

Le tour de la **rétine** en **365 jours**

1 Aknin, Golfe Juan





La DMLA



DMLA

Les études

- **Étude CATT**
L'acuité visuelle à 3 mois est prédictive de l'AV à 2 ans dans les traitements par anti-VEGF (PRN ou mensuel)
- **Étude Excite**
L'épaisseur rétinienne ne serait pas pertinente: pas de corrélation < EMC/AV finale (par ex. atrophie): « épaisseur rétinienne cible » et étude morphologique
- **rAAV.sFlt-1: nouveauté**
Étude de phase 1 de thérapie génique sur 8 patients: 6 traités, 2 contrôle. Adénovirus associé au récepteur 1 du VEGF. Il est injecté en sous-rétinien. Réduit drastiquement le nombre d'IVT de Lucentis: 0,33 sur 11 mois versus 3

DMLA

Les études

- **Étude VIEW 1 (AFB)**
L'acuité visuelle à 3 mois est prédictive de l'AV à 2 ans dans les traitements par Eylea (PRN ou mensuel)
- **Étude VIEW 1: l'extension**
Eylea de 1 à 3 ans en PRN capé à 3 mois. Bonne tolérance

Évolution AV	S96	S192
Gain > 15 lettres	37%	30%
Perte > 5 lettres	11%	20%

- **AREDS 2**
Pas de relation entre évolution de la DMLA et prise d'aspirine

La seringue pré-remplie

La libérer

appuyer de chaque côté du plastique : attention à la stérilité

Fermeture :

Casser l'extrémité/ choix aiguille

Piston à sens unique :

Pour éviter de faire entrer de l'air / problème pour purger les bulles

Facile à prendre en main

On gagne du temps:

- **Attention** temps de contact Bétadine



La nouvelle AMM du Lucentis

induction

IVT mensuelle jusqu'au plateau d'AV (au - 3 pour DMLA OMD OVR, moins pour MF)

Suivi :

sur AV et/ou « anatomie » (angio permise)

Arrêt :

si pas de bénéfice malgré TT mensuel

Treat and extend

plateau puis > intervalle de contrôle (pallier de + 2 semaines max pour DMLA 1 mois pour OMD; (?) pour OVR) jusqu'à rechute.

Le retour de l'Avastin?

- **Méta analyse Guohai Chen**
sur les études Subramanian, Biswas, CATT, IVAN, MANTA, GEFAL
efficacité semblable Lucentis et Avastin pour AV
meilleur résultat anatomique pour Lucentis
tolérance semblable
- **Méta analyse Laurent Kodjikian**
sur subramanian CATT IVAN MANTA GEFAL
efficacité semblable Lucentis et Avastin pour AV
plus de complications systémiques avec Avastin
- Le document est sur le bureau du ministre ...

La rétinopathie diabétique



Rétinopathie Diabétique

Les études

- **Étude Rise et Ride (RBZ) (extension à 24 mois)**
délai de traitement: mauvais pronostic
surtout si DSR, logettes kystiques ou pathologie rénale
présence de DSR: plus de chance de récupérer si traité tôt
- **Étude Ole: Rise et Ride (extension à 36 mois)**
efficacité du Lucentis à 3 ans.
Surveillance tous les 2 ou 3 mois suffisent
le groupe témoin ne rattrape pas le retard
- **Étude Retain (RBZ)**
Le treat and extend donne les mêmes résultats que le PRN, mais
réduit le nombre de visites

Rétinopathie Diabétique

Les études

➤ **Étude Relight (RBZ)**

Ancienneté de l'OMD aggrave le pronostic: traiter le plus tôt possible

maintien du gain moyen d'AV après le plateau avec une surveillance bimensuelle

➤ **Étude Cavnar à 2 ans**

24 patients à 2 ans: le traitement laser Navilas après 3 1° IVT de Lucentis permet un gain de 9 lettres comparé à du Lucentis PRN

Rétinopathie Diabétique

Les études

➤ **Étude Vista et Vivid (AFB) à 2 ans**

bonne tolérance et meilleure efficacité de l'Eylea versus laser
efficacité aussi sur le grade de la RD.

Résultats à 1 an maintenus à 2 ans

Eylea bimensuel aussi efficace que mensuel (induction 5 mois)
pour AV, mais Epaisseur Moyenne Centrale idem dans 2 groupes

AMM européenne (selon protocole Vista et Vivid)

Remboursement dans cette indication « attendue » mi 2015

Rétinopathie Diabétique

Les études

➤ **Étude Bevordex**

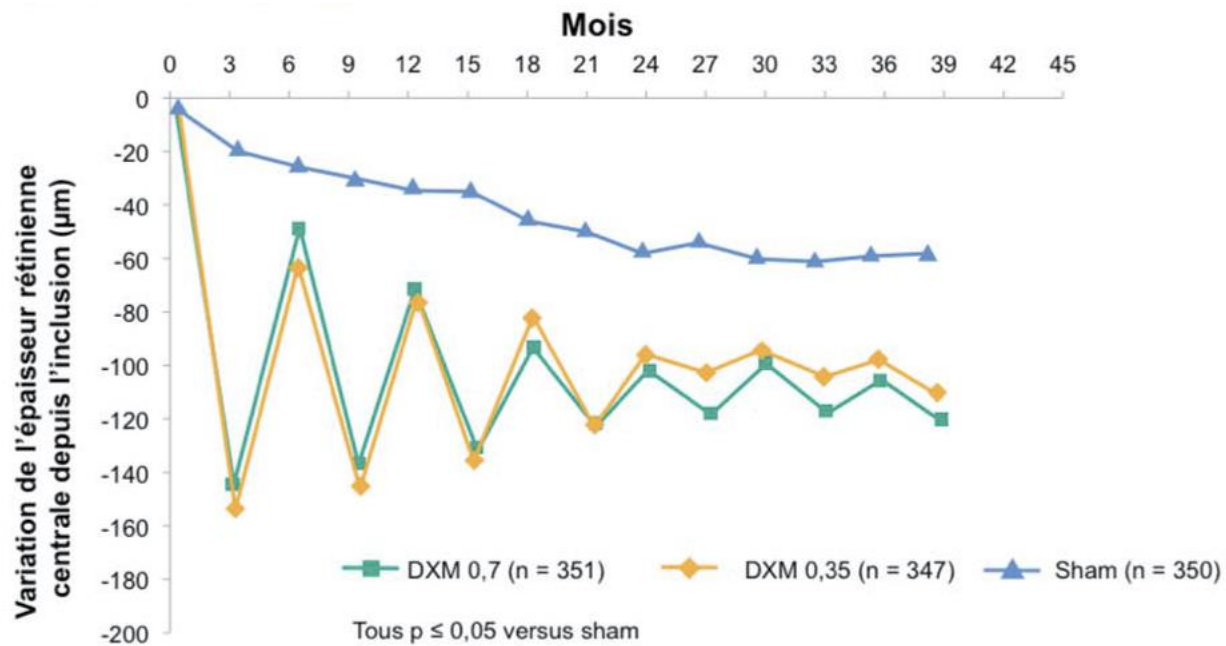
Ozurdex supérieur à Avastin car même résultat fonctionnel, mais avec moins d'IVT et tolérance semblable (sauf cataracte: 5 patients)

➤ **Étude Mead à 3 ans**

Ozurdex > ½ Ozurdex > contrôle
amélioration de 2 stades rétinopathie chez 44% des patients
tolérance OK
variation d'épaisseur rétinienne en dent de scie de – en –
grandes (6 mois trop long, stabilisation à long terme)

Rétinopathie Diabétique

Les études: Mead



Rétinopathie Diabétique

Ozurdex - Nouvelle AMM (4/9/14)

Ozurdex peut être indiqué en première intention chez beaucoup de patients

En première intention Chez:

- Actifs, jeunes, âgés ne voulant ou ne pouvant pas se déplacer fréquemment
- les patients avec risque ou antécédent(s) CV
- les patients pour qui l'IVT répétitive est une source d'anxiété
- Les patients pseudophaques

En 2^{ème} intention:

- Chez les patients insuffisamment répondeurs aux autres traitements

Les OVR



Occlusions veineuses

Les études

- **Étude Vibrant(RBZ) à 6 mois**
Lucentis seul > laser seul: amélioration > 15 lettres chez 53%
Lucentis versus 27% laser
- **Étude Brighter (RBZ) à M6 (en route vers M24)**
Lucentis seul > laser seul: gain 14,8 lettres versus 6
pas de différence entre Lucentis seul et Lucentis + laser
- **Étude shore (RBZ) à 15 mois**
le Lucentis PRN est plus efficace que mensuel sur AV
moins efficace sur EMC (NB: induction 7 mois)
- **Étude Shasta (O) suivi 15 à 18 mois**
Ozurdex bien toléré (pas de cataracte)
83% des patients ont gagné 2 lignes 70% 3 lignes
meilleur résultat si pas de laser car plus de complications sous laser

Occlusions veineuses

Les études

- **Étude Galileo (AFB) à 18 mois**
Eylea > sham pour CRVO
résultats après 6 IVT mensuelles maintenu avec > intervalles 2 mois. Le groupe sham garde son retard:
traiter le plus vite possible
- **Étude Copernicus (AFB) à 2 ans**
un Eylea puis évaluation mensuelle IVT PRN dans groupe traité
groupe témoin: évaluation mensuelle IVT possible à 24^e semaine
groupe Tté > témoin avec 2 IVT en moyenne/1 an
traiter le plus vite possible
- **Remboursement Eylea imminent dans les RVO?**
novembre?

Les myopes



Myopie forte

Les études

- **Étude Radiance (RBZ) à 1 an**
le nombre d'IVT > avec la surface de la lésion néovasculaire
pas de relation AV à 1 an/ surface lésion néovasculaire, degrés d'erreur réfractive et longueur axiale.
2 fois plus de néoVx chez asiatiques que caucasiens mais meilleur résultat visuel
- **Étude Myst**
étude observationnelle sur population de myopes forts: lésions pôle postérieur
atrophie péri-papillaire, cavitations péri-papillaires
staphylome post, atrophie choroïdienne
- **Étude Myrror (AFB)**
AFB 6 mois versus Placebo, puis AFB possible
groupe traité AV > placebo, avec écart persistant à 1 an
commencer tôt

Remboursement Ranibizumab pour la myopie forte

- 05/07/2013: extension d'AMM européenne
07/05/2014: remboursement pour la MF en France
- **1 IVT** puis retraitement **si** < AV et/ou signes d'activité Nvx
 - **Surveillance de l'activité: examen clinique, OCT ou AGF**
- **Suivi :**
 - **mensuel 2 mois puis trimestriel**. Après la 1ère année, la fréquence est déterminée par l'ophtalmologiste traitant.
 - Les femmes en âge de procréer doivent utiliser une **contraception efficace** pendant le traitement.

Conclusion

- Traiter le plus tôt possible
- Valeur prédictive du résultat à 3 mois
- Traitement mensuel jusqu'au plateau pour RBZ et AFB
- Une surveillance trimestrielle / treat and extend
- « nouvel AMM » conséquences?
- Ozurdex efficace avec 1 injection tous 5 mois
- Laser dans OMD

Conclusion

- ~~Traiter le plus tôt possible~~
- ~~Valeur prédictive du résultat à 3 mois~~
- ~~Traitement mensuel jusqu'au plateau pour RBZ et AFB~~
- ~~Une surveillance trimestrielle / treat and extend~~
- ~~« nouvel AMM » conséquences?~~
- ~~Ozurdex efficace avec 1 injection tous 5 mois~~
- ~~Laser dans OMD~~

Conclusion

- ~~Traiter le plus tôt possible~~
- ~~Valeur prédictive du résultat à 3 mois~~

➤ Bienvenue au congrès
➤ On a tant de choses
➤ à discuter!!!