



Anormalité des paupières et problèmes systémiques - Deuxième partie

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

Dermatochalasis

Le dermatochalasis est un excès de peau des paupières inférieures ou, plus généralement, des paupières supérieures et est considéré comme partie du processus normal de vieillissement. Il est bilatéral mais souvent asymétrique et peut causer soit un problème visuel fonctionnel ou un problème esthétique. L'affaiblissement du tissu connectif et la gravité diminuent l'élasticité de peau et des conditions systémiques telles que la maladie de la thyroïde peuvent jouer un rôle dans cette amas de peau excessif.

Le dermatochalasis doit être différencié du blépharochalasis moins commun, qui est l'expansion du septum orbital et du muscle préseptal de l'orbiculaire secondaire à l'œdème angioneurotique répété et est vu généralement chez de plus jeunes patients. Selon Putterman, cette répétition cause un relâchement de la peau et une hernie de la graisse orbitale. La participation des paupières inférieures dans le blépharochalasis peut être fait dramatique, et ce tissu saillant est connu sous le nom de «sacs malaires».

Wobig et Dailey signalent que le dermatochalasis et le blépharochalasis peuvent tous les deux être corrigés par une blépharoplastie. L'évaluation du champ visuel devrait être exécutée avant la chirurgie pour démontrer toute perte de champ visuel, surtout en périphérie supérieure ou supérotemporale, qui serait provoquée par le surplus du tissu de la paupière supérieure, indique Putterman. Le test de champ visuel devrait également être répété avec les paupières attachées avec du ruban adhésif pour simuler les résultats postopératoires et pour vérifier que la blépharoplastie améliorera vraisemblablement la perte de champ. En outre, le patient devrait avoir une évaluation de l'œil sec et une photographie préopératoire pour documenter toutes les conditions préexistantes.

Ptose de la paupière: congénitale et acquise

La ptose de la paupière supérieure est une condition dans laquelle le bord de la paupière est anormalement déplacée en position intérieure, résultant en une obstruction de la cornée et parfois de l'ouverture pupillaire, ce qui altère la vision et le champ visuel.

Les ptoses peuvent être classifiées en deux catégories: congénitale et acquise. Selon Siddens et Skorin, la ptose acquise peut être subdivisée en: aponévrotique, neurogénique, myogénique, mécanique, pseudoptose, traumatique ou autres.

La ptose congénitale résulte d'une dystrophie du muscle releveur qui se fibrose et qui est déficient en fibres striées musculaires, selon Simons et Tse. Il est plus généralement

unilatéral et peut être associé à un strabisme, à une amblyopie ou à une anisométrie importante. D'autres anomalies qui y sont associées sont la paralysie ipsilatérale du droit supérieur, une double paralysie des muscles élévateurs, le phénomène mâchoire à clignement (jaw-wink) ou le blépharophimos (ptose, épicanthus inversus et télécanthus).

La ptose aponévrotique est causée par le vieillissement des tissus. Elle est provoquée par une perte progressive du tonus du muscle d'aponévrotique du releveur et du muscle de Müller. Cette faiblesse peut être une déchirure ou une désinsertion localisée ou une atténuation ou un étirement plus généralisé. Les patients ont une attitude compensatoire du front, un pli de la paupière supérieure plus haut ou absent et un décalage latéral de la plaque tarsale, selon Howard.

La ptose neurogénique peut être provoquée par une variété de problèmes neurologiques, y compris la sclérose en plaques, le syndrome de Guillain-Barré, la paralysie du troisième nerf crânien, le syndrome de Horner et la migraine ophtalmique, rapportent Siddens et Skorin.

La ptose myogénique peut avoir des causes neurogéniques mais peut résulter aussi de la myasthénie grave, de l'ophtalmoplégie externe progressive chronique et de la dystrophie myotonique.

La ptose mécanique peut se produire quand des tumeurs ou un œdème force la paupière supérieure à descendre. Souvent la motilité de la paupière est altérée. Un traumatisme peut indirectement (traumatisme contondant) ou directement (traumatisme pénétrant) causer la désinsertion du muscle élévateur de la plaque tarsale.

Lors de traumatismes causés par un traumatisme contondant, une résolution de la ptose se produit habituellement lorsque l'œdème diminue. De temps en temps, la ptose traumatique dure pendant des mois avant que la fonction palpébrale ne retourne à la normale.

Une pseudoptose imite une vraie ptose. C'est une ptose apparente provoquée par un appui postérieur insuffisant de la paupière, tel que vu lors du phtisis bulbi, les microphthalmies, les anophthalmies et l'énucléation; lors d'une ptose hystérique, d'une peau excessive sur le front et le dermatochalasis; lors de la rétraction contralatérale de la paupière qui se produit lors des maladies thyroïdiennes, l'apraxie de l'ouverture de la paupière, le blépharospasme et l'hypotropie ipsilatérale.

Quelques causes de ptoses ne s'insèrent dans aucune catégorie. Elles incluent la ptose pendant la grossesse et la ptose de la lentille de contact ou du port d'une prothèse oculaire.

Certaines ptoses s'accompagnent d'un dermatochalasis parfois important, nécessitant une chirurgie combinée portant à la fois sur la ptose et le dermatochalasis. Pour des raisons esthétiques, il est souvent nécessaire de traiter de façon bilatérale le dermatochalasis alors que la ptose est parfois unilatérale.

Le diagnostic de la ptose

Une ptose de la paupière supérieure se détermine en mesurant la largeur de l'ouverture palpébrale et de la distance palpébrale réflexe. La largeur de l'ouverture palpébrale est mesurée avec les yeux du patient en regard fixe primaire. Les muscles du front et des sourcils doivent être détendus. La taille normale de l'ouverture peut varier de 7 millimètres à 12 millimètres, avec une moyenne de 10 millimètres, selon Putterman.

Lors de la ptose unilatérale, la différence des fissures palpébrales dans les deux yeux est considérée comme étant la quantité de ptose tandis que dans les cas bilatéraux, la mesure est soustraite de la largeur palpébrale moyenne de fissure de 10 millimètres, dit Gladstone.

La distance entre le bord palpébral et le reflet cornéen est le plus souvent supérieure à 2,5 mm.

La distance bord-reflet cornéen (MRD ou margin-reflex distance) est une mesure plus sensible de la ptose que la largeur verticale palpébrale.

Mesure de la fonction visuelle lors de la ptose

Selon Wobig et Dailey, la fonction du muscle élévateur est mesurée directement par la mesure de la distance de l'excursion de la paupière supérieure du regard extrême vers le bas au regard vers le haut. C'est la mesure la plus importante pour décider quel procédé chirurgical devrait être utilisé pour corriger la ptose, dit Howard.

Pour effectuer cette mesure, l'examineur serre son pouce fermement contre le front du patient pour immobiliser le muscle frontal et faire cesser sa contribution au regard vers le haut. Le patient doit regarder vers le bas le plancher. Quand les yeux du patient sont abaissés, le bord palpébral supérieur est aligné contre une règle millimétrique. Le patient doit alors regarder vers le haut le plafond et le niveau est de nouveau mesuré. Selon Howard et Wobig et Dailey, la différence entre le regard vers le bas et vers le haut représente la fonction du muscle élévateur. L'excursion est normale (15 millimètres ou plus), bonne (12 millimètres ou plus), limite (5 millimètres à 11 millimètres) ou déficiente (4 millimètres ou moins), dit Kanski.

Une autre mesure inclut l'évaluation du pli supérieur de la paupière. Le pli supérieur s'observe en soulevant le sourcil et en demandant au patient de regarder légèrement vers le bas, puis vers le haut, puis en bas encore. La distance à partir du bord supérieur central au pli central est la mesure de la distance du pli palpébral, dit Putterman. Chez les femmes, elle mesure environ 10 millimètres et chez les hommes, 8 millimètres, selon Kanski. L'absence du pli peut indiquer une ptose congénitale, alors qu'un pli plus haut suggère un problème aponévrotique ou de vieillissement.

La performance du muscle de Müller est évaluée en instillant un ou deux gouttes de phényléphrine 2,5 % dans l'œil avec la ptose de paupière. Le niveau de la paupière est alors examiné après 15 minutes. Une élévation de 1,5 mm ou plus est considérée positive, selon Howard.

La réparation de la ptose de la paupière peut être exécutée seule ou peut être combinée avec d'autres procédures de paupière telles que la blépharoplastie pour le dermatochalasis. Le but premier est de rattacher l'aponévrose désinsérée du muscle élévateur à la plaque tarsale. Selon Dresner, une ptose provoquée par la déhiscence aponévrotique de l'élévateur est facilement réparée et on obtient une position stable de la paupière avec faible récurrence.

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