

La technique initialement décrite consistait à inciser la conjonctive palpébrale au niveau du cul-de-sac conjonctival inférieur. Le fil de suture était passé dans cette incision et amené jusqu'au périoste du rebord orbitaire ventral avant de ressortir en sens inverse en traversant la glande. Le nœud était serré puis enfoui dans l'incision conjonctivale. Cependant, plutôt que de rechercher le périorbite à l'aveugle, il est plus simple d'effectuer cette intervention en incisant la peau sur le rebord orbitaire. Le fil de suture est inséré dans l'incision puis remonte jusqu'à la glande avant de redescendre jusqu'à l'incision (Figure 8.5). Il faut utiliser un monofilament non résorbable 3/0-4/0 selon la race. Cette intervention peut entraîner une diminution des mouvements de la membrane nictitante. D'autre part, une infection peut se développer autour du fil de suture (voir cas clinique 8.1 ci-dessous). De plus, si le fil est mal positionné (s'il ne prend pas suffisamment dans le périoste), il peut se décrocher, ce qui aboutit à une récurrence de la luxation.

Dans certaines races, et en particulier les mâtiens de Naples, il n'est pas rare que cette technique échoue (voir cas clinique 8.1). Pour augmenter le taux de réussite, il peut être intéressant d'associer les deux techniques chirurgicales mais il peut être également sage de référer le cas à un spécialiste chez les chiens de type mastiff.

PRONOSTIC

Le taux de réussite à long terme est important, toutefois il existe des risques de récurrence de luxation de la glande (Figure 8.7), en particulier chez certaines races de chiens comme le mâtien de Naples et les autres mastiffs comme nous l'avons déjà vu, ainsi que chez les bouledogues anglais. Chez ces derniers, le nombre de récurrences est peut-être plus lié au plus grand nombre de cas qu'à une véritable prédisposition. Il faut donc prévenir les propriétaires de la nécessité éventuelle d'une seconde intervention chirurgicale. Si c'est le cas, il faudra faire

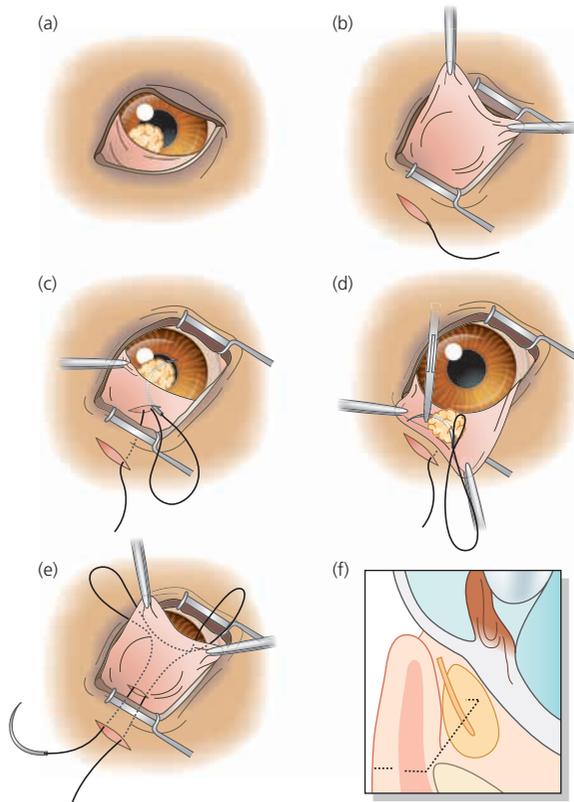


Figure 8.5 Fixation de la glande nictitante sur le rebord orbitaire :

- (a) Glande luxée.
- (b) Incision cutanée ventromédiale au globe oculaire. Élévation de la membrane nictitante.
- (c) Le fil de suture est passé dans la membrane nictitante après être passé dans le périoste.
- (d) Le fil forme une boucle dans la glande.
- (e) Schéma des boucles du fil de suture traversant la glande avant de repasser dans le périoste.
- (f) Coupe transversale du résultat final.

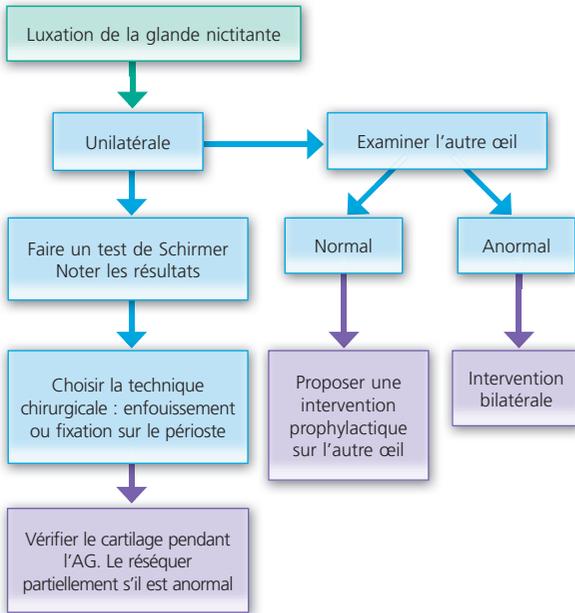


Figure 8.6 Arbre décisionnel : luxation de la glande nictitante. AG : anesthésie générale.

tout son possible pour s'assurer de sa réussite, car il est toujours plus difficile d'intervenir une deuxième fois. Il sera peut-être prudent dans ce cas de référer l'animal. Voici quelques conseils pour améliorer le taux de réussite. L'administration topique de corticoïdes avant l'intervention peut diminuer l'inflammation glandulaire mais il ne faut pas en administrer après l'intervention car ils ralentissent la cicatrisation des plaies et augmentent le risque de rupture des sutures. Le fil de suture choisi peut être de plus fort diamètre, toutefois cela entraîne des réactions tissulaires et un œdème plus importants et augmente le taux d'infection bactérienne. Il faut donc trouver le juste équilibre. Il est également possible



Figure 8.7 Récidive avec luxation partielle de la glande lacrymale accessoire. La conjonctive est très épaisse et hyperhémique et la glande tuméfiée est visible, faisant saillie derrière la membrane nictitante. Il est conseillé d'administrer des corticoïdes par voie topique pendant une semaine avant de tenter l'intervention chirurgicale.

de renforcer le surjet utilisé dans la technique d'enfouissement, en rapprochant les fils ou en plaçant un deuxième surjet au dessus du premier de manière à doubler le repli sur la glande. Toutefois, il faut s'attendre là encore à une réaction tissulaire plus importante. Certains auteurs suggèrent de terminer l'intervention en effectuant un recouvrement de la cornée par la membrane nictitante afin de maintenir à plat cette membrane et faciliter la cicatrisation normale. Cependant, en pratique, cela n'est généralement pas nécessaire. Une fois l'intervention terminée, il se produit un léger prolapsus de la membrane nictitante ainsi qu'un œdème et une hyperhémie plus ou moins marqués de celle-ci pendant les 2 à 4 semaines suivantes. En général, tout rentre dans l'ordre et la production lacrymale reste normale. De ce fait, on peut dire aux propriétaires que le pronostic est généralement bon.

CAS CLINIQUE 8.1

Description de l'animal : Mâtin de Naples, mâle, âgé de 8 mois.

PRÉSENTATION ET ANAMNÈSE

Le chien a été présenté en consultation une première fois à l'âge de 6 mois suite à l'apparition subite d'une masse au niveau du canthus interne de l'œil droit. Un diagnostic de luxation de la glande nictitante a été établi avec raison et celle-ci a été repositionnée chirurgicalement selon la technique d'enfouissement. Trois semaines plus tard, la glande était à nouveau luxée. Un collyre corticoïde a été administré avant de planifier une nouvelle intervention pour le lendemain, mais la glande nictitante de l'autre

œil (gauche) s'est luxée elle aussi par la suite. Une intervention bilatérale a donc été effectuée en optant pour la technique de fixation sur le périoste orbitaire. L'inflammation et l'œdème des membranes nictitantes ont persisté, mais les glandes sont restées en place. Puis, peu à peu, elles se sont déplacées vers l'avant et un écoulement purulent bilatéral est apparu. L'administration d'un collyre à base d'acide fusidique ou de chloramphénicol n'a pas permis d'amélioration (Figure 8.8).