

## Rétinopathie diabétique

# Une des premières causes de cécité

**La microangiopathie diabétique peut atteindre tous les organes. La rétinopathie diabétique est l'atteinte rétinienne correspondant à une localisation de la microangiopathie. C'est la première cause de cécité acquise dans les pays développés chez le sujet de moins de 60 ans.**

La rétinopathie diabétique (RD) est l'atteinte de la microcirculation rétinienne et choroïdienne (les organes atteints sont la rétine, choroïde, papille et iris) due à l'hyperglycémie chronique. On distingue deux lésions anatomiques pathologiques principales :

- une modification de la paroi des capillaires (plus épaisse, plus fragile, plus perméable) ;
- une augmentation de la viscosité sanguine (hyperagréabilité plaquettaire et érythrocytaire).

### Maladie mal dépistée

La maladie est mal dépistée et souvent de façon fortuite. Mais comme le diabète est d'apparition sournoise, il en est de même pour la rétinopathie qui lui est liée. La durée d'évolution du diabète est donc le facteur déterminant. Les anomalies rétinienne sont plus précoces et plus sévères pour les diabètes de type 1. Mais il est à noter que la myopie protège relativement de la rétinopathie diabétique. La RD est due à deux phénomènes pathologiques : d'une part, l'hyperperméabilité de la paroi des capillaires rétinien responsables de l'œdème maculaire, d'autre part de l'occlusion des capillaires rétinien qui entraîne l'ischémie rétinienne. Ces deux phénomènes évoluent de concert et atteignent principalement la zone centrale de la rétine ou macula.

### Signes cliniques

La baisse d'acuité visuelle malheureusement constatée aux stades tardifs (par œdème maculaire, hémorragie intravitréenne ou décollement de rétine) est le principal signe clinique. Le diagnostic devrait être posé

au stade asymptomatique à l'occasion de l'examen systématique du fond d'œil lors de la découverte du diabète.

On distingue trois principales formes :

- la rétinopathie diabétique non proliférante dont la complication essentielle est l'œdème maculaire, responsable d'une baisse progressive de l'acuité visuelle centrale ;
- la rétinopathie diabétique préproliférante où l'on constate des dilations veineuses et des télangiectasies témoignant de shunts entre les artérioles et les veinules. Après un an d'évolution, la moitié de ces rétinopathies évolue vers la rétinopathie proliférante ;
- la rétinopathie diabétique proliférante qui concerne 20 % des rétinopathies diabétiques est plus fréquente chez le diabétique de type 1. Elle se caractérise par l'apparition de néovaisseaux (vaisseaux avec paroi anormalement perméable) proliférant à la surface de la rétine, autour de la papille et sur l'iris, responsables d'hémorragies intravitréennes, de décollements de rétine et de glaucomes néovasculaires. La répétition de ces hémorragies qui se résorbent plus ou moins difficilement est la cause de cécité définitive. Le décollement de la rétine par traction et le glaucome néovasculaire sont les deux autres complications graves de la rétinopathie proliférante.

### Épidémiologie

Au cours de l'évolution de leur maladie, 74 % des personnes diabétiques risquent de développer une angiopathie dont la RD. La fréquence de l'atteinte augmente proportionnellement avec la durée d'évolution

du diabète. Soit : 12 % pour une durée inférieure à 5 ans ; 25 % pour une durée entre 5 et 10 ans ; 45 % pour une durée entre 10 et 15 ans ; 60 % pour une durée inférieure à 15 ans. Ce chiffre atteint 90 à 95 % des diabétiques de type 1 après 20 ans d'évolution. Mais 20 % des diabétiques de type 2 ont une RD, dès la découverte de leur diabète. La RD est inhabituelle dans les cinq premières années qui suivent la découverte du diabète, et presque constante après vingt ans d'évolution. Les facteurs de risque d'apparition, d'évolution et de gravité de la RD, en dehors de la durée d'évolution de la maladie, sont un mauvais équilibre glycémique. Mais une HTA, ou encore une grossesse peuvent influencer, d'où la nécessité de pratiquer un examen de fond d'œil (FO) au début et en cours de grossesse chez une femme diabétique.

### Traitement

Le traitement de la RD repose donc d'abord par son dépistage : FO et angiographie fluorescéinique dès le diagnostic du diabète, puis régulièrement tous les ans ou tous les deux ans. Le rôle des soignants est d'insister auprès du patient diabétique sur la nécessité de parler de son diabète à son ophtalmologiste, et sur le contrôle régulier de sa vision. D'autant qu'avec l'âge, les patients devenant presbytes consultent plus volontiers un spécialiste. Des mesures conservatrices comme une régulation correcte de la glycémie, de l'hypertension artérielle, tous deux facteurs aggravants, doivent être prises. Peu de médicaments s'avèrent efficaces en dehors des inhibiteurs de la protéine kinase. Pour stopper l'évolution de la RD, contre l'œdème maculaire, le plus efficace est le laser photocoagulant. Le traitement doit débuter au stade préprolifératif et prolifératif. Il est plus efficace quand le diagnostic de RD est porté tôt.

Jacques Bidart

### Infos ...

#### Mécanisme

*La rétinopathie diabétique est une maladie du capillaire rétinien qui devient anormal et va avoir un comportement responsable de la pathologie oculaire.*

*Du fait de la disparition des péricytes, cellules qui entourent les capillaires, les cellules endothéliales des capillaires ne sont plus régulées. La membrane basale devient 3 fois plus épaisse que la normale. On assiste alors à une rupture de la barrière hémato-rétinienne, conséquence d'une altération des jonctions inter-endothéliales.*