

Cabinet de Chirurgie Maxillo-Faciale, de Stomatologie et d'Orthodontie

des Drs Dupui, Haddad, Maynadier et Mazzoni

www.chirurgiemaxillofaciale-albi.com

Clinique Claude Bernard ALBI

Fiche de consentement et d'informations



FRACTURE DU MALAIRE

La fracture du malaire correspond à une fracture de l'os de la pommette. C'est une fracture faciale fréquente.

Elle correspond en fait souvent, à une fracture-disjonction de l'os malaire qui recule et donne un aspect enfoncé et inesthétique de la pommette. Cet enfoncement est souvent peu visible au départ. Il est masqué par l'oedème facial.

Pour des raisons anatomiques, toute fracture complète du malaire s'accompagne d'une fracture du plancher de l'orbite.

Quelles sont les conséquences d'une fracture du malaire?

Les conséquences d'une fracture du malaire sont:

1) esthétiques : l'effacement des reliefs osseux de la pommette liés à son enfoncement est responsable d'une asymétrie faciale très inesthétique.

2) fonctionnelles :

- le déplacement de l'os malaire peut comprimer le tendon du muscle temporal, qui passe sous son arcade zygomatique. Ce phénomène est responsable d'une limitation douloureuse de l'ouverture buccale qui, non traitée, peut aboutir à une fibrose de ce tendon, parfois à une véritable constriction des mâchoires.

- le déplacement de l'os malaire peut provoquer la compression du nerf infra-orbitaire qui passe dans un canal situé sous le plancher de l'orbite. Ceci est responsable de troubles de la sensibilité de la joue, de la partie latérale du nez, de la lèvre supérieure et des dents supérieures. Ces troubles régressent généralement en quelques semaines à quelques mois après l'intervention.

- les conséquences fonctionnelles d'une fracture du malaire sont aussi celles de la fracture du plancher de l'orbite qui l'accompagne : vision double (diplopie) dans certaines positions du regard, oeil creux et enfoncé (enophtalmie).

Quand faut-il opérer?

Une fracture non déplacée du malaire (et du plancher de l'orbite qui l'accompagne) qui n'entraîne aucune conséquence esthétique ou fonctionnelle n'a pas lieu d'être opérée.

Chaque fois que la fracture est enfoncée et/ou qu'elle a des conséquences fonctionnelles, le traitement chirurgical est nécessaire.

Une fracture du malaire doit être opérée dans les 10 jours qui suivent le traumatisme. Il est parfois nécessaire d'attendre quelques jours afin que l'oedème régresse et que l'examen de la mobilité de l'oeil soit possible.

Comment se déroule l'intervention?

L'intervention nécessite une anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie d'urgence ainsi qu'une hospitalisation sont donc indispensables. L'hospitalisation durera en moyenne de 1 à 3 jours.

Schématiquement, l'intervention se déroule de la façon suivante:

1) La fracture est réduite; c'est à dire que l'os malaire déplacé est remis à sa place. Parfois, ce seul geste suffit. La réduction de la fracture est stable. Il n'est pas nécessaire de faire plus. L'intervention est terminée. Il n'y a alors pas de cicatrice en dehors d'une

petite plaie de 1 mm au niveau de la joue ou des points dans la bouche selon la technique utilisée.

2) Parfois, la réduction de la fracture reste instable; c'est à dire que l'os malaire a toujours tendance à bouger malgré la réduction. L'ostéosynthèse est alors nécessaire. L'ostéosynthèse consiste à fixer l'os malaire fracturé à sa bonne place grâce à des miniplaques et des vis en titane.

Selon les cas, une ou deux miniplaques en titane sont disposées autour de l'oeil, sur le cadre péri-orbitaire. Pour mettre en place ces plaques d'ostéosynthèse, une ou deux plaies opératoires sont réalisées au niveau de la queue du sourcil et de la paupière inférieure. La cicatrice de la queue du sourcil est peu visible, dissimulée dans le sourcil. La cicatrice au niveau de la paupière inférieure est la même que celle de la chirurgie esthétique des paupières (blépharoplastie); elle est souvent quasi-invisible.

Dans de rares cas de fracture très déplacée du malaire, une troisième plaque d'ostéosynthèse est mise en place sur le cintre malaire, par une voie d'abord endobuccale qui ne laisse donc pas de cicatrice visible.

Ces différentes étapes dépendent aussi du fait qu'il existe une fracture compliquée de troubles fonctionnels ou non du plancher de l'orbite. Une fracture non déplacée du malaire associée à une fracture du plancher de l'orbite compliquée de troubles fonctionnels (diplopie) nécessitera tout de même une intervention. Une fracture réduite et stable du malaire associée à une fracture du plancher de l'orbite compliquée de troubles fonctionnels sera souvent ostéosynthésée.

Quelles sont les suites opératoires?

La durée de l'hospitalisation est en général de 1 à 2 jours.

Les suites opératoires comportent :

- des douleurs relativement peu importantes qui cèdent grâce à des antalgiques simples.
- un oedème plus ou moins importante péri-orbitaire qui régresse en quelques jours.
- des soins post-opératoires (soins locaux) sont nécessaires pendant une période de 8 à 10 jours.
- des soins d'oeil par collyres antiseptiques et pommade cicatrisante sont parfois nécessaires.
- l'ablation des points est effectuée en général vers le 7 ou 8ième jour post-opératoire.

Quels sont les risques de l'intervention ?

Tout acte médical, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, comporte des risques de complication. Aujourd'hui, tout chirurgien se doit d'informer son patient sur les risques et les complications éventuelles de l'intervention dont il va bénéficier. Cette information doit être claire, loyale et intelligible. Elle a pour but de permettre à chaque patient de mettre en balance les risques qu'il encourt par rapport aux bénéfices qu'il retirera de l'intervention chirurgicale afin qu'il puisse prendre la décision, en son âme et conscience, de se faire opérer ou non.

Les séquelles possibles liées à une fracture non traitée du malaire sont:

- un enfoncement inesthétique de la paumette avec asymétrie faciale,
- une possible limitation de l'ouverture buccale, voire une véritable constriction des mâchoires,
- des troubles permanents de la sensibilité de la joue, de la partie latérale du nez, de la lèvre supérieure et des dents supérieures,
- une vision double (diplopie) dans certaines positions du regard,
- un aspect d'oeil creux et enfoncé (enophtalmie).

Les complications possibles du geste chirurgical sont:

- une infection des plaies opératoires (abcès et/ou sinusite) ou des tissus graisseux péri-orbitaires qui peut nécessiter rarement une nouvelle intervention, voire l'ablation des miniplaques et vis d'ostéosynthèse.
- une insuffisance ou un excès de réduction de la fracture du malaire est possible dans les cas de fracture particulièrement comminutive (fracture en plusieurs fragments).
- un petit ectropion (rétraction de la paupière inférieure) ou un oedème de la paupière inférieure sont possibles en cas de voie d'abord palpébrale. Ils sont, le plus souvent, mineurs, liés à la fibrose cicatricielle et régressent spontanément ou grâce à de simples massages de la cicatrice en quelques semaines.
- un "débricolage" du matériel d'ostéosynthèse est rarissime au niveau du malaire.
- des complications ophtalmologiques (essentiellement, une ulcération de la cornée) sont rares.

Les complications graves sont exceptionnelles. Il s'agit essentiellement d'une compression du nerf optique liée à un hématome intra-orbitaire post-opératoire qui nécessite son drainage en urgence et qui peut être responsable d'une cécité monoculaire. Cette

complication fait l'objet d'une surveillance post-opératoire systématique.