

EPIDEMIOLOGIE ET AGE DE SURVENUE DU DECOLLEMENT POSTERIEUR DU VITRE CHEZ LE MELANODERME SENEGALAIS.

EPIDEMIOLOGY AND AGE OF ONSET OF THE POSTERIOR VITREOUS DETACHMENT IN THE MELANODERM SENEGALESE.

Jean Pierre DIAGNE¹, Marguerite Edithe DE MEDEIROS¹, Paule Aïda NDOYE ROTH², Papa Amadou NDIAYE¹, Aly Mbara KA¹, Hawa Madina DIALLO¹, Aboubacry Sadikh SOW², Aissatou Maguatte WANE³, Eladji Amadou BA², Joseph Matar NDIAYE², Habsa KANE², Saidou SOW¹, Mor NGUER², Elhadj Malick SY¹.

1- Hôpital Abass Ndao de Dakar-Sénégal

2- Hôpital Aristide Le Dantec de Dakar-Sénégal

3- Hôpital d'enfants de Diamniadio-Sénégal

Correspondance : JP DIAGNE / Email : sebanemack@yahoo.fr

RÉSUMÉ

But: Décrire l'aspect épidémiologique et l'âge de survenue du décollement postérieur du vitré (DPV) chez le mélanoderme afin de mieux prévenir ses complications.

Patients et méthodes: Nous avons mené une étude transversale, de 06 mois. Nous avons inclus les patients âgés de 40 à 60 ans dont les milieux oculaires étaient transparents. Pour chaque patient, nous avons effectué un examen ophtalmologique complet particulièrement appesanti sur le vitré, une échographie oculaire en mode B avec une sonde de 10 MégaHertz et une tomographie par cohérence optique OCT 2000SD. Les logiciels CSPRO (censusservyprocessing) et SPSS (Statistic Processing Social Science) ont servi à la saisie et au traitement des données. En fonction de la présence des signes fonctionnels du DPV, nous avons scindé les patients en deux groupes.

ABSTRACT

Purpose: To describe the epidemiological feature and the age of onset of posterior vitreous detachment (PVD) in the melanoderm to better prevent its complications.

Patients and methods: We carried out a 06 month-cross-sectional study. We included patients aged 40 to 60 years whose ocular media were transparent. For each patient, we performed a comprehensive ophthalmologic examination which particularly focused on the vitreous, a B-mode ocular ultrasound with a probe of 10 Mega Hertz and optical coherence tomography OCT 2000SD. CSPRO software (census servy processing) and SPSS (Statistic Processing Social Science) were used for data entry and processing. Depending on the presence of the functional signs of PVD, we divided the patients into two groups.

Resultats: Nous avons recueilli 86 patients (172 yeux) dont 26 de sexe masculin. L'âge moyen était de 49 ans avec des extrêmes de 40 et 60 ans et un écart type de 0,63. L'âge moyen des patients présentant un DPV était de 50 ans. Les taux de DPV clinique, échographique et tomographique étaient respectivement de : 33,72%, 8,72% et 55,2%.

Conclusion: La détermination de l'âge de survenue chez le mélanoderme incite à plus de vigilance à partir de 50 ans afin de prévenir les complications. L'OCT reste le meilleur moyen pour détecter un DPV, surtout au stade infraclinique.

Mots-clés: RÉTINE, VITRÉ, DÉCOLLEMENT, SURVENUE, ÂGE

Results: We collected 86 patients (172 eyes) including 26 males. The average age was 49 years with extremes of 40 and 60 years and a standard deviation of 0.63. The average age of patients with PVD was 50 years. The rates of clinical, ultrasound and tomography PVD were 33.72%, 8.72% and 55.2% respectively.

Conclusion: The determination of the age of onset in the melanoderm prompts more vigilance from 50 years to prevent complications. OCT remains the best way to detect PVD, especially at the subclinical stage.

KEYWORDS: RETINA, VITREOUS, DETACHMENT, ONSET, AGE.

INTRODUCTION

Le décollement postérieur du vitré (DPV) est défini comme une séparation du cortex postérieur du vitré de la limitante interne de la rétine. Moins souvent, la survenue de processus pathologiques vitréo-rétiniens ou rétinovitréens va provoquer un DPV incomplet ou partiel, entraînant plus fréquemment des complications à cause de l'existence d'adhérences rétinovitréennes. Ce DPV, dit secondaire, a un aspect variable en fonction de la situation des adhérences¹.

Au cours de ces dernières années, se sont développées des techniques d'imagerie de plus en plus précises. Ainsi, nous avons

maintenant une meilleure compréhension des premiers stades du DPV lié à l'âge dans la région maculaire et de ses implications pathologiques². Beaucoup d'incertitudes demeurent cependant sur le processus de vieillissement du vitré. Celui-ci, comme tout vieillissement des structures peut survenir à un âge variable selon la race (presbytie, cataracte sénile, dégénérescence maculaire liée à l'âge).

Le but de notre travail était de décrire l'aspect épidémiologique et l'âge de survenue du DPV chez le mélanoderme afin de mieux prévenir ses complications.

MATERIELS ET METHODES

Nous avons réalisé une étude transversale prospective, descriptive, de janvier à juin 2013. La population d'étude était constituée par l'ensemble des patients mélanodermes âgés de 40 à 60 ans qui venaient se faire consulter au service d'ophtalmologie de HALD durant la période d'étude.

Étaient inclus les patients dont les milieux oculaires étaient transparents. Les patients qui avaient des antécédents de chirurgie intraoculaire, des traumatismes oculaires, des pathologies inflammatoires ou un diabète n'étaient pas inclus.

Pour chaque patient, nous avons effectué un examen ophtalmologique complet, une échographie en mode B avec une sonde de 10

MegaHertz et une tomographie par cohérence optique spectral Domain. L'examen ophtalmologique comportait la prise de l'acuité visuelle et un interrogatoire recherchant les signes fonctionnels de décollement postérieur du vitré et les antécédents. Il comportait aussi un examen des annexes, du segment antérieur, une prise du tonus oculaire, un examen du segment postérieur après dilatation, avec un examen du vitré antérieur, postérieur et périphérique et de la rétine.

L'exploitation des données recueillies était effectuée à l'aide des logiciels CPRO (census servy processing) pour la saisie des données et SPSS (statistic processing science sociale) pour le traitement.

RESULTATS

Sur les 86 patients sélectionnés, 26 patients (30,23%) étaient de sexe masculin, avec un sex-ratio de 0,43. L'âge moyen de notre étude était de 49 ans; avec des extrêmes de 40 et 60 ans.

Concernant la profession, 39 patientes (45,35%) étaient ménagères, 9 (10,47%) étaient infirmiers, 9 (10,47%) étaient secrétaires et 29 (33,72%) d'autres professions.

Cinquante-neuf pour cent (59,3%) des patients ne se plaignaient d'aucun signe fonctionnel. Quarante et un patients (47,67%) étaient emmétropes. Dans le groupe des amétropes, 36 patients (41,86%) étaient hypermétropes, 5 (5,81%) myopes, 2 (2,32%) astigmatas, 2 (2,32%) anisométropes (hypermétropie-myopie).

33,72% des patients présentaient une liquéfaction vitréenne et/ou un anneau pré-papillaire. A la clinique, 11,67% des femmes présentaient un DPV (figure 1).

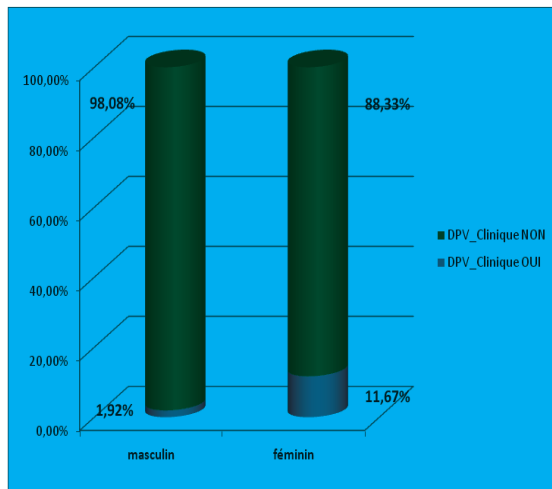


Figure 1 : DPV clinique selon le sexe

Nous avons étudié la corrélation entre la présence de la liquéfaction vitrénne, l’anneau prépapillaire et les échos vitréens. Sur les yeux où nous notions la liquéfaction vitrénne et l’anneau prépapillaire, 15,38% avaient des échos vitréens et 5,03% pour ceux où nous n’avions pas noté la liquéfaction vitrénne (figure 2).

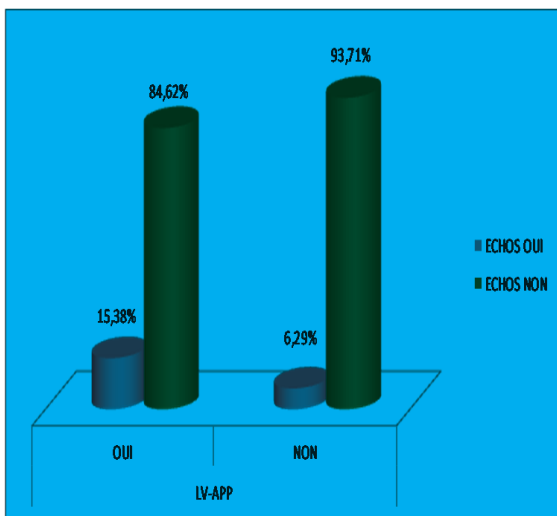


Figure 2 : Corrélation entre les signes physiques et les échos vitréens

Avec l’échographie, 8,33% des femmes présentaient un DPV (figure 3).

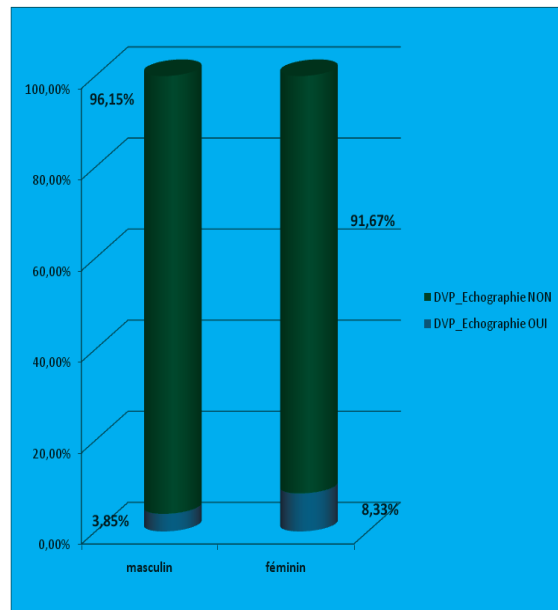


Figure 3 : DPV échographique selon le sexe

Parmi les 15 yeux qui présentaient l’anneau prépapillaire, 12 yeux (80%) avaient un DPV à l’OCT. Alors que pour ceux qui n’en présentaient pas, 52,86% avaient un DPV diagnostiqué à l’OCT (figure4).

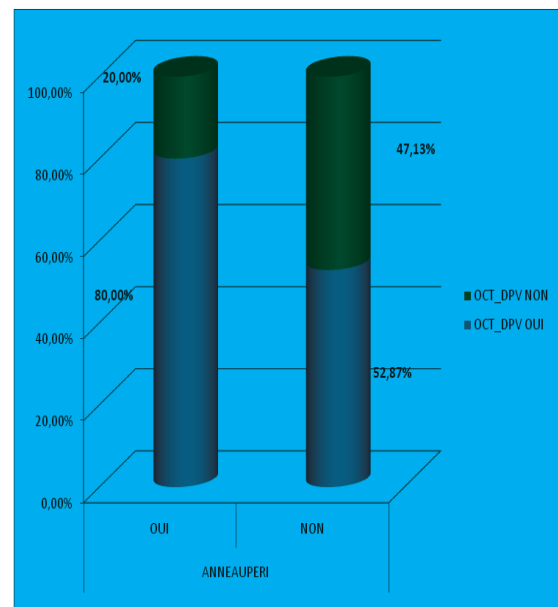


Figure 4 : corrélation entre APP et DPV à l’OCT

A l'OCT, la fréquence du DPV chez les femmes était de 63,33% (figure 5).

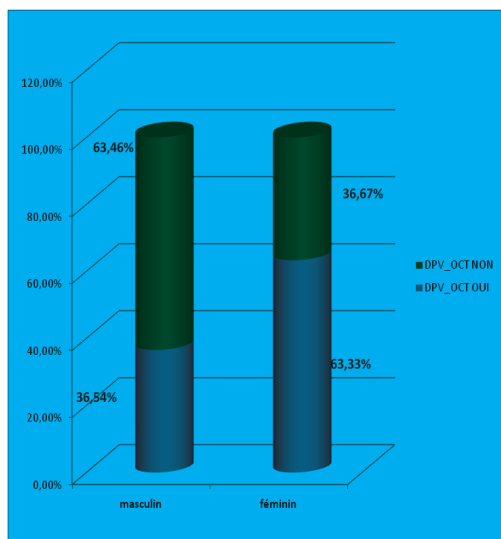


Figure 5: Répartition du DPV à tomographie en cohérence optique selon le sexe

DISCUSSION

Dans la série d'yeux examinés, le nombre de sujets de sexe féminin (69,77%) était plus important que celui de sexe masculin (30,23%). La forte prévalence des ménagères (45,35%) par rapport aux autres (10,47% d'infirmières, 10,47% de secrétaires et 33,72% d'autres) ; s'expliquerait par le taux d'alphabétisation encore faible dans nos contrées. Certaines professions qui exposent à la chaleur seraient plus risquées pour développer un DPV². La chaleur et la lumière entraîne une déshydratation vitrénienne et son incidence sur l'interface vitréo-rétinienne ainsi que la production de radicaux libres modifiant la structure vitrénienne, facteur de DPV³. Dans notre étude les patients asymptomatiques (59,3%) sont plus nombreux que les patients symptomatiques (40,7%). Ceci est conforté par GERARD B², les signes fonctionnels sont le plus souvent absents et ils peuvent être alarmants dans 15% des cas, ce qui doit conduire à un examen rapide et rigoureux du segment postérieur pour confirmer le diagnostic. Ce chiffre était plus élevé dans notre étude, cette variabilité liée au niveau de vigilance que l'on veut bien

Et nous avons constaté qu'entre 40 et 44 ans la prévalence était de 36,4%, entre 45-49 ans de 56%, entre 50-54 ans de 69,4%, entre 55-59 ans de 60,5% et à 60 ans de 75% (figure 6).

accorder, au degré d'anxiété et au niveau d'information du patient. L'absence des signes fonctionnels ne signifie pas absence de décollement postérieur du vitré et que la présence de signes fonctionnels ne suffit pas pour poser le diagnostic de décollement postérieur du vitré. Dans notre étude, les patients emmétropes (47,67%) étaient plus nombreux, suivis des hypermétropes (41,86%), des myopes (5,81%) des astigmatiques (2,32%). Les emmétropes sont plus nombreux dans la population générale⁴. Alors que la myopie est un facteur favorisant du DPV, la plus forte fréquence chez l'hypermétrope s'explique par nos critères de sélection. Les patients qui présentaient les signes biomicroscopiques du DPV (33,72%) étaient moins nombreux que ceux qui n'en présentaient pas (66,28%).

L'ophtalmoscopie indirecte nous avait permis de mettre en évidence la liquéfaction vitrénienne et l'anneau prépapillaire flottant et mobile, qui est un bon indicateur pour le diagnostic du décollement postérieur du vitré. Ce qui est conforté par les résultats de GERARD B². Les signes biomicroscopiques

du DPV sont variables et l'anneau prépapillaire reste le signe pathognomonique du DPV. Le taux de DPV faible (8,72%) trouvé à l'examen clinique est partagé par plusieurs auteurs, comme FAVRE et GOLDMAN (6%)⁵. Nous n'avons trouvé aucune déhiscence rétinienne. Nous n'avons pas étudié l'impact de l'amétropie sur le DPV, mais que la fréquence était plus importante chez le myope fort selon plusieurs auteurs^{4,6,7}. La prévalence du DPV sur une base échographique était très faible dans notre étude. Ceci est peut être liée à la performance de l'échographie mode B avec une sonde de 10MHZ utilisée pour l'étude. L'avènement de sondes de plus en plus performantes a permis de souligner l'intérêt de l'échographie dans le diagnostic du DPV⁸⁻⁹.

Dans notre série de 172 yeux, la prévalence du DPV diagnostiqué à l'OCT était nettement plus élevée (55,2%).

A partir des données actuellement disponibles, LINDER¹⁰ trouve que le DPV survient à la septième décennie. Ce qui doit nous inciter

à être plus vigilant chez le sujet de race noire car plutôt survient le DPV et plutôt surviendront les complications. Le DPV peut être vu plutôt et ceci grâce à l'OCT¹¹. UCHINO¹² trouve la même tendance, par contre BYER¹ ne trouve pas de différence significative. L'OCT était plus performante que l'échographie et les moyens cliniques pour diagnostiquer un DPV. Il reste un examen sensible pour l'étude du DPV infraclinique maculaire par sa haute résolution. L'échographie permet d'étudier le vitré dans sa globalité et de façon dynamique et peut être la seule alternative en cas d'opacité des milieux. La prédominance féminine du DPV est nette à la clinique avec un test exact de Fisher à 0,041. Foos RY¹³ et Novak MA¹⁴, retrouvent les mêmes résultats. Selon LARSEN¹⁵, ceci serait lié aux modifications hormonales induites par la ménopause. Alors que TAKAHASHI¹⁶ ne trouve pas de différence.

CONCLUSION

L'âge moyen des sujets qui présentent le DPV est de 50 ans. Ceci doit inciter à la recherche systématique du DPV à partir de 40 ans chez le mélanoderme. Ainsi nous

devons surveiller régulièrement tout patient présentant un DPV, car plutôt il surviendra, plutôt surviendront les complications qui sont très cécitantes.

REFERENCES

- 1-Byer NE. Natural history of posterior vitreous detachments with early management as the premier line of defense against retinal detachment. *Ophthalmology* 1994, 101: 1503-13.
- 2-Gerard B, Charlin JF, Gastaud P, Gaudric A, Mathis A, Sahel J et Al. Pathologie du vitré. Rapport de la société française d'ophtalmologie. Masson, Paris, 2003, 493 pages.
- 3-Thelen U, Gerding H, Clemens S. Rheumatogenous retinal detachments seasonal variation and incidence. *ophthalmologie* 1997; 94: 638-41.
- 4-Caputo G, METGE-GALATOIRE F. Décollement de rétine. Rapport de la Société Française d'Ophtalmologie, Masson PARIS 2011, 545 pages.
- 5-Favre V, Goldman H. Zur genese der hinteren Glaskörperabhebung. *Ophthalmologica*. 1965, 20 : 87-97.
- 6-Akiba J. Prevalence of posterior vitreous detachment in high myopia. *Ophthalmology* 1993, 100: 321-25.
- 7-Morita H, Funata M, Tokoro T. A clinical study of the development of posterior vitreous detachment in high myopia. *Retina* 1995, 15: 117-24.
- 8-Berges O, Torrent M. pathologie du vitré. Echographie de l'œil et de l'orbite. Vigot, Paris, 1986 : 53-62.
- 9-Satger D, Boscher C, Cathelineau B, Le Hoang P, Pouliquen Y. Contribution de l'échographie à l'étude des décollements postérieurs du vitré. *Ophtalmologie* 1992, 6 : 449-452.
- 10-Linder B. Acute posterior vitreous detachment and its retinal complications: a clinical bio microscopic study. *Acta Ophtalmologica* 1966, 87:1-108.
- 11-Yonemoto J, Ideta H, Sasaki K. The age of onset of posterior vitreous detachment. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 1994, 232: 67-70.
- 12-Uchino E, Uemura A, Ohba N. Initial stages of posterior vitreous detachment in healthy eyes of older persons evaluated by optical coherence tomography. *Arch ophthalmol* 2001, 119: 1475-9.

- 13-Foos RY, Wheeler NC. Vitreoretinal juncture. Synchisis senilis and posterior vitreous detachment. *Ophthalmology* 1982, 89: 1502-12.
- 14-Novak MA, Welch RB. Complications of acute symptomatic posterior vitreous detachment. *Am J Ophthalmol* 1984, 97: 308-14.
- 15-Larsen G. The hyaluronic acid in the rabbit vitreous: variations following hormonal treatment. *Arch ophthalmol* 1971, 60: 815-25.
- 16-Takahashi M. Posterior vitreous detachment as aging process: analysis of 1,077 normal eyes. *Jpn J clinophthalmol* 1982, 36: 1137-41.