

MISES AU POINT INTERACTIVES

Faut-il conseiller une chirurgie par Lasik de la presbytie ?



→ **J. LETSCH, F. MALECAZE**
Service d'Ophtalmologie,
Département de Chirurgie Réfractive,
CHU, TOULOUSE.

La chirurgie de la presbytie est devenue un sujet suscitant de plus en plus d'intérêt en chirurgie réfractive. Différentes approches sont proposées pour compenser la perte d'accommodation liée au vieillissement cristallinien.

La chirurgie intraoculaire

La chirurgie intraoculaire, par la mise en place d'implants multifocaux ou d'implants pseudo-accommodatifs, expose aux risques inhérents à ce type de chirurgie, et à un risque non négligeable de dégradation de la qualité de vision (halos, éblouissements). Les implants

pseudo-accommodatifs, mobiles dans le sac cristallinien, induisent un *shift* réfractif myopique, minime, insuffisant pour apporter une indépendance totale aux lunettes en vision de près.

La chirurgie cornéenne

La chirurgie cornéenne est sans conteste l'approche la plus séduisante dans la compensation chirurgicale de la presbytie. Plusieurs techniques sont proposées à l'heure actuelle. Le principe optique commun à ces techniques est d'augmenter la profondeur de champ et ainsi diminuer la dépendance aux verres correcteurs en vision de près tout en conservant une focalisation satisfaisante en vision de loin.

Les techniques soustractive ("presbyLasik") et relaxante (Intracor) reposent sur l'induction d'une hyperprolaticité cornéenne permettant une augmentation de la profondeur de champ. La technique additive (Inlays) augmente aussi la profondeur de champ, via un effet sténopéique. Le presbyLasik présente l'avantage de pouvoir moduler le degré d'asphéricité cornéenne et d'aberrations sphériques négatives induites par la modification du facteur Q, possible avec les dernières générations de laser Excimer. Cette hyperprolaticité entraîne une amélioration de la profondeur de champ, autour du point de focalisation optimale.

Le presbyLasik asphérique central constitue la technique de choix. Ce profil de photoablation permet de moduler le degré d'aberrations sphériques négatives induites, par la réalisation de différents *patterns* d'ablation. La question non résolue est la détermination de la valeur optimale de ces aberrations à induire. Il s'agit de trouver un équilibre subtil entre l'effet bénéfique (augmentation de la profondeur de champ) et l'effet néfaste (risque d'altération de la qualité de vision) de l'asphéricité cornéenne. La valeur idéale d'aberrations sphériques à induire est variable selon les individus et doit donc être personnalisée.

L'utilisation d'un simulateur d'optique adaptative permet d'évaluer en temps réel la modulation de l'asphéricité et sa répercussion sur le confort de vision du patient (aberrométrie dynamique). Cette technique devrait permettre de mieux poser l'indication d'un profil asphérique et de définir le degré optimal d'aberrations sphériques à induire. L'induction d'une asphéricité cornéenne personnalisée, associée à une monovision, à une saturation de l'hypermétropie et au recrutement de l'accommodation résiduelle, permet ainsi d'engendrer une diminution de la dépendance aux lunettes tout en préservant la qualité de vision pour la majorité des patients.

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