

PROGRAMME DE LA FORMATION :**« Les troubles visuels d'origine centrale chez l'enfant et l'adulte :
sémiologie, dépistage et prise en charge »****Vendredi matin :**

- Rappels : sémiologie
 - a) amputations du champ visuel
 - b) troubles visuo-spatiaux
 - c) troubles de la reconnaissance visuelle
- Les différentes étiologies possibles

Vendredi après-midi :

- Evaluation : quel test utiliser et pourquoi ? (études de cas et vidéos)
- Présentation de la batterie de dépistage : EVA : batterie rapide d'évaluation des capacités visuo-attentionnelles
- Diagnostics différentiels : les pièges à éviter

Samedi matin :

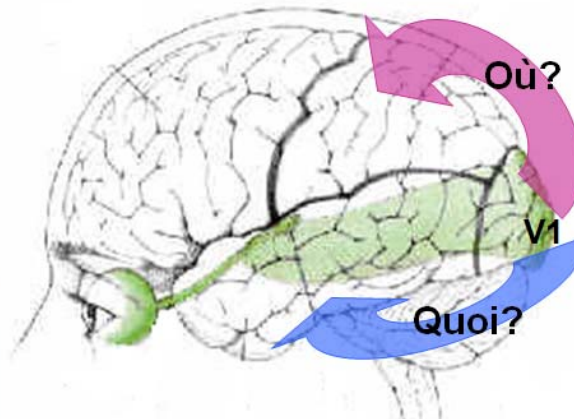
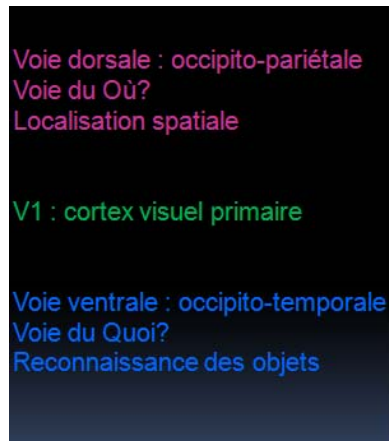
Prise en charge :

- Approches théoriques
 - Compensation ? Restauration ?
- Approche pratique
 - Quel matériel utiliser ? Comment faire devant tel ou tel trouble neurovisuel ? (vidéos)
 - Phénomène de réorganisation corticale

PLAN DE LA FORMATION :

I. Sémiologie et prise en charge

Les troubles neurovisuels (et principalement les amputations du champ visuel) touchent + de 15% des patients à la suite d'une lésion cérébrale d'origine vasculaire (AVC) [Marshall et al., 2010], par conséquent ce chiffre ne tient pas compte de toutes les étiologies pouvant engendrer ce type de trouble !



a) amputations du champ visuel [cortex occipital]

- Cécité corticale
- HLH
- Quadransopie
- Scotomes
- Vision tubulaire
- Vision périphérique
- Hémianopsie altitudinale

Prise en charge : *Blindsight* : ou vision aveugle, vision implicite, capacités résiduelles : ensemble des capacités visuelles préservées dans le champ décrété aveugle d'après l'examen périmétrique.

Weiskrantz, Warrington, Sanders & Marshall (1974) : DB: lésion occipitale droite et HLH gauche : localisation et discrimination de stimuli non perçus consciemment dans le champ aveugle. Principe de rééducation : « voir est un savoir ; il faut réapprendre à voir » : rendre explicite les capacités implicites = Utilisation des afférences intègres + capacités visuelles résiduelles pour restaurer la perception visuelle consciente dans le CV aveugle

b) Troubles de l'exploration de l'espace [voie dorsale : occipito-pariétale]**■ syndrome de Balint**

1. trouble de l'exploration visuelle volontaire, 'Paralysie psychique du regard', alternance errance et fixité du regard
2. Ataxie optique
3. Trouble attentionnel ou simultagnosie

■ négligence spatiale unilatérale

Définition : incapacité de rendre compte de, de répondre à, ou de s'orienter vers des stimuli présentés du côté controlatéral à la lésion, sans que ce trouble puisse être attribué à un déficit sensoriel ou moteur (Heilman, 1973). Chez 20 à 30% des patients AVC (Chokron et al., 2008)

Prise en charge :

Orientation de l'attention du côté G

Réduire l'attraction magnétique vers la droite

Imagerie mentale

Utilisation volontaire du regard

Lien entre la vision et le geste : pointage rapide, aller regarder avec les yeux avant d'aller orienter le geste vers l'objet

c) Troubles de la reconnaissance visuelle [voie ventrale : occipito-temporale]

Dénomination sur input visuel impossible et dénomination/autres modalités sensorielles intègre

■ **Agnosie Aperceptive** (appariement de 2 objets identiques impossible, copie impossible)

■ **Agnosie De transformation** (sous un angle de vue ou à échelle non habituels)

■ **Agnosie Intégrative** (partie d'un tout)

■ **Agnosie Associative** (appariement de 2 objets identiques possible, copie possible = sans accès au sens que aux traits perceptifs)

Prise en charge :

- Objets : Rééducation neuropsychologique: association multimodale et savoir sémantique.

- Visages: extraction de traits caractéristiques, appariement de visages /variations de détails (cheveux, accessoires, maquillage etc...).
- Lecture: rôle du sens arthrocinétique.

II. Evaluation/Bilan neurovisuel :

1) La fixation (durant 10 secondes)

Difficulté chez les très jeunes enfants et dans le syndrome de Balint

2) La poursuite d'une cible en mouvement (noter les pertes de cible, l'indissociation tête/yeux : les déplacements céphaliques, les anticipations)

Difficultés : quand amputation du champ visuel : perte de la cible ou mouvement de la tête du côté de l'amputation du champ

Difficultés à suivre la cible quand NSU

Et difficulté à suivre la cible, à orienter de manière volontaire son regard ou à bien dissocier tête/yeux (déplacement céphalique) quand : Σ de Balint = Trouble de l'utilisation volontaire du regard

≠ paralysie ou troubles oculomoteurs

► hémiplégie ≠ dyspraxie

Ne peuvent pas mobiliser leur regard comme dans le syndrome de Balint

Dissociation automatico-volontaire

Épreuve: l'enfant doit aller regarder un point lumineux ou un objet

3) Champ visuel par confrontation [attention possible uniquement si fixation OK]

Echec si amputation du champ visuel ou si NSUg ou si syndrome de Balint très marqué : attention !

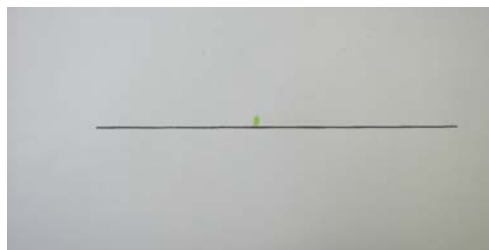
4) Extinction visuelle [seulement si champ visuel intègre !!!]

La perception d'une cible présentée dans le CV gauche est bonne, dans le champ visuel droit aussi MAIS quand la présentation des 2 cibles est simultanée alors l'une éteint l'autre

=difficulté pour détecter, percevoir simultanément 2 éléments placés dans chaque CV

5) exploration visuo spatiale

épreuves de barrage (cloches etc...) observer la stratégie, les omissions : si NSUg : omissions latéralisées, si amputation du champ visuel omissions diffuses sur la page, si Balint : manque de stratégie et omission diffuses, peut aller plusieurs fois au même endroit de la page

**6) bissection de ligne** : permet de différencier amputation du champ visuel et NSU (le patient avec une amputation du CV va essayer de compenser son trouble)**7) coordination visuo motrice**

ataxie = signe de Balint

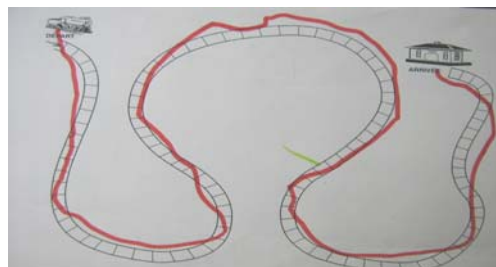
**8) visuo-construction**

figure de Gainotti / figure de Rey

(sur copie ou sans modèle, yeux ouverts vs yeux fermés..)

9) simultagnosie

difficulté pour **reconnaître** plusieurs éléments présentés simultanément = trouble de l'analyse visuelle

Figures enchevêtrées



10) reconnaissance visuelle

Angles et échelles prototypiques Et non-prototypiques

Parties d'un tout

Similitudes morphologiques

Présence de détails pathognomoniques ou non

Appariement de figures identiques

+ Reconnaissance des visages

Attention : s'assurer que le patient regarde bien au bon endroit sur la page, qu'il oriente bien son regard sur l'image, qu'il fasse le tour de l'objet avec son doigt attention également si il souffre d'une NSU il peut négliger une partie de l'image et donc répondre comme un patient agnosique !

11) Imagerie mentale visuelle

➔ **Diagnostic différentiel :**

- NSU / HLH
- Trouble de la lecture (Dyslexie) / Trouble de l'écriture / Dyspraxie
- Troubles oculomoteurs.....