

## Mise au point

# Trois temps forts pour réussir simplement ses adaptations en lentilles souples multifocales



**M.-A. LUREAU-CORNUOT**  
Ophtalmologiste,  
BOULOGNE-BILLAN COURT.

Le nombre de patients presbytes ne cesse d'augmenter et avec lui les demandes d'équipement en lentilles. 43 % des 40-65 ans sont ouverts au port de lentilles multifocales à l'arrivée de la presbytie [1] et 72 % des 40-54 ans estiment que leur professionnel de la vue a le devoir de leur parler des lentilles de contact multifocales dès l'apparition des premiers symptômes de presbytie [2]. Parallèlement à cette demande croissante, l'offre en lentilles souples multifocales s'est étoffée ces dernières années, que ce soit en termes de matériaux, de modalités de port ou de géométries, permettant d'envisager un équipement pour la plupart de nos patients.

Voici une approche en trois temps permettant de prendre en charge de manière efficiente les équipements en lentilles souples multifocales.

### En amont : bien connaître les géométries pour mieux choisir

Afin de s'orienter le plus efficacement possible vers les bonnes lentilles pour un premier équipement, il peut être utile de se conformer aux arbres décisionnels proposés dans les différentes publications, comme celui du Dr Catherine Peyre, basé sur l'amétropie du patient et son degré de presbytie, afin d'opter en pre-

mière intention pour un équipement en lentilles multifocales (MF) à vision de loin (VL) centrale (CD, *Center Distance*), vision de près (VP) centrale (CN, *Center Near*) ou un équipement mixte (CD+CN) (**tableau I**).

Connaître la géométrie des lentilles aide considérablement dans le choix d'un premier équipement : certaines lentilles ont des additions moins puissantes que d'autres, certaines possèdent un plus large choix d'additions qui peut permettre de faire évoluer très progressivement l'équipement par petites touches, d'autres intègrent des plages de correction stabilisées permettant de donner

#### Stade de la presbytie

Myope	Monovision aménagée		Vision simultanée		
	Œil VL	Correction VL		MF CD Add. +1,00	MF CD avec additions croissantes
	Œil VP	MF CD Add. +1,00	MF CN Add. +1,00	MF CD Add. +1,00	MF CN avec additions croissantes

Hypermétrope	Anisométrope*	Œil VL	MF CD avec additions croissantes
		Œil VP	MF CN avec additions croissantes
	Isométrope	Œil VL	MF CN avec additions croissantes
		Œil VP	

\*>1D sur sph. ou cyl. Contrôle préalable de la vision binoculaire

**Tableau I** : Amétropie du patient et degré de presbytie (avec l'aimable autorisation du Dr Peyre).

## Mise au point

une acuité visuelle plus précise. Enfin, certaines sont customisées en fonction de l'amétropie et de l'addition.

### Le jour J : la réfraction "esprit lentilles"

Il convient de vérifier la bonne qualité de la convergence, particulièrement chez le myope qui ôte ses verres correcteurs. En cas de doute, il faut, avant de débiter l'adaptation, proposer une rééducation qui augmente grandement les chances de succès dans certains cas.

La réfraction, comme il a souvent été rappelé, doit être du jour. Si possible, il convient d'envisager de négliger le cylindre. Ce n'est que lorsque l'acuité visuelle diminue de 2 lignes ou plus qu'on opte pour une lentille multifocale torique et les choix se multiplient là aussi, avec des résultats très intéressants et obtenus simplement.

On recherchera le maximum convexe œil par œil en vision de loin. On brouillera un myope au minimum de +1,00 D, un hypermétrope au minimum de +2,00 D. On gardera la sphère la plus positive ou la moins négative sur chaque œil avant de rebrouiller de 0,50 D en binoculaire, vérifier l'équilibre binoculaire avec les tests polarisés et s'assurer de l'absence de neutralisation.

Puis on recherche l'œil préférentiel par la méthode du flou réfractif. Il s'agit de l'œil sensoriel dominant la perception en vision binoculaire et qui n'est pas nécessairement l'œil de visée ou l'œil directeur moteur. Le patient se trouve en face d'une ligne de faible acuité visuelle voire d'un test type nuage de points, afin de lui faire comparer facilement deux perceptions. En binoculaire, on passe alternativement un verre de +0,75 D en face d'un œil puis de l'autre. L'œil le plus gêné en vision de loin est l'œil préférentiel de loin. Il doit être consigné dans le dossier du patient. Cet œil sert à décider du type d'équipement, symétrique ou asymé-

#### Mots clés

Géométries des lentilles  
Réfraction maximum convexe du jour  
Satisfaction subjective

trique, et des modalités d'optimisation visuelle si besoin. Il n'est pas nécessaire de rechercher l'œil préférentiel en vision de près. De façon cohérente, l'œil préférentiel en VL est le moins amétrope. S'il n'existe pas de dominance franche, c'est-à-dire si le patient hésite beaucoup dans son choix, il faut également le consigner.

Enfin, il faut rechercher l'addition minimum. Cette recherche se fait en binoculaire, à la distance habituelle de lecture du patient. On retient le verre qui permet de déchiffrer à peine P2. À ce chiffre, on ajoute +0,75 à +1,00 D selon les protocoles afin de replacer le patient dans une zone d'accommodation confortable, pour éviter toute asthénopie.

Après avoir fini la réfraction du jour esprit lentille, il faut choisir la lentille conformément aux règles des différents fabricants puis contrôler son adaptation après plusieurs jours de port. N'omettez pas de laisser un temps de "maturation cérébrale" incompressible. Votre adaptation est alors finalisée après une éventuelle optimisation si besoin.

Quand devez-vous revoir ensuite votre patient ?

### Suivi de l'équipement : vers une nouvelle évaluation de la satisfaction des patients ?

Nos schémas classiques qui consistent à chiffrer l'acuité visuelle dans nos cabinets avec les lentilles testées et pour un patient donné, à J1 puis souvent J10 voire 15 ou 20, sont aujourd'hui mis en défaut. Il n'est pas rare que le patient sorte de la consultation avec une acuité visuelle que nous considérons satisfaisante mais qu'un an plus tard, lors d'un contrôle,

il nous avoue que finalement "ce n'était pas si bien que ça" avec ses lentilles multifocales. Comment anticiper ce problème ? Comment évaluer la qualité de nos adaptations ?

Les études de satisfaction se multiplient dans tous les secteurs et particulièrement en contactologie, car chacun tente d'expliquer ou de contrer le taux d'abandon des patients. Les plus connues sont les échelles de la douleur que les patients utilisent en pratique clinique courante depuis des années. Des réglettes d'estimation subjective de la douleur permettent de customiser les traitements antalgiques et cette pratique est largement utilisée et admise. Pourquoi ne pas s'en approcher dans nos adaptations ? Il existe également des échelles SHS (*subjective happiness scales*), des échelles de Likert (outils psychométriques qui permettent d'évaluer les attitudes des gens sous réserve que les questionnaires soient valides) ou encore la PSQI (index de qualité du sommeil)... Finalement, "l'émotion positive", notion plus difficile à quantifier, apparaît comme un moteur essentiel dans le succès.

Devons-nous nous orienter vers une note chiffrée de confort par le patient, de qualité visuelle dans leur "vraie" vie, comme dans l'étude de Diec [3, 4] ? En 2009, Woods en était déjà arrivé à la conclusion que l'appréciation subjective du patient et les chiffres d'acuité visuelle en vision de près étaient les critères de meilleure prédictibilité d'un équipement durable [5]. Si nous devons envisager cette alternative ou cette complémentarité avec nos mesures classiques d'acuité visuelle, il faudrait, comme évoqué ci-dessus, avoir une estimation subjective (1 le moins bon, 10 le meilleur) de qualité visuelle, de confort mais également de facilité de manipulation car, parfois, cette dimension peut constituer un frein à la pérennité de nos équipements.

Légalement, la prescription de lentilles se fait pour 3 ans. Cependant, dans cette

période de vie ou la presbytie évolue par à-coups, attendre 3 ans pour revoir son patient peut sembler trop long car il faut alors souvent modifier de façon très significative la vue, essentiellement de près mais également parfois de loin. Il semble, selon nos pratiques, que des petites retouches (+0,25 D voire +0,50 D) soient alors nettement mieux tolérées par le patient. Ainsi, un contrôle annuel semble être plus approprié à l'équipement du presbyte.

## ■ Conclusion

La réussite d'une adaptation en lentilles multifocales repose sur de vraies bases théoriques qu'il est important de connaître pour optimiser son temps de

consultation. Le jour de l'adaptation, le choix des lentilles à faire essayer en première intention s'en retrouve facilité et c'est alors une bonne réfraction, spécifique à l'équipement lentilles, qui fera gagner un temps considérable afin d'obtenir un résultat performant dès le premier essai. Enfin, l'implication du patient dans son suivi permettra d'optimiser efficacement l'équipement si nécessaire ou de le faire évoluer, conformément aux attentes de ce dernier.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Données CooperVision 2021, étude presbytie, n = 846 personnes âgées de 40 à 65 ans, Verve, décembre 2020, France. Ceux qui n'ont jamais porté de lentilles multifocales, ceux qui n'ont pas besoin de correction, abandonnistes, porteurs de lentilles unifocales, porteurs de lunettes uniquement.
2. Données CooperVision 2021, étude presbytie, n = 837 personnes âgées de 40 à 54 ans, Verve, décembre 2020, France.
3. DIEC J, NADUVILATH, TILIA D. Subjective ratings and satisfaction in contact lens wear. *Optom Vis Sci*, 2018;95:256-263.
4. JONG M, TILIA D, SHA J *et al*. The relationship between visual acuity, subjective vision, and willingness to purchase simultaneous-image contact lenses. *Optom Vis Sci*, 2019;96:283-290.
5. PAPAS EB, DECENZO-VERBETEN T, FONN D *et al*. Utility of short-term evaluation of presbyopic contact lens performance. *Eye Contact Lens*, 2009;35:144-148.

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