

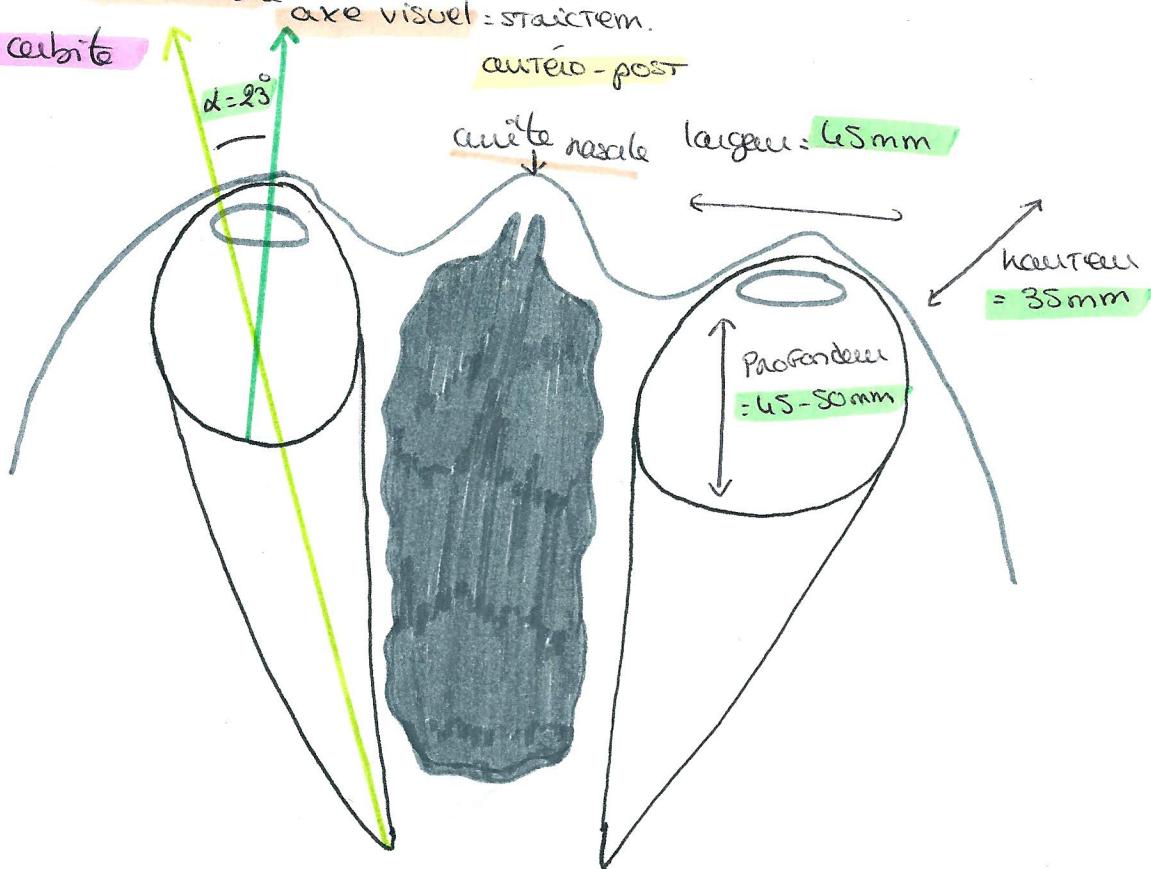
Besoins cours n°8

Pas complètement.
dans le plan sagittal
⇒ est décalé en dehors et en dedans

Anat et Sérénis des Orbites, préopératoires et des annexes de l'œil

axe de l'orbite

I. L'orbite



Ce sont 2 cavités rondes et symétriques à l'au^ete nasale.

La paire ant des orbites = pyramides quadrangulaires

→ côtés concaves.

→ bords courbés.

⇒ Ils sont constitués par la réunion de 4 os du massif crânien et facial.

cf schéma derrière :

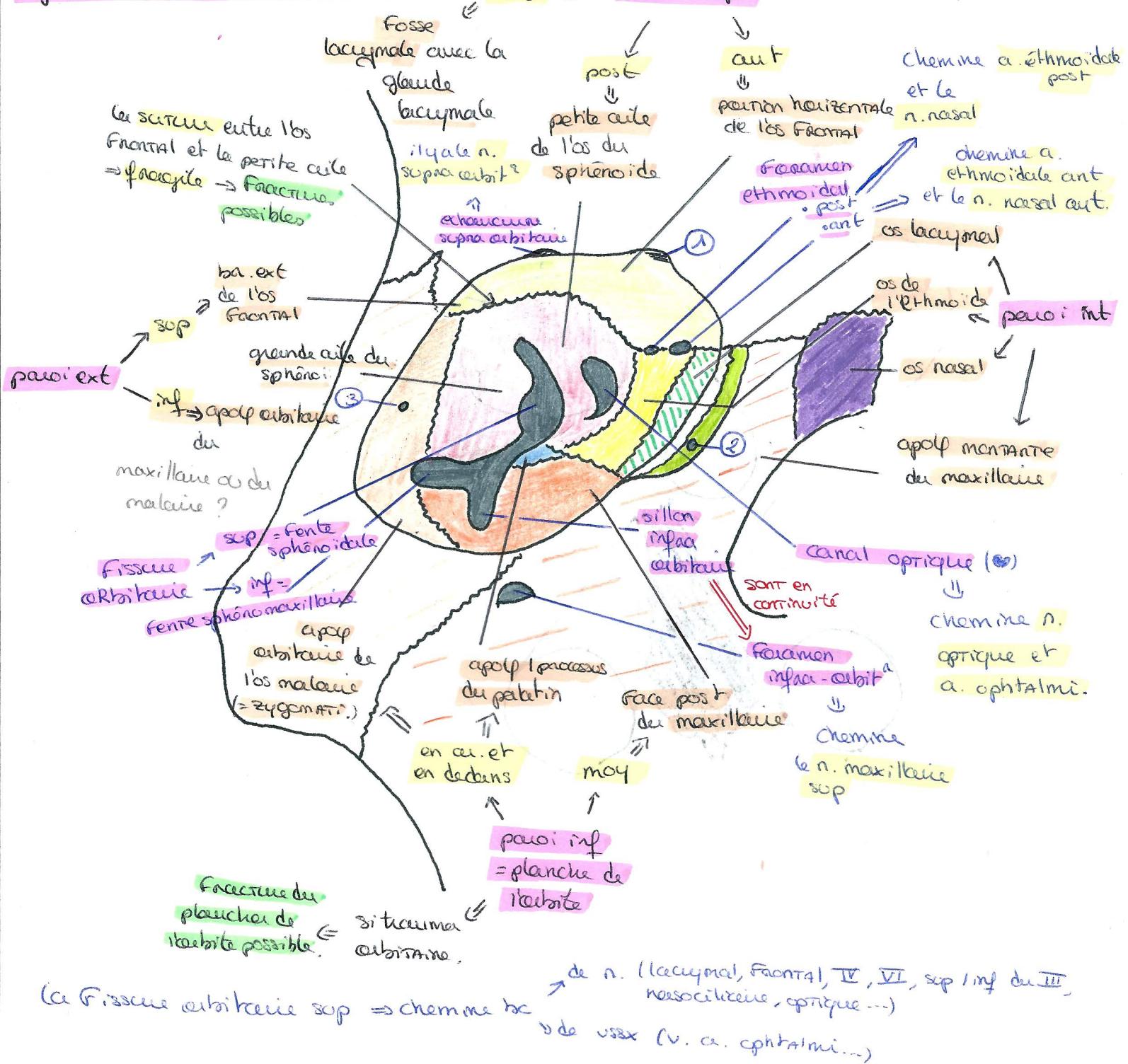
① : incisure frontale → chemine $\xrightarrow{a.}$ $\xrightarrow{n.}$ $\xrightarrow{v.}$ { supra tarsale

② : orifice sup. du canal lacrymal \Rightarrow permet la communication entre le canal et le sac lacrymal.

③ : foramen zygomatico-orbitaire → chemine le long orbitaire du n. maxillaire sup (ou n. zygomatici)

• parois et fissures de l'œil

ext ← paroi sup



* Exam Clinique

⇒ Est indispensable, systématique.

Région palpébrale - oculaire - palpébrale

anat. norm de paupière, œil, orbite.

↓
↓

en pos^o I^e du regard.

→ on ne voit pas la sclère en sup.

↓
↓

à l'horizontal

paupière sup.
reçoit le 1/4 sup de la cornée.

↓
↓

ajustement tangentiel
du limbe (= jet entre
sclère et cornée) inf
jet libré de la
paupière inf

alignem. permet de
la cornée avec mil.
des arcades osseuses
sus et sous orbit^o.
(= appui anat.)

sym parfaite des fentes
palpébrales = ouverte entre
paupière sup et inf (M.F.),
pos^o des yeux et des reliefs
palpébraux

Normalement,
paupière inf doit
effleurer le bt inf de la
cornée ↓

on ne doit pas voir
la sclère en inf.

⚠ Chez les pers. agées on peut avoir :

- paupière inf ? un peu + basse.
- paupière sup ? un peu + haute.

donc on voit
la sclère en inf

○ Interrogatoire

* Si. fonctionnel

- ATCD → peuvent affecter sur l'esthétique
(éczema, neuro-chir, thyroïde, carcinologie...)

- J. souffre asthénique

- larmoiement (peu typique)

- douleur (I, asthmo, topographie, caecac.
révulsif., fac. déclenchante...)

- Hbles visuels → J. vision (avr diplopie)

on ach. ses neep. avec le
ch. d'tection des z. m. oculomoteurs

↑
tfj binoculaire
on voit double.

- évo^o des sympt^o → mode installé (napi., progressif.)

→ forme évolutrice / direct / d'un coup
ou par étapes (constitu^o d'un syndromé subjectif)

- manif extre cubital^a (AEG, hyper O^o)
assoc.

- Age, sexe, activi. pro., aenseignem. généralement,
œil. géographie. ⇒ permet l'^o orientati^o diagnosti.

- modif. de l'esthét. cubito - palpébrale

- Exophthalmie
- Enophthalmie
- Toméfacie^c, rétrécissement...

○ Inspection

→ de manière comparative avec
un pat. assis

* inspec^o des annexes

nux palpébral

nux conjunctival

↓ de la paup. sup.

/ \ de 3mm qui sépare
nt le bt libré du
sillon palpébrale sup)

⇒ élargissement de la fente
palpébrale.

• altérai^o des reliefs
palpébraux (ord.,
hémorragie, tuméfacie^c...)

• asynergie
œil - palpébrale lors
de l'infarction

= signe de Von Graefe.

1 = retard du mt de la
paupière peu napi.
au regard.)

• Chemosis
(= ord. de la
paupière).

• Congestion
veineuse
épiscéale
(au max = aspect
de vase D en
tête de nègre...)

• Inspection (suite)

* modif de la protubérance oculaire

la mesure se fait avec pat. assis, mèd. debout dernière → **Exophthalmie**

le pat. = on compare la pos^e des 2 globes oculaires.

(ne doit pas être > de 2 mm).

Techniq. de choix = observ^e tangentielle sup!



Exophthalmie (Exop^t)

= Fente palpébrale élargie (le br^l libre palpébral inf est à distance du limbe inf. ⇒ limbe sup est décentré, occlusion palpébrale sur nictite, ↓ alignement palpébral, l'éclat cornéen est accentué). ↴

Diagno. Retenu que si on a élim. les causes exophthalmies (= peu réact^e isolée de la périphérie sup ou peu oxyg^e œil (⇒ buphtalmie, hypoxie forte, staphylique ant)) ↴ A/V V du GO unilatérale ++



Diagno. via Echo et exam. oculaire



Formes



Évolutives

Install^e brusque ou d'én^e aigüe

Trauma

(hématome,

empyème,

étrangers

I-œbit^l,

fistule

œv.)

Processus

IF^a.

(cellulite

ou phlegme)

sur cass^e, c^e

doul. et fièvres

Début lent et progressif.

Tum^m-patho. cause endo-

infiltratives (dyst

atteinte bilatérale.

le + svt.

Topographiques



• Exop^t: bilaté acquise. → hyperthyroïdie (r-e asym.) → Infiltrat^e leucos. œbit^l au stade terminal / de hémapathies ou de cert. kystos (cas X) → congénital = cranioc- sténose (dysostose du squelet. crânioc-facial) & V œbit par oft C^o ossx → maladapté au GO ⇒ GO scot.

• Exop^t unilaté → dans 20% : cause endocréine → cause Tum^m.

• Exop^t axiale → cause endocréine → Tum^m œbit. post intracrânique.

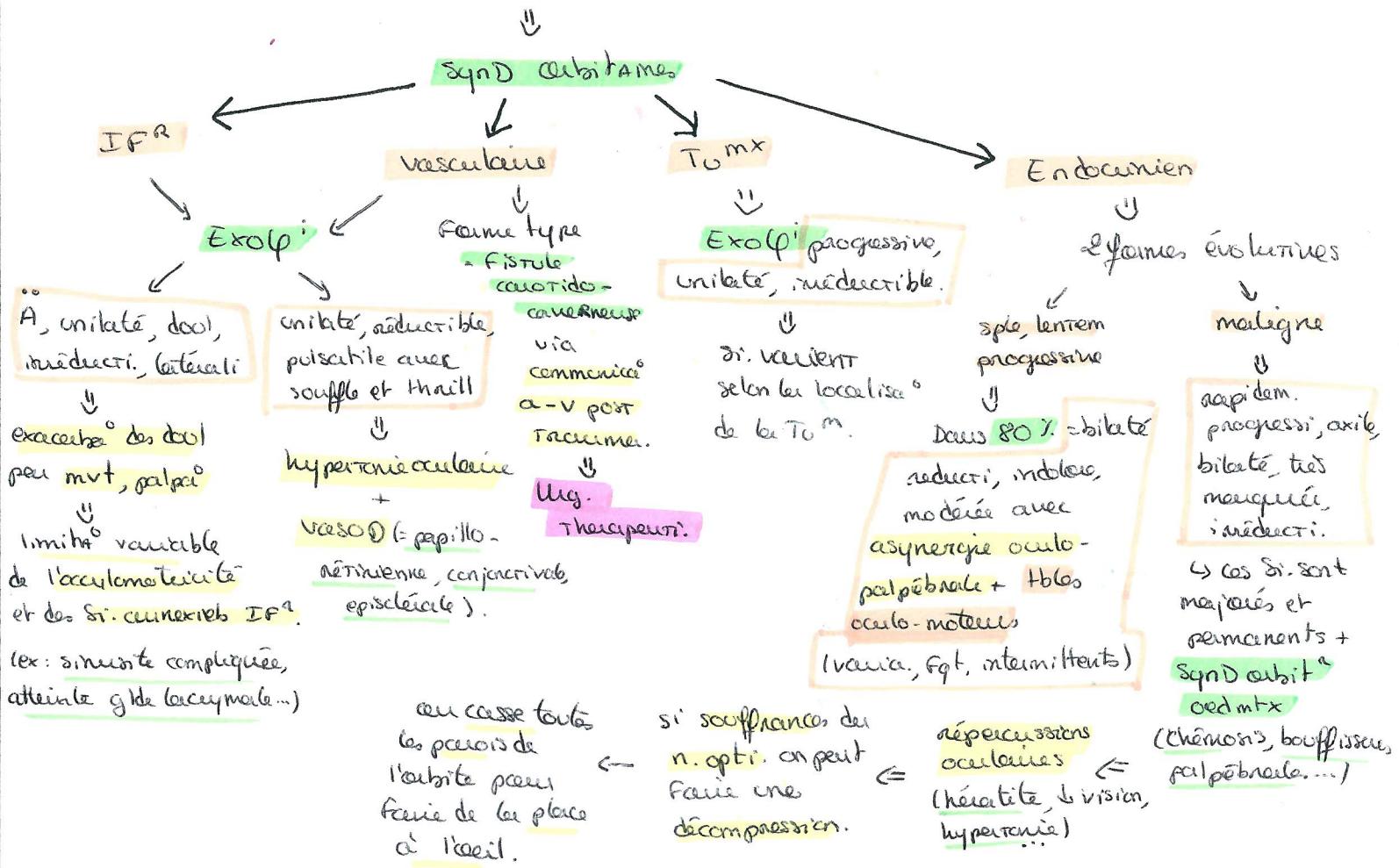
• Exop^t latéalisée → Tum^m (externa conique) → + nerve = IF^a

= sens de déplacement

(cause déplégie dans le ch. d'action du m. intéressé pour le processus.)

= le degré de réductibilité

{ • Forme réductible (vasc^l, endo (simple, malformatrice ou méninogéoté))
• Forme irréductible (Tum^m, endo (maligne, IF^a...))



* modif. de la pers. frontale de l'œil

⇒ œil doit caractériser l'ExoOp → on se réfère à ↑ pupille

ExoOp : Axile

reflets coronaire ⇒ synD

présente = ExoOp

lateralisée ou oblique

• Palpation

• Cadre osseux orbitaire

N: molle et lisse

cheche doul. exquise, négative. ou TOMx.

Fracture d'une paupière

peut signe du nez → se摸che
œil communiqué sino-orbitaire.

ap. le marchage de l'œil nantie

œd. nux paupière (= permet diagno.)

• Esp. oculo-orbitaire

p-e comblé peu

empyème

ss-cut

créditum.

négatif caractéristique.

masse

apprécier:

- l'm
- consistance
- mobilité
- nce de surf.
- à aux globe et/ou paupière ossx.

• Aines ganglion

(ss maxillaire, cervicale, préfrénienne)

• Adénopathies

toujours à ↑
REchercher

réductibilité de l'ExoOp

pousse le GO en dedans vice P bivalve douce et continue à travers paupières closes.

si réductible

M. de Basedow

si nécrobi. fracture TOM...

• Caractéristique

Pulsatile

peut être animé

d'un Thell (Frémissement.)

- synchrone des puls radiciel
- manœuvre de Valstava

cappuccio en pointe proclive la dep. de l'ExoOp vis-à-vis de la circonference jugulaire de nerf

Auscultation

À faire au nvt: - palpitations

- fosse temporaire
- partie ext de l'orbita

cheche en =
souffle

- o continue
- o renforce. systol. accide.
- o en jet de vapeur.

||

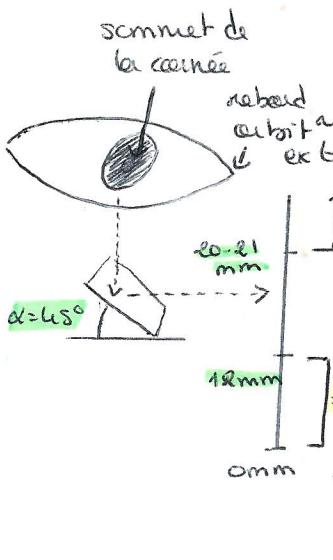
= fistule carotido-caverneuse

(suite à tumeur cianine) + + +

Mesure Instrumentale

Exophthalmométrie de Hertel

= mesure comparative et chiffrée de la pos° du sommet cornéen par rap. au rebord orbit° ext => virus minces inclinés à 45° → proptosie moy de la cornée dans alignem. d'une grandeur mm.



1) Tenir compte des causes

d'œuvres. (asym. faciale, hétérotropie, appui de fermeur de l'œil sur le rebord orbit°)

de protrusion
⇒ la pos° des 2 cornées ne doivent pas différer de > 2mm.

peut entraîner une hyper op. conjonctivale.

* Exam. Ophthalmo.

Où se recherche:

- o J. AV → atteinte cornéenne si Exop' → macération => cornée se palpitante (IP) → ulcère.
→ " direct. optr.
→ Réformai° du pôle sup via processus nictitans " nicti conique" avec → hypermetropie et/ou astigmatismus.

o Altérai° Ch. Visu. → déficit central de processus → touche n. opti = Gliome

→ Tu° dupl aux dép de ses gares → Ampoul° = Méningiome. hyperthyroïdie
periph ↑
Tu° I.O. V°, hyper op. gross ou m°

o T P I-ocell° ⇒ quand compression GO dépasse les possibili. anat. de déplacem. ou quand Hyper P. imp. dans le syst vnx orbit° de nerf → angiome, fistule carotido-caverneuse.

II° à la déséq° nocturne si IP)

peut provo. une dilat° vasculaire en tête de meduse.

o nvt cornéen → décalcite ponctuée superficielle

→ an / hypo esthérie => atteinte du n. II / = sensibili. de la cornée

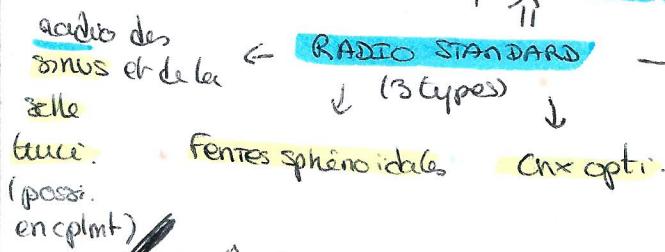
cornée vers une localisati° orbit° très post des processus patho. (compression du II)

Fond d'œil

- on recherche des attempts
- Papillaires → Mecanis. du pôle post
 - ↓
 - grosses papill' aux nux de la rétine
 - grosses grosses oblitérées
 - grosses grosses (Angione)
 - acquise (actinop)
 - avec exsudats et hémor.
 - peptides (ex: d'actinop)
 - sut en cas d'atteinte du n. opti.
 - pat. voit. plus bien

Exam Radio.

est peu sensible au cri préfère le SCAUN



Intérêt = accessibilité immédiate mais peu précise.

Autres exams possibles.

- Scann cubit' et massif facial sans (+ neurom. avec injec' dans les 3 plans (3P).
- IRM avec/sans injec' dans les 3P.
- Echo oculaire
- Anatomographie
- Dacryoscan
- Dacryostographie
- reins cervicaux apprécier par le pat.

Oculo motricité

- pat. suit du regard stylo qu'en boîte devant lui. → si fracture du plancher + atteinte m. D inf (encastré dans la fracture) pat. peut pas regarder en lat => diplopie. (= on voit double)

- TEST
 - objectif = test avec écran
 - subjectif = une acuité, Coix de Maddox.

instrumentalement = test de Hess (lancéna ou de Weiss (test la croisée de l'œil))

Deficit

Mayeur

= atteinte neurop. aicens
m. fct = ophtalmoplegie tot avec Ankylose oculaire

Partial

lim et l'aboli' ou la ↓ de l'amplitude du mouvement oculaire dans une direction définitive.

Projec' de face comparative des orbites

On peut remarquer des anomalies

de la taille de l'orbita

modif. de la structure osseuse.

Ø cubitus orbita'

↑ ou nég avec un processus expander à

hypertrophie d'évo' lente mais pas forcément

Bénin ↓

Ankylose +++

SCANNER ++

condensat'

→ hémangiome et la gale et petite taille des sphéno, la dysplasie fibreuse au fond de l'orbita et au massif maxillo-makulaire

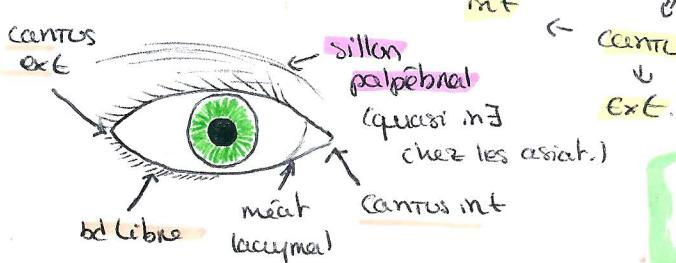
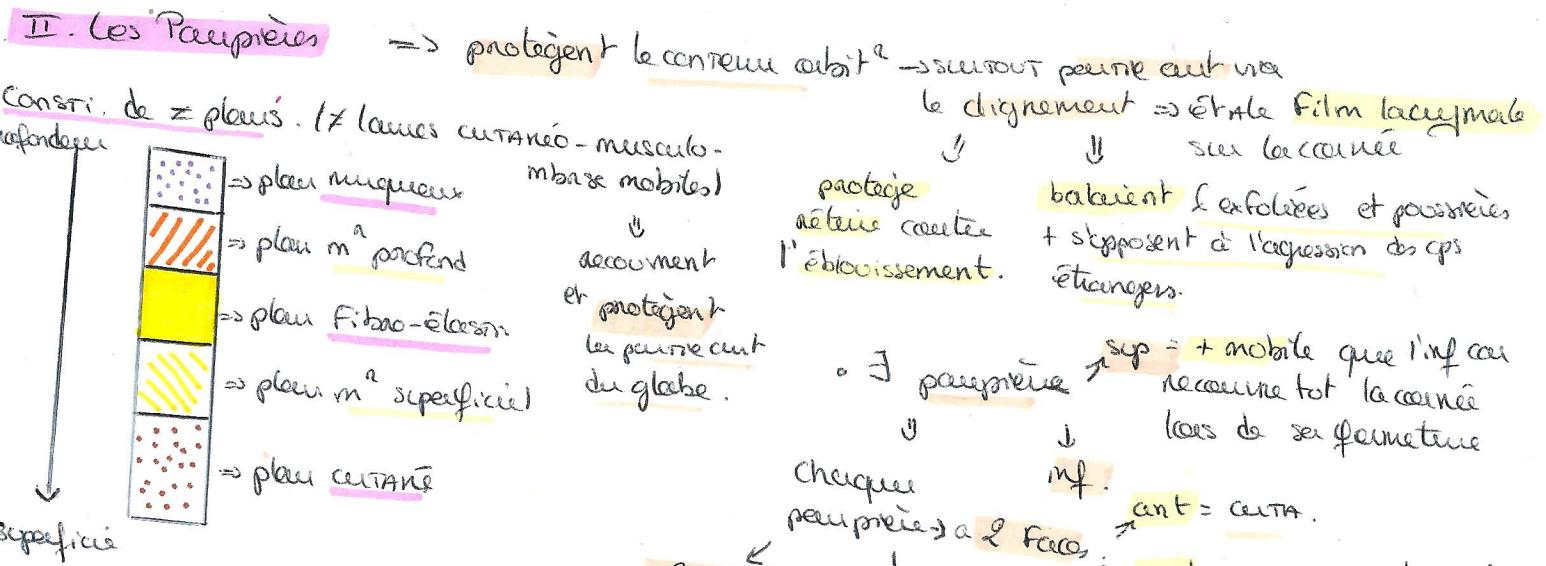
lyse.

→ métastases de la gale cilo-sphéno.

et l'osteoclaste? (= causses habituelles)

- de Nas. fracturati:
 - gps étendue
 - cubitus - opacité.
 - empyème orbita'
 - croissant œil. deux fois partie sup de l'orbita.
 - fracture plancher orbita' / fracture blow-out (FBO)
 - opacité avancée qui fait saillie dans partie sup du sinus maxillaire = evague possibilité: engorgement des parties molles de l'orbita (FBO)

reins cervicaux appréciés par les pat.



- provo. une de la paupière de la cornée
 - IF^c, déshydratation, ...
- Entrapion = bulbe libre paup. qui bascule en dedans.
 (paup. inf +++).
- causes : spasme, sénile, cirrhotique, mécanique.
- Ectrapion = bulbe libre vers ext. de l'œil
 (= exécrition \Rightarrow perte de contact avec le bulbe oculaire).
- causes : sénile, cirrhotique...

III. les voies lacrymales

- = glandes lacrymales en antéro-sop et laté de l'orbita.
- = les paupières (avec m. orbiculaire ++)
- = meatus et canalicules lacrymaux \Rightarrow diamètre normal vers 1mm.
- = sac lacrymal \Rightarrow IF^c = dacryocystite.
- = conduit lacrymoureux
- = le net.

A \swarrow \searrow

T₀^{mFC} œuvrière,
 rouge, chaude, doux
 peut devient
 Abîmer

o Patho de la paupière

- Oedème : IF^c glandes pilo-sébacées de Zeiss, survenue brusque et doux \Rightarrow signe d'aph. doux +++.
- Fissure centrale sac en bulle pilo-épithéliale
 \Rightarrow fgt et bénin. Trait = ATG ou incision.

- Chalazion = processus IF^c non IF^c grauwichtig (car dép. glande de Meibomius secréciion obstrué par sécr. meibomienne abn.).
 = cause inconnue.
 = évo. peu doux. \rightarrow disparaît.

enkystement \rightarrow nécrose IF^c du kyste possible (peut laisser une vésicule palpable sequelitaire) \rightarrow sac IF^c hacheté.
 \Rightarrow trait = massage paupière avec pomade ATB-controïde ou incision.

B \swarrow \searrow

Chiencl.

larmoiement + appari^c hysteres à mucus. = macule
 - masse flétrissante et indolore.