

Enucléation et éviscération de l'œil

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous allez subir une énucléation ou une éviscération de l'œil qui sera responsable d'un déficit de la cavité orbitaire. Votre ophtalmologiste vous propose l'opération, car la chirurgie constitue le seul moyen d'améliorer votre état.

Cette fiche contient l'information sur l'opération qui vous est proposée, sur ses résultats et sur ses risques.

Définitions

L'énucléation est l'ablation chirurgicale du globe oculaire.

L'éviscération est l'ablation chirurgicale du contenu du globe oculaire en conservant la sclère (enveloppe constituant le "le blanc de l'œil").

But de l'intervention : Le but de l'énucléation est de retirer l'œil lorsqu'il contient une lésion évolutive qui ne peut pas être traitée autrement, ou quand l'œil est non-voyant et en voie d'atrophie, source de douleurs et de modification esthétique, ou lorsqu'un œil traumatisé met en danger l'œil sain par ophtalmie sympathique.

L'éviscération (alternative à l'énucléation) peut être décidée si l'état de la sclère permet sa conservation, en l'absence de lésion évolutive intra-oculaire.

Les techniques : L'anesthésie la plus fréquente utilisée est l'anesthésie générale. Une anesthésie locale accompagnée d'une sédation, peut être envisagée en cas de contre-indication formelle à la première.

Lors de ces opérations, le volume du globe oculaire est remplacé par un implant intra-orbitaire dont la taille, proche de celle de l'œil normal, permet l'adaptation d'une prothèse oculaire. Cet implant permet l'adaptation d'une prothèse oculaire. Cet implant peut être une greffe prélevée sur le patient lors de la même opération (greffe dermo-graisseuse), ou être constitué d'un biomatériau inerte. Les muscles assurant les mouvements oculaires sont dans la majorité des cas fixés sur cet implant de manière à assurer sa mobilité. Pour assurer cette fixation, il est parfois nécessaire de prélever une greffe de tissu pour recouvrir l'implant.

Les tissus recouvrant l'œil (capsule de Tenon et conjonctive) sont suturés en avant de l'implant pour pouvoir placer un conformateur (petite coque en matière plastique) qui tient place de la future prothèse. Si l'œil est le siège d'une lésion évolutive, il sera confié à un médecin anatomo-pathologiste qui l'analysera au microscope pour parvenir au diagnostic définitif et précis.

Les suites opératoires : Un œdème important des paupières et des douleurs sont classiques dans les 3 à 4 jours qui suivent l'opération. Des antalgiques sont habituellement prescrits. Des antibiotiques, par voie générale, peuvent être nécessaires en fonction de l'indication opératoire. L'instillation de collyre antibiotique et/ou anti-inflammatoire pendant plusieurs semaines est d'usage. La mise en place de la prothèse s'effectue après cicatrisation totale, soit 2 à 4 semaines après l'intervention. Elle ne nécessite pas d'opération et est effectuée par un oculariste à son cabinet ou en milieu hospitalier. Elle n'est pas douloureuse. La première est provisoire. Quelques mois plus tard, la prothèse définitive est installée. Elle ne nécessite pas d'entretien particulier, doit être polie 2 fois par an, et changée tous les 6 ans.

Les résultats : Ils sont jugés à six mois et dépendent de nombreux paramètres dont le type d'opération, l'état du sac conjonctival et des paupières, qualité de la prothèse. Ils sont en général bons sur le plan esthétique. Certaines imperfections peuvent justifier des gestes chirurgicaux complémentaires.

Quelle que soit l'intervention pratiquée, une prothèse ne peut en aucun cas être aussi mobile qu'un œil en raison de sa rigidité.

Les complications : Les rares complications post-opératoires peuvent être précoces : hémorragie, hématome, infection, désunion de la cicatrice, expulsion de l'implant ; mais aussi tardives : déhiscence conjonctivale devant l'implant, atrophie de la graisse de l'orbite avec aspect d'œil creux, chute de la paupière supérieure ou inférieure, kystes, modification de l'état des culs-de-sac conjonctivaux pouvant justifier d'autres interventions chirurgicales.

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 reçu une information sur tous les coûts de l'opération
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
ainsi que pour l'enregistrement anonyme des images
opératoires

Ces fiches de consentement sont la propriété intellectuelle de la Société Française d'Ophtalmologie (SFO) qui a autorisé la Société Marocaine d'Ophtalmologie (SMO) de les traduire et de les mettre à disposition des ophtalmologistes marocains

قلع و إخراج أحشاء العين

سيدتي، أنستي، سيدي،

ستخضع إلى قلع أو إخراج أحشاء العين المؤدي إلى عجز وظيفية نقرة العين. يقترح عليك إثره الطبيب المختص في أمراض العيون المعالج لك، إجراء عملية جراحية تشكل الوسيلة الوحيدة لتحسين حالتك.

تتضمن هذه النشرة معلومات حول العملية الجراحية المقترحة عليك، كما حول نتائجها و أخطارها.

تصنيف الحالة:

يشكل القلع قطعاً جراحياً لمقلة العين.

يشكل إخراج أحشاء العين قطعاً جراحياً لمحتوى مقلة العين، مع الاحتفاظ بالطبقة الصلبة للعين (الغشاء المكون لبياض العين).

الهدف من إجراء العملية الجراحية:

يتمثل الهدف من القلع، في قلع العين عند وجود إصابة تدرجية بها لا يمكن علاجها بطريقة أخرى، أو عندما تكون العين غير مبصرة و تسير إلى النقص، مع آلام و تغيير الشكل الجمالي للعين، أو عندما تعرض العين المصابة العين السليمة إلى الخطر بالتهاب ودي. وقد يلجأ إلى إخراج أحشاء العين إذا مكن وضع الطبقة الصلبة للعين من الاحتفاظ بها، في غياب إصابة تدرجية بداخل العين.

تقنيات التدخل الجراحي:

غالبا ما يتم اللجوء إلى التخدير العام. و في حالة باثة لمنع استعماله، قد يتم التخدير المحلي بمادة مسكنة.

عند إنجاز هذه العمليات، تستبدل مقلة العين بمزدرع بداخل المقلة يمكن حجمه القريب من الحجم العادي للعين من وضع رمامية صالحة للعين. قد يكون المزدرع مأخوذاً من المريض عند إجراء نفس العملية (مزدرع جلد شحمي) أو أن يكون مشكلاً من مادة حيوية هامة. أما العضلات المحركة للعين فهي – في أغلب الحالات- مركبة على المزدرع للحركة. و للتوصل إلى هذا التركيب، قد يكون من الضروري أخذ مزدرع نسيجي لتغطية المزدرع.

و بمقدم المزدرع، يتم خياطة الأنسجة المغطية للعين (غشاء "طونون" و الغشاء المخاطي) قصد تركيب صالح (هيكل مطاطي صغير) معد لاستقبال المرمم المبرمج.

و إذا تعلق الأمر بعين بها إصابة منتظر تطورها، يعهد بالحالة إلى طبيب متخصص في التشريح المرضي يتولى تحليل الحالة مجهرياً للتوصل إلى التشخيص التحديدي النهائي.

التبعيات الجراحية:

في غضون الثلاثة إلى أربعة أيام الموائية لإجراء العملية، عادة ما يلاحظ وجود وذمة شديدة بالجفنين مع آلام، حيث ينصح بأخذ مسكنات. وقد يكون من الضروري ابتلاع مضادات حيوية ملائمة لما تم عند إجراء العملية. مع العلم أنه من المعتاد استعمال قطرات مضادة حيوية أو مضادة للالتهاب، لمدة عدة أسابيع. وتركب الرمامة بعد الالتئام الكلي أي بعد أسبوع (1)، و إلى أسبوعين من تاريخ إجراء العملية الجراحية، هذه الرمامة التي لا تتطلب تدخلا جراحيا حيث يركبها صانع العيون الزجاجية بمكتبه أو بقاعة العمليات، ليست مؤلمة. وتعتبر الرمامة الأولى، مؤقتة. و بعد بضعة أشهر تركيب الرمامة النهائية، حيث لا تتطلب صيانة ما، و تخضع للصلق مرتين في السنة. و يتم استبدالها كل ست سنوات.

النتائج:

يقدر مفعول النتائج بعد ستة أشهر من التدخل، حيث تخضع لعدة معايير من، نوع العملية الجراحية و حالة الغشاء المخاطي و الجفنين، إلى صنف الرمامة. و هي بصفة عامة و على المستوى الجمالي، حسنة، إلا إذا لوحظ وجود بعض العيوب التي تبرر تدخلا جراحيا تكميليا.

و مهما كانت العملية الجراحية المجرات، فلا مجال لاعتبار الرمامة تتحرك كالعين، نظرا لصلابتها.

المضاعفات:

على قلتها، قد تحدث المضاعفات الموائية لإجراء العملية الجراحية، مبكرا، بما فيها: النزيف، أو الورم الدموي، أو التعفن، أو انفصال المكان الذي تمت خياطته، أو اندفاع المزدرع إلى الخارج. و قد تكون هذه المضاعفات متأخرة كأنفلاق الغشاء المخاطي بالجهة الأمامية للمزدرع، أو تدمير شحم محجر العين مع عين تبدو في شكلها قعرية، أو انسداد الجفن الأعلى أو الأسفل، أو أكياس، أو تغير في وضع الرتج المهبلي للغشاء المخاطي للعين، قد يستدعي تدخلات جراحية أخرى.

إن الطبيب المتخصص في أمراض العيون الموكول بحالتك، مستعد للإجابة على كل سؤال إضافي قد تريد طرحه.
إن مقتضيات الأحكام تلزم الطبيب بإثبات سبق تنويره للمريض. لذا، نطلب منك توقيع هذه الوثيقة التي يحتفظ الطبيب بنظير منها.

أنا الموقع أسفله أقر بسبق تنويري حول طبيعة العملية و الطوارئ المحتملة لها، و ذلك بصيغة فهمتها حيث تمت الإجابة عن الأسئلة التي طرحتها، إجابة شافية. اطلعت على كافة تكاليف العملية.

تاريخ و توقيع

أعطيت أجلا كافيا للتفكير.

أوافق

لا أوافق

على إنجاز التدخل المقترح علي.

الاستمارات الموافقة ملكية فكرية للجمعية الفرنسية لطب العيون (SFO) ، التي سمحت للجمعية المغربية لطب العيون (SMO) بترجمتها وإتاحتها لأطباء العيون المغاربة.

<http://www.smo.ma>