

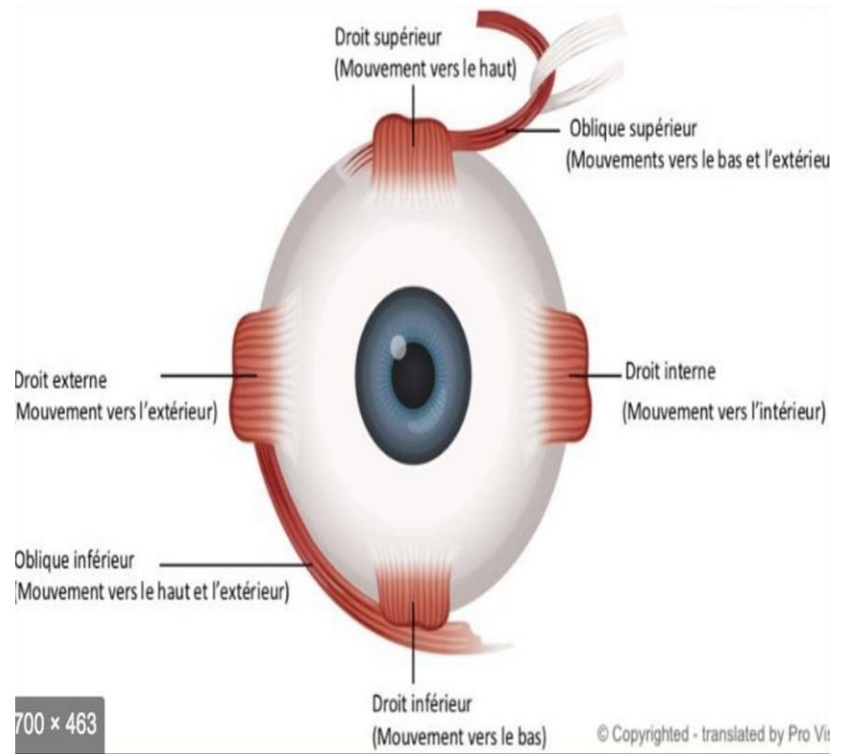
Conduite a tenir devant une diplopie

I-Définition

Vision double d'un objet unique.

On distingue :

- ✓ La diplopie binoculaire
- ✓ La diplopie monoculaire
- ✓ La diplopie horizontale ou les objets sont juxtaposés
- ✓ La diplopie vertical ou les objets sont superposés



II-Rappel anatomique

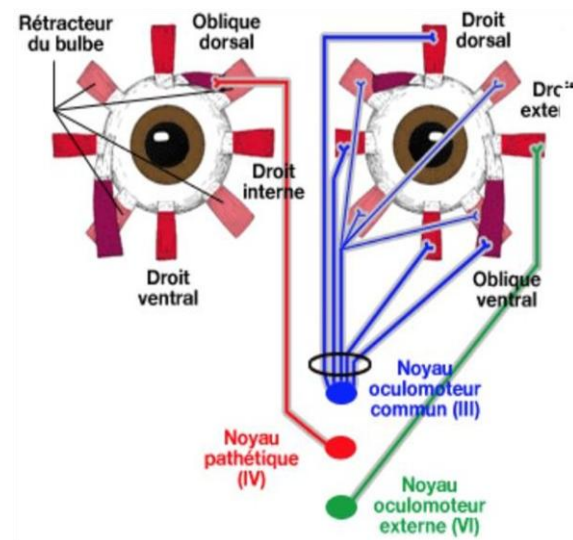
1. Muscles oculomoteurs:

Six muscles oculomoteurs assurent les mouvements de chaque globe oculaire :

- quatre muscles droits : droit médial (anciennement dénommé droit interne), droit latéral (anciennement dénommé droit externe), droit supérieur, droit inférieur
- deux muscles obliques : oblique inférieur (ancien « petit oblique »), oblique supérieur (ancien « grand oblique »)
- 2. Nerfs oculomoteurs:

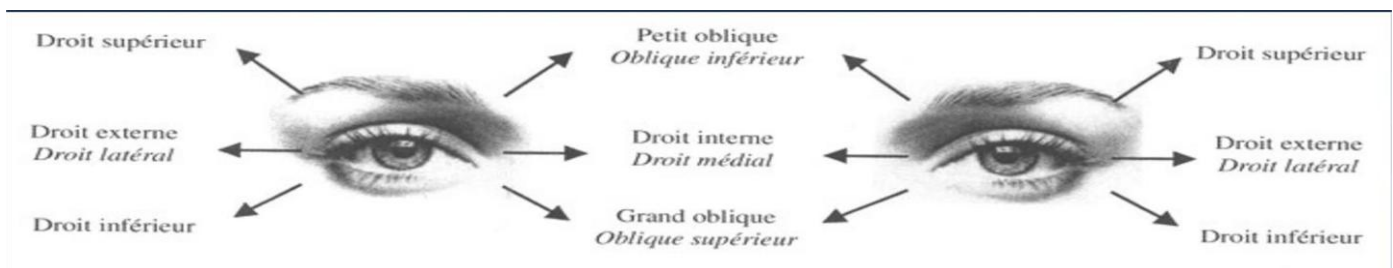
Les six muscles oculomoteurs sont sous la dépendance de trois nerfs oculomoteurs :

- le III (nerf oculomoteur commun) ;
- le IV (nerf pathétique) ;
- le VI (nerf moteur oculaire externe).



III-Physiologie

1. Champ d'action d'un muscle oculomoteur:



2. Vision binoculaire:

→ **Lois de Hering et de Sherrington:** La vision binoculaire est assurée grâce à la synergie d'action entre muscles oculomoteurs : chaque muscle possède un antagoniste homolatéral et un synergiste (agoniste) controlatéral ; ainsi, par exemple, le droit latéral droit a comme antagoniste le droit médial droit et comme agoniste le droit médial gauche.

- la loi de Hering : est propre à l'oculomotricité : lors de mouvements binoculaires, l'influx nerveux est envoyé en

quantités égales aux muscles agonistes des deux yeux

- la loi de Sherrington: quand les muscles synergistes se contractent, les muscles antagonistes se relâchent

→ **Correspondance sensorielle:** Un objet se projette sur les deux yeux sur des points rétiniens dits « points rétiniens correspondants ».

IV-Examen clinique

. **Interrogatoire** Il précisera:

- le terrain : âge du patient, antécédents oculaires et généraux, recherche d'un diabète, d'une hypertension artérielle, d'une maladie métabolique ou endocrinienne notamment thyroïdienne
- les circonstances de survenue : notion de traumatisme, survenue lors d'un effort physique, à la lecture ou à la fatigue ;
- le mode de survenue : brutal ou progressif ;
 - les signes associés : douleurs, vertiges, céphalées, nausées ;
 - les caractères de la diplopie : horizontale, verticale, oblique, ainsi que la position du regard dans laquelle la diplopie est maximale et ses variations dans la journée.

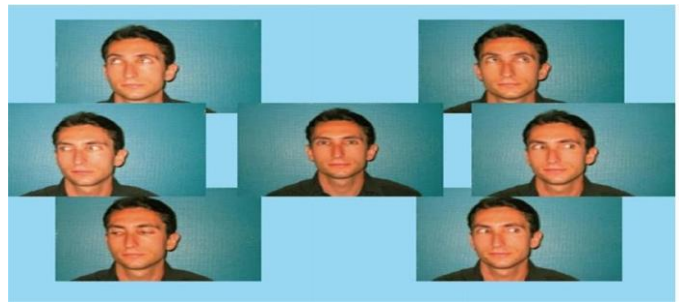
Inspection:

- Elle recherche une attitude vicieuse ou compensatrice de la tête :
- L'inspection recherchera une déviation du globe en position primaire.
- l'étude des reflets cornéens : les reflets cornéens d'une source

lumineuse dirigée sur les yeux d'un sujet normal se projettent tous deux au centre de la pupille alors qu'en cas de déviation, l'un des deux reflets n'est pas centré

Exploration de la motricité extrinsèque :

Examen de la motilité oculaire dans les différentes positions du regard. Il sert à observer les six muscles oculomoteurs de chaque œil séparément (ductions) et de façon conjuguée (versions).



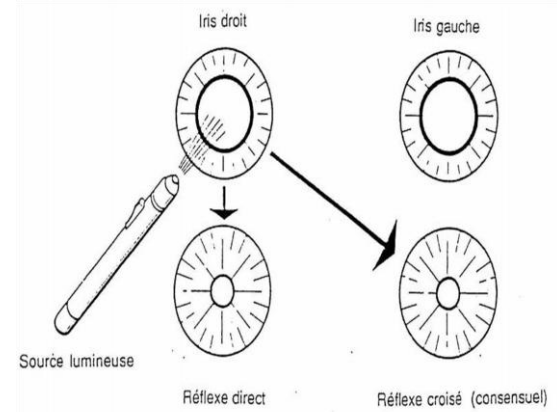
Exploration de la motricité intrinsèque:

-Elle est nécessaire à toute paralysie oculomotrice.

-L'inspection doit rechercher une inégalité pupillaire (= anisocorie).

Concernant les réflexes pupillaires, le réflexe photomoteur ou réponse pupillaire à la lumière nécessite l'éclairement d'un œil qui entraîne :

- un myosis de l'œil éclairé : réflexe photomoteur direct ;
- un myosis simultané de l'œil controlatéral : réflexe consensuel.



Examen sous écran ou Cover-test:

Examen au verre rouge:

Test de Hess-Lancaster ou test de Lancaster:

V-Diagnostic sémiologique

Paralysie du III:

- un ptosis total (pouvant d'ailleurs masquer la diplopie - ptosis dit « providentiel »);
- une divergence marquée,
- une paralysie de l'élévation et de l'abaissement de l'œil (les seuls muscles encore fonctionnels sont le droit latéral et l'oblique supérieur),
- une mydriase aréflexive,
- une perte de l'accommodation

Paralysie du IV :

- Le patient présente une diplopie verticale et oblique, accentuée dans le champ du muscle oblique supérieur concerné c'est-à-dire en bas et en dedans.

- Il s'agit d'une diplopie très gênante, car invalidante dans les activités comme la lecture ou la descente des escaliers. Position compensatrice de la tête, inclinée du côté sain, menton abaissé.
- **Paralysie du VI :**

Elle provoque une convergence de l'oeil atteint et un déficit de

l'abduction. La position compensatrice de la tête est tournée du côté de la paralysie oculomotrice.

VI-Diagnostic différentiel

Il peut s'agir :

- de diplopie monoculaire;
- de simulation et d'hystérie.

VII-Diagnostic étiologique

• **Causes traumatiques :**

-Hémorragie méningée traumatique

-Fracture

• **Tumeurs :**

-Hypertension intracrânienne Il peut s'agir d'une diplopie par atteinte bilatérale des nerfs moteurs oculaires latéraux sans valeur localisatrice.

-Tumeurs de la base du crâne s de l'orbite

• **Causes vasculaires:**

-AVC

-Une fistule carotidocaverneuse

-Un anévrisme intracrânien

-maladie de HORTON

• **Autres:**

-la sclérose en plaque

-la myasthénie

-la maladie de basdow

- **Diplopies avec exophtalmie:**

- la maladie de Basedow

-les tumeurs de l'orbit

- **Diplopies douloureuses:** Il faut toujours penser en premier à un anévrisme intracrânien, une dissection carotidienne ou une fistule carotido-caverneuse, qui sont des urgences neuro-interventionnelles menaçant le pronostic vital, Le syndrome de Tolosa-Hunt

VIII-conduite à tenir

Bilan étiologique:

le bilan étiologique est prioritaire et repose sur un examen neurologique et une imagerie cérébrale.

Une paralysie du III avec phénomènes douloureux impose, notamment, une recherche en urgence une cause vasculaire .

- **La prise en charge de la diplopie elle-même:**

est différente selon la phase précoce, dans les premiers mois, et la phase tardive.

Dans la phase précoce:

- Occlusion de l'œil paralysé;
- prismsation lorsque cela est possible : la mise en place d'un prisme sur un verre de lunette permet de rétablir le parallélisme de rayons lumineux et de supprimer la diplopie, au moins en position primaire ;
- injection de toxine botulique.

La prise en charge de la diplopie elle-même:

Dans la phase tardive:

la régénérescence nerveuse doit être attendue en règle 6 mois à 1 an environ : passé ce délai, un traitement chirurgical est envisageable pour essayer de rétablir un parallélisme des yeux au moins en position primaire.

IX-Conclusion

- Bien différencier la diplopie monoculaire de la diplopie binoculaire.
- Savoir faire un bon examen de l'oculomotricité .
- ne jamais sous estimer une diplopie monoculaire surtout chez le sujet jeune.
- Toujours éliminer en priorité une urgence vasculaire.