

Euretina 2014

Cette manifestation a réuni cette année à Londres plus de 5000 participants, du 18 au 21 septembre, montrant l'engouement croissant des ophtalmologistes pour la rétine, tant médicale que chirurgicale.

DMLA exsudative

À une époque où nous cherchons à soigner la DMLA humide par des traitements plus efficaces, moins coûteux, et avec un meilleur rapport/bénéfice risque (et donc moins d'injections intravitréennes), de nouvelles thérapies voient le jour : les traitements combinés (Fovista® (anti-PDGF) combiné au ranibizumab), la radiothérapie et la brachythérapie épimaculaire, les implants rétinien et les traitements locaux par gouttes. Le docteur G. Staurenghi a présenté les premiers résultats de l'étude MD7108240 de phase 2a du pazopanib, un inhibiteur de tyrosine kinase des récepteurs au VEGF-1 et 2, PDGF- α et β . Ce traitement est déjà utilisé per os dans les carcinomes rénaux avancés et dans les sarcomes à tissus mous. Les patients étaient randomisés dans trois bras : 3 gouttes par jour à la dose de 2 mg/ml (groupe 1) ou 5 mg/ml (groupe 2) et une goutte par jour à 5 mg/ml (groupe 3). Les patients du groupe 3 ont présenté une augmentation significative de leur meilleure acuité visuelle corrigée de 4,3 lettres en moyenne, sans pour autant présenter de baisse de leur épaisseur rétinienne rétrofovéolaire en OCT. Une analyse en sous-groupe a retrouvé un meilleur effet sur l'œdème maculaire pour le génotype CFH Y402H TT. D'autres études doivent cependant confirmer ces résultats prometteurs.

Pathologie maculaire

Le Pr Peter Stalmans a présenté la nouvelle classification OCT des anomalies de l'interface vitréo-maculaire, à l'aube de l'AMM française de la vitréolyse enzymatique. L'adhésion vitréo-maculaire (figure 1a) est la séparation périfovéolaire du vitré avec persistance d'une attache fovéolaire sans anomalie des structures rétinien sous-jacentes. C'est le résultat d'un vieillissement normal du vitré, qui peut cependant évoluer vers un état pathologique. La VMA sera considérée comme isolée si elle n'est pas associée à une pathologie rétinienne sous-jacente (œdème maculaire, DMLA...). La largeur de cette attache peut être classée comme focale (si $\leq 1500 \mu\text{m}$) ou étendue (si $> 1500 \mu\text{m}$). En revanche, la traction vitréo-maculaire (VMT) correspond à une attache anormale du vitré associée à une distorsion de la fovéa (pseudokystes, schisis maculaire, œdème maculaire cystoïde, liquide sous-rétinien) (figure 1b). La largeur de cette attache peut être classée comme focale (si $\leq 1500 \mu\text{m}$) ou étendue (si $> 1500 \mu\text{m}$). Enfin, le trou maculaire est défini comme une lésion fovéolaire de pleine épaisseur qui interrompt toutes les couches

rétiniennes, de la membrane limitante externe à l'épithélium pigmentaire rétinien (figure 1c). Une sous-classification par taille (au niveau de la zone la plus étroite sur la coupe OCT où le trou est le plus large) précise cette description : petit ($\leq 250 \mu\text{m}$), moyen ($> 250 \mu\text{m}$ et $\leq 400 \mu\text{m}$) et large ($> 400 \mu\text{m}$). Il sera primaire s'il est associé à une VMT et secondaire s'il est associé à d'autres pathologies rétinienne ou post-traumatique. Grâce à cette nouvelle classification, les nouveaux traitements par vitréolyse enzymatique pourront s'effectuer dans un cadre clair d'indications thérapeutiques.

macro-anévrismes (MA) de 410 patients diabétiques de type 2 a été analysé pendant deux ans (OCT + rétinophotographies) ou jusqu'à l'apparition d'un œdème maculaire cliniquement significatif. Trois phénotypes ont pu être mis en évidence :

- le phénotype A caractérisé par une neurodégénération lente et une perte en péricytes et cellules endothéliales (turn over bas des MA),
- le phénotype B : phénotype A + altération de la barrière hémato-rétinienne (fuite et épaissement rétinien $\geq 220 \mu\text{m}$) et inflammation,
- le phénotype C : phénotype A + ischémie, inflammation et déséquilibre angiogénique (turn over important des MA et remodelage circulatoire rétinien).

Par exemple, le phénotype A avait le plus faible risque de développer un œdème maculaire à deux ans, avec une valeur négative prédictive de 99,2%.

Bien que le seul biomarqueur systématique de la progression de la rétinopathie diabétique validé soit l'HbA1c, un point de vue intéressant a été ouvert pour les biomarqueurs génétiques. Les résultats de l'analyse multivariée ont en effet indiqué une association entre ces phénotypes et neuf gènes (notamment ICAM1 pour le phénotype B, PPARGC1A et MTHFR pour le phénotype C). Le défi est ensuite de développer un plan personnalisé de soins pour chaque patient diabétique dès que les premiers MA sont identifiés par les photographies du fond d'œil, dont le rythme de surveillance dépendra du phénotype/génotype de chaque patient.

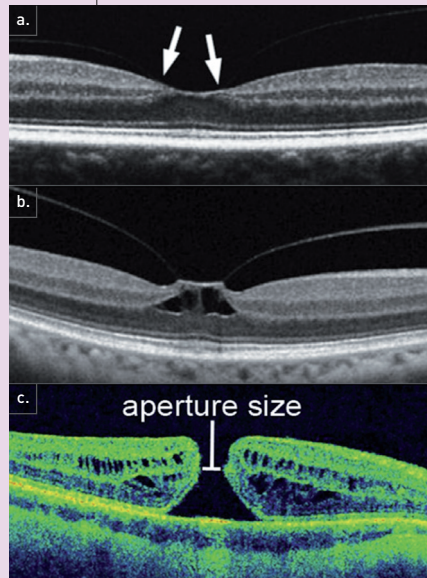


Figure 1. a. Adhésion vitréo-maculaire (VMA). b. Traction vitréo-maculaire (VMT). c. Trou maculaire et zone de mesure du diamètre du trou [1].

Rétinopathie diabétique

José Cunha-Vaz a présenté une nouvelle classification des stades précoces de la rétinopathie diabétique non proliférante dont la valeur pronostique semble majeure. Dans une étude prospective et observationnelle, le turn over des



Chirurgie vitréorétinienne

Au cours de la conférence Retinatech, les Dr S. Rizzo et C. Eckardt ont présenté les vitréotomes de dernière génération, notamment le Twin Duty Cycle Cutter (TDC-Dorc®) : celui-ci utilise une ouverture plus large et une lame avec deux bords plus coupants, ce qui résulterait en une prise plus importante de vitré dans l'instrument, tout en maintenant un flux d'aspiration constant (contrairement aux vitréotomes classiques) et une chirurgie plus courte.

Le Dr T. Hassan, à l'heure des instruments de plus en plus sophistiqués, a montré un appareil de vitrectomie portable de troisième génération dont les propriétés de coupe, d'aspiration et d'infusion sont proches des machines actuelles, tout en gardant un niveau de sécurité satisfaisant pour des indications chirurgicales simples (hémorragie du vitré, prélèvement vitréen lors d'une endophtalmie, débris vitréens importants...).

Par un système d'infusion coaxiale et de vitréotome rétractable, il est possible de réaliser une vitrectomie presque complète en mono-manuel (en éclairage indirect et sans trouble des milieux). Il reste cependant de nombreuses limitations à la généralisation de cet appareil : pas de pelage, laser, échange...



Mathieu Lehmann

Hôtel-Dieu, Paris

1. Duker JS *et al.* The International Vitreomacular Traction Study Group classification of vitreomacular adhesion, traction, and macular hole. *Ophthalmology*. 2013;120(12):2611-9.