Paupières

Réinterventions et insuffisances des blépharoplasties esthétiques : comment les éviter ?

RÉSUMÉ : Les anomalies les plus fréquentes sont les insuffisances de résection des poches inférieures, les phénomènes rétractiles cicatriciels et/ou les excès de résection cutanée inférieure avec retentissement sur la position de la ligne grise, les anomalies du dessin de l'excision sur la paupière supérieure ou encore les yeux creux, faisant suite à des excisions graisseuses importantes et à l'involution sénile dont la correction est très rarement demandée par des dames très âgées et souvent multi-opérées. Devant ces anomalies où une décision opératoire est discutée, la consultation à plusieurs lors d'un staff collégial a beaucoup d'intérêt.

D. MALADRY
Chirurgien plasticien et esthétique,
PARIS.

Hormis les complications ophtalmologiques exceptionnelles telles que l'amaurose par réflexe vasomoteur (importance d'une sédation au moins minimum), dont la fréquence lors des blépharoplasties est bien difficile à préciser (entre 1/20 000 et 1/200 000), et les décompensations de pathologies préexistantes (décollement de rétine [DDR], glaucome, kératite observée chez certains patients multi-opérés des paupières prévenue par la fermeture inter-palpébrale avec fil en U la première nuit puis collyre et pommade ophtalmologique), on retrouve de rares hématomes intra-orbitaires qui imposent une désunion du site opératoire, un lavage, une hémostase et surtout une prévention (relais des anticoagulants, coagulation ou ligature efficace des pelotons graisseux intra-orbitaires, sédation peropératoire, maintien d'une tension artérielle correcte en per- et postopératoire).

Les diplopies sont plus fréquentes, elles sont liées à l'anesthésie locale dont le produit s'insinue autour des muscles oculomoteurs ou à la traction, voire à la coagulation de quelques fibres musculaires. Elles régressent spontanément en quelques heures. Le ptosis palpébral par section du releveur a également été décrit, le bistouri doit rester léger !

Le caractère "explosif" de ces événements doit être prévenu par une information préopératoire adaptée. Par exemple, les yeux secs, les antécédents de kératite et d'ulcère de la cornée sont à prendre en compte car la chirurgie peut être source de décompensation. Leur prévention repose sur l'humidification et la protection per- et postopératoires, et surtout sur la réalisation d'un tracé économe des excisions musculocutanées. La suspension palpébrale postopératoire des premières heures joue également un rôle préventif majeur [1-4].

Les insuffisances des blépharoplasties esthétiques sont soit objectives, soit ressenties [5]. Existe-t-il une méthode pour

Paupières

éviter la réintervention ? Nous aborderons dans cet article les suites des blépharoplasties par voie cutanée, beaucoup plus fréquentes que celles utilisant la voie conjonctivale inférieure, qui est certes très utile mais nécessite une juste appréciation de l'excision graisseuse et de la qualité du revêtement de surface [6].

Les consultations préopératoires

Les analyses des motivations des patientes, l'évaluation des défauts améliorables ou non, l'étude des photos préopératoires (face + 3/4 + profil affichées au bloc), les asymétries de même que les excès plus ou moins importants sont des renseignements essentiels à prendre en compte. Il faut par exemple vérifier la course du releveur (à confronter à l'aspect peropératoire du releveur de la paupière supérieure [RPS] et à la présence ou non de l'ombre pupillaire) car une gêne visuelle alléguée n'est pas toujours exclusivement secondaire à un blépharochalasis, elle peut être associée à un blépharoptosis sénile débutant, habituellement asymétrique et souvent démasqué par la position surélevée du sourcil et l'arrondi de la ligne grise inférieure homolatérale.

Ces petits signes sont souvent plus visibles au repos, sur les photos. Il n'est pas rare de retrouver en consultation une anomalie fonctionnelle décompensée par la sénescence, dont l'analyse fine est indispensable (***fig. 1***).

Fig. 1 : Ptosis majeur et mineur. Outre la paupière supérieure gauche qui est trop basse, le sourcil homolatéral est trop haut et la paupière inférieure homolatérale est trop arrondie, comme pour dégager la vision. **En haut** : avant. **En bas** : après, normalisation des signes indirects.

Le dessin (*fig. 2*)

>>> Avant de redessiner une forme afin de l'améliorer, le chirurgien dessine sur l'opéré son projet. Cette façon de dessiner avant tout geste invasif influence fortement le résultat des blépharoplasties, d'autant plus que le site opératoire sera infiltré pour l'analgésie et le caractère exsangue du champ opératoire, ce qui modifiera les volumes et les formes à traiter.

Fig. 2 : Le dessin. **En haut**, excédent important, cadre orbitaire assez étroit : respect du pli palpébral supérieur et débord externe. **En bas**, dessin par plissé froncé forcé : résection pouvant être importante, si demande, et sans risque d'excès même en cas de paupière encore juvénile.

• ***Pour la paupière du haut***, nous procédons par plissé froncé forcé afin de déterminer la ligne supérieure de résection en regard du globe oculaire. Pour la ligne inférieure de la résection, nous restons au niveau du pli palpébral supérieur (PPS), qu'il est important de bien repérer et de marquer (éviter les pommades ophtalmiques grasses de "protection" qui, en coulant, empêchent ce marquage). Le PPS peut être parfois absent, peu visible, bifide ou multiligne. Quoi qu'il en soit, il faudra éviter d'amputer de la peau prétarsale (au moins 8 mm de haut/ligne grise) au risque sinon d'obtenir des "petits yeux ronds" avec une paupière trop étroite et très laide :
– en dehors, il faut prolonger suffisamment l'excision dans la région temporale sous-sourcilière pour éviter un défaut souvent visible et habituellement concomitant du précédent : la persistance d'une visière de casquette externe qui laissera un regard triste. Il est aisé de positionner la cicatrice externe dans une ridule naturelle de la patte d'oie, déjà présente ou en devenir (au moins découverte par le plissé froncé forcé). À noter que les résections externes prolongées, mais encore insuffisantes, laissent une *doggy ear* qui ne se résorbe pas toujours avec les massages et est source de nombreuses questions. La qualité de la cicatrisation palpébro-temporale permet de prolonger d'emblée la résection afin d'éviter cet effet oreille ;
– en dedans, si l'excision ou l'incision dépasse la partie palpébrale et remonte sur la face latérale haute du nez, il existera une bride cicatricielle qui pourra être la source d'une mini-plastie en Z secondaire. Il n'est donc pas possible, comme à l'extérieur, de prolonger autant que nécessaire ! Compte tenu des excédents parfois très importants au niveau de la partie interne des paupières supérieures, il est difficile d'exciser en hauteur et en longueur la quantité suffisante. Nous retirons donc souvent assez peu de peau en dedans et "creusons" en profondeur (excision graisseuse orbitaire interne) de façon à utiliser la quantité de peau saillante pour couvrir le creux. Cette méthode peut parfois laisser une tubérosité par excès de peau plus que par excès de graisse.

• ***Pour la paupière du bas***, le dessin est simple : voie sous-ciliaire, obliquant en bas et en dehors, à 1-2 mm en dehors de l'angle externe, autour de 40°, dans une ridule naturelle. Là aussi, il ne faut pas hésiter à prolonger pour obtenir une résection externe suffisante et assurer une remise en tension correcte de la lamelle antérieure. Nous ne retirons pas de peau sous-ciliaire ou à peine (1 mm). Concernant le dessin des pelotons graisseux, après quelques cas d'excision insuffisante du peloton externe inférieur, nous avons pris l'habitude de marquer son relief préalablement, regard vers le haut, en position assise sur la table.

>>> Concernant les temps suivants, nous serons brefs. Nous pratiquons bien sûr une excision graisseuse ni trop importante (yeux creux) ni insuffisante,

pour tenir compte de l'aspect familial et en même temps du désir exprimé (consultations préopératoires) lors des chirurgies des paupières lourdes avec cadres orbitaires étroits. Et pour la suture, toujours simple, nous effectuons un surjet intradermique en haut, à points séparés en U avec amarrage de l'orbiculaire par le U, sous le cantus externe en bas, et rien en sous-ciliaire inférieur…

Utilité du staff et décision de la reprise

Il existe une anomalie, une insuffisance ou un défaut perçu par l'opéré et qui est source d'interrogations. Si le phénomène est nié, l'interrogation pourrait devenir revendicatrice, agressive et finalement conflictuelle. Pour que cela reste très exceptionnel, les explications médicales de ce phénomène, l'évolution naturelle et le traitement doivent être exposés à l'opéré. Il est bien sûr important d'évoquer l'évolution désagréable et le traitement en préopératoire mais, devant l'insatisfaction, la déception et surtout l'inquiétude, voire les paroles amères d'un entourage hostile au projet initial, cela ne suffit pas toujours.

De nouvelles photographies comparatives et bien réalisées permettent de suivre précisément le cas et des consultations face-à-face sont absolument nécessaires. Il faut refuser de répondre à un questionnement adressé par mail avec pour "élément objectif" un selfie. La réponse qui serait faite, coupée de toute base objective, nourrirait d'autres interrogations et parfois le dossier de l'avocat.

Dans les cas où il semble exister une évolution conflictuelle ou si la solution ne semble pas évidente, nous recommandons la tenue d'un staff entre collègues liés par un cursus commun, avec si possible un sage plus ancien qui modèrera la rencontre et fera part de son expérience. Ces rencontres du patient confronté à une évolution imprévue avec son chirurgien et des collègues peuvent désamorcer bien des conflits et apporter une aide à l'opéré et à son chirurgien, en augmentant nos connaissances et nos expériences. Le plus souvent, des réponses qui n'auraient pas été entrevues par le chirurgien ou non comprises par le patient émergent et le délai et les modalités d'une éventuelle reprise sont explicités.

Anomalies, défauts et insuffisances rencontrés

1. Anomalies de la suture, troubles de la pigmentation et autres petits incidents (*fig. 3*)

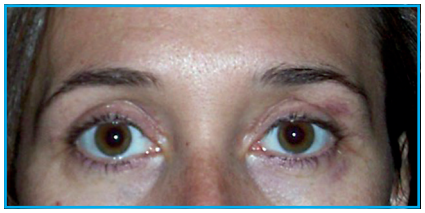

Fig. 3 : Cicatrices rouges, épaisses, un peu rétractiles les premières semaines : aucune conséquence à terme.

>>> Un fil qui irrite le globe doit être recoupé ou ôté.

>>> La désunion des premières heures : une ouverture brutale des paupières, un fil trop fin, des caillots adhérant à la peau et nettoyés un peu brutalement et la plaie s'ouvre. La prise en charge fait appel soit à la réalisation d'un point au lit du patient en bénéficiant des restes de l'anesthésie locale, soit à la cicatrisation dirigée.

>>> Cicatrices épaisses, pigmentées, dépigmentées, *doggy ear* : ce sont surtout des cicatrices blanches, un peu épaisses, sur les peaux laiteuses plutôt qu'une hyperpigmentation qui n'est pas réellement signalée. Pour les *doggy ears*, nous recommandons d'exciser d'emblée l'excédent. Il faut signaler que, par massage et pétrissage, il n'est pas rare de voir disparaître en 4 à 5 mois les oreilles en bout de cicatrice de blépharoplastie… mais que de questions ! L'hypertrophie pathologique cicatricielle persistante est, quant à elle, plus qu'exceptionnelle. Enfin, une rougeur et une épaisseur des premiers mois pourront être massées et maquillées.

>>> Le signe de la bande rose : il s'agit d'une bande rosée de peau en préoculaire, étroite, qui contraste avec le reste de la paupière blanche supérieure sus-jacente. L'excision de surface a été faite à cheval sur le pli palpébral supérieur et la peau fine prétarsale révèle le réseau sous-dermique vasculaire. Pour éviter cette bande rose, nous insistons sur l'importance du dessin préopératoire car il n'y a pas de correction évidente.

>>> Les peaux brunes avec beaucoup d'ecchymoses au niveau des paupières inférieures présentent parfois, malgré l'éviction solaire de plus de 6 mois, **une pigmentation brunâtre foncée à type de cerne**. L'application de pommades dépigmentantes (sans effet bien certain) et d'un maquillage couvrant permettent de patienter en attendant la disparition spontanée. La visualisation des photos préopératoires révèle quasi systématiquement des cernes préexistants mais pour lesquels l'opéré n'exprimait pas de gêne.

>>> L'accentuation des poches malaires œdémateuses : l'œdème postopératoire remplit le tissu fibrograisseux d'une poche malaire minime préexistante. Le traitement le plus efficace est une injection *in situ* de corticoïde à faible dose (risque d'atrophie et de creux si le corticoïde est trop puissant). En l'absence de prise en charge, l'évolution est très longue.

>>> Les kystes épidermiques quelques semaines après la chirurgie et la toute première année sont soit tous petits comme des grains de milium, soit plus gros. Ils seraient consécutifs à la migration en profondeur d'une cellule épidermique entraînée par l'aiguille et à son organisation en poche de kératine, facile à percer avec une aiguille ou à inciser en salle de pansement. Nous avons remarqué que les

Paupières

sutures aux fils à résorption rapide, qui évitent l'ablation un peu douloureuse des points, sont sources de réactions inflammatoires et de kystes. Les peaux à grains de milium font aussi souvent ce type de concrétions kératiniques postopératoires.

>>> Nous avons aussi observé **la migration centrale de la cicatrice oblique inférieure externe**, tout particulièrement lors de l'association de la blépharoplastie avec un lift de la région jugotemporale et si la blépharoplastie est réalisée en dernier temps, une fois la zone temporale repositionnée vers le haut et le dehors. La cicatrice un peu rouge se retrouve, quelques jours après, bien plus interne que ce qu'elle était en postopératoire immédiat : c'est la preuve que les lifts se détendent assez vite ! La cicatrice va de toute façon blanchir et disparaître…

2. Blépharoplasties supérieures

>>> **Asymétrie** : il faut se méfier de l'inversion de l'asymétrie d'origine, bien plus visible pour l'opéré que l'asymétrie initiale et souvent très mal vécue. Pour prévenir cette anomalie, il faut retirer une quantité équivalente de part et d'autre, sans vouloir symétriser et avec le risque de dépasser la juste correction, d'autant qu'habituellement l'asymétrie est en rapport avec le cadre orbitaire. Au bout de 6 mois d'une demande persistante, une reprise très prudente de symétrisation peut être envisagée.

>>> **Manque de résection** pour les paupières lourdes constitutionnelles et les corniches osseuses saillantes :

• ***Global*** : ce cas est plus théorique que pratique car même une résection minimaliste satisfait généralement les opérés s'ils n'ont pas exprimé la volonté d'avoir une paupière supérieure bien creusée. Une récidive peut cependant survenir en quelques années et il faudra à ce moment-là envisager une reprise. Certaines paupières lourdes constitutionnelles, chez des patients de type asiatique ayant une orbite étroite, n'auront jamais une paupière libre prétarsale "déliée", haute et élégante : la prévention se fait, ici encore, par l'information. Reprendre ces patients donnera une paupière toujours courte et trop creuse.

• ***Externe*** : c'est un défaut du dessin. Il persiste un excès supéro-externe, la paupière reste triste. Il faut reprendre l'excision localisée en temporal et sous-sourcilier (***fig. 4***).

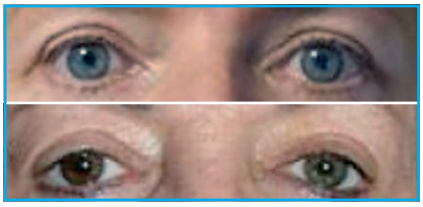

Fig. 4 : Insuffisance de résection externe supérieure.

• ***Interne*** : il persiste une petite boule interne. Il faut reprendre l'excision de la graisse orbitaire interne largement et l'excès de peau *a minima*.

>>> **Excès de résection** (***fig. 5***) :

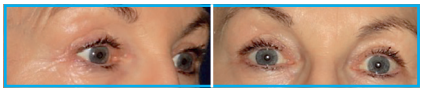

Fig. 5 : Trop de résection en pré-oculaire : paupière courte et creuse, pas assez en dehors, visière externe.

• ***Les paupières creuses*** : ce défaut est dû à la résection stéréotypée d'une paupière supérieure plissée mais "sèche" et déjà vide. La prévention se fait par excision uniquement cutanée, sans excision du muscle orbiculaire ou de la graisse de Rolando. Si le problème est très visible, nous conseillons une greffe dermo-graisseuse ou du système musculo-aponévrotique superficiel (Smas) plutôt qu'une greffe cellulo-adipeuse que nous trouvons difficile à bien positionner en sous-dermique (risque de visibilité des lobules sous la peau fine et manque de distension de la cicatrice).

• ***Les paupières mobiles courtes*** : bande rose et petit œil rond. La ligne inférieure de résection de l'excès ne doit pas dépasser vers le bas le pli palpébral supérieur. Si cela s'est produit, que faire : une greffe de peau de même qualité (mais où la trouver dans une telle situation) ? des micro-greffes graisseuses prétarsales sous-dermiques ? de l'acide hyaluronique ? une greffe en unité esthétique prétarsale de bonne hauteur d'une peau qui se marierait bien avec la peau sous-sourcilière ?

• ***Les défauts de fermeture palpébrale*** :
– défaut primaire : il semble, en fin d'intervention, exister une mauvaise occlusion. Rare en esthétique si le dessin est bien fait, ce défaut se voit lors de la chirurgie d'exérèse carcinologique, de prise de greffe de peau au site palpébral, etc. La méthode du plissé froncé forcé permet d'ôter un maximum de hauteur de peau et, même si un défaut de fermeture apparaît du fait de l'infiltration et de l'œdème postopératoire, tout rentre dans l'ordre quelques heures après. Par prudence, pour protéger le globe, une suspension inter-palpébrale eu U peut être posée pour la première nuit. Nous avons rencontré un cas de récidive de carcinome basocellulaire sous-sourcilier où la greffe de peau controlatérale a induit ce défaut. Outre le U inter-palpébral, nous avons laissé la zone de prise en cicatrisation dirigée partielle sur quelques millimètres ;
– lors des reprises successives et excessives apparaît une gêne fonctionnelle (irritations, kératites). Si au bout de 3 mois de soins médicaux (collyre et pommade) il n'y a pas eu d'amélioration, une greffe de peau (un peu visible car habituellement il n'y a plus de site palpébral utilisable) est justifiée. De façon générale, lors des reprises avec antécédent d'irritation oculaire, nous posons une suspension inter-palpébrale en U la première nuit pour protéger le globe oculaire.

3. Blépharoplasties inférieures (*fig. 6*)

Nous utilisons une voie sous-ciliaire et une dissection sous-musculaire et pratiquons une excision oblique externe

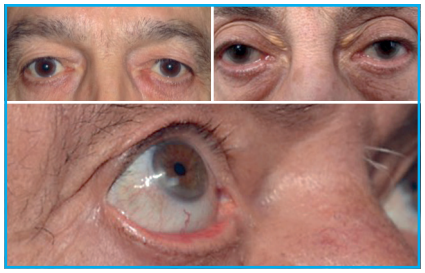

Fig. 6 : Tendance à l'éversion palpébrale inférieure préopératoire : risque accru.

sans résection sous-ciliaire (ou de 1 mm de haut). Les complications à type de véritable ectropion ne se rencontrent pas avec cette technique.

>>> Épicanthus externe cicatriciel : il existe une petite palmure membraneuse cicatricielle avec parfois une gêne ressentie au coin de l'œil. L'attraction vers l'extérieur de la sangle palpébrale améliore la gêne. Il s'agit d'une bride cicatricielle sur une incision externe un peu haute ou d'un défaut de cicatrisation sur le fil le plus haut avec une petite nécrose croûtelleuse. Une simple incision peut suffire sous anesthésie locale en salle de pansement, ou un micro Z dont les triangles très petits sont assez difficiles à suturer.

>>> Sangle palpébrale trop tendue : la ligne grise est basse avec un *scleral show* mais il n'y a pas d'ectropion, la contraction de l'orbiculaire corrige la position de la ligne grise. Il s'agit à l'origine de globes saillants, un peu exophtalmes ou globuleux. La sclère est objectivement plus visible en postopératoire. La remise en tension a mimé le phénomène de la ceinture qui descend sur les ventres tendus et saillants, sans taille marquée. En attendant quelques mois, cette gêne s'amenuise. Il serait possible de reprendre la dissection du plan musculocutané et de repositionner en suturant plus vers le centre ce lambeau pour détendre la paupière.

>>> Sangle palpébrale trop molle : si le plan musculocutané a été retendu correctement, le plan tarso-conjonctival est parfois trop long, même avec un amarrage musculaire externe. Ces paupières séniles, molles, laxes (importance pour le diagnostic et l'information, le choix de la technique et des tests de recoaptation lors des consultations préopératoires) ne sont pas bien accolées au globe. Il persiste une concavité de la ligne grise et un larmoiement par décoaptation du point lacrymal inférieur. Il peut être utile, devant une gêne persistant plus de 3 mois, de reprendre en complétant l'intervention par l'excision d'un pentagone de lamelle postérieure. Dans les formes diagnostiquées en préopératoire, un geste global de ce type est très intéressant. Il présente néanmoins un inconvénient : création d'une encoche minime, d'une mini-indentation, assez fréquente, sur la ligne grise au niveau de la suture verticale d'adossement des deux moignons de lamelle postérieure. L'espoir de la disparition progressive du bombé a été déçu, lors de la variante où l'excision préserve la ligne grise, en laissant un bombé face à la suture verticale du plan tarso-conjonctival sous-jacent. Nous avons été amenés à reprendre les patients pour excision de ce bourrelet.

>>> Sangle palpébrale trop courte avec manque de hauteur : c'est la vraie complication ! La sclère est trop visible, les cils capotent vers l'avant, la conjonctive peut être vue, le punctum est décollé du globe, il existe une irritation conjonctivale… bref, il s'agit d'un ectropion.

● ***Ectropion transitoire mécanique*** : c'est une évolution rétractile cicatricielle précoce, plus fréquente avec la dissection sous-cutanée pure mais parfois induite par un hématome, une suture inflammatoire, un épisode de conjonctivite dû à

POINTS **FORTS**

- Les événements graves restent très exceptionnels, à type de complications ophtalmologiques : la surveillance de la vision les premières heures est nécessaire.
- Les autres anomalies importantes rencontrées sont souvent liées au dessin et aux quantités tissulaires excisées :
  – les insuffisances de résection des poches inférieures, en particulier en dehors, faciles à reprendre ;
  – les phénomènes rétractiles cicatriciels et/ou les excès de résection cutanée inférieure avec retentissement sur la position de la ligne grise (ectropion, *scleral show*…) ;
  – les anomalies du dessin de l'excision sur la paupière supérieure : trop importante en hauteur et empiétant sur la paupière mobile pré-oculaire, ou insuffisante en longueur et tout particulièrement en dehors. Cette dernière anomalie est aisée à reprendre et à compléter ;
  – les yeux creux, faisant suite à des excisions graisseuses excessives dont le traitement par greffes tissulaires à ciel ouvert nous semble plus aisé que la greffe graisseuse à l'aiguille.
- Les petits événements cicatriciels, kystes épidermiques, dyschromies cicatricielles, etc. sont souvent bien tolérés.
- Devant une insatisfaction et avant une reprise, la pratique d'un staff collégial est très utile.

Paupières

une mauvaise occlusion et non prévenu le cas échéant par le fil en U. Cet ectropion cicatriciel apparaît secondairement 1 à 2 semaines après la chirurgie. Il existe quand même une reposition de la ligne grise lors de la contraction musculaire de l'orbiculaire, la quantité verticale sous-ciliaire de peau ne semble pas si insuffisante. Soins locaux et massages régleront rapidement le problème. Si au bout d'un mois il n'y a pas le début d'une amélioration, il faudra craindre une résection réelle (plus de 2 mm) qui aurait été faite en sous-ciliaire. Cette complication est souvent associée à une atteinte fonctionnelle, le muscle orbiculaire ne se contracte pas bien du fait d'une parésie en rapport avec une dissection inféro-externe sous-musculaire extensive. Là encore, la récupération est de quelques semaines. Il ne faut donc pas se presser de réintervenir car le phénomène cicatriciel rétractile en serait aggravé.

• ***Ectropion persistant*** : parfois, cet ectropion existe d'emblée à cause d'une résection trop importante sous la ligne des cils, la paupière est trop courte, tendue. Si le muscle se contracte, il ne peut remonter la ligne des cils et, au bout d'un mois ou de 45 jours, s'il n'y a pas d'amélioration avec les soins locaux, il faudra proposer une greffe de peau palpébrale sous-ciliaire (il persiste souvent un peu de peau palpébrale supérieure).

>>> Persistance d'un peloton externe le plus souvent : il ne disparaîtra pas seul, il faudra donc reprendre.

>>> Paupière creuse : l'excision des pelotons a été excessive. Il ne faut pas être plus postérieur que la margelle osseuse en fin de résection des pelotons et, après avoir ouvert le septum orbitaire, la résection ne se fait pas en appuyant sur le globe pour bien faire saillir ces pelotons graisseux. L'artifice de Planas qui, après ouverture complète du septum, "peigne" la graisse en la disposant vers le bas sous le cerne évite sans doute la paupière creuse, mais il reste un bombé homogène persistant dans notre expérience. Ces paupières creuses s'aggravent avec le vieillissement, leur correction fait appel aux greffes graisseuses autologues, aux greffes de Smas et aux greffons dermo-graisseux mais avec des résultats variables (***fig. 7***).

Fig. 7 : Paupières creuses.

Conclusion

Finalement, pourquoi un tel exposé qui semble indiquer que les blépharoplasties sont marquées de reprises et de nombreux incidents ? En réalité, c'est une intervention avec une grande satisfaction des patients et une gestion simple.

Mais la blépharoplastie des chirurgiens esthétiques est maintenant très concurrencée par celles réalisées par les autres praticiens tête et cou, et tout particulièrement les ophtalmologistes. La connaissance des anomalies et de leurs traitements, le rattrapage des cas les plus gênants (visière de casquette externe, bande rose, petits yeux ronds, ectropion), avec beaucoup d'empathie et en restant confraternels, permet de nous distinguer favorablement vis-à-vis des patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. Mack WP. Complications in periocular rejuvenation. *Facial Plast Surg Clin North Am*, 2010;18:435-456.
2. Mejia JD, Egro FM, Nahai F. Visual loss after blepharoplasty: incidence, management, and preventive measures. *Aesthet Surg J*, 2011;31:21-29.
3. Baek JS, Kim KH, Lee JH *et al.* Ophthalmologic complications associated with oculofacial plastic and esthetic surgeries. *J Craniofac Surg*, 2018;29:1208-1211.
4. Park BY, Kwon J, Kang SR *et al.* Informed consent as a litigation strategy in the field of aesthetic surgery: an analysis based on court precedents. *Arch Plast Surg*, 2016;43:402-410.
5. Jacono AA, Ransom ER. Anatomic predictors of unsatisfactory outcomes in surgical rejuvenation of the midface. *JAMA Facial Plast Surg*, 2013;15:101-109.
6. Rohrich RJ, Coberly DM, Fagien S *et al.* Current concepts in aesthetic upper blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg*, 2004;113:32e-42e.

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