

# « C'EST POUR MIEUX TE VOIR MON ENFANT... »

L'œil est un organe extraordinaire: d'un diamètre de 24 mm seulement, c'est lui qui nous relie à la vie extérieure. D'où l'importance de tout faire pour le préserver et de bien suivre les avancées médicales. Questions et pathologies: notre dossier.



SOIGNER SA VUE AVEC **MAGALI QUENT, FRÉDÉRIQUE ODASSO, DIDIER PRADERVAND** ET NOS EXPERTS\*

Pour beaucoup, perdre la vue serait le pire des handicaps. De fait, 80% des informations perçues émanent de nos yeux. Et pourtant, nous n'en prenons pas toujours bien soin. Certes, les progrès en ophtalmologie permettent de compenser, voire de réparer, presque toutes les pertes visuelles. Mais justement, pas toutes. Préserver son capital visuel est donc vital. Car l'œil, qui transmet au cerveau les informations lumineuses, est un organe de haute technologie et, tout comme l'appareil photo qui imite son fonctionnement, il peut souffrir d'un défaut d'entretien et de mauvaises manipulations. Pour l'un comme l'autre, chaque pièce est essentielle. La cornée, lentille transparente en contact avec l'extérieur, agit comme un objectif. La pupille joue le rôle de diaphragme et gère la quantité de lumière entrant dans l'œil. Le cristallin lui fait la mise au point alors que la rétine, telle une pellicule photo, capte les couleurs et les luminosités avant de les transformer en influx nerveux vers le cerveau. Sans oublier le nerf optique sans lequel cet influx ne pourrait pas être converti en une représentation visuelle en 3D!

## ↳ EST-IL VRAIMENT POSSIBLE DE LUTTER CONTRE LE VIEILLISSEMENT DE LA VUE?

Même si à partir de 45 ans le vieillissement progressif de la fonction visuelle est inéluctable, il n'est jamais trop tard pour ralentir ce processus en adoptant une bonne hygiène de vie, en traitant les maladies métaboliques comme le diabète, en se préservant des facteurs environnementaux

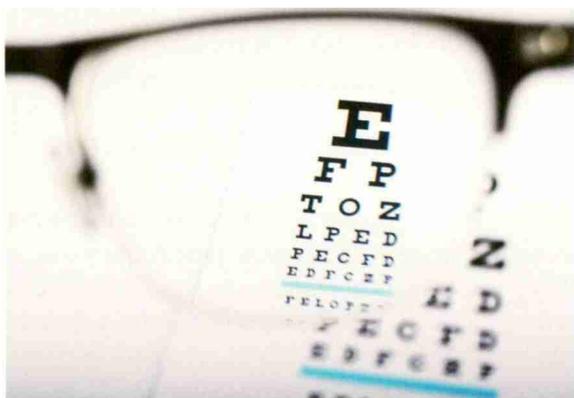


délétères que sont les UV et la nicotine. D'un point de vue curatif, l'arsenal thérapeutique et les techniques chirurgicales permettent désormais, en cas de cataracte, de récupérer parfois jusqu'à 10/10° en 24 heures et, en cas de DMLA humide, de ne plus perdre la vue.

En ophtalmologie les progrès sont immenses et la recherche très prometteuse. Mais il faut parfois se méfier des avancées à caractère pratique... Ainsi, la possibilité d'obtenir de nouvelles lunettes directement chez l'opticien peut faire passer à côté d'un glaucome que le bilan chez l'ophtalmologue aurait permis de détecter.

#### ↳ AVOIR 10/10°, CELA VEUT DIRE QUOI?

Cette mesure définit l'acuité visuelle centrale, capacité de l'œil (avec correction) à discerner deux points différents de 7,3 mm chacun à 5 m de distance. C'est la lecture du tableau de 10 ou 12 lignes de plus en plus petites qui la détermine. La normale est de 10/10°. Ne pas pouvoir lire au-delà de la cinquième ligne signifie que l'acuité est de 5/10°. Mais elle peut être de 12 ou plus. À moins de 3/10°, on parle de basse vision. À moins de 1/10°, de cécité.



#### ↳ FAUT-IL ABSOLUMENT CONSULTER UNE À DEUX FOIS PAR AN?

Cette croyance date d'une époque où l'on prescrivait contre la cataracte des gouttes – bien peu utiles – nécessitant de renouveler l'ordonnance tous les six mois. Le rythme des consultations dépend des troubles et des risques potentiels détectés vers 45 et

60 ans, deux âges clés pour pratiquer un bilan. Vers 45 ans, car il convient de traiter la presbytie mais aussi de mesurer la tension oculaire afin de prévenir un glaucome dont le site [swissglaucome.ch](http://swissglaucome.ch) estime qu'il touche «directement 2,5 % de la population suisse âgée de plus de 42 ans», soit un peu plus de 100 000 personnes. Vers 60 ans, car c'est l'âge où un début de cataracte peut détériorer la vision et où il faut surveiller une éventuelle DMLA. En fonction du bilan, le rythme de surveillance sera d'une à deux fois par an ou d'une fois tous les deux à cinq ans si tout va bien. S'il existe un antécédent familial de glaucome, il est préférable de consulter dès 30 ans.

#### ↳ TABAC ET SOLEIL AUGMENTENT-ILS LES RISQUES DE CATARACTE ET DE DMLA?

Le tabac est clairement identifié comme le facteur environnemental le plus délétère pour la vue. Il accélère le vieillissement de la rétine, augmentant significativement le risque de DMLA, première cause de mal voyance chez les plus de 50 ans. Il a aussi un impact sur la survenue précoce de la cataracte. Le mieux est d'arrêter de fumer, quel que soit son âge. Quant au soleil, il ne faut ni diaboliser ni ignorer ses effets. Dans des conditions normales d'ensoleillement, le cristallin de l'adulte filtre un tant soit peu les ultraviolets, inutile donc de porter des lunettes de soleil en permanence. Mais il faut absolument éviter la surexposition et se protéger efficacement en cas de forte réverbération comme sur l'eau et à la neige afin de préserver le cristallin et la macula.

#### ↳ L'ÂGE PEUT-IL CONSTITUER UN FREIN À UNE OPÉRATION DES YEUX?

Plus que l'âge, c'est la pertinence de l'opération qui prime. Un examen préopératoire permet de déterminer qui est opérable et qui ne l'est pas et de mesurer la balance bénéfices/risques. Il est par exemple inutile d'opérer une cataracte pas trop avancée si la baisse de la vision est attribuable à une rétine ou un nerf optique dégradés. A contrario une cataracte très évoluée peut être extraite, même chez un aveugle, dès lors que sa maturité peut causer des douleurs par inflammation


 notre temps  
 1211 Genève 1  
 022 900 30 01

 Genre de média: Médias imprimés  
 Type de média: Magazines spéc. et de loisir  
 Tirage: 32'000  
 Parution: 9x/année

 N° de thème: 729.006  
 N° d'abonnement: 729006  
 Page: 66  
 Surface: 326'577 mm<sup>2</sup>

ou un glaucome...

#### ↳ EXISTE-T-IL UN LIEN AVEC LA MALADIE D'ALZHEIMER?

Des personnes atteintes de cette maladie peuvent avoir une très bonne vue et même lire mais les troubles de la mémoire les empêchent d'assimiler les informations transmises par les yeux. Dans les formes d'Alzheimer peu avancées, il faut traiter toute cause de mauvaise vue pour permettre au patient de garder au mieux un contact avec l'extérieur, réduire la confusion et limiter les risques d'accidents.

#### ↳ QUELLE ALIMENTATION POUR MA VUE?

Il faut avant tout manger équilibré pour éviter le surpoids, et donc le diabète et ses complications oculaires, et faire naturellement le plein de vitamines antioxydantes et d'oméga 3 pour lutter contre le vieillissement cellulaire, surtout en cas d'antécédents familiaux de DMLA. Inutile pour autant de se gaver de myrtilles ou encore de compléments alimentaires dédiés qui coûtent plus cher qu'ils n'apportent de bénéfices. Privilégiez une alimentation saine, variée et riche en vitamines A (beurre, œuf...), E (huiles, noix), C (agrumes, kiwi), en oméga 3 (poissons gras...) mais aussi en caroténoïdes (pigments responsables de la couleur jaune, orangée, rouge et verte des fruits et légumes); sans oublier une activité physique régulière.

#### ↳ QUAND CONSULTER EN URGENCE?

Dès qu'il y a un traumatisme oculaire, que l'œil est douloureux et/ou qu'il y a perte de vision, il s'agit d'une urgence réelle. Mais il existe aussi des situations vécues par le patient comme une urgence, telle une conjonctivite qui, sans nécessiter une consultation immédiate, doivent toujours inciter à contacter son ophtalmologue.

#### ↳ DIABÈTE ET HYPERTENSION SONT-ILS À RISQUE?

Le diabète est une des premières causes de cécité médicale dans les pays industrialisés. De type 1 ou 2, s'il n'est pas correctement traité, il finit par endommager les vaisseaux de l'œil et peut provoquer

une rétinopathie diabétique. Cette complication qui se traduit par une baisse progressive de la vision pouvant aller jusqu'à la cécité, faute d'oxygénation suffisante des cellules de la rétine, survient généralement de huit à dix ans après le début du diabète. Le risque est encore majoré lorsque l'hypertension artérielle y est associée. Il est donc impératif d'équilibrer ces pathologies. Chez l'ophtalmologue, c'est l'examen du fond de l'œil qui permet de vérifier l'état de la rétine. ►

#### ↳ RONFLER FAVORISE-T-IL LE GLAUCOME?

Il est désormais prouvé que l'apnée du sommeil, caractérisée par des ronflements intenses interrompus par de fréquents arrêts respiratoires, altère la fonction oculaire. En diminuant le taux d'oxygène dans le sang, elle peut aggraver un glaucome existant ou favoriser des lésions de type glaucome sans pour autant que la pression oculaire ne monte. Dans les deux cas, le risque à ne pas traiter ce problème se solde par une destruction progressive du nerf optique et une perte du champ visuel. L'apnée du sommeil peut aussi causer une oblitération vasculaire rétinienne et entraîner une perte de vision brutale.

#### ↳ LES LED ET LUMIÈRES BLEUES SONT-ELLES UN RISQUE POUR LES YEUX?

D'abord utilisées comme témoins lumineux, les LED servent désormais à éclairer écrans, lieux publics, maisons... Celles produisant une lumière blanche et froide ainsi que les bleues (décoratives) émettraient une fraction de lumière bleue pointée du doigt par un récent rapport de



notre temps  
1211 Genève 1  
022 900 30 01

Genre de média: Médias imprimés  
Type de média: Magazines spéc. et de loisir  
Tirage: 32'000  
Parution: 9x/année

N° de thème: 729.006  
N° d'abonnement: 729006  
Page: 66  
Surface: 326'577 mm<sup>2</sup>

l'Agence Nationale française de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail comme pouvant être, à forte dose, nocive pour la rétine. Seules les LED à moindre intensité sont commercialisées mais, par précaution, mieux vaut éviter de les choisir trop blanches et de les fixer directement.

### ↳ RENDRE LA VUE AUX NON-VOYANTS, EST-CE UN JOUR IMAGINABLE?

Tout dépend du type de cécité. Aujourd'hui, la greffe du nerf optique reste illusoire. En revanche, en cas de rétinite pigmentaire, maladie génétique, un implant rétinien est en cours de test: via des électrodes, il envoie un signal au cerveau et permet de reconnaître les formes. D'ici à dix ans, une greffe de rétine pourrait redonner un peu de vue aux patients atteints de DMLA sévère. Et les greffes de cellules souches sont une autre voie de recherche qui pourrait également aboutir dans une dizaine d'années.

## CINQ PATHOLOGIES À LA LOUPE

Même si la dégradation de la fonction visuelle est physiologiquement programmée, elle n'est plus un obstacle à la préservation de la vision. Aujourd'hui, grâce à une meilleure compréhension des mécanismes du vieillissement de l'œil, à une prévention adaptée, à des traitements de plus en plus performants et à des perspectives de recherche toujours plus pointues, la perte du sens visuel n'est plus une fatalité! Et même s'il est souvent très long d'obtenir un rendez-vous chez son ophtalmologue, il est indispensable de ne pas déroger au calendrier des visites car, dans 40% des cas, c'est la simple consultation pour le renouvellement d'une ordonnance ou d'une paire de lunettes qui permet de détecter un problème médical et d'y remédier.

### 🔍 LA PRESBYTIE

#### 🔍 ou quand la souplesse oculaire diminue

*À partir de 40-45 ans, le cristallin perd progressivement de sa souplesse et ne parvient plus à bien accommoder, autrement dit à se contracter pour faire la netteté en vision de près. Et à partir de 60-65 ans, il ne présente plus la moindre élasticité: la presbytie est alors stabilisée.*

➤ **LES SIGNES PRÉCURSEURS** Rechercher la lumière, froncer les sourcils, éloigner le support de lecture sont des alertes. Tout comme maux de tête et brûlures oculaires à trop forcer sans correction adaptée. Et si, contrairement aux idées reçues, la myopie n'évite pas la presbytie (il suffit d'ôter ses lunettes pour voir de près), en revanche, les hypermétropes (défaut de la vision de près) sont gênés plus tôt, vers 35 ans.

#### ➤ LA PRÉVENTION

Le vieillissement du cristallin est inéluctable. Une rééducation orthoptique peut différer le port de lunettes de trois à quatre ans, mais au prix d'une régularité sans faille. Même contrainte avec une nouvelle application nommée GlassesOff qui, via un programme mensuel d'entraînement, promet d'optimiser la vision de près pour une dizaine de francs par mois. Mais son efficacité n'a pas été scientifiquement prouvée.

#### ➤ LES TRAITEMENTS

##### ■ Les corrections

En correction de près ou multifocale, les lunettes restent le dispositif le plus éprouvé. Mais les lentilles sont aussi au point. Soit en correction progressive, soit en vision dite en bascule qui restitue l'équilibre en corrigeant l'œil dominant en vision de loin et l'œil non-dominant en vision de près. Elles peuvent être souples, rigides, toriques ou thérapeutiques.


 notre temps  
 1211 Genève 1  
 022 900 30 01

 Genre de média: Médias imprimés  
 Type de média: Magazines spéc. et de loisir  
 Tirage: 32'000  
 Parution: 9x/année

 N° de thème: 729.006  
 N° d'abonnement: 729006  
 Page: 66  
 Surface: 326'577 mm<sup>2</sup>

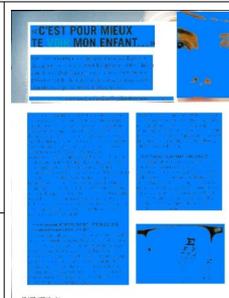
### ■ La chirurgie

Avec quinze ans de recul, l'opération de la presbytie est parfaitement maîtrisée. Pour ceux qui ne parviennent pas à être bien corrigés par des lunettes ou des lentilles progressives, se faire opérer dès 50 ans (pas trop tôt car la presbytie évolue) permet d'être tranquille pendant au moins dix ans. Le coût: de 1200 à 3500 fr. par œil environ selon les cliniques, le chirurgien, les techniques, suivis opérationnels et traitements personnalisés choisis. Vérifiez avec votre médecin de référence (si vous en avez un) et vos assurances (base et complémentaires) si, en fonction de votre situation individuelle et de l'ordonnance de l'ophtalmologue, il y a ou non participation et remboursement des coûts. Le bilan préopératoire détermine la meilleure technique en fonction de l'âge du patient et de l'état de son cristallin: laser ou implant intraoculaire. Chacune nécessite 30

min d'intervention en ambulatoire et de quelques heures à quelques jours pour accommoder parfaitement. L'implant s'adresse aux plus de 60 ans, dont la presbytie est totale. Le cristallin est retiré puis remplacé par une lentille multifocale. On opère un œil après l'autre, à quelques jours d'intervalle. Le laser s'adresse plutôt aux 45 – 50 ans et est conseillé aux hypermétropes et dans tous les cas réservé aux cristallins clairs car s'il y a un début de cataracte, mieux vaut attendre et poser un implant «2 en 1». Là, c'est la cornée qui est remodelée en périphérie, souvent via la technique de la bascule.

► **ET DEMAIN?** L'objectif sera d'améliorer la performance des logiciels de laser et de miniaturiser les incisions. Conserver la souplesse du cristallin pour éradiquer la presbytie semble peu envisageable: les essais récents n'ont pas donné de résultats suffisants.





## LA CATARACTE

### ou quand la clarté s'opacifie

À partir de 60 ans, le cristallin perd de sa transparence et s'opacifie. C'est le début de la cataracte. Dans 95% des cas, cette altération est liée à l'âge et touche les deux yeux, mais pas forcément de façon symétrique. La cataracte peut aussi parfois résulter d'un traumatisme (choc, brûlure, radiothérapie) ou être favorisée par une maladie (diabète) ou un traitement (cortisone).

► **LES SIGNES PRÉCURSEURS** Baisse de la vue, sensation de porter des lunettes sales, vision double, fatigue visuelle, altération des couleurs (surtout le bleu), apparition de halos lumineux et forts éblouissements à la lumière.

► **LA PRÉVENTION** Impérativement traiter le diabète, éviter les expositions prolongées au soleil et supprimer le tabac, trois facteurs de risques de cataracte précoce.

### ► LES TRAITEMENTS

#### ■ L'intervention chirurgicale

Ni les collyres ni les lasers ne peuvent guérir une cataracte. Le traitement est donc chirurgical. Avec près de 50 000 interventions par an, c'est même l'opération la plus fréquente en Suisse. Aucune maladie ne contre-indique cet acte qui permet de récupérer jusqu'à 100% de la vision en seulement 24 à 48 heures, mais avec ensuite quelques semaines d'attente (et de flou dans la vision quelquefois) pour stabiliser ces résultats, et pouvoir alors commander ses nouvelles lunettes adaptées à ses autres problèmes de vue.

• **Le protocole** Indolore, pratiquée en ambulatoire sous anesthésie locale en 20 min, l'opération consiste à retirer le cristallin devenu opaque via une mini-incision de la cornée (de 2 à 3 mm) pour le remplacer par un implant parfaitement transparent.

• **Les avantages** Ces implants pouvant aussi corriger les problèmes réfractifs (presbytie, myopie, hypermétropie, astigmatisme), la chirurgie de la cataracte est donc une chirurgie 2 en 1 qui permet de se passer totalement ou partiellement de correction. C'est pourquoi on n'attend plus forcément que l'opacification soit «mûre» pour opérer. Avec des implants monofocaux (impératifs en cas de pathologie maculaire, glaucome avec un déficit du champ visuel ou de structure de la cornée), il est possible de corriger, au choix, la vision de près ou de loin. ►

Avec les implants multifocaux corrigeant plusieurs distances, les patients éligibles (sans autre pathologie de l'œil que la cataracte) peuvent alors se passer de lunettes dans 90% de leurs activités. La chirurgie de la cataracte permet aussi de traiter l'astigmatisme via la pose d'implants toriques.

• **Les suites opératoires** Cinq à dix ans après l'opération, une cataracte secondaire due à l'opacification de la capsule sur laquelle repose l'implant est quasi-systématique. Elle se traite simplement par laser, en une fois, lors d'une consultation.

► **ET DEMAIN?** Un collyre visant à ralentir le vieillissement du cristallin est toujours à l'étude. S'il voit le jour, il permettrait de réduire le recours à l'opération. Dans un avenir plus lointain, l'opération de la cataracte pourrait être totalement robotisée. Et il est également possible que se développent les opérations sous hypnose, particulièrement adaptées aux patients très stressés par l'anesthésie. On pourrait aussi voir se généraliser des interventions corrigeant plusieurs défauts de vue.



## LA DMLA ou quand la vision centrale s'obscurcit

*C'est à la soixantaine que peuvent apparaître les premiers signes de dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), une maladie qui, en Suisse, concerne environ 2% des 52 à 64 ans, 10% des 65 à 74 ans, 30% des 75 à 85 ans. En cause: la destruction progressive de la macula, zone centrale de la rétine. La vision centrale finit par être remplacée par une tache noire, mais le champ visuel périphérique est conservé. La DMLA est la première cause de malvoyance chez les personnes âgées.*

► **LES SIGNES PRÉCURSEURS** L'impression de manquer de lumière pour lire, une difficulté à percevoir les détails et surtout la déformation des lignes droites qui apparaissent comme ondulées.

► **LA PRÉVENTION** Elle consiste principalement à ne pas (ou plus) fumer afin de ne pas accélérer le vieillissement de la rétine. Mais aussi à prôner une alimentation saine, équilibrée, riche en oméga 3 et antioxydants et à se protéger des expositions inconsidérées au soleil. En cas d'antécédents familiaux de DMLA précoce, il faut consulter dès 40-45 ans et, dans tous les cas, réagir dès l'apparition des premiers signes pour éviter la destruction de la macula. Au moindre doute à l'examen du fond de l'œil, l'ophtalmologue prescrira un OCT (sorte de scanner de la rétine) pour pousser l'investigation.

### ► LES TRAITEMENTS

■ **Les injections** Il existe deux sortes de DMLA. La sèche, la plus fréquente, où les cellules meurent progressivement et où des dépôts s'accumulent sur la macula, et contre laquelle il n'y a actuellement pas de traitement. Et la DMLA humide (ou exsudative) dont l'évolution est brutale mais pour laquelle des traitements sont aujourd'hui possibles.

■ **Dans le cas de la DMLA sèche**, le déclin visuel, lié à la destruction des cellules chargées d'éliminer les déchets produits par la rétine, se fait très lentement. Il peut dans certains cas être compensé par des séances de rééducation orthoptique dites de basse vision qui permet aux patients de s'adapter à leur déficit visuel au quotidien.

■ **Dans le cas de la DMLA humide**, caractérisée par l'apparition de néo-vaisseaux sanguins au niveau de la macula entraînant hémorragie et perte



de vue parfois brutale, le traitement le plus classique consiste à injecter une fois par mois dans l'œil un anti-VEGF (*vascular endothelial growth factor*), à savoir une molécule qui permet de détruire ces néo-vaisseaux afin de stabiliser la vision.

► **ET DEMAIN?** D'ici dix ans, il sera peut-être possible de restaurer la vue des patients atteints de DMLA en greffant sous la rétine des cellules épithéliales (produites par thérapie cellulaire) pour remplacer les cellules mortes. Les DMLA humides pourraient aussi bénéficier d'un traitement complémentaire aux anti-VEGF pour réduire la fibrose (cicatrice) associée à la maladie et responsable aussi de la perte visuelle. D'ici cinq ans, ces DMLA pourraient également profiter d'un nouveau médicament à injecter dans le corps vitré pour une action plus durable que les injections actuelles, limitant ainsi les risques d'infections.



## LE GLAUCOME

### ou quand le champ périphérique se réduit

*Sa fréquence augmente avec l'âge. Il résulte d'un excès de pression à l'intérieur du globe exercée par un liquide appelé humeur aqueuse. Normalement, ce liquide se renouvelle. Mais s'il ne s'évacue pas correctement, il stagne et la pression oculaire grimpe, détruisant peu à peu les fibres du nerf optique... L'atteinte irréversible du champ visuel périphérique restreint progressivement la vision à la zone centrale, parfois jusqu'à la cécité.*

► **LES SIGNES PRÉCURSEURS** Jusqu'à un stade avancé, le glaucome ne provoque ni douleurs ni troubles de la vue car la vision centrale est longtemps préservée et le déficit visuel périphérique souvent compensé par l'autre œil. Et, lorsque la gêne apparaît, les dégâts sont déjà très importants. Seul un bilan précoce permet de détecter le problème et de sauver le nerf optique.

► **LA PRÉVENTION** Elle passe par un dépistage à partir de 45 ans, voire bien plus tôt en cas d'antécédent familial ou de très forte myopie. Il s'agit de mesurer la pression oculaire (tonomètre), de vérifier l'état du nerf optique (fond de l'œil) et éventuellement de tester le champ visuel et l'épaisseur des couches nerveuses de la rétine (OCT). Prévenir le glaucome c'est aussi limiter les facteurs aggravants ou déclenchants: apnée du sommeil, troubles circulatoires sanguins, usage prolongé de la cortisone.

► **LES TRAITEMENTS** Rare, le glaucome congénital ne peut être traité que par chirurgie. Le glaucome aigu (à angle fermé), moins rare, se manifestant par de violentes douleurs et une baisse visuelle soudaine, nécessite une intervention rapide, laser ou chirurgie. Le glaucome chronique (à angle ouvert), le plus fréquent, bénéficie de quatre types de traitements.

■ **Les collyres hypotonisants** Une instillation quotidienne à vie de ce traitement de première intention évite l'aggravation de la maladie en diminuant la production d'humeur aqueuse. Si le champ visuel continue à se dégrader, il faut passer au laser ou à la chirurgie.

■ **Le laser** En quelques séances, ses impacts élargissent le canal d'évacuation de l'humeur aqueuse. La baisse de la pression permet d'alléger l'instillation d'un collyre mal toléré mais les résultats sont rarement stables.

■ **La chirurgie** Quand la maladie continue à évoluer, l'opération, sous anesthésie locale, consiste à réaliser un micro-orifice pour faciliter l'évacuation de l'humeur aqueuse et préserver la vision restante. Des résultats excellents dans 75% des cas. Les 25% restants devant reprendre l'instillation quotidienne ou être réopérés.

■ **Les ultrasons** Cette technique (cyclo coagulation circulaire) consiste à cautériser partiellement les glandes sécrétant l'humeur aqueuse, en 2 min, sous anesthésie locale. Ce geste qui freine l'évolution du glaucome, est pour l'heure réservé aux formes sévères résistant au laser et à la chirurgie.

► **ET DEMAIN?** La mise au point de médicaments mieux tolérés se poursuit. Et comme il ne sera sans doute jamais possible de réaliser une greffe du nerf optique, l'avenir porte aussi sur l'amélioration des moyens de dépistage précoces ou, comme récemment à Lausanne, avec, pour quatre premiers patients atteints de glaucome réfractaire, la pose d'un implant oculaire tubulaire (il épouse la forme de l'œil) drainant et ajustable puisque doté d'un robinet (aimanté) dont le débit se règle sans avoir besoin de toucher l'œil.



**Dans notre prochain numéro, retrouvez nos conseils et astuces pour prendre soin de vos yeux au quotidien et bien choisir lunettes et lentilles.**  
**NT #15**



## LA BASSE VISION

ou quand la lumière disparaît peu à peu

On parle de basse vision lorsque l'acuité visuelle, avec correction, est inférieure à 3/10°. Fin 2012, l'UCBA (Union centrale suisse pour le bien des aveugles) a estimé à près de 325 000 le nombre des personnes en Suisse ayant d'importants problèmes de vue ou souffrant d'handicap visuel. C'est quatre fois plus que les chiffres jusqu'alors avancés. Cela représente presque l'équivalent de la population des soixante trois communes de l'agglomération lausannoise. Et l'UCBA de prévoir que ce nombre passera à 400 000 en 2022 et à 430 000 en 2032. Parfois consécutive à un traumatisme, rarement présente dès la naissance, la malvoyance s'installe surtout avec l'âge et la maladie. Mais elle peut aussi être d'origine génétique, comme la rétinite pigmentaire, qui concerne environ une personne sur 4000, soit plus de 2000 individus en Suisse.

► **LES SIGNES PRÉCURSEURS** Outre les signes caractéristiques de la cataracte, du glaucome et de la DMLA, une maladresse accrue (buter contre des objets, des gens, avoir du mal à trouver la nourriture dans l'assiette...) et un repli sur soi sont toujours révélateurs d'une forte perte de vision. La rétinite pigmentaire, héréditaire, se manifeste quant à elle d'abord par des difficultés à voir dans la pénombre, puis par un rétrécissement du champ visuel avant que la zone centrale de la rétine soit touchée et conduise, en quinze à trente ans à la basse vision ou à la cécité.

► **LA PRÉVENTION** Consulter régulièrement et notamment aux âges clés (45 et 60 ans), ne pas fumer, éviter les expositions prolongées au soleil, adopter une bonne hygiène de vie (alimentation saine, activité physique) restent les conseils de base. Tout comme équilibrer le diabète pouvant induire une rétinopathie diabétique, qui conduit, en huit à dix ans, à une



baisse de la vision pouvant aller jusqu'à la cécité.

► **LES TRAITEMENTS** L'objectif est de maintenir la fonction visuelle résiduelle.

■ **La rééducation orthoptique** En dix à douze semaines, elle a pour but de forcer les cellules saines de la rétine à se substituer aux cellules défectueuses. Dans la DMLA où la vision centrale est dégradée, le patient apprend à développer sa vision périphérique. Les résultats dépendent beaucoup de la précocité de la rééducation et de l'assiduité à pratiquer ces exercices fatigants. Les aides visuelles Loupes éclairées, lampes basse vision, agrandisseurs et lunettes électroniques...: les outils d'optimisation de la vision sont nombreux.

#### LIENS ET ADRESSES

- > Union centrale suisse pour le bien des aveugles ([www.ucba.ch](http://www.ucba.ch))
- > Campagne nationale: [www.malvoir-bienvivre.ch](http://www.malvoir-bienvivre.ch)
- > Fédération suisse des aveugles et malvoyants ([www.sbv-fsa.ch](http://www.sbv-fsa.ch))
- > Fondation Pro visu ([www.provisu.ch](http://www.provisu.ch))
- > Association Retina Suisse ([www.retina.ch](http://www.retina.ch))
- > [www.swissglaucome.ch](http://www.swissglaucome.ch)
- > Association des indépendants spécialisés en basse vision ([www.basse-vision.ch](http://www.basse-vision.ch))
- > Société Suisse d'Ophtalmologie ([www.sog-ssso.ch](http://www.sog-ssso.ch))

#### \*NOS EXPERTS

Le **P<sup>r</sup> Thanh Hoang-Xuan**, Chef du service ophtalmologique de l'Hôpital américain à Neuilly, **D<sup>r</sup> Catherine Abou-Ganem**, chirurgien-ophtalmologue, Co-fondatrice de la Clinique de la Vision, à Paris, **D<sup>r</sup> Dominique Eraud**, homéopathe et phytothérapeute, **Daphné Atlan**, opticienne diplômée d'État, licenciée d'optométrie et Directrice du Studio Vision à Paris.



Pour qu'ils soient efficaces, il faut apprendre à s'en servir et faire de la rééducation. Les ordinateurs qui permettent d'adapter luminosité et taille des caractères sont aussi très précieux.

#### ► LA PRÉVENTION ET DEMAIN?

Les recherches menées en thérapie génique devraient aboutir d'ici à dix ans à la mise au point d'un traitement capable de stopper l'évolution de la rétinite pigmentaire, voire de retrouver un peu de vision centrale. En amont, la rétine artificielle, testée par 300 personnes souffrant de cette maladie, devrait être étendue à d'autres indications. Au Japon, le succès d'une première greffe de cellules d'épithélium pigmentaire laisse entrevoir des applications dans une dizaine d'années sur les DMLA sévères. Côté technologie, des lunettes à réalité augmentée, développées par Essilor et l'Institut de la vision, et dotées d'une caméra projetant une image permettront d'ici peu à ceux atteints de DMLA, glaucome ou rétinite, de retrouver une meilleure autonomie.