

Le dossier – Strabologie

Recommandations postopératoires : les habitudes des chirurgiens

RÉSUMÉ : Une enquête sur les habitudes postopératoires des chirurgiens strabologues a été réalisée au mois de juin 2023, au cours d'un congrès de strabologie. Elle cherche à évaluer les similitudes et divergences de la prise en charge postopératoire du strabisme.



M. GOBERVILLE
Cabinet d'Ophtalmologie Lauriston, PARIS.

Matériel et méthodes

Des questionnaires à choix multiples concernant la prise en charge du strabisme après chirurgie ont été distribués au cours d'un congrès de strabologie. Les réponses ont été analysées afin de connaître les habitudes de ces chirurgiens à majorité français, mais aussi européens.

La grande majorité des chirurgiens utilise en fin d'intervention une pommade associant la cortisone à des antibiotiques (19/22). La moitié (11/22) y associe une injection sous-ténonienne de bupivacaïne. La concentration utilisée est de 7,5 % pour 7 chirurgiens et 2 % pour 4. L'utilisation systématique d'une injection sous-conjonctivale de corticoïdes est signalée à 2 reprises.

Résultat

22 fiches réponses ont été recueillies. Le **tableau I** résume les principales réponses.

Il n'y a jamais de pansement oculaire à la sortie du bloc pour 14 chirurgiens et toujours pour l'un d'entre eux. Pour les autres, cela dépend du déroulement de la chirurgie et d'éventuelles complications, comme une blessure cornéenne.

Soins en fin de chirurgie	Pommade antibiotiques/corticoïde	19/22
	Injection sous-ténonienne de bupivacaïne	11/22
	Pansement systématique	1/22
Prescription postopératoire	Collyre antibiotiques ou corticoïde	21/22
	Soins pour nettoyage	15/22
	Suivi orthoptique précoce	3/22
1 ^{re} Consultation postopératoire	À J1	7/22
	Entre J2 et J10	12/22
Durée habituelle de l'arrêt de travail	7 jours	18/22
	15 jours	2/22
Durée de l'éviction de sport	Pas d'éviction	7/22
	15 jours	6/22
Durée de l'éviction des baignades	7 à 15 jours	5/22
	15 à 30 jours	12/22

Tableau I : Résultats simplifiés.

Le dossier – Strabologie

Le traitement postopératoire majoritairement utilisé est un collyre associant cortisone et antibiotiques (21/22). Ce traitement est associé à des agents mouillants dans 3 cas et, pour un chirurgien, seul un agent mouillant est prescrit.

La durée globale du traitement est de 15 jours pour 10 personnes, 1 mois pour 10 personnes et 3 semaines pour 2 personnes. Le rythme d'instillation est de 3 fois par jour avec diminution progressive pour 10 personnes et 3 fois par jour sur toute la durée pour 8 personnes. Pour les autres, une instillation 4 fois par jour (1 cas) ou 2 fois par jour (3 cas) est prescrite.

La prescription d'analgésiques est systématique pour 8 chirurgiens et, pour 6, des anti-inflammatoires non stéroïdiens y sont associés. La majorité prescrit aussi des soins pour le nettoyage (15/22).

La première consultation postopératoire a lieu à J1 dans 7 cas, et entre J2 et J10 dans 12 cas. Elle a lieu plus tardivement pour les autres, jusqu'à un mois.

La prescription d'un suivi orthoptique précoce est systématique pour 3 chirurgiens et selon chaque cas pour 15. 4 ne prescrivent jamais de bilan orthoptique postopératoire précoce.

Le suivi ultérieur par le chirurgien est fait 6 mois après la dernière visite dans 10 cas, et entre 6 et 12 mois dans 7 cas. Les autres chirurgiens ne revoient leur patient qu'en cas de besoin, le suivi étant fait uniquement par l'ophtalmologiste initial de celui-ci.

Concernant les consignes postopératoires, l'éviction du sport (hors milieu aquatique) n'est jamais prescrite dans 9 cas et sa durée est de 8 jours (3 cas), 15 jours (8 cas) et 30 jours (2 cas) pour les autres. Pour la natation, la majorité conseille entre 15 (7/22) et 30 jours d'éviction (13/22). Pour un chirurgien, 7 jours suffisent et, pour le dernier, 2 mois.

La durée de l'arrêt de travail est pour la grande majorité de 7 jours (19/22) s'il s'agit d'un travail sédentaire. Il est prolongé à 15 jours pour les emplois difficiles et exposés aux poussières.

Discussion

Il s'agit ici d'une enquête très informelle cherchant simplement à avoir un aperçu des habitudes de prise en charge postopératoire des patients opérés de strabisme. Elle a été réalisée dans un cadre amical, lors d'un congrès réunissant des chirurgiens spécialisés en strabologie.

Les complications de la chirurgie des strabismes existent, même si elles sont très rares : perforation du globe, perte d'un muscle, infections, sclérite nécrosante. La surveillance ainsi que la prise en charge postopératoire visent à prévenir et à détecter précocement ces complications.

Les complications infectieuses sont exceptionnelles, mais peuvent aboutir à une perte de la fonction visuelle. Il s'agit des endophtalmies et des cellulites orbitaires. Une étude prospective basée sur un questionnaire envoyé aux chirurgiens du Royaume-Uni entre 2008 et 2010 estime le risque infectieux global à 0,06 % [1]. Heo *et al.*, dans une étude basée sur une analyse rétrospective des déclarations d'assurances, estiment le risque infectieux global à 0,1 %, mais le risque d'endophtalmie à 0,007 % [2]. La mise en place d'un traitement antibiotique en fin d'intervention et en postopératoire est classique, afin de diminuer ces risques infectieux. Ce traitement est souvent associé à un corticoïde pour accélérer la cicatrisation.

Simonz *et al.* ont étudié les caractéristiques d'une endophtalmie postopératoire de chirurgie du strabisme par l'envoi d'un questionnaire de 71 questions aux ophtalmologistes ayant fait ce diagnostic [3]. Il apparaît que le risque

est plus élevé s'il s'agit d'un enfant de moins de 6 ans ou d'un sujet âgé de plus de 65 ans (1/11 000 au total, mais 1/4 500 chez les moins de 3 ans et 1/100 chez les plus de 65 ans). Le pronostic est beaucoup plus sombre chez l'enfant en bas âge. L'intervention la plus souvent en cause est le recul d'un droit médial. Dans un cas, une endophtalmie a été notée en dehors d'un point perforant (pièces d'anatomopathologie). À noter que dans les 71 questions, il n'est pas demandé si le chirurgien opère avec un microscope, un autre système grossissant ou sans rien. Le traitement postopératoire ne semble pas avoir joué de rôle particulier.

Certains auteurs s'interrogent sur la nécessité d'un traitement postopératoire [4, 5]. Koederitz *et al.* préconisent de ne pas prescrire de collyres postopératoires pour éviter le conflit entre les parents et les enfants. Au cours de leur étude rétrospective des dossiers de 1 603 patients, où 650 avaient eu un traitement postopératoire classique et 953 une instillation unique de povidone iodée 5 % en fin d'intervention, ils n'observaient aucune différence significative sur la survenue d'une infection postopératoire (20/650 et 26/953) en cas d'incision au fornix. En effet, l'incision au limbe semble être responsable de plus d'infections et d'inflammations du fait de la taille de l'ouverture, mais aussi du nombre de points nécessaires pour la fermeture. Aucun cas de cellulite orbitaire ou endophtalmie n'était noté. Les auteurs estiment donc qu'il est inutile et coûteux d'instiller les collyres, surtout pour les enfants, car l'instillation de gouttes peut être traumatisante.

Il est à noter qu'il existe des différences culturelles dans la gestion des enfants, mais aussi des différences économiques entre les États-Unis et la France. En effet, les auteurs estimaient en 2008 le coût de revient pour la famille ou pour l'assurance d'un flacon de tobramycine/dexaméthasone à 158 dollars, alors qu'il est de 2,48 euros en France actuellement [5].

Le dossier – Strabologie

De Benedictis *et al.* ont réalisé une enquête similaire à la nôtre, mais d'envergure, auprès des chirurgiens pédiatriques membres de l'AAPOS (American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus). 380 réponses ont été recueillies et il apparaît que les habitudes sont semblables aux nôtres. Outre le nettoyage préalable par la povidone iodée 5 % (88 %), un produit antibiotique ou une association antibiotique/corticoïde est instillé en fin de chirurgie (90 %). Des antibiotiques locaux ou généraux sont prescrits en postopératoire par 85 % des chirurgiens. La première consultation postopératoire se situe au cours de la première semaine pour 85 % des chirurgiens [6].

L'injection sous-ténonienne de bupivacaïne en fin d'intervention permet la diminution des douleurs postopératoires précoces, ainsi que des nausées et vomissements [7, 8]. La moitié des chirurgiens interrogés dans notre série procèdent à cette injection.

Des antalgiques et anti-inflammatoires *per os* sont prescrits dans la majorité des cas, même si leur utilisation systématique n'est pas demandée. Le strabisme est une pathologie qui suit le patient durant toute sa vie et des récurrences sont toujours possibles. Les réinterventions sont possibles et efficaces, mais lorsque le patient a beaucoup souffert après une première intervention, il lui est parfois difficile d'y avoir recours. De manière générale et même s'il n'existait pas de risque de reprise, la prise en charge de la douleur est de plus en plus importante dans nos pratiques.

Au vu des complications infectieuses, mais aussi des risques de lâchage musculaire, il semble justifié de revoir nos

patients en postopératoire précoce, au mieux entre J1 et J7. Le suivi ultérieur dépend des habitudes de chacun. Certains préfèrent revoir le patient pour pratiquer personnellement leurs mesures et d'autres les confient à leur médecin traitant ou à leur orthoptiste.

Les consignes postopératoires dépendent aussi des habitudes de chaque chirurgien. La natation est toujours déconseillée pendant une durée minimum de 15 jours, mais certains préconisent la reprise immédiate du sport et, pour d'autres, il faut attendre au minimum 15 jours. La durée de l'arrêt de travail dépend certes de l'activité du patient, mais une durée de 7 jours semble convenir le plus souvent.

Conclusion

Il est toujours intéressant pour un médecin d'analyser la pertinence de ses habitudes et de les modifier en cas de besoin. Les complications graves de la chirurgie du strabisme sont exceptionnelles, mais il est primordial de tout mettre en œuvre pour les éviter.

Un traitement anti-infectieux optimal paraît indispensable, surtout pour les chirurgiens utilisant une voie d'abord limbique. La durée idéale du traitement antibiotique serait de 15 jours. Le contrôle précoce de l'état oculaire à J5 pourrait détecter la survenue des complications rares et initier leur prise en charge. Un protocole visant à réduire les nausées et les vomissements ainsi que la douleur est à prévoir.

Des études prospectives comparant les diverses prises en charge sur des groupes

ayant bénéficié des modalités opératoires similaires seront nécessaires, afin d'évaluer au mieux la prévention des complications de la chirurgie du strabisme.

BIBLIOGRAPHIE

- BRADBURY JA, TAYLOR RH. Severe complications of strabismus surgery. *J AAPOS*, 2013;17:59-63.
- HEO H, RYU WY, CHANDRAMOHAN A *et al.* Incidence of infectious complications following strabismus surgery. *J AAPOS*, 2022;26:158-160.
- SIMONZ HJ, RUTAR T, KRAFT S. Endophthalmitis after strabismus surgery: Incidence and outcome in relation to age, operated eye muscle, surgical technique, scleral perforation and immune state. *Acta ophthalmol*, 2021;99:35-51.
- WORTHAM E, ANANDAKRISHNAN I, KRAFT SP *et al.* Are antibiotic-steroid drops necessary following strabismus surgery? A prospective, randomized, masked trial. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus*, 1990;27:205-207.
- KOEDERITZ NM, NEELY DE, PLAGER DA *et al.* Postoperative povidone-iodine prophylaxis in strabismus surgery. *J AAPOS*, 2008;12:396-400.
- DEBENEDICTIS CN, YASSIN SH, GUNTON K. Strabismus surgery infection prophylaxis and timing of first postoperative visit. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus*, 2019;156:354-359.
- STEIB A, KARCENTY A, CALACHE E *et al.* Effects of subtenon anesthesia combined with general anesthesia on perioperative analgesic requirements in pediatric strabismus surgery. *Reg Anesth Pain Med*, 2005;30:478-483.
- WEIJUAN Z, ZONGHUAN L, QIAN W *et al.* Sub-Tenon's bupivacaine injection is superior to placebo for pediatric strabismus surgery: A meta-analysis. *Front Pediatr*, 2023;11:1105186.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.