

Comment j'examine une déviation verticale ?

F. AUDREN



FICHE N° 29

Contexte

- Démarche diagnostique devant une déviation oculaire verticale avec ou sans diplopie.
- Interrogatoire et examen clinique : voir fiche n° 28.

Examen

Trois situations sont possibles.

■ Déviation verticale sans diplopie

- Strabisme ancien (quel qu'il soit) : paralysie congénitale de l'oblique supérieur, fibrose congénitale des muscles oculomoteurs, craniosténose, etc. En cas de torticolis, chercher une asymétrie faciale en faveur du caractère précoce du trouble.
- Baisse visuelle unilatérale secondaire à une myopie forte («œil lourd», strabismus fixus) ou à une atteinte du nerf optique (compression : syndrome de l'apex, orbitopathie dysthyroïdienne).
- Ptosis complet : paralysie du III.

■ Atteinte des ductions

Contexte particulier

Traumatisme :

- orbitaire : déviation verticale, dystopie, énophtalmie ou exophtalmie (hématome orbitaire) → TDM orbitaire pour rechercher une fracture du plancher avec incarceration du muscle droit inférieur ;
- crânien (sans traumatisme orbitaire) : paralysie du III, du IV.

Syndrome orbitaire :

- inflammatoire : inflammation palpébrale et oculaire, chémosis, diminution de la mobilité oculaire, douleur à la mobilisation du globe, exophtalmie, baisse visuelle ;
 - aiguë : cellulite orbitaire,
 - subaiguë : orbitopathie dysthyroïdienne par atteinte du(des) muscle(s) droit(s) inférieur(s) (plus rarement droit supérieur) ;
- non inflammatoire : tumeur orbitaire. Rechercher une exophtalmie, une diminution de la motilité oculaire, une baisse visuelle.

Vertige : *skew deviation* (atteinte des voies vestibulaires).

Variabilité : myasthénie.

Systématisation neurogène ?

- Oui : paralysie du III.
- Non :
 - atteinte musculaire : le plus souvent syndrome restrictif (orbitopathie dysthyroïdienne, localisation tumorale : voir plus haut) ;
 - jonction neuromusculaire : myasthénie.

■ Pas d'atteinte évidente des ductions

Sensibilisation de l'examen par le verre rouge, le coordimètre, l'examen sous écran, la déviométrie à la recherche d'une incomitance (voir plus haut « Atteinte des ductions »).

- Paralysie de l'oblique supérieur.
- *Skew deviation*.
- *Sagging eye syndrome* (voir chapitre 19).

	Paralysie de l'oblique supérieur	<i>Skew deviation</i>
Fréquence	+++	Rare
Torticolis tête penchée du côté œil le plus bas : cause	Supprime la diplopie	Perception erronée de la verticale subjective
Mesure de la déviation		
Position de torticolis	Pas de déviation ou phorie	Déviation
Tête droite	Augmentation de la déviation	Déviation stable
Regards latéraux	Le plus souvent, la déviation diminue du côté de la paralysie et augmente du côté opposé	Déviation stable
Manœuvre de Bielschowsky	Positive (60 % des cas)	Négative
Coordimètre, torsion subjective		
	Tracé évocateur, excyclotorsion subjective	
Torsion au FO		
Œil le plus haut	Généralement excyclotorsion	Incyclotorsion
Œil le plus bas	Généralement excyclotorsion	Excyclotorsion
Position allongée	Inchangée	Supprimée (à la phase aiguë)

Conclusion

Au terme de l'examen neuro-ophtalmologique, il est possible d'identifier l'origine d'une déviation verticale, en particulier lorsqu'il n'y a pas de limitation clairement identifiable, et d'orienter l'imagerie et les examens complémentaires.