

DMLA

(Dégénérescence maculaire liée à l'âge)

Formation Continue Orthoptistes – jeudi 6 novembre 2008

Docteur Christophe Bezanson - UNAFORMEC

1 / Rappel

- 1^{re} cause de malvoyance dans les pays industrialisés après 55 ans
- Prévalence :
 - 1 à 2 % de la population entre 50 et 65 ans
 - 10 % de la population entre 65 et 75 ans
 - 25 % de la population entre 75 et 85 ans
- Définition (selon le SNOF) Il s'agit d'une altération maculaire, acquise, non héréditaire, non inflammatoire atteignant les personnes de plus de 50 ans, qui se traduit par une baisse progressive de la vision aboutissant à une perte de la vision centrale

2/ Circonstances de découverte

Il s'agit le plus souvent d'une plainte du patient adressée à son médecin :

- Baisse progressive ou brutale, légère ou intense de l'acuité visuelle de loin et de près
- Métamorphorisme : déformation des objets, vision ondulée des lignes droites
- Scotome central
- Difficultés pour lire, regarder la télévision
- Pas de douleurs, œil blanc, calme et non-inflammatoire

3 / Facteurs de risque

- Maladie d'étiologie inconnue à ce jour mais des facteurs de risque ont été reconnus :
- L'âge
- Le tabagisme
- L'exposition importante à la lumière
- L'hypertension artérielle
- Les antécédents coronaires
- L'iris clair
- La cataracte
- Des facteurs génétiques inconnus à ce jour mais une augmentation de la Prévalence dans la fratrie d'un patient atteint de DMLA.

Il est donc possible de proposer des efforts de prévention simple à nos patients : lunettes de soleil, arrêt du tabac,

4/ Examen clinique et instrumental

Devant la forte prévalence de la DMLA à partir de 50 ans, sa recherche est à effectuer devant toute baisse de l'acuité visuelle associée à des déformations des objets.

- Le médecin généraliste a des connaissances réduites en ophtalmologie (seule la cataracte fait partie du programme des Epreuves Nationales Classantes en 2008)
- Examens possibles au cabinet médical :
 - Mesure de l'acuité visuelle
 - Recherche d'un scotome central
 - Grille d'Amsler
- Examens spécialisés
 - Fond d'œil :
 - Drusens (mais non spécifiques de la DMLA)
 - Zone atrophique
 - Zones hémorragiques ou exsudat
 - Décollement de rétine
 - Angiographie à la fluorescéine ou au vert d'indocyanine

5/ Formes

- Forme « sèche » ou atrophique ;
 - 80 à 85 % des DMLA ,
 - Disparition progressive de l'épithélium pigmentaire
 - Evolution lente mais inexorable
 - Extension des lésions avec baisse sévère de l'acuité visuelle
 - Pas de traitement médicamenteux existant
 - Place de l'orthoptie
- Forme « humide » ou exsudative
 - 15 à 20 % des DMLA
 - Responsable de 90 % des cas de cécité légale (acuité visuelle inférieure ou égale à 1/10me)
 - Développement de néovaisseaux à partir de la choroïde derrière la macula, décollant la rétine de la choroïde, provoquant des exsudats et des hémorragies dans la rétine ou dans le vitré puis une cicatrisation fibreuse avec atrophie du tissu choroïdien
 - Evolution rapide de la maladie
 - Le traitement repose sur l'utilisation du laser thermique ou la photothérapie dynamique

6 / Aperçu thérapeutique

- Vitamines et antioxydants
Les formes débutantes pourraient bénéficier de suppléments vitaminiques par leur effet protecteur chez les patients atteints de DMLA intermédiaire ou de DMLA avancée unilatérale (Vidal Recos 2008)
 - Antioxydants : vitamine C, vitamine E, bêta-carotène, oxyde de zinc (exemples : Naturophtha macula, Ntrf, Optibiol, ..) le bêta-carotène est contre-indiqué chez le fumeur car augmente le risque de cancer du poumon.
- Médicaments
 - Macugen : injections intravitréennes toutes les 6 semaines. 734 euros l'ampoule. 9 injections par an

- Lucentis : injections intravitréennes toutes les 4 semaines. 1297 euros l'ampoule. Série de 3 injections
- Viudyne : injection intraveineuse puis laser rouge non thermique activant la Visudyne. 1340 euros l'ampoule. Une injection unique à renouveler si nécessaire
- Laser (réservé aux formes exsudatives)
 - Laser thermique : destruction par photocoagulation des néovaisseaux maculaires mais extra-fovéolaires (risque majeur de scotome par atteinte des cônes fovéolaires)
 - Phothérapie dynamique : traitement des vaisseaux rétro-fovéolaires après injection de produit sensibilisant (Visudyne) et laser de faible intensité

7/ La rééducation orthoptique

- Le bilan orthoptique
 - Présenter au patient le bilan actualisé de ses capacités
 - Remplir les dossiers type AGGIR ou COTOREP
 - Courriers au médecin, au médecin conseil, au médecin du travail
- La rééducation orthoptique
 - L'ANAES a montré en 2001 la très forte efficacité de la rééducation orthoptique en complément des aides optiques
 - Limites de la rééducation orthoptique :
 - Les difficultés de déplacement
 - L'état psychique du patient qui doit surmonter son handicap, adhérer à la démarche de rééducation et changer de méthode de lecture notamment les grands lecteurs
 - L'entourage pouvant être bénéfique (aide au quotidien) qu'étouffant (lien de dépendance malade-entourage)

8/ Les aides visuelles

But : améliorer l'indépendance et la communication

- Les aides optiques : agrandissement de l'image rétinienne
 - Filtres, lunettes à vision excentrique, loupes, agrandisseurs électroniques, ...
- Les aides non optiques :
 - guide-main pour écrire, dispositifs d'éclairage, machines à écrire, ordinateurs, téléphone à gros caractères, ...
- Place de l'ergothérapie ?

9/ Prise en charge de la maladie et du patient

- ALD : la DMLA n'appartient pas aux 30 maladies exonérantes du ticket modérateur. Passage en ALD hors-liste (2 ans, le temps du traitement) ou en polyopathie invalidante en présence d'autres affections
- Invalidité : possible avant 60 ans pour les travailleurs ayant perdu au-moins 50% de leurs capacités à travailler (groupes I,II et III)
- Grille AGGIR (Autonomie Gérontologique – Groupes Iso-Ressources) : la cécité progressive entraîne une forte dégradation des capacités d'autonomie. La DMLA débutante correspond aux GIR 5 et 6 mais associée aux autres

pathologies courantes à cet âge, le chiffreage peut être plus favorable au patient (de 4 à 1 par exemple)

- APA : Montant maximum mensuel du plan d'aide (septembre 2008)
1 212,50 EUR en cas de classement en GIR 1 (dépendance la plus lourde),
1 039,29 EUR en GIR 2,
779,46 EUR en GIR 3,
519,64 EUR en GIR 4.

10/ Texte proposé au Cahier FMC du Quotidien du Médecin (novembre 2008)

« DMLA : coordonner les actions médicales et administratives sur le long terme »

La DMLA sera de plus en plus fréquente du fait de l'allongement de la durée de vie dans les pays industrialisés. Si la forme exsudative peut bénéficier d'un traitement efficace en urgence, la forme atrophique (80 % des DMLA chez la personne âgée) est une maladie chronique et invalidante ne disposant pas de traitement médicamenteux ou instrumental à ce jour (1) La prise charge s'oriente alors vers la gestion du handicap au quotidien.

Le médecin peut recommander l'abandon de la conduite automobile du fait de la difficulté de lire les panneaux, de la photophobie et des scotomes centraux malgré la diminution de la vitesse que s'impose souvent le conducteur âgé (2)

Le handicap induit par la DMLA (celle-ci n'est pas une ALD) permet de bénéficier d'aides au travers de la grille AGGIR, la cécité progressive entraînant une forte perte d'autonomie, correspondant aux groupes 5 et 6. La DMLA associée à d'autres pathologies liées au vieillissement, permet le passage en groupe 1 à 4 avec accès à l'Aide Personnalisée d'Autonomie (3) La carte d'invalidité, mention cécité, est attribuée sur certificat médical.

La rééducation orthoptique «basse-vision » permet aux patients de mieux utiliser leur rétine périphérique restée fonctionnelle et de s'approprier les aides visuelles (systèmes grossissants) dont l'efficacité a été reconnue (1-4) L'ergothérapie est une aide importante mais peu accessible en ville. Enfin, l'annonce ministérielle du Plan Handicap Visuel, présenté en juin 2008, mesure 7, concerne la prise en charge des personnes âgées devenant malvoyantes notamment en institution et la diffusion par l'HAS des recommandations du diagnostic sur la DMLA (5)

Le généraliste a un rôle essentiel de coordination de la démarche de soins et de sa prise en charge administrative au sein de l'équipe médico-administrative. Une bonne connaissance de la législation lui est indispensable.

Bibliographie :

- (1) ANAES ; Traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge; septembre 2001; site HAS, 141 pages.
- (2) Syndicat National des Ophtalmologistes de France; Permis de conduire et mauvaise vision; septembre 2009, Internet.
- (3) Service-Public; La grille AGGIR; <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1229>.
- (4) Dubergé V. ; L'altération de la vision chez la personne âgée en perte d'autonomie ; Rev Fr d'Orthoptie, 2008 ; n°3, vol 1, 112-121.
- (5) Ministère du travail ; Présentation du Plan Handicap Visuel ; juin 2008 ; WWW.travail-solidarite.gouv.fr

