



Compte-rendu du
Dr Romain MOUCHEL
(Lyon)

CONFÉRENCE INVITÉE

Less pain more gain – changing approaches to orbital surgery

D'après le Dr Geoffrey ROSE (London, UK)

Historique

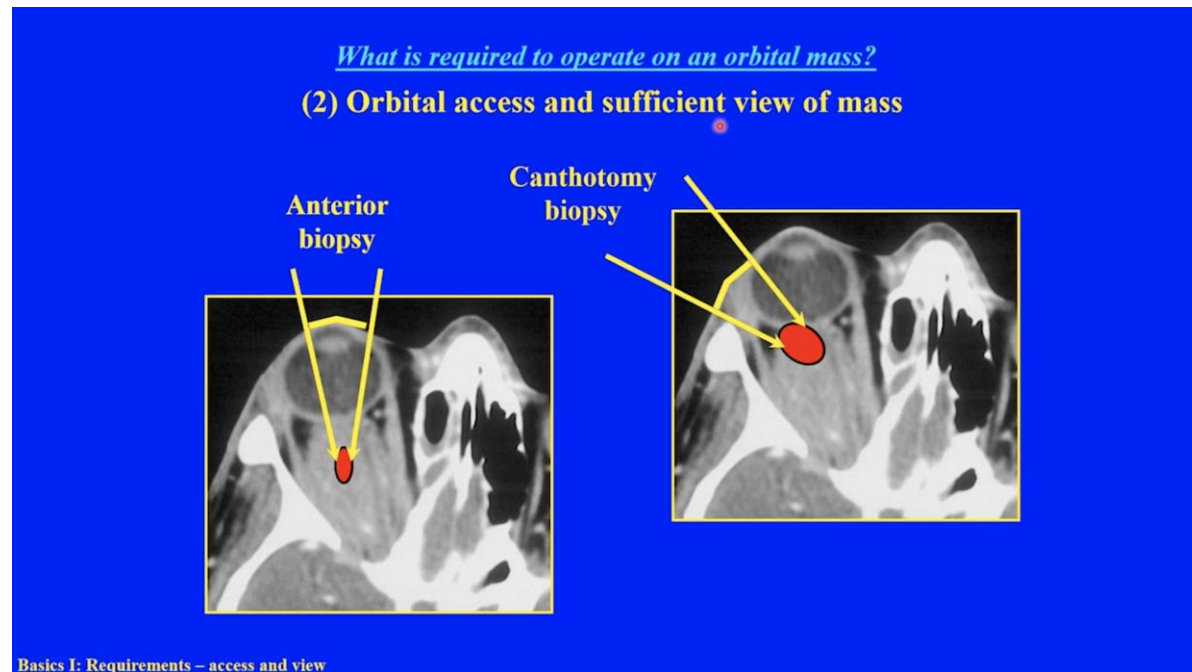
- Dans les années 1970, la chirurgie orbitaire était réalisée par les neurochirurgiens et entraînée irrémédiablement une incision bi coronale
- Cette approche, invasive, favorisée des cicatrices larges et disgracieuses et une co-morbidité importante
- Une approche moins invasive a été proposée par les chirurgiens ophtalmologistes pour une même efficacité grâce à une meilleure connaissance et une meilleure imagerie de l'orbite et des pathologies associées

Différentes problématiques

- ***What is required to operate on an orbital mass ?***

Connaître la nature et l'extension de la masse, avec une radiographie, une TDM orbitaire ou une IRM orbitaire

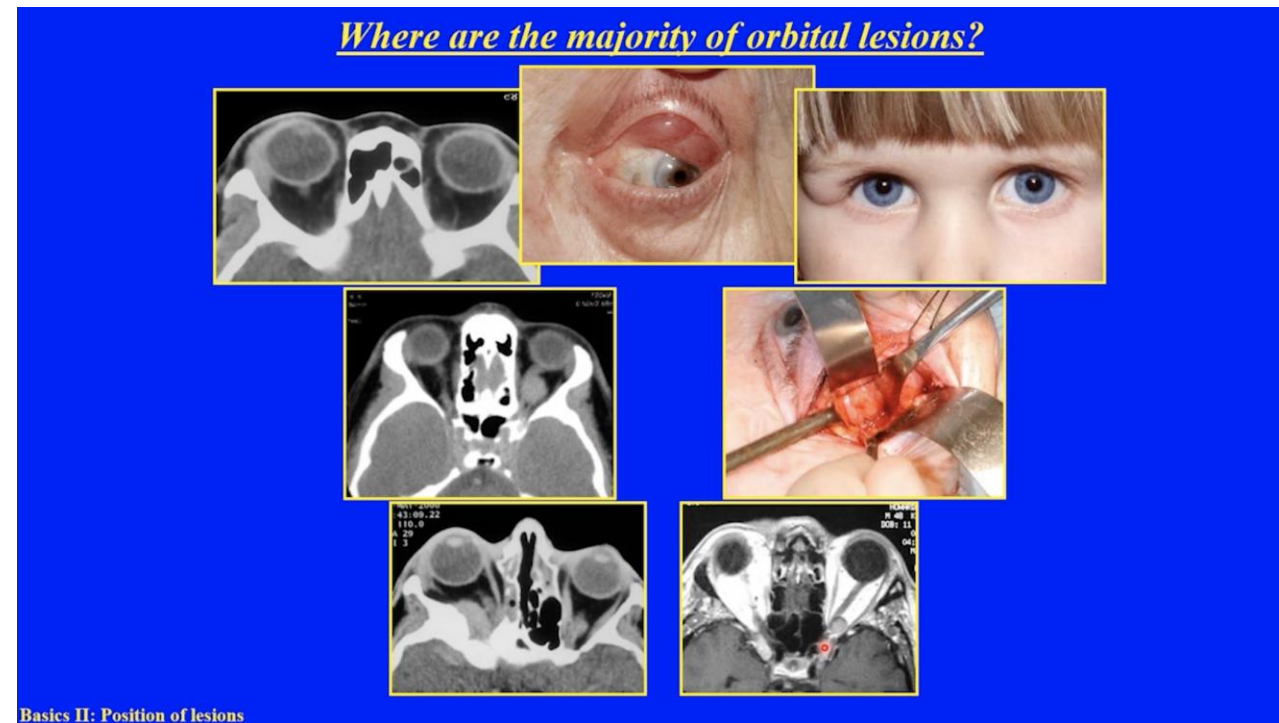
Connaître la position normale des structures de l'orbite pour définir l'accès : approche antérieure ou approche par canthotomie



Différentes problématiques

- ***What are the majority of orbital lesions ?***

Localisation la plus fréquente : position antérieure

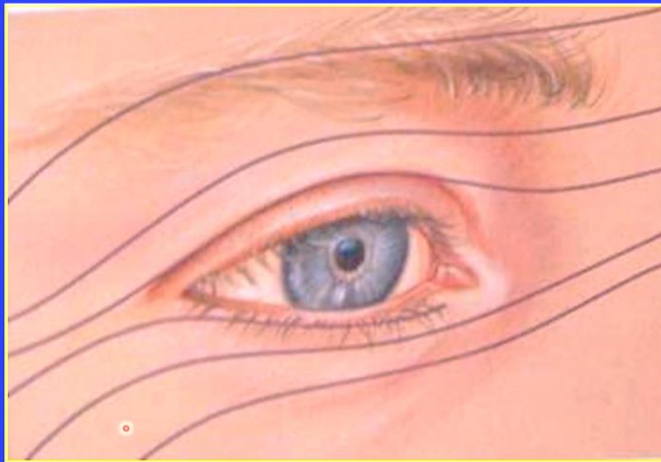


Différentes problématiques

- ***Where are the lines of relaxed skin tension around the orbit ?***

Les différentes approches sont : upper lid skin, lateral canthotomy and lower lid swinging flap, lower lid subciliary approach

Les approches à proscrire : bicoronal flap, lid-split orbitotomy



Basics III: Lines of relaxed skin tension

From: Rootman, Stewart & Goldberg
Orbital Surgery: A conceptual approach

Incisions that should be abandoned



Basics III: Incisions to be abandoned

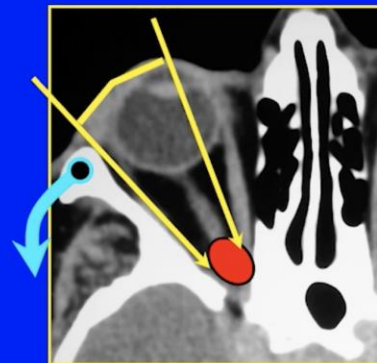
Différentes problématiques

- *Is it necessary – or desirable – to remove bone for surgery within the orbit ?*

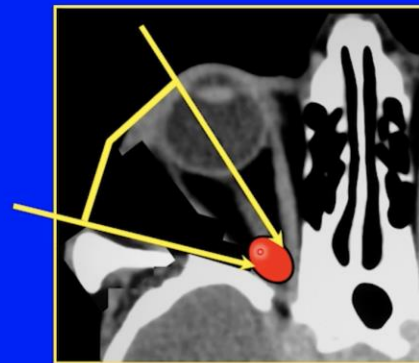
Pourquoi enlever l'os : à cause de la maladie ou pour un meilleur accès à l'orbite

So why would one mobilise bone for orbital access?

To reduce obliquity of observation and restriction of field



Upper or lower lid incision



Lateral osteotomy

Basics IV: Why mobilise bone?

Différentes problématiques

- ***Is it necessary – or desirable – to remove bone for surgery within the orbit ?***

Non systématique car la plupart des tumeurs, même si extension vers l'apex, peuvent être retirées par une approche non invasive



Différentes problématiques

- ***Why avoid bone remove ?***

Morbidité plus importante : cicatrice plus large, temps d'hospitalisation plus long, post opératoire plus douloureux

Complications liées à la mobilisation des os : risque de nécrose, d'infection ou de malposition de l'os mobilisé

Risque de propagation d'une tumeur à l'os, surtout chez l'enfant



Basics V: Why avoid bone removal?

Les approches modernes

- *Upper lid skin*



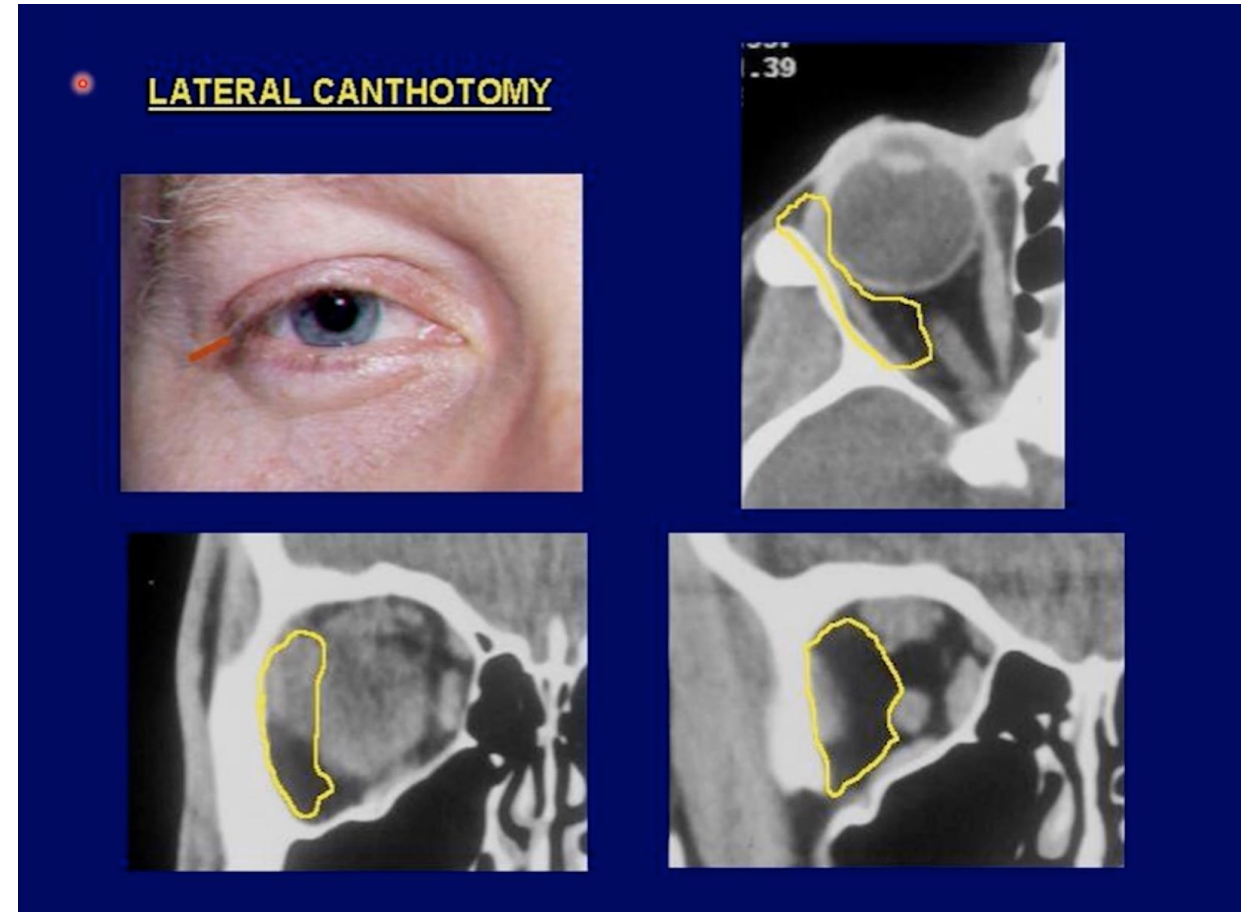
Les approches modernes

- ***Lateral canthotomy***

Incision dans un pli cutané

Bonne approche des lésions latérales : biopsie d'une masse, graisse latérale, glande lacrymale, nerf optique

Utile chez l'enfant ++



Les approches modernes

- **Lower lid swinding flap**

The **workhorse** of orbital surgery



Les approches modernes

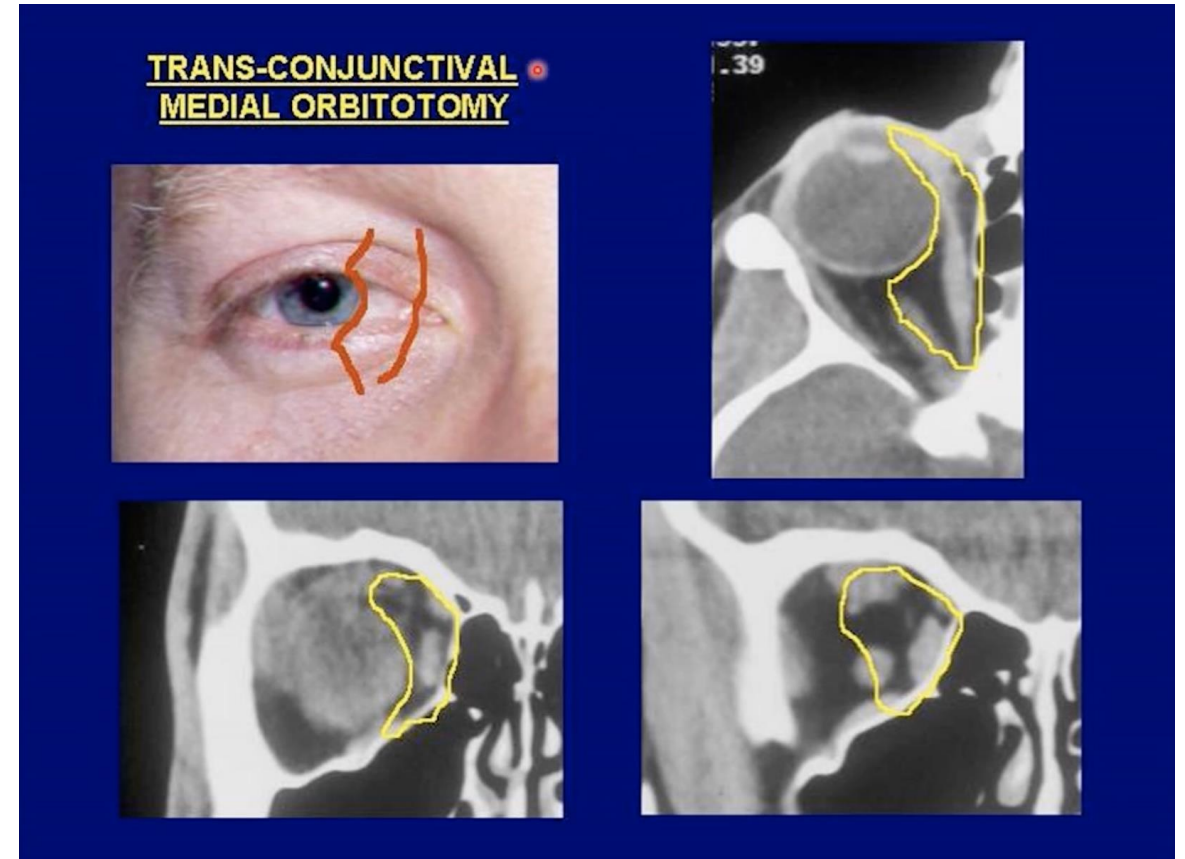
- ***Transconjunctival medial orbitotomy***

Accès rapide, pas incision cutanée

Aspect esthétique excellent et peu de complication

Bonne accès pour les lésions médiales

Mais accès plus limité au nerf optique et aux lésions intra coniques



Les approches modernes

- ***Latreral orbitotomy***



Conclusion

Changing trends in modern orbital surgery

Contemporary surgical incisions respect skin-folds; all direct and unnecessary transcranial approaches should be abandoned

Mobility of periorbital skin allows access from "hidden" incisions

Minimal suturing, as contemporary incisions fall in Langer's lines

Conjunctival routes provide rapid access, especially medially through the retrocaruncular incision

Lateral canthotomy gives excellent access without disrupting lid stability

The "high" lower lid swinging flap provides excellent hidden access to the orbital floor and medial wall

The "low" lower lid swinging flap provides good intraconal access

Lateral orbitotomy is required relatively rarely- with lower morbidity