

La maladie d'Alzheimer

Alzheimer's disease

Martine Routon (Orthoptiste)

8, rue Soubzmain, 44000 Nantes, France

RÉSUMÉ

Monsieur L. est confronté à la maladie d'Alzheimer. Il présente des troubles visuels et généraux volontiers rattachés à sa pathologie générale. Un bilan orthoptique complet permet de poser le diagnostic d'exoporie-tropie décompensée pouvant contribuer aux troubles décrits. Une rééducation orthoptique, menée avec précaution, permet d'optimiser la situation visuelle et de voir ainsi disparaître les symptômes. Ce cas clinique illustre la prise en considération de la vision des patients « Alzheimer » chez qui, une binocularité déficiente, peut engendrer la majoration des difficultés de concentration, symptomatique de cette maladie.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

SUMMARY

Mr L. had Alzheimer's disease. He had visual and general disorders considered to be part of his general disease state. The orthoptic work-up led to the diagnosis of decompensated exophoria-exotropia contributing to the disorders. Orthoptic rehabilitation was conducted with care, optimizing the visual situation and leading to an involution of the symptoms. This clinical case illustrates the importance of taking into consideration the vision of people with Alzheimer's disease. Deficient binocular vision can cause an exaggeration of the problems related to concentration, a common symptom of this disease.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

INTRODUCTION

Janvier 2012 : Monsieur L., 75 ans, a bénéficié d'une prise en charge orthoptique il y a 10 ans. Il se plaignait alors d'une vision double intermittente, de difficultés à maintenir une fixation soutenue, de difficultés à lire longtemps. Il présentait un strabisme divergent intermittent. La rééducation orthoptique lui avait permis de normaliser ses capacités fusionnelles, de compenser son exoporie et de voir ainsi disparaître ses symptômes.

Il revient pour les mêmes motifs, signale le sentiment de loucher par moment. Des difficultés de concentration sont évoquées mais elles sont attribuées à sa maladie d'Alzheimer récemment diagnostiquée. Il souligne ses pertes de mémoire, ses difficultés à se repérer, « occasionnelles mais invalidantes » et bien sûr sa peur de l'avenir. Son médecin a prescrit un bilan orthoptique pour « diplopie » mais se montre réservé quand au bénéfice d'une rééducation orthoptique dans son état !

BILAN ORTHOPTIQUE « NEUROVISUEL »

Avant de présenter les résultats de ce bilan, il est sans doute bon de souligner l'intérêt de l'ancrage du regard dans les troubles neurovisuels, et de rappeler les anomalies visuelles rencontrées dans la maladie d'Alzheimer qui initient la pratique d'un bilan adapté « le bilan neurovisuel ».

Ces expressions visuelles se caractérisent par :

- des anomalies ophtalmologiques : atteinte hémianopsique, neuropathies optiques, mouvements oculaires anormaux, altération de la vision des contrastes, de la vision stéréoscopique et de la vision des couleurs ;
- des troubles neurovisuels (présents chez 57 % des personnes concernées) : agnosie visuelle, alexie, difficultés visuo-constructives, troubles de la perception visuo-spatiale, troubles de l'orientation topographique, syndrome de BALINT, hallucinations visuelles.

MOTS CLÉS

Maladie d'Alzheimer
Difficultés de lecture
Fatigue visuelle
Diplopie
Problèmes de concentration
Expression visuelle de la maladie d'Alzheimer
Bilan orthoptique neurovisuel
Strabisme divergent intermittent
Rééducation orthoptique

KEYWORDS

Alzheimer's disease
Reading problems
Visual fatigue
Diplopia
Concentration disorders
Visual expression of Alzheimer's disease
Neurovisual work-up
Intermittent divergent strabism
Orthoptic rehabilitation

Adresse e-mail :
martine.routon@9online.fr

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rfo.2015.10.010>

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

PLAINTES

Difficultés de lecture, fatigue visuelle, sentiment de loucher par moment, vision double, problèmes de concentration.

BILAN SENSORIEL

L'acuité visuelle est de 10/10 en vision de loin, P2 en vision de près avec ses lunettes tant en binoculaire qu'en monoculaire avec ses verres progressifs qu'il gère parfaitement. Les capacités fusionnelles sont nettement altérées aux prismes et au synoptophore.

- PPC : 20 cms ;
 - Amplitude de fusion aux prismes : C'20/D'20, C10/D12 ;
 - 2° et 3° au synoptophore : -14 à +10 sur test maculaire.
- Une baisse de vision des contrastes de 10 % au test de Serret, une absence d'anomalie de vision des couleurs et un sens stéréoscopique de 100" d'arc au test de Wirt sont évalués. Les champs visuels de dépistage (technique de confrontation, champ visuel au doigt) ne laissent pas suspecter de déficits campimétriques.

BILAN MOTEUR

L'examen sous écran confirme la déviation des axes visuels en divergence déjà connue. La restitution très aléatoire est en faveur d'un strabisme divergent intermittent. Exophorie-tropie de 8 dioptries en vision de loin et de 20 dioptries en vision de près avec lunettes et sans. Un angle objectif à -8 au synoptophore. La déviation est concomitante selon toutes les directions du regard.

L'étude des actions des muscles oculomoteurs ne révèle pas d'anomalie lors de l'examen clinique.

La motricité conjuguée est maîtrisée en monoculaire, mais en binoculaire sa sollicitation entraîne une décompensation de la déviation avec diplopie. Les vergences « loin-près » sont les plus perturbantes. La gestion du regard en dynamique en est fort altérée, un sentiment de déséquilibre est alors évoqué par le patient. La qualité des saccades d'attraction visuelle parfaitement initiées et finalisées est en faveur d'un champ visuel normal.

La motilité volontaire est normale.

BILAN FONCTIONNEL

La reconnaissance des mots, de formes et d'objets n'est aucunement problématique.

Le pointage et la localisation visuelle sont précis mais la déviation apparaît lors de la répétition du geste.

La reproduction de formes simples est réussie mais avec beaucoup de réflexion et d'hésitation (Fig. 1).

Une perte d'efficacité visuelle est observée, elle se traduit par la fermeture d'un œil (E de WEISS, étoile de THOMAS, TEVL) lors d'une répétition de tâche que ce soit dans le repérage d'une forme simple ou la mise en jeu de saccades successives, mais aussi par les pertes et sauts de lignes en lecture (Fig. 2).



Figure 1. La capacité de reproduction de formes simples est évaluée à l'aide du jeu de cartes « le DIGIT » (jeu de réflexion, d'observation et de reproduction).

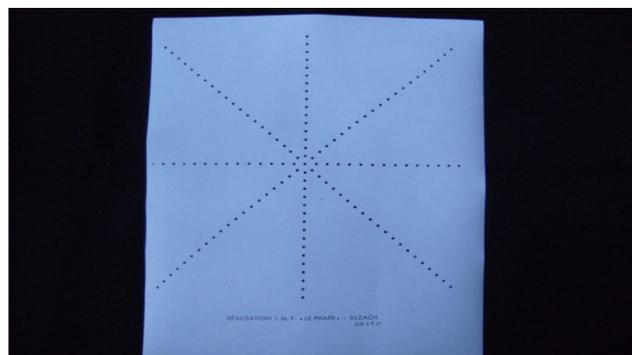


Figure 2. L'approche de la motricité en dynamique se fait par l'observation en situation du comportement visuel et général lors d'exercices de pointages répétés sur « l'étoile de THOMAS ».

SYNTHÈSE

Le diagnostic orthoptique de décompensation d'exophorie sans expression visuelle de la maladie d'Alzheimer est posé. La déviation mal contrôlée, la capacité de fixation soutenue limitée, la gestion du regard perturbée, contribuent sans nul doute aux troubles décrits mais ne peuvent-ils pas majorer les difficultés de concentration attribuées uniquement à la maladie d'Alzheimer jusqu'alors ?

PROJET

Si face au déséquilibre moteur et sensoriel objectif, la nécessité d'une rééducation orthoptique est envisagée avec, pour finalité, l'optimisation des capacités fusionnelles et motrices nécessaires au contrôle de la déviation et à la capacité de fixation soutenue, il est établi avec Monsieur L. qu'il nous faut prendre en compte les incidences possibles de la maladie d'Alzheimer sur la concentration que nécessite la rééducation orthoptique et sa faculté à honorer ses rendez-vous, du fait de ses pertes de mémoire qu'il a lui-même évoquées. Ayant déjà apprécié le bénéfice de l'orthoptie, Monsieur L. soucieux de retrouver « confort et efficacité » visuels comme

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2698270>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2698270>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)