



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Complications oculaires en chirurgie non ophtalmologique

Perioperative eyes injuries after non-ocular surgery

Marie-Claire Nghe

Service d'anesthésie-réanimation, fondation ophtalmologique Adolphe de Rothschild, 25, rue Manin, 75019 Paris, France

MOTS CLÉS

Cécité postopératoire ;
Neuropathie optique rétrobulbaire ;
Ulcération de cornée ;
Occlusion de l'artère centrale de la rétine ;
Cécité corticale

Résumé Les lésions oculaires peropératoires en chirurgie non ophtalmologique sont relativement rares. Les lésions cornéennes, les plus fréquentes, sont prévenues par une occlusion palpébrale minutieuse. La cécité postopératoire est une complication exceptionnelle, décrite en chirurgie rachidienne et cardiaque. Les causes incluent la neuropathie optique ischémique, l'occlusion de l'artère centrale de la rétine, et la cécité corticale. La détection des patients à haut risque, l'utilisation de têtère à fixation osseuse, le choix d'une position en léger proclive en décubitus ventral, et le maintien de la stabilité hémodynamique font partie de la prévention. L'urgence est au diagnostic, qui implique l'avis d'un ophtalmologiste. D'autres causes comme le glaucome aigu à angle fermé, le TURP syndrome, l'expansion de la bulle de gaz ophtalmique par le protoxyde d'azote, le syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible sont possibles. © 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Postoperative blindness;
Retrobulbar optic neuropathy;
Corneal ulceration;
Cortical blindness;
Cortical blindness

Summary Perioperative eyes injuries are relatively uncommon after non-ocular surgery. Corneal abrasion is the most frequently reported complication, prevented by eyelids occlusion. Vision loss is a rare but devastating complication primarily associated with cardiac and spine surgery. The causes of vision loss include retinal vascular occlusion, ischemic optic neuropathy and cortical blindness. Detecting high-risk patients, using a head fixator to provide completely direct compression-free positioning of the face and eyes, and a less head-down position, optimizing hemodynamic status and hemoglobin levels should be considered to reduce the risk of perioperative visual loss. Emergent ophthalmological

Adresse e-mail : mnghe@for.paris

<https://doi.org/10.1016/j.pratan.2018.06.008>
1279-7960/© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

consultation is required to determine the diagnosis. Clinicians need to be attuned to the possibility of less common causes such as acute angle closure glaucoma, expansion of an intraocular vitrectomy bubble by administration of nitrous oxide, posterior reversible encephalopathy syndrome, and glycine toxicity.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Les lésions oculaires après chirurgie générale non ophtalmologique sont rares. Leur incidence a été estimée à 0,053 %, à partir d'une cohorte de plus de 60 000 patients [1]. Les lésions les plus fréquentes sont superficielles, principalement cornéennes.

Malgré son caractère exceptionnel (5,6–13/10 000), la cécité postopératoire ne doit pas être négligée, car irréversible et dramatique. La neuropathie optique ischémique, l'occlusion de l'artère centrale de la rétine, et la cécité corticale sont les 3 causes retrouvées et décrites en chirurgie rachidienne et cardiaque. Récemment, des mesures préventives des lésions oculaires ont été proposées par les sociétés savantes.

Lésions de la cornée

Les lésions de la cornée sont les lésions oculaires les plus fréquentes. Elles représentent 35 % des complications oculaires et entraînent 16 % de séquelles définitives si elles sont non reconnues. Elles se traduisent au réveil anesthésique, par un inconfort ou une douleur oculaire, une photophobie, voire un flou visuel [2,3].

Au cours de l'anesthésie générale, la cornée est fragilisée par l'absence de clignement cornéen et par l'altération des propriétés lubrifiantes et protectrices du film lacrymal. Par ailleurs, l'occlusion palpébrale spontanée est incomplète (lagophtalmie) chez plus de la moitié des patients anesthésiés. Les lésions cornéennes sont donc causées principalement par un défaut ou une mauvaise occlusion palpébrale. Elles peuvent également survenir à la suite d'un traumatisme direct de l'œil avec un objet extérieur : à l'induction anesthésique par le masque facial, le bracelet de montre, les badges, le stéthoscope ou le laryngoscope ou au cours de l'intervention par des champs opératoires, ou la projection de produits antiseptiques. Les facteurs de risque associés aux lésions de cornées sont la durée de l'anesthésie, l'anesthésie générale, la chirurgie de la face et du cou, et le décubitus latéral. Le diagnostic d'abrasion cornéenne repose en urgence sur l'examen de la cornée à l'ophtalmoscope par l'ophtalmologiste, après instillation d'une goutte de fluorescéine. Le traitement par collyre antiseptique et une pommade cicatrisante (vitamine A) associée à un pansement oculaire permet généralement une guérison de l'épithélium cornéen.

La société française d'anesthésie-réanimation a formulé en 2016 des recommandations formalisées d'experts sur la protection oculaire en anesthésie et réanimation [4].

En prévention des lésions cornéennes :

- dès l'induction anesthésique, l'occlusion palpébrale doit être minutieuse avec des bandes adhésives ;
- l'adjonction de lubrifiant à base de solution aqueuse sans conservateur en une dose est possible pour les chirurgies de la face et du cou, intervention longue, position en décubitus latéral ou ventral ;
- il faut préférer les gels visqueux qui limitent la prolifération bactérienne par rapport aux pommades grasses ;
- les pommades à base de paraffine sont à proscrire en raison du parabène, entraînant irritation, risque allergique et trouble visuel au réveil.

La formation des équipes soignantes à la prévention des lésions cornéennes en anesthésie, a permis de diviser l'incidence de celles-ci par trois [4].

Par ailleurs aux États-Unis, les plaintes pour lésions cornéennes ont diminué de moitié de 1980–1994 à 1995–2011, grâce à la mise en place de recommandations de prévention et de protocoles dans les hôpitaux [5].

Glaucome aigu à fermeture d'angle (GAFA)

Le GAFA est une complication rare de l'anesthésie générale. Deux cas ont été rapportés sur 25 000 interventions de chirurgie non ophtalmique [6]. Il peut être uni ou bilatéral. Il se traduit par un œil rouge, douloureux en semi-mydriase avec baisse de l'acuité visuelle. Le développement d'un GAFA est la conséquence d'un terrain prédisposant à une étroitesse de la chambre antérieure de l'œil (hypermétrope, gonflement du cristallin chez le sujet âgé) et d'un facteur déclenchant la survenue d'un bloc pupillaire. Le bloc pupillaire en gênant l'évacuation de l'humeur aqueuse, augmente la pression intraoculaire, provoque un bombement de l'iris vers l'avant et une fermeture de l'angle irido-cornéen, qui aggravent le processus d'hyperpression. Le stress, la douleur, la prise de médicaments sympathomimétiques ou parasympatholytiques peuvent provoquer un bloc pupillaire. Il a été ainsi rapporté des cas de glaucome aigu au décours de l'anesthésie générale, après utilisation d'éphédrine, atropine, et de nefopam (acupan[®]). Les symptômes peuvent être

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8956581>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8956581>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)