



SERVICE DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE

INFORMATION MEDICALE AVANT DECOMPRESSION ORBITAIRE

Cette fiche est un document remis aux patients avant une intervention chirurgicale, dans le but de fournir une information objective et compréhensible sur les risques liés à l'intervention (même s'ils sont exceptionnels) et les principales consignes post-opératoires.

Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions après lecture de cette fiche.

BUT DE L'INTERVENTION

Le but est de corriger l'exophtalmie (protrusion de l'œil). L'orbite est une cavité osseuse comprenant l'œil, les muscles oculo-moteurs, de la graisse et la glande lacrymale. Elle est inextensible. Pour faire reculer l'œil, il faudra soit augmenter le volume de l'orbite en retirant une ou des parois orbitaires, soit diminuer le volume en diminuant le contenu (ablation de graisse).

Cette intervention est le plus souvent réalisée dans un contexte d'orbitopathie dysthyroïdienne. La forme la plus fréquente est liée à la maladie de Basedow (hyperthyroïdie), une pathologie auto-immune. Les auto-anticorps sont responsables d'une infiltration de certains tissus de l'orbite : les muscles oculo-moteurs et la graisse. Cette infiltration augmente le volume de ces tissus ce qui peut entraîner une exophtalmie, c'est-à-dire un œil en protrusion. Elle cause également une fibrose au sein des muscles oculo-moteurs qui ne fonctionnent alors plus en bonne coordination entraînant une diplopie (vision double) voire un strabisme. L'exophtalmie et l'infiltration vont également être responsables de modifications dans la position et le fonctionnement des paupières.

Deux cas de figures peuvent entraîner une consultation en chirurgie maxillo-faciale pour envisager une chirurgie de décompression orbitaire :

- En urgence : il existe alors un risque pour la vision diagnostiqué par l'ophtalmologue. Ce risque est en lien avec une neuropathie optique (compression du nerf optique) ou des lésions sévères de la cornées. Les traitements médicaux entrepris n'ont pas permis de contrôler la pathologie. La chirurgie est alors réalisée rapidement malgré le contexte inflammatoire.

- Au stade de « séquelle » : la pathologie est contrôlée, il n'y a plus d'inflammation. La situation correspond alors à une cicatrice de la pathologie, si l'exophtalmie est gênante, une décompression orbitaire peut être envisagée.

Il n'est pas possible de tout corriger en une seule fois. Il y a 3 temps chirurgicaux à envisager :

1. La décompression orbitaire permet de corriger la position de l'œil en le faisant reculer. Il convient de réaliser cette intervention en premier

2. La chirurgie strabologique permet de corriger le strabisme et la diplopie (vision double). Il convient de réaliser cette intervention une fois la position du globe corrigée
3. La chirurgie palpébrale intervient en troisième position

DEROULEMENT DE L'INTERVENTION

L'orbite est une cavité osseuse inextensible. La paroi médiale (interne) sépare l'orbite des cellules ethmoïdales, des structures internes du nez. La paroi inférieure (plancher) sépare l'orbite du sinus maxillaire. La paroi latérale (externe) sépare l'orbite du muscle temporal (muscle masticateur). Le toit de l'orbite sépare l'orbite de la boîte crânienne.

Les deux orbites sont prises en charge simultanément, mais en raison de l'asymétrie, le geste effectué peut différer. La chirurgie est toujours réalisée sous anesthésie générale. Il existe plusieurs techniques de décompression orbitaire qui peuvent s'associer entre elles :

- La décompression osseuse cherche à augmenter le volume de l'orbite en retirant des parois osseuses, permettant de réduire l'exophtalmie
 - Décompression médiale : retrait de la paroi interne. Elle est pratiquée dans le service par un abord rétrocaronculaire, c'est-à-dire au coin de l'œil sans cicatrice de la peau.
 - Décompression latérale : retrait de la paroi externe. Elle est pratiquée dans le service par un abord cutané du canthus externe, elle est camouflée dans une ride naturelle de la peau.
 - Décompression inférieure : retrait du plancher orbitaire. Elle est plus rarement réalisée dans le service. Elle nécessite un abord à la face conjonctivale (interne) de la paupière inférieure, sans cicatrice de la peau.
- La décompression graisseuse ou lipectomie cherche à diminuer le volume du contenu orbitaire, permettant de réduire l'exophtalmie. Elle est pratiquée dans le service par un abord à la face conjonctivale (interne) de la paupière inférieure, sans cicatrice de la peau.

Le choix entre ces techniques dépend du degré d'exophtalmie, du volume des muscles et de la graisse, de l'anatomie de chacun.

SUITES OPERATOIRES HABITUELLES ET SOINS POST-OPERATOIRES

Les suites sont différentes pour chacun, elles dépendent de nombreux éléments qui seront évalués lors de la consultation.

Les **suites postopératoires** habituelles sont :

- L'œdème : gonflement des paupières, résolutif progressivement
- Des ecchymoses péri-orbitaires (cocard) non systématiques
- Des douleurs modérées
- Une légère limitation de l'ouverture de la bouche transitoire en cas de chirurgie de la paroi latérale
- Des épistaxis (saignements de nez) en cas de chirurgie de la paroi interne
- Une diplopie (vision double) le plus souvent transitoire. Toutefois, cette vision double peut persister voire s'accompagner d'un strabisme en raison de la

fibrose musculaire dans le cas d'une orbitopathie et nécessiter une chirurgie strabologique

Les **soins postopératoires** à respecter sont les suivants :

- Lavage des yeux
- Application de pommade le matin et le soir sur les yeux et les cicatrices
- Lavage de nez au sérum physiologique. Eviter de se moucher pendant 1 mois.
- Utilisation de poches de glace ou de masques réfrigérants
- Les points sur la peau s'ils sont présents seront à retirer.

PRECAUTIONS A RESPECTER

- Il faut absolument **ARRETER DEFINITIVEMENT LE TABAC**, facteur de risque majeur de récurrence et de mauvaise évolution de la pathologie
- appliquer une vessie de glace sur les joues les 72 heures suivant l'intervention.
- pendant les premiers jours, l'alimentation doit être molle

RISQUES

***Toute intervention, même bien conduite, recèle un risque de complications.
En cas de complications, vous ne devez pas hésiter à prendre contact avec une infirmière du service de chirurgie maxillo-faciale au 05.56.79.54.69, qui fera le lien avec l'équipe chirurgicale si nécessaire.
En cas d'urgence grave, contactez le 15.***

Il peut s'agir de **complications rares** :

- hématomes et saignements persistants
- cellulite : inflammation ou infections des tissus mous de la face, entraînant un œdème facial persistant, des douleurs plus ou moins importantes et / ou de la fièvre.
- diminution de la sensibilité de la joue, du nez et de la lèvre en cas de chirurgie de la paroi inférieure (plancher) qui peuvent persister
- vision double (diplopie) voire strabisme persistant pouvant nécessiter une chirurgie strabologique secondaire

Ou de **complications exceptionnelles** :

- Lésion de l'œil ou du nerf optique avec perte de la vision

Je certifie avoir été informé de l'intervention chirurgicale qui m'a été proposée par :
Le Docteur

Date :/...../.....
Signature

Nom et prénom du patient