

Nouvelles prises en charge dans la myopie évolutive avec les lentilles souples freinatrices

Avec les docteurs M-C. Trone, A. Sauer, V. Elmaleh et A. Muselier

Symposium soutenu par CooperVision et Topcon

Ce symposium a présenté la nouvelle lentille souple de freination myopique en silicone hydrogel, MyDay® MiSight® 1 Day, et les examens à mettre en place pour le suivi et la freination de la myopie.

Adaptation et efficacité des lentilles MyDay® MiSight® 1 day

D'après l'intervention du Dr Marie-Caroline Trone

La lentille MyDay® MiSight® 1 day conserve la géométrie de MiSight® (technologie ActivControl®) tout en bénéficiant du matériau en silicone hydrogel de MyDay®. Rappelons que l'étude a démontré que MiSight® ralentissait la progression de la myopie de 59 % en moyenne, avec un bénéfice maintenu après l'arrêt du traitement.

Le Dr Trone a présenté les résultats intermédiaires d'une étude observationnelle française menée auprès de 24 ophtalmologistes et 144 jeunes myopes évolutifs adaptés avec MyDay® MiSight® 1 day :

- Plus de 9 patients sur 10 sont satisfaits ; 86 % souhaitent poursuivre le port de cette lentille et 84 % des parents la préfèrent aux lunettes ou aux lentilles habituellement portées par leur enfant.
- À l'issue de l'étude, les médecins l'ont prescrite dans 86 % des cas. 100 % des adaptateurs se déclarent tout à fait, ou plutôt d'accord, avec les affirmations suivantes :

« MyDay® MiSight® 1 day constitue une solution fiable pour ralentir efficacement la myopie de mes patients tout en leur apportant confort et sécurité. »

« Le rééquipement des porteurs de MiSight® 1 day avec MyDay® MiSight® 1 day ne nécessite pas de précautions particulières et doit être réalisé systématiquement. »



Image 2. Interférométrie de la couche lipidique avec le Topcon TERA

Take Home Message

Le switch de MiSight® vers MyDay® MiSight 1 day est simple, avec un protocole d'adaptation facilité et un meilleur confort. Une lentille en silicone hydrogel doit être proposée en première intention.



Image 1.

Topographe dédié à la sécheresse oculaire : Topcon TERA Dry Eye Imager

Efficacité et prise en charge de la myopie

D'après l'intervention du Pr Arnaud Sauer

La myopie se stabilise généralement vers l'âge de 25 ans. Plus elle débute précocement, notamment vers 7-8 ans, plus le risque de myopie forte à l'âge adulte est élevé.

La prise en charge doit être individualisée selon les facteurs de risque. Un traitement freinateur est recommandé dans le cas d'une myopie évolutive ou à risque, en s'appuyant sur l'équivalent sphérique et surtout sur la longueur axiale, mesure objective réalisable sans cycloplégie, particulièrement utile chez le jeune enfant.

Méthodes freinatrices

Mesures environnementales

- Plus de 2 heures par jour en extérieur réduisent le risque de myopie d'environ un tiers.
- Devant les écrans, appliquer la règle des 3 x 20 (20 secondes de pause toutes les 20 minutes en regardant à plus de 6 mètres). Aucun lien direct n'est démontré entre écrans et myopie, mais ils perturbent le rythme veille-sommeil.

Lunettes freinatrices

Leur efficacité est élevée (69 %, méta-analyse Cochrane SUCRA), avec peu d'effets indésirables (moins de 5 %) et peu ou pas d'effet rebond. Elles sont simples à prescrire et à adapter, avec un port recommandé toute la journée.

Atropine 0,05 %

Ses bénéfices augmentent avec le temps et persistent après 5 ans. Elle réduit la progression annuelle de 0,27 à 0,30 D et l'allongement axial de 0,20 à 0,25 mm/an. La tolérance est bonne (photophobie inférieure à 10 %), malgré un certain effet rebond à l'arrêt.

Orthokératologie

Très efficace sur le contrôle de l'élongation axiale (SUCRA 81,1 %), elle entraîne toutefois une reprise de la progression après l'arrêt en l'absence de relais. L'association avec l'atropine 0,01 % constitue l'option la plus efficace (SUCRA 94,2 %). Les complications cornéennes restent rares mais peuvent limiter l'observance.

Lentilles souples MiSight®

Ces lentilles journalières à double focalisation réduisent la progression de la myopie de 59 %, sans effet rebond. Leur tolérance est comparable à celle des lentilles classiques. Une hygiène rigoureuse et une supervision parentale restent indispensables.

Lumière rouge pulsée

Les premiers résultats sont prometteurs, avec une efficacité parfois comparable à celle de l'orthokératologie, mais le recul est inférieur à 3 ans et les protocoles restent hétérogènes. Non remboursée, elle paraît surtout indiquée en cas d'échec ou en complément d'autres méthodes.

En résumé

Toutes ces méthodes de freination réduisent l'allongement axial et peuvent être associées.

Particularités de la surface oculaire chez les jeunes

D'après l'intervention du Dr Valérie Elmaleh

Les pathologies de la surface oculaire sont sous-diagnostiquées chez l'enfant (prévalence 5-15 %) et l'adolescent (25-30 %). En nette augmentation depuis 10 ans, elles altèrent la qualité de vie, les apprentissages et l'observance des corrections optiques.

Les principaux facteurs de risque sont les écrans (clignement incomplet), l'air sec, la climatisation, la pollution, le port de lentilles, l'atopie, les dermatoses et certains médicaments (isotrétinoïne, antihistaminiques).

Chez l'enfant, elles se manifestent par des clignements répétés, des frottements oculaires, un larmoiement paradoxal et une baisse de concentration ; chez l'adolescent, par des brûlures, une fatigue visuelle, une gêne aux écrans et une intolérance aux lentilles.

L'interrogatoire recherche les facteurs de risque. L'examen associe fluorescéine (image 3), Break-Up Time, recherche de kératite

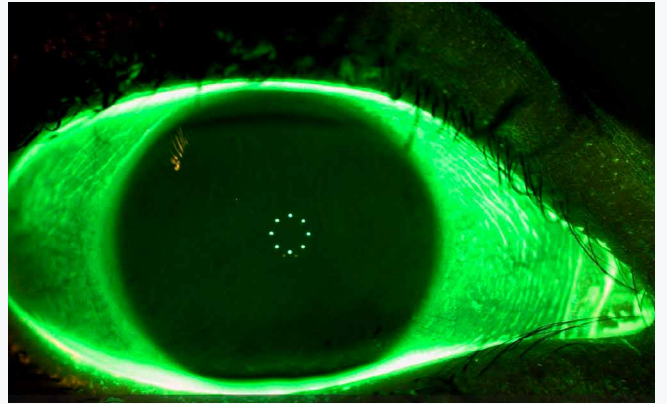


Image 3. Imagerie à la fluorescéine avec le Topcon TERA

ponctuée superficielle, inspection des culs-de-sac conjonctivaux avec éversion palpébrale, évaluation du bord libre palpébral, des glandes de Meibomius (image 4) et de la qualité du meibum (image 2). Des papilles doivent faire rechercher un trouble réfractif par cycloplégie. Les principaux diagnostics différentiels (allergie, trouble réfractif, blépharite, tics, trouble neurovisuel, corps étranger) doivent être éliminés.



Image 4. Imagerie infrarouge des glandes de meibomius avec le Topcon TERA

La prise en charge est progressive et adaptée à l'âge. Elle repose d'abord sur les mesures environnementales (réduction des écrans, pauses, clignement, hygiène palpébrale, humidification de l'air), l'éducation familiale et un suivi régulier. Le traitement associe des larmes artificielles sans conservateurs et, en cas de dysfonctionnement des glandes de Meibomius, chaleur, massage et, si besoin, antibiothérapie locale ou générale. Un port prolongé des lentilles favorise une sécheresse évaporative et leur intolérance ; un port initial occasionnel est préférable.

En pratique, mieux reconnaître la sécheresse oculaire de l'enfant permet de préserver durablement la surface oculaire.

Organisation et suivi des enfants myopes en lentilles souples

D'après l'intervention du Dr Aurore Muselier-Mathieu

Le suivi des enfants myopes est essentiel, alors que près de 50 % de la population mondiale sera myope en 2050. Au-delà de -6 D, le risque de complications rétinienues augmente fortement.

L'objectif est de limiter la myopie forte en atteignant une longueur axiale « cible » à 18 ans.

Lorsqu'un enfant myope consulte, 4 questions doivent être posées :

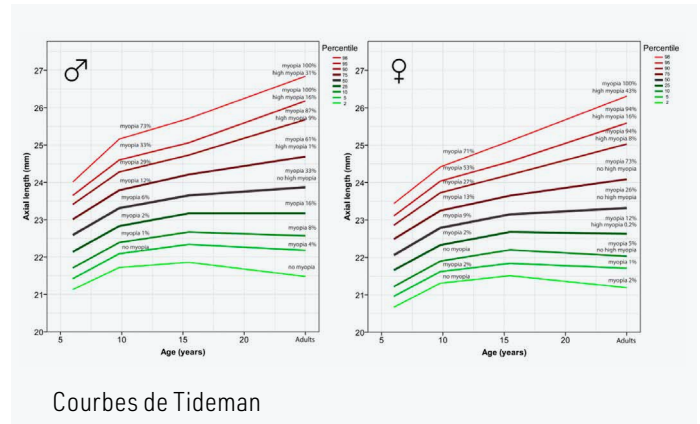
- la myopie est-elle confirmée et évolutive ?
- une méthode de freination a-t-elle été prescrite ?
- est-elle portée et efficace ?
- l'enfant est-il suffisamment mature pour le port de lentilles ?

Le bilan initial comprend un examen ophtalmologique complet avec test à la fluorescéine, une réfraction sous cycloplégie et la mesure de la longueur axiale. L'information des familles est essentielle, avec un rappel des mesures environnementales et la présentation des différentes méthodes de freination.

Le suivi est recommandé à 6 mois, puis annuellement, avec mesure de la réfraction sous cycloplégie et de la longueur axiale afin de dépister une évolution. Les courbes de Tideman permettent d'estimer le risque de myopie forte à l'âge adulte et d'adapter la stratégie thérapeutique.

Take Home Message

- Identifier les enfants à risque (antécédents familiaux, myopisation précoce, progression supérieure à 0,5 D/an ou plus de 0,2 mm/an de longueur axiale).
- Mesurer systématiquement la longueur axiale et s'aider des courbes de Tideman.



- Présenter toutes les options de freination, y compris les stratégies combinées.
- Ne pas négliger les lentilles de contact, qui peuvent améliorer la qualité de vie.
- Assurer un suivi régulier associant longueur axiale, réfraction sous cycloplégie, examen biomicroscopique avec fluorescéine, éducation et rappel des mesures environnementales.

Le message fort de ce symposium est que le contrôle de la myopie commence par un dépistage précoce et un suivi structuré. Grâce à des appareils adaptés, en particulier pour la mesure de la longueur axiale, il est désormais possible d'identifier les enfants à risque, de suivre objectivement leur évolution et d'intervenir au bon moment pour prévenir la myopie forte. ■

Vanessa Takou Tsapmene,
Hôpital Fondation Adolphe de Rothschild, Paris