

Ces référentiels qui nous concernent :  
**Recommandations Formalisées d'Experts**  
**« Protection oculaire en anesthésie et en réanimation »**

H. Keita-Meyer<sup>1</sup>, H. Moussa<sup>2</sup>

1. *Service d'anesthésie, CHU Louis Mourier, APHP, 178 rue des Renouillers, 92700 Colombes*

2. *Cadre de santé IADE, Cadre Supérieur de Santé – Service d'anesthésie et de réanimation chirurgicale de Hautepierre, 1 Avenue Molière, 67200 Strasbourg.*

**Auteur correspondant :**

Hawa Keïta-Meyer

Adresse électronique: [hawa.keita@aphp.fr](mailto:hawa.keita@aphp.fr)

Téléphone : 0147606139

Fax : 0147606059

**Introduction**

Les pratiques non adaptées en matière de protection oculaire en anesthésie et en réanimation sont source de lésions oculaires aux conséquences parfois dramatiques.

Parmi ces lésions, la lésion cornéenne est la plus fréquente lors d'une anesthésie générale. Sa prévalence est évaluée de 0% à 44% lorsqu'aucune mesure prophylactique n'est entreprise et elle représente 61,8% - 59% des lésions oculaires dans le cadre de la chirurgie non ophtalmologique [1]. En réanimation, la lésion cornéenne est également la complication oculaire la plus fréquente. En fonction de la gravité des patients, de la durée de séjour et des moyens de prévention utilisés, l'incidence des lésions de la cornée s'établit entre 10% et 60%. Les lésions rétinienne par occlusion de l'artère centrale de la rétine (OACR) et les neuropathies ischémiques optiques aiguës (NOIA), responsables de pertes de vision définitive et fréquemment complète, ont une prévalence fort heureusement, bien plus basse, estimée entre 0,2 et 0,17% pour les NOIA, et probablement dix fois moindre pour les OACR [2-6].

**Présentation du référentiel**

La SFAR, à l'initiative de la Commission IADE, s'est saisie de la problématique de la protection oculaire et a publié en 2016 des Recommandations Formalisées d'Experts (RFE) « Protection oculaire en anesthésie et en réanimation » <http://sfar.org/wp-content/uploads/2016/03/Protection-oculaire-en-Anesthesie-et-Reanimation.pdf>.

Ces RFE, multidisciplinaires et multiprofessionnelles, avaient pour objectif de définir et décrire les lésions oculaires induites en anesthésie et en réanimation, d'identifier les mécanismes en cause et les situations à risque, de rappeler l'importance du dépistage par les équipes soignantes, notamment lorsque les patients sont inconscients et enfin de proposer des stratégies de prévention dans différents contextes:

- Prévention des lésions cornéennes en anesthésie
- Prévention des lésions cornéennes en réanimation
- Prévention des lésions rétiniennes par OACR et NOAI

Dix recommandations ont été formulées. Sur ces dix recommandations, neuf sont des avis d'experts en raison de la faiblesse de la littérature prospective dans le domaine de la prévention.

Pour la prévention des lésions cornéennes en anesthésie, on retiendra une recommandation qui fera très sensiblement évoluer nos habitudes, à savoir qu'en dehors d'une induction séquence rapide, l'occlusion palpébrale doit être réalisée dès la perte du réflexe ciliaire et avant l'intubation trachéale. L'importance d'une occlusion complète de l'œil en apposant jointivement les deux paupières, par des bandes adhésives seules, pour les chirurgies non à risque et la vérification régulière de l'efficacité de cette occlusion est également mise en avant. À noter aussi que les lubrifiants à base de solution aqueuse en unidose, afin de limiter le risque infectieux, ne sont recommandés en association avec l'occlusion palpébrale par bandes adhésives qu'en cas de chirurgies à risque (chirurgie de la tête et du cou, procédure en position ventrale ou latérale). Enfin, le rôle capital de la mise en place au sein des structures d'un programme de formation et d'un protocole de prévention pour réduire l'incidence des lésions cornéennes sous anesthésie générale a fait l'objet d'un accord fort.

Pour la prévention des lésions cornéennes en réanimation, chez les patients à risque, identifiés comme les patients intubés-ventilés, sédatisés ou à faible niveau de conscience, le dépistage par le test à la fluorescéine a été recommandé.

Les RFE ont précisé les chirurgies et les situations à risque pour lésions rétiniennes par OACR et NOIA: chirurgie du rachis en décubitus ventral, surtout si de longue durée et hémorragique. La prévention de ces complications passe par le recours à un matériel adapté (têtière avec absence de compression directe du globe oculaire), le contrôle de l'absence de toute compression extrinsèque de la sphère oculaire en cours d'intervention et la mise en place de mesures comme un léger proclive et placement de la tête en position neutre pour limiter la pression intraoculaire lors de chirurgie de longue durée en décubitus ventral. Ces recommandations nous rappellent aussi qu'il faut pour prévenir les NOIA dans la chirurgie du rachis hémorragique, limiter l'hypotension artérielle, l'anémie sévère, et l'hypovolémie.

## **Conclusion**

Toutes les lésions oculaires peuvent entraîner une baisse de vision définitive parfois bilatérale et sévère. Chez le patient conscient, douleur, rougeur oculaire et baisse de vision permettent de les détecter. Chez le patient inconscient, ce sont les équipes soignantes qui doivent les dépister. La prévention des lésions oculaires en anesthésie et en réanimation est un enjeu au

quotidien et passe par l'application de recommandations faciles à mettre en œuvre pour la plupart et l'implication de l'ensemble des soignants.

## Références

1. Grixti A, Sadri M, Watts MT. Corneal protection during general anesthesia for nonocular surgery. *The ocular surface* 2013;11(2):109-18
2. Farag E, Abd-Elsayed AA, Dalton JE, Nada E, Parker BM : Postoperative Vision Loss after Spine Surgery: A Single-Institution Case-Control Comparison. *The Ochsner Journal* 14:179–183, 2014
3. Geis AB, Höfert A, Silvanus MT, Bornfeld N, Peters J : Bilateral Blindness due to Ischemic Optic Nerve Neuropathy After Abdominal Surgery. *AA Case Rep.* 2015;5:57-60
4. Janarek G, Colechá JR : Visual loss after hip and shoulder arthroplasty, two case reports. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2015 ;62:285-8
5. Kara-Junior N, Espindola RF, Valverde Filho J, Rosa CP, Ottoboni A, Silva ED : Ocular risk management in patients undergoing general anesthesia: an analysis of 39,431 surgeries. *Clinics (San Paulo)* 2015;70(8):541-543
6. Lee LA, Roth S, Posner KL, Cheney FW, Caplan RA, Newman NJ, Domino KB : The American Society of Anesthesiologists Postoperative Visual Loss Registry: analysis of 93 spine surgery cases with postoperative visual loss. *Anesthesiology.* 2006; 105: 652-9