



DMLA en pratique 2014

Lors de la journée d'enseignement qui s'est déroulée à la maison de la Chimie à Paris le lundi 19 septembre dernier, l'accent a été mis sur les nouveautés et stratégies 2015 pour l'utilisation des anti-VEGF au cours de la rétinopathie diabétique, des occlusions veineuses ainsi que dans la DMLA exsudative.

Œdème maculaire diabétique (Pr Massin, Dr Fajnkuchen)

En cas d'œdème maculaire central, la seule injection intravitréenne (IVT) de première intention, en monothérapie, à avoir l'AMM et le remboursement est le ranibizumab (Lucentis®). L'efficacité du choix thérapeutique s'effectue au terme des trois injections initiales. L'AMM reconnaît l'arrêt du traitement en cas d'absence d'efficacité au terme de ce traitement d'induction. Il convient de nuancer cette notion car en cas d'amélioration anatomique, une amélioration fonctionnelle retardée peut être constatée après une 4^e, une 5^e, voire une 6^e IVT.

La nouvelle AMM (5 septembre 2014) précise que «les intervalles de suivi et de traitement doivent être déterminés par le médecin et basés sur l'activité de la maladie, évaluée par la mesure de l'acuité visuelle et/ou des critères anatomiques».

Lors du contrôle à six mois, en l'absence d'amélioration, nous pourrions proposer dans un avenir proche une injection de corticoïdes type dexaméthazone (Ozurdex®), ou d'acétonide de fluocinolone (Iluvien®). Il convient d'amener chaque patient à son niveau maximal d'acuité visuelle. La première année, le traitement est intensif et le suivi si possible mensuel. Enfin, dans un dernier temps, il faut mettre en place une stratégie qui permet de maintenir ce gain (appréhender sur différents cycles de récurrences le profil évolutif du patient).

Occlusion veineuse rétinienne (Dr Nghiem-Buffer)

Les IVT de Lucentis® et l'utilisation d'Ozurdex® représentent le traitement de référence. Un traitement précoce est capital dans les trois premiers mois afin d'améliorer le pronostic visuel des patients. Le choix entre les deux se fera selon les habitudes du médecin et le cas considéré, avec la possibilité de «switcher» d'un traitement à l'autre. La dexaméthazone en première intention sera proposée plutôt chez le sujet «âgé» même phaque, le pseudophaque, l'œil vitrectomisé et en cas d'antécédents cardiovasculaires récents. Le ranibizumab en première intention sera privilégié plutôt chez le sujet «jeune», en cas d'antécédents de glaucome, d'hypertonie oculaire et de bi-thérapie, ou pour des formes ischémiques sévères.

Le patient doit être informé du caractère chronique de la pathologie et des intervalles de récurrence réguliers. Il faudra trouver l'intervalle idéal de traitement nécessaire et suffisant.

DMLA exsudative (Pr Korobelnik, Dr Cohen)

Aujourd'hui, les ophtalmologistes ont le choix thérapeutique entre le ranibizumab et l'aflibercept (Eylea®), à efficacité équivalente, ainsi qu'un libre choix total de suivi (visites, imagerie) et de traitement/retraitement.

Il est indispensable de faire une première évaluation après les trois premières IVT. Si l'on ne constate pas ou peu d'amélioration, il conviendra de réaliser

un switch vers le deuxième produit. Si la réponse est assez positive mais incomplète, on peut garder le même produit ou switcher pour le deuxième produit. Si la réponse est positive, on peut poursuivre avec le même produit et entamer un protocole évolutif (PRN de 3 à 6 mois, *plan and extend* ou *inject and extend*, pour trouver l'intervalle de récurrence et un traitement d'entretien sur cet intervalle). Lors du switch, deux possibilités s'offrent aux malades : repartir avec un traitement d'induction de trois injections ou une seule IVT du nouveau produit avec le même intervalle de traitement que le produit de départ. À efficacité égale, le Dr Cohen utilise plutôt le Lucentis® compte tenu d'un passage systémique moins important, même en l'absence de conséquence clinique connue. Le nombre important des IVT conduit à une modification prochaine de la fiche SFO (possibilité d'injecter les deux yeux le même jour, pour éviter des aller-retour multiples, ainsi que la suppression d'une antibiothérapie post-IVT). Les perspectives pour les prochains mois comportent l'AMM et le remboursement de l'Eylea® pour l'œdème maculaire diabétique (OMD) et les occlusions veineuses rétinienues (OVR) ainsi que l'Ozurdex® pour l'OMD.



Laurent Berthon

Centre d'exploration de la rétine Kléber (CERK), Lyon