

## Le dossier – La CRSC

# Éditorial



**S. MREJEN**

Service du Professeur Sahel,  
CHNO des 15-20, PARIS.



**É. BOUSQUET**

Service d'Ophtalmologie,  
Hôpital Cochin, PARIS.

La chorioretinopathie séreuse centrale (CRSC) est la 4<sup>e</sup> maladie rétinienne non chirurgicale la plus fréquente et reste souvent un défi thérapeutique, en particulier dans ses formes chroniques, récidivantes et diffuses. En effet, aucun des traitements dont nous disposons n'a actuellement d'autorisation de mise sur le marché (AMM). Les décisions thérapeutiques sont individualisées et les bénéfices attendus *versus* les risques encourus sont discutés avec chaque patient.

Nous vous proposons en cette rentrée une revue assez exhaustive des différentes options et stratégies thérapeutiques. Les équipes françaises ont apporté d'importantes contributions dans le domaine de la CRSC aussi bien au niveau diagnostique avec la description des désormais fameux FIPEDs (*Flat Irregular Pigment Epithelial Detachments*) par l'équipe du Pr Gaudric à Lariboisière, qu'au niveau thérapeutique avec l'usage des antagonistes du récepteur minéralocorticoïde par l'équipe du Pr Francine Behar-Cohen.

L'équipe du Pr Francine Behar-Cohen a en effet découvert un nouveau traitement médical de la CRSC chronique. Ce travail a été suffisamment convaincant pour avoir très vite un impact considérable sur les pratiques au niveau international, comme en témoignent les nombreuses études rétrospectives publiées à travers le monde. Nous avons la chance d'avoir une mise au point par l'équipe qui a décrit ce nouveau traitement. **Alexandre Matet** nous propose en effet une synthèse on ne peut plus claire sur le rationnel scientifique et l'usage pratique de ces nouveaux traitements. Son article répond à toutes nos questions : quand commencer ces traitements, quelle molécule choisir, comment les surveiller et quand les arrêter ? Il s'avère que ces traitements généralement bien tolérés peuvent être intéressants en première ligne dans les CRSC chroniques, et en particulier en cas de cible de PDT centrale, d'atrophie centrale déjà présente ou de présence de fibrine.

**Sam Razavi** nous propose une superbe mise au point sur l'usage de la PDT demi-fluence dans les CRSC aiguës et chroniques. Ayant lui-même contribué à d'importantes publications à ce sujet et ayant été un des premiers à s'équiper de l'OCT *swept-source* pour visualiser la choroïde, il est très bien placé pour nous offrir une mise au point sur ce sujet. Il nous présente de superbes images d'OCT *swept-source* et des cartographies de l'épaisseur choroïdienne très convaincantes pour démontrer

## Le dossier – La CRSC

l'effet de la PDT sur la vascularisation choroïdienne. Comme il nous le rappelle, un des véritables défis quand il s'agit de traiter une CRSC chronique est de déterminer quand traiter. Trop tôt, il est possible que l'épisode guérisse spontanément et trop tard, il est possible qu'il y ait des séquelles irréversibles à type d'atrophie des photorécepteurs.

**Sarah Mrejen** présente une mise au point sur la CRSC sans point de fuite, situation qui peut faire remettre en cause le diagnostic de CRSC et en cas de diagnostic confirmé pose des questions thérapeutiques. Nous proposons en premier lieu de s'assurer qu'il ne s'agit pas d'un diagnostic différentiel, qu'il s'agisse de la DMLA néovasculaire, d'une vasculopathie polypoïdale, ou de DSR au sommet d'une macula bombée ou au sommet d'un staphylome inférieur associé à une dysversion papillaire. Enfin, l'analyse de l'évolution des symptômes et de l'ima-

gerie permet de définir s'il s'agit plutôt d'une CRSC en cours de guérison spontanée avec un point de fuite qui ne diffuse plus sur l'angiographie à la fluorescéine car il n'est plus actif. Enfin, les formes chroniques et diffuses de la CRSC ne présentent habituellement pas de point de fuite classique mais plutôt des zones plus diffuses et hétérogènes de diffusion mal limitées correspondant à des décompensations plus diffuses de l'épithélium pigmentaire rétinien.

**Élodie Bousquet** partage un excellent article sur les néovaisseaux secondaires dans la CRSC chronique, sujet qui a suscité un intérêt croissant depuis l'avènement de l'OCT angiographie. La prévalence de ces néovaisseaux secondaires avait en effet été sous-évaluée avec l'utilisation de l'imagerie multimodale. Il y a un chevauchement entre les modes de présentation cliniques de la CRSC et des néovaisseaux secon-

naires, rendant leur diagnostic difficile. L'OCT angiographie s'est révélé très précieux pour confirmer la présence de néovaisseaux secondaires avec une sensibilité et une spécificité supérieures à l'imagerie multimodale classique. Même lorsque la présence de néovaisseaux est confirmée par l'OCT angiographie, la stratégie thérapeutique n'est pas simple car les signes exsudatifs et donc les critères de traitement et retraitement peuvent être liés à l'hyperperméabilité choroïdienne vasculaire ou à la néovascularisation secondaire. Élodie nous propose un arbre décisionnel très utile pour guider la prescription d'anti-VEGF dans ces situations.

À votre retour de vacances, nous vous souhaitons une excellente rentrée. En espérant que vous aurez du plaisir à lire de ce dossier durant vos rares et précieux temps libres !