LA CHIRURGIE MUTILANTE ET SES INDICATIONS EN OPHTALMOLOGIE

MUTILATING SURGERY AND INDICATIONS IN OPHTHALMOLOGY

DIOMANDÉ IA, DIOMANDÉ GF, BILE PEFK, SÉVÉDÉ D, OUATTARA Y, DIABATÉ Z, YAO KJC, KOUASSI FX, KOFFI KV

Correspondance : Dr DIOMANDÉ I. Abib

Service d'Ophtalmologie de CHU de BOUAKE

Email: abib.diomande@doctor.com

RÉSUMÉ

La chirurgie mutilante du globe oculaire se révèle parfois comme étant la seule alternative pour la prise en charge de certaines pathologies (traumatisme oculaires, tumeurs oculaires, pathologie inflammatoires). Son acceptation bien que difficile pour le patient s'avère parfois indispensable lorsqu'il s'agit de tumeur oculaire.

Matériels et méthode : Etude rétrospective réalisée sur 7 ans ayant inclus tous les patients opérés d'une chirurgie mutilante oculaire au Centre Hospitalier et Universitaire de Cocody. L'objectif de cette étude était de de déterminer, modifier la prise en charge et améliorer le suivi des patients mutilés.

Résultats : les traumatismes oculaires sont les motifs de consultations les plus fréquents pour la chirurgie mutilante. Les éclatements du globe, les tumeurs malignes et les séquelles de panophtalmie demeurent les causes les plus fréquentes de chirurgie mutilante.

Conclusion : la chirurgie mutilante oculaire reste encore le seul recours de nombreuses pathologies oculaires en Afrique. La réduction de sa prévalence demeure un problème socio-économique et culturel.

MOTS CLES : Chirurgie mutilante, ophtalmologie, équipement prothétique.

SUMMARY

Mutilating surgery eyeball is sometimes as the only alternative for the treatment of certain diseases (ocular trauma, ocular tumors, and inflammatory disease). Acceptance that difficult for the patient is sometimes essential when it comes to eye tumor.

***Materials and methods**: A retrospective study conducted over 7 years and included all patients who underwent eye mutilating surgery at the Hospital of Cocody. The objective of this study was to determine, change management and improve the monitoring of patients mutilated*

***Results**: eye injuries are the most common reasons for consultation for mutilating surgery. The bursting of the globe, malignant tumors and these effects of panophthalmitis remain the most common causes of mutilating surgery.*

***Conclusion**: eye mutilating surgery remains the only recourse for many eye diseases in Africa. Reducing its prevalence remains a socio-economic and cultural problem.*

Keywords: mutilating surgery, ophthalmology, prosthetic equipment.

INTRODUCTION

La chirurgie mutilante du globe oculaire consiste à réaliser soit une amputation d'un segment de l'œil, soit une ablation complète du globe oculaire [1]. Ces techniques opératoires sont bien réglées, et bien codifiées dans la région orbito-conjonctivo- palpébrale. Elles aboutissent, en général à la création d'un espace intra orbitaire qui devrait servir ultérieurement à une reconstitution anatomique, la plus esthétique possible. Cette reconstitution est faite par la mise en place d'une prothèse oculaire. Les affections oculaires, dont l'indication d'une chirurgie mutilante est nécessaire, sont nombreuses et très diverses [2,3]. La chirurgie mutilante ophtalmologique est déterminée par l'éviscération, l'énucléation et l'exentération [4, 5, 6, 7]. Dans de nombreuses civilisations, l'ablation d'un œil, même aveugle est mal vécue. Ce type d'intervention n'est acceptée que si l'œil est très douloureux ou s'il défigure le sujet. Les progrès de la science médicale ont permis de nos jours, la réduction des indications de la chirurgie mutilante dans les pays développés. La réalité est encore très préoccupante dans les pays en voie de développement. En effet, le manque de plateau technique adapté, l'insuffisance de personnel qualifié, les croyances et pratiques ancestrales constituent un frein à la réduction de la chirurgie mutilante. Devant ces problèmes socio-économiques et culturels, il nous est paru opportun de nous intéresser à cette pratique chirurgicale en réalisant cette étude dont le but principal est de contribuer à la modification de la prise en charge des pathologies à risque et à l'amélioration du suivi des patients exposés à une chirurgie mutilante.

MATÉRIELS ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude transversale rétrospective, réalisée au service d'ophtalmologie du Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Cocody durant une période de 7 ans (1er Janvier 2000 au 31 Décembre 2006). Cette étude a porté sur des patients admis au service d'Ophtalmologie pour diverses étiologies. Ces patients ont tous bénéficié d'une chirurgie mutilante (éviscération, énucléation ou exentération) réalisée au bloc opératoire du service d'ophtalmologie.

Ces patients ont été répertoriés sur des critères d'inclusion qui étaient :

- avoir un dossier médical bien renseigné,
- avoir subi une chirurgie mutilante au service d'ophtalmologie du CHU de Cocody,
- avoir un compte rendu opératoire bien décrit précisant le protocole chirurgical utilisé.

N'ont pas été inclus dans l'étude les patients ayant un dossier médical et/ou chirurgical non renseigné, ayant bénéficié de toutes chirurgies oculaires autres que la chirurgie mutilante, ayant bénéficié d'une chirurgie mutilante ailleurs que dans notre service, ayant bénéficié d'une chirurgie mutilante en dehors de la période d'étude.

Les patients ont été répertoriés après le dépouillement des dossiers d'archive et du registre des comptes rendus du bloc opératoire. La fiche d'enquête réalisée pour l'étude donnait des renseignements sur les paramètres sociodémographiques (âge, sexe, profession, région d'origine, antécédents du patient), les données cliniques préopératoires (le motif de consultation, l'acuité visuelle (AV), l'examen à la lampe à fente (LAF) avec mesure de la pression intra oculaire (PIO), lésions observées au fond d'œil si possible, le diagnostic retenu, le compte rendu opératoire (CRO) précisant l'indication opératoire, l'intervention chirurgicale réalisée, et la description du protocole utilisé, le type d'anesthésie réalisée, le suivi post opératoire du patient précisant l'évolution après la chirurgie mutilante réalisée, le matériel prothétique associé ou non , le traitement post opératoire associé ou non.

Les biais prédictifs de l'étude seraient les perdus de vus, les patients ayant opté pour un traitement traditionnel de leur pathologie, les erreurs de diagnostique histologique ou les absences d'analyse anatomopathologique de la pièce opératoire après la chirurgie.

Le recueil et l'analyse des données a été fait avec le logiciel d'analyse statistique EPI info version 6.4. Pour l'aspect éthique de l'étude, le protocole d'étude a été soumis aux autorités de l'établissement avant le début de l'étude.

RÉSULTATS

Au total, 111 patients ont été retenus pour l'étude. Le genre masculin était majoritaire avec 64.86%, soit un sex ratio de 1.85. L'âge moyen étant de 29,9 ans. Les sujets de 20 à 40 ans représentaient plus de 50% de l'effectif des patients avec la tranche d'âge comprise entre 20 et 25 ans venant au premier plan (15,32%). Les ouvriers avec 27,03% venant au premier plan des professions, suivi des élèves et étudiants (18,02%) et des paysans (16,22%) (Figure 1).

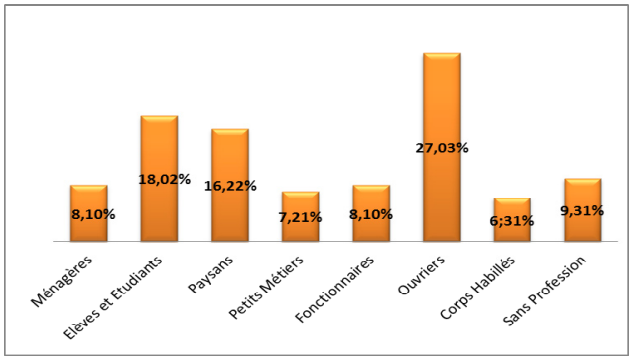

Figure 1: Répartition des patients selon la profession

Les motifs de consultation étaient multiples et variés avec le traumatisme oculaire venant au premier plan avec 42,34%, suivi de la baisse d'acuité visuelle (20,72%) (Figure 2)

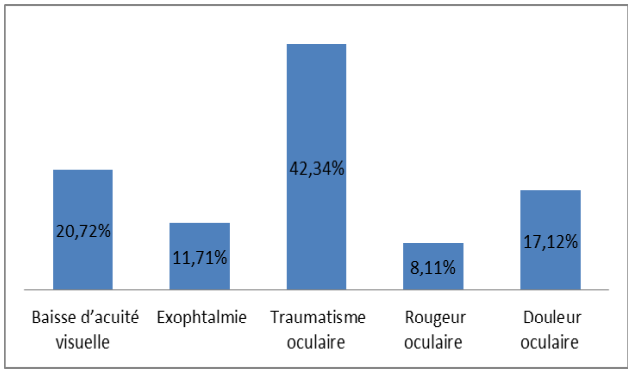

Figure 2: Répartition des patients selon le motif de consultation

Les plaies oculaires compliquées et les éclatements du globe venant au premier plan des diagnostics avec 40,54%, suivies des séquelles de panophtalmie (21,62 %) et des Globes oculaires douloureux non fonctionnels (14,42%) (Tableau I).

Tableau I: Répartition des patients selon le diagnostic

Pathologies	Effectif	Pourcentage
Globe oculaire douloureux non fonctionnel	16	14,42%
Plaies oculaires compliquées + éclatement du globe	45	40,54%
Séquelles de panophtalmie	24	21,62 %
Rétinoblastome	14	12,61 %
Carcinome épidermoïde	5	04,51 %
Rhabdomyosarcome	2	01,80 %
Tumeur métastatique	3	2,70 %
Tumeur conjonctivale non identifiée	2	1,80 %
Total	111	100 %

L'éviscération a été la chirurgie mutilante majoritairement pratiquée (78,38%) suivi de l'exentération (18,02%).

Tableau II Répartition des pathologies tumorales selon le type histologique

Pathologie tumorale	Type histologique	Effectif	Pourcentage
Rétinoblastome	Cellules de Reez Elworth	06/14	42,86%
Carcinome épidermoïde	Cellules épidermoïdes	03/03	100%
Rhabdomyosarcome	Cellules fusiformes fasciculées	02/02	100%

Le diagnostic histologique de certitude du rétinoblastome a été réalisé que chez 42,86%. (Tableau II). 42% des patients présentant une pathologie tumorale ont pu bénéficier d'une chimiothérapie avant la chirurgie mutilante. (Tableau III).

Tableau III : Répartition des pathologies tumorales selon le protocole thérapeutique

Protocole thérapeutique	Effectif	Pourcentage
Chirurgie	24	100%
Chimiothérapie + Chirurgie	10	42%
Chimiothérapie + Chirurgie + Chimiothérapie	0	0%

Certains patients ayant subi une éviscération (74,71%), ont pu bénéficier de la pose d'un matériel prothétique.

Tableau IV : Répartition des patients selon la durée de suivie

Durée de suivi	Effectif	Pourcentage %
1mois	99/111	89 ,20
6mois et plus	34/111	30,63

Le suivi à 6 mois après la chirurgie mutilante était observé seulement chez 30.63% de nos patients (Tableau IV)

ANALYSES ET DISCUSSIONS

L'âge moyen des patients ayant bénéficié d'une chirurgie mutilante était de 29,9 ans avec des extrêmes de 6 mois et de 64 ans. Cet âge moyen est superposable à celui de Rasikindrahona [2] qui avait trouvé un âge moyen de 27,7 ans dans son étude réalisée à Madagascar. Cette observation est d'autant plus réelle car elle est le reflet des comportements à risque de cette tranche d'âge. En effet, la pratique de sports violents, les bagarres et les activités professionnelles à risque

exposent les sujets jeunes aux traumatismes oculaires dont la sanction chirurgicale est parfois une chirurgie mutilante. Les sujets de sexe masculin étaient majoritaire avec 64,86% soit un sex ratio de 1,85 hommes pour une femme. Le genre masculin est reconnu comme étant le plus exposé à la chirurgie mutilante suite à un traumatisme ou une tumeur. Moudène [8] en Algérie notait une prédominance masculine dans 77% pour les traumatismes oculaires quand Effi [9] en Côte d'Ivoire et Bella [10] au Cameroun retrouvaient une prédominance masculine pour les pathologies tumorales dans leurs différentes études. Il s'agit là de pathologies oculaires exposants à la pratique d'une chirurgie mutilante pouvant être une éviscération, une énucléation ou une exentération selon la pathologie et son stade évolutif. Les ouvriers venaient au premier plan avec 27,03% concernant les professions à risque susceptibles d'exposer les sujets à la chirurgie mutilante. Les ouvriers sont des sujets menant des activités manuelles et physiques parfois sans protection dans la société; cela favorise la survenue de traumatismes avec des conséquences parfois dramatiques. Dans l'étude réalisée par Ahnoux [11] en Côte d'ivoire et Méda [12] au Burkina Faso, la profession la plus exposée concernant les traumatismes oculaires était les élèves et étudiants avec des motifs différents. Il s'agissait surtout de comportement à risque pour les élèves et étudiants en Côte d'ivoire (rixe, sports violents) alors qu'au Burkina Faso, les accidents de la voie publique par engins à 2 roues (bicyclettes, cyclomoteurs, motos) étaient incriminés au premier plan. Le traumatisme oculaire était effectivement le motif de consultation le plus fréquent dans l'étude pour les patients ayant subi une chirurgie mutilante avec 42,34% suivi de la baisse d'acuité visuelle (20,72%). Les traumatismes oculaires demeurent fréquentes et graves exposants le patient à une perte fonctionnelle oculaire mais aussi à une chirurgie mutilante. La baisse d'acuité visuelle demeure l'un des symptômes essentiels motivant une consultation ophtalmologique dont les pathologies en cause restent très variées. Il s'agissait pour cette étude, de pathologies infectieuses, inflammatoires et tumorales. La baisse d'acuité visuelle représentait 20,72% de l'ensemble des motifs de consultation pour une chirurgie mutilante.

Les plaies oculaires compliquées et les éclatements du globe étaient les premières causes de chirurgie mutilante avec 40,54% suivi de l'ensemble des tumeurs oculaires (23,42%) et des séquelles de panophtalmie (21,62%). Les plaies oculaires et les tableaux d'infections oculaires mal traités ou pris en charge de façon tardive, aboutissent généralement à une endophtalmie ou à un remaniement oculaire avec hypertonie oculaire très douloureuse [13]. La seule sanction thérapeutique reste parfois la chirurgie mutilante qui permet de calmer la douleur et éviter la panophtalmie ou l'ophtalmie sympathique [14]. L'éviscération est l'intervention mutilante oculaire la plus couramment pratiquée [1] dans la littérature. Elle représentait 78,38% de l'ensemble des interventions. Le protocole chirurgical consistait à réaliser une éviscération classique qui est l'ablation du contenu oculaire en totalité en respectant la sclère avec amputation de la cornée sous anesthésie locale ou générale. L'éviscération reste la chirurgie mutilante la plus fréquente car il s'agit généralement de la prise en charge de pathologies traumatiques qui sont les causes les plus fréquentes associées parfois à des malformations congénitales et certaines pathologies inflammatoires ayant entrainé des lésions graves irréversibles. C'est la chirurgie mutilante la plus lourde. Elle est réalisée essentiellement pour des tumeurs malignes évoluées en absence de tout autre moyen thérapeutique [16]. L'exentération est parfois la seule option chirurgicale des tumeurs malignes oculaires qui restent dominée par le rétinoblastome dans cette étude et à travers le monde [10, 15 16, 17,18]. Dans les pays en voie de développement comme dans cette étude, le délai écoulé avant la première consultation est généralement long, supérieur à un mois pour les tumeurs oculaires selon la littérature [18]. Ce fait serait lié à différents facteurs socio-économiques. En effet, les croyances ancestrales, la pratique de l'auto médication, et l'attachement de la majorité des populations africaines à la tradithérapie seraient des raisons en faveur d'une consultation tardive. Aussi, l'absence de structures sanitaires proches des populations, la rareté des spécialistes, de même que la pauvreté galopante de la population pourraient expliquer le délai long avant la consultation de l'ophtalmologiste. L'énucléation ne représentait que 3,60% de l'ensemble de la chirurgie mutilante. Contrairement à l'exentération, l'énucléation devrait être l'indication chirurgicale souhaitée pour les tumeurs oculaires car elle permet un équipement plus facilité et plus aisé en cas de tumeur oculaire [17]. L'énucléation a été cependant la chirurgie mutilante la moins pratiquée parce que les patients arrivent généralement à un stade où la tumeur a déjà franchi les limites oculaires. Cela impose majoritairement

l'exentération pour les tumeurs oculaires. Toutefois, quel que soit le type de chirurgie mutilante réalisée, la reconstruction de la cavité orbitaire est de mise pour obtenir un résultat satisfaisant après adaptation d'une prothèse. L'examen anatomopathologique est indispensable pour le diagnostic histologique de certitude après chirurgie mutilante en occurrence après énucléation et exentération. Cependant, sur les 14 patients chez qui un diagnostic clinique de rétinoblastome a été posé, 6 ont pu réaliser un examen anatomopathologique soit 42,86%. Ceci montre encore les tares de la prise en charge. Elle serait liée d'une part à la pauvreté des patients qui ne sont majoritairement pas assurés et ne peuvent honorer les frais des examens anatomopathologiques; mais aussi à aux structures hospitalières qui parfois n'ont pas le matériels nécessaires (appareils, réactifs) pour la réalisation des examens histo-anatomopathologiques. La chirurgie mutilante était essentiellement le seul protocole thérapeutique dans la prise en charge des patients présentant une pathologie tumorale. En effet tous les patients présentant une tumeur oculaire ont subi une chirurgie mutilante soit 100% et seulement 42 % a bénéficié d'une chimiothérapie avant la chirurgie. Aucun des patients présentant des tumeurs n'a pu en bénéficier d'une chimiothérapie après la chirurgie. Ces résultats sont le reflet de la prise en charge inadaptée des tumeurs oculaires. Le protocole recommandé pour l'Afrique en absence de traitement conservateur, étant un protocole dit en « sandwich » à savoir une chimiothérapie pré chirurgicale permettant une réduction considérable du volume de la tumeur suivie de la chirurgie à proprement dite et une chimiothérapie post chirurgicale qui permet de détruire les cellules cancéreuses susceptibles d'être resté en place après la chirurgie [15]. Aucun de nos patients n'a pu bénéficier de ce protocole pour des raisons divers liés encore à la pauvreté des patients mais parfois à un plateau technique absent ou défectueux. Le manque criard de matériels médicaux et de plateaux techniques adaptés est d'autant plus réel que seuls certains sujets ayant subi une éviscération ont pu bénéficier d'un matériel prothétique (74,71%). La prothèse oculaire est indispensable et destinée à favoriser la réintégration sociale des sujets ayant subi une mutilation du globe oculaire. Les progrès de la chirurgie reconstructrice ont beaucoup contribué à l'évolution de la prothèse oculaire [1] en incitant aussi les ocularistes à une meilleure maitrise de matériaux biocompatibles mis à leur disposition pour la réalisation et l'adaptation d'un appareillage parfaitement complémentaire à la chirurgie mutilante pratiquée. La disponibilité en matériels prothétiques dans les structures sanitaires ou dans les officines des pays en voie de développement, serait indispensable pour faciliter la réinsertion de ces personnes déjà diminués physiquement. Le suivi des patients après la chirurgie mutilante est de mise. Il s'agit d'un suivi médical avec contrôle de la prothèse ou de la cavité orbitaire et de ses annexes lorsqu'il existe de même que l'examen complet de l'œil adelphe. Le patient aura besoin dans son suivi d'une prise en charge psychoaffectif indispensable pour sa réinsertion sociale. L'effectif du suivi des patients était dégressif avec un pourcentage de 30,63% à 6 mois. Le suivi au long cours de ces patients est souvent un réel problème car il pose encore un problème économique, empêchant le patient à poursuivre son suivi qui devient selon eux couteux et sans intérêt.

CONCLUSION

Malgré la progression de la médecine ; la chirurgie mutilante occupe encore une place importante dans nos activités chirurgicale pour la prise en charge de certaines pathologies en Afrique subsaharienne. Une éducation pour la modification des comportements socioprofessionnels pourraient amoindrir leur fréquence. L'amélioration de la prise en charge par la pratique d'un protocole chirurgical plus adapté et la disponibilité de matériels médicaux et prothétiques faciliteraient l'équipement des patients mutilés et leur réinsertion sociale. Une prise en charge psychologique devrait être systématique pour une bonne réinsertion.

REFERENCES

1- MORAX S. Enucléation, éviscération, réfection des cavités. *Clin ophtalmol* 1979 ; 3 : 183-196-197-206.

2 RASIKINDRAHONA E., ANDRIANTSOA V., VOAHANGINIRINA R. Etiologie des énucléations à propos de 83 cas. *Médecine Af Noire* 1999, 46 :103-05

3 TAHRI H, BEAATYA D, CHEFCHAOUNI CM ET AL. A. énucléations : enquête épidémiologique Marocaine à propos de 183 cas. *Bull. Soc. Belge Ophtalmol*, 2004 ; 292 : 31-4

4 DE GOTTRAU P, HOLBACH LM, NAUMANN, GO, Clinico pathdogical review of 1146 encleations (1980 – 90); *Br J. Ophtalmol* 1994; 78:260-5.

5 FRAUNFELDER FT, BOOZMAN FW, WILSON RS, THOMAS XM. No touch technique for intraocular malignant melanomas. *arch ophtalmol* 1977; 95: 1615-1620

6 RATHBUN JE. Enucleation end orbital exenteration. *curr opin ophtalmol* 1992; 3: 678-685

7 DOUMBOUYA M.L. Accessibilité des services de santé en Afrique de l'Ouest : le cas de la Guinée. *Economie et solidarité* 2007 ; 38 :137-142.

8 MOUDENNE. La cataracte post-traumatique au chu d'Annaba (Algérie). Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques *JF Ophtalmologie* volume, 2009 ; 32 :206-7

9 EFFI A.B., AMAN N.A., KOFFI K.D. ET AL. Cancers solides de l'enfant en Côte d'Ivoire: Etude de 556 cas. *Journal africain de cancer*, 2012 ; 4 : 204-6.

10 BELLA L.A. ET AL : les Tumeurs oculaires primitives de l'enfant : Aspects épidémiologiques et histologiques à l'hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé. *Cahier d'études et de recherches francophone/ santé* 2006 ; 29 :281-6.

11 AHNOUX A.Z, DIOMANDÉ I.A, BONY. S ET AL. Aspects épidémiologique des traumatismes oculaires au CHU de Cocody. *Afrique biomédicale*, 2008, 13 ; 4 : 43-4

12 MÉDA N., OUEDRAOGO A., DABOUÉ A. ET AL. Etiologies des traumatismes oculo-palpébraux au Burkina Faso. *J. Fr. Ophtalmol*, 200; 24, 5:463-6.

13 CORMUT P.L., VIN H, ROUBÉROL F., ET AL. Endophtalmie post traumatique : résultats de l'étude FRIENDS. *J. Fr Opthtalmo.*2008, 31 : 28-30

14 LOPES N., FREIRE S., CAMPOS R. ET AL. Ophtalmie Sympath: à propos d'un cas Clinique. *J.fr. Ophtalmo* 2008, 31:192-4

15 KOUASSI FX, SOUMAHORO.M, TY SOWAGNON ET AL. Epidémiologie et prise en charge des exophtalmies tumorales malignes au CHU de Cocody à Abidjan *revue SOAO* 2009 ; 2 :39-43

16 DOZ F. rétinoblastome : aspects récents. *ELSERVIER archives pédiatrie* 2006,13 :1329-37

17 DIOMANDE IA, KOFFI KV, BONI S ET AL. Mélanome malin de la conjonctive. Aspects cliniques et histopathologiques et résultat de la protonthérapie *revue SOAO* n°02-2009 ; 2 :32-6.

18 SAFEDE K, OUATTARA Y, KOUASSI FX ET AL. Problématique de la prise en charge du rétinoblastome bilatéral en Côte d'Ivoire à propos de 2 cas au service d'ophtalmologie du CHU de Cocody. *Guinée médicale* 2009 ; 65 :56-8.