

La satisfaction des patients accueillis en SMR Basse Vision

"Le Centre et les intervenants sont très professionnels"



des patients sont satisfaits de leur parcours de soins

"Accueil convivial des professionnels : sourire, invitation à s'asseoir, proposition à prendre une boisson"

"Personnel très chaleureux"

"Séances qui ont aidé à accepter et vivre autrement"



"Accueil chaleureux et bienveillant"

"La venue au Centre est un espace de rencontre et d'échange sur les pathologies respectives qui crée du lien social"

PAUPIÈRES



Tumeurs malignes des paupières : conduite pratique du diagnostic à la prise en charge

Par le Dr Adrien LOSSOUARN, ophtalmologue à l'Institut Ophtalmique de Somain

Tumeurs malignes des paupières : conduite pratique du diagnostic à la prise en charge opératoire.

Les tumeurs malignes palpébrales représentent la majorité des cancers cutanés de la région périoculaire, dominés par le **carcinome basocellulaire (CBC)**, suivi du **carcinome épidermoïde (CE)**, du **carcinome sébacé** et plus rarement du **mélanome**. Leur potentiel destructeur local impose une reconnaissance précoce et une prise en charge structurée, coordonnant dermatologues, ophtalmologues et chirurgiens oculoplasticiens.

1. Repérage clinique et critères d'alerte

Toute lésion palpébrale chronique, évolutive ou atypique, indurée et saignant doit être considérée comme maligne jusqu'à preuve du contraire. Les signes devant alerter incluent :

- Ulcération non cicatrisante, bord perlé (CBC).
- Induration, kératose, saignement spontané (CE).
- Épaississement tarsal diffus, kératite chronique unilatérale, perte de cils (carcinome sébacé).
- Lésion pigmentée asymétrique, modification d'aspect (mélanome).

La **perte de cils**, l'**éversion du bord libre**, la **distorsion du relief palpébral**, ou une **récidive après exérèse présumée bénigne** sont des signes forts de malignité.

Chez les sujets âgés, tout aspect inhabituel doit motiver un avis spécialisé rapide.

2. Imagerie et examens complémentaires

taires : indications ciblées

L'imagerie n'est pas systématique. (Souvent non nécessaire)

- **Échographie orbitaire ou IRM** : suspicion d'extension profonde, atteinte du plan tarsal ou du canthus interne.
- **Scanner** : extension osseuse ou préparation d'une chirurgie complexe.
- **Bilan ganglionnaire** : mélanome, carcinome épidermoïde à haut risque, carcinome sébacé étendu (échographie, éventuellement PET-CT selon contexte local).

3. Choix de la biopsie : un temps essentiel

Une **biopsie palpébrale** est recommandée pour toute lésion suspecte avant planification opératoire (sauf mélanome évident où l'excision complète avec marge adaptée peut être discutée).

Elle est simple, réalisée en salle de soins, à la lame froide, en bordure de la lésion, à la jonction avec la peau saine. Le geste est rapide, indolore sous anesthésie locale, quelque soit la zone.

Les résultats sont donnés entre 7 jours et 3 semaines maximum selon les analyses pratiquées.

4. Exérèse chirurgicale et organisation opératoire

La chirurgie repose sur l'exérèse complète avec marges de sécurité :

- **CBC** : marges 3-4 mm en exérèse standard ou chirurgie micrographique (type Mohs) selon disponibilité.
- **CE** : marges 4-6 mm, chirurgie micrographique privilégiée si localisation complexe.
- **Mélanome** : marge selon épaisseur de

Breslow (généralement 5-10 mm), adaptation impérative à la région palpébrale.

- **Carcinome sébacé** : exérèse large, parfois cartographie conjonctivale peropératoire.

La reconstruction est décidée selon la perte de substance : lambeaux locaux, greffes cutanées, ou reconstruction lamellaire en deux temps (notamment lésion intéressant plus de la moitié de la paupière).

Une coordination étroite avec l'anatomopathologie est essentielle pour assurer l'analyse en marges.

Parfois une lésion complexe nécessite un examen rapide des bords avec l'anatomopathologie en moins de 24 heures, ce qui permet une reconstruction en zone saine le lendemain (technique de « pseudo Mohs »).

5. Suivi post-opératoire

Surveillance prolongée :

- CBC : tous les 6-12 mois.
- CE, sébacé, mélanome : suivi rapproché (3-6 mois), bilan ganglionnaire selon risque.



La lettre

INSTITUT OPHTALMIQUE DE SOMAIN

JANVIER 2026



A LA UNE

Centre Régional Basse Vision

Le Centre Régional Basse Vision est un service de soins médicaux et de réadaptation (SMR). Il prend en charge des patients adultes en situation de déficience visuelle. L'établissement les accueille en hôpital de jour, sur adressage du médecin traitant ou ophtalmologue. Il peut accueillir jusqu'à 25 patients en provenance de toute la région. Le Centre Régional Basse Vision de l'Institut Ophtalmique de Somain est le seul SMR basse vision au Nord de Paris.



Les maladies concernées

Le Centre Régional Basse Vision apporte des réponses variées face à la diversité des problèmes visuels existants :

-Atteintes de la vision centrale :

DMLA, Maladie de Stargardt, Maladie de Best, Neuropathie optique de Leber, L'Albinisme, Dystrophie des cônes

-Atteintes de la vision périphérique :

Dystrophie rétinienne dont rétinite

pigmentaire (avec les formes syndromiques : Maladie de Usher/ Syndrome de Bardet-Biedl), Amaurose congénitale de Leber, Glaucome évolué

-Atteinte de la vision centrale et périphérique :

Rétinopathie diabétique, Rétinite pigmentaire évoluée, Décollement de rétine

-Amétropie :

Forte myopie dégénérative

-Atteintes des milieux transparents : Pathologies cécitantes de la surface oculaire, Cataracte congénitale

-Affections neurologiques avec répercussion ophtalmologique :

Cécité corticale, Agnosie visuelle, Hémianopsie, Tumeurs cérébrales

-Traumatismes oculaires

-Aniridie

LES MÉTIERS DU CENTRE BASSE VISION

ORTHOPTISTE

Le travail de l'orthoptiste en SMR Basse Vision est d'apprendre à voir autrement. Il vise à optimiser les capacités visuelles fonctionnelles du patient pour favoriser son autonomie dans les activités de la vie quotidienne. Après un bilan sensori-moteur et fonctionnel, une rééducation personnalisée peut être proposée, reposant sur l'utilisation adaptée des aides optiques et un travail de fixation de suppléance ou de balayage visuel selon l'atteinte du champ visuel (central, périphérique ou mixte) à l'aide de supports et d'un travail guidé pour favoriser et optimiser les stratégies visuelles.

OPTICIEN

Les missions principales de l'opticien sont :

- Évaluer les capacités visuelles résiduelles du patient (Acuité optimisée après réfraction, sensibilité à la lumière, sensibilité au contraste)
- Proposer des aides optiques (filtres, loupe optique ou électronique) et non optiques (éclairage, pupitre) adaptées à leurs besoins
- Accompagner le patient dans l'apprentissage et l'utilisation de ces aides

ENSEIGNANT EN ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Les objectifs de l'enseignant en APA sont d'améliorer les capacités physiques des patients qui présentent une déficience visuelle. En effet, les pathologies visuelles ont plusieurs conséquences sur le plan physique comme les pertes d'équilibre, les mauvaises postures, la désorientation, les vertiges, la baisse d'activité qui entraîne donc la diminution de force musculaire, la baisse de confiance en soi et l'altération du schéma corporel.

Suite à un bilan complet afin d'évaluer l'équilibre, les capacités fonctionnelles, la souplesse, la coordination, le risque de chute et la marche, nous travaillons sur ces différents aspects pour limiter les mauvaises compensations et apprendre de nouveaux gestes pour se sentir plus sûr de soi. Nous pratiquons également des sports adaptés (Showdown, Cécifoot, Tandem) dans un objectif de continuité et d'orientation vers des clubs handisport ou des clubs qui proposent des adaptations.

ERGOTHÉRAPEUTE

Le travail de l'ergothérapeute auprès des patients est de leur permettre de conserver, ou de retrouver une autonomie et une indépendance dans leurs activités de vie quotidienne. Donc cela passe par des mises en situations, des préconisations d'aides techniques, d'aménagements. Mon intervention vise à structurer l'utilisation des sens compensatoires, à optimiser leurs capacités résiduelles et à mobiliser les ressources d'adaptation afin d'élaborer des stratégies fonctionnelles transférables dans leur quotidien.

Pour répondre à ces objectifs, je travaille avec le jeu et l'activité, afin de donner au patient du sens à sa rééducation. L'ergothérapeute est au carrefour des différentes disciplines en basse vision, et de ce fait travaille en étroite collaboration avec les différents professionnels.

INSTRUCTEUR EN LOCOMOTION

Le rôle de l'instructeur en locomotion est de répondre aux difficultés de déplacement des personnes déficientes visuelles en prenant en compte leur vécu et leurs capacités. Il propose un projet individualisé qui prend en considération les besoins et a pour objectif de permettre aux personnes déficientes visuelles de retrouver aisance, sécurité et autonomie dans leurs déplacements à l'intérieur et à l'extérieur. Pour cela, il va leur transmettre des techniques et des stratégies assurant un déplacement sécurisé, tout en s'appuyant sur le développement du potentiel multisensoriel et cognitif.



SECRÉTAIRE

Son rôle est :

- D'accueillir, renseigner et être à l'écoute des patients.
- De planifier les rendez-vous.
- D'assurer les tâches administratives.
- De gérer les imprévus, les retards et les annulations.

ASSISTANTE SOCIALE

Le rôle de l'Assistante sociale en SMR Basse Vision est d'établir une évaluation de la situation globale actuelle du patient, afin d'identifier avec lui ses besoins, ses difficultés et ses attentes. J'accompagne la personne, actrice principale de sa prise en charge dans les différentes démarches telles que : - La vérification de l'ouverture des droits classiques mais aussi la présentation des différents dispositifs et aides existants (MDPH, APA, CPAM...) ; - La mise en place d'aides Humaines et/ou techniques/financières afin de pallier au handicap. - L'accompagnement peut concerner également la sphère professionnelle. Le handicap pouvant survenir de manière subite ou insidieuse, le projet professionnel se voit souvent remis en question. En bref, chaque situation étant différente, les problématiques sont multiples, et mes missions s'inscrivent à la fois au sein de l'équipe pluridisciplinaire de Somain mais également dans un réseau de professionnels spécialisés dans la basse vision.

INSTRUCTEUR EN NUMÉRIQUE

L'instructeur en numérique accompagne les personnes déficientes visuelles dans l'utilisation autonome et efficace des outils numériques (ordinateur, smartphone, tablette), en tenant compte de leur pathologie visuelle, de leurs capacités et de leurs projets de vie.

Son rôle repose avant tout sur une évaluation personnalisée des besoins, qui prend en compte :

- Le type de déficience visuelle (cécité, malvoyance, atteinte centrale ou périphérique),
- Les activités numériques souhaitées (communication, information, loisirs, travail),
- Le niveau de compétences informatiques,
- L'environnement matériel et logiciel.

À partir de cette évaluation, l'instructeur :

- Propose et configure des solutions d'accessibilité adaptées (lecteurs d'écran, grossissement, outils vocaux, braille, réglages d'affichage),
- Assure une formation progressive et individualisée,
- Accompagne la personne dans la durée pour favoriser l'autonomie et réduire la fatigue visuelle.

Il travaille en collaboration étroite avec les ophtalmologistes et les professionnels de la rééducation visuelle, afin d'assurer une prise en charge cohérente et globale.

L'objectif final : permettre à chaque personne déficiente visuelle de tirer pleinement parti du numérique, quel que soit son niveau de vision, grâce à des outils adaptés et un accompagnement sur mesure.

INSTRUCTEUR DANS LES ACTIVITÉS DE LA VIE JOURNALIÈRE (AVJ)

L'AVJ est une formation spécifique à la déficience visuelle.

Le rôle de l'avéjiste est d'aider au mieux les personnes déficientes visuelles ou aveugles à trouver ou retrouver un maximum d'autonomie dans leur vie quotidienne, rendue difficile sans le contrôle de la vision ou avec une très basse vision. L'accompagnement est basé sur le développement des potentiels sensoriels et cognitifs, la mise en place de méthodes, d'une organisation spécifique, l'adaptation de matériel et de l'environnement.

Un ensemble de techniques spécifiques est proposé pour amener la personne à s'approprier des gestes adaptés pour pallier aux difficultés rencontrées.

L'objectif est la valorisation de l'image de soi, le gain en autonomie, le confort quotidien, l'accès à une qualité de vie.

Ce que peut apporter l'AVJ : une diminution de certaines difficultés dans le quotidien, une meilleure confiance en soi pour agir seul, un degré d'autonomie suffisant pour limiter l'aide d'un tiers et une acquisition d'une meilleure maîtrise gestuelle.

PSYCHOLOGUE

Une première rencontre en entretien psychologique avec la personne déficiente visuelle est proposée, afin de lui donner un espace de parole pour exprimer son vécu du handicap, depuis l'annonce et/ou la survenue, jusqu'à aujourd'hui.

Ce temps d'échange permet notamment d'apprécier la compréhension de la personne concernant sa pathologie, d'accueillir les répercussions que cela provoque dans sa vie de tous les jours ainsi que concernant ses relations interpersonnelles, et aussi de constater les ressources mobilisables pour entamer une rééducation.

Par la suite, si la personne le souhaite, un suivi peut lui être proposé au rythme de la rééducation globale. L'objectif de cet accompagnement sera d'échanger avec le patient concernant son vécu de la rééducation, c'est-à-dire ses ressentis, ses difficultés, ses satisfactions. Aussi, selon le profil et les besoins du patient en lien avec son accompagnement global, nous sommes parfois amenés à travailler ensemble autour des thématiques d'estime de soi ou de gestion émotionnelle.

De plus, un groupe de parole est proposé à chaque patient, avec pour objectif premier de permettre la rencontre et l'échange avec des personnes susceptibles de rencontrer des difficultés similaires au quotidien. Ces temps de parole permettent aussi de mobiliser les astuces mises en place par les patients eux-mêmes, dans une logique de partage d'expérience. Aussi, notre assistante sociale est amenée à intervenir lors de ces groupes afin de sensibiliser les personnes concernant des problématiques relatives à sa profession, selon ce qui sera relevé à ce moment-là par les patients lors du temps d'échange.

Enfin, un café des aidants est également proposé aux proches, en collaboration avec l'assistante sociale du centre. L'objectif de ces temps d'échange est de proposer une rencontre entre les personnes qui accompagnent au quotidien nos patients, afin de créer du lien et d'impulser une forme de soutien, en étant à leur écoute tout en leur exposant les possibilités en termes de répit de l'aïdant les concernant.