

Introduction

Les fractures du plancher orbitaire qu'elles soient isolées ou associées à d'autres lésions fracturaires représentent 10 à 20 % des fractures du massif facial [1,2].

L'effraction de cette fine structure osseuse expose à des complications particulières et pose de nombreux problèmes fonctionnels et esthétiques.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective à propos de 20 cas opérés au service de chirurgie maxillo-faciale au centre hospitalier Universitaire Hassan II de Fès, sur une période de 7 ans (2015-2021).

Résultats

On note une prédominance masculine de 80% avec un âge moyen relativement jeune de 35 ans.

Dans 60% des cas nos patients étaient victimes d'AVP (Figure 1).

L'association à d'autres fractures du massif facial notamment zygomatiques a été observée chez 40 % des cas (une fracture du malaire chez 7 cas , une fracture mandibulaire déplacée chez 2 cas, une fracture de Lefort I chez 2 cas, une fracture de la paroi du sinus maxillaire chez 5 cas).

La clinique a été dominée par : une diplopie verticale avec limitation du regard vers le haut dans 85 % des cas, énoptalmie dans 15 % des cas.

La TDM faciale en coupes coronale, sagittale et axiale a objectivé une incarceration musculo-graisseuse dans 80 % des cas (Figure 2) et une incarceration musculaire isolée dans 20% des cas (Figure 3).

Le Test de Lancaster était pathologique dans 90 % des cas (Figure 4).

Le délai opératoire moyen était de 05 jours.

La voie d'abord sous-ciliaire a été utilisée chez tous nos patients (Figure 5).

Le traitement chirurgical a consisté en une réduction du foyer de la fracture avec désincarcération musculo-graisseuse et reconstruction du plancher de l'orbite par des plaques en titane ainsi que les greffons osseux iliaques (chez 2 patients).

L'évolution était favorable avec résolution des signes cliniques dans 70 % des cas (Figure 6).

Une rééducation orthoptique a été envisagée chez les patients ayant gardé une diplopie séquellaire.

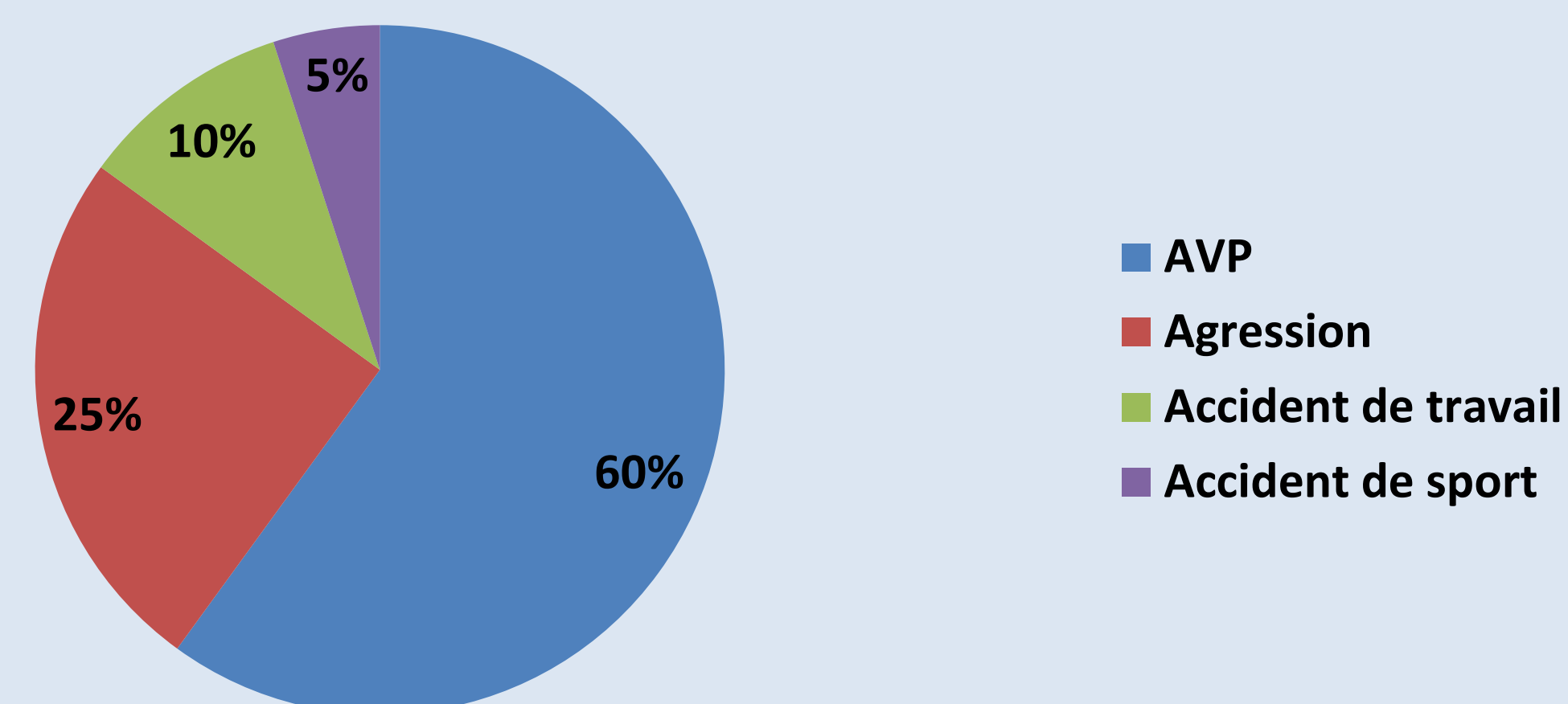


Figure 1 : Répartition selon l'étiologie



Figure 2 : Image scannographique en coupe coronale objectivant une fracture du plancher de l'orbite droit avec incarceration graisseuse et du muscle droit inférieur associé à un hémisinus droit

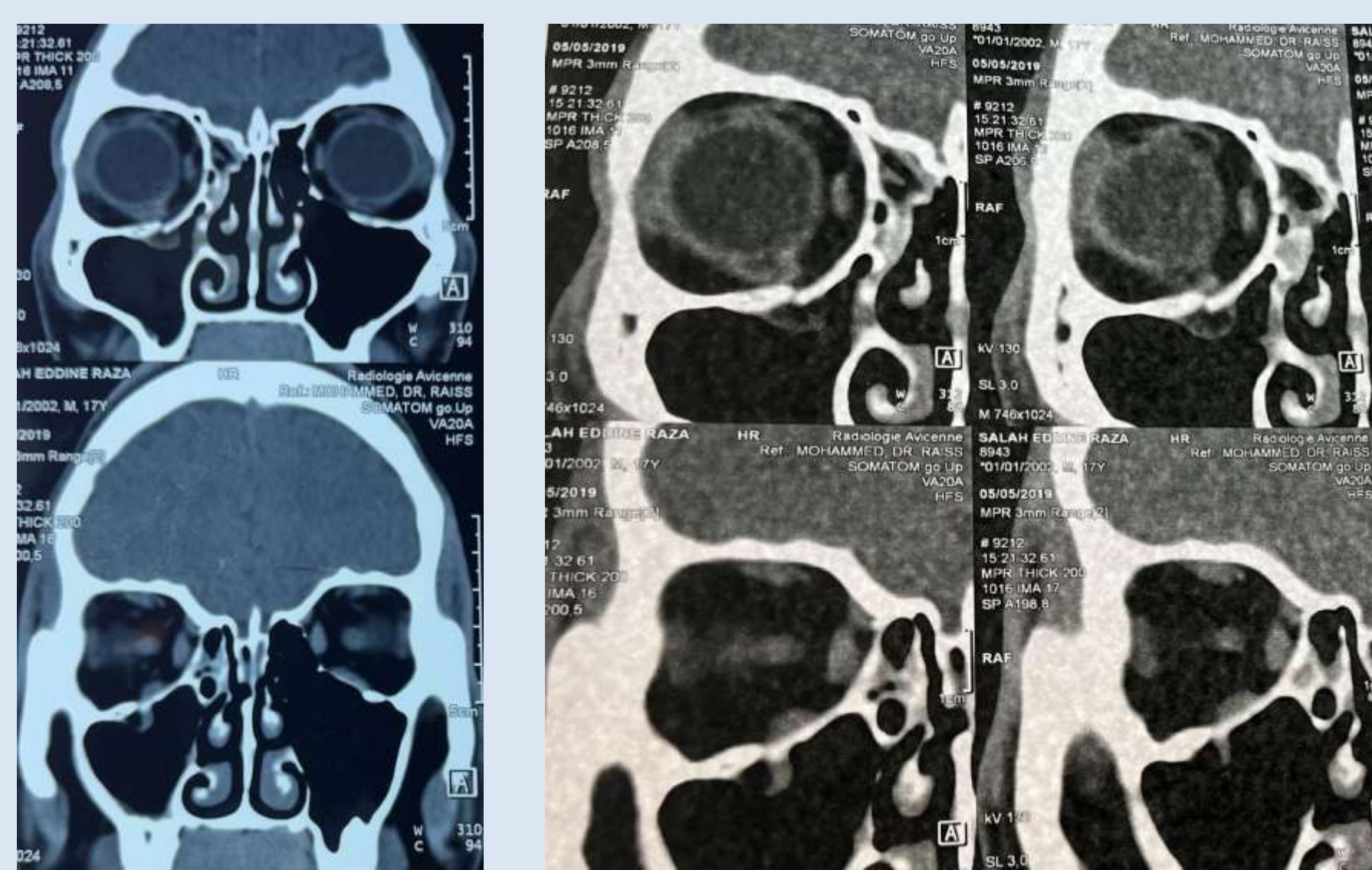


Figure 3 : Image scannographique en coupe coronale objectivant une fracture du plancher de l'orbite droit avec incarceration du muscle droit inférieur homolatéral

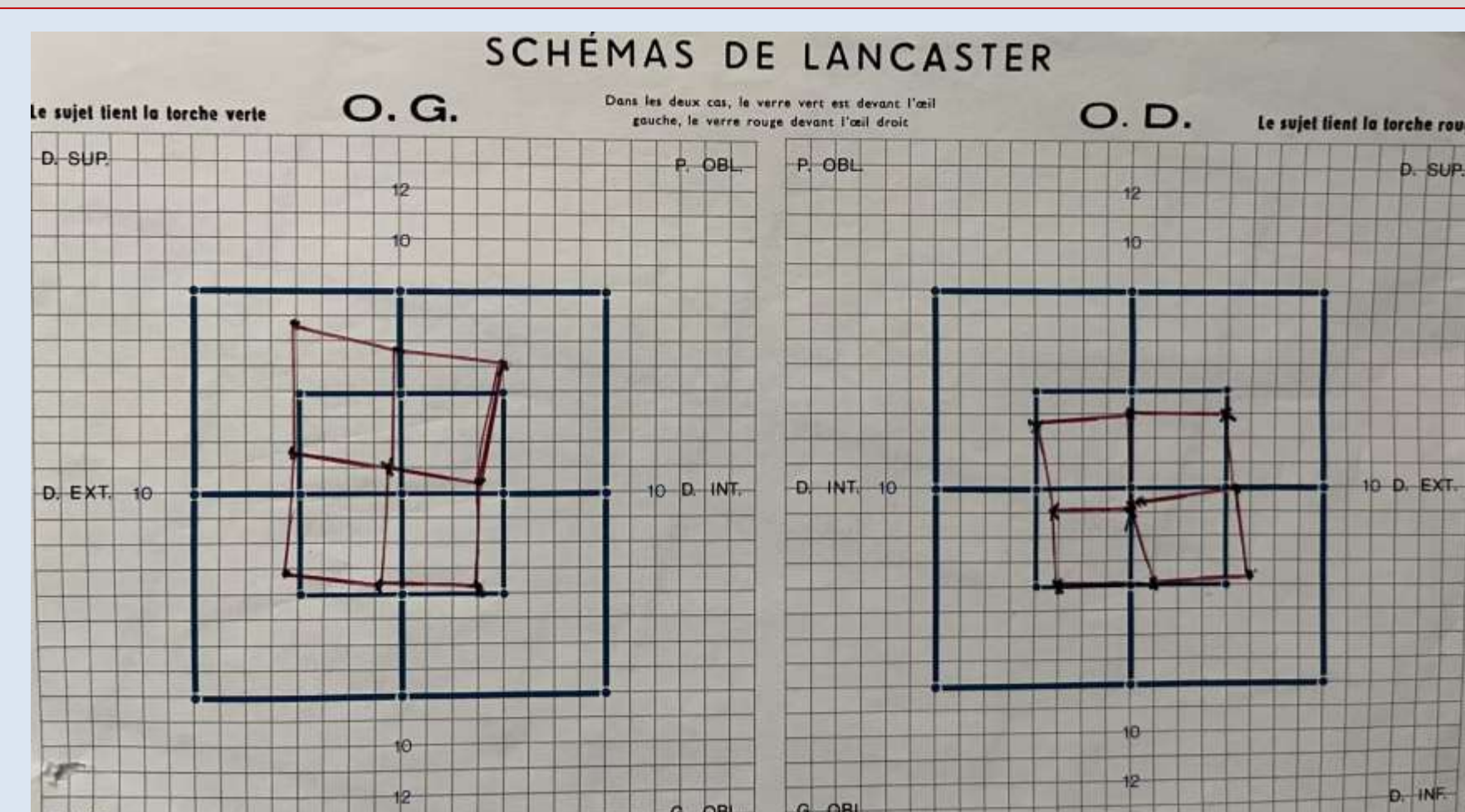


Figure 4 : Un Test de Lancaster objectivant une paralysie oculomotrice droite avec hypotropie à droite et hypertropie gauche réactionnelle



Figure 5 : image en peropératoire montrant la mise en évidence du foyer fracturaire



A

B

Figure 6 : Amélioration de la limitation du regard vers le haut
A : j+5 post opératoire
B : deux mois après le geste opératoire

Discussion

Les fractures du plancher de l'orbite intéressent les patients jeunes et actifs [3], Les mécanismes lésionnels les plus fréquents sont les agressions, les accidents de la voie publique, les chutes et les accidents de sport [4].

Il existe deux types de fractures du plancher de l'orbite: les fractures en trap-door et les fractures en blow-out.

La diplopie est le signe fonctionnel le plus important à rechercher [5].

Le test de Hess-Lancaster permet de faire immédiatement le diagnostic de l'œil et des muscles paralysés, et de reconnaître les hyper actions musculaires secondaires à la paralysie.

La TDM apprécie l'étendue de la fracture et le contenu de l'incarcération.

Le traitement chirurgical des fractures orbitaires doit intégrer les troubles fonctionnels et les troubles anatomiques du contenant et du contenu orbitaire [6, 7].

Les fractures en trap-door réalisent une véritable urgence [6, 8]. Elles réclament un traitement immédiat et adapté en raison du caractère définitif des troubles oculomoteurs qu'elles peuvent engendrer.

Le choix d'une voie d'abord doit permettre la dissection et la libération du foyer de fracture, qui peut être suivie de réduction et de contention et d'ostéosynthèse, ainsi que l'interposition, en position sous-périostée, d'un matériau adapté aux caractéristiques de la fracture et toléré par les tissus receveurs.

Pour reconstruire le défaut du plancher orbitaire, divers matériaux autogènes, allogéniques et alloplastiques sont utilisés avec leurs avantages et inconvénients.

Conclusion

La prise en charge des patients présentant une fractures du plancher de l'orbite doit être rigoureuse et précoce (en urgence pour les fractures en trappe) pour minimiser les risques séquellaires morphologiques et fonctionnels.

Bibliographie

- 1- PONS J., SADANIA J., SULEAU J. Un dossier sur les fractures du massif facial.Revu. Stomatolo. Chir. Maxillofac. 1996 ;4 : 212-217.
- 2- PAOLI J.R, BOUTAULT F., GASQUET F., FABIE M. Les fractures du plancher de l'orbite, notre expérience à propos de 164 cas Le cahier stomatologique , 1995 ; 1 : 3-8
- 3- Othmane Bouanani et al./ Elixir Maxillofacial Surgery 147 (2020) 54887-54889
- 4- Boffano P, Rocca F, Zavattero E, Dedioli E, Uglesi' c' V, Kovaci' c' Z, et al. Assault-related maxillofacial injuries: the results from the European Maxillofacial Trauma (EURMAT) multicenter and prospective collaboration. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2015;119:385-91
- 5- Morax S, Benillouche P. Traumatismes orbitaires. Encyclopedie Medico-Chirurgicale (Editions Scientifiques et Medicales Elsevier SAS, Paris), Ophtalmologie 2005 ; 21-700-D-10.
- 6- David J. Spalton. Roger A.Hitchings. Paul A .Hunter Traumatologie orbitaire. Atlas d'ophtalmologie clinique troisieme édition 2006
- 7- Cariou J L. La reconstruction osseuse. Annales de chirurgie plastique esthétique 2000, Volume 45, 169-70.
- 8- Beigi B1, Khandwala M, Gupta D. Management of pure orbital floor fractures: a proposed protocol to prevent unnecessary or early surgery Orbit. 2014 Oct;33(5):336-42