



Savoir proposer une adaptation en lentilles rigides aux jeunes patients porteurs d'un albinisme

Émilie Boulert, Françoise Ernould

Nous recevons en consultation, dans le cadre d'un examen systématique à la demande de ses parents (myopie forte chez la maman), une petite fille vue pour la première fois à l'âge de 17 mois.

Observation

Nous réalisons chez la petite fille de 17 mois une cycloplégie sous atropine et nous retrouvons une réfraction à -9,00 D à droite et -8 D à gauche, avec un astigmatisme à -2,00 D. L'enfant a un phénotype clair, elle est blonde aux yeux bleus. À l'examen clinique, nous notons un nystagmus, une hypopigmentation rétinienne et une transillumination irienne. L'OCT maculaire montre une hypoplasie fovéolaire (figure 1). Le diagnostic d'albinisme est retenu.

À 5 ans, son acuité visuelle avec les lunettes est à 3/10 R1/3 aux 2 yeux. La myopie est stable, avec une légère progression de l'astigmatisme.

À 7 ans, l'acuité visuelle est à 3/10 R1/2 aux 2 yeux et plafonne. Nous proposons à l'enfant et à ses parents une adaptation en lentilles rigides mais ces derniers sont peu motivés.

À 11 ans, la patiente souhaite une adaptation en lentilles rigides. L'astigmatisme étant supérieur à 2,50 D, nous choisissons une lentille rigide torique interne Menicon Z-BTC avec un diamètre de 10,10 mm et adaptée selon les 2 rayons de courbure. L'adaptation est validée et la lentille prescrite en essai. Après un mois de port, la patiente ne souhaite plus porter de lentilles. Plusieurs raisons sont avancées, notamment l'âge de la patiente, sa démotivation et celle de ses parents, la pose et dépose des lentilles jugées trop compliquées et conflictuelles.

À 14 ans, la patiente se sent prête à retenter l'expérience. Nous lui prescrivons les mêmes lentilles rigides. Il n'y a pas de zone d'appui à l'image fluorescéinique et il existe une bonne mobilité et un bon centrage (figure 2).

À la suite de l'adaptation, l'acuité visuelle passe à 5/10 P2 aux 2 yeux. La patiente est satisfaite du résultat visuel et elle est autonome pour les manipulations et l'entretien.

Discussion

Pourquoi avoir choisi une lentille rigide ? Chez un jeune patient, les lentilles rigides garantissent plus de sécurité.

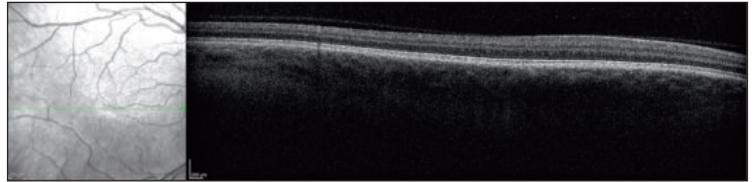


Figure 1. Hypoplasie fovéolaire de grade 3 avec amincissement rétinien.

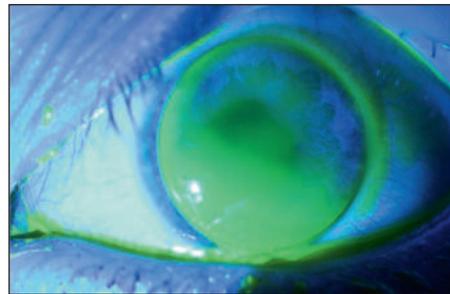


Figure 2. Lentille rigide torique Menicon ZBTC bien mobile ; coloration homogène de fluorescéine montrant l'absence de zones d'appui.

Contrairement aux lentilles souples, elles permettent une meilleure oxygénation cornéenne, particulièrement chez le myope fort, une meilleure correction des astigmatismes cornéens et un meilleur champ de vision. Chez l'enfant, elles peuvent, si nécessaire, être portées en permanence, mais notre patiente a préféré les enlever le soir.

Le nystagmus n'est pas contre-indiqué au port de lentilles. Au contraire, il libère de la contrainte de centrage des lunettes en améliorant l'acuité visuelle.

L'adaptation en lentilles rigides a permis d'obtenir une acuité visuelle à 5/10, acuité suffisante pour passer le permis de conduire.

L'échec lors de la première adaptation en lentilles rigides chez l'enfant ne doit pas être considéré comme irréversible. La motivation de l'enfant et des parents est indispensable dans la réussite d'une première adaptation en lentilles de contact.

Conclusion

L'adaptation en lentilles rigides est possible, voire recommandée chez les patients atteints d'un albinisme associé à un nystagmus car elle permet d'avoir une meilleure estime de soi, une acuité visuelle suffisante pour passer le permis de conduire et offre un confort pour la pratique sportive.

Les lentilles ça change la vie !

Pour en savoir plus

Jurkus JM. Contact lenses for children. *Optom Clin.* 1996;5(2):91-104.