

I Paupières

Prise en charge des poches palpébro-malaires

RÉSUMÉ : Lorsque l'on pense au rajeunissement facial, la région malaire est d'une importance capitale et à ne pas sous-estimer. Les méthodes classiques de rajeunissement de cette région font appel au lifting centro-malaire et à la blépharoplastie inférieure avec la nécessité de procéder à une re-répartition des graisses, comme avec la technique de l'*arcus marginalis*.

De nos jours, les patients préfèrent les techniques peu invasives avec un temps de récupération court. Il est donc préférable de s'en occuper le plus tôt possible afin de proposer des traitements moins invasifs. Cet article est une mise au point de l'arsenal thérapeutique dont nous disposons actuellement. Il reprend les traitements médicaux et chirurgicaux.



R. RUIZ

Service de Chirurgie plastique
et maxillo-faciale,
CHU Henri Mondor, CRÉTEIL.

Lorsque l'on pense au rajeunissement facial, la région malaire est d'une importance capitale et à ne pas sous-estimer. Le vieillissement médio-facial est soumis à l'influence de nombreux facteurs endogènes, dont les hormones et l'IMC, et des facteurs exogènes, tels que l'exposition solaire (UVA et UVB), le tabagisme, la consommation d'alcool, les médicaments comme les stéroïdes, l'acétaminophène et les anti-inflammatoires non stéroïdiens qui accélèrent le vieillissement cutané et sous-cutané.

Bases anatomiques et physiopathologie du vieillissement

La physiopathologie des poches palpébrales inférieures et malaires est multifactorielle et imbriquée. La graisse périorbitaire, qui est répartie en 2 ou 3 compartiments selon les auteurs, a un rôle de protection du globe oculaire. Le compartiment orbitaire de la paupière inférieure est limité en avant par le septum et le muscle orbiculaire, dont le point de fixité osseuse est assuré par le ligament rétenteur de l'orbiculaire (LRO) qui s'in-

sère sur l'*arcus marginalis*. Chez les individus jeunes, la graisse sous-cutanée est fine et régulière et la graisse profonde, située sous le muscle orbiculaire, constitue un coussin épais protégeant ce dernier du rebord orbitaire lors de sa contraction.

La poche malaire est quant à elle de forme triangulaire avec un sommet médial. Les côtés de ce triangle sont en haut le sillon palpébral inférieur correspondant à l'insertion cutanée du LRO ou ligament zygomatique-malaire. Le bord latéral du muscle orbiculaire va constituer la limite externe et, enfin, la base de ce triangle correspond au sillon jugulo-malaire qui va se poursuivre en bas et en dehors pour former la vallée des larmes.

Au sein de la poche malaire, on distingue deux compartiments graisseux dont l'espace avec la graisse pré-périostée ou graisse sous-orbitaire – également nommée SOOF chez les Anglo-Saxons – et la graisse sous-cutanée. C'est la portion orbiculaire du muscle du même nom qui sépare ces deux espaces [1].

Le muscle orbiculaire est sollicité quotidiennement plusieurs dizaines de

milliers de fois au cours du clignement oculaire, des sourires ou en cas d'éblouissement. Selon la théorie du *Face Recurve* de Le Louarn [2], il se produit un éloignement de la graisse de part et d'autre de l'insertion périorbitaire arciforme du muscle orbiculaire. Les contractions itératives du muscle orbiculaire (faisceaux palpébral et orbitaire) ont également pour conséquence d'exercer une pression de la superficie vers la profondeur. Cette action répétitive au cours du temps transpose le tissu adipeux, initialement situé sous le muscle orbiculaire, en direction du malaire et de la paupière, ainsi que de la profondeur sous-musculaire vers la superficie sous-cutanée.

On voit donc apparaître au cours du temps des poches palpébrales et malaires avec, de ce fait, une accentuation du sillon palpébral inférieur et une accentuation du cerne. De plus, l'augmentation des poches est d'autant plus visible à cause de l'augmentation du volume sus- et sous-palpébral. On comprend donc pourquoi il faut les traiter simultanément [3, 4].

■ Classification

Les poches palpébro-malaires peuvent être classées en 3 catégories :

>>> La première correspond à l'œdème palpébral et sous-palpébral par rétention liquidienne sur et sous le niveau du bord infra-orbitaire (grade 1). La présence d'une coloration bleuâtre à l'examen clinique est un signe d'œdème chronique [5] (*fig. 1*).

>>> La poche palpébro-malaire (grade 2) est un gonflement chronique des tissus mous de la paupière inférieure et sur l'éminence malaire. Le facteur distinctif entre l'œdème et les poches constituées est la présence permanente d'un excès de renflement des tissus mous. Il s'agit souvent d'une hernie de la graisse orbitaire par relâchement du muscle orbiculaire oculi [6] (*fig. 2*).



Fig. 1 : Poche palpébro-malaire de grade 1.



Fig. 2 : Poche palpébro-malaire de grade 2.

>>> Enfin, les festons palpébro-malaires (grade 3) correspondent à des plis redondants de peau lâche et de muscle orbiculaire entre le canthus médial et le canthus latéral, et peuvent contenir ou non des hernies graisseuses [6] (*fig. 3*).

L'évaluation clinique de l'œdème périorbitaire nécessite de s'attarder sur les antécédents médicaux car il est sou-



Fig. 3 : Poche palpébro-malaire de grade 3 ou festons.

vent associé à des maladies systémiques ou localisées. La localisation unilatérale impose de rechercher une cause tumorale comme le lymphome cutané primaire à cellules B ou le lymphome périphérique à cellules T. Les allergies, causes fréquentes d'œdème des paupières, se manifestent sous la forme de rides verticales plutôt qu'horizontales, associées à un érythème et à un épaissement cutané palpébral lors de réaction d'urticaire. Il ne faudra pas non plus négliger les causes d'œdèmes généralisés comme dans les insuffisances cardiaques, rénales, hépatiques ou dans les dysthyroïdies [7, 8].

■ Les traitements médicaux

Au premier stade, on peut envisager un traitement médical avec notamment la hyaluronidase. Cette enzyme métabolise l'acide hyaluronique avec une action catabolisante de la matrice extracellulaire. Dans une récente étude rétrospective auprès de 20 patients atteints d'œdème des paupières inférieures, Hilton *et al.* ont démontré que l'utilisation de la hyaluronidase s'avère efficace pour réduire l'œdème après une seule injection. La dose d'infiltration locale est d'environ 0,2 à 0,5 mL d'hyaluronidase par paupière. En revanche, pour

I Paupières

les patients présentant des poches de grade 2, il semble que plusieurs injections à quelques semaines d'intervalle avec de faibles doses permettent de pérenniser les résultats [9].

D'autres méthodes sont possibles comme les traitements de resurfaçage au laser pour la correction du dermatochalasis. Concernant ceux-ci, Tierney *et al.* ont rapporté que le traitement par les lasers ablatifs et fractionnels ne peuvent pas corriger le prolapsus de la graisse orbitaire mais permettent une correction de la laxité excessive de la peau. La thérapie ablatrice enlève l'épiderme superficiel et induit des lésions thermiques au derme, tandis que la technique non ablatrice ou fractionnelle épargne l'épiderme [10].

Une autre alternative est le laser non ablatif tel que l'*High Intensity Focalised Ultrasound* (HIFU) pour le traitement de rajeunissement. Il induit un effet thermique non seulement sur le derme profond mais aussi sur le système musculo-aponévrotique superficiel (Smas), tout en épargnant l'épiderme. Il a également été démontré de manière objective par Pak *et al.* que le traitement par Ulthera entraîne une diminution de la hernie graisseuse et la rétraction cutanée de la région périorbitaire en comparant des images scannographiques pré et post-traitement chez 7 patients [11]. Cette étude a démontré une amélioration de la laxité infra-orbitaire qui a été obtenue avec HIFU. Parmi les effets secondaires, on retrouvait une douleur minimale, un érythème transitoire, un œdème et un purpura, minimes et non persistants. Enfin, Suh *et al.* ont permis de mettre en évidence l'innocuité et l'efficacité d'IFUS (Ulthera) pour le rajeunissement facial chez des 15 patients asiatiques présentant une laxité infra-orbitaire. Aucun effet secondaire grave, permanent ou retardé n'a été observé jusqu'à 6 mois après le traitement [12].

Au-delà des stades 1 et 2, après avoir proposé un traitement médical, il faut envisager la chirurgie.

POINTS FORTS

- Un examen clinique rigoureux est primordial. Il faut se méfier des "fausses poches malaires" par hypotrophie de la SOOF, traitables par lipostructure.
- Le traitement précoce des signes du vieillissement permet de proposer des thérapeutiques non invasives telles que les lasers HIFU.
- Les traitements médicaux sont faibles et ont peu d'effets secondaires, permettant une meilleure adhésion du patient au traitement.
- À partir d'un grade 2 des poches palpébro-malaires, il faut envisager la chirurgie.
- La chirurgie ne comporte pas obligatoirement de résection cutanée. L'exérèse de la graisse entraîne une rétraction de la peau. La *pinch blepharoplasty* est une technique à réserver aux paupières séniles.

■ Les traitements chirurgicaux

Du moins invasif au plus invasif, on peut à l'heure actuelle pratiquer une blépharoplastie inférieure conservatrice ou non. Cette intervention, pratiquée aussi bien sous anesthésie locale (en combinaison avec une blépharoplastie supérieure) que sous anesthésie générale, nécessite une bonne évaluation au préalable du patient. L'abord chirurgical peut se pratiquer par voie transconjonctivale si l'excès adipeux est isolé ou par voie sous-ciliaire si un excédent cutané doit également être réséqué. Dans ce cas, une voie d'abord sous-ciliaire classique est réalisée.

Le muscle orbiculaire inférieur est récliné vers le bas afin d'exposer son insertion sur le rebord orbitaire inférieur. L'*arcus marginalis* est décollé à la rugine de l'intérieur vers l'extérieur, en évitant de désinsérer son tiers externe afin de maintenir une fonction musculaire satisfaisante. Une poche sous-périostée est constituée dans le but ultérieur d'accueillir le lambeau de transposition.

La graisse périorbitaire est ensuite abordée à travers une incision du septum.

Un éventuel excès (mis en évidence par une légère pression sur le globe oculaire) peut être réséqué à cette étape. On utilise de nouveau la rugine afin de décoller la graisse périorbitaire du périoste du plancher orbitaire. Un lambeau adipeux à pédicule supérieur (dont l'étendue est adaptée à l'ampleur du cerne à combler) est disséqué. Il est important de réaliser une hémostase méticuleuse tout en préservant la vascularisation du lambeau afin d'éviter le risque d'hématome orbitaire et ne pas abuser de l'électrolyse, source d'œdème postopératoire.

Ce lambeau de transposition adipeux est utilisé afin de compenser le déficit adipeux constitué à la face profonde du muscle orbiculaire inférieur. Afin de maintenir l'effet de comblement dans le temps, le lambeau est suturé par un point en U de fil résorbable 5/0. Le positionnement de ce point doit impérativement être déterminé de manière préopératoire, en position verticale, afin d'évaluer la zone maximale de dépression du cerne.

On procède ensuite à une éventuelle résection cutanée dont l'étendue est évaluée par *pinch-test*. La résection cutanée doit être limitée au minimum car

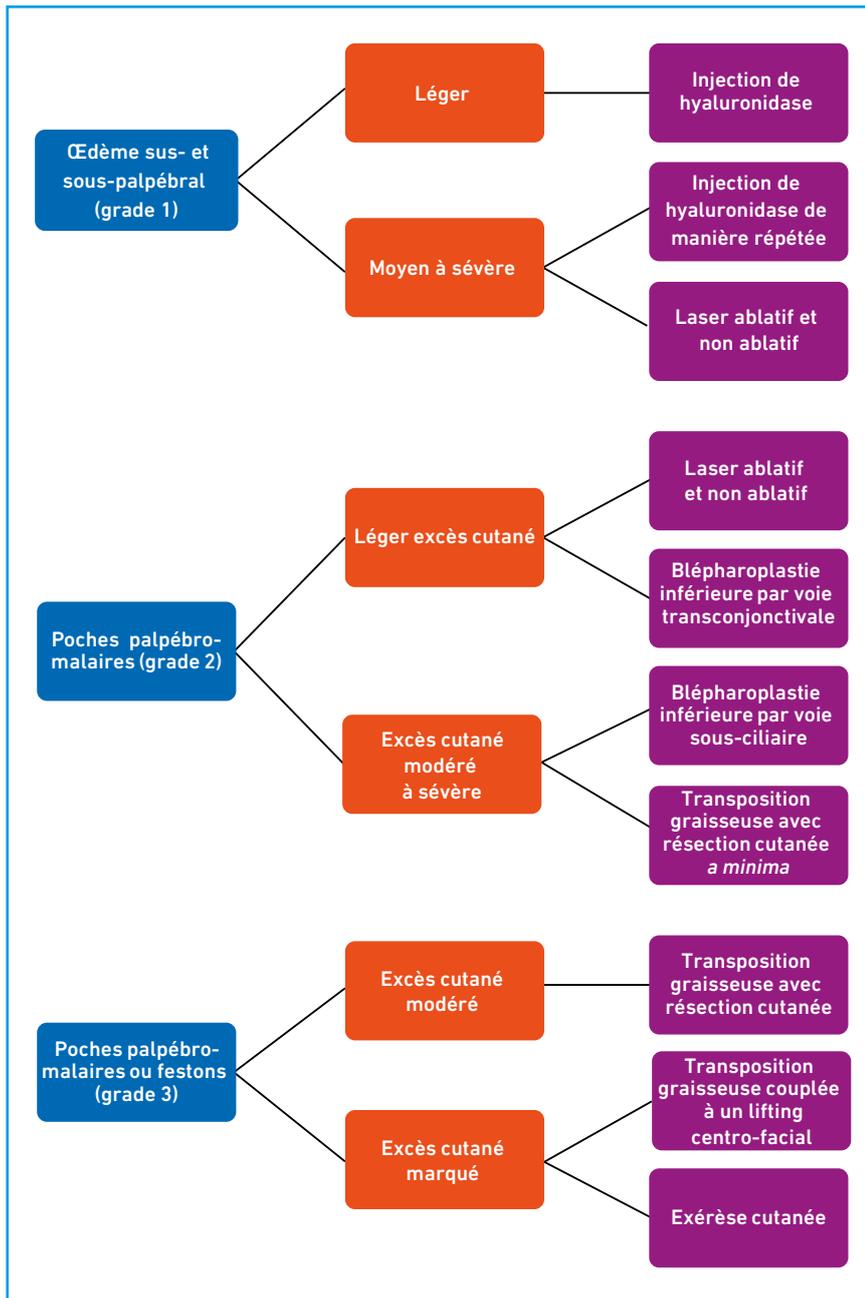


Fig. 4 : Algorithme pour le traitement des poches malaires.

un simple décollement provoque à lui seul déjà un certain degré de rétraction cutanée. Enfin, en cas de voie d'abord sous-ciliaire, un surjet intradermique est réalisé. En revanche, cette technique nécessite systématiquement un abord sous-ciliaire, ainsi qu'un décollement complet de l'*arcus marginalis*, ce qui

constitue un risque supplémentaire d'hématome, de lésion nerveuse et est plus difficilement réalisable sous anesthésie locale.

Par la suite, en cas de poches malaires de grade 3, on peut associer cette technique à celle du lifting centro-facial,

comme celle proposée par Le Louarn. Elle complètera la technique de l'*arcus marginalis* en permettant de lutter contre la ptôse adipocytaire. Il décrit pour cela trois points de fixation transosseux. Cette technique, que nous ne développerons pas dans cet article, demande une certaine expérience chirurgicale et n'est pas exempte de complications, même dans des mains expertes [13]. La *pinch blepharoplasty* doit être réservée en cas de feston purement cutané à un stade particulièrement avancé.

Afin de déterminer la meilleure approche chirurgicale pour le traitement, un algorithme est proposé (fig. 4). Les produits de comblement et les lasers deviennent une approche intéressante pour intercepter l'apparition des poches, même en cas d'œdème chronique.

Conclusion

La prise en charge des poches palpébro-malaires est un enjeu important dans le rajeunissement facial et ne doit pas être sous-estimée. Le chirurgien plasticien ou maxillo-facial possède les outils les plus récents pour un traitement optimal et se doit de proposer de plus en plus de techniques non invasives avant de recourir à la blépharoplastie inférieure. Cette dernière, qu'elle soit ou non conservatrice avec transposition adipeuse, est une technique permettant de restaurer un état physiologique au plus près de celui observé chez les sujets jeunes. La possibilité de la réaliser sous anesthésie locale, par voie sous-ciliaire ou transconjonctivale, et la durabilité du résultat en font une technique très appréciable dans une cure de rajeunissement facial.

BIBLIOGRAPHIE

1. GEORGE JL. Ophtalmologie. *Encycl Med Chir*, 1998, 21-020-A-10, 6p.
2. LE LOUARN C, BUTHIAU D, BUIS J. The face recurve concept: medical and surgical applications. *Aesthetic Plast Surg*, 2007;31:219-231.

I Paupières

3. PESSA JE, GARZA JR. The malar septum: the anatomic basis of malar mounds and malar edema. *Aesthetic Surg J*, 1997;17:11-17.
4. MUZAFFAR AR, MENDELSON BC, ADAMS WP. Surgical anatomy of the ligamentous attachments of the lower lid and lateral canthus. *Plast Reconstr Surg*, 2002;110:873-884, discussion 897-911.
5. SAMI MS, SOPARKAR CN, PATRINELY JR *et al*. Eyelid edema. *Semin Plast Surg*, 2007;21:24-31.
6. MENDELSON BC, MUZAFFAR AR, ADAMS WP. Surgical anatomy of the midcheek and malar mounds. *Plast Reconstr Surg*, 2002;110:885-896, discussion 897-911.
7. HIRMAND H, CODNER MA, MCCORD CD *et al*. Prominent eye: operative management in lower lid and midfacial rejuvenation and the morphologic classification system. *Plast Reconstr Surg*, 2002;110:620-628, discussion 629-634.
8. KPODZO DS, NAHAI F, MCCORD CD. Malar mounds and festoons: review of current management. *Aesthet Surg J*, 2014; 34:235-248.
9. HILTON S, SCHRUMPF H, BUHREN BA *et al*. Hyaluronidase injection for the treatment of eyelid edema: a retrospective analysis of 20 patients. *Eur J Med Res*, 2014;19:30.
10. TIERNEY EP, HANKE CW, WATKINS L. Treatment of lower eyelid rhytids and laxity with ablative fractionated carbon-dioxide laser resurfacing: case series and review of the literature. *J Am Acad Dermatol*, 2011;64:730-740.
11. PAK CS, LEE YK, JEONG JH *et al*. Safety and efficacy of Ulthera in the rejuvenation of aging lower eyelids: a pivotal clinical trial. *Aesthet Plast Surg*, 2014;38:861-868.
12. SUH DH, OH YJ, LEE SJ *et al*. A intense-focused ultrasound tightening for the treatment of infraorbital laxity. *J Cosmet Laser Ther*, 2012;14:290-295.
13. LE LOUARN C, BUTHIAU D, BUIS J. Rajeunissement facial et lifting malaire concentrique : le concept du Face recurve1. *Ann Chir Plast Esthet*, 2006;51:99-121.

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