

# La correction prismatique



## Prism correction

4, rue des Tribunaux, 14500 Vire, France

Muriel Amortila  
(Orthoptiste)

### RÉSUMÉ

La correction prismatique est un outil aussi bien de traitement que de compensation ou d'adaptation.

En effet, les indications d'une correction prismatique sont nombreuses et variées mais surtout elles nécessitent une compréhension de la situation visuelle très fine tant sur le plan moteur que sensoriel et, bien entendu, fonctionnel. Il peut aussi bien s'agir de permettre au patient l'utilisation d'une fonction binoculaire (vision binoculaire ou union binoculaire) par la compensation d'une déviation ou l'utilisation d'une direction du regard où elle existe naturellement, que de l'aider à utiliser une direction du regard plus facilement en réduisant, de ce fait, une attitude de tête dont les causes sont diverses ou encore d'éliminer une diplopie en facilitant la neutralisation de l'image.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### SUMMARY

*Prism correction is a tool not only for treatment but also for compensation or adaptation. The indications for prism correction are indeed numerous and varied but, above all, they require the extensive comprehension of the visual situation not only on motor but also sensory and of course functional level. Prism correction may also allow the patient to use a binocular function (binocular or unocular sight) by compensating a deviation, or to use a sight direction when it exists naturally, or to help the patient use a sight direction more easily by, in fact, reducing a turn of the head, the causes of which are varied; or again eliminate a diplopia by facilitating the neutralisation of the image.*

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

### INTRODUCTION

La décision de faire porter une correction prismatique est conditionnée par l'anamnèse mais aussi une étude très précise de l'oculomotricité, et surtout des relations sensorielles primordiales avant toute décision thérapeutique complétée par l'analyse fonctionnelle.

La prismation est un outil très utilisé qui permet au patient de retrouver une situation visuelle plus fonctionnelle. Les indications sont multiples et peuvent aussi bien concerner :

- des diplopies post-paralysies transitoires ou persistantes ;

- des traitements, éventuellement pré-opératoires, de strabisme ayant des possibilités binoculaires ;
- des déséquilibres oculomoteurs anciens s'étant modifiés ou récents avec des relations sensorielles normales mais qui peuvent avoir leur particularité ;
- des strabismes dont l'angle de déviation est variable, voire intermittent ou s'étant modifié dans le temps sans que l'adaptation sensorielle ne se fasse ;
- ou encore des attitudes de tête en rapport avec des perturbations du champ visuel, un nystagmus, des syndromes. . .
- une recherche de neutralisation.

### Mots clés

Bilan orthoptique  
Correspondance rétinienne  
Diplopie  
Oculomotricité  
Prisme  
Relations binoculaires

### Keywords

Orthoptic control  
Retinal correspondence  
Diplopia  
Ocular motricity  
Prism  
Binocular relationships

Adresse e-mail :  
muriel.amortila1@orange.fr

## L'ETUDE

### L'anamnèse

La connaissance de l'histoire visuelle et partiellement médicale du patient permet déjà :

- de savoir si les relations binoculaires antérieures étaient potentiellement normales ou déjà perturbées.
- Prenons, pour exemple, un patient de 70 ans qui décrit une diplopie consécutive à un AVC récent diagnostiqué, mais signale qu'il avait eu un strabisme convergent dans l'enfance qui est devenu divergent les dernières années... Ce que nous pouvons espérer sur le plan sensoriel chez ce patient sera très différent d'un patient n'ayant aucun antécédent de strabisme, ou de perturbation de la vision binoculaire avant un AVC.
- de connaître les traitements ophtalmologique et orthoptique déjà pratiqués, ce qui guidera la démarche orthoptique comme, par exemple, pour un strabisme divergent intermittent de l'adulte déjà rééduqué de multiples fois depuis l'enfance et dont la fréquence des rééducations augmente, ce qui l'inquiète, sans avoir eu d'autre proposition de traitement.
  - de noter quelle est la plainte exacte du patient : diplopie, confusion, vision floue, torticolis, vertiges, fatigue visuelle, douleurs posturales... Un patient peut aussi bien décrire, par exemple, une nette diplopie dans une direction du regard qu'une confusion uniquement avec une sensation de vertige associée.
  - d'avoir une connaissance de ses activités et particulièrement celles dans lesquelles la gêne visuelle est présente et motive les consultations (gêne à la conduite, ou uniquement en vision de près...), permet une analyse de la tâche, primordiale à la compréhension des causes de la gêne.
  - d'observer le patient dans sa posture statique et dynamique en faisant la corrélation avec le type de correction optique portée et la distance de fixation, en particulier chez des patients âgés ayant d'autres pathologies ophtalmologiques ou générales.

### L'étude oculomotrice

A - La déviation est étudiée en position primaire de loin et de près ainsi que dans les regards spontanément utilisés à l'aide des techniques et outils habituels (écran unilatéral et bilatéral synoptophore).

B - L'oeil directeur est noté mais parfois il ne peut plus être utilisé spontanément, ce qui rend l'étude délicate.

C - La motilité est étudiée mais les particularités morphologiques du visage entachent la précision des observations et l'étude doit être approfondie par une déviométrie faite dans l'espace avec précision OD et OG fixant ou au synoptophore, ou par un coordimètre lorsque la correspondance rétinienne est normale.

D - La motricité conjuguée est observée pour permettre d'évaluer la synchronisation des deux yeux dans les mouvements de poursuite, de saccades et de vergence en fonction de la déviation et de ses variations.

E - La fixation est étudiée en bi-oculaire et en monoculaire à différentes distances et dans différentes directions du regard en fonction du patient.

### L'étude sensorielle

A - L'acuité visuelle est mesurée en monoculaire et binoculaire avec la correction portée de loin et de près et dans les

directions du regard utilisées spontanément par le patient. Rappelons qu'une amblyopie n'empêche pas une diplopie.

B - Les relations sensorielles sont, bien entendu, la clé de voûte de l'efficacité et de la tolérance d'une correction prismatique. En effet, l'étude de la correspondance rétinienne (correspondance cortico-rétinienne) explique et permet de savoir ce qu'il est possible d'espérer sur le plan binoculaire.

Cette étude est indispensable, car il peut être « dangereux » pour le patient de la négliger en sollicitant des zones de neutralisation qui doivent le rester.

Cette étude se fait, comme toujours, dans l'espace avec un verre rouge en étudiant la diplopie en fonction de l'angle objectif ou au synoptophore sur le même principe, ou encore avec les post-images pour les outils les plus usuels.

La correspondance rétinienne normale permettra d'espérer des possibilités de fusion bi-fovéolaire pour autant que le reste de l'examen le permette.

La correspondance rétinienne anormale à grand angle amènera donc à la prudence afin de préserver ou de faire retrouver les zones de neutralisation.

La correspondance rétinienne peut être variable, tout particulièrement dans les strabismes divergents intermittents qui possèdent une capacité de relations sensorielles normales lorsque la déviation est compensée, mais peuvent aussi se mettre dans une situation de relations anormales lorsque la déviation est décompensée avec une neutralisation immédiate ; certains auteurs parlent alors de dualité de correspondance. Cette étude doit être approfondie dans les deux situations.

La correspondance rétinienne peut aussi être à petit angle d'anomalie, en général installée lorsque le patient présentait une microtropie, mais la déviation ayant pu se modifier il faut la différencier d'une correspondance rétinienne normale car une neutralisation centrale devra être préservée et aucune fusion bi-fovéolaire ne pourra être obtenue, alors qu'une fusion maculaire ou périphérique aura été ou sera présente.

C - La qualité des relations binoculaires :

En présence d'une CRN (correspondance rétinienne normale), la fusion est quantifiée dans la direction du regard où elle existe, ou à partir de l'angle de déviation c'est-à-dire là où elle est possible, en divergence et en convergence de loin et de près, en statique et si possible en dynamique. Le champ de fusion est étudié.

L'existence d'une diplopie spontanée est mise en évidence et étudiée en fonction de la distance et de la correction optique, de la direction du regard...

En présence d'une correspondance rétinienne à petit angle d'anomalie, la fusion fovéolaire n'est pas recherchée, car impossible, et il convient de respecter impérativement la neutralisation centrale et de rechercher la fusion périphérique en premier pour affiner ensuite.

Une neutralisation est mesurée tant dans sa profondeur (règle de Bagolini) que dans son amplitude (barre de prismes de Berens).

La vision stéréoscopique est quantifiée de près et de loin, éventuellement dans la direction du regard de moindre déviation ou à l'angle objectif.

D - L'accommodation en monoculaire et en bi-oculaire et ses corrélations avec la déviation, la correction optique, la distance, la posture et les activités du patient.

### L'étude fonctionnelle

A - Une corrélation entre plainte et activité est faite :

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2700085>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2700085>

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