Oculoplastie

DR SAMUEL MULLER

FICHE D'INFORMATION

Société Française d'Ophtalmologie

CMF L'UNION chirurgie de la face

Lacorhinostomie : dérivation pour larmoiement

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

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

Cette fiche contient une information détailléee 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, brdlures, maladie de la peau et des muqueuses, herpés oculaire...) ou dans les suites de certaines paralysies faciales.

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

Il souvent préférable d'attendre lage adulte.

Comment se pratique lopération ?

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

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

Une incision de 10 a 15 millimétres au coin de |'ceil est parfois nécessaire.

L'ouverture peut emprunter soit-le canal osseux naturel soit un néo canal qui sera creusé dans |'os maxillaire,

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

Ce tube doit resterà demeure.

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

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

Résultats : Il s'agit d'une intervention de la derniére 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, 4 vie, par instillation de sérum physiologique dans I'cail, 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 méme temps. 7
Il faudra penser a fermer l'oail lors dy mouchage ou lors des éternuements pour limiter le risque d'expulsion

du tube.

Au moment d'un rhume, le « spash and snif » peut devoir étre 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 premiéres heures. Il peut aussi survenir entre le 5éme° et le 10éme 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'oeil.

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 entrainer 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 lorifice chirurgical annulant le bénéfice de celle ci ou imposant une reintervention. Les infections et les bourgeonnements tissulaires autour du tube sont rares. D'autres risques sont tres rares : cicatrice cutanée inesthétique, ostéite, sinusite frontale ou maxillaire, blessure ou fibrose des muscles oculomoteurs avec vision double, rhinorrhées cérébro-spinales...

Votre chirurgien est disposé a répondre a 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 Mr/Mme ..... reconnais que la nature de lintervention, ainsi que ses risques, m'ont été expliqués en termes que j'ai compris, et qu'il a été répondu de

facçn satisfaisante a toutes les questions que j'ai posées.

J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant pour doner mon accord pour la réalisation de l'acte qui m'est proposé.

Date et Signature

Ces fiches nationales ont été créées sous l'égide de la Société Francaise d'Ophtalmotogie (SFO) et du Syndicat National des Ophtalmologistes de France (SNOF).

Fiche révisée en novembre 2009.

htto:/Awww.sfo.asso.fr