



Surface oculaire

Surface oculaire : quelles solutions au quotidien pour l'ophtalmologiste ?

Symposium organisé par Novartis le 6 mai

Ce symposium organisé par Novartis avait pour objectif de traiter des thèmes variés abordés par des spécialistes de renom, afin d'apporter aux ophtalmologistes des solutions pratiques dans leur activité quotidienne.

DMLA : s'organiser efficacement

D'après l'intervention
de Dr Vincent Gualino (Montauban)

La DMLA est un problème de santé publique auquel tout ophtalmologiste est confronté dans son exercice. Un gain de temps est possible pour le diagnostic en s'affranchissant de l'angiographie dans les cas typiques (figure 1) [1].

Une DMLA exsudative nouvellement diagnostiquée doit bénéficier d'injections intravitréennes (IVT) d'anti-VEGF, avec une phase d'induction de 3 IVT mensuelles à débiter dans les 7 jours suivant le diagnostic, suivie d'une consultation de contrôle à 1 mois de la 3^e IVT. Il convient d'informer le patient de la chronicité de la maladie et des nombreuses IVT nécessaires à son contrôle. L'anticipation de la partie administrative de la prescription des IVT permet d'optimiser le temps de consultation (dossier pour le patient contenant les documents préremplis...). Le schéma de suivi bénéficiant actuellement d'un regain d'intérêt est le *treat and extend*. Il permet de diminuer le nombre

de visites et d'augmenter celui des IVT par rapport à un schéma type PRN, ce qui représente un atout majeur au vu de récentes études en vraie vie montrant que les patients sont globalement sous-traités. Il est important de conserver une pression thérapeutique avec des intervalles d'injection réguliers, au mieux de 12 semaines avec les molécules actuelles, afin de préserver le capital visuel des patients qui peut se maintenir sur plusieurs années en cas de traitement bien conduit.

Glaucome : gérer le postopératoire

D'après l'intervention du Dr Yves Lachkar (Paris)

Les chirurgies filtrantes classiques (trabéculéctomie et sclérectomie profonde non perforante [SPNP]) requièrent un suivi attentif et régulier en postopératoire, en particulier au cours des 6 premières semaines. Si le suivi est bien mené, il permet d'améliorer les résultats de la chirurgie. Mais s'il ne peut être assuré intégralement, il faut s'abstenir d'opérer. La bulle de filtration, la pression intraoculaire (PIO) et la gonioscopie sont les éléments primordiaux du suivi. La gestion de la bulle de filtration passe par un traitement anti-inflammatoire en postopératoire pour prévenir la cicatrisation, ainsi les corticoïdes topiques doivent être maintenus au minimum 2 mois en postopératoire même si l'œil est calme. Si la bulle devient kystique, on peut avoir

recours à un *needling* associé à un anti-métabolite (5FU ou mitomycine C en fonction du niveau de risque de cicatrisation). Après une trabéculéctomie, si la PIO augmente et si la bulle est plate, on peut réaliser la section d'un fil du volet scléral au laser argon (0,05 s, 50 μ , 1200 mW). Cette opération est efficace si elle est effectuée précocement, avant l'installation de la fibrose. Après une SPNP, en cas d'élévation de la PIO, il faut impérativement réaliser une gonioscopie en raison des risques d'incarcération de l'iris. En cas d'incarcération, il est possible de réaliser une gonioplastie au laser argon \pm YAG associée à une goniopuncture de complément si nécessaire. Le suivi postopératoire des MIGS est plus compliqué, compte tenu de l'impossibilité de pratiquer une gonioplastie, une goniopuncture ou la section d'un fil de volet scléral au laser argon.

Sécheresse oculaire : blépharites, comment s'y retrouver ?

D'après l'intervention du Dr Serge Doan (Paris)

La grande majorité des sécheresses a une composante évaporative. Le dysfonctionnement des glandes de Meibomius, associé ou non à une inflammation, est une entité très fréquente, mais pas forcément aisée à mettre en évidence. Au cours de l'examen d'un œil qui pique, il faut systématiquement évaluer la surface oculaire et le film lacrymal (*break-up-time*) grâce à une goutte de fluorescéine, puis réaliser une pression des glandes de Meibomius. Des soins de paupières quotidiens, à vie [1 fois par jour, 3 ou 4 passages appuyés après au moins 5 minutes de réchauffement des paupières] représentent le traitement de première intention des dysfonctionnements des glandes de Meibomius, associés à des agents mouillants à base d'émulsion lipidique. Il est primordial que le patient ait un temps d'explication des soins qui peut

[1] Cohen SY, Mrejen S. Imaging of exudative age-related macular degeneration: toward a shift in the diagnostic paradigm? *Retina*. 2017;37(9):1625-9.

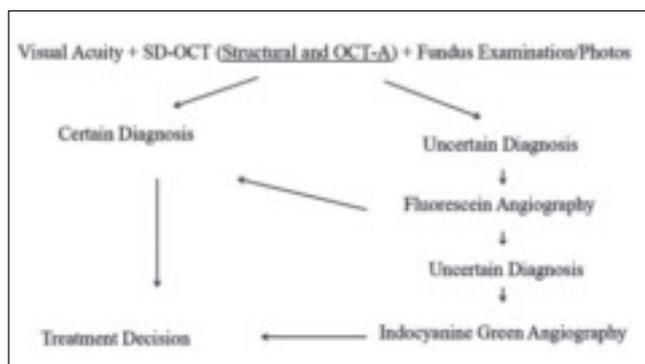


Figure 1.
Algorithme diagnostique
proposé pour la DMLA.

être délégué à du personnel paramédical. Il faut s'assurer de la compréhension du patient, garante de l'efficacité du traitement. La thérapie pulsée, bien

que plus onéreuse, a une efficacité plus longue (jusqu'à 12 mois) en l'absence d'atrophie des glandes. En cas d'échec d'un traitement bien conduit, il faut savoir

évoquer une malocclusion secondaire associée à un clignement abortif requérant une rééducation du clignement.

Adam Mainguy

Explorer les zones d'ombre de la sécheresse oculaire

Symposium organisé par Santen le 5 mai 2018 et présidé par le Pr Pierre-Jean Pisella (Tours)

Sécheresse oculaire : une souffrance

D'après l'intervention du Pr Maurizio Rolando (Gênes, Italie)

Il existe un lien entre le temps d'attente pour le diagnostic de sécheresse oculaire et la douleur ; 60% des patients atteints de sécheresse oculaire attendent plus d'un an avant d'obtenir le diagnostic. L'impact sur la qualité de vie peut être important, équivalent à celui de l'angor ; 10 à 20% des patients considèrent leur sécheresse oculaire comme un handicap. C'est la pathologie ophtalmologique qui cause le plus de dépressions.

Mon patient se plaint et pourtant...

D'après l'intervention du Pr Christophe Baudouin (Paris)

La discordance entre signes et symptômes est souvent présente dans la sécheresse oculaire. Au niveau du cercle vicieux de la sécheresse, les nerfs cornéens jouent un rôle majeur, les récepteurs au froid sont très stimulés par la rupture précoce du film lacrymal liée à son instabilité. L'excès de cellules inflammatoires est un élément encore plus important que la raréfaction des nerfs cornéens après une chirurgie réfractive,

d'où l'importance du traitement de l'inflammation associé à la lubrification. Le mécanisme des douleurs est aussi neuropathique : une stimulation chronique répétée induit une imprégnation qui persiste au niveau des centres de la douleur.

Mon patient n'a pas mal et pourtant...

D'après l'intervention du Pr Dominique Brémond-Gignac (Paris)

Le Pr Brémond-Gignac nous a présenté le cas d'un enfant de 11 ans présentant une sécheresse par dysfonction des glandes de Meibomius, occasionnant un œil rouge non douloureux et des clignements répétés (un signe important chez l'enfant, qui exprime peu sa gêne). Le *Break Up Time* normal de l'enfant est supérieur à 15 secondes. Les nouvelles techniques (meibographie, mesure de l'osmolarité) sont une aide diagnostique.

Mon patient n'a pas mal et pourtant...

D'après l'intervention du Dr Serge Doan (Paris)

Le Dr Doan nous a exposé le cas d'un patient de 64 ans adressé pour une chirurgie de la cataracte, présentant une blépharite mixte sans plainte mais avec une kératite majeure, un clignement

abortif et une kératinisation du bord libre palpébral. Il ne sent rien à cause d'une hypoesthésie cornéenne bilatérale modérée. Le Lipiview® montre une souffrance des glandes meibomiennes (atrophie, raréfaction). Traiter sa sécheresse oculaire est essentiel avant d'opérer la cataracte.

L'émulsion cationique, de la recherche aux patients

D'après l'intervention du Pr Marc Labetoulle (Le Kremlin-Bicêtre)

Les émulsions qui apportent de l'huile dans de l'eau améliorent la stabilité du film lacrymal. Le Cationorm® contient des lipides polaires cationiques qui ont une meilleure interaction avec les surfaces cellulaires (chargées négativement) et une meilleure rémanence que les solutions aqueuses. Il augmente le film lipidique de 20% et a un effet procicatrisant cornéen.

Pauline Eymard

Ce symposium fera l'objet d'un compte rendu développé dans le numéro de septembre 2018 (n°221) des *Cahiers d'Ophtalmologie*

La surface oculaire en profondeur !

Symposium organisé par Théa le 6 mai

L'actualité est largement dominée par la nouvelle classification adoptée par la TOFS (*Tear Film & Ocular Surface Society*), à savoir le DEWS II qui met l'accent sur la rupture de l'homéostasie cornéenne, reconnaît la nature multifactorielle du syndrome de sécheresse oculaire (SSO) et apporte des nouveautés sur le sujet.

Démarches diagnostiques et spécificités du DEWS II

D'après l'intervention du Dr Lazreg (Alger)

On rencontre en consultation, d'une part des patients symptomatiques avec ou sans signes cliniques (neuropathie) ; et d'autre part, des patients asymptomatiques avec ou sans signes cliniques (neurotrophie). Une nouvelle entité étiologique, la *iatrogenic dry eye* due aux médicaments, aux lentilles de contact, à la chirurgie, aux procédures cosmétiques

et aux procédures non ophtalmologiques (la GVH) a été introduite.

Stratégies de prise en charge selon le DEWS II

D'après l'intervention du Dr (Alger)

La sécheresse étant une rupture de l'homéostasie, le traitement aura pour but de restaurer cette homéostasie. La clé d'une prise en charge réussie est de proposer le traitement le plus proche des plaintes du patient, en allant crescendo du plus simple au plus compliqué. ►



Les sympos

► **Espoir de la thérapie matricielle dans l'ulcère neurotrophique**

D'après l'intervention du Pr Cochener (Brest)

L'innervation cornéenne est importante. Son altération peut conduire au stade ultime à l'apparition d'une *neurotrophic keratopathy* (NK), ou kératite neurotrophique, maladie rare due à plusieurs facteurs de risque et dont le pronostic est évalué par la classification de Mackie. Les traitements disponibles de la NK sont médicaux et interventionnels (chirurgicaux et non chirurgicaux). Le traitement urgent de la NK évitera la progression vers la néovascularisation, voire la perforation, sans être toxique.

Thérapie matricielle, carboxyméthyl glucose sulfate (CGS)

Calcicol est un dispositif médical appartenant à la famille des agents régé-

nerateurs (RGTA) dont l'efficacité est soutenue par plusieurs études et à toutes les phases. Il présente de nombreux avantages : une bonne tolérance, une administration aisée, une aide à la régénération cornéenne malgré une imprédictibilité. Elle représente une nouvelle alternative avant d'envisager une prise en charge plus lourde. Attention aux interactions avec les aminosides.

Les polymères mimétiques des héparanes sulfates (HSM) : potentiel clinique

D'après l'intervention du Pr Labetoulle (Le Kremlin-Bicêtre)

Dans les indications habituelles, les HSM ont démontré une nette accélération de la cicatrisation cornéenne avec une baisse de la douleur et une récupération de l'acuité visuelle en association

avec les traitements habituels. Les HSM dans la dystrophie de Cogan ont réduit d'un facteur 2 le score OSDI et les crises chez 57% des patients.

Le calcicol en pédiatrie

D'après l'intervention du Pr Brémond-Gignac

Son utilité a été mise en évidence chez un enfant souffrant de brûlures graves. La cicatrisation a été rapide, avec la conservation d'une relative transparence cornéenne et la récupération d'une acuité visuelle. Le calcicol a amélioré la qualité de vie d'un jeune patient souffrant du KID syndrome par la diminution des phénomènes de photophobie et de douleurs. Plus d'études cliniques sont nécessaires pour confirmer son utilité dans ces maladies rares.

Cynthia Rumuri-Sehungiza