

Gestion des Déchirures de l'Épithélium Pigmentaire de la Rétine Pendant un Traitement Anti-VEGF

Contexte

La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) est une affection dégénérative chronique¹ qui peut entraîner une perte de vision irréversible.² La DMLA exsudative se caractérise par la croissance de vaisseaux sanguins anormaux sous la macula (néovascularisation choroïdienne [NVC]), et est généralement traitée avec des agents anti-VEGF (Vascular Endothelium Growth Factor).

Les déchirures de l'épithélium pigmentaire rétinien (EPR) sont relativement fréquentes chez les patients présentant une DMLA exsudative associée à un décollement de l'épithélium pigmentaire (DEP) : les taux d'incidence rapportés varient entre 10 % et 12 % selon les études.³ A long terme, le pronostic visuel est souvent mauvais, notamment en cas de large déchirure avec atteinte du centre fovéolaire.⁴

Afin d'examiner les données actuelles sur la survenue de déchirures de l'EPR pendant un traitement anti-VEGF et de déterminer la meilleure façon de les gérer, une recherche bibliographique a été menée pour :

- Déterminer si la survenue des déchirures de l'EPR est dépendant du choix de l'anti-VEGF utilisé, de la posologie ou de la fréquence des injections, plutôt que de l'histoire naturelle d'apparition d'un DEP dans la DMLA exsudative
- Essayer d'identifier les patients les plus à risque
- Évaluer les techniques d'imagerie les plus appropriées pour documenter les déchirures de l'EPR, les critères de diagnostic appropriés et la gestion optimale des patients atteints de déchirures de l'EPR

Développé au nom du comité scientifique de la Vision Academy en janvier 2020.

Date de révision : Janvier 2022



Consensus complet



Variations d'opinion

Point de vue

1. **Un ensemble de méthodes d'imagerie rétinienne est disponible pour le diagnostic et le suivi des déchirures de l'EPR. Il n'existe pas de conduite à tenir officiellement reconnue ; cependant, la Vision Academy recommande une approche multimodale pour fournir les informations les plus complètes**



Ces méthodes comprennent la photographie couleur du fond de l'œil, la tomographie par cohérence optique (OCT), l'angiographie à la fluorescéine, l'OCT angiographie et l'auto-fluorescence du fond d'œil. Les déchirures de l'EPR peuvent être classées en fonction de leur taille et de leur atteinte de la zone fovéale.

2. **Les patients à haut risque de présenter une déchirure de l'EPR doivent poursuivre le traitement mais être suivis de près**



La Vision Academy propose de définir le "haut risque" comme la présence, au début ou au cours du traitement anti-VEGF, d'un ou de plusieurs des facteurs de risque suivants :

- Augmentation de la surface et du diamètre linéaire du DEP sous-fovéal⁴⁻⁷
- Ratio entre taille du NVC et la taille du DEP faible⁸
- DEP néovascularisé sévère (par opposition au DEP fibrovasculaire)^{7,9}
- Présence de lignes radiaires hyperréfléctives dans le DEP⁷
- DEP récent (durée ≤ 4,5 mois)¹⁰
- Microdéchirures de l'EPR¹¹

Les patients présentant ces facteurs de risque doivent être soumis à un examen approfondi (imagerie multimodale) après chaque injection d'anti-VEGF. Les preuves en faveur de la suspension du traitement anti-VEGF dans les cas à haut risque restent limitées, cependant certaines caractéristiques suggérant le développement imminent d'une déchirure de l'EPR pourraient justifier une suspension du traitement, telles que l'apparition de "vergetures de l'EP" ou de "lignes radiaires" en rétinographie infra-rouge, surtout en cas de caractéristiques à haut risque, comme le DEP multilobé.¹²

Références

1. Al-Zamil WM et Yassin SA. Recent developments in age-related macular degeneration: a review. *Clin Interv Aging* 2017; 12: 1313–1330.
2. Wong T, Chakravarthy U, Klein R *et al.* The natural history and prognosis of neovascular age-related macular degeneration: a systematic review of the literature and meta-analysis. *Ophthalmology* 2008; 115 (1): 116–126.e1.
3. Sarraf D, Joseph A et Rahimy E. Retinal pigment epithelial tears in the era of intravitreal pharmacotherapy: risk factors, pathogenesis, prognosis and treatment (an American Ophthalmological Society thesis). *Trans Am Ophthalmol Soc* 2014; 112: 142–159.
4. Sarraf D, Chan C, Rahimy E *et al.* Prospective evaluation of the incidence and risk factors for the development of RPE tears after high- and low-dose ranibizumab therapy. *Retina* 2013; 33 (8): 1551–1557.
5. Chan CK, Abraham P, Meyer CH *et al.* Optical coherence tomography-measured pigment epithelial detachment height as a predictor for retinal pigment epithelial tears associated with intravitreal bevacizumab injections. *Retina* 2010; 30 (2): 203–211.
6. Chiang A, Chang LK, Yu F *et al.* Predictors of anti-VEGF-associated retinal pigment epithelial tear using FA and OCT analysis. *Retina* 2008; 28 (9): 1265–1269.
7. Clemens CR, Bastian N, Alten F *et al.* Prediction of retinal pigment epithelial tear in serous vascularized pigment epithelium detachment. *Acta Ophthalmol* 2014; 92 (1): e50–56.
8. Chan CK, Meyer CH, Gross JG *et al.* Retinal pigment epithelial tears after intravitreal bevacizumab injection for neovascular age-related macular degeneration. *Retina* 2007; 27 (5): 541–551.
9. Empelelidis T, Vardarinos A, Konidaris V *et al.* Incidence of retinal pigment epithelial tears and associated risk factors after treatment of age-related macular degeneration with intravitreal anti-VEGF injections. *Open Ophthalmol J* 2014; 8: 101–104.
10. Doguizi S et Ozdek S. Pigment epithelial tears associated with anti-VEGF therapy: incidence, long-term visual outcome, and relationship with pigment epithelial detachment in age-related macular degeneration. *Retina* 2014; 34 (6): 1156–1162.
11. Clemens CR, Alten F et Eter N. Reading the signs: Microrips as a prognostic sign for impending RPE tear development. *Acta Ophthalmol* 2015; 93 (7): e600–602.
12. Clemens CR et Eter N. Retinal pigment epithelium tears: risk factors, mechanism and therapeutic monitoring. *Ophthalmologica* 2016; 235 (1): 1–9.

3. Après le développement d'une déchirure de l'EPR, le traitement anti-VEGF doit être poursuivi chez la plupart des patients présentant une maladie active (comme indiqué par la présence de liquide intra- ou sous-rétinien) en utilisant un protocole individualisé, avec une réévaluation attentive et régulière de l'état de la rétine et de la localisation à la fois de la déchirure et du fluide



La Vision Academy ne recommande pas actuellement la suspension du traitement anti-VEGF en cas de déchirure de l'EPR chez les patients présentant une maladie active, étant donné que les patients continuent à montrer des bénéfices avec un traitement anti-VEGF après la survenue d'une déchirure. Bien que cela soit conseillé pour les déchirures unilobulaires, l'arrêt des injections doit être envisagé chez les patients présentant des déchirures multilobulaires.

Autres considérations

À la suite d'une déchirure de l'EPR, certains yeux peuvent présenter une progression de la fibrose de la lésion néovasculaire et souvent une réduction de l'activité exsudative. Ces yeux doivent donc être surveillés et le traitement anti-VEGF doit être repris en cas de récurrence de l'exsudation. Il faut également tenir compte qu'une fuite de liquide peut survenir du fait de l'absence d'EPR.⁹ Chez les patients présentant des déchirures plus importantes (de degré 4), un traitement prolongé peut aider à stabiliser et à prévenir une détérioration visuelle plus importante, bien que le pronostic visuel soit généralement mauvais chez ces patients.⁴ En fin de compte, le traitement anti-VEGF ne peut pas rétablir l'interface perturbée entre les photorécepteurs et l'EPR suite à une déchirure.

Compte tenu de l'étiologie possible des déchirures de l'EPR avec l'augmentation de la contraction de la membrane néovasculaire choroïdienne, il n'est pas certain que la modification du schéma de traitement, avec l'administration plus fréquente d'une demi-dose d'anti-VEGF, réduise l'incidence de ces déchirures de l'EPR.



Consensus complet



Variations d'opinion