



L'œil creux

Philippe Imbert

L'œil creux ou plutôt l'œil "en creux" est défini par la perte du galbe palpébral en rapport avec une atrophie tissulaire cutanée, musculaire et graisseuse périorbitaire liée au vieillissement (figures 1,2,6), constitutionnelle (figure 3) ou secondaire à une blépharoplastie [1]. Demande fréquente de chirurgie rajeunissante du regard, ses résultats ont été transformés par la lipostructure.

Formes anatomo-cliniques

Paupière supérieure et étage supérieur du visage

La perte de volume orbitaire génère le creux sus-tarsal supérieur. Deux formes sont décrites :

- la forme avec *dermatochalasis* soit global sur toute la paupière (figures 1 b, d, 2 b, d), soit localisé sur son segment latéral. Dans ce dernier cas, la peau préseptale tombe latéralement alors qu'elle remonte avec le pli palpébral dans sa partie médio-centrale en tapissant le creux orbitaire pour donner au final un aspect de type "cocker". Dans cette forme, le patient incrimine l'excès cutané qui masque la perte de volume orbitaire ;
- la forme *sans dermatochalasis* car l'excès cutané préseptal relatif tapisse le creux orbitaire et les reliefs qui deviennent proéminents : globe oculaire, poche graisseuse orbitaire médiale, glande lacrymale, rebord osseux orbitaire. Une ombre sous le toit de l'orbite accentue la squelettisation du

Clinique du Parc, Toulouse



Figure 1. Creux palpébral supérieur avec dermatochalasis. a. Photo de jeunesse. b, d. Dermatochalasis supérieur bilatéral masquant le creux sus-tarsal. c, e. Résultat après blépharo-lipostructure supérieure : exérèse cutanée associée à une lipostructure des paupières supérieures et des sourcils.



Figure 2. Squelettisation des paupières supérieures et des tempes. a. Photo de jeunesse. b, d. Creux sus-tarsal, excès cutané préseptal, squelettisation du rebord orbitaire et des tempes. c, e. Résultat après blépharo-lipostructure supérieure : exérèse cutanée associée à une lipostructure des paupières supérieures, des sourcils et des tempes.

Dossier

regard, à l'origine de la demande esthétique.

Ces deux formes peuvent s'entremêler donnant le change avec un ptosis aponévrotique à éliminer lors de l'examen.

Enfin, le même patient peut présenter d'un côté une forme avec dermatochalasis et de l'autre une forme sans dermatochalasis, ajoutant à la disgrâce une asymétrie du regard.

Pour être complet, l'examen des régions périorbitaires supérieures note une dépression temporale, nasale, glabellaire pouvant aggraver la squelettisation du regard.

Paupière inférieure et étage médio-facial

Creux palpébral isolé

En paupière inférieure, le creux se manifeste par le sillon palpébro-jugal plus ou moins marqué (figure 3 a,b,d) faisant la transition entre la paupière, la joue et la pommette. Un cerne bleuâtre peut souligner le creux.

Creux palpébral associé à des poches

Au-dessus du sillon palpébro-jugal, la lipoptose éventuelle génère des poches palpébrales accentuant la vision du creux sous-jacent (figure 4 a,c). Le relâchement tarso-tendineux, musculaire et cutané peut au contraire masquer en partie le creux qui doit donc être recherché.

Creux palpébral associé à un creux médio-facial

Sous le creux, la "vallée des larmes" sépare la joue de la pommette et réalise avec le sillon palpébro-jugal une dépression en Y allongé (figure 5 a,c). La perte volumique de la pommette et de la joue aggrave la squelettisation médio-faciale prenant part à l'émaciation du visage.

Creux palpébral associé à une ptôse médio-faciale

Déplétion volumique et



Figure 3. Creux palpébral inférieur avec poches palpébrales minimales. a. Photo de jeunesse avec cerne et creux déjà présents. **b, d.** Cerne et creux palpébro-jugal marqués. **c, e.** Résultat après lipostructure du creux palpébro-jugal.

relâchement tissulaire génèrent une ptose médio-faciale associant poche malaire, vallée des larmes et ptôse jugale accentuant le sillon nasogénien (figure 6 b,d).

Traitement chirurgical

Traitement préventif de l'œil creux

Prévenir la survenue d'un œil creux au décours d'une blépharoplastie implique une chirurgie économe en résection tissulaire, épargnant l'orbiculaire et l'organe en rou-



Figure 4. Poches palpébrales avec creux palpébro-jugal.

a, c. Aspect préopératoire. **b, d.** Résultat après blépharo-lipostructure inférieure : lipectomie par voie conjonctivale associée à une lipostructure du creux palpébro-jugal.

leau. La résection de la graisse médiale est à discuter en fonction de son importance. La résection des poches graisseuses inférieures est prudente. Des poches minimales au-dessus d'un creux marqué sont négligées pour ne traiter que le creux.

Prévenir l'aggravation par une blépharoplastie d'un œil creux préexistant à la chirurgie demande de comparer les données de l'examen avec des photos de jeunesse afin de reconnaître la perte volumique périorbitaire. On réalise alors une blépharolipostructure associant le comblement de volume à la blépharoplastie afin d'obtenir un résultat optimal et d'éviter le *surgical look* redouté des patients.

Traitement curatif de l'œil creux

Téchniques de correction volumique

- Lipostructure

La lipostructure décrite par Coleman est une greffe autologue de tissu graisseux permettant d'apporter du volume dans les tissus profonds sous-cutanés, réalisée en trois temps [2] :

1. Prélèvement de tissu graisseux par aspiration manuelle à l'aide d'une canule montée sur une seringue de 10 cc Luer Lock sur la face médiale des genoux, la face médiale et latérale de la cuisse, l'abdomen. 20 cc prélevés suffisent pour regalber deux paupières supérieures ou inférieures, 60 cc pour l'ensemble du contour orbitaire.

2. Centrifugation à 3000 tours/min pendant 3 min puis transfert de la graisse centrifugée dans des seringues de 1 cc Luer Lock. Une canule de déposition à usage unique, à embout mousse et à orifice latéral y est vissée lors de l'usage de chaque seringue.

3. Déposition de la graisse sur les zones de creux préalablement marquées suivant un plan préopératoire discuté avec le patient. La graisse est déposée sur chaque zone de déficit volumique à partir de deux ou mieux trois points d'entrée réalisés à l'aiguille, dans des micro-tunnels disposés en éventail, sous forme de gouttelettes déposées de façon rétrograde, selon une répartition homogène, en pré-périosté, sous et dans les muscles peauciers. La quantité déposée varie selon la zone à corriger, l'importance de la perte volumique et l'expérience du chirurgien,



Figure 5. Perte de volume médio-facial. a, c. Cerne, creux palpébro-jugal et vallée des larmes réalisant un Y allongé et effacement des pommettes. b, d. Résultat après lipostructure médio-faciale.

la résorption postopératoire de la graisse déposée étant variable d'un praticien à l'autre. Le résultat volumétrique est acquis à 12 mois. Mieux vaut sous-corriger que le contraire, une nouvelle déposition de graisse 12 mois plus tard étant d'acceptation et de réalisation plus faciles que l'excision de dépôts graisseux en excès.

- Transposition graisseuse en paupière inférieure

Le principe est de transposer au niveau du creux sous-palpébral la graisse contenue dans les poches palpébrales, par voie conjonctivale ou par voie cutanée sous-ciliaire. Le périoste infra-orbitaire est abordé et exposé sur une hauteur d'un centimètre sous le rebord osseux après avoir décollé la graisse sous-orbitaire. Le septum est incisé et les poches étalées en lambeaux pédiculés qui sont transposés et fixés au périoste correspondant au creux palpébral. Un drapage myocutané est fait si besoin ainsi qu'une canthoplastie latérale en cas de laxité tarso-tendineuse.

- Lifting malaire

Il consiste à élever l'ensemble des tissus médio-faciaux [3]. La voie d'abord cutanée sous-ciliaire est suivie d'un décollement cutané sur la hauteur palpébrale. L'orbiculaire est ouvert sous le bord inférieur du tarse puis décollé du septum jusqu'au rebord osseux infra-orbitaire. Le périoste du rebord infra-orbitaire est incisé et décollé sur l'os malaire et le maxillaire supérieur en évitant l'émergence du nerf sous-orbitaire. Le périoste est claqué à sa partie inférieure à l'aide d'une rugine large, libérant le lambeau jugo-malaire qui est élevé et fixé par deux points d'ancrage osseux au niveau du rebord inférieur et inféro-latéral. La graisse malaire et jugale est ainsi élevée,

corrigeant vallée des larmes et creux palpébro-jugal. L'orbiculaire est mis en tension sur le périoste latéro-orbitaire permettant la correction des poches éventuelles, le drapage malaire et une résection cutanée conséquente.

Indications chirurgicales

Elles dépendent des formes anatomo-cliniques décrites. En cas de rajeunissement, le bilan préopératoire guide la restauration du galbe en s'inspirant des photos de jeunesse pour un résultat volumétrique naturel et rajeunissant (*figures 1,2,6*) [4].

• Paupière supérieure et étage supérieur du visage

Le creux sus-tarsal avec dermatochalasis bénéficie d'une blépharo-lipostructure supérieure : résection cutanée au cours d'une blépharoplastie supérieure associée à une lipostructure visant à regalber l'unité préseptale (*figures 1,2*). Le creux sus-tarsal isolé ne requiert qu'une lipostructure. Suivant l'importance du creux, la quantité de graisse déposée est de 1 à 3 cc. Sur une paupière totalement squelettisée, une deuxième lipostructure peut être programmée douze mois plus tard, avec l'accord du patient. Il est souhaitable de traiter en même temps les éventuelles dépressions péri-orbitaires voisines : racine du nez, glabellle, front, tempes (*figure 2*) au risque de donner l'impression de les aggraver dans le cas contraire.

• Paupière inférieure et étage médio-facial

Un cerne bleuâtre associé à un creux, un creux palpébro-jugal isolé ou associé à des poches minimales bénéficie d'une lipostructure (*figure 3*). La graisse déposée est de 0,3 à 0,5 cc au niveau du cerne et de 1 cc au niveau du sillon palpébro-jugal. Suivant l'importance du creux, la vallée des larmes reçoit 1 à 3 cc de graisse, la pommette 2 à 3 cc, la joue 3 à 4 cc.

L'association creux/poches bénéficie d'une transposition graisseuse ou d'une blépharo-lipostructure combinant lipectomie par voie conjonctivale et lipostructure sur le creux palpébro-jugal (*figure 4*), a fortiori si d'autres zones sont à combler.

L'association creux/ptose médio-faciale fait pratiquer un lifting malaire permettant un remodelage volumétrique et une mise en tension de l'unité malaire (*figure 6*).



Figure 6. Creux palpébro-jugal avec ptôse médio-faciale.
a. Photo de jeunesse. b, d. Relâchement cutané palpébral, creux palpébro-jugal, ptôse malaire, vallée des larmes et ptôse jugale. c, e. Résultat après lifting malaire.

Bibliographie

1. Reynaud JP, Bardot J, Fogli A, Malet T, Saboye J. Chirurgies esthétiques des paupières. Elsevier-Masson 2008; 95-106.
2. Coleman SR. Facial recontouring with lipostructure. Clin Plast Surg. 1997;24(2):347-67.

3. Le Louarn C. The concentric malar lift: malar and lower eyelid rejuvenation. Aesthetic Plast Surg. 2004;28(6):359-72.
4. Trepsat F. Periorbital rejuvenation combining fat grafting and blepharoplasties. Aesthetic Plast Surg. 2003;27(4): 243-53.