

## CONSEIL MONDIAL D'OPTOMÉTRIE GUIDE PRATIQUE POUR LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ATTEINTS DE MYOPIE

Au début de cette année, le Conseil mondial d'optométrie (OMD) et CooperVision ont élaboré et adopté une résolution sur les normes de soins pour la prise en charge de la myopie. L'objectif est de sensibiliser à la myopie en tant qu'épidémie internationale et à la nécessité pour les optométristes d'adopter des approches fondées sur des preuves axées sur l'atténuation, la mesure et la prise en charge.

L'OMD a sollicité l'opinion de quatre optométristes réputés comme étant des experts dans le domaine de la prise en charge de la myopie. L'objectif était qu'ils expliquent ce qui signifie pour eux en tant que professionnels une norme de soins et ce qu'elle implique pour la prise en charge de la myopie et comment ils l'intègrent dans leur pratique. Nous avons le plaisir de vous faire part de leurs réflexions dans cet article. Leurs idées sont basées sur une population diversifiée de professionnels de la vue qui ont différentes options de prise en charge à leur disposition et servent des communautés de patients très différentes.

### *Dre. Carmen Abesamis-Dichoso, Philippines*

La Dre. Carmen Abesamis-Dichoso a obtenu son doctorat en optométrie des Collèges centraux des Philippines en 1989. Elle figurait au palmarès du doyen et a réussi les examens en tête du classement. Elle a obtenu sa maîtrise ès arts en enseignement des Central Colleges des Philippines et a bénéficié du programme de bourse d'éducation IACLE à l'École d'optométrie de l'Université de Waterloo au Canada. La Dre. Abesamis-Dichoso a donné des conférences locales et internationales sur la prise en charge de la myopie. Elle exerce en libérale depuis 1998.

### *Dre. Rufina Chan, Hong Kong*

La Dre. Rufina Chan a obtenu son baccalauréat et sa maîtrise en optométrie de l'Université de la Nouvelle-Galles du Sud, en Australie. Elle a obtenu son doctorat en sciences de la santé de l'Université polytechnique de Hong Kong (HKPU). Elle exerce actuellement en libérale et est également conférencière invitée à l'école d'optométrie de la HKPU. Ses principaux intérêts en pratique clinique comprennent l'orthokératologie, la vision des enfants, la vision binoculaire et les problèmes de vision liés à l'apprentissage.

### *Dre. Kate Gifford, Australie*

La Dre. Kate Gifford a obtenu son diplôme de l'Université de technologie du Queensland (QUT) en 2003 avec mention très bien et une médaille universitaire, puis son doctorat en optique de lentilles de contact dans la myopie de la QUT en 2018. La Dre. Gifford est une clinicienne-chercheuse et éducatrice pour les pairs basée à Brisbane, en Australie, et une co-fondatrice de Myopiaprofile.com. Elle exerce en pratique clinique et occupe un poste de chercheuse invitée à la QUT ; elle est aussi présidente du comité et auteure principale des directives de prise en charge clinique de l'Institut international de la myopie.

### *Dre. Fuensanta Vera-Diaz, États-Unis*

La Dre. Fuensanta Vera-Diaz est une experte du contrôle de la myopie, d'un point de vue scientifique et clinique. Elle a obtenu un doctorat de l'Université de Bradford, au Royaume-Uni, pour ses travaux sur la myopie, puis un post-doctorat au New England College of Optometry (NECO) et une bourse de recherche à Harvard. La Dre. Vera-Diaz a développé un programme de recherche couronné de succès au NECO financé par les NIH. Elle étudie les mécanismes contribuant au développement de la myopie et les interventions contre la myopie. La Dre. Vera-Diaz compte de nombreuses publications à son actif et fait office de relectrice pour plusieurs revues et sections de panel d'étude des NIH. Elle dirige également la Clinique de contrôle de la myopie du NECO.

## **Que signifie pour vous l'atténuation précoce en tant qu'aspect de la norme de soins pour la prise en charge de la myopie ? Comment la mettez-vous en œuvre concrètement dans votre pratique ?**

**Dre. Carmen Abesamis-Dichoso, Philippines** Issue d'une famille de trois générations de professionnels de la vue, j'ai toujours « traditionnellement » pratiqué la correction de la myopie, il n'a donc pas été facile d'adopter la prise en charge de la myopie comme norme de soins. Comme on dit, il faut du temps pour accepter le changement. J'ai connu beaucoup d'attitudes « attentistes » dans mes efforts pour effectuer ce changement.

Depuis 2013, ma pratique s'est concentrée sur la prise en charge de la myopie à temps plein, et aujourd'hui, mon principal défi est de m'assurer que les enfants se présentent pour des examens de la vue. Pour cela, j'ai recours à différentes méthodes. Premièrement, j'encourage tous les patients adultes à amener leurs enfants pour un examen de la vue. Nous avons également mis à jour notre site Web avec des informations sur l'importance des examens réguliers pour les enfants. En tant que cabinet, nous sommes actifs sur les réseaux sociaux et contribuons à des articles de journaux quotidiens et de magazines en ligne dans le cadre de nos efforts pour promouvoir les soins oculaires pour les enfants.

### **Mes recommandations :**

- Être patient : Passer de la correction traditionnelle de la myopie à la prise en charge demande des efforts.
- Être pro-actif : En tant que professionnel de la vue c'est vous qui devez aller à la rencontre des gens, et non l'inverse.
- Les réseaux sociaux sont un outil puissant pour faire passer le message.

## **Dans votre clinique, comment identifiez-vous les enfants potentiellement à risque de développer une myopie ? Avez-vous des considérations particulières concernant les enfants d'âge préscolaire ?**

**Dre. Gifford:** Les enfants à risque de myopie peuvent être identifiés par leurs antécédents familiaux (un ou deux parents myopes), des facteurs de risque liés à l'environnement visuel, comme moins de 90 minutes par jour passées à l'extérieur et plus de deux à trois heures par jour passées à travailler de près (en dehors du temps scolaire), et les conditions particulières de la vision binoculaire qui sont liées au développement de la myopie telles que l'ésophorie, le retard d'accommodation, des rapports CA/A élevés et l'exotropie intermittente.

Le plus gros facteur de risque d'une myopie future, cependant, indépendamment de ces autres facteurs, est le fait qu'un enfant ne soit pas aussi hypermétrope qu'il devrait l'être à un âge donné. Un enfant qui a +0,75D ou moins à l'âge de six ans risque de devenir myope à l'adolescence et doit être considéré comme un pré-myope. C'est ma préoccupation principale pour les enfants d'âge préscolaire et préscolaire : obtenir une réfraction précise pour évaluer la pré-myopie.

### **Mes recommandations :**

- Facteur de risque le plus important : +0,75D ou moins à l'âge de six ans.
- Autres facteurs de risque : Antécédents familiaux de myopie, environnement visuel et vision binoculaire.

## **Quand pensez-vous qu'il est approprié d'introduire l'idée de prise en charge de la myopie ?**

**Dre. Chan:** Lorsqu'un enfant risque de développer une myopie, l'éducation des patients et de leurs parents est particulièrement importante. Je pense qu'il est essentiel d'expliquer les causes de la myopie et de donner des recommandations sur des habitudes de vie saines telles que le temps passé à l'extérieur et la nécessité de restreindre le travail de près ainsi que de prendre des pauses pendant ces périodes.<sup>1</sup>

J'expliquerais les risques de myopie aux patients et à leurs parents afin qu'ils soient prévenus de

<sup>1</sup>Ramamurthy D, Lin Chua SY, Saw SM. A review of environmental risk factors for myopia during early life, childhood and adolescence. *Clin Exp Optom.* 2015; 98:497-506.

l'apparition possible d'une myopie. Enfin, je présenterais brièvement à la famille les différentes options de prise en charge de la myopie afin qu'elle soit préparée aux mesures que nous devons probablement prendre dans un proche avenir.

Ma prise en charge clinique des enfants dépend du fait que les enfants atteignent ou non des étapes normales de développement oculaire. Si leur statut de réfraction laisse présager une future myopie, je peux suggérer un suivi dans six mois.

### **Mes recommandations**

- Éducation des patients et de leurs parents :
  - o Causes et risques de développement et de progression de la myopie
  - o Temps passé à l'extérieur et comment gérer le temps de travail de près.
  - o Présenter différentes options de prise en charge de la myopie.
- Suivis : tous les six mois ou plus fréquemment.

### **Quels facteurs influencent vos attentes quant au succès d'une intervention de prise en charge de la myopie ? Quels facteurs pourraient vous inciter à changer de cap quant à votre choix d'intervention de prise en charge de la myopie ?**

**Dre. Vera-Diaz:** Il est difficile de prédire le succès d'une intervention pour un enfant en particulier, car nous ne disposons pas encore de suffisamment de preuves pour faire de telles prédictions spécifiques. Généralement, la progression attendue dépend de l'âge de l'enfant, les plus âgés progressant plus lentement que les plus jeunes, il faut donc prévoir des objectifs d'intervention différents selon l'âge de l'enfant. Bien qu'elles ne soient pas complètes (le taux de croissance de la longueur axiale varie avec l'âge, le sexe et l'origine ethnique), il existe des courbes de croissance oculaire attendue qui devraient être utilisées pour estimer la progression attendue pour chaque enfant en particulier.<sup>2,3,4,5</sup>

Un autre facteur important à prendre en compte est la motivation. Les enfants qui sont très motivés, notamment en ce qui concerne les interventions de lentilles de contact, ont plus de chances d'être observants et ont donc plus de chances de réussir. Bien sûr, le soutien de la famille est également important, mais la motivation de l'enfant est le facteur numéro un de l'observance et donc de réussite.

Enfin, il faut tenir compte du mode de vie. Certaines familles ont du mal à suivre les recommandations concernant le travail de près et le temps à l'extérieur. Je conseille de réduire le temps passé à travailler de près (sur n'importe quel support), d'augmenter la distance de vision et de faire des pauses fréquentes.<sup>6,7</sup> En ce qui concerne le temps à l'extérieur, je recommande que l'enfant passe deux heures par jour ou plus à l'extérieur pendant la journée.<sup>8,9</sup>

Pour évaluer si une intervention est efficace ou non, j'utilise à la fois le degré de myopie en dioptries et la longueur axiale, un test important qui est plus précis que la réfraction pour déterminer la progression de la myopie. Il est également important de noter que le problème de la myopie est l'allongement excessif de l'œil, et non le nombre de dioptries. Si la progression n'est pas inférieure à celle attendue sur la base des normes attendues pour l'âge après une période d'au moins 12 mois, je recommande une modification ou l'ajout d'une intervention supplémentaire.

<sup>2</sup> Tideman JW, Polling JR, Vingerling JR, et al. Axial length growth and the risk of developing myopia in European children. *Acta Ophthalmol.* 2018;96:301-309.

<sup>3</sup> Sanz-Diez P, Yang L-H, Lu M-X, Wahl S, Ohlendorf A. Growth curves of myopia-related parameters to clinically monitor the refractive development in Chinese schoolchildren. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 2019;257(5):1045-1053.

<sup>4</sup> He X, Sankaridurg P, Naduvilath T, et al. Normative data and percentile curves for axial length and axial length/corneal curvature in Chinese children and adolescents aged 4-18 years. *Br J Ophthalmol.* 2021;319431.

<sup>5</sup> Truckenbrod C, Meigen C, Brandt M, et al. Longitudinal analysis of axial length growth in a German cohort of healthy children and adolescents. *Ophthalmic Physiol Opt.* 2021 May;41(3):532-540.

<sup>6</sup> Wen L, Cao Y, Cheng Q, et al. Objectively measured near work, outdoor exposure and myopia in children. *Br J Ophthalmol.* 2020 Nov;104(11):1542-1547.

<sup>7</sup> Huang P-C, Hsiao Y-C, Tsai C-Y, et al. Protective behaviours of near work and time outdoors in myopia prevalence and progression in myopic children: a 2-year prospective population study. *Br J Ophthalmol.* 2020 Jul;104(7):956-961.

<sup>8</sup> Rose KA, Morgan IG, Ip J, et al. Outdoor activity reduces the prevalence of myopia in children. *Ophthalmology.* 2008 Aug;115(8):1279-85.

<sup>9</sup> Lanca C, Yam JC, Jiang W-J, et al. Near work, screen time, outdoor time and myopia in schoolchildren in the Sunflower Myopia AEEC Consortium. *Acta Ophthalmol.* 2021 Jun 17.

### **Mes recommandations:**

- Motivation des enfants et de leurs parents : Facteur clé d'une prise en charge réussie de la myopie.
- Mode de vie : Gestion du travail de près (pauses fréquentes !) et au minimum deux heures par jour en extérieur.
- Impact après 12 mois : comparer l'évolution avec les normes attendues pour l'âge (dioptries et longueur axiale).

### **Lors des examens de suivi d'un enfant dont la myopie est prise en charge, à quels domaines portez-vous une attention particulière ?**

**Dre. Chan:** Mon objectif dans ces examens de suivi varie en fonction du type de prise en charge de la myopie. En général, ma préoccupation numéro un est l'observance du patient à l'intervention prescrite par le patient, qu'il s'agisse de la durée de port la plus appropriée pour les lentilles de contact et les lunettes, ou de la fréquence d'administration des gouttes, etc. Que l'intervention porte sur des lunettes, des lentilles cornéennes ou des produits pharmaceutiques ; l'efficacité de la prise en charge de la myopie dépend en grande partie de la façon dont les patients suivent le plan recommandé. De plus, le non-respect des consignes de manipulation et d'hygiène des lentilles de contact peut même dans certains cas entraîner des complications menaçant la vue.<sup>10,11</sup> Par conséquent, un historique détaillé de l'observance du patient et de sa tolérance des effets potentiels<sup>12</sup> est essentiel.

En ce qui concerne les résultats cliniques, j'utilise la réfraction subjective et cycloplégique pour évaluer la progression de la prise en charge de la myopie et la mesure de la longueur axiale<sup>13,14</sup> comme points de données supplémentaires sur la progression de la myopie. Un examen approfondi de la santé oculaire est indispensable pour révéler les effets secondaires ou complications potentielles. Enfin, la communication avec les patients et leurs parents pour expliquer les résultats et le renforcement de l'observance de l'intervention sont également essentiels à une prise en charge réussie de la myopie.

### **Mes recommandations:**

- Antécédents : Observance et adaptation à l'option de prise en charge de la myopie recommandée.
- Évaluation de la progression : Réfraction subjective et cycloplégique, et mesure de la longueur axiale.
- Effets secondaires et complications : Examen de santé oculaire interne et externe.
- Accent mis sur la communication avec la famille : Résultats et observance de la prise en charge de la myopie.

### **Tenez-vous compte à la fois de l'équivalent sphérique et de l'allongement axial dans le cadre de la mesure de la réussite de la prise en charge de la myopie ?**

**Dra. Gifford:** Offrir une réfraction précise à nos jeunes patients myopes est sans doute l'élément le plus important et le plus visible de l'examen de la vue. La prise en charge de la myopie consiste à corriger, maintenir et préserver la vision. Tant les patients que leurs parents comprennent facilement la réfraction. La réfraction, cependant, est sept à dix fois moins précise pour évaluer de petits changements dans la myopie que la mesure de la longueur axiale par biométrie optique. La longueur axiale est également un indicateur clinique important d'un risque accru de maladie oculaire. Je pense que les deux sont importants et continueront de l'être, même si les deux nécessitent un contexte et des explications. Par exemple, je constate que les parents sont déçus lorsque leur enfant de 8 ans progresse de -0,50 en un an, ou que sa longueur axiale augmente de 0,15 mm, bien que ces deux éléments indiquent un excellent résultat à cet âge.

<sup>10</sup> Liu YM, Xie P. The safety of orthokeratology--A systematic review. *Eye Contact Lens*. 2016; 42:35-42.

<sup>11</sup> Yam JC, Li FF, Zhang X, et al. Two-year clinical trial of the Low-Concentration Atropine for Myopia Progression (LAMP) Study: Phase 2 report. *Ophthalmology*. 2020; 127:910-9.

<sup>12</sup> Chia A, Chua WH, Cheung YB, et al. Atropine for the intervention of childhood myopia: Safety and efficacy of 0.5%, 0.1%, and 0.01% doses (Atropine for the Intervention of Myopia 2). *Ophthalmology*. 2012; 119:347-54.

<sup>13</sup> Song JS, Yoon DY, Hyon JY, Jeon HS. Comparison of ocular biometry and refractive outcomes using IOL Master 500, IOL Master 700, and Lenstar LS900. *Korean J Ophthalmol*. 2020; 34:126-32.

<sup>14</sup> Wolffsohn JS, Kollbaum PS, Berntsen DA, et al. IMI - Clinical myopia control trials and instrumentation report. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2019; 60:M132-M60.

### **Mes recomendaciones:**

- Équivalent sphérique : Mesure la plus importante pour corriger, maintenir et préserver la vision.
- Longueur axiale (précieuse mais pas essentielle) : indique le risque de maladie et une mesure de progression plus précise.
- Méthode d'évaluation : En savoir davantage sur la progression annuelle type de la myopie d'un enfant bénéficiant d'une correction unifocale, en fonction de son âge et de son origine ethnique pour avoir un point de comparaison.

### **Que signifie pour vous la prise en charge en tant qu'aspect de la norme de soins dans la prise en charge de la myopie ? Comment la mettez-vous en œuvre concrètement dans votre pratique ?**

**Dre. Gifford:** La prise en charge de la myopie ne se limite pas à corriger l'erreur de réfraction. Cela commence par une conversation sur la myopie, en expliquant sa progression type dans l'enfance, son impact sur la fonction à court terme et le risque accru de maladie oculaire et de déficience visuelle à long terme. Si les parents d'enfants myopes ne sont eux-mêmes pas myopes ou que faiblement myopes, le comprendre peut demander un certain effort.

La prochaine étape consiste à donner des conseils sur l'environnement visuel ; plus précisément, augmenter le temps passé à l'extérieur à 90 minutes par jour et essayer de réduire le travail de près dans le cadre des loisirs ou le temps passé devant un écran à moins de deux heures par jour (en dehors du temps scolaire). C'est une bonne pratique pour tous les enfants, et les parents ont souvent désespérément besoin de conseils pratiques sur la gestion du temps d'écran. Enfin, selon moi, la prise en charge, cela implique de considérer la meilleure intervention optique à ma disposition, qui soit adaptée à l'enfant en question et qui permettra de corriger sa myopie et de contrôler sa progression.

### **Mes recomendaciones:**

Les trois étapes de la prise en charge de la myopie sont les suivantes :

- Des conversations sur la progression de la myopie, son impact fonctionnel et son risque pour la santé oculaire.
- Des conseils sur la gestion de l'environnement visuel.
- L'intervention optique la plus adaptée qui corrige tout en aidant à contrôler la myopie.

### **À quel stade recommandez-vous d'instaurer une intervention pour la prise en charge de la myopie chez un enfant ? Qu'est-ce qui guide votre processus de prise de décision**

**Dre. Vera-Diaz:** Je recommande généralement de commencer à prendre en charge la myopie dès que possible. La myopie progresse plus rapidement au moment de son apparition, donc dès qu'un enfant développe une myopie, quel que soit son âge, je recommande de commencer sa prise en charge. De plus, nous savons que la myopie progresse plus rapidement chez les jeunes enfants et que chez un jeune enfant elle progressera pendant plus longtemps. Par conséquent, plus ils développent une myopie tôt dans la vie, plus nous devons nous attendre à des degrés élevés de myopie à l'âge adulte.<sup>15,16</sup> L'intervention la plus efficace est celle qui s'adapte le mieux à la situation de l'enfant à tous les stades de la vie et à tous les modes de vie. Il est donc important d'avoir le choix entre plusieurs interventions cliniquement utiles appuyées par l'ensemble de données dont nous disposons.

Pour ces raisons, je recommande très fortement la prise en charge de la myopie chez les jeunes enfants myopes, et encore plus s'ils ont des degrés de myopie élevés. Je ne recommanderais jamais les « anciennes » méthodes de correction de la myopie telles que les lentilles de contact ou les lunettes unifocales pour les enfants dont la myopie peut progresser. Cela concerne essentiellement la plupart des enfants de moins de 15 ans.

### **Mes recomendaciones:**

- Commencer à prendre en charge la myopie le plus tôt possible.
- Le contrôle de la myopie est surtout important chez :
  - o Les jeunes enfants
  - o Les enfants présentant des degrés élevés de myopie.

<sup>15</sup> Mutti DO, Hayes JR, Mitchel GL, et al. Refractive error, axial length, and relative peripheral refractive error before and after the onset of myopia. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2007 Jun;48(6):2510-2519.

<sup>16</sup> Jones-Jordan LA, Sinnott LT, Chu RH, et al. Myopia Progression as a Function of Sex, Age, and Ethnicity. 2021 Aug 2;62(10):36.

## Comment choisissez-vous l'intervention de prise en charge de la myopie la mieux adaptée à chaque patient ?

**Dre. Abesamis-Dichoso:** Il est indispensable d'interroger les parents pour avoir une idée du mode de vie, des passe-temps, des activités sportives et, le cas échéant, du rythme de sommeil (combien d'heures et à quelle heure) de leurs enfants. Cela me permet de savoir si l'enfant pourra respecter la prise en charge de la myopie que j'envisage.<sup>17,18</sup>

Une fille de 10 ans myope qui fait de la danse classique, par exemple, 8 heures par jour via un cours en ligne, cinq jours par semaine, respectera très probablement l'orthokératologie. Un garçon de 10 ans présentant un même degré de myopie mais passant plus de temps à jouer en ligne et se couchant très tard s'adaptera mieux à des lentilles de contact souples de contrôle de la myopie qui se portent maximum 10 à 11 heures par jour.

Certaines lunettes visant à réduire la progression de la myopie ou simplement des lentilles exécutives bifocales sont nos options de choix en termes de prise en charge de la myopie lorsque les lentilles de contact unifocales échouent et si les parents ne sont pas encore prêts à ce que leurs enfants portent des lentilles de contact.

S'il n'y a pas de signe de ralentissement de la longueur axiale et que la myopie continue d'augmenter, je ne passe généralement pas à une autre stratégie mais je propose une prise en charge conjointe avec un ophtalmologiste qui prescrit de l'atropine à 0,05 % à instiller dans l'œil chaque soir. Cela devrait avoir un impact de 30 à 70 % sur la progression de la myopie.<sup>19,20</sup> Cependant, aux Philippines, ce type de prise en charge de la myopie est un service de luxe que seules les familles riches peuvent généralement s'offrir. Je propose des interventions plus abordables telles que des lentilles exécutives bifocales.

### **Mes recomendaciones:**

- Il n'y a pas de solution unique pour la prise en charge de la myopie.
- Interroger les parents et les enfants pour connaître les passe-temps et le rythme de sommeil.
- Envisager différentes options d'intervention pour s'adapter aux différents moyens financiers des familles.

## Quels facteurs pourraient vous inciter à changer de cap quant à votre choix d'intervention de prise en charge de la myopie ?

**Dre. Chan:** Si la progression de la myopie de mon patient n'est pas bien contrôlée, j'envisage soit de remplacer l'intervention initiale par un autre type de prise en charge de la myopie, soit de combiner l'option de prise en charge initiale avec une seconde méthode d'intervention. Des recherches récentes ont révélé des résultats bénéfiques en combinant des modalités d'intervention telles qu'atropine et orthokératologie<sup>21</sup> ou lentilles de contact multifocales.<sup>22</sup>

Si un patient n'est pas observant, j'envisagerais également de remplacer le choix initial de prise en charge de la myopie par quelque chose de plus acceptable pour le patient, ou même de mettre fin à toute intervention.

### **Mes recomendaciones:**

- Mauvaise réponse à la prise en charge de la myopie :
  - o Changer l'intervention choisie initialement.
  - o La combiner avec une autre méthode d'intervention
- Non-observance ou apparition d'effets secondaires :
  - o Changer l'intervention choisie initialement.
  - o Mettre fin à toute intervention.

<sup>17</sup> Jones LA, Walline JJ, Gaume A, Rah MJ, Manny RE, Berntsen DA, Chitkara M, Kim A, Quinn N; CLIP Study Group. Purchase of contact lenses and contact-lenses-related symptoms following the Contact Lenses in Pediatrics (CLIP) Study. *Cont Lens Anterior Eye*. 2009 Aug;32(4):157-63.

<sup>18</sup> Sankaridurg P, Bakaraju RC, Naduvilath T, Chen X, Weng R, Tilia D, Xu P, Li W, Conrad F, Smith EL 3rd, Ehrmann K. Myopia control with novel central and peripheral plus contact lenses and extended depth of focus contact lenses: 2 year results from a randomised clinical trial. *Ophthalmic Physiol Opt*. 2019 Jul;39(4):294-307.

<sup>19</sup> Yam JC, Jiang Y, Tang SM, Law AKP, Chan JJ, Wong E, Ko ST, Young AL, Tham CC, Chen LJ, Pang CP. Low-Concentration Atropine for Myopia Progression (LAMP) Study: A Randomized, Double-Blinded, Placebo-Controlled Trial of 0.05%, 0.025%, and 0.01% Atropine Eye Drops in Myopia Control. *Ophthalmology*. 2019 Jan;126(1):113-124.

<sup>20</sup> Chua WH, Balakrishnan V, Chan YH, et al. Atropine for the treatment of childhood myopia. *Ophthalmology*. 2006 Dec;113(12):2285-91.

## Quand envisagez-vous généralement de mettre fin à votre intervention de prise en charge de la myopie et comment surveillez-vous les patients une fois l'intervention terminée ?

**Dra. Gifford:** C'est une question importante que les parents posent souvent lors de la première consultation. La réponse est que la moitié des myopes semblent se stabiliser à l'âge de 16 ans, mais cela signifie que l'autre moitié progresse encore. Environ les trois quarts des myopes se stabilisent à l'âge de 18 ans<sup>23</sup>, mais 20 pour cent des myopes peuvent ensuite progresser d'au moins une dioptrie après 20 ans.<sup>24,25</sup>

Mon conseil, alors, est de poursuivre la prise en charge de la myopie jusqu'à 18 ans au moins, et probablement jusqu'au début de l'âge adulte si la personne se destine à un environnement visuel centré sur le travail de près, comme des études supérieures. C'est ce que la recherche nous dit, mais la recherche ne peut pas nous dire si l'enfant assis dans notre cabinet verra sa myopie se stabiliser à l'âge de 14 ans, 24 ans ou même au-delà. On ne peut travailler que sur des constats globaux pour appliquer la meilleure stratégie de prise en charge de la myopie afin d'avoir l'impact potentiel le plus fort, tout en considérant également l'impact qu'aurait l'arrêt de toute intervention. Par exemple, si chez un jeune de 18 ans l'orthokératologie ou le port de lentilles de contact à double foyer ou multifocales réussit, pourquoi arrêter ? Il a encore besoin d'une correction de la vue. Si l'on arrêta plus tôt, ce serait généralement en raison de l'inadaptation de l'intervention, par exemple car elle entraînerait des effets secondaires, prendrait trop de temps ou coûterait trop cher.

Après l'arrêt, je vérifierais l'adéquation de la correction unifocale après la prise en charge de la myopie en termes de vision et de confort (un effet de rebond significatif est peu probable chez les adolescents plus âgés et les jeunes adultes) et j'informerai le patient que sa santé oculaire nécessite toujours une surveillance clinique continue.

### Mes recommandations :

- Dès le début : Expliquer que la prise en charge de la myopie devra probablement se poursuivre jusqu'à l'âge de 18 ans et peut-être au-delà.
- Pourquoi arrêter l'intervention avant 18 ans ? Parce que l'intervention ne convient plus en termes de temps, de coût ou d'effets secondaires.

<sup>21</sup> Tan Q, Ng AL, Cheng GP, et al. Combined atropine with orthokeratology for myopia control: Study design and preliminary results. *Curr Eye Res.* 2019; 44:671-8.

<sup>22</sup> Huang J, Mutti DO, Jones-Jordan LA, Walline JJ. Bifocal & atropine in myopia study: Baseline data and methods. *Optom Vis Sci.* 2019; 96:335-44.

<sup>23</sup> COMET Group. Myopia stabilization and associated factors among participants in the Correction of Myopia Evaluation Trial (COMET). *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2013 Dec 3;54(13):7871-84.

<sup>24</sup> Bullimore MA, Reuter KS, Jones LA, Mitchell GL, Zoz J, Rah MJ. The Study of Progression of Adult Nearsightedness (SPAN): design and baseline characteristics. *Optom Vis Sci.* 2006 Aug;83(8):594-604.

<sup>25</sup> Pärssinen O, Kauppinen M, Viljanen A. The progression of myopia from its onset at age 8-12 to adulthood and the influence of heredity and external factors on myopic progression. A 23-year follow-up study. *Acta Ophthalmol.* 2014 Dec;92(8):730-9.

Pour consulter ou adopter la norme de soins pour la myopie du Conseil mondial d'optométrie basée sur l'atténuation, la mesure et la prise en charge, visitez la ressource en ligne à l'adresse [www.myopia.worldcouncilofoptometry.info](http://www.myopia.worldcouncilofoptometry.info).

Rejoignez le forum de prise en charge de la myopie en ligne pour partager des idées et poser des questions à l'adresse [www.myopia.worldcouncilofoptometry.info/community-forum](http://www.myopia.worldcouncilofoptometry.info/community-forum).

Cet article a été financé par une subvention pédagogique de CooperVision, Inc.