



Les particularités de l'adaptation du myope en lentilles.

1. Examen clinique

Sylvie Berthemy

Les particularités anatomiques des yeux forts myopes impliquent un examen minutieux avant l'adaptation et pendant le suivi du patient. Une partie de cet examen sera centré sur les différents paramètres pouvant influencer l'adaptation elle-même ; l'autre partie recherchera les complications potentielles liées à la myopie forte. En effet, il ne faut pas oublier que ces yeux sont pathologiques et qu'au-delà d'améliorer la qualité de vision, l'adaptation en lentilles de contact permet de suivre et de dépister ces complications.

L'interrogatoire

Rappelons que le patient myope est attaché plus que tout autre à ses lentilles de contact. L'esthétique et l'amélioration visuelle deviennent indissociables. Sans correction, il ne voit rien au loin, ce qui pénalise plus que toute autre amétropie. Les myopes sont des porteurs précoces, rarement occasionnels et a priori de longue durée.

Les traitements locaux ou généraux en cours, assez fréquents chez le myope, sont particulièrement intéressants à connaître. Les conservateurs des collyres sont absorbés par les lentilles souples, ce qui augmente leur temps de contact avec les tissus et génère des effets indésirables, voire délétères. Le benzalkonium (BAK), par exemple, a une forte rémanence locale et peut être retrouvé entre 48 heures et 9 jours après instillation d'une seule goutte de collyre en raison d'une demi-vie particulièrement longue. De même, l'utilisation de collyres au long cours peut affecter l'épithélium conjonctival et cornéen [1].

L'ophtalmométrie

En cas de myopie avec astigmatisme ou d'acuité visuelle inférieure à 1 D avec correction, il est indispensable de rechercher un non-alignement des mires à la recherche d'un kératocône débutant. La topographie n'est pas encore systématique mais doit être effectuée au moindre doute. Elle sera vérifiée si l'adaptation paraît moins bonne avec le temps.

Grenoble

La réfraction

La dilatation sous tropicamide et néosynéphrine instillés deux fois devrait avoir de larges indications en matière de réfraction du myope et ce d'autant qu'elle permet ici de vérifier l'état rétinien.

L'acuité visuelle

L'acuité visuelle (AV) est le reflet de la valeur fonctionnelle maculaire du myope sans préjuger de l'état des structures qui permettent une bonne réception de l'image :

- elle alerte sur une pathologie cristallinienne, chorio-rétinienne ou des voies optiques,
- elle rend plus légitime le choix d'un équipement en lentilles de contact,
- elle permet des recommandations tant d'un point de vue surveillance que de sécurité dans la vie quotidienne.

Elle varie avec le degré de myopie et la longueur axiale. Les petits astigmatismes feront l'objet d'une recherche d'équivalent sphérique afin de déterminer si une correction par lentille sphérique suffit, sans risque de fatigue au long cours, source de symptômes divers dont la sensation de sécheresse avec, à l'extrême, l'abandon des lentilles.

L'amélioration de l'AV par les lentilles en pratique clinique quotidienne est manifeste à tous les degrés de myopie. Toute AV n'atteignant pas 10/10 hors d'un contexte réfractif spécifique (forte myopie, déformations cornéennes, etc.) devra faire l'objet d'un diagnostic précis et d'un examen complet comme il se doit avec tout autre patient. La baisse de l'AV ne doit pas toujours être mise

Dossier

sur le compte d'une évolution myopique. La biomicroscopie du segment antérieur et du segment postérieur fait partie du bilan de routine chez le myope, d'autant que l'on dispose actuellement de moyens non invasifs précis. Dans les cas de forte myopie, toute diminution de l'acuité visuelle sera hautement suspecte car il s'agit non plus d'une amétropie simple mais d'une maladie aux complications sérieuses.

Faut-il sous-corriger systématiquement les myopes ? Cette notion de correction est à moduler impérativement avec la vision binoculaire. Il n'y a aucune raison de sous-corriger un myope dont la demande est de bien voir au loin et qui n'est pas gêné de près sans correction, d'autant qu'on a pu lui vanter la supériorité des lentilles en matière de qualité visuelle. Par contre, le piège le plus fréquent chez l'enfant, le jeune adulte ou chez les personnes à travail soutenu de près (type écran ou travail de précision) est bien la sur-correction qu'il faut débusquer à tout prix, y compris par cycloplégie, utile de toute façon à la surveillance du fond d'œil.

Une fois la correction déterminée en fonction des abaques de distance verre-œil, la lentille d'essai sera la plus faible possible.

L'examen des paupières

Le degré d'ouverture de la fente palpébrale a un intérêt pour le choix des lentilles, particulièrement chez le fort myope qui paraît « exophtalme ». En fait, il ne s'agit que d'une impression liée à une augmentation des diamètres transversaux avec distension des paupières. La plupart du temps, un discret ptosis, accentué par le port de lentilles rigides, par une correction unilatérale ou par l'ancienneté du port, se voit fréquemment chez le myope. Rappelons que la position des paupières influence significativement les aberrations des fronts d'onde [3].

L'examen de la motilité oculaire

Il revêt ici toute son importance (voir ci-dessus). Le rapport AC/A, qui correspond à la quantité de convergence accommodative induite par dioptrie d'accommodation, est souvent perturbé. On note très fréquemment une insuffisance de convergence chez le myope. L'adaptation de lentilles peut momentanément diminuer le confort dans la vision rapprochée : quelques exercices de convergence à la demande peuvent être recommandés.

Le passage des lunettes aux lentilles peut décompenser des troubles oculomoteurs latents. Il faut penser à contrôler les phories lors de plaintes mal étiquetées, de type inconfort, fatigue visuelle, céphalées, œil rouge, que l'on attribue à tort à la lentille. Une rééducation peut être

envisagée après l'équipement. Le contrôle de la vision binoculaire, mesure des phories au loin comme de près, se fera après équipement et chaque année, lors du renouvellement de la prescription.

Chez le myope fort, les troubles oculomoteurs en majorité de type ésootropies apparaissent au-delà de 28 mm de longueur axiale. Ils existent préalablement au port de lentilles et le patient s'y est habitué. Les lentilles ne les rendent que plus visibles parce qu'ils ne sont plus cachés par les verres puissants et déformants.

L'examen biomicroscopique à la lampe à fente

Le diamètre cornéen doit être mesuré. Toute anomalie de la cornée est consignée dans le dossier : taies, néphéliions, cicatrices d'atteintes virales, traumatiques ou de complications d'un port antérieur de lentilles de contact, d'anomalies endothéliales rares mais possibles.

Une pachymétrie peut s'avérer nécessaire. Elle doit être effectuée avant la prise de la pression. Elle présente une double utilité, pour l'équipement et pour le dépistage du glaucome. Chez l'adulte, Touzeau *et al.* [4] ont montré que l'épaisseur cornéenne centrale était inférieure chez les myopes forts par rapport au reste de la population. Les mesures ont été faites à l'Orbscan®.

L'endothélium ne doit pas être négligé et peut conduire à effectuer une microscopie spéculaire. L'existence d'un faisceau de Krückenberg, d'un embryotoxon ou d'une pseudo-exfoliation chez le myope fait suspecter un glaucome potentiel.

L'examen de la cornée avec fluorescéine est capital : avant équipement, il détecte les zones de fragilité ou de sécheresse ; lors du renouvellement, il témoigne de la santé de l'épithélium. Pour Debbasch *et al.* [2], le BUT est diminué de façon significative chez les porteurs de lentilles de contact par rapport à une population témoin, mais moins affecté qu'en cas de traitement par un anti-glaucomeux.

L'examen de la conjonctive, sa vascularisation, ses réactions aux collyres ou à la lumière, les dépôts sous-conjonctivaux font partie de l'examen standard. On y sera plus attentif chez un myope traité par antiglaucomeux ou après chirurgie de glaucome ou de décollement de rétine. Le limbe est une région particulièrement exposée aux modifications vasculaires.

La tonométrie

Elle doit être mesurée au tonomètre à aplanation, contrôlée sans lentille, à plusieurs reprises et à des heures différentes. Aux alentours de 19 mmHg, cette valeur est

pathogène sur des yeux dépassant 28 mm de longueur axiale. Il ne faut jamais se contenter de prises au tonomètre « non contact », sauf chez l'enfant où elle sert véritablement de dépistage et doit faire partie intégrante du bilan préadaptation. La mesure relevée en présence d'une lentille souple ne peut être considérée que comme un simple élément de surveillance chez les porteurs que l'on sait sans risque dont la papille sera systématiquement observée en dépistage par biomicroscopie inversée.

Bien qu'une pression forte ne soit pas synonyme de glaucome, le nerf optique est plus vulnérable chez le myope fort. Comme celui-ci est souvent équipé de lentilles de contact du fait du gain visuel, la vigilance sur ce point doit être sans faille d'autant qu'elle est rythmée par les visites de surveillance et de renouvellement de la prescription.

La gonioscopie

Elle est essentielle chez les forts myopes qui présentent une large ouverture de l'angle iridocornéen. Son interprétation est délicate chez le myope. Ses modifications sont indiscutables, polymorphes et inconstantes. La gonioscopie permet de découvrir des anomalies angulaires qui rendent plus strict le suivi de patients à risques.

La biomicroscopie du fond d'œil

Quel que soit l'âge, même chez le tout jeune enfant, il est impératif de faire un dépistage de l'état rétinien en biomicroscopie sans contact avant toute adaptation (*figure 1*). À la moindre notion de risque, une biomicroscopie au verre de Goldman après dilatation pupillaire montrera l'état de la périphérie, du pôle postérieur et de la papille dont l'analyse est difficile chez le fort myope. L'avantage de la dilatation est d'examiner le fond d'œil plus confortablement pour le patient (plus rapide) comme pour le médecin (moins de risque d'erreur).

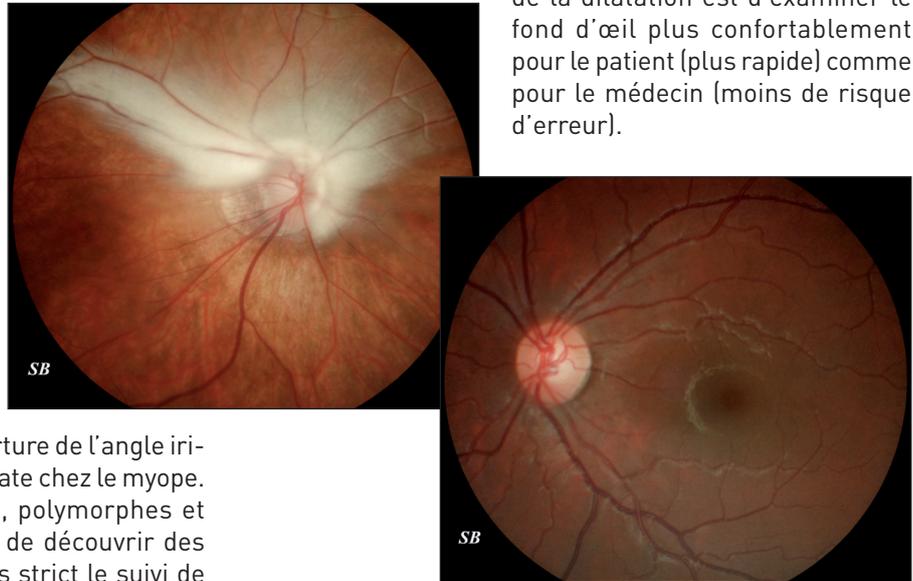


Figure 1. Fibres à myéline chez une enfant équipée en LRP. OD : -11,00 (-1,75) à 90° ; OG : +4,00.

Bibliographie

1. Baudouin C, Brignole F, Becquet F *et al.* Flow cytometry in impression cytology specimens: a new method for evaluation of conjunctival inflammation. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 1997;38(7):1458-64.
2. Debbasch C, Pisella PJ, Rat P *et al.* Evaluation de la production radicalaire sur empreintes conjonctivales de patients traités au long cours par des traitements antiglaucomeux ou porteurs de lentilles de contact. *J Fr Ophtalmol.* 2000;23(3):239-44.
3. Han W, Kwan W, Wang J *et al.* Influence of eyelid position on wavefront aberrations. *Ophthalmic Physiol Opt.* 2007;27(1):66-75.
4. Touzeau O, Allouch C, Borderie V *et al.* Corrélation entre la réfraction et la biométrie oculaire. *J Fr Ophtalmol.* 2003;26(4):355-63.