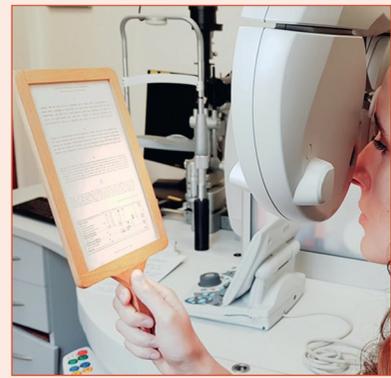


Mesure de l'acuité visuelle

C. LAMIREL



Contexte

La meilleure acuité visuelle (AV) corrigée est mesurée de loin et de près en monoculaire et en binoculaire comme préalable au reste de l'examen clinique.

Examen

- Commencer par l'œil sain ou par l'œil le moins affecté.
- De loin, commencer par les optotypes les plus gros et augmenter l'AV progressivement, sauf si une cause non organique est suspectée.
- Ne pas s'arrêter à 10/10, mais poursuivre jusqu'à la meilleure AV corrigée.
- Vérifier si l'AV est améliorable ou non au trou sténopéique et le noter.
- Éliminer une hypermétropie latente si céphalées chroniques, troubles oculomoteurs non paralytiques, asthénopie accommodative (selon l'âge : cycloplégie).
- Devant une réfraction qui change sur une courte période penser à : une hypermétropie latente qui décompense, des spasmes accommodatifs, un kératocône évolutif, une cataracte nucléaire myopisante, une hyperglycémie.
- Utiliser des **lignes horizontales** d'optotypes pour observer le comportement visuel du sujet :
 - en cas de scotome central ou paracentral, lecture dans le désordre et le patient bouge les yeux et/ou la tête ;
 - en cas d'hémianopsie latérale homonyme (HLH) gauche : oublie des premiers optotypes des deux yeux et en binoculaire ;
 - en cas d'HLH droite : oublie des derniers optotypes des deux yeux et en binoculaire ;
 - en cas d'atteinte bitemporale : oublie des premiers optotypes avec l'œil gauche, des derniers avec l'œil droit, lecture normale en binoculaire ;
 - **ces difficultés ne seront pas détectées par une ligne verticale d'optotypes.**
- De près, les difficultés liées à un trouble du champ visuel (CV) sont souvent plus flagrantes si on laisse au patient le temps de lire plusieurs lignes du paragraphe. Un trouble du CV à gauche du point de fixation entraîne une difficulté lors du retour à la ligne et un trouble à droite, une difficulté à aller au mot suivant ou à lire les mots longs.
- De près, en cas de trouble du CV ou de paralysie oculomotrice, la lecture est meilleure si le patient tient à la main le texte à lire.
- En cas de trouble du CV et lors du suivi, l'AV est estimée plus basse si sa mesure commence par les optotypes les plus petits au lieu des plus gros et si la réfraction est faite trop vite pouvant faire croire à tort à une aggravation.
- En cas de nystagmus congénital, ne pas occlure mais brouiller l'œil non testé pour ne pas augmenter le nystagmus et diminuer l'AV mesurée.
- En cas d'amblyopie fonctionnelle, l'AV mesurée est meilleure si l'on présente les optotypes un à un (*spatial crowding*).
- Devant une BAV suspectée anorganique : commencer par les optotypes les plus petits (20/10) et penser à utiliser d'autres moyens pour démontrer le caractère fonctionnel (test de Thibaudet, verres polarisés, etc.).
- Devant un patient qui lit paradoxalement mieux les petits optotypes que les plus gros (équivalent de simultagnosie), penser à une atteinte neurovisuelle (atrophie corticale postérieure).
- Aux urgences : avoir 10/10 P2 (et au-dessus) aux deux yeux n'élimine pas une HLH et un AVC.
- En cas de paralysie oculomotrice, l'AV sera meilleure avec une paire d'essai qu'avec un réfracteur automatique, car le patient peut adopter la bonne attitude de tête.

Conclusion

Il ne faut pas négliger cette étape de l'examen neuro-ophtalmologique qui peut détecter une cause optique de baisse visuelle et faire suspecter un trouble du CV.