

## Face

# Blépharoplastie inférieure étendue primaire : maximiser le résultat esthétique tout en minimisant les complications

**RÉSUMÉ :** La complication la plus fréquente après une blépharoplastie inférieure par voie transcutanée est la malposition de la paupière inférieure (*scleral show* ou ectropion).

L'objectif de cet article est de présenter la technique développée par Mark A. Codner avec toutes ses subtilités, qui permet de maximiser le résultat esthétique tout en minimisant les complications.



**R. MAKHOULI, O. GERBAUL**  
Chirurgie plastique et esthétique,  
PEMV, VINCENNES.

La blépharoplastie inférieure est une des interventions les plus délicates en chirurgie plastique. C'est également une des interventions les plus pratiquées, et il existe aujourd'hui deux grandes écoles : ceux qui préconisent des techniques relativement agressives afin de maximiser le résultat esthétique, et ceux qui préconisent des techniques relativement conservatrices afin de minimiser le risque de complications.

La complication la plus fréquente après une blépharoplastie inférieure par voie transcutanée est la malposition de la paupière inférieure (*scleral show* ou ectropion). L'objectif de cet article est de présenter la technique développée par Mark A. Codner [1] avec toutes ses subtilités, qui permet de maximiser le résultat esthétique tout en minimisant les complications.

Certains chirurgiens préconisent de réaliser des voies d'abord transconjonctivales sans résection cutanée, ou associées à une résection cutanée pure ("*pinch blepharoplasty*") afin de ne pas dénervier le muscle orbiculaire. Cependant, dès qu'il existe un excès de

peau et un excès de muscle orbiculaire, ce qui est le cas chez la majorité des patients (98 % dans la série de Codner [2]), il sera nécessaire de redraper la lamelle antérieure afin d'obtenir le meilleur résultat esthétique possible.

Nous allons présenter d'abord quelques bases anatomiques du vieillissement de la région périorbitaire ainsi que l'examen clinique avant de détailler la technique chirurgicale.

### Bases anatomiques du vieillissement de la région périorbitaire

La paupière inférieure est courte chez une personne jeune, et il n'y a pas de démarcation entre la paupière inférieure et la joue. Avec l'âge, la paupière inférieure s'allonge, et un sillon se creuse entre la paupière et la joue. Il existe en effet un ligament appelé "*orbicularis retaining ligament*" (ORL) ou "*orbitomalar ligament*" (OML) qui s'insère sur le rebord orbitaire inférieur et sur le derme en passant à travers les fibres du muscle orbiculaire. Ce ligament se distend

avec l'âge, entraînant l'allongement de la paupière inférieure et le creusement d'un sillon entre la paupière et la joue. Ce sillon est appelé par les anglo-saxons "tear trough" dans sa partie médiale et "lid-cheek junction" dans sa partie latérale, nous l'appellerons également creux des cernes et sillon palpébrojugal respectivement.

Chez une personne jeune, la fente palpébrale a une forme en amande, avec le canthus externe situé 2 mm plus haut que le canthus interne sur la vue de face. On parle d'inclinaison canthale positive (l'inclinaison canthale devient neutre puis négative avec l'âge, c'est-à-dire que le canthus externe finit par se retrouver sous le niveau du canthus interne). Lorsque le regard est horizontal selon le plan de Francfort, le bord libre de la paupière inférieure est situé 1 à 2 mm au-dessus du limbe sclérocornéen si l'œil n'est pas proéminent. Il est situé au niveau du limbe ou très légèrement en dessous si l'œil est proéminent.

## ■ Examen clinique

Il faut d'abord rechercher :

- un excédent au niveau de la lamelle antérieure musculocutanée (demander au patient assis de regarder vers le haut ou d'ouvrir la bouche afin de mettre la peau de la paupière en tension et de ne pas surestimer l'excès cutané) ;
- un excédent au niveau des poches graisseuses ;
- la présence d'un sillon marqué entre la paupière inférieure et la joue.

On évaluera ensuite le tonus de la paupière inférieure :

- le "snap-back test" consiste à tirer la paupière inférieure vers le bas et à observer si elle se remet en place immédiatement ou avec un petit retard (parfois au prix d'un clignement), ce qui signe une hypotonie des structures palpébrales inférieures ;
- le test de distraction consiste à décoller le plus possible la paupière inférieure du

globe en la tirant vers l'avant ; s'il y a plus de 6 mm entre le globe et la paupière cela signe une laxité excessive de la paupière inférieure ;

– on réalisera également le test de distraction au niveau du canthus externe afin d'évaluer la laxité de la région canthale externe.

On terminera par rechercher, lorsque le regard est horizontal selon le plan de Francfort :

### ● De face :

- la forme de la fente palpébrale, en notant si l'inclinaison canthale est positive, neutre ou négative ;
- la position du bord libre par rapport au limbe, en recherchant un *scleral show*.

### ● De profil le vecteur orbitaire, qui s'évalue de la manière suivante :

- le vecteur orbitaire est positif si le point le plus antérieur du globe oculaire se projette en arrière du point le plus antérieur de l'éminence malaire ;
- le vecteur orbitaire est neutre si le point le plus antérieur du globe oculaire se projette au même niveau que le point le plus antérieur de l'éminence malaire ;
- le vecteur orbitaire est négatif si le point le plus antérieur du globe oculaire se projette en avant du point le plus antérieur de l'éminence malaire : l'œil est proéminent, et cette situation est la plus à risque de malposition de la paupière inférieure en postopératoire.

## ■ Technique chirurgicale

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale.

### 1. Dessin, incision et décollement

En dehors du canthus externe, l'incision est dissimulée dans une ride de la patte d'oie, légèrement oblique en bas et en dehors sur une distance de 5 mm. En dedans du canthus externe, l'incision est sous-ciliaire et elle s'arrête en dehors du punctum.

En cas de blépharoplastie supérieure associée, le dessin de la blépharoplastie inférieure sera réalisé une fois la blépharoplastie supérieure terminée, en préservant un pont cutané de 10 mm de largeur entre les deux incisions afin de ne pas entraver le drainage lymphatique des paupières.

L'incision est infiltrée à la lidocaïne adrénalinée ainsi que le rebord orbitaire inférieur (en avant du périoste). Il faut rester mesuré, une infiltration importante déforme la paupière inférieure et peut entraîner des hémorragies dans la graisse orbitaire.

On commence par l'incision latérale, en incisant peau et muscle à la lame froide puis au bistouri électrique (pointe fine) jusqu'au périoste du rebord orbitaire latéral.

Une traction latérale est ensuite exercée à l'aide d'un crochet puis on réalise un décollement prémusculaire à l'aide de ciseaux pointus droits. La peau est incisée en sous-ciliaire et le muscle orbiculaire est incisé plus bas de manière à préserver 5 mm de muscle orbiculaire pré-tarsal. La traction est ensuite exercée vers le haut et le décollement se poursuit dans un plan rétomusculaire préseptal jusqu'au rebord orbitaire inférieur (ce plan est avasculaire).

Le décollement va être poursuivi au bistouri électrique 10 à 15 mm sous le rebord orbitaire en pré-périosté. Il est en effet impossible de corriger durablement le sillon palpébrojugal sans sectionner l'ORL. En dedans, le creux des cernes est lié à l'insertion musculaire qui se fait directement sur l'os. L'orbiculaire et le *levator labii superioris alaeque nasi* sont désinsérés, on voit très clairement le bistouri électrique sectionner les fibres musculaires. Le danger anatomique est ici le nerf infraorbitaire. Il est protégé par le muscle *levator labii superioris* qui s'insère juste au-dessus du foramen infraorbitaire, et qu'il ne faut pas désinsérer. En cas de doute, il est possible de placer

## Face

une aiguille jaune (30 G) dans le foramen infraorbitaire pour servir de repère.

### 2. Traitement des poches graisseuses

En cas de sillon palpébrojugal marqué, les poches graisseuses doivent être étalées sous le rebord orbitaire inférieur pour combler le sillon. Le septum est ouvert un peu au-dessus du rebord et les poches graisseuses sont libérées afin de les transposer vers le bas (il faut parfois libérer le septum au niveau de la face postérieure de la poche et disséquer le long du plancher orbitaire). Il est absolument fondamental de parfaitement libérer les poches graisseuses de manière à ce que leur traction vers le bas n'entraîne aucune traction sur la paupière. Elles sont ensuite fixées par plusieurs points au périoste sous le rebord orbitaire ou à la graisse située à la face profonde du muscle orbiculaire ("suborbicularis oculi fat" ou SOOF). Il faut si possible couvrir tout le rebord orbitaire (en particulier lorsque le sillon palpébrojugal est marqué latéralement), si ce n'est pas possible privilégier la partie centrale et la partie nasale afin de bien traiter le creux des cernes. Une erreur est de ne pas aller suffisamment loin en dedans : il faut repérer le muscle oblique inférieur qui sépare les poches graisseuses centrale et interne afin de s'assurer que la poche interne a bien été traitée et que la graisse a été étalée en avant de la crête lacrymale antérieure.

La transposition des poches graisseuses est indispensable en cas de sillon palpébrojugal marqué, ou de vecteur négatif (en cas de rétrusion du rebord orbitaire certains chirurgiens recréent même un rebord plus marqué, nous n'en avons pas l'expérience).

Lorsqu'il n'y a pas de sillon marqué, que le vecteur orbitaire est positif et que l'épaisseur du SOOF est satisfaisante, il est possible de ne pas transposer les poches graisseuses. On se contente alors de réséquer l'excédent. Afin de minimiser le risque d'hématome intraorbitaire, il



**Fig. 1 :** Blépharoplastie des paupières supérieures et blépharoplastie étendue des paupières inférieures (étalement des poches graisseuses, canthoplastie, redrapage de la lamelle antérieure), résultat à 6 mois. Il existe une discrète rétraction palpébrale inférieure gauche. Cette patiente qui a des yeux proéminents aurait dû bénéficier d'une libération du fascia capsulopalpebral.

faut utiliser le bistouri électrique (pointe fine) et éviter de clamper la poche graisseuse, de couper au ras du clamp puis de coaguler sur le clamp (on risquerait la rétraction d'un vaisseau mal coagulé à l'intérieur de l'orbite). Il est possible de couper la graisse réséquée en petits dés afin de réaliser une greffe graisseuse en plaçant ces dés de graisse dans la poche décollée sous le rebord orbitaire, à l'endroit du creux des cernes. Ces dés de graisse seront revascularisés par le périoste et par le SOOF.

Une fois les poches transposées, l'excédent éventuel de graisse est réséqué. Il faut réséquer toute la graisse qui saille en avant du plan du rebord orbitaire lorsqu'on exerce une très légère pression sur le globe. En cas de doute, mieux vaut retirer pas assez que trop, car une paupière pleine est une paupière jeune, alors qu'une paupière creuse est très vieillissante.

On termine en réséquant une bande de septum orbitaire (septectomie partielle) afin de minimiser le risque de

rétraction palpébrale. Certains chirurgiens irriguent de la triamcinolone sur le septum orbitaire, nous n'en avons pas l'expérience.

### 3. Soutien de la lamelle postérieure

Cette étape est fondamentale pour la prévention d'une rétraction de la paupière inférieure, et ne doit surtout pas être négligée. En effet, le traumatisme et l'œdème entraînés par la dissection sous le rebord orbitaire inférieur nécessitent un soutien suffisant de la lamelle postérieure afin de maintenir la position du bord libre palpébral en postopératoire.

La première étape est d'exercer une traction vers le haut à l'aide d'un doigt placé à l'extrémité latérale de la paupière, et de voir si cette traction est suffisante pour placer le bord libre en bonne position, ou si un second doigt exerçant une traction vers le haut à la partie centrale de la paupière est nécessaire.

Un doigt placé à l'extrémité latérale de la paupière suffit dans la quasi-totalité

des blépharoplasties primaires pour placer le bord libre en bonne position. Deux doigts sont nécessaires dans de rares blépharoplasties primaires (lorsque l'œil est très proéminent) et surtout dans les blépharoplasties secondaires en cas de rétraction palpébrale constituée (ce qui dépasse le cadre de cet article).

### >>> Un doigt est suffisant pour placer le bord libre palpébral en bonne position

Il faut distinguer deux cas : distraction inférieure à 6 mm et distraction supérieure à 6 mm.

#### ● Distraction inférieure à 6 mm

Lorsque la distraction est inférieure à 6 mm, une canthopexie suffit. L'inclinaison canthale est positive (c'est-à-dire que le canthus externe est situé légèrement au-dessus du canthus interne) et il n'y a pas de *scleral show*

en préopératoire. La canthopexie va permettre de maintenir la position du bord libre en postopératoire. Elle préserve la forme de la fente palpébrale qui n'est pas modifiée de manière définitive.

La canthopexie consiste à fixer l'extrémité latérale du tarse de la paupière inférieure au rebord orbitaire latéral. Il est fondamental de comprendre que cette fixation doit s'effectuer sur le versant interne du rebord orbitaire latéral, afin que la paupière suive la courbure du globe oculaire. Si la fixation ne s'effectue pas sur le versant interne du rebord orbitaire latéral on risquerait de décoller la paupière inférieure du globe.

On commence toujours par simuler la canthopexie à l'aide d'une pince, et réaliser le test de distraction à l'aide d'une deuxième pince afin de s'assurer que la canthopexie sera suffisante (il ne faut pas pouvoir décoller la paupière inférieure du globe oculaire de plus de 1 à 2 mm).

Le fil utilisé est un Mersutures 4/0 non résorbable doublement serti avec une très petite aiguille (aiguille S-2 8 mm 1/2 cercle), Ethicon REF F1779.

Les deux aiguilles sont passées à travers l'extrémité latérale du tarse de la paupière inférieure, de dedans en dehors, en faisant attention à ne pas être transfixiant (pas de pénétration conjonctivale).

On effectue ensuite le passage au niveau du rebord orbitaire latéral, en piquant sur son versant interne, de la profondeur à la superficie. La distance entre le passage des aiguilles au niveau du tarse et au niveau du rebord orbitaire latéral doit être identique et doit correspondre approximativement à la hauteur du tarse (environ 3 mm à ce niveau) pour éviter des problèmes liés à la rotation des cils (trichiasis).

Trois paramètres sont parfaitement définis :

- la hauteur à laquelle il faut piquer sur le rebord orbitaire latéral ;
- la profondeur à laquelle il faut piquer sur le versant interne du rebord orbitaire latéral ;
- la tension avec laquelle il faut serrer le nœud (en effet le tarse est suspendu au rebord orbitaire latéral mais n'est pas à son contact, si le fil est trop serré cela peut entraîner un capotage de la paupière inférieure sous le globe).

**Hauteur à laquelle il faut piquer** sur le rebord orbitaire latéral :

- on pique à l'intersection avec une horizontale passant par le bord inférieur de la pupille ;
- en cas d'œil proéminent avec un vecteur négatif, il faut légèrement surcorriger : on pique à l'intersection avec une horizontale passant par le centre de la pupille ;
- attention à bien préserver la position du bord libre et la forme de la fente palpébrale : comparer les deux côtés et simuler la suture avant de piquer (il ne faut ni créer de *scleral show* ni trop rétrécir la fente palpébrale).



Fig. 2 : Blépharoplastie des paupières supérieures et blépharoplastie étendue des paupières inférieures (étalement des poches graisseuses, canthoplastie, redrapage de la lamelle antérieure), résultat à 6 mois.

## Face

Bien entendu, il faut récliner la paupière supérieure sans appuyer sur le globe oculaire ce qui le déplacerait et fausserait les repères.

Ces repères sont précis et suffisants, il n'est pas nécessaire de tenir compte d'autres repères décrits comme par exemple piquer sous le faisceau supérieur du tendon canthal latéral, piquer au niveau de la poche graisseuse d'Eisler, etc. Certains chirurgiens passent un fil au niveau du nasion pour se repérer et être sûr de piquer à la même hauteur de chaque côté, il faut être prudent en procédant ainsi car il existe souvent une discrète asymétrie faciale.

**Profondeur à laquelle il faut piquer** sur le versant interne du rebord orbitaire latéral :

- en moyenne 2 mm en arrière du rebord orbitaire latéral suffisent ;
- parfois très légèrement plus (3 à 4 mm) en cas de vecteur orbitaire positif avec un œil clairement enfoncé dans l'orbite ;
- en serrant le nœud la partie externe de la paupière inférieure doit être appliquée contre le globe oculaire (et ne doit pas se décoller).

Avant de piquer, on peut s'aider d'une pince dont les mors sont fermés pour récliner les tissus en dedans et passer ainsi très facilement l'aiguille, aucune dissection n'est nécessaire sur le versant interne du rebord orbitaire latéral.

**Tension avec laquelle il faut serrer le nœud :**

- en réalisant le test de distraction après serrage du nœud il faut pouvoir décoller la paupière de 1 à 2 mm du globe oculaire ;
- en tirant le bord libre vers le haut on doit pouvoir aisément recouvrir la pupille.

À nouveau, la forme de la fente palpébrale ne doit pas être modifiée par le serrage de la canthopexie.

À ce stade, il faut vérifier qu'il n'existe pas d'excédent au niveau de la poche

graisseuse externe car la canthopexie peut la faire saillir.

### ● *Distraction supérieure à 6 mm*

Lorsque la distraction est supérieure à 6 mm cela signifie que le bord libre est allongé. L'inclinaison canthale est souvent négative et il existe parfois un *scleral show* en préopératoire. La canthopexie simple n'est pas suffisante, il faut en effet raccourcir le bord libre palpébral : on réalise une canthoplastie. La canthoplastie corrige un *scleral show* ou une inclinaison canthale négative de manière définitive.

On commence toujours par simuler une canthopexie à l'aide d'une pince, et réaliser le test de distraction à l'aide d'une deuxième pince afin de s'assurer qu'une canthopexie ne sera pas suffisante (on arrive à décoller la paupière inférieure du globe oculaire de plus de 1 à 2 mm).

La réalisation de la canthoplastie doit être extrêmement méticuleuse pour être imperceptible. Il faut en effet reconstituer une commissure palpébrale parfaitement naturelle sans aucune déformation cicatricielle ("*webbing*"). La maîtrise de ce geste est nécessaire car il est obligatoire lorsqu'on réalise une dissection étendue sous le rebord orbitaire inférieur sur des paupières très laxes.

On commence par faire une canthotomie et une cantholyse inférieure. Les deux peuvent être réalisées en un seul coup de ciseaux, en utilisant des ciseaux pointus droits placés au niveau de la commissure palpébrale externe et en donnant un coup de ciseaux légèrement oblique en bas et en dehors sur une longueur de 3 à 4 mm.

L'excès au niveau du bord libre est ensuite évalué en amenant l'extrémité du tarse contre le rebord orbitaire latéral. On recoupe alors l'excédent qui est de 0 à 3 mm (jamais plus de 3 mm, 0 mm car parfois le simple fait de réaliser une canthotomie, une cantholyse puis de

suspendre le tarse au rebord orbitaire latéral sans le raccourcir est suffisant).

On utilise le même fil que pour la canthopexie. On commence par reconstituer la commissure palpébrale externe en piquant au niveau de la tranche de section de la paupière inférieure verticalement de la profondeur à la superficie (en ressortant juste sous la conjonctive), puis en piquant au niveau de la tranche de section de la paupière supérieure verticalement de la superficie à la profondeur. Quelques détails techniques : il faut piquer bien verticalement pour éviter des problèmes liés à la rotation des cils (trichiasis), il faut piquer légèrement en avant au niveau de la paupière inférieure et légèrement en arrière au niveau de la paupière supérieure afin que la paupière supérieure recouvre la paupière inférieure ("*vest over pants*"), ce qui est plus naturel. On termine en réalisant avec l'aiguille un passage horizontal de dedans en dehors au niveau de la paupière inférieure au ras de l'incision puis on fait passer l'aiguille dans la boucle (passage de sécurité).

Il ne reste plus qu'à se suspendre sur le rebord orbitaire latéral. Tout ce qui a été dit plus haut pour la canthopexie est valable ici. Il peut être utile de réaliser un petit repère à l'aide d'un crayon dermatographique sur le rebord orbitaire latéral pour marquer le niveau de la commissure palpébrale avant de réaliser la canthotomie.

Pour terminer, il faut savoir qu'une canthoplastie est différente d'un *lateral tarsal strip* car elle allonge la fente palpébrale, alors que le défaut principal du *tarsal strip* est de la raccourcir.

Certains chirurgiens préfèrent réaliser une technique de Kuhnt-Szymanowski en cas d'allongement du bord libre palpébral. C'est tout à fait possible si l'inclinaison canthale est positive et qu'il y a peu de laxité au niveau du canthus externe. C'est à éviter sinon car un Kuhnt-Szymanowski ne corrige pas la

laxité au niveau du canthus externe et peut même l'aggraver. La technique de suture doit enfin être parfaite et éverser légèrement la ligne grise afin d'éviter à distance une encoche au niveau du bord libre.

### >>> Deux doigts sont nécessaires pour placer le bord libre palpébral en bonne position

Parfois, lorsque l'œil est très proéminent une canthopexie ou une canthoplastie ne suffisent pas à élever le bord libre palpébral en bonne position à cause d'un défaut de laxité au niveau de la lamelle postérieure. Un doigt placé au niveau du canthus externe ne suffit pas à bien positionner le bord libre, un second doigt au milieu de la paupière est nécessaire.

Pour donner plus de laxité à la lamelle postérieure et permettre au bord libre palpébral de s'élever la première solution consiste à inciser le fascia capsulopalpébral. Il s'agit d'un fascia inextensible situé sous le tarse et qui tapisse la conjonctive. La mise en place d'un protecteur oculaire est impérative. Deux crochets placés sur la paupière exercent une forte traction vers le haut. Le fascia capsulopalpébral est incisé au bistouri électrique (utiliser la tranche de la pointe fine et pas son extrémité pour plus de sécurité) à 6 mm du bord libre afin de préserver l'arcade vasculaire artérielle de la paupière inférieure. Les deux crochets sont replacés sur la berge supérieure du fascia incisé et le plan des rétracteurs est décollé de la conjonctive jusqu'au fornix (la dissection dans la par-

tie centrale et dans la partie nasale de la paupière est la plus importante). Cette manœuvre permet d'élever le bord libre de 2 à 3 mm.

Si c'est insuffisant, il faudra réaliser une blépharotomie transfixiante et mettre en place un *spacer* au niveau de la lamelle postérieure pour élever le bord libre. Il peut s'agir de derme, de matrice dermique acellulaire, de cartilage auriculaire (préférer le scapha à la conque car il est plus proche du tarse), de fibromuqueuse palatine, etc. Nous ne détaillerons pas cette situation qui est rare au cours des blépharoplasties primaires (nous ne l'avons jamais rencontrée).

#### 4. Redrapage de la lamelle antérieure

Le lambeau musculocutané est saisi par sa pointe et tiré en haut et en dehors : le vecteur de traction est supérolatéral, il doit avoir la même direction et la même intensité de chaque côté. Un triangle de peau et de muscle est excisé en dehors du canthus externe, la résection peut être généreuse à ce niveau. On lave bien (pour réduire les ecchymoses) et on réalise une hémostase très rigoureuse (notamment sur la tranche de section musculaire). La lamelle antérieure est alors suspendue par un point au Vicryl 4/0 qui fixe la face profonde du muscle orbiculaire au périoste du rebord orbitaire latéral, à la même hauteur que la canthopexie ou la canthoplastie (donc en surcorrigeant légèrement pour un œil proéminent où le vecteur de traction doit être légèrement plus vertical). Afin d'éviter une dépression cutanée inesthétique qui mettra plusieurs semaines à disparaître, il convient de décoller légèrement la peau du muscle orbiculaire. Il est possible de réaliser un second point de sécurité, mais nous ne le faisons pas en pratique courante (la prise au niveau du périoste est très solide et on peut même bouger toute la tête avec le fil). On réalise par contre un test de traction manuelle vers le bas afin de vérifier le bon soutien de la paupière inférieure.



**Fig. 3 :** Blépharoplastie des paupières supérieures avec excision transpalpébrale des corrugateurs et blépharoplastie étendue des paupières inférieures (étalement des poches graisseuses, canthoplastie, redrapage de la lamelle antérieure), résultat précoce à 1 mois. La blépharoplastie supérieure a démasqué un léger ptosis du côté gauche qui devrait être spontanément résolutif.

## Face

On réalise ensuite la résection sous-ciliaire. Elle doit être extrêmement prudente (à nouveau l'essentiel de la résection est effectué en dehors du canthus externe en tractant le lambeau musculocutané en haut et en dehors). Le bord libre de la paupière est saisi avec une pince et tiré vers le haut avant de le laisser se replacer spontanément : cette manœuvre permet de s'assurer qu'on ne résèquera pas trop de peau en sous-ciliaire. On résèque aux ciseaux une bande cutanée *a minima* puis une bande de muscle orbiculaire afin d'éviter une double épaisseur de muscle en avant du tarse, car on avait préservé 5 mm de muscle orbiculaire préarsal (à noter qu'au contraire certains patients asiatiques recherchent un aspect de bourrelet préarsal, il ne faut alors pas réséquer de muscle).

La suture est réalisée par des points séparés au fil de soie 6/0. L'incision en dehors du canthus avait une longueur de 5 mm, elle peut être prolongée de quelques millimètres pour réséquer une petite oreille. On renouvelle à la fin de l'intervention le test de traction manuelle vers le bas afin de vérifier le bon soutien de la paupière inférieure.

### 5. Soins postopératoires

Ils sont classiques : maintien de la tête en position surélevée, application de compresses glacées plusieurs fois par jour pendant quelques jours, nous prescrivons des larmes artificielles, de la pommade vitamine A, des collyres anti-inflammatoires et antibiotiques type Tobradex pour prévenir le chémosis, de l'Arnica et de la bromélaïne pour diminuer l'œdème et les ecchymoses. Nous préconisons des massages ascendants de la paupière inférieure (en particulier en cas d'œil proéminent) réalisés à partir de J15 pendant environ un mois.

### Discussion

Le creux des cernes et le sillon palpébrojugal sont entièrement effacés en désin-

sérant les muscles et les ligaments qui en sont à l'origine, en comblant le creux et en camouflant le rebord orbitaire à l'aide de la transposition des poches graisseuses, et en redrapant la lamelle antérieure musculocutanée. La dissection sous le rebord orbitaire inférieur impose d'assurer un soutien à la lamelle postérieure, la suspension isolée de la lamelle antérieure n'étant pas suffisante. Cette double suspension (lamelle postérieure puis lamelle antérieure) constitue une approche très anatomique qui permet de s'assurer du maintien de la position du bord libre en postopératoire et d'éviter une malposition de la paupière inférieure. Bien entendu, la dissection sous le rebord orbitaire inférieur n'est pas nécessaire en l'absence de creux des cernes et de sillon palpébrojugal.

Cette technique est difficile et nécessite une vraie courbe d'apprentissage (il faut prévoir au début 45 minutes par côté). Elle permet cependant d'éviter les 3 écueils de la blépharoplastie inférieure par voie transcutanée "classique" où on ne dissèque pas sous le rebord orbitaire, où on a parfois tendance à réséquer légèrement trop de graisse et où on n'assure aucun soutien à la lamelle postérieure :

## POINTS FORTS

- Il faut savoir dépister les yeux proéminents avec un vecteur orbitaire négatif qui sont les plus à risque de malposition de la paupière inférieure en postopératoire.
- Le creux des cernes et le sillon palpébrojugal se corrigent en associant une dissection sous le rebord orbitaire inférieur, un étalement des poches graisseuses et un redrapage de la lamelle antérieure musculocutanée.
- Une dissection sous le rebord orbitaire inférieur réalisée au cours d'une blépharoplastie impose d'assurer un soutien à la lamelle postérieure, la suspension isolée de la lamelle antérieure n'étant pas suffisante.
- La suspension de la lamelle postérieure consiste à réaliser une canthopexie ou une canthoplastie selon la laxité palpébrale.

persistance du creux des cernes et du sillon palpébrojugal, œil légèrement creux, *scleral show*.

### Conclusion

La blépharoplastie inférieure étendue selon Mark A. Codner permet un rajeunissement important et durable de la région périorbitaire. Elle a apporté à ce jour une totale satisfaction pour nous et pour nos patientes.

### BIBLIOGRAPHIE

1. JINDAL K, SARCIA M, CODNER MA. Functional considerations in aesthetic eyelid surgery. *Plast Reconstr Surg*, 2014;134:1154-1170.
2. CODNER MA, WOLFLI JN, ANZARUT A. Primary transcutaneous lower blepharoplasty with routine lateral canthal support: a comprehensive 10-year review. *Plast Reconstr Surg*, 2008;121:241-250.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.