

Conférence de presse
vendredi 11 janvier 2019

L'Ophtalmologie en 2019

125^{ème} Congrès International de la Société Française d'Ophtalmologie
11 au 14 mai 2019

Palais des Congrès de Paris (Porte Maillot)

Plus de 8600 participants provenant de 71 pays, 60 sessions, 1300 communications orales, 60 ateliers pratiques, 430 e-posters/e-films, les Rapports SFO, des rencontres avec des leaders internationaux et des sociétés de surspécialités, des sessions d'actualités, un pavillon technologie et communication, des démonstrations d'appareillages et de chirurgie, une exposition de fabricants et de distributeurs parmi les plus importantes d'Europe... **sous le signe du développement durable** !

Les points forts du congrès SFO 2019 :

Nouveautés en DMLA

Cataracte et implants

L'OCT, Rapport annuel SFO 2019

Myopie, second Rapport SFO 2019

Les experts :

Pr Isabelle COCHEREAU, Secrétaire Générale de la SFO, Chef de service à la Fondation Rothschild, Paris

Pr Laurent KODJIKIAN, Président de la SFO, Chef de service adjoint à l'Hôpital de la Croix-Rousse, Lyon

Dr Barbara AMELINE, Praticien Hospitalier, CHNO des Quinze-Vingts, Paris

Pr Jean-François KOROBELNIK, Chef de service au CHU de Bordeaux

Pr David GAUCHER, PU-PH, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Retrouvez les actualités de la SFO sur son site internet : www.sfo.asso.fr

→ DMLA et nouveautés

Professeur Laurent KODJIKIAN, Président de la Société Française d'Ophtalmologie, Chef de service adjoint à l'Hôpital de la Croix-Rousse, Lyon

Qu'est-ce que la DMLA ?

La Maculopathie liée à l'âge (MLA) qui représente la forme précoce de la maladie est le plus souvent asymptomatique pendant de nombreuses années. Seul un examen du fond d'œil pratiqué par un ophtalmologiste permet de la diagnostiquer.

La Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) représente la forme avancée de cette maladie chronique et se manifeste par les symptômes suivants :

- Baisse de l'acuité visuelle
- Vision déformée
- Apparition d'une tache centrale (scotome)

La DMLA ne rend pas aveugle car seule la partie centrale de la rétine, la macula qui représente 1% de la surface globale de la rétine, est atteinte. La vision périphérique reste préservée, mais la vision précise est gênée.

En France, 1 million de personnes souffrent de DMLA et chaque année 40.000 nouveaux patients en sont atteints d'après les données de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Quels sont les principaux facteurs responsables de la DMLA ?

- Les antécédents familiaux
- La maculopathie liée à l'âge (MLA)
- Le tabac et l'obésité abdominale...

Comment contribuer à s'en protéger ?

L'arrêt du tabac, la pratique d'exercices physiques, une alimentation riche en antioxydants, en Omega 3 et en pigments maculaires - qui ne sont pas synthétisés par notre corps mais uniquement apportés par notre alimentation (Brocoli, jaunes d'œufs ...) - sont vivement conseillés pour lutter contre la DMLA.

Quels sont les particularités et traitements des 2 formes de DMLA ?

La DMLA sèche ou atrophique dont la **progression très lente** s'opère sur une dizaine d'années, représente **plus de 75% des DMLA**. Cette forme se caractérise par une disparition progressive des photorécepteurs et des couches plus profondes de la rétine. Pendant plusieurs années l'acuité visuelle peut encore être conservée, puis les activités quotidiennes, telles que la lecture, la conduite, voire la reconnaissance des visages... deviennent difficiles.

Il n'existe pas encore de traitement pour cette forme dont la surveillance est primordiale car elle peut à tout moment devenir humide. Les 3 « O » assurent la prise en charge : **l'Ophtalmologiste** dépiste les éventuelles complications, **l'Orthoptiste** aide à la rééducation avec toutes les techniques de la basse vision qui permettent notamment de délocaliser le point de fixation du centre vers la périphérie... et **l'Opticien** conseille sur les aides visuelles disponibles : loupes, télé agrandisseurs...

La DMLA humide ou exsudative représente **25% des cas de DMLA**, mais elle est **très agressive** et progresse extrêmement rapidement. Cette forme se définit par l'apparition au niveau de la macula de néo-vaisseaux responsables d'œdèmes intra-rétiniens et de microhémorragies qui entraînent une baisse de l'acuité visuelle.

Le traitement, qui doit être réalisé en urgence dans les 7 à 10 jours qui suivent le diagnostic, **consiste en des injections d'anti-VEGF au niveau de l'œil**. Les anti-VEGF fonctionnent bien et constituent le traitement de première indication et de routine depuis une dizaine d'années. Leur principe est de couper le stimulus de fabrication des néo-vaisseaux qui s'éteignent et régressent spontanément puisque non stimulés. En d'autres termes on coupe le « robinet » responsable de la prolifération des néo-vaisseaux à l'origine de l'atteinte de la macula.

Qu'en est-il de la recherche et des nouvelles thérapeutiques?

En 2017, les anti-PDGF dont les chercheurs espéraient beaucoup dans le traitement de la DMLA exsudative se sont malheureusement révélés inefficaces. Ils étaient censés augmenter l'acuité visuelle, diminuer la fibrose et s'utiliser en complément des anti-VEGF.

Aujourd'hui, le **traitement est individualisé** au maximum sans perte de chance. L'une des molécules utilisées, **l'Aflibercept** a vu son utilisation évoluer depuis septembre 2018 en « **Treat and Extend** » : à chaque fois que le patient vient en consultation il bénéficie d'une injection, puis en fonction des résultats on espace les visites et le nombre d'injections diminue. Ce qui constitue une réelle avancée pour les patients, qui pour 80% d'entre eux ont jusqu'à 7 à 8 injections la 1^{ère} année et les vivent comme un fardeau.

Des études portant sur 2 nouvelles molécules ont été présentées à la dernière réunion de l'American Academy d'Ophthalmologie (AAO) en octobre 2018.

► **Le Brolucizumab**, a passé la phase 3 et 2 études ont montré des résultats à 2 ans encourageants par rapport aux traitements actuels:

- Moins d'injections
- Même gain visuel
- Tolérance et effets indésirables comparables

L'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) devrait être obtenue à la fin de l'année 2019.

► **L'Abicipar**, est en cours de phase 3 et 2 études ont prouvé la non infériorité du traitement avec une moindre quantité de produit injecté. L'une des études a également montré un gain d'acuité visuelle.

Cette molécule très particulière appartient à une nouvelle classe thérapeutique. C'est une protéine à laquelle on peut attacher n'importe quelle molécule (donc cible !) et qui est bien plus forte que la molécule habituelle. Cependant, le risque d'inflammation est important et les chercheurs essaient de l'améliorer.

Demain, des bio similaires comparables aux génériques vont arriver sur le marché et **faire baisser les prix des traitements**. Des molécules plus petites pour une meilleure pénétration et une durée d'action plus longue **amélioreront l'efficacité des traitements**. Le développement des collyres administrés par voie topique, à l'aide de réservoirs avec délivrance régulière du produit sur des périodes longues, **allègeront la prise en charge**.

→ Cataracte et implants

Docteur Barbara AMELINE, Praticien Hospitalier, CHNO des Quinze-Vingts, Paris

Qu'est-ce que la cataracte ?

La cataracte se définit par la perte de transparence du cristallin qui est la lentille située derrière la pupille et qui garantit la qualité de la vision. Ce phénomène naturel est associé au vieillissement et touche principalement les personnes âgées de plus de 70 ans. Mais la cataracte peut aussi survenir chez les personnes plus jeunes, notamment en cas de :

- **Diabète**
- **Forte myopie**
- La prise de **certaines médicaments**
- **L'exposition prolongée aux UV** ou le **tabagisme...**

La chirurgie de la Cataracte représente la 1^{ère} chirurgie pratiquée en France, toutes spécialités confondues, avec plus de **800.000 interventions par an** et **bénéficie à 20% des plus de 60 ans et 60% des plus de 80 ans.**

Que sont les implants dont on parle lors d'une chirurgie de la cataracte ?

La chirurgie de la cataracte consiste à retirer le cristallin opacifié pour le remplacer par un cristallin artificiel que l'on nomme implant. Cette possibilité s'est généralisée à partir des années 1980. Au début, les implants utilisés étaient identiques pour tous les patients opérés. Puis, ces implants se sont perfectionnés et adaptés au patient. Aujourd'hui, ces implants personnalisés remplacent non seulement le cristallin mais corrigent aussi les pathologies réfractives que sont la myopie, l'astigmatisme, l'hypermétropie et même pour certains la presbytie.

La technologie a considérablement évolué et aujourd'hui le calcul prévisionnel des implants est remarquable. Pour la presbytie les derniers implants sont dits :

- **Bi-focaux** pour corriger la vision de loin et de près
- **Tri-focaux** pour corriger la vision de loin, intermédiaire et de près
- **A profondeur de champ** pour corriger la vision de loin et intermédiaire
- Et tous peuvent être en plus **toriques** pour corriger l'astigmatisme

C'est ce que l'on appelle la cataracte réfractive qui offre la possibilité de se passer de lunettes ! Mais tout le monde ne peut pas en bénéficier, notamment les personnes atteintes d'une pathologie de la rétine.

Il faut également informer les patients candidats que ces implants peuvent entraîner :

- Une baisse de la vision et/ou des contrastes lorsque la luminosité est faible
- Certains phénomènes parasites, comme des halos ou des éblouissements...

Il y a donc des critères de sélection pour les implants de presbytie qui représentent toujours un compromis et en aucun cas la restauration visuelle de ses 20 ans ! Cela explique que ces implants représentent encore moins de 10% des implants posés en France et en Europe.

Cette chirurgie se pratique-t-elle en ambulatoire ?

Sauf exception, cette chirurgie se pratique sous anesthésie locale et topique, c'est-à-dire après instillation d'un collyre. **Plus de 90% des patients sont donc pris en charge en ambulatoire**, moins de 4 heures et sans hébergement, quelle que soit le type de structure. La chirurgie de la cataracte se déroule dans un bloc opératoire conformément aux normes de sécurité et d'asepsie dictées par la

Haute Autorité de Santé (HAS). Ces blocs interventionnels se trouvent dans les hôpitaux, cliniques ou centres indépendants.

S'il est recommandé au patient de se faire accompagner et de ne pas rester seul après l'intervention, la prise en charge en ambulatoire représente de réels avantages : **un retour rapide à la vie normale et une économie substantielle**. Un membre de l'équipe prend par téléphone des nouvelles du patient à J+1 et une visite de contrôle est habituellement programmée dans les 7 jours qui suivent l'intervention. L'adaptation des éventuelles lunettes se fera 3 à 4 semaines après l'intervention.

Qu'en est-il de la délégation de tâches ?

C'est toute une équipe qui prend en charge le patient. Bien souvent **l'orthoptiste** réalise le bilan préopératoire qui permettra d'effectuer les calculs nécessaires au choix de l'implant. Au bloc opératoire, **l'infirmier** formé à l'utilisation des appareils assiste **l'ophtalmologiste** qui seul peut opérer. Si la chirurgie de la cataracte est aujourd'hui standardisée, elle ne peut être déléguée. L'intervention de 10 à 15 minutes est une succession de gestes très techniques et de grande précision réalisés dans des conditions différentes pour chaque patient. Enfin **l'opticien** adapte la possible prescription de lunettes en postopératoire.

L'équipe autour du chirurgien est de plus en plus importante et la tendance est à la limitation du facteur humain et à l'automatisation. Nous sommes cependant encore loin de pouvoir nous passer du chirurgien expérimenté ! Le laser Femto-seconde permet de réaliser certaines parties de la chirurgie de la cataracte de façon automatisée. Mais **cette 1^{ère} tentative de robotisation n'est pas concluante** : les études ont montré que son utilisation induisait une réorganisation et un coût très importants, qu'on ne notait aucun bénéfice en termes de durée d'intervention et de vitesse de récupération, que le niveau de récupération et le taux de complications n'étaient pas meilleurs... **par rapport à un chirurgien ophtalmologiste expérimenté**.

Et des progrès ?

La prise des mesures de l'œil de chaque patient comparées avec les données du **Big data** permet d'améliorer la prédictibilité de la qualité de vision du patient et ainsi de **choisir le meilleur implant adapté à ce patient**.

Tous les appareils de mesures sont déjà très précis et le seront plus encore. Au bloc opératoire, les équipements en **réalité augmentée** prennent de l'essor. Aujourd'hui, ils donnent au chirurgien toutes les informations utiles **pour positionner très précisément l'implant selon chaque œil** : affichage dans les optiques du microscope, données de la machine, axes... Demain ils pourront donner la réfraction réelle obtenue en per opératoire pour obtenir le meilleur résultat possible...

A retenir

Si la chirurgie de la cataracte est une intervention standardisée et réalisée dans des conditions de très grande sécurité, elle n'en reste pas moins une intervention chirurgicale.

La cataracte ne s'opère qu'à partir du moment où elle a un impact sur l'acuité visuelle ou devient gênante pour le patient.

La chirurgie de la cataracte réfractive représente un réel bénéfice visuel. Le patient doit prendre le temps de discuter avec son chirurgien du type et de la qualité de vision qu'il souhaite. Le chirurgien doit prendre en compte ces exigences ou contraintes en fonction de l'âge, la profession, les activités et habitudes de vie... s'il veut éviter toute déception et faire profiter de la personnalisation permise aujourd'hui.

→ OCT en ophtalmologie

Rapport SFO 2019

Professeur Jean-François KROBELNIK, Chef du Service d'Ophtalmologie, Hôpital Pellegrin, CHU de Bordeaux

Le rapport annuel de la Société Française d'Ophtalmologie est un ouvrage de mise au point et de recherche, élaboré par nos meilleures équipes et de nombreux experts. Ouvrage de référence, il représente plusieurs années de travail et permet de présenter l'état de l'art sur une pathologie, chaque année différente. L'édition 2019 est consacrée à **l'OCT en ophtalmologie** et coordonnée par le **Professeur Jean-François KROBELNIK**.

Qu'est-ce que l'OCT ?

L'OCT ou la tomographie en cohérence optique est une technologie d'imagerie. Elle utilise un laser infrarouge dont les rayons en se réfléchissant créent une image qui sera ensuite analysée par l'ordinateur.

L'OCT permet de voir et de mesurer les surfaces et épaisseurs de la cornée, de l'iris, du cristallin, du vitré, de la rétine et du nerf optique... Puis de **comparer successivement les différentes images et mesures** pour surveiller :

- L'évolution de la maladie
- Le résultat et l'efficacité du traitement

Née en 1993 en ophtalmologie, la technologie OCT s'est généralisée depuis 2005 et ce notamment grâce aux évolutions techniques et informatiques qui ont fait gagner en définition de l'image. Ces évolutions de l'imagerie se combinent avec l'apparition de nouveaux traitements et permettent ainsi une prise en charge du patient de plus en plus efficace !

Depuis 10 ans, le prix des OCT a baissé et de nombreux ophtalmologistes ont ainsi pu s'équiper et contribuer à la diffusion de cette technologie, contrairement aux IRM qui restent des appareils extrêmement coûteux et soumis à des autorisations. La France possède aujourd'hui l'un des meilleurs taux d'équipement en OCT d'Europe.

Quand et comment réalise-t-on un OCT ?

L'OCT est un examen complémentaire à l'examen clinique du patient. Il n'est pas réalisé systématiquement mais uniquement lorsqu'on suspecte certaines pathologies.

L'OCT est un examen indolore, rapide à acquérir, facile à réaliser, sans danger ni pour le patient, ni pour l'examineur et qui peut être répété autant de fois que nécessaire. Il ne dure que 20 secondes et l'ophtalmologiste peut ensuite prendre son temps pour regarder et interpréter les images.

Comme pour tout examen, il existe des facteurs limitants. Pour pouvoir réaliser une OCT :

- Il est indispensable que le patient soit coopératif et accepte de poser sa tête sans bouger face à l'appareil. Ce qui est compliqué pour les enfants ou les personnes confuses.
- Il faut également que les milieux dans l'œil (cornée, cristallin, vitré) soient transparents, ce qui veut dire sans opacité, ni inflammation ni sang.

Quels sont les domaines d'application de l'OCT ?

L'OCT est devenue la pièce maîtresse de la prise en charge du **glaucome** et des autres maladies du nerf optique (maladies vasculaires et inflammatoires) en permettant de voir les conséquences de la maladie au niveau des cellules nerveuses du nerf optique.

Dans **la DMLA et la rétinopathie diabétique**, l'OCT est centrale pour le diagnostic et le suivi en particulier lors des injections intra-vitréennes.

L'OCT est utilisée en complément d'autres examens lors de **chirurgies réfractives** et notamment dans la chirurgie de la myopie. Ainsi l'OCT mesure l'épaisseur de la cornée et de la découpe durant l'intervention...

Quels sont les progrès permis par l'OCT ?

La qualité des images OCT a beaucoup évolué depuis 2005, avec **l'OCT Spectral Domain** remplaçant l'OCT Time Domain et depuis 2013, avec l'apparition de **l'OCT angiographie** qui permet de voir les vaisseaux au niveau de la rétine sans injection de colorant, donc sans désagrément et sans risque de réaction allergique.

Et l'on peut voir des choses que l'on ne pouvait pas voir il y a encore 20 ans avec les anciennes techniques d'imagerie, avec pour résultats :

- La compréhension de maladies que l'on ne comprenait pas jusqu'alors
- La découverte et la description de nouvelles maladies...

Et les évolutions en cours et à venir ?

Les appareils s'adaptent et il existe depuis peu **des OCT portables pour examiner les enfants**.

L'OCT per opératoire couplée au microscope se développe et permet la visualisation du geste chirurgical en direct pendant l'opération.

Le développement de **l'intelligence artificielle** permettra de comparer l'image d'un patient à une image de référence et ainsi d'affiner la compréhension et le diagnostic.

Qu'en est-il de la formation à cette nouvelle technologie ?

La formation se fait par le compagnonnage lors de sessions organisées notamment au congrès de la SFO en mai à Paris, et des DIU d'imagerie.

Un Diplôme Inter Universitaire a ainsi été créé depuis 3 ans pour former les ophtalmologistes à la lecture et à l'interprétation de l'image. Les ophtalmologistes ont très bien compris l'importance de cet examen et sont devenus très demandeurs de formations à cette technologie récente. (Renseignements : <http://www.diu-oct.fr/>).

A retenir

Cette technologie d'imagerie permet des diagnostics bien plus précis + les traitements se sont beaucoup améliorés = **une bien meilleure prise en charge des patients**.

De nombreux ophtalmologistes se sont équipés d'OCT = **plus de patients peuvent en bénéficier**.

→ Myopie

Professeur Nicolas LEVEZIEL, PU-PH, Chef de Service d'Ophtalmologie, CHU de Poitiers

Professeur David GAUCHER, PU-PH, Service d'Ophtalmologie du Nouvel Hôpital Civil de Strasbourg

Qu'est-ce que la myopie?

La myopie la plus répandue, dite axiale, apparaît généralement à l'adolescence, parfois dans l'enfance, et évolue pour se stabiliser à l'âge du jeune adulte. La vision de loin devient difficile et floue alors que la vision de près reste préservée. Dans la myopie axiale, l'œil est plus long que la normale. La lumière ne se focalise plus sur la rétine mais en avant de la rétine.

L'environnement socio-culturel et la génétique sont des facteurs de risque importants de la myopie qui, toutes formes confondues, **touche 20 à 30% de la population mondiale, soit environ 5 milliards d'individus.**

La myopie se corrige par le port de lunettes ou lentilles et éventuellement par la chirurgie dite réfractive qui en modifiant la cornée ou en posant un implant adapté permet de s'affranchir des lunettes.

Quels sont les enjeux de la myopie chez l'enfant?

L'enjeu est de dépister les enfants myopes ou à risque de développer une myopie. On peut **tester la vue des enfants** aux 2 principaux pics d'apparition de la myopie :

- A l'entrée à l'école maternelle: lorsque l'enfant de 2/3 ans est en âge de parler et de comprendre les symboles.
- A l'entrée au collège: lorsque les enfants de 11/12 ans voient leur rythme de travail et de lecture s'intensifier.

Les signes qui peuvent évoquer la myopie chez l'enfant et amener à consulter un ophtalmologiste sont les suivants :

- Si l'enfant se plaint de voir flou de loin
- Si l'enfant se rapproche du tableau et de la télévision ou rapproche ses livres et cahiers.
- Si l'enfant a une petite écriture
- Un strabisme doit être pris en charge rapidement même s'il est rarement évocateur d'une myopie

Les parents et les professeurs sont les mieux placés pour observer ces différents signaux auxquels il faut être attentif, car un enfant ne se plaint pas forcément des difficultés visuelles qui pourraient l'affecter.

La myopie peut également s'accroître à la fin de l'adolescence, à l'entrée dans les études supérieures, lorsque l'étudiant passant de la salle de classe à l'amphithéâtre de l'université s'aperçoit alors de ses difficultés à voir de loin.

► Longtemps on a pensé que plus on corrigeait la myopie, plus on pouvait l'aggraver. Aujourd'hui, on sait que **toute myopie doit être corrigée** et qu'il est dommageable pour le développement et la scolarité de l'enfant de ne pas être correctement corrigé.

Quelles sont les spécificités de la myopie forte?

La myopie forte, également due à un œil trop long, n'est pas une simple myopie. C'est une pathologie dégénérative caractérisée par des modifications du globe oculaire et de la rétine en particulier et qui évolue toute la vie. **Elle touche 5 à 10% des myopes, environ 2 à 3% de la population mondiale** avec de fortes variations ethniques. La myopie dégénérative constitue l'une des 3 grandes causes de cécité.

Si la myopie forte survient très tôt, parfois dès la petite enfance, **ses nombreuses complications** surviennent souvent après 40 ans et peuvent causer une perte de vision plus ou moins importante pas toujours corrigeable et parfois définitive :

- Pathologies maculaires avec développement de néo-vaisseaux choroïdiens dont le traitement est semblable à celui des DMLA et qui consiste en des injections d'anti-VEGF
- Atrophies maculaires
- Décollement de rétine
- Glaucome souvent plus sévère
- Cataracte survenant souvent plus tôt

Il n'existe à ce jour aucun traitement de la myopie forte qui constitue un réel handicap pour les patients avec un fort retentissement sur leur vie sociale et professionnelle.

Les personnes souffrant d'une myopie forte doivent **bénéficier d'un suivi régulier** par un ophtalmologiste - à raison d'une fois par an - et **être averties des risques de complications**. **Si on observe une baisse de la vision centrale, il faut consulter en urgence** son ophtalmologiste ou se rendre aux urgences de l'hôpital. Car si la baisse de vision est due aux néo-vaisseaux choroïdiens, les traitements effectués à temps peuvent sauver la vision !

Qu'en est-il de l'épidémie de myopie dont on entend parler?

On ne peut à proprement parler d'épidémie puisqu'il n'y a ni virus, ni risque de contagion... Cependant, on observe une augmentation de la prévalence de la myopie dans le monde depuis une vingtaine d'années.

La population mondiale touchée par la myopie pourrait atteindre 50% en 2050. La proportion de myopes a triplé en 30 ans en Amérique et représente aujourd'hui 40% de la population aux USA. En Asie, la prévalence de la myopie est supérieure à celle des autres pays, presque 70% de la population à Hong Kong contre 10% en Afrique du Sud et 25% au Royaume Uni.

La génétique n'explique pas cette progression. Le mode de vie urbain des pays développés, la lecture, les écrans et le manque de lumière extérieure sont des facteurs probablement importants.

Une étude coréenne a montré l'intérêt de passer 20 à 40 minutes par jour en milieu extérieur, pour favoriser la vision de loin et l'exposition à la lumière naturelle, et pour réduire la progression de la myopie... qui atteint près 95% de la population jeune dans certains pays d'Asie (Singapour, Hong Kong, Taïwan...). Les pays anglo-saxons ont également démontré une diminution de la progression de la myopie chez les jeunes ayant développé les activités en plein air visant à favoriser la vision de loin.

Et l'orthokératologie?

L'orthokératologie consiste au port de lentille visant à modifier la géométrie de la cornée. On porte cette lentille la nuit, on l'ôte au lever, et la journée l'œil reprend progressivement sa forme et voit bien pendant ce laps de temps sans lunettes.

Cette technique fonctionne **pour les myopies minimales à modérées** et doit être **prescrite et surveillée par des ophtalmologistes spécialisés**. Le principal risque de cette approche est l'abcès de cornée, il faut donc être très vigilant lorsqu'on utilise cette technique de correction de la myopie.

L'orthokératologie permettrait selon certaines études qui restent débattues, la possibilité pour des jeunes gens légèrement myopes de ralentir l'évolution de la myopie.

L'association de lutte contre la maculopathie myopique

Est une **association de patients myopes** (Loi 1901) dont les 3 objectifs sont :

- ▶ Aider les patients atteints de maculopathie myopique à surmonter leur handicap.
- ▶ Lutter contre les risques de cécité liés à la maculopathie myopique
- ▶ Promouvoir la recherche médicale et scientifique en ophtalmologie sur le thème de la maculopathie myopique

www.amam-myopie.fr / Tél : 06 41 25 59 09

Retrouvez les actualités de la SFO sur son site internet : www.sfo.asso.fr

Communication SFO : Suehanna NAGI / 06 98 89 00 42 / nagisue@yahoo.fr