

Diplopie des fractures d'orbite Diplopie et fracture orbitaire non opérée

C. BOK, S. MORAX
(PARIS)

Introduction : La rupture de la synergie oculomotrice est une des complications les plus fréquentes au décours des traumatismes orbitaires.

Matériel et méthode : Trois types anatomiques intéressent l'ophtalmologiste : les fractures maxillo-malaires, naso-ethmoïdo-maxillaires et fronto-orbitaires.

L'abord d'une diplopie post-traumatique obéit à quelques règles sémiologiques. Le bilan orthoptique complète la clinique, il est répété. La tomодensitométrie analyse les dégâts osseux. Les coupes sagittales centrées sur le droit inférieur sont utiles dans les fractures du plancher. Nous détaillons la fracture en trappe du fait de son urgence thérapeutique. En dehors de l'urgence représentée par la fracture en trappe, la persistance de la diplopie à J15 dicte l'heure de la chirurgie orbitaire. La chirurgie oculomotrice se déroule trois à six mois après la chirurgie orbitaire sur des déviations importantes et stables. Nous exposons la conduite à tenir que nous adoptons.

Résultats : Nos résultats sont exposés.

Discussion : Elle porte sur la physiopathologie. Le déséquilibre mécanique est le plus souvent en cause. Le déséquilibre neurogène est la conséquence d'une lésion d'un nerf oculomoteur. Le déséquilibre sensoriel correspond à une impossibilité fusionnelle.

Conclusion : L'analyse physiopathologique est nécessaire pour guider la conduite à tenir. Il est important de prévenir les patients des risques de chirurgie itérative et des séquelles de la fracture.