin, particulièrement l'été au volant, alors que pour les activités de près Monsieur K. demande beaucoup de lumière.

Il possède deux paires de lunettes :

- verres progressifs :

OD = +0,50 (-0,50 à 110°) ; add : +3,00,

OG = -0,25 ; add +3,00 ;

- verres unifocaux en vision de près :

OD = +5,50 (-0,50 à 110°),

OG = +4,75.

Monsieur K signale qu'« il doit y avoir une erreur de fabrication ou de prescription sur mes verres de près car je vois flou en permanence ».

**Bilan optomoteur** : dans l'analyse de la motricité conjuguée, seule la fin des mouvements de saccades est perturbée. Les mouvements de poursuites sont conservés de même que le *punctum proximum* de convergence.

**Bilan sensoriel** : acuité visuelle : OD et OG = 0,1 en bougeant la tête (ETDRS à 4 m).

Le **bilan fonctionnel** révèle :

- une *capacité de lecture* de P10 à l'OD comme de l'OG, mais la lecture s'accélère vers P8 pour réussir à lire un P3 lentement.

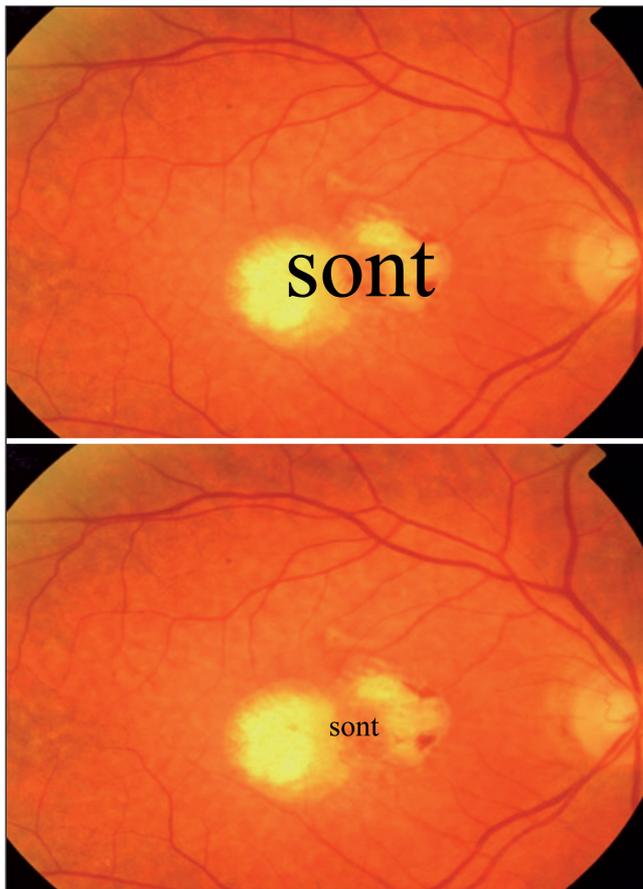
Après cette performance en vision de près, nous revenons sur l'acuité visuelle qui semble incohérente. L'acuité est reprise tout en conseillant au patient de sauter les premières lignes de l'échelle pour commencer à un test correspondant à 0,3 environ. L'acuité visuelle de Monsieur K. est alors de 0,63 pour l'OD et l'OG ;

- la *vitesse de lecture* : avec sa sur-correction, elle est de près de 54 mots/min sur des caractères de taille P5 qui, d'après le patient, deviennent alternativement flous puis nets ;

- *aucune erreur de localisation* n'est notée. Elle est même plus précise sur des tâches de petites tailles.

Ces signes particuliers sont typiques d'une DMLA avec conservation centrale. En effet, les caractères qui, de par leur taille, abordent la zone d'atrophie sont amputés et demandent alors plusieurs mouvements de saccades pour être identifiés. Alors que des caractères plus petits, tenant juste dans la zone préservée, sont alors déchiffrés beaucoup plus rapidement, donc plus efficacement et avec moins d'effort (figure 3).

Dans la vie quotidienne, l'alternance perpétuelle et rapide de zones vues puis en partie effacées donne au



**Figure 3.** Particularités de la DMLA avec épargne centrale : des caractères plus petits sont mieux déchiffrés que des caractères plus gros.

patient une impression de vision fluctuante, une sensation de baisse permanente alors que, lors des contrôles, une stabilité des performances fonctionnelles est le plus souvent notée.

### La réadaptation orthoptique

Dans le cas d'une DMLA avec conservation centrale, son objectif est d'augmenter la rapidité et la précision des mouvements de saccades tout en guidant le patient dans l'organisation de l'éclairage nécessaire à toutes ses activités de près. Une sur-correction optique légère est souvent utile afin de donner un petit grossissement. La différence de distance de lecture, aussi petite soit-elle, nécessite de nouvelles habitudes et un changement de l'organisation corporelle autour de la lecture et donc un entraînement.

Monsieur K. a été suivi pendant huit mois à raison d'un rendez-vous par mois et d'exercices à faire à son domicile. Il lit quotidiennement des livres et des documents de taille P4 à une vitesse de 140 mots/min sans effort. À ce jour, la réadaptation a répondu à toutes ses demandes.

### Conclusion

L'adaptation d'un patient atteint de DMLA à sa nouvelle vision consiste à stimuler les capacités visuelles restantes et à développer des compensations sensorielles, motrices et d'anticipation du regard. Cela passe par la répétition, demande un entraînement quotidien qui doit être guidé par un professionnel.

Le bilan est indiqué dès la moindre gêne ou recherche de confort. Cette adaptation sera d'autant plus rapide et efficace qu'elle débute dès le début de la maladie. Plus la date du dernier livre lu est éloignée, plus la réadaptation sera difficile. Des conseils sur la manipulation d'éclairage ou l'appropriation d'une petite sur-correction sont importants pour la prise en charge par le patient de sa maladie.

	Initiatives	Actualités
<p><b>JOURNÉE DE SENSIBILISATION AUX MALADIES DE LA RÉTINE</b></p> <p>le 26 NOVEMBRE 2011 À L'ESPACE VIANEY 98, QUAI DE LA RAPÉE</p> <p>PARIS 12<sup>ÈME</sup> DE 9H00 À 17H00</p> <p>VOTRE VUE EST PRÉCIEUSE, PARLONS EN ENSEMBLE</p> <p>Logo: @ptic3000, casaparc, NOVARTIS</p>	<p><b>Tout savoir sur les dystrophies rétiniennes</b></p> <p>RETINA France organise le samedi 26 novembre à Paris une journée de sensibilisation aux maladies de la rétine sur le thème des dystrophies rétiniennes et les innovations thérapeutiques. L'accès à cette manifestation, qui s'inscrit dans le cadre de la mission de l'association de prévention et d'information des patients atteints de dégénérescence rétinienne et leurs familles, est gratuit et ouvert à tous<sup>1</sup>.</p> <p>1. Espace Vianey, 98 quai de la Rapée, Paris 12<sup>e</sup>. Inscription nécessaire au 0 820 30 20 50 (numéro Azur).</p>	