



L'œil asiatique

Abraham-Paul Ferron

La blépharoplastie asiatique, ou « double eyelide », constitue la première demande de chirurgie esthétique chez les Asiatiques. Ceux vivant en Asie recherchent davantage une vraie transformation de leur regard avec un pli très haut tandis que ceux vivant dans les pays occidentaux sont plus généralement attachés à conserver leur caractère ethnique. Pour répondre à ces demandes, la connaissance précise des spécificités anatomiques constitue un prérequis obligatoire avant d'envisager une prise en charge chirurgicale des patients asiatiques.

L'esthétique du regard s'explique en grande partie par la présence et la hauteur du pli palpébral supérieur. La blépharoplastie asiatique, ou également appelée « double eyelide » constitue, en ce sens, la première demande de chirurgie esthétique dans ces populations.

Alors qu'en France, et dans les autres pays occidentaux, les femmes sont les plus demandeuses d'une telle chirurgie, ce sex ratio est plus équilibré chez l'Asiatique. Les motivations sont aussi différentes. En dehors du retentissement fonctionnel, la femme occidentale y voit souvent une difficulté à se maquiller. Pour le patient asiatique, plus que la recherche d'une occidentalisation du regard, il s'agit d'obtenir un regard plus ouvert, moins fatigué.

Les variantes chirurgicales sont nombreuses. Les attentes le sont tout autant : les patients vivant en Asie cherchent plus favorablement une vraie transformation de leur regard avec un pli très haut alors que les patients asiatiques vivant dans les pays occidentaux seront attachés à conserver leur caractère ethnique, avec un pli à « mi-chemin » entre le pli asiatique, quand il existe, et le pli caucasien. Ces derniers seront d'ailleurs très attentifs à la gestion de leurs cicatrices, connaissant bien les risques plus accrus de cicatrisation hypertrophique, voire chéloïde, ajoutés aux risques de dépigmentation, le plus souvent, ou d'hyperpigmentation.

Rappels anatomiques

La paupière supérieure

Le pli palpébral supérieur est soit absent (50 %), soit très bas, entre 2 et 4 mm du bord ciliaire (50 %). Cet aspect est expliqué d'une part par l'absence d'attaches entre

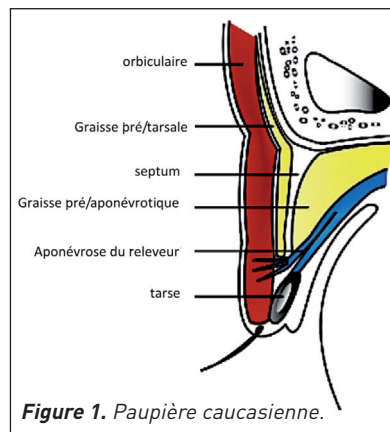


Figure 1. Paupière caucasienne.

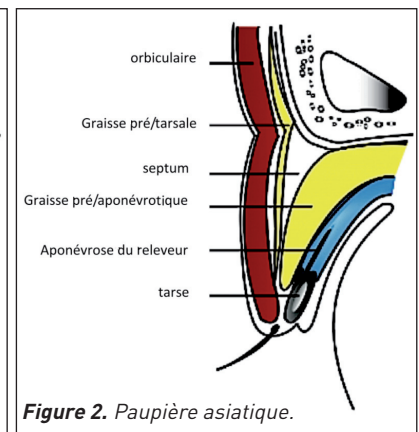


Figure 2. Paupière asiatique.

l'aponévrose du releveur et la peau et, d'autre part, par l'insertion basse du septum orbitaire et de l'aponévrose du releveur. La graisse préaponevrotique, ou organe en rouleau, souvent excessive, suit la position basse de l'aponévrose.

L'absence ou la brièveté du pli palpébral supérieur, associée à un tarse très court, souvent inférieur à 4 mm de hauteur, est responsable d'une grande laxité de la portion cutanée pré-tarsale. Cette laxité combinée à la position basse de la graisse rétro-septale et du pli palpébral supérieur (ou à son absence) favorise la formation d'un repli cutané canthal médial : l'épicanthus. La lourdeur apparente de la paupière supérieure associée à la position haute du canthus latéral accentue l'aspect étroit de la fente palpébrale.

La paupière inférieure

Le septum orbitaire s'insère juste sous le rebord ciliaire entraînant avec lui la graisse rétro-septale. Cet aspect est

Bordeaux

Dossier

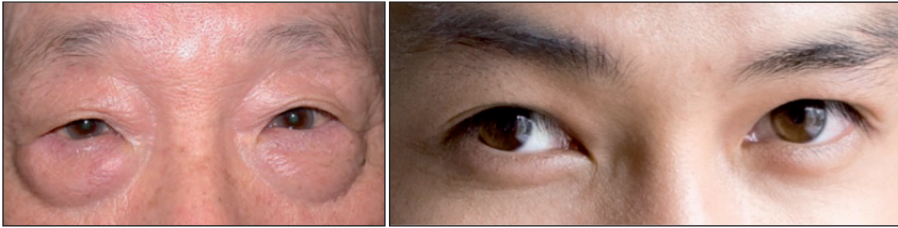


Figure 3. Aspect classique de poches sous-orbitaires.

Figure 4. Orbiculaire pré-tarsal saillant.

responsable de deux phénomènes : le premier est représenté par la survenue précoce des poches sous-orbitaires (figure 3) ; le second est représenté par la saillie du muscle orbiculaire pré-tarsal refoulé par la graisse rétro-septale (figure 4).

Vieillessement péri-orbitaire (figure 5)

Le blépharochalasis est proportionnellement plus important et plus précoce que celui observé dans la paupière caucasienne, ce qui s'explique par la laxité cutanée pré-tarsale, le poids de la graisse pré-tarsale et enfin un pli palpébral supérieur bas, ou absent.

La chute du sourcil est plus fréquente. Celle-ci intéresse l'ensemble du sourcil, alors qu'elle se limite souvent à la queue du sourcil dans la paupière occidentale. Les visages étant ronds, les pommettes saillantes, le sillon palpébro-malaire, ou vallée des larmes, est moins marqué. En revanche, la squelettisation de l'orbite est équivalente à celle rencontrée dans les populations occidentales. Celle-ci favorise la ptôse sourcilière et l'apparition des cernes. Cet aspect de cernes creux est d'autant plus marqué que ces derniers sont souvent pigmentés.



Figure 5. Aspect classique du vieillissement péri-orbitaire du patient asiatique.

Principes du traitement chirurgical

Traitement chirurgical de la paupière supérieure, ou blépharoplastie asiatique, ou « double eyelide »

Il existe trois techniques. Dans tous les cas, le dessin préopératoire reste identique. Celui-ci est effectué en position assise, chez un patient éveillé. Il est réalisé au-dessus du pli quand il existe, parallèle à celui-ci, pour éviter tout effet de double pli. Souvent, la hauteur du nouveau pli est située à 5-7 mm du bord ciliaire, soit en dessous du pli caucasien (8-10 mm).

La technique avec incision cutanée, dans laquelle la résection cutanée doit être modérée

Le muscle orbiculaire est incisé. Après incision du septum orbitaire, la graisse aponévrotique est réclinée afin d'aborder l'aponévrose du releveur de la paupière supérieure. La

résection graisseuse doit être extrêmement économe. Deux situations anatomo-cliniques sont alors à distinguer :

- soit le pli palpébral existe, mais bas situé. Il faut alors poursuivre la dissection le long de l'aponévrose jusqu'au bord supérieur du tarse afin de libérer toutes les adhérences existantes et responsables de ce pli ;
- soit il n'existe pas de pli palpébral avant la chirurgie. Il est alors inutile de poursuivre la dissection.

La suture doit être réalisée à l'aide d'un fil résorbable. Sa résorption va de ce fait engendrer une inflammation. Cette dernière favorisera alors une fibrose tissulaire utile à la création, ou à la réfection, du nouveau pli. La fermeture cutanée se fera en points séparés, chaque point chargeant tout d'abord la berge cutanée inférieure, l'orbiculaire, l'aponévrose du releveur, l'orbiculaire et enfin la berge cutanée supérieure (figure 6). L'ablation des points se fait au douzième jour. Une lipostructure du sourcil et du creux supra-tarsal sera très souvent associée.

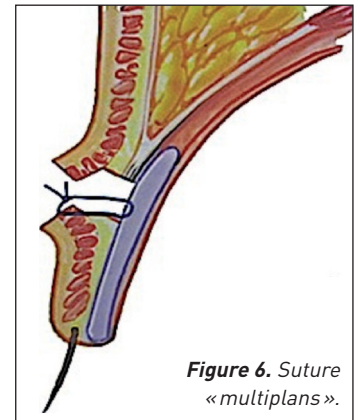


Figure 6. Suture « multiplans ».

La technique percutanée ou technique des perles

Elle consiste à réaliser des points en U transfixiants depuis la face postérieure de la paupière, au bord supérieur du tarse, jusqu'à la peau, au niveau du nouveau pli souhaité. La suture se fait au fil résorbable. Chaque nœud est protégé par une perle afin d'éviter toute effraction cutanée. L'ablation des sutures est réalisée au douzième jour. Il s'agit d'une technique, toujours réversible, exclusivement réservée au patient jeune, ne présentant ni excès cutané ni excès graisseux, et craignant un résultat définitif.

La technique des mini-incisions (figure 7)

Là encore, il s'agit d'une technique sans cicatrice. Trois à cinq incisions de 2 à 3 mm sont réalisées dans la ligne désignant le nouveau pli. Chaque incision doit être réali-

sée jusqu'à l'aponévrose du releveur. La résection graisseuse peut être alors réalisée par chacune de ces incisions. La suture, toujours réalisée au fil résorbable, devra prendre en charge la peau, le muscle orbiculaire et l'aponévrose du releveur (suture « multiplans »). L'ablation des sutures sera réalisée au douzième jour. Il s'agit ici aussi d'une intervention exclusivement réservée au patient ne présentant ni excès cutané ni excès graisseux.



Figure 7. Technique des mini-incisions.

Traitement chirurgical de l'épicanthus

Son indication doit être si possible limitée à une gêne fonctionnelle, la rançon cicatricielle étant souvent trop importante. La méthode de base reste toujours la plastie en Z, avec toutes les variantes possibles. La technique la plus communément utilisée est celle décrite par Park (figure 8), soit l'échange de petits lambeaux cutanés triangulaires réalisés aux dépens des différentes berges du repli épicanthale. L'affaiblissement par résection du muscle orbiculaire pré-tarsal est obligatoire ; ce dernier s'insérant sur le tendon canthale médial participe pleinement à la constitution de cet épicanthus.

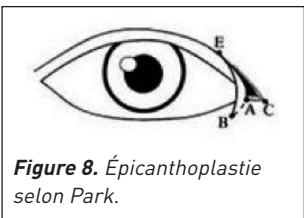


Figure 8. Épicanthoplastie selon Park.

Dans le type IV de la classification de Park (figure 9), l'épicanthus reliant le tiers médial du pli palpébral supérieur au tiers médial du pli palpébral inférieur est souvent responsable d'un entropion de la paupière inférieure. C'est ce que l'on appelle « l'épicanthus inversus ». Dans ce cas, la technique décrite par Fujiwara peut être utilisée. Elle consiste à réaliser une plastie en Z asymétrique, en y associant la résection d'un petit fuseau cutanéomusculaire, ainsi qu'une suture inversante.

Dans le type IV de la classification de Park (figure 9), l'épicanthus reliant le tiers médial du pli palpébral supérieur au tiers médial du pli palpébral inférieur est souvent responsable d'un entropion de la paupière inférieure. C'est ce que l'on appelle « l'épicanthus inversus ». Dans ce cas, la technique décrite par Fujiwara peut être utilisée. Elle consiste à réaliser une plastie en Z asymétrique, en y associant la résection d'un petit fuseau cutanéomusculaire, ainsi qu'une suture inversante.

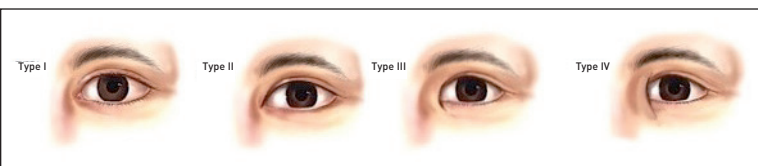


Figure 9. Épicanthus : classification de Park.

Traitement chirurgical de la paupière inférieure

La voie postérieure dite transconjonctivale est à privilégier. La résection de la graisse sera modérée. Le traitement des cernes creux et de la vallée des larmes fera appel à la liposuction.

Gestion de la cicatrice

Le risque de cicatrice hypertrophique, voire chéloïde, étant élevé, toute chirurgie sera complétée par un traitement par LED.



Figure 10. Séance de LED dans le traitement postopératoire.

Conclusion

Comme toute chirurgie esthétique, l'objectif de telles interventions n'est bien évidemment pas celui d'une transformation et toute la difficulté d'une telle prise en charge sera de conserver le caractère racial. La connaissance précise des spécificités anatomiques constitue un pré-requis obligatoire avant d'envisager une prise en charge chirurgicale des patients asiatiques.

Bibliographie

- Adenis JP. Chirurgie palpébrale. Techniques chirurgicale d'ophtalmologie. Paris : Elsevier Masson, 2007.
- Buy P. Chirurgie des paupières asiatiques. Chirurgies esthétiques des paupières. Paris : Elsevier Masson, 2008.
- Sayoc BT. Absence of superior palpebral fold in slit eyes; an anatomic and physiologic explanation. *Am J Ophthalmol.* 1956;42(2):298-300.
- Jeong S, Lemke BN, Dortzbach RK *et al.* The Asian upper eyelid: an anatomical study with comparison to the Caucasian eyelid. *Arch Ophthalmol.* 1999;117(7):907-12.
- Liu X, Fan D, Guo X *et al.* A transcutaneous, subcutaneous, and intratarsal suturing procedure in double eyelid surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2010;126(6):2133-9.
- Baek SM, Kim SS, Tokunaga S *et al.* Oriental blepharoplasty: single stitch, nonincision technique. *Plast Reconstr Surg.* 1989;83(2):236-42.
- Mutou Y, Mutou H. Intradermal double eyelid operation and its follow-up results. *Br J Plast Surg.* 1972;25(3):285-91.
- Park JI. Z-epicanthoplasty in Asian eyelids. *Plast Reconstr Surg.* 1996;98(4):602-9.
- Yoo WM, Park SH, Kwag DR. Root Z-epicanthoplasty in Asian eyelids. *Plast Reconstr Surg.* 2002;109(6):2067-71.
- Fujiwara T, Maeda M, Kuwae K, Nishino K. Modified split V-W Plasty for entropion with an epicanthal fold in Asian eyelids. *Plast Reconstr Surg.* 2006;118(3):635-42.
- Mustardé JC. Epicanthus and telecanthus. *Br J Plast Surg.* 1963;16:346-56.
- Yoon K. Modification of Mustardé technique for correction of epicanthus in Asian patients. *Plast Reconstr Surg.* 1993;92(6):1182-6.