

## Cas n° 19.

# Le port anormalement penché d'une monture peut masquer une hétérophorie importante !

Pierre Coulombel<sup>1</sup>, Jean-Pierre Meillon<sup>2</sup>

**M**onsieur G., né en 1963, est fort myope, astigmat, anisométr, équipé de verres unifocaux. Statisticien, travaillant de nombreuses heures sur écran, il souffre de douleurs oculaires et de céphalées et se plaint d'éblouissement. À chaque renouvellement de correction, il rencontre des difficultés d'adaptation en vision binoculaire et doit faire ajuster sa monture penchée du côté gauche. Un bilan orthoptique, demandé par son ophtalmologiste, met en évidence une hypophorie de l'œil gauche jugée responsable des plaintes décrites par le patient. Après 15 séances de rééducation, la gêne persiste. Devenu presbyte, la question d'un équipement en verres progressifs est posée...

Incliner ou pencher les lunettes d'un côté pour assurer un meilleur confort en vision binoculaire doit faire suspecter et rechercher une hétérophorie – dans ce cas précis verticale –, en particulier lorsque le patient porte une forte correction...

### Le cas de Monsieur G.

#### Dernier équipement optique porté

Il s'agit de verres unifocaux prescrits en 2005, à l'âge de 42 ans :

OD : (10° - 1,50) - 5,75 → 9 à 10/10 faibles ; P2 à 0,33 m,  
OG : (90° - 1,50) - 9,25 → 8 à 9/10 faibles ; P2 à 0,33 m.

La monture est inclinée du côté de l'œil gauche. Les centres optiques sont décentrés verticalement : le verre droit est aligné sur la pupille droite, le verre gauche est abaissé de 3 à 4 mm par rapport à la pupille gauche. Dans le cas de cette forte amétropie, l'effet prismatique induit par le décentrement vertical est de l'ordre de 3,5 Δ base en haut sur l'œil gauche.

1. Ophtalmologiste, Les Lilas –  
pcoulombel@club-internet.fr

2. Opticien consultant, Vision Contact, Paris –  
meillon.jp@wanadoo.fr

#### Contrôle de la réfraction en 2010 à l'âge de 47 ans

Le patient consulte en 2010 car il ne peut plus lire les petits caractères.

La réfraction est inchangée en vision de loin et la lecture du P2 est obtenue pour l'OD et pour l'OG avec une addition de 1,50 D. Un essai de tolérance de la correction de loin, effectué sur une monture d'essai parfaitement horizontale, révèle une diplopie verticale que le patient n'arrive pas à annuler.

- *De loin*, l'étude de la vision binoculaire met en évidence une hypophorie importante de l'œil gauche : la croix de Schober est en dehors du cercle, et le Worth indique cinq éléments dont les deux groupes sont très décalés verticalement. Avec un filtre rouge sur l'OD et un point lumineux commun aux deux yeux, il faut un prisme de 8 Δ pour rétablir la fusion. La mesure des phories dissociées – à l'aide d'un Maddox rouge et d'un point lumineux – confirme une hauteur de l'ordre de 12 Δ.

- *En vision de près*, la hauteur est atténuée avec l'abaissement des lignes du regard ; la fusion est obtenue avec un prisme de 4 Δ base en haut sur l'OG.

Il n'y a pas d'insuffisance de convergence.

## Conduite pratique

### Un essai de prismaticion est réalisé

La correction de loin étant inchangée, un prisme souple (Press-On) de 3  $\Delta$  base en haut est posé sur le verre gauche des anciennes lunettes unifocales du patient. Pour que l'essai soit effectué dans les meilleures conditions, nous faisons redresser la monture afin qu'elle soit parfaitement horizontale. Le port du prisme se révèle efficace dans le temps : la diplopie n'est plus perçue ni de loin ni de près, et les signes fonctionnels ont disparu.

### Passage aux verres progressifs

Après deux mois de port de la prismaticion par Press-On, sans réapparition de la diplopie et sans nouvelle plainte en vision binoculaire, nous envisageons le passage aux verres progressifs.

Pour obtenir rigoureusement la prismaticion verticale essayée avec les verres unifocaux du patient en VL, nous exigeons des verres progressifs spéciaux « non allégés » (*Les Cahiers d'Ophthalmologie*, n°72, septembre 2003) avec la correction suivante :

OD : (10° - 1,50) - 5,75 ; add 1,50,

OG : (90° - 1,50) - 9,25 & 3  $\Delta$  base en haut ; add 1,50.

### Mais s'agissant d'un anisométrope astigmaté...

Il faut évaluer l'anisophorie induite en VP (dans le méridien vertical), le patient étant obligé d'abaisser ses lignes du regard pour trouver la plage de VP excentrée vers le bas. Cette anisophorie est liée aux disparités de puissance entre le verre droit et le verre gauche. C'est le verre le plus puissant qui génère l'effet prismaticion le plus fort. Pour ce myope, l'effet prismaticion est base en bas lorsque le regard est dirigé vers le bas.

Dans les cas d'anisocorrections avec astigmatisme, il faut évaluer les disparités de puissances dans le méridien vertical (axes à 90° ou proches de 90°) (*tableau I*). Pour des cas d'astigmatismes obliques, il existe des formules trigonométriques permettant d'évaluer avec précision l'anisophorie induite en VP...

*Tableau I. Correction du patient dans le méridien vertical.*

OD : axe à 100°		OG : axe à 90°	
VL	OD (100° +1,50) - 7,25	VL	OG (90° -1,50) - 9,25
VP	OD (100° +1,50) - 5,75	VP	OG (90° -1,50) - 7,75
Disparités de puissances VL & VP $\rightarrow$ 2,00 D			

Pour l'équipement, nous avons choisi volontairement un verre progressif avec un couloir de progres-

sion court (zone de VP stabilisée à 10 mm vers le bas, soit 1 cm). L'évaluation de l'anisophorie induite par les disparités de puissance en VP est obtenue en utilisant la règle de Prentice : 2,00 D x 1 cm = 2  $\Delta$ . Les deux verres étant divergents (puissance OG > puissance OD), l'anisophorie induite est de 2  $\Delta$  base en bas/OG (*tableau II*).

*Tableau II. Effet  $\Delta$  induit en VP.*

OD	OG
5,75 D x 1 cm = 5,75 $\Delta$ base en bas	7,75 D x 1 cm = 7,75 $\Delta$ base en bas
Disparités $\Delta$ OD/OG = 2,00 $\Delta$ $\rightarrow$ 2 $\Delta$ base en bas/OG	

En VP, l'effet prismaticion résultant sera égal à la prismaticion demandée en VL/OG (3  $\Delta$  base en haut) associée à la prismaticion induite par l'anisocorrection en VP (2  $\Delta$  base en bas/OG), soit : 1  $\Delta$  base en haut/OG.

L'hétérophorie du patient étant moins importante – ligne du regard abaissée –, l'équipement ne devrait pas poser de problème en vision de près.

### Un résultat très satisfaisant

Finalement, Monsieur G. a été équipé et les résultats se sont révélés très satisfaisants à toutes les distances. Après une quinzaine de jours d'adaptation, un excellent confort binoculaire a été retrouvé devant écran, et le travail sur ses listings de statistiques est redevenu possible sans fatigue.

Le patient a cependant été prévenu que la situation est susceptible de changer dans le temps et pourra nécessiter une modification de la prismaticion, vraisemblablement revue à la hausse.

## Conclusion

Le cas de Monsieur G. est intéressant car il montre qu'une hétérophorie, en l'occurrence une hauteur, ne rend pas impossible l'équipement en verres progressifs, à condition d'être dépistée de façon précise avant la réalisation des lunettes.

Étant donné le coût des verres progressifs de dernière génération, un équipement non toléré est particulièrement mal vécu par le patient. Dans ce type d'exécution, une deuxième tentative peut se révéler nécessaire, d'où l'importance de la garantie fabricant et d'une bonne coopération ophtalmologiste, orthoptiste, opticien !