
Procédés chirurgicaux dans la cure de la paupière involutive

R.GOLA, O.RICHARD, L.GUYOT, W.LAYOUN.

Service de Stomatologie, Chirurgie Maxillo-Faciale et Plastique de la Face (Pr. R.Gola)
Hôpital Nord, chemin des Bourrellys
13015 Marseille.

Correspondance :

Pr. Raymond Gola,
Service de Stomatologie, Chirurgie Maxillo-faciale et Plastique de la Face
Hôpital Nord, Chemin des Bourrellys,
13915 Marseille cedex 20.

Tel : 04 91 96 86 90

fax : 04 91 96 43 50

e-mail : raymond.gola@ap-hm.fr

Résumé

Avec l'âge les paupières subissent des modifications pluritissulaires importantes responsables de différents désordres fonctionnels et esthétiques. Cette involution se traduit le plus souvent par un dermatochalasis avec ou sans protrusions graisseuses.

Cette involution peut se manifester également par d'autres conséquences fonctionnelles, intéressant la statique et la dynamique palpébrale supérieure à type de ptosis involutif ou la statique et la dynamique palpébrale inférieure à type d'entropion ou d'ectropion involutifs.

Une meilleure connaissance pathogénique de ces anomalies palpébrales acquises permet de les traiter plus efficacement, isolément ou conjointement avec la chirurgie esthétique des paupières. Le ptosis involutif relève, dans la plupart des cas, d'un geste réparateur sur l'aponévrose du muscle releveur. L'entropion et l'ectropion relèvent de la mise en tension des paupières. En cas d'entropion involutif, ce geste est complété ou remplacé par une myoplastie pour corriger la dyskinesie du muscle orbiculaire qui joue un rôle essentiel dans le déclenchement ou le maintien de l'entropion.

Mots-clés : Paupière involutive / ptosis involutif / entropion involutif / ectropion involutif.

Introduction

Avec l'âge les paupières subissent des modifications pluritissulaires importantes responsables de différents désordres fonctionnels et esthétiques. Cette involution se traduit le plus souvent par un dermatochalasis avec ou sans protrusions graisseuses.

Elle peut se manifester également par d'autres conséquences fonctionnelles, intéressant la statique et la dynamique palpébrale supérieure à type de ptosis involutif ou la statique et la dynamique palpébrale inférieure à type d'entropion ou d'ectropion involutif.

Une meilleure connaissance pathogénique de ces anomalies palpébrales acquises permet de les traiter plus efficacement, isolément ou conjointement avec la chirurgie esthétique des paupières.

Rappel anatomo-physiologique des paupières

Les paupières sont des structures anatomiques complexes qui recouvrent par intermittence le globe et qui ferment

Abstract

Surgical Treatment of Involutive Lids : etiopathogenic approach.

Pluritissular modifications of the lids occur with aging, and are responsible of several functional and aesthetic disorders. This palpebral involution generates dermatochalasis with or without fat protrusions. This palpebral involution can have other functional consequences, involving static and dynamic trouble of the superior eyelid like ptosis, or of the inferior eyelid like entropion or ectropion.

A better knowledge of the pathogeny of those acquired palpebral anomalies is important for a better treatment in conjunction with aesthetic surgery of the eyelids.

Involutive ptosis is treated by aponeurotic surgery. Entropion and ectropion are treated by shortening of the eyelids. Involutive entropion can also be treated and only by a myoplasty of the orbicular muscle.

Keywords : Involutive ptosis / involutive entropion / involutive ectropion / involutive lids.

en avant la cavité orbitaire.

Chirurgicalement, les paupières se présentent sous la forme de 2 lamelles, antérieure cutanéomusculaire et postérieure tarso-conjonctivale.

L'appareil musculaire qui anime les paupières se compose des muscles protecteurs et synergiques de l'œil (muscle orbicularis oculi, muscles corrugator, depressor supercillii et procerus) et des muscles antagonistes des appareils releveur et abaisseur des paupières.

Le muscle orbicularis oculi se compose de deux parties concentriques : la pars palpebralis et la pars orbitalis.

La pars palpebralis, centrale, correspond aux parties pré-tarsale et marginale du muscle orbiculaire. Les tendons de la pars palpebralis du muscle orbiculaire jouent un rôle important dans la statique des paupières. Chaque tendon palpébral se décompose dans le plan horizontal en 2 chefs antérieur et postérieur dont la nature et l'importance sont inverses au canthus médial et au canthus latéral. Le tendon médial est tendineux en avant et mus-

culaire en arrière (pars lacrymalis ou muscle de Duverney-Horner). Le tendon latéral est musculaire en avant (pseudo raphé) et tendineux en arrière. Le tendon palpébral latéral, anatomiquement plus faible que le tendon médial, est sollicité par les mouvements palpébraux et oculaires et par le poids du tégument facial (fig. 1).

La pars orbitalis, périphérique, recouvre le septum et le pourtour orbitaires.

Dans l'occlusion normale des paupières, la paupière inférieure réalise un mouvement de translation médiale pour mettre en rapport les points lacrymaux (le point lacrymal inférieur étant légèrement latéralisé par rapport au supérieur) (fig. 2).

Dans l'occlusion forcée des paupières, la pars orbitalis, non adhérente au septum orbitaire, recouvre la pars palpébralis adhérente au tarse (fig. 3).

L'appareil releveur de la paupière supérieure comprend, outre le muscle releveur prolongé de son aponévrose et des ailerons aponévrotiques dont l'action est prépondérante, certains éléments anatomiques annexes orbitaires ou palpébraux situés au dessus ou au dessous du muscle releveur. Au dessus, le muscle frontal complète l'action d'élévation de la paupière. Au dessous, l'aponévrose du muscle releveur est doublée à sa face profonde par le muscle lisse sympathique de Müller, qui a la particularité d'aller d'un muscle strié au bord supérieur du tarse (fig. 4).

Il existe à la paupière inférieure un équivalent anatomophysiologique, l'appareil rétracteur, formé d'expansions aponévrotiques issues des muscles droit et oblique inférieurs et doublées en profondeur également d'un muscle lisse qui ne vas pas jusqu'au bord inférieur du tarse.

PTOSIS INVOLUTIF

Le ptosis involutif est un ptosis acquis, d'origine essentiellement aponévrotique. Cette pathologie de l'aponévrose du muscle releveur se traduit par des signes cliniques particuliers et évocateurs, et impose un traitement adapté, centré sur l'aponévrose. Les résultats thérapeutiques sont habituellement spectaculaires, du moins dans les formes d'origine purement aponévrotique.

Etiopathogénie

La paupière supérieure chute naturellement avec l'âge. Ce phénomène physiologique, lié à la fonte de la graisse orbitaire, serait trois fois plus fréquent chez la femme que chez l'homme [1].

Jones *et al* [2] ont les premiers attiré l'attention sur le rôle de l'aponévrose du muscle releveur dans les ptosis involutifs ; beaucoup plus rarement il est lié à une dystrophie progressive du muscle releveur.

L'atteinte de l'aponévrose du muscle releveur est liée à une élongation, une déhiscence ou encore une désinsertion de l'aponévrose du muscle releveur, par atrophie involutive de l'aponévrose ou par fragilisation des zones d'attache sur le tarse [2-4]. La déhiscence aponévrotique se manifeste le plus souvent en regard du bord supérieur du tarse, au dessous de la fusion de l'aponévrose avec le septum. Le muscle de Müller garde ses insertions tarsales

et reste indemne. Quand la partie terminale de l'aponévrose est élongée, déhiscence ou désinsérée, le muscle releveur se rétracte en arrière et attire avec lui le muscle orbiculaire dans lequel pénètre sur une hauteur de 1cm les tractus conjonctifs qui sont responsables du pli palpébral, d'où son ascension. Dans certains cas, l'expansion aponévrotique médiale, plus faible, est également atteinte par le processus involutif [5] (fig. 5).

Ces ptosis involutifs, en apparence spontanés, sont souvent provoqués par des traumatismes minimes mais répétés (frottement des yeux), par des interventions sur le globe oculaire (cataracte, décollement de rétine), par les manœuvres qui accompagnent le port de lentilles de contact ou encore par des anesthésies péri-bulbaires.

Ces ptosis involutifs acquis peuvent se voir également au cours du blépharochalasis, après traitement corticothérapeutique, ou chez la femme enceinte, vraisemblablement par oedème palpébral.

Chez certains sujets, le ptosis est lié davantage à une dégénérescence musculaire de type graisseux qu'à une atteinte aponévrotique.

Symptomatologie

Le ptosis acquis par atteinte aponévrotique présente des éléments cliniques particuliers qu'il importe de reconnaître, car ils imposent un traitement électif.

Le diagnostic se fait sur quatre signes cliniques essentiels :

- le ptosis, d'importance variable mais souvent sévère (supérieur à 4 mm), s'accompagne d'un pli palpébral supérieur absent ou anormalement haut situé. Le ptosis est parfois plus accentué médialement [6], la paupière peut être déplacée latéralement, le centre du tarse est aligné non pas sur la pupille, mais sur le limbe latéral [5].
- la course du muscle releveur est relativement bonne (8 à 10 mm), ce qui contraste avec la gravité du ptosis, suggérant que le muscle est encore actif, malgré la désinsertion ou la déhiscence de l'aponévrose.
- la paupière ptosique, dans le regard vers le bas, est plus basse que la paupière saine (à la différence de ce que l'on observe dans le ptosis congénital).
- l'amincissement des tissus palpébraux au dessus du tarse, laisse parfois deviner, par transparence, la coloration de l'iris et peut être à l'origine de photophobie [7].

Traitement

Le ptosis involutif survenant chez l'adulte, l'anesthésie locale (infiltration de xylocaïne adrénalinée à 1 ou 2%), au besoin associée à une neurolept-analgésie douce, est recommandée.

La voie d'abord est toujours cutanée, permettant d'enlever l'excès cutané, habituel chez le sujet âgé.

La chirurgie aponévrotique est la plus couramment pratiquée. Elle permet de traiter la désinsertion, la déhiscence ou l'élongation aponévrotique :

- incision dans le pli palpébral repéré ou à 8 à 10 mm du bord libre. En cas de résection cutanée, celle-ci est pratiquée au dessus du pli comme dans les blépharoplasties

esthétiques ;

- section du muscle orbiculaire, le septum est ouvert au-dessus de sa fusion avec l'aponévrose du muscle releveur ;

- section du septum. L'apparition de la graisse pré-aponévrotique, excellent point de repère, signe la proximité de l'aponévrose à la limite supérieure de laquelle est identifié le ligament suspenseur de Whitnall et le muscle releveur. La graisse réclinée, l'anomalie aponévrotique est mise en évidence : désinsertion, déhiscence ou élongation ;

- dégagement de la face antérieure du tarse du muscle orbiculaire pré-tarsal ;

- les désinsertions aponévrotiques se traitent par réinsertions sur le tarse par trois points de fil tressé non résorbable 6/0, l'un à l'aplomb de la pupille les autres à l'aplomb des bords latéraux du limbe (fig. 6) ;

- les déhiscences se traitent par trois points de suture, au fil tressé non résorbable 6/0 qui rapprochent les berges de la désunion ;

- les élongations aponévrotiques relèvent de la résection ou de la plicature de l'aponévrose du muscle releveur (fig. 7).

L'affaiblissement de l'aileron aponévrotique médial avec latéralisation de la paupière nécessite un point de renforcement à ce niveau (fig. 8).

Ces gestes aponévrotiques simples sont dans la plupart des cas efficaces et suffisants, à condition que la longueur du muscle releveur soit respectée et sa fonction normale. Après plusieurs années, la poursuite du processus involutif, peut conduire à une nouvelle intervention [8].

Autres techniques

La résection musculo-aponévrotique du muscle releveur est indiquée seulement lorsque la plicature n'est pas efficace et lorsque le muscle est atteint de dégénérescence graisseuse.

La résection tarso-conjonctivo-müllerienne est illogique pour trois raisons:

- la cause aponévrotique est clairement définie ;

- chez le sujet âgé, la résection tarso-conjonctivo-müllerienne ampute l'aponévrose du muscle releveur, ce qui revient en fin d'intervention à suturer l'aponévrose au bord supérieur du tarse raccourci, donnant de bons résultats mais au prix d'une mutilation du plan tarso-conjonctival et du muscle du Müller physiologiquement sains ;

- la sécheresse lacrymale fréquente, rend la cornée plus sensible aux agressions tarsales.

Conclusion

La pathogénie du ptosis involutif s'est considérablement clarifiée ces dernières années. La dystrophie progressive du muscle releveur liée à la sénescence, a progressivement cédé la place à l'étiologie aponévrotique. Le traitement s'est adapté à la pathogénie du ptosis involutif. Dans les désinsertions de l'aponévrose du muscle releveur, la simple réinsertion de cette aponévrose à la face

antérieure du tarse suffit. Les déhiscences relèvent de la suture, les élongations aponévrotiques de la résection ou mieux de la plicature de l'aponévrose du muscle releveur. La résection du muscle releveur est réservée aux échecs du traitement aponévrotique ou aux ptosis dystrophiques. Le pronostic des ptosis involutifs d'origine aponévrotique est très favorable.

ENTROPION INVOLUTIF

L'entropion est caractérisé par la bascule en dedans du bord libre de la paupière, amenant ainsi les cils et parfois la peau, au contact du globe (entropion-trichiasis).

L'entropion involutif se voit uniquement au niveau des paupières inférieures. La bilatéralité est la règle, le plus souvent décalée dans le temps. L'entropion involutif se complique d'une kératite particulièrement douloureuse et invalidante.

Etiopathogénie

A l'état normal le bord libre de la paupière inférieure est au contact du globe oculaire. L'entropion involutif qui débute latéralement est dû essentiellement au relâchement de la paupière inférieure enroulée en dedans par l'action dyskinétique du muscle orbiculaire.

Le relâchement palpébral se manifeste à la fois dans le sens horizontal et dans le sens vertical.

La laxité horizontale de la paupière peut être réelle, due au relâchement des tissus palpébraux qui participent à la tension du bord libre (insertions tendineuses, latérale en particulier, tarse), ou relative due à la perte du support oculaire consécutive à la fonte de la graisse orbitaire chez le sujet âgé, ou les deux (fig. 9).

La laxité verticale est due au relâchement du septum orbitaire et surtout des rétracteurs. Ce relâchement ne permet plus de maintenir le bord inférieur du tarse en bas et en arrière, en particulier lors de l'occlusion forcée des paupières (fig. 9) [9].

L'action dyskinésique du muscle orbiculaire joue un rôle fondamental dans la pathogénie de l'entropion involutif. La translation du muscle orbiculaire préseptal en avant du muscle pré-tarsal tend à augmenter la tension sur le bord supérieur relâché du tarse, entraînant sa rotation de 90° à 180°, et à la diminuer sur le bord inférieur qui n'est plus maintenu en bas et en arrière par les rétracteurs.

L'occlusion forcée des paupières est nécessaire au déclenchement de l'entropion. L'irritation oculaire provoquée par le contact des cils sur la cornée crée un spasme du muscle orbiculaire, maintenant la bascule de la paupière, majorant l'entropion et créant ainsi un véritable cercle vicieux. L'élément spasmodique n'est que secondaire [10].

Symptomatologie

Le relâchement palpébral horizontal est apprécié par le test de traction et le degré d'opposition de la paupière sur le globe. Ce relâchement, souvent masqué par le spasme du muscle orbiculaire, n'apparaît qu'après l'anesthésie de la paupière.

Le relâchement palpébral vertical, lié à la déficience des rétracteurs, se traduit par la diminution ou la disparition lors du regard vers le bas de l'excursion palpébrale.

L'importance du trichiasis et ses conséquences cornéennes sont notées : kératopathie ponctuée superficielle simple ou plus rarement ulcération cornéenne horizontale en regard de la zone de frottement ciliaire.

Traitement

Le relâchement palpébral est traité dans le plan horizontal par réduction tissulaire, dans le plan vertical par renforcement des rétracteurs, la dyskinésie orbiculaire par myoplastie.

Les remises en tension de la paupière et du bord libre font appel au procédé de la languette tarsale ou aux résections pentagonales (de pleine épaisseur ou en deux plans décalés frontalement tarso-conjonctival et cutané-musculaire) (cf. ectropion).

Les techniques de renforcement des rétracteurs sont rarement utilisées car rarement indiquées et qu'elles exposent à la récurrence, voire à l'ectropion.

Les techniques de myoplastie utilisent la transposition du muscle orbiculaire pré tarsal sur le bord inférieur du tarse pour contrarier sa rotation et créer une barrière cicatricielle empêchant l'ascension du muscle orbiculaire préseptal en avant de l'orbiculaire pré tarsal. La technique de Wheeler [11] est particulièrement simple et fiable (fig. 10).

Le muscle orbiculaire pré tarsal est disséqué dans ses deux tiers latéraux en un lambeau horizontal à pédicule médial. Ce lambeau est tiré en dehors (et légèrement en bas, mais pas trop pour ne pas créer d'ectropion) sur le rebord orbitaire où il est fixé sur le périoste. Ce procédé peut être associé à une technique de raccourcissement horizontal de la paupière dans les formes mixtes (fig. 11).

Conclusion

L'entropion involutif est multifactoriel. Au relâchement palpébral horizontal et vertical, s'ajoute une dyskinésie du muscle orbiculaire, responsable d'un spasme secondaire. Le traitement doit tenir compte de tous ces éléments, musculaire en particulier. La myoplastie est le plus souvent incontournable.

ECTROPION INVOLUTIF

L'ectropion est caractérisé par la perte du contact entre le bord libre de la paupière éversée et le globe oculaire. L'ectropion involutif atteint insidieusement les deux paupières inférieures. Le diastasis oculo-palpébral qui en résulte peut intéresser la paupière en partie (segment latéral : ectropion temporal ; segment médial : ectropion nasal) ou en totalité. L'ectropion involutif se complique de conjonctivite et d'un larmolement.

Etiopathogénie

Le mécanisme étiopathogénique de l'ectropion involutif est en tout point comparable à celui de l'entropion. Le relâchement palpébral se manifeste à la fois dans le sens horizontal et dans le sens vertical. La seule différence

porte essentiellement sur le muscle orbiculaire, ici hypotonique.

La paupière inférieure, non soutenue en avant dans sa partie haute, par le muscle orbiculaire atone, s'éverse vers la joue, phénomène aggravé par l'action de la pesanteur. A l'hypotonie de l'orbiculaire pré tarsal (pars palpebralis), s'ajouterait la contraction réflexe des rétracteurs de la paupière et de l'orbiculaire préseptal (pars orbitalis) qui n'ascensionne pas comme dans l'entropion involutif. Cette hypotonie est aggravée dans certains cas par la rétraction cutanée consécutive à l'eczématisation due à l'écoulement des larmes, réalisant ainsi un cercle vicieux (fig. 12).

L'ectropion médial s'accompagne d'une perte de contact du point lacrymal avec le globe, à l'origine d'un désamorçage de la pompe lacrymale. A la longue, l'ectropion se complique d'une conjonctivite avec hypertrophie muqueuse et kératinisation qui aggrave l'éversion en même temps qu'elle entraîne une sténose du point lacrymal et parfois du canalicule (canaliculite sténosante) [12].

Symptomatologie

L'ectropion inférieur comporte trois degrés correspondant respectivement :

- le premier à l'abaissement du bord libre, parfois discrètement décollé du globe ; cette situation est plus fréquente à la partie latérale ;
- le deuxième à l'éversion du bord libre, plus volontiers médial lorsqu'il est partiel ;
- le troisième au déroulement palpébral pouvant aboutir à l'éversion totale.

Il est essentiel au cours de l'examen clinique, de déterminer le ou les facteur(s) responsable(s) de l'ectropion, dominés par la laxité horizontale appréciée par le test de traction. La désinsertion des rétracteurs se traduit par la diminution ou la disparition lors du regard vers le bas de l'excursion palpébrale.

Traitement

Le relâchement palpébral est traité dans le plan transversal par des techniques de remise en tension ou de réduction tissulaire, dans le plan vertical par réamarrage des rétracteurs et l'hypotonie musculaire par remise en tension musculo-périostée. Dans certains cas, une greffe cutanée complète ces procédés.

Les techniques de remise en tension de la paupière inférieure, de réalisation délicate, ont pour avantage d'agrandir la fente palpébrale. L'un des procédés les plus utilisés est celui de la languette tarsale (lateral tarsal strip procedure d'Anderson et Gordy [13]). Après cantholyse latérale, le tarse est isolé à son extrémité latérale sur un court segment : il est désépithélialisé. Il est ensuite refixé sur la face interne de l'apophyse orbitaire latérale, à un niveau plus élevé que le canthus médial (fig. 13). Ce procédé est rendu plus efficace encore par la section du septum. Il peut être complété par une greffe de fibromuqueuse palatine.

Les techniques de réduction tissulaire intéressent le bord

libre de la paupière inférieure, soit en totalité (résection pentagonale de pleine épaisseur), soit en deux plans tarso-conjonctival et cutané-musculaire, décalés frontalement (procédé de Kuhnt-Szymanowski). La résection pentagonale dérive des procédés de Bick [14]. Elle doit être pratiquée latéralement par rapport au limbe pour préserver la cornée. La suture se fait en deux plans, complétés par une triple suture marginale.

Le procédé de Kuhnt-Szymanowski modifié associe deux excisions décalées, l'une tarso-conjonctivale [15], l'autre cutané-musculaire orbito-temporale [16]. Il est analogue dans le traitement de l'entropion et de l'ectropion. Le clivage palpébral s'effectue à partir d'une incision infraciliaire intéressant toute la longueur de la paupière. L'excision tarso-conjonctivale pentagonale se fait en regard de la zone nasale ou de la zone temporale, en fonction du siège électif de l'ectropion. L'excision cutané-musculaire orbito-temporale est triangulaire, dissimulée dans les plis de la patte d'oie (fig. 14).

Les résultats esthétiques et fonctionnels de ces interventions sont en général excellents mais, en cas de distension du canthus médial, ces procédés aggravent la dystopie du point lacrymal inférieur en le déplaçant latéralement. Pour éviter cet inconvénient, il faut toujours précéder cette intervention du test de traction latérale.

La réinsertion des rétracteurs peut se faire par voie cutanée ou par voie conjonctivale et n'est indiquée que dans les ectropions graves :

- voie cutanée : après incision au bord infraciliaire et dissection du muscle orbiculaire, les rétracteurs sont isolés du septum et de la conjonctive et réamarrés au bord inférieur du tarse [17] ;

- voie conjonctivale : après identification des rétracteurs, la conjonctive en excès est réséquée. Par cette voie d'abord, les rétracteurs sont réamarrés au bord inférieur du tarse par des points qui prennent en même temps le plan tarso-conjonctival et la conjonctive [18]. Ce procédé, qui demeure exceptionnel, est généralement associé à un procédé de réduction tissulaire (fig. 15).

L'allongement cutané vertical est indiqué dans les rétractions cutanées importantes consécutives à l'eczématose observée habituellement dans les ectropions négligés. Il est réalisé par greffe de peau totale prélevée généralement au niveau de la paupière supérieure homolatérale où la peau est souvent en excès.

L'ectropion nasal est difficile à traiter. Il relève en cas de latéralisation faible du point lacrymal, situation la plus fréquente, d'une résection de pleine épaisseur de la paupière en dehors du point lacrymal, isolée ou associée à une résection conjonctivale ou tarso-conjonctivale sous le point lacrymal (technique du « lazy T » [19]). La résection conjonctivale peut être remplacée par des cautérisations muqueuses (ponctuées ou « raies de feu ») sous le point lacrymal et suffisamment profondes pour provoquer une cicatrisation rétractile verticale [20].

En cas de latéralisation forte du point lacrymal, de nombreux procédés agissant en dedans du point lacrymal et intéressant le tendon palpébral médial ou le muscle de

Duverney-Horner ont été décrits. Ils sont de réalisation extrêmement délicate et exposent à la récurrence.

Le syndrome des paupières flasques (floppy eyelid syndrome de Culbertson et Ostler [21]) s'observe volontiers chez l'homme obèse et insuffisant respiratoire (avec syndrome d'apnées obstructives du sommeil ou S.A.O.S.). Cette affection, dont le mécanisme est mal élucidé, touche essentiellement les paupières supérieures qui s'éversent volontiers. Les paupières inférieures, également flasques mais moins nettement se glissent lors du sommeil sous les paupières supérieures distendues, aggravant la symptomatologie oculo-palpébrale. Il existe généralement une conjonctivite chronique de type papillaire.

Le traitement se résume généralement à une résection pentagonale de la paupière supérieure dans sa partie temporale, ou des quatre paupières.

Conclusion

Le diastasis oculo-palpébral qui caractérise l'ectropion peut intéresser la paupière en partie (segment temporal ou nasal) ou en totalité. Les techniques de remise en tension ou de réduction tissulaire sont les traitements les mieux adaptés. Seul l'ectropion nasal continue à poser problème.

Références

1. Sanke RF. Relationship of senile ptosis to age. *Ann Ophthalmol* 1984 ; 16 : 928-931.
2. Jones LT, Quickert MH, Wobig JL. The cure of ptosis by aponeurotic repair. *Arch Ophthalmol* 1975 ; 93 : 629-634.
3. Paris GL, Quickert MH. Desinsertion of the aponeurosis of the levator palpebrae superioris muscle after cataract extraction. *Am J Ophthalmol* 1976 ; 81 : 337-340.
4. Dortzbach RK, Sutula FC. Involutional blepharoptosis. *Arch Ophthalmol* 1980 ; 98 : 2045-2049.
5. Shore JW, McCord CD. Anatomic changes in involutional blepharoptosis. *Am J Ophthalmol* 1984 ; 98 : 21-27.
6. Collin JRO. Involutional ptosis. *Austr New Zeal J Ophthalmol* 1986 ; 14 : 109-112.
7. Jones LT, Wobig JL. *Surgery of the eyelids and lacrymal system*. Birmingham : Aesculapius ; 1976.
8. Gola R. *Ptosis*. Paris : Masson ; 1995.
9. Jones LT, Reeh MJ, Wobig JL. Senile entropion. A new concept for correction. *Am J Ophthalmol* 1972 ; 74 : 327-329.
10. Gola R, Waller PY, Chossegros C, Semeria E. Paupière sénile. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1991 ; 92 : 247-258.
11. Wheeler JM. Spastic-entropion correction by orbicularis transplantation. *Am J Ophthalmol* 1939 ; 22 : 477-483.
12. Stricker M, Gola R. *Chirurgie Plastique et Réparatrice des paupières et de leurs annexes*. Paris : Masson ; 1990.
13. Anderson RL, Gordy DD. The tarsal strip procedure. *Arch Ophthalmol* 1979 ; 97 : 2192-2196.
14. Bick MW. Surgical management of orbital tarsal disparity. *Arch Ophthalmol*. 1966 ; 75 : 386-389.
15. Kuhnt H. Über plastische Operationen am Augeapfel an den Lidern und der Orbita. *Z Augenheilk* 1916 ; 36 : 1-22.
16. Szymanowski J. *Handbuch der operativen Chirurgie*. Berlin : Braunschweig ; 1870.
17. Putterman AM. Ectropion of the lower eyelid secondary to Müller's muscle capsulo-palpebral fascia detachment. *Am J Ophthalmol* 1978 ; 85 : 814-817.

18. Wesley RE. Tarsal ectropion from detachment of the lower eyelid retractors. Am J Ophthalmol 1982 ; 93 : 491-495.
19. Smith B. The « lazy T » correction of ectropion of the lower punctum. Arch Ophthalmol 1976 ; 94 : 1149-1150.
20. Ziegler SL. Galvanocautery puncture in ectropion and entropion. JAMA 1909 ; 53 : 183-186.
21. Culbertson WW, Ostler HB. The floppy eyelid syndrome. Am J Ophthalmol 1981 ; 92 : 568-575.

Discussion

Intervention de M Guivarc'h

Je suggère que le titre de l'excellent exposé de R Gola soit « Procédés chirurgicaux dans la cure de la paupière involutive » en l'absence de statistique détaillant le nombre, la variété des cas, les indications et les complications éventuelles.

Réponse de R Gola

Je suis tout à fait d'accord avec la proposition d'intitulé de M. Guivarc'h : « Procédés chirurgicaux dans la cure de la paupière involutive » à la place de « Traitement chirurgical de la paupière involutive ».

Intervention de V Mitz

Il existe actuellement une dérive de la part de certains médecins non spécialistes en chirurgie plastique reconstructrice et esthétique vers l'utilisation de techniques chirurgicales dont ils n'ont pas vocation à les pratiquer. L'Académie nationale de chirurgie s'est prononcée contre ces dérives en 2003, qu'il s'agisse de liposuccions ou de blépharoplasties.

Réponse de R Gola

Cette réponse est commune avec la réponse à la dernière question de Y Chapuis.

Intervention de J Hureau

La cécité est une complication particulièrement exceptionnelle mais d'une extrême gravité de cette chirurgie. Pouvez-vous nous en dire quelques mots ?

Réponse de R Gola

La cécité, extrêmement rare (0,04%), peut résulter d'un hématome rétrobulbaire, ou survenir en l'absence de tout phénomène compressif. Cette cécité non régressive est due à une occlusion de l'artère centrale de la rétine, ou une ischémie de la tête du nerf optique. Le facteur causal serait un spasme réflexe des vaisseaux, secondaire à l'infiltration ou à un tiraillement excessif des pelotons graisseux.

Cet accident apparaît brutalement, immédiatement après l'intervention ou dans un délai de quelques heures. La vision est nulle ou réduite à la simple perception lumineuse, la pupille est en mydriase avec abolition du réflexe photomoteur et conservation du réflexe consensuel. Le fond d'œil est bien souvent normal, plus rarement, il témoigne d'une occlusion de l'artère centrale de la rétine avec ischémie rétinienne, vaisseaux grêles et exsangues, tâche rouge cerise de la macula.

En cas de spasme vasculaire constitué, le traitement immédiat vise à provoquer une hypotonie brutale du globe oculaire par perfusions de diurétiques et de vasodilatateurs. L'évolution est le plus souvent péjorative et irréversible. Le fond d'œil confirme l'atrophie du nerf optique quelques mois après.

Le traitement est avant tout préventif, par la recherche d'un facteur prédisposant (névrite optique rétrobulbaire, maladie oculaire ou vasculaire). L'anesthésie locale doit éviter d'être trans-septale et de pénétrer dans l'orbite. La chirurgie doit être la plus atraumatique possible, exsangue et sans tiraillement, en utilisant une coagulation bipolaire. La surveillance de la vision est essentielle en postopératoire. Les monophthalmes doivent être récusés ou bien la chirurgie doit se limiter à des gestes exclusivement cutanés.

Intervention de Y Chapuis

J'ai quatre questions à poser, la 4^{ème} liée à l'actualité :

1. Quelle part occupe l'anesthésie locale dans cette chirurgie ?
2. Utilisez-vous une optique de grossissement pour réaliser ces gestes qui paraissent d'une grande finesse ?
3. En termes de symétrie, pour des corrections pratiquement toujours bilatérales, avez-vous des résultats constants, sinon avec quelle fréquence une correction secondaire est-elle nécessaire ?
4. La presse s'est faite récemment l'écho des abus de la chirurgie esthétique par des praticiens non qualifiés. A la demande du Conseil National de l'Ordre des Médecins, l'Académie nationale de chirurgie, avec la collaboration de ses membres spécialistes, s'était d'ailleurs penchée sur cette question en 2003. Ce type d'intervention est-il à votre avis accessible à des chirurgiens non qualifiés en chirurgie plastique ? Avez-vous une idée des dérives observées dans ce domaine ?

Réponse de R Gola

1. Cette chirurgie se fait généralement sous anesthésie locale simple ou potentialisée. L'anesthésie locale pure est réservée aux gestes palpébraux simples et en matière esthétique aux gestes uniquement cutanés.
L'anesthésie locale potentialisée est utilisée généralement lorsqu'il faut faire un geste sur la graisse orbitaire (protrusion graisseuse) ou lorsqu'il existe des anomalies de la statique (entropion, ectropion) ou de la dynamique (ptosis) palpébrale.
L'anesthésie générale est utilisée quand la blépharoplastie est associée à d'autres gestes sur la face (rhinoplastie, lifting...).
2. L'optique grossissante peut être intéressante, mais n'est pas toujours indispensable.
3. On s'efforce d'obtenir des résultats les plus symétriques possibles. En esthétique pure, les asymétries sont rares. Elles s'observent essentiellement dans les cures de ptosis parce que la course de la paupière est plus difficile à évaluer et à régler. Les reprises s'effectuent sous anesthésie locale de manière à mieux contrôler l'efficacité du geste opératoire.
4. Réponse réalisée conjointement avec le professeur Henri ZATTARA, Président de l'Ordre Départemental des Médecins des Bouches du Rhône, Conseiller National, Membre de la section-formation médicale et qualification du Conseil National de l'Ordre des Médecins.
La chirurgie esthétique comprend un ensemble de techniques pratiquées au sein d'une discipline plus vaste intitulée « *chirurgie plastique reconstructrice et esthétique* ».
Cette spécialité est aujourd'hui attribuée, dans le cadre du nouveau régime des études médicales, à des médecins anciens internes des facultés de médecine, titulaires du Diplôme d'Etudes Spéciales de chirurgie générale et du Diplôme d'Etudes Spéciales Complémentaires de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique.
Pour les médecins issus de l'ancien régime, *la compétence* ou *la spécialité* est attribuée par les commissions de qualification de première instance ou d'appel en chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, ou par le Conseil National de l'Ordre réuni en session.
La qualification officielle est une garantie ; il faut toutefois préciser que les Ophthalmologistes, les Oto-Rhino-Laryngologistes, les Chirurgiens Maxillo-Faciaux sont de par la qualité de leur formation parfaitement habilités au plan légal à effectuer dans leur territoire anatomique tous les actes de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique.
En l'état actuel des textes réglementaires, l'omnivalence du titre de docteur en médecine n'impose aucune limite au champ d'action d'un médecin généraliste.
Il faut toutefois rappeler l'esprit de l'article 70 du code de déontologie : « *Tout médecin est en principe habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose* ».
En cas de doute le médecin doit savoir qu'il aura à se justifier s'il y a litige ou contestation.

Fig. 01 – Muscle orbiculaire et tendons palpébraux. a) Muscle orbicularis oculi : pars palpebralis et pars orbitalis (vue de face); b) Tendons palpébraux médial et latéral : Tarse (1), Tendon palpébral médial (2), Tendon palpébral latéral (3), Sac lacrymal (4) (Coupe horizontale).

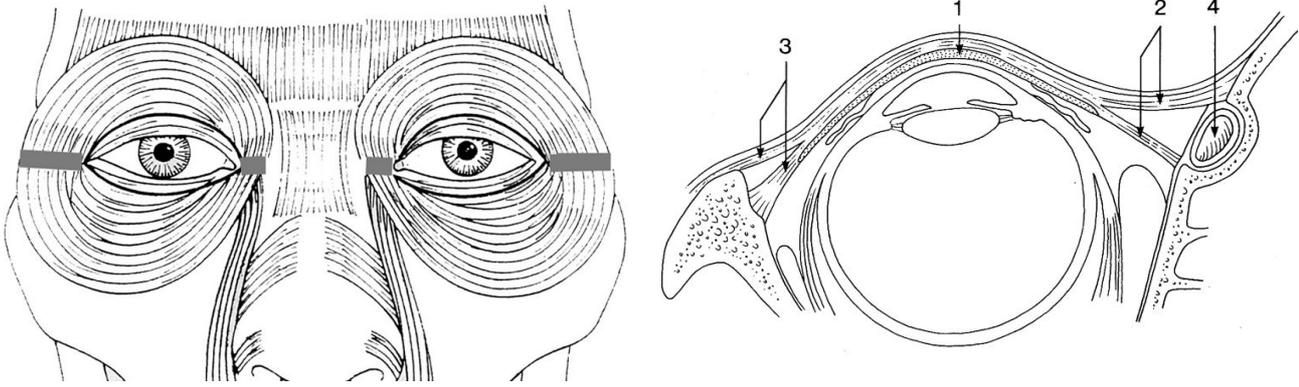


Fig. 02 - Physiologie des paupières. a) Ouverture palpébrale ; b) Occlusion palpébrale normale.



Fig. 03 - Physiologie des paupières. a) Occlusion palpébrale normale ; b) Occlusion palpébrale forcée : la partie préseptale du muscle orbiculaire recouvre la partie préarséale (coupes sagittales de l'orbite).

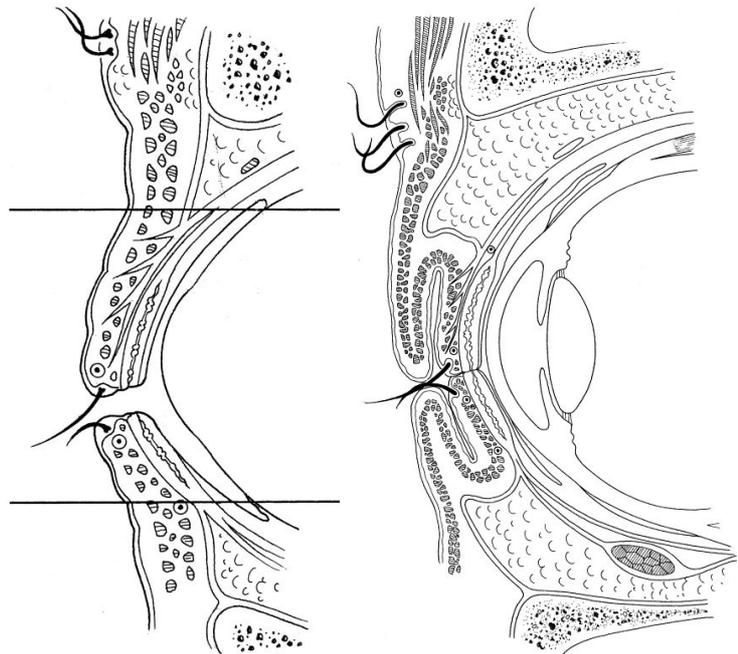
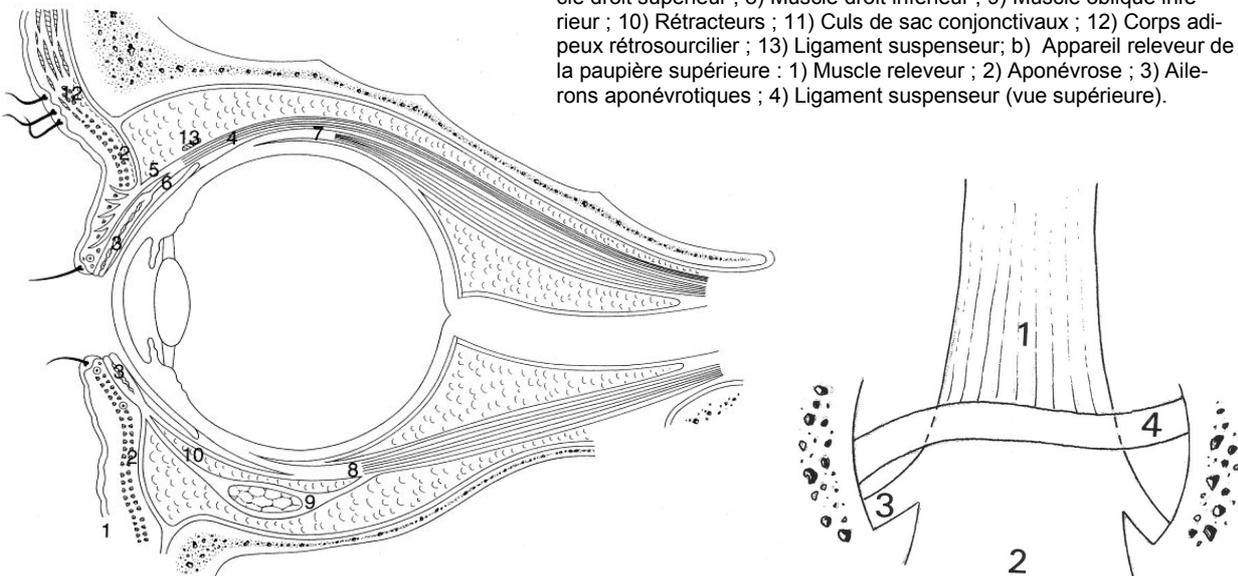


Fig. 04 - Appareil releveur de la paupière supérieure. a) Coupe sagittale de l'orbite : 1) Muscle orbiculaire ; 2) Septum ; 3) Tarse ; 4) Muscle releveur ; 5) Aponévrose du muscle releveur ; 6) Muscle de Müller ; 7) Muscle droit supérieur ; 8) Muscle droit inférieur ; 9) Muscle oblique inférieur ; 10) Rétracteurs ; 11) Culs de sac conjonctivaux ; 12) Corps adipeux rétroscillaire ; 13) Ligament suspenseur ; b) Appareil releveur de la paupière supérieure : 1) Muscle releveur ; 2) Aponévrose ; 3) Ailerons aponévrotiques ; 4) Ligament suspenseur (vue supérieure).



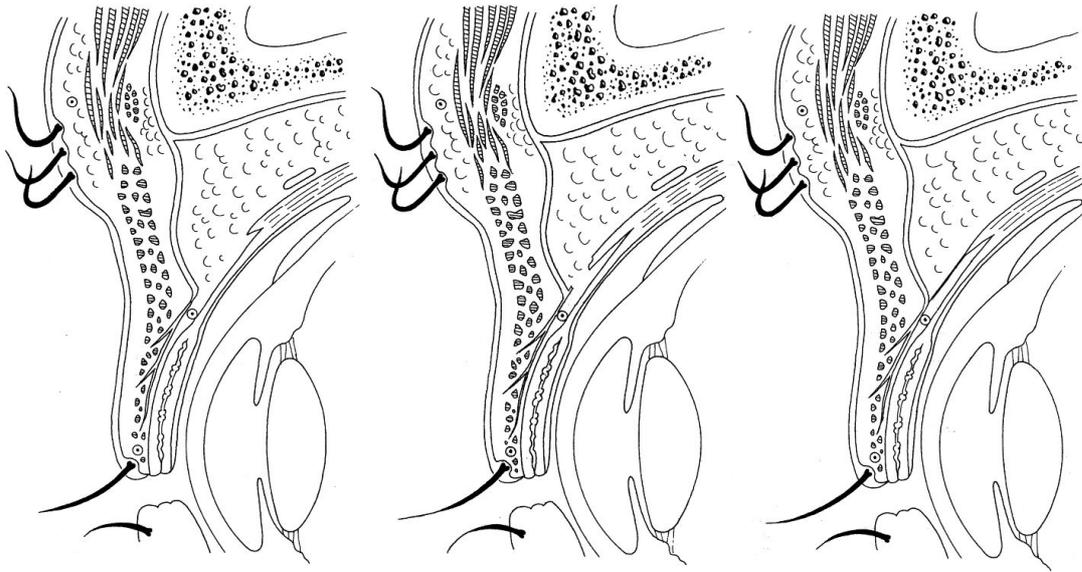


Fig. 05 - Ptosis involutif. Etiopathogénie. a) Désinsertion de l'aponévrose du muscle releveur de la paupière supérieure; b) Déhiscence de l'aponévrose ; c) Elongation de l'aponévrose.

Fig. 06 - Ptosis involutif. a) Désinsertion ou déhiscence de l'aponévrose du muscle releveur. b) Traitement par réinsertion ou suture de l'aponévrose.

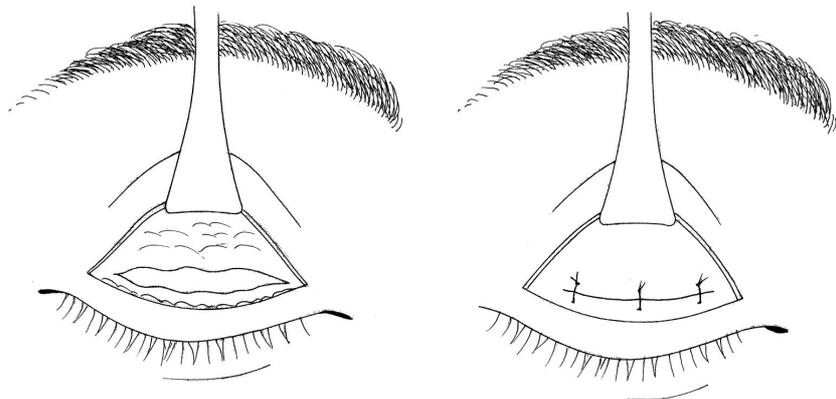
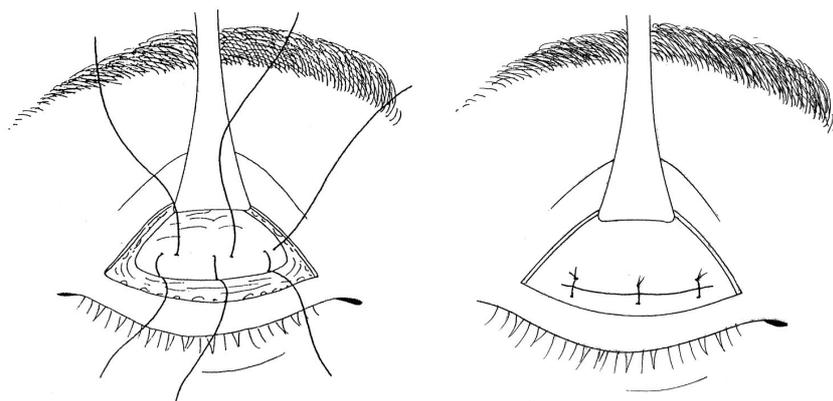


Fig. 07 - Ptosis involutif. a) Elongation de l'aponévrose du muscle releveur ; b) Traitement par plicature de l'aponévrose.



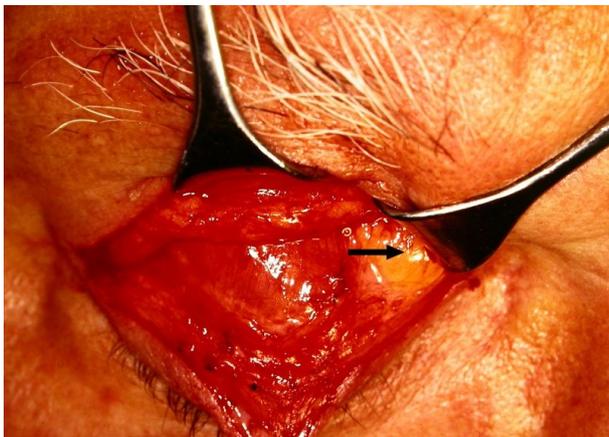
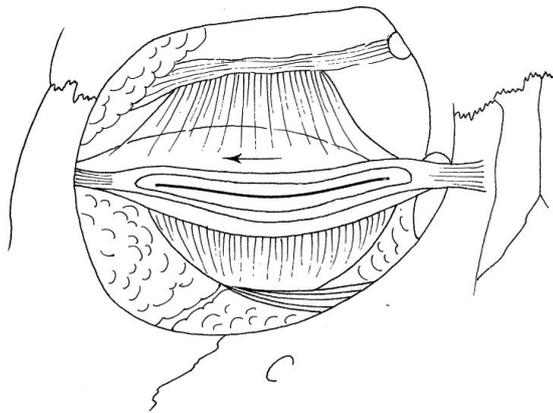
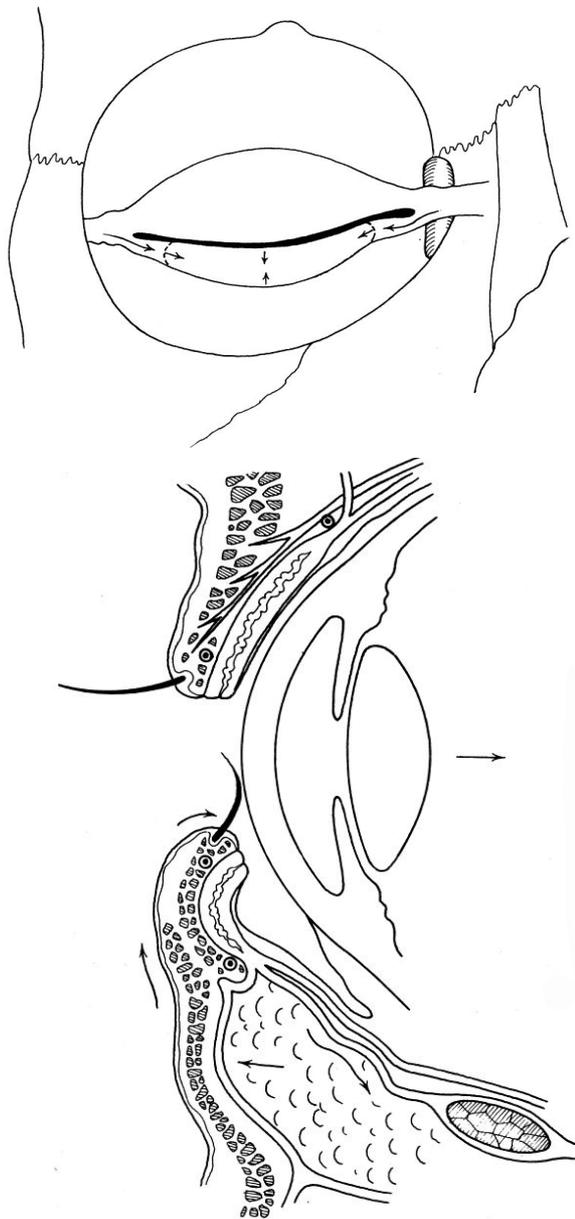


Fig. 08 - Ptosis involutif unilatéral droit avec affaiblissement de l'aïeron aponévrotique médial et latéralisation de la paupière. a) Latéralisation de la paupière supérieure ; b) Aspect préopératoire ; c) Aspect postopératoire, d) Vue opératoire. La flèche indique la déhiscence aponévrotique qui doit être corrigée.

Fig. 09 - Entropion involutif. Etiopathogénie : a) Relâchement des tendons palpébraux, en particulier du tendon latéral (vue de face) ; b) Relâchement du septum et des rétracteurs avec dyskinésie du muscle orbiculaire : la pars orbitalis, non adhérente au septum, recouvre la pars palpebralis du muscle orbiculaire adhérente au tarse (vue en coupe).



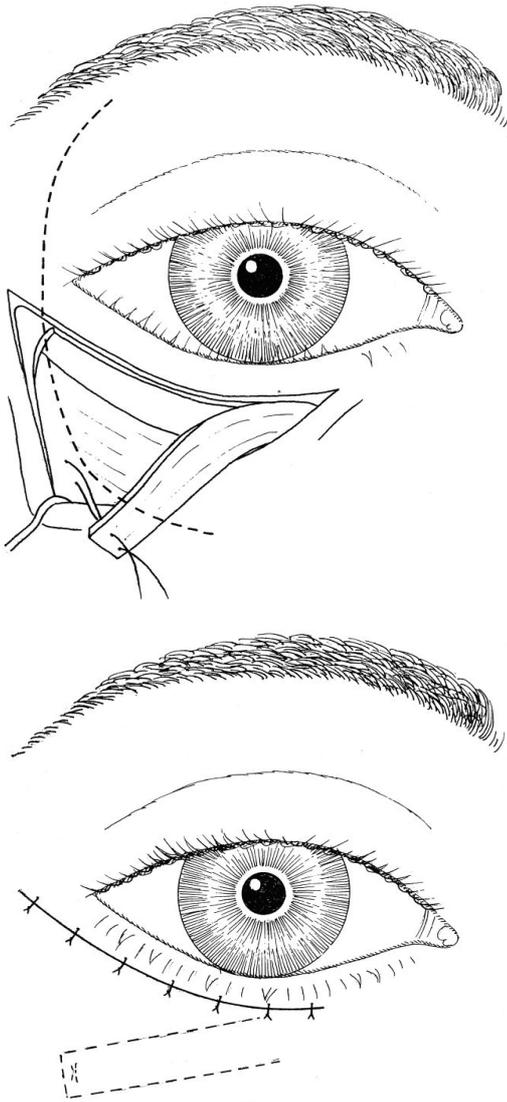


Fig. 10 - Entropion involutif. Traitement selon le procédé de Wheeler. a) Dissection du lambeau musculaire pré tarsal ; b) Amarrage du lambeau au rebord orbitaire latéral ; c) Aspect préopératoire, kératopathie ; d) Dissection du lambeau musculaire pré tarsal ; e) Amarrage du lambeau au rebord orbitaire latéral ; f) Aspect postopératoire.

Fig. 11 - Entropion involutif. Traitement selon le procédé de Wheeler associé à une remise en tension palpébrale. a) Taille du lambeau musculaire préarsal; b) Suture musculo-périostée; c) Résection pentagonale tarso-conjonctivale; d) Suture du bord libre palpébral; e et f) Cas clinique : Aspects pré et postopératoires.

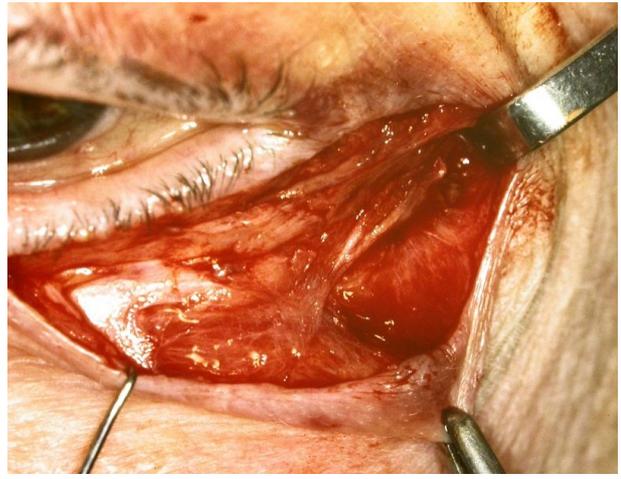


Fig. 12 - Ectropion involutif. Etiopathogénie. a) Relâchement des tendons palpébraux, en particulier du tendon latéral (vue de face) ; b) Relâchement du septum et des rétracteurs (ici désinsérés) et hypotonie du muscle orbiculaire.

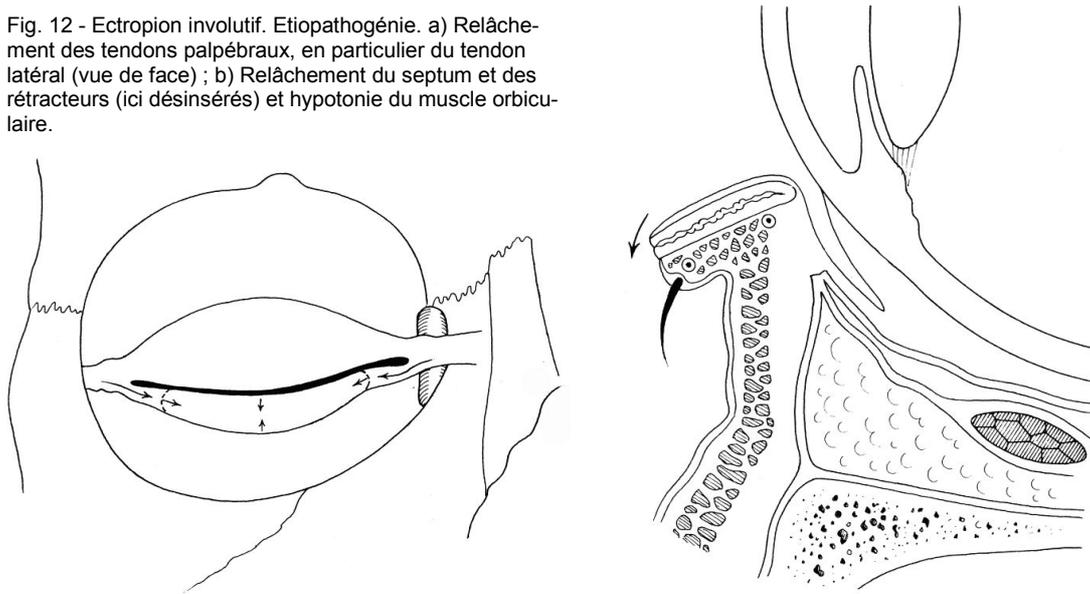


Fig. 13 - Ectropion involutif. Traitement. Procédé de la languette tarsale (tarsal strip). Fixation du tarse au périoste de la face interne de l'apophyse orbitaire latérale.

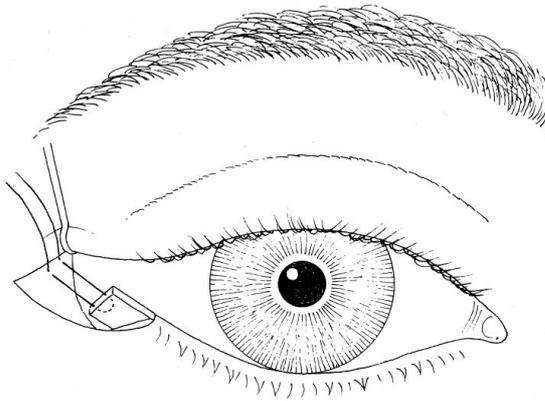


Fig. 14 - Ectropion involutif simple. Traitement. Procédé de Khunt- Szymanowski modifié. a) Aspect schématique : Résection tarso-conjonctivale et résection cutanéomusculaire ; b et c) Cas clinique : ptosis involutif et ectropion inférieur droit. Traitement : plicature de l'aponévrose du muscle releveur de la paupière supérieure et procédé de Khunt-Szymanowski modifié à la paupière inférieure.

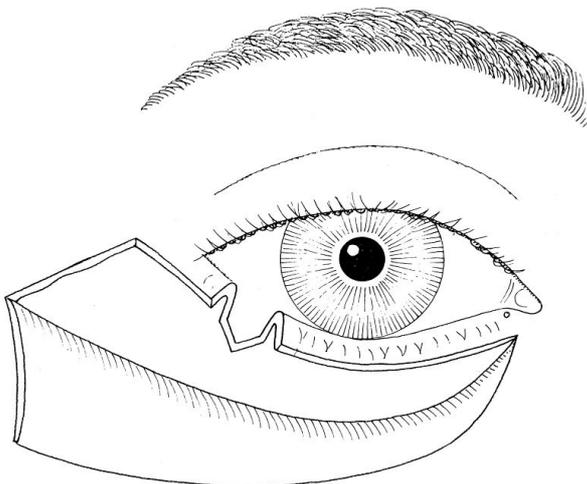


Fig. 15 - Ectropion involutif avec désinsertion des rétracteurs. Traitement. Réamarrage des rétracteurs. a et b) Résection muqueuse (vues de face et en coupe) ; c et d) Cas clinique : Aspects pré et postopératoires.

