



Contactologie postchirurgie réfractive

Cyrille Temstet

La chirurgie réfractive a un pourcentage de satisfaction très élevé (95%) [1]. Cependant, dans certains cas, la chirurgie apporte une insatisfaction due à la survenue de complications, ou d'effets secondaires.

Ces situations peuvent amener le chirurgien réfractif à adresser son patient à un contactologue, ou à l'adapter lui-même en lentilles. Il faut savoir que ces adaptations sont parfois difficiles car la nouvelle géométrie cornéenne induite par la chirurgie peut être extrême, dans un contexte de patient traumatisé [2].

Trois situations ressortent particulièrement dans la prise en charge contactologique après chirurgie réfractive : une première situation où l'adaptation permet une amélioration de la précision réfractive, une seconde pour pallier des aberrations optiques et des déformations cornéennes induites et une troisième pour le traitement d'un syndrome sec sévère [3].

Trois cas cliniques viendront illustrer ces trois situations.

Améliorer la précision réfractive

Dans certains cas, une sous-corrrection ou une sur-corrrection (volontaire ou non) peut apparaître en post-opératoire et le chirurgien peut être amené à effectuer une retouche (soulèvement du capot et retraitement). Pour plusieurs raisons, le choix d'une reprise chirurgicale peut ne pas être envisagé au profit d'une bonne tolérance de l'anisométrie (œil dominant emmétrope et œil dominé sous-corrigé) ou si le lot de complications lié à la retouche (risque infectieux, risque d'invasion épithéliale, risque de SOS (*sand of Sahara*)) est jugé trop important par le chirurgien ou par le patient.

Dans ce cas, une adaptation en lentilles souples est souvent la règle. L'orthokératologie peut aussi s'avérer être une bonne option.

Nous exposons ici le cas d'une patiente de 48 ans, myope de -3, équipée en lentilles souples et désireuse de chirurgie réfractive, dont la profession (professeur de gymnastique) et les hobbies (golf et tennis) ont posé l'indication d'une bascule simple avec une légère anisométrie pour garder une indépendance en lunettes en vision de près pendant quelques années tout en gardant

une bonne sensibilité au contraste et un bon équilibre binoculaire.

Au bout de 3 ans postopératoires cette patiente revient en consultation car elle aimerait améliorer son équilibre binoculaire dans la pratique de ses hobbies de manière occasionnelle. Elle est donc équipée en lentilles souples jetables journalières. La subtilité ici est de changer le rayon de courbure de ses anciennes lentilles (exemple R0 passe de 8,4 à 8,8) car il faut prendre en compte l'aplatissement cornéen suite à la chirurgie réfractive.

Prise en charge d'aberrations optiques et de déformations cornéennes induites

La complication redoutée qu'est l'ectasie postopératoire est une cause classique d'adaptation postchirurgie réfractive, mais d'autres complications (traitement décentré et autres aberrations) peuvent amener à équiper un patient en lentilles en postchirurgie réfractive. L'équipement se fait généralement avec des lentilles rigides, hybrides ou sclérales. Il ne faut pas oublier de réaliser un *cross linking* à ces patients, car l'ectasie est une urgence et l'évolution peut aller jusqu'à un amincissement cornéen très important nécessitant alors une greffe de cornée. L'équipement en lentilles rigides passe par des lentilles

CHNO des Quinze-Vingts, Paris

Contactologie

de grands diamètres. Les lentilles hybrides, avec une partie rigide de grand diamètre, ont l'avantage de permettre un bon confort notamment pour des adaptations unilatérales [4].

Nous présentons le cas d'un patient de 63 ans, ayant bénéficié d'un presbylasik il y a 6 ans et présentant une ectasie de l'œil gauche (figure 1). Après une adaptation réussie en lentilles hybrides, une acuité visuelle remontée à 7/10 a permis de satisfaire ce patient.

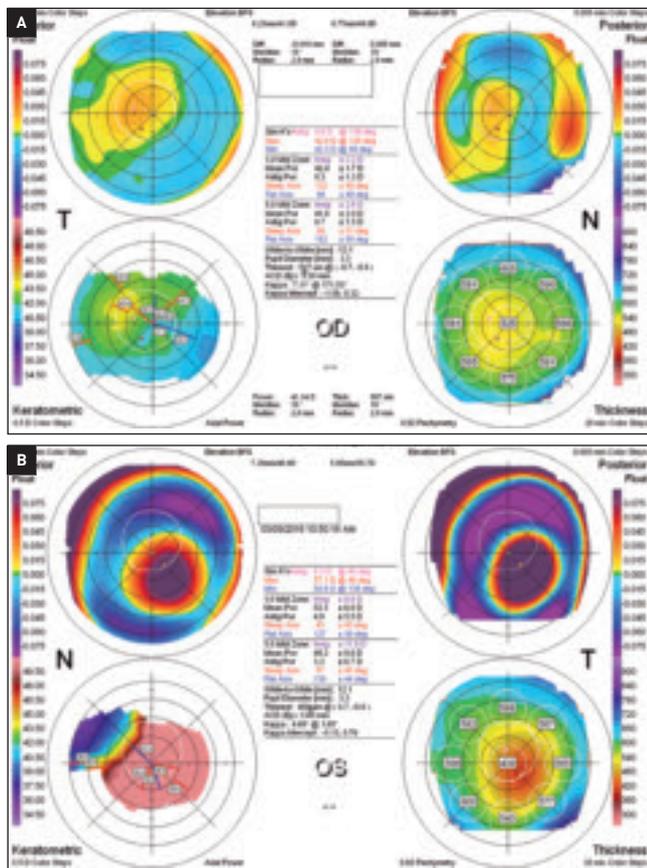


Figure 1. Topographie Orbiscan avec ectasie OG postchirurgie réfractive.

Prise en charge d'un syndrome sec sévère

La principale cause d'insatisfaction postchirurgie réfractive est la survenue d'un syndrome sec [5]. L'adaptation en lentilles sclérales peut être la bonne solution en apportant le gommage d'irrégularités cornéennes mais aussi un confort avec l'appui scléral et une amélioration de l'état de la surface cornéenne puisque la cornée est en contact avec le liquide de remplissage de la lentille

sclérale qui permet une humidification du film lacrymal.

Nous vous montrons le cas de cette patiente de 60 ans, ménopausée, aux antécédents de rosacée, opérée il y a 5 ans de presbylasik, qui présente un syndrome sec sévère avec une KPS (kératite ponctuée superficielle) et une kératite filamenteuse (figure 2). Après avoir essayé beaucoup de thérapeutiques (fluidifiants topiques, ciclosporine, etc.), seule la solution de la lentille sclérale, passant en pont par-dessus la cornée et vérifiée en OCT (figure 3), a permis l'amendement de la symptomatologie.

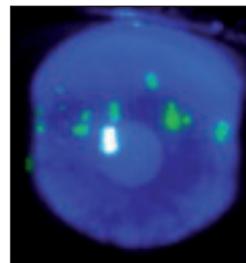
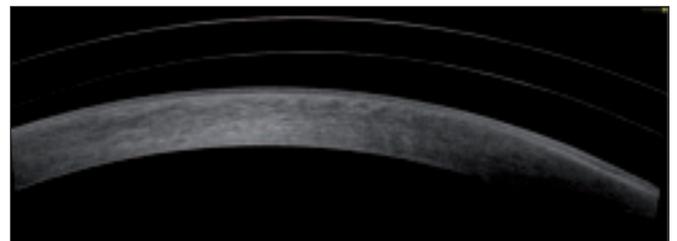


Figure 2. Kératite épithéliale filamenteuse.

Figure 3. OCT de segment antérieur : adaptation en lentille sclérale.



Conclusion

La contactologie en postchirurgie réfractive est une situation peu fréquente. Néanmoins l'adaptation en lentilles souples, rigides hybrides et sclérales, permet parfois d'apporter un confort et une grande qualité visuelle après une complication ou un effet secondaire.

Références bibliographiques

- Solomon KD, Fernández de Castro LE, Sandoval HP *et al.* LASIK world literature review: quality of life and patient satisfaction. *Ophthalmology*. 2009;116(4):691-701.
- 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.
- Zadnik K. Contact lens management of patients who have had unsuccessful refractive surgery. *Curr Opin Ophthalmol*. 1999;10(4):260-3.
- 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.
- Garcia-Zalznak D, Nash D, Yeu E. Ocular surface diseases and corneal refractive surgery. *Curr Opin Ophthalmol*. 2014;25(4):264-9.