

« ... *De l'air dans la femme*
Les airs charmants et qui font la beauté sont :
l'air blasé, l'air de domination,
l'air ennuyé, l'air de volonté,
l'air évaporé, l'air méchant,
l'air impudent, l'air malade,
l'air froid, l'air chat, enfantillage,
l'air de regarder en dedans, nonchalance et malice mêlés. » ...

Extrait des Œuvres Complètes de Charles Baudelaire,
V dernières années 1864-1867
Mon cœur est mis à nu – Auto-Idolâtrie.

Les blépharoplasties : technique personnelle, variantes et situations particulières

Vc

DARINA KRASTINOVA, MICHEL JASINSKI,
JEAN-CHARLES ODIN

Les blépharoplasties constituent la demande la plus fréquente de nos consultations esthétiques. Leur réalisation réputée facile est parfois source de complications graves et nécessite une étude approfondie des bases anatomiques et des techniques.

Tout comme le visage, chaque regard est unique et on ne saurait réduire à une étude rationnelle le mystère d'un regard. Mais bien qu'il soit le siège privilégié des émotions et des sentiments les plus intenses, le regard obéit à des caractéristiques morphologiques précises accessibles chirurgicalement. Le chirurgien ne doit donc pas s'abriter derrière une technique unique et perpétuellement reproduite mais moduler indication et geste chirurgical en fonction de chaque cas particulier sous peine de déceptions voire de complications.

Primum non nocere

L'absence de séquelles de la blépharoplastie est impérative. La technique chirurgicale doit être standardisée. L'indication, bien posée, doit permettre d'éviter des modifications non désirées du regard. Les situations oculaires à risques doivent être dépistées par la réalisation d'un bilan oculaire et orthoptique préopératoire.

Rafraîchir le regard

La modification des formes palpébrales, par le creusement des sillons ou la saillie des loges graisseuses alourdit le regard. La blépharoplastie en réduisant peau, graisse et muscle en excès apporte une réponse spectaculaire à ces demandes.

Modifier le regard

Cette demande fréquente doit être examinée avec circonspection. Les cas d'œil globuleux, d'œil de cocker, de petit œil, et d'œil creux, peuvent en bénéficier mais il faut préalablement s'assurer du caractère légitime de cette intervention, de la stabilité psychologique du patient et savoir dépister une éventuelle dysmorphophobie.

La blépharoplastie seule est le plus souvent insuffisante, voire délétère.

Seule l'association d'un mask-lift à la blépharoplastie permet dans ces cas d'atteindre le but recherché.

A

Notre technique de blépharoplastie supérieure standard (modèle œil de star)

Incision (Planche I : Fig. 1a, 1b)

L'incision de la paupière supérieure doit être en forme de « S » afin d'épouser au mieux l'arrondi de la paupière. Toute incision ronde, referme, raccourcit, rapetisse la paupière et donc l'œil. L'incision droite barre la paupière et est souvent trop visible.

Le positionnement du nouveau pli palpébral est conditionné par la forme de l'œil

- un pli situé trop haut, déshabite et vieillit la paupière ;
- un pli situé trop bas remplit la paupière et la rend lourde. Dans le petit œil, la paupière supérieure étant courte, le pli palpébral est placé à 6 mm du bord libre.

Excision cutanée (Planche I : Fig. 2a, 2b)

Il est important de savoir que la hauteur de la paupière supérieure normale est de 3 cm environ, mais elle peut dépasser 4 cm dans l'œil globuleux ou creux. Il est préférable de raisonner en terme de peau préservée qu'en terme de peau réséquée.

Il est important de respecter une hauteur palpébrale minimale de l'ordre de 2,5 cm. La hauteur de l'excision dépendra également des interventions associées.

Excision musculaire (Planche I : Fig. 2c, 2d)

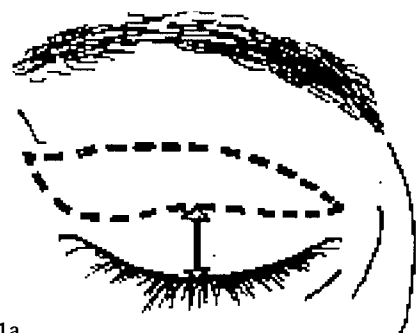
L'excision cutané-musculaire est réalisée en un temps dans l'œil de star. Une résection musculaire plus importante peut être réalisée dans l'angle interne afin de le creuser (Planche I : Fig. 3a, 3b) lorsqu'il est comblé par un épaissement diffus des parties molles sans poche graisseuse volumineuse.

Ouverture du septum

Elle doit être limitée à sa partie interne dans l'œil de star. Dans l'œil globuleux ou creux, elle doit être totale.

Résection graisseuse (Fig. 4a, 4b, 4c, 4d)

Nous réalisons la plupart du temps la résection de la poche graisseuse interne de manière isolée. Dans les cas de surcharge graisseuse diffuse, nous allégeons parfois la graisse de l'organe en rouleaux.

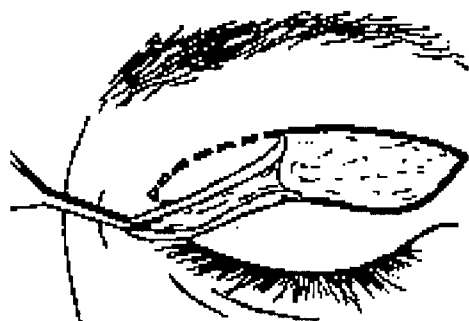


1a



Fig. 1a - Tracé de l'ir-sion cutanée

Fig. 1b - Tracé de l'ir-sion cutanée

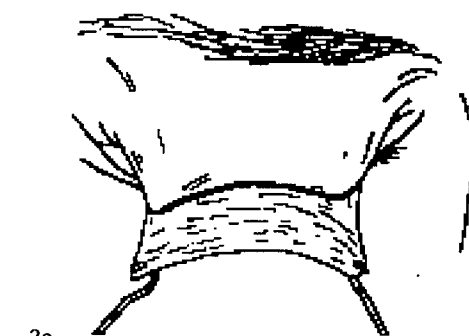


2a



Fig. 2a - Excision cu-née pure

Fig. 2b -Excision cu-néo-musculaire



2c

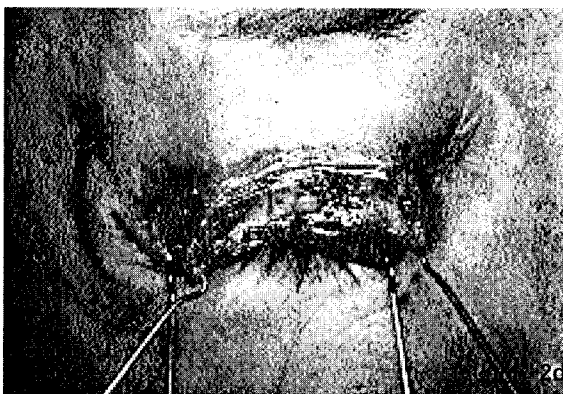
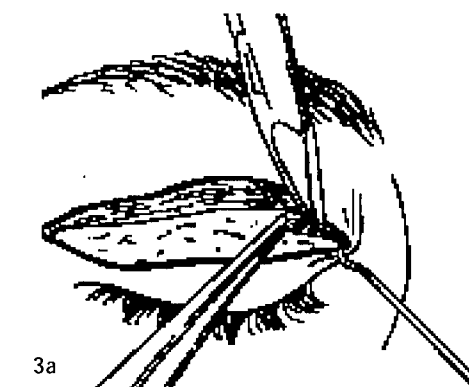


Fig. 2c - Lambeau muscle orbiculaire

Fig. 2d - Lambeau muscle orbiculaire



3a

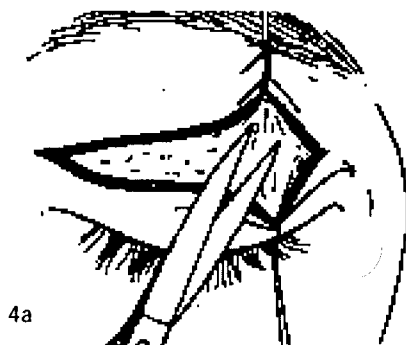


Fig. 3a - Exérèse muscle orbiculaire interne

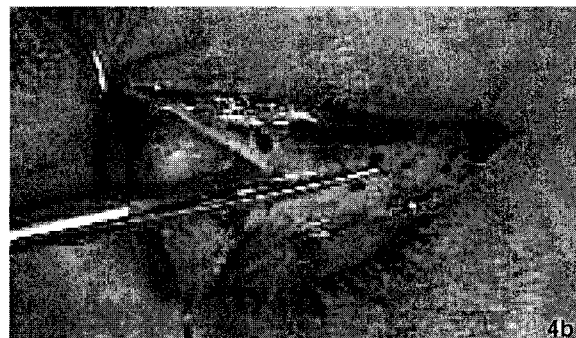
Fig. 3b - Exérèse muscle orbiculaire interne

Fig. 4a - Ouverture du septum

Fig. 4b - Ouverture du septum



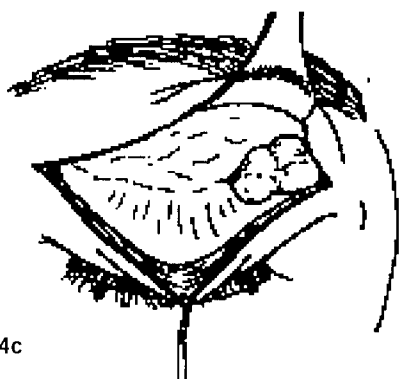
4a



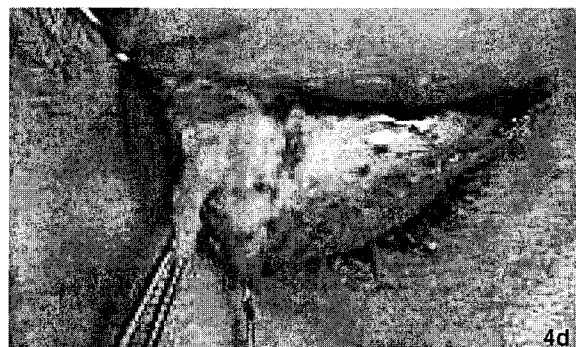
4b

Fig. 4c - Issue de la graisse de la loge interne

Fig. 4d - Ablation de la graisse interne



4c



4d

B

Notre technique de blépharoplastie inférieure standard (modèle œil de star)

(Planche II - Fig. 5a, 5b, 6, 7, 8a, 8b)

L'abord du septum et des loges graisseuses de la paupière inférieure peut se faire par voie trans-conjonctivale chez les sujets jeunes. L'excès cutané ou cutanéomusculaire impose la voie sous-ciliaire.

L'incision sous-ciliaire est purement cutanée. La dissection initiale se fait dans le plan sous-cutané sur une hauteur de 4 à 5 mm sur toute la longueur palpébrale, dans le but de préserver l'orbiculaire marginal et pré-tarsal, afin de sauvegarder la tonicité du bord libre palpébral. Puis les fibres du muscle orbiculaire sont discisées et la dissection se poursuit en sous-musculaire 8 à 10 mm en deçà du rebord orbitaire inférieur.

Une fois que le lambeau cutanéomusculaire est soulevé au-delà du rebord orbitaire inférieur, on aborde le septum qui est incisé au bistouri électrique sur sa face antérieure en regard du rebord orbitaire inférieur. On constitue ainsi un lambeau septo-graisseux.

Les adhérences musculaires du rebord orbitaire inférieur sont à leur tour incisées au bistouri électrique et réclinées par un écarteur de Farabœuf.

Le lambeau septo-graisseux (Fig. 9) est étalé en avant du rebord orbitaire inférieur et fixé par 3 ou 4 fils résorbables au périoste (Fig. 10). C'est une manière élégante d'éviter la déshabitation de cette région avec l'âge.

Dans les cernes internes, on peut être amené à étaler plus de graisse dans cette région pour la combler. Nous réservons les résections graisseuses aux exophtalmies, à l'œil globeux et aux très importantes poches graisseuses.

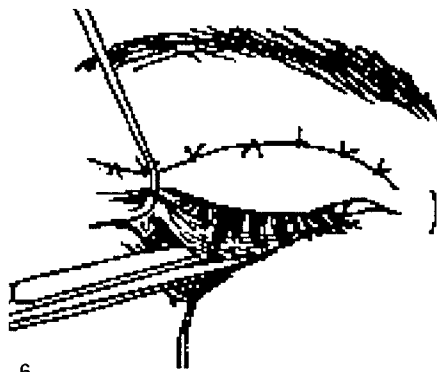


5a



5b

Figure 5a - Incision sous-ciliaire
Fig. 5b - Discision sous-cutanée



6

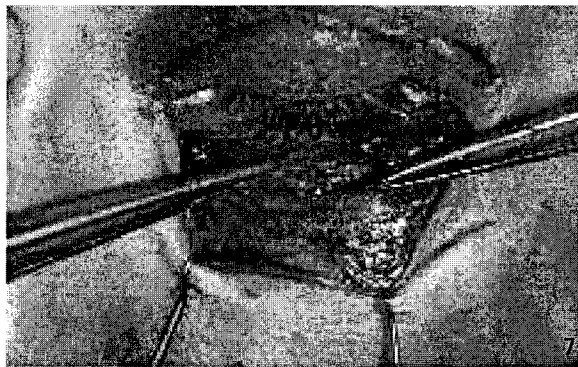
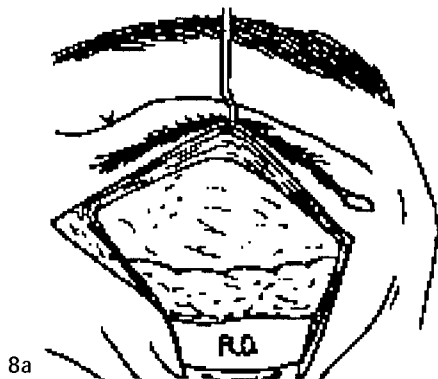
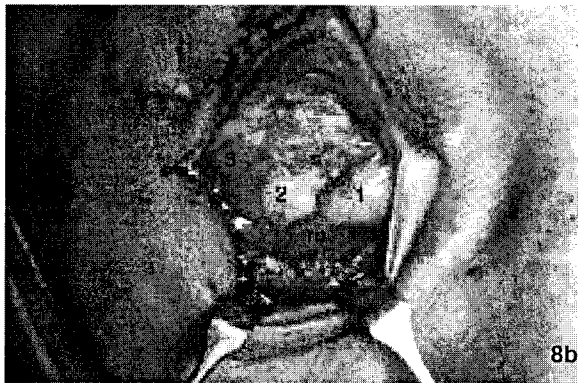


Figure 6 - Section du muscle orbiculaire avec préservation de l'orbiculaire pré-tarsal

Figure 7 - En haut, muscle orbiculaire pré-tarsal préservé.
En bas, le lambeau cutané récliné



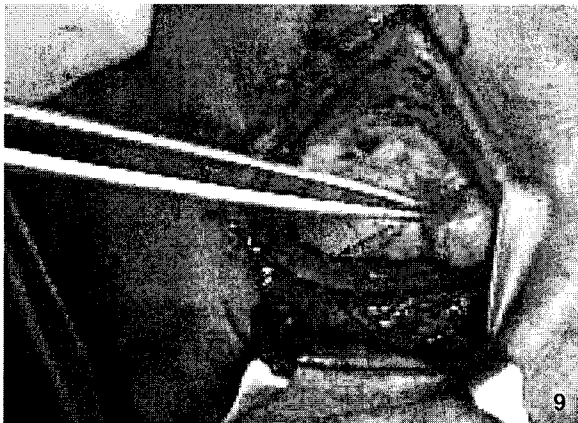
8a



8b

Figure 8a - Lambeau cutané-orbiculaire récliné. On voit le septum, la graisse et le rebord orbitaire inférieur

Figure 8b
1 - loge graisseuse interne
2 - loge graisseuse médiane
3 - loge graisseuse latérale
ro - rebord orbitaire
s - septum



9

Figure 9 - Tracés de la section :
- en haut le septum et en bas le rebord orbitaire inférieur

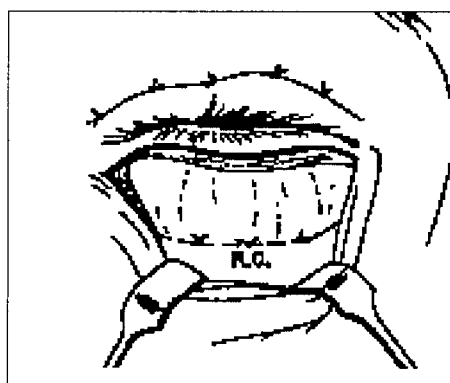
En fin d'intervention, on étale le lambeau cutané-musculaire : l'excision cutanée est deux à trois fois moins importante que celle du muscle, surtout dans les paupières distendues de l'œil globuleux. La suture se fait à points séparés au Prolène 6/0 (Fig. 11).

Comme dans toute chirurgie le pansement fait partie intégrante de l'acte chirurgical.

Une suspension de la paupière inférieure au front (Fig. 12), pendant quelques heures, permet de replacer les tissus en bonne place et d'éviter hématome et ectropion.

Un pansement compressif maintenu pendant quelques heures améliore les suites opératoires immédiates et le résultat final (Fig. 12).

Figures 10a et 10b - Le lambeau septo-graisseux suturé par dessus le rebord orbitaire inférieur (variante de la technique Hamra)

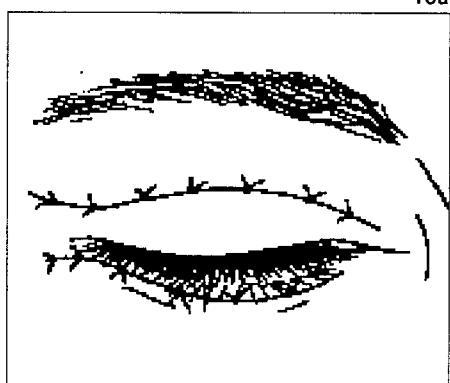


10a



10b

Figure 11 - Suture des paupières
Noter la forme en S allongée



11

Figure 12 - Suspension des paupières inférieures au front



12

C

Blépharoplastie et œil globuleux

C'est un type d'œil rendu extrêmement fragile par sa mauvaise protection cornéenne et par le remaniement de sa paupière supérieure. Le muscle orbiculaire souvent épais chez les sujets jeunes s'affaiblit et se distend avec l'âge sous la pression graisseuse. Les éléments participant à la constitution de l'œil globuleux peuvent être la graisse, le muscle orbiculaire hypertrophié et la ptose ou l'hypertrophie de la glande lacrymale.

Chez le sujet jeune, un allègement musculaire par excision est parfois indiqué. Il est plus important dans l'angle interne de la paupière supérieure.

Chez le sujet âgé, la résection musculaire orbiculaire doit être prudente et moins importante que la résection cutanée afin de ne pas affaiblir davantage ce muscle distendu ni diminuer l'épaisseur de la paupière supérieure. Le pli palpébral doit être placé à 8-10. mm du bord libre.

Dans les paupières à peau épaisse, la résection des poches graisseuses inférieures doit être particulièrement importante et concerne la graisse intra-conique et extra-conique. Elle est réalisée dans ce cas selon la technique d'Olivari et peut aller jusqu'à 5 ml dans notre expérience (Fig. 13a, 13b et 13c).

Fig.13a, 13b, 13c - Extraction graisseuse intra et extra-conique type Olivari.



13a

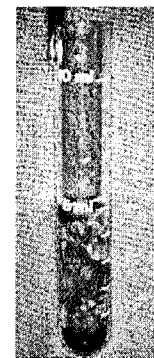


13b

Dans les paupières à peau fine, la préservation musculaire et graisseuse est impérative. Le muscle orbiculaire est donc réséqué à minima voire simplement plicaturé. Le traitement des poches graisseuses inférieures est fait selon la technique d'Hamra modifiée.

Au niveau de la paupière supérieure, la préservation du pédicule vasculo-nerveux supra-orbitaire et de la glande lacrymale est impérative et rendue difficile par l'importance de la résection graisseuse. Le risque de section du muscle releveur est également majoré et justifie une dissection extrêmement prudente.

L'hypertrophie ou la ptose de la glande lacrymale participent parfois à la constitution de l'œil globuleux. Dans ces cas, une résection partielle de la glande et/ou son repositionnement avec fixation intra-orbitaire complètent utilement la blépharoplastie supérieure.



13c

Blépharoplastie et œil creux

L'œil creux est souvent très beau dans un visage jeune, évoquant un regard mystérieux (Greta Garbo ou Marlène Dietrich). Avec l'âge, le creux s'aggrave accompagnant le plus souvent un vieillissement par squelettisation. Il donne alors un aspect décharné au regard, très inesthétique et évocateur de vieillissement.

La blépharoplastie supérieure est dans ce cas très conservatrice de la graisse et du muscle, la résection cutanée étant le plus souvent isolée. Nous réalisons systématiquement une petite ouverture du septum en interne, pour vérifier la poche graisseuse qui serait étalée ou diminuée de volume.

Le muscle orbiculaire conservé est plicaturé dans la paupière supérieure de manière homogène, ou pédiculé et enfoui dans le creux interne. Dans ce dernier cas, l'ouverture du septum est plus importante et le muscle orbiculaire individualisé en lambeau est suturé sous le septum.

La paupière inférieure est traitée uniquement selon notre technique d'Hamra modifiée afin de combler un creux interne ou des cernes fréquemment associés.

Le lifting frontal élargi est souvent une bonne indication dans l'œil creux, permettant un meulage associé des rebords orbitaires supéro-externes. Le mask-lift permet un traitement global du visage avec dissection des pourtours orbitaires, meulage et canthopexie externe. Nous avons recours à ces deux techniques en particulier dans les cas de demande de blépharoplastie secondaire pour insuffisance de résultat dans l'œil creux.

D

E

Blépharoplastie et œil de cocker

La blépharoplastie supérieure dans l'œil de cocker est souvent décevante.

Dans les formes cutanées, la résection cutanée externe permet de corriger le dermatochalasis mais ne modifie pas la ptose de la queue du sourcil et la blépharoplastie présente alors souvent un résultat insuffisant.

L'incision palpébrale dans l'œil de cocker pose un véritable problème puisqu'elle suit l'obliquité exagérée de la fente palpébrale et renforce cet aspect. Si on cherche à élever cette incision, la cicatrice devient trop visible dans le bombement sous-sourcilier. La véritable solution est de relever le canthus externe soit par « mask-lift » dans la forme osseuse, soit par relèvement de la partie externe du sourcil par lifting frontal (classique ou endoscopique) ou chez les personnes âgées, par résection cutanée sus-sourcilière en lignes brisées. L'excision palpébrale cutanée ou cutanéomusculaire est de 8 à 15 mm.

Une résection cutanée palpébrale supérieure excessive entraîne un œil rond, une fente palpébrale raccourcie et un léger scléral-show.

Un lifting frontal élargi est l'indication de choix dans ce cas, permettant le relèvement du masque facial supérieur et du sourcil. Il apporte une correction efficace avec effet rajeunissant sans changement de la physionomie du visage.

Dans les formes osseuses, la blépharoplastie supérieure est contre indiquée car le résultat est constamment médiocre et l'aspect d'œil de cocker est le plus souvent aggravé.

L'indication de choix est alors le mask-lift avec meulage du rebord orbitaire supéro-latéral et changement d'orientation de la fente palpébrale par canthopexie externe étirée.

C'est dans cette forme d'œil que le mask-lift à visée esthétique présente ses résultats les plus marquants.

F

Blépharoplastie et exophtalmie

La blépharoplastie est dans ce cas un geste complémentaire dans la prise en charge globale orbito-palpébrale de l'exophtalmie.

Nous utilisons la technique d'exérèse graisseuse d'Olivari dans les formes modérées, ou la décompression orbitaire par effondrement des parois interne, externe et du plancher dans les formes majeures.

Il existe un risque important de ptosis dans les formes sévères d'exophtalmies essentielles justifiant une résection cutanée de paupière supérieure. La résection musculaire orbiculaire est modérée et prudente car le muscle est souvent distendu et affaibli par la pression du globe. Un raccourcissement du muscle releveur de la paupière supérieure par plicature ou résection est souvent nécessaire.

Au contraire, dans la maladie de Basedow, la rétraction du muscle releveur de la paupière supérieure est fréquente, et participe à la lagophtalmie. Un rallongement du muscle releveur de paupière supérieure par interposition de fascia lata est dans ce cas la technique de choix.

Enfin les paupières des exophtalmies anciennes, restées trop longtemps distendues, nécessitent en plus une petite blépharorrhaphie externe asymétrique pour raccourcir et relever la paupière inférieure sans déformer la fente palpébrale. Elle consiste en une incision de tout l'angle externe dans la ligne grise, de 2 mm sur le bord libre supérieur et de 3 à 5 mm sur le bord libre inférieur puis suture en deux plans, conjonctif et cutané.

Blépharoplastie et vieillissement par rétraction scléreuse

G

Les paupières sont généralement épaisses et courtes lorsqu'il n'existe pas d'ectropion. La résection cutanée doit être proscrite dans la blépharoplastie inférieure sous peine d'ectropion postopératoire constant. Elle doit être prudente dans les blépharoplasties supérieures sous peine de lagophtalmie avec complications cornéennes postopératoires.

Par définition, le vieillissement par rétraction scléreuse n'entraîne pas de dermatochalasis. Les poches graisseuses sont rares et doivent être traitées de manière isolée lorsqu'elles existent.

Les blépharoplasties dans le vieillissement par rétraction scléreuse sont donc généralement des interventions à risques, voire contre-indiquées.

Blépharoplastie et ectropion

H

Dans les cas d'ectropion par chute des parties molles, le bord libre palpébral inférieur est distendu par la ptose cutanéograsseuse.

Nous réalisons son raccourcissement par procédé de Kühnt modifié (résection pentagonale dans le 1/3 externe du bord libre palpébral) (Fig. 14). Nous le complétons par une blépharoplastie inférieure type Hamra modifié qui renforce et harmonise la région palpébrale inférieure.

Dans les cas d'ectropion par rétraction scléreuse, un lambeau hétéro-palpébral cutanéomusculaire bipédiculé est souvent indiqué en complément du procédé de Kühnt modifié permettant de soutenir la paupière inférieure en hamac et de redonner une longueur cutanée palpébrale satisfaisante.

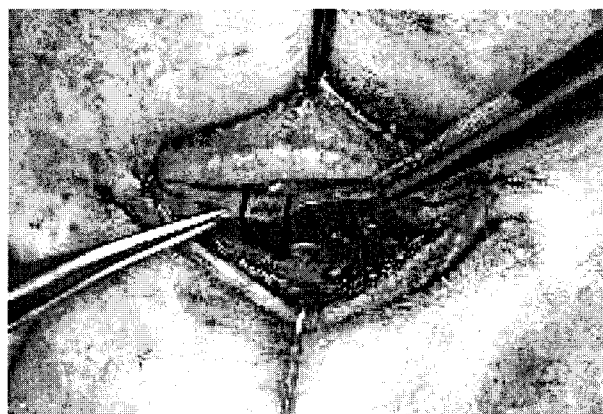


Figure 14 - Raccourcissement de la paupière inférieure par le procédé de Kühnt modifié.

Blépharoplastie et entropion

I

La paupière inférieure entropionnée présente un bord libre palpébral inférieur généralement normal ou court, et une contracture de l'orbiculaire souvent importante, responsable du passage de la paupière inférieure sous le globe.

Nous réalisons une éversion du bord libre sans raccourcissement, par résection tarso-musculaire en losange. Cette résection est classiquement réalisée dans le 1/3 externe du bord libre afin d'éviter toute blessure cornéenne par les fils.

Elle permet également d'éviter le déplacement du point lacrymal, source d'épiphora persistante.

Nous complétons cette résection par une résection en bande de l'orbiculaire pré-tarsal afin de l'affaiblir et de diminuer sa contracture.

Une blépharoplastie inférieure type Hamra est le plus souvent réalisée en complément.

J

Blépharoplastie et paupières orientales

Ces paupières se différencient par l'absence de pli palpébral, l'existence d'un épicanthus, l'orientation mongoloïde marquée du système palpébro-sourcilier et un faux ptosis.

Elles sont souvent courtes et épaisses, la peau étant de bonne qualité. L'excédent cutané est rare ou exceptionnel.

La demande esthétique peut être liée au vieillissement. Dans ce cas, la résection graisseuse est importante et complétée par une résection musculaire orbiculaire. La résection cutanée doit être prudente sur les paupières supérieures et impérativement évitée sur les paupières inférieures.

L'occidentalisation des paupières orientales constitue également une demande importante dans notre expérience.

L'incision de la paupière supérieure se fait alors au niveau du futur pli palpébral présumé. La paupière supérieure doit être affinée par désépaississement plan par plan cutané, musculaire et graisseux. La création d'un pli palpébral supérieur se fait par fixation du lambeau cutané inférieur au muscle releveur de la paupière supérieure. Plus cette fixation est haute et postérieure et plus on crée l'illusion d'une grande paupière occidentale. Un rallongement cutané peut être réalisé en complément par greffe de peau totale prélevée au niveau rétroauriculaire.

K

Blépharoplasties secondaires

Les blépharoplasties secondaires sont extrêmement délicates à gérer tant dans leurs indications que dans leur réalisation chirurgicale. Elles correspondent toujours à une forme d'échec de la première intervention qu'il soit objectif ou ressenti comme tel par le patient.

Il s'agit donc d'une situation complexe, soit par le terrain anatomo-morphologique, soit par le terrain psychologique du patient, soit par le seul fait de réaborder chirurgicalement une région délicate. Dans le meilleur des cas, la simple dissection itérative des plans palpébraux est source de fibrose cicatricielle avec troubles trophiques et le bénéfice de l'intervention doit être mûrement pesé.

Le risque est de persister dans l'erreur qui a déjà conduit à cette demande secondaire quelqu'en soit la cause. Il convient donc d'éliminer d'emblée les mauvaises indications, source d'échec à répétition... et de séquelles.

Les contre-indications des blépharoplasties secondaires

Les troubles de la personnalité doivent être systématiquement évoqués devant une insatisfaction injustifiée avec demande de chirurgie itérative. Il faut impérativement les éliminer avant d'aller plus loin.

Les indications de geste complémentaire

Le mauvais état cutané est parfois source de résultats insatisfaisants qui amènent le patient à consulter de nouveau. Il faut savoir contre-indiquer une blépharoplastie secondaire qui n'améliorera pas la situation et proposer un traitement du revêtement cutané (laser ou peeling).

Les échecs vrais

Ils consistent en l'absence de résultat voire en l'aggravation de l'état initial et résultent le plus souvent d'une mauvaise indication première.

La participation osseuse dans l'œil de cocker ou une exophtalmie importante sont des exemples de mauvaise indication chirurgicale initiale qui se répèteront à coup sûr lors de la reprise.

Il s'agit alors de redresser l'analyse anatomo-morphologique initiale et l'indication chirurgicale.

Un lifting frontal élargi ou un mask-lift sont parfois seuls à même de répondre à ces situations.

La réalisation d'une nouvelle blépharoplastie ne pourrait qu'entraîner un état cicatriciel des paupières concernées, un raccourcissement cutané source de lagophtalmie ou d'inocclusion, passant ainsi du stade d'échec au stade d'échec avec complications...

Les complications

Leur prise en charge est complexe et doit être refusée par le chirurgien qui n'en n'a pas une grande expérience sous peine de séquelles dramatiques et parfois irréversibles. (*cf. chapitre IVa - Complications des blépharoplasties*).

Les indications des blépharoplasties secondaires

L'insuffisance de résultat

Il s'agit le plus souvent d'une mauvaise évaluation préopératoire ou d'une mauvaise réalisation chirurgicale. Il peut s'agir d'une résection cutanée insuffisante (rare...), d'une résection graisseuse incomplète ou asymétrique, ou d'une participation musculaire sous-estimée.

La blépharoplastie secondaire est dans ce cas une bonne indication.

La récidive à distance

La récidive d'un dermatochalasis ou de poches graisseuses palpébrales peut survenir plusieurs années après une blépharoplastie satisfaisante. Une blépharoplastie secondaire peut là encore être une bonne indication à condition de tenir compte des particularités et des risques qui lui sont liés.

Risques et particularités techniques des blépharoplasties secondaires

La résection cutanée excessive est au premier plan des risques des blépharoplasties itératives.

Au niveau palpébral supérieur, la résection cutanée doit être prudente et l'important n'est pas ce qu'on enlève mais ce qu'on laisse : 25 mm au minimum du bord palpébral au rebord sourcilier.

Une résection excessive est source de lagophtalmie avec inocclusion et complications cornéennes potentielles imposant une greffe de paupière réparatrice.

La résection cutanée de paupière inférieure doit être proscrite dans la plupart des cas devant le risque majeur d'ectropion, d'œil rond, de scléral show.

L'insuffisance de résection graisseuse est fréquente. Au niveau palpébral supérieur,

l'angle interne est souvent insuffisamment marqué et peut bénéficier d'un complément d'exérèse voire d'une résection musculaire orbiculaire localisée.

Au niveau palpébral inférieur, nous ne réalisons qu'exceptionnellement une exérèse graisseuse type Olivari en seconde intention devant le risque d'atrophie graisseuse avec création d'un œil creux ou d'un petit œil énoptalme avec aspect de fente palpébrale raccourcie. Une diplopie transitoire n'est pas rare dans les cas d'exérèse graisseuse excessive. Notre technique de blépharoplastie inférieure par lambeau septo-graisseux type Hamra modifié y trouve une application idéale.

La dissection des loges graisseuses doit être extrêmement prudente, la fibrose cicatricielle augmentant le risque de lésion du petit oblique, des rétracteurs de la paupière inférieure, du muscle releveur de la paupière supérieure, ou de la poulie du grand oblique et du pédicule vasculo-nerveux sus-orbitaire.

L

Conclusion

Le choix de la technique chirurgicale impose non seulement la prise en compte de la globalité du visage dans le temps, mais également les éventuels actes complémentaires (laser et/ou peeling) et/ou chirurgies ultérieures.

Ainsi, la réalisation d'une blépharoplastie première doit comporter une résection cutané-orbiculaire moindre, si un lifting frontal est envisagé ultérieurement, afin de permettre le maintien d'une occlusion palpébrale satisfaisante.

L'association d'un mask-lift à la blépharoplastie dans le cadre du changement du regard se fait de façon variable selon le type de modification souhaitée. Il est préférable d'éviter de pratiquer les deux interventions dans le même temps opératoire.

Seul l'œil de star jouit d'une certaine autonomie dans la chronologie des actes chirurgicaux, permettant de réaliser la blépharoplastie avant ou après le mask-lift, de préférence de façon décalée dans le temps.

L'œil de cocker et l'œil globuleux, par contre, doivent en premier lieu être abordés par le mask-lift pour corriger d'abord l'anomalie osseuse.

La blépharoplastie n'est effectuée que dans un deuxième temps sous peine d'aggraver l'état initial.

