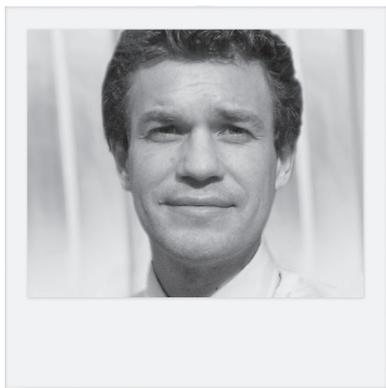


REPÈRES PRATIQUES

Rétine

Arbre décisionnel dans l'œdème maculaire du diabétique



→ **V. GUALINO,
B. DUPAS,
P. MASSIN**
Hôpital Lariboisière,
PARIS.

La prise en charge de l'œdème maculaire du diabétique (OMD) commence par une bonne communication entre les différents intervenants (ophtalmologiste, diabétologue, médecin traitant et autres). La prise en charge générale, avec un bon équilibre glycémique et tensionnel, reste un élément clé du succès.

Les objectifs tensionnels visent des chiffres $< 130/80$ et une Hb1c $< 7\%$, sauf chez le sujet âgé fragile, présentant une polyopathie évoluée. Les objectifs glycémiques sont alors moins stricts ($< 8\%$), car on retrouve un risque de surmortalité cardiovasculaire si l'HbA1c est trop basse ($< 6\%$) [1].

La demande d'un Holter tensionnel sur 24 heures peut permettre d'avoir un aperçu plus fiable de la tension artérielle. Chez les personnes en surcharge pondérale, une polysomnographie à la recherche d'apnées du sommeil peut être demandée, les épisodes d'hypoxie nocturne pouvant être un facteur aggravant l'OMD.

[Bilan

Le bilan ophtalmologique d'un OMD comprend des rétino-photos, un OCT et une angiographie à la fluorescéine. On différenciera l'œdème focal (provenant de micro-anévrysmes et souvent entouré d'une couronne d'exsudats) du diffus. L'OMD focal pur répond bien au laser seul en général. Cette différence

n'est pas toujours faite dans les études, ce qui peut donner des variations dans l'interprétation des résultats, d'autant que la définition de l'OM focal et diffus n'est pas consensuelle. La majorité des OM est mixte.

[Thérapeutiques

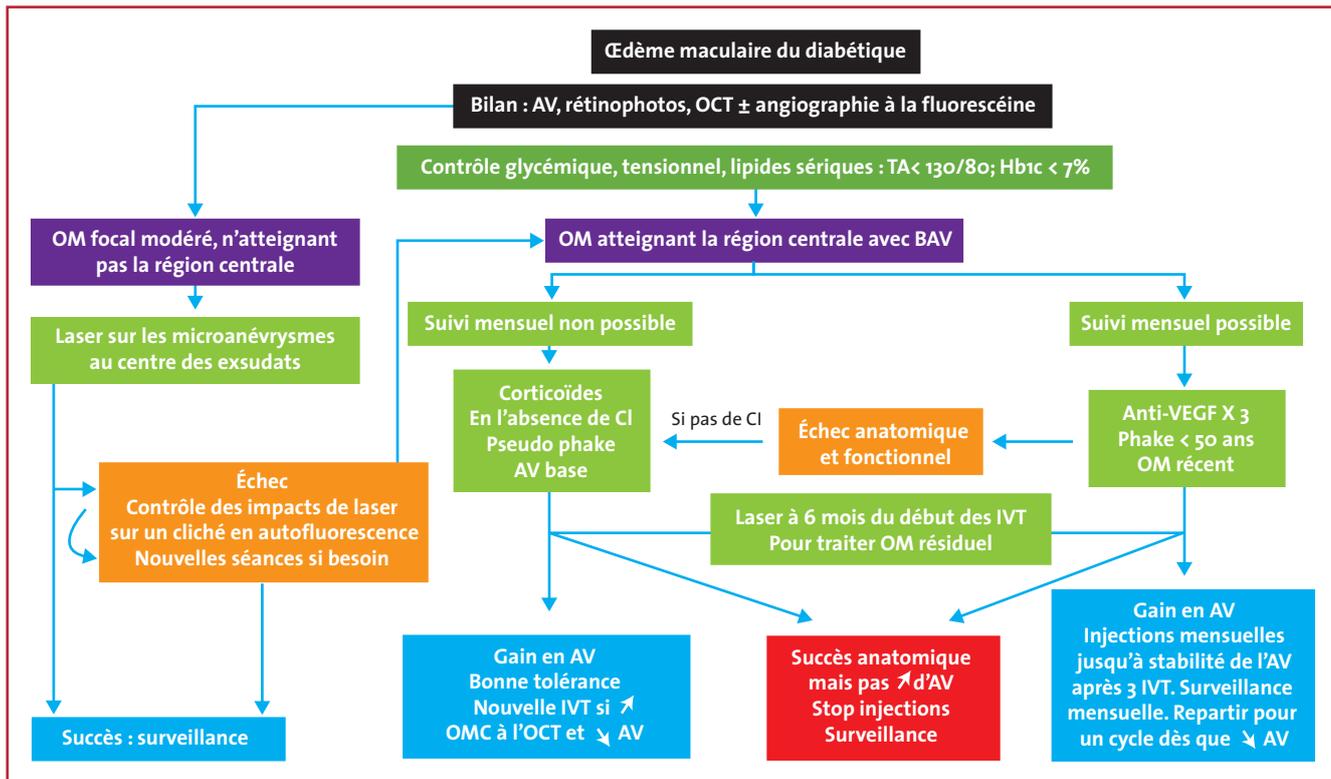
Le laser, les corticoïdes et les anti-VEGF offrent maintenant différentes options thérapeutiques résumées dans l'arbre décisionnel.

>>> **Les nouvelles galéniques de corticoïdes** (implant de dexaméthasone [Ozurdex] ou de fluocinolone [Iluvien]) arriveront prochainement sur le marché. L'Iluvien a obtenu une autorisation de mise sur le marché (AMM), mais pas encore de remboursement; l'Ozurdex n'a pas pour l'instant l'AMM dans cette indication (étude de phase 3 en cours). Ces molécules prendront très probablement une part importante dans la prise en charge de ces œdèmes qui ont une physiopathologie différente des lésions de la DMLA exsudative (étude Lucentis vs Ozurdes en cours).

>>> **Les anti-VEGF** ont près de trois ans de recul dans cette prise en charge. On retiendra l'importance d'un contrôle mensuel la première année avec de nombreuses injections (7 à 8 en moyenne). Ce nombre d'injections diminue les autres années. L'objectif n'est pas d'obtenir une rétine sèche, mais d'être à un plateau en termes de gain d'acuité visuelle. Environ un quart des patients sont non répondeurs aux anti-VEGF, un quart moyennement et 50 % sont de bons répondeurs. Les facteurs de bons pronostics pour un traitement par anti-VEGF sont l'âge jeune, un stade de rétinopathie diabétique peu avancé, l'absence d'anomalie de l'interface vitréorétinienne et l'acuité visuelle initiale haute.

>>> **Le laser.** Nous réalisons un laser focal en première intention uniquement en cas d'OM focal pur modérée, n'atteignant pas la fovéa, c'est-à-dire avec des anomalies microvasculaires situées à distance raisonnable de la fovéa (> 750 microns). Les cas d'OM focaux minimes situés loin de la fovéa ne sont pas à traiter.

>>> **Conduite à tenir en pratique dans les cas d'OM mixte.** Les résultats du DRCR net à trois ans ont montré un gain visuel plus important dans le groupe "laser différé" par rapport au groupe



“laser initial”, en association avec un traitement par anti-VEGF [2]. C’est pourquoi nous préconisons d’abord un traitement par anti-VEGF pendant 6 mois avec un laser focal différé sur les zones d’épaississement résiduelles. Les corticoïdes sont pour l’instant réservés en deuxième intention pour les non-répondeurs aux anti-VEGF.

L’ischémie maculaire qui ne répond pas aux différents traitements et l’OMD tractionnel qui nécessite une vitrectomie ne sont pas présents dans cet arbre décisionnel.

Bibliographie

1. ISMAIL-BEIGI F, CRAVEN T, BANERJI MA *et al.* Effect of intensive treatment of hyperglycaemia on microvascular outcomes in type 2 diabetes: an analysis of the ACCORD randomised trial. *Lancet*, 2010; 376: 419-430.
2. ELMAN MJ, QIN H, AIELLO LP *et al.* Intravitreal ranibizumab for diabetic macular edema with prompt versus deferred laser treatment: three-year randomized trial results. *Ophthalmology*, 2012; 119: 2312-2318.

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