

Eylea® : premiers patients français traités

Eylea® (VEGF-Trap ou aflibercept, commercialisé par le laboratoire Bayer) est un traitement de première et deuxième intention dans la DMLA exsudative rétrofovéolaire, de la même façon que le ranibizumab (Lucentis®).

L'AMM européenne a été obtenue fin 2012 et la commission de transparence de la Haute Autorité de santé a donné un avis favorable au remboursement de l'Eylea® 40 mg/ml en ville et prise en charge à l'hôpital.

Il est recommandé de débiter le traitement le plus précocement possible après pose du diagnostic et quel que soit le niveau initial d'acuité visuelle. Le schéma thérapeutique recommandé est une injection mensuelle de 0,05 ml (2 mg) pendant trois mois, suivie d'une administration fixe tous les deux mois la première année. Le traitement de la deuxième année est varié et peut faire l'objet d'un suivi en mode PRN (à la demande), soit en *Inject and Extend*.

Encore en attente de son remboursement par la Sécurité sociale au JO prévu en septembre, Eylea® est cependant disponible en pharmacie depuis début juin, ce qui, conjugué à la délivrance de quelques échantillons livrés par le laboratoire en juillet, a permis d'instaurer ce traitement chez des patients pour lesquels il n'y avait plus d'efficacité suffisante du premier anti-VEGF. On évoque ainsi la notion de patient, mauvais répondeur, ou répondeurs sous-optimaux en cas de persistance de liquide intra- ou sous-rétinien après trois IVT mensuelles ou plus de ranibizumab ou de bevacizumab et/ou une mauvaise ou une non-amélioration fonctionnelle. Nous rapportons les résultats d'Eylea® sur ces premiers patients.

Cas clinique 1 (figure 1)

Patient de 87 ans présentant une atteinte du deuxième œil avec une composante mixte et une déchirure initiale extrafovéolaire temporelle de l'épithélium pigmentée. Après 14 mois

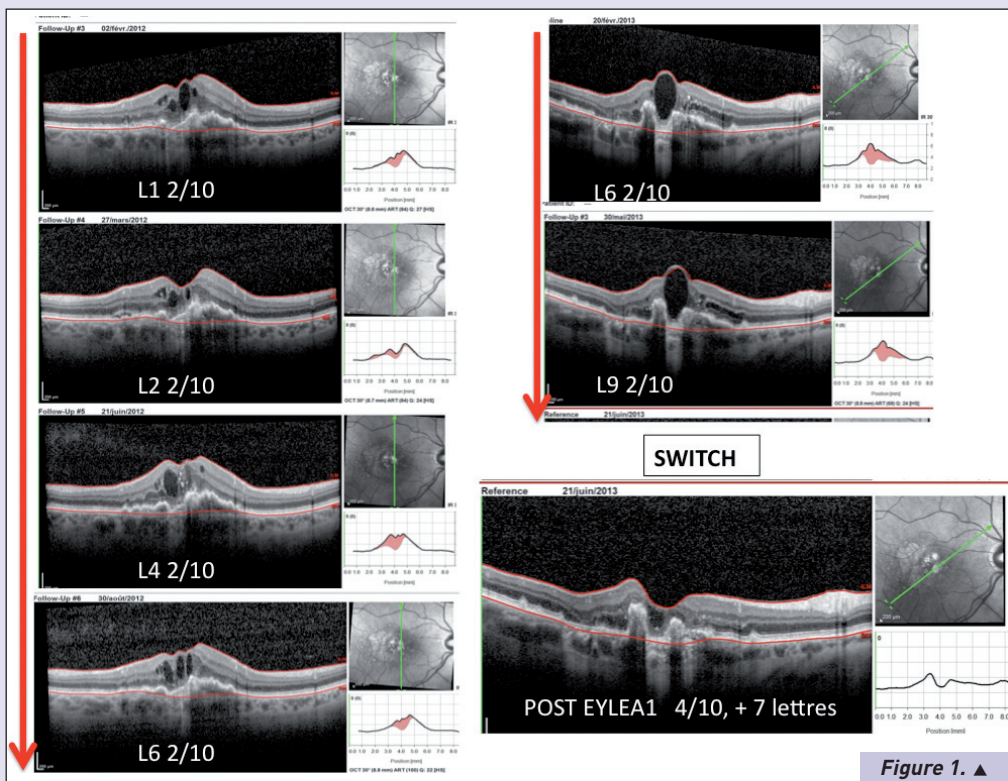


Figure 1. ▲

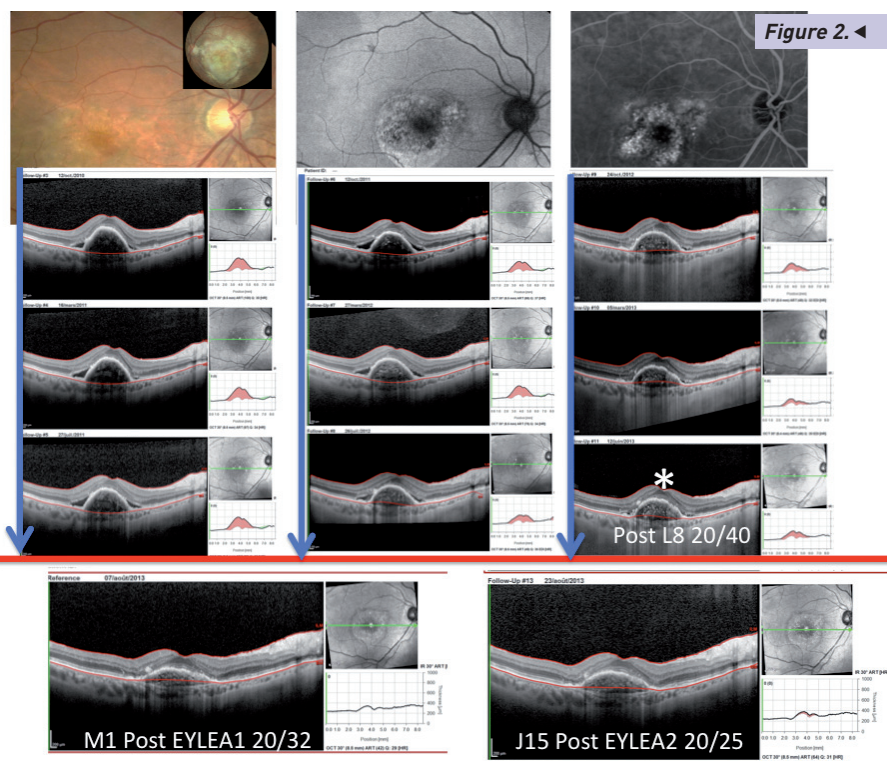


Figure 2. ◀

de monothérapie d'anti-VEGF (9 IVT de Lucentis®), on ne note pas d'amélioration fonctionnelle, avec une persistance de liquide intrarétinien réfractaire (résultat sous-optimal). Après une première injection d'aflibercept : résorption quasi complète de la logette chronique centrale ainsi que du décollement séreux rétinien, avec une amélioration fonctionnelle de +7 lettres stable au deuxième mois.

Cas clinique 2 (figure 2)

Patiente de 80 ans atteinte également au deuxième œil (droit) par une forme de DEP alimenté par une plaque de néovaisseaux occultes rétro-épithéliaux. Initialement traité par bithérapie puis par monothérapie d'anti-VEGF (au total 8 injections de Lucentis®) entre novembre 2011 et mai 2013 sur un schéma d'administration PRN. Compte tenu de la persistance du DEP (*) et d'une acuité visuelle à 20/40 à 18 mois, une première injection d'Eylea® est réalisée début juillet 2013 suivie à un mois d'un affaissement net du DEP et d'une amélioration fonctionnelle à 20/32. Une deuxième injection est réalisée début août 2013 dont le contrôle OCT à J15 objective une stabilité d'un DEP résiduel minime sans caractères exsudatifs et une poursuite de l'amélioration fonctionnelle à 20/25.

Cas clinique 3 (figure 3)

Patient de 76 ans présentant une vasculopathie polypoïdale exsudative interpapillomaculaire droite traité initialement par monothérapie d'anti-VEGF de référence couplé à une photothérapie dynamique à la Visudyne®. Après un résultat cicatriciel à 3 mois (*), on observe à 5 mois une récurrence importante séro-hémorragique avec volumineux DEP polypoïdal et un DSR retentissant sur la zone fovéolaire. Après switch par première injection d'Eylea®, les contrôles à J15 et M1 objectivent une réponse anatomique et fonctionnelle favorable précoce avec quasi disparition du DSR. Une deuxième injection a été réalisée.

Conclusion

Ces trois premiers cas cliniques révèlent des premiers résultats fonctionnels et anatomiques encourageants à court terme chez des patients switchés pour l'Eylea®

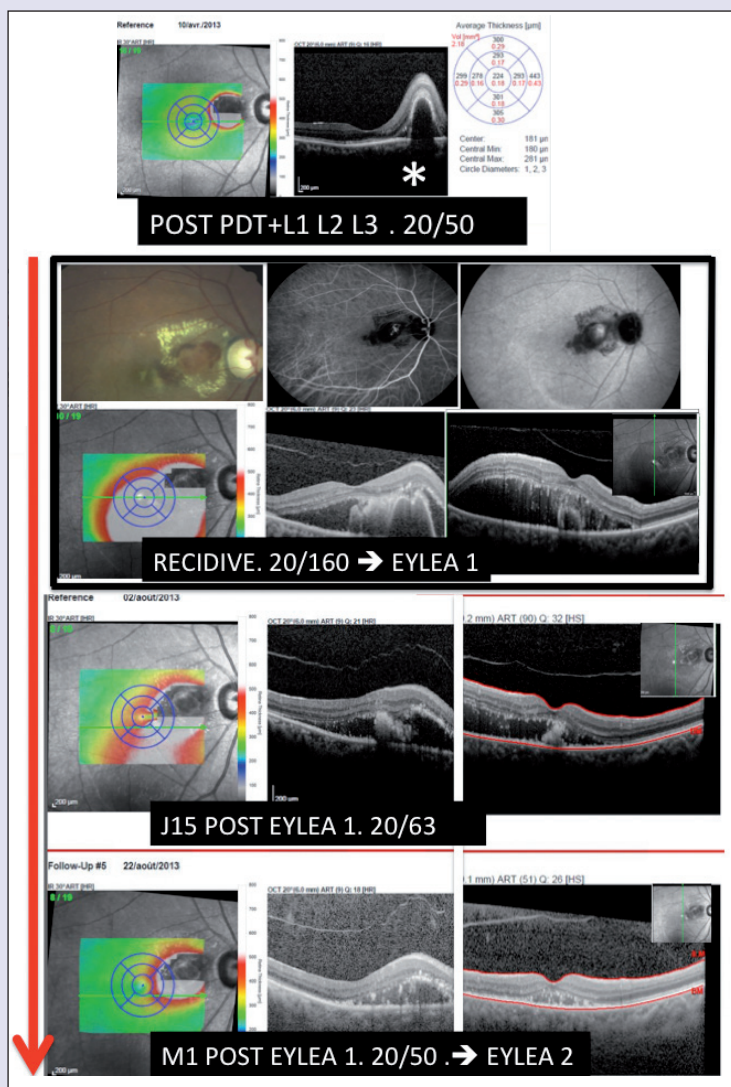


Figure 3. ▲

après échappement au traitement de référence. Il reste toutefois souhaitable d'attendre l'évolution à plus long terme ainsi que d'évaluer ce traitement chez des patients naïfs pour pouvoir comparer les deux schémas thérapeutiques dans la «vraie vie».



David Sayag

Centre Explore Vision

avec la collaboration de Neda Abraham

Conflits d'intérêts : aucun