

## BRÈVES

## Revue et recommandations sur les protocoles Treat &amp; Extend

FREUND KB, KOROBELNIK JF, DEVENYI R *et al.* Treat-and-Extend regimens with anti-VEGF agents in retinal diseases. A literature review and consensus recommendations. *Retina*, 2015;35:1489-1506.

Le protocole *Treat & Extend* (T&E) est régulièrement utilisé dans la prise en charge des néovaisseaux de la DMLA, de l'œdème des diabétiques (DME) et des occlusions veineuses (OVR). Ce protocole consiste schématiquement à réaliser des injections systématiques au décours des consultations, mais à moduler l'intervalle de la prochaine visite en fonction de la présence ou non de signe d'activité néovasculaire. L'utilisation de ce protocole vise à maintenir au long terme l'acuité visuelle des patients tout en réduisant le nombre des consultations.

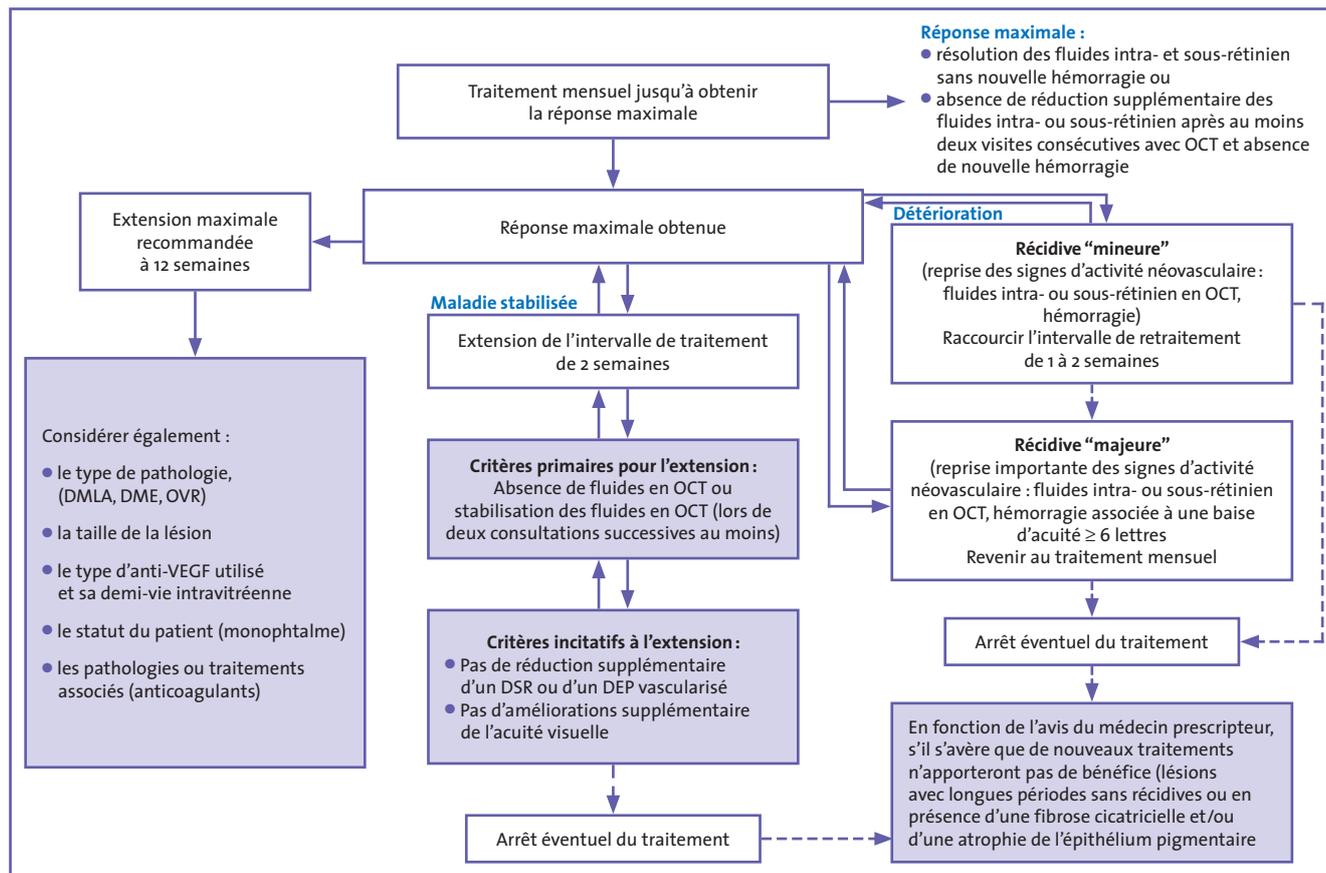
Cette revue a été écrite après plusieurs tables rondes – réunissant à Rome (Italie) en janvier 2014 puis à Tokyo (Japon) en avril 2014 – un panel d'experts en rétine médi-

cale. La revue comporte aussi une analyse extensive de la littérature avec, en particulier, 11 publications concernant plus de 1 000 patients traités en T&E pour des néovaisseaux choroïdiens de la DMLA.

On rapporte ici un tableau reprenant les avantages et désavantages du protocole (**tableau I**).

Le schéma de traitement proposé dans la **figure 1** détaille les critères de stabilité et les critères de retraitement ainsi que les intervalles de retraitement ou l'intervalle maximal (3 mois) dans le cadre du T&E. La démarche des auteurs de cette revue est surtout d'apporter une meilleure homogénéité dans l'utilisation de ce protocole pour favoriser les comparaisons des différentes séries.

Le protocole T&E est souvent vu comme une recherche de l'intervalle spécifique de récurrence du patient. Cette notion a en particulier été illustrée par les publications de Mantel et de Fauser [1, 2]. On envisage ainsi régulièrement le passage



**FIG. 1 :** Proposition de standardisation du protocole T & E (DEP : décollement de l'épithélium pigmentaire; DSR : décollement séreux rétinien). Le schéma définit des récurrences mineures ou des récurrences majeures en fonction de l'importance de la reprise des signes d'activité néovasculaire et en fonction de l'association éventuelle à une baisse d'acuité visuelle.

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moins de récurrences.</li> <li>• Meilleur résultat visuel à long terme.</li> <li>• Meilleur résultat anatomique au long cours.</li> <li>• Moins de consultations.</li> <li>• Protocole plus proactif.</li> <li>• Implique un certain nombre d'injections.</li> <li>• Diminue le risque d'hémorragies.</li> <li>• Meilleur rapport coût de la prise en charge/efficacité.</li> <li>• Meilleur contrôle de l'activité néovasculaire.</li> <li>• Protocole adapté au patient.</li> <li>• Activité médicale mieux prévisible.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risque de "surtraitement", en particulier chez des patients "secs" dont l'acuité visuelle ne varie pas (notamment chez les patients suivis pour DME ou OVR).</li> <li>• Risque potentiel majoré d'évolution vers l'atrophie géographique.</li> <li>• Majoration du risque d'effet secondaire.</li> <li>• Niveau de preuve du protocole limité.</li> <li>• Pas de critères d'arrêt du traitement chez les patients suivis pour DME et OVR.</li> </ul>

**TABLEAU I :** Avantages et inconvénients du T&E par rapport aux autres protocoles de prise en charge (mensuel, *prn*, *observe-and-plan*).

à un régime fixe à la suite d'un T&E. Au contraire, comme illustrée dans l'algorithme de la **figure 1**, la revue de ce panel d'experts établit le T&E comme une recherche régulière de cet intervalle de récurrence après deux consultations lors desquelles l'activité néovasculaire apparaît résolue.

La discussion de l'article aborde également le sujet de l'éventuelle majoration de la pression intraoculaire chez les patients traités au long cours par anti-VEGF. Par rapport au

régime mensuel, le T&E semble susceptible de diminuer la prévalence de cet effet indésirable. Les auteurs rappellent l'intérêt d'éviter une injection trop rapide et l'intérêt de la surveillance particulière des patients glaucomeux.

Enfin, les auteurs rappellent qu'actuellement le risque de majoration d'une atrophie géographique par les anti-VEGF est suspecté mais pas démontré [3, 4].

### Bibliographie

1. MANTEL I, DELI A, IGLESIAS K *et al.* Prospective study evaluating the predictability of need for retreatment with intravitreal ranibizumab for age-related macular degeneration. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*, 2013;251:697-704.
2. FAUSER S, SCHWABECKER V, MUETHER PS. Suppression of intraocular vascular endothelial growth factor during aflibercept treatment of age-related macular degeneration. *Am J Ophthalmol*, 2014;158:532-536.
3. XU L, MREJEN S, JUNG JJ *et al.* Geographic atrophy in patients receiving anti-vascular endothelial growth factor for neovascular age-related macular degeneration. *Retina*, 2015;35:176-186.
4. CHO HJ, YOO SG, KIM HS *et al.* Risk factors for geographic atrophy after intravitreal ranibizumab injections for retinal angiomatous proliferation. *Am J Ophthalmol*, 2015;159:285-292.

T. DESMETTRE

Centre de rétine médicale, MARQUETTE-LEZ-LILLE.  
Service d'Ophthalmologie, Hôpital Lariboisière, PARIS.