



Symlépharons : profil épidémiologique et thérapeutique Symblepharons : epidemiologic and therapeutic aspects

N. Saifaoui, M. El Belhadji, I. Chafik, A. Mchachi, L. Benhmidoune, R. Rachid, A. Amraoui

Service d'ophtalmologie adulte Hôpital 20 août Casablanca – CHU Ibn Rochd

Université Hassan II - Faculté de médecine et pharmacie de Casablanca

Nora SAIFAOU, N° 323 lotissement Laimoune, Casablanca Maroc , norasai@hotmail.fr

Résumé

Introduction : Le symlépharon est une adhésion entre les deux feuillets conjonctivaux bulbaire et palpébral compliquant de nombreuses pathologies de la surface oculaire et pouvant retentir sur la fonction visuelle. Le but de notre travail est d'étudier les aspects épidémiologiques de cette pathologie et les modalités thérapeutiques dans notre contexte.

Matériels et méthodes : Nous avons étudié 78 cas de symlépharons colligés dans notre service entre Janvier 2007 et Avril 2017.

Résultats : Il s'agit de 67 patients (78 yeux) atteints de symlépharons dont 11 cas de forme bilatérale. La moyenne d'âge est de 33 ans avec des extrêmes de 7 et 76 ans. Le sex ratio H/F est de 1,5. Les étiologies ont été dominées par les brûlures oculaires dans 45 cas (57,7%) dont 40 cas d'agression chimique. Treize cas ont compliqué une chirurgie oculaire (16,7%) (6 cas de plaies palpébrales transfixiantes, 5 cas de ptérygion (6,4%), un cas de section canaliculaire, et un cas de fracture orbitaire). Dix cas sont secondaires à un trachome (12,8%), neuf cas à un syndrome de Stevens Johnson (11,5%) et un cas à une varicelle. Cliniquement, les synéchies conjonctivales étaient responsables d'une limitation de la motilité oculaire dans 8 cas (10%). On retrouvait des signes de fibrose conjonctivale ou follicules blanchâtres évoquant un trachome dans 10 cas (12,8%). Le symlépharon était associé à un distichiasis dans 9 cas (12%) ou un ankyloblépharon dans 2 cas (2,5%). Le symlépharon envahissait la cornée dans 19 cas (24%). Par ailleurs une dystrophie de cornée +/- néo vascularisation cornéenne était retrouvée dans 26 cas (26%). Une instabilité du film lacrymal était présente dans 23 cas (29%). Le traitement chirurgical était envisagé après un délai minimal de 12 mois pour les brûlures chimiques et 6 mois pour le reste des étiologies. Tous les patients ont bénéficié d'une ablation et dissection des adhérences. 16 cas ont bénéficié d'une reconstruction par greffe de muqueuse conjonctivale contralatérale (21%), et 62 d'une greffe de muqueuse buccale (79%). Après un recul minimal de 12 mois, nos résultats postopératoires étaient satisfaisants dans 75% des cas, jugés sur la restitution anatomique, la motilité oculaire, l'ouverture palpébrale et la possibilité d'adaptation de prothèses.

Discussion : Le symlépharon est une complication fréquente de nombreuses pathologies de la surface oculaire : traumatiques (brûlures oculaires), infectieuses, immunologiques (pemphigoïde cicatricielle, syndrome de Lyell), iatrogènes et inflammatoires. A part le préjudice esthétique, la fonction visuelle est parfois sévèrement atteinte. La prise en charge chirurgicale consiste à libérer les adhérences puis à reconstruire les déficits muqueux par une greffe de muqueuse conjonctivale ou buccale. La greffe de la membrane amniotique a nettement amélioré la conduite thérapeutique. Le délai de l'intervention dépend de la pathologie en cause.

Mots clés : Symlépharons, Greffe de muqueuse buccale, Greffe de membrane amniotique, Mitomycine C.

Abstract

Introduction : Entropion is a palpebral malposition corresponding to the reversal of the free edge of the eyelid towards the globe ocular. The senile entropion represents a clinical form whose mechanism is multifactorial.

The relaxation of the eyelid is done both in the horizontal and vertical direction with deviation of the eyelashes towards the eyeball responsible for corneal damage sometimes serious. The purpose of this study is to assess the functional and aesthetic results of the Quickert procedure in the treatment of senile entropion of the lower eyelid.

Patients and methods: This is a descriptive cross-sectional study of a series of 26 consecutive patients collected between January 2015 and December 2016 in our tertiary structure. The patients included were operated on for a senile entropion of the lower eyelid with horizontal hyperlaxity and without external canthal laxity according to the technique of Quickert. All patients were followed for 6 to 12 months after the intervention. The results anatomical, functional and aesthetic were evaluated 6 months on average after surgery. They were deemed good if there is no recurrence of the entropion or trichiasis eyelashes in contact with the cornea or eyelid complication associated.

Results: The average age of the patients was 68 years with a male predominance (sex ratio = 1.8). The mean initial corrected visual acuity was 0.65 LogMAR with extremes ranging from CLD at 1 m to 8/10.

The involvement was bilateral in 34.6% of cases. Entropion correction was obtained in 25 patients (96.1% of the palpebral free border was regular in 92.3% of cases. Significant improvement in tear film and corneal surface was noted in 84.4% of patients. During the follow-up period, no recidivism of the entropion was reported.

Discussion: Among the various surgical techniques indicated for treating the horizontal hyperlaxity of the lower eyelid, the Quickert procedure respects the anatomy of the lower eyelid and allows precise determination of the correction of the entropion intraoperatively. It thus reduces the risk of recurrence and considerably improves the esthetic results of the patients.

Conclusion: The Quickert procedure is a simple and effective technique. It significantly improves the aesthetic result of senile entropions of the lower eyelid.

Key words: entropion; senile; Quickert procedure; horizontal shortening; reinforcement of retractors

Le symblépharon est un accolement entre les deux feuillets conjonctivaux bulbaire et palpébral suite à un défaut de cicatrisation conjonctivale. Il peut compliquer diverses pathologies : traumatiques (brûlures, plaies), infectieuses (trachome, varicelle, lèpre), immunologiques (pemphigoïde cicatricielle, syndrome de Stevens-Johnson), ou congénitales (cryptophtalmies, ablépharies). Il s'accompagne fréquemment d'un mauvais film lacrymal avec inflammation de la surface oculaire en plus de complications mécaniques à type de restriction de la motilité oculaire ou d'entropion trichiasique pouvant avoir un retentissement fonctionnel en plus du préjudice esthétique. La prise en charge de ces symblépharons pose principalement le problème de reconstruction de la surface oculaire. Plusieurs techniques de reconstruction sont disponibles : greffe de muqueuse conjonctivale autologue, greffe de membrane amniotique, ou de muqueuse buccale ; associées ou non à l'application de mitomycine C.

Le but de notre étude est de mettre en évidence le profil épidémiologique des symblépharons dans notre service, de décrire et d'évaluer les techniques chirurgicales mises en œuvre.

PATIENTS ET MÉTHODE

Dans une étude rétrospective, nous rapportons sur une période de 10 ans (de Janvier 2007 à Avril 2017) une série de 78 yeux opérés chez 67 patients colligés dans notre structure. Tous les patients ont bénéficié d'une prise en charge médicale dans un premier lieu faite d'un lavage oculaire, traitement antibiotique et anti-inflammatoire et mise en place d'un conformateur ; puis d'un traitement chirurgical après un délai de 6 à 12 mois en fonction des étiologies. Ceux-ci ont tous bénéficié d'un suivi minimal de 12 mois avec recueil des données préopératoires épidémiologiques et cliniques, de la décision thérapeutique ainsi que des données postopératoires. Une iconographie pré et postopératoire a également été réalisée systématiquement.

RÉSULTATS

La moyenne d'âge de nos patients était de 33 ans avec des extrêmes allant de 7 à 76 ans, dont 6 enfants et 50 adultes. Le symblépharon était bilatéral chez 11 patients soit 22 yeux (28%). Il était secondaire à une brûlure oculaire dans 45 cas (57,7%) dont 40 de nature chimique (51,2%) et 5 de nature thermique (6,4%). Dans 13 cas (16,7%) le symblépharon compliquait une chirurgie oculaire : une plaie palpébrale dans 6 cas, un ptérygion dans 5 cas, une section canaliculaire dans 1 cas et une fracture orbitaire dans 1 cas. Le trachome était la cause des synéchies palpébrales dans 10 cas (12,8%), un syndrome de Stevens-Johnson dans 9 cas (11,5%) et une varicelle dans 1 cas (1,3%).

Cliniquement, les synéchies conjonctivales étaient responsables d'une limitation de la motilité oculaire dans 8 cas (10%). On retrouvait des signes de fibrose conjonctivale ou follicules blanchâtres évoquant un trachome dans 10 cas (12,8%). Le symblépharon était associé à un distichiasis dans 9 cas (12%) ou d'un ankyloblépharon dans 2 cas (2,5%). Le symblépharon envahissait la cornée dans 19 cas (24%). Par ailleurs une dystrophie de cornée +/- néo vascularisation cornéenne était retrouvée dans 26 cas (26%). Une instabilité du film lacrymal était présente dans 23 cas (29%). Le traitement chirurgical était envisagé après un délai minimal de 12 mois pour les brûlures chimiques et 6 mois pour le reste des étiologies. Il était réalisé sous anesthésie générale ou anesthésie locale en fonction de l'étendue du symblépharon et des caractéristiques du patient. Sous microscope opératoire, tous les patients ont bénéficié d'une ablation et dissection des adhérences. Puis 16 cas ont bénéficié d'une reconstruction par greffe de muqueuse conjonctivale contralatérale (21%), et 62 d'une greffe de muqueuse buccale (79%) (figures 1 et 3).



Figure 1 : Aspect post-opératoire greffe de muqueuse buccale, enfant de 8 ans, symblépharon OD compliquant une brûlure oculaire chimique

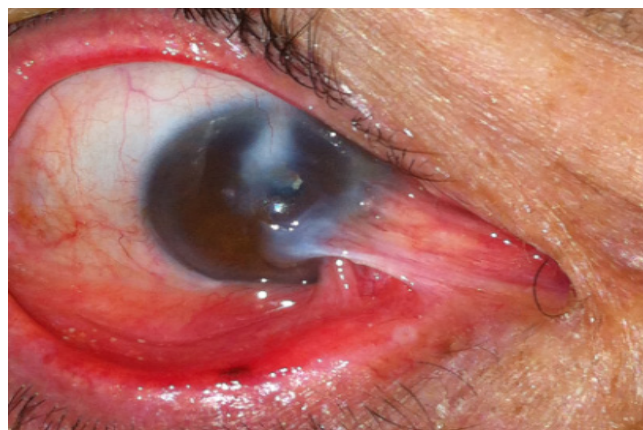


Figure 2 : Patient de 51 ans, opéré à 2 reprises pour ptérygion de l'OD compliqué de symblépharon avec limitation de la motilité oculaire



Figure 3 : A] Patiente de 66 ans, Ankyloblepharon bilatéral sur un syndrome de Stevens johnson suite à un traitement par l'Allopurinol. **B]**: Aspect post opératoire: libération des bords libres et des adhérences conjonctivales avec greffe de muqueuse buccale.

La technique chirurgicale consiste à placer en premier lieu un fil de traction (soie 4/0) sur le bord libre supérieur et/ou inférieur dans les cas où la mise en place d'un blépharostat n'est pas envisageable. Ensuite on procède à la dissection des adhérences en commençant par le bord périlimbique du symblépharon; puis des incisions relaxantes le long du cul-de-sac conjonctival en suivant les bords du symblépharon [7]. On prélève ensuite un greffon de muqueuse conjonctivale ou de muqueuse labiale en fonction de la taille du défaut, en tenant compte de la rétraction physiologique du greffon. Celui-ci est suturé à la conjonctive et à l'épiscière par des points séparés de fil résorbable 8/0, ce dernier présentant moins de risque de frottement sur la cornée. Un conformateur à symblépharon est placé en fin d'intervention avec mise en place d'un traitement post-opératoire local antibiotique et anti-inflammatoire.

Après un recul minimal de 12 mois (recul moyen de 22 mois), nos résultats postopératoires étaient satisfaisants dans 75% des cas, jugés sur la restitution anatomique, la motilité oculaire et l'ouverture palpébrale. On a noté 3 récurrences de symblépharon au niveau du même site, sans aucune complication notable liée au geste opératoire.

DISCUSSION

Etiologies

Les symblépharons sont des brides qui se forment entre la conjonctive bulbaire et la conjonctive palpébrale. Ils sont liés à une altération de la cicatrisation conjonctivale et peuvent faire suite à une altération de la jonction épithélium-membrane basale, un remaniement cicatriciel du tissu sous-épithélial, ou une altération des composants spécifiques du tissu conjonctival [1]. L'altération de la jonction épithélium-membrane basale responsable de brides conjonctivales est incriminée principalement dans les épidermolyses bulleuses (maladies de la jonction dermo-épidermique) avec en chef de file la pemphigoïde bulleuse cicatricielle [2] mais également d'autres pathologies susceptibles d'entraîner également des symblépharons : le syndrome de Lyell, le syndrome de Stevens-Johnson [3], ou la maladie de Lortat Jacob. Un certain nombre de maladies immunologiques peuvent également conduire à l'apparition de brides conjonctivales cicatricielles : l'allergie oculaire sévère, le lupus, la maladie de Wegener, la sarcoïdose. Les ptérygions sévères ou récurrents représentent également une cause fréquemment retrouvée de symblépharons [4]. Lors d'un traumatisme de la surface oculaire, le symblépharon se constitue de la même façon qu'une cicatrice cutanée rétractile, par réorganisation du collagène dans le tissu cicatriciel. Des symblépharons peuvent ainsi apparaître après brûlure par caustique, thermique ou après tout geste chirurgical. Ils peuvent également survenir lors de remaniements de la conjonctive suite à une atteinte du système lymphoïde associé aux muqueuses. Cela a été décrit dans les lymphomes de MALT [5] et dans les complications de la leucémie lymphoïde chronique : les auto-anticorps jouent un rôle dans les cicatrices de la conjonctive [1]. Des symblépharons inférieurs, associés à des cicatrices conjonctivales et une injection épisclérale ont été rapportés comme des signes révélateurs d'une porphyrie cutanée tardive (le diagnostic est fait par dosage des porphyrines urinaires) [1]. Dans certaines infections comme la lèpre, les muqueuses sont remaniées avec une diminution des cellules caliciformes et peuvent s'accompagner de brides. Enfin les symblépharons peuvent également être retrouvés dans des pathologies congénitales comme le LOGIC syndrome (laryngeal and ocular granulation tissue in children), les ablépharies ou les cryptophtalmies [1]. Dans notre série, les étiologies étaient dominées par les brûlures oculaires (surtout chimiques), suivies de complications de chirurgies oculaires puis de séquelles de pathologies infectieuses ou inflammatoires comme le trachome ou le syndrome de Steven Johnson.

Classification

La classification clinique la plus souvent utilisée est la classification de Tauber et Foster [6] :

- *Stade I* : la conjonctive est érythémateuse et présente des adhérences et synéchies ;
- *Stade II* : les brides diminuent la profondeur des culs de sac conjonctivaux ;
- *Stade III* : apparition de symblépharons proprement dits ;
- *Stade IV* : stade ultime avec accollement des paupières et impossibilité d'ouverture (ankyloblépharon)

Cette classification a été décrite initialement pour la pemphigoïde oculaire cicatricielle mais peut parfaitement s'appliquer à tous les types de lésions synéchiantes de la conjonctive. Cependant cette classification juge la sévérité du symblépharon uniquement sur le raccourcissement des culs de sac conjonctivaux. Pour cette raison, Kheirkhah et al ont mis en place une classification qui s'intéresse à 3 critères : la longueur du symblépharon, la profondeur et l'inflammation associée (tableau I) [7]. Le but de cette classification est de guider la prise en charge thérapeutique: la longueur du symblépharon détermine le type de chirurgie, la largeur détermine la taille du greffon et le degré d'inflammation associée oriente vers l'utilité d'appliquer de la Mitomycine C en per opératoire [7].

LONGUEUR	I = égale à la longueur de la conjonctive palpébrale II \leq longueur de la conjonctive palpébrale mais \geq longueur du tarse III \leq longueur du tarse IV = presque nulle (ankyloblépharon)
LARGEUR	a = \leq 1/3 longueur du bord libre b = entre 1/3 et 2/3 de la longueur du bord libre c = \geq 2/3 de la longueur du bord libre
DEGRÉ D'INFLAMMATION	0 = absente 1 = minime 2 = modérée 3 = sévère

Tableau I : Classification des symblépharons selon Kheirkhah & al

Complications

Lorsque la conjonctive est remaniée, c'est l'ensemble de la surface oculaire qui souffre. Les symblépharons s'accompagnent fréquemment d'une raréfaction des cellules caliciformes, d'un mauvais étalement du film lacrymal et d'un mauvais fonctionnement de la pompe lacrymale. Les conséquences sont une sécheresse oculaire et une potentialisation des infections oculaires. Par effet mécanique, la complication la plus fréquente est l'entropion cicatriciel, qui peut se compliquer de trichiasis par frottement des cils sur la cornée. Dans notre étude, on reportait principalement des complications à type de distichiasis (12%) ou de dystrophie cornéenne (26%) avec instabilité du film

lacrymal (29%).

Les symblépharons entraînent également une restriction de la motilité oculaire. D'abord présente uniquement dans les positions extrêmes, cette restriction est susceptible d'entraîner des diplopies, le plus souvent horizontales [1]. Dans notre série, seuls 8 patients (soit 10%) présentaient une limitation de la motilité oculaire consécutive au symblépharon.

Prise en charge

La prise en charge des symblépharons consiste dans un premier temps en la dissection et l'ablation minutieuse des adhérences puis dans un second temps la reconstruction des culs de sac conjonctivaux en fonction de la sévérité du symblépharon. Plusieurs techniques de reconstruction sont possibles en fonction de la taille du défaut à greffer mais également des préférences de l'opérateur. Dans les symblépharons de grade I selon la classification de Kheirkhah et al. (symblépharon de la longueur de la conjonctive palpébrale) une greffe de muqueuse conjonctivale controlatérale peut être suffisante à couvrir le défaut conjonctival, mais n'arrive souvent pas à couvrir l'ensemble de la paupière. Ainsi, dans les symblépharons de grade I ou II la technique de choix se révèle être une greffe de membrane amniotique associée plus ou moins à des sutures d'ancrage permettant la fixation de la membrane et un meilleur résultat à long terme [7]. La greffe de membrane amniotique est une technique efficace qui permet de restaurer l'épithélium conjonctival, maintenir la profondeur du cul de sac conjonctival et réduire l'inflammation de la surface oculaire [8]. Par ailleurs, dans les grades III ou IV (symblépharon de longueur inférieure à la longueur de la conjonctive palpébrale) la greffe de membrane amniotique s'avère souvent insuffisante pour couvrir l'ensemble de la surface oculaire mise à nu et reformer le cul de sac conjonctival, une greffe de muqueuse buccale dégraissée s'avère nécessaire de préférence en association avec la greffe de membrane amniotique avec un taux de réussite très élevé [8 ; 9]. Dans notre série, le choix du type de greffe était basé sur la longueur du symblépharon : lorsque le symblépharon était plus court que la conjonctive palpébrale avec une rétraction importante, la greffe de muqueuse buccale était retenue (79%), le cas échéant on optait pour une greffe de muqueuse conjonctivale controlatérale (21%). La greffe de membrane amniotique ne figurait pas parmi nos choix thérapeutiques par manque de disponibilité dans notre contexte.

Par ailleurs, en cas d'inflammation importante en pré-opératoire, l'application de Mitomycine C en per-opératoire (0,04% pendant 3 à 5 minutes, à rincer abondamment au BSS) diminue le taux de récurrences post opératoires de façon significative [8 ; 9 ; 10].



CONCLUSION

La greffe de membrane amniotique est une technique efficace de reconstruction des culs de sac conjonctivaux en cas de symblépharon de bas grade, avec de meilleurs résultats en cas d'application de Mitomycine C en per opératoire. Pour les symblépharons de haut grade une greffe de muqueuse buccale associée s'avère nécessaire, avec de très bons résultats anatomiques et fonctionnels. Cependant d'autres études sont nécessaires pour déterminer les moyens de diminuer l'inflammation post-opératoire, en dehors de la membrane amniotique et de la Mitomycine C, afin de réduire au mieux les récurrences post opératoires. Dans notre étude, les symblépharons survenaient le plus souvent suite à des brûlures oculaires ou des pathologies infectieuses ou inflammatoires de la surface oculaire. La prise en charge a consisté en une excision des adhérences avec reconstruction par greffe de muqueuse conjonctivale contralatérale ou de muqueuse buccale avec des résultats très satisfaisants.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Robert PY, Adenis JP. Symblépharons. Chirurgie palpébrale. 2007 Elsevier, Masson. Issy les Moulineaux (188p)
- [2] Barabino S, Rolando M. Role of amniotic membrane transplantation for conjunctival reconstruction in ocular-cicatricial pemphigoid. *Ophthalmology* 2003 ; 110 ; 474-480
- [3] Honavar SG, Bansal AK, Sangwan VS, Rao GN. Amniotic membrane transplantation for ocular surface reconstruction in Stevens-Johnson syndrome. *Ophthalmology* 2000 ; 107 ; 975-979
- [4] Shimazaki J, Shinozaki N, Tsubota K. Transplantation of amniotic membrane and limbal autograft for patients with recurrent pterygium associated with symblepharon. *Br J Ophthalmol* 1998; 82:235-240
- [5] Kobayashi A, Takahira M. Fornix and conjunctiva reconstruction by amniotic membrane in a patient with conjunctival mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma. *Jpn J Ophthalmol* 2002;46:346-348
- [6] Tauber J, Jabbur N, Foster CS. Improved detection of disease progression in ocular cicatricial pemphigoid. *Cornea* 1992 ;11 :446-451
- [7] Kheirikhah A, Blanco G. Surgical strategies for fornix reconstruction based on symblepharon severity. *AJO* 2008;146:266-275
- [8] Barabino S, Rolando M. Role of amniotic membrane transplantation for conjunctival reconstruction in ocular-cicatricial Pemphigoid. *Ophthalmology* 2003 ;110:474-480
- [9] Kheirikhah A, Ghaffari R. A combined approach of amniotic membrane and oral mucosa transplantation for fornix reconstruction in severe symblepharon. *Cornea* 2013;32:155-160
- [10] Mastropasqua L, Carpineto P. Long-term results of intraoperative mitomycin C in the treatment of recurrent pterygium. *Br J Ophthalmol* 1996;80:288-291
- [11] Ang LP, Cha JL, Tan DT. Current concepts and techniques in pterygium treatment. *Curr Opin Ophthalmol* 2007 ; 18:308-313