

Maladies de la rétine : opérer ou injecter ?

🕒 4 min • PAR NANCY CATTAN / NCATTAN@NICEMATIN.FR



Une étude sur 900 patients a montré que, pour plusieurs maladies de la rétine, la chirurgie offre de meilleurs résultats visuels à long terme que les injections. PHOTO DR

Révolutionnaires dans le traitement de la DMLA humide, les injections intraoculaires d'anti-VEGF se sont imposées comme un standard. Mais leur extension à d'autres maladies de la rétine interroge.

DÉBUT DES ANNÉES 2000. Une avancée médicale majeure, les injections intraoculaires d'anti-VEGF (1), révolutionne la prise en charge de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), première cause de malvoyance chez les seniors. L'arrivée de ce traitement change radicalement la donne pour les patients atteints de la forme dite « humide » de la maladie, la plus agressive, liée à la prolifération de vaisseaux sanguins anormaux sous la rétine.

En ciblant un facteur de croissance responsable de cette néo-vascularisation pathologique, les injections permettent de freiner la progression de la maladie, parfois de la stopper, et même d'améliorer la vision. « Dans la DMLA humide, aujourd'hui encore, on n'a pas vraiment le choix : les injections sont ce qu'il y a de plus efficace », tranche le D^r Alexandre Portmann, spécialiste en chirurgie rétinovitréenne à la clinique Oxford à Cannes.

Rapides, efficaces, parfois spectaculaires, ces injections deviennent en quelques années le standard mondial du traitement de la DMLA humide. Un succès tel que ce modèle thérapeutique va progressivement s'étendre à d'autres maladies de la rétine. C'est précisément là que, selon le D^r Portmann, le débat mérite aujourd'hui d'être rouvert.

Le modèle des injections étendu à d'autres maladies

« Avec leur succès dans la DMLA humide, les indications des injections d'anti-VEGF se sont élargies à d'autres pathologies : les œdèmes maculaires diabétiques ou après thromboses veineuses, certaines maladies vasculaires de la rétine... Ce qui était au départ extrêmement polémique (lire encadré) est devenu un consensus. » Mais cette extension n'est pas sans poser problème, selon le spécialiste, lorsqu'elle concerne des maladies dont le mécanisme est différent. Le Dr Portmann cite notamment les membranes épirétiniennes, de fines pellicules qui se forment à la surface de la rétine, au centre de la vision. En se contractant, elles déforment la rétine et altèrent la vue. *« On injecte encore ces patients, alors que ce n'est pas un traitement efficace. Les injections peuvent parfois apporter un petit gain visuel indirect, en réduisant l'œdème, mais elles ne suppriment pas la membrane. Le traitement est chirurgical. »*

La chirurgie permet de meilleurs résultats visuels, avec moins de contraintes. ^{DR} ALEXANDRE PORTMANN

Une étude indépendante pour objectiver le débat

Pour objectiver la question *« opérer ou injecter »*, le Dr Portmann et une trentaine d'autres chirurgiens — *« sans lien d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique »* — ont mené une étude portant sur 900 patients, comparant les deux approches.

« On voulait être sûrs de ne pas faire fausse route. En médecine, il y a toujours des questions de formation, de croyances, de stratégies. Les résultats montrent que, pour plusieurs maladies rétinienues, la chirurgie offre de meilleurs résultats visuels à long terme que les injections, avec moins de contraintes pour les patients. »

Le chirurgien se défend toutefois de toute position dogmatique à l'égard des injections intraoculaires : *« Je n'y suis absolument pas opposé. Pour la DMLA, par exemple, elles restent le traitement de référence. Mais pour d'autres maladies de la rétine, il faut réfléchir autrement. Il n'existe pas de solution unique. »* ■ **1.** Médicaments qui bloquent une substance (le VEGF, en anglais Vascular endothelial growth factor) responsable de la formation de vaisseaux sanguins anormaux dans l'œil.

Des injections nées dans la polémique

LE MOINS QUE l'on puisse dire, c'est que les injections intraoculaires d'anti-VEGF n'ont pas toujours fait consensus. *« Il y a seize ans, proposer des injections dans l'œil faisait scandale : seuls quatre ou cinq ophtalmologistes en France s'y étaient risqués. Ils ont été attaqués, y compris par les instances ordinales »,* rembobine le Dr Portmann.

La nature même du produit injecté constituait une révolution. *« L'Avastin était initialement utilisé contre le cancer du côlon. Son efficacité sur la rétine a été découverte presque par hasard, lors-qu'un patient suivi pour un cancer a vu sa vision s'améliorer sous perfusion. »* Très vite, une version spécifiquement développée pour l'œil, le Lucentis, arrive sur le marché... à un prix sans commune mesure.

Alors que les États-Unis ont privilégié les injections les moins coûteuses, à savoir l'Avastin, *« en France, son usage en ophtalmologie a longtemps été interdit, avant d'être finalement autorisé ».* ■

« On ne traite pas une image, on traite un patient »

🕒 2 min



Le D^r Alexandre Portmann
exerce à la clinique Oxford de
Cannes. PHOTO DR

Le Dr Alexandre Portmann plaide pour une approche plus individualisée des maladies de la rétine, au-delà des seules images médicales.

Vous dites qu'il ne faut pas se fier au seul examen d'imagerie (OCT) pour évaluer les résultats d'une prise en charge. Pourquoi ?

L'OCT est un examen indispensable et extrêmement performant. Il permet de voir la rétine en coupe, d'en mesurer l'épaisseur, de repérer un œdème ou une membrane. Mais le risque, c'est de traiter ce que montre l'image plutôt que ce que vit le patient. Or, ce qui compte avant tout, c'est la récupération visuelle. On ne traite pas une image, on traite un patient.

L'image peut-elle être trompeuse ?

Oui. Dans certaines situations, notamment après une chirurgie, l'OCT peut continuer à montrer une rétine épaissie, qui paraît encore "anormale", alors que le patient, lui, voit mieux.

Quel est le risque, dans ce cas ?

Le risque est de poursuivre, voire de multiplier, des traitements inutiles, par exemple des injections, alors que le bénéfice fonctionnel est déjà là. Ce qui importe, ce n'est pas que l'image soit parfaite, mais que le patient lise mieux, se déplace mieux, vive mieux.

Les injections sont pourtant devenues la norme.

Oui, et à juste titre pour certaines pathologies, notamment la DMLA humide. Mais il ne faut pas oublier ce que cela représente comme contraintes, surtout pour des patients âgés : injections fréquentes, contrôles réguliers, déplacements, parfois avec des transports médicalisés.

Si la chirurgie est parfois plus efficace, pourquoi suscite-t-elle autant de réticences ?

Elle fait peur, et c'est compréhensible. Il y a la crainte de l'anesthésie générale, la symbolique de l'œil, et aussi le fait que le bénéfice n'est pas immédiat. Une injection peut améliorer la vision en quelques jours, alors que le gain visuel après une chirurgie peut s'étaler sur un à deux ans. Ce décalage est parfois difficile à accepter dans une société où l'on attend des résultats rapides. Il faut aussi rappeler que la chirurgie de la rétine n'est pas anodine. Le principal risque — environ 1,6 % — est le décollement de rétine, qui peut nécessiter une réintervention.

Comment se fait alors le choix du traitement ?

Il se fait avec le patient, en tenant compte de son âge, de son état général, de ses contraintes et de ses attentes. Personnellement, quand j'ai un doute, je me pose toujours la même question : "Si c'était quelqu'un de ma famille, qu'est-ce que je ferais ?"