

conjonctivaux ou des muscles oculomoteurs gênant la motilité oculaire (risque de vision double) et/ou de la paupière.

Déroulement – Durée de l’hospitalisation

Les soins locaux consistent à l’application de gouttes et/ou de pommade, voire au port d’une protection oculaire durant une période qui sera précisée.

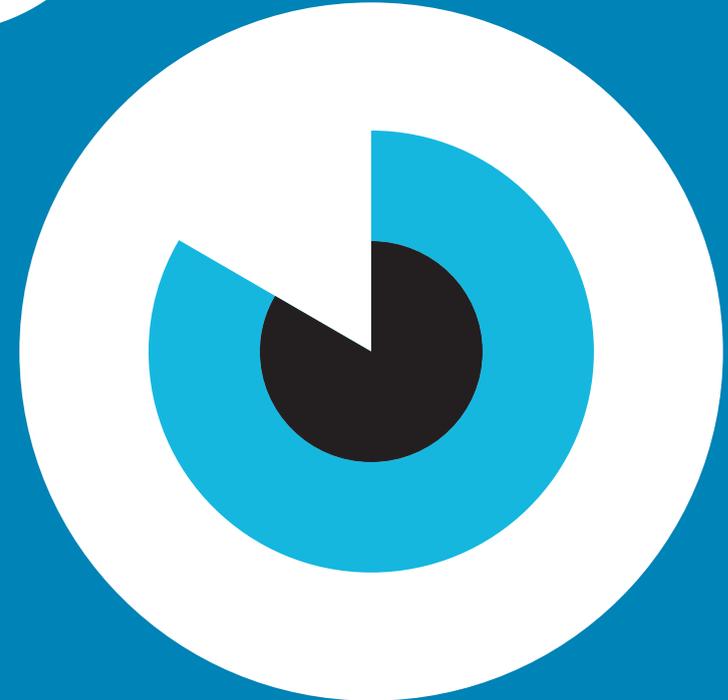
Un petit anneau en plastique transparent est parfois laissé en place sous les paupières pendant quelques temps pour éviter la formation d’adhérences. Il est parfois nécessaire de procéder à l’ablation de fils de suture.

Un suivi régulier sera nécessaire afin de dépister au plus tôt une éventuelle récurrence locale. En cas de mélanome, des bilans oto-rhino-laryngologiques et généraux sont à effectuer pour exclure la présence de métastases qui peuvent survenir du fait même de la nature de la tumeur et malgré un traitement bien conduit.

L’activité professionnelle, l’utilisation de machines ou d’instruments dangereux, la conduite automobile sont déconseillées pendant une période limitée qui sera définie par votre ophtalmologue. La natation est interdite pendant minimum un mois.

Source Fiche SFO n° 59

51



Opération de la tumeur de la conjonctive



Opération de la tumeur de la conjonctive

Généralités

La conjonctive est une membrane transparente qui tapisse la surface de l'œil, autour de la sclère, et la face interne des paupières.

Une tumeur de la conjonctive peut être soit de nature bénigne (comportant très peu de risque de récurrence et aucun risque de propagation à distance), soit de nature maligne (avec un risque plus ou moins important d'extension, de récurrence loco-régionale et de propagation à distance -métastases-, engageant le pronostic vital).

La chirurgie est la meilleure solution thérapeutique pour les tumeurs circonscrites. Sans chirurgie, la tumeur pourrait progresser avec un risque d'extension en surface et en profondeur au niveau de l'œil et des paupières. En cas de mélanome, le risque de métastases dans les cavités nasales et pharyngées (via les voies lacrymales) ou ailleurs dans l'organisme (via les voies lymphatiques et sanguines) est augmenté.

L'intervention est réalisée sous microscope alors que le patient est installé sur le dos. Le chirurgien réalise généralement l'ablation totale de la lésion et reconstruit la partie enlevée, soit en faisant glisser la conjonctive adjacente pour une petite surface, soit en faisant une greffe si la partie enlevée est plus importante. En cas de greffe, le greffon est prélevé soit sur la conjonctive de l'œil (opéré ou l'autre), soit au niveau de la

muqueuse buccale. Une greffe de membrane amniotique peut aussi être proposée en cas de tumeur volumineuse.

Après l'intervention, les douleurs sont variables, généralement faibles. Une rougeur, ainsi qu'une irritation de la conjonctive et des paupières peuvent être observées pendant quelques semaines.

Résultats attendus

Le but de la chirurgie est d'enlever la tumeur et de détruire ses capacités de croissance afin de réduire au maximum le risque de récurrence, localement et à distance, tout en préservant au mieux l'intégrité et la fonction oculaire.

Un examen anatomopathologique des tissus excisés est toujours pratiqué. Le résultat peut influencer la suite de la prise en charge qui peut nécessiter plusieurs modes thérapeutiques.

Risques opératoires – Complications

Il n'existe pas de chirurgie sans risque. Il n'est pas possible de garantir le succès de l'intervention. Les risques opératoires sont très rares et imprévisibles.

Les complications graves sont exceptionnelles; il s'agit le plus souvent d'incidents. On peut notamment être obligé de réaliser une greffe initialement non programmée ou de prélever un second greffon. La perforation du globe peut survenir mais reste rarissime.

Quoique rares, les complications les plus fréquentes sont: érosion de la cornée, hypertonie oculaire secondaire à la corticothérapie topique, lâchage des sutures, mauvaise prise de la greffe, adhérences cicatricielles au niveau des culs-de-sac