

## Rétinopathie diabétique

**Personnes à qui s'appliquent les recommandations :** adultes ayant un diabète de tout type

**Personnes à qui sont destinées les recommandations :** professionnel·le·s de la santé concerné·e·s par les soins aux personnes diabétiques

### Introduction, justificatifs

La rétinopathie diabétique est la première cause de cécité avant 50 ans. Les facteurs aggravant la rétinopathie diabétique sont la durée du diabète, l'hyperglycémie chronique, l'hypertension artérielle, l'hyperlipidémie, la présence de signes de néphropathie, la grossesse et certains facteurs génétiques. Outre la rétinopathie, l'incidence de cataracte et de glaucome est également plus élevée chez les patient·e·s diabétiques que dans la population générale.

Les approches diagnostiques et thérapeutiques décrites ci-dessous obtiendront d'autant l'adhésion de la personne âgée diabétique qu'elle sera associée à la décision. Ses proches peuvent également être d'important soutien au processus de soins. Privilégier le dialogue est donc essentiel.

### L'essentiel

#### Prévention de la rétinopathie diabétique

- Optimiser l'équilibre glycémique et le contrôle de la tension artérielle et des lipides, à adapter selon la personne diabétique.

#### Dépistage de la rétinopathie diabétique par un fond d'œil effectué par un·e ophtalmologue

- Au moment du diagnostic chez les personnes diabétiques de type 2.
- Dans les 5 ans suivant le diagnostic chez les personnes diabétiques de type 1.
- Rapidement après le diagnostic au moindre doute sur le type de diabète.
- Fréquence des examens ultérieurs déterminée par l'ophtalmologue selon l'atteinte rétinienne.

#### Prise en charge des personnes diabétiques présentant une rétinopathie diabétique

- Traitement : assuré par un·e spécialiste.
- Suivi interdisciplinaire : facilité par une bonne transmission de l'information.
- Mesures d'adaptation : pour les activités quotidiennes et la mobilité, selon nécessité.

#### Femmes diabétiques en âge de procréer

- Devraient recevoir conseils et information sur la rétinopathie diabétique et la grossesse, et bénéficier d'un examen oculaire complet préconceptionnel ou dès que la grossesse est confirmée.

### Prévention de la rétinopathie diabétique

- **Equilibre glycémique :** optimiser l'équilibre glycémique afin de réduire le risque de développement et de la progression de la rétinopathie diabétique. HbA1c-cible  $\leq 7\%$ , à adapter individuellement selon l'âge, les comorbidités ou les antécédents d'hypoglycémie.
- **Contrôle de la tension artérielle :** optimiser le contrôle de la tension artérielle afin de réduire le risque de développement et la progression de la rétinopathie diabétique. Cible tensionnelle  $< 140/90$  mmHg, à adapter individuellement selon l'âge, les comorbidités et le risque d'hypotension.
- **Contrôle des lipides :** optimiser le contrôle des lipides selon les recommandations du suivi clinique et paraclinique du diabète (voir RPC suivi clinique et paraclinique)

### Dépistage de la rétinopathie diabétique

#### Adresser la personne diabétique à un·e ophtalmologue pour un fond d'œil :

- Dès le moment du diagnostic pour les diabétiques de type 2
- Dans les 5 ans après le diagnostic pour les diabétiques de type 1.
- Rapidement après le diagnostic au moindre doute sur le type de diabète.

Ensuite, fréquence de l'examen à déterminer par l'ophtalmologue en fonction de l'atteinte rétinienne (voir tableau à la page suivante). En l'absence de signe de rétinopathie, un contrôle tous les 1-2 ans est recommandé.

### Prise en charge des personnes diabétiques présentant une rétinopathie diabétique

- **Traitement :**

Le traitement de la rétinopathie diabétique est effectué par l'ophtalmologue, qui a notamment à disposition les techniques suivantes : la photocoagulation panrétinienne (PPR) au laser et le traitement maculaire au laser, l'injection intra-vitréenne d'anti-VEGF ou de stéroïdes, et la vitrectomie avec endophotocoagulation.

Diagnostic	Fréquence du suivi	Traitement oculaire recommandé
RD non proliférante <b>minime</b>	1 an	Aucun
RD non proliférante <b>modérée</b>	6-9 mois	Aucun
RD non proliférante <b>sévère</b>	3-6 mois	Traitement précoce par PPR au laser envisageable
RD proliférante	3 mois	PPR au laser / injections intravitréennes d'anti-VEGF
Œdème maculaire non central	3-6 mois	Aucun, mais observer attentivement une éventuelle progression vers un œdème maculaire central
Œdème maculaire central	1-4 mois	Injections intravitréennes d'anti-VEGF. Le laser et les injections intravitréennes de stéroïdes peuvent être utilisés comme alternatives dans certains cas

- **Collaboration interdisciplinaire :**

La ou le médecin traitant transmettra la date de début du diabète, les dernières valeurs d'HbA1c, la pression artérielle, l'existence d'une néphropathie ainsi que la liste des traitements actuels. L'ophtalmologue enverra un compte-rendu précisant l'état de la macula, la tension oculaire, l'indication éventuelle à une tomographie en cohérence optique (OCT) ou à une angiographie rétinienne, permettant d'adapter le traitement le cas échéant.

- **Soutien aux personnes malvoyantes :**

Les personnes diabétiques malvoyantes ou aveugles devraient se voir proposer un soutien professionnel adapté afin de retrouver un maximum d'indépendance dans les activités de la vie quotidienne et la mobilité ; des moyens auxiliaires devraient être proposés le cas échéant (par ex. service social et réadaptation basse vision de l'hôpital ophtalmique Jules-Gonin)

- **Risque cardiovasculaire :**

Les personnes diabétiques présentant une rétinopathie diabétique devraient être considérées à haut risque cardiovasculaire, car la rétinopathie diabétique est un marqueur du risque de macro-angiopathie. Cible tensionnelle systolique  $\leq 130$  mmHg en présence de rétinopathie diabétique.

La présence d'une rétinopathie diabétique n'est pas une contre-indication à un traitement d'aspirine pour cardio-protection, puisque ce traitement n'augmente pas le risque d'hémorragie vitréenne.

- **Rétinopathie et traitements antidiabétiques :**

Pioglitazone : en cas de œdème maculaire diabétique connu, l'utilisation de la pioglitazone doit être considérée avec prudence (ou en consilium) vu le risque d'aggravation de l'œdème diabétique.

Semaglutide : avant l'introduction de semaglutide (Ozempic), il faut s'assurer de l'absence de rétinopathie diabétique active.

### Femmes diabétiques en âge de procréer

Les femmes diabétiques enceintes ou prévoyant une grossesse devraient bénéficier d'un examen oculaire complet et de conseils sur le risque de développement et/ou de progression de la rétinopathie diabétique lors d'une grossesse.

Un examen oculaire devrait être effectué par un·e ophtalmologue avant la conception, ou dès que possible en cas de grossesse confirmée ; le suivi ophtalmologique se poursuit pendant la grossesse et 12 mois post-partum, avec une fréquence déterminée par l'ophtalmologue.

En l'absence de symptômes visuels, les femmes qui développent un diabète gestationnel ne requièrent pas d'examen ophtalmologique de routine pendant la grossesse.

### Méthode

Ces recommandations pour la pratique clinique (RPC) ont été adaptées à partir de RPC jugées de bonne qualité méthodologique et fondées sur les meilleures preuves actuellement disponibles. Une sélection a été effectuée à partir de nombreuses RPC issues de différentes bases de données (National Guidelines Clearing house (AHRQ), Guidelines International Network, sites de différentes agences de RPC, de sociétés ou associations, et Medline, notamment). La grille d'évaluation AGREE a été utilisée pour évaluer la qualité méthodologique des recommandations sources. Nous avons utilisé le processus d'adaptation ADAPTE pour ces RPC. Les recommandations adaptées au contexte du canton de Vaud ont été élaborées par un groupe restreint, puis évaluées et finalisées par un groupe de travail multidisciplinaire. Les éléments détaillés de la méthode sont disponibles sur demande.

### Niveau de preuve et force des recommandations

Les meilleures preuves disponibles concernant la prévention de la rétinopathie diabétique par le contrôle glycémique et tensionnel, ainsi que celles concernant la prescription possible d'aspirine en cas de rétinopathie, proviennent d'essais comparatifs randomisés ; celles concernant le dépistage de la rétinopathie proviennent d'études d'évaluation de tests diagnostiques et de cohortes de bonne qualité. Les preuves concernant les traitements recommandés proviennent d'essais comparatifs randomisés. Les autres recommandations ci-dessus sont essentiellement basées sur des consensus d'experts.

### Recommandations sources

American Academy of Ophthalmology (AAO) – USA

- AAO Retina/Vitreous Panel. Preferred Practice Pattern® Guidelines. Diabetic Retinopathy. AAO; 2017. [Lien](#).

American Diabetes Association (ADA) – USA

- ADA. Diabetic retinopathy: a position statement by the American Diabetes Association. Diabetes Care 2017; 40:412-418.
- ADA. Microvascular complications and foot care. Section 11. In Standards of Medical Care in Diabetes 2019. Diabetes Care 2019; 42 (Suppl.1): S124-S138. [Lien](#)

Diabète Canada – Canada

- Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de Diabète Canada. Lignes directrices de pratique clinique 2018 : rétinopathie. Can J Diabetes. 2018; 42 (suppl 1): S210-S216. [Lien](#)

International Council of Ophthalmology

- Wong TY, Sun J, Kawasaki R et al. Guidelines on Diabetic Eye Care. The International Council of Ophthalmology. Recommendations for Screening, Follow-up, Referral, and Treatment Based on Resource Settings. Ophthalmology. 2018; 125:1608-1622.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) – UK

- NICE guideline NG17. Type 1 diabetes in adults: diagnosis and management. 2015 (Last updated: July 2016). [Lien](#)
- NICE guideline NG28. Type 2 diabetes in adults: management. 2015 (Last updated: August 2019). [Lien](#)

Société francophone du diabète (SFD) et Société Française d'Ophthalmologie (SFO) – France

- Référentiel pour le dépistage et la surveillance des complications oculaires du patient diabétique – 2016. Validé par la Société Francophone du Diabète (SFD) et par la Société Française d'Ophthalmologie (SFO). [Lien](#)

**Groupe ayant mis à jour la RPC :** Chantal Ardit, Isabelle Peytremann Bridevaux, Anne Wojtusciszyn.

**Experts ophtalmologues :** Aude Ambresin, Lazaros Konstantinidis.

**Groupe de validation :** Chantal Ardit, Stéphane Coendoz, Jacqueline Collet, Angela Cottier, Marc Egli, Frédéric Emery, Rafi Hadid, Isabelle Hagon-Traub, Cristina Henry, Sébastien Jotterand, Isabelle Peytremann Bridevaux, Anne Wojtusciszyn, Anne Zanchi.

**Date de la recommandation :** janvier 2020

**Date de la prochaine révision :** janvier 2023

Toutes les recommandations de pratique clinique pour le diabète sont disponibles sur le site

<http://www.recodiab.ch>

Merci de n'utiliser que le site susmentionné comme la seule source fiable et à jour des recommandations.