Revues générales

Complications des blépharoplasties : les éviter, les gérer

RÉSUMÉ : La blépharoplastie est une intervention esthétique des paupières supérieures et/ou inférieures permettant de traiter un excès de peau. Ce relâchement des tissus peut être soit héréditaire, soit un des signes du vieillissement. L'objectif est de rajeunir le regard en enlevant l'excès cutané et en y associant le plus souvent l'exérèse des hernies graisseuses ou "poches palpébrales".
Il s'agit de la troisième chirurgie esthétique la plus pratiquée au monde [1]**. Majoritairement réalisée en chirurgie ambulatoire et sous anesthésie locale, les suites immédiates sont en général simples. Néanmoins, comme dans toute chirurgie, des complications sont possibles. Précoces ou tardives, leur impact peut être plus ou moins grave pour le patient.**
Nous rapportons les différentes complications possibles après blépharoplastie en précisant l'origine et la conduite à tenir.

J. LAGIER[1], E. RAZLOG[2]
[1] Cabinet d'Ophtalmologie, NICE ;
[2] Service d'Ophtalmologie, CHU de REIMS.

Consultation préopératoire

Il s'agit de l'une des étapes clés de la chirurgie. L'ophtalmologiste doit recueillir les antécédents généraux et ophtalmologiques du patient. Cette étape permet d'identifier les patients à risque de développer des complications postopératoires. Il est important de rechercher la présence d'une maladie de Basedow, d'un syndrome de Sjögren, d'une polyarthrite rhumatoïde, d'une rosacée, d'une myasthénie ou autre maladie neuromusculaire. Il convient également de noter les allergies, la présence d'un trouble de la crase sanguine et la prise d'un éventuel traitement anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire [2].

D'un point de vue ophtalmologique, on recherchera particulièrement un antécédent de chirurgie ophtalmologique réfractive type Lasik (*laser-assisted in situ keratomileusis*) car il s'agit des patients les plus à risque de présenter une sècheresse oculaire, potentiellement exacerbée par une lagophtalmie après blépharoplastie [2].

Un examen complet doit être mené qui comprend : une acuité visuelle corrigée, un examen du segment antérieur avec la recherche d'un syndrome sec ou d'une blépharite, un fond d'œil, une mesure de la pression intraoculaire. Tout antécédent de traumatisme ou de chirurgie doit être notifié. La fonction du nerf facial doit également être évaluée à la recherche d'une paralysie responsable d'une lagophtalmie [3].

L'examen palpébral comprend la recherche d'une malposition, la mesure des fentes palpébrales et leur position par rapport à l'axe visuel, l'évaluation de leur courbure ainsi que le repérage du pli et des poches graisseuses. L'évaluation de la position des sourcils et de l'action du muscle frontal est un temps important : dans certains cas, une hyperaction du muscle frontal entraîne une ascension des sourcils pour lutter contre le dermatochalasis qui a tendance à déborder le bord libre de la paupière supérieure (***fig. 1***). L'excès de peau à enlever est mesuré à l'aide d'une pince sans griffe en position assise et couchée [4].

Fig. 1 : Asymétrie frontale : hyperaction du côté droit.

Des photographies préopératoires du regard prises en position primaire doivent impérativement compléter le dossier.

Le patient doit être informé qu'un délai est nécessaire pour la cicatrisation des plaies et la disparition des hématomes ainsi que de la possibilité de résultats inattendus liés a la cicatrisation propre à chaque individu avec parfois nécessité de reprise chirurgicale. Les complications per- et postopératoires doivent également lui être indiquées.

L'examen se conclut par la remise d'une fiche d'information de la Société française d'ophtalmologie. Après lecture, le patient devra la signer pour attester de son consentement dans son dossier. Un délai de réflexion de minimum 15 jours après remise du devis doit être respecté.

Temps opératoire

Lors de la dissection, l'hémostase doit être rigoureuse à l'aide d'une pince bipolaire. Il faut éviter toute traction excessive pendant l'exérèse des poches graisseuses en raison du risque vasculaire (hémorragie, vasospasme) [5].

Tout au long de l'intervention, la pupille doit être surveillée.

En postopératoire immédiat, la survenue d'une vision trouble est fréquente, liée aux secrétions oculaires ou à une kératite en rapport avec un dysfonctionnement orbiculaire transitoire le plus souvent. Le traitement postopératoire comprend un lavage doux au sérum physiologique, un collyre antibiotique et/ou corticoïde et un collyre lubrifiant plus ou moins visqueux en fonction du degré d'innoclusion palpébrale et de sècheresse oculaire. Une pommade polyvitaminée pendant le sommeil est également d'usage.

Complications immédiates (1re semaine)

1. Cécité

Une des causes de cécité post-blépharoplastie est l'hématome rétro-bulbaire. Son incidence est estimée à 0,05 % avec une cécité séquellaire à distance de 0,0045 %. 96 % des saignements surviennent dans les 24 premières heures [6] mais un cas a été rapporté jusqu'au 9e jour postopératoire [7]. Cliniquement, le patient présente des douleurs oculaires, une exophtalmie, une limitation de l'oculomotricité, une hypertonie oculaire, un déficit pupillaire afférent.

La prise en charge en urgence est primordiale :
– lorsqu'il n'y a pas de baisse d'acuité visuelle et qu'il n'y a pas de saignement actif, le traitement consiste en une surveillance rapprochée avec mise en place de compresses froides, de massages doux associés à de l'acétazolamide ou du mannitol en intraveineux ;
– en cas de menace visuelle ou d'aggravation, le traitement doit être chirurgical : ouverture du site opératoire et évacuation des collections avec nouvelle hémostase et/ou cantholyse externe pour les tableaux les plus graves. Certains auteurs préconisent l'élévation de la tête en postopératoire immédiat et d'éviter tout manœuvre de Valsalva [8] ;
– en cas de baisse d'acuité brutale sans douleur ni exophtalmie ni hypertonie oculaire, il faut suspecter une occlusion de l'artère centrale de la rétine, confirmée par un fond d'œil. Le pronostic visuel est en général mauvais et aucun traitement ne fait consensus [9].

2. Traumatisme du globe oculaire

L'injection d'anesthésiant local doit être prudente, en particulier chez les patients âgés à la peau fine. Il convient également d'utiliser avec prudence toute lame et matériel de coagulation. Une coque de protection peut être utilisée pour protéger le globe au cours de la chirurgie. Les complications peuvent être plus ou moins graves, allant de la survenue d'une plaie de globe ou de cornée à l'abrasion et l'ulcère cornéen. Les plaies doivent être suturées en urgence sous couvert d'une antibiothérapie intraveineuse. Les abrasions cornéennes et ulcères post-traumatiques doivent être traités par collyre antibiotique associé à des agents lubrifiants.

3. Infection

En raison d'un réseau vasculaire palpébral développé, les infections après blépharoplastie sont rares. L'infection peut être responsable d'une cellulite préseptale ou rétroseptale potentiellement compliquée d'une thrombose du sinus caverneux [10]. Une cellulite préseptale se manifeste par une rougeur et un gonflement douloureux périoculaire parfois associé à une fièvre. Une baisse d'acuité visuelle, une exophtalmie, une hypertonie, un déficit pupillaire ou un trouble oculomoteur sont des signes d'alerte devant faire suspecter une atteinte orbitaire. La réalisation d'un scanner orbitaire injecté est recommandée afin d'éliminer une atteinte intra-orbitaire, un abcès ou une thrombose du sinus caverneux [11].

Le traitement d'une cellulite préseptale consiste en l'administration d'antibiotique *per os* pendant 7 à 10 jours avec un contrôle rapproché à 24-48 h. En cas de cellulite orbitaire ou de thrombose du sinus caverneux, une hospitalisation est nécessaire pour surveillance rapprochée et administration d'un traitement antibiotique intraveineux. En cas de persistance de l'abcès, un drainage chirurgical est conseillé [4].

Revues générales

4. Kératoconjonctivite sèche

Il s'agit d'une affection fréquente chez les patients ayant dépassé la cinquantaine [12]. Cliniquement, le patient se plaint de douleurs oculaires associées à une rougeur diffuse et une sensation de corps étranger, exacerbées la nuit en raison d'une fermeture palpébrale subtotale.

Le traitement est d'abord préventif en refusant la chirurgie aux patients à haut risque. En cas de kératoconjonctivite avérée, il convient de prescrire des collyres lubrifiants avec pommade nocturne associée à une occlusion par rubans adhésifs. Quelques cas nécessitent la mise en place d'une lentille cornéenne. Les symptômes tendent à s'amenuir dans les mois suivant la chirurgie à mesure que les paupières récupèrent leur dynamisme [13].

5. Chemosis

Un œdème conjonctival peut se développer, conséquence d'une lagophtalmie postopératoire ou d'un œdème lymphatique de stase après dissection étendue, notamment en latéral.

Le traitement consiste en l'instillation de larmes artificielles plus ou moins associées à des collyres corticoïdes. La résolution est en général spontanée au bout de quelques semaines. Une incision conjonctivale associée à une tarsorraphie provisoire peut être utilisée en cas de chemosis persistant (***fig. 2***) [14].

Complications tardives (au-delà de 1 semaine)

1. Ptosis

Un important excès cutané en paupière supérieure peut masquer un ptosis. L'examen clinique préopératoire doit rechercher tout argument en faveur d'une désinsertion aponévrotique ou d'un ptosis myopathique négligé (***fig. 3***).

POINTS **FORTS**

- Les complications post-blépharoplastie sont rares et la plupart du temps mineures et transitoires.
- Le premier traitement est préventif en dépistant les contre-indications d'ordre général et ophtalmologique.
- Avant tout geste chirurgical, le patient doit être informé des risques encourus et avoir à disposition des fiches d'information.
- Il faut résister à l'envie de réintervenir trop tôt après une blépharoplastie, la majorité des imperfections se résolvant d'elles-mêmes.

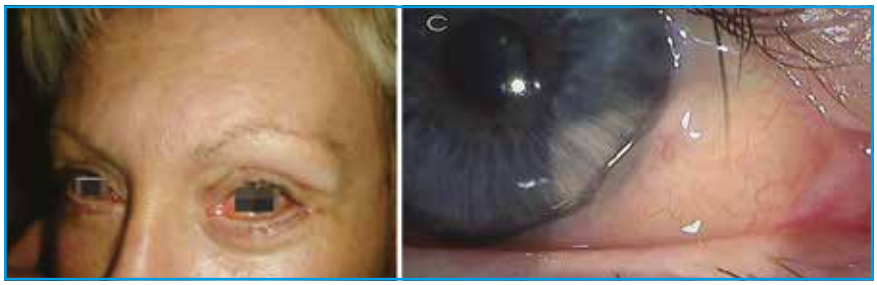

Fig. 2 : Chemosis après blépharoplastie inférieure.

En cas de ptosis préexistant, il conviendra de proposer une chirurgie combinant blépharoplastie et correction du ptosis.

Les ptosis consécutifs à la blépharoplastie sont plus rares. Ils peuvent être transitoires, liés à l'œdème, à un hématome ou à la formation d'adhérences septales. Le traitement consiste en l'application de compresses glacées et l'amélioration est notée en quelques semaines.

Fig. 3 : Ptosis par désinsertion aponévrotique découvert après une blépharoplastie supérieure bilatérale.

Un ptosis permanent doit faire évoquer un traumatisme survenu pendant la chirurgie au niveau du muscle releveur. La prise en charge consistera en une nouvelle intervention pour réinsérer le muscle releveur au tarse supérieur, idéalement après un délai de 3 à 6 mois [15].

2. Lagophtalmie (*fig. 4 et 5*)

Fréquente en postopératoire immédiat, elle sera prise en charge par lubrification oculaire et application de pommade au coucher. L'occlusion nocturne par bandelette sera proposée en cas de risque d'exposition cornéenne majoré et de mauvais signe de Charles-Bell. En cas de persistance au-delà du 7e jour et après ablation des fils, des massages doux sur les cicatrices avec une pommade adaptée peuvent être conseillés pendant une durée de 1 mois.

En cas de persistance ou de risque cornéen majeur, il faudra proposer une cor-

Fig. 4 : Lagophtalmie bilatérale après blépharoplastie supérieure par rétraction cutanée (**haut**). Reconstruction par greffe de peau totale en région prétarsale (**bas**).

Fig. 5 : Lagophtalmie bilatérale après blépharoplastie supérieure et inférieure. Reconstruction par greffe de peau totale en région prétarsale supérieure et lift malaire inférieur.

rection chirurgicale. On effectuera une reconstruction de la lamelle antérieure par une greffe de peau totale.

3. Malpositions palpébrales inférieures

Elles comprennent les rétractions inférieures (*scleral show* et ectropion) et l'œil rond.

Les rétractions sont de sévérité variable, allant du *scleral show* au véritable ectropion (estimé à 1 % des patients opérés de blépharoplastie inférieure) [16].

>>> Le *scleral show* correspond à une zone de sclère visible entre le bord palpébral et le limbe, sans éversion ni décollement du bord libre palpébral ni diastasis oculo-palpébral (à la différence de l'ectropion). Sa survenue après blépharoplastie est due au raccourcissement de la lamelle antérieure et/ou postérieure, à une rétraction septale ou à un relâchement de la sangle externe. La prise en charge des cas les plus invalidants consiste en un allongement de la lamelle postérieure par greffe plus ou moins combiné à une canthoplastie externe [17].

>>> L'ectropion est causé par un déséquilibre des forces des paupières (***fig. 6***). En préopératoire, il faut rechercher une hyperlaxité palpébrale, un relâchement tarso-ligamentaire ou canthal externe, un *scleral show* et une exophtalmie. En cas de laxité horizontale préexistante, il conviendra de la traiter dans le même temps opératoire *via* une résection pentagonale ou un repositionnement canthal externe.

La prise en charge consiste en premier lieu en un traitement conservateur par massage doux avec une pommade adaptée cortisonée et un rehaussement de la paupière inférieure par strips collants. Si l'ectropion persiste, une reprise chirurgicale après un délai de 3 à 6 mois doit être proposée. On effectuera une remise en tension horizontale par canthoplastie externe ou par résection du bord libre. En cas d'ectropion cicatriciel, il conviendra de proposer un relâchement de la cicatrice inférieure avec une suspension canthale latérale voire une désinsertion des rétracteurs inférieurs. La rétraction de la lamelle antérieure devra être traitée par greffe de peau totale ou de façon plus esthétique par la réalisation d'un

Fig. 6 : Ectropion droit après blépharoplastie inférieure.

Revues générales

lift concentrique malaire qui permet de récupérer le déficit cutané induit [13].

L'œil rond correspond à une ouverture palpébrale majorée avec blanc scléral inférieur visible. Le traitement consiste à corriger le facteur pathogénique qui est à l'origine : canthoplastie externe associée à un allongement de la lamelle postérieure plus ou moins greffe cutanée en cas de rétraction de la lamelle antérieure associée.

4. Diplopie

La diplopie après blépharoplastie est rare. Elle peut être temporaire ou permanente, résultat d'un traumatisme direct ou indirect sur les muscles oculomoteurs et leur innervation. Le risque de diplopie permanente est estimé à 0,2 % d'après une étude menée sur 900 blépharoplasties [18]. Le muscle oblique inférieur est le plus touché, directement lors de la dissection ou secondairement à une hémostase trop agressive. Situé entre les poches graisseuses inférieures médiales et centrales, il est important de l'identifier lors de la dissection. Pour cela, on peut s'aider d'une douce traction sur la graisse périorbitaire qui ne doit pas causer de mouvement du globe. Il faut éviter un abord par une incision trop profonde dans le fornix conjonctival inférieur [19].

La prise en charge aiguë consiste à la mise en place de prismes pour soulager le patient. En cas de persistance au-delà de 6 mois, une chirurgie sur les muscles oculo-moteurs peut être proposée après un bilan orthoptique [20].

Résultat esthétique non satisfaisant

1. Sous-correction

Une sous-correction sera traitée par une nouvelle intervention chirurgicale. Il conviendra d'analyser les raisons de cette sous-correction : persistance d'un excès cutané, excès graisseux, ptôse du sourcil, hypertrophie de la glande lacrymale.

2. Paupière inférieure creuse

Une dépression de la paupière inférieure après blépharoplastie peut être causée par une exérèse excessive de graisse interne et médiale, donnant un regard fatigué et vieilli et pouvant mener au développement d'un *scleral show* voire d'un ectropion. Le traitement consiste en un apport de graisse par une technique de micro-lipostructure [9].

3. Anomalies de la cicatrisation

Elles comprennent les kystes d'inclusion et granulomes, les cicatrices hypertrophiques et les épicanthus (***fig. 7 et 8***). Les kystes ont une résolution spontanée en général en 3 mois mais pourront être incisés s'ils persistent. Les granulomes devront être traités par une excision ou une injection de corticoïdes. Très rares sur les paupières, les cicatrices hypertrophiques surviennent de préférence chez les sujets mélanodermes.

Un traitement par massage doux avec pommade cortisonée pourra être appliqué. L'épicanthus sera prévenu en évitant une excision cutanée excessive en médial et trop en dedans du point lacrymal. On s'assurera également de l'absence de traction excessive en médial lors de la fermeture cutanée. La prise en charge consiste en des massages à la cortisone avec reprise chirurgicale en cas de persistance au-delà de 3-6 mois. On effectuera une plastie dite en "Z".

Fig. 7 : Granulome cutané sur cicatrice de blépharoplastie supérieure.

Fig. 8 : Granulome sur cicatrice de blépharoplastie inférieure.

Conclusion

Bien que majoritairement mineures, les complications après blépharoplastie restent nombreuses. Elles peuvent être considérablement réduites par une bonne évaluation clinique préopératoire. Les patients doivent être informés des risques possibles. Le suivi postopératoire est primordial pour déceler les complications nécessitant une prise en charge urgente. La reprise chirurgicale pour un résultat esthétique non satisfaisant ne doit pas être considérée comme un échec. Elle est souvent indispensable, en respectant un délai de quelques mois, pour améliorer l'esthétisme du regard et apporter entière satisfaction au patient.

BIBLIOGRAPHIE

1. International Society of Aesthetic Plastic Surgery, International Survey on Aesthetic/Cosmetic, 2013.
2. Mack W. Blepharoplasty Complications. *Facial Plast Surg*, 2012;28:273-287.
3. Wojno TH. Preoperative evaluation. Principles and Practices of Ophthalmic Plastics and Reconstructive Surgery. *Philadelphia: WB Saunders*; 1996. p. 545-550.
4. Whipple K, Hooi Lim L, Korn B *et al.* Blepharoplasty Complications Prevention and Management. *Clin Plastic Surg*, 2013;40:213-224.

5. Koorneef L. Orbital septa: Anatomy and function. *Ophthalmology*, 1979;86: 876-880.
6. Hass AN, Penne RB, Stefanyszyn MA *et al.* Incidence of postblepharoplasty orbital hemorrhage and associated visual loss. *Ophthal Plast Reconstr Surg*, 2004;20:426-432.
7. Teng CC, Reddy S, Wong JJ *et al.* Retrobulbar hemorrhage nine days after cosmetic blepharoplasty resulting in permanent visual loss. *Ophthal Plast Reconstr Surg*, 2006;22:388-389.
8. Lelli GJ Jr, Lisman RD. Blepharoplasty complications. *Plast Reconstr Surg*, 2010;125:1007-1017.
9. Kelly PW, May DR. Central retinal artery occlusion following cosmetic blepharoplasty. *Br J Ophtalmology*, 1980;64:918-922.
10. Morgan SC. Orbital cellulitis and blindness following blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg*, 1979;64:823-826.
11. Goodwin WJ Jr, Weinshall M, Chandler JR. The role of high resolution computerized tomography and standardized ultrasound in the evaluation of orbital cellulitis. *Laryngoscope*, 1982;92: 729-731.
12. Graham WP 3rd, Messner KH, Miller SH. Keratoconjunctivitis sicca symptoms appearing after blepharoplasty. The "dry eye" syndrome. *Plast Reconstr Surg*, 1976;57:57-61.
13. Morax S. Complications des blépharoplasties. *J Fr Ophtalmol*, 2004;27(6 Pt 1):658-674.
14. Levine MR, Davies R, Ross J. Chemosis following blepharoplasty: An unusual complication. *Ophthalmic Surg*, 1994;25:593-596.
15. Baylis HI, Sutcliffe T, Fett DR. Levator injury during blepharoplasty. *Arch Ophthalmol*, 1984;102:570-571.
16. McGraw BL, Adamson PA. Post-blepharoplasty ectropion. Prevention and management. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 1991;117:852-856.
17. Baylis HI, Perman KI, Fett DR *et al.* Autogenous auricular cartilage grafting for lower eyelid retraction. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*, 1985;1:23-27.
18. Hayworth RS, Lisman RD, Muchnick RS, Smith B. Diplopia following blepharoplasty. *Ann Ophthalmol*, 1984;16: 448-451.
19. Baylis HI, Long JA, Groth MJ. Transconjunctival lower eyelid blepharoplasty: Technique and complications. *Ophthalmology*, 1989;96:1027-1032.
20. Mazow ML, Avilla CW, Morales HJ. Restrictive horizontal strabismus following blepharoplasty. *Am J Ophthalmol*, 2006;141:773-774.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.