



ELSEVIER

TABLE RONDE

Blépharoplasties esthétiques, complications et traitement

Aesthetic blepharoplasties, complications and treatment

D. Krastinova ^{a,*}, M. Jasinski ^b

^a CMC Foch, unité de chirurgie orbito-palpébrale, chirurgie plastique, 40, rue Worth, 92150 Suresnes, France

^b CMC Foch, unité de chirurgie orbito-palpébrale, chirurgie oculo-plastique, 40, rue Worth, 92150 Suresnes, France

Accepté le 7 octobre 2004

Apprécie ce que tu as,
Mais cherche davantage.

ISOCRATE (IV^e siècle av. J.C.).

En Norvège, du haut d'une piste je me lance sur mes skis nordiques, tous fins... Je veux arriver en bas sans tomber.

La concentration totale, le sentiment d'union avec la nature... vont m'emporter dans un état second d'ivresse... ; vont me permettre de sentir sans entrave chaque bosse, les creux et de les éviter.

Au bloc opératoire, je rentre en opération... La concentration totale, le sentiment d'union avec le patient, l'équipe qui est là présente, compétente et efficace, me font penser à une rivière tranquille qui s'écoule en flot, à un beau poème, rythmique, chaque geste est parfait, tout se déroule comme cela se doit...

En général après une telle chirurgie-communion il n'y a pas de complications...

Malheureusement, cet état de bonheur total en chirurgie n'est pas chose facile à obtenir. Heureusement le chirurgien est fait de manière à travailler dur pour obtenir le mieux ou au moins s'en approcher.

Nous les chirurgiens aimons le corps humain ; si riche, si beau.

Les paupières font partie de ces structures nobles les plus complexes. Leur rôle esthétique dans le regard est indéniable, leur fonction de protection de l'œil est primordiale.

Nous devons rester humbles devant. Nous devons bien connaître les indications chirurgicales, les techniques opératoires, la complexité de l'individu.

Une chirurgie palpébrale facile et sans risque n'existe pas.

Je vais me permettre de citer Suzanne Noël [1] :

« C'est une chirurgie qui peut paraître facile, mais elle est pleine d'embûches. Elle nécessite une sûreté de technique absolue, une grande justesse de coup d'œil et surtout un goût absolument impeccable, ce qui n'est pas une chose si commune. Il est donc nécessaire que ceux qui feront cette chirurgie sans guide et sans longue préparation préalable soient d'une extrême circonspection s'ils ne veulent pas courir à des désastres. » (S. NOËL, 1926)

[†] Modérateurs : D. Krastinova (France), J. Palmer (UK).

^{††} Participant invité spécial : N. Joshi (USA).

^{†††} Orateurs : D. Krastinova (France), J. Palmer (UK), S. Morax (France), B. Cornette de St-Cyr (France).

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : d.krastinova@hopital-foch.org
(D. Krastinova).

Pour éviter une complication, il faut d'abord la connaître, la prévenir pendant l'intervention et la rechercher après l'intervention. Leur prise en charge est complexe et nécessite une grande expérience sous peine de séquelles parfois irréversibles.

Les deux consultations préalables à la chirurgie doivent comporter l'examen clinique, les examens ophtalmologiques, approfondis, l'anamnèse, et nous permettre de faire le tour de la personnalité du patient, ces vraies motivations et ces possibilités physiques et psychologiques de subir la chirurgie demandée.

L'examen clinique avec photographies actuelles et anciennes à travers les âges va nous permettre de connaître le morphotype de l'étage orbitopalpébral, le type de vieillissement. Par exemple, les grands yeux clairs sont presque toujours des yeux fragiles et sensibles. Les suites opératoires peuvent être plus longues et pénibles.

Globalement nous distinguons deux types de complications : *palpébrales* et *oculaires*.

Les complications palpébrales sont celles qui nous concernent le plus. Les complications oculaires peuvent exister seules, oculaires pures ou être la conséquence des complications palpébrales.

Les complications palpébrales peuvent survenir après erreur d'indication ou de technique chirurgicale mais aussi *sans faute évidente*.

Erreurs d'indication

Personnalités troubles

Dysmorphophobie

Ces patients doivent être détectés lors des consultations. Ils peuvent nous être adressés par des confrères indécis (qui cherchent à s'en débarrasser). L'historique du patient peut nous guider, par exemple plusieurs interventions esthétiques à leur effectif. Il faut savoir que souvent ces patients sont devenus « manipulateurs habiles » dans leur quête désespérée d'une nouvelle intervention. Dans le doute, il faut les adresser à un psychiatre.

Il est dangereux de rentrer dans leur jeu, il est malhonnête de les adresser à un confrère même que l'on n'aime pas.

En revanche, un traitement psychologique réussi peut nous permettre de donner suite à leur demande au moment venu.

Multi-opérés, multi-maladies, multi-problèmes, multi-complications

Les patients qui présentent une anamnèse chargée de plusieurs interventions esthétiques (le pire), mais aussi plusieurs autres interventions et mala-

dies sont des personnalités fragiles à problèmes et à complications. Si nous décidons de les opérer, il faut leur signaler la possibilité accrue de complications ou suites longues et difficiles.

Erreur d'indication chez les patients jeunes

Chez les jeunes patients, la demande vient de ceux qui présentent des paupières inférieures avec des poches, apparues tôt, des bourrelets dus à l'hypertrophie du muscle orbiculaire, des cernes ; pour la paupière supérieure, elle peut être *lourde* due à des téguments chargés de graisse (œil gras) ; *courte* et épaisse avec un muscle orbiculaire épais ; *longue*, distendue et fine sur un œil globuleux ou un œil creux. Mais aussi de plus en plus souvent survient la demande de changement de regard [17,18,21]. C'est surtout dans les cas d'œil creux cerné, d'œil de cocker (« J'ai l'œil triste ») ou d'œil globuleux.

Les complications les plus souvent rencontrées sont : des cicatrices visibles dues à une voie ex-



Figure 1 Œil de star (obliquité antimongoloïdienne de la fente palpébrale) : Les lignes sourcilières, le pli palpébral et la fente palpébrale sont globalement parallèles. L'arcade sourcilière est bien dessinée, ni trop proéminente, ni trop effacée. Son rebord supérolatéral s'estompe en dehors accompagnant l'orientation globale du système palpébro-sourcilier en haut et en dehors et ouvrant ainsi le regard vers l'extérieur. La fente palpébrale est légèrement étirée. Le canthus latéral est positionné 1 à 2 mm plus haut que le canthus médial. Le pli palpébral est situé à environ 8 mm du bord libre. La paupière supérieure couvre le bord supérieur de la cornée sur environ 1 à 2 mm. Le bord libre de la paupière inférieure est rectiligne et affleure la cornée.



Figure 2 Œil de cocker.

Œil de cocker, forme osseuse : Le *cadre orbitaire* normalement quadrangulaire prend ici une *forme ovale à grand axe oblique en bas* et en dehors. De ce fait, la fente palpébrale devient horizontale ou oblique en bas et en dehors. Le rebord osseux supérolatéral ferme le regard en dehors, ce qui lui donne un aspect triste et lourd. Dans certaines malformations (syndrome d'Apert, syndrome de Treacher-Collins), l'obliquité antimongoloïde de la fente palpébrale est constante et majeure.

Œil de cocker, forme cutanée : le *cadre osseux est normal* mais c'est la chute des parties molles (queue du sourcil et de la paupière supérieure) qui donne cet aspect au regard, alors que la position du canthus latéral est normale. Cet affaissement est majoré par le vieillissement. Ce type d'œil vieillit mal et très vite. Sa paupière inférieure a en vieillissant un bord libre hyperlaxe qui a tendance à l'ectropion ; sa portion préarsale se vide donnant lieu à une migration musculaire, tandis que la portion préseptale se creuse en donnant lieu à des cernes ou s'arrondit sous forme de poches graisseuses.

terne ; les yeux ronds, scléral show, ectropion, due à une exérèse cutanée exagérée. Les cernes traités par liposculpture présentent souvent des bourrelets disgracieux. Mais aussi les divers procédés locaux qui tentent de changer la forme de l'œil avec ou sans succès.

Erreur d'indication selon le type de vieillissement

Nous ne vieillissons pas de la même manière.

Je reconnais dans notre clientèle trois types de vieillissement [2].

Le vieillissement par *relâchement*

Il est le plus souvent rencontré chez les Européens

Les paupières et les sourcils suivent le mouvement général, elles sont distendues et flasques, les canthi externe et interne s'allongent, la fente palpébrale se rétrécit et l'œil se rapetisse.

Il est important de tout prendre en considération et de traiter tous les éléments : relever les sourcils (lifting frontal élargi, endoscopique, brown lift), enlever le trop plein de peau, muscle, graisse, étirer les canthi, raccourcir et étirer la paupière inférieure, si nécessaire.



Figure 3 Œil globuleux.

Œil globuleux, forme osseuse, dans laquelle le volume de l'orbite est diminué et le malaire plat. Le volume du globe oculaire est normal. Il s'y associe d'autres signes : le muscle orbiculaire préarsal de la paupière inférieure est hypertrophique (en particulier chez le sujet jeune) ce qui donne un aspect de bourrelet, souvent pris à tort pour une poche graisseuse. Avec l'âge, ces paupières se relâchent donnant parfois un « scléral show » et un œil rond, avec toutes les conséquences pour le globe. Le bourrelet musculaire descend (migration de l'orbiculaire) et le bord libre se trouve ainsi déshabité, ce qui favorise son éversion (ectropion).

Œil globuleux, forme graisseuse : l'orbite osseuse est de volume normal mais le contenu orbitaire est trop volumineux (hypertrophie de la graisse intraconique et extraconique). Dans notre expérience, c'est dans cette forme que le globe oculaire est le plus fragile. Cet œil globuleux est source de complications fréquentes notamment dans le cadre des blépharoplasties traditionnelles.



Figure 4 Œil creux, forme globale : cette forme associe des paupières supérieures et inférieures creuses (qui peuvent exister indépendamment).

La forme supérieure, le rebord orbitaire supérieur est proéminent, la paupière supérieure est distendue (jusqu'à 4 cm de longueur) et le pli palpébral est haut situé (10 à 12 mm). L'atrophie graisseuse provoque un recul de l'œil et attire le muscle releveur de la paupière supérieure en arrière, pouvant aller jusqu'à le désinsérer du tarse ; le ptôsis engendré majore l'aspect de vieillissement.

La forme inférieure, le creux prédomine essentiellement dans la partie médiane de la paupière inférieure. Il est dû à une mauvaise répartition des tissus mous sous-jacents, à une atrophie graisseuse ou à un rebord orbitaire inférieur trop proéminent.

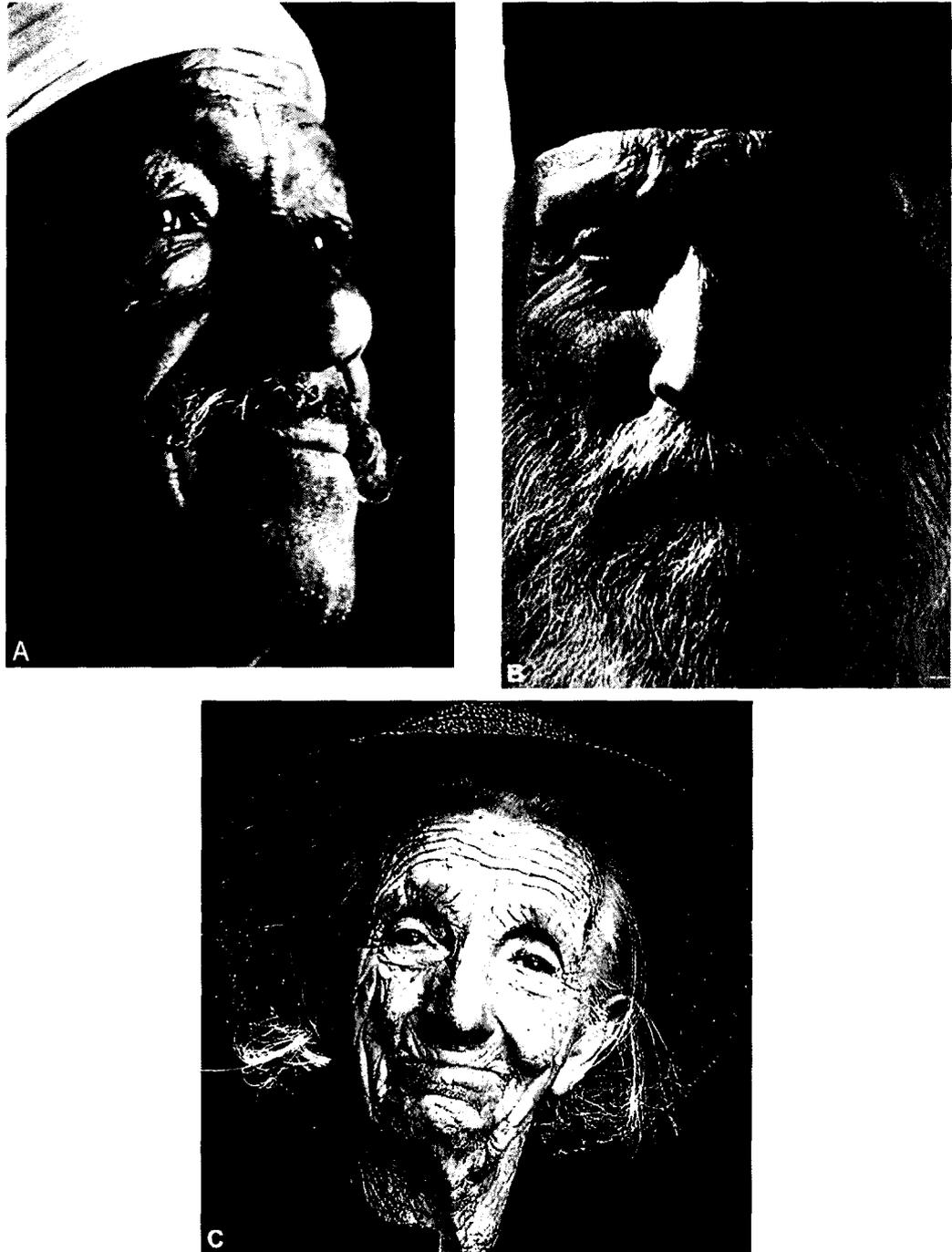


Figure 5 Les différents types de vieillissement orbito-palpébral.

A : Vieillissement par relâchement.

Le relâchement avec chute des parties molles : ce type de vieillissement est le plus courant et relève de la formation d'un surplus cutané et musculaire qui étant soumis aux lois de la pesanteur engendre des plis et des bourrelets disgracieux qui ne peuvent que s'affaisser. L'entropion-trichiasis de la paupière supérieure et l'ectropion ou l'entropion de la paupière inférieure en sont les complications tardives

B : Vieillissement par rétraction.

La rétraction scléreuse des parties molles. Alors qu'un visage jeune offre un aspect lisse et tendu, dépourvu de rides, avec l'âge, la rétraction tissulaire peut rendre la peau épaisse, scléreuse, tout en lui conservant un aspect lisse et tendu. Les complications majeures de la rétraction scléreuse sont l'ectropion et l'épiphora liés à des paupières devenues courtes et rigides. Ces patients sont vus le plus souvent par des ophtalmologistes. Dans la chirurgie palpébrale de la paupière inférieure, il faut rajouter et non enlever de la peau et du muscle

C : Vieillissement par squelettisation ou creusement.

La squelettisation : la caractéristique de ce type de visage est de présenter un faciès où les parties molles atrophiées, rendent proéminents les reliefs du squelette facial, soulignant le creux des orbites, le creux de la région prémaxillaire ainsi que le creux jugal. La complication tardive du creusement de la paupière supérieure est le ptôsis (par désinsertion de l'aponévrose du muscle *levator palpebrae*) et l'entropion-trichiasis de la paupière inférieure

Les complications le plus souvent rencontrées sont :

- l'ectropion de la paupière inférieure dû surtout à la distension du bord libre, qui n'a pas été pris en compte pendant l'intervention ; mais également dû à une exérèse cutanée importante ;
- la chute du sourcil due à l'exérèse cutanéomusculaire excessive de la paupière supérieure ;
- les paupières plates et courtes (en « rideau ») dues à une exérèse purement cutanée.

Le vieillissement par *squelettisation*

Il se caractérise par un visage qui se vide (les parties molles s'atrophient) et le squelette osseux devient proéminent. Ces yeux deviennent petits (énophtalme) par rapport à l'orbite

La chirurgie doit surtout apporter du tissu mou et ne pas l'enlever ; ou diminuer les rebords orbitaires osseux (alléger, arrondir le squelette).

Dans la chirurgie des paupières supérieures et inférieures, nous devons à tout prix sauvegarder le muscle orbiculaire et la graisse en enlevant que la peau.

Les complications les plus souvent rencontrées sont :

- la paupière supérieure est longue (par désinsertion du muscle releveur) et souvent un ptosis la complique. Il faut traiter les deux problèmes dans le même temps opératoire.

Il est difficile de traiter les paupières creuses par lipostructure, du fait que la peau est très fine et physiologiquement sans graisse, donc on a l'impression de « poches » apparues.

Le vieillissement par *rétraction sclérose*

On voit rarement ces patients, puisqu'ils vont chez les ophtalmologistes.

Leur peau se rétracte, pas de rides, ni flétrissures, elle est rosée et semble fraîche. C'est une peau à problèmes d'ordre dermatologiques et conséquences ophtalmologiques.

Les paupières deviennent courtes et tendues, les entropions et les ectropions suivent...

L'erreur dans ce type de vieillissement est d'enlever de la peau. Il faut en rajouter.

Erreur d'indication selon le morphotype [17,18,20,21]

« Chaque visage est unique et il doit le rester » [3].

Il est impensable de traiter le visage et les paupières de la même manière avec la même technique opératoire.

La morphologie de l'étage orbitaire concerne sa forme [2,4-6].

L'œil de *star*

C'est celui que l'on rencontre le plus dans la population eurocaucasienne. C'est la forme la plus facile à traiter

Les yeux *globuleux*

Ils témoignent d'une petite orbite, ou d'une surcharge graisseuse, d'un rebord orbitaire inférieur effacé ou d'une pathologie oculaire

La chirurgie doit être très conservatrice, surtout pour les paupières inférieures ; si le rebord orbitaire inférieur est effacé, ces paupières ne sont pas soutenues et enlever leur graisse s'est les affaiblir encore.

Les yeux globuleux fatiguent leurs paupières qui sont fines, distendues et fragiles. Les suites opératoires peuvent être plus longues et difficiles.

L'œil *creux*

Il vieillit mal.

Il faut préserver son muscle orbiculaire et sa graisse.

L'œil de *cocker*

Il se présente sous deux formes : orbitaire et palpébrale

Dans la forme palpébrale, le problème vient de la ptose des parties molles (front, sourcils). Les liftings frontaux élargis ou endoscopiques sont le remède [20].

Dans la forme osseuse, il faut traiter l'orbite osseuse (changer sa forme) [19].

Erreurs de technique opératoire

La technique opératoire palpébrale s'est enrichie avec le temps.

Il y a eu la période de l'excision cutanée sans dissection ; dissection sous-cutanée avec ablation graisseuse trans-orbiculaire ; puis la dissection sous-musculaire ...

La graisse des loges a toujours été enlevée et même aujourd'hui dans la majorité des interventions pratiquées.

Puis sont arrivées les techniques avec préservation graisseuse, plus fines, élaborées, [7-11] difficiles, mais plus soft (moins de risques) donnent un aspect naturel et durable.

Aujourd'hui, on peut parler de techniques au choix.

À qui le choix ?

Le patient a du mal à s'y trouver, il veut un bon résultat. Le bon résultat c'est un aspect naturel d'un regard embelli, rajeuni. Et ce résultat doit être durable, puisqu'il n'est pas sans risque majeur de reprendre les paupières à plusieurs reprises.

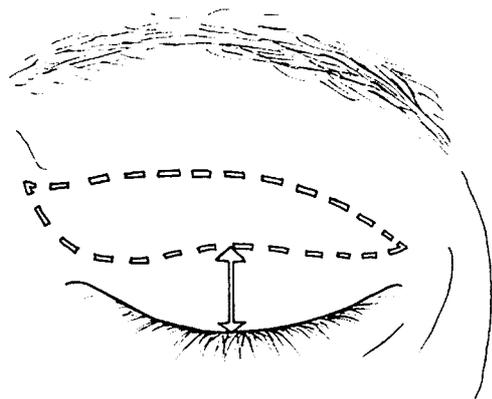


Figure 6 Excision cutanée pure ou cutanéomusculaire. L'incision de la paupière supérieure doit être en forme de « S » afin d'épouser au mieux l'arrondi de la paupière. Toute incision ronde referme, raccourcit, rapetisse la paupière et donc l'œil. L'incision droite barre la paupière et est souvent trop visible, surtout si elle monte sur la partie immobile sous-sourcilière. Le positionnement du nouveau pli palpébral est conditionné par la forme de l'œil et le désir du patient :

- 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.

Il est important de savoir que la hauteur de la paupière supérieure normale est de 3 cm environ mais peut dépasser 4 cm dans l'œil globuleux ou creux. Il est préférable de raisonner en termes de peau préservée qu'en termes de peau réséquée. Il est important de respecter une hauteur palpébrale minimale de l'ordre de 2,5 cm. L'importance de l'excision dépendra également des interventions associées ou futures, tel qu'un lifting frontal.

Leur richesse d'éléments nobles s'en trouve altérée, le tissu cicatriciel prend place, immobilise la paupière, la rend épaisse, lourde, courte...

C'est nous les chirurgiens qui avons le choix. Ou nous décidons que c'est une chirurgie simple où il faut faire le moins possible, où nous cherchons à savoir, connaître, pouvoir et nous proposons à chaque œil la technique qui lui est la plus appropriée. La haute couture, si l'on peut dire.

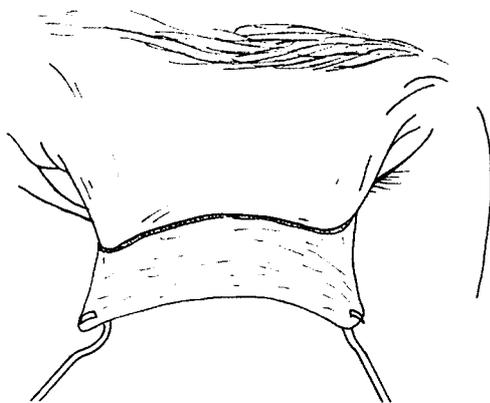


Figure 7 Lambeau de muscle orbiculaire en cas de creux marqué en secteur interne. Dans les cas où le creux concerne toute la paupière, nous pratiquons une plicature du muscle orbiculaire.

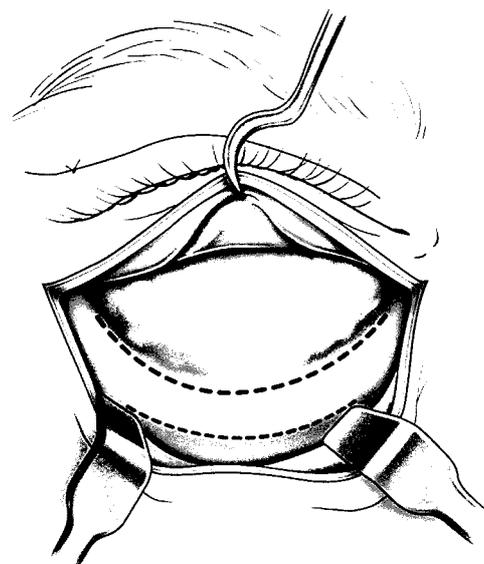


Figure 8 Dissection préseptale et de la margelle infraorbitaire sur 5 mm : les pointillés supérieurs montrent l'arcus marginalis ; les pointillés inférieurs limitent le rebord orbitaire inférieur.

Quels sont les *erreurs de technique* les plus souvent rencontrées ?

Si l'exérèse *cutanée* est excessive il s'ensuit : le sourcil abaissé, l'ectropion supérieur et inférieur, l'inocclusion palpébrale, le *scleral show* et l'œil rond ; ou tout simplement les paupières deviennent plates et courtes (« rideau »). Les problèmes ophtalmologiques sont à redouter.

L'exérèse *musculaire excessive* creuse la paupière et l'affaiblit, parfois jusqu'à l'inocclusion.

L'exérèse *musculaire insuffisante* rend la paupière « plate » ou « ectropionnée ».

Si l'exérèse *graisseuse* est excessive cela creuse, les paupières se « vident » [12].

L'exérèse *graisseuse insuffisante* provoque la « récidence » (les poches réapparaissent).

Dans notre technique avec préservation grasseuse (lambeau septograsseux (Hamra modifié)), on peut avoir une récidence (réapparition des poches), si la graisse est déplacée en « boule ». En déplaçant le lambeau, on doit écraser au doigt les amas graisseux au-delà du rebord orbitaire inférieur. Le lambeau septograsseux doit être bien tendu.

Si la glande lacrymale est enlevée ou lésée, une sécheresse oculaire peut apparaître.

La hauteur du pli palpébral peut être asymétrique ou modifier l'aspect palpébral.

Les incisions mal placées peuvent devenir des cicatrices visibles ou gênantes, rapetissent (referme) l'œil ou le creusent.

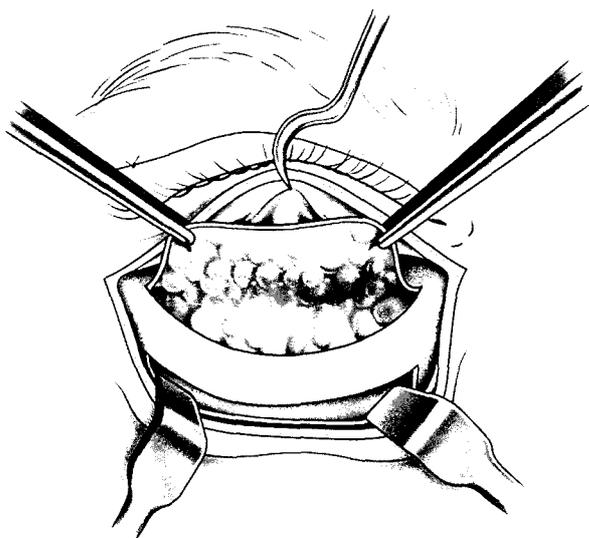


Figure 9 Le lambeau septograsseux est soulevé. Le muscle oblique inférieur situé à la jonction tiers moyen-tiers médial peut être facilement lésé.

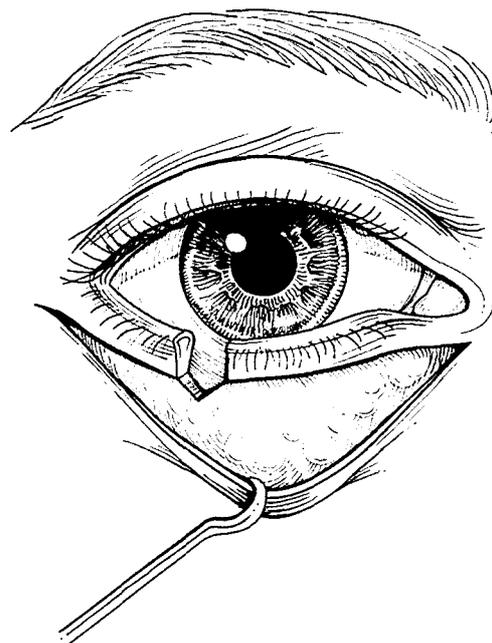


Figure 11 Raccourcissement du bord libre de la paupière inférieure par une résection pentagonale : procédé de Kuntz Szymanski modifié. Noter que dans la plupart des cas il est meilleur de placer l'excision à l'aplomb du limbe latéral. Ce procédé est indiqué seulement dans les cas où le bord libre de la paupière inférieure à une longueur excessive. Il est contre-indiqué en cas d'œil globuleux.



Figure 10 Le lambeau septograsseux est étalé en avant du rebord orbitaire inférieur et fixé par trois ou quatre fils résorbables au périoste. C'est une manière élégante d'éviter la déshabitation de cette région avec l'âge.

En cas de traction importante du septum, des incisions de décharges sont pratiquées.

En cas de cernes particulièrement creux en secteur interne, on peut être amené à étaler plus de graisse dans cette région pour la combler. Nous réservons les résections graisseuses à certaines exophtalmies au rebord orbitaire inférieur plat, à l'œil globuleux, aux très importantes poches graisseuses et aux visages lunaires (visage plat à peau épaisse) pour créer des formes.

Traitement des complications [13-16]

Chémosis

C'est un œdème conjonctival post-chirurgical, sans conséquence s'il est traité rapidement. Dans les cas à risque, il faut pratiquer en début d'intervention une injection sous-conjonctivale externe de corticoïdes (par exemple Célestène® 2 à 4 mg). En cas de chémosis très important, il faut réaliser deux à trois injections locales, éventuellement associées à une blépharoraphie pour quelques jours. Dans les cas extrêmes on place un conformateur.

Inocclusion

Une inocclusion de 1 à 2 mm est normale dans les jours qui suivent une blépharoplastie supérieure. Elle nécessite avant tout une protection cornéenne diurne et nocturne. Si elle persiste, elle peut être due à une paupière supérieure courte verticalement, à une faiblesse du muscle *orbicularis oculi*, à une fibrose septale, à une rétraction du muscle *levator palpebrae* de la paupière supérieure (ou plus rarement du muscle rétracteur de la paupière inférieure). En cas de paupière supérieure courte, le traitement curatif comprend des massages visant à étirer la paupière vers le bas et éventuellement la

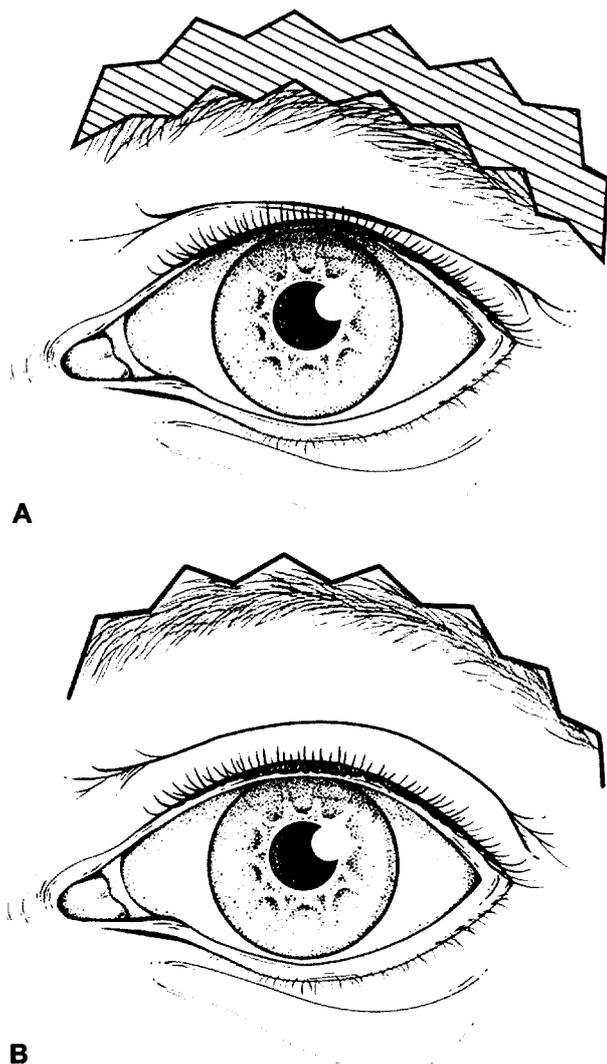


Figure 12 Traitement de la ptose sourcilière. Relèvement du sourcil par résection cutanéograsseuse avec cicatrice en ligne brisée. Noter que l'incision inférieure est placée dans le sourcil

dissection sous-cutanée avec extension par suspension de la paupière inférieure à la joue pendant 48 heures, permettent de gagner 1 à 3 mm.

Scleral show et ectropion

Pour la paupière supérieure, l'ectropion survient en cas de traction excessive sur le bord libre comme dans le cas des paupières asiatiques (pour marquer le pli palpébral), ou en cas d'exérèse cutanée excessive (hauteur maximale de paupière restante inférieure ou égale à 2 cm). Le premier traitement consiste à réaliser une dissection sous-cutanée des portions supratarsale et infrasourcilière et de tracter cette paupière pendant 48 heures par suspension jugale. Si la paupière supérieure est courte verticalement mais pas inférieure à 2 cm, on pratique le même procédé. Si elle mesure

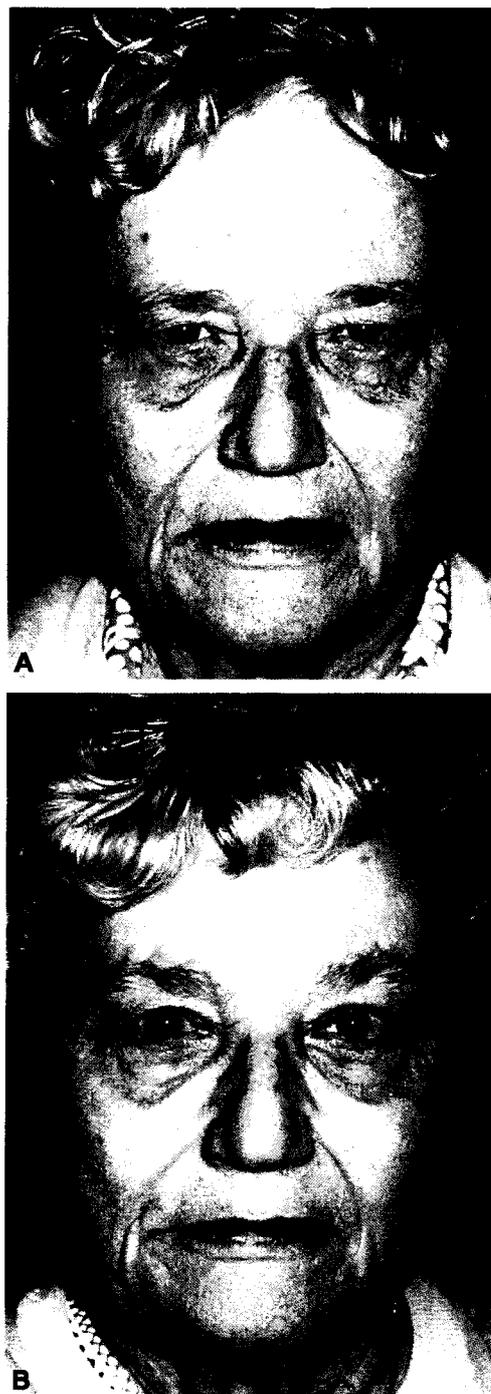


Figure 13 A : Femme de 80 ans avec ptose sourcilière sévère responsable d'une amputation du champ visuel et début d'entropion de la paupière supérieure.

B : Un an après relèvement des sourcils par exérèse cutanéograsseuse en ligne brisée associée à une légère exérèse cutané-orbitaire de la paupière supérieure.

moins de 2 cm, une greffe de la zone pré-tarsale est nécessaire (peau totale rétro-auriculaire).

Pour la paupière inférieure, les causes peuvent être : une hyperlaxité palpébrale non corrigée ; une excision cutanée trop importante ; un hématome palpébral non évacué responsable d'une rétraction

cicatricielle du septum. Le traitement est avant tout préventif : résection cutanée adaptée, suspension palpébrale au front pendant les six à 12 heures suivant l'intervention ; évacuation d'un hématome palpébral. Le traitement curatif comprend, en plus d'une protection du globe oculaire : massages ascendants de la paupière inférieure visant à l'étirer vers le haut ; canthopexie latérale (canthopexie locale pour les personnes âgées et mask lift pour les patients jeunes) ; augmentation de la hauteur palpébrale par greffe cutanée ou par lambeau musculocutané prélevé sur la paupière supérieure.

Kératites

Elles peuvent être liées à un dessèchement cornéen peropératoire, une abrasion mécanique ou une infection post opératoire. Le traitement est essentiellement préventif : pour toute chirurgie palpébrale il faut utiliser une pommade de protection oculaire et éventuellement une coque de protection cornéenne. Une gêne postopératoire type « grain de sable » (cils, fils ou traumatisme peropératoire) impose un traitement antibiotique, anti-inflammatoire et cicatrisant (exemple : Tobradex R 1 goutte x 4 par jour associé à la vitamine A pommade OPH) ainsi qu'une consultation ophtalmologique.

Ptôsis

Il s'agit le plus souvent d'une décompensation d'un ptôsis involutionnel ; plus rarement, il est lié à une section peropératoire du muscle *levator palpebrae*. Le traitement est chirurgical (réinsertion de l'aponévrose du muscle sur le tarse).

Décompensation oculomotrice

Il s'agit d'une vision trouble ou d'une diplopie par décompensation d'une faiblesse musculaire préexistante et latente ou par lésion musculaire (muscle oblique inférieur). Le traitement repose sur la rééducation orthoptique ou la chirurgie. Rappelons ici l'importance du bilan orthoptique préopératoire, qui détecte ces anomalies et permet d'anticiper sur la rééducation orthoptique périopératoire : le patient doit être informé qu'il va suivre un traitement orthoptique avant et/ou après l'intervention, si cela est nécessaire.

Dysesthésies des paupières

Elles sont en général transitoires et ne nécessitent aucun traitement.

Larmolement

Par traumatisme des voies lacrymales, ectropion et dysfonctionnement de la pompe. Le traitement est celui de la cause.



Figure 14 A : Femme de 44 ans : œil de cocker forme cutanée avec poches des paupières inférieures.
B : Trois ans après mask-lift avec relèvement des sourcils, légères canthopexies latérales ; ablation des poches paupières inférieures et lifting du bas du visage type Mac Indoe.

Sécheresse oculaire, picotements, photophobie, inconfort

Ces signes sont habituels dans les semaines qui suivent l'intervention. Ils sont favorisés par des yeux clairs. Le traitement est symptomatique.

Cellulite orbitaire nécrosante

Infection locale à streptocoques avec nécrose cutanée. Cette complication rare mais grave impose une antibiothérapie intraveineuse immédiate (\pm corticothérapie).

Hématome palpébral

Il doit toujours être évacué rapidement pour prévenir la rétraction cicatricielle du septum.

Hématome intraorbitaire (rétrobulbaire)

Il se traduit par une exophtalmie douloureuse associée à un chémosis hémorragique et une mydriase. Il se complique de cécité et doit être drainé en urgence.

Cécité

Le spasme vasculaire est la cause reconnue dans la plupart des cas (tous les cas décrits étaient associés à une exérèse graisseuse). Bien que de mauvais pronostic le chirurgien doit instaurer en urgence un traitement (vasodilatateurs, corticoïdes).

Kystes épidermiques sur cicatrices

Faciles à enlever.

Asymétrie du pli palpébral

Lié à la résection cutanée asymétrique ; le traitement est chirurgical.

Cicatrice hypertrophique

Possible dans la région latérale, en dehors de margelle orbitaire. Cela s'arrange toujours sauf si elle est trop verticale.

Épicanthus interne

C'est une bride cicatricielle en rapport avec une exérèse cutanée se prolongeant trop en dedans



Figure 15 A : Femme de 20 ans avec de grands yeux globuleux.
 B : Soixante-cinq ans : l'œil globuleux a provoqué un écarquillement des paupières ; yeux fragiles avec souffrance cornéenne.
 C : Un an après blépharoplastie classique avec ablation cutanéomusclograisseuse à la demande de la patiente. À noter la persistance d'un regard angoissé.
 D : Deux ans après mask lift avec léger agrandissement orbital et canthopexies latérales. Régression des signes cornéens. Le regard est devenu serein.

(accessible à des massages, à une plastie en Z ou en trident) ou greffe de peau totale en étoile.

Énoptalmie

Paupières creuses : le traitement est préventif (résection graisseuse modérée ou pas du tout)

Complications spécifiques de la lipostructure palpébrale

Cytostéatonécrose avec nodule résiduel ; irrégularités de surface (intérêt des microcanules).

Le mask-lift

Dans le traitement des séquelles, le mask-lift [17,18,20,21] apparaît d'abord comme « adjuvant » de la blépharoplastie esthétique ». Dans les cas de forme d'œil spécifique (œil globuleux, œil creux, œil de cocker), chez des personnes très jeunes, cette technique donne une réponse valable, stable et sûre. Chez certains patients d'âge moyen (40-60 ans) avec toujours une forme d'œil spécifi-

que, le mask-lift effectué en premier va permettre d'éviter des complications (par exemple œil rond dans l'œil de cocker ou œil globuleux). Le mask-lift survient comme technique principale dans le traitement des complications palpébrales inférieures (ectropion, *scleral show*, œil rond) parfois en association avec le lambeau de transposition palpébrale (paupière supérieure).

Le lambeau hétéropalpébral

Il peut être prélevé sur une paupière supérieure longue d'au moins 2,5 - 3 cm. Ce lambeau doit comporter peau + muscle et mesurer entre 0,5 et 1 cm environ. Son pédicule est externe.

Le canthus externe peut être déplacé et étiré en dehors et vers le haut à la demande.

Le lambeau est fixé au canthus interne.

La greffe de peau rétroauriculaire

Elle est pratiquée dans les cas extrêmes d'ectropion palpébral inférieur et de paupière supérieure courte. Pour préserver l'esthétique palpébrale, nous reconstruisons la paupière inférieure avec un

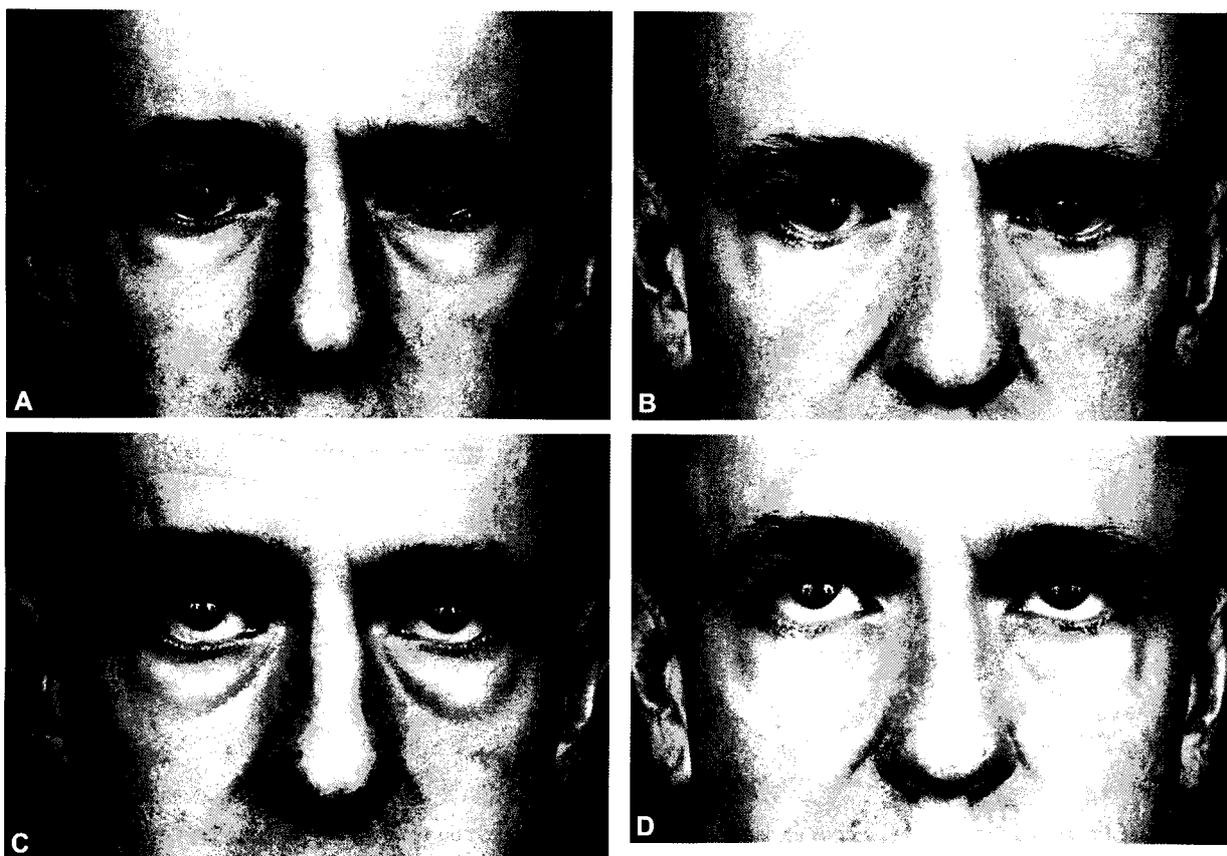


Figure 16 A, C : Jeune homme de 30 ans avec poches palpébrales inférieures. Le rebord orbitaire inférieur plat et en retrait, n'a pas été pris en compte pour la blépharoplastie.

B, D : Un an après le lambeau septograsseux les poches sont moindres mais toujours visibles. Une exérèse graisseuse par voie conjonctivale est prévue.



Figure 17 A : Petite fille avec de très grands yeux et paupières inférieures très courtes découvrant la sclère, déjà dû à un rebord inférieur bas situé et en retrait.

B,D : Après multiples interventions esthétiques, la patiente consulte pour les paupières inférieures courtes et fixes, scleral show, conjonctivites à répétition, diplopie.

C,E : Deux ans après, mask-lift avec agrandissement orbitaire par effondrement des parois latérale et interne ; augmentation des malaïres et du plancher par greffes osseuses ; canthopexies latérales très étirées. Disparition de la diplopie et des conjonctivites.



Figure 18 A,C : Patiente de 50 ans consultant pour ectropion palpébral inférieur, conséquence d'une blépharoplastie et deux raphies externes non réussies.
 B,D : Résultat six mois après mask-lift, canthopexies latérales et lambeau cutanéomusculaire de transposition.
 E,F : Lambeau cutanéomusculaire de transposition.



Figure 19 A,C,D : Patiente de 58 ans se plaignant d'avoir perdu son regard après plusieurs interventions.
B,E : Cinq ans après mask-lift à l'envers pour descendre les canthi latéraux trop surélevés. Malheureusement, la patiente a ensuite subi deux resurfaçage cutanés du visage par laser responsables d'un léger ectropion palpébral inférieur, ce pourquoi elle est revenue.

lambeau qui prend presque la totalité de la paupière supérieure, qui à son tour sera reconstruite par une greffe totale rétro-auriculaire (dessin).

Bilan préopératoire

Bilan ophtalmologique

L'interrogatoire précise un éventuel déficit oculomoteur ou visuel. On recherche un vice de réfraction (type de correction), un trouble oculomoteur (strabisme traité dans l'enfance, diplopie), un syndrome sec (oculaire ou général), un syndrome inflammatoire chronique du globe, un terrain atopique, un eczéma...

L'examen oculaire comprend :

- une étude de la mobilité oculaire dans les neuf directions du regard avec appréciation de la convergence ;
- l'examen de l'acuité visuelle ;
- l'étude du bord libre palpébral :
 - position dans un plan vertical (ptôsis ou *scleral show*) ;
 - position dans un plan horizontal (entropion ou ectropion) ;
 - test de traction palpébrale : recherche d'une hyperlaxité ;
 - position et nombre des cils (trichiasis) ;
 - position et ouverture des points lacrymaux ;
- l'étude du système lacrymal :
 - tests quantitatifs : lampe à fente et test de Schirmer (recherche d'un syndrome sec) ;
 - test qualitatif explorant l'épithélium cornéen et le film lacrymal : l'examen clef est le test à la Fluorescine (qui colore tout déficit cellulaire) et l'examen du film lacrymal B.U.T. (Break Up Time), temps d'interruption du film lacrymal imbibé de fluoréscine après ouverture palpébrale. Le film lacrymal est une pellicule de composition complexe (3 couches :

muqueuse, aqueuse et lipidique sécrétées essentiellement par les glandes accessoires de la conjonctive bulbaire et palpébrale) qui s'amarre à la cornée et la conjonctive. C'est un élément primordial dans la chaîne de protection oculaire.

Toute modification du film lacrymal (sécheresse, kératite) impose un traitement médical plus au moins long suivant le degré d'atteinte pour préparer le patient à la chirurgie et éviter la décompensation post chirurgicale.

- une étude de transparence des milieux (cornée, chambre antérieure, cristallin et vitré), de l'angle iridocornéen, de la pression oculaire, du fond d'œil.

En cas d'anomalie oculomotrice, d'insuffisance de convergence, d'antécédent de strabisme, de flou visuel non amélioré après correction, de fatigue visuelle, d'âge supérieur à 45 ans (ménopause) un bilan orthoptique est indispensable. Il permet de :

- rechercher un déséquilibre oculomoteur ;
- mettre en évidence et mesurer une déviation constante des axes oculaires (tropie), une hétérophorie préexistante (déviation maintenue latente par la fusion et qui peut se décompenser en post opératoire). Les hétérophories sont très fréquentes et souvent méconnues. Elles peuvent être bien compensées ou entraîner des troubles fonctionnels tels que : vision floue, gêne à la vision de près, gêne à la conduite automobile, diplopie intermittente, vision des couleurs perturbée, hyperhémie conjonctivale en fin de journée, brûlures et larmolements, photophobie, vertiges et céphalées (surtout à l'effort visuel et en fin de journée), troubles de mimique, les yeux écarquillés ou plissés.

Une rééducation orthoptique préopératoire est parfois nécessaire pour renforcer l'amplitude de fusion.



Figure 20 A : Homme de 65 ans. Ectropion immédiatement après blépharoplastie inférieure.

B : Sept jours plus tard, raccourcissement de longueur des bords libres par procédé de Kuntz-Szymanovski.



Figure 21 A : *Scleral show* après blépharoplastie.

B : Sept ans après mask-lift avec canthopexies latérales très étirées, lifting du bas du visage et greffe osseuse du menton.

C : Douze ans après. Noter le vieillissement par creusement mais la persistance du résultat de l'étage orbitaire.

Conclusion

La prise en considération du désir du patient, de son type de vieillissement et de son morphotype est primordiale pour le succès de l'intervention.

Les complications palpébrales sont à redouter ! Nous devons chercher à les éviter, les reconnaître

et traiter rapidement. Tout retard peut se compliquer d'une aggravation de la complication ou l'apparition d'un problème oculaire. Par exemple un chémosis, un ectropion non traité s'amplifie.

Une complication dépistée rapidement et traitée aussitôt rassure le patient et nous permet de préserver le bon résultat esthétique.

Figs. 1-21.

Références

- [1] Noël A. La chirurgie esthétique. Son rôle social. Paris: Masson et Cie Editeurs; 1926 80.
- [2] Santini J, Krastinova D. Chirurgie plastique de la face, Rajeunissement, Embellissement, Concepts et pratiques. Rapport de la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou. 1999 Paris.
- [3] Krastinova D, Seknadje P, Franchi G, Jasinski M. Blépharoplasties esthétiques, Rapport de la Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique. 2003.
- [4] Tessier P. Le lifting facial sous-périosté. *Ann Chir Plast Esth* 1989;34:193.
- [5] Krastinova-Lolov D. Le lifting facial sous-périosté. *Ann Chir Plast Esth* 1989;34(3):199-211.
- [6] Krastinova-Lolov D. Facial aesthetic sculpturing (FAS) and mask-lift. In: Jorge M, Psillakis, editors. *Deep Face-Lifting Techniques*. New York: Thieme Medical Publishers; 1994. p. 24-36.
- [7] Loeb R. Fat pad sliding and fat grafting for leveling lid depressions. *Clin Plast Surg* 1981;8(4):757-76.
- [8] Hamra ST. The role of orbital fat preservation in facial aesthetic surgery. A new concept. *Clin Plast Surg* 1996; 23(1):17-28.
- [9] De la Plaza R, De la Cruz L. The sliding fat pad technique with use of the transconjunctival approach. *Aesth Surg Jour* 2001;21(6):487-92.
- [10] Camirand A, Doucet J, Harris J. Anatomy, Pathophysiology and prevention of senile enophthalmia and associated herniated lower eyelid fat pads. *Plast Reconstr Surg* 1997; 100(6):1535-46.
- [11] De la Plaza R, De la Cruz L. A new concept in blepharoplasty. *Aesth Plast Surg* 1996;20:221-33.
- [12] Olivari N, Wesseling W. Transpalpebral decompression of endocrine ophthalmopathy (grave's disease) by removal of intra-orbital fat : experience of 147 operations in 5 years. *Plast Reconstr Surg* 1991;87:627.
- [13] Hamra ST. Arcus marginalis release and orbital fat preservation in midface rejuvenation. *Plast Reconstr Surg* 1995; 96(2):354-62.
- [14] Flowers RS. Upper blepharoplasty by eyelid invagination : anchor blepharoplasty. *Clin Plast Surg* 1993;20(2).
- [15] Botti G. Blépharoplasty : a classification of selected techniques in the treatment and prevention of lower lid margin distortions. *Aesth Plast Surg* 1998;22:341-8.
- [16] Carraway JH, Mellow CG. The prevention and treatment of lower lid ectropion following blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1990;85:971.
- [17] Krastinova-Lolov D. Mask-lift and facial aesthetic sculpturing. *Plast Reconstr Surg* 1995;95(1):21-35.
- [18] Krastinova-Lolov D. Mask-lift : indications, technique long-term results after 15 years. In: *Aesthetic Plastic Surgery*. Padova: Piccin Nuova Libreria; 2001. p. 17-30.
- [19] Tessier P. Aesthetic aspects of bone grafting to the face. *Clin Plast Surg* 1981 Philadelphia : Saunders ed.
- [20] Tessier P. Facial lifting and frontal rhytidectomy. In: Fonseca J, editor. *Transactions of the VII international congress of plastic and reconstructive surgery (IPRS)*. Rio de Janeiro, Brazil: Cartgraf; 1970. p. 393-6.
- [21] Krastinova D. The Mask-lift. In: *Practical Cosmetic Plastic Surgery*. Chine. 2002. p. 361-70.

Available online at www.sciencedirect.com

SCIENCE @ DIRECT®