



Article Original

L'Autogreffe Limbo-Conjonctivale dans la Chirurgie du Ptérygion primaire au Togo

Limbal conjunctival autograft in primary pterygium surgery in Togo

Nidain Maneh^{1,2}, Adebba-Oyé Akakpo², Kossi Dzidzinyo¹, Koffi Didier Ayéna¹, Kokou Messan Amédomé^{1,3}, Bénédicte Méberé Diatéwa², Mèba Banla¹, Komi Patrice Balo¹.

RÉSUMÉ

Objectif. Exposer les résultats du traitement du ptérygion primaire par exérèse et autogreffe limbo-conjonctivale au Togo. **Matériels et méthodes.** Il s'agit d'une étude transversale descriptive rétrospective des dossiers des patients opérés de ptérygion par autogreffe limbo-conjonctivale du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2015 dans le service d'ophtalmologie des CHUS Sylvanus Olympio et Campus de Lomé. Le traitement chirurgical a consisté en une exérèse et autogreffe conjonctivale sans antimitotique sous anesthésie locale (xylocaïne 2%). Les patients ont été suivis au 2e jour post opératoire (J2), J7, J15, J30 puis tous les 3 mois pendant 12 mois. La récurrence était définie comme une apparition, en post opératoire, d'un tissu fibrovasculaire envahissant la cornée à partir du limbe. L'âge, le sexe, les motifs de consultation, la topographie, le siège et le stade évolutif du ptérygion, l'indication opératoire, les résultats opératoires ont été analysés. **Résultats.** Cinquante-un patients (sex-ratio=1,03) ont été opérés de ptérygion primaire au Stade II, III et IV suivis pendant plus de 12 mois. Leur âge moyen était de $45,3 \pm 10,974$ ans [21 ans; 70 ans]. Le motif de consultation le plus fréquent était le flou visuel (54,90 %), suivi de la présence de membrane sur l'œil (33,33 %). La 49 (96,08 %) ptérygions opérés se situaient dans le secteur nasal. 27 (52,9%) étaient du stade II et 23 (45 %) du stade III. L'indication opératoire était représentée par les signes irritatifs (47,06 %), la baisse de l'acuité visuelle (33,33 %) et le préjudice esthétique (29,41 %). Quinze yeux (29,41%) ont présenté des complications à type d'œdème du greffon (13,73 %), de lâchage des sutures (7,84 %), et de perte du greffon (3,92 %). Le taux de récurrence à un an était de 5,88 %. **Conclusion.** L'autogreffe limbo-conjonctivale dans la chirurgie du ptérygion nous paraît être une technique de choix dans la réduction de la récurrence. L'évolution post opératoire est généralement favorable avec seulement 5,88 % de récurrence après un an.

¹ Université de Lomé, Faculté des Sciences de la Santé (Togo)

² Service d'ophtalmologie CHU-Campus de Lomé (Togo)

³ Service d'ophtalmologie Chu-Kara (Togo)

Mots clés: Ptérygion primaire, autogreffe, limbo-conjonctivale, Togo

Key words: Primary pterygium, autograft, limbal conjunctival, Togo

ABSTRACT

Objective: To report the results of the treatment of primary pterygium through excision and limbal conjunctival autograft in Togo. **Materials and methods.** This was a cross sectional descriptive retrospective study of the records of patients operated for pterygium with limbal conjunctival autograft from January 1st, 2013 to December 31st, 2015 in the Eye Department of Sylvanus Olympio and Campus Teaching Hospitals of Lomé. The surgical treatment was an excision and a conjunctival autograft without antimitotic agent, under local anesthesia (xylocaine 2%). The patients were followed on the second postoperative day (D2), D7, D15, D30 and every 3 months for 12 months. Recurrence was defined as a postoperative appearance of a fibrovascular tissue invading the cornea from the limbus. Age, sex, main complaint, topography, location and stage of the pterygium, indication for surgery and outcome were analyzed. **Results:** Fifty one patients (sex ratio=1.03) were operated for primary pterygium at stage II, III, and IV, then followed for more than 12 months. Their mean age was 45.3 ± 10.974 years [21 years; 70 years]. The most frequent main complaint was blurred vision (54.90%), followed by the presence of membrane on the eye (33.33%). 49 operated pterygium (96.08%) were located in the nasal area; 27 (52.9%) were at stage II, and 23 (45%) at stage III. The main indications for surgery were irritation signs (47.06%), diminished visual acuity (33.33%) and disfigurement (29.41%). Fifteen eyes (29.41%) had complications namely graft edema (13.73%), suture line breakdown (7.84%), and graft loss (3.92%). The recurrence rate was 5.88 % one year later. **Conclusion.** The limbal conjunctival autograft gives satisfactory results in pterygium surgery. The recurrence rate one year after surgery is low (5.88%).

INTRODUCTION

Le ptérygion est une néoformation conjonctivo-élastique de forme triangulaire, à sommet cornéen, située dans l'aire de la fente palpébrale, surtout du côté nasal [1]. Il est caractérisé par son évolution progressive pouvant occasionner une gêne fonctionnelle et/ou esthétique, ainsi que sa tendance à la récurrence malgré la grande diversité des techniques chirurgicales disponibles [2]. La prise en charge thérapeutique du ptérygion reste un sujet d'actualité car il n'existe pas encore à ce jour de protocole qui permet d'en éliminer la récurrence. Son traitement a néanmoins bénéficié, ces dernières années, de l'avènement de plusieurs techniques opératoires [2] dont l'exérèse et l'autogreffe conjonctivale avec parfois adjonction d'antimitotiques. Cette dernière consiste à remplacer la perte de substance par un greffon prélevé à partir de la conjonctive bulbaire supéro-temporale [3,4]. En Afrique Subsaharienne, très peu d'études ont été consacrées à cette récente technique [5]. C'est pour combler ce manque d'informations que nous entrepris cette étude dont l'objectif était d'évaluer les résultats du traitement du ptérygion primaire par exérèse et autogreffe limbo-conjonctivale.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude transversale descriptive rétrospective effectuée sur les dossiers des patients adultes opérés de ptérygions primaires par exérèse et autogreffe limbo-conjonctivale dans les Centres Hospitaliers Universitaires Sylvanus Olympio et Campus de Lomé du 1er Janvier 2013 au 31 Décembre 2015. Cette étude a concerné les dossiers et comptes rendus opératoires des patients opérés de ptérygion primaire au Stade II, III et IV suivis pendant plus de 12 mois. Les dossiers des yeux opérés pour ptérygions récidivants n'ont pas été inclus.

L'âge, le sexe, les motifs de consultation, la topographie, le siège et la taille du ptérygion ont été précisés. La présence ou non des zones progressives de Fuchs, les îlots de Fuchs et le degré de vascularisation ainsi que le stade du ptérygion ont également été analysés ainsi que les résultats post opératoires. Les ptérygions ont été classés en 4 stades : le Stade I (Ptérygion atteignant et ne dépassant pas le limbe), Stade II (Ptérygion dépassant légèrement le limbe), Stade III (Ptérygion atteignant la limite pupillaire) et le Stade IV (Ptérygion envahissant l'aire pupillaire) [6].

Technique chirurgicale

Le traitement chirurgical a consisté en une exérèse et autogreffe conjonctivale. Les patients ont été opérés sous anesthésie locale par une injection sous-conjonctivale de Xylocaine 2 % dans le corps du ptérygion.

La technique chirurgicale consistait à pratiquer une excision soignée en sectionnant le corps du ptérygion à mi-distance entre le limbe et le repli semi-lunaire. Vient le clivage de la tête du ptérygion avec un scarificateur en respectant la couche de Bowman puis le dégagement soigné de l'épiscière avec hémostase la plus minime possible. Le greffon limbo-conjonctivale était prélevé au niveau du quadrant temporo-supérieur du même œil

jusqu'au limbe, la taille du greffon dépassant la surface du lit du ptérygion. Le greffon était ensuite suturé au lit du ptérygion limbe contre limbe, par des points épiscléraux au Vicryl 8/0 ou 10/0 dans les quatre quadrants. La chirurgie se terminait par la réalisation des points conjonctivo-conjonctivaux sur le reste du greffon, l'application de pommade associant corticoïde et antibiotique et un pansement occlusif de l'œil opéré pendant 24 heures.

Un traitement topique associant des corticoïdes et des antibiotiques était prescrit à raison de 5 instillations par jour puis à dose dégressive pendant 6 semaines.

Tous les patients ont été examinés au 2^e jour post opératoire (J2), J7, J15, J30 puis tous les 3 mois pendant 12 mois.

La récurrence était définie comme une apparition d'un tissu fibrovasculaire envahissant la cornée à partir du limbe.

RESULTATS

Cinquante un dossiers et comptes rendus opératoires des patients opérés de ptérygion primaire au Stade II, III et IV suivis pendant plus de 12 mois ont été retenus. La chirurgie du ptérygion représentait 14,4 % (134 yeux) de la chirurgie oculaire (933). L'exérèse du ptérygion primaire avec autogreffe limbo-conjonctivale était évaluée à 38 % (51 yeux) des chirurgies du ptérygion.

Age et sexe

L'âge moyen des patients était de $45,3 \pm 10,974$ ans [21 ans et 70 ans]. Les patients d'âge inférieur à 50 ans étaient les plus représentés 35 (68,63 %) (Figure 1). Il y avait 50,98 % d'hommes pour 49,02 % de femmes, soit un sex-ratio de 1,03.

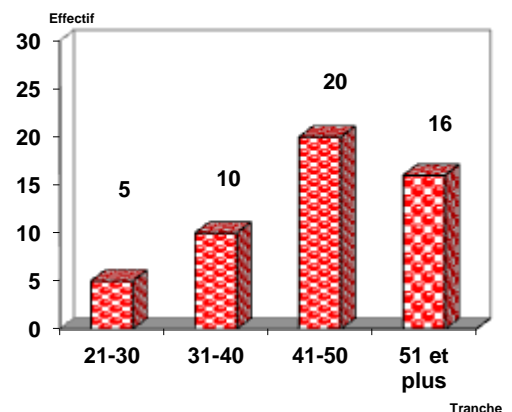


Figure 1 : Répartition des patients selon l'âge

Données cliniques

Le motif de consultation le plus fréquent était le flou visuel (54,90 %), suivi de la présence de membrane sur l'œil (33,33 %) et de sensation de corps étranger (25,53 %). L'acuité visuelle préopératoire de loin variait de CLD à 3 mètres à 10/10^e avec une moyenne de 6,1/10^e

Siège et topographie du ptérygion

30 patients (58,82 %) avaient un ptérygion bilatéral avant l'intervention chirurgicale dont 11 (21,57%) à l'œil

droit et 10 (19,61%) à l'œil gauche. 49 ptérygions des yeux opérés (96,08 %) se situaient dans le secteur nasal et 2 (3,92 %) dans le secteur temporal et nasal. Figure 2(a)



Figure 2 : (a) Ptérygion nasal stade III en pré opératoire



Figure 2 : (b) Limites de l'autogreffe conjonctivale en fin d'intervention (même œil)

Stade anatomique du ptérygion.

Parmi les 51 yeux, 27 (52,9%) étaient au stade II, 23 (45 %) au stade III et un seul au stade IV (figure 3).

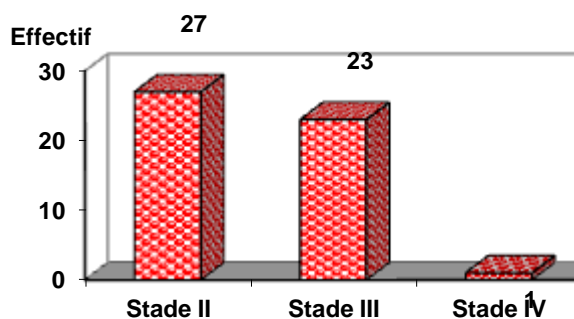


Figure 3 : Répartition des yeux selon le stade anatomique du ptérygion

Signes d'évolutivité

Les signes d'évolutivité ont été retrouvés sur 9 (17,65 %) yeux dont le plus fréquent était la zone progressive de Fuchs (11,76 %) suivi des îlots de Fuchs (7,84 %) et d'une importante vascularisation (1,96 %).

Données thérapeutiques

L'indication opératoire la plus présente était les signes irritatifs (47,06 %). Ils étaient suivis de la baisse de l'acuité visuelle et du préjudice esthétique respectivement dans 33,33 % et 29,41 % (tableau 1).

Tableau 1 : Répartition des indications opératoires du ptérygion

	Effectif (N=51)	%
Signes irritatifs	24	47,06
BAV	17	33,33
Préjudice esthétique	15	29,41
Signe d'évolutivité	7	13,73

Des complications postopératoires ont été retrouvées chez 15 yeux (29,41 %). Ces complications étaient à type d'œdème du greffon 13,73 % qui a régressé après corticothérapie topique, de lâchage des sutures 7,84 %, de perte du greffon 3,92 % (tableau 2).

Tableau 2 : Répartition des complications post opératoires

	Effectif (N=51)	%
Œdème du greffon	7	13,73
Lâchage des sutures	4	7,84
Perte du greffon	2	3,92
Œdème palpébral	1	1,96
Granulome inflammatoire	1	1,96

Récidives

La très grande majorité des autogreffes ont bien évolué en per (figure 2(b)) et post opératoire. Toutefois trois patients ont présenté des récurrences postopératoires, soit un taux de 5,88 %. Ces patients étaient âgés de 25 ans, 40 et 50 ans. Parmi les ptérygions qui ont récidivé, deux étaient au stade II et un au stade III.

DISCUSSION

Le ptérygion est une néoformation conjonctivale triangulaire caractérisée par sa nature progressive et sa tendance à la récurrence surtout dans les pays ensoleillés. Notre échantillon était composé de 51 yeux de 51 patients opérés de ptérygions primaires par la technique d'exérèse et autogreffe limbo-conjonctivale avec suture. Nos critères d'inclusion étaient similaires à ceux de Sharma et al. en Inde [7] qui ont sélectionné uniquement des patients ayant consulté pour un ptérygion primaire. Le délai minimum de suivi postopératoire de nos patients

était de 12 mois. Ce délai varie largement selon les études passant de quelques mois à plusieurs années. Han et al. [8], Mery et al. [9] et Kwon et al. [10] ont effectué des études avec des reculs postopératoires respectif de 12 mois, 19 mois, et 25 mois. Un recul postopératoire de 12 mois est suffisant pour observer la quasi-totalité (97 %) des récurrences [11].

L'âge moyen des patients était de $45.3 \pm 10,974$ ans. Dans la série de Malek et al. [2] en Tunisie et de Mery et al. [8] en France, il était respectivement de 50 et 56 ans et fait du ptérygion une pathologie du sujet adulte.

L'étude retrouve une prédominance masculine (sex-ratio=1,03). Ces résultats concordent avec plusieurs travaux [2,12]. Trente patients (58,82%) des 51 de l'échantillon avaient un ptérygion bilatéral. Otulana et al. [12] a observé cette forme bilatérale chez 72,5 % de ses patients tandis que Mery [9] l'a observé chez seulement 31%. Cette prépondérance de la forme bilatérale dans la présente étude et dans celle d'Otulana et al. pourrait s'expliquer par le fait que nos études sont menées en milieu tropical. En effet ces régions regorgent assez de facteurs de risque qui sont les rayonnements ultraviolets, la poussière, le vent, la chaleur et la sécheresse par un phénomène d'irritation de la surface oculaire.

La quasi-totalité des ptérygions opérés étaient localisés dans le secteur nasal 49 (96,08%), comme les études de Sharma et al. [7] où tous les patients avaient un ptérygion en nasal et à celle de Mery et al. [9] qui a trouvé que tous les ptérygions étaient localisés dans le secteur nasal, avec un ptérygion bipolaire.

Cette localisation préférentielle du ptérygion en nasal dans la fente palpébrale a été expliquée par kwok et al. [13] par le fait que la zone temporale serait protégée par l'anatomie faciale, notamment le nez empêchant l'exposition aux rayons incidents.

Le stade II était plus retrouvé chez 27 yeux (52,94 %) contrairement à l'étude de Malek et al. [2] avec 61,67% de stade III.

Nos indications opératoires étaient les signes irritatifs, suivis de la baisse de l'acuité visuelle et du préjudice esthétique. Les indications actuelles retenues sont la baisse de l'acuité visuelle, l'importance de l'astigmatisme, la diplopie, l'échec du traitement médical sur les signes fonctionnels de surface et sur

l'inflammation [11]. L'indication purement esthétique et les gênes de surface modérée ne sont pas de réelles indications car les récurrences post opératoires risquent d'être plus invalidantes en comparaison à la forme primaire.

Bien que la récurrence reste la principale complication de la chirurgie du ptérygion, d'autres complications peuvent survenir. Dans notre étude l'œdème du greffon, le lâchage des sutures, la perte du greffon, le granulome inflammatoire et l'œdème palpébral retrouvés ont régressé sous traitement médical. Ces complications ont été également rapportées par d'autres auteurs [2,7,14].

Un taux de récurrence de l'exérèse et autogreffe conjonctivale de 5,88% a été observé. Ce taux est compris entre 2 % et 39 % [1,10,15,]. Le prélèvement du greffon jusqu'au limbe, le ptérygion primaire expliqueraient le faible taux de récurrence. Ce taux relativement bas de récurrence à 12 mois ne nous permet pas d'en tirer des facteurs de risque de récurrence chez nos patients. Toute fois les patients ayant présenté des récurrences étaient des adultes jeunes. Manning et al. [16] considèrent le facteur âge comme étant le facteur de risque de récurrence le plus important. De même, Chen et al. [17] trouvent que les patients d'âge supérieur à 50 ans ont significativement moins de risque de récurrence. D'autres auteurs pensent qu'il n'existe pas de corrélation entre les récurrences et l'âge du patient [8,18]. Des auteurs, considèrent que plus le ptérygion est extensif plus le risque de récurrence est important [19]. D'autres encore ne trouvent pas de relation significative entre la taille du ptérygion et la récurrence [10, 18].

CONCLUSION

À Lomé, l'évolution après autogreffe limbo-conjonctivale est généralement favorable, le taux de récurrence post opératoire après une période d'observation de 12 mois étant de 5,88 %. L'autogreffe limbo-conjonctivale dans la chirurgie du ptérygion nous paraît être une bonne technique dans notre environnement.

CONFLIT D'INTERET

Aucun

REFERENCES

1. Kammoun B, Kharrat W, Zouari K et al. Ptérygion : traitement chirurgical. J Fr. Ophtalmol 2001 ; 24(8):823-828.
2. Malek I, Zghal I, Chebbi A et al. L'autogreffe conjonctivo-limbique versus l'exérèse simple avec mitomycine C dans la chirurgie du ptérygion : étude comparative. J Fr Ophtalmol 2013; 36(3):230-235.
3. Allan BD, Short P, Crawford GJ, Barrett GD, Constable IJ. Pterygium excision with conjunctival autografting an effective and safe technique. Br J Ophthalmol 1993; 77 (11): 698 -701.
4. Coulon P, Cals JP, Mortemousque B, Berniac G, Verin P. L'autogreffe conjonctivale dans la cure chirurgicale du ptérygion, à propos de 186 cas. Rev Int Trach Pathol Ocul Trop subtrop santé Publique, 1993:235-45.
5. Boni S, Gbe K, Kouassi L, et al. Chirurgie du ptérygion par exérèse et autogreffe conjonctivale : notre expérience au CHU de Treichville. Médecine d'Afrique Noire, 2011;5803:123-127.
6. Vaniscotte MH, Lacombe E, Pouliquen Y. Resultats du traitement chirurgical du ptérygion : à propos de 102 cas. J Fr Ophtalmol 1986; 9(3):227-30.
7. Sharma A, Raj H, Gupta A, Raina AV. Sutureless and glue-free versus sutures for limbal conjunctival autografting in primary pterygium surgery : A prospective comparative study. J Clin Diagn Res 2015; 9(11): NC06-9.

8. Han SB, Jeon HS, Kim M, et al. Risk Factors After Pterygium Surgery: An Image Analysis Study. *Cornea* 2016;35(8):1097-1103.
9. Mery G, Maalouf T, George JL, Angioi k. Autogreffe limbo-conjonctivale dans la prise en charge chirurgicale des ptérygions. *J Fr Ophtalmol* 2010;33:92-98.
10. Kwon SH, Kim HK. Analysis of Recurrence Patterns Following Pterygium Surgery with Conjunctival Autografts. *Medicine(Baltimore)* 2015;94(4): e518.
11. Hirst LW. The treatment of pterygium. *Surv Ophthalmol* 2003; 48(2):145-80.
12. Otulana TO. The epidemiology, possible risk factors and clinical presentation of pterygium at the Olabisi Onabanjo University Teaching Hospital, Sagamu, Ogun State, Nigeria. *Nigerian Medical Practitioner* 2013;63.
13. Kwok LS, Kuznetsov VA, Ho A, Coroneo MT. Prevention of the adverse photic effects of peripheral light-focusing using UV-blocking contact lenses. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2003;44(4):1501-7.
14. Elwan SA. Comparison between sutureless and glue-free versus sutured limbal conjunctival autograft in primary pterygium surgery. *Saudi J Ophthalmol*. 2014;28(4):292-98.
15. Frucht-Pery J, Raiskup F, Ilsar M, Landau D, Orucov F, Solomon A. Conjunctival autografting combined with low-dose mitomycin C for prevention of primary pterygium recurrence. *Am J Ophthalmol* 2006; 141(6): 1044-50.
16. Manning CA, Kloess PM, Diaz MD, Yee RW. Intra operative mitomycin in primary pterygium excision. A prospective randomized trial. *Ophthalmology*, 1997;104(5):844-8.
17. Chen PP, Ariyasu RG, Kaza V, LaBree LD, McDonnell PJ. A randomized trial comparing mitomycine C and conjunctival autograft after excision of primary pterygium. *Am J Ophthalmol*, 1995; 120 (2) :151 - 60.
18. Hara T, Hashimoto T, Hara T. Pterygium surgery using the principle of contact inhibition: results of 13 years' experience. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*, 2017; 255(3): 583-590.
19. Kmiha N, Kamoun B, Trigui A, Jelliti B, Fourati M, Chaabouni M. Apport de l'autogreffe conjonctivale dans la chirurgie du ptérygion, à propos de 52 cas. *J Fr Ophtalmol*, 2001;24(7):729-32.