



Vasculopathie polypoïdale : quel traitement en 2012 ?

Typhaine Grenet¹, Sam Razavi²

La vasculopathie polypoïdale est définie comme une prolifération vasculaire anormale issue de la vascularisation choroïdienne, fréquemment responsable de phénomènes exsudatifs et hémorragiques récidivants.

Le traitement de la vasculopathie polypoïdale diffère en certains points de celui des néovaisseaux choroïdiens de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA). Les études concernant les vasculopathies polypoïdales mettent en évidence les très bons résultats des traitements combinés et semblent montrer l'intérêt d'un traitement combiné associant la photothérapie dynamique et le ranibizumab (Lucentis®) en première intention.

Contrairement aux résultats observés pour le traitement des néovaisseaux choroïdiens de la DMLA, plusieurs études ont montré l'efficacité limitée des anti-VEGF en monothérapie en première intention dans le traitement des vasculopathies polypoïdales idiopathiques.

Photothérapie dynamique

Le traitement par photothérapie dynamique peut être utilisé. Il a montré des résultats satisfaisants sur la stabilisation de l'acuité visuelle. Il perd cependant de son efficacité lorsque la lésion est hémorragique.

Traitements combinés

Les études récentes encouragent à l'utilisation en première intention des traitements combinés.

L'étude EVEREST est une étude randomisée, multicentrique, en double insu, contrôlée, qui a inclus des patients ayant une vasculopathie polypoïdale.

Les patients ont été répartis au sein de trois groupes : ils ont été traités soit par injections intra-

vitréennes de ranibizumab (Lucentis®), soit par une photothérapie dynamique (PDT) à fluence normale, soit par une combinaison des deux traitements. Les résultats à six mois montrent une régression des polypes visibles en angiographie au vert d'indocyanine très nettement supérieure dans le groupe ayant eu un traitement combiné (78 %) par rapport au groupe ayant été traité par ranibizumab seul (29 %). Ces deux groupes de patients ont eu au terme de l'étude un gain d'acuité visuelle comparable (+10,9 versus +9,2 lettres sur l'échelle ETDRS). Les résultats de cette étude montrent l'intérêt d'un traitement combiné en première intention dans la prise en charge des vasculopathies polypoïdales (figure 1).

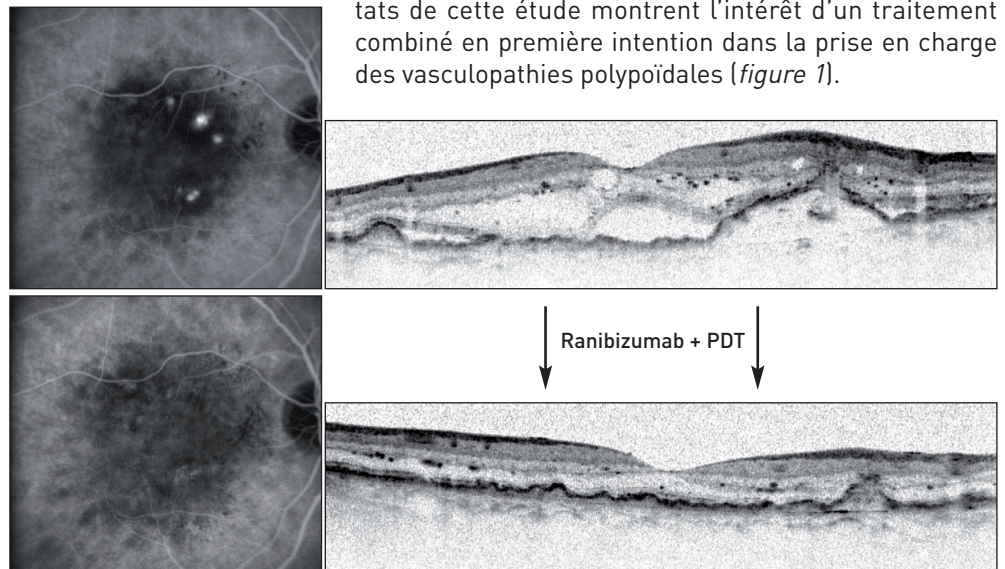


Figure 1. Exemple de vasculopathie polypoïdale traitée par PDT + injection intravitréenne de ranibizumab (Lucentis®). Une régression complète des phénomènes exsudatifs est observée.

1. Centre ophtalmologique d'imagerie et laser, Paris - Hôpital Avicenne, Bobigny 2. Service d'ophtalmologie du Pr Souied, Centre hospitalier intercommunal, Créteil

Le schéma thérapeutique recommandé des néovaisseaux choroïdiens de la DMLA est basé sur une phase d'induction pendant laquelle trois injections intravitréennes de ranibizumab consécutives espacées d'un mois sont réalisées à laquelle succède une phase de suivi pendant laquelle les injections sont administrées à la demande encadrées par un suivi strict.

Concernant le traitement de la vasculopathie polypoidale, la plupart des études comprennent elles aussi une phase d'induction avec une PDT suivie de trois injections mensuelles d'anti-VEGF. Par la suite, les anti-VEGF sont injectés à la demande (*pro re nata* ou PRN).

En cas de retraitement éventuel par photothérapie dynamique, guidé par les examens fonctionnels et d'imagerie réalisés au cours du suivi, il est nécessaire d'espacer les séances d'au moins trois mois. La PDT avec une fluence réduite en combinaison semble aussi efficace qu'avec une fluence standard. Il paraît donc plus raisonnable de pratiquer la PDT avec une fluence de 50 % par rapport à la fluence standard, soit 25 J/cm² pendant 83 secondes si on la renouvelle.

De la même manière, les nouvelles recommandations de la HAS concernant le diagnostic et la prise en charge de la DMLA, paru en septembre 2012, rappellent l'intérêt du traitement combiné pour la vasculopathie polypoidale.

Bibliographie

Gomi F, Sawa M, Sakaguchi H *et al.* Efficacy of intravitreal bevacizumab for polypoidal choroidal vasculopathy. *Br J Ophthalmol.* 2008;92(1):70-3.

Haute Autorité de santé. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la dégénérescence maculaire liée à l'âge. Recommandations, septembre 2012.

Kokame GT, Yeung L, Lai JC. Continuous anti-VEGF treatment with ranibizumab for polypoidal choroidal vasculopathy: 6-month results. *Br J Ophthalmol.* 2010;94(3):297-301.

Lai TY, Chan WM, Liu DT *et al.* Intravitreal bevacizumab (Avastin) with or without photodynamic therapy for the treatment of polypoidal choroidal vasculopathy. *Br J Ophthalmol.* 2008;92(5):661-6.

Lee SY, Kim JG, Joe SG *et al.* The therapeutic effects of bevacizumab in patients with polypoidal choroidal vasculopathy. *Korean J Ophthalmol.* 2008;22(2):92-9.

Lim TH, Laude A, Tan CS. Polypoidal choroidal vasculopathy: an angiographic discussion. *Eye (Lond)* 2010;24(3):483-90.

Moon SW, Kim MS, Kim ES *et al.* Photodynamic therapy combined with intravitreal injection of vascular endothelial growth factor antibody for polypoidal choroidal vasculopathy. *Ophthalmologica.* 2011; 225(3):169-75.

Ruamviboonsuk P, Tadarati M, Vanichvaranont S *et al.* Photodynamic therapy combined with ranibizumab for polypoidal choroidal vasculopathy: results of a 1-year preliminary study. *Br J Ophthalmol.* 2010;94(8):1045-51.

Conflits d'intérêts : Aucun