

REVUES GÉNÉRALES

Rétine

Formes frontières de DMLA exsudative

RÉSUMÉ : De nombreuses maculopathies posent un problème de diagnostic différentiel avec la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), en raison de certaines similitudes cliniques ou de l'âge de l'apparition de la maladie. Ces formes frontières se présentent comme un continuum entre leur forme clinique typique à la phase d'état et la DMLA. L'analyse de l'angiographie, de l'OCT, de l'âge de survenue et du contexte permettent souvent d'orienter le diagnostic.



→ **J. ZERBIB, N. PUCHE**
Service d'Ophtalmologie
du Pr Souied,
Hôpital Intercommunal,
CRÉTEIL.

Dystrophie pseudo-vitelliforme

C'est surtout à la phase de fragmentation du matériel, que se pose le problème du diagnostic différentiel avec des néovaisseaux occultes. En effet, à ce stade, la dystrophie pseudo-vitelliforme présente à l'OCT un fin décollement de l'épithélium pigmentaire associé à un décollement séreux rétinien, mimant ainsi des néovaisseaux occultes. Le cliché en autofluorescence ne permet pas toujours de redresser le diagnostic, au stade de fragmentation, l'autofluorescence caractéristique du matériel vitelliforme s'estompe et peut être en partie masquée par le pigment xanthophylle. L'angiographie à la fluorescéine ne permet pas toujours d'affirmer le diagnostic de l'une ou de l'autre des hypothèses : en montrant dans le cas de dystrophie une hyperfluorescence avec coloration et, dans le cas de dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) exsudative, une hyperfluorescence avec diffusion. L'angiographie au vert d'indocyanine prend ici toute sa place ; dans le cas d'une dystrophie vitelliforme, la lésion est hypofluorescente dans les formes typiques, à l'opposé de la plaque de néovaisseaux occultes qui apparaît hyperfluorescente sur les temps tardifs. C'est aussi l'histoire de la maladie (et l'existence de précédents clichés d'imagerie rétinienne) qui peuvent être d'une aide précieuse en montrant ou non la présence de matériel. Nous présentons en **figure 1** un cas de dystrophie pseudo-vitelliforme.

fermer le diagnostic de l'une ou de l'autre des hypothèses : en montrant dans le cas de dystrophie une hyperfluorescence avec coloration et, dans le cas de dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) exsudative, une hyperfluorescence avec diffusion. L'angiographie au vert d'indocyanine prend ici toute sa place ; dans le cas d'une dystrophie vitelliforme, la lésion est hypofluorescente dans les formes typiques, à l'opposé de la plaque de néovaisseaux occultes qui apparaît hyperfluorescente sur les temps tardifs. C'est aussi l'histoire de la maladie (et l'existence de précédents clichés d'imagerie rétinienne) qui peuvent être d'une aide précieuse en montrant ou non la présence de matériel. Nous présentons en **figure 1** un cas de dystrophie pseudo-vitelliforme.

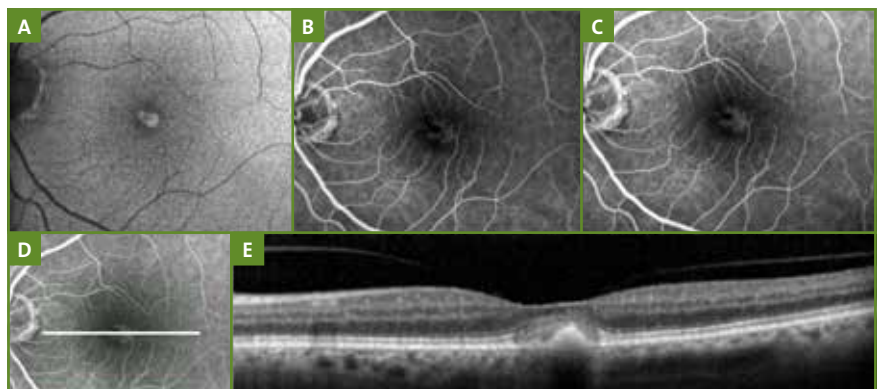


FIG. 1 : Homme de 55 ans présentant une dystrophie pseudo-vitelliforme. **A :** Cliché en autofluorescence : la lésion est hyper-autofluorescente. **B et C :** Clichés en angiographie à la fluorescéine (temps précoce et tardif), la lésion se colore sans diffusion. **D :** À l'OCT, on note une hyperréflexivité entre la couche de l'épithélium pigmentaire et la couche des PR sans logettes.

REVUES GÉNÉRALES

Rétine

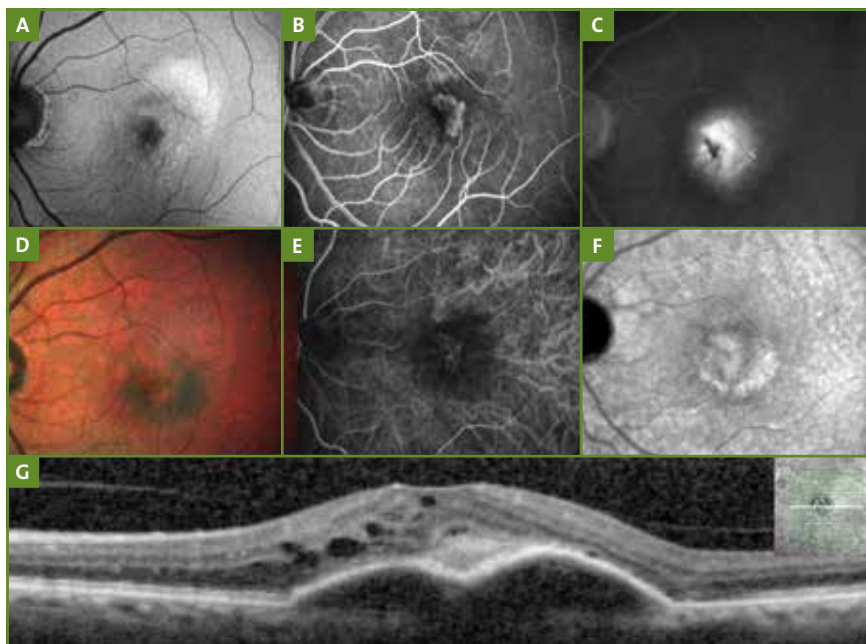


FIG. 2 : Même patient que la figure 1, 6 mois plus tard. Le patient présente une complication néovasculaire. **A :** Cliché en autofluorescence, l'hyper-autofluorescence disparaît. **B ET C :** Clichés en angiographie à la fluorescéine (temps précoce et tardif). Au temps précoce, on visualise le lacis néovasculaire avec diffusion sur les temps tardifs. **D :** Le cliché couleur ne retrouve pas d'hémorragie. **E et F :** Clichés en angiographie au vert d'indocyanine (temps précoce et tardif). Au temps précoce, on observe le lacis néovasculaire avec une plaque sur les temps tardifs. **G :** À l'OCT, on note un décollement de l'épithélium pigmentaire avec signes exsudatifs, logettes intrarétiniennes et décollement séreux rétinien.

Au stade vitelliforme et au stade pseudo-hypopion, le diagnostic est souvent plus aisé. En effet, dans le premier stade, l'hyper-autofluorescence est caractéristique, au stade de pseudo-hypopion, il existe un niveau horizontal.

Une complication néovasculaire choroïdienne peut apparaître à tous les stades de l'évolution de la dystrophie pseudo-vitelliforme de l'adulte (**fig. 2**). L'aspect clinique peut alors évoquer une DMLA exsudative. Au fond d'œil, des hémorragies rétinienne évoquent des néovaisseaux.

L'examen en OCT identifie, en plus du matériel vitelliforme, des signes exsudatifs, avec apparition ou majoration du décollement séreux rétinien et infiltration liquidienne rétinienne. Les indications de retraitement peuvent, en revanche, être moins aisées devant l'existence d'une hyporéflexivité sous-rétinienne pouvant correspondre à un décollement séreux rétinien exsudatif ou à une résorption du matériel (**fig. 3**).

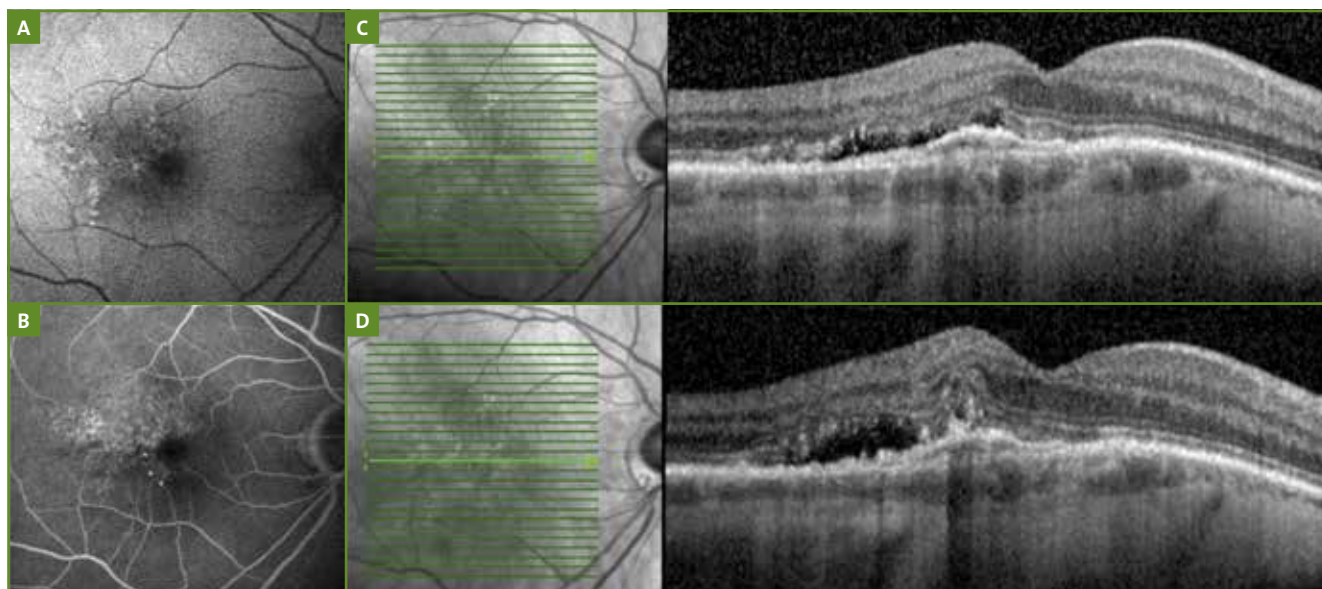


FIG. 3 : Il s'agit d'un patient en cours de traitement pour des néovaisseaux choroïdiens occultes associés à du matériel. **A :** On observe sur le cliché en autofluorescence une hyper-autofluorescence en temporal de la macula correspondant au matériel. Il existe une hyperfluorescence en angiographie à la fluorescéine associée à quelques *pin points*. **C :** Devant la stabilité du décollement séreux rétinien après plusieurs injections intravitréennes et une excellente acuité visuelle, l'hypothèse d'une hyporéflexivité sous-rétinienne liée à la résorption du matériel a fait suspendre les injections 1 mois. **D :** Au contrôle à 3 semaines, une majoration de l'hyporéflexivité associée à une majoration des métamorphopsies a fait poursuivre les injections intravitréennes.

Choriorétinite séreuse centrale

Certains cas de choriorétinite séreuse centrale (CRSC) peuvent être voisins des néovaisseaux choroïdiens occultes. Les deux formes sont proches, et l'on sait que les néovaisseaux peuvent compliquer les formes chroniques de CRSC [1]

La CRSC peut survenir après l'âge de 50 ans. L'OCT peut retrouver des décollements de l'épithélium pigmentaire,

des décollements séreux rétiens, une dégénérescence cystoïde rétinienne dans la CRSC. Une augmentation de l'épaisseur choroïdienne en OCT est alors évocateur du diagnostic de CRSC. En angiographie à la fluorescéine, les lésions de CRSC comportent une combinaison de zone d'hyperfluorescence par coloration et des points de diffusion, plus ou moins actifs, ou encore d'éventuels décollements de l'épithélium pigmentaire. L'angiographie au vert d'indocyanine peut être d'une grande aide.

En effet, on retrouve des zones d'hyperperméabilité choroïdienne avec une hyperfluorescence inhomogène, dilatation des veines choroïdiennes, un retard artériel localisé et un *wash out* tardif, il n'a pas de lacis néovasculaire au temps précoce ni de plaque hyperfluorescence au temps tardif.

Nous présentons en **figure 4** un cas de CRSC, en **figure 5** un cas difficile de diagnostic différentiel entre CRSC et néovaisseaux occultes.

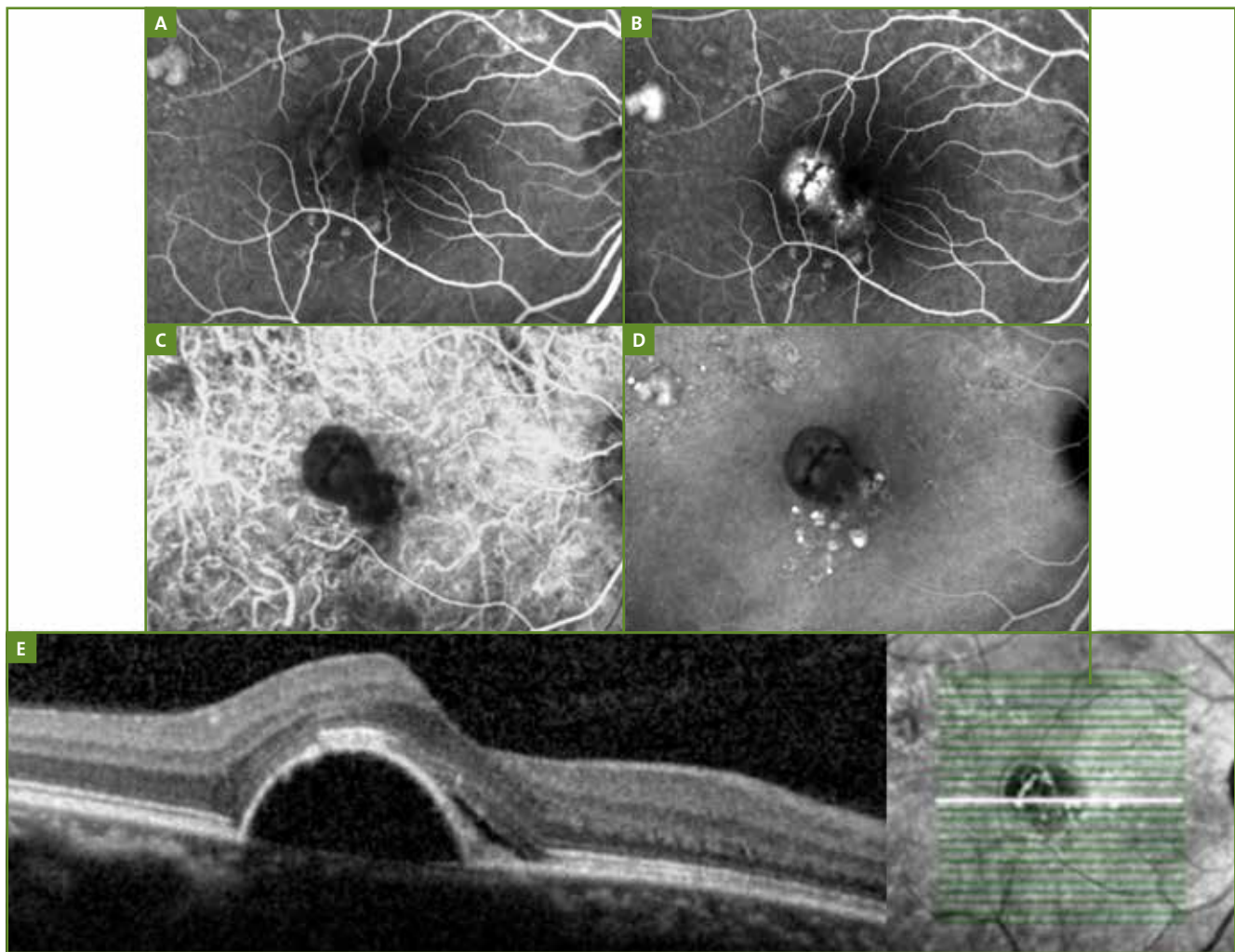


FIG. 4 : Homme de 50 ans présentant une CRSC. **A et B :** Clichés en angiographie à la fluorescéine : on note une diffusion majeure. **C et D :** Clichés en angiographie au vert d'indocyanine, on retrouve une hypofluorescence centrale persistant sur les temps tardifs. **E :** À l'OCT, le décollement de l'épithélium pigmentaire est homogène et hyporéfléctif avec un décollement séreux rétinien sans infiltration des couches rétinienne. Après un traitement par PDT, l'OCT (disparition du DSR et du décollement de l'épithélium pigmentaire) et l'acuité visuelle se sont normalisés.

REVUES GÉNÉRALES

Rétine

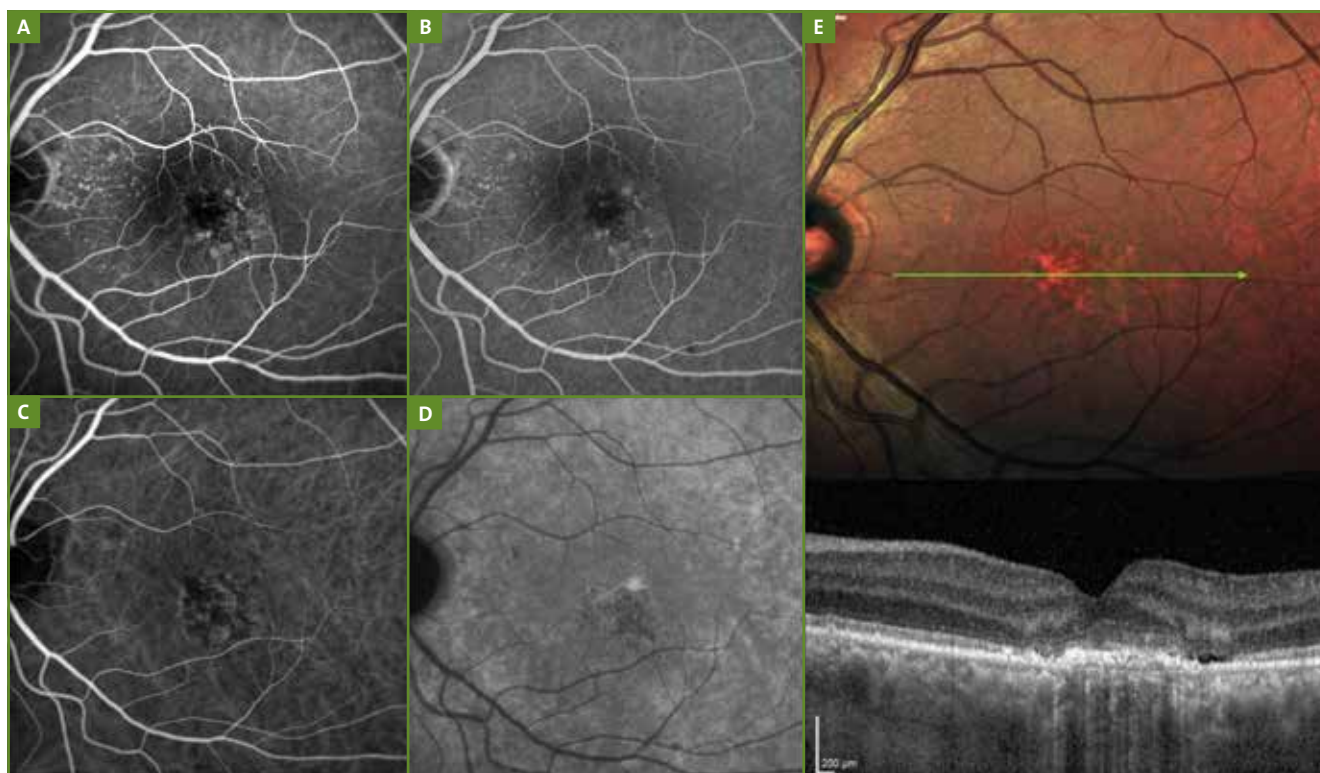


Fig. 5 : Il s'agit d'un patient de 63 ans, avec un antécédent de CRSC, 5 ans auparavant, de résolution spontanée, qui consulte pour l'apparition depuis quelques mois d'une petite baisse de l'acuité visuelle associée à des métamorphopsies. **A et B :** Temps moyen et tardif de l'angiographie à la fluoréscéine : on observe l'augmentation de la fluorescence diffuse et inhomogène au cours de la séquence angiographique associée à une imprégnation de drusen. **C :** Sur le temps précoce de l'ICG, on n'identifie pas clairement de lacis néovasculaire. **D :** Sur le temps tardif de l'ICG, il existe une hyperfluorescence bien visible pour correspondre à un point de fuite. **E :** À l'OCT, on observe une discrète lame de DSR associée à un fin décollement de l'épithélium pigmentaire. L'évolution ultérieure a été en faveur du diagnostic de CRSC.

POINTS FORTS

- ➞ Le diagnostic de DMLA peut parfois être un diagnostic difficile avec d'autres étiologies comme le matériel dans les dystrophies pseudo-vitelliformes ou certains cas de chorioretinopathie séreuse centrale (ou CRSC) chronique.
- ➞ C'est l'analyse de l'imagerie multimodale et l'évolution qui permettent de redresser parfois le diagnostic.

L'analyse de l'imagerie étaye le diagnostic de DMLA et la distingue des autres entités. Certaines de ces formes peuvent se présenter comme un continuum entre leur forme clinique typique et la DMLA

Bibliographie

1. FUNG AT, YANNUZZI LA, FREUND KB. Type 1 (sub-retinal pigment epithelial) neovascularization in central serous chorioretinopathy masquerading as neovascular age-related macular degeneration. *Retina*, 2012;32:1829-1837.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.