



Les ptérygions

Pierre Legout

Le ptérygion est une pathologie bénigne dont les facteurs de risque sont bien connus : rayons ultraviolets (UV) principalement, et plus particulièrement les UV-B, poussière, exposition à des produits chimiques, ethnie, etc. Il s'agit d'une formation fibrovasculaire conjonctivale du stroma, non tumorale, envahissant la cornée.

La physiopathologie de cette maladie est connue avec l'effet Coroneo, qui explique pourquoi les lésions se trouvent majoritairement en nasal (90% des cas) mais quelques subtilités restent non élucidées.

La fréquence de cette affection peut être élevée dans les zones ensoleillées ainsi qu'aux pôles terrestres. Il est important de savoir prévenir son évolution, qui peut provoquer différents symptômes : douleurs, syndrome sec, baisse de vision et diplopie aux stades les plus avancés, secondairement à un envahissement trop important de la cornée jusqu'à l'axe optique ou à cause d'adhérences conjonctivales.

Cette pathologie est considérée dans certains cas comme une maladie professionnelle (verriers, soudeurs).

Les diagnostics différentiels sont les cicatrices ptérygoïdes, les pingéculas et les tumeurs de la conjonctivite ou du limbe. C'est pour cette raison qu'il est indispensable d'effectuer un suivi régulier, avec si possible une iconographie fournie. De même il faudra absolument envoyer la pièce de tissu enlevée lors de la chirurgie pour une analyse anatomopathologique afin de vérifier l'absence du caractère malin.

Principes de prise en charge

Il convient donc de prendre en charge cette maladie en amont et d'effectuer au maximum une éviction des facteurs de risque de son évolutivité : protection solaire adaptée (protection UV suffisante et couvrant bien les zones temporales), éviction des poussières et toxiques, etc.

Lors des poussées inflammatoires, on peut prescrire un traitement anti-inflammatoire non stéroïdien local ou des corticoïdes associés dans les 2 cas à des traitement lubrifiants.

Certaines équipes essaient de prévenir l'évolutivité

par des infections sous-conjonctivales d'antimétabolytes ou d'anti-VEGF. Les résultats sont intéressants mais ils demandent confirmation à plus grande échelle.

Lors du suivi des patients, il est conseillé d'effectuer des photographies à la lampe à fente de la lésion afin de pouvoir ensuite surveiller son évolutivité. De même il est aujourd'hui important de réaliser une topographie cornéenne afin de surveiller l'astigmatisme cornéen induit, qui est le plus souvent direct mais irrégulier.

Si les mesures préventives sont insuffisantes, il convient alors d'effectuer une prise en charge curative. Pour cela la méthode chirurgicale est aujourd'hui le *gold standard*.

Les indications doivent être bien posées, au cas par cas, car la récurrence est le principal risque de ce type d'intervention. Ainsi il convient d'effectuer une prise en charge dans les cas suivants :

- envahissement trop important de la cornée, évolutif, avec menace de l'axe optique ;
- astigmatisme important par traction ;
- douleurs invalidantes secondaires aux troubles de surface ;
- diplopie binoculaire sur fibrose conjonctivale ou monoculaire sur l'astigmatisme induit.
- gêne esthétique majeure.

Avant la chirurgie, le patient doit être mis au courant du risque de récurrence et l'avoir bien compris.

La chirurgie aura donc pour but :

- d'éviter un envahissement cornéen important avec envahissement de l'axe optique et baisse de vision secondaire ;
- de diminuer l'astigmatisme cornéen, qui est le plus souvent direct secondaire à la traction ;
- de régulariser la surface oculaire, et ainsi de diminuer les irritations (kératites, ulcère sur effet Dellen, etc.) ;
- d'éviter la récurrence, qui peut être très fréquente selon la prise en charge. Elle est plus importante chez les patients jeunes, mélanodermes et si le ptérygion est en relief.

Il est nécessaire de garder cet élément dans la prise en charge car les formes récidivantes sont plus difficiles à traiter et provoquent des symptômes plus handicapants que les formes primaires (symlépharons, diplopies, etc.).

Techniques chirurgicales

Plusieurs techniques de prise en charge chirurgicale existent, et chacune possède ses avantages et ses inconvénients, mais l'exérèse associée à une autogreffe de conjonctive est actuellement le *gold standard*.

L'exérèse simple avec mise à nu de la sclère à la fin de l'intervention est à proscrire en raison du risque de récurrence quasi certain.

L'exérèse simple avec suture de la conjonctive est elle aussi insuffisante, le risque de récurrence étant trop important.

L'exérèse combinée à la mise en place d'une membrane amniotique montre des résultats en deçà de la technique de référence en termes de récurrence et n'est donc pas la technique de choix, sauf dans le cas d'une atteinte extensive avec impossibilité de couvrir avec une autogreffe de conjonctive.

Gold standard

La technique de référence est l'ablation du ptérygion avec autogreffe de conjonctive (*figure 1*). Elle peut être réalisée sous anesthésie topique, mais également sous anesthésie générale en fonction du stress et de la coopération du patient. Elle consiste à enlever le corps, puis la

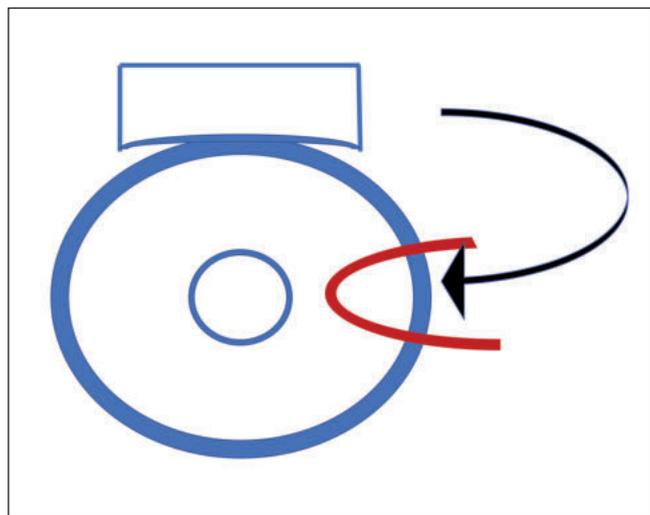


Figure 1. Technique chirurgicale d'ablation du ptérygion avec autogreffe de conjonctive.

tête du ptérygion après avoir pris ses repères au stylo dermographe ou à l'aide d'un thermocautère.

Il est important de trouver le plan de clivage cornéen qui permettra de bien enlever tout le tissu anormal. Pour cela, il faut débiter par une injection sous-conjonctivale de lidocaïne qui va permettre de « soulever » le corps du ptérygion, puis on effectue sa dissection, ensuite on enlève la tête du ptérygion par traction. Il convient de prendre soin de débrider les restes des lésions et de bien mettre à nu la sclère au niveau du corps du ptérygion (il faut donc bien ablater la capsule de Tenon résiduel). Rappelons qu'il est nécessaire d'envoyer la pièce de tissu enlevé en anatomopathologie pour éliminer les diagnostics différentiels plus graves.

Puis on effectue un marquage de la conjonctive à midi en prenant un greffon de taille 20% supérieure à la zone enlevée. Dans le cas d'une chirurgie filtrante à venir, on prélève le greffon en inférieur.

On injecte de la lidocaïne en sous-conjonctive puis on dissèque avec grand soin la conjonctive du tenon (ce qui permettra une cicatrisation de la conjonctive à cet endroit).

Une fois le greffon disséqué, on le positionne au niveau de la zone adaptée en prenant grand soin de ne pas se tromper de sens. Il sera alors amarré à la sclère soit avec de la colle biologique, soit avec des points de vycril 8/0 ou bien l'association des 2.

Selon différentes études, la colle a pour avantage de provoquer moins de douleurs postopératoires et de diminuer le temps opératoire ainsi que le risque de récurrence

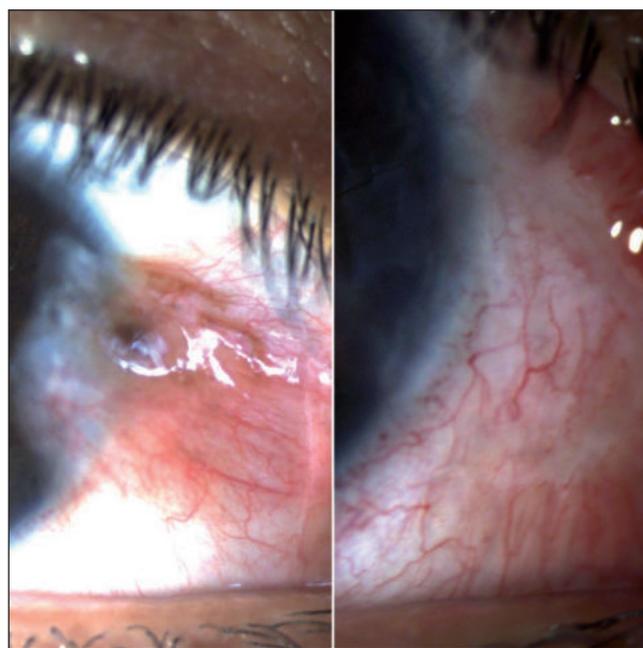


Figure 2. Photographie à la lampe à fente d'un ptérygion et 1 mois après son ablation avec autogreffe de conjonctive + limbe.

par rapport à l'amarrage avec des points de suture [1]. Mais elle présente le risque que le greffon se détache et perde ainsi le bénéfice de cette chirurgie. Pour cela, il convient d'insister auprès du patient pour qu'il évite tout traumatisme et frottement oculaire en postopératoire.

Les points de suture permettent une accroche plus importante du greffon mais sont parfois douloureux en per- et postopératoire. Ils provoquent parfois des récurrences ainsi que des granulomes inflammatoires. En postopératoire, il est important d'effectuer un traitement adapté : anti-inflammatoires durant 1 mois à doses suffisantes, lubrifiant et antalgiques.

Cette technique peut être combinée avec la mise en place d'un greffon conjonctivo-limnique plutôt qu'uniquement conjonctival : il convient de prélever du limbe sur 0,5 mm tout le long du greffon conjonctival. Plusieurs études montrent la supériorité de cette technique par rapport au risque de récurrence mais elle demande plus d'expérience chirurgicale et la mise en place parfaite du greffon.

Plusieurs études ont également montré un risque moins important de récurrence en appliquant en peropératoire un antimétabolite sur le lit du ptérygion, comme le 5-FU ou des injections d'anti-VEGF [2].

Prise en charge des récurrences

Si, malheureusement, le ptérygion récidive – ce qui se produit dans la majorité des cas au cours des 6 premiers mois –, l'intérêt d'injections répétées de 5-FU ou d'anti-VEGF de type Conbercept à intervalles rapprochés jusqu'à obtenir l'arrêt de l'inflammation a été démontré [3].

Et si, malgré ces traitements, le ptérygion continue d'évoluer, il convient d'effectuer une exérèse de la lésion avec une greffe de conjonctive associée au limbe.

Conclusion

En conclusion, le ptérygion est une pathologie bénigne mais qui peut avoir des répercussions sévères. Il convient donc de le prendre en charge avec sérieux.

Il faut initialement procéder à l'éviction de tous les facteurs de risque avec un suivi régulier, documenté. Puis, si le patient entre dans les critères de prise en charge chirurgicale, il faut le prévenir du risque principal, qui est la récurrence. D'après les études, la technique de choix est alors l'exérèse avec la mise en place d'un greffon conjonctivo-limnique amarré avec de la colle biologique.

Face à une récurrence, des injections itératives d'anti-métabolites ou d'anti-VEGF permettent le plus souvent de ne pas avoir besoin d'une seconde intervention.

Références bibliographiques

[1] Romano V, Cruciani M, Conti L, Fontana L. Fibrin glue versus sutures for conjunctival autografting in primary pterygium surgery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;12(12):CD011308.

[2] Zhang J, Tian Q, Zheng T *et al.* Effect of multiple subconjunctival conbercept injections as an adjuvant to the surgical treatment of pte-

rygium: a prospective randomised comparative 6-month follow-up study. *Eye (Lond).* 2020;34(2):408-14.

[3] Said DG, Faraj LA, Elalfy MS *et al.* Intra-lesional 5 fluorouracil for the management of recurrent pterygium. *Eye (Lond).* 2013;27(10):1123-9.