

OB 2005

24 Nov. 2005

Brussels Expo



Persconferentie ▶

Conférence de presse ▶

Inhoudstafel

Table des matières

Thema 2005: De leeftijdsgebonden maculadegeneratie

Thème 2005: La Dégénérescence Maculaire Liée à L'Age (DMLA)

Voorwoord / Preface		p. 4
Introduction	De Laey JJ — UGent	p. 6
Epidémiologie et histoire naturelle de la DMLA	Snyers B — UCL	p.7
Le laser dans le traitement de la DMLA	Verougstraete C — ULB	p. 8
Thérapie photodynamique	Postelmans L — ULB	p.12
Le traitements pharmacologiques	Rakic JM — ULg	P. 16
Macula chirurgie	Stalmans P — KULeuven	p. 18
Besluit	De Laey JJ — UGent	p. 20

RIZIV - Erkende Revalidatie Centra

INAMI - Centres de Révalidation reconnus

Voornaamste Revalidatiecentra / Centres de Révalidation principaux		p. 22
UZ Gent - Centrum voor visuele revalidatie		p. 23
AZ Middelheim - De Markgrave		p. 24
UZ Leuven - Revalidatiecentrum voor slechtzienden		p. 25
UZ Antwerpen		p. 26
La Lumière		P. 28
Les Amis des Aveugles		p. 30
Points de Vue (Cliniques St Pierre)		p. 32
CRF Horus - CHU Brugman		p. 35

Hulpmiddelen voor slechtzienden

p. 38

Moyens d'aide pour malvoyants



Thema 2005: ▶

De leeftijdsgebonden maculadegeneratie

Thème 2005: ▶

La dégénérescence maculaire liée à l'âge

ACADEMIA OPHTHALMOLOGICA BELGICA

De oogheelkunde heeft in de laatste decennia een enorme ontwikkeling gekend. Verschillende subspecialismen zijn ontstaan zoals strabologie, glaucomatologie, medische retina, vitreoretinale chirurgie, voorsegment chirurgie, refractieve heelkunde, neuro-oftalmologie, oftalmoplastische heelkunde, contactologie... Deze verschillende subspecialismen hebben hun eigen vereniging. Daarnaast zijn er verenigingen die de beroepsbelangen van de oogartsen behartigen, verenigingen van orthoptisten en van verpleegkundigen, evenals een bloeiende vereniging van oogartsen in opleiding;

Op Ophthalmologia Belgica, de jaarlijkse vergadering van de Belgische oogheelkunde komen ze allemaal samen.

Vanwege het bestaan van al deze verenigingen die zich met verschillende facetten van de oogheelkunde bezig houden is het voor niet-oogartsen en voor de overheid niet steeds duidelijk waar ze met bepaalde vragen terecht kunnen. Er is nood aan één aanspreekpunt. Het RIZIV ondervindt opnieuw budgettaire problemen. De optometrie streeft naar erkenning zonder het paramedisch statuut te aanvaarden. De numerus clausus en de contingentering van de toegang tot specialisatie zullen invloed hebben op het aantal toekomstige oogartsen. Dit alles moet eveneens in een Europees context bekeken worden rekening houdend met het verdrag van Rome en met de Bologna akkoorden.

Om op al deze verschillende problemen in consensus te kunnen inspelen werd in 2003 de Academia Ophthalmologica Belgica opgericht. De AOB is samengesteld uit vertegenwoordigers van de verschillende bestaande oogheelkundige verenigingen met rechtspersoonlijkheid. Zij is het aanspreekpunt van de Belgische oogheelkunde voor diegene die verantwoordelijk zijn voor de volksgezondeheid, voor de media en elke beroepsgroep die rechtsstreeks of onrechtsstreeks met oogheelkunde te maken heeft.

Verdere informatie kan ingewonnen worden bij de Secretaris-generaal van AOB, F.Birontlaan, 16, 2600 Antwerpen.
Email: aob@scarlet.be

ACADEMIA OPHTHALMOLOGICA BELGICA

L'ophtalmologie a connu les dernières décennies une évolution spectaculaire. De nombreuses subspécialités se sont développées, telle que la strabologie, la glaucomatologie, la rétine médicale, la chirurgie vitréorétinienne, la chirurgie du segment antérieure, la chirurgie réfractive, la neuro-ophtalmologie, la chirurgie des paupières, des voies lacrymales et de l'orbite, la contactologie... Celles-ci ont créé leur propre association. Il existe également une association d'ophtalmologistes en formation, des groupes de défense de la profession, des associations d'orthoptistes et de paramédicaux en ophtalmologie; Ces différentes associations se réunissent lors d'Ophthalmologica belgica, la réunion annuelle de l'ophtalmologie belge.

Cette multiplication de groupements et d'associations qui représentent différents aspects de l'ophtalmologie a pour conséquence que les autorités et les non-ophtalmologistes ne savent à qui s'adresser pour des questions spécifiques. Ce ne sont pas les problèmes qui manquent: les difficultés financières de l'INAMI, l'optométrie qui tente de se faire reconnaître en Belgique mais refuse le statut de paramédical, la limitation de l'accession aux spécialités. Ceci doit être vu dans le contexte Européen et il faut tenir compte du traité de Rome et des accords de Bologne.

Pour être à même de répondre d'une voix à ces différentes questions, l'Academia Ophthalmologica Belgica a été créée en 2003. L'AOB est l'organisme au sein duquel les différentes associations ophtalmologiques belges peuvent échanger leur point de vue et arriver à un consensus. L'AOB est donc le porte-parole de l'ophtalmologie belge pour toute discussion avec les responsables de la santé publique, pour les relations avec les médias et avec toute profession qui touche à l'ophtalmologie.

L'AOB est composée de représentants des différentes sociétés ophtalmologiques avec un statut légal.

Pour toute information veuillez contacter le Secrétaire-général: Dr. P.Leonard, F.Birontlaan, 16, 2600 Antwerpen.

Email: aob@scarlet.be

Introduction

Prof. Jean-Jacques De Laey — UGent

Age related macular degeneration is actually the most common cause of legal blindness (central vision of 1/20 or less) in the Western World. The prevalence of age related maculopathy which is the precursor of age related macular degeneration varies from 15% in the age group from 65-74 years, to over 30 % in persons older than 85 years, whereas the prevalence of age related macular degeneration is 1 % between the ages of 65-74 years and 13 % over the age of 85 years.

Improved diagnostic methods: fluorescein and ICG angiography and OCT permit to differentiate between various forms of age-related macular degeneration. Whereas up to a few years ago we could only treat effectively with the laser a small proportion of the cases, in recent years new treatments have emerged.

The purpose of this press conference is to give an overview of the various treatment options which are available nowadays.

Epidémiologie et Histoire naturelle de la DMLA

Prof. Bernadette Snyers — UCL, Bruxelles

La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) est attribuable à une atteinte dégénérative de la rétine centrale, appelée macula. La pathogénie de cette affection n'est pas encore complètement élucidée. La DMLA touche classiquement les deux yeux dans un délai rapproché.

Epidémiologie

La prévalence (nombre de cas totaux) de l'affection, incluant les formes précoces et avancées, serait d'environ 8% chez les sujets de plus de 60 ans. Cette prévalence augmente avec la classe d'âge et on estime qu'elle atteint 25 à 30 % au delà de 75 ans. Les études épidémiologiques ont montré une variation de la prévalence en fonction du sexe, des groupes ethniques et des situations géographiques. Ainsi, il semble que les femmes auraient un risque un peu plus élevé de présenter une DMLA que les hommes. La population noire est moins atteinte que la population blanche. Les caractéristiques génétiques de certaines populations associées à des facteurs environnementaux particuliers expliquent que certaines régions géographiques semblent plus préservées.

Facteurs de risque

Les facteurs de risque ont fait l'objet de nombreuses études et sont parfois difficiles à évaluer. Sont reconnus comme facteurs de risques significatifs l'âge, les antécédents familiaux de DMLA (facteurs génétiques) et la consommation de tabac. Les autres facteurs identifiés avec une association moindre sont représentés par un antécédent de chirurgie de la cataracte, par l'athérosclérose, l'hypertension artérielle et une carence nutritionnelle, notamment en éléments antioxydants et peut-être en acides gras polyinsaturés du type oméga-3.

Histoire naturelle

La DMLA est responsable d'une baisse de l'acuité visuelle centrale, qui entrave la perception du détail. Elle se manifeste essentiellement par les symptômes suivants : une vision trouble, une tache sombre indéfinie ou aveugle dans la vision centrale ou une vision déformée (syndrome maculaire). Dans les formes cliniques, on reconnaît les précurseurs représentés par des petits dépôts situés au niveau de la macula et appelés drusen. Ce stade précoce est généralement peu symptomatique. Il témoigne d'un simple vieillissement rétinien dont la prévalence dépasse 6% chez les patients âgés de 50 à 60 ans. Le nombre important de ces dépôts ou la confluence de ceux-ci associés à des altérations plus diffuse de la couche profonde pigmentaire de la rétine peut conduire en une dizaine d'année au développement d'une dégénérescence maculaire vraie entraînant le syndrome maculaire décrit ci-dessus. Deux formes de DMLA coexistent. La forme atrophique appelée DMLA sèche est provoquée par l'apparition de petites plages d'atrophie rétinienne ; lorsque le processus gagne le centre de la macula, une perte sévère de la vision s'installe. La forme néovasculaire appelée DMLA humide est provoquée par la formation de vaisseaux anormaux provenant de la couche profonde nutritionnelle (néovaisseaux choroïdiens) qui pénètrent ensuite dans la rétine et s'accompagnent de complications hémorragiques ou exsudatives responsables de la destruction des cellules photoréceptrices maculaires. L'évolution de la forme sèche est généralement plus lente et progressive que la forme humide et l'appareillage aux moyens de systèmes visuels pour basse vision plus aisée. Néanmoins, ces deux formes aboutissent inéluctablement vers la cécité légale et l'handicap visuel. La qualité de vie des patients se trouve fortement compromise entraînant une dépendance sociale et conduisant, d'un point de vue psychologique, un bon nombre de patients à développer un syndrome dépressif.

Conclusion

La DMLA est un réel problème de santé publique. Sans traitement, elle conduit à la cécité légale et à la dépendance socioéconomique des patients. Vu le vieillissement de notre population, son incidence est en constante augmentation. Les moyens actuels visant à mieux contrôler la maladie consistent à insister sur la prévention de certains facteurs de risque et sur le diagnostic précoce permettant un traitement adéquat.

Laserbehandeling van leeftijdsgebonden maculadegeneratie

Prof. C. Verougstraete, Dr. L. Postelmans, Dr. B. Pasteels — Oftalmologie UVC Brugmann - Brussel

De klassieke laserbehandeling (thermisch) is een kostbaar therapeutisch wapen in de leeftijdsgebonden maculadegeneratie.

1. Selectie van de patienten

De laserbehandeling is aanbevolen in de neovasculaire vorm van de maculadegeneratie ("oedemateuse en hemorrhagische" of "natte" vorm), indien de choroidale neovascularisatie het centrum van de macula (fovea) nog niet heeft ingenomen, namelijk in ongeveer 20% van de gevallen. Hoe vroeger de diagnostiek, hoe groter de kans op slagen van de behandeling.

2. Techniek van de behandeling

De behandeling wordt ambulantly uitgevoerd na dilatatie van de pupil en het instilleren van een lokaal anestheticum. De patient zit vervolgens immobiel voor de biomicroscop wat toelaat het netvlies heel duidelijk te onderzoeken met behulp van het driespiegelglas.

Principe van de behandeling : wanneer de lichtenergie van de laser geabsorbeerd wordt door een weefsel, zet die om in warmte en warmt het weefsel op. De techniek van de laserbehandeling is uiterst precies : het licht uitgezonden door de laser dringt door de transparante structuren van het oog (cornea, voorkamer, lens, vitreum) zonder ze op te warmen, wordt dan geabsorbeerd door het retinaal pigment epithelium, waar de nieuwvaten die moeten opgestopt worden zich bevinden.

Het pigment epithelium dat het licht absorbeert, wordt als het ware een plaat die warmte afgeeft en cauteriseert de neovascularisatie en de zone van het netvlies die gefotocoaguleerd werd.

Zich basierend op een recente fluoangiografie (gedaan binnen de week) bepaalt de oogarts de exacte localisatie van het subretinaal nieuwvat en zijn ligging ten opzichte van de fovea, om zo de te coaguleren zone af te bakenen.

Opdat de behandeling doeltreffend zou zijn, moet men een volledige en permanente verstopping bekomen van de ganse oppervlakte van het nieuwvat, uiteraard moet men de fovea ontzien.

Het is een technisch moeilijke behandeling die moet worden toevertrouwd aan specialisten.

3. Opvolging na fotocoagulatie

Een regelmatige opvolging na laserbehandeling is noodzakelijk want neovasculaire recidieven zijn frequent (54% na 5 jaar).

De fluoangiografische controles worden in het begin om de 2 à 3 weken uitgevoerd, nadien meer gespreid, daar het risico op recidief vermindert met de tijd.

De patient controleert zijn gezichtsvermogen thuis 1 maal per week en moet onmiddellijk een oogarts raadplegen bij het heroptreden van de symptomen.

4. Resultaten van de behandeling

Indien de neovascularisatie extrafoveolair is, zal de laserbehandeling

- het aantal grote visusdalingen doen verminderen (60% in geval van niet-behandeling en 25% in geval van laserbehandeling, na 18 maanden evolutie).
- met deze behandeling, in geval van niet-recidief (46% van de gevallen) is de gezichtsscherpte 3 jaar na de behandeling gemiddeld 4/10, terwijl ze slechts 1/12 zou bedragen in geval van recidief.

5. Uitzonderlijke gevallen

- Indien de neovascularisatie of een gedeelte ervan occult is, d.w.z. verstopt onder het pigment epithelium, weinig actief, en moeilijk definieerbaar is, zelfs met de fluoangiografie, is het aanbevolen een indocyanine groen angiografie uit te voeren. Dit onderzoek gebeurt door middel van een infra-rood licht dat door het pigment epithelium dringt en toelaat de oppervlakte beter te bepalen van de occulte neovascularisatie, verstopt onder het pigment epithelium, welke anders onopgemerkt zou gebleven zijn. In geval van occulte neovascularisatie zal door deze techniek de gehele oppervlakte van de neovascularisatie beter bepaald kunnen worden.
- Een laserbehandeling kan eveneens aanbevolen zijn indien de choroidale neovascularisatie zich in de fovea bevindt en de gezichtsscherpte minder dan 1/10 is. De behandeling heeft als doel de uitbreiding van de neovascularisatie en zo de centrale vlek te beperken en dient dus niet om het centraal zicht te behouden. In ditzelfde opzicht kan laserfotocoagulatie aanbevolen worden om een reactivatie van de neovascularisatie, zich uitstrekkend boven een bestaand centraal litteken, te stoppen.

6. Nevenwerkingen van de behandeling

Door het vernietigen van de neovascularisatie zal men onvermijdelijk ook een zone in het bovenliggend netvlies vernietigen met een scotoom (blinde zone) als gevolg.

Dit scotoom is de prijs die moet betaald worden om later een veel uitgebreider scotoom te vermijden, secundair aan de destructieve activiteit van de neovascularisatie.

7. Besluit

De laserfotocoagulatie laat toe bij een zeker aantal patiënten met een leeftijdsgebonden maculadegeneratie de visus te behouden; indien men de selectiecriteria, de techniek van behandeling en de opvolging na fotocoagulatie respecteert.

Le traitement au laser de la dégénérescence maculaire liée à l'âge

Prof. C. Verougstraete, Dr. L. Postelmans, Dr. B. Pasteels — Ophtalmologie CHU Brugmann, Bruxelles

Le traitement laser conventionnel (thermique) est une arme thérapeutique précieuse dans la dégénérescence maculaire liée à l'âge.

1. Sélection des malades

Le traitement laser est indiqué dans la forme néovasculaire de la dégénérescence maculaire (forme « oedémateuse et hémorragique » ou « humide »), lorsque les néovaisseaux choroïdiens n'ont pas envahi le centre de la macula (la « fovéola ») c'est à dire dans environ 20% des cas. Plus le diagnostic est précoce, meilleures sont les chances de succès du traitement.

2. Technique de traitement

Le traitement se fait en ambulatoire après avoir dilaté la pupille et instillé une goutte d'anesthésique local dans l'œil. Le malade est assis, immobile, devant un biomicroscope qui permet de voir très clairement la rétine à l'aide d'un verre de contact.

Le principe du traitement est le suivant : lorsque l'énergie lumineuse du laser est absorbée par un tissu, elle se transforme en chaleur et chauffe le tissu.

La technique de la photocoagulation au laser est extrêmement précise : la lumière émise par le laser traverse, sans les chauffer, les structures transparentes de l'œil (cornée, chambre antérieure, cristallin, vitré) puis est absorbée par l'épithélium pigmentaire rétinien, autour duquel se trouvent les néovaisseaux à oblitérer. L'épithélium pigmentaire absorbant la lumière, se transforme en véritable plaque chauffante, cautérisant les néovaisseaux et la rétine dans le secteur photocoagulé.

En se basant sur une fluoangiographie récente (datant de moins de 1 semaine), le médecin détermine la localisation exacte du néovaisseau sous-rétinien et sa situation par rapport à la fovéola, de manière à délimiter le secteur à coaguler.

Pour que le traitement soit efficace, il faut obtenir une oblitération complète et permanente de toute la surface du néovaisseau, tout en respectant la fovéola.

La technique du traitement est difficile et sera confiée à des spécialistes en la matière.

3. Surveillance après photocoagulation

Une surveillance régulière après le traitement au laser est indispensable car les récurrences néovasculaires sont fréquentes (54% après 5 ans). Le risque de récurrence diminuant avec le temps, les contrôles fluoangiographiques se feront d'abord toutes les 2 à 3 semaines, puis s'espaceront progressivement.

De plus, le patient contrôlera sa vision à domicile 1 fois par semaine et consultera immédiatement son ophtalmologue s'il remarque une réapparition des symptômes.

4. Résultats du traitement

Lorsque les néovaisseaux sont extrafovéolaires, le traitement laser

- diminue les pertes visuelles graves (qui sont de 60% en cas de non traitement et de 25% en cas de traitement laser, après 18 mois d'évolution).
- en cas de non récurrence (46% des cas), l'acuité visuelle à 3 ans après traitement est de 4/10 en moyenne, alors qu'elle est de 1/12 en cas de récurrence (non traitée par d'autres types de traitement).

5. Cas particuliers

- Lorsque les néovaisseaux ou une partie d'entre eux sont occultes, c'est à dire cachés sous l'épithélium pigmentaire, peu actifs, et mal définissables, même à la fluorographie, il est indiqué d'effectuer une angiographie en vert d'indocyanine. Cet examen s'effectue à l'aide d'une lumière infra-rouge qui traverse l'épithélium pigmentaire et permet de mieux déterminer la surface des néovaisseaux occultes qui, cachés sous l'épithélium pigmentaire, pourraient autrement passer inaperçus. Cette technique, en cas de néovaisseaux occultes, permet de mieux détecter l'entière du néovaisseau.
- Un traitement laser peut également être indiqué lorsque les néovaisseaux choroidiens sont dans la fovéola et que l'acuité visuelle est inférieure à 1/10. Le but du traitement est alors de limiter l'extension des néovaisseaux et donc de la tache centrale et non pas d'essayer de sauvegarder la vision centrale. Dans le même but, la photocoagulation au laser peut être indiquée pour arrêter une réactivation de néovaisseaux s'étendant au-delà d'une cicatrice centrale ancienne.

6. Effets secondaires du traitement

En détruisant les néovaisseaux, on détruit inévitablement également la rétine sus-jacente. Le traitement s'accompagne donc d'une plage aveugle (scotome), correspondant à la plage de rétine détruite. Ce scotome est le prix à payer pour éviter d'avoir, ultérieurement, un scotome bien plus étendu, secondaire à l'activité destructive des néovaisseaux.

7. Conclusion

La photocoagulation au laser en cas de dégénérescence maculaire liée à l'âge, permet de préserver l'acuité visuelle d'un certain nombre de malades atteints, si l'on respecte les critères de sélection des patients, la technique du traitement et la surveillance après photocoagulation.

De fotodynamische behandeling met verteporfine (Visudyne)

Prof. C. Verougstraete, Dr. L. Postelmans, Dr. B. Pasteels — Oftalmologie UVC Brugmann, Brussel

De fotodynamische behandeling wordt sinds ongeveer 5 jaar toegepast als behandeling van leeftijdsgebonden maculadegeneratie.

1. Selectie van de patienten

De fotodynamische behandeling is aanbevolen in de neovasculaire of "natte" vorm van de maculadegeneratie, indien de choroidale nieuwvaten het centrum van de macula hebben ingenomen (de fovea) en indien de gezichtsscherpte nog tenminste 1/10 is.

2. Techniek van de behandeling

De behandeling wordt ambulantly uitgevoerd na dilatatie van de pupil en het instilleren van een anestheticum. In eerste instantie wordt verteporfine intraveneus toegediend (in de arm) en dit gedurende 10 minuten. De patient zit vervolgens immobiel voor de microscoop wat toelaat het netvlies heel duidelijk te onderzoeken met behulp van een lens. Vijf minuten na het einde van de injectie wordt een laserstraal met een welbepaalde golflengte (niet thermisch) gedurende 83 seconden gericht op de plaats van de nieuwvaatvorming. Hieruit volgt een fotochemische reactie die de choroidale neovascularisatie kan afsluiten zonder schade aan te richten aan het bovenliggend netvlies. De hoeveelheid verteporfine wordt bepaald in functie van het gewicht en de lengte van de patient. De grootte van de laserspot wordt bepaald op basis van de angiografies. Na de behandeling moet de patient zijn huid en ogen beschermen tegen hevig licht gedurende 48 uur.

3. Neveneffecten van de behandeling

De behandeling is veilig als ze goed wordt uitgevoerd. De patient kan soms lage rugpijn hebben tijdens de perfusie of tijdelijk visuele schommelingen waarnemen gedurende de dagen na de behandeling. In zeldzame gevallen kan een brutale visusdaling optreden.

4. Opvolging na fotodynamische behandeling

Een volledige oftalmologische controle zal uitgevoerd worden 3 maanden na de behandeling. Een 2e fotodynamische behandeling is aanbevolen indien de choroidale neovascularisatie nog steeds actief is en de visus nog minstens 1/10 bedraagt.

Meerdere herbehandelingen zijn dikwijls nodig.

5. Resultaten van de fotodynamische behandeling

De spontane evolutie van de centrale neovascularisatie veroorzaakt in de meerderheid van de gevallen een visusdaling. De fotodynamische behandeling beperkt deze visusdaling bij sommige patienten. Na 2 jaar en zonder behandeling, verliezen 2 op 3 patienten méér dan 3 lijnen gezichtsscherpte. Na 2 jaar en met fotodynamische behandeling verliest 1 op 2 patienten 3 lijnen gezichtsscherpte. Dit alles is statistisch (we kunnen noch het resultaat, noch het aantal nodige behandelingen voorspellen). De resultaten zijn eveneens afhankelijk van het type choroidale neovascularisatie gedetecteerd op de angiografie (de resultaten zijn iets beter voor « hoofdzakelijk zichtbare » letsels dan voor "occulte" letsels).

Statistisch gezien is het waarnemen van het contrast beter en de grootte van het scotoom kleiner bij de behandelde patienten dan bij patienten die geen behandeling ondergingen.

6. Besluit

De fotodynamische behandeling laat toe de visusdaling te beperken bij bepaalde patienten met centrale choroidale neovascularisatie, dikwijls na talrijke behandelingen.

De actuele wetenschappelijke studies verwijzen naar meer doeltreffende behandelingen die, al dan niet gecombineerd, de visus in een kleiner aantal sessies zouden kunnen stabiliseren of in sommige gevallen zelfs een verbetering van de visus teweeg brengen bij vele patienten met centrale choroidale neovascularisatie, wat het angiografisch type ook moge zijn.

La thérapie photodynamique à la vertéporfine (Visudyne)

Prof. C. Verougstraete, Dr. L. Postelmans, Dr. B. Pasteels — Ophtalmologie CHU Brugmann, Bruxelles

La thérapie photodynamique est utilisée depuis environ 5 ans comme traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge.

1. Sélection des malades

La thérapie photodynamique est indiquée dans la forme néovasculaire ou « humide » de la dégénérescence maculaire, lorsque les néovaisseaux choroïdiens ont envahi le centre de la macula (la « fovéola ») et que l'acuité visuelle est encore au moins de 1/10.

2. Technique de traitement

Le traitement se fait en ambulatoire après avoir dilaté la pupille et instillé une goutte d'anesthésique local dans l'œil. Dans un premier temps, la vertéporfine est administrée par perfusion intraveineuse (dans le bras) pendant 10 minutes. Le malade est ensuite assis, immobile, devant un biomicroscope qui permet de voir très clairement la rétine à l'aide d'un verre de contact. Cinq minutes après la fin de l'injection, une lumière laser de longueur d'onde spécifique (non thermique) est délivrée pendant 83 secondes à l'endroit des néovaisseaux. Une réaction photochimique s'ensuit, qui peut occlure les néovaisseaux choroïdiens sans détruire la rétine sus-jacente. La quantité de vertéporfine est calculée en fonction du poids et de la taille du patient et la taille du spot laser est déterminée sur base des angiographies. Après le traitement, le patient doit se protéger la peau et les yeux de toute lumière vive pendant 48 h.

3. Effets secondaires du traitement

Le traitement est sûr, s'il est bien conduit. Le patient peut parfois ressentir une douleur dans le bas du dos lors de la perfusion ou percevoir des fluctuations visuelles transitoires dans les jours qui suivent le traitement. Dans de rares cas, une baisse de vision brutale peut survenir après le traitement.

4. Surveillance après thérapie photodynamique

Un contrôle ophtalmologique complet sera réalisé 3 mois après le traitement. Un retraitement par thérapie photodynamique est indiqué à ce moment si les néovaisseaux choroïdiens sont toujours actifs et si l'acuité visuelle est encore d'au moins 1/10. Plusieurs retraitements sont souvent nécessaires.

5. Résultats du traitement par thérapie photodynamique

L'évolution spontanée de néovaisseaux centraux provoque dans la majorité des cas une baisse d'acuité visuelle. Le traitement par thérapie photodynamique permet de limiter cette baisse de vision chez certains patients. Après 2 ans, sans traitement, 2 patients sur 3 perdent plus de 3 lignes d'acuité visuelle. Après 2 ans, avec traitement par thérapie photodynamique, 1 patient sur 2 perd plus de 3 lignes d'acuité visuelle. Ces résultats sont statistiques (on ne peut donc prédire le résultat pour un patient donné, ni le nombre de traitements nécessaires). Ils sont également fonction du type angiographique des néovaisseaux choroïdiens (les résultats sont un peu meilleurs pour les lésions « principalement visibles » que pour les lésions « occultes »).

Statistiquement, la vision du contraste est meilleure et la taille du scotome est plus petite chez les patients traités par rapport aux patients non traités.

6. Conclusion

La thérapie photodynamique permet de limiter la perte visuelle chez certains patients présentant des néovaisseaux choroïdiens centraux, souvent au prix de nombreux traitements.

Les recherches actuelles s'orientent vers des traitements plus performants qui, seuls ou combinés, pourraient, en un petit nombre de séances, stabiliser ou, mieux encore, améliorer l'acuité visuelle chez un nombre important de patients présentant des néovaisseaux choroïdiens centraux, quel qu'en soit le type angiographique.

Une nouvelle vision de la dégénérescence maculaire liée à l'âge

Prof. Jean-Marie Rakic — Université de Liège

L'année 2005 restera dans les annales comme une année remarquable à plus d'un titre pour l'histoire naturelle et le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (en abrégé, DMLA).

Qu'il soit permis de rappeler que la DMLA est la première cause de cécité légale dans les populations occidentales. Elle touche 9 % des personnes de plus de 65 ans, et la prévalence s'accroît avec l'âge (28 % après 75 ans). On considère que 275000 belges sont actuellement atteints d'une forme tardive de la maladie (atrophique ou néovasculaire), alors que 375000 présentent des signes précoces de la maladie. Le vieillissement progressif de la population ne va certainement pas arranger ces statistiques. Cliniquement, la maladie provoque le dysfonctionnement de la partie centrale de la vision (à l'opposé des rétinopathies pigmentaires qui touchent le champ visuel périphérique), avec une perte parfois rapide des capacités de lecture ou de conduite.

Dans ce contexte existait un besoin urgent de nouvelles connaissances, tant du point de vue du mécanisme de cette maladie source de cécité, que de son traitement. Nous pouvons sans être excessifs déclarer que durant l'année 2005 sont arrivées des données fondamentales sur ces deux plans.

Comme dans beaucoup de maladies, l'importance des facteurs familiaux « génétiques » était suspectée depuis plusieurs années, notamment par l'étude comparative de l'incidence de la maladie chez des jumeaux mono- ou dizygotiques (vrais ou faux jumeaux). Plusieurs gènes impliqués dans des maladies rares (comme le gène ABCR de la maladie de Stargardt, le gène EFEMP-1, le gène de l'apolipoprotéine E) ont été associés à un petit pourcentage de cas de DMLA. Au début de cette année, trois publications parues simultanément dans la prestigieuse revue « Science » ont démontré qu'une mutation du gène codant pour une protéine du complément (nom scientifique : CFH pour « complement factor H ») était associée à la moitié des cas de DMLA.

La pharmacothérapie de la DMLA, au moins dans sa forme exudative (c'est la forme liée à la présence de vaisseaux anormaux sous la rétine) représente la seconde avancée majeure.

Jusqu'à présent, la photothérapie à la Visudyne (destruction des néovaisseaux par un rayonnement laser rendu plus sélectif grâce à l'injection simultanée d'un médicament, la Visudyne) était le seul traitement efficace. Il faut toutefois rappeler que dans la majorité des cas, le résultat de ce traitement permettait surtout de diminuer la gravité de l'évolution plutôt que de récupérer des fonctions visuelles satisfaisantes. De plus, cette thérapeutique ne concernait qu'une partie des formes néovasculaires.

Devant ces résultats mitigés de la photothérapie, une série de molécules était en phase avancée d'évaluation (phases cliniques III) dans le but de limiter les effets délétères secondaires à la présence de néovaisseaux sous la rétine. Ces traitements ont en commun le fait d'inhiber un facteur de croissance (le facteur de croissance endothélial ou VEGF) responsable du développement de néovaisseaux de même que des anomalies associées de perméabilité vasculaire, deux des principaux responsables de la chute d'acuité visuelle.

Le premier médicament à avoir été accepté (aux USA) dans cette indication est le Macugen développé par la firme Pfizer. L'injection mensuelle de ce produit dans l'œil (cette injection nécessite une piqûre) permet, quelle que soit la forme de DMLA exudative, d'enrayer partiellement l'évolution de la maladie. Ce médicament devrait être disponible l'année prochaine au sein de la CEE. L'autre médicament qui possède un mécanisme d'action similaire (Lucentis, développé par la firme Novartis) n'est pas encore accepté. Les résultats avancés pour le Lucentis lors des congrès internationaux sont cependant très impressionnants, avec, et c'est la première fois dans toutes les études randomisées ayant évalué l'efficacité d'un traitement de la DMLA, une amélioration de l'acuité visuelle moyenne par rapport à l'acuité visuelle de départ après une année de traitement.

Ces médicaments ont en commun un mode d'administration contraignant et non dénué d'effets secondaires (injections intraoculaires à répétition). De nouvelles recherches seront nécessaires pour déterminer la possibilité de ne pas devoir injecter les agents thérapeutiques à l'intérieur de l'œil, de diminuer la fréquence des injections, ou la possibilité d'administrer des médicaments à libération prolongée. C'est cette dernière stratégie qui a été choisie par les développeurs d'un médicament agissant selon un autre principe que les précédents (Retaane de la société Alcon).

En conclusion, aussi bien au niveau du mécanisme de survenue de la DMLA que de son traitement, l'inflammation semble représenter un facteur clé insuffisamment pris en compte par le passé et dont le contrôle réussi pourrait offrir de nouvelles perspectives pour les patients atteints de ce fléau.

Macularotatie door chirurgie van leeftijdsgebonden maculadegeneratie

Prof. Dr. Peter Stalmans — Afdeling Oogheelkunde, UZLeuven

Selectie van patiënten

In sommige patiënten met de neovasculaire vorm van maculadegeneratie kan men met “conservatieve” behandeling (laserbehandeling, fotodynamische therapie, injecties van groeiremmers) toch niet vermijden dat het zicht blijft achteruitgaan. In die gevallen kan chirurgie overwogen worden.

Gezien het een langdurige en moeilijke ingreep betreft, worden alleen patiënten behandeld bij wie het tweede oog een flinke zichtsvermindering vertoont (visus meestal minder dan 1/10), en die een 6-tal maanden tevoren nog krantentekst konden lezen. Bij patiënten met een jarenlange zichtsvermindering is er immers reeds verlittekening van de toestand opgetreden en is chirurgie niet zinvol meer.

Techniek van de behandeling

De bedoeling van de ingreep is tweevoudig: enerzijds moeten de nieuwgevormde bloedvaten die tussen het netvlies (onder de gele vlek) en het vaatvlies gegroeid zijn weggenomen worden, en daarnaast moet de gele vlek verplaatst worden naar een “gezonde” zone van het vaatvlies.

Daartoe wordt het netvlies geheel losgeblazen van het vaatvlies door vocht onder het netvlies te injecteren. Daarna wordt het netvlies helemaal vooraan in het oog losgeknipt. Door vervolgens het netvlies om te klappen, worden de nieuwgevormde bloedvaten bereikt en kunnen deze verwijderd worden. Tenslotte wordt het netvlies teruggeplaatst tegen het vaatvlies, waarbij door een draaibeweging de gele vlek niet op zijn oorspronkelijke plaats, doch wel naast de zone van de verwijderde bloedvaten gepositioneerd wordt. Het oog wordt vervolgens met siliconenolie gevuld om het netvlies tegen het vaatvlies te drukken en gelaserd om het te laten vastgroeien.

Door de gedraaide positie van het netvlies ziet de patiënt na de ingreep dan ook het beeld gedraaid in het geopereerde oog. Tijdens een tweede ingreep een 3-tal maanden later wordt dan niet alleen de siliconenolie uit het oog verwijderd, maar worden ook de oogspieren die op de oogbol staan losgemaakt en verplaatst (om de oogbol een draaibeweging in de andere richting te laten maken) zodat het beeld terug recht komt te staan voor de patiënt.

Risico's

Zoals bij elke netvliesoperatie kunnen zich na de ingreep een aantal complicaties voordoen. Drukstijgingen in het oog zijn tamelijk frequent (25-30%), doch gelukkig eenvoudig te behandelen met oogdruppels. Een infectie kan zich voordoen en ernstige gevolgen hebben, doch komt zeer zelden voor (<0.1%). De meest gevreesde complicatie is de vorming van proliferatieve vitreo-retinopathie (PVR) waarbij zich een overvloed van littekens op het netvlies vormen, die het netvlies terug lostrekken van de wand. Minstens één extra ingreep is dan nodig om de littekens te verwijderen en het netvlies terug tegen het vaatvlies te brengen. Deze complicatie ziet men bij ongeveer 8% van de patiënten die op deze manier geopereerd zijn.

Soms lukt het ook niet om het geopereerde oog helemaal terug te draaien door de spieroperatie. Dan kan het nodig zijn om een prisma in de bril van de patiënt te plaatsen om de laatste verschuiving van het beeld te compenseren, of, uitzonderlijk, kan een ingreep op de spieren van het andere oog overwogen worden om dit parallel met het eerste oog te plaatsen.

Resultaten

Globaal genomen ziet men bij 80% van de patiënten een significante verbetering van het gezichtsvermogen optreden. Bij de overige patiënten is er een stabilisatie van de toestand. Doordat men de nieuwgevormde bloedvaten wegneemt, is de kans op vorming van (nieuwe) bloedingen onder de gele vlek bijzonder klein (ongeveer 1%), en is het dan ook zeldzaam dat het zicht nadien slechter wordt dan vóór de uitgevoerde ingrepen.

Besluit

Macularotatie kan overwogen worden als de "conservatieve" oplossingen niet (meer) mogelijk zijn of niet het verhoopte therapeutische effect opleveren. Hiervoor zijn echter 2 uitgebreide ingrepen nodig onder algehele narcose.

Conclusion

Prof. Jean-Jacques De Laey

As we have heard of the various speakers there are an increasing number of therapeutic possibilities and we are fortunate to have in Belgium centers with expertise in this sight threatening disease. Unfortunately each treatment has its own limitations. A large number of patients will need Low Vision rehabilitation and therefore we included also a list of the Belgian Centers of Visual Rehabilitation where patients will learn to use as best as they can their residual visual acuity.

A large, stylized graphic of a human eye is positioned on the left side of the page. The eye is rendered in a light blue color, matching the background. It features a central pupil, a surrounding iris, and a thick, curved eyelid with several short, vertical lines representing eyelashes. The graphic is semi-transparent, allowing the text to be visible through it.

RIZIV erkende revalidatiecentra ►

Centres de révalidation reconnus par l'INAMI ►

VLAANDEREN

UZ Gent - Centrum voor visuele revalidatie

De Pintelaan 185, 9000 Gent — T 09 240 29 06
Prof. JJ De Laey & Dr. I Joniau

AZ Middelheim - De Markgrave

Lindedreef 1, 2020 Antwerpen — T 03 248 78 67
Dr. A Buyck

UZ Leuven - Revalidatiecentrum voor slechtzienden

Kapucijnenvoer 33, 3000 Leuven — T 016 33 23 94
Dr. T Swinnen

UZ Antwerpen

Wilrijkstraat 10, 2650 Edegem — T 03 821 30 00
Prof. MJ Tassignon

WALLONIE

La Lumière

Rue Sainte-Véronique 17, 4000 Liège — T 04 222 35 35
Dr. Ph Betz

Les Amis des Aveugles

Rue de la Barrière 37, 7011 Ghlin — T 065 40 31 00
Prof. F Meire

Points De Vue (Clinique St Pierre)

Avenue Reine Fabiola 9, 1340 Ottignies — T 010 43 73 81
Dr. Ch Kestens

BRUSSEL - BRUXELLES

CRF Horus CHU Brugman

Crf Horus Place A. Van Gehuchtenplein 4, 1020 Brussel / Bruxelles
T 02 477 27 81 (volwas. - adults), 02 477 31 83 (kinderen - enfants)
Prof. C Verougstraete

Centrum voor visuele revalidatie UZ Gent

Revalidatie-eenheid UZ Gent in samenwerking met Blindenzorg Licht & Liefde en MPI Spermalie.

Erkend als revalidatie-eenheid voor personen met een visuele handicap door het RIZIV.

Contactgegevens:

UZ Gent, De Pintelaan 185, 9000 Gent, Tel.: 09/240.29.06, Fax: 09/240.20.91

E-mail: poli.oogziekten@uzgent.be

Verantwoordelijke revalidatie-oogarts: Prof. Dr. J.J. De Laey - Dr. Inge Joniau

De werking:

Na aanmelding wordt er een bilan opgemaakt waar we, met een multidisciplinair team, de verschillende noden van de patiënt nagaan. Met deze gegevens wordt er een individueel revalidatieprogramma opgesteld. Een revalidatieprogramma bestaat uit verschillende revalidatie-zittingen, op de dienst georganiseerd of bij de rechthebbende thuis. Het aantal revalidatie-zittingen is afhankelijk van de oogpathologie en de leeftijd van de patiënt.

Het revalidatie-team:

Het team is samengesteld uit een revalidatie-oogarts, twee oogartsen, een coördinator, een orthoptist, een ergotherapeut, een sociaal assistent, een psycholoog, een psychomotor therapeut en een informaticus.

De bereikbaarheid:

Met de wagen: De autosnelweg E40 (Oostende - Brussel) staat via de verkeerswisselaar "Zwijnaarde" in verbinding met de E17 (Antwerpen - Kortrijk). Op de E17 is er een afzonderlijke afrit nr. 9 "Universitair Ziekenhuis" of "UZG".

Met het openbaar vervoer: Het Sint-Pietersstation bevindt zich op 10 min. loopafstand van ons ziekenhuis. De stedelijke tram- & busmaatschappij (De Lijn) heeft twee buslijnen (nr. 49 en 65) en twee tramlijnen (nr. 21 & 22) ingelegd tussen het Sint-Pietersstation en het ziekenhuis. Vanuit de randgemeenten en het stadscentrum zorgen de buslijnen 5 (Heuvelpoort, Tolpoort, Van Beverenplein, Zwijnaarde Hekers) voor een rechtstreekse verbinding met het ziekenhuis.

Revalidatie-eenheid De Markgrave

Revalidatie-eenheid oftalmologie Middelheim - Campus de Markgrave

Erkend als revalidatie-eenheid voor personen met gezichtsstoornissen door het RIZIV – Erkenningsnummer 9.69.006.24

Markgravelei 81, 2018 Antwerpen, tel. 03/248.78.67, fax. 03/237.79.10, email: revalidatie.eenheid@demarkgrave.be
website: www.demarkgrave.be

Sociale dienst: An Caluwaerts – 03/248.78.67 – sociale.dienst@demarkgrave.be

Verantwoordelijke revalidatie-oogarts: dokter Ann Buyck – 03/248.78.67 – revalidatie.eenheid@demarkgrave.be

Doel

Personen met gezichtsstoornissen van eender welke leeftijd kunnen voor hun begeleiding naar meer zelfstandigheid op gelijk welk functiedomein terecht bij een multi-disciplinair revalidatieteam dat via een sterk geïndividualiseerde aanpak met ambulante en/of zittingen aan huis een revalidatie-programma realiseert.

Intake

Aanmelding: Telefonisch via An Caluwaerts – 03/248.78.67 Afspraken voor het opmaken van een bilan

Opmaken bilan:

Doel:

- beeld krijgen van de revalidatienoden en het opstellen van een individueel revalidatieprogramma

Procedure:

- consultatie bij de revalidatie-oogarts in het Middelheim ziekenhuis gevolgd door
- gesprek met de sociaal assistente om vast te stellen welke noden zeker opgenomen worden in het revalidatieprogramma van die persoon
- gesprekken met minstens twee therapeuten, desgevallend psycholoog of neuro-psycholoog in Markgravelei 81 te Antwerpen ten einde een ruwe screening van de revalidatie-noden en mogelijkheden op te maken
- multidisciplinair overleg met terugkoppeling aan de patiënt
- aanvraag om tussenkomst aan de geneeskundig adviseur op grond van bilan

De revalidatie-zittingen kunnen onmiddellijk opstarten

Naargelang de leeftijdscategorie en de oorzaak van de oogaandoening erkent het RIZIV verschillende revalidatie-programma's minimum zijn er 10 zittingen en maximum 120 zittingen per periode van 3 jaar mogelijk.

Het revalidatie-team bestaat uit low vision oogarts/coördinator, low-vision therapeut, ergotherapeut, mobiliteitstrainer, neuro-psycholoog (speciaal voor CVI-patiënten), psycholoog en sociaal assistent

Kosten

Het RIZIV bepaalt de prijs van een prestatie en het remgeld. Een revalidatie-programma bestaat minimaal uit zittingen voor het opmaken van een bilan en drie therapeutische zittingen van minimaal 60 minuten.

Revalidatiecentrum voor Slechtzienden

Kapucijnenvoer 33, 3000 Leuven, Tel: 016/33 23 94

Samenstelling van het team:

verantwoordelijke revalidatie-oogarts: Dr. T. Swinnen

andere teamleden: low vision therapeut, orthoptist, mobiliteitstrainer, adl-therapeut, maatschappelijk werker en psycholoog

Doelgroep:

personen met een visuele handicap met een visus van minder dan 3/10 of = 3/10 of één of meer gezichtsvelddefecten die meer dan 50 % van de centrale zone van 30° beslaan of die het gezichtsveld concentrisch vernauwen tot minder dan 20°.

Doelstelling:

zo goed mogelijk begeleiden van patiënten tot een zo best mogelijke autonomie in het dagelijks, professioneel en school gebeuren.

Verloop:

1. **telefonische afspraak:** Aan de hand van vragen wordt uitgemaakt welke afspraken patient nodig heeft. enkel medisch nazicht of multi-disciplinaire raadpleging.
2. **raadpleging:** Patient die in aanmerking komt voor intensieve revalidatie wordt oftalmologisch nagekeken door low vision oogarts en 2 therapeuten, een revalidatieprogramma wordt opgesteld afhankelijk van de behoeften van de patient. Deze aanvraag wordt ingediend bij het RIZIV voor een periode van 3 jaar. Afhankelijk van de aandoening en de leeftijd worden er verschillende revalidatieprogramma's toegekend, dewelke resulteren in een aantal zittingen (van min 10 tot max 120). Patient volgt verder zijn revalidatie sessies bij de verschillende therapeuten.

Patiënt die in aanmerking komt voor een mindere intensieve revalidatie wordt eveneens nagekeken door een low vision oogarts en de orthoptist. Hiervoor kan een mono-revalidatie aangevraagd worden. Deze maakt geen deel uit van de konventie. Deze aanvraag gebeurt bij het RIZIV voor een periode van 3 maanden. Patient volgt zijn revalidatie uitsluitend bij de orthoptist.

Onderzoek naar erfelijke aandoeningen + samenwerking met de dienst genetica van het U.Z. Leuven.

Vlaams Fonds aanvraag kan bijstand bieden voor individuele materiële bijstand, voor zorgsector en voor tewerkstelling en opleiding.

3. **wanneer:** Raadplegingen: elke werkdag — Afspraken: telefonisch 016/33 23 94 op ma, di en do van 9 tot 12u

Universitair Ziekenhuis Antwerpen

in samenwerking met **Stichting Gouverneur Kinsbergen**

Contactadres:

Visueel Revalidatie Centrum, Universitair Ziekenhuis Antwerpen, Wilrijkstraat 10, 2650 Edegem, Tel. 03 821 33 72

RIZIV identificatienummer: 9.69.007.23

Doel

Het universitair revalidatiecentrum biedt hulp aan slechtziende of blinde kinderen en volwassenen. De begeleiding is vraaggestuurd en wordt gekenmerkt door een multidisciplinaire aanpak.

Het revalidatiecentrum biedt hulp bij het uitkiezen van het meest geschikte hulpmiddel om bijvoorbeeld te lezen, televisie te kijken, een schoolbord te lezen of met een PC te werken.

Er worden trainingen aangeboden om specifieke vaardigheden aan te leren, zoals het leren gebruiken van nieuwe software, het verbeteren van de lichaamshouding of motoriek, het optimaal leren gebruik maken van de restvisus of niet-visuele informatie en het stoklopen.

In het revalidatiecentrum wordt advies en informatie gegeven op psycho-sociaal gebied, zoals inschrijving bij het Vlaams Fonds en informatie over tegemoetkomingen en voordeeltarieven.

Revalidatiezittingen die beantwoorden aan de RIZIV-richtlijnen worden via het ziekenfonds van de patiënt vergoed.

Doelgroep

In het revalidatiecentrum kunnen kinderen en volwassenen terecht die aan minstens één van volgende criteria voldoen:

- gezichtsscherpte lager dan 3/10
- gezichtsveld kleiner dan 20°
- gezichtsvelddefecten die meer dan de helft van de centrale 30° beslaan, zoals homonieme hemianopsie
- altitudinale hemianopsie
- oftalmoplegie
- oculomotorische apraxie
- oscillopsie
- visuele pathologie van cerebrale oorsprong

Hoe doorverwijzen?

U kan telefonisch een afspraak maken (tel. 03-821 3372). Gelieve bij aanmelding duidelijk aan te geven dat het een verwijzing naar het revalidatiecentrum betreft. Bij aanmelding krijgt de persoon eerst een low-vision afspraak waar zal beoordeeld worden of de persoon voldoet aan alle criteria voor het revalidatiecentrum.

Het multidisciplinair team

Het multidisciplinair team bestaat uit een oogarts, gespecialiseerd in revalidatie, een orthoptist, een neuropsycholoog, een maatschappelijk werker, een low vision therapeut, een oriëntatie-en mobiliteitstrainer, een psychomoteur therapeut en een ergotherapeut.

De betrokken teamleden zijn:

- prof. dr. Marie-José Tassignon
- dr. Ilse De Veuster
- dr. sc. Tanja Coeckelbergh
- dhr. Jeroen Claeys
- mevr. Daisy Godts
- mevr. Leen Verbrugghe
- mevr. Myriam Beerens

Locatie

Het bilan wordt opgemaakt op de dienst Oogheelkunde van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen, Wilrijkstraat 10 te Edegem. De revalidatiezittingen vinden plaats in het Gouverneur Kinsbergen Centrum, Doornstraat 331 te Wilrijk.

La Lumière — 1919 • 2005

Rue Sainte-Véronique 17, 4000 Liège, Tél. : 04 222 35 35, Fax. : 04 221 23 56

lalumiere@lalumiere.be - <http://www.lalumiere.be>

La Lumière

- Service d'accompagnement - Service social
- Bibliothèque spéciale
- Centre de réadaptation fonctionnelle
- Centre de consultations basses-vision
- Entreprise de travail adaptée

Service d'accompagnement - service social

- Visites à domicile
- Aide dans les démarches administratives
- Aide à la mobilité
- Octroi de chien-guide
- Aide financière
- Réunions d'information et de sensibilisation
- Fourniture d'aides techniques
- Club informatique
- Activités culturelles - sportives - de loisirs

Bibliothèque spéciale 5500 titres sur cassettes

Entreprise de travail adaptée

- Expédition de courrier
- Conditionnement manuel
- Cannage et rempaillage
- Reliure et restauration de livres anciens

Centre de readaptation fonctionnelle

- Stages de readaptation pour enfants et adultes
- Guidance précoce et scolaire : 0 à 18 ans
- Accompagnement pédagogique : supérieur non-universitaire
- Médiathèque spécialisée : transcriptions

CENTRE DE CONSULTATIONS BASSES VISIONS

Équipe pluridisciplinaire

PSYCHOMOTRICITE	1
LOGOPEDIE	4
BRAILLE	1
ERGOTHERAPIE	2
LUDOTHEQUE	1
ORIENTATION ET MOBILITE	1
INFORMATIQUE	1
ASSISTANTE SOCIALE	1
PSYCHOLOGIE	2
AIDES OPTIQUES	2
ORTHOPTIE	1
OPTIQUE	1
OPHTALMOLOGIE	1
SECRETAIRE	2

21

La réadaptation fonctionnelle

- Aides optiques et filtres colorés
- Ergothérapie - aides techniques - éclairage
- Orthoptie
- Orientation et mobilité
- Informatique
- Braille
- Psychologie

Guidance précoce et intégration scolaire

- Psychomotricité
- Logopédie
- Soutien pédagogique à l'intégration scolaire
- Transcriptions
- Ludothèque

Consultations sur rendez-vous

Rue Sainte-Véronique 17 - 4000 - Liège - Tél. : 04 222 35 35 Fax. : 04 221 23 56

lalumiere@lalumiere.be - <http://www.lalumiere.be>

Les Amis des aveugles

rue de la Barrière 37, 7011 Ghlin, Tel 065 40 31 00

Centre Rééducation Fonctionnelle

- Chiens - Guides
- Ciné club
- Cassettothèque
- Service accompagnement pour adultes
- Transcription braille
- Service des sports
- Service Social
- Service Résidentiel pour adultes
- Entreprise de travail adapté
- Maison de repos pour personnes âgées

But et bénéficiaires

But : Permettre aux bénéficiaires d'atteindre la meilleure autonomie possible dans sa vie quotidienne

Bénéficiaires : Personnes aveugles et malvoyantes de tout âge souffrant de pathologies congénitales, acquises, évolutives, aiguës ou traumatiques.

Equipe

Equipe pluridisciplinaire: Ophtalmologue, Orthoptiste, Thérapeute Basse Vision, Assistant social, Thérapeute Orientation Mobilité, Psychologue, Thérapeute en activités de la vie quotidienne, Psychomotricienne

Objectifs spécifiques

Coordination sensori-motrice

- Constitution schéma sensori-moteur ou corporel
- Élaboration représentation et appréhension cohérente de l'espace

Perception globale/fine espace environnant

- Notion de base de la problématique visuelle
- Développement et utilisation optimale du potentiel visuel conservé
- Utilisation d'aides techniques optiques
- Utilisation des modalités sensorielles non visuelles

Orientations/Mobilité à l'intérieur ou à l'extérieur en milieu connu ou non

- techniques cognitives et motrices appropriées
- usage d'outils adaptés tels que cannes
- dispositifs électroniques de détection ou d'orientation
- plans tactiles, ...

Prise de connaissance de documents

- éclairage adapté, lutrin (poste de travail)
- aides électroniques (TV loupe)
- aides informatiques

Prise de notes à usage personnel ou à la communication d'informations écrites

- lecture et écriture du braille (avec usage éventuel d'un support informatique)
- technique de base de la dactylographie
- technique de base de l'écriture manuelle

Activités manuelles ou intellectuelles de base de la vie quotidienne

- acquisition de gestes complexes (pour l'alimentation, l'hygiène, les soins corporels, les soins médicaux simples, l'habillement et l'entretien du domicile)
- acquisition ou recouvrement d'attitudes corporelles appropriées à différents contextes sociaux
- acquisition de techniques appropriées au classement et à la gestion de documents officiels, bancaires,...
- à l'apprentissage de l'adaptation de l'environnement (adaptation de l'éclairage, aménagement de l'espace, utilisation d'accessoires adaptés, utilisation in situ des aides techniques électroniques et/ou informatiques...)

Contact

C.R.F « Les Amis des Aveugles », Rue de la Barrière, 37-39, 7011 Ghlin (Mons)

Tél. : 065/40.31.76, Fax. : 065/40.31.79, E-Mail : crf@amisdesaveugles.be, Web : <http://www.amisdesaveugles.be>

Directeur général : Jean-Yves Gego

Médecin responsable : Professeur Françoise Meire

Equipe pluridisciplinaire : Docteur Joseph Makhoul

Estelle Berlingin

Hughes Castiaux

Anne-Sophie Dewulf

Alain Eyckerman

Laurence Fritz

Maggy Kennes

Sandrine Sacristani

Points deVue

Service Points de Vue - Av. Reine Fabiola, 17, 1340 Ottignies, Tel : 010.437.728, Fax : 010/412.458

Courriel : pointsdevue@belgacom.net

Responsable	Dr. Ch. Kestens
Equipe therapeutique	Beni K. Cassel S. Defretin M-H. Devleeschouwer I. Leblicq J. Michaux G. Rens A-F.

Depuis janvier 2000, la clinique Saint Pierre situé à Ottignies a ouvert en collaboration avec l'Institut Royal des Sourds et Aveugles (IRSA) à Uccle un service de rééducation pour personnes atteintes d'une déficience visuelle.

Ce centre porte la dénomination " Points de Vue " faisant référence aux très nombreuses façons d'utiliser la vision fonctionnelle résiduelle (d'où le pluriel) et aux points de l'écriture Braille.

Depuis le 1er octobre 2003, ce service bénéficie d'une convention avec l'INAMI pour la prise en charge des personnes handicapées de la vue. Grâce à cette convention, les prestations des thérapeutes sont partiellement remboursées par l'assurance maladie invalidité. Seul le ticket modérateur (1,39 euro par séance) est pris en charge par le patient bénéficiaire des séances de rééducation.

La clinique saint Pierre d'Ottignies est le seul hôpital de la région Wallonne à bénéficier d'une pareille convention.

Ci-joint, vous trouverez une présentation du centre de rééducation fonctionnelle Points de Vue. Par celle-ci, nous espérons informer et sensibiliser un maximum de personnes : les responsables d'association spécialisée dans le handicap visuel, les professionnels, et surtout les personnes confrontées à la déficience visuelle ; sur l'existence et le fonctionnement du " Service Points de Vue ". Ce document peut être diffusé (brochure trimestriel, site internet, ...) et distribué auprès des personnes rencontrant des difficultés suite à la survenue de troubles visuels.

Pour toutes informations supplémentaires, l'équipe du " Service Points de Vue " reste à votre entière disposition.

En espérant pouvoir compter sur votre collaboration dans la diffusion de cette information, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, en l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Dr C. KESTENS

Responsable du Service Points de Vue.

Service POINTS DE VUE

Qui sommes nous ?

Nous sommes une équipe pluridisciplinaire constituée :

- D'une ophtalmologue spécialisée en revalidation fonctionnelle et professionnelle pour handicapés de la vue :
Docteur Christine Kestens
- D'une psychologue : Madame Géraldine Michaux
- D'une assistante sociale : Madame Laetitia Devleeschouwer
- D'une psychomotricienne : Madame Joëlle Leblicq
- D'une thérapeute en Basses Visions : Madame Anne-Françoise Rens
- D'une instructrice en Orientation et Mobilité : Madame Stéphanie Cassel
- D'une ergothérapeute spécialisée dans les activités de la vie journalière : Madame Kathleen Beni
- D'une orthoptiste : Madame Marie-Hélène Defretin

Qui pouvons – nous prendre en charge ?

Dans le cadre de la convention avec l'INAMI nous pouvons suivre les personnes présentant une déficience visuelle qui se caractérise par :

- Soit une acuité visuelle corrigée inférieure ou égale à 3/10 au meilleur œil ;
- Soit une ou plusieurs atteintes du champ visuel qui couvrent plus de 50% de la zone centrale de 30°, ou qui réduisent de manière concentrique le champ visuel à moins de 20° ;
- Soit par une hémianopsie altitudinale complète ;
- Soit par un dysfonctionnement visuel grave résultant d'une pathologie cérébrale objectivée.

Le bénéficiaire ne peut fréquenter l'enseignement spécial de type 6.

Quels sont les objectifs de notre service ?

Notre objectif est de permettre à toute personne atteinte d'une déficience visuelle et répondant aux critères de l'INAMI de recouvrer un maximum d'indépendance et d'autonomie.

Notre champ d'action est donc vaste : il sous-entend les déplacements, les activités de la vie journalière, l'adaptation à la vision de près (lecture et écriture). Nous entraînons également nos patients à exploiter au mieux leur vision résiduelle. Les jeunes enfants sont pris en charge afin de leur assurer un développement psychomoteur optimal.

Que proposons nous au patient ?

Lors du premier rendez-vous un bilan complet est fait. Le patient rencontre l'ophtalmologue, la psychologue (qui explique le fonctionnement du centre et qui évalue les besoins et les souhaits...), et l'un ou l'autre thérapeute selon les demandes. Il est souhaitable que l'ophtalmologue traitant nous fasse parvenir un dossier avant la venue du patient ou que le patient l'apporte lors du rendez-vous.

Après avoir évalué en équipe les difficultés engendrées par la déficience visuelle, nous proposons au patient d'acquérir un ensemble de moyens qui lui permettent de compenser son handicap

Nous ne proposons pas une solution miracle qui permettrait à la personne atteinte d'une déficience visuelle de retrouver une vision " comme avant ". A chaque problème nous tentons de donner une solution.

Des prises en charge peuvent être faites dans les domaines suivants :

- Stimulation d'un développement psychomoteur harmonieux prenant en compte le handicap visuel ;
- Utilisation optimale du potentiel visuel, développement et utilisation de compensations auditives et/ou tactiles... ;
- Orientation et mobilité (à l'intérieur et/ou à l'extérieur, en milieu connu et /ou inconnu...);
- Prise de connaissance de documents (choix et utilisation des aides électroniques, informatiques, conseils d'éclairage...);
- Prise de notes à usage personnel ou à la communication d'informations écrites (braille, base de la dactylographie, écriture manuelle...);
- Activités manuelles ou intellectuelles de base de la vie quotidienne (repas, hygiène, soins corporels, habillement, entretien du domicile, gestion de documents, classement, aménagement de l'espace, utilisation de matériel adapté...);
- Soutenir la personne dans son processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale ;
- Soutenir la personne dans ses démarches administratives.

La rééducation des patients atteints d'une déficience visuelle se doit donc d'être multidisciplinaire et ne peut en aucun cas faire l'objet d'une seule consultation. L'INAMI nous impose 3 séances au minimum pour que cela soit considéré comme rééducation.

Il est aussi possible de venir faire uniquement un bilan. Ceci peut être utile dans le cas où la personne est suivie, par exemple, par un service d'accompagnement et que celui-ci souhaite avoir une vue d'ensemble reprenant les compétences et les déficiences de la personne.

La prise en charge peut être plus ou moins longue suivant les difficultés du patient, ses attentes, son désir d'autonomie.

Les techniques de base sont acquises au centre. Les thérapeutes peuvent être amenés à se déplacer dans le milieu de vie habituel du patient (habitat, lieu de travail, école, ...). Toutefois l'INAMI ne nous autorise qu'à un nombre limité de séances à l'extérieur de l'hôpital c'est pourquoi nous souhaitons organiser un relais avec les services d'accompagnement pour handicapés de la vue.

L'INAMI exige aussi que la personne suivie ne soit prise en charge que par un centre de rééducation fonctionnelle à la fois.

Pour plus de renseignements n'hésitez pas à nous contacter.

Service Points de Vue - Av. Reine Fabiola, 17, 1340 Ottignies, Tel : 010.437.728, Fax : 010/412.458

Courriel : pointsdevue@belgacom.net

CHU Brugman, Horus - Centre de réadaptation visuelle

Place A. Van Gehuchtenplein 4, 1020 Brussel / Bruxelles, Tél 02 477 27 81 (volwas. - adults), 02 477 31 83 (kinderen - enfants)

Horus est le nom du centre de revalidation visuel bilingue situé dans la région de Bruxelles Capitale.

Horus résulte d'une collaboration entre le Centre Hospitalier Universitaire Brugmann, l'Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola et la Ligue Braille.

Le centre de revalidation prend en charge les adultes et les enfants souffrant de problèmes visuels qui répondent aux normes de la convention signée avec l'INAMI. Horus est une équipe multidisciplinaire regroupant un ophtalmologue revalidateur, une orthoptiste, une assistante sociale, une ergothérapeute et une psychologue. Ces personnes travaillent en très étroite collaboration afin de donner au patient une revalidation fonctionnelle lui permettant l'autonomie la meilleure possible dans la vie quotidienne.

Horus est sous la direction générale du prof. Claire Verougstraete. Le médecin responsable pour le C.H.U. Brugmann (adultes) est le docteur Hubert Van Deuren. Le médecin responsable pour l'hôpital Universitaire Reine Fabiola (enfants) est le docteur Hilde Deconinck.

Horus is de naam van het tweetalig, visueel revalidatiecentrum, gelegen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Horus werd opgericht vanuit een samenwerking tussen het Universitair Verzorgingscentrum Brugmann, het Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola en de Brailleliga v.z.w.

Het revalidatiecentrum richt zich naar volwassenen en kinderen met gezichtsstoornissen, die binnen de normen van de conventie met het R.I.Z.I.V. vallen. Horus is een multidisciplinair team waarbinnen een oogarts, een orthoptiste, een maatschappelijk assistent, een ergotherapeut en een psycholoog zeer nauw samenwerken om de doelstellingen van de functionele revalidatie te bereiken en zo tot de best mogelijke autonomie te komen in het dagelijks leven.

Horus staat onder de algemene leiding van prof. dr. Claire Verougstraete. Verantwoordelijke arts voor het U.V.C. Brugmann (volwassenen) is dr. Hubert Van Deuren. Verantwoordelijke arts voor het Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola is dr. Hilde Deconinck.

Médecin responsable/ Verantwoordelijke Arts: Prof. Claire VEROUGSTRAETE

Adresse courrier/Postadres:

HORUS, CHU/UVC Brugmann, Service Ophthalmologie/Dienst Oogheelkunde
Prof. Claire Verougstraete, Place Van Gehuchtenplein 4, 1020 Bruxelles/Brussel

CHU/UVC Brugmann:

Dr Hubert VAN DEUREN, Place Van Gehuchtenplein 4, 1020 Bruxelles/Brussel, Tel. Rendez-vous/afspraken: 02/ 477.24.06

HUDERF/ U. Kinderziekenhuis: Koningin Fabiola, Dr Hilde DECONINCK, Avenue J.J. Crocqsaan 15, 1020 Brussel/Bruxelles, Tel. Rendez-vous/afspraken: 02 / 477.31.83

Ligue Braille asbl/Brailleliga vzw:

Rue d'Angleterre / Engelandstraat 57, 1060 Bruxelles/Brussel, Tel. : 02 / 533.32.11



Hulpmiddelen voor slechtzienden ▶

Moyens d'aide pour malvoyants ▶





