

Dr. Sorinella ROATA, Dr. Laura MOYAL, Dr. Michel TAZARTES

CHNO des XV-XX, Paris, France

TITRE : Évaluation de la pompe lacrymale et résistance au drainage lacrymal : liaison étroite avec le choix thérapeutique et le taux de succès

But:

Évaluation clinique, manométrique et radiologique de l'épiphora permettant d'adapter la technique chirurgicale et augmenter le taux de succès post-intervention

Matériel et méthode :

Étude sur un lot de patients avec épiphora, test de Jones retardé sans facteur externe impliqué dans le larmoiement.

Les patients ont été divisés suite au siringing en deux groupes : sténose de duct naso-lacrymal (>20% reflux), et système lacrymal patent non-fonctionnel (<20% reflux). La résistance au drainage lacrymal a été examinée par le test manométrique. Si présente, la laxité palpébrale inférieure et l'évacuation des larmes au clignement sont mises en évidence en mettant en tension la paupière par légère traction latérale et demandant au patient de cligner librement, essayant de prédire ainsi un éventuel succès de la chirurgie concomitante de l'ectropion.

L'endoscopie nasale de routine montre l'anatomie des fosses nasales, l'hypertrophie muqueuse, la déviation du septum nasal et l'éventuelle obstruction de la valve Hassner. Examens radiologiques type CT-DCG se font aussi de manière standard, excluant les obstructions mécaniques de la voie lacrymale (dacryolithes, tumeurs ou séquelles de chirurgie sinusienne)

La fonction de la pompe lacrymale et la manométrie préopératoire permettant un choix thérapeutique customisé, des multiples types de chirurgie lacrymale ont été proposés (dilatation des VL, stents, canthopexie).

Résultats:

Les résultats anatomiques et fonctionnels post-chirurgie incluant le degré de succès de traitement de l'épiphora (score Munk) ont été corrélés avec un meilleur fonctionnement de la pompe lacrymale et la diminution de la résistance au drainage lacrymal (valeurs manométriques)

Conclusions:

L'examen classique de l'épiphora (siringing) associé parfois avec un examen radiologique à but diagnostique et médico-légal permet dans la plupart des cas de poser une indication chirurgicale rapide. Plusieurs cas ou une simple dilatation des VL ou intubation suffisaient sont orientés vers la DCR, parfois externe, avec des implications conséquentes sur la physiologie palpébrale et de la pompe lacrymale (effet paradoxal).

On insiste sur l'importance de l'examen de la pompe lacrymale et dépistage du niveau de son dysfonctionnement et aussi sur l'introduction de manière systématique de la manométrie lacrymale dans la pratique de la chirurgie lacrymale.

Title: The value of lacrimal scintillography in the assessment of patients with epiphora

Authors: Ms. O VONICA, Mr. A PEARSON

Purpose:

To assess the influence of dacryoscintillography (DSG) on the treatment decision for patients with epiphora and clinically patent non-functioning lacrimal systems.

Methods:

A retrospective 3-year review. Inclusion criteria patients having DSG for epiphora with delayed tear clearance, lacrimal system patency on syringing, and no visible external cause for watering. On the basis of regurgitation during syringing, tear ducts were divided into freely patent (FPr20%) or stenosed. The DSG results were examined for correlation with symptoms and clinical examination, the influence on decision to proceed to dacryocystorhinostomy (DCR), and the ability to predict the surgical outcome.

Results:

A total of 242 eyes were examined. The clinical diagnosis was FP in 45.5%, nasolacrimal duct stenosis (NLDS) in 26.4%, and other in 3.3%. The DSG was normal in 30.9% of FP and 18.7% of NLDS eyes. Of the asymptomatic eyes, 46.7% had an abnormal DSG. DSG sensitivity was 73.6% and specificity 53.3%. There was no significant difference in DSG results in those with FP or NLDS. DCR was recommended in 39.1% of the symptomatic eyes with abnormal DSG. DCR surgery was considered inappropriate in all 46 eyes with normal DSG. DCR was successful in 76.5%, however, the DSG result did not affect the success of surgery.

Conclusion:

DSG has severe limitations due to lack of correlation with symptoms and clinical examination, inability to separate lacrimal duct narrowing from lacrimal pump function, and inability to predict the results of surgery. DSG can at best provide limited guidance on whether to proceed to DCR surgery.

Prise en charge de la stricturotomie

T.RUIZ ; P.M.BALL ; C.NEFZAOUI ; C.GUIS ; A.SINGER ; E.SARFATI

Introduction :

La stricturotomie (ou section longitudinale du canalicule lacrymale), en constante diminution, touche 9 fois sur 10 le canalicule lacrymal inférieur et le sujet entre 20 et 60 ans.

Elle est d'étiologie variée : particulièrement fréquente en cas d'intubation bicannaliculonasale trop tendue, elle peut se voir également lors de sondages ou être d'origine traumatique.

L'évolution est marquée par un désarmorage de la pompe lacrymale et donc un larmolement chronique.

Matériel et méthode :

La technique employée consiste en une suture du mur canaliculaire suivi de la translation d'un lambeau conjonctival prélevé en paupière inférieure.

La population d'étude était composée de 15 patients présentant une stricturotomie avec larmolement chronique

Résultats :

80% des patients pris en charge pour une stricturotomie avec lambeau de transfert conjonctival ont constaté une disparition de leurs symptômes (larmolement chronique)

Conclusion :

Il s'agit donc d'une technique simple avec des résultats à la hauteur de nos attentes ; La stricturotomie, bien que de fréquence décroissante, mérite d'être dépistée et prise en charge afin de traiter un larmolement chronique, d'autant plus qu'il existe un traitement chirurgical simple, fiable et efficace.

Comparaison des dacryocystorhinostomies par voie externe et endonasale dans le traitement des voies lacrymales perméables mais non fonctionnelles

Isabelle LARRE¹²³, Alain DUCASSE³, Andrew R PEARSON¹²

¹Eye Department, Royal Berkshire Hospital NHS-UK

²Prince Charles Eye Unit, King Edward VII Hospital Windsor NHS-UK

³Eye Department, University Hospital Reims- France

But de l'étude :

Comparer les résultats des dacryocystorhinostomies (DCR) externes et endonasales chez les patients présentant des voies lacrymales perméables mais non fonctionnelles.

Matériel et méthodes :

Etude rétrospective, comparative de 76 DCR pratiquées par le même opérateur sur une période de 5 ans : 46 par voie externe (groupe 1) et 30 par voie endonasale (groupe 2), chez des patients présentant un épiphora symptomatique avec une voie lacrymale perméable, mais non fonctionnelle. Cet état était défini cliniquement par un passage lacrymal lors du lavage lacrymal avec un drainage pathologique au test de disparition de la fluorescéine et en dacryoscintigraphie. Etaient exclues toutes les suspicions d'hypersécrétion lacrymale ou de déficience de la pompe lacrymale. Le succès postopératoire était déterminé par un examen clinique et une évaluation subjective.

Résultats :

Avec un recul postopératoire de un an 63 % des patients(29) du groupe 1 et 73 %(22) du groupe 2 étaient améliorés .Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,25$).Il y avait une association statistiquement significative entre un reflux présent au lavage préopératoire et le succès de la DCR dans les deux groupes ($p= 0,012$ et $0,027$ respectivement).

Conclusion :

Les patients avec une voie lacrymale perméable mais non fonctionnelle sont améliorés dans 60 à 70 % des cas par une DCR externe ou endonasale. Un reflux préopératoire au lavage lacrymal favorise le succès de cette chirurgie.

DCR endonasale pédiatrique et standardisation opératoire.

Diem Trang NGUYEN, Emmanuel RACY, Bruno FAYET, Dominique BREMOND-GIGNAC,

Objectif :

Valider que la technique de dacryocystorhinostomie (DCR) endonasale standardisée adoptée en routine chez l'adulte était transposable chez l'enfant.

Matériel et méthodes :

Etude rétrospective sur tous les enfants opérés d'une imperforation lacrymonasale rebelle par une technique standardisée de DCR par voie endonasale. La procédure comportait : un scanner préopératoire, un repérage anatomique de la zone chirurgicale, un élargissement programmé de la fosse nasale, une création d'un lambeau muco-périosté, une ostéotomie à l'aide d'emportes pièces et une résection équatoriale de la face médiale du sac lacrymal. Cette série était comparée à une série identique chez l'adulte, avec les mêmes critères de sélection.

Résultats :

Entre 2003 et 2017, 22 DCR ont été réalisées chez 19 cas consécutifs par la même équipe (BF et ER). L'âge des patients allait de 4 ans à 16 ans. Le repérage anatomique était efficace dans 100%. Aucun cas n'a été transformé en voie externe. Aucune fibre transilluminatrice n'a été utilisée. Après un suivi moyen de 4 ans, le taux de succès était de 86%. Aucune complication majeure n'a été retrouvée. Après comparaison avec la même technique chez l'adulte, les résultats étaient similaires.

Discussion :

La DCR par voie endo-nasale en pédiatrie est une procédure sûre et efficace, avec un taux de succès comparable aux DCR par voie endonasale de l'adulte.

Conclusion :

La même standardisation opératoire de DCR par voie endo-nasale est applicable à l'adulte comme à l'enfant.

Hémolacrie, à partir d'un cas pédiatrique

Auteurs : Tiphanie AUDELAN MD¹, Valérie AMELINE MD²

¹ Service d'Ophthalmologie, Hôpital de Bicêtre, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, DHU Vision et Handicap, Université Paris-Sud, Le Kremlin-Bicêtre, France.

² Service d'Ophthalmologie, Institut Arthur Vernes, Paris, France.

Introduction :

L'hémolacrie est un phénomène rare et méconnu défini par l'excrétion de larmes hémorragiques.

Matériel et méthodes :

Nous rapportons ici le cas d'une enfant de onze ans adressée pour hémolacrie uni puis bilatérale récidivante isolée, sans autre signe d'appel. Nous citerons ensuite, au moyen d'une revue de la littérature, les différentes étiologies à envisager face à une hémolacrie, dont découleront les bilans clinique et paraclinique à entreprendre en pratique.

Résultats :

A l'interrogatoire, aucun antécédent particulier personnel ou familial ni facteur déclenchant des crises n'est retrouvé chez cette jeune fille impubère. L'examen clinique ophtalmologique et orbito-lacrymal complet est normal. L'examen ORL avec naso-fibroscopie est normal. Au plan paraclinique, le bilan d'hémostase et hormonal sont normaux. L'IRM orbitaire est normale. Des biopsies conjonctivales et de la valve de Hasner sont normales. Une simulation ou auto-mutilation est envisagée devant la brutale bilatéralisation et la normalité d'un bilan exhaustif. L'examen des mains de l'enfant retrouvera de multiples piqûres sur la pulpe des doigts, qu'elle s'auto-infligeait avec un kit de prélèvement capillaire pour diabétique, retrouvé dans le sac de l'enfant. Le diagnostic de syndrome de Münchausen, ou automutilation, sera posé. Un entretien avec proposition de soutien pédopsychiatrique a permis de dénouer la situation et l'enfant n'a pas récidivé à un an des faits.

Discussion :

L'hémolacrie peut être due à une cause systémique (hématologique, vasculaire, hormonale, médicamenteuse), locale (traumatique, tumorale, infectieuse, inflammatoire, vasculaire) ou psycho/psychiatrique. De nombreux cas restent inexplicables et sont étiquetés idiopathiques.

Conclusion :

Dans la majorité des cas, l'hémolacrie est une pathologie bénigne, mais certaines associations à des maladies systémiques peuvent nécessiter une prise en charge urgente. La simulation doit être un diagnostic d'exclusion et est souvent difficile à prouver.

Imperméabilité du canal lacrymonasal simple de l'enfant : comparaison entre une intubation monocanaliculaire « tirée » type Monoka et intubation monocanaliculaire « poussée » type Masterka

O VERNAT, J DELMAS, PY ROBERT.
CHU Dupuytren LIMOGES

Introduction :

Première cause d'épiphora congénital, l'imperméabilité du canal lacrymonasal (CLN) simple touche 5 à 20 % des nouveaux nés. Chez les enfants de plus de 12 mois, il est actuellement recommandé de procéder à un sondage avec intubation de la voie lacrymale sous anesthésie générale.

Le but de cette étude est de comparer les sondes monocanaliculaires « tirées » type Monoka versus les sondes monocanaliculaires « poussées » type Masterka.

Matériels et Méthodes :

Cette étude rétrospective a inclus 75 enfants entre 2014 et 2017 qui présentaient une imperméabilité du CLN simple. L'intubation a été réalisée sous anesthésie générale avec intubation orotrachéale soit par une sonde type Masterka « poussée » par voie canthale, soit par une sonde type Monoka Ritleng avec récupération nasale classique, actuel gold standard.

Le traitement était considéré comme un succès en cas de disparition complète de l'épiphora deux mois après l'intervention.

Résultats :

L'intubation du CLN fut réalisée sur 54 yeux à l'aide d'une Monoka et sur 21 yeux à l'aide d'une Masterka. La moyenne d'âge des enfants se situait à 25 mois (12 – 69 mois) dans les deux groupes.

Une disparition complète de l'épiphora fut rapportée chez 20 des 21 yeux (95% des cas) du groupe Masterka, contre 47 des 54 yeux (87% des cas) dans le groupe témoin Monoka.

Une expulsion spontanée de la sonde eut lieu pour environ 9% des enfants de chacun des deux groupes.

Conclusion :

Chez l'enfant de plus de 12 mois, l'intubation du CLN par une sonde monocanaliculaire « poussée » de type Masterka est un traitement efficace de l'imperforation muqueuse du CLN.

Emphysème sous cutané généralisé en post opératoire d'une DCR

par utilisation d'une ventilation en pression positive continue à propos d'un cas

P. KELLER, JM. PIATON, CHNO des XV/XX Paris

Introduction :

Nous rapportons un cas d'un emphysème généralisé post opératoire chez un patient ayant utilisé le surlendemain de l'intervention une ventilation en pression positive continue (PPC) [ou continuos positive airway pressure (CPAP)] nocturne pour le traitement d'un syndrome d'apnée du sommeil (SAS)

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'un adulte de 75 ans opéré de DCR sans incident, hospitalisé en soins intensifs à J +2, pour un emphysème sous cutané de la face, du cou, de la paroi thoracique et de la partie supérieur de l'abdomen

L'état général est conservé sans douleur, ni gêne respiratoire, ni anomalie cardiaque ou neurologique. L'examen ophtalmologique était normal sans œdème papillaire ni diplopie Un scanner facial cervical et thoracique confirmait l'emphysème de la face, cervical, médiastinal, et l'absence de pneumo encéphalic

La prise en charge a consisté en l'arrêt de la PPC et l'introduction d'une antibiothérapie de 6 jours

Discussion :

L'emphysème sous cutané uniquement péri orbitaire est une complication connue après une DCR lié à un mouchage par le passage d'une faible quantité d'air sous la peau.

L'utilisation d'une ventilation en PPC lors un SAS pendant plusieurs heures va entrainer la diffusion d'une importante quantité d'air dans les espaces sous cutanés qui va diffuser en cervical, médiastinal, et abdominal. Dans notre cas a il n'y a pas eu de répercussion vitale. Ce cas qui nous semble le premier à avoir été décrit, mérite d'être connu.

Conclusion :

IL faut interroger nos patients devant être opéré de DCR sur l'existence d'un traitement par PPC (CPAP). Dans ce cas il parait justifié de suspendre la PPC pendant une durée de 15 jours.

INCISION DE LA VALVE DE HASNER SOUS ENDOSCOPIE NASALE DANS LES LARMOIEMENTS PAR STENOSE COMPLETE DE LA VALVE DE HASNER

Indications, technique et résultats.

JM PIATION, P. KELLER Hôpital des 15/20. Paris.

But de l'étude :

Définir les indications, décrire la technique et étudier les résultats de l'incision de la valve de Hasner (VH) en cas de larmolement à voie lacrymale (VL) imperméable dû une sténose de la VH.

Matériel et méthodes :

Etude rétrospective portant sur les opérations réalisées entre juin 1996 et octobre 2017

L'étude comprend 133 interventions chez 133 patients âgés de 18 à 82 ans, opérés et suivis par les 2 mêmes chirurgiens sur 2 sites différents

Le diagnostic est établi par le dacryo scanner qui montre l'arrêt du produit radio opaque au niveau de la VH, parfois accompagné d'une dilatation de la VL d'amont.

Les étiologies retrouvées étaient une intervention ORL, soit portant sur les cornets inférieurs (n=2), soit une méatotomie du sinus maxillaire (n =2), une rhinite chronique avec pulvérisation quotidienne d'un spray nasal depuis plusieurs années (n=5), un larmolement congénital (n=1). La majorité des cas étaient sans cause retrouvée (n=123)

Les interventions ont été réalisées sous anesthésie générale et en ambulatoire sous vidéo endoscopie nasale.

L'imperméabilité de la voie lacrymale a été confirmée en per opératoire par le lavage de la VL a sérum teinté de fluorescéine combinée à l'endoscopie nasale.

Un sondage du canal lacrymo nasal est effectué par un canalicule et la VH est incisée par un micro bistouri introduit dans le méat inférieur sous contrôle endoscopique nasal.

Une intubation bi canaliculo nasale est mise en place et retirée à la quatrième semaine lors de l'unique consultation post opératoire.

Résultats

	N : 133	%
GUERISON	83	62,4
AMELIORATION	10	7,5
ECHEC	27	20,3
PIRE	11	8,3
PERDUS DE VUE	2	1,5

La guérison était définie par une disparition totale du larmolement avec une normalisation du temps de disparition de la fluorescéine (TDF).

L'amélioration était définie par une diminution, mais sans disparition complète du larmolement, avec un TDF anormal et des VL perméables au lavage. .

Le résultat a été jugé pire si l'intervention a entraîné l'apparition d'une mucocèle qui n'existait pas auparavant. Parmi ces 11 cas 5 patients avaient gardé leur intubation au-delà de 6 semaines.

Sur les 46 patients présentant une mucocèle en pré opératoire, 31 ont été guéris ou améliorés (67,4%) ; 2 de ces patients ont eu une amélioration de leur larmolement mais avec la persistance d'un gonflement du sac et de l'existence d'un bruit à la pression du sac avec vidange dans le nez.

19 patients présentaient une lithiase (14,3%) : 16 ont été guéris ou améliorés (78%)

13 présentaient une dilatation pseudo kystique de la VH (10%) : 10 ont été guéris ou améliorés (77%)

L'étude des résultats en fonction de l'âge montre une nette diminution dans la tranche d'âge 60/69 ans

	N 133	N Succès	% Succès	
18 à 28 ans	9	6	66,6%	
29 à 39 ans	16	11	68,7%	
40 à 49 ans	21	13	61%	
50 à 59 ans	25	16	64%	
60 à 69 ans	34	14	41%	
>70 ans	28	16	60%	

Discussion :

L'incision de la VH avec pose d'une intubation est une technique dont l'indication est une sténose de la VH.

D'après notre expérience elle intéresse 4% des patients présentant une obstruction complète de la VL (133 incisions/3500 DCR).

Son intérêt est d'être moins agressive qu'une dacryo cysto rhinostomie ; néanmoins elle impose de réaliser un dacryo scanner chez tout patient candidat à une chirurgie lorsqu'une obstruction de la VL verticale a été diagnostiquée.

Son taux de succès global est de 62,4%, ce qui est inférieur au taux de réussite d'une DCR EDN (95%). Celui-ci baisse nettement après 60 ans.

La fréquence des lithiases et d'une dilatation pseudo kystique de la VH sont en faveur d'une sténose progressive de la VH aboutissant à sa fermeture complète en plusieurs mois ou années.

Une inflammation naso sinusienne chronique et/ou une anomalie morphologique de la VH pourraient être à l'origine de la sténose.

Conclusion :

Une sténose de la VH est responsable du larmoiement chez 4% des patients présentant un larmoiement par sténose complète de la VL verticale. Elle est diagnostiquée par le dacryo scanner.

Par son peu d'agressivité l'incision de la VH doit être proposée aux patients comme alternative à la DCR en précisant que son taux de réussite est moindre.

TITRE COMMUNICATION ORALE : AGENESIE DU CONDUIT LACRYMO-NASALE OSSEUX : TRAITEMENT PAR DCR OU PAR INTUBATION TIREE ASSISTEE PAR GUIDAGE ENDOSCOPIQUE ?

Auteurs : Bruno FAYET, Emmanuel RACY, Corinne BORDONNE.

But :

Comparer deux traitements différents dans les agénésies osseuses du conduit lacrymo-nasal (AOCLN) : 1) DCR ou, 2) Médialisation turbinaire inférieure associée à une intubation lacrymo-nasale *tirée* sous guidage endoscopique.

Etude :

Etude comparative, rétrospective et non randomisée.

Matériels et Méthodes :

Inclusions : enfants présentant une mucocèle rebelle associée à une AOCLN isolée, diagnostiquée par sondage lacrymal (*Hard contact*) avec un recul clinique supérieur à 6 mois.

Exclusion :

- AOCLN associée (traumatisme, fentes faciales, malformations, trisomie, ...) ou traitée par Dcr externe ou par Dcr endonasale avec forage protégé.
- Recul inférieur à 6 mois.

Résultats :

Entre 2006 et 2016 :

1. **Groupe 1 (Intubation *tirée* sous guidage endo avec médialisation du cornet inférieur) :** 4 enfant (4 cotés), âgés de 4,2 années en moyenne (extrêmes : 1 et 9 ans au moment de l'intervention. Le taux de succès est de 25 % (1/4) avec un recul moyen de 6,1 années (Extrêmes 6 mois et 11 ans).
2. **Groupe 2 (Dcr endo) :** 10 enfants (11 cotés), âgés de 5,1 ans au moment de l'intervention (Extrêmes 4 et 16 ans). Succès : 90% (10/11) avec un recul moyen de 5,5 années (Extrêmes 1 et 9 ans).

Discussion :

- a) Même lorsqu'elle se révèle techniquement possible (4/15 = 26,6%), les résultats de l'intubation classique sont très décevants (25% vs 90%).
- b) L'exploration lacrymal *sur table*, avec une anesthésie en ventilation spontanée, nous semble être le passage obligé avant la mise en place de la protection laryngée.

DR FABRE –VILA RICART Norma FABRE-VILA RICART (MAUGUIO)

Dr Philippe IMBERT (TOULOUSE)

Traitement chirurgical des expositions d'implant orbitaire en hydroxyapatite après énucléation/éviscération par meulage d'implant et greffon d'aponévrose temporale. A propos de 11 cas.

Introduction :

L'implant bio colonisable en hydroxyapatite a permis une amélioration des résultats fonctionnels et esthétiques des éviscérations et des énucléations. L'exposition de ces implants demeure la principale complication et sa prise en charge chirurgicales variée. Nous rapportons les cas de 11 patients éviscérés ou énucléés porteurs d'une déhiscence conjonctivale avec exposition d'un implant d'hydroxyapatite ayant bénéficié d'un meulage de l'implant orbitaire suivi de recouvrement par greffon autologue d'aponévrose temporale.

Patients et Méthodes:

Etude rétrospective concernant 11 patients opéré par le même operateur de janvier 2007 au mai 2017, comprenant 7 hommes, 4 femmes, d'âge moyen 60 ans. Les variables étudiées sont l'importance de la déhiscence, la présence ou non d'une infection de l'implant, l'étiologie de la perte de l'œil, la technique éviscération/énucléation réalisée précédemment.

Dans tout les cas la technique comportait : conservation de la bille de hydroxyapatite, meulage du pole antérieur de la bille, recouvrement de celui-ci par greffon autologue d'aponévrose temporale, recouvrement périphérique +/- complet du greffon par la conjonctive bulbaire. Deux patients avec rétraction du cul du sac conjonctival ont bénéficié d'une greffe de muqueuse labiale associée.

Résultats :

Le recouvrement conjonctival de l'implant orbitaire conservé a été obtenu dans tous les cas. Aucun patient n'a présenté de récidence de l'extériorisation de la bille de hydroxyapatite. Aucun cas d'infection de la bille ou de l'orbite n'ont été observés en postopératoires.

Conclusions :

11 implant orbitaires d'hydroxyapatite exposés ont été traités avec succès par conservation de la bille . meulage de son pole antérieur recouvert d'un greffon autologue d'aponévrose temporale.

Traitement chirurgical des expositions de bille des cavités anophtalmes

J. DELMAS (1, 2), O. LECLERC (2), JP. ADENIS (1), PY. ROBERT (1)

(1) : Centre Hospitalier Universitaire Dupuytren LIMOGES

(2) : Polyclinique François Chénieux LIMOGES

Introduction :

Cette étude rétrospective des différentes techniques utilisées dans le traitement des expositions de bille a pour objectif d'établir un arbre décisionnel et ainsi de rationaliser la prise en charge de cette complication fréquente, afin d'éviter les échecs et reprises.

Matériel et méthode :

Nous avons réalisé une étude rétrospective sur l'ensemble des patients opérés d'exposition de bille de mars 1999 à octobre 2017 au CHU Dupuytren de Limoges et évalué les taux de réussite (absence de ré-exposition et de reprise chirurgicale) et les causes d'échec de chaque technique.

Résultats :

Au total, nous comptabilisons 43 patients opérés d'exposition de bille : 30 cas de lambeaux conjonctivo-Müllériens, 10 cas opérés d'ablation de bille et greffe dermo-graisseuse (GDG) en un temps, 1 greffe de membrane amniotique, 1 retournement de bille et 1 greffe d'aponévrose temporale.

Dans le groupe « lambeaux conjonctivo-Müllériens », nous notons 11 échecs (36,6%) qui ont bénéficié d'une reprise chirurgicale par ablation de bille et GDG (en un ou deux temps) pour 6 patients, 1 ablation de bille et lipostucture de Coleman, 1 ablation de bille seule, 3 greffes d'aponévroses temporales dont 2 d'entre elles ont nécessité une nouvelle reprise par ablation de bille et GDG.

Dans le groupe « ablation de bille et GDG », on relève 1 échec (10%), par infection, chez un patient aux lourdes comorbidités, ayant nécessité une ablation de la GDG, puis une nouvelle GDG ultérieure après traitement antibiotique, avec succès.

Parmi les patients dont le lambeau conjonctivo-Müllérien a échoué, on note certains facteurs de risque : radiothérapie (2 énucléations pour mélanome), 1 bille en acrylique. On note aussi 1 exposition précoce à 2 mois (probable suture sous tension).

Discussion :

Le taux de succès a été meilleur dans le groupe « ablation de bille et GDG » que dans celui des lambeaux conjonctivo-Müllériens, mais nous avons pu mettre en évidence les facteurs de risque locaux et généraux, nécessitant d'orienter la prise en charge vers la 1^{ère} solution en première intention : exposition large, bille non poreuse ou avec entraîneur, bille poreuse mais non vascularisée à l'IRM, antécédents de radio- ou protonthérapie, de pathologie locale ou régionale compromettant la cicatrisation.

Les lambeaux conjontivo-Müllériens ont pour inconvénient de nécessiter 2 interventions (réalisation du lambeau, puis section) mais ont l'avantage d'être un traitement palpébral local simple et rapide, avec un taux de succès très bons, à condition d'être réalisé sur un terrain favorable.

L'indication des autres techniques est à discuter au cas par cas.

Conclusion :

Un arbre décisionnel a été réalisé, permettant d'orienter la prise en charge chirurgicale des expositions de bille vers la solution la plus adaptée à chaque patient, afin de minimiser le risque d'échec et reprise.

LE RECOURS AU CONFORMATEUR COMPRESSEUR SUR MESURE DANS LE TRAITEMENT DES CAVITES DIFFICILES.

Y.QUENTIN, M.DURAND, M.DURAND

But de l'étude :

L'appareillage oculaire après chirurgie mutilante dépend en grande partie de son support orbito-palbébral. Lorsque celui-ci est insuffisant à un bon appareillage, il peut être corrigé par une chirurgie. Dans certains cas lorsque cette chirurgie n'est pas envisageable ou non souhaitée par le patient, le recours à l'utilisation du conformateur compresseur sur mesure permet par son action en amont de pouvoir mieux l'appareiller par la suite.

Matériel et Méthode :

L'utilisation du conformateur compresseur sur mesure a été décrit et publié par William STONE Jr en 1960 à l'Université de Yale pour son action sur la résorption du chémosis. Son action est également efficace pour un agrandissement des culs-de-sac ainsi que sur l'expansion de la cavité.

La prothèse d'expansion est composée de 3 éléments :

- La prothèse conformateur.
- Une tige externe.
- Un disque de contention.

Sa fabrication et sa mise en place doit être simple et rapide.

Résultat et discussion :

Après 8 jours en moyenne de compression, on observe en présence d'un chémosis une résorption rapide de celui-ci. En présence d'un manque de profondeur des culs de sac suite à une rétraction, son action par une pression efficace maintenue en continue permet de faire tenir une prothèse.

Conclusion :

Le conformateur compresseur ne remplacera jamais une bonne chirurgie, mais il permet dans certaines situations de pouvoir ré-appareiller provisoirement le patient.

**TITRE : CARACTERISTIQUES CLINIQUES, RADIOLOGIQUES,
ANATOMOPATHOLOGIQUES, THERAPEUTIQUES ET EVOLUTIVES DE
L'AMYLOSE PERI OCULAIRE ET/OU INTRA ORBITAIRE A PROPOS DE SIX
CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE.**

Title: Clinical, radiological, pathological features, treatment and follow up of peri ocular and/or orbital amyloidosis: report of 6 cases and literature review.

Auteurs :

A.MARTEL (Département d'oculoplastique, Hôpital Ophtalmique Jules GONIN, Laussane, Suisse)

N.TIEULIE (Service de rhumatologie, Hôpital Pasteur 2, CHU de Nice, France)

A.OBERIC (Département d'oculoplastique, Hôpital Ophtalmique Jules GONIN, Laussane, Suisse)

A.MOULIN (Département d'anatomopathologie, Hôpital Ophtalmique Jules Gonin, Lausanne, Suisse).

M.HAMEDANI (Département d'oculoplastique, Hôpital Ophtalmique Jules GONIN, Laussane, Suisse)

Résumé :

Objectif : étudier les caractéristiques démographiques, cliniques, radiologiques, anatomopathologiques, thérapeutiques et l'évolution des patients présentant une amylose péri oculaire et/ou intra orbitaire.

Patients et méthode : nous avons réalisé une étude observationnelle, rétrospective, unicentrique de janvier 2004 à avril 2017 chez tous les patients avec une amylose péri oculaire et/ou intra orbitaire histologiquement prouvée.

Résultats : six patients ont été inclus (2 femmes, 4 hommes). L'âge moyen était de 76.8 ans (66-86 ans). Le délai moyen entre les premiers symptômes et le diagnostic était de 27 mois (11-36 mois). Les principaux signes fonctionnels étaient une infiltration sous conjonctivale (100%), une douleur ou gêne oculaire (66.6%) et une hémorragie sous conjonctivale (16.6%). Cliniquement, 66.6% des patients présentaient un ptosis, 50% une kératite (dont un cas de perforation cornéenne), 50% une exophtalmie. 50% des patients présentaient une atteinte bilatérale. 83.3% des patients présentaient une amylose de type AL en immunohistochimie. Un cas de lymphome orbitaire B de type extranodal de la zone marginale a été diagnostiqué. Le bilan d'extension systémique était négatif chez tous les patients. La prise en charge a consisté en une surveillance simple (16.6%), une résection type debulking (50%), une chirurgie de ptosis (16.6%), une chirurgie d'entropion ou trichiasis (33.3%) et une radiothérapie orbitaire (33.3%). Au terme d'un suivi moyen de 14.6 mois (6-36 mois), aucun patient n'a présenté de récurrence ou de progression.

Conclusion : l'amylose péri oculaire et/ou intra orbitaire est une pathologie rare. Le diagnostic est anatomopathologique et doit être systématiquement complété par une étude immunohistochimique afin de guider le bilan d'extension systémique. Le lymphome orbitaire et le myélome multiple devront être recherchés et éliminés en cas d'amylose AL. L'évolution est lente et la prise en charge symptomatique repose principalement sur la chirurgie. Un suivi multidisciplinaire au long cours est indispensable.