

Fréquence et prise en charge des ptérygions aux Cliniques Universitaires de Lubumbashi

Numbi Ngoy M¹, Oleko Kitshamba P², Chenge Borasisi G¹.

¹ Université de Lubumbashi (RDC), Faculté de Médecine, Service d'Ophtalmologie

² Université de Lubumbashi (RDC), Faculté de Médecine

Correspondances : numbingoy1@yahoo.fr, gabybora2003@yahoo.fr

Service d'ophtalmologie Cliniques Universitaires de Lubumbashi

Résumé

Objectif : décrire les profils épidémiologique, clinique et thérapeutique et déterminer le taux de récurrences du ptérygion à Lubumbashi.

Méthodologie : il s'agit d'une étude descriptive à récolte de données rétrospective centrée sur 161 dossiers des patients atteints de ptérygion ayant consulté au service d'ophtalmologie des Cliniques Universitaires de Lubumbashi, pour un ensemble de 6900 dossiers, colligés par échantillonnage exhaustif au cours de la période allant du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2016.

Résultats : la fréquence de ptérygion était de 2,33% ; l'âge moyen des patients était de 48,3±14,83 ans, pour une médiane de 48 (37-58) ans et un mode de 27 ans. Le sexe féminin était prédominant dans 70,8% des patientes, soit une sex-ratio de 2,4/1 en leur faveur. Les ménagères étaient concernées avec 52,2%. Les démangeaisons, la rougeur et les larmoiements étaient les plaintes les plus notées à l'entrée, avec respectivement 32,3%, 29,8% et 24,8%. La majorité de patients, soit 49,7% étaient au stade I. Le côté gauche nasal était plus atteint dans 34,8%, suivi de l'atteinte bilatérale avec 32,3% et du côté droit nasal avec 29,8%. Le traitement des patients était essentiellement médical, avec 84,5% alors que le traitement chirurgical était appliqué dans 21,7%. Ce dernier a consisté essentiellement en l'exérèse avec greffe dans 16,8% alors que l'exérèse sans greffe était pratiquée dans 4,9%. Le taux de récurrence était de 3,7% après la prise en charge chirurgicale.

Conclusion : Il ressort de cette étude que la récurrence du ptérygion demeure un problème majeur de santé publique.

Mots-clés : Fréquence, prise en charge, ptérygion, récurrence.

Introduction

Le ptérygion est une néoformation conjonctivo-élastique bénigne de la surface oculaire de forme triangulaire, à base canthale et à sommet cornéen. Il s'étend dans l'aire de la fente palpébrale, préférentiellement dans le secteur nasal, vers l'apex cornéen. On peut ainsi aisément imaginer les conséquences néfastes de sa progression sur la vision. C'est une pathologie déjà décrite et traitée dans l'antiquité (4,6).

D'importants progrès ont permis de mieux appréhender les mécanismes physiopathologiques en causes dans la

survenue de cette affection, aboutissant à l'utilisation de nouvelles thérapeutiques médicales et à l'élaboration de nouvelles techniques chirurgicales afin de diminuer le taux de récurrences, qui reste encore aujourd'hui la préoccupation majeure de cette affection (9).

Dans le monde, la répartition géographique du ptérygion se manifeste surtout lorsqu'on se rapproche plus de l'équateur, les sujets exposés au ptérygion sont les patients ayant passé leur enfance et leur adolescence en milieu ensoleillé (le pourtour méditerranéen et Maghreb, Afrique, océan indien, Asie du

sud-est, Antilles). En Afrique, dans certaines études, la prévalence était de 0,2% à 1,10% à Yaoundé et à Douala et de 9% au Nigeria. En république démocratique du Congo, la fréquence relative du ptérygion était de 6,2% d'après les études faites à Kinshasa (6,8,14).

Le ptérygion semble être un phénomène irritatif dû à la lumière ultraviolette, car cette affection est plus fréquente chez les fermiers, les bergers qui passent la plupart de leur vie au dehors dans un milieu ensoleillé, poussiéreux, sablonneux et venteux (14).

Les circonstances de découverte, sont soit fortuites soit liées à des signes d'irritation de la surface oculaire (larmoiement, rougeur localisée, sensation des corps étrangers) ou liées à une baisse de l'acuité visuelle (astigmatisme, diplopie) (6).

En cas d'envahissement de la cornée, il apparaîtra un astigmatisme dont le résultat est une image floue (3,7).

Si le ptérygion évolue et atteint l'aire pupillaire, son exérèse chirurgicale est nécessaire. Il est important de faire une étude sur le ptérygion afin d'identifier les facteurs favorisant la maladie. Pour prévenir les récurrences, notamment chez les sujets travaillant au dehors, des lunettes protectrices peuvent être prescrites (14).

Ce travail va contribuer à l'amélioration des connaissances sur le ptérygion et, de surcroît, de la prise en charge des malades concernés.

Matériels et méthode

L'étude a porté sur les patients reçus dans le service d'Ophtalmologie des Cliniques Universitaires de Lubumbashi chez qui le diagnostic de ptérygion était retenu sur base des données anamnestiques, cliniques et ophtalmologiques.

Elle est descriptive à récolte de données rétrospective, menée sur une période de deux ans, soit du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2016. Nous nous sommes servis

des fiches des malades et des registres du service d'Ophtalmologie, pour la récolte.

La population d'étude est constituée de tous les patients ayant consulté le service d'Ophtalmologie pour les pathologies ophtalmologiques diverses, soit un total de 6900 patients. Nous avons procédé à un échantillonnage exhaustif, qui nous a permis de colliger tous les cas de ptérygion dans le service, soit un total de 161 patients, constituant ainsi la taille d'échantillon.

Résultats

Au cours de cette étude, un total de 161 patients atteints de ptérygion, sur un ensemble de 6900 patients dans le service d'Ophtalmologie pour la période d'étude de 2015 à 2016, soit une fréquence hospitalière de ptérygion de 2,33%.

1. Age

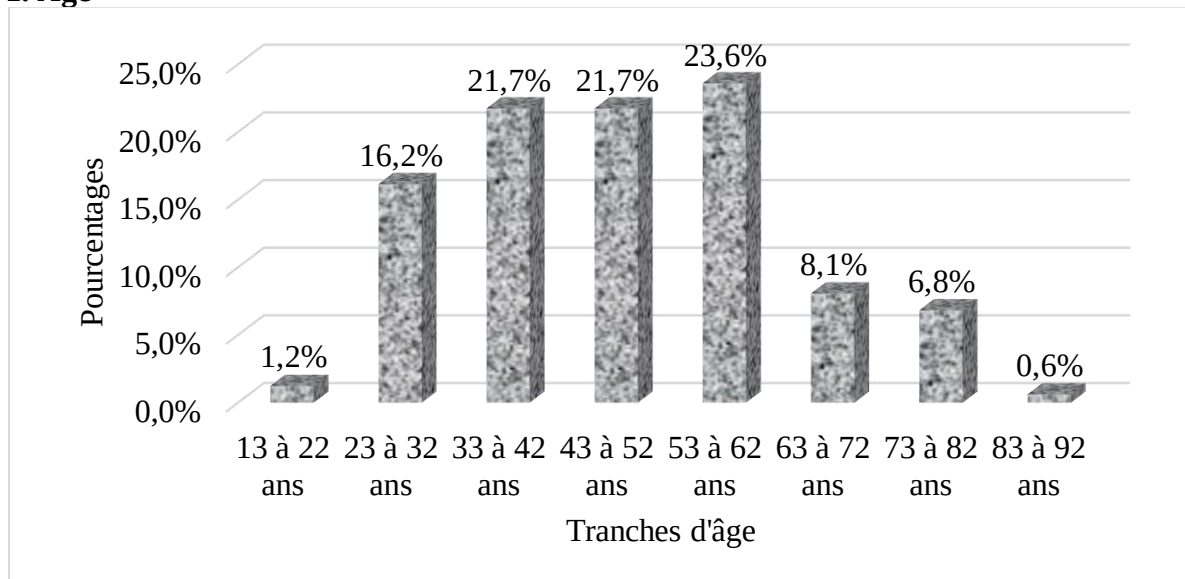


Figure 1. Répartition des patients selon l'âge

L'âge des patients a varié entre 18 et 86 ans. La classe d'âge modale est celle de 53 à 62 ans, avec 38 patients, soit 23,6%. L'âge moyen était de $48,3 \pm 14,83$ ans, pour une médiane de 48 (37-58) ans et un mode de 27 ans.

2. Sexe

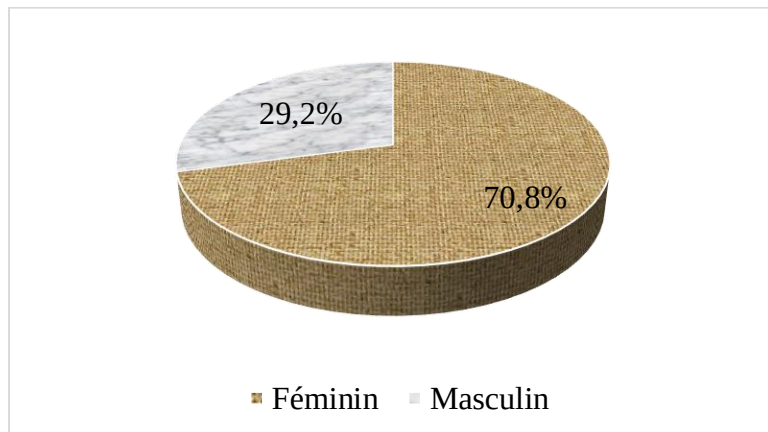


Figure 2. Répartition des patients selon le sexe

Les patients de sexe féminin étaient concernés avec 70,8%, soit une sex-ratio de 2,4/1 en leur faveur.

3. Profession

Tableau II. Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif (n)	Fréquence relative (%)
Administratif	15	9,3
Couturier (e)	3	1,9
Enseignant(e)	7	4,4
Etudiant(e)	10	6,2
Mécanicien	5	3,1
Ménagère	84	52,2
Métier libéral	16	9,9
Plombier	1	0,6
Sans occupation	13	8,1
Vendeur (se)	7	4,4
Total	161	100,0

Ce tableau montre que la profession ménagère était modale, avec 84 Patients, soit 52,2%.

4. Plaintes

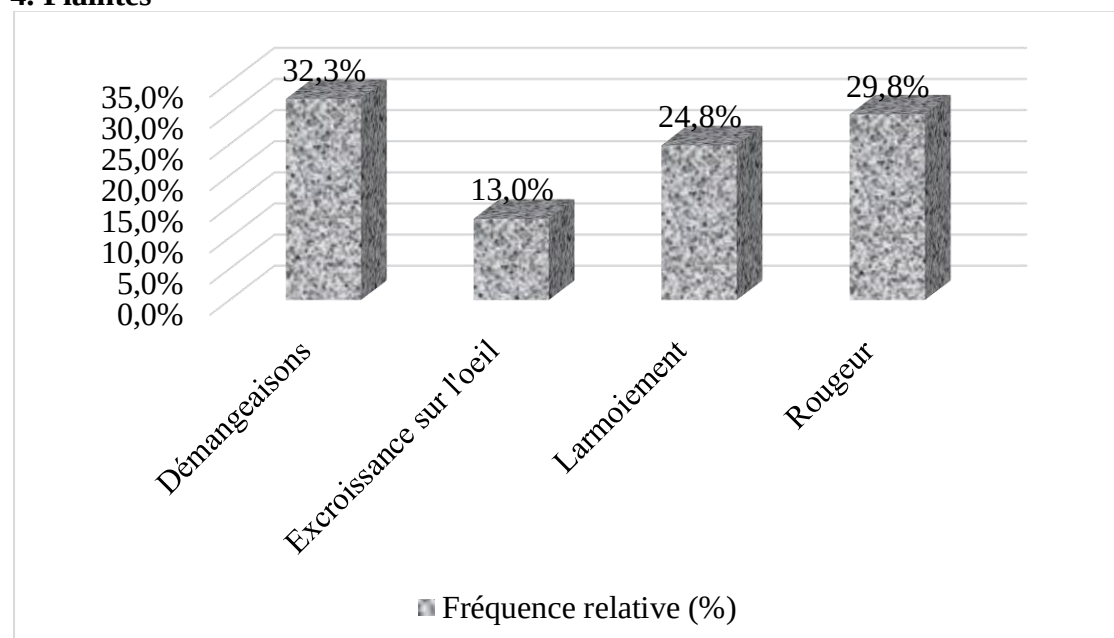


Figure 3. Répartition des patients selon les plaintes

Les démangeaisons, la rougeur et les larmoiements étaient notés respectivement chez 32,3%, 29,8% et 24,8% de patients.

5. Stade clinique

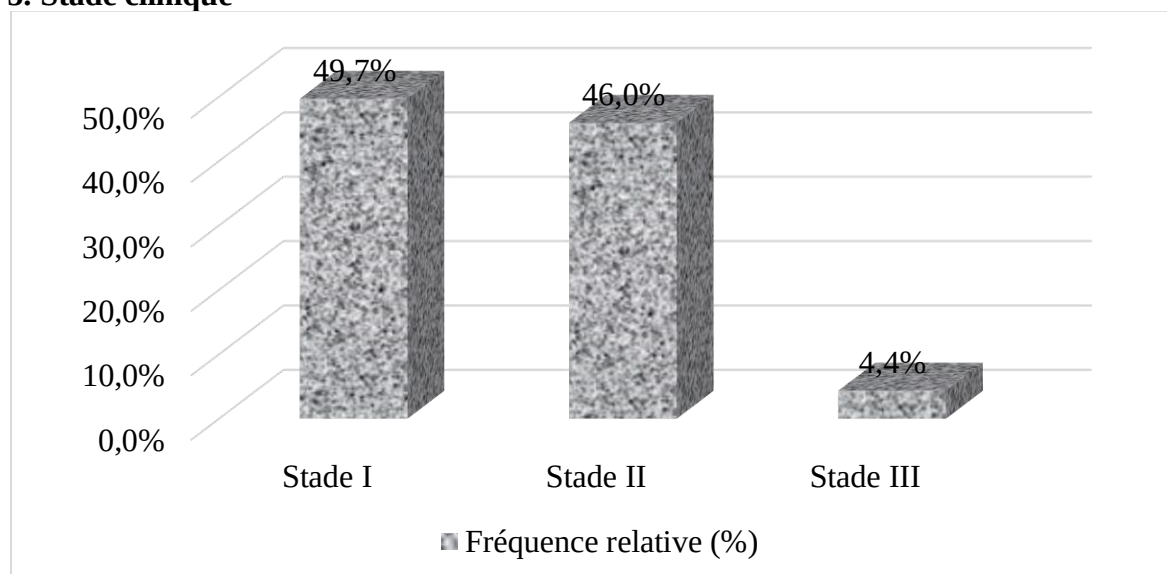


Figure 4. Répartition des patients selon le stade clinique

Les patients au stade I de la maladie représentaient 49,7% et, ceux aux stades II et III représentaient respectivement 46 % et 4,4 %.

6. Latéralité

Tableau III. Répartition des patients selon la latéralité

Côté		Effectif (n)	Fréquence relative (%)
Droit	Nasal	48	29,8
	Temporal	5	3,1
Gauche	Nasal	56	34,8
Bilatéral		52	32,3
Total		161	100,00

Il ressort de ce tableau que le côté gauche nasal était atteint dans 34,8% de patients, l'atteinte bilatérale était enregistrée dans 32,3% et celle du côté droit nasal l'était dans 29,8%.

7. Traitement

Tableau IV. Répartition des patients selon le traitement médical

Traitement	Type	Effectif (n=161)	Fréquence relative (%)
Médical	Non	25	15,5
	Oui		
	Collyre AINS	126	78,3
	Collyre AIS	10	6,2
	Total	136	84,5
Chirurgical	Non	126	78,3
	Oui		
	Exérèse sans greffe	8	4,9
	Exérèse avec greffe	27	16,8
	Total	35	21,7

Ce tableau montre que dans 84,5% de patients, le traitement était médical ; le traitement chirurgical était appliqué dans 21,7% de patients. Le traitement médical a consisté en la

prescription d'un collyre anti-inflammatoire non-stéroïdien dans 78,3% et, les collyres anti-inflammatoires stéroïdiens l'étaient avec 6,2%. Quant au traitement chirurgical, il a consisté en l'exérèse avec autogreffe dans 16,8% de patients et en l'exérèse sans greffe dans 4,9%.

8. Evolution

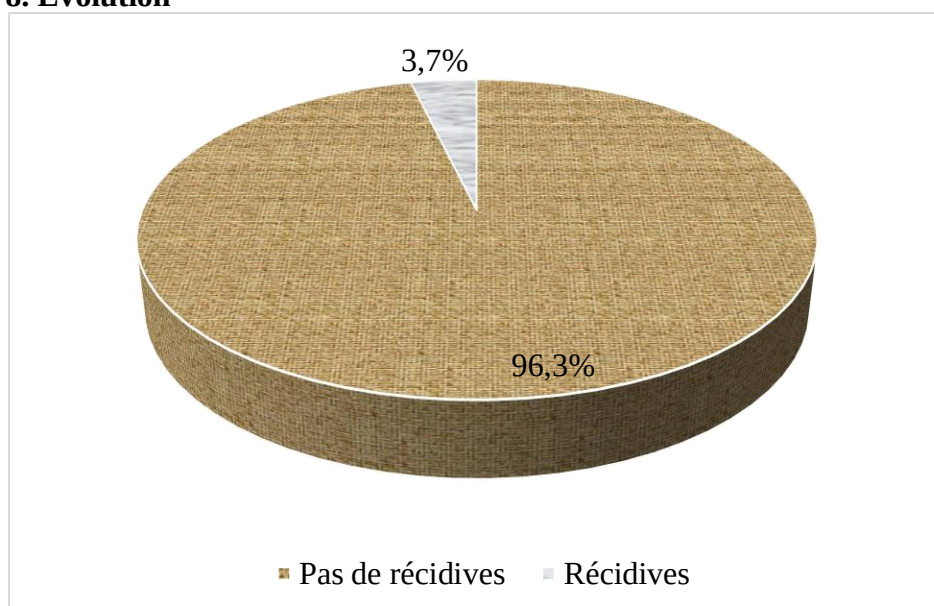


Figure 5. Répartition des patients selon l'évolution

Il ressort de cette figure que 3,7% de nos patients avaient connu des récurrences après prise en charge chirurgicale.

9. Stade clinique et traitement chirurgical

Tableau V. Répartition des patients selon le stade clinique et le traitement chirurgical

Stade clinique	Traitement chirurgical		Total
	Non	Oui	
Stade I	68 (85,0%)	12 (15,0%)	80 (100,0%)
Stade II	55 (74,3%)	19 (25,7%)	74 (100,0%)
Stade III	3 (42,9%)	4 (57,1%)	7 (100,0%)
TOTAL	126 (78,3%)	35 (21,7%)	161 (100,0%)
Chi-carré = 7,9			ddl = 2
			p = 0,0186

Ce tableau montre que la prise en charge chirurgicale a varié avec le stade clinique de la maladie, avec 57,1% des malades au stade III, qui avaient bénéficié d'un traitement chirurgical.

10. Stade clinique et type de traitement chirurgical

Tableau VI. Répartition des patients selon le stade clinique et le type de traitement chirurgical

stade clinique	Type chirurgie				Total
	Aucun	Exérèse greffe	avec Exérèse greffe	sans	
Stade I	68(85,0%)	1 (1,3%)	11 (13,8%)		80(100%)
Stade II	55(74,3%)	6 (8,1%)	13 (17,6%)		74 (100%)
Stade III	3 (42,9%)	1 (14,3%)	3 (42,9%)		7 (100%)
TOTAL	126(78,3%)	8 (4,9%)	27 (16,8%)		161(100%)

Chi-carré = 9,9

ddl = 4

p = 0,0412

Ce tableau montre que l'exérèse chirurgicale avec ou sans greffe était réalisée aux stades I, II et III de la maladie, respectivement à 4,9% et 16,8%. L'abstention de la chirurgie était majoritairement appliquée en présence du stade I de la maladie.

Discussion

1. Fréquence

Au cours de notre étude, nous avons trouvé une fréquence de ptérygion évaluée à 2,33%, soit une atteinte de 161 patients pour un ensemble de 6900 patients ayant consulté le service d'Ophtalmologie des Cliniques Universitaires de Lubumbashi. Notre fréquence est faible par rapport à celles rapportées dans d'autres études, notamment celles de Mvogo et al (1997) et celle de Godart (2015), respectivement au Cameroun et en France, soit 1,10% et 1,7% alors que des fréquences supérieures à la nôtre ont été retrouvées par Abdelaoui (2014) au Maroc et par Kanté (2010) au Mali, à savoir respectivement 3,65% et 3,95%. Il a été relevé par Sarda et al (2009) que la prévalence de ptérygion est variable selon les régions et cela serait due à une exposition variable aux rayons ultraviolets, l'un des facteurs favorisants importants de cette pathologie ophtalmologique.

2 Age

L'âge de nos patients a varié entre 18 et 86 ans. La classe d'âge modale était celle de 53 à 62 ans, avec 38 patients, soit 23,6%. Nos résultats sont proches de ceux trouvés par Oudanane (2012) au Maroc, Abdelaoui (2014) au Maroc et Kanté (2010) au Mali, à savoir une atteinte majoritaire chez les

patients âgés de plus de 50 ans pour les deux premiers auteurs et chez les patients âgés de plus de 30 ans pour le dernier.

L'âge moyen était de 48,3±14,83 ans, pour une médiane de 48 (37-58) ans et un mode de 27 ans. Cette moyenne d'âge est superposable à celle de 40,45,3±10,974 ans (pour les extrêmes de 21 ans-70 ans) trouvée par Maneh et al (2017), celle de 41,76±10,89 ans rapportée par Mvogo et al (1997) et celle de 46,1±14,6 ans trouvée par Oudanane (2012) au Maroc. Les considérations méthodologiques, incluant notamment les critères de sélection des patients pourraient expliquer la différence relevée dans les résultats respectifs.

3. Sexe

Les patients de sexe féminin étaient concernés avec 70,8%, soit une sex-ratio de 2,4/1 en leur faveur. Toutes les études de référence ont rapporté une prédominance masculine, notamment à 54,8% pour Mvogo (1997) au Cameroun, à 57,1% pour Abdellaoui (2014) au Maroc, à 70 hommes pour 136 femmes pour Kanté (2010) au Mali, une sex-ratio de 1,03 pour Maneh (2017) et à 80% pour El Mellaoui (2016) au Maroc. Cependant, l'étude d'Oudanane (2012) au Maroc avait trouvé une atteinte équivalente, soit 7 hommes et 7 femmes. Les différences constatées dans nos différentes études pourraient s'expliquer

par la variabilité de nos considérations méthodologiques. C'est aussi une pathologie inesthétique pour les sujets de sexe féminin, car la beauté commence par les yeux.

5. Profession

Dans notre étude, nous avons trouvé que la profession ménagère était modale, avec 84 patients, soit 52,2% des patients. Ayant concentré leur étude sur les conducteurs de véhicule de transport en commun, Assavedo et al (2014) avaient donc travaillé uniquement sur les chauffeurs et, Oudanane (2012) relève que la survenue de ptérygion était associée de manière statistiquement significative à des professions à risque. Les différences constatées, pourraient s'expliquer, comme nous le constatons, par la variabilité de la population cible des études respectives. Nous pouvons également dire que les femmes consultent plus, pour des raisons esthétiques. La femme ménagère est un « tous travaux » dans notre milieu, elle passe son temps plus en dehors de la maison qu'à l'intérieur.

6. Plaintes

Les démangeaisons, la rougeur et les larmoiements étaient les plaintes les plus notés à l'entrée, avec respectivement 32,3%, 29,8% et 24,8% des patients. Bien qu'à des proportions différentes et des permutations d'ordre, ces trois plaintes sont également les plus retrouvées par d'autres auteurs, notamment Oudanane (2012) qui avait trouvé la rougeur à 100%, le picotement et la baisse de l'acuité visuelle à 92,9%, les démangeaisons à 57,1% et les larmoiements à 28%. Au Maroc, Abdelaoui (2014) avait trouvé les larmoiements à 78,5%, les démangeaisons à 73% et la rougeur à 37,4%. Cependant, Maneh (2017) avait relevé que le flou visuel était prépondérant chez 54,9% des patients dû à l'astigmatisme induit par le ptérygion au stade deux ou trois de la maladie.

7. Stade clinique

Le stade I de nos patients, était de 49,7%, 46% au stade II de la maladie et seulement 4,4% au stade III. D'autres auteurs avaient trouvé soit la prépondérance des patients au stade II, soit au stade III, citons par exemple El Mellaoui (2016) qui avait trouvé 75% des patients au stade III et 25% au stade II ; Tabouret (2014) avait trouvé 36 patients sur 47 au stade II, 8 patients sur 47 au stade I et 3 patients sur 47 au stade III. Quant à Oudanane (2012), il avait rapporté 71,4% des patients au stade II, 21,4% au stade II et 7,1% au stade I. Maneh (2017) avait trouvé 52,9% des patients au stade II et 45% au stade III. Enfin, Abdelaoui (2014) avait trouvé 46,62% des patients au stade II, 43,55% des patients au stade I et 9,91% des patients au stade III. Ces différences constatées pourraient s'expliquer par la cible des études respectives et les considérations subjectives des patients en rapport avec la maladie.

8. Latéralité

Le côté gauche nasal était atteint dans 34,8%, suivi de l'atteinte bilatérale avec 32,3% et du côté droit nasal avec 29,8% des patients. Dans toutes les autres études, il a été trouvé une prédominance d'atteinte nasale, notamment à 100% dans l'étude d'Oudanane (2012) au Maroc, à 96,08% dans celle de Maneh (2017), à 93,66% dans celle de Mvogo et al (1997) au Cameroun et à 44,2% dans celle d'Abdelaoui (2014) au Maroc. C'est en effet selon la littérature le côté nasal qui est le plus exposé au rayonnement solaire, du fait de l'absence de protection par l'ombre du nez et du cadre orbitaire et peut être également par la focalisation par le dôme cornéen des ultra-violets et des infra-rouges au niveau du limbe nasal.

9. Traitement

Le traitement des patients était essentiellement médical, avec 84,5% alors que le traitement chirurgical était appliqué dans 21,7%. A ce propos, nous avons constaté que dans toutes les études de référence, la prise en charge était

essentiellement chirurgicale, ce qui constituait même l'un des critères majeurs de ces études et les distinguent de la nôtre. Sarda et al (2009) relève que le ptérygion a un seul traitement curatif qui est la chirurgie, bien que buté aux problèmes de récurrences.

Le traitement médical a consisté essentiellement en la prescription d'un collyre anti-inflammatoire non-stéroïdien dans 78,3% des cas alors que les collyres anti-inflammatoires stéroïdiens l'étaient dans 6,2% des cas. Sarda et al (2009) recommandent beaucoup plus le recours aux anti-inflammatoires stéroïdiens. Le principe est d'opérer lorsque les signes fonctionnels sont exacerbés et ne répondent plus aux AINS et/ou aux larmes artificielles.

Quant au traitement chirurgical, il a consisté essentiellement en l'exérèse avec autogreffe dans 16,8% des cas alors que l'exérèse sans greffe avec la technique de translation des lambeaux était pratiquée dans 4,9% des cas. Dans leur étude, Mvogo et al (1997) avaient trouvé que l'excision avec translation conjonctivale était pratiquée chez 67 patients pour un ensemble de 167 patients. Quant à Abdellaoui (2014), il avait trouvé que l'autogreffe conjonctivale était réalisée chez 85,3% des patients alors que l'autogreffe conjonctivo-limbique était réalisée chez 14,7% des patients. Toutefois, Pan et al (2011) préconisant le recours à la colle biologique au lieu de recourir à la suture, en signifiant que la colle biologique induisait une diminution significative du temps opératoire ainsi que du taux des récurrences à 12 mois, en agissant dans la dernière phase du processus de coagulation.

10. Evolution

Seulement 3,7% de patients avaient connu des récurrences après prise en charge chirurgicale avec autogreffe conjonctivale. Notre fréquence de récurrence est basse par rapport à toutes celles rapportées dans d'autres études : 5,88% après un an par

Maneh (2017) ; 7,4% après 6 mois par Mvogo et al (1997) ; 11% par Tabouret (2014) ; 12% par El Mellaoui (2016) ; 16,9% par Abdellaoui (2014) et 29 cas de récurrences pour un échantillon de 90 patients soit 32,2% pour Naima (2015) au Maroc. La récurrence bien que réduite demeure un problème après la prise en charge chirurgicale d'où la recherche continue d'autres techniques.

11. Stade clinique et traitement chirurgical

La prise en charge chirurgicale a varié de manière statistiquement significative avec le stade clinique de la maladie, avec plus de la moitié de cas au stade III, soit (57,1%) qui avaient bénéficié d'un traitement chirurgical. L'exérèse chirurgicale avec ou sans greffe était réalisée aux stades I, II, III de la maladie, respectivement à 4,9% et 16,8%, et cela de manière statistiquement significative alors que l'abstention de la chirurgie était majoritairement appliquée en présence du stade I de la maladie. Cela nous fait comprendre, comme Sarda et al (2009) que le traitement chirurgical est un traitement de référence.

Conclusion

Le ptérygion, bien que bénin, est un problème de santé publique étant donné que, pour n'importe quel type de chirurgie mis en jeu, on ne peut pas s'épargner des récurrences, qui caractérisent la maladie. Son évolution est imprévisible, la chirurgie avec une technique qui donne moins de récurrence est souhaitable. L'introduction de l'autogreffe conjonctivale dans la chirurgie du ptérygion nous a donné beaucoup de satisfaction car en plus de son efficacité, elle offre une simplicité de réalisation. Cette technique devrait avoir une indication plus large surtout chez les jeunes et dans les pays dont les conditions climatiques pourraient favoriser les récurrences. La population doit éviter des expositions prolongées au soleil, au feu, au vent et aux intempéries.



Photo 1 : ptérygion stade 1



Photo 2 : ptérygion stade II



Photo 3 : ptérygion stade III



Photo 4 : ptérygion stade IV

Références

1. Abdelaoui A., Le ptérygion : Expérience du service d'ophtalmologie du CHU Mohammed VI de Marrakech, Thèse n°81, Université Cadi Ayyad, 2014.
2. Assavedo C.R.A., Sounoujou I., Challa A., Monteiro S., Alamou S., Tchabi H. et al., Morbidité oculaire chez les conducteurs de véhicules de transport en commun de la ville de Parakou (Bénin), 2014.
3. Cornand G : traitement et évolution du pterygion, p .3-4 ,26-76, Rev trachome 1989
4. El Mellaoui N., Traitement de prérygion par chirurgie géométrique modifiée (à propos de 50 cas), Thèse, Université Sidi Mohammed Ben Abdallah, 2016 ;
5. Flament J ; dollfus H ; lenoble P ; speeg-schutz C ; swart betrg J. L et Coll : ophtalmologie, pathologie du système visuel, Paris p .4-18 ,96-97, 358, Masson 2ème 2013.
6. Godart C., Surveillance anesthésique centralisée hors salle de la chirurgie du segment antérieur : étude de la non-infériorité (Etude Sachs), Mémoire DES, Académie de Paris, 2015.
7. Kaimbo D ; Mvitu M .M ;Spileers W ;missotten L :étude du pterygion chez les patients africains ,Kinshasa R D congo ,page 155-596 2014 .
8. Kayembe LD : Cours d'ophtalmologie, affections courantes en milieu tropical, page 20-85, 2012.
9. Maneh N., Akakpo A.O., Dzidzinyo K., Ayena K.D., Amédoné K.M., Diatéwa B.M. et al., L'autogreffe limbo-conjonctivale dans la chirurgie du ptérygion primaire au Togo, Journal of Medecine and Health Sciences, vol 18, n°4, 2017.
10. Mvogo C.E., Bella-Hiag A., Ngosso A., Elong A., Le ptérygion : Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à l'Hôpital Général de Douala. Rev. Med. d'Afrique Noire : 1997 :44(5)
11. Oudanane S., Efficacité des anti-VEGF dans le traitement des ptérygions-à propos de 14 cas, Thèse n°234, Université Mohammed V-Souissi, 2012
12. Sarda V., Gheck L., Chaine G., Pterygions, J. Ophtalm., Elsevier Masson, 2009
13. Vaughan D ;Asbury T ;emmett T ;cunningham J ;rioran P :ophtalmologie générale ,amazon ,clinical medecine ,page 88;367 ,478 18ème 2011 .
14. Zarrouki M., El Yadari M., Jebbar Z., Azennoud S., Sergine L., El Orcht et al., L'autogreffe conjonctivo-limbique dans la chirurgie de ptérygion : suture versus colle biologique, à propos de 30 cas. Rabat, 2013.