

Congrès LOR 2017 8-9 décembre 2017 Session diabète

Apport de l'OCT-A dans la rétinopathie diabétique (A. Gaudric, Paris)

Lors de cette première présentation, Alain Gaudric a repris les points forts de l'OCT-A dans le diabète. Tout d'abord, l'OCT-A permet-elle de diagnostiquer plus précocement la rétinopathie ? La littérature n'est pas tout à fait d'accord sur ce point : les articles qui comparent l'OCT-A et l'analyse biomicroscopique du fond d'œil indirect à la lentille penchent dans ce sens, mais ceux qui la comparent à l'angiographie traditionnelle répondent non. En effet l'OCT-A détecte moins de microanévrismes, car elle n'analyse qu'un flux. En revanche, elle repère mieux les zones de non-perfusion capillaire et peut différencier un plexus vasculaire superficiel d'un plexus vasculaire profond, contrairement à l'angiographie traditionnelle. Les études sur l'élargissement de la zone avasculaire centrale sont contradictoires mais elles montrent une tendance à la mauvaise récupération visuelle.

Deuxième interrogation : l'OCT-A permet-elle de prévoir la baisse d'acuité visuelle (AV) ? Plusieurs études ont montré une corrélation entre l'AV et la densité des capillaires rétinien dans les plexus superficiels et profonds, notamment grâce au développement d'un logiciel de correction des artefacts de projection. C'est la densité des capillaires rétinien dans le plexus capillaire profond qui semble être le signe le plus prédictif de la baisse d'AV chez les patients. Enfin, les patients tolèrent un certain seuil de non-perfusion capillaire avant l'apparition d'une baisse de la vision, mais ce seuil n'a pas encore été mis en évidence.

Troisième interrogation : l'OCT-A peut-elle remplacer la rétinophotographie couleur (RCP) dans le dépistage de la rétinopathie

diabétique ? Grâce à la dernière génération d'OCT-A, Swept source très grand champ (Plex Elite 9000®, Zeiss), nous pouvons étudier les capillaires périphériques au-delà des zones ETDRS de l'angiographie classique. Cependant, en l'absence d'une zone de non-perfusion, l'examen pourra être non contributif alors qu'il existe une rétinopathie diabétique débutante et l'OCT-A ne peut, pour le moment, remplacer la RCP pour le dépistage de la maladie.

L'OCT-A est donc très utile dans le suivi d'une rétinopathie diabétique mais elle ne permet pas, actuellement, de s'affranchir des examens traditionnels que sont la RCP et l'angiographie à la fluorescéine, a conclu Alain Gaudric.

Traitement de l'œdème maculaire diabétique (OMD) : la vraie vie (L. Kodjikian, Lyon)

Pour poursuivre cette session diabète, Laurent Kodjikian a présenté les résultats des principales études de vraies vies dans le diabète à l'ère des anti-VEGF. Pour rappel, il existe deux types d'études cliniques : les études interventionnelles (haut niveau de preuve mais avec des patients sélectionnés et un suivi strict) et les études observationnelles de vraie vie (ce qui se passe vraiment dans un centre hospitalier, avec des biais plus importants et un niveau de preuve inférieur).

Dans les études de vraies vies, le nombre moyen d'injections la première année est de 4 à 5 (contre 8 à 10 dans les études pilotes). Dans l'étude de Wecker et al. [1] portant sur la vraie vie dans le diabète avec les anti-VEGF, le gain, en termes d'AV la première année, était de 5 lettres, mais avait chuté à 0 lettre à 5 ans, alors que l'étude pilote avançait un gain d'AV de 8 lettres. Les études sur les anti-VEGF en vraie vie montrent que l'on n'injecte pas assez (étude portant exclusivement sur le ranizumab ; l'affibercept est en cours de publication : étude Apollon).

Concernant les corticoïdes dans le diabète, la dexaméthasone retard

(qui a aujourd'hui 7 ans de recul dans cette indication), permet de diminuer le nombre d'injections la première année (3 vs 7 pour le ranizumab).

Deux études ont été présentées : l'étude Mozart [2], qui montre un gain à 12 mois de 8,7 lettres ; l'étude Reldex [3], qui montre un gain à 12 mois de 9 lettres.

La tolérance est très bonne et les complications relatives à la corticothérapie peuvent facilement être dépistées et traitées au cours du suivi (chirurgie de la cataracte en cas de phakosclérose, traitement médical du glaucome en cas d'hypertonie intraoculaire).

Enfin, ces études ont aussi permis de montrer que les corticoïdes semblaient être plus efficaces sur la résorption des exsudats secs que les anti-VEGF.

En conclusion, les études de vraies vies affichent de meilleurs résultats avec la dexaméthasone retard, notamment grâce au nombre annuel d'injections, bien inférieur à celui des anti-VEGF.

Critères prédictifs du traitement de l'OMD (A. Couturier, Paris)

Lors de cette présentation, Aude Couturier a fait une synthèse de ces critères prédictifs. Tout d'abord, elle a défini la réponse au traitement comme un élément à la fois anatomique (OCT) et fonctionnel (AV en ETDRS).

Le premier critère est l'AV initiale : plus elle est élevée et plus la récupération sera meilleure. D'où les études actuelles sur un traitement plus précoce de l'OMD (seuil d'AV à 8/10).

Les autres facteurs prédictifs d'une meilleure récupération mis en évidence sont : les hommes, un âge jeune (par une probable meilleure résistance du tissu rétinien), le taux d'hémoglobine glyquée (dans les études de vraie vie, plus l'HbA1c est élevé et moins la récupération visuelle est bonne, alors que dans l'étude pilote, ce critère n'était pas significatif). Au contraire, l'association d'un OMD et d'une rétinopathie diabétique serait plutôt

défavorable sur la récupération visuelle.

Par la suite, les critères en imagerie ont été détaillés :

- le fluide intrarétinien n'a pas d'impact sur la récupération visuelle et serait même un facteur protecteur dans les études randomisées ;

- la désorganisation de la rétine interne (DRIL) est un signe de sévérité, et leur augmentation au cours du suivi est corrélée à une mauvaise récupération visuelle ;

- si l'épaisseur des cellules ganglionnaires diminue, alors la récupération fonctionnelle est moins bonne ;

- une choroïde plus épaisse est associée à un meilleur résultat fonctionnel.

Enfin, l'absence de facteurs mécaniques (traction vitréomaculaire et/ou membrane épirétinienne) permet une meilleure récupération visuelle.

Pour finir, en OCT-A, la diminution de la densité capillaire dans le plexus profond et l'élargissement de la zone avasculaire centrale sont associés à une mauvaise récupération visuelle.

En conclusion, le facteur principal est l'AV initiale. Dès que des signes apparaissent sur les examens complémentaires (OCT, angiographie ou OCT-A), alors la récupération est moins bonne.

Romain Mouchel

Interne
des hôpitaux
de Lyon



Références bibliographiques

- [1] Wecker T et al. Five-year visual acuity outcomes and injection patterns in patients with pro-re-nata treatments for AMD, DME, RVO and myopic CNV. *Br J Ophthalmol.* 2017;101(3):353-9.
- [2] Guigou S et al. Multicenter Ozurdex® assessment for diabetic macular edema: MOZART study. *J Fr Ophtalmol.* 2014;37(6):480-5.
- [3] MacIès A et al. Real-life study in diabetic macular edema treated with dexamethasone implant: The RELDEX Study. *Retina.* 2017;37(4):753-60.