



Cas Clinique

Nævus d'Ota (Mélanocytose Oculo-Palpébrale) Gauche Compliqué de Glaucome Chronique chez une Adolescente

Nevus of Ota (left oculo-palpebral melanocytosis) complicated by chronic glaucoma in an adolescent girl

N Bra¹, Eyatcha Bimingo^{1,2}, J Njoya Mare²

¹ Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de Garoua (FMSBG) - Université de Ngaoundéré Cameroun
² Service d'Ophthalmologie de l'Hôpital Régional de Garoua – Cameroun

Correspondance : Dr BRA' EYATCHA BIMINGO Noëlle
FMSBG - Université de Ngaoundéré
BP : 121 Garoua ; Fax : 22 27 13 31 ;
Tél. : +237682111881

Email : noellebra7@gmail.com;
nono19872020@yahoo.com

Mots clés : Nævus d'Ota, mélanocytose oculodermique, sclère, iris, glaucome.

Keywords : Nevus of Ota, Oculo-palpebral melanocytosis, Sclera, Iris,

RÉSUMÉ

Hyperpigmentation gris-bleutée unilatérale du visage, le nævus d'Ota est une affection retrouvée chez les africains et les asiatiques. Nous présentons le cas d'une adolescente qui a consulté pour un flou visuel à l'œil gauche. Les antécédents ont retrouvé une pigmentation du cuir chevelu, du front et du sourcil gauche, trois mois après sa naissance. Ces lésions étaient classées type III de Tanino. L'examen ophtalmologique a montré à gauche, une coloration bleutée de la sclère et une excavation pathologique au fond d'œil. Le champ visuel révélait un glaucome chronique. Notre cas illustre la nécessité d'une réalisation systématique du fond d'œil devant une hyperpigmentation de la face.

ABSTRACT

The nevus of Ota is a condition found in Blacks and Asians. It is characterized by unilateral bluish gray hyperpigmentation of the face. We report the case of a teenage girl who consulted for a visual blur in the left eye. Past medical history found pigmentation of the scalp of the forehead and eyebrow left, three months after birth. These lesions were classified as Tanino type III. The ophthalmologic examination on the left side showed a bluish coloration of the sclera and a pathological excavation at the fundus of the eye. The visual field revealed chronic glaucoma. Our case illustrates the importance of systematic realization of the fundus in front of hyperpigmentation of the face.

INTRODUCTION

Le nævus d'Ota ou nævus fusco caeruleus ophtalmo-maxillaris est une hyperpigmentation gris-bleutée, voire brunâtre ou ardoisée unilatérale (bilatérale dans 5% des cas) du visage dans le territoire cutané des branches maxillaire et ophtalmique du nerf trijumeau. C'est un désordre pigmentaire rare, acquis ou congénital. Le glaucome chronique et la transformation en mélanome malin sont les risques majeurs de cette pathologie justifiant une surveillance régulière avec la réalisation d'un fond d'œil et la prise de la pression intraoculaire. Les lésions cutanées peuvent être traitées sans séquelles cicatricielles par laser déclenché. Ce traitement nécessite en général 3 à 10 séances (1). Tanino (2) a classé le nævus d'Ota en 4 types : **Type I A** : type orbitaire léger : distribution sur les paupières, la région périorbitaire et la tempe ; **IB** : type zygomatique léger : la pigmentation se trouve dans le pli infra-palpébral, naso-génien et la région zygomatique ; **IC** : type de front léger : atteinte de l'aile du front seul ; **ID** : atteinte de l'aile du nez seule. **Type II** : type modéré : répartition sur les paupières, péri-oculaire,

zygomatique, joues et les tempes. **Type III** : la lésion atteint le cuir chevelu, front, sourcil et nez. **Type IV** : type bilatéral : les 2 cotés sont atteints. Le but de l'étude est de rapporter un cas de nævus d'Ota avec mélanocytose conjonctivale gauche compliqué de glaucome chronique.

OBSERVATION

Au mois d'Août 2021, une patiente de 14 ans bien portante est amenée par sa mère en consultation ophtalmologique, pour un flou visuel accentué à l'œil gauche (OG) évoluant depuis trois mois. Ses antécédents personnels retrouvaient l'apparition progressive de taches hyper pigmentées gris ardoisées du cuir chevelu, du front, et du sourcil gauche (Mélanocytose oculodermique congénitale Type III de Tanino), constatées par sa mère, trois mois après sa naissance. L'examen ophtalmologique révélait : une acuité visuelle sans correction de loin à 2/10 de l'œil gauche améliorable à 10/10 avec une correction optique de -1,75 (- 1.00) 175° et 9/10 à droite améliorable à 12/10 avec une correction optique de (- 0.25) 180°. L'examen du segment antérieur trouvait à gauche une lésion hyperpigmentée bleutée sclérale sur 360° et une

hyperpigmentation de l'iris, l'œil droit (OD) était normal, la pression intra-oculaire (PIO) mesurée était normale (12 mm Hg à OG et 13 mm Hg à OD). L'angle irido-cornéen était hyper pigmenté et ouvert à gauche et normale et ouvert à droite à la gonioscopie. Le fond d'œil montrait à gauche une papille normale avec une excavation large C/D : 0,5, profonde avec rejet nasal des vaisseaux et à droite une papille normale avec une excavation limite C/D : 0,4. La règle d'ISNT était respectée et la macula normale.

La pachymétrie cornéenne objectivait une épaisseur cornéenne fine aux deux yeux (503 micromètres droite soit une PIO ajustée à 17 mm Hg et 510 micromètres à gauche soit une PIO ajustée à 15,5 mm Hg). Le champ visuel automatisé révélait un glaucome évolué à gauche et débutant à droite. L'OCT papillaire avec analyse des cellules ganglionnaires n'a pas été réalisée par manque de moyens financiers.

Le diagnostic de Nævus d'Ota congénital type III avec mélanocytose conjonctivale gauche compliqué de glaucome chronique a été posé. La patiente a été mise sous un anti glaucomeux topique à base d'inhibiteur de l'anydrase carbonique aux deux yeux sans arrêt jusqu'au prochain rendez-vous. Une prescription de verres optiques a été faite. Un contrôle régulier mensuel pour surveillance rigoureuse a été instauré. Nous n'avons pas encore revu la patiente jusqu'à ce jour.

DISCUSSION

Hulkey a décrit pour la première fois la mélanose oculodermique en 1861 et en 1916, Pusey a été le premier à attirer l'attention sur la relation entre une lésion pigmentée de la peau du visage et la pigmentation de la sclère homolatérale chez un étudiant chinois. En 1939, Ota et Tanino ont décrit plusieurs cas de naevus pigmenté de la peau et des yeux et les ont nommés naevus fuscocaeruleus ophthalmo-maxillaris d'Ota.

L'âge de notre patiente était 14 ans. Hakima et al. (1) avaient retrouvé le même âge dans leur observation sur la mélanocytose oculopalpebrale ou naevus d'ota en 2014 au Maroc. Benchekroun et al. (3) trouvaient un âge plus bas 10ans. Par contre, Sekar et al. (4) trouvaient que l'âge des patients variait entre 8 et 37 ans avec un âge moyen de 23 ans. Afkir et al. (5) quant à lui avaient rapporté le cas d'une patiente âgée de 60 ans dans leur observation. Ces âges variables d'une étude à l'autre s'expliqueraient par le fait que les patients ne consultent qu'à l'âge où la symptomatologie oculaire est présente. Le sexe féminin retrouvé dans notre observation corrobore aux données de la littérature (1, 3, 4, 5). Ceci s'explique par le fait que les hormones sexuelles seraient impliquées dans la pathogénèse du naevus d'ota.

Dans notre observation, la patiente avait des lésions 03 mois après la naissance ce qui identique aux résultats de : Sekar et al. (4) qui trouvaient que 9/15 (60%) patients avaient des lésions à la naissance et de Benchekroun et al. (3) qui trouvaient dans leur observation que la patiente avait une mélanocytose oculodermique congénitale. Contrairement à Afkir et al. (5) qui avaient trouvé chez leur patiente une mélanocytose oculodermique depuis l'âge de 30 ans. Il a été suggéré que le stress et les

traumatismes pouvaient être accompagnés d'une sécrétion accrue de propio-mélano-cortine un précurseur des hormones stimulant les mélanocytes. Les mélanocytes se déplacent de la crête neurale à la peau au début de la vie embryonnaire. Très peu de cas d'antécédents familiaux ont été reportés.

Le naevus d'ota de notre patiente appartenait au type III de la classification de Tanino. Les classes II et III sont les classes les plus rencontrées dans la littérature (6). Sekar et al. (4) dans leur étude trouvaient que 5/15 (33,3%) des cas appartenaient à la classe II et 3/15 (20%) appartenaient chacun aux classes III et IV. La lésion était gris-ardoisée chez notre patiente contrairement aux lésions de couleurs bleutées observées dans l'étude de Sekar (4) en Inde soit 13/15 patients. La couleur des lésions dépend de la profondeur de l'atteinte. Les lésions plus profondes apparaissent de couleur bleue en raison de l'effet Tyndall tandis que les lésions plus superficielles sont de couleur gris ardoisé. L'atteinte était unilatérale avec une acuité visuelle à 2/10^{ème} gauche chez notre patiente. Ce constat est similaire à celui de Benchekroun au Maroc qui trouvait une atteinte du côté droit avec une acuité visuelle réduite à 1/10^{ème}. L'atteinte bilatérale est rare et retrouvée dans seulement 4% des cas (7). Dans notre observation, la sclère était la partie de l'œil la plus pigmentée. Ce résultat corrobore ceux de plusieurs auteurs (3, 4, 7). Par contre Afkir et al. (5) trouvaient un examen du segment antérieur normal. Le naevus d'Ota s'accompagne fréquemment d'une hyperpigmentation oculaire pouvant toucher la conjonctive, la sclère, l'iris, l'angle irido-cornéen, la choroïde et la rétine. La gonioscopie montrait un AIC et un iris hyperpigmentés même constant fait par Benchekroun et al. (3) et Hakima et al. (1) au Maroc. Par contre, Afkir (5) trouvait une gonioscopie normale. Ceci pourrait s'expliquer par le mécanisme différent de survenu de complication du naevus d'Ota. La pigmentation de l'angle ne semble pas déclencher le glaucome chez les africains blancs. Le fond d'œil était pathologique dans notre observation constat différent fait dans plusieurs études qui retrouvaient un fond d'œil normal cela pourrait dû aux méthodologies différentes adoptées. Le champ visuel montrait un glaucome évolué à gauche et débutant à droite. Par contre Cronemberger (6) dans son étude trouvait qu'aucun patient n'avait développé de glaucome dans les 8 yeux dans lesquels la gonioscopie avait révélé une paroi externe de l'angle intensément pigmentée. Cependant aucun de ces patients n'était noir. Ce qui pourrait signifier que le glaucome est associé au naevus d'ota (8, 9) mais pour certains auteurs (8), le glaucome peut être du aux mélanocytes apporter dans l'angle et pour d'autres auteurs le glaucome est fréquemment associé à un naevus d'ota chez les noirs (10). L'OCT demandé n'avait pas été réalisé faute de moyens financiers, Afkir (5) montrait que l'étude du complexe ganglionnaire à l'OCT, était altéré preuve que le glaucome chronique à angle ouvert est un risque majeur du naevus d'Ota ; Le glaucome est observé dans les cas de naevus d'ota bilatéral (4) et sa survenue (10% des cas) s'explique par le blocage de la circulation de l'humeur aqueuse due à l'accumulation des mélanocytes au niveau du trabéculum. Le mélanome uvéal et choroïdien dont l'incidence est de

1/400 est aussi une complication du naevus d'Ota. Il n'a pas été retrouvé dans la littérature (6,11). La patiente avait bénéficié d'un traitement hypotonisant locale à base d'IEC, Afkir (5) avait mis sa patiente sous hypotonisant à base de prostaglandines. Ceci du fait de la différence d'âge de nos patients. L'évolution a été marquée par une instauration d'un contrôle régulier de la PIO et du FO tous les mois mais notre patiente a été perdue de vue. Pour Afkir l'évolution avait été marquée par une baisse de la PIO de 35%.

CONCLUSION

Le Nævus d'Ota est une pathologie rare le plus souvent bénigne. Elle fréquente chez les femmes et présent à la naissance. Le glaucome chronique est associé au nævus d'ota chez les noirs. La réalisation systématique d'un examen ophtalmologique complet et une surveillance régulière du FO et de la PIO devant tout cas d'hyperpigmentation du visage s'avère donc indispensable vu le risque accru de survenue de glaucome chronique et du mélanome malin.

DÉCLARATION

Nous n'avons aucun conflit d'intérêt.

RÉFÉRENCES

- 1- Hakima E. et al. Nævus d'Ota ou mélanocytose oculopalpebrale à propos d'un cas. Pan Afr Med J 2014;17:231.

- 2- Tanino H. Nevus fusco ceruleus ophthalmomaxillaris Ota. Jpn J Dermatol 1939;46: 435-51.
- 3- Benchekroun et al. Naevus d'Ota ou mélanocytose oculodermique J SMO 2017; (26):49-50.
- 4- Sekar S et al. Nevus of Ota : A series of 15 cases Indian J Dermatol Venereol Leprol 2008;74(2):125-25.
- 5- Afkir S, Chariba S, Maadam A, Sekhsoukh R. Nævus d'Ota révélant un glaucome secondaire à angle ouvert. J SMO 2021;30 (1).
- 6- Cronemberger S, Calixto N, Freitas HL. Nevus of Ota : clinical-ophthalmological findings Rev Bras Oftalmol 2011;70 (5):278-83.
- 7- Teekhasaene C, Ritch R, Rutnin V, Leelawongs N. Ocular findings in oculodermal melanocytosis. Arch Ophthalmol 1990;108:1114-20.
- 8- Swann PG. The fundus in oculodermal melanocytosis. Is this a new observation ? Clin Exp Optom 2003;86(3):183-6.
- 9- Babic M, Novaes TR Pinto CRD. Nevo de Ota e glaucoma. Reviscience 2003;5(5):15-6.
- 10- Liui JC, Ball SF. Nevus of Ota with glaucoma : report of three cases. Ann Ophthalmol. 1991;23(8):286-9.
- 11- Carol L et al. Association of ocular and oculodermal melanocytosis with the Rate of Uveal Melanoma Metastasis JAMA Ophthalmol 2013;13(8):993-1003.

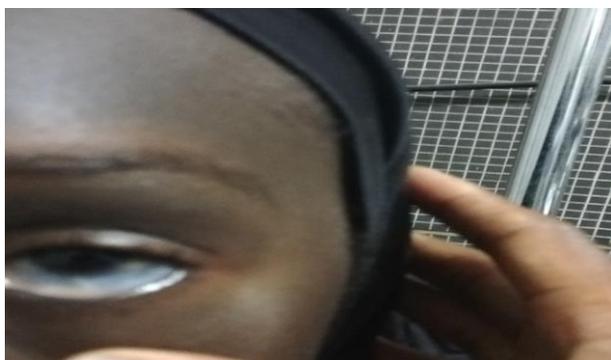


Figure 1 : taches hyper pigmentées gris ardoisées du cuir chevelu, du front, et du sourcil gauche

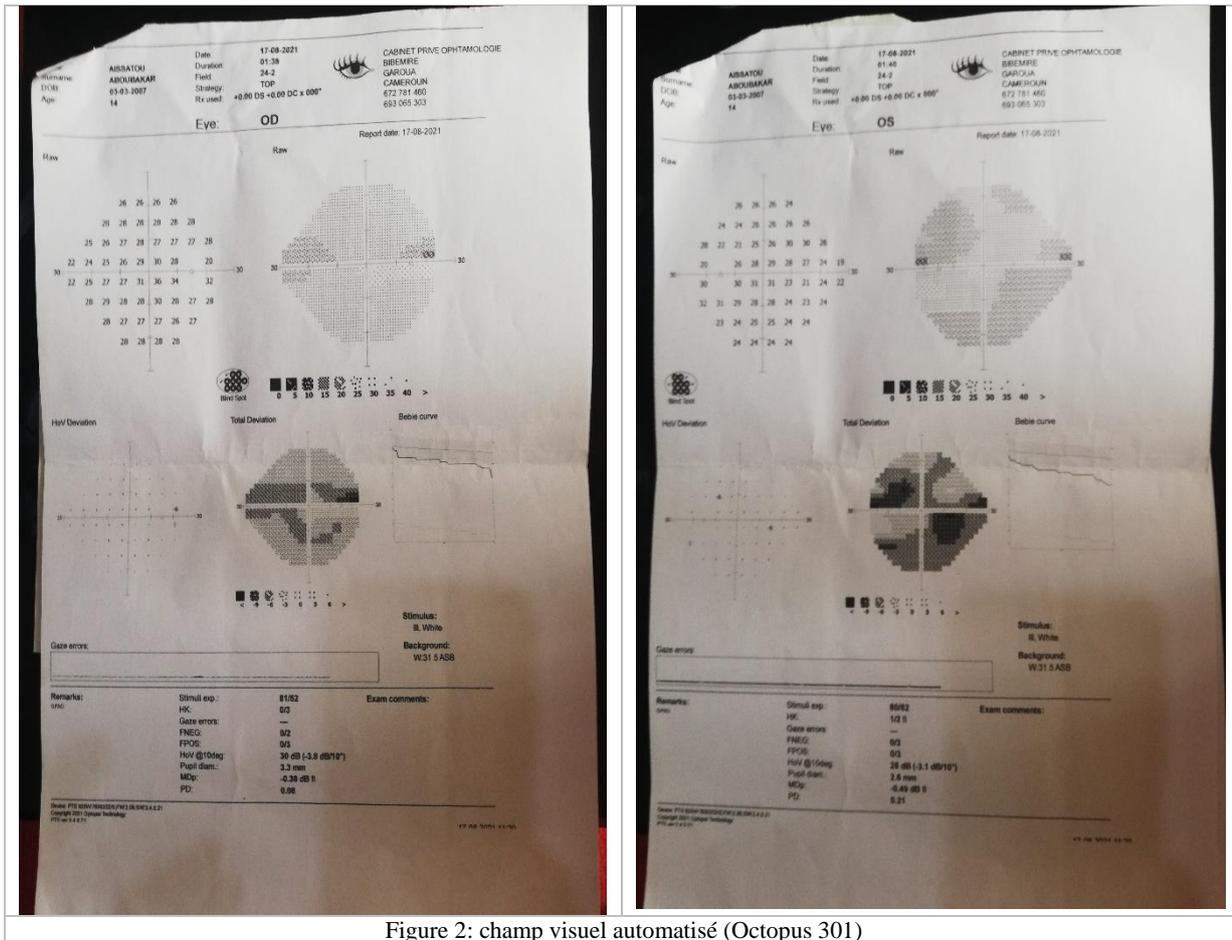


Figure 2: champ visuel automatisé (Octopus 301)