



Traitement de l'OMD par injection intravitréenne de dexaméthasone (Ozurdex®) À propos d'un cas

Julien Vidal

Madame M., âgée de 60 ans, diabétique, pseudophake des 2 yeux, consulte fin 2014 pour une baisse d'acuité visuelle (AV) progressive, bilatérale (3/10^e Parinaud 6 à droite et 4/10^e Parinaud 5 à gauche) en rapport avec un œdème maculaire diabétique (OMD) diffus. Il s'agit d'un diabète de type II, insulino-requérant, relativement mal équilibré (HbA1c à 8,5%). L'angiographie rétinienne ne révèle pas d'ischémie rétinienne (figure 1). L'angiographie et l'OCT mettent en évidence un OMD diffus prédominant à droite (figure 2).

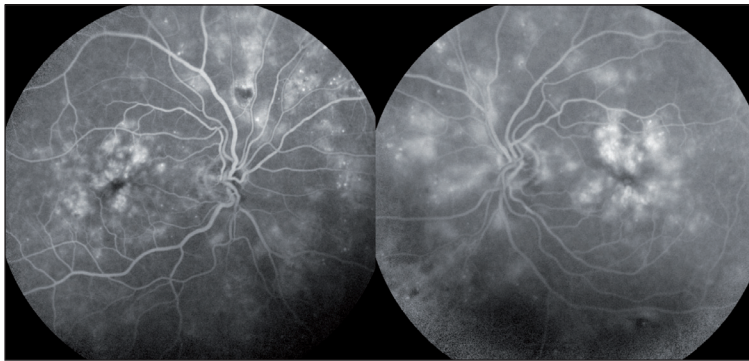


Figure 1. Angiographie en fluorescence : rétinopathie diabétique non ischémique avec œdème maculaire diffus bilatéral.

En parallèle de l'équilibre des facteurs systémiques (glycémie et tension artérielle), un traitement par injection intravitréenne (IVT) de dexaméthasone (Ozurdex®) est entrepris au niveau des 2 yeux. Après injection, l'AV remonte rapidement à 8/10^e Parinaud 2 des deux côtés avec, parallèlement, une résorption de l'œdème maculaire (figure 3).

Compte tenu de récurrences itératives des œdèmes maculaires, les injections d'Ozurdex® sont répétées pendant 2,5 années (6 injections à gauche et 5 à droite avec un délai moyen entre les IVT de 5 mois [4 à 6 mois]). Aucun effet indésirable n'est survenu jusqu'à maintenant.

Clinique Saint-André, Reims.

Après chaque injection, l'œdème maculaire régresse complètement (restitution d'un profil fovéolaire normal) et l'AV s'améliore nettement.

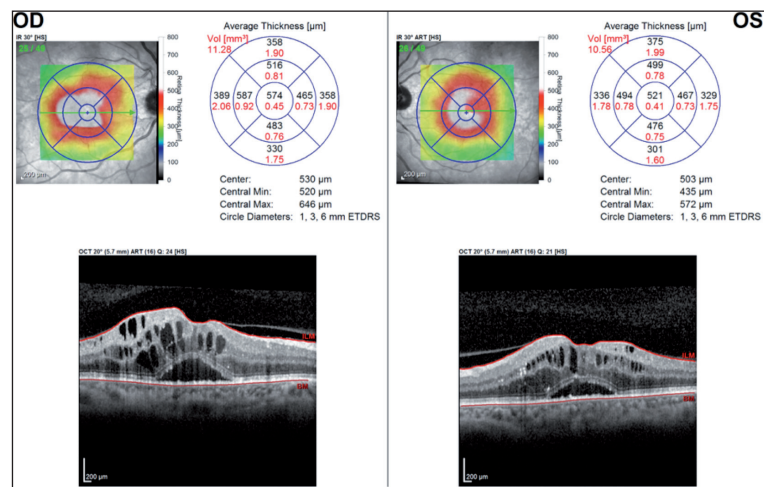


Figure 2. OCT : décollement séreux rétrofovéolaire et œdème maculaire cystoïde diffus bilatéral.

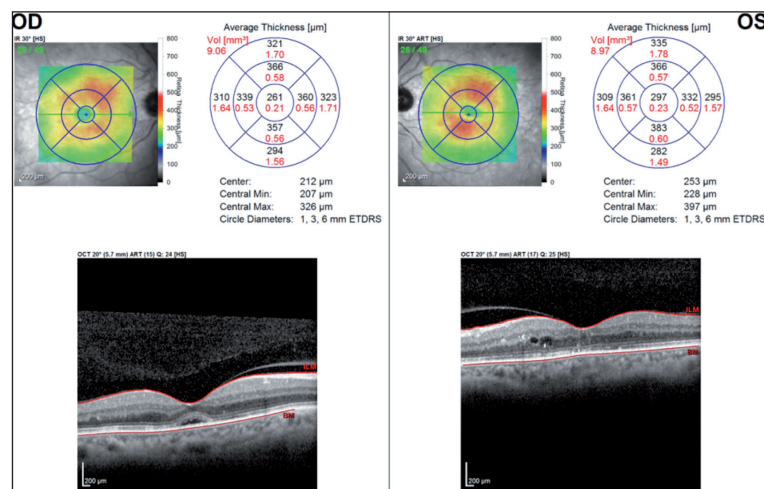


Figure 3. OCT : résorption complète des œdèmes maculaires après IVT d'Ozurdex®.

Discussion

25 à 30% des patients diabétiques présentent une rétinopathie diabétique et 5 à 7% un œdème maculaire. L'OMD, plus fréquent en cas de diabète de type II, est la principale cause de baisse d'AV chez les patients de moins de 60 ans. L'équilibre des facteurs systémiques (glycémie et tension artérielle notamment) permet de réduire la prévalence de l'OMD.

La photocoagulation (PC) au laser est longtemps restée le seul traitement disponible de l'OMD, permettant de réduire de 50% la baisse d'AV (étude ETDRS) voir même de l'améliorer dans 30% des cas (études DRCR.net). L'effet du laser est toutefois retardé de plusieurs mois. L'avènement et l'efficacité des IVT ont considérablement réduit les indications du laser. La PC reste aujourd'hui indiquée en cas d'OMD focal cliniquement significatif, menaçant la vision, c'est à dire dont une limite est située à moins d'un diamètre papillaire de la fovéa.

En cas d'OMD diffus, les IVT permettent d'obtenir rapidement un gain d'AV. Les anti-VEGF (ranibizumab et aflibercept) et plus récemment les corticoïdes (dexaméthasone) ont obtenu une AMM pour traiter l'OMD diffus.

Sur la bases des résultats des études pivotales MEAD 1 et 2 [1], la commission de transparence de la Haute Autorité de Santé a émis, le 29 avril 2015, un avis favorable à la mise sur le marché de la dexaméthasone en implant biodégradable (Ozurdex®) pour traiter l'OMD. **L'Ozurdex® est indiqué en cas de baisse d'AV ($\leq 5/10^e$)** due à un OMD chez le patient pseudophake, chez le patient pour lequel un traitement non corticoïde ne convient pas (suivi mensuel impossible, contre-indication aux anti-VEGF, œil vitrectomisé...) ou chez le patient insuffisamment répondeur aux traitements non corticoïdes.

Rappelons toutefois les contre-indications à rechercher avant d'envisager une injection d'Ozurdex® : glaucome évolué ou hypertension oculaire non équilibrée, aphakie, implant à fixation irienne, iridectomie de grande taille et antécédents oculaires infectieux (herpès et toxoplasmose notamment).

Récemment, des études dites « de vraie vie » ont confirmé l'efficacité (amélioration de l'AV, diminution de l'épaisseur maculaire) de l'Ozurdex® pour traiter l'OMD, à la fois pour les patients naïfs et pour les patients réfractaires ou sous optimaux aux anti-VEGF. Les résultats se sont avérés meilleurs chez les patients naïfs (injections de corticoïdes réalisées en première intention) [2-4].

Ce cas clinique illustre l'efficacité à la fois anatomique et fonctionnelle de l'Ozurdex® pour traiter un OMD. S'agissant d'un implant biodégradable à libération progressive, l'effet est « prolongé » (durée d'action de 4 à 6 mois) ce qui permet de réduire significativement le nombre d'injections par rapport aux injections d'anti-VEGF, et notamment chez un patient vitrectomisé. Avec l'implant de dexaméthasone, les études ont montré des concentrations vitréennes de dexaméthasone équivalentes dans les yeux vitrectomisés et non vitrectomisés. Bien qu'il n'y ait pas de données disponibles concernant les anti-VEGF, il est légitime de penser qu'en l'absence de gel vitréen, la clairance des liquides injectés dans le vitré soit beaucoup plus rapide. Réduire la fréquence des injections est un argument de choix en faveur des corticoïdes pour le confort du patient.

En cas de baisse d'AV significative due à un OMD, l'Ozurdex® permet d'obtenir un gain d'acuité visuel rapide et doit être envisagé chez un patient pseudophake, en cas de contre-indication aux anti-VEGF, lorsque un traitement par anti-VEGF ne convient pas ou encore chez un patient vitrectomisé.

Références bibliographiques

[1] Boyer DS, Yoon YH, Belfort R *et al.* Three-year, randomized, sham-controlled trial of dexamethasone intravitreal implant in patients with diabetic macular edema. *Ophthalmology*. 2014;121(10):1904-14.

[2] Akinin I, Melki L. Longitudinal study of sustained-release dexamethasone intravitreal implant in patients with diabetic macular edema. *Ophthalmologica*. 2016;235(4):187-8.

[3] Escobar-Barranco JJ, Pina-Marin B, Fernandez-Bonet M. Dexamethasone implants in patients with naive or refractory diffuse diabetic macular edema. *Ophthalmologica*. 2015;233(3-4):176-85.

[4] Guigou S, Pommier S, Meyer F *et al.* Efficacy and safety of intravitreal dexamethasone implant in patients with diabetic macular edema. *Ophthalmologica*. 2015;233(3-4):169-75.