

Contactologie

Cas clinique

Illustration d'une adaptation en lentilles sclérales

Florence Malet



Ce cas clinique montre une adaptation en lentille sclérale chez un patient dont l'œil droit a été opéré d'une kératoplastie perforante et dont l'œil gauche présente un kératocône stade 4 pour lequel une lentille rigide puis un piggy-back n'ont pas donné satisfaction pour des raisons d'inconfort.

Monsieur C.P., 27 ans, a un kératocône bilatéral connu depuis l'âge de 16 ans. L'œil droit a été opéré d'une kératoplastie perforante il y a six ans, puis en 2011 d'une sclérectomie en raison d'un glaucome cortisonique. Une phakoexérèse avec implantation en chambre postérieure a été réalisée il y a quelques mois en raison d'une cataracte importante. L'œil gauche a un kératocône stade 4 avec quelques opacités profondes paracentrales (figure 1).

Il a porté une lentille rigide à gauche de façon très épisodique depuis six ans en raison d'un inconfort important limitant le port à deux heures par jour.

Un essai en *piggy-back* réalisé il y a un an n'a pas amélioré ni son confort ni son temps de port.

Une adaptation en lentille sclérale est proposée.

L'adaptation en lentille sclérale

L'évaluation de la flèche sagittale au sommet cornéen est mesurée avec l'OCT de segment antérieur permettant le calcul de la flèche de la première lentille d'essai choisie à partir de la boîte d'essai (figure 2).

L'insertion de la lentille remplie de sérum physiologique et de fluorescéine est réalisée. L'observation au biomicroscope (figure 3) vérifie l'absence de bulles d'air, l'aspect global de la fluorescéine sous la lentille, l'épaisseur du réservoir de larmes entre cornée et lentille et les deux zones périphériques : zone limbique et zone d'appui scléral (pas de fluo à ce niveau). L'épaisseur centrale « idéale » du réservoir de larmes se situe entre 200 et 350 microns et est évalué en fente fine. Le dégagement de la zone limbique peut éventuellement être modifié (augmenté ou diminué). La zone d'appui scléral est importante à vérifier (pas d'appui excessif ou d'*edge-lift* important) ; elle pourra également être modifiée si besoin. L'alignement de cette zone d'appui scléral est

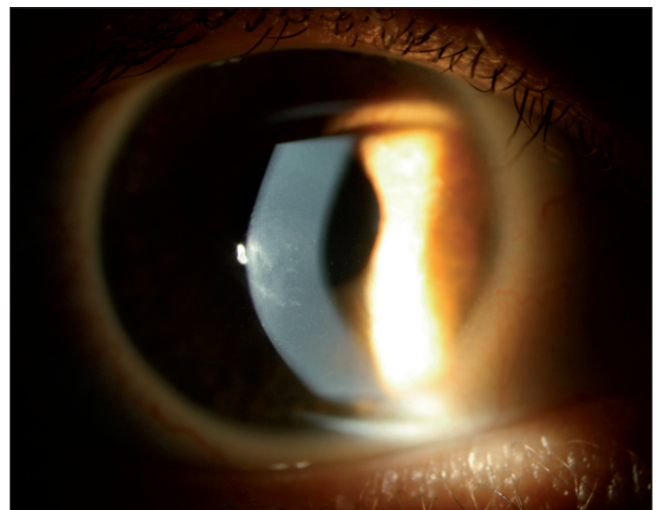


Figure 1. OG kératocône stade 4.

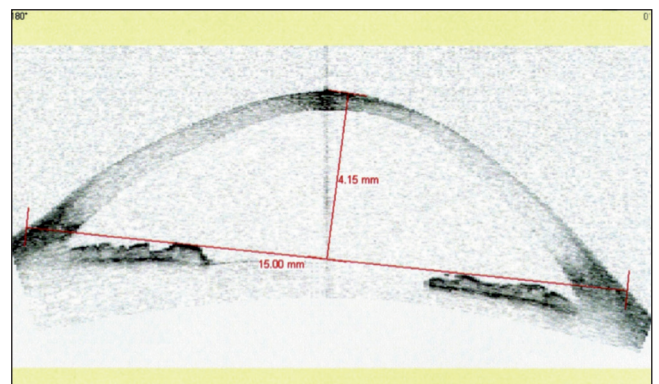


Figure 2. Calcul de la flèche sagittale en OCT de segment antérieur (Visante™ OCT).

bien visualisable en OCT de segment antérieur : le bord périphérique de la lentille sclérale est posé sur la sclère, parallèle à celle-ci. Du fait de l'absence de mobilité de la lentille au clignement, le confort immédiat est très bon.

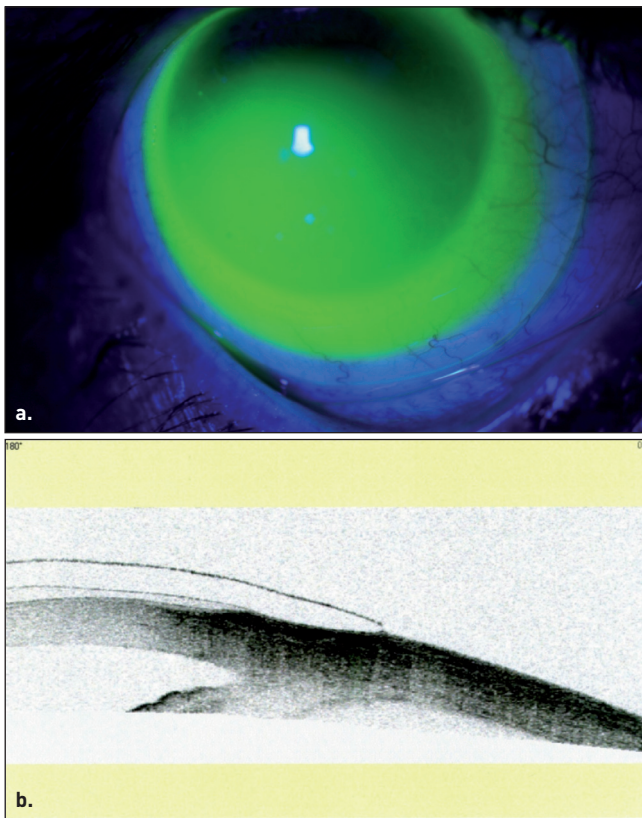


Figure 3. Lentille sclérale ICD™ 16,5 (Paragon Vision Science 100, LCS) Sag 460, diamètre 16,5 mm. a. L'observation au biomicroscope permet de constater que l'adaptation est satisfaisante. b. L'alignement de la zone d'appui scléral est bien visualisable en OCT de segment antérieur.

La réfraction complémentaire pour le choix de la puissance peut alors être effectuée. Le contrôle de la lentille définitive sera fait après plusieurs heures de port.

Les bénéfices des lentilles sclérales

Les lentilles sclérales ont été optimisées grâce aux nouvelles imageries de segment antérieur évaluant les zones limbiques et sclérales antérieures (voir les travaux de Eef Van Der Worp et de Patrick Caroline). Elles permettent une simplification de l'adaptation qui devient réalisable à partir d'une boîte d'essai. L'utilisation d'un OCT n'est pas indispensable à leur adaptation, le guide d'adaptation du fabricant orientant vers la première lentille d'essai. Les avantages de ce type de « lentilles sclérales de série » permettent aujourd'hui de les utiliser facilement sans avoir recours à du « sur mesure ».