



Apport de la contactologie en chirurgie réfractive en libéral

Cyrille Temstet

Pour le chirurgien réfractif, la contactologie est une alternative à la chirurgie : elle représente donc un manque de recrutement et peut être perçue à tort comme une spécialité concurrente. Pour le contactologue, la chirurgie réfractive peut avoir mauvaise presse car elle n'est pas indispensable mais elle reste néanmoins risquée, comme toute chirurgie. La contactologie est donc un moyen non chirurgical ; de plus, le large choix de lentilles composées de bons matériaux actuellement sur le marché permet d'adapter tous les types d'amétropie. Le contactologue peut aussi être confronté aux ratés de la chirurgie et il est alors appelé à la rescousse dans des conditions d'adaptation qui peuvent être difficiles (cornées très remaniées par la chirurgie).

Peu importe le moyen de corriger l'amétropie du patient, chaque technique possède ses avantages et ses inconvénients et la chirurgie, comme la contactologie, a bénéficié des avancées technologiques et représente un moyen fiable, sécuritaire et définitif qui séduit une grande partie des patients avec un taux élevé de satisfaction [1,2]. C'est la raison pour laquelle, en tant que chirurgien réfractif et contactologue, j'aborderai sous un angle original l'apport de la contactologie en chirurgie réfractive qui peut être très utile dans des situations avant et après la chirurgie.

Recrutement

Pour le chirurgien réfractif, une bonne adaptation en lentilles préalable à une chirurgie est un moyen certain de fidéliser sa patientèle et de mettre en confiance un futur candidat. En effet, si l'on s'intéresse aux chiffres, le marché des porteurs de lentilles représente 2,6 millions de personnes, et 400 000 nouveaux porteurs par an.

Une étude épidémiologique a montré que 71% des candidats à une chirurgie réfractive étaient porteurs de lentilles de contact [1]. De plus, les bénéficiaires du port de lentilles permettent de se rendre compte de l'intérêt de passer à une chirurgie réfractive, qui induit une amélioration du champ visuel et la liberté de mouvements. Le facteur principal d'arrêt du port de lentilles n'est pas

le manque de confort ou l'insatisfaction visuelle, mais la lassitude quant aux contraintes de manipulation et d'entretien.

Sur les candidats à la chirurgie réfractive, 41% portent des lentilles depuis plus de 10 ans et 26% depuis une période comprise entre 6 et 10 ans [1].

Par ailleurs, les équipements en orthokératologie de plus en plus fréquents pour les enfants ayant une myopie évolutive permettent d'attendre sereinement l'heure de la chirurgie, d'éviter de se retrouver avec des myopies trop importantes à corriger, et de rester dans les indications du laser.

Bilan préopératoire

Pour l'hypermétrope sous-correcté, il faut, afin d'éviter une pseudo-régression rapide, essayer de le saturer. L'adaptation en lentilles de contact est une bonne solution.

Pour le presbyte, l'adaptation peut se faire dans le sens d'une bascule et il faudra vérifier la bonne tolérance de l'anisométrie. Une telle adaptation permet aussi de confirmer la dominance oculaire et de mieux la tester.

L'utilisation de lentilles multifocales permet d'évaluer les capacités d'adaptation à une multifocalité induite, cornéenne ou pseudophaque, et ainsi de s'assurer de la bonne tolérance d'un presbylasik ou d'un implant multifocal. Les designs optiques, aussi bien en ablation cornéenne qu'en lentilles multifocales peuvent être très similaires (figures 1-3).

Centre hospitalier national d'ophtalmologie des Quinze-Vingts, Paris

Contactologie

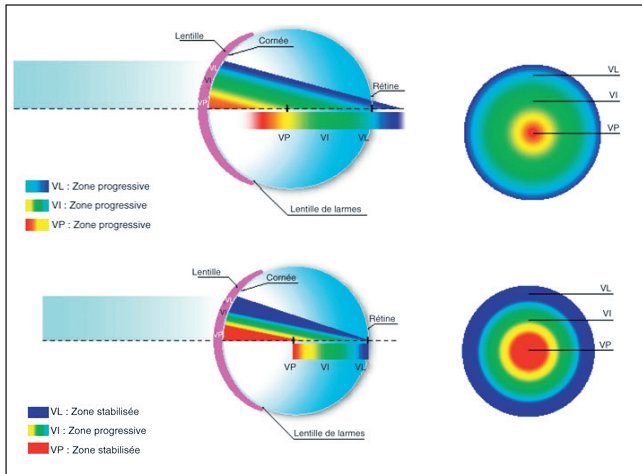


Figure 1. Design d'une lentille multifocale à vision de près centrale ; images Dr Peyre, rapport SFO Presbytie 2012.

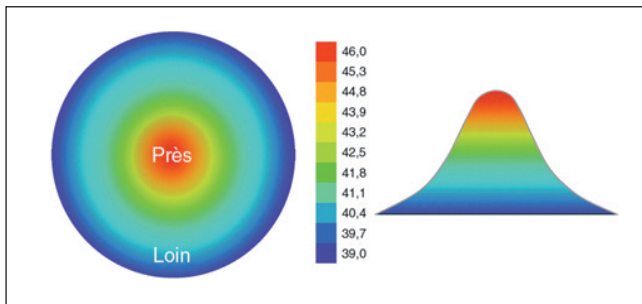


Figure 2. Design d'un presbylasik centré, profil asphérique ; rapport SFO Presbytie 2012.

Adaptations postopératoires

La possibilité d'adapter en lentilles en postopératoire est une question que les candidats à une chirurgie réfractive posent fréquemment ; cela permet, d'une part, de se rassurer sur l'éventualité d'un échec de la chirurgie, et d'autre part, de voir le long terme et la correction ultérieure d'une presbytie.

L'adaptation postopératoire n'est pas forcément le signe d'un échec. Elle peut être réalisée pour corriger une bascule volontaire et ainsi réduire une diminution de la stéréoscopie dans certaines situations (pratique sportive comme le golf ou le tennis par exemple, où l'anisométrie est délétère).

Après une régression, plutôt que de faire une retouche chirurgicale, on peut opter pour une adaptation.

Une adaptation en postopératoire n'est pas forcément chose aisée sur une cornée remodelée, mais elle peut toujours être envisagée [3].

L'adaptation en postopératoire est rarement liée à un échec de la chirurgie réfractive : décentrement, ectasie,

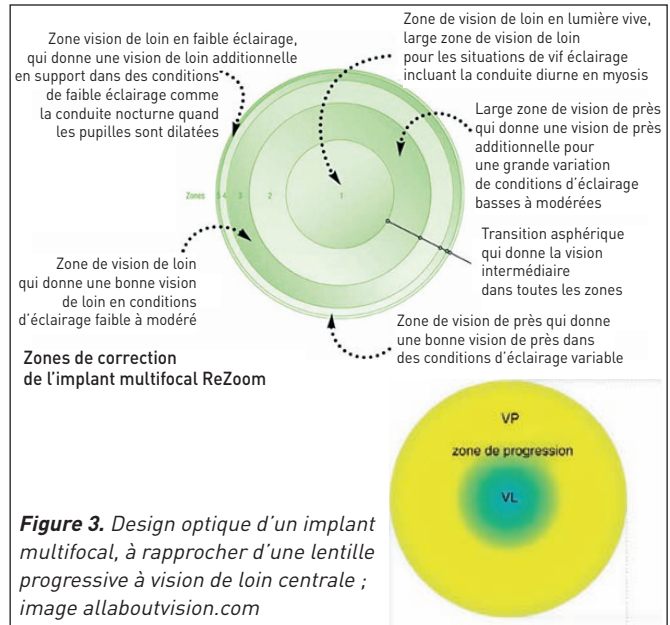


Figure 3. Design optique d'un implant multifocal, à rapprocher d'une lentille progressive à vision de loin centrale ; image allaboutvision.com

sécheresse. Ces situations, qui restent exceptionnelles, peuvent être compliquées en raison de la géométrie cornéenne remaniée, qui rend l'adaptation difficile, et de l'aspect psychologique d'un patient déçu.

Un décentrement ou une ectasie nécessitent une adaptation en lentilles rigides, hybrides ou sclérales.

Une sécheresse majeure n'ayant pas répondu aux thérapeutiques habituelles peut être améliorée par le port de lentilles sclérales [4,5].

Conclusion

La chirurgie réfractive et la contactologie sont deux sous-spécialités complémentaires et synergiques. Une meilleure connaissance en contactologie pourrait aider les chirurgiens réfractifs à la fois dans leur recrutement, mais aussi dans la prédictibilité de la satisfaction du patient et la gestion des complications.

Références bibliographiques

- [1] Gatinel D. Chirurgie réfractive et contactologie, quel parcours patient ? Réalités Ophtalmologiques. 2017;n°242.
- [2] Miller AE, McCulley JP, Bowman RW *et al.* Patient satisfaction after LASIK for myopia. CLAO J. 2001;27(2):84-8.
- [3] Bufidis T, Konstas AG, Pallikaris IG *et al.* Contact lens fitting difficulties following refractive surgery for high myopia. CLAO J. 2000; 26(2):106-10.
- [4] Garcia-Zalznak D, Nash D, Yeu E. Ocular surface diseases and corneal refractive surgery. Curr Opin Ophthalmol. 2014;25(4):264-9.
- [5] Piñero DP, Pérez-Cambrodí RJ, Ruiz-Fortes P, Blanes-Mompó FJ. New-generation hybrid contact lens for the management of extreme irregularity in a thin cornea after unsuccessful excimer laser refractive surgery. Eye Contact Lens. 2014;40(3):e16-20.