

INTRODUCTION

Les tumeurs orbitaires, bien que rares, se manifestent généralement par un tableau clinique caractéristique, dominé par une exophtalmie et des signes oculaires. Ils constituent un défi diagnostique et thérapeutique en raison de l'anatomie complexe de l'orbite. Pour le chirurgien maxillo-facial, le choix de la voie d'abord conditionne l'accès à la lésion, la sécurité opératoire et la préservation des fonctions visuelles.

Nous rapportons dans ce travail, une étude rétrospective d'une série de 51 cas opérés pour tumeur orbitaire, colligée au sein du service de Chirurgie Maxillo-faciale du CHU Ibn Rochd de Casablanca, durant la période allant de janvier 2021 à décembre 2024.

RÉSULTATS

La tranche d'âge la plus représentée dans notre série était celle des 5 à 10 ans (25,5 %), avec une prédominance masculine (67 %).

Sur le plan clinique, l'exophtalmie (Figure 1) était le symptôme révélateur principal (80 %).

L'imagerie diagnostique a mobilisé une tomodensitométrie (TDM) pour 57 % des patients (Figure 3) et une IRM pour 70 % (Figure 2).

Chirurgicalement, la voie d'abord par incision de la queue du sourcil a été privilégiée dans 33% des interventions. Histologiquement, les carcinomes adénoïdes kystiques (16,7%) et les lymphomes non hodgkiniens (13,3%) étaient les types histologiques prédominants.

Bien que rares, Les tumeurs de l'orbite chez l'adulte peuvent compromettre aussi bien le pronostic fonctionnel visuel par l'extension intra-orbitaire et endocrânienne, que le pronostic vital pour les tumeurs malignes. L'évolution fut favorable chez la plupart des patients (82 %). Tandis que 18 % des patients ont présenté une récurrence.

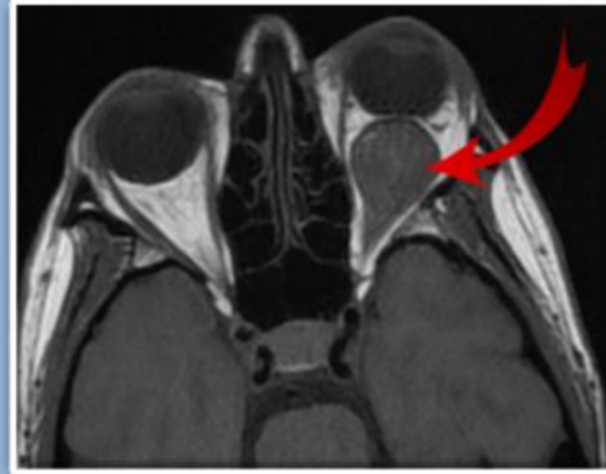


Figure 2 : IRM orbitaire en coupe axiale objectivant une tumeur desmoïde de l'orbite gauche.

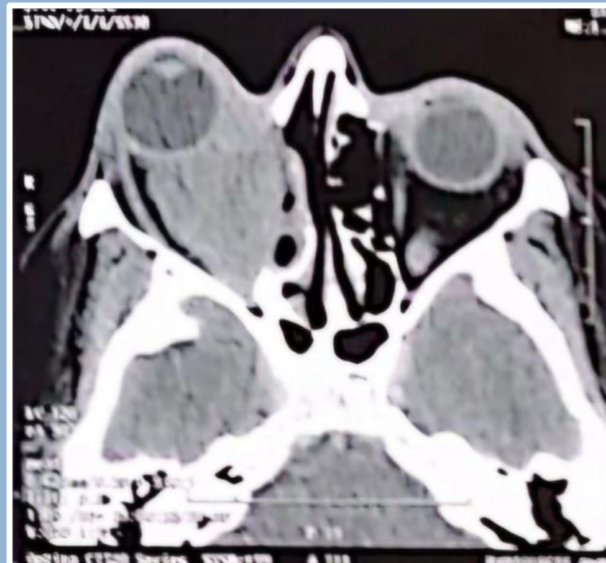


Figure 3 : TDM faciale objectivant un processus lésionnel intra-conique droit à contours irréguliers, responsable d'une exophtalmie du globe droit de grade III.



Figure 4 : Photographie per-opératoire d'un abord cutané par incision palpébro-jugale gauche – biopsie chirurgicale d'une masse du plancher orbitaire.



Figure 1 : Photographie de face montrant une exophtalmie unilatérale axiale droite.
(Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale du CHU Ibn Rochd – Casablanca)

DISCUSSION

La prise en charge chirurgicale des tumeurs orbitaires demeure un défi en raison de la complexité anatomique de l'orbite et de la proximité de structures critiques telles que le nerf optique, les muscles oculomoteurs et les vaisseaux orbitaires. L'objectif principal de la chirurgie est d'obtenir une exérèse tumorale complète tout en préservant au maximum la fonction visuelle et oculomotrice.

Le choix de l'abord chirurgical dépend principalement de la **localisation tumorale (extraconique vs intraconique)**, de la relation avec le **nerf optique et de l'extension vers l'apex orbitaire ou la base du crâne**. Les tumeurs situées dans le compartiment latéral ou supérieur sont classiquement accessibles par **orbitotomie latérale**, offrant une exposition directe avec une morbidité limitée.

À l'inverse, les lésions médiales ou inférieures peuvent être abordées par des **voies médiales transconjonctivales ou endoscopiques endonasales**, techniques de plus en plus utilisées car elles permettent un accès minimalement invasif aux compartiments médial et apical de l'orbite.

Pour les tumeurs profondes, intraconiques ou étendues vers l'apex orbitaire ou l'étage antérieur de la base du crâne, des **approches cranio-orbitaires ou fronto-orbitaires** peuvent être nécessaires afin d'obtenir une exposition suffisante et un contrôle vasculo-nerveux adéquat.

Ainsi, la stratégie chirurgicale doit être **individualisée et multidisciplinaire**, reposant sur l'imagerie préopératoire, la localisation précise de la lésion et l'expérience du chirurgien. L'évolution récente des techniques endoscopiques et mini-invasives contribue à réduire la morbidité tout en maintenant des résultats oncologiques satisfaisants.

CONCLUSION

La maîtrise des différentes voies d'abord des tumeurs orbitaires permet au chirurgien maxillo-facial d'adapter la stratégie opératoire à chaque situation clinique. Une approche personnalisée optimise l'exérèse, la sécurité anatomique et le résultat fonctionnel.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Maroon JC, Kennerdell JS. Surgical approaches to the orbit. Indications and techniques. J Neurosurg. 1984 Jun;60(6):1226-35. doi: 10.3171/jns.1984.60.6.1226. PMID: 6726367.
- (2) Abussuud Z, Ahmed S, Paluzzi A. Surgical Approaches to the Orbit: A Neurosurgical Perspective. J Neurol Surg B Skull Base. 2020 Aug;81(4):385-408. doi: 10.1055/s-0040-1713941. Epub 2020 Sep 9. PMID: 33209566; PMCID: PMC7661317.
- (3) Abou-Al-Shaar H, Krisht KM, Cohen MA, Abunimer AM, Neil JA, Karsy M, Alzhari G, Couldwell WT. Cranio-Orbital and Orbitocranial Approaches to Orbital and Intracranial Disease: Eye-Opening Approaches for Neurosurgeons. Front Surg. 2020 Feb 7;7:1. doi: 10.3389/fsurg.2020.00001. PMID: 32118028; PMCID: PMC7025513.
- (4) Tadaaki Morotomi, et al. (2022). Location-Based Surgical Approaches for Orbital Tumor Resection. Mathews J Ophthalmol. 7(1):27.
- (5) Das D, Modaboyina S, Gupta S, Deora A, Agrawal S. Surgical approaches to the orbit - The past and the present [Internet]. IP Int J Ocul Oncol Oculoplasty. 2021 [cited 2026 Mar 17];7(1):5-11. Available from: <https://doi.org/10.18231/ij.ijoo.2021.003>
- (6) World Neurosurgery Study Group. Orbital tumors: report of 70 surgically treated cases. World Neurosurgery. 2018.