

Principes généraux en chirurgie oculoplastique

J.-F. PENIDE, P.-T. SCHMITT

I – ORGANISATION EN CHIRURGIE OCULOPLASTIQUE

J.-F. PENIDE

Il nous faut d'abord établir des constats concernant notre spécialisation oculoplastique, afin d'y adapter notre organisation, et de définir les buts de celle-ci.

Après avoir revu les principes d'organisation générale, nous aborderons quelques points spécifiques au cabinet de chirurgie oculoplastique, pour en tirer des conclusions.

Axes de développement – stratégies clés

– Une stratégie clé est une orientation apparaissant critique pour l'avenir d'une activité et qui peut influencer son futur.

– Les stratégies clés représentent des pistes de réflexion, desquelles proviendront des objectifs stratégiques. Les stratégies clés s'obtiennent par une analyse croisée de la matrice AFOM (atouts, faiblesses, opportunités, menaces ; ou SWOT en anglais, pour *strengths, weaknesses, opportunities, threats*) (tableau 2-1).

– Une fois que les stratégies clés sont déterminées, divers scénarios peuvent être conçus permettant de définir une organisation avec une vision stratégique pour l'activité définie.

Chaque oculoplasticien établit ou modifie sa matrice en fonction de ses conditions d'exercice et de ses particularités. Parmi les points les plus importants, nous retiendrons :

– 1^{re} clé – atouts–opportunités (*entreprendre–promouvoir*). Définir le positionnement produit/marché de l'oculoplastique. Quels services de référence développer ? Avec quelles alliances et canaux ? (Et ce en fonction de notre contexte local et personnel.)

– 2^e clé – faiblesses–opportunités (*modifier*). Penser et formuler une politique d'alliances dans les différents domaines : nous organiser en réseau avec des soins de proximité et à un deuxième niveau des centres de référence.

– 3^e clé – atouts–menaces (*affronter*). Développer une politique d'innovation et promouvoir la communication des résultats cliniques. Promouvoir les rencontres interspécialités.

– 4^e clé – faiblesses–menaces (*corriger, repenser*). Développer une politique de valorisation de notre spécialité *online* et par des moyens traditionnels. Développer de nouvelles prestations en s'appuyant sur les nouvelles techniques de communication (citons par exemple la création d'une application par nos confrères plasticiens, pour téléphones portables ou tablettes). Ces outils peuvent nous aider à développer nos rapports de collaboration dans notre secteur d'activité.

Tableau 2-1 – Atouts, faiblesses, opportunités et menaces (AFOM) en oculoplastique.

Atouts	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> – Une surspécialisation reconnue de nos pairs – Un groupe de praticiens homogène et peu nombreux – Une activité médicochirurgicale à fort potentiel de développement – Une chirurgie essentiellement ambulatoire 	<ul style="list-style-type: none"> – Certains actes chirurgicaux longs – Nomenclature peu favorable – Sous-information de nos patients à propos de notre surspécialité – Notre pratique de l'anglais pour développer nos contacts
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> – Chirurgie esthétique des paupières – Ophtalmopédiatrie : voies lacrymales, paupières – Activité médicale esthétique (toxine botulinique, produits de comblement, etc.) élargie – Bassin de population drainé souvent large 	<ul style="list-style-type: none"> – Concurrence directe d'autres spécialités : chirurgiens plasticiens, maxillo-faciaux, ORL, etc. – Concurrence avec d'autres activités ophtalmologiques/plages opératoires – Activité/moyens en période de crise

Principes d'organisation générale

■ SELON LES TYPES D'ACTIVITÉ

– Pour ceux qui ont une activité médicochirurgicale ophtalmologique générale : il s'agit de séparer l'activité de consultation ophtalmologique et oculoplastique, en offrant un service dédié à cette activité. Cela peut permettre de mieux organiser une consultation de proximité, et de la valoriser.

– Pour ceux qui ont une activité oculoplastique exclusive ou principale, séparer la consultation esthétique du reste de la consultation peut permettre :

- de donner (et réserver) des rendez-vous rapides (centre oculoplastique de référence) ;
- d'offrir un service esthétique dans un contexte d'accueil dédié, et de prestations d'injection immédiate lorsque le devis le permet.

■ AUTOUR DU PATIENT

Il importe de recueillir le profil numérique du patient (e-mail, WhatsApp®, etc.), de son médecin référent, et si nécessaire des spécialistes consultés.

Le service attendu est, bien sûr, un acte techniquement irréprochable dont les suites immédiates et à plus long terme ont été expliquées. Mais il convient aussi :

- d'organiser la consultation pour diminuer le temps d'attente (assistante orthoptiste, grille d'examen à réaliser en fonction de la pathologie, etc.) ;
- de faire passer le temps d'attente plus facilement (informations vidéo, boissons, lecture, etc.) ;
- de diminuer les délais entre consultation et chirurgie ;
- qu'il n'y ait pas d'attente le jour de la chirurgie ;
- qu'il y ait peu de consultation(s) postopératoire(s) ;
- que le temps d'éviction sociale soit limité.

On connaîtra par une enquête de satisfaction l'adéquation entre service réalisé et service attendu (fig. 2-1).

■ CHIRURGIE

L'ambulatoire sera favorisé pour la majorité des chirurgies oculoplastiques, ainsi que l'anesthésie locorégionale avec ou sans sédation. L'anesthésie générale reste de mise pour certaines chirurgies, en ambulatoire ou en hospitalisation courte.

Ce principe chirurgical, admis par le plus grand nombre, doit s'associer à un parcours postopératoire sans faille : chirurgien joignable la première semaine directement sur son portable ou à un numéro dédié.



Fig. 2-1 Indicateurs de satisfaction et de conformité.

Front desk et backstage

L'information concernant notre activité oculoplastique nécessite encore parfois un effort de communication auprès de nos patients et des médecins généralistes et ophtalmologistes.

Que ce soit lors d'un premier contact téléphonique ou de l'accueil du patient au cabinet, tout doit être fait pour que l'information (concernant notre activité) soit précise.

Le premier pas doit être de nommer le centre d'activité oculoplastique, ou plus généralement le centre ophtalmologique, pour communiquer plus facilement et en faciliter l'accès (fig. 2-2).

■ FRONT DESK

LE TÉLÉPHONE

Il s'agit de veiller aux éléments suivants :

- développer les rendez-vous par internet afin de libérer le téléphone ;
- le message d'attente doit renseigner sur les différentes pathologies ou domaines de votre compétence oculoplastique et esthétique ;
- confirmer les rendez-vous par SMS ou autre la première fois et un plan d'accès peut également être transmis ;
- créer des créneaux « VIP » pour les urgences, la pathologie tumorale adressée, l'esthétique ;
- développer la continuité des soins par téléphone :
 - en chirurgie ambulatoire, l'appel du soir, par le chirurgien lui-même ou par son assistante, est un service très apprécié des patients. Il permet de prendre connaissance de l'état du patient (douleur, hématome), de le rassurer, de préciser les consignes écrites et de désamorcer ainsi une situation d'anxiété naissante la nuit venue ;



Fig. 2-2 Entrée d'un centre multidisciplinaire.

– la consultation téléphonique postopératoire à distance de l'acte, ou de contrôle d'efficacité de traitement, est importante pour des patients résidant loin du centre. Par exemple, le ptosis déjà contrôlé à J1 ou J7 présentant un petit syndrome d'exposition peut être contrôlé à J15–20 par une simple consultation téléphonique pour connaître son évolution et décider de la conduite à tenir en attendant la consultation finale.

ACCUEIL (fig. 2-3)

En particulier pour les patients venant la première fois, il importe :

- de donner les renseignements tarifaires obligatoires (secteur 1 et secteur 2) ;
- de donner une feuille de renseignements concernant l'activité spécifique oculoplastique du chirurgien.

SALLE D'ATTENTE

En salle d'attente, il est possible :

- de disposer des documents d'information sur l'activité générale et esthétique ;
- de diffuser sur un moniteur des films renseignant sur l'activité oculoplastique et esthétique ainsi que sur les différentes pathologies et domaines de compétence.

FIN DE CONSULTATION

Dans une chemise, on remettra :

- un résumé de la consultation et ses conclusions ;
- le courrier adressé au médecin traitant, les photographies préopératoires et le devis. Cette chemise, qui est conservée par le patient, peut faire état des autres compétences du centre.

Il nous faut insister sur la déperdition de la communication orale, en particulier chez nos patients les plus âgés, impliquant la remise de documents d'informations clairs (préparation à la chirurgie, suites postopératoires, numéros d'appel, information détaillée sur l'acte chirurgical oculoplastique) (fig. 2-4).

■ BACKSTAGE

L'assistante ou assistante-programmatrice (selon les cas, une seule ou deux personnes) est la personne « clé » de l'organisation chirurgicale générale, et oculoplastique. En particulier :

- elle collecte les informations (antécédents, traitements, allergies, cicatrisation) ;
- elle réalise les photographies :



Fig. 2-3 Accueil central respectant la confidentialité et salle d'attente individualisée selon la spécialité.

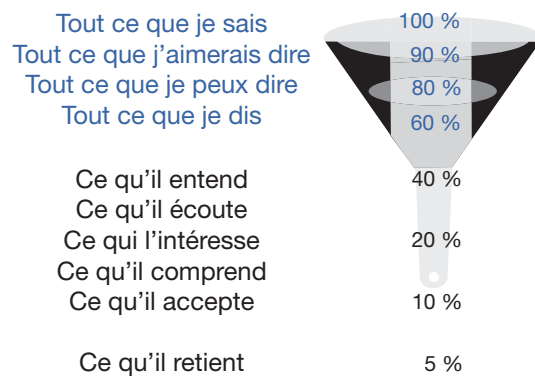


Fig. 2-4 Déperdition de la communication orale.

- les logiciels photographiques sont devenus indispensables à une bonne standardisation de l'image et à leur archivage ;
- la photographie 3D est en cours d'évaluation ;
- les logiciels de correction d'image sont à éviter, car ils ont valeur de contrat sur des documents opératoires.

– elle délivre les informations commentées du consentement éclairé avant sa signature ;

- elle programme l'acte ;
- elle assure un contact téléphonique postopératoire

■ LA SALLE D'INJECTION, OU SALLE DE SOINS AMBULATOIRES

Beaucoup d'entre nous se sont équipés d'une salle dédiée à certains actes, pouvant être réalisés au cabinet.

L'idéal est de pouvoir séparer deux zones de travail.

- La première zone est réservée à des actes chirurgicaux simples comme le chalazion, ou l'ablation de certaines tumeurs bénignes :
 - cette salle est équipée d'un matériel de réanimation de première intention, comme une salle d'angiographie (masque à oxygène, bouteille d'oxygène, tensiomètre, matériel d'injection d'adrénaline et de corticoïdes) ;
 - les instruments utilisés sont jetables (kit) ;
 - cette salle est nettoyée entre chaque acte.
- La deuxième zone est dédiée aux injections et soins en esthétique :
 - salle propre non stérile équipée d'un fauteuil de type « soins dentaires », inclinable ;
 - certains actes de resurfaçage laser, ou de peeling cutané, peuvent y être réalisés ;
 - certains ont opté pour la réalisation de plusieurs « box » d'injection, reliés au même sas d'entrée, pour pouvoir augmenter le temps de latence et de repos postinjection pour chaque patient, et augmenter aussi le nombre de patients injectés par unité de temps.

■ SITE INTERNET ET LÉGALITÉ

La réalisation d'un site Internet est en général confiée à un spécialiste exploitant un site dans le domaine de la santé. Cette société aura obtenu la certification HON (*health on the net*), mise en œuvre par la Haute autorité de santé (HAS) en application de l'article L.161-38 du Code de la Sécurité sociale.

Il importe de faire vivre et évoluer le site par de l'actualité technique et thérapeutique.

La prise de rendez-vous directe sécurisée est une option qui peut être proposée sur le site.

■ NORME ISO 9001

– Cette norme ISO (International Organization for Standardization) s'applique à toutes les activités de service, dont le service médical.

- C'est une norme de qualité centrée sur la satisfaction du client.
- Le contrôle technique de la qualité ne fait pas partie de la norme.
- Elle peut être souscrite par un groupe (société civile de moyens [SCM], etc.) et fournit alors une certification collective.
- Elle permet d'optimiser l'organisation par l'établissement de protocoles pour la partie médicale et extramédicale (achats, formation continue, gestion de l'archivage des documents, traçabilité, gestion du stock des consommables, protocoles de nettoyages, etc.).

Organiser un réseau périphérique

Des spécialités nous sont indispensables pour une prise en charge globale des pathologies. Il s'agit de développer un réseau de consultants dans les domaines suivants :

- neurologie, neuroradiologie, neurochirurgie ;
- endocrinologie ;
- spécialistes de la face (chirurgiens plasticiens, maxillo-faciaux, ORL) ;
- dermatologie ;
- oncologie, radio-oncologie ;
- anatomopathologie ;
- anesthésistes.

Par ailleurs, avoir des rapports réguliers avec une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en oncologie-cancérologie locale permet d'y participer, voire d'en faire partie intégrante.

Des RCP plus spécifiques existent comme celles concernant la thyroïde ou l'oncogénétique pédiatrique.

Conclusion

Le but de l'organisation du cabinet en chirurgie oculoplastique est triple :

- garantir la qualité des prestations, tant cliniques, diagnostiques que thérapeutiques, chacun à notre niveau d'activité. Les soins de proximité sont primordiaux et sont en rapport avec des centres de référence pour les problèmes les plus complexes. L'introduction d'une activité esthétique est un gage d'amélioration générale du service de chirurgie oculoplastique du fait du haut niveau d'exigence de cette activité ;
- développer une collaboration respectueuse et constructive au sein d'un même centre d'ophtalmologie, et avec le réseau périphérique à notre consultation (consultants extérieurs et médecins référents). L'entreprise médicale n'existe pas sans reconnaissance mutuelle, sans *affectio societatis* comme disent les juristes, sans une certaine communauté avec nos associés ayant d'autres activités, nos correspondants, nos médecins référents et notre réseau de consultants extérieurs ;
- participer à l'image et à la notoriété de notre centre en organisant des réunions, ou en participant à des réunions organisées par nos confrères, ou encore en participant au développement des activités de télésanté.

II – PRINCIPES GÉNÉRAUX DE LA CHIRURGIE OCULOPLASTIQUE

P.-T. SCHMITT

Objectifs et défis actuels de la chirurgie palpébrale

La chirurgie oculoplastique intègre de façon indissociable la chirurgie réparatrice à la chirurgie esthétique du regard. Quel que soit l'âge du patient, il est aujourd'hui de notre devoir, devant une malposition palpébrale ou une perte de substance, de restaurer non seulement la fonction des paupières, mais également leur unité esthétique.

Un certain nombre de principes communs nous guident dans cette quête d'une réparation esthétique du regard.

En matière de chirurgie carcinologique, seule la preuve histologique d'une exérèse complète en tissu sain est considérée comme satisfaisante. Habituellement, nous proposons une reconstruction

dans le même temps opératoire que l'exérèse de la lésion. Un examen anatomopathologique extemporané est parfois demandé, mais seule l'analyse définitive de la pièce permet de conclure sur le caractère complet de l'exérèse et sur la sécurité des marges. Un second temps opératoire avec une nouvelle reconstruction est donc parfois nécessaire en fonction des résultats. L'importance de la marge saine périlésionnelle dépend du type histologique de la tumeur et non des difficultés que cela pourrait générer au niveau de la reconstruction.

La restauration de la fonction est le *primum movens*. La paupière inférieure assure un soutien et une protection du tiers inférieur du globe oculaire en venant idéalement placer son bord libre au niveau du limbe inférieur. La reconstruction doit anticiper le risque d'ectropion postopératoire classique dans les suites. La mobilité de la paupière supérieure sera fondamentale pour pouvoir acquérir un large champ de vision tout en permettant une occlusion complète et une bonne répartition du film lacrymal grâce aux clignements. Afin de prévenir le risque de lésion cornéenne, il est impor-

tant d'éviter les frottements par des fils du plan tarsoconjontival, ainsi que le contact direct de la peau, des poils et des cils avec la surface oculaire.

La reconstruction palpébrale s'effectue plan par plan avec des tissus les plus proches possibles de ceux d'origine. La lamelle postérieure correspondant au niveau tarsal doit être suffisamment rigide pour assurer un bon soutien et ne pas subir de rétraction. Le plan conjontival doit être remplacé par un tissu muqueux ou conjontival. La réparation de perte de substance de la lamelle antérieure cutanée se fait idéalement par des tissus palpébraux, ou à défaut par des tissus possédant une élasticité et une finesse équivalentes.

Le principe d'unités esthétiques de la face est à la base des stratégies de reconstruction. Les cicatrices doivent être placées dans les plis naturels pour s'intégrer au mieux dans les rides musculaires et ne pas occasionner de déformation du bord libre des paupières. En cas de lésion à cheval sur deux unités, il faudra reconstruire distinctement les lamelles antérieure et postérieure [1]. La cicatrice est alors à la frontière entre les deux zones et permet de restituer un résultat statique et surtout dynamique plus satisfaisant.

La recherche d'une symétrisation la plus fidèle possible du regard est constante. Un raisonnement tridimensionnel comparatif, statique et dynamique est nécessaire pour obtenir une restauration satisfaisante d'un alignement des bords libres palpébraux. L'analyse de la tonicité des vecteurs horizontaux tarsotendineux, des forces de traction verticale et de la projection antérieure des tissus osseux et sous-cutanés dicte le plan de traitement le mieux adapté.

Évaluation des patients en préopératoire

■ LA DEMANDE DU PATIENT

La consultation débute par un interrogatoire qui veille en premier lieu à laisser exprimer la demande du patient. Dans le cadre d'une prise en charge esthétique du regard, cette étape fondamentale est réalisée le plus souvent devant un miroir.

■ INTERROGATOIRE

La prise en compte des antécédents médicaux généraux est indispensable et recherche notamment une hypertension artérielle (HTA), un diabète, des troubles de la coagulation, des maladies auto-immunes, des pathologies thyroïdiennes et une intoxication tabagique.

Les antécédents chirurgicaux et traumatiques dans le visage sont notés, ainsi que les réactions éventuelles lors d'anesthésies locales ou générales, et l'existence d'injection de toxine botulique ou de produits de comblement.

Les traitements sont précisés en recherchant systématiquement la prise d'anticoagulant ou d'antiagrégant plaquettaire.

La prise en compte des antécédents de chirurgie oculaire permet de dépister une éventuelle fragilité ou pathologie cornéenne. Il est également fondamental de connaître l'existence et les modalités d'une chirurgie palpébrale antérieure qui pourrait limiter certaines techniques de reconstruction ou accroître le risque de rétraction dans les suites opératoires.

L'interrogatoire porte enfin sur la recherche de signes en faveur d'une sécheresse oculaire (prurit, sensation de grains de sable,

larmolement réactionnel, etc.), le port et la tolérance à des lentilles de contact, ainsi que sur la notion d'œdèmes palpébraux variables, à prédominance matinale, signant un trouble du drainage lymphatique.

■ EXAMEN CLINIQUE

L'examen ophtalmologique mesure l'acuité visuelle et précise une éventuelle amblyopie ou une notion de myopie forte. L'examen biomicroscopique recherche des signes de sécheresse, de kératite ou de réaction inflammatoire au niveau cornéoconjontival. La prise de la tension oculaire dépiste une hypertonie qui serait susceptible d'être majorée en postopératoire en cas de traitement par des corticoïdes locaux. Un examen du fond d'œil (éventuellement après dilatation) recherche une anomalie du pôle postérieur, et un contrôle de la mobilité oculaire permet de dépister un éventuel trouble oculomoteur ou une asynergie oculopalpébrale.

L'examen oculoplastique est axé sur la prise en charge spécifique de chaque patient et de sa pathologie, et permet d'évaluer l'aspect statique et dynamique des paupières, leur laxité et l'état cutané avec la présence d'éventuelles cicatrices.

Un champ visuel périphérique est pratiqué en cas de gêne et de sensation de pesanteur des paupières supérieures, et permet de séparer les blépharoplasties fonctionnelles de celles à visée esthétique.

L'examen est complété par un bilan photographique complet.

La consultation se termine par l'exposition claire et circonstanciée du plan de traitement au patient, en s'assurant de sa bonne compréhension et en lui remettant une fiche d'information de la Société française d'ophtalmologie. Les risques et les complications possibles sont clairement énoncés oralement et par écrit.

■ EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Un bilan biologique est facultatif. Il est demandé en cas de doute sur un trouble de la coagulation, ou à la recherche d'une pathologie associée spécifique (thyroïdienne notamment).

Un bilan d'imagerie peut être demandé dans un contexte de traumatisme facial ou lors d'un éventuel bilan d'extension orbitaire d'une pathologie carcinomateuse palpébrale par exemple.

Modalités de la prise en charge chirurgicale

■ ENVIRONNEMENT CHIRURGICAL, INSTALLATION ET MATÉRIEL

L'intervention chirurgicale se déroule le plus souvent dans le cadre d'une hospitalisation en ambulatoire. Certaines interventions légères peuvent être réalisées dans une salle propre dédiée à la chirurgie au sein d'un cabinet, ou dans le cadre d'une polyclinique. Certaines de ces interventions ne peuvent pas justifier d'une hospitalisation même en ambulatoire selon les critères actuels de la Caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM ; BAFA 013 – Cure de chalazion, BAFA 006 – Exérèse de lésion de paupière, etc.). L'hospitalisation traditionnelle est réservée aux contre-indications habituelles de l'ambulatoire ou aux patients nécessitant une surveillance immédiate rapprochée (risque hémorragique, chirurgie palpébrale complexe sur œil unique, etc.).

Durant l'intervention, le patient est installé en décubitus dorsal, à plat ou en léger proclive, avec un soutien sous les genoux per-

mettant un soulagement dorsolombaire. La tête est posée sur un support rond en silicone sans contention.

Le champ opératoire est réalisé après avoir instillé un collyre anesthésiant (Cébésine®) dans les deux yeux. Une protection oculaire est assurée soit par un simple collyre ou gel lubrifiant, soit par une coque sclérale. La désinfection se fait le plus souvent à la Bétadine ophtalmique® qui a l'avantage de pouvoir être utilisée pour les culs-de-sac conjonctivaux. Le champ peut se restreindre pour un geste opératoire limité à un champ troué périoculaire tel que celui réalisé pour la chirurgie de la cataracte. Le plus souvent, une désinfection de tout le visage et la mise en place d'un champ de type maxillofacial laissant libre le front, le nez et la bouche sont préférables dans la mesure où elles permettent d'avoir un examen comparatif des deux yeux, et de mieux mobiliser les tissus environnants (fig. 2-5a,b). Une sonde nasale à oxygène stérile est souvent mise en place en cas de sédation associée à l'anesthésie locale, au moins dans la phase de sédation la plus profonde pour éviter une désaturation. Il faut cependant être prudent et limiter le débit d'oxygène à proximité d'une électrocoagulation à la pince monopolaire en raison du risque de brûlure que cela peut occasionner.

L'instrumentation de base varie relativement peu selon les chirurgiens (fig. 2-6). Elle peut être complétée à la demande par



Fig. 2-5 Installation du patient.

a. Patient installé, avec champ opératoire de chirurgie oculoplastique, face dégagée, sonde oxygène en place ; hémostase à proximité. b. Installation chirurgicale avec opératoire à la tête et aide opératoire en latéral.

a
b



Fig. 2-6 Matériel en chirurgie palpébrale.

1, pince puce ; 2, ciseaux de Stevens droit, bout mousse ; 3, ciseaux de Wescott courbe ; 4, pince Halsted ; 5, porte-aiguilles ; 6, pinces d'Adson à griffe ; 7, crochets de Gillies ; 8, écarteur à griffe ; 9, écarteur de Desmarres ; 10, bistouri, lame n° 15.

des canules de prélèvement et de réinjection en cas de liposuction, par une pince à ptosis, par une rugine-décolleur en cas de geste sous-périosté, ou par un dilateur et des sondes canaliculaires en cas de geste associé sur les voies lacrymales. L'hémostase est assurée par une pince fine bipolaire associée idéalement à un système de coagulation monopolaire avec une pointe fine type Colorado® fonctionnant en mode section et coagulation.

Des loupes binoculaires peuvent apporter un confort supplémentaire dans certaines interventions, par le grossissement apporté ainsi que par la source lumineuse pouvant y être rattachée. Le microscope n'est que rarement utilisé et, si c'est le cas, principalement pour un geste associé sur les canalicules lacrymaux.

■ LES DIFFÉRENTES ANESTHÉSIES

L'anesthésie locale pure est généralement réservée aux gestes ne nécessitant pas d'hospitalisation. La majorité des interventions est réalisée sous anesthésie locale associée à une sédation. Celle-ci doit être maximale avant le début de l'intervention au moment de l'infiltration afin d'améliorer le confort du patient. Elle doit être suffisamment légère pendant l'intervention pour permettre de garder un contact avec le patient afin d'obtenir une bonne coopération lors de certaines étapes chirurgicales (réglage d'un ptosis par exemple). Une surveillance générale par oxymétrie de pouls et monitoring cardiaque et tensionnel est réalisée pendant toute la durée de la sédation par l'équipe d'anesthésie. Un bref passage par la salle de réveil est habituel avant le retour au service.

L'anesthésie tronculaire est rarement pratiquée en raison de l'avantage en termes hémostatiques et de la facilité de décollement que procure l'infiltration locale de toute la zone opérée.

Une anesthésie générale est généralement réservée aux cas les plus lourds, aux enfants et aux patients demandeurs. Les médicaments modernes permettent un réveil rapide et de bonne qualité parfaitement compatible avec la chirurgie ambulatoire. En l'absence de contre-indication cardiovasculaire, l'infiltration est le plus souvent réalisée à la Xylocaïne adrénalinée® qui permet une bonne analgésie associée à une vasoconstriction locale facilitant l'hémostase. Pour ces raisons, elle est pratiquée en complément, même lors d'anesthésie générale. Les rares contre-indications sont les allergies et l'hypersensibilité à la Xylocaïne®. Le monitoring permet de dépister un éventuel passage

systémique de l'adrénaline toujours possible dans cette zone hyper-vascularisée. En raison du risque de vasospasme de l'artère centrale de la rétine, il est formellement déconseillé d'injecter profondément en arrière du septum orbitaire une telle solution adrénalinée.

■ SOINS ET SUIVI POSTOPÉRATOIRES

Une antibiothérapie générale est exceptionnellement prescrite en peropératoire, lorsque le patient est immunodéprimé ou en cas d'intervention sur une zone infectée. Un bolus de corticoïde en intraveineux permet de diminuer les œdèmes postopératoires. C'est appréciable lors des interventions portant sur les paupières supérieures et inférieures dans le même temps, ou lors des interventions nécessitant un grand décollement.

En fin d'intervention, après le nettoyage du visage, une pommade à base d'antibiotique et de corticoïde type Sterdex® est appliquée sur les paupières, les sutures et dans l'œil concerné. Un pansement oculaire humidifié par du sérum physiologique froid est mis en place jusqu'au retour à domicile. Il est conseillé au patient de limiter ses efforts et de se reposer en position demi-assise le jour de l'intervention. Le renouvellement régulier de compresses humides et froides recouvertes d'un masque réfrigérant est généralement préconisé durant les trois premiers jours pour diminuer les œdèmes et hématomes, sauf en cas de reconstruction avec des greffes et lambeaux en raison du risque de nécrose.

Une pommade antibiotique est prescrite pour une application matin et soir sur les paupières pendant une dizaine de jours. Si le geste opératoire concerne la conjonctive palpébrale ou modifie le drainage lymphatique, un collyre associant antibiotique et corticoïde est prescrit trois fois par jour pendant la même durée. En cas de malocclusion prévisible, on conseille également la mise en place pluriquotidienne d'un collyre lubrifiant ainsi que l'application d'une pommade à la vitamine A dans l'œil au coucher. Une lentille pansement est parfois nécessaire quelques jours pour éviter une érosion cornéenne en cas de suture au niveau du bord libre.

Le retour à domicile est possible après un dernier contrôle par le personnel soignant, et après avoir redonné au patient par écrit et oralement les consignes postopératoires ainsi qu'un numéro de téléphone à composer en urgence en cas de douleurs importantes, de baisse brutale de l'acuité visuelle, ou de saignement.

Le premier contrôle est habituellement réalisé en même temps que l'ablation des fils aux alentours du 7^e jour. Un contrôle est parfois nécessaire dès le lendemain si le geste opératoire est susceptible d'engendrer une souffrance cornéenne par frottement ou malocclusion. Les autres contrôles ont habituellement lieu à 1 mois et à 3 mois. Des massages sont conseillés après l'ablation des fils en s'aidant d'une pommade hydratante et cicatrisante à l'acide hyaluronique par exemple. Ces massages permettent un assouplissement des cicatrices et une amélioration du drainage lymphatique afin de diminuer les œdèmes. L'exposition solaire est interdite tant que persistent les hématomes, et les cicatrices doivent être protégées pendant un an.

Réparations simples des pertes de substance

Les lésions cutanées de petites tailles épargnant le bord libre sont généralement excisées suivant une ellipse le long des lignes d'expression dynamique pour un meilleur résultat cosmétique. Un

décollement du tissu adjacent sous-cutané est parfois pratiqué en paupière inférieure afin de diminuer le risque de rétraction. En cas de lésion située à proximité du rebord palpébral, il est parfois préférable de réaliser une excision verticale pour éviter la formation d'un ectropion secondaire. En paupière supérieure, l'excès cutané constitutionnel au niveau du dermatochalasis permet souvent la réparation par suture simple après exérèse en fuseau horizontal de lésions cutanées d'assez grande taille. Dans certains cas, et notamment pour une perte de substance située dans la région canthale interne, une simple cicatrisation dirigée permet d'obtenir un résultat satisfaisant par granulation spontanée en quelques semaines.

Les lésions marginales présumées bénignes peuvent être excisées selon la technique du *shaving* grâce à un ciseau de type Vannas. Après coagulation du bord libre, aucune suture n'est nécessaire et l'application biquotidienne d'une pommade antibiotique permet une cicatrisation dirigée en 8 à 10 jours.

En cas de certitude sur la nature bénigne d'une lésion cutanée ou marginale, il est possible de proposer une simple destruction, sous la lampe à fente, soit au laser Argon, soit grâce à un appareil de radiofréquence. La cicatrisation dirigée est obtenue sous couvert d'une pommade antibiotique selon le même protocole.

Les lésions entraînant une amputation maximale d'un quart du bord libre de la longueur totale de la paupière sont traitées par une résection pentagonale de pleine épaisseur. La hauteur de cette résection sera au minimum celle du tarse, à savoir 4 à 5 mm pour une paupière inférieure et 8 à 10 mm pour une paupière supérieure. La suture est bien codifiée et doit intéresser les trois plans palpébraux [2]. Le soin apporté dans la suture du bord libre est déterminant pour éviter un décalage ou une rétraction cicatricielle. Un premier point de rapprochement est situé sur la ligne grise marginale. Le plan tarsoconjunctival est suturé par des points séparés enfouis de Vicryl® 5 ou 6-0. Le plan orbiculaire est suturé soit de façon autonome par des points séparés de Vicryl® 6-0, soit le plus souvent dans le cadre d'une suture combinée cutanéomusculaire. La suture cutanée est effectuée au fil de peau 6-0.

Les lésions entraînant un déficit allant de 25 à 35 % du bord libre peuvent parfois, en cas de laxité importante, être traitées par une résection pentagonale avec une suture directe telle que celle précédemment décrite. Cependant, une canthotomie externe avec cantholyse du tendon canthal est souvent intéressante à réaliser pour permettre une suture sans tension et diminuer le risque de désunion du bord libre. Une suture canthale par deux points de fil de peau 6-0 permet en fin d'intervention de bien réappliquer le lambeau de glissement tendineux contre le globe oculaire.

Réparations complexes des pertes de substance

■ PRINCIPES DES GREFFES ET DES LAMBEAUX EN CHIRURGIE PALPÉBRALE

Les pertes de substance de pleine épaisseur nécessitent une reconstruction à la fois de la lamelle postérieure tarsoconjunctivale et de la lamelle antérieure cutanée. Ces deux plans peuvent être chacun remplacés par des lambeaux ou des greffes. Il est classique de proposer le plus souvent l'association d'une greffe avec un lambeau [3]. L'association de deux lambeaux est

rarement réalisée en raison de l'épaisseur obtenue ainsi que du risque de congestion veineuse et d'œdème lymphatique. L'association de deux greffes est classiquement contre-indiquée en raison du risque de nécrose, mais certains auteurs ont remis ce dogme en cause en présentant une série de reconstructions associant une superposition de deux greffes sans augmentation du taux de complication. La présence à proximité du muscle orbiculaire particulièrement bien vascularisé permet d'associer dans certains cas deux greffes, avec dans l'intervalle le glissement d'un lambeau d'orbiculaire prélevé à proximité agissant comme une lamelle intermédiaire porte-vaisseaux.

Les pertes de substance cutanées pures sont traitées en priorité par des lambeaux cutanés qui ont l'avantage par rapport aux greffes de diminuer le risque de rétraction cicatricielle. La finesse et la laxité importante permettent en effet de mobiliser les tissus adjacents en couvrant des zones larges sans pour autant modifier la forme de la fente palpébrale ni entraîner d'ectropion ou de malocclusion. La fermeture de la zone de prélèvement peut ainsi se faire le plus souvent par simple rapprochement bord à bord après décollement.

En cas de perte de substance limitée, plusieurs types de lambeaux comme les lambeaux de glissement en H inversé, d'avancement en V-Y ou de translation en LLL peuvent être utilisés. Il s'agit de lambeaux myocutanés avec un plan de dissection préseptal et sous-orbitaire. Quelques points de Vicryl® 5-0 ou 6-0 permettent un rapprochement des tissus orbiculaires avant fermeture par des points cutanés au 6-0.

En cas de déficit plus important, un certain nombre de lambeaux régionaux cutanéomusculaires permettent de combler la perte de substance. L'excellente vascularisation palpébrale permet d'obtenir une viabilité du lambeau tant que sa longueur ne dépasse pas 3 à 4 fois sa largeur. La majorité sont des lambeaux de rotation (hétéropalpébral nasal ou temporal, suprasourcilier, frontoglabellaire, nasogénien). Le lambeau d'avancement-rotation de Mustardé permet un apport des tissus temporojugaux au prix d'une dissection prolongée parfois jusqu'en préauriculaire en cas d'amputation complète de la paupière inférieure.

Le lambeau tarsoconjunctival de paupière supérieure de Köllner-Hughes [4] permet de combler un déficit de la lamelle postérieure de la paupière inférieure. Afin de ne pas risquer d'entropion cicatriciel, le prélèvement de tarse se fera au minimum à 4 mm de la marge ciliaire, avec un lambeau pédiculé au niveau du cul-de-sac conjonctival supérieur. Cette technique a l'inconvénient de nécessiter une fermeture de l'œil avec un second temps opératoire et une autonomisation du lambeau après 3 semaines.

Un lambeau périoste prélevé sur le rebord orbitaire latéral permet de pallier un déficit de lamelle postérieure touchant la moitié temporale de la paupière inférieure. Malgré sa finesse, la rigidité du périoste permet d'apporter un soutien suffisant en remplacement de la perte de substance du tarse.

Les greffes utilisées en chirurgie palpébrale sont cutanées, muqueuses, cartilagineuses ou composées.

Les greffes cutanées sont le plus souvent des greffes de peau totale prélevées préférentiellement au niveau d'un dermatochalasis supérieur, ou à défaut en rétro- ou préauriculaire ou en sus-claviculaire. Il est classique de maintenir une contention par un bourdonnet suturé sur le greffon pendant 5 jours. Cependant, pour des zones convexes d'étendue limitée, certains auteurs considèrent comme superflue l'utilisation de cette contention, sous réserve d'une bonne application du greffon et d'une suture soignée bord à bord des tissus. Des greffes dermo-épidermiques fines prélevées au dermatome sur la cuisse sont parfois utilisées en cas de brûlures récentes étendues, mais exposent au risque de rétraction secondaire et de pigmentation.

Les greffes muqueuses sont prélevées en face interne de lèvre inférieure ou de joue. Un greffon jugal plus épais permet de reconstruire une lamelle postérieure mais avec un manque de rigidité entraînant un risque de rétraction en paupière inférieure. Son utilisation est plutôt à privilégier pour une réfection ou un allongement des culs-de-sac inférieurs. Le site de prélèvement doit veiller à épargner l'abouchement du canal de Stenon. Les greffons labiaux et conjonctivaux superficiels, plus fins, sont intéressants pour les reconstructions du bord libre. Une cicatrisation spontanée de la zone de prélèvement est généralement obtenue sous couvert de soins locaux sans nécessité de fermeture.

Les greffons cartilagineux purs sont prélevés au niveau de la conque auriculaire. Une suture après hémostase soignée du site de prélèvement est indispensable pour diminuer le risque d'hématome. Ces greffons sont le plus souvent utilisés lors de la réfection de cavité orbitaire, dans la mesure où l'absence de revêtement épithélial peut occasionner une irritation cornéoconjonctivale.

Les greffons composés sont tarsoconjunctivaux ou mucopalatins. Les greffes tarsoconjunctivales sont prélevés en paupière supérieure, en veillant à respecter une marge de 4 mm par rapport au bord libre afin de ne pas risquer d'entropion cicatriciel. Une greffe mucopalatine permet d'obtenir un greffon rigide de grande taille utile pour une reconstruction de la totalité d'une paupière. Les sites de prélèvement ne nécessitent pas de suture mais sont exposés à un risque hémorragique lors de la chute d'escarre à une semaine.

La greffe tarsomarginale de Hübner [5] consiste à transférer un greffon de pleine épaisseur prélevé sur la paupière controlatérale. Le site de prélèvement est classiquement suturé en deux plans. Cette intervention permet une reconstruction de la lamelle postérieure ainsi que celle du bord libre en préservant une marge ciliaire. La technique habituelle consiste à réséquer la lamelle antérieure du greffon qui est remplacée par un lambeau cutané de proximité. Une variante peut être proposée consistant à amputer uniquement le plan orbiculaire, qui est alors remplacé par un lambeau d'orbiculaire suturé entre le tarse et la peau du greffon.

■ RÉPARATIONS DES PERTES DE SUBSTANCE DE PLEINE ÉPAISSEUR DE LA PAUPIÈRE INFÉRIEURE

Le choix des techniques dépend des conditions locales et des habitudes du chirurgien.

Les pertes de substance entre 30 et 50 % peuvent souvent être traitées par un ou deux greffons tarsomarginaux associés à un lambeau cutané-orbitaire de glissement ou à un lambeau hétéropalpébral.

Les amputations supérieures à 50 % sont préférentiellement traitées par un greffon tarsomarginal ou mucopalatin, associé à un lambeau hétéropalpébral interne, externe ou bipédiculé, voire un lambeau temporojugal en temporal ou nasogénien en nasal. En l'absence de laxité cutanée, on préférera utiliser un lambeau tarsoconjunctival de paupière supérieure associé à une greffe de peau totale fine.

■ RÉPARATIONS DES PERTES DE SUBSTANCE DE PLEINE ÉPAISSEUR DE LA PAUPIÈRE SUPÉRIEURE

Les pertes de substance entre 30 et 50 % sont souvent également traitées par un ou deux greffons tarsomarginaux associés à un lambeau cutané-orbitaire de voisinage ou à un lambeau supra-sourcilier.

Les amputations supérieures à 50 % sont traitées en utilisant préférentiellement les tissus provenant de la paupière inférieure. Le lambeau de Cutler-Beard [6] est le plus utilisé et consiste en un lambeau de glissement de pleine épaisseur de la paupière inférieure transposé 4 mm sous la ligne ciliaire et suturé directement à la paupière supérieure. Cette technique nécessite une fermeture temporaire de l'œil avec une section du pédicule dans un second temps opératoire après 3 semaines. Le lambeau de rotation d'Abbé-Mustardé [7] a pour avantage de reconstituer une marge ciliaire. La paupière inférieure de pleine épaisseur, pédiculisée latéralement, est transférée avec son bord libre dans le défaut supérieur. Le pédicule est sectionné à 3 semaines et la paupière inférieure est reconstruite le plus souvent par un lambeau temporo-jugal.

■ RÉPARATIONS DES PERTES DE SUBSTANCE DU CANTHUS INTERNE

Les pertes de substance du canthus interne peuvent toucher une partie ou la totalité des canalicules ou du sac lacrymal (voir chapitre 3). Une intubation sélective ou bicanaliculaire est le cas échéant mise en place afin de préserver la perméabilité lacrymale. En cas de résection du chef postérieur du tendon canthal interne, la reconstruction doit permettre de réappliquer la paupière contre

le globe en fixant un néotendon obtenu par une greffe cartilagineuse en profondeur sur la crête lacrymale postérieure.

Une perte de substance cutanée limitée peut être comblée par un lambeau local. En cas de défaut plus important, on utilise en priorité un lambeau glabellaire voire un lambeau frontal médian. Une greffe de peau totale peut également être proposée, avec mise en place d'un bourdonnet en raison de la concavité de la zone.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Darsonval V. Introduction. *Ann Chir Plast Esthet* 2013 ; 58 : 383-8.
- [2] Morax S, Ameline-Audelan V, Benia L. Traumatismes et chirurgie plastique des paupières. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Ophtalmologie*, 21-100-D-10, 1998, 15 p.
- [3] Adenis JP, Smolik I, Lasudry J. Pathologie orbito-palpébrale. In : Adenis JP, Morax S (Eds). *Pathologie orbito-palpébrale. Rapport de la Société Française d'Ophtalmologie*. Paris : Masson ; 1998. p. 311-38.
- [4] Kollner P. Verfahren für den plastischen Ersatz den Unterlides. *Münch Med Wochenschr* 1911 ; 58 : 2166.
- [5] Hübner H. Totalersatz des Oberlides. *Klin Monatbl Augenheilk* 1976 ; 6 : 169.
- [6] Cutler NL, Beard C. A method of partial and total upper lid reconstruction. *Am J Ophtalmol* 1955 ; 39 : 1-7.
- [7] Mustardé JC. Repair and reconstruction in the orbital region. *Edinburgh : Churchill Livingstone ; 1980. p. 92-183.*

