

L'adaptation en lentilles de contact des enfants anisométropes doit être une démarche de première intention

Hélène Bertrand-Cuingnet

Les jeunes anisométropes arrivent souvent en consultation de contactologie quand ophtalmologistes et parents sont en quête d'une solution devant un enfant qui ne porte pas ses lunettes et dont l'acuité visuelle stagne malgré le traitement par occlusion. Une adaptation plus précoce ne permettrait-elle pas de gagner un temps précieux et de rendre plus efficace le traitement de l'amblyopie associée ? Trois cas d'adaptation sont présentés pour illustrer ce sujet.

Convaincre les parents d'Alice

Alice est âgée de 2 ans lors de la première consultation. Son ophtalmologiste dépiste un strabisme divergent avec une suspicion d'amblyopie profonde droite.

L'examen clinique et les potentiels évoqués visuels (PEV) confirment une amblyopie droite assez importante, compte tenu de la diminution d'amplitude des PEV flashes sur l'œil droit, due à une myopie forte unilatérale.

Une correction optique est prescrite après réfraction sous cycloplégie :

OD : - 7,00 (- 1,00 à 165°)

OG : plan

Le traitement de l'amblyopie par occlusion est alors commencé.

Alice est presque âgée de 5 ans lorsque ses parents, longtemps sceptiques à l'idée de l'adaptation d'une lentille de contact, l'amènent en consultation de contactologie. C'est une petite fille turbulente, qui vit dans une ferme et joue beaucoup dehors. Ni le port des lunettes, ni l'occlusion, ne sont suivis rigoureusement, si bien que **l'acuité visuelle de l'œil droit est de 2/10^e**. L'essai est fait avec une lentille rigide perméable au gaz (LRPG) en port permanent unilatéral.

Les résultats de la kératométrie de l'œil droit sont : K1 = 7,80/K2 = 7,65.

Praticien attaché, Service d'exploration de la vision et neuro-ophtalmologie, CHRU de Lille

Le diamètre cornéen est de 12 mm.

La lentille d'essai de première intention est une Menicon Z- α : R_o = 7,90/Puissance = -6,50/Diamètre = 10 mm.

A l'examen à la lampe à fente, la mobilité est acceptable.

Alice est munie d'un coffret de départ et revue le lendemain matin par son ophtalmologiste pour contrôle du port, et à J7 au cabinet de contactologie.

Le coffret de départ comprend : un étui et un échantillon de MeniCare Plus (sans le Progent, qui sera expliqué plus tard pour simplifier la mise en route), une ventouse, un antiseptique sans conservateur à mettre matin et soir les premiers mois, des unidoses d'oxybutocaine pour pouvoir enlever les lentilles sans crainte en cas d'urgence, des larmes artificielles à mettre souvent et à la moindre gêne, et le numéro de téléphone portable de l'ophtalmologiste adaptateur. Le port de lunettes de soleil à montures couvrantes, style sport, est conseillé en extérieur et à la récréation pour éviter les poussières.

A J7, Alice revient avec sa lentille portée. Celle-ci est captée par la paupière supérieure et descend en tournant au clignement. L'image fluo objective un liseré périphérique trop important. Il est décidé de réduire le diamètre en resserrant le rayon de la 2^e lentille d'essai, dont les paramètres sont : Menicon Z- α : R_o = 7,80/Puissance = - 6,50/Diamètre = 9,60 mm.

La mobilité est satisfaisante et l'image fluo homogène ; la lentille peut être prescrite.

La maman d'Alice apprend les manipulations de pose et de dépose, et l'occlusion peut être reprise, couvrant tout le temps en dehors de l'école dans son cas.



H. Bertrand-Cuingnet

Lors de l'examen de contrôle, un mois plus tard, la lentille étant encore fort mobile, elle est échangée sous garantie pour la lentille définitive Menicon Z- α : $R_0 = 7,75$ /Puissance = - 6,75/Diamètre = 9,60 mm. L'acuité visuelle est chiffrée à 2-3/10^e à droite.

Alice est ensuite suivie par son ophtalmologiste habituel, qui assure la surveillance de l'adaptation et la poursuite de l'occlusion.

Trois ans après l'adaptation Alice, alors âgée de 8 ans, porte toujours sa lentille et l'acuité visuelle de l'œil droit est stabilisée à 5-6/10^e. Le gain d'acuité pour elle est donc de 3 à 4/10^e.

Flavien accepte très bien l'occlusion

A 5 ans, Flavien présente une myopie forte unilatérale droite, il est porteur de lunettes depuis l'âge de 3 ans et traité par occlusion.

La première consultation relève une acuité visuelle à droite de 2/10^e malgré le port régulier des lunettes et le respect du rythme d'occlusion.

Un strabisme divergent permanent est associé. VOD : - 8,50 (- 2,50 à 30°) = 2/10^e faibles (chiffres) et R1/2 à 15 cm.

Kératométrie œil droit : K1 = 7,55/K2 = 7,20. VOG : + 0,75 = 10/10^e (chiffres) et R1/2 à 30 cm.

Sa mère, elle-même porteuse de lentilles, est favorable à l'adaptation.

En vue d'un port permanent, une adaptation unilatérale en lentille Menicon Z- α est tentée. La première lentille d'un diamètre de 10,00 mm se fixe sous la paupière avec des bulles captives.

La deuxième, une Menicon Z- α : $R_0 = 7,55$ /Puissance = -7,00/Diamètre = 9,60 mm présente une mobilité et une image fluo satisfaisante, elle sera prescrite en port continu de 15 jours.

L'occlusion est poursuivie au même rythme de 3 jours par semaine.

Au contrôle du premier mois l'acuité est passée à 3/10^e (chiffres).

Les parents de Flavien, qui n'avaient plus l'habitude de voir leur fils sans lunettes, sont surpris par l'asymétrie palpébrale évoquant un ptosis du côté de la lentille. Mais des photos prises auparavant confirment la présence de ce ptosis isolé, avant l'adaptation. Celui-ci n'est donc pas provoqué par la lentille flexible et paradoxalement c'est l'œil myope qui paraît le plus petit.

Après 3 ans et demi de port, Flavien, âgé de 9 ans, est maintenant en CM1. Le port prolongé de 15 jours est poursuivi. Il a perdu 2 lentilles au début de l'adaptation, et la projection d'un jouet sur l'œil droit en a cassé une, provoquant une ulcération de cornée superficielle, mais le port a pu être repris rapidement.



H. Bertrand-Cuingnet

L'acuité visuelle est :
VOD + lentille = 4/10^e P2.
VOG sans correction = 10/10^e P 1,5.

Le rythme d'occlusion qui a été réduit très progressivement, est toujours maintenu à 1 jour par semaine avec une bonne compliance.

L'angle du strabisme est stable : XT 16, X'T20 HG'4.

Au plan des tests sensoriels, il n'y a pas de modification : tests de Lang et de Wirt négatifs, fusion subjective au test de Worth.

Le gain d'acuité visuelle est donc de 2 lignes pour Flavien, entre 5 et 9 ans. Il est à noter que l'observance de l'occlusion a été particulièrement bonne.

Leily fait preuve d'une grande maturité

Leily est âgée de 7 ans quand on lui découvre une amblyopie profonde droite en rapport avec une hypermétropie apparemment unilatérale à + 7,00 dioptries pour laquelle une correction a alors été prescrite. VOD : 10/10^e.

VOG : + 6,50 = 2/10^e.

Le test de Wirt n'est pas perçu et il y a une ébauche de réponse au test de Lang.

Il n'y a pas de strabisme.

La réfraction sous cycloplégie objective une hypermétropie bilatérale anisométrique.

L'hypermétropie latente de l'œil sain est fréquente en cas d'anisotropie hypermétropique, car l'enfant emmétropise l'œil le moins hypermétrope par un effort accommodatif important.

Avant cycloplégie : OD + 2,00, OG + 6,50.

Sous cycloplégie : OD + 3,75, OG + 6,75.

La kératométrie moyenne (Km) est de 8,20 mm OD et OG.

La correction sera donc bilatérale, afin de réduire l'anisométrie.

Leily avoue ne pas porter ses lunettes et bondit quand elle entend le mot lentille dans notre discussion : « *je veux mettre des lentilles* ».

Bien sûr, le port de lentilles de contact permettrait de réduire l'anisométrie et la correction serait portée en permanence, mais le contexte familial ne semble pas très favorable. Aucun proche ne porte ni ne connaît les lentilles de contact et Leily n'est jamais accompagnée en consultation par la même personne. Nous demandons à voir ses parents pour expliquer le but et l'adaptation des lentilles mais surtout l'importance de l'occlusion qu'il faudra tenter aussitôt.

Un essai en port prolongé avec des lentilles Air Optix Night & Day (Ciba Vision) est commencé avec beaucoup de prudence et une surveillance renforcée.

OD : $R_o = 8,60$ /Puissance = + 2,50

et OG : $R_o = 8,60$ /Puissance = + 6,50.

Les lentilles souples en silicone hydrogel Air Optix Night & Day sont autorisées en port prolongé en raison de leur très haute perméabilité à l'oxygène. Ce choix est dicté par la simplicité et la rapidité d'adaptation, par la crainte que les parents ne se découragent devant le prix et le risque de perte des lentilles rigides, et par le souhait qu'ils se concentrent sur l'occlusion.

Mais Leily fait preuve d'une grande maturité. Les manipulations sont très vite acquises et les consignes de sécurité récitées comme une leçon.

L'acuité est chiffrée pour l'œil gauche à 3/10^e après 15 jours de port.

Après un mois de port, après validation d'un premier bénéfice sur l'acuité visuelle et de la gestion satisfaisante des lentilles par Leily, la nécessité de l'occlusion est réexpliquée aux parents, une occlusion prolongée est débutée pendant les vacances suivantes, elle est relayée par une occlusion les mercredis et dimanches pendant les périodes scolaires.



Hi. Bertrand-Cuingnet

La visite de contrôle prévue est reportée en raison de la perte de la lentille, et de l'interruption de l'occlusion pendant une semaine. Malgré cela, le résultat de la consultation suivante est rassurant. L'acuité visuelle de l'œil gauche est chiffrée à 5/10^e et le test de Lang est entièrement perçu après deux mois de port et d'occlusion.

L'occlusion est bien suivie et l'adaptation des lentilles est satisfaisante, le traitement est poursuivi et la rigueur des consignes est rappelée, que ce soit pour la lentille ou pour l'occlusion, en définissant un rythme de surveillance rapproché. Le rendez vous de contrôle suivant sera programmé à chaque consultation. **A neuf ans, l'acuité visuelle de l'œil gauche se stabilise à 8/10^e soit un gain de 6/10^e en deux ans.**

Les anisométries isolées sont le plus souvent dépistées après 3 ans

Les anisométries isolées sont le plus souvent découvertes lors des dépistages scolaires, donc après 3 ans en cas général. Elles sont responsables d'une amblyopie dont la profondeur est d'autant plus importante que la différence de réfraction entre les deux yeux est grande.

Le diagnostic, puis la réfraction sous cycloplégie sont suivis le plus souvent dans un premier temps d'une période de correction par lunettes avec mise en place de l'occlusion.

Il faut gagner un temps précieux

Dans les cas présentés, on peut constater que quel que soit l'âge de découverte, les enfants n'ont pas été adaptés avant l'âge de 5 ans.

Un temps précieux s'écoule donc, à un âge critique pour le développement visuel, avant que ne soit fait le constat le plus fréquent : les lunettes ne sont pas portées par ces enfants qui n'en éprouvent pas la nécessité et malgré l'occlusion, l'acuité visuelle stagne.

En effet sur le plan pratique, ces enfants qui ont une acuité visuelle à 10/10^e de l'autre œil refusent de porter les lunettes. Le verre du bon œil qui est souvent sale, les pénalise et ils se sentent exposés aux railleries de leurs camarades à cause des verres de puissance différentes qui changent la taille de leurs yeux. L'occlusion devient alors une véritable bataille qui ne peut être menée sans la correction optique adaptée.

Bien souvent, c'est seulement à ce moment là, devant ce constat d'échec et d'impuissance, qu'est évoquée la correction par lentilles de contact. En effet, les lentilles de contact en port prolongé permettent une correction totale et permanente de l'œil le plus faible, rendant la correction optique moins contraignante dans l'esprit des enfants et toute l'énergie de l'entourage peut alors se concentrer pour la lutte contre l'amblyopie.

Anisométrie myopique ou hypermétropique, une indication reconnue des lentilles de contact

L'anisométrie, qu'elle soit myopique ou hypermétropique est une des indications largement décrite et reconnue pour l'adaptation en lentilles de contact quel que soit l'âge de l'enfant. Elle fait partie à ce titre, des indications prises en charge dans le cadre de la LPPR. Cet argument est important car il insiste sur le côté entièrement médical de l'adaptation, quelquefois nécessaire pour des parents sceptiques, et il limite le coût financier. Si les parents sont réticents ou si l'adaptation semble difficile à gérer, il ne faut pas hésiter à déléguer l'adaptation à une consultation de contactologie en milieu hospitalier, ce qui permet d'appuyer la démarche et de passer le cap des premiers mois.

Qui dit port prolongé dit surveillance renforcée

Le port prolongé de ces lentilles de contact est un facteur favorisant pour le développement de la vision

de l'œil amblyope, mais il ne doit être fait que dans le respect absolu des seuils de sécurité exigés pour le port nocturne.

Les lentilles rigides perméables aux gaz (LPRG) de très haut Dk, sont les lentilles de première intention. Elles allient une bonne oxygénation de la cornée, une correction sur mesure en diamètre, courbure et puissance à une grande sécurité, car les signes d'alarme sont bruyants. Leurs manipulations sont faciles, elles corrigent les astigmatismes cornéens et leur qualité optique est performante. Leurs limites sont les astigmatismes internes, les pertes de lentilles et donc le coût financier, et les yeux trop sensibles, bien que beaucoup d'adaptations unilatérales soient parfaitement tolérées.

Les lentilles souples hydrophiles en silicone-hydrogel, dont le nombre de fabricants et les gammes de puissances sont actuellement en plein développement, permettent aussi une adaptation en port prolongé. Elles peuvent apparaître plus simples ou plus rapides d'adaptation et moins coûteuses, raisons pour lesquelles elles ont été choisies pour Leily dans les cas décrits ci-dessus. Néanmoins, elles nécessitent une surveillance renforcée à la recherche de signes inflammatoires infectieux ou mécaniques que l'enfant ne saura pas exprimer, aboutissant à un retard de diagnostic de ces complications. Leur indication, s'il y a nécessité d'un port prolongé, reste de deuxième intention, y compris avec le recours à une correction additionnelle de l'astigmatisme par lunettes.

Penser rapidement aux lentilles de contact en cas d'anisométrie avec amblyopie

L'adaptation en lentilles de contact des enfants anisométriques, couplée à la lutte contre l'amblyopie doit être une démarche de première intention dès la découverte de l'anisométrie, d'autant plus que la différence de réfraction entre les deux yeux est importante. Elle ne doit pas être une solution de secours après une période de correction inefficace par lunettes pendant laquelle, parents et enfants auront déjà épuisé leurs forces pour réaliser l'occlusion.

Bibliographie

George MN, Berthemy-Pellet S, Lejeune S, et al. Les lentilles de contact chez l'enfant. Rapport de la SFOALC, 2001.

Pagot R, Berthemy-Pellet S, et al. Port continu et lentilles de contact. Rapport de la SFOALC, 2005.