

Enucléation et éviscération de l'œil

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous allez subir une énucléation ou une éviscération de l'œil qui sera responsable d'un déficit de la cavité orbitaire. Votre ophtalmologiste vous propose l'opération, car la chirurgie constitue le seul moyen d'améliorer votre état.

Cette fiche contient l'information sur l'opération qui vous est proposée, sur ses résultats et sur ses risques.

Définitions

L'énucléation est l'ablation chirurgicale du globe oculaire.

L'éviscération est l'ablation chirurgicale du contenu du globe oculaire en conservant la sclère (enveloppe constituant le "le blanc de l'œil").

But de l'intervention : Le but de l'énucléation est de retirer l'œil lorsqu'il contient une lésion évolutive qui ne peut pas être traitée autrement, ou quand l'œil est non-voyant et en voie d'atrophie, source de douleurs et de modification esthétique, ou lorsqu'un œil traumatisé met en danger l'œil sain par ophtalmie sympathique.

L'éviscération (alternative à l'énucléation) peut être décidée si l'état de la sclère permet sa conservation, en l'absence de lésion évolutive intra-oculaire.

Les techniques : L'anesthésie la plus fréquente utilisée est l'anesthésie générale. Une anesthésie locale accompagnée d'une sédation, peut être envisagée en cas de contre-indication formelle à la première.

Lors de ces opérations, le volume du globe oculaire est remplacé par un implant intra-orbitaire dont la taille, proche de celle de l'œil normal, permet l'adaptation d'une prothèse oculaire. Cet implant permet l'adaptation d'une prothèse oculaire. Cet implant peut être une greffe prélevée sur le patient lors de la même opération (greffe dermo-graisseuse), ou être constitué d'un biomatériau inerte. Les muscles assurant les mouvements oculaires sont dans la majorité des cas fixés sur cet implant de manière à assurer sa mobilité. Pour assurer cette fixation, il est parfois nécessaire de prélever une greffe de tissu pour recouvrir l'implant.

Les tissus recouvrant l'œil (capsule de Tenon et conjonctive) sont suturés en avant de l'implant pour pouvoir placer un conformateur (petite coque en matière plastique) qui tient place de la future prothèse.

Si l'œil est le siège d'une lésion évolutive, il sera confié à un médecin anatomo-pathologiste qui l'analysera au microscope pour parvenir au diagnostic définitif et précis.

Les suites opératoires : Un œdème important des paupières et des douleurs sont classiques dans les 3 à 4 jours qui suivent l'opération. Des antalgiques sont habituellement prescrits. Des antibiotiques, par voie générale, peuvent être nécessaires en fonction de l'indication opératoire. L'instillation de collyre antibiotique et/ou anti-inflammatoire pendant plusieurs semaines est d'usage.

La mise en place de la prothèse s'effectue après cicatrisation totale, soit 2 à 4 semaines après l'intervention. Elle ne nécessite pas d'opération et est effectuée par un oculariste à son cabinet ou en milieu hospitalier. Elle n'est pas douloureuse. La première est provisoire. Quelques mois plus tard, la prothèse définitive est installée. Elle ne nécessite pas d'entretien particulier, doit être polie 2 fois par an, et changée tous les 6 ans.

Les résultats : Ils sont jugés à six mois et dépendent de nombreux paramètres dont le type d'opération, l'état du sac conjonctival et des paupières, qualité de la prothèse. Ils sont en général bons sur le plan esthétique. Certaines imperfections peuvent justifier des gestes chirurgicaux complémentaires.

Quelle que soit l'intervention pratiquée, une prothèse ne peut en aucun cas être aussi mobile qu'un œil en raison de sa rigidité.

Les complications : Les rares complications post-opératoires peuvent être précoces : hémorragie, hématome, infection, désunion de la cicatrice, expulsion de l'implant ; mais aussi tardives : déhiscence conjonctivale devant l'implant, atrophie de la graisse de l'orbite avec aspect d'œil creux, chute de la paupière supérieure ou inférieure, kystes, modification de l'état des culs-de-sac conjonctivaux pouvant justifier d'autres interventions chirurgicales.

Votre ophtalmologiste est disposé à répondre à toute question complémentaire que vous souhaiteriez lui poser.

Les dispositions réglementaires font obligation au médecin de prouver qu'il a fourni l'information au patient. Aussi vous demande-t-on de signer ce document dont le double est conservé par votre médecin.

Je soussigné reconnais que la nature de l'intervention, ainsi que ses risques, m'ont été expliqués en termes que j'ai compris, et qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées.

J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant et

- donne mon accord
- ne donne pas mon accord

Date et Signature

pour la réalisation de l'acte qui m'est proposé.

Ces fiches nationales ont été créées sous l'égide de la Société Française d'Ophtalmologie (SFO) et du Syndicat National des Ophtalmologistes de France (SNOF).

Fiche révisée en novembre 2009.

<http://www.sfo.asso.fr>