



Savoir détecter une récurrence à tous les coups

Julien Tilleul, Nathalie Puche

L'avènement des anti-VEGF pour la DMLA a révolutionné la prise en charge de la DMLA. Après le protocole d'injections mensuelles, se sont imposés des protocoles à la demande, ou PRN, basés sur des signes de récurrence. Tout l'enjeu du suivi dans ce type de protocole est de ne pas passer à côté d'une récurrence, pour ne pas entraîner de retard thérapeutique.

Écouter les patients

Il est très important d'écouter le ressenti du patient, comme une aggravation visuelle qui n'est pas toujours retrouvée sur l'échelle ETDRS, ou une apparition/accrément des métamorphopsies. Ceci est encore plus vrai chez les patients myopes ayant une récurrence néovasculaire.

Utiliser le système de *follow-up* (suivi)

Il est important d'effectuer des coupes OCT sur la zone où une récurrence est possible, c'est-à-dire surtout sur la

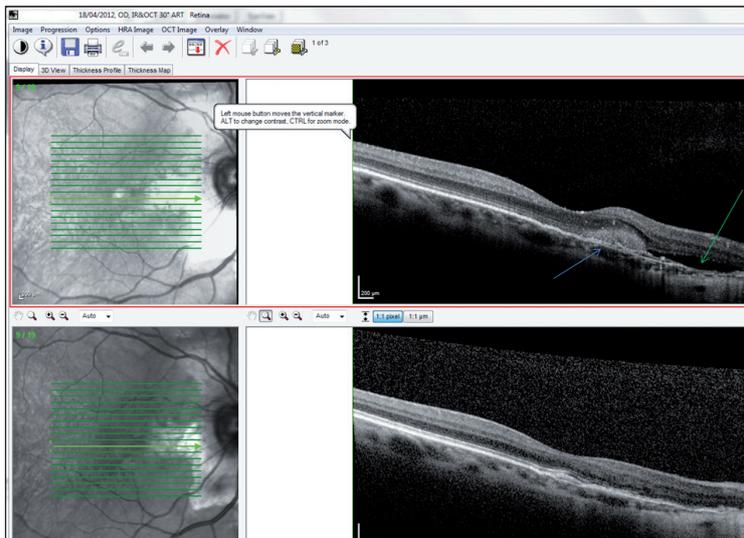


Figure 1. Exemple de *follow-up* montrant en bas l'examen précédent et en haut l'examen du jour retrouvant une récurrence néovasculaire interpapillomaculaire : hyperreflectivité pré-épithéliale correspondant au néovaisseau (flèche bleue) accompagnée d'un décollement séreux rétinien hyporéfléctif (flèche verte).

Centre hospitalier intercommunal, Créteil

zone initiale de néovascularisation. Certains OCT ont un système d'*eye-tracker* permettant au cours du suivi d'effectuer des coupes exactement au même endroit que la fois précédente ou qu'initialement. Ceci permet d'apprécier précisément la réponse au traitement et de détecter une récurrence : celle-ci est souvent localisée au même endroit (figure 1).

Balayer toute la lésion

Il est important que les coupes OCT soient réalisées là où le risque de récurrence néovasculaire est le plus élevé : ainsi des coupes étroites centrées uniquement sur la macula peuvent passer à côté d'une récurrence néovasculaire extrafovéale ou d'un décollement de l'épithélium pigmentaire interpapillomaculaire dans une vasculopathie polypoïdale par exemple (figure 2). On peut effectuer

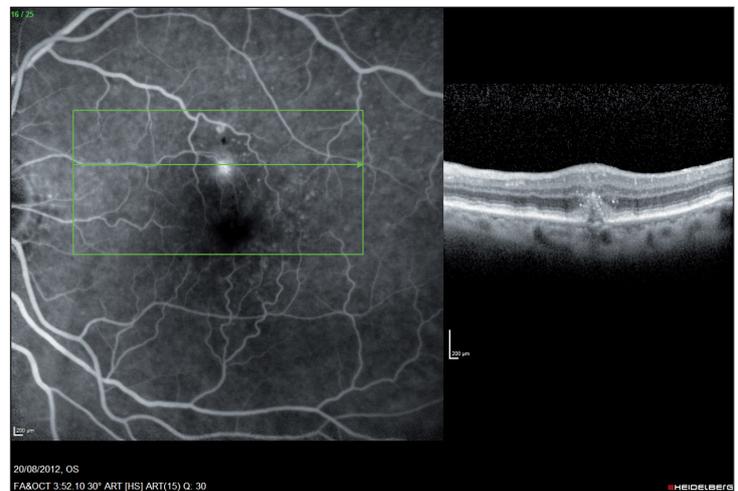


Figure 2. Exemple d'anastomose choroïdérienne juxtafovéolaire. Il est très important de connaître la localisation initiale de la lésion afin de ne pas passer à côté d'une récurrence, notamment dans les localisations extra- voire juxtafovéales.

plusieurs balayages dans des zones éloignées ou élargir la zone de balayage.

Ne pas hésiter à faire une angiographie à la fluorescéine, surtout en cas de néovaisseaux visibles

L'examen en OCT est l'examen *gold standard* dans le suivi de la DMLA : infiltration des couches rétinienne, décollement séreux rétinien. Cependant, dans certains cas l'examen en OCT ne permet pas de trancher sur la présence ou non de signes exsudatifs. L'angiographie à la fluorescéine permettra alors de conclure selon la présence ou non de diffusion du colorant aux temps tardifs.

L'angiographie est discriminante surtout dans les néovaisseaux visibles. Dans les néovaisseaux choroïdiens de type visible, la réaction exsudative peut prendre l'aspect d'un simple épaissement de la rétine dans l'aire maculaire sans décollement séreux ni œdème maculaire. L'angiographie à la fluorescéine permettra alors d'objectiver une diffusion au stade tardif et donc une prise en charge rapide avant l'intensification des signes exsudatifs (figure 3).

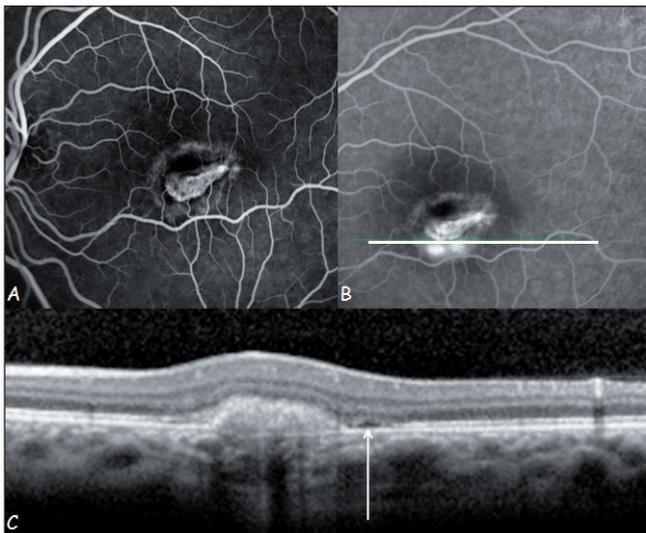


Figure 3. Patient présentant des néovaisseaux visibles déjà traité par quatre injections d'anti-VEGF.
A et B. Clichés en angiographie à la fluorescéine (temps précoce et tardif). La cicatrice des néovaisseaux se colore avec une diffusion le long de la bordure inférieure de la cicatrice qui signe une récurrence.
C. OCT. Les signes exsudatifs en regard de la cicatrice sont très discrets, petit décollement séreux rétinien (flèche blanche).

Faire des coupes fines en OCT

Les dernières générations d'OCT-Spectral Domain ont permis d'augmenter la résolution. Les signes de récurrence peuvent être minimes et donc très localisés dans l'espace. Il apparaît donc nécessaire de densifier les coupes à la recherche d'un décollement séreux rétinien ou de logettes.

Parfois les signes exsudatifs ne sont visibles que sur une coupe. On peut donc facilement passer à côté si les coupes sont espacées de 240 μm . Il faut donc souligner l'intérêt de réaliser des coupes rapprochées dans les zones d'intérêt et de coupler si possible la réalisation de l'OCT à l'angiographie (figure 4).

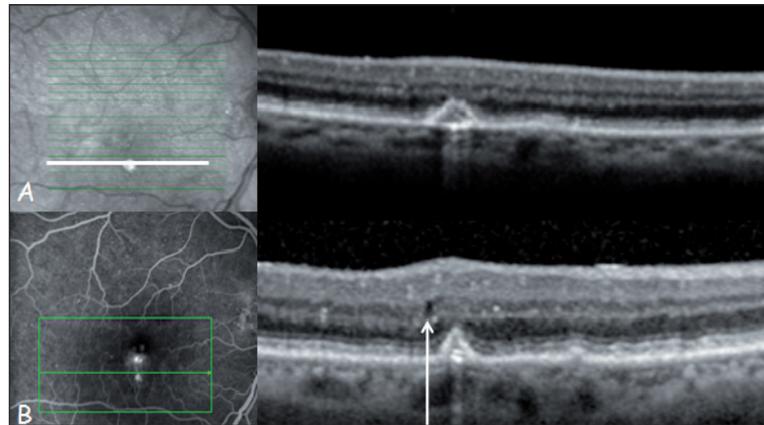


Figure 4. Patient présentant une anastomose choroïdiorétinienne (ACR) déjà traitée par cinq injections d'anti-VEGF.
A. OCT couplé à un cliché infrarouge avec coupes espacées de 240 μm ; alors que la coupe semble passer par la cicatrice de l'ACR, on ne note pas de signes exsudatifs.
B. OCT couplé à une angiographie à la fluorescéine avec coupes espacées tous les 30 μm chez le même patient le même jour ; on note un signe exsudatif non détecté par l'examen précédent : une logette (flèche blanche).

Conclusion

Détecter une récurrence néovasculaire au cours de la DMLA n'est pas toujours facile et il convient de réaliser les coupes OCT au même endroit qu'initialement, de bien connaître la localisation initiale de la lésion, d'effectuer des coupes fines, voire une angiographie au moindre doute. La détection précoce d'une récurrence permet de réaliser un traitement rapide et ainsi d'améliorer le pronostic visuel du patient.