

Le dossier – Œdème maculaire du diabétique

Éditorial

L'œdème maculaire reste la principale cause de mauvaise vision chez les patients diabétiques, en particulier chez les diabétiques de type 2. Il peut s'associer à tous les stades de rétinopathie diabétique (RD), même si sa prévalence augmente avec la sévérité de la RD, et atteint près de 10 % de la population diabétique. La pathogénie de l'œdème maculaire diabétique (OMD) est complexe et multifactorielle. Il ne faut pas oublier que l'OMD s'inscrit dans une pathologie systémique dont il est l'une des complications. Il est donc certain qu'hyperglycémie, hypertension artérielle – parfois majorée par une apnée du sommeil fréquente chez le diabétique –, dyslipidémie et dysfonction rénale jouent un rôle majeur dans son apparition et son aggravation.

Comme le rappelle **Evelyn Mensah**, le contrôle des facteurs systémiques est donc essentiel et indispensable. Néanmoins, le contrôle de ces facteurs est souvent difficile à obtenir et l'effet bénéfique de ce contrôle sur l'OMD peut être différé de plusieurs mois. Il ne faut donc pas attendre d'obtenir ce contrôle pour débiter le traitement spécifique de l'OMD par injections intravitréennes (IVT), le contrôle des facteurs systémiques et le traitement intravitréen doivent être menés conjointement. En effet, la persistance de l'OMD due au retard de la mise en route du traitement intravitréen peut entraîner des lésions rétinienne irréversibles et est délétère pour la fonction visuelle.

Le traitement des facteurs systémiques associés au laser est resté pendant de très nombreuses années le seul traitement disponible de l'OMD, nous conduisant souvent à une impasse thérapeutique. L'avènement des traitements par IVT d'anti-VEGF ou de corticoïdes a permis d'améliorer considérablement le pronostic fonctionnel de l'OMD et la qualité de vie des patients. Plusieurs molécules ont maintenant l'AMM et sont remboursées pour le traitement de l'OMD.

Un bilan préthérapeutique complet de l'OMD et du patient diabétique est indispensable pour guider le choix entre ces différents traitements. Il permettra de déterminer le phénotype de l'OMD et d'évaluer les facteurs influençant la décision thérapeutique. Dans certains cas rares, comme l'indique **Florian Farguette**, l'examen clinique et par tomographie en cohérence optique objectivera une traction vitréomaculaire aggravant l'OMD. Une vitrectomie peut alors être proposée, c'est le seul cas où son efficacité a été démontrée. L'indication de vitrectomie dans le traitement de l'OMD est donc limitée.

Dans tous les autres cas d'OMD atteignant la région centrale associé à une baisse d'acuité visuelle, un traitement par IVT doit être proposé en première intention sans retard. Le choix se fait entre 2 classes thérapeutiques, anti-VEGF et corticoïdes. Comme nous le rapporte **Franck Fajnkuchen**, le traitement par injections mensuelles d'anti-VEGF est proposé en première intention dans la majorité des cas, il est extrêmement efficace pour améliorer l'acuité visuelle et réduire l'épaississement maculaire, avec 40 à 60 % des patients améliorant leur acuité visuelle de 2 lignes ou plus.



P. MASSIN
Service d'Ophtalmologie,
Hôpital Lariboisière, PARIS.

■ Le dossier – Œdème maculaire du diabétique

Néanmoins, pour être efficaces, ces traitements nécessitent d'être intensifs et bien conduits avec un nombre moyen de 7 IVT durant la première année. Si le traitement est initialement bien mené, il est possible de réduire le nombre des injections au cours des années suivantes dans la majorité des cas. La compliance du patient est donc essentielle et il est indispensable de s'en assurer avant de débiter le traitement. Le nombre moindre d'injections réalisées explique les résultats plus médiocres observés dans les études de vraie vie.

Une alternative efficace aux anti-VEGF est le traitement par IVT de corticoïdes, sur lequel **Audrey Giocanti-Aurégan** fait le point. L'implant de dexaméthasone permet des gains visuels avérés à 1 an qui se maintiennent sur 3 ans, et nécessite moins d'injections, la durée d'efficacité de l'implant étant de 3 à 4 mois. C'est donc le traitement de choix pour les patients moins compliants. Néanmoins, il s'accompagne d'effets secondaires : hypertension oculaire, modérée dans la majorité des cas, et progression de la cataracte qui réduit le bénéfice visuel chez les patients phaqes. L'implant de dexaméthasone peut donc être proposé en première intention chez les patients pseudophaques, en respectant les contre-indications, et chez les phaqes insuffisamment compliants pour un traitement par injections d'anti-VEGF. Dans ce cas, les patients doivent être prévenus du risque d'aggravation de la cataracte et celle-ci doit être opérée dès qu'elle retentit sur le gain visuel.

Enfin, depuis quelques mois, l'implant d'acétonide de fluocinolone est disponible et remboursé. Il a l'avantage d'une très longue durée d'action de 24 à 36 mois, mais nécessite une surveillance renforcée du tonus oculaire. Il s'inscrit en deuxième intention chez les patients présentant un OMD chronique.

L'arsenal thérapeutique de l'OMD s'est donc considérablement enrichi au cours de ces dernières années, au bénéfice de nos patients. Ce dossier nous fait la synthèse de ces avancées thérapeutiques et clarifie leurs indications. Bonne lecture !