

Information délivrée le :

Cachet du Médecin :

Au bénéfice de :

Nom :

Prénom :

Cette fiche d'information a été conçue **sous l'égide de la Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique (SOF.CPRE)** comme un complément à votre première consultation, pour tenter de répondre à toutes les questions que vous pouvez vous poser si vous envisagez d'avoir recours à **une chirurgie du ptosis**.

Le but de ce document est de vous apporter tous les éléments d'information nécessaires et indispensables pour vous permettre de prendre votre décision en parfaite connaissance de cause. Aussi vous est-il conseillé de le lire avec la plus grande attention.

● DÉFINITION

Le ptosis ou ptose palpébrale est la chute de la paupière supérieure en rapport avec un déficit du muscle releveur de la paupière. Le ptosis peut être unilatéral ou bilatéral. Il s'agit d'une pathologie fréquente qui peut occasionner une gêne morphologique mais aussi fonctionnelle avec altération du champ visuel.

Le ptosis peut être d'origine congénitale (cause la plus fréquente), ou acquis. Il existe différentes causes : atteinte aponévrotique le plus souvent liée à l'âge, atteinte myogène (liée à un déficit du muscle : myasthénie par exemple), atteinte neurogène, atteinte mécanique dans les suites d'un traumatisme.

● OBJECTIFS

L'intervention dite « cure de ptosis » vise à corriger la chute de la paupière supérieure en repositionnant à bonne hauteur le bord ciliaire de la paupière supérieure.

Sur le plan fonctionnel, l'objectif est de dégager la pupille corrigeant ainsi l'amputation de la partie supérieure du champ visuel, et de recréer une fonction élévatrice la plus proche de la normale sans gêner le clignement et la fermeture (occlusion) des paupières. Sur le plan esthétique, l'objectif sera une correction de la symétrie de la position et de la forme des paupières.

● PRINCIPES

Il n'existe pas de traitement médical à l'exception du ptosis myasthénique.

Différentes interventions sont pratiquées en fonction de l'origine du ptosis, de son importance, de la fonction du muscle releveur de la paupière supérieure.

Nous distinguons trois types d'interventions :

- La chirurgie du muscle releveur de la paupière supérieure,
- La résection conjonctivo-Müllérienne à la face profonde de la paupière supérieure,
- La suspension de la paupière supérieure au muscle frontal.

● AVANT L'INTERVENTION

L'interrogatoire (survenue du ptosis, antécédents...) et l'examen clinique effectués par le chirurgien vont permettre de définir l'origine, le caractère unilatéral ou bilatéral et le degré de gravité du ptosis (minime, modéré, sévère).

La position du bord libre de la paupière supérieure sera précisément évaluée, ainsi que la valeur fonctionnelle du muscle releveur.

L'existence d'une asymétrie, de signes associés, d'une hyperactivité réflexe du muscle releveur controlatéral sera recherchée. Un test à la Néosynéphine pourra être pratiqué afin d'évaluer la correction du ptosis par la contraction du muscle de Müller.

A l'issue de cet examen, votre chirurgien pourra vous expliquer la solution thérapeutique adaptée à votre cas.

Un examen ophtalmologique spécialisé avec réalisation d'un champ visuel sera fréquemment demandé en complément, permettant de rechercher un retentissement sur l'acuité visuelle, mais aussi de dépister des anomalies pouvant compliquer l'intervention.

Un bilan préopératoire est réalisé conformément aux prescriptions.

Le médecin anesthésiste sera vu en consultation au plus tard 48 heures avant l'intervention. En fonction du type d'anesthésie, on pourra vous demander de rester à jeun (ne rien manger ni boire) 6 heures avant l'intervention.

Aucun médicament contenant de l'aspirine ne devra être pris dans les 10 jours précédant et suivant l'intervention.

LA QUESTION DU TABAC

Les données scientifiques sont, à l'heure actuelle, unanimes quant aux effets néfastes de la consommation tabagique dans les semaines entourant une intervention chirurgicale. Ces effets sont multiples et peuvent entraîner des complications cicatricielles majeures, des échecs de la chirurgie et favoriser l'infection des matériels implantables (ex : implants mammaires).

Pour les interventions comportant un décollement cutané tel que l'abdominoplastie, les chirurgies mammaires ou encore le lifting cervico-facial, le tabac peut aussi être à l'origine de graves complications cutanées. Hormis les risques directement en lien avec le geste chirurgical, le tabac peut être responsable de complications respiratoires ou cardiaques durant l'anesthésie.

Dans cette optique, la communauté des chirurgiens plasticiens s'accorde sur une demande d'arrêt complet du tabac au moins un mois avant l'intervention puis jusqu'à cicatrisation (en général 15 jours après l'intervention). La cigarette électronique doit être considérée de la même manière.

Si vous fumez, parlez-en à votre chirurgien et à votre anesthésiste. Une prescription de substitut nicotinique pourra ainsi vous être proposée. Vous pouvez également obtenir de l'aide auprès de Tabac-Info-Service (3989) pour vous orienter vers un sevrage tabagique ou être aidé par un tabacologue.

● TYPE D'ANESTHESIE ET MODALITES D'HOSPITALISATION

Chez l'enfant, une anesthésie générale sera pratiquée avec une hospitalisation de 24 à 48 heures.

Chez l'adulte, l'anesthésie locale pure ou l'anesthésie locale approfondie par des tranquillisants administrés par voie intra-veineuse (sédation : anesthésie « vigile ») seront préférées car elles facilitent le réglage de la position de la paupière supérieure au cours de l'intervention. L'intervention peut se pratiquer avec une hospitalisation « en ambulatoire », c'est-à-dire avec un retour à domicile le jour même.

● L'INTERVENTION

En fonction de chaque cas, une intervention spécifique permettra la correction du ptosis.

- **Chez l'enfant** : l'intervention de correction du ptosis est indiquée généralement vers l'âge de 4 ans. Une intervention plus précoce pourra être proposée en cas de ptosis avec une amputation du champ visuel qui menace le développement de la vision.

La technique la plus souvent utilisée est la remise en tension du muscle releveur par résection de son excès de longueur par une cicatrice qui sera positionnée dans le pli palpébral supérieur s'il existe, sinon en recréant ce pli à la même hauteur que le pli opposé.

Si le muscle releveur n'est pas fonctionnel, (ptosis sévère), une suspension de la paupière au muscle frontal peut être réalisée, soit en utilisant une bandelette synthétique, soit une bandelette d'aponévrose prélevée au niveau de la cuisse (fascia lata) ou dans le cuir chevelu de l'enfant. Les cicatrices sont alors positionnées au niveau du pli de la paupière supérieure, au niveau du front (3 petites incisions de quelques millimètres) et au niveau de la zone de prélèvement de l'aponévrose.

- **Chez l'adulte** : l'intervention sera différente en fonction de la cause du ptosis : involutif (âge), myogénique, neurogénique ou traumatique.

Le ptosis involutif apparaît progressivement avec l'âge en rapport avec une désinsertion ou une élongation de l'aponévrose du muscle releveur. Une incision est réalisée au niveau du pli de la paupière supérieure, la réinsertion de l'attache musculaire est pratiquée par plusieurs sutures.

Pour le ptosis neurogène de grade modéré avec fonctionnement du muscle releveur et test positif à la Néosynéphrine, la correction pourra être effectuée par résection tarso-conjonctivo-Müllérienne.

Plus rarement, dans les ptosis myopathiques ou post-traumatiques (perte de la fonction du muscle releveur), une suspension au muscle frontal pourra être indiquée.

● **APRÈS L'INTERVENTION : SUITES ET SOINS POST-OPÉRATOIRES**

Les suites opératoires immédiates sont essentiellement marquées par l'apparition d'un œdème (gonflement), d'ecchymoses (bleus) et de larmoiements dont l'importance et la durée sont variables d'une personne à l'autre. Il n'y a pas de véritables douleurs, mais éventuellement un certain inconfort, avec une sensation de tension au niveau de la ou les paupières opérées, une légère irritation de l'œil, ou un flou visuel qui seront temporaires.

Les premiers jours, il est important de se reposer et d'éviter tout effort violent.

Les soins post-opératoires viseront à prévenir tout assèchement de la cornée (risque d'ulcère en l'absence de protection), par l'application pluriquotidienne de larmes artificielles et au coucher du fait du flou visuel associé d'une pommade comportant de la vitamine A, pendant une semaine, en général. Selon le terrain et l'intervention (greffe aponévrotique par exemple), une antibiothérapie par voie orale pourra être indiquée.

On observe parfois une difficulté à fermer totalement la paupière opérée, généralement rapidement réversible qui pourra faire indiquer une occlusion palpébrale par un pansement, le plus souvent nocturne uniquement, le temps de la récupération d'une occlusion palpébrale satisfaisante.

Les fils cutanés seront retirés entre le 5ème et le 7ème jour après l'intervention.

Le retour à une vie socio-professionnelle ou scolaire normale est généralement possible après dix jours.

Les cicatrices présenteront une légère induration les premières semaines avec l'apparition secondaire d'une coloration plus rosée à l'approche des 3 mois post-opératoires.

Les suites tardives sont généralement limitées à la malocclusion la nuit, décrite ci-dessus.

● **LE RESULTAT**

Un délai de 6 mois à 1 an est nécessaire pour apprécier le résultat. Il s'agit du temps nécessaire pour que la cicatrisation des tissus soit stabilisée.

L'intervention aura permis de corriger la chute de la paupière supérieure améliorant le champ visuel et la gêne esthétique. En cas de ptosis unilatéral, l'asymétrie sera améliorée ou corrigée.

Certains résultats sont volontairement incomplets pour éviter les complications sur le globe oculaire (atteinte combinée des muscles releveur et orbiculaire, qui permet l'occlusion palpébrale).

● **LES IMPERFECTIONS DE RESULTAT**

Il peut ainsi exister une insuffisance de résultat avec une sous-correction laissant persister un ptosis modéré (parfois volontaire) ou au contraire, une correction excessive (hyper-correction) qui peut occasionner un défaut de protection de l'œil, une asymétrie palpébrale notamment dans le regard vers le bas qui sera d'autant plus fréquente que l'opération a été unilatérale.

L'hyper-correction peut aussi résulter d'évolutions cicatricielles (rétraction, hypertrophie) inhabituelles.

L'insuffisance de correction pourra être corrigée par une reprise chirurgicale (estimée à 10 à 15% des cas) qui pourra se pratiquer sous anesthésie locale, en général à partir du 6ème mois après l'intervention initiale.

En cas de sur-correction, la reprise chirurgicale pourra être réalisée plus précocement en raison du risque pour la cornée.

Les cicatrices au niveau des paupières supérieures peuvent parfois rester un peu trop « blanches » (dépigmentation), augmentant leur visibilité. Les risques de cicatrices hypertrophiques ou chéloïdes, à la paupière sont extrêmement faibles (peau fine, absence de tension cicatricielle).

● LES COMPLICATIONS ENVISAGEABLES

La cure de ptosis, implique les risques inhérents à tout acte chirurgical.

Cet acte reste notamment soumis aux aléas liés aux tissus vivants dont les réactions ne sont jamais entièrement prévisibles.

Il faut distinguer les complications liées à l'**anesthésie** de celles liées à la **chirurgie**.

- En ce qui concerne l'**anesthésie**, lors de la consultation, le médecin anesthésiste informera lui-même le (la) patient(e) des risques de l'anesthésie. Il faut savoir que l'anesthésie induit dans l'organisme des réactions parfois imprévisibles et plus ou moins faciles à maîtriser : le fait de recourir à un anesthésiste parfaitement compétent, exerçant dans un contexte réellement chirurgical fait que les risques encourus sont devenus statistiquement très faibles.

En effet, les techniques, les produits anesthésiques et les méthodes de surveillance ont fait d'immenses progrès ces dernières années, offrant une sécurité optimale, surtout quand l'intervention est réalisée en dehors de l'urgence et chez une personne en bonne santé.

- En ce qui concerne l'**acte chirurgical** : Le choix d'un chirurgien qualifié et compétent et le respect strict de ses recommandations pré et postopératoires visent à réduire ces risques sans toutefois les supprimer.

Les complications persistantes et invalidantes sont exceptionnelles. La majorité des interventions et leurs suites se déroulent sans problème et les patient(e)s sont satisfait(e)s de leur résultat.

Pour autant, vous devez être informé(e) des complications possibles que sont : l'**hyper-correction**, l'**hypo-correction**, les **anomalies de courbure de la paupière**, l'**entropion** (mauvaise position de la paupière qui se retourne vers l'intérieur de l'œil), l'**ectropion** (retournement de la paupière vers l'extérieur), les problèmes spécifiques à la suspension frontale, les **troubles oculo-moteurs**, les **modifications de réfraction** (puissance des lunettes).

Comme toute intervention chirurgicale au niveau des paupières supérieures, il peut également survenir :

- **Un hématome** : la plupart du temps sans gravité, il doit être évacué s'il est trop important, avec risque de compression du globe oculaire.

- **Une infection** : exceptionnelle mis à part quelques rares micro-abcès développés sur un point de suture et facilement traités par des soins locaux. Une simple conjonctivite sera prévenue par la prescription de collyres les premiers jours.

- **Des anomalies de cicatrisation** : très rares au niveau des paupières supérieures car la peau est très fine à ce niveau et cicatrise habituellement de façon quasiment invisible. Les cicatrices peuvent toutefois être plus visibles à terme.

- **Des kystes épidermiques** : ils peuvent apparaître le long des cicatrices et s'éliminent souvent spontanément. Sinon, ils sont faciles à enlever lors d'une consultation de contrôle et ne compromettent pas la qualité du résultat.

- **Des troubles de la sécrétion des larmes** : un larmolement persistant est plus rare qu'un syndrome d'œil sec qui vient parfois décompenser un déficit en larmes préexistant.

- **Une lagophtalmie** : en rapport avec une hyper-correction : malocclusion avec impossibilité de fermer complètement la paupière supérieure. Possible les premiers jours suivant l'intervention, sa persistance pourra nécessiter une reprise chirurgicale.

Au total il ne faut pas surévaluer les risques, mais simplement prendre conscience qu'une intervention chirurgicale, même apparemment simple, comporte toujours une petite part d'aléas.

Le recours à un Chirurgien Plasticien Qualifié vous assure que celui-ci a la formation et la compétence requises pour savoir éviter les complications, ou les traiter efficacement le cas échéant.

Tels sont les éléments d'information que nous souhaitons vous apporter en complément à la consultation. Nous vous conseillons de conserver ce document, de le relire après la consultation et d'y réfléchir « à tête reposée ».

Cette réflexion suscitera peut-être de nouvelles questions, pour lesquelles vous attendrez des informations complémentaires. Nous sommes à votre disposition pour en reparler au cours d'une prochaine consultation, ou bien par téléphone, voire le jour même de l'intervention où nous nous reverrons, de toute manière, avant l'anesthésie.

REMARQUES PERSONNELLES :