

31 Chirurgie du ptosis

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous présentez un ptosis responsable de vos troubles oculaires. Votre ophtalmologiste vous propose l'opération car la chirurgie constitue le seul moyen d'améliorer votre état.

Cette fiche contient l'information sur l'opération qui vous est proposée, sur ses résultats et ses risques.

Définition : Le ptosis est défini comme une chute de la paupière supérieure par impotence plus ou moins importante du muscle releveur de la paupière supérieure. Plusieurs mécanismes peuvent être mis en cause : atteinte neurogène (d'origine nerveuse), myogène (due à un déficit du muscle), aponévrotique (lié à l'âge le plus souvent) ou mécanique (après un traumatisme par exemple). Les ptosis congénitaux (présents à la naissance) représentent 75% de la totalité des ptosis.

Objectif du traitement : Le but du traitement chirurgical est double, à la fois esthétique et fonctionnel (permettre une bonne vision) en soulevant la paupière qui ampute le champ visuel supérieur.

Hospitalisation : Il s'agit le plus souvent d'une hospitalisation traditionnelle de 48 heures chez l'enfant, habituellement réduite à une hospitalisation de jour (chirurgie ambulatoire) chez l'adulte.

Principe : Il n'existe pas de traitement médical sauf exception (ptosis myasthénique). Le traitement chirurgical doit en premier lieu tenir compte de la fonction du muscle releveur de la paupière supérieure (qualité du muscle servant à relever la paupière), qui conditionne en partie les indications chirurgicales dont les techniques sont variées.

Anesthésie : L'anesthésie générale s'impose chez l'enfant. Chez l'adolescent ou l'adulte, l'anesthésie locale, éventuellement potentialisée par l'anesthésiste, est préférable car elle facilite le réglage du niveau de la paupière pendant l'intervention.

Types d'opération : On distingue essentiellement trois types d'interventions : la chirurgie du muscle releveur de la paupière supérieure, la résection conjonctivo-Mullérienne à la face profonde de la paupière supérieure et la suspension de la paupière au muscle frontal.

Chez l'enfant, le ptosis est opéré vers l'âge de quatre ans (en dehors des rares cas de ptosis majeurs menaçant le développement de la vision et qui sont donc opérés plus tôt).

Le plus souvent une résection du muscle releveur est réalisée.

La suspension au muscle frontal peut être réalisée soit à l'aide d'une bandelette synthétique, soit à l'aide d'une bandelette prélevée profondément sur la cuisse ou dans le cuir chevelu de l'enfant (parfaite tolérance).

Les cicatrices sont alors situées dans le pli de la paupière, au niveau du front (3 petites incisions de quelques millimètres) et éventuellement au niveau de la zone de prélèvement (cuisse ou cuir chevelu).

Chez l'adulte, le plus souvent, le ptosis est apparu progressivement avec l'âge et est lié à une désinsertion de l'attache musculaire qu'il suffit de réinsérer par une incision masquée dans le pli palpébral supérieur. Une résection en bloc du plan conjonctivo-Mullérien situé à la face profonde de la paupière supérieure est parfois indiquée en cas de ptosis modéré avec fonction satisfaisante du muscle releveur et positivité du test à la Néosynéphrine en collyre. Plus rarement, dans les ptosis myopathiques par exemple, une suspension au frontal peut être indiquée.

Suites opératoires : Les suites immédiates sont généralement simples, marquées par un oedème et un possible hématome spontanément résolutifs, accompagnés de difficultés à fermer les yeux. Il faut compter une dizaine de jours avant la reprise de la vie sociale ou scolaire. Les suites tardives sont généralement limitées à une malocclusion nocturne sans conséquence, rançon logique du traitement.

Résultats : Ils sont habituellement satisfaisants. Ils doivent être jugés à 6 mois de l'intervention, date où les cicatrices se sont estompées. Certains résultats incomplets sont volontaires pour éviter de graves complications. Une éventuelle reprise chirurgicale précoce ou à distance selon le type de ptosis ou en raison d'une insuffisance de résultats est possible dans 10 à 15% des cas. L'asymétrie palpébrale, notamment dans le regard vers le bas, est d'autant plus fréquente que l'opération a été unilatérale.

Reprises chirurgicales : Toutes causes confondues, elles représentent 10 à 15% des cas et sont dues aux diverses complications ou insuffisances de résultats énumérées précédemment. Elles peuvent être réalisées précocement en cas de surcorrection, mais sont le plus souvent effectuées à distance après plusieurs mois, pour sous correction.

Complications : Les complications postopératoires comprennent l'hypercorrection, l'hypocorrection, les anomalies de courbure de la paupière, l'entropion, l'ectropion (éversion des paupières), la malocclusion ou lagophtalmie, les colobomes ciliaires (manque de cils), les infections, les problèmes de cicatrisation, les problèmes particuliers liés à la suspension frontale, les troubles oculomoteurs et enfin les modifications de la réfraction (puissance des lunettes).

Votre ophtalmologiste est disposé à répondre à toute question complémentaire que vous souhaiteriez lui poser.

Les dispositions réglementaires font obligation au médecin de prouver qu'il a fourni l'information au patient. Aussi vous demande-t-on de signer ce document dont le double est conservé par votre médecin.

Je soussigné reconnais que la nature de l'intervention, ainsi que ses risques, m'ont été expliqués en termes que j'ai compris, et qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées.

J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant et

- donne mon accord
 ne donne pas mon accord

Date et Signature

pour la réalisation de l'acte qui m'est proposé.

Ces fiches nationales ont été créées sous l'égide de la Société Française d'Ophtalmologie (SFO) et du Syndicat National des Ophtalmologistes de France (SNOF).

Fiche révisée en novembre 2009.

<http://www.sfo.asso.fr>