

Ectropions

H. Ben Ayed, C. Hidalgo, M. Hamédani, S. Morax

Les ectropions palpébraux se définissent comme une anomalie de la position palpébrale caractérisée par une éversion du bord libre de la paupière, ils peuvent atteindre les deux paupières : supérieure ou inférieure. On sépare les ectropions en deux groupes ; congénitaux et acquis. Dans le groupe acquis, on retrouve les ectropions involutif, cicatriciel, mécanique et paralytique. Les mécanismes physiopathologiques qui sont souvent intriqués se résument aux deux anomalies suivantes : un relâchement des tissus responsable des ectropions hypotoniques : involutif et paralytique ; une rétraction tissulaire responsable des ectropions cicatriciels. Le traitement de l'ectropion, quelle que soit l'étiologie de celui-ci, est chirurgical. Il repose sur une bonne analyse sémiologique et une bonne connaissance de l'anatomie palpébrale. Il fait intervenir des techniques de base qui peuvent être associées : remise en tension d'une paupière relâchée ; allongement d'une rétraction palpébrale.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Ectropion involutif ; Ectropion cicatriciel ; Chirurgie palpébrale ; Rétracteurs ; Canthoplastie

Plan

■ Introduction	1
■ Anatomie fonctionnelle des paupières	1
Paupière inférieure	2
Paupière supérieure	2
Tendon canthal médial	2
Muscle de Horner	3
Tendon canthal latéral	3
■ Physiopathologie	3
Ectropion congénital	3
Ectropion acquis	3
■ Examen clinique	4
Quantification de l'ectropion	4
Analyse topographique	4
Évaluation de la laxité tarsale	4
Évaluation de la laxité canthale	4
Évaluation des rétracteurs	5
Examen de la peau	5
Examen à la lampe à fente	5
Examen du visage	5
■ Traitement	5
Choix de l'anesthésie	6
Canthopexie latérale technique du « lateral tarsal strip »	6
Raccourcissement de la sangle tarsotendineuse	7
Réinsertion des muscles rétracteurs de la paupière inférieure	7
Canthopexie médiale	7
Autres techniques	9
■ Indications selon les formes cliniques	9
Ectropion congénital	9
Ectropion involutif	9
Ectropion paralytique	9
Ectropion cicatriciel	12
Ectropion mécanique	12
Ectropion lacrymal	12
■ Conclusion	12

■ Introduction

Les ectropions palpébraux se définissent comme une éversion du bord libre de la paupière qui perd ainsi le contact avec le globe oculaire. Ils peuvent atteindre la paupière supérieure ou inférieure, ils touchent plus volontiers l'adulte.

On distingue deux groupes étiologiques : congénital et acquis. Dans l'ectropion acquis, on peut différencier l'ectropion involutif, paralytique, cicatriciel et mécanique. ^[1] Cette classification n'est pas toujours nette et certains ectropions présentent des caractéristiques mixtes.

“ Point important

Une bonne connaissance de l'anatomie fonctionnelle palpébrale et une analyse préopératoire du mécanisme physiopathologique sont nécessaires pour guider le traitement chirurgical.

■ Anatomie fonctionnelle des paupières

À l'état normal, les paupières supérieure et inférieure forment un angle approximatif de 60° (Fig. 1). Latéralement, cet angle est au contact du globe, mais il s'en éloigne médialement de 4 à 6 mm pour former le lac lacrymal. Dans le regard primaire, le bord libre supérieur empiète sur le limbe cornéen de 1,5 à 2 mm, le bord libre inférieur affleure le limbe cornéen. La fente palpébrale est inclinée latéralement vers le haut de 2 à 3 mm. ^[2] Ces rapports sont à prendre en considération dans le traitement chirurgical de l'ectropion.

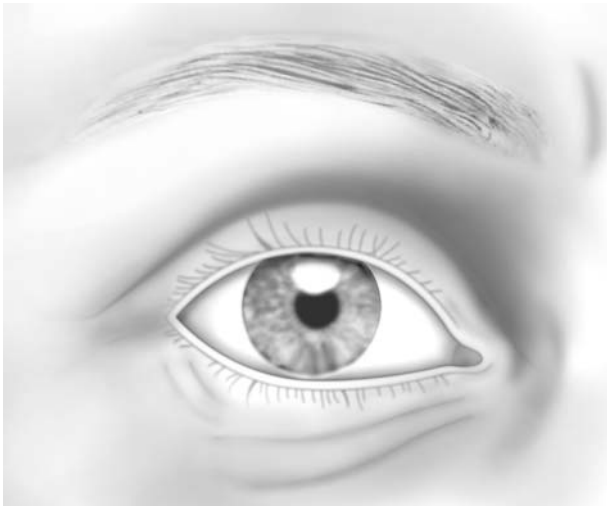


Figure 1. Schéma de l'orientation de la fente palpébrale, ainsi que de la projection des deux paupières par rapport au limbe.

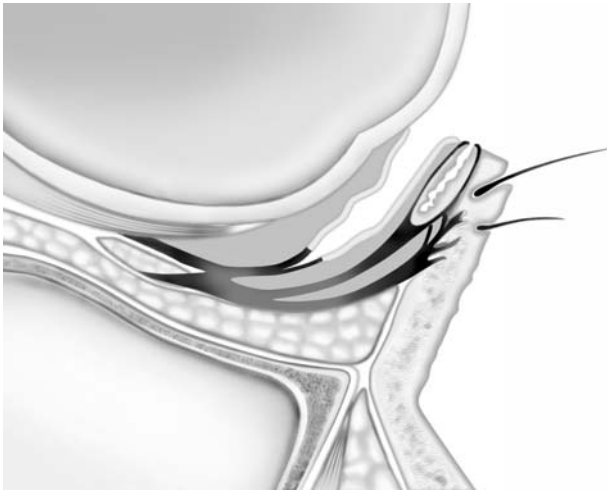


Figure 2. Coupe sagittale schématique des muscles rétracteurs de la paupière inférieure.

Paupière inférieure

La paupière se divise anatomiquement en deux parties (Fig. 2).

Lamelle antérieure

Elle est formée de la peau et du muscle orbiculaire. C'est la portion pré-tarsale de ce muscle qui intervient dans le maintien des paupières. Sa contraction contribue au bon fonctionnement de la pompe lacrymale. Le relâchement du muscle orbiculaire est à l'origine des ectropions involutionnels et des ectropions paralytiques (paralysie faciale). La rétraction de cette lamelle est à l'origine des ectropions cicatriciels.

Lamelle postérieure ou charpente fibreuse

Elle est formée par le tarse et la conjonctive, le tarse donne le galbe à la paupière, sa hauteur est maximale dans sa partie centrale (3,5 à 4 mm). Le tarse est attaché aux structures osseuses par deux tendons : le tendon canthal latéral qui s'insère sur le tubercule de Withnall et le tendon canthal médial qui s'insère sur la crête lacrymale. L'unité de ces structures forme ce que l'on appelle la sangle tarsotendineuse (Fig. 3) qui constitue l'élément principal de la tension horizontale des paupières. [1, 3-5] Celle-ci peut se distendre sous l'influence de facteurs dégénératifs liés à l'âge (ectropion involutionnel) ou sous l'influence des tractions palpébrales prolongées (ectropion cicatriciel). La conjonctive qui tapisse la face postérieure des paupières, se retourne en formant le fornix ou le cul-de-sac conjonctival.

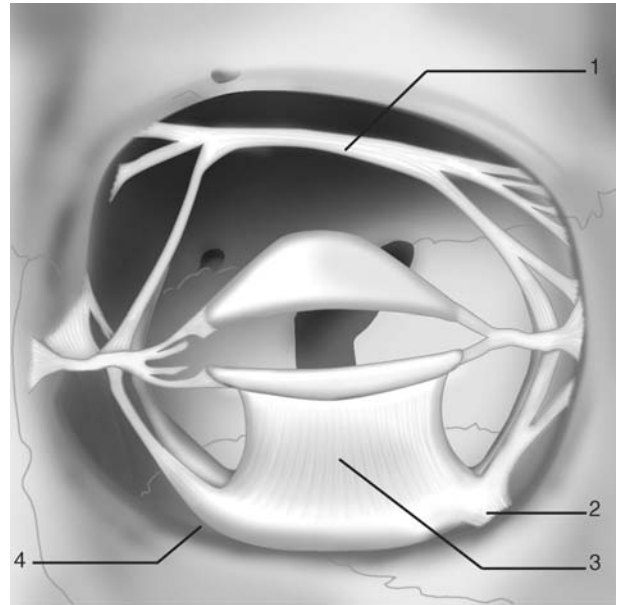


Figure 3. Système tendineux palpébral. 1. Ligament de Withnall ; 2. expansion arciforme ; 3. fascia capsulopalpébral ; 4. ligament de Lockwood.

Muscle rétracteur de la paupière inférieure

Il est formé par l'expansion tarsale inférieure, issue du ligament de Lockwood ou ligament transverse inférieur qui se fixe sur le bord inférieur du tarse. [6] Pour Goldberg, [7] le rétracteur de la paupière inférieure provient du muscle droit inférieur. Trois faisceaux le composent :

- un premier faisceau antérieur, d'action éversante ;
- deux faisceaux moyen et postérieur d'action inversante.

Leur relâchement ou désinsertion est à l'origine des ectropions involutionnels. Le rétracteur correspond à l'élément fondamental de la tension verticale.

Paupière supérieure

Elle est moins touchée par les ectropions que la paupière inférieure, mais doit être traitée en priorité en raison du risque d'exposition cornéenne. On retrouve les mêmes bases anatomiques de la paupière inférieure (lamelles antérieure et postérieure). On note cependant quelques spécificités concernant la laxité horizontale, qui se voit rarement au niveau de la paupière supérieure vu que la gravité favorise plutôt le placage de celle-ci contre le globe oculaire. La laxité de la lamelle postérieure (tarsocconjunctivale) se rencontre dans le cadre particulier du syndrome de flaccidité palpébrale et peut être à l'origine d'éversion palpébrale nocturne. [8]

La rétraction verticale excessive résulte de deux causes :

- rétraction de la lamelle antérieure qui se rencontre dans les ectropions cicatriciels, les séquelles de brûlure, les dermatoses, les cicatrices rétractiles et parfois dans les suites de chirurgie esthétique de la paupière supérieure ;
- traction exagérée du releveur de la paupière supérieure sur le bord ciliaire après chirurgie de ptosis.

Tendon canthal médial (Fig. 3)

Il est constitué de deux composantes : musculaire et fibreuse.

La composante fibreuse est formée de deux faisceaux issus des extrémités médiales des tarses supérieur et inférieur. Ces deux faisceaux, après s'être réunis, se divisent en deux tendons : un tendon direct, antérieur, qui s'insère sur la partie supérieure de la crête lacrymale antérieure et un tendon réfléchi, postérieur, qui croise par l'arrière le sac lacrymal pour se fixer sur la partie supérieure de la crête lacrymale postérieure.

La composante musculaire est formée de la portion pré-tarsale du muscle orbiculaire qui comprend deux faisceaux superficiels

qui sont attachés fermement au tendon direct et deux faisceaux profonds qui correspondent au muscle de Horner et qui sont reliés au tendon réfléchi. [6]

Muscle de Horner

Il participe à la tension palpébrale au niveau du canthus médial et correspond à une structure importante de la statique palpébrale interne. Il amarre la partie nasale du tarse à la crête lacrymale postérieure et sa direction vers l'arrière est responsable du creux de l'angle interne. [6, 4, 9]

Tendon canthal latéral (Fig. 3)

Il est constitué de deux faisceaux issus des extrémités latérales des tarses supérieur et inférieur. Ces deux faisceaux se réunissent et se fixent sur le tubercule orbitaire de Whitnall et le périoste orbitaire. Pour certains, ce tendon est constitué en grande partie par les fibres de la portion pré-tarsale du muscle orbiculaire, auxquelles se joignent des expansions issues des tarses et du septum, l'expansion latérale du muscle releveur et des fibres issues des muscles droits latéral et inférieur. [6]

■ Physiopathologie

L'ectropion peut être congénital ou acquis.

Ectropion congénital

Ectropion congénital primitif (Fig. 4)

Isolé, il est exceptionnel. Il affecte les quatre paupières, et correspond à une brièveté cutanée de la lamelle antérieure. Plus souvent, il s'agit de formes primitives associées à d'autres anomalies entrant dans le cadre des différents syndromes ; syndrome de Down et syndrome de blépharophimosis. [10]

Ectropion congénital secondaire

Il est plus fréquent, peut se voir au cours de la microphthalmie, l'euryblépharon (Fig. 5), les fentes faciales et les affections dermatologiques comme l'ichthyose (Fig. 6). De très rares cas d'ectropion congénital peuvent faire partie d'un syndrome paralytique.

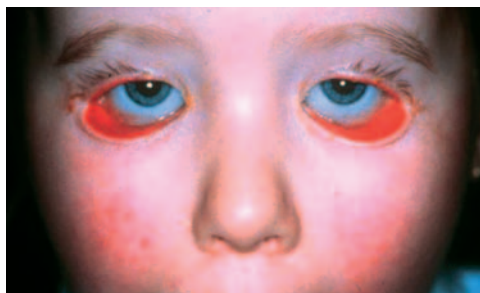


Figure 4. Ectropion congénital des quatre paupières avec brièveté de la lamelle antérieure et ptôsis des deux paupières supérieures masqué par l'ectropion (avec l'aimable autorisation du docteur Serge Morax).



Figure 5. Syndrome de l'euryblépharon (avec l'aimable autorisation du docteur Serge Morax).



Figure 6. Ectropion des quatre paupières dans le cadre d'une ichthyose (avec l'aimable autorisation du docteur Serge Morax).



Figure 7. Ectropion involutif bilatéral et symétrique (avec l'aimable autorisation du docteur Serge Morax).

Ectropion acquis

L'ectropion acquis peut être involutif, paralytique, cicatriciel ou mécanique.

Ectropion involutif (Fig. 7)

C'est la forme la plus fréquente, le facteur essentiel est une laxité horizontale par relâchement des tissus. Les changements structuraux incluent : [11]

- une distension horizontale de la sangle tarsoligamentaire par laxité du tendon latéral ;
- un relâchement du tendon canthal médial ;
- une désinsertion des rétracteurs (principalement du faisceau postérieur) ;
- une hypotonie du muscle orbiculaire.

Les patients qui ont des cavités anophtalmes équipées peuvent avoir un ectropion involutif par pression chronique exercée par la prothèse (Fig. 8).

Ectropion paralytique (Fig. 9)

Il survient après une paralysie du nerf facial (VII), les étiologies sont multiples ; tumeurs pontocérébelleuses, tumeur de la glande parotide, neurinomes et une atteinte zostérienne de la zone de Ramsey Hunt.

Ectropion cicatriciel (Fig. 10)

Il s'explique par la brièveté de la lamelle antérieure après une brûlure de la face, un traumatisme ou une excision cutanée excessive postblépharoplastie. Il peut également se voir à la suite d'une dermatite chronique.

Ectropion mécanique

Il survient dans un contexte traumatique (hématome) ou tumoral tel qu'un neurofibrome.



Figure 8. Ectropion paupière inférieure droite engendré par la pression chronique de la prothèse (avec l'aimable autorisation du docteur Serge Morax).



Figure 11. Ectropion constitué et total de la paupière inférieure droite chez un sujet âgé avec kératinisation de la conjonctive (avec l'aimable autorisation du docteur Serge Morax).



Figure 9. Ectropion paralytique de la paupière inférieure droite (avec l'aimable autorisation du docteur Serge Morax).

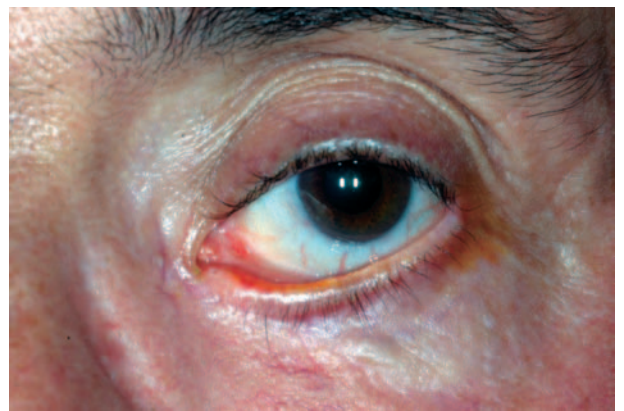


Figure 12. Ectropion nasal avec ectropion du point lacrymal (avec l'aimable autorisation du docteur Serge Morax).



Figure 10. Ectropion cicatriciel postblépharoplastie (avec l'aimable autorisation du docteur Serge Morax).

■ Examen clinique

Quantification de l'ectropion

Selon les lois de la gravité, l'ectropion atteint plutôt la paupière inférieure, plusieurs stades se succèdent :

- ectropion minime : simple éversion de cils ;
- ectropion modéré : perte de contact entre le globe oculaire et la paupière ou diastasis oculopalpébral ;

- ectropion constitué : éversion de la paupière qui, dans les cas évolués, développe un véritable effacement palpébral.

Analyse topographique

Elle permet de différencier trois formes cliniques :

- ectropion total : qui intéresse toute la longueur de la paupière (Fig. 11) ;
- ectropion segmentaire : latéral, moyen, nasal ;
- ectropion lacrymal : localisé au point lacrymal et correspond à une forme clinique particulière de l'ectropion nasal (Fig. 12).

Évaluation de la laxité tarsale

Le test de traction palpébrale antérieure représente une évaluation statique de la laxité horizontale. Il consiste en une traction horizontale de la paupière inférieure vers l'avant pour la décoller du globe oculaire et évaluer le diastasis oculopalpébral, l'écart ne doit pas excéder 8 mm.

Le *snap test* (Fig. 13) : représente une évaluation dynamique de la laxité horizontale. Il consiste en une traction douce de la paupière inférieure vers le bas, de façon symétrique. Il analyse l'importance de la traction et la qualité du retour spontané ou par clignement à la position initiale. L'hyperlaxité se définit par une traction dans le plan vertical supérieure à 14 mm et un temps du retour en position initiale supérieur à 2 secondes.

Évaluation de la laxité canthale

Le test de traction temporale (Fig. 14) étudie le tendon canthal médial et la trophicité du muscle de Horner. Au cours de ce test, on observe le déplacement du point lacrymal latéralement. Un déplacement excessif (> 8 mm) vers le dehors, lors de la traction, traduit un relâchement de l'angle interne.

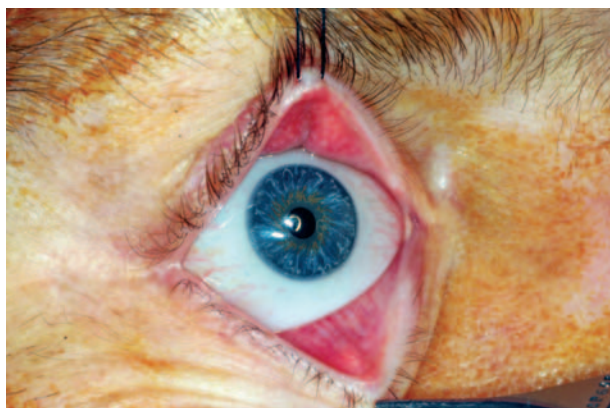


Figure 13. *Snap test* : test dynamique d'évaluation de la laxité tarsale horizontale (avec l'aimable autorisation du docteur Serge Morax).



Figure 14. Test de traction temporelle (évaluation de la laxité du tendon canthal médial) (avec l'aimable autorisation du docteur Serge Morax).



Figure 15. Test de traction nasale (évaluation de la laxité du tendon canthal latéral) (avec l'aimable autorisation du docteur Serge Morax).

Le test de traction nasale (Fig. 15) consiste à exercer une traction horizontale de la paupière inférieure vers l'angle interne. On évalue l'importance du déplacement du canthus latéral lors de cette traction.

Il est essentiel d'évaluer la position des canthi médial et latéral. En effet, une dystopie canthale peut être associée à l'ectropion surtout dans les ectropions involutionnels et cicatriciels, elle est à prendre en considération dans la démarche thérapeutique (Fig. 16).

Évaluation des rétracteurs

Elle correspond à l'évaluation de la laxité verticale. Quatre signes cliniques sont en faveur d'une désinsertion des rétracteurs, ils sont facilement mis en évidence : [12]

- un approfondissement du cul-de-sac conjonctival inférieur ;
- une limitation de l'excursion de la paupière inférieure dans le regard vers le bas ;

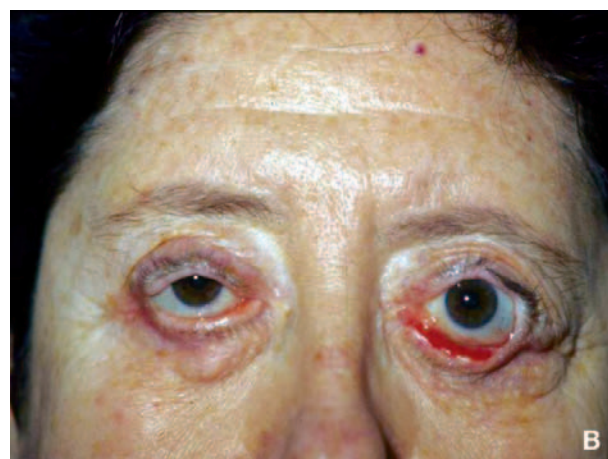


Figure 16.

A. Ectropion cicatriciel avec dystopie canthale médiale.

B. Ectropion bilatéral avec désinsertion du canthus latéral (avec l'aimable autorisation du docteur Serge Morax).

- un effacement du pli palpébral inférieur ;
- et enfin le niveau de la désinsertion souvent marqué par une zone blanc grisâtre reconnaissable à travers la conjonctive.

Examen de la peau

Il recherche une eczématisation ou une rétraction par cicatrice, brûlure ou affection dermatologique. Il faut en tenir compte et rallonger la lamelle antérieure par greffe ou lambeau lors du traitement chirurgical.

Examen à la lampe à fente

Il doit évaluer l'état du bord libre de la paupière (blépharite), de la conjonctive qui peut être normale, œdémateuse, kératinisée, de la cornée avec une kératite ponctuée superficielle située dans la moitié ou le tiers inférieur. En revanche, on peut rencontrer de véritables abcès de cornée ou de perforation lorsque la pathologie est négligée. L'évaluation de la position et de l'état du point lacrymal (sténoses, éversion, etc.), du lac lacrymal et l'examen de la perméabilité des voies lacrymales complètent l'examen.

Examen du visage

L'inspection du visage peut révéler une atteinte cutanée en rapport avec une connectivite (lupus érythémateux disséminé, périartérite noueuse, etc.), une acné rosacée, des séquelles de brûlure ou de chirurgie palpébrale antérieure, une physiognomie de syndrome de flaccidité palpébrale ou une paralysie faciale. Tous ces éléments sont importants pour l'analyse de l'ectropion.

■ Traitement

Le but du traitement chirurgical est de remettre la paupière en position anatomique en agissant sur les éléments pathogéniques en cause. Différentes techniques chirurgicales, connues

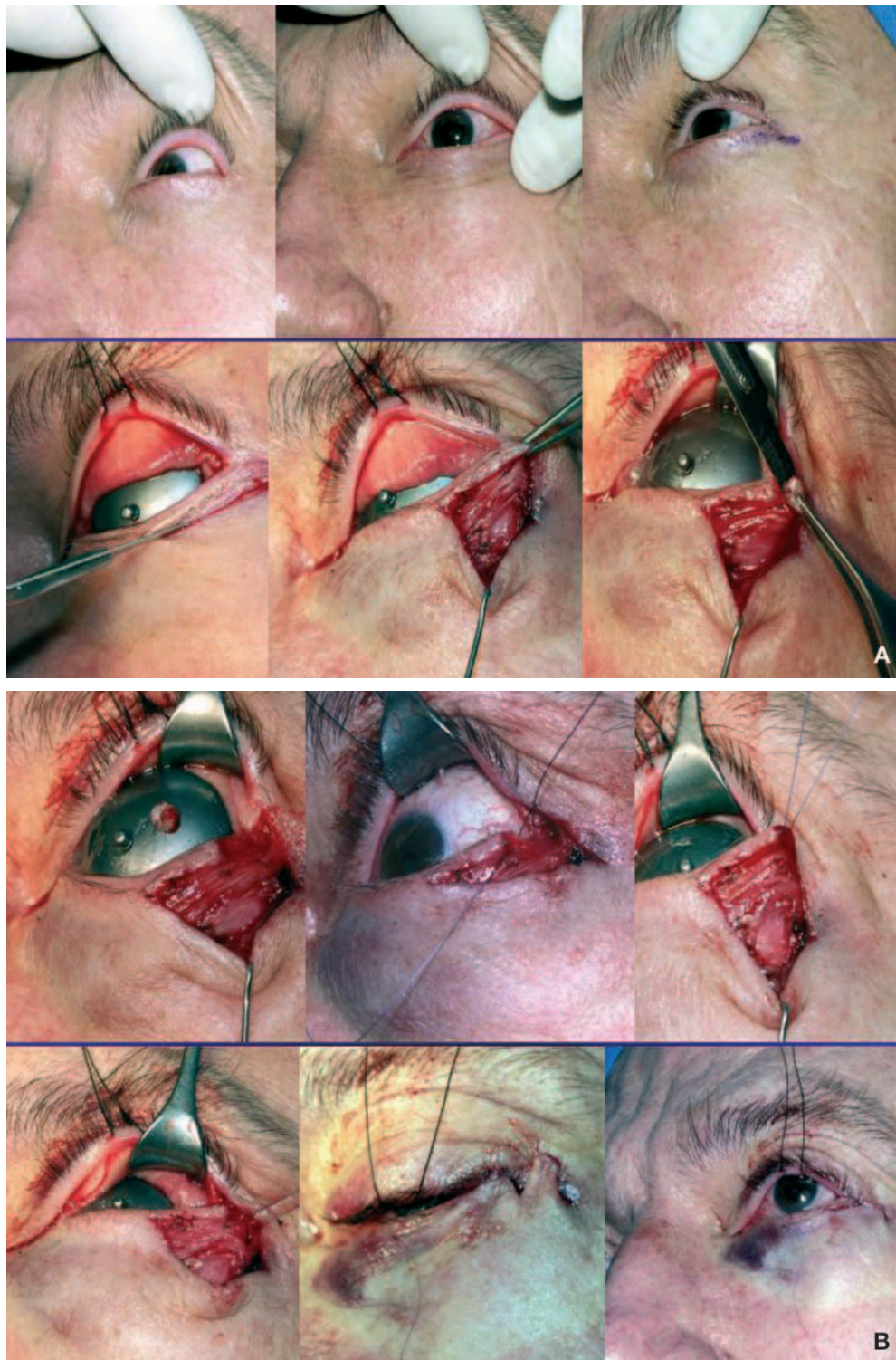


Figure 17.
A, B. Technique du *lateral tarsal strip* (avec l'aimable autorisation du docteur Serge Morax).

selon le nom de l'auteur, ont été décrites dans les dernières décennies. En pratique se dégagent quatre techniques de base qui peuvent être combinées entre elles :

- la remise en tension du canthus latéral ;
- le raccourcissement de la sangle tarsotendineuse ;
- la réinsertion de la lame des rétracteurs ;
- la remise en tension du canthus médial.

Choix de l'anesthésie

L'anesthésie locale (xylocaïne adrénalinée à 1 ou 2 %) est préférée dans la chirurgie palpébrale. Elle permet de bien repérer les éléments anatomiques et d'apprécier le résultat en position statique et dynamique en peropératoire. Elle est d'autant plus

justifiée qu'il s'agit souvent de gens âgés. Une sédation associée permet d'améliorer le confort des patients.

Canthopexie latérale technique du « lateral tarsal strip »

Elle s'adresse aux laxités horizontales de la sangle tarsotendineuse qu'elles soient totales ou temporales, avec relâchement de l'angle externe. Initialement décrite par Gordy et al.,^[13] cette technique est le standard de la chirurgie de l'ectropion. Les différents temps de la technique sont (Fig. 17) :

- incision cutanée sous-ciliaire (2 à 3 mm au-dessous de la ligne d'implantation des cils) et prolongée au niveau de la patte d'oie ;

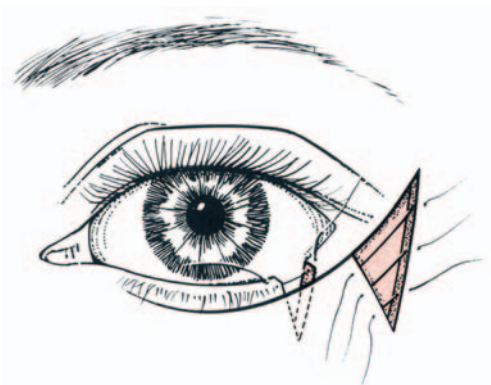


Figure 18. Technique classique de Kuhnt-Szymanowski.

- canthotomie latérale ;
- cantholyse du chef inférieur du tendon canthal latéral, permettant de libérer la paupière inférieure (celle-ci peut être raccourcie selon le degré de la laxité) ;
- préparation d'un néotendon, en dénudant le tarse sur quelques millimètres ;
- dissection de la région canthale latérale afin de pouvoir mettre en évidence le versant interne du rebord latéro-orbitaire ;
- fixation périostée de néotendon sur le rebord latéro-orbitaire par un ou deux point(s) non résorbable(s) de type prolène 5-0 (fixation située légèrement au-dessus de la ligne horizontale passant par le canthus médial).

Des variantes de cette technique ont été décrites, [14, 15] elles contribueraient à la solidité et la stabilité de la canthopexie.

Raccourcissement de la sangle tarsotendineuse

La principale indication de cette technique est représentée par la laxité horizontale de la paupière (ectropion involutif).

On décrit la technique de Kuhnt-Szymanowski (Fig. 18) : elle est réservée aux ectropions séniles avec laxité totale ou segmentaire de la sangle tarsotendineuse avec absence de relâchement de l'angle externe. [4, 5, 13] Elle combine une résection tarso-cilio-conjonctivale et une résection décalée du plan myocutané de la paupière inférieure.

La variante moderne de la technique de K-Z (Fig. 19) consiste en une incision sous-ciliaire 2 mm sous la marge palpébrale, cette incision commence en un point situé à l'aplomb du méat lacrymal inférieur et se prolonge latéralement dans une ride de la patte d'oie. Une résection pentagonale pleine épaisseur à la base ciliaire de la paupière est réalisée là où la laxité est la plus grande. La suture de la lamelle postérieure sera faite en deux plans, le plan tarsal sera suturé par points séparés de fils résorbables 6-0 et le plan du bord libre sera suturé par deux ou trois points séparés de soie 5-0. La lamelle antérieure est ajustée et l'excès myocutané doit être réséqué de manière à obtenir un repositionnement correct des tissus. [16]

Réinsertion des muscles rétracteurs de la paupière inférieure (Fig. 20)

La réinsertion des muscles rétracteurs est effectuée généralement dans le même temps opératoire que la canthopexie externe. Pour atteindre le plan des rétracteurs, il est indispensable d'ouvrir le plan septal, une lipectomie peut être réalisée dans le même temps opératoire. Les rétracteurs sont alors visibles sous forme d'une lame aponévrotique blanchâtre qui est attirée vers le bas lorsque le patient regarde vers le bas. Cette lame est fixée au bord inférieur du tarse par du vicryl 6/0. En cas d'un simple relâchement, une petite plicature est suffisante. Il est très important de fixer les rétracteurs sans le septum afin d'éviter une horizontalisation de la paupière en « casquette ». La

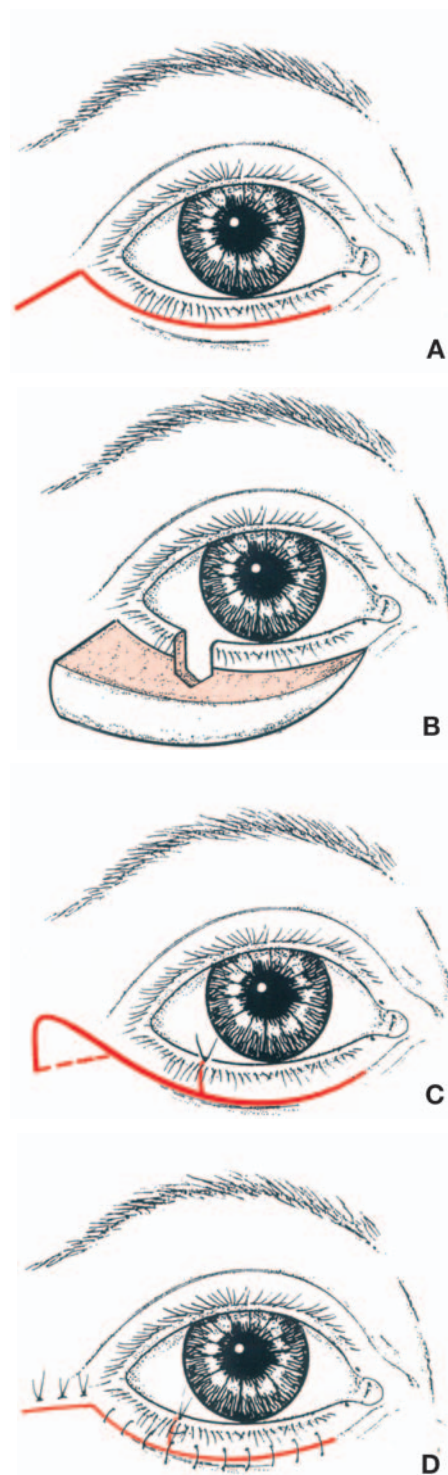


Figure 19. A, B, C, D. Variante moderne de la technique de K-Z.

fixation des rétracteurs permet de marquer le pli palpébral et d'assurer une synergie oculopalpébrale dans le regard vers le bas. [12]

Canthopexie médiale

Différents procédés ont été décrits, mais ces techniques sont peu utilisées, s'adressent à des ectropions sévères prédominant du côté nasal avec laxité ou dystopie canthale médiale.

La remise en tension de l'angle interne se fait en solidarissant la région du tendon canthal médial à la crête lacrymale postérieure par canthopexie médiale éventuellement associée à des résections tissulaires pouvant intéresser le segment lacrymal de la paupière inférieure. [5, 17] Une dilatation du méat lacrymal ou

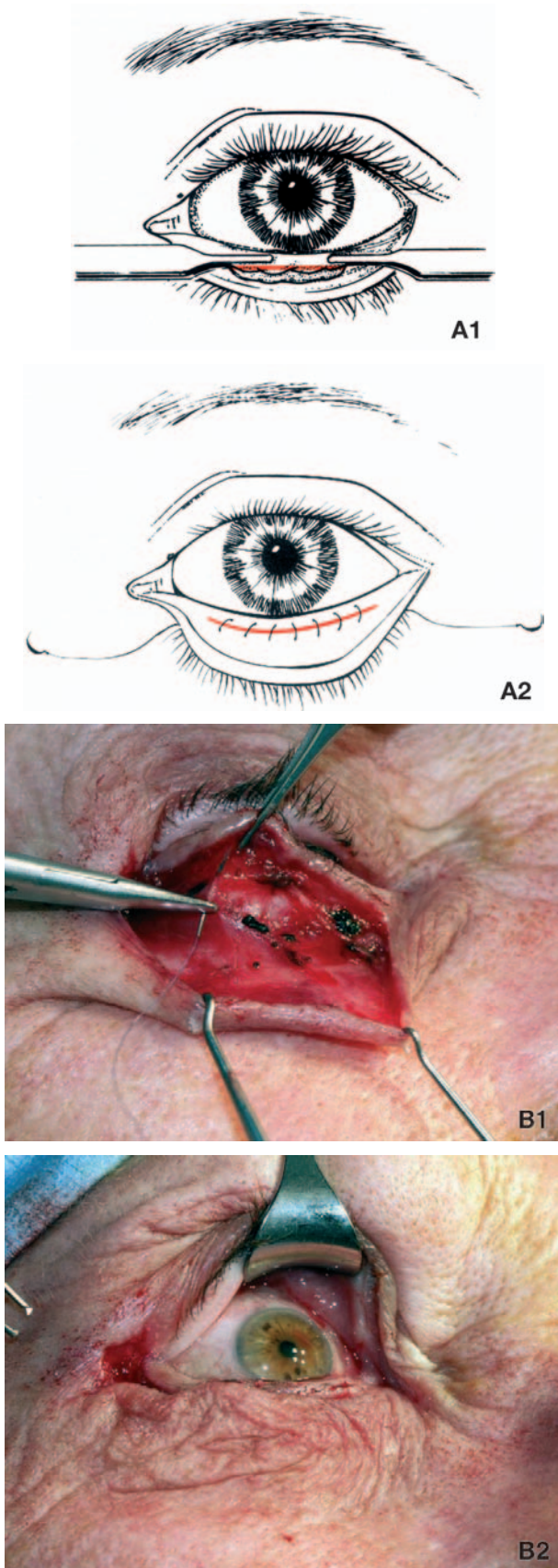


Figure 20.
A1, A2. Schéma de raccourcissement des muscles rétracteurs par voie conjonctivale.
B1, B2. Technique chirurgicale de la réinsertion des rétracteurs (avec l'aimable autorisation du docteur Serge Morax).

une punctoplastie peuvent être associées à ces différents temps opératoires. Parmi ces techniques on décrit :

- le renforcement du tendon canthal médial (Fig. 21) avec :

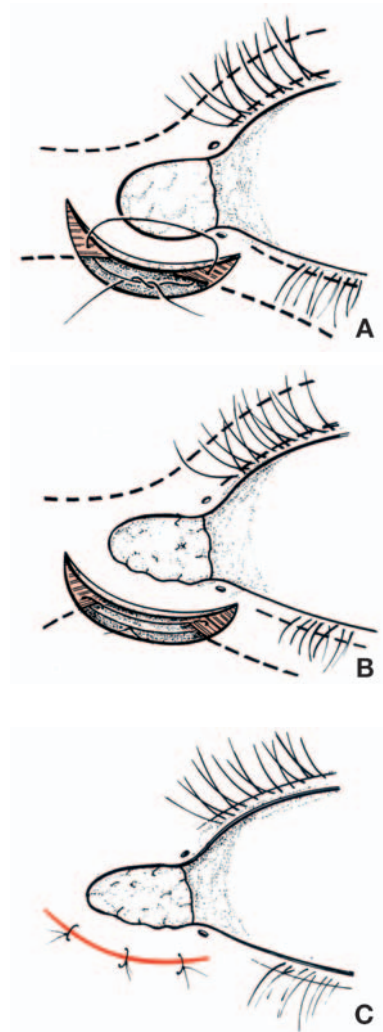


Figure 21.
A, B, C. Renforcement du tendon canthal médial.

- l'incision sous le canalicule inférieur qui expose le tarse et le tendon canthal médial ;
- la plicature du tendon par suture non résorbable. Cette technique présente l'inconvénient de changer la direction de la paupière et d'induire un diastasis oculopalpebral avec son retentissement lacrymal ;
- la technique de Crawford-Collin « 1984 » (Fig. 22) : il s'agit de la résection pleine épaisseur de la paupière inférieure de part et d'autre du point lacrymal, pour neutraliser l'excès palpébral, avec :
 - intubation bicanaliculaire ;
 - suture entre le muscle de Horner et le tarse ;
- la technique de Ritleng (1986) qui s'adresse aux ectropions sévères (Fig. 23). Elle comprend :
 - l'incision sur toute la hauteur du repli semi-lunaire qui donne accès au périoste orbitaire interne en arrière du sac lacrymal ;
 - la prolongation de cette incision vers la paupière inférieure ;
 - la résection palpébrale toute épaisseur en dedans du point lacrymal avec raccourcissement du canalicule inférieur. La résection palpébrale peut être effectuée en dehors du point lacrymal ;
 - l'intubation lacrymale ou les sutures canaliculaires ;
 - deux sutures non résorbables qui relient la partie nasale du tarse et le périoste orbitaire au niveau de la crête lacrymale postérieure. Leur tension doit être telle que les deux points lacrymaux se projettent sur la même verticale.

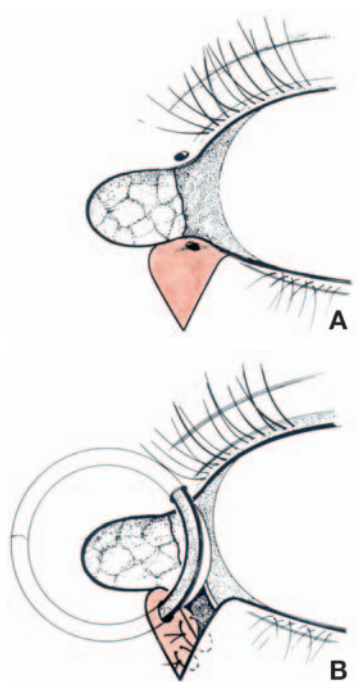


Figure 22.
A, B. Technique de Crawford-Collin.

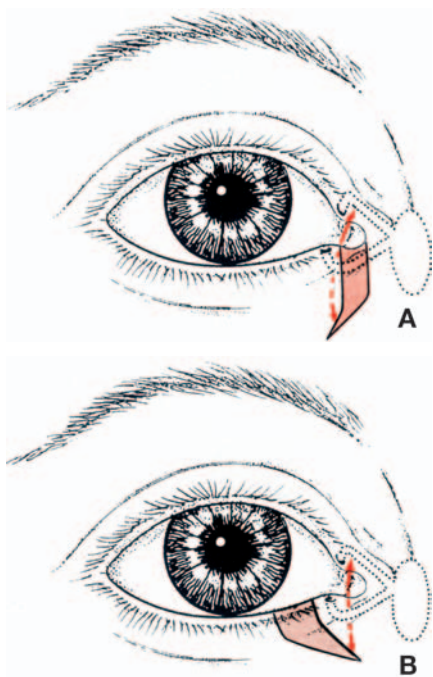


Figure 23.
A, B. Technique de canthoplastie interne de Ritleng.

Autres techniques

Elles permettent de corriger certaines formes particulières d'ectropion et peuvent être associées aux techniques de base. On distingue :

- la résection de la lamelle postérieure en cas de laxité verticale ;
- la plastie en Z (Fig. 24) : le principe repose sur l'allongement d'une bride cutanée par un échange de lambeaux. La branche centrale du Z est axée sur la bride à allonger, en cas de brides plus étendues, plusieurs plasties en Z sont effectuées (plasties en Z multiples) ;
- les greffes cutanées et lambeaux (Fig. 25) : la greffe peut être de peau totale prélevée de la paupière supérieure s'il y a un

dermatochalasis, préauriculaire, rétroauriculaire, sus-claviculaire ou greffe dermoépidermique prélevée au dermatome.

■ Indications selon les formes cliniques

Ectropion congénital (Fig. 26)

Le traitement d'un ectropion primitif congénital doit prendre en compte le degré de rétraction de la lamelle antérieure, l'existence d'un éventuel ptosis évident ou masqué par la rétraction, et les possibles malformations associées (télécanthus, voies lacrymales, etc.). [10]

La priorité est donnée à l'intégrité cornéenne. En effet, en cas de menace cornéenne, le traitement de l'ectropion doit être fait en premier temps.

En cas d'ectropion congénital primitif, l'allongement de la paupière supérieure doit comporter la mise en place de greffe de peau totale afin d'obtenir un recouvrement cornéen, le prélèvement est effectué en territoire rétroauriculaire.

La libération de la rétraction au niveau des paupières supérieures peut démasquer ou aggraver un ptosis sous-jacent qui sera traité dans un second temps opératoire.

En cas d'ectropion congénital secondaire à un blépharophimosis, la stratégie thérapeutique a les mêmes objectifs que pour l'ectropion congénital primitif associé au ptosis.

En cas d'affection dermatologique telle que l'ichthyose congénitale provoquant un ectropion non réversible malgré un traitement médical, les greffes de peau semblent être la meilleure solution thérapeutique (Fig. 27).

Ectropion involutif

On insiste sur le mécanisme physiopathologique essentiel, qui est une laxité horizontale par distension de la sangle tarsotendineuse associée ou non à une désinsertion des rétracteurs et à une atrophie tissulaire.

Les techniques préconisées doivent combiner un raccourcissement de la sangle tarsotendineuse et une canthopexie latérale. Celle-ci a l'avantage d'éviter les irrégularités du bord palpébral et de diminuer le risque de trichiasis par rapport à la technique de Kuhnt-Szymanowski. [2, 4] La réinsertion de la lame des rétracteurs est souvent associée (Fig. 28).

Ectropion paralytique

L'indication chirurgicale se fonde sur :

- le degré d'ectropion palpébral inférieur et la lagophtalmie ;
- l'importance du larmoiement ;
- l'atteinte cornéenne.

De nombreuses techniques chirurgicales ont été décrites pour rétablir une statique et une fonction palpébrale normale, on distingue les procédés statiques et les procédés dynamiques. [4, 18]

Procédés statiques

Blépharorrhaphies

Elles diminuent l'exposition par raccourcissement de la fente palpébrale, on distingue :

- les tarsorrhaphies complètes : dans les cas de patients comateux ou agités, elles assurent une excellente protection mais peuvent gêner la surveillance et l'instillation des collyres ;
- les tarsorrhaphies partielles : elles consistent en un accollement des extrémités latérales des paupières après avivement des bords libres, elles diminuent l'exposition oculaire par raccourcissement de la fente palpébrale. Ce sont des procédés faciles et réversibles mais peu esthétiques.

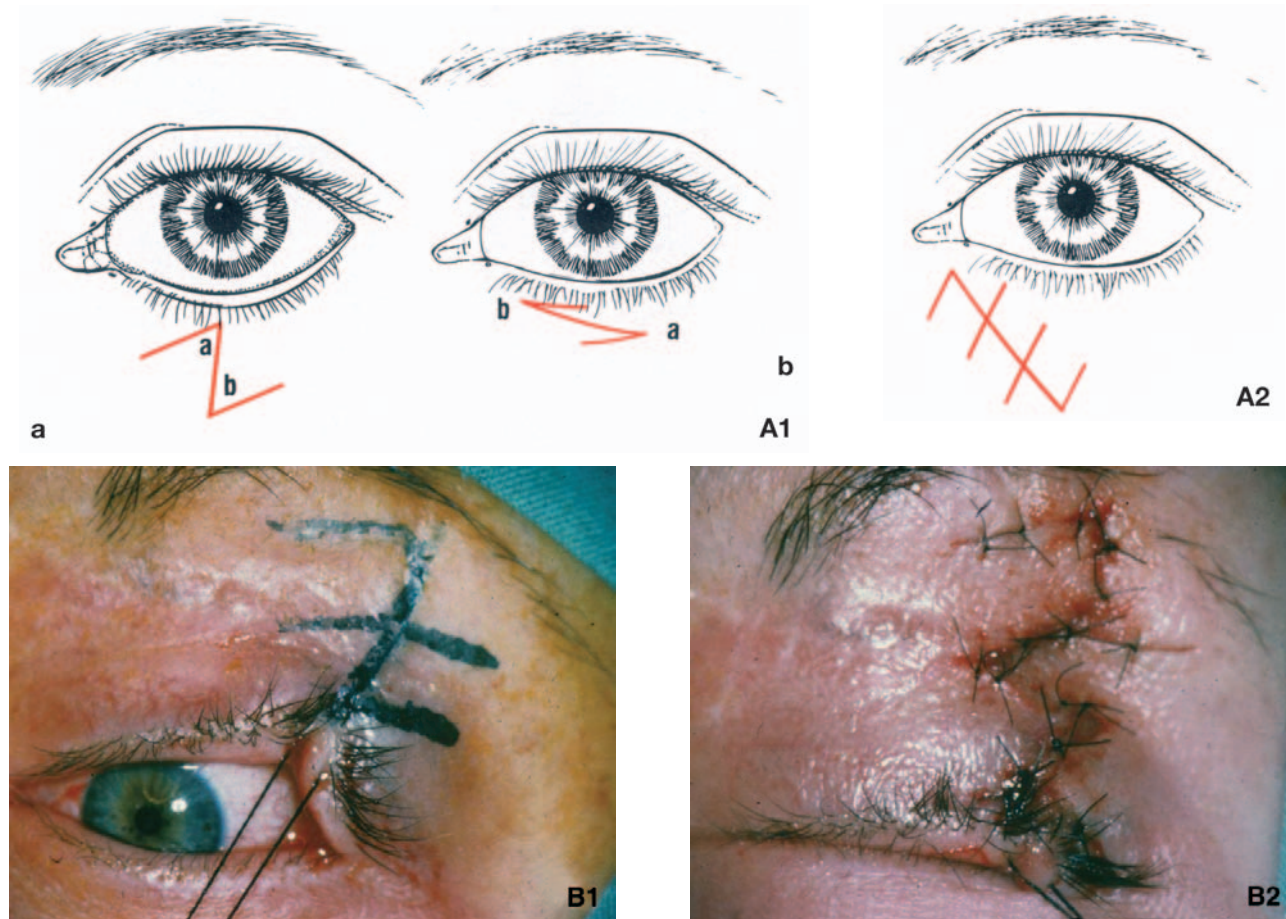


Figure 24.
A1, A2. Schémas de plastie en Z.
B1, B2. Plastie en Z, photos peropératoires (avec l'aimable autorisation du docteur Serge Morax).

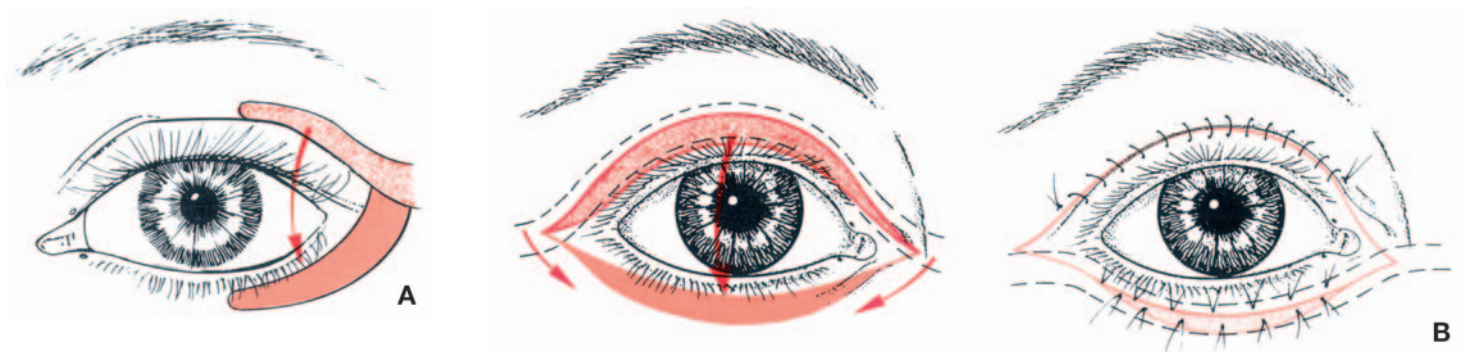


Figure 25. Schémas des lambeaux.

Canthoplasties latérales

Elles sont employées en cas de relâchement canthal latéral.

Canthoplasties médiales

Le relâchement du canthus médial est fréquent dans les ectropions paralytiques sévères et nécessite une remise en tension de la paupière sur ses attaches orbitaires internes.

Techniques de résection palpébrale pure

Elles sont employées en cas d'ectropion modéré lorsque la laxité médiale n'est pas trop importante (Kuhnt-Szymanowski).

Procédés dynamiques

Ils ont pour but d'assurer une bonne alternance d'ouverture et d'occlusion palpébrale et devraient assurer une fermeture palpébrale. De nombreux auteurs considèrent que les procédés de remise en tension (statiques) sont plus efficaces à long terme que les procédés dynamiques.

Techniques de suspension palpébrale inférieure

On distingue deux techniques :

- par fils : parmi de nombreux matériaux proposés (soie, nylon, acier) ; le fil de silicone (fil d'Arion) a été le plus utilisé. Le principe consiste à sangler les paupières par un fil de silicone fixé au tendon canthal médial et au tendon canthal latéral. Les inconvénients de cette technique sont nombreux : relâchement progressif, exposition du fil, complication infectieuse ;
- par fascia lata : celui-ci est fixé sur chaque tendon canthal et pour certains auteurs au muscle frontal et au muscle temporal.

Techniques de transfert musculaire

On distingue :

- le transfert du muscle temporal vers les paupières par une incision temporale verticale au-dessus de l'oreille pour



Figure 26. Ectropion congénital traité par allongement de la lamelle antérieure (lambeau), aspects préopératoire (A) et postopératoire (B) (avec l'aimable autorisation du docteur Serge Morax).

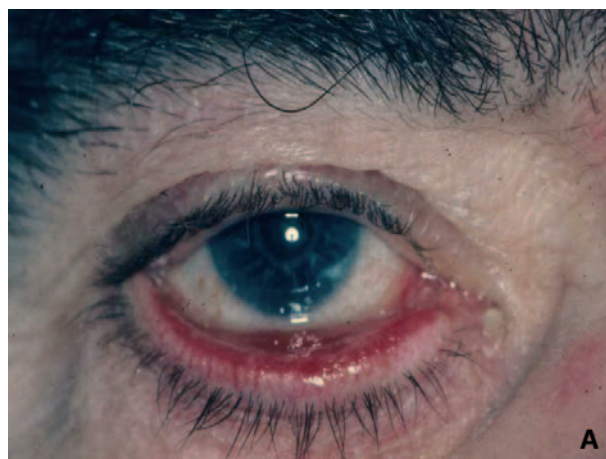


Figure 28. Ectropion involutif aspects préopératoire (A) et postopératoire (B) (avec l'aimable autorisation du docteur Serge Morax).



Figure 27. Traitement d'un ectropion dans le cadre d'une ichthyose par greffe de peau totale (avec l'aimable autorisation du docteur Serge Morax).

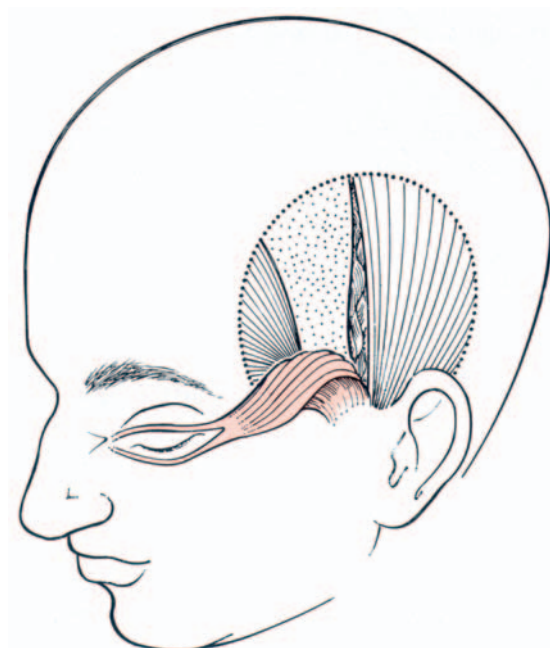


Figure 29. Technique de transfert bipalpébral du muscle temporal.

aborder la partie moyenne du muscle. Une bandelette est isolée avec son aponévrose (deux bandelettes pour chaque paupière), une incision canthale externe et interne est pratiquée pour récupérer la bandelette musculoaponévrotique et celle-ci est suturée sur le tendon canthal médial (Fig. 29) ;

- le transfert musculaire vers la commissure labiale, le poids de la joue est un facteur de récurrence des ectropions paralytiques. La suspension de la commissure labiale par transfert du muscle temporal associé à une canthoplastie médiale et latérale est efficace pour les ectropions paralytiques sévères « technique de Lisman » (Fig. 30).

Greffes nerveuses

Elles représentent le meilleur moyen de récupération de la fonction du nerf facial mais ne régénèrent que dans un faible pourcentage des cas. L'anastomose transfaciale et surtout l'anastomose hypoglossofaciale sont les plus utilisées. Elles sont



Figure 30. Technique de Lisman.

d'autant plus efficaces qu'elles sont réalisées avant l'apparition de l'atrophie musculaire et que le sujet est jeune.

Ectropion cicatriciel

En dehors d'une souffrance cornéenne imminente nécessitant un geste prioritaire sur la paupière, il est préférable d'attendre au moins 6 mois après un traumatisme pour proposer un traitement. [19, 20]

Tout ectropion cicatriciel doit être traité au préalable par des moyens médicaux, pommades corticoïdes et massages de la peau pendant quelques semaines.

Le traitement de l'ectropion cicatriciel sévère est fondé sur quatre principes directeurs qui, s'ils sont respectés, permettront d'obtenir des résultats satisfaisants :

- la résection des tissus cicatriciels superficiels et profonds pour que la paupière retrouve toute sa souplesse et sa mobilité ;
- une remise en tension en cas de laxité associée ;
- l'allongement de la lamelle antérieure par plastie en Z (Fig. 31) ;
- le comblement d'un déficit cutané par greffe cutanée ou lambeau (Fig. 32).

Le meilleur moyen pour traiter les déficits cutanés est la greffe de peau, les lambeaux sont réservés aux formes les plus graves avec déficit vasculaire sous-jacent, ils sont plus épais que les greffes et donnent un résultat fonctionnel et esthétique de moindre qualité. [19, 20] Certains ectropions cicatriciels s'associent à une rétraction du septum ou de la lamelle postérieure qui peut être traitée par excision des tissus cicatriciels ou par allongement de la lamelle postérieure par désinsertion des muscles rétracteurs avec ou sans interposition de matériel (autogreffe ou matériel bio-intégrable).

L'ectropion cicatriciel des maladies dermatologiques chroniques (sclérodémie, dermatite...) semble plus difficile à traiter du fait du terrain spécifique de la maladie, de l'efficacité du traitement local et général et du retentissement oculaire associé. [20, 21]

Ectropion mécanique

L'exercice de la lésion qui alourdit la paupière est la base du traitement, une résection pentagonale tout épaisseur de la paupière présente l'avantage de réduire la laxité horizontale associée.

Ectropion lacrymal

C'est une forme particulière d'ectropion qui compromet l'angle interne. Il peut s'agir d'une simple éversion du point

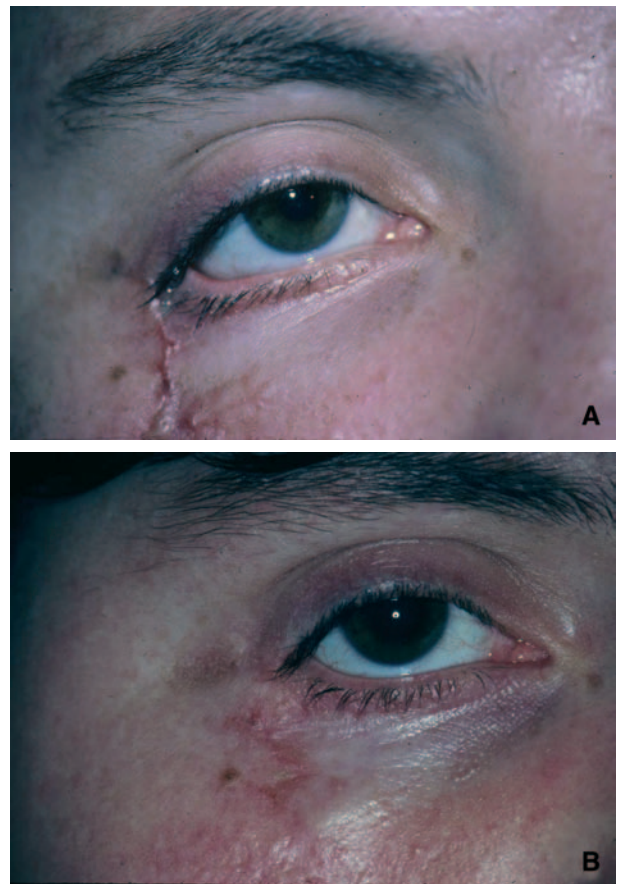


Figure 31. Ectropion cicatriciel, traitement par plastie en Z, aspects préopératoire (A) et postopératoire (B) (avec l'aimable autorisation du docteur Serge Morax).

lacrymal ou au contraire d'un ectropion constitué, parfois de traitement difficile en raison des récives. Selon la gravité de l'ectropion, plusieurs techniques peuvent être proposées :

- pour l'éversion simple du point lacrymal :
 - conjunctivoplastie « Pokhissouf » (Fig. 33) : elle consiste en une résection localisée de la lamelle postérieure en arrière du point lacrymal après une intubation du canalicule inférieur. La suture conjonctivale est faite par un fil résorbable en essayant de prendre la lame des rétracteurs, ce qui assurera une action inversante ; [9, 13]
 - punctoplastie : elle consiste en un élargissement du point lacrymal vers l'arrière, par la technique de *tri-snips* ou par la mise en place d'un clou-trou ;
- pour l'ectropion lacrymal constitué : Lazy-T ou technique de Byron Smith, [16] son principe est double :
 - c'est une technique qui permet une réduction de la laxité horizontale par résection pentagonale tarsoconjonctivale de 3-4 mm en dehors du point lacrymal inférieur ;
 - elle permet une réduction de la laxité verticale par résection losangique de la conjonctive et des muscles rétracteurs sous-canaliculaires (Fig. 34) ;
- pour l'ectropion lacrymal évolué qui correspond à un ectropion lacrymal sévère associé à une rétraction cutanée ou à un relâchement du canthus médial : le traitement chirurgical nécessite la prise en considération de tous ces facteurs (lambeaux, Lazy-T, canthopexie interne, etc.) (Fig. 35).

■ Conclusion

L'ectropion est une malposition palpébrale relativement fréquente surtout chez l'adulte. La forme la plus fréquente est

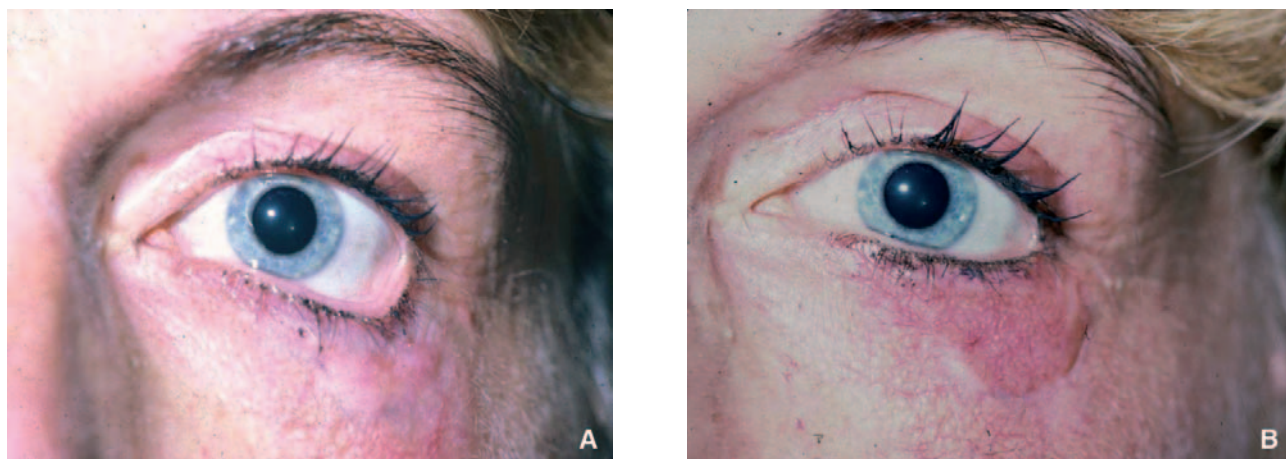


Figure 32. Traitement d'un ectropion cicatriciel par greffe cutanée ; aspects préopératoire (A) et postopératoire (B) (avec l'aimable autorisation du docteur Serge Morax).

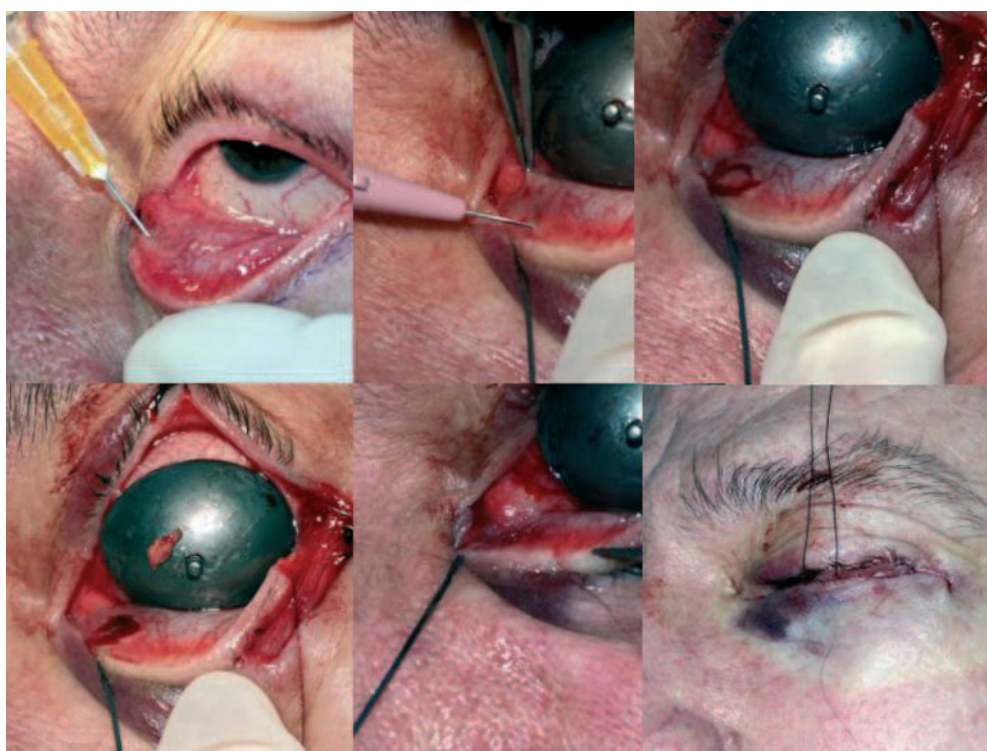


Figure 33. Technique de conjunctivoplastie dans le traitement de l'ectropion lacrymal (avec l'aimable autorisation du docteur Serge Morax).

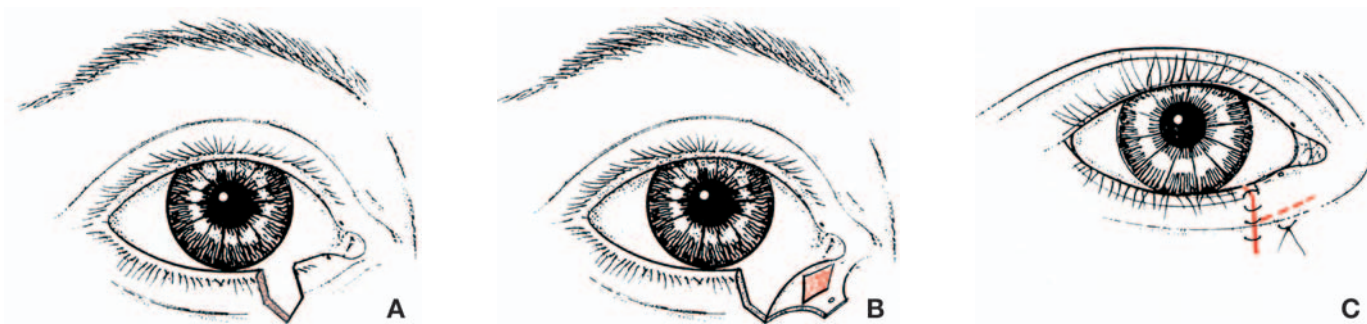


Figure 34.
A, B, C. Technique du « Lazy-T » de Smith.

l'ectropion involutif. La prise en charge chirurgicale fait appel à des techniques de base, qu'on peut associer selon les indications. Les techniques les plus réalisées sont la canthopexie

latérale et la réinsertion des rétracteurs. Les résultats sont souvent satisfaisants, sauf dans les quelques cas d'ectropions du point lacrymal où le traitement n'est pas facile à réaliser.

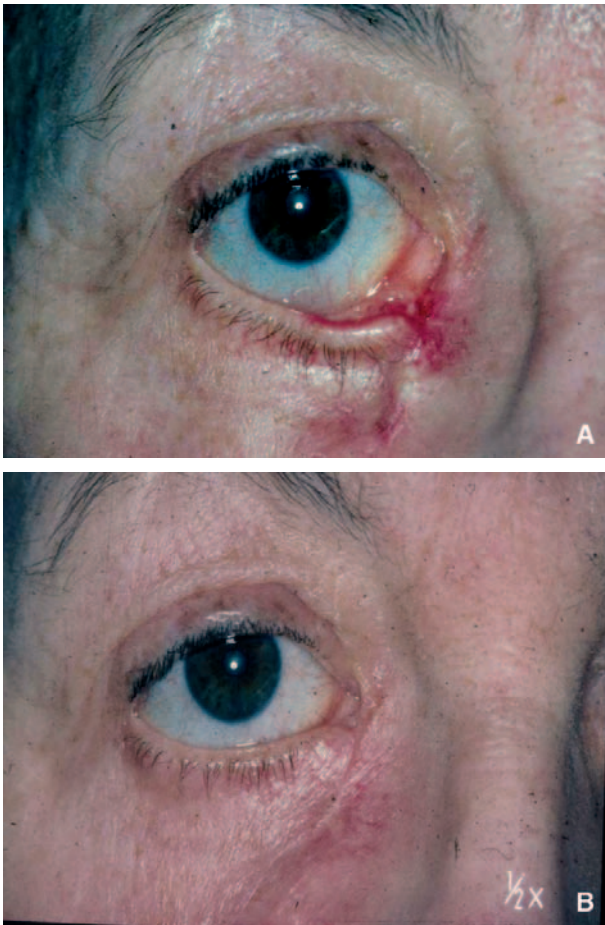


Figure 35. Traitement d'un ectropion lacrymal évolué par canthoplastie interne, aspects préopératoire (A) et postopératoire (B) (avec l'aimable autorisation du docteur Serge Morax).



Références

[1] Vallabhanath P, Carter SR. Ectropion and entropion. *Curr Opin Ophthalmol* 2000;**11**:345-51.

- [2] Rootman J, Nungent R. *Graves' orbitopathy in diseases of the orbit*. Philadelphia: JB Lippincott; 2002. p. 169-209.
- [3] Mouriaux F, Demailly FX. Physiopathogénie des malpositions palpébrales inférieures involutionnelles. *Réal Ophthalmol* 2003;**100**:6-8.
- [4] Ritleng P. Ectropion : sémiologie et traitement chirurgical. *Encycl Méd Chir (Elsevier SAS, Paris)*, Ophtalmologie, (21-100-B-10), 1990: 14p.
- [5] Ruban JP, Baggio E. Les ectropions séniles : de l'analyse de la paupière à la prise en charge chirurgicale. *Réal Ophthalmol* 2003;**100**:14-22.
- [6] Ducasse A. Anatomie et physiologie des paupières et de l'orbite. In: *Rapport de la société française d'ophtalmologie*. Paris: Masson; 1998. p. 3-10.
- [7] Goldberg RA, Lufkin R, Farahani K, Wu JC, Jesmanowicz A, Hyde JS. Physiology of the lower eyelid retractors: tight dynamic ultrafine surface coil MRI. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 1994;**10**:87-91.
- [8] Seiff SR. Surgical management of seventh nerve paralysis and floppy eyelid syndrome. *Curr Opin Ophthalmol* 1999;**10**:242-6.
- [9] Ritleng P. Ectropions. In: *Rapport de la société française d'ophtalmologie*. Paris: Masson; 1998. p. 184-97.
- [10] Morax S, Gatinel D. L'ectropion congénital primitif. *J Fr Ophtalmol* 1996;**19**:415-22.
- [11] Bashour M, Harvey J. Causes of involuntional ectropion and entropion: Age related tarsal changes are the key. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 2000;**16**:131-41.
- [12] Shah-Desai S, Collin R. Role of the lower lid retractors in involuntional ectropion repair. *Orbit* 2001;**20**:81-6.
- [13] Anderson RL, Gordy DD. The tarsal strip procedure. *Arch Ophthalmol* 1979;**97**:2192-6.
- [14] Lemke BN, Cook Jr. BE, Lucarelli MJ. Canthus-sparing ectropion repair. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 2001;**17**:161-8.
- [15] Hesse RJ. The tarsal sandwich: a new technique in lateral canthoplasty. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 2000;**16**:39-41.
- [16] Smith B. The "lazy-T" correction of the lower punctum. *Arch Ophthalmol* 1976;**94**:1149-50.
- [17] Hamedani M. Chirurgie de l'ectropion involutionnel. *Réal Ophthalmol* 2003;**100**:23-6.
- [18] Adenis JP, Liozon P. Paralysie faciale. In: *Rapport de la société française d'ophtalmologie*. Paris: Masson; 1998. p. 201-11.
- [19] Hamedani M, Morax S, Arturi L. Brûlures palpébrales. *Encycl Méd Chir (Elsevier SAS, Paris)*, Ophtalmologie, (21-290-A-10), 2002: 6p.
- [20] Mittelviehhaus H. Cicatricial ectropion in progressive skin diseases. *Orbit* 2001;**20**:91-9.
- [21] Rougier J, Tessier P, Hervouet F, Woillez M, Lekieffre M, Derome P. L'entropion des brûlés. Chirurgie plastique orbito-palpébrale. In: *Rapport de la société française d'ophtalmologie*. Paris: Masson; 1977. p. 393-7.

H. Ben Ayed (vdauvin@fo-rothschild.fr).

Service de chirurgie orbitopalpébrale et lacrymale, Fondation Adolphe de Rothschild, 25-29, rue Manin, 75019 Paris, France.

C. Hidalgo.

Service d'ophtalmologie, Hôpital Guillermo Grant Benavente-Concepcion, Chili.

M. Hamédani.

Service d'ophtalmologie, Hôpital ophtalmique Jules Gonin, université de Lausanne, Suisse.

S. Morax.

Service de chirurgie orbitopalpébrale et lacrymale, Fondation Adolphe de Rothschild, 25-29, rue Manin, 75019 Paris, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Ben Ayed H., Hidalgo C., Hamédani M., Morax S. Ectropions. EMC (Elsevier SAS, Paris), Ophtalmologie, 21-100-B-10, 2005.

Disponibles sur www.emc-consulte.com



Arbres décisionnels



Iconographies supplémentaires



Vidéos / Animations



Documents légaux



Information au patient



Informations supplémentaires



Auto-évaluations