

Brèves

Implants de dexaméthasone : facteurs de risque des migrations en chambre antérieure

GONÇALVES MB, ALVES BQ, MOURA R *et al.*; Pan-American Collaborative Retina Study Group. Intravitreal dexamethasone implant migration into the anterior chamber: a multicenter study from the Pan-American Collaborative Retina Study Group. *Retina*, 2020;40:825-832.

L'œdème maculaire est une cause importante de baisse d'acuité visuelle, d'autant que cet élément est associé à de nombreuses pathologies de rétine médicale. L'administration d'un implant intravitréen de dexaméthasone est supportée par les propriétés anti-inflammatoires et anti-angiogènes de ce dérivé de la cortisone. L'utilisation d'un implant à libération prolongée permet en outre une délivrance du principe actif pendant plusieurs mois. Dans certaines pathologies telles que les occlusions veineuses rétinienne ou l'œdème maculaire du diabétique, l'indication peut être discutée entre l'utilisation des anti-VEGF et celle d'un implant de dexaméthasone (**tableau I**).

L'implant de dexaméthasone est un bâtonnet de 0,46 × 6 mm inséré dans la cavité vitréenne avec un trocart de 22 G. La dexaméthasone est contenue dans un polymère qui se dégrade progressivement en acide lactique et glycolique lorsque l'implant est dans le vitré. Cette dégradation du polymère permet de libérer de la dexaméthasone jusqu'à 6 mois après l'implantation.

Les effets secondaires rapportés sont la constitution d'une cataracte et une hypertension oculaire. Cette hypertension peut être favorisée lorsque la dexaméthasone passe en chambre antérieure à la faveur d'un antécédent de chirurgie de cataracte avec implant dans le sulcus ou implant de chambre antérieure. Certains auteurs ont décrit des hypertensions semblant avoir été favorisées par antécédent de capsulotomie au laser Nd:YAG.

La migration de l'implant de dexaméthasone vers la chambre antérieure est une autre complication qui a fait l'objet de publications de cas isolés [1-3]. Cette migration antérieure de l'implant peut être la source d'un œdème cornéen provoqué par les différents composants de l'implant et par les frottements mécaniques de l'implant sur la face postérieure de la cornée (**fig. 1**).

Les auteurs de cette étude réalisée au Brésil cherchaient à établir la prévalence et à déterminer les facteurs de risque de migration des implants de dexaméthasone intravitréens vers la chambre antérieure. Les patients de cette étude avaient un œdème maculaire traité au moins une fois avec un implant de dexaméthasone. Un total de 468 dossiers a été repris dans cette étude rétrospective multicentrique observationnelle.

La prévalence de la migration des implants était de 1,6 % (12 cas), avec une association significative entre le risque de

migration et un antécédent de chirurgie de la cataracte ($p = 0,043$) et l'état de l'implant ($p = 0,005$). Dans la série des auteurs, tous les patients avec migration de l'implant de dexaméthasone avaient un implant de chirurgie de la cataracte en chambre postérieure. Pour la moitié d'entre eux, on relevait une rupture de la capsule postérieure pendant la chirurgie de la cataracte et, pour l'autre moitié, on relevait un antécédent de capsulotomie au laser Nd:YAG. Les auteurs ont aussi observé une tendance à la majoration du risque chez les patients vitrectomisés

	En faveur	En défaveur ou contre-indication
Glaucome	Absence ou stable sous monothérapie	Évolué/non contrôlé
Cristallin	Pseudophaque avec implant dans le sac	– Cristallin clair, pseudophaque avec implant dans le sulcus ou implant de chambre antérieure – Capsulotomie au laser ?
Iris		Iridotomie périphérique
ATCD ophtalmos		Herpès, toxoplasmose oculaire
ATCD généraux	AVC, infarctus myocardique de moins de 3 mois	
Rétinopathie diabétique	Stabilisée	Évolutive
Compliance	Déplacements mensuels difficiles	Déplacements mensuels faciles

Tableau I : Éléments ophtalmologiques et généraux guidant l'indication éventuelle d'un implant de dexaméthasone intravitréen. ATCD : antécédents ; AVC : accident vasculaire cérébral.

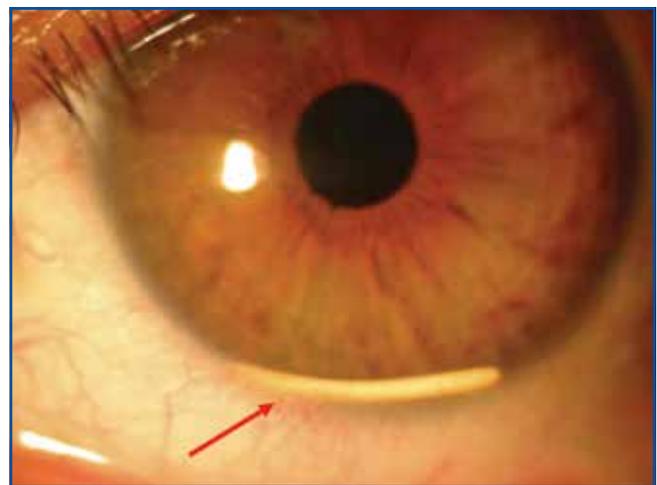


Fig. 1 : Implant de dexaméthasone intravitréen qui a migré en chambre antérieure chez un patient de 64 ans ayant un implant dans le sulcus avec décentration (d'après Gonçalves, *Retina*, 2020;40:825-832).

Brèves

($p = 0,057$), avec un taux de migration des implants de dexaméthasone de 4,8 % dans cette série.

Le délai moyen entre l'injection de l'implant de dexaméthasone et sa migration en chambre antérieure était de 17 jours. Les implants migrés ont pu être retirés à l'aide de pinces avec ou sans utilisation de viscoélastique ou avec des canules de 20 G reliées au vitréotome. Des vidéos sont disponibles en ligne pour illustrer la procédure d'ablation de l'implant [4].

Pour notre pratique, on peut relever le paradoxe d'un dispositif que l'on évite d'implanter chez les sujets jeunes avec cristallin clair mais qui est susceptible de migrer en chambre antérieure chez les pseudophaques, lorsque la capsule postérieure est rompue. La prévalence de 1,6 % rapportée par les auteurs incite tout au moins à informer les patients de ce risque.

BIBLIOGRAPHIE

1. BANSAL R, BANSAL P, KULKARNI P *et al.* Wandering Ozurdex® implant. *J Ophthalmic Inflamm Infect*, 2012;2:1-5.
2. KHURANA RN, APPA SN, MCCANNEL CA *et al.* Dexamethasone implant anterior chamber migration: risk factors, complications, and management strategies. *Ophthalmology*, 2014;121:67-71.
3. PARDO-LÓPEZ D, FRANCÉS-MUÑOZ E, GALLEGU-PINAZO R *et al.* Anterior chamber migration of dexamethasone intravitreal implant (Ozurdex®). *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*, 2012;250:1703-1704.
4. [links.lww.com/IAE/A971](https://www.lww.com/IAE/A971)

Matériel exsudatif sous-rétinien et DMLA : quel intérêt pronostic ?

KUMAR JB, STINNETT S, HAN JIL *et al.* Correlation of subretinal hyperreflective material morphology and visual acuity in neovascular age-related macular degeneration. *Retina*, 2020;40:845-856.

Le matériel hyperréfléctif sous-rétinien (SRHRM [*subretinal hyperreflective material*]) correspond à la zone grisâtre observée sur les coupes d'OCT-B entre les néovaisseaux et la neurorétine sus-jacente. On considère que ce matériel fait partie des phénomènes exsudatifs qui traduisent l'activité néovasculaire. Le terme "matériel" est vague à dessein parce que la nature précise de cette hyperréfléctivité n'est pas connue. Pour la plupart des auteurs, il s'agirait de sérosités, de fibrine, de sang [1]. En outre, il est probable que la composition de ce matériel évolue avec le temps. Ce matériel n'est pas spécifique des néovaisseaux de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA).

L'aspect du SRHRM n'est pas le même chez tous les patients et plusieurs auteurs ont recherché des corrélations entre l'aspect

de ce matériel (son importance, son degré d'hyperréfléctivité, l'aspect des bords) et le pronostic visuel des patients (*fig. 1*) [2, 3].

Les auteurs de cet article publié dans le numéro de mai de *Retina* visaient à déterminer l'intérêt pronostique des différents aspects du matériel hyperréfléctif sous-rétinien chez les patients traités pour des néovaisseaux maculaires de la DMLA. Il s'agit d'une étude rétrospective sur une série

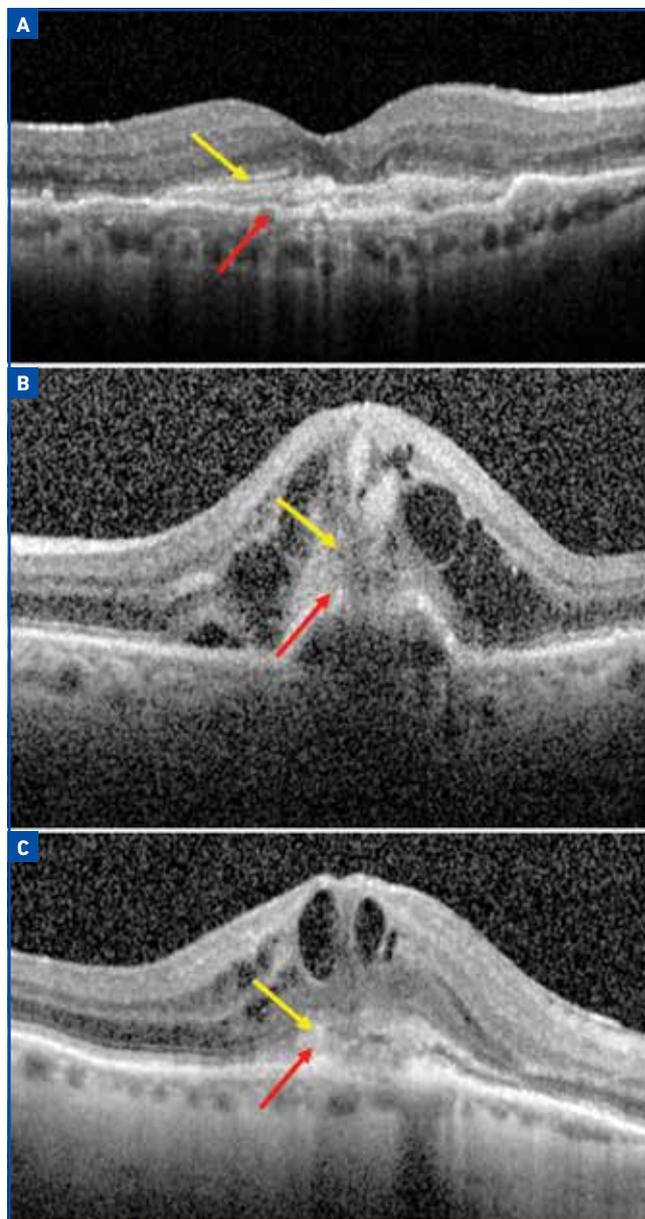


Fig. 1 : Le SRHRM peut revêtir plusieurs aspects avec des limites plus ou moins bien précisées. Sur ces coupes d'OCT-B, **A :** on note un matériel aux limites précises sur plus de 75 % de ses bords. **B :** le matériel est moyennement bien délimité avec entre 25 et 75 % des bords identifiables. **C :** moins de 25 % des bords du matériel peuvent être repérés (d'après Kumar, *Retina*, 2020;40:845-856).

consécutives de 73 patients (âge moyen $79,2 \pm 8,9$ ans) présentant des néovaisseaux maculaires liés à la DMLA initialement naïfs de traitement puis traités par injections intravitréennes (IVT) de bécavizumab. Les auteurs ont analysé l'aspect du SRHRM ainsi que l'aspect des autres signes d'activité néovasculaire lors de l'inclusion puis à 3 et 12 mois. L'acuité visuelle moyenne était à 20/100 initialement, 20/107 à 3 mois et 20/115 à 12 mois.

En analyse univariée, les paramètres de base associés à une valeur prédictive significative de l'acuité visuelle à 12 mois étaient la présence de fluides intrarétiniens, la présence de SRHRM, la présence d'un SRHRM épais très hyperréfléctif avec des limites bien définies. Tous ces paramètres, à l'exception de la réflectivité élevée, étaient significatifs en analyse multivariée. Le paramètre initial le plus prédictif était la présence d'un SRHRM aux bords bien définis.

Cette étude confirme l'intérêt d'une analyse du SRHRM pour évaluer le pronostic visuel des patients ayant une forme exsudative de DMLA. L'intérêt de l'étude repose aussi sur la simplicité et l'accessibilité de l'examen des coupes d'OCT-B par la plupart des ophtalmologistes lors de l'examen initial des patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. WILLOUGHBY AS, YING GS, TOTH CA *et al.* Subretinal hyperreflective material in the comparison of age-related macular degeneration treatments trials. *Ophthalmology*, 2015;122:1846-1853.
2. RISTAU T, KEANE PA, WALSH AC *et al.* Relationship between visual acuity and spectral domain optical coherence tomography retinal parameters in neovascular age-related macular degeneration. *Ophthalmologica*, 2014;231:37-44.
3. POKROY R, MIMOUNI M, BARAYEV E *et al.* Prognostic value of subretinal hyperreflective material in neovascular age-related macular degeneration treated with bevacizumab. *Retina*, 2018;38:1485-1491.



T. DESMETTRE

Centre de rétinologie médicale, MARQUETTE-LEZ-LILLE,
Queen Anne St. Medical Centre,
LONDRES.