

Poches malaires : formes anatomocliniques et choix des traitements chirurgicaux

RÉSUMÉ : Les poches malaires correspondent à un excès de volume situé devant le rebord osseux orbitaire et/ou l'os malaire. Très disgracieuses, elles sont une difficulté majeure lorsqu'une blépharoplastie inférieure est envisagée.

Ce terme recouvre en fait des modifications anatomiques qui ne sont pas univoques.

Le but de cette présentation est de distinguer cliniquement les différents types de poches malaires et de permettre ainsi le choix d'un traitement qui corrigera spécifiquement les anomalies correspondantes.



→ **P. ESCALAS**
Polyclinique de l'Atlantique,
NANTES-SAINT-HERBLAIN.

Anatomie

Les poches malaires peuvent se développer sous le rebord orbitaire inférieur. Cette zone est occupée par la graisse sous-orbitaire (SOOF), recouverte de l'orbiculaire et de la graisse sous-cutanée (**fig. 1**). Les tissus sont retenus à ce niveau par un ligament rattachant le derme profond au rebord orbitaire. Avec l'âge, ce ligament se relâche et le volume du SOOF diminue, créant un creux, c'est-à-dire un cerne.

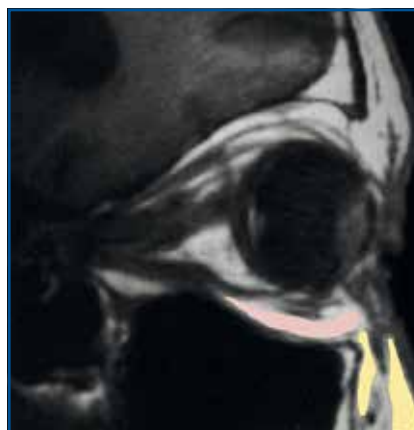


Fig. 1 : Compartiments graisseux périorbitaires inférieurs.



Fig. 2 : Poche de type lymphatique.

Cependant, lorsqu'il existe un trouble de la circulation lymphatique – dont le mécanisme est le plus souvent inconnu, mais plus volontiers présent chez les fumeurs et les patients ayant été très exposés au soleil – une poche va se former à ce niveau (**fig. 2**). Cette déformation, appelée feston, sera mobilisée si on tend la paupière, mais ne s'estompera pas. La peau aura un aspect hyperhémique du fait de téléangiectasies en surface, le volume sera variable et plus important le matin au réveil. Dans certains cas, la cause du trouble de circulation est connue : sclérose post-radiothérapie, inflammation chronique, cicatrice profonde.

Un deuxième type de poche peut apparaître sous la forme d'un triangle saillant, sous l'arcade zygomatique, en regard de l'os malaire (**fig. 3**). Cette zone est occupée principalement par de la graisse, la poche graisseuse malaire entre l'orbiculaire et la peau (**fig. 4**). Elle est retenue par un ligament tendu entre le derme profond et l'arcade zygomatique: le ligament zygomatico-malaire (**fig. 5 et 6**). Avec l'âge, il se produit un relâchement et un déplacement de la poche graisseuse qui ressort; un pli médio-jugal se crée. Il n'y a donc pas une création de volume mais un déplacement, comme dans la formation du sillon nasogénien. De ce fait, la déformation est beaucoup plus externe que dans le mécanisme précédent et, pour effacer cette poche, il faut remonter non pas la paupière mais la région malaire.



FIG. 3 : Poche par relâchement.

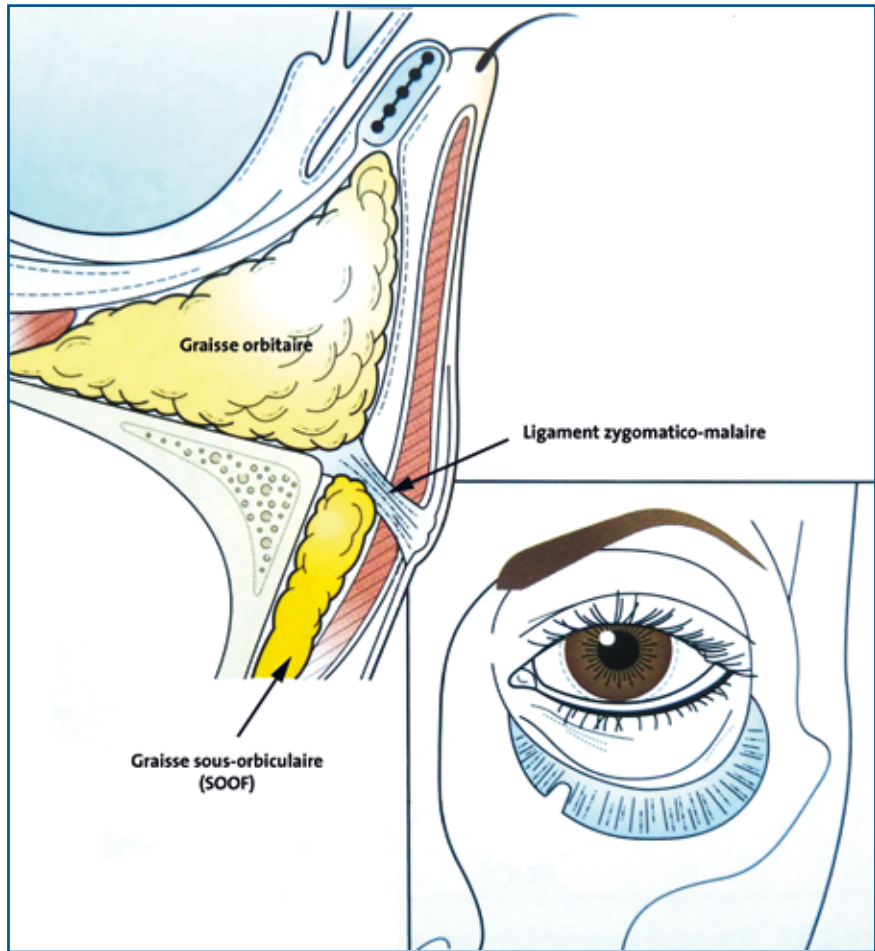


FIG. 5 : Ligament zygomatico-malaire traversant le SOOF, l'orbiculaire, la poche malaire et s'insérant sur le derme.

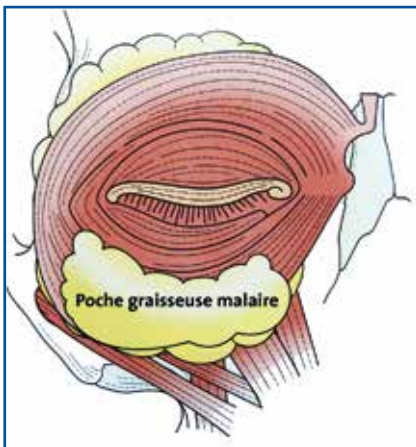


FIG. 4 : Poche graisseuse malaire entre l'orbiculaire et la peau.



FIG. 6 : Ligament zygomatico-malaire plus latéral; les fibres traversent l'orbiculaire retenu par la pince.

Il arrive qu'un excès et un relâchement de la peau palpébrale et de l'orbiculaire créent un pli le long du rebord orbitaire inférieur, donnant un aspect trompeur (**fig. 7**). Il ne s'agit alors pas d'une poche

malaire mais d'un problème purement palpébral; la déformation disparaît en soulevant la paupière inférieure et



FIG. 7 : Fausse poche; le relâchement est limité à la peau et à l'orbiculaire.

FACE

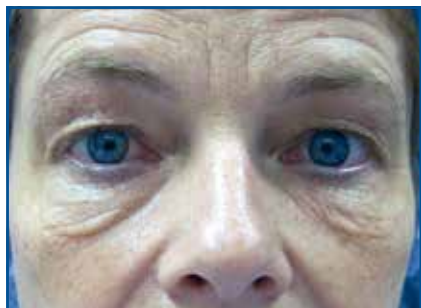


FIG. 8 : Fausse poche, aspect préopératoire.



FIG. 10 : Poches lymphatiques, aspect préopératoire.



FIG. 13 : Poches lymphatiques avec inflammation, aspect préopératoire.



FIG. 9 : Fausse poche, aspect postopératoire.



FIG. 11 : Poches lymphatiques, aspect peropératoire.



FIG. 14 : Poches lymphatiques avec inflammation, aspect postopératoire.

pourra donc être corrigée par une blépharoplastie classique (**fig. 8 et 9**).

Traitement

En cas de poche de type lymphatique, le principe est de retirer le tissu anormal dans lequel la lymphe est retenue. On réalise un abord cutané le long du rebord osseux et on retire l'excès de peau, le tissu sous-cutané et, éventuellement, l'orbiculaire s'il est concerné par le phénomène de rétention ou s'il existe un relâchement du muscle qui forme un pli.

La suture est soignée, en plusieurs plans, avec une application de colle en surface pour obtenir la meilleure coaptation possible des berges. La cicatrice sera très peu visible après 3 mois environ. Les résultats seront spectaculaires (**fig. 10, 11 et 12**) s'il n'existe pas d'inflammation chronique ou de sclérose étendue, susceptibles de reproduire l'œdème.



FIG. 12 : Poches lymphatiques, aspect postopératoire.

Dans ces cas, l'amélioration ne sera que partielle (**fig. 13 et 14**).

Dans le cas des poches par relâchement du ligament zygomatico-malaire, il faudra associer à une blépharoplastie classique par voie cutanée un abord de la région malaire en avant du périoste,

dans le SOOF, jusqu'au bord inférieur de l'os malaire (**fig. 15**), en s'étendant en dehors, le long de l'arcade zygomatique, sur 20 mm environ. Plusieurs points de Prolène sont passés au travers du SOOF, de l'orbiculaire et de la graisse sous-cutanée, et sont fixés sur le périoste

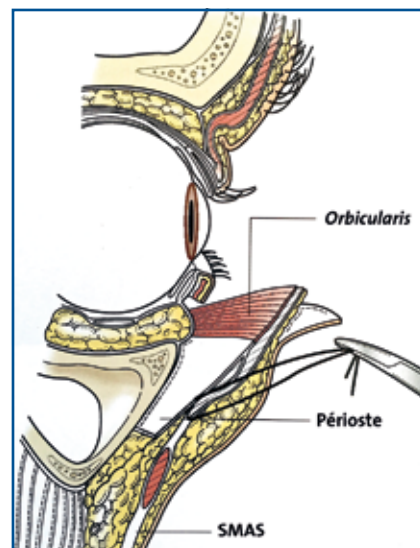


FIG. 15 : Principe du mésolift sus-périosté. SMAS: système musculo-aponévrotique superficiel.

POINTS FORTS

- ⇒ Les poches malaïres sont très disgracieuses ; aucun traitement cosmétique ou médical ne peut les atténuer.
- ⇒ Elles représentent une difficulté majeure lorsqu'une blépharoplastie inférieure est envisagée.
- ⇒ Toutefois, une technique adaptée à la nature des poches permet d'obtenir une amélioration sensible et, dans certains cas, spectaculaire.



FIG. 16 : Poche malaïre par relâchement préopératoire.

du rebord orbitaire inférieur. Cette intervention, appelée mésolift sus-périosté ou “cheek lift” [1, 2], a également été décrite en passant sous le périoste, avec toutefois un potentiel de complications plus important.



FIG. 17 : Poche malaïre par relâchement postopératoire.

On associe le plus souvent plusieurs gestes pour soutenir la paupière inférieure et prévenir l'œil rond, et ce d'autant plus qu'il existe un relâchement de la sangle tarso-ligamentaire. Il peut s'agir d'une plicature du tendon externe par

voie de blépharoplastie, ou d'un lambeau tarso-musculaire avec raccourcissement du bord libre de la paupière et dissection d'un néo-tendon qui sera fixé au périoste si la laxité est plus importante [3]. Les suites sont marquées par un œdème plus important qui disparaît après 3 à 4 semaines.

Dans tous les cas, un lambeau d'orbiculaire fixé sur le périoste du rebord osseux, légèrement au-dessus du canthus, est utilisé pour tendre l'orbiculaire et soutenir le bord libre (**fig. 16 et 17**).

Bibliographie

1. STEVENS HP, WILLEMSSEN JC, DURANI P *et al*. Triple-layer midface lifting: long-term follow-up of an effective approach to aesthetic surgery of the lower eyelid and the midface. *Aesthetic Plast Surg*, 2014;38:632-640.
2. KRAKAUER M, AAKALU VK, PUTTERMAN AM. Treatment of malar festoon using modified subperiosteal midface lift. *Ophthalmol Plast Reconstr Surg*, 2012;28:459-462.
3. Color atlas of Cosmetic Oculofacial Surgery. Elsevier, 2009, 2nd edition William P. D. Chen/Jemshed A. Khan.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.