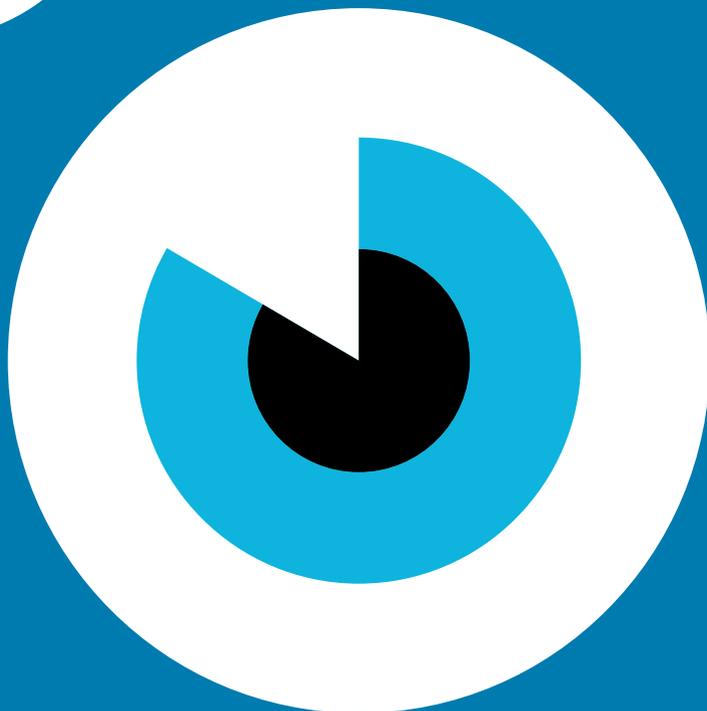


14



Dacryocystorhinostomie



**Hôpital ophtalmique
Jules-Gonin**

Service universitaire d'ophtalmologie
Fondation Asile des aveugles

Dacryocystorhinostomie

Généralités

En cas d'obstruction du canal lacrymo-nasal, les voies lacrymales sont bouchées dans la partie basse de leur trajet et les larmes ne peuvent plus être évacuées vers le nez. Cette situation génère un larmoiement et/ou un gonflement de l'angle interne de l'œil. La chirurgie est le seul moyen d'améliorer l'état du patient-e : c'est la dacryocystorhinostomie.

L'intervention consiste à créer un passage entre le sac lacrymal et les fosses nasales. Elle peut se faire par voie cutanée ou par voie endonasale.

La dacryocystorhinostomie par voie cutanée consiste à mettre en communication, après avoir incisé la peau, le sac lacrymal avec la muqueuse nasale. Au cours de cette intervention, un fragment d'os est enlevé.

Le principe de la seconde technique reste le même : réaliser une communication permanente entre le sac lacrymal et les fosses nasales, mais en passant par l'intérieur du nez. Elle n'est possible que si les cavités nasales du patient-e s'y prêtent. L'avantage de cette technique est d'éviter une cicatrice cutanée et permet le traitement d'anomalies parfois associées telles que déviation de la cloison nasale, polypes, sinusites, etc.

En fin d'intervention, une sonde en silicone est souvent posée, notamment en cas de rétrécissement des canalicules en amont du sac lacrymal. Elle restera en place pour une durée variable de 3 à 6 mois.

Résultats attendus

Les chances de succès de l'intervention sont estimées à 90%. On observe alors une amélioration de la situation, avec diminution ou disparition du larmolement et/ou de l'inflammation.

Risques opératoires – Complications

Dans la majorité des cas, les suites opératoires sont peu douloureuses et simples.

Un saignement au niveau de la narine (épistaxis) peut justifier, s'il est important, un méchage et/ou une prolongation de l'hospitalisation.

Les complications infectieuses locales sont très rares, mais elles peuvent nécessiter un traitement par antibiotiques.

Le passage d'air sous la peau peut créer une sensation de bulles sous-cutanées (emphysème): il faut s'abstenir de se moucher pendant la période postopératoire immédiate.

Un hématome peut survenir de même que des difficultés nasales et/ou une gêne respiratoire (sensation de nez bouché).

La sonde en silicone peut s'extérioriser spontanément ; elle peut être soit remise en place, soit retirée avant le délai prévu.

Une mauvaise cicatrisation de la muqueuse nasale peut nécessiter une reprise chirurgicale. Une complication infectieuse (méningite, abcès) est exceptionnelle.

L'échec de l'opération peut conduire à une deuxième chirurgie.

Déroulement – Durée de l'hospitalisation

L'intervention est en général réalisée en ambulatoire. Une hospitalisation peut être justifiée en cas d'hémorragie, ou si le-la patient-e vit seul-e.

L'intervention s'effectue le plus souvent sous anesthésie générale.

En postopératoire, les soins locaux consistent en l'instillation de gouttes, soins du nez et antibiothérapie.