

## Tumeur de l'orbite

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

A l'issue de l'examen ophtalmologique qui vient d'être réalisé, et en confrontation avec l'ensemble des examens complémentaires qui ont été jugés nécessaires par votre ophtalmologiste, le diagnostic de tumeur orbitaire a été porté.

### Qu'est ce que l'orbite ?

C'est une région anatomique située autour du globe oculaire, délimitée par un cadre osseux auquel participent de nombreux os. Elle comprend 7 muscles, la glande lacrymale, le globe oculaire et son nerf optique. L'ensemble de ces tissus est entouré de la graisse orbitaire elle-même parcourue par des vaisseaux et des nerfs.

### Qu'est ce qu'une tumeur ?

C'est un processus anormal dans sa localisation et sa nature. Cette tumeur peut être bénigne ou maligne. Une tumeur maligne est un cancer, c'est-à-dire une tumeur composée de cellules se multipliant de façon anarchique, envahissant et détruisant les structures avoisinantes. Elle est susceptible d'essaimer à distance dans d'autres organes, constituant des métastases. La tumeur maligne comporte donc un risque vital.

### Quels sont les signes cliniques pouvant faire évoquer une tumeur de l'orbite ?

- Un déplacement du globe oculaire repoussé en général en avant
- Une vision double
- Une baisse d'acuité visuelle
- La palpation ou la visibilité directe d'un processus expansif comblant les creux au-dessus ou en dessous des paupières, ou entre le globe oculaire et les paupières
- Une rougeur, un gonflement, une inflammation plus ou moins douloureuse de la région orbitaire
- Des modifications cutanées.

### Quels sont les examens complémentaires nécessaires au diagnostic ?

Il s'agit essentiellement d'examens radiologiques : scanner et/ou imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM) sont dans la grande majorité des cas indispensables. Une échographie orbitaire peut également être pratiquée.

Au terme de ces examens, la confrontation de l'examen clinique et des caractéristiques radiologiques permettra dans plus de 50% des cas d'avoir une idée assez précise du diagnostic. Ce diagnostic ne sera toutefois confirmé que par l'analyse directe d'un échantillon (c'est la biopsie) ou de la totalité de la tumeur.

Parfois votre ophtalmologiste ne jugera pas nécessaire d'effectuer cette biopsie. En effet, si les signes cliniques et radiologiques sont suffisamment caractéristiques d'une tumeur bénigne, que sa localisation est difficilement accessible sans risque (par exemple proche du nerf optique), que cette lésion n'altère pas la fonction visuelle et est peu évolutive, votre praticien pourra se contenter d'une surveillance régulière.

### Pourquoi opérer ?

L'intervention est rendue nécessaire pour connaître la nature exacte de votre tumeur, et pour empêcher une extension régionale et/ou générale.

**La chirurgie :** Il faut bien comprendre que la chirurgie orbitaire est difficile car le chirurgien doit extirper une masse d'un cadre solide étroit (30 cm<sup>3</sup>) avec une structure noble et fragile en son centre, c'est le globe oculaire (7 cm<sup>3</sup>). Il faut éviter toute blessure irréversible du nerf optique et de son pédicule vasculo-nerveux. Toute la difficulté dépendra donc de la localisation de la tumeur.

Une tumeur antérieure sera en général facilement dégagée. L'incision est habituellement située dans une zone cutanée "camouflable" : pli palpébral, sourcil... Il existe également des voies d'abord qui ne sont pas cutanées mais conjonctivales sans cicatrice externe visible (la conjonctive est l'enveloppe muqueuse qui recouvre le globe oculaire et la face postérieure des paupières).

Pour accéder à une tumeur plus postérieure, c'est-à-dire plus au fond de l'orbite, la voie d'abord est plus complexe. Il faut en général agrandir le cadre osseux orbitaire pour pouvoir accéder aux structures concernées : c'est la dépose osseuse (la plus fréquemment utilisée est celle de la paroi externe).

Pour ce type de chirurgie plus lourde, le praticien peut être amené à faire une voie coronale. Il s'agit de faire une incision à distance, masquée dans les cheveux, et, à rabattre le "scalp" pour pouvoir accéder à la boîte crânienne et à l'orbite. La cicatrice est donc invisible. Pour déposer le toit de l'orbite l'ophtalmologiste sera en général assisté par un neurochirurgien. La chirurgie orbitaire peut d'ailleurs aussi faire intervenir le chirurgien maxillo-facial, ou oto-rhino-laryngiste en fonction de la localisation tumorale.

Dans tous les cas la pièce d'exérèse sera adressée à l'anatomopathologiste.

L'ensemble de ces interventions se passe sous anesthésie générale sauf parfois pour les petites tumeurs antérieures. Le temps d'hospitalisation est en général assez bref pour les petites tumeurs antérieures, mais peut être plus long pour les tumeurs postérieures avec dépose osseuse.

**Évolution post-opératoire habituelle** : Après une phase transitoire d'inflammation et d'hématome, votre région orbitaire retrouve un aspect extérieur normal. Les fils cutanés seront généralement retirés 4 à 7 jours après l'intervention. L'ophtalmologiste vous fera part plus ou moins rapidement du diagnostic définitif établi par l'anatomo-pathologiste.

En cas de tumeur maligne, un traitement complémentaire après la chirurgie (radiothérapie et/ou chimiothérapie) sera discuté en réunion pluridisciplinaire. Il a pour but de diminuer le risque de récurrence locale de la tumeur, et le risque de survenue de métastases.

Certaines tumeurs ont une prise en charge plus spécifique :

Les tumeurs vasculaires nécessitent parfois une prise en charge par un radiologue spécialisé. Celui-ci embolise la tumeur, c'est à dire "bouche" la malformation vasculaire pour la faire régresser. Pour cela, le radiologue conduit une sonde par voie vasculaire pour accéder au site malformé et y déposer les substances embolisantes.

Les abcès nécessitent un drainage et un traitement antibiotique prolongé. Certaines tumeurs inflammatoires qu'on appelle en fait orbitopathies inflammatoires non spécifiques nécessitent un traitement corticoïde et/ou une radiothérapie.

**Les complications** : Bien qu'elle soit standardisée, l'opération des tumeurs de l'orbite n'échappe pas à la règle générale selon laquelle il n'existe pas de chirurgie sans risque. Il n'est donc pas possible pour votre ophtalmologiste de garantir formellement le succès de l'intervention.

Les complications sont rares.

Il peut s'agir :

- D'un hématome : il faut savoir que le lendemain de l'intervention les paupières sont gonflées avec une part plus ou moins importante d'inflammation. Tout ceci est en règle générale transitoire et régressif. Parfois le saignement opératoire est plus important et le chirurgien peut être amené à placer un drain qui sort à la peau et qui sera retiré 2 à 3 jours après l'intervention.
- D'une infection : comme toute chirurgie, la chirurgie orbitaire peut être à la source d'infections. Une couverture antibiotique per et postopératoire est systématiquement et rend ce type de complication rare.
- D'une diplopie (vision double) en raison de la manipulation peropératoire des muscles oculomoteurs ; elle est en règle générale rapidement régressive ; dans le cas contraire, elle peut être compensée par des prismes ou par une chirurgie dans un second temps.
- D'une baisse d'acuité visuelle par une souffrance du nerf optique par exemple par un hématome orbitaire trop important. Une blessure peropératoire du nerf optique en cas de tumeur adjacente peut également être à l'origine de cette baisse d'acuité visuelle. L'occlusion des vaisseaux de la rétine est rare mais possible.
- D'une kératite d'exposition, source de trouble visuel en général.
- De blessures d'éléments nobles : muscles, nerfs, méninges, système lacrymal.

En cas de tumeur maligne, on peut voir survenir une récurrence locale de la tumeur ou des métastases.

**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

*Date et Signature*

- donne mon accord  
 ne donne pas mon accord

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>