

Examen clinique des paupières

C. VIGNAL CLERMONT



Contexte

- Consultation pour une anomalie palpébrale (ptosis, rétraction, asynergie oculopalpébrale, anomalie cutanée, infiltration), une diplopie binoculaire, une anisocorie, une exo- ou énoptalmie.
- Bilan d'une dysthyroïdie, d'une myasthénie, etc.

Attention! L'examen clinique des paupières fait partie de l'examen ophtalmologique.

Interrogatoire

- Antécédents familiaux de ptosis et/ou de diplopie, de maladie musculaire.
- Antécédents personnels : traumatisme, port de lentilles, dysthyroïdie.
- Date et mode de début, évolution, variabilité (effort, lecture) : demander des *photographies* antérieures.
- Symptômes associés : douleur, dysphonie, dysphagie, diplopie, faiblesse musculaire.

Examen clinique

■ Examen statique

La position de la paupière supérieure doit toujours être examinée lorsque l'œil est en rectitude afin d'éliminer un faux ptosis lié à une hypotropie.

Examiner/rechercher les éléments suivants :

- position anormale du sourcil :
 - ascension compensatrice en cas de ptosis (*fig. 11-A*; ici gauche);
 - position basse du sourcil évocatrice de blépharospasme;
 - rechercher une exoptalmie, une énoptalmie, une dystopie, un strabisme.
- position du bord libre des paupières (ptosis? *lid lag*?) et mesure de la fente palpébrale entre les deux bords palpébraux, au niveau de la pupille, de manière comparative en bloquant le sourcil (fente normale 9 à 10 mm). Cette position est-elle *variable* lors de l'examen? En cas de ptosis unilatéral et de rétraction compensatrice, il faut soulager la paupière ptosée. Si la rétraction disparaît, c'est qu'elle est secondaire au ptosis et que le ptosis est l'élément anormal (*fig. 11-B*);
- aspect de la paupière : œdème, cicatrice, creux ou comblement du creux sus-palpébral, excès cutané (dermatochalazis), rougeur;
- hauteur du pli palpébral (normale 8 mm du bord libre) à mesurer : il est ascensionné dans les ptosis aponévrotiques, effacé dans les myopathies;
- position des cils, ectropion, entropion de la paupière inférieure;
- mouvements involontaires au repos et en dynamique (fasciculations, syncinésies).



Fig. 11-A



Fig. 11-B



■ Examen dynamique

- Amplitude d'action du releveur de la paupière supérieure :
 - c'est la différence entre la position du bord libre palpébral supérieur dans le regard en haut et celle dans le regard en bas, sourcil bloqué (normale > 12 mm ; [fig. 11-C](#)) ;
 - cette amplitude est diminuée dans les atteintes du muscle releveur de la paupière supérieure quels qu'en soient le mécanisme et la cause.
- Qualité de la fermeture palpébrale (diminuée dans les paralysies faciales), recherche d'une asynergie oculopalpébrale (dysthyroïdie, fibrose cicatricielle, paralysie du III et réinnervation aberrante, syndrome de Parinaud).
- Examen de la force des orbiculaires lors de la fermeture palpébrale contre résistance (diminuée dans la myasthénie et les myopathies).
- Qualité du signe de Charles Bell (ascension normale du globe lors de l'occlusion palpébrale).

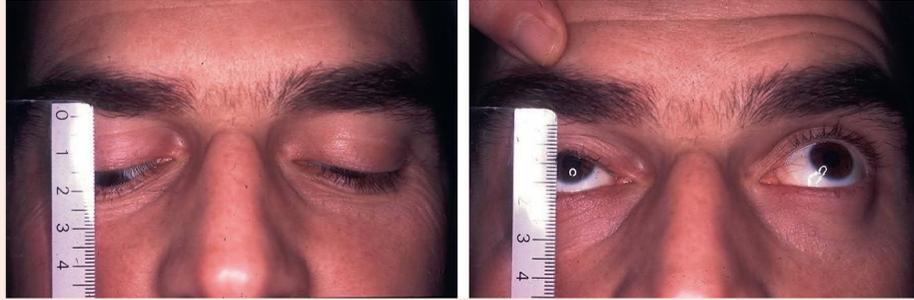


Fig. 11-C

■ Éléments à rechercher systématiquement lors de l'examen des paupières

- Examen des pupilles : recherche d'une anisocorie (voir [fiche n° 31](#)).
- Examen de la motilité oculaire avec la recherche d'un strabisme et d'une limitation oculomotrice (maladie de Basedow, myopathie, paralysie du III).

Conclusion

Si l'examen retrouve un ptosis, une rétraction ou une anisocorie, se référer respectivement aux [fiches n° 33](#) et [n° 31](#).