

Nicolas Pogorzalek

Géraldine

Dubernard

Tiepp Khuc

Julia Proenca

Hervé Offret

Marc Labetoulle

Service

d'ophtalmologie

Hôpital de Bicêtre

marc.labetoulle

@bct.ap-hop-paris.fr

Mots clés : diabète,
fond d'œil,
rétinopathie

Diabète et fond d'œil

Cas clinique

Un homme de 55 ans est adressé par son médecin à la consultation d'ophtalmologie pour une baisse d'acuité visuelle bilatérale qui aurait débuté il y a environ 6 mois. On lui connaît un diabète de type 2 découvert il y a dix ans, traité par régime seul au début, puis par Glucophage® (avec une observance limitée) depuis huit ans et une hypertension artérielle non traitée. Il revient d'une mission de trois ans à l'étranger, n'a pas été suivi régulièrement pendant cette période. Avant de venir en consultation dans le service, il a fait des examens sanguins qui retrouvent entre autres une hémoglobine glycosylée à 10,5 g/L et un dosage de créatinine sérique à la limite supérieure de la normale. L'examen bilatéral trouve une acuité visuelle à 7/10 de loin, Parinaud 2. Le segment antérieur est le siège d'une cataracte corticonucléaire modérée. La tension oculaire est à 18 des deux côtés. Le fond d'œil avec dilatation montre des néovaisseaux prépapillaires de grande taille (> 1/4-1/3 de la surface papillaire), définissant une rétinopathie diabétique proliférante sévère. Une angiographie à la fluorescéine confirme le diagnostic.

Une photocoagulation panrétinienne est entreprise très rapidement permettant de supprimer les néovaisseaux et d'empêcher la survenue d'un glaucome néovasculaire. Par ailleurs, le traitement médical vise à un équilibre strict de la glycémie et de la tension artérielle.

Commentaires

Selon les études épidémiologiques, la rétinopathie diabétique (RD) apparaît comme la première cause de cécité dans le monde avant 50 ans, en particulier dans les pays développés, et dans les cinq premières causes de malvoyance tous âges confondus [1]. Son apparition et sa progression dépendent essentiellement de la durée du diabète et de son type : après dix ans d'évolution, son incidence est de 89 % chez le diabétique de type 1 et 67 % chez le diabétique de type 2 [2].

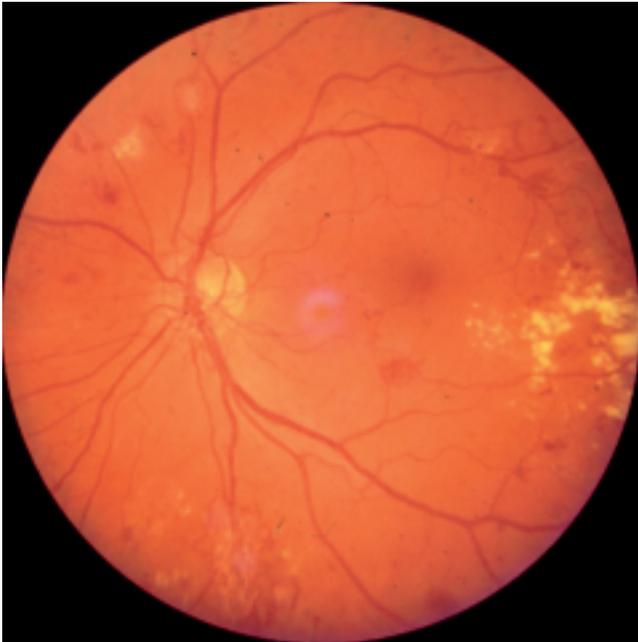


Un dépistage et une surveillance doivent donc être effectués, comme le recommandent l'Alfediam (Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques) et l'Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) [3]. Le dépistage de la RD, quel que soit le type de diabète, s'effectue dès la découverte de la maladie par l'examen du fond d'œil par le spécialiste, qui décide en fonction des anomalies du fond d'œil de la nécessité d'une angiographie à la fluorescéine. Il n'est pas nécessaire de réaliser systématiquement une angiographie, eu égard au risque faible mais réel d'accident allergique sévère (fréquence entre 1/10 000 et 1/100 000).

Le rythme de surveillance ophtalmologique et le traitement dépendent de la sévérité des signes observés et du terrain (grossesse, stress opératoire...). Dans tous les cas, le contrôle de l'équilibre glycémique est essentiel pour éviter et limiter l'évolution de la RD, de même que celui de la pression artérielle car l'hypertension artérielle aggrave la RD notamment chez les diabétiques de type 2. Il en est de même pour les anomalies lipidiques et l'insuffisance rénale [4].

On peut proposer le schéma suivant [5] :

- En cas d'absence de RD ou de RD minimale (quelques microanévrismes, hémorragies punctiformes) : examen annuel du fond d'œil (FO).



- En cas de *RD non proliférante modérée* (microanévrismes nombreux, nodules cotonneux, hémorragies en flaque rétiniennes dans moins de quatre quadrants, zone d'ischémie localisée en périphérie et/ou au pôle postérieur) : examen semestriel du FO et angiographie s'il y a un doute sur une évolution récente.
- En cas de *RD non proliférante sévère* (hémorragies en flaque dans les quatre quadrants, anomalies veineuses en chapelet dans deux quadrants, AMIR (anomalies microvasculaires intrarétiniennes définies comme des dilatations vasculaires en périphérie de territoire d'occlusion capillaire) nombreuses, vaste territoire d'ischémie rétinienne en angiographie) : examen du FO sera tous les 3 à 6 mois, associé le plus souvent à une angiographie. Certains auteurs proposent de réaliser dès ce stade une photocoagulation avant que ne survienne la RD proliférante [3].
- En cas de *RD proliférante* (présence de néovaisseaux pré-rétiniens, prépapillaires, hémorragie intravitréenne, décollement de rétine par traction, glaucome néovasculaire) : surveillance très rapprochée, tous les deux mois environ, associée à la mise en route de la photocoagulation panrétinienne, réalisée en plusieurs séances suffisamment espacées pour ne pas risquer de décompenser un œdème maculaire.

• Dans le *cas particulier de la femme enceinte diabétique*, un FO est effectué en début de grossesse avec une surveillance trimestrielle en l'absence de RD, et mensuelle si une RD est déjà connue ou apparaît. Une surveillance plus rapprochée (1 à 3 mois) est nécessaire en cas de déséquilibre rapide du diabète, de chirurgie, de pathologies hypertensive ou rénale aiguës [1].

Les modalités pratiques de la mise en route d'une photocoagulation panrétinienne, le plus souvent au laser Argon, dépendent de la gravité de la RD. Elle est en général débutée en cas de RD proliférante ou de RD sévère, mais peut être envisagée avant dans des cas particuliers (grossesse, avant un stress opératoire...). La chirurgie endoculaire est nécessaire en cas de complications plus avancées, comme les hémorragies intravitréennes non rapidement résolutes et les décollements de rétine, souvent tractionnelles dans cette étiologie.

Références :

1. Massin P, Coscas G, Soubrane G. La rétinopathie diabétique. In : Les Points Clés en Ophtalmologie. Paris; L'Européenne d'Édition: 2005: 19-32.
2. Early Treatment Diabetic Retinopathy Study Research Group. In: ETDRS report number 12, 1991.
3. Anaes. Suivi du patient diabétique de type 2. In : Diabète et Métabolisme. 1999;25:35-8.
4. UK Prospective Diabètes Study (UKPDS) group. Intensive blood-glucose control. Lancet. 1998;342:837-53.
5. Massin P, Angioi-Duprez K, Bacin F, et al. Recommandations pour le dépistage, la surveillance et le traitement de la rétinopathie diabétique. Diabète et Métab. 1996;22:203-9.

En pratique : diabète et fond d'œil

- ▶ La rétinopathie diabétique apparaît comme la première cause de cécité avant 50 ans.
- ▶ Après 10 ans d'évolution, son incidence est de 89 % chez le diabétique de type 1 et 67 % chez le diabétique de type 2.
- ▶ Son dépistage doit s'effectuer dès la découverte de la maladie par l'examen du fond d'œil par le spécialiste.
- ▶ Le rythme de surveillance ophtalmologique et le traitement dépendent de la sévérité des signes observés et du terrain (grossesse, stress opératoire...).
- ▶ Dans tous les cas, le contrôle de l'équilibre glycémique est le traitement essentiel.
- ▶ L'hypertension artérielle, les anomalies lipidiques et l'insuffisance rénale sont des facteurs aggravants à prendre en compte, notamment chez les diabétiques de type 2.