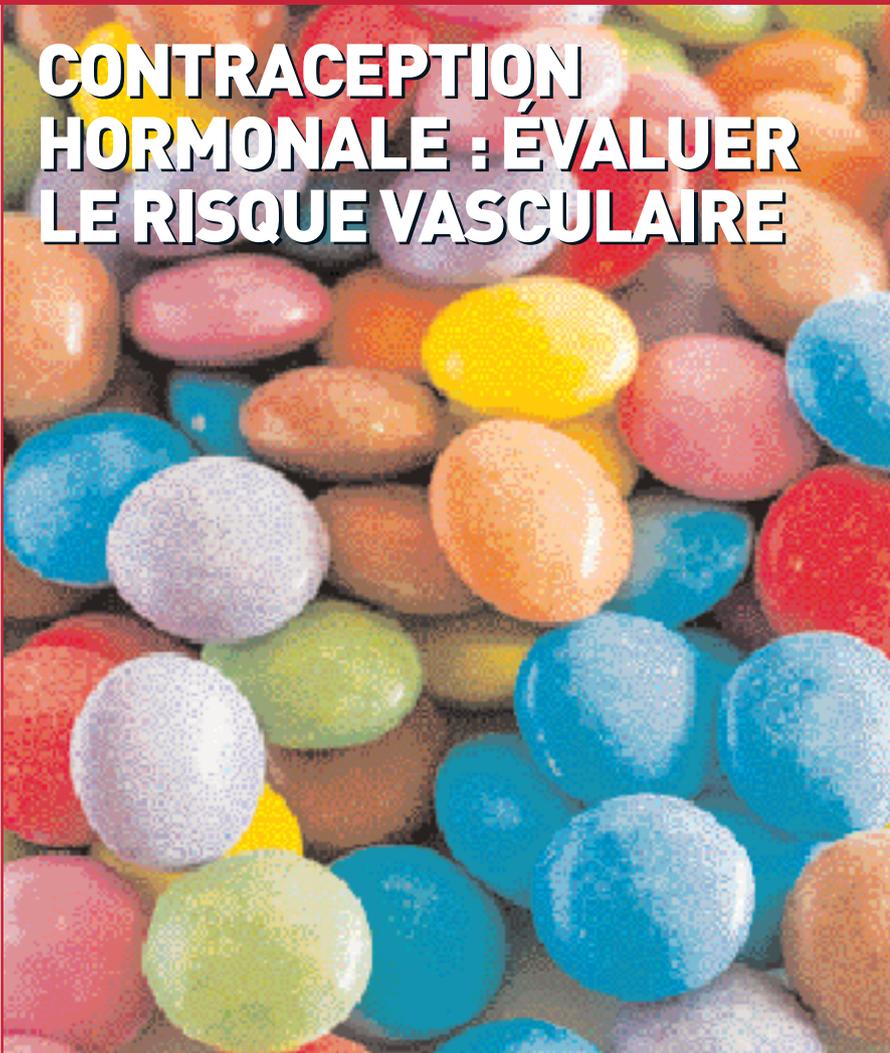


VOISIN PHANE



CONTRACEPTION HORMONALE : ÉVALUER LE RISQUE VASCULAIRE

MISE AU POINT

Gynécologie Après la mise en avant du risque thrombo-embolique particulier des pilules de 3^e et 4^e générations, comment évaluer le risque vasculaire de la contraception hormonale ? Quels examens complémentaires prescrire ? Chez quelles femmes est-il préférable de changer de pilule ?

→ lire page III

CAS CLINIQUE & EBM

Gériatrie. Une gastro-entérite à 82 ans

→ lire page III

QUIZ
 Évaluez vos connaissances sur legeneraliste.fr

RECOMMANDATIONS

LA DMLA N'ATTEND PAS !

La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) est la principale cause de malvoyance chez les sujets âgés dans les pays industrialisés. La DMLA est une pathologie maculaire survenant chez les sujets de plus de 50 ans, d'origine multifactorielle, génétique et acquise (tabagisme et alimentation par exemple). La prévalence croît avec l'âge pour atteindre environ 15 % de formes graves après 80 ans. Dans sa récente reco de juin dernier, la HAS proposait d'optimiser la stratégie diagnostique des patients souffrante de cette pathologie et d'homogénéiser les bonnes pratiques de prise en charge thérapeutique de la DMLA.

→ **Quand évoquer une DMLA ?** Il est recommandé, en présence de métamorphopsies (perception déformée des lignes droites et des images) associées ou non à une baisse de l'acuité visuelle, de rechercher une pathologie maculaire et, en particulier, une DMLA chez un sujet de plus de 50 ans. Les autres signes fonctionnels plus difficiles à objectiver sont l'apparition d'un ou plusieurs scotomes, d'une diminution de la perception des contrastes, d'une gêne en vision nocturne, de difficultés à la lecture, d'une sensation d'éblouissement ou de modifications de la vision des couleurs. L'ophtalmologiste devant chacun de ces symptômes doit, chez un sujet de plus de 50 ans, **entreprendre en moins d'une semaine un examen ophtalmologique clinique complet** comprenant une dilatation pupillaire avec un examen approfondi du fond d'œil et des examens complémentaires.

→ Les outils diagnostiques relèvent tous de l'ophtalmologiste et ce bilan doit être réalisé dans délais très bref.

→ **La mesure de l'acuité visuelle** doit être réalisée avec la correction

optimale d'une anomalie de la réfraction (myopie, par exemple) en monoculaire, en vision de loin et en vision de près.

– **L'examen du fond d'œil doit être effectué sous une semaine au biomicroscope.** Cet examen est l'élément clé du diagnostic de la pathologie maculaire. Il permet d'orienter vers une origine exsudative ou atrophique.

– Dans les deux cas, une **tomographie en cohérence optique (OCT)** doit être réalisée. C'est un examen non invasif, apportant des renseignements sur les structures maculaires (présence de liquide sous- ou intrarétinien, néovaisseaux, décollement de l'épithélium pigmentaire, ...), indispensable avant tout traitement.

– **L'angiographie à la fluorescéine demeure l'examen de référence**, notamment en cas de DMLA exsudative. Elle est recommandée pour la mise en évidence de lésions exsudatives et/ou néovasculaires, et pour éliminer les diagnostics différentiels. En cas d'allergie à la fluorescéine ou de doute diagnostique, l'angiographie au vert d'indocyanine est un complément utile.

→ Dès le diagnostic de DMLA exsudative posé, **il est recommandé d'instaurer sous 10 jours, un traitement par anti-VGEF par voie intravitréenne.** La DMLA atrophique, bien que d'évolution plus lente demeure de mauvais pronostic ; elle ne bénéficie pas à ce jour des mêmes avancées thérapeutiques que la forme exsudative.

→ La DMLA est une maladie bilatérale, des mesures doivent être mises en œuvre en prévision de l'atteinte du deuxième œil.

Dr Linda Sitruk, rédactrice en chef FMC

1- HAS. Dégénérescence maculaire liée à l'âge : prise en charge diagnostique et thérapeutique. Recommandation de bonne pratique. Juin 2012.

COMITÉ DE RÉDACTION

Dr Linda Sitruk (14.78) rédactrice en chef
 lsitruk@legeneraliste.fr
 Dr Catherine Freydt,
 Dr Pascale Naudin-Rousselle,
 fmc@legeneraliste.fr
 Les membres de la rédaction signent chaque année une déclaration personnelle d'absence de conflit d'intérêts.

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Pr Marc-André BIGARD (Vandœuvre-lès-Nancy),
 Dr Philippe BONET (Montbert),
 Dr Jean BRAMI (Paris)
 Pr Pierre BONFILS (Paris),
 Pr Éric BRUCKERT (Paris),
 Pr René FRYDMAN (Clamart),
 Pr Serge GILBERG (Paris),
 Pr Xavier GIRERD (Paris),
 Dr Daniel JANNIERE (Paris),
 Dr Olivier KANDEL (Poitiers),
 Dr Jean LAVAUD (Paris),
 Pr Frédéric LIOTÉ (Paris),
 Dr William LOWENSTEIN (Boulogne-Billancourt),
 Dr Sylvie MEAUME (Ivry-sur-Seine),
 Dr Philippe NUSS (Paris)
 Pr Christian PERRONNE (Garches),
 Pr Pascal RISCHMANN (Toulouse),
 Pr Philippe STEG (Paris),
 Dr Alain SERRIE (Paris),
 Pr Paul VALENSI (Bondy),
 Dr France WOIMANT (Paris).