



Prise en charge visuelle d'une DMLA atrophique bilatérale

Philippe Blanc¹, Charles Deslis²

Madame P., atteinte d'une DMLA atrophique bilatérale, est adressée par son ophtalmologiste traitant au centre Basse Vision CECOM pour rechercher une aide visuelle adaptée à ses besoins.

La rencontre avec l'orthoptiste

Madame P. formule des attentes précises et témoigne d'une très grande motivation pour retrouver une autonomie visuelle quotidienne. Ses demandes sont nombreuses mais toujours accompagnées d'une angoisse de devenir aveugle et la peur de ne plus pouvoir pratiquer ses loisirs.

À ce jour, elle éprouve des difficultés pour lire ses livres d'Histoire et ses romans. Il y a trois ans, elle a donc décidé de « mettre ses livres au placard » par dépit. De plus, grande joueuse de bridge, elle a du mal à voir les cartes sur la table de jeu.

Ce sont les objectifs principaux que nous retiendrons en accord avec Madame P.

Elle relate également de nombreuses difficultés dans son quotidien, qu'elle compense plus ou moins aisément grâce à son entourage. Elle est obligée de tourner la tête lorsqu'elle regarde la télévision pour chasser la « tache » qu'elle a devant les yeux.

Aux cours du dépistage orthoptique, Madame P. utilise de multiples stratégies motrices et visuo-motrices (elle tourne la tête et les yeux dans tous les sens). La précision de son geste à l'écriture montre un défaut de localisation.

La conclusion de notre rencontre indique que les stratégies visuelles de Madame P. ne s'avèrent pas optimales et nécessiteraient probablement une prise en charge orthoptique. En effet, différentes zones de fixations excentrées semblent envisageables.

Pendant l'entretien, des conseils adaptés lui sont transmis afin de faciliter sa vie quotidienne et gagner en autonomie. L'orthoptiste communique ensuite à l'opticien les indications essentielles qu'il a recueillies.

La rencontre avec l'opticien

L'acuité visuelle binoculaire brute spontanée mesurée en vision de loin est de 1/15, portée principalement par l'OG, l'OD stagnant à 1/50.

L'optimisation de la performance visuelle est possible malgré un échec de la mesure à l'autoréfractomètre automatique. La détection d'un astigmatisme puis sa correction permettent

l'identification de la ligne 2/10 avec une instabilité de la fixation et des mouvements fréquents de la tête. L'usage de filtres à coupure 450 Nm et 511 Nm ne permet pas de gain de contraste.

Le résultat en vision de loin est : OG +0,50 (-1,50) 80°.

Munie d'une addition de +5,00 pour une évaluation à 20 cm, et avec un éclairage fluo compact, la lecture des premiers mots du Parinaud 8 est obtenue avec effort. Il faudrait théoriquement agrandir de quatre fois les caractères de la taille du Parinaud 2 pour qu'ils soient identifiés par Madame P. et permettre ainsi une lecture plus aisée de textes avec les caractères du Parinaud 4.

Des différents dispositifs testés, le système microscopique de +16,00 dioptries (exemple : deux lentilles de +8,00 opposées par leur face convexe limitant les effets aberrants produits par un verre hyperconvergent unique) et la meilleure réfraction en vision de loin permettent une lecture très rapprochée (au foyer du système soit approximativement 6 cm) du Parinaud 3,2 de l'échelle Hamard-Meillon avec éclairage adapté. L'efficacité reste cependant moyenne avec une endurance insuffisante (figure 1).

Après essai, une correction simple en vision de près par verres de proximité (vision de près avec augmentation de la profondeur de champ) permettrait une reconnaissance des cartes disposées approximativement à un mètre et celles tenues à la main.

Après entretien entre les deux professionnels, la synthèse du rendez-vous est commentée puis remise à Madame P. indiquant qu'elle devrait probablement tirer un bénéfice d'un bilan et éventuellement d'une rééducation orthoptique préalablement à tout appareillage.



Figure 1. Exemple d'un système microscopique.

Epilogue

Le compte rendu du rendez-vous sera communiqué à l'ophtalmologiste traitant qui lui prescrira un bilan orthoptique initial au cours duquel les différents examens de coordination et du champ visuel indiquent la nécessité d'une rééducation basse vision. Aujourd'hui, Madame P. atteint sa huitième séance avec une bonne stabilité de son excentration d'après son orthoptiste traitant et avec un bon moral. Les aides visuelles pourront donc être à nouveau testées avec un meilleur pronostic d'efficacité.

1. Opticien. 2. Orthoptiste. Centre Basse Vision CECOM.