



# Mise à jour sur les chirurgies du ptérygion

Docteur Leonid Skorin Jr., optométriste, DO, FAAO, FAOCO

Des modifications des techniques chirurgicales ont pu améliorer les chirurgies du ptérygion. La modification des protocoles ayant pour but d'augmenter le confort des patients durant et après la chirurgie et de diminuer le temps de guérison. Ces techniques diminuent aussi le risque de récurrence.

Les optométristes impliqués dans les suivis pré et postopératoires devraient être familiers avec ces techniques.

## Critères de décision chirurgicale

La décision d'opérer un ptérygion est basée sur les données cliniques. L'indentation de la cornée et la progression vers l'axe visuel sont des indications chirurgicales.

Les patients sont généralement symptomatiques avec un œil rouge, montrant des signes d'irritation et d'inflammation. Si le patient est porteur de lentilles cornéennes, celles-ci deviennent souvent intolérables. La vision peut également être affectée si un astigmatisme irrégulier est induit.

Si le patient souffrant d'un ptérygion a besoin d'une exérèse de cataracte, le retrait du ptérygion sera nécessaire avant de procéder à la chirurgie de la cataracte. L'astigmatisme irrégulier empêcherait le bon calcul de la lentille intraoculaire, et le ptérygion lui-même pourrait nuire à la visualisation adéquate du champ opératoire lors de la chirurgie.

## Résultats recherchés

Le but de la chirurgie est de retirer le ptérygion avec le minimum de traumatisme au globe oculaire tout en prévenant la récurrence. Une récurrence du ptérygion est considéré comme un échec chirurgical.

Les récurrences sont généralement plus agressives, plus étendues et plus dommageables que le ptérygion d'origine. Ces récurrences sont plus fréquentes chez les jeunes patients et nécessite une seconde chirurgie réparatrice encore plus étendue.

Les nouvelles modalités de chirurgie aident à diminuer le taux de récurrence des ptérygions.

## Autogreffe conjonctivale

L'autogreffe de la conjonctive agit comme une barrière à la repousse du ptérygion. Le greffon provient du quadrant supéro-temporal de la conjonctive bulbaire de l'œil affecté. Ce greffon est repositionné à l'endroit où le ptérygion a été excisé et est maintenu en place par de fines sutures fondantes.

Des complications peuvent se produire comme le déplacement du greffon, une irritation aux points de suture, un échec de la revascularisation de greffon qui conduit à sa nécrose, et une formation de microkystes stériles ou de granulomes pyogéniques au niveau de l'épithélium.

## Membrane amniotique

La membrane amniotique peut aussi agir comme barrière à la reformation du ptérygion, ce tissu est dérivé du tissu placentaire d'un donneur. Ces greffons ne provoquent pas de réaction immunitaire, stimulent la croissance épithéliale, diminuent l'inflammation au site chirurgical, protège la plaie durant la cicatrisation et diminuent la douleur postopératoire.

Ces membranes sont mises en place selon les mêmes techniques que l'autogreffe, les complications sont sensiblement les mêmes. Le plus grand problème de l'utilisation de ces membranes est leur disponibilité et les coûts associés.

## Colle de fibrine

La colle « Tisseel Fibrin Sealant » est composée de thrombine et de fibrine. Cette colle est placée sur la sclère dénudée suite à l'ablation du ptérygion. La colle permet de positionner un greffon ou une membrane sans recourir aux sutures, ce qui diminue grandement le temps de la chirurgie.

L'utilisation de cette colle augmente le confort du patient en éliminant l'irritation et l'inflammation post-chirurgicales causées par les sutures et en agissant comme un pansement sur les terminaisons nerveuse ce qui élimine la douleur. Le plus gros désavantage est le coût puisque cette colle n'est approuvée que dans les cas de chirurgies cardiaques et thoraciques et que son usage ophtalmologique n'est pas encore reconnu.

## Mitomycine C

La mitomycine C inhibe la synthèse de l'ADN et prévient la prolifération des cellules qui ont une activité fibrogénique, ce qui empêche la fibrose et la scarification évitant ainsi la récurrence du ptérygion. On peut l'utiliser de pair avec la greffe et la colle de fibrine. Les patients immunosupprimés, ceux souffrant de sécheresse oculaire ou ayant des pathologies des surfaces oculaires ne sont pas de bons candidats pour la mitomycine.

## Photocoagulation au laser argon

La photo coagulation au laser est plus efficace dans le cas des petits ptérygions primaires mais a aussi en quelques succès sur des récurrences de ptérygion. La chaleur produite par le laser à l'argon permet de photo coaguler les vaisseaux sanguins de la lésion ce qui provoque son hypoxie, sa nécrose et son aplatissement puis sa régression.

Après la chirurgie, le patient éprouvera de la rougeur, une sensation de brûlure ou de corps étranger. L'utilisation de corticostéroïdes permet de contrôler l'inflammation et l'irritation.

D'autres techniques chirurgicales existent, mais celles précitées sont celles qui j'utilise de façon routinière.

## Référence

- Skorin L, Frette BS, McCormick C. Pterygium management: Modifying the common pterygium excision. Clin Surg J Ophthalmol. 2006;24(9):352-360