

Décompression orbitaire au cours des ophtalmopathies basedowiennes

P. Boulétreau, P. Breton, M. Freidel

Service de Chirurgie Maxillo-Faciale, Stomatologie et Plastique de la Face, Centre Hospitalier Lyon-Sud, 165, Chemin du Grand Revoyet, 69495 Pierre-Bénite.
Tirés à part : P. Boulétreau, à l'adresse ci-dessus.
E-mail : pierre.bouletreau@chu-lyon.fr

Orbital decompression for Graves' ophthalmopathy

P. Boulétreau, P. Breton, M. Freidel

Rev Stomatol Chir Maxillofac, 2005 ; 106, 2 : 89-93

Graves' ophthalmopathy is a complex orbital condition with a controversial pathogenesis. It is the clinical expression of a discordance between the inextensible orbit and hypertrophic muscular and fatty elements within the orbit responding to immunological stimulation. The relationship between the orbital and its content can be improved by surgical expansion which increases the useful volume of the orbit. This procedure can be combined with lipectomy to decrease the volume of the orbital contents. We briefly recall the history of surgical decompression techniques and present our experience with Graves' ophthalmopathy patients.

Keywords: Graves' ophthalmopathy, orbital decompression, exophthalmos.

Décompression orbitaire au cours des ophtalmopathies basedowiennes

L'ophtalmopathie basedowienne est une pathologie orbitaire complexe dont la physiopathologie reste un sujet de controverses. Elle est le reflet clinique d'une discordance entre le contenant orbitaire inextensible et le contenu orbitaire qui présente une hypertrophie musculaire et graisseuse d'origine immunologique. Les techniques chirurgicales d'expansion orbitaire permettent d'améliorer le rapport contenant/contenu orbitaire en augmentant le volume orbitaire utile. L'expansion orbitaire peut être couplée à des gestes de lipectomie permettant de diminuer le contenu orbitaire. Après un bref rappel de l'historique des techniques chirurgicales de décompression orbitaire, nous présentons notre expérience dans le domaine de la correction chirurgicale des ophtalmopathies basedowiennes.

Mots-clés : Ophtalmopathie basedowienne, Décompression orbitaire, Exophtalmie.

INTRODUCTION

L'orbite peut être considérée comme une cavité quasi-inextensible puisque seule la base de la pyramide orbitaire, ouverte en avant, est susceptible de changer de conformation. L'augmentation de volume des tissus rétro-orbitaires (hypertrophie musculaire et graisseuse d'origine immunologique) provoque donc une augmentation de la pression intra-orbitaire, responsable du cortège de signes cliniques caractérisant l'ophtalmopathie basedowienne. Pour répondre à cette discordance contenant/contenu orbitaire, deux actions sont envisageables :

(1) l'augmentation du volume intra-orbitaire par expansion orbitaire,

et/ou (2) la diminution du contenu orbitaire par lipectomie. Si les premières expansions orbitaires remontent à 1890, les bases techniques actuelles de la décompression orbitaire ont été posées par Walsh et Ogura en 1957 (expansion orbitaire inférieure par voie transantrale) (*fig. 1*) [1, 2]. La lipectomie orbitaire a été décrite par Olivari en 1984 arguant que l'hypertrophie graisseuse participe, dans une proportion variable selon les patients, à l'hyperpression rétro-orbitaire (*fig. 2a et 2b*) [3]. Les indications de décompression orbitaire au cours de l'ophtalmopathie basedowienne sont représentées par les formes séquellaires stables et les formes aiguës (ophtalmopathie maligne) qui sont de véritables urgences thérapeutiques.

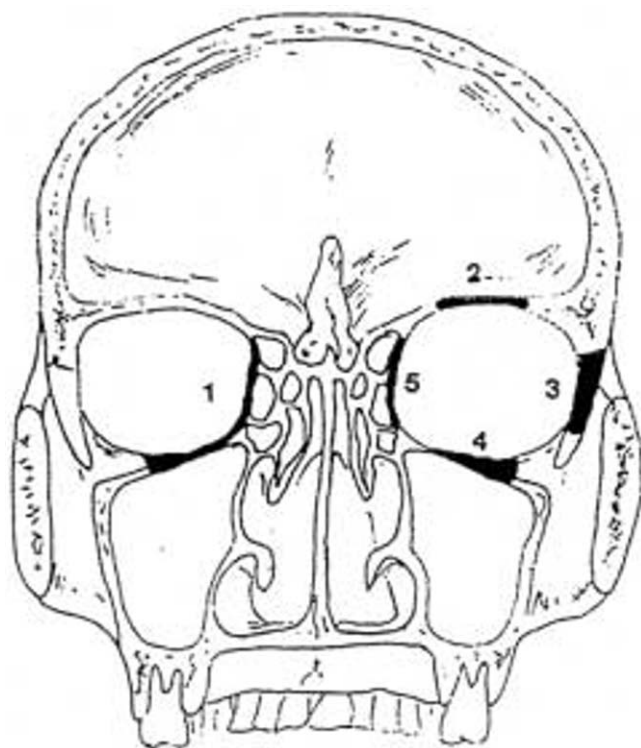


Figure 1 : Schéma des différentes parois orbitaires. 1. Paroi inféro-médiale. 2. Paroi supérieure. 3. Paroi latérale. 4. Paroi inférieure. 5. Paroi médiale.

ÉVALUATION PRÉOPÉRATOIRE

Le bilan radio-clinique préopératoire vise à définir le stade clinique et le grade tomодensitométrique de l'ophtalmopathie basedowienne. Le scanner et l'IRM permettent en particulier de distinguer l'hypertrophie musculaire, de l'hypertrophie graisseuse ou d'une forme mixte. En effet, s'il s'agit d'une forme « musculaire pure », l'expansion orbitaire permettra seule de régler le conflit orbitaire. S'il s'agit au contraire d'une forme « graisseuse » pure ou prédominante, la lipectomie orbitaire sera décisive dans l'amélioration de la symptomatologie. Enfin, en cas de forme mixte, les deux techniques seront utilisées « à la demande ». Un cliché de Waters est systématique pour

évaluer approximativement le volume et la vacuité des sinus maxillaires, site principal de l'expansion orbitaire dans notre technique. L'existence d'une sinusite maxillaire, ethmoïdale ou frontale active est une contre-indication opératoire.

TECHNIQUE CHIRURGICALE

Nous prendrons comme exemple un cas d'ophtalmopathie basedowienne bilatérale séquellaire (ie stabilisée depuis au moins 6 mois) et présentant une infiltration globale des tissus musculaires et graisseux intra-orbitaires. Notre technique associe une expansion orbitaire inféro-médiale (fig. 3) et une lipectomie extra-conique « à la demande ».

Installation et voie d'abord

Le patient est installé en décubitus dorsal avec un léger proclive. Une blépharorrhaphie protectrice est réalisée en début d'intervention. La voie d'abord est palpébrale inférieure, sous-ciliaire haute, à 2 mm environ du bord libre, de préférence dans un pli palpébral. L'incision est limitée en dedans au niveau du punctum lacrymal inférieur, et peut s'étendre en dehors jusque dans les ridules de la patte d'oie. Le site de l'incision est infiltré avec une solution de Xylocaïne adrénalinée à 1 %, en prenant soin de rester dans l'espace pré-septal. Un fil de traction est passé longitudinalement au niveau du bord libre de la paupière inférieure, pour le tendre vers le haut. L'opérateur se place alors à la tête du patient.

Abord du plancher orbitaire

Le plan du septum orbitaire est rejoint après dissection du muscle orbicularis oculi. La dissection se poursuit dans un triangle à base supérieure, limité par le septum orbitaire en haut et un lambeau musculo-cutané palpébral inférieur en bas. Le plan périoste recouvrant la margelle orbitaire inférieure est ensuite atteint, en prenant soin de réaliser des hémostases systématiques à la pince bipolaire fine. Le périoste est alors incisé franchement jusqu'au plan osseux sur le versant maxillaire en restant au dessus de l'émergence du nerf infra-orbitaire, située 5 à 6 mm sous la zone de jonction entre margelle orbitaire et plancher orbitaire. La dissection est alors poursui-

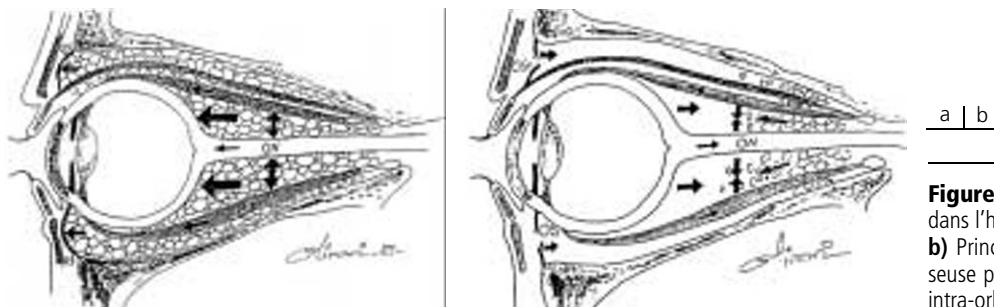


Figure 2 : a) Rôle de la graisse intra-orbitaire dans l'hyperpression intra-orbitaire. b) Principe de la lipectomie. La résection graisseuse permet une diminution de l'hyperpression intra-orbitaire.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9220220>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9220220>

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