

## Annexe D : Les traitements des orbithopathies dysthyroïdiennes.

La première partie des traitements de l'orbithopathie dysthyroïdienne consiste en un traitement médicamenteux (à base de corticoïdes) ou radiothérapique. Dans un deuxième temps, si les séquelles physiques persistent après le succès du traitement de la pathologie, un traitement chirurgical peut être mis en œuvre.

### 1. Les traitements médicaux

Les corticoïdes sont actifs dans le cadre du traitement des maladies oculaires à la fois par leur action anti-inflammatoire et par leur action immunosuppressive. Plusieurs modalités d'administration ont été proposées en fonction des symptômes et de l'urgence du traitement. Il semble dans tous les cas que les corticoïdes ont une action bénéfique sur tous les symptômes de l'OT à un degré variable, mais cette action ne se produit qu'aux stades inflammatoires de la maladie. L'inconvénient majeur de l'utilisation de corticoïde au long cours est l'apparition fréquente d'effets secondaires plus ou moins grave, obligeant l'arrêt du traitement. Le protocole le plus fréquent est celui utilisant de la prédnisone par voie orale à doses progressivement décroissantes. Une amélioration des symptômes oculaires est constatée dans 50% des cas. Elle porte essentiellement sur les tissus mous et les signes inflammatoires, moins sur l'exophtalmie et la rétraction palpébrale. Un autre protocole de traitement par corticoïdes consiste en l'administration intraveineuse de fortes doses de méthyl-prédnisolone pendant plus ou moins 3 jours. Ce schéma procure des résultats thérapeutiques nettement supérieur à la corticothérapie conventionnelle avec des effets secondaires moindres. L'amélioration observée concerne tous les symptômes de l'OT.

La radiothérapie orbitaire combine un effet immunosuppresseur et un effet anti-inflammatoire non spécifiques, comme la corticothérapie. Elle repose sur la radiosensibilité des lymphocytes, qui comptent parmi les effecteurs de la séquence auto-immune. La dose d'ondes radio est délivrée par un accélérateur linéaire en un faisceau de rayons collimatés, permettant d'éviter l'irradiation des structures adjacentes. Le repérage des limites des champs est effectué à partir d'une radiographie du squelette facial, de telle façon qu'ils couvrent le cône musculaire rétro-orbitaire et lui seul. En pratique, les champs utilisés sont des champs carrés de 4cm de côté [Burch et Wartofsky, 1993]. Les limites des champs sont, pour chaque patient : immédiatement en arrière du canthus latéral pour la limite antérieure, immédiatement en avant de la selle turcique pour la limite postérieure, le plancher orbitaire pour la limite inférieure, et le toit de l'orbite pour la limite supérieure. La dose totale habituellement délivrée est de 20 Gy (20 grays = 2000 rads). La radiothérapie a peu d'effets secondaires : parfois une sécheresse oculaire, et probablement une fibrose orbitaire (même si des études récentes [Hartemann *et al.*, 1986] semblent prouver le contraire). Des résultats bénéfiques du traitement par radiothérapie sont observés dans la plupart des séries, avec 65 % environ de cas d'amélioration rapportés. Par contre, les résultats positifs sont enregistrés à partir de quelques semaines et se poursuivent pendant des mois, (pouvant aller jusqu'à 2 ans). Ce délai fait réserver la radiothérapie aux OT ne nécessitant pas une prise en charge urgente.

## 2. Les chirurgies palpébrale et oculomotrice

La chirurgie palpébrale est très souvent utile dans la réhabilitation du regard des patients atteints d'OT. Malgré l'amélioration obtenue suite aux traitements anti-inflammatoires, une correction chirurgicale est souvent nécessaire. Les techniques de chirurgie palpébrale sont divisées en deux groupes. Le premier est celui regroupant les cas de lésion cornéenne menaçante à court terme ; des gestes d'urgence, tarsorrhaphie (fermeture réversible de la fente palpébrale) ou canthorrhaphie latérales pourront être réalisés, en cas d'inefficacité des traitements médicaux. Le deuxième groupe regroupe les chirurgies après stabilisation de l'OT ; la chirurgie est alors essentiellement dirigée vers la correction des rétractions palpébrales, à la fois dans un but de protection cornéenne et dans un but cosmétique. Les techniques classiques de blépharoplastie pourront également être efficaces dans la réhabilitation du regard en corrigeant la lipoptose parfois importante. Le traitement des rétractions de la paupière supérieure peut faire appel à plusieurs techniques différentes, d'efficacité croissante : résection simple du muscle de Muller et/ou transposition de l'aponévrose du releveur associé, myotomies marginales du releveur, reculs plus ou moins importants du releveur avec ou sans interposition d'une structure d'allongement [George, 1991]. La voie d'abord la plus employée est la voie d'abord antérieure, dans le pli palpébral supérieur. A la paupière inférieure, les gestes chirurgicaux chercheront aussi à détendre les rétracteurs, et à augmenter la hauteur du tarse de façon à retrouver un positionnement correct du bord libre vis à vis du limbe scléro-cornéen. La voie d'abord est ici le plus souvent postérieure, trans-conjonctivale. Que ce soit pour la paupière supérieure ou la paupière inférieure, une blépharoplastie peut être nécessaire de façon à gommer l'aspect de «poches» qui gênent le patient. La lipectomie porte sur la graisse extra-conique repoussée en avant par la protrusion oculaire et doit être modérée de façon à conserver l'équilibre de l'unité fonctionnelle de l'orbite [Gola *et al.*, 1995]. Enlever de la graisse intra-conique est possible mais plus rare en raison du déséquilibre que cela peut apporter.

La chirurgie oculomotrice est une chirurgie difficile techniquement. Les traitements médicaux et la radiothérapie étant efficaces sur les troubles oculomoteurs, on a bien souvent recours à eux plutôt qu'à une chirurgie. Néanmoins, lorsque l'OT est éteinte et les muscles fibrosés, il est bien souvent nécessaire de recourir à la chirurgie. Nous avons vu précédemment que les muscles les plus souvent atteints sont le droit inférieur et le droit médial. Le principe est de détendre les muscles concernés en réalisant des reculs musculaires plus ou moins importants.