

Professionnel Rubrique assurée par Lucie Lartigue

Pas de soldes sur la santé !

La santé est manifestement un business florissant. Mais, ce n'est pas du goût du Conseil national de l'ordre des médecins (Cnom). Ce dernier vient de dénoncer des pratiques peu recommandables : des sites d'achat groupé comme Groupon.fr proposent en effet des soldes monstres sur des opérations de la cataracte ou encore sur des chirurgies mammaires... Ce genre de « promo » est interdit en France mais rien n'empêche une clinique située à nos frontières de tenter d'attirer le chaland. Et certaines d'entre elles ne s'en privent pas. C'est pourquoi le Conseil de l'ordre a saisi la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) pour que cessent ces offres défiant toute concurrence. Et si un médecin français s'aventurait dans ce genre d'opération, le Conseil de l'ordre a prévu : il n'hésiterait pas à prendre des sanctions disciplinaires. ■

REGARDE CHÉRIE !
À 2H D'ICI ILS OPÈRENT MA
CATARACTE ET EN PROMO
TU TE FAIS LIPOSUCÉR !


PLFSS : l'équilibre des comptes annoncé pour 2015...

Comme à chaque automne, c'est la grand-messe autour du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS). Pour 2012, avec un déficit global qui devrait être de plus de 18 milliards d'euros, le credo affiché par le Gouvernement est encore et toujours celui du « redressement des comptes »...

Il table sur une baisse du déficit de 40 % pour l'année prochaine. Et le gouvernement juge « réaliste » un retour à l'équilibre de la branche assurance-maladie en 2015, un équilibre pourtant déjà promis pour 2012.

Pour parvenir à ces objectifs ambitieux, le gouvernement entame un nouveau tour de vis dans les dépenses d'assurance-maladie. Que ce soit pour les établissements ou la médecine de ville, ils ne devront pas augmenter de plus de 2,8 % en 2012.

Pour être dans les clous, Valérie Pécresse, la ministre du Budget, a prévu des mesures sur le médicament. Au menu, 770 millions d'euros d'économies,

dont 670 vont consister en des baisses de prix négociées avec l'industrie pharmaceutique. Pour les 100 autres millions, le gouvernement va notamment encourager les génériques et dérembourser des médicaments à service médical rendu insuffisant.

Du côté des médecins, on poursuit sur la voie de la maîtrise médicalisée, avec notamment une nouvelle baisse des tarifs des actes des radiologues et des biologistes.

Quant aux hôpitaux, ils vont devoir continuer à se serrer la ceinture et seront aussi soumis à la pression de la convergence tarifaire, prévue pour 2018 : ainsi l'année prochaine les sommes que l'assurance-maladie versera aux hôpitaux seront, pour certains actes, alignées sur les montants accordés aux cliniques. L'assurance-maladie économisera ainsi 100 millions d'euros...

Parallèlement, 6 milliards d'euros de recettes devraient rentrer dans les caisses de la sécu. ■

Comment les médecins fixent leurs dépassements d'honoraires ?

C'est une première ! Les critères qui poussent les médecins à fixer le niveau de leurs dépassements d'honoraires ont été étudiés. La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et l'université Paris-Dauphine se sont penchées sur quatre spécialités : ophtalmologie, psychiatrie, chirurgie et gynécologie. En 2010, le montant moyen de leurs dépassements était de 21 100 euros. Cette moyenne cache évidemment de grands écarts car plusieurs facteurs font grimper ou baisser ces dépassements. Le premier d'entre eux ►

► est bien sûr le niveau de revenu moyen des habitants. Plus il est important, plus la probabilité de s'installer en secteur 2 augmente. Autre facteur plus surprenant : une densité

En 2010, le montant moyen des dépassements de quatre spécialités, dont l'ophtalmologie, était de 21 100 euros

médicale élevée est synonyme de dépassements eux aussi élevés (+8 % chez les ophtalmologistes par exemple). La concurrence ne joue pas ; les médecins auraient plutôt un « comportement mimétique », selon les auteurs de l'étude. De plus, le lien entre montant du dépassement et expérience du

médecin varie selon les spécialités. Chez les ophtalmologistes, jeunesse est synonyme de moindre dépassement. Mais, le plus intéressant dans cette étude est sans doute la conclusion. Les auteurs estiment que « si on limitait la pratique des dépassements d'honoraires, cela contribuerait probablement à limiter l'installation dans les zones très peuplées et à réduire l'inégale répartition des médecins sur le territoire ». ■

Projet de loi sur la protection des consommateurs : les ophtalmologistes montent au créneau

Tout le monde n'a pas la même définition de la « protection du consommateur ». Le projet de loi Lefebvre renforçant les droits, la protection et l'information des consommateurs, en débat à l'Assemblée nationale du 28 septembre au 11 octobre dernier, suscite en effet de vives réactions. Et notamment l'amendement n°463 qui prévoit la suppression de l'obligation d'ordonnance pour les verres optiques et les lentilles y compris pour les enfants de moins de 16 ans. Cette disposition a immédiatement fait réagir le Conseil national professionnel d'ophtalmologie (ou Académie française d'ophtalmologie). Sa présidente, le Pr Béatrice Cochener, demande au rapporteur du texte « de retirer son amendement » et appelle « le Gouvernement, en particulier le ministre de la Santé, à la plus grande vigilance à l'égard des actions menées autour d'un texte dont l'objet est pourtant la protection du consommateur ». « En tant que professionnels de santé, nous

ne pouvons adhérer à une doctrine qui fait primer les intérêts économiques sur la santé des patients ! », a-t-elle ajouté. Selon



Pr Béatrice Cochener, présidente de l'Académie française d'ophtalmologie

l'Académie, il est en effet primordial que la vue des enfants soit régulièrement contrôlée par un ophtalmologiste afin de s'assurer que leurs yeux se développent correctement et éliminer d'éventuelles pathologies avec des conséquences qui peuvent être graves. En revanche, le même projet de loi Lefebvre prévoit que les « e-opticiens » mettent à la disposition de leurs clients « un opticien-lunetier, un orthoptiste ou un ophtalmologiste pour répondre à toute demande

d'informations ou de conseils ». Un délai de rétractation de 7 jours dans le cas de la vente sur Internet est également prévu. Une réelle mesure de protection des consommateurs qui pourrait être contrecarrée par le gouvernement. En effet, le déremboursement des lunettes achetées sur Internet serait envisagé. Avec les économies ainsi réalisées, les mutuelles pourraient alors prendre en charge les dépassements d'honoraires des ophtalmologistes. C'est le calcul imaginé par le gouvernement pour que l'Union nationale des organismes d'assurance-maladie (Unocam) accepte de revenir autour de la table des négociations concernant le secteur optionnel. Depuis l'instauration d'une nouvelle taxe sur les mutuelles, ces dernières font blocage. Pour les motiver, le gouvernement cherche donc des arguments. Cependant, appliquer un mode de prise en charge distinct selon le procédé de distribution risque de ne pas être facile à faire passer.

La SFO 2012 plus tôt dans l'année

De nombreux orateurs de la SFO devant se rendre à l'ARVO, qui aura lieu du 6 au 12 mai, le 118^e congrès de la SFO a dû être avancé d'une semaine par rapport à la date traditionnelle. Mais les hasards du calendrier faisant tomber le 1^{er} mai un mardi, habituellement le dernier jour du congrès, il a fallu faire démarrer celui-ci non pas le samedi mais le **vendredi 27 avril** pour le terminer le **lundi 30 avril**. La présentation du rapport aura donc lieu le lundi, précédé par l'assemblée générale. Compte tenu de ces nouvelles dates, la SFO recommande de ne pas oublier un lainage dans ses bagages ! ■

Le prix des médicaments dans le collimateur de la Cour des comptes

La Cour des comptes n'y va pas par quatre chemins. Dans son rapport annuel sur la Sécurité sociale, les magistrats de la rue Cambon taclent tous les acteurs du système : le gouvernement bien sûr, mais aussi les hôpitaux, l'industrie... Et la principale critique porte sur la façon dont sont fixés les prix des médicaments.

« Une procédure peu transparente qui aboutit à des prix élevés et souvent sans rapport avec l'apport thérapeutique », estime la Cour des comptes. Or le projet de réforme du médicament ne s'attaque pas de front à cette question de la fixation des prix et des taux

de remboursement. Pourtant, il s'agit d'un levier à ne pas sous-estimer pour maîtriser les dépenses de santé, surtout en période de déficit sans précédent de l'assurance-maladie. La charge de la Cour des comptes sur les aides à l'installation est lourde également. Les dispositifs

sont jugés redondants et inefficaces et elle revient sur les mesures contraignantes à l'installation. D'autres pays, comme l'Allemagne et la Suisse ont fait ce choix, soufflent les magistrats en forme d'exemple. ■



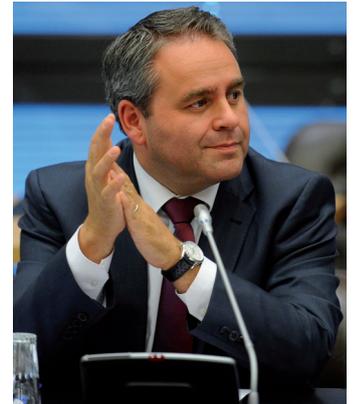
©Emmetine Watkins/SPL/Phanie

Xavier Bertrand séduit par la délégation de tâches aux orthoptistes

Six ophtalmologistes, un remplaçant, sept orthoptistes et six secrétaires médicales... C'est la configuration un peu hors norme du centre d'ophtalmologie que le ministre de la Santé a visité le 15 septembre dernier.

Le centre narbonnais, qui enregistre 50 000 passages par an dans ses locaux de 450 m², a fait le pari de la délégation de tâches. Mais les praticiens voudraient aller plus loin et déléguer par exemple le dépistage de la rétinopathie diabétique.

Pour atteindre leur objectif, les responsables du Centre narbonnais d'ophtalmologie ont évoqué avec Xavier Bertrand une piste de travail : permettre aux orthoptistes d'avoir un exercice mixte, mi-salarié mi-libéral, afin de mieux les rémunérer et donc de les fidéliser. Le ministre de la Santé se serait montré réceptif à cette idée, sans doute parce que le centre a déjà réussi à faire passer les délais de rendez-vous de trois mois à un mois. Pour lutter contre les problèmes de démographie médicale, Xavier Bertrand a en outre évoqué la possibilité d'autoriser les ophtalmologistes à repousser l'âge de la retraite autour de 67/68 ans. ■



La Picardie parie sur la chirurgie ambulatoire

Coincés entre la région parisienne et le Nord de la France, un quart des Picards fuient leur région pour accéder aux soins, notamment aux soins ophtalmologiques.

Pour enrayer cette tendance, la Picardie va créer un Institut d'ophtalmologie, sous la forme d'un groupement de coopération sanitaire (GCS). Ce centre de chirurgie ambulatoire a pour but de « maintenir et de développer une offre ophtalmologique de proximité, complète, pérenne et de qualité en Picardie », a expliqué la direction du CHU d'Amiens. Cet Institut, qui réunira les ophtalmologistes libéraux, hospitaliers,

les représentants de la Polyclinique et du CHU, offrira une large palette d'interventions : chirurgie de la cataracte évidemment, des voies lacrymales, des paupières, du glaucome, chirurgie réfractive,

mais aussi prise en charge de la DMLA, etc. Au second semestre 2012, les cinq blocs opératoires et les 25 chambres d'hôpital de jour devraient être prêts à accueillir les premiers patients. ■



© Wardzala Denis

Pose de la 1^{ère} pierre de l'Institut ophtalmologique de Picardie le 9 septembre 2011

La chirurgie vitréo-rétinienne à Euretina

Trois mille participants ont assisté au 11^e congrès européen Euretina qui s'est tenu à Londres du 26 au 29 mai. Aucun congrès portant sur les pathologies rétiniennes n'avait eu autant d'audience. Beaucoup d'intervenants ont fait des mises au point sur la prise en charge de certaines pathologies. D'autres au contraire ont donné des résultats d'études plus novatrices. Voici les informations qui nous ont semblé les plus intéressantes concernant la chirurgie vitréo-rétinienne.

Chirurgie dans la dégénérescence maculaire liée à l'âge

Plusieurs nouvelles techniques ont été proposées pour la greffe de choroïde et d'épithélium pigmentaire dans la DMLA exsudative. La rotation d'un patch circulaire sur 180° a été tentée chez le singe avec des résultats décevants puisque l'épithélium pigmenté disparaissait à trois mois et que la reperfusion était inconstante. En revanche, Marcin Stoppa a présenté sa technique de greffon autologue pédiculé de la choroïde sur quelques yeux avec, semble-t-il, une perfusion constante des greffons.

Une étude menée en collaboration entre les services de Van Meurs et Grazia Pertile [1] a montré que la greffe d'un patch d'épithélium pigmenté et de choroïde pouvait être suivie en SD-OCT et que la perfusion du greffon était visible en angiographie à la fluorescéine et au vert d'indocyanine. Les patients éligibles pour ce type de greffe pourraient être sélectionnés sur des critères OCT, notamment l'intégrité de la neurorétine maculaire. Les patients présentant une fibrose sous-rétinienne ne pouvant plus être traités par anti-VEGF mais conservant une neurorétine d'épaisseur et de structure quasi normales pourraient être de

bons candidats à cette chirurgie, avec des gains d'acuité variables mais parfois spectaculaires [2].

Trous maculaires

Comme l'année dernière, la polémique concernant le pelage de la limitante interne et le positionnement chez les patients opérés de trou maculaire demeure. Une intéressante étude canadienne prospective portant sur 50 patients a montré qu'un positionnement de trois jours associé à un tamponnement par SF6 et un pelage de la limitante interne permettait d'obtenir 98 % de fermeture. L'auteur précise toutefois que les trous opérés étaient de stade 2 ou 3 et donc probablement de petite taille, or on sait aujourd'hui que le positionnement est peu utile dans les trous de moins de 400 microns [3].

Ramin Tadayoni a présenté les résultats d'une étude en micropérimétrie des yeux opérés pour trou maculaire. La conclusion de cette étude est que les yeux ayant subi une ablation de la limitante interne ont plus de microscotomes et une sensibilité rétinienne moindre que ceux des patients n'ayant pas eu de pelage de la limitante interne. Etant donné que le pelage de la limitante interne n'est utile que pour les trous de plus de 400 microns [4], il faudrait peut-être réserver le

pelage de la limitante à ces seuls grands trous maculaires. La controverse sur le pelage de la limitante interne reste entière encore cette année puisqu'une étude prospective anglaise dont les résultats ont été présentés par Noemi Lois a démontré au contraire que les trous de stade 2 et 3 avaient un taux de fermeture amélioré si l'on pelait la limitante. On reste toutefois dubitatif face à leurs résultats car leur étude ne retrouve que 48 % de fermeture sans pelage contre 84 % avec pelage. Ces deux taux sont très en dessous des taux habituellement rapportés dans la littérature [3]. La technique de vitrectomie, le gaz utilisé ou le positionnement du patient pourraient avoir eu un rôle dans les mauvais résultats constatés. Enfin, une étude française réalisée par l'équipe de la clinique Monticelli de Marseille et Yannick le Mer a démontré l'intérêt de l'utilisation des colorants pour le pelage de la limitante interne. En effet, elle a montré que pour un chirurgien entraîné le pelage était incomplet dans 38 % des cas sans utilisation de colorant et que le traumatisme rétinien (pincement, hémorragies...) était plus fréquent sans colorant qu'avec colorant (+15 %). L'utilisation systématique de colorant pour le pelage de la limitante interne semble donc justifiée.

Membranes épirétiennes

Une étude rétrospective menée dans le service du Pr Berrod à Nancy a montré sur 66 yeux ce que de nombreux chirurgiens suspectaient : une acuité visuelle de 5 à 6/10 préopératoire est associée à d'excellents résultats puisque 71,6 % des yeux opérés ont atteint 8/10 ou plus en postopératoire. Dans cette même étude, l'intégrité préopératoire de la ligne des photorécepteurs (jonction segments externes et internes) constituait un facteur pronostique de la vision postopératoire. Ces résultats encouragent à opérer les membranes épirétiennes suffisamment tôt lorsque le patient est gêné et demandeur de la chirurgie.

Décollement de rétine

Une étude écossaise portant sur 902 patients opérés sur une période de deux ans a montré que le taux de réapplication après une seule intervention était de 81 %, ce qui correspond à de nombreuses autres données de la littérature. En revanche, leur étude a également montré que l'importance ou la taille du décollement était significativement associée au risque d'échec et que chaque cadran horaire supplémentaire augmentait le risque d'échec de 13 %. La PVR préopératoire était de façon attendue le deuxième facteur d'échec de la chirurgie. Les mêmes taux de succès de la chirurgie sont rapportés dans une autre étude portant sur des yeux opérés pour un décollement de rétine chez des patients opérés auparavant de l'œil

Actualités Compte rendu de congrès

controlatéral. Les résultats de leur étude montrent que 22 patients seulement ont eu un décollement bilatéral sur 815 patients opérés. Dans un quart des cas, ces patients étaient myopes. Un délai moyen de deux ans séparait les deux décollements et la survenue d'un décollement sur l'œil controlatéral était exceptionnelle dans l'année qui suivait le premier décollement. Si ces résultats sont applicables à l'ensemble de la population (ce qui n'est pas certain), nous pouvons rassurer les patients sur le risque d'atteinte de l'autre œil, surtout si le patient n'est pas myope.

Rétine artificielle

Les premiers résultats fonctionnels des implants sous-rétiniens devant se substituer aux photorécepteurs dans les maladies

dégénératives comme la rétinite pigmentaire ont été annoncés par Florian Geckler. L'équipe de Tübingen (Allemagne) dont il fait partie a mis au point une technique d'implantation transchoroïdienne sûre chez l'homme¹. Cinq patients ont été implantés et leurs capacités à réaliser des activités quotidiennes ont été testées. Comme pour les implants prérétiens (dont certains ont été implantés dans le service du Pr Sahel à Paris), les résultats sont encourageants : les patients aveugles pouvaient après implantation reconnaître les grosses lettres, éviter des obstacles et identifier certaines nuances de gris. Les techniques chirurgicales utilisées dans les deux cas sont délicates, mais

1. <http://www.eye.uni-tuebingen.de/retina-implant/technology>

aucune complication majeure n'a été rapportée. L'avantage de l'implant sous-rétinien est d'utiliser toute la neurorétine sus-jacente pour transmettre le message nerveux. Une partie de l'intégration du signal visuel serait ainsi conservée, ce qui n'est pas le cas dans le cadre des implants prérétiens qui ne stimulent que les fibres optiques. Pour l'instant, les résultats rapportés ne permettent pas vraiment de

Pour en savoir plus

1. van Zeeburg EJ, Cereda MG, van der Schoot J, Pertile G, van Meurs JC. Early perfusion of a free RPE-choroid graft in patients with exudative macular degeneration can be imaged with Spectral Domain-OCT. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2011;(8):5881-6.
2. Cereda MG, Parolini B, Bellesini E, Pertile G. Surgery for CNV and autologous choroidal RPE patch transplantation: exposing the submacular space. *Graefes Arch Clin*

mettre en avant une technique par rapport à l'autre. La rétine artificielle est devenue aujourd'hui une réalité qui donne un véritable espoir aux patients aveugles qui conservent un nerf optique intact. L'année prochaine, le congrès aura lieu à Milan, du 6 au 9 septembre 2012.

David Gaucher

*Service d'ophtalmologie
Nouvel hôpital civil (NHC)
de Strasbourg*

- Exp Ophthalmol 2011;248(1):37-47.
3. Tadayoni R, Vicaut E, Devin F, Creuzot-Garcher C, Berrod JP, Le Mer Y et al. A randomized controlled trial of alleviated positioning after small macular hole surgery. *Ophthalmology* 2011;118(1):150-5.
 4. Tadayoni R, Gaudric A, Haouachine B, Massin P. Relationship between macular hole size and the potential benefit of internal limiting membrane peeling. *Br J Ophthalmol* 2006;90(10):1239-41.

La Société française du glaucome au World Glaucoma Congress

En juillet dernier s'est déroulé à Paris, le World Glaucoma Congress (WGC), manifestation majeure en matière de glaucome au cours duquel sont intervenus des experts du monde entier sur des sujets très variés. Les experts français ont ouvert le bal le 29 juin lors du symposium de la Société française du glaucome, avec quatre intervenants. Le Pr Baudouin (Paris) a souligné les interférences entre neuropathie optique glaucomateuse et surface oculaire. Il a rappelé le rôle néfaste du

chlorure de benzalkonium (BAK), responsable de signes fonctionnels mais aussi de modifications non négligeables de la surface oculaire lors de la prise chronique de traitements hypotonisants oculaires conservés. Ces conséquences concernent le film lacrymal, les cellules conjonctivales et cornéennes, les nerfs cornéens, l'inflammation induite... Il a rappelé qu'en matière de BAK « *the lower, the better* », recommandant de limiter la quantité de BAK autant que faire se peut.

Le Pr Rouland (Lille) est intervenu sur les impacts économiques de la neuropathie optique glaucomateuse. La notion de coût, rapportée par des études observationnelles, est relative et fait intervenir les coûts directs médicaux et non médicaux, ainsi que des coûts indirects évalués à plus de 20 % des coûts directs, l'ensemble augmentant avec l'évolution de la maladie. Cependant, un traitement ne doit pas être apprécié sur les seuls critères économiques, mais également sur son efficacité. Le Pr Renard a rapporté les premiers résultats de l'étude photoGraph (Glaucome et

Risque d'Apparition en France), étude épidémiologique nationale et multicentrique (111 centres) ayant pour objectif d'évaluer les facteurs de risque connus et potentiels de glaucome primaire à angle ouvert (GPAO) et d'évaluer les associations possibles de GPAO avec des facteurs nutritionnels ou environnementaux. Elle a porté sur 385 patients atteints d'un GPAO et 384 patients atteints d'hypertension oculaire. Si l'étude a retrouvé certains facteurs de risque connus, elle a confirmé le rôle controversé du tabac et a permis d'en relever d'autres, par exemple l'exposition aux

Actualités Compte rendu de congrès

pesticides, mais également des facteurs protecteurs, par exemple nutritionnels comme la consommation régulière de noix ou de poissons gras. L'hypothyroïdie pourrait être protectrice et l'hypercholestérolémie pourrait favoriser la conversion du stade d'hypertonie oculaire au stade de glaucome avéré.

Le Pr Nordmann a repris le sujet de l'alliance thérapeutique, concept essentiel dans le contexte des pathologies chroniques, en particulier en matière de glaucome, la relation médecin-patient ayant une influence sur l'adhésion du patient à son traitement et l'étude GRAAL

(Glaucome Research on Adherence and Alliance) s'est proposé de faire un point sur cette question essentielle. Dans cette étude multicentrique non interventionnelle, 178 ophtalmologistes et 491 patients glaucomeux avec des stades évolutifs différents ont rempli des questionnaires en aveugle. Globalement, cette étude a retrouvé une bonne convergence entre médecins et patients sauf pour environ 10 % des médecins et 7 % des patients et a conclu qu'en matière de glaucome, il existe un fort niveau d'alliance thérapeutique. Ces chiffres sont très proches de ceux que l'on retrouve dans

la littérature. Cependant, la perception par les médecins du degré d'observance de leurs patients est très différente de la réalité déclarée par les patients : 95,1 % des médecins estiment que les patients sont globalement observants alors que seulement 46,1 % déclarent l'être souvent et 40 % l'être parfois !

Le Pr Denis a fait part de son expérience unique en matière de traitement du glaucome par des ultrasons délivrés au moyen d'un dispositif permettant de focaliser leur action au niveau du corps ciliaire. Les études précliniques ont démontré une efficacité en matière de

baisse pressionnelle ainsi qu'une bonne tolérance locale. Une étude pilote a été menée avec des résultats tout à fait encourageants, à savoir une bonne tolérance, sans doute à mettre en rapport avec les faibles niveaux d'énergie délivrée, et une baisse pressionnelle oculaire non négligeable (*voir la synthèse de Florent Aptel et Philippe Denis*).

Esther Blumen-Ohana

*Service
du Pr J.-P. Nordmann,
Centre du glaucome des
Quinze-Vingts*

Cyclocoagulation par ultrasons focalisés de haute intensité **Une nouvelle méthode de traitement du glaucome présentée au WGC**

En cas d'échec des chirurgies filtrantes conventionnelles, de nombreuses méthodes physiques peuvent être utilisées pour détruire partiellement le corps ciliaire et réduire la pression intra-oculaire (PIO) : laser diode ou Nd:Yag par voie externe ou endoscopique, cryothérapie, etc. Toutes ces méthodes dites de cyclodestruction ou de cyclo-affaiblissement ont cependant deux inconvénients majeurs qui limitent leur utilisation : elles sont peu ou pas sélectives de l'organe à traiter, entraînant souvent des dommages des structures adjacentes, et elles présentent une relation effet-dose très inconstante, empêchant de prévoir avec précision l'effet du traitement. Ces deux incon-

vénients majeurs découlent essentiellement du fait que ces sources d'énergie sont délivrées à l'œil soit d'une façon non focalisée (cryothérapie), soit d'une façon focalisée mais avec une atténuation et une absorption de l'énergie délivrée aux tissus dépendantes de la pigmentation des tissus (méthodes optiques : lasers diode et Nd:Yag), qui varient grandement d'un sujet à un autre.

En revanche, les ultrasons focalisés de haute intensité (HIFU) présentent certains avantages intrinsèques qui permettent de les utiliser pour coaguler sélectivement et de façon reproductible le corps ciliaire, en limitant le risque de survenue des effets secondaires habituel-

lement rencontrés avec les autres méthodes de cyclo-destruction.

Les HIFU permettent une nécrose de coagulation focale et un traitement par voie externe

Lorsque les ultrasons sont utilisés à forte puissance (environ 10 000 fois plus élevée dans le cas des ultrasons thérapeutiques que dans le cas de l'imagerie médicale) et lorsque le faisceau formé par les ultrasons est convergent, la concentration de l'énergie ultrasonore en un point focal de petite taille entraîne un échauffement important, rapide et très localisé, aboutissant généralement en une nécrose de coagulation des tissus. Les ultrasons thérapeutiques

présentent un certain nombre d'avantages expliquant leur diffusion croissante. L'ablation thermique réalisée par les ultrasons focalisés résulte d'une nécrose de coagulation qui est immédiate et irréversible. Le volume lésionnel élémentaire a une dimension réduite, reproductible et bien connue, autorisant le traitement d'organes de petite taille ou d'anatomie complexe et irrégulière. Enfin, la géométrie des transducteurs et la haute fréquence des ultrasons permettent une démarcation très nette entre la zone focale et les zones adjacentes, avec notamment un très faible dépôt d'énergie en avant et en arrière de la zone de focalisation, réduisant le risque de dommages des organes et structures adjacents. De ce fait, ce

traitement peut être réalisé par voie externe, sans incision chirurgicale (traitement non invasif).

Une réduction significative de la PIO durable sans complications majeures

Une collaboration entre des ophtalmologistes des Hospices Civils de Lyon, des chercheurs de l'Inserm et la société EyeTechCare a permis de développer un dispositif de traitement par ultrasons de haute intensité adapté à l'œil [1,2]. Ce dispositif est circulaire, miniaturisé, et appliqué contre l'œil de façon à générer six faisceaux d'ultrasons qui vont détruire une partie du corps ciliaire (figure 1).

Plusieurs études animales ont été réalisées afin de valider cette nouvelle méthode de traitement [1,2]. Le suivi des animaux a permis de vérifier que l'on obtenait une réduction significative de la PIO, durable et proportionnelle à la quantité de tissu traité. Le suivi clinique a également permis de vérifier la bonne tolérance de cette méthode de traitement : la réaction inflammatoire induite par la procédure est très modérée, et les autres structures de l'œil (cristallin, sclère, iris, etc.) ne sont jamais endommagées par les faisceaux d'ultrasons. L'examen histologique (microscopie optique) des yeux traités a confirmé la faisabilité de la coagulation du corps ciliaire par ultrasons en montrant une coagulation sélective des portions traitées du corps ciliaire (figure 2).

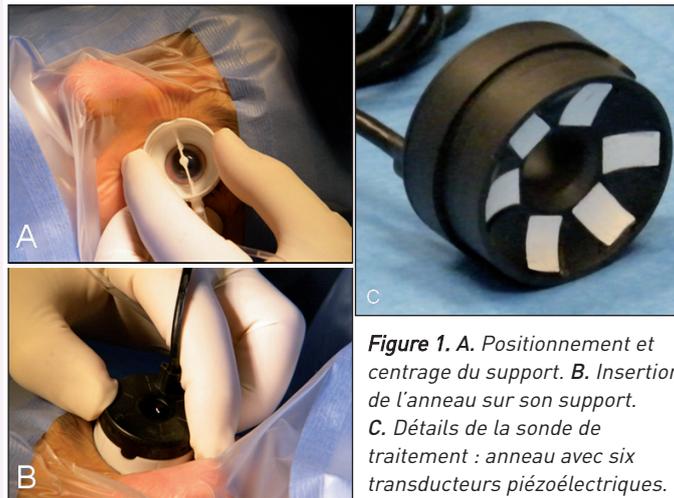


Figure 1. A. Positionnement et centrage du support. B. Insertion de l'anneau sur son support. C. Détails de la sonde de traitement : anneau avec six transducteurs piézoélectriques.

Une première étude clinique pilote ayant pour objectifs principaux d'évaluer la faisabilité et la sécurité de cette nouvelle méthode, et d'estimer son efficacité sur un nombre limité de patients, a été conduite à partir de mars 2010 [3]. La destruction du corps ciliaire à l'aide d'ultrasons focalisés semble être une méthode efficace et bien tolérée pour réduire la PIO de patients atteints de glaucomes réfractaires. Aucune complication per- ou postopératoire majeure n'a été observée, et une réduction pressionnelle moyenne de 29,5 % a été obtenue six mois après traitement, et de 33,9 % lors de

la dernière visite de suivi. Les examens de suivi n'ont jamais mis en évidence de signes d'inflammation majeurs ni de lésions des structures autres que le corps ciliaire. Aucun œil traité n'a développé d'hypotonie majeure ou de phytose, complications classiques et sévères des méthodes actuelles de cyclo-destruction.

Vers la pratique clinique courante ?

Une étude plus large – réalisée dans neuf centres français – est en cours pour évaluer l'efficacité à long terme et la tolérance de cette procédure sur un effectif plus

important de patients atteints de glaucomes moins évolués ; elle permettra probablement l'utilisation du dispositif en pratique clinique courante. De même, d'autres essais cliniques prospectifs et randomisés devraient être conduits afin de comparer directement l'efficacité de la cyclocoagulation par ultrasons focalisés de haute intensité aux méthodes chirurgicales conventionnelles, telle que la trabéculéctomie.

**Florent Aptel,
Philippe Denis**

Services d'ophtalmologie,
hôpital Edouard Herriot,
Hospices Civils de Lyon
aptel_florent@hotmail.com

Bibliographie

1. Aptel F, Charrel T, Palazzi X, Chapelon JY, Denis P, Lafon C. Histologic effects of a new device for high-intensity focused ultrasound cyclocoagulation. Invest Ophthalmol Vis Sci 2010 Oct; 51(10):5092-8.
2. Charrel T, Aptel F, Birer A, Chavrier F, Romano F, Chapelon JY, Denis P, Lafon C. Development of a miniaturized HIFU device for glaucoma treatment with conformal coagulation of the ciliary bodies. Ultrasound Med Biol 2011 May;37(5): 742-54.
3. Aptel F, Charrel T, Lafon C, Chapelon JY, Nordmann JP, Denis P. Miniaturized high-intensity focused ultrasound device for the treatment of glaucoma: a clinical pilot study. Invest Ophthalmol Vis Sci 2011 Sept 22.

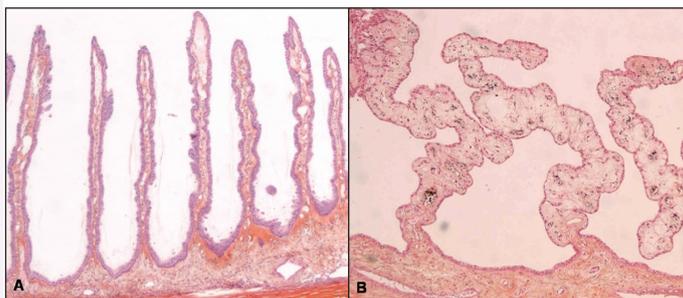


Figure 2. Coupes histologiques montrant la différence entre le corps ciliaire intact (A) et traité (B) : disparition du double épithélium ciliaire et nécrose de coagulation du stroma.

Œil et espace

La vue des astronautes inquiète la Nasa

Un voyage vers Mars, ça se prépare. C'est ce que font actuellement les astronautes de la Nasa. Mais, un grain de sable pourrait gripper la machine. Selon des informations révélées dans la presse américaine, de nombreux astronautes présenteraient des troubles de la vision depuis leur passage sur la station spatiale internationale. Jusqu'à maintenant, les troubles oculaires ont disparu quelque temps après avoir remis les pieds sur la terre ferme. Mais, la Nasa s'interroge. Quid de l'impact d'un très long voyage vers Mars sur les facultés visuelles de ses astronautes ? Pour le moment, cette question reste sans réponse parce que « *personne n'est resté dans l'espace suffisamment longtemps pour savoir à quel point cet œdème papillaire peut s'aggraver* », explique le Dr Bruce Ehni, neurochirurgien, dans l'*Orlando Sentinel*. Afin de mesurer les risques pris, la Nasa a entamé des recherches sur cette question.

Thérapeutique

Pas de conditionnement ophtalmologique pour Avastin®

Au vu des premiers résultats encourageants de l'étude CATT (*Comparison of Age-Related Macular Degeneration Treatments Trials*) comparant le bevacizumab (Avastin®) au ranimizumab (Lucentis®) dans la DMLA exsudative¹, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) a interrogé le 16 septembre dernier le laboratoire Roche, qui commercialise Avastin en France, sur l'opportunité de mettre au point une forme de ce médicament adaptée à son

injection par voie intravitréenne, notamment pour éviter les risques liés à son reconditionnement. Dans sa réponse, Roche a formulé des réserves sur la méthodologie de l'étude américaine et sur la tolérance du produit lors de son utilisation en ophtalmologie, qui ne permettraient pas d'envisager le développement d'Avastin® dans cette indication. ■

1. Voir la synthèse de Laurent Kodjikian dans les Cahiers d'Ophtalmologie n°151 (juin-juillet 2011), p.12. et 13

Initiatives

Le guide de la vue

Mis en ligne* le 29 septembre 2011, à l'occasion du Silmo, le guide de la vue est résolument tourné vers le grand public et souhaite valoriser l'expertise et la mission des professionnels, des institutions, des associations et grandes causes, pour favoriser le partage des connaissances et permettre de nouveaux échanges.

Il se veut d'intérêt général et propose une rencontre inédite entre le grand public et l'ensemble des professionnels de la vue : information, prévention, métiers, missions, services, accompagnement, produits, innovations technologiques et progrès. ■

*www.guide-vue.fr

Dépistage itinérant de la RD en Bourgogne

Le dépistage itinérant de la rétinopathie diabétique (RD), première cause de cécité en France, mis en place par l'URPS-Médecins libéraux de Bourgogne est exclusivement destiné aux patients diabétiques avérés et qui n'ont pas bénéficié lors des 12 derniers mois d'exams de

dépistage ophtalmologique.

De ce constat est né, il y a 7 ans, le projet d'un dépistage itinérant qui a pu voir le jour grâce à la collaboration du CHU de Dijon, de la Fédération des associations de diabétiques en Bourgogne (FADB), de l'ARS Bourgogne, et des organismes de santé.

L'URPS-Médecins de Bourgogne reprend sa campagne de dépistage gratuite et itinérante de la rétinopathie diabétique cet automne. ■



Nouveaux produits

Binova Ultimate 1day Toric

Novacel propose une lentille journalière torique en silicone-hydrogel : Binova Ultimate 1day Toric. Cette lentille offre un Dk/e de 57. Constituée du même matériau que les autres lentilles de la gamme Ultimate (filcon II 3), elle présente les mêmes performances techniques : une grande souplesse ainsi qu'une hydrophilie



moyenne similaire aux lentilles en hydrogel classique, pour une mouillabilité toujours homogène, sans traitement de surface ou agent mouillant ajouté en fin de moulage. Son module de rigidité très faible de 0,5 MPa et une souplesse comparable à celle d'un hydrogel, assurent le confort du port. La géométrie sophistiquée de Binova Ultimate 1day Toric permet une stabilisation très rapide et durable. Sa gamme de paramètres étendue offre un large choix pour les myopes jusqu'à -8,00 D, deux cylindres de -0,75 D et -1,25 D ainsi que six axes. ■

Conditionnement : boîte de 30 lentilles.

Kelior D3 en complément

Ophthalmic santé propose un complément alimentaire à visée oculaire : Kelior D3. Il contient de la lutéine, de la zéaxanthine, du DHA et des oméga-3, de la vitamine D3, et est enrichi en zinc et en vitamines C et E. Kelior D3 est prescrit à raison de 1 à 2 gélules par jour, à prendre en fin de repas avec une boisson froide.



Ce complément alimentaire ne se substitue pas à un régime alimentaire équilibré et varié. ■

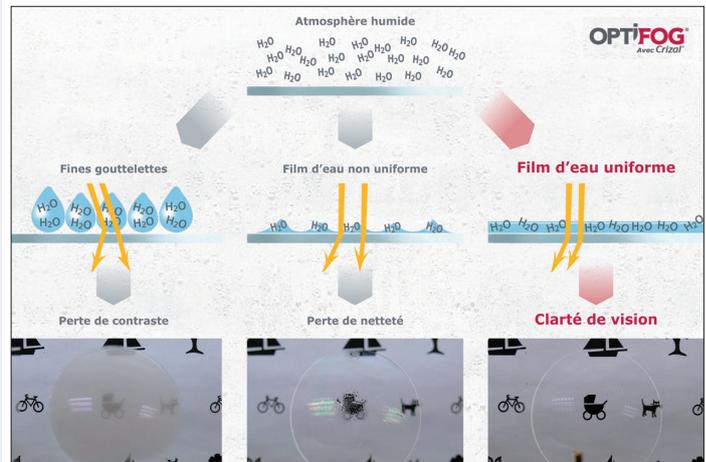
Optique

Optifog : une protection instantanée contre la buée

Il existe de nombreuses situations où la buée sur les verres constitue une gêne réelle. C'est le cas dans le quotidien (ouverture d'un lave-vaisselle, d'un four...), pour certaines activités (bricolage, moto, sport...), mais aussi pour de nombreux professionnels, par exemple les cuisiniers au-dessus de leurs fourneaux, des bouchers qui entrent dans une chambre froide... Nombre de nos lecteurs en font eux aussi régulièrement l'expérience au bloc quand leur haleine passe au-dessus de leur masque et vient embuer leurs lunettes. Jusqu'à présent, des traitements antibuée existaient seulement pour certains verres nus, pour des lunettes de sécurité par exemple, mais leur effet ne durait pas au-delà d'une heure ou deux, comme avec les chiffonnettes par exemple. La très forte attente des porteurs pour une solution

antibuée a conduit Essilor à mettre au point la technologie Optifog. Dernièrement de la gamme anti-reflet Crizal, les verres Optifog associent l'efficacité de l'antireflet Crizal et cette technologie pour assurer au porteur une vision sans buée, avec la garantie de qualité des verres Essilor.

Comment ça marche ? Les verres Optifog sont dotés d'une nouvelle couche aux propriétés antibuée qui s'activent en appliquant le concentré Optifog une fois par semaine en spray : les minuscules gouttelettes d'eau s'étendent sur la surface hydrophile du verre et créent un film d'eau uniforme et invisible. La buée ne se forme plus et la vision reste parfaite, durablement. Le concentré Optifog est conditionné pour six mois d'utilisation. Cette innovation a été récompensée par le Silmo d'Or 2011. ■



Formations

Les explorations en ophtalmologie. Quand ? Pourquoi ? Comment ?**33^e symposium de l'APODEP
13-14 janvier 2012, Paris**

Le symposium de l'Association de perfectionnement ophtalmologique de Paris organise son prochain congrès annuel sur le thème des explorations en ophtalmologie.

Sous la présidence du Pr A. Bron, interviendront les conférenciers suivants : Dr J.-L. Bourges, Pr A. Bron, Dr S.-Y. Cohen, Pr A. Gaudric, Dr Y. Lachkar, Pr D. Milea, avec comme coordonnateurs : Pr C. Creuzot-Garcher, Dr Y. Lachkar, Dr A. Salvane. ■

Programme, informations et inscriptions : www.sympoapodep.fr

Les Cahiers d'Ophthalmologie sponsors des Ateliers pratiques des internes en ophtalmologie à Montpellier

Sous l'égide du Pr Gilles Renard (Hôtel-Dieu, Paris), les ateliers ont réuni environ 70 internes les 15 et 16 octobre derniers sur le site montpelliérain de Bausch & Lomb et avec le soutien du laboratoire. Les *Cahiers d'Ophthalmologie* ont offert un abonnement d'un an à chaque interne au titre de la formation continue.

Les ateliers ont porté sur les thèmes suivants :

- Chirurgie de la cataracte : « Apprentissage des techniques opératoires MICS 1.8 mm », avec le Dr D. Monnet (hôpital Cochin, Paris) et « Acquérir les bases du diagnostic topo-aberrométrique », avec le Dr J.-L. Bourges (Hôtel-Dieu, Paris).
- Chirurgie de la rétine : « Acquérir les bases de la chirurgie vitréorétinienne », avec le Pr J.-P. Berrod (Hôpital Central, Nancy).
- Contactologie : « Acquérir les bases en contactologie », avec le Dr F. Malet (hôpital Pellegrin, Bordeaux).
- Pharmacie : « Surface oculaire et conservateur », avec le Dr B. Mortemousque (hôpital Pellegrin, Bordeaux).

Accompagnés par des experts du domaine répondant à leurs interrogations, les internes ont également participé à des mises en situation pratique à travers des wetlabs, sur du matériel de dernière génération mis à disposition par Bausch & Lomb, des études de cas pratiques et cliniques ou des ateliers pratiques en salle d'examen. ■

Les AOP/ACR 2011 au Palais des Congrès

Les AOP arrivent au Palais des Congrès ! Ce site péricentral et connu de tous les ophtalmologistes correspond à l'élan que les organisateurs entendent donner à cette 24^e réunion ! Nous avons demandé à ses anciens et nouveaux organisateurs de nous en dire plus sur cette édition 2011 à venir.

YVES BOKOBZA, DAN ALEXANDRE LEBUISSON.

Le Palais des Congrès présente l'avantage d'un accès facile et d'offrir des grandes capacités d'organisation des ateliers, dans une ambiance à la fois conviviale et technique. Ceci répond aux attentes manifestées par les participants et nos partenaires. Enfin, ce surcroît d'investissement ne modifie pas le tarif d'inscription qui demeure une fois de plus inchangé.

Quels sont les points marquants concernant le contenu pédagogique des AOP et l'organisation des ateliers ?

Y. BOKOBZA. Cette année, nous lançons une nouvelle formule « *Un jour pour être à jour...* » qui permettra de suivre au moins sept ateliers spécifiques à chaque thématique dans une seule et même journée. Cette année, il s'agira de la neuro-ophtalmologie et de l'ophtalmo-pédiatrie. Nous ne doutons pas que cette idée fera son bout de chemin. Par ailleurs, l'utilisation de dispositifs diagnostiques en petits groupes viendra compléter les connaissances données en atelier.

Enfin, les sessions « *Qu'auriez-vous fait ?* » autour de cas cliniques commentés donneront davantage la parole aux praticiens.

D.A. LEBUISSON, RAPHAËL AMAR.

Il faut ajouter l'augmentation importante du nombre d'ateliers qui passe de 44 à près de 100 en 2011. Toutes les conditions sont rassemblées pour que les praticiens trouvent les sujets qui les intéressent !

Et il ne faut pas oublier les formules incontournables, très appréciées des praticiens les années précédentes. Tout d'abord, les séances plénières, lancées l'an dernier, qui porteront cette année sur les uvéites et les pathologies cornéennes. Et parmi les « classiques » des AOP, rappelons :

- les ateliers pratiques de 50 minutes répétés jusqu'à trois fois,
- les sessions « *Questions aux Experts* », dans chacun des grands domaines de l'ophtalmologie (glaucome, inflammation, rétine...) offrant à chacun la possibilité de s'entretenir avec des orateurs experts et reconnus,

- les ateliers organisés avec l'industrie.

Nous en profitons pour remercier tous les orateurs pour leur fidèle participation et la qualité de leurs interventions.

Et les ACR ?

Rappelons que les ACR constituent le seul forum de reconditionnement aux formations pratiques réfractives et permettent aux praticiens de mettre à jour leurs connaissances en une seule journée. Comme pour les années précédentes, le programme a été élaboré pour permettre aux participants une remise à jour annuelle dans un domaine dont le champ s'élargit au fil des perfectionnements techniques, en évolution perpétuelle.

D'autres améliorations techniques ont été apportées, notamment sur le site des AOP/ACR.

PIERRE BOKOBZA.

Nous avons effectivement fait un grand effort pour présenter les programmes plus clairement et, surtout, mettre au point un système d'inscription très convivial qui permet à chacun de bâtir facilement sa journée de formation en fonction de son emploi du temps. Ce système mérite le détour ! **D.A. LEBUISSON.** En guise de conclusion, je voudrais rebondir sur le terme de



convivialité utilisé par Yves, car il caractérise l'esprit dans lequel nous organisons les AOP/ACR.

Notamment, nous sommes heureux de renouer avec la tradition des repas pris en commun, dans les salons du Concorde Lafayette cette année.

Nous tenons également à remercier tout particulièrement le Pr Phuc Le Hoang et le Pr Joseph Colin pour leur soutien et leur contribution au contenu de notre programme scientifique.

ATELIERS D'OPHTALMOLOGIE PRATIQUE



Vendredi 9

Samedi 10

décembre

ORGANISATEURS : Y. BOKOBZA, J. COLIN, PH. LE HOANG, D. A. LEBUISSON **COORDINATION :** R. AMAR, P. BOKOBZA

ATELIERS DE CHIRURGIE RÉFRACTIVE



Samedi 10

décembre

ORGANISATEURS : Y. BOKOBZA, L. GAUTHIER-FOURNET, D.A. LEBUISSON **COORDINATEURS :** R. AMAR, P. BOKOBZA **COMITÉ :** B. COCHENER, D. GATINEL, M. DOAT, L. HOFFFART, F. MALECAZE, D. PIETRINI, P. ROZOT, D. TOUBOUL

Renseignements et inscriptions

- En ligne : www.aop-acr.fr
- En renvoyant le bulletin d'inscription à la fin des programmes