

Fiche d'information sur l'exentération orbitaire

Fiche d'information n° 38

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous présentez une pathologie de l'orbite pour laquelle votre ophtalmologiste vous propose une prise en charge consistant en une **exentération orbitaire**.

Cette fiche contient des informations sur l'intervention qui vous est proposée.

Pourquoi réaliser cette intervention ? L'exentération orbitaire est généralement pratiquée pour le traitement de tumeurs envahissant l'orbite. Il peut s'agir de tumeurs provenant de l'orbite elle-même ou plus fréquemment des structures avoisinantes, principalement les paupières, la conjonctive, l'œil ou les sinus. Les tumeurs palpébrales envahissant l'orbite représentent la première cause d'exentération orbitaire. Dans de rares cas, l'exentération orbitaire peut être pratiquée pour traiter une infection orbitaire résistante au traitement anti infectieux ou pour prendre en charge des douleurs chroniques pharmacorésistantes.

Description de l'intervention : l'exentération orbitaire consiste à retirer l'ensemble du contenu orbitaire (œil, muscles de l'œil, nerf optique, graisse orbitaire). Il s'agit d'une chirurgie mutilante mais dont les techniques de reconstruction et de réhabilitation par prothèse faciale se sont considérablement améliorées ces dernières années. L'exentération orbitaire est réalisée sous anesthésie générale et peut parfois nécessiter la participation d'autres chirurgiens (chirurgiens cervico-faciaux, ORL, chirurgies plasticiens). On distingue :

- L'exentération conservatrice des paupières : l'ensemble du contenu orbitaire est retiré hormis la peau des paupières qui est conservée (sans les cils) et qui permet la fermeture de la cavité.
- L'exentération totale : elle consiste à retirer l'ensemble du contenu orbitaire ainsi que la peau des paupières.
- L'exentération élargie : elle consiste à retirer en plus du contenu orbitaire, une paroi osseuse ou un sinus adjacent. Cette technique est réservée aux tumeurs s'étendant en dehors de l'orbite.
- Dans certains cas, des gestes associés peuvent être pratiqués dans le même temps opératoire (curage ganglionnaire)

La durée d'hospitalisation dépend du type de chirurgie pratiquée et de sa reconstruction.

Reconstruction orbitaire : la reconstruction orbitaire est réalisée généralement dans le même temps opératoire. La technique utilisée dépend du type d'intervention réalisée. Plusieurs techniques ont été décrites : cicatrisation dirigée, greffe de peau fine, matrice de derme artificiel, lambeau régionaux (aponévrose temporale superficielle, muscle temporal, muscle frontal, lambeau cervico-facial) voire lambeaux libres. La cicatrisation de la cavité peut prendre plusieurs semaines à plusieurs mois. La cicatrisation est souvent plus longue en cas de radiothérapie orbitaire post-opératoire.

Soins post-opératoires : ils sont pratiqués par des infirmiers. Les soins infirmiers sont généralement indolores. Les soins peuvent être prolongés plusieurs semaines à plusieurs mois jusqu'à cicatrisation de la cavité orbitaire.

Réhabilitation cosmétique : la confection d'une épithèse (prothèse faciale) sera réalisée par un épithésiste une fois la cicatrisation de la cavité orbitaire obtenue. L'épithèse peut être collée (à la peau ou à la face postérieure de lunettes) ou retenue par des aimants. L'utilisation d'aimants permet d'éviter l'irritation occasionnée par la colle, mais nécessite la pose d'implants osseux au niveau du cadre orbitaire (intervention réalisée généralement en 2 temps). Dans un tiers des cas, les patients préfèrent ne pas porter d'épithèse et garder un pansement oculaire.

Complications opératoires : elles sont exceptionnelles (hémorragie, fuite le liquide céphalorachidien) et traitées pendant l'intervention.

Complications post opératoires :

- Retard de cicatrisation : la durée de cicatrisation dépend du type d'intervention et surtout du type de reconstruction. La cicatrisation peut être rallongée en cas de nécrose de la greffe et/ou du lambeau utilisé ou en cas de radiothérapie orbitaire pré ou post-opératoire.
- Hypoesthésie frontale du côté opéré : l'exentération consiste à retirer l'ensemble du contenu orbitaire, y compris les nerfs supra orbitaires et supra trochléaires responsable de la sensibilité cutanée du front.
- Fistule orbito-sinusienne : une communication entre l'orbite et les sinus, notamment le sinus ethmoidal est fréquent en raison de la finesse de l'os. Aucun traitement n'est généralement requis.
- Certaines complications sont spécifiques de la technique de reconstruction utilisée (creux temporal en cas de lambeau temporal...)
- Douleurs post opératoires : elles sont exceptionnelles et peuvent être en rapport avec une douleur neuropathique (d'origine nerveuse) ou avec un syndrome de l'œil fantôme (identique au syndrome du membre fantôme). Ces douleurs sont généralement régressives dans le temps.

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.

