



La chirurgie de l'ectropion pour les nuls

Maxime Souchier¹, Stéphane Arnavielle²

Une des pathologies palpébrales les plus fréquemment rencontrées en consultation d'ophtalmologie courante est l'ectropion palpébral. Le traitement fait appel à une technique relativement accessible et reproductible, la canthopexie externe, associée ou non à une conjonctivoplastie. Le respect des différentes étapes garantit un bon résultat sur les plans fonctionnel et esthétique.

L'ectropion palpébral est une éversion du bord libre palpébral que l'on peut schématiquement classer en quatre grandes formes cliniques suivant l'étiologie :

- l'ectropion par hyperlaxité (involutif),
- l'ectropion congénital,
- l'ectropion cicatriciel,
- l'ectropion mécanique.

Leur traitement est généralement chirurgical et guidé par l'examen clinique.

Étant donné sa prévalence, nous avons choisi de nous intéresser uniquement à l'ectropion involutif et de décrire deux méthodes de prise en charge chirurgicale simples, permettant de traiter une grande majorité de patients.

La canthopexie externe ou bandelette tarsale d'Anderson

C'est une technique de choix pour traiter la laxité horizontale. Elle consiste à réinsérer la sangle tarso-ligamentaire directement sur le rebord orbitaire latéral, de la manière suivante :

- **Marquage** au stylo dermatographique dans la patte d'oie puis infiltration avec un anesthésique local (xylocaïne adrénalinée ou Alphacaine®). **Incision cutanéomusculaire canthale externe** horizontale, qui se prolonge au mieux dans un pli de la patte d'oie médian sur environ 8 à 10 mm (figure 1).
- **Dissection du muscle orbiculaire** avec une pince monopolaire ou bipolaire afin d'aborder le périoste au niveau du rebord osseux (figure 2). Il est nécessaire de préserver ce périoste lors de la dissection. En effet, son intégrité est nécessaire à la réalisation d'une pexie de qualité de la bandelette tarsale.

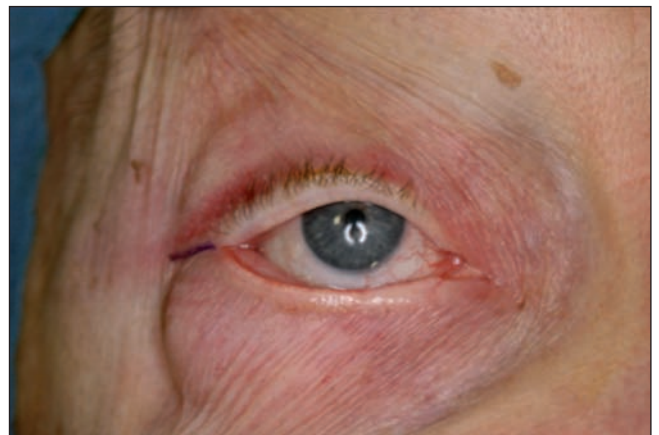


Figure 1. Incision dans la patte d'oie.



Figure 2. Dissection du périoste orbitaire.

- **Canthotomie latérale** qui vise à séparer les chefs supérieurs et inférieurs du tendon canthal latéral. Elle peut être réalisée facilement en sectionnant de manière oblique vers le bas les deux chefs à l'aide de ciseaux droits (figure 3).

1. Sainte-Foy-Lès-Lyon, hôpital de la Croix-Rousse, Lyon. 2. Paris



Figure 3. Canthotomie latérale aux ciseaux droits.

• **Cantholyse ou septolyse inférieure** qui consiste à séparer le septum du chef inférieur du tendon latéral (figure 4). L'extrémité latérale de la paupière inférieure, désormais totalement désinsérée de ses attaches, est ainsi facilement mobilisable vers le haut et vers le rebord osseux (figure 5).



Figure 4. Cantholyse inférieure.



Figure 5. Dissection du néo-tendon tarsal.



Figure 6. Raccourcissement du néo-tendon.



Figure 7. Passage du fil dans le néo-tendon.

- Dénuder avec les ciseaux une **bandelette tarsale** d'environ 8 mm de long. Il est nécessaire de retirer la lamelle myocutanée, et particulièrement les follicules pileux, pour éviter la repousse de cils dans la future cicatrice. La conjonctive est réséquée aux ciseaux, ou de manière plus simple, électrocoagulée avec le bistouri électrique sur les derniers millimètres de la bandelette (figure 5).
- La **bandelette peut être raccourcie**, à sa partie externe, pour obtenir une légère surcorrection de la laxité (figure 6).
- **Fixation du néo-tendon** à la face antéro-interne du rebord orbitaire latéral pour éviter la survenue d'un diastasis. Le choix du matériel utilisé est sujet à discussion, puisque certains auteurs préfèrent utiliser un fil non résorbable de type Prolène™ 5-0, voire de Gore-Tex® 5-0 afin de garantir une solidité permanente à la fixation. D'autres préfèrent utiliser un fil résorbable de type Vicryl™ ou lentement résorbable de type Monocryl™ pour limiter le risque de survenue d'un granulome. La fixation est réalisée à l'aide d'un ou plusieurs points séparés, ou d'un seul point en U, prenant la bandelette puis le périoste (figures 7 et 8).

Chirurgie

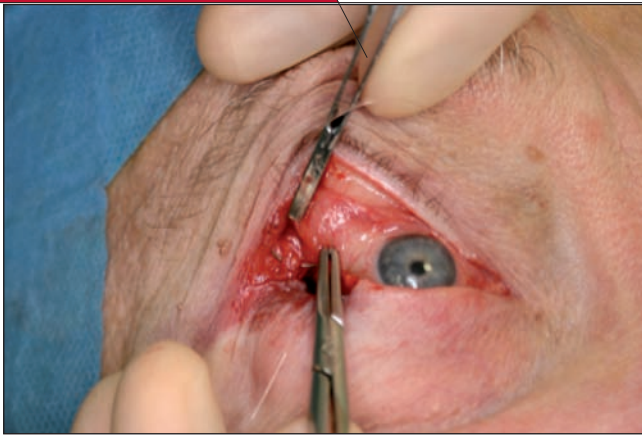


Figure 8. Fixation du néo-tendon au périoste endoorbitaire.

- La pexie est classiquement réalisée à hauteur de la pupille en position face au patient, en tenant compte du niveau du canthus contro-latéral, pour éviter une dissymétrie (figure 9).
- **Commissuroplastie** ou suture de l'angle à l'aide d'un point résorbable (Vicryl™ 6-0 par exemple) auto-enfoui puis suture cutané-orbitaire soignée en un ou deux plans (figure 10).



Figure 9. Réglage du néo-angle à hauteur de la pupille.



Figure 10. Suture de l'angle et de la patte d'oe.

Résection médiale de conjonctive avec réamarrage des muscles rétracteurs

Cette méthode pourra être associée à la première en cas de laxité verticale excessive ou réalisée seule dans certains ectropions du point lacrymal. Elle associe :

- Marquage puis résection d'un losange conjonctival à l'aplomb du point lacrymal inférieur (figures 11 et 12).



Figure 11. Marquage d'un losange conjonctival.



Figure 12. Résection en regard du point lacrymal.

- Suture des muscles rétracteurs au bord inférieur du tarse à l'aide d'un ou plusieurs points résorbables (figures 13 et 14). Ces points permettront de réamarrer les rétracteurs au tarse, de traiter la laxité verticale et donc de repositionner le point lacrymal au contact du globe oculaire.



Figure 13. Dissection de la lame des rétracteurs.



Figure 14. Réamarrage des rétracteurs au tarse.

Conflits d'intérêts : Aucun

Pour en savoir plus

Adenis JP. Chirurgie palpébrale. Paris:Elsevier-Masson, 2007:18-35.

Ritleng P. Pathologie orbito-palpébrale. Rapport de la SFO. Paris:Masson, 1998:184-97.

Tyers AG, Collin JRO. Colour atlas of ophthalmic plastic surgery. 2ed. Oxford:Butterworth Heinemann, 2001:95-123.

Anderson RL, Gordy DD. The tarsal strip procedure. Arch Ophthalmol. 1979;97(11):2192-6.