

CHAPITRE V

V.I OPHTALMOLOGIE

V.II OTO RHYNO LARYNGOLOGIE – MAXILLO FACIAL

V.I OPHTALMOLOGIE

CONTRIBUTEURS :

- Dr. François Romain
- Dr. Brigitte Hudicourt

SECTION 5.1.3 : AUTRES

PLANCHE 5.1.3.1 : TUMEURS



Récidive après énucléation



5.1.3.1.1 Rétinoblastome : Cancer de la rétine déterminée génétiquement. Il est vu en général tardivement chez des enfants avant 12 ans. L'œil est remplacé progressivement par une masse en partie calcifiée, qui fait protrusion. Le strabisme, la leucocorie peuvent être des signes d'appel et indiquent un fond d'œil sous anesthésie générale. Au scanner et à l'IRM, on découvre les calcifications intra oculaires et l'extension cérébrale à partir de l'envahissement du nerf optique. L'absence de calcification différencie le rétinoblastome d'autres affections oculaires. La prise en charge est multidisciplinaire et comprend la chimiothérapie néo et adjuvante, l'énucléation totale et/ou la thermothérapie au laser diode, la radiothérapie rarement et les soins palliatifs au besoin. La récurrence précoce est à redouter.

V.II OTO RHYNO LARYNGOLOGIE – MAXILLO FACIAL

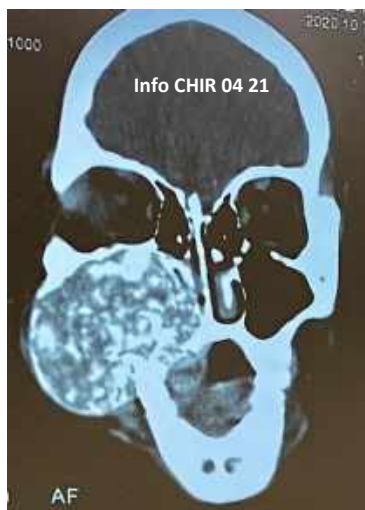
CONTRIBUTEURS :

- Dr Patrick Jean-Gilles
- Dr Louis-Franck Télémaque

5.2.1 TUMEURS BENIGNES DU MAXILLAIRE



5.2.1.1 : Fibrome ossifiant : Cliniquement, c'est un ostéome fibreux qui se développe toujours sur la gencive, le plus souvent dans la région incisive chez un sujet jeune. Elle est rare, mais spécifique de la muqueuse buccale. Affection bénigne, d'évolution insidieuse, polymorphe dans ses aspects, elle a pour siège de prédilection la mandibule. Elle débute par une prolifération nodulaire, sessile ou pseudo pédiculée, siégeant le plus souvent sur une papille interdentaire. Rapidement, la masse soulève la joue et déforme le visage. Elle peut prendre des proportions gigantesques et évoluer vers la nécrose. Son étiopathogénie **est** encore imprécise.



5.2.1.2 : Le scanner informe sur l'extension de la masse et la destruction des structures osseuses de la face. La masse est caractérisée par des microcalcifications.

A l'examen ana pathologique, on dénote une prolifération fibreuse avec des fibroblastes dans sa partie profonde et des îlots de minéralisation ressemblant à de l'os, du ciment ou de la dentine.

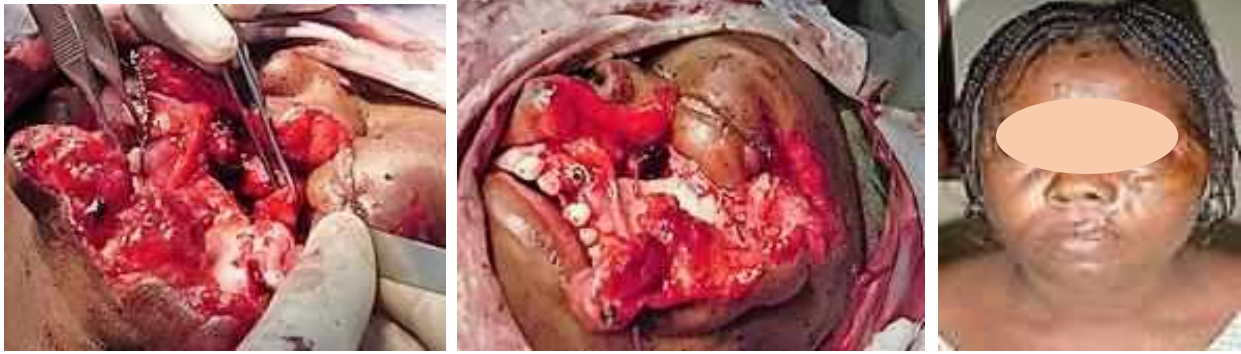


5.2.1.3 : Le traitement est chirurgical. Il consiste en une maxillectomie sub totale. La reconstruction est réalisée par une prothèse dentaire obturatrice. Cependant, certaines tumeurs trop extensives peuvent nécessiter une résection plus large allant jusqu'à une maxillectomie totale avec résection du plancher orbitaire. Dans ces cas, la prise en charge est pluri disciplinaire, nécessitant une reconstruction plus complexe, incluant des lambeaux micro vascularisés.

5.2.2 TRAUMATISME DE LA FACE (OSTÉOSYNTHÈSE PAR FIL D'ACIER)



5.2.2.1 : Traumatisme de la face, suite à une chute du haut d'un camion de transport. Le bilan radiologique indique une fracture de Lefort de type 3 gauche, comminutive, avec une perte de substance du tiers médian du plancher de l'orbite gauche. Son bilan ophtalmologique est dans les limites de la normale.



5.2.2.2 : En per opératoire, on découvre une plaie en flap de l'hémi face gauche, avec une fracture comminutive de tout le maxillaire droit. La stabilisation des fragments à été faite avec du fil d'acier, et la reconstruction du plancher de l'orbite avec un greffon cartilagineux de conque homolatérale. Les suites opératoires ont été simples et le résultat à six (6) mois montre une petite rétraction de la lèvre supérieure gauche, en raison d'une cicatrice chéloïdienne.

Il est à retenir que le traitement de ces fractures est possible avec du fil d'acier (au lieu de mini plaques et vis) en ce qui à trait à l'ostéosynthèse. Cela représente une facilité du point de vue financier, en ce qui concerne la réparation des fractures de la face, particulièrement du tiers moyen.