

Œdèmes, poches et festons malaires

RÉSUMÉ : La blépharoplastie est la chirurgie esthétique des paupières la plus pratiquée au monde. Malheureusement, elle peut s'avérer insuffisante, voire aggravante, chez les sujets présentant des œdèmes, des poches ou des festons malaires.

Dans cet article, nous nous efforcerons de décrire l'anatomie de la région palpébrale inférieure et palpébro-malaire afin d'expliquer la physiopathologie de l'apparition des poches malaires. Nous reviendrons sur la description de l'examen clinique nécessaire au choix de la technique opératoire la plus appropriée.



A.-P. FERRON
Occuloplasticien, BORDEAUX.

Le rajeunissement périorbitaire constitue une étape majeure dans la prise en charge esthétique globale du visage. Le vieillissement du regard est représenté par un élargissement de la région périorbitaire. En effet, on remarque une élévation des sourcils, le muscle frontal cherchant à élever les paupières supérieures devenues lourdes, ainsi qu'un allongement des paupières inférieures par glissement de la mésoface et en particulier de la graisse malaire.

À partir de ce constat, il est facile de comprendre que l'objectif de la prise en charge esthétique du regard revient à chercher à le "raccourcir" en repositionnant le sourcil en haut et la pommette en bas, et à tenter ainsi d'effacer le sillon palpébro-malaire.

Quelques définitions pour harmoniser la nomenclature

Goldberg *et al.* ont examiné 114 patients consécutifs consultant pour une prise en charge esthétique de leurs paupières inférieures. Ils ont retrouvé la présence d'œdèmes malaires dans 32 % des cas et celle de festons dans 13 % des cas. Ces aspects restent donc suffisamment fréquents pour qu'une étude plus approfondie soit réalisée afin d'apporter

des solutions thérapeutiques plus systématisées.

Le premier défi consiste à harmoniser la terminologie. En effet, de façon extrêmement désordonnée, on peut retrouver dans la littérature des termes allant de l'œdème malaire à la poche malaire, pour finir aux festons malaires. Il nous paraît donc important de rappeler les définitions suivantes (**fig. 1**) :

>>> **L'œdème malaire** est un lymphœdème qui s'est développé au-dessus de l'éminence malaire, au-dessous du rebord inférieur de l'orbite. Souvent fluctuant, il peut être aggravé par certains aliments (sel, sucre, alcool...), par certaines intoxications (tabac) ou encore par certains médicaments à effet myorelaxant (benzodiazépines entre autres). L'œdème malaire est spontanément résolutif mais de rémanence fréquente à chaque "exposition" à ces facteurs déclenchants.

>>> En cas de persistance chronique, nous parlerons de **poches malaires** : il s'agit alors d'un gonflement chronique des tissus mous situés au-dessus de l'éminence malaire, entre le rebord inférieur de l'orbite et la mésoface. La différence entre l'œdème malaire et les poches malaires peut être subtile.

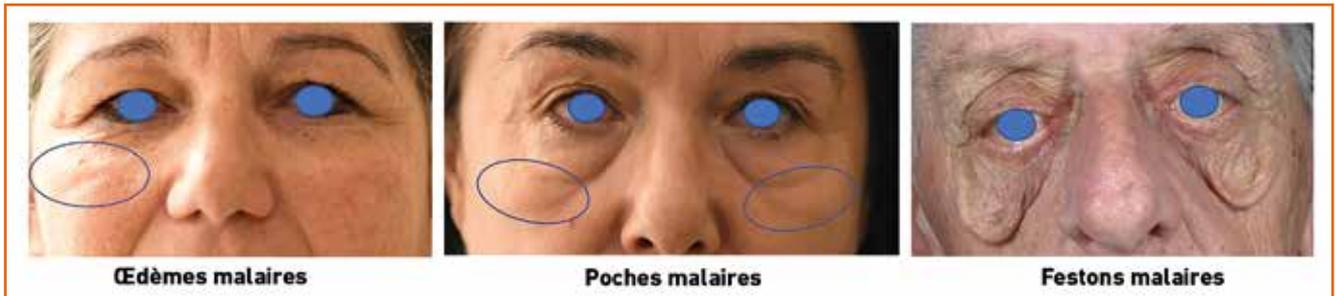


Fig. 1 : Classification des œdèmes malaires.

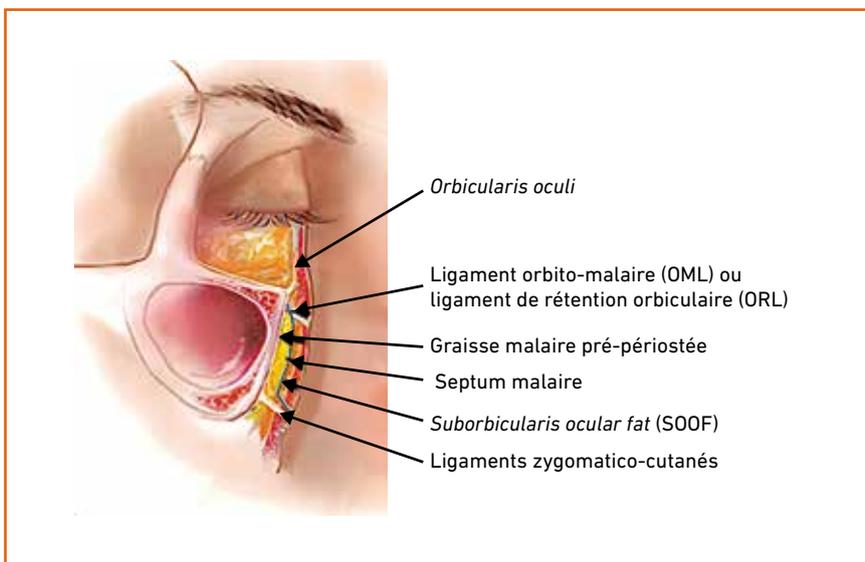


Fig. 2 : Anatomie de la région palpébro-malaire (coupe sagittale).

>>> **Les festons malaires** correspondent à de grands relâchements cutané-orbitaires de la région malaire, en forme de “hamacs” suspendus en regard de l'*arcus marginalis*, entre la région canthale latérale et la région canthale médiale. Ils sont de nature œdémateuse, le plus souvent bilatéraux, mais très souvent asymétriques.

Pour mieux comprendre l'apparition d'un œdème malaire ou de poches malaires, ou bien encore de festons, il est essentiel de comprendre l'anatomie de la région palpébro-malaire (fig. 2 et 3). Du plan superficiel au plan profond, on retrouve :

- la peau et le tissu adipeux sous-cutané;
- le muscle orbiculaire des yeux (*orbicularis oculi*);

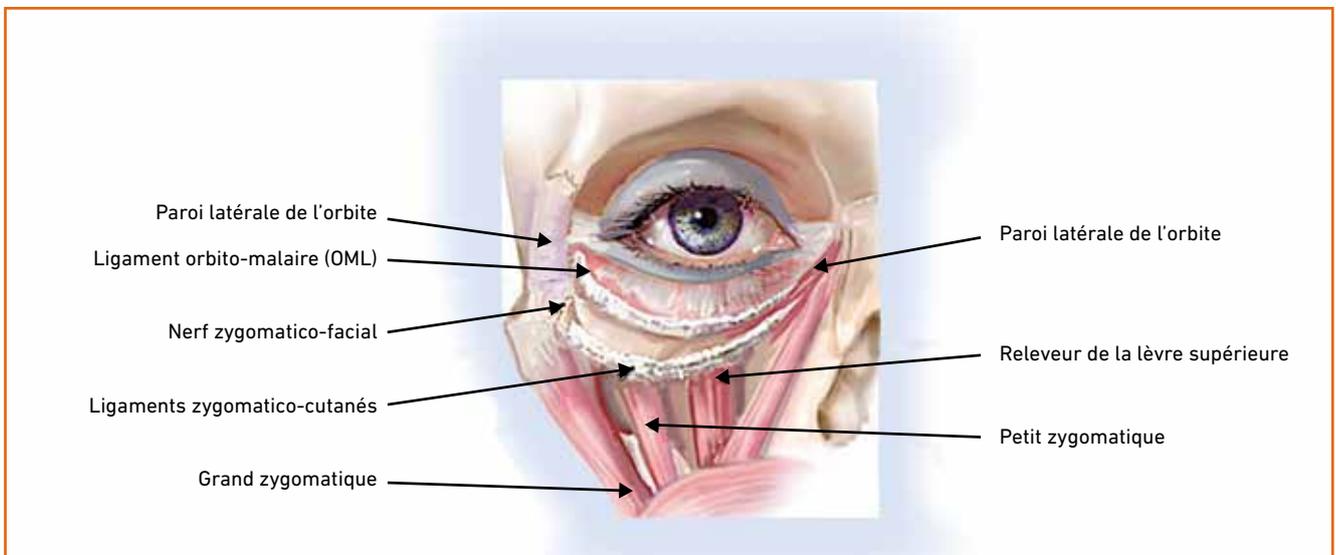


Fig. 3 : Anatomie de la région palpébro-malaire (vue de face).

- la graisse sous-orbitaire (SOOF, *Suborbicularis ocular fat*);
- le septum orbitaire qui ferme l’orbite et unit le tarse en haut et le fascia capsulo-palpébral en bas;
- la graisse orbitaire;
- la sangle tarso-ligamentaire qui s’étend du canthus médial au canthus latéral et apporte un soutien à l’ensemble de la paupière inférieure.

■ Revue de la littérature

1. La jonction palpébro-malaire

Décrite par Furnas comme étant le “pli orbite-joue”, cette zone se situe au niveau du rebord orbitaire inférieur et correspond à la localisation du ligament



Fig. 4 : Ligament orbito-malaire (OML) ou ligament de rétention orbiculaire (ORL) (flèche).

orbito-malaire (OML). Le ligament OML définit la zone de séparation entre la paupière inférieure en haut et la pommette en bas.

2. Le ligament orbito-malaire

Le ligament orbito-malaire est une structure ostéo-cutanée qui prend naissance au niveau du périoste du rebord orbitaire inférieur, au niveau de l’*arcus marginalis*, et pénètre ensuite dans le muscle orbiculaire en se terminant par de multiples insertions cutanées.

Muzaffar *et al.* ont décrit cette structure plus en détail et la désignent comme étant le ligament de rétention orbiculaire (ORL). Il relie étroitement le muscle orbiculaire au rebord inférieur de l’orbite dans sa portion médiale, juste au-dessus du releveur de la lèvre supérieure, et dans sa portion latérale, au niveau de la paroi latérale de l’orbite.

L’ORL/OML marque le bord supérieur de la zone où se développent les poches malaïres. Dans un souci de cohérence de la nomenclature, nous allons désigner cette structure par ORL tout au long de cet article (fig. 4).

Le bord inférieur de cet œdème malaïre est représenté par les ligaments zygomato-cutanés, situés à la portion basse, et les ligaments obliques de la mésosface.

3. L’espace pré-zygomatique, siège des poches malaïres

L’espace pré-zygomatique est délimité par le ligament ORL au-dessus et les ligaments zygomato-cutanés en dessous (fig. 5). Il détermine 2 couches de graisse distinctes : la graisse malaïre pré-périostée en dessous et la graisse sous-orbitaire (SOOF) au-dessus. Cet espace serait possiblement recouvert par une membrane : le septum malaïre.

■ Physiopathologie

De nombreuses théories existent concernant l’étiologie des poches malaïres :

>>> Furnas a décrit le feston malaïre comme étant la conséquence directe de l’affaissement sénile du muscle orbiculaire, entraînant de ce fait la peau sus-jacente.

>>> Goldman a décrit la présentation de poches malaïres après injections périorbitaires de toxine botulinique chez un patient ayant reçu 2 unités en paupière inférieure, 2 à 3 mm au-dessus de la marge ciliaire et 10 unités au niveau de la patte d’oie. Goldman a émis l’hypothèse que l’affaiblissement thérapeutique du muscle orbiculaire, et donc de son rôle de “pompe lymphatique”, était responsable de l’apparition d’un lymphœdème localisé.

>>> Selon Muzaffar, c’est le vieillissement du ligament ORL, et donc l’affaiblissement du muscle orbiculaire et des tissus cutanéograsseux en regard, qui est responsable du développement des poches malaïres, limitées en bas par la grande résistance des ligaments zygomato-cutanés.

Nous voyons donc que le mécanisme d’apparition des poches malaïres est plurifactoriel :

- la forme triangulaire de l’espace pré-zygomatique, situé entre le ligament ORL en haut et les ligaments zygomato-

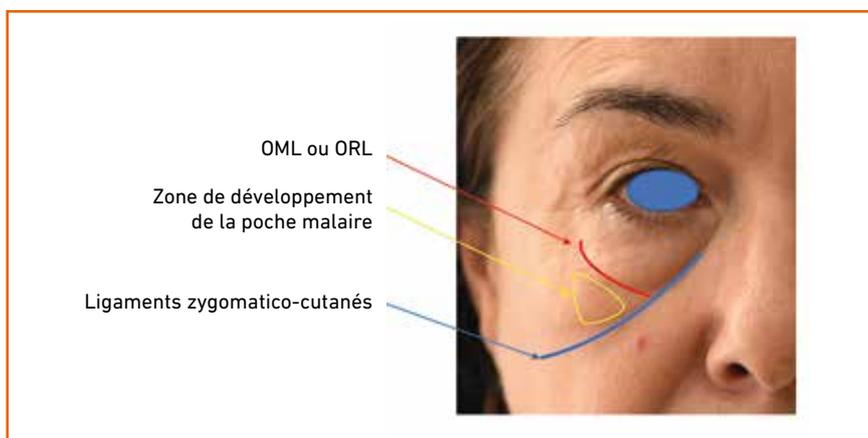


Fig. 5 : L’espace pré-zygomatique.

cutanés en bas, prédispose à l'apparition de poches malaïres ;
 – l'affaissement du ligament ORL, qu'il soit sénile ou le fait d'une laxité constitutionnelle, est aussi une des causes d'apparition de poches malaïres ;
 – l'affaiblissement du muscle orbiculaire et de son rôle de "pompe lymphatique" – qu'il soit sénile ou provoqué, voire aggravé par une injection de toxine botulinique, par hypotonie, par une injection d'acide hyaluronique ou de graisse (lipostructure), par surcharge ou encore par une chirurgie de blépharoplastie inférieure sans remise en tension de ce muscle – constitue, là encore, une cause d'apparition de poches malaïres. D'un point de vue anatomique, qu'il s'agisse de dissections sur cadavre ou de constatations peropératoires, on remarque cet affaiblissement sénile du muscle orbiculaire par la "dépolymérisation" des fibres le constituant (**fig. 6**).



Fig. 6 : "Dépolymérisation" du muscle orbiculaire dit "à claire-voie" (flèche).

■ Examen clinique

À l'interrogatoire, il est important d'écartier les causes directes de poches malaïres :

– quelques maladies générales (allergies, sinusite maxillaire chronique, œdèmes angioneurotiques, orbitopathie dysthyroïdienne...). Nous limiterons ce vaste sujet à cette brève citation, car il sort du cadre de cet article ;

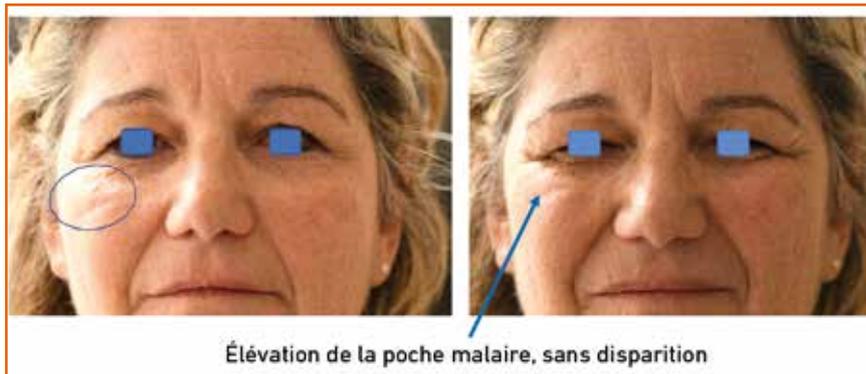


Fig. 7 : Manœuvre clinique de clignement forcé. Justification d'un lifting malaïre.

– l'œdème malaïre unilatéral doit faire rechercher une pathologie lymphomatueuse ;
 – certains traitements médicamenteux : les corticoïdes, les antidépresseurs (par leur effet myorelaxant) ;
 – certaines pathologies dermatologiques : la rosacée du visage en premier lieu.

L'examen clinique doit mettre en évidence **l'efficacité du muscle orbiculaire**. Pour cela, il est important de demander au patient de réaliser une manœuvre de clignement forcé pour obtenir une contraction maximale du muscle orbiculaire (**fig. 7**). Si, par cette manœuvre, la poche malaïre disparaît, alors le lifting malaïre sera la solution la plus adaptée. Dans le cas contraire, la résection directe sera à discuter.

■ Approches thérapeutiques

1. Injections d'agents pharmacologiques (corticoïdes, hyaluronidase ou autres)

Les œdèmes malaïres, ou poches malaïres, sont le fait d'une incompetence de drainage par le muscle orbiculaire, ce dernier ne réalisant que peu, ou pas, son rôle de "pompe lymphatique". Toute approche thérapeutique, qu'elle soit médicale ou chirurgicale, aura comme objectif de renforcer ce muscle orbiculaire. C'est en cela, selon l'auteur,

qu'aucun traitement médicamenteux (injection *in situ* de corticoïdes locaux ou de hyaluronidase) ne peut apporter une réponse fiable et durable.

2. Le traitement par ultrasons focalisés de haute intensité

Le traitement par ultrasons focalisés de haute intensité (HIFU) peut constituer une alternative intéressante dans le cas de poches malaïres débutantes. Il s'agit alors de réaliser une séance mensuelle à 3 voire 6 reprises. La grande rémanence des poches appellera à renouveler ce traitement.

3. Tout traitement présentant un risque d'aggravation des poches malaïres est à proscrire

C'est le cas du laser, mais aussi des injections d'acide hyaluronique ou de graisse (lipostructure). Le traumatisme mécanique et/ou thermique induit par le laser aggraverait la défaillance lymphatique. Les injections d'acide hyaluronique ou de graisse (lipostructure) engendreraient, quant à elles, un phénomène de surcharge.

■ Approches chirurgicales

1. Résection directe

C'est une solution radicale, certes, mais extrêmement efficace, dont la seule limite peut être représentée par le risque de

séquelles cicatricielles dont le patient doit être parfaitement informé. Extrêmement efficace, car elle emporte en “monobloc” la portion musculo-cutanée concernée par l’affaissement tissulaire (**fig. 8**).

Plusieurs mesures doivent être prises pour limiter cette cicatrice :

- bien que les poches soient souvent asymétriques, il est important que les cicatrices le soient. Le dessin préopératoire est donc capital. Celui-ci sera réalisé exclusivement en position assise, en demandant au patient de regarder vers le haut, afin d’éviter tout risque d’ectropion postopératoire ;
- l’incision doit être réalisée en région palpébrale (peau fine) et non en région malaire (peau épaisse) afin d’éviter toute cicatrice profonde et excavée ;
- la suture doit être réalisée en 2 plans (plan sous-cutané, plan cutané) ;
- afin de limiter les troubles pigmentaires, les patients présentant un phototype supérieur à III doivent être exclus ;
- un traitement postopératoire par photothérapie par LED est fortement recommandé.

2. Liposuction localisée

Elle reste très discutée. Elle aurait pour but essentiel de créer une réponse cicatricielle entre la peau et le muscle orbiculaire, engendrant ainsi une fibrose. Cette réponse est très inconstante et le risque d’asymétrie reste important.

3. Lifting malaire ou lifting centro-facial

C’est le traitement de référence (**fig. 9**). Une incision sous-ciliaire est réalisée et permet de réaliser d’emblée une dissection sous-orbitaire jusqu’au rebord inférieur de l’orbite. Le périoste est alors incisé depuis la région canthale latérale haute jusqu’en région canthale médiale, libérant l’ensemble de l’*arcus marginalis* (ligament ORL et attaches orbiculaires). Un décollement sous-périosté est réalisé jusqu’à l’orifice piriforme, en prenant soin d’épargner le nerf zygomato-facial et le nerf infra-orbitaire. Le périoste est ensuite déchiré pour per-

POINTS FORTS

- L’œdème, ou poche malaire, représente un motif fréquent de consultation et en cela impose une meilleure connaissance de sa prise en charge, qu’elle soit préventive ou curative.
- Les facteurs aggravants sont :
 - les injections de **toxine botulinique**, par hypotonie ;
 - les injections de **produits de comblement** (de l’acide hyaluronique à la lipostructure), par surcharge ;
 - les chirurgies de **blépharoplastie inférieure** sans remise en tension du muscle orbiculaire, par défaillance lymphatique ;
 - certains **médicaments** : benzodiazépines en premier lieu, par effet myorelaxant ;
 - certaines **intoxications** : tabac.
- Concernant le traitement, aucune injection d’agents pharmacologiques (hyaluronidase, corticoïdes...) n’a montré d’efficacité fiable et durable dans le traitement des poches malaires :
 - **poches malaires débutantes ou modérées** : les HIFU (ultrasons focalisés de haute intensité) représentent une alternative thérapeutique intéressante mais insuffisante dans le temps et imposant ainsi la répétition des procédures ;
 - **poches malaires avérées** : le lifting malaire, ou lifting centro-facial, reste le seul et unique traitement ayant montré une réelle efficacité mais il constitue une procédure chirurgicale lourde, aux résultats longs, et malheureusement non garantis ;
 - **festons malaires** : seule la résection directe est indiquée. Il s’agit d’un traitement radical mais présentant un risque non négligeable de séquelles cicatricielles.



Fig. 8 : Traitement chirurgical des poches malaires par résection directe.



Fig. 9 : Traitement chirurgical des poches malaïres par lifting malaïre. Découlement de la région malaïre dans son ensemble (flèche).

mettre une remontée de l'ensemble de la région malaïre, ensuite fixée par 3 points trans-osseux :

- le premier est réalisé au-dessus du canthus latéral ;
- le deuxième est réalisé à l'angle inféro-latéral ;
- le troisième est réalisé à la jonction entre le tiers médian et le tiers latéral du rebord orbitaire inférieur.

Une canthopexie (*tarsal strip*) vient très souvent compléter cette manœuvre chirurgicale. Un grand lambeau de muscle orbiculaire (canthoplastie) est fixé au périoste de la paroi latérale de l'orbite, au-dessus du canthus latéral. Une résection de peau est enfin réalisée de façon prudente.



Fig. 10 : Résultats d'un lifting malaïre à 1 an.



Fig. 11 : Résultats d'un lifting malaïre à 4 ans.

Arbre décisionnel de l'approche chirurgicale

Devant des festons malaïres, seule la technique de résection directe apportera une réelle solution.

Devant un aspect d'œdème malaïre, ou des poches malaïres minimales ou modérées, la manœuvre clinique de cli-gnement forcé permettra de poser l'indication de lifting malaïre, ou non. Si cette manœuvre permet d'effacer totalement ces poches malaïres, le lifting malaïre sera alors totalement justifié (fig. 10 et 11).

Conclusion

Le traitement des poches malaïres repose exclusivement sur le traitement du muscle orbiculaire. Les traitements médicaux sont de ce fait très décevants.

Le traitement par ultrasons focalisés de haute intensité (HIFU) représente une alternative intéressante mais insuffisante dans le temps.

Seul le traitement chirurgical apporte objectivement une réelle efficacité, mais il est très lourd. Les résultats sont lents à obtenir (au minimum 1 an) et non garantis.

Enfin, avant toute prise en charge, tous les facteurs d'aggravation des poches malaïres seront obligatoirement éliminés (tabac, antidépresseurs, myo-relaxants...).

POUR EN SAVOIR PLUS

- KPODZO DS, CLINTON F, MCCORD D. Malar Mounds and Festoons: Review of Current Management. *Aesthetic Surg J*, 2014;34:235-248
- American Society for Aesthetic Plastic Surgery. Cosmetic Surgery National Data Bank: statistics 2012. *Aesthetic Surg J*, 2013;33:1S-21S.

- GOLDBERG RA, McCANN JD, FIASCHETTI D et al. What causes eyelid bags? Analysis of 114 consecutive patients. *Plast Reconstr Surg*, 2005;115:1395-1404.
- FURNAS DW. Festoons of orbicularis muscle as a cause of baggy eyelids. *Plast Reconstr Surg*, 1978;61:540-546.
- PESSA JE, GARZA JR. The malar septum: the anatomic basis of malar mounds and malar edema. *Aesthetic Surg J*, 1997;17:11-17.
- KIKKAWA DO, LEMKE BN, DORTZBACH RK. Relations of the superficial musculoaponeurotic system to the orbit and characterization of the orbitomalar ligament. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*, 1996;12:77-88.
- 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.
- MENDELSON BC, MUZAFFAR AR, ADAMS WP. Surgical anatomy of the midcheek and malar mounds. *Plast Reconstr Surg*, 2002;110:885-896; discussion 897-911.
- FURNAS DW. Festoons, mounds, and bags of the eyelids and cheek. *Clin Plast Surg*, 1993;20:367-385.
- FURNAS DW. The orbicularis oculi muscle: management in blepharoplasty. *Clin Plast Surg*, 1981;8:687-715.
- GOLDMAN MP. Festoon formation after infraorbital botulinum A toxin: a case report. *Dermatol Surg*, 2003;29:560-561; discussion 561.
- CARRAWAY JH. Commentary on: Lower blepharoplasty with direct excision of skin excess: a five-year experience. *Aesthetic Surg J*, 2010;30:671.
- LIAPAKIS IE, PASCHALIS EI. Liposuction and suspension of the orbicularis oculi for the correction of persistent malar bags: description of technique and report of a case. *Aesthetic Plast Surg*, 2012;36:546-549.
- LE LOUARN C. The concentric malar lift: malar and lower eye- lid rejuvenation. *Aesthetic Plast Surg*, 2004;28:359-372; discussion 373-374.
- BELLINIA P, KLINGER F, BELLINIA G. Lower blepharoplasty with direct excision of skin excess: a five-year experience. *Aesthetic Surg J*, 2010;30:665-670.

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

réalités

Thérapeutiques en DERMATO-VÉNÉROLOGIE

oui, je m'abonne à *Réalités Thérapeutiques en Dermato-Vénérologie*

Médecin : 1 an : 60 € 2 ans : 95 €

Étudiant/Interne : 1 an : 50 € 2 ans : 70 €
(joindre un justificatif)

Étranger : 1 an : 80 € 2 ans : 120 €
(DOM-TOM compris)

Bulletin à retourner à : Performances Médicales
91, avenue de la République – 75011 Paris
Déductible des frais professionnels



Bulletin d'abonnement

Nom :

Prénom :

Adresse :

Ville/Code postal :

E-mail :

■ Règlement

Par chèque (à l'ordre de Performances Médicales)

Par carte bancaire n°
(à l'exception d'American Express)

Date d'expiration : Cryptogramme :

Signature :