

Faire la différence en matière de lentilles multifocales



Vendredi après-midi. À la fin d'une semaine chargée, Salma, une infirmière, vous consulte. Elle adore son travail, heureuse d'aider les gens et de contribuer à leur bien-être. Elle prend soin d'eux comme elle aimerait qu'on prenne soin d'elle. Elle est rayonnante, elle a le bonheur facile.

C'est la première fois que cette patiente vous consulte, sur recommandation de collègues. Elle désire d'abord et avant tout renouveler son ordonnance de lentilles cornéennes desquelles elle se montre globalement satisfaite. Elle est équipée de lentilles cornéennes multifocales, comme moyen principal de correction optique. Elle rapporte devoir recourir à des lunettes d'appoint, pour la lecture ou pour effectuer des tâches plus précises de près durant son travail, ce qui peut être embarrassant lorsqu'elle doit porter un masque. Lorsqu'elle demeure à la maison, elle ne recourt souvent qu'à des lunettes, «afin de reposer ses yeux» comme elle le mentionne.

Alors qu'il serait facile de régler ce dossier en renouvelant l'ordonnance sans rien y changer, pensant déjà aux activités de la fin de semaine qui vous attendent, considérez que cette consultation s'avère d'abord et avant tout une occasion de répondre plus adéquatement aux besoins de la patiente et de lui présenter les nouvelles technologies disponibles.

Adopter une stratégie par étapes

La première étape menant à l'établissement d'une ordonnance et à la recommandation d'un mode de correction repose sur une bonne connaissance des besoins de la patiente, afin de convenir d'un plan de traitement visuel. Comment utilise-t-elle ses yeux?

Dans le monde de Salma

Salma vous a déjà mentionné son travail d'infirmière, ce qui implique des heures irrégulières de travail, parfois en soirée, parfois de jour, donc dans des conditions d'éclairage différentes, mais surtout un besoin de voir avec précision à toutes les distances : de loin, de près et entre les deux. Et de très près parfois, ou de près, mais avec une grande acuité (lorsqu'elle utilise de fines aiguilles, par exemple, ou qu'elle doit valider une information écrite en petits caractères sur une fiole de médicament). Mais la vie de Salma ne se limite pas à son travail. Elle est active socialement, œuvrant comme bénévole dans sa communauté, notamment auprès des personnes âgées vivant seules. Ces activités impliquent davantage de documents à lire, de travail sur écran, pour aider ces personnes à remplir leurs obligations, mais aussi du travail sur le terrain qui lui demande de conduire son automobile dans toutes sortes de conditions météo et de luminosité.

Les besoins visuels de Salma sont donc variés : besoins primaires orientés principalement au près et en intermédiaire, mais sans sacrifier la vision de loin, considérant diverses conditions d'éclairage et d'environnement.

Âgée de 54 ans, Salma se dit en bonne santé et ne prend pas de médicaments. Elle présente bien des symptômes de ménopause, mais ils sont encore tolérables, sans nécessiter d'intervention pharmacologique. Elle ne mentionne pas de sécheresse oculaire ni de symptômes d'inconfort avec ses lentilles, qu'elle peut porter toute la journée sans soucis. Elle peut également compter sur une hérédité exemplaire au plan visuel, ne déclarant aucun antécédent notable.

Elle a toujours porté avec succès des lentilles cornéennes, et ce depuis plus de 30 ans! Les lentilles actuelles, en comfilcon A, ont été adaptées, il y a 7 ans, à l'apparition de ses premiers symptômes de presbytie, une migration logique considérant qu'elle était déjà équipée de lentilles sphériques de ce matériau. Personne n'a pensé à en changer la teneur ni la puissance depuis ce temps, renouvelant cette prescription d'origine sans rien y changer. Elle avoue qu'elle n'a pas cherché non plus à explorer de nouvelles options puisque les lentilles semblaient répondre encore à ses besoins. Du moins, en apparence et à défaut de connaître mieux, les professionnels consultés étant demeurés muets quant aux options offrant une technologie plus récente. Et pourtant, aucun vendeur ne proposerait de renouveler son téléphone intelligent avec une technologie vieille de plus de 10 ans! Pourquoi devrait-on trouver acceptable cette attitude en optique?

Des données fiables et à jour

La correction en lentilles cornéennes multifocales nécessite également une adaptation des méthodes d'examen. Se fier à des données à jour, validées et précises constitue la seconde étape du processus d'ajustement/renouvellement des lentilles après une anamnèse complète.

Ainsi, la vision binoculaire doit être examinée afin de mesurer si la vision simultanée est possible, l'ampleur des phories induites de même que les réserves fusionnelles. Il est connu que des anomalies de la vision binoculaire peuvent enclencher des symptômes similaires à la sécheresse oculaire, ou encore empêcher l'exécution d'un travail soutenu au près. Les lentilles augmentent la déviation exo au près et la perte de l'effet base-in des lunettes concaves peuvent être des éléments influençant la performance des lentilles cornéennes.

Dans le cas de Salma, il n'y a pas d'amblyopie, de strabisme ou d'autres facteurs limitants qui orienteraient davantage vers la monovision. Le bilan de la vision binoculaire s'avère normal, sans anomalies notables qui auraient nécessité une intervention par entraînement visuel (orthoptique). Les tests préliminaires se complètent par la mesure de la pupille, estimée en photopique à 3,5 mm pour chaque œil. Certains designs y sont sensibles, d'autres en dépendent moins. À voir.

La mesure de la réfraction doit être adaptée en fonction du port de lentilles cornéennes multifocales. Ainsi, elle doit être faite selon une stratégie de maximum convexe au loin et de minimum convexe au près. Ceci implique de déterminer la première série de puissance qui assure une vision de 6/6, sans pousser plus loin, ni sous-corriger et embrouiller cette acuité à distance. En vision de près, la première série de lentilles plus convexes procurant une acuité P3 confortable est sélectionnée, sans surcorriger en convexe.

Ceci n'implique pas que l'addition de la lentille à porter sera nécessairement faible (low) ou limitée (med). Tout dépend de la réfraction au loin, de l'âge du patient, de la présence de pathologies comme des cataractes, etc. Cela dépend aussi du design de la lentille et de son profil optique.

Il s'agit simplement de déterminer le seuil minimal requis pour effectuer les tâches au près afin de ne pas surcorriger et pénaliser ainsi l'équilibre avec la vision de loin. Il est important de noter que la réfraction doit tenir compte de la distance de travail du patient. Un bijoutier travaillant à 20 cm de distance n'aura pas le même besoin optique que le travailleur sur écran à 55 cm!

Ainsi Salma présente une myopie et un astigmatisme modérés : OD -3.50(-1.00)10° et OG -3.75(-0.75) 170° ; addition +2.50D à 35 cm qui représente sa distance moyenne de travail. L'œil dominant en vision à distance est le droit, tel que validé par le test avec un embrouillage convexe. Les guides d'adaptation demandent habituellement de tenir compte de cette dominance. Les tests de santé oculaire demeurent dans les limites normales. Le segment antérieur ne démontre aucune anomalie notable considérant un port de lentilles de plusieurs années, et le film lacrymal est stable, même si le temps de bris lacrymal est légèrement réduit à 8 sec ODG. L'état du film lacrymal dicte le type de matériau de la lentille à adapter.

Les tests plus spécifiques sont effectués : la topographie cornéenne confirme la présence d'un astigmatisme et des kératométries de 43.00 x 44.25 @ 95 OD; 42.75 x 43.50 @ 85. Les autres tests de santé oculaire (fond d'œil) demeurent normaux.

Les tests cliniques confirment une myopie et un astigmatisme modérés, sans anomalie de la surface et de la santé oculaire. Toutefois, le choix de la lentille devra tenir compte de cet astigmatisme, de la dominance oculaire, de la présence d'un film lacrymal instable et d'une pupille modérée en taille.

Le choix du produit

Une fois les besoins visuels pris en compte, la santé oculaire validée et le bilan réfractif effectué, il est temps de procéder au choix des lentilles à adapter.

Le type de correction d'abord. Salma est infirmière et doit faire des injections, évaluer la profondeur de lésions, conduire, etc. Donc, elle a besoin d'une vision stéréoscopique en tout temps. Ceci exclut donc le recours à la monovision. À ce titre, l'analyse avec lentilles actuelles (OD -4.00 add +2.00 design D; OG -4.00 add +2.50 design N) en place est révélatrice. Les lentilles lui procurent une acuité visuelle au loin de OD 9/10 et OG de 7/10. Au près, c'est l'inverse : 6/10 OD et 9/10 OG. La stéréoacuité est réduite à 50 secondes d'arc (5/10 anneaux; 3/3 animaux test Randot). Ceci n'est pas surprenant, puisque la lentille comfilcon A multifocale, avec deux designs très typés, représente davantage une monovision modifiée qu'une véritable multifocale exposant les deux yeux aux mêmes profils optiques. De plus, en analysant le profil optique de la lentille, il apparaît que la puissance centrale réelle est davantage convexe que ce qui est indiqué sur l'étiquette¹, ce qui réduit son rendement au loin. Une différence qui varie entre +0.25 et +0.75D selon la puissance et l'addition. Ceci explique qu'il soit souvent nécessaire de « surcorriger » la sphère concave afin d'obtenir une vision à distance normale. Ceci se fait évidemment au détriment de la vision de près. Ce design de lentille comporte d'ailleurs une puissance effective d'addition qui se réduit passablement à mesure que l'amétropie augmente². Ainsi, le rendement optique d'une addition de +2.50D chez un myope de -1D procure davantage de vision de près (add réelle de +2.15D) que la même valeur appliquée à la lentille de -5D procure une add réelle de +1.41D. Il y a donc place à une amélioration et de vraies multifocales sont donc à envisager, avec prédominance pour la vision de près (centrée de près), incorporant une zone intermédiaire franche, tenant compte des besoins visuels de la patiente. Il faut également que le profil de puissance des lentilles, en addition, ne varie pas en fonction de l'amétropie au loin. Certains designs offrent cette stabilité.

La seconde question à résoudre est celle de la présence de l'astigmatisme. Doit-on en tenir compte ou tenter de le masquer, comme dans le cas présent? Toutes les études ont prouvé que la correction de petits astigmatismes avec une lentille torique s'avérait bénéfique et améliorait le rendement visuel, réduisait l'asthénopie et contribuait à une plus grande satisfaction du patient^{3,4,5}. Les lentilles toriques modernes sont stables et confortables au point de pouvoir être portées sur un œil alors que la lentille de l'autre œil est sphérique, et ce, sans que le patient ne note de grande différence entre les lentilles, tant en matière de confort que de comportement.

Si la correction astigmate est importante pour les patients non presbytes, elle devient cruciale dans le cas des gens de plus de 45 ans. En effet, tenter de masquer l'astigmatisme requiert d'augmenter la puissance de la sphère concave, ce qui est complètement contraire à l'approche maximum convexe que l'on doit préconiser. Non seulement perd-on de la qualité optique de l'image perçue, mais on réduit la performance de l'addition de la lentille. En termes clairs, on se tire dans le pied! Il faut donc viser à corriger adéquatement tout astigmatisme de 0.75D ou plus. On doit au moins le tenter et comparer le rendement visuel avec la lentille sphérique surcorrigant la sphère myopique. Dans la vaste majorité des cas, il n'y aura pas de photo et la lentille torique sera jugée plus efficace visuellement par le patient.

Après avoir déterminé qu'il faut recourir à une lentille torique, il est aussi important de s'intéresser au profil optique général des lentilles multifocales. Il a été démontré qu'un profil asphérique centré de près s'avérerait optimal⁶ pour une majorité de patients, l'exception étant le petit nombre d'entre eux qui ont des besoins au loin très majoritaires (>75% du temps) avec peu de choses à voir au près durant leurs activités. Considérant le myosis survenant avec l'âge, les designs centrés de près favorisent la vision de près et en intermédiaire, ce qui permet de limiter les plaintes des patients presbytes qui ne peuvent lire ou travailler comme ils le désirent. Cela étant, la plupart des fabricants ont calibré le ratio de la zone d'addition et celle de la vision de loin afin de maintenir une vision claire à distance.

À contrario, les lentilles centrées au loin (VL centrale) sont associées à une réduction des contrastes plus importante, ce qui peut nuire en condition d'éclairage réduit, notamment lorsqu'on est ébloui, par des phares d'auto ou autre chose. Ce type de design est également associé à une perception visuellement dérangeante plus marquée à tous les cycles de contraste⁷. Ces différences au plan optique confirment qu'il faut tenir compte de la différence entre les différentes lentilles afin de déterminer la meilleure option pour le patient. Dans le cas de Salma, la priorité est de respecter ses besoins en vision intermédiaire et de près, sans toutefois négliger la vision de loin. Un design à vision de près est donc incontournable, peu importe son état réfractif ou son besoin d'addition.

L'analyse des profils de la compagnie Alcon offre une variation minimale entre la courbe de puissance simple vision et l'addition faible (low).⁸ De même, les deux courbes d'addition moyenne et élevée (med et high) sont relativement rapprochées. L'addition maximale donne donc peu de convexe supplémentaire tout en limitant de façon importante la vision de loin.

La compagnie propose d'ailleurs de n'utiliser que les lentilles de faible ou moyenne addition, ce qui implique aussi que leur technique de réfraction maximum convexe au loin sera poussée à sa limite, réduisant les besoins de convexe au près. Afin de compenser en partie cette poussée de convexe, les profils augmentent la correction concave en périphérie de la zone optique. Si cela fonctionne relativement bien pour les plus jeunes presbytes, il est possible qu'un tel profil puisse causer une présence trop importante d'aberrations négatives, qui pourrait être contraire aux besoins des presbytes plus matures. Dans le cas de Salma, ces lentilles ne conviennent pas, surtout du fait que la pente de progression des puissances n'offre pas de réelle plage intermédiaire et elles seraient donc moins compatibles avec ses besoins visuels. L'absence de possibilité en torique multifocale est aussi un facteur qui fait que ce design n'est pas adéquat.

Cooper offre bien évidemment la lentille en comfilcon A, de première génération, qui a été mentionnée. Cette compagnie offre aussi un autre design de lentilles, offert en deux matériaux différents, sous modalité journalière chacune. La particularité de cette approche est le fait que le profil des puissances change à mesure que la valeur de l'addition augmente⁹. Cela implique l'apparition d'une plage de vision intermédiaire de plus en plus importante à mesure que l'addition augmente. L'addition effective est d'environ +1.25 D pour le profil low, similaire en central pour le medium, ce dernier offrant une augmentation de convexe d'environ +0.50D en mi-périphérie, donc peu différente, alors que le High atteint +2.4D d'addition effective. Le guide d'ajustement prévoit d'adapter une addition faible, sans plage intermédiaire, sur l'œil dominant, en tout temps, ce qui peut impliquer que cette distance n'est couverte que par l'autre œil. Cela peut s'apparenter à de la monovision modifiée à certains égards. Il s'agit toutefois d'une plateforme performante en général et bien acceptée par les patients. Certains rapportent un inconfort en fin de journée avec le matériau à plus haute perméabilité. Ceci demeure évidemment un élément variable d'un patient à l'autre et qui ne peut être confirmé qu'après essai. Le coût des lentilles journalières peut également être un frein, et c'est notamment le cas pour Salma.

Des lentilles offrant une plage de focalisation étendue (EDOF) peuvent être une excellente solution de recharge pour ceux et celles qui nécessitent une vision intermédiaire soutenue, comme le travailleur sur écran, dont la distance d'observation est de 55 à 60 cm. De plus, l'effet d'augmentation de la profondeur de champ permet de couvrir en partie les petits astigmatismes. Par contre, le rendement de ces lentilles en vision de près peut s'avérer fort décevant¹⁰. Plusieurs porteurs doivent avoir recours aux lunettes d'appoint. Dans le cas de Salma, elle vit déjà cette limitation avec son équipement actuel, et il s'agit d'un des premiers problèmes à régler en cas de migration vers d'autres designs de lentilles.

Il a été prouvé que la taille de la pupille influence le résultat obtenu avec les lentilles multifocales¹¹. Johnson & Johnson offre donc une série de lentilles basées sur l'optimisation du diamètre pupillaire en fonction de la valeur de la correction réfractive, en tenant compte du fait que la pupille devient plus petite avec l'âge, mais qu'elle est de plus grande taille chez les personnes très myopes.

Cette approche s'avère redoutablement efficace dans une majorité de cas, pourvu que les paramètres du patient correspondent aux moyennes établies pour établir le design. L'arrivée de lentilles toriques multifocales, utilisant cette plateforme, change la donne et offre une réelle option pour les patients presbytes. La lentille est très efficace sur le plan optique, si on suit le guide d'ajustement à la lettre. Le matériau offre confort et haute perméabilité à l'oxygène, et l'ajout d'un filtre bloquant une grande partie de la lumière bleue agit efficacement contre l'éblouissement, notamment en conduite de nuit. Pour Salma, cependant, bien qu'idéale sur papier, cette option de lentille journalière sera également trop coûteuse.

La solution optimale pour Salma

Bausch + Lomb est connue pour la qualité de son optique, autant en instrumentation qu'en lentilles cornéennes. Le travail minutieux des ingénieurs pour optimiser le rendement optique des lentilles, en tenant compte des aberrations induites par ces dernières, mérite d'être souligné et est unique sur le marché.

Ce souci de la qualité optique se voit également dans le design multifocal que la compagnie offre, autant en lentilles mensuelles qu'en lentilles journalières. Les profils optiques générés par Bausch + Lomb assurent une stabilité de l'addition, peu importe la puissance de correction au loin. Tous les porteurs sont donc assurés d'avoir la même expérience optimale, peu importe leur défaut optique, ce qui est également assez unique en multifocales.

Autre avantage marqué, le profil de la multifocale offre trois grandes plages distinctes pour la vision de loin, celle en intermédiaire et celle au près, en incorporant une transition douce entre chacune de ces zones. Il en découle une vision naturelle à toute distance, sans compromis de l'une ou de l'autre. Il s'agit donc du profil optique qui correspond aux besoins visuels de Salma, considérant ses multiples activités.

Le samfilcon A est un matériau de dernière génération (alors que le comfilcon A date de plus de 15 ans) qui offre plusieurs paramètres qui répondent à un souci de maintenir le confort et la santé oculaire du patient presbyte. Tout d'abord, une double polymérisation permet de créer une matrice de silicone hydrogel parmi les plus perméables à l'oxygène sur le marché. L'ajout de polyvinylpirrolydone (PVP) à cette matrice, sous forme polymérisée et non injectée, assure que cette molécule demeure dans toute la matrice et la surface de la lentille durant toute la durée de vie de la lentille. Le PVP attire 6 fois son poids moléculaire en eau, ce qui permet de maintenir une hydratation optimale de la lentille durant toutes les heures de port.

La lentille ULTRA® Multifocale pour Astigmates, sous forme mensuelle, répond donc à tous les critères visuels et les besoins de santé oculaire que présente Salma. Il s'agit de l'option optimale pour assurer sa transition et abandonner la technologie désuète avec laquelle elle doit composer actuellement.

Salma démontre clairement son intérêt pour tenter l'expérience avec cette nouvelle technologie qui offre tant d'avantages comparativement aux lentilles qu'elle porte actuellement. Cependant, elle se demande si le fait de privilégier la vision intermédiaire ne représentera pas un compromis pour la vision de loin.

Le professionnel qu'elle consultait auparavant lui disait toujours ne pouvoir faire mieux, puisque le choix de lentilles multifocales représente un compromis.

Le mot « compromis » doit être banni du vocabulaire des professionnels. Il faut davantage parler d'équilibre entre la vision de loin et celle de près.

Et il faut amener le patient à s'impliquer dans la décision en lui demandant de faire état de son expérience dans ses milieux de travail et de vie et des problèmes visuels qu'il éprouve. Ainsi, le patient comprendra que l'amélioration de sa qualité de vision au loin peut avoir des conséquences négatives sur sa vision au près, et vice versa. Mais il existe, pour tout porteur, une combinaison de ces puissances qui offre un rendement tout à fait acceptable à toutes les distances, du loin au près, en passant par l'intermédiaire. C'est cet équilibre qu'il faut atteindre.

Comment s'y prendre? En suivant le guide d'adaptation. Chaque design de chaque fabricant est le fruit de nombreuses heures d'essais et d'ajustement auprès de milliers de patients, afin de déterminer une procédure d'adaptation initiale et une autre pour régler les problèmes d'équilibre entre le loin et le près. Le guide permet de limiter le nombre d'essais et de changements. Chaque design de lentille est différent, et la recette appliquée à l'une ne convient pas aux autres. En outre, en ajoutant ses propres épices à cette recette, chaque praticien brouille les cartes, ce qui peut conduire directement à l'échec.

Il est donc crucial d'observer les étapes du guide d'adaptation et de s'y conformer pour garantir le succès de l'adaptation aux lentilles multifocales.

Avoir les lentilles en main au moment de la consultation est indispensable, puisque cela permet de passer à l'action rapidement. Faire revenir le patient peut s'avérer complexe, et une partie du contenu abordé pendant la consultation initiale peut être perdue.

De la théorie à la pratique

Dans le cas de Salma, le guide d'adaptation recommande de corriger la vision en fonction de sa réfraction maximum convexe au loin, compensée pour la distance vertex si l'un des mériadiens atteint une valeur de plus de 4D.

Dans le cas de Salma

Réfraction	OD -3.50 -1.25 x 10	OS -3.75 -1.00 x 170.
Vertex (13,5 mm)	OD -3.34 -1.12 x 10	OS -3.57 -0.89 x 170
1^{re} lentille diagnostique	OD -3.25 -1.25 x 10	OS -3.50 -0.75 x 170
Addition	Profil High	Profil High

Il faut bien évidemment laisser les lentilles en place durant une dizaine de minutes avant d'évaluer le comportement visuel et mécanique sur l'œil.

Salma est impressionnée par le confort initial de la lentille, bien supérieur à celui de sa lentille actuelle. Après le court délai de stabilisation, la lentille est évaluée à la lampe à fente et offre une position centrée de même qu'un mouvement plus limité que son ancienne. Le test du « push-up » se fait sans résistance, ce qui élimine la présence d'une lentille trop serrée. Le mouvement limité est, en fait, un avantage en lentille multifocale en raison des multiples optiques au centre de la lentille. Un mouvement trop ample crée halos et éblouissement, réduit la qualité visuelle comme si on ne cessait pas de bouger de haut en bas, devant l'œil, une lunette à foyer progressif. Ceci est d'autant plus vrai que le design de la lentille est torique. Il est alors impératif que la lentille ne subisse aucune rotation et soit très stable.

Les bords effilés et étendus de la lentille testée ont été étudiés afin de limiter ce mouvement. Au retrait, il sera normal d'apercevoir un certain piqueté conjonctival en raison de ce bord effilé. Il s'agit d'un changement très temporaire et totalement bénin de la surface conjonctivale, sans effet négatif sur la santé oculaire à long terme. Bien d'autres fabricants ont adopté des stratégies similaires de stabilisation, avec les mêmes effets sur la conjonctive. Les lentilles sclérales présentent également une empreinte conjonctivale qui demeure bénigne avec le temps. Ce type de piqueté n'affecte ni le confort ni la santé oculaire du patient.

Sur le plan visuel, en condition binoculaire, Salma atteint une bonne acuité de loin et en intermédiaire. Elle fait toutefois état d'un léger embrouillement en vision rapprochée à 30 cm. Le guide d'adaptation recommande alors d'augmenter de +0.25 la sphère de la lentille posée sur l'œil dominé. Ce qui fut fait. Et Salma a retrouvé son sourire.

Des conseils sont renouvelés pour l'entretien adéquat des lentilles et un rendez-vous de suivi est planifié après deux semaines de port.

Le rendement initial en cabinet comme gage de succès

Un essai positif en cabinet est garant du succès de l'adaptation dans l'avenir, et surtout de l'engagement du patient à acheter un approvisionnement de lentilles par la suite. Selon Michel Guillon¹², il ne faut jamais laisser partir un patient de sa consultation sans qu'il ne sente que sa vision lui permette de fonctionner dans toutes ses activités. Les résultats initiaux peuvent ne pas être parfaits, la neuro-adaptation devant s'effectuer dans les jours suivants, mais il existe un minimum à combler, faute de quoi le patient ne portera simplement pas les lentilles et abandonnera le processus. Cette étape de l'essai réussi est importante et ne doit pas être négligée.

Ainsi, Salma est repartie ravie que son professionnel ait pris le temps de bien analyser ses besoins et de trouver un produit qui corresponde à ces derniers. Il a surtout pris le temps de bien expliquer ses choix et en quoi cette migration vers une nouvelle génération de lentilles était non seulement requise, mais offrait plusieurs avantages.

Elle a compris pourquoi le design choisi correspondait parfaitement à ses besoins. Elle a donc porté les nouvelles lentilles durant deux semaines et c'est encore pleinement satisfaite de sa nouvelle vision qu'elle revient pour une visite de contrôle.

La neuro-adaptation s'est bien faite, et Salma déclare que, même si son acuité visuelle était très satisfaisante au moment de l'essai, elle a noté certains progrès dans les jours qui ont suivi. Elle peut maintenant vaquer à toutes ses tâches sans recourir aux lunettes d'appoint, ce qui améliore beaucoup sa qualité de vie. Elle dit éprouver un confort accru en fin de journée, oubliant même parfois qu'elle porte des lentilles au moment de s'endormir. Bref, ce ne fut pas qu'une nouvelle adaptation, mais bien un changement de paradigme pour cette patiente satisfaite.

Prendre un peu de temps peut être très payant

Certains professionnels pensent que l'adaptation de lentilles multifocales est complexe et chronophage, sans espoir de compensations monétaires adéquates. Il faut comprendre que le temps passé avec Salma s'avère payant. Non seulement cette patiente est-elle pleinement satisfaite et parle à toutes ses amies de la meilleure expérience qu'elle ait vécue en optique, mais elle demeurera fidèle à ce professionnel qui a pris le temps de faire une différence dans sa vie. Ce dernier, au cours des mois suivants, lui aura également vendu des lunettes solaires de bonne qualité et aura renouvelé l'équipement lunette qui lui est nécessaire pour ses «jours de repos» à la maison. Car, au bout du compte, ce n'est plus une question de choisir entre lunettes ou lentilles cornéennes, mais bien d'équiper le patient pour toutes les circonstances de sa vie. Il faut adopter une vision «multifocale» ou multipaire. De la même manière que Salma dispose de plusieurs paires de chaussures (pour la marche, le sport, le travail et les sorties), elle bénéficiera désormais de tous les équipements optiques dont elle aura besoin en fonction de ses diverses activités. C'est gagnant-gagnant. ☺

RÉFÉRENCES

1. Kim, Eon; Bakaraju, Ravi C.; Ehrmann, Klaus. Power Profiles of Commercial Multifocal Soft Contact Lenses. *Optometry and Vision Science* 94(2):183-196, February 2017.
2. Nti AN, Ritchey ER, Berntsen DA. Power profiles of centre-distance multifocal soft contact lenses. *Ophthalmic Physiol Opt.* 2021 Mar;41(2):393-400
3. Berntsen DA, Cox SM, Bickle KM, Mathew JH, Powell DR, Seidman SH, Little BK, Lorenz KO, Nichols JJ. A Randomized Trial to Evaluate the Effect of Toric Versus Spherical Contact Lenses on Vision and Eyestrain. *Eye Contact Lens.* 2019 Jan;45(1):28-33.
4. Richdale K, Berntsen DA, Mack CJ, Merchea MM, Barr JT. Visual acuity with spherical and toric soft contact lenses in low- to moderate-astigmatic eyes. *Optom Vis Sci.* 2007 Oct;84(10):969-75.
5. Kurna SA, Sengör T, Un M, Aki S. Success rates in the correction of astigmatism with toric and spherical soft contact lens fittings. *Clin Ophthalmol.* 2010 Sep 7;4:959-66.
6. Wahl S, Fornoff L, Ochakovski GA, Ohlendorf A. Disability glare in soft multifocal contact lenses. *Cont Lens Anterior Eye.* 2018 Apr;41(2):175-179.
7. Rueff.E. <https://www.reviewofcontactlenses.com/article/managing-presbyopia-with-multifocal-contact-lenses>
8. Montés-Micó R, Madrid-Costa Det al. *Cont Lens Anterior Eye.* 2014 Jun;37(3):162-7
9. Jaisankar, Durgasri PhD1,2,*; Back, Arthur PhD3. Power profiles of 3-addition multifocal soft contact lens system. *Optometry and Vision Science* ()10:1097/OPX.0000000000000274, June 27, 2025.
10. Kanclerz P, Toto F, Grzybowski A, Alio JL. Extended Depth-of-Field Intraocular Lenses: An Update. *Asia Pac J Ophthalmol (Phila).* 2020 May-Jun;9(3):194-202.
11. Papadatou E, Del Águila-Carrasco AJ, Esteve-Taboada JJ, Madrid-Costa D, Cerviño-Expósito A. Objective assessment of the effect of pupil size upon the power distribution of multifocal contact lenses. *Int J Ophthalmol.* 2017 Jan 18;10(1):103-108.
12. Lazon de la Jara, Percy et al. Multifocal contact lens success predictability. *Contact Lens and Anterior Eye,* Volume 47, Issue 2, 102105

EXPERT EN SOLUTIONS DE PAIEMENT

PARTENAIRE AQQ

PROMOTION

OBTENEZ GRATUITEMENT
UNE ANALYSE COMPARATIVE
DE VOS FRAIS ACTUELS

CSPaiement
clover



ASSO@CSPALEMENT.COM
1-888-906-9906 #221