

Le traitement du Syndrome de Déficience Posturale

Dr Gabriel ÉLIE

Unicité du traitement

Prismes, semelles; rééducation posturale. Le traitement ne varie pas ou si peu, quel que soit le trouble. L'expérience clinique est là pour renforcer cette ligne de conduite. Mais ces trois piliers forment un ensemble qu'il ne faut pas dissocier au risque de ne pas avoir de résultat. Détaillons-le.

- Les prismes

C'est dans leur prescription qu'il y a quelques variantes:

Dans la plupart des cas, nous trouvons une cohérence entre le côté où la rotation de la tête est plus limitée et le côté de la moindre distance entre le flan de la main de l'examineur et le pavillon de l'oreille du sujet (voir article précédent). C'est le cas de loin le plus fréquent, soit 90% des sujets. Il faut donner un prisme oblique sur chaque oeil, de manière à relâcher les 2 muscles petits obliques. La base du prisme est donc tournée en supéro-temporale, à 125° à droite et 55° à gauche. La puissance du prisme est de 2 dioptries pour un oeil et de 3 à 4 dioptries pour l'autre (jamais plus). Le prisme le plus fort est mis du côté où la rotation de la tête est la plus limitée.

Ce cas de bonne correspondance entre les 2 mouvements-tests de rotation et de déflexion de la tête correspond toujours à un appui plantaire mixte pur (Cf cas "e" du tableau synoptique); c'est à dire une répartition presque égale de l'appui sur les 2 pieds. D'ordinaire ces 2 pieds reposent sur le sol en divergence, c'est à dire que les talons sont plus rapprochés que les pointes et à peu près au même niveau d'avant en arrière. Mais nous répétons que cette classification plantaire n'a pas une grande importance pour l'école portugaise.

Le lion dans la cage:

Lorsqu'il n'y a pas de correspondance entre les 2 tests de rotation et de déflexion de la tête, il faut préciser la prescription du prisme par un examen orthoptique au synoptophore de Clement Clarke. A cet instrument et à lui seul. C'est le test du scotome directionnel. La tête du sujet ne doit pas être inclinée vers l'avant ou vers l'arrière, bien droite si possible dans sa position habituelle, calée sur la mentonnière. En revanche, il serait

préférable de supprimer l'appui frontal de l'instrument qui peut induire des positions inhabituelles de la tête.

On fait la mise au point de l'écart pupillaire. On cherche l'angle où il est le plus facile pour le sujet de bien voir le lion et la cage se superposer. C'est à 0° ou tout proche et on solidarise les deux bras du synoptophore. Et l'on tourne l'axe du synoptophore de 20° dans le regard vers la droite (dextrogyre) (fig.16 et 17), puis dans le regard vers la gauche (lévogyre) (fig.18) (lévogyre).



FIG.16- Recherche du scotome directionnel: Le synoptophore tourné vers la droite

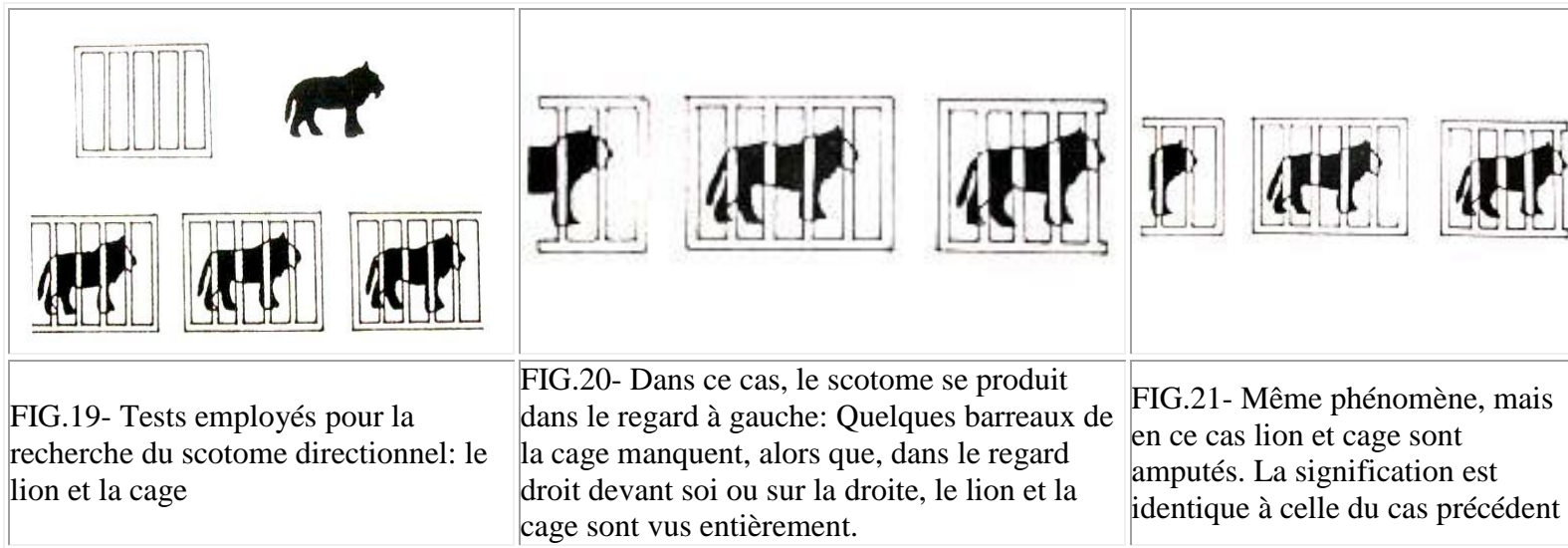


FIG.17- Vu en surplomb de la rotation du synoptophore et du regard vers la droite.



FIG.18- Vu en surplomb du synoptophore et du regard vers la gauche

Les images choisies sont le grand lion et la cage (mires G 3 et G 4 du Clarke: lion devant OD, cage devant OG (fig.19). Mais le phénomène se produit aussi avec le petit lion et la petite cage du même test de la série maculaire). Le test doit se faire en lumière atténuée. On remarquera qu'au fur et à mesure que l'on tourne les oculaires du synoptophore, certains barreaux de la cage ou certaines parties du lion disparaissent, indifféremment sur le test positionné à droite ou à gauche (fig.20 et 21). Test troublant et curieux: Cette éclipse d'une partie de l'un des tests est fugitive et il faut en être prévenu pour la remarquer. Elle pourrait passer inaperçue. Il s'agit bien d'un phénomène cérébral d'inhibition limitée, difficile à expliquer. L'école de Lisbonne s'en sert d'une manière intéressante comme nous allons le voir. À lui seul, ce test justifie le titre que nous aimerions donner à tous ces chapitres: La posturologie de l'ophtalmologiste.



La trouvaille des ophtalmos pour les 10% restants

Il faut distinguer alors 4 cas:

- Le scotome directionnel se produit dans le regard vers la gauche vers 20° . Pas de scotome vers la droite. On doit mettre un prisme sur l'oeil droit base temporale, axe horizontal. Ceci correspond à un appui plantaire droit (Cf cas "a" du tableau synoptique).
- Le scotome se produit dans le regard vers la droite vers 20° . Pas de scotome vers la gauche. On doit prismer l'oeil gauche base temporale, axe horizontal. Ceci correspond à un appui plantaire gauche (Cf cas "b" du tableau synoptique)..
- Le scotome se produit dans le regard à gauche dès 20° et aussi dans le regard à droite, mais pas avant une rotation de 30° . On prescrit un prisme sur l'oeil droit base supéro-temporale axe à 125° . Il s'agit d'un appui plantaire mixte droit (Cf cas "c" du tableau synoptique).. Pour aller jusqu'à 30° de rotation, il est nécessaire dans certains modèles de Clarke de désolidariser les deux bras du synoptophore. Sinon la rotation se bloque vers 25° environ.
- Le scotome se produit dans le regard à droite dès la rotation de 20° de l'axe du synoptophore, mais pas avant 30° dans le regard à gauche. On prescrit un prisme sur l'oeil gauche base supéro-temporale, axe à 55° . Il s'agit d'un appui plantaire mixte gauche (Cf cas "d" du tableau synoptique)..

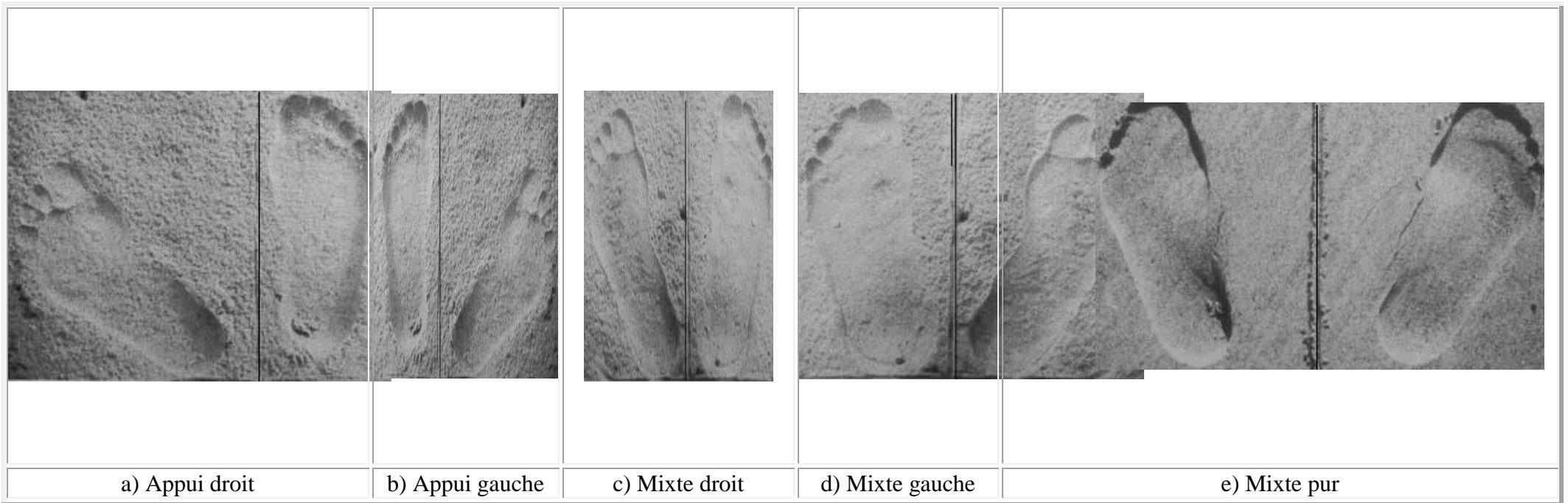
Parfois, le scotome ne se manifeste que pour une rotation plus importante, jusqu'à 40°. L'important est de bien noter quelle est la rotation la plus courte, dextrogyre ou lévogyre, qui provoque le phénomène; Et de voir s'il est uni ou bilatéral.

Remarquons que le prisme se met toujours sur l'oeil situé du côté de l'appui plantaire dominant et surtout opposé à l'apparition la plus rapide du scotome.

Si l'on voulait faire le test pour un appui mixte pur, cas décrit en tout premier, le scotome apparaîtrait dès une rotation d'environ 20° autant à gauche qu'à droite. Mais cet examen n'est pas nécessaire dès lors qu'il y a cohérence entre les deux tests de rotation et de défléchissement de la tête: Cette cohérence signe un appui plantaire mixte pur. Comme indiquée ci-dessus, la prescription prismée est alors bilatérale avec un écart de puissance d'un oeil à l'autre. Rappelons que c'est 90% des cas.

---Se reporter au tableau synoptique, sur lequel on comprendra mieux la position des pieds selon l'appui plantaire---

Cas	Test au synoptophore: le scotome apparaît		Position du prisme	Correspond à un appui plantaire
	dans le regard à D	dans le regard à G		
a	Pas de scotome	à 20°	OD 180°	a) Droit
b	à 20°	Pas de scotome	OG 0°	b) Gauche
c	à 30°	à 20°	OD 125°	c) Mixte Droit
d	à 20°	à 30°	OG 55°	d) Mixte Gauche
e	à 20°	à 20°	OD 125° + OG 55° prisme le plus fort du côté où la rotation de la tête est la plus limitée	e) Mixte Pur



Souvenons-nous déjà que l'un des pieds est posé plus de travers que l'autre. C'est le pied d'appui accessoire. La jambe et la cuisse correspondantes ont un hypertonus pour leurs muscles rotateurs externes et extenseurs. Le traitement vise à égaliser le tonus musculaire des deux jambes. Mais pas seulement de la jambe...

Que faut-il encore à ce prisme?

Nous venons de parler de la position des prismes: côté, base, axe. Mais quelle puissance choisir? Elle est en fait minimale et ne dépasse jamais plus de 4 dioptries. Au-delà, elle provoque une diplopie. L'effet postural n'est plus possible.

C'est le résultat immédiat sur le tonus des muscles qui va guider le choix de la puissance. On met sur une lunette d'essai un prisme de 2 dioptries chez l'enfant, de 3 dioptries chez l'adulte avec l'orientation indiquée. Ou bien un prisme sur chaque oeil, en cas d'appui mixte pur. Nous l'avons déjà dit.

Et les tests sont refaits:

- Appréciation de la position des pieds, convergence tonique, test oeil-main, rotation de la tête et ouverture de la bouche. Quel étonnement de voir d'emblée l'asthénopie de convergence disparaître, le test oeil-main se normaliser, la rotation de la tête s'égaliser et les doigts s'engouffrer dans une bouche bien plus ouverte par décontraction des muscles masticateurs.
- Si cette normalisation est insuffisante, il faut passer à un prisme de 1 dioptrie supérieure. D'ordinaire la puissance moyenne nécessaire est un peu plus faible chez l'enfant en prescription uni ou bilatérale. L'apparition d'une diplopie signe qu'il faut diminuer la puissance du prisme à moins que l'on se soit trompé dans son orientation.
- Dans l'appui plantaire mixte pur, cas le plus fréquent, pourquoi a-t-on le plus souvent besoin de 2 dioptries à droite et de 3 à gauche si le sujet est originaire du sud et le plus souvent 3 à droite et 2 à gauche pour les origines nordiques? Que de choses encore inexplicables?

Des lunettes, et des bonnes!

Les lunettes sont exécutées chez un bon opticien. Si la personne a besoin d'une correction amétropique, il faut la mélanger à la prescription posturale. Inutile de dire que l'écart pupillaire doit être scrupuleusement respecté, sinon on risque de générer un autre effet prismatique non recherché qui pourrait fausser la prescription.

La stabilité de la monture est importante. L'opticien doit veiller à donner une monture solide, peu déformable et à bien l'ajuster au visage. On conseille un léger coude de 3° au niveau du nez dans le plan frontal (fig.27) et une inclinaison de 15° sur la verticale (le bas du verre en arrière). Pour les enfants, un petit pont en plastique reposant sur l'arête nasale renforce encore la stabilité. Dès que les lunettes sont mises au point, il est bon de les mettre sur la platine d'une photocopieuse. Cette photocopie permettra de surveiller une déformation possible et d'indiquer qu'une remise en forme est nécessaire.

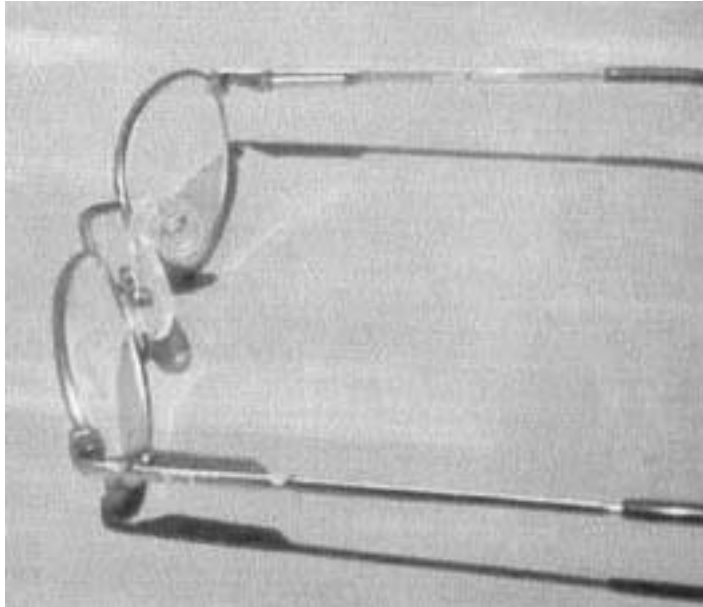


FIG. 27- Les lunettes doivent avoir une inclinaison de 15° sur la verticale. Les plans des verres sont décalés l'un et l'autre de 3° au niveau du nez.

La prescription de prismes est une manière étonnante de corriger le tonus musculaire et donc le déficit postural. Cette prescription est l'une des principales clés qui nous fait rentrer à l'intérieur du système proprioceptif pour le reconditionner. Son action est admise comme provoquant une relaxation des muscles rotateurs externes et extenseurs du membre inférieur opposé à l'oeil prismé. Mais il décontracte en fait les muscles hypertoniques du haut en bas du corps. Malgré son effet primordial, ce n'est pas à lui seul suffisant. Négliger les autres clés de réparation serait souvent aller vers un échec avec d'ailleurs des prismes mal supportés. Il faut maintenant s'occuper de la plante des pieds et de la reprogrammation posturale.

Les semelles, mais lesquelles?

Si la prescription de prismes est préconisée depuis quelques décennies, il avait semblé bien plus évident depuis longtemps que les déséquilibres de la statique du corps pouvaient être compensés par une semelle plus épaisse à droite ou à gauche. Et l'on n'avait pas ménagé ses effets. Après un examen de la colonne vertébrale, des épines iliaques, on prescrivait *larga manu*. Mais c'était oublier que les palpeurs et muscles plantaires, trop sollicités, pouvaient finir par s'atrophier et le résultat devenait inverse. Au delà d'une surépaisseur de 3 mm, il y a risque d'écrasement de ces

récepteurs, avec apparition de zones nuisibles, nociceptives. Ces zones nociceptives sont dues également à des déformations du pied. Les chaussures en sont souvent aussi la cause.

L'école portugaise a donc abandonné les semelles de compensation pour utiliser un autre système basé sur la **réflexion des infrarouges** envoyés par la chaleur plantaire (fig.28). Des petits miroirs infrarouges placés au niveau de la voûte plantaire incitent les orteils à fléchir pendant la marche au moment où le pied passe de l'appui plantaire horizontal à l'appui antérieur.

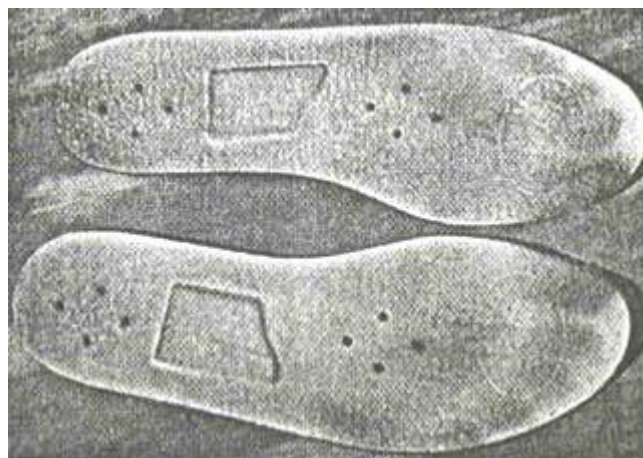


FIG.28 - Les semelles posturales: La trace des appuis se remarque bien sur ces semelles un peu usagées. La zone la plus ombrée correspond au gros orteil, mettant ainsi l'accent sur son rôle prépondérant. Le miroir réfléchissant les infrarouges se situe au niveau de la voûte plantaire.

Le gros orteil est l'une des clés de notre équilibre. Cette incitation au travail des orteils agit sur le tonus musculaire de toute la moitié inférieure du corps. Elle a été étudiée par stéréophotogrammétrie. Cette méthode consiste à envoyer des faisceaux parallèles d'ombre et de lumière en couches successives, tangentes au relief musculaire dorsal. Elle met en valeur les changements de ce relief.

On peut ainsi déterminer que les prismes agiraient surtout sur la partie supérieure du corps en s'amenuisant en V pour finir vers le bas de la colonne vertébrale (fig.29). En revanche, les influx plantaires agissent sur le bas du corps sur une zone en forme de M, dont la concavité supérieure encadrerait le bas du V.

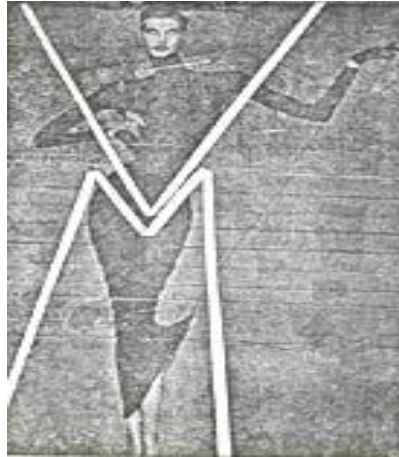


FIG.29 - Les prismes agissent sur la partie supérieure du corps jusqu'au bas de la colonne vertébrale. Les semelles influent sur la partie inférieure en encadrant le V supérieur.

La semelle dans la chaussette

Si l'on veut que les semelles agissent, et que la réflexion des infrarouges ne se perde pas, il faut les porter à même la peau plantaire. Ne pas hésiter à les introduire dans les chaussettes.

On les nettoie avec un coton imbibé d'alcool. Elles sont lavables aussi au lave-linge, mais jamais à une température de plus de 40°. Si elles devaient être un peu raccourcies, il faut mesurer le raccourcissement nécessaire, puis, enlever un tiers de la mesure au talon et deux tiers à la pointe. Afin qu'elles trouvent leur place, il faut souvent ajouter une pointure de plus aux chaussures, surtout pour les enfants.

Les semelles sont toujours les mêmes. Seule change la pointure.

La rééducation posturale

Une fois les lunettes prescrites, les semelles achetées, le sujet est muni de son matériel principal. Sous peu, il s'habitue au port et aux quelques modifications visuelles que cela entraîne. Il trouve les autres personnes plus petites. Et cela, en l'absence de diplopie. A condition de bien répondre au déficit postural, ces prismes sont fort bien supportés.

En revanche, les "prismes d'allégement" inclus dans certains verres progressifs le sont beaucoup moins. Ils ont été inclus pour rendre les verres plus fins dans leur partie supérieure et faciliter le regard vers le bas en vision proximale. Une bonne partie des intolérances aux progressifs serait due à ces prismes. Il serait souvent bon de demander qu'on les supprime, ce que savent faire les fabricants (Essilor, Rodenstock).

Le sujet va avoir à se munir de plus de persévérance pour sa rééducation posturale.

La rééducation en quatre dimensions: Debout et marche, dors, respire, lis et écris.

- ***Debout et marche***

Debout, à l'arrêt, il faut surveiller sa position de bas en haut. Les pieds sont mis parallèles, le pied droit légèrement en retrait. Le corps un peu en avant doit reposer plutôt sur la jambe gauche. Rentrer le ventre et avancer un peu les épaules. Les mains se rejoignent en avant. La tête droite, le menton légèrement rentré. Si vous voulez un modèle, regardez l'épouse de Ramsès II, la reine Néphertari (fig.30), ou bien allez à Abou Simbel.



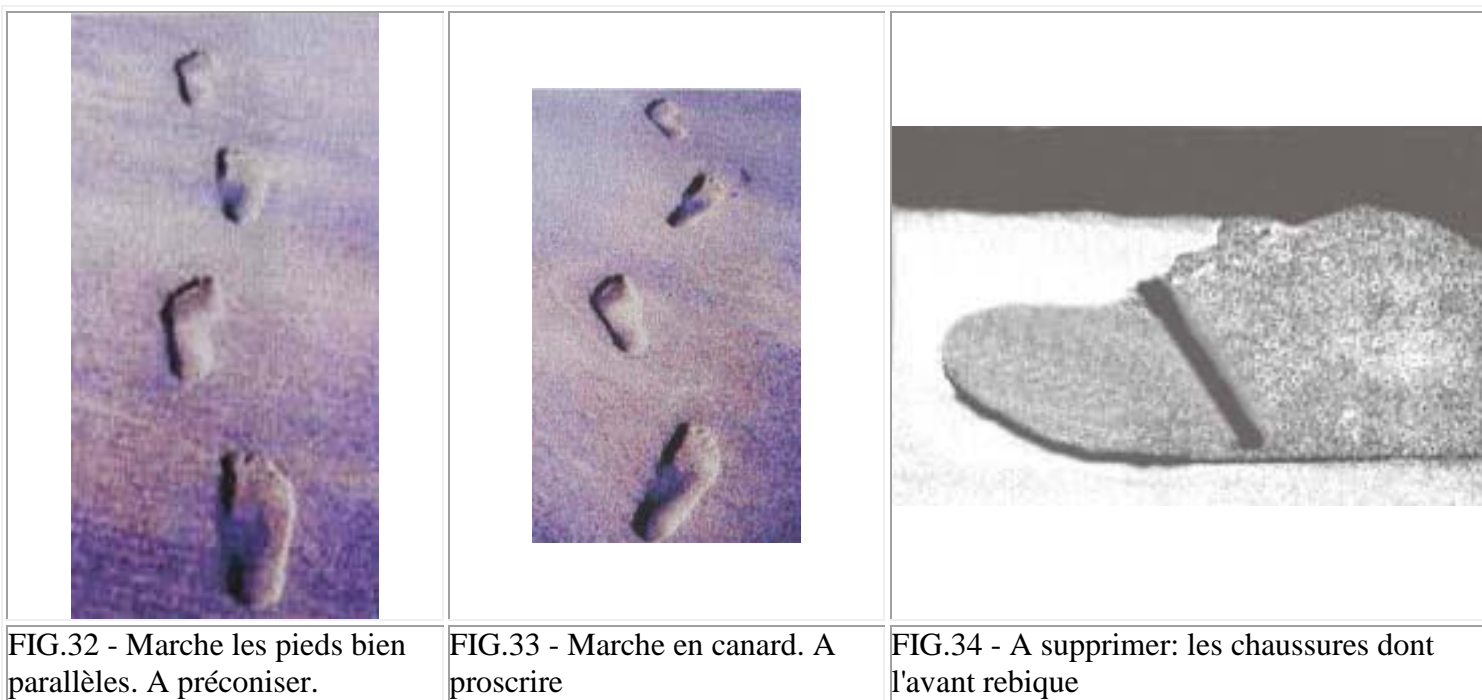
FIG.30 - Nephertari: posture debout optima

Appuyé contre un mur, mettre les 2 pieds à environ 5 à 10 cm en avant du mur, les jambes raides. Le reste du corps comme indiqué ci-dessus. Le dos assez collé au mur (fig.31).



FIG.31 - Attitude adossée à un mur: Les pieds bien parallèles sont écartés du mur d'environ 10 cm. La courbure dorsale est rectifiée. La tête est en légère flexion. Les incisives se touchent par leurs tranchants. Les mains sont croisées en avant. Dans cette attitude, on favorise la respiration ventrale.

Pendant la marche, avancer les pieds bien parallèles (fig.32), pas de marche en canard (fig.33). Le pied doit rouler sur le sol d'arrière en avant en 3 temps: pose du talon, de la sole plantaire, puis des orteils. Les semelles réfléchissantes doivent pouvoir aider ce mouvement. Mais il faut surtout que les chaussures ne se relèvent pas en avant en spatule de ski (fig.34). Sinon, les orteils ne peuvent faire leur travail. La semelle de la chaussure ne doit pas être trop élastique. Le pied doit sentir le sol. Les enfants réapprennent à marcher assez vite. Pour les adultes, il faut qu'ils y pensent plus longtemps avant de l'acquiescer spontanément.



- **Dors**

Il faut dormir sur un matelas bien horizontal et assez dur. Éventuellement, une feuille de contreplaqué avec un léger revêtement souple de 5 cm suffit. L'oreiller passe du chevet au bas du lit. Sa fonction est de soulever les draps pour laisser les pieds libres du poids des draps et couvertures.

Sur cette surface, 2 positions de plus grande relaxation sont à privilégier:
 - Sur le dos, bien à plat, les jambes droites et les pieds bien verticaux (fig.35). L'oreiller empêche la tendance des pieds à retomber sur les côtés sous le poids des draps.



FIG.35 - Attitude de sommeil: Sur le dos, les pieds bien parallèles. L'oreiller soulève les draps et non la tête.

- la deuxième position est plus complexe. Se référer à la photo (fig.36) pour mieux comprendre. Sur le ventre, la jambe droite bien allongée et ramenée un peu en avant, le bras droit allongé en arrière le long du corps. La jambe gauche pliée fait comme un 4 avec la jambe opposée, et son coup de pied repose sur le mollet de la jambe opposée. Le bras gauche replié, la main bien à plat devant la figure. Le visage est tourné vers la gauche. Dans cette position, le regard doit voir, dans le même alignement, le coude gauche, le genou gauche et le bout du pied droit. Il ne reste plus qu'à se laisser aller, mou sur le matelas. Le bassin et les épaules s'affaissent. L'oreiller n'a plus sa raison d'être sous la tête. On pourrait prendre la même position sur le côté opposé, mais il semblerait que la circulation se fasse moins par légère compression cardiaque...



FIG.36 - Attitude de sommeil la meilleure. Elle favorise la détente musculaire.

- ***Respire***

Deux exercices sont recommandés pendant 5 minutes chacun, chaque jour. Le compte-minute évite la tricherie.

- Le premier se fait debout, adossé contre le mur dans la position déjà décrite plus haut. Il faut privilégier la respiration abdominale pour faire travailler le diaphragme. Il faut aussi expirer doucement l'air résiduel, celui que l'on laisse habituellement dans ses poumons en fin d'expiration. Le laisser filer entre ses incisives réunies par leurs tranchants. Cette position de la mâchoire libère le trijumeau qui passe près de l'articulation du maxillaire inférieur.
- Le second exercice respiratoire se fait couché sur le dos, après avoir mis une chaise couchée en travers du lit (fig.37). Les jambes doivent faire un peu le Z. Rentrer le ventre, le dos bien à plat. Expirer bien à fond entre les incisives et inspirer en préférant la respiration abdominale. Aider cette respiration en appuyant avec ses mains sur le haut du ventre.



FIG.37 - Attitude d'exercice respiratoire: Les jambes en Z surélevées par une chaise.

- ***Ecris et lis***

La norme européenne de l'assise d'une chaise est de 44 cm au-dessus du sol. Compte tenu de cela, il faut calculer un repose-pied de manière que le creux poplité décolle légèrement du plateau de la chaise; D'environ 2 doigts (fig.38). Par exemple, pour les enfants de 8 à 9 ans, le repose-pied mesure en gros 16 cm de haut. Vérifier si le siège de travail à la maison ou à l'école correspond bien à la norme. Sinon, rectifier la hauteur du repose-pied d'autant afin d'obtenir que les genoux soient légèrement plus hauts que les hanches.

Le livre, le cahier est mis sur un pupitre posé sur la table de travail de telle sorte que la lecture ou l'écriture se fasse sur un plan incliné de 30° sur l'horizontale. Ces deux aménagements deviennent encore plus utiles pour un enfant dyslexique. Il faut faire accepter ces aménagements par les enseignants. Toute maman est capable de construire en contreplaqué les repose-pieds et les pupitres pour la classe et la maison. Elle trouvera la force de persuasion pour l'imposer aussi à l'école. A vos rapporteurs, équerre et mètre de couturière, mesdames. Les papas, ne vous tapez pas sur les doigts! Et quel plaisir de voir ensuite changer le comportement de votre enfant.



FIG.38 - Attitude de lecture et d'écriture sur plan incliné à 30° sur l'horizontale. Les pieds sur un repose-pied qui soulève légèrement les genoux par rapport aux hanches. Particulièrement recommandé pour les dyslexiques.

Le suivi, les résultats

Les lunettes sont à porter le plus souvent possible, du lever au coucher. Toutefois, il existe une certaine rémanence de l'effet des prismes qui peut aller de quelques quarts d'heure au moment des essais (attention, cela est à prendre en compte dans l'évaluation au cours de l'examen) jusqu'à plusieurs jours après un port prolongé.

Une visite chez l'opticien pour redresser les montures est utile au bout de 6 mois. Surtout si la photocopie de la monture révèle une déformation. L'ophtalmologiste aimera dans les premiers temps revoir son patient plus vite pour apprécier les résultats. Avec plus d'expérience, il espacera les contrôles à un an.

Bien sûr, dans la mesure du possible, pour la reprogrammation posturale, l'aide d'une conseillère permet de préciser certains détails oubliés pour la marche, la station debout, le sommeil. Elle peut vérifier si tout est bien mis en oeuvre et rappeler qu'il s'agit d'un tout où rien ne doit être abandonné.

Trois effets qui pourraient passer inaperçus

Les progrès sont parfois immédiats sur le plan du tonus musculaire. Ainsi disparaissent vite certaines contractures. Il est remarquable que, sitôt les prismes en place, le tour de taille diminue. Le pantalon ne serre plus à la ceinture. Certaines personnes ont une impression de soulagement, de légèreté. Il est plus facile de lever les bras en l'air. Attention aux enfants dyslexiques chez qui cette sensation de bien-être inciterait facilement à ne plus faire d'effort.

Lorsque existent des points douloureux, la pose du prisme les fait disparaître presque aussitôt. Parfois ces points sont à rechercher (fig.39). Ils sont mis en évidence à la percussion de la joue, à la palpation de la base du cou, du tiers moyen de la face dorsale de l'avant bras, du grill intercostal juste en dessous et en dehors du sein et, du côté opposé, au niveau des adducteurs de la cuisse près du creux inguinal. Il en est de même des 3 points de Hartmann; points douloureux au niveau de l'angle supéro-interne de l'orbite, de la tempe et de la nuque.



FIG.39 - Les différents points douloureux fréquents en cas de SDP.

Cet ensemble de mesures semble aussi agir sur le système sympathique et parasympathique. Il s'ensuit une vasodilatation, visible parfois au niveau du visage, qui se recoloré, encore plus évident par thermographie de la face.

Enfin la cartographie cérébrale démontre une normalisation de l'activité neuronale. Avant le traitement, la cartographie cérébrale pour les ondes lentes delta et téta indique une asymétrie marquée entre les deux hémisphères. Il existe des zones d'hypermicrovoltage. La puissance peut monter jusqu'à 1500 à 1600 microvolts-carré. Après traitement, le voltage se normalise autour de 200 à 300 microvolts-carré.

C'est peut-être ce qui explique cette nouvelle aptitude à la mémorisation, à l'apprentissage qui favorise les progrès des enfants dyslexiques. On peut se figurer que les inhibitions, dont l'enfant avait besoin pour neutraliser certains influx posturaux en contradiction avec d'autres, s'étendaient au-delà de cette fonction pour déborder vers d'autres fonctions cérébrales qu'ils inhibaient aussi.

Bien sûr, on est dans le domaine des hypothèses. Il était plus aisé de trouver le chemin entre des troubles musculaires et la déficience posturale. Il fallait toute la finesse de l'observation clinique, dont ont fait preuve Martins da Cunha et Alves da Silva pour rattacher la dyslexie au SDP.

Mais le retard qu'ont pris ces enfants oblige à restructurer tout ce qu'ils ont mal assimilé. Ce n'est pas le moment de relâcher les efforts. "Lorsque le fer est chaud, c'est alors qu'il faut le modeler", aime à dire Orlando Alves da Silva.

Et l'orthophoniste?

Les séances d'orthophonie pour les dyslexiques, les exercices scolaires doivent continuer. Mais l'attention de l'enfant est plus soutenue, la compréhension des mécanismes grammaticaux se fait mieux, la mémorisation de l'orthographe s'améliore, l'écriture se normalise, les gestes deviennent plus précis. La représentation de son corps (normalisation du test oeil-main) lui permet de mieux percevoir où est sa gauche et sa droite, où se situent avant et arrière, avant et après. La copie et la reproduction de mémoire de la "figure complexe de Rey" montrent une amélioration. Les progrès sont plus aisés mais ne sont pas acquis comme par magie. L'effet du comportement extra-scolaire est plus vite obtenu. Je renvoie le lecteur à l'interview d'une maman de dyslexique déjà publié plus avant.

Quand peut-on supprimer les prismes?

Pour cela, il faudrait que le patient soit capable de garder spontanément une posture correcte sans ses prismes. C'est assez rare surtout chez l'adulte.

En pratique, un bilan annuel refait le point, modifie si nécessaire la prescription et fait le bilan des symptômes et des signes objectifs. Revérifier l'ensemble dès que le malade se sent moins bien.

Alves da Silva O. and al.: Fusion, Visual information and Proprioceptivity. Proceedings XVII Meeting of ESA Madrid 1988 J. Murube del Castillo Editor . p.89-93.

Baron J.B. Correction prismatique dans les syndrômes subjectifs post-commotionnels. Bull. Soc.Belge. Opht. 1963, 133,245.

Bérard P.V.: Proprioception et motilité oculaire. Coup d'Oeil Opht.1994, n°48, p.26-39

Bérard P.V. et O. Alves da Silva: Les prismes posturaux. Leur utilisation en pratique quotidienne. Coup d'Oeil Opht.1994, n°53 p. 29-36

Martins da Cunha H.: Le syndrome de déficience posturale, son intérêt en ophtalmologie. Jour. Fr. d'ophtalmologie1986, 9, p;747-755.

Gagey P.M.:L'oculomotricité comme endocapteur du système postural. Agressologie 1987, 28, p.899-903.

Roll JP. et Roll R.: La proprioception extraoculaire comme élément de référence posturale et de lecture spatiale des données rétiniennees Agressologie1987, 28, 905-911.

Vital-Durand F.: Anatomie fonctionnelle des voies optiques intracrâniennes. Encycl. M-Chir. Opht. 1986, 21008 A 40,4-11-04.