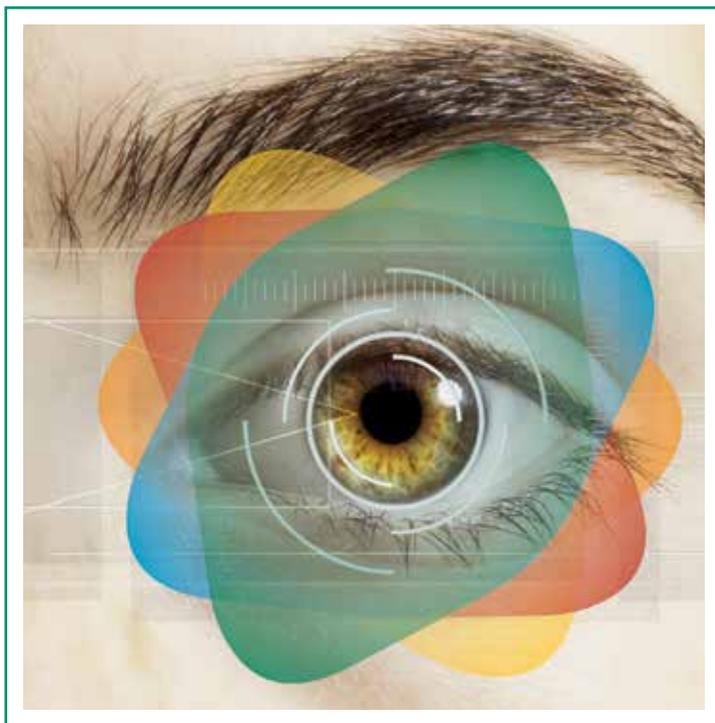


OBSERVATOIRE

2^e édition



Enquête nationale sur la prise en charge des occlusions veineuses réiniennes (OVR) en France



Sommaire

Le mot du comité scientifique	3
Introduction	5
Méthodologie de l'enquête	5
Comité scientifique	5
Rôle dans la prise en charge thérapeutique	6
Prise en charge des OVR	8
Prise en charge des OBV	10
Prise en charge des OVCR	12
La forme ischémique : focus	14
Informations aux patients	15
Profil des participants	16
Conclusion	19

Le mot du comité scientifique

Chère Consœur, Cher Confrère,

En janvier 2019, nous vous proposons de participer à la **2^e édition de la grande enquête nationale sur la prise en charge des OVR** en France : **OBSERVATOIRE**.

Vous avez été **près de 150 à participer** à cette enquête et nous vous en remercions. Cette enquête permet d'avoir une vision nationale sur la prise en charge des OVR et de nos pratiques qui permettent de répondre à certaines questions : comment traitons-nous nos patients ? Comment les accompagnons-nous ? Et bien d'autres encore.

Cette brochure présente les résultats de cette nouvelle édition et permet de donner une vision évolutive des avancées et des blocages dans la prise en charge.

Nous vous souhaitons une bonne lecture.

Bien confraternellement,

Le comité scientifique

Dr Agnès GLACET-BERNARD

Centre hospitalier intercommunal, CRÉTEIL

Dr Jean-François GIRMENS

Centre hospitalier national d'ophtalmologie des Quinze-Vingts, PARIS

Dr Martine MAUGET-FAÏSSE

Fondation Ophtalmologique Adolphe de Rothschild, PARIS

Introduction

L'occlusion veineuse rétinienne est l'une des principales causes de pathologies rétinienne vasculaires de l'adulte et induit fréquemment une perte d'acuité visuelle. Elle présente plusieurs étiologies et sa diversité séméiologique peut rendre sa prise en charge difficile.

Cette nouvelle édition de l'enquête avait notamment pour objectif d'avoir une vision évolutive de la prise en charge de cette pathologie en France.

Comme en 2017, les objectifs de cette enquête étaient :

- d'identifier le **mode de prise en charge** des OVR ;
- de connaître le **parcours du patient** et les **acteurs majeurs impliqués** ;
- d'identifier les **besoins des patients** et des **ophtalmologistes** pour une meilleure connaissance de la pathologie et une meilleure prise en charge thérapeutique.

Méthodologie de l'enquête

- Période d'administration : du **01/02/2019** au **15/01/2020**.
- Questionnaire auto-administré : **147** ophtalmologistes répondants.
- Mode de diffusion : e-mailing envoyé aux ophtalmologistes sur la base d'un listing en partenariat avec *Réalités ophtalmologiques*, diffusé sur OphtalmoTV et relayé par le comité scientifique lors de cours/congrès.

Comité scientifique

- **Dr Agnès Glacet-Bernard**
Centre hospitalier intercommunal, Créteil
- **Dr Jean-François Girmens**
Centre hospitalier national d'ophtalmologie des Quinze-Vingts, Paris
- **Dr Martine Mauget-Faÿsse**
Fondation Ophtalmologique Adolphe de Rothschild, Paris

Rôle dans la prise en charge thérapeutique

En **grande majorité**, les ophtalmologistes répondants prennent en charge eux-mêmes les patients dans la **réalisation des examens (89 %)**, la **prescription (81 %)** et l'**injection (74 %)** des traitements (**fig. 1**).

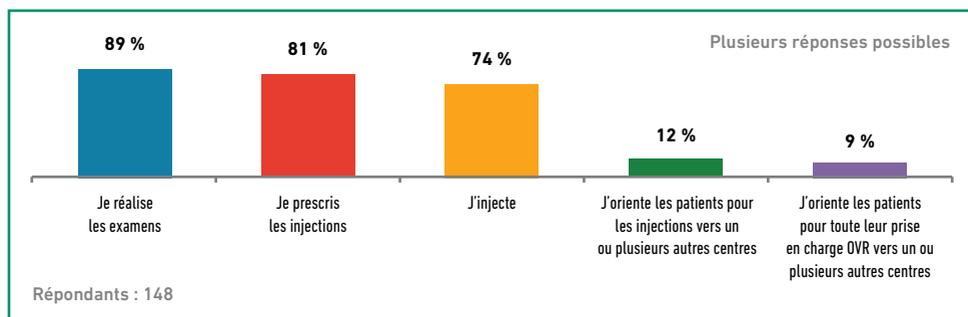


Fig. 1 : Rôle de l'ophtalmologiste dans la prise en charge thérapeutique des OVR.

Une **proportion faible de répondants** réoriente les patients vers un ou plusieurs centres pour les **injections (12 %)** ou pour **toutes leurs prises en charge d'OVR (9 %)**.

La raison principale évoquée de l'adressage des patients est un **problème d'organisation et d'équipement** du cabinet ou du centre pour 57 % des répondants. De plus, 27 % n'ont **pas accès à une salle d'injection** et 14 % déclarent avoir une **saturation du cabinet ou du centre rattaché**. Il est intéressant de noter que 30 % des répondants qui adressent leurs patients à un autre centre ne souhaitent pas prendre en charge les patients eux-mêmes (**fig. 2**).

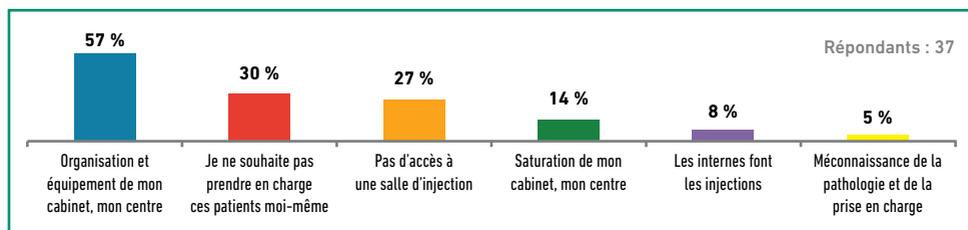


Fig. 2 : Prise en charge des patients.

Le nombre d'injections réalisées par semaine est très variable. En effet, si **20 % des répondants déclarent en réaliser moins de 5** par semaine, **12 % d'entre eux en réalisent plus de 40**. 28 % réalisent de 11 à 20 injections par semaine (**fig. 3**).

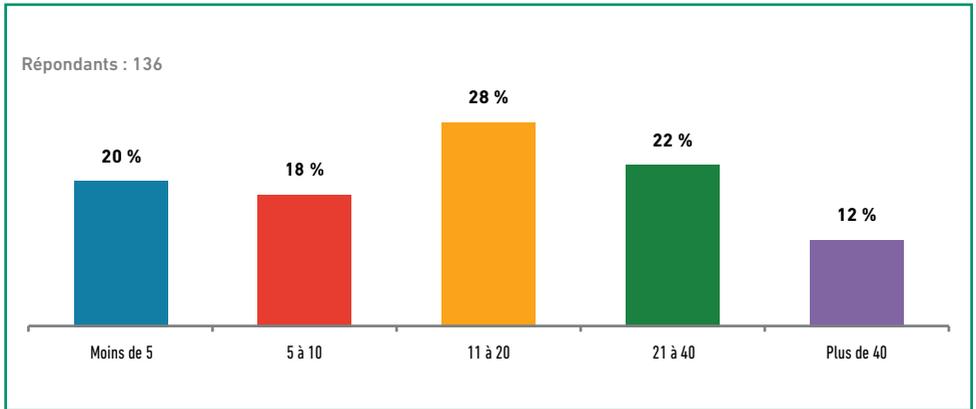


Fig. 3 : Nombre d'injections réalisées par semaine (toutes indications confondues).

Les injections réalisées sont dans **80 % des cas des anti-VEGF** et 20 % des cas des corticoïdes (**fig. 4**).

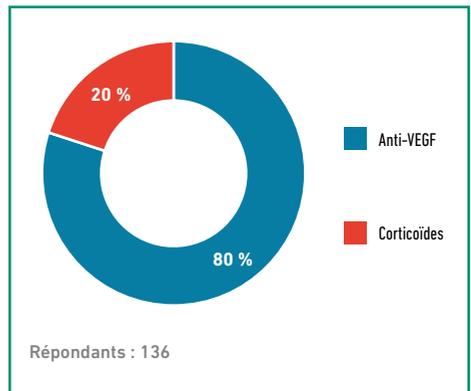


Fig. 4 : Proportion d'injections, anti-VEGF versus corticoïdes.

Prise en charge des OVR

Le **délai moyen entre l'apparition des 1^{ers} symptômes d'OVR et le diagnostic** est assez court : **2 semaines ou moins** dans plus de la moitié des cas (**58 %**) (**fig. 5**).

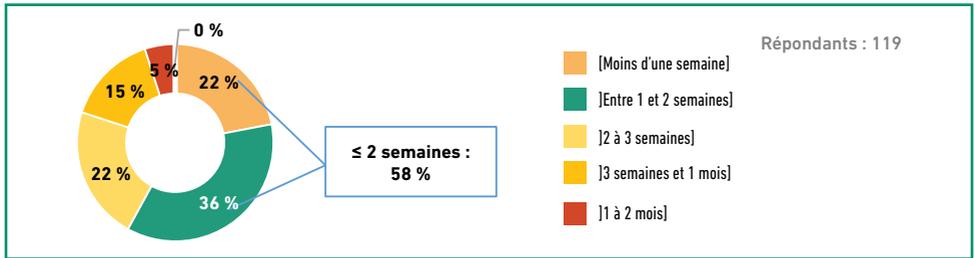


Fig. 5 : Délai moyen entre l'apparition des premiers symptômes et le diagnostic des patients OVR.

Les patients atteints d'OVR sont traités **majoritairement durant les 2 semaines qui suivent le diagnostic** (sans différence entre OBV et OVCR) (**fig. 6**).

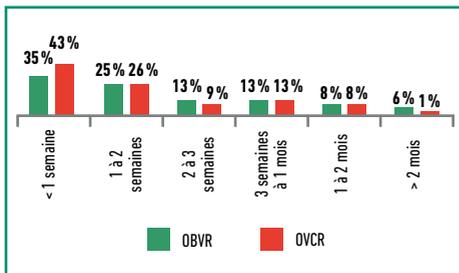


Fig. 6 : Délai entre le diagnostic et l'initiation du traitement.

L'initiation d'un traitement anti-VEGF chez un patient nouvellement diagnostiqué se fait pour plus de la moitié (55 %) des ophtalmologistes par une série de 3 IVT mensuelles. 40 % d'entre eux réalisent les IVT jusqu'à stabilisation de l'œdème et de l'acuité visuelle (**fig. 7**).

“ Il est intéressant de remarquer que le délai de prise en charge des patients semble avoir diminué par rapport à ce qui était indiqué dans l'enquête de 2017, 58 % des répondants observant un délai de moins de 2 semaines dans cette édition contre seulement 38 % en 2017. Cela laisse supposer qu'en 2 ans, une amélioration organisationnelle a eu lieu dans les centres concernant la prise de rendez-vous. ”

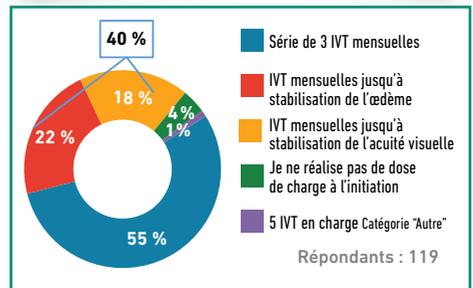


Fig. 7 : Initiation d'un traitement anti-VEGF chez un patient OVR nouvellement diagnostiqué.

La majorité (64 %) des répondants utilise un mode d'administration **proactif** (*Treat & extend, Observe & plan*) et seulement 33 % utilisent un schéma d'administration PRN (*fig. 8*).

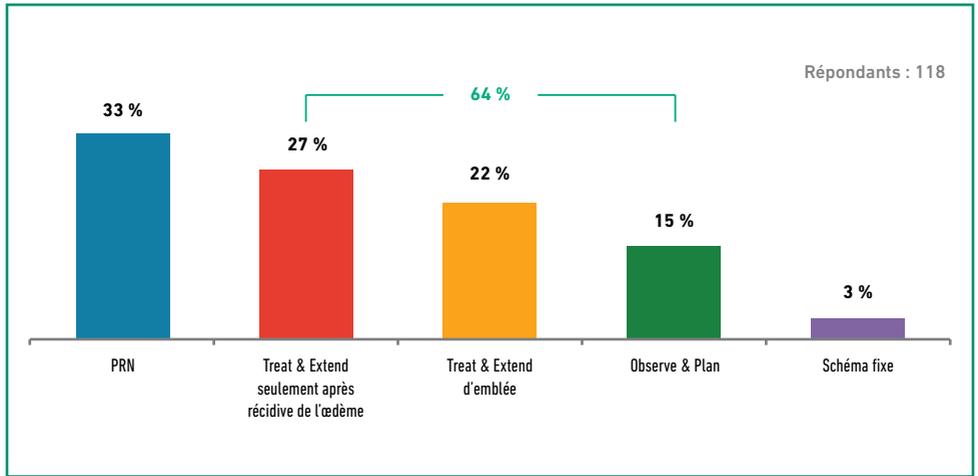


Fig. 8 : Schéma thérapeutique privilégié avec un traitement anti-VEGF.

La majorité (74 %) des répondants réalise des switch de traitements avec une molécule **de même classe thérapeutique** (*fig. 9*).

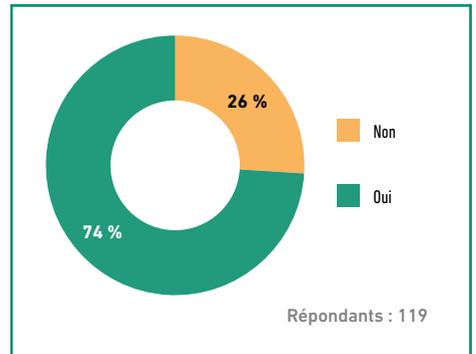


Fig. 9 : Lorsque vous êtes amené(e) à changer le traitement d'un patient atteint d'OVR, vous arrive-t-il de switcher pour un traitement de même classe thérapeutique ?

“ En 2017, les ophtalmologistes déclaraient utiliser principalement un mode d'administration de type PRN (60 % des répondants dont 18 % renforçaient le schéma avec un suivi mensuel). On observe aujourd'hui une progression des schémas proactifs, avec 64 % des répondants déclarant réaliser leurs injections d'anti-VEGF en T&E (d'emblée ou après récurrence de l'œdème) ou O&P strict. Cette progression est en adéquation avec les données récentes de la littérature. ”

Prise en charge des OBV

- En moyenne, les répondants estiment que **55 % de leurs patients présentant une OBV** sont traités.
- La durée de ce traitement est en moyenne de **1 à 2 ans** pour les patients de **54 % des répondants**, de 2 à 4 ans pour les patients de 24 % d'entre eux et supérieure à 4 ans pour les patients de 4 % d'entre eux (**fig. 10**).

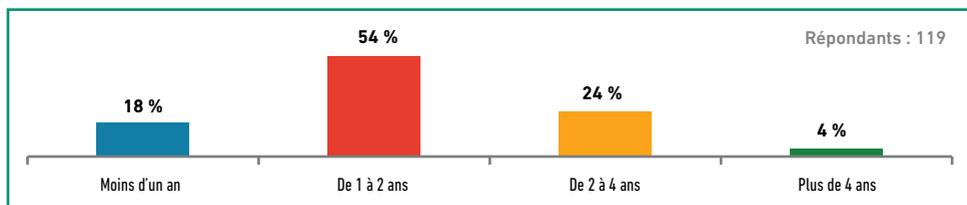


Fig. 10 : Temps de traitement moyen des patients OBV.

- En moyenne, les patients sont vus **6,7 fois par an**.
- En cas d'OBV nouvellement diagnostiquée, les répondants privilégient l'utilisation en **1^{re} intention** des **anti-VEGF seuls** ou combinés (89 %) (**fig. 11**).

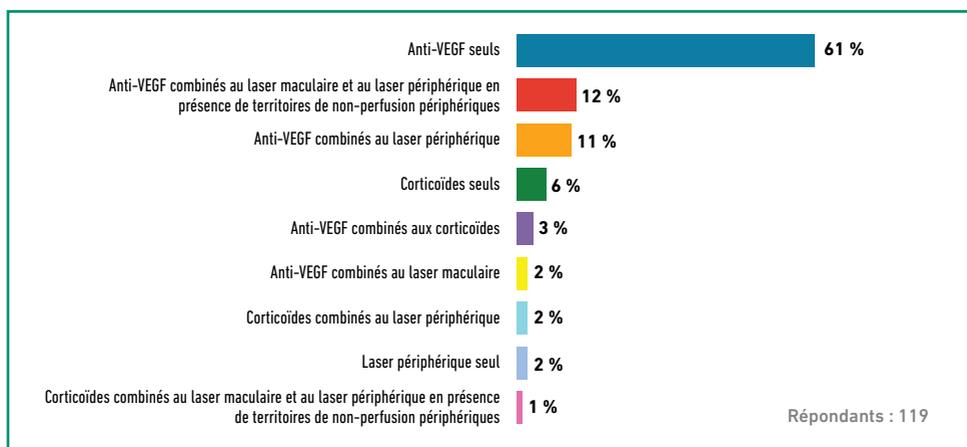


Fig. 11 : Fréquence des traitements utilisés majoritairement en 1^{re} intention classés au 1^{er} rang.

- En **2^e intention**, les ophtalmologistes déclarent utiliser principalement les **corticoïdes seuls (29 %)**. En présence de territoire de non-perfusion ou dans des situations nécessaires, les praticiens **combinent ces corticoïdes au laser périphérique ou maculaire ou encore aux anti-VEGF (29 %)**.
- Les **anti-VEGF** sont également utilisés **seuls (11 %)** ou **combinés** au laser ou aux corticoïdes (**39 %**) (*fig. 12*).

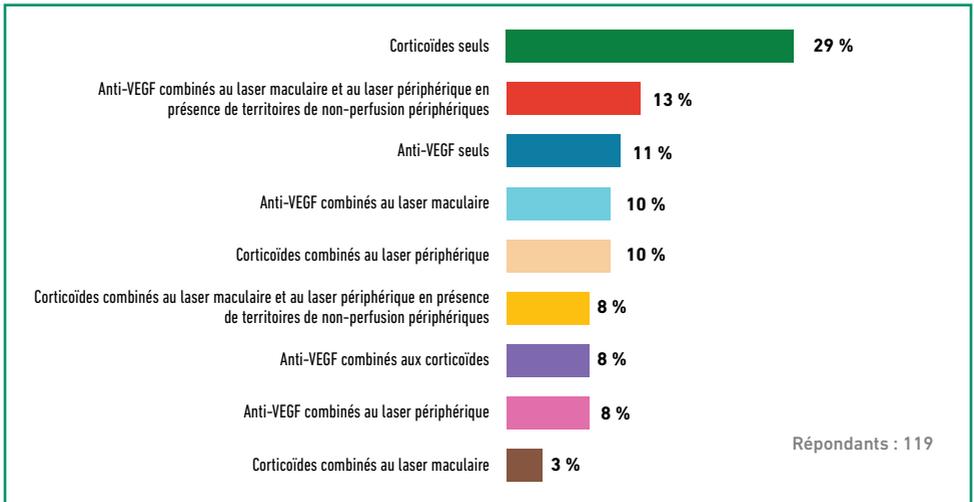


Fig. 12 : Traitement en 2^e intention (œdème récidivant).

Prise en charge des OVCR

- En moyenne, **73 % des patients OVCR sont traités.**
- Le temps de traitement des OVCR est sensiblement plus long que le temps de traitement des OBV, avec 42 % de répondants déclarant cette durée de 2 à 4 ans et 13 % à plus de 4 ans (**fig.13**).

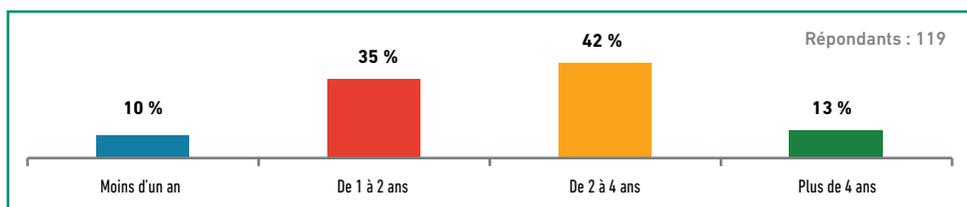


Fig. 13 : Temps de traitement moyen des patients OVCR.

- En moyenne, **les patients sont vus 7,7 fois par an.**
- En **1^{re} intention** chez les patients ayant une OVCR nouvellement diagnostiquée, ce sont les **anti-VEGF seuls** qui sont utilisés majoritairement (49 %) (**fig. 14**).

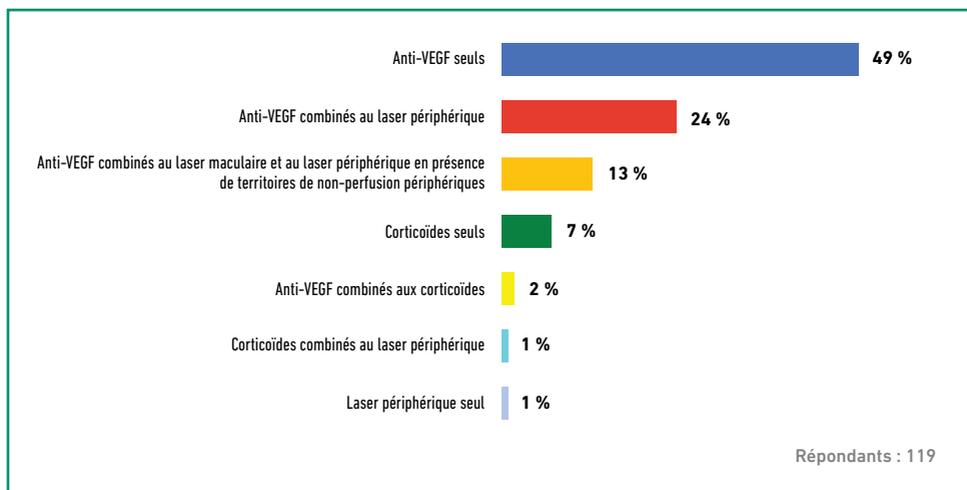


Fig. 14 : Fréquence des traitements utilisés majoritairement en 1^{re} intention classés au 1^{er} rang.

- **En 2^e intention chez les patients récidivant sur une OVCR**, ce sont les corticoïdes seuls ou combinés qui sont utilisés majoritairement (61 %) (*fig. 15*).

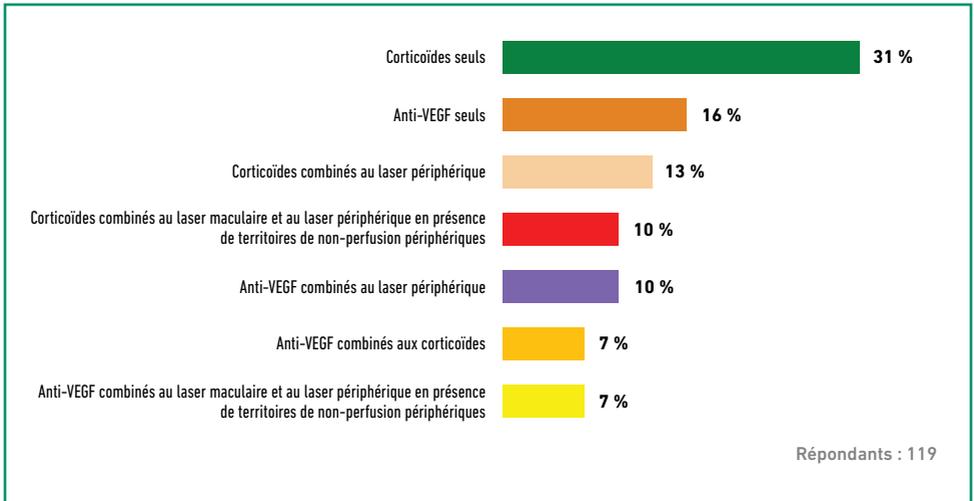


Fig. 15 : Traitement en 2^e intention (œdème récidivant).

“ Contrairement aux OBV pour lesquelles le traitement par photocoagulation laser en grille maculaire reste indiqué en 2^e intention, ce traitement n'avait pas montré d'efficacité sur l'acuité visuelle dans les OVCR dans la Central Vein Occlusion Study¹. **Il conviendra donc de ne pas utiliser le traitement par photocoagulation laser en grille maculaire dans le cas d'une OVCR.** ”

¹ Central Vein Occlusion Study Group. Central vein occlusion study of photocoagulation therapy: Baseline findings. *Online J Curr Clin Trials*, 1993;Doc No 95.

La forme ischémique: focus

Le diagnostic d'une forme ischémique est majoritairement réalisé par **angiographie à la fluorescéine (87%)** (fig. 16).

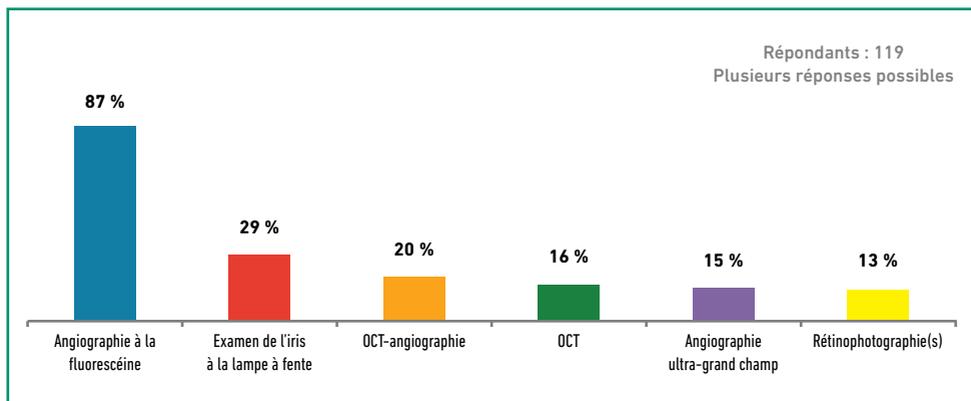


Fig. 16 : Diagnostic d'une forme ischémique en vue d'un traitement par laser.

La forme ischémique **influence quasi systématiquement (95%)** la mise en place du traitement en 1^{re} intention. Dans 64 % des cas, une combinaison anti-VEGF et laser de type PPR est privilégiée (fig. 17).

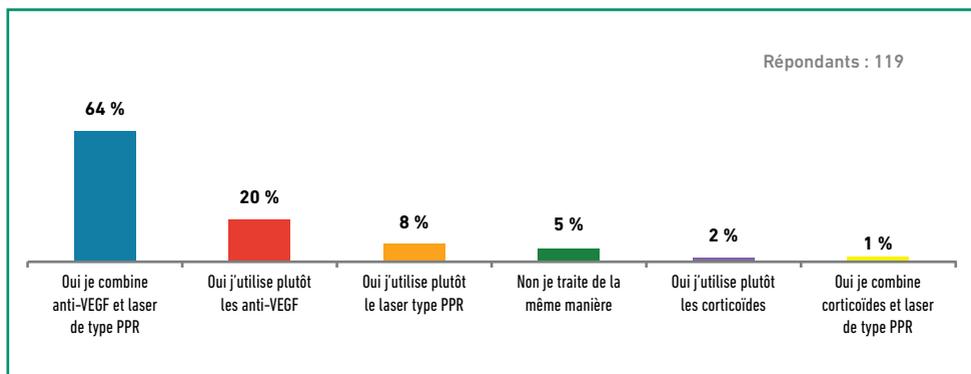


Fig. 17 : Influence de la forme ischémique sur la mise en place du traitement en 1^{re} intention (forme non perfusée).

Informations aux patients

L'information se fait dans la **quasi-totalité des cas (97 %)** oralement pendant la consultation.

Le don de brochures reste utile pour les ophtalmologistes (22 % des répondants). Plus rarement, les répondants renvoient leurs patients vers un site internet (7 %) (**fig. 18**).

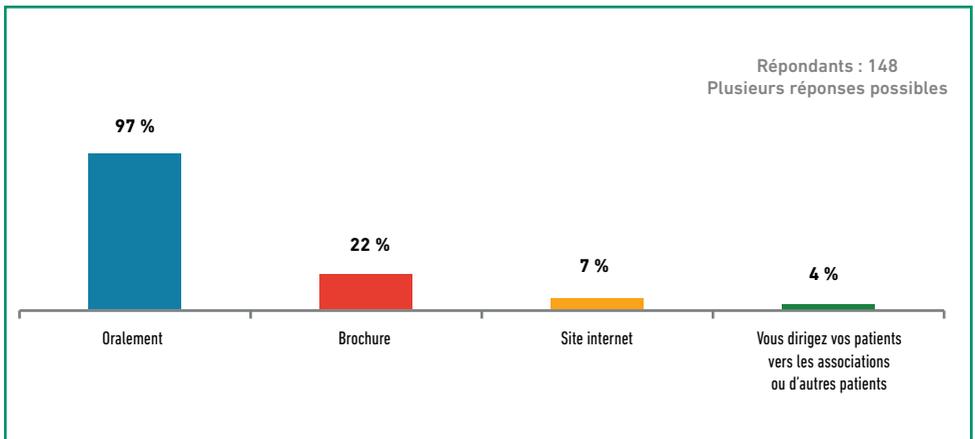


Fig. 18: Méthode d'information prodiguée aux patients sur la pathologie et le traitement.

Profil des participants

Les répondants de l'enquête étaient répartis sur la France, selon une représentativité semblable à celle observée dans la première édition de l'enquête (*fig. 19*).

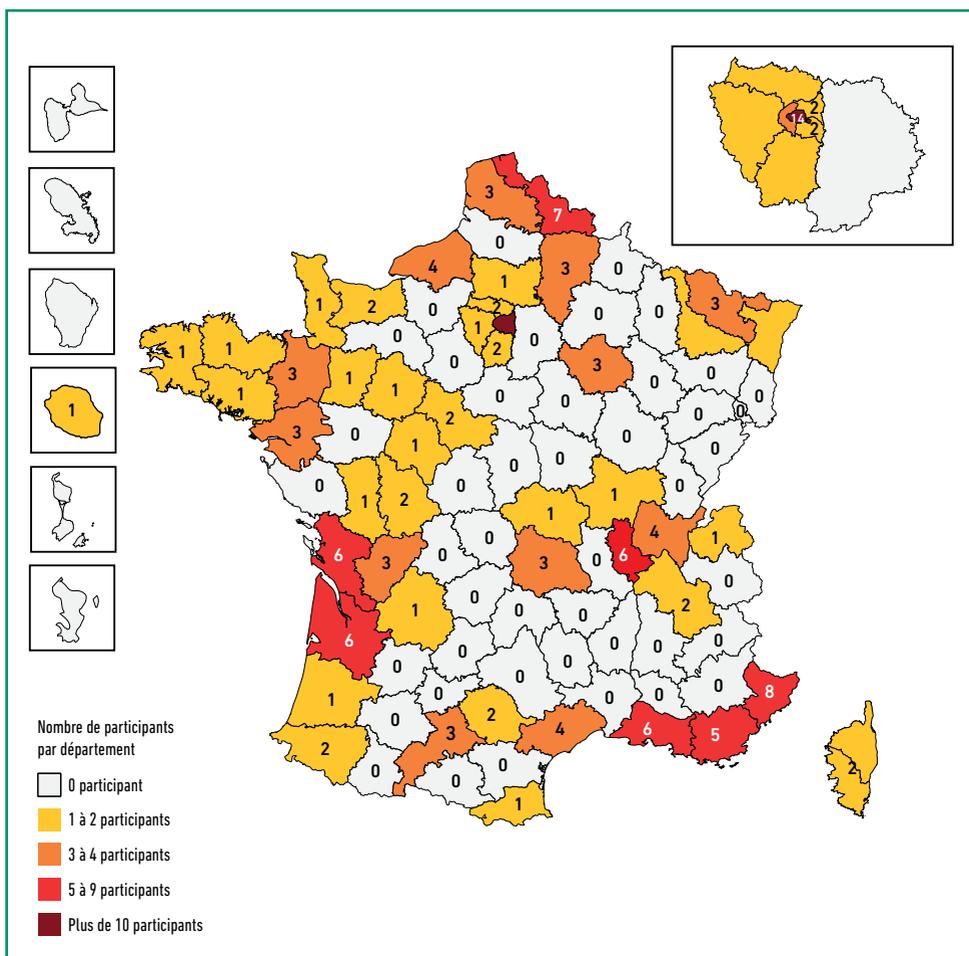


Fig. 19 : Répartition des répondants en France.

Les ophtalmologistes répondants avaient pour la majorité une activité **libérale** : plus des 2/3 des participants (73 %), contre 27 % à l'hôpital (fig. 20).

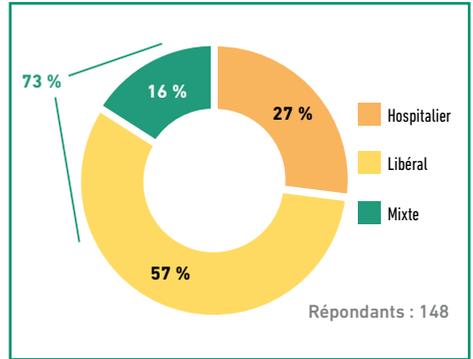


Fig. 20: Mode d'exercice.

Comme lors de la première édition de l'enquête, cette répartition reste **proche de celle de la population totale des ophtalmologistes** en France² (fig. 21).

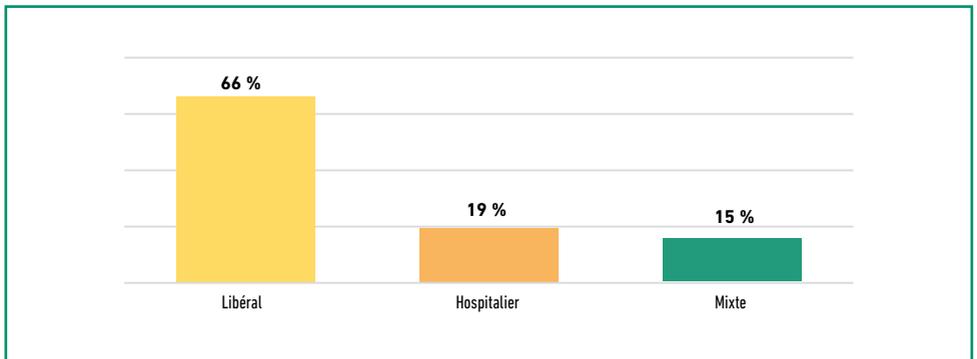


Fig. 21: Mode d'exercice des ophtalmologistes en France.

² www.data.drees.sante.gouv.fr/ consulté le 27/02/2020.

Conclusion

Cette deuxième édition de l'enquête OBSERVATOIRE a permis d'apporter une nouvelle vision des pratiques et de la prise en charge des OVR en France.

Elle a montré, comme en 2017, une **bonne homogénéité** des pratiques à l'échelle nationale. La majorité des ophtalmologistes répondants semble **suivre les recommandations de prise en charge des OVR**, qui est complexe et nécessite un suivi fréquent des patients. En effet, comme dans la littérature, l'évolution des pratiques rapportées par les répondants témoigne d'une tendance vers des approches davantage proactives avec les anti-VEGF.

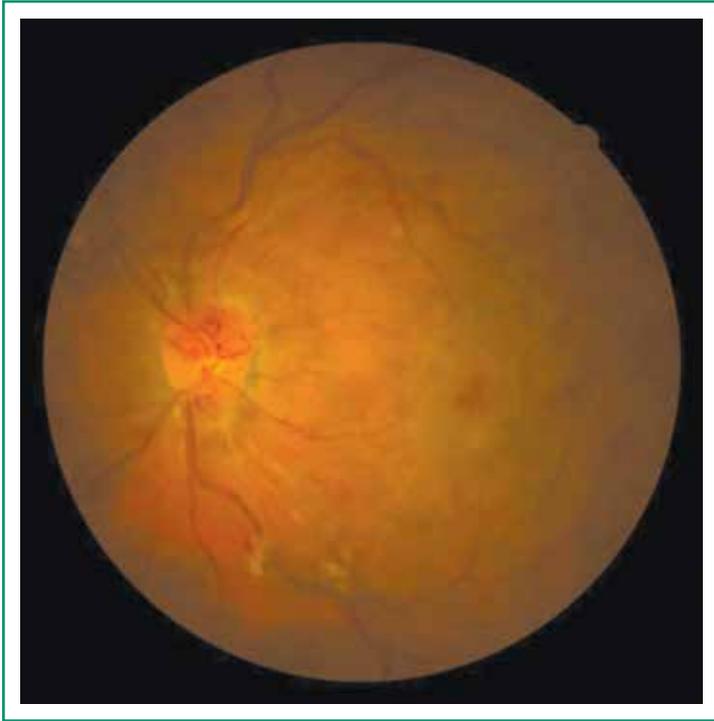
Le **délai entre le diagnostic et l'initiation** du traitement est encore cette année court et on note une progression dans le **délai pour la prise de rendez-vous** avant le diagnostic qui semble **plus court** chez une proportion plus importante de répondants que dans la précédente édition, permettant de témoigner d'une amélioration organisationnelle dans la prise des rendez-vous.

En 1^{re} intention, le traitement de référence pour les OBV comme pour les OVCR **est un traitement par anti-VEGF**, qui est souvent combiné au laser PPR en cas d'ischémie périphérique étendue.

Nous remercions à nouveau l'ensemble des participants à cette enquête.



OBSERVATOIRE
Enquête nationale des pratiques en **OVR**



En collaboration avec

