

Orthoptie en phase aiguë d'un Accident Vasculaire Cérébral

Orthoptics in acute phase post stroke

Annick Bouly de Lesdain (Orthoptiste)

13 rue de Neuilly, 94120 FONTENAY sous BOIS,
France

RÉSUMÉ

Même en phase aiguë et post aiguë d'un AVC, la fonction visuelle doit être explorée afin de détecter si celle-ci est encore fonctionnelle et fiable pour obtenir une communication non verbale lors de l'évaluation globale du patient.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

SUMMARY

Even in acute phase and acute post stroke, visual function should be explored in order to detect if it is still functional and reliable for non-verbal communication during patient global assessment.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

INTRODUCTION

« Quel que soit l'âge, un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) a des conséquences importantes sur la santé du patient et sa qualité de vie.

L'AVC est à la fois une pathologie aiguë, nécessitant une prise en charge en extrême urgence, et une maladie chronique dont les séquelles invalidantes conduisent de nombreux patients à la fréquentation du système de santé sur une longue période. Environ 30 % des patients victimes d'un AVC constitué sont hospitalisés en soins de suite et de réadaptation (SSR) au décours de leur prise en charge en soins de courte durée. Ce sont des patients lourds : la moyenne des scores de dépendance physique des patients post AVC est près de 50 % plus élevée que celle de l'ensemble des patients accueillis en SSR. » (*Ministère de la Santé. Les chiffres clés de l'AVC. 2010*)

80 % DES INFORMATIONS SONT D'ORIGINE VISUELLE ! COMMENT FAIRE POUR ÉVALUER LES CAPACITÉS D'UN PATIENT AYANT FAIT UN AVC SANS AVOIR EXAMINÉ L'EFFICIENCE DE SA VISION ?

Les atteintes visuelles sensorielles et optomotrices perturbent la communication visuelle, la saisie de l'information et l'organisation du geste, fonctions essentielles pour les activités de la vie quotidienne. La mise en évidence et la prise en charge des troubles sensorimoteurs et de leurs répercussions fonctionnelles participent au maintien et/ou à l'amélioration de la qualité de vie du patient.

ET POURQUOI UNE ATTEINTE VISUELLE FRÉQUENTE ?

Les voies visuelles intracrâniennes représentent plus du tiers du volume des hémisphères

MOTS CLÉS

AVC phase aiguë
AVC et orthoptie
Diplopie
Paralysie oculomotrice
Champ visuel
Vision fonctionnelle
autonomie

KEYWORDS

Stroke acute phase
Stroke and orthoptics
diplopia
oculomotor palsy
Visual field
functional vision
autonomy

Adresse e-mail :
alesdain@wanadoo.fr

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rfo.2016.04.010>

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

cérébraux, il est donc très habituel d'observer des troubles visuels chez les patients victimes d'un AVC.

Sur les voies visuelles afférentes les atteintes sont de type : baisse de vision monoculaire ou binoculaire, déficits de champ visuel (hémianopsies, quadransopies...), diplopie.

Sur les voies visuelles efférentes les atteintes sont de type optomotrices, motricité conjuguée, paralysies oculomotrices, paralysies de fonctions.

Les troubles neurovisuels de type cécité corticale, agnosies visuelles et/ou troubles visuo-spatiaux sont également fréquemment rencontrés.

ROLE DE L'ORTHOPTISTE DANS LA FILIERE DE PRISE EN SOINS POST AVC

Il sera ici question principalement du patient gravement atteint. Son état très préoccupant ne va pas permettre de faire un bilan orthoptique complet de la vision binoculaire. Il s'agira seulement de déceler les principales perturbations de la vision fonctionnelle qui vont influencer la communication du patient et donc ses réponses aux autres examens.

Plusieurs stades sont à prendre en compte :

- La phase aigüe hospitalière en Unité Neuro-Vasculaire (UNV)
- La sortie de l'UNV l'orientation ou non en SSR ou HAD
- La première année après AVC

Si la fonction visuelle n'est pas un des paramètres vitaux post AVC, elle va impacter les nombreux items de l'analyse, lors des premiers bilans, des capacités du patient, qu'elles soient cognitives ou fonctionnelles.

Quelques jours après un AVC le patient est fatigué, avec des capacités attentionnelles limitées.

En phase aigüe l'examen de la vision doit être **bref et ciblé sur quelques points** :

Y a-t-il : une diplopie ou, si le patient ne parle pas, risque de diplopie ? Une direction du regard qui semble plus difficile ou inutilisable ? Un déficit du champ visuel ? Dans quelle direction ?

Le patient a-t-il des lunettes ? Vision de loin ? Vision de près ? Verres progressifs ?

Ces premières observations orthoptiques permettent de mieux ajuster la communication non verbale, la possibilité d'utiliser sa vision pour s'orienter, la mise en place des mesures immédiates à prendre comme le port des lunettes, l'occlusion, la prise en compte d'un déficit de champ visuel de type HLH (Hémianopsie Latérale Homonyme)... en rapport avec d'autres déficits éventuels.

La sortie de l'UNV l'orientation ou non en SSR ou HAD

Un bilan orthoptique un peu plus précis est effectué, **mais encore souvent incomplet** du fait de la fatigue encore importante de la personne à examiner. (Fig. 1)

Il semblerait que c'est à ce moment-là, si cela n'a pas été fait auparavant, que la prise en charge orthoptique doit être systématisée par un bilan orthoptique et si nécessaire une rééducation ou réadaptation visuelle.

Les afférences visuelles sont indispensables pour l'ajustement du patient lors des activités de la vie quotidienne et vont conditionner une grande partie de sa compensation et ou de sa réadaptation.

L'examen orthoptique plus précis de la fonction visuelle va souvent permettre d'affiner l'orientation post AVC du patient.

Il est un paramètre indispensable, complémentaire de l'examen du médecin, du kiné, de l'orthophoniste de l'ergo... afin de déterminer les causes et le degré de la perte d'autonomie. La vision est un élément important favorisant l'autonomie.

La première année après l'AVC.

Malheureusement un an après il reste encore souvent des incapacités et des restrictions d'activité ou de déplacement. L'endurance, l'équilibre, la concentration, l'efficacité visuelle sont encore problématiques. La fatigue est présente, une lenteur d'exécution des tâches oblige à un nouvel apprentissage car les automatismes antérieurs ne sont plus utilisables, des stratégies nouvelles doivent être envisagées et travaillées. Le médecin référent doit pouvoir proposer une prise en charge spécialisée et adaptée pour réduire l'impact du handicap et limiter les facteurs de risque par exemple « chute et choc ». Un bilan orthoptique plus approfondi sera alors possible. Il restera adapté aux possibilités de concentration et d'endurance du patient. Il dépendra aussi de l'atteinte restante de la fonction visuelle.

LES CONSEQUENCES FONCTIONNELLES D'UNE ATTEINTE SENSORIELLE ET LE ROLE DE L'ORTHOPTISTE

- Au-delà de la « gêne visuelle » consécutive, une baisse d'acuité visuelle monoculaire perturbe toute la fonction visuelle binoculaire. Le patient se plaint de troubles oculaires, visuels et/ou généraux, mais aussi d'une perte d'efficacité et d'un manque d'endurance dans ses activités journalières.

Lorsque la baisse d'acuité visuelle est binoculaire, la problématique du patient rejoint celle de la « basse vision »...

- Les conséquences fonctionnelles d'une hémianopsie ou d'une quadransopie sont redoutables pour le patient. L'amputation de champ visuel supprime la vision d'alerte et perturbe les repères spatiaux, les risques de chocs sont majorés, les déplacements dangereux. En accompagnant le patient dans la recherche et la mise en place de stratégies d'adaptation et de compensation, l'orthoptiste participe à la prévention du risque de chutes et de chocs.

Lorsque l'amputation de champ visuel perturbe l'anticipation visuelle en lecture, l'orthoptiste peut aider le patient à retrouver de bonnes stratégies visuo-lexiques dans son champ visuel « utile ».

La législation interdit la conduite automobile en cas de HLH.

- La diplopie est une gêne fonctionnelle majeure pour le patient par la perte des repères spatiaux et le trouble de localisation visuelle qu'elle provoque. L'orthoptiste met en place immédiatement l'action de suppression de la diplopie la mieux adaptée à la situation visuelle du patient. Un suivi orthoptique est alors nécessaire.

Les conséquences fonctionnelles d'une paralysie oculomotrice

- Toute paralysie oculomotrice provoque une diplopie, un trouble majeur de la localisation visuelle et de l'orientation spatiale. Les retentissements fonctionnels concernent l'équilibre et la marche, mais aussi la lecture et les activités journalières (TV, cuisine, soins corporels...). Une rééducation orthoptique est alors indispensable.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2700026>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2700026>

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