

Une atteinte du nerf optique peut n'être constatée qu'ultérieurement. Dans ce cas, ce type de lésion compromet fortement la récupération visuelle et, malgré l'intervention effectuée, celle-ci peut être faible ou nulle.

Suite au traumatisme, un glaucome peut apparaître et entraîner une dégradation visuelle à long terme. Malgré une intervention réussie, le risque d'ophtalmie sympathique (atteinte secondaire de l'autre œil) ne peut être totalement exclu.

Déroulement – Durée de l'hospitalisation

Le traitement d'une plaie perforante ou d'un corps étranger intraoculaire requiert souvent un séjour en hospitalisation pour l'administration d'un traitement antibiotique par voie générale et une surveillance ophtalmologique étroite.

Dans l'œil atteint, le traitement se fait par l'application de pommade et de collyres.

Une incapacité de travail de 1 à 3 mois est à envisager, avec une interdiction de conduire allant jusqu'à trois mois en cas de perte fonctionnelle définitive de l'œil traumatisé.

Des contrôles réguliers durant toute la vie sont à conseiller. En cas d'irritation, de gêne, de photophobie de l'autre œil, un contrôle rapide doit être fait.

1

Plaie perforante et corps étranger intraoculaire



Plaie perforante et corps étranger intraoculaire

Généralités

Une plaie pénétrante, perforante, avec ou sans corps étranger intraoculaire, demande une réponse chirurgicale.

Une fois le patient endormi sous anesthésie générale, le chirurgien explore la plaie sous microscope, incise la conjonctive si nécessaire et retire tout corps étranger facilement accessible en surface. Il suture ensuite les plaies de la cornée et de la sclérotique (le blanc de l'œil) et injecte du liquide dans l'œil, avec si nécessaire des antibiotiques, pour redonner du tonus au globe oculaire.

Il s'assure de la présence du cristallin : en cas d'expulsion, il sera nécessaire d'implanter un cristallin artificiel ultérieurement. Le corps étranger pourra être enlevé lors d'une seconde opération s'il est à l'intérieur de l'œil.

Si le chirurgien constate que l'œil est en trop mauvais état, il tente de suturer le globe le mieux possible. Une énucléation (ablation de l'œil) sera effectuée, si nécessaire, ultérieurement.

Le déroulement de l'opération peut être modifié à tout moment en fonction de constatations qui ne peuvent être faites qu'en cours d'intervention.

Résultats attendus

Le traitement vise la conservation du globe oculaire, à éviter l'infection et à maximiser la récupération visuelle à long

terme. Ses résultats sont toutefois difficilement estimables, dépendant des dégâts causés à l'œil.

Sans traitement, un tel traumatisme peut évoluer vers une perte totale de la vision, voire de l'œil. Il y a également un risque pour l'autre œil (ophtalmie sympathique).

Risques opératoires – Complications

Cette opération n'échappe pas à la règle selon laquelle il n'existe pas de chirurgie sans risque. L'état de santé général du patient et son âge constituent des facteurs de risque supplémentaires.

Après l'opération, des douleurs pendant quelques jours, avec un œil irrité, font partie des complications probables.

Complications plus spécifiques : une surinfection du globe oculaire peut entraîner une perte totale de la vision, et conduire à l'ablation de l'œil lui-même dans un second temps. Un décollement de rétine dû au traumatisme peut de même nécessiter une deuxième intervention et entraîner la perte fonctionnelle de l'œil si la rétine ne se réapplique pas. L'existence d'une hémorragie dans le vitré peut ralentir la récupération visuelle.

Le cristallin peut s'opacifier (cataracte) et nécessiter une opération. Si l'iris est touché, une gêne fonctionnelle peut en résulter, avec notamment des éblouissements.

Si la cornée est touchée, la cicatrisation peut entraîner une irrégularité de la courbure cornéenne (astigmatisme), ou laisser des cicatrices importantes, compromettant la récupération visuelle. Des opérations pourront éventuellement être réalisées pour traiter ces problèmes, allant jusqu'à la greffe de cornée.