



La reconstruction palpébrale

Introduction

- Les paupières jouent un rôle fonctionnel et esthétique primordial (+ globe → expression du regard propre à chacun)
- La reconstruction palpébrale doit en tenir compte
- PDS d' étiologies multiples
- Procédés de réparation multiples
- Principes techniques de base +++

Plan

I- Introduction:

II- Généralités:

- 1- Rappel anatomique
- 2- Physiologie
- 3- Etiologies

III- Etude clinique et paraclinique:

TTD: CBC palpébral

IV- Traitement chirurgical:

- 1- chirurgie d'exérèse carcinologique
 - 2- chirurgie de reconstruction
- But
 - Moyens
 - Principes de base et précautions opératoires

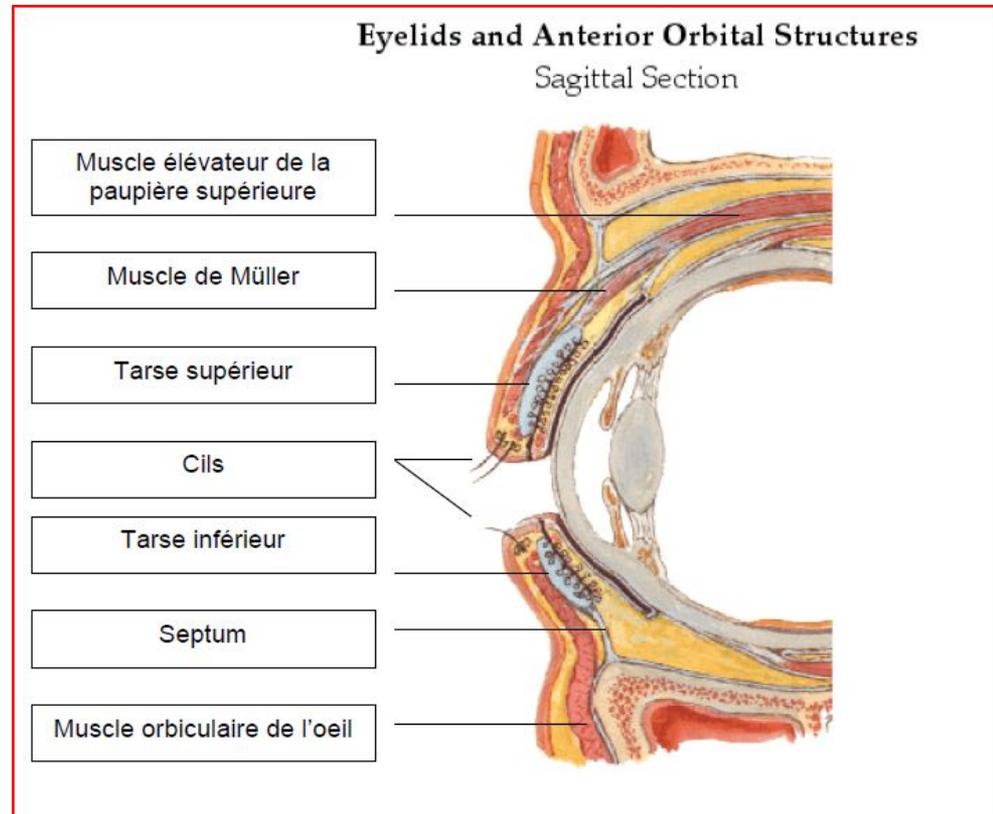
➤ Indications

- PDS superficielles
- PDS de pleine épaisseur
- PDS canthales internes
- PDS canthales externes
- Reconstruction bi- palpébrale
- Reconstruction des voies lacrymales

V- conclusion

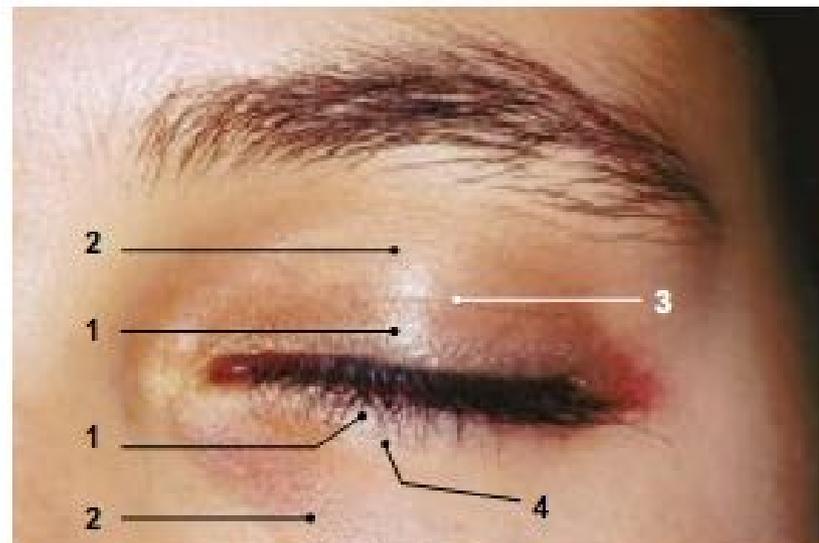
RAPPEL ANATOMIQUE

- la peau
- le plan musculaire
- le plan fibro-élastique (tarse, septum, ligaments palpébraux)
- les poches graisseuses



1- la peau:

- Fine
- les plis palpébraux sup et inf → repères de la chirurgie palpébrale
- Avec l'âge, un excès de peau à la paupière sup → site donneur de lambeaux locaux et GPT



2 Anatomie descriptive des paupières : portions tarsale et septale des paupières. 1. Peau pré-tarsale ; 2. peau pré-septale ; 3. pli palpébral supérieur ; 4. pli palpébral inférieur.

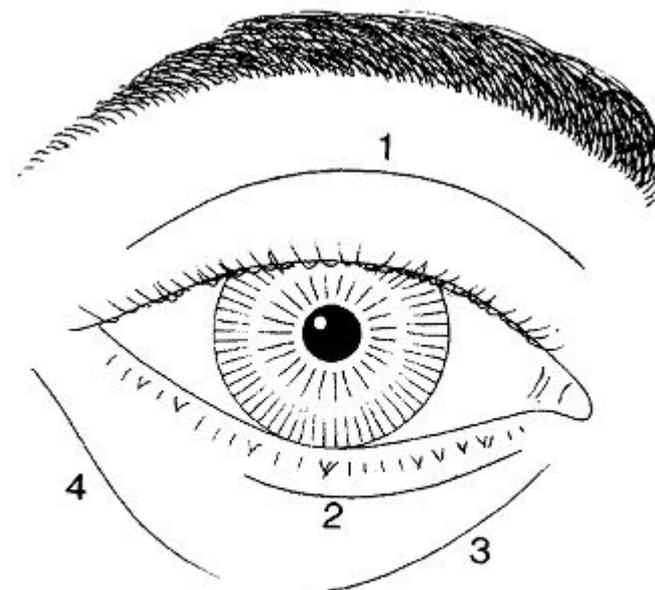


Fig. 7 - Limites des paupières. Pli palpébral supérieur (1); Pli palpébral inférieur (2); Pli palpébro-jugal, Plis palpébro-nasal (3) et palpébro-zygomatique (4).

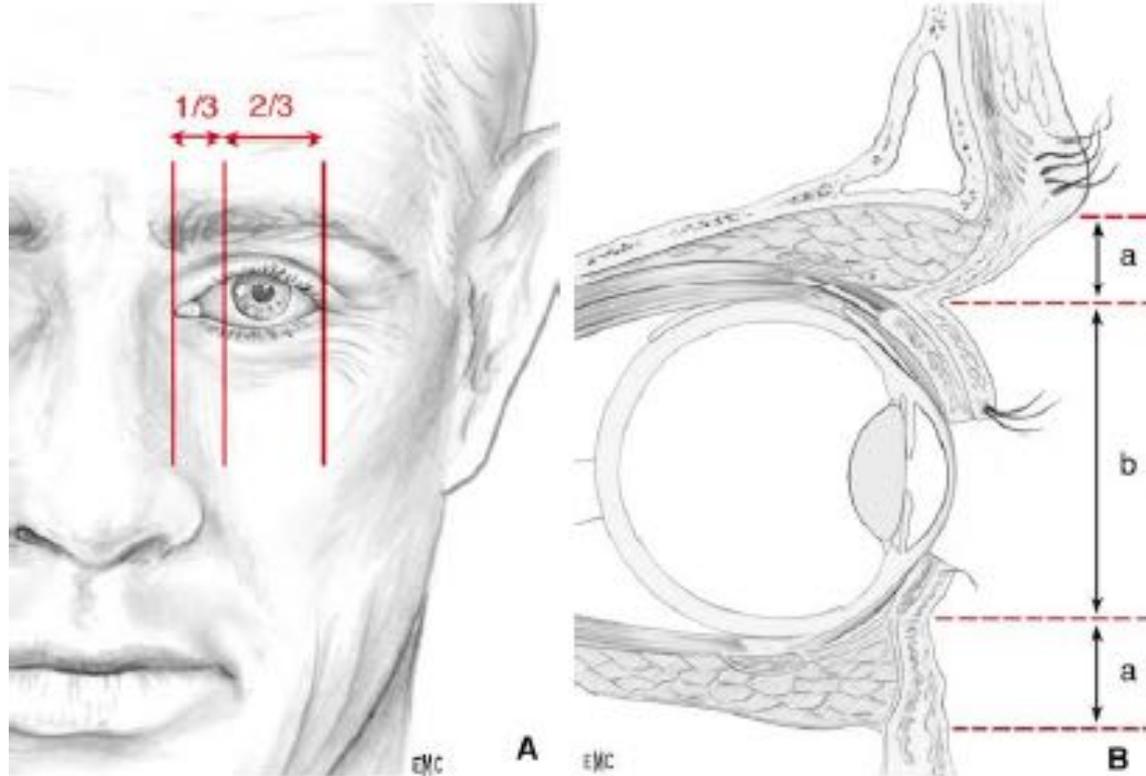
Différentes portions de la paupière

A: plan frontal:

- $1/3$ int → téguments des régions médio frontale, glabellaire, nasogénienne
- $2/3$ ext → téguments de partie ext du front, tempe

B: plan sagittal:

- a: « portion verticale » (préseptale: plus épaisse)
- b: « portion horizontale » (prétarsale): fine et mobile



2- le plan musculaire:

-constitué par:

*le muscle orbiculaire des paupières

*le releveur de la paupière supérieure

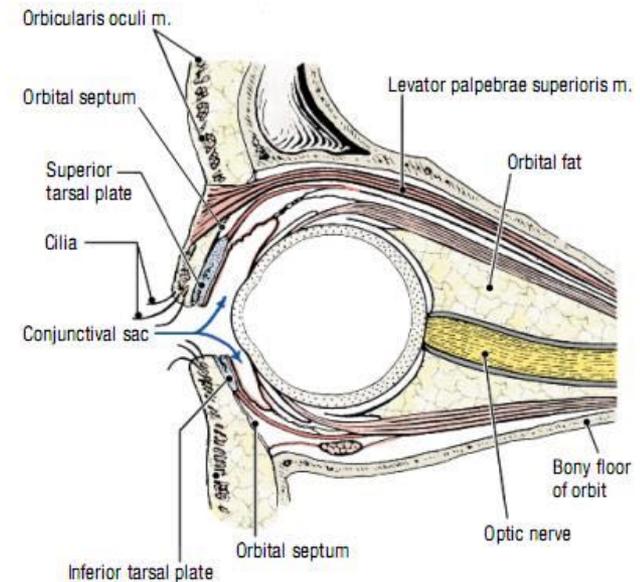
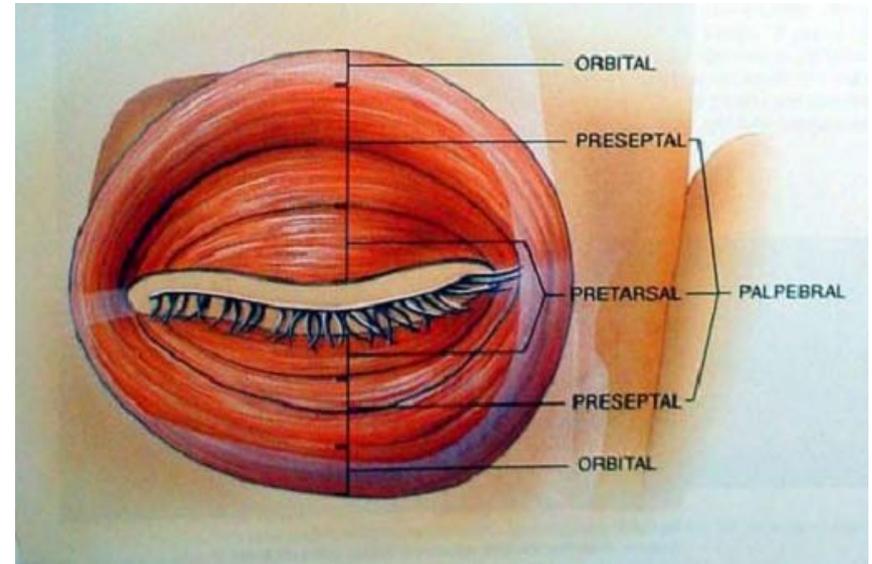
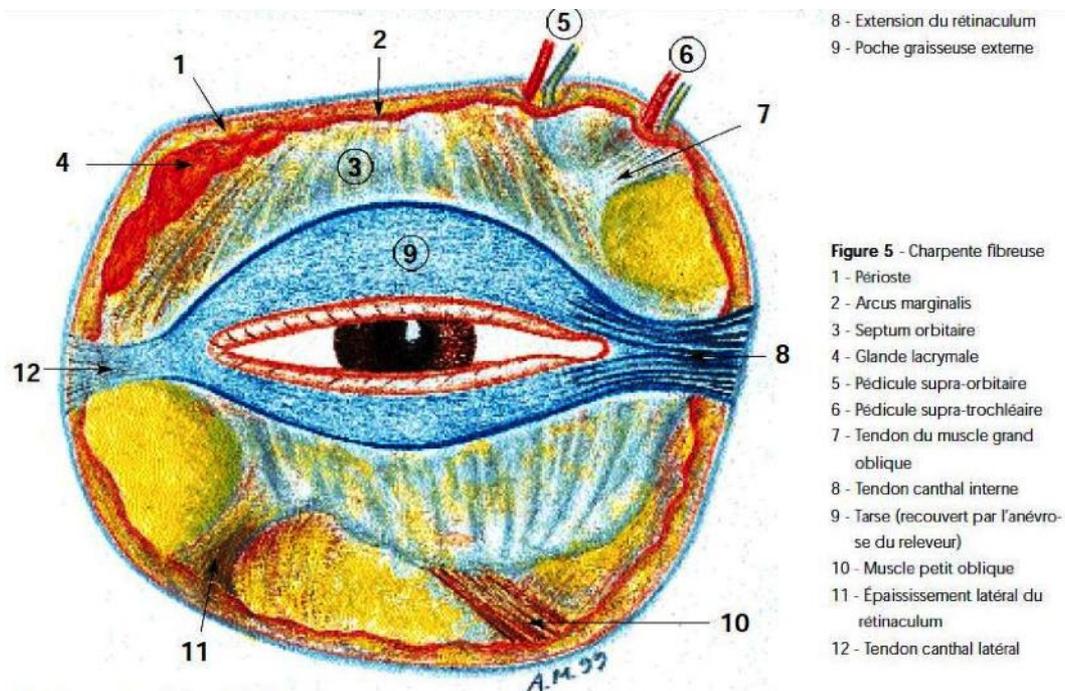


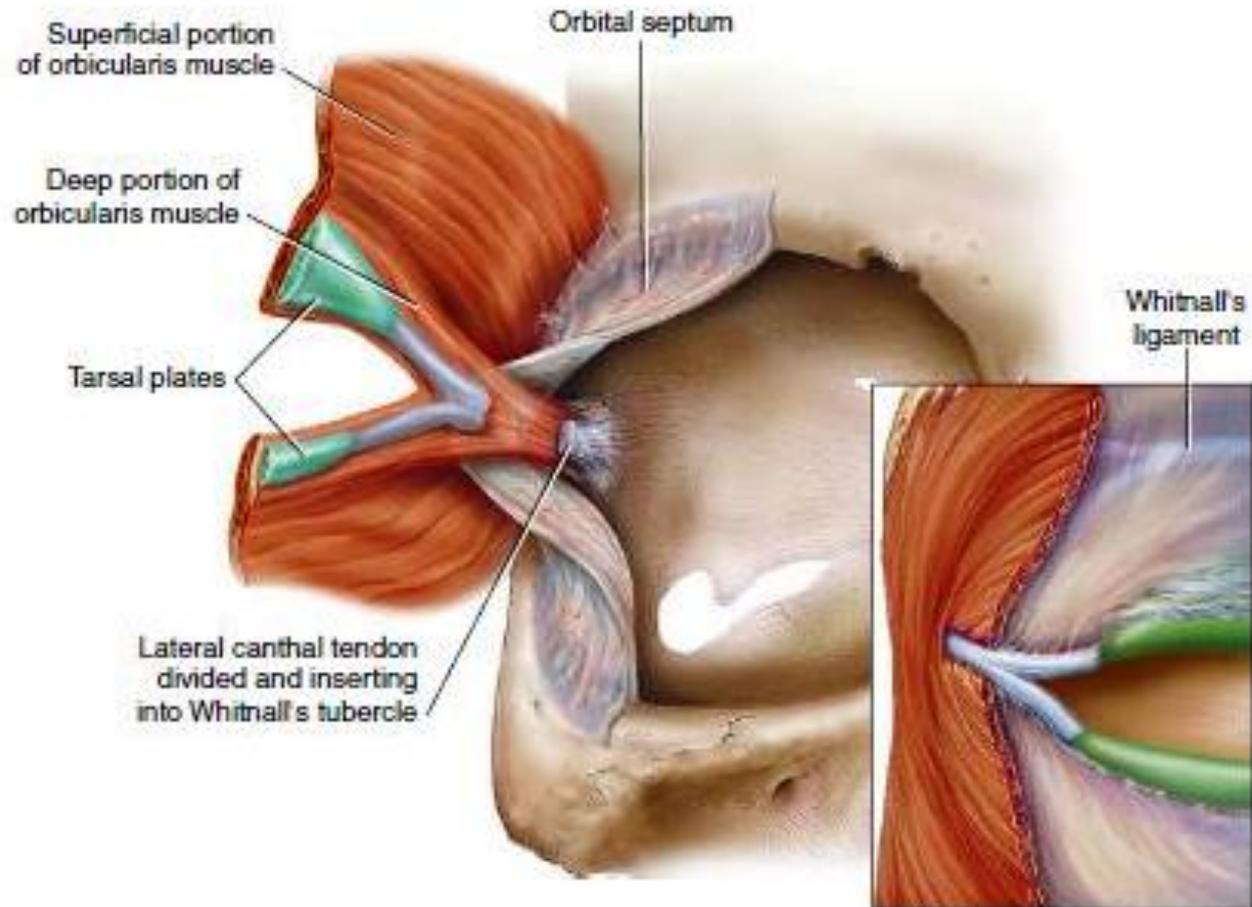
Figure 7.33. Parasagittal section through the orbit.

3- le plan fibro-élastique:

- le tarse, les ligaments palpébraux et le septum

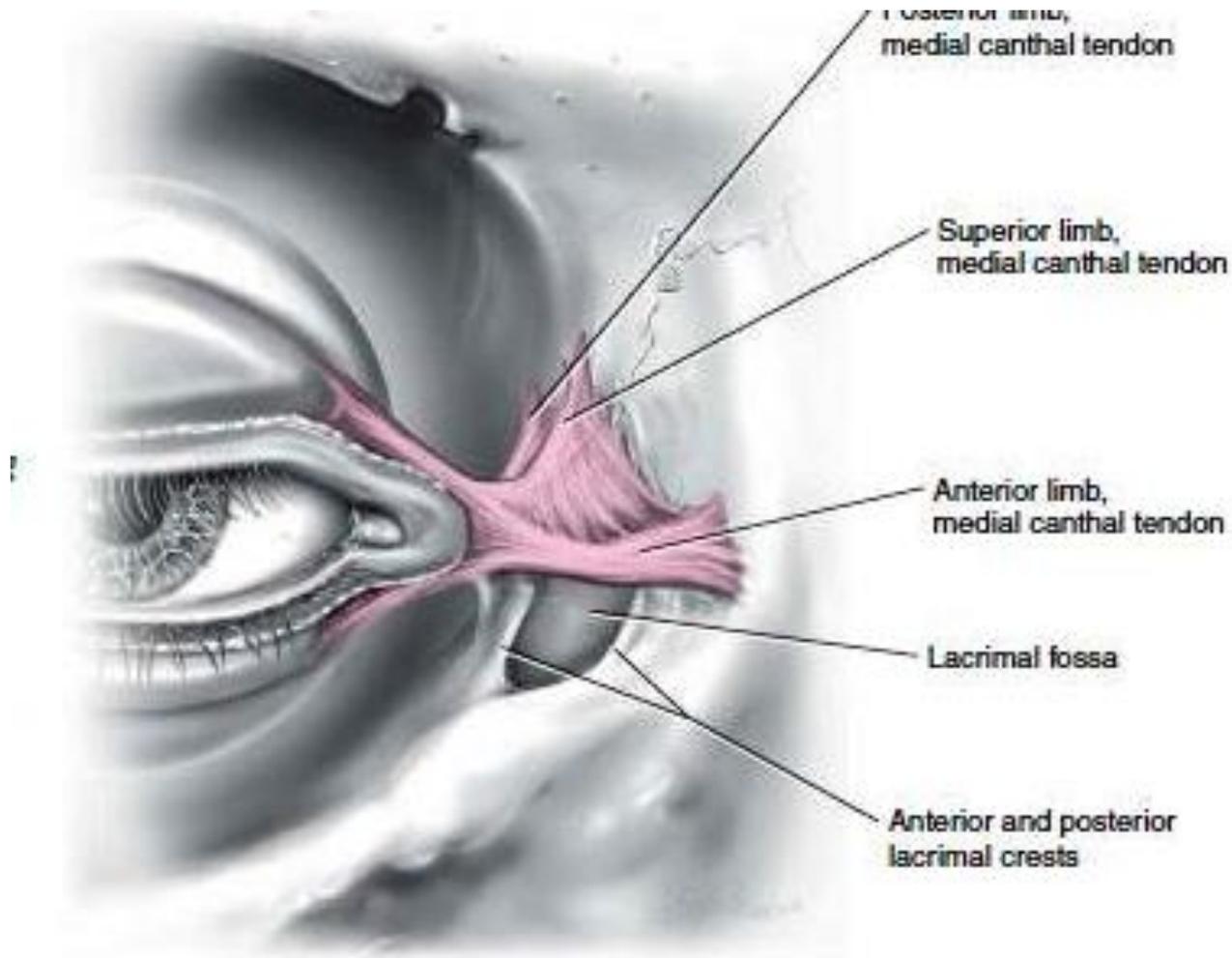


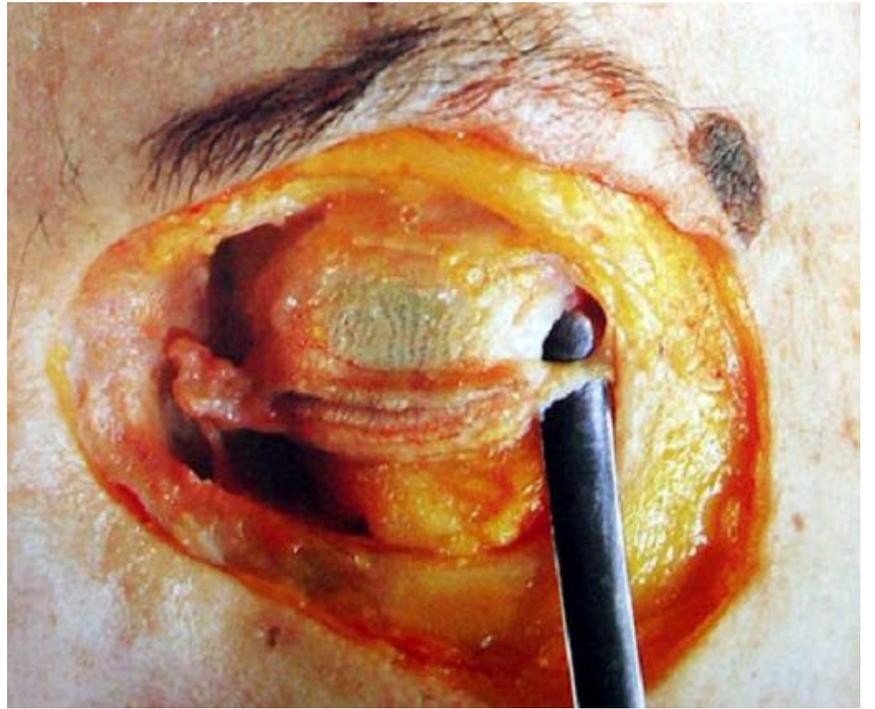
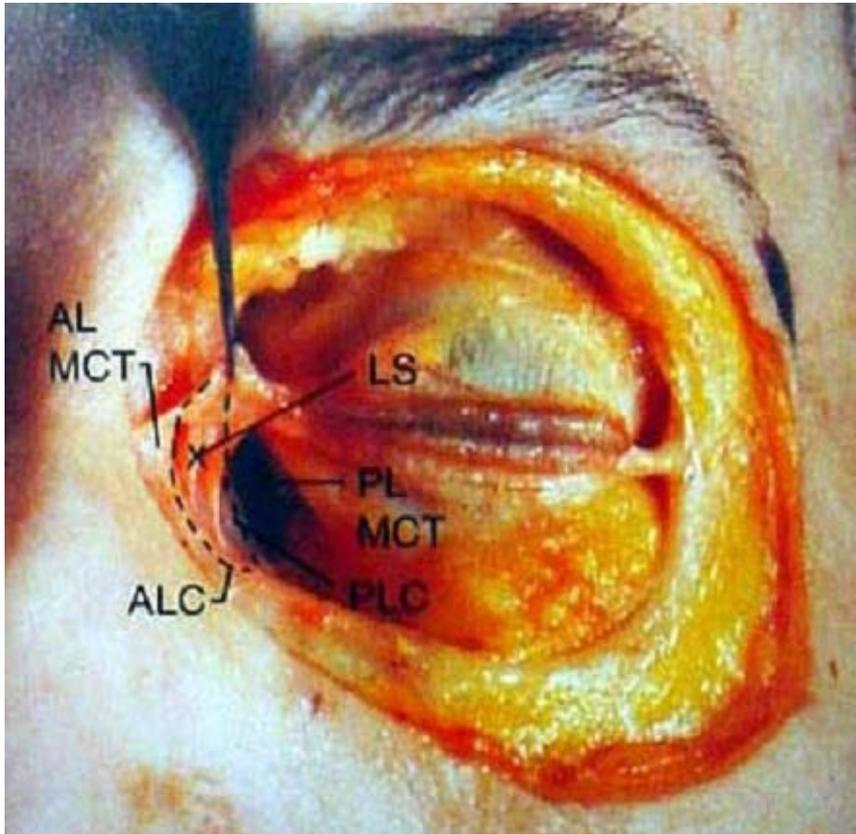
Ligament canthal externe



Orbicularis muscle (superficial portion) and orbital septum contributing to the lateral retinaculum

Ligament canthal interne





Tarses

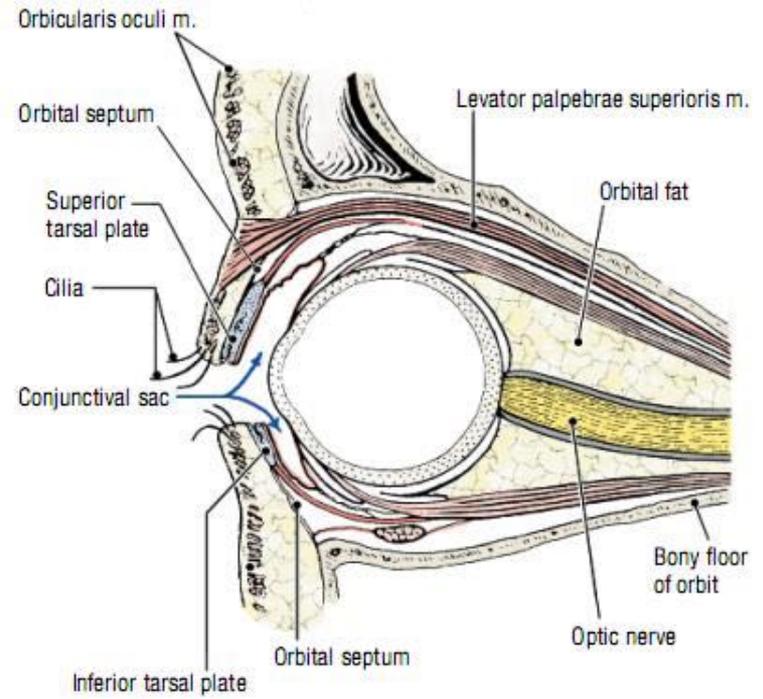
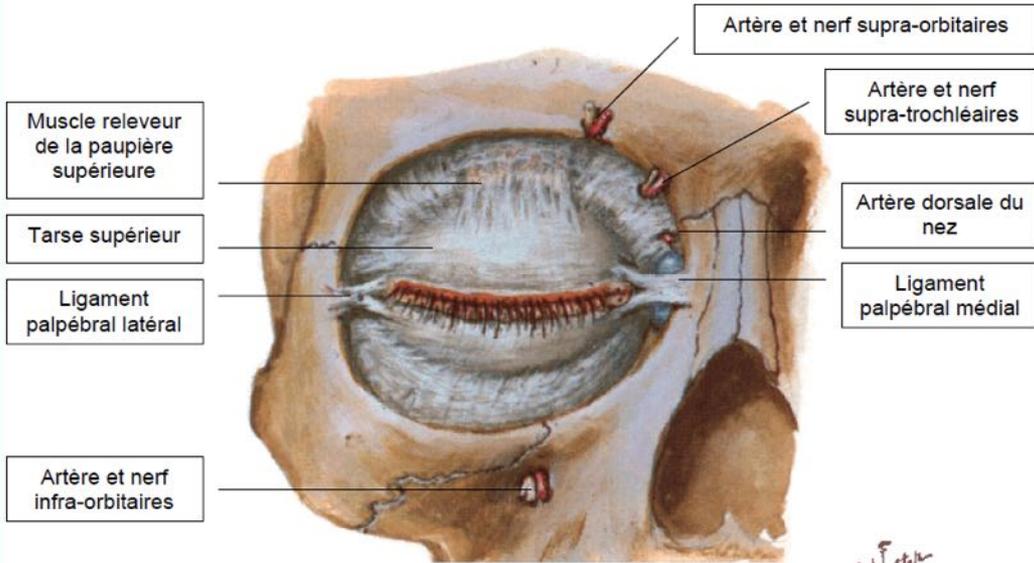


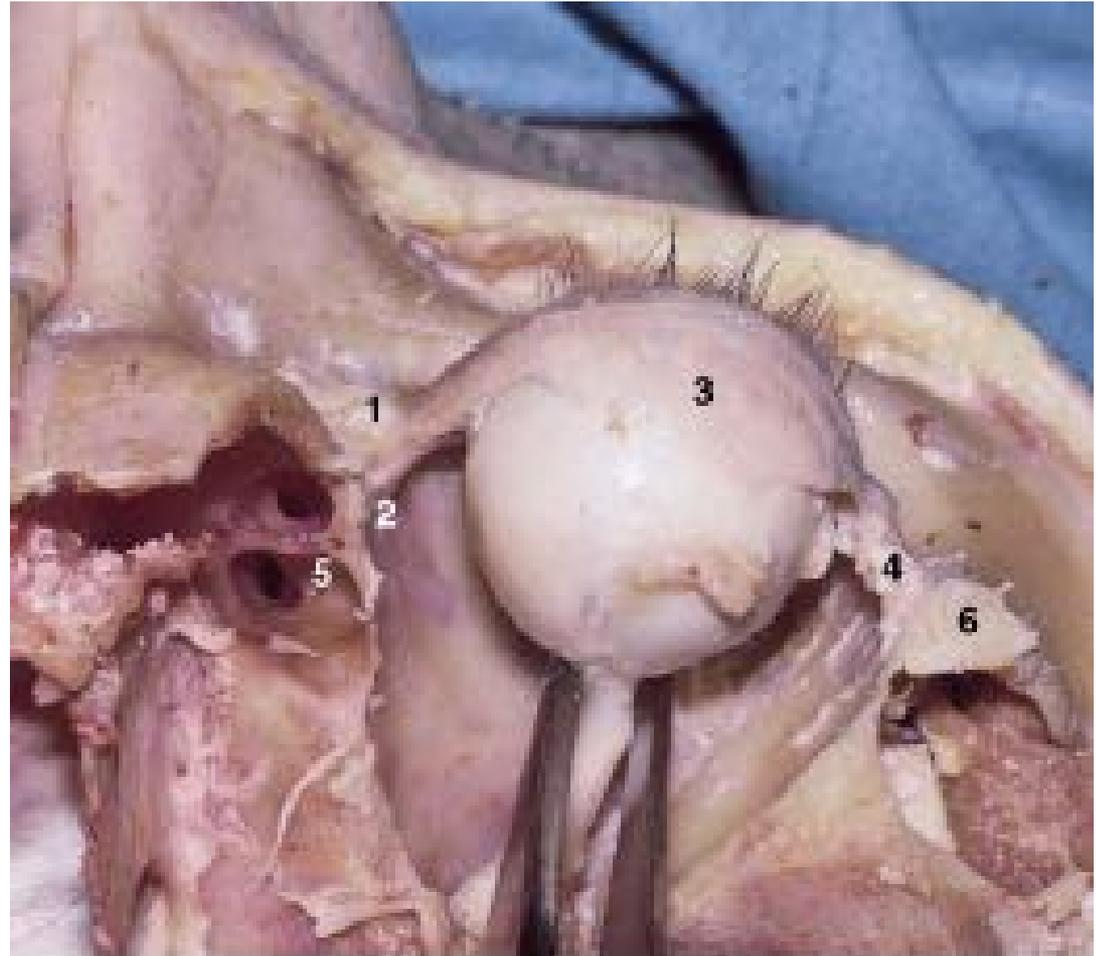
Figure 7.33. Parasagittal section through the orbit.

Eyelids - Dissection Anterior View



F. Netter
M.D.
© CIBA-GEIGY

- 1- 2- ligament canthal intrne
- 3- tarse de la paupière supérieure
- 4- Ligament canthal externe
- 5- Ethmoide
- 6- Pilier orbitaire externe



Septum orbitaire

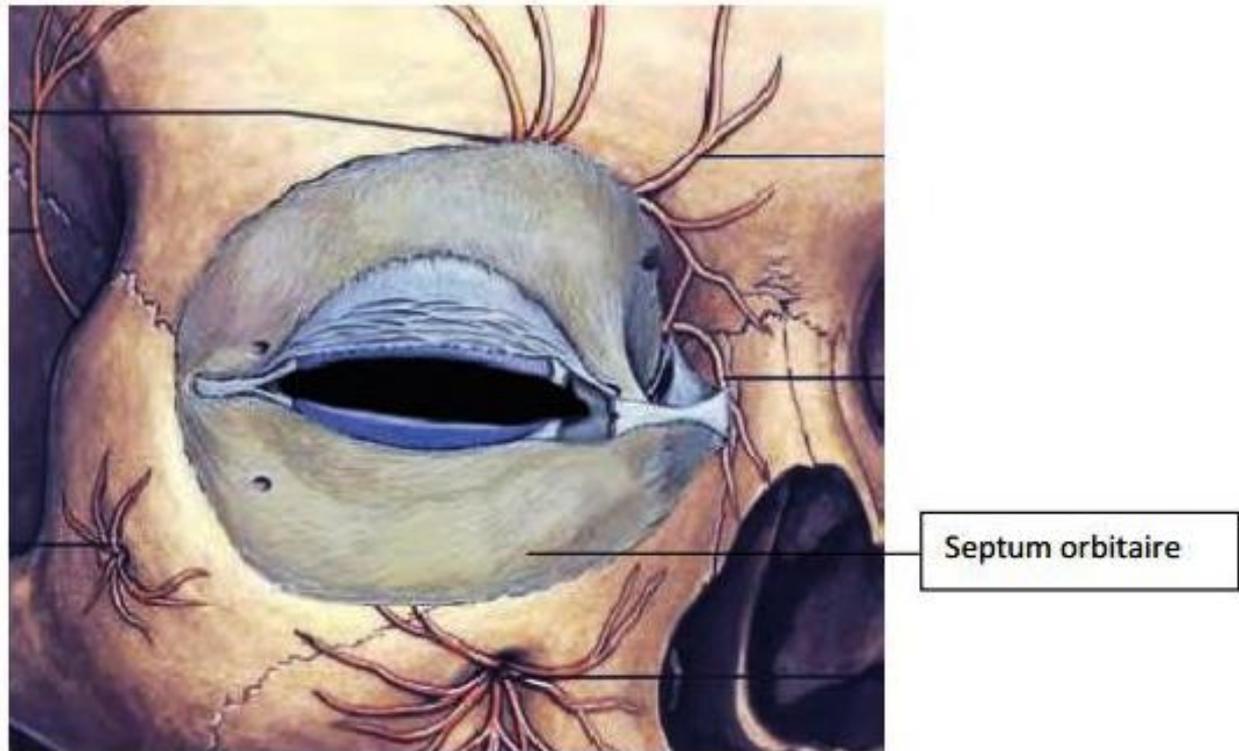
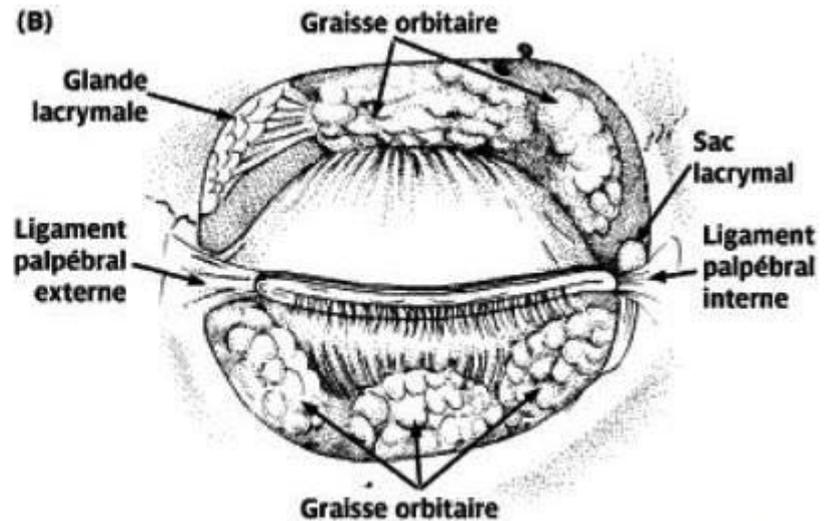
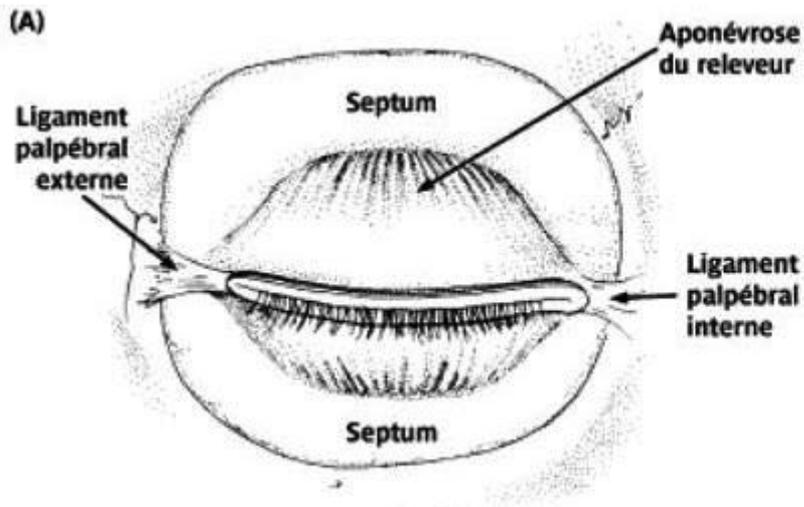
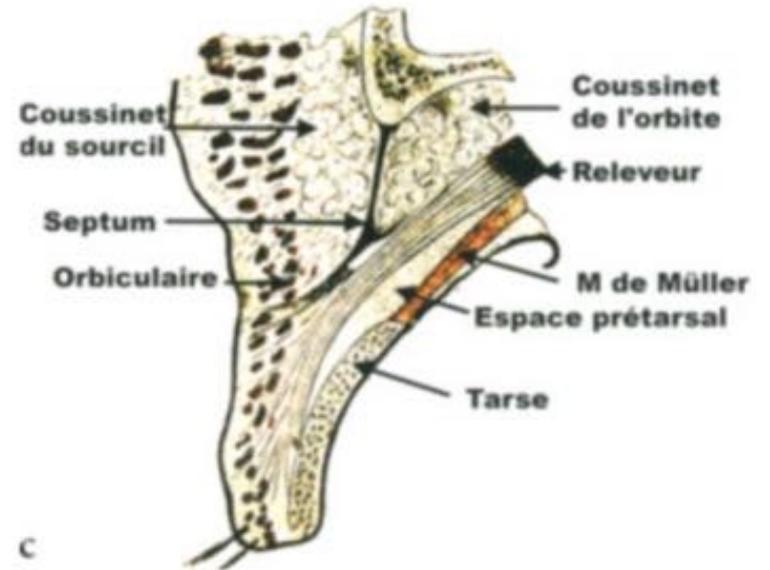


Figure 14 : Le septum orbitaire reliant le bord orbitaire au bord périphérique des targes^[14].



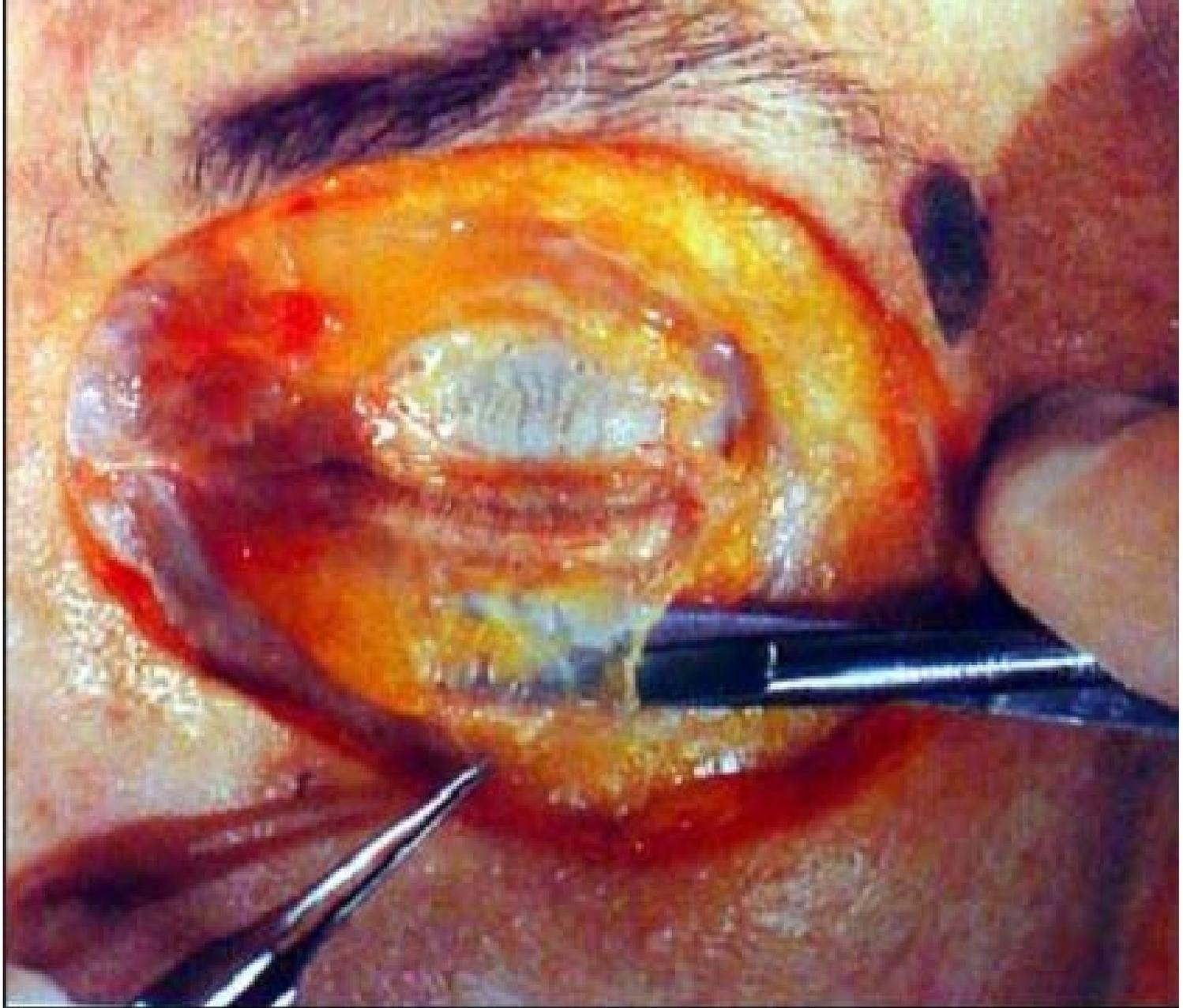


Figure 2- 4 Anatomic dissection of orbital septum in the lower eyelid. Note the thinness in this older specimen.

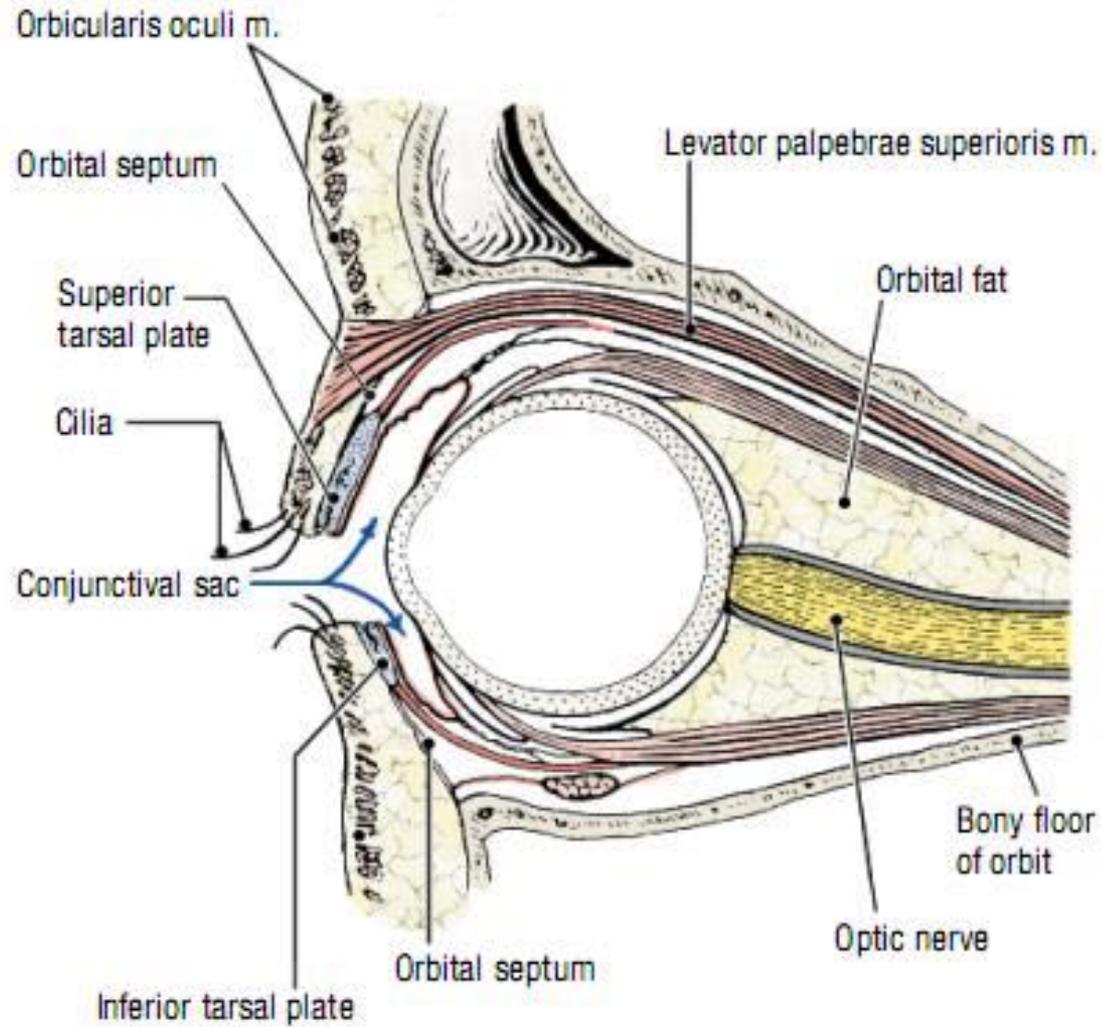
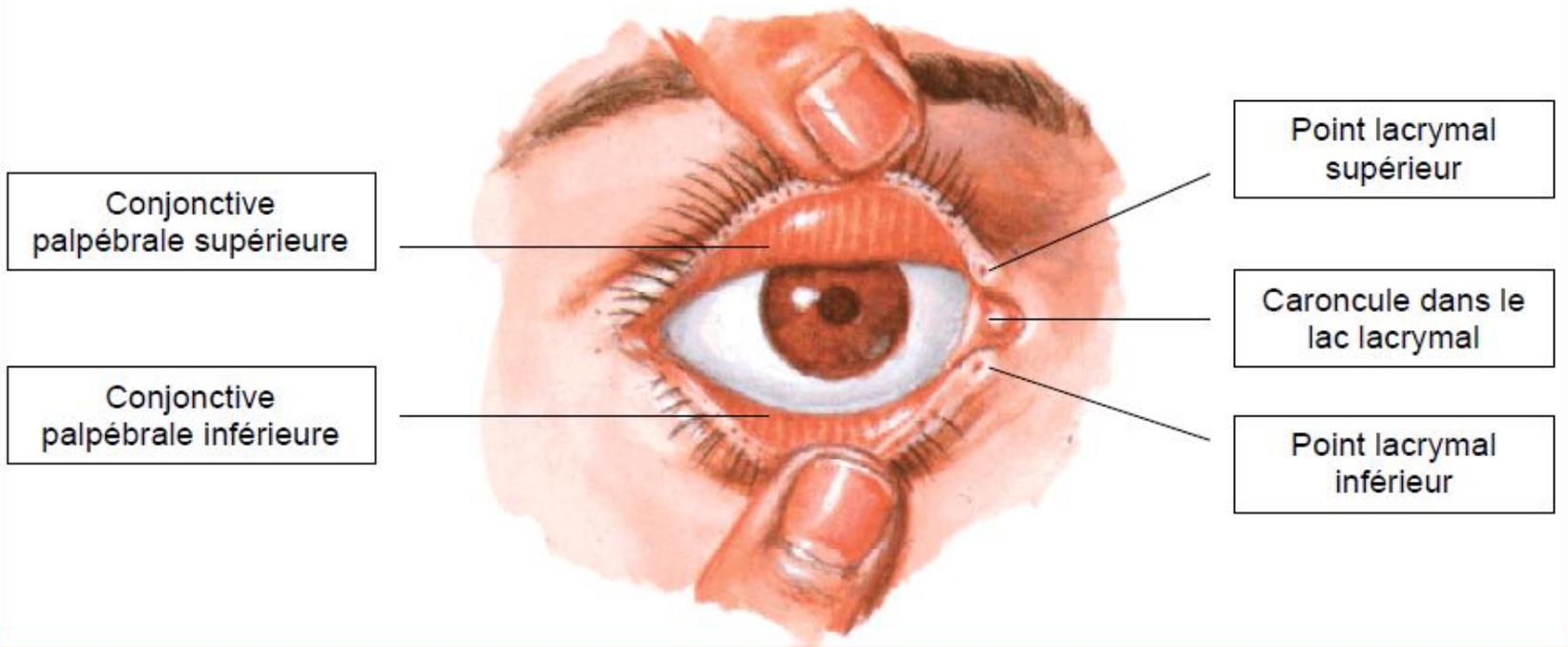


Figure 7.33. Parasagittal section through the orbit.

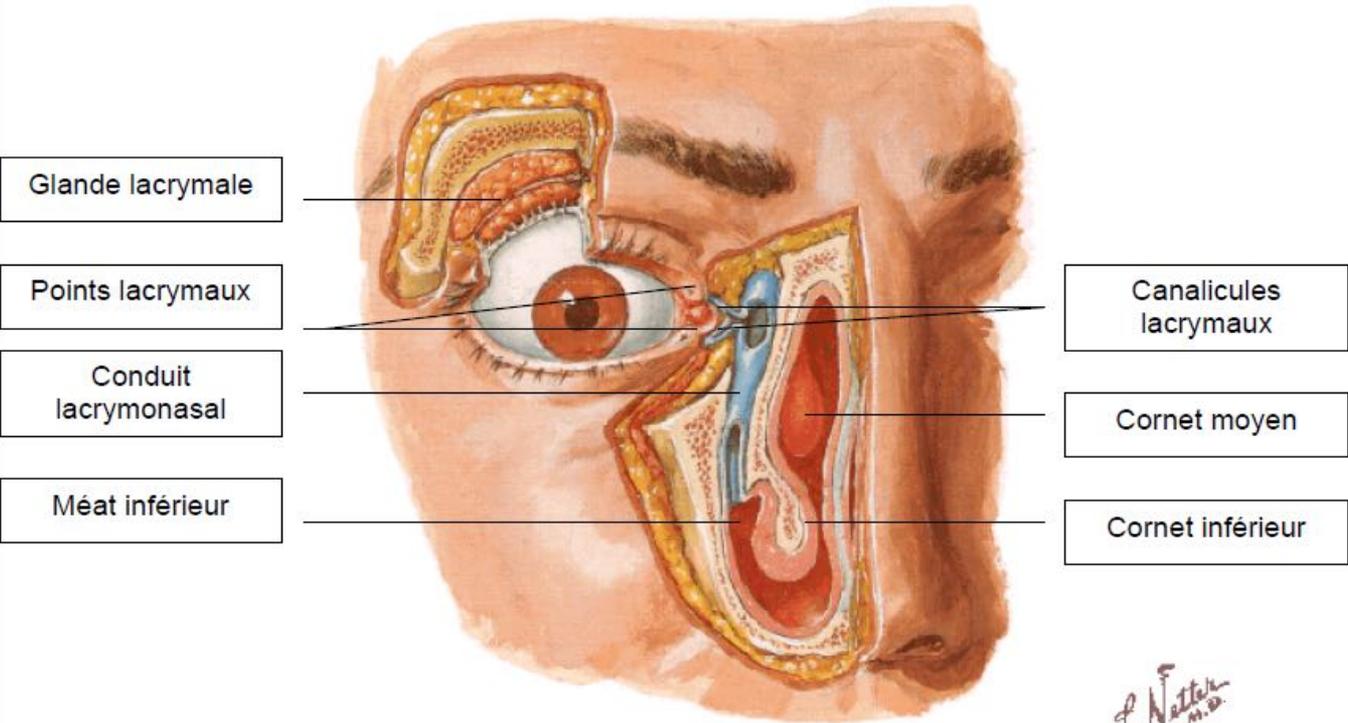
Appareil lacrymal

Eyelids
Anterior View



Lacrimal Apparatus

Dissection



Glande lacrymale

Points lacrymaux

Conduit lacrymonasal

Méat inférieur

Canalicules lacrymaux

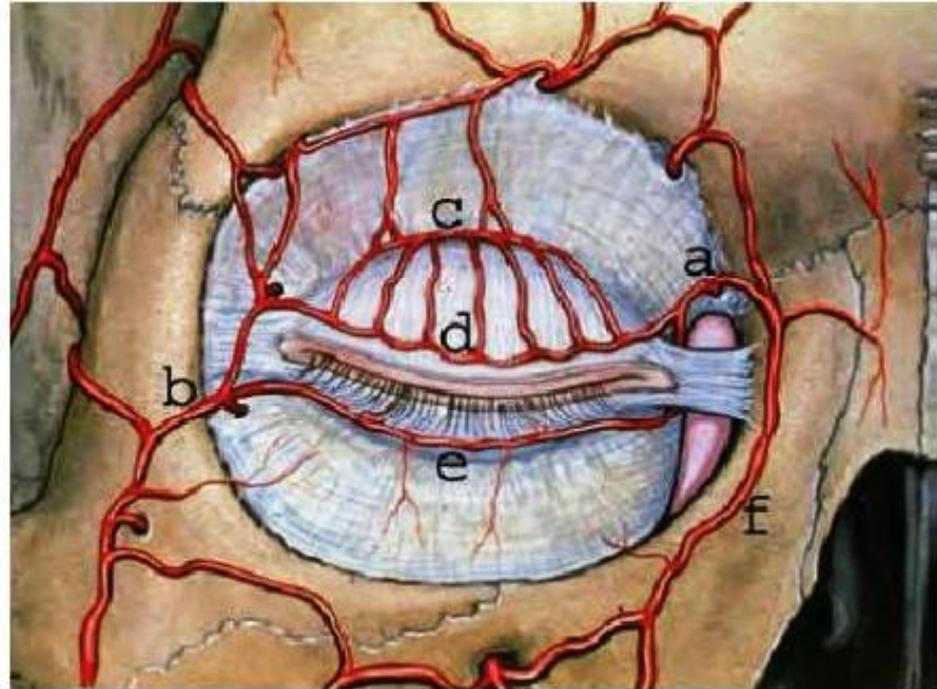
Cornet moyen

Cornet inférieur

F. Netter M.D.
© CIBA-GEIGY

La vascularisation des paupières

- **Double origine:** carotide externe, artère ophtalmique
- 4 arcades Vx parallèles au bord libre
- 3mm du bord libre (entre orbiculaire et tarse)
- Anastomoses

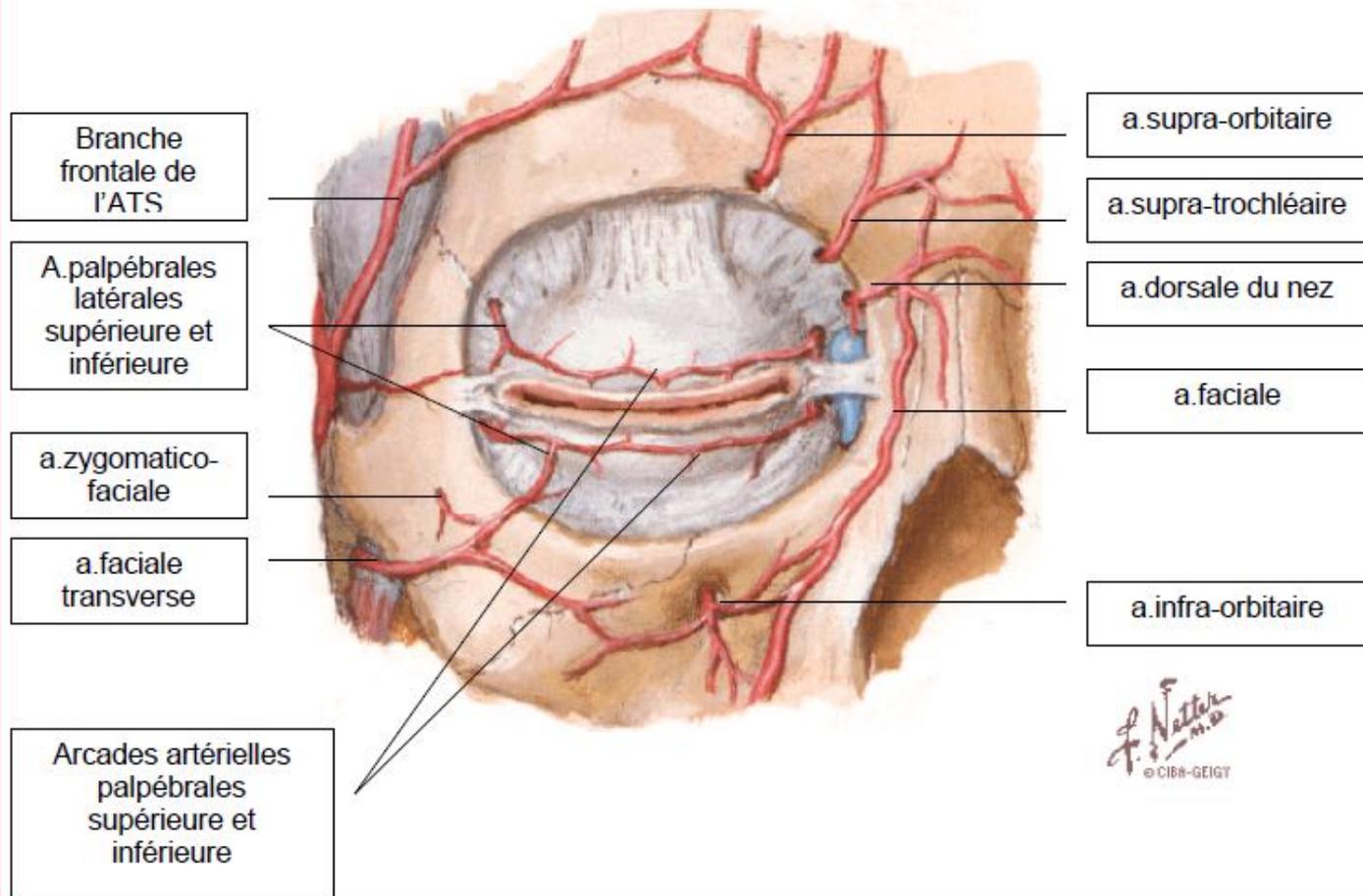


a. L'artère palpébrale supérieure; b. L'artère palpébrale inférieure ;
c. arcade marginale supérieure ; d. arcade périphérique supérieure;
e. arcade marginale inférieure; f. artère angulaire

Figure24 : Vascularisation artérielle des paupières^[14]

Arteries and Veins of Orbit and Eyelids

Anterior View



PHYSIOLOGIE

Fonctions palpébrales

- Protection du globe oculaire
- Drainage lacrymal
- Expression mimique et esthétique

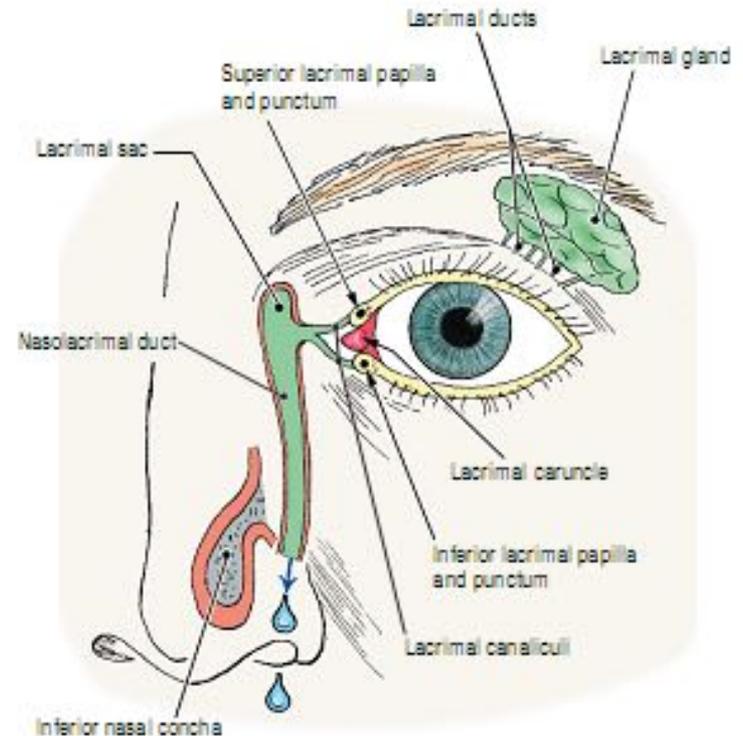
Protection du globe oculaire

- Mobilité
 - **Paupière supérieure:**
balaye le globe, étale les larmes
 - **Paupière inférieure:**
translation int, mvt vers le bas
- ➔ Son absence =
inconfort visuel pour le patient



Drainage lacrymal

- **Étalement** des larmes à la surface du globe oculaire /clignement (paupière sup+++)
- **Drainage** des larmes / effet de pompe lacrymale dépendant des mvts palpébraux (paupière inf++)



Expression mimique, esthétique

- **Aspect de la fente palpébrale**, paupière sup et inf, canthi
 - Caractéristiques à l'œil et au regard
- **Altération palpébrale**
 - Conséquences esthétiques
 - PEC globale



ETIOLOGIES

Étiologies

- Pathologie tumorale +++:

- Les tumeurs malignes:

CSC

CBC

Mélanome

Étiologies

- PDS traumatiques:

AVP

Brûlures

Traumatismes balistiques

ETUDE CLINIQUE ET PARACLINIQUE

- **TDD:**

Carcinome basocellulaire palpébral

Interrogatoire

- **Motif de consultation:**
 - lésion d' aspect tumoral
 - Lésion inflammatoire
 - Lésion pigmentée
- **Antécédents:**
 - Facteurs de risque :
 - Exposition solaire
 - Lésion dermatologique précancéreuse
 - Notion de récurrence après un traitement initial
- **Durée d' évolution**

Examen clinique

- Local
- Locorégional
- Général

Examen clinique local :

- Localisation
- Taille
- Aspect macroscopique



Examen clinique loco-régional :

- **Envahissement
orbitaire**



Examen clinique loco-régional

- Troubles de la mobilité oculaire
- Déplacement du globe oculaire (exophtalmie, déviation du globe)
 - Ptosis
 - Fixation à l'os à la palpation
- L'envahissement peut être infraclinique +++
- Examen ophtalmologique (AV)++: œil contre latéral

Examen général

Bilan paraclinique

- D' éxtention: TDM face
- D' opérabilité:
 - NFS
 - Bilan d' hémostase
 - Bilan rénal
 - RX thorax / ECG
 - CPA

Diagnostic positif

- Biopsie – excrèse +++
- Biopsie partielle

TRAITEMENT CHIRURGICAL

TRAITEMENT CHIRURGICAL

- Exérèse carcinologique
- Reconstruction

Exérèse carcinologique

– **Techniques:**

- **Exérèse tumorale avec des marges de sécurité + étude anatomopathologique**

- **Exérèse chirurgicale**

- **Marges de sécurité:**

- 5mm
- 10mm: CBC récidivant / sclérodermiforme

- **Exérèse chirurgicale en profondeur:**

- CBC superficiel, > 5mm du bord libre → Exérèse superficielle cutanéomusculaire
- CBC touchant le bord libre et/ ou profond respectant le septum → Exérèse transfixiante
- Atteinte du septum (envahissement de la graisse orbitaire) → Éxentération

Chirurgie de Reconstruction

– Pourquoi reconstruire?:

- Restaurer la **protection** du globe oculaire
- Conserver un **champ visuel** suffisant
- Rendre au patient l' **aspect** normal de son visage et de son regard

Quand reconstruire?:

Reconstruction immédiate :

- examen extemporané possible.
- tumeurs de petites tailles, bien limitées, non infiltrantes et non récidivantes
- tumeurs étendues de la paupière supérieure dont l'exérèse est transfixiante risquant de menacer le pronostic fonctionnel

Reconstruction souvent différée de quelques jours:

- impossibilité de réalisation d'un examen extemporané
- tumeurs mal limitées, récidivantes

– Comment reconstruire?

- **Fonction de:**

- L' étendue en surface et en profondeur de la PDS
- Le siège de la PDS
- La qualité des tissus avoisinants (laxité, état cicatriciel...)
- Les habitudes du chirurgien

Principes de base de la réparation palpébrale

Principe d'homologie

- Le meilleur substitut pour remplacer une paupière = la paupière

La règle du quart de Mustardé

- Laxité palpébrale relative →
 - Suture directe d'une PDS de pleine épaisseur: taille $< \frac{1}{4}$ longueur palpébrale
 - Règle du $\frac{1}{3}$ chez le sujet âgé

Principe de réparation « plan par plan »

- Plan muqueux profond
- Plan tarsal intermédiaire
- Plan cutané superficiel

Adhérence intime du tarse à la conjonctive →

- Réparation du plan:
 - tarso- conjonctival (lamelle post)
 - Musculo- cutané (lamelle ant)

Principe de sécurité:

- Concerne la vascularisation qui rend le processus de réparation +/- fiable.
- Reconstruction d' une seule lamelle → 1 lambeau ou 1 greffe peut être indifféremment employé (lamelle restante demeure vascularisée)
- Défect transfixiant → reconstruction des 2 lamelles (2 lambeaux, 1 lambeau + greffe)

Principe de simplicité

- Choisir la technique opératoire la plus simple
- la plus sûre
- la mieux maîtrisée +++

Paupière sup et inf: 2 entités différentes

- L'atteinte palpébrale inférieure:
 - la + fréquente
 - Moindre risque pour l'œil
 - Ne pas utiliser la paupière sup pour réparer la paupière inférieure
 - De même la reconstruction du muscle orbiculaire et des cils n'est pas nécessaire au niveau de la paupière inférieure

- L' atteinte palpébrale supérieure:

- Moins fréquente
- Plus dangereuse (kératite, ulcère cornéen, perte de l' œil)
- Peau

➔ Doit être mobile pour recouvrir la cornée

- Reconstruire l' armature tarsale et la continuité du muscle releveur
- Restaurer le bord ciliaire si possible

- Privilégier la paupière inférieure pour reconstruire la paupière supérieure

Cas particulier des canthi

- Canthus externe
 - Moins touché / canthus interne
 - Nécessite réinsertion au périoste ou à l'apophyse orbitaire externe
- Canthus interne
 - Réparer le ligament palpébral interne
 - Les voies lacrymales (second temps)
 - Souvent traitées avec les PDS latérales du nez

Précautions opératoires

- Eviter le contact entre **produit désinfectant** et les **yeux** (kératite, érosion cornéenne)
- Protéger la cornée (**protecteurs oculaires colorés**)
- **Hydratation** cornéenne Cte
- Utiliser des aiguilles fines
- Utiliser que des **compresses imbibée** de SS



Précautions opératoires

- **Hémostase** rigoureuse
- Pas de compression durable sur le globe oculaire
- Eviter le contact direct entre un nœud de suture et la cornée (ulcération)

Précautions opératoires

Sutures profondes tarso-conjonctivales

- Surjet de nylon monofilament 6/0
- Les 2 chefs sortent à la peau pour être enlevés
- Points séparés à nœuds enfouis au fil résorbable très fin

Sutures du bord libre

- Fil de soie noire 6/0, souple

Précautions opératoires

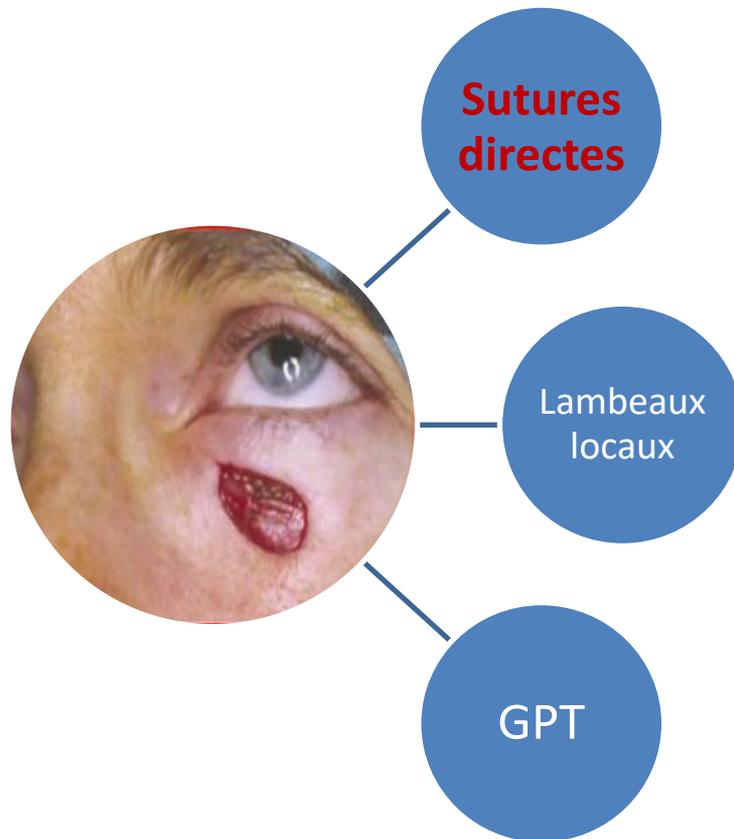
- Inspecter en fin d'intervention:
 - La cornée (claire, hydratée)
- Pansement occlusif, non compressif
- Paupières fermées (volontairement ou chir) par fil de suspension chargeant le bord libre de la paupière inférieure → front
- Si malocclusion importante → pommade **ATB**

PDS superficielles

- Limitées en profondeur au plan musculo-cutané (lamelle ant)
- Respectent le + svt le bord ciliaire → fermeture par geste chir simple
- **Reconstruction:**
 - Eviter de déformer le bord libre
 - Limiter la rançon cicatricielle

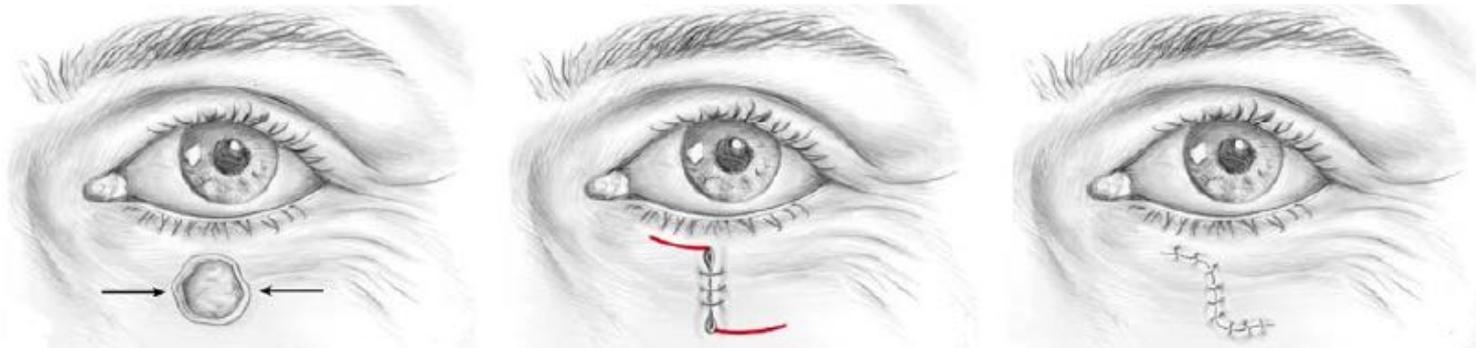
PDS superficielles

- 3 procédés



Sutures directes

- PDS < 1,5 cm
- Sujet âgé, peau laxe +++
- Plan musculaire: fils résorbable 5/0
- Mobilisation des tissus dans dans une direction horizontale
- Cicatrice finale: oblique ou verticale
- Paupière inf: éviter les sutures qui tirent sur la paupière (ectropion)



A- PDS initiale

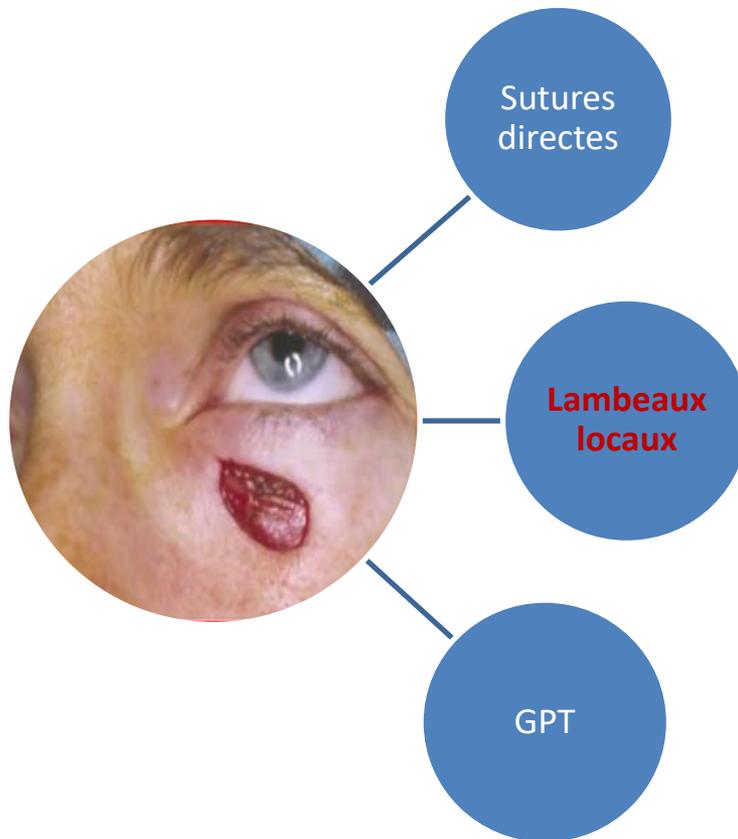


B- Mobilisation horizontale
des téguments préservant la
hauteur du bord libre
palpébral et excision de
l'excès cutané sup et inf



PDS superficielles

- 3 procédés



Lambeaux locaux

- Peau palpébrale restante
- Mobilisation horizontale des téguments (paupière inf ++)
- Finesse de peau pré-tarsale → Lambeau à pédicule large évite sa tubulisation
- Types:
 - Rotation
 - Imre
- Suture en 1 ou 2 plans
- Cicatrices dans l'axe des plis cutanés

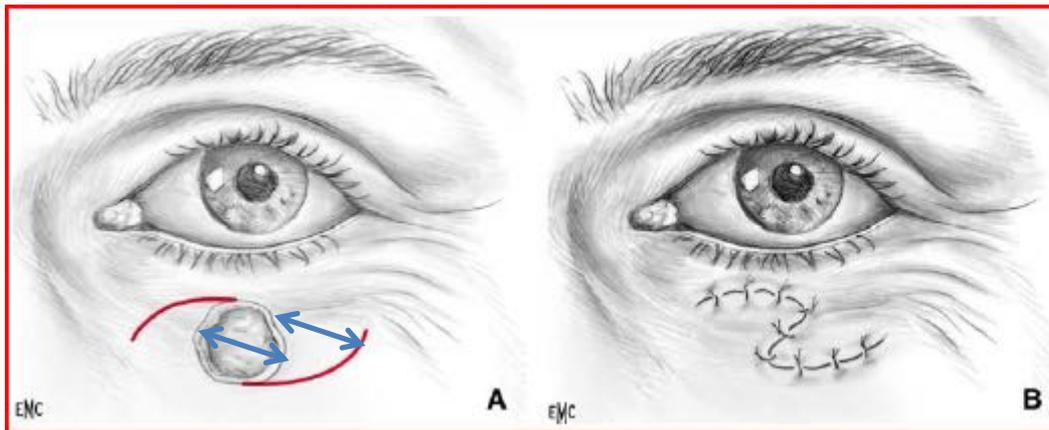
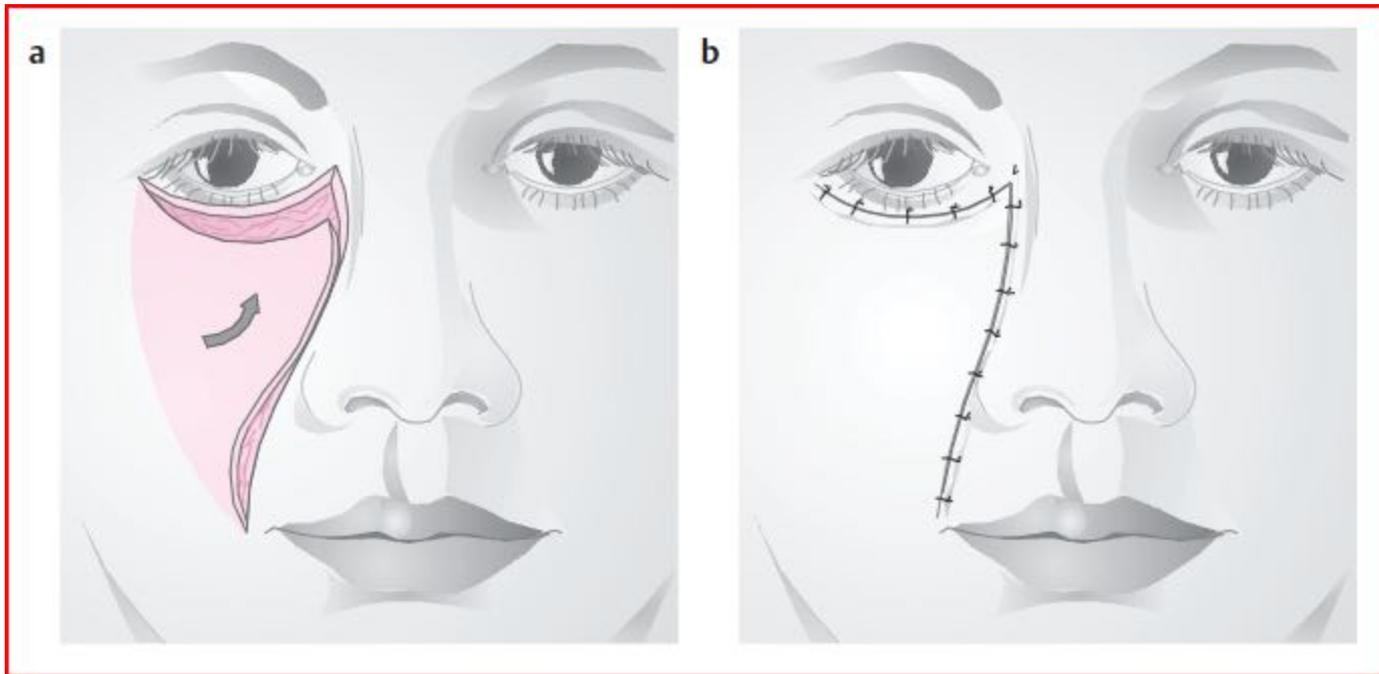


Figure 7 Réparation par lambeaux de rotation d'une perte de substance superficielle.

A. Tracé des lambeaux en gardant à leur pied une largeur suffisante, en général égale au diamètre de la perte de substance.

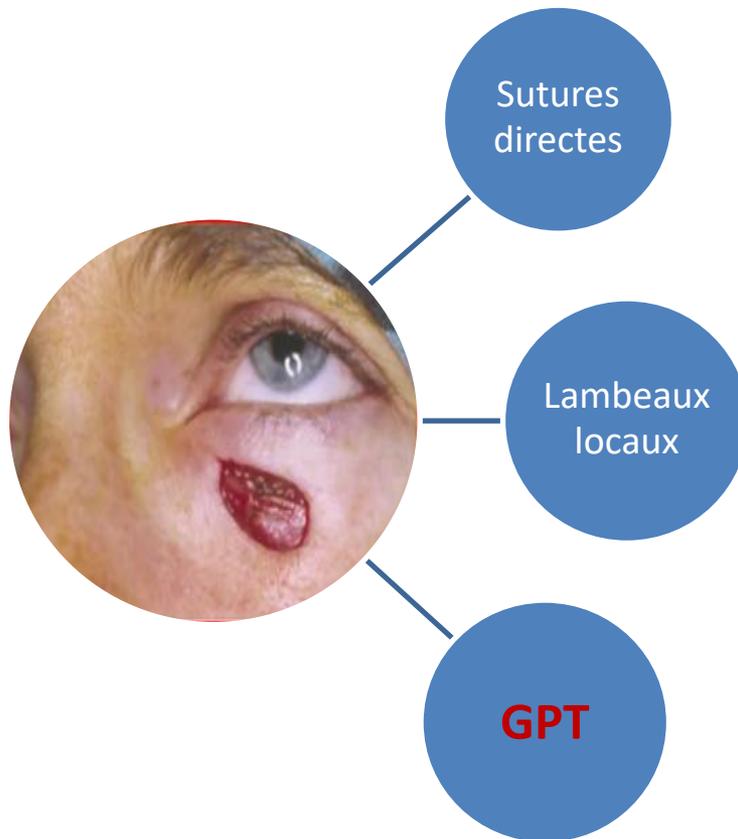
B. Suture finale.



Reconstruction palpébrale par lambeau de rotation de joue type « Imre »

PDS superficielles

- 3 procédés



GPT

- Sites donneurs:

1- **Paupière supérieure** homo ou contre- latérale: meilleurs greffes pour reconstruire la portion pré- tarsale

2- **peau rétro- auriculaire**: face post du pavillon ++/ mastoïde+

3- **cou, région sus- claviculaire**



Texture + coloration \approx PDS à reconstruire

- **Technique:**

- Taille GPT \geq PDS

- **Attention:** greffe sur tissu de bourgeonnement → rétraction des berges

- Décoller les berges

- PDS s' étend latéralement → canthus
- La greffe dépasse le canthus en dehors de 5mm au moins



≠

Point de rétraction cicatricielle sous le canthus



GPT tout le long de la paupière, à la limite du bord ciliaire.
La greffe dépasse latéralement les 2 canthus

- La greffe est maintenue par un bourdonnet:
- Volumineux
- Plaqué le plan tarso- conjonctival sur le globe
- Éviter la cicatrisation en position vicieuse
- Enlever à J5- J8
- Massages, postures par adhésifs +/-

PDS de pleine épaisseur

```
graph TD; A[PDS de pleine épaisseur] --> B[Reconstruction du plan tarso-conjonctival]; A --> C[Reconstruction du plan cutané-musculaire]; B --> D[Mobilisation des cul de sac conjonctivaux]; B --> E[Greffe chondromuqueuse nasale (septum, cartilage triangulaire ou alaire)]; B --> F[Greffe de muqueuse buccale (face interne des joues, face muqueuse de la lèvre inférieure, fibromuqueuse palatine)]; B --> G[Lambeaux tarsoconjonctivaux]; B --> H[Greffes tarsoconjonctivales];
```

Reconstruction du plan tarso-conjonctival

Mobilisation des
cul de sac
conjonctivaux

Greffe
chondromuqueuse
nasale (septum,
cartilage triangulaire
ou alaire)

Greffe de muqueuse
buccale
(face interne des
joues, face muqueuse
de la lèvre inférieure,
fibromuqueuse
palatine)

Lambeaux
tarsoconjonctivaux

Greffes
tarsoconjonctivales

Reconstruction du plan cutané - musculaire

Mobilisation des culs de sac conjonctivaux

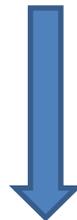
- Aisée techniquement
- Procure une grande quantité de tissu dans la partie externe des paupières
- Peut supporter une GPT

Inconvénients:

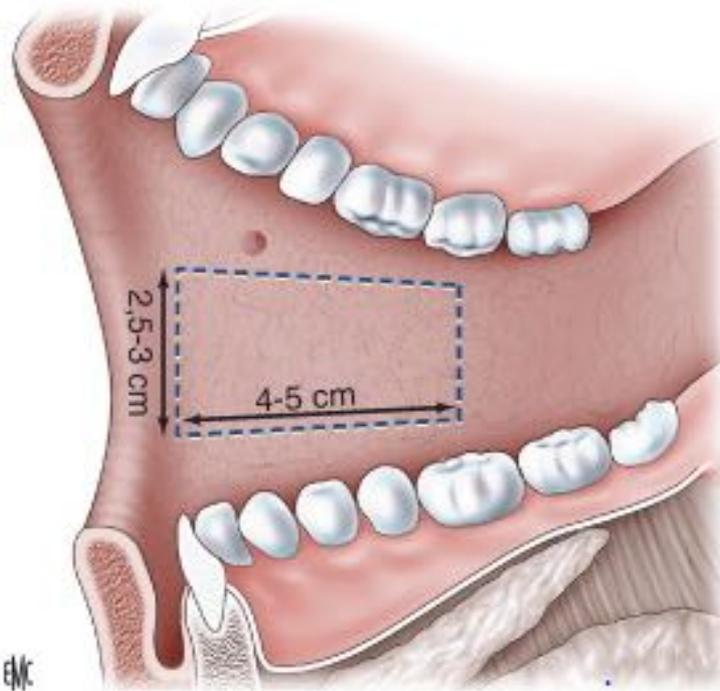
- Ne fournit pas de soutien en paupière inf
- Ne suffit pas pour les PDS étendues transversalement

La greffe de muqueuse buccale: Face interne de joue

- Morbidité modérée si respect du canal de Sténon
- Épaisse → doit être amincie avant sa mise en place
- **Inconvénients:**
 - Manque de rigidité
 - Aucun soutien à la paupière réhabilitée
 - Débarasser la muqueuse de ses glandes salivaires accessoires



Excès muqueux nécessaire au niveau du bord libre ≠ entropion secondaire



Technique de prélèvement :

la greffe de la muqueuse buccale est prise sur la face interne de la joue en respectant l'orifice du conduit salivaire.

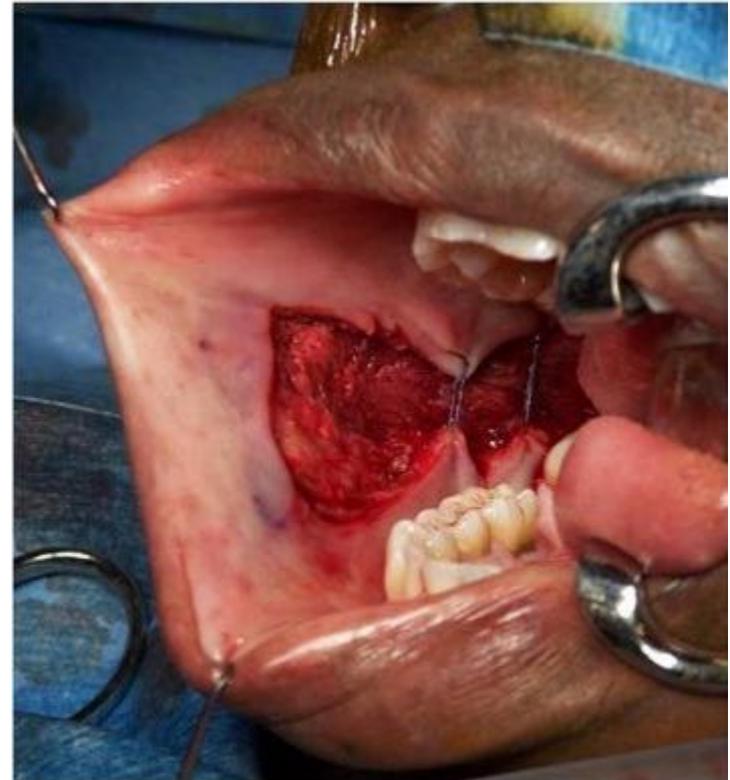


Figure 2. Exposition de la face interne de la joue droite après prélèvement.

- Aspect du site donneur montrant une cicatrisation satisfaisante à la 7^{ème} semaine.



La muqueuse buccale: face muqueuse de la lèvre inférieure

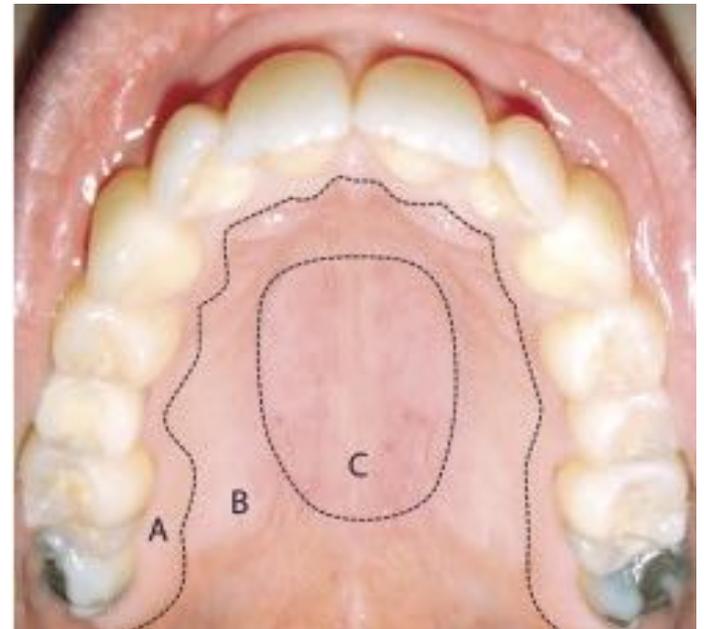
- Plus fine
- Incision à distance de la lèvre
- **Inconvénients**
- Aucun soutien à la paupière réhabilitée



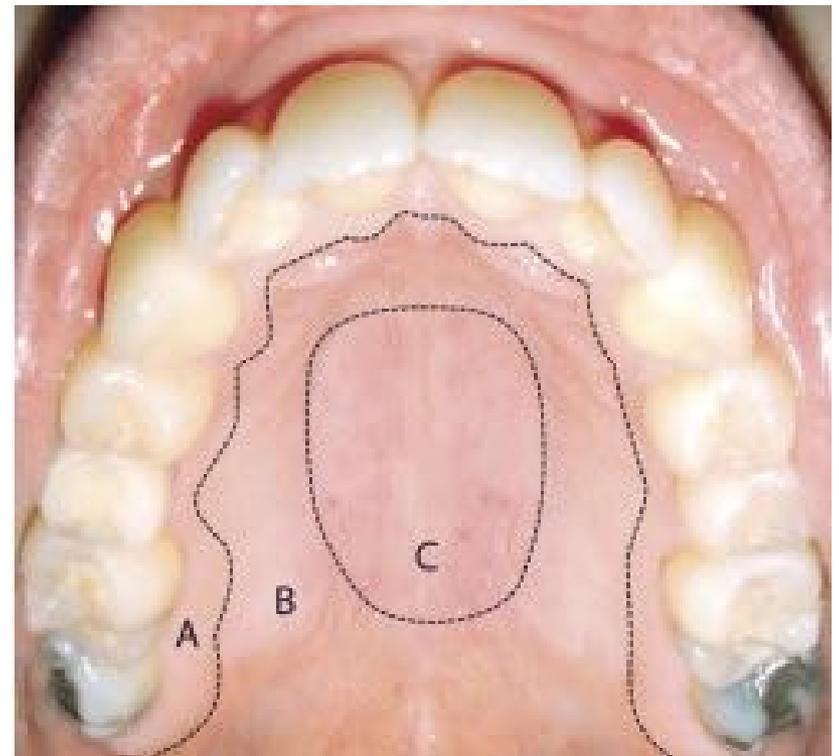
Excès muqueux nécessaire au niveau du bord libre ≠ entropion secondaire

La muqueuse buccale: fibromuqueuse palatine

- ++ intéressante
- **Histologie** (de la superficie en profondeur):
 - La muqueuse
 - La couche glandulaire sous muqueuse
 - Le périoste
- **Topographie:**
 - Fibromuqueuse médiane lisse (C)
 - Latérale striée et épaisse (B)
 - Gingivale lisse péri-alvéolaire (A)



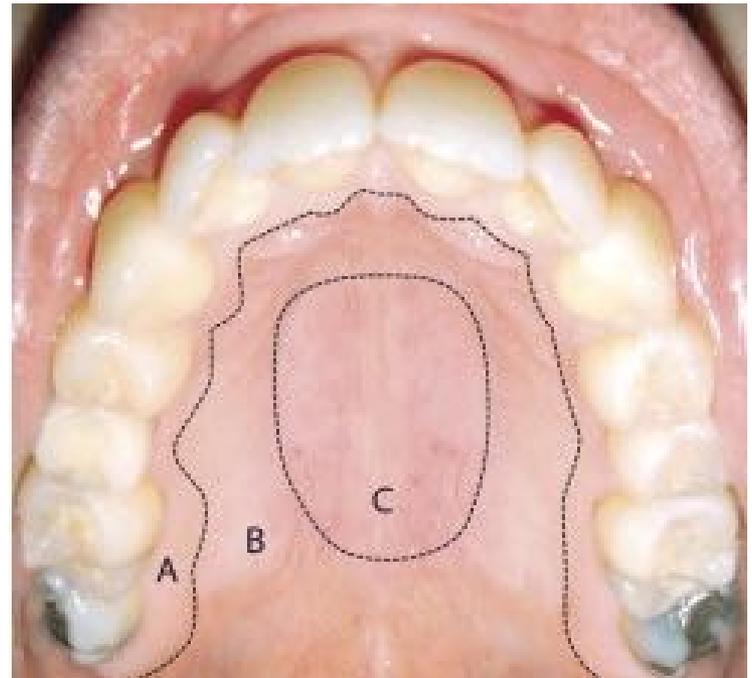
- **Prélèvement:** partie latérale de voûte palatine (B)
- Sous périosté / supra- périosté
- Taille du greffon → 40mm /20mm
- Greffon 10% plus large / taille du défaut muqueux (légère rétraction à moyen terme /<15%)





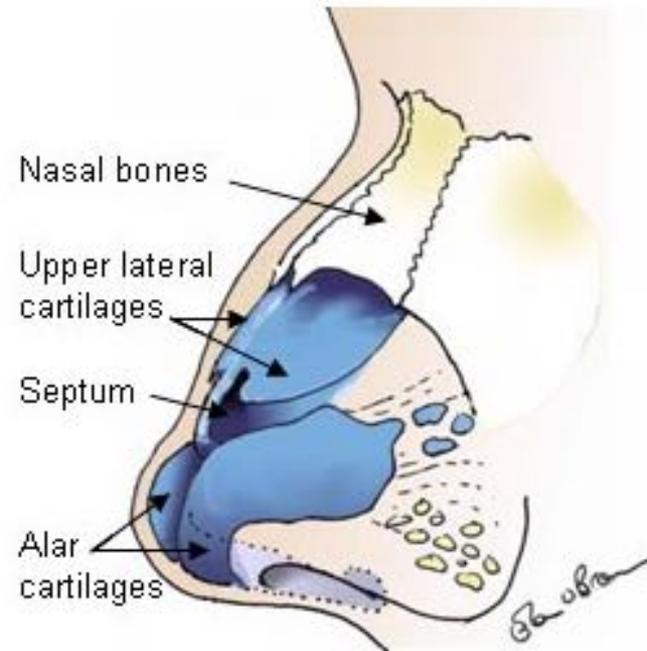
- **Avantages:**

- Incurvation adéquate
- Rigidité satisfaisante
- Excellente survie en association à un lambeau
- Morbidité acceptable du site donneur
- Préservation de la paupière controlat ≠ greffes tarsoconjonctivales



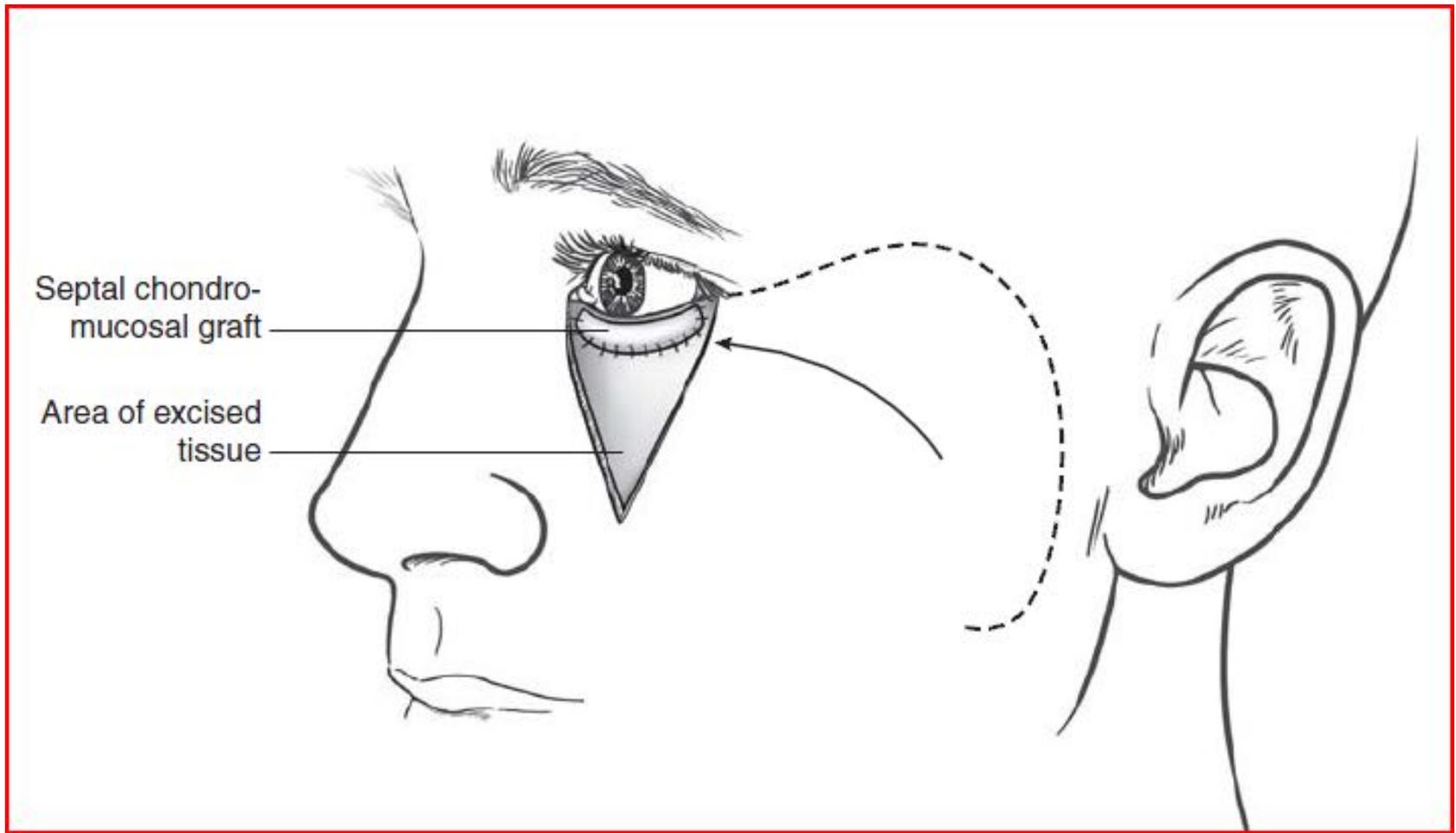
La greffe chondromuqueuse nasale

- Greffe composites bi-tissulaire
 - Septum
 - cartilage alaire
 - Cartilage triangulaire



La greffe chondromuqueuse nasale: septum

- Cartilage abondant, résistant, épais → amincir
- Se rétracte - / buccal
- Utile pour armer les lbx « lourds » (Mustardé)
/ paupière inf++



Reconstruction du plan tarso conjonctival par greffon chondro muqueux nasal
La partie muqueuse du greffon est 2 × plus large que la partie cartilagineuse
Reconstruction du plan cutané par lambeau de rotation jugal

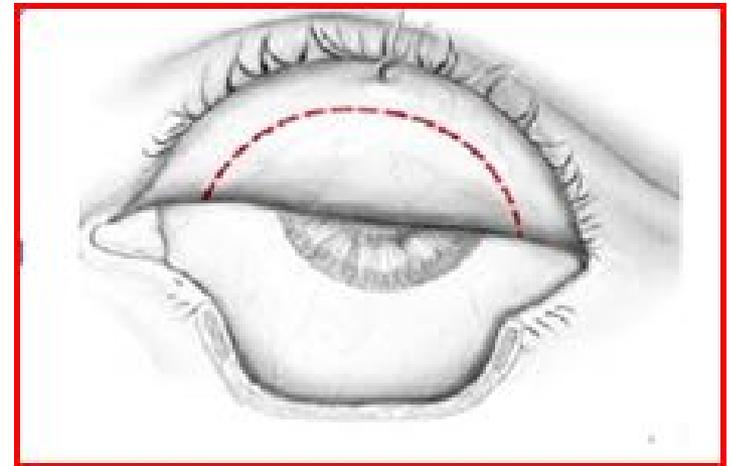
La greffe chondromuqueuse nasale: cartilage alaire / triangulaire

- Greffon de plus **petite taille**
- Plus **fin**
- Cartilage et muqueuse très adhérents
- Incurvation similaire à celle de la paupière
- ➔ **Parfaite adéquation** avec le globe oculaire
- PDS de pleine épaisseur, partielle ou totale / paupière inférieure



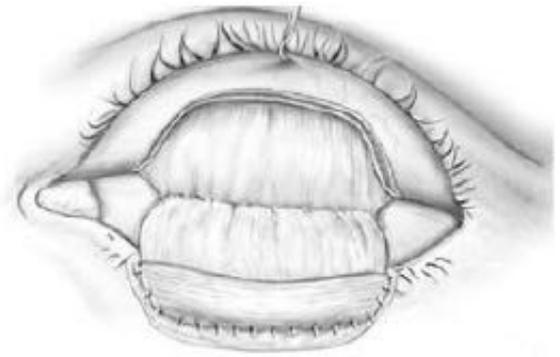
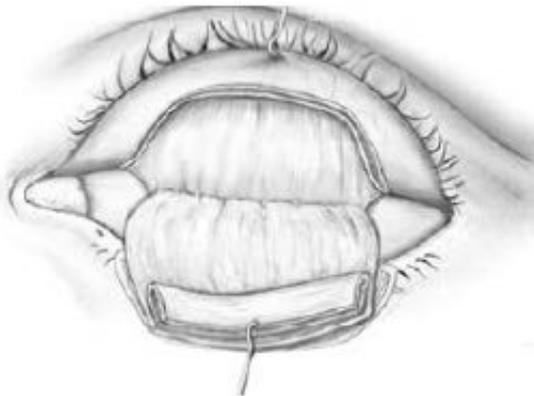
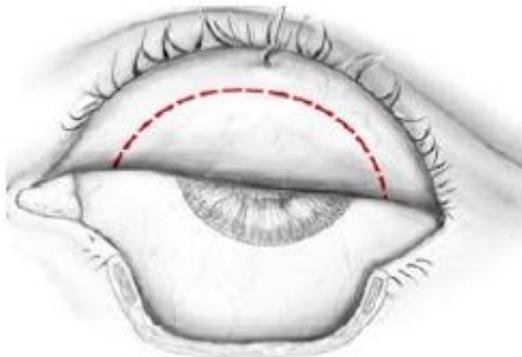
Les greffes tarso- conjonctivales

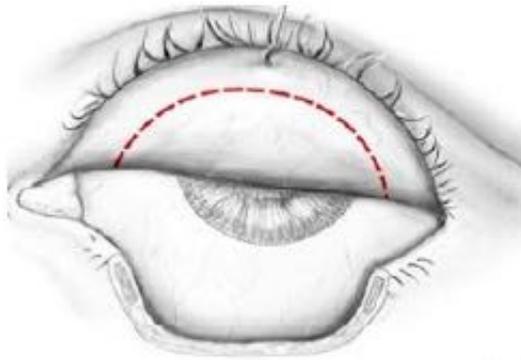
- Prélèvement à la paupière supérieure
- **Respecter:**
 - 4 mm de hauteur de tarse au- dessus du bord libre
 - Plan du m. releveur, m. de Muller
- Site donneur: CD



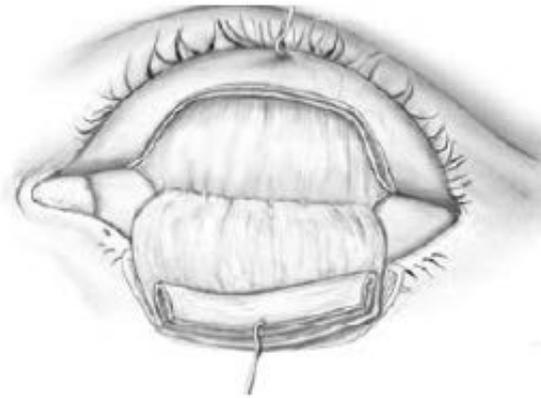
Lambeaux tarsoconjonctivaux

- Lambeaux de translation issus de la paupière opposée
- Le procédé de Dupuy- Dutemps mobilise le plan tarso- conjonctival supérieur par un clivage frontal pour réparer la paupière inférieure

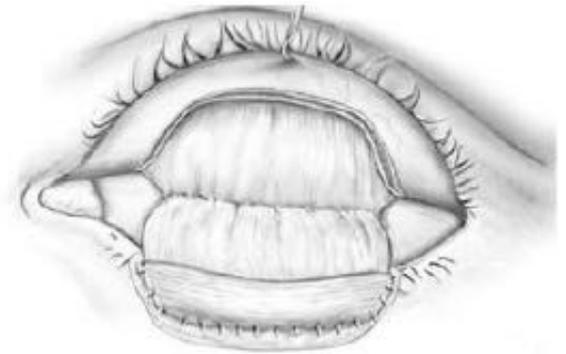




A



B



C

- A-** Incision et section du tarse à 4 mm au- dessus du bord libre
- B-** Décollement du plan conjonctival (section d'insertion du tarse au m. de Muller)
- C-** Suture du plan tarsoconjonctival au site receveur (points séparés/ fils résorbables 5/0)
Noeuds enfouis en profondeur

Couverture par GPT ou lambeau local
6 à 8 semaines: séparer le pédicule

- **Avantages:**

- Tissu équivalent à la PDS

- **Inconvénients:**

- Quantité tissulaire limitée
- Occlusion palpébrale de 60 jr

Cartilage conqual

- Excellent matériel d'armature
- La greffe = cartilage + périchondre
- **Fine**, arquée et concave
- **Bonne congruence** au globe oculaire
- Prélèvement par voie ant ou post
- Site donneur fermé par suture directe



Le fascia lata

- En association avec un lambeau temporo- jugal (paupière inf)
- Tendu du ligament palpébral int → apophyse orbitaire ext
- **Sa face int:** doublée de muqueuse buccale
- **Sa face ext:** recouverte par lambeau temporo- jugal
- **Avantages:**
 - Très maniable
 - Ne se déforme pas à long terme ≠ greffons cartilagineux
- **Inconvénients:**
 - 2 sites donneurs

PDS de pleine épaisseur

```
graph TD; A[PDS de pleine épaisseur] --> B[Reconstruction du plan tarso-conjonctival]; A --> C[Reconstruction du plan cutané-musculaire]; B --> D[Mobilisation des cul de sac conjonctivaux]; B --> E[Greffe chondromuqueuse nasale (septum, cartilage triangulaire ou alaire)]; B --> F[Greffe de muqueuse buccale (face interne des joues, face muqueuse de la lèvre inférieure, fibromuqueuse palatine)]; B --> G[Lambeaux tarsoconjonctivaux]; B --> H[Greffes tarsoconjonctivales];
```

Reconstruction du plan tarso-conjonctival

Mobilisation des cul de sac conjonctivaux

Greffe chondromuqueuse nasale (septum, cartilage triangulaire ou alaire)

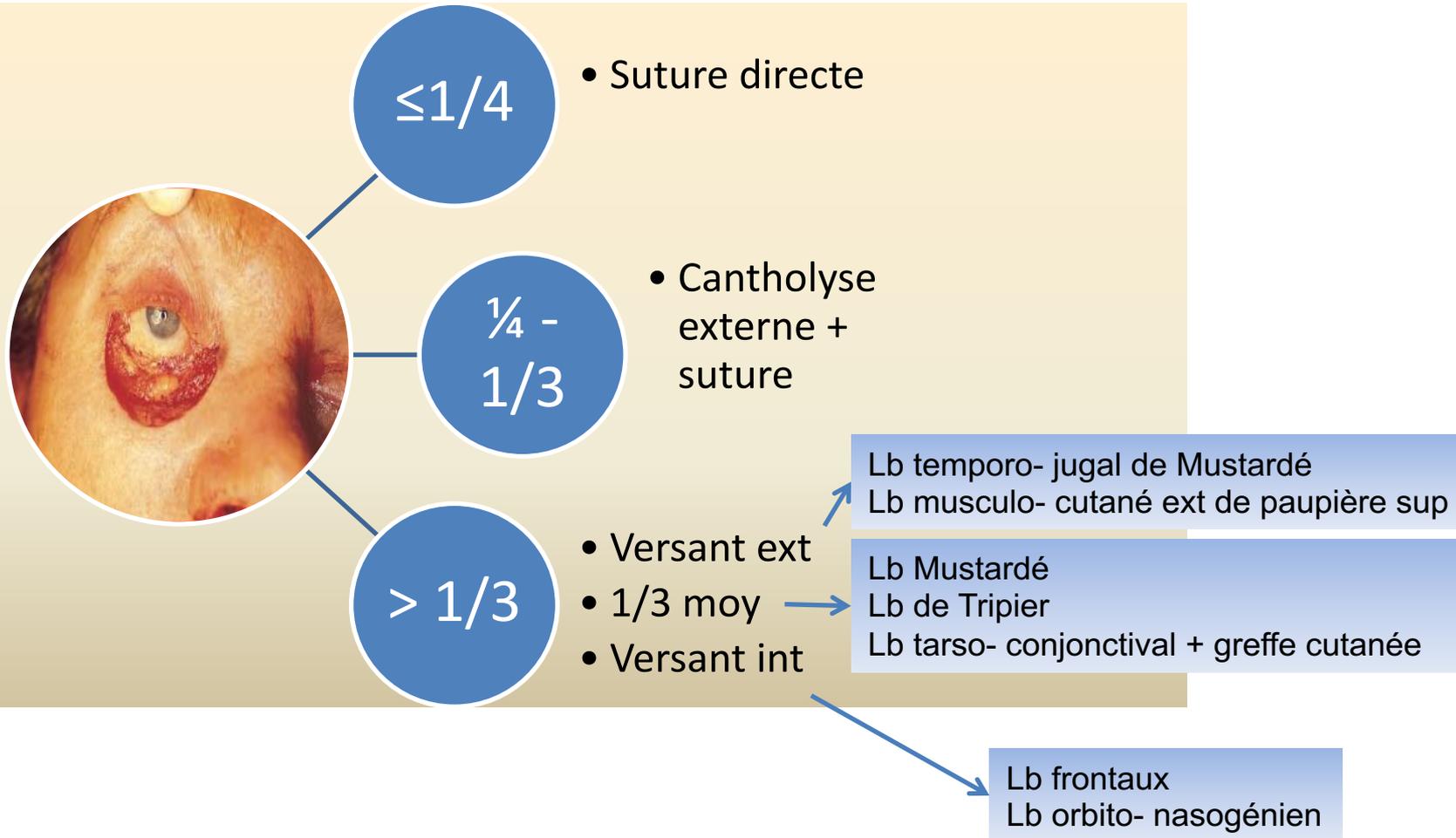
Greffe de muqueuse buccale (face interne des joues, face muqueuse de la lèvre inférieure, fibromuqueuse palatine)

Lambeaux tarsoconjonctivaux

Greffes tarsoconjonctivales

Reconstruction du plan cutané - musculaire

PDS transfixiante de la paupière inférieure

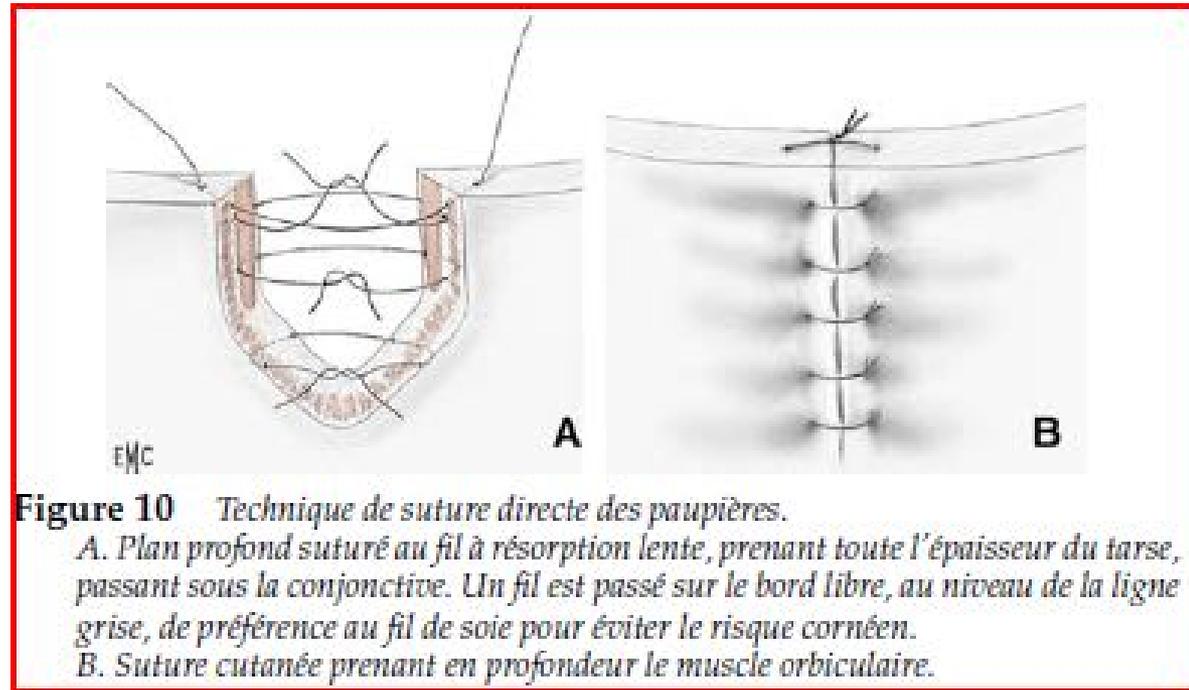


Résection transfixiante pentagonale

PDS transfixiante
de la paupière
inférieure

$\leq 1/4$

Suture
directe



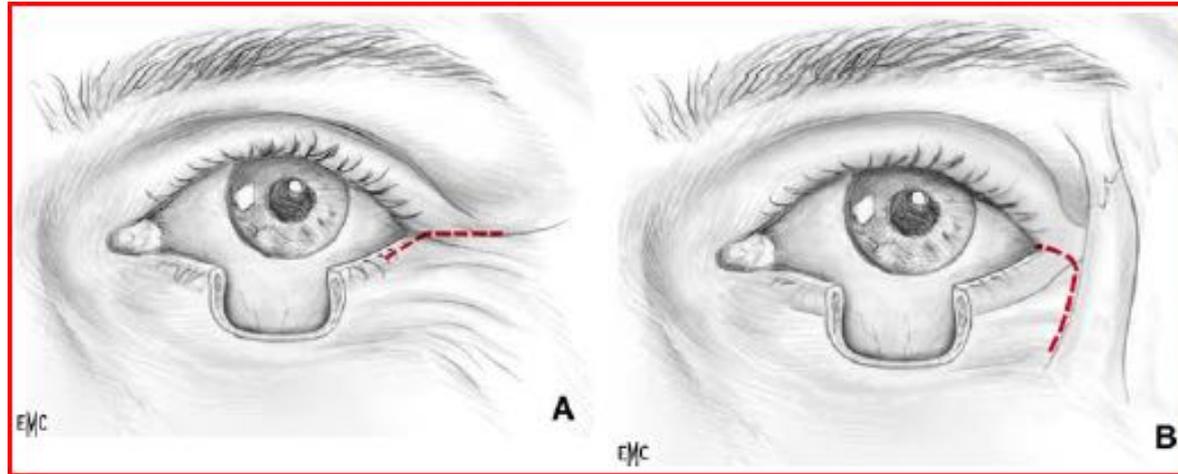
En 2 plans:

- Profond tarso- conjonctival
- Antérieur musculo- cutané

PDS transfixiante de la paupière inférieure

$\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{3}$

Cantholyse
ext+ Suture



Mobilisation de la paupière inférieure restante pour suture directe

A- Incision cutanée sous- ciliaire

B- En profondeur:

- Section des attaches du **tarse** inf au ligament canthal ext
- Désinsertion du **septum** le long du rebord orbitaire ext et inf

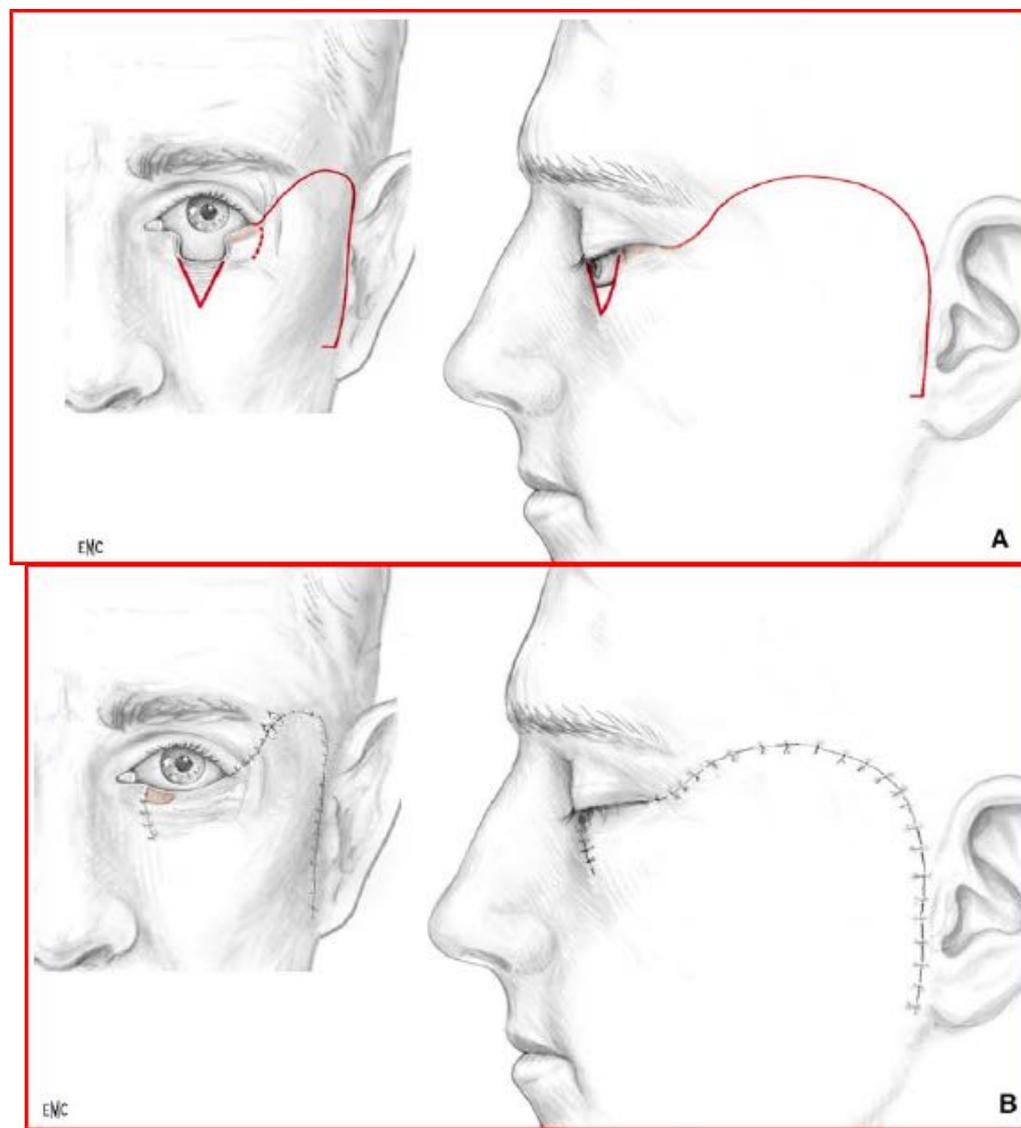
PDS transfixiante
de la paupière
inférieure

> 1/3

Versant ext

**Lb temporo-jugal
de Mustardé**

Lb musculo-
cutané externe de
paupière
supérieure



Procédé de Mustardé

A- tracé du Lb temporojugal, très oblique en haut et en dhs à partir du canthus ext.
Résection prudente de l'excédent cutané interne. En pointillé: libération du tarse et du septum.

B- suture en place



Reconstruction de la paupière inférieure suivant la technique de Mustardé

A- Résection polygonale de la paupière inférieure

B- Mobilisation des téguments temporaux

C- Sutures cutanées après mobilisation du segment palpébral restant

D- Résultat

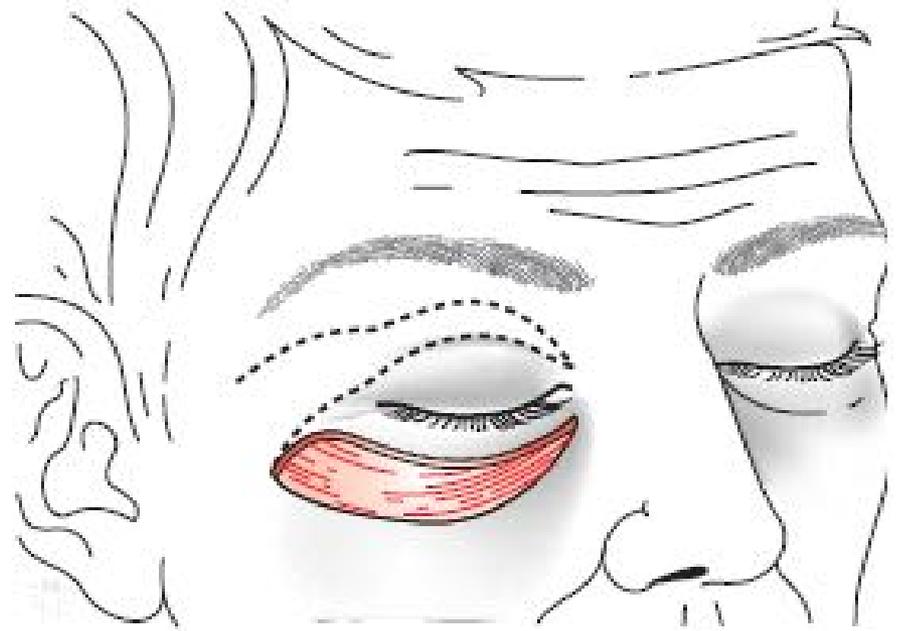
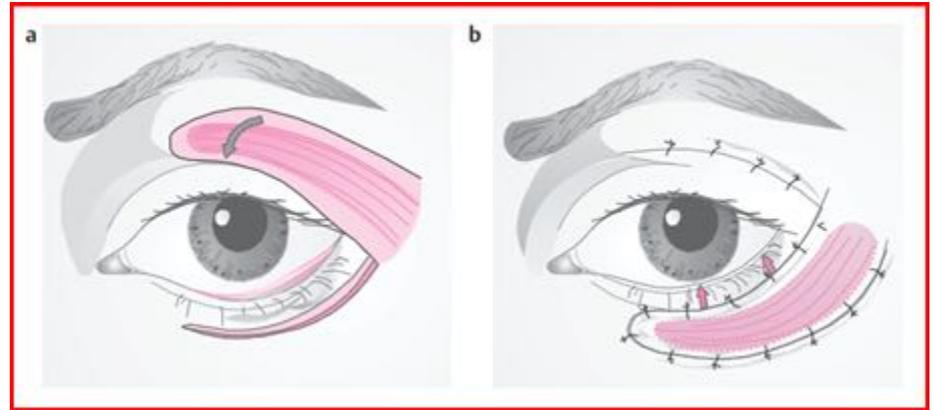
PDS transfixiante
de la paupière
inférieure

> 1/3

Versant ext

Lb temporo- jugal
de Mustardé

**Lb musculo-
cutané externe de
paupière
supérieure**



PDS transfixiante
de la paupière
inférieure

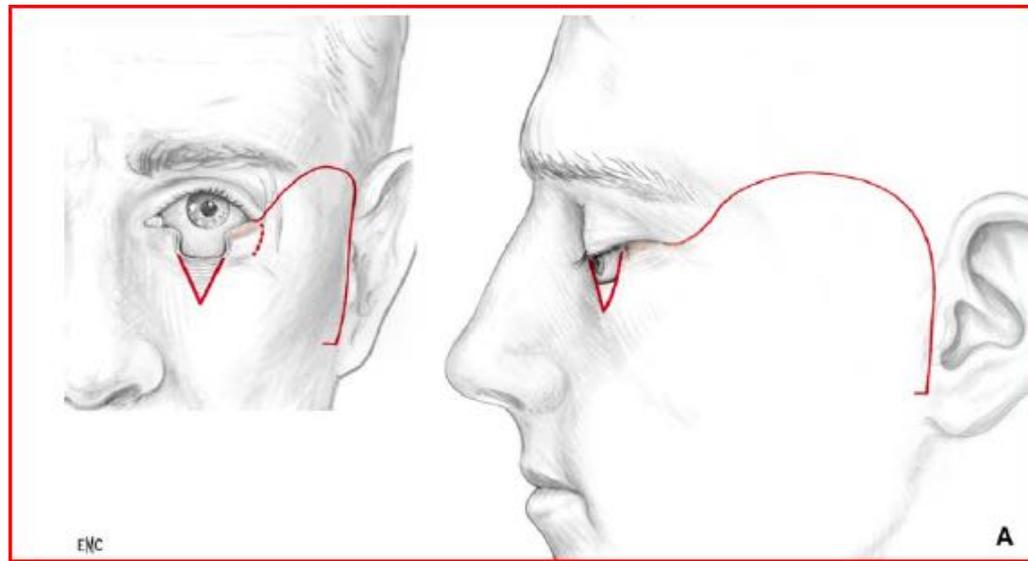
$> 1/3$

$1/3$ moyen

Lb temporo- jugal
de Mustardé

Lb de Tripier

Lb tarso-
conjonctival +
greffe cut



PDS transfixiante
de la paupière
inférieure

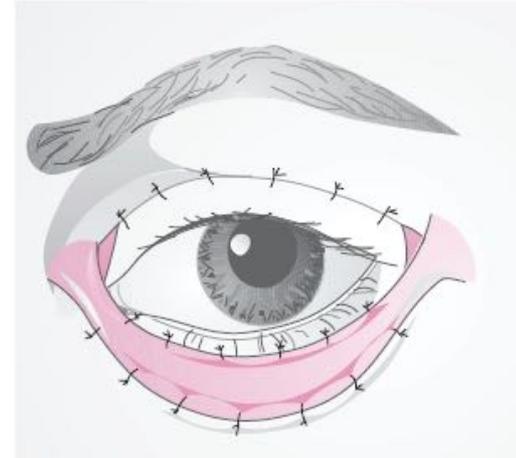
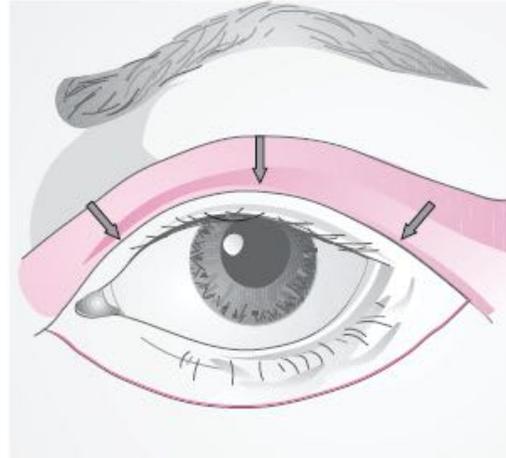
> 1/3

1/3 moyen

Lb temporo- jugal
de Mustardé

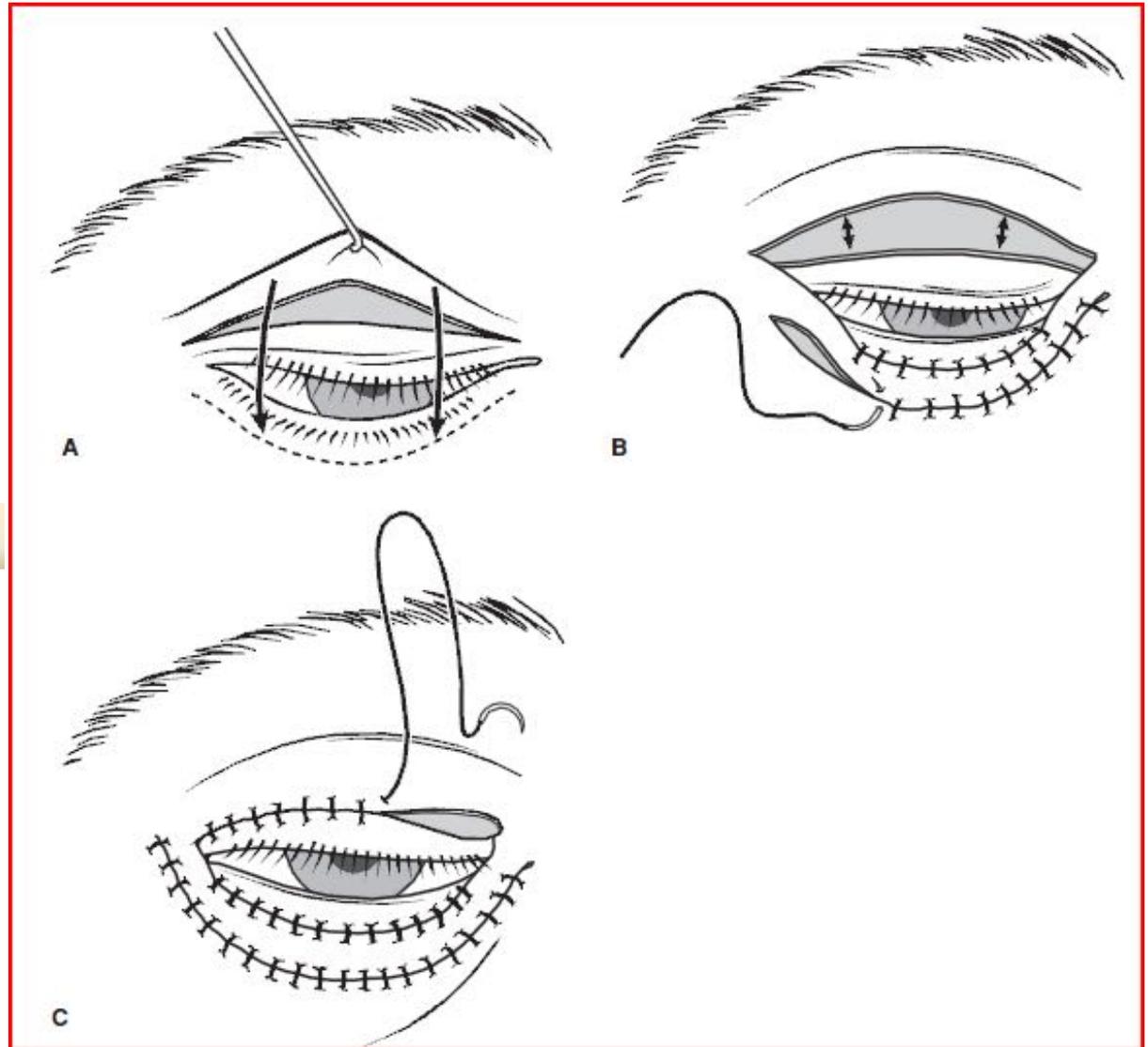
Lb de Tripier

Lb tarso-
conjonctival +
greffe cut



Lambeau de Tripier

Lambeau de Tripier



Sevrage du lambeau à 2 mois

FIGURE 39.8. The bipediced myocutaneous Tripiér flap. (Redrawn after Jackson, II. Eyelid and canthal region reconstruction. In: *Local Flaps in Head & Neck Reconstruction*. St. Louis: Quality Medical Publishing, 2002.)



Reconstruction de la paupière inférieure associant lambeau bipédiculé de Tripiér + GPT

A- Limite de reprise d'exérèse de mélanome et tracé du lambeau

B- PDS

C- séparation des pieds du lambeau à 2 mois, la partie basse de la paupière ayant été reconstruite par GPT

D- Résultat



Exérèse tumeur annexielle
Reconstruction plan conjonctival: Greffe de muqueuse buccale



Couverture par Lb m- cutané bi- pédiculé type Tripier
GPT du site donneur



Résultat à 18 mois



PDS transfixiante
de la paupière
inférieure

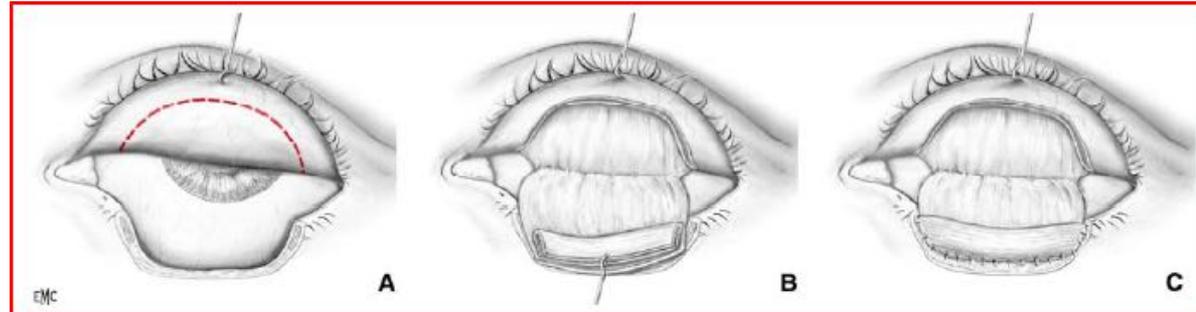
> 1/3

1/3 moyen

Lb temporo- jugal
de Mustardé

Lb de Tripiér

**Lb tarso-
conjunctival
+ greffe cut**



- A-** Incision et section du tarse à 4 mm au- au- dessus du bord libre
- B-** Décollement du plan conjonctival (section d'insertion du tarse au m. de Muller)
- C-** Suture du plan tarsoconjunctival au site receveur (points séparés/ fils résorbables 5/0)
Nœuds enfouis en profondeur

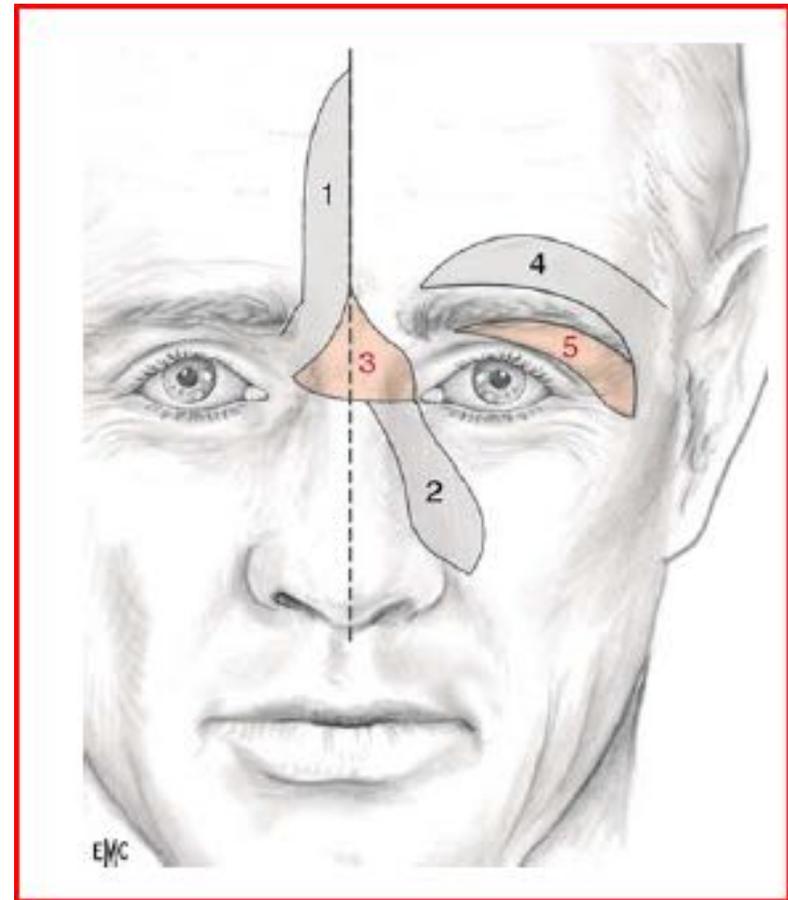
PDS transfixiante
de la paupière
inférieure

> 1/3

Versant interne

Lb frontaux

Lb orbito-
nasogénien

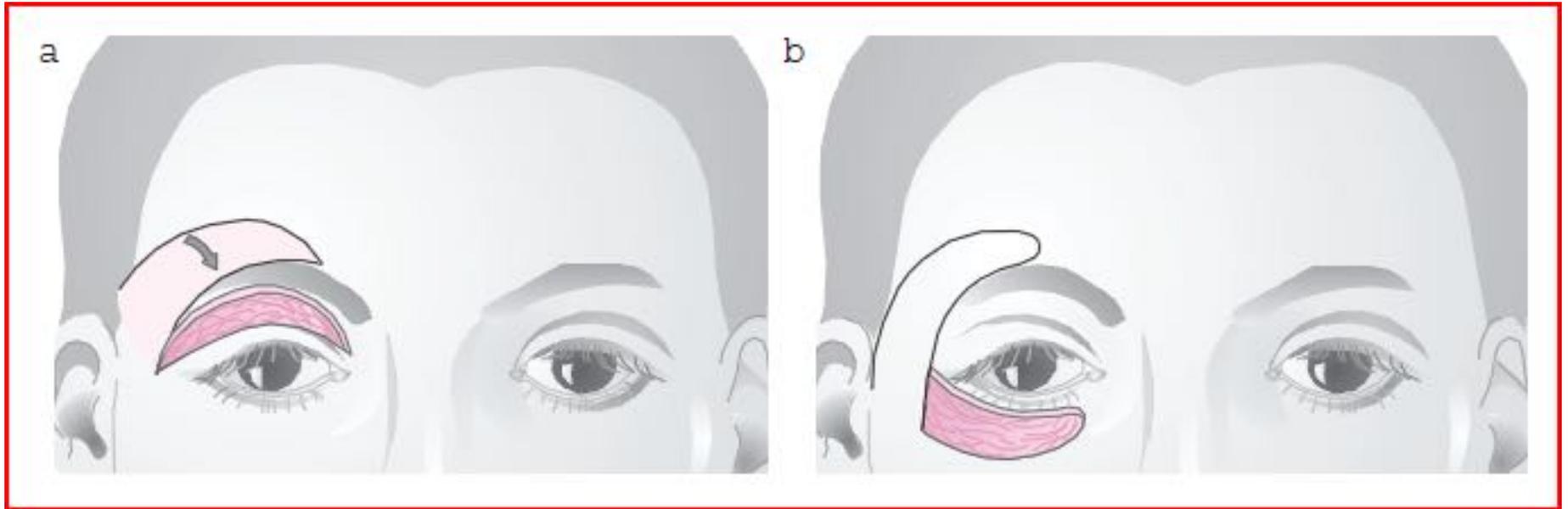


Origine des principaux lambeaux cutanés utilisés en reconstruction palpébrale

- 1- Lbx frontaux médians ou paramédians, homo- ou controlat
- 2- Lbx orbitonasogéniens
- 3- Lbx glabellaires
- 4- Lbx frontaux externes (Fricke)
- 5- Lbx palpébraux supérieurs



Figure 19 Reconstruction de la paupière inférieure par un lambeau frontal en « îlot ».
A. Perte de substance emportant la caroncule et les trois quarts internes de la paupière inférieure après exérèse d'un épithélioma basocellulaire chez une femme jeune.
B. Tracé d'un lambeau frontal médian en îlot.
C. Prélèvement.
D. Lambeau en place tunnalisé sous les téguments de la glabelle.
E. Résultat.

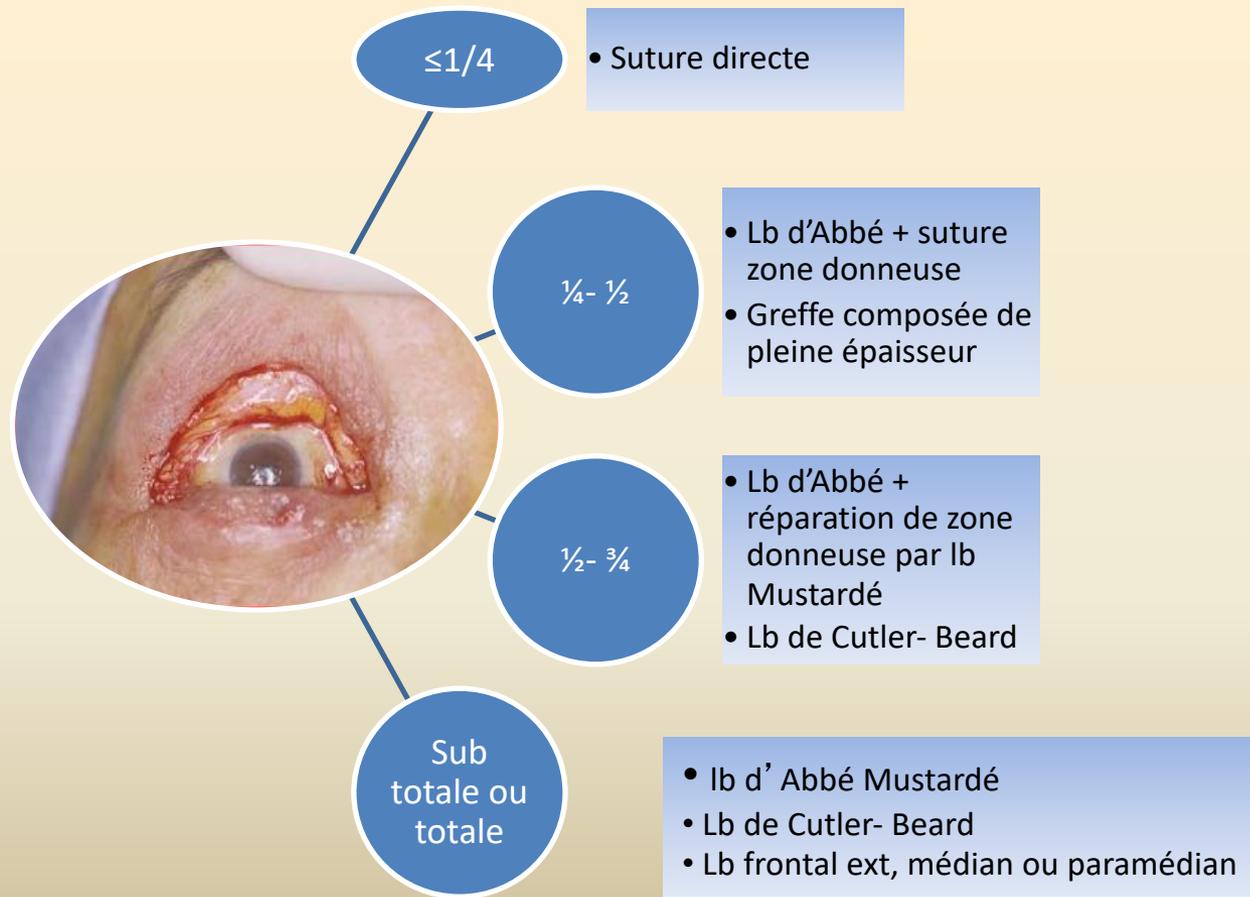


Lambeau frontal externe de Fricke

Lambeau de transposition à pédicule inférieur et externe

Reconstruction palpébrale supérieure et inférieure

PDS transfixiante de paupière supérieure

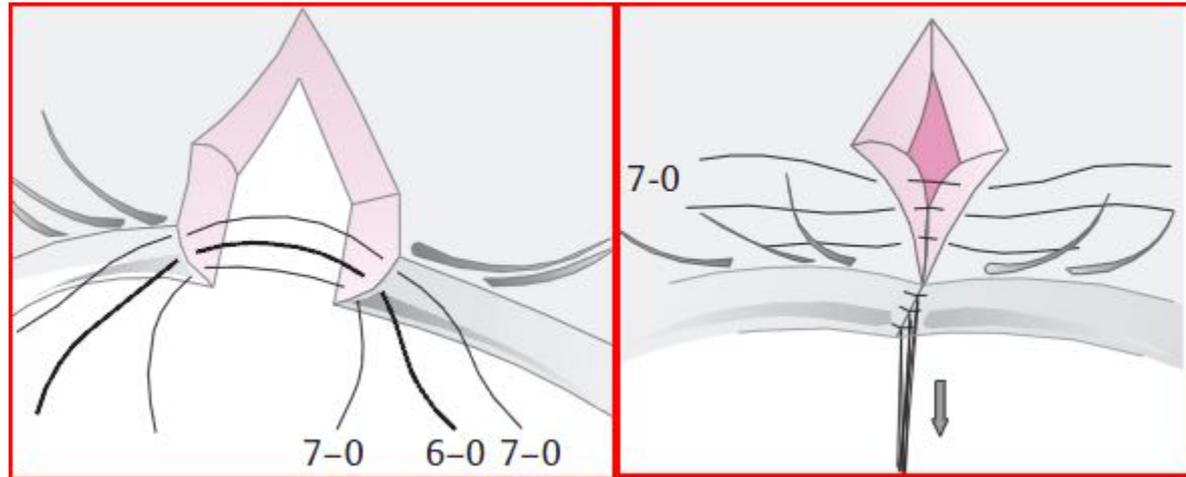
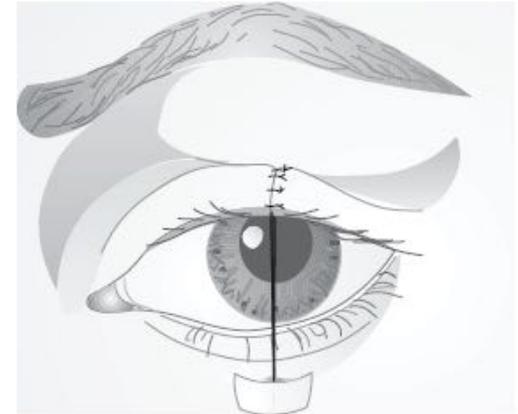
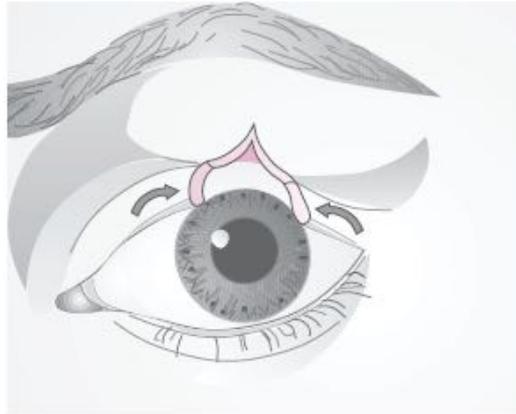


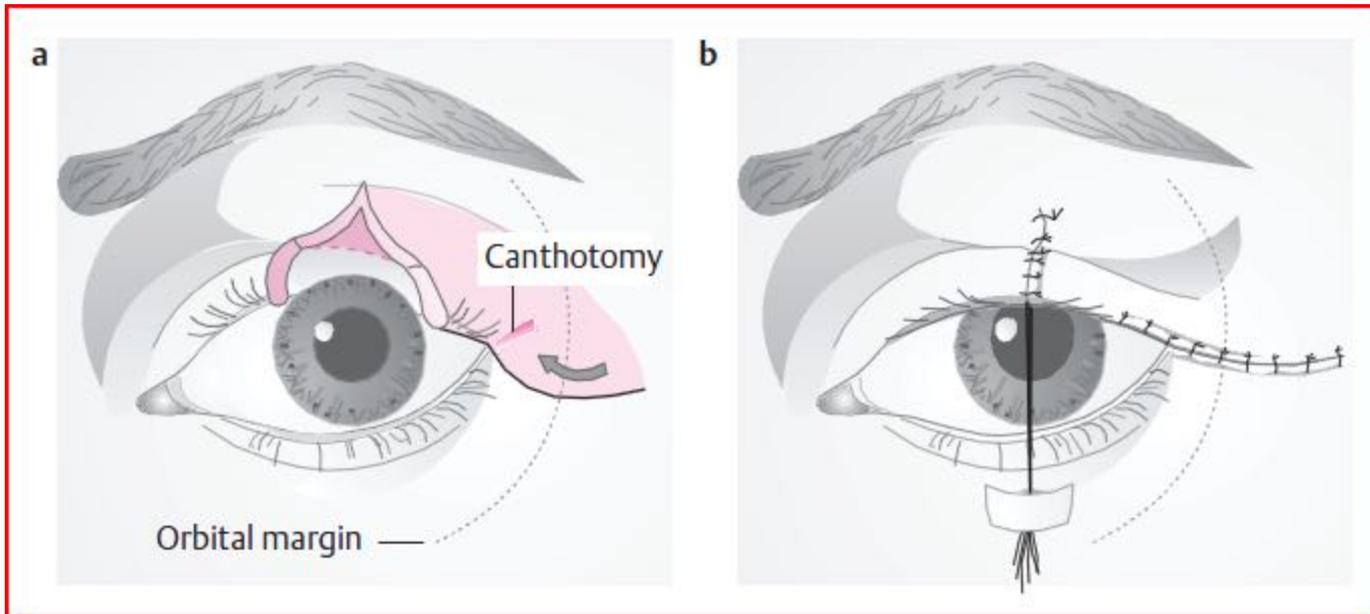
Résection transfixiante pentagonale

PDS transfixiante
de la paupière
supérieure

$\leq 1/4$

Suture
directe



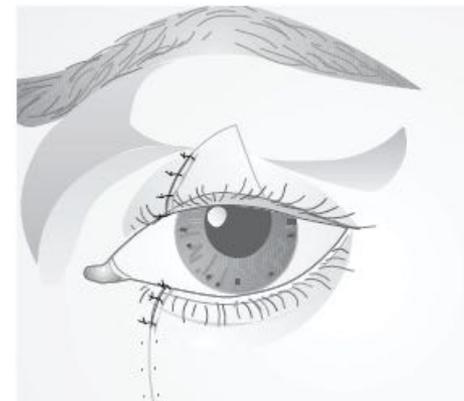
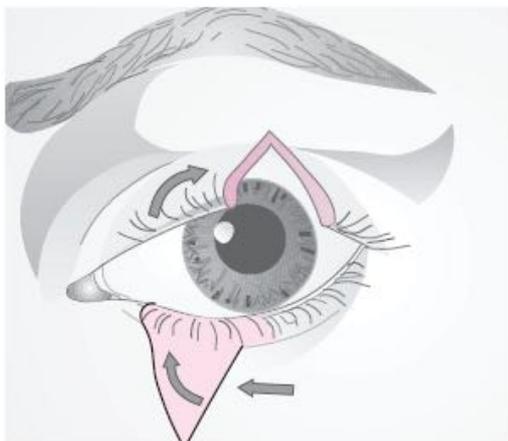


A- Canthotomie latérale du lig palpébral supérieur pour faciliter l'avancement cutané latéral

PDS transfixiante de la paupière supérieure

$\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$

- Lb d'Abbé+ suture zone donneuse
- *Grefe composée de pleine épaisseur*



Largeur = $\frac{1}{4}$ de longueur de paupière sup
Suture en 2 plans
Sevrage à J15

Grefe composée de pleine épaisseur
Prélevée sur paupière sup controlat ou paupière inf controlat

Lb Cutler- Beard

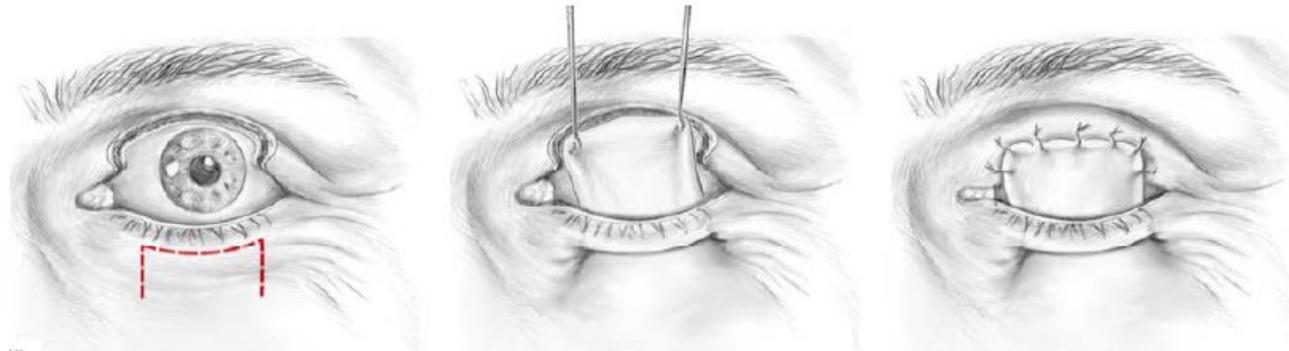
Lambeau palpébral inférieur de pleine épaisseur à pédicule inférieur

PDS transfixiante
de la paupière
supérieure

½- 3/4

Lb d'Abbé +
réparation de zone
donneuse par lb TJ
de Mustardé

Lb Cutler- Beard



- Incision transfixiante à 5mm sous le bord libre
- lambeau sous forme d'un « U » à pédicule inférieur
- Passe en arrière du bord libre
- Suture en 2 ou 3 plans
- sevrage > 6 semaines

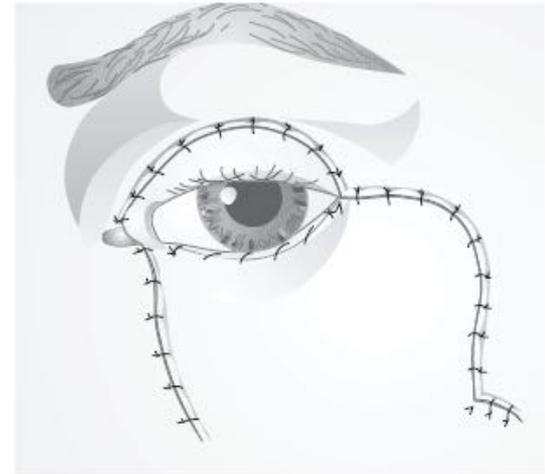
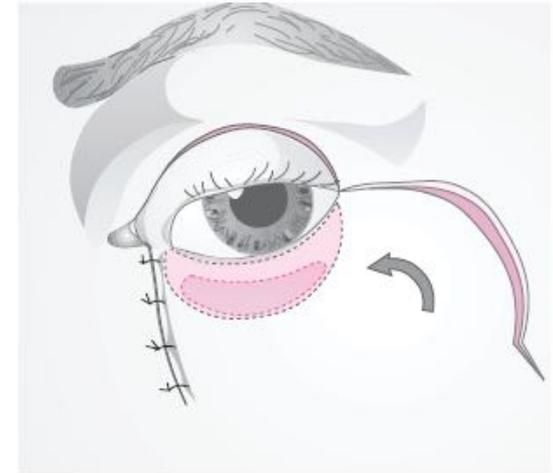
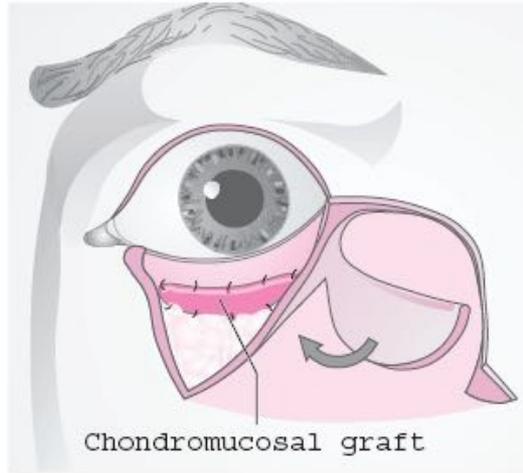
PDS transfixiante de la paupière supérieure

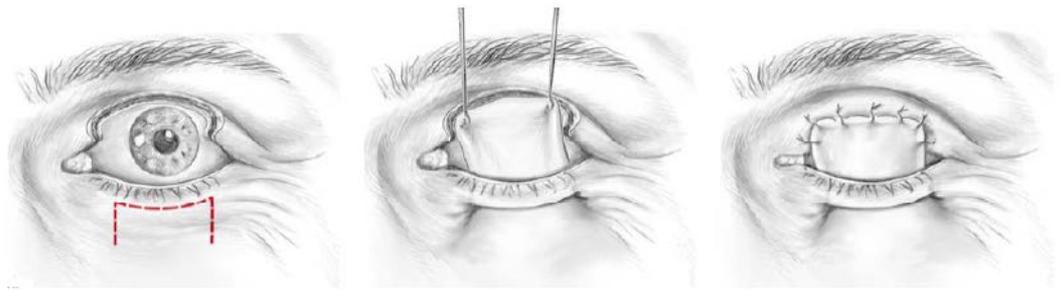
**Subtotale
ou totale**

**Lb d'Abbé
Mustardé**

Lb de Cutler
Beard

Lb frontal
externe,
médian ou
paramédian





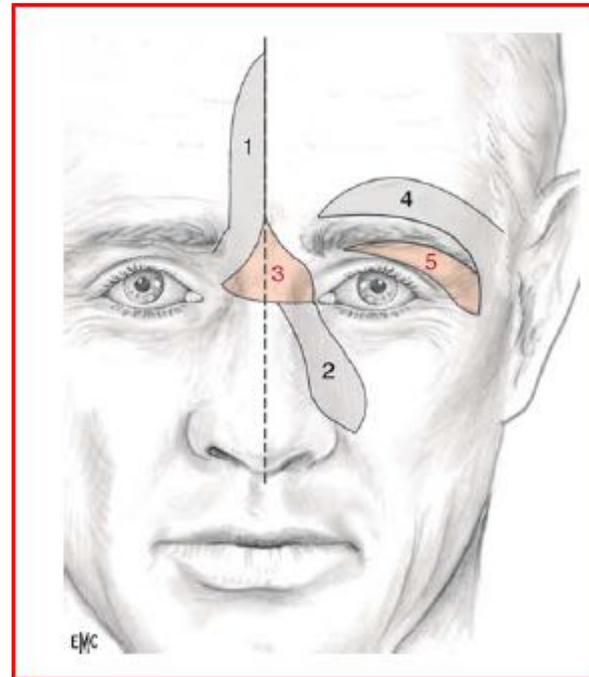
PDS transfixiante
de la paupière
supérieure

Subtotale ou
totale

Lb d'Abbé
Mustardé

**Lb de Cutler
Beard**

**Lb frontale
externe, médian
ou paramédian**





Reconstruction de la paupière supérieure par lambeau type Fricke

A- tracé du lambeau et résection tumorale

B- Lb en place et cicatrisé sur une greffe de muqueuse buccale.

Zone donneuse du Lb greffée en peau totale

C- Résection du Lb au 6^{ème} mois + GPT sur greffe de muqueuse buccale

D,E- ouverture complète de la fente palpébrale à distance

PDS du canthus interne



axiale

< 1,5 cm

C. dirigée

Etendue

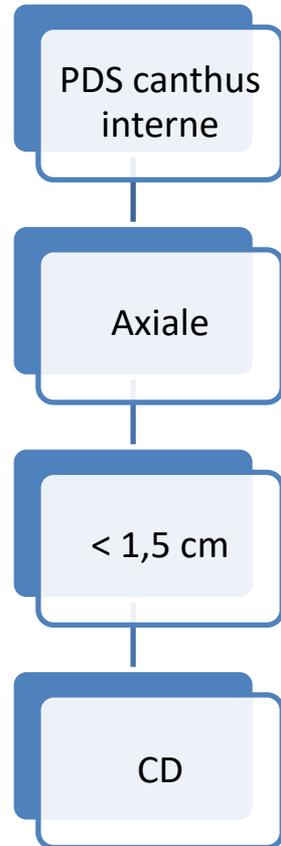
GPT

Lb glabellaire

Lb frontal

Lb bilobé orbito- nasogénien

Non
axiale



- A-** PDS symétrique / axe de la fente palpébrale, également étendue vers la paupière sup et inf
- B-** Réinsertion du moignon interne des targes à la crête lacrymale post (fil à résorption lente)
- C-** Possibilité de mobilisation palpébrale par section du lig canthal externe



Figure 27 Cicatrisation dirigée au niveau du canthus interne.

A. Reprise d'une exérèse en limite non saine sur la berge antérieure.

B. La perte de substance est limitée au plan cutané musculaire. Elle se répartit de façon symétrique par rapport à l'axe de la fente palpébrale.

C. Résultat à 1 an.

PDS
canthus
interne

Axiale

Etendue

GPT
Lb glabellaire
Lb frontal
Lb orbito- nasogénien

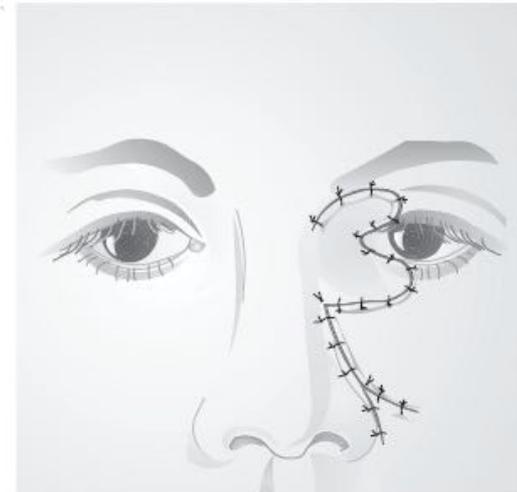
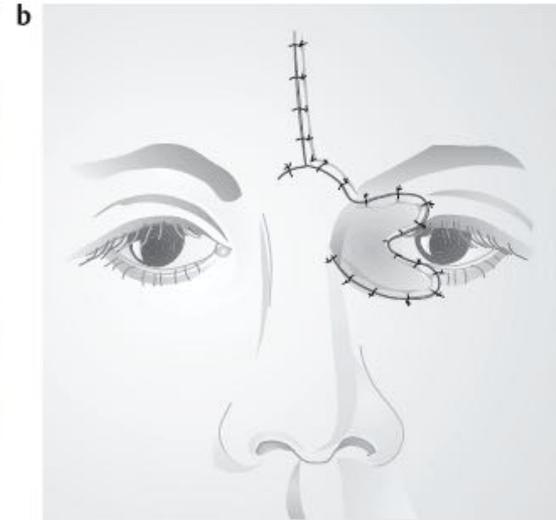
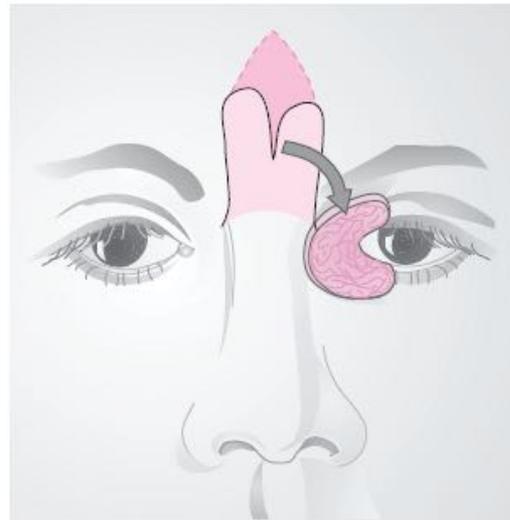




Figure 28 Reconstruction du canthus interne par lambeau frontal médian.

A. Perte de substance emportant les deux faisceaux du ligament canthal interne et les voies lacrymales.

B. Amarrage du tarse à la crête lacrymale postérieure.

C. Tracé d'un lambeau frontal médian à la forme de la perte de substance.

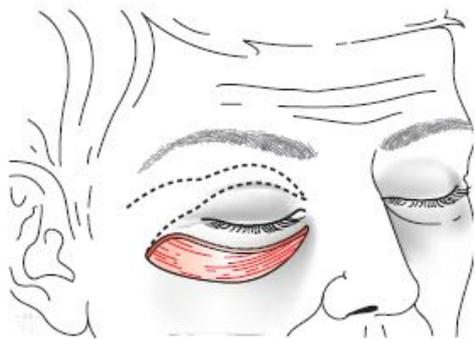
D. Mise en place du lambeau avec formation d'une « oreille » temporaire sur l'arête nasale. La face profonde du lambeau est amarrée au périoste par un fil résorbable.

E. Résultat après résection de l'« oreille ».

PDS du canthus externe

Superficielle

Lambeau musculocutané
de la paupière supérieure de
rotation



Profonde

Reconstruction
tarsocconjonctivale

Déploiement du cul de sac
conjonctival supérieur

Greffe de muqueuse
buccale

Reconstruction
cutanée

Lamb cutanés temporaux
de rotation

Lamb de fascia temporalis
greffé

Reconstruction bipalpébrale

- Rare, complexe
- Se fait par étapes:
 - **1°** : Suture de la conjonctive du cul de sac supérieur à celle du cul de sac inférieur
 - **2°** : GPT sur l'ensemble
 - **3°** : Ouverture progressive de la fente palpébrale
- Quand les culs de sac conjonctivaux ne sont pas suffisants:
 - Greffe muqueuse
 - Couverture par lambeau
 - Remplacement du lambeau par GPT au niveau de la paupière supérieure
 - Ouverture progressive de la fente palpébrale



Figure 29 Reconstruction bipalpébrale.

A, B. Exérèse d'une récurrence d'épithélioma pagétoïde atteignant le bord libre des deux paupières.

C. Reconstruction conjonctivale par greffe de muqueuse buccale prélevée en face interne de joue.

D. Couverture par lambeau orbitonasogénien.

E. Résultat temporaire.

F, G. Résultat définitif après résection de la peau du lambeau, couverture par greffe de peau totale et ouverture prudente de la fente palpébrale en trois étapes.

Reconstruction des voies lacrymales

- Exceptionnellement indiquées en carcinologie
- Conséquences post résection tumorale variables:
 - Atteinte d' 1 ou 2 canalicules
 - Etendue de la résection des voies lacrymales
- Résection en général supportée chez le sujet âgé (↘ progressive des sécrétions lacrymales avec l' âge)

Reconstruction des voies lacrymales

- **Sutures canaliculaires:**

- 1- solidité de la réparation des tissus avoisinants → bon affrontement des berges canaliculaires sans tension
- 2- intubation à l' aide d' une sonde bicanaliculaire (aide à poser les points de suture)
- 3- dissection des berges du canalicule sur 1 à 2mm
- 4- trois à 4 points de Monofil de 8 à 10/0 (idem suture vasculaire microchir)

Reconstruction des voies lacrymales

- Greffes veineuses ou artérielles:
 - Peu fonctionnelles
- Matériaux étrangers:
 - Tube plastique, verre ou silicone
 - Troubles fonctionnels
- Dacryosystomie:
 - Invalidante

Conclusion

- La réparation palpébrale fait appel à de nombreux moyens chirurgicaux
- « en résumé, il n' y a pas de règle en reconstruction palpébrale » Fox
- « Aucun chapitre de livre ne peut faire plus que d' apporter une petite contribution à la richesse de l' expérience accumulée par les autres » Fox

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

Références

- **Reconstructive facial plastic surgery.** A problem solving manual
- **GRABB and SMITH' S.** PLASTIC SURGERY
- **Plastic Surgery.** CLINICAL PROBLEM SOLVING
- **La paupière du brûlé.** Jr Français d' Ophtalmo. D Krastinova
- **EMC** de chirurgie plastique
- **Manuel de chir plas reconstr et esthetique.** M REVOL
- **Mustardé JC. Repair and reconstruction in the orbital region. Edinburgh :**
- Churchill Livingston ; 1991.
- **Beauvillain de Montreuil C, Bessède JP. Chirurgie des tumeurs cutanées**
- de la face. Société française d' ORL et de Chirurgie de la face et du cou,
- 2002.

- **Ducasse A, Segal A, Desphieux JL. Reconstruction palpébrale inférieure:**
- techniques utilisées en fonction de la longueur de la perte de substance.
- Bull Soc Opht France 1989;4:593-595.
- **Guyot L, Layoun W, Benso-Layoun C, Richard O, Gola R. Greffe de fibromuqueuse**
- palatine en chirurgie palpébrale. J Fr Ophtalmol
- 2004;27,9:1071-1076.
- **Hatoko M, Kuwahara M, Shiba A et al. reconstruction of full-thickness**
- lower eyelid defects using a blepharoplasty technique with a hard palate
- mucosal graft. Ann Plast Surg, 1999;42:688-91.