

## Le dossier – Occlusions veineuses rétinienne

### Éditorial

Cela fait tout juste 10 ans que les traitements par injections intravitréennes (IVT) sont à notre disposition dans le traitement de l'œdème maculaire des occlusions veineuses rétinienne (OVR) et qu'ils ont révolutionné le pronostic visuel de nos patients, ainsi que notre prise en charge thérapeutique. L'implant de dexaméthasone a obtenu l'autorisation de mise sur le marché en 2011, suivi par le ranibizumab en 2012 et par l'aflibercept en 2013 et 2015. Les premières études princeps nous ont aidés à poser les indications de ces traitements en fonction principalement du type de l'occlusion veineuse rétinienne, de son ancienneté, des affections associées et du terrain.



**A. GLACET-BERNARD**  
Service d'Ophtalmologie,  
Centre hospitalier de CRÉTEIL.

Nous avons maintenant à disposition des études avec un suivi plus long allant jusqu'à 5 ans, qui apportent des indications très utiles sur la prise en charge de nos patients à moyen et long termes. Les études semblent concordantes sur le fait que la 2<sup>e</sup> année de suivi est une étape clé dans l'évolution des OVR. En dehors des rares *happy few* qui n'ont pas eu d'IVT après la phase d'induction (environ 10 % des patients), c'est la 2<sup>e</sup> année que les injections peuvent être arrêtées dans environ 38 % des occlusions de branche veineuse rétinienne et 31 % des occlusions de la veine centrale de la rétine. Le nombre d'injections au cours de la 2<sup>e</sup> année semble être un bon indicateur pour prédire le nombre d'IVT encore nécessaires la 4<sup>e</sup> et la 5<sup>e</sup> année.

Il semble donc que, dans les OVR, le traitement par IVT puisse être interrompu chez seulement une minorité de patients, d'autres auront des injections plus espacées avec un rythme qui pourra être défini grâce au protocole proactif *Treat & Extend* en particulier. Contrairement à ce que l'on observe pour la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) et la rétinopathie diabétique, le rythme des injections dans les OVR semble malheureusement rester stable après la 2<sup>e</sup> année et ne pas diminuer au fil des ans. Les indications, les résultats et le mode de suivi de l'implant de dexaméthasone sont détaillés dans ce dossier par **Laurent Kodjikian** et ceux des anti-VEGF par **Valérie Krivosic**.

Après plusieurs mois d'évolution, généralement 12 à 18 mois, le remodelage du lit capillaire peut aboutir à la formation de macroanévrismes capillaires, qui se développent souvent à la limite entre le territoire occlus et le territoire bien perfusé dans les occlusions de branche veineuse rétinienne ou dans les occlusions hémi-centrales. Ces macroanévrismes sont à l'origine d'une importante rupture de la barrière hémato-rétinienne interne, donnant un œdème maculaire parfois réfractaire souvent associé à des exsudats lipidiques. Dans les formes sévères, de véritables soulèvements rétiniens exsudatifs peuvent apparaître, mimant une maladie de Coats de l'adulte. **Bénédicte Dupas** et **Michel Paques** nous éclairent sur la manière de faire le diagnostic de ces macroanévrismes capillaires et de les traiter.

Néanmoins, ces changements considérables dans la prise en charge des patients ne modifient en rien la nécessité d'établir un diagnostic précis de l'occlusion veineuse dès la première consultation, en précisant sa forme clinique et les pathologies associées, ainsi que le bilan des facteurs de risque du patient en collaboration avec son médecin traitant ou son cardiologue. Le pronostic des OVR peut être estimé dès la première consultation en se basant sur une des nombreuses classifications, tout en



Occlusion veineuse rétinienne.

sachant qu’au cours des premiers mois, une aggravation de la composante ischémique ou une conversion d’une forme bien perfusée vers une forme ischémique peut survenir.

Depuis les débuts de l’angiographie à la fluorescéine, les classifications sont basées principalement sur la présence et l’étendue des territoires de non-perfusion qui différencient les formes ischémiques (ou formes non perfusées) des formes bien perfusées (ou non ischémiques ou encore œdémateuses), avec des seuils très variables (et très controversés) de surface de non-perfusion définissant une forme ischémique. Cela nous amène naturellement à l’article de **Thomas Desmettre** qui détaille l’imagerie des occlusions veineuses rétinienne, en particulier l’apport de l’OCT-angiographie dont le champ d’exploration s’est considérablement élargi et qui peut peut-être rivaliser avec l’angiographie à la fluorescéine classique dans certaines indications. L’angiographie à la fluorescéine a aussi beaucoup évolué avec les angiographes ultra-grand champ qui permettent un calcul précis de l’index ischémique.

La détection des territoires de non-perfusion doit rester une préoccupation constante dans le suivi des occlusions veineuses rétinienne car les complications néovasculaires – et en particulier le redoutable glaucome néovasculaire – n’ont pas diminué avec l’arrivée des nouveaux traitements, elles sont simplement retardées et menacent de se développer avec une extrême rapidité à l’arrêt des injections.