

La paupière chez la personne âgée

Vieillissement des paupières : aspects cliniques et prise en charge

La paupière involutive, ou paupière vieillissante, présente de nombreux aspects cliniques qu'il convient de savoir reconnaître car ils peuvent être sources d'inconforts, de limitations fonctionnelles mais aussi de problèmes plus graves, notamment dans le cadre des carcinomes palpébraux. Ces aspects cliniques peuvent être classés de la manière suivante : malpositions anatomiques des paupières et lésions cutanées et tumorales des paupières^{1,2,26}.

Auteur | Dr méd. Pierre Coulon

● Malpositions anatomiques des paupières

Les malpositions anatomiques des paupières^{5,6,12} sont directement liées à la perte progressive de la tonicité palpébrale, par relâchement du support ligamentaire, à laquelle s'ajoute un dysfonctionnement des muscles palpébraux. On retrouve ainsi trois entités bien distinctes :

- L'ectropion : paupière inférieure qui s'ouvre vers l'extérieur
- L'entropion : paupière inférieure qui s'enroule vers l'intérieur
- Le ptosis : paupière supérieure qui s'affaisse.

D'un point de vue épidémiologique, la prévalence cumulée de l'ectropion et de l'entropion serait de l'ordre de 10% environ dans une population de plus de 60 ans. La prévalence du ptosis est moindre. Bien évidemment, ces pathologies sont d'autant plus fréquentes que l'âge et l'espérance de vie augmentent, sans ou-

blier les facteurs extrinsèques tels que: soleil, tabac, IMC, mais aussi intrinsèques tel que l'historique palpébral familial.

La seule option de traitement pour ces malpositions reste le traitement chirurgical du trouble anatomique involutif sous-jacent. Il s'agit d'un traitement chirurgical rapide ambulatoire, d'environ 30 à 40 minutes en moyenne, sous anesthésie locale.



[ILL. 1] Ectropion de l'ensemble de la paupière



[ILL. 2] résultat post-opératoire après chirurgie des rétracteurs



Dr méd. Pierre Coulon
Clinique de l'Oeil
Rue de la Dixence 49
CH-1950 Sion
docteur.coulon@gmail.com



[ILL. 3] Ectropion médian et notamment du point lacrymal

Les ectropions involutifs : Les ectropions involutifs se définissent comme une éversion du bord libre de la paupière inférieure qui perd ainsi le contact avec le globe oculaire. Les conséquences directes de cette malposition sont la présence de sécrétions nombreuses, d'un larmoiement, d'une irritation de la conjonctive et de la cornée dans sa partie inférieure. L'exposition chronique de la partie muqueuse du bord libre de la paupière se traduit par une kératinisation de cette muqueuse. Il en résulte une augmentation des symptômes fonctionnels avec parfois des conséquences carcinomateuses sur le bord libre.

La chirurgie consistera à agir sur les différentes composantes de l'ectropion : remise en place des muscles rétracteurs, geste sur le tendon canthal latéral et greffe de peau cas échéant [ILL. 1 ET 2]^{5,6,12}.

Parfois, surtout chez les personnes âgées, l'ectropion ne se manifeste qu'au niveau du point lacrymal [ILL. 3]. Cela se traduit cliniquement par un épiphora (lac lacrymal coincé entre la paupière et la conjonctive bulbaire) ainsi qu'un larmoiement chronique par débordement. Cette pathologie spécifique de la paupière vieillissante est facilement prise en charge par une chirurgie courte et sous anesthésie locale.

Les entropions involutifs : Ils se définissent comme un retournement de la paupière vers le globe oculaire du bord libre de la paupière inférieure mais aussi parfois supérieure. La conséquence directe correspond à l'irritation chronique algique de la cornée sur laquelle les cils frottent de façon épisodique voire, permanente. Ce frottement est à l'origine d'une kératite chronique, d'une photophobie et d'un spasme paradoxal du muscle orbiculaire de la paupière concernée.

Là encore, la chirurgie consistera à agir sur les différentes composantes de l'entropion : remise en place antérieure des muscles rétracteurs, geste sur le tendon canthal, affaiblissement du muscle orbiculaire [ILL. 4 ET 5].

A la différence de l'ectropion, dans les cas où la chirurgie est impossible ou différée, on peut avoir recours à un traitement provisoire de l'entropion en injectant de la toxine botulique dans le muscle orbiculaire^{9,20,21,30}.



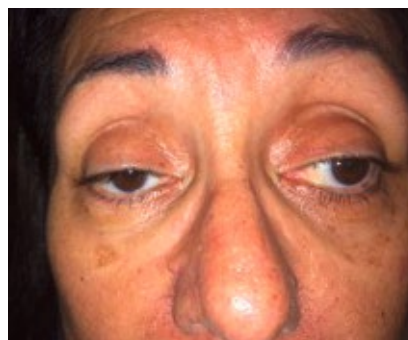
[ILL. 4] Entropion, on note l'enroulement de la paupière vers l'intérieur



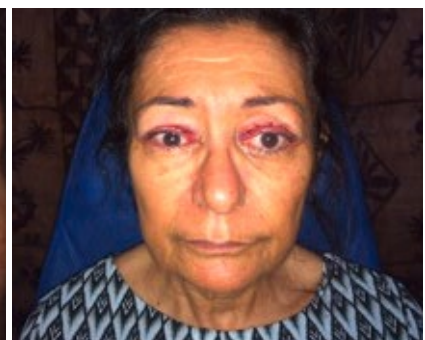
[ILL. 5] Résultat post-opératoire à 7 jours lors de l'ablation des points

Les ptosis involutifs : ils se définissent comme une chute de la paupière supérieure pouvant aller jusqu'à la moitié et parfois les trois quarts de la pupille. Cette forme de ptosis (la plus fréquente) est secondaire à une déhiscence de l'aponévrose du muscle releveur de la paupière. Cette déhiscence entraîne un amincissement de la paupière, un œil creux, une hyper-contraction réflexe du muscle frontal (rides frontales exagérées). De plus, on retrouve souvent une bascule en arrière de la tête favorisant le passage de l'axe visuel sous la paupière mais aggravant toute la pathologie rhumatismale de la colonne cervicale. Outre l'aspect sémiologique, les ptosis sont responsables d'une amputation significative du champ visuel.

Seul un geste chirurgical, d'environ trente minutes, pourra corriger cette malposition [ILL. 6 ET 7]. Il consistera à repositionner et renforcer l'aponévrose de façon à ce que le muscle releveur puisse élever le bord libre de la paupière supérieure en position physiologique (distance entre les 2 paupières 10-11 mm)^{1,11,28,29}. →

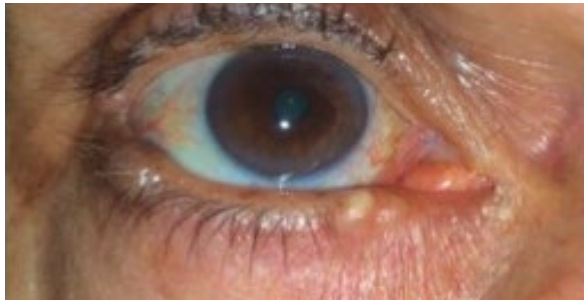
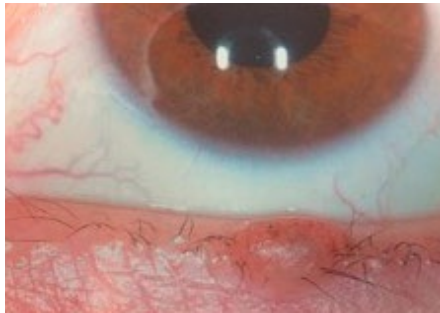


[ILL. 6] ptosis involutif par déhiscence de l'aponévrose. On peut noter l'œil creux et l'hyper-contraction réflexe du muscle frontal.



[ILL. 7] Chirurgie bilatérale de ptosis 7 jours post-opératoire

[ILL. 8] Nævus du bord libre – présence des cils



[ILL. 9] Chez un même sujet trois lésions bénignes différentes : un hidrocyste de la paupière supérieure, nævus et kyste sur la paupière inférieure



[ILL. 10] Kératose actinique étendue – madarose

Conclusion

Que ce soit l'ectropion, l'entropion ou le ptosis, la pathogenèse des malpositions involutives des paupières, le traitement de choix est, avant tout, chirurgical: une intervention favorable, brève, curatrice et ambulatoire, donc tout à fait adaptée à une population vieillissante^{2,7}.

Lésions cutanées et tumorales des paupières^{13,14}

Les lésions cutanées des paupières sont très nombreuses et mériteraient une publication spécifique. La plupart de ces lésions sont bénignes, allant de la simple verrue au redoutable carcinome sébacé voire, au mélanome. Il est difficile et probablement inutile de vouloir citer une iconographie exhaustive de toutes ces lésions. Par contre, dans le cadre d'une médecine praticienne, il apparaît plus judicieux de donner les outils pragmatiques d'un dépistage efficace pouvant dans certains cas sauver des globes oculaires et dans d'autres même la vie du patient.

Les lésions des paupières se répartissent en trois groupes :

- Les lésions bénignes
- Les lésions précancéreuses
- Les lésions cancéreuses.

Les lésions bénignes: Elles peuvent être uniques. Dans ce cas, elles correspondent le plus souvent à des lésions kystiques blanches, tels que les kystes de Moll, les kystes de Zeiss, les kystes d'inclusion ou inflammatoires tels que les orgelets ou les chalazions.

Elles peuvent être nombreuses et étalées, le nombre étant un signe rassurant, tels les molluscums qu'ils soient pendulum, contagiosum ou encore les papillomes et les hidrocystomes.

Les seules lésions bénignes pour lesquelles le doute pourrait s'installer sont les nævi et la kératose séborrhéique. Concernant

le nævus pigmenté, l'historique est essentiel et seul un changement récent de volume et/ou de couleur seront l'occasion de demander un avis spécialisé. Dans le cas de la kératose séborrhéique, il est très fréquent d'en trouver dans d'autres parties du visage. Néanmoins son volume, sa pigmentation et parfois son caractère inflammatoire naissant peuvent légitimement justifier un avis spécialisé.

Le point essentiel à retenir dans le cadre d'un dépistage précoce réside dans le fait que les lésions bénignes ne provoquent pas la chute des cils (madarose). La présence de cils doit être considérée comme rassurante et élimine le besoin d'un second avis [ILL. 8 ET 9]^{14,15,17,37}.

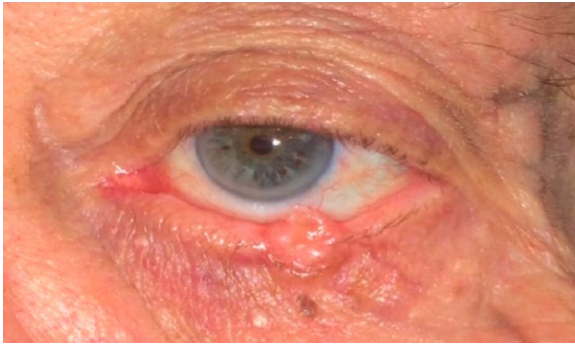
Les lésions précancéreuses^{2,25,26}: Elles sont au nombre de trois: la kératose actinique, le carcinome in situ (Bowen), la mélanose de Dubreuilh.

La kératose actinique et le carcinome in situ se présentent cliniquement comme des lésions érythémateuses, pseudo-inflammatoires, rouges, chroniques, squameuses, rebelles. En général, il en existe d'autres sur le visage et notamment dans les zones de calvitie. Elles sont le reflet d'une héliodermie marquée



[ILL. 11] Exemple d'une chirurgie avec marge d'exérèse pour une mélanose de Dubreuilh de la paupière inférieure

[ILL. 12] Basocellulaire nodulaire – madarose



du sujet. Elles sont, toutes deux, des lésions qui peuvent se transformer dans env. 10-15% des cas en carcinomes épidermoïdes.

Elles peuvent faire l'objet de traitements conservateurs comme la cryothérapie, mais leur localisation sur les paupières peut rendre ce type de traitement plus difficile et moins efficace. Il est très difficile de les différencier cliniquement et, bien souvent, seule l'anatomopathologie permet d'affirmer le diagnostic.

D'un point de vue

clinique, la kératose actinique et le carcinome in situ entraînent une madarose [ILL. 10]. La chute des cils dans un contexte de lésion chronique érythémato-squameuse de la paupière et notamment du bord libre justifie pleinement un avis spécialisé rapide.

La mélanose de Dubreuilh est un mélanome in situ, retrouvé principalement en pleine peau sur la paupière inférieure, dont la caractéristique est de s'étendre dans un premier temps en surface. Sa progression est lente. Cette lésion pigmentée, large, de couleur hétérogène, doit être surveillée régulièrement par un dermatologue. La prise en charge chirurgicale d'une mélanose de Dubreuilh est compliquée en termes de rançon cicatricielle car les marges d'exérèse sont de 10 mm, éventuellement de 5 mm si la chirurgie réparatrice est trop compliquée [ILL. 11]. Ces recommandations chirurgicales sont à prendre en considération dans la stratégie de surveillance^{23,24,26}.

Les lésions cancéreuses^{16,18,22-24,35,38} : Par ordre de fréquence, on retrouve sur les paupières :

- Les carcinomes basocellulaires : ± 85%
- Les carcinomes épidermoïdes ou spinocellulaires : ± 10%
- Les carcinomes sébacés : ± 5%
- Les mélanomes : < 1%
- Autres types : carcinomes apocrines, lymphomes, etc. < 1%.



[ILL. 13] Exemple de spinocellulaire ou épidermoïde avec envahissement des voies lacrymales. Délai diagnostique dramatique > 24 mois

En médecine praticienne, le constat corrélé à la fois à l'épidémiologie et au risque doit être le suivant :

- Les carcinomes basocellulaires des paupières sont les plus fréquents [ILL. 12]. Ils ne sont pas responsables de métastases, ou exceptionnellement, en cas de récurrence. Leur potentiel de malignité est l'envahissement de la graisse périorbitaire. Dans ce cas, la sanction chirurgicale peut être dramatique avec la perte de l'œil et du contenu orbitaire^{8,22,31,34}.
- Les carcinomes épidermoïdes des paupières peuvent être fatals. Ils ont un potentiel métastatique certain [ILL. 13]. Contrairement aux carcinomes basocellulaires qui apparaissent de novo [ILL. 14 ET 15], ils surviennent la plupart du temps sur des lésions existantes comme les kératoses actiniques et la maladie de Bowen^{3,10,32}.
- Les carcinomes sébacés sont souvent mortels avec un pronostic sombre. La mortalité à cinq ans est de l'ordre de 20-25%. Le point de départ des carcinomes sébacés sont les glandes de Meibomius. Environ 80% de tous les carcinomes sébacés se retrouvent spécifiquement sur les paupières. Le diagnostic est très tardif de l'ordre de 16-18 mois avec plus de 20% de métastases lors du diagnostic¹⁸.
- Les mélanomes. Par chance, ils sont très rarement retrouvés sur les paupières (< 1%). Mais ce n'est pas pour autant une raison de les oublier²⁶. →



[ILL. 14 ET 15] Exemple de basocellulaire superficiel ulcéré. On notera l'étendue de la rançon cicatricielle pour respecter les marges d'exérèse.

[ILL. 16 ET 17] Carcinome basocellulaire nodulaire ulcéré avec madarose. Sur la photo de droite, l'étendue des marges d'exérèse pour respecter l'impératif carcinologique

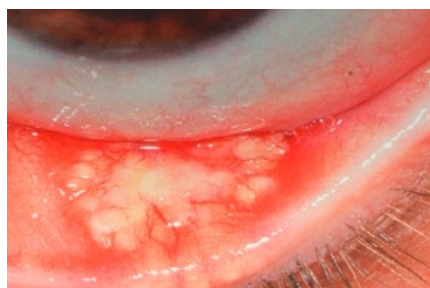


Evaluation clinique et dépistages des tumeurs cancéreuses des paupières – sémiologie générale :

De nombreux indices plaident en faveur de la malignité mais aucun d'eux ne peut être retenu comme un critère absolu. Parmi eux, on retrouve des critères généraux et classiques mais aussi des critères locaux. Parmi les critères généraux, on peut citer : l'âge de survenue, l'historique du visage, les antécédents, la multiplicité des lésions, la durée d'évolution, la vitesse de croissance de la lésion. Les tumeurs malignes des paupières concernent une population âgée d'environ 60 ans ou plus. La présence de signes marqués d'héliodermie sur un visage n'est jamais le fait du hasard. Soit les habitudes estivales, soit les contraintes professionnelles : agriculteur, guide de montagne, maçon, etc. Ces professions suffisent à justifier une attention particulière pour ces visages marqués par le soleil.

Parmi les antécédents, toute lésion ayant été traitée par cryothérapie ou opérée va devenir une raison supplémentaire de pousser plus avant l'examen de dépistage cutané. Il faut savoir aussi chercher derrière les oreilles, dans l'ensemble du cuir chevelu, mais aussi dans les sourcils, sur les bords palpébraux et dans les plis de la patte d'oie. Comme toute lésion tumorale, les lésions malignes des paupières se développent en quelques mois, mais jamais de façon aiguë. Elles ne sont quasiment jamais douloureuses ce qui les différencie des lésions inflammatoires.

Enfin et dans un contexte général, une recherche d'adénopathie sous mentonnière, sous mandibulaire, pré-auriculaire, parotidienne et sous-digastrique ne saurait être oubliée^{23,26,33}.



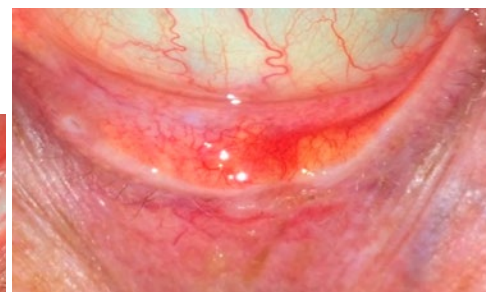
[ILL. 18] Matériel sébacé – tirer sur la paupière inférieure

Evaluation clinique et dépistages des tumeurs cancéreuses des paupières – sémiologie palpébrale^{23,24} : Parmi les signes palpébraux et ophtalmologiques, on peut retrouver :

La madarose : ce n'est pas un élément clinique comme les autres. Il s'agit de l'élément fondamental du dépistage d'autant qu'il semble être précoce. Elle n'est pas pathognomonique, mais les lésions précancéreuses et cancéreuses des paupières présentent toujours une madarose lors du diagnostic clinique. La madarose doit toujours être considérée comme un indice de malignité [ILL. 16 ET 17].

L'ectropion et la déformation du bord libre : ce sont deux éléments très évocateurs de la malignité de la lésion. Ils traduisent l'infiltration tumorale en profondeur. Ils sont présents lorsque la tumeur est déjà bien évoluée. Sur le versant conjonctival de l'ectropion, on peut retrouver une kératinisation de la conjonctive responsable d'une irritation chronique.

Le larmoiement et l'épiphora : ils indiquent soit un ectropion du point lacrymal par déformation de la paupière, soit un envahissement des voies lacrymales horizontales. Une surélévation cutanée avec larmoiement récent doit être considérée comme suspecte.



[ILL. 19] Basocellulaire envahissant toute la conjonctive tarsale, à la limite de l'envahissement de la graisse orbitaire – noter la madarose sur le bord libre. Tirer sur la paupière.

L'ulcère chronique du bord libre ou à proximité : l'ulcère peut être mécanique et entretenu par le patient ou constitutif. L'ampleur simultanée de la madarose peut, dans certains cas, renseigner sur l'ancienneté de la lésion carcinomateuse.

Les plaques rouges érythémato-squameuses : en présence d'une madarose, elles traduisent la présence d'une kératose actinique, d'un carcinome in situ ou d'un basocellulaire superficiel.

L'ulcère cornéen chronique ou une kératite : cela traduit la présence d'irrégularités sur le versant conjonctival juste sous le bord libre. De l'importance de tirer sur la paupière inférieure ou de retourner la paupière supérieure.

Un chalazion chronique depuis six mois : tout chalazion opéré ou multi-opéré qui ne guérit pas chez une personne âgée doit être suspecté de malignité : au mieux carcinome basocellulaire, au pire carcinome sébacé.

Conclusion^{4,7,27,36,39}

- Toute lésion palpébrale contemporaine d'une madarose doit être considérée comme maligne.
- L'examen palpébral doit comprendre une traction vers le bas de la paupière inférieure pour rechercher un envahissement de la conjonctive ou de la graisse orbitaire.
- L'examen palpébral doit comprendre un retournement de la paupière supérieure à la recherche de matériel sébacé [ILL. 18 ET 19].
- Tout chalazion qui dure plus de six mois chez une personne âgée est suspect.
- Toute suspicion de lésion tumorale maligne des paupières doit inclure la recherche d'une adénopathie.
- Une tumeur maligne de paupière de 4 mm de large, avec les marges de sécurité, implique la réalisation d'une exérèse d'au moins 12 mm de large = 50% de la longueur palpébrale !
- Le mélanome palpébral est très rare, ce n'est pas une raison pour l'oublier.
- Ne jamais oublier de faire des photographies!
- Profitez des avantages de la Télé-Expertise : www.cliniqueoeilvalais.ch/tele-expertise/ O

Bibliographie

- ¹Adenis JP, et al.: Pathologie orbito-palpébrale. Rapport SFO. Masson. Paris. 1998: 311-366.
- ²Adenis JP, et al.: Les Tumeurs des paupières des personnes âgées. J Fr Ophtalmologie 2006: 687-693.
- ³Alam M, et al.: Guideline of care for the management of cutaneous squamous cell carcinoma. J Am Acad Dermatol 2018; 78(3): 560-578.
- ⁴Allen RC: Surgical Management of Periocular Cancers: High- and Low-Risk Features Drive Treatment. Curr Oncol Rep. 2017; 19(9):57.
- ⁵Anderson RL, et al.: The tarsal strip procedure. Arch Ophthalmol, 1979; 97:2192-2196.
- ⁶Baldeschi L: Correction of lid retraction and exophthalmos. Dev Ophthalmol, 2008; 41:103126.
- ⁷Baracco P, et al.: Traitement chirurgical des tumeurs palpébrales. J Fr Ophtalmologie 2003, 26: 92-102.
- ⁸Chebbi A, et al.: Carcinome basocellulaire des paupières (150 cas) Research Journal fr 2014,1: 880.

- ⁹Chen J, et al.: Management of cicatricial entropion of the upper lid using acellular human dermal allograft. J Plast Reconstr Aesthet Surg, 2008; 61: 610-614.
- ¹⁰Cholley A, et al.: Risque du carcinome spinocellulaire : rôle de la clinique et du rapport anatomopathologique. Revue Médicale Suisse, 2012: 335.
- ¹¹Couch SM: Correction of eyelid crease asymmetry and ptosis. Facial Plast Surg Clin North Am, 2016; 24:153162.
- ¹²Crawford GJ, et al.: The correction of paralytic ectropion. Br J Ophthalmol, 1984; 68: 639-641.
- ¹³Desjardins L: Lésions pigmentées bénignes des paupières. J Fr Ophtalmologie 2005: 329-368.
- ¹⁴D'hermies F, et al.: Corne cutanée du bord libre palpébral. J Fr Ophtalmologie 2003, 26: 534-537.
- ¹⁵Dot C, et al.: Hidrocystomes eccrine multiples des paupières. J Fr Ophtalmologie 2000, 23: 809.
- ¹⁶Kamoun S, et al.: Carcinome Trichoblastique: étude rétrospective sur 8 cas. Annales de Dermatologie et Vénérologie, 2015, vol 142: p 524-525.
- ¹⁷Kharrat W, et al.: Kératose séborrhéique palpébrale. J Fr Ophtalmologie 2003: 1146-1149.
- ¹⁸Galatoire O: Carcinome sébacé palpébral. Images en Ophtalmologie. 2011: 92-93.
- ¹⁹Galatoire O, et al.: Chirurgie du regard. Rapport SFO. Masson. Paris 2016: 27-42.
- ²⁰Crisolia ABD, et al.: Non-surgical treatment for eyelid retraction in thyroid eye disease (TED). Br J Ophthalmol, 2018; 102:158163.
- ²¹Ito O, et al.: Surgery without skin resection for eyelid entropion. Ann Plast Surg, 2004; 53: 56-59.
- ²²Lallas A, et al.: The dermoscopic universe of basal cell carcinoma, Dermatol Pract concept, 2014,4:11-24.
- ²³Lasudry J: Tumeurs palpébrales: Aspects cliniques et diagnostiques. J Fr Ophtalmologie 2003: 70-76.
- ²⁴Lasudry J: Prise en charge des tumeurs palpébrales. J Fr Ophtalmologie 2011,7: 741-754.
- ²⁵Levy-Gabriel C: Les Tumeurs conjonctivales. Images en Ophtalmologie. 2015, Vol 9: 36-39.
- ²⁶Michelle T S, et al; Eyelid lesions in general practice. AJGP 2019,8: Vol 48.
- ²⁷Mouriaux F, et al.: Quelles marges d'exérèse pour les carcinomes des paupières, J Fr Ophtalmologie 2015,38:154-158
- ²⁸Morax S, et al.: Affections génétiques et congénitales palpébrales. Rapport de la Société française d'ophtalmologie,1998: 83-92.
- ²⁹Ng J, et al.: Ptosis repair. Facial Plast Surg. 2013; 29(1): 22-25.
- ³⁰Quickert MH, et al.: Suture repair of entropion. Arch Ophthalmol, 1971; 85:304-305.
- ³¹Rapport Anaes: Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome basocellulaire de l'adulte. Argumentaire, 2004.
- ³²Rapport HAS: Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome épidermoïde cutané (spinocellulaire) et de ses précurseurs, 2009.
- ³³Rapport Société Française ORL: Recommandation pour la pratique clinique: Bilan d'extension et principe d'exérèse des tumeurs de la face et du cou à point de départ cutané, 2014.
- ³⁴Rapport Anaes: Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome basocellulaire de l'adulte. Argumentaire, 2004.
- ³⁵Rene C: Oculoplastic aspects on ocular oncology, Eye Lond. 2013; 02:199-207.
- ³⁶Rio E, et al.: Curiethérapie interstitielle des cancers cutanés des zones péri-orificielles de la face, J Canrad 2006,01:005.
- ³⁷Rodallec T, et al.: Cas atypique d'hydrocystome palpébral géant, J Fr Ophtalmologie 2006, 29: 226-230.
- ³⁸Rougier G: Carcinomes cutanés orbito-palpébraux: Etude rétrospective à propos de 135 cas. Thèse 2019.
- ³⁹Staub G, et al.: Marges d'exérèse chirurgicale et taux de récurrence des carcinomes cutanés, 2008,53: 389-398.