

QUESTIONS FLASH

Stade	Traitement
Stades 1 et 2 : – stades modérés – sans signes de progression	Photocoagulation laser/cryothérapie Observation
Stades 3 et 4 : stades avancés	Chirurgie vitréorétinienne
Stade 5 : "stade terminal" – œil douloureux – œil non douloureux	Enucléation Observation
Traitements adjuvants	IVT : Triamcinolone, anti-VEGF
IVT : injection intravitréenne ; anti-VEGF : anti-vascular endothelial growth factor.	

TABEAU II : Alternatives thérapeutiques en fonction du stade de la maladie de Coats [3].

Dans une récente revue de la littérature, Ghorbanian *et al.* résument les alternatives thérapeutiques (**tableau II**) [3].

La photocoagulation laser vise à cauteriser les vaisseaux rétinien pathologiques et à traiter les zones responsables de l'exsudation. Elle est surtout efficace dans les stades débutants en l'absence de décollement de rétine.

La cryothérapie est efficace en cas d'exsudation plus importante ou de décollement de rétine partiel. Les sessions sont en général multiples et ne doivent pas être extensives sous peine de générer un accroissement de l'exsudation sous-rétinienne. Certains auteurs préconisent un traitement limité à moins de deux quadrants rétinien par session, celles-ci étant espacées d'un mois minimum [2].

Les anti-VEGF sont considérés comme une thérapie adjuvante. Leur justification vient du fait qu'une hyperexpression intraoculaire de VEGF a été retrouvée dans la maladie de Coats [4]. Ils favorisent la régression des vaisseaux anormaux, réduisant alors l'exsudation rétinienne. Cependant, le bénéfice de cette thérapie n'est pas retrouvé dans toutes les séries.

2. SHIELDS JA, SHIELDS CL, HONAVAR SG *et al.* Classification and management of Coats disease: the 2000 Proctor Lecture. *Am J Ophthalmol*, 2001 ; 131 : 572-583.

3. GHORBANIAN S, JAULIM A, CHATZIRALLI IP. Diagnosis and treatment of coats' disease: a review of the literature. *Ophthalmologica*, 2012 ; 227 : 175-182.

4. KASE S, RAO NA, YOSHIKAWA H *et al.* Expression of vascular endothelial growth factor in eyes with coats' disease. *Invest Ophthalmol Vis Sci*, 2013 ; 54 : 57-62.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

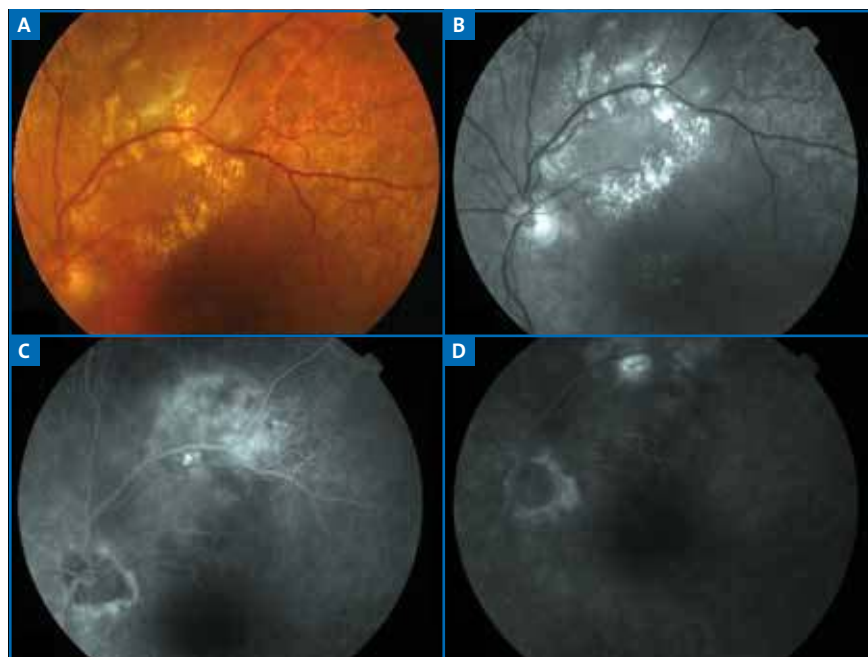


FIG. 1 : Macroanévrisme artériel rétinien de localisation temporale supérieure de l'œil gauche. **A :** Cliché couleur. Une lésion ovale rosâtre est visible, entourée d'exsudats. Il existe également des exsudats périfovéolaires associés. **B :** Cliché anérythre montrant les exsudats et la lésion anévrysmale. **C et D :** Angiographie à la fluorescéine. Impregnation du macroanévrisme et diffusion au temps tardifs périvanévrysmale. Diffusion du colorant au sein de l'œdème rétinien. (Cliché du Dr Boissonnot).

Macroanévrisme artériel : que faire ?

N. LEVEZIEL

Service d'Ophtalmologie, CHU, POITIERS.

Un macroanévrisme artériel (**fig. 1**) est une ectasie se développant aux dépens de la paroi des artères ou artérioles rétinien, le plus souvent localisée sur les artères de 1^{re} et 2^e division [1]. Les localisations touchant le nerf optique et l'artère cilio-rétinienne sont les plus rares.

Les facteurs de risque sont l'hypertension artérielle, le sexe féminin, l'âge et la présence de pathologies systémiques (diabète, sarcoïdose, périartérite noueuse, polyarthrite rhumatoïde).

L'atteinte est unilatérale dans 75 % des cas.

Bibliographie

1. SHIELDS JA, SHIELDS CL, HONAVAR SG *et al.* Clinical variations and complications of Coats disease in 150 cases: the 2000 Sanford Gifford Memorial Lecture. *Am J Ophthalmol*, 2001 ; 131 : 561-571.

Les principales complications sont des hémorragies sous-rétiniennes, intra-rétiniennes ou prérétiniennes (80 %), l'apparition d'exsudats ou d'un œdème intrarétinien (70 %), l'apparition d'une hémorragie intravitréenne (30 %) ou d'une occlusion vasculaire (15 %) [2]. L'occlusion spontanée du macroanévrisme est possible et fréquemment observée après une complication hémorragique.

Les diagnostics différentiels à évoquer devant un macroanévrisme compliqué d'hémorragies ou de phénomènes exsudatifs sont une rétinopathie de Valsalva, une vasculopathie polypoidale idiopathique, une néovascularisation choroïdienne et un mélanome de la choroïde. Les autres pathologies vasculaires pouvant être évoquées sont une rétinopathie diabétique, des télangiectasies rétinienne idiopathiques, une maladie de Coats et un hémangioblastome rétinien dans le cadre d'une maladie de Hippel-Lindau. L'angiographie à la fluorescéine voire l'angiographie au vert d'indocyanine permettent parfois de redresser le diagnostic en cas de complications hémorragiques.

La prise en charge thérapeutique dépend de la localisation de l'hémorragie et de la localisation du macroanévrisme.

>>> En cas d'hémorragie prérétinienne, une simple surveillance pourra être proposée. Une vitrectomie sera réalisable en cas d'hémorragie intravitréenne persistante.

>>> L'ouverture de la hyaloïde postérieure au laser YAG en regard de la collection hématisée, **en cas d'hémorragie rétrohyaloïdienne de localisation maculaire de grande taille** (plus de 3 diamètres papillaires), a déjà été décrite, mais peut exposer à des complications rétinienne.

>>> En cas d'hémorragie sous-rétinienne, une prise en charge plus rapide devra être proposée. Dans ce contexte,

différentes procédures ont été proposées, incluant :

- le déplacement pneumatique par injection de gaz expansif (SF₆) ;
- la vitrectomie associée au drainage de l'hématome puis à l'échange fluide-gaz en fin de procédure ;
- la vitrectomie associée à une injection sous-rétinienne à la canule de 41 G de 0,1 mL de rtPA (Actilyse) puis au pelage de la membrane limitante interne et à l'échange fluide-gaz en fin de procédure [3].

La photocoagulation directe ou périanévrismale pourra être réalisée devant un macroanévrisme asymptomatique localisé sur les arcades vasculaires [4]. Des injections intravitréennes d'anti-VEGF ont par ailleurs été proposées en cas de phénomènes exsudatifs ou hémorragiques compliquant un macroanévrisme [1, 5]. Aucune étude multicentrique comparative, placebo versus anti-VEGF, n'a cependant été publiée.

Dans tous les cas, la prise en charge des facteurs de risque (HTA) reste primordiale.

Bibliographie

1. PICH F, MORARA M, TORRAZZA C *et al*. Intravitreal bevacizumab for macular complications from retinal arterial macroaneurysms. *Am J Ophthalmol*, 2013 ; 155 : 287-294.
2. PANTON RW, GOLDBERG MF, FARBER MD. Retinal arterial macroaneurysms: risk factors and natural history. *Br J Ophthalmol*, 1990 ; 74 : 595-600.
3. VAN ZEEBURG EJ, CEREDA MG, VAN MEURS JC. Recombinant tissue plasminogen activator, vitrectomy, and gas for recent submacular hemorrhage displacement due to retinal macroaneurysm. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*, 2013 ; 251 : 733-740.
4. BATTAGLIA PARODI M, IACONO P, PIERRO L *et al*. Subthreshold laser treatment versus threshold laser treatment for symptomatic retinal arterial macroaneurysm. *Invest Ophthalmol Vis Sci*, 2012 ; 53 : 1783-1786.
5. WENKSTERN AR, PETERSEN H. Intravitreal ranibizumab in retinal macroaneurysm. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*, 2010 ; 248 : 1667-1670.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Le syndrome de Susac

M.B. ROUGIER

Unité Médicale Rétine, Uvéites,
Neuro-Ophtalmologie,
Service d'Ophtalmologie,
Hôpital Pellegrin, BORDEAUX.

Il s'agit d'une pathologie assez rare, survenant essentiellement chez la femme jeune, et caractérisée par des occlusions multiples touchant la rétine, l'oreille et l'encéphale. Sa dénomination internationale, qui n'est pas souvent utilisée, est SICRET syndrome pour *Small Infarction of Cochlear, Retinal and Encephalic Tissue*. L'origine de cette maladie est inconnue, probablement auto-immune.

Le tableau clinique se présente sous la forme d'une triade de signes consécutifs aux micro-infarctus des trois organes concernés.

Les troubles visuels ne sont présents qu'en cas d'atteinte centrale ou para-centrale. Il s'agit plus souvent de sensation d'amputation du champ visuel que de baisse de vision. Certains patients se plaignent de scotomes scintillants.

L'encéphalopathie est dominée par des céphalées importantes, associées à des troubles du comportement (agitation).

Quant à l'atteinte de l'oreille interne, elle se manifeste par une hypoacousie brutale accompagnant un grand vertige rotatoire, des acouphènes, une ataxie et un nystagmus.

L'examen ophtalmologique retrouve au fond d'œil deux types d'anomalies :

- des occlusions multiples de branche artérielle rétinienne sans embolie (aspect de vaisseaux fantômes) ou des rétrécissements de la lumière vasculaire ;
- des plaques blanc jaunâtre (appelées "plaques de Gass") posées sur les parois artérielles et artériolaires, disposées de