

## SINDROMUL DE FANTĂ SFENOIDALĂ - PREZENTARE DE CAZ

ANDREEA MARIA HÂNCU<sup>1</sup>, ADRIAN TEODORU<sup>2</sup>, CLAUDIU MATEF<sup>3</sup>, DANIEL HÂNCU<sup>4</sup>,  
MINODORA TEODORU<sup>5</sup>, IRIS MUREȘAN<sup>6</sup>

<sup>1,2,3,4,5,6</sup>Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu

**Cuvinte cheie:** sindrom de fantă sfenoidală, fisura orbitală superioară **Rezumat:** Lucrarea prezintă cazul unui pacient cu plagă palpebrală inferioară penetrantă în orbită cu sindrom de fantă sfenoidală. Sunt prezentate etapele diagnosticului și evoluția pacientului.

**Keywords:** sphenoid fissure syndrome, superior orbital fissure **Abstract:** This paper presents a patient with a lower eyelid wound penetrating into the orbit with sphenoid fissure syndrome. There are presented the stages of the diagnosis and the evolution.

## INTRODUCERE

Fisura orbitală superioară (fissura orbitalis superior) este un orificiu delimitat de aripile mici și aripile mari ale osului sfenoid. Fisura orbitală superioară este străbătută de nervii oculomotor (ramurile superioară și inferioară), trohlear, oftalmic, abducens și vena oftalmică superioară, fibre simpatice. *Sindromul fantei sfenoidale*, cunoscut și sub denumirea de *sindrom Rochon-Duvigneaud*, este determinat de afectarea structurilor ce traversează fanta sfenoidală, manifestându-se prin oftalmoplegie totală secundară lezării nervilor oculomotor comun, trohlear și oculomotor extern, anestezia corneei în cadranul superior prin afectarea ramurii superioare a trigemenului și uneori exoftalmie prin compresiunea venelor oftalmice.

Etiologia sindromului de fantă sfenoidală:

1. Traumatismul craniomaxilofacial.
2. Tumorile orbitare: limfom, rabdiosarcom etc.
3. Infecții sau boli inflamatorii.

Sindromul fisurii orbitare superioare de origine traumatică a fost descris pentru prima dată de către Herschfeld în 1858. În 1896, Rochon-Duvigneaud a descris acest sindrom ca și entitate patologică la 4 pacienți cu sifilis. Sindromul clasic de fantă sfenoidală se caracterizează prin paralizia celor trei nervi oculomotori cu afectarea concomitentă a oftalmicului. Pacientul prezintă: ptoză palpebrală, oftalmoplegie, modificări pupilare, hipoestezie sau anestezie în teritoriul oftalmicului, reflex cornean abolit, dureri în teritoriul nervului oftalmic, ușoară exoftalmie (reductibilă). Dacă sunt afectate și fibrele simpatice oculare apare mioza, neinfluențată de simpaticomimetice, fapt care indică respectarea ganglionului ciliar și, ca atare, o leziune extraorbitală. Dimpotrivă, apariția midriazei atrage atenția asupra unei leziuni orbitare cu afectarea fibrelor ganglionului ciliar. Reprezintă <5% din cazurile de oftalmoplegie dureroasă. Afectează egal ambele sexe. Poate să apară la orice vârstă, dar preponderent în a 5-a decadă de viață.(6,7)

## PREZENTARE DE CAZ

Prezentăm cazul unui pacient în vârstă 8 ani, care se internează de urgență în Secția Clinică de Oftalmologie a Spitalului Clinic Judetean de Urgență Sibiu.

Pacientul D.L. în vârstă de 8 ani, din mediu rural, se prezintă cu plagă palpebrală penetrantă în orbită la nivelul ochiului drept, în urma unui traumatism prin înțepare cu un obiect metalic (furcă). La internare acesta prezintă scăderea acuității vizuale la ochiul drept, ptoză palpebrală severă la OD, diplopie homonimă.

Examenul clinic oftalmologic:

- AVOD = 0,5 fnc
- AVOS = 1fc
- TOD = 20 mmHg
- TOS = 20 mmHg
- OD - plagă palpebrală la nivelul pleoapei inferioare, penetrantă în orbită, hiperemie conjunctivală mixtă, ptoză palpebrală severă (figura nr. 1), mișcările de abducție, supraducție și infraducție limitate (figura nr. 2), midriază fixă. La examenul de fund de ochi nu se evidențiază modificări patologice. Antecedentele personale relevă un strabism funcțional convergent la OS.

## Figura nr. 1. Ptoză palpebrală severă



*Investigații clinice și paraclinice:*

Examenul CT craniu: Sinuzită maxilară bilaterală și sfenoidală, fără traiecte de fractură, fără patologie acută ic.

Examenul RMN craniu evidențiază discretă exoftalmie dreaptă, minim edem în țesutul adipos retroorbital drept, fără leziuni ale globului ocular, mușchilor și nervului optic, sinuzită maxilară bilaterală și sfenoidală.

Examen neurologic: pareză completă nerv cranian III.

Examen ORL: puncte sinusale maxilare fără sensibilitate bilaterală, fose nazale fără secreție, rinosinuzită etmoidomaxilară dreaptă cu flegmon de orbită post plagă

<sup>1</sup>Autor corespondent: Andreea Hâncu, Str. G. Enescu, Nr. 2A, Ap. 4, Sibiu, România, E-mail: andreansy@yahoo.com, Tel:+40749 589124  
Articol intrat în redacție în 20.02.2014 și acceptat spre publicare în 15.04.2014  
ACTA MEDICA TRANSILVANICA Iunie 2014;2(2):72-73

## ASPECTE CLINICE

înțepată, cu ptoză palpebrală superioară și paralizie de oculomotor extern.

**Figura nr. 2. Limitarea mișcărilor de abducție, supraducție, infraducție, levosupraducție, levoinfraducție, dextrosupraducție și dextroinfraducție**



Examen neurochirurgical: traumatism cranio-facial. Plagă penetrantă în orbita dreaptă. Fără leziuni intracraniene. În urma anamnezei, a examenului clinic general și local, precum și a investigațiilor clinice și paraclinice se stabilește diagnosticul pozitiv: OD - Sindrom de fantă sfenoidală de cauză traumatică.

*Diagnosticul diferențial* al etiologiei sindromului de fantă sfenoidală s-a realizat cu:

1. Tumori orbitale
2. Infecții sau boli inflamatorii
3. Ptoza de cauză neurogenă (paralizia nervului oculomotor comun - diabet zaharat, anevrisme, tumori cerebrale, accidente vasculare cerebrale etc.).
4. Ptoza miogenă (miastenia gravis, miotonie, miopatie).

*Tratament, evoluție:* Se instituie tratament sistemic cu antibiotice cu spectru larg, antiinflamatoare steroidiene, neurometabolice și tratament topic local cu antibiotice cu spectru larg și antiinflamatoare steroidiene. Evoluția a fost favorabilă cu remiterea deficitelor neurooftalmologice.

La controlul oftalmologic la o lună se evidențiază:

- AVOD = 1 fc
- AVOS = 1 fc
- TIOD = 17 mmHg
- TIOS = 19 mmHg
- FAO = aspect normal
- OD - ptoză palpebrală discretă, mișcări oculare normale în toate direcțiile, deviația în convergență a globului ocular stâng, pupila reflexivă (figura nr. 3).

**Figura nr. 3. OD Ptoză palpebrală discretă**



### DISCUȚII

- Ø Clasic, sindromul de fantă sfenoidală apărut în context posttraumatic se produce printr-un mecanism „indirect”, prin fracturi ale bazei de craniu cu interesarea fisurii orbitare superioare.
- Ø Particularitatea cazului prezentat este dată de apariția sindromului de fantă sfenoidală prin mecanism direct cu lezarea directă a structurilor de către agentul traumatic și absența fracturii.

Ø În practica neurochirurgicală, acest sindrom se întâlnește mai frecvent în patologia tumorală de joncțiune cranio-orbitară, mai ales în meningioamele de aripă sfenoidală, treime medie sau internă, iar vârsta la care apare este preponderent în decada a 5-a de viață.

Ø *Terapia inițială cu steroizi îmbunătățește semnificativ prognosticul.*(15,16,17)

Ø În cazul prezentat evoluția a fost bună sub tratament cu rezolvarea deficitelor neurooftalmologice în 3 luni.

### REFERINȚE

1. Hirschfeld DL. Epanchement de Sang dans le Sinus Caverneux de Cote Gauche Diagnostique Pendant la Vie. Comptes Rendus de Societe Biologique; 1858. p. 138.
2. Rochon-Duvignaud A. Quelques cas de paralysis de tous les nerfs orbitaires (ophthalmoplegia totale avec amaurose et anesthesia dans le domaine de l'ophthalmique), d'originesyphilitique. Arch Ophthalmol (Oaris) 1896;16:746-60.
3. Lakke JP. Superior orbital fissure syndrome: Report of a case caused by local pachymeningitis. Arch Neurol 1962;7:289-300.
4. Banks P. The superior orbital fissure syndrome. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1967;24:455-8.
5. Pogrel MA. The superior orbital fissure syndrome: Report of a case. J Oral Surg 1980;38:215-7.
6. Llorente Pendas S, Albertos Castro JM. Traumatic superior orbital fissure syndrome: Report of a case. J Oral Maxillofac Surg 1995;53:934-6.
7. Fujiwara T, Matsuda K, Kubo T, Tomita K, Yano K, Hosokawa K. Superior orbital fissure syndrome after repair of maxillary and naso-orbito-ethmoid fractures: A Case Study. J Plast Reconstr Aesthet Surg 2009;62:565-9.
8. Reymond J, Kwiatkowski J, Wysocki J. Clinical anatomy of the superior orbital fissure and the orbital apex. J Craniomaxillofac Surg 2008;36:346-53.
9. Chen C, Chen Y. Traumatic superior orbital fissure syndrome: Current management. Craniomaxillofac Trauma Reconstr 2010;3:9-16.
10. Antonyshyn O, Gruss JS, Kassel EE. Blow-in fractures of the orbit. Plast Reconstr Surg 1989;84:10-20.
11. Zachariades N, Vairaktaris E, Papavassiliou D, Triantafyllou K, Mezitis M. Orbital apex syndrome. Int J Oral Maxillofac Surg 1987;16:352-4.
12. Kjoer I. A case of orbital apex syndrome in collateral pansinusitis. Acta Ophthalmol 1945;23:357.
13. Chen C, Wang T, Tsay P, Huang F, Lai J, Chen Y. Traumatic superior orbital fissure syndrome: Assessment of cranial nerve recovery in 33 cases. Plast Reconstr Surg 2010;126:205-12.
14. Zachariades N. The superior orbital fissure syndrome: Review of the literature and report of a case. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1982;53:237-40.
15. Postma MP, Seldomridge GW, Vines FS. Superior orbital fissure and bilateral internal carotid pseudoaneurysms. J Oral Maxillofac Surg 1982;48:503-8.
16. Rohrich RJ, Hackney FL, Parikh RS. Superior orbital fissure syndrome: Current management concepts. J Craniomaxillofac Trauma 1995;1:44-8.
17. Acarturk S, Sekucoglu T, Kesiktas E. Mega dose corticosteroid treatment for traumatic superior orbital fissure and orbital apex syndromes. Ann Plast Surg 2004;53:60-4.
18. Craniomaxillofac Trauma Reconstr, 2010 March, Chien-Tzung Chen MD, Yu-Ray Chen MD, Taipei, Taiwan.