

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

des Drs Dupui, Haddad, Maynadier et Mazzoni

[www.chirurgiemaxillofaciale-albi.com](http://www.chirurgiemaxillofaciale-albi.com)

Clinique Claude Bernard ALBI

## Fiche de consentement et d'informations



### FRACTURE DU PLANCHER DE L'ORBITE

La fracture du plancher de l'orbite correspond à une fracture de l'os très fin sur lequel est posé l'oeil. C'est une fracture faciale fréquente.

Elle est parfois isolée, parfois associée à:

- une fracture du rebord orbitaire (relief osseux situé sous l'oeil), ce qui est assez fréquent,
- une fracture du malaire,
- une fracture du nez (disjonction orbito-nasale),
- un traumatisme plus grave de la face (disjonctions crânio-faciales).



*Les planchers des deux orbites*

### Quelles sont les conséquences d'une fracture du plancher de l'orbite?

Les conséquences d'une fracture du plancher de l'orbite sont:

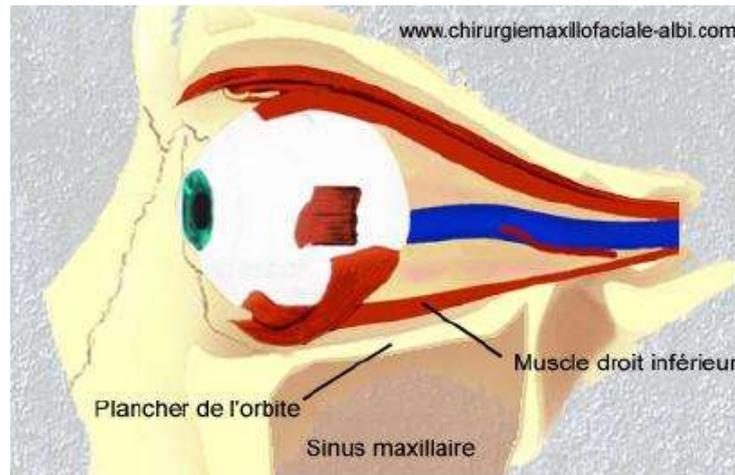
1) d'abord fonctionnelles :

- une fracture du plancher de l'orbite peut provoquer l'incarcération du muscle droit inférieur et/ou de la graisse qui entoure l'oeil. Le fait que la graisse ou le muscle soit coincé dans le trait de fracture limite l'élévation normale de l'oeil. Ceci va être responsable d'une différence d'élévation des deux yeux et donc d'une vision double dans le regard vers le haut (diplopie verticale et limitation de l'élévation du regard).

- une fracture importante et effondrée du plancher de l'orbite peut entraîner une enophtalmie. En effet, quand le plancher est effondré, la cavité orbitaire devient trop grande pour l'oeil. Ceci est responsable d'un aspect creux et enfoncé de l'oeil. Cette complication est le plus souvent masqué au départ par l'oedème lié au traumatisme.

- une fracture du plancher de l'orbite 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.

2) parfois esthétiques, quand la fracture du plancher de l'orbite est associée à une fracture du rebord orbitaire, du malaire ou du nez qui modifient les reliefs osseux de la face



Anatomie de l'orbite

## Quand faut-il opérer?

Une fracture du plancher de l'orbite qui n'entraîne aucune conséquence esthétique ou fonctionnelle n'a pas lieu d'être opérée.

Chaque fois que la fracture a des conséquences fonctionnelles et/ou esthétiques, le traitement chirurgical est nécessaire.

Une fracture du plancher de l'orbite doit être opérée dans les jours qui suivent le traumatisme. Il est parfois nécessaire d'attendre quelques jours afin que l'œdème régresse et que l'examen de la mobilité de l'œil soit possible (ce qui est souvent un facteur déterminant pour l'indication chirurgicale ou non).

## 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) Le plancher de l'orbite est abordé chirurgicalement. Deux voies d'abord sont possibles:

- la voie d'abord palpébrale inférieure (sous-ciliaire) nécessite une incision cutanée située sous les cils. Elle donnera une cicatrice très discrète, comparable à une cicatrice de blépharoplastie (chirurgie esthétique des paupières),

- la voie d'abord conjonctivale qui comporte une incision située à la face interne de la paupière inférieure et qui laissera donc une cicatrice invisible.

Le choix entre ces deux voies d'abord dépend essentiellement du fait qu'il existe ou non une fracture associée du rebord orbitaire inférieur.

2) La graisse et le muscle coincés sont désincarcérés afin de redonner une mobilité normale à l'œil.

3) Le plancher de l'orbite est reconstruit grâce à divers matériaux (patch de dure-mère artificielle, patch de matériau résorbable). Ceci permet d'éviter une nouvelle incarceration musculaire et corrige l'effondrement éventuel du plancher de l'orbite.

Ces différentes étapes dépendent aussi du fait qu'il existe ou non une fracture associée du rebord orbitaire. Une ostéosynthèse est parfois nécessaire. L'ostéosynthèse consiste à fixer le rebord orbitaire fracturé grâce à des miniplaques et des vis en titane.

*Principe du traitement chirurgical d'une fracture du plancher de l'orbite*

## Quelles sont les suites opératoires?

La durée de l'hospitalisation est en général de 1 à 3 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 nécessaires pendant une semaine environ.
- l'ablation éventuelle des points (voie d'abord palpébrale cutanée) est effectuée en général vers le 6 ou 7<sup>ème</sup> 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 plancher de l'orbite sont:

- une vision double (diplopie) dans le regard vers le haut,
- un aspect d'oeil creux et enfoncé (enophtalmie),
- un enfoncement inesthétique éventuel du rebord orbitaire inférieur,
- des troubles permanents de la sensibilité de la joue, de la partie latérale du nez, de la lèvre supérieure et des dents supérieures.

Les complications possibles du geste chirurgical:

- 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 matériaux utilisés.
- 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.
- en cas d'ostéosynthèse, un "débricolage" du matériel est rarissime à ce niveau.
- des complications ophtalmologiques (essentiellement, une ulcération de la cornée) sont rares.
- une diplopie persistante par fibrose du muscle droit inférieur est rare. Elle est souvent le fait d'une fracture négligée et opérée tard. Cette complication est aussi plus fréquente chez l'enfant qui cicatrise trop bien. Chez l'enfant, l'indication chirurgicale est posée avec beaucoup de circonspection et de prudence.
- une enophtalmie persistante est le fait d'une fracture très effondrée et généralement associée dans le cadre de traumatismes faciaux lourds. Elle peut être l'objet d'une chirurgie séquellaire secondaire.

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.