

Poches malaires et relâchement cutané palpébral : le point de vue du dermatologue

RÉSUMÉ : Les poches malaires et les festons de la paupière inférieure sont de nature encore inexpliquée avec la forte suspicion d'un problème de drainage lymphatique au niveau du *septum* orbiculaire inférieur. Leur apparition, le plus souvent idiopathique, doit néanmoins faire rechercher des pathologies associées, ou envisager le rôle de la prise de médicaments ou de certaines addictions.

La prise en charge est complexe et les ultrasons focalisés semblent prometteurs, notamment en raison de l'aspect non invasif de la procédure.

Le relâchement cutané, dont les festons représentent l'extrême degré de sévérité, peut être traité par de nombreuses techniques dont l'indication est posée au cas par cas.



B. PUSEL

Centre dermato-esthétique Villabianca,
LA-COLLE-SUR-LOUP

La région périorbitaire est l'un des éléments les plus importants de la beauté d'un visage. Tout problème à ce niveau doit être parfaitement identifié pour apporter le traitement le plus adapté, en particulier au niveau de la paupière inférieure et de la jonction entre le cerne et la joue. Plusieurs problèmes peuvent survenir avec une certaine confusion sémantique qu'il est nécessaire de clarifier.

Selon Kpodzo [1], on retiendra :

– l'**œdème malaire** ou collection fluide recouvrant plus ou moins la surface de

l'os malaire et de la pommette, d'abord intermittent puis permanent, définissant alors les poches malaires ;

– **les poches malaires** : aggravées le matin au réveil, elles s'atténuent partiellement au cours de la journée et donnent à la personne un air fatigué, quand elles ne sont pas à l'origine d'une véritable gêne sociale. Elles se développent entre le sillon jugo-palpébral (ou "cerne") en haut et le sillon naso-jugal en bas ;

– **les festons** correspondent au relâchement du muscle orbiculaire et de la peau sus-jacente au niveau de l'os malaire (*fig. 1*).



Fig. 1. Figure reprise de Kpodzo DS, Nahai F, McCord CD. Malar mounds and festoons: review of current management. *Aesthet Surg J*, 2014;34:235-248.

Ces lésions sont à différencier des poches palpébrales, d'origine graisseuse dans la majorité des cas, siégeant au-dessus du cerne, augmentant lors de la pression douce du globe oculaire et disparaissant en position allongée, et qui sont une indication chirurgicale.

■ Physiopathologie

La physiopathologie des poches malaires est encore mal connue.

La région orbitaire est une zone anatomique complexe. Selon certaines théories, une ptôse du muscle orbiculaire – qui joue normalement le rôle de pompe lymphatique – se constitue progressivement, il en résulterait alors un mauvais drainage avec apparition progressive de l'œdème et des poches malaires, puis secondairement – mais pas de façon systématique – un relâchement cutané responsable des festons (*fig. 2*).

La plupart des lésions sont idiopathiques et apparaissent avec l'âge. Leur fréquence varie selon les types de peau, avec une incidence plus importante pour les peaux asiatiques [2].



Fig. 2 : A : poches malaires ; B : festons.

■ Prise en charge

On procédera systématiquement à un interrogatoire et à un examen médical pour rechercher les causes possibles de l'apparition de ces lésions. Ces dernières peuvent être :

- consécutives à une maladie : maladie de Basedow, conjonctivite chronique...
- iatrogènes : cas décrits avec la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), de benzodiazépines ou d'autres hypnotiques (tels que ceux de la famille des cyclopyrrolones) et aggravés par certaines addictions (à l'alcool, par exemple).

Il existe toutefois un cas particulier : l'effet secondaire des injections d'acide hyaluronique dans la région du cerne ou de la vallée des larmes avec apparition rapide de poches malaires dans les suites de l'injection. Cette situation particulière peut résulter d'une faute technique, mais aussi être le révélateur de l'insuffisance du drainage lymphatique dans cette région. Il est licite d'attendre une résolution spontanée pendant quelques semaines et de répondre aux inquiétudes des patients. La solution repose sur l'utilisation de la hyaluronidase avec les précautions d'usage.

■ Traitement

Le traitement a longtemps été chirurgical, notamment avec les travaux de Furnas [3]. La demande de méthodes non invasives de la part du public et le développement de nouvelles techniques élargissent les perspectives.

1. Les poches malaires

Le traitement des poches malaires est tout d'abord préventif, associé à la diminution ou à l'éviction des facteurs favorisants identifiés : alcoolisme chronique, changements thérapeutiques si possible.

Différentes solutions thérapeutiques sont disponibles :

● L'action mécanique

Elle est représentée par le drainage lymphatique effectué manuellement ou à l'aide d'appareils reposant sur l'endermologie. Ceux-ci peuvent apporter une aide précieuse au quotidien, mais il est rare qu'ils soient suffisamment efficaces.

● La hyaluronidase

Elle a été proposée de façon isolée, même en cas d'absence d'injection d'acide hyaluronique associée. Elle aurait une action anti-œdémateuse selon un protocole non codifié comprenant un minimum de 2 injections réalisées à 15 jours d'intervalle. La question d'un traitement d'entretien se fait au cas par cas.

● Les ultrasons focalisés

Les ultrasons focalisés, ou HIFU (*High intensity focused ultrasound*), sont utilisés dans la région périorbitaire avec des sondes d'une profondeur de 3 et 1,5 mm permettant de traiter non seulement le derme mais aussi le système musculo-aponévrotique tout en épargnant l'épiderme. Leur efficacité a été démontrée pour la remise en tension du septum orbitaire et du muscle orbiculaire ainsi qu'au niveau du derme. Leur utilisation dans la prise en charge des poches malaires offre des perspectives intéressantes [4].

Une étude "pilote" est réalisée chez 10 sujets âgés de 35 à 54 ans ayant des poches malaires depuis plus de 6 mois. Le traitement s'effectue en 3 séances à 1 mois d'intervalle avec, à chaque séance, 2 passages de sondes aux 2 profondeurs pour un total de 50 lignes environ de chaque côté (*fig. 3*). L'évaluation à 3 mois après la fin du traitement montre une amélioration jugée très satisfaisante (amélioration supérieure à 75 %), retrouvée chez 84 % des patients avec un maintien des résultats à 6 mois (*fig. 4 et 5*).

La question de l'utilité des séances d'entretien nécessite un suivi à plus long



Fig. 3 : Illustration du traitement des poches malaires par ultrasons focalisés.



Fig. 4 : Patiente de 42 ans. Poches malaires idiopathiques. Résultat 3 mois après HIFU (© Dr B. Pusel).



Fig. 5 : Patiente de 54 ans. Poches malaires idiopathiques. Résultat 3 mois après HIFU (© Dr B. Pusel).

terme. Aucun effet secondaire n'a été signalé [5].

● Les mini-fils tenseurs

L'intérêt de cette technique est mis en avant par certains auteurs, surtout en cas de relâchement cutané associé.

2. Les festons

Ils sont le signe extrême d'un relâchement cutané de la paupière inférieure. Des résultats satisfaisants ne sont obtenus que dans des situations cliniques minimales à modérées pour lesquelles la prise en charge sera d'autant plus

efficace qu'elle sera précoce. Plusieurs techniques, parfois combinées, sont utilisées : elles concernent l'ensemble de la surface de la paupière inférieure pour des raisons de respect des unités anatomiques.

Diverses techniques lasers – comme le laser Nd:YAG ou les lampes flash, ou encore les techniques de radiofréquence – ont été proposées mais elles ont rapidement montré leurs limites [6].

Depuis l'avènement de la photothermolyse fractionnée, Tierney [7] et Bonan [8] ont démontré l'intérêt des **lasers fractionnés ablatifs** en précisant que leur efficacité réside essentiellement dans le traitement des rides et ridules et d'un certain degré de laxité cutanée, mais qu'ils n'ont aucune action sur une possible hernie graisseuse associée.

Les auteurs insistent sur l'importance de mesures de sécurité drastiques dans cette région où la peau est fine : protection oculaire systématique du patient par des coques intracornéennes et choix adapté des paramètres utilisés en raison de possibles complications (érythème prolongé, risque de pigmentation post-inflammatoire, voire de cicatrices ou d'ectropions).

Les ultrasons focalisés sont également utilisés pour induire une remise en tension cutanée de la zone en toute sécurité. Leur efficacité a été démontrée par Pak [9] avec une évaluation et une objectivation des résultats par IRM.

La recherche d'une efficacité maximale doit faire évoquer **les peelings moyens à profonds au phénol [10] ou le relissage CO₂ ultrapulsé**. Ces actes seront proposés à la seule condition de s'assurer de la parfaite compliance du patient compte tenu des suites opératoires longues, obligeant à une éviction sociale d'au moins 8 à 15 jours, associées à la perspective de possibles complications qui ont limité leur utilisation.

POINTS FORTS

- La région des poches malaires présente une anatomie complexe.
- Poches malaires et festons perturbent la beauté du regard et peuvent être à l'origine d'une gêne sociale.
- Il existe un espoir de prise en charge efficace avec les ultrasons focalisés.
- Le relâchement palpébral nécessite une prise en charge précoce.

BIBLIOGRAPHIE

1. KPODZO DS, NAHAI F, MCCORD CD. Malar mounds and festoons: review of current management. *Aesthet Surg J*, 2014;34:235-248.
2. LAM KAR WAI P. The troublesome triad: festoons, malar mounds and palpebral bags. *J Cosmet Med*, 2017;1:1-7.
3. FURNAS DW. Festoons, mounds, and bags of the eyelids and cheek. *Clin Plast Surg*, 1993;20:367-385.
4. WHITE WM, MAKIN IR, BARTHE PG. Selective creation of thermal injury

zones in the superficial musculoaponeurotic system using intense ultrasound therapy: a new target for noninvasive facial rejuvenation. *Arch Facial Plast Surg*, 2007;9:22-29.

5. PUSEL B. Malar mounds treated by HIFU: A pilot study. *Imcas*, 2018.
6. KIM H, GERONEMUS RG. Non ablative laser and light therapies for skin rejuvenation. *Arch Facial Plast Surg*, 2004;6:398-409.
7. TIERNEY EP, HANKE CW, WATKINS L. Treatment of lower eyelid rhytids and laxity with ablative fractionated car-

bon-dioxide laser resurfacing: case series and review of literature. *J Am Acad Dermatol*, 2011;64:730-740.

8. BONAN P, CAMPOLMI P, CANNAROZZO G *et al.* Eyelid skin tightening: a novel "niche" for fractional CO2 rejuvenation. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012;26:189-193.
9. PAK CS, LEE YK, JEONG JH *et al.* Safety and efficacy of ulthera in the rejuvenation of aging lower eyelids; a pivotal clinical trial. *Aesthetic Plast Surg*, 2014;38:861-868.
10. GATTI JE. Eyelid phenol peel: an important adjunct to blepharoplasty. *Ann Plast Surg*, 2008;60:14-18; discussion 19-20.

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