

La Collection Hippocrate

Épreuves Classantes Nationales

OPHTALMOLOGIE

Pathologie des paupières

II-271

Dr Larry BENSOUSSAN
Chef de Clinique Assistant

L'institut la Conférence Hippocrate, grâce au mécénat des Laboratoires SERVIER, contribue à la formation des jeunes médecins depuis 1982. Les résultats obtenus par nos étudiants depuis plus de 20 années (15 majors du concours, entre 90 % et 95 % de réussite et plus de 50% des 100 premiers aux Épreuves Classantes Nationales) témoignent du sérieux et de la valeur de l'enseignement dispensé par les conférenciers à Paris et en Province, dans chaque spécialité médicale ou chirurgicale.

La collection Hippocrate, élaborée par l'équipe pédagogique de la Conférence Hippocrate, constitue le support théorique indispensable à la réussite aux Épreuves Classantes Nationales pour l'accès au 3^{ème} cycle des études médicales.

L'intégralité de cette collection est maintenant disponible gracieusement sur notre site laconferencehippocrate.com. Nous espérons que cet accès facilité répondra à l'attente des étudiants, mais aussi des internes et des praticiens, désireux de parfaire leur expertise médicale.

A tous, bon travail et bonne chance !

Alain COMBES, Secrétaire de rédaction de la Collection Hippocrate

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.
Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, microfilm, bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteurs.

Pathologie des paupières

Objectifs :

- Diagnostiquer et traiter un orgelet, un chalazion.

- Les paupières protègent l'œil contre toute agression extérieure et participent à l'élaboration du film lacrymal.
- Elles peuvent être le siège de pathologies diverses qui parfois mettent en jeu le pronostic visuel.

ORGELET

- C'est une pathologie bénigne et fréquente de la consultation d'ophtalmologie.
- C'est une infection aiguë, à *Staphylococcus aureus* le plus souvent, d'une glande pilo-sébacée de Zeiss annexée au cil.

A/ Diagnostic positif

1. Signes fonctionnels

- Ce « furoncle » oculaire apparaît rapidement, en deux jours en moyenne.
- Douleur :
 - la douleur palpébrale est un motif fréquent de découverte ;
 - les douleurs sont palpébrales, localisées et unilatérales le plus souvent au stade collecté. Ces douleurs peuvent être associées à un gonflement de la paupière concernée ;
 - le patient peut parfois se plaindre de la présence de pus dans l'œil ou sur les paupières par perforation spontanée ou provoquée par le patient lui-même en grattant le furoncle. La perforation soulage les douleurs.
- Autres circonstances de découverte :
 - une sensation de cuisson de la paupière ;
 - une gêne esthétique.

2. Signes physiques

- Le diagnostic est clinique dès l'inspection du patient, avant même de l'examiner à la lampe à fente.
- Aucun examen complémentaire n'est utile pour poser le diagnostic.
- L'orgelet se présente comme une tuméfaction du bord libre palpébral unique le plus souvent, rouge, chaude, douloureuse et centrée par un cil +++.
- Après deux à trois jours il apparaît sur le sommet de cette tuméfaction un point jaunâtre, qui correspond à la collection de pus.

- Le reste de l'examen recherche une contre-indication à l'utilisation de corticoïdes locaux :
 - des antécédents d'herpès cornéen et/ou l'existence d'une ulcération cornéenne dendritique fluorescéine positive. C'est réellement la seule contre indication à une corticothérapie locale de courte durée ;
 - une hypertonie oculaire et/ou une excavation papillaire pathologique avant le début d'une corticothérapie locale afin d'éliminer une hypersensibilité aux corticoïdes le cas échéant.

B/ Évolution

- L'évolution est le plus souvent favorable sous traitement local et peut être hâtée par l'ablation du cil.
- Le furoncle s'exteriorise, laissant s'écouler le pus.
- La récurrence est fréquente, et le patient doit en être prévenu.
- En cas de récurrence trop fréquente, il faudra rechercher un diabète et des troubles réfractifs.

C/ Traitement

- Il repose sur une corticothérapie locale associée à une antibiothérapie locale, en pommade, telle que le Sterdex : une application sur le bord de la paupière et dans le cul-de-sac oculaire, matin et soir pendant dix jours.
- Pour certains, le traitement repose uniquement sur une antibiothérapie locale antistaphylococcique comme la pommade Fucithalmic en une application trois fois par jour pendant dix jours.
- Une incision chirurgicale, en cas de résistance au traitement médical, est rarement nécessaire.

CHALAZION

- C'est une pathologie fréquente et récidivante des paupières.
- Le chalazion est une inflammation des glandes de Meibomius, dont les orifices sont situés au niveau de la partie postérieure du tarse des paupières supérieures ou inférieures.
- Ses principaux diagnostics différentiels sont l'orgelet et les carcinomes spino- et basocellulaires.

A/ Diagnostic positif

- Le diagnostic est clinique dès l'inspection du patient.

1. Circonstances de découverte

- La douleur palpébrale est le principal motif de consultation en phase aiguë.
- La gêne esthétique, au stade enkysté, est également un motif fréquent de découverte.

2. Signes physiques

- Le chalazion se présente comme une tuméfaction :
 - chaude, rouge et douloureuse au stade inflammatoire ;
 - indolore et ferme au stade enkysté.
- Il peut être situé soit sous la peau (chalazion externe), soit à l'intérieur même de la paupière sur le versant conjonctival (chalazion interne) et donc uniquement identifiable après éversion de la paupière concernée.
- Le reste de l'examen recherche une contre-indication à l'utilisation de corticoïdes locaux (antécédent d'herpès cornéen et/ou ulcération cornéenne dendritique fluorescéine positive).
- Avant de débiter la corticothérapie, on mesure le tonus oculaire et on examine la papille afin d'éliminer un glaucome secondaire à la prise de corticoïdes.

B/ Évolution

- Elle est le plus souvent favorable sous traitement adapté.
- Les récurrences ne sont pas rares. Des récurrences trop fréquentes nécessitent de rechercher un diabète et des troubles réfractifs.
- Après la phase inflammatoire collectée, le chalazion peut se perforer et ne laisser qu'une cicatrice, mais le plus souvent il s'enkyste et gêne alors le patient dans sa vie professionnelle.

C/ Traitement

- Au stade inflammatoire : traitement médical premier associant une pommade anti-inflammatoire et antibiotique Sterdex : une application deux fois par jour pendant dix jours sur la paupière si le chalazion est externe, ou plutôt dans le cul-de-sac oculaire s'il est interne.
- Au stade enkysté : traitement chirurgical premier par une incision (soit du côté palpébral soit du côté conjonctival) pour cureter les logettes du chalazion. Le Sterdex est prescrit en post-opératoire matin et soir pendant dix jours.
- Quel que soit le stade, on expliquera au patient les règles d'hygiène palpébrale :
 - application d'un gant imbibé d'eau tiède sur les paupières pendant dix minutes matin et soir ;
 - puis pression sur le bord libre des paupières à l'aide de l'index et du pouce pour faire sourdre le contenu des glandes de Meibomius ;
 - les sécrétions sont essuyées à l'aide d'une compresse sèche.
- Ces règles sont très astreignantes mais indispensables pour tenter de limiter le nombre de récurrences.

PTÔSIS

- Le ptôsis se définit par une position anormalement basse de la paupière supérieure.
- Il résulte d'un dysfonctionnement du muscle releveur de la paupière supérieure innervé par le nerf oculomoteur (troisième paire crânienne).
- Physiologiquement, le bord libre de la paupière supérieure recouvre le limbe scléro-cornéen supérieur de 2 mm en moyenne.

A/ Diagnostic

- C'est un diagnostic d'inspection.
- Les principales circonstances de découverte sont :
 - une gêne esthétique :
 - * il peut être découvert par le patient en se regardant dans un miroir ou par une personne de son entourage ;
 - la baisse d'acuité visuelle apparaît tardivement lorsque le ptôsis atteint l'axe visuel.
- Il est primordial de demander au patient s'il possède des photographies de lui enfant (ptôsis congénital ?) ou datant de quelques années auparavant (ptôsis acquis ?).
- Le patient se présente typiquement avec la tête en arrière et le front plissé (car la contraction du muscle frontal plisse les cils et relève les paupières).
- L'examen clinique comprend :
 - la recherche de signes de gravité : atteinte de l'axe visuel et atteinte bilatérale. Ces signes de gravité sont primordiaux à rechercher car, en cas de ptôsis congénital bilatéral de l'enfant, ce dernier est exposé au risque d'amblyopie qu'il faudra impérativement prévenir par une cure chirurgicale urgente du ptôsis ;
 - un testing systématique du muscle releveur de la paupière supérieure : il est réalisé en posant son doigt sur les sourcils (afin d'éliminer une participation du muscle frontal) et en demandant au patient de regarder vers le haut. La paupière se relève alors mal. La ptôse est mesurée en millimètres et toujours comparativement au côté controlatéral. L'amplitude normale du muscle releveur de la paupière supérieure est de 12 à 15 mm.

- la recherche d'une notion de variabilité dans la journée (myasthénie) ;
- des signes associés : énophtalmie, douleur oculaire, motricité oculaire, réactivité pupillaire.

B/ Diagnostic différentiel

- Il faut différencier le ptôsis (lié à une déficience du muscle releveur de la paupière supérieure) des chutes de la paupière supérieure liées à :
 - une surcharge palpébrale ;
 - des dermato- ou blépharochalazis ;
 - des cicatrices cutanées et/ou conjonctivales rétractiles.

C/ Diagnostic étiologique

1. Ptôsis congénital (60 %)

- C'est la forme la plus fréquente.
- Il peut être familial et/ou héréditaire.
- L'existence d'un retard palpébral, qui se manifeste par l'absence de déplacement de la paupière supérieure lorsqu'on demande au patient de regarder vers le bas, évoque fortement un ptôsis congénital.
- Il est indispensable de prévenir une amblyopie si le ptôsis est bilatéral et/ou recouvre l'axe visuel de l'enfant.
- Il peut être isolé ou associé à d'autres malformations de la face.
- C'est une urgence chirurgicale si l'axe visuel est atteint ou si le ptôsis est bilatéral.

2. Ptôsis acquis

a) Atteinte neurogène : paralysie du nerf oculomoteur (III)

- Le nerf oculomoteur innerve le muscle releveur de la paupière supérieure. Une paralysie du III se traduit par un ptôsis, une mydriase, une paralysie de l'accommodation (le sujet devient presbyte brutalement), une paralysie de l'élévation, de l'abaissement et de l'adduction.
- Devant tout strabisme divergent d'apparition brutale il faut éliminer une atteinte complète du III.
- Le patient se plaint d'une diplopie aiguë binoculaire.
- Ces ptôsis peuvent récupérer spontanément. Il faut donc attendre au moins six mois avant de proposer une chirurgie.
- Nous insisterons sur deux formes cliniques mettant en jeu le pronostic vital :
 - * devant tout III complet douloureux, il faut éliminer un anévrisme de la carotide interne qui est une urgence vitale neurochirurgicale ;
 - * le syndrome de Claude-Bernard-Horner + + + :
 - il associe de façon variable un ptôsis unilatéral minime, un myosis et une énophtalmie,
 - il traduit une atteinte des fibres sympathiques centrales (bulbe) ou périphériques (chaîne ganglionnaire cervicale). Le ptôsis est lié à une paralysie du muscle de Müller (rétracteur de la paupière inférieure) d'innervation sympathique,
 - Il faudra éliminer en urgence une dissection carotidienne.



Fig. : Ptôsis sénile.

b) Atteinte myogène (figure)

- Ptôsis sénile :
 - * c'est un diagnostic d'élimination ;
 - * il est lié à l'âge par transformation fibro-adipeuse du muscle de Müller et du muscle releveur de la paupière supérieure qui perdent de leur tonicité ;
 - * le ptôsis est volontiers bilatéral et modéré.
- La myasthénie :
 - * c'est une étiologie rare. Il est indispensable d'y penser en raison du risque vital qui entoure la méconnaissance de cette pathologie en vue d'une anesthésie pour traiter chirurgicalement le ptôsis ;
 - * le ptôsis est acquis, variable, plutôt le matin ou en fin de journée. Il augmente à l'effort et s'améliore avec le repos. Il inaugure souvent la maladie ;
 - * le diagnostic repose sur un électromyogramme couplé à un test à la prostigmine.

c) Ptôsis post-traumatique

- Par lacération ou section du releveur de la paupière supérieure.

D/ Traitement

- Il est chirurgical, excepté dans les formes où une étiologie a été identifiée + + +.
- La chirurgie repose le plus souvent sur une résection du muscle releveur ou sur une suspension de ce releveur sur le muscle frontal à l'aide de bandelettes tendues entre le cartilage du tarse et le muscle frontal.
- Des photographies (médico-légales) sont demandées en préopératoire afin de juger de l'évolution du ptôsis en postopératoire.
- En postopératoire, on juge de la capacité du patient à fermer les yeux, et on recherche un signe de Charles-Bell afin d'éviter toute kératite d'exposition la nuit.

ECTROPION

A/ Physiopathologie

- Les troubles de la statique palpébrale surviennent lors d'un déséquilibre des forces assurant normalement la statique des paupières : les forces horizontales qui font fermer les paupières (muscle orbiculaire qui est le sphincter des paupières et est innervé par le nerf facial [VII], ligaments canthaux internes et externes qui amarrent les paupières au nez et à l'orbite, plan cutanéomuqueux) et les forces verticales qui font ouvrir les paupières (muscle releveur de la paupière supérieure innervé par le III, muscles rétracteurs innervés par le système sympathique). Ainsi, soit la paupière se retourne vers l'extérieur (s'éverse), et il s'agit de l'ectropion, soit elle se retourne vers l'intérieur (s'inverse), et il s'agit de l'entropion.
- L'ectropion se définit comme l'éversion du bord libre de la paupière inférieure qui perd contact avec le globe oculaire.
- Il est relativement fréquent. Il est le plus souvent acquis mais peut être congénital.

B/ Diagnostic**1. Symptômes**

- L'ectropion peut être longtemps asymptomatique.
- Les motifs de consultation sont :
 - une lagophtalmie ;
 - une surinfection conjonctivale (œil rouge prurigineux qui pleure et picote) et/ou cornéenne (douleurs oculaires, photophobie, blépharospasme) ;
 - une gêne esthétique.

2. Examen clinique

- Il recherche les antécédents ophtalmologiques du patient, l'existence d'ectropions familiaux.
- Il apprécie :
 - le degré de malocclusion palpébrale allant jusqu'à l'inocclusion (lagophtalmie) ;
 - le degré de relâchement horizontal de la sangle tarso-ligamentaire : tendon canthal latéral, tarse, tendon canthal médial ;
 - le degré de relâchement des rétracteurs (test de réapplication du bord libre), aspect de la conjonctive, dynamique de la paupière inférieure ;
 - l'état lacrymal : méat, dynamique, perméabilité d'aval ;
 - l'état cutané (eczématisation).
- On demande au patient de réaliser une occlusion forcée pour tester la tonicité palpébrale et examiner la position du méat inférieur par rapport aux paupières.
- Cet examen recherche également une atteinte cornéenne d'exposition prédominant en inférieure + + +. Cette atteinte cornéenne se traduit par une kératite ponctuée superficielle au stade initial, qui peut se compliquer d'un ulcère et exceptionnellement d'une perforation cornéenne si l'ulcération est négligée et l'ectropion non traité.

C/ Évolution – complications

- En cas d'ectropion sénile, il s'aggrave avec l'âge.
- Les complications sont :
 - une conjonctivite parfois associée à une kératite, à rechercher par un examen à la lampe à fente et un test à la fluorescéine ;
 - une eczématisation de la conjonctive ;
 - un épiphora par éversion du point lacrymal.

D/ Diagnostic étiologique

1. Ectropion sénile (65 %)

- C'est la forme la plus fréquente.
- Il est lié à un relâchement tarsoligamentaire des tissus palpébraux.
- Il est souvent bilatéral mais asymétrique.
- Il est source d'épiphora par éversion du point lacrymal.
- Le traitement est chirurgical et guidé soit par l'apparition de complications cornéennes soit par la gêne esthétique.

2. Ectropion congénital

- Il est lié à une brièveté des tissus cutanés palpébraux.
- Il est bilatéral et symétrique le plus souvent.
- L'ectropion peut être isolé ou associé à d'autres malformations de la face.

3. Ectropions cicatriciels

- Ces ectropions font suite à des cicatrices verticales ou à des rétractions cutanées :
 - traumatismes palpébraux directs avec plaie ou arrachement de l'angle interne ;
 - brûlures oculaires ;
 - dermatoses cutanées (eczéma...) ;
 - iatrogénie chirurgicale (cure chirurgicale excessive d'un entropion).

E/ Traitement

- Le traitement chirurgical consiste en une canthopexie externe avec réinsertion des rétracteurs.
- Le traitement doit prévenir ou traiter une atteinte cornéenne (larmes artificielles, pommade ou collyre cicatrisant).

ENTROPION

- L'entropion se définit par l'inversion du bord libre de la paupière inférieure qui entre en contact avec la cornée.
- Cette malposition palpébrale entraîne le frottement des cils sur la cornée, responsable de la symptomatologie.

A/ Diagnostic positif

1. Symptômes

- L'entropion est souvent symptomatique.
- Les circonstances de découverte sont :
 - un œil rouge, douloureux, avec sensation de sable ou de corps étranger ;
 - des picotements oculaires ;
 - un larmoiement chronique (lié à la kératite) ;
 - une gêne esthétique.
- Ces symptômes sont majorés par la fermeture et le clignement des paupières.

2. Examen clinique

- Le diagnostic est clinique.
- L'examen à la lampe à fente montre une inversion des cils, qui viennent frotter sur la cornée. L'examen de l'œil controlatéral est primordial.
- L'examen clinique permet :
 - de rechercher une atteinte cornéenne : kératite ponctuée superficielle et ulcération cornéenne. Les signes prédominent en inférieur ;
 - de tester la laxité tarsale en tirant la paupière inférieure vers le bas ;
 - de tester l'occlusion forcée pour démasquer des entropions lors de l'ouverture des paupières ;
 - de préciser la forme clinique d'entropion : laxité canthale externe, laxité canthale interne, distance globe/paupières (diastasis oculo-palpébral).

B/ Diagnostic différentiel

- Le principal diagnostic différentiel est le trichiasis : rotation interne de la ligne ciliaire qui entraîne une pousse des cils en dedans directement au contact de la cornée.
- L'entropion et le trichiasis sont souvent associés.

C/ Diagnostic étiologique

1. Entropion sénile

- C'est la forme la plus fréquente.
- Il survient chez des patients de 70-75 ans.
- Il est lié à l'énophtalmie (accompagnant l'atrophie graisseuse de l'orbite physiologique avec l'âge) et à l'atonie sénile des tissus.
- Son traitement curatif est chirurgical.

2. Entropion congénital

- Il est rare.
- Il est dû à une épaisseur exagérée de la paupière inférieure ou à une hyperaction du muscle orbiculaire.
- Sa présence doit faire rechercher d'autres malformations.

3. Entropion cicatriciel

- Les causes les plus fréquentes sont les brûlures palpébrales, les affections chroniques palpébro-conjonctivales fibrosantes (pemphigus) ou infectieuses (trachome +++).

4. Entropion spastique aigu

- Il est secondaire à une contraction de l'orbiculaire sur une inflammation chronique du tarse.
- L'entropion est initialement intermittent. La répétition d'un fort clignement provoque l'entropion. La paupière inférieure apparaît alors tendue. En exerçant une traction de la paupière inférieure vers le bas, elle se replace en bonne position.
- L'entropion est de moins en moins intermittent et finit par être permanent.

D/ Traitement

- Le traitement curatif est chirurgical.
- Il tente d'éverser le bord libre de la paupière inférieure :
 - sutures éversantes ;
 - résection pentagonale ou canthopexie externe pour corriger une laxité canthale horizontale ;
 - plicature des rétracteurs pour corriger une laxité verticale ;
 - résection du muscle orbiculaire pour corriger un facteur spasmodique.
- Traitement d'un facteur déclenchant (blépharite, conjonctivite...) et prévention de l'atteinte cornéenne (larmes artificielles, pommade cicatrisante).

TUMEURS PALPÉBRALES

- Elles sont à évoquer de principe en première intention.
- Les facteurs de risque sont :
 - l'exposition solaire ;
 - les brûlures palpébrales ;
 - les irritations chroniques.
- Seule la biopsie avec examen anatomo-pathologique fera le diagnostic de certitude.

A/ Tumeurs malignes

1. Cancers spinocellulaires

- Plus rares.
- Plus graves.
- Ils se présentent sous la forme de tuméfaction inflammatoire des paupières avec adénopathies prétragiennes et sous-angulo-maxillaires.

2. Cancers basocellulaires + + +

- Les plus fréquents des tumeurs malignes des paupières.
- Ils atteignent préférentiellement la paupière inférieure ou le canthus interne.
- Ils se présentent sous la forme de perles et/ou de télangiectasies et/ou d'ulcération chronique saignant au contact avec perte des cils.
- L'évolution est lente.
- Le traitement est chirurgical avec examen anatomopathologique de la pièce opératoire pour obtenir une certitude diagnostique.

3. Mélanomes palpébraux (plus rares)

B/ Tumeurs bénignes

- Nævi.
- Verrues.
- Papillomes.
- Kystes sébacés.
- Angiomes.
- Xanthélasmas. ■

POINTS FORTS**1. Orgelet et chalazion**

- Pathologie fréquente et bénigne.
- Diagnostic clinique dès l'inspection.
- Tuméfaction de la paupière ± inflammatoire.
- Traitement médical premier (corticoïdes et antibiotiques locaux) puis chirurgical si échec du traitement médicamenteux.

2. Ptôsis

- Bilan étiologique +++ : éliminer une atteinte du nerf oculomoteur (III^e paire crânienne) et en particuliers un anévrisme de la carotide interne, un syndrome de Claude-Bernard-Horner, une myasthénie.
- Traitement étiologique systématique.
- Traitement chirurgical (résection ou suspension du muscle releveur de la paupière supérieure).

3. Ectropion – entropion

- Bilan étiologique +++ (sénile, cicatriciel, congénital).
- Prévention d'une complication cornéenne (taie, kératite, ulcération).
- Traitement chirurgical curatif.

4. Tumeurs palpébrales

- À évoquer systématiquement devant un tableau atypique d'atteinte palpébrale.
- Biopsie et examen anatomopathologique devant toute lésion suspecte.
- Cancers basocellulaires les plus fréquents.