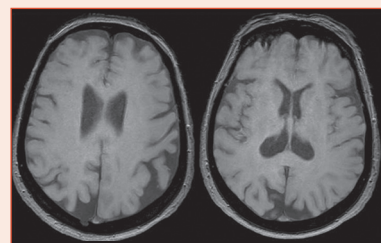


Bilan neurovisuel pour l'ophtalmologiste

S. BENISTY



FICHE N° 27

Contexte

Le bilan neurovisuel permet de mettre en évidence un trouble visuel secondaire à une atteinte cérébrale ; il doit être réalisé devant :

- toute plainte visuelle exprimée par le patient ou son entourage et inexplicée par un bilan ophtalmologique classique avec examen du champ visuel, y compris si celui-ci est strictement normal ;
- certains symptômes visuels atypiques : lecture plus facile des petites lettres que des grosses, meilleur repérage des objets éloignés, vision d'objets statiques en mouvement ou incapacité à voir le mouvement avec vision d'arrêts sur image (akinétopsie), perceptions évanescences, etc. ;
- une plainte visuelle s'associant à une atteinte du cortex cérébral postérieur et des voies visuelles rétrociasmatiques.

Bilan

Un examen rapide est possible au moyen du *carnet de dépistage neurovisuel* disponible sur le site du Club de neuro-ophtalmologie francophone (CNOF), réalisé par le Pr Alain Vighetto et le Dr Maud Lebas (https://www.e-ma2.fr/wp-content/uploads/sites/2/2018/12/Carnet_de_Depistage_DEF-2-1.pdf). Il peut aider à repérer les principaux symptômes et syndromes associés à l'atteinte des régions et voies cérébrales impliquées dans le traitement de l'information visuelle. L'interprétation de résultats anormaux en termes de troubles de la perception visuelle d'origine cérébrale nécessite que :

- l'acuité visuelle et le champ visuel soient suffisants sur le plan ophtalmologique ;
- le langage et les fonctions cognitives globales ne soient pas trop altérés.

En pratique

- Si l'évaluation de dépistage est positive ou un doute persiste devant une plainte visuelle avec examen ophtalmologique normal, il faut demander :
 - une imagerie cérébrale, IRM en première intention. Elle peut mettre en évidence une lésion sous-jacente à l'origine du déficit mais aussi être interprétée comme normale en cas de syndrome d'atrophie corticale postérieure d'origine neurodégénérative ;
 - une consultation neurologique, si possible dans un centre disposant d'une expertise neuropsychologique pour confirmer et préciser le déficit neurovisuel, les symptômes cognitifs et neurologiques associés et la pathologie sous-jacente.
- Attention à ne pas méconnaître un syndrome d'atrophie corticale postérieure d'origine neurodégénérative, où les troubles neurovisuels s'installent insidieusement, chez des sujets relativement jeunes (classiquement entre 50 et 65 ans), souvent sans plainte mnésique concomitante, et sont volontiers associés à des plaintes visuelles vagues ou atypiques et des troubles anxieux.

Conclusion

Si le déficit neurovisuel et la pathologie sous-jacente ont été diagnostiqués, le patient peut être orienté vers un centre de rééducation de basse vision dans la perspective de bénéficier :

- de conseils sur les aides techniques et optiques adaptées ;
- d'un programme de rééducation visuelle, couplé à la rééducation cognitive proposée par le neurologue.