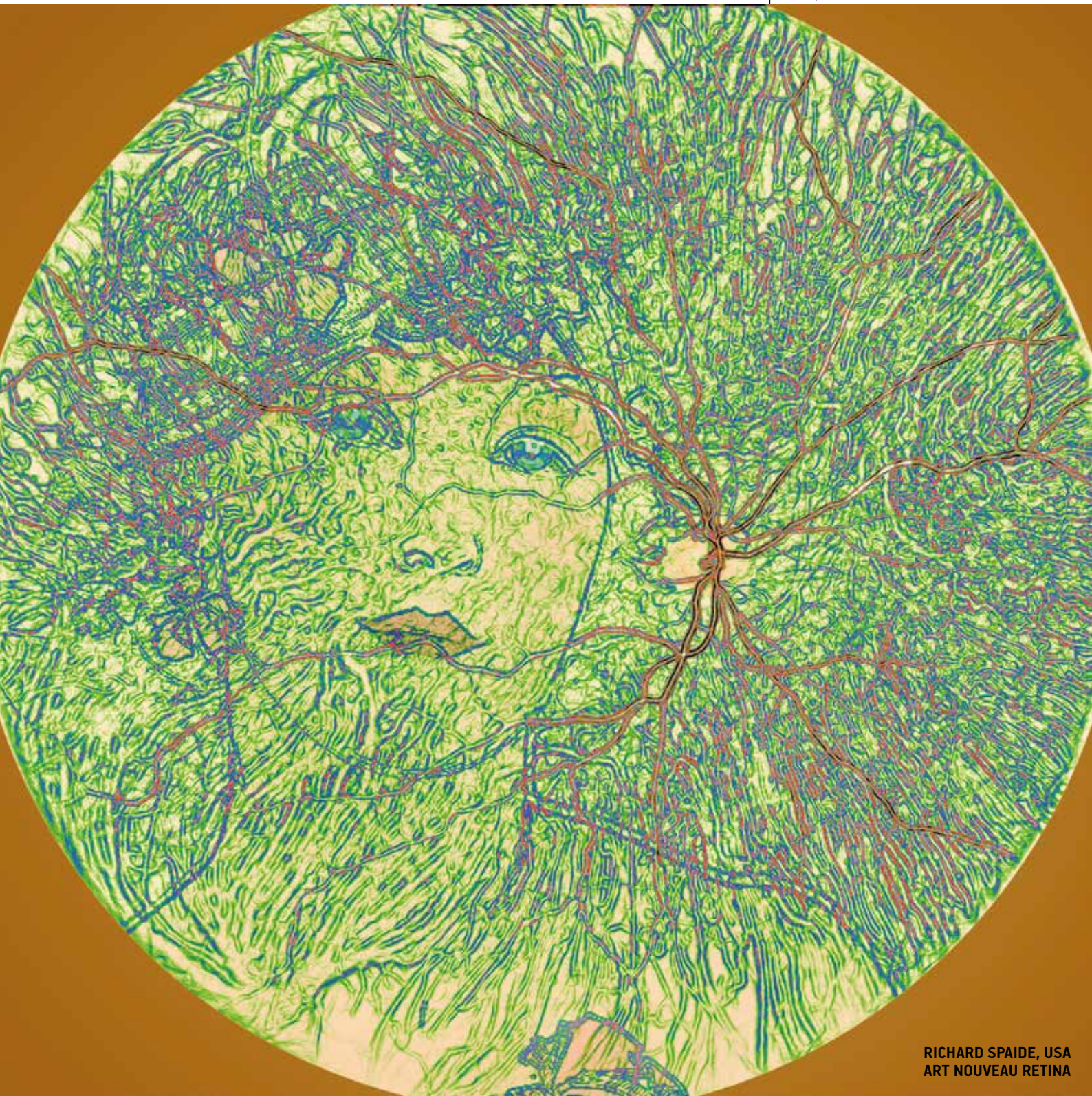


MAYER
SROUR

ODY
SEMOUN

LIVRE BLANC
MACULA

GAGNANT DU PRIX
MACULART 2017
DE LA PLUS BELLE IMAGE

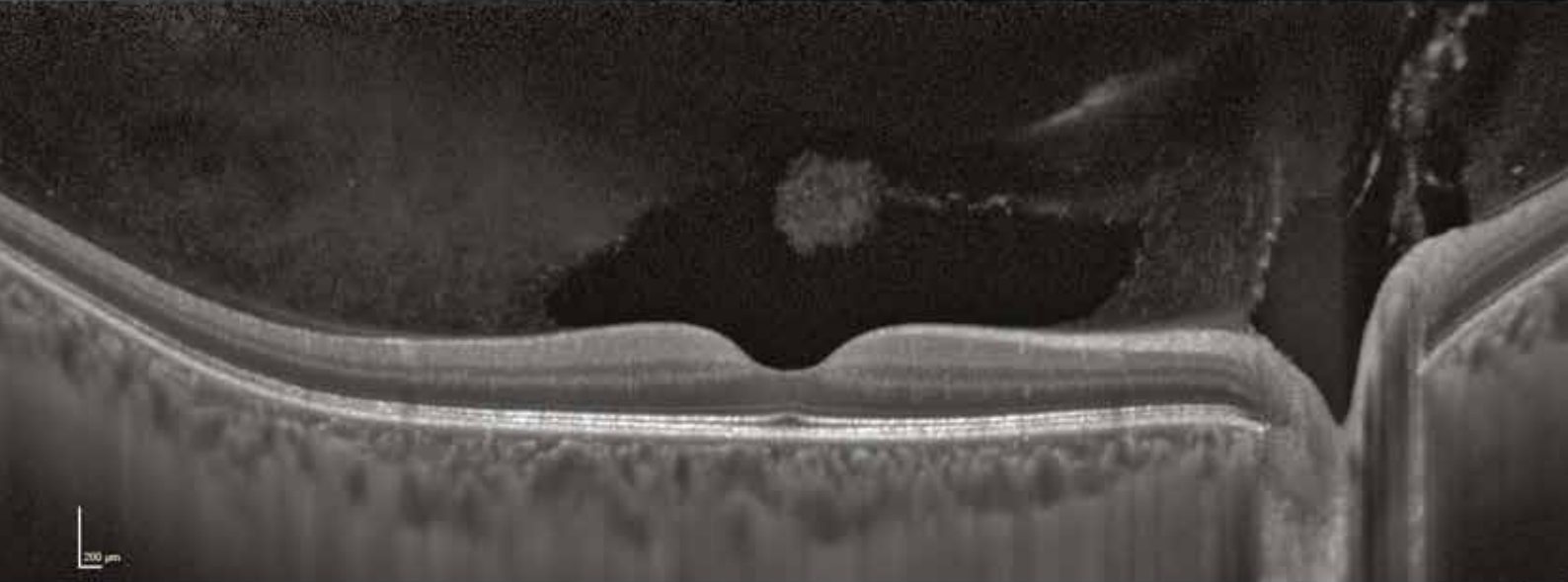


RICHARD SPAIDE, USA
ART NOUVEAU RETINA

SPECTRALIS

LA PLATEFORME MULTIMODALE EVOLUTIVE

Diagnostic et suivi - Rétine, Glaucome, Cornée, Neurologie



200 µm



MultiColor 55°



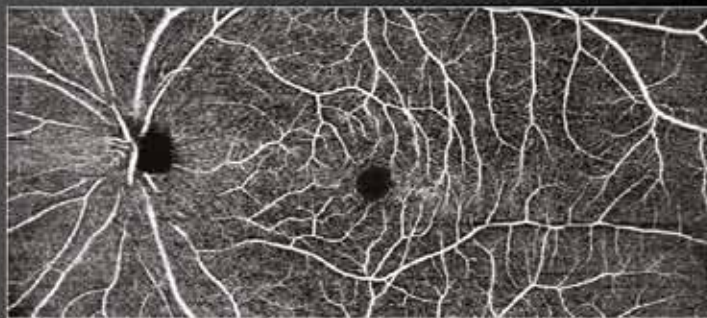
AF 55°



FA 55°



ICGA 55°



OCT-Angiographie

Le **SPECTRALIS®** est une plateforme d'imagerie et de diagnostic **évolutive** qui combine une imagerie du fond d'oeil SLO avec un OCT haute résolution.



Mentions légales : © HEIDELBERG, est de classe III destinée aux médecins ophtalmologistes uniquement. Hébergement CD482 - distribué par la société SANOTEK. Selon l'article 1165-1 du code de la sécurité sociale, l'acte de ce dispositif médical est soumis au remboursement par la sécurité sociale. Avant toute utilisation, lire attentivement le notice. Code de l'ANV092016



L'édition 2017 de Maculart fût un franc succès, avec pas moins de 550 participants et plus de 45 nations représentées.

Maculart s'inscrit comme le rendez-vous incontournable de la rétine médicale en France, Il n'existe aucun autre congrès où l'on puisse côtoyer les orateurs internationaux les plus prestigieux dans leur domaine.

Maculart a été un grand moment de partage, où nous avons pu découvrir les toutes dernières innovations dans le domaine des nouvelles thérapeutiques et de l'imagerie rétinienne.

Nous avons eu l'honneur d'avoir comme invité prestigieux le Pr Lawrence Yannuzzi et nous avons pu assisté à une lecture magistrale.

La première journée fut haute en couleur. En effet, la session consacrée aux cas cliniques a permis de donner le ton de ce meeting, avec un format propice à l'échange, la discussion, la bonne humeur et la convivialité.

Les deux jours suivants ont laissé place à des brillantes communications par de grands noms tels que Rick Spaide, Philip Rosenfeld, Bailey Freund, Lee Jampol, David Sarraf, Neil Bressler, et Jose Pulido...

Mais rassurez-vous, nous vous offrons dans ce livre un résumé du programme scientifique de cette rencontre et nous vous invitons à retenir la date du prochain congrès qui se déroulera à Paris du 30 juin au 2 juillet 2019.

Il est temps de voir la personne derrière l'œil

OMD

OVR

UVÉITE

OZURDEX® est indiqué dans le traitement des patients adultes présentant :

- OMD :** Une baisse d'acuité visuelle due à un œdème maculaire diabétique chez les patients :
- Pseudophaques
 - Pour lesquels un traitement non corticoïde ne convient pas
 - Considérés comme insuffisamment répondeurs à un traitement non corticoïde
- OVR :** Un œdème maculaire suite à une occlusion de la branche veineuse rétinienne (OBVR) ou de la veine centrale de la rétine (OVCR)
- UVÉITE :** Une inflammation du segment postérieur de l'œil de type uvéite non infectieuse

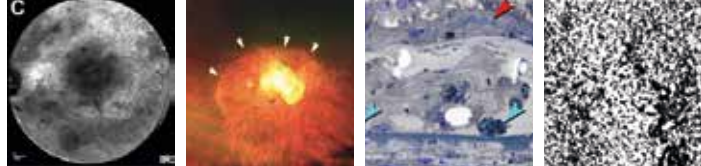
Avant de prescrire OZURDEX®, veuillez consulter sa place dans la stratégie thérapeutique sur www.has.fr

Prescription réservée aux spécialistes en ophtalmologie. OZURDEX® est un médicament d'exception qui doit être prescrit en conformité avec sa fiche d'information thérapeutique.

OZURDEX® fait l'objet d'un plan de gestion des risques. Avant de prescrire OZURDEX®, nous vous invitons à consulter les outils de minimisation des risques et à remettre à vos patients les documents qui leur sont destinés.

Les mentions obligatoires sont disponibles sur la base de données publique des médicaments à l'adresse <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

SOMMAIRE



P 7

Ranibizumab vs Aflibercept dans la DMLA exsudative : résultats de vraie vie.
Jennifer ARNOLD, Sydney

P 8

Le plateau : un marqueur de l'atrophie géographique - Bailey FREUND, New-York

P 9

Résultats à 12 mois de l'étude RAINBOW de "Vraie vie" : Aflibercept dans DMLA exsudative - Laurent KODJIKIAN, Lyon

P 12

OCT en ultra grand champ dans l'analyse des staphylomes postérieurs.
Kyoko OHNO-MATSUI, Tokyo

P 13

Étude de "vraie vie" du traitement de la baisse d'acuité visuelle secondaire à l'œdème maculaire diabétique par injections de ranibizumab 0,5 mg (BOREAL-OMD) - Pascal MASSIN, Paris

P 17

L'étude ARIZ : du phénotype au génotype. Génétique des grands décollements de l'épithélium pigmentaire vascularisés dans la DMLA exsudative - Alexandra MOUALLEM, Créteil

P 19

Gestion de la rétinopathie diabétique proliférante avec œdème maculaire diabétique. Pourquoi les Anti-VEGF, mais pas de photocoagulation pan-rétinienne ?
Neil BRESSLER, Baltimore

P 20

Pourquoi démarrer par 6 IVT d'anti VEGF dans l'OMD ?... Pourquoi pas 3,5 ou 12 ?
Neil BRESSLER, Baltimore

P 21

Anti-VEGF versus PDT dans le traitement de la néovascularisation choroïdienne secondaire à la chorioretinopathie séreuse centrale.
Enrico PEIRETTI, Cagliari

P 22

MLA nouvelle classification - Richard SPAIDE, New-York

P 24

Aspect maculaire en OCT-A de patients traités par faisceau de protons pour un mélanome choroïdien - Alexandre SELLAM, Paris

P 26

Compliance des patients atteints d'œdème maculaire diabétique et de DMLA exsudative - Mickael SINGER, San Antonio

P 28

Limites de l'OCT-A dans la DMLA avec DEP vascularisé.
Salomon Yves COHEN, Créteil

P 29

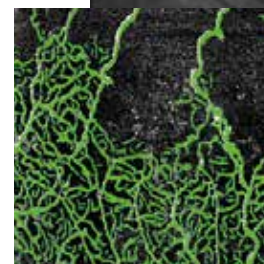
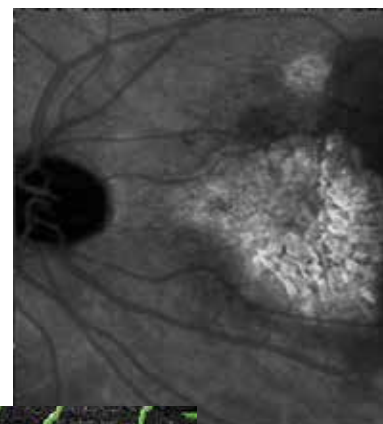
Drusen cuticulaires : Phénotypes cliniques et évolution en imagerie multimodale - Lawrence YANNUZZI, New-York

P 31

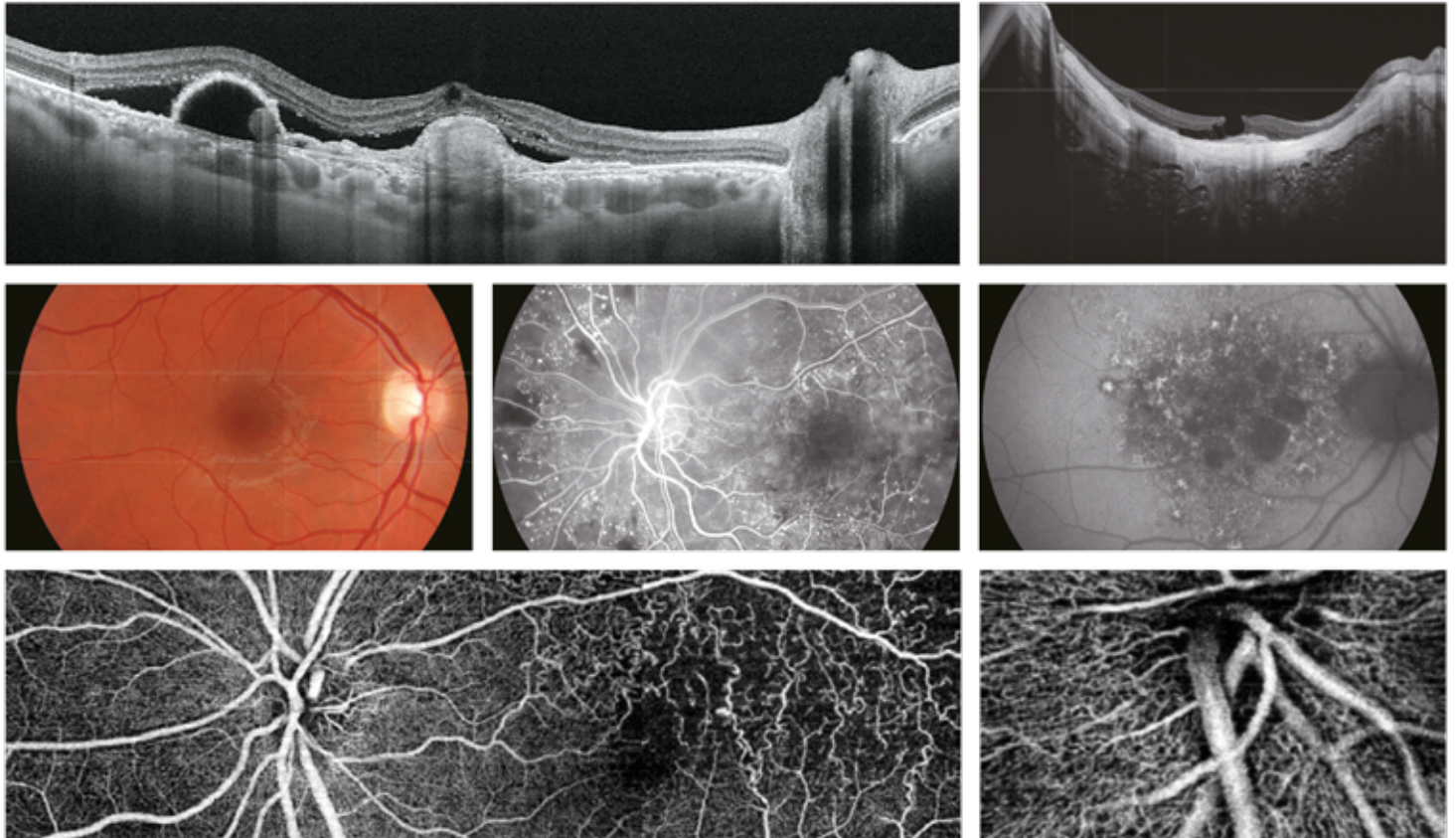
Impact du Switch thérapeutique pour le traitement de la DMLA exsudative : une analyse basée sur les résultats de l'étude Harbor - Marco ZARBIN, Newark

P 33

REINFORCE : Étude multicentrique prospective de l'implant de dexaméthasone (DEX) dans l'œdème maculaire diabétique (OMD) - Mickael SINGER, San Antonio



OCT Swept Source DRI OCT Triton avec imagerie multimodale



- » Meilleure visualisation de la rétine, du vitrée et de la choroïde
- » Diagnostic complet : OCT Swept Source combiné avec une imagerie multimodale¹ (Couleur, Vert, Fluo, AutoFluo, OCT Antérieur²)
- » OCT Angiographie utilisant la technologie Swept Source
- » Système de tracking unique procurant une précision inégalée

www.topcon-medical.fr

¹ DRI OCT Triton plus : OCT /OCT Antérieur (option) / Couleur / Vert / Fluo / AutoFluo
² DRI OCT Triton : OCT /OCT Antérieur (option) / Couleur / Vert

² Option

Le DRI OCT Triton/Triton+ est un appareil de Tomographie à Coherence Optique qui permet de réaliser in-vivo des images en coupe de tissus, avec une résolution de quelques microns. Dispositif médical de classe Ia. Les informations contenues dans ce document sont destinées aux professionnels de santé. Lire attentivement les informations figurant dans le mode d'emploi avant utilisation. Une formation au DRI OCT Triton/Triton+ est requise avant utilisation du dispositif. Prise en charge par l'assurance maladie dans certaines conditions. Fabrique par : Topcon Corporation - Distribue par Topcon France SARL.

 **TOPCON**

Ranibizumab vs Aflibercept dans la DMLA exsudative : résultats de vraie vie

Jennifer ARNOLD, Sydney

Est-ce que les effets de l'Aflibercept persistent plus longtemps dans l'œil ?

Seules les études in vitro l'ont montrées mais avec des résultats contradictoires.

Le potentiel du nombre d'injections moins important dans la DMLA exsudative avec l'Aflibercept n'a pas encore été évalué en pratique courante. Peut-on utiliser des données d'observation pour comparer le Ranibizumab à l'Aflibercept ?

Jennifer Arnold nous a présenté les résultats à douze mois du Ranibizumab vs Aflibercept dans la DMLA exsudative avec des données issues du registre Fight Retinal Blindness (FRB)¹.

L'objectif de l'étude était de comparer les variations de l'acuité visuelle (AV) du Ranibizumab vs Aflibercept chez les patients atteints de DMLA exsudative traités en pratique clinique.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

Patients naïfs suivis par le registre FRB et qui ont commencé un traitement anti-VEGF avec du ranibizumab ou aflibercept entre le 1er décembre 2013 et le 31 janvier 2015.

Les patients qui ont switché ou interrompu le traitement ont été inclus avec leur dernière observation reportée.

Les données principalement analysées sont les variations de l'AV, le nombre d'injections et de visites, et la proportion des yeux avec NVC inactifs à 12 mois.

RÉSULTATS

394 yeux de 372 patients qui ont reçu un traitement de 34 praticiens ont été inclus (197 traités avec ranibizumab et 197 avec aflibercept).

La moyenne d'AV des yeux traités par ranibizumab est passée de 58,6 lettres à 62,3, et de 58,9 lettres à 63,1 pour les yeux recevant de l'aflibercept. (Figure 1)

La différence de 0,6 lettres entre les 2 groupes n'était statistiquement pas significative (P = 0,76).

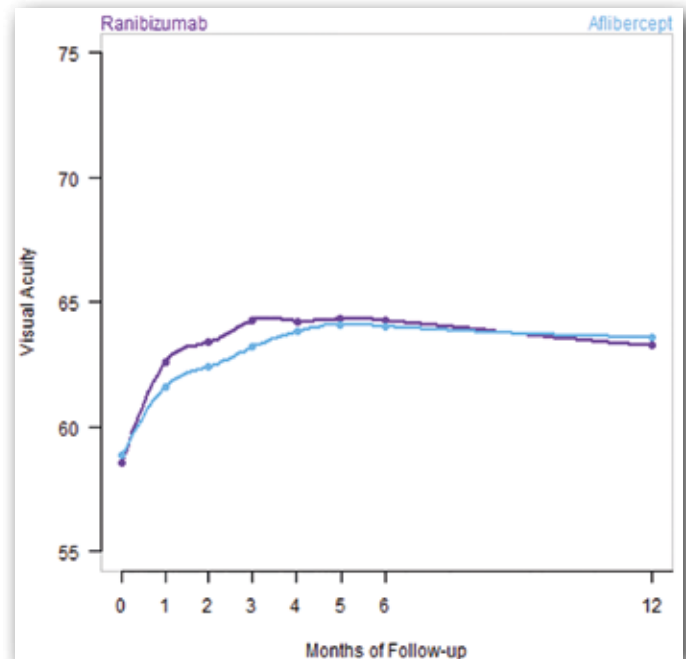


Figure 1

Le nombre moyen des injections (8.1 contre 8.0, P = 0.27) et des visites (9.6 contre 9.5, P = 0.15) ne diffère pas entre les 2 groupes.

La proportion ajustée des yeux dans lesquels le NVC a été classé comme inactif pendant l'étude était similaire entre les groupes recevant ranibizumab et aflibercept (74% contre 77%, respectivement, P = 0,63).

CONCLUSION

Les études observationnelles de vraie vie chez des patients avec une DMLA exsudative montrent que l'Aflibercept et le Ranibizumab donnent les mêmes résultats sur la variation de l'AV avec une fréquence d'injections similaire pendant la première année de traitement

1. Gillies MC, Nguyen V, Daien V, Arnold JJ, Morlet N, Barthelmes D. Twelve-Month Outcomes of Ranibizumab vs. Aflibercept for Neovascular Age-Related Macular Degeneration: Data from an Observational Study. *Ophthalmology*. 2016 Dec

Le plateau : un marqueur de l'atrophie géographique

Bailey FREUND, New-York

L'objectif de cette étude était d'examiner les origines et l'évolution du « plateau » dans l'atrophie géographique en utilisant l'imagerie OCT eye tracking et de proposer une corrélation histologique.

Le plateau correspond à une entité décrite par le Pr Querques² comme « wedge shaped subretinal hyporeflectivity in geographic atrophy » (Figure 1) correspondant à une lésion délimitée par des bandes hyperreflectives au sein de l'atrophie. La bande hyperreflective la plus externe correspondant à la membrane de bruch et la bande la plus interne correspondant à la partie synaptique de la couche plexiforme externe.

Huit yeux de sept patients avec des lésions à type de « plateau » ont été analysés en SD OCT eye tracking avec un suivi moyen de 7,7 ans. L'histologie des yeux de donneur avec DMLA a été étudiée.

Le suivi de ses lésions en « plateau » montre qu'à l'origine il s'agit d'un DEP drusénoïde qui évolue vers des monticules avec une assise large et un sommet aplati caractérisé par une partie interne hyporeflective mais hétérogène et une partie externe hyperreflective similaire aux ondulations de la rétine externe précédemment attribuées aux dépôts laminaires basaux persistants.

Une augmentation initiale du volume de DEP et de l'hyporeflectivité de son contenu va être suivie d'une diminution du volume de DEP et d'un amincissement de la bande hyperreflectif sus-jacente attribuable à la perte de l'épithélium pigmentaire qui laisse place aux dépôts linéaires basaux persistant. (Figure 2)

L'analyse histologique (Figure 3) et de l'imagerie sur des yeux de donneur révèle que les lésions en « plateau » correspondent à dépôts laminaires basaux (flèche rouge) avec présence de cellules de Muller.

Au final, les plateaux correspondent à une évolution des DEP drusénoïdes vers l'atrophie sur l'imagerie en OCT. Lorsque l'atrophie de l'EP progresse, l'extension des cellules de Müller au sein des dépôts laminaires basaux résiduels contribue au caractère hétérogène de cette entité.

1Anna C. S. Tan et al. The Evolution of the Plateau, an Optical Coherence Tomography Signature Seen in Geographic Atrophy
IOVS April 2017

2. Querques et al. WEDGE-SHAPED SUBRETINAL HYPOREFLECTIVITY IN GEOGRAPHIC ATROPHY.
Retina. 2015 Sep

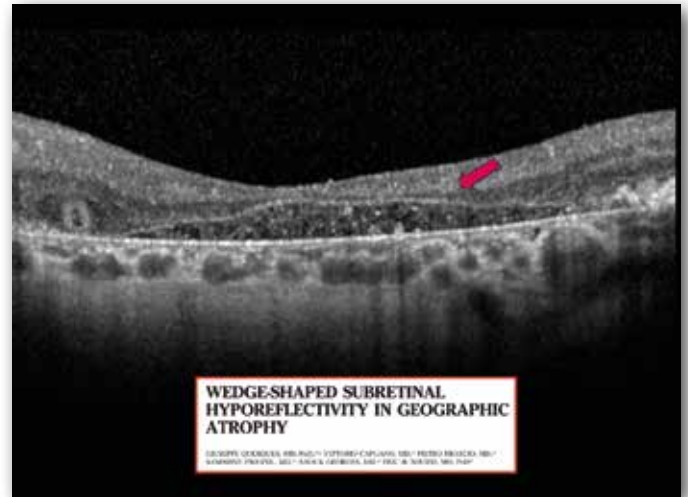


Figure 1

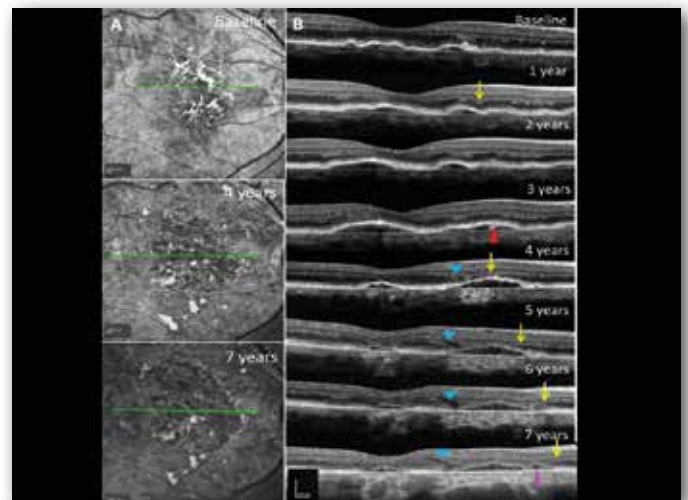


Figure 2

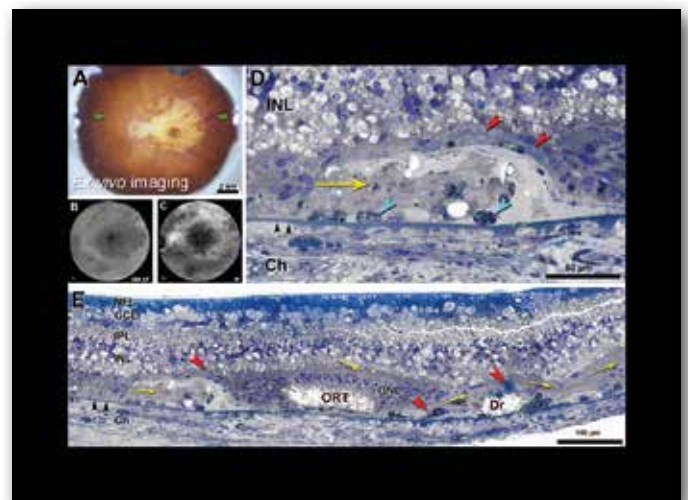


Figure 3

MACULART 2017

Résultats à 12 mois de l'étude RAINBOW de "Vraie vie" : Aflibercept dans DMLA exsudative

Laurent KODJIKIAN, Lyon

Étude française en cours qui a inclus 593 patients ayant reçu leur 1^{ère} injection intra-vitréenne (IVT) entre janvier 2014 et mars 2015 pour une DMLA exsudative (naïfs d'anti-VEGF ou de laser) avec un suivi de 4 ans prévu.

Le critère principal de l'étude est la variation de la meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC) entre l'inclusion et M12.

Il y avait 593 patients inclus (qui ont reçu au moins une injection d'Eylea) dans 55 centres avec un âge moyen de 79,7 ($\pm 7,8$).

L'AV moyenne à baseline était de 56,7 \pm 18,2. (Figure 1)


353 patients avaient une analyse possible (documentation de l'AV à baseline et à 12 mois). Un traitement d'induction avec 3 IVT était réalisé dans 76,9 % des cas (3 IVT en moins de 90 jours).

Sur les 353 patients avec analyse possible, le gain d'AV à 12 mois était de +5,5 lettres (et +6,8 lettres chez les patients qui ont reçu le traitement d'induction). 25,2% des patients gagnent plus de 15 lettres tandis que 4.8% ont présenté une perte supérieure à 15 lettres (Figures 2,4)

Le nombre moyen d'IVT était de 6 ($\pm 2,1$) pour l'ensemble des patients analysable et 6,6 ($\pm 1,8$) chez les patients qui ont reçu le traitement d'induction (Figure 3).

Le gain d'AV pour les 49 patients ayant reçu la phase d'induction et un traitement strict en 2q8 (IVT tous les 2 mois après induction) est de +9,3 lettres avec 7,5 IVT en moyenne.

Quelle que soit l'AV initiale, un gain ou un maintien de l'AV est obtenu avec un nombre similaire d'IVT. (Figure 5).



Baseline Characteristics

	Variable	Patients (n=586)
Patient characteristics	Age, years, mean (SD)	79.7 (7.8)
	Female, n (%)	358 (61.1)
	Duration of wAMD, months (SD) [n=572]	1.1 (6.8)
Visual variables	BCVA, ETDRS letters, mean (SD) [n=502]	56.7 (18.2)
	Visual acuity, n (%) [n=502]	
	<50 letters	138 (27.5)
	[50–55[letters	63 (12.5)
	[55–70[letters	148 (29.5)
	≥ 70 letters	153 (30.5)
Anatomical variables	CRT, μm , mean (SD) [n=446]	395.6 (140.5)
	SRF, n (%) [n=474]	385 (81.2)
	IRF, n (%) [n=474]	296 (62.4)
	PED, n (%) [n=474]	305 (64.3)

IRF, intraretinal fluid; PED, pigment epithelial detachment; SD, standard deviation; SRF, subretinal fluid.

Figure 1

MACULART 2017

Le traitement s'est avéré globalement très bien toléré.

En conclusion, l'étude RAINBOW montre des améliorations visuelles et anatomiques rapides avec maintien des résultats à 12 mois chez des patients naïfs de traitement et traités par IVT d'afflibercept en pratique clinique de "vraie vie".

Les patients qui ont bénéficié d'une phase d'induction correctement réalisée ont de meilleurs résultats à 1 an.

Les résultats sont comparables à ceux observés dans les études VIEW avec un bon profil de tolérance en rapport avec les données issues des études de phase III.

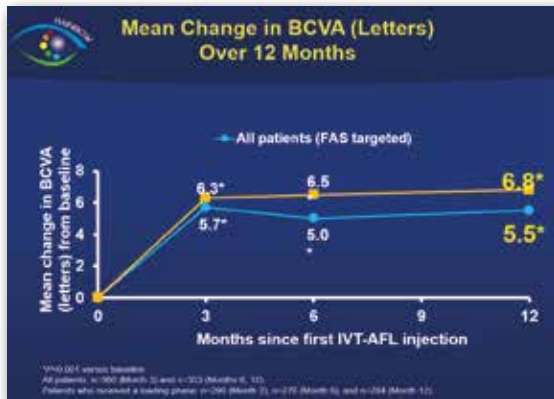


Figure 2

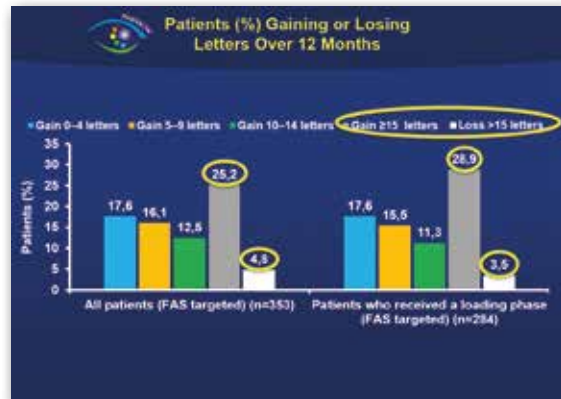


Figure 4

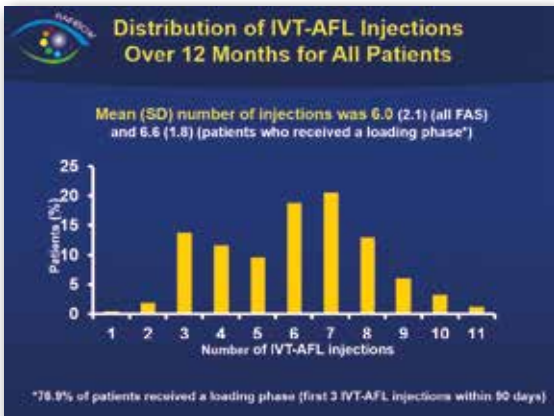


Figure 3

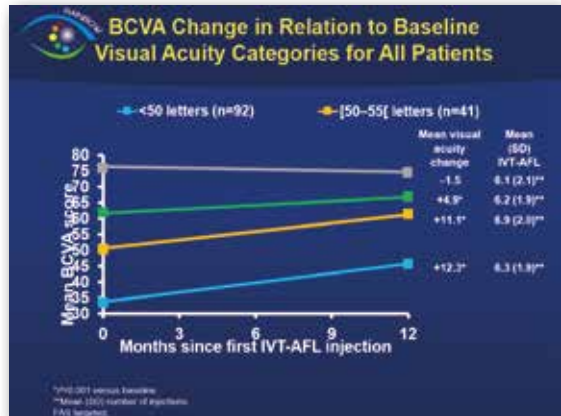


Figure 5

Première Mondiale

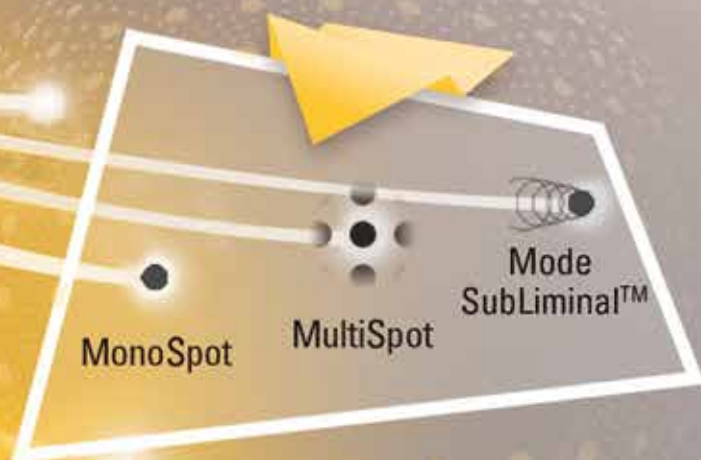
en Photocoagulation :

Cavité Laser à Fibre 577nm

Quantel
medical



easyret



- LONGUEUR D'ONDE PURE JAUNE
- RÉPARTITION HOMOGENE DE L'IMPACT LASER
- DURÉE DE VIE PROLONGÉE



Siège social : Tél : +33 (0)4 73 745 745

info@quantel-medical.fr

www.quantel-medical.fr

Le laser EASYRET est un laser pour applications ophtalmologiques et est un dispositif médical de classe IIb fabriqué par QUANTEL MEDICAL et dont l'évaluation de conformité a été réalisée par l'organisme LNE/G-MED « CE 0459 ». Il est destiné aux professionnels de santé dans le cadre du traitement de certaines affections oculaires. Lire attentivement la notice d'utilisation. Pour le bon usage de ce produit, il est recommandé de suivre les indications et contre-indications détaillées dans la notice d'utilisation du produit.

Document publicitaire à destination des professionnels de santé,
16/07/QUANTELMEDE/PM/003

Date de réalisation : JUILLET 2016

XL_EASYRET_PUB_FR_0716

OCT en ultra grand champ dans l'analyse des staphylomes postérieurs

Kyoko OHNO-MATSUI, Tokyo

Le staphylome postérieur est une lésion caractéristique de la myopie dégénérative liée à une ectasie sclérale de l'œil. Il n'existe pas une méthode standardisée pour analyser le staphylome myopique. L'IRM 3D, n'est pas toujours possible comme examen de dépistage.

L'OCT est utile, mais la longueur et la profondeur des staphylomes limitent la visualisation complète de l'étendue de l'ectasie.

Le Pr K. Ohno-Matsui a utilisé un prototype d'OCT Canon®, avec des balayages de 22 mm de large et 5 mm de profondeur et nous propose de découvrir les images et les modifications des structures anatomiques au sein des staphylomes.

Sur la première figure (Figure 1) on voit la choroïde qui s'amincie progressivement de la périphérie vers le bord du staphylome et le ré-épaississement graduel vers le pôle postérieur, ainsi qu'un épaississement progressif et une protrusion vers l'intérieur de la sclère au bord du staphylome.

L'OCT avec grand champ peut fournir des images des staphylomes postérieurs avec une résolution sans précédent et peut remplacer l'IRM 3D. La relation spatiale entre le staphylome et les complications vitreo-rétiniennes comme les rétinoshisis (Figure 2) peuvent être clairement visualisées en OCT-3D.

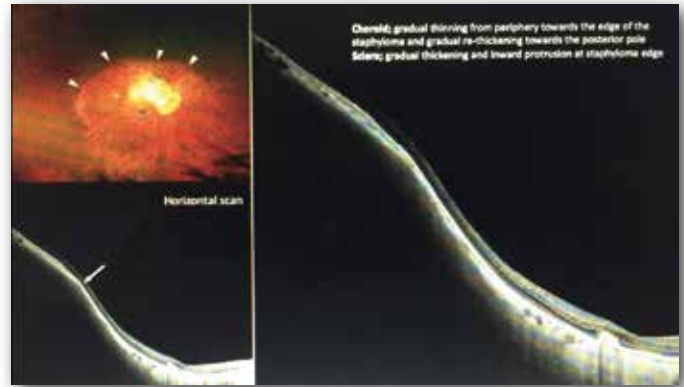


Figure 1



Figure 2

MACULART 2017

Étude de “vraie vie” du traitement de la baisse d'acuité visuelle secondaire à l'œdème maculaire diabétique par injections de Ranibizumab 0,5 mg (BOREAL-OMD)

Pascal MASSIN, Paris

Le Pr Massin nous a présenté les résultats à 12 mois de l'étude BOREAL :

Etude de “vraie vie” sur 36 mois d'efficacité et de tolérance du traitement de la baisse d'acuité visuelle (BAV) secondaire à l'œdème maculaire diabétique (OMD) par injections de ranibizumab.

Concernant les études pivotales sur la prise en charge de l'OMD, la population des patients sélectionnés peut ne pas être nécessairement représentative de la réalité.

Comprendre les différents schémas de traitement, les régimes et la réponse au traitement dans le monde réel est essentiel à une meilleure gestion des patients.

Il s'agit d'une étude non interventionnelle, observationnelle, multicentrique avec les critères d'inclusion suivants : Diabétiques de type 1 ou 2, âgés d'au moins 18 ans, baisse d'acuité visuelle due à un OMD, et un traitement par ranibizumab envisagé par l'ophtalmologiste traitant.

Le critère principal de l'étude était la modification de l'AV à 12 mois et une analyse multivariée a été menée à la recherche du meilleur facteur prédictif de l'AV à 12 mois.

Les critères secondaires sont les suivants : la proportion de patients ayant gagné ou perdu plus de 5 lettres, plus de 10 lettres ou plus de 15 lettres d'acuité visuelle (AV) selon l'échelle ETDRS à 12 mois de suivi ; le nombre d'injections et de visites de suivi ; les effets indésirables ophtalmologiques et non ophtalmologiques ; une analyse en sous-groupes a permis l'étude de l'impact de l'AV à l'inclusion et de la phase d'induction (3 IVT mensuelles) sur l'AV à 12 mois.

Les caractéristiques initiales à 12 mois sont les suivantes (Figures 1,2,3) :

- Age moyen 66,1 ans, 56 % d'hommes

Characteristics	Patients (N=242)
Demographics	
Age, years	n=242
Mean (SD)	66.1 (11.0)
Gender, n (%)	n=242
Male	137 (56.6)
Disease characteristics	
Duration of diabetes, years	n=227
Mean (SD)	17.4 (11.2)
HbA _{1c} (≤3 months), mmol/mol	n=165
Mean (SD)	7.6 (1.4)

* Between December 2013 and April 2015, a total of 344 patients were screened and 290 were enrolled. Of those, 242 patients (83.4%) completed the 12-month follow-up.

RA, gender, height, W, standard deviation. Massin P, Macular 2017

Figure 1

Characteristics	Patients (N=242)
Diabetic retinopathy, n (%)	
Non proliferative	164 (67.8)
Proliferative	25 (10.3)
Other	52 (21.4)
Time since diagnosis of DME, n (%)	
<1 month	78 (32.2)
1 to 2 months	16 (6.6)
3 to 6 months	31 (12.8)
>6 months	106 (43.8)
DME involvement, n (%)	
Bilateral	161 (66.5)

DME, diabetic macular edema, W, standard deviation. Massin P, Macular 2017

Figure 2

Characteristics	Patients (N=242)
BCVA, ETDRS letters	
Mean (SD)	n=242
	59.2 (15.0)
BCVA at baseline, n (%)	
>70 ETDRS letters	n=242
	32 (13.2)
CSFT, μm	
Mean (SD)	n=221
	457 (144)

BCVA, best-corrected visual acuity; CSFT, central subfield thickness; ETDRS, Early Treatment Diabetic Retinopathy Study; W, standard deviation. Massin P, Macular 2017

Figure 3

MACULART 2017

- Durée moyenne du diabète sur 227 patients 17,4 mois
- HbA1c moyenne sur 165 patients < 3 mois, 7,6 mmol/mol
- L'acuité visuelle moyenne à l'inclusion était de 59,2 (\pm 15) lettres ETDRS
- L'épaisseur maculaire centrale moyenne était de 457 μ m (DS : 144)
- 67,8 % des patients avaient une rétinopathie diabétique non proliférante
- 43,8 % des patients avaient un œdème dont le diagnostic datait de 6 mois ou plus
- 66,5 % des patients avaient un OM bilatéral.

RÉSULTATS

Les résultats intermédiaires à 12 mois de suivi sur 242 patients sont les suivants :

Le gain d'acuité visuelle à 12 mois sur 205 patients est de +7,4 lettres (Figure 4).

Au 12ème mois, 36,8% des patients avaient une AV > 70 lettres comparativement à 13,2% des patients à baseline (Figure 5).

Les facteurs prédictifs significatifs avec le gain final de d'AV au 12ème mois étaient l'AV à baseline et le gain d'AV au 3ème mois ($P < 0,001$) (Figure 6).

A 12 mois on a une réduction significative de l'épaisseur centrale rétinienne (-125 μ) (Figure 7).

Le nombre moyen d'injections était de 5,1 (\pm 2,3) sur 12 mois, soit un nombre inférieur à celui des grandes études randomisées.

Le nombre de visites de suivi était de 13,4 (\pm 5,2) sur 12 mois.

Le délai entre 2 injections était de 36,5 jours (\pm 27,8) dans les 3 premiers mois et de 55,8 jours (\pm 41,6) du 3ème mois au 12ème mois. (Figure 8)

À 3 mois, les patients étaient retraités : dans 66,2 % des cas en raison du protocole choisi, dans 31,4 % des cas en raison d'une meilleure acuité visuelle non atteinte. (Figure 9)

À 12 mois pour 83 % des yeux, le traitement a été interrompu car la meilleure acuité visuelle était atteinte avec une disparition de l'OM et une absence d'amélioration de l'acuité visuelle.

CONCLUSION

Le Ranibizumab 0,5 mg a amélioré l'AV chez les patients présentant une BAV liée à un OMD, avec moins d'injections que dans les essais cliniques antérieurs.

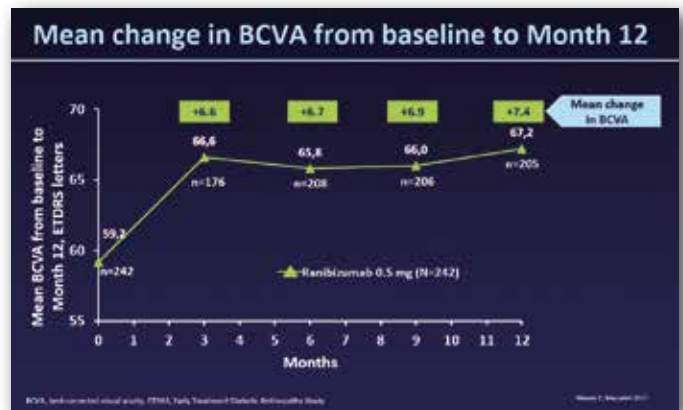


Figure 4

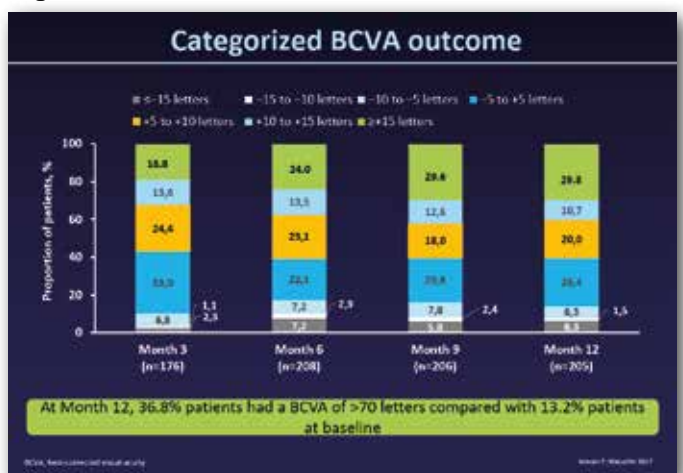


Figure 5

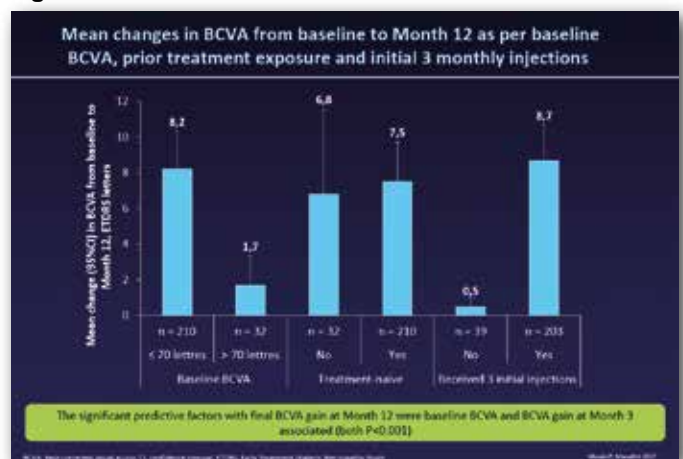


Figure 6

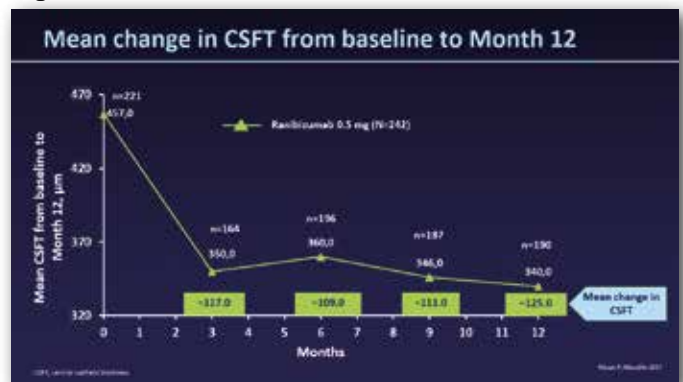


Figure 7

MACULART 2017

L'analyse en sous-groupe du changement moyen de l'AV au 12ème mois a montré que l'AV baseline (<70 lettres) et le traitement par induction de 3 IVT étaient associés à des gains d'AV plus importants.

Le profil de tolérance du ranibizumab 0,5 mg était conforme à celui rapporté dans les études précédentes chez les patients atteints d'OMD.

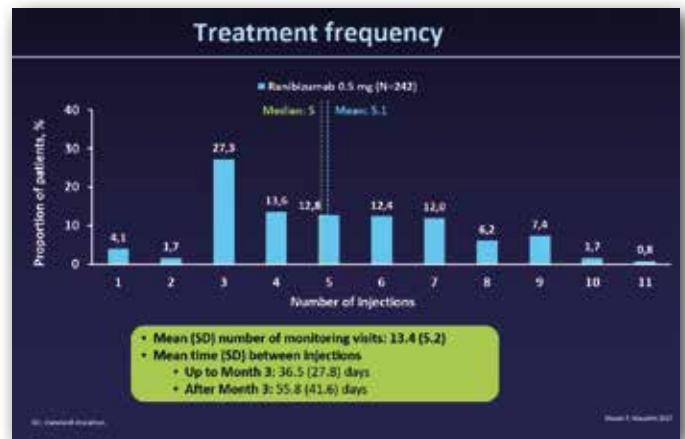


Figure 8

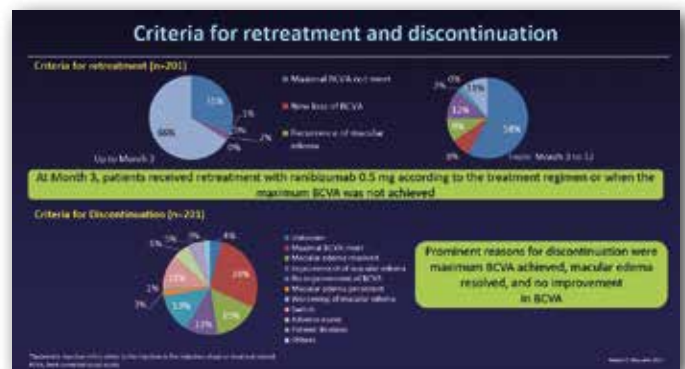
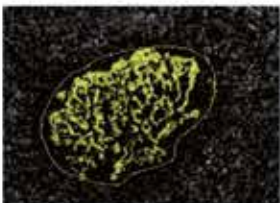

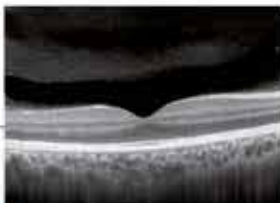






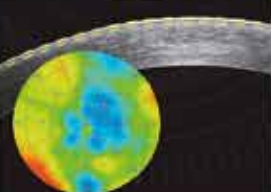



Figure 9



Visualisez, Analysez, Personnalisez
L'ANGIO-OCT LE PLUS COMPLET

Zones de non-perfusion

	<i>Surfaces de flux</i>		<i>B-Scan 12 x 9</i>	
	Rétine		Glaucome	<i>Rapports complets</i>
<i>Visualisation En-Face 3D</i>			<i>Angio-Disc</i>	
	<i>Angle irido-cornéen</i>		<i>Mapping Epithélial 9 mm</i>	
	Cornée			

Technologie Split Spectrum Amplitude Decorrelation Angiography (SSADA) - OCT Spectral Domain 70 000 A-Scan/s
Tracking Actif DualTrac™ - Technologie de correction des mouvements (MCT) - Module AngioAnalytics : de l'imagerie à la quantification

L'étude ARI2 : du phénotype au génotype. Génétique des grands décollements de l'épithélium pigmentaire vascularisés dans la DMLA exsudative

Alexandra MOUALLEM, Créteil

Un sous-type particulier de patient avec de grands décollements de l'épithélium pigmentaire (DEP) vascularisés est caractérisé par une réponse sous-optimale aux injections par anti-VEGF. L'étude ARI 2, une étude française multicentrique se concentre sur ce phénotype particulier. Cette étude évalue l'efficacité d'un switch thérapeutique par aflibercept chez ces patients qui présentent une mauvaise réponse au ranibizumab.

EST-CE QUE CE PHÉNOTYPE PARTICULIER EST LIÉ À UN GÉNOTYPE PARTICULIER ?

L'étude ARI 2 a rassemblé des patients atteints de DMLA néovasculaire avec un décollement de l'épithélium pigmentaire de plus de 250µm de hauteur en tomographie par cohérence optique. Les patients devaient avoir reçu au moins 6 injections de ranibizumab dans les 12 derniers mois avant leur inclusion dans l'étude et présenter des signes exsudatifs. Le diagnostic de grand DEP néovasculaire a été posé selon les données de l'examen OCT (Figure 1). Cette étude multicentrique s'est déroulée dans 10 centres investigateurs en France, de décembre 2013 à décembre 2015.

Les données génétiques de deux grandes études de série de cas de DMLA néovasculaire, les études PHRC et NAT 2, précédemment publiées, ont été comparées à celles des patients de l'étude ARI 2. Les génotypes de 3 polymorphismes dans la population ARI 2 ont été comparés aux génotypes dans les deux autres groupes de DMLA néovasculaire ainsi qu'à ceux des contrôles sains.

Tous ces patients ont été génotypés pour trois différents polymorphismes qui présentent des allèles à risque précédemment publiés comme associés à une susceptibilité accrue au développement d'une DMLA exsudative : le CFH (rs1061170), le ARMS2/LOC387715 (rs10490924), et le C3 (rs2230199).

1936 patients ont été inclus dans l'analyse finale : 68 patients de l'étude ARI 2, 300 de l'étude NAT 2, 1127 de l'étude PHRC et 441 contrôles. Lors de l'analyse individuelle des polymorphismes, le nombre de patients a montré des variations en raison des génotypes manquants.

La répartition du génotype GG du C3 rs2230199 est significativement plus fréquente dans le groupe ARI 2 par rapport autres groupes de DMLA néovasculaire ainsi que par rapport aux contrôles ;

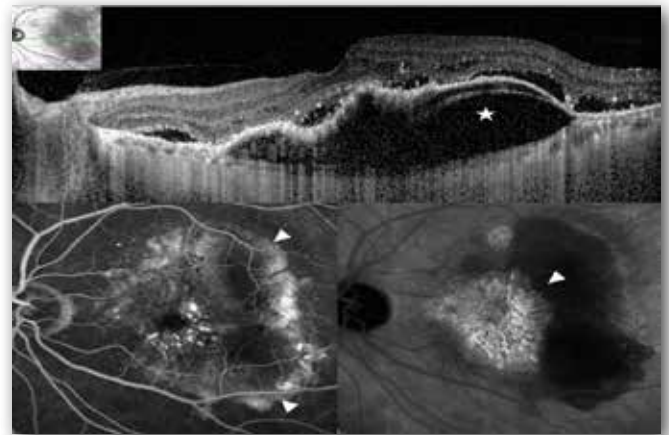


Figure 1 : Phénotype des patients ARI 2. En haut : Tomographie par cohérence optique montrant un grand décollement de l'épithélium pigmentaire vascularisé (étoile) de plus de 250 µm de hauteur associé à un décollement séreux rétinien exsudatif. En bas à gauche : Angiographie à la fluorescéine (temps intermédiaire) montrant une hyperfluorescence correspondant au néovaisseau choroïdien occulte (tête de flèche). En bas à droite : Angiographie au vert d'indocyanine (phase tardive) montrant une hyperfluorescence correspondant à une néovascularisation choroïdienne occulte (tête de flèche).

38 (55,9%) des patients ARI 2, 64 (6,0%) des patients PHRC, 14 (5,1%) des patients NAT 2 et 15 (3,4%) des contrôles ($p < 0,0001$).

Donc dans cette étude, le phénotype de grand DEP vascularisé mauvais répondeur au ranibizumab est significativement associé au génotype GG au locus C3 rs2230199 en comparant la population ARI 2 avec les autres populations de DMLA exsudative.

Si ces résultats sont confirmés, ils pourraient conduire à des approches prédictives de réponse thérapeutique menant à des protocoles distincts pour les individus portant le génotype GG. D'autres variants de la voie alterne du complément chez des patients présentant un phénotype particulier avec une mauvaise réponse thérapeutique devraient être étudiés pour préciser le rôle de l'inflammation.

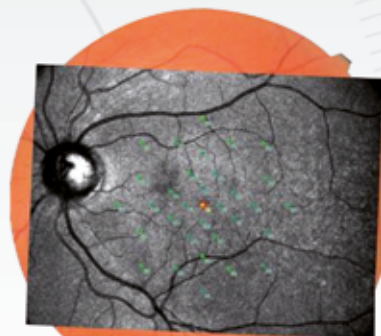
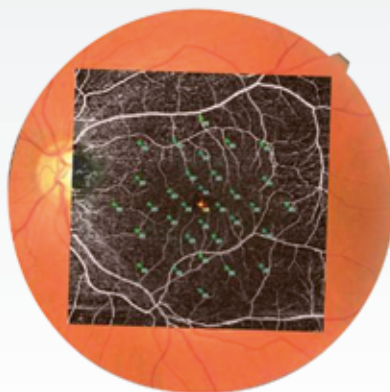
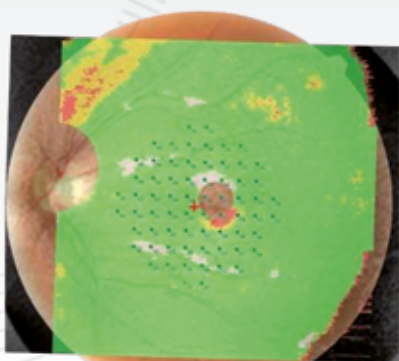
RÉFÉRENCE

1. Mariani A, Deli A, Ambresin A, Mantel I. Characteristics of eyes with secondary loss of visual acuity receiving variable dosing ranibizumab for neovascular age-related macular degeneration. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol Albrecht Von Graefes Arch Klin Exp Ophthalmol. 2011

Imageries multimodales

OCT
RS-3000
Advance

Structure



Fonction

Micropérimètre
MP-3

MACULART 2017

Gestion de la rétinopathie diabétique proliférante avec œdème maculaire diabétique.

Pourquoi les Anti-VEGF, mais pas de photocoagulation pan-rétinienne ?

Neil BRESSLER, Baltimore

Pour rappel, le Protocole S, conduit par le DR-CRnet, avait pour objectif d'évaluer la non-infériorité du ranibizumab dans le traitement de la RD, comparativement à la PPR.

À 2 ans, l'acuité visuelle des patients traités par ranibizumab n'était pas inférieure à celle des patients traités par PPR. Les patients du groupe ranibizumab ont reçu 6 injections initiales puis un régime PRN basé sur l'évolution des néovaisseaux pré-rétiniens. Il faut cependant noter que dans le groupe PPR, en cas d'OMD, les injections de ranibizumab étaient autorisées. Dans le groupe traité par ranibizumab, moins de vitrectomies ont été pratiquées.

Le Pr Neil Bressler nous a présenté la comparaison entre les injections intravitréennes d'anti-VEGF et la photocoagulation panrétinienne (PPR) pour le traitement de la rétinopathie diabétique sévère, dans le sous-groupe où un œdème maculaire diabétique (OMD) central était présent initialement.

RÉSULTATS

Dans le groupe PPR (203 patients) 23% des patients avaient un OMD initialement et dans le groupe Ranibizumab (191 patients) 22%. Les deux groupes ayant reçu du ranibizumab, la question est... doit-on également ajouter la PPR, ou utiliser un anti-VEGF seul pour traiter la

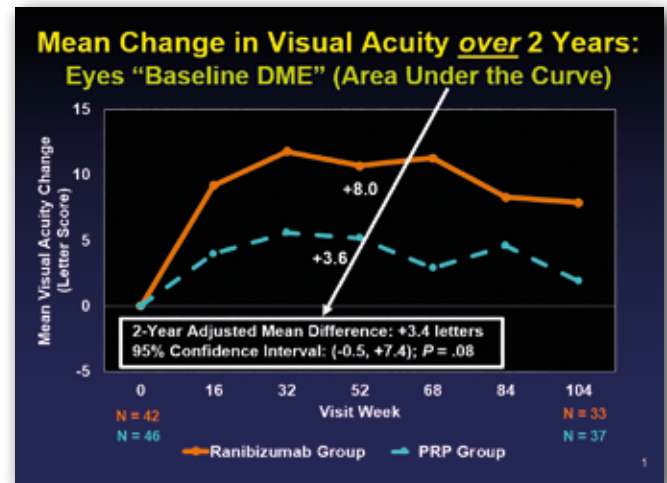


Figure 1

rétinopathie sévère et l'OMD en même temps ? Les résultats de l'étude montrent que dans le sous-groupe des patients avec OMD central initial, les gains d'acuité visuelle étaient supérieurs dans le groupe traité par anti-VEGF (Figure 1).

CONCLUSION

Alors que les anti-VEGF exigent un calendrier de visites plus fréquentes que la PPR, ces résultats fournissent des preuves supplémentaires favorisant l'utilisation du Ranibizumab comme thérapie alternative à la PPR pour la rétinopathie diabétique sévère, au moins sur 2 ans de suivi.

MACULART 2017

Pourquoi démarrer par 6 IVT d'anti VEGF dans l'OMD ?... Pourquoi pas 3,5 ou 12 ?

Neil BRESSLER, Baltimore

L'objectif des études du DRCR.net est de maximiser le gain d'AV avec le moins d'injections et de visites possibles

Il faut réaliser 6 injections intra-vitréennes mensuelles tant que l'AV n'est pas à 20/20 et que l'OCT est normal et continuer l'anti-VEGF seulement si l'AV ou l'épaisseur rétinienne s'améliorent depuis les 2 dernières injections et ne pas injecter si « pas d'œdème » ou œdème persistant mais stable.

POURQUOI NE PAS SE LIMITER À UN TRAITEMENT D'INDUCTION AVEC 3 IVT COMME RESTORE OU 5 IVT COMME VIVID ET VISTA ?

Le pourcentage d'yeux avec résolution de l'œdème dans le protocole I (Figure 1) continue à croître à chacune des injections de ranibizumab pendant les 6 premiers mois, une sous analyse du protocole T présentée à l'ARVO 2017 montre la même tendance avec une résolution de l'œdème persistant entre M3 et M6 avec Ranibizumab et Aflibercept.

QU'ADVIENT-IL DES « OEDÈMES PERSISTANTS » APRÈS M6 SI ON NE LES SWITCHE PAS ?

A M6, 117 yeux (40%) du protocole I ont un OMD persistant. Si on regarde la probabilité cumulée d'avoir un OMD persistant au cours du temps en poursuivant le traitement en protocole PRN. 10% des 117 yeux n'ont plus d'OMD persistant à un an, 40% à 2 ans et 60% à 3 ans. (Figure 2)

L'AV des yeux avec « œdème persistant » dans le protocole I se maintient au cours du temps autour de 75 lettres ETDRS en médiane (75 lettres 1er année, 74 lettres 2ème année, 76 lettres la 3ème année).

ALORS POURQUOI PAS 12 IVT MENSUELLES COMME DANS RISE & RIDE ?

Au lieu d'injecter tous les mois après les 6 premiers mois pour tous les patients comme dans Rise & Ride, le schéma PRN du DRCR.net permet une réduction du nombre d'IVT dès la 2ème année. (Figure 3)

Les résultats du Protocole I montrent un maintien pendant 5 ans des gains d'AV obtenus la 1ère année en suivant le schéma PRN du DRCR.net avec moins de visites et bien moins d'IVT, et ce, dès la 1ère année de traitement (9 versus 12).

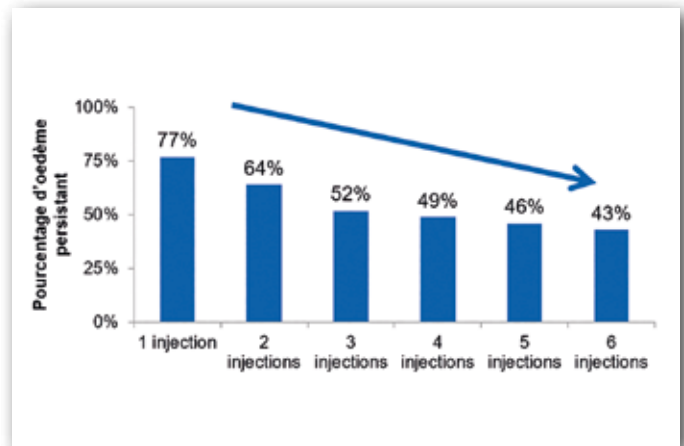


Figure 1

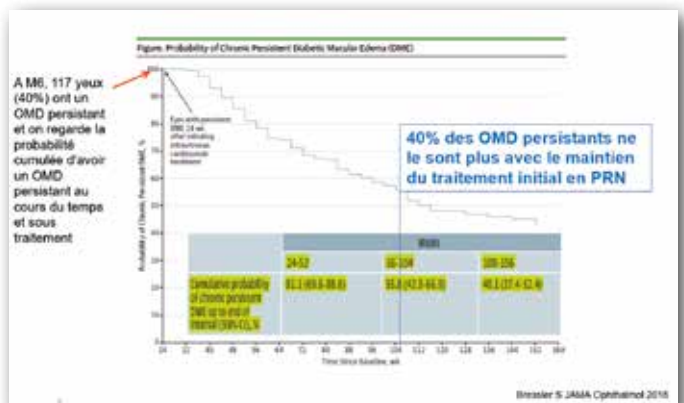


Figure 2

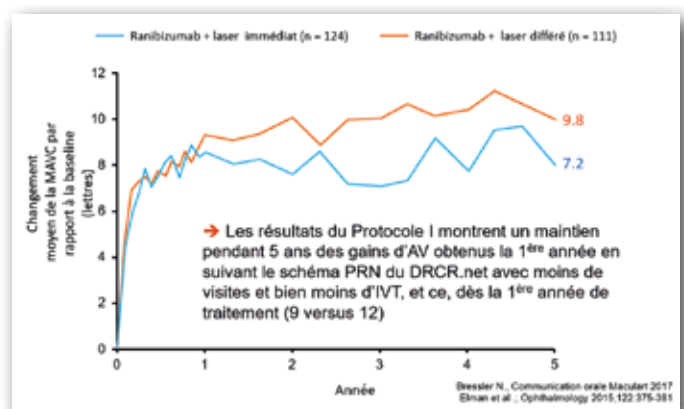


Figure 3

Anti-VEGF versus PDT dans le traitement de la néovascularisation choroïdienne secondaire à la chorioretinopathie séreuse centrale

Enrico PEIRETTI, Cagliari

La CRSC peut se compliquer de NVC, mais quel traitement est plus adapté ?

PDT ou anti-VEGF ?

Le Dr Enrico Peiretti a présenté une étude¹ avec pour objectif d'évaluer l'efficacité de la photothérapie dynamique (PDT) par rapport aux anti-VEGF seuls ou combiné avec la PDT dans le traitement de la néovascularisation choroïdienne (NVC) secondaire à la chorioretinopathie séreuse centrale chronique (CRSCC).

C'est une étude rétrospective d'une série consécutive de 34 patients (40 yeux) avec des signes angiographiques de néovascularisation choroïdienne secondaire à une CRSCC, divisée en deux groupes suivis pendant au moins 12 mois: 19 (dont 76% avaient des polypes) ont été traités avec PDT à forte fluence (groupe PDT) et 18 (dont 57% avaient des polypes) avec anti-VEGF (groupe IVT) (Figure 1) et 3 yeux (dont 66% avaient des polypes) ont été traités par thérapie combinée (groupe PDT + IVT).

RÉSULTATS

Dans le groupe PDT, l'AV à baseline était de 20/40 et n'a pas changé après 12 mois.

Dans le groupe IVT, l'AV à baseline était de 20/40 et au 12ème mois les patients avaient une légère amélioration de l'AV 20/32 mais aucune différence statistiquement significative entre les deux groupes en termes de gain d'AV n'a été retrouvé.

Dans le groupe PDT et IVT, 86 et 84% des patients améliorent ou stabilisent leur AV à 1 an et l'analyse en sous groupe des patients présen-

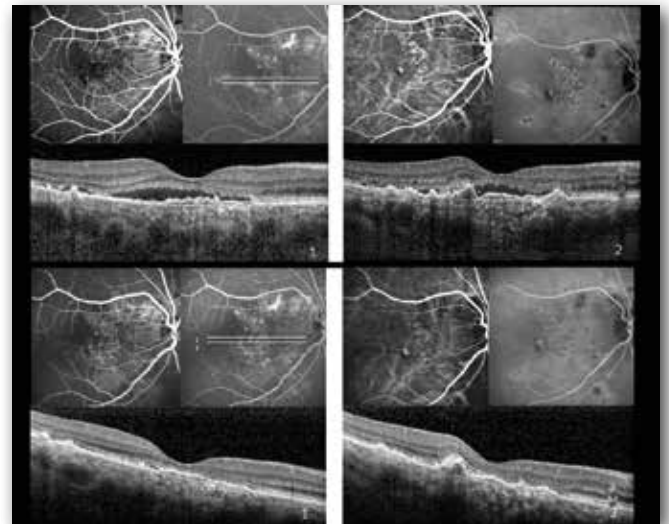


Figure 1

tant une vasculopathie polypoidale montrent que 90 et 100 % des patients améliorent ou stabilisent leur AV à 1 an dans les groupes PDT et IVT respectivement.

CONCLUSION

En conclusion au cours d'un suivi d'un an, les anti-VEGF et la PDT, ont démontré leur efficacité pour maintenir ou améliorer l'AV chez la majorité des patients atteints par des NVC secondaires à la CRSC, sans différence entre les deux traitements.

RÉFÉRENCE

1 Peiretti E et al

ANTI-VEGF THERAPY VERSUS PHOTODYNAMIC THERAPY IN THE TREATMENT OF CHOROIDAL NEOVASCULARIZATION SECONDARY TO CENTRAL SEROUS CHORIORETINOPATHY. Retina July 2017

MLA nouvelle classification

Richard SPAIDE, New-York

Le Pr Richard Spaide nous a évoqué la possibilité d'une nouvelle entité dans la MLA avec la présence de drusen associée à une choroïde épaisse « Les pachydrusen¹ ».

Pour cela, il a réalisé une étude rétrospective sur 94 yeux de 71 patients avec une MLA en mesurant l'épaisseur choroïdienne et en analysant les drusen observés (drusen sereux, pseudo drusen, pachydrusen).

RÉSULTATS

45 yeux avaient des drusen séreux (47,9 %), 38 des pseudo-drusen (40,4 %) et 11 des pachydrusen (11,7 %).

L'épaisseur choroïdienne moyenne était plus faible dans le groupe des drusen séreux 227,9 μm et dans celui des pseudo-drusen 167,3 μm , comparativement à celui des pachydrusen 419 μm .

Les pachydrusen présentait les caractéristiques suivantes (Figure 1 milieu et droite, Figure 2):

Large (plus de 125 μm)-Epargnant la macula-Formes ovoïdes ou complexes-Bordure bien définie-Aucune disposition radiaire-Pas de confluence-Aucune pigmentation-Teinte rougeâtre-Pas de gros vaisseaux choroïdiens en regard.

A la différence, les drusens séreux avaient les caractéristiques suivantes (figure 1 image de gauche):

Atteinte centrale-Rond ou ovale-Limite mal définie-Diminution de la taille avec extension radiaire à partir de la macula- +/- confluent- Pigment sur drusen- Vaisseaux choroïdiens larges à proximité.

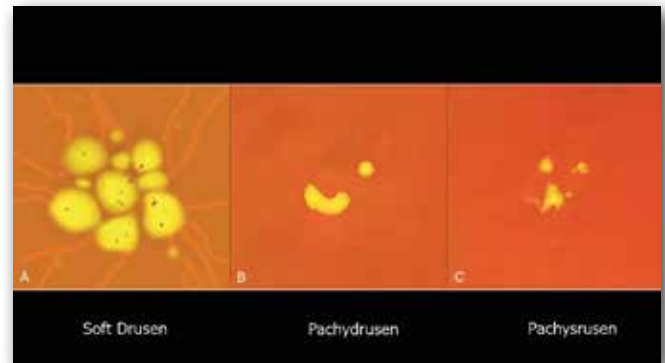


Figure 1



Figure 2

CONCLUSION

La sous-classification des drusen (Drusens séreux, Pseudo-drusen, Pachy drusen) pourrait aider à prédire plus précisément le type de DMLA à venir.

En effet les pseudo-drusen sont associés à l'apparition de l'atrophie géographique et des néovaisseaux de type 2 et Type 3. La pachychoïde est associée à l'apparition des néovaisseaux de type 1 et à la vasculopathie polypoïdale choroïdienne.

RÉFÉRENCE

1. Spaide R. DISEASE EXPRESSION IN NONEXUDATIVE AGE-RELATED MACULAR DEGENERATION VARIES WITH CHOROIDDAL THICKNESS.

Retina May 2017

EMPLACEMENT PUB
NOVARTIS

Aspect maculaire en OCT-A de patients traités par faisceau de protons pour un mélanome choroïdien

Alexandre SELLAM, Paris

L'objectif de cette étude est de caractériser l'aspect maculaire en OCT-A de patients traités par faisceau de protons pour un mélanome choroïdien.

Il s'agissait d'une étude rétrospective menée à l'Institut Curie à Paris.

37 patients ayant un mélanome choroïdien maculaire et traités par protonthérapie ont été recensés. Sur ces 37 patients, 17 patients (9 hommes et 8 femmes) ayant reçu une dose homogène de 100% d'irradiation maculaire (60 Gray) ont été inclus dans cette étude.

Tous les patients ont bénéficié d'un examen ophtalmologique complet incluant : acuité visuelle corrigée, SD-OCT et OCT-A (Heidelberg).

RÉSULTATS

L'âge moyen était de 56,6 années (28-86). L'épaisseur tumorale moyenne était de 3,39 mm (1.3-7.0 mm), au moment du diagnostic. La durée moyenne de suivi après traitement était de 35,8 mois (11-72). 13 patients (76,5%) avaient une maculopathie radique clinique. En OCT-B, 8 patients (47,1%) présentaient des kystes maculaires.

En OCT-A, tous les patients avaient des anomalies au niveau des plexus capillaires rétinien incluant : microanévrismes ou/et raréfaction capillaire ou/et logettes ou/et dilatations vasculaires.

De façon plus surprenante, une atteinte de la choriocapillaire (à type de « signal void spot ») et de la choroïde (raréfaction et dilatation des vaisseaux choroïdiens) étaient retrouvées dans 88% et 94%, respectivement, des patients (Figure 1).

La densité vasculaire rétinienne et de la choriocapillaire de ces patients ont été comparées à la densité de vasculaire de témoins sains appariés sur l'âge et le sexe.

Il existait une nette diminution de la densité vasculaire chez les patients traités pour un mélanome choroïdien au niveau des plexus rétinien mais aussi au niveau de la choriocapillaire. (Figure 2)

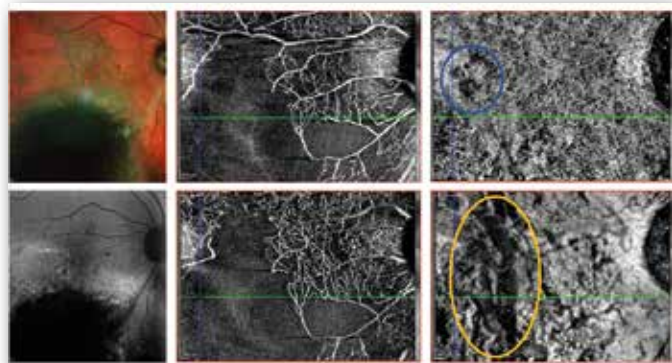


Figure 1 : A gauche (haut et bas) : cliché en multicolor et en autofluorescence montrant un mélanome choroïdien sous maculaire. Il existe quelques hémorragies témoins d'une maculopathie radique clinique. Au milieu (haut et bas) : raréfaction capillaire majeure avec élargissement de la zone avasculaire centrale au niveau du plexus superficiel (haut) et profond (bas). À droite (haut) : signal void spots au niveau de la choriocapillaire (cercle bleu). À droite (bas) : dilatation des vaisseaux choroïdiens (cercle jaune).

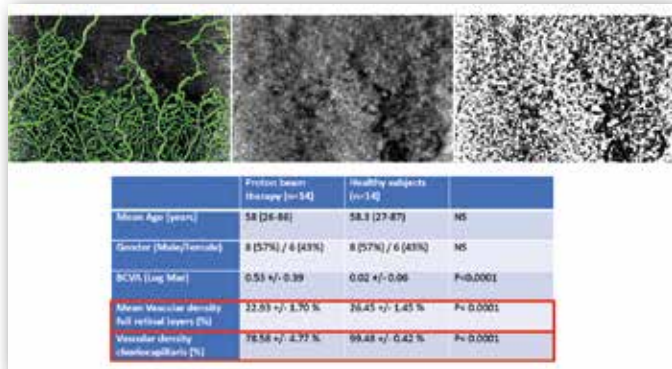


Figure 2

CONCLUSION

En conclusion, l'OCT-A permet de confirmer les atteintes post-radiques de patients traités pour un mélanome choroïdien, que ce soit au niveau des plexus rétinien mais aussi au niveau de la choriocapillaire et de la choroïde.

RÉFÉRENCE

1.Sellam A, Coscas F, Lumbroso-Le Rouic L, Dendale R, Lupidi M, Coscas G, Desjardins L, Cassoux N. Optical Coherence Tomography-Angiography of Macular Features after Proton Beam Radiotherapy for Small Choroidal Melanoma. Am J Ophthalmol. 2017 Jun 21

SAVE THE DATE

La journée

MACULA

Vendredi 29 juin 2018

Pavillon Dauphine

*2 Place du Maréchal de Lattre de Tassigny,
75116 Paris*



Organisé par le Pr Eric SOUIED (CHI Créteil) et
le comité scientifique de la Fédération France Macula

Pour des raisons d'organisation, l'inscription est indispensable

Votre inscription peut se faire :

- par retour du bulletin à : REGIMEDIA - 17, Rue de Seine - 92100 Boulogne Billancourt
- par téléphone en appelant le secrétariat au **N° Vert 0 800 880 660**
- en ligne : www.journee-dmla.com
- par fax : 01 72 34 92 22

Frais d'inscription (à libeller à l'ordre de REGIMEDIA) *incluant pause café et déjeuner midi :*

- Participant(e)s : 220 €
- Internes, CCA, orthoptistes, opticiens, autres professions médicales / paramédicales : 70 €

Date et Signature :

Nom :Prénom :

Adresse :

CP :Ville :

Tél :Portable :

Adresse E-mail :

.....@.....



Organisation : Regimedia - Adeline Loyeau et Murielle Mamie,
17, Rue de Seine - 92100 Boulogne Billancourt

MACULART 2017

Compliance des patients atteints d'œdème maculaire diabétique et de DMLA exsudative aux USA et en Europe

Mickael SINGER, San Antonio

Des études ont montré que les patients atteints d'œdème maculaire diabétique (OMD) ont en moyenne 12 rendez-vous médicaux supplémentaires par an que les patients diabétiques sans œdème maculaire.

Les patients atteints d'OMD ont environ 29 rendez-vous par an et 5 sont pour les yeux.

Dans une étude évaluant l'utilisation en vie réelle des anti-VEGFs, environ 63% des patients atteints d'OMD ont reçu moins de 3 injections sur une période de 12 mois.

Certaines études suggèrent que les injections d'anti-VEGFs devraient être administrées toutes les 4-8 semaines (ex RESTORE et protocole I DRCRnet) mais cela reste difficilement réalisable chez les patients atteints d'OMD.

Le Dr Michael Singer a présenté une étude dont l'objectif était de comparer les taux d'annulation et de RDV non honorés (pas venu et pas prevenu) entre les patients atteints d'OMD et de DMLA exsudative aux États-Unis (US) et en Europe (UE).

Un questionnaire a été envoyé à 1 726 spécialistes de la rétine qui renseignait sur le nombre de rendez-vous ainsi que les annulations et RDV non honorés des patients atteints d'OMD et de DMLA exsudative.

CONCERNANT LES RÉSULTATS AUX USA

- 39 praticiens ont répondu
- 87.131 rendez-vous ont été analysés, 49 730 rendez-vous pour DMLA exsudative et 37 401 rendez-vous pour OMD.

Pour la DMLA exsudative, 13,55% des RDV ont été annulés et 3,27% étaient RDV non honorés.

Pour l'OMD 14,32% des RDV ont été annulés et 10,01% étaient des RDV non honorés.

L'Odd ratio des patients atteints d'OMD avec RDV non honorés par rapport aux patients atteints de DMLA exsudative était de 3.296 ($p < .01$).

Les patients atteints d'OMD étaient plus de 3 fois plus susceptibles de ne pas se présenter à leurs rendez-vous que les patients atteints de DMLA exsudative aux États-Unis.

CONCERNANT LES RÉSULTATS EN EUROPE

- 22 468 rendez-vous ont été analysés :
20 820 rendez-vous pour DMLA exsudative, 1 688

rendez-vous pour l'OMD.

- Sur 20 820 rendez-vous pour DMLA, 14,47% ont été annulés et 1,83% RDV non honorés,

- Sur 1 648 RDV pour OMD, 15,19% ont été annulés et 12,01% étaient des RDV non honorés,

- L'Odd ratio des patients atteints d'OMD avec RDV non honorés par rapport aux patients atteints de DMLA exsudative était de 7,322 ($p < .01$).

Les patients atteints d'OMD étaient plus de 7 fois plus susceptibles de ne pas se présenter à leurs rendez-vous que les patients atteints de DMLA exsudative en Europe.

CONCLUSION

Les taux d'annulations sont plus élevés dans l'UE tant pour l'OMD que pour la DMLA comparative aux USA.

Les patients atteints d'OMD étaient plus susceptibles d'annuler leurs rendez-vous en Europe et aux États-Unis par rapport à la DMLA.

Ces résultats peuvent être expliqués par le fait que les patients d'OMD sont en âge de travailler et de nombreux patients atteints de DMLA sont à la retraite.

Les patients atteints d'OMD ont généralement d'autres comorbidités liées au diabète qui nécessitent d'autres visites de soins de santé ou des hospitalisations.

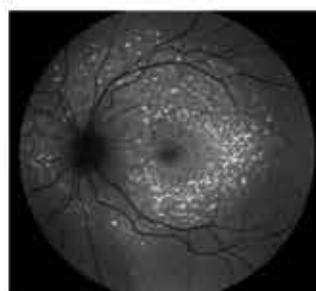
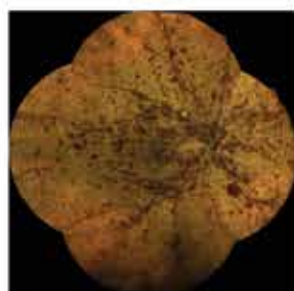
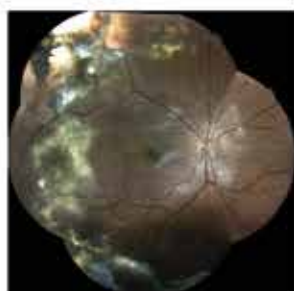
Certains patients atteints d'œdème maculaire ont un diabète mal contrôlé et donc sont initialement peu compliant.

A noter aussi que la perte de vision dans la DMLA est généralement rapide, centrale et handicapante alors que la baisse de vision de l'OMD peut progresser plus lentement.

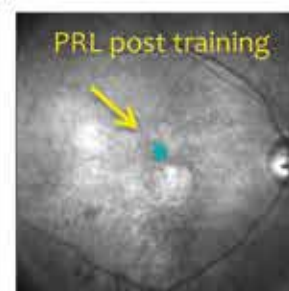
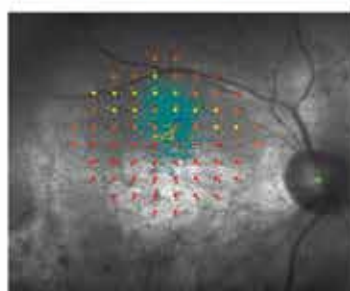
Les patients de l'UE se sentent moins concernés de respecter leurs rendez-vous programmés car leurs soins de santé sont souvent pris en charge à 100%. Les choix de thérapie liés à l'OMD qui nécessitent des visites fréquentes et doivent être soigneusement pris en considération. On peut donc envisager qu'une thérapie combinée en utilisant un implant de corticostéroïdes et des agents anti-VEGF soit une alternative thérapeutique intéressante en raison d'un intervalle des rendez vous plus espacés.



EIDON / EIDON AF
Ophtalmoscope confocal à balayage
Rétinographe CONFOCAL EN LUMIERE BLANCHE
AUTOFLUORESCENCE EN LUMIERE BLEUE (EIDON AF)
Champ large FULL AUTO
Compact - Mise en réseau - Compatible Mac et PC
60° couleur, IR et Autofluorescence (EIDON AF)
Non mydriatique (taille pupillaire 2,5mm)
Champ de 110° avec mosaïque auto (jusqu'à 160° en mode manuel)



MAIA - Micro-périmètre SLO confocal – tracking rétinien temps-réel
Evaluation de l'Intégrité Maculaire du patient avec cataracte (pré et post chirurgie)
Fonction Maculaire et Réadaptation visuelle
Diagnostic Morpho-fonctionnel



Votre contact Régions Bretagne - Pays de la Loire - Centre Val de Loire - Nouvelle Aquitaine – Occitanie :
Dominique LAMY - 06 89 34 97 87 - dominique.lamy@edc-lamy.fr
Régions Grand Est - Hauts de France - Ile de France - Normandie :
Emmanuel LE GARREC - 06 33 52 34 59 - emmanuel.legarrec@edc-lamy.fr
Régions Auvergne Rhône-Alpes – Bourgogne Franche-Comté – Provence Alpes Côte-d'Azur - Corse :
Claude PARABOSCHI - 06 42 06 90 63 - claud.paraboschi@edc-lamy.fr

Limites de l'OCT-A dans la DMLA avec DEP vascularisé

Salomon Yves COHEN, Créteil

L'OCT-A actuellement permet de se passer de l'angiographie pour détecter la présence des néovaisseaux choroïdiens visibles mais seulement en partie pour les néovaisseaux occultes d'autant plus que le DEP est saillant ($> 250 \mu$) Une étude pilote rétrospective sur des cas consécutifs de DEP vascularisé de $> 250 \mu$ naïfs, a été réalisée par le Pr Yves Cohen.

Les SD-OCT et OCT-A ont été effectués par un technicien qualifié avec le Zeiss angioplex OCT. Le premier lecteur a analysé les segmentations automatiques générées par le logiciel et Le deuxième lecteur a analysé l'ensemble du cube maculaire, aidé par un technicien qualifié, afin d'effectuer une segmentation manuelle.

Il y avait trois situations possibles concernant l'analyse :

- 1/Le NVC Type 1 est évident dans les segmentations automatisées
- 2/Le NVC Type 1 n'est pas visible dans les segmentations automatisées et manuelles
- 3/Le NVC Type 1 est uniquement visualisé dans les segmentations manuelles (Figure 1 et 2)

RÉSULTAT

En effet dans ces cas de DEP saillant, la technique actuelle de détection automatique en OCT-A retrouve une visualisation du flux dans 44% des cas, alors que l'utilisation manuelle améliore le taux de détection avec un résultat dans 72%.

Cette étude pilote suggère que la sensibilité de l'OCT-A dans les DEP vascularisés pourrait être plus faible par rapport aux autres sous-types de NVC dans la DMLA.

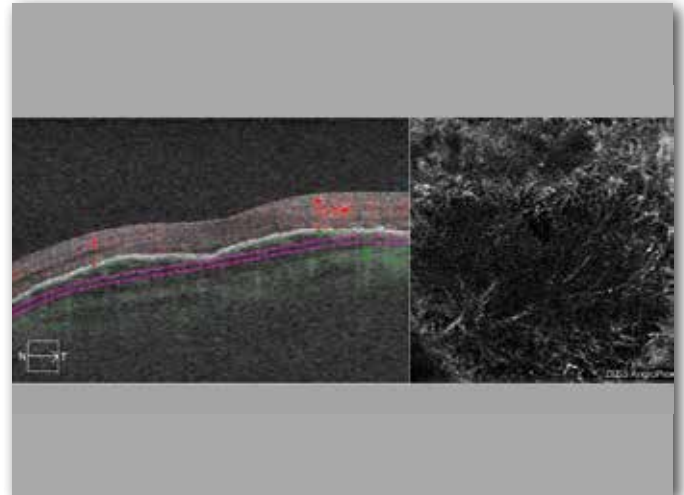


Figure 1 : OCT-A d'un DEP saillant avec segmentation automatique. Absence de visualisation d'un flux avec la segmentation automatique au sein du DEP.

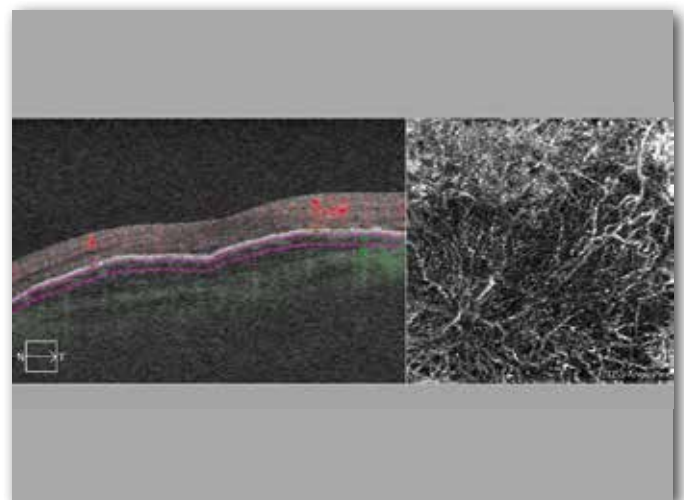


Figure 2 : OCT-A d'un DEP saillant du même patient avec segmentation manuelle. Visualisation du flux avec la segmentation manuelle au sein du DEP

Les segmentations automatisées d'images en OCT-A doivent être interprétées avec prudence pour les diagnostics de DEP vascularisés.

CONCLUSION

Une expertise du technicien et / ou du médecin est nécessaire, car les segmentations manuelles améliorent considérablement le taux de détection du flux sanguin anormal.

Drusen cuticulaires : Phénotypes cliniques et évolution en imagerie multimodale

Lawrence YANNUZZI, New-York

La première description des drusen cuticulaires date de 1977 par D. Gass (Figure 1), ils sont décrits comme des dépôts sous rétiniens ronds (25-75microns) et nombreux concentrés sur la macula dans la plupart des cas qui surviennent chez des sujets plus jeune que les patients avec une DMLA.



Figure 1

L'angiographie montre un aspect caractéristique « en voie lactée » dit « the star in the sky » (Figure 2)

Les drusen cuticulaires sont localisés entre l'EP et la membrane de bruch et sur le plan histologique à la différence des drusens séreux ils ne contiennent pas de dépôts linéaires basaux.

Le Pr Lawrence Yannuzzi a présenté une conférence sur les drusen cuticulaires, afin de déterminer leurs phénotypes cliniques et leur évolution en imagerie multimodale.

Il s'agit d'une étude de cohorte observationnelle rétrospective sur 240 yeux de 120 patients avec des drusen cuticulaires.

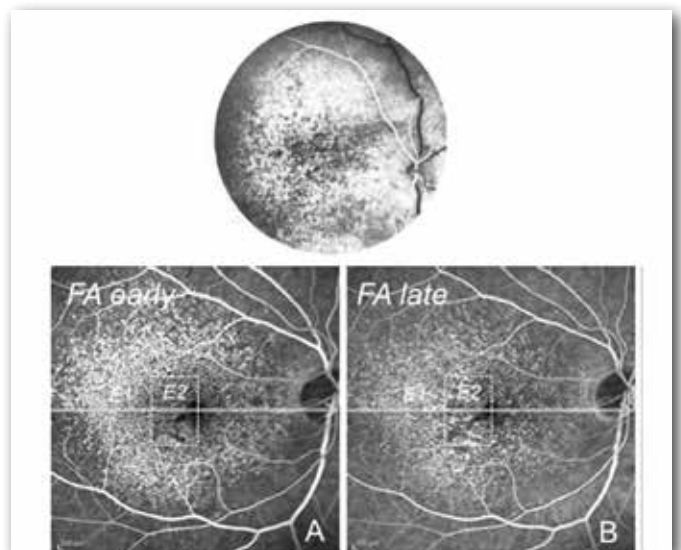


Figure 2

RÉSULTATS

Dans cette étude, l'âge moyen des patients à la première visite était de $57,9 \pm 13,4$ ans (50% moins de 60 ans), les lésions étaient bilatérales et symétriques dans 99 % des cas.

Dans 22% des cas, ils retrouvaient des drusen en périphérie rétinienne.

En OCT, leur aspect est très spécifique : en dents de scie (Figure 3) ou encore en élévation peu profonde ou bien en forme de monticule réalisant sur la choroïde un aspect en "code-

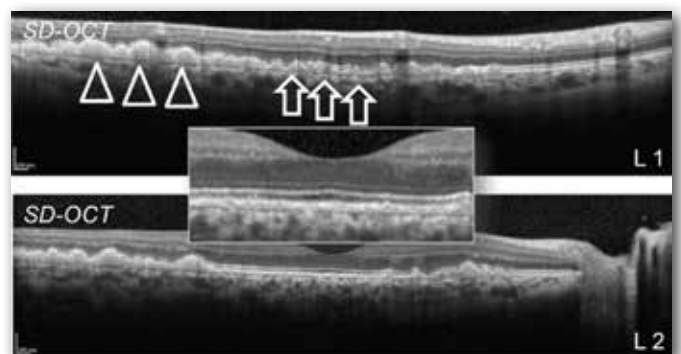


Figure 3

barres" (Figure 4), avec une alternance de régions hyper- et hyporéfectives en regard des drusen.

L'évolution des drusen cuticulaires peut se faire vers l'apparition de matériel vitelliforme (24%), de migrations de pigment (47 %), de NVC de type 1 le plus souvent (12 %) et d'atrophie (25 %). Des drusen séreux sont associés dans 45 % des cas.

Sur les yeux avec plus de 5 ans de suivi, les drusen cuticulaire ont disparu dans 58,3% des yeux, avec une coalescence des drusen dans 70,8% des yeux.

CONCLUSION

Bien que les caractéristiques ultrastructurales du drusen cuticulaire apparaissent plus semblables à celles du drusen milliaire, leur cycle de vie et leurs complications maculaires sont plus comparables aux drusen séreux.

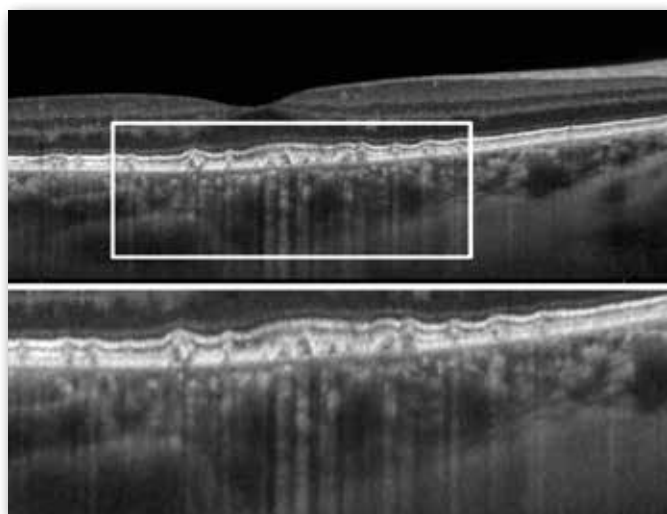


Figure 4

Le drusen cuticulaire est fréquemment découvert chez des patients plus jeunes que les patients qui ont une DMLA, avec un risque d'évolution vers des stades tardifs et de complications de la DMLA après 70 ans.

MACULART 2017

Impact du Switch thérapeutique pour le traitement de la DMLA exsudative : une analyse basée sur les résultats de l'étude Harbor

Marco ZARBIN, Newark

Une meta-analyse¹ a montré sur 82 articles examinés avec 28 études répondant aux critères d'inclusion du « switch » dans la DMLA exsudative, (20 rétrospectives, 8 prospectives) une faible amélioration de l'AV :

6 mois après le switch : +1,11 lettres

12 mois après le switch : +0,63 lettres

Mais une amélioration significative de l'épaisseur centrale rétinienne est retrouvée.

6 mois après le switch : -61.90 μm

12 mois après le switch: -50,00 μm

Il manque un groupe contrôle sur toutes les études publiées sur le switch, avec présence des nombreux facteurs de confusion (régression vers la moyenne, le biais d'échantillonnage) qui influent sur les résultats des études de switch.

Marco Zarbin a donc présenté une analyse post-hoc de l'étude HARBOR.

L'objectif de l'étude était d'évaluer les variations de l'AV et l'ECR à 24 mois chez les patients, qui hypothétiquement, auraient pu bénéficier du switch thérapeutique à 3 ou 6 mois après l'inclusion.

Les critères hypothétiques du switch à 3 et 6 mois après l'inclusion sont les suivants : gain d'AV ≤ 5 lettres, une AV inférieure $\leq 20/40$, la présence de fluide intra- ou sous-rétinien ou la moindre preuve d'activité des NVC en OCT.

Il y avait 1 097 patients traités par ranibizumab dans l'étude HARBOR.

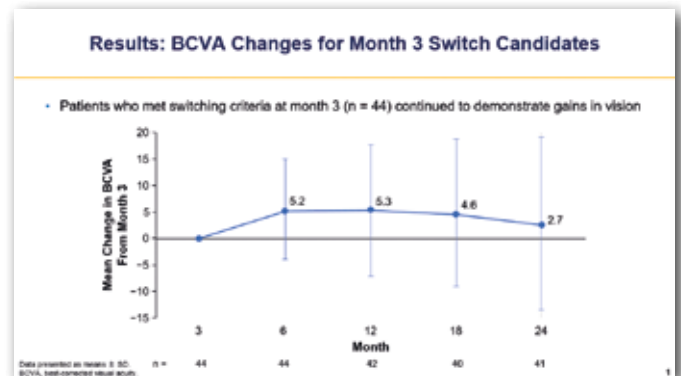


Figure 1

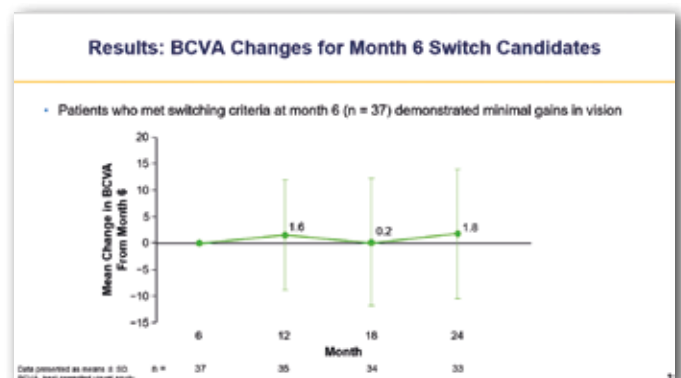


Figure 2

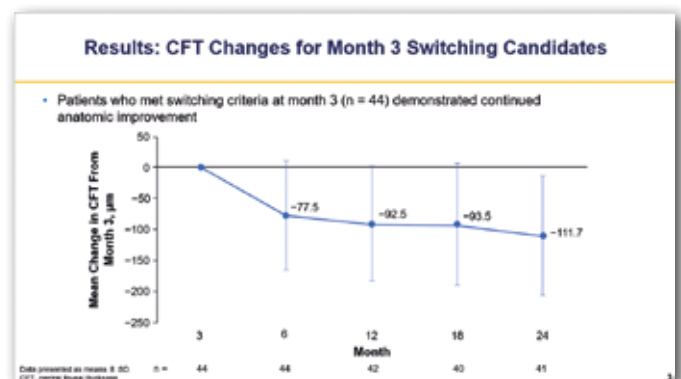


Figure 3

MACULART 2017

4,2 % remplissaient ces critères de switch à 3 mois et 4,8 % remplissaient ces critères de switch à 6 mois

RÉSULTATS

Dans cette étude de « switch compatible » les patients sont restés sous ranibizumab.

A 24 mois, le groupe des patients « switch compatible » à 3 mois et à 6 mois avaient un gain de +2,7 et +1,8 lettres (Figures 1, 2, 5) avec une amélioration de l'ECR de -111,7 et -136,2 μm à 3 et 6 mois, respectivement (Figures 3, 4, 5).

Les patients admissibles au changement de traitement anti-VEGF dans HARBOR au 3ème mois et au 6ème mois ont continué à améliorer leurs acuités visuelles et anatomiques, en dépit de l'absence de changement de la molécule, ce qui est une observation constante dans les études de switch.

CONCLUSION

L'effet du changement de traitement sur les résultats est difficile à évaluer sans groupe de contrôle approprié. Les changements observés peuvent être attribuable aux phénomènes de régression vers la moyenne, aux effets d'une période de suivi longue, à l'effet Hawthorne (changement du comportement des patients et / ou du médecin parce qu'ils savent qu'ils sont observés dans un essai).

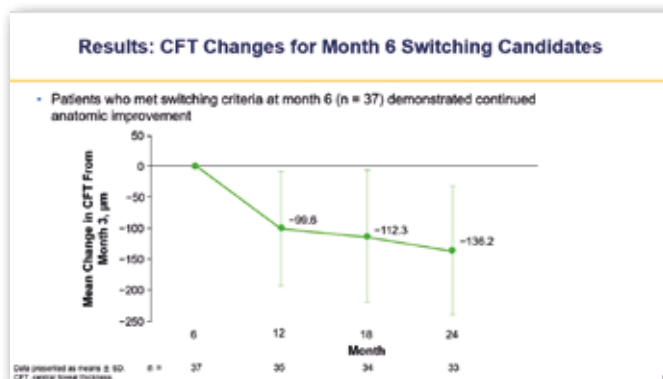


Figure 4

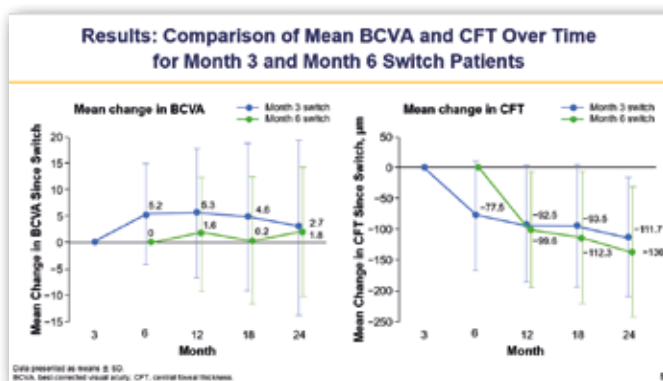


Figure 5

RÉFÉRENCES

- 1 Spooner K, Hong T, Wijeyakumar W, Chang AA. Switching to aflibercept among patients with treatment-resistant neovascular age-related macular degeneration: a systematic review with meta-analysis. Clin Ophthalmol. 2017 Jan

MACULART 2017

REINFORCE : Étude multicentrique prospective de l'implant de dexaméthasone (DEX) dans l'œdème maculaire diabétique (OMD)

Mickael SINGER, San Antonio

L'objectif de l'étude était d'évaluer l'efficacité, la sécurité et l'utilisation de la DEX en vraie vie chez les patients atteints d'OMD sur une durée de 12 mois

Les données analysées étaient les suivantes :
Le changement maximal moyen de la meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC) par rapport à baseline, après chaque injection de DEX.

Le pourcentage de patients ayant une amélioration de ≥ 15 lettres de la MAVC

L'amélioration moyenne de la MAVC

Les caractéristiques des patients à l'inclusion sont résumées dans les figures suivantes. (Figures 1, 2).

RÉSULTATS

180 yeux ont été analysés.

La fréquence moyenne d'injection de DEX était de 2,0 ($\pm 1,1$, SD) injections la 1ère année.

Le temps moyen entre les injections de DEX était de 152,7 ($\pm 64,5$, SD) jours.

La DEX a été utilisé en monothérapie dans 55,0% des yeux de l'étude.

45% des yeux de l'étude ont reçu une ou plusieurs injections intravitréennes d'anti-VEGF au cours du suivi.

Le changement maximal moyen de la meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC) par rapport à baseline après chaque injection de DEX était de +9,1 lettres après la 1ère injection, +7,7 lettres après la 2ème injection et +7 lettres après la 3ème injection. (Figures 3, 4, 5)

Le changement moyen de l'ECR par rapport à baseline après chaque injection de DEX était de

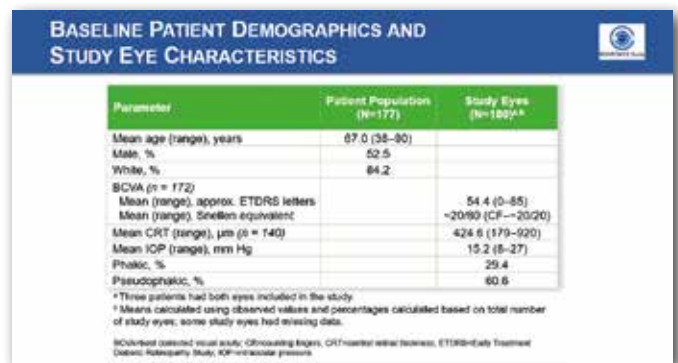


Figure 1

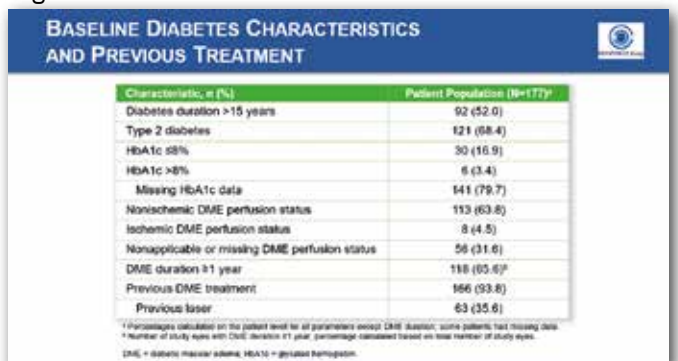


Figure 2

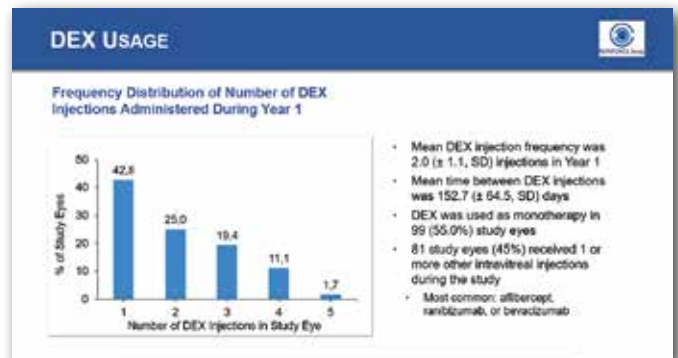


Figure 3

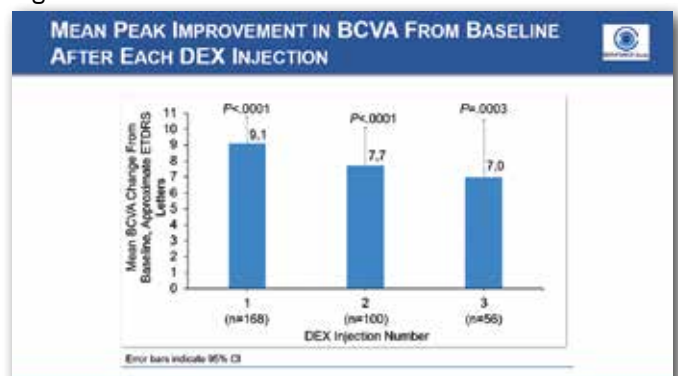


Figure 4

MACULART 2017

-125 µm après la 1ère injection, -121 µm après la 2ème injection et -140 µm après la 3ème injection. (Figure 6)

36% des yeux ont eu une amélioration de ≥ 15 lettres pendant l'étude.

19.4% (19/98) des patients ont atteint une MAVC de 20/40 ou plus et une ECR ≤300 µm à la même visite. (Figure 7)

12,2 % des patients ont eu une HTO ≥25 mm Hg durant l'étude (Figure 8)

22,8% des patients ont utilisé des collyres hypotonisants pendant l'étude et aucune chirurgie du glaucome n'a été signalée.

CONCLUSION

En vraie vie, la monothérapie par DEX a amélioré la MAVC et l'ECR chez les patients atteints d'OMD sur 12 mois.

L'étude REINFORCE montre des résultats conformes à d'autres études observationnelles réalisées en France comme RELDEX (+9,5 lettres) et Mozart (+8,7 lettres) avec une bonne tolérance.

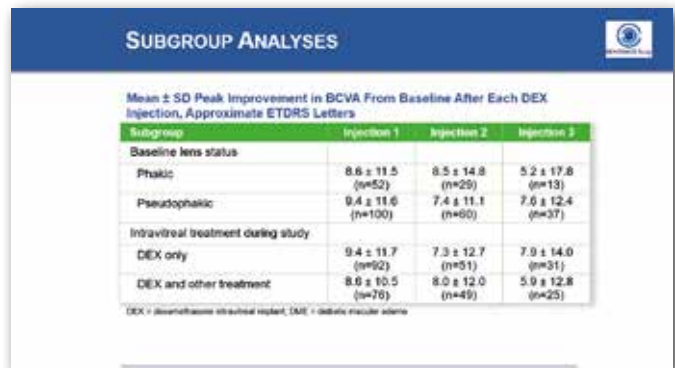


Figure 5

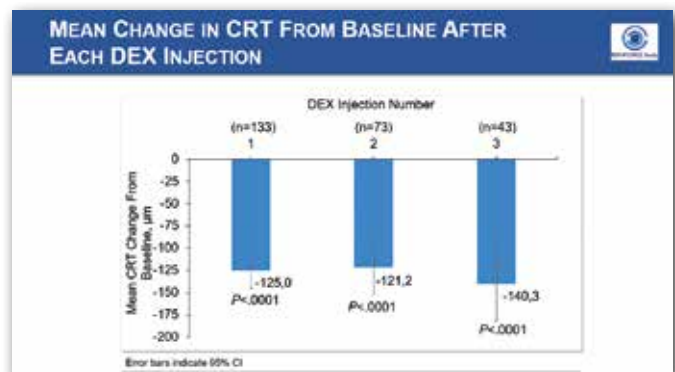


Figure 6

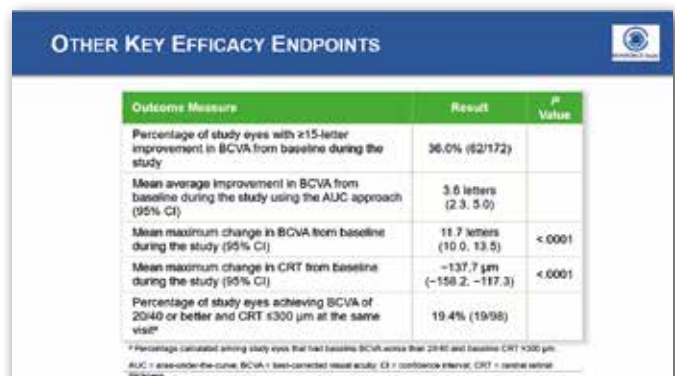


Figure 7

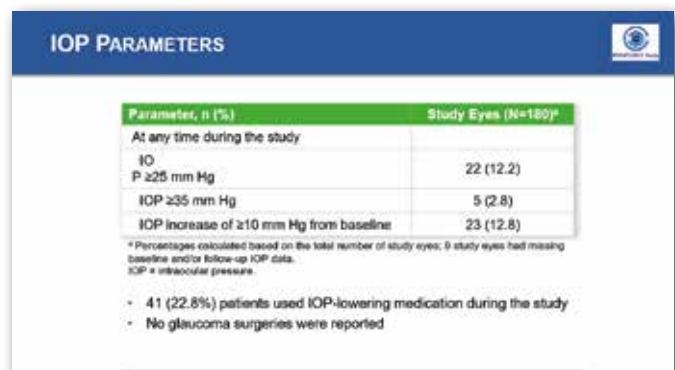


Figure 8



MARQUER LE DÉPART GARDER LE CONTRÔLE

DMLA

OMD

OVR

NVCm



Médicament d'exception.
Prescription en conformité
avec la fiche d'information
thérapeutique.



EYLEA®

(aflibercept 40 mg/ml, solution injectable)

DMLA Indiqué en **1^{ère} intention** dans le traitement chez l'adulte de la forme néovasculaire (humide) rétrofovéolaire de la dégénérescence maculaire liée à l'âge.^(1,2)
Indication remboursée séc. soc. et agréée coll.

OMD Indiqué en **1^{ère} intention** dans le traitement chez l'adulte de la baisse d'acuité visuelle due à l'œdème maculaire diabétique en cas de forme diffuse ou de fuites proches du centre de la macula, chez les patients ayant une baisse d'acuité visuelle inférieure ou égale à 5/10 et chez lesquels la prise en charge du diabète a été optimisée.^(1,3) *Indication remboursée séc. soc. et agréée coll.*

OVR Indiqué en **1^{ère} intention** dans le traitement chez l'adulte de la baisse d'acuité visuelle due à l'œdème maculaire secondaire à une occlusion de branche veineuse rétiniennne (OBVR) ou de la veine centrale de la rétine (OVCR).^(1,4,5) Il est recommandé de réaliser une angiographie à la fluorescéine avant la mise sous traitement afin d'écartier les formes ischémiques qui ne sont pas des indications des anti-VEGF. L'évolution de la forme œdémateuse vers la forme ischémique est possible sous traitement, il est recommandé de la surveiller.^(4,5) *Indication remboursée séc. soc. et agréée coll.*

NVCm Indiqué en **1^{ère} intention** dans le traitement chez l'adulte de la baisse d'acuité visuelle due à une néovascularisation choroïdienne (NVC) myopique.^(1,6)
Il n'existe pas de données chez les patients ayant une forme extrafovéolaire. Indication remboursée séc. soc. et agréée coll.

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité.



Mentions légales disponibles sur la base de données des médicaments <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr> et sur le site de BayerHealthCare (<http://www.bayerhealthcare.fr>)

1. Résumé des caractéristiques du produit EYLEA®. 2. Avis de la Commission de la Transparence EYLEA® du 3 avril 2013. 3. Avis de la Commission de la Transparence EYLEA® du 18 mars 2015. 4. Avis de la Commission de la Transparence EYLEA® du 11 juin 2014. 5. Avis de la Commission de la Transparence EYLEA® du 6 janvier 2016. 6. Avis de la Commission de la Transparence EYLEA® du 20 juillet 2016.

23991-0616-Visa n° 16/09/68795701/PM002
- L.FR.MKT.09.2016.2031 - Bayer HealthCare
SAS - SAS au capital de 47 857 291,14 € - RCS
Lille Métropole 705 580 149.

COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES À VISÉE OCULAIRE*

à base d'huile de poisson riche en Oméga 3 (DHA), Lutéine, Zéaxanthine, Vitamines et Oligo-éléments.

Accompagner le patient

de A à Z

NOUVEAU
boîte de
3 MOIS



NOUVEAU : OFFRE⁽¹⁾ de fidélité

6 mois achetés = 1 mois OFFERT

NaturOphta[®] Macula

Le choix de l'excellence

Macula-Z[®]

L'équilibre optimal

Formule
hautement
concentrée
en DHA

2
capsules/jour

393 mg
de DHA

1
capsule/jour

194 mg
de DHA

148, Av. G. Guynemer - 06700 Saint-Laurent du Var
Tél. : 04 93 19 54 03 - Fax : 04 93 19 54 09 - www.horus-pharma.fr

 **Horus**
PHARMA

*Les vitamines A, B2, le zinc et le DHA contribuent au maintien d'une vision normale.

(1) Offre valable jusqu'au 31 décembre 2016 pour les boîtes de NaturOphta[®]Macula 1 mois et 3 mois.