



Un nouveau départ, pour une nouvelle vue !

Julie Dovigo-Ané, Virginie Madariaga

Le patient est un homme de 73 ans porteur d'un kératocône bilatéral. Il est adressé par son chirurgien afin de savoir si l'on peut optimiser son acuité visuelle en lentilles.

Observation

Le patient présente un kératocône bilatéral sévère de stade 4 (figures 1 et 2), associé à une fibrose stromale au sommet du cône au niveau des 2 yeux (figure 3). Après plus de 5 ans sans suivi ophtalmologique, il revient en consultation pour une évaluation complète. Avant d'envisager

une greffe cornéenne bilatérale, il faut évaluer son potentiel de récupération visuelle, en optimisant son équipement en lentilles rigides. Son acuité visuelle (AV) sans lentilles fluctue autour de 3/10 à droite et 2/10 à gauche. Le patient est restreint pour la conduite automobile, son AV étant non conforme à la légalité – supérieure ou égale à 5/10 en vision binoculaire pour la conduite d'un véhicule léger à usage privé.

Voici son ancien équipement en LRPG :

- œil droit : lentille Menicon Rose K2 - Matériau Z (diamètre : 8,70 mm ; R0 : 6,00 mm ; puissance sphérique : -4,25 D) ;
- œil gauche : lentille Menicon Rose K2 - Matériau Z (diamètre : 8,70 mm ; R0 : 5,90 mm ; puissance sphérique : -6,00 D).

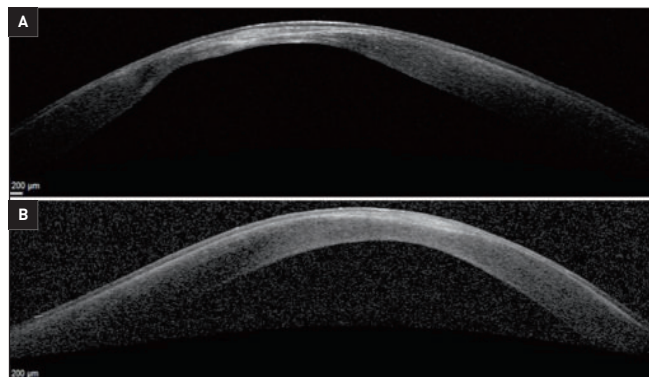


Figure 1. A. OCT de segment antérieur de l'œil droit au niveau du sommet du cône. Amincissement stromal sévère associé à un remodelage épithélial. B. OCT de segment antérieur de l'œil gauche au niveau du sommet du cône. Amincissement stromal, associé à un remodelage épithélial.

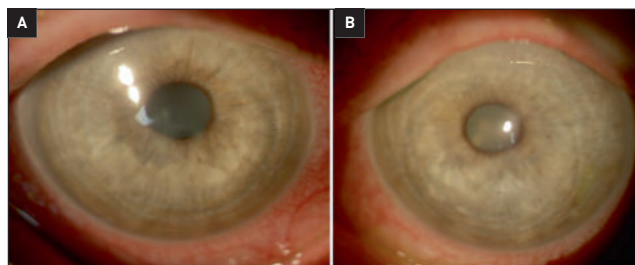


Figure 3. A. Photo en lampe à fente de l'œil droit. B. Photo en lampe à fente de l'œil gauche.

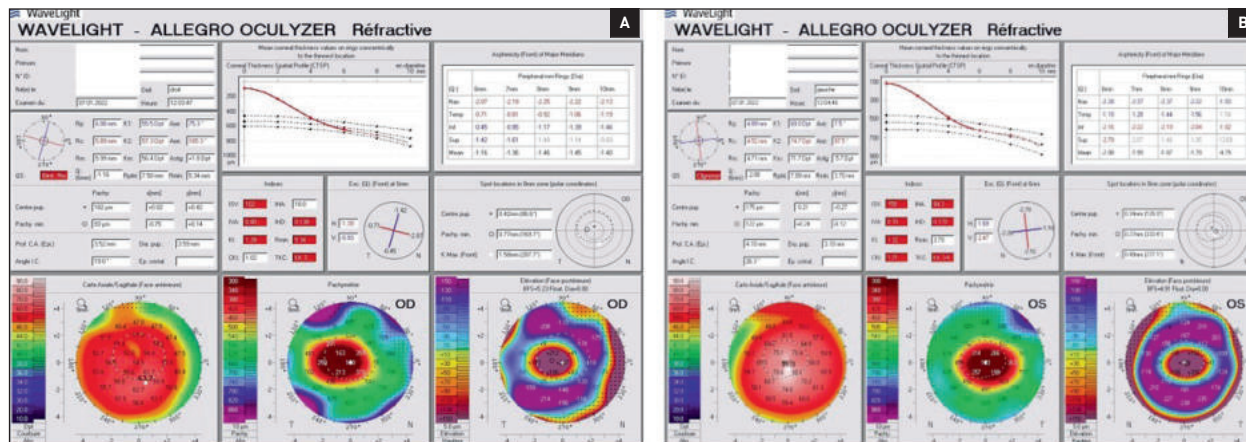


Figure 2. A. Topographie cornéenne de l'œil droit par topographie d'élévation. B. Topographie cornéenne de l'œil gauche par topographie d'élévation.

CHU de Toulouse

L'interrogatoire révèle que le patient utilise de l'eau courante pour nettoyer ses lentilles. Il n'effectue jamais de déprotéinisation et l'entretien de son boîtier est défec-tueux. Il lui arrive même d'invertir le sens de ses LRPG pour majorer son confort. Le port des lentilles est irrégulier et non quotidien. Cependant, à la suite d'un changement de mode de vie, le patient est de nouveau motivé pour reprendre un suivi ophtalmologique.

Prise en charge contactologique

Pour ce patient, l'adaptation en LRPG se fonde sur les données topographiques car celles d'auto-kérato-réfrac-tomètre sont impossibles à acquérir.

Le choix s'est porté sur les lentilles suivantes :

- œil droit : LCS-AirKone
(diamètre : 8,60 mm ; R0 : 5,40 mm ; *edge lift* : +0,5 ; puis-sance sphérique : -10,50 D) ;
- œil gauche : LCS-AirKone
(diamètre : 8,50 mm ; R0 : 4,80 mm ; *edge lift* : 0 ; puis-sance sphérique : -21,00 D).

L'AV est alors de 4/10 OD et 2,5/10 OG. Le patient est satisfait de sa qualité visuelle. Cependant, la conduite lui est toujours contre-indiquée. Seule une greffe cornéenne permettrait une réhabilitation visuelle suffisante pour la pratique automobile.

Lors de la consultation de contrôle, après plusieurs heures de port, le R0 de la lentille droite est resserré à 5,20 mm car il est retrouvé de fines érosions au sommet du cône (*figure 4A*). Au niveau de l'œil gauche, il est décidé d'augmenter le dégagement périphérique avec un *edge lift* à +0,5 afin de permettre une meilleure mobilité de la lentille (*figure 4B*).

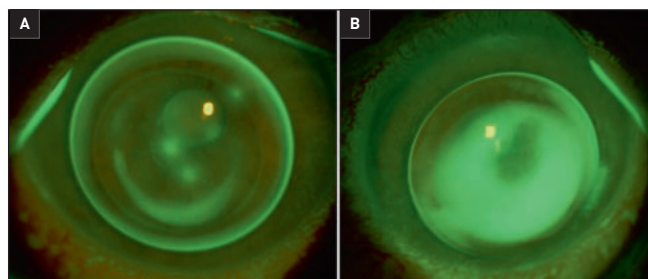


Figure 4. A. Image à la fluorescéine du port d'une lentille d'essai en lampe à fente de l'œil droit. Appui au sommet du cône avec 3 érosions épithéliales. Décision de resserrer le R0 de la lentille à 5,20 mm. B. Image à la fluorescéine du port d'une lentille d'essai en lampe à fente de l'œil gauche. Limitation de la mobilité de la lentille avec appui périphérique trop important. Décision de majorer le dégagement périphérique avec un *edge lift* à +0,5.

Le patient a également bénéficié d'un processus d'édu-cation thérapeutique. Tout d'abord, un rappel des procé-dures d'hygiène et des produits d'entretien a été prodigué. Pour plus de facilité et une meilleure compliance, un pro-duit d'entretien multifonction avec une valence déprotéi-nisante a été prescrit (Bausch et Lomb-Boston Simplus). Le patient a également participé à un atelier pratique de manipulation des LRPG.

Discussion

La volonté et la motivation des patients sont des élé-ments clés de l'adaptation en LRPG. L'adhésion du patient aux soins nous a permis de réaliser une adaptation opti-male et personnalisée au vu du contexte et du caractère sévère de son kératocône bilatéral.

La réhabilitation visuelle du kératocône dépend de son stade. Au stade débutant, des corrections optiques et des lentilles souples peuvent être envisagées. L'utilisation des lentilles rigides reste cependant la modalité de pre-mière ligne. Il peut s'agir de LRPG à géométrie spécifique, de lentilles hybrides, de verres scléaux ou même d'une technique combinée de type *piggy-back*. Si l'amélioration de l'AV est insuffisante, des techniques chirurgicales peu-vent être envisagées en fonction de la clarté cornéenne : anneaux intracornéens, greffe cornéenne.

Conclusion

Le kératocône est une maladie cornéenne ectasiente non inflammatoire. Son incidence annuelle est estimée entre 50 et 230 pour 100 000 habitants. Des facteurs envi-ronnementaux comme les allergies et les frottements oculaires entrent en jeu dans l'évolutivité de la pathologie. La prise en charge consiste à stopper l'évolutivité de la pathologie, mais également à proposer une réhabilitation visuelle. La contactologie fait partie intégrante de ce processus.

Lors du port de lentilles de contact, il est toujours important d'interroger les patients sur leurs habitudes de port et de manipulation. Les règles d'hygiène et d'entre-tien doivent être rappelées et expliquées le plus souvent possible au patient.

Pour en savoir plus

Fournié P, Touboul D, Arné JL *et al.* Kératocône. J Fr Ophtalmol. 2013;36(7):618-26.

Lim L, Lim EW. Current perspectives in the management of kera-toconus with contact lenses. Eye (Lond). 2020;34(12):2175-96.

Ortiz-Toquero S, Rodriguez G, Martin R. Clinical guidelines for the management of keratoconus patients with gas permeable contact lenses based on expert consensus and available evidence. Curr Opin Ophthalmol. 2021;32(Suppl 2):S1-S11.