

SPECIAL **SANTÉ** FORME

**SPORT TELE:
QU'EN PENSER ?**

DOSSIER

**LES TRAITEMENTS
DU FUTUR**

**REVITALISEZ
VOTRE PEAU**

LA MYOPIE: ÇA S'OPÈRE

**NOUVELLES GRAISSES
MODE D'EMPLOI**

LES ALLERGIES DE PRINTEMPS

M. 2461 n° 1 - 16 F

MENSUEL N° 1 - AVRIL 1985 - 16 F

Suisse 5,00 FS - Belgique 123 Fb - Luxembourg 122 Flux - Italie 4500 Lires - Canada 3,25 \$ C

Par
le Docteur
M. Erovic

LA

MYOPIE

ÇA S'OPÈRE

Si vous êtes myope, vous avez forcément eu l'envie, un jour ou l'autre, de jeter aux oubliettes ces lunettes aux verres si épais ou ces lentilles qui font quelquefois lar-moyer. Aujourd'hui, vous pouvez vous offrir ce plaisir ! La myopie s'opère. Un congrès d'ophtalmologie à Atlanta aux Etats-Unis vient de faire le point sur cette intervention chirurgicale. Le Docteur Marc Timsit* y participait.

Docteur Monique Erovic : Il faut peut-être d'abord rappeler comment fonctionne l'œil ?

Docteur Marc Timsit : L'œil fonctionne comme un appareil photographique. Le diaphragme, c'est l'iris qui règle le degré de lumière pénétrant à l'intérieur. L'objectif, focalisant d'une façon nette l'image de l'objet regardé, se compose de la cornée en forme de verre de montre à la partie antérieure de l'œil et du cristallin, lentille convergente en arrière de l'iris. Enfin, le film photographique sur lequel arrive l'image, est la rétine : elle transmet par le nerf optique, cette image au cerveau qui l'interprète.

Qu'est-ce qui différencie un œil myope d'un œil normal ?

Un œil myope possède un système optique trop convergent. De ce fait, l'image d'un objet éloigné ne se forme pas sur la rétine, mais en avant de celle-ci : elle est donc perçue floue, d'où la tendance à cligner des yeux pour améliorer cette vision. La vision de près, en revanche, est bonne.

La myopie peut s'accompagner d'un astigmatisme : si l'œil est astigmaté, la cornée n'a pas un bombement régulier, mais une forme en « ballon de rugby », ce qui entraîne la perception d'un dédoublement, d'une déformation des images.

Quelles sont les causes d'une myopie ?

La myopie est due à une anomalie de développement de l'œil d'origine génétique. L'hérédité et l'origine ethnique jouent un rôle important. Le degré de myopie se mesure en dioptries. Même pour de petites myopies (une dioptrie), l'acuité visuelle est faible, de 2/10^e. Une myopie supérieure à trois dioptries donne une vision inférieure à 1/10^e.

Existe-t-il différentes myopies ?

Il en existe deux types. La première, simple, apparaît généralement entre 6 et 10 ans, évolue rapidement au début, puis plus lentement, pour se stabiliser vers 25 ans à des chiffres inférieurs à six dioptries. Elle ne s'accompagne pas de lésions du fond d'œil, mais parfois de modifications de la rétine pouvant nécessiter un traitement au laser.

La seconde, la myopie dégénérative, touche 20 % des myopes et progresse tout au long de la vie, atteignant des chiffres beaucoup plus importants, de sept à vingt-cinq dioptries.

Elle s'accompagne de lésions dégénératives de la choroïde visibles au fond d'œil, et parfois de lésions rétinienne périphériques.

Par quels moyens peut-on retrouver une vision nette de loin ?

Il faut diminuer artificiellement la puissance de convergence du système optique. Trois moyens sont offerts actuellement. Ce sont les verres correcteurs, les lentilles de contact et la chirurgie.

Les lunettes composées de lentilles divergentes peuvent avoir des inconvénients lorsque la myopie est importante : les verres sont épais et diminuent la taille des objets et du champ visuel. Elles doivent être portées en permanence pour compenser une vision très réduite.

Les lentilles de contact, souples ou dures, peuvent être adaptées sur la cornée en l'absence de contre-indication chez la plupart des myopes. Elles améliorent l'esthétique et le champ visuel par rapport aux lunettes, mais sont accompagnées parfois d'intolérance et d'allergie.



Et la chirurgie, en quoi consiste-t-elle ?

L'intervention chirurgicale, appelée « kératotomie radiaire », consiste à pratiquer une série d'incisions microscopiques à la surface de la cornée selon une disposition en rayons de roué. Celles-ci sont faites d'une zone optique circulaire située en regard de la pupille où la vision reste protégée. Ces incisions réduisent le bombement de la cornée en l'aplatissant de quelques dixièmes de millimètres en son centre. Les rayons lumineux entrant dans l'œil sont alors focalisés sur la rétine, au lieu de l'être en avant de celle-ci. Une vision normale est ainsi restaurée.

Cette chirurgie est-elle pratiquée depuis longtemps ?

Elle a été pratiquée pour la première fois en 1973 par Fyodorov en URSS, et a été introduite en 1978 aux USA où elle a bénéficié de quelques améliorations. En France, seuls quelques établissements (Paris, Nice, Toulouse) sont en mesure de la réaliser, mais beaucoup d'autres s'y intéressent vivement et l'offriront dans un proche avenir.

Devant les nombreux succès, l'Académie Américaine d'Ophtalmologie a décidé, il y a un an, d'effectuer une étude officielle dans neuf centres spécialisés. Cette étude appelée Perk (évaluation prospective de la kératotomie radiaire), portait sur 435 patients opérés selon une technique standardisée. Les résultats qui viennent d'être diffusés lors du congrès d'Atlanta, prouvent qu'il s'agit d'une méthode efficace et sûre.

Est-ce la seule méthode possible ?

Les grands myopes peuvent bénéficier d'une autre intervention nommée « ké-

ratomileusis », mise au point par le Professeur Barraquer à Bogota (Colombie). Elles consistent à découper la cornée de l'œil atteint, à la congeler et à la remodeler à l'aide d'un tour commandé par un ordinateur. La cornée déglacée est ensuite recousue sur l'œil.

Cette intervention qui, par rapport à la kératotomie radiaire, s'adresse à des myopies plus sévères, nécessite un équipement et une pratique que peu de chirurgiens possèdent aujourd'hui (encore à titre expérimental en France).

L'intervention est un traitement alors que les lunettes et les lentilles ne font que compenser la mauvaise vision

Quelles sont les motivations de ceux qui demandent une intervention chirurgicale ?

La plupart des myopes font appel à la chirurgie afin d'être moins dépendants de lunettes, certains ne voulant plus en porter pour des raisons pratiques ou esthétiques. D'autres, parce qu'ils ont des problèmes avec leurs lentilles.

Nombreux aussi sont ceux qui veulent avoir une vision suffisante pour pratiquer certains sports ou métiers, pour lesquels une vision sans correction est exigée (pilotes d'avion, conducteurs de trains).

Enfin, il est des personnes qui se sentent socialement diminuées dans leurs activités quotidiennes, ou qui souhaitent à tout moment avoir une vision correcte au cas où elles n'auraient pas le temps de mettre des lunettes ou des lentilles.

Est-ce que tout le monde peut bénéficier d'une kératotomie radiaire ?

Il faut avoir une myopie stable, c'est-à-dire pas de changement de puissance des lunettes ou des lentilles depuis deux ans, et une absence de lésion cornéenne (cela concerne les gens de plus de 18 ans). L'intervention ne se pratique donc pas chez l'enfant.

Les meilleurs résultats sont obtenus dans les myopies faibles et moyennes. Si, dans la quasi totalité des cas, la myopie est corrigée, le résultat peut n'être que partiel parfois. Il est en effet difficile de prévoir avec une précision absolue le résultat de l'intervention, surtout pour des myopies à six dioptries.

Mais alors, que peut-on promettre au candidat à la chirurgie ?

En se fondant sur les statistiques diffusées à Atlanta, on peut dire que, pour une myopie qui correspond à une vision de 1/10^e, il y a 20 % de chances d'obtenir un bon résultat visuel, c'est-à-dire une vision entre 5/10^e et 10/10^e (ce qui permet par exemple de conduire une voiture sans correction). Restent 8 % de chances d'obtenir un résultat moyen, entre 1/10^e et 5/10^e. En ce cas, la myopie est réduite par l'intervention, la vision est meilleure, mais elle peut encore être améliorée par des lunettes moins épaisses ou de lentilles moins fortes.

Les gens porteurs d'un astigmatisme inférieur à 1,5 dioptrie, peuvent être corrigés par la même intervention.

Comment se déroule l'opération ?

Une consultation préopératoire complète est effectuée pour déterminer l'absence de contre-indication, et le bénéfice qu'on peut attendre de la chirurgie.

Le praticien définit alors son protocole opératoire de remodelage de la cornée, en particulier le nombre et la longueur des incisions qui seront à pratiquer en fonction du degré de myopie, mais aussi d'autres paramètres (âge, sexe, tension intraoculaire). Le rendez-vous opératoire est pris quelques semaines plus tard.

Les lentilles dures doivent être retirées un mois avant l'intervention, les souples seulement quelques jours avant, ceci afin de laisser la cornée se stabiliser.

Un seul œil est opéré à la fois. Si le deuxième doit l'être, il ne le sera que quel-