

Introduction

Le rapport académique en contactologie BCLA CLEAR, fondé sur des preuves, totalise plus de 300 pages réparties sur 11 documents. Coordonné par 10 présidents de comité, rédigé par 102 auteurs basés dans 16 pays, il a été publié en mars 2021 et est disponible [ici](#).

BCLA CLEAR établit les normes auxquelles les professionnels de la vision (PDV) peuvent se référer pour avoir les dernières informations en contactologie, tout en soulignant les possibilités de recherches futures. Ce résumé reprend les points clés des rapports afin de contribuer à une pratique fondée sur des preuves (*Evidence-based*).

Pratique fondée sur les preuves

La pratique fondée sur les preuves est « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures preuves actuelles dans la prise de décisions pour les soins de chaque patient ». Elle intègre les meilleures données probantes issues de la recherche et cliniquement pertinentes avec l'expertise du clinicien, les valeurs et les circonstances du patient.

Point clé :

Les patients peuvent raisonnablement s'attendre à ce que les PDV fondent leurs décisions sur les meilleures preuves scientifiques disponibles afin de maximiser leurs chances de succès en lentilles de contact (LDC), maintenir leur satisfaction liée au port des lentilles, fidéliser les porteurs et développer leur activité de contactologie.

Utilisation du rapport BCLA CLEAR dans la pratique

Ce résumé couvre les points clés du parcours du patient, de l'adaptation des lentilles aux contrôles ultérieurs. Les informations confirment la validité de nombreuses pratiques courantes, soulignent les cas où les preuves contredisent les théories communément admises et identifient les lacunes dans les connaissances. Lors d'une lecture en ligne, cliquer sur les hyperliens donne accès aux [rapports complets](#) correspondants (en anglais), pour obtenir plus d'informations.

Ressources connexes

Certificats BCLA de formation continue fondée sur des preuves :

- [Management of dry eye & contact lens retention](#)
- [Myopia management](#)

Terminologie et abréviations standard

BCLA CLEAR a clarifié la terminologie anatomique appropriée que les praticiens devraient adopter pour s'assurer que nous parlons tous le même langage (Tableau 1). De même, les abréviations pouvant prêter à confusion, des abréviations standardisées sont proposées.

Tableau 1 : Nouvelle terminologie recommandée

Originale	Nouvelle terminologie	Justification
Membrane de Bowman	Lame limitante antérieure	Recommander l'utilisation d'une nomenclature normalisée et descriptive pour la contactologie, utilisant la terminologie recommandée par le <i>Federative Committee on Anatomical Terminology</i> , ^{1,2} voir Figure 1 et rapport CLEAR - Anatomy and physiology
Membrane de Descemet	Lame limitante postérieure	
Lentille rigide perméable aux gaz (LRGP)	Lentille cornéenne rigide (LCR)	Toutes les lentilles modernes sont perméables aux gaz. Une lentille « sclérale » désigne une lentille passant par-dessus la cornée pour se poser sur la conjonctive. ^{3,4} Une lentille « cornéenne » est plus petite et repose sur la cornée ⁵
Port prolongé (6 nuits) et continu (30 nuits)	Port nocturne planifié ou occasionnel	'Port prolongé' et 'port continu' ont été utilisés de façon interchangeable, leurs définitions se chevauchent et aucune ne couvre l'occasionnel port nocturne ou sieste en lentilles de contact. La nouvelle terminologie couvre tout ce qui précède et établit une distinction entre le port nocturne planifié ou non planifié
Pas de terme standard préalable	Lentilles de contact médicales	Défini comme tout type de lentille de contact portée dans le but principal de traiter un état pathologique sous-jacent ou une réfraction compliquée. Elles sont prescrites pour des raisons autres que l'objectif esthétique d'éliminer le besoin de lunettes. ⁶ Voir le rapport CLEAR - Medical uses of contact lenses pour les définitions complètes des lentilles de contact thérapeutiques, de réhabilitation ou prothétiques

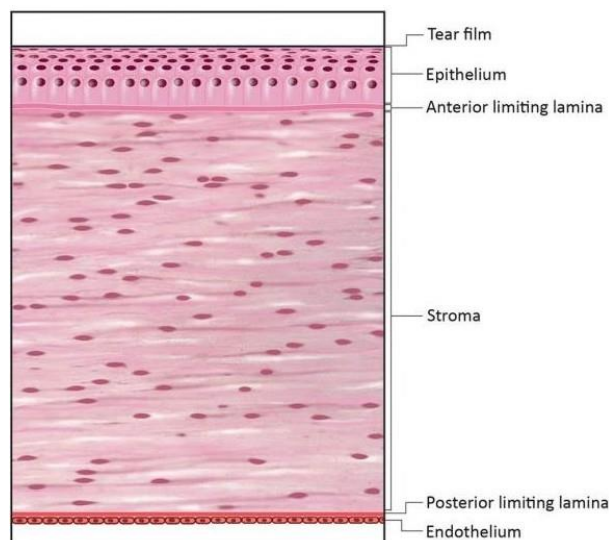


Figure 1 : Structure cornéenne en coupe transversale. (Le diagramme n'est pas à l'échelle) Copyright BCLA 2021

1. Historique et symptômes à prendre en compte

Cette étape initiale est essentielle pour guider la recommandation de lentilles, évaluer les chances de succès et tout facteur de risque de complications. Elle doit renseigner sur : **motivations du port, utilisation préalable de lentilles de contact, santé oculaire et systémique, médicaments, amétropie, mode de vie et loisirs.**

Ce que l'on sait

- Les éléments suivants peuvent avoir un impact sur les chances de succès et confort en lentilles de contact ; leur identification peut influencer les conseils donnés au patient, les recommandations de lentilles et la gestion de toute pathologie éventuelle :
 - Symptômes préalables d'inconfort oculaire sans port de lentilles** ; considérés de préférence en conjonction avec les mesures de la quantité et de la qualité des larmes^{7,8}
 - Médicaments** pouvant affecter le film lacrymal, voir rapport [BCLA CLEAR - Evidence-based contact lens practice](#)
 - Présence de Demodex** (liée à un taux d'abandon plus élevé)⁹
- Les facteurs de risque d'infiltrats cornéens** (CIE: *corneal infiltrative event*) qui suivent peuvent justifier la recommandation de lentilles **jetables journalières**, plutôt que des réutilisables :¹⁰
 - Âge <25 ou >50 ans, antécédents de CIE, biocontamination du bord palpébral accrue par blépharite ou dysfonctionnement des glandes de Meibomius (DGM), certains soucis de santé (*e.g.*, maladie thyroïdienne), tabagisme, mauvaise hygiène.

Ce qui n'est pas prouvé

Hormis la prise en compte de la transmissibilité de l'oxygène en cas d'amétropie forte ou de port nocturne, **peu de données probantes existent pour guider le choix du matériau en lentilles souples** (hydrogel vs silicone hydrogel).

2. Examen oculaire antérieur

Nécessaire avant l'adaptation de lentilles et à chaque visite de suivi. Doit comprendre **l'évaluation de la physiologie du segment antérieur et du film lacrymal à l'aide du biomicroscope et de colorants diagnostiques**.¹⁰ Envisager la capture d'images pour de meilleurs dossiers, la gradation, le suivi et l'éducation des patients.¹⁰

Ce que l'on sait

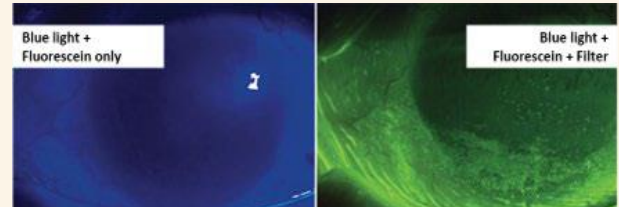
- La topographie** fournit un profil cornéen plus complet que la kératométrie seule et est recommandée comme mesure de base, pour déterminer si l'œil peut être adapté avec une lentille standard, pour détecter les anomalies telles que le kératocône, et est requise pour l'adaptation de lentilles ortho-k
- Une échelle de gradation devrait être utilisée à chaque visite pour graduer** les indicateurs clés tels que l'hyperémie bulbaire, limbique et palpébrale, la rugosité palpébrale (mieux visualisée avec fluorescéine), par pas de 0,5. Graduer sur des diagrammes l'étendue de tout piqueté cornéen ou conjonctival
- L'ordre des tests doit aller **du moins au plus invasif**, en commençant par le film lacrymal, puis l'ajout de colorants diagnostiques, l'éversion des paupières et l'évaluation des GM

Ce qui n'est pas prouvé

- L'étiologie des plis conjonctivaux parallèles au bord palpébral (LIPCOF) reste inconnue.** L'hypothèse d'une friction accrue entre la paupière et la surface oculaire ou la lentille a été proposée.¹¹ Ils sont considérés comme prédicteurs moyens à forts d'inconfort en lentilles de contact¹⁰
- La relation entre la lid wiper epitheliopathy (LWE) et l'inconfort en lentilles de contact reste incertaine**¹¹

Astuces cliniques – utilisation optimale des colorants

- Piquetés cornéens** : mouiller une bandelette de fluorescéine avec de la solution saline, secouer l'excédent et instiller une quantité minimale. Observer la surface oculaire 1 à 3 minutes plus tard avec la lumière bleue et **un filtre jaune (Wratten 12)**



- Lésions conjonctivales et LWE** : mieux observées en éclairage blanc et diffus, 1 à 5 min après l'instillation de 2 gouttes de vert de lissamine, avec 2 bandelettes et après avoir attendu au moins 5 secondes pour une concentration optimale. Si de la fluorescéine est utilisée, attendre 3 à 5 min avant d'observer. Veiller à ne pas toucher la zone de contact du tarse au bord palpébral (*lid wiper area*) lors du retournement de la paupière supérieure.

3. Sélection des lentilles

Le choix des lentilles dépend de nombreux facteurs. Le mode de port souhaité et l'amétropie peuvent influencer le choix des lentilles, comme le résume le tableau 2. La raison la plus courante de porter des lentilles est esthétique, en tant qu'alternative aux lunettes, mais des besoins cliniques motivent parfois ce choix, comme une amétropie élevée, un astigmatisme irrégulier ou une maladie de la surface oculaire.⁶

Ce que l'on sait de la sélection des lentilles souples

- La topographie cornéenne seule ne renseigne pas sur** l'adaptation des lentilles souples, car celle-ci dépend des hauteurs sagittales de la cornée et de la lentille. Les courbures de base (BC) des lentilles souples produites en masse ne s'adaptent correctement qu'à 75-90% des yeux^{12,13}
- Le confort** peut être affecté par le **coefficient de friction**, et plus encore par le **pouvoir lubrifiant** du matériau,^{14,15} mais **n'est pas lié** à une meilleure transmissibilité de l'oxygène¹⁴
- Les lentilles quotidiennes jetables réduisent le risque d'infiltrats cornéens (CIE)**,^{16,17} **la sévérité des kératites microbiennes (MK)**^{18,19} **et les symptômes d'allergie oculaire**,²⁰ par rapport aux lentilles souples réutilisables
- Pour les adaptations en lentilles multifocales, la dominance sensorielle** doit être déterminée pour informer le choix du 1^{er} jeu de lentilles. Les fabricants signalent des taux de succès élevés en lentilles multifocales lorsque les guides d'adaptation sont suivis

Ce que l'on sait de la sélection des LCR

- Par rapport aux lentilles souples, les LCR peuvent être mieux tolérées par les patients avec **sécheresse oculaire ou conjonctivite papillaire**,²¹ et on observe moins de **complications liées aux lentilles** avec les LCR
- La topographie cornéenne (ou la kératométrie) est utilisée pour la sélection du rayon central postérieur (R_0)
- Des études montrent que les LCR de **plus grand diamètre** sont plus confortables pour les porteurs déjà adaptés,^{22,23} mais n'accroissent pas l'adaptation aux lentilles pour les néophytes

Voir les rapports [CLEAR - Scleral lenses](#) et [Orthokeratology](#) pour les critères de sélection et l'évaluation (section 4) de ces derniers types de lentilles

Tableau 2 : Pertinence du choix des diverses lentilles selon le port souhaité et la réfraction

	Souple	LCR	Sclérale	Ortho-K
Motivation du patient				
Port régulier	✓	✓	✓	✓
Port occasionnel	✓			
Port nocturne planifié ou occasionnel	✓ Silicone hydrogel	✓	✓ Si indication médicale	✓
Sans compensation le jour				✓
Réfraction du patient				
Sphérique	✓	✓	✓	✓ La correction myopique peut être totale ou partielle selon réfraction et design des lentilles
Astigmatisme	✓ Torique si astigmatisme ≥ 0.75 Dc	✓ Sphérique ou torique selon l'astigmatisme cornéen et total	✓	✓ Selon la puissance totale du méridien le plus cambré, l'astigmatisme cornéen et total
Presbyte	✓ Multifocale de préférence ; monovision possible	✓ Multifocale de préférence ; monovision possible	✓ Multifocale de préférence ; monovision possible	✓ Monovision possible ; à ce jour pas de lentilles homologuées pour corriger la presbytie
Gestion de la myopie	✓ Lentilles homologuées (ou usage hors AMM/off-label de multifocales à VL centrale)			✓ La correction maximale possible varie d'un design à l'autre

Facteurs liés au patient

- Les tableaux 2 et 3 du rapport [CLEAR - Evidence-based contact lens practice](#) présentent des données probantes sur l'adéquation des lentilles souples et rigides aux diverses conditions de santé, au mode de vie, aux médicaments et à la santé de la surface oculaire
- Les sclérales sont le plus souvent utilisées pour ectasie cornéenne primaire, maladie de la surface oculaire ou post-kératoplastie pénétrante³

Ce qui n'est pas prouvé

- **Il n'a pas** été cliniquement démontré que la taille de la pupille affecte la performance des **lentilles souples multifocales**²⁴
- **Très peu de données probantes publiées guident le choix du diamètre des lentilles.** Il est toutefois considéré important d'éviter le trauma de la zone limbique par le bord de la lentille.
- **Il n'y a pas de littérature** suggérant que l'ouverture palpébrale verticale est pertinente pour l'adaptation de lentilles de contact
- **Il n'existe pas de lien clair entre la mouillabilité et le confort. Le rôle exact des interactions entre le matériau, le film lacrymal et les solutions, et si la biocompatibilité peut être améliorée en les modifiant, restent débattues**²⁵
- Voir le rapport [CLEAR - Contact lens wettability, cleaning, disinfection and interactions with tears](#)

- **Les lentilles toriques et multifocales offrent de bonnes performances visuelles.** Une certaine réduction de l'acuité à faible contraste est attendue avec les multifocales, mais **peu de différence dans l'acuité de loin à fort contraste** avec certaines lentilles souples multifocales, par rapport à des unifocales²⁶
- Voir le rapport [CLEAR - Contact lens optics](#)

Ce que l'on sait pour les lentilles cornéennes rigides

- Le créneau optimal pour l'observation de l'adaptation avec fluorescéine est de 30 secondes à 3 minutes après l'instillation
- **Un mode de notation pour l'adaptation en LCR est proposé,** avec note de confort, évaluation de la couverture cornéenne par la lentille, du centrage dynamique, du mouvement et de l'image fluo¹⁰

5. La prescription

Après toute modification nécessaire de la puissance ou de la forme des lentilles, et après une période d'essai suffisante, les lentilles définitives peuvent être prescrites. Cela comporte plusieurs aspects dont beaucoup peuvent être délégués à du personnel formé. Cette étape du parcours du patient doit comprendre des **conseils sur la période d'adaptation, la planification du suivi, les consignes de sécurité pour le port et l'entretien des lentilles, la pratique des techniques de manipulation**

Ce que l'on sait sur l'adaptation

- Les lentilles souples modernes peuvent être portées avec succès **sans nécessité d'augmenter** progressivement le temps de port
- Les LCR nécessitent une adaptation plus longue : 1 à 3 semaines en moyenne
- Les lentilles multifocales nécessitent une adaptation visuelle pouvant prendre jusqu'à 2 semaines

4. Évaluation de l'adaptation

L'évaluation précise de l'adaptation est cruciale dans tout examen de contactologie, car des lentilles mal adaptées peuvent affecter la physiologie oculaire et le confort, et ceci est lié à des abandons. L'adaptation des lentilles souples doit être évaluée avec précision après 10 minutes (voir figure 2), ainsi que la performance visuelle.

Ce que l'on sait pour les lentilles souples

- Évaluer l'orientation et la stabilité des lentilles toriques
- **Lentilles multifocales :** les tests d'acuité standards ne suffisent pas à prédire leur performance visuelle ; **il est recommandé d'évaluer ceci avec des tâches réelles. Aucun type de multifocale ne fonctionne pour tous, et le résultat initial n'indique pas forcément la performance à long terme**

Notation simplifiée et standardisée de l'adaptation de lentille souple

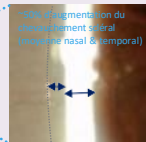
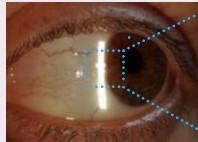
Principales mesures prédictives de la mobilité des lentilles :²⁷

1. **Mouvement après clignement**, regard en haut (**C**) : 0.25-0.50mm optimal



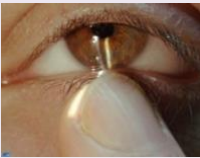
i) **Avant clignement**
ii) **Déplacement immédiat après clignement**

2. **Déplacement latéral (L)**. Optimal : 50 à 100% d'augmentation du chevauchement scléral lors du regard latéral



Ajuster largeur de la fente au chevauchement en regard primaire, puis déplacer la même fente pour jauger le chevauchement en regard latéral

3. **Vitesse de retour du push-up (P)**. Idéal : 2-4mm/s ou retour visible et non lent



Pousser la lentille jusqu'à passer le limbe inférieur et observer la vitesse du retour

Noter avec une échelle de 3 points : + (plus), O (optimal), - (moins), et sur une croix pour le centrage de la lentille, ainsi que le confort de 0 à 10
Exemple :

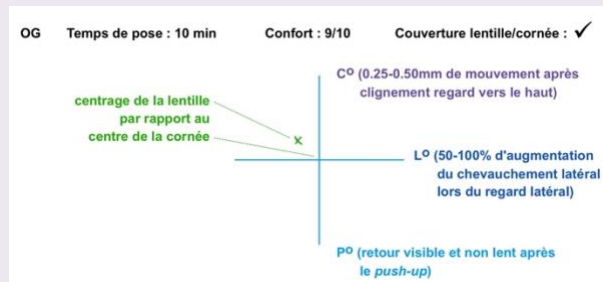


Figure 2 : Évaluation et notation simplifiée de l'adaptation de LC souples²⁷

Conseil pratique pour les multifocales : la performance visuelle, la physiologie oculaire, la taille des pupilles et les aberrations oculaires sont de médiocres indicateurs de quelle multifocale sera préférée.²⁴
Les patients doivent les essayer avec de réelles activités visuelles et savoir que vous avez des options pour optimiser le résultat !

Apprendre l'insertion et le retrait des lentilles

- Les difficultés de manipulation sont une raison fréquente d'abandon par les nouveaux porteurs,^{28,29} mais **nous manquons de preuves au sujet des modalités courantes de formation des patients**. Par exemple, la nécessité de montrer sa maîtrise en retirant et mettant une lentille trois fois semble arbitraire
- Des **informations écrites** doivent accompagner les instructions verbales, avec revue à court terme pour les novices, éventuellement à distance

Régime d'entretien et de nettoyage

- Le choix du régime d'entretien ne repose pas uniquement sur l'efficacité, mais aussi sur **la facilité d'utilisation et le confort**
- Les systèmes à peroxyde d'hydrogène en 1 étape** semblent faciliter l'observance, l'efficacité, le confort, la santé de la surface oculaire,³⁰ et devraient être recommandés par les PDV comme **premier choix, ainsi que pour la résolution de problèmes**
- La nécessité de **frotter les lentilles** avec les solutions multifonctions désinfectantes (MPDS) a été bien établie

- Les conseils sur l'entretien des étuis à lentilles par les organismes professionnels et les fabricants peuvent être contradictoires ; les conseils de remplacement varient entre 1 et 3 mois et peu conseillent de frotter l'étui et de le stocker face vers le bas
- L'entretien de l'étui est rarement détaillé dans les notices des fabricants et les **PDV doivent souligner les étapes nécessaires : pas d'eau du robinet, frotter/essuyer l'étui vide, séchage à l'air face vers le bas et, idéalement, éviter un endroit humide comme la salle de bain**

Observance / minimisation des risques

- Une divergence existe entre les informations que les PDV pensent avoir fournies aux patients et ce que les patients se souviennent avoir entendu : **donner des documents écrits** et des liens vers des sources en ligne³¹

Ce qui n'est pas prouvé

- Point clé :** Il existe un manque de preuves sur les pratiques de formation des patients et la fréquence de remplacement des étuis à lentilles. De futures recherches sont nécessaires pour optimiser ces aspects

6. Le suivi

Les visites de suivi sont une occasion précieuse non seulement d'évaluer l'adaptation des lentilles, la vision et la physiologie oculaire, mais aussi d'identifier toute insatisfaction avec les lentilles, en particulier du confort, qui pourrait être améliorée par une autre lentille, un autre régime d'entretien ou la gestion d'une pathologie oculaire coexistante. La routine de suivi doit évaluer : **changements par rapport à la visite précédente, revue du type de lentilles et du système d'entretien (photos utiles), confort et vision avec les lentilles, l'adaptation des lentilles, le film lacrymal et la surface oculaire, l'observance (avec rappels appropriés si nécessaire)**

Ce que l'on sait

Recommander la fréquence du suivi de **routine** (qui peut devoir être ajustée en fonction des besoins du patient et réglementations locales) :³²

- Suivi initial plus fréquent (possible à distance) pour les nouveaux porteurs, axé sur la manipulation, la vision et le confort
- 24 mois a été suggéré comme intervalle suffisant pour les lentilles journalières jetables,³² bien que les directives locales et les PDV puissent préférer de recommander 12 mois
- 12 mois pour les souples réutilisables et les LCR en port de jour
- 6 mois pour les souples ou rigides en port nocturne
- Ajuster la fréquence pour les myopes en progression et les presbytes dont la prescription peut changer plus rapidement**

Rapport CLEAR - Effect of contact lenses materials and designs on ocular anatomy and physiology¹¹

- Rarement observé : hypoxie cornéenne et conjonctivite papillaire** (améliorable par un remplacement plus fréquent des lentilles)
- Continuer à surveiller une hyperémie de la conjonctive bulbaire ou un piqueté de la surface oculaire** en tant qu'indicateurs non spécifiques de l'impact physiologique du port des lentilles de contact
- Bien que leur importance et leur gestion clinique ne soient pas bien comprises, **porter attention au clignement, au LIPCOF, au LWE, aux interactions entre les lentilles de contact et les glandes de Meibomius**
- L'avenir :** s'attendre à une utilisation accrue de lentilles souples/ortho-k conçues pour la gestion de la myopie, une meilleure compréhension de la manière dont la réponse inflammatoire subclinique au port de lentilles peut expliquer les mécanismes/prédire certaines réponses physiologiques, les événements indésirables et l'inconfort en lentilles de contact

Ce qui n'est pas prouvé

Nous n'avons **pas d'étude prospective sur les kératites microbiennes (MK) depuis le milieu des années 2000**, donc pas d'estimation fiable de leur incidence avec les lentilles contemporaines, d'ortho-k ou lentilles souples de contrôle de la myopie.³³ Toutefois, des données sur les événements indésirables sur le long terme commencent à émerger des essais de gestion de la myopie.³⁴

Rapport BCLA CLEAR - Contact lens complications

Les complications liées aux lentilles touchent **environ un tiers** des porteurs ; **la plupart sont facilement gérables**³³ et peuvent être classées comme suit :

- Infectieux (kératite microbienne)
- Inflammatoire (kératite stérile, CIE)
- Métabolique, *e.g.* œdème cornéen, néovascularisation
- Mécanique, *e.g.* abrasion ou érosion cornéenne, lésion épithéliale arciforme supérieure sous lentille (SEAL)
- Toxique ou allergique, *e.g.* conjonctivite géantopapillaire induite par les lentilles de contact (CLPC), piqueté cornéen induit par les solutions (SICS)
- Troubles de couverture lacrymale, *e.g.* œil sec induit par le port de lentilles de contact, LWE, LIPCOF
- Inconfort en lentilles de contact

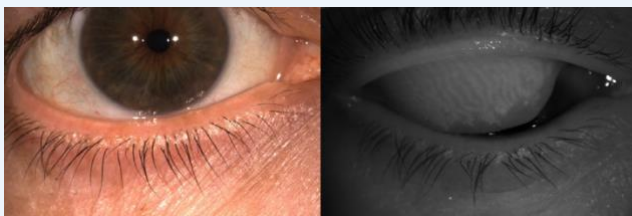
Conseils pour réduire le risque d'infection cornéenne : éviter le port de nuit, veiller à l'hygiène des mains, des lentilles et de l'étui, port diurne en souples jetables ou en LCR, et encourager les patients à consulter tôt en cas de problème

Inconfort en lentilles de contact

- Œil sec induit par le port de lentilles de contact (CLIDE) : porteur de lentilles de contact symptomatique qui devient asymptomatique après le retrait des lentilles
- Œil sec associé au port de lentilles de contact (CLADE) : sécheresse oculaire préexistante chez un porteur de lentilles de contact, qui est symptomatique avec ou sans lentilles

Glandes de Meibomius

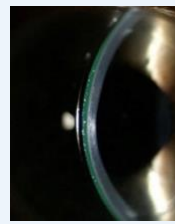
- Les signes de DGM sont prédictifs de l'aggravation des symptômes et sont associés aux abandons en lentilles de contact
- L'impact des modifications structurelles des GM détectées par méibographie chez les porteurs de lentilles est incertain, mais l'évacuation du meibum et sa qualité sont altérées. Il est **recommandé aux PDV de gérer le DGM à un stade précoce, voire asymptomatique, chez les porteurs de LC**



Gestion de l'inconfort en lentilles

- Des données probantes suggèrent de **changer le produit d'entretien** ou passer en **lentilles jetables** pour améliorer le confort
- Autres options : **larmes artificielles, hygiène des paupières, réadaptation avec une autre lentille** ; si les symptômes ne peuvent être contrôlés, envisager une **lentille sclérale ou ortho-k**

Rapport BCLA CLEAR - Scleral lenses



Le brouillard en milieu de journée, résultant de débris dans le réservoir de fluide, est la plus fréquente complication en sclérales (26-46% des porteurs). Son étiologie et la composition de cette matière particulaire sont inconnues ; les débris ont été liés à des leucocytes, lipides et débris du film lacrymal externe. **L'hypoxie cornéenne** se produit même avec des matériaux à haut Dk en raison de la perméabilité à l'oxygène du réservoir de fluide³

Points saillants du rapport BCLA CLEAR - Contact lens technologies of the future³⁵

Les innovations futures vont **au-delà** de la correction de l'erreur de réfraction, certains exemples étant déjà disponibles (conceptions optiques pour gérer la myopie, mesure de la PIO) ou le seront bientôt (lentilles de contact libérant des antihistaminiques).

Des lentilles de contact sont en cours de développement pour **la détection, la surveillance et le traitement de maladies oculaires** (*e.g.*, glaucome, œil sec) et **systémiques** (diabète, détection de marqueurs du cancer). Certaines rempliront une de ces fonctions, le domaine du 'théranostic' pouvant combiner surveillance et traitement de certaines maladies dans un seul dispositif.

D'autres progrès portent sur la **sécurité sanitaire**, avec des lentilles antimicrobiennes et innovations dans les étuis et blisters à lentilles. L'ajout de l'électronique aux lentilles de contact ouvre la voie à une **vision augmentée**, à la conception de lentilles capables de faire automatiquement la mise au point à différentes distances pour les **presbytes**, ou augmenter la vision des **malvoyants**.

Tous les PDV doivent se maintenir au courant des avancées dans l'utilisation médicale des lentilles de contact.⁶

Références

- Allen WE. International anatomical terminology. *J Anat.* 2009;215:221.
- Downie LE et al. CLEAR - Anatomy and physiology of the anterior eye. *CLAE* 2021;44:132-56.
- Barnett M et al. CLEAR - Scleral lenses. *CLAE* 2021;44:270-88.
- Michaud L et al. Official guide to scleral lens terminology. *CLAE* 2020;43:529-34.
- Wolffsohn JS et al. Contact Lens Evidence-Based Academic Reports (CLEAR). *CLAE* 2021;44:129-31.6.
- Jacobs DS et al. CLEAR - Medical use of contact lenses. *CLAE* 2021;44:289-329.
- Pull H et al. Novel method to predict dry eye symptoms in new contact lens wearers. *OVS* 2009; 86:E1042-50.
- Best N et al. Predicting success with silicone hydrogel contact lenses in new wearers. *CLAE* 2013;36:232-7.
- Tarkowski W et al. Demodex sp. as a potential cause of the abandonment of soft contact lenses. *BioMed Res Inter* 2015. Article ID 259109.
- Wolffsohn JS et al. CLEAR - Evidence-based contact lens practice. *CLAE* 2021;44:368-97.
- Morgan PB et al. CLEAR - Effect of contact lens materials and designs on the anatomy and physiology of the eye. *CLAE* 2021;44:192-219.
- van der Worp E et al. When was the last time you fitted a soft lens? *CLAE* 2020;43:415-7.
- Young G et al. Inter-relationship of soft contact lens Diameter, base curve radius and fit. *OVS* 2017;94:458-65.
- Jones L et al. The TFOS International Workshop on Contact Lens Discomfort: report of the contact lens materials, design, and care subcommittee. *IOVS* 2013;54:TFOS37-70.
- Vidal-Rohr M et al. Effect of contact lens surface properties on comfort, tear stability and ocular physiology. *CLAE* 2018;41:117-21.
- Chalmers RL et al. Multicenter case-control study of the role of lens materials and care products on the development of corneal infiltrates. *OVS* 2012;89:316-25.
- Chalmers RL et al. Rates of adverse events with hydrogel and silicone hydrogel daily disposable lenses in a large surveillance registry. *IOVS* 2015; 56:654-63.
- Dart J et al. Risk factors for MK with contemporary contact lenses. *Ophthalmol* 2008;115:1647-54.e3.
- Stapleton F et al. Incidence of contact lens-related MK in Australia. *Ophthalmol* 2008;115:1655-62.
- Hayes V et al. Evaluation of 1-day disposable contact lens wear in a population of allergy sufferers. *CLAE* 2003; 26:85-93.
- Ortiz-Toquero S et al. Success of RGP Lens Fitting. *Eye & CL* 2017;43:168-73.
- Williams-Lyn D et al. Effect of rigid lens back optic zone radius and diameter changes on comfort. *ICL* 1993;20:223-9.
- Dutta D, Wolffsohn JS. Effect of large diameter and plasma coating on the initial adaptation of rigid corneal lens fitting for neophytes. *CLAE* 2021;44:76-80.
- Sivardeen A et al. Investigating the utility of clinical assessments to predict success with presbyopic contact lens correction. *CLAE* 2016;39:322-30.
- Willcox M et al. CLEAR - Contact lens wettability, cleaning, disinfection and interactions with tears. *CLAE* 2021;44:157-91.
- Richdale K et al. CLEAR - Contact lens optics. *CLAE* 2021;44:220-39.
- Wolffsohn JS et al. Simplified recording of soft contact lens fit. *CLAE* 2009;32:37-42.
- Sulley A et al. Factors in the success of new contact lens wearers. *CLAE* 2017;40:15-24.
- Sulley A et al. Retention rates in new contact lens wearers. *Eye & CL* 2018;44 Suppl 1:S273-S82.
- Nichols JJ et al. The Case for using hydrogen peroxide lens care solutions: A Review. *Eye & CL* 2019;45:69-82.
- Hind J et al. Differences between patient and optometrist experiences of contact lens hygiene education. *CLAE* 2020;43:185-8.
- Efron N, Morgan PB. Rethinking contact lens aftercare. *Clin Exp Optom* 2017;100:411-31.
- Stapleton F et al. CLEAR - Contact lens complications. *CLAE* 2021;44:330-67.
34. Woods J et al. Ocular health of children wearing daily disposable contact lenses over a 6-year period. *CLAE* 2021. In press.
35. Jones L et al. CLEAR - Contact lens technologies of the future. *CLAE* 2021;44:398-430.

Traduit de l'anglais par JC Allary, Pascale Dauthuille et Philippe Seira.