

# Ophthalmologie<sup>MD</sup>

## Conférences scientifiques

JANVIER/FÉVRIER 2010  
Volume 8, numéro 1

COMPTE RENDU DES CONFÉRENCES  
SCIENTIFIQUES DU DÉPARTEMENT  
D'OPHTALMOLOGIE ET  
DES SCIENCES DE LA VISION,  
FACULTÉ DE MÉDECINE,  
UNIVERSITÉ DE TORONTO

### Les difficultés de la prise en charge des patients présentant une cavité anophtalmique aux niveaux clinique, du confort et de l'esthétique

PAR MICHAEL C.F. WEBB, BADO, BCO, FASO

Les ophtalmologistes ont de nombreuses perspectives différentes sur « l'œil artificiel » ou « la prothèse oculaire ». En effet, ce n'est pas la solution de dernier recours après une énucléation et une éviscération et si la profession d'oculariste a évolué, il en va de même de la relation qu'entretiennent les ophtalmologistes avec les ocularistes. En reconnaissant pleinement que l'énucléation et l'éviscération nécessitent d'adopter une approche multidisciplinaire, on offre aux patients la meilleure option pour garantir le succès de l'intervention. Le rôle de l'oculariste ne se limite pas à la réalisation d'une prothèse oculaire de même que celui de l'ophtalmologiste ne se limite pas à l'intervention d'énucléation ou d'éviscération. Afin d'utiliser de façon optimale les capacités de l'oculariste, il faut comprendre les types de services et de compétences qu'il peut offrir pour la réalisation de la chirurgie initiale et les soins à long terme du patient. Dans le présent numéro d'*Ophthalmologie – Conférences scientifiques*, nous examinons les affections entraînant une cavité anophtalmique et les problèmes chirurgicaux et médicaux que l'on rencontre dans le traitement de ces affections.

#### Énucléation et éviscération

L'évaluation précise de ces interventions pourrait jouer un rôle déterminant dans leur succès à long terme pour le patient et la liste ci-dessous indique par ordre décroissant de priorité les situations dans lesquelles il est le plus souhaitable d'avoir recours à une prothèse oculaire ou à une lentille sclérale :

- Éviscération – implant en hydroxyapatite (HA) avec cheville
- Énucléation – Implant en HA ou en polyéthylène poreux avec cheville
- Éviscération avec implant
- Ophtalmomalacie
- Énucléation – implants sphériques stables situés centralement. Les muscles sont fixés correctement dans leur position anatomique
- Énucléation – implants dotés d'une bonne mobilité
- Microphthalmie
- Ophtalmomalacie – exotropique ou ésoptropique
- Greffe dermo-graisseuse
- Énucléation – pas d'implant
- Exophtalmie – lentilles à ajuster sur un globe plus grand
- Anophtalmie congénitale
- Cavités orbitaires rétractées - Grades 1 à 3
- Cavités orbitaires rétractées après une radiothérapie – Grades 4 à 5
- Exentération orbitaire

Le choix d'une technique plutôt que d'une autre est lié à l'incidence et à la sévérité des anomalies qui caractérisent le syndrome de la cavité anophtalmique<sup>1,2</sup>. Lorsque l'on choisit les interventions d'énucléation et d'éviscération, il faut savoir que l'éviscération n'est pas toujours possible. L'état préexistant de l'œil dû à un traumatisme ou à une tumeur peut dicter l'intervention requise. Le risque d'une ophtalmie sympathique est un facteur en faveur de l'énucléation. Cependant, la décision doit être fondée sur les circonstances individuelles. L'ophtalmie sympathique n'est pas une raison absolue pour réaliser une énucléa-



FACULTY OF MEDICINE  
*University of Toronto*



Département  
d'ophtalmologie et des  
sciences de la vision

#### Département d'ophtalmologie et des sciences de la vision

Jeffrey Jay Hurwitz, M.D., Rédacteur  
*Professeur et président*

Martin Steinbach, Ph.D.  
*Directeur de la recherche*

**The Hospital for Sick Children**  
Elise Heon, M.D.  
*Ophtalmologiste en chef*

**Mount Sinai Hospital**  
Jeffrey J. Hurwitz, M.D.  
*Ophtalmologiste en chef*

**Princess Margaret Hospital  
(Clinique des tumeurs oculaires)**  
E. Rand Simpson, M.D.  
*Directeur, Service d'oncologie oculaire*

**St. Michael's Hospital**  
Alan Berger, M.D.  
*Ophtalmologiste en chef*

**Sunnybrook Health Sciences Centre**  
William S. Dixon, M.D.  
*Ophtalmologiste en chef*

**University Health Network  
Toronto Western Hospital Division**  
Robert G. Devenyi, M.D.  
*Ophtalmologiste en chef*

Département d'ophtalmologie  
et des sciences de la vision  
Faculté de médecine  
Université de Toronto  
60 Murray St.  
Bureau 1-003  
Toronto (Ontario) M5G 1X5

Le contenu rédactionnel d'*Ophthalmologie – Conférences scientifiques* est déterminé exclusivement par le Département d'ophtalmologie et des sciences de la vision, Faculté de médecine, Université de Toronto.

**Disponible sur Internet à : [www.ophtalmologieconferences.ca](http://www.ophtalmologieconferences.ca)**

tion sans prendre en considération l'éviscération, étant donné que le risque d'apparition de cette affection est faible si l'œil n'est pas énucléé, compte tenu en particulier des anti-inflammatoires et des techniques de prise en charge des maladies oculaires dont nous disposons actuellement<sup>3</sup>. Si la présence d'anomalies de la cavité oculaire est placée relativement haut sur la liste des priorités, il est moins probable que les anomalies comprises dans le syndrome de la cavité anophtalmique soit un facteur négatif dans la mise en place d'une prothèse oculaire.

### Syndrome de la cavité anophtalmique

Le syndrome de la cavité anophtalmique ou syndrome post-énucléation comprend plusieurs anomalies<sup>2,4,5</sup> :

- Malformation du pli palpébral supérieur
- Ptosis
- Énoptalmie
- Ectropion avec paupière inférieure flasque, ou rarement, entropion

Ces anomalies sont moins fréquentes dans une cavité éviscérée comparativement à une cavité énucléée, mais elles surviennent rarement après une éviscération<sup>4</sup>. Plusieurs facteurs clés dans une énucléation permettent d'obtenir une cavité orbitaire appropriée pour la mise en place d'une prothèse oculaire. Il faut que la profondeur de la région orbitaire postérieure soit suffisante pour la mise en place de l'implant avec une bonne fermeture palpébrale<sup>6</sup>. D'autres facteurs sont la taille et la forme de l'implant. Par exemple, si l'implant est trop petit, il contribue à l'apparition d'une énoptalmie, mais s'il est trop grand, il peut restreindre le mouvement de la prothèse oculaire et causer un ptosis<sup>7,8</sup>. Il est fréquent qu'un implant d'une taille excessive restreigne la profondeur de la chambre antérieure de la prothèse, donnant à l'œil artificiel une position qui n'est pas naturelle. Cela est particulièrement vrai si la prothèse est un implant de style bio-intégré, tel qu'un implant en HA ou en polyéthylène poreux.

Les complications les plus fréquentes chez les patients porteurs d'une prothèse oculaire après une énucléation sont le recul du pli palpébral supérieur, l'absence de pli palpébral supérieur et une énoptalmie progressive<sup>2</sup>. Ces complications ont été attribuées à la dégénérescence des muscles extra-oculaires inactifs, à l'atrophie de la graisse orbitaire et à la tendance à l'énoptalmie avec le vieillissement<sup>9</sup>. Tous ces facteurs doivent être pris en considération dans la décision de réaliser une chirurgie primaire ou secondaire.

### Ptosis anophtalmique

Un ptosis anophtalmique est une affection qui doit être classée séparément, car l'anatomie orbitaire varie en fonction de son contenu, nécessitant une large gamme d'implants et des globes de tailles différentes. Cependant, la classification du ptosis anophtalmique exclut la présence d'un globe ptotique ou microptalmique<sup>7</sup>. Dans ces cas, l'oculariste peut parfois réparer une paupière tombante en modifiant la forme ou le volume de la prothèse oculaire ou de la lentille sclérale.

Les chirurgiens effectuent la correction d'un ptosis de façon différente des ocularistes. On s'attend souvent à ce que l'oculariste corrige ces situations par une prothèse, mais si cela est impossible, une correction chirurgicale est réalisée. Si une prothèse bien ajustée peut minimiser le degré de correction requis, la réparation chirurgicale sera facilitée.

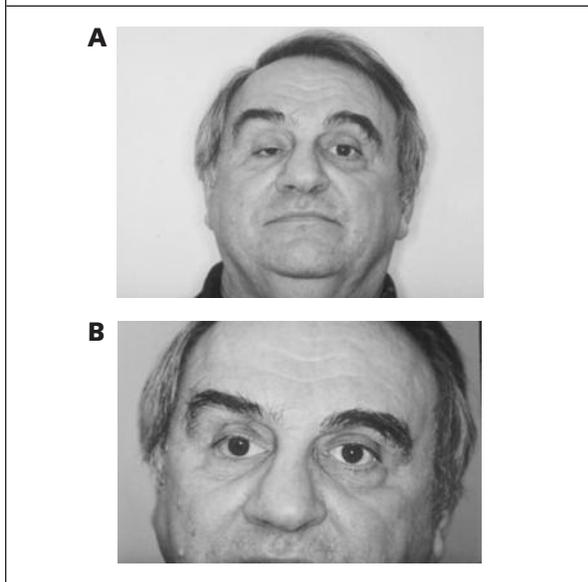
### Classification<sup>7</sup>

- Le *pseudoptosis* est généralement dû à un volume orbital insuffisant et peut souvent résulter d'une microptalmie, d'une énoptalmie, d'une ophtalmomalacie ou d'une prothèse mal ajustée. Un pseudoptosis peut également apparaître avec la régression rapide d'un œdème ou une atrophie des tissus orbitaires postérieurs (figure 1A).
- Le *ptosis persistant* est généralement attribué à un traumatisme accidentel ou chirurgical (désinsertion de la gaine aponévrotique fixée au muscle releveur). Il peut également avoir des causes myogènes, neurologiques ou congénitales. De plus, la migration vers le haut d'un implant oculaire sphérique qui entraîne la poussée vers l'avant et vers le bas du muscle releveur et du tarse peut produire un ptosis.
- Le *ptosis temporaire* survient le plus fréquemment quelques semaines ou quelques mois après une énucléation ou une éviscération. Il est généralement causé par l'œdème des tissus orbitaires poussant le bord supérieur du tarse en avant. Ultérieurement, la paupière supérieure se déplace antérieurement ou vers le bas. La présence d'une infection, d'une inflammation et d'une myopathie stéroïdienne entraîne également ce type de ptosis.
- Un *ptosis intermittent* peut souvent résulter d'un problème médical, tel que le syndrome de Horner transitoire, la myasthénie ou la paralysie du troisième nerf. Le ptosis au réveil ou le matin peut également être un ptosis intermittent et les types de ptosis pseudo-intermittents peuvent résulter de dépôts de protéine à la surface de la prothèse. Le ptosis survenant avec la fatigue résulte de la fatigue du muscle releveur et il est également intermittent.
- Le *ptosis progressif* et le *pseudoptosis* peuvent résulter d'un ptosis familial tel que le blépharophimosis ou une tumeur orbitaire. Une tumeur croissante se manifestera généralement progressivement. Une atrophie du tissu adipeux orbitaire postérieur ou une régression rapide de l'œdème peuvent également se manifester sous la forme d'un ptosis progressif<sup>7</sup>.

### Correction prothétique

Après l'évaluation et la classification d'un ptosis anophtalmique, une correction prothétique est réalisée (figure 1B). À ce stade, il existe relativement peu d'options pour l'oculariste. Les deux principales composantes de la correction sont un support pour ptosis et une béquille pour ptosis. Les deux options ont des avantages et des limites. L'utilisation d'un support pour ptosis est la méthode de correction la plus efficace et la plus recommandée chez les patients dont la fonction palpébrale est normale (figure 2A). La partie supérieure de la prothèse

**Figure 1 :** Un patient présentant un pseudoptosis avant (A) et après (B) une correction prothétique



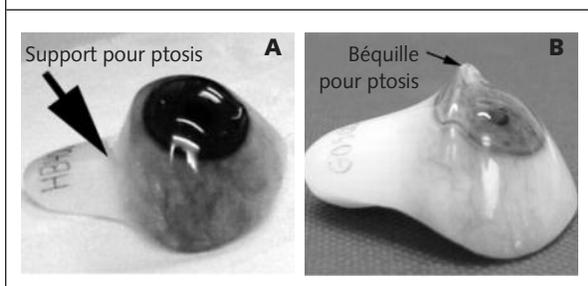
oculaire est reconçue et découpée d'environ 11 mm en haut, ce qui permet de modifier la position du tarse palpébral par rapport à la section découpée de la prothèse et rehausse la paupière.

Une béquille pour ptosis est plus fonctionnelle sur le plan esthétique et structurel lorsque la cause est neurologique ou due à une paralysie du troisième nerf (figure 2B). Une béquille pour ptosis crée une obstruction physique sur la surface antérieure de la prothèse qui soutient la paupière supérieure. Lorsque l'oculariste évalue et/ou réajuste la prothèse avant la chirurgie, le résultat de la correction du ptosis est maximisé. Un pseudoptosis est souvent présent. Par conséquent, un ajustement approprié de la prothèse pourrait éliminer la nécessité d'une chirurgie, ou du moins minimiser le degré de correction.

### Cavités orbitaires rétractées

Les cavités orbitaires rétractées sont souvent associées à des problèmes difficiles à gérer pour l'oculariste et le chirurgien oculoplasticien ou l'ophtalmologiste chirurgien, et la meilleure approche pour la prise en charge du patient est multidisciplinaire. La compréhens-

**Figure 2 :** Prothèse munie d'un support pour ptosis (A) et d'une béquille pour ptosis (B).



sion de la mécanique et de l'anatomie d'une cavité normale et d'une cavité rétractée est essentielle et l'identification d'objectifs réalistes est indispensable. Afin d'identifier positivement ces objectifs, l'oculariste et l'ophtalmologiste doivent comprendre pleinement les capacités mutuelles. Et surtout, les besoins et les attentes des patients doivent être précisément identifiés, étant donné que l'absence de communication entre tous les intervenants entraîne l'échec et/ou la déception.

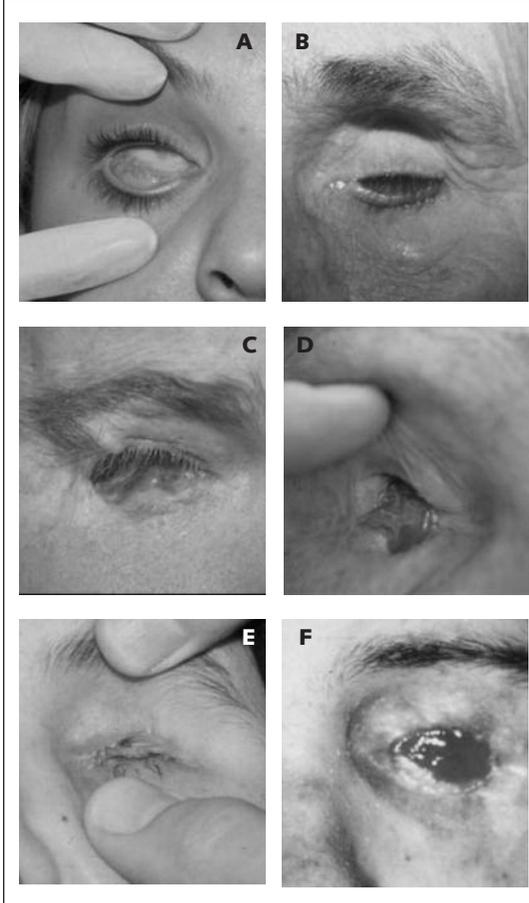
Un oculariste a plusieurs options ou appareillage à sa disposition pour prendre en charge les rétractions et/ou les cavités orbitaires rétractées. Cependant, pour comprendre pleinement les options, une évaluation appropriée du grade de l'atteinte aidera à déterminer le type de correction à l'aide d'une prothèse et de la chirurgie. Nous vous présentons ci-dessous une classification des cavités orbitaires rétractées<sup>10</sup>.

- **Grade 0 :** la cavité orbitaire est tapissée d'une conjonctive saine et les culs-de-sac conjonctivaux sont profonds et bien formés (Figure 3A).
- **Grade 1 :** la cavité orbitaire est caractérisée par un cul-de-sac inférieur peu profond ou en pente douce. Dans ce cas, le cul-de-sac inférieur est converti en une pente inclinée vers le bas qui pousse la paupière inférieure vers le bas et vers l'extérieur, empêchant ainsi la rétention d'un œil artificiel (Figure 3B).
- **Grade 2 :** la cavité orbitaire est caractérisée par la perte des culs-de-sac supérieur et inférieur (Figure 3C).
- **Grade 3 :** la cavité orbitaire est caractérisée par la perte des culs-de-sac supérieur, inférieur, médial et latéral (Figure 3D).
- **Grade 4 :** la cavité orbitaire est caractérisée par la perte de tous les culs-de-sac et par la réduction de l'ouverture palpébrale horizontalement et verticalement (figure 3E).
- **Grade 5 :** Dans certains cas, la rétraction de la cavité orbitaire récidive après des tentatives répétées de reconstruction (Figure 3F).

C'est un excellent modèle de classification d'un point de vue ophtalmologique. Cependant, des modifications mineures sont suggérées pour les ocularistes. Les grades 3 et 4 sont très similaires (perte de tous les culs-de-sac), mais une distinction est faite dans la perte de l'ouverture palpébrale ou une ouverture réduite. Dans le cas d'une rétraction de tous les culs-de-sac, la fente palpébrale est presque invariablement réduite. Le grade 5 ne caractérise pas l'état des fentes, et seule la récurrence de rétraction en postopératoire est précisée. On observe souvent les grades 4 et 5 après une radiothérapie. Le grade 5 est caractérisé par la perte de tous les culs-de-sac due à une rétraction postopératoire dans un délai d'un an après l'intervention, les résultats étant donc insatisfaisants. Après un an, si aucune mesure n'est prise sur le plan chirurgical ou prothétique pour corriger la rétraction, le grade 5 devrait être reclassifié en grade 4. Le grade 5 indique donc une tentative récente de reconstruction de la cavité orbitaire qui a échoué. Cela est important, car de nombreux chirurgiens préfèrent attendre un certain temps avant d'effectuer une deuxième tentative de reconstruction totale, habituellement une année complète.

Il existe plusieurs moyens thérapeutiques, prothétiques et chirurgicaux, auxquels on peut avoir recours

**Figure 3 :** Cavité orbitaire rétractée de Grade 0 (A), Grade 1 (B), Grade 2 (C), Grade 3 (D), Grade 4 (E), Grade 5 (F).

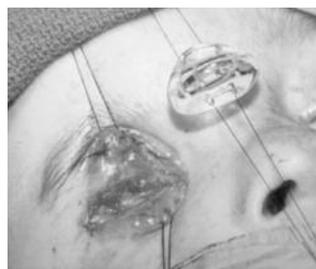


dans la prise en charge de cavités rétractées. Le plus efficace pour les grades 3, 4 ou 5 est le conformateur sur mesure (CSM ; Figure 4)<sup>11</sup>. Cependant, de légères modifications sont souvent nécessaires. Tout d'abord, la conception doit être adaptée au patient et les ocularistes peuvent généralement fournir au moins trois CSM dont la taille est ajustée progressivement. L'objectif est de comprendre la dynamique de la cavité orbitaire, l'approche du chirurgien et le résultat réaliste désiré. La cavité doit être conçue sur la base d'une approche chirurgicale réaliste sur le

**Figure 4 :** Conformateur sur mesure (CSM).



**Figure 5 :** Les sutures d'ancrage supérieures et inférieures sont alignées.



plan de la taille et de la disponibilité de la greffe. Un oculariste peut concevoir les multiples CSM sur la base de cette configuration. La reconstruction de la cavité orbitaire n'est pas réalisée en fonction d'un appareillage, mais c'est l'appareillage qui est conçu en fonction de la cavité orbitaire (Figure 5). Lorsque le modèle est choisi, le conformateur est revêtu de muqueuse buccale (Figure 6). Deux sutures d'approfondissement des culs-de-sac supérieur et inférieur en polyester tressé de 4-0 sont passées à travers les paupières et nouées à des tampons<sup>12</sup>. Dans les cas plus sévères, par exemple de grade 3 ou 4, il est conseillé de passer les sutures à travers les orifices supérieur et inférieur du conformateur, puis à travers le périoste afin de maintenir le conformateur solidement en place<sup>12</sup>.

Lorsque l'intervention chirurgicale est terminée et que le CSM est maintenu solidement en place, le rôle de l'oculiste est essentiel, étant donné que le succès futur de cette intervention peut dépendre de ses compétences. Le CSM peut généralement être retiré de 6 à 12 semaines après son insertion, selon la classification de la cavité orbitaire. La meilleure option est d'enlever les sutures et de dégager le conformateur sans le retirer complètement. À ce stade, l'oculiste devrait être prêt à mettre en place un nouveau conformateur sur mesure conçu pour cette cavité orbitaire en particulier pour aider à retenir les culs-de-sac. Il ne devrait pas y avoir d'intervalle de temps entre le retrait du CSM et la mise en place du nouveau conformateur. Si l'on ne se conforme pas à ce principe, le succès potentiel de l'intervention sera compromis.

**Figure 6 :** Une muqueuse buccale est fixée au CSM et suturée dans la cavité orbitaire.



**Figure 7 :** Un dispositif de traction capillaire est retenu au moyen d'un ruban adhésif dans la cavité orbitaire sous pression.

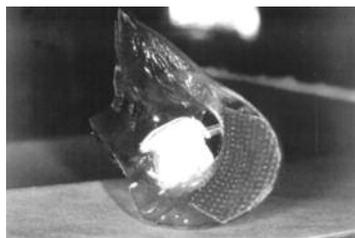


L'oculariste doit également expliquer au patient les différentes méthodes de traitement par pression sur la cavité orbitaire qui contribueront à éviter la rétraction éventuelle des tissus orbitaires à l'avenir. Le retrait du CSM ou de la prothèse oculaire pendant une période aussi longue qu'un an après cette intervention aura presque invariablement comme conséquence une rétraction cicatricielle des tissus orbitaires ou la perte totale de la capacité de la cavité reconstruite à retenir une prothèse oculaire.

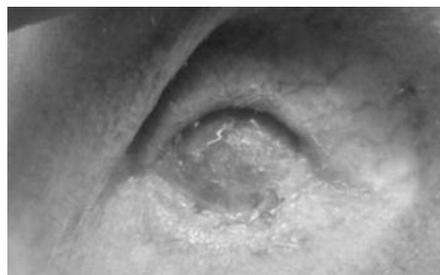
L'oculariste dispose de plusieurs méthodes de prise en charge postopératoire de la cavité rétractée. Celle qui a le plus de succès est l'appareil de traction capillaire (Figure 7) et le masque exerçant une pression de Lafuente (Figure 8)<sup>13</sup>. Le premier dispositif offre plusieurs options. Par exemple, sa conception permet le traitement proactif de la cavité orbitaire par pression la nuit. Cette méthode permet également d'appliquer une pression sur la rétraction active du tissu cicatriciel dans la cavité orbitaire, qui est souvent un facteur déterminant dans le succès ou l'échec de la reconstruction de la cavité.

S'il apparaît que la cavité se contracte et que la capacité des culs-de-sac à retenir un appareil ou une prothèse oculaire peut être perdue (Figure 9), l'option suivante est de fabriquer un masque exerçant une pression de Lafuente. La conception de ce masque permet une pression plus ciblée avec un ressort ou un élastique de compensation qui s'adapte à la rétraction fluctuante du tissu cicatriciel (Figure 10). Un moulage exerçant une pression est appliqué sur l'un des culs-de-sac ou sur les deux ou un conformateur sur mesure est installé sur le moulage à pres-

**Figure 8 :** Masque exerçant une pression de Lafuente.



**Figure 9 :** Cavité orbitaire rétractée de classe 3.



sion pour forcer la cavité à s'adapter à la forme désirée du conformateur. Cette méthode est souvent la dernière tentative ou manœuvre de l'oculariste pour retenir un conformateur ou ultérieurement une prothèse oculaire, comme le montre ce résultat final (Figure 11). Le port du masque pendant 20 à 60 minutes peut créer un cul-de-sac suffisant pour retenir une prothèse dans des situations où la rétention est essentielle. Une communication ouverte doit être maintenue entre l'oculariste et l'ophtalmologiste pour optimiser les chances de succès dans ces cas difficiles. Fort heureusement, il est rare que la prothèse ne puisse pas être ajustée de façon satisfaisante, et dans le cas contraire, il existe les options suivantes :

- Faire l'exérèse totale du tissu mou orbitaire et mettre en place une prothèse ostéo-intégrée.

**Figure 10 :** Traitement d'une cavité orbitaire rétractée au moyen d'un masque exerçant une pression de Lafuente.



**Figure 11 :** La prothèse est retenue et mise en place correctement au moyen d'un masque exerçant une pression de Lafuente chez le patient indiqué aux Figures 9 et 10.



- Faire l'exérèse totale du tissu mou orbitaire et fixer une prothèse orbitaire aux lunettes ou utiliser du ruban adhésif pour la fixer à la peau.
- Laisser la cavité orbitaire se rétracter complètement et porter des lunettes noires ou un cache-œil noir.

## Conclusion

La compréhension totale des capacités de l'oculariste par l'ophtalmologiste est essentielle au succès d'une approche multidisciplinaire efficace. Les avantages de cette approche du travail en équipe pour le patient sont incommensurables. Avant de procéder à une chirurgie reconstructrice quelle qu'elle soit ou à une modification de la cavité anophtalmique, les caractéristiques de la prothèse doivent être optimales. L'oculariste peut évaluer ces caractéristiques ainsi que toute modification nécessaire. Le degré de correction chirurgicale sera ainsi minimisé ou la nécessité d'une telle correction sera éliminée.

---

*M<sup>r</sup> Webb est président, Webb Ocular Prosthetics, Inc., Toronto, Ontario, et membre du Conseil d'administration de la Société canadienne des ophtalmologistes.*

---

## References

1. Workman CL. Prosthetic reduction of upper eyelid ptosis. In: Bosniak SL, Smith BC, eds. *The Anophthalmic Socket*. New York, NY: Pergamon Press; 1990:184-191.
2. Vistnes LM, Iverson RE, Laub DR. The anophthalmic orbit. Surgical correction of lower eyelid ptosis. *Plast Reconstr Surg*. 1973;52(4):346-351.
3. Lindsey RN, Soper MP. Sympathetic ophthalmis following evisceration: a review of the literature. *The Journal of the American Society of Ocularists*: 1977-1996; 17<sup>e</sup> édition. St. Petersburg, FL: ABI Professional Publications: 28-30.
4. Spaeth PG. Superior sulcus deformity and ptosis. Dans: Shannon GM, Connelly FJ, eds. *Oculoplastic Surgery And Prosthetics*. Boston, MA: Little, Brown and Company; 1970:791-797.
5. Cowen DE, Antonyshyn O. The vascularized temporoparietal fascial flap for correction of the deep superior sulcus. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 1995;11(2):100-108.
6. Jahrling RC. Prosthetics for upper lid deformities. Dans: Shannon GM, Connelly FJ, eds. *Oculoplastic Surgery And Prosthetics*. Boston, MA: Little, Brown and Company; 1970:813-822.
7. Allen L. Reduction of upper eyelid ptosis with the prosthesis, with special attention to a recently devised, more effective method. Dans: Guibor P, Guibor M, eds. *Techniques of Anophthalmic Cosmesis*. New York, NY: Symposia Specialists; 1976:3-25.
8. Allen L. The argument against imbricating the rectus muscles over spherical implants after enucleation. Dans: Bosniak SL, Smith BC, eds. *The Anophthalmic Socket*. New York, NY: Pergamon Press; 1990:184-191.
9. Kennedy RF. Effects of enucleation on socket anatomy. *Journal of Ophthalmic Prosthetics*. 1997;2(1):43-46.
10. Krishna G. Contracted sockets-1 (aetiology and types). *Indian J Ophthalmol*. 1980;28(3):117-120.
11. Harrington JN. Conformer design. *The Journal of the American Society of Ocularists*. 1979;10:11-14.
12. Molgat YM, Hurwitz JJ, Webb MCF. Buccal mucous membrane-fat graft in the management of the contracted socket. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*. 1993;9(4):267-272.
13. Scott R. C.T.D.: A unique suction device. *The Journal of the American Society of Ocularists*. 1986;17:11-14.

## Réunions scientifiques à venir

26 au 29 juin 2010

### Réunion annuelle et exposition 2010 de la Société canadienne d'ophtalmologie

Québec, Québec

#### RENSEIGNEMENTS :

Courriel : [cos@eyesite.ca](mailto:cos@eyesite.ca)

Site Web : [http://www.eyesite.ca/annualmeeting/2010/index\\_f.php](http://www.eyesite.ca/annualmeeting/2010/index_f.php)

## Université de Toronto Département d'Ophtalmologie et des Sciences de la vision

### Événement à venir

4 au 5 décembre 2010

#### Update in Ophthalmology 2010

CNIB Centre, 1929 Bayview Ave.

Toronto, Ontario

#### Pour des renseignements plus détaillés :

Bureau d'éducation permanente  
et de développement professionnel  
Faculté de médecine, Université de Toronto

Tél.: (416) 978-2719/1 888 512-8173

Fax : (416) 946-7028

Courriel : [info-OPT1002@cepdtoronto.ca](mailto:info-OPT1002@cepdtoronto.ca)

Website: [www.cepd.utoronto.ca](http://www.cepd.utoronto.ca)

---

*M<sup>r</sup> Webb déclare qu'il n'a aucune divulgation à faire en association avec le contenu de cette publication.*

Les avis de changement d'adresse et les demandes d'abonnement pour *Ophtalmologie – Conférences Scientifiques* doivent être envoyés par la poste à l'adresse C.P. 310, Succursale H, Montréal (Québec) H3G 2K8 ou par fax au (514) 932-5114 ou par courrier électronique à l'adresse [info@snellmedical.com](mailto:info@snellmedical.com). Veuillez vous référer au bulletin *Ophtalmologie – Conférences Scientifiques* dans votre correspondance. Les envois non distribuables doivent être envoyés à l'adresse ci-dessus. Poste-publications #40032303

*La version française a été révisée par le professeur Pierre Lachapelle, Montréal.*

L'élaboration de cette publication a bénéficié d'une subvention à l'éducation de

# Novartis Pharmaceuticals Canada Inc.

© 2010 Département d'ophtalmologie et des sciences de la vision, Faculté de médecine, Université de Toronto, seul responsable du contenu de cette publication. Édition : SNELL Communication Médicale Inc. avec la collaboration du Département d'ophtalmologie et des sciences de la vision, Faculté de médecine, Université de Toronto. <sup>MD</sup>Ophtalmologie – Conférences scientifiques est une marque déposée de SNELL Communication Médicale Inc. Tous droits réservés. L'administration d'un traitement thérapeutique décrit ou mentionné dans *Ophtalmologie – Conférences scientifiques* doit toujours être conforme aux renseignements d'ordonnance approuvés au Canada. SNELL Communication Médicale se consacre à l'avancement de l'éducation médicale continue de niveau supérieur.