

Va

# Évaluation préopératoire, préparation, installation de l'opéré(e) et anesthésie

DARINA KRASTINOVA-LOLOV,  
JEAN-CHARLES ODIN, MICHEL JASINSKI

Tout commence par la consultation. La rencontre, la discussion, l'observation, la décision...

Le résultat chirurgical dépend, en premier lieu, de la qualité des consultations préopératoires.

L'indication chirurgicale est donc posée après deux consultations préopératoires au minimum.

## La première consultation

Elle est consacrée au recueil de la demande exprimée librement par le patient et à l'examen clinique, conduit méthodiquement étage par étage. Elle permet de relever tous les éléments cliniques et d'envisager d'ores et déjà les solutions thérapeutiques les plus pertinentes et leurs éventuelles contre-indications.

### L'observation

Elle se fait de haut en bas et apprécie :

- *l'état de la voûte crânienne*, ses reliefs, sa forme, la zone d'implantation du cuir chevelu et la qualité du cheveu (densité, longueur). On recherche les traces d'un éventuel prélèvement osseux crânien dans les antécédents du patient ou des cicatrices ;
- *l'étage frontal* : largeur, hauteur et reliefs osseux sont évalués. L'existence d'irrégularités osseuses frontales peut être corrigée par un simple meulage osseux, tandis qu'un front plat ou une hypertrophie glabellaire imposent un remodelage plus complexe (greffons d'apposition, voire crânioplastie frontale dans les malformations dites sociales). L'hypertrophie des sinus frontaux doit être distinguée de l'hypertrophie glabellaire, leur traitement étant différent. *L'état cutané* est apprécié en même temps que l'action du muscle frontal. Une hyperaction permanente du muscle frontal et des corrugators, source de rides frontales ou de rides du lion, sont une bonne indication de myectomies ;

- *l'étage orbitaire et le système palpébro-sourcilier*: le relief des arcades sourcilières est évalué. La forme, la longueur, la densité des sourcils sont notées en ne se laissant pas abuser par une épilation éventuelle. Leur position par rapport au rebord orbitaire supéro-latéral est prise en compte dans l'indication de meulage orbitaire. L'orientation globale du système palpébro-sourcilier est notée, en particulier la position respective des sourcils par rapport à la paupière supérieure et au canthus externe. L'œil est classé en fonction des différents morphotypes. L'évaluation d'une surcharge cutanée, graisseuse, musculaire ou d'une participation osseuse se fait à ce stade. Elle sera éventuellement complétée à la seconde consultation au vu des résultats du scanner 3D, lorsqu'il est nécessaire (hypertrophie du sinus frontal, crâniosténose *a minima*, séquelles de traumatisme facial avec fracture de l'étage fronto-orbitaire) ;
- *la paupière inférieure* peut présenter des poches graisseuses, une laxité, une hypertrophie de l'orbiculaire, voire un entropion ou un ectropion associé. L'aspect de la fente palpébrale est décrit : qualité des bords libres, forme, longueur, hauteur, aspect des cils ;
- *l'état oculaire* est évalué (œil clair fragile, insuffisance lacrymale, antécédents ophtalmologiques) ;
- *la pyramide nasale et la région centro-faciale* sont méticuleusement décrites. La description de leurs rapports avec les régions adjacentes est impérative. Une columelle ou une lèvre supérieure courtes peuvent être traitées dans le cadre du mask-lift. Une rhinoplastie peut être associée à un mask-lift ou entrer dans le cadre global d'une profiloplastie ;
- *la région maxillo-malaire* peut présenter une hypertrophie ou une aplasie modérée à sévère, imposant un remodelage osseux ;
- *l'étude de l'articulé dentaire* permet de distinguer les hypoplasies maxillomalaires à articulé dentaire normal de celles qui présentent des troubles de l'articulé dentaire vrais. Les hypoplasies maxillomalaires simples peuvent bénéficier de la mise en place de greffons qui permettent de traiter les sillons nasogéniens profonds constamment associés à ce tableau. Les troubles de l'articulé dentaire ne peuvent être corrigés que par un traitement orthodontique avec chirurgie d'avancée maxillaire selon l'âge et le degré de motivation du patient ;
- *la région mentonnière* est également évaluée dans le cadre global de l'étude face et profil ;
- *l'état cutané* est déterminant dans la stratégie thérapeutique. Une préparation cutanée peut s'avérer nécessaire. Une peau fine, atrophique (tabac), télangiectasique ou des séquelles éventuelles de radiothérapie, peuvent contre-indiquer un lifting sous-cutané ;
- *l'étude de l'état des parties molles* (ptose graisseuse, fanons cervicaux) complète l'observation.

### La palpation

Elle permet d'évaluer l'épaisseur des parties molles, leur trophicité, d'éventuelles adhérences, ou des reliefs osseux non visibles. Elle complète selon la même chronologie chaque étape de l'observation.

**Une évaluation du profil psychologique** du patient et la prescription du bilan complémentaire (examen ophtalmologique, examen orthoptique, imagerie, photographies, consultation pré-anesthésie) complètent la première consultation.

La discussion des possibilités chirurgicales, de leurs modalités, de leurs risques et leurs complications potentielles sont ébauchées.

## La deuxième consultation

Elle permet de poser l'indication chirurgicale après analyse des résultats des examens complémentaires et confrontation des photographies actuelles et anciennes.

Le traitement chirurgical est décidé en accord avec le patient après avoir obtenu son consentement éclairé. Il doit prendre en compte non seulement son état physiologique mais également son profil psychologique et sa motivation.

Une préparation cutanée est proposée à tous nos patients en chirurgie esthétique de rajeunissement et dans certaines indications de chirurgie réparatrice. Nous utilisons la trétinoïne (Retin A®) en traitement local à débiter un à trois mois avant l'intervention.

## Le bilan photographique (Planche I et II : Fig. 1a-1m)

YVES SAINT-MARTIN

Les photographies sont un élément indispensable dans le bilan préalable à une intervention esthétique. Au-delà de l'obligation médico-légale de disposer de clichés pré et postopératoires, nous réalisons systématiquement un véritable dossier photographique pour chaque patient et chaque intervention, comportant une large palette de clichés pré et postopératoires.

Les clichés pré et postopératoires sont réalisés par un photographe médical, en photographies noir et blanc et diapositives couleurs.

Les photographies noir et blanc permettent l'analyse des moindres détails d'un visage. Elles sont donc indispensables pour établir avec précision le plan de traitement chirurgical et analyser les résultats postopératoires.

Les diapositives couleurs sont utilisées pour les communications et les publications.

### Les objectifs

Pour la photographie du visage, nous utilisons une focale de 100 mm Macro, permettant de cadrer une face entière à une distance de 1 mètre environ, un étage orbitaire à une distance de 0,65 mètre, ou un œil en très gros plan, à une distance de 0,35 mètre, en restituant dans ce cas un rapport de reproduction de 1/1.

Les zooms dits « Macro » peuvent permettre de faire des gros plans, mais ne donnent pas un rapport de reproduction de 1/1. De plus leur ouverture maximum se situe généralement entre F. 4 et F. 5,6 ce qui donne une visée moins lumineuse que celle transmise par un 100 mm macro ouvrant à F. 2,8. Enfin, les zooms macro possèdent plus de groupes de lentilles et de ce fait, ne donnent pas d'aussi bons résultats. Pour toutes ces raisons nous déconseillons leur utilisation.

En dépannage, nous pouvons avoir recours à l'utilisation de bagues-allonges dont l'interposition entre le boîtier et un objectif standard de 50 mm, permet de réaliser des gros plans. L'emploi de ces bagues-allonges est fastidieux.

### Les flashes

Pour les clichés per-opératoires, nous utilisons un matériel de reportage (flash compact Cobra et flash annulaire), pour les clichés pré et postopératoires un matériel de studio (torches, générateurs, parapluies, boîtes à lumière).

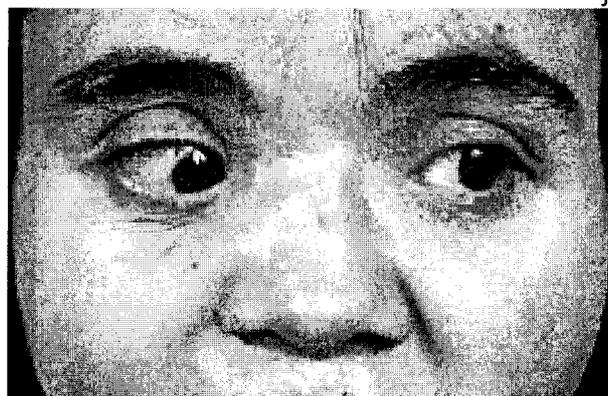
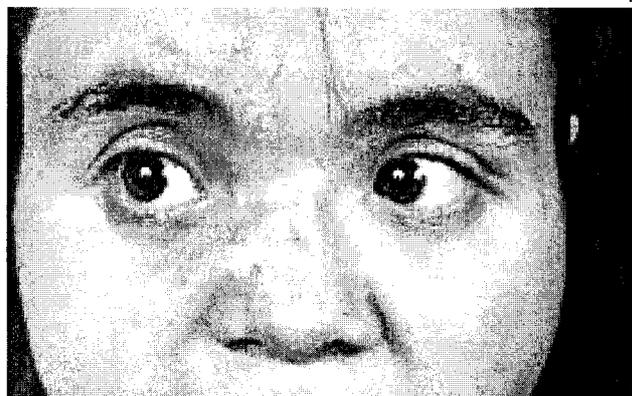
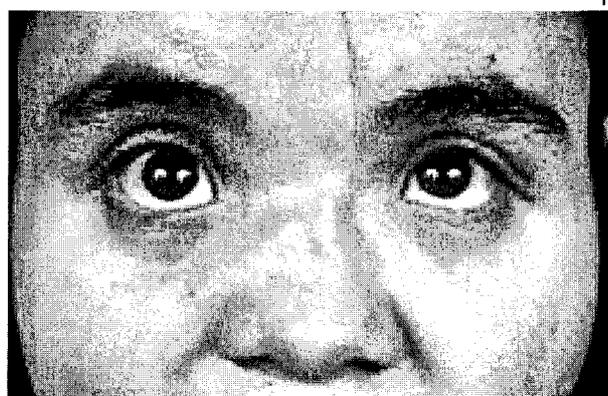
L'éclairage de studio permet d'obtenir des ombres beaucoup plus douces et la puissance disponible importante (1 500 joules) permet l'emploi de petites ouvertures.

Les flashes de studio sont également pourvus de lampes pilotes halogènes qui permettent de construire l'éclairage du sujet.

Exemple d'un bilan photographique préopératoire - Femme de 35 ans. Séquelles de traumatisme crânio-facial avec dislocation orbito-nasale.



Figures 1a à 1f - Modèles d'étude photographique du visage



Figures 1g à 1l - Modèles d'étude photographique de l'étage orbitaire



Figure 1m - Modèle d'étude photographique de l'articulé dentaire

Planche II

Yves Saint-Martin

### **Les réglages**

Le réglage du diaphragme (ouverture) est conditionné par la puissance du flash utilisé, et la sensibilité du film employé. Nous utilisons des films de 50 ou 100 ISO en studio et des films de 200 ou 400 ISO en per-opérateur.

Nous cherchons à utiliser la plus petite ouverture possible ce qui permet d'améliorer la profondeur de champ (zone de netteté restituée en avant et en arrière d'un plan de mise au point donné).

La profondeur de champ se répartissant 1/3 en avant, et 2/3 en arrière du plan de mise au point, il est impératif lorsque l'on photographie un volume, de faire le point sur le tiers avant du sujet : cela permet d'obtenir une zone de netteté importante sur les 2/3 postérieurs.

Ainsi, lorsque nous photographions un visage complet de face, nous faisons la mise au point sur les yeux ce qui permet, moyennant l'utilisation d'une petite ouverture, d'obtenir une zone de netteté correcte sur le tiers avant du sujet (la pointe du nez) et sur les 2/3 arrière (au-delà des oreilles).

## **Bilan ophtalmologique d'une intervention chirurgicale plastique et/ou esthétique de la face**

THIERRY LE FAOU

### **L'examen ophtalmologique préopératoire**

L'œil est l'organe sensoriel principal. Sa fragilité et son importance fonctionnelle imposent une évaluation ophtalmologique préopératoire systématique avant toute chirurgie de l'étage orbitaire.

L'examen ophtalmologique doit comporter un interrogatoire précisant les signes fonctionnels éventuels : baisse d'acuité visuelle uni ou bilatérale, strabisme, diplopie, douleurs oculaires, fatigue oculaire, larmoiement et picotements.

#### **L'étude de l'acuité visuelle**

L'examen des segments antérieur et postérieur, ainsi que la mesure de la pression oculaire sont systématiques. L'étude du champ visuel, non systématique, trouve son intérêt en cas de suspicion d'atteinte du nerf optique notamment par glaucome.

L'étude du système lacrymal indispensable avant l'intervention chirurgicale, recherche avant tout un syndrome sec :

- l'aspect quantitatif s'apprécie par l'observation de l'importance de la rivière lacrymale à la lampe à fente, ainsi que par le Test de Schirmer.
- l'aspect qualitatif est exploré à la lampe à fente par le Break-Up Time et le test au Rose Bengale.

#### **L'étude de l'équilibre oculomoteur et de la vision binoculaire est réalisée par l'orthoptiste**

Certaines anomalies de la vision binoculaire sont anciennes, donc connues de longue date et relevées dans l'interrogatoire. C'est le cas de l'amblyopie fonctionnelle.

Par contre les hétérophories et/ou l'insuffisance de convergence, anomalies fréquentes, non encore fixées et souvent méconnues peuvent être décompensées par la dissection orbitaire, même sans mise en place de greffons. Le simple flou visuel dû à l'intervention peut également décompenser une hétérophorie préexistante.

Dans ces cas, une rééducation préopératoire ou postopératoire visant à renforcer l'amplitude de fusion est parfois nécessaire.

Au terme des bilans ophtalmologique et orthoptique, les caractéristiques oculaires ont été déterminées et les éventuelles anomalies orthoptiques répertoriées. Les patients présentant des risques particuliers imposent des précautions supplémentaires.

### Les yeux à risque

**Les yeux globuleux ou exophtalmes** sont plus exposés. La réalisation d'une blépharoplastie doit être prudente afin de ne pas majorer l'exposition cornéenne. Le traitement postopératoire est également renforcé afin d'augmenter la protection cornéenne. La chirurgie orbitaire des exophtalmies permet une meilleure protection cornéenne à terme, diminuant l'exposition cornéenne mais une blépharorrhaphie externe provisoire est la règle.

**L'insuffisance de sécrétion lacrymale** plus fréquente à partir de la ménopause est favorisée par la prise d'un traitement antidépresseur.

Les suites opératoires d'une blépharoplastie comportent également une diminution du réflexe et de la fréquence du clignement, une rigidité palpébrale voire une inoclusion temporaire pouvant décompenser un syndrome sec méconnu. Si la sécheresse oculaire ne contre-indique pas la chirurgie orbitaire, la blépharoplastie doit être particulièrement prudente, et doit toujours permettre l'occlusion palpébrale. Outre la prévention per-opératoire, un suivi ophtalmologique est nécessaire dans ce cas pendant trois mois. Le traitement postopératoire doit comporter des collyres visqueux en plus grande quantité, ainsi qu'une protection cornéenne nocturne par de la pommade à la Vitamine A ophtalmologique.

**Le ptosis du sujet âgé.** Son traitement chirurgical doit viser la sous-corrrection pour maintenir une hydratation cornéenne suffisante. Là également, les soins ophtalmologiques postopératoires doivent être renforcés.

**L'atteinte préopératoire du champ visuel.** Selon son importance et surtout sa situation par rapport au point de fixation, elle impose une dissection orbitaire prudente et surtout une absence de traction sur le lambeau de cuir chevelu une fois le canthus externe désinséré. En effet, le nerf optique est alors le seul point de fixation et subit toute la traction. Dans les atteintes extrêmes du champ visuel, affleurant le point de fixation, la chirurgie peut être contre-indiquée.

## L'examen ophtalmologique postopératoire

Il est demandé en cas de complication oculaire ou de déséquilibre orthoptique postopératoires, ou à titre de suivi évolutif, en cas de pathologie préopératoire connue. Plusieurs situations fréquentes peuvent le nécessiter.

**La baisse d'acuité visuelle** est fréquente dans les suites opératoires immédiates du fait de l'inflammation. Elle régresse spontanément.

**Le chemosis** est un œdème de la conjonctive bulbaire qui résulte du traumatisme opératoire. Il peut être prévenu en fin d'intervention par une injection sous-conjonctivale de corticoïdes, et par la réalisation d'une tarsorrhaphie externe provisoire. Son évolution spontanée se fait vers la résolution lente.

**La kératite** est une atteinte cornéenne d'origine variable, infectieuse, mécanique par agression peropératoire, ou consécutive à une exposition cornéenne par malocclusion palpébrale postopératoire. Elle est également favorisée par l'existence d'un syndrome sec. Le retentissement sur la vision est constant. Son traitement est univoque, associant un collyre cicatrisant cornéen, un collyre antibiotique et la pommade à la Vitamine A.

**Une conjonctivite postopératoire** peut survenir sur toute chirurgie de la région et est le plus souvent de nature infectieuse. La baisse de vision est possible en cas de larmoiement important. Elle cède après traitement local par collyre antibiotique, éventuellement associé à des corticoïdes.

**L'entropion** est caractérisé par une bascule en dedans du bord libre palpébral. Il résulte d'une canthopexie externe mal réalisée entraînant le passage de la paupière inférieure sous le globe. Il nécessite une tarsorrhaphie temporaire éversante.

## Conclusion

L'examen ophtalmologique préopératoire revêt un caractère systématique lors de toute chirurgie faciale intéressant l'étage orbitaire. Outre la détermination du statut oculaire préopératoire, il permet d'apporter une meilleure réponse aux complications postopératoires.

Il présente enfin un intérêt médico-légal.

## Préparation et installation du patient

La préparation initiale doit s'effectuer de façon standardisée pour le bon déroulement de l'intervention.

**L'installation du patient.** Le patient est installé en décubitus dorsal, sur une table équipée impérativement d'une têtère mobile. Le proclive est la règle pour diminuer le saignement per-opératoire. Son intensité est déterminée selon l'âge et l'état vasculaire cérébral du patient. La tête doit arriver au ras de la têtère pour faciliter l'exposition et l'accès du chirurgien au site opératoire.

**La sonde d'intubation** doit être fixée de façon efficace, afin de rester en place lors des mouvements per-opératoires de rotation de la tête. En cas d'intubation oro-trachéale, et chez le sujet normalement denté, elle est fixée à la canine, par un fil de soie noire ou de Mersilene® n° 0 ou 1. Chez le sujet insuffisamment denté ou édenté, elle est fixée à la gencive et maintenue par un packing pharyngolaryngé.

Une intubation naso-trachéale peut être nécessaire en cas de geste opératoire mobilisant les maxillaires ou d'insuffisance d'ouverture buccale. La sonde est alors fixée à la cloison nasale.

**Le packing** est systématique dans les voies coronales, chez les enfants et quand un geste est prévu sur les fosses nasales ou la cavité buccale.

**La préparation de la tête** débute une fois l'installation anesthésique effectuée et le patient endormi.

**Un collyre protecteur cornéen** est instillé sur chaque œil en prévention d'une kératite par inocclusion.