

doit redevenir parfaite pour que la vision double disparaisse. La régression se fera en quelques jours ou quelques semaines, comme dans la névrite optique; elle sera totale ou incomplète, laissant des séquelles : vue double dans certaines positions du regard, au loin, ou latéral par exemple. Le traitement corticoïde est souvent prescrit pour hâter la régression.

Un examen ophtalmologique est, là aussi, nécessaire, pour préciser l'atteinte musculaire et évaluer l'évolution : examen orthoptique, échelle de Hess Less, l'ancien examen au verre rouge n'est plus guère employé.

III - VUE INSTABLE OU NYSTAGMUS

La vue peut être instable et trouble, éventuellement associée à une sensation de vertiges. On observe alors des mouvements oculaires anormaux qui correspondent à ce qu'il est convenu d'appeler le nystagmus (c'est un mouvement spontané et conjugué des deux yeux, associant un déplacement lent, suivi d'une secousse rapide). C'est le neurologue qui précise le trouble et peut s'aider de différentes méthodes d'enregistrement. L'évolution se fera là aussi vers la régression totale ou partielle avec souvent le secours d'un traitement corticoïde.

IV - ASSOCIATION POSSIBLE DES TROUBLES

Les troubles visuels de la SEP ont donc plusieurs origines; ils peuvent exister seuls ou associés, ce qui complique la correction et l'aide que peut apporter le port de lunettes. Il faut évaluer aussi les caractères de la vision préexistante à la maladie : myopie, astigmatisme par exemple. Insistons sur la nécessité d'une consultation auprès d'un ophtalmologiste. Une fois les troubles identifiés, il est indispensable d'adapter le traitement médical.

V - TRAITEMENT

Lors de la phase aiguë de la diplopie, elle peut-être éliminée par le port d'un cache-œil; par la suite, le placement d'un prisme sur le verre de lunette redresse l'image et peut supprimer ainsi la vue double; la rééducation orthoptique est souvent utile pour aider la récupération. Si la diplopie est persistante et stable depuis plusieurs mois, sans espoir d'amélioration, une intervention chirurgicale est parfois discutée, naturellement après un avis pluridisciplinaire du neurologue et de l'ophtalmologiste. Pour les séquelles de névrite optique, la rééducation orthoptique peut apprendre à mieux utiliser ses capacités : lorsque la vision de loin

des contrastes est défaillante, on peut apprendre à faire ressortir les seuils de portes, les marches ou autres coins, ou à utiliser des verres jaunes; pour ceux qui ne distinguent plus les couleurs, il faut apprendre à regarder les positions plutôt que les couleurs; si la vision centrale est détériorée, on peut apprendre comment mieux regarder dans la portion du champ de vision préservée. Enfin, il y a aussi plusieurs modèles d'instruments grossissants que l'on peut trouver sur le marché. On peut s'aider de cassettes; les progrès de la technologie permettront l'utilisation plus courante de calculatrices ou d'ordinateurs avec synthèse vocale pour compenser les déficits visuels.

VI - CONCLUSION

Un ophtalmologiste ayant une grande expérience de ces problèmes pourrait dire : *«vous verrez mieux certains jours que d'autres, parce que la vision est affectée, comme les autres signes de la maladie, par la chaleur, la fatigue, l'exercice, les émotions... Utilisez ce qui vous reste de vision et ayez confiance, vous ne perdrez pas complètement la vue, la plupart des gens ne la perdent pas»*.

Fiche remise à jour par le Dr Hélène de Saxcé, membre du Comité Médical et Scientifique de la L.F.S.E.P.



Ligue française contre la sclérose en plaques

Tour CIT - 3, rue de l'Arrivée - BP 68 - 75015 Paris

Tél. 01.43.22.45.69 - Fax 01.43.22.54.15 - Ecoute SEP 0.801.808.953

Fiche n° 2
4^e édition. Avril 1998.

l e p o i n t s u r . . .

La vision et la sclérose en plaques

La plupart des patients ayant une sclérose en plaques définie ou suspectée ont eu ou peuvent avoir des problèmes de vision à un moment ou à un autre de leur vie. Les troubles sont de divers ordres selon leur aspect, leur cause et leur évolution.

I - PERTE DE VUE OU NÉVRITE OPTIQUE RETRO BULBAIRE

La baisse de la vue est fréquente, que ce soit la diminution ou la perte complète de la vision d'un œil; la névrite optique est souvent le premier symptôme de la SEP.

Elle atteint la vision centrale et fait perdre le pouvoir discriminant, réduisant plus ou moins l'acuité visuelle; l'atteinte peut être aiguë, rapidement établie, ou progressive; dans une grande majorité de cas, elle va régresser, plus ou moins

complètement, pouvant laisser des séquelles, avec diminution de l'acuité visuelle, existence de plages aveugles dans le champ de vision ou scotomes, difficultés à distinguer les couleurs, les contrastes ou les objets en pleine lumière.

Le traitement par les corticoïdes est de règle, de façon assez précoce; on peut employer la voie orale ou intramusculaire. Des études américaines récentes privilégient la voie intraveineuse, à dose forte, ce qui accélérerait la récupération visuelle et diminuerait le pourcentage de développement de SEP confirmée les deux années suivantes, ceci pour les patients dont la névrite optique est le premier symptôme.

Des tests ophtalmologiques sont nécessaires dans l'immédiat et pour le

suivi du patient : examen du fond de l'œil, étude du champ visuel, étude des potentiels évoqués visuels. Ils sont indolores et très utiles au diagnostic et à l'appréciation de la récupération.

II - VUE DOUBLE OU DIPLOPIE

Ce symptôme est très courant au cours de la SEP. Il survient lorsque la commande nerveuse d'un ou de plusieurs muscles d'un œil est déficiente, perturbant ainsi les mouvements coordonnés des deux yeux; chaque œil ne voit plus la même image au même moment et les deux yeux transmettent les deux images légèrement différentes au cerveau, d'où la vue double. Il peut s'agir de l'atteinte nerveuse d'un seul muscle ou de plusieurs, donnant alors des atteintes complexes d'un ou des deux yeux. La coordination