

Le rajeunissement oculaire : mise à jour sur la technique du transfert adipeux pédiculé dans la blépharoplastie inférieure

RÉSUMÉ : L'aspect de cernes marquées est provoqué par un vieillissement structurel avec modification de la répartition des graisses autour de l'orbite. La réalisation d'une blépharoplastie inférieure avec transposition adipeuse permet de restaurer une anatomie plus proche de l'état physiologique, et ce de manière durable.



→ **P. BURNIER,**
J.-P. MENINGAUD
Service de Chirurgie plastique,
CHU Henri-Mondor, CRÉTEIL.

La blépharoplastie inférieure est un motif de consultation et une intervention fréquente en chirurgie esthétique. En effet, des cernes marqués et l'aspect de poche infra-oculaire donnent un aspect fatigué et vieilli, souvent mal toléré par les patient(e)s qui peuvent être exaspéré(e)s par les remarques répétitives de leur entourage.

Cet aspect globuleux des paupières incite souvent les chirurgiens à interpréter cet excès de volume comme résultant d'un surplus de graisse périorbitaire et donc à penser que le traitement consiste systématiquement en l'exérèse de ce surplus adipeux. Or, en dehors de rares cas d'excès adipeux vrai chez le sujet jeune, l'aspect de cerne creux est causé par un vieillissement structurel qui engendre, au cours du temps, une modification de la répartition de la graisse des différents compartiments graisseux entourant le globe oculaire. Dans cette perspective, une chirurgie de rajeunissement doit chercher à restaurer la répartition du tissu adipeux du sujet jeune.

Pour ce faire, plusieurs techniques de transposition adipeuse ont été décrites

depuis le début des années quatre-vingt par Loeb [1], puis par Hamra [2-4] et Eder [5] et enfin par Goldberg [6, 7] par voie transconjonctivale. Même si chaque auteur possède ses propres spécificités, tous sont en accord sur la nécessité de répartir le tissu adipeux afin de diminuer les contrastes entre les différents reliefs périorbitaires provoqués par la migration adipeuse.

L'objectif est de décrire ici la technique de transposition adipeuse, utilisée en routine dans le service de Chirurgie plastique d'Henri-Mondor, pour lisser le contour des paupières inférieures.

Bases anatomiques et physiopathologie du vieillissement

La graisse périorbitaire, qui est répartie en trois compartiments marqués par les muscles droit et oblique, a un rôle de protection du globe oculaire. Le compartiment orbitaire de la paupière inférieure est limité en avant par le septum, et le muscle orbiculaire dont le point de fixation osseuse est assuré par le ligament orbicu-

POINTS FORTS

- ⇒ Restauration d'une répartition adipeuse physiologique (théorie du Face Recurve®).
- ⇒ Réalisable sous anesthésie locale.
- ⇒ Faible risque d'ectropion.
- ⇒ Résultat durable dans le temps.
- ⇒ Partie intégrante d'une cure de rajeunissement facial.

laire de rétention (LOR) qui s'insère sur l'*arcus marginalis*, cher à Hamra. Chez les individus jeunes, la graisse sous-cutanée est fine et régulière et la graisse profonde, située sous le muscle orbiculaire, constitue un coussin épais le protégeant du rebord orbitaire lors de sa contraction.

Le muscle orbiculaire est sollicité quotidiennement plusieurs dizaines de milliers de fois au cours du clignement oculaire, des sourires ou en cas d'éblouissement. Selon la théorie du Face Recurve® de Le Louarn [8, 9], il se produit un transfert progressif de la graisse de part et d'autre de l'insertion périorbitaire arciforme du muscle orbiculaire. Ses contractions itératives (plus particulièrement de son segment le plus inférieur préseptal) ont également pour conséquence d'exercer une pression de la superficie vers la profondeur. Cette action répétitive au cours du temps transpose le tissu adipeux, initialement situé sous le muscle orbiculaire, en direction du malaire et de la paupière, ainsi que de la profondeur sous-musculaire vers la superficie sous-cutanée [9]. Il en résulte l'apparition, au cours du temps, de poches palpébrales et malaïres ainsi qu'une déshabitation adipeuse du cerne. Malheureusement, cette modification des reliefs cutanés est d'autant plus visible en raison de l'effet réciproquement contrastant que provoque l'augmentation des volumes

palpébral et malaïre, en opposition au creusement du cerne.

Technique opératoire

L'intervention est pratiquée aussi bien sous anesthésie locale, en combinaison avec une blépharoplastie supérieure, que sous anesthésie générale au cours d'une cure de rajeunissement facial en association avec un *lifting* centro-malaïre, cervico-facial et frontal [2, 4, 10]. L'abord chirurgical peut se pratiquer par voie transconjonctivale [6] en cas d'excès adipeux isolé, ou par voie sous-ciliaire si un excédent cutané doit également être réséqué. Dans ce cas, l'opération débute par une petite incision en dessous et en dehors du canthus externe. Puis on décolle la peau et le muscle orbiculaire pré-tarsal aux ciseaux afin de pouvoir inciser la peau de manière isolée, selon la voie d'abord sous-ciliaire classique.

Le muscle orbiculaire inférieur est récliné vers le bas afin d'exposer son insertion sur le rebord orbitaire inférieur. L'*arcus marginalis* est décollée à la rugine de l'intérieur vers l'extérieur, en évitant de désinsérer son tiers externe afin de maintenir une fonction musculaire satisfaisante. Une poche sous-périostée est constituée dans le but ultérieur d'accueillir le lambeau de transposition.

La graisse périorbitaire est ensuite abordée à travers une incision du septum. Un éventuel excès (mis en évidence par une légère pression sur le globe oculaire) peut être réséqué à cette étape. On utilise de nouveau la rugine afin de décoller la graisse périorbitaire du périoste du plancher orbitaire. Un lambeau adipeux à pédicule supérieur (dont l'étendue est adaptée à l'ampleur du cerne à combler) est disséqué. Il faut libérer un peu la périorbite au niveau du tiers antérieur du plancher orbitaire pour éviter toute tension et ne pas risquer un ectropion. Par exception, en fonction de l'anatomie locale, un lambeau à pédicule inférieur peut être réalisé au lieu d'un pédicule supérieur. Il est important de réaliser une hémostase méticuleuse tout en préservant la vascularisation du lambeau pour éviter les risques d'hématome orbitaire et ne pas abuser de l'électrolipolyse, source d'œdème postopératoire.

Ce lambeau de transposition adipeuse est utilisé pour compenser le déficit adipeux constitué à la face profonde du muscle orbiculaire inférieur. Afin de maintenir l'effet de comblement dans le temps, le lambeau est suturé par un point en U de fil résorbable 5/0, qui est passé au bord inférieur de la face profonde du muscle orbiculaire. Le positionnement de ce point doit impérativement être déterminé de manière préopératoire, en position vertical, afin d'évaluer la zone maximale de dépression du cerne.

On procède ensuite à une éventuelle résection cutanée dont l'étendue est évaluée par *pinch test*. La résection cutanée doit être limitée au minimum, car un simple décollement provoque à lui seul déjà un certain degré de rétraction cutanée. Enfin, en cas de voie d'abord sous-ciliaire, un surjet intradermique est réalisé.

Discussion

La blépharoplastie inférieure avec conservation et transposition adipeuse

FACE

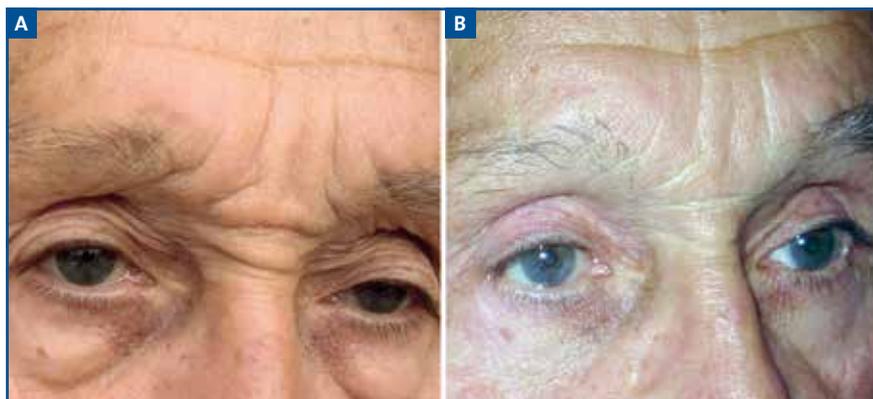


FIG. 1: A. Aspect préopératoire. B. Aspect postopératoire.

est une technique très appréciable dans le processus de la chirurgie du rajeunissement facial (fig. 1).

>>> Loeb [1] a décrit en premier l'utilisation d'un coussinet de graisse provenant du compartiment orbitaire médial en vue d'améliorer les sillons nasogéniens.

>>> Hamra [2], au début des années quatre-vingt-dix, a décrit la désinsertion de l'intégralité de l'*arcus marginalis* du rebord orbitaire pour la suturer après transposition au niveau malaire [4]. Par cette manœuvre, la graisse orbitaire peut librement recouvrir le rebord orbitaire inférieur et ainsi aplanir l'angle initial formé entre la paupière et la partie supérieure de la joue. Cette technique a prouvé l'excellence de ses résultats et la pérennité dans le temps de la conservation adipeuse avec transposition. En revanche, cela engendre un risque d'ectropion par traction indirecte sur le tarse par l'intermédiaire du septum, sauf à réaliser une contre-incision plus haut située. De plus, cette technique nécessite systématiquement un abord sous-ciliaire ainsi qu'un décollement complet de l'*arcus marginalis*, ce qui constitue un risque supplémentaire d'hématome, de lésion nerveuse, et est plus difficilement réalisable sous anesthésie locale.

>>> Goldberg [6, 7] propose, quant à lui, un abord transconjonctival qui

permet d'aborder et de disséquer immédiatement la graisse périorbitaire des compartiments médial et central. L'*arcus marginalis* est ensuite partiellement désinséré du rebord orbitaire, et le coussinet adipeux de transposition est maintenu à la face profonde du muscle orbiculaire dans une poche sous-périostée malaire par un point transcutané dont l'ablation est réalisée au bout de 3 à 5 jours.

>>> Le choix technique, réalisé au sein de notre service, se rapproche davantage du lambeau adipeux décrit par Goldberg, et nous lui combinons volontiers une suture de la graisse malaire de type Hamra mais avec des points transosseux. Les deux techniques peuvent être associées sans difficulté si besoin. On peut en effet réaliser dans le même temps un lambeau adipeux malaire d'ascension avec amarrage osseux si un *lifting* centro-malaire est indiqué. Le lambeau d'origine malaire passe sous celui d'origine palpébrale. La voie d'abord est transconjonctivale en l'absence d'excédant cutané ou sous-ciliaire dans le cas inverse. À la différence d'Hamra, l'*arcus marginalis* n'est pas systématiquement désinséré dans son ensemble, il est limité à l'ampleur du creux du cerne constaté. Enfin, le lambeau adipeux est suturé sous le muscle orbiculaire par un ou plusieurs points de fil tressé résorbable, afin d'éviter une réascension de ce dernier.

Conclusion

La blépharoplastie inférieure avec conservation et transposition adipeuse est une technique permettant de restaurer un état physiologique au plus près de celui observé chez les sujets jeunes. La possibilité de la réaliser sous anesthésie locale, par voie sous-ciliaire ou transconjonctivale et la durabilité du résultat en fait une technique très appréciable dans une cure de rajeunissement facial.

Bibliographie

1. LOEB R. Fat pad sliding and fat grafting for leveling lid depressions. *Clin Plast Surg*, 1981;8:757-756.
2. HAMRA ST. Arcus marginalis release and orbital fat preservation in midface rejuvenation. *Plast Reconstr Surg*, 1995; 96:354-362.
3. HAMRA ST. The role of orbital fat preservation in facial aesthetic surgery. A new concept. *Clin Plast Surg*, 1996;23:17-28.
4. HAMRA ST. The role of the septal reset in creating a youthful eyelid-cheek complex in facial rejuvenation. *Plast Reconstr Surg*, 2004;113:2124-2141; discussion 2142-4.
5. EDER H. Importance of fat conservation in lower blepharoplasty. *Aesthetic Plast Surg*, 1997;21:168-174.
6. GOLDBERG RA. Transconjunctival orbital fat repositioning: transposition of orbital fat pedicles into a subperiosteal pocket. *Plast Reconstr Surg*, 2000;105:743-748; discussion 749-751.
7. GOLDBERG RA, EDELSTEIN C, SHORR N. Fat repositioning in lower blepharoplasty to maintain infraorbital rim contour. *Facial Plast Surg FPS*, 1999;15:225-229.
8. LOUARN CL, BUTHIAU D, BUIS J. The Face Recurve Concept: Medical and Surgical Applications. *Aesthetic Plast Surg*, 2007; 31:219-231.
9. LE LOUARN C. Muscular aging and its involvement in facial aging: the Face Recurve concept. *Ann Dermatol Vénéreol*, 2009;136:S67- S72.
10. LE LOUARN C. Midface region: functional anatomy, ageing process, indications and concentric malar lift. *Ann Chir Plast Esthet*, 2009;54:411-420.

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