

QUESTIONS FLASH

Œdème maculaire inflammatoire : algorithme de traitement

V. FORTOUL, L. KODJIKIAN

Service d'Ophthalmologie,
Hôpital de la Croix-Rousse, CHU de LYON.

L'œdème maculaire (OM) concerne environ 30 % des patients atteints d'uvéïte. Il s'agit du facteur principal qui conditionne le pronostic fonctionnel des uvéïtes. Cette complication survient essentiellement lorsque l'uvéïte évolue sur un mode chronique, et peut concerner autant les uvéïtes antérieures, intermédiaires que postérieures. À ce jour, il n'existe aucun consensus permettant de guider la prise en charge de l'œdème maculaire dans un contexte inflammatoire d'uvéïte. En effet, l'hétérogénéité des uvéïtes rend difficile la définition de règles thérapeutiques applicables à toutes les formes d'inflammation oculaire. Seul le traitement par acétazolamide (Diamox), rarement pratiqué aujourd'hui, présente un niveau de preuve suffisamment fort pour confirmer qu'il est inefficace dans l'OM inflammatoire (résultats de méta-analyses, Rushmia *et al.*, 2013).

Des principes de traitement simples doivent cependant être appliqués au quotidien : évaluer le rapport bénéfices/risques de tout traitement préalable, traiter le plus tôt possible pour éviter un OM réfractaire, définir l'objectif thérapeutique principal, privilégier un traitement local à un traitement général, réaliser dès que possible une épargne cortisonique et enfin établir un programme de surveillance des complications de ces traitements de façon souvent pluridisciplinaire.

Plusieurs classes thérapeutiques peuvent être utilisées de façon isolées, mais le plus souvent combinées entre elles pour une meilleure efficacité. L'ophtalmologiste pourra indiquer l'instauration d'un traitement corticoïde ou anti-VEGF. Le médecin interniste aura souvent la charge d'instaurer et de suivre un traitement par immunomodulateur, par biothérapies anti-TNF, par interféron ou des perfusions d'immunoglobulines.

>>> Les **corticoïdes** constituent le principal traitement de l'OM d'origine inflammatoire. Ils peuvent être administrés par voie locale (collyres), par voie périoculaire (sous-conjonctivale ou sous-ténonienne), par voie systémique (orale ou intraveineuse) ou par voie intravitréenne. La voie locale est la moins efficace. La meilleure biodisponibilité est obtenue par les voies périoculaires et intravitréennes ; l'implant de dexaméthasone (Ozurdex) est le seul à avoir une autorisation de mise sur le marché (AMM) en France, à l'heure actuelle, dans le traitement de l'OM secondaire à une uvéïte postérieure non infectieuse. La triamcinolone (Kenacort) est aussi efficace et utilisée depuis bien longtemps mais n'a pas d'AMM. Les implants à libération très prolongée de fluocinolone acétonide (Retisert ou Iluvien) ont rapporté une bonne efficacité dans les formes d'OM récidivantes et répondant bien aux implants de dexaméthasone ; ils n'ont cependant pas l'AMM en France dans cette indication. La voie intravitréenne devient la voie de choix aujourd'hui de par sa bonne biodisponibilité et la possibilité de réaliser une épargne cortisonique générale précoce. La voie orale peut être nécessaire dans certains cas, de même que la voie intraveineuse sous forme de bolus pendant 2 à 3 jours.

>>> Les **anti-VEGF** semblent apporter une efficacité supplémentaire et prometteuse. Les travaux de Fine *et al.* en 2001 ont mis en évidence une augmentation de la

concentration de VEGF dans l'humeur aqueuse par rapport à la concentration plasmatique chez les patients qui présentaient un œdème maculaire cystoïde compliquant une uvéïte. Le ranibizumab (Acharya *et al.*, 2009) et le bécavizumab (Lasave *et al.*, 2009) ont été étudiés dans de petites cohortes avec une certaine efficacité sur les OM réfractaires. Cependant, de plus grandes études sont nécessaires, et ces produits n'ont pas l'AMM dans cette indication.

>>> Les **immunomodulateurs** (méthotrexate, azathioprine, mycophénolate mofétil, ciclosporine), les **biothérapies anti-TNF** (etanercept, adalimumab, infliximab, rituximab), l'**interféron** et les **perfusions d'immunoglobulines** sont généralement instaurées par les médecins internistes, rhumatologues ou pédiatres, en complément des traitements "ophtalmologiques" précédents.

Une approche pluridisciplinaire est, dans tous les cas, nécessaire pour adapter au mieux les traitements au type d'uvéïte, au contexte du patient et des contre-indications ou de la tolérance de ces thérapeutiques.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Maculopathies ne répondant pas aux anti-VEGF : pièges

S. BAILLIF-GOSTOLI

Service d'Ophthalmologie, CHU de NICE.

Devant toute pathologie maculaire d'allure exsudative, c'est-à-dire apparemment associée à la présence d'un décollement de l'épithélium pigmentaire et/ou de liquide sous-rétinien et/ou de liquide intrarétinien, la recherche du diagnos-