

Fractures isolées du plancher de l'orbite : étude rétrospective à propos de 23 patients opérés au service de chirurgie maxillo-faciale au Centre Hospitalier Universitaire Ibn Sina de Rabat

O. Boukhlof^{*a} (Dr), A. Oussalem^{*a} (Dr), M. Boulaadas^a (Pr)

^a Hôpital des Spécialités de Rabat, Rabat, MAROC

*boukhlofoumaima@gmail.com

INTRODUCTION

Les fractures isolées du plancher orbitaire résultent d'un impact antéropostérieur sur le globe oculaire provoquant une hyperpression et pouvant entraîner plusieurs complications. Elles présentent 10% des fractures faciales et 18 % des fractures orbitaires et nécessitent un diagnostic et une prise en charge rapide et multidisciplinaire (1).

Le but de cette étude est d'établir une étude rétrospective sur le profil épidémio-clinique et paraclinique de nos patients, ainsi que d'évaluer leur prise en charge thérapeutique et leur évolution.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective à propos de 23 patients opérés au service de chirurgie maxillo-faciale au centre hospitalier Universitaire Ibn Sina de Rabat, sur une période de 03 ans allant de 2017 à 2020.

La moyenne d'âge pour nos patients était de 23 ans, avec des extrêmes allant de 09 à 40 ans, et une nette prédominance masculine 90% des cas.

Les circonstances du traumatisme étaient dominées par les agressions dans 70% des cas, suivies par les accidents de la voie publique dans 10% des cas, les accidents de sport dans 10% des cas, les 10% restants ont été victime d'une chute (figure 1).

La plupart de nos patients souffraient de diplopie verticale avec limitation du regard vers le haut (85 % des cas), une enophtalmie a été retrouvée dans 10 % des cas.

La TDM a objectivé une incarceration musculo-graisseuse dans 75% des cas et une incarceration graisseuse isolée dans 25% des cas. (Figure 2)

Le test de Lancaster était pathologique dans 85% des cas.

Tous nos patients ont subi un traitement chirurgical avec 2 voies d'abord : subciliaire pour 20 patients et transconjonctivale pour 3 patients. Le délai entre le traumatisme et la chirurgie variait de 5 heures à 10 jours, le traitement chirurgical a consisté en une ablation de la graisse et du muscle avec reconstruction du plancher orbitaire.

Le choix de reconstruction variait entre une autologue greffe dans 4 cas, et une plaque de Vicryl dans 19 cas . L'évolution post opératoire était bonne dans 19 cas, dans 3 cas nous avons eu une persistance de la diplopie et un ectropion n'a été trouvé que dans 1 cas.

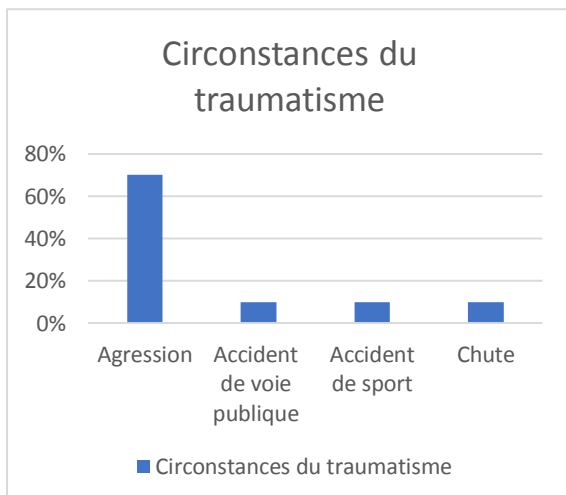


Figure 1 : Graphique des circonstances de survenue des traumatismes isolés du plancher de l'orbite .



Figure 2 : Image scannographique objectivant une fracture en trappe du plancher de l'orbite gauche avec Incarcération musculo-graisseuse

DISCUSSION

Les fractures du plancher de l'orbite intéressent les patients jeunes et actifs (2). Les patients signalent habituellement des changements importants de l'acuité visuelle avec une douleur associée aux mouvements oculaires (3). D'où l'intérêt d'un examen ophtalmologique minutieux qui évaluera l'atteinte et éliminera une urgence telle qu'un syndrome des loges.

La TDM permet de confirmer le diagnostic, de déterminer le type de fracture et de d'aider l'approche thérapeutique. Les fractures par « Blow out » sont les plus fréquentes. Il peut également s'agir d'une fracture en trappe avec souvent une incarceration du muscle droit inférieur nécessitant une désincarcération urgente (4).

Les approches chirurgicales couramment utilisées pour reconstruire le plancher de l'orbite sont transconjonctivales, sous-ciliaires et infra-orbitaires. La plupart des auteurs préfèrent l'abord transconjonctival car il ne laisse pas de cicatrices visibles, mais cette technique pourrait entraîner une abrasion cornéenne et un manque d'exposition (5).

Dans notre étude, compte tenu de l'exposition requise et de l'esthétique, nous avons préféré l'approche de type sous-ciliaire dans la majorité de nos cas car elle donne un bon accès au sol et camoufle la cicatrice.

L'objectif de base de la reconstruction du défaut orbitaire est de restaurer le volume, la fonction et l'esthétique orbitaire (6) (7). Pour reconstruire le défaut du plancher orbitaire, divers matériaux autogènes, allogéniques et alloplastiques sont utilisés avec leurs avantages et inconvénients.

Les greffons autologues sont hautement biocompatibles avec un faible risque d'infection et d'extrusion. Néanmoins, ils sont associés à l'augmentation du temps opératoire et de la morbidité du site donneur, et présentent un taux de résorption qui peut modifier le résultat final (8) (9).

Quant aux matériaux alloplastiques, ils ont un coût accessible, facilement conforme au contour orbital, mais exposent à un risque élevé d'infection, d'extrusion et hémorragie capsulaire (9) (10). Dans notre étude la reconstruction a été faite par un autologue greffe prélevée de la crête iliaque pour 4 cas et une plaque a le Vicryl a été utilisé pour 19 cas .

CONCLUSION

Les fractures du plancher de l'orbite sont fréquentes. Non traitées, elles peuvent être responsable de préjudices fonctionnels et esthétiques. Leur pronostic dépend du délai diagnostique et thérapeutique. Ce qui justifie la réalisation d'un bilan clinique et radiologique rigoureux et une prise en charge multidisciplinaire et rapide .Une reconstruction du plancher s'impose chaque fois que la perte de substance est jugée significative.

REFERENCES

- (1) BERTHAUD Thomas , Communication et prise en charge de la fracture du plancher, 2019-2020 Mémoire de fin d'études d'Orthoptie, Aix-Marseille .
- (2) Othmane Bouanani et al./ Elixir Maxillofacial Surgery 147 (2020) 54887-54889
- (3) Homer N, Huggins A, Durairaj VD. Contemporary management of orbital blowout fractures. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg 2019;27:310–6. Google Scholar
- (4) Chebbi Ben Abderahman Amel, Rouatbi Aicha Les fractures du plancher de l'orbite : approche diagnostique et thérapeutique SFO-ONLINE - SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE, 2018 ,
- (5) Applying WD, Patrinely JR, Salzer TA. Transconjunctival approach vs subciliary skin-muscle flap approach for orbital fracture repair. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1993; 119: 1000–7.
- (6) Rowe Terre-Neuve, Williams JL. Fractures du complexe zygomatique et de l'orbite. Blessures maxillo-faciales de Rowe et William. 1994 ; 1 :475-590. Churchill Livingstone. [Google Scholar]
- (7) Courtney DJ, Thomas S. Fractures isolées par soufflage orbitaire : enquête et examen. Fr. J de Oral et Maxillofac Surg. 2000 ; Mars :496–502.
- (8) Courtney DJ, Thomas S, Whitfield PH. Isolated orbital blowout fractures. Br J Oral Maxillofac Surg 2000; 38: 496–503.
- (9) Persons BL, Wong GB. Transantral endoscopic orbital floor repair. J Craniofac Surg 2002; 13: 483–8.
- (10) Morrison AD, Sanderson R, Moos KF. The use of silastic as an orbital implant for reconstruction of orbital defects. J Oral Maxillofac Surg 1995; 53: 412–17.