

L'omnipraticien et les problèmes ophtalmologiques des aînés

Patricia-Ann Laughrea, MD,
FRCSC



Présenté dans le cadre de la conférence :
Journée de gériatrie :
tour d'horizon majeur
en gériatrie, Université
Laval, avril 2008

Le cas de Juliette

Juliette, votre patiente de 82 ans nouvellement déménagée dans votre région, vous consulte avec sa fille parce que cette dernière est inquiète de voir sa mère s'installer seule dans un appartement. Il y a quelques années, un ophtalmologiste a porté chez elle un diagnostic de dégénérescence maculaire liée à l'âge, et elle a perdu sa vision centrale bilatéralement. Aucun traitement n'a pu être possible. Jusqu'à maintenant, elle avait refusé toute aide visuelle.

Il s'agit d'une dame alerte, intéressée par la vie culturelle et déçue de ne plus être capable de lire. Vous sentez chez la patiente un risque d'isolement social et percevez un désir encore légitime d'autonomie. Chez sa fille, vous comprenez son inquiétude devant les dangers que peut représenter le fait que sa mère vive seule dans un milieu nouveau avec un handicap visuel.

Comment abordez-vous ces deux dames? Comment allez-vous vous comporter et quelles seront vos recommandations?

La personne âgée, la déficience visuelle et le médecin de famille

La baisse de l'acuité visuelle est une plainte fréquente chez la personne âgée. Le médecin de famille peut lui venir efficacement en aide de diverses manières. Connaître les principales causes de déficience visuelle en gériatrie ainsi que les ressources disponibles, en plus de comprendre le contexte psychosocial associé à une perte de vision sera pour lui un atout.

La déficience visuelle

La déficience visuelle augmente dramatiquement avec l'âge. La prévalence est de 10 % chez les personnes de plus de 60 ans. Chez les personnes de plus de 65 ans en résidence, 26 % ont une déficience visuelle. La moitié des déficients visuels ont plus de 65 ans. La perte visuelle a un impact majeur : c'est la troisième maladie chronique, après l'arthrite et les maladies cardiaques, entraînant le plus souvent un besoin d'assistance. Elle affecte plusieurs paramètres de qualité de vie et est un facteur de risque démontré au niveau de l'incidence des chutes et des fractures chez la personne âgée.

En Amérique du Nord, les quatre principales causes de déficience visuelle sont reliées à l'âge. La première cause de cécité légale chez les plus de 65 ans y est la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA). La cataracte demeure toutefois la



Dre Laughrea
est ophtalmologiste et professeure agrégée au Département d'ophtalmologie de la Faculté de médecine de l'Université Laval.

Tableau 1

Définition de la déficience visuelle

Déficience visuelle fonctionnelle	AV ≤ 6/15
Vision partielle	AV ≤ 6/21 ou champ visuel ≤ 30°
Cécité légale	AV ≤ 6/60 ou champ visuel ≤ 20°

Tableau 2

Savoir se comporter devant un patient avec une déficience visuelle

Parler directement à la personne
Se nommer en arrivant et aviser si on quitte la pièce
Offrir son bras pour les déplacements
Précéder la personne

cause la plus fréquente de déficience visuelle, en général, chez la personne âgée. Le glaucome et la rétinopathie diabétique sont les deux autres grands responsables de déficience visuelle.

La dégénérescence maculaire liée à l'âge

La DMLA se présente sous deux formes. La forme non exsudative est la plus fréquente et est présente chez 25 % des plus de 75 ans, alors que la forme exsudative touche 5 % de la même population. La forme exsudative est souvent responsable d'une atteinte visuelle plus grave et peut être traitée (par laser ou chirurgie) lorsqu'elle est diagnostiquée à temps. Les symptômes de DMLA sont une baisse de l'acuité visuelle centrale, des scotomes centraux ou de la métamorphopsie (distorsion). Ce dernier symptôme ou une baisse accélérée de l'acuité visuelle justifie une orientation rapide en ophtalmologie.

La cataracte

La cataracte est la première cause de cécité à l'échelle mondiale. On dit que 75 % des plus de 75 ans en présentent les signes, à divers degrés. Le symptôme principal est la baisse de l'acuité visuelle de loin ou de près. Il y a aussi une perte de sensibilité aux contrastes qui peut devenir fort gênante, en particulier pour la conduite automobile. Le traitement est chirurgical quand la prescription de nouveaux verres ne peut améliorer l'acuité visuelle. La chirurgie de la cataracte se fait habituellement en externe et sous anesthésie topique. Même si la chirurgie n'est pas dénuée de risques et que les résultats dépendent de l'état du nerf optique et de la rétine, le taux de succès en est très élevé et les bénéfices fonctionnels démontrés.

Le glaucome

Le glaucome est la troisième cause de perte visuelle et touche 4,7 % des Américains de plus de 75 ans. Son incidence augmente avec l'âge. L'atteinte visuelle secondaire au glaucome a une prévalence de 0,7 % chez les plus de 60 ans, et de 4 % chez les plus de 90 ans. Le glaucome est asymptomatique jusqu'à ce que des dommages importants surviennent au niveau du nerf optique. Ceux-ci se manifestent d'abord par une atteinte du champ visuel ou des scotomes, et seulement tardivement par une baisse de l'acuité visuelle. Son traitement est surtout pharmacologique, par médication topique et, en cas de réponse insuffisante, chirurgical.

La rétinopathie diabétique

Il s'agit de la quatrième cause de perte visuelle chez les personnes âgées. L'incidence augmente avec la durée du diabète. Un bon contrôle glycémique

influence l'apparition et l'évolution de la rétinopathie diabétique. L'hypertension artérielle et l'hyperlipémie constituent des facteurs de risque. Le suivi du fond d'œil au moins annuellement est primordial chez toutes les personnes âgées diabétiques. Les symptômes visuels n'apparaissent le plus souvent qu'à un stade déjà avancé de la rétinopathie, alors que la photocoagulation au laser permet de réduire significativement l'incidence et la gravité de la rétinopathie diabétique, ainsi que celle de la cécité secondaire à la rétinopathie proliférative et l'œdème maculaire.

Le rôle du médecin de famille devant la perte visuelle

La mesure de l'acuité visuelle de loin et de près donne des informations quant à la capacité de fonctionner dans le milieu habituel. La perte visuelle est une indication d'orienter le patient vers une évaluation plus poussée ainsi qu'un diagnostic. Quand la perte visuelle n'est pas corrigible par un ajustement de verres ou un traitement, il faut offrir un support et envisager, au besoin, une réadaptation visuelle.

Le médecin de famille est le mieux placé pour évaluer la situation globale du patient vivant avec une déficience visuelle. Il veillera, avec la collaboration de la famille, à assurer la sécurité physique du patient. Il pourra lui offrir un support psychologique devant la détresse que suscite souvent la perte visuelle et lui permettre de vivre la situation de deuil associée à la perte de fonction visuelle, en particulier lorsqu'elle est rapide. Savoir se comporter face à une personne avec une déficience visuelle facilitera le contact (tableau 2). Il est aussi avantageux de connaître les principes des aides visuelles, puisqu'ils peuvent être appliqués dans les moyens de communication écrite avec le patient (tableau 3).

Les centres de réadaptation

Au Québec, deux principaux centres de réadaptation, en plus d'autres établissements en région, offrent leurs services aux personnes souffrant de déficience visuelle : le secteur déficience visuelle de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPO) et l'Institut Nazareth et Louis-Braille (INLB). L'Institut national canadien pour les aveugles (INCA) est aussi une source

Tableau 3

Principes d'aide visuelle

Grossir les caractères

Augmenter l'éclairage

Accroître le contraste

Utiliser des couleurs vives

Réduire l'éblouissement

Tableau 4

Ressources disponibles en déficience visuelle

Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPO) : www.irdpq.qc.ca

Institut Nazareth et Louis-Braille (INLB) : www.inlb.qc.ca

Institut national canadien des aveugles (INCA) : www.inca.ca

Les bibliothèques municipales : livres à gros caractères et livres-cassettes audio

L'audiothèque : www.audiotheque.net

Service de lecture accessible par téléphone (journaux, périodiques, programmes culturels, horaires de télévision, circulaires, etc.)

Les compagnies de service téléphonique : assistance-annuaire

La boutique de l'IRDPO : articles utiles à la vie quotidienne

La cataracte est la première cause de cécité à l'échelle mondiale. On dit que 75 % des plus de 75 ans en présentent les signes, à divers degrés.

Le médecin de famille est le mieux placé pour évaluer la situation globale du patient vivant avec une déficience visuelle.

utile d'information et services (tableau 4). Le médecin de famille peut lui-même adresser son patient en réadaptation (critères de référence : AV < 6/21 ou champ visuel de moins de 60° dans chaque œil). Par la suite, une évaluation par un ophtalmologiste ou un optométriste sera demandée. Si la situation est urgente, un agent de liaison en problème visuel ou en surdicécité (quand les deux handicaps se côtoient) peut être rejoint rapidement.

Bref...

Avec une population vieillissante, le médecin de famille n'a d'autre choix que de s'intéresser aux problèmes oculaires les plus fréquents chez la personne âgée, en particulier la perte visuelle. Même s'il ne sera le plus souvent pas le seul impliqué dans les soins à apporter, accorder le support nécessaire aux aînés avec perte visuelle fait partie de son rôle. Être familier avec les ressources disponibles devant un handicap visuel lui permettra de faciliter la vie quotidienne des personnes atteintes. **C**

À retenir

- La déficience visuelle augmente dramatiquement avec l'âge et affecte la qualité de vie des personnes âgées.
- Les quatre principales causes de déficience visuelle chez la personne âgée sont :
 - La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)
 - La cataracte
 - Le glaucome
 - La rétinopathie diabétique
- Le rôle du médecin de famille face à la perte visuelle :
 - Évaluer : mesurer et référer au besoin
 - Assurer le support devant les éléments psychosociaux associés.
 - Utiliser les ressources disponibles en déficience visuelle
 - Encourager la réadaptation visant à compenser ses limites et développer son potentiel

Bibliographie :

1. Guide de pratique clinique factuelle de la Société canadienne d'ophtalmologie pour l'examen oculaire périodique chez les adultes au Canada. *Can J Ophthalmol.* 2007; 42(1):158-63.
2. Watson GR. Low Vision in the Geriatric Population: Rehabilitation and Management. *J Am Geriatr Soc.* 2001; 49(3):317-30.
3. Castor TD, Carter TL. Low Vision: Physician Screening Helps to Improve Patient Function. *Geriatrics.* 1995; 50(12):51-57.
4. Lee GL, Coleman AL. Research Agenda Program for Geriatric Ophthalmology. *J Am Geriatr Soc.* 2004; 52(3):453-58.
5. Novack GD, O'Donnell MJ. New Glaucoma Medication in the Geriatric Population: Efficacy and Safety. *J Am Geriatr Soc.* 2002; 50(5):956-62.
6. Trobe JD. *The Physician's Guide to Eye Care.* 3rd edition. American Academy of Ophthalmology. 2006. 255 p.