

## L'œil rond

Thierry Malet

**I**l est assez rare qu'un patient se présente en consultation en parlant d'emblée de son « œil rond ». C'est plutôt une demande assez floue de « problème de paupières ». C'est l'examen clinique qui va faire le diagnostic.

Par définition, on parle d'« œil rond » lorsque la sclère blanche est visible sous le limbe scléro-cornéen inférieur. Le bord libre de la paupière est concave, bien au-dessous de l'iris. Il s'agit du scleral show des Anglo-Saxons (figure 1).

Figure 1. Scleral show.



### Étiologie

#### Œil rond constitutionnel

Assez rare, il ne faut pas ici le confondre avec un œil globuleux, où le bord libre de la paupière inférieure glisse sur la convexité du globe oculaire protrus ou hypertrophié (en cas de myopie importante, on parle alors d'œil buphtalme).

Il peut s'agir d'une constitution anatomique particulière, d'une hypotonie palpébrale, qui s'observe chez le sujet même jeune, ou d'un état évolutif par laxité du tendon externe et perte du tonus de toutes les structures palpébrales, qui ne peuvent s'opposer à la ptôse de la paupière inférieure alourdie et mal soutenue. C'est l'image du « filet de tennis détendu ». Des hernies graisseuses importantes associées témoignent de la faiblesse de l'ensemble des éléments de soutien, y compris du septum.

#### Œil rond postopératoire

C'est le cas le plus fréquent, appelé *scleral show*. Il peut aller jusqu'à l'ectropion vrai. Il n'est pas besoin d'interroger le patient qui évoque d'emblée l'intervention, souvent de façon revendicative. Il faudra bien sûr se garder de tout commentaire et se limiter à un examen objectif complet et à l'exposé des solutions thérapeutiques possibles. C'est une complication des blépharoplasties par voie sous-ciliaire.

Les causes sont multiples :

- Mauvaise appréciation préopératoire du tonus palpébral
- En statique, la paupière inférieure au repos reste au

contact avec le globe oculaire grâce à la sangle tarso-tendineuse composée du tarse et du tendon canthal médial et du tendon canthal latéral, à la tonicité du muscle orbiculaire, à la présence des rétracteurs (formations fibreuses au contact de la conjonctive en continuité avec le muscle droit inférieur, ligament de Lockwood pour les Anglo-Saxons). Ces rétracteurs sont responsables des mouvements vers le bas de la paupière inférieure accompagnant ceux du globe oculaire dans le regard en bas. Ces différents éléments maintiennent le bord de la paupière au contact du globe.

En dynamique, le *snap test* est réalisé en tirant la paupière vers le bas et en la relâchant (figure 2). Il est normal si la paupière revient rapidement et totalement contre le globe oculaire. Il est limite si la paupière revient contre



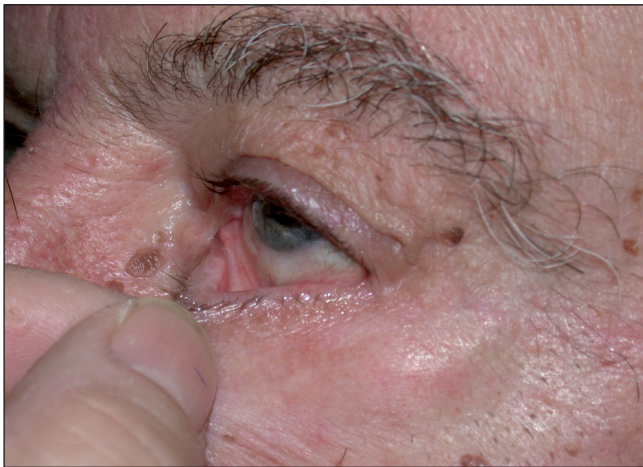
Figure 2. Le *snap test* est réalisé en tirant la paupière vers le bas et en la relâchant.

le globe oculaire mais lentement. Il est pathologique si la paupière ne revient pas contre le globe oculaire.

Si le *snap test* est limite ou positif, un geste complémentaire sur le canthus latéral sera nécessaire :

- limite : une simple canthopexie latérale sans raccourcissement de la sangle peut être utilisée (type canthopexie latérale de Goldberg) ;
- pathologique : une canthopexie latérale avec raccourcissement de la sangle tarso-tendineuse est nécessaire (type *lateral tarsal strip* selon Tenzel).

Le diastasis oculo-palpébral est retrouvé en tirant la paupière vers l'avant : une distance entre le globe oculaire et la paupière de plus de 10 mm témoigne d'une laxité de la sangle tarso-tendineuse (figure 3). Les tests de traction nasale et temporale explorent la stabilité des tendons canthaux latéral et médial.



**Figure 3.** Diastasis oculo-palpébral retrouvé en tirant la paupière vers l'avant.

- Les autres causes d'œil rond post-opératoire peuvent être :
  - une dissection traumatique ne respectant pas les plans anatomiques, ce qui conduit à une cicatrisation rétractile par fibrose des éléments profonds,
  - une résection exagérée de peau,
  - une cicatrice sous-ciliaire rétractile,
  - une dénervation de l'orbiculaire (rare).

## Traitement

### Œil rond constitutionnel

Il s'agit le plus souvent de traiter la laxité du système palpébral inférieur (*snap test* positif).

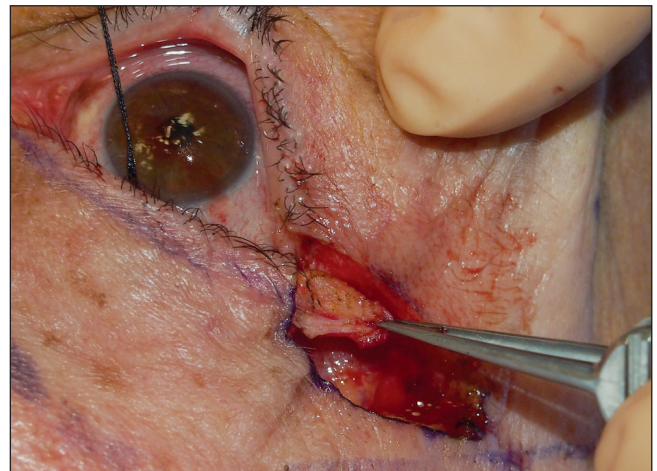
#### Si le *snap test* est positif

- Relâchement de la sangle tarso-tendineuse : canthopexie latérale avec raccourcissement de la sangle tarso-

tendineuse (*lateral tarsal strip* selon Tenzel) (figure 4) qui consiste successivement en :

- une section horizontale clivant la paupière inférieure de la paupière supérieure,
- une section verticale sectionnant le chef inférieur du tendon canthal latéral et une section de nouveau horizontale des rétracteurs permettant de libérer complètement la paupière inférieure,
- un raccourcissement de la sangle tarso-tendineuse selon l'importance de la laxité,
- une ablation de la marge ciliaire,
- une coagulation de la conjonctive,
- un passage de points (soit en U, soit deux points avec un fil résorbable type Vicryl 5 ou 6/0 ou non résorbable type Prolène 5 ou 6/0),
- une fixation en dedans du rebord orbitaire latéral sur le tubercule de Withnall.

Le chirurgien devra être très rigoureux sur la zone de fixation de la canthopexie dans le but de prévenir toute asymétrie potentielle postopératoire de la région canthale, source de mauvais résultats esthétiques. Il est possible de renforcer la fixation par deux points résorbables sur la partie antérieure de la languette tarsale sur le périoste orbitaire. Suture sous-cutanée en externe de l'orbiculaire par fils résorbables rapides et suture cutanée soit par surjet au Prolène 6/0 soit par points séparés à la soie 6/0.



**Figure 4.** Canthopexie latérale selon Tenzel.

- Relâchement du tendon canthal latéral : canthopexie latérale (selon Goldberg modifiée) (figure 5). Le but est de retendre la sangle tarso-tendineuse, de la refixer contre le rebord orbitaire latéral. Il s'agit d'un geste simple qui permet d'éviter des malpositions palpébrales. La technique consiste à passer un fil doublement serti (soit un fil non résorbable type Prolène 6 ou 5/0 soit un fil résorba-



Figure 5. Canthopexie latérale selon Goldberg.

ble type Vicryl 5 ou 6/0) au niveau de la ligne grise, puis passage au niveau du tendon canthal latéral et fixation des deux brins en dedans du rebord orbitaire (au niveau du tubercule de Withnall). Ce geste permet une remise en tension du tendon canthal latéral et d'ouvrir latéralement le regard en prévenant de manière simple le développement d'un œil rond dans les laxités modérées de la sangle tarso-tendineuse. La figure 6 montre le résultat après canthopexie externe.

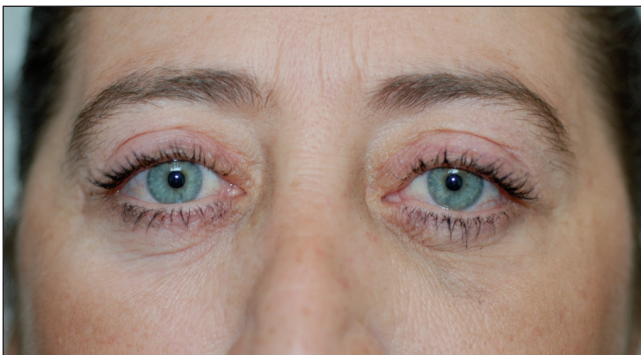
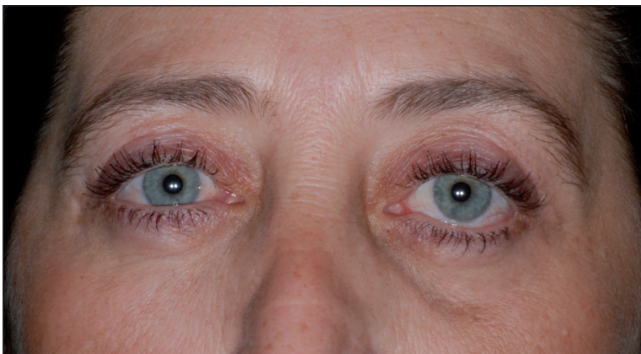


Figure 6. Aspect avant et après remise en tension de la sangle tarso-ligamentaire.

### Si le snap test est négatif

On peut proposer les techniques de soutien de la paupière inférieure.

- Technique de lifting centro-facial (figure 7) : la voie d'abord est celle de la blépharoplastie inférieure par voie sous-ciliaire. Le décollement se fera soit en sous-périosté, soit en sus-périosté. Il intéresse toute la face antérieure de l'os zygomatique en contournant le pédicule de l'infra-orbitaire. Puis mobilisation de l'ensemble des structures libérées vers le haut selon un vecteur vertical. Fixation de l'ensemble par trois points (résorbable ou non de 5/0) au rebord orbitaire inférieur et latéral. Une canthopexie latérale (avec ou sans raccourcissement de la sangle tarso-tendineuse) est associée.



Figure 7. Technique de lifting centro-facial.

- Technique de Reidy Adamson modernisée par Giovano Botti : un lambeau de muscle orbiculaire prélevé à la paupière inférieure est transposé et fixé, après tunnelisation sous-cutanéomusculaire, au périoste du rebord orbitaire latéral au-dessus du canthus latéral.

- Lipostructure de la paupière inférieure (figure 8) : cette technique consiste à prélever de la graisse sur l'abdomen ou sur les cuisses et à transférer cette graisse au niveau de la région médio-faciale. Cette technique n'est pas nouvelle : Illouz utilisait la graisse retirée par liposuction pour la transférer dans d'autres régions, puis Fournier a décrit la liposculpture qui consiste à aspirer la graisse puis la transférer dans une zone creuse. Mais c'est Coleman qui met au point la technique actuelle de lipostructure en 1995 (prélèvement, centrifugation, réinjection), technique modifiée et améliorée par Trepsat et Magalon en 1998. La lipostructure faite selon un protocole strict permet une véritable greffe de cellules graisseuses (adipocytes).

Le prélèvement se fait sur la face interne ou externe des cuisses ou sur l'abdomen. Le prélèvement commence par une anesthésie de la région avec un mélange de 20 ml

de sérum physiologique injectable et de 20 ml de Xylocaïne® 1% adrénalinée, réalisée avec la canule à prélèvement. Le prélèvement est réalisé par une lipoaspiration douce manuelle à l'aide d'une canule mousse de 25 cm de longueur avec des orifices de 1 mm de diamètre montée sur une seringue Luer Lock de 10 cc. Il est nécessaire d'utiliser deux à quatre seringues de 10 cc pour réaliser une lipostructure de la région médio-faciale. La graisse prélevée est ensuite centrifugée à 3400 tours/min pendant un temps variable de 2 à 5 minutes selon les protocoles mais de plus en plus court actuellement. Cette centrifugation permet d'éliminer les adipocytes lysés, le sang et le produit anesthésiant. À la fin de la centrifugation, on retrouve dans la seringue de 10 cc trois phases : une supérieure jaunâtre, liquide, qui correspond aux adipocytes lysés (huile), une inférieure, rouge, liquide, qui correspond au sang et au mélange du produit anesthésiant, une intermédiaire jaune solide qui correspond aux adipocytes vivants. Après avoir retiré les phases supérieure et inférieure, la phase intermédiaire est transférée dans des seringues de 1 cc Luer Lock.



**Figure 8.** Lipostructure de la paupière inférieure.

La réinsertion se fera à l'aide de canules mousses, les plus utilisées étant : pour le périorbitaire, une canule de 4 cm de longueur avec un diamètre de 0,7 mm, et pour le médio-facial, une canule de 9 cm de longueur avec un diamètre de 1 mm. La réinjection se fait en petites quantités dans différents plans au niveau de la région médio-faciale et périorbitaire, en profondeur en sous-musculaire. La réinjection commence par la partie médiale du cerne avec une quantité injectée de 0,5 à 1 cc, puis la partie latérale du cerne avec 0,5 à 1 cc, enfin la région médio-faciale avec 5 à 10 cc. Les régions temporales, du sourcil et de la paupière supérieure peuvent être traitées dans le même temps opératoire. Une surcorrection légère est souhaitable car une perte des cellules graisseuses se produit pendant les trois mois qui suivent l'injection.

Cette technique de Coleman a été modifiée par certaines équipes qui ne centrifugent pas la graisse mais la tamise à l'aide de compresses.

### Œil rond postopératoire

Le traitement est avant tout préventif.

#### **Si l'œil rond est constaté en postopératoire immédiat :**

- kinésithérapie associant travail de l'orbiculaire et massages locaux : automassages (3 fois par jour, manœuvre de Carraway) devant une glace, toujours de bas en haut. Ceci doit être préconisé systématiquement après toute blépharoplastie inférieure ;
- mise en place d'une contention par pansements adhésifs élastiques, découpés selon un schéma précis (Céderm®, Lumiderm®). On peut être amené à proposer une tarsorrhaphie latérale transitoire pour renforcer ces procédés non chirurgicaux.

Il faut y associer une protection cornéenne par collyre mouillant et pommade la nuit.

#### **Si le patient est vu tard ou en cas d'échec des procédés cités plus haut : attendre au moins trois mois (tout en continuant les massages) :**

- s'il existe un déficit cutané seul : il faut reprendre la voie sous-ciliaire et libérer les adhérences au septum et, lorsque le bord libre de la paupière se replace en bonne position, on évalue le défaut cutané et on procède à une greffe de peau totale, prélevée idéalement à la paupière supérieure, ou au niveau de la région rétro-auriculaire ou sus-claviculaire si la paupière supérieure n'est pas utilisable ;
- s'il existe des adhérences profondes postérieures : il faut libérer les éléments rétracteurs par voie conjonctivale et procéder à un allongement de la lamelle postérieure (tarse + conjonctive) par une greffe de muqueuse, chondromuqueuse, tarso-conjonctivale. Un geste de fixation canthale est toujours associé.

### Pour en savoir plus

Adamson JE, McCraw JB, Carraway JH. Use of a muscle flap in lower lid blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1979;63(3):359-63.

Carraway JH, Mellow CG. The prevention and treatment of lower lid ectropion following blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1990;85(6):971-81.

de La Plaza R, Arroyo JM. A new technique for the treatment of palpebral bags. *Plast Reconstr Surg.* 1988;81(5):677-87.

McCord CD Jr, Ellis DS. The correction of lower lid malposition following blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1993;92(6):1068-72.

Morax S. Complications de la chirurgie esthétique des paupières et son traitement. *Pathologie orbito-palpébrale.* Paris : Masson, 1998.