

Introduction :

Les fractures du complexe maxillomalaire sont fréquentes en traumatologie faciale. Leur traitement vise à restaurer la projection malaire et prévenir les séquelles fonctionnelles, en minimisant les risques iatrogènes, notamment pour les fractures minimales. Notre travail vise à identifier les critères cliniques et radiologiques en faveur d'un traitement conservateur.

Matériels et méthodes :

Etude rétrospective et descriptive, incluant 103 patients présentant des fractures zygomatiques, entre janvier 2023 et décembre 2025.

Résultats :

Notre population était majoritairement jeune (21-30 ans : 44,6%), et masculine (89,3%). Les accidents de la voie publique constituaient le principal mécanisme (75,7%). Cliniquement, l'effacement de la pommette (71,8%), la marche d'escalier (70,9%), le trismus (47,6%), et les troubles sensitifs infraorbitaires (41,7%) prédominaient. Au scanner, le type B de Zing et al était le plus fréquent (60,2%), avec un déplacement interne dans 81% des cas, et une fracture du plancher associé dans 57,3%.

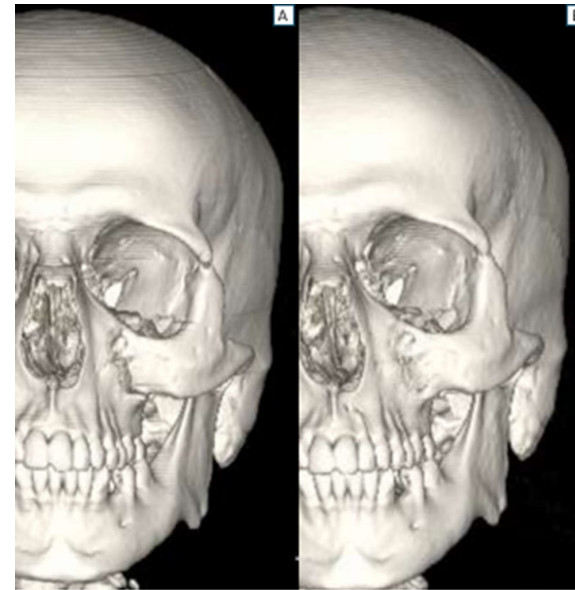


Figure 1 : Comparaison des reconstructions 3D avant (A) et 3 mois après (B) une réduction par crochet de Ginestet d'une fracture malaire gauche type B

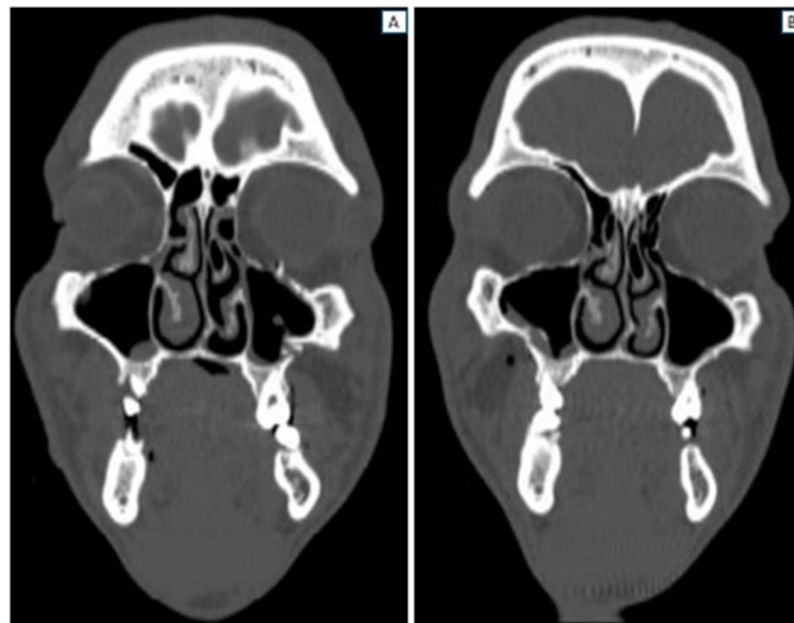


Figure 2 : Comparaison des coupes axiales avant (A) et 3 mois après (B) une réduction par crochet de Ginestet d'une fracture malaire gauche type B, objectivant une réduction du cintre maxillo-malaire

Le traitement conservateur était privilégié chez 66% des patients, essentiellement par réduction au crochet de Ginestet (89.7%), pour les fractures type A (82.1%) et B (67.7%), peu déplacées, sans diplopie ni troubles de l'oculomotricité.

Discussion :

La décision thérapeutique des fractures malaires repose sur des critères clinico-radiologiques. Roeksomtawin et al ont identifié l'âge avancé et l'absence de diplopie, de l'atteinte du nerf infraorbitaire et de plainte esthétique comme facteurs associés au traitement conservateur [1]. Goli et al ont proposé des seuils de déplacement compatibles avec un traitement conservateur : antéropostérieur < 3mm, vertical < 2mm, et total < 15mm [2]. Enfin, selon Arun et al (2023), le type A est le plus adapté au traitement conservateur, le type C justifie une correction chirurgicale, et type B nécessite des études complémentaires pour élaborer des protocoles appropriés [3].

Conclusion :

Le traitement conservateur est une option fiable pour les fractures zygomatiques minimales, chez des patients rigoureusement sélectionnés, selon des critères clinico-radiologiques.