

## JIFRO – Controverses dans le segment antérieur



**É. HACHET**  
Institut Européen de  
la Vision et du Regard,  
NANCY.

### Chirurgie cornéenne de la presbytie : pourquoi je choisis le Presbyond ?

Le Presbyond est une technique de PresbyLASIK. Comme toutes ces techniques, il fait appel à différents moyens dont, en particulier, la monovision et l'augmentation de la profondeur de champ par modification du facteur Q. Ces deux moyens sont aidés par le myos créé par une luminosité suffisante qui augmente également le contraste.

Comme toutes les autres techniques, celle-ci n'est pas universelle. Les contre-indications sont celles du LASIK : suspicion de kératocône, cornée trop fine, ou trop cambrée, correction trop forte. En plus, il existe des contre-indications spécifiques du Presbyond, en particulier l'intolérance à une micro-monovision d'une valeur située entre -0.75 et -1.50 D. Celle-ci peut être liée à la présence d'une vision binoculaire très élevée ou d'un œil prépondérant sur l'autre.

La **micro-monovision** est donc limitée à 1.50 D. C'est le seuil au-delà duquel l'aniseiconie engendrée n'est souvent pas bien tolérée. En dessous de 1.50 D, elle est souvent bien tolérée mais pas suffisante pour une bonne vision de près !

La **modification du facteur Q** permet d'augmenter la profondeur de champ d'un équivalent de 1.50 D par l'asphéricité induite. Cette augmentation, limitée du facteur Q, est parfaitement bien tolérée car elle n'entraîne pas d'aberration optique visible pour le patient (dédoublement d'images ou perte de lignes). De plus, cette augmentation du facteur Q aux environs de -0.50 est adaptée à chaque patient en fonction de sa propre asphéricité, ce qui permet de ne pas entraîner d'aberration optique perceptible par le patient.

L'ensemble d'une profondeur de champ secondaire à la micro-monovision de 1.50 D, associée à une augmentation du facteur Q qui crée une profondeur de champ de 1.50 D, entraîne au total une profondeur de champ de 3 D. Ainsi, la vision de loin et la vision de près sont aisément possibles. À noter que cette association de la micro-monovision de 1.50 D à l'augmentation de la profondeur de champ par modification limitée du facteur Q, va permettre, dans la zone intermédiaire, une vision associée des deux yeux et un certain degré de vision binoculaire intermédiaire.

De la même façon, cette asphéricité limitée, mais suffisante, sur l'œil dédié à la vision de près (œil dominé) myope de -1.50 D, va permettre au patient une lecture de loin, en général aux alentours de 6/10<sup>e</sup>. Cela serait impossible avec juste une monovision de -1.50 D ! En effet, si la micro-monovision est de 1.50 D, grâce à l'asphéricité elle n'est en fait que de 0.75 D et concourt à l'excellente tolérance de cette technique. De plus, l'asphéricité étant répartie sur l'ensemble de la surface cornéenne et d'importance limitée, cela peut rendre cette intervention réversible pour les patients qui deviendraient, malgré tout, intolérants ou pour lesquels la possibilité de monovision aurait été mal évaluée. En effet, la plus grande difficulté de cette technique est l'évaluation de la tolérance à une micro-monovision et la reconnaissance de l'œil dominant. Le meilleur test reste encore celui de la lunette d'essai ou, rarement, le test avec le port d'une lentille de contact.

Cette technique a été testée à grande échelle lors d'une étude multicentrique sur 605 patients dans 5 centres chirurgicaux et présentée à l'ESCRS Vienne en 2011. Il en ressortait principalement que 20 % des patients emmétropes avaient été traités avec cette technique, les autres

répartis de façon égale entre les patients myopes et hypermétropes. Quel que soit l'un des 5 centres, 96 % des patients avaient une vision de loin supérieure ou égale à 0.1 logMar et 97 % une vision de près supérieure ou égale à +0.36 logMar. Le taux de traitements complémentaires était très faible (2 %), lié le plus souvent à la difficulté d'évaluation précise de l'amétropie pré existante.

Ces excellents résultats prouvent à quel point la technique de PresbyLASIK Presbyond est facile à utiliser sans obligation de passer par une courbe d'apprentissage. La programmation est aisée : une adaptation personnalisée est réalisée systématiquement en fonction de l'asphéricité pré existante (Z 4/0) et du diamètre pupillaire mésopique. De nos jours, ce sont 50 % des patients opérés qui requièrent une technique de PresbyLASIK. La technique du Presbyond permet un équilibre entre l'asphéricité sans aberration trop importante (et donc sans altération de la vision de loin) et la micro-monovision (sans brouillard ni diplopie). Elle permet également cet équilibre en adaptant ces facteurs à chaque patient. Aucun nomogramme n'est nécessaire. Les résultats sont indépendants des chirurgiens. Il n'y a pas de courbe d'apprentissage. Même si cette technique réalise un équilibre difficile, l'examen clinique et le choix des patients restent essentiels.

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