MYOPIE FORTE : POINTS CLES A RETENIR

Session Myopie · Myopie forte : ce qui change en 2026. Maculopathie myopique : comment je surveille mes patients

Oratrice · Dr Élise Philippakis, hôpital Lariboisière **Résumé** · Kenza Amri, interne au CHU de Nice

LA MYOPIE EN CHIFFRES

50 % de myopes dans le monde en 2050

10 % de myopes forts en 2050

Risque multiplié chez le myope fort

> 800 maculopathie

> 12 décollement de rétine

3 glaucome

3 cataracte

ÉPIDEMIOLOGIE ET DEFINITIONS

Risque visuel. Chaque dioptrie de myopie augmente d'environ 30 % le risque de perte de vision. Chez le myope fort, la maculopathie, le décollement de rétine, le glaucome et la cataracte sont nettement plus fréquents.

À RETENIR

Phénotyper le patient selon son type de myopie et ses besoins ou attentes, pour répondre à sa demande réfractive (chirurgicale ou non). Évaluer TOUTES les complications possibles.

FREINATION CHEZ L'ENFANT

Bilan. La réfraction sous cycloplégie est indispensable.

Prévention. Au moins 2 h par jour en extérieur, règle du 20-20-20, distance de lecture de 30 à 40 cm, limitation des écrans, meilleur éclairage, sommeil suffisant.

Atropine 0,01 % (Ryjunea®). AMM européenne en juin 2025, pour les 3 à 14 ans dont la myopie progresse d'au moins 0,5 D par an. Nouveauté : commercialisation attendue en France en 2027. Elle est surtout intéressante chez les progresseurs rapides. Effets indésirables : photophobie, irritation, vision floue.

Verres à segments défocalisés (MiYOSMART®, Stellest®). À utiliser en première intention et à poursuivre au moins 2 ans. Les données restent courtes et viennent en partie des fabricants. Nouveauté 2026 : verres de 2e génération (Stellest 2.0, MiYOSMART iQ).

Autres options. Lentilles défocalisantes et orthokératologie.

Arrêt. Pas avant environ 2 ans de stabilisation. L'atropine s'arrête progressivement, à cause du risque de rebond.

À RETENIR

De nouvelles stratégies de freination sont disponibles, à utiliser en relais ou en association.

MACULOPATHIE MYOPIQUE

Atrophique. Nouveauté 2026 : l'atrophie en patch a plusieurs origines, biomécanique (rupture de la membrane de Bruch), néovasculaire ou inflammatoire.

Néovasculaire. C'est le diagnostic le plus fréquent devant une baisse d'acuité visuelle brutale chez le myope fort. Le diagnostic repose sur l'association de l'OCT et de l'OCT-A ; l'angiographie à la fluorescéine est réservée aux cas douteux. On traite un néovaisseau ACTIF : 1 injection pour une petite lésion ou un sujet jeune, 2 à 3 injections pour une lésion plus étendue, puis un schéma PRN (ranibizumab, aflibercept). Nouveauté 2026 : le faricimab est en cours d'étude (essai POYANG).

Tractionnelle. Plus fréquente dans les yeux de plus de 28 mm ; l'OCT est l'examen clé.

À RETENIR

L'OCT maculaire en coupes serrées permet d'identifier les complications maculaires.

CHIRURGIE DE LA MACULOPATHIE TRACTIONNELLE

Opérer sans attendre en cas de décollement fovéolaire progressif avec baisse visuelle.

À discuter : les schisis à haut risque (trou lamellaire externe, cavité au moins 2 fois plus épaisse que la rétine adjacente, traction paravasculaire qui progresse vers la fovéa).

Surveiller un trou lamellaire interne asymptomatique, ou un schisis stable avec acuité préservée : les schisis peuvent s'améliorer sans chirurgie.

Techniques. Vitrectomie 25G, pelage de la membrane limitante interne, technique d'épargne fovéolaire (fovea sparing), lambeau de limitante interne (ILM flap) avec tamponnement, OCT peropératoire. L'indentation maculaire (macular buckling) convient au staphylome étroit.

Champ visuel préopératoire. Utile mais pas obligatoire. Savoir s'abstenir quand le glaucome est trop évolué.

À RETENIR

Les schisis s'opèrent plus tôt, avant le décollement fovéolaire.

RÉTINE PÉRIPHÉRIQUE

La moitié des décollements de rétine surviennent chez des myopes. Le risque est multiplié par 4,4 entre 1 et 3 D et par 10,5 entre 4 et 10 D. Le risque d'atteinte des deux yeux est aussi plus élevé.

Vrais facteurs de risque. Longueur axiale (seuil net à 30 mm), staphylome étendu, atrophie maculaire en plaques.

Conduite pratique. Dépistage par fond d'œil dilaté et photos grand champ dès la première consultation. On traite les déchirures en fer à cheval, les lésions symptomatiques ou évolutives, et l'œil controlatéral d'un décollement. Pas de laser à 360°.

À RETENIR

Dire au patient que la protection n'est jamais garantie.

NEUROPATHIE OPTIQUE

Le risque est multiplié par 2 à 3, et la prévalence augmente avec le degré de myopie. La papille est difficile à interpréter : le suivi longitudinal est essentiel.

Suivi (recommandations SFG-CFSR). Rétinophotographie à 55°, OCT RNFL et GCC en vérifiant les artefacts de segmentation, champ visuel régulier, toujours corrélé au fond d'œil.

PIO cible. Moins de 17 mmHg au stade débutant, 12 mmHg ou moins au stade évolué. Prudence en cas de chirurgie (risque d'hypotonie et de décollement).

À RETENIR

Le pronostic visuel dépend de l'atrophie et du nerf optique. Tout le reste se traite activement.

POUR ALLER PLUS LOIN

Prochain congrès ARMD en 2028

REVOIR LES SESSIONS
Playlist YouTube du congrès

LE SITE DE L'ARMD
armd-france.org

LA NEWSLETTER
armd-france.org/abonnement

SUIVEZ-NOUS SUR LINKEDIN (+16K ABONNES)
linkedin.com/in/dr-i-aknin-armd