7èmes Journées Nationales d'Information et de Dépistage de la DMLA

Dégénerescence Maculaire Liée à l'Age

Du lundi 24 juin au vendredi 28 juin 2013

Dossier de presse

Avril 2013

Sommaire

1 La DMLA, en bref 3

- Trois grands tableaux 3
- Les signes révélateurs : à connaître ! 4
- Les facteurs de risque : base de la prévention 4

2 2007-2012 : Deux enquêtes à 5 ans d'intervalle 5

3 Actualités thérapeutiques 7

- Le point sur les anti-VEGF : AMM ou pas ? 7
  - Avastin® : la DGS s'est prononcée 8
- NAT-2 : de nouvelles pistes préventives 8
- Les recommandations 2012 de la HAS 9

4 Les 7èmes « Journées nationales d'information et de dépistage de la DMLA » : du 24 au 28 juin 2013 12

- Le déroulement 12
- Le dépistage s'adresse à : 12

5 L'association DMLA fête ses dix ans 14

- Une structure dynamique 14
- Au service des patients 15
  - Un numéro vert (appel gratuit d'un poste fixe) 15
  - Des relais à travers toute la France 15
  - Et aussi 16
- Des partenaires pour les journées de dépistage et d'information 16
  - La SFO 16
  - Le SNOF 16
  - NOVARTIS 17
  - BAUSCH + LOMB 17

6 Références 18

1 La Dégénerescence Maculaire Liée à l'Âge (DMLA) en bref

Dans les pays industrialisés, la Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge est la première cause de malvoyance et de cécité dite « légale » après 50 ans. Son incidence augmente avec l'âge.

Multifactorielle, cette maladie résulte de la conjonction de facteurs génétiques et environnementaux[1]. Ses mécanismes sont complexes et non encore élucidés, mais des molécules de l'inflammation et du transport des lipides semblent jouer un rôle important[2].

La DMLA atteint la macula, zone centrale de la rétine (tissu neurosensoriel qui tapisse le fond de l'œil) spécialisée dans la vision des détails, la perception des couleurs et la fixation du regard.

❖ Trois grands tableaux

On distingue schématiquement 3 cas :

- En tant que précurseur, la Maculopathie Liée à l'Âge (MLA) peut, ou non, évoluer vers une DMLA. Elle est le plus souvent asymptomatique.

L'examen de dépistage permet d'évaluer le risque individuel d'évoluer vers une DMLA et de programmer une surveillance adaptée. Les ophtalmologistes disposent d'outils validés pour estimer le risque individuel de DMLA à 5 ans.

- Les DMLA « exsudatives » ou « néovasculaires », dites aussi « humides » se caractérisent par la prolifération anormale de petits vaisseaux sanguins (néovaisseaux) sous la rétine, qui peuvent saigner ou suinter dans la macula. En l'absence de traitement, elles évoluent vers une perte irréversible de la vision centrale.

- La DMLA « atrophique », dite encore « sèche » progresse lentement mais n'en est pas moins grave. Lorsqu'elle atteint le centre de la macula, la zone d'atrophie induit une baisse importante et irréversible de l'acuité visuelle (vision centrale), qui jusque là était relativement conservée.
Bien qu'aucun traitement ne soit encore en mesure de s'opposer au développement et à l'évolution d'une DMLA atrophique, une surveillance ophtalmologique est indispensable pour pouvoir traiter sans tarder d'éventuelles complications et accompagner les patients malvoyants.

Une DMLA atrophique peut se développer sur une DMLA exsudative et inversement.

La DMLA est typiquement bilatérale mais l'atteinte du 2ème œil est en général secondaire (le risque de bilatéralisation augmente d'environ 10% par an).

❖ Les signes révélateurs : à connaître !

Une DMLA évolue longtemps en silence. L'apparition ou l'aggravation d'un ou de plusieurs des signes suivants impose une consultation en urgence auprès d'un médecin ophtalmologiste :

- chute de la vision (acuité, contrastes),
- sensation d'assombrissement ou de moindre luminosité (nécessité d'intensifier l'éclairage pour lire),
- brouillard ou flou visuels,
- ternissement des couleurs,
- déformations visuelles (métamorphopsies), particulièrement repérables sur des lignes droites comme le rebord d'un cadre ou d'une fenêtre,
- perception d'une tache (scotome) au centre de la vision,
- lettres manquantes dans un texte,
- difficultés à distinguer les détails.

La baisse de vision peut favoriser les chutes (dont la prévention est importante[3]). Environ un patient sur trois souffre de symptômes dépressifs.

❖ Les facteurs de risque : base de la prévention

L'âge et le terrain génétique (les antécédents familiaux de DMLA ; certaines DMLA sont familiales), sont des facteurs de risque forts. La MLA prédispose à la DMLA et le mode de vie intervient également. Le tabagisme est le principal facteur de risque environnemental de DMLA[4], mais le surpoids, de mauvaises habitudes alimentaires ou les déficits en certains pigments maculaires (lutéine et zéaxanthine), peuvent aussi jouer un rôle. Une carence en acides gras oméga-3 à longue chaîne (EPA, DHA) est associée à un risque élevé de DMLA.

La prévention (de la maladie, de son évolution et de ses complications) passe donc notamment par le dépistage, la surveillance ophtalmologique et une bonne hygiène de vie (éviction du tabac, alimentation variée et équilibrée, voire la prescription de compléments alimentaires adaptés,…) [6-7-8-9].

2 2007-2012 : Un bilan positif après 5 années de campagnes d'information sur la DMLA

En 2007, date de la première campagne nationale d'information et de dépistage de la DMLA, l'institut LH2 a réalisé une étude auprès de 635 Français âgés de 50 à 70 ans qui mettait en évidence une certaine méconnaissance de la maladie par la population. En effet, seules **3%** des personnes interrogées connaissaient spontanément la DMLA et 18% la macula. Près des deux tiers pensaient qu'il était possible de dépister cette pathologie de façon précoce, de la prévenir ou de retarder son apparition, et 45% croyaient en l'existence de traitements curatifs efficaces.

Cinq ans plus tard, en mai 2012, LH2, à la demande de l'Institut d'Education Médicale et de Prévention qui organise les journées de la DMLA, a renouvelé l'étude au sein de la même tranche d'âge, afin de mesurer d'éventuelles évolutions. Compte-tenu des efforts fournis pour sensibiliser la population depuis 2007, notamment la campagne annuelle, il semblait pertinent de mesurer l'évolution de la notoriété spontanée et assistée de la DMLA, en évaluant la connaissance de la macula, de la rétine, de la cataracte et du cristallin.

L'étude a été menée par téléphone auprès d'un échantillon national représentatif de personnes, construit selon la méthode des quotas. En 2012, plus de **80%** des sujets interrogés connaissent la DMLA, ne serait-ce que de nom. Si le terme DMLA évoque l'œil, la vision et/ou la maladie, ce qui n'était pas le cas auparavant, la maladie reste mal connue. Cela encourage à poursuivre les efforts d'information et de sensibilisation.

L'enquête montre que :

- 17% des personnes interrogées associent spontanément la DMLA à l'univers oculaire (œil, vue, vision, rétine, macula), contre 3% en 2007 (augmentation significative), soit six fois plus en valeur absolue ;
- 20% l'identifient spontanément comme une pathologie oculaire contre une proportion quasi nulle 5 ans plus tôt (progrès très significatif) ;
- Après avoir lu la définition de la DMLA, 52% des individus déclarent connaître cette maladie. Elle est plus connue des 65-70 ans (61%), des cadres (66%), des habitants du Sud-Est (60%) et des personnes suivies par un ophtalmologiste (57%) ;
- Cependant 18% des sujets confirment ne jamais en avoir entendu parler.

- Reste que près d'une personne sur deux ne se prononce pas spontanément : en effet, 18% déclarent n'en avoir jamais entendu parler et 30% disent en avoir entendu parler sans vraiment savoir de quoi il s'agit.

Quant aux moyens de prévention et de dépistage, comme en 2007, près de 7 personnes sur 10 savent que la DMLA peut être dépistée, prévenue ou différée. Pourtant une certaine méconnaissance persiste.

En effet :

- 50% des sujets interrogés pensent qu'elle peut être prévenue chirurgicalement,
- en moyenne, 32% pensent qu'elle peut être guérie (38% des habitants du nord-Est et 35% des 50-64 ans),
- et seuls 21% citent la prévention via l'alimentation.

Interrogés sur le moyen le plus efficace pour prévenir ou retarder la DMLA, 14% des interviewés choisissent l'injection intra-oculaire, 13% l'alimentation équilibrée et 11% l'éviction du tabac.

Pourtant, sachant que la DMLA est la première cause de cécité après 50 ans, en moyenne 56% des participants, déclarent ne pas souhaiter davantage d'informations sur cette maladie (et 62% des 120 personnes n'ayant jamais entendu parler de la DMLA). Selon les investigateurs, cette donnée pourrait traduire une certaine appréhension de l'examen ophtalmologique.

L'institut LH2 *possède la norme ISO 20252 pour la « conception, réalisation, commercialisation et vente d'études de marché, sociales et d'opinion" / certification AFNOR-Association française de normalisation*.

3 Actualités thérapeutiques

Le VEGF (*Vascular Endothélial Growth Factor*) stimule la croissance des vaisseaux sanguins.
Le traitement des DMLA néovasculaires repose donc sur des injections intraoculaires répétées d'anti-VEGF[10] (injections intra-vitréennes ou IVT). En freinant la prolifération des néovaisseaux, ces médicaments peuvent stabiliser voire améliorer l'acuité visuelle de certains patients[11], et la répétition des IVT permet de maintenir le résultat obtenu. Une surveillance ophtalmologique mensuelle est indiquée pendant plusieurs années (acuité visuelle, fond d'œil, OCT et angiographies rétiniennes[*] si nécessaire).
La prise en charge thérapeutique est adaptée au cas par cas.

(*)OCT : imagerie par Tomographie en Cohérence Optique.
Angiographie rétinienne : photographies du fond de l'œil sensibilisées par l'injection intraveineuse d'un colorant qui imprègne la rétine et ses vaisseaux.

❖ Le point sur les anti-VEGF : AMM ou pas ?

Plusieurs anti-VEGF possèdent l'AMM pour le traitement des DMLA néovasculaires. Le ranibizumab (Lucentis®, laboratoire Novartis) l'a obtenue en 2007 et le pegaptanib (Macugen®, Laboratoire Pfizer), moins utilisé, en 2006. Aucune étude n'a, à ce jour, comparé directement ces deux anti-VEGF.

Le laboratoire Bayer HealthCare a récemment reçu l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) de l'aflibercept (VEGT Trap-Eye, Eylea®) en Europe. Selon les essais cliniques « VIEW 1 et 2 », l'aflibercept et le ranibizumab semblent équivalents, en termes d'efficacité et de sécurité[12].

Le bevacizumab (Avastin®, laboratoire Roche), voisin du ranibizumab, n'a pas été développé pour une utilisation intravitréenne et ne possède donc pas l'AMM dans la DMLA. Différentes études, dont CATT[13] (*Comparison of Age–Related Macular Degeneration Treatments Trials),* ont conclu à une efficacité comparable du ranibizumab et du bevacizumab, mais l'Avastin® semblait induire plus d'effets indésirables.

♦ *Avastin® : la DGS s'est prononcée*

- Le 30 juillet 2012, suite à plusieurs signalements d'infections oculaires consécutives à des IVT d'Avastin®, la Direction Générale de la Santé a rappelé que l'AMM de ce médicament ne prévoit son utilisation que dans le traitement de certains cancers (prescription par des médecins oncologues, réservée à l'usage hospitalier).
La DGS précisait que l'Avastin® est utilisé en ophtalmologie hors AMM notamment pour traiter des DMLA et des œdèmes maculaires (dus à un diabète ou à une occlusion veineuse rétinienne), alors que le Lucentis®, plus cher, dispose d'une AMM dans ces indications.
« Afin de préserver les impératifs de sécurité sanitaire tout en garantissant l'accès à ces traitements, Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la Santé, a demandé que soit envisagée une extension de l'AMM de l'Avastin® et que soit réexaminé le prix de la spécialité Lucentis®» a-t-elle indiqué.

- Le 10 août 2012, à la demande de Marisol Touraine, la DGS, en référence au code de la santé publique, a rappelé que l'utilisation d'un médicament hors AMM est interdite lorsqu'un autre médicament bénéficie lui-même d'une AMM pour la même indication.
Un prescripteur peut donc, dans les pathologies ophtalmologiques pour lesquelles aucun autre traitement ne possède l'AMM, utiliser l'Avastin® dans le respect des dispositions légales. La ministre des Affaires sociales et de la Santé a demandé que l'ANSM soit saisie afin de réfléchir à la mise en place de recommandations temporaires d'utilisation (RTU) pour ces situations.

De nombreuses autres molécules font actuellement l'objet de recherches et pourraient déboucher sur de futurs traitements contre la DMLA, non seulement exsudative mais aussi atrophique.[14-15]

❖ NAT-2 : de nouvelles pistes préventives

NAT-2 [16], étude comparative randomisée contrôlée contre placebo, a été réalisée en double insu dans le but d'évaluer l'efficacité d'une supplémentation orale d'acide docosahéxaénoïque (DHA) en prévention de la DMLA exsudative. NAT-2 a porté sur 263 patients âgés de 55 à 85 ans souffrant d'une DMLA néovasculaire unilatérale, dont le deuxième œil présentait des lésions précoces de MLA. Les participants ont reçu chaque jour pendant 3 ans, soit 840 mg de DHA et 270 mg d'acide eicosapentaénoïque (EPA), extraits d'huile de poisson, soit le placebo (capsules d'huile d'olive).

Le critère principal de l'étude était le délai d'apparition d'une néovascularisation choroïdienne dans l'œil étudié. L'incidence de la néovascularisation et l'évolution des taux de DHA et d'EPA dans la membrane cellulaire des globules rouges comptaient parmi les critères secondaires.

Résultats de NAT – 2 :

- Le délai d'apparition et l'incidence des néovaisseaux dans le deuxième œil ne différait pas significativement entre le groupe placebo et le groupe DHA.
- Dans le groupe DHA, les niveaux membranaires de DHA et d'EPA ont significativement augmenté dans les globules rouges (+70%, p <0,001) témoignant de leur bonne pénétration dans les cellules. Cependant, ce fut également le cas dans le groupe placebo. En effet, certains individus de ce groupe s'étaient supplémentés par eux-mêmes en omega3 (+9%, p = 0,007), ce qui peut expliquer l'absence de différence significative entre les deux groupes.
- Au sein du groupe DHA, les patients dont les niveaux membranaires de DHA et d'EPA étaient les plus élevés courraient un risque significativement inférieur de néovascularisation (Réduction de 68% [p = 0,047; HR = 0,32 (0,10 à 0,99)] du risque de DMLA exsudative dans les trois ans).

L'acide eicosapentaénoïque (EPA) et l'acide docosahexaénoïque (DHA) sont deux acides gras hautement insaturés de la famille des oméga 3. Chez l'homme le DHA est un constituant important des membranes des disques des segments externes des photorécepteurs (cellules visuelles rétiniennes).

❖ Les recommandations 2012 de la HAS

Les nouvelles recommandations de la HAS pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la DMLA ont été publiées en juin 2012, avant les résultats de NAT-2 et avant l'avis de la DGS concernant l'Avastin®).

Si ces recommandations reposent dans l'ensemble sur un faible niveau de preuve scientifique, les deux propositions suivantes disposent d'un Grade A (preuve scientifique établie) :

- Le ranibizumab est recommandé en présence de néovaisseaux choroïdiens rétrofovéolaires en injection intravitréenne à la dose de 0,5 mg.
- L'efficacité du pegaptanib en injection intravitréenne toutes les six semaines à la dose de 0,3 mg a été démontrée dans le traitement des néovaisseaux choroïdiens rétrofovéolaires de la DMLA sur la stabilisation de l'acuité visuelle à un an.

Il est recommandé :

- De traiter les néovaisseaux choroïdiens de la DMLA exsudative par des injections intravitréennes d'anti-VEGF en monothérapie en première intention.
- D'envisager un traitement combiné (par exemple : anti-VEGF + photothérapie dynamique) au cas par cas.
- De proposer l'arrêt du tabac au patient souffrant d'une DMLA et d'orienter les fumeurs dépendants vers une consultation spécialisée dans le sevrage tabagique.
- De surveiller les patients qui souffrent d'une DMLA atrophique et de leur proposer une consultation rapide en cas de modification des symptômes car cette forme peut se compliquer de néovaisseaux.

Lorsque la baisse d'acuité visuelle devient invalidante, la prise en charge de la DMLA repose sur la rééducation basse-vision (pour apprendre aux patients à exploiter au mieux leur vision périphérique, améliorer leur qualité de vie et contribuer au maintien de leur autonomie) et les systèmes optiques.

Moins d'une semaine doit s'écouler entre début des symptômes et la consultation d'ophtalmologie.
Le traitement d'une DMLA exsudative doit débuter moins de dix jours après le diagnostic.

La HAS rappelle que :

- L'information fait partie du traitement.
- La photothérapie dynamique** à la vertéporphine ne permet qu'exceptionnellement d'améliorer l'acuité visuelle (elle peut être utilisée en cas de contre-indication ou de non-réponse aux anti-VEGF et dans certaines formes cliniques en combinaison aux anti-VEGF).
- Aucune donnée scientifique ne prouve la relation entre l'exposition à la lumière du soleil et la DMLA, mais qu'en cas d'éblouissement, le port de verres teintés ou solaires peut être proposé.
- En prévision d'une atteinte du deuxième œil : une supplémentation vitaminique peut être proposée, après avoir abordé les règles hygiéno-diététiques, car elles semblent avoir, selon l'étude de cohorte prospective AREDS, un effet protecteur (réduction de 25 % du risque de bilatéralisation à cinq ans[16]). La formulation vitaminique utilisée dans l'étude AREDS n'étant pas commercialisée en France, il est recommandé de conseiller le patient sur le choix de cette supplémentation.

Les experts proposent aussi de développer :

- des réseaux de basse vision ;
- des études comparatives sur les traitements, de manière indépendante pour le financement ;
- d'autres voies d'administration des thérapeutiques ;
- des traitements de longue durée d'action ;

et d'améliorer la prise en charge de la malvoyance.

[**] *Photothérapie dynamique : Activation par un laser diode en lumière rouge d'une substance inactive, la Visudyne®, injectée par voie intraveineuse, ce qui déclenche des réactions d'oxydation avec production de radicaux libres induisant la destruction des néovaisseaux.*

4 Les 7èmes « Journées nationales d'information et de dépistage de la DMLA » : du 24 au 28 juin 2013

Ces journées sont organisées par l'Association DMLA, en partenariat avec la Société Française d'Ophtalmologie (SFO), le Syndicat National des Ophtalmologistes de France (SNOF), les laboratoires Novartis et Bausch + Lomb.

❖ Le déroulement

Pour connaître la liste des ophtalmologistes et des services participant aux journées DMLA, leurs coordonnées et les plages horaires dédiées, il suffit de consulter le site www.journees-dmla.fr ou de téléphoner au : N° Vert 0 800 00 24 26..

Ces médecins et services hospitaliers recevront, sur rendez-vous, les personnes qui souhaitent bénéficier du dépistage.

Un examen du fond d'œil par une méthode validée permettra de repérer des individus qui souffrent déjà d'une DMLA sans le savoir (phase silencieuse de la maladie) ou dont le risque de développer la maladie est élevé (MLA…), afin de leur proposer au plus tôt un traitement et/ou des mesures préventives ainsi qu'un programme de surveillance adapté. Il s'agit d'éviter si possible la dégradation visuelle et les complications. Chaque personne dépistée recevra des informations sur la DMLA ainsi que des conseils personnalisés et pourra poser des questions.

❖ Le dépistage s'adresse à :

- Toute personne de 55 ans ou plus non suivie ou n'ayant pas bénéficié d'un examen depuis plus d'une année.
- Ne présentant pas de signes de la maladie.
- Sujet à des facteurs de risque de DMLA : fumeurs, histoire familiale de DMLA ou MLA (maculopathie liée à l'âge) découverte lors d'un précédent examen.

Si les examens de dépistage révèlent des signes de DMLA, un bilan plus approfondi sera programmé (OCT, photographies et angiographies rétiniennes), pour confirmer ou infirmer ce diagnostic

Outre le dépistage, et même en l'absence de symptôme, il est recommandé d'effectuer un examen ophtalmologique tous les 2 ans entre 45 ans et 55 ans, puis tous les ans après 55 ans, afin de ne pas méconnaître une (D)MLA ou d'autres maladies oculaires qui, comme elle, évoluent à bas bruit (glaucomes chroniques…).

5 L'association DMLA fête ses dix ans

L'Association DMLA a été créée en 2003 par le Pr Eric Souied, qui la préside, afin de remplir quatre missions principales :

- Informer le grand public.
- Ecouter, soutenir et aider les patients.
- Créer un réseau de professionnels de santé.
- Aider la recherche médicale et scientifique contre la DMLA.

Elle compte aujourd'hui plus de 2500 patients adhérents et 200 ophtalmologistes spécialistes de la DMLA, regroupés au sein du « Réseau DMLA ».

❖ Une structure dynamique

Depuis sa création, l'Association a mené de nombreuses actions, créé bien des services et mis à disposition de ses adhérents un ensemble d'outils.

- Tout d'abord itinérantes (un camion sillonnait la France pour aller à la rencontre de la population), les campagnes d'information et de dépistage ont débuté en 2007.

L'association DMLA est représentée sur différentes manifestations et congrès notamment celui de la Société Française d'Ophtalmologie.

- Chaque année, le dernier vendredi de juin, « La journée DMLA » réunit les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de cette maladie, pour faire le point des avancées diagnostiques, thérapeutiques et de la recherche.

Depuis 2008, l'Association décerne chaque année le prix « Gabriel Coscas » pour récompenser des travaux originaux sur la DMLA.

Après Laurent Cathala, maire de Créteil, en 2003, l'Association s'est dotée chaque année d'un parrain ou d'une marraine, reconnus pour la plupart sur la scène internationale pour leurs travaux sur les maladies rétiniennes, notamment la DMLA. Il s'agit des Pr Debora Farber de Los Angeles en 2004 ; Johanna Seddon de Boston en 2005 ; Rando Allikmets de New York en 2006 ; Usha Chakravarty de Belfast en 2007 ; Rick Spaide de New York en 2008 ; Larry Yannuzzi de New York en 2009 ; Frank Holz de Bonn en 2010 ; Sandrine Zweifel de Zurich en 2011 et Marco Zarbin de New Jersey en 2012.

- Fin 2012 l'Association DMLA a participé à la mise en place d'une enquête sur la « qualité de vie » des patients atteints de DMLA exsudative.

- Les bénévoles ont récemment créé un kit contenant notamment 150 fiches d'information sur la DMLA, destiné aux salles d'attente.

❖ Au service des patients

♦ *Un numéro vert (appel gratuit d'un poste fixe)*

N° Vert 0 800 880 660

Un secrétariat reste à l'écoute du mardi au vendredi, de 9h00 à 13h00 et de 14h00 à 17h00.

La permanence téléphonique « un expert à votre écoute », permet aux adhérents de s'entretenir avec un ophtalmologiste membre du réseau DMLA.

Via le numéro vert, des rencontres avec un opticien spécialisé, une permanence d'écoute psychologique et des entretiens avec une orthoptiste ont aussi été mis en place.

♦ *Des relais à travers toute la France*

Des bénévoles reçoivent les personnes qui le souhaitent le lundi de 9h30 à 13h30 à la « Maison DMLA » du CHI de Créteil, ou au 01 45 17 51 55.

Des permanences de l'association sont assurées dans les Hauts de Seine, en Picardie, en Dordogne et dans les Alpes Maritimes.

♦ ***Et aussi***

- La Lettre DMLA trimestrielle en grands caractères informe les adhérents de l'actualité et leur fournit des informations pratiques.
- Un guide d'information sur la DMLA est édité et mis à jour chaque année à l'occasion des Journées DMLA.
- Le site Internet de l'Association est adapté aux personnes malvoyantes, www.association-dmla.com
- Le CDMLA, enregistré avec des ophtalmologistes experts de la DMLA, répond aux 40 principales questions que posent les patients.
- Le site du service d'ophtalmologie de l'Hôpital Intercommunal : www.creteilophtalmo.fr

❖ Des partenaires pour les journées de dépistage et d'information

♦ ***La SFO***

Fondée en 1883, et reconnue d'utilité publique en 1927, la Société Française d'Ophtalmologie a pour but « l'étude de toutes questions ayant trait à l'appareil visuel et aux maladies des yeux ainsi que l'organisation de la Formation Médicale Continue et l'Evaluation des Pratiques Professionnelles. »

Interlocuteur privilégié des autorités de tutelle médicales, la SFO s'implique à la fois dans la mise en place de bonnes pratiques médicales et dans les actions de prévention et d'information du public.

www.sfo.asso.fr

♦ ***Le SNOF***

Créé en 1906, le SNOF a pour but "d'étudier et de préparer en collaboration avec les pouvoirs publics et les autorités compétentes l'application des mesures générales de protection de la santé publique pouvant se rapporter à l'exercice de l'ophtalmologie".

Son site est destiné non seulement aux professionnels mais aussi au grand public. Il comporte quatre grandes rubriques : « Informer », « Expliquer », « Conseiller », « Défendre ».

www.snof.org

♦ ***NOVARTIS***

Dans le domaine de la DMLA, le groupe Novartis a développé et commercialisé la Vertéporfine, utilisée pour la photothérapie dynamique, ainsi que le ranibizumab.

www.novartis.fr

♦ ***BAUSCH + LOMB***

Bausch + Lomb est une société internationale d'optique et d'ophtalmologie dont la division pharmaceutique est, entre autres, impliquée dans la micronutrition (compléments alimentaires à visée oculaire).

www.bausch.fr

6 Références

[1] Chen Y, Zeng J, Zhao C, Wang K, Trood E, Buehler J, Weed M, Kasuga D, Bernstein PS, Hughes G, Fu V, Chin J, Lee C, Crocker M, Bedell M, Salasar F, Yang Z, Goldbaum M, Ferreyra H, Freeman WR, Kozak I, Zhang K. Assessing susceptibility to age-related macular degeneration with genetic markers and environmental factors. Arch Ophthalmol. 2011 Mar;129(3):344-51.

[2] Liu B, Wei L, Meyerle C, Tuo J, Sen HN, Li Z, Chakrabarty S, Agron E, Chan CC, Klein ML, Chew E, Ferris F, Nussenblatt RB. Complement Component C5a Promotes Expression of IL-22 and IL-17 from Human T cells and its Implication in Age-related Macular Degeneration. J Transl Med. 2011:111.

[3] Wood J, Lacherez P, Black A, Cole M, Boon M, Kerr G.Risk of falls, injurious falls, and other injuries resulting from visual impairment among older adults with Age-related Macular Degeneration. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2011 Apr 7.

[4] Clemons TE et al. Risk factors for the incidence of Advanced ARMD in the AREDS. AREDS report no. 19. Ophthalmology. 2005 Apr; 112(4): 533-9.

[5]Adams MK, Chong EW, Williamson E, Aung KZ, Makeyeva GA, Giles GG, English DR, Hopper J, Guymer RH, Baird PN, Robman LD, Simpson JA. Alcohol and age-related macular degeneration: the Melbourne Collaborative Cohort Study. Am J Epidemiol. 2012 Aug 15;176(4):289-98. Epub 2012 Jul 29.

[6]A randomized, placebo-controlled, clinical trial of high-dose supplementation with vitamins C and E, beta carotene, and zinc for ARMD and vision loss. AREDS report no. 8. Arch Ophthalmol. 2001 Oct;119(10):1417-36.

[7] SanGiovanni JP et al. The relationship of dietary carotenoid and vitamin A, E, and C intake with ARMD in a case-control study: AREDS Report No. 22. Arch Ophthalmol. 2007 Sep;125(9):1225-32.

[8] Sangiovanni JP et al. {omega}-3 LCPUFA intake and 12-y incidence of neovascular ARMD and central geographic atrophy: AREDS report 30, a prospective cohort study from the AREDS. Am J Clin Nutr. 2009 Dec;90(6):1601-7. Epub 2009 Oct 7.

[9] Kishan AU, Modjtahedi BS, Martins EN, Modjtahedi SP, Morse LS. Lipids and Age-Related Macular Degeneration. Surv Ophthalmol. 2011 Mar 24.

[10]Bonnes Pratiques d'injection intra vitréenne (IVT) – Afssaps/ANSM Mise au point 11/02/2011

[11] Chiang A, Regillo CD. Preferred therapies for neovascular age-related macular degeneration. Curr Opin Ophthalmol. 2011 Mar 21.

[12] Heier JS, Brown DM, Chong V, Korobelnik JF, Kaiser PK, Nguyen QD, Kirchhof B, Ho A, Ogura Y, Yancopoulos GD, Stahl N, Vitti R, Berliner AJ, Soo Y, Anderesi M, Groetzbach G, Sommerauer B, Sandbrink R, Simader C, Schmidt-Erfurth U; VIEW 1 and VIEW 2 Study Groups. Intravitreal aflibercept (VEGF trap-eye) in wet age-related macular degeneration. Ophthalmology. 2012 Dec;119(12):2537-48. Epub 2012 Oct 17.

[13] CATT Research Group Ranibizumab and bevacizumab for neovascular age-related macular degeneration. N Engl J Med. 2011 May 19; 364(20): 1897-908.

[14] Zhang K, Hopkins JJ, Heier JS, Birch DG, Halperin LS, Albini TA, Brown DM, Jaffe GJ, Tao W, Williams GA. Ciliary neurotrophic factor delivered by encapsulated cell intraocular implants for treatment of geographic atrophy in age-related macular degeneration. Proc Natl Acad Sci U S A. 2011 Mar 28.

[15] Lettre DMLA N°26, Décembre 2012.

[16] Souied EH, Delcourt C, Querques G, Bassols A, Merle B, Zourdani A, Smith T, Benlian P; Nutritional AMD Treatment 2 Study Group. Oral Docosahexaenoic Acid in the Prevention of Exudative Age-Related Macular Degeneration: The Nutritional AMD Treatment 2 Study. Ophthalmology. 2013 Feb 7. [Epub ahead of print]

[17]Recommandation de bonne pratique. Dégénérescence maculaire liée à l'âge : prise en charge diagnostique et thérapeutique. HAS juin 2012.

Autres sites :

- Basse Vision.net : www.bassevision.net
- Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil : www.chicreteil.fr
- Club Francophone des Spécialistes de la Rétine : http://retine.net/
- Fédération Rétine : http://fedret.free.fr

- Macular Degeneration Partnership www.amd.org

- Société Française de Rétine : www.sfretine.org

- Service hospitalo-universitaire d'ophtalmologie de l'hôpital intercommunal de Créteil : www.creteilophtalmo.fr

Contacts presse

Sophie Matos

PrPa

01 46 99 69 69

sophie.matos@prpa.fr