

DOSSIER DOCUMENTATION
CONFERENCE N°74

PREVENTION

EDUCATION

SANTE



***L'ŒIL : CATARACTE, CHIRURGIE DE LA MYOPIE,
GLAUCOME, DÉGÉNÉRESCENCE MACULAIRE
LIÉE À L'ÂGE***

JEUDI 24 MAI 2007 à 20h30

Espace Mendès-France

Intervenants

Pr Paul DIGHIÉRO – Chef de service – Ophtalmologie

Dr Martial MERCIÉ – Praticien hospitalier – Ophtalmologie

Dr Athanase GOTZAMANIS, Ophtalmologiste à Châtellerault

LA CATARACTE

Le cristallin est une lentille intra-oculaire qui permet la mise au point de l'image sur la rétine. La cataracte est une opacification du cristallin qui atteint plus d'une personne sur cinq à partir de l'âge de 65 ans, plus d'une personne sur trois à partir de 75 ans et près de deux personnes sur trois après 85 ans. Elle est caractérisée par une baisse de l'acuité visuelle, l'apparition lente et progressive d'un brouillard, ainsi que l'éblouissement à la lumière vive, et la baisse majeure de la vision des couleurs et des contrastes.

Très souvent la cataracte passe inaperçue pendant de longues années, du fait du caractère particulièrement lent de son évolution sur plusieurs années. Elle est la principale cause de baisse d'acuité visuelle chez les personnes entre 60 et 80 ans. Le seul moyen d'établir le diagnostic est une consultation régulière chez l'ophtalmologiste à partir de la soixantaine. Le seul traitement disponible actuellement est chirurgical. Les techniques chirurgicales ont énormément évolué ces dernières années, grâce au progrès de la chirurgie sous microscope et par des instruments miniaturisés.

Il ne faut pas banaliser l'acte opératoire, car l'œil est une structure particulièrement fragile et la capsule du cristallin mesure moins de 3 μm (1 000 X plus petit qu'1 mm). Cette chirurgie nécessite une grande dextérité de la part du chirurgien puisque, lors de l'acte opératoire, son pied droit est occupé par la pédale du phako-émulsificateur (appareil qui permet d'aspirer la cataracte), son pied gauche sert à piloter le microscope opératoire, sa main droite permet de tenir la sonde d'aspiration du phako-émulsificateur et sa main gauche maintient les micro-manipulateurs, les yeux regardent dans le microscope opératoire, alors que l'ouïe est occupée à écouter les fréquences sonores émises par le phako-émulsificateur qui permettent de contrôler le bon déroulement de l'intervention.

Pour remplacer le cristallin opacifié, au cours de l'intervention chirurgicale est posée une lentille intra-oculaire dont la puissance est calculée lors de l'examen pré opératoire et permet une vision de loin sans correction (de nouvelles lentilles permettent, comme pour les verres progressifs, d'avoir une vision de près et de loin : ce sont les implants multifocaux).

La récupération post opératoire est quasiment immédiate après une opération qui se pratique dans l'énorme majorité des cas en ambulatoire.

Les précautions à prendre après l'opération sont de plus en plus réduites du fait de la toute petite taille de l'incision. Le patient peut, dès le lendemain après la visite post opératoire, mener une vie normale (on peut se baisser, jardiner, bricoler, etc.). La conduite automobile n'est autorisée qu'après une récupération suffisante, ce qui peut prendre quelques jours.

Quand les deux yeux sont atteints, on opère généralement à 15 jours – 3 semaines d'écart. On n'opère jamais les deux yeux le même jour.

PR PAUL DIGHIÉRO

Chef du service d'ophtalmologie

CHU de Poitiers

LA CHIRURGIE DE LA MYOPIE

La technique de référence pour traiter les défauts de la vision (besoin de porter des lunettes) s'appelle le Lasik. Ce nom : le Lasik, exprime la découpe de la cornée dans un premier temps puis action d'un laser Excimer dans l'épaisseur de la cornée. Cette technique, apparue dès 1988, permet de traiter la myopie, l'astigmatisme, l'hypermétropie et certains cas de presbytie de manière extrêmement précise puisque le laser est guidé par un ordinateur qui contient toutes les données relatives au patient.

Les suites post opératoires sont indolores, les deux yeux peuvent être opérés en même temps et la récupération visuelle est quasi immédiate.

Cette intervention nécessite un bilan pré opératoire extrêmement rigoureux, permettant de n'opérer que les patients dont le bénéfice est considéré comme certain. Elle ne doit être pratiquée que par des chirurgiens confirmés et ayant une grande expérience (il faut donc toujours se renseigner sur ce point avant l'intervention).

Cette opération n'est pas prise en charge par la sécurité sociale, mais est l'objet d'un remboursement partiel par certaines mutuelles depuis quelques années.

Les techniques chirurgicales ne cessent de s'améliorer avec l'apparition de lasers de plus en plus performants comme le laser femtoseconde qui permet une découpe cornéenne proche de la perfection.

Cette opération s'adresse à toute personne qui ne souhaite plus porter de lunettes ou de lentilles de contact. Un même œil peut être réopéré si le résultat d'une première opération n'est pas satisfaisant pour corriger totalement le trouble de la vision.

D'autres opérations de chirurgie existent si les limites du Lasik sont atteintes (opération sur le cristallin ou par la mise en place d'implants intra-oculaires). L'opération ne se réalise pas avant l'âge de 20 – 21 ans (tant que la myopie est évolutive). Il n'y a, par contre, pas de limite supérieure d'âge.

PR PAUL DIGHIERO

Chef du service d'ophtalmologie

CHU de Poitiers

LE GLAUCOME

Le glaucome chronique est une maladie assez fréquente (1 à 2% de la population en France), touchant surtout les adultes après l'âge de 40 ans, qui peut rendre aveugle.

Il s'agit d'une maladie grave de la vision, entraînant une destruction lente du nerf optique qui détériore insidieusement le champ visuel avec menace de cécité en l'absence de traitement.

C'est une maladie qui reste longtemps inaperçue en l'absence de dépistage. Cette partie de la vision qui aura été altérée ne pourra jamais être regagnée. Le déficit est irréversible.

La cause principale de développement d'un glaucome est l'augmentation de la pression intra-oculaire (PIO) dont la fluctuation dans la journée et les chiffres ne sont pas les mêmes pour tous les patients.

Le glaucome ne s'accompagne d'aucune douleur et la vision des détails peut se conserver durant de longues années. Il est impossible de savoir si l'on est atteint d'un glaucome débutant. Seul un examen pratiqué par un ophtalmologiste peut révéler la présence de cette maladie.

La mesure de la PIO, la recherche des autres facteurs de risques, le relevé du champ visuel et les examens du nerf optique et de l'angle irido-cornéen (où se situe le filtre d'évacuation) permettront à l'ophtalmologiste de diagnostiquer ou d'évaluer le risque de développer un glaucome.

Un traitement médical (collyre) le plus souvent, laser ou chirurgical sera alors proposé au cas par cas, avec une évaluation régulière de l'efficacité de ces traitements pour éviter ou ralentir la destruction du nerf optique **sans recouvrer la partie de vision perdue. ces traitements pourront indifféremment se succéder selon l'évolution de la maladie.**

Même en l'absence de symptôme, le traitement à vie et la surveillance ne doivent pas être oubliés

Quelques sites Internet d'information :

www.glaucome.net

www.leglaucome.fr

www.snof.org/comiteglauc/clg.html

http://monsite.wanadoo.fr/france_glaucome/

DR MARTIAL MERCIÉ

Praticien hospitalier

Service d'ophtalmologie

CHU de Poitiers

LA DÉGÉNÉRESCENCE MACULAIRE LIÉE À L'ÂGE

La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) représente un problème de santé publique majeur en France et dans les pays industrialisés.

Il s'agit en effet de la première cause de malvoyance chez les personnes âgées de plus de cinquante ans. En France, la DMLA touche près d'un million de personnes, ce chiffre devrait doubler d'ici 20 ans en raison notamment de l'augmentation de l'espérance de vie.

Différents facteurs de risque sont à ce jour bien connus dans la genèse de cette maladie. Parmi les facteurs inévitables figurent au premier plan l'âge : la DMLA concerne ainsi 1% des personnes âgées de moins de 50 ans contre plus de 30% chez les patients de plus de 75 ans (ces pourcentages incluant des personnes atteintes de stades précoces sans atteintes visuelles). **La prévalence globale de la DMLA est d'environ 8,8% de la population.**

De récentes études ont également montré l'existence d'une prédisposition génétique à la survenue de la maladie. Le risque de développer une DMLA peut, en effet, être multiplié par quatre en présence d'antécédents familiaux.

Parmi les facteurs environnementaux le tabagisme figure au premier plan (une relation réelle dose-dépendante semble exister). D'autres facteurs tels que l'obésité, et l'hypertension artérielle (pour certaines formes de DMLA) sont également souvent incriminés.

La DMLA touche la partie centrale de la rétine (Macula) et se manifeste par une baisse d'acuité visuelle, une vision déformée ou gondolée (métamorphopsies) et l'apparition d'une tache centrale (scotome). La vision périphérique reste intacte, ce qui explique que cette maladie ne rend pas aveugle.

Tous ces signes doivent amener à consulter le plus rapidement possible un ophtalmologiste qui, seul, pourra poser le diagnostic et distinguer ainsi les deux grandes formes de DMLA : la forme sèche ou atrophique et la forme exsudative dite néovasculaire. La distinction est importante car le traitement varie selon la forme.

L'ophtalmologiste dispose de plusieurs types d'examen permettant d'établir et d'affiner le diagnostic. Le fond d'œil, après dilatation pupillaire, représente le premier temps de l'examen et sera complété par des techniques d'imagerie (angiographie à la fluorescéine, au vert d'indocyanine et la tomographie à cohérence optique).

À ce jour, seule la forme exsudative peut bénéficier de traitements curatifs. Il s'agit de la photocoagulation au laser, de la photothérapie dynamique et, plus récemment, des traitements anti-angiogéniques en injection intra-oculaire.

A ces différents traitements peuvent s'ajouter la rééducation visuelle réalisée par les orthoptistes et différentes aides optiques proposées par les opticiens.

DR ATHANASE GOTZAMANIS

Ophtalmologiste

Châtellerauld