



Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)

fiches-ide.fr

Définition

La DMLA est une dégénérescence de la partie centrale de la rétine, appelée macula, pouvant mener à la perte de la vision centrale.

La macula étant une petite zone au centre de la rétine permettant de voir avec précision les détails et les couleurs.

C'est la première cause de handicap visuel chez les plus de 50 ans et une des principales causes de malvoyance dans les pays industrialisés.

Physiopathologie

Phase précoce : maculopathie liée à l'âge (MLA). Cette phase correspond à l'accumulation de dépôts blanchâtres à l'intérieur et autour de la macula.

2 formes dégénératives tardives :

- Forme atrophique ou sèche
- Forme humide

Forme atrophique : disparition progressive des cellules de l'épithélium pigmentaire rétinien et celles des photorécepteurs situés au niveau de la macula.

Forme humide : prolifération de nouveaux vaisseaux anormaux sous la rétine. Ces vaisseaux fragiles laissent diffuser du sérum, responsable d'un soulèvement de la rétine, et/ou du sang entraînant l'apparition d'hémorragies rétinienne. La forme humide peut évoluer vers la forme atrophique.

Facteurs de risque

Âge > 50 ans

Facteurs génétiques

Tabagisme

Obésité

Mauvaise hygiène alimentaire

Hypertension artérielle

Signes cliniques

Phase précoce : MLA : le plus souvent asymptomatique.

Signes fonctionnels de la DMLA

- Métamorphopsies : perception déformée des lignes droites et des images
- Baisse de l'acuité visuelle
- Scotomes : tache sombre perçue au centre du champ de vision
- Diminution de la perception des contrastes
- Gêne en vision nocturne
- Difficultés à la lecture
- Sensation d'éblouissement
- Modification de la vision des couleurs

Examens complémentaires

Mesure de l'acuité visuelle

- Vision de loin : échelle EDTRS
- Vision de près : échelle de Parinaud
- Mise en évidence des scotomes et des zones de déformation : test d'Amsler (une personne atteinte de la DMLA verra des lignes déformées, brisées ou interrompues, parfois des zones floues ou invisibles)

Fond d'œil réalisé chez l'ophtalmologiste après dilatation pupillaire

- Nécessaire à l'examen de la macula
- Souvent insuffisant pour permettre le diagnostic précis
- Il oriente le diagnostic

Photographies couleurs du fond de l'œil : permet le diagnostic des lésions

Angiographie à la fluorescéine : examen de référence

- Mise en évidence des lésions exsudatives et/ou néovasculaires
- Élimination des diagnostics différentiels
- Angiographie au vert d'indocyanine si allergie à la fluorescéine

Tomographie en cohérence optique

- Examen non invasif apportant des renseignements sur les structures maculaires
- Doit être réalisé en complément de l'angiographie à la fluorescéine au cours du bilan initial de la DMLA

Classification

Il est recommandé d'utiliser la classification simplifiée en 4 stades de l'AREDS pour le diagnostic et le suivi de la DMLA.

Catégorie 1 : pas de DMLA : aucun ou quelques petits dépôts dans la rétine (drusen) (diamètre inférieur à 63 μm).

Catégorie 2 : MLA : un ou plusieurs des éléments suivants : multiples petits drusen, quelques drusen de diamètre entre 63 et 125 μm , anomalies de l'épithélium pigmentaire.

Catégorie 3 : DMLA modérée : un ou plusieurs des éléments suivants : multiples drusen de diamètre entre 63 et 125 μm et au moins un drusen > 125 μm , atrophie géographique (excluant la fovéa).

Catégorie 4 : DMLA avancée : atrophie géographique touchant la fovéa et/ou présence d'une dégénérescence maculaire liée à l'âge exsudative.

Complications et évolution

Initialement, la DMLA ne touche le plus souvent qu'un œil.

- Risque de bilatéralisation : 10% à 1 an et 42% à 5 ans

Forme atrophique : vision +/- satisfaisante avec gêne pour la reconnaissance de détails puis évolue en 5 à 10 ans vers la perte de la vision centrale.

Forme humide : plus rapide : peut évoluer vers la perte de la vision centrale en quelques semaines, voire quelques jours.

La DMLA n'entraîne pas la cécité complète.

Traitements

Forme humide

- Injection par voie intra-vitréenne (7 fois par an en moyenne) d'un inhibiteur de l'angiogenèse, appelé anti-VEGF. Ce traitement n'est pas curatif, il stoppe la progression de la maladie ; c'est un facteur de croissance qui permet la formation de néo-vaisseaux.
- Photocoagulation au laser (formes extrafovéolaires)

Forme atrophique : pas de traitement spécifique. Mais une supplémentation en antioxydants (vitamines C, E), en minéraux (zinc, sélénium), en lutéine et zéaxanthine peut ralentir faiblement la progression de cette forme.

Autres traitements pour améliorer la vision

- Systèmes optiques grossissants
- Rééducation par un orthoptiste

Sources

Les pathologies en un coup d'oeil pour les infirmiers, Stéphane Cornec, 2018, Elsevier Masson
Pathologies et thérapeutiques en soins infirmiers, Kim Quintero Y Perez, 2018, Elsevier Masson
Has-sante.fr
Inserm.fr
Vidal.fr
Cours IFSI

Définition

Dégénérescence de la partie centrale de la rétine (macula) pouvant mener à la perte de la vision centrale



1^{re} cause de handicap visuel chez les +50 ans

Une des principales causes de malvoyance dans les pays industrialisés

Facteurs de risque

Âge > 50 ans

Facteurs génétiques

Tabagisme

Obésité

Mauvaise hygiène alimentaire

Hypertension artérielle



Signes cliniques

MLA : le + souvent asymptomatique

Signes fonctionnels DMLA



- Métamorphopsies
- Baisse acuité visuelle
- Scotomes : tâche sombre au centre
- Diminution perception contrastes
- Gêne vision nocturne
- Difficultés lecture
- Sensation d'éblouissement
- Modification vision des couleurs

Examens complémentaires

Mesure acuité visuelle (échelle EDTRS, échelle Parinaud, test d'Amsler)

Fond d'œil



Photographies couleurs du fond de l'œil

Angiographie à la fluorescéine

- Examen de référence

Tomographie en cohérence optique

UE 2.7 - Défaillances organiques et processus dégénératifs

Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)



Fiches IDE© Tous droits réservés

Complications et évolution

DMLA ne touche le + souvent qu'un œil

- Risque de bilatéralisation 10% à 1 an et 42% à 5 ans

Forme atrophique : vision +/- satisfaisante avec gêne pour la reconnaissance de détails puis évolue en 5/10 ans vers la perte de la vision centrale

Forme humide : + rapide : peut évoluer vers la perte de la vision centrale en quelques semaines, voire quelques jours

DMLA : pas de cécité complète



Traitement

Forme humide : pas de ttt curatif, ralenti la maladie

- Injection voie intra-vitréenne anti-VEGF
- Parfois photocoagulation au laser

Forme atrophique : pas de ttt spécifique

- Supplémentation en antioxydants, minéraux, lutéine et zéaxanthine

Autres

- Systèmes optiques grossissants
- Rééducation par orthoptiste



Physiopathologie

Phase précoce : MLA : accumulation de dépôts blanchâtres à l'intérieur et autour de la macula

Forme atrophique : disparition progressive des cellules de l'épithélium pigmentaire rétinien et celles des photorécepteurs situés au niveau de la macula



Forme humide : prolifération de nouveaux vaisseaux anormaux sous la rétine. Entraîne l'apparition d'hémorragies rétinienues. Peut évoluer vers forme atrophique.

Classification

Catégorie 1 : pas de DMLA

Catégorie 2 : MLA

Catégorie 3 : DMLA modérée

Catégorie 4 : DMLA avancée

