

Mélanome : énucléation

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

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

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

L'énucléation

Elle correspond à l'ablation chirurgicale de l'œil contenant la tumeur. Elle est proposée lorsqu'aucun autre moyen thérapeutique ne permet de conserver l'œil dans des conditions raisonnables.

Pourquoi énucléer un œil porteur d'un mélanome ?

Parce que le mélanome choroïdien, du corps ciliaire ou cilio-choroïdien est une tumeur maligne faite d'une masse de cellules provenant de la couche pigmentée profonde de l'œil qui peut entraîner son envahissement, voire l'extériorisation hors de l'œil. Elle peut même donner des tumeurs secondaires dans l'organisme avec une atteinte préférentielle du foie (métastases). Elle peut s'explorer localement par échographie, angiographie, et une IRM et/ou un scanner cérébral et orbitaire lorsque la tumeur est au contact du nerf optique. Les explorations générales pour éliminer d'éventuelles localisations secondaires comportent une radiographie de thorax et une échographie du foie.

L'opération d'énucléation : Elle est réalisée alors que le patient est installé sur le dos, en milieu chirurgical stérile sous anesthésie générale. Le globe est déshabillé de son enveloppe conjonctivale (muqueuse transparente qui recouvre l'œil) puis séparé de ses attaches musculaires et enlevé enfin par section du nerf optique. Il faut une coagulation satisfaisante chez le patient, et arrêter au préalable tous les anticoagulants. L'œil est ensuite confié au laboratoire pour une étude anatomopathologique (étude au microscope de l'œil atteint de la tumeur). La reconstruction se fait par un implant en matériau biocompatible suturé aux muscles, suivi d'une fermeture conjonctivale puis de la pose d'une lentille en plastique perforé et transparent appelé conformateur.

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

Incidents : Ils sont rares.

Il s'agit surtout de :

- Hémorragie : elle est toujours contrôlée si l'hémostase est bonne,
- une ecchymose ou d'un hématome postopératoires sont possibles.

Ils sont régressifs.

Evolution post-opératoire habituelle : Dans la très grande majorité des cas, le lendemain de l'intervention, la région péri-oculaire voire l'hémiface du côté opéré est gonflée par un œdème palpébral et est souvent douloureuse pendant quelques jours.

L'équipement par une prothèse reproduisant l'apparence de l'œil est possible environ un mois après l'intervention. La motilité de la prothèse est variable selon la technique utilisée. Le résultat esthétique est satisfaisant dans presque tous les cas, sous réserve d'un creux sus-palpébral.

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. Des médicaments contre l'inflammation et la douleur peuvent s'y ajouter.

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

Les complications de l'opération d'énucléation : Bien qu'elle soit parfaitement standardisée, l'opération d'énucléation 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. Exceptionnellement on peut voir une cellulite orbitaire, voire une méningite.

D'autres complications sont moins sévères, comme :

- Perte du conformateur : n'est pas grave, il peut être remis en place après un bon lavage à l'eau et au savon.
- Ecchymose et Hématome : résorption spontanée.
- Expulsion : précoce ou tardive, elle touche l'implant mis en place dans l'orbite.
- Érosion conjonctivale : se produisant en avant de l'implant et l'exposant en général sans – gravité.
- Ptosis : chute de la paupière supérieure en postopératoire avec asymétrie du regard.

Suivi post-opératoire : Un suivi local, périodique et prolongé, est effectué régulièrement. Des échographies hépatiques et des radiographies pulmonaires sont régulièrement effectuées. Une radiothérapie complémentaire est appliquée en cas d'extériorisation de la tumeur démontrée en postopératoire par l'examen anatomopathologique de l'œil.

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>