

# LES ECTROPIONS

M Elbelhadji, H. Amrani-H, Z. Bounsif, El.M. By, A.Mchachi, A. Amraoui  
Service d'Ophtalmologie adulte, Hôpital 20 Août, CHU IbnRochd casablanca  
Université Hassan II Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

## Résumé

**Introduction :** L'ectropion palpébral est une malposition palpébrale qui se définit comme une éversion du bord libre de la paupière, cette dernière perd le contact avec le globe oculaire en l'exposant à des lésions pouvant être graves notamment au niveau de la cornée. Il peut atteindre la paupière supérieure ou inférieure et touche plus volontiers l'adulte. Il est classé en ectropion congénital et acquis (involutionnel qui est le plus fréquent à 65%, paralytique, cicatriciel et mécanique), mais cette classification n'est pas toujours nette et certains ectropions présentent des caractéristiques mixtes.

Le traitement de l'ectropion est chirurgical. Il repose sur une bonne analyse sémiologique et une bonne connaissance de l'anatomie palpébrale. Il fait intervenir plusieurs techniques qui peuvent être associées selon la physiopathologie en cause.

**Mots clés :** ectropion, congénital, acquis, relâchement, chirurgie

L'ectropion est une éversion du bord libre de la paupière, qui perd le contact avec le globe oculaire en l'exposant à des lésions cornéennes. Il peut atteindre la paupière supérieure ou inférieure et touche plus volontiers l'adulte. Il est classé en ectropion congénital et acquis. Le traitement de l'ectropion est chirurgical. Il fait intervenir plusieurs techniques qui peuvent être associées selon la physiopathologie en cause (1).

## Rappel anatomique des paupières

### Paupière inférieure :

La lamelle antérieure est constituée de peau et de muscle orbiculaire qui se divise en 3 portions : orbitaire (o), pré-septale (ps) et pré-tarsale (pt), ce dernier intervient dans le maintien des paupières en position de fermeture (cf.fig.1). 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 (2).

La lamelle postérieure est formée par la conjonctive et le tarse (hauteur = 3,5 à 4 mm, longueur = 25mm, épaisseur = 1mm) qui est un tissu fibreux dense qui assure l'intégrité structurale de la paupière. Il est attaché aux structures osseuses par deux tendons : le tendon canthal latéral et médial (cf.fig.2) (2).

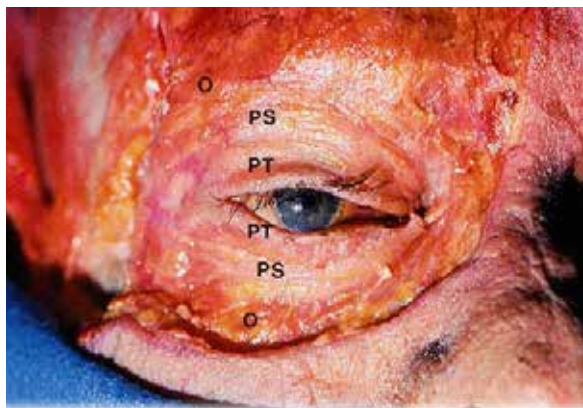


Figure 1 : Dissection de visage d'un cadavre montrant le muscle orbiculaire et ses 3 portions (2)

### Le muscle rétracteur de la paupière inférieure:

Il est formé par des expansions conjonctivales et musculaires, provenant des muscles droit inférieur et petit oblique, et qui sont dirigées vers la paupière en 3 faisceaux (cf.fig.3) (1):



Figure 2 : Dissection de visage d'un cadavre montrant le tarse (T) (2)

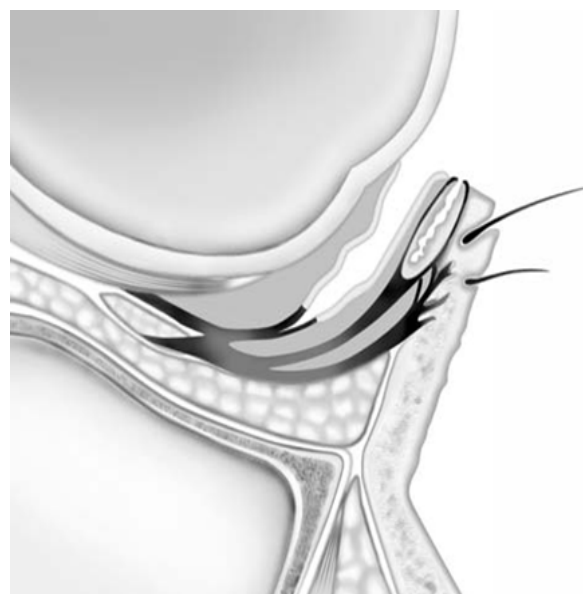


Figure 3 : Schéma montrant le muscle rétracteur de la paupière inférieure (1)



- I. Un faisceau antérieur qui s'insère sur la face antérieure du tarse (action éversante)
- II. Un faisceau moyen qui s'insère sur le bord inférieur du tarse
- III. Un faisceau postérieur sur le cul de sac conjonctival (action inversante)

#### Paupière supérieure

Elle possède les mêmes bases anatomiques que la paupière inférieure (lamelle antérieure et postérieure) avec une hauteur de tarse allant jusqu'à 10mm (2).

#### Tendon canthal médial

Il est formé de deux composantes : musculaire provenant du muscle orbiculaire et fibreuse provenant du tarse supérieur et inférieur qui forment deux tendons : antérieur s'insérant sur la partie supérieure de la crête lacrymale antérieure et postérieur sur la partie supérieure de la crête lacrymale postérieure (cf.fig.4) (2).

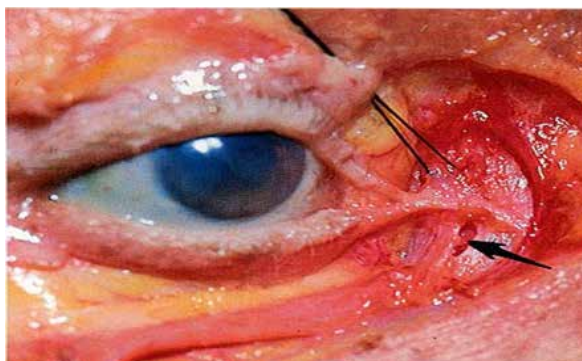


Figure 4 : Dissection de visage d'un cadavre montrant le tendon canthal medial (2)

#### Tendon canthal latéral:

Il est formé de deux faisceaux issus des extrémités latérales des tarses supérieur et inférieur qui se réunissent et se fixent sur le tubercule orbitaire de Withnall et le périoste orbitaire (cf.fig.5) (1).



Figure 5 : Dissection de visage illustrant le tendon canthal latéral (2)

#### Classification et physiopathologie

##### Ectropion congénital

Ectropion congénital primitif Isolé : 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 (1).

Ectropion congénital secondaire : il est le plus fréquent et peut se voir au cours de la microphthalmie, l'euryblépharon, les fentes faciales et les affections dermatologiques comme l'ichthyose (5).

##### Ectropion acquis

##### Ectropion involutionnel

C'est la forme la plus fréquente, due à une laxité horizontale par un relâchement horizontal de la sangle tarsoligamentaire associé ou non à un relâchement du tendon canthal latéral et une désinsertion des rétracteurs (principalement du faisceau postérieur) (cf.fig.6).

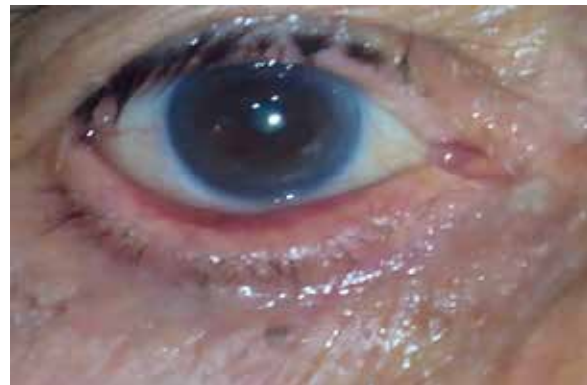


Figure 6 : Ectropion involutionnel

##### Ectropion paralytique

Survient après une paralysie du nerf facial (VII) (cf.fig.7).



Figure 7 : Ectropion paralytique de l'œil gauche.

##### Ectropion cicatriciel

Il est dû à une brièveté de la lamelle antérieure suite à une brûlure de la face, un traumatisme ou une excision cutanée excessive post-blépharoplastie. Il peut également se voir à la suite d'une dermatite chronique (cf.fig.8).



Figure 8 : Ectropion cicatriciel suite à une plaie palpébrale





### Ectropion mécanique

Il survient dans un contexte traumatique (hématome) ou tumoral ou post-éviscération (cf.fig.9).



Figure 9 : Ectropion mécanique d'origine tumorale.

### Forme particulière

C'est le Floppy eyelid syndrome (cf.fig.10), dû à une laxité de la lamelle postérieure (tarsocconjunctivale) de la paupière supérieure.

Il s'agit d'un ectropion intermittent de la paupière supérieure avec paupières atones. L'éversion est favorisée par le sommeil ou l'élévation oculaire. Une conjonctivite chronique papillaire et une obésité sont des signes associés(5).



Figure 10 : Floppy eyelid syndrome (6)

### EXAMEN CLINIQUE

Il permet de :

**Quantifier l'ectropion:** minime qui est une simple éversion de cils ; modéré (cf.fig.11) représenté par un diastasis oculopalpébral ou constitué (cf.fig.12) (éversion de la paupière qui, dans les cas évolués, développe un véritable effacement palpébral).

**Analyser la topographie:** ectropion total (cf.fig.11 et 12), segmentaire ou lacrymal (cf.fig.13).

### Évaluer la laxité tarsale :

Le pinch-test 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 (cf.fig.14).

Le snap-test 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.

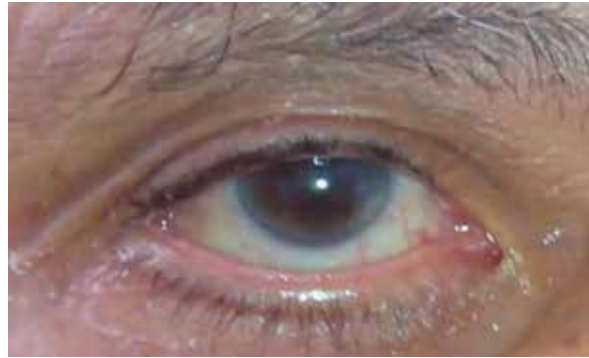


Figure 11 : Ectropion total modéré

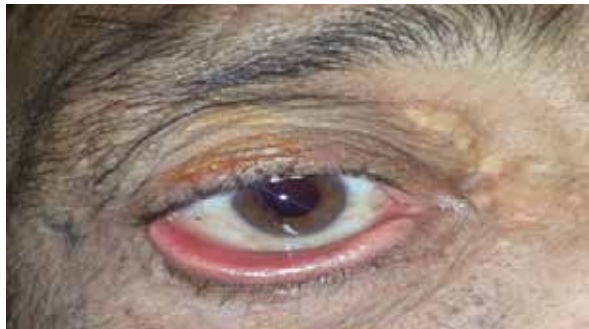


Figure 12 : Ectropion total constitué



Figure 13 : Ectropion lacrymal



Figure 14 : Pinch-test

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.



Figure 15 : Test de traction temporale

**Rechercher un relâchement canthal médial :** par le test de traction temporale. Un déplacement du point lacrymal latéralement  $> 8$  mm vers le dehors signifie un relâchement de l'angle interne (15), (cf.fig.15).

**Relâchement canthal latéral :** recherché par le test de traction nasale.

**Évaluer de la laxité verticale :** par la recherche de désinsertion des rétracteurs qui se manifeste par un effacement du pli palpébral inférieur, approfondissement du cul-de-sac conjonctival inférieur et un niveau de désinsertion marqué par une zone blanc grisâtre reconnaissable à travers la conjonctive (11).

**Examen de la peau et du visage :** à la recherche de rétraction par cicatrice, brûlure, affection dermatologique ou paralysie faciale...

**Examen à la lampe à fente :** à la recherche de lésions d'exposition: kératite, ulcère, abcès de cornée ou perforation....

#### TRAITEMENT

Le traitement est chirurgical et a pour but de remettre la paupière en position anatomique.

L'anesthésie choisie est souvent locale à base de lidocaïne avec ou sans adrénaline.

#### TECHNIQUES :

##### Raccourcissement de la sangle tarsoligamentaire :

Sa principale indication est représentée par la laxité horizontale de la paupière.

La technique de base est celle de Kuhnt-Szymanowski (K-Z). 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 (cf.fig.16 et 17) 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 des points séparés de fil résorbable 6/0 et le plan du bord libre sera suturé par deux ou trois points séparés de soie ou de fil résorbable 6/0. La lamelle antérieure est ajustée et l'excès myocutané doit être réséqué de manière à obtenir un repositionnement correct des tissus (10).

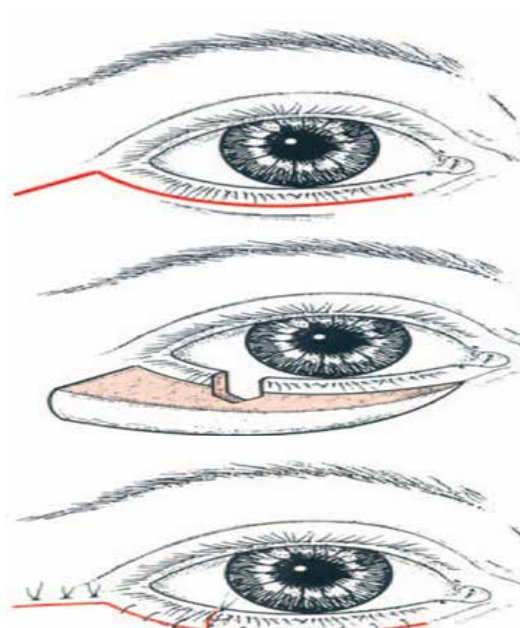


Figure 16 : Schéma expliquant la technique de Kuhnt-Szymanowski moderne(1)

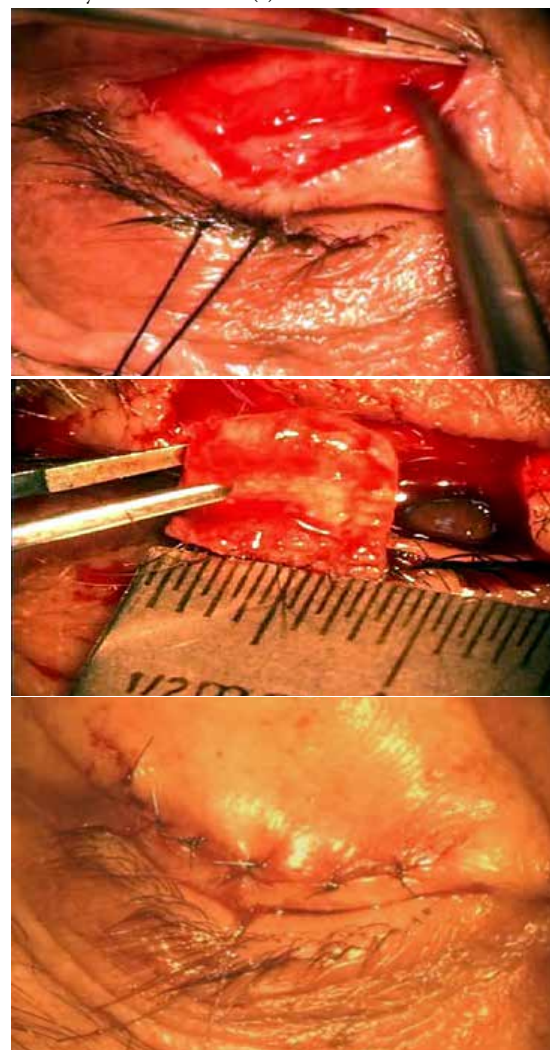


Figure17 : Résection pentagonale au niveau de la paupière inférieure selon la technique de K-Z



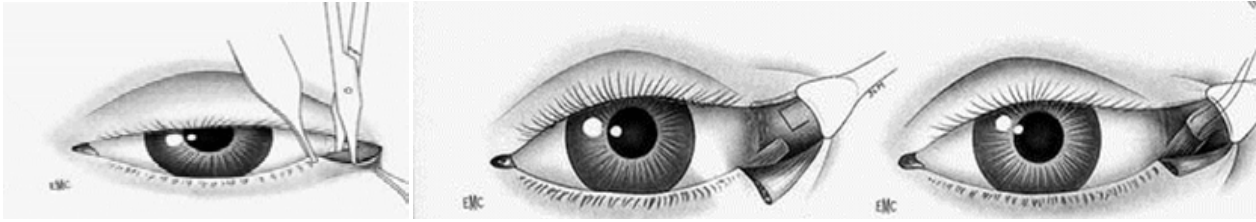


Figure 18 : Schéma illustrant la canthopexie externe (7)

### Canthopexie latérale

C'est la technique de choix pour les ectropions temporaires, totaux ou récidivants associés à une laxité canthale externe. Son principe est de retendre la paupière vers son insertion orbitaire externe. La canthopexie externe de Tenzel est la méthode de base qui consiste en une incision type blépharoplastie de part et d'autre du canthus externe (10 mm de chaque côté), dissection d'un lambeau cutané-musculaire, mise en évidence du tendon canthal externe et du périoste orbitaire externe, canthotomie externe horizontale pour diviser le tendon canthal, section du faisceau inférieur de ce tendon (cantholyse) et désinsertion totale de la paupière inférieure de ses attaches septales et orbitaires. La paupière ainsi libérée est tractée vers son insertion orbitaire jusqu'à obtenir une bonne tension palpébrale. Le nouveau canthus externe est déterminé par rapport à la paupière supérieure, puis marqué. Le bord ciliaire et la conjonctive sont réséqués, la languette tarsale obtenue fait office de néo-tendon sur lequel deux sutures sont placées. Ces deux sutures sont réinsérées sur le périoste orbitaire externe au niveau précédemment déterminé. Le lambeau cutané est ajusté et suturé et le canthus externe reformé (cf. fig.18) .

### Réinsertion des muscles rétracteurs de la paupière inférieure

Elle se fait en même temps opératoire que la canthopexie externe ou par voie transconjonctivale. La fixation des rétracteurs permet de marquer le pli palpébral (cf.fig.19) .

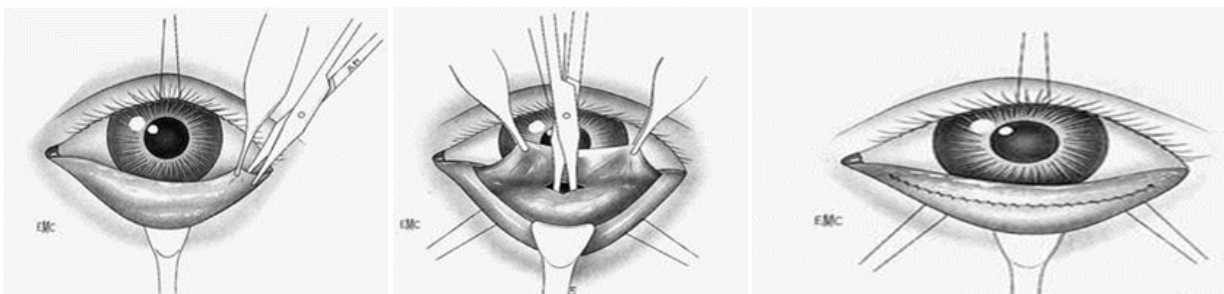


Figure 19 : Schéma montrant la réinsertion des muscles rétracteurs de la paupière inférieure (7)



Figure 20 : Résection losangique dans la technique de lazy-T (13)

### Canthopexie médiale

Son principe est de conserver le point lacrymal et de retendre la paupière inférieure sur le périoste orbitaire au niveau de la crête lacrymale postérieure. Le renforcement du tendon canthal interne se fait à l'aide d'une plicature du tendon par suture non résorbable. Cette technique présente l'inconvénient de changer la direction de la paupière et d'induire un diastasis oculo-palpébral avec son éventuel retentissement lacrymal (12).

### Autres techniques

Technique de Byron-Smith dénommée lazy-T dans le traitement des ectropions lacrymaux qui permet la réduction de la laxité verticale par la résection d'un losange tarsoconjunctival sous le canalicule lacrymal inférieur (cf.fig.20) .

### Technique de suspension palpébrale inférieure par Fascia lata (9).

### Comblement d'une perte de substance cutanée par greffe ou lambeau cutané

Plastie en Z qui est un allongement d'une bride cutanée par échange de lambeaux. La branche centrale du Z est centrée sur la bride à allonger (cf.fig.21) (8).

### Indications chirurgicales

#### ⊙ Ectropions congénitaux

Ne sont traités que s'il y a une inoclusion palpébrale par une greffe de peau rétro-auriculaire ou par un lambeau préseptal supérieur (5).

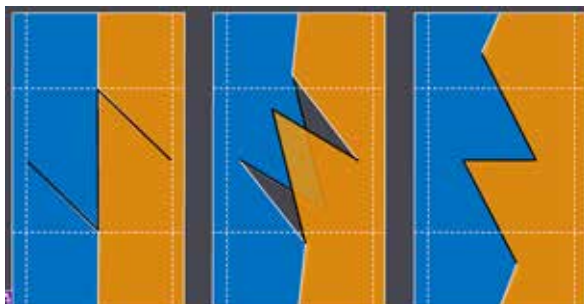


Figure 21 : Schéma expliquant la plastie en Z (8)

### ⊙ Floppy eyelid syndrome

Se traite par résection pentagonale de la paupière supérieure qui intéresse la lamelle postérieure dans son tiers externe (5).

### ⊙ Ectropions acquis

#### ■ Ectropions séniles

L'indication thérapeutique est en fonction de la physiopathologie en cause :

- ❖ Un relâchement horizontal est traité par la technique de Kuhnt-Szymanowski (cf.fig.17 et 22) (3).
- ❖ Un relâchement canthal latéral est traité par une canthopexie externe de Tenzel
- ❖ Un ectropion lacrymal nécessite la Technique de la zy-T
- ❖ Une désinsertion des rétracteurs bénéficierait d'une réinsertion des rétracteurs(3,4).

#### ■ Ectropion paralytique :

Il est traité selon 2 procédés :

- I. Procédé statique qui a pour objectif la remise en tension bicanthale
- II. Procédé dynamique qui consiste en une suspension palpébrale inférieure par fil ou Fascia-lata (5).

#### ■ Ectropion cicatriciel :

Après un temps de cicatrisation d'au moins 6 mois, le traitement des ectropions cicatriciels est complexe, basé sur la résection des tissus cicatriciels, la réinsertion canthale, la greffe ou lambeau et la plastie en Z (5).

#### ■ Ectropion mécanique :

C'est l'excision de la lésion qui alourdit la paupière inférieure (1).

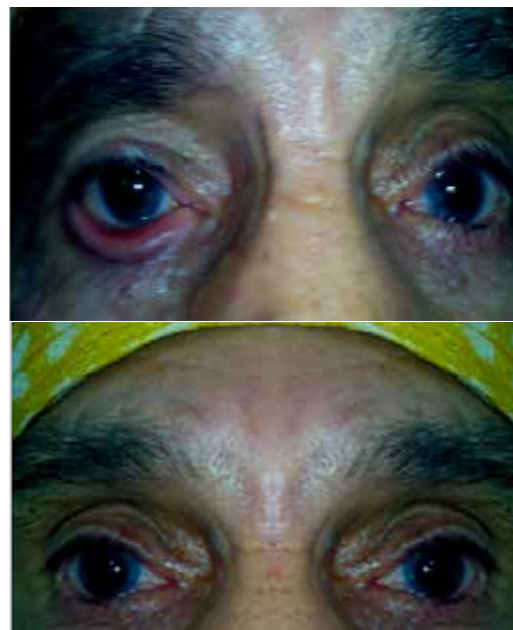


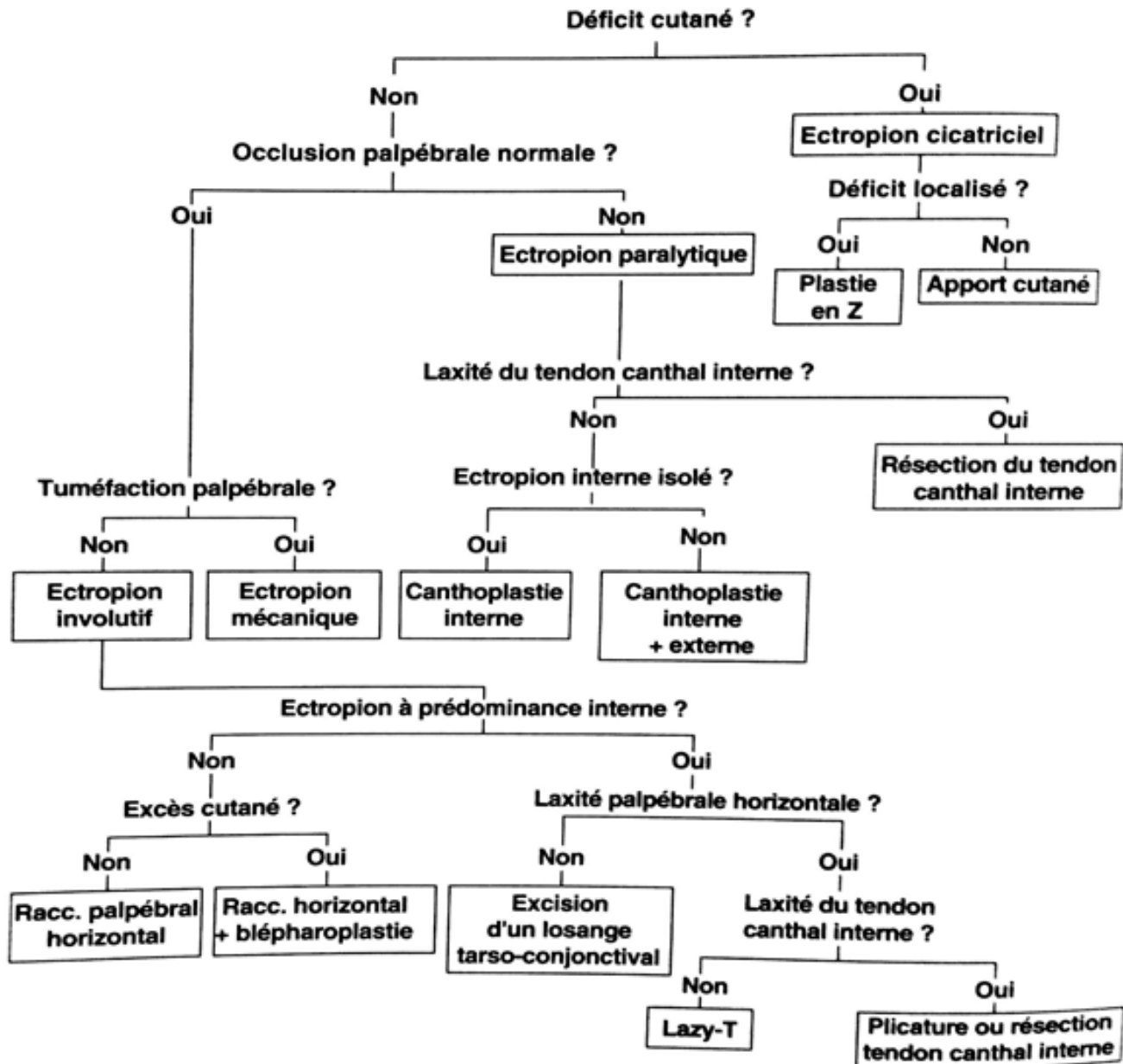
Figure 22 : a : ectropion sénile par relâchement horizontal  
b : résultat post-opératoire par la technique de K-Z après 18 mois

### Conclusion

L'ectropion est une malposition palpébrale qui expose à des lésions coréennes pouvant être graves. Sa prise en charge est chirurgicale par des techniques de base qui peuvent être associées selon les indications. Les résultats sont souvent satisfaisants mais non dénués du risque de récurrence.



## Arbre décisionnel devant l'ectropion acquis (15)



## BIBLIOGRAPHIE :

1. H. Ben Ayed, C. Hidalgo, M. Hamédani, S. Morax, Ectropions EMC ophtalmo 2005 Elsevier Paris. [21-100-B-10]. P 14
2. P. Moradi, Cosmetic plastic and reconstructive surgeon, [http://www.powershow.com/view4/57925-NzUyM/ECTROPION\\_powerpoint\\_ppt\\_presentation](http://www.powershow.com/view4/57925-NzUyM/ECTROPION_powerpoint_ppt_presentation), 2004 Sydney.
3. M.Hamedani, A. Oberic, Entropions et ectropions involutifs, J Fr ophtalmo., 2006; 29;6:694-702
4. E.J. Rosen, Entropion/Ectropion, The University of Texas Medical Branch Department of Otolaryngology. Grand Rounds Presentation January 17, 2002 Texas.
5. P.Ritleng, E.Caubet, Ectropions : Séméiologie et traitement chirurgical, EMC ophtalmo .1990 ,Elsevier ,Paris. [21-100-B-10].P14
6. S.L. Chandravanshi, Congenital combined eyelid imbrication and floppy eyelid syndrome: Case report and review of literature, Indian J Ophthalmol. ,2013 Oct; 61(10): 593-596
7. F. Trepsat, S.Morax ,Chirurgie esthétique fronto-orbito-palpébrale , EMC Ophtalmolo 1996 ,Elsevier ,Paris. [45-650] P10
8. Ph. PELISSIER, Plasties cutanées, Service de Chirurgie Plastique Centre F.X. Michelet, CHU de Bordeaux, [www.e-plastic.fr](http://www.e-plastic.fr)
9. D. Grivet , R. Jullienne, N. Campolmi, P. Gain, Ectropions de la paupière inférieure , EMC ophtalmo ,2013 ,Elsevier ,Paris. [ 21-100-B-10] P9
10. J.P. Adenis, S. Morax, Pathologie orbito-palpébrale, Rapport de la SFO, 1998 ,Masson ,Paris.
11. M.J. Pfeiffer, Oculoplastics and Orbit ,[V 2] 2007, Springer Berlin Heidelberg, Berlin Chp I p 1-7
12. C.K.Beyer-Machule, G.K.von Noordeen, Atlas de chirurgie ophtalmologique, 1986 ,Masson, Paris, P 14-39
13. J.P. Adenis, Chirurgie palpébrale, 2007, Masson, Paris, P 18-30
14. D.Schapiro, Les ectropions involutifs : principes de traitement réalités ophtalmologiques, 2012 Septembre, Cahier 1-195
15. J.R.O.Collin, Manuel pratique de la chirurgie palpébrale, 1998, Masson, Paris, 25-35