

LES FRACTURES DU PLANCHER ORBITAIRES CHEZ L'ENFANT.

J. Hamila^{*a} (Dr), H. Touil^b (Dr), S. Jmal^a (Dr), S. Jmal^a (Dr), M. Bouzaiene^a (Pr)
^a CHU TAHER SFAR MAHDIA TUNISIE, Mahdia, TUNISIE ; ^b CHU TAHER SFAR MAHDIA TUNISIE, Ksar Hellal, TUNISIE

Introduction

Les fractures orbitaires représentent 30% des fractures du massif facial chez l'enfant. La présentation clinique de ces fractures est souvent atypique. Contrairement à l'adulte, la forme en «trappe» est très fréquente chez l'enfant, avec un risque de séquelles ophtalmologiques invalidantes. Le but de notre étude est de caractériser ces fractures et de définir une prise en charge thérapeutique optimale.

Matériels et méthodes

Nous avons réalisé une étude incluant 15 patients, présentant une fracture isolée du plancher orbitaire. Nous avons recueilli les données épidémiologiques, les signes cliniques, le type de fracture, les données de l'examen ophtalmologiques et du scanner. Nous avons étudié le type de traitement, le délai de prise en charge et les séquelles.

Résultats

L'âge moyen était de 8,2 ans, avec une prédominance masculine. Dans 15 % des cas, les signes cliniques étaient trompeurs. Les fractures avec effondrement du plancher de l'orbite étaient majoritaires. Au total, 7% des patients présentaient une diplopie résiduelle. Aucun patient ne présentait d'enophtalmie résiduelle.

Cas clinique

Enfant âgé de 5 ans, victime d'un traumatisme facial. A l'examen, pas de signes de traumatisme orbitaire, cependant, l'enfant présentait une limitation de la course oculaire de l'œil droit (figure 1) avec une diplopie. Une TDM du Massif facial réalisée objective en coupe coronale l'effondrement du plancher suite à une fracture type Blow out pure (figure 2). Le test de Lancaster pré-opératoire confirme la limitation de l'occulomotricité (figure 3).

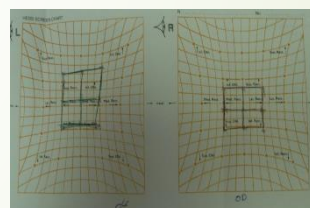
Fig1: limitation de la course oculaire de l'œil droit



Fig2: fracture blow out en coupe sagittale



Fig3: Test de Lancaster objectivant la limitation de l'élévation et l'abduction de l'œil droit



Nous avons opté pour une exploration du plancher de l'orbite droite par voie transconjonctivale avec désincarcération des tissus herniés et reconstruction de la perte de substance par une plaque de polypropylène (figure 4). Les suites opératoires étaient bonnes avec une nette amélioration clinique et paraclinique (figure 5-6).

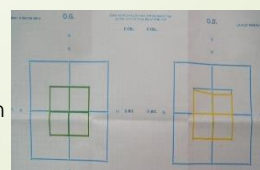
Fig4: image per opératoire du défaut du plancher



Fig 5: amélioration post-opératoire de la course oculaire



Fig6: amélioration de l'élévation et l'abduction de l'œil droit



Discussion

Chez l'enfant, les fractures en trappe sont les plus fréquentes. Leur présentation clinique pauci-symptomatique est responsable d'un retard diagnostique et de prise en charge. Ces fractures sont, pourtant, pourvoyeuses de complications ophtalmologiques handicapantes et nécessitent une prise en charge chirurgicale dans un délai de moins de 12 heures. Les fractures Blow-out sont moins fréquentes, cependant, selon de nombreux auteurs, elles doivent également être prises en charge précocement afin d'éviter le risque de fibrose qui s'installe rapidement chez l'enfant

Conclusion:

Les fractures Blow-out doivent être prises en charge précocement afin d'éviter le risque de fibrose qui s'installe rapidement chez l'enfant