

La Collection Hippocrate

Épreuves Classantes Nationales

OPHTALMOLOGIE

Diplopie

III-304

Dr François AUCLIN
Praticien Hospitalier

L'institut la Conférence Hippocrate, grâce au mécénat des Laboratoires SERVIER, contribue à la formation des jeunes médecins depuis 1982. Les résultats obtenus par nos étudiants depuis plus de 20 années (15 majors du concours, entre 90 % et 95 % de réussite et plus de 50% des 100 premiers aux Épreuves Classantes Nationales) témoignent du sérieux et de la valeur de l'enseignement dispensé par les conférenciers à Paris et en Province, dans chaque spécialité médicale ou chirurgicale.

La collection Hippocrate, élaborée par l'équipe pédagogique de la Conférence Hippocrate, constitue le support théorique indispensable à la réussite aux Épreuves Classantes Nationales pour l'accès au 3^{ème} cycle des études médicales.

L'intégralité de cette collection est maintenant disponible gracieusement sur notre site laconferencehippocrate.com. Nous espérons que cet accès facilité répondra à l'attente des étudiants, mais aussi des internes et des praticiens, désireux de parfaire leur expertise médicale.

A tous, bon travail et bonne chance !

Alain COMBES, Secrétaire de rédaction de la Collection Hippocrate

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.
Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, microfilm, bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteurs.

Diplopie

Objectifs :

- **Devant l'apparition d'une diplopie, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.**

- La diplopie est la vision double d'un objet fixe.
- On distingue la diplopie binoculaire, due à un trouble des muscles oculomoteurs (le plus souvent par atteinte des nerfs oculomoteurs), et la diplopie monoculaire, qui signe une atteinte de l'œil lui-même.

ORIENTATION DIAGNOSTIQUE

A/ Affirmer le caractère binoculaire de la diplopie

1. Diplopie monoculaire

- La diplopie persiste à l'occlusion d'un œil. Elle peut être causée par une kératite, un astigmatisme, une iridectomie périphérique, une cataracte ou une anomalie maculaire.

2. Diplopie binoculaire

- La diplopie disparaît à l'occlusion d'un œil et augmente dans le champ d'action du muscle paralysé.
- La tête se met dans la direction du champ d'action du muscle atteint.
- La diplopie se manifeste parfois seulement par une vision trouble ou par une sensation de vertige.

B/ Explorer la motricité extrinsèque et intrinsèque

- Il existe six muscles oculomoteurs, chacun entraînant l'œil dans une direction.

1. Motilité extrinsèque

a) Examen initial

- Recherche une déviation des yeux au repos, un ptôsis, une attitude vicieuse de la tête.
- Étudie la motilité oculaire dans les différentes positions du regard à la recherche d'une limitation.

b) Examen au verre rouge

- Un verre rouge est placé devant un œil du patient (par convention l'œil droit), et l'image d'une lumière perçue par cet œil devient rouge, alors que l'image perçue par l'autre œil reste blanche. Le patient signale la position de l'image rouge par rapport à l'image blanche.
- La diplopie est dite homonyme, quand la lumière rouge est vue décalée du côté du verre rouge par rapport à la lumière blanche, traduisant une paralysie de l'abduction.
- La diplopie est dite croisée, quand la lumière rouge est vue décalée du côté opposé au verre rouge par rapport à la lumière blanche, traduisant une paralysie de l'adduction.

c) Examen sous écran

- L'examineur dissocie les deux yeux du patient en plaçant un écran devant un œil. Le réflexe de fusion est alors supprimé, et l'œil couvert se place dans sa position de repos anatomique. L'œil découvert est seul fixateur.
- Cet examen, permet de distinguer :
 - * la déviation primaire : c'est l'œil paralysé qui est dévié, l'œil sain étant fixateur ;
 - * la déviation secondaire : c'est l'œil sain qui est dévié, l'œil paralysé étant fixateur.
- Dans une paralysie oculomotrice, la déviation secondaire est plus importante que la déviation primaire.

d) Examen de Hess-Lancaster

- L'examen est effectué avec une paire de lunettes ayant un verre rouge et l'autre vert. L'examen permet un relevé graphique objectif. Il se compose de deux carrés identiques et bien centrés. Lorsqu'il existe une paralysie oculomotrice, un des tracés est plus petit que l'autre (celui qui correspond au côté paralysé).
- Ce test est impossible chez le monoptalme (nécessite la vision des deux yeux).

2. Motilité intrinsèque**a) Réflexe photomoteur**

- L'éclairement d'un œil entraîne :
 - * un myosis de l'œil éclairé = réflexe photomoteur direct ;
 - * un myosis de l'œil controlatéral = réflexe photomoteur consensuel.
- L'abolition du réflexe photomoteur peut être la conséquence de l'atteinte de la motilité intrinsèque (voie efférente du réflexe), mais aussi de l'atteinte de la voie afférente du réflexe (atteinte rétinienne, neuropathie optique).

b) Triade accommodation – convergence – myosis

- Une contraction pupillaire a lieu lors d'un effort de vision rapprochée.

C/ Préciser le nerf oculomoteur paralysé**1. Paralysie du VI**

- C'est la plus fréquente des paralysies oculomotrices.
- Elle entraîne :
 - œil en convergence, tête déviée vers le côté atteint ;
 - abolition de l'abduction ;
 - diplopie, qui augmente dans le regard en dehors ;
 - diplopie homonyme horizontale ;
 - test de Hess-Lancaster.

2. Paralysie du IV

- Œil dévié en haut, tête inclinée sur l'épaule du côté sain.
- Diplopie augmentant dans le regard en bas et en dedans (lecture, descente d'escalier).
- Signe de Bielschowsky (très sensible) : la diplopie augmente lorsqu'on incline la tête du côté atteint avec ascension de l'œil atteint.
- Diplopie verticale et croisée.
- Test de Hess-Lancaster.

3. Paralysie du III

- Ptôsis (qui peut masquer la diplopie).
- Œil en divergence, tête tournée du côté sain.
- Abolition de l'adduction, de l'élévation et de l'abaissement.
- Diplopie augmentée dans ces champs d'action.
- Mydriase aréflexique.
- Paralysie de l'accommodation.
- Elle est rarement totale et peut être limitée soit à un muscle, soit simplement intrinsèque.

CONDUITE À TENIR

A/ Traumatisme

1. Traumatisme de l'orbite

- Faire radiographies de l'orbite face + profil et Blondeau, puis scanner orbitaire.
- Le plus souvent, la diplopie survient lors d'une fracture du plancher : palpation du cadre osseux, recherche d'une énoptalmie, d'une paralysie du nerf sous-orbitaire. La diplopie est due à une paralysie du muscle droit inférieur par incarceration dans le foyer de fracture avec limitation de l'élévation oculaire. Le traitement est chirurgical.

2. Traumatisme crânien

- En plus des radiographies du crâne (face + profil, Blondeau, Worms, ± Hartman [canaux optiques ± fente sphénoïdale], un scanner cérébral s'impose à la recherche d'une contusion cérébrale ou d'hémorragie cérébrale.
- Certains syndromes cliniques peuvent aider au diagnostic topographique de la lésion :
 - syndrome de la fente sphénoïdale : ophthalmoplégie (atteintes III, IV, VI) et troubles sensitifs par atteinte du V ;
 - syndrome du cône rétrobulbaire : exoptalmie directe axiale, signes de compression du nerf optique (baisse d'acuité visuelle) ;
 - syndrome de l'apex orbitaire : il associe les deux syndromes précédents.
 - Traumatisme du rocher : entraîne classiquement une paralysie du VI.

B/ Atteinte du système nerveux central

- En l'absence de traumatisme, un bilan neurologique est indispensable (examen neurologique, scanner et/ou IRM) :
 - hypertension intracrânienne : la paralysie du VI est sans valeur localisatrice ;
 - fistule carotido-caverneuse soit post-traumatique, soit après rupture d'un anévrisme carotidien : il existe une exoptalmie pulsative et soufflante, une baisse d'acuité visuelle avec paralysie oculomotrice ;
 - tumeur intracrânienne : apparition progressive ;
 - SEP : une diplopie brutale, transitoire, chez un sujet jeune touche le plus souvent le VI et révèle la maladie dans 10 % des cas ;
 - anévrisme de la carotide interne ;
 - accident vasculaire cérébral : rechercher d'autres signes neurologiques.

C/ Affections générales

- Hypoglycémie.
- Diabète (++) : la diplopie est transitoire et récidivante.
- Hyperthyroïdie : la diplopie est due à une myosite. Les muscles oculomoteurs sont hypertrophiés sur l'image du scanner.
- Intoxication au plomb, au CO ou aux barbituriques.
- Myasthénie : un ptosis est souvent associé, le test à la prostigmine assure le diagnostic.
- Causes infectieuses :
 - méningites (tuberculeuse...) ;
 - botulisme ;
 - diphtérie ;
 - poliomyélite ;
 - syphilis tertiaire ;
 - viroses.

D/ Affections tumorales locales orbitaires

- Elles s'accompagnent d'une exoptalmie. ■

POINTS FORTS

- Bien différencier les diplopies monoculaires, dont l'origine est toujours ophtalmologique, et les diplopies binoculaires, dont l'origine est musculaire ou neurologique.

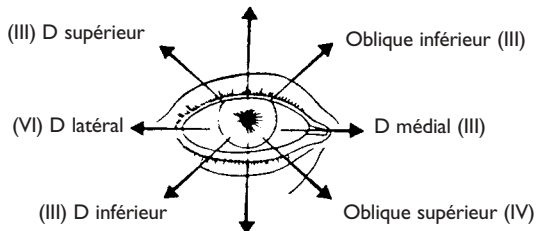


Fig. 1 : Positions du regard et champs d'action musculaire (œil droit).

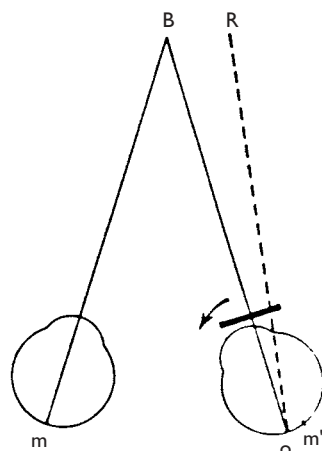


Fig. 2 : Diplopie homonyme, en cas d'œil en convergence. La lumière étant projetée en rétine nasale, l'image vue au travers du verre rouge (R) est décalée en temporal, soit du côté du verre rouge.

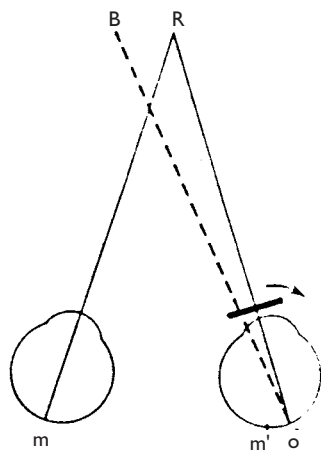


Fig. 3 : Diplopie croisée en cas d'œil en divergence. La lumière étant projetée en rétine temporale, l'image vue au travers du verre rouge (R) est décalée en nasal, soit du côté opposé au verre rouge.

B = lumière blanche.

R = lumière rouge.

m et m' = macula.