

L'ANNÉE OPHTALMOLOGIQUE

Chirurgie orbito-palpébrale : quoi de neuf ?



→ O. GALATOIRE

Chef de Service,
Service de Chirurgie Fonctionnelle
et Reconstructrice Orbito-Palpébrale,
Fondation A. de Rothschild,
PARIS.

Comme les autres spécialités en ophtalmologie, la chirurgie orbito-palpébrale a bénéficié ces dernières années de réelles avancées sur le plan diagnostique et thérapeutique. Ces grandes évolutions sont dues au progrès des moyens d'investigation et d'imagerie et à l'évolution de techniques chirurgicales plus proches de la chirurgie plastique et esthétique

Chirurgie plastique reconstructrice palpébrale

1. Les malpositions palpébrales

Les plus fréquentes sont l'ectropion et l'entropion dont la fréquence augmente avec le vieillissement de la population. Les bases de la prise en charge

sont le traitement de la laxité verticale et horizontale. Pour cette dernière, les canthoplasties latérales permettent un traitement de la laxité et une remise en tension de l'ensemble de la sangle tarso-palpébrale. Elles évitent toute résection/atteinte du bord libre ciliaire et permettent également de maîtriser l'axe de la fente palpébrale. Ces interventions ont supplanté les techniques classiques de raccourcissement palpébral dans le traitement de la laxité horizontale et représentent actuellement le traitement de référence.

2. Les ptosis

Les techniques chirurgicales et les indications sont systématisées. Elles dépendent des formes anatomo-cliniques :

>>> Les ptosis avec fonction du muscle releveur satisfaisante pourront bénéficier d'une chirurgie de l'aponévrose (**fig. 1**) ou d'un raccourcissement du muscle releveur par voie antérieure.



FIG. 1 : Ptosis aponévrotique. chirurgie de l'aponévrose du muscle releveur. En haut : pré-chir ; en bas : post-chir.

>>> Les ptosis dits involutionnels (désinsertion de l'aponévrose du muscle releveur), le plus souvent liés à l'âge, sont traités par une chirurgie de réparation ou d'avancement de l'aponévrose du muscle. Celle-ci est associée de manière quasi systématique à un geste de blépharoplastie supérieure dont l'incision pourra être minime. Certains auteurs proposent même une "micro-incision" associée à une chirurgie limitée de l'aponévrose (suture par un seul point sur le muscle releveur).

>>> Lorsque le muscle est non fonctionnel, on parle alors de ptosis myogène, le traitement passe alors par une suspension de la paupière au muscle frontal (**fig. 2**) utilisant soit une greffe autologue (*fascia lata* chez l'enfant – aponévrose temporale chez l'adulte), soit des biomatériaux type PTFE.



FIG. 2 : Ptosis myogène. Suspension frontale. En haut : pré-chir ; en bas : post-chir.

3. Les rétractions palpébrales

Il s'agit le plus souvent de rétractions palpébrales musculaires (sans atteinte

CHIRURGIE ORBITO-PALPÉBRALE

de la lamelle antérieure palpébrale), le plus souvent dans le cadre d'orbitopathie dysthyroïdienne. La rétraction palpébrale supérieure spasmodique (variable au cours de l'examen) est classiquement corrigée par une mullérectomie (excision-ablation du muscle de Müller). Lors de rétractions permanentes, on effectue par voie antérieure un recul du muscle releveur. Celui-ci sera d'un niveau correspondant au double de la rétraction mesurée. En cas de rétraction palpébrale majeure, il est possible d'interposer une greffe de muqueuse buccale pour la paupière supérieure ou encore de biomatériaux.

Pour les rétractions de paupières inférieures, le positionnement d'une greffe autologue (muco-palatine ou conquale) permettra de redonner une certaine hauteur à la paupière et ainsi de traiter la malposition. Pour les rétractions majeures, les biomatériaux type PTFE sont moins utilisés du fait des problèmes d'intolérance à moyen et long terme. Si leur utilisation était fréquente il y a quelques années, on préférera actuellement des greffes autologues dont la tolérance est parfaite (greffe conquale ou même greffe de derme profond).

L'utilisation de la toxine botulinique (utilisée en ophtalmologie depuis les années 60) a trouvé dans la prise en charge des rétractions des paupières de nouvelles indications. Pour les petites rétractions spasmodiques (de 1 à 3 mm de rétraction), l'injection par voie conjonctivale au bord supérieur du tarse de faibles quantités de toxine botulinique permet de diminuer l'hypertonie musculaire et ainsi d'abaisser quelque peu la paupière. Ce traitement est particulièrement indiqué pour les formes spasmodiques ou encore les formes de rétractions permanentes minimales à modérées lorsque l'équilibre thyroïdien n'est pas atteint (**fig. 3**). En effet, on réservera le traitement chirurgical à une rétraction qui est parfaitement stable. Depuis ces toutes dernières années, la toxine botulinique



FIG. 3 : Rétraction unilatérale paupière sup. droite, orbitopathie dysthyroïdienne avant et après injection de toxine botulinique. En haut : pré-injection ; en bas : post-injection.

a réellement trouvé sa place dans la prise en charge des rétractions, le plus souvent on initie la prise en charge par une injection de toxine qui peut être répétée, puis lors de la phase séquentielle, le traitement chirurgical s'impose.

4. Tumeurs et reconstructions palpébrales

Si les lésions bénignes peuvent toujours bénéficier de traitements chirurgicaux, l'utilisation de laser CO₂, laser Argon ou encore bistouri à radiofréquence permet de minimiser les suites opératoires, la rançon cicatricielle et ainsi l'éviction sociale.

Pour les tumeurs malignes, les techniques de grandes reconstructions restent classiques et on ne note pas de nouveauté récente. En revanche, nous insisterons sur les diagnostics de plus en plus précoces qui permettent une prise en charge plus rapide et ainsi moins lourde des patients. Le recours à l'anatomopathologie extemporanée peropératoire est quasi systématique pour des tumeurs graves (carcinome épidermoïde, mélanome ou carcinome sébacé) permettant des marges d'exérèse de sécurité. Les dossiers des patients présentant une affection tumorale doi-

vent être présentés et discutés en RCP (réunion de concertation disciplinaire), garantissant aux patients une prise en charge de qualité. Des référentiels sur la prise en charge des tumeurs malignes palpébrales et orbitaires doivent être établis du fait des particularités anatomophysiopathologiques de la région palpébrale et orbitaire. Ils restent à définir, c'est notre nouveau challenge.

5. Le blépharospasme

Le retard diagnostique du blépharospasme est moins fréquent, cela du fait de la grande sensibilisation des praticiens ophtalmologistes à cette pathologie.

Les injections de toxine seront répétées régulièrement (tous les 6 mois, puis, en cas de toxine-dépendance, tous les 3-4 mois). L'arrivée de plusieurs types de toxine sur le marché permet de redéfinir le traitement en fonction de l'évolution clinique des patients. En cas de résistance, le traitement est alors chirurgical. Le premier consiste à réaliser une ablation large du muscle orbiculaire de manière à éviter les contractions de celui-ci et pouvant dans certains cas associer une chirurgie de plicature de l'aponévrose musculaire lors de désinsertion associée. Enfin, pour les cas les plus graves, la suspension de la paupière au muscle frontal s'impose, elle sera réalisée par biomatériaux.

Pathologies et chirurgies orbitaires

Le diagnostic des pathologies orbitaires et leur prise en charge médico-chirurgicale sont devenus une spécialité à part entière au sein de l'ophtalmologie. De récents progrès ont permis une amélioration de la prise en charge :

- meilleure connaissance des rapports anatomiques,
- développement de l'imagerie orbitaire,
- progrès du diagnostic histo-pathologique.

1. Optimisation de l'approche chirurgicale orbitaire

La chirurgie orbitaire a connu en quelques années les progrès qu'a connu la chirurgie d'extraction cristallinienne. Il y a quelques décennies, on procédait à l'ablation d'une cataracte par une incision large et extraction en monobloc. Concernant la pathologie orbitaire, on avait recours à des voies relativement larges, parfois neurochirurgicales (voie coronale) avec dépose osseuse lourde du sphénoïde ou volet frontal.

La chirurgie de la cataracte par phacoémulsification cristallinienne et micro-incision s'est développée au cours des dernières décennies. Pour la chirurgie orbitaire, des progrès significatifs ont également été réalisés avec des voies d'approche antérieure beaucoup plus réduites, des incisions peu étendues au niveau du pli palpébral et des canthi, et des abords conjonctivaux de plus en plus répandus. L'apport du microscope opératoire a permis la résection de certaines masses in situ soit par ponction directe et aspiration, soit par fragmentation.

Actuellement, seules les tumeurs très postérieures parfois au contact de l'encéphale bénéficient d'une chirurgie lourde à double équipe oculoplasticien-neurochirurgien.

Les techniques chirurgicales acquises dans d'autres spécialités ont permis ces progrès, à savoir la réalisation de dépose et fraisage osseux de grande précision et efficacité, l'acquisition de technique de neuronavigation permettant un repérage stéréotaxique des tumeurs de petite taille et postérieure.

2. Prise en charge des cavités orbitaires

La chirurgie mutilante du globe a elle aussi connu des progrès notables. L'utilisation d'implants (**fig. 4**) poreux (hydroxyapatite, polyéthylène ou encore



FIG. 4 : Chirurgie radicale du globe oculaire avec mise en place d'un implant de biocéramique et équipement par verre scléral esthétique. En haut : pré-chir ; en bas : post-chir.

alumine) associée à des techniques optimisées de recouvrement complet de la bille, puis par des plans scléraux, ténoniens et conjonctivaux de qualité permet de diminuer le risque d'exposition secondaire.

Le syndrome de l'énucléé, affection fréquente, secondaire à une chirurgie délabrante du globe oculaire, bénéficie actuellement de l'évolution d'un certain nombre de biomatériaux. La diminution du volume du contenu orbitaire entraîne une position postérieure de la prothèse oculaire avec un creux sus-tarsal. Plusieurs techniques sont de nos jours disponibles :

>>> Si l'énoptalmie est mineure avec essentiellement un creux sus-tarsal de la paupière supérieure, deux grandes possibilités : soit une injection locale d'acide hyaluronique, soit une lipostructure des petits déficits.

>>> En cas de déficit plus important, lorsque la bille est bien tolérée, des acides hyaluroniques de forte réticulation peuvent être injectés dans la cavité orbitaire de manière à augmenter le contenu orbitaire. Une nouvelle génération d'implants hydrophiles expansifs est actuellement à l'étude, ceux-ci ont la caractéristique d'augmenter de manière considérable de volume après leur mise en place orbitaire par hydratation aux

dépens des tissus adjacents. Le volume qu'ils prennent alors devient considérable et diminue le syndrome de l'énucléé. Ils paraissent particulièrement indiqués pour les patients âgés avec une perte de volume importante. Il est vraisemblable que, dans le futur, la prise en charge du syndrome de l'énucléé associera plusieurs techniques (**fig. 5 et 6**), à savoir de nouveaux matériaux de comblement orbitaire "actifs" associés à un comblement par lipostructure/acides hyaluronique pour les déficits de la paupière supérieure.



FIG. 5 : Chirurgie radicale du globe oculaire avec mise en place d'un implant de biocéramique et équipement par verre scléral esthétique. En haut : pré-chir ; en bas : post-chir. Regard en haut.



FIG. 6 : Lipostructure orbitaire et chirurgie du ptosis pour prise en charge d'un syndrome de l'énucléé gauche (prothèse oculaire gauche). En haut : pré-chir ; en bas : post-chir. Regard de face.

CHIRURGIE ORBITO-PALPÉBRALE

Prise en charge des affections carcinologiques

Les autorités de tutelle ont établi de nouvelles règles pour la prise en charge des patients atteints de pathologie carcinomateuse. Les décisions thérapeutiques doivent dorénavant être prises au sein de réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Cette nouvelle instance réunit des praticiens de diverses spécialités qui, par leurs expériences diverses, permettent la prise de décision pour une optimisation du traitement. Parmi eux, la présence d'ophtalmologistes, de radiothérapeutes, d'oncologues médicaux, d'anatomopathologistes ou encore de radiologues est indispensable. Au terme d'une discussion pluridisciplinaire, une stratégie thérapeutique est décidée. Celle-ci doit ensuite être présentée au patient dans un cadre formel avec élaboration d'un plan personnalisé de soin (PPS) qui sera présenté par écrit au patient. Seules les structures médicales affiliées à un centre de carcinologie seront habilitées à prendre en charge ces patients.

L'avènement de ces réunions de consensus pluridisciplinaire comporte plusieurs avantages.

Elle offre en effet aux patients une garantie de stratégies thérapeutiques validées par plusieurs médecins aguerris aux différentes possibilités. Cela évite des décisions prises par un seul praticien isolé. C'est une garantie de qualité de la prise en charge du patient. De plus, pour le praticien qui prend en charge un patient atteint de pathologie carcinomateuse, lorsqu'une décision lourde est prise (énucléation ou exentération), si celle-ci s'appuie sur une décision pluridisciplinaire, elle sera plus facilement acceptée par le patient. La stratégie thérapeutique doit être présentée au patient dans un cadre plus formel qu'elle n'était auparavant avec présentation d'un plan de soin thérapeutique et de soutien, si nécessaire, d'une psychologue formée à cette prise en charge.

L'esthétique périorbitaire

“Rajeunir sans modifier mon regard”, telle est la demande la plus fréquemment exprimée par les patients qui consultent pour une amélioration esthétique périoculaire. Le but de notre prise en charge est de rajeunir, d'améliorer l'esthétique du regard sans trop le modifier.

La proximité de l'appareil visuel constitue une des difficultés de la prise en charge de cette région et justifie des gestes médico-chirurgicaux minimalistes, prudents et raisonnés. Si jusqu'aux années 2000, la prise en charge esthétique périoculaire était synonyme de chirurgie, l'avènement de la toxine botulinique et de produits de comblement divers (résorbables, pouvant être utilisés à proximité de la région oculaire) a modifié considérablement l'approche thérapeutique.

La région périoculaire se situe au niveau de l'étage médian de la face à la frontière de l'étage supérieur (front, sourcils, région glabellaire) et de l'étage inférieur (cerne, région jugale, sillons naso-géniens).

Si l'ophtalmologiste et l'oculoplasticien se sont longtemps limités à la prise en charge périoculaire, une vue d'ensemble et un traitement global s'imposent, élargissant les indications du praticien. Nous insisterons sur les nouveautés et actualités thérapeutiques des régions de continuité, sachant que les techniques de blépharoplastie chirurgicale n'ont connu que peu de modifications ces dernières années.

1. Prise en charge des altérations cutanées

La lutte contre les phénomènes d'héliodermie (vieillesse cutanée) doit être une priorité. Les conseils donnés aux patients concernant la protection solaire et l'arrêt du tabac sont importants. Des traitements topiques à base d'acide glycolique ou de vitamine A peuvent parfois être indiqués. Différents lasers sont disponibles;

ces traitements peuvent être effectués en association avec des praticiens dermatologues. Les traitements les plus efficaces sont des lasers de type ablatif (CO₂ ou autres) qui dans certains cas sont fractionnés avec une morbidité moins importante. Les traitements de surface type peeling peuvent également être réalisés. Ils sont à base d'acide glycolique ou encore d'acide trichloracétique. La gestion des peelings moyens et profonds est difficile et spécialisée, elle est réservée aux dermatologues.

2. Ptôse du sourcil

Lorsqu'il existe un vieillissement avec relâchement cutané au niveau de l'étage supérieur, celui-ci entraîne souvent une ptôse du sourcil. La réalisation d'une blépharoplastie esthétique de paupières supérieures seules donne un résultat qui peut être parfois jugé insuffisant par le patient.

Pour obtenir une remontée du sourcil et “ouvrir le regard”, il existe plusieurs possibilités de traitements :

- l'injection de toxine botulinique au niveau de l'orbiculaire périoculaire permet de potentialiser l'action du muscle frontal et participe ainsi à la remontée du sourcil ;
- la réalisation d'une résection cutanée directe en regard du muscle frontal avec une cicatrice cachée dans un sourcil fourni est une bonne technique, notamment pour les hommes ;
- l'apparition de nouveaux types de fils crantés qui peuvent être positionnés de manière relativement aisée à l'aide de passe-fils préconçus peut être d'un apport non négligeable. Cette technique associée, réalisée dans le même temps que la chirurgie des paupières supérieures, permet d'optimiser le résultat au niveau de l'étage médian supérieur de la face avec une réelle ouverture du regard.

3. Prise en charge du cerne et du creux palpébro-jugal

L'apparition de cercles bleuâtres concentriques autour de la région oculaire est

une disgrâce à laquelle les patients sont de plus en plus sensibles. La prise en charge de cernes disgracieux devient de plus en plus fréquente. L'analyse précise de la physiopathogénie est indispensable avant d'envisager un traitement :

On distingue tout d'abord les troubles pigmentaires purs pour lesquels les traitements dermatologiques sont les plus indiqués, parmi eux des peelings légers à l'acide glycolique ou au TCA peuvent participer à la dépigmentation de cette région. Néanmoins, la prise en charge est particulièrement difficile, et même les traitements dermatologiques les plus récents obtiennent des résultats malheureusement très partiels. :

>>> L'aspect cerné peut être dû à l'ombre portée de la poche graisseuse. En effet l'analyse rigoureuse de la physiopathogénie du vieillissement de cette région est indispensable, parfois le cercle bleuâtre appelé cerne par les patients est en fait dû à une ombre portée de la poche graisseuse sus-jacente. Il ne faut pas dans ce cas combler la région du cerne, au risque d'aggraver les choses, mais au contraire il faut réduire l'ombre portée et donc effectuer une lipectomie (ablation de graisse) par voie cutanée ou conjonctivale (**fig. 7 et 8**).

>>> Seul un creux réel au niveau de la région du cerne doit être traité par l'adjonction d'un *filler*. Les trois dernières années ont été marquées par l'apparition d'une nouvelle indication au niveau de cette région, à savoir l'adjonction d'acide



FIG. 7 : Blépharoplastie inférieure. Lipectomie par voie conjonctivale. En haut : pré-chir ; en bas : post-chir.



FIG. 8 : Blépharoplastie 4 paupières, résection des excès myocutanés et lipectomie par voie antérieure. En haut : pré-chir ; en bas : post-chir.

hyaluronique faiblement réticulé. Ce traitement à base d'un *filler* résorbable bien connu en ophtalmologie (acide hyaluronique utilisé comme visqueux de chambre antérieure) permet de redonner du volume en cas de déficit.

Au fur et à mesure de la prise en charge, il est apparu que ce produit hydrophile pouvait absorber le sérum avoisinant et augmenter de volume, entraînant un aspect de surcorrection (cerne trop bombé). Ainsi, nous recommandons l'injection extrêmement prudente sous-dosée. La maîtrise de produits lytiques de l'acide hyaluronique (hyaluronidase, elle aussi bien connue des ophtalmologistes) paraît indispensable pour une prise en charge optimisée. Il semblerait que l'injection de graisse (lipostructure) pour des indications bien précises et prudentes de cernes creux dans cette région à la place de l'acide hyaluronique permette d'éviter ces effets de variation de volume au cours du temps.

Conclusion

La prise en charge des pathologies orbito-palpébrales est maintenant une spécialité bien individualisée au sein de l'ophtalmologie. L'ophtalmologiste, par sa connaissance du globe oculaire et de ses annexes, est le mieux placé pour prendre en charge les pathologies orbito-palpébrales. Il est reconnu comme expert parmi les autres spécialistes. La confrontation des points de vue et idées des praticiens, le développement de nouveaux types de biomatériaux en partenariats avec l'industrie ont permis une amélioration de la prise en charge pour le plus grand bénéfice des patients.

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