

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Prise en charge des atteintes orbito-palpébrales secondaires à une paralysie faciale



Management of oculo-palpebral consequences in facial paralysis

A. Alliez^{a,*}, T. Malet^b, B. Bertrand^a, N. Degardin^c,
L. Benichou^d, J. Bardot^{a,c}, D. Labbé^e

^a Service de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, CHU de la Conception, 147, boulevard Baille, 13005 Marseille, France

^b Centre Monticelli Paradis d'ophtalmologie, 433, rue Paradis, 13008 Marseille, France

^c Service de chirurgie plastique pédiatrique, CHU de la Timone enfant, 264, rue Saint-Pierre, 13005 Marseille, France

^d Service de chirurgie maxillofaciale, hôpital Saint-Joseph, 185, rue Raymond-Losserand, 75014 Paris, France

^e 4, place Fontette, 14000 Caen, France

MOTS CLÉS

Paralysie faciale ;
Paupières ;
Œil ;
Ectropion

Résumé Le pronostic de la paralysie faciale est fonction de l'atteinte oculaire. Au cours de l'évolution de cette pathologie, le fonctionnement des paupières ainsi que l'appareil lacrymal vont être altérés. Il en résultera un défaut d'occlusion palpébrale et de sécrétion lacrymale pouvant aboutir à des complications cornéennes depuis la simple kératite jusqu'à l'abcès cornéen avec baisse d'acuité visuelle. Les différentes techniques temporaires et permanentes permettant de préserver une vision satisfaisante seront abordées ainsi que leurs indications.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Facial palsy;
Eyelid;
Eye;
Ectropion

Summary Facial paralysis prognostic depends on eye lesion. In this pathology, lacrimal and palpebral functions will be modified: bad eye closure and leak of tears secretions. It can lead to corneal complications from keratitis to corneal abcedation and visual dysfunction. This chapter details different procedures and their indications to avoid this kind of complications.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : antoine.alliez@gmail.com (A. Alliez).

Introduction

Dans le cadre d'une paralysie faciale périphérique, l'étage orbito-palpébral peut être atteint à plusieurs stades de son évolution.

Au stade initial, elle prend la forme d'une paralysie flasque. Le pronostic est fonction de l'intégrité cornéenne du fait d'un défaut de l'occlusion palpébrale.

À un stade plus tardif peuvent apparaître des séquelles. Celles-ci peuvent être responsables d'une gêne non seulement fonctionnelle par atteinte cornéenne mais également esthétique et sociale en cas de récupération partielle ou au contraire de mouvements spastiques.

De nombreuses techniques chirurgicales ont été développées avec succès afin de protéger la cornée au stade initial de paralysie flasque. Celles-ci ne se bornent pas, comme trop souvent encore, à la tarsorrhaphie.

Des techniques efficaces sont apparues, permettant chirurgicalement de réparer les structures lésées et médicalement de protéger la cornée et d'influer sur le tonus musculaire.

Il est désormais possible de redonner à la majorité des patients atteints d'une paralysie faciale périphérique, une statique palpébrale convenable.

Physiologie et analyse clinique

Physiologie normale

Le muscle *orbicularis oculii* [1]

Le muscle *orbicularis oculii* est un muscle large, plat et mince, formé de fibres concentriques (sphincter), disposées autour de la fente palpébrale (Fig. 1). On lui distingue deux portions :

- la portion palpébrale, insérée sur le septum et le tarse, intervient dans la fermeture simple (clignement involontaire) ;
- la portion orbitaire présente des insertions osseuses intervenant dans la fermeture forcée (occlusion volontaire).

En superficie, le muscle *orbicularis oculii* possède une insertion cutanée mobile en dehors.

Au niveau nasal, ses faisceaux se disposent de part et d'autre du ligament canthal interne sur la crête lacrymale ; il s'agit d'une portion fixe. Cette disposition conditionne le fonctionnement de la pompe lacrymale.

Ce muscle assure également d'autres fonctions nécessaires à la protection de l'œil :

- la tonicité et le positionnement des paupières ;
- la répartition du film lacrymal sur l'œil ;
- le fonctionnement de la pompe lacrymale ;
- le fonctionnement des glandes de *Meibomius*.

Le muscle orbiculaire peut être décrit en deux entités anatomo-fonctionnelles (Fig. 2) :

- la partie supérieure, est le muscle du clignement et de la fermeture palpébrale ;

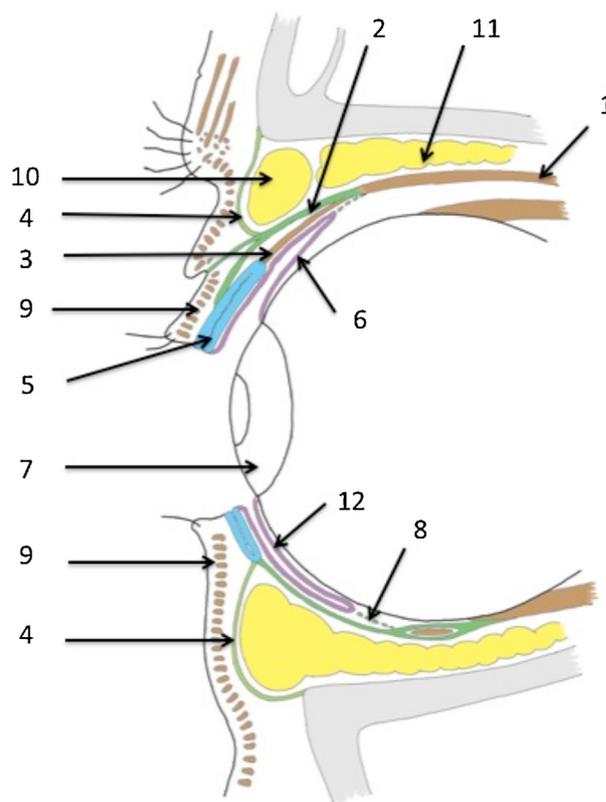


Figure 1 Coupe sagittale de l'œil. 1 : muscle releveur de la paupière supérieure – 2 : aponévrose du releveur de la paupière supérieure – 3 : muscle de Müller – 4 : septum orbitaire – 5 : tarse – 6 : conjonctive – 7 : cornée – 8 : ligaments rétracteurs de la paupière inférieure – 9 : muscle *orbicularis oculii* – 10 : organe en rouleau – 11 : graisse orbitaire – 12 : sclère.

- la partie inférieure est surtout le muscle de la pompe lacrymale et de la tonicité de la paupière inférieure.

La contraction du muscle orbiculaire peut être volontaire (protection oculaire, clin d'œil, phase de sommeil) ou involontaire sous l'influence d'arcs réflexes. Son action est renforcée en dedans par les muscles *procerus* et *corrugator*.

Son antagoniste principal, le muscle frontal ou occipito-frontal, est un muscle puissant également innervé par le VII. Il existe d'autres antagonistes :

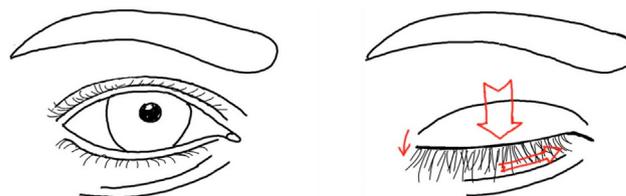


Figure 2 Contraction du muscle *orbicularis oculii*. La paupière supérieure s'abaisse afin de répartir le film lacrymal sur la cornée. La paupière inférieure effectue un déplacement nasal afin de drainer les larmes vers la voie lacrymale. On observe un abaissement du canthus externe.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3184456>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3184456>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)