

QUESTIONS FLASH

Baisse d'acuité visuelle chez le myope fort : que faire, que dire en absence de traitement ?

D. GAUCHER

Service d'Ophtalmologie,
Hôpital Civil de STRASBOURG.

Une BAV chez le myope fort est un symptôme inquiétant. Si on fera facilement le diagnostic de décollement de rétine, il faut se méfier des pathologies maculaires. Elles peuvent être multiples, et les différencier nécessite la réalisation d'examen complémentaires. Chez le myope fort qui a des symptômes visuels, la présence d'une cataracte ne doit pas faire différer le bilan maculaire. Certaines atteintes maculaires doivent être traitées en urgence et d'autres simplement surveillées.

Clinique

Devant un myope fort dont la vision a baissé, le fond d'œil (FO) est déterminant. En effet, deux situations distinctes peuvent se présenter : on distingue une hémorragie maculaire au FO ou on en distingue pas.

1. Présence d'une hémorragie maculaire

Si on voit une hémorragie maculaire, on doit penser en tout premier lieu à un néovaisseau choroïdien du myope, l'autre possibilité étant une rupture de la membrane de Bruch. Dans tous les cas, on doit faire un OCT et une angiographie à la fluorescéine (dont un cliché autofluorescent).

En règle générale, l'OCT et/ou l'angiographie montrent des signes d'exsu-

ration (fig. 1) en cas de néovaisseaux. Un traitement anti-VEGF par une seule injection d'anti-VEGF initiale doit être débuté dans les 8 à 15 jours, avec un contrôle mensuel pendant 3 mois.

En cas de rupture de la membrane de Bruch, l'exsudation est absente. Attention ! L'hémorragie rétrofovéolaire due à une rupture de la membrane de Bruch peut soulever les photorécepteurs

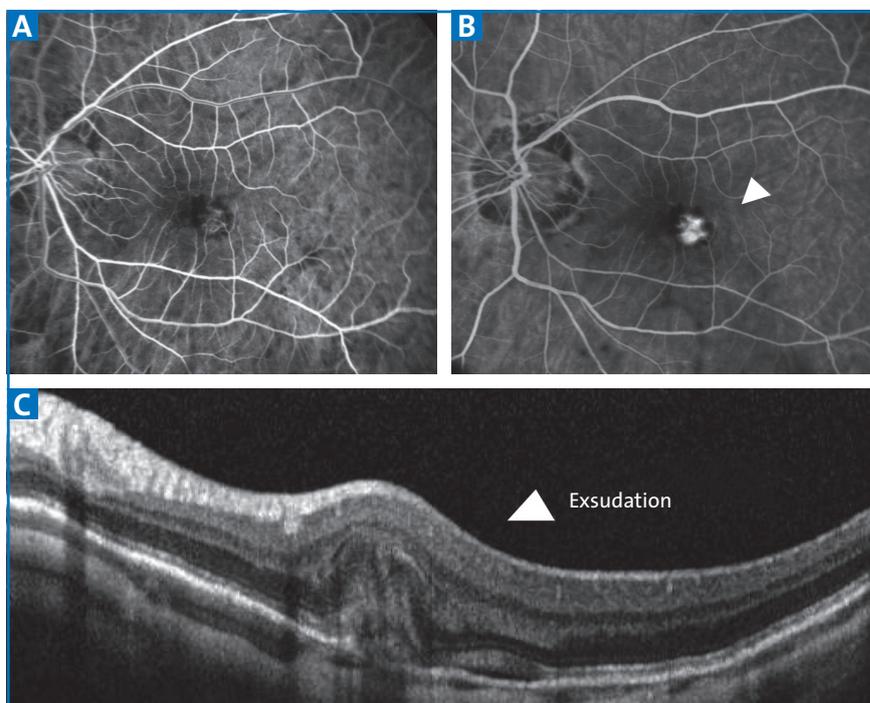


FIG. 1 : Une exsudation franche entre le temps précoce (A) de l'angiographie à la fluorescéine et le temps tardif (B) signe la présence d'un néovaisseau choroïdien. L'OCT n'est pas toujours franc comme dans cet exemple (C) où l'exsudation provoque un épaississement rétinien localisé. On note aussi une hyperréflectivité dans les couches internes de la rétine et de l'EP, évocatrice d'un néovaisseau.

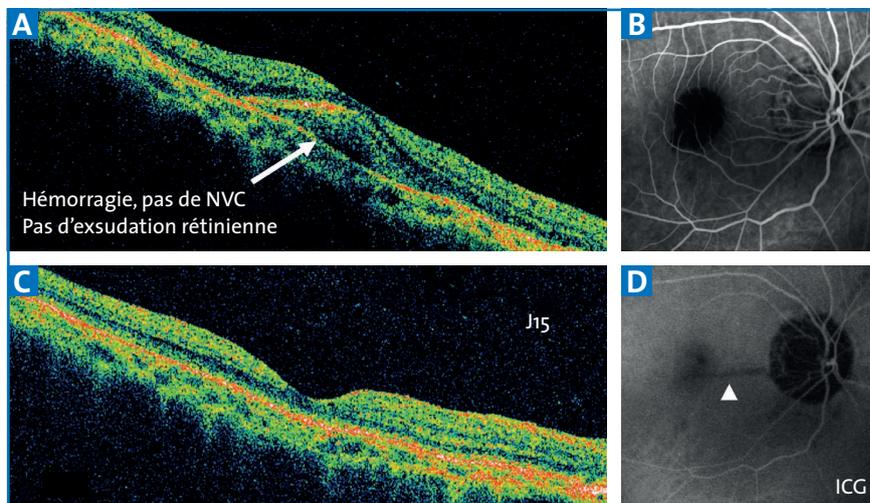


FIG. 2 : Une rupture de la membrane de Bruch est le diagnostic différentiel du néovaisseau. Elle est souvent associée à un hémorragie qui prend l'aspect d'un DSR en OCT (A) et a un effet masque en angiographie (B). Elle guérit spontanément en 8-15 jours (C), et peut se voir sur les temps tardifs de l'ICG (D).

QUESTIONS FLASH

en OCT et en imposer pour un décollement séreux rétinien. La rupture est souvent visible en autofluorescence (hypoautofluorescente), et il n'y a pas d'exsudation angiographique (*fig. 2*).

Dans ces cas douteux, mieux vaut refaire un OCT 15 jours après; si l'exsudation augmente ou apparaît en angiographie, il s'agit d'un néovaisseau. Les ruptures de la membrane de Bruch guérissent spontanément en 8-15 jours (*fig. 2*).

2. Absence d'hémorragie maculaire au FO

Lorsqu'on ne voit pas d'hémorragie au FO, plusieurs pathologies maculaires sont possibles, et l'OCT est l'examen qui permet d'orienter le diagnostic.

- L'OCT montre une atrophie rétinienne, avec une disparition de la ligne des segments interne/externes des photorécepteurs; il n'y a pas de traitement et pas d'amélioration à

attendre. En cas d'atteinte bilatérale, le handicap doit être pris en compte, en demandant des aides de l'état et en proposant éventuellement une réduction basse vision.

- L'OCT maculaire peut révéler une pathologie chirurgicale: un trou maculaire et/ou un rétinoshisis du myope fort. La conduite à tenir dépend beaucoup de la gêne visuelle du patient et de l'évolutivité de la maladie. Une surveillance s'impose si les troubles sont peu symptomatiques (l'acuité est souvent $> 4/10^e$, mais cette limite reste indicative). Au contraire, une BAV importante ($< 4/10^e$) et récente font, en règle générale, porter l'indication opératoire.

- L'OCT montre une voûture convexe antérieure de la choroïde et de la rétine (*fig. 3*); il peut s'agir d'une macula bombée ou d'un syndrome de dysversion papillaire. Ces deux pathologies ont des ressemblances et surviennent dans des yeux présentant des staphylomes myopiques postérieurs. Un DSR peut être associé dans les deux cas, mais le traitement de ces DSR est encore peu codifié. Les anti-VEGF sont inefficaces.

- Enfin, il existe de rares cas où aucune atteinte OCT franche n'est retrouvée, le profil maculaire est normal; il faut alors penser au glaucome chronique, mais la papille est souvent difficile à analyser, et la mesure OCT de l'épaisseur des fibres optique est peu fiable.



FIG. 3 : Les deux autres diagnostics différentiels des néovaisseaux du myope sont la macula bombée (A) et la dysversion papillaire (B). Elles se compliquent toutes deux de DSR, mais l'EP reste non épaissi en OCT. L'élément diagnostique majeur est une courbure convexe antérieure au niveau de la macula sur au moins une coupe (verticale ou horizontale) de l'OCT. Cette voûture correspond, dans les deux cas, au changement de courbure du globe entre les zones staphylomateuses et non staphylomateuses.

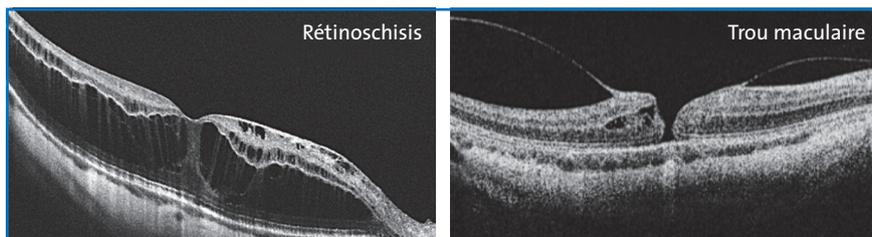


FIG. 4 : Deux causes chirurgicales de baisse de vision chez le myope fort. Le rétinoshisis qui est souvent associé à des membranes épimaculaires et le trou maculaire.

Conclusion

La prise en charge diagnostique d'une BAV du myope fort est une urgence. Les néovaisseaux du myope fort sont à traiter très rapidement. Les autres diagnostics sont moins urgents mais peuvent bénéficier d'une prise en charge spécifique parfois chirurgicale (*fig. 4*). Enfin, beaucoup de situations

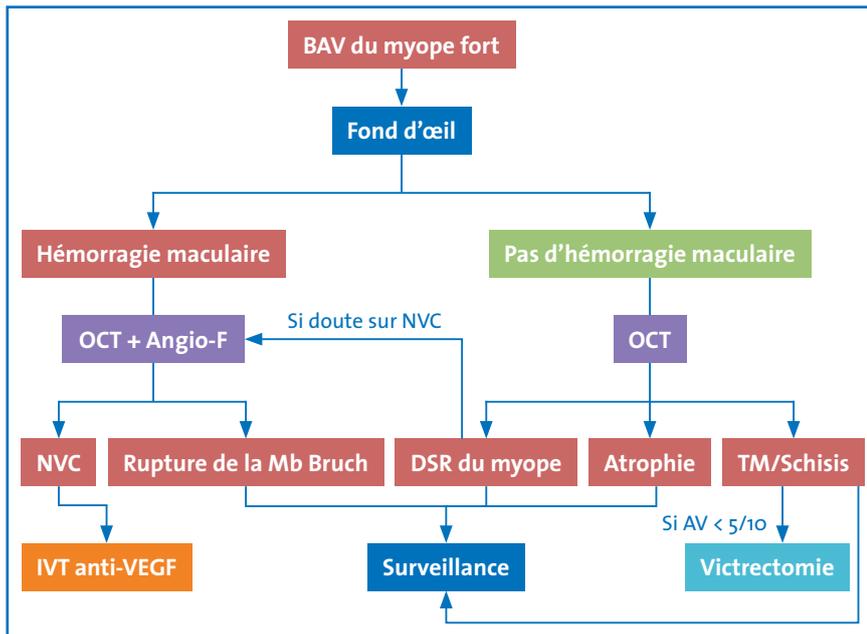


FIG. 5 : Proposition d'arbre décisionnel devant une BAV du myope fort.

sont à surveiller seulement; la décision de traiter par des IVT d'anti-VEGF doit se prendre sur une certitude diagnostique pour laquelle l'angiographie à la fluorescéine est souvent utile (fig. 5).

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

Environnement pour réalisation des injections intravitréennes

C. CREUZOT-GARCHER
CHU de DIJON.

Les injections intravitréennes (IVT) se placent parmi les actes médicaux les plus pratiqués dans les pays industrialisés. Les *guidelines* éditées par la HAS définissent les conditions de réalisation de ces injections. Les règles d'antisepsie

dont l'utilisation de la povidone iodée constituent l'élément principal de prévention de l'infection.

Après une méta-analyse sur plus de 100 000 injections, McCannel retrouve une incidence d'endophtalmies post-IVT de 0,049 % [1]. Une étude récente multicentrique regroupant le recueil des endophtalmies sur une période de 3 ans, à partir de plus de 300 000 IVT réalisées dans 25 centres français, retrouve une prévalence de 0,021 %. Les recommandations européennes modifiées récemment ne comportent plus d'obligation d'antibioprophylaxie systématique.

Les *guidelines* éditées par la HAS ont précisé le défini les conditions de réalisation [2] :

- contrôle de l'état oculaire avant l'injection afin d'éliminer toute infection palpébrale ou conjonctivale;
- réalisation de l'IVT dans une salle d'injection dédiée répondant aux normes des recommandations sur les bonnes pratiques;
- équipement recommandé pour le praticien : masque chirurgical et

casaque stérile, charlotte, port de gants stériles après lavage chirurgical des mains et utilisation de solution hydroalcoolique;

- assistance pour respecter les conditions d'asepsie;
- installation : champ de table stérile, compresses stériles, champ opératoire stérile, blépharostat stérile et un marqueur scléral;
- antisepsie par badigeonnage de povidone iodée (Bétadine scrub) en périoculaire, sur les paupières et les cils, rinçage à l'eau stérile puis nouveau badigeonnage par povidone iodée 10 % (Bétadine dermique) et instillation de povidone iodée ophtalmique à 5 % (Bétadine ophtalmique) avec 2 minutes de contact.

Les modifications des recommandations européennes sur l'antibioprophylaxie lors des IVT permettent l'évolution de nos pratiques puisqu'elle n'est plus légalement obligatoire.

Si elle est proposée (sujets immunodéprimés par exemple), elle devra être prescrite uniquement après l'injection et sur une période très courte (idéalement une seule instillation post-injection).

Bibliographie

1. McCANNEL CA. Meta-analysis of endophthalmitis after intravitreal injection of anti-vascular endothelial growth factor agents: causative organisms and possible prevention strategies. *Retina*, 2011;31:654-661.
2. BODAGHI B, KOROBELNIK JF, COCHEREAU I *et al.* Intravitreal injections: AFSSAPS guide to good practice. *J Fr Ophthalmol*, 2012;35: 69-71.

L'auteur a déclaré être consultante pour Allergan, Bayer, Novartis et Alimera.