

**Évaluation de la thérapie
photodynamique pour le traitement
de la dégénérescence maculaire
liée à l'âge (DMLA) de type exsudatif
avec néovascularisation
sous-fovéale**

RÉSUMÉ


AGENCE D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES
ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ

**Évaluation de la thérapie
photodynamique pour le
traitement de la
dégénérescence maculaire liée
à l'âge (DMLA) de type exsudatif
avec néovascularisation
sous-fovéale**

Rapport préparé pour l'AETMIS
par Kathy Larouche et Sophie Rochon

Octobre 2004

*Agence d'évaluation
des technologies
et des modes
d'intervention en santé*

Québec 

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). Ce document est également offert en format PDF sur le site Web de l'Agence.

Révision scientifique

Jean-Marie R. Lance, M. Sc. (sciences économiques), conseiller scientifique principal

Révision linguistique

Suzie Toutant

Montage

Jocelyne Guillot

Frédérique Stephan

Correction d'épreuves

Suzanne Archambault

Communications et diffusion

Richard Lavoie, M.A. (communication)

Collaboration

Micheline Paquin

Mathieu D'Amours

Pour se renseigner sur cette publication ou toute autre activité de l'AETMIS, s'adresser à :

Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
2021, avenue Union, bureau 1050
Montréal (Québec) H3A 2S9

Téléphone : (514) 873-2563
Télécopieur : (514) 873-1369
Courriel : aetmis@aetmis.gouv.qc.ca
www.aetmis.gouv.qc.ca

Comment citer ce document :

Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). Évaluation de la thérapie photodynamique pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) de type exsudatif avec néovascularisation sous-fovéale. Rapport préparé par Kathy Larouche et Sophie Rochon. (AETMIS 04-05). Montréal : AETMIS, 2004, xiv-102 p.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2004
Bibliothèque nationale du Canada, 2004
ISBN 2-550-43007-7

© Gouvernement du Québec, 2004.

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

LA MISSION

L'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) a pour mission de contribuer à améliorer le système de santé québécois et de participer à la mise en œuvre de la politique scientifique du gouvernement du Québec. Pour ce faire, l'Agence conseille et appuie le ministre de la Santé et des Services sociaux ainsi que les décideurs du système de santé en matière d'évaluation des services et des technologies de la santé. L'Agence émet des avis basés sur des rapports scientifiques évaluant l'introduction, la diffusion et l'utilisation des technologies de la santé, incluant les aides techniques pour personnes handicapées, ainsi que les modalités de prestation et d'organisation des services. Les évaluations tiennent compte de multiples facteurs, dont l'efficacité, la sécurité et l'efficience ainsi que les enjeux éthiques, sociaux, organisationnels et économiques.

LA DIRECTION

D^r Luc Deschênes,
chirurgien oncologue, président-directeur
général de l'AETMIS, Montréal, et président du
Conseil médical du Québec, Québec

D^r Véronique Déry,
médecin spécialiste en santé publique,
directrice générale et scientifique

M. Jean-Marie R. Lance,
économiste, conseiller scientifique principal

D^r Alicia Framarin,
médecin, conseillère scientifique

LE CONSEIL

D^r Jeffrey Barkun,
professeur agrégé, département de chirurgie,
Faculté de médecine, Université McGill, et
chirurgien, Hôpital Royal Victoria, CUSM,
Montréal

D^r Marie-Dominique Beaulieu,
médecin en médecine familiale, titulaire de la
Chaire Docteur Sadok Besroun en
médecine familiale, CHUM, et chercheur,
Unité de recherche évaluative, Pavillon
Notre-Dame, CHUM, Montréal

D^r Suzanne Claveau,
médecin en microbiologie-infectiologie,
Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec, CHUQ,
Québec

M. Roger Jacob,
ingénieur biomédical, coordonnateur du Service
des immobilisations, Agence de développement
de réseaux locaux de services de santé et de
services sociaux de Montréal, Montréal

M^{me} Denise Leclerc,
pharmacienne, membre du conseil
d'administration de l'Institut universitaire de
gériatrie de Montréal, Montréal

M^{me} Louise Montreuil,
directrice générale adjointe aux ententes de
gestion, Direction générale de la coordination
ministérielle des relations avec le réseau,
ministère de la Santé et des Services sociaux,
Québec

D^r Jean-Marie Moutquin,
médecin spécialiste en gynéco-obstétrique,
directeur scientifique, Centre de recherche
clinique, CHUS, Sherbrooke

D^r Réginald Nadeau,
médecin spécialiste en cardiologie, Hôpital du
Sacré-Cœur, Montréal, et membre du conseil
d'administration du Conseil du médicament du
Québec, Québec

M. Guy Rocher,
sociologue, professeur titulaire,
département de sociologie, et chercheur,
Centre de recherche en droit public,
Université de Montréal, Montréal

M. Lee Soderström,
économiste, professeur, département des
sciences économiques, Université McGill,
Montréal

AVANT-PROPOS

ÉVALUATION DE LA THÉRAPIE PHOTODYNAMIQUE POUR LE TRAITEMENT DE LA DÉGÉNÉRESCENCE MACULAIRE LIÉE À L'ÂGE (DMLA) DE TYPE EXSUDATIF AVEC NÉOVASCULARISATION SOUS-FOVÉALE

Dans le monde occidental, la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) est la principale cause de cécité chez les personnes de plus de 55 ans. Cette maladie se caractérise principalement par des altérations dégénératives de la région maculaire rétinienne se traduisant par une baisse progressive de la vision centrale. Au Québec, on estime qu'environ 37 200 personnes en sont atteintes, d'où la nécessité d'interventions thérapeutiques efficaces pour traiter la maladie.

C'est dans ce contexte que des ophtalmologistes de l'axe *Nouvelles technologies* du Réseau Vision du Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) ont demandé à l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) d'évaluer l'efficacité de la thérapie photodynamique pour le traitement de la DMLA. À cet objectif s'est ajoutée la nécessité d'évaluer les coûts liés à cette intervention thérapeutique au Québec et d'examiner l'organisation des soins et services qui y sont associés.

L'évaluation de l'AETMIS s'appuie sur l'examen rigoureux des données scientifiques existantes. Selon cette évaluation, l'efficacité de la thérapie photodynamique utilisant la vertéporfine comme agent photosensibilisant est bien établie pour deux formes de DMLA : 1) la DMLA exsudative sous-fovéale avec prédominance de néovaisseaux de type classique, et 2) la DMLA exsudative sous-fovéale avec néovaisseaux exclusivement occultes. L'AETMIS conclut également que, étant donné la progression potentiellement rapide de la DMLA néovasculaire, sa détection à un stade précoce pourrait contribuer à réduire les pertes de vision graves et irréversibles et, ainsi, les dépenses importantes de prise en charge de cette maladie et de ses conséquences par le système public.

Le rapport propose plusieurs pistes susceptibles de permettre une détection plus rapide de la maladie. L'implantation optimale de cette technologie nécessitera toutefois des modifications importantes sur le plan de l'organisation des soins et services dans le domaine de la santé oculaire. Enfin, l'AETMIS présente diverses recommandations qui invitent les autorités ministérielles et professionnelles à reconnaître la DMLA comme un problème de santé publique important et à encourager les initiatives de gestion populationnelle de la DMLA dans un contexte plus global de gestion de la cécité évitable.

En remettant ce rapport, l'AETMIS souhaite apporter un éclairage optimal aux décideurs du réseau québécois de la santé pour les aider à agir dans ce domaine important.

D^r Luc Deschênes
Président-directeur général

REMERCIEMENTS

Ce rapport a été préparé à la demande de l'Agence d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé (AETMIS) par **Kathy Larouche**, M.Sc., et **Sophie Rochon**, M.Sc., chercheuses. L'Agence souhaite souligner l'exceptionnelle contribution de la D^{re} **Véronique Déry** et de M. **Jean-Marie Lance** dans la préparation de ce rapport.

L'Agence tient également à remercier les lecteurs externes pour leurs précieux commentaires :

D^r Jean-Daniel Arbour

Ophthalmologiste, Clinique ophtalmologique de l'Ouest, Montréal

D^{re} Marie-Carole Boucher

Ophthalmologiste, Hôpital Maisonneuve-Rosemont – Centre Michel-Mathieu, Montréal

M. Jacques Gresset, OD, Ph. D.

Optométriste, directeur adjoint et professeur titulaire, département d'optométrie, Université de Montréal

D^r Daniel Reinharz

Spécialiste en santé publique, directeur exécutif, département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université Laval, Québec

P^{re} Gisèle Soubrane, m.d.

Ophthalmologiste, chef de service, Clinique ophtalmologique universitaire de Créteil, Centre hospitalier intercommunal de Créteil, France

DIVULGATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Aucun conflit à signaler.

RÉSUMÉ

PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS

Dans la majorité des pays industrialisés, on assiste depuis quelques décennies à un accroissement de la population âgée. Cette inversion de la pyramide des âges entraîne une augmentation de l'incidence de plusieurs maladies, dont la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA). La DMLA se caractérise par des lésions dégénératives de la région maculaire rétinienne se traduisant par une baisse progressive de la vue pouvant aboutir à une perte de la vision centrale. En fait, cette maladie constitue la principale cause de cécité dans les pays occidentaux. Sa prévalence est d'environ 0,2 % chez les personnes âgées de 55 à 64 ans, et grimpe jusqu'à plus de 13 % dans la population de plus de 85 ans. Selon les données épidémiologiques, on peut estimer qu'au Québec, environ 37 200 personnes en sont atteintes.

La DMLA a été divisée en trois formes histopathologiques : une forme précoce, aussi appelée maculopathie liée à l'âge (MLA), ou pré-DMLA (il est à noter que la forme précoce n'est pas incluse dans les données de prévalence et d'incidence de ce rapport), et deux formes dites avancées ou évolutives, appelées formes atrophiques et néovasculaires (ou exsudatives). Jusqu'à présent, seule la forme néovasculaire peut être traitée. Elle représente environ 47 % des cas de DMLA avancée, soit près de 16 000 Québécois. Cette maladie entraîne par conséquent des coûts sociaux importants, d'où la nécessité d'interventions thérapeutiques efficaces pour la traiter.

C'est dans ce contexte que des ophtalmologistes représentant l'axe *Nouvelles Technologies* du Réseau Vision du Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) ont demandé à l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) d'évaluer l'efficacité de la thérapie photo-

dynamique (TPD) utilisant la vertéporfine comme agent photosensibilisant pour le traitement de la DMLA. Le présent rapport précise également les coûts liés à ce traitement et examine de façon exploratoire l'organisation des soins et services qui y sont associés.

MÉTHODE DE RECHERCHE

La recherche documentaire a été effectuée à partir des banques de données *PubMed*, *Current Content Search* et de la *Cochrane Library*, et ce, en combinant les termes « *macular degeneration* », « *photodynamic therapy* » et « *verteporfin* (Visudyne®) »; « *Amsler grid* »; « *antioxydant* »; « *vitamin* »; « *risk factors* »; « *side effects* » et « *fluorescein angiography* » pour la période s'étendant entre 1975 et juin 2004. Nous nous sommes également appuyés sur les rapports de plusieurs agences d'évaluation des technologies de la santé qui ont étudié la TPD, sur des résumés d'exposés présentés lors de congrès scientifiques internationaux, sur plusieurs sites Internet et sur des entrevues avec des experts œuvrant en ophtalmologie et en réadaptation visuelle.

L'arbre de décision de l'analyse économique a été conçu afin de prédire les coûts et les effets de la TPD chez les personnes souffrant de DMLA. La population choisie pour cette modélisation de type Markov inclut l'ensemble des sujets québécois âgés de plus de 55 ans en 2001 (1 730 000 personnes). Les données sur l'incidence de la maladie sont appliquées à cette cohorte. Deux options sont comparées dans le modèle, soit : l'option *traitement* et l'option *aucun traitement*. Afin d'inclure toutes les possibilités de traitement, l'horizon temporel de ce modèle est de huit ans, et les états retenus sont la *perte* ou la *non-perte* de trois lignes de vision. Il est à noter que des coûts de réadaptation visuelle sont inclus dans les deux options en fonction de l'acuité visuelle du patient.

L'étude exploratoire portant sur l'organisation des soins et services dispensés aux patients atteints de DMLA, effectuée à l'été 2002, a été réalisée à l'aide d'une approche qualitative fondée sur des entrevues téléphoniques semi-structurées avec des médecins spécialistes de l'œil œuvrant dans tous les centres hospitaliers universitaires et communautaires et certaines cliniques privées du Québec qui offrent la TPD ainsi qu'avec des réceptionnistes et des infirmières qui y travaillent.

LA THÉRAPIE PHOTODYNAMIQUE

La thérapie photodynamique repose sur l'irradiation lumineuse de faible intensité d'un tissu préalablement soumis à un agent photosensibilisant. Présentement, le seul agent photosensibilisant approuvé pour le traitement de la DMLA est la vertéporfine (Visudyne®). En règle générale, les agents photosensibilisants ne provoquent des dommages cytotoxiques que lorsqu'ils sont activés par une source lumineuse appropriée, et les dommages se limitent à une zone relativement précise. La vertéporfine offre de plus l'intérêt d'une élimination rapide par voie hépatique, ce qui limite la durée de photosensibilisation visuelle ou cutanée. Cette molécule est particulièrement efficace en ophtalmologie, car elle est photoactivée par un laser diode monochromatique rouge qui pénètre aisément le sang et les tissus fibreux. Elle peut donc agir sur les néovaisseaux choroïdiens en causant ultimement leur destruction.

EFFICACITÉ DE LA THÉRAPIE PHOTODYNAMIQUE

L'examen de l'efficacité clinique de la TPD utilisant la vertéporfine comme agent photosensibilisant repose sur les résultats de deux études cliniques randomisées multicentriques à double insu : l'étude TAP (*Treatment of Age-related Macular Degeneration with Photodynamic Therapy*) et l'étude VIP (*Visudyne in Photodynamic Therapy*). Globalement, les

protocoles cliniques de ces deux études sont très rigoureux et les résultats des principaux critères d'évaluation sont significatifs. Les études TAP et VIP établissent que la TPD permet de freiner efficacement deux types de DMLA :

- 1) la DMLA néovasculaire, sous-fovéale, présentant plus de 50 % de néovascularisation classique et,
- 2) la DMLA néovasculaire, sous-fovéale, dont les néovaisseaux sont exclusivement occultes.

L'efficacité de la TPD a été démontrée pour ces deux formes de DMLA lorsque l'acuité visuelle du patient est d'au moins 6/60 dans l'œil à traiter.

Globalement, la TPD permet de diminuer les pertes d'acuité visuelle de modérées à graves chez les personnes atteintes des formes de DMLA sus-mentionnées. Ce traitement permet également de réduire le nombre de personnes qui deviennent aveugles au sens de la loi (acuité visuelle inférieure à 6/60) après deux ans.

Pour les patients atteints d'une DMLA de type minimalement classique (entre 0 % et 50 % de néovaisseaux de type classique), les études actuelles ne nous permettent pas de conclure sur l'efficacité de la TPD.

Aucune étude ne compare la thérapie photodynamique à d'autres types d'interventions thérapeutiques utilisées pour traiter la DMLA néovasculaire sous-fovéale, les autres traitements (à l'exception de la photocoagulation au laser) étant encore en phase d'essai clinique. La photocoagulation au laser est toutefois efficace pour traiter les patients atteints de DMLA néovasculaire extrafovéale et juxtafovéale, mais cette technique ne peut être utilisée dans les cas de DMLA néovasculaire sous-fovéale, car le laser détruit la rétine avoisinant immédiatement la région visée, ce qui entraînerait une perte d'acuité visuelle centrale.

PRÉVENTION DE LA DMLA

L'étude AREDS (*Age-Related Eye Disease Study Research Group*) a examiné l'effet de l'ajout quotidien de suppléments d'antioxydants (vitamines C, E et bêta-carotène) et de zinc au régime alimentaire de personnes atteintes de DMLA. Les résultats de cette étude multicentrique randomisée à double insu montrent que les suppléments préconisés peuvent être efficaces pour prévenir l'apparition ou la progression de la maladie chez les patients susceptibles d'être atteints d'une forme évolutive de DMLA (les patients atteints de maculopathie liée à l'âge [MLA] présentant de larges drusen ou atteints de DMLA néovasculaire dans un seul œil). Toutefois, aucune donnée probante ne cautionne la prise de ces nutriments lorsque la maladie n'est pas détectée dans au moins un œil. De plus, les patients ne doivent en aucun cas en consommer sans avoir consulté préalablement un médecin, car des effets indésirables importants peuvent se manifester chez certains types de personnes.

RÉSULTATS DE L'ANALYSE ÉCONOMIQUE

L'analyse économique compare essentiellement l'option traitement par TPD à l'option sans traitement en calculant les coûts totaux des services de diagnostic, de traitement, de suivi et de prise en charge de la malvoyance et de la cécité ainsi que l'utilité associée à la perte ou à la non-perte de l'acuité visuelle. Les résultats de l'analyse économique sont favorables à l'utilisation de la thérapie photodynamique dans les cas de DMLA exsudative avec prédominance de néovaisseaux de type classique ou avec néovascularisation exclusivement occulte. L'estimation du ratio coût-utilité différentiel par AVAQ (année de vie ajustée par la qualité), calculé selon un horizon temporel limité à huit ans, donne les valeurs suivantes :

- pour les patients présentant des néovaisseaux de type classique : 33 880 \$;
- pour les patients présentant des néovaisseaux de type classique et ceux qui pré-

sentent des néovaisseaux exclusivement occultes : 43 253 \$.

L'impact budgétaire net annuel est d'environ 17,3 millions de dollars si l'on tient compte de tous les cas prévalents et nouveaux, mais seulement de 0,3 million si l'on ne considère que les cas nouveaux (1 261 patients admissibles au traitement sur une période de deux ans).

Étant donné la progression potentiellement rapide de la DMLA néovasculaire, sa détection définie comme étant à un stade précoce pourrait réduire considérablement les risques de pertes de vision graves et irréversibles, et éviter ainsi des dépenses importantes au système public en diminuant les coûts associés à la réadaptation et au traitement des autres problèmes liés à la perte de vision (dépression, chute, etc.). Cette amélioration se répercute sur les ratios coût-utilité. Ainsi, ils passent :

- pour les patients atteints de DMLA néovasculaire avec 50 % de néovaisseaux de type classique : de 33 880 \$ à 20 701 \$ par AVAQ;
- pour les patients présentant 50 % de néovaisseaux de type classique et ceux qui présentent une néovascularisation exclusivement occulte : de 43 253 \$ à 22 813 \$.

ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES OPHTALMOLOGIQUES

Différentes sources d'information, dont une étude exploratoire sur l'organisation des soins et services liés à la thérapie photodynamique (TPD), ont donné lieu à plusieurs constats sur cette dimension importante :

- Les patients atteints de DMLA ne peuvent pas toujours avoir accès à la thérapie photodynamique dans des délais raisonnables.
- Les difficultés d'accès aux médecins spécialistes de la vue (ophtalmologistes et rétinologues) et à l'angiographie à la fluorescéine contribuent à allonger l'attente des patients avant l'obtention d'un premier traitement de TPD.
- Le délai entre le moment où un patient est atteint de dégénérescence maculaire et le

moment où il s'en aperçoit peut également être très long et favoriser une détérioration plus importante de la vision.

- De plus, au cours de l'année 2003, pour des raisons d'ordre budgétaire, une partie de la clientèle hospitalière bénéficiant de ce traitement a été transférée au secteur privé. Les patients devant assumer une fraction importante des coûts des médicaments, l'accès à cette thérapie devient encore plus limité.

CONCLUSION

Les données probantes colligées sur la thérapie photodynamique utilisant la vertéporfine comme agent photosensibilisant nous permettent de conclure que cette technologie est efficace pour freiner la DMLA néovasculaire sous-fovéale avec prédominance de néovascularisation classique ou avec néovascularisation exclusivement occulte. De plus, l'impact budgétaire estimé pour une cohorte québécoise est acceptable si l'on tient compte de l'amélioration de la qualité de vie. Toutefois, une réorganisation importante des corridors de services et des soins de santé oculaire doit être envisagée prochainement afin de permettre une implantation optimale de cette technologie, de diminuer les délais auxquels se heurtent les patients en attente de ce traitement et de faire face à la demande qui s'accroîtra dans les prochaines années. De plus, des mesures visant à promouvoir une détection précoce de la DMLA dans la population, tant à l'échelle individuelle qu'en soins de première ligne, pourraient diminuer les risques de pertes de vision graves et irréversibles et ainsi réduire les coûts sociaux qu'engendre cette maladie.

RECOMMANDATIONS

L'AETMIS recommande que :

- 1) la thérapie photodynamique soit considérée comme une technologie qui permet de freiner efficacement la progression de certaines formes de DMLA;
- 2) la DMLA soit reconnue par les décideurs du réseau de la santé québécois comme un problème de santé publique important;
- 3) les initiatives québécoises en matière de gestion populationnelle de la DMLA s'inscrivent dans un contexte plus global de gestion de la cécité évitable;
- 4) la planification et la mise en œuvre des prochaines étapes en vue de donner suite au présent rapport dans un contexte de gestion plus globale de la cécité évitable soient facilitées par la création d'un groupe d'experts ayant pour mandat de proposer un plan concret au ministère de la Santé et des Services sociaux;
- 5) le Réseau Vision/FRSQ envisage la possibilité de donner priorité à la réalisation d'études portant sur l'évaluation de la validité de la grille d'Amsler ou d'autres outils de détection dans le contexte du dépistage de la DMLA;
- 6) le Réseau Vision/FRSQ entreprenne des études plus exhaustives afin d'établir avec la rigueur requise les besoins liés à l'organisation des soins et services relatifs à la DMLA et à la cécité évitable au Québec.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AETMIS	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
AHQ	Association des hôpitaux du Québec
AMT	Apport maximal tolérable
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (France)
ANR	Apport nutritionnel recommandé
ANREF	Apport nutritionnel de référence
AQDM	Association québécoise de la dégénérescence maculaire
AREDS	<i>Age-Related Eye Disease Study Research Group</i>
ARVO	<i>Association for Research in Vision and Ophthalmology</i>
AS	Apport suffisant
ATBC	<i>Alpha-Tocopherol, Beta-Carotene Cancer</i>
AV	Acuité visuelle
AVAQ	Année de vie ajustée par la qualité
bFGF	<i>basic Fibroblast Growth Factor</i>
BME	Besoin moyen estimatif
CARET	<i>Beta-Carotene and Retinol Efficacy Trial</i>
CIM-9	Classification internationale des maladies (9 ^e révision)
DHA	Acide déhydroascorbique
DMLA	Dégénérescence maculaire liée à l'âge
EAR	Équivalent d'activité du rétinol
EPI	Épithélium pigmentaire iridien
EPR	Épithélium pigmentaire rétinien
ET _{BES}	Écart type des besoins
ETDRS	<i>Early Treatment Diabetic Retinopathy Study</i>
FC	Faible contraste
FNB	<i>Food and Nutrition Board</i>
FRSQ	Fonds de la recherche en santé du Québec
HSP	<i>Heat Shock Proteins</i> (protéines du choc thermique)
IC	Intervalle de confiance
IHCMG	<i>Illuminated High Contrast Macular Grid</i>
INAHTA	<i>International Network of Agencies for Health Technology Assessment</i> (réseau international des agences d'évaluation des technologies de la santé)

JAT	<i>Japanese AMD Trial</i>
MAR	<i>Minimum Angle Resolution</i> (angle de résolution minimum)
MLA	Maculopathie liée à l'âge
MPS	<i>Macular Photocoagulation Study</i>
MSAC	<i>Medical Services Advisory Committee</i> (Australie)
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NEI	<i>National Eye Institute</i> (États-Unis)
NICE	<i>National Institute for Clinical Excellence</i> (Royaume-Uni)
NVC	Néovascularisation choroïdienne/néovaisseaux choroïdiens
OCCETS	Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
SC	Sensibilité au contraste
SLO	<i>Scanning Laser Ophthalmoscope</i>
SMM	<i>Norwegian Centre for Health Technology Assessment</i>
SST	<i>Submacular Surgery Trial</i>
TAP	<i>Treatment of Age-related Macular Degeneration with Photodynamic Therapy</i>
TPD	Thérapie photodynamique
TTT	Thermothérapie transpupillaire
UI	Unité internationale
VEGF	<i>Vascular Endothelial Growth Factor</i> (facteur de croissance vasculaire endothéliale)
VIO	<i>Visudyne in Occult</i>
VIP	<i>Visudyne in Photodynamic Therapy</i>
VIT	<i>Verteporfin in Italy</i>

GLOSSAIRE

Acuité visuelle

Pouvoir discriminatoire de l'œil. L'acuité visuelle peut être définie comme l'angle (ou la dimension) minimum que doit avoir une lettre ou une forme projetée à une distance donnée de l'œil pour que deux points noirs, lignes ou intervalles séparés qui la composent puissent être discriminés par les photorécepteurs rétiniens.

Agent photosensibilisant

Molécule susceptible d'emmagasiner de l'énergie lumineuse, d'être activée par elle et de se prêter ainsi à de nombreuses combinaisons biochimiques.

Angiographie à la fluorescéine

Enregistrement de l'image des vaisseaux après injection intra-artérielle ou intraveineuse de fluorescéine.

Atrophie

Réduction de poids ou de volume d'un organe, d'un tissu ou d'une cellule; elle peut être physiologique ou pathologique (héréditaire, congénitale ou dégénérative).

Drusen

Petites formations de débris acellulaires, blanc jaunâtre, électivement localisées soit sur la papille (où elles paraissent enchâssées et s'accompagnent d'œdème papillaire), soit sur la lame vitrée de la membrane de Bruch (où elles sont groupées dans la région maculaire).

Exsudat

Liquide organique séreux ou albumineux de nature inflammatoire, formé par le passage de sérum à travers les parois vasculaires dans les tissus voisins.

Fibroblaste

Cellule fixe du tissu conjonctif très allongée ou étoilée, participant à la formation des fibres collagènes, réticuliniques ou élastiques.

Fovea

Partie de la rétine située au centre de la macula, constituée uniquement de cônes.

Macula

Partie postérieure de la rétine ayant l'aspect d'une tache jaunâtre ovale à grand axe horizontal (de 2 mm de large et 1,5 mm de haut). Elle présente en son centre une dépression en entonnoir et dont le centre exact représente la fovea.

Scotome

Lacune ou aire de non-perception dans l'aire du champ visuel due à l'existence de points insensibles sur la rétine.

Sensibilité au contraste

Capacité de détecter des changements de luminosité entre deux aires, ou encore de discriminer un objet de son environnement à différents degrés de luminosité.

Vertéporfine

Dérivé monoacide de la benzoporphyrine activé à une longueur d'onde d'environ 690 nm. Ce composé peut agir comme agent photosensibilisant.

*Agence d'évaluation
des technologies
et des modes
d'intervention en santé*

Québec 