

# Emphysème orbito-palpébral spontané : à propos d'un cas

M. Bouksirat<sup>\*a</sup> (Dr), B. Dani<sup>a</sup> (Dr), M. Boulaadas<sup>a</sup> (Pr)

<sup>a</sup> FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE MOHAMMED V DE RABAT, Rabat, MAROC

\* Service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie à l'hôpital de spécialité de Rabat

[dr.mahabouksirat94@gmail.com](mailto:dr.mahabouksirat94@gmail.com)

## Introduction :

L'emphysème orbitaire est une complication reconnue des fractures de l'orbite et/ou des déhiscences des parois orbitaires. Néanmoins, elle représente rarement des complications ophtalmologiques.

Le but de notre travail est de présenter un cas d'emphysème sur déhiscence de la paroi interne de l'orbite sans notion de traumatisme.

## Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 33 ans qui a consulté le pavillon des urgences pour tuméfaction palpébrale supérieure gauche survenue 2 heures plutôt sans notion de traumatisme suite à un effort de mouchage.

L'examen clinique retrouvait une tuméfaction palpébrale supérieur gauche avec crépitations neigeuses en regard et sans signes inflammatoires cutanés ainsi qu'une exophtalmie non pulsatile associée [fig1 : A]. L'examen ophtalmologique est revenu strictement normal.

Une TDM faite a objectivé la déhiscence de la lame papyracée et une importante pneumorbitie [fig 2].

La patiente a été traitée par antibiothérapie associée à une proscription des mouchages, des massages doux ainsi qu'un contrôle régulier hebdomadaire.

Une remission complète a été obtenue à j 15 [fig1 : B].



Fig 1: A : Tuméfaction palpébrale supérieur gauche avec exophtalmie de l'œil droit associée  
B : Rémission complète à j 15

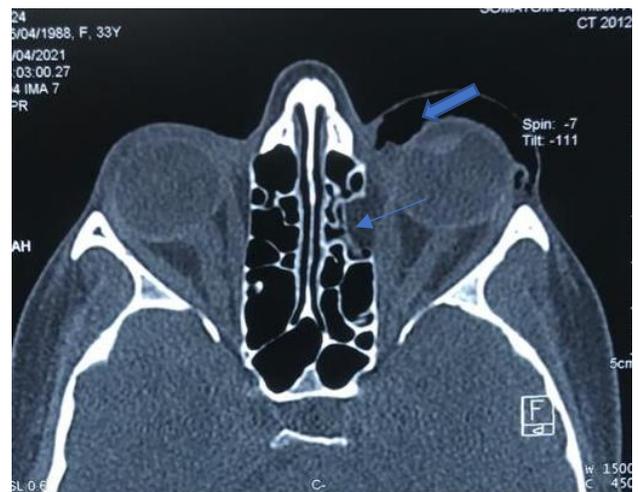


Fig2: TDM orbitaire, coupe axiale.  
Flèche bleu large : emphysème orbitaire et palpébral.  
Flèche bleu fine : déhiscence de la lame papyracée de l'ethmoïde

## Discussion :

La pneumorbitie est fréquente au cours des traumatismes orbitaires, mais ne se complique que très rarement d'une neuropathie optique ischémique ou d'une occlusion de l'artère centrale de la rétine . Il s'agit le plus souvent d'une fracture de petite taille de la paroi médiale [1,2].

Secondairement, suite à une élévation brutale de la pression dans les voies aérodigestives supérieures (VADS) (mouchages, éternuements, manoeuvre de Val-salva...), l'air passe par le foyer de fracture et se diffuse dans l'orbite. S'il existe un phénomène de clapet (graisse orbitaire, fragment d'os...), l'air ne peut ressortir, d'où une possible compression du contenu orbitaire quand le volume d'air est majeur[1,3].

L'emphysème orbitaire peut également survenir en dehors de tout traumatisme après un mouchage violent[4,5], une chirurgie endonasale[6], une thoracotomie[7], une extraction dentaire [8].

Les complications ophtalmologiques sont identiques et directement liées à l'importance de la pneumorbitie ; elles imposent la même prise en charge. Il faut aussi noter la possibilité de traumatisme direct du nerf optique au cours de la chirurgie sinusienne [6].

La réalisation d'un scanner orbitaire en urgence est indispensable pour confirmer le diagnostic et guider le traitement [9].

L'emphysème orbitaire a été classé par Hunts et *al.*[2] en quatre stades : le premier stade est infraclinique ; le second stade est caractérisé par une vision conservée avec exophtalmie, et une absence d'atteinte des structures ophtalmiques ; au troisième stade, s'ajoute une neuropathie ischémique du nerf optique avec une baisse de l'acuité visuelle ; le stade quatre est un tableau d'oblitération de l'artère centrale de la rétine avec une exophtalmie stade 3 et une hypertension oculaire.

Dans tous les cas d'emphysème orbitaire, il faut recommander au patient d'éviter toute hyperpression dans les voies aériennes digestives supérieures, ce conseil constituant l'élément principal du traitement. Une antibiothérapie à large spectre est également instaurée afin d'éviter la survenue d'une cellulite orbitaire [3]. Dans les stades 3 et 4, une décompression chirurgicale en urgence doit être réalisée par canthotomie ou cantholyse, ou bien plus simplement à l'aiguille.

## Conclusion :

La pneumorbitie est le plus souvent d'origine traumatique néanmoins quelques rares cas de déhiscence spontanée ont été rapportés.

L'évolution est le plus souvent spontanément résolutive mais l'hyperpression induite par la présence d'air peut être source de complications ophtalmologiques rendant nécessaire une surveillance rigoureuse pour une éventuelle intervention décompressive urgente.

## Références :

1. Segrest DR, Dortzbach RK. Medial orbital wall fractures: complications and management. *Ophthal Plast Reconstr Surg*, 1989;5:75-80.
2. Hunts JH, Patrinely JR, Holds JB, Anderson RL. Orbitalempysema. Staging and acute management. *Ophthalmology*, 1994;101:960-6.
3. Zimmer-Galler IE, Bartley GB. Orbital emphysema: case reports and review of the literature. *Mayo Clin Proc*. 1994;69:15-21
4. Mohan B, Singh KP. Bilateral subcutaneous emphysema of the orbitis following nose blowing. *J Laryngol Otol*, 2001;115:319-20
5. Oluwole M, White P. Orbital floor fracture following nose blowing. *Ear Nose Throat J*. 1996;75:169-70.
6. Neuhaus RW. Orbital complications secondary to endoscopic sinus surgery. *Ophthalmology*, 1990;97:1512-8.
7. Fox RJ, Teener JW, Liu GT. Orbital emphysema and diplopia following thoracotomy. *Eur J Ophthalmol*. 1999;9:309-11
8. Buckley MJ, Turvey TA, Schumann SP, Grimson BS. *J Am Dent Assoc*, 1990; 120:421-4
9. Lee HI, Jilani M, Frohman L, Baker S. *Emerg Radiol*, 2004;10:168-70.

Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.