

Brèves

Traitement des OVCR : ne pas tarder !

AGATA C, AOKI S, KITAMOTO K *et al.* Time to initiate anti-vascular endothelial growth factor therapy and visual outcome in central retinal vein occlusion. *Sci Rep*, 2024;14:16974.

Les occlusions veineuses rétiniennes (OVR) représentent la deuxième maladie vasculaire rétinienne la plus fréquente avec, en 2015, une prévalence cumulée sur cinq ans de 0,86 % de la population entre 30 et 89 ans, soit 28 millions de personnes sur la planète [1]. L'hypertension artérielle est le facteur de risque le plus important pour toute OVR, avec un odds ratio évalué à 2,82 (IC95 % = 2,12-3,75) dans une méta-analyse publiée en 2019 [1].

L'œdème maculaire (OM) est la cause la plus fréquente de baisse de vision après une OVR. Pour mémoire, les études BRAVO et CRUISE avaient analysé l'efficacité des injections intravitréennes (IVT) de ranibizumab, tandis que les études COPERNICUS et GALILEO ont évalué l'efficacité des injections intravitréennes d'aflibercept sur l'œdème maculaire des OVR.

Plusieurs études ont suggéré que le pronostic visuel était meilleur lorsque la durée de l'œdème était plus courte et dans l'étude CRYSTAL le pronostic visuel des yeux traités dans les trois mois était meilleur que celui des yeux traités plus de trois mois après le diagnostic [2]. De même, dans l'étude COPERNICUS, le pronostic visuel était meilleur chez les patients ayant commencé le traitement avant deux mois [3]. On recommande actuellement de débiter le traitement de l'œdème des occlusions veineuses dans un délai de moins de deux à quatre semaines après l'examen initial [4].

Cette équipe japonaise s'est intéressée au pronostic visuel des patients traités dans un délai inférieur à deux mois. En effet, dans la "vraie vie", certains patients peuvent présenter peu ou pas d'œdème maculaire, ou avoir une très bonne acuité visuelle au moment de la l'examen initial, ce qui peut inciter à temporer dans un premier temps.

Sur les 54 yeux de cette série rétrospective chez des patients avec une occlusion de la veine centrale de la rétine, l'acuité visuelle moyenne lors de la visite initiale était de $0,65 \pm 0,49$ (logMAR) et le délai moyen de traitement de $14,9 \pm 14,5$ jours. L'acuité visuelle mesurée au début du traitement a été identifiée comme un facteur prédictif plus fort de l'acuité visuelle finale que l'acuité visuelle lors de la première visite ou d'autres facteurs.

Les patients dont le traitement a été débuté plus de 28 jours après la visite initiale ont eu une baisse significative de leur acuité par rapport à ceux traités dans les 28 jours ($0,21 \pm 0,35$ vs $0,04 \pm 0,13$, $p = 0,006$) (fig. 1).

Enfin, les patients qui ont été traités entre 15 et 28 jours ont eu une diminution plus importante de l'acuité par rapport à ceux traités dans les 14 jours suivant la survenue de l'occlusion ($0,12 \pm 0,46$ vs $0,018 \pm 0,02$, $p = 0,026$).

Les limites de cette étude sont sa conception rétrospective et le fait que les patients qui n'ont pas bénéficié d'un traitement anti-VEGF n'ont pas été inclus dans l'analyse. Surtout, il manque des informations sur le degré d'ischémie initial, pourtant un des facteurs prédictifs du pronostic visuel.

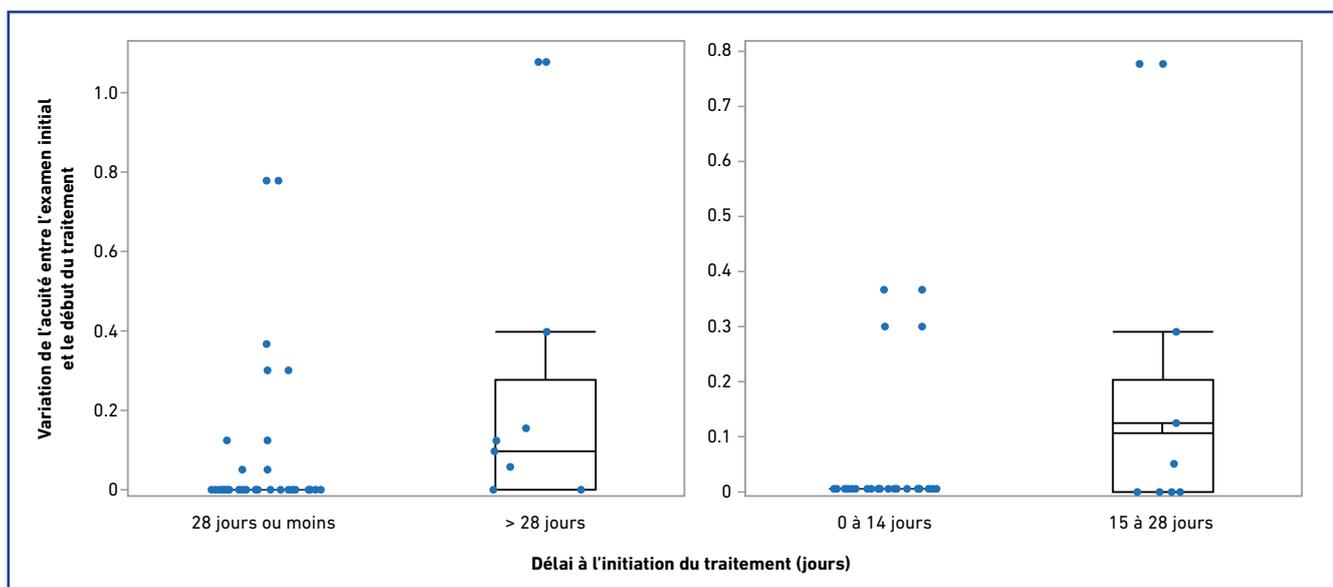


Fig. 1 : Variation de l'acuité visuelle entre l'examen initial et le début du traitement. À gauche, lorsque le traitement est débuté dans les 28 jours. À droite, lorsque ce traitement est débuté entre 0 et 14 jours ou entre 15 et 28 jours.

Brèves

En conclusion, un délai de 14 à 28 jours ou plus avant le début du traitement peut être associé à une diminution du pronostic visuel chez les patients atteints d'occlusion de la veine centrale de la rétine. Dans cette étude, l'acuité mesurée lors du début du traitement est apparue comme un facteur pronostic plus important que l'acuité mesurée lors de la consultation initiale. Les auteurs recommandent donc un suivi rapproché entre le diagnostic et le début du traitement pour garantir un moment adéquat pour l'initiation des anti-VEGF.

BIBLIOGRAPHIE

1. SONG P, XU Y, ZHA M *et al.* Global epidemiology of retinal vein occlusion: a systematic review and meta-analysis of prevalence, incidence, and risk factors. *J Glob Health*, 2019;9:010427.
2. LARSEN M, WALDSTEIN SM, BOSCIA F *et al.* Individualized ranibizumab regimen driven by stabilization criteria for central retinal vein occlusion: twelve-month results of the CRYSTAL study. *Ophthalmology*, 2016;123:1101-1111.
3. BROWN DM, HEIER JS, CLARK WL *et al.* Intravitreal aflibercept injection for macular edema secondary to central retinal vein occlusion: 1-year results from the phase 3 COPERNICUS study. *Am J Ophthalmol*, 2013;155:429-437.e7.
4. NICHOLSON L, TALKS SJ, AMOAKU W *et al.* Retinal vein occlusion (RVO) guideline: executive summary. *Eye (Lond)*, 2022;36:909-912.

Globules hyporéfectifs sous-rétiens et CRSC

GOEL S, MISHRA S, BHATTACHARYA S *et al.* Subretinal hyporeflexive globe: A novel OCT finding in central serous chorioretinopathy. *Indian J Ophthalmol*, 2024;72:648-652.

Les progrès réguliers de l'imagerie en OCT ont permis d'utiliser divers biomarqueurs rétiens, tels que le volume des drusen, la présence de fluides intrarétiniens, la présence de foci hyperréfectifs intrarétiniens (HRF) etc., pour affiner le pronostic d'affections diverses, en particulier la DMLA.

Plus récemment, quelques biomarqueurs plus spécifiques de pathologies choroïdiennes, telles que les excavations préchoroïdiennes (*prechoroidal clefts*) [1] ou les cavernes choroïdiennes [2], ont été décrits. D'après Querques et Carnevali, ces cavernes choroïdiennes pourraient constituer un marqueur de l'atrophie géographique [3] ou de la maladie de Best [4]. Ces auteurs ont défini les cavernes comme des éléments vides, angulaires ou ronds, hyporéfectifs, ressemblant à des cavités avec une hyperréflexivité interne ponctuelle ou linéaire. Ils ont localisé les cavernes dans les couches de Sattler et de Haller, avec une préservation relative de la couche choriocapillaire (**fig. 1**).

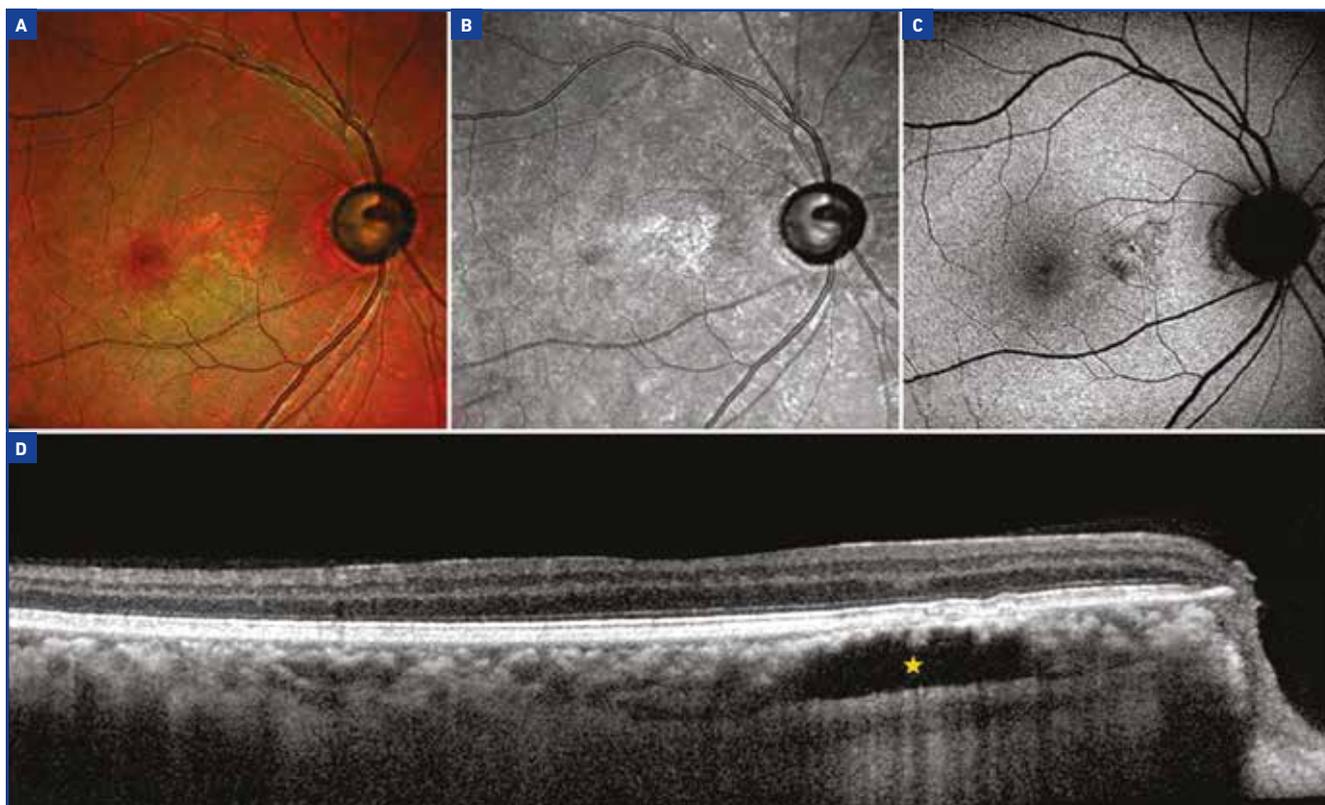


Fig. 1 : Caverne choroïdienne chez un patient dont la CRSC est résolue. Le cliché multicouleur (A), le cliché infrarouge (B) et le cliché en autofluorescence (C) montrent des altérations de l'épithélium pigmentaire rétinien. (D) La coupe d'OCT permet de repérer une lésion hyporéfective en caverne choroïdienne (étoile jaune).

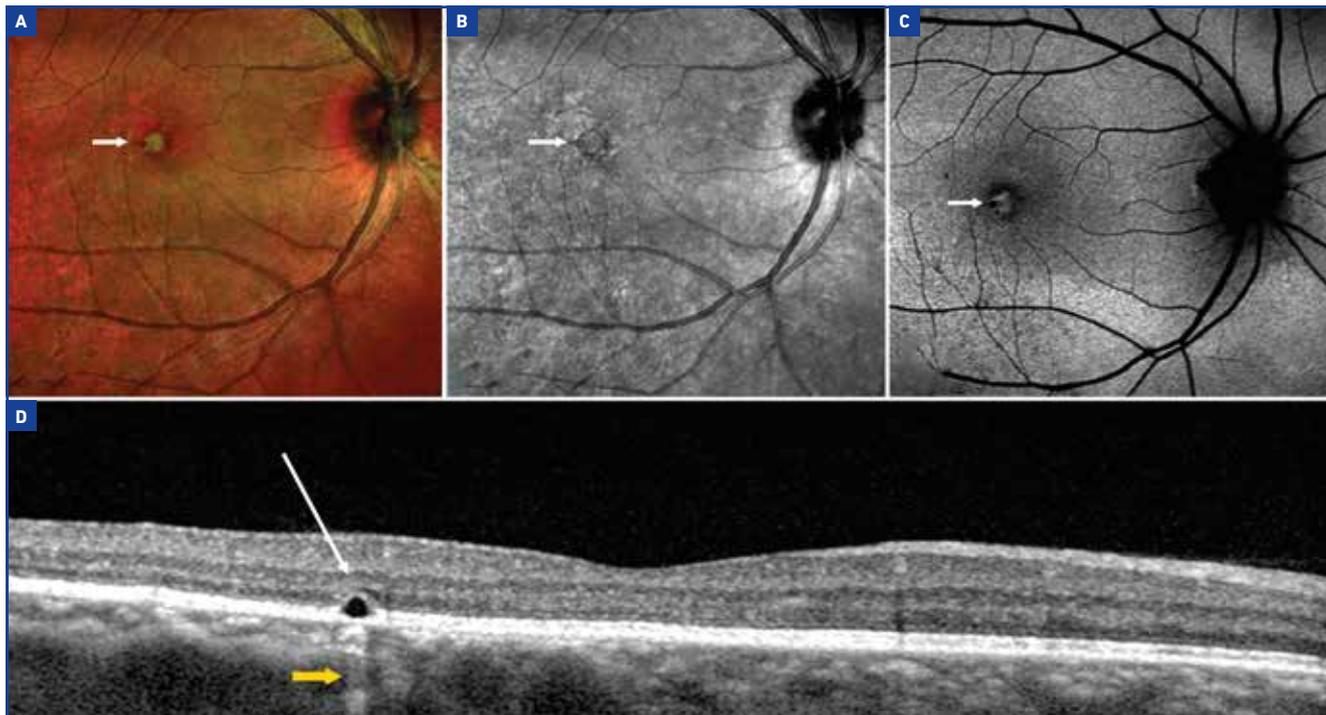


Fig. 2 : Globule hyporéfléctif sous-rétinien chez une patiente dont la CRSC est résolue. **(A)** Cliché multicolore montrant une zone d'altération de l'épithélium pigmentaire. **(B)** Cliché infrarouge montrant une zone de multiples lésions hyporéfléchissantes correspondant à des altérations de l'épithélium pigmentaire rétinien et à un soulèvement de l'épithélium pigmentaire. **(C)** Image d'autofluorescence bleue avec une hyperautofluorescence centrale. **(D)** Coupe d'OCT horizontale montrant le globule hyporéfléctif sous-rétinien hyporéfléctif et la zone d'hypertransmission sous-jacente (**flèche jaune**).

Les auteurs de cet article publié dans l'*Indian J Ophthalmology* décrivent une lésion qui pourrait être apparentée aux cavernes choroïdiennes, représentée par des globules hyporéfléctifs sous-rétiens (**fig. 2**) situés au niveau de la zone d'interdigitation, en avant du complexe membrane de Bruch-EP chez des patients atteints de choriorétinopathie séreuse centrale (CRSC). Un dysfonctionnement de la pompe de l'épithélium pigmentaire qui contribue à maintenir la barrière hématorétinienne externe pourrait favoriser la formation de ces globules hyporéfléctifs sous-rétiens dans les yeux atteints de maladies de la pachychoïde. Dans la série des auteurs, ces globules n'ont pu être identifiés que sur les images OCT et sur aucune autre modalité. À l'instar des cavernes choroïdiennes, il semble que ces globules hyporéfléctifs sous-rétiens soient composés de globules lipidiques.

La série des auteurs comporte 137 yeux de 137 patients consécutifs avec une CRSC analysés de façon rétrospective. Ces globules hyporéfléctifs sous-rétiens présentent une bordure hyper réfléchive avec un noyau hyporéfléctif et un effet fenêtre sous-jacent. Des globules hyporéfléctifs sous-rétiens ont été observés dans 27 yeux (21,8 %), parmi lesquels des cavernes choroïdiennes ont été observées dans sept cas (5,1 %). Vingt-cinq yeux présentant une CRSC chronique et seulement deux yeux présentant une CRSC aiguë présentaient des globules hyporéfléctifs sous-rétiens. Trois yeux, dont la

CRSC était résolue, présentaient des globules hyporéfléctifs sous-rétiens.

BIBLIOGRAPHIE

1. METRANGOLO C, DONATI S, MAZZOLA M *et al.* OCT Biomarkers in neovascular age-related macular degeneration: A narrative review. *J Ophthalmol*, 2021;2021:9994098.
2. DOLZ-MARCO R, GLOVER JP, GAL-OR O *et al.* Choroidal and sub-retinal pigment epithelium caverns: multimodal imaging and correspondence with friedman lipid globules. *Ophthalmology*, 2018;125:1287-1301.
3. QUERQUES G, COSTANZO E, MIERE A. Choroidal caverns: A novel optical coherence tomography finding in geographic atrophy. *Invest Ophthalmol Vis Sci*, 2016;57:2578e2582.
4. CARNEVALI A, SACCONI R, CORBELLI E. Choroidal caverns: A previously unreported optical coherence tomography finding in best vitelliform dystrophy. *Ophthalmic Surg Lasers Imaging Retina*, 2018;49:284-287.



T. DESMETTRE
Centre de rétine médicale,
MARQUETTE-LEZ-LILLE, France.