



Reçu le :
8 janvier 2016
Accepté le :
26 avril 2016

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Syndrome de la fissure orbitaire supérieure post-traumatique : mise au point

Traumatic superior orbital fissure syndrome: Update

M. Girodon^{a,*,b}, J. Levasseur^{a,b}, B.-L. Wajszczak^{a,b}, C. Ernoult^{a,b}, N. Zwetyenga^{a,b}

^a Service de stomatologie, chirurgie maxillofaciale, chirurgie plastique, esthétique et reconstructrice, chirurgie de la main, centre hospitalier universitaire, boulevard de Lattre-de-Tassigny, 21079 Dijon, France

^b Faculté de médecine, université de Bourgogne, boulevard Jeanne-d'Arc, 21079 Dijon, France

Summary

The traumatic superior orbital fissure syndrome is an uncommon complication of craniomaxillofacial trauma. The diagnosis is clinical and associates ophthalmoplegia (constantly at initial clinical examination), ptosis and anaesthesia of the forehead. Young men victim of road traffic accidents are most often affected. CT-scan usually shows facial and/or craniofacial fractures more or less spreading towards the superior orbital fissure. The absence of fracture seen at the X-rays does not eliminate the diagnosis. Initial management should be multidisciplinary (maxillofacial surgeons, ophthalmologists and neurosurgeons) and conducted early if possible. It combines high-dose corticosteroids and decompression surgery if necessary. Abstinence may be indicated in cases of delayed diagnosis with spontaneous improvement. Symptoms improve early but follow-up should be extended over several months given the recovery time.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Orbital fissure, Sphenoid bone, Diplopia

Résumé

Le syndrome de la fissure orbitaire supérieure post-traumatique est une complication rare des traumatismes craniomaxillo-faciaux. Le diagnostic est clinique et associe une ophthalmoplégie (constante lors de l'examen initial), un ptosis et une anesthésie frontale. Les hommes jeunes victimes d'un accident de la voie publique sont les plus souvent atteints. Le scanner montre le plus souvent des fractures faciales et/ou cranio-faciales irradiant plus ou moins au niveau du toit de l'orbite en direction de la fissure orbitaire supérieure mais l'absence radiologique de fracture n'élimine pas le diagnostic. La prise en charge initiale doit être pluridisciplinaire (chirurgiens maxillo-faciaux, ophtalmologistes et neurochirurgiens) et si possible précoce. Elle associe une corticothérapie à fortes doses et une chirurgie de décompression si besoin. L'abstinence peut être indiquée en cas de retard diagnostique avec amélioration spontanée. La régression des symptômes est précoce mais le suivi doit être prolongé sur plusieurs mois compte tenu du délai de récupération.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Fissure orbitaire, Os sphénoïde, Diplopie

Introduction

Le syndrome de la fissure orbitaire supérieure (SFOS) est une complication rare des traumatismes maxillo-faciaux entraînant une ophthalmoplégie, un ptosis et une hypoesthésie dans le territoire du nerf ophtalmique.

* Auteur correspondant.
e-mail : marine.girodon@gmail.com (M. Girodon).

Hirschfeld (ophtalmologiste français) a décrit en 1858 pour la première fois des cas d'ophtalmoplégies post-traumatiques puis Rochon-Duvigneaud a rapporté en 1896 des cas de SFOS chez des patients syphilitiques. En 1962, Lakke a défini le syndrome complet [1] et Banks a apporté en 1967 la première publication à propos de cas de SFOS post-traumatique [2]. La fissure orbitaire supérieure (fig. 1a,b) est une fente entre les grande et petite ailes de l'os sphénoïde, qui fait communiquer l'orbite avec la base du crâne en livrant passage à différents

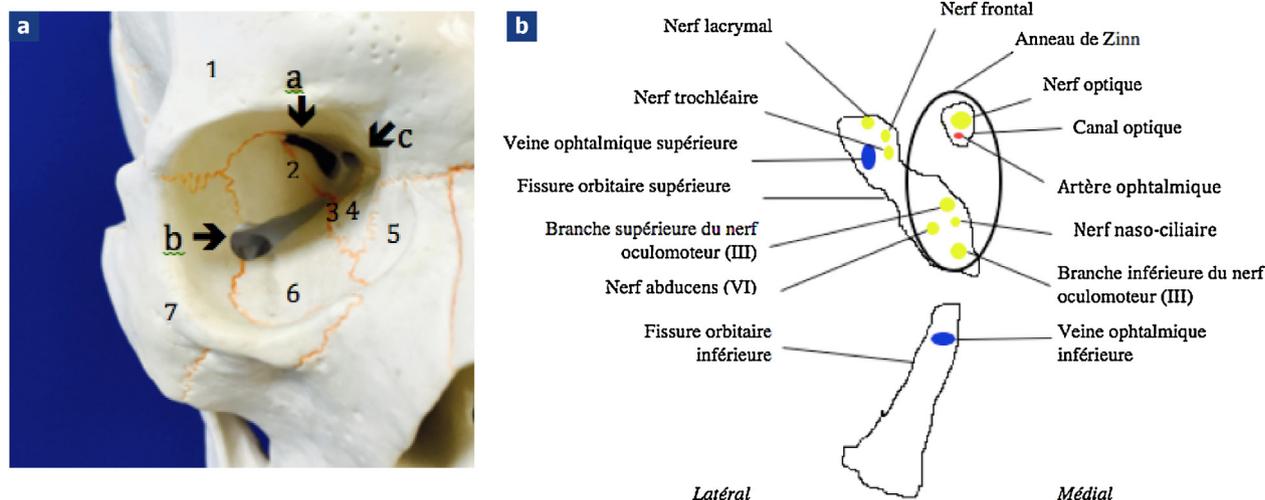


Figure 1. a : vue frontale de l'orbite droite : os frontal (1), grande aile de l'os sphénoïde (2), os palatin (3), os ethmoïde (4), os lacrymal (5), os maxillaire (6), os zygomatique (7), fissure orbitaire supérieure (a), fissure orbitaire inférieure (b), canal optique (c) ; b : la fissure orbitaire supérieure et ses rapports vasculo-nerveux.

éléments vasculo-nerveux. Elle peut être divisée en deux parties :

- une partie supérieure contenant les nerfs lacrymal et frontal, branches du nerf ophtalmique (VI), le nerf trochléaire (IV) et la veine ophtalmique supérieure ;
- une partie inférieure cernée par l'anneau de Zinn et contenant les branches supérieure et inférieure du nerf oculomoteur (III), le nerf naso-ciliaire, branche du nerf ophtalmique (VI) et le nerf abducens (VI).

La veine ophtalmique inférieure peut être intégrée ou non à l'intérieur de l'anneau de Zinn.

Chacun des signes cliniques du SFOS peut donc être expliqué par l'atteinte de l'un de ces nerfs : ophtalmoplégie totale intrinsèque et extrinsèque, ptosis, hypoesthésie de l'hémi-front, de la paupière supérieure et de la cornée du côté atteint [3] (tableau 1).

Une baisse d'acuité visuelle associée, témoignant d'une atteinte du nerf optique, définit le syndrome de l'apex orbitaire.

De précédentes études ont rapporté de nombreuses étiologies de SFOS, en particulier infectieuses, inflammatoires et tumorales [4]. Mais le SFOS reste une complication rare des traumatismes maxillo-faciaux dont l'incidence varie de 0,3 % à 0,8 % [5,6] de ceux-ci.

Le but de ce travail était d'effectuer une mise au point sur le SFOS et sur les différentes alternatives thérapeutiques et le pronostic attendu.

Matériel et méthode

La première étape de notre étude a consisté en la recherche de cas de SFOS post-traumatique pris en charge dans notre service dans les 5 dernières années.

La deuxième étape a consisté en une recherche bibliographique électronique et sur papier de cas de SFOS post-traumatique en langue française, danoise ou anglaise dont les données devaient nous permettre une analyse de différentes données. Le moteur de recherche utilisé était PubMed®. Les mots clés utilisés étaient :

- *superior orbital fissure syndrome* ;
- *traumatic superior orbital fissure syndrome* ;
- *post-traumatic superior orbital fissure syndrome*.

Ensuite la dernière étape a consisté en l'analyse des cas retenus dans notre service et dans la littérature.

Résultats

Cas pris en charge

Un cas de SFOS post-traumatique a été trouvé. Il s'agissait d'un jeune homme de 20 ans admis intubé en service de réanimation pour polytraumatisme suite à un accident de la voie publique. Ce polytraumatisme associait un traumatisme craniomaxillofacial avec hématome extra-dural fronto-temporal gauche en regard d'une embarrure, une fracture occipitale gauche et du massif facial, une plaie du scalp et de la joue gauche. Les plaies ont été suturées.

Le patient a été extubé au 7^e jour postopératoire. À son réveil, il se plaignait d'une diplopie binoculaire. L'examen ophtalmologique mettait en évidence une ophtalmoplégie quasi complète de l'œil gauche (absence de mouvements horizontaux, discrets mouvements d'élévation et d'abaissement), ainsi qu'un ptosis et une mydriase. Par ailleurs, l'examen clinique ne notait pas d'hypoesthésie frontale, réalisant un SFOS incomplet.

Le scanner initial montrait des fractures de la paroi latérale de l'orbite gauche avec une petite esquille osseuse au contact du muscle droit latéral, une fracture du rebord supra-orbitaire et

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5643437>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5643437>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)