

■ DMLA Dégénérescence maculaire liée à l'âge

■ Définition

Maladie dégénérative de la rétine, la dégénérescence maculaire liée à l'âge ou DMLA correspond à un vieillissement trop rapide de la zone centrale de la rétine : la macula. Survenant à partir de l'âge de 50 ans, elle est la première cause de malvoyance chez les sujets âgés. Elle entraîne une perte progressive de la vision centrale, à savoir le champ de vision utile pour lire, reconnaître des visages ou conduire, alors que la vision périphérique est conservée.

Les experts font la différence entre une forme sèche et une forme humide. Dans la forme sèche, aussi appelée forme atrophique, la macula s'atrophie en vieillissant et est progressivement remplacée par du tissu cicatriciel.

Il s'agit de la forme la plus fréquente et la moins grave, évoluant sur plusieurs années.

Dans la forme humide, aussi appelée forme exsudative, de petits vaisseaux gorgés de sang se développent sous la macula. Saignant facilement, ces néovaisseaux sont responsables d'exsudats et d'hémorragies du fond d'œil. Cette forme de DMLA est nettement moins fréquente que la forme sèche mais entraîne une perte de vision plus rapide.¹

Rappel :

La macula, aussi appelée tache jaune, se situe au centre de la rétine, dans l'axe optique de l'œil. En raison de sa position centrale, la macula transmet 90 % de l'information visuelle traitée et est responsable de l'acuité visuelle. Sa composition est riche en cellules visuelles lui permettant de percevoir les détails et les couleurs.²

■ Épidémiologie

La DMLA est une maladie fréquente. Dans l'hexagone, il y aurait 2 millions de personnes atteintes de DMLA, et parmi elles 150 000 à 200 000 affectées par une forme sévère.³ Au Canada, plus de 2 millions de personnes de plus de 50 ans souffrent de DMLA.⁴ Au Royaume-Uni, 3,7 % des personnes de 75 ans et plus et 14,4 % des personnes de 90 ans et plus présentent un déficit visuel en raison d'une DMLA.⁵ Outre-Atlantique, la maladie affecte plus d'1,7 million d'Américains.⁶

Dans les pays industrialisés, la DMLA est aujourd'hui la première cause de baisse sévère de l'acuité visuelle. En raison de l'augmentation de l'espérance de vie, cette situation risque de s'aggraver à l'avenir.³

Facteurs de risque

A ce jour, les causes exactes de la DMLA ne sont pas encore élucidées. Toutefois, un certain nombre de facteurs de risque favorisant le développement de la DMLA ou accélérant sa progression sont connus.

Le principal facteur de risque est l'âge : les personnes atteintes de DMLA ont plus de 50 ans et, à chaque tranche d'âge supérieure, une proportion croissante de la population générale en est atteinte.⁷

Parmi les autres facteurs de risque, l'origine ethnique semble jouer un rôle : les personnes d'origine caucasienne sont plus exposées au risque de DMLA que les Afro-américains.⁸ L'hérédité est également impliquée : les parents au premier degré d'une personne atteinte de DMLA courent 2,4 fois plus de risque d'être à leur tour victimes de la maladie.⁹

Un lien entre tabagisme et la DMLA a été établi dans de nombreuses études cliniques : un fumeur a un risque 2 à 3 fois plus élevé de développer une DMLA qu'un non-fumeur.¹⁰ L'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires et les taux de cholestérol ont également été incriminés mais leur rôle reste incertain.⁸

De nombreux travaux de recherche ont montré qu'une alimentation pauvre en vitamines, oligo-éléments et antioxydants peut favoriser la maladie. Même si les différentes études ne sont pas concordantes, les experts considèrent qu'une alimentation saine et variée, riche en légumes verts, en fruits frais et en poissons pourrait retarder l'apparition de la maladie.

Symptômes

Aux stades initiaux, la maladie reste asymptomatique sans causer de symptômes, tels que douleur, rougeur ou perte de l'acuité visuelle. A ces stades, seul l'examen ophtalmologique permet de diagnostiquer la maladie. Aux stades plus avancés, des symptômes apparaissent, variant en fonction de la gravité de la maladie :

- Diminution de l'acuité visuelle, avec nécessité d'avoir un meilleur éclairage pour la lecture ou pour tout travail de précision.
- Vision centrale de plus en plus floue, altération de la perception des couleurs, distorsion des lignes droites, qui apparaissent déformées et gondolées.
- Apparition d'une tache sombre au centre du champ visuel appelée scotome, difficultés à reconnaître les visages, hallucinations visuelles ou baisse brutale de l'acuité visuelle.⁸

Diagnostic

Le diagnostic de DMLA ne peut être posé que par un ophtalmologiste sur la base d'un examen clinique soigneux et d'examen complémentaires. Dans un premier temps, un examen du fond d'œil est réalisé.

A l'examen de votre fond d'œil, l'ophtalmologiste observe des taches blanches (drusen) ou des irrégularités de la couche profonde de la rétine, signes caractéristiques de DMLA chez une personne de plus de 50 ans. Lorsque l'examen du fond d'œil est réalisé à un stade plus avancé, il met en évidence des lésions plus évoluées, telles que des altérations de l'épithélium pigmentaire, des hémorragies ou des dépôts de liquides, aussi appelés exsudats. Ces signes conduisent à la réalisation d'examen complémentaires, en particulier l'angiographie à la fluorescéine, qui confirment le diagnostic.

Dans certains cas, l'angiographie au vert d'indocyanine, la tomographie à cohérence optique (OCT pour Optical Coherence Tomography) ou l'échographie sont également utilisées.

Examens

Examen du fond d'œil

L'examen du fond d'œil est réalisé à l'aide d'un biomicroscope. Après avoir instillé une goutte d'un collyre pour dilater la pupille, l'ophtalmologiste vous demande de placer votre menton sur une mentonnière et d'appuyer votre front vers l'avant. A travers une fente optique lumineuse, il examine votre fond d'œil en commençant par l'avant de l'œil, puis le fond de l'œil. Pour mieux voir votre fond d'œil, l'ophtalmologiste utilise différents types de lentilles.

Dans les 2 à 3 heures qui suivent l'examen, il est déconseillé de prendre immédiatement le volant car la vision est souvent altérée suite à l'instillation du collyre, avec sensations d'éblouissement.¹⁵

Angiographie à la fluorescéine

L'angiographie à la fluorescéine est un examen qui consiste à photographier les vaisseaux de la rétine, après administration d'un produit de contraste, qui devient fluorescent lorsqu'on l'éclaire à l'aide d'un filtre adapté. Il s'agit d'un examen essentiel qui permet à l'ophtalmologiste de préciser la forme et la gravité de la DMLA. Comme pour l'examen du fond d'œil, l'ophtalmologiste vous demande de placer votre menton sur une mentonnière d'un appareil appelé rétinographe. Il prend alors une série de photographies.

Après injection de fluorescéine dans une veine de votre avant-bras ou de la main, il reprend une nouvelle série de clichés. Cet examen dure environ un quart d'heure, se pratique en cabinet ou à l'hôpital et est généralement très bien toléré. Si vous avez un terrain allergique, l'ophtalmologiste prescrit parfois avant l'examen des médicaments contre l'allergie, tels que les antihistaminiques ou de faibles doses de cortisone.¹⁶

Angiographie au vert d'indocyanine

Cet examen permet d'obtenir des informations complémentaires à celles obtenues par l'angiographie à la fluorescéine. Il utilise un colorant différent de la fluorescéine, qui est rendu fluorescent par la lumière infrarouge. Cette angiographie peut être nécessaire pour déterminer la forme exacte de votre DMLA. Très bien toléré, cet examen dure un peu plus longtemps que l'angiographie à la fluorescéine. Il est contre-indiqué durant les 3 premiers mois de la grossesse.¹⁷

OCT (Optical Coherence Tomography)

L'OCT ou tomographie à cohérence optique est une technique basée sur la réflexion de la lumière infrarouge. Cet examen permet d'apprécier l'épaisseur de la rétine en donnant des images en coupe de la rétine des couches superficielles aux couches plus profondes. L'OCT complète les angiographies, ce qui permet un diagnostic plus précis de certaines formes de DMLA. Il est indolore et ne nécessite pas d'injection de produit de contraste.¹⁸

Echographie

Dans le cas d'une opacité d'un milieu (cataracte : cristallin opaque), l'échographie est également utilisée. En effet, lors de la DMLA, des dépôts s'accumulent sous la rétine entraînant un gonflement au niveau de la macula qui peut être visualisé par échographie.

Evolution et complications

L'évolution de la DMLA varie en fonction de la forme. La forme sèche de la DMLA entraîne une baisse de la vision modérément progressive, mais n'entraîne que très rarement la cécité.

La forme humide de la DMLA, si elle n'est pas traitée, entraîne une détérioration importante de la vision pouvant aller jusqu'à la cécité.⁸ Toutefois, la « cécité » dont nous parlons dans la DMLA n'est jamais complète puisque la rétine périphérique reste intacte. Le champ visuel périphérique étant conservé, vous pourrez continuer à réaliser les gestes du quotidien : vous déplacer, manger ou vous habiller. C'est sur ce champ visuel périphérique que s'appuie la rééducation visuelle, si elle est nécessaire.

Prise en charge et traitements

Prévention

La DMLA étant favorisée par de mauvaises habitudes alimentaires, la prévention primaire passe par une alimentation équilibrée. A cet effet, quelques principes sont à respecter : consommer du poisson au moins deux à trois fois par semaine ; manger régulièrement des fruits et des légumes ; faire régulièrement des exercices physiques ; contrôler la surcharge pondérale et arrêter le tabac.¹²

Aujourd'hui de nombreux compléments alimentaires à visée oculaire sont disponibles. Pour les utiliser à bon escient, l'ophtalmologiste reste votre meilleur allié. En fonction de la gravité de votre DMLA et en l'absence de tabac, vous pourrez tirer bénéfice d'apports alimentaires quotidiens d'oxyde de zinc avec du cuivre, de la vitamine C, de la vitamine E ou du bêta-carotène.⁸

Photocoagulation au laser

Cette technique consiste à brûler au laser les lésions de la rétine qui se situent à proximité de la région centrale, l'objectif étant d'empêcher ces lésions d'atteindre le centre de la rétine et d'entraîner une baisse de vision définitive. Cette photocoagulation se fait généralement en une seule séance et ne nécessite aucune hospitalisation.

Avant le traitement, l'ophtalmologiste instille quelques gouttes de collyre dans l'œil à traiter pour dilater la pupille. Après avoir examiné le fond d'œil à l'aide d'une lentille, il ajuste le tir laser à l'aide d'un faisceau de visée. Pendant la séance, il vous est recommandé de garder les yeux fixes sans bouger. Le laser présente très peu de risques et n'est pas douloureux. Les impacts de laser peuvent cependant laisser des marques sur la rétine que vous percevez comme des taches sombres transitoires dans votre champ visuel. Chez une personne sur six, le laser engendre des phénomènes lumineux ou colorés, voire de véritables hallucinations visuelles.¹³

Après la séance de traitement, il faut surveiller par des angiographies régulières qu'aucun néovaisseau ne persiste ou ne récidive.

Thérapie photodynamique

La thérapie photodynamique ou PDT (Photodynamic Therapy) consiste à activer, grâce à un laser de faible intensité, un colorant préalablement injecté dans une veine du bras. Ce colorant se fixe de façon sélective sur les néovaisseaux. Son activation crée un « bouchon » au sein du vaisseau, entraînant la disparition de ce dernier. Cette technique est indiquée pour le traitement de la DMLA exsudative lorsque les néovaisseaux atteignent le centre de la macula et ne peuvent être traités par photocoagulation au laser.¹²

En pratique, le colorant est administré en perfusion par une seringue reliée à un cathéter placé dans une veine du pli du coude, du bras ou de la main. La perfusion est administrée pendant 10 minutes et le laser est effectué 5 minutes après la fin de la perfusion. Comme pour le traitement laser conventionnel, l'ophtalmologiste pose une petite lentille de contact sur l'œil après avoir réalisé une anesthésie locale par un collyre. Le laser est ensuite appliqué sur l'ensemble de la zone malade.¹⁴

Le laser n'est pas douloureux et la perfusion est généralement bien supportée. Après la séance de traitement, quelques précautions sont à respecter : protéger l'œil de la lumière grâce à l'utilisation de lunettes spéciales et éviter toute exposition au soleil pendant 48 heures.¹²

L'effet du traitement étant souvent transitoire, il faut réaliser un suivi régulier clinique et angiographique afin de dépister des récurrences.

Traitements anti-angiogéniques

Plusieurs molécules sont actuellement disponibles en France. En inhibant la croissance des néovaisseaux, ces médicaments anti-angiogéniques ou anti-VEGF permettent d'obtenir une stabilisation, voire une régression des lésions. Ils sont administrés par injection à l'intérieur du corps vitré, toutes les 4 à 6 semaines. Cette injection peut être réalisée soit à l'hôpital soit au cabinet médical mais ne nécessite aucune hospitalisation. Afin de dépister des récurrences éventuelles, un suivi régulier est nécessaire.

Rééducation visuelle

La rééducation visuelle regroupe l'ensemble des techniques visant à utiliser au maximum la vision restante. Elle dure environ 6 mois. Indispensable au maintien de l'autonomie du patient, le travail de rééducation implique une collaboration étroite entre le patient, l'ophtalmologiste, l'orthoptiste et l'opticien en charge de l'équipement optique.

■ Références

- 1 Cohen SY, Desmettre T. Qu'est-ce qu'une forme néovasculaire ou une forme humide ? Dans : DMLA – Dégénérescence liée à l'âge, Bash 2008, p 56.
- 2 Cohen SY, Desmettre T. Comment fonctionne l'œil et la rétine ? Dans : DMLA – Dégénérescence liée à l'âge, Bash 2008, p 36.
- 3 Cohen SY, Desmettre T. La DMLA est-elle une maladie fréquente ? Dans : DMLA – Dégénérescence liée à l'âge, Bash 2008, p 44.
- 4 Cruess A, Zlateva G, Xu X, et al. Burden of illness of neovascular age-related macular degeneration in Canada. Canadian Journal of Ophthalmology 2007;42:836-43.
- 5 Evans JR, Fletcher AE, Wormald RP. Age-related macular degeneration causing visual impairment in people 75 years or older in Britain: an add-on study to the Medical Research Council Trial of Assessment and Management of Older People in the Community. Ophthalmology 2004;111:513-7.
- 6 Brain changes with macular degeneration. MIT Tech Talk 2005;49:4.
- 7 Cohen SY, Desmettre T. Quelles sont les causes de la DMLA ? Dans : DMLA – Dégénérescence liée à l'âge, Bash 2008, p 64.
- 8 Beers H, Porter R, Jones T. Pathologie de la rétine. Dans: Le Manuel Merck de Gériatrie – Quatrième édition, Merck Research Laboratories 2006, p. 916-917.
- 9 Seddon JM, Ajani UA, Mitchell BD. Familial aggregation of age-related maculopathy. Am J Ophthalmol 1997 ;124 :862-3.
- 10 Thornton J, Edwards R, Mitchell P. Smoking and age-related macular degeneration : a review of association. Eye 2005; 19: 935-44.
- 11 Cohen SY, Desmettre T. La DMLA est-elle due à mon alimentation ? Dans : DMLA – Dégénérescence liée à l'âge, Bash 2008, p 70.
- 12 DMLA : 2ème campagne nationale d'information et de dépistage du 16 mai au 14 juin 2008. http://www.senioractu.com/DMLA-2eme-campagne-nationale-d-information-et-de-depistage-du-16-mai-au-14-juin-2008_a9181.html
- 13 Cohen SY, Desmettre T. Quelles sont les effets secondaires du laser ? Dans : DMLA – Dégénérescence liée à l'âge, Bash 2008, p 118.
- 14 Cohen SY, Desmettre T. En pratique, comment la PDT est-elle administrée ? Dans : DMLA – Dégénérescence liée à l'âge, Bash 2008, p 124.
- 15 Cohen SY, Desmettre T. Quelles sont les précautions à prendre après le fond d'œil ? Dans : DMLA – Dégénérescence liée à l'âge, Bash 2008, p 86
- 16 Cohen SY, Desmettre T. Dois-je être à jeun ? Dois-je être accompagné(e) après cet examen ? Dans : DMLA – Dégénérescence liée à l'âge, Bash 2008, p 94.
- 17 Cohen SY, Desmettre T. Qu'est-ce que l'angiographie au vert d'indocyanine ? Dans : DMLA – Dégénérescence liée à l'âge, Bash 2008, p 96-7.
- 18 Cohen SY, Desmettre T. Qu'est-ce qu'un examen en OCT ? Dans : DMLA – Dégénérescence liée à l'âge, Bash 2008, p 98