

■ Le dossier – Réconcilions-nous avec la contactologie !

10 conseils pour réussir son adaptation en lentilles multifocales en une consultation

RÉSUMÉ : Comprendre les éléments clés qui permettent d'adapter rapidement et efficacement un patient presbyte en lentille multifocale est une expertise très utile au quotidien, car à l'origine de demandes récurrentes en consultation. Le succès de cette adaptation dépend de la bonne connaissance des attentes des patients, de notre capacité à rendre ces attentes réalistes et du choix de la lentille optimale en fonction du profil du patient.

Chaque amétropie a ses particularités, dont il faut tenir compte, tout comme les loisirs, les habitudes de lecture et de travail des patients, qui permettront de mieux identifier où placer le curseur décisionnel.



S. HAMMOUD

Cabinet d'Ophtalmologie, PARIS ;
Institut du glaucome,
Hôpital Saint-Joseph, PARIS.

Vous la voyez sur votre planning. Après un énième mail au secrétariat, elle a pu obtenir un rendez-vous anticipé. Elle entre dans votre box de consultation, s'assoit et commence la longue liste de ses plaintes : *“Docteur, je n'y vois rien c'est terrible !”*

À ce moment-là, vous savez que, pour vous aussi, cela va être terrible. Mais qui est cette patiente ? Qu'a-t-elle ? Faut-il l'adresser à un service d'urgence ? Mais non, c'est votre patiente presbyte, que vous aviez adapté en lentilles multifocales (MF) et qui visiblement ne s'y est pas adaptée...

Dans le microcosme parisien, il est probable que nous recevions davantage de ces patients dont l'exigence est inversement proportionnelle au délai d'attente de prise de rendez-vous. Mais ils sont loin d'être rares et la demande de ce type d'équipement est de plus en plus fréquente. Balayer la demande et la plainte de ces patients serait facile – vous qui avez cru bien faire et êtes débordé ! –, mais les ophtalmologues qui ont, dans leur patientèle, des personnes heureuses

de leur adaptation en lentilles multifocales savent combien il est gratifiant de les avoir équipées. De plus, les designs de lentilles sont de plus en plus confortables et customisés, vous auriez tort de vous en priver... et de les en priver !

Plusieurs choix d'équipement s'offrent à vous pour l'équipement du presbyte en lentilles, mais il existe un consensus clair entre une monovision et un équipement en lentilles multifocales, avec un net bénéfice en faveur des lentilles de contact multifocales. La monovision réduit la binocularité, la sommation binoculaire et la sensibilité au contraste, et offre une fenêtre de succès limité pour les patients, avec le risque de perdre la période d'adaptation la plus facile aux lentilles de contact multifocales : celle avec l'addition minimale d'une presbytie débutante. Au-delà d'une bascule de 1,5 D, la monovision entraîne une perte de la binocularité. Hormis certains cas particuliers (astigmatisme fort ou modéré avec souhait de port de lentilles très occasionnel, grande pupille avec nombreux échecs en multifocal, myope fort

Le dossier – Réconciliions-nous avec la contactologie !

avec maculopathie...), il s'agit d'un équipement de deuxième intention.

De nombreux ophtalmologues restent encore frileux sur une adaptation en lentilles multifocales. Je propose d'énoncer ici les 10 éléments clés à connaître pour réussir son adaptation vers ce type d'équipement dès la première consultation.

Sélectionner le bon patient

Comme dans toute pratique, il y a les bons et les moins bons candidats. Si vous débutez, il vaudra mieux sélectionner les patients susceptibles de présenter le plus haut taux de satisfaction en équipement multifocal, soit :

- les patients très motivés et qui en font eux-mêmes la demande, les presbytes précoces, les actifs sur écrans, les patients frustrés par les lunettes progressives ou les lecteurs ;
- les patients myopes et hypermétropes modérés à sévères.

On déconseillera de commencer avec les emmétropes, les astigmates $> 1,25$ D, les patients venant plus tardivement aux lentilles progressives (car ils commencent d'emblée avec une forte addition) ou les myopes hypo-accomodants (car ils ont déjà pris de fortes habitudes de lecture sans lunettes et ont ruiné leur

réserve accommodative). Pour équiper ces patients, il conviendra d'avoir une connaissance plus pointue des designs les plus adaptés à chaque type de patient.

Définir les attentes du patient

Un interrogatoire ciblé sur les attentes du patient en lentilles est essentiel pour ne pas décevoir. Il est nécessaire d'interroger le patient sur l'usage qu'il souhaite faire des lentilles (pour le sport ou au quotidien), les sports pratiqués, le travail et les loisirs. Il faut qu'à la fin de l'interrogatoire, vous ayez ciblé les exigences du patient.

Je pose souvent la question suivante : *“Si vous deviez faire un choix, quelle distance de correction souhaiteriez-vous privilégier ?”* Les réponses sont souvent riches d'enseignements et permettent de distinguer les patients qui font un choix rapide de ceux qui ont plus de difficultés à se décider. Cela permet d'orienter votre choix initial afin de garantir une satisfaction dans la vision à préserver et de cibler le niveau d'exigence.

Ne pas cacher les effets secondaires des lentilles multifocales

Le patient aura tendance à mieux accepter ces effets s'il y est préparé et se dira

bien souvent qu'au final, ce n'est pas si terrible. Certains patients m'indiquent parfois que j'ai dramatisé et qu'ils perçoivent à peine le flou induit par la multifocalité. Il convient alors, avec tact et mesure, d'énoncer les autres effets négatifs des lentilles : la présence de halos en faible luminosité, la plus grande difficulté en faible contraste et lors de la conduite nocturne.

Il faut également expliquer qu'un équipement réussi en lentille multifocale n'induit pas la même qualité de vision de loin ou de près que des lunettes. Il permet d'acquérir une indépendance en lunettes pour 90 % des activités, mais ne permet pas de faire son point de croix sous une lumière tamisée. En effet, la vision est qualitativement diminuée au niveau des contrastes et au niveau de l'acuité brute de loin ou de près, en actant que, dès que l'on souhaite optimiser fortement l'une ou l'autre de ces visions, un compromis sera nécessaire sur la seconde (**fig. 1**).

Pour finir, il est important de prévenir les patients que des ombres ou un léger flou peuvent apparaître pendant quelques semaines. Le confort visuel s'améliore avec la plasticité cérébrale – ou tri cortical –, lorsque le cerveau s'habitue au “parasitage” de l'image à chaque distance. Pour expliquer le tri cortical, je prends souvent l'image de la personne qui regarde un paysage à travers une

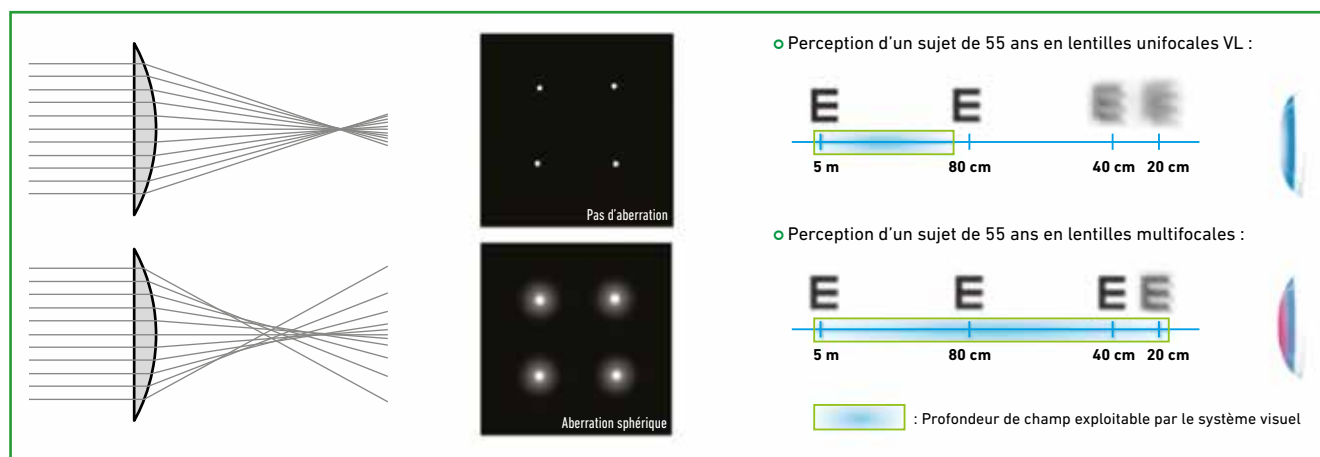


Fig. 1 : Aberrations liées à la multifocalité (avec l'aimable autorisation d'Alcon). VL : vision de loin.

fenêtre et d'une mouche qui se pose sur la vitre : en se focalisant au loin, la personne continue à voir le paysage distinctement, tout en apercevant la mouche posée sur la fenêtre et, en se focalisant sur la mouche, elle voit alors la mouche de façon très nette, tout en continuant d'apercevoir le paysage. Le tri cortical permet de sélectionner l'image sur laquelle on souhaite se focaliser, tout en étant conscient de l'image "parasite". Le délai pour s'habituer au tri cortical est assez court, de 1 à 2 semaines maximum le plus souvent.

■ Optimiser la réfraction

À mes débuts en contactologie, je prescrivais les lentilles multifocales sur la base de la correction confortable pour les lunettes et je pensais alors rendre les patients très satisfaits à chaque distance. Or, ce n'était pas le cas, les patients se plaignaient. Avec les nouvelles formes d'installation et l'aide à la préconsultation, nous positionnons de moins en moins les patients derrière le réfracteur et c'est l'erreur principale. Pour un équipement en lentille multifocale, nous sommes obligés de prendre 2 minutes pour le faire, sous peine d'en perdre beaucoup plus après.

C'est la majoration de l'addition qui augmente le degré d'aberrations sphériques et induit une vision floue de loin et de près (**fig. 2**). Afin de limiter le degré d'ad-

dition, il convient de limiter au maximum l'effort d'accommodation lors de la réfraction et de choisir la correction la plus convexe de loin. De près, cela passe par le calcul de la réfraction minimale de près, soit l'addition pour laquelle le patient arrive à déchiffrer P2, à laquelle on ajoute +1 D sur la correction finale en lentille.

Les patients ont souvent tendance à lutter quant à la réfraction finale la plus convexe ou sur le test d'addition minimale, craignant que la vision en lentilles leur soit inconfortable. Il convient alors d'adapter un phrasé pour lever les réticences : *"Ce n'est qu'un test supplémentaire"*, *"Ce ne sera pas votre vision finale, rassurez-vous"*, *"Essayez de déchiffrer comme si vous appreniez à lire"*, etc. Avec ces quelques règles, on est souvent étonné de voir des myopes modérés ou forts lisant avec correction ou des hypermétropes saturés déchiffrer P2 sans addition supplémentaire. Ces derniers ne requièrent alors qu'une faible addition et sont également très contents en vision de loin.

Un astigmatisme peut être converti en équivalent sphérique si l'acuité ne diminue pas en monoculaire de plus de 2 lignes. Il est nécessaire de s'attacher à réaliser un équivalent sphérique pour l'astigmatisme et de le tester, car d'une part, il y a peu de disponibilités en lentilles et, d'autre part, en cas de flou visuel, il est alors difficile d'en identifier

l'origine : est-ce lié à une instabilité des lentilles astigmatiques ou à un décentrement de la lentille multifocale ?

Il importe de toujours tester le confort en vision de loin et de près en binoculaire avec la réfraction trouvée. Un ajout de +0,25 en binoculaire doit faire baisser l'acuité. Si l'acuité est inchangée par l'ajout de +0,25, je conserve la réfraction la plus convexe. Avec un éclairage approprié, testez la vision du patient de près à l'aide d'un téléphone portable ou d'un magazine plutôt qu'avec nos échelles de Parinaud.

En cas d'amblyopie, d'anisométrie ou de strabisme accommodatif, il convient de vérifier l'absence de neutralisation à l'aide du test avec les verres polarisés. En l'absence de vision binoculaire, c'est-à-dire que le même œil est utilisé en vision de loin (VL) et en vision de près (VP) – ce qui est fréquent en cas d'anisométrie > 3 D –, on devra adapter son équipement avec le choix de lentilles de design adapté (lentille rigide, lentille à géométrie décentrée...).

■ Déterminer la dominance et l'œil de visée

Des études ont montré une préservation de la vision binoculaire, de la stéréoscopie et la supériorité d'un équipement à géométrie différenciée [1]. Un certain degré d'asymétrie au niveau de la correction est le plus souvent nécessaire dès le choix de la première lentille (myope, anisométrope, presbytes avancés) ou en seconde intention lors des optimisations (hypermétrope). Bien souvent, les géométries dites *high* ou à forte addition perturbent la vision de loin et sont parfois difficiles à tolérer en équipement binoculaire.

Il convient alors de déterminer l'œil à préserver de loin pour ce type de correction ou bien pour les optimisations à venir. L'œil directeur maintient la fixation en vision binoculaire et imprime sa

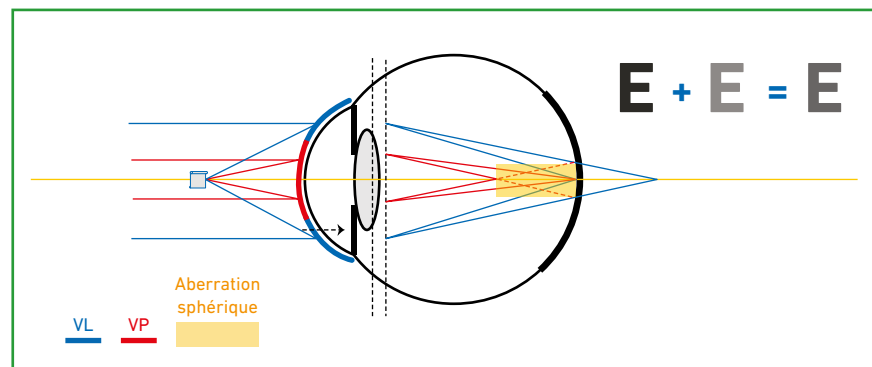


Fig. 2 : Image rétinienne d'une lentille à vision de près centrale et aberrations induites en fonction du niveau d'addition (avec l'aimable autorisation de Johnson & Johnson Vision). VL : vision de loin ; VP : vision de près.

Le dossier – Réconcilions-nous avec la contactologie !

dominance dans la perception visuelle. Il existe deux types de dominance oculaire : la dominance motrice avec l'œil dit de visée et la dominance sensorielle avec l'œil dit "préférentiel" de loin. Il est déterminé par le test du flou réfractif : muni de la correction optimale en binoculaire, le sujet fixe une seule grande lettre ou le test du nuage de points. On place alternativement devant chaque œil un verre de +0,75 D : l'œil préférentiel est celui devant lequel le confort visuel est le plus altéré. Si le test n'est pas discriminant, réessayer avec une ligne de lecture confortable en binoculaire (7 ou 8/10^e) ou bien en testant avec un verre de +1,5 D.

Le phrasé dans ce test est "Pouvez-vous me dire sur quel œil vous êtes le plus gêné par cette correction : est-ce l'œil droit (et on met le +0,75 devant l'œil droit) ou bien l'œil gauche (+0,75 sur l'œil gauche) ?" Il est important de le faire en apposant un verre de +0,75 alternativement et non pas en majorant de 0,75 la correction des deux yeux, et en cachant et décachant un œil sur le réfracteur.

Cependant, il arrive que ce test ne soit pas discriminant. Il faut alors s'orienter vers le test de l'œil de visée en faisant placer un carton troué en face d'une image/cible et en demandant au patient de rapprocher le carton de ses yeux en gardant la cible centrée dans le trou : l'œil vers lequel il rapproche le carton troué est l'œil de visée, dit dominant moteur.

Il convient de garder en tête que l'œil directeur est en général l'œil le moins myope, le moins astigmat, le plus performant de loin. L'œil de près sera "l'autre".

Connaître les règles générales, mais aussi les particularités de chaque lentille

Pour un équipement en lentilles multifocales, connaître la géométrie des lentilles choisies 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 plus progressivement l'équipement, certaines ont des designs customisés de zone optique en fonction de l'amétropie et de l'addition, des géométries inversées ou décentrées adaptées aux anisométropes et amblyopes, etc.

Des règles générales s'appliquent toutefois :

>>> Isométrope : si un patient a une correction similaire aux deux yeux, il sera mieux en privilégiant des lentilles de géométrie symétrique comme deux lentilles à vision de près au centre (VPC) ou plus rarement – car moins disponibles et faiblement efficaces en VP – deux lentilles à vision de loin au centre (VLC).

>>> Anisométrope > 1 dioptrie : la géométrie inversée (une lentille en VLC + une lentille en VPC) ou différenciée (une lentille *Add LOW* et une lentille *Add MED*) en cas d'anisométrie est souvent préférée, voire une monovision aménagée avec une lentille unifocale sur

l'œil préférentiel et une lentille multifocale sur l'œil dominé en cas de gêne de loin.

Chaque lentille a été conçue différemment et devra être ajustée différemment en fonction de la règle d'adaptation.

Quelques exemples de recommandation de prescription qui font la différence :

>>> Alcon a une règle d'adaptation à connaître pour ses Dailies Total 1/Air optix multifocal qui recommande d'ajouter +0,25 D à la puissance de la lentille de contact équivalente sphérique. Ce n'est pas intuitif si on ne connaît pas la règle d'adaptation, mais cela fait toute la différence de près et permet de réduire l'addition dans certains cas.

>>> Biofinity multifocal s'adapte différemment selon l'amétropie avec une lentille à VL centrale dite D et une lentille à VP centrale dite N. Il est recommandé d'adapter les myopes et hypermétropes anisométropes avec une lentille D sur l'œil préférentiel et l'autre œil avec une lentille N ou bien avec deux lentilles N chez les hypermétropes isométropes. Pour ce type d'équipement, il peut être

Stade de la presbytie					
Myope	Œil VL	Monovision aménagée		Vision simultanée	
		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	Vision simultanée		
		Œil VP	MF CN avec additions croissantes		
	Isométrope	Œil VL	MF CN avec additions croissantes		
		Œil VP			

* > 1 D 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). CD : Center Distance; CN : Center Near; MF : lentille multifocale; VL : vision de loin; VP : vision de près.

Le dossier – Réconciliions-nous avec la contactologie !

utile de se conformer aux arbres décisionnels comme celui du Dr Catherine Peyre, basés sur l'amétropie du patient et son degré de presbytie, afin d'opter en première intention pour un équipement en lentilles multifocales à vision de loin centrale dites *Center Distance* (CD), à vision de près centrale dites *Center Near* (CN) ou pour un équipement mixte (CD + CN; **tableau I**).

De même que les règles d'adaptation éditées pour chaque lentille aident au choix de la première lentille, des règles d'optimisation pour chaque lentille sont également éditées et à privilégier.

S'informer sur les nouveaux designs de lentilles

La compréhension du fonctionnement de la pupille et du myosis accommodatif est un élément important dans la conception d'une lentille multifocale. En effet,

la diminution du diamètre pupillaire associée à la lecture est bien connue. L'éclairage aide à optimiser la vision de près par constriction pupillaire sur les lentilles à VP centrale, en diminuant les aberrations de la zone vision intermédiaire (VI)/vision de loin présentes lorsque la pupille est plus dilatée.

La taille de la pupille diminue avec l'âge, moyen bien commode d'augmenter la profondeur de champ et d'éliminer certaines aberrations. Mais les études montrent également que le diamètre pupillaire varie en fonction de l'amétropie, avec des variations allant jusqu'à 24 % indépendamment de l'âge et un diamètre pupillaire retrouvé plus large chez les myopes par rapport aux hypermétropes ou aux emmétropes [2, 3].

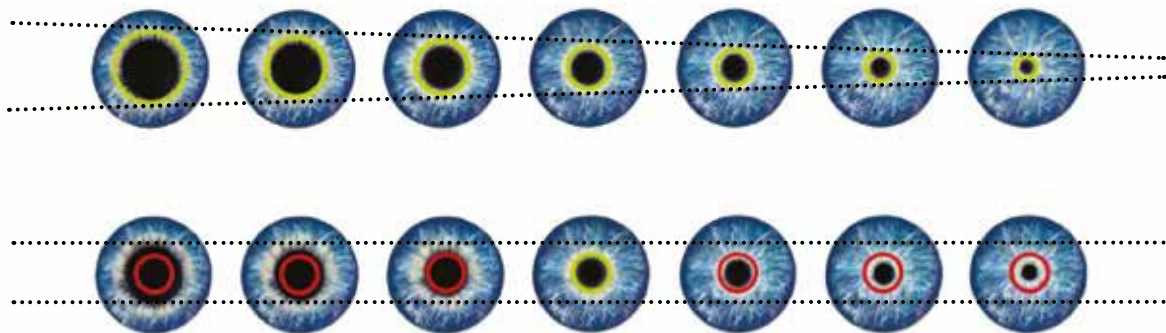
De cette observation est né un nouveau design de lentille dit avec profil optique optimisé, imaginé par le laboratoire Johnson & Johnson Vision. La lentille

Oasys MAX 1-day Multifocal est une lentille dont le diamètre de la zone optique centrale varie en fonction de l'amétropie et de l'addition, avec un grand nombre de profils tous différents pour un gain de précision visuelle (**fig. 3**).

D'autres designs intéressants méritent d'être mentionnés, comme la lentille MyDay multifocal dont le profil optique varie en fonction de l'addition. Les designs LOW et MED sont asphériques à VPC avec VI élargie pour l'addition MED. L'addition HIGH est à VPC sphérique avec une double zone de VI. De plus, la gamme est assez large, jusqu'à +6 et -12 D, là où la plupart des journalières s'arrêtent à +4 et à -9 ou -10 D (**fig. 4**).

Un autre design dit décentré, à connaître et qui rend bien des services, est celui de la Miru 1month multifocal HIGH. En effet, elle présente un décentrement de la zone VP en nasal, là où les yeux convergent naturellement lors des tâches

LE PROFIL OPTIQUE OPTIMISÉ



Effet dédoublement, halos

Schémas des pupilles à des fins d'illustration uniquement.
Pour un éclairage donné, la pupille peut varier de ≈20 % entre un myope et un hypermétrope



Bonne VP, VL floue



Adapté à la taille de la pupille



Non adapté à la taille de la pupille

Fig. 3 : Principe du profil optique optimisé de la lentilles Oasys multifocale MAX (Johnson & Johnson Vision). VL : vision de loin ; VP : vision de près.

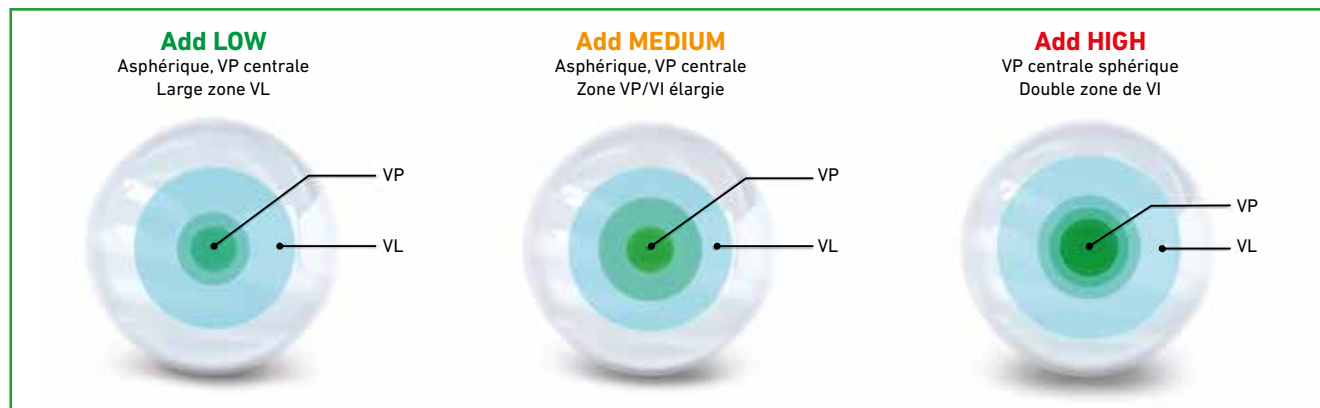


Fig. 4 : Profils d'addition de la lentille MyDay Multifocale (avec l'aimable autorisation de CooperVision). VI : vision intermédiaire ; VL : vision de loin ; VP : vision de près.

en vision de près, permettant ainsi de libérer la zone VL du flou généré par la zone VP. En outre, les zones de transition de puissance sont raccourcies sous une forme pseudobifocale plutôt que selon le modèle des lentilles progressives, ce qui réduit le flou ou le “bruit” lié à la rapide progression que le système neuro-adaptatif doit supprimer. La théorie à l'origine de ce design suppose que deux zones discrètes de mise au point nette sont neurologiquement moins invasives pour les presbytes avancés que la multitude d'images floues générées par le design progressif. Pour préserver les avantages de ce design, il est recommandé de ne pas mélanger les designs HIGH/LOW de la lentille Miru 1month multifocal pour l'adaptation initiale, la

lentille LOW ayant un design plus classique à VPC (**fig. 5**).

Ce design est tout particulièrement intéressant chez le patient amblyope ou anisométrope/strabique ayant une neutralisation, car ces profils ont le même œil qui fonctionne en VL et VP et tolèrent beaucoup moins le flou induit sur l'œil dominant.

Dépister un syndrome sec et le traiter

Avec l'âge, on observe une majoration du syndrome sec, en lien avec une réduction de la sécrétion lacrymale [4]. Les femmes sont également plus exposées

par divers effets hormonaux sur la surface oculaire et la glande lacrymale [5], particulièrement lors des changements hormonaux comme la ménopause.

L'utilisation massive des écrans d'ordinateur et de smartphone entraîne une réduction de 30 à 50 % de la fréquence et de l'amplitude des clignements par rapport au niveau en vision de loin [6]. Le syndrome sec est également aggravé par les fortes températures, la sécheresse atmosphérique et la saison pollinique [7]. En outre, le port du masque imposé par la pandémie de COVID-19 et encore en place dans certains lieux est également responsable d'une accélération de l'évaporation du film lacrymal par exposition à l'air expiré.

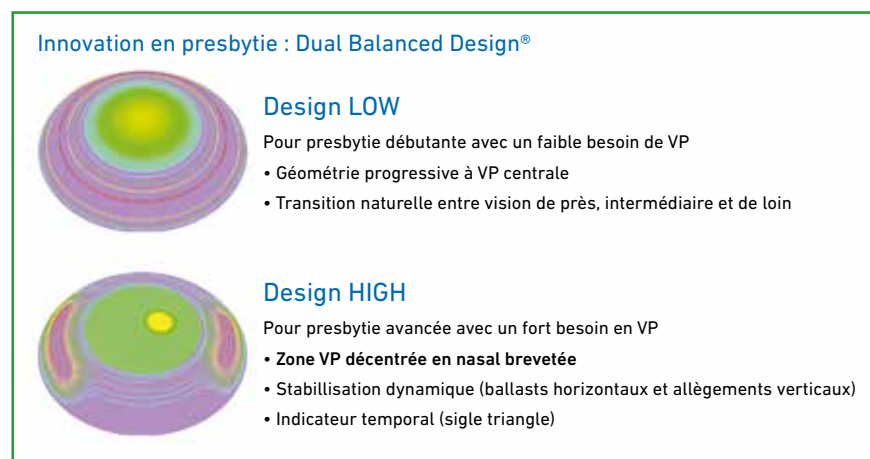


Fig. 5 : Technologie *dual balanced* avec décentrement de la zone vision de près (VP) en nasal sur la lentille Miru 1month multifocal HIGH.

L'instabilité du film lacrymal diminue l'acuité visuelle en raison d'une différence importante d'indice réfractif entre l'air et le film lacrymal réduit, et les atteintes cornéennes microscopiques induites sont à l'origine d'une diffusion de la lumière et de micro-aberrations [8]. Cette dégradation de la qualité visuelle en lien avec une sécheresse oculaire est alors majorée lors du port des lentilles multifocales, par augmentation des aberrations sphériques induites par ces dernières.

Par conséquent, à l'interrogatoire, il convient de s'attacher à rechercher activement les symptômes du syndrome sec : sensation de grains de sable, brûlures,

Le dossier – Réconciliions-nous avec la contactologie !

démangeaisons, picotements, fatigue oculaire, difficulté à décoller les paupières le matin, sensibilité à la lumière, rougeurs oculaires, larmoiements excessifs et difficultés à supporter ses lentilles en cas de port préalable.

Tous ces signes sont autant d'indicateurs présageant l'installation d'une sécheresse oculaire lorsqu'ils évoluent depuis plus de 2 ou 3 mois. Un traitement systématique d'emblée est alors recommandé en cas de symptômes ou en cas de syndrome sec retrouvé à l'examen clinique, même en l'absence de symptômes. On recommandera alors au patient d'instiller une goutte de lubrifiant avant la pose des lentilles et dans la journée en cas de "flou". Le traitement étiologique d'une blépharite ou d'une conjonctivite allergique améliorera également l'efficacité du lubrifiant.

Pour ces patients, les lentilles journalières avec des traitements de surface favorisant l'hydratation ou des technologies à gradient d'eau sont plus confortables. Si les lentilles journalières ne sont pas disponibles, il conviendra de privilégier un produit d'entretien multifonction de type oxydant.

Penser aux lentilles rigides et à l'orthokératologie

Pour les patients souhaitant une correction quotidienne et une forte indépendance en lunettes, les lentilles rigides ou d'orthokératologie sont des dispositifs très intéressants. Il convient d'y penser pour les patients ayant une mauvaise tolérance aux lentilles souples malgré un renouvellement journalier, l'adjonction de lubrifiant ou le traitement étiologique d'un syndrome sec. Passé la période d'adaptation, les patients en sont souvent très contents.

>>> Les lentilles rigides

Les lentilles rigides multifocales induisent la meilleure qualité visuelle.

La plupart des designs fonctionnent comme des verres progressifs et sont directement fonction de la direction du regard. Les lentilles rigides nécessitent une parfaite mobilité afin de positionner la zone optique dédiée en regard de la pupille. Elles sont à VLC pour la plupart et vont permettre, grâce à leur mobilité, d'alterner les zones optiques de loin et de près face à la pupille en fonction de la direction du regard. L'intérêt d'un équipement en lentille rigide est l'amélioration de la performance visuelle, avec de surcroît une meilleure correction de l'astigmatisme cornéen associée à une moindre aggravation de l'instabilité lacrymale.

>>> Les lentilles d'orthokératologie

Cette technique est très utile pour corriger des presbytes par le port d'une lentille nocturne remodelant la cornée, avec une zone centrale cornéenne correctrice

et une zone périphérique de défocalisation positive améliorant la vision de près. Les lentilles d'orthokératologie permettent de vivre dans la journée sans correction et sans aggraver la sécheresse oculaire. Les effets négatifs sont les mêmes qu'avec les lentilles multifocales standard. L'astigmatisme cornéen peut également être corrigé.

Pour un hypermétrope presbyte, une correction en orthokératologie permettra déjà la correction de la moitié de l'addition lunettes. Il convient bien sûr de faire une réfraction idéalement la plus convexe. En cas d'addition supérieure, cela passera par une majoration de l'hypermétropie, à corriger ou non par le choix d'un design DRL Near (**fig. 6**). Seul le laboratoire Precilens offre à ce jour cette possibilité, avec l'adjonction de cette géométrie sur l'œil dominé. Pour les myopes, cela passe par un certain degré de monovision.

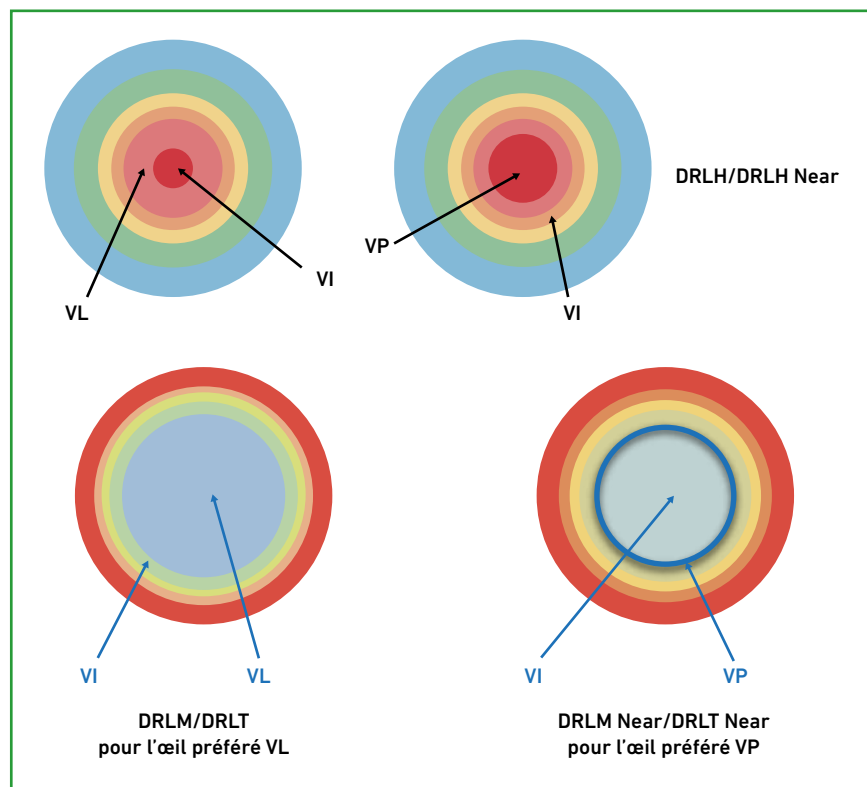


Fig. 6 : Les lentilles d'orthokératologie améliorent toutes la vision de près. En cas d'insuffisance, le design Near du laboratoire Precilens est à adapter sur l'œil dominé et majore le remodelage de la zone à vision de près centrale. VI : vision intermédiaire ; VL : vision de loin ; VP : vision de près.

■ Tester et revoir les patients

Tester le patient le jour même avec des lentilles d'essai à disposition au cabinet n'est pas une obligation, mais est préférable pour les premières adaptations. En général, je laisse le patient une dizaine de minutes en salle d'attente avec son portable et réalise le test après en binoculaire de loin et de près (sur son portable ou un magazine). Si le patient a moins de 6/10 ou de P5 on peut corriger directement les erreurs commises et réorienter l'équipement vers une autre géométrie. Le temps ne permet pas toujours de tester le jour même mais cela aide beaucoup de le faire en particulier lorsque l'on débute.

Revoir le patient vous permettra d'affiner la réfraction et l'efficacité du système de lentille choisi. Par ailleurs, un certain nombre de patients délaisseront les lentilles faute de mini-ajustement à leur besoin ou d'inconfort ajustable.

Personnellement, je ne prévois pas de forfait lentilles pour ne pas leur forcer la main et éviter qu'ils se sentent piégés. À la fin de la consultation d'adaptation, j'informe mes patients presbytes néo-équipés qu'il est souhaitable qu'ils prennent un rendez-vous de contrôle dans un mois, tout en ayant porté au maximum les lentilles d'essai pendant cette période (quitte à en acheter pour un mois pour chaque œil si le nombre de lentilles d'essai journalières fournies est insuffisant). Si les patients ne reviennent qu'un an ou deux après, tout en ayant été très contents durant cette période, tant mieux. Mais prévoir un contrôle initial permet de tester la satisfaction du patient, qui est très inégale d'une personne à l'autre : un patient lira 10/10 P2 tout en vous expliquant être très gêné au quotidien, d'autres auront 10/10 P3 ou 8/10 P3 en étant absolument ravis. Noter ces éléments vous permettra pour les années suivantes de cibler le niveau de satisfaction à atteindre pour votre patient.

Au cours de ce rendez-vous, demander au patient de chiffrer de 1 à 5 son degré

de satisfaction de loin et de près ainsi que son confort permet également de cibler ce qu'il faut améliorer en priorité.

Au rendez-vous de contrôle, je demande au patient de revenir avec les lentilles sur les yeux et, élément essentiel, je teste l'acuité uniquement en binoculaire. Pour une optimisation, on fait appel :

- aux bascules de sphères : gain d'une ligne de loin ou d'un demi-paragraphe de Parinaud par modification d'un quart de dioptrie ($\pm 0,25$ D) ;
- aux modifications d'addition : modification de deux lignes de loin ou d'un paragraphe de Parinaud par saut d'addition ;
- ou enfin aux modifications de géométrie.

L'optimisation de loin se fait par ajout/diminution de sphère ou diminution d'addition sur l'œil préférentiel et l'optimisation de près se fait par modification sur l'œil dominé. En optimisation, il peut être pratique de ne pas corriger un petit astigmatisme inverse sur l'œil dominé pour privilégier la vision de près, créant une pseudo-accommodation par augmentation de la profondeur de champ.

■ Conclusion

De réputation chronophage, l'adaptation en lentille multifocale devient rapide et aisée en suivant ces éléments. Elle permet un choix optimal dès la première consultation et de perdre le moins possible de temps en rendez-vous de contrôle. Prendre un peu de temps de formation sur les différents designs de lentilles et sur la réfraction optimisée – qui vous prendra sans doute moins longtemps au dixième patient qu'au premier – vous permettra de développer votre expertise.

Il s'agit d'un domaine passionnant avec une gamme de plus en plus variée, un confort clinique et visuel majoré, ainsi qu'une réelle satisfaction à la clé. Pour les praticiens les plus intéressés,

les adaptations en lentilles rigides et d'orthokératologie offrent une qualité visuelle et une indépendance en lunettes très appréciées des patients, ainsi qu'une réflexion clinique appréciée des adaptateurs.

La contactologie est un domaine de l'ophtalmologie innovant, trop souvent délaissé par nos confrères et que l'on mérite de se réapproprier. À présent, à vous d'adapter !

BIBLIOGRAPHIE

1. FERRER-BLASCO T, MADRID-COSTA D. Stereoacuity with balanced presbyopic contact lenses. *Clin Exp Optom*, 2011;94:76-81.
2. GUILLON M, DUMBLETON K, THEODOROTOS P *et al*. The effects of age, refractive status, and luminance on pupil size. *Optom Vis Sci*, 2016;93:1093-1100.
3. ÇAKMAK HB, CAGIL N, SIMAVLI H *et al*. Refractive error may influence mesopic pupil size. *Curr Eye Res*, 2010;35:130-136.
4. GAYTON JL. Etiology, prevalence, and treatment of dry eye disease. *Clin Ophthalmol*, 2009;3:405-412.
5. MATOSSIAN C, McDONALD M, DONALDSON KE *et al*. Dry eye disease: consideration for women's health. *J Womens Health*, 2019;28:502-514.
6. LIU H, THIBOS L, BEGLEY CG *et al*. Measurement of the time course of optical quality and visual deterioration during tear breakup. *Invest Ophthalmol Vis Sci*, 2010;51:3318-3326.
7. CARDONA G, GARCÍA C, SERÉS C *et al*. Blink rate, blink amplitude, and tear film integrity during dynamic visual display terminal tasks. *Curr Eye Res*, 2011;36:190-197.
8. QIAN L, WEI W. Identified risk factors for dry eye syndrome: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 2022;17:e0271267.

L'auteur a déclaré les liens d'intérêts suivants : consultant pour Alcon et Johnson & Johnson Vision.