



Un « avant-goût » du rapport sur l'ortho- kératologie coordonné par le Dr A. Sarfati

Marie-Aude Lureau-Cornuot

Boulogne-Billancourt, CHNO des Quinze-Vingts, Institut Vernes, Paris

La journée a débuté par le symposium Ophthalmic où la Databox Ophthalbox a été présentée. Il s'agit d'une méthode très utile pour les débutants car elle permet d'adapter sans erreurs tous les types de LSH, de la plus simple à la plus complexe. Cette box est reliée au réfracteur et détermine directement les paramètres des lentilles sphériques mais aussi des lentilles toriques et multifocales. Un outil magique pour les débutants !

Ensuite, en préambule, un rapport sur l'évolution de la réglementation a été présenté par Thierry Bour, président du Syndicat national des ophtalmologistes (SNOF). Le SNOF a élaboré un film didactique pour expliquer au patient son parcours et les durées de validité des ordonnances. On retiendra que la prescription de verres correcteurs pour les moins de 16 ans est valide 1 an, entre 16 et 42 ans elle est valide 5 ans et au-delà de 42 ans elle est valide 3 ans, sauf mention contraire sur l'ordonnance notée par le prescripteur et la **justification médicale dans le dossier** est nécessaire. Pour les lentilles, il faut une prescription initiale et la durée de validité est de 3 ans sauf mention contraire sur l'ordonnance. La délégation de la manipulation des lentilles et son apprentissage auprès des opticiens doivent être prescrits.

Après cette introduction réglementaire, la présentation du rapport de la SFOALC sur l'orthokératologie (OK) a débuté avec l'intervention du Pr Gilles Renard qui a présenté des données sur l'épithélium cornéen.

Le pouvoir réfractif de l'épithélium est lié à l'interface air-film lacrymal et responsable d'environ +47,3 dioptries (D). L'interface endothélium-humeur aqueuse

est responsable de -6,9 D et l'interface épithélium stroma +1,5 D. La cornée se reépithélialise en 24 à 48 heures à partir des cellules basales et s'adapte aux anomalies de courbure.

La revue bibliographique de Mathieu Leconte a montré l'évolution de la compréhension du mécanisme d'action sur la morphologie cornéenne. En 1984, on évoquait un amincissement cornéen total, puis en 1998 un amincissement épithélial isolé, puis le mapping épithélial plus récent a mis en évidence l'augmentation d'épaisseur paracentrale de cet épithélium qui confère le pouvoir réfractif que l'on connaît.

Dans certains cas, des pigmentations épithéliales secondaires sont notées sans effet délétère sur la vision. Celles-ci régressent après 2 mois d'arrêt du port des lentilles. Au niveau du stroma, il n'y a pas de modifications au centre mais une libération de métalloproteinases et de cytokines avec respect des kératocytes (contrairement au cross-linking). Une petite diminution de la PIO dans les sept premiers jours est notable, liée à la modification des facteurs de résistance de la cornée. Les aberrations d'ordre 3, haut grade, sont augmentées, cependant, elles sont contre-balancées par une petite diminution du diamètre pupillaire.

Phat Eam Lim a présenté les indications et la sélection des premiers patients. Il recommande de privilégier, dans un premier temps, une myopie simple de -0,5 D à -4 D sans cylindre et de choisir une seule lentille (Precilens, Menicon, LCS) que l'on apprendra à bien maîtriser avant d'élargir son éventail thérapeutique, une kératométrie moyenne entre 41 et 42 D et une excentricité supérieure

à 0,5. On privilégiera un patient déjà équipé en LRGP, un sportif, un patient disponible... en respectant certaines contre-indications comme un antécédent de kératotomie radiaire, une dystrophie épithéliale... La topographie de cornée est indispensable pour ce type d'adaptation et le résultat dépend beaucoup de la qualité des cartes qui seront répétées, en échelle absolue, pour faire des comparaisons (Louissette Bloise).

Le protocole d'adaptation a été présenté par Jean Philippe Colliot avec un premier essai de 30 minutes, avec impérativement une solution de hyaluronate dans la lentille et contrôle de la fluo avec un filtre jaune sur la lampe à fente pour éliminer un piqueté cornéen. Puis un second contrôle après une nuit de port avec retrait des lentilles apportées au cabinet le matin pour vérifier l'image fluo et le centrage de la lentille. À j7, on réalisera une réfraction et topographie en cours d'après-midi puis de nouveau à j30. Les différentes images obtenues en topographie ont été commentées : « *bull's eye* » (figure 1) bonne réponse, « *Smiley face* » (figure 2), « *Central Island* » (figure 3). Grâce aux logiciels spécifiques à chaque laboratoire, on pourra apporter les retouches à ces lentilles, en fonction de l'image topographique différentielle obtenue. Les lentilles doivent être renouvelées au maximum tous les ans et nécessitent un entretien très soigneux et l'on rappelle l'importance de l'usage quotidien de hyaluronate de sodium.

Adrien Sarfati a présenté une revue de la littérature sur la freination de la myopie par l'OK. En dehors des études asiatiques, il existe une étude espagnole sur 7 ans et l'étude d'Agnès Lavaud sur 23 patients caucasiens appariés. Cette dernière étude, rétrospective, a été faite sur la base patient du Dr A. Sarfati. Cette première étude française montre un taux de progression de l'équivalent sphérique (TPES) de 0,13 D/an pour les patients équipés en OK contre -0,31 D/an pour les contrôles sur un recul de 2 ans. Cette différence est statistiquement significative.

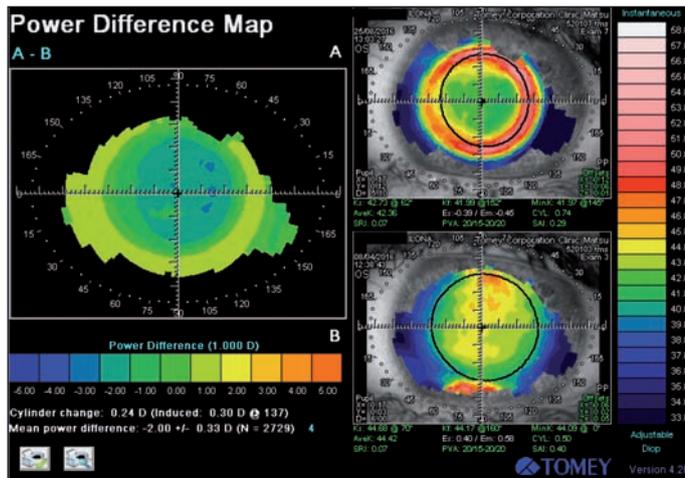


Figure 1.
« Bull's eye », bonne adaptation centrée.
Remerciements au Dr J.P. Colliot.

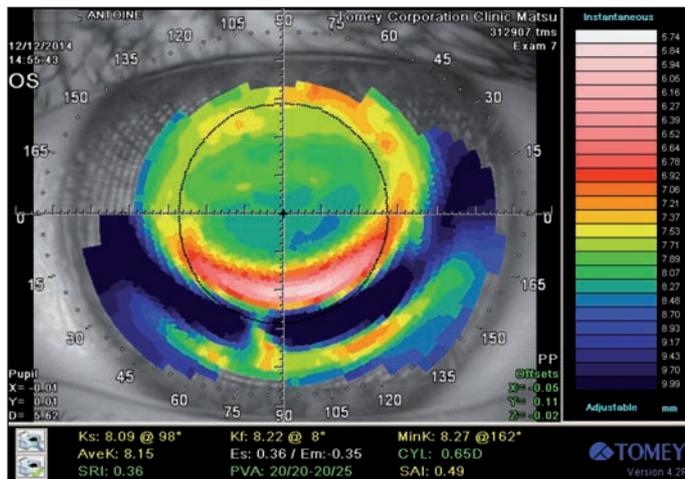


Figure 2.
« Smiley face », adaptation un peu plate décentrée.
Remerciements au Dr J.P. Colliot.

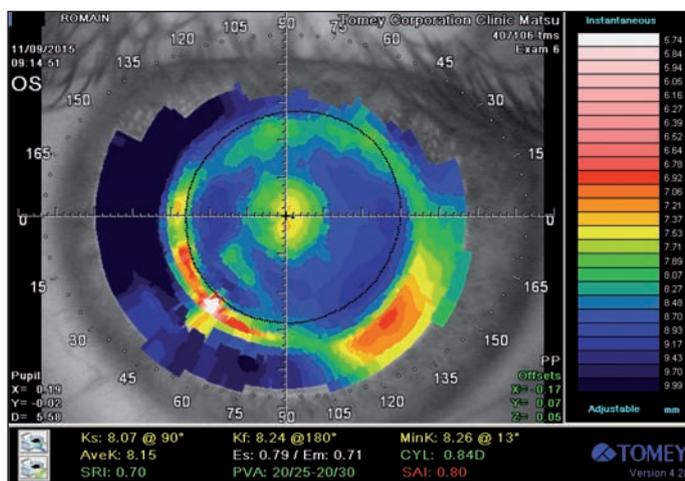


Figure 3.
« Central island », adaptation trop serrée.
Remerciements au Dr J.P. Colliot.

Hélène Bertrand a souligné l'importance de la relation triangulaire dans ces adaptations chez des enfants (deux parents associés). La patience et la pédagogie seront essentiels mais aussi le contrôle strict de l'hygiène et de la manipulation.

Il est également important que l'enfant soit un bon dormeur. Le contrôle réalisé tous les 6 mois doit vérifier, par l'interrogatoire, les éventuels changements chez un enfant qui devient adolescent.

Il ne s'agit ici que d'un très bref aperçu des communications passionnantes dans une salle comble et nous vous invitons à retrouver tous les détails des orateurs dans le rapport.

Le soir, sur la même thématique Krys présentait le symposium « myopie et enfant » qui a soulevé des débats agités. Le Dr Bremond Gignac a évoqué la possibilité de traiter les enfants myopes par un collyre d'atropine à 0,1% (1 goutte le soir) qui serait alors fabriqué par les pharmacies hospitalières en l'absence d'AMM en France à ce jour. À Singapour la Myopine® (atropine 0,1%) est utilisée à titre préventif chez de potentiels myopes en devenir. La Myopine® en Asie a un agrément et serait utilisée dès que la réfraction sous cycloplégie est à +0,5D. Il s'agit bien entendu de données sur la population asiatique (résultat présenté par Florence Malet). Le Dr Sarfati a lui vivement défendu la pratique de l'OK qui a 12 ans de recul dans notre pays et qui a prouvé son efficacité et son risque faible, identique aux porteurs de LRGP diurnes.

Alain Abenham a présenté la chirurgie de la myopie chez l'enfant et a expliqué que ce n'était pas une bonne indication et il y a d'ailleurs peu d'études et de petites cohortes sur ce sujet.

Nous l'aurons compris la myopie et sa freination sont un enjeu majeur des années à venir et continueront à soulever des débats, des controverses mais aussi des progrès.