

EXCÈS de CONVERGENCE (EdC)

L'EdC est un des désordres fonctionnels les plus courants (prévalence : 5-6% donc $>$ IdC)

Sa prise en charge consiste :

- 1) par la correction optique des amétropies
- 2) l'adjonction d'une addition en VP (rendue efficace par le AC/A élevé) si incomittance loin-près.
- 3) une éventuelle prismation
- 4) en dernier lieu, si les NFV sont très réduites et l'esophorie très importante, la RO est envisageable.

La prise en charge est généralement très efficace. Elle échoue généralement lors du refus du port de la CO ou une faible implication en RO ...



EXCÈS de CONVERGENCE (EdC)

L'EdC est un des désordres fonctionnels les plus courants (prévalence : 5-6% donc $>$ IdC)

Sa prise en charge consiste :

- 1) par la correction optique des amétropies
- 2) l'adjonction d'une addition en VP (rendue efficace par le AC/A élevé) si incomitance loin-près.
- 3) une éventuelle prismation
- 4) en dernier lieu, si les NFV sont très réduites et l'esophorie très importante, la RO est envisageable.

La prise en charge est généralement très efficace. Elle échoue généralement lors du refus du port de la CO ou une faible implication en RO ...

Symptômes :

- Troubles en lien avec la lecture :
 - fatigue visuelle
 - céphalées
 - difficultés de concentration
 - diplopie intermittente
 - embrouillements

Signes :

- $E < E'$ (delta env. 10D)
- Svt eso VP $>$ VL
- AC/A (heterophorie) $>$ 7:1 (tjs présent)
- Svt degré modéré d'hypermétropie
- Diminution NFV en VP
- PRA bas
- Stop sur -2,0d au Rock Acc
- Déviation concomitante

Diagnostic différentiel

Prise en charge

Symptômes :

- Troubles en lien avec la lecture :
fatigue visuelle
céphalées
difficultés de concentration
diplopie intermittente
embrouillements

Signes :

- $E < E'$ (delta env. 10D)
- Svt eso VP > VL
- AC/A (heterophorie) > 7:1 (tjs présent)
- Svt degré modéré d'hypermétropie
- Diminution NFV en VP
- PRA bas
- Stop sur -2,0d au Rock Acc
- Déviation concomitante

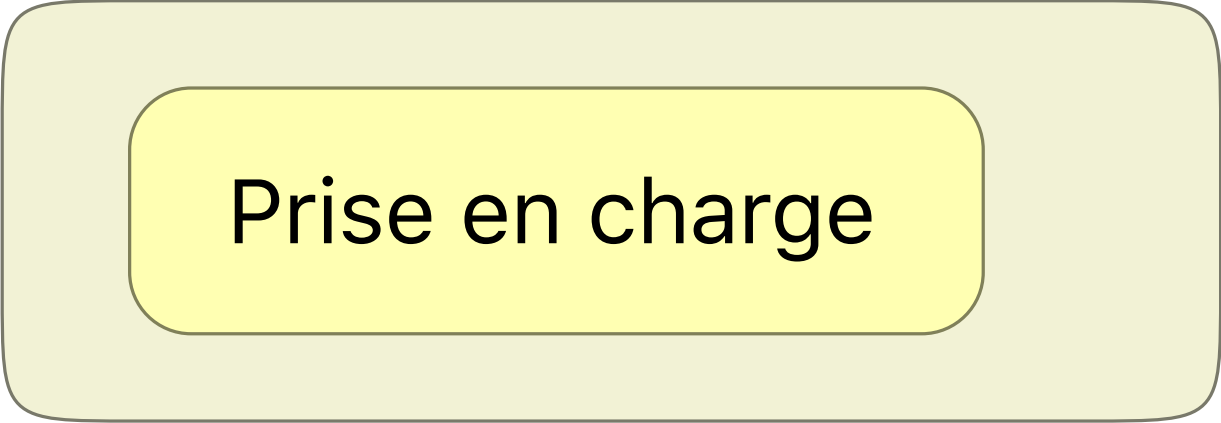
Diagnostic différentiel

Pathologies organiques :

- Spasmes Acc/Conv dues :
sclérite / uvéite / Iridocyclite
syphilis / paralysie sympathique
- intoxications médicamenteuses :
Pilocarpine
surdosage vit B1
Sulfonamides

Désordres fonctionnels :

- Insuffisance de divergence
- Esophorie basique
- Patho Accommodative



Prise en charge

Réfraction & Correction Optique

Prescription d'une addition :
Peut être très efficace étant donné le AC/A élevé. Trouver l'addition la plus faible efficace sur les signes fonctionnels.

Le rapport AC/A étant élevé :

- une cycloplégie est à privilégier avant toute prescription
- toute amétropie significative doit être corrigée (et principalement l'HM, attention aux sur-corrrections de myopie)

Prismation

- Dev verticale : DOIT être prismée avant RO
- La prismation horizontale est rarement nécessaire excepté quand l'EdC est associée à une vergence tonique élevée.
Quand une ésophorie VL, modérée à élevée, est constatée, une prismation Base Temporale peut être envisagée (si présence de symptômes en lien avec la distance).
Sa valeur pourra être déterminée par un test de disparité.

Rééducation Orthoptique

Si les NFV sont sévèrement réduites, ou l'ésophorie très importante, ou bien si le patient reste inconfortable malgré un port constant de sa CO, alors la RO est recommandée.

Phase 1

Objectifs :

- Informer le patient & développer une relation de travail
- Prise de conscience des mécanismes de feedback (flou, diplopie, neutralisation, SILO, ...)
- Développer la capacité de convergence/divergence volontaire
- Restaurer l'amplitude de NFV,
- Normaliser les amplitudes d'accommodation/désaccommodation

Critères de succès :

- fusionner env. 15D en divergence en VP
- au moins 12 cpm avec un +2,0/-2,0d

Phase 2

Objectifs :

- Normaliser l'amplitude de PFV
- Normaliser les facilités de NFV (sauts en D)
- Normaliser les facilités de PFV (sauts en C)

Critères de succès :

- fusionner env. 30D en convergence
- fusionner env. -15D en divergence

Phase 3

Objectifs :

- Développer la capacité à passer d'une demande en convergence à une divergence
- Intégrer une demande vergentielle avec une demande accommodative.
- Intégrer une demande Vergentielles avec une version.

Critères de succès :

- satisfaire à une demande vergentielle en C et en D, en maintenant une vision simple et nette, et sur une cible en mouvement.

Phase 1

Objectifs :

- Informer le patient & développer une relation de travail
- Prise de conscience des mécanismes de feedback (flou, diplopie, neutralisation, SILO, ...)
- Développer la capacité de convergence/divergence volontaire
- Restaurer l'amplitude de NFV,
- Normaliser les amplitudes d'accommodation/désaccommodation

Critères de succès :

- fusionner env. 15D en divergence en VP
- au moins 12 cpm avec un +2,0/-2,0d

Phase 2

Objectifs :

- Normaliser l'amplitude de PFV
- Normaliser les facilités de NFV (sauts en D)
- Normaliser les facilités de PFV (sauts en C)

Critères de succès :

- fusionner env. 30D en convergence
- fusionner env. -15D en divergence

Phase 3

Objectifs :

- Développer la capacité à passer d'une demande en convergence à une divergence
- Intégrer une demande vergentielle avec une demande accommodative.
- Intégrer une demande Vergentiellles avec une version.

Critères de succès :

- satisfaire à une demande vergentielle en C et en D, en maintenant une vision simple et nette, et sur une cible en mouvement.

/ EXCÈS de CONVERGENCE (EdC)

<ithoughts://open?path=7%20UE15%20-%20ANALYSE%20INTEGRATIVE.itmz>