

Voies d'abord orbitaires palpébroconjonctivales rétrocaronculaires

J.-P. Adenis

PLAN DU CHAPITRE

Dacryocystorhinostomie par voie palpébroconjonctivale	200
Indications générales	200
Technique	200
Conclusion	201
Décompression orbitaire par voie palpébroconjonctivale rétrocaronculaire	203

Dacryocystorhinostomie par voie palpébroconjonctivale

La dacryocystorhinostomie a été décrite initialement par Toti en 1904 [19] avec un abord par voie externe, puis modifiée par l'adjonction de lambeaux anastomotiques [6], ou le placement de tubes en silicone [11], ou encore l'utilisation d'application de mitomycine C [5]. L'approche endonasale est décrite dès 1893 Caldwell [4] et plus tard par West [20] et Jokinen [10]. Toutefois, la visualisation par le nez n'est pas commode, malgré l'amélioration apportée par le microscope opératoire, et ce n'est que l'approche endoscopique qui a donné un regain à l'abord endonasal en raison de l'absence de risque d'épicanthus postopératoire. Pour l'instant, aucune étude n'a pu démontrer de façon statistique la différence de résultats quand à la perméabilité des voies lacrymales pour l'une ou l'autre méthode. La voie externe donne de 90 % à 98 % de bons résultats sur la perméabilité [8, 9, 16, 18] et la méthode endoscopique de 63 % et 100 % [3, 7, 8, 9, 13, 23].

Indications générales

Actuellement, trois groupes de techniques sont couramment utilisés :

- l'abord cutané externe;
- l'abord endonasal endoscopique [10];
- l'abord transcanaliculaire au laser [22] qui est surtout utilisé pour les reprises d'échecs de dacryocystorhinostomies [12, 14, 21] réalisées par voie externe ou endonasale.

L'abord rétrocaronculaire est familier en oculoplastique pour aborder la partie médiale de l'orbite et l'apex orbitaire [17]. Le principal repère chirurgical est le muscle de Horner dont la description princeps est due à Duverney, comme l'a bien montré l'étude historique de Reifler [15].

Nous avons décrit cet abord chirurgical dans le traitement des lagophtalmies [1, 2] par plicature du muscle de Duverney-Horner. Ayant amélioré notre approche chirurgicale, nous avons décrit l'abord rétrocaronculaire sous microscope opératoire pour la dacryocystorhinostomie, évitant ainsi les problèmes éventuels de cicatrices.

Technique

1. L'intervention est le plus souvent réalisée sous anesthésie générale. Un tamponnement nasal d'une solution de xylocaïne adrénalinée est le plus souvent effectué pour diminuer le saignement d'origine nasal.

2. Une coque protectrice en titane est placée, pendant l'intervention, devant la cornée pour la protéger (figure 8.1).

3. L'incision de la conjonctive est réalisée de façon verticale entre le repli semi-lunaire et la caroncule, à l'aide d'une aiguille de bistouri électrique en monopolaire, les paupières étant rétractées à l'aide de fils de traction de soie noire 5/0. Le plan de dissection est dirigé en dedans et en arrière, de façon à passer en arrière du muscle de Duverney-Horner pour atteindre la crête lacrymale postérieure (figure 8.2).

4. Puis, le périoste est incisé légèrement en arrière de la crête lacrymale postérieure. À l'aide d'une rugine, on libère les adhérences du périoste dans la loge lacrymale puis la crête lacrymale antérieure (figure 8.3).

5. Le sac lacrymal est récliné vers le haut à l'aide d'un écarteur cranté de Duverger-Adenis (figure 8.4). Il est ensuite incisé de façon verticale à l'aide d'un bistouri à lame retournée (figure 8.5) Une sonde lacrymale est introduite dans le canalicule, puis le sac lacrymal pour vérifier la perméabilité du canal d'union.

6. La trépanation osseuse est effectuée en effondrant l'os lacrymal à l'aide d'une rugine, puis en enlevant la majorité de la loge lacrymale à l'aide d'une pince de Kerisson (figure 8.6). L'utilisation d'une pince longue de Kerisson neurochirurgicale et la libération du sac vers le haut permet d'enlever une partie de la crête lacrymale antérieure.

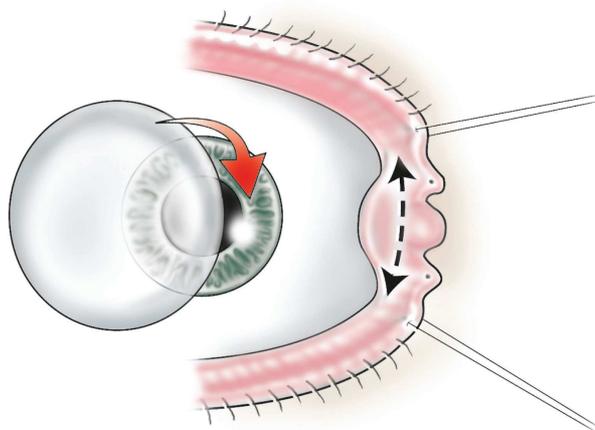


Figure 8.1

Une coque protectrice en titane est placée devant la cornée. Une incision conjonctivale verticale est réalisée entre le repli semi-lunaire et la caroncule.

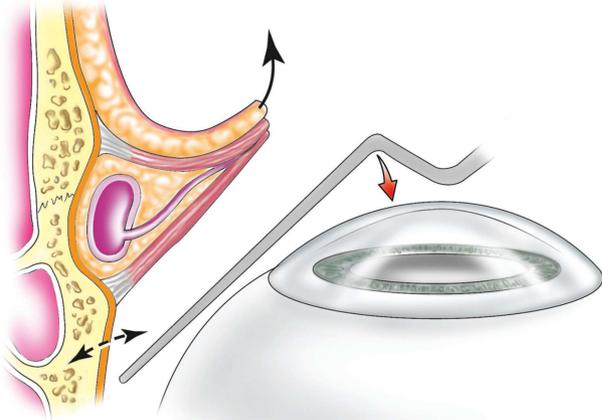


Figure 8.2

À l'aide d'un bistouri électrique en monopolaire, un plan de dissection est créé en arrière du muscle de Duverney-Horner jusque vers la crête lacrymale antérieure, le sac lacrymal étant rétracté vers le haut à l'aide d'un écarteur cranté de Duverger-Adenis.

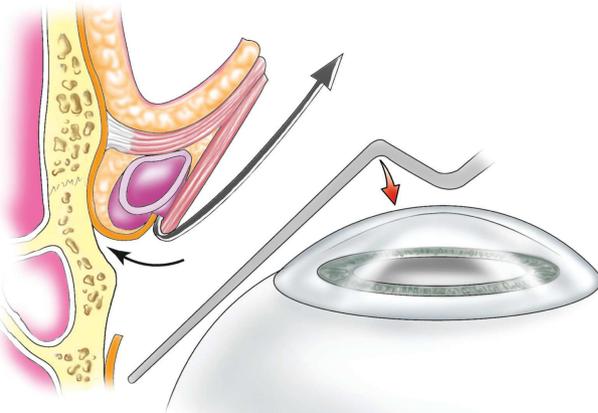


Figure 8.3

Le périoste orbitaire est incisé en arrière de la crête lacrymale postérieure et récliné ensuite vers le haut jusqu'à la crête lacrymale antérieure à l'aide d'une rugine.

7. La muqueuse nasale est incisée de façon semi-circulaire en s'aidant de deux coton-tige introduits dans le nez, dont la pression permet d'appliquer la muqueuse dans l'orifice osseux. Une suture de Goretex® 6/0 est réalisée entre les lambeaux du sac et de la muqueuse nasale afin de réaliser

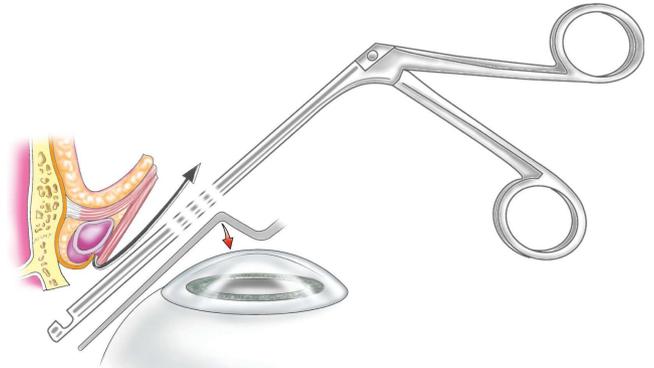


Figure 8.4

Instruments utilisés pour cette technique : un écarteur de Duverger modifié Adenis, un bistouri à lame retournée et une pince de Kerison de grande taille.

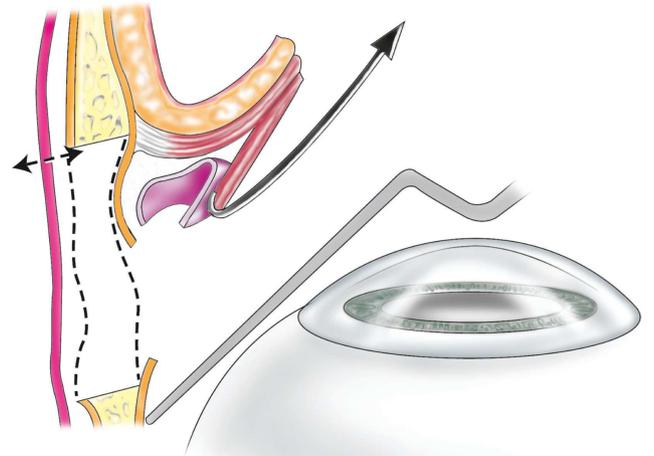


Figure 8.5

Le sac lacrymal est récliné vers l'avant à l'aide de rétracteurs, puis ouvert verticalement.

l'anastomose lacrymale. Enfin, la conjonctive est suturée au Vicryl 8/0 à nœuds enfouis entre le repli semi-lunaire et la caroncule (figure 8.7).

Conclusion

L'approche rétrocaronculaire est intéressante dans la dacrycystorhinostomie pour des raisons cosmétiques car le risque de cicatrice cutanée est nul, toutefois elle n'améliore pas le pronostic de la perméabilité lacrymale.

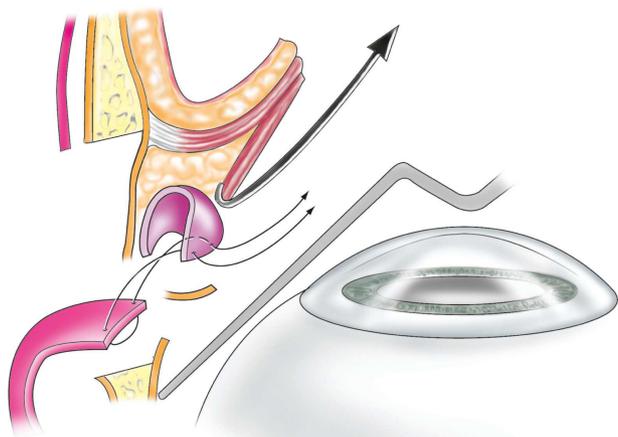


Figure 8.6

La trépanation osseuse large est réalisée à l'aide d'une pince de Kerison permettant l'accès à la muqueuse nasale qui est incisée pour permettre l'anastomose des deux volets muqueux.

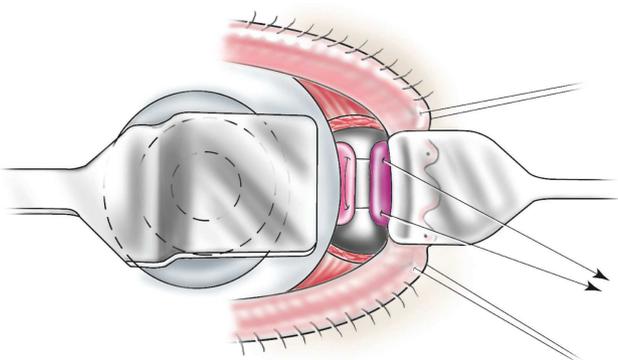


Figure 8.7

L'anastomose des deux volets muqueux est réalisée à l'aide d'une suture de Goretex® 6/0.

Références

- [1] Adenis JP, Mathon C, Liozon P. Surgical treatment of lagophthalmos. General review and personal technique. *Orbit* 1989; 8(1) : 23–36.
- [2] Adenis JP, Robert PY. Plicature of Duverney's muscle : a surgical approach of lagophthalmos. *Orbit* 1995; 14(4) : 207–12.
- [3] Boush GA, Lemke BN, Dortzbach RK. Results of endonasal laser-assisted dacryocystorhinostomy. *Ophthalmology* 1994; 101 : 955–9.
- [4] Caldwell GW. Two new operations for obstruction of the nasal duct, with preservation of the canaliculi, and with an incidental description of a new lachrymal probe. *Am J Ophthalmol* 1893; 10 : 189–93.
- [5] Camara JG, Bengzon AU, Henson RD. The safety and efficacy of mitomycin C in endonasal endoscopic laser-assisted dacryocystorhinostomy. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 2000; 16 : 114–8.
- [6] Dupuy-Dutemps L, Bourguet M. Procédé plastique de dacryocysto-rhinostomie et ses résultats. *Ann D'Oculist* 1921; 158 : 241–61.
- [7] Eloy PH, Bertrand B, Martinez M, et al. Endonasal dacryocystorhinostomy : indications, technique and results. *Rhinology* 1995; 33 : 229–33.
- [8] Hartikainen J, Grenman R, Puukka P, et al. Prospective randomized comparison of external dacryocystorhinostomy and endonasal laser dacryocystorhinostomy. *Ophthalmology* 1998; 105 : 1106–13.
- [9] Hartikainen J, Antila J, Varpula M, et al. Prospective randomized comparison of endonasal endoscopic dacryocystorhinostomy and external dacryocystorhinostomy. *Laryngoscope* 1998; 108 : 1861–6.
- [10] Jokinen K, Karja J. Endonasal dacryocystorhinostomy. *Arch Otolaryngol* 1974; 100 : 41–4.
- [11] Jones LT. The cure of epiphora due to canicular disorders, trauma and surgical failures on the lacrimal passages. *Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol* 1989; 66 : 506–10. 1962.
- [12] Mullner K, Wolf G, Luxenburger W, et al. Laser-assisted transcanalicular dacryocystorhinostomy. Initial results. *Ophthalmologie* 2001; 98(2) : 174–7.
- [13] Orcutt JC, Hillel A, Weymuller Jr EA. Endoscopic repair of failed dacryocystorhinostomy. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 1990; 6 : 197–202.
- [14] Patel BC, Phillips B, McLeish WM, et al. Transcanalicular neodymium YAG laser for revision of dacryocystorhinostomy. *Ophthalmology* 1997; 104(7) : 1191–7.
- [15] Reifler DM. Early descriptions of Horner's muscle and the lacrimal pump. *Surv Ophthalmol* 1996; 41(6) : 127–34.
- [16] Royer J, Adenis JP, Bernard JA, et al. Traitement de la sténose lacrymonasale 367–369 in *L'appareil lacrymal*. Masson; 1982.
- [17] Shorr N, Baylis HI, Goldberg RA, et al. Transcaruncular approach to the medial orbit and orbital apex. *Ophthalmology* 2000; 107 : 1459–63.
- [18] Tarbet KJ, Custer PL. External dacryocystorhinostomy : surgical success, patient satisfaction and economic cost. *Ophthalmology* 1995; 102 : 1065–70.
- [19] Toti A. Nuovo metodo conservatore di cura radicale delle suppurazioni croniche del sacco lacrimale (Dacriocistorinostomia). *Clin Mod* 1904; 10 : 385–7.
- [20] West JM. A window resection of the nasal duct in cases of stenosis. *Trans Am Ophthalmol Soc* 1914; 12 : 654.
- [21] Woo KI, Moon SH, Kim YD. Transcanalicular laser-assisted revision of failed dacryocystorhinostomy. *Ophthalmic Surg Lasers* 1998; 29(6) : 451–5.
- [22] Woog JJ, Metson R, Puliafito CA. Holmium : YAG endonasal laser dacryocystorhinostomy. *Am J Ophthalmol* 1993; 116 : 1–10.
- [23] Woog JJ, Kennedy RH. Endonasal dacryocystorhinostomy. In : *A report by the American Academy of Ophthalmology*. *Ophthalmology* 2001. p. 2369–77.

Décompression orbitaire par voie palpébroconjonctivale rétrocaronculaire

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale. Un tamponnement nasal est effectué du côté à opérer pour éviter le reflux de sécrétions nasales dans le champ opératoire.

Une coque protectrice en titane est placée pendant l'intervention devant la cornée pour la protéger (voir figure 8.1).

L'incision de la conjonctive est réalisée de façon verticale entre le repli semi-lunaire et la caroncule à l'aide d'une aiguille de bistouri électrique en monopolaire, les paupières étant écartées en dedans à l'aide d'un écarteur autostatique et rapprochées en dehors à l'aide de fils de traction de soie noire 5/0. Le plan de dissection est dirigé en dedans et en arrière, de façon à passer en arrière du muscle de Duverney-Horner, pour atteindre la crête lacrymale postérieure (voir figure 8.2).

On coagule à la bipolaire l'artère ethmoïdale antérieure, puis la postérieure à leur émergence à la jonction ethmoïde/os frontal. C'est un temps capital pour être libéré de saignement notable ensuite. Une ligne d'aspiration est cependant indispensable pendant l'opération.

La graisse orbitaire est enlevée autour du muscle droit interne et du droit inférieur et de l'oblique supérieur, en prenant soin de la coaguler à chaque résection à l'aide de la pince bipolaire. Environ 4 à 6 ml de graisse sont enlevés.

Puis, le périoste est incisé légèrement en arrière de la crête lacrymale postérieure et à l'aide d'une rugine, on libère les adhérences du périoste avec la lame papyracée de l'ethmoïde vers l'arrière et le plancher orbitaire vers le bas (voir figure 8.3).

Le sac lacrymal est récliné vers le haut à l'aide d'un écarteur cranté de Duverger-Adenis (voir figure 8.4) sans déposer le muscle de Duverney-Horner.

On effondre, avec la rugine, l'ethmoïde et on enlève pièce par pièce l'ensemble de la lame papyracée de l'ethmoïde, en respectant le pilier osseux de jonction inférieur vers le bas et une ligne unissant l'orifice des artères ethmoïdales antérieures et postérieures vers le haut.

On effondre ensuite le plancher orbitaire et l'os est enlevé dans la moitié interne à l'aide de la pince longue neurochirurgicale de Kerisson en respectant le nerf sous-orbitaire.

Le périoste est reposé vers le haut et la conjonctive est fermée en arrière de la caroncule avec du Vicryl 6/0.

Pour en savoir plus

Woo K, Kim YD. Isolated caruncular approach for orbital decompression. *Jpn J Ophthalmol* 2001; 48 : 397–403.

