

NOVALIS SOUTIENT LE DEPISTAGE DE LA DMLA

Interview du Professeur Eric SOUIED (Mai 2011)



*Ophtalmologiste et Président de l'Association DMLA,
Chef de service à l'hôpital intercommunal de Créteil
et Professeur à la faculté de médecine de Paris XII.*

La DMLA vous semble-t-elle connue du public ?

L'enquête réalisée en 2007 par LH2 montrait que la DMLA était alors très mal connue du grand public. Au fil des campagnes et des opérations de sensibilisation, l'information semble circuler de mieux en mieux, mais cette impression, subjective, mérite d'être quantifiée. Une nouvelle enquête est donc programmée pour 2012, 5 ans après la première, pour préciser l'évolution des connaissances et de la prise de conscience dans la population.

Où en sont les traitements ?

Le traitement de référence de la DMLA exsudative (humide) reste les injections intravitréennes (IVT) d'antiVEGF, de type ranibizumab (Lucentis®). La nécessité d'une surveillance mensuelle des patients est bien établie. C'est le prix à payer si nous voulons réduire la fréquence des IVT, car seul un suivi rapproché permet de déterminer, au cas par cas, le meilleur moment pour réinjecter.

Nous ne disposons pas à ce jour de nouvelles solutions thérapeutiques, mais de très nombreux travaux de recherches sont en cours. Les essais cliniques menés sur des anti-VEGF en collyres, que nous espérons depuis plusieurs années, n'ont pas abouti aux résultats escomptés.

Pourquoi parler de bons et de mauvais répondeurs aux traitements ?

Les mécanismes, notamment génétiques, de la maladie dévoilent peu à peu leurs secrets. Les recherches ont notamment permis d'établir une nouvelle classification des DMLA que l'on scindait classiquement en formes exsudative et atrophique, sachant que cette dernière pouvait se compliquer de néovaisseaux. Nous savons aujourd'hui qu'il existe un continuum

entre certains types de néovaisseaux, dits « occultes » et l'atrophie. Nous avons également identifié plusieurs formes de DMLA exsudative, dont l'évolution naturelle et la réponse au traitement sont différentes. Néanmoins, la précocité de la prise en charge et la fréquence du suivi, destinée à dépister et à traiter les complications sans tarder, permettent de moduler les « mauvaises réponses ».

Savoir dès le diagnostic à quel sous-type nous avons à faire, donc à quel degré de sévérité s'attendre (forte prédisposition), permet d'adapter la prise en charge des patients en modulant le rythme de la surveillance et/ou des traitements pour préserver au mieux la vision. Dans tous les cas, des décisions doivent être prises, qu'il s'agisse d'une surveillance attentive, de conseils préventifs ou d'une thérapeutique active.

A quoi sert en pratique l'identification des gènes impliqués ?

La compréhension physiopathologique de la maladie passe par l'identification des gènes.

A Créteil nous travaillons sur un grand projet de génétique appliquée à la clinique afin de généraliser à court terme les tests génétiques dans la DMLA, à partir d'un recueil d'ADN salivaire. C'est déjà le cas dans le service d'ophtalmologie, mais nous travaillons sur la faisabilité des tests à grande échelle.

Notre objectif est de pouvoir, peut-être dès 2013, proposer un test à tous les patients dès la découverte des premières lésions du fond d'oeil. En effet, le génotype (profil génétique) indique si l'on se dirige ou non vers une forme grave de DMLA, et permet d'adapter la prise en charge le plus tôt possible.

Pour des raisons d'ordre éthique, il n'est pas question d'appliquer ces techniques aux sujets sains.