

Compte rendu de la deuxième journée « Rétine et diabète » Session du 15 novembre 2019

La deuxième journée « Rétine et diabète » organisée par le Pr Catherine Creuzot-Garcher (Dijon) et le Pr Pascale Massin (Paris) s'est tenue le 15 novembre à la Maison de l'artisanat à Paris. Comme la première session, organisée il y a 2 ans, le principe de cette journée était de rassembler les différents acteurs qui interagissent dans la prise en charge de la rétinopathie diabétique.

La première partie était avant tout consacrée à l'organisation du dépistage de la rétinopathie diabétique (RD), mettant en exergue les problèmes qui persistent dans le déploiement des structures de dépistage en France.

Mathieu Picard (Dijon) a présenté les résultats très positifs des réseaux de dépistage français avec le bémol d'un faible déploiement national, et notamment le problème de la saisie des honoraires pour les médecins lecteurs.

Chloé Chamard (Montpellier) a discuté la possibilité de personnaliser l'intervalle de dépistage et proposé d'espacer le suivi chez les patients indemnes de RD avec une glycémie équilibrée.

Mathieu Lamard (Brest) a présenté l'intelligence artificielle (IA) comme un outil à venir dans les méthodes de classification automatique des rétinographies et images OCT. Gwénoél Quellec (Brest) a décrit les différents logiciels de détection automatique de la RD.

La table ronde composée des orateurs, d'Alexandre Le Guilcher (Paris), Bruno Lay (Caen), Jean-Bernard Rottier (Le Mans), Michel Varroud Vial (ministère de la Santé), Catherine Creuzot-Garcher (Dijon) et Pascale Massin (Paris), a



indiqué la nécessité d'améliorer la prise en charge du dépistage par l'Assurance maladie et de garder l'ophtalmologiste au cœur du soin, l'IA représentant une aide. Il restera certainement à mieux développer un circuit propre au dépistage.

La deuxième partie a porté sur l'actualité dans le suivi du diabète, exposée par les diabétoles. Des changements considérables ont été observés ces dernières années et vont encore évoluer.

Jean-Pierre Riveline (Paris) a présenté les nouvelles technologies et le diabète connecté comme les dispositifs de mesure du glucose en temps réel et leur utilité en télémédecine. Sylvie Feldman (Paris) a étudié les variations glycémiques et montré que l'amélioration rapide serait un risque d'ag-

gravation de la RD en cas de RD préexistante, de diabète ancien et déséquilibré.

Bruno Vergès (Dijon) a décrit les effets des antidiabétiques agonistes GLP-1 et inhibiteurs SGLT2 sur la RD et suggéré d'éviter les agonistes GLP-1 à fort pouvoir hypoglycémiant en cas de RD évolutive.

La troisième partie a porté sur l'imagerie.

Ali Erginay (Paris) a suggéré que la détection et la surveillance de la RD était meilleure avec une rétinographie ultra grand champ (UGC) qu'une rétinophoto classique et pouvait être intégrée dans le dépistage.

Selon Aude Couturier (Paris), l'imagerie UGC a son indication dans le stade de RD proliférante pour l'indication d'une photocoagulation panrétinienne (PPR) et l'aide au diagnostic de la sévérité par la détection de lésions périphériques.

Audrey Giocanti (Bobigny) a étudié les biomarqueurs et

conclu qu'ils ne permettaient pas de prédire l'évolution de l'OMD ni d'améliorer la réponse aux traitements.

Laurent Kodjikian (Lyon) conseille d'utiliser l'imagerie couleur UGC dans le dépistage et sous anti-VEGF, de remplacer la photo par l'angiographie en fluorescence (AF) (UGC).

Vincent Gualino (Montauban) a présenté les récents outils d'imagerie et d'imagerie connectée et montré l'utilité des smartphones (stockage, connexion) et de l'OCT portable (autosurveillance).

La table ronde regroupant les orateurs, Jean-François Korobelnik (Bordeaux) et Frank Fajnkuchen (Paris) a discuté de l'intérêt de ces techniques. Du fait de leur coût, la rétinophotographie classique et l'AF restent d'actualité. Les lésions périphériques ne sont à détecter que chez les patients diabétiques.

L'après-midi a débuté par une première partie sur l'œdème maculaire diabétique (OMD). Amélie Leclaire (Rouen) a présenté les résultats des études du protocole T (DRCRnet) sur l'influence des facteurs systémiques dans l'OMD.

John Conrath (Marseille) a abordé la question de l'assèchement de l'OM qui est, selon lui, une décision à prendre au cas par cas.

David Gaucher (Strasbourg) a discuté du protocole thérapeutique de l'OMD. La réponse initiale au traitement par anti-VEGF n'est pas forcément prédictive du résultat à 1 an. Le *switch* s'envisage en cas de mauvaise réponse après 6 IVT. Bénédicte Dupas (Paris) a étudié les résultats des études de vraie vie pour voir s'il fallait

Pour plus d'informations, visitez le site :
www.journee-jrd.com

modifier les indications et les modalités thérapeutiques, et a préconisé d'équilibrer les facteurs systémiques en première ligne.

La table ronde a proposé comme traitement initial de l'OMD 5 ou 6 injections pour obtenir le meilleur gain visuel, puis un arrêt des injections dès l'obtention d'une acuité visuelle à 8 ou 9/10, même en cas de persistance de fluide.

Stéphanie Baillif (Nice) a analysé les résultats de vraie vie de l'utilisation de l'Iluvien® et indiqué l'importance de surveiller la pression intraoculaire (PIO).

Frédéric Matonti (Marseille) a discuté de la place de l'Ozurdex® et de l'Iluvien® dans l'OMD

et montré la nécessité de repérer les patients à risque de complications.

Michel Weber (Nantes) a décrit les récentes études d'évaluation des futurs traitements de l'OMD qui semblent prometteurs en termes d'efficacité et de durabilité.

Francesca Amoroso (Créteil) a présenté le traitement laser sans contact assisté par ordinateur Navilas, permettant de réduire le nombre d'injections en ciblant les macroanévrismes diffusant au vert d'indocyanine.

La table ronde a retenu de surveiller la PIO et de rechercher les causes systémiques d'un

OM résistant.

La dernière partie a porté sur le traitement de la RD.

Chez la femme diabétique, Marie-Noëlle Delyfer (Bordeaux) a souligné l'intérêt de planifier la grossesse, du suivi strict durant cette période et en postpartum, et de faire d'emblée une PPR en cas de RD non proliférante sévère.

Alexandre Pedinielli (Créteil) a justifié l'intérêt du Navilas pour certains patients (algiques) et pour sa rentabilité malgré son coût (rapidité, traitement maculaire).

Anne Robinet (Brest) et Mohamed Bennani (Casablanca) ont débattu sur les résultats du

protocole S et conclu que le PPR restait le traitement de référence de la RDP.

La table ronde a clôturé cette journée sur le fait que l'association anti-VEGF + PPR pouvait avoir sa place dans la RDNP, mais essentiellement si celle-ci était associée à un OMD.

Audrey Cougnard-Gregoire

*Université de Bordeaux,
Inserm, Bordeaux
Population Health Research
Center, équipe LEHA,
UMR 1219, Bordeaux*