

## SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

# Dégénérescence maculaire liée à l'âge : prise en charge diagnostique

Juin 2012

## QUELS SIGNES FONCTIONNELS DOIVENT FAIRE ÉVOQUER UNE DMLA ?

<b>AE</b>	<p>La baisse d'acuité visuelle centrale est fréquente, mais n'est pas spécifique chez les sujets âgés.</p> <p>Il est recommandé, en présence d'une perception déformée des lignes droites et des images, associée 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.</p> <p>Les autres signes fonctionnels, plus difficiles à objectiver, sont l'apparition :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• d'un ou plusieurs scotomes (tache sombre perçue par le patient) ;</li><li>• d'une diminution de la perception des contrastes ;</li><li>• d'une gêne en vision nocturne ;</li><li>• de difficultés à la lecture ;</li><li>• d'une sensation d'éblouissement ;</li><li>• de modifications de la vision des couleurs.</li></ul> <p>L'ophtalmologiste doit devant chacun de ces symptômes, chez un sujet de plus de 50 ans, faire entreprendre rapidement (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.</p>
-----------	---

## QUELS EXAMENS À RÉALISER DEVANT UNE DMLA ?

### Mesure de l'acuité visuelle

<b>AE</b>	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.
-----------	--

<b>AE</b>	<p>L'usage de l'échelle ETDRS est recommandé pour la vision de loin. Elle est d'une grande précision pour les basses acuités visuelles (assure une bonne reproductibilité) et s'exprime en nombre de lettres lues.</p> <p>La vision de près doit être évaluée. L'échelle de Parinaud est recommandée.</p> <p>Le test d'Amsler, réalisé en vision monoculaire, est utile pour mettre en évidence d'éventuels scotomes dans la région centrale, les zones de déformation des lignes et/ou d'images. D'usage simple, il est présenté à une distance de lecture de près. Il peut être remis au patient pour une autoévaluation.</p>
-----------	---

## L'examen biomicroscopique du segment antérieur et du fond d'œil

**AE** L'examen au biomicroscope du segment antérieur est **systématique** (mise en évidence d'éventuels troubles des milieux transparents pouvant participer à la diminution de l'acuité visuelle et gêner l'examen du fond d'œil et/ou la réalisation d'examens complémentaires).

**AE** Il est **recommandé de réaliser un examen du fond d'œil au biomicroscope qui est l'élément clé du diagnostic de la pathologie maculaire**. Il doit être réalisé par un ophtalmologiste après dilatation pupillaire, en vision binoculaire.

La DMLA atrophique doit être évoquée en présence de visibilité des gros vaisseaux choroïdiens et de zones pâles à bords bien définis.

La DMLA exsudative doit être évoquée en présence de l'un des éléments suivants :

- épaissement ou décollement séreux rétinien ; lésion néovasculaire visible de couleur classiquement gris-verte ; décollement de l'épithélium pigmentaire ;
- présence d'hémorragies sous-rétiniennes, d'exsudats rétiens, de fibrose sous-rétinienne dans la région maculaire.

**AE** L'étendue des altérations et leur topographie par rapport au centre de la fovéa doivent être précisées dans le dossier du patient.

## Les photographies couleurs du fond d'œil

**AE** Il est recommandé de réaliser des photographies en couleurs car elles sont contributives pour le diagnostic des lésions et sont des images de référence qui peuvent être utiles pour le suivi du patient.

Elles servent de documents d'archive et d'information pour les patients et les professionnels de santé (médecin traitant [médecin généraliste, gériatre, gérontologue], correspondants). Les clichés en autofluorescence sont particulièrement utiles pour la prise en charge des formes atrophiques.

## L'angiographie à la fluorescéine

**AE** L'angiographie à la fluorescéine demeure l'examen de référence.

L'angiographie à la fluorescéine est recommandée pour :

- la mise en évidence de lésions exsudatives et/ou néovasculaires ;
- éliminer les diagnostics différentiels.

Elle peut être responsable de phénomènes d'intolérance, exceptionnellement d'accidents graves.

Les allergies à la fluorescéine et aux autres médicaments, ainsi que les antécédents médicaux (prise de bêtabloquants, antécédents cardiaques sévères par exemple) doivent être recherchés par l'interrogatoire.

Les précautions d'emploi doivent être respectées et un matériel de réanimation doit être disponible. Le consentement éclairé du patient doit être recueilli.

## L'angiographie au vert d'indocyanine (ICG)

**AE** L'angiographie au vert d'indocyanine est recommandée pour la mise en évidence de certaines lésions de DMLA (doute sur la présence de néovaisseaux occultes, lésions polypoïdales, anastomoses chorio-rétiniennes). Elle peut être utilisée en cas d'allergie à la fluorescéine.

## La tomographie en cohérence optique (OCT)

**AE** La tomographie en cohérence optique est un examen non invasif, reproductible, apportant des renseignements précieux sur les structures maculaires (présence de liquide sous- ou

intrarétinien, néovaisseaux, décollement de l'épithélium pigmentaire par exemple).

La tomographie en cohérence optique doit être réalisée en complément de l'angiographie à la fluorescéine au cours du bilan initial de la DMLA et est indispensable avant d'envisager tout traitement.

### Éléments permettant d'écarter les affections autres que la DMLA exsudative

**AE** Une angiographie à la fluorescéine et une tomographie en cohérence optique doivent être réalisées pour confirmer la présence de néovascularisation choroïdienne et la rattacher à son étiologie, afin d'écarter une maculopathie diabétique, la myopie forte, les syndromes inflammatoires choroïdiens (choroïdite multifocale par exemple), la chorio-rétinopathie séreuse centrale, les télangiectasies maculaires, les dystrophies vitelliformes et pseudo-vitelliformes, etc.

### Éléments permettant d'écarter les affections autres que la DMLA atrophique

**AE** Il est recommandé de réaliser une angiographie à la fluorescéine, précédée de clichés en autofluorescence, et une tomographie en cohérence optique qui permettent de faire un diagnostic précis et d'écarter les dystrophies pseudo-vitelliformes et les autres dystrophies maculaires familiales.

## CLASSIFICATION DE LA DMLA

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

### Classification simplifiée de l'AREDS

<b>Catégorie 1</b>	Pas de dégénérescence maculaire liée à l'âge : aucun ou quelques petits drusen (diamètre inférieur à 63 µm).
<b>Catégorie 2 : MLA</b>	Un ou plusieurs des éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"><li>• multiples petits drusen ;</li><li>• quelques drusen de diamètre entre 63 et 125 µm ;</li><li>• anomalies de l'épithélium pigmentaire.</li></ul>
<b>Catégorie 3 : DMLA modérée</b>	Un ou plusieurs des éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"><li>• multiples drusen de diamètre entre 63 et 125 µm et au moins un drusen de diamètre supérieur à 125 µm ;</li><li>• atrophie géographique excluant la fovéa.</li></ul>
<b>Catégorie 4 : DMLA avancée</b>	Atrophie géographique touchant la fovéa et/ou présence d'une dégénérescence maculaire liée à l'âge exsudative.

Les formes tardives de DMLA correspondent à la catégorie 4 des patients de l'AREDS et incluent les formes néovasculaires et l'atrophie géographique touchant la fovéa. Il s'agit de patients ayant en général déjà une baisse de l'acuité visuelle.

**AE** L'évaluation du risque de progression d'une forme précoce de DMLA vers une forme tardive à cinq ans est proposée sous forme d'un score. Le score (de 0 à 4) est calculé en fonction des anomalies présentes sur un ou les deux yeux.

## STRATÉGIE DIAGNOSTIQUE DE LA DMLA

Une pathologie maculaire et en particulier une DMLA doit être recherchée chez un sujet de plus de 50 ans devant l'apparition ou l'aggravation récente de l'un des symptômes suivants :

- baisse d'acuité visuelle ;
- métamorphopsies (grille d'Amsler) ;
- un ou plusieurs scotomes (tache sombre perçue par le patient) ;
- une diminution de la perception des contrastes ;
- une gêne en vision nocturne.

↓

**Adresser le patient  
à une consultation en ophtalmologie**

- **Mesure de l'acuité visuelle** de loin **sous une semaine** réalisée avec correction d'un trouble éventuel de la réfraction, au mieux par l'échelle ETDRS.  
- Mesure de l'acuité visuelle de près par l'échelle de Parinaud.

**L'examen du fond d'œil doit être effectué sous une semaine** par un ophtalmologiste après dilatation pupillaire, en vision binoculaire pour orienter le diagnostic :

- réaliser si possible des photographies du fond d'œil = documents d'archive et d'information pour les patients et les professionnels de santé ;
- préciser l'étendue des altérations et leur topographie par rapport au centre de la fovéa qui doivent être notées dans le dossier du patient.

↓

**Évoquer la DMLA exsudative** en présence de l'un des éléments suivants :

- décollement séreux rétinien, épaissement rétinien ;
- lésion néovasculaire visible de couleur gris-verte ;
- décollement de l'épithélium pigmentaire ;
- hémorragie sous-rétinienne, exsudats rétinien, tissu glial.

↓

**Évoquer la DMLA atrophique** en présence de :

- visibilité des gros vaisseaux choroïdiens ;
- zones pâles à bords bien définis.

↓

**L'OCT doit être réalisée :**

- pour analyser, localiser et quantifier les phénomènes d'exsudations (œdèmes, décollement de l'épithélium pigmentaire, décollement séreux rétinien), les néovaisseaux visibles ;
- pour analyser les altérations du tissu rétinien ;
- avant d'envisager un traitement.

↓

**L'OCT doit être réalisée en cas de suspicion de DMLA atrophique pure pour rechercher :**

- un amincissement rétinien ;
- une disparition des photorécepteurs.

↓

**L'angiographie à la fluorescéine est indispensable pour :**

- **confirmer le diagnostic, en affirmant la présence de néovaisseaux choroïdiens ;**
- faire le bilan des lésions :
  - type des néovaisseaux choroïdiens (occultes, visibles),
  - leur topographie : leur taille et leur étendue ;
- éliminer les diagnostics différentiels.

Il est impératif de rechercher les allergies à la fluorescéine et les antécédents médicaux à l'interrogatoire (prise de bêtabloquants, antécédent cardiaque sévère par exemple).  
Il est recommandé de se référer au site de l'Afssaps pour les précautions d'emploi de la fluorescéine.  
Un matériel de réanimation doit être disponible.  
le consentement éclairé du patient doit être recueilli.

↓

← En cas de doute sur la présence de néovaisseaux, envisager une angiographie à la fluorescéine

↓

**L'angiographie en ICG est recommandée** en cas :

- d'allergie à la fluorescéine ;
- de doute sur la présence de néovaisseaux occultes, lésions polypoïdales, anastomoses chorio-rétiniennes.

↓

**Informez le patient** et lui proposez une stratégie thérapeutique. - **Informez le médecin traitant** (médecin généraliste, gériatre, gérontologue).  
Si les conditions le permettent et dans l'intérêt du patient, l'ensemble du bilan diagnostique et le traitement peuvent être réalisés le même jour.

## GRADE DES RECOMMANDATIONS

**A** Preuve scientifique établie

**B** Présomption scientifique

**C** Faible niveau de preuve

**AE** Accord d'experts

**HAS**

Ce document présente les points essentiels de la recommandation de bonne pratique :  
« Dégénérescence maculaire liée à l'âge : prise en charge diagnostique et thérapeutique » - Recommandations pour la  
pratique clinique - date de validation par le Collège : juin 2012

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité  
sur : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)