

Métastase choroïdienne : Radiothérapie

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous êtes atteint d'une métastase choroïdienne responsable des symptômes que vous ressentez ou qui ont été découverts par votre ophtalmologiste. Celui-ci vous propose de réaliser une irradiation externe car il s'agit d'une tumeur agressive, cancéreuse dont l'évolution risque de menacer la fonction et même la conservation de l'œil.

Cette fiche contient l'information sur l'opération qui vous est proposée, sur ses résultats et sur ses risques.

La radiothérapie externe d'une métastase choroïdienne

Elle consiste à envoyer des rayons dans la tumeur intra-oculaire afin d'en provoquer la régression et d'arrêter son développement dans l'œil.

Pourquoi irradier une métastase choroïdienne ?

Parce qu'une métastase choroïdienne est une tumeur maligne développée dans la couche profonde de l'œil (choroïde) dont la croissance peut entraîner un envahissement de l'œil. Cette tumeur résulte de la colonisation de la choroïde par des cellules tumorales provenant par migration sanguine d'une tumeur à distance (sein, poumon ...). Le rôle de l'ophtalmologiste est de prendre en charge cette localisation secondaire, alors que la tumeur primitive doit être prise en charge par un ou d'autres spécialistes. L'exploration d'une telle tumeur se fait localement par l'échographie, l'angiographie, ainsi qu'une IRM et/ou un scanner orbito-crânien. Les explorations générales parfois nombreuses évaluent la tumeur primitive en cause en collaboration avec d'autres spécialistes.

Pourquoi irradier une métastase oculaire ?

Parce qu'une irradiation externe vise à empêcher la tumeur de croître davantage, et donc de menacer à la fois d'œil et la vision, en lui délivrant des rayons.

La radiothérapie externe

Ce traitement se fait sous la responsabilité d'un radiothérapeute.

La réalisation technique consiste à installer le patient devant une source de rayonnement strictement localisé à l'œil. L'irradiation est faite en plusieurs séances jusqu'à obtention de la dose totale souhaitée pour obtenir un effet thérapeutique.

Ce traitement ne nécessite habituellement pas d'hospitalisation.

Evolution post thérapeutique normale : Dans la très grande majorité des cas, la radiothérapie est suivie temporairement d'une inflammation de la conjonctive, avec paupières gonflées, œil rouge et sensible à la lumière (photophobie). Cet effet, lié aux rayons, est transitoire et régresse. Le résultat visuel dépend de la taille et de la localisation de la tumeur. La réponse habituelle est une cicatrisation rapide la tumeur. La présence d'autres lésions de l'œil peut limiter la récupération visuelle.

Les soins sont réduits à l'instillation de gouttes, à l'application d'une pommade et au port d'une protection selon les modalités et durant une période qui vous seront précisées par votre chirurgien. Il est parfois nécessaire de procéder à l'ablation de fils de suture.

L'activité professionnelle, l'utilisation de machines ou d'instruments dangereux, la conduite automobile sont déconseillées pendant une période limitée qui sera définie par votre ophtalmologiste.

Les complications de la radiothérapie externe : Bien qu'elle soit parfaitement standardisée, la radiothérapie externe n'échappe pas à la règle générale selon laquelle il n'existe pas de traitement

actif sans risque. Il n'est donc pas possible à votre ophtalmologiste de garantir formellement le succès du traitement.

Les complications sévères de la radiothérapie externe sont rares. Elles peuvent aboutir, dans les cas les plus extrêmes, à la perte de la vision, voire à la perte de l'œil lui-même.

Il s'agit :

- De décollement de la rétine : souvent présent avant irradiation, il peut s'accroître avec une baisse visuelle. L'envahissement tumoral étendu du globe expose au même risque.
- De glaucome : augmentation de la pression intra-oculaire qui l'on tente d'éviter par le traitement ; il peut rendre l'œil douloureux et conduire à l'énucléation.

D'autres complications secondaires à l'irradiation sont moins sévères comme :

- Inflammation : régressive en quelque temps.
- Téléangiectasie (dilatation des vaisseaux) : perte des cils (irréversible) et anomalies de la pigmentation de la peau des paupières.
- Atteinte des voies lacrymales : avec larmoiement secondaire.
- Sécheresse oculaire : rare mais possible, responsable d'une irritation conjonctivale (muqueuse transparente recouvrant le blanc de l'œil) et cornéenne (hublot transparent situé en avant de l'œil focalisant l'image vers l'intérieur de l'œil).
- Cataracte radique : opacification du cristallin.

Suivi post-thérapeutique : Un suivi prolongé, régulier et rapproché, est indispensable pour l'œil traité. Un certain recul est nécessaire pour apprécier le résultat définitif de l'irradiation. Certaines chimiothérapies menées en parallèle pour la tumeur primitive peuvent également influencer la tumeur intra-oculaire. La surveillance peut se faire sur le fond d'œil, l'échographie et l'angiographie.

Votre ophtalmologiste est disposé à répondre à toute question complémentaire que vous souhaiteriez lui poser.

Les dispositions réglementaires font obligation au médecin de prouver qu'il a fourni l'information au patient. Aussi vous demande-t-on de signer ce document dont le double est conservé par votre médecin.

Je soussigné reconnais que la nature de l'intervention, ainsi que ses risques, m'ont été expliqués en termes que j'ai compris, et qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées.

J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant et

Date et Signature

- donne mon accord
- ne donne pas mon accord

pour la réalisation de l'acte qui m'est proposé.

Ces fiches nationales ont été créées sous l'égide de la Société Française d'Ophtalmologie (SFO) et du Syndicat National des Ophtalmologistes de France (SNOF).

Fiche révisée en novembre 2009.

<http://www.sfo.asso.fr>