

## introduction

L'esthétique du regard s'explique en grande partie par la présence, et la hauteur du pli palpébral supérieur. La blépharoplastie asiatique, ou également appelée « double eyelide » constitue, en ce sens, la première demande de chirurgie esthétique dans ces populations.

Alors qu'en France, et dans les autres pays occidentaux, les femmes sont les plus demandeuses d'une telle chirurgie, ce sex ratio est plus équilibré chez l'asiatique.

Les motivations sont aussi différentes. En dehors du retentissement fonctionnel, la femme occidentale y voit souvent une difficulté à se maquiller. Pour le patient asiatique, plus que la recherche d'une occidentalisation du regard, il s'agit d'obtenir un regard plus ouvert, moins fatigué.

Les variantes chirurgicales sont nombreuses. Les attentes le sont tout autant. Les patients vivant en Asie cherchant plus favorablement une vraie transformation de leur regard avec un pli très haut, alors que les patients asiatiques vivant dans les pays occidentaux seront attachés à conserver leur caractère ethnique, avec un pli à « mi-chemin » entre le pli asiatique, quand il existe, et le pli caucasien. Ces derniers seront d'ailleurs très attentifs à la gestion de leur cicatrices, connaissant bien les risques plus accrus de cicatrisation hypertrophique, voire chéloïde, ajoutés au risque de dépigmentation, le plus souvent, ou d'hyperpigmentation.

## RAPPELS ANATOMIQUES

### La paupière supérieure

Le pli palpébral supérieur est soit absent (50%) soit très bas, entre 2 et 4 mm du bord ciliaire (50%). Cet aspect est expliqué d'une part par l'absence d'attaches entre l'aponévrose du releveur et la peau, et d'autre part par l'insertion basse du septum orbitaire et de l'aponévrose du releveur. La graisse pré-aponévrotique, ou organe en rouleau, souvent excessive, suit la position basse de l'aponévrose.



Figure 1 : paupière caucasienne



Figure 2 : paupière asiatique

L'absence, ou la brièveté du pli palpébral supérieur, associée à un tarse très court, souvent inférieur à 4 millimètres de hauteur, est responsable d'une grande laxité de la portion cutanée pré-tarsale.

Cette laxité combinée à la position basse de la graisse rétro-septale et du pli palpébral supérieur (ou à son absence) favorise la formation d'un repli cutané canthal médial : l'épicanthus. La lourdeur apparente de la paupière supérieure associée à la position haute du canthus latéral accentue l'aspect étroit de la fente palpébrale.

## La paupière inférieure

Le septum orbitaire est s'insère juste sous le rebord ciliaire entraînant avec lui la graisse retro-septale. Cet aspect est responsable de deux phénomènes. Le premier est représenté par la survenue précoce des poches sous orbitaires. Le second phénomène est représenté par la saillie du muscle orbiculaire pré-tarsal refoulé par la graisse rétro-septale.



Figure 3 : aspect classique de poches sous orbitaires



Figure 4 : orbiculaire pré-tarsal saillant

---

## VIEILLISSEMENT PÉRI-ORBITAIRE

Le blépharochalasis est proportionnellement plus important et plus précoce que celui observé dans la paupière caucasienne. Ce qui s'explique par la laxité cutanée pré-tarsale, par le poids de la graisse pré-tarsale, et enfin par un pli palpébral supérieur bas, ou absent.

La chute du sourcil est plus fréquente. Celle-ci intéresse l'ensemble du sourcil, alors qu'elle se limite souvent à la queue du sourcil dans la paupière occidentale.

Les visages étant ronds, les pommettes saillantes, le sillon palpébro-malaire, ou vallée des larmes, est moins marqué. Par contre, la squelettisation de l'orbite est équivalente à celle rencontrée dans les populations occidentales. Celle-ci favorise la ptôse sourcilière et l'apparition des cernes. Cet aspect de cernes creux est d'autant plus marqué, que ces derniers sont souvent pigmentés.



Figure 5 : aspect classique du vieillissement péri-orbitaire du patient asiatique

---

## PRINCIPES DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

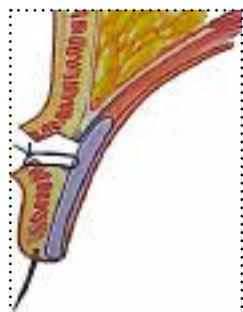
### Traitement chirurgical de la paupière supérieure, ou blépharoplastie asiatique, ou « double eyelide »

IL EXISTE TROIS TECHNIQUES :

Dans tous les cas, le dessin pré-opératoire reste identique. Celui-ci est réalisé en position assise, chez un patient éveillé. Il est réalisé au-dessus du pli quand il existe, parallèle à celui-ci, pour éviter tout effet de double pli. Souvent, la hauteur du nouveau pli est située à 5-7 mm du bord ciliaire, soit en-dessous du pli caucasien (8-10 mm).

**La technique avec incision cutanée**, dans laquelle la résection cutanée doit être modérée. Le muscle orbiculaire est incisé. Après incision du septum orbitaire, la graisse aponévrotique est réclinée afin d'aborder l'aponévrose du releveur de la paupière supérieure. La résection graisseuse doit être extrêmement économe. Deux situations anatomo-cliniques sont alors à distinguer :

soit le pli palpébral existe, mais bas situé. Auquel cas, il faut alors poursuivre la dissection le long de l'aponévrose jusqu'au bord supérieur du tarse afin de libérer toutes les adhérences existantes et responsables de ce pli.  
- soit il n'existe pas de pli palpébral avant la chirurgie, auquel cas, il est inutile de poursuivre la dissection.



La suture doit être réalisée à l'aide d'un fil résorbable. La résorption de celui-ci va de ce fait engendrer une inflammation. Cette dernière favorisera alors une fibrose tissulaire utile à la création, ou à la réfection, du nouveau pli. La fermeture cutanée se fera en points séparés. Chaque point chargeant tout d'abord la berge cutanée inférieure, l'orbiculaire, l'aponévrose du releveur, l'orbiculaire et enfin la berge cutanée supérieure (figure 6). L'ablation des points se fait au douzième jour. Une lipostructure du sourcil et du creux supra-tarsal sera très souvent associée.

Figure 6 : suture « multiplans »

**La Technique percutanée**, ou technique des perles. Elle consiste à réaliser des points en U transfixiants depuis la face postérieure de la paupière, au bord supérieur du tarse, jusqu'à la peau, au niveau du nouveau pli souhaité. La suture se fait au fil résorbable. Chaque nœud est protégé par une perle afin d'éviter toute effraction cutanée. L'ablation des sutures est réalisée au douzième jour. Il s'agit d'une technique, toujours réversible, exclusivement réservée au patient jeune, ne présentant ni excès cutané, ni excès graisseux, et craignant un résultat définitif.

**La technique des mini-incisions** : Là encore, il s'agit d'une technique sans cicatrice. Trois à cinq incisions de deux à trois millimètres sont réalisées dans la ligne désignant le nouveau pli. Chaque incision doit être réalisée jusqu'à l'aponévrose du releveur. La résection graisseuse peut être alors réalisée par chacune de ces incisions. La suture, toujours réalisée au fil résorbable, devra prendre en charge la peau, le muscle orbiculaire et l'aponévrose du releveur (suture « multiplans »). L'ablation des sutures sera réalisée au douzième jour. Là encore, il s'agit d'une intervention exclusivement réservée au patient ne présentant ni excès cutané, ni excès graisseux.



Figure 7 : technique des mini-incisions

## Traitement chirurgical de l'épicanthus

Son indication doit être si possible limitée à une gêne fonctionnelle, la rançon cicatricielle étant souvent trop importante. La méthode de base reste toujours la plastie en Z, avec toutes les variantes que cela représente. La technique la plus communément utilisée est celle décrite par Park (figure 8), soit l'échange de petits lambeaux cutanés triangulaires réalisés aux dépens des différentes berges du repli épicanthal. L'affaiblissement, par résection, du muscle orbiculaire pré-tarsal est obligatoire. Ce dernier s'insérant sur le tendon canthal médial participe pleinement à la constitution de cet épicanthus.

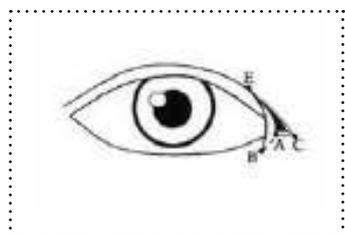


Figure 8 : épicanthoplastie selon JI Park

Dans le type IV, l'épicanthus reliant le tiers médial du pli palpébral supérieur au tiers médial du pli palpébral inférieur est souvent responsable d'un entropion de la paupière inférieure. C'est ce que l'on appelle « l'épicanthus inversus ». Dans ce cas, la technique décrite par Fujiwara peut être utilisée. Elle consiste à réaliser une plastie en Z asymétrique, en y associant la résection d'un petit fuseau cutané-musculaire, ainsi qu'une suture inversante.



Figure 9 : Epicanthus : Classification de Park

## Traitement chirurgical de la paupière inférieure

La voie postérieure dite transconjonctivale est à privilégier. La résection de la graisse sera modérée. Le traitement des cernes creux, et de la vallée des larmes fera appel à la lipostructure.

### Gestion de la cicatrice

Le risque de cicatrice hypertrophique, voire chéloïde étant élevé, toute chirurgie sera complétée par un traitement par Led (light emitting diode).



Figure 10 : séance de LED dans le traitement post-opératoire

## CONCLUSION

Comme toute chirurgie esthétique, l'objectif de telles interventions n'est bien évidemment pas celui d'une transformation, et toute la difficulté d'une telle prise en charge sera de conserver le caractère racial. La connaissance précise des spécificités anatomiques constitue un pré-requis obligatoire avant d'envisager une prise en charge chirurgicale des patients asiatiques.



OCULOPLASTIC CLINIC

Docteur Abraham-Paul FERRON

Oculoplasticien

Oculoplastic Clinic  
5, Rue Pierre Loti  
33200 Bordeaux  
tél. 05 57 81 82 10

Nouvelle Clinique Bel-Air  
138, Av. de la République  
33073 Bordeaux  
tél. : 0 826 300 606

mail : dr.a.ferron@free.fr  
web : www.oculoplastic-clinic.fr