

CHAPITRE 10

ÉVISCÉRATION, ÉNUCLÉATION ET EXENTÉRATION

Ce chapitre décrit trois interventions : l'éviscération, qui vide le globe oculaire de son contenu ; l'énucléation, qui vide l'orbite du globe oculaire ; et l'exentération, qui est l'exérèse en bloc de tout le contenu orbitaire. Chacune de ces opérations a ses indications spécifiques, qu'il faut bien comprendre. Dans beaucoup de civilisations, l'énucléation, même d'un œil aveugle, est mal vécue. On accepte mieux une intervention de ce type si l'œil est très douloureux ou s'il défigure beaucoup le sujet. Par contre, si l'œil paraît esthétiquement normal, le patient et sa famille peuvent avoir beaucoup de mal à accepter l'opération. Pour cette raison, lorsqu'on propose ces interventions, il faut faire preuve de tact, de compassion et de patience.

ÉNUCLÉATION ET ÉVISCÉRATION

Il existe plusieurs motivations pour proposer l'indication de cette chirurgie mutilante :

1. **Tumeur maligne endoculaire.** Dans le cas d'une tumeur maligne ou d'une tumeur très suspecte de l'être, il ne faut pas réaliser une éviscération mais une énucléation, pour enlever en bloc tout le globe oculaire. Les deux principales tumeurs endoculaires pour lesquelles il faut poser l'indication d'une énucléation sont le rétinoblastome et le mélanome.

Le rétinoblastome est une tumeur assez courante du très jeune enfant. Au début, son développement se limite au globe oculaire. L'énucléation doit être réalisée à ce stade et sauvera probablement la vie de l'enfant. Il est essentiel de ne pas attendre et de ne pas repousser la date de l'intervention. Si un enfant de moins de 6 ans a un œil aveugle et s'il n'est pas possible d'éliminer la suspicion d'une tumeur maligne, il est préférable d'enlever cet œil. Il faut toujours également examiner très attentivement l'œil adelphe sous anesthésie générale. On pourrait y découvrir un rétinoblastome à un stade précoce encore curable et sauver cet œil.

Le rétinoblastome essaime le long du nerf optique en direction de l'encéphale. Il essaime aussi ses métastases ailleurs dans le corps et franchit la sclère pour envahir l'orbite. Quand apparaît un proptosis, le pronostic est presque toujours fatal dans un délai assez court, à moins que le patient n'ait accès à un

traitement de pointe de radiothérapie ou de chimiothérapie. La plupart des praticiens pensent qu'il n'y a pas lieu de réaliser une chirurgie héroïque ou mutilante chez un petit enfant dont le pronostic vital est limité.

Le mélanome de la choroïde est la première cause de tumeur primitive de l'œil adulte. Elle est rare chez les sujets mélanodermes. Simultanément à sa croissance endoculaire, la tumeur peut métastaser au foie par voie sanguine. Assez rarement, elle peut envahir directement l'orbite. Une énucléation n'éliminera pas le risque d'une métastase à distance. Si on est en présence d'une suspicion de mélanome dans un œil qui a encore une acuité visuelle, il est préférable de ne pas y toucher et d'adresser le patient à un oncologue. Toutefois, en présence d'une suspicion de tumeur endoculaire dans un œil aveugle, la plupart des praticiens posent l'indication d'une énucléation.

Les tumeurs secondaires de la choroïde peuvent être des métastases d'une tumeur primitive d'un autre organe. Elles sont habituellement multiples. Leur origine est le plus souvent une tumeur du sein, de la prostate ou du poumon. La chirurgie ne joue aucun rôle dans leur traitement.

Dans les centres où des thérapeutiques de pointe peuvent être proposées, il est possible de sauver un œil porteur d'un rétinoblastome ou d'un mélanome à son stade de début, quand la vision n'est pas encore affectée. La tumeur peut faire l'objet d'une chimiothérapie, d'une radiothérapie, d'une photocoagulation ou d'une cryothérapie. Un petit mélanome peut même être excisé et l'œil sauvé.

2. **Œil aveugle et douloureux.** Le patient peut réclamer que son œil soit enlevé pour soulager sa douleur. Si possible, il faut en individualiser l'étiologie, car de celle-ci dépendra la conduite à tenir. Par exemple, s'il s'agit d'une tumeur endoculaire, il faudra réaliser une énucléation et non une éviscération. Si le patient tient vraiment à ce que son œil ne soit pas enlevé, on pourra soulager son syndrome douloureux par des injections rétro-bulbaires d'alcool ou de phénol, qui détruiront sélectivement les fibres de la sensibilité douloureuse.

Technique de l'injection rétro-bulbaire :

Dans l'injection rétro-bulbaire de phénol, il n'est pas indispensable de faire une anesthésie locale, car le phénol lui-même agit comme un anesthésique local. Faire une première injection rétro-bulbaire lente de 2 ml de phénol à 5 %. Celle-ci pourra être renouvelée au bout de quelques jours.

On réalise plus souvent une injection rétro-bulbaire d'alcool que de phénol. Il faut cependant réaliser d'abord une anesthésie locale rétro-bulbaire, car l'injection d'alcool est très douloureuse. Commencer par 1 ml d'anesthésique local rétro-bulbaire, suivi par 1 à 2 ml d'alcool à 50 % avec la même aiguille. Pour cette raison, il est préférable d'utiliser le phénol plutôt que l'alcool.

3. **Des yeux très laids, tels que des yeux staphylomateux.** Le patient peut souhaiter que son œil soit enlevé pour des raisons esthétiques et remplacé par une prothèse.
4. **Endophtalmie sévère.** Il ne faut se résoudre à l'éventualité de l'éviscération

que si un traitement antibiotique bien conduit a échoué et s'il n'y a aucun doute quant à la perte fonctionnelle totale.

5. À la suite d'un traumatisme (voir page 333).

Éviscération ou énucléation ?

L'énucléation doit être réalisée en cas de suspicion de tumeur endoculaire et également en cas de traumatisme, lorsqu'on souhaite prévenir une ophtalmie sympathique. En cas d'ophtalmie sévère, l'éviscération, et non pas l'énucléation, est la plus indiquée. La raison en est qu'une énucléation pourrait disperser l'infection aux sinus caverneux par la voie des veines ophtalmiques ou au liquide céphalo-rachidien par les méninges. Dans tous les autres cas, il faudra choisir entre énucléation et éviscération. L'avantage de l'énucléation est que l'orbite cicatrise beaucoup plus vite et sans douleur. Après une éviscération, il y a beaucoup plus de symptomatologie douloureuse et d'œdème conjonctival. La sclère se rétracte en une masse fibreuse sur le plancher de l'orbite et les muscles oculomoteurs lui restent attachés. L'orbite est donc moins vide et son plancher se déplace plus facilement. Une prothèse oculaire paraîtra donc beaucoup plus naturelle après une éviscération.

ÉVISCÉRATION

Principe :

On vide le globe oculaire de son contenu, mais on laisse en place la coque sclérale.

Protocole :

1. L'intervention peut être réalisée sous anesthésie locale rétro-bulbaire. Si les tissus sont trop inflammatoires, il faut augmenter la dose d'anesthésique. Il est conseillé également de compléter l'anesthésie locale par l'administration par voie générale d'analgésique et de sédatif (par ex. péthidine 100 mg en intramusculaire). Si on peut réaliser une anesthésie générale, celle-ci est préférable dans le cas d'une endophtalmie.
2. Mettre en place un blépharostat.
3. Avec une lame de bistouri, pénétrer en « coup de poignard » au limbe (figure 10.1), puis exciser la cornée aux ciseaux courbes sur toute sa circonférence (figure 10.2).
4. Enlever le contenu du globe avec une curette tranchante ou une cuillère (figure 10.3). Il y a habituellement une hémorragie assez profuse. Il est très important de s'assurer que tout le tissu pigmenté de la choroïde a été extrait et de laisser la sclère à nu bien blanche. S'il persistait un peu de ce tissu choroïdien pigmenté, cela entraînerait un risque secondaire d'ophtalmie sympathique. Nettoyer la cavité sclérale avec une éponge montée imbibée de phénol à 5 %, ce qui aura un effet post-opératoire analgésique.
5. On peut laisser la cavité sclérale ouverte pour laisser libre cours à un drainage spontané. Ceci est recommandé en cas d'endophtalmie, mais dans les autres

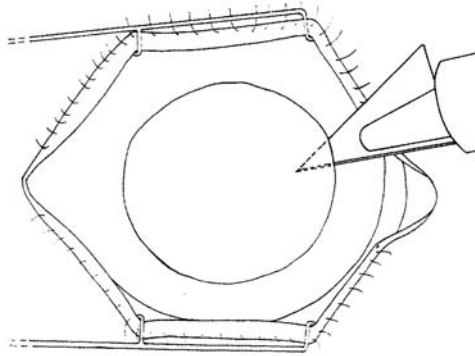


Fig. 10.1 Éviscération : « coup de poignard » limbique avec une lame de bistouri

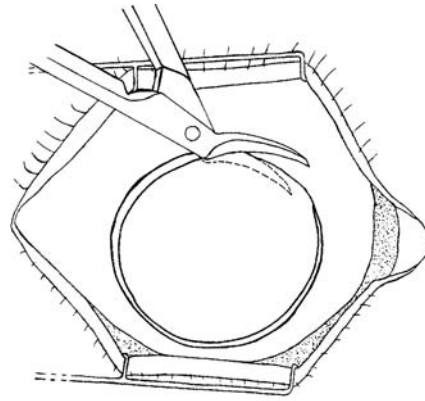


Fig. 10.2 Éviscération : excision de la cornée aux ciseaux

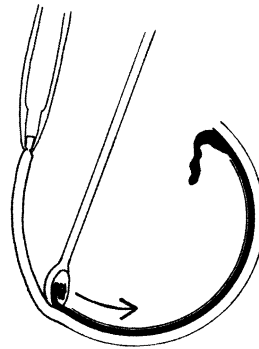


Fig. 10.3 Éviscération : emploi d'une curette pour enlever tout le contenu du globe, en essayant de cliver doucement la choroïde de la sclère sous-jacente

cas on pourra suturer la sclère avec du catgut et reconstituer un plan conjonctival antérieur.

6. Appliquer une pommade antibiotique sous un double pansement bien compressif maintenu par une bande.

Soins post-opératoires :

- L'orbite est laissée telle quelle pendant 48 heures. Au premier pansement, au troisième jour, il y a souvent un œdème considérable de la conjonctive qui distend les paupières. Il régressera spontanément en quelques jours.
- Appliquer régulièrement une pommade antibiotique. Si le patient se sent bien, on pourra le renvoyer.
- Une fois que l'œdème et l'inflammation ont disparu, on peut envisager l'adaptation d'une prothèse oculaire.

ÉNUCLÉATION

Principe :

Exérèse du globe oculaire intact par section des six muscles oculomoteurs et du nerf optique.

Protocole :

1. L'intervention peut très bien être conduite sous anesthésie locale péri-bulbaire chez un adulte. Chez l'enfant, l'anesthésie générale est évidemment indispensable.
2. Mettre en place d'un blépharostat.
3. À l'aide d'une pince à griffes et de ciseaux, réaliser une dissection de la conjonctive au limbe sur toute sa circonférence, pour la séparer de la cornée.
4. À l'aide de ciseaux mousses, séparer la conjonctive du globe dans les quatre quadrants entre les muscles oculomoteurs (figure 10.4). C'est une dissection facile, mais qui doit être poursuivie jusqu'à l'équateur du globe.
5. À l'aide d'un crochet à strabisme, prendre successivement les quatre muscles droits en passant sous la conjonctive à leur bord, puis en glissant à leur face postérieure. En glissant le crochet en avant, on individualise leur insertion (figure 10.5). Sectionner chaque muscle à 1 ou 2 mm de son insertion sclérale. Pour saisir les muscles, on pourra s'aider d'une pince de Halsted ou de sutures.
6. Passer des ciseaux courbes à bout mousse tout autour du globe en nasal ou en temporal, jusqu'à ce que l'on perçoive au fond le cordon dur du nerf optique

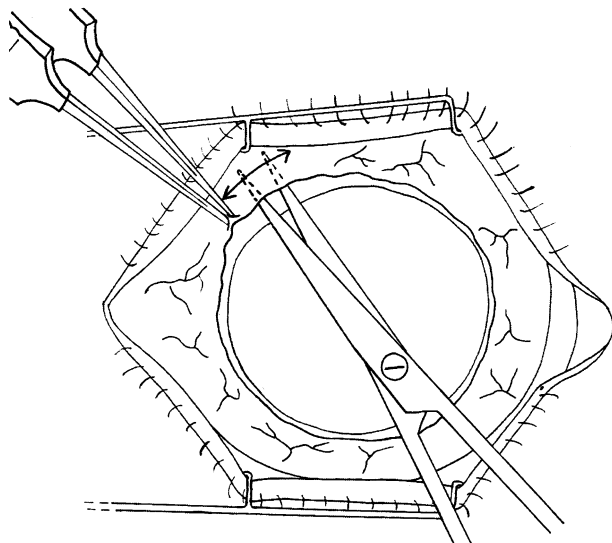


Fig. 10.4 Énucléation : dissection aux ciseaux de la conjonctive, poursuivie en arrière jusqu'à l'équateur du globe

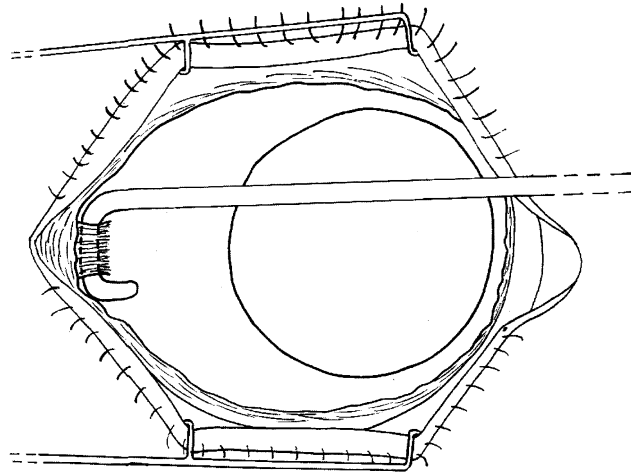


Fig. 10.5 Énucléation : prise d'un muscle droit avec un crochet à strabisme

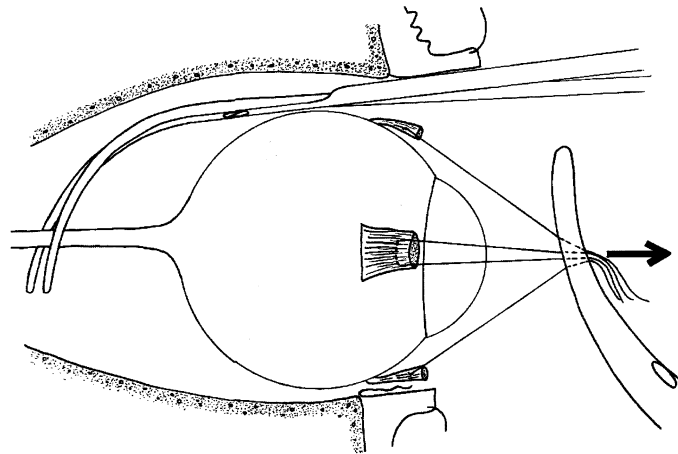


Fig. 10.6 Énucléation : section du nerf optique avec des ciseaux courbes à bout mousse.
Une traction exercée sur les muscles droits permet de sectionner plus facilement le nerf près de l'apex orbitaire

(figure 10.6). Ouvrir les lames des ciseaux et sectionner le nerf. Quand on réalise l'énucléation pour une suspicion de rétinoblastome, il est important de réaliser la section du nerf le plus postérieurement possible dans l'orbite. On y parvient en tirant fermement sur les quatre insertions des muscles oculomoteurs avec une pince de Halsted ou avec des sutures mises en place, afin de tirer le globe en avant et de réaliser l'élongation du nerf optique. Il y a souvent une hémorragie profuse à ce stade.

7. Extraire le globe de l'orbite, individualiser et sectionner les deux muscles obliques restants. Bourrer l'orbite avec des compresses ou des éponges et la

comprimer pendant 5 minutes. Lorsqu'on les enlève, l'hémorragie doit être presque tarie.

8. Dans l'idéal, il faut fermer la plaie en deux temps, d'abord la capsule de Tenon, puis le plan conjonctival, avec des sutures résorbables par points séparés ou par surjet. Appliquer une pommade antibiotique et un pansement bien compressif.

Soins post-opératoires :

- Examiner l'orbite au deuxième jour post-opératoire.
- S'il va bien, le patient pourra être renvoyé avec des instructions précises d'application de pommade antibiotique.
- Une prothèse peut généralement être mise en place assez rapidement, car l'orbite cicatrise vite.

Implants cosmétiques

Si un implant de plastique est mis en place dans l'orbite après énucléation ou éviscération, l'aspect esthétique sera bien meilleur. Cette prothèse sera plus petite et plus fine, elle comblera mieux la cavité, sera beaucoup plus mobile avec les mouvements de l'autre œil et ne basculera pas dans l'orbite.

Après éviscération, on peut insérer une petite prothèse ronde en plastique dans la coque sclérale, avant de méticuleusement suturer sclère et conjonctive en deux plans. Après une énucléation, on peut mettre en place dans l'orbite une prothèse du même type et suturer ensemble les insertions des muscles droits de façon cruciforme, devant la prothèse (il existe des implants plus sophistiqués, auxquels on peut fixer les muscles oculomoteurs). La capsule de Tenon et la conjonctive seront alors méticuleusement suturées en deux plans.

Il n'est pas conseillé de mettre en place des implants cosmétiques si la chirurgie avait pour cause une suspicion de tumeur ou une endophtalmie sévère.

EXENTÉRATION

Principe :

Exérèse du contenu complet de l'orbite, jusqu'au massif osseux orbitaire. En général, on réalise ensuite une greffe de peau. L'exentération est une intervention très mutilante, dont la seule indication est le traitement de certaines tumeurs malignes à développement intra-orbitaire.

Un bref rappel des indications thérapeutiques des pathologies orbitaires permettra de mieux saisir les indications d'une exentération. Les pathologies orbitaires sont presque toujours difficiles à traiter.

- Le diagnostic est généralement difficile. Il existe plusieurs sortes de tumeurs bénignes et malignes, ainsi que des pseudotumeurs inflammatoires et des kystes.
- Choisir la bonne attitude thérapeutique est difficile.
- La réalisation des interventions chirurgicales orbitaires est également difficile.

Le tableau suivant offre un aperçu des différentes indications thérapeutiques des pathologies orbitaires :

<i>Symptômes</i>	<i>Étiologie</i>	<i>Traitement</i>
Proptosis progressif ou apparition d'une masse intra-orbitaire progressive	Tumeur bénigne ou kyste	Laisser tel(le) quel(le) ou exciser complètement. On y parvient par une orbitotomie latérale qui enlève le mur externe de l'orbite
Proptosis d'apparition assez rapide, souvent accompagné de douleur ou d'inflammation	<ul style="list-style-type: none"> • Inflammation chronique • Pseudotumeur ou tumeur maligne 	<ul style="list-style-type: none"> • Biopsie • Corticothérapie par voie générale pour les pseudotumeurs • Exentération, chimiothérapie ou radiothérapie pour les tumeurs malignes
Proptosis aigu avec fièvre et malaise	Cellulite orbitaire aiguë	Traitement antibiotique général

Il ne faut pas oublier que la dysthyroïdie est aussi une cause de proptosis. Une biopsie pourra être réalisée par voie trans-palpébrale ou par voie trans-conjonctivale. Les lésions inflammatoires font habituellement l'objet d'un traitement corticoïde. Les tumeurs malignes peuvent faire l'objet d'une exentération ou être traitées par chimiothérapie.

Beaucoup de tumeurs malignes de l'orbite essaient rapidement dans l'organisme. Si on a connaissance de la présence de métastases, l'exentération orbitaire ne sauvera pas la vie du patient. Cependant, l'exentération peut guérir définitivement certaines tumeurs telles qu'un carcinome conjonctival ou un carcinome baso-cellulaire cutané très avancé. Dans certains cas, le patient peut être porteur d'une masse hideuse bourgeonnante et malodorante, dont l'exérèse le soulagera pour les quelques mois qui lui restent à vivre.

Avant de réaliser une intervention aussi mutilante qu'une exentération, le chirurgien doit être aussi convaincu que possible du diagnostic et le patient bien conseillé. Il est important de ne pas confondre le proptosis marqué qui peut apparaître avec une endophtalmie ou une pseudotumeur (pathologie inflammatoire orbitaire) et le proptosis d'une tumeur.

Protocole :

1. L'intervention doit être réalisée sous anesthésie générale, de préférence avec intubation.
2. Réaliser une incision profonde sur tout le pourtour de l'orbite jusqu'au contact osseux (figure 10.7). Il se produira un saignement très abondant, que l'on pourra réduire par des injections sous-conjonctivales d'adrénaline très diluée

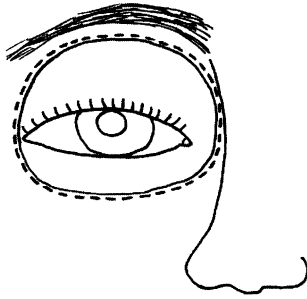


Fig. 10.7 Exentération : l'incision cutanée est à l'aplomb du rebord orbitaire

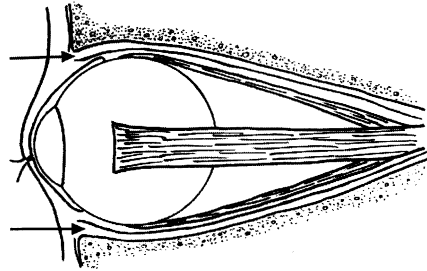


Fig. 10.8 Exentération : schéma du plan de clivage entre périoste et massif osseux orbitaire

avant de réaliser l'incision. Une compression ferme des berges de la plaie contribuera également à arrêter l'hémorragie. Les points hémorragiques feront l'objet d'une forcipressure à la pince de Halsted, de ligatures ou de diathermocoagulation.

3. Inciser le périoste exactement tout au long du rebord orbitaire, de sorte que la dissection puisse se poursuivre à la face profonde contre le massif orbitaire osseux. Cliver le périoste et le dissocier de la surface osseuse et passer juste en arrière vers l'apex orbitaire (figure 10.8). Le périoste est très solidement attaché au rebord orbitaire périphérique et il est difficile de l'en séparer, mais au-delà, dans la profondeur de l'orbite, le plan de clivage est très facilement trouvé et le périoste se détache facilement du massif osseux jusqu'à l'apex. Il faut faire très attention à la paroi interne très fine de l'orbite. Il faut poursuivre la dissection aussi loin que possible jusqu'à l'apex orbitaire. Les tissus de l'apex sont alors coupés soit avec de longs ciseaux courbes, soit avec un bistouri. Il va alors se produire une impressionnante hémorragie, qui nécessitera une compression ferme pendant 5 minutes ou plus pour être contrôlée. Si l'hémorragie n'est pas tarie, on pourra compléter son contrôle par une compression avec un pansement tiède. Si possible, il est toutefois préférable d'éviter ces pansements tièdes, car ils provoquent la thrombose des petits vaisseaux de la paroi osseuse et retardent la cicatrisation.
4. On peut bourrer l'orbite par un pansement et réaliser une greffe de peau secondairement ou bien on laissera se développer un tissu granulocyttaire, que la peau recouvrira progressivement à partir des bords de l'exentération. Si l'hémostase est de très bonne qualité, on pourra réaliser une greffe cutanée en per-opératoire. Il vaut mieux utiliser une greffe en grillage comportant plusieurs orifices ou plusieurs petites plaques de greffe cutanée, car cette disposition permet le drainage et une meilleure prise. Poser la greffe sur un support humide qui est introduit dans l'orbite. Il faut éviter la gaze vaselinée, car elle empêche le drainage d'être absorbé par le support. Les bords de la greffe peuvent être suturés au rebord orbitaire cutané. La greffe prend, en

général, bien qu'elle soit appliquée sur de l'os ; si certaines zones ne prennent pas et se lysent, elles se ré-épithélialiseront rapidement.

5. *Modifications opératoires.* Dans certains cas, on peut arriver à préserver une paupière ou les deux. On peut également conserver de la peau des paupières, qui sera ensuite enfouie pour couvrir le massif osseux orbitaire.

Soins post-opératoires :

- Analgésiques et traitement antibiotique général.
- Ne pas toucher à l'orbite et au support de la greffe pendant dix jours. Enlever le pansement avec beaucoup de précautions, afin de ne pas arracher par traction une prise du greffon cutané ou du tissu granulocyttaire, ce qui provoquerait une récurrence hémorragique.
- Une greffe cutanée pourra être faite secondairement, si nécessaire.
- Équiper le patient d'un cache-œil et lui expliquer comment se débarrasser de la kératine qui va s'accumuler dans la cavité orbitaire.