

MISE AU POINT

Rétine

Utilisation de l'Ozurdex® au long cours dans les occlusions veineuses rétinienues : cas cliniques

→ B. WOLFF^{1,2}, C. DUBOIS-ROUSSEL¹,
Q. VEILLEROT²,
M. MAUGET-FAÏSSE¹

¹ Service du Professeur Sahel, Fondation
Ophtalmologique Rothschild,
PARIS.

² Centre d'Exploration de la Rétine Kléber,
LYON.

Les occlusions veineuses rétinienues (OVR) représentent la pathologie vasculaire la plus fréquente de l'œil après la rétinopathie diabétique. Les complications œdémateuses en restent l'un des principaux enjeux. Depuis 2011, l'Ozurdex® a obtenu une AMM (autorisation de mise sur le marché) pour le traitement de ces complications œdémateuses.

L'Ozurdex® est un dispositif intraoculaire biodégradable, contenant de la dexaméthasone. L'efficacité clinique de ce produit a été montrée grâce aux résultats de l'étude pivotale GENEVA, retrouvant un gain visuel moyen de 6 lettres après un an de suivi. Cette étude a, par ailleurs, montré que la tolérance était bonne, même si une hypertonie, le plus souvent transitoire et réversible, pouvait survenir dans près de 16 % des cas au cours du suivi.

L'étude GENEVA n'ayant duré qu'une seule année, nous ne disposons que de peu d'informations publiées quant à la tolérance et l'efficacité de ce traitement sur le long terme. Les cas cliniques qui suivent illustrent, de façon non exhaustive, les différentes modalités évolutives observées à long terme, chez des

patients bénéficiant d'un traitement par Ozurdex®.

Cas n° 1

Ce patient de 53 ans, phaque, se présente en raison d'une baisse visuelle de l'œil droit à 20/40, évoluant depuis 1 mois. La pression intraoculaire est chiffrée à 12 mmHg aux deux yeux avec une pachymétrie estimée à 545 µ à l'œil droit. L'examen fundoscopique et angiographique du fond d'œil (**fig. 1**) objective la présence d'une occlusion de branche veineuse rétinienne (OBVR)

temporale supérieure droite, sans territoires de non perfusion capillaire manifestes. Une injection intravitréenne d'Ozurdex® est réalisée, permettant une remontée de l'acuité visuelle à 20/32 au 2^e mois suivant l'IVT (la PIO est chiffrée à 15 mmHg). Une récurrence œdémateuse, responsable d'une nouvelle baisse visuelle à 20/50 (PIO à 15 mmHg), conduit à la réalisation d'une seconde IVT d'Ozurdex®. L'évolution est marquée par trois nouvelles récurrences de l'œdème maculaire respectivement à 4 mois, 4,5 mois et 5 mois après la dernière IVT d'Ozurdex® (**fig. 2**). Une hypertonie transitoire à 30 mmHg est constatée 2 mois

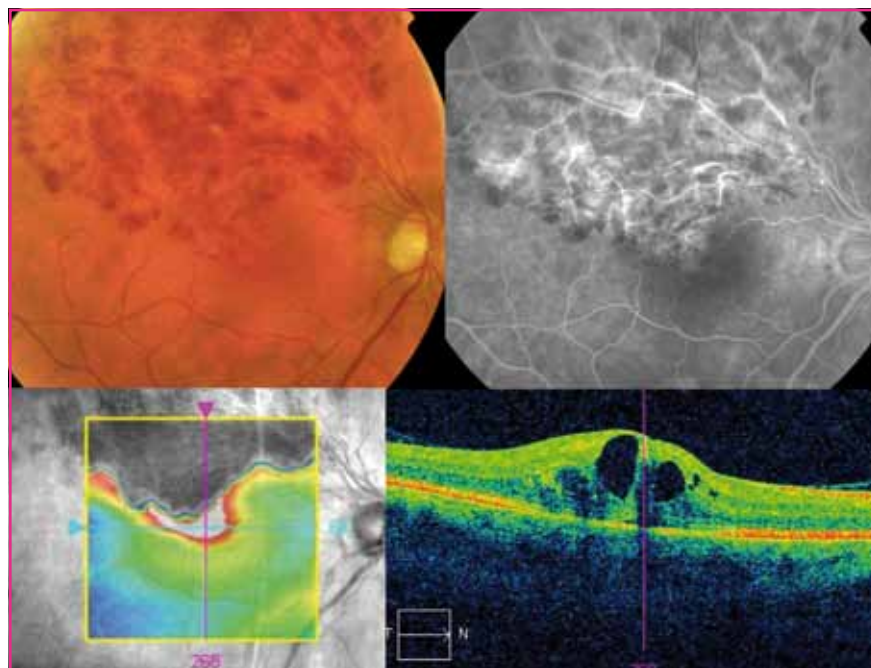


Fig. 1 : Clichés couleur et angiographique mettant en évidence une OBVR. L'OCT montre la présence d'un œdème maculaire cystoïde prédominant en temporal supérieur.

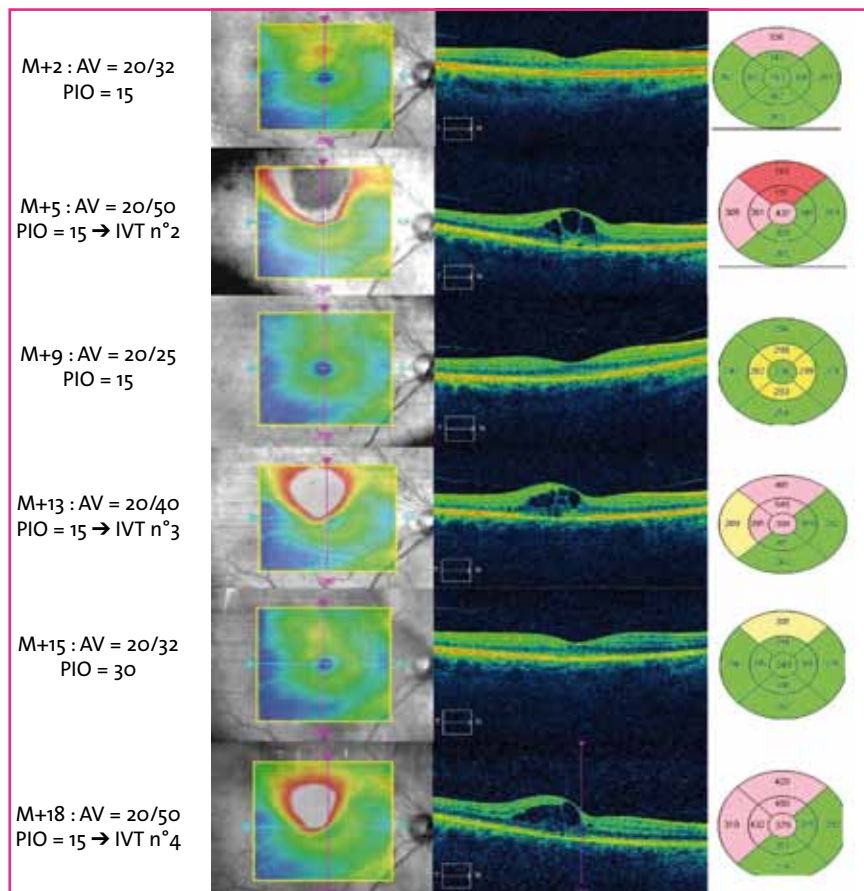


FIG. 2 : Suivi du profil maculaire en OCT sur plus de 18 mois.

après la 3^e IVT, conduisant à la prescription d'un traitement hypotonisant par timolol 0,5 % et dorzolamide pendant 3 mois. Ce traitement est renouvelé après chaque nouvelle IVT pendant une durée de 4 mois. Au dernier contrôle, 6 mois après la 5^e IVT d'Ozurdex®, l'acuité visuelle est mesurée à 20/25, la PIO est

à 17 mmHg sans traitement et l'OCT ne montre pas de récurrence œdémateuse.

Cas n° 2

Il s'agit d'un patient de 67 ans ayant pour seul antécédent une HTA mal contrôlée,

adressé pour prise en charge d'une OBVR temporale supérieure responsable d'un œdème maculaire (OM) au niveau de son œil gauche. Il a déjà bénéficié de 3 IVT d'Ozurdex® sur une période de 14 mois en raison d'une récurrence de l'œdème. A 4 mois de la dernière IVT, le patient se plaint d'une nouvelle baisse de vision évaluée à 20/63 P6. L'examen montre une PIO à 16 mmHg, un cristallin clair et un œdème maculaire cystoïde. L'OCT maculaire objective la récurrence de l'œdème associé à un fin décollement séreux rétinien (DSR) rétrofovéolaire (épaisseur maculaire centrale (EMC) à 557 µm).

Devant la bonne tolérance du traitement, il est décidé de pratiquer une 4^e IVT d'Ozurdex®. Un mois plus tard, l'acuité visuelle est remontée à 20/32 P3. L'OCT montre une résolution complète de l'œdème avec une réapparition de l'entonnoir fovéolaire (EMC à 257 µm). Cependant, 2 mois après sa dernière IVT, le patient présente une baisse visuelle à 20/80 P6. A l'examen, on retrouve l'absence de cataracte, une PIO à 17 mmHg et une récurrence de l'OM (fig. 3).

Devant cette récurrence inhabituellement précoce de l'œdème, on pratique une angiographie au vert d'indocyanine qui met en évidence plusieurs macro-anévrysmes veineux situés en temporal supérieur de la macula (fig. 4). Une photocoagulation au laser argon ciblée sur les macroanévrysmes est réalisée. Deux mois après le laser, l'acuité visuelle est remontée à 20/32 P3 avec une disparition de l'OM sur l'OCT.

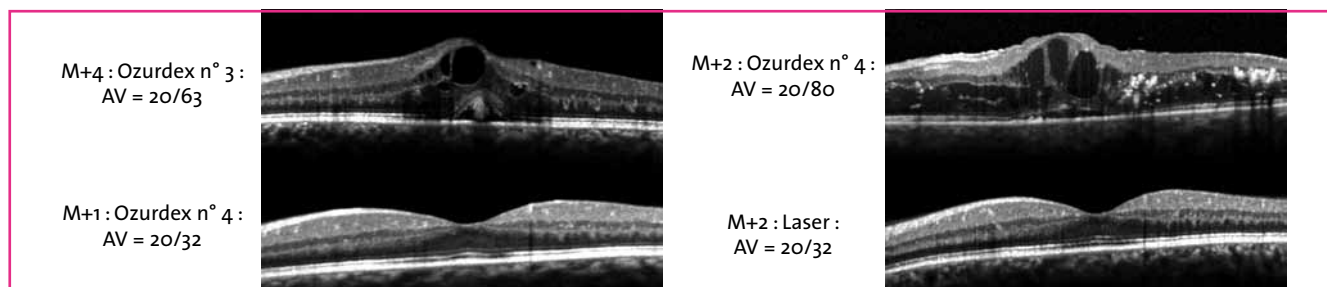


FIG. 3 : Suivi évolutif du profil maculaire.

MISE AU POINT

Rétine

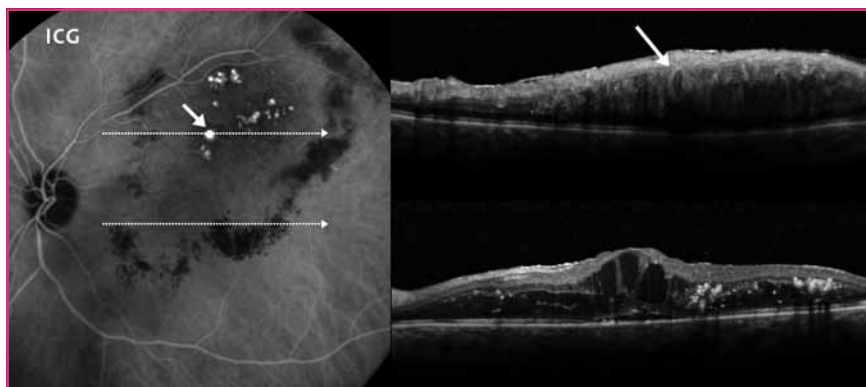


FIG. 4 : Angiographie au vert d'indocyanine et OCT correspondants, montrant la présence d'un bouquet de macroanévrismes veineux situés en temporal supérieur de la macula.

Cas n° 3

Il s'agit d'une patiente de 70 ans sans antécédent ophtalmologique, adressée pour une baisse visuelle de l'œil droit survenue 1 mois auparavant. L'acuité visuelle est à 20/200 P14, la PIO à 15 mmHg, l'examen montre une cataracte débutante et l'absence de rubéose irienne. Au fond d'œil, on constate une tortuosité veineuse et des hémorragies des 4 quadrants traduisant la présence d'une occlusion de la veine centrale de la rétine (OVCR). L'OCT maculaire montre un important DSR maculaire associé à des logettes d'œdème intrarétinien. Une IVT d'Ozurdex® est réalisée. Trois mois après l'IVT, l'acuité visuelle est remontée à 20/63 P4 avec une disparition de l'OM sur l'OCT. Cependant, l'examen biomicroscopique objective une rubéose irienne (**fig. 5**). L'angiographie à la fluorescéine met en évidence un ralentissement circulatoire avec l'apparition de plages d'ischémie périphériques.

Devant cette conversion ischémique, on pratique une IVT de bevacizumab (Avastin®) associée à une panphocoagulation rétinienne le même jour. Un mois plus tard, l'acuité visuelle est chiffrée à 20/50 P4, la PIO à 17 mmHg et la rubéose irienne a régressé. Après 4 mois d'une surveillance rapprochée et 7 mois après le dernier traitement par Ozurdex®, on constate une nouvelle baisse visuelle à 20/100 P10, en rapport avec une réapparition de l'œdème maculaire. La patiente ne présente ni élévation tensionnelle, ni rubéose irienne. On réalise alors une 2^e IVT d'Ozurdex® qui permet une récupération visuelle, 1 mois après l'injection, à 20/40 P4 avec une normalisation du profil fovéolaire à l'OCT (**fig. 6**). La PIO est mesurée à 24 mmHg et un traitement par collyre bêtabloquant est introduit. Cinq mois après cette dernière injection, l'acuité visuelle reste stable, chiffrée à 20/40 P4 avec une PIO à 16 mmHg bien contrôlée en monothérapie.

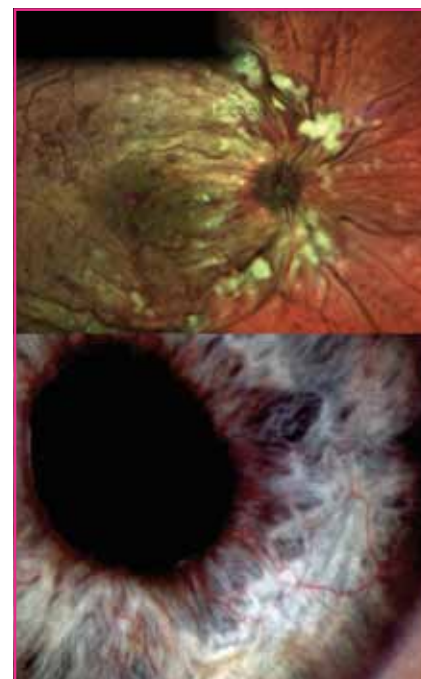


FIG. 6 : Imagerie multicolore du fond d'œil montrant la présence de nombreux nodules cotonneux péripapillaires. L'examen de l'iris montre les néovaisseaux iriens principalement localisés en nasal.

Conclusion

Ces cas cliniques illustrent bien le fait que les occlusions veineuses rétinienues peuvent se présenter et évoluer selon des modes parfois très différents. L'Ozurdex® reste un traitement efficace sur l'œdème maculaire, même après plusieurs injections. La surveillance de la pression intraoculaire doit cependant être maintenue de façon rapprochée, car des hypertonies peuvent survenir même tardivement.

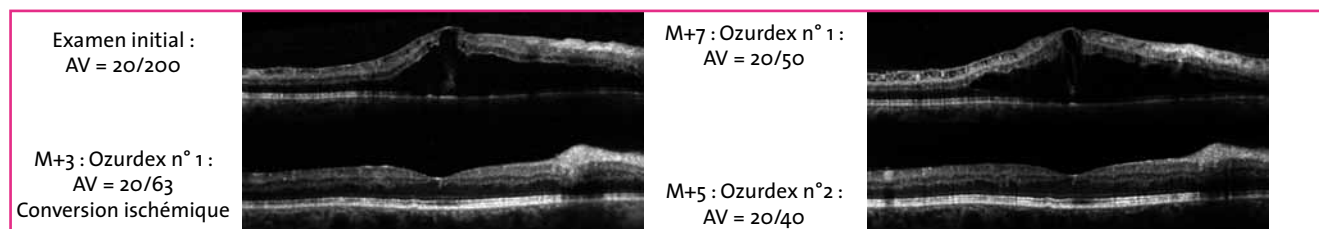


FIG. 5 : Suivi évolutif du profil maculaire.

Dans les OBVR, une réponse incomplète ou inexistante doit faire rechercher la présence de macroanévrismes veineux, qui bénéficieront d'une photocoagulation laser, le cas échéant.

Pour les OVCR, la recherche de complications ischémiques doit rester une priorité. L'acuité visuelle, la pression intraoculaire et un examen minutieux de l'iris doivent être réalisés de façon rapprochée pendant les 6 premiers mois

du suivi (où le risque de rubéose irienne est maximal). En cas de survenue d'une rubéose irienne, un traitement combiné par panphotocoagulation laser et injection intravitréenne d'anti-VEGF doit être réalisé en urgence.

Bibliographie

1. BOURHIS A *et al.* Imaging of macroaneurysms occurring during retinal vein occlusion and diabetic retinopathy by indocyanine green

angiography and high resolution optical coherence tomography. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*, 2010; 248: 161-166.

2. HALLER JA, BANDELLO F, BELFORT R *et al.* OZURDEX GENEVA Study Group. Randomized, sham-controlled trial of dexamethasone intravitreal implant in patients with macular edema due to retinal vein occlusion. *Ophthalmology*, 2010; 117: 1134-1146.

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

réalités

[Bulletin d'abonnement]

Je m'abonne à
réalités Ophtalmologiques

Médecin ☐ 1 an : 60 €
☐ 2 ans : 95 €

Etudiant/Interne ☐ 1 an : 50 €
(joindre un justificatif) ☐ 2 ans : 70 €

Etranger ☐ 1 an : 80 €
(DOM-TOM compris) ☐ 2 ans : 120 €

Bulletin à retourner à :
PERFORMANCES MÉDICALES
91, AVENUE DE LA RÉPUBLIQUE
75011 PARIS

4
crédits
FMC/an

Déductible des
frais professionnels

Nom

Prénom

Adresse

Ville

Code Postal

E.mail

Règlement ☐ Par chèque (à l'ordre de Performances Médicales)

☐ Par carte bancaire (SAUF American Express)

carte n°

cryptogramme date d'expiration

Signature