

# Ophthalmologie<sup>MD</sup>

## Conférences scientifiques

COMPTE RENDU DES CONFÉRENCES  
SCIENTIFIQUES DU DÉPARTEMENT  
D'OPHTALMOLOGIE ET  
DES SCIENCES DE LA VISION,  
FACULTÉ DE MÉDECINE,  
UNIVERSITÉ DE TORONTO

## Le traitement de l'ectropion et de l'entropion pour l'ophtalmologiste polyvalent

PAR JEFFREY J. HURWITZ, M.D., FRCSC

L'ectropion (caractérisé par la rotation externe du rebord palpébral) et l'entropion (caractérisé par la rotation interne du rebord palpébral) peuvent toucher les paupières supérieure et inférieure. Pour la paupière inférieure, l'étiologie peut être cicatricielle mais plus souvent, cette affection est due à l'âge et à une modification des structures de soutien de la paupière inférieure qui se relâchent. Cependant, pour la paupière supérieure, l'affection est presque toujours d'origine cicatricielle et due à des modifications inflammatoires et/ou fibreuses de la conjonctive ou de la peau. Au fil des ans, des centaines d'interventions ont été décrites dans les ouvrages scientifiques pour traiter ces affections<sup>1</sup>. Les modifications des structures palpébrales dues à l'âge sont les principaux facteurs entraînant l'apparition d'un ectropion et d'un entropion non cicatriciels de la paupière inférieure. Il est important de comprendre ces modifications et le fonctionnement palpébral pour déterminer si le patient développera un entropion ou un ectropion. Occasionnellement, les patients présentent un entropion qui, sans traitement chirurgical, évolue ensuite en un ectropion, ce qui indique qu'il peut exister un continuum entre des deux entités cliniques. Les modifications cicatricielles et inflammatoires de la conjonctive peuvent toucher la paupière supérieure et/ou la paupière inférieure dans le cas d'un entropion cicatriciel. De même, des modifications cutanées peuvent apparaître sur la paupière supérieure et/ou inférieure chez les patients atteints d'un ectropion cicatriciel.

Lorsqu'un patient consulte pour un ectropion ou un entropion, l'ophtalmologiste devrait avoir immédiatement à l'esprit le plan thérapeutique à adopter. L'approche la plus utile offrant la plus grande chance de succès permanent est facilement établie en examinant toutes modifications liées à l'âge, modifications pathophysiologiques et anomalies du fonctionnement palpébral. De nombreuses interventions simples et rapides ont été décrites dans la littérature scientifique pour le traitement de ces affections, mais nombre d'entre elles n'ont pas offert un soulagement permanent du problème sous-jacent. Cela ne signifie pas que des interventions plus complexes sont toujours indiquées, mais il serait prudent que le chirurgien adopte l'approche la moins invasive offrant la meilleure chance de guérison durable. Ce numéro d'*Ophthalmologie – Conférences scientifiques* aidera l'ophtalmologiste polyvalent à établir le diagnostic et le traitement de ces anomalies des paupières.

### Classification

Une classification simplifiée de ces affections est utile pour aider le chirurgien à déterminer l'intervention de choix.

**Entropion** (figure 1) : Il est nécessaire d'établir la différence entre un entropion véritable et un épiblépharon. Un entropion véritable (figure 2) se caractérise par une rotation interne du rebord palpébral, alors que dans le cas d'un épiblépharon, la lamelle antérieure pousse les cils vers l'intérieur (figure 3). Un trichiasis et un distichiasis isolés doivent être différenciés d'un entropion. Un distichiasis se caractérise par une métaplasie des orifices des glandes meibomius et une deuxième rangée de cils surnuméraires se forme anormalement postérieurement à la première normalement implantée (figure 4). Un trichiasis correspond à une déviation vers le globe oculaire des cils qui sont implantés normalement et suivent le follicule pileux. Dans les deux cas, le rebord palpébral ne se tourne pas vers l'intérieur et il ne s'agit pas d'un entropion véritable.

Un entropion véritable peut être classé comme « cicatriciel » (figure 5) ou « non cicatriciel » (figure 2). Un entropion non cicatriciel peut être à son tour subdivisé, selon le degré d'augmentation de la laxité palpébrale horizontale exagérée, comme étant caractérisé par « une laxité palpébrale exagérée » ou par « l'absence de laxité palpébrale horizontale exagérée ». Cette classification est extrêmement utile pour la paupière inférieure. Cependant, pour la paupière supérieure,

Des sections de cet article ont été tirées et modifiées d'une publication du docteur J.J. Hurwitz intitulée "A Simplified Approach to Eyelid Malposition" publiée dans *Clinical Signs in Ophthalmology* 2000;Vol XX(1):4-15.

Disponible sur Internet à : [www.ophtalmologieconferences.ca](http://www.ophtalmologieconferences.ca)



FACULTY OF MEDICINE  
*University of Toronto*



Département  
d'ophtalmologie et des  
sciences de la vision

Département d'ophtalmologie  
et des sciences de la vision

Jeffrey Jay Hurwitz, M.D., Rédacteur  
Professeur et président  
Martin Steinbach, Ph.D.  
Directeur de la recherche

The Hospital for Sick Children  
Elise Heon, M.D.  
Ophtalmologiste en chef

Mount Sinai Hospital  
Jeffrey J. Hurwitz, M.D.  
Ophtalmologiste en chef

Princess Margaret Hospital  
(Clinique des tumeurs oculaires)  
E. Rand Simpson, M.D.  
Directeur, Service d'oncologie oculaire

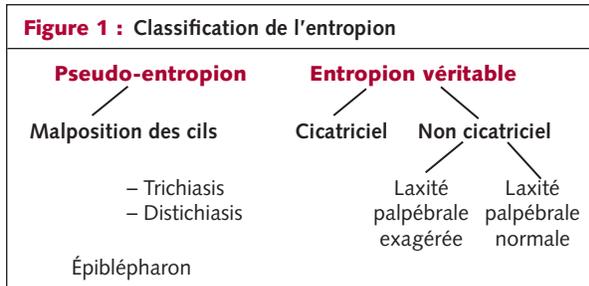
St. Michael's Hospital  
Alan Berger, M.D.  
Ophtalmologiste en chef

Sunnybrook and Women's College  
Health Sciences Centre  
William S. Dixon, M.D.  
Ophtalmologiste en chef

The Toronto Hospital  
(Toronto Western Division and  
Toronto General Division)  
Robert G. Devenyi, M.D.  
Ophtalmologiste en chef

Département d'ophtalmologie  
et des sciences de la vision  
Faculté de médecine  
Université de Toronto  
60 Murray St.  
Bureau 1-003  
Toronto (Ontario) M5G 1X5

Le contenu rédactionnel d'*Ophthalmologie – Conférences scientifiques* est déterminé exclusivement par le Département d'ophtalmologie et des sciences de la vision, Faculté de médecine, Université de Toronto.



pratiquement tous les cas d'entropions véritables sont d'origine cicatricielle.

**Ectropion** (figure 6) : En présence d'un ectropion, on doit établir la différence entre un ectropion véritable (rotation externe du rebord palpébral) et une rétraction palpébrale (exposition sclérale) (figure 7), dans laquelle une traction vers le bas s'exerce sur la paupière inférieure et une traction vers le haut s'exerce sur la paupière supérieure sans rotation du rebord palpébral. Un ectropion véritable peut également être subdivisé en « cicatriciel » et « non cicatriciel » (figure 8). Les modifications cicatricielles se situent au niveau de la lamelle antérieure, habituellement la peau. Dans le cas d'un ectropion non cicatriciel, le traitement diffère, selon la localisation de l'éversion de la paupière. Un ectropion non cicatriciel peut être divisé en un ectropion « partiel » (figure 9) et en un ectropion « de la totalité de la paupière » (figure 8). Étant donné qu'un patient atteint d'un ectropion non cicatriciel peut présenter une faiblesse du muscle orbiculaire, une autre subdivision de l'ectropion de la totalité de la paupière est utile, à savoir « sans paralysie faciale » et « avec paralysie faciale » (figure 10). Un ectropion de la paupière supérieure a généralement tendance à être d'origine cicatricielle (le syndrome des paupières flasques est une exception), alors qu'un ectropion de la paupière inférieure a tendance à être non cicatriciel (bien que des modifications cicatricielles secondaires puissent apparaître).

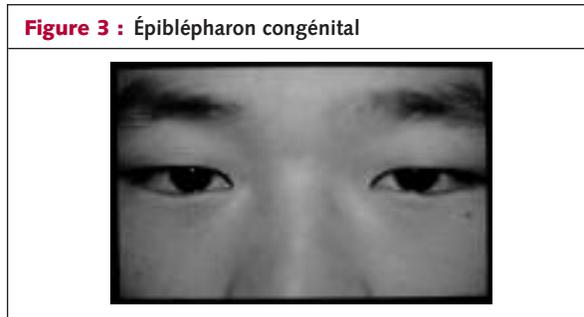
Cette classification n'est pas exhaustive, mais inclut la plupart des cas cliniques et permet au chirurgien d'élaborer un plan de traitement.

### Modifications palpébrales liées à l'âge

Les modifications palpébrales liées à l'âge peuvent être divisées en 4 régions :

- La paupière proprement dit
- Les structures de soutien
- Les structures orbitales (permettant l'apposition des paupières sur le globe)
- Les considérations lacrymales

**Modifications palpébrales** : Les modifications palpébrales peuvent être divisées en celles qui incluent la peau, le muscle orbiculaire, le tarse ou la conjonctive. Avec l'âge, la peau



de la paupière subit des modifications atrophiques qui peuvent entraîner la formation accrue de rides et la perte du soutien des tissus sous-jacents. Avec l'âge, la synthèse du collagène diminue au niveau de la peau palpébrale<sup>2</sup>. De plus, l'exposition au soleil joue un très grand rôle dans les modifications observées au niveau de la peau vieillissante, qui sont habituellement liées à une élastose solaire du tissu subépithélial<sup>3</sup>. Avec l'âge, le muscle orbiculaire a tendance à s'étirer et ce phénomène est accentué lorsque le sujet se frotte les paupières dans un mouvement vers le bas et vers l'extérieur, affaiblissant ainsi davantage ce muscle<sup>4</sup>. On a également émis l'hypothèse que le muscle orbiculaire préseptal peut migrer antérieurement et supérieurement et chevaucher le muscle orbiculaire pré-tarsal fixé plus fermement en arrière. Cependant, ce concept est controversé, étant donné que l'on n'a pas déterminé clairement si le muscle orbiculaire se déplace réellement ou si sa position antéro-supérieure (par rapport au muscle orbiculaire pré-tarsal) est due à la rotation vers l'avant du bord inférieur du tarse dans le cas d'un entropion secondaire à la désinsertion de l'aponévrose des muscles rétracteurs de la paupière inférieure<sup>5</sup>. Le tarse a également tendance à perdre une partie de son collagène et peut s'allonger avec l'âge<sup>6</sup>. La conjonctive a tendance à devenir atrophique avec l'âge, sa population de cellules caliciformes diminuant et pouvant s'appauvrir en raison d'une inflammation catarrhale de longue durée et chronique<sup>7</sup>.

**Structures de soutien** : Avec l'âge, le tendon canthal médial et le tendon canthal latéral s'étirent, ce phénomène pouvant s'aggraver quand le sujet s'essuie ou se frotte les paupières<sup>6</sup>. De plus, les structures de soutien de la paupière inférieure (l'aponévrose capsulopalpébrale et le tarse de la paupière inférieure) peuvent s'étirer ou se détacher du bord inférieur du tarse, éliminant ainsi la rétraction normale de la paupière sur le globe oculaire<sup>8</sup>. Avec la désinsertion des muscles rétracteurs de la paupière supérieure (muscle releveur de la paupière supérieure et tarse de la paupière supérieure), un mécanisme semblable peut survenir au niveau de la paupière supérieure pouvant entraîner un ptosis. Cependant, cela produit rarement un ectropion de la



**Figure 5 : Entropion cicatriciel (Note : Symblépharon)**

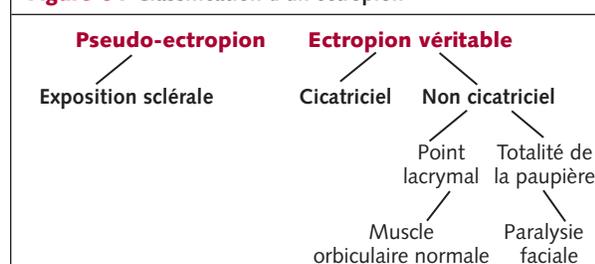


paupière supérieure sauf en présence de modifications cicatricielles cutanées importantes. En cas d'élongation extrême du tarse de la paupière supérieure et d'étirement marqué du tandon canthal médial et du tendon canthal latéral, la paupière supérieure peut se relâcher et un « syndrome des paupières flasques » peut se développer, dans lequel il peut y avoir une éversion du rebord palpébral supérieur<sup>9</sup>. Un syndrome des paupières flasques plus marqué peut apparaître lorsque la paupière supérieure est flasque et recouvre la paupière inférieure, ce qui entraîne le frottement des cils de la paupière inférieure sur la surface oculaire et produit une irritation de la conjonctive (syndrome de chevauchement des paupières)<sup>10</sup>.

**Structures orbitaires :** L'apposition des paupières sur le globe est importante pour déterminer si elle deviendra ectopique (rétractée) ou entropique. L'enseignement classique suggère qu'avec l'âge, il se produit une atrophie de la graisse orbitaire<sup>7</sup>, de sorte qu'en présence de contracture du muscle orbiculaire, la paupière inférieure n'a aucun support du fait de la rétraction du globe oculaire, ce qui entraîne une inversion du rebord palpébral. Les études qui ont examiné les valeurs d'exophtalmométrie et si elles diminuaient ou non avec l'âge n'ont pas été concluantes<sup>11,12</sup>. Une étude évaluant l'énophtalmie dans des cas d'entropion a révélé qu'il n'était pas plus probable que les patients qui souffrent d'entropion soient atteints d'énophtalmie que les populations normales<sup>13</sup>. Cependant, nous avons observé que les patients atteints d'entropion présentent souvent une récession de la fente orbitaire supérieure, ce qui peut expliquer l'atrophie de la graisse orbitaire observée dans la cavité orbitaire anophtalmique. L'amincissement de la septum orbitaire avec l'âge entraîne la protrusion de poches de graisse intraorbitaire, qui peut affecter l'apposition de la paupière sur le globe oculaire. Si l'on utilise une technique de resserrement du bord de la paupière, en particulier chez un patient atteint d'exophtalmie, le degré d'exophtalmie peut être exacerbé, ce qui aggrave les problèmes d'apposition de la paupière sur le globe.

**Considérations lacrimales :** Le développement d'un ectropion léger, en particulier médialement, entraîne une tendance à l'éversion des points lacrymaux et le flux lacrymal

**Figure 6 : Classification d'un ectropion**



**Figure 7 : Exposition sclérale et paupières inférieures basses après une blépharoplastie esthétique**



est réduit, non seulement par le point lacrymal inférieur, mais également par le point lacrymal supérieur (en raison de la perte de contact du point lacrymal et de la paupière avec l'oeil)<sup>14</sup>. Une réduction du flux lacrymal par le point lacrymal entraîne généralement une sténose secondaire du point lacrymal. Les lysozymes des larmes causent souvent une dermatite eczématoïde de la peau située au-dessous du point lacrymal et produisent un ectropion cicatriciel secondaire<sup>15</sup>, souvent exacerbé par l'irritation causée par le fait que le sujet essuie constamment ses larmes. Une laxité de la paupière, même si elle n'est pas due à un ectropion, peut causer des larmoiements dus à un dysfonctionnement de la pompe lacrymale.

**Facteurs pathophysiologiques intervenant dans le développement d'un entropion et d'un ectropion**

*Modifications atrophiques*

La désinsertion des muscles rétracteurs de la paupière inférieure peut contribuer à l'instabilité du bord inférieur du tarse. Par conséquent, la contraction du muscle orbiculaire – selon la longueur verticale de la conjonctive par rapport à la peau – entraîne la rotation du rebord palpébral d'un côté ou de l'autre. Ce phénomène est exacerbé par la laxité du tendon canthal latéral et dans une certaine mesure, par la laxité du tendon canthal médial. Si les deux tendons se relâchent significativement, le soutien horizontal de la paupière est affaibli. Il se produit une éversion du rebord palpébral et un ectropion (plutôt qu'un entropion) se développe généralement. Selon notre expérience, dans le cas d'un entropion non cicatriciel, la laxité du tendon canthal latéral est généralement modérée et celle du tendon canthal médial est généralement légère.

La spasticité associée à un entropion est due au frottement des cils sur la cornée et/ou la conjonctive, qui cause une action excessive du muscle orbiculaire<sup>17</sup>. Dans les cas où un entropion évolue ultérieurement en un ectropion, le frottement mécanique de la paupière peut allonger le tendon canthal médial, causant ainsi la perte totale de soutien

**Figure 8 : Entropion non cicatriciel avec kératinisation de la conjonctive**



**Figure 9 :** Ectropion du point lacrymal et sténose secondaire



**Figure 10 :** Ectropion léger dû à une paralysie faciale avec régénération aberrante marquée



palpébral et entraînant la rotation vers l'extérieur et vers le bas du rebord palpébral. De plus, l'irritation constante provenant du frottement de la peau et les modifications cutanées liées à un larmolement accru peuvent causer des modifications cicatricielles de la peau qui entraînent ultérieurement le retournement vers l'extérieur du bord libre de la paupière. La présence d'une énoptalmie relative entraîne de toute évidence la perte du soutien de la paupière sur le globe oculaire. Un « pseudo-entropion » peut se développer en présence d'une proptose dans lequel le bord palpébral n'est pas retourné vers l'intérieur, mais les cils frottent sur la surface du globe faisant protrusion. Cela est souvent le cas dans la maladie de Graves-Basedow, dans laquelle il existe une éversion du point lacrymal. Un pseudo-entropion est encore plus problématique chez les patients asiatiques car chez eux, la paroi orbitaire est plus près de la ligne cilière, ce qui a pour conséquence que la graisse dans la zone pré-tarsale pousse les cils contre le globe exophthalmique.

La migration antérosupérieure du muscle orbiculaire préseptal sur le muscle orbiculaire pré-tarsal est mise en doute et pourrait être secondaire à l'éversion vers l'extérieur du bord inférieur du tarse. Les interventions visant à resserrer le muscle orbiculaire préseptal sur le bord inférieur du tarse peuvent guérir secondairement l'entropion, en empêchant la rotation externe du bord inférieur du tarse<sup>18</sup>.

La laxité de la paroi orbitale peut permettre la saillie de la graisse orbitaire (dermatochalasis) et altérer secondairement le fonctionnement de la paupière et l'apposition de la paupière sur le globe oculaire. Dans certains cas, les poches de graisse doivent être réduites ou excisées pour rétablir le fonctionnement de la paupière.

### *Modifications cicatricielles*

Les modifications cicatricielles de la lamelle antérieure produisant un ectropion de la paupière supérieure et/ou inférieure peuvent être liées à des lésions dues au soleil, à une chirurgie antérieure ou à des lésions entraînant la traction de la paupière inférieure vers le bas et l'éversion du rebord palpébral. Une paralysie faciale peut exacerber un ectropion palpébral inférieur en raison du dysfonctionnement du muscle orbiculaire de la paupière inférieure, mais également à cause de la chute de la paupière supérieure en raison du relâchement des muscles frontal et de l'arcade sourcilière qui entraîne la perte de contact de la paupière inférieure avec le globe oculaire. La régénération aberrante du nerf facial

(déviation vers le haut du coin de la bouche lors de la fermeture de la paupière) peut indiquer que la paralysie faciale n'a pas totalement disparue, ce qui devrait être pris en considération lors de la réparation d'un ectropion ou de l'évaluation d'un épiphora lié à la dysfonction de la pompe lacrymale<sup>16</sup>.

Les modifications cicatricielles de la conjonctive au niveau de la paupière supérieure et/ou inférieure peuvent être dues à des modifications conjonctivales chroniques (souvent liées à la présence d'un staphylocoque), à un pemphigus oculaire, à un symblépharon dû à un médicament contre le glaucome, au syndrome de Stevens-Johnson et à des brûlures. Au niveau de la paupière supérieure, les cicatrices trachomateuses sont probablement la cause la plus fréquente d'un entropion cicatriciel de la paupière supérieure. Plus rarement, des tumeurs de la conjonctive peuvent causer un raccourcissement du tissu conjonctival, entraînant un entropion cicatriciel secondaire.

### **Traitement de l'entropion**

On peut administrer initialement un traitement non chirurgical conservateur, mais s'il ne donne pas de bons résultats, la chirurgie est généralement indiquée. Les techniques non chirurgicales (p. ex. application d'une bande adhésive, épilation des cils, injection d'un anesthésique local dans la paupière, injection de toxine botulique, utilisation de sutures éversantes ou cautérisation externe) peuvent apporter une aide temporaire, mais une intervention chirurgicale est généralement nécessaire pour donner au patient la plus grande chance de guérison durable.

**Entropion non cicatriciel avec laxité accrue de la paupière :** Le rebord de la paupière doit être resserré. De nombreuses techniques différentes ont été recommandées, y compris celles visant à réparer le tendon canthal latéral (p. ex. la technique de la bande tarsale<sup>21</sup>, la plicature du tendon, le façonnage de bandes périostées, et la remise en tension de la paupière au moyen d'un fil métallique fixé à l'os par des orifices). Au sein du Département d'Ophthalmologie et des Sciences de la vision, nous préférons la technique de Bick modifiée, par laquelle on resserre toute la paupière latéralement. Une résection palpébrale de pleine épaisseur est réalisée au niveau du canthus latéral; le tarse est ensuite suturé au tubercule orbital latéral à l'aide d'un fil de suture Dexon 3-0 (Davis & Geck). L'angle est recréé au moyen d'un fil de suture Dexon 5-0. Le muscle orbiculaire et la peau sont ensuite suturés en couches.

Une étude du resserrement de la paupière inférieure comparant la résection de la paupière (technique de Bick modifiée) et la technique de la bande tarsale a révélé que ces techniques avaient une efficacité comparable, la technique de Bick modifiée étant beaucoup plus facile à réaliser<sup>23</sup>. La technique de Bick modifiée est encore plus efficace lorsque l'on fixe le muscle orbiculaire préseptal sur le bord inférieur du tarse et qu'on le stabilise fermement en le fixant aux tissus mous latéraux. Un léger sillon palpébral sur le bord inférieur du tarse est ainsi formé et l'on utilise la technique de Hill-Wheeler<sup>18</sup> pour stabiliser le bord inférieur du tarse, sans la nécessité de réinsérer l'aponévrose capsulopalpébrale. On peut tenter de réinsérer l'aponévrose capsulopalpébrale, mais elle doit être fixée à nouveau précisément sur le bord inférieur du tarse. Si elle est fixée trop en avant, un ectropion peut se développer et si elle est fixée trop en arrière, un entropion peut se former à nouveau.

**Entropion non cicatriciel sans laxité palpébrale :** Cette affection ne peut pas être traitée en raccourcissant la paupière mais elle est traitée de façon optimale par la technique de Wies<sup>20</sup>. Les patients devraient pouvoir ouvrir et fermer volontairement les yeux, sans sous-corrrection ou sur-corrrection lorsque les fils de suture sont serrés. Il est également important que l'anesthésie par infiltration soit aussi légère que possible pour que le fonctionnement de la paupière ne soit pas altéré lorsque l'on resserre les fils de sutures pour placer la paupière dans une position appropriée par rapport au globe.

**Un entropion cicatriciel** peut être traité par une rotation externe de la ligne ciliaire en raccourcissant la lamelle antérieure (comme dans l'intervention de l'épiblépharon)<sup>19</sup>. On effectue l'excision d'un lambeau peau/muscle et la paupière est suturée profondément au tarse pour créer un sillon palpébral. Un ectropion plus prononcé nécessiterait une incision horizontale de pleine épaisseur de la paupière avec une rotation externe de toutes les structures au-dessous de l'incision lorsque l'on traite la paupière supérieure et au-dessus de l'incision lorsque l'on traite la paupière inférieure (technique de Wies)<sup>20</sup>. Dans cette intervention chirurgicale, une fente horizontale de pleine épaisseur est réalisée sur la paupière et le bord proximal des muscles rétracteurs est suturé à la lamelle antérieure distale près de la ligne ciliaire. Les cas d'entropion cicatriciel plus sévères peuvent nécessiter une greffe de muqueuse (de la conjonctive située de l'autre côté ou de la muqueuse buccale ou linguale) ou une greffe de membrane amniotique. Dans les cas de pemphigus oculaire, lorsqu'on a recours à la greffe, l'immunosuppression est souvent nécessaire pendant les périodes préopératoire et postopératoire.

Le trichiasis et le districhiasis doivent être différenciés d'un entropion véritable. L'épilation des cils, l'électrolyse, la cryothérapie, la transposition marginale de la paupière ou même la greffe du bord palpébral peuvent être utilisées pour traiter ces deux affections. Cependant, si l'on traite uniquement les cils et que la paupière est entropique, le traitement de la ligne ciliaire peut causer une augmentation de l'inflammation cutanée et peut même exacerber la spasticité due à l'entropion préexistant qui n'a pas été identifié.

## Traitement de l'ectropion

De nombreux patients atteints d'un ectropion de la paupière inférieure de quelque forme que ce soit peuvent obtenir une amélioration en frottant leur paupière dans un mouvement ascendant et en massant leur paupière inférieure vers le haut. S'ils n'obtiennent aucun résultat, une intervention chirurgicale devrait être envisagée.

**Ectropion non cicatriciel impliquant le point lacrymal :** Cette affection peut être traitée chirurgicalement par une cautérisation en arrière du point lacrymal ou par l'excision d'un petit lambeau de conjonctive et de tarse postérieurement au point lacrymal<sup>25</sup>.

**Ectropion non cicatriciel de la totalité de la paupière inférieure :** Dans ce cas, la paupière est inévitablement relâchée et peut être retendu par la technique de Bick modifiée (comme on le ferait pour un entropion avec laxité de la paupière). Cependant, comme nous l'avons mentionné, dans le cas d'un ectropion<sup>26</sup>, le tendon canthal médial est souvent relâché<sup>26</sup> et peut nécessiter d'être retendu. Lorsque l'on resserre la paupière latéralement pour un ectropion, il est important de ne pas sortir le point lacrymal du lac lacrymal, sinon il pourrait se produire une aggravation de l'épiphora. Par conséquent, on devrait tout d'abord réaliser une plicature canthale médiale, puis un resserrement canthal latéral, soit en même temps soit lors d'une autre visite. En présence d'un ectropion de la totalité de la paupière plus prononcé médialement, il peut être nécessaire de resserre la paupière latéralement et/ou médialement, et de réaliser l'inversion du point lacrymal avec un lambeau conjonctival tarsal, avec ou sans chirurgie dite des « trois coups de ciseaux ».

**Un ectropion cicatriciel** avec des lésions cutanées peut être traité par des mesures conservatrices. Le massage de la paupière inférieure vers le haut fréquemment repositionnera le point lacrymal dans le lac lacrymal et réduira les larmoiements. Un point lacrymal sténosé peut être dilaté pour augmenter le flux lacrymal une fois qu'il est repositionné dans le lac lacrymal. Si le point lacrymal a été significativement kératinisé, une chirurgie dite des trois coups de ciseaux du point lacrymal (punctoplastie de la paroi postérieure) peut être réalisée<sup>24</sup>. Avec un point lacrymal en éversion non kératinisé, son repositionnement et sa dilatation sont généralement suffisants. S'il existe une éversion et une kératinisation de la conjonctive (figure 7), il est utile de masser la paupière inférieure vers le haut avec un onguent stéroïdien. Cela non seulement ramollit la peau cicatricielle, mais réduit également la kératine sur la surface conjonctivale qui pourrait causer une irritation lorsque la paupière est repositionnée. Occasionnellement, la kératine doit être enlevée avec une curette ou même, elle doit être excisée.

Un ectropion cicatriciel peut être traité par des techniques mineures de chirurgie plastique (p. ex. la plastie en Z). Cependant, dans les cas plus sévères, de la peau supplémentaire est souvent nécessaire pour remplacer la déficience cutanée. On peut faire pivoter un lambeau de la paupière supérieure sur la paupière inférieure pour obtenir un pédicule vascularisé médialement ou latéralement, ou un greffon libre peut être prélevé derrière l'oreille ou de la paupière supérieure des deux côtés. Occasionnellement, une tumeur

palpébrale entraînant la traction de la paupière vers le bas sera la cause de l'ectropion. L'exérèse de la tumeur réduira l'ectropion.

En présence d'une paralysie faciale, il est utile de réaliser une tarsorrhaphie pour protéger la cornée. Cependant, si la paupière est également relâchée, il peut être nécessaire de la resserrer et d'effectuer simultanément une tarsorrhaphie<sup>27</sup>. Fréquemment, des interventions statiques, telles que la résection d'un lambeau médial et/ou latéral ou des interventions visant à resserrer la paupière, amélioreront l'apposition de la paupière sur le globe. Une résection médiale de pleine épaisseur de la paupière peut être réalisée, mais elle endommagera invariablement les canalicules. Les lésions peuvent ne pas porter à conséquence, étant donné que les canalicules sont souvent non fonctionnels dans le cas d'une paralysie faciale. Les techniques dynamiques telles que l'insertion d'un ressort, d'un anneau (statique + dynamique), d'un poids d'or et des interventions de ré-animation peuvent être utilisées dans certains cas de paralysie faciale.

Il est important d'établir la différence entre un ectropion palpébral inférieur et une rétraction palpébrale inférieure. Dans le cas d'une rétraction palpébrale inférieure, la paupière inférieure doit être relevée verticalement et resserrée horizontalement. Dans le cas d'une légère rétraction de la paupière inférieure, la désinsertion des muscles rétracteurs peut relever la paupière. Dans les cas d'une rétraction de la paupière plus sévère, l'interposition d'une greffe (p. ex. greffe sclérale, greffe de palais dur, greffe conjonctivale tarsale, greffe de cartilage, etc.) est généralement indiquée. Une fois que la paupière est relevée dans sa position normale, le chirurgien peut déterminer si elle devrait être raccourcie horizontalement. En présence d'une laxité de la totalité de la paupière (syndrome de la paupière flasque), une tarsorrhaphie peut être utile, mais une résection palpébrale de pleine épaisseur fournit une guérison plus permanente.

## Conclusion

Le traitement d'un ectropion et d'un entropion chez le patient adulte est facilité par une bonne compréhension des modifications pathophysiologiques de la paupière avec l'âge. L'absence de traitement peut entraîner des modifications cornéennes irréversibles. Bien que des mesures conservatrices soient souvent utiles ou même curatives, la chirurgie est indiquée chez de nombreux patients. Le système de classification simple présenté dans ce numéro devrait aider l'ophtalmologiste polyvalent à traiter ces entités.

### Références :

1. Jones LT, Wobig JL. Surgery of the lower eyelid. In: Jones LT, Wobig JL, *Surgery of the Eyelids and Lacrimal System*. Birmingham, Alabama: Æsculapius;1976:124.
2. Debacker CM, Putterman AM, Zhou LL, Holck DEE, Dutton JJ. Age-related changes in type I collagen synthesis in human eyelid skin. *Ophthalmol Pract Reconstr Surg* 1998;14:13-16.
3. Hurwitz JJ, Lichter M, Rodgers KJA. Cicatricial ectropion due to essential skin shrinkage – treatment by rotational upper lid pedicle flaps. *Can J Ophthalmology* 1983;18:266-270.

4. Hurwitz JJ. Investigations and treatments of epiphora due to lid laxity. *Transactions of Ophthalmic Society (UK)* 1978;98:69-72.
5. Jones LT, Wobig JL. Surgery of the lower eyelid. In: Jones LT, Wobig JL, *Surgery of the Eyelids and Lacrimal System*. Birmingham, Alabama: Æsculapius;1976:128-130.
6. McCord CD. Eyelid anatomy. In: McCord CD, *Eyelid Surgery Principles and Techniques*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers;1995: 2.
7. Duke Elder Sir S. Abnormalities of the palpebral aperture. In: *System of Ophthalmology*; Vol 13. The ocular adnexa, Part I. London, England: Henry Kimpton Publishers;1974.
8. Jones L.T., Wobig J.L.: Surgery of the lower eyelid. In: Jones LT, Wobig JL, *Surgery of the Eyelids and Lacrimal System*. Birmingham, Alabama: Æsculapius;1976:125.
9. Culbertson WW, Ostler HB. The floppy eyelid syndrome. *Am J Ophthalmology* 1981;92:568-575.
10. Karesh JW, Nirankari DS, Hameroff SB. Eyelid imbrication as unrecognized cause of chronic ocular irritation. *Ophthalmology* 1993;100:883-887.
11. Frueh BR, Musch DC, Garber FW. Exophthalmometer readings in patients with Graves' eye disease. *Ophthalmic Surg* 1986;17:37-40.
12. Migliori ME, Gladstone CJ. Determination of the normal range of exophthalmometric values for black and white adults. *Am J Ophthalmology* 1984;98: 438-442.
13. Kersten RC, Hammer BJ, Kulwin ER. The role of enophthalmos in involutional entropion. *Ophthalmic Plastic Reconstruct Surg* 1997;13:195-198.
14. Hurwitz JJ, Hurwitz C. Eyelid malpositions. In Hurwitz JJ. *The Lacrimal System*. Philadelphia: Lippincott Raven Press;1996:155
15. Novick NL. Cutaneous complications of epiphora. In: Bosniak SL, Smith BC, eds. *Advances in Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery*, Pergamon Press; 1984:83-86.
16. LaPierre P, Hurwitz JJ. Facial paralysis. In: *The Lacrimal System*. Philadelphia: Lippincott Raven Press;1996:171-185
17. Jones LT, Wobig JL. Surgery of the lower eyelid. In: Jones LT, Wobig JL, *Surgery of the Eyelids and Lacrimal System*. Birmingham, Alabama: Æsculapius;1976:131.
18. Hill JC, Feldman F. Tissue barrier of modification of a Wheeler II operation for entropion. *Arch Ophthalmology* 1967;78:621-625.
19. Hurwitz JJ, Hurwitz C. Eyelid malpositions. In: Hurwitz JJ, *The Lacrimal System*, Philadelphia, Pennsylvania:Lippincott Raven Press;1996:164-169.
20. Wies FA. Spastic entropion. *Transactions Am Acad Ophthalmol Otolaryngol* 1954;59:503-509.
21. Anderson RL, Gordy DD. The tarsal strip procedure. *Arch Ophthalmol* 1979; 97:2192-2196.
22. Hurwitz JJ, Mishkin SK, Rodgers KJA. Modification of Bick's procedure for treatment of eyelid laxity. *Can J Ophthalmol* 1987;22:262-266.
23. Liu D. Lower eyelid tightening: A comparative study. *Ophthalmol Plast Reconstruct Surg* 1997;13:199-203.
24. Hurwitz JJ. Diseases of the punctum. In: Hurwitz JJ, *The Lacrimal System*, Philadelphia, Pennsylvania:Lippincott Raven Press;1996:149-153.
25. Hurwitz JJ. In: Hurwitz JJ, *The Lacrimal System*, Philadelphia, Pennsylvania: Lippincott Raven Press;1996:160-162.
26. Edelstein JP, Dryden RM. Medial palpebral tendon repair for medial ectropion of the lower eyelid. *Ophthalmol Plast Reconstruct Surg* 1990;6:28-37.
27. Bartley GB. Ectropion and Lagophthalmos. In: Dortzbach RK, ed. *Ophthalmic Plastic Surgery Prevention and Management of Complications*. New York, NY: Raven Press, 1994:49-64.

Le Dr Hurwitz déclare qu'il n'a aucune divulgation à faire en association avec le contenu de cette publication.

Les avis de changement d'adresse et les demandes d'abonnement pour *Ophthalmologie – Conférences Scientifiques* doivent être envoyés par la poste à l'adresse C.P. 310, Succursale H, Montréal (Québec) H3G 2K8 ou par fax au (514) 932-5114 ou par courrier électronique à l'adresse info@snellmedical.com. Veuillez vous référer au bulletin *Ophthalmologie – Conférences Scientifiques* dans votre correspondance. Les envois non distribuables doivent être envoyés à l'adresse ci-dessus. Poste-publications #40032303

La version française a été révisée par le professeur Pierre Lachapelle, Montréal.

L'élaboration de cette publication a bénéficié d'une subvention à l'éducation de

# Novartis Ophthalmics

© 2006 Département d'ophtalmologie et des sciences de la vision, Faculté de médecine, Université de Toronto, seul responsable du contenu de cette publication. Édition : SNELL Communication Médicale Inc. avec la collaboration du Département d'ophtalmologie et des sciences de la vision, Faculté de médecine, Université de Toronto. <sup>MD</sup>Ophthalmologie – Conférences Scientifiques est une marque déposée de SNELL Communication Médicale Inc. Tous droits réservés. L'administration d'un traitement thérapeutique décrit ou mentionné dans *Ophthalmologie – Conférences Scientifiques* doit toujours être conforme aux renseignements d'ordonnance approuvés au Canada. SNELL Communication Médicale se consacre à l'avancement de l'éducation médicale continue de niveau supérieur.