

Mélanome : iridocyclectomie

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous êtes atteint d'un mélanome du corps ciliaire ou iridociliaire responsable des symptômes que vous ressentez ou qui ont été découverts par votre ophtalmologiste. Celui-ci vous propose de réaliser une intervention: l'iridocyclectomie, car il s'agit d'une tumeur maligne, agressive, cancéreuse dont l'évolution risque de menacer non seulement la fonction de l'œil, mais aussi votre vie.

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

L'iridocyclectomie

Elle correspond à l'ablation chirurgicale de la tumeur située à cheval sur l'iris et le corps ciliaire, et représente un geste chirurgical majeur.

Pourquoi opérer le mélanome malin ciliaire ou iridociliaire ?

Parce que le mélanome ciliaire ou iridociliaire est une tumeur maligne de la couche pigmentée profonde de l'œil (iris et corps ciliaire) qui peut entraîner un envahissement de l'œil, une extériorisation en dehors du globe oculaire, et même des tumeurs à distance avec une atteinte préférentielle du foie (métastases). Cette tumeur peut s'explorer localement par l'échographie et l'angiographie. Les explorations générales sont faites pour éliminer d'éventuelles localisations secondaires (= métastases) de la tumeur, avec principalement 2 examens : l'échographie hépatique et la radiographie de thorax.

L'opération d'iridocyclectomie : Elle est réalisée alors que le patient est allongé sur le dos, en milieu chirurgical stérile, si nécessaire sous microscope. Elle représente un geste chirurgical majeur car elle consiste à réséquer la tumeur du corps ciliaire et de l'iris.

Après un déshabillage de l'œil de la conjonctive (muqueuse transparente recouvrant l'œil), la paroi oculaire (cornée en avant et sclère en arrière) est sectionnée pour obtenir un volet de sclère en face de la tumeur. Puis la résection est faite enlevant la tumeur et le tissu voisin d'un seul bloc et l'envoyant en anatomie pathologique pour une identification du tissu tumoral. Après repose du volet reconstituant la paroi de l'œil et la conjonctive, l'œil est fermé par un pansement. L'iris a été enlevé sur un secteur ce qui donne une pupille déformée en trou de serrure. Il est ou il n'est pas possible selon les cas de reconstruire en partie la pupille

Hospitalisation : Une immobilisation minimale de quelques heures est nécessaire. Le mode d'hospitalisation adapté à votre cas vous sera proposé par votre ophtalmologiste en accord avec l'anesthésiste.

Anesthésie : L'œil peut être insensibilisé par des injections de voisinage. Une anesthésie générale est également possible. Le choix résulte de l'avis de votre ophtalmologiste et de celui du médecin anesthésiste. Il prend en compte, si possible, votre souhait.

Incidents ou difficultés peropératoires : Ils sont rares et imprévisibles.

Il s'agit de :

- Hémorragie : toujours possible, rarement majeure peropératoire, elle peut entraîner jusqu'à la perte de l'œil.
- Issue de vitré (gel transparent occupant la cavité de l'œil) : véritable hernie de ce corps gélatineux avec un risque de décollement de la rétine.

Évolution postopératoire habituelle : Dans la très grande majorité des cas, l'œil est souvent inflammatoire, masqué par l'œdème palpébral, légèrement rouge et un peu sensible, mettant un certain temps pour récupérer. La vision souvent réduite peut récupérer mais parfois incomplètement. Un traitement complémentaire par irradiation peut être éventuellement envisagé en fonction des résultats de l'histologie.

La présence d'autres lésions de l'œil peut limiter la récupération visuelle.

Les soins locaux sont réduits à l'instillation de gouttes, à l'application d'une pommade et au port d'une protection selon des modalités et durant une période qui vous seront précisées par votre chirurgien. Il est parfois nécessaire de procéder à l'ablation de fils de suture.

L'activité professionnelle, l'utilisation de machines ou d'instruments dangereux, la conduite automobile sont déconseillées pendant une période limitée qui sera définie par votre ophtalmologiste.

Les complications de l'opération d'iridocyclectomie : Bien qu'elle soit standardisée, l'opération d'iridocyclectomie n'échappe pas à la règle générale selon laquelle il n'existe pas de chirurgie sans risque. Il n'est donc pas possible à votre ophtalmologiste de garantir formellement le succès de l'intervention.

Les complications sévères de l'opération d'iridocyclectomie sont très rares. Elles peuvent nécessiter une réintervention et aboutir, dans les cas les plus extrêmes, à la perte de la vision, voire à la perte de l'œil lui-même.

Il s'agit de :

- Hémorragie : modérée et postopératoire immédiate, elle se résorbe habituellement.
- Infection : toujours possible, elle est prévenue par les précautions d'asepsie.
- Décollement de rétine : possible, justifie la surveillance postopératoire, et éventuellement un traitement spécifique.

D'autres complications sont moins sévères, comme :

- La gêne à la lumière (photophobie) : volontiers rapportée et liée à la disparition partielle de l'iris, elle peut souvent être compensée par une lentille de contact.
- Cataracte : comme toute intervention importante sur la partie antérieure de l'œil.
- Hypotonie : rare, mais peut se voir par défaut d'étanchéité, rarement durable.

Le suivi des patients opérés d'iridocyclectomie : Un suivi périodique régulier et prolongé est indispensable, permettant d'apprécier l'état de l'œil et de la cicatrice, tant par l'examen ophtalmologique que par les examens complémentaires locaux et généraux. La récurrence locale est possible et peut être dépistée par la surveillance. Métastase et décès peuvent survenir du fait de la nature même de la tumeur et ce malgré un traitement bien conduit.

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

Date et Signature

- donne mon accord
- ne donne pas mon accord

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>