

année dans le traitement de l'œdème maculaire diabétique (OMD), le ranibizumab ayant obtenu l'AMM dans cette indication en début d'année (remboursement attendu en fin d'année).

4,4 % de la population française présente un diabète

Le Dr Sylvie Feldman a fait un rappel des données épidémiologiques et diagnostiques récentes sur le diabète, celui-ci atteignant 4,4 % de la population française, avec une prévalence plus importante avec l'âge, dans le nord et l'est de la France, et l'outremer. Plusieurs nouveaux outils diagnostiques sont disponibles pour améliorer le contrôle du diabète : le dosage de l'HbA_{1c} en consultation (analyseurs délocalisés mesurant l'HbA_{1c} par méthode immunologique) et le Holter glycémique. Concernant le contrôle de la pression artérielle (qui doit être inférieure à 130/80 mmHg), on recommande selon les cas l'automesure tensionnelle, la réalisation d'un Holter tensionnel et la recherche d'un syndrome d'apnées du sommeil. L'OMD concerne 5 % de la population diabétique [Delcourt, 2009], et environ 30 % des patients diabétiques ont un OMD après 20 ans de diabète.

La prise en charge thérapeutique de l'OMD en 2011

Une synthèse de la prise en charge thérapeutique actuelle de l'OMD a été présentée par le Pr Pascale Massin, en sachant que les indications thérapeutiques dans cette pathologie sont mouvantes et destinées à évoluer avec notre expérience.

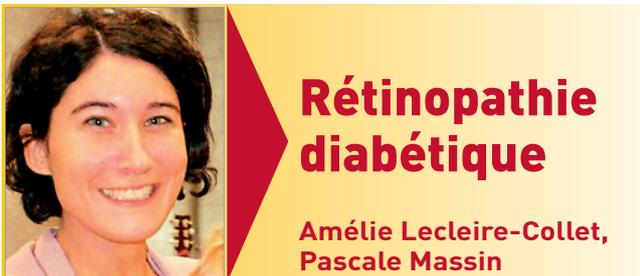
Il a été rappelé l'importance de l'équilibration des facteurs de risque dans la prise en charge de l'OMD, celui-ci ayant très peu de chance de guérir en cas de déséquilibre du diabète et de l'hypertension artérielle.

Le laser garde une place dans le traitement, car il améliore l'acuité visuelle chez environ 20 % des patients, en particulier en cas de composante focale, avec un effet progressif et retardé.

Aucune étude randomisée n'a montré à ce jour un bénéfice de la vitrectomie en cas d'œdème maculaire sans traction.

Un seul traitement corticoïde peut être actuellement utilisé en pratique clinique courante en France : l'acétonide de triamcinolone (Kenacort®). L'effet des corticoïdes est puissant et rapide, mais le bénéfice visuel diminue avec le temps [Gillies, 2006] : ceci est principalement lié à la cataracte, car chez les pseudophakes, le bénéfice visuel se maintient (DRCRnet, 2008, 2009). La phase III de l'étude avec l'Ozurdex® (dexaméthasone) est en cours ; seuls les résultats de la phase 2 sont actuellement disponibles (Haller, 2010) : ceux-ci montrent une amélioration de l'acuité visuelle jusqu'au 180^e jour (amélioration significative à trois mois, mais perte de significativité à six mois).

Les études avec l'implant de fluocinolone, Iluvien® (Alimera), qui présente une action théorique de deux ans, mon-



Service d'ophtalmologie, Hôpital Lariboisière, Paris

L'œdème maculaire diabétique

Ce congrès de la SFO a permis d'assister à d'intéressantes présentations sur le thème de la rétinopathie diabétique, notamment sur la place des anti-VEGF, mis en avant cette



tre un effet bénéfique initial, qui s'estompe à partir de neuf mois, à cause principalement de la cataracte, le bénéfice visuel persistant chez les pseudophakes. Les études montrent un taux important d'effets secondaires : hypertension oculaire, nécessité d'une chirurgie filtrante [Campochiaro, 2011].

Ainsi, les corticoïdes présentent une efficacité durable, supérieure à trois mois, avec un tiers des patients présentant un gain de deux lignes ou plus d'acuité visuelle à un an ; le bénéfice s'estompe avec le temps chez les sujets phakes, et tous les corticoïdes ne sont pas égaux entre eux. Le principal problème des corticoïdes réside dans leurs effets secondaires.

Les résultats des études avec les anti-VEGF (RESOLVE, RESTORE, READ2 et DRCRnet) montrent une efficacité plus lente, plus progressive et globalement plus élevée (mais relativement semblable chez le pseudophake) par rapport aux corticoïdes, au prix d'injections intravitréennes répétées et d'un suivi mensuel. Environ 50 à 60 % des patients traités présentent un gain de deux lignes ou plus d'acuité visuelle à un an. Il semble qu'il y ait besoin de moins d'injections au cours de la deuxième année pour maintenir un effet [DRCRnet]. Ces traitements présentent une très bonne tolérance oculaire et systémique (pas de surmortalité et surmorbidité décrite).

En conclusion, le schéma thérapeutique suivant peut être proposé :

- l'équilibration des facteurs systémiques est essentielle ;
- en l'absence de baisse d'acuité visuelle significative (acuité visuelle > 73 lettres ou 6/10), on réalise un traitement par laser sur l'œdème maculaire focal ou mixte ;
- en cas de baisse d'acuité visuelle significative, un traitement par laser est réalisé généralement en première intention, surtout en cas de composante focale. Un traitement par anti-VEGF sera indiqué secondairement en cas de suivi mensuel possible. Le traitement par anti-VEGF sera proposé en première intention en cas d'épaississement important, d'œdème avec peu de fuites focales, chez un sujet jeune.

Le ranibizumab a obtenu une extension d'AMM dans l'OMD en janvier 2011, avec les recommandations suivantes : les injections sont mensuelles jusqu'à ce que l'acuité visuelle du patient soit stable lors de trois évaluations mensuelles consécutives. Tous les patients ne sont pas répondeurs : en cas d'absence d'amélioration après trois injections, le traitement n'est pas poursuivi. À noter qu'il s'agit d'un traitement fonctionnel : les indications d'injection sont posées essentiellement sur l'acuité visuelle et non sur l'OCT. En effet, il n'existe pas de bonne corrélation entre l'épaisseur maculaire et l'acuité visuelle, comme l'a montré l'étude RESTORE. L'objectif est d'améliorer puis de stabiliser la vision et non de faire disparaître l'épaississement maculaire.

Le traitement par corticoïde n'est indiqué qu'en deuxième ou troisième intention, devant un œdème réfractaire au laser ou aux anti-VEGF, tout particulièrement chez les pseudophakes ou en cas de suivi mensuel impossible, en l'absence de contre-indication aux corticoïdes.

Plusieurs équipes ont également présenté leurs travaux à propos des traitements de l'OMD

- Le Dr Catherine Guyot-Argenton et coll. ont classé les clichés en autofluorescence de patients traités par laser maculaire pour un OMD en deux groupes : marques de laser hypo-autofluorescentes ou iso-autofluorescentes. Les résultats étaient comparables dans les deux groupes, avec une tendance à une diminution plus importante d'épaisseur dans le groupe hypo-autofluorescent et à une amélioration plus importante de l'acuité visuelle dans le groupe iso-autofluorescent. Les clichés montrant des hypo-autofluorescences facilitent le retraitement par laser, tandis que les clichés iso-autofluorescents permettent un grid plus étendu.
- L'équipe du Dr David Gaucher comparant les résultats après exérèse de membrane épimaculaire chez des patients diabétiques et non diabétiques a montré une moins bonne récupération visuelle chez les patients diabétiques, alors que l'épaisseur maculaire était moins importante, suggérant une atteinte fonctionnelle rétinienne associée. À noter également la moindre fréquence de décollement postérieur du vitré préopératoire chez les patients diabétiques.

Tolérance de la panphotocoagulation rétinienne au laser multi-spots

L'équipe du Pr Catherine Creuzot-Garcher a comparé la variation d'épaisseur maculaire à six mois chez deux groupes de patients : l'un ayant bénéficié d'une panphotocoagulation au laser Pascal en une seule séance, l'autre en quatre séances espacées d'un mois.

Les résultats étaient significativement non différents entre les deux groupes, ainsi qu'en termes d'acuité visuelle et d'effets secondaires sévères, suggérant l'intérêt d'une panphotocoagulation en une seule séance.

L'équipe du Pr Danièle Denis a également montré le faible risque d'augmentation de l'épaississement maculaire après photocoagulation au laser Pascal.

Dépistage de la rétinopathie diabétique : quel rapport coût/efficacité ?

L'équipe du Pr Catherine Creuzot-Garcher a évalué le rapport coût/efficacité du dépistage itinérant annuel de la rétinopathie diabétique en Bourgogne sur une période de cinq ans, et l'a comparé à l'absence de dépistage. Le dépistage itinérant apparaît coût-efficace et permettait d'économiser 134 400 euros par an et d'éviter 27 cas de cécité.

Une deuxième étude de l'équipe du Pr Creuzot-Garcher a évalué l'efficacité du dépistage itinérant de la rétinopathie diabétique dans la réintroduction des patients diabétiques dans un suivi ophtalmologique. Le taux de pénétration du dépistage dans la population diabétique (nombre de patients dépistés/nombre de diabétiques concernés) était de 12 % et le taux de réintroduction des patients dépistés dans la filière médicale de 70 %.

Les autres communications

- L'équipe du Pr Pascale Massin a évalué la zone avasculaire centrale (ZAC) chez des patients présentant une rétinopathie diabétique sans œdème maculaire et a montré que le calcul de la surface de la ZAC à partir de l'angiographie rétinienne (HRA2) est une méthode plus fiable et reproductible que le grade ETDRS. Une surface de 0,5 mm² apparaît comme la valeur seuil définissant la maculopathie ischémique. L'élargissement de la ZAC est corrélé à l'amincissement rétinien ainsi qu'à la baisse d'acuité visuelle et à la diminution de la sensibilité aux contrastes.
- Enfin, les communications sur l'épidémiologie de la rétinopathie diabétique dans les pays maghrébins montrent des prévalences élevées de rétinopathie diabétique, jusqu'à 60 % des patients diabétiques, incitant à améliorer la prise en charge du diabète et de la rétinopathie diabétique dans ces pays.

En conclusion, ce congrès de la SFO 2011 a permis de faire le point sur les traitements actuels de l'OMD et les bénéfices attendus pour les patients, ainsi que sur l'intérêt du dépistage.