



L'œil tombant

Stéphane Arnavielle

La chute de la queue du sourcil, de l'angle externe de la paupière et le relâchement cutané-musculaire de la paupière supérieure font partie intégrante du vieillissement physiologique du haut du visage.

Des gestes médicaux simples et réversibles peuvent être effectués, comme des gestes chirurgicaux plus invasifs afin d'ouvrir le regard.

De nombreuses techniques sont aujourd'hui à la disposition des médecins et des patients pour corriger ces effets de l'âge.

«Allez, lève-toi. Debout. Debout ! Il faut se réveiller, vieux, avec ton air de chien battu, là. Il faut que t'arrêtes de subir la vie, d'être une victime en permanence. Nom de Dieu, le soleil se lève avec ou sans toi, et tu ne te lèves pas !» déclamait un acteur dans le film belge *Dikkenek* produit par Luc Besson en 2006. Regard implorant ou attendrissant, souvent en symétrie avec des lèvres en sourire inversé, l'œil tombant décrit un accent aigu à l'envers. Il comprend souvent une chute de la queue du sourcil, un dermachalasis, voire un ptôsis prédominant en externe et une dystopie du canthus externe (figure 1). Quelques techniques médicales ou chirurgicales simples peuvent transformer ces yeux tombants et tristes en regard plus souriant.



Figure 1. Aspect d'un regard tombant avec désinsertion du tendon canthal latéral, dermachalasis prédominant en externe et chute de la queue du sourcil.

Chute de la queue du sourcil

Ptôse du sourcil modérée : toxine botulique

Méthodes

Des injections de toxine botulique peuvent être effectuées dans la portion orbitaire du muscle orbiculaire [1], en regard du pilier externe de l'orbite, sous la queue du sourcil, à distance de l'aile externe du muscle releveur de la paupière supérieure et de la portion palpébrale de la glande lacrymale (figure 2).



Figure 2. Points d'injection dans le muscle orbiculaire orbitaire.

Produits et dilutions

Après dilution pour reconstitution de la toxine botulique et désinfection de la peau, deux à trois injections sont réalisées à l'aide d'une seringue à insuline ou tuberculine avec une aiguille de 30 gauge en intramusculaire. Les doses par point d'injection sont de 0,05 ml par point. La dilution avec du sérum physiologique stérile de NaCl à 0,9 % doit respecter les dosages des trois produits disponibles sur le marché en France dans cette indication esthétique (tableau 1).

Tableau 1. Dilutions de la toxine botulique dans le sérum salé.

Vistabel® 50U (Allergan)	1,25 ml
Bocouture® 50U (Merz Pharma)	1,25 ml
Azzalure® 125U (Galderma)	0,67 ml

Effets attendus et effets indésirables

L'effet de l'injection est visible à partir du 3^e jour, atteint un pic au 15^e jour et se poursuit jusqu'à 4 mois après l'injection. La présence d'anticorps dirigés contre la toxine botulique de type A peut en réduire l'efficacité. En conséquence, par mesure de prudence, un intervalle minimum de 3 mois entre 2 séances d'injection doit être respecté. Les retouches éventuelles sont prévues au 15^e jour, au pic d'efficacité du produit.

Les effets indésirables peuvent être liés à l'injection (papule, douleur, brûlure ou hématome au point d'injection), ou liés à la diffusion de la toxine (aux muscles oculomoteurs : diplopie ; au muscle releveur de la paupière supérieure : ptôsis ; à la glande lacrymale : sécheresse oculaire ou kératite).

Ptôse du sourcil sévère : suspension du sourcil

Résection sus-sourcilière

Une incision est pratiquée en demi-lune au-dessus du sourcil, à distance des bulbes pileux pour ne pas les couper. Elle doit aller en profondeur jusqu'à la galéa en haut et jusqu'au périoste en bas [2]. Trois points de suture de rapprochement prenant le muscle frontal sont positionnés, puis des points cutanés séparés de Nylon 6/0, solides et réguliers mais non fixés en profondeur pour conserver une mobilité du sourcil.

Pexie du sourcil par voie de pli

Un abord classique de blépharoplastie supérieure est pratiqué et une dissection du plan myocutané est poursuivie jusqu'au rebord orbitaire supérieur. L'organe de Charpy (ou graisse rétro-sourcilière) est séparé de l'os



Figure 3. Aspect avant et après pexie de la queue du sourcil par voie de pli avec résection associée du dermachalasis.

frontal et de son périoste puis de la galéa. Deux à trois points séparés de Vicryl 5/0 fixent cette graisse au périoste à environ 1 cm au-dessus du rebord orbitaire. Ces points doivent ascensionner la queue du sourcil au moment du serrage [3]. Une suture cutanée au Nylon 6/0 est effectuée dans le pli (figure 3).

Lifting frontal

Une technique un peu plus lourde de lifting frontal peut être indiquée dans les ptôses plus importantes. Une incision est pratiquée dans le cuir chevelu jusqu'au périoste et la galéa. La peau du front et le muscle frontal sont disséqués, mobilisés vers le haut puis fixés avec ou sans implant osseux, de manière à ascensionner le sourcil [4].

Dystopie du canthus externe

Anatomie évolutive de l'angle externe

La paupière inférieure est fixée solidement au rebord orbitaire par :

- le tendon canthal latéral, bande nacrée prolongeant le tarse et s'insérant sur une saillie osseuse située en arrière du rebord orbitaire antérieur : le tubercule de Whitnall,
- le septum orbitaire, membrane enveloppant les poches graisseuses et tendue entre le tarse et le rebord orbitaire.

Avec l'âge, ce tendon se désinsère, entraînant un déplacement du canthus externe vers le bas et l'avant.

Traitement chirurgical

La technique de référence reste la canthopexie externe, avec ses multiples variantes [5].

Principes de la canthopexie externe

La technique revient à raccourcir horizontalement la paupière inférieure, remonter et reculer l'angle externe, en fixant le tarse au tubercule de Whitnall.

Technique

Après une incision sous-ciliaire externe prolongée dans la patte d'oie, une canthotomie aux ciseaux est effectuée jusqu'au contact osseux pour séparer les parties supérieure et inférieure du tendon canthal. Une cantholyse inférieure, ou section de l'expansion arquée du septum orbitaire, est faite aux ciseaux. Un néo-tendon tarsal est disséqué, raccourci, puis fixé au périoste par un point de fil non résorbable 5/0 en le réglant à hauteur de la pupille (figure 4 a,b,c). Une canthoplastie au fil résorbable 6/0 recrée l'angle externe, un lifting cutané-orbitaire fixe le muscle au rebord osseux afin de draper le lambeau le long du tendon. Enfin, une suture dans la patte d'oie est réalisée avec du fil non résorbable 6/0 (figure 4 d).

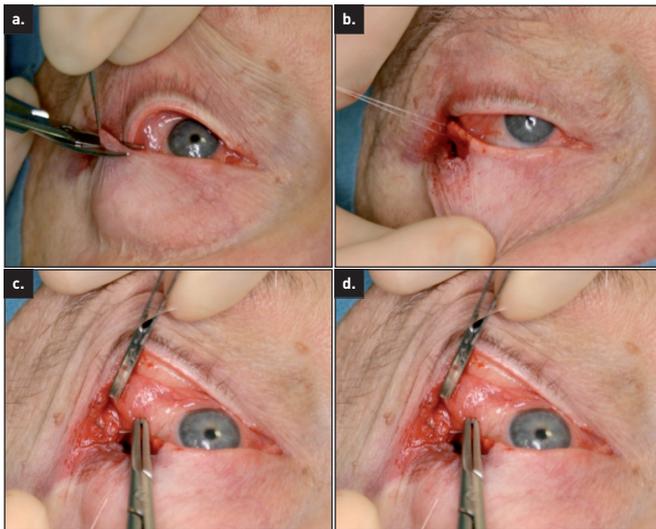


Figure 4. Etapes de la canthopexie externe.



Figure 5. Aspect avant et après chirurgie de dermatochalasis bilatérale, aponévrotique gauche, canthopexie externe par voie de pli associée à une injection de toxine botulique sous la queue du sourcil.

Ptôsis / Dermatochalasis

La paupière tombante

Simple comblement du creux sus-palpébral ou véritable déhiscence de l'aponévrose du muscle releveur et de l'aileron externe, le blépharoptôsis, souvent prédominant en externe, participe grandement à donner l'aspect d'œil tombant.

Techniques chirurgicales

Les gestes de blépharoplastie de résection cutané-orbitaire avec ou sans lipectomie supéro-interne et de plicature-raccourcissement du muscle releveur sont décrits dans les autres chapitres de ce dossier.

Gestes associés

Une voie d'abord dans le pli peut permettre dans le même temps d'effectuer (figures 5 et 6) :

- une canthopexie externe par voie de pli,
- un raccourcissement du muscle releveur,
- une pexie de la queue du sourcil.

Conflits d'intérêt : Aucun



Figure 6. Aspect avant et après canthopexie externe et chirurgie de ptôsis par voie de pli.

Bibliographie

1. Moers-Carpi M, Carruthers J, Fagien S *et al.* Efficacy and safety of onabotulinumtoxin A for treating crow's feet lines alone or in combination with glabellar lines: a multicenter, randomized, controlled trial. *Dermatol Surg.* 2015;41(1):102-12.
2. Adenis JP, Morax S. Pathologie orbito-palpébrale. *Pathologie esthétique.* Paris : Masson, 1998:261-301.
3. Cohen BD, Reiffel AJ, Spinelli HM. Browpey through the upper

lid (BUL): a new technique of lifting the brow with a standard blepharoplasty incision. *Aesthet Surg J.* 2011;31(2):163-9.

4. Boehmler JH 4th, Judson BL, Davison SP. Reconstructive application of the endotine suspension devices. *Arch Facial Plast Surg.* 2007;9(5):328-32.

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