

# L'orthokératologie chez l'hypermétrope

Florian Boucheret, Laurine De Metz

*Le jeune C., âgé de 13 ans, se présente en consultation d'ophtalmologie pour une adaptation en lentilles. Sa principale motivation est dictée par une plus grande liberté de mouvement lors de la pratique du sport à haut niveau (badminton).*

## Observation

Lors de la consultation initiale, on retrouve une acuité visuelle (AV) après brouillard à 10/10 Parinaud 2 aux 2 yeux, avec comme réfraction +2,25 (-0,25) 100° à droite et +2,00 (-0,25) 100° à gauche.

Les segments antérieurs et postérieurs sont sans particularités notables pour l'âge.

L'utilisation d'un topographe couplé à un logiciel nous a permis de prescrire les lentilles d'orthokératologie adaptées à cette hypermétropie et astigmatisme modéré. Après une nuit de port des lentilles, le contrôle permet de confirmer l'absence de kératite qui aurait pu être retrouvée devant une lentille trop plate.

La topographie cornéenne permet quant à elle de vérifier la présence d'un bouton central (*figure 1*) : image devant être retrouvée chez les hypermétropes, contrairement au *bull's eye* (*figure 2*) retrouvé chez les myopes.

Le contrôle à 1 mois retrouve une AV sans correction à 10/10 Parinaud 2 aux 2 yeux sans céphalées en fin de journée. On note une régression des halos.

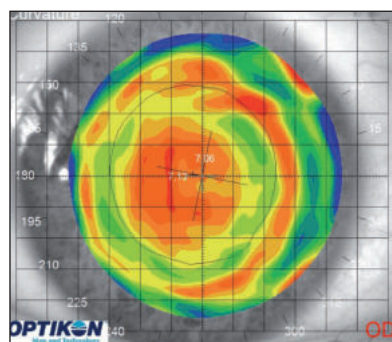
## Discussion

Afin de répondre à la demande de l'adolescent, nous avons décidé de nous orienter vers l'orthokératologie. Les lentilles souples étaient déconseillées en raison de l'âge du patient (risques infectieux plus fréquents si mésusage comparativement aux lentilles rigides).

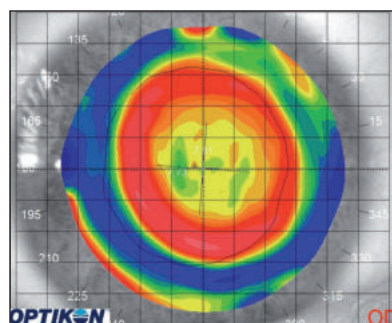
Les halos, qui étaient principalement présents le soir, ont diminué après 3 semaines. Il faut savoir rassurer le patient quant à ce phénomène d'aberration optique fréquent, qui régresse généralement de façon progressive au cours du temps.

## Conclusion

L'utilisation des lentilles d'orthokératologie permet de remodeler la surface cornéenne durant le sommeil et ainsi de se passer de tout port de lunettes ou de lentilles



**Figure 1.** Image topographique avec aspect de bouton central chez un patient hypermétrope après 1 mois d'utilisation de lentilles d'orthokératologie.



**Figure 2.** Image topographique avec aspect de bull's eye chez un patient myope après 1 mois d'utilisation de lentilles d'orthokératologie.

pendant la journée.

Plusieurs arguments permettent de s'orienter vers cette technique : son aspect non réversible, contrairement aux chirurgies réfractives, les nombreuses études prouvant son efficacité dans la freination myopique, les problèmes liés au port de lunettes (pratique de sport, buée due au masque) ou de lentilles diurnes (sécheresse oculaire, contre-indications au port des lentilles souples...).

Or, si l'orthokératologie est plutôt bien utilisée chez les myopes et les astigmatés, elle reste moins proposée chez les hypermétropes. En pratique, les résultats sont très satisfaisants. Il faut donc y penser afin de répondre au mieux aux attentes de chaque patient.

À noter qu'il existe aussi des lentilles d'orthokératologie pour presbytes qui devraient connaître un essor dans les prochaines années.

## Pour en savoir plus

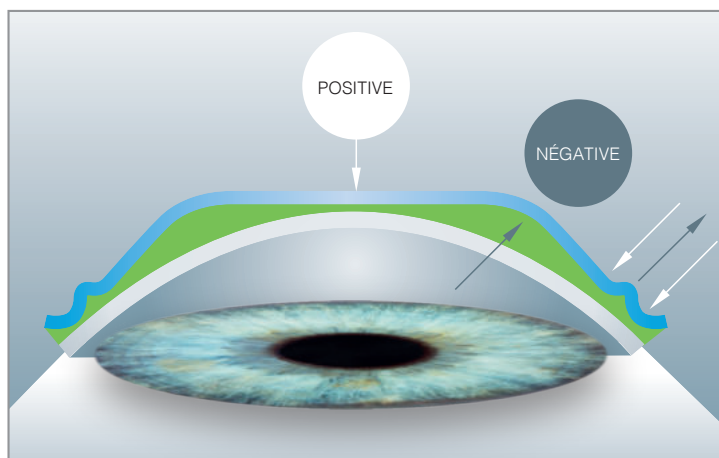
Nti AN, Berntsen DA. Optical changes and visual performance with orthokeratology. Clin Exp Optom. 2020;103(1):44-54.



## GAMME DRL®

### DU CONTRÔLE DE LA MYOPIE À LA PRESBYTIE : UN SAVOIR-FAIRE UNIQUE EN ORTHOKÉRATOLOGIE

- **UNE GÉOMÉTRIE INNOVANTE ET BREVETÉE ADAPTÉE À CHAQUE BESOIN**
- **Double réservoir de larmes**
- **Géométrie du 1er réservoir et zone optique spécifiques à chaque lentille**
  - Myopie jusqu'à -7.00D
  - Astigmatisme jusqu'à -4.00D
  - Hypermétropie jusqu'à +4.00D
  - Presbytie jusqu'à +3.00D d'addition



 **Precilens**  
L'INNOVATION VISUELLE SUR MESURE