

## Journée de la fédération rétinienne Les œdèmes maculaires – Succès et limites des traitements

Cette année, la journée de la fédération rétinienne (15 juin 2012 à la Maison de la chimie à Paris) a montré que l'avenir de la prise en charge de l'œdème maculaire est l'adaptation du traitement au mécanisme propre de chaque œdème : une meilleure compréhension de ces mécanismes et la définition de facteurs pronostiques permettra alors l'intervention à des stades plus précoces pour une efficacité optimale.

### Œdème maculaire : diagnostic et suivi

Quelle que soit l'origine de l'œdème maculaire (OM), le diagnostic repose sur l'OCT couplé à l'angiographie afin d'en préciser le mécanisme. L'OCT reste l'examen incontournable dans le suivi de l'OM, tout en gardant à l'esprit la corrélation aléatoire entre l'évolution anatomique objectivée à l'OCT et l'amélioration fonctionnelle ; il n'y a pas de parallélisme entre l'épaisseur maculaire et l'acuité visuelle.

### Pourquoi l'OM fait-il perdre la vue ?

L'épaississement maculaire est modérément corrélé à l'acuité visuelle et il faut tenir compte de l'ancienneté de l'œdème et des altérations structurales rétinienne associées (hémorragies, exsudats) pour expliquer son retentissement. De multiples travaux tentent actuellement d'analyser sa structure afin d'en évaluer le retentissement fonctionnel. Par ailleurs, au-delà de l'acuité visuelle, la sensibilité visuelle peut être appréciée par la micropérimétrie, permettant alors d'approcher un autre pan du ressenti du patient.

### Évolution spontanée de l'OM : peut-on attendre ?

Dans le cas de l'œdème maculaire diabétique (OMD), il existe des altérations précoces de l'électrorétinogramme même en absence de rétinopathie diabétique ; des fluctuations spontanées de l'OM ont été montrées altérant le pronostic visuel de

façon variable en fonction de la sensibilité individuelle. Le traitement ne doit être ni trop précoce (rapport bénéfice/risque) ni trop tardif (risque d'atrophie rétinienne). Concernant l'œdème secondaire à une occlusion de la veine centrale de la rétine (OVCR), 30 % des OM sont spontanément résolutifs avec un plateau d'amélioration au 12<sup>e</sup> mois. Les facteurs de bon pronostic restent le caractère récent de l'OBVR, une TA équilibrée, une acuité visuelle > 5/10<sup>e</sup>, la continuité de la ligne IS/OS, la persistance d'une bonne perfusion maculaire.

### OM et diabète

Les classifications actuelles tiennent compte de la localisation de l'œdème et non de l'épaisseur rétinienne. De nouvelles classifications basées sur l'OCT seraient plus pertinentes. La pathogénie de l'OMD est complexe et multifactorielle. Il faut rappeler l'importance primordiale de l'équilibre des facteurs systémiques. Il semble important de rechercher et traiter un éventuel syndrome d'apnées du sommeil associé. L'efficacité du laser est reconnue, son indication reste indiscutable en présence d'œdème focal, modéré et peut être combiné au traitement par IVT. Les IVT de triamcinolone sont efficaces au prix d'effets secondaires bien connus tels que la progression de la cataracte et le risque d'hypertonie, avec une récurrence fréquente au 4<sup>e</sup> mois. L'intérêt de l'Ozurdex® dans le traitement des OMD est en

cours d'évaluation.

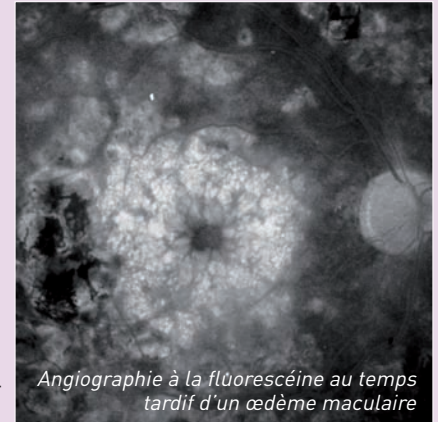
Les études RESTORE et RESOLVE ont montré l'efficacité des anti-VEGF dans le traitement des OM, au prix d'injections répétées et d'un suivi mensuel indispensable. L'arsenal thérapeutique local s'est étoffé mais la réalisation d'un bilan général (polysomnographie, Holter tensionnel) et le contrôle des facteurs systémiques restent indispensables.

### Traitement des OM des occlusions veineuses rétinienne

Les anti-VEGF semblent être un traitement de première intention chez le patient phaque et/ou glaucomateux. En maîtrisant leurs effets secondaires, les corticoïdes sont aussi efficaces et de façon prolongée.

### Place de la chirurgie dans les épaississements maculaires microkystiques

En cas d'OM lié à un syndrome de traction vitréo-maculaire, la vitrectomie permet un gain d'acuité visuelle de plus de 2 lignes dans 50 à 100 % des cas. Associé à une membrane épitréinienne (MER), l'OM doit faire évoquer une pathologie sous-jacente à explorer. La chirurgie du fovéoschisis du fort myope doit être prudente en raison d'une faible corrélation anatomo-fonctionnelle : une surveillance préopératoire est raisonnable, permettant d'attendre une baisse de vision de près et de repérer les fovéoschisis "à haut risque". La place de la vitréolyse enzymatique est encore à définir avec la microplasmine, mais les



Angiographie à la fluorescéine au temps tardif d'un œdème maculaire

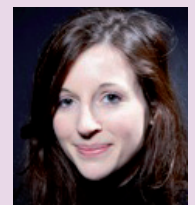
effets ne sont pas encore tous connus.

### Quels traitements pour les autres OM ?

En cas d'OM associé à une uvéite, l'accroissement de l'arsenal thérapeutique local et systémique permet l'adaptation individuelle du traitement en fonction de l'étiologie. Les causes médicamenteuses d'OM sont multiples et surviennent souvent en présence de facteurs prédisposants ; il convient d'y penser en l'absence de cause évidente. Dans le cas des rétinoopathies pigmentaires, la régression de l'OM est parfois spontanée. Les inhibiteurs de l'anhydrase carbonique en topique sont une solution efficace dans plus de 50 % des cas. Les phénomènes exsudatifs des télangiectasies maculaires de type 1 répondent quant à eux à la photo-coagulation prudente.



Sébastien Bruneau



Sophie Bonnin

Hôpital Lariboisière, Paris