

OPHTALMOLOGIE

La vue des seniors
s'améliore

Depuis le début du siècle, le nombre de malvoyants parmi les Européens de plus de 55 ans a diminué de moitié et cela malgré l'allongement de l'espérance de vie. La raison ? L'amélioration des soins ophtalmologiques mais aussi une baisse de l'incidence de certains troubles de la vision liés à l'âge.

Comme le reste de notre corps, nos yeux déclinent avec l'âge. Des troubles de la vue peuvent alors apparaître et tous ne sont pas corrigibles par le port de lunettes. Ces maladies de l'œil liées au vieillissement évoluent même parfois vers une déficience visuelle sévère, voire la cécité. Selon l'Organisation mondiale de la santé, 81 % des aveugles et des malvoyants moyens ou sévères sont ainsi âgés de 50 ans et plus. Avec le vieillissement de la population, nous pourrions donc nous attendre à une augmentation des cas. Pourtant « la perte de la fonction visuelle chez les personnes âgées n'est pas inéluctable », rétorque **Cécile Delcourt**, directrice de recherche Inserm au centre de recherche Bordeaux Population Health. C'est en effet le message des derniers travaux du consortium E3 ou European Eye Epidemiology (pour « épidémiologie européenne de l'œil ») créé en 2011 à l'initiative de la chercheuse, afin d'échanger et de synthétiser des données épidémiologiques sur l'ophtalmologie au niveau européen. Rassemblant aujourd'hui 31 groupes de recherche de 13 pays, il a ainsi récemment estimé que le nombre de malvoyants en Europe est passé de 2,5 millions en 2000 à 1,2 million en 2010. Ces résultats ont été obtenus en regroupant les données de 14 études en population générale conduites entre 1991 et 2012 en Europe occidentale,

Cécile Delcourt, Jean-François Korobelnik : unité 1219 Inserm/Université de Bordeaux/IFSTTAR - Inria

incluant plus de 70 000 personnes. « Cette diminution majeure de la malvoyance en Europe est particulièrement spectaculaire chez les personnes très âgées », précise l'épidémiologiste. Ainsi, 16 % des plus de 85 ans qui ont participé aux études de population conduites avant 2006 présentaient une acuité visuelle inférieure à 3 sur 10, tandis que seulement 4 % étaient dans ce cas après cette date.

Les progrès de la chirurgie

Comment expliquer cette nette diminution ? « La malvoyance a reculé en Europe grâce aux injections intravitréennes », explique **Jean-François Korobelnik**, chef du service d'ophtalmologie du CHU de Bordeaux et coauteur de l'étude. Introduit justement en 2006, ce type de traitement, qui consiste à injecter un médicament directement dans l'œil, a en effet révolutionné la prise en charge de certaines maladies de la rétine comme la forme dite « humide » de la dégénérescence maculaire liée à l'âge ou DMLA. Une des premières causes de handicap visuel chez les plus de 50 ans, cette maladie affecte la vision centrale et occasionne des difficultés pour lire et reconnaître les visages notamment. Cette forme de DMLA est due à la prolifération anormale de vaisseaux sanguins derrière la zone centrale de la rétine, la macula. « Le médicament injecté, un anti-VEGF (pour Vascular Endothelial Growth Factor), bloque les facteurs

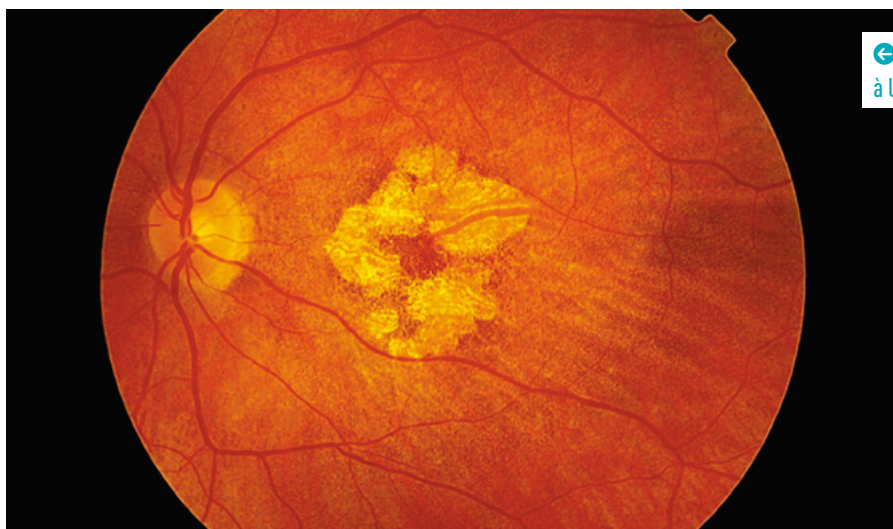
de croissance à l'origine de la formation de ces vaisseaux et halte ainsi la progression de la maladie », précise le praticien. Les

« La malvoyance a reculé en Europe grâce aux injections intravitréennes »

injections intravitréennes sont aussi utilisées pour stopper l'évolution de rétinopathies diabétiques, une complication du diabète qui affecte là encore les petits vaisseaux de la rétine. D'autre part, les progrès accomplis dans le traitement de la cataracte ont un impact important sur l'incidence de la cécité chez les personnes âgées. « Cette opération, qui permet de remplacer le cristallin opacifié de l'œil par une lentille artificielle, est beaucoup plus fréquente et sûre de nos jours, notamment



➔ Traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) par injection intravitréenne de Lucentis®, indiqué dans le traitement de la forme néovasculaire (humide)



Fond d'œil montrant une DMLA à l'âge atrophique

© Inserm/Jean-François Korobelnik

grâce à l'injection dans l'œil d'antibiotiques qui divise par dix le risque d'infection postopératoire », explique Jean-François Korobelnik.

Des modes de vie plus sains

Au-delà de l'amélioration des soins ophtalmologiques, la prévalence de certaines maladies oculaires liées à l'âge semble aussi diminuer. Ainsi, la meilleure prise en charge du diabète prévient ou retarde l'apparition des rétinopathies diabétiques. De plus, des travaux du consortium E3 publiés l'année dernière à partir des données de 14 études de population rassemblant plus de 42 000 personnes de 10 pays européens ont mis en évidence une baisse de la prévalence de la DMLA au cours des vingt dernières années. « La génération actuelle semble mieux vieillir que la précédente grâce à de meilleures conditions de vie et à une prise en charge des facteurs de risque vasculaires comme l'hypertension et le taux de cholestérol », indique Cécile Delcourt. La baisse du tabacisme a également un impact important sur l'incidence de cette maladie : « à l'instar du cancer du poumon, il existe en effet un lien statistique très fort entre le fait de fumer et le développement à terme d'une DMLA », prévient Jean-François Korobelnik. Le tabac favorise par ailleurs l'opacification du cristal-

lin de l'œil à l'origine de la cataracte. S'abstenir de fumer est donc primordial pour conserver une bonne vue. En outre, il existe d'autres leviers sur lesquels il est possible d'agir pour prévenir l'apparition de déficiences visuelles liées à l'âge. Adhérer à un régime alimentaire de type méditerranéen par exemple. Une des cohortes participant au consortium E3, l'étude ALIENOR (Antioxydants, lipides essentiels, nutrition et maladies oculaires) mise en place en 1999 par Cécile Delcourt et regroupant 963 Bordelais âgés d'au moins 73 ans, a ainsi montré que la consommation d'huile d'olive et un apport important en acides gras oméga-3 sont associés à un risque diminué de DMLA. « L'huile d'olive contient en effet des antioxydants qui pourraient prévenir l'altération des cellules de la rétine », explique Cécile Delcourt. Quant

aux oméga-3 présents dans les poissons gras comme le thon ou les sardines, ils sont des composants essentiels des membranes des cellules rétinienne. » Des travaux antérieurs ont par ailleurs exposé le rôle positif des légumes verts comme les épinards et les petits pois. « Ils contiennent de la lutéine et de la zéaxanthine, des caroténoïdes qui constituent les pigments de la macula », précise la chercheuse. Un autre geste simple pour ménager ses yeux est de les protéger du soleil. Des données recueillies lors de l'étude ALIENOR confirment en effet qu'une forte exposition aux rayons ultraviolets augmente le risque de cataracte, et probablement de DMLA.

Toujours dans un souci de prévention, l'épidémiologiste collabore aujourd'hui au projet Eye-Risk. Financé par l'Union européenne, il vise notamment à développer un algorithme de prédiction du risque de DMLA. Fondé sur les données génétiques, cliniques et de mode de vie de près de 50 000 Européens, ce test sera disponible dès l'année prochaine via un site Internet. En répondant à un questionnaire associé à un test ADN salivaire, tout un chacun pourra alors déterminer

« L'opération de la cataracte, qui permet de remplacer le cristallin opacifié de l'œil par une lentille artificielle, est beaucoup plus fréquente et sûre de nos jours »

son risque de développer cette maladie handicapante et agir en conséquence. Et ainsi garder bon pied bon œil le plus longtemps possible.

Simon Pierrefix



© Adobe Stock

Adopter un régime méditerranéen, riche en huile d'olive et en poissons gras – source importante d'oméga 3 –, diminue le risque de développer une DMLA.

C. Delcourt et al. *Ophthalmology*, 13 mars 2018 ; doi : 10.1016/j.ophtha.2018.02.005

J. M. Colijn et al. *Ophthalmology*, 14 juillet 2017 ; doi : 10.1016/j.ophtha.2017.05.035

A. Cougnard-Grégoire et al. *PLoS One*, 28 juillet 2016 ; doi : 10.1371/journal.pone.0160240

B. Merle et al. *Investigative Ophthalmology & Visual Science (IOVS)*, juillet 2011 ; doi : 10.1167/iov.11-7254

C. Delcourt et al. *IOVS*, juin 2006 ; doi : 10.1167/iov.05-1235

C. Delcourt et al. *IOVS*, novembre 2014 ; doi : 10.1167/iov.14-14471