



Une DMLA (exsudative) peut en cacher une autre (atrophique)

Anne Sikorav, Oudy Semoun

La DMLA exsudative et la DMLA atrophique représentent les deux formes bien connues de la pathologie. Mais s'agit-il de formes bien distinctes ? Les publications concernant la DMLA avancée s'intéressent souvent de manière exclusive à l'une ou à l'autre forme et très peu de travaux ont analysé la présence concomitante rétinienne des deux formes de DMLA.

Nous tenterons d'apporter un éclairage sur l'association de l'atrophie géographique à la DMLA néovasculaire lors du diagnostic initial de DMLA exsudative.

Atrophie géographique et DMLA exsudative

Les facteurs de prédisposition génétique de la DMLA sont communs, qu'il s'agisse de DMLA atrophique ou exsudative. Un patient atteint d'une DMLA exsudative peut présenter ultérieurement une forme atrophique et inversement. Dans les populations européennes, la DMLA exsudative est deux fois plus importante que la DMLA atrophique, comme le rapporte l'étude EUREYE [1] ; cependant, d'autres études rapportent une tendance inverse [2,3].

Nous pouvons distinguer cinq associations différentes d'atrophie géographique (GA) et de DMLA exsudative selon la chronologie dans le diagnostic de ces deux éléments (figure 1).

À ce jour, l'évaluation et la description des caractéristiques morphologiques des lésions atrophiques sont semblables, qu'il s'agisse d'une GA pure ou associée à la DMLA exsudative. Ces caractéristiques sont essentiellement : les plages dépigmentées à bordure nette au fond d'œil, l'hypofluorescence sur le cliché en autofluorescence en lumière bleue, l'effet fenêtre à l'angiographie à la fluorescéine, l'hyperréflexivité postérieure liée à l'absence d'atténuation par l'épithélium pigmentaire, associée à une atteinte plus ou moins sévère de la rétine neurosensorielle en OCT (figure 2).

Il est actuellement admis que la DMLA atrophique peut se compliquer de néovascularisation dans environ 10 à 20 % des cas à cinq ans [4,5], le plus souvent en bordure

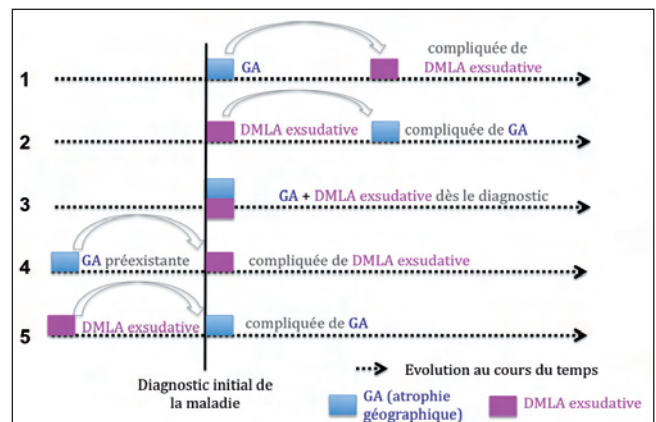


Figure 1. Association de la DMLA atrophique et de la DMLA exsudative selon l'évolution.

des plages d'atrophie. Ce risque est augmenté en cas de néovascularisation de l'œil controlatéral [6].

Prévalence de l'atrophie associée à la DMLA exsudative au diagnostic initial

Cette prévalence est pauvre et hétérogène dans la littérature ; elle est comprise entre 6,9 % et 58,6 % [7,8]. Des différences dans la taille minimale de la GA ainsi que la variabilité des examens utilisés pour l'identifier et la quantifier peuvent expliquer l'hétérogénéité des résultats.

Une étude rétrospective réalisée au Centre hospitalier intercommunal de Créteil (Sikorav A *et al.* ARVO 2014 : abstract 4940) retrouve que la GA est associée à la DMLA exsudative dans 24,3 % des cas lors de la présentation initiale, avec une atteinte atrophique fovéolaire dans près de 40 % des cas.

Service d'ophtalmologie, Hôpital intercommunal de Créteil

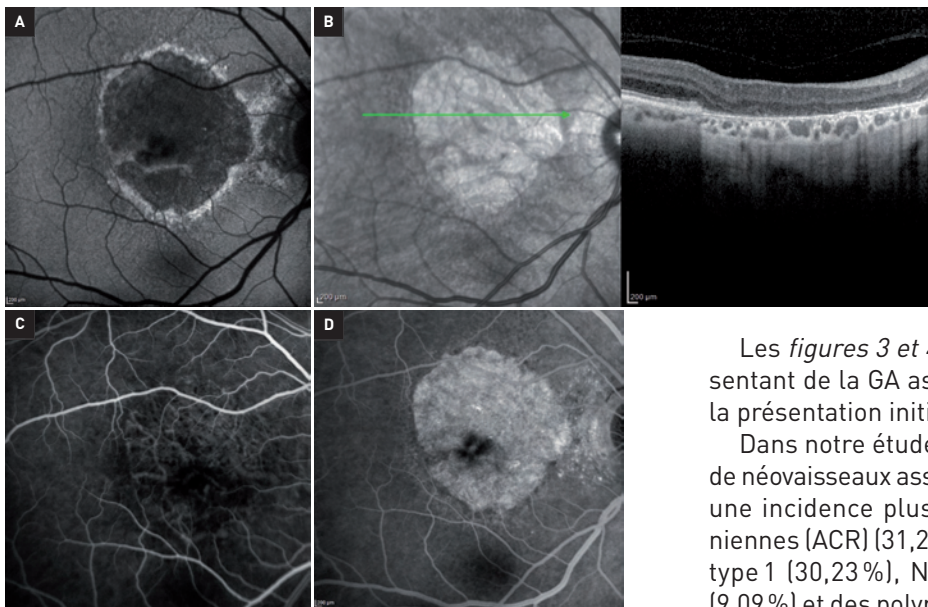


Figure 2. Atrophie géographique : cliché en autofluorescence en lumière bleue (A), OCT en coupe horizontale (B), angiographie à la fluorescéine aux temps précoces et intermédiaires (C et D).

Seule l'utilisation d'imagerie multimodale, comprenant notamment le cliché en autofluorescence en lumière bleue, l'OCT et l'angiographie à la fluorescéine et au vert d'indocyanine réalisés de manière systématique au bilan initial, permet d'identifier les zones rétiniennes atrophiques lors du diagnostic de DMLA exsudative.

Les figures 3 et 4 reprennent les cas de patients présentant de la GA associée à la DMLA exsudative lors de la présentation initiale.

Dans notre étude, l'analyse de la fréquence des types de néovaisseaux associés à la DMLA exsudative a retrouvé une incidence plus élevée d'anastomoses chorio-rétiniennes (ACR) (31,25 %) suivis des néovaisseaux (NVC) de type 1 (30,23 %), NVC de type 2 (29,55 %), NVC mixtes (9,09 %) et des polypes (6,25 %). Nous avons retrouvé que la néovascularisation ainsi que l'atrophie de l'œil controlatéral sont des facteurs de risque significatifs d'atrophie existante associée à la DMLA exsudative lors de la consultation initiale.

Devant tout patient se présentant en urgence pour une

DMLA exsudative, nous devons donc nous efforcer de rechercher des plages d'atrophie déjà existantes associées. L'intégration de ce paramètre pourrait avoir une incidence dans la controverse actuelle sur l'atrophie induite par les anti-VEGF. Néanmoins, s'il apparaît aujourd'hui prématuré d'affirmer de manière

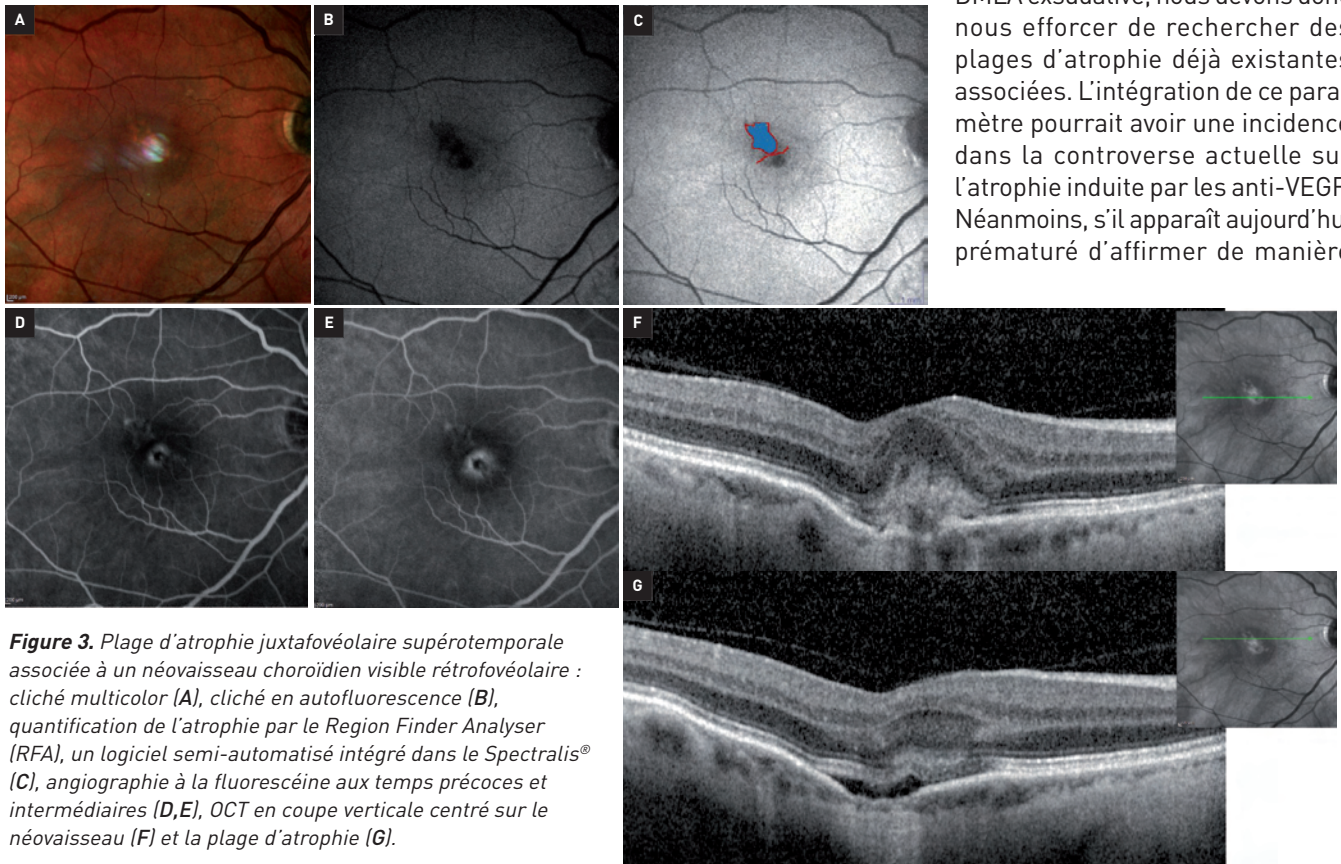


Figure 3. Plaque d'atrophie juxtafovéolaire supérotemporale associée à un néovaisseau choroidien visible rétrofovéolaire : cliché multicolor (A), cliché en autofluorescence (B), quantification de l'atrophie par le Region Finder Analyser (RFA), un logiciel semi-automatisé intégré dans le Spectralis® (C), angiographie à la fluorescéine aux temps précoces et intermédiaires (D,E), OCT en coupe verticale centré sur le néovaisseau (F) et la plage d'atrophie (G).

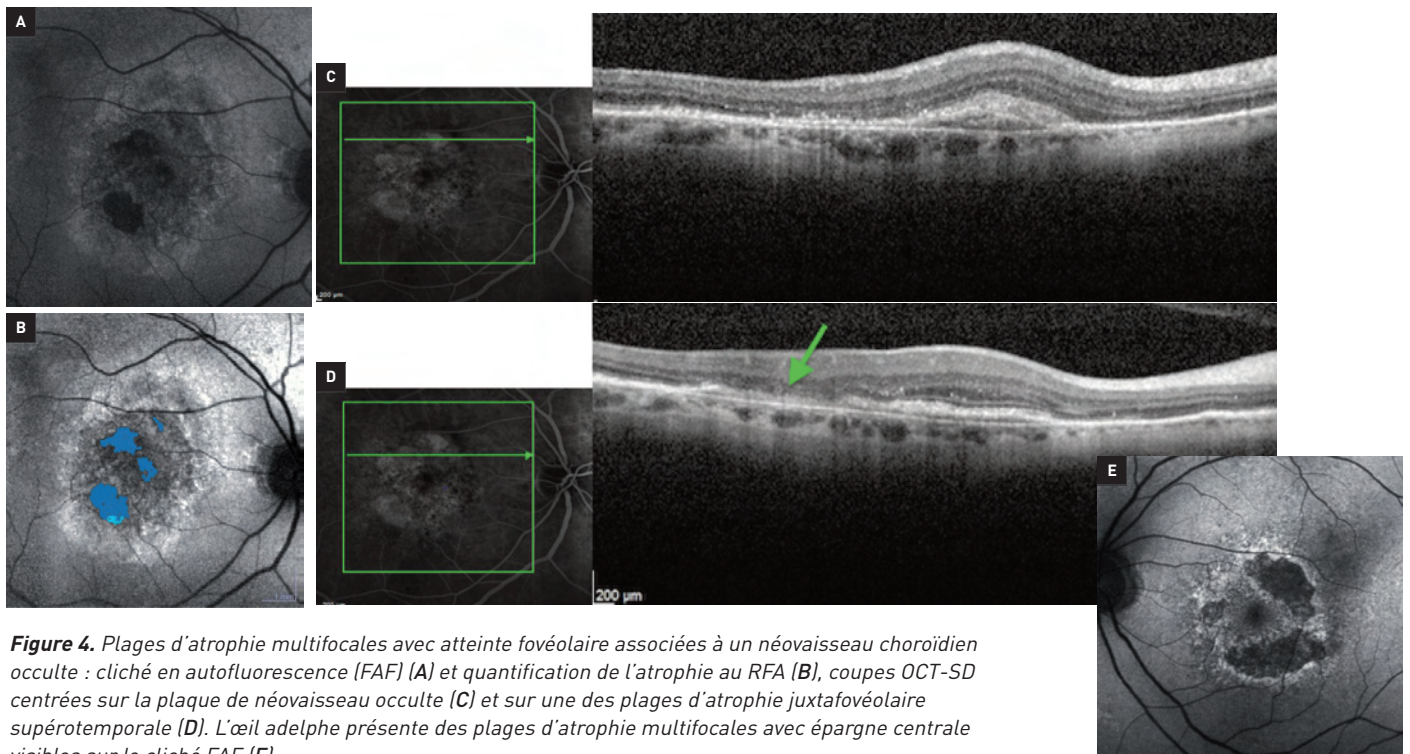


Figure 4. Plages d'atrophie multifocales avec atteinte fovéolaire associées à un néovaisseau choroidien occulte : cliché en autofluorescence (FAF) (A) et quantification de l'atrophie au RFA (B), coupes OCT-SD centrées sur la plaque de néovaisseau occulte (C) et sur une des plages d'atrophie juxtafovéolaire supérotemporale (D). L'œil adelphe présente des plages d'atrophie multifocales avec épargne centrale visibles sur le cliché FAF (E).

catégorique que le traitement anti-VEGF peut causer ou aggraver la GA dans la DMLA exsudative et de réduire en conséquence le nombre d'injections intravitréennes (IVT) d'anti-VEGF nécessaires, les derniers résultats de l'étude CATT (Grunwald JE *et al.* ARVO 2014 : abstract 1649) indiquent que le traitement par ranibizumab, ainsi que les injections mensuelles (quel que soit l'anti-VEGF), semble être plus corrélé à la survenue de GA. Il peut être légitime d'en informer le patient. L'amélioration de nos connaissances pourra certainement nous conduire dans le futur à individualiser notre stratégie thérapeutique en adaptant le nombre d'IVT d'anti-VEGF et la molécule au type de néovaisseau, et à l'éventuelle GA associée.

Conclusion

La GA est associée à la DMLA exsudative dans un quart des cas lors de la présentation initiale.

Des analyses complémentaires seront nécessaires pour évaluer :

- la physiopathologie de l'association entre l'atrophie et le développement de la NVC,
- l'impact à terme d'une atrophie, ainsi que son retentissement fonctionnel,
- la controverse des anti-VEGF et leur lien avec une atrophie.

Un suivi prolongé nous permettra aussi d'avoir un recul sur la prise en charge de ces patients présentant une forme mixte de DMLA avancée.

Bibliographie

1. Augood CA, Vingerling JR, de Jong PT *et al.* Prevalence of age-related maculopathy in older Europeans: the European Eye Study (EUREYE). *Arch Ophthalmol.* 2006;124(4):529-35. 2. Jonasson F, Arnarsson A, Sasaki H *et al.* The prevalence of age-related maculopathy in iceland: Reykjavik eye study. *Arch Ophthalmol.* 2003;121(3):379-85. 3. Klein R, Klein BE, Tomany SC *et al.* Ten-year incidence and progression of age-related maculopathy: the Beaver Dam eye study. *Ophthalmology.* 2002;109(10):1767-79. 4. Sarks JP, Sarks SH, Killingsworth MC. Evolution of geographic atrophy of the retinal pigment epithelium. *Eye.* 1988;2 (Pt 5):552-77. 5. Schatz H, McDonald HR. Atrophic macular degeneration. Rate of spread of geographic

atrophy and visual loss. *Ophthalmology.* 1989;96(10): 1541-51. 6. Sunness JS, Gonzalez-Baron J, Bressler NM *et al.* The development of choroidal neovascularization in eyes with the geographic atrophy form of age-related macular degeneration. *Ophthalmology.* 1999;106 (5):910-9. 7. Grunwald JE, Daniel E, Huang J *et al.* Risk of geographic atrophy in the comparison of age-related macular degeneration treatments trials. *Ophthalmology.* 2014;121(1):150-61. 8. Kumar N, Mrejen S, Fung AT *et al.* Retinal pigment epithelial cell loss assessed by fundus autofluorescence imaging in neovascular age-related macular degeneration. *Ophthalmology.* 2013;120(2): 334-41.