

Que proposer à un myope presbyte déçu des lentilles ?

D. GATINEL

Service d'Ophthalmologie,
Fondation A. de Rothschild,
CEROC (Centre d'Expertise et de Recherche
en Optique Clinique),
PARIS.

Bien des idées reçues concernent la chirurgie réfractive du myope presbyte. Certaines sont formulées par des patients convaincus que la myopie protège de la presbytie. D'autres sont l'apanage de confrères ophtalmologues qui refusent de manière plus ou moins dogmatique les candidats myopes ayant atteint ou franchi la quarantaine, en raison de l'imminence ou d'un début de presbytie que la myopie aide à compenser.

Justification de la chirurgie réfractive du myope presbyte

De nombreux myopes consultent pour une chirurgie réfractive alors qu'ils approchent ou dépassent la quarantaine [1]. Ces patients se plaignent d'une moindre tolérance aux lentilles de contact, qu'ils portent parfois depuis plus de deux décennies. Les myopes devenus presbytes ressentent qu'ils ne peuvent plus se contenter de leurs lentilles pour satisfaire l'intégralité de leurs besoins visuels, et réalisent qu'il devient nécessaire de porter des lunettes pour voir net de près. Or, si la presbytie traduit la baisse de la fonction accommodative, elle ne s'accompagne pas d'une diminution du désir de s'affranchir des lunettes, bien au contraire...

Ainsi, le ressenti de certains myopes est contraire à l'idée que la myopie est un

avantage à l'âge de la presbytie. La diminution progressive de l'accommodation contraint le myope à faire un choix entre plusieurs solutions contraignantes :

- continuer le port de ses lentilles pour la correction de loin, et rajouter une correction pour la vision de près (verres de lunettes);

- renouer avec le port de lunettes de loin, qui peuvent être plus facilement retirées pour lire;

- essayer une solution de "monovision", c'est-à-dire réduire la puissance de la correction du côté de l'œil non dominant pour bénéficier d'une myopie légère et lire plus facilement, au prix toutefois d'un flou en vision de loin et d'une réduction de la perception du relief [2];

- essayer les lentilles multifocales (lentilles de presbytie), qui corrigent la myopie et la presbytie. La multifocalité est souvent moins bien tolérée par les myopes, qui ont du mal à s'habituer au léger flou de loin qu'elle impose (en particulier en vision de nuit), et qui considèrent leur vision de près comme inférieure à celle dont ils bénéficient à l'œil nu, sans aucune correction.

Ainsi, il apparaît que la correction chirurgicale de la vision de loin peut simplifier le schéma de correction du myope presbyte, quand ce dernier ne place pas le maintien d'une bonne acuité de près non corrigée comme choix prioritaire.

Les techniques chirurgicales

La correction de la myopie s'exerce soit par photoablation cornéenne (Lasik, PKR), soit par implantation intraoculaire phaque ou pseudophaque (remplacement du cristallin par un implant emmétropisant mono- ou multifocal). Introduite plus récemment, l'insertion d'un inlay dans le stroma cornéen représente une solution intéressante pour la correction conjointe de la myopie et de la presbytie chez certains myopes.

1. Les techniques photoablatives

cornéennes

● Le Lasik

Le remodelage du tissu stromal par le laser Excimer après découpe d'un volet superficiel est envisageable en l'absence de contre-indications à la réalisation de cette technique (syndrome sec sévère, kératocône infraclinique, etc.). Il peut être utilisé pour induire une emmétropisation ou corriger la myopie en totalité du côté de l'œil dominant, et en la sous-corrigeant volontairement du côté de l'œil dominé (monovision).

● La PKR

Le remodelage Excimer du stroma superficiel après pelage épithélial est une technique de choix pour les myopies faibles et moyennes, et pour certains yeux dont les caractéristiques les rendent peu ou pas compatibles avec la réalisation d'un Lasik (cornée fine, etc.).

2. Les implants intraoculaires

Les implants paques, qu'ils soient de chambre antérieure ou postérieure, sont particulièrement indiqués pour la correction des fortes myopies chez les patients presbytes. Le risque de cataracte iatrogène ou la nécessité de retirer l'implant après quelques années sont en effet moins problématiques chez un patient ayant franchi la quarantaine que chez des patients plus jeunes.

La chirurgie du "cristallin clair" peut être proposée aux patients atteints de myopie forte, et/ou ceux dont le cristallin présente certaines modifications anatomiques qui laissent envisager la possibilité d'une évolution prochaine vers la constitution d'une cataracte avérée.

3. Les inlays intracornéens

Les inlays cornéens connaissent un regain d'intérêt lié aux progrès accomplis dans le micro-usinage de ces

QUESTIONS FLASH

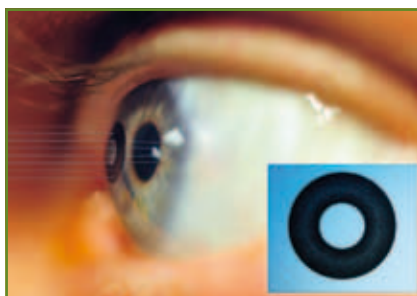


Fig 1 : Implant Kamra in situ, après insertion sous un capot de Lasik. L'implant est conçu de manière à limiter le flou rétinien induit par la défocalisation des cibles rapprochées en vision de près. Il ne s'agit pas d'une technique de monovision, car la vision non corrigée de loin est égale ou proche de l'emmétropie.

implants, et dans les techniques d'insertion. L'inlay Kamra (Acufocus, USA) semble, à ce jour, le dispositif le plus performant ; son nombre de porteurs croît régulièrement (**fig. 1**). Il est inséré dans un plan cornéen stromal situé à environ 200 microns de la surface épithéliale, du côté de l'œil non dominant. Ce plan est accessible par la réalisation d'un capot stromal (Lasik pour corriger la myopie associée, l'implant est posé et centré sur le stroma photo-ablaté) ou par un tunnel cornéen au laser femtoseconde (patient emmétrope ou faiblement myope). Le principe utilisé par l'implant Kamra repose sur l'augmentation de la profondeur de champ par réduction de l'ouverture pupillaire. Ce principe diffère de la monovision, car l'augmentation de la profondeur de champ ne modifie pas ou peu la réfraction de l'œil implanté, qui doit être proche de l'emmétropie. Le design de l'inlay Kamra est celui d'un disque poreux (microperforations), d'une épaisseur de 5 microns et d'un diamètre de 3,8 mm, muni d'une ouverture centrale de 1,6 mm. Les microperforations et l'ouverture centrale favorisent certainement la bio-intégration de cet inlay. Cette technique bénéficie actuellement d'un recul maximal d'environ cinq ans [3].

Éléments tactiques pour le choix de la technique

Le choix de la technique dépend de multiples paramètres comme l'âge, le degré de myopie et de presbytie, ainsi que de certaines constantes anatomiques (épaisseur de la cornée, diamètre pupillaire). Les jeunes patients, dont le cristallin est clair et les paramètres cornéens normaux, sont de bons candidats à la correction par chirurgie laser photoablatrice. À l'inverse, les patients qui présentent une myopie forte, un cristallin franchement débutant, relèvent d'une chirurgie d'implantation. L'implant intrastromal Kamra représente une solution particulièrement élégante pour la correction de la presbytie en cas de myopie faible (moins d'une dioptrie) ; l'augmentation de la profondeur de champ bénéficie à la fois de la correction de l'amétropie de loin (myopie) et de la presbytie ; il n'est donc pas besoin de réaliser de photoablation complémentaire.

Éléments de stratégie pour la correction optique

Il est crucial d'expliquer au myope presbyte les conséquences d'une correction de la vision de loin sur la vision de près : si le patient myope est porteur de lentilles monofocales de loin, il est aisé de lui expliquer qu'une chirurgie emmétropisante reviendrait fonctionnellement à voir comme avec des lentilles correctrices de loin portées en permanence, qu'il ne serait plus possible de retirer.

L'abstention sera la règle pour tout myope qui privilégie alors la possibilité de lire confortablement sans lunettes. À l'inverse, l'emmétropisation peut être proposée au myope qui souhaite une correction optimale de la vision de loin, et juge le port de lunettes pour la vision de près comme un "moindre mal".

Enfin, les patients qui émettent le souhait d'un compromis afin de réduire au maximum le port d'une correction de loin et de près peuvent être orientés vers une stratégie de monovision, qu'il conviendra de tester à chaque fois que possible par la prescription de lentilles de puissance adaptée. L'inlay Kamra pourrait être proposé aux myopes qui privilégient la vision de loin et souhaitent conserver la vision binoculaire, tout en retrouvant la capacité à lire et effectuer les nombreuses tâches de la vie moderne qui sollicitent la vision de près : écran de smartphones, tablettes, sans oublier les cartes de visite, menus, notices, etc. Comme souligné, cet inlay semble particulièrement intéressant chez les petits myopes (ex : -0.50 D et -0.75 D) chez lesquels il est à même d'accroître la vision de près et la vision de loin sans avoir à effectuer de correction au laser Excimer. Dans cette indication, l'insertion de l'inlay est réalisée grâce à la réalisation d'un tunnel stromal profond avec le laser femtoseconde).

La chirurgie du cristallin avec implantation monofocale (monovision) ou multifocale est une alternative à envisager avec précaution chez les patients présentant une contre-indication aux techniques cornéennes, et doit dans l'idéal être effectuée chez des patients atteints d'une cataracte débutante ou avérée.

Conclusion

Parce qu'il est constamment soumis au besoin d'une correction optique, le myope devenu presbyte est un candidat légitime à la chirurgie réfractive : il existe aujourd'hui de nombreuses techniques capables de lui donner satisfaction par le biais d'une réduction de sa dépendance à la correction optique.

Bibliographie

1. SARAGOUSSI JJ. Presbyopia surgery : principles and current indications. *J Fr Ophthalmol*,

- 2007; 30: 552-558.
2. ALARCON A, ANERA RG, VILLA C *et al.* Visual quality after monovision correction by laser in situ keratomileusis in presbyopic patients. *J Cataract Refract Surg*, 2011; 37: 1629-1635. Epub 2011 Jul 12.
 3. YILMAZ OF, ALAGOZ N, PEKEL G *et al.* Intracorneal inlay to correct presbyopia: Long-term results. *J Cataract Refract Surg*, 2011; 37: 1275-1281.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.