

31 Chirurgie du ptosis

Le ptosis est une chute de la paupière supérieure, il peut être corrigé lorsqu'il gêne la vision ou pour restaurer l'esthétique du regard.

Causes du ptosis

Le plus souvent il est dû à une anomalie du muscle releveur de la paupière, soit congénitale (présente à la naissance) isolée ou dans le cadre d'une malformation, soit héréditaire, se révélant avec l'âge (myopathies), soit acquise avec une diminution progressive de la contractibilité du muscle releveur (forme dite dystrophique), ou bien à un relâchement de sa fixation sur la paupière (forme dite aponévrotique).

Dans ces cas, le traitement est chirurgical avec différentes techniques selon la fonction résiduelle du releveur : si le muscle se contracte encore un peu, il sera raccourci (résection du muscle releveur, résection du muscle de Müller) ; s'il ne se contracte presque plus ou si on anticipe une aggravation à moyen terme, la paupière sera connectée au front par une bandelette et c'est la contraction du muscle frontal qui permettra de la remonter.

Beaucoup plus rarement, le ptosis est lié à une atteinte neurologique. Soit par atteinte de la jonction entre le nerf et le muscle, cette maladie est appelée myasthénie et son traitement est médical. Soit par paralysie de la III^e paire des nerfs crâniens. Le ptosis est alors accompagné d'un strabisme, il peut être corrigé chirurgicalement par une suspension au muscle frontal si l'on est parvenu à remettre les yeux dans le bon axe auparavant. Soit par atteinte du nerf sympathique, le ptosis pouvant s'accompagner d'un rétrécissement de la pupille.

Attitude suivant l'âge

Chez l'enfant, la vision ne peut se développer que si l'axe visuel est dégagé ; un ptosis congénital qui couvre cet axe devra donc être rapidement opéré (suspension au frontal par une bandelette de silicone), sous peine de ne pouvoir récupérer la vision de l'oeil. En l'absence de gêne visuelle, l'objectif de l'opération est uniquement esthétique et elle pourra se faire à tout âge.

Chez l'adulte jeune ou âgé, l'aspiration esthétique est à mettre en balance avec la difficulté opératoire liée à la cause, au degré et au type de ptosis.

Techniques opératoires

L'anesthésie est générale chez l'enfant. Chez l'adolescent ou l'adulte elle sera locale, avec ou sans sédation intraveineuse par l'anesthésiste ou générale selon le type de ptosis et selon le patient.

Trois techniques principales peuvent être utilisées : résection du muscle releveur, résection du muscle de Müller, suspension de la paupière au muscle frontal (par bandelette synthétique ou prélevée sur le patient au niveau de la cuisse ou du cuir chevelu) selon le chirurgien et le type de ptosis.

Suivant le cas l'intervention peut être faite par voie cutanée, la cicatrice étant dissimulée dans le pli, ou par voie conjonctivale, la cicatrice étant alors invisible cachée à l'intérieur de la paupière.

La difficulté majeure est liée au dosage car la position de la paupière pendant l'opération n'est pas celle qui existera le lendemain, qui elle-même est différente de celle qui existera 3 mois après l'opération.

Par ailleurs, plus on remonte la paupière, plus on améliore l'esthétique, mais plus on rend difficile la fermeture notamment la nuit. Pendant le sommeil, l'œil tourne vers le haut (signe de Charles Bell), ce qui protège la cornée (partie transparente sensible au dessèchement) et une légère ouverture nocturne est habituellement bien tolérée. Cependant, ce mouvement parfois n'existe pas, ou il s'associe au ptosis une sécheresse lacrymale ou encore une faiblesse du muscle qui ferme les paupières ; dans toutes ces situations, le risque d'intolérance augmente.

Le chirurgien devra donc trouver un compromis entre esthétique et tolérance adapté à chaque patient. Il s'agit donc d'une chirurgie délicate qui nécessite beaucoup d'expérience dans le dosage.

Suites opératoires

Dans la plupart des cas, la fermeture des paupières sera franchement incomplète pendant les premiers jours, voire les premières semaines postopératoires ; il est essentiel dans ces cas d'instiller des gouttes de gel et d'appliquer des pommades protectrices pour éviter la sécheresse de la cornée, jusqu'à ce que la souplesse palpébrale revienne. Dans certains cas, le chirurgien peut décider de la nécessité de fermer l'œil pendant les premières nuits postopératoires grâce à un fil tirant sur la paupière inférieure et fixé au front. Un contrôle par un ophtalmologiste est nécessaire vers le 10-15^e jour ; l'apparition d'une douleur vive et/ou d'une baisse d'acuité visuelle importante doit faire avancer ou renouveler ce contrôle.

L'éviction sociale est habituellement d'une dizaine de jours.

Complications

Des complications sont possibles et peuvent conduire à une nouvelle intervention du fait

- d'une intolérance oculaire liée à l'exposition cornéenne, complication finalement rare mais justifiant une surveillance, surtout lors des premières semaines postopératoires.

- d'une imperfection produisant un préjudice esthétique : sur ou sous correction, forte asymétrie, déformation du bord libre, mauvaise orientation des cils, mauvaise position du pli palpébral, mauvaise courbure. Cette possibilité de reprise, précoce ou à distance, existe même en cas de chirurgie parfaitement réalisée. Le risque est variable, entre 5 et 15% selon le type de ptosis, pour un chirurgien expérimenté. Il est à noter que la correction est recherchée dans le regard droit devant et qu'une asymétrie subsistera dans le regard vers le haut et vers le bas si le muscle était dystrophique.

Le résultat est considéré comme stable après 1 an, l'opération restaure la vitalité du regard en supprimant l'aspect éteint provoqué par le ptosis.