Focus sur l'ophtalmogériatrie

Focus on Geriatric Ophthalmology

V. Soler

Reçu le 14 septembre 2015 ; accepté le 14 septembre 2015
© Lavoisier SAS 2015

L'ophtalmologie est une discipline souvent obscure pour les non-initiés. Ce numéro est spécifiquement dédié à cette spécialité, d'une part pour démystifier l'œil et ses pathologies à travers des présentations didactiques, d'autre part afin de replacer la déficience visuelle et ses conséquences au sein de la prise en charge gériatologique.

En préambule, rappelons l'anatomie fonctionnelle simple de l'œil. L'œil fonctionne tel un (vieux) appareil photographique : la cornée est l'objectif, l'iris le diaphragme, la rétine la pellicule photographique, et le cristallin le focus assurant la mise au point en vision de près... avant la presbytie. Enfin, rappelons que l'acuité visuelle (de 0,5 à 10/10, voire 16/10 selon l'échelle de Monoyer) est toujours associée à la notion de correction optique (unité = dioptrie) utilisée pour obtenir cette acuité visuelle : on définit l'acuité visuelle sans correction, l'acuité visuelle avec la correction portée du patient qui peut être différente de la meilleure acuité visuelle corrigée lorsque les lunettes portées sont vieilles de plusieurs années et non adaptées, ce qui est loin d'être rare chez nos patients...

Les troubles ophtalmologiques sont fréquents chez les patients âgés [1] ; outre les classiques pathologies oculaires liées à l'âge, les défauts de correction optique constituent une étiologie non négligeable de déficit visuel. Or la perte visuelle, même minime, est associée à une limitation des activités, comme l'a montré l'étude POLA [2]. Un dépistage systématique et régulier des troubles visuels chez le sujet âgé semble donc non seulement justifié mais surtout indispensable.

Dans un contexte de pénurie d'ophtalmologistes, une collaboration étroite et organisée entre gériatres, médecins traitants et ophtalmologistes [1] s'impose afin de prévenir la déficience visuelle acquise du sujet âgé, et ses conséquences

que sont les chutes et accidents [3], le handicap, la perte d'autonomie, les épisodes dépressifs et le décès [4].

Depuis 40 ans, l'arsenal thérapeutique et les techniques chirurgicales de l'ophtalmologiste se sont transformés. La chirurgie de la cataracte est passée d'une ère manuelle, synonyme de large incision, à l'ère de l'émulsification du cristallin à travers une incision millimétrique, en attendant peut-être d'opérer tous nos patients de « cataracte au laser », voire de traiter médicalement la cataracte par des collyres d'efficacité prouvée [5]. Le pronostic de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) exsudative a été révolutionné par l'avènement des injections intraoculaires d'anti-VEGF [6]. Le traitement de l'œdème maculaire diabétique implique avant tout une prise en charge systémique, mais n'est plus limité, au niveau ophtalmologique, au seul laser, puisqu'il tire aussi parti de l'apport des injections intraoculaires d'anti-VEGF ou de corticoides. Les patients glaucomateux ont bénéficié de l'apparition de nouvelles thérapeutiques en collyres [7], que ce soit en monothérapie ou en combinaison, des nouveaux conditionnements préservant la surface oculaire de la nocivité des conservateurs [8], et de nouvelles techniques chirurgicales [9].

Tous ces sujets sont exposés de façon claire et synthétique dans les différents articles de ce numéro, articles qui se veulent pratiques, adaptés au quotidien du gériatre et du médecin généraliste afin que dorénavant, ophtalmologistes et non-ophtalmologistes puissent parler le même langage et échanger efficacement ! Nous espérons ainsi que la lecture de ce numéro dissipera les zones d'ombre ou de confusion associées à la simple évocation des mots « acuité visuelle », « réfraction », « DMLA », « glaucome », « œdème maculaire »...

Il ne nous reste plus qu'à vous souhaiter une bonne lecture !

V. Soler (✉)

Unité de rétine, consultation d'ophtalmologie, hôpital Pierre-Paul Riquet, CHU de Toulouse-Purpan, place Baylac, F-31059 Toulouse
e-mail : vincesoler@yahoo.fr

Références

1. Soler V, Sourd S, Balardey L, et al (2015) Visual Impairment Screening at the Geriatric Frailty Clinic for Assessment of Frailty

- and Prevention of Disability at the Gérontopôle. *J Nutr Health Aging* 18:457-64
2. Daien V, Peres K, Villain M, et al (2014) Visual acuity thresholds associated with activity limitations in the elderly. *The Pathologies Oculaires Liees a l'Age study. Acta Ophthalmol* 92:e500-6
 3. Kulmala J, Era P, Parssinen O, et al (2008) Lowered vision as a risk factor for injurious accidents in older people. *Aging Clin Exp Res* 20:25-30
 4. Christ SL, Zheng DD, Swenor BK, et al (2014) Longitudinal relationships among visual acuity, daily functional status, and mortality: the Salisbury Eye Evaluation Study. *JAMA Ophthalmol* 132:1400-6
 5. Zhao L, Chen XJ, Zhu J, et al (2015) Lanosterol reverses protein aggregation in cataracts. *Nature* 523:607-11
 6. Brown DM, Kaiser PK, Michels M, et al (2006) Ranibizumab versus verteporfin for neovascular age-related macular degeneration. *N Engl J Med* 355:1432-44
 7. Alm A, Stjernschantz J (1995) Effects on intraocular pressure and side effects of 0.005% latanoprost applied once daily, evening or morning. A comparison with timolol. *Scandinavian Latanoprost Study Group. Ophthalmology* 102:1743-52
 8. Baudouin C, Pisella PJ, Fillacier K, et al (1999) Ocular surface inflammatory changes induced by topical antiglaucoma drugs: human and animal studies. *Ophthalmology* 106:556-63
 9. Charrel T, Aptel F, Birer A, et al (2011) Development of a miniaturized HIFU device for glaucoma treatment with conformal coagulation of the ciliary bodies. *Ultrasound Med Biol* 37:742-54