

Les ectropions involutionnels : principes de traitement

RÉSUMÉ : L'ectropion involutionnel est une malposition palpébrale fréquente liée à l'âge. Il est dû à l'association d'une laxité palpébrale, d'une désinsertion canthale externe et éventuellement d'une rétraction cutanée.

Le traitement est chirurgical et reprend les différents facteurs présents. Il combinera donc une canthopexie en cas de désinsertion canthale externe et un raccourcissement palpébral si une laxité est présente. Une greffe de peau sera nécessaire pour traiter un ectropion irréductible par manque cutané.

Il faudra parallèlement systématiquement vérifier les autres étiologies des larmoiements lorsqu'ils sont présents, et prévenir alors le patient de la possibilité de gestes complémentaires et de retouches possibles.



→ D. SCHAPIRO
Ophtalmologiste,
PARIS,
MARSEILLE.

L'ectropion involutionnel est une pathologie courante, souvent considérée comme bénigne et parfois traitée avec peu d'intérêt. Cependant son incidence va très probablement augmenter avec le vieillissement de la population, et sa définition dépasse largement le cadre trop souvent associé de la paupière "qui se retourne". Un relâchement palpébral peut en effet être dû à des facteurs physiopathologiques divers dont l'analyse permet un traitement adapté et donc efficace. Il peut également être à l'origine de plusieurs symptômes, tels que le larmoiement ou certaines conjonctivites chroniques.

Définition

Un ectropion est par définition une malposition palpébrale, au même titre que l'entropion ou le ptosis. Il n'existe pas a priori de pathologie tarsale inflammatoire. L'implantation ciliaire est donc normale, et la structure de la paupière est souple. Le bord de la paupière est simplement éversé, provoquant une exposition conjonctivale plus ou moins marquée.

Il existe plusieurs stades d'ectropions :

>>> Réductible :

- latent, ou débutant (*fig. 1*) ;
- constitué partiel, principalement en nasal (*fig. 2*), ou complet (*fig. 3*).



FIG. 1 : Ectropion latent.



FIG. 2 : Ectropion nasal.

REVUES GÉNÉRALES

Paupières



FIG. 3 : Ectropion complet réductible.

>>> Irréductible :

- idiopathique, par évolution d'un ectropion constitué (fig. 4);
- associé à un terrain cutané pathologique (fig. 5).

>>> **Un cas à part :** l'ectropion dans le cadre des paralysies faciales (fig. 6).



FIG. 4 : Ectropion irréductible.



FIG. 5 : Ectropion avec dermatose.



FIG. 6 : Ectropion dans le cadre d'une paralysie faciale.

Physiopathologie

L'ectropion sénile, involutif, est le plus commun. Il est provoqué par la conjonction d'une laxité palpébrale et d'une désinsertion du tendon canthal externe, entrant souvent dans un cadre plus global de relâchement des tissus orbitaires antérieurs (ptosis aponévrotique, dermatochalazis, lipoptose...) (fig. 7). A minima, ce relâchement palpébral aboutit à un larmolement par désamorçage de la pompe lacrymale sans constitution d'un ectropion patent. Il faut rappeler que la grande majorité des larmolements bilatéraux de l'adulte sont dus à une cause palpébrale et non lacrymale.

Un cercle vicieux s'installe ensuite par l'apparition du larmolement qui crée progressivement une irritation cutanée, voire une eczématisation, entraînant des frottements de la peau par le patient, ce qui augmente la laxité palpébrale et la désinsertion canthale externe.

La conjonctive exposée par l'ectropion s'épaissit et contribue à empêcher la réduction de l'ectropion, favorise sa constitution et fait apparaître des sécrétions, ce qui augmente la tendance du patient à manipuler sa paupière, empirant encore le relâchement de la sangle palpébrale.

La peau de la paupière inférieure, de plus en plus irritée par les larmes et le frottement, commence progressivement à s'eczématiser, provoquant au final une rétraction de la lamelle antérieure par déficit de tissu cutané.



FIG. 7 : Ectropion dans un cadre global involutif orbitaire.

L'association d'une conjonctive épaissie et d'une rétraction cutanée aboutit finalement à un ectropion irréductible.

L'ectropion de la paralysie faciale est principalement dû au mécanisme de relâchement majeur de la sangle tarsoligamentaire inférieure, provoqué par l'absence de tonus du muscle orbiculaire qui soutient la paupière inférieure. Il est également majoré par le poids de la ptose faciale.

Examen clinique

● L'interrogatoire

Il recherche :

- le mode d'apparition : cause déterminée, uni- ou bilatéral, rapidité d'installation ;
- une notion de larmolement chronique ancien ;
- une paralysie faciale ;
- les antécédents cutanés : tumeurs, kératoses ;
- les antécédents chirurgicaux : esthétiques (blépharoplasties ++, liftings, injections périorbitaires), fonctionnels (cure d'entropion, traitements de l'ectropion déjà effectués et ayant échoué) ;
- un tabagisme, qui aggrave l'irritation conjonctivale et cutanée.

● L'examen physique

Il doit être réalisé sur un patient assis, de manière statique et dynamique, avec clignements et occlusion forcée des yeux. Il n'existera aucun doute quant à l'étiologie et la prise en charge lorsque l'ectropion est dû par exemple à un traumatisme ou un manque évident de tissu cutané (exérèse tumorale, résection cutanée excessive lors d'une blépharoplastie...) (fig. 8).

L'examen va par contre, lorsque l'ectropion est plus léger et spontané, permettre de déterminer s'il est réductible ou non par le **test de simulation de remise en**



FIG. 8 : Ectropion cicatriciel.

tension de la paupière (fig. 9 et 10 : test efficace = ectropion réductible; fig. 11 et 12 : test inefficace = ectropion irréductible). Ce test aura une incidence directe sur le choix de la technique chirurgicale.

Il permettra également de déterminer s'il existe une **désinsertion canthale externe**, et/ou une **laxité palpébrale**.



FIG. 9 : Test de simulation de remise en tension efficace.



FIG. 10 : Ectropion réductible.

Ces deux notions sont fondamentales à déterminer et analyser, car leur confusion est à l'origine de la plupart des échecs de traitement :

>>> La désinsertion canthale externe est provoquée par la distension ou le "décrochage" partiel ou total du tendon canthale externe. Son signe pathognomonique est la disparition du pointu de l'angle externe, et sa verticalisation, donnant un aspect d'œil rond et plus petit avec un rapprochement de l'angle externe vers le limbe (fig. 13), ainsi qu'un déplacement



FIG. 11 : Test de simulation de remise en tension inefficace.



FIG. 12 : Ectropion irréductible.



FIG. 13 : Désinsertion canthale externe.

ment du canthus lors de la traction de la paupière vers le bas (fig. 14).

>>> La laxité palpébrale est due principalement à l'âge (excepté dans le cadre du *floppy eyelid syndrome* ou de la paralysie faciale). Elle se caractérise par un relâchement structurel élastique de la paupière, devenue plus "molle". On la recherche par le *pinch test* (fig. 15) qui vérifie la tonicité avec laquelle la paupière revient se plaquer contre le globe, et l'étirement/écartement de la paupière lors de sa traction (normalement pas plus de 2 mm) (fig. 16).



FIG. 14 : Désinsertion canthale externe.



FIG. 15 : Pinch test.



FIG. 16 : Laxité palpébrale.

REVUES GÉNÉRALES

Paupières



FIG. 17 : Inflammation conjonctivale.

Ces deux éléments peuvent bien entendu être présents indépendamment ou être associés, ce qui va déterminer la conduite du traitement chirurgical.

L'examen s'attardera également sur l'aspect de la conjonctive (**fig. 17**) et l'état des voies lacrymales (aspect et diamètre du méat, perméabilité en aval, en gardant à l'esprit qu'un larmolement peut être également provoqué par une sténose lacrymale associée). Un larmolement clair, permanent, bilatéral et ancien, un inconfort chronique devront également faire évoquer un relâchement palpébral.

On prendra bien entendu des photographies préopératoires et une explication écrite ainsi qu'un devis détaillé seront remis au patient.

Traitement

Le traitement de l'ectropion est bien entendu quasi exclusivement chirurgical. Des dizaines de techniques ont été décrites, avec de multiples variantes permettant plus à leurs auteurs de laisser leur nom que d'apporter une réelle amélioration... Il semble surtout important de rester sur des notions simples, donc efficaces, en revenant aux principes physiopathologiques responsables. Un ectropion est avant tout une malposition palpébrale. Le principe du traitement, quelle que soit la technique utilisée, devra permettre de remettre en place les éléments déplacés, et de compenser si besoin un manque de tissu, aboutissant donc logiquement à la guérison.

1. Ectropion réductible

Il faut insister sur l'erreur encore trop souvent faite de traiter un ectropion par une résection pentagonale systématique qui permet de raccourcir la paupière et donc soi-disant de la retendre.

Cette technique est efficace lorsque l'ectropion est dû à une laxité palpébrale isolée (ce qui est rare), mais sera catastrophique sur une désinsertion canthale externe, car elle aboutira à une aggravation de cette désinsertion, transformera l'ectropion en une paupière trop courte et esthétiquement très délabrée, et n'aura aucun effet sur un larmolement, qui ne sera amélioré que par une remise en tension de la paupière contre le rebord orbitaire et donc le réamorçage de la pompe lacrymale.

Il est donc préférable de proposer une technique combinant optionnellement, en fonction de leur présence, le traitement d'une laxité et/ou d'une désinsertion canthale externe. Le geste se réalise de manière uni- ou bilatérale si besoin, sous sédation en ambulatoire, avec anesthésie locale par Xylocaïne adrénalinée dans le canthus externe et la partie latérale des paupières inférieure et supérieure. On pratique une courte incision dans le canthus externe, suivie d'une cantholyse externe et d'une canthotomie inférieure afin de libérer totalement la partie externe de la paupière inférieure (**fig. 18**).

On simule ensuite la remise en tension de la paupière jusqu'au rebord orbitaire



FIG. 18 : Incision et canthotomie.

latéral pour déterminer la laxité palpébrale et donc la quantité de paupière à réséquer. Bien entendu, en cas de paupière courte ou peu laxé, aucune résection "de principe" ne sera réalisée (ce qui correspond à la technique de résection pentagonale systématique et donc inappropriée dans certains cas). Cette résection (le plus fréquemment réalisée, car il est très rare de n'avoir qu'une désinsertion isolée) est alors pratiquée sur la partie externe de la paupière, évitant une cicatrice médiane visible (**fig. 19**). On réalise alors un néo-tendon tarsal (**fig. 20**), puis la canthopexie externe, en refixant la paupière à la partie interne du rebord latéral (pour éviter un diastasis), après dissection de celui-ci (**fig. 21**),



FIG. 19 : Résection après simulation.



FIG. 20 : Réalisation d'un néo-tendon.



FIG. 21 : Exposition du rebord orbitaire.



FIG. 22 : Canthopexie externe.



FIG. 23 : Simulation du résultat.

avec un point de fil résorbable ou non (fig. 22). On termine l'intervention par une canthoplastie au fil résorbable permettant de redonner le "pointu" du canthus et une suture cutanée (fig. 23).

La tension palpébrale doit être légèrement surcorrigée pour permettre à l'épaisseur de la conjonctive kératinisée de diminuer progressivement sans relâcher la paupière. En cas de persistance d'un léger ectropion lacrymal en fin d'intervention malgré une tension palpébrale correcte, on pourra réaliser une résection conjonctivale en losange sous le méat lacrymal pour lui redonner une orientation plus verticale.

Le point lacrymal exposé et sténosé peut être dilaté dans le même temps et sera calibré par un dispositif intraméatique qui sera laissé 6 semaines en place.

2. Ectropion irréductible

Le caractère irréductible de l'ectropion vient principalement du manque cutané.

En revanche, les phénomènes physiopathologiques responsables de l'ectropion lui-même sont identiques à l'ectropion réductible, c'est-à-dire la laxité et la désinsertion canthale externe. Il faudra donc associer au traitement de l'ectropion réductible une greffe cutanée dans la grande majorité des cas, ou un lambeau de peau, le plus souvent à pédicule externe.

On réalise, sous-locale, potentialisée par une sédation, une incision sous-ciliaire prolongée dans le canthus externe. Cette incision permet de libérer la lamelle antérieure et de rendre le mur palpébral postérieur indépendant. On raccourcit la paupière en fonction de la laxité et on réalise la canthopexie externe comme pour un ectropion réductible. Ce geste aura pour effet de démasquer la totalité du manque de peau. On prélève alors un greffon cutané en paupière supérieure homolatérale correspondant au déficit, ou en rétro-auriculaire au cas où la peau en paupière supérieure est en quantité insuffisante. Ce greffon, ou le lambeau, est suturé en paupière inférieure dans le défaut par des points non résorbables,



FIG. 24 : Ectropion irréductible.



FIG. 25 : Résultat après greffe.

retirés une semaine plus tard. Dans le cas d'une greffe (grande majorité des cas), on mettra en place un pansement de Bourdonnet afin de comprimer le greffon, d'éviter un hématome le soulevant, et de favoriser ainsi sa prise (fig. 24 et 25).

La conjonctive kératinisée et épaissie s'assouplit de nouveau dans les semaines qui suivent l'intervention et il n'est donc pas nécessaire en peropératoire de la réséquer. Si cela est nécessaire, il est fortement déconseillé de la suturer, au risque de créer une inflammation sur la cicatrice et un frottement sur l'œil qui ralentiraient la guérison, d'autant que la conjonctive cicatrice particulièrement bien spontanément.

Dans tous les cas de traitements, les suites sont le plus souvent simples, marquées par des ecchymoses et des œdèmes temporaires, ainsi que de légères douleurs à la palpation du canthus externe dont il faudra prévenir le patient.

Les résultats définitifs sur l'ectropion et/ou sur le larmoiement seront obtenus vers trois mois (fig. 26 et 27).



FIG. 26 : Aspect pré-opératoire.



FIG. 27 : Résultat définitif.

REVUES GÉNÉRALES

Paupières

Il est bien entendu fondamental d'avoir prévenu le patient avant l'intervention du risque toujours présent de récurrence en cas de laxité palpébrale majeure, et de persistance du larmolement en cas de cause associée, qu'il faudra alors rechercher et traiter.

Dans le cas particulier de la paralysie faciale, la ptose de la joue et de la commissure de la bouche peuvent empêcher la réduction chirurgicale de l'ectropion. Il sera alors nécessaire dans un premier temps de faire réaliser une réhabilitation de la région basse du visage afin de soulager le poids de la joue sur la paupière et de faciliter la canthopexie.

Il sera possible dans tous les cas, en fonction des éléments présents et de la demande du patient, de combiner lors du geste de canthopexie externe un traitement des autres facteurs involutifs présents. On pourra par exemple réaliser une réinsertion aponevrotique du muscle releveur en cas de ptosis associé, une pexie de la glande lacrymale en cas de ptose, une blépharoplastie esthétique en retirant un excès de dermatochalazis ou en proposant une lipectomie. Bien entendu, en cas de geste esthétique associé, on séparera la partie fonctionnelle de la partie esthétique pour la prise en charge.

Conclusion

L'ectropion involutif est une pathologie fréquente, certes bénigne, mais

POINTS FORTS

- ↳ La prise en charge est chirurgicale, adaptée en fonction de la physiopathologie présente.
- ↳ L'ectropion est une malposition palpébrale. Son traitement consiste donc à repositionner correctement les différents éléments pathologiques.
- ↳ Le test de simulation est fondamental pour déterminer le type d'ectropion et donc pour orienter le traitement.
- ↳ Une résection pentagonale "de principe" doit être évitée.
- ↳ En cas de larmolement associé, il faut en rechercher les autres causes et les traiter parallèlement.
- ↳ Il est possible dans le même temps chirurgical d'associer au traitement de l'ectropion la prise en charge d'autres facteurs involutifs présents (ptosis, blépharoplastie...).

dont le traitement doit être proposé pour des raisons fonctionnelles aussi bien qu'esthétiques.

Sa prise en charge, principalement chirurgicale, doit permettre la remise en position des structures palpébrales, et traiter une laxité éventuellement associée. Il est important d'adapter la technique chirurgicale en fonction des éléments présents afin de garantir le meilleur résultat possible.

Par contre, en particulier en cas de larmolement associé, il est fondamental d'explorer les autres causes de larmolement et prévenir le patient avant l'intervention de la possibilité de gestes secondaires associés.

Bibliographie

1. RITLÉNG P. Ectropions. In : Pathologie Orbito-palpébrale. Adenis J.P., Morax S., Société Française d'Ophthalmologie, 1998, 184-197.
2. RITLÉNG P. Ectropions. Séméiologie et traitement chirurgical. *Encycl Med Chir Ophthalmologie*, Paris, 1990, 21100 B10, 14 p.
3. COLLIN JRO. A manual of systematic eyelid surgery. Churchill Livingstone, Edinburgh, 1989, 27-40.
4. PERRAULT C. Le petit chaperon rouge. In : Les Contes de ma mère l'Oye, 1697.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.