

Lacorhinostomie : chirurgie lacrymale de dérivation pour larmoiement

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous êtes atteint d'un larmoiement gênant. Votre ophtalmologiste vous propose l'opération car la chirurgie constitue le seul moyen d'améliorer votre état.

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

Pour quel patient faut-il faire l'opération ?

La lacorhinostomie est une intervention portant sur les voies lacrymales.

Elle s'adresse aux patients qui n'ont plus de canalicules lacrymaux (accidents, brûlures, maladie de la peau et des muqueuses, herpès oculaire...) ou dans les suites de certaines paralysies faciales.

La lacorhinostomie est indiquée dans les larmoiements gênants lorsqu' aucune autre opération classique (intubation, dacryocystorhinostomie...) n'est possible.

Il est souvent préférable d'attendre l'âge adulte.

Comment se pratique l'opération ?

Technique : L'intervention consiste à obtenir un drainage des larmes dans la fosse nasale en court-circuitant la voie normale d'élimination des larmes.

Elle consiste à réaliser une communication entre l'angle interne de l'œil et les fosses nasales.

Une incision de 10 à 15 millimètres au coin de l'œil est parfois nécessaire.

L'ouverture peut emprunter soit le canal osseux naturel soit un néo canal qui sera creusé dans l'os maxillaire.

Pour maintenir cet orifice ouvert et fonctionnel, on va placer dedans un tube de drainage qui partira du coin de l'œil jusque dans la fosse nasale. Le tube peut être en verre ou en plastique.

Ce tube doit rester à demeure.

Les éventuels fils de suture seront retirés vers le 8^e jour suivant l'intervention.

L'anesthésie : L'intervention peut se faire sous anesthésie générale ou locale (injection dans l'angle interne des paupières) avec potentialisation par l'anesthésiste.

Résultats : Il s'agit d'une intervention de la dernière chance pour restaurer l'évacuation des larmes.

Les larmes sont mieux évacuées lorsque le patient fait une inspiration un peu profonde.

Le pronostic durable est bon moyennant un entretien régulier. Il faut parfois nettoyer le tube pour le débarrasser des concrétions calcaires qui peuvent se déposer sur la collerette du tube au bout de quelques années. Ceci se fait au bloc opératoire sous anesthésie locale le plus souvent.

Conseils aux patients porteurs d'un tube : La toilette matinale quotidienne du tube (« splash and snif ») est nécessaire, à vie, par instillation de sérum physiologique dans l'œil, suivie d'une inspiration profonde tout en maintenant le nez et la bouche fermés : les sécrétions conjonctivales accumulées pendant la nuit sont ainsi évacuées avec le sérum dans le nez et le tube est lavé dans le même temps.

Il faudra penser à fermer l'œil lors du mouchage ou lors des éternuements pour limiter le risque d'expulsion du tube.

Au moment d'un rhume, le « splash and snif » peut devoir être réalisé plusieurs fois au cours de la journée pour éviter que les sécrétions nasales ne s'accumulent sur l'extrémité du tube dans le nez.

En cas d'expulsion du tube, le patient doit consulter son ophtalmologiste en urgence pour sa remise en place au bloc opératoire.

Complications possible :

Précoces : Un saignement post-opératoire minime par la narine peut se produire pendant les 24 premières heures. Il peut aussi survenir entre le 5^{ème} et le 10^{ème} jour post-opératoire de façon modérée, plus rarement abondante nécessitant alors un méchage nasal. Comme toute intervention portant sur les voies lacrymales un hématome post-opératoire transitoire de quelques jours est habituel au niveau de la région interne de l'œil.

Tardives : Lors du mouchage il peut se produire la sensation désagréable d'air sortant du tube vers le globe oculaire. Le tube de lacorhinostomie peut exceptionnellement entraîner une irritation du globe oculaire. Elle nécessite son ablation ou son repositionnement. L'expulsion ou la migration du tube vers le nez peuvent se compliquer de cicatrisation de l'orifice chirurgical annulant le bénéfice de celle ci ou imposant une réintervention. Les infections et les bourgeonnements tissulaires autour du tube sont rares. D'autres risques sont très rares : cicatrice cutanée inesthétique, ostéite, sinusite frontale ou maxillaire, blessure ou fibrose des muscles oculomoteurs avec vision double, rhinorrhées cérébro-spinales...

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>