Vision en eau trouble...

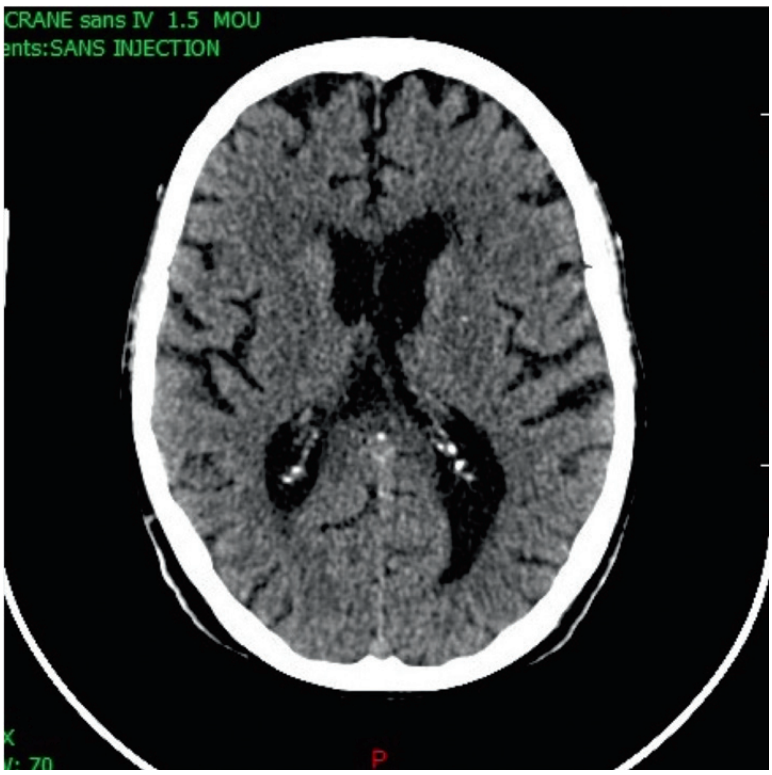
par les Drs Pierre FRANCES*, Mélanie JARDOT**, Yoni ASSOULY***, Mileydy PAREDES MILLAN**** et Nicolas BASSERES*****

* Médecin généraliste
F-66650 Banyuls sur mer
frances.pierre66650@gmail.com
** Interne en médecinegénérale
F-34000 Montpellier
*** Interne en médecine générale
F-75000 Paris
**** Interne en médecine générale
Programme Hippokrates
Barcelone, Espagne
***** Externe
F-34000 Montpellier

Les auteurs déclarent ne pas présenter de liens d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique ou de dispositifs médicaux en ce qui concerne cet article.

Je rencontre Marie, 87 ans, qui présente depuis quelques mois « une altération des fonctions supérieures » selon les dires de ses proches.

En effet, son entourage m'explique qu'elle ne cesse de voir son fils devant elle lui demander de l'argent alors que ce dernier vit en Australie.
Le plus curieux, c'est que ce trouble, outre le fait qu'il soit récurrent, est entrecoupé de périodes où la patiente ne présente aucune anomalie des fonctions supérieures. D'autre part, cette dernière est très intriguée par ces hallucinations qu'elle critique secondairement et qu'elle n'explique pas.
En effectuant mon examen clinique, je me rends compte que notre patiente a de grosses difficultés pour s'orienter dans l'espace et qu'elle rencontre de gros problèmes pour réaliser des gestes du quotidien (prendre une casserole par exemple). Elle hésite lors de la réalisation de son geste et on se rend compte qu'elle n'est pas sûre d'elle lors de la réalisation de cet acte. D'autre part, je note le fait que, lorsqu'elle est interpelée, elle vient à ma rencontre sans savoir réellement où je suis.
Marie est passée par le service des urgences il y a un mois de cela car elle s'était ouvert l'arcade sourcilière en se cognant sur l'angle de sa fenêtre. À cette époque, et compte tenu des troubles des fonctions supérieures observés, l'urgentiste avait effectué un scanner cérébral qui objectivait une atrophie corticale en rapport avec l'âge de la patiente (cf. cliché 1). De ce fait, il avait, sur le simple examen clinique sommaire et les résultats du bilan paraclinique, posé le diagnostic de maladie d'Alzheimer.



Cliché 1.

ABSTRACT

History of a patient with hallucinations due to a visual impairment.

Keywords :
macular degeneration, visual hallucinations, visual impairment.

RÉSUMÉ

Histoire d'une patiente ayant des hallucinations dues à une déficience visuelle.

Mots-clés : DMLA, hallucinations visuelles, déficience visuelle.

Anamnèse plus fouillée

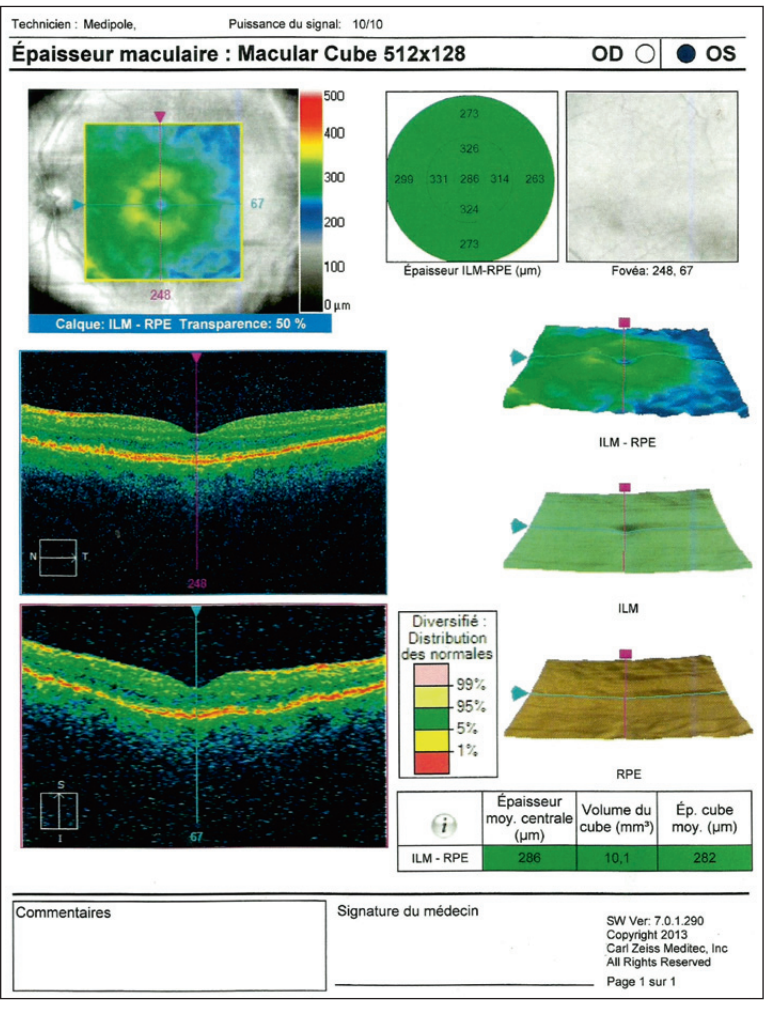
En fait, l'interrogatoire se révèle très instructif et nécessite un approfondissement.
Tout d'abord, nous notons que cette patiente présente régulièrement des hallucinations visuelles (vision d'une personne qui n'est pas dans son appartement) et qu'elle a un regard critique vis-à-vis de cette situation. D'autre part, nous notons de gros problèmes lors de la réalisation de gestes qui ne sont pas suffisamment orientés et ont conduit à son hospitalisation.
Ces éléments vont à l'encontre d'un diagnostic de maladie d'Alzheimer, diagnostic qui doit être réfuté.

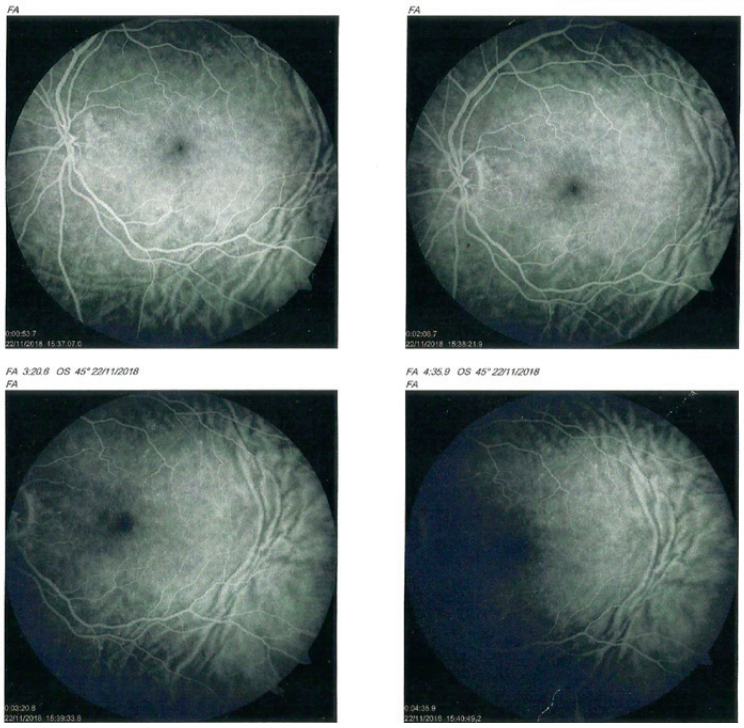
Prise en charge raisonnée

Le comportement de cette patiente, qui a de grosses difficultés à effectuer les gestes élaborés et fins, mais surtout le fait qu'elle s'oriente à la voix du médecin, m'interpellent et m'incitent à la réalisation d'un bilan visuel complet.

À ma grande surprise, je remarque :
- que son acuité visuelle est très réduite (2/10° à droite et 2/10° à gauche) ;
- qu'il est mis en évidence, lors de la réalisation d'une OCT (tomographie de cohérence optique) (cliché 2)

Cliché 2.





Cliché 3.

et d'une angiographie (cliché 3), une épithéliopathie rétinienne s'intégrant dans le cadre d'une dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA).

En conséquence, cet élément de premier ordre permet de mieux appréhender le cas clinique de cette patiente. Elle présente en fait un syndrome de Charles Bonnet.

Le syndrome de Charles Bonnet

Ce syndrome a été décrit en 1760 pour la première fois par Charles Bonnet. Ce dernier avait remarqué que son grand-père malvoyant avait des hallucinations visuelles sans qu'un réel déclin cognitif ne soit objectivé. Cette entité est souvent mise en relation avec une DMLA où des études ont montré que près de 39 % des patients pouvaient avoir ce trouble. Par ailleurs, près de 14 % des patients venant en consultation chez un ophtalmologue présentent ce syndrome.
Bien que la DMLA soit la pathologie la plus impliquée dans cette symptomatologie, il faut savoir que d'autres pathologies ophtalmiques peuvent engendrer un syndrome de Charles Bonnet : sclérose en plaque, méningiome du nerf optique, cataracte, glaucome, rétinopathie diabétique.

Origine de ce syndrome

De nombreuses théories ont été formulées pour expliquer la survenue de ces hallucinations du fait d'une détérioration du champ visuel. Cependant,

celle qui prévaut actuellement est l'hypothèse d'une désafférentation. En effet, il semble que l'atteinte non réversible des voies nerveuses visuelles soit responsable de ce phénomène.
Cette hypothèse est confortée par les imageries cérébrales qui montrent une activité accrue du lobe occipital en rapport avec ces hallucinations visuelles.
Ces manifestations semblent similaires à celles du syndrome du membre fantôme.

Caractéristiques cliniques des hallucinations

Éléments généraux

Le point fondamental à mettre en exergue est le fait que ces hallucinations sont souvent intermittentes et qu'il existe une perception d'anormalité de ces dernières par le patient. Fréquemment, elles surviennent le soir (période où le sujet est le plus au calme et non distrait). Souvent, le patient a des craintes à communiquer ces troubles car il ressent l'anormalité de ce phénomène et il a peur d'être pris pour un fou. Par conséquent, le patient peut se replier sur lui-même et devenir dépressif du fait de défaut de communication avec son entourage et de compréhension avec les proches.

Caractéristiques des hallucinations

Le plus souvent, le contour des objets ou personnes à l'origine des hallucinations est net. Les hallucinations sont de petite taille (micropsies) ou de grande taille (macropsie). Dans certains cas, le sujet observe des formes abstraites :

- il peut s'agir d'un motif reproduit plusieurs fois (comme un kaléidoscope) : ce sont des tessellopsies ;
- il peut s'agir d'un réseau de branches ou d'un maillage de carte routière : on parle alors de dendropsies ;
- le support des hallucinations peut être très coloré : on appelle ce phénomène les hyperchromatopsies ;
- un alignement sur un seul plan (qu'il soit vertical ou horizontal) peut également s'observer. Cet alignement porte le nom de polyopie.

Le patient relate souvent une gêne due à ces hallucinations qui envahissent son champ visuel.
Les personnages relatés par le patient concernent souvent des membres provenant de l'entourage mais peuvent aussi être des célébrités télévisuelles (prosométamorphopsie) ou des éléments familiers (faune ou flore).

Traitement

Il n'existe pas actuellement de traitement spécifique de ce syndrome. Bien entendu, le traitement de la cause responsable (cas de la cataracte) permet une amélioration notable de ce syndrome.
Autrement, il est possible d'atténuer ce problème en administrant des neuroleptiques, des anxiolytiques, des antidépresseurs ou des antiépileptiques (carbamazépine surtout).

Conclusion

Le syndrome de Charles Bonnet est une pathologie assez fréquente, pathologie qui, en observant le vieillissement de la population, va augmenter. Elle concerne surtout les patients ayant une DMLA et nécessite de la part du médecin généraliste une prise en charge adaptée. En effet, il est primordial de déculpabiliser les patients ayant ce syndrome car ils font souvent l'objet de railleries de la part de l'entourage qui les prend pour des patients psychiatriques ou considère qu'ils souffrent d'une pathologie dégénérative.

Bibliographie

1. Awoye Issa B, Dasilva Yussuf A. Charles Bonnet syndrome, management with simple behavioral technique. Journal of neurosciences in Rural Practice 2013 ; 4 (1) : 63-65.
2. Fénelon G. Hallucinations visuelles : le syndrome de Charles Bonnet. Psychologie et Neuropsychiatrie du vieillissement 2003 ; 1 (2) : 121-127.
3. O'Farrell L, Lewis S, Mc Kenzie A, Jones L. Charles bonnet Syndrome : A review of the literature. Journal of Visual Impairment and Blindness 2010. https://pdfs.semanticscholar.org/6242/0023fc15529fef9a5dea13c0ba78f05ff817.pdf.
4. Ozcan H, Yucel A, Ates O. Visual hallucinations in an old patient after cataract surgery and treatment. Eurasian Journal of Medicine 2016 ; 48 (1) : 62-64.