

Brèves

Le terme d'atrophie géographique est-il approprié ?

SCHMITZ-VALCKENBERG S, SADDA S, STAURENGHI G *et al.* CAM (Classification of Atrophy Meeting)-Group. Geographic Atrophy: Semantic Considerations and Literature Review. *Retina*, 2016;36:2250-2264.

La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) atrophique représente encore un défi thérapeutique important. Alors que plusieurs traitements sont en cours d'évaluation, la définition de la maladie reste encore très imprécise. Un panel d'experts (*Classification of Atrophy (CAM) – group*) a évalué les disparités de classements de patients types et discute l'opportunité d'une meilleure nomenclature.

Le terme d'"atrophie géographique de l'épithélium pigmentaire" a d'abord été utilisé au début des années 1960 chez des patients présentant des uvéites postérieures. Il a ensuite été utilisé pour la DMLA. Le terme "épithélium pigmentaire" a peu été un oublié et la notion d'atrophie géographique désigne habituellement les lésions en plages des formes non exsudatives évoluées de la DMLA qui s'étendent de la rétine

externe jusqu'à l'épithélium pigmentaire et à la choriocapillaire.

Le terme "géographique" fait référence à la similitude des limites précises dentelées de ces lésions sur des clichés couleurs avec un aspect proche de ce qui est observé sur des cartes de géographie. Pour définir des critères de traitements ou pour vérifier l'efficacité de traitements futurs, il serait utile de pouvoir standardiser la mesure de la taille de ces lésions. À l'heure de l'imagerie multimodale, la comparaison de mesures manuelles ou semi-automatisées montre de grandes différences de résultats. Ces différences semblent liées à l'utilisation de modalités d'imagerie finalement très variées entre les clichés monochromatiques, l'autofluorescence, l'OCT ou l'angiographie à la fluorescéine.

Sur le plan de la pathogénie, il apparaît que la différence entre DMLA atrophique et DMLA exsudative n'est pas tranchée mais qu'il existe probablement un *continuum* entre les deux affections. Les formes évoluées de DMLA atrophique correspondraient à des patients n'ayant simplement pas développé de néovaisseaux (*fig. 1*). En outre, plusieurs auteurs ont montré que des patients traités par anti-VEGF pour des néovais-

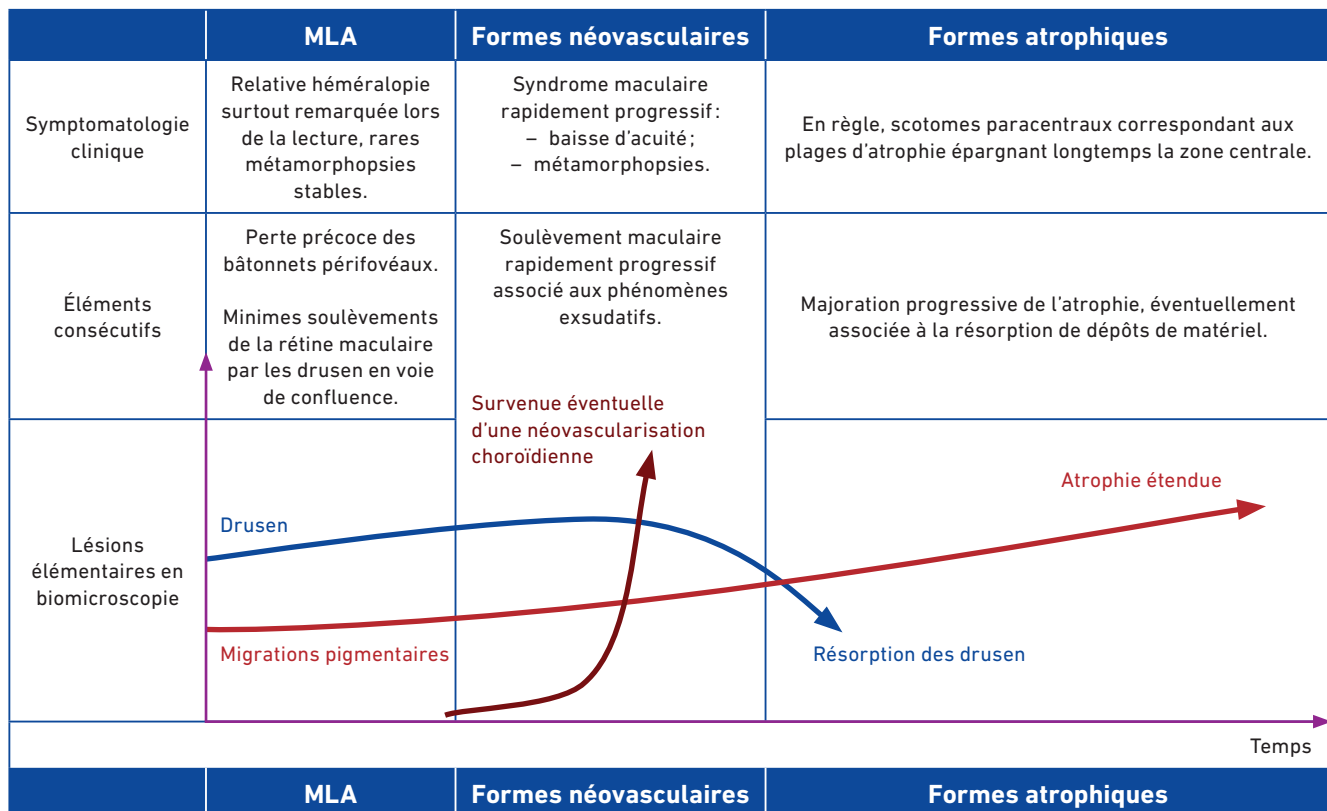


Fig. 1 : Les formes dites "purement" atrophiques de la DMLA correspondraient à des patients n'ayant simplement pas (encore) développé de néovaisseaux choroïdiens. À l'inverse, les formes dites exsudatives correspondraient à des patients ayant un potentiel à développer des plages d'atrophie mais chez qui les néovaisseaux représentent la principale cause de baisse de la vision (d'après Desmettre, 2016, Elsevier Paris, chapitre II).

Brèves

seaux choroïdiens développaient des plages d'atrophie [1,2]. Il reste actuellement difficile de déterminer si ces plages d'atrophie sont provoquées par les anti-VEGF.

Pour certains auteurs, le terme atrophie géographique est réservé à des patients n'ayant jamais présenté de néovaisseaux choroïdiens. Pour d'autres, ce type d'antécédent n'est pas exclusif. En outre, les moyens d'imagerie dont nous disposons ne permettent pas de différencier un processus d'atrophie survenu *de novo* d'une plage d'atrophie ayant fait suite à la résorption d'un dépôt de matériel. Enfin, la présence de plages d'atrophie en dehors du pôle postérieur n'est pas reconnue par tous les auteurs comme correspondant à une atrophie géographique.

Pour la plupart des auteurs, la présence d'une épargne centrale longtemps conservée et le caractère symétrique des lésions entre les deux yeux révèlent un processus assez systématisé qui est caractéristique de la maladie. Au contraire, le terme «aréolaire» semble unanimement abandonné parce que trop proche de celui de l'"atrophie aréolaire centrale" liée à une mutation sur le gène RDS (*Retinal Degeneration gene Slow*).

Après une revue extensive de la littérature, les auteurs soulignent la faiblesse de la nomenclature actuelle. Le terme d'atrophie géographique n'a pas la même signification pour tous les auteurs ce qui est déjà une source de disparité. Le terme ne permet absolument pas de définir le degré d'extension des lésions de la rétine externe vers l'épithélium pigmentaire et vers la choriocapillaire ce qui introduit une nouvelle imprécision pour une éventuelle comparaison entre des patients. Le terme correspond à l'identification de "plages" d'atrophie mais aucun consensus n'a jusqu'ici été établi pour la taille minimale de ces plages. Enfin, certains patients ont des pertes de photorécepteurs et de cellules de l'épithélium pigmentaire à caractère diffus sans que l'on identifie de plages d'atrophie. Est-ce que ces patients peuvent entrer dans la définition de l'atrophie géographique ?

On peut aussi remarquer que la constitution de séries homogènes de patients est le préalable à la démonstration de l'effet thérapeutique d'un médicament. Il est finalement assez inquiétant de réaliser que pour l'atrophie géographique ce préalable ne soit pas atteint !

BIBLIOGRAPHIE

1. BHISITKUL RB, MENDES TS, ROFAGHA S *et al.* Macular atrophy progression and 7-year vision outcomes in subjects from the ANCHOR, MARINA and HORIZON studies (SEVEN-UP Study). *Am J Ophthalmol*, 2015;159:915-924.
2. ROFAGHA S, BHISITKUL RB, BOYER DS *et al.* Seven-year outcomes in ranibizumab-treated patients in ANCHOR, MARINA, and HORIZON: a multicenter cohort study (SEVEN-UP). *Ophthalmology*, 2013;120:2292-2299.

Occlusions veineuses rétinienues et patients *non-dippers*

RAO VN, ULRICH JN, VIERA AJ *et al.* Ambulatory blood pressure patterns in patients with retinal vein occlusion. *Retina*, 2016;36:2304-2310.

La pression artérielle suit habituellement un rythme nyctéméral avec une baisse pendant le sommeil. Certains patients n'abaissent cependant pas suffisamment leur pression artérielle nocturne ("*non-dippers*") ou peuvent même avoir des augmentations de la pression artérielle nocturne. Ces patients *non-dippers* ont un risque majoré d'accident vasculaire cérébral ou de pathologie cardiovasculaire [1]. La proportion de *non-dippers* dans la population générale serait de 20 % [2]. Les relations entre l'hypertension artérielle et les occlusions veineuses rétinienues sont complexes, souvent difficiles à mettre en évidence en pratique, même au cours d'occlusions de branche [3]. Dans cette étude rétrospective, les auteurs ont évalué la prévalence des *non-dippers* chez les patients ayant eu une occlusion veineuse rétinienne (OVR).

La série examinée comportait 22 patients avec une OVR et 20 témoins. La pression artérielle moyenne était de 14,4/7,9 mmHg dans le groupe des OVR contre 13,6/7,7 mmHg dans le groupe témoin. Les *non-dippers* étaient deux fois plus nombreux dans le groupe des OVR (80,8 % [IC 95 % ; 52,8-94,1]) que dans le groupe des témoins (50,4 % [IC 95 % ; 26,1-74,5] $p = 0,008$). La baisse moyenne de la pression systolique du sommeil chez les patients atteints de RVO était de 6,1 % contre 11,9 % chez les témoins ($p = 0,004$).

Il s'agit seulement d'une étude rétrospective sur un faible effectif mais la proportion importante des *non-dippers* dans le groupe des OVR suggère un lien entre la survenue d'une OVR et l'absence de baisse de la pression artérielle nocturne. On peut rappeler les principaux facteurs systémiques d'OVR : hyperlipidémie, diabète, athérosclérose coronarienne, tabagisme. L'étude incite en tout état de cause à faire réaliser davantage de *holters* tensionnels à nos patients présentant une OVR.

BIBLIOGRAPHIE

1. HANSEN TW, LI Y, BOGGIA J *et al.* Predictive role of the nighttime blood pressure. *Hypertension*, 2011;57:3-10.
2. HERMIDA RC. Ambulatory blood pressure monitoring in the prediction of cardiovascular events and effects of chronotherapy: rationale and design of the MAPEC study. *Chronobiol Int*, 2007;24:749-775.
3. MARTINEZ F, FURIÓ E, FABIÁ MJ *et al.* Risk factors associated with retinal vein occlusion. *Int J Clin Pract*, 2014;68:871-881.



T. DESMETTRE

Centre de rétine médicale, MARQUETTE-LEZ-LILLE.
Service d'Ophtalmologie, Hôpital Lariboisière, PARIS