



Anormalité des paupières et problèmes systémiques -1ère partie

Par Docteur Leonid Skorin Jr., optométriste, DO, FAAO, FAOCO

Bien que le public nous reconnaisse comme professionnels des yeux et de la vision, nous évaluons et traitons plus que les yeux eux-mêmes. Une partie critique de l'anatomie humaine dont les optométristes doivent être intimement bien informés est les paupières et les annexes périoculaires. Non seulement ces structures maintiennent-elles la santé et le fonctionnement approprié des globes oculaires, mais les maladies de ces structures peuvent parfois nous diriger vers d'autres manifestations systémiques fondamentales.

Anatomie de la paupière: lamelle antérieure et postérieure

La paupière peut être divisée grosso modo en deux larges structures: les lamelles antérieure et postérieure. Selon Wobig et Dailey, ceux deux lamelles, à leur tour, sont encore subdivisées en cinq plans structuraux: la peau et le fascia sous-cutané, les muscles protracteurs de la paupière (le muscle orbiculaire, le muscle corrugateur du sourcil et le procerus ou muscle abaisseur du sourcil), le septum orbital et le gras, les muscles rétracteurs des paupières (le muscle releveur de la paupière supérieur et son aponévrose, le muscle de Müller, le fascia capsulopalpébral, le muscle tarsal inférieur), le tarse et la conjonctive.

Au bord de la paupière, il existe une bande de muscle orbiculaire, le muscle de Riolan, et celui-ci est directement associé aux cils. Cahill et Doxanas indiquent qu'il est responsable de la coloration plus foncée de la section moyenne légèrement enfoncée du bord palpébral et généralement désignée sous le nom de «ligne grise». Selon Lambrechts et Melore, la ligne grise divise la lamelle antérieure et postérieure.

Les paupières ont plusieurs fonctions: elles protègent le globe et la cornée, elles maintiennent l'intégrité et la clarté physiologiques de la surface oculaire, elles produisent, et répandent des larmes et aident avec l'élimination des larmes, selon Kronish.

L'ectropion

L'ectropion est une malposition de la paupière dans laquelle la paupière tombe ou est tirée loin de son apposition normale au globe, selon Tse et Neff. Selon Eliasoph, l'ectropion peut être de degré variable et peut impliquer seulement une partie du bord de la paupière. L'ectropion, selon Tse et Neff, peut être unilatéral ou bilatéral et peut affecter les paupières supérieures ou inférieures, bien que la paupière inférieure soit généralement affectée.

L'exposition chronique du globe et de la conjonctive palpébrale a comme conséquence la sécheresse et une la-

crimation réflexe. Selon Gladstone, la kératinisation de la conjonctive palpébrale exposée peut se produire à cause d'une inflammation chronique et la dessiccation. Avec l'ectropion médial et la sténose secondaire du point lacrymal, il y a épiphora et macération sensible de la peau par les sels normaux retrouvés dans les larmes humaines, dit Remington. Tse et Neff signalent qu'une exposition cornéenne persistante contribue à des problèmes de l'épithélium cornéen et augmente le risque de la kératite infectieuse.

L'ectropion peut être congénital, involutif (sénile), cicatriciel, inflammatoire, mécanique ou paralytique, dit Gladstone. L'ectropion involutif est le type le plus commun qu'on rencontre. Une laxité progressive des tendons des canthi latéraux et médiaux se produit. Cette laxité, indique Laur, est le résultat du vieillissement alors que la gravité, le frottement et la traction des paupières mènent à la perte d'élasticité.

L'ectropion cicatriciel est provoqué par la cicatrisation ou la contracture de la peau et des tissus avoisinants, tel que le rapetissement de la lamelle antérieure, qui tire alors la paupière loin du globe, rapportent Cahill et Doxanas. Les dommages actiniques, les brûlures thermiques et chimiques, un traumatisme, un traitement au laser ou chimique pour le resurfaçage de la peau peuvent tous être des causes de ce type d'ectropion, selon Tse et Neff.

L'ectropion mécanique est dû à l'œdème des paupières, aux tumeurs encombrantes des paupières, à l'hernie de la graisse orbitale, alors que l'ectropion paralytique résulte de la paralysie du nerf facial, rapportent Friedman et collègues. L'ectropion inflammatoire est secondaire aux inflammations chroniques dermatologiques telles que l'acné rosacée, les infections atopiques à l'herpès zoster, les dermatites, l'eczéma ou peut même être induit par médicaments, selon Friedman et collègues et Hegde et collègues.

Gestion temporaire et à long terme

La gestion provisoire de l'ectropion inclut la lubrification topique sans restriction à l'aide de larmes artificielles non préservées pendant le jour et un onguent doux au coucher. Le bord latéral de la paupière inférieure peut également être attaché avec du ruban adhésif vers le haut, aidant à la diminution de l'ouverture palpébrale globale.

Le traitement définitif de l'ectropion est la chirurgie. Toute laxité latérale et horizontale des bords palpébraux peuvent être réparés en exécutant un renforcement horizontal utilisant une bande tarsale.

Une pleine épaisseur de paupière latérale est excisée et une bande tarsale est rattachée avec la suture au périoste orbital.

La réparation de la laxité médiale consiste en un procédé où une excision fusiforme horizontale de la conjonctive et du tarse juste sous les points lacrymaux est faite avec une réparation subséquente de la suture. L'ectropion cicatriciel implique un procédé en trois étapes: dégagement et relaxation des tissus cicatriciels, renforcement horizontal des paupières et allongement de la lamelle antérieure avec greffe de peau pleine épaisseur (Tse et Neff, Gladstone, Friedman et collègues).

L'entropion

L'entropion est une condition dans laquelle le bord de la paupière tourne l'intérieur et s'appose au globe, selon Kronish. Cette inversion du bord de la paupière peut impliquer la paupière supérieure ou inférieure, bien que, selon Friedman et collègues, la paupière inférieure est plus fréquemment affectée.

L'entropion peut être soit congénital, spastique, sénile ou cicatriciel. Selon Kronish, on a proposé cinq mécanismes pathophysiologiques qui peuvent contribuer à la rotation interne du bord de la paupière. Dans presque tous les cas, affirment Kronish, Nesi et coll., l'étirement ou le relâchement des tendons des canthi médiaux et latéraux mène à la laxité horizontale des paupières. Ceci est aggravé par l'atrophie de la graisse orbitale et toutes les énophtalmies, indique Collin.

La désinsertion ou l'affaiblissement des muscles rétracteurs inférieurs de la paupière (fascia capsulopalpebral) permet au tarse de tourner vers l'intérieur sur son axe horizontal, selon Myint. Anatomiquement, la désinsertion des rétracteurs inférieurs de la paupière peut être vue comme une ligne blanche au-dessous du bord du tarse inférieur indiquant un décollement du fascia capsulopalpebral.

Selon Karesh, un autre mécanisme d'aggravation est le dépassement ou la migration d'un muscle orbiculaire préseptal hypertrophique et suractif au-dessus du muscle orbiculaire pré-tarsal. En conclusion, l'instabilité de la paupière est encore plus aggravée par l'amincissement, le rapetissement et la dégénérescence de la plaque tarsale, indique Kronish.

Le test «snap-back» et le test de dislocation ou de distraction, utilisés pour évaluer l'ectropion, sont également employés dans l'analyse de l'entropion. Les tests supplémentaires incluent le test de l'orbiculaire, dit Myint. Lors de ce test, le patient est invité à fermer ses yeux avec force. Le test est positif s'il y a une migration supérieure de l'orbiculaire préseptal. Une laxité ou une désinsertion des muscles rétracteurs inférieurs de la paupière inférieure est présente s'il y a une perte des 4 ou 5 mm normaux d'excursion inférieure quand le patient est invité à regarder vers le bas, dit Kronish.

Test Snap-back

On tire la paupière inférieure vers le bas pour plusieurs secondes et on calcule le temps requis pour que la paupière retourne à sa position originale sans que le patient ne cligne entretemps.

- ▶ Ce test donne une bonne idée de la laxité relative de la paupière inférieure. Avec une paupière normale, le retour est immédiate; plus le temps est long, plus il y a laxité de la paupière.
- ▶ Grade 0-IV (0 = normal, IV = laxité sévère): cette échelle est subjective mais l'expérience clinique est de mise.
- ▶ Grade 0 – la paupière retourne immédiatement dans sa position originale;
- ▶ Grade IV – la paupière ne revient jamais en position et continue de tomber lors d'un ectropion sévère;
- ▶ Grade I – approximativement 2-3 sec
- ▶ Grade II - 4-5 sec
- ▶ Grade III - > 5 sec mais retour à la position originale avec le clignement

D'autres observations cliniques de la déhiscence ou de la désinsertion des rétracteurs de la paupière inférieure incluent l'absence du pli de la paupière, un aspect «roulé» de la paupière et un fornix conjonctival inférieur profond, selon Kronish et Tyers et Collin. Friedman et ses collègues indiquent que l'éversion digitale du tarse inférieur peut aider à distinguer l'entropion sénile de l'entropion cicatriciel (lors de l'entropion sénile, il y a rotation vers le dehors, mais pas lors de l'entropion cicatriciel).

Un entropion persistant compromettra l'intégrité cornéenne et peut causer une perte permanente de vision. Pour un soulagement immédiat du patient et pour protéger la cornée, la paupière inférieure peut être attachée avec du ruban adhésif ou une lentille de contact souple thérapeutique peut être placée sur l'œil, selon Kronish et Myint. Les onguents lubrifiants topiques ou l'épilation des cils qui frottent contre le globe oculaire peuvent également donner un soulagement provisoire mais immédiat.

Selon Kronish, la toxine botulinum peut être injectée dans les muscles orbiculaires pour affaiblir les muscles protracteurs de la paupière. La chirurgie est la meilleure manière de réaliser une correction durable.

Trichiasis et distichiasis

Lambreghts et Melore décrivent le trichiasis lorsqu'un ou plusieurs cils de la paupière supérieure ou inférieure se positionnent vers l'intérieur, vers le globe oculaire. Les cils se dirigent vers le globe après l'émergence des follicules avec des angles bizarres ou à partir de secteurs des paupières normalement exempts de la croissance de cils, rapporte Karesh.

Lors d'un trichiasis, le bord de la paupière est en position normale, tandis que lors de l'entropion, les paupières sont inversées, laissant frotter les cils contre l'œil, selon Nerad et le Chang. Dans la plupart des cas, le trichiasis est le résultat des changements reliés au vieillissement; cependant, il peut également être provoqué par un processus ou un traumatisme inflammatoire qui cause la cicatrisation et la fibrose autour des follicules des cils du bord palpébral, affirment Lambreghts et le Melore.

Le distichiasis peut être acquis ou, plus rarement, est une condition congénitale dans laquelle un ligne secondaire de cils se retrouve tout juste postérieurement au cils normaux, et semblent provenir des orifices des glandes de Meibomius, décrivent Lambreghts et Melore et Nerad and Chang.

Le distichiasis acquis se produit quand les glandes meibomiennes de la plaque tarsale, qui normalement ne produisent pas de pilosité, sont transformées en follicules pilosébacés par des stimulus mécaniques ou chimiques, dit Gladstone. Ces stimuli incluent une inflammation chronique telle que la blépharoconjonctivite et la méibomite ou lors de conditions cicatricielles de la muqueuse lors du syndrome de Stevens-Johnson ou lors d'un pemphigoïde oculaire.

Le traitement du trichiasis et du distichiasis dépend de l'ampleur et de la distribution des cils anormaux. L'épilation des cils est une solution simple mais provisoire au problème. Presque toujours les cils vont réapparaître après 3 à 6 semaines. Très rapidement, les cils seront courts et tronqués. Ces cils causeront souvent plus d'irritation que plus tard, lorsque ceux-ci seront plus longs et flexibles.

Un traitement plus permanent lorsqu'il y a une distribution limitée de cils mal dirigés inclut l'électrolyse, la photocoagulation au laser ou la cryothérapie. Une résection pentagonale au bord de la paupière peut être employée pour enlever un segment localisé de cils tandis que, pour la plupart des cas de distichiasis, la partie du tarse qui contient les follicules anormaux est excisée en utilisant une approche chirurgicale postérieure, selon Nerad et Chang et Gladstone.

Syndrome de flaccidité palpébrale: triade de symptômes

Le syndrome de flaccidité palpébrale (SFP) comprend la triade suivante : l'obésité, des paupières supérieures «flasques» et facilement renversées et une conjonctivite

papillaire chronique qui y est associée, selon Lambreghts et Melore. Dans la majorité de cas, les patients sont des hommes obèses qui peuvent souffrir d'apnée du sommeil qui a comme conséquence une hypoxie causée par le ronflement et l'obstruction de la voie aérienne supérieure quand ils dorment sur leur dos, rapporte Siddens. Pour cette raison, ces patients dormiront souvent sur le côté avec leur visage qui fait une pression sur l'oreiller, ce qui renverse la paupière supérieure déjà relâchée et cause l'inflammation et l'irritation mécaniques de la surface conjonctivale.

La paupière supérieure est le plus souvent impliquée et est caoutchouteuse, formant un disque souple et facilement renversé quand la paupière est mécaniquement élevée. Selon Siddens, le ptosis des cils, quand les cils se dirigent en bas et se courbent vers la cornée, est une conclusion classique de cette condition. La condition plus commune retrouvée à la lampe à fente chez ces patients est une kératopathie épithéliale ponctuée, possiblement avec un kératocône.

Une variante du SFP, le syndrome de relâchement de la paupière (SRP), semble beaucoup plus répandue, selon Lambreghts et Melore. Elle est décrite comme ayant des caractéristiques semblables à la SFP, tel que l'hyperlaxité palpébrale et l'irritation oculaire, mais elle n'inclut pas les autres résultats tels que l'obésité, un tarse facilement inversé et la conjonctivite papillaire. Par contre, la SRP peut être associé à l'apnée du sommeil.

Le traitement conservateur du SRP inclut l'utilisation d'un onguent topique doux pour la lubrification et le port d'une coque de plastique ou de métal la nuit. Selon Siddens, le traitement de l'apnée du sommeil est impératif pour réduire les anomalies du sommeil et les résultats oculaires résultants. Ce traitement inclut l'utilisation du C.P.A.P. (Continuous Positive Airway Pressure) et en utilisant des habitudes positives continues du sommeil, un masque respiratoire pour la nuit, la réduction de poids.

La chirurgie de la paupière impliquée dans ces cas chroniques implique les techniques de serrage horizontales de la paupière telles que la pleine résection pentagonale pleine épaisseur ou un procédé de renforcement du canthus latéral.

Références:

- Cahill K, Doxanas M. Ectropion. In: Mitchell PR, ed. *Duane's Ophthalmology*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2008, chapter 73.
- Collin JR. Entropion and trichiasis. In: Stewart WB, ed. *Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery*. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology; 1984:131-142.
- Dresner S. Ptosis management: a practical approach. In: Chen WP, ed. *Oculoplastic Surgery: The Essentials*. New York, NY: Thieme; 2001:75-88.
- Eliasoph I. Current techniques on entropion and ectropion correction. *Otolaryngol Clin N Am*. 2005;38:903-919.
- Friedman NJ, Pineda R, Kaiser PK. The Massachusetts Eye and Ear Infirmary Illustrated Manual of Ophthalmology. Philadelphia, PA: WB Saunders Co.; 1998:52-56.
- Gladstone GJ. Ectropion. In: Onofrey BE, Skorin L, Holdeman NR, eds. *Ocular Therapeutics Handbook: A Clinical Manual*. 2nd ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:616-618.
- Gladstone GJ. Trichiasis and distichiasis. In: Onofrey BE, Skorin L, Holdeman NR, eds. *Ocular Therapeutics Handbook: A Clinical Manual*. 2nd ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:613-615.
- Hegde V, Robinson R, Dean F, Mulvihill A, Ahwwalia H. Drug induced ectropion. *Ophthalmology*. 2007;114:362-366.
- Howard GR. Management of acquired ptosis. *Focal Points Clinical Modules for Ophthalmologists*. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology. 1999;17(8):1-4.
- Kanski JJ. *Clinical Ophthalmology*. 4th ed. Oxford: Butterworth Heinemann; 1999:32-39.
- Kanski JJ. *Clinical Ophthalmology*. 5th ed. Oxford: Butterworth Heinemann; 2003:27-30.
- Karesh JW. Evaluation and management of entropion. In: Mauriello JA, ed. *Unfavorable Results of Eyelid and Lacrimal Surgery*. Boston, MA: Butterworth Heinemann; 2000:243-259.
- Kronish JW. Entropion. In: Chen WP, ed. *Oculoplastic Surgery: The Essentials*. New York, NY: Thieme; 2001:41-54.
- Lambreghts KA, Melore GG. Diseases of the eyelids. In: Bartlett JD, Jaanus SD, eds. *Clinical Ocular Pharmacology*. 5th ed. St. Louis, MO: Butterworth Heinemann; 2008:381-413.
- Laur SA. Ectropion and entropion. In: *Focal Points: Clinical Modules for Ophthalmologists*. San Francisco, CA, American Academy of Ophthalmology; 1994;12(10):1-9.
- Myint S. Entropion. In: Onofrey BE, Skorin L, Holdeman NR, eds. *Ocular Therapeutics Handbook: A Clinical Manual*. 2nd ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:611-613.
- Nerad JA, Chang A. Trichiasis. In: Chen WP, ed. *Oculoplastic Surgery: The Essentials*. New York, NY: Thieme; 2001:67-73.
- Nesi FA, Gladstone GJ, Brazzo BG, Myint S, Black EH. *Ophthalmic and Facial Plastic Surgery: A Compendium of Reconstructive and Aesthetic Techniques*. Thorofare, NJ: SLACK Inc.; 2001:83-89.
- Putterman A. *Cosmetic Oculoplastic Surgery*. 2nd ed. Philadelphia, PA: W.B. Saunders Co.; 1993:12-32.
- Remington L. *Clinical Anatomy of the Visual System*. 2nd ed. St. Louis, MO: Butterworth Heinemann; 2005:156.
- Shorr N, Perry JD. Lower blepharoplasty and midface descent. In: Chen WP, ed. *Oculoplastic Surgery: The Essentials*. New York, NY: Thieme; 2001:147-164.
- Siddens JD. Floppy eyelid syndrome. In: Onofrey BE, Skorin L, Holdeman NR, eds. *Ocular Therapeutics Handbook: A Clinical Manual*. 2nd ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:619-621.
- Siddens JD, Skorin L. Eyelid ptosis. In: Onofrey BE, Skorin L, Holdeman NR, eds. *Ocular Therapeutic Handbook: A Clinical Manual*. 2nd ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:621-624.
- Simons BD, Tse DT. Congenital ptosis. In: Parrish RK, ed. *The University of Miami Bascom Palmer Eye Institute Atlas of Ophthalmology*. Philadelphia, PA: Butterworth Heinemann; 2000:612-620.
- Tse DT, Neff AG. Ectropion. In: Chen WP, ed. *Oculoplastic Surgery: The Essentials*. New York, NY: Thieme; 2001:55-66.
- Tyers AG, Collin JRO. *Colour Atlas of Ophthalmic Plastic Surgery*. 2nd ed. Oxford: Butterworth Heinemann; 2001:49-58.
- Wobig JL, Dailey RA. Anatomy and physiology of the eyelids. In: Wobig JL, Dailey RA, eds. *Oculofacial Plastic Surgery*. New York, NY: Thieme; 2004:15-29.
- Wobig JL, Dailey RA. Evaluation of the eyelids. In: Wobig JL, Dailey RA, eds. *Oculofacial Plastic Surgery*. New York, NY: Thieme; 2004:30-33.
- Wobig JL, Dailey RA. Surgery of the upper eyelid and the brow. In: Wobig JL, Dailey RA, eds. *Oculofacial Plastic Surgery*. New York, NY: Thieme; 2004:34-53.

Source : PCON Supersite