



Le petit œil

Maxime Souchier

Par "petit œil", il faut entendre un œil paraissant peu volumineux car partiellement masqué par une ptôse palpébrale supérieure ou ptôsis. Cela découle d'un affaissement palpébral et sourcilier lié à l'âge. Il est d'autant plus inesthétique que le visage est "court" et sa correction est une étape essentielle de l'amélioration du regard demandée par les patients. Rechercher un ptôsis sera systématique lors d'une demande de correction du regard. Connaître les différentes techniques et indications aidera, en complément éventuel du traitement des creux et des paupières tombantes, à obtenir la meilleure satisfaction possible du patient.

Le ptôsis

Le ptôsis acquis lié à l'âge est le plus fréquemment d'origine aponévrotique : le faisceau musculo-aponévrotique s'étire, devient déhiscent, voire se désinsère du bord tarsal supérieur (figure 1). Ce processus peut être favorisé par une inflammation chronique, une chirurgie oculaire, le frottement répété de la paupière ou encore le port chronique de lentilles de contact.

Un pli palpébral haut situé ou effacé, une bonne fonction du muscle releveur et une paupière amincie en sont des signes caractéristiques.

Une cause neurogène, myogène, traumatique ou encore mécanique (et notamment le surpoids palpébral dans un contexte d'important dermatochalasis ou blépharochalasis) est néanmoins à rechercher (tableau I) [1].

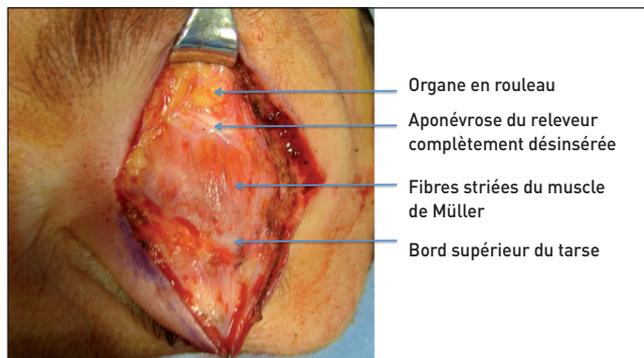


Figure 1. Aspect peropératoire d'un ptôsis sénile par désinsertion de l'aponévrose du releveur. L'aponévrose devra être réinsérée au bord supérieur du tarse par un minimum de trois points de Vicryl 6-0.

Cabinet ophtalmologique, Sainte-Foy-lès-Lyon –
Hôpital de la Croix-Rousse, Lyon

Examen du ptôsis

Bilatéral et comparatif, il étudie :

- la hauteur de la fente palpébrale,
- la distance entre le reflet pupillaire et le bord libre supérieur,
- la position du pli palpébral,
- la fonction du releveur : excursion du bord libre du bas vers le haut (en mm),
- l'oculomotricité à la recherche d'une hypotropie,
- la réponse à l'instillation d'une goutte de néosynéphrine à 10%,
- d'éventuelles syncinésies dans le cadre d'un syndrome de Marcus-Gunn.

Le ptôsis sera classé comme :

- minime : ptôse < 2 mm,
- modéré : ptôse entre 2 et 4 mm,
- sévère : ptôse > 4 mm.

Principales techniques de traitement du ptôsis

Voie d'abord antérieure

La plicature de l'aponévrose s'adresse aux ptôsis séniles aponévrotiques

Après avoir réalisé une incision dans le pli palpébral supérieur, l'orbiculaire est disséqué, les lamelles antérieures et postérieures sont séparées au niveau de la partie basse puis de la partie haute de la paupière. Le septum est ensuite ouvert horizontalement, permettant d'identifier la loge graisseuse médiane appelée organe en rouleau. Ce dernier, recliné vers le haut, laisse apparaître une fine lame blanche : l'aponévrose du releveur. Cette

dernière est réinsérée à la face antéro-supérieure du tarse à l'aide d'au minimum trois points de Vicryl 6-0. Le bord libre doit se situer au niveau du limbe ou 1 mm en-dessous en fin d'intervention [2].

Une variante décrite par Frueh consiste à réaliser cette même chirurgie en utilisant une incision cutanée réduite et en ne réinsérant l'aponévrose au tarse par sa face postérieure, et avec l'aide d'un seul point de Vicryl 6-0.

La résection du muscle releveur s'adresse aux ptôsis congénitaux, ou myogènes avec une fonction du releveur diminuée

Elle suit la même voie d'abord que la plicature de l'aponévrose.

Tableau I. Classification physiopathogénique du ptôsis.

Ptôsis myogènes
<ul style="list-style-type: none"> • Ptôsis congénital simple • Autres ptôsis myogènes : <ul style="list-style-type: none"> - ophtalmoplégie externe progressive, - syndrome oculopharyngé, - dystrophie musculaire progressive, - myasthénie, - fibrose congénitale des muscles extra-oculaires, - syndromes malformatifs héréditaires ou congénitaux associant une dystrophie musculaire du releveur.
Ptôsis aponévrotiques
<ul style="list-style-type: none"> - ptôsis sénile, - ptôsis par traumatisme de l'aponévrose, - ptôsis après chirurgie du globe oculaire, - syndrome de blépharochalasis, - ptôsis chez la femme enceinte, - ptôsis au cours de la maladie de Basedow.
Ptôsis neurogènes
<ul style="list-style-type: none"> - ptôsis liés à une lésion de la III^e paire crânienne, - ophtalmoplégie post-traumatique, - syndrome de Marcus-Gunn avec syncinésie, - syndrome de Horner, - migraines ophtalmoplégiques, - sclérose multiple.
Ptôsis mixtes
<ul style="list-style-type: none"> - involutif, - postopératoire, - traumatique, - congénital, - énucléé.
Pseudo-ptôsis
<ul style="list-style-type: none"> - par manque de support de la paupière (phtysie, microphthalmie), - œdème, hématome ou tumeur de la paupière, - hypotropie, - par dermatochalasis sévère.

Après avoir réalisé des incisions latéralement verticales et latéralement sur l'aponévrose, un plan de clivage est retrouvé sous celle-ci, voire sous le muscle de Müller suivant ce que l'on souhaite raccourcir.

Le muscle releveur est sectionné au-dessus du tarse puis décollé en bloc vers le fornix supérieur. Une résection de 12 à 25 mm de releveur est effectuée, à moduler en fonction de l'importance du ptôsis, de la fonction du releveur ou encore en tenant compte de l'ascension ou de la descente palpébrale postopératoire (se référer aux tables de Beard ou aux règles de Berke) [3].

Voie d'abord postérieure

Résection conjunctivo-müllerienne (figure 2)

Elle est indiquée dans les ptôsis minimales avec une bonne fonction du releveur et avec test à la néosynéphrine 10 % positif. Après éversion de la paupière supérieure, le couple conjunctivo-muscle de Müller est facilement séparé, au bord supérieur du tarse, de l'aponévrose du releveur en reconnaissant un espace trabéculaire. Une résection conjunctivo-müllerienne de 8 mm est habituellement pratiquée pour obtenir l'effet de la néosynéphrine. Cette résection sera augmentée de 1 à 2 mm pour accentuer la correction et diminuée de 1 à 4 mm pour l'inverse (figure 3). La suture du couple conjunctivo-Müller et du tarse est effectuée à l'aide d'un surjet de Vicryl 6-0 passé à la peau [4].

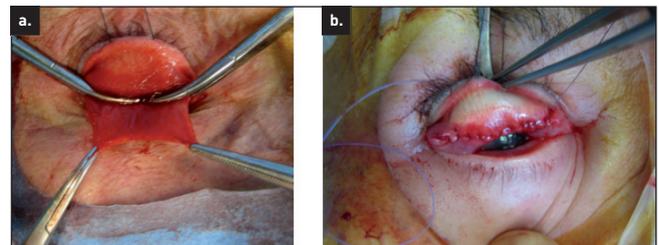


Figure 2. Résection conjunctivo-müllerienne.

a. Dissection d'un lambeau conjunctivo-müllerien. **b.** Suture tarso-conjunctivale avec un surjet résorbable après résection d'un bloc conjunctivo-müllerien.

Technique de Fasanella-Servat

Indiquée dans les ptôsis minimales, elle est aussi très reproductible. Elle consiste à réséquer une bande tarso-conjunctivo-müllerienne. Paupière éversée, des pinces hémostatiques sont placées parallèles au bord libre, à cheval sur le bord supérieur du tarse et sur le bloc conjunctivo-Müller. Ce bloc est réséqué en prenant soin d'épargner l'aponévrose du releveur. La suture tarso-conjunctivo-müllerienne fait appel à un surjet de Vicryl 6-0. Certains lui prêtent l'inconvénient de mutiler le tarse et donc les glandes de Meibomius.



Figure 3. Ptosis minime associé à un dermatochalasis. a. Aspect préopératoire. b. Aspect postopératoire six mois après un geste associant une blépharoplastie et une résection conjonctivo-müllerienne de 6 mm.

Techniques de suspension

Les techniques de suspension du bord palpébral au muscle frontal intéressent les ptosis sévères, plutôt bilatéraux, avec mauvaise fonction du releveur. Une bandelette de matériel autologue (fascia lata, aponévrose temporale) ou synthétique (silastic, PTFE, Mersilène[®]) permet de fixer le bord supérieur du tarse au muscle frontal via un passage sous-orbitaire (figures 4 et 5b).



Figure 4. a. Suspension du tarse au muscle frontal par une bandelette de PTFE selon la technique de Fox. La bandelette est suturée à la partie médiane du bord supérieur du tarse. Les extrémités sont ensuite passées à la peau par deux incisions sus-sourcilères via un passage sous-orbitaire. Enfin, elles sont nouées en regard d'une incision frontale. b. Aspect en fin d'intervention.

Figure 5. a. Ptosis congénital droit sévère avec syncinésies et après échec de chirurgie du releveur dans l'enfance. b. Aspect six mois après une suspension au muscle frontal par fascia lata.

Choix de la technique

La voie antérieure a pour avantages notables d'associer facilement un geste de blépharoplastie supérieure à celui de ptosis et de pouvoir corriger un ptosis modéré, voire sévère.

La voie postérieure serait plus reproductible, respecterait mieux le contour palpébral et serait plus rapide. En cas de blépharoplastie associée, cette voie demande d'effectuer une résection cutanée seule et non pas cutané-orbitaire.

En cas de pathologie de surface associée, il est préférable d'éviter une résection conjonctivale qui altèrera probablement la lubrification oculaire.

Dans les ptosis sévères avec une faible fonction du releveur, les techniques de suspension sont les techniques de choix [5].

Bibliographie

1. Baggio E, Ruban JM, Boizard Y. Etiopathogénie des ptosis à propos d'une série de 484 cas. Vers une nouvelle classification? J Fr Ophthalmol. 2002 Dec;25(10):1015-20.
2. Jones LT, Quickert MH, Wobig JL. The cure of ptosis by aponeurotic repair. Arch Ophthalmol 1975;93(8):629-34.
3. Beard C. Ptosis surgery: past, present and future. Ophthal Plast Reconstr Surg. 1985;1(1):69-72.
4. Perry JD, Kadakia A, Foster JA. A new algorithm for ptosis repair using conjunctival müllerectomy with or without tarsectomy. Ophthal Plast Reconstr Surg. 2002;18(6):426-9.
5. Adenis JP. Chirurgie palpébrale. Paris:Elsevier-Masson, 2007:51-69.

