

# LA GREFFE DE PEAU TOTALE DANS LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'ECTROPION CICATRICIEL PALPEBRAL SUPERIEUR

M.R. NDIAYE, P.A. NDIAYE, A. LAM, A. WADE

## RESUME

Neuf patients, tous mélanodermes, ont bénéficié d'une greffe libre de peau totale pour un ectropion palpébral supérieur, secondaire dans 4 cas à une brûlure du visage et dans 5 cas à une suppuration des téguments palpébraux. En dehors de deux nécroses partielles, le greffon prélevé dans la majorité des cas à la face interne du bras a bien pris quelque soit le type cicatriciel des tissus récepteurs. La correction de l'ectropion a été satisfaisante dans 4 cas dont 3 après une seule intervention, moyenne dans 4 cas dont 3 malgré une reprise chirurgicale de la greffe.

En définitive, bien qu'une desquamation précoce de l'épiderme du greffon ait été observée, l'état anatomique post-opératoire de la paupière a permis une bonne protection du segment antérieur dans 8 cas sur 9.

**Mots-clés :** ectropion, paupière supérieure, lagophtalmie, greffe libre de peau totale.

## SUMMARY

Free whole skin grafts were realised on 9 black patients for superior eyelid ectropion, caused by face burn (4 cases) and eyelid suppuration (5 cases).

The graft was generally taken from the inside arm and the peeling of the graft's epidermis was constant and early after surgery.

Except two partial necrosis, graft evolution was satisfactory, the eye protection was successful.

The ectropion correction was quite excellent for 4 patients (second surgery was necessary in one case) and medium for 4 patients (second surgery was necessary in three cases).

**Keys words :** ectropion, superior eyelid, lagophtalmos, free whole skin graft.

## INTRODUCTION

L'ectropion ou renversement en dehors du bord libre ou de la totalité de la paupière est responsable d'une lagophtalmie pouvant aboutir à la perte fonctionnelle de l'oeil par dessiccation du segment antérieur.

Il est d'autant plus important au cours des phénomènes de cicatrisation des tissus palpébraux que la traction s'exerce sur le bord libre palpébral, sans force antagoniste pour la limiter.

Son traitement chirurgical est la greffe libre de peau mince ou totale. Introduite la première fois en 1869 par REVERDIN (3), elle a fait l'objet de multiples travaux jusqu'en 1881, date à laquelle MONOD (3) en a établi les bases fondamentales en général et dans le traitement de l'ectropion palpébral en particulier.

Le but de notre travail est d'apprécier à travers quelques observations, les résultats thérapeutiques de greffes libres cutanées chez le mélanoderme porteur d'un ectropion palpébral cicatriciel.

## MATERIEL ET METHODES

Neufs patients ont bénéficié d'une greffe libre de peau totale pour ectropion palpébral supérieur et sont répartis en deux groupes étiologiques :

- les ectropions après brûlure du visage (tableau I) au nombre de quatre chez de jeunes femmes (de 18 à 38 ans) qui, au cours de travaux ménagers (cuisine, repassage) ont eu une crise d'épilepsie dans 3 cas ou des vertiges dans 1 cas : (figures 1 et 2).
- les ectropions après suppuration des téguments palpébraux (tableau II), au nombre de cinq chez des enfants et adolescents (de 5 à 16 ans) dont quatre ont présenté une cicatrice curviligne à la base des paupières allant d'un canthus à l'autre (figure 3).

L'indication majeure a été d'ordre fonctionnel, 7 patients sur 9 ont présenté, soit une kératite (5 cas), soit une taie cornéenne (2 cas).

\* Clinique ophtalmologie, CHU Aristide le Dantec. Prof. ALASSANE WADE - BP 6215 Dakar Etoile Sénégal.

	1er cas	2ème cas	3ème cas	4ème cas
Sexe et Age	F/38	F/18	F/24	F/24
Degré brûlure	2°	2°	2°	2°
Etendue ectropion	2/3 Ext.	2/3 Ext.	total	total
Importance lagophtalmie	+++	++	++	++
Etat cornée	kératite	kératite	kératite	normal
Cicatrice visage	rétractile	chéloïde	chéloïde	souple

+ = moyenne      ++ = importante      +++ = très importante

**TABLEAU I - Aspects cliniques chez les patients brûlés**

	1er cas	2ème cas	3ème cas	4ème cas	5ème cas
Sexe et Age	F/16	F/6	H/5	H/5	F/15
Etendue ectropion	3/4 ext.	total	total	total	total
Importance lagophtalmie	++	+++	+++	++	+++
Etat cornée	normal	kératite	kératite	taie	taie
Type infection	charbon	?	myase infectée	?	?

+ = moyenne      ++ = importante      +++ = très importante

**TABLEAU II - Aspects cliniques chez les patients présentant une suppuration palpébrale**

Nous avons réalisé chez l'ensemble de nos patients, une greffe de peau totale prélevée à la face interne du bras à la première intervention comme au cours des reprises. Un seul prélèvement rétro-auriculaire a été fait. Les interventions ont été pratiquées par trois chirurgiens, conformément à la technique de TESSIER (5) avec quelques modifications, sous anesthésie générale ou locorégionale. En voici les différents temps :

1° - Traction sur la paupière supérieure par deux points en U au bord libre.

2° - Infiltration sous cutanée de xylocaïne adrénalinée à 2 %, très difficile dans certains cas de brûlure avec cicatrices chéloïdiennes.

3° - Incision cutanée à 2 à 3 mm du bord libre d'un canthus à l'autre et excision du tissu cicatriciel.

4° - Dissection aux ciseaux et à la lame de bistouri, en déroulant au fur et à mesure la paupière, prolongée dans certains cas en arrière du septum quand une brièveté anormale de cette paupière l'exigeait.

5° - Hémostase par tamponnement.

6° - Prélèvement du greffon au bistouri après infiltration sous cutanée de xylocaïne adrénalinée à 2 %. Débarrassé des lobules graisseux, sa face cruentée est appliquée sur la face palpébrale disséquée, il est suturé par points séparés, un des chefs étant laissé long.

7° - Application de tulle gras sur le greffon, suture avec les chefs longs d'un bourdonnet de compresses, suivie d'un pansement compressif, blépharorrhaphie après mise en place d'une pommade antibiotique au cul de sac inférieur.

8° - Premier pansement entre le 5ème et le 16ème jour, ablation totale des points de suture à partir du 10ème jour.

## RESULTATS

Ils sont appréciés sur l'état du greffon et sur l'importance de la correction de la lagophtalmie, autrement dit, sur la réduction totale ou partielle de l'ectropion (tableaux III et IV). Lorsque le résultat n'est pas satisfaisant, une seconde greffe est effectuée sauf dans un cas où l'intervention a été refusée par les parents d'un jeune patient (cas n°2 du tableau IV).

	1er cas	2ème cas	3ème cas	4ème cas
Sexe et Age	F/38	F/18	F/24	F/24
Etat greffon	bon	nécrose	bon	bon
Lagophthalmie résiduelle	néant	importante	importante	néant
Autre greffe	néant	1	1	néant
Résultat final	bon	moyen	moyen	bon

**TABLEAU III - Résultats des greffes après brûlure**

	1er cas	2ème cas	3ème cas	4ème cas	5ème cas
Sexe et Age	H/16	H/6	H/5	H/5	F/15
Etat greffon	bon	nécrose	bon	bon	bon
Lagophthalmie résiduelle	importante	importante	légère	néant	importante
Autre greffe	2	refusée	néant	néant	1
Résultat final	bon	mauvais	moyen	bon	moyen

**TABLEAU IV - Résultats des greffes après suppuration**

C'est ainsi que nous avons obtenu 4 résultats satisfaisants dont 3 après une seule intervention et un après une troisième intervention, 4 résultats moyens dont 3 après une seconde intervention et un seul après la première. Dans ce cas, nous n'avons pas jugé utile une reprise, la cornée étant parfaitement protégée.

Un mauvais résultat post opératoire doit être noté chez l'enfant dont les parents n'ont pas accepté une seconde greffe. Quelque soit le résultat de la correction de l'ectropion, les patients ont présenté une mobilité palpébrale peu satisfaisante.

Sept greffons sur neuf ont bien pris à la paupière ; deux nécroses en fait partielles ont été observées, elles sont survenues dans la première semaine de l'intervention dès l'ablation des pansements et ont intéressé les bords du greffon. Tous les greffons ont présenté à partir de la deuxième semaine une hyperpigmentation et une desquamation par lambeau de l'épiderme, suivies quelques semaines plus tard d'une pigmentation.

### DISCUSSIONS

. La greffe libre de peau totale utilisée dans la cure de l'ectropion palpébral cicatriciel est une technique assez séduisante et présente bien des avantages. En effet, elle ne

produit pas de cicatrice inesthétique du visage comme les lambeaux par glissement ou rotation, elle peut être répétée à volonté en respectant néanmoins l'unité palpébrale ; les prélèvements pouvant se faire en plusieurs endroits (face interne du bras, creux susclaviculaire et région rétro-auriculaire). On lui reproche cependant d'avoir la pigmentation des lieux du prélèvement et sa prise n'est pas toujours de qualité parfaite, même entre des mains expertes (1). Selon SIDNEY (6), le meilleur greffon est la peau de la paupière du même oeil ou de l'oeil adelphe.

. Les résultats dans notre série de 9 patients sont relativement encourageants. Nous avons quelques inquiétudes sur l'évolution du greffon chez des mélanodermes réputés faire des cicatrices hypertrophiques, voire chéloïdiennes. Aucun greffon n'a évolué dans ce sens, même parmi les patients qui présentaient au visage des cicatrices chéloïdiennes (cas n°1, 2, et 3 du tableau I).

Une bonne protection de la cornée, même dans les cas où le résultat est moyen a été obtenu, mettant à l'abri de toute dessiccation ultérieure. On remarquera la similitude des résultats dans les deux groupes malgré la gravité des lésions cutanées par brûlure du second degré, pouvant faire craindre des suites défavorables.

. La greffe de peau totale n'a pas délibérément été utilisée à la paupière supérieure qui habituellement, doit recevoir une

peau mince dermo-épidermique dont la confection à la lame de bistouri est pratiquement impossible. L'usage du dermatome électrique devrait pallier les insuffisances de ce mode de prélèvement. La greffe de peau totale devient dès lors inévitable, mais présente un avantage en servant de contrepois au muscle releveur de la paupière en cas d'altérations importantes de l'orbiculaire. La face interne du bras est plus facile à accepter comme lieu de prélèvement et les cicatrices sont relativement peu exposées.

La mauvaise correction de l'ectropion est favorisée par l'insuffisance de la taille du greffon qui doit être supérieure à la zone réceptrice. Ce qui nous a amené dans un cas à réaliser de petites incisions de décharge, parallèles au bord libre pour élargir le greffon.

La résection d'un triangle tarso-conjonctival à base inférieure, effectuée dans 2 cas (n° 2 et 5 du tableau II) nous a permis d'avoir une bonne application de la paupière sur le globe oculaire dans les formes majeures d'ectropion en raccourcissant le bord libre.

- Enfin, tous nos greffons ont présenté une desquamation

de l'épiderme, ce que nous n'avons pas retrouvé dans la littérature chez le leucoderme. Est-ce une particularité du mélanoderme ou un défaut dans la réalisation de la greffe ? L'état anatomique des greffons très satisfaisant nous fait plutôt évoquer la première hypothèse.

### CONCLUSION

La cure de l'ectropion palpébral supérieur revêt un caractère urgent vu la fragilité des tissus cornéens exposés.

La greffe libre de peau totale, par sa simplicité par rapport aux autres techniques (lambeaux), reste un moyen thérapeutique approprié quelque soit l'origine de la rétraction cicatricielle des tissus.

Les résultats fonctionnels dépendent dans la majorité des cas d'un bilan lésionnel rigoureux et de la bonne exécution des temps opératoires, en respectant rigoureusement l'unité anatomique des paupières (greffon tendu d'un canthus à l'autre).

Chez le sujet mélanoderme, une desquamation précoce de l'épiderme du greffon est habituelle.

#### FIGURE I

**Ectropion palpébral supérieur bilatéral chez un épileptique brûlé à la face**

#### FIGURE II

**Bon résultat post-opératoire après greffe libre de peau totale aux deux paupières supérieures (jeune femme épileptique brûlée)**

**FIGURE III - Suppuration des téguments palpébraux dont l'évolution entraînera un ectropion**

**BIBLIOGRAPHIE**

- 1 - HAMARD H.  
Les greffes de peau, comparaison avec les lambeaux. Revue Chibret d'Ophthalmologie 1982, (99).
- 2 - KRASTINOVA D., RODALLEC A.  
La paupière du brûlé. J.F. Ophthalmol. 1982, 5, (12), 819-826.
- 3 - MONTANDON D., MAILLARD G.F.  
Plasties et reconstructions orbito-palpébrales. Editions Médecine et Hygiène. Genève, 1978.
- 4 - MORAX S.  
Les homogreffes en chirurgie orbito-palpébrale. Revue Chibret d'Ophthalmologie 1982, (99).
- 5 - ROUGIER J., TESSIER P., HERVOUET, WOILLEZ M., LEKIEFFRE M., DEROME D.  
Chirurgie plastique orbito-palpébrale. Rapport de la Société Française d'Ophthalmologie. Masson Ed. Paris, 1977.
- 6 - SIDNEY A.F.  
Ophthalmic plastic surgery. Grune and Stratton Inc (3rd edition), New York, 1963.