

■ Paupières

Champ visuel automatisé et prise en charge des blépharoplasties supérieures

RÉSUMÉ : Les blépharoplasties ont représenté 11 % des opérations chirurgicales plastiques en France en 2016. Bien que majoritairement considérées comme des opérations esthétiques, les blépharoplasties supérieures peuvent dans certaines rares conditions être prises en charge par l'Assurance maladie, notamment en cas de dermatochalasis important entraînant une amputation significative du champ visuel supérieur. Un champ visuel automatisé préopératoire est indispensable pour argumenter le caractère réparateur de l'opération en cas de déficit d'au moins 20 %.

Le but de cet article est de rappeler aux plasticiens l'importance de cet examen avant toute blépharoplastie supérieure pour laquelle ils envisagent une prise en charge, examen qui, en cas de contrôle, les mettra à l'abri de toute interprétation douteuse par la Sécurité Sociale de l'état initial du patient. De plus, un nouvel examen postopératoire pourra leur permettre de quantifier l'amélioration fonctionnelle obtenue en cas d'insatisfaction injustifiée du patient.



C. LAZAR
Unité de Chirurgie plastique,
CHIMM, MEULAN-EN-YVELINES.

Selon l'ISAPS [1], les blépharoplasties ont représenté en France 11 % des opérations chirurgicales en 2016, soit 28 681 cas sur un total de 259 293 actes. Nous savons que les blépharoplasties supérieures (codes CCAM BAFA007, BAFA008 et BAFA009) peuvent rarement bénéficier d'une couverture par la Sécurité Sociale, en cas notamment d'amputation supérieure du champ visuel par l'excédent cutané qui vient retomber par-dessus le bord ciliaire (*fig. 1*). Notons à cette occasion que l'indication figurant dans les fiches d'information 2019 de la SoFCPRE [2], à savoir que *“cette intervention de chirurgie esthétique ne peut pas faire l'objet d'une prise en charge par l'Assurance maladie”*, mériterait sur ce point une correction.

Les critères de remboursement sous condition étant malheureusement flous, l'absence de demande d'entente préalable laisse ainsi le chirurgien plasticien seul responsable de décider si oui ou non

le cas de son patient doit être considéré comme une chirurgie réparatrice, relevant de fait d'une prise en charge. Mais en cas de contrôle de ses actes par l'Assurance maladie, contrôles qui depuis longtemps sont axés sur la chirurgie plastique et esthétique [3] et qui tendent à se multiplier dans le contexte actuel de réduction des déficits et lutte contre les abus, le chirurgien devra, en cas de litige, apporter des arguments solides en faveur de sa décision. À défaut, il risque d'être tenu comme seul responsable d'une éventuelle fraude, volontaire ou non, encourageant ainsi des sanctions administratives et financières, et exposant son patient à un risque de frais *a posteriori* [3-4].

Le dilemme de savoir comment bien différencier fonctionnel et esthétique en cas de blépharoplastie n'est ni nouveau ni spécifique à la France [4]. Que faut-il donc entendre par amputation du champ visuel supérieur et comment la quantifier ?

Paupières

CODE : BAFA008
LIBELLE : Résection bilatérale cutanée, musculaire et/ou graisseuse au niveau des paupières supérieures, par abord cutané

Code regroupement : ADC - Actes de chirurgie

Date d'effet : 01/01/2018 [> Historique](#)

Activité : Activité 1 **Phase :** Phase 0

Convention PS : Spé chir et gynéco-obst. s1 / s1 OPTAN

Notes : Blépharoplastie supérieure bilatérale
Indication : dermatochalasis avec amputation supérieure du champ visuel, asthénopie, blépharoconjonctivite, ou associé à un vrai blépharoptosis, épiblépharon, entropion, ophtalmopathie de Graves et autres maladies métaboliques, blépharochalasis, larmoiement, fracture de l'orbite et après greffe de peau ou reconstruction de la paupière

Prise en charge [> Plus de détails](#)

Accord préalable : Cet acte n'est pas soumis à une entente préalable
Admission au remboursement : Acte remboursable ou non suivant circonstances
Exonération du ticket modérateur : Acte pouvant être exonéré par la règle du seuil et exonérant alors la facture

Fig. 1 : Conditions de prise en charge de la CCAM (code BAFA008).

Prenons l'exemple de deux patients (fig. 2 et 3) à la présentation clinique quasi similaire. Les deux présentaient un dermatochalasis sénile marqué, avec des paupières lourdes dont l'excédent cutané, plus marqué chez le second, tombait sur et en partie par-dessus le rebord ciliaire. Les deux décrivaient



Fig. 2 : Présentation clinique du patient n° 1, pas de prise en charge.



Fig. 3 : Présentation clinique du patient n° 2, prise en charge.

une gêne lors du regard vers le haut et un test du champ visuel par confrontation au doigt confirmait grossièrement l'impact fonctionnel ressenti.

Mais est-ce que ce simple examen subjectif réalisé par le plasticien et accompagnant les photos préopératoires, voire une lettre d'ophtalmologue certifiant la gêne du patient

suffisent-ils à justifier *a posteriori* la prise en charge ? Pour les assureurs [5], tout comme pour la Société Française d'Ophtalmologie (SFO), la réponse est négative car, selon eux, l'élément irréfutable reste le champ visuel automatisé [6-8], habituellement recherché dans le dossier patient par la Sécurité Sociale en cas de contrôle postopératoire [5].

Une amputation supérieure d'au moins 20 %, contre 30 % aux USA voire 40 % au Royaume-Uni [9-12], semble être le seuil décisionnel raisonnable, notamment conseillé en France par le président de la SFO (session chirurgie palpébrale, 3 juin 2014, Paris). Mais, tandis que les chirurgiens plasticiens demandent fréquemment un examen ophtalmologique afin d'éliminer d'éventuelles contre-indications à une blépharoplastie, ils ne pensent pas systématiquement au champ visuel automatisé pour justifier les interventions dites réparatrices, alors que cet examen est recommandé ailleurs [9-17] en routine avant toute demande de prise en charge.

L'exigence d'une interprétation écrite par un tiers des résultats de cet examen nous paraît par ailleurs souhaitable pour les plasticiens, d'une part en raison des différentes présentations graphiques pas toujours aisément lisibles (fig. 4), et

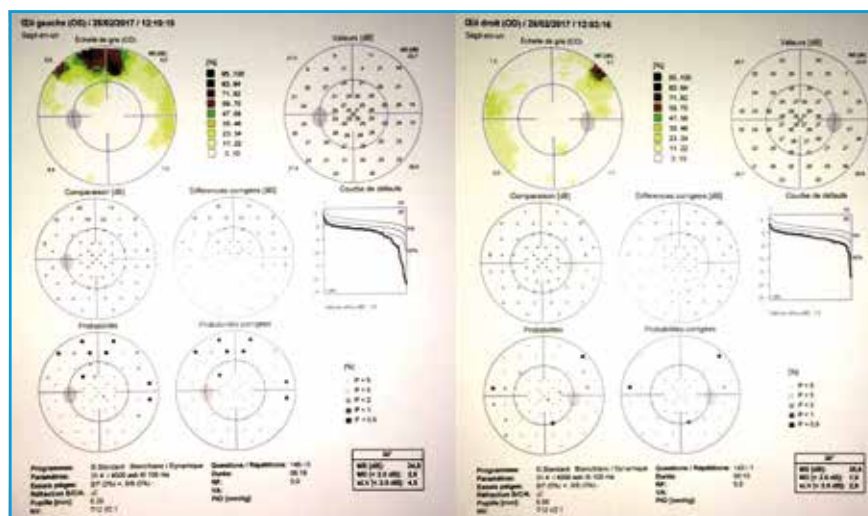


Fig. 4 : Champ visuel automatisé non interprété.

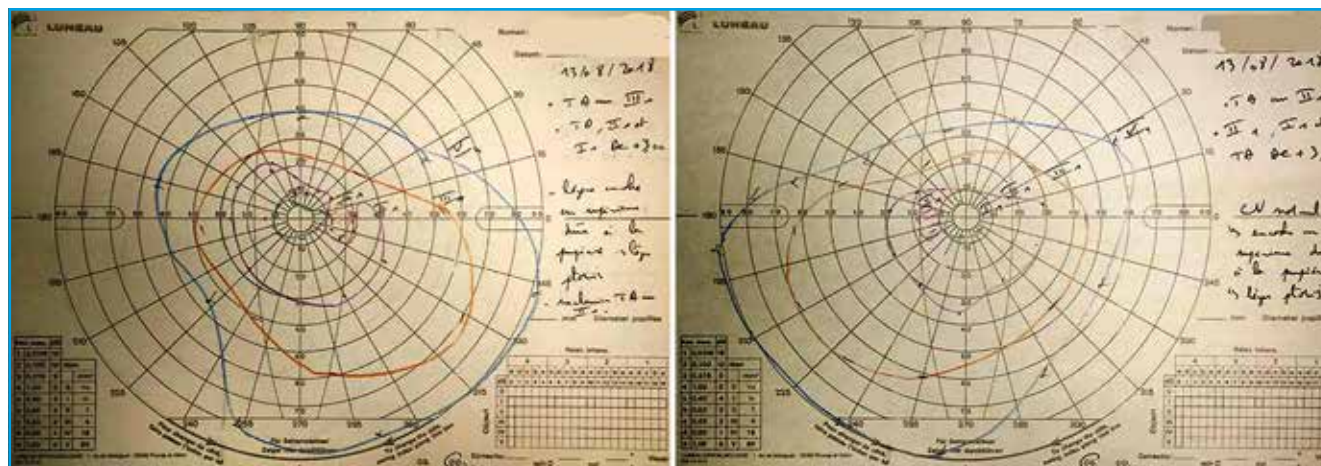


Fig. 5 : Champ visuel automatisé du patient n° 1 et son interprétation qui n'évoque que des encoches mineures.

**CHAMP VISUEL ŒIL DROIT :
CHAMP COMPLET 81 PTS**

- **Fiabilité** : Faible
- **Seuil fovéal** : Normal à 31 dB
- **Indices globaux** :
- On note 14 points non vus dans le champ visuel périphérique supérieur représentant une amputation d'environ 17 %, réduisant le champ visuel supérieur à environ 15° du centre.

**CHAMP VISUEL ŒIL GAUCHE :
CHAMP COMPLET 81 PTS**

- **Fiabilité** : Correcte
- **Seuil fovéal** : Normal à 31 dB
- **Indices globaux** :
- On note 28 points non vus essentiellement dans le champ visuel supérieur atteignant la majeure partie de ce champ visuel épargnant les 5 à 10° centraux.

CONCLUSION

Champs visuels montrant une réduction significative des champs visuels supérieurs prédominant à gauche.

leur opération sera certainement minoré grâce aux explications du chirurgien et l'espoir d'une prise en charge.

BIBLIOGRAPHIE

1. <https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2017/10/GlobalStatistics2016-1.pdf>
2. www.plasticiens.fr/interventions/Fiches/464.pdf
3. Fiche Ameli "Chirurgie esthétique: halte aux abus et aux fraudes!". www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Cnamts-DP_fraude_chirurgie_esthetique.pdf
4. ANDERSON RL, HOLDS JB. Does anyone know how to differentiate a 'functional' defect from a cosmetic one? *Arch Ophthalmol*, 1990;108:1685-1686.
5. www.macsfr-exerciceprofessionnel.fr/Responsabilite/Actes-de-soins-technique-medicale/chirurgie-palpebrale-superieure
6. PENIDE JF, SCHMITT PT. Principes généraux en chirurgie oculoplastique. In Galatoire O. *Chirurgie du regard - Rapport SFO 2016*. Elsevier-Masson, 2016:17-25.
7. RUBAN JM, MALET T. Chirurgie esthétique des paupières. *EMC ophtalmologie*, 2013;10:1-12.
8. www.lamutuellegenerale.fr/le-mag-sante/sante-au-quotidien/chirurgie-du-regard-blepharoplastie-des-indications-esthetique-et-sante.html

Fig. 6 : Interprétation du champ visuel automatisé du patient n° 2 avec amputation significative du champ visuel > 20 %, surtout à gauche.

de l'autre afin d'éviter le cas échéant de se voir reprocher une mauvaise analyse d'un examen pour lequel ils ne sont pas spécialistes. Ainsi, dans le cas de nos patients, si le champ visuel ne retrouvait pour le premier que des "légères encoches supérieures" (fig. 5) excluant ainsi une prise en charge, il confirmait chez le second une amputation très supérieure significative prédominant à gauche (fig. 6).

Il est donc doublement utile pour le chirurgien plasticien de prescrire cet

examen à chaque fois que le dermatochalasis de son patient lui paraît suffisamment conséquent pour interférer avec sa fonction visuelle. En effet, non seulement il sera couvert en cas de contrôle par l'importance chiffrée de l'amputation visuelle, mais de manière plus pratique cet examen de référence lui permettrait en cas d'insatisfaction injustifiée d'analyser les bénéfices fonctionnels obtenus sur un nouveau test postopératoire [17-19]. Quant aux patients, l'inconvénient de se soumettre à un examen complémentaire retardant

■ Paupières

POINTS FORTS

- Champ visuel automatisé avec interprétation écrite avant toute blépharoplastie réparatrice.
- Amputation du champ visuel > 20 % conseillée.
- Indispensable en cas de contrôle par l'Assurance maladie.
- Permet d'évaluer *a posteriori* l'amélioration fonctionnelle en cas de contentieux.

9. www.birminghamandsolihullccg.nhs.uk/about-us/publications/policies/93-policy-for-eyelid-surgery-upper-and-lower/file
10. <https://studyres.com/doc/6896094/eyelid-surgery--blepharoplasty->
11. American Society of Plastic Surgeons (ASPS). ASPS recommended insurance coverage criteria for third-party payers. Blepharoplasty. Arlington Heights, Ill: ASPS, 2007.
12. American Society of Plastic Surgeons (ASPS). Practice parameter for blepharoplasty. Arlington Heights, Ill: ASPS, 2007.
13. PARIKH S, MOST SP. Rejuvenation of the upper eyelid. *Facial Plast Surg Clin North Am*, 2010;18:427-433.
14. HOLT JE, HOLT GR. Blepharoplasty. Indications and preoperative assessment. *Arch Otolaryngol*, 1985;111:394-397.
15. KLINGELE J, KAISER HJ, HATT M. Automated perimetry in ptosis and blepharochalasis. *Klin Monbl Augenheilkd*, 1995;206:401-404.
16. www9.health.gov.au/mbs/fullDisplay.cfm?type=item&q=45617&qt=item
17. CAHILL KV, BRADLEY EA, MEYER DR *et al*. Functional indications for upper eyelid ptosis and blepharoplasty surgery: a report by the American Academy of Ophthalmology. *Ophthalmology*, 2011;118:2510-2517.
18. HOLLANDER MHJ, CONTINI M, POTT JW *et al*. Functional outcomes of upper eyelid blepharoplasty: A systematic review. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2019;72:294-309.
19. FEDERICI TJ, MEYER DR, LININGER LL. Correlation of the vision-related functional impairment associated with blepharoptosis and the impact of blepharoptosis surgery. *Ophthalmology*, 1999;106:1705-1712.

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