

CHAPITRE 18 (ITEM 86)

PATHOLOGIE DES PAUPIERES

Collège des Ophtalmologistes Universitaires de France (COUF)

2021

Pr P.-Y. ROBERT – CHU Limoges

 Bordure grise : objectifs A
(connaissances fondamentales)
Bordure bleue : objectifs B
Bordure verte : objectifs C

TABLE DES MATIERES

I. Rappels anatomiques.....	3
II. Objectifs	4
<i>A. Reconnaître un ectropion et connaître ses complications.....</i>	<i>4</i>
<i>B. Reconnaître un entropion et connaître ses complications.....</i>	<i>5</i>
<i>C. Reconnaître un ptosis</i>	<i>5</i>
<i>D. Connaître les principales étiologies d'un ptosis.....</i>	<i>6</i>
<i>E. Reconnaître un chalazion.....</i>	<i>6</i>
<i>F. Traitement du chalazion</i>	<i>6</i>
<i>G. Reconnaître un orgelet</i>	<i>7</i>
<i>H. Traitement de l'orgelet</i>	<i>7</i>
<i>I. Savoir suspecter une tumeur maligne palpébrale.....</i>	<i>8</i>
<i>J. Savoir évoquer une paralysie du III et rechercher un anévrysme intra-crânien sur un ptosis douloureux.....</i>	<i>9</i>
<i>K. Savoir suspecter une imperforation des voies lacrymales du nourrisson</i>	<i>10</i>

HIÉRARCHISATION DES CONNAISSANCES

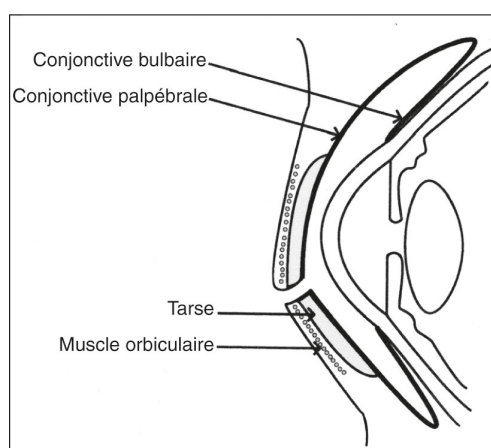
Rang	Rubrique	Intitulé
A	Diagnostic positif	Reconnaître un ectropion et connaître ses complications
A	Diagnostic positif	Reconnaître un entropion et connaître ses complications
A	Diagnostic positif	Reconnaître un ptosis
A	Étiologies	Connaître les principales étiologies d'un ptosis
A	Diagnostic positif	Reconnaître un chalazion
A	Diagnostic positif	Reconnaître un orgelet
A	Contenu multimédia	Chalazion
A	Contenu multimédia	Orgelet
B	Diagnostic positif	Savoir suspecter une tumeur maligne palpébrale
B	Prise en charge	Traitement du chalazion
A	Prise en charge	Traitement de l'orgelet
A	Identifier une urgence	Savoir évoquer une paralysie du III et rechercher un anévrysme intra-crânien sur un ptosis douloureux
B	Prévalence, épidémiologie	Savoir suspecter une imperforation des voies lacrymales du nourrisson

I. Rappels anatomiques

Les paupières, supérieure et inférieure, ont pour rôle essentiel de protéger le globe oculaire. Elles sont composées (fig. 18.1) :

- d'un plan antérieur cutanéomusculaire ;
- d'un *plan postérieur tarsoconjunctival* :
 - le *tarse* est un élément fibreux contenant les glandes de Meibomius dont les sécrétions lipidiques participent au film lacrymal, qui assure la rigidité des paupières,
 - la *conjonctive* y est intimement liée (conjonctive palpébrale), elle se refléchit au niveau des culs-de-sac conjonctivaux pour tapisser ensuite le globe oculaire (conjonctive bulbaire).

Fig. 18.1 : Coupe verticale des paupières et du globe oculaire.

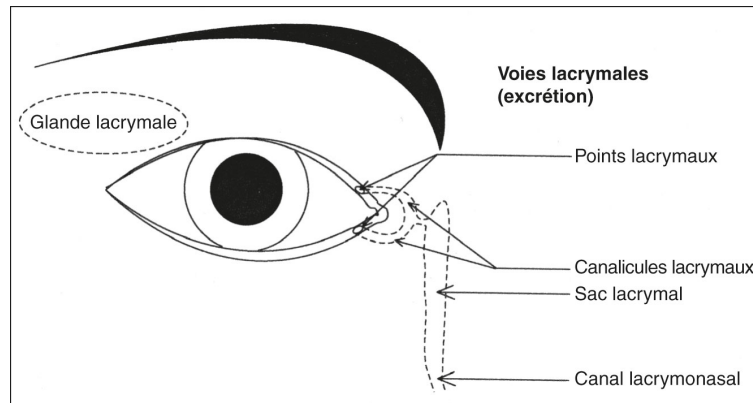


Le *bord libre* des paupières est une zone de transition entre la peau et la conjonctive : sur sa partie antérieure sont implantés les cils orientés vers l'avant, sur sa partie postérieure se situent les orifices des glandes de Meibomius.

La *glande lacrymale principale* est située dans l'angle supéroexterne de l'orbite. Elle est responsable du larmoiement émotionnel et irritatif. Le clignement palpébral supérieur assure l'étalement du film lacrymal sur toute la cornée et évite son assèchement (fig. 18.2).

Les larmes s'éliminent ensuite soit par évaporation, soit par drainage vers le nez par les *voies lacrymales excrétrices* : les deux points lacrymaux, inférieur et supérieur, sont visibles sur les bords libres dans l'angle interne des paupières.

Fig. 18.2 : Glande lacrymale principale et voies lacrymales excrétrices.



- Une insuffisance de sécrétion peut entraîner un syndrome sec oculaire.
- A l'inverse, une insuffisance peut entraîner apparaît un larmoiement.

La fermeture palpébrale est assurée par le muscle orbiculaire des paupières innervé par le VII (nerf facial).

L'ouverture des paupières est liée au muscle releveur de la paupière supérieure, innervé par le III (moteur oculaire commun), et accessoirement par un muscle lisse (le muscle de Müller) innervé par le système sympathique, qui permet de donner à l'ouverture des paupières une tonalité émotionnelle.

II. Objectifs

A. Reconnaître un ectropion et connaître ses complications

L'ectropion, ou bascule de la paupière vers l'extérieur, peut être lié à un relâchement des tissus cutanés (*ectropion sénile*, fig. 18.3), une rétraction des tissus cutanés suite à une plaie de paupière par exemple (*ectropion cicatriciel*) ou un relâchement musculaire (ectropion paralytique associé à une paralysie faciale).

Il peut entraîner une exposition cornéenne, un larmoiement par bascule du point lacrymal inférieur qui ne recueille alors plus les larmes, et dans les cas extrêmes une insuffisance d'occlusion palpébrale (Lagophtalmie).

Fig. 18.3 : Ectropion sénile.



B. Reconnaître un entropion et connaître ses complications

L'entropion, ou bascule de la paupière vers la conjonctive, peut se compliquer de trichiasis (frottement des cils sur la cornée). Il peut être lié à un relâchement des tissus cutanés (*entropion sénile*, fig. 18.4) ou une rétraction des tissus conjonctivaux (*entropion cicatriciel*), liée par exemple à un trachome ou une pathologie bulleuse (syndrome de Stevens-Johnson, ou pemphigoïde oculaire).

Fig. 18.4 : Entropion sénile avec trichiasis.



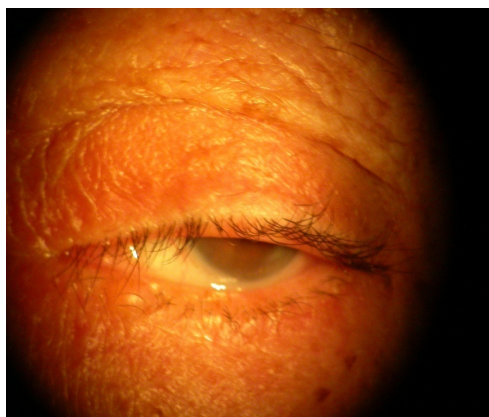
C. Reconnaître un ptosis

Le ptosis est défini par une position trop basse du bord libre de la paupière supérieure. Il est à différencier du Dermachalasis, un excès de peau de la paupière qui peut occlure l'axe visuel alors que la position du bord libre est normal (fig. 18.5 et 18.6).

Fig. 18.5 : Dermachalasis.



Fig 18.6 : Ptosis sénile.



D. Connaître les principales étiologies d'un ptosis

Le ptosis peut être :

- *neurogène* : paralysie du III ou syndrome de Claude-Bernard-Horner (association ptosis–myosis–énophtalmie faisant évoquer une lésion du sympathique cervical) ;
- *myogène* : myasthénie, ptosis congénital (fig. 18.7) ;
- *sénile* : par relâchement de l'aponévrose du releveur ;
- *traumatique* : par rupture de l'aponévrose du releveur.

Fig. 18.7 : Ptosis congénital.

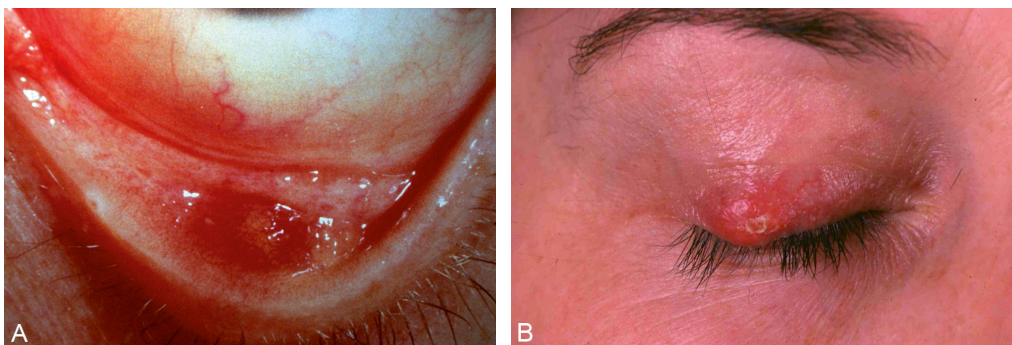


E. Reconnaître un chalazion

C'est un granulome inflammatoire développé sur une glande de Meibomius engorgée au sein du tarse, par occlusion de l'orifice de la glande au niveau de la partie postérieure du bord libre.

La plupart du temps, il n'y a pas d'infection et les sécrétions contenues dans le chalazion sont purement sébacées. Il peut se présenter cliniquement comme une tuméfaction douloureuse de la paupière, sans communication avec le bord libre. Selon les cas, la tuméfaction est davantage visible sur le versant conjonctival (fig. 18.8 A) ou sur le versant cutané (fig. 18.8 B) de la paupière. Il peut évoluer sur une durée plus longue que l'orgelet, jusqu'à plusieurs semaines.

Fig. 18.8 : Chalazion avec extension interne (A) ou externe (B).

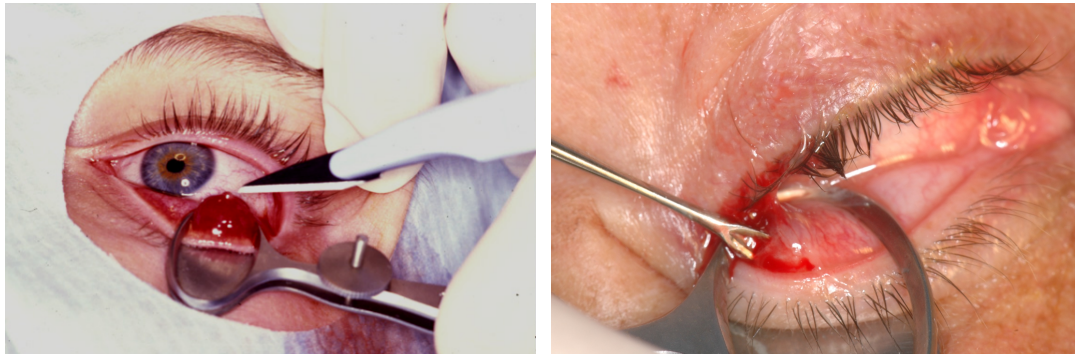


F. Traitement du chalazion

Le traitement de première intention est l'application d'une pommade corticoïde locale (Sterdex®) associée à des soins de paupières : après humidification à l'eau chaude, on explique au patient comment effectuer des massages des paupières avec le doigt, depuis le rebord orbitaire vers le bord libre, afin de promouvoir l'expulsion du contenu du chalazion par les orifices des glandes de Meibomius situés sur le bord libre.

Si ce traitement n'est pas efficace et si le chalazion évolue vers l'enkystement, il est parfois nécessaire de pratiquer une incision et un curage de la glande de Meibomius sous anesthésie locale. Celle-ci se pratique le plus souvent par voie conjonctivale, à l'aide d'une pince à chalazion (fig. 18.9 A et B). La glande est laissée sans suture et un collyre antiseptique est prescrit pendant 8 jours. La complication la plus fréquente est un saignement peu abondant qui cède habituellement en quelques minutes par compression simple.

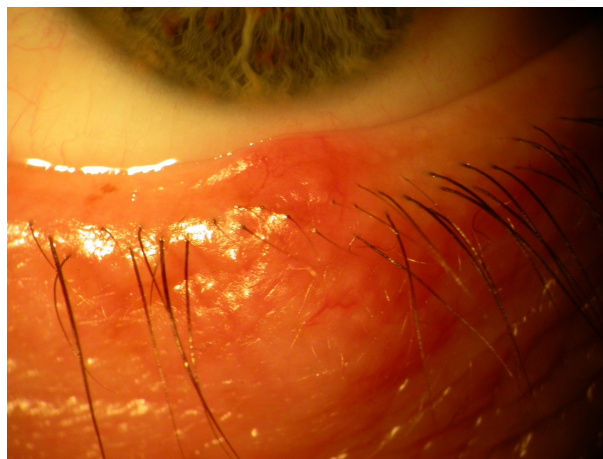
Fig 18.9 : Traitement d'un chalazion. Incision sous anesthésie locale (A) et curage de la glande de Meibomius (B).



G. Reconnaître un orgelet

C'est un furoncle du bord libre de la paupière centré sur un follicule pilosébacé du cil. Il correspond à une infection bactérienne, le plus souvent à *Staphylococcus aureus*, du follicule pilosébacé. Il se développe en quelques jours et peut entraîner une douleur vive. Il se présente cliniquement sous la forme d'une tuméfaction rouge centrée par un point blanc au niveau du bord libre (fig. 18.10). Il n'y a pas toujours de sécrétions au début.

Fig. 18.10 : Orgelet du bord libre inférieur.



H. Traitement de l'orgelet

Le traitement consiste en un collyre ou une pommade antibiotique pendant 8 jours. Dans les cas résistants au traitement ou dans les formes enkystées, l'incision au niveau du bord libre peut être nécessaire. Elle se pratique sous anesthésie locale en consultation externe.

I. Savoir suspecter une tumeur maligne palpébrale

Les tumeurs bénignes les plus fréquentes sont le *papillome*, l'*hidrocystome* (kyste lacrymal) et les *xanthélasmas* (dépôts de cholestérol) (fig. 18.11).

Fig 11. Xanthélasmas



Leur traitement chirurgical doit être le plus conservateur possible, ménageant en particulier le tarse et la bordure ciliaire.

Les tumeurs malignes les plus fréquentes des paupières sont des tumeurs épithéliales, en premier lieu le *carcinome basocellulaire* (fig. 18.12 A, B, C), mais également le *carcinome épidermoïde* (fig. 18.13 A et B), plus agressif avec un potentiel métastatique.

Fig. 18.12 : Carcinomes basocellulaires.

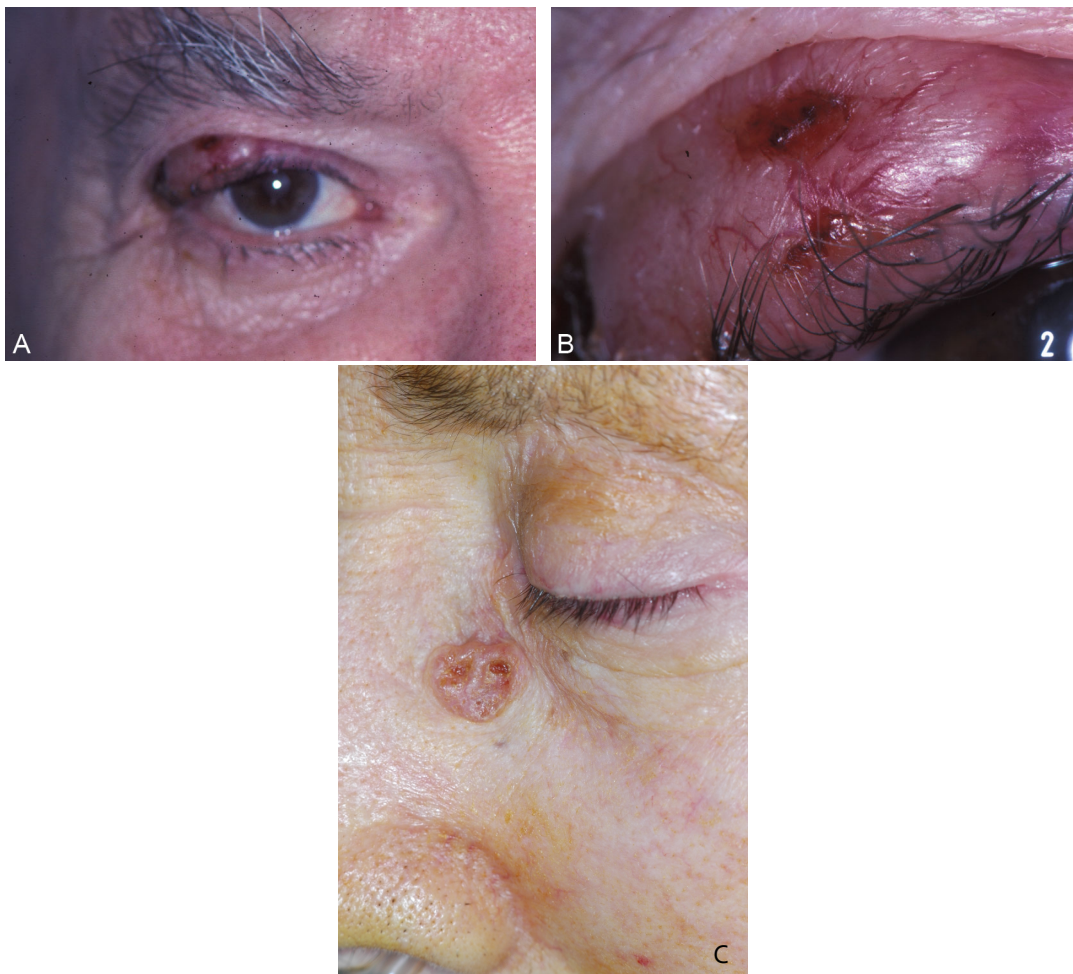
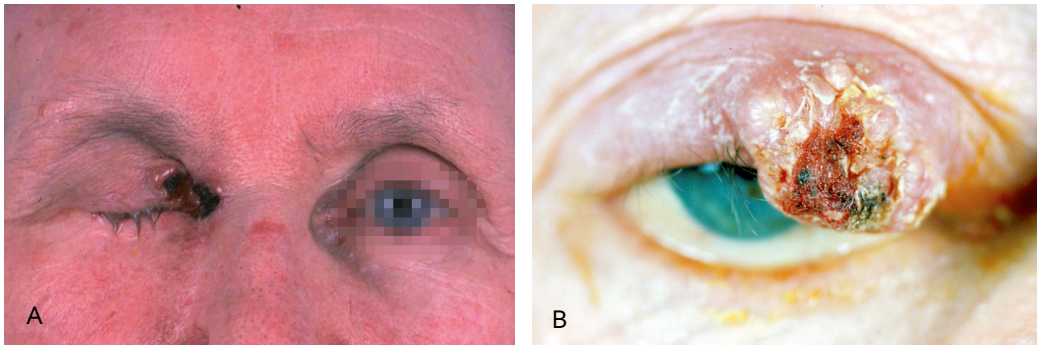
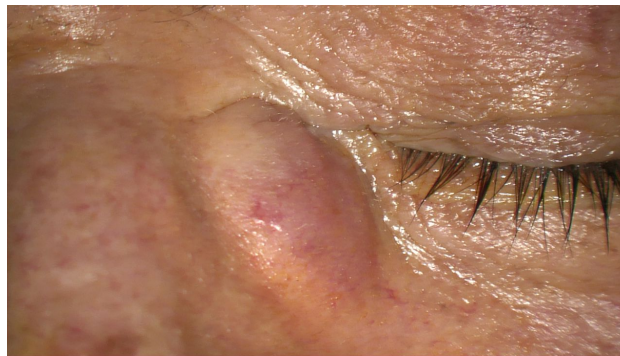


Fig. 18.13 : A. Carcinome épidermoïde de l'angle interne. B. Carcinome épidermoïde du bord libre.



Les paupières peuvent également être le siège de tumeurs malignes non épithéliales : *mélanome malin* et *lymphome de MALT* (fig. 18.14).

Fig. 18.14 : Lymphome de MALT de l'angle interne.



Les signes de malignité d'une tumeur palpébrale sont les suivants :

- croissance rapide et continue ;
- hétérochromie ;
- envahissement des tissus ;
- perte de cils (Madarose) ;
- pour le carcinome basocellulaire : nodule perlé et télangiectasies.

La prise en charge des tumeurs malignes des paupières exige l'avis d'une réunion de concertation pluridisciplinaire, et peut aller de l'exérèse avec simple surveillance (carcinome basocellulaire nodulaire enlevé en totalité) à l'association radio-chimiothérapie.

J. Savoir évoquer une paralysie du III et rechercher un anévrysme intra-crânien sur un ptosis douloureux

La survenue d'un ptosis de façon aiguë doit faire rechercher une pathologie vasculaire engageant le pronostic vital :

- paralysie du III (suspicion de rupture d'anévrysme) ;
- syndrome de Claude Bernard-Horner par lésion du sympathique cervical (suspicion de dissection carotidienne) (fig. 18.15).

Fig. 18.15. Syndrome de Claude-Bernard-Horner droit : myosis, ptosis et enophtalmie par lésion du sympathique cervical droit (traumatisme obstétrical par forceps).



K. Savoir suspecter une imperforation des voies lacrymales du nourrisson

Les voies lacrymales sont physiologiquement non-perméables à la naissance, et se perforent dans les premiers jours de vie avec les premières larmes.

Il arrive fréquemment qu'un larmoiement persiste pendant plusieurs semaines, uni- ou bilatéral.

En cas de tuméfaction dans l'angle interne, de signes inflammatoires ou d'écoulement purulent, il faut prendre l'avis d'un ophtalmologiste à la recherche d'une dacryocystite (infection du sac lacrymal).

Lorsque le larmoiement est isolé, la prise en charge est un lavage par sérum physiologique avec antiseptiques pendant les épisodes de larmoiement.

Si le larmoiement persiste, on effectue un sondage sans anesthésie à partir de l'âge de 4 mois.

SITUATIONS CLINIQUES

Les pathologies des paupières peuvent être évoquées devant les situations cliniques de départ suivantes :

- **141 – Sensation de brûlure oculaire et 152 œil rouge et/ou douloureux**

Toute irritation de la surface oculaire est susceptible de produire une sensation de brûlure oculaire, et une rougeur localisée au niveau de l'irritation. Ainsi toute pathologie palpébrale irritante pour la surface oculaire peut être évoquée devant ces deux situations cliniques :

- Entropion, trichiasis
- Ectropion, lagophtalmie
- Orgelet, Chalazion
- Tumeur de paupière

- **174 – Traumatisme facial**

Dans un traumatisme facial, une plaie de paupière peut se compliquer de lésion des canalicules lacrymaux lorsque la plaie concerne l'angle interne des paupières, très fréquente notamment dans les morsures de chien au visage des enfants.

Ne pas oublier qu'une plaie de paupière peut cacher une plaie associée du globe oculaire, ou du releveur de la paupière supérieure (entraînant alors un ptosis traumatique)

- **225 – Découverte d'une anomalie cervico-faciale à l'examen d'imagerie médicale**

Une tumeur palpébrale maligne (exemple carcinome épidermoïde) est susceptible de s'étendre en profondeur vers l'orbite.

Les tumeurs malignes de la glande lacrymale (originaires de l'angle supéro-externe de l'orbite) sont souvent de mauvais pronostic et nécessitent toujours un avis spécialisé par un chirurgien orbitaire.

- **356 – Information et suivi d'un patient en chirurgie ambulatoire**

La plupart des chirurgies des troubles statiques et dynamiques des paupières (Chalazion, Entropion, Ectropion, Ptosis) et des tumeurs palpébrales simples sont réalisables en chirurgie ambulatoire.

POINTS CLÉS

- Il faut bien différencier orgelet (de cause infectieuse) et chalazion (de cause inflammatoire).
- L'entropion est le plus souvent d'origine sénile ; il peut également être secondaire à une paralysie du VII.
- Le ptosis est une affection souvent congénitale ; devant un ptosis acquis d'apparition brutale, toujours penser à une paralysie du III secondaire à un anévrisme intracrânien (+++).
- Devant une plaie palpébrale même d'allure banale, toujours penser à rechercher des lésions associées : globe oculaire, muscle releveur de la paupière supérieure, voies lacrymales.

MOTS CLÉS

- Entropion
- Ectropion
- Ptosis
- Orgelet
- Chalazion
- Carcinome basocellulaire
- Voies lacrymales excrétrices