



L'examen du ptosis en dix points

Stéphane Arnavielle

Un ptosis se définit comme une chute de la paupière supérieure liée à un défaut d'action du muscle releveur de la paupière supérieure [1].

Un examen méthodique est le garant d'un bon diagnostic et d'un traitement adapté. Il est toujours bilatéral et comparatif, statique et dynamique. Les faux ptosis (enophtalmie, hypotropie, dermachalasis, rétraction supérieure controlatérale) auront été au préalable éliminés [2].

Le ptosis en 10 points

- Interrogatoire
- Fente palpébrale
- Pli palpébral supérieur
- Hyperaction frontale
- Fonction du muscle releveur
- Motilité oculaire extrinsèque et intrinsèque
- Cover test
- Test à la néosynéphrine
- Charles Bell
- Marcus Gunn

1. Interrogatoire

L'interrogatoire s'attachera à préciser les antécédents médicaux (traumatisme oculo-orbitaire), les antécédents familiaux de ptosis, les antécédents ophtalmologiques médicaux et chirurgicaux et les antécédents obstétricaux (accouchement par forceps). En cas de ptosis acquis, il devra faire préciser le mode d'apparition (brutal ou progressif), l'évolution et la variabilité dans la journée.

Examen statique et dynamique

Un examen ophtalmologique avec mesure de l'acuité visuelle à la recherche d'une amblyopie, étude de la sensibilité cornéenne et de la sécrétion lacrymale devra être systématiquement effectué.

L'examen palpébral doit relever les mesures qui suivent.

2. Fente palpébrale

Chez le sujet normal, le bord libre de la paupière supérieure recouvre le limbe de 2 mm. Au-dessous, la paupière est considérée comme ptosée. La hauteur de la fente palpébrale, correspondant à la **distance entre les bords libres supérieur et inférieur**, est mesurée en position primaire, à l'aide d'un gradueur millimétré (figure 1). Une **fente palpébrale normale est chiffrée à 9 mm**. Le ptosis est mineur si la fente est réduite de 2 mm, modéré si celle-ci est diminuée de 2 à 4 mm, majeur si la paupière chute de plus de 4 mm.



Figure 1. Ptosis majeur droit avec fente palpébrale diminuée de plus de 4 mm.

3. Pli palpébral supérieur

La présence ainsi que la position du pli seront notées. La position normale du pli est située à 10 mm du bord libre



Figure 2. Position du pli haut situé (> 10 mm) dans le cas d'un ptosis aponevrotique.

supérieur. L'ascension de celui-ci est en faveur d'un ptosis aponévrotique par désinsertion de l'aponévrose du releveur (figure 2), tandis que son absence évoque un ptosis d'origine myogène et sa position basse un contexte ethnique (paupière asiatique notamment) [3-5].

4. Hyperaction frontale

La position du(es) sourcil(s), normalement en regard de l'arcade sourcilière, doit être notée à la recherche d'une ascension compensatrice du sourcil, par hyperaction du frontal, muscle élévateur du sourcil (figure 3).



Figure 3. Hyperaction frontale bilatérale dans le cas d'un ptosis bilatéral, majeur à droite et modéré à gauche.

5. Fonction du muscle releveur

L'estimation de la course du releveur se fait en mesurant la différence de hauteur sourcil-bord libre palpébral supérieur, entre le regard en bas et le regard vers le haut, l'action du muscle frontal étant bloquée par le pouce, afin de repositionner le sourcil à la hauteur physiologique (figures 4 et 5). La valeur normale de l'excursion du releveur est de 15 mm, dont 2 mm liés à la seule action du muscle de Müller. L'action du releveur est qualifiée de bonne si elle est supérieure à 8 mm, moyenne entre 4 et 8 mm, faible entre 2 et 4 mm et nulle en dessous de 2 mm. Si la fonction du releveur est classiquement conservée dans un ptosis aponévrotique, elle est diminuée dans les ptosis neurogènes et myogènes.



Figures 4 et 5. Course du muscle releveur conservée à 15 mm dans un ptosis aponévrotique.

6. Motilité oculaire extrinsèque et intrinsèque

L'examen méticuleux de l'oculomotricité (figures 6 à 9) s'attachera à rechercher notamment une paralysie du III (ptosis, exotropie, mydriase et paralysie de l'accommodation), un déficit de l'élévation avec hypotropie, ou encore une ophthalmoplégie subtotale [6].

Un examen des pupilles notera la présence d'un myosis homolatéral en faveur d'un syndrome de Claude-Bernard Horner (myosis - ptosis - enophtalmie) ou une mydriase évoquant une atteinte du III intrinsèque.



Figures 6 à 9. Examen des ductions-versions à la recherche d'un trouble oculomoteur associé.

7. Examen sous écran ou cover test

L'examen sous écran permet, en occultant l'œil sain, de faire reprendre la fixation à l'œil atteint, afin de quantifier la part du ptosis lié à l'hypotropie, responsable d'un faux ptosis (figures 10 et 11). Un cover test positif fera en premier lieu poser l'indication d'une chirurgie strabologique de la verticalité pour traiter le faux ptosis, puis traiter le ptosis résiduel éventuel.



Figures 10 et 11. Faux ptosis droit lié à une hypotropie : l'occlusion de l'œil sain corrige le ptosis.

En images

8. Test à la néosynéphrine

L'action du muscle de Müller est mesurée par l'instillation d'une goutte de néosynéphrine à 10 %. La rétraction consécutive de 2 mm de la paupière supérieure permet d'évaluer le rôle du muscle de Müller dans le ptosis (*figures 12 à 15*). Une correction totale du ptosis après instillation orientera la prise en charge vers une chirurgie müllérienne par voie conjonctivale [7].



Figures 12 et 13. Test à la néosynéphrine entraînant une correction partielle du ptosis.



Figures 14 et 15. Test à la néosynéphrine entraînant une correction totale du ptosis.

9. Signe de Charles Bell

La présence d'un signe de Charles Bell devra être appréciée. Celui-ci se recherche en tractant la paupière supérieure lors de l'occlusion forcée, à la recherche d'une ascension du globe sous la paupière (*figure 16*). L'absence de ce signe, notamment en cas de paralysie de l'élévation, peut faire craindre un risque de malocclusion postopératoire et amener à sous-corriger un geste chirurgical.



Figure 16. Présence d'un signe de Charles Bell à l'occlusion forcée.

10. Signe de Marcus Gunn

Une syncinésie mandibulo-palpébrale par innervation aberrante du muscle releveur devra être recherchée, celle-ci se traduisant par une correction partielle ou totale du ptosis à l'ouverture buccale (*figures 17 et 18*). Ce signe bien caractéristique se rencontre dans le syndrome de Marcus Gunn, dont la prise en charge à la fois palpébrale et syncinétique est bien spécifique [8-9].



Figures 17 et 18. Rétraction de la paupière supérieure droite à l'ouverture buccale en faveur d'un signe de Marcus Gunn (photos avec l'aimable autorisation du Dr J.-M. Piaton).

Conclusion

La qualité de l'examen clinique conditionne le diagnostic et la prise en charge d'un ptosis, gage d'un bon résultat fonctionnel et esthétique.

Bibliographie

1. Adenis JP, Morax S. Pathologie orbito-palpébrale. Rapport de la Société française d'ophtalmologie. Paris : Masson, 1998.
2. Beard C. Ptosis. 2nd ed. The CV Mosby Company, St Louis, 1976.
3. Jones LT. The anatomy of the upper eyelid and its relation to ptosis surgery. *Am J Ophthalmol.* 1964;57:943-59.
4. Meyer DR, Linberg JV, Wobig JL, Mc Cormick SA. Anatomy of the orbital septum and associated eyelid connective tissues. Implications for ptosis surgery. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg.* 1991; 7(2):104-13.
5. Jones LT, Quickert MH, Wobig JL. The cure of ptosis by aponeurotic repair. *Arch Ophthalmol.* 1975;93(8):629-34.
6. Harrad RA, Graham CM, Collin JRO. Amblyopia and strabismus in congenital ptosis. *Eye* 1988;2(6):625-7.
7. Puttermann AM, Urist MJ. Muller's muscle conjonctival resection. A method for treatment of blepharoptosis. *Arch Ophthalmol.* 1976;92:614.
8. Morax S, Mimoun G. Traitement chirurgical du syndrome de Marcus Gunn. Indications et résultats. A propos de 15 cas. *Ophthalmologie* 1989;3(2):160-3.
9. Lavin JR, Zabolo SD, Ciancia A. Associated oculomotor abnormalities in the Marcus Gunn jaw-winking syndrome. *Binocular Vision and Eye muscle surgery qtrly* 1995;10:25-30.