



Procédure de Quickert dans le traitement de l'entropion sénile de la paupière inférieure Quickert procedure for the treatment of senile entropion of the lower eyelid

S. Cherkaoui ; M. Elbelhadji ; R. Rachid ; A. Chakib ; L. Benhmidoune ; A. Mchachil

Service d'ophtalmologie adulte ; Hôpital 20 aout 1953 ; CHU Ibn Rochd - Casablanca
Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca ; Université Hassan 2

e-mail : sami.cherkaoui@gmail.com

Résumé

L'entropion est une malposition palpébrale correspondant au retournement du bord libre de la paupière vers le globe oculaire. L'entropion sénile représente une forme clinique dont le mécanisme est plurifactoriel. Le relâchement palpébral se fait à la fois dans le sens horizontal et vertical avec déviation des cils vers le globe oculaire responsable d'atteintes cornéennes parfois graves. Le but de cette étude est d'évaluer les résultats fonctionnels et esthétiques de la procédure de Quickert dans le traitement de l'entropion sénile de la paupière inférieure.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude transversale descriptive d'une série de 26 patients consécutifs colligés entre janvier 2015 et décembre 2016 dans notre structure tertiaire. Les patients inclus ont été opérés pour un entropion sénile de la paupière inférieure avec hyperlaxité horizontale et sans laxité canthale externe selon la technique de Quickert. Tous les patients ont été suivis durant une période allant de 6 à 12 mois après l'intervention. Les résultats anatomiques, fonctionnels et esthétiques ont été évalués 6 mois en moyenne après la chirurgie. Ils étaient jugés bons s'il n'existe pas de récurrence de l'entropion ni de cils trichiasiques au contact de la cornée ni de complication palpébrale associée.

Résultats : La moyenne d'âge des patients était de 68 ans avec une prédominance masculine (sexe ratio = 1,8). La moyenne de l'acuité visuelle corrigée initiale était de 0,65 LogMAR avec des extrêmes allant de CLD à 1 m à 8/10. L'atteinte était bilatérale dans 34,6% des cas. La correction de l'entropion a été obtenue chez 25 patients (96,1% des cas). Le bord libre palpébral était régulier dans 92,3% des cas. Une amélioration significative du film lacrymal et de la surface cornéenne a été notée chez 84,4% des patients. Durant la période de suivi, aucun cas de récurrence de l'entropion n'a été rapporté.

Discussion : Parmi les différentes techniques chirurgicales indiquées pour tailler l'hyperlaxité horizontale de la paupière inférieure, la procédure de Quickert respecte l'anatomie de la paupière inférieure et permet de doser précisément la correction de l'entropion en per-opératoire. Elle réduit ainsi le risque de récurrence et améliore considérablement les résultats esthétiques des patients.

Conclusion : La procédure de Quickert est une technique simple et efficace. Elle permet d'améliorer significativement le résultat esthétique des entropions séniles de la paupière inférieure.

Mots clés: entropion; sénile ; procédure de Quickert ; raccourcissement horizontal ; renforcement des rétracteurs

Abstract

Entropion is a palpebral malposition corresponding to the inversion of the free edge of the eyelid towards the eyeball. The senile entropion represents a clinical form whose mechanism is multifactorial. The relaxation of the eyelid is done both in the horizontal and vertical direction with deviation of the eyelashes towards the eyeball responsible for corneal damage sometimes serious. The aim of this study is to assess the functional and aesthetic results of the Quickert procedure in the treatment of senile entropion of the lower eyelid.

Patients and methods: This is a descriptive cross-sectional study of a series of 26 consecutive patients collected between January 2015 and December 2016 in our tertiary structure. The patients included were operated on for a senile entropion of the lower eyelid with horizontal hyperlaxity and without external canthal laxity according to the Quickert technique. All patients were followed for 6 to 12 months after the intervention. The anatomical, functional and aesthetic results were evaluated 6 months on average after surgery. They were considered good if there was no recurrence of the entropion or trichiasis eyelashes in contact with the cornea or associated palpebral complication.

Results: The average age of the patients was 68 years with a male predominance (sex ratio = 1.8). The mean initial corrected visual acuity was 0.65 LogMAR with extremes ranging from CLD at 1 m to 8/10. The involvement was bilateral in 34.6% of cases. Entropion correction was obtained in 25 patients (96.1% of cases). The palpebral free border was regular in 92.3% of cases. Significant improvement in the tear film and corneal surface was noted in 84.4% of patients. During the follow-up period, no recidivism of the entropion was reported.

Discussion: Among the various surgical techniques indicated for treating the horizontal hyperlaxity of the lower eyelid, the Quickert procedure respects the anatomy of the lower eyelid and allows precise determination of the correction of the entropion intraoperatively. It thus reduces the risk of recurrence and considerably improves the esthetic results of the patients.

Conclusion: The Quickert procedure is a simple and effective technique. It significantly improves the aesthetic result of senile entropions of the lower eyelid.

Keywords: entropion; senile; Quickert procedure; horizontal shortening; reinforcement of retractors



L'entropion est une malposition palpébrale correspondant au retournement du bord libre de la paupière vers le globe oculaire. L'entropion sénile présente une forme clinique dont le mécanisme est plurifactoriel. Le relâchement palpébral se fait à la fois dans le sens horizontal et vertical avec déviation des cils vers le globe oculaire responsable d'atteintes cornéennes parfois graves.

Le but de cette étude est d'évaluer les résultats fonctionnels et esthétiques de la procédure de Quickert dans le traitement de l'entropion sénile de la paupière inférieure.

PATIENTS ET MÉTHODES :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive d'une série de 26 patients colligés entre janvier 2015 et décembre 2016. Nous avons inclus tous les patients opérés pour un entropion sénile selon la technique de Quickert de la paupière inférieure.

L'intervention a été réalisée sous anesthésie locale par un mélange de lidocaïne 2% et d'adrénaline (figure 1). Une incision verticale de la paupière de pleine épaisseur est réalisée à 5mm du canthus externe jusqu'au bord inférieur du tarse (figure 2). Ensuite, une section horizontale de la paupière au bord périphérique du tarse est réalisée (figure 3). Après évaluation de l'excédent horizontal responsable de l'hyperlaxité, une résection de cet excédent est réalisée (figure 4). Cette résection ne doit pas déplacer excessivement le point lacrymal. La seconde étape est le passage de 3 sutures résorbables 5/0 doublement montées à travers la conjonctive et les rétracteurs (figure 5). Puis, une Suture du tarse et du bord libre est réalisée à l'aide d'un fil résorbable 6/0 (figure 6). La dernière étape est le passage des 3 sutures entre le tarse et l'orbiculaire pré-tarsal pour émerger 1 à 2 mm sous le bord libre (figure 7), puis Suture de la peau par



Figure 1 : Anesthésie locale par un mélange de lidocaïne 2% et d'adrénaline.

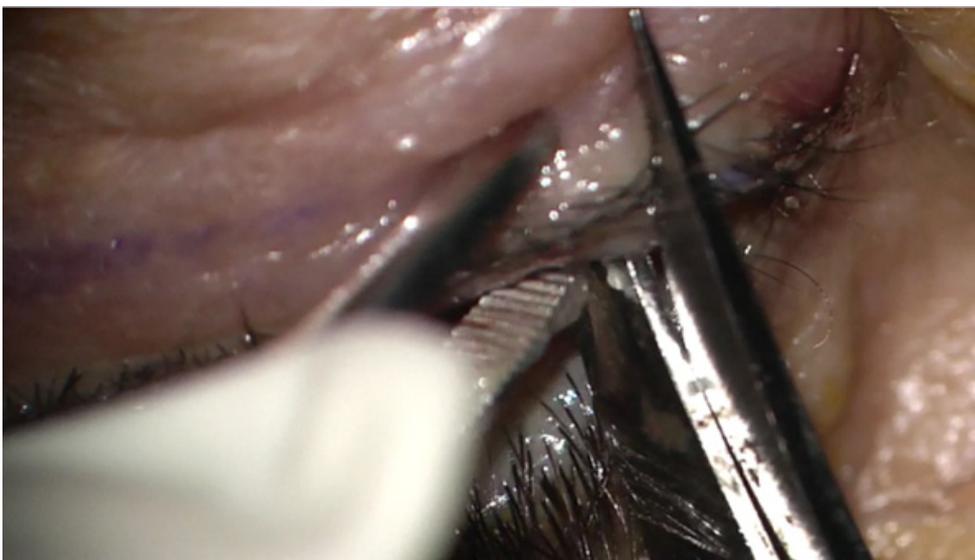


Figure 2 : Incision verticale de la paupière de pleine épaisseur à 5mm du canthus externe

Figure 3 : Section horizontale de la paupière au bord périphérique du tarse



Figure 4 : Résection de l'excédent responsable de la laxité horizontale.



Figure 5 : Passage de 3 sutures résorbables 5/0 doublement montées à travers la conjonctive et les rétracteurs.

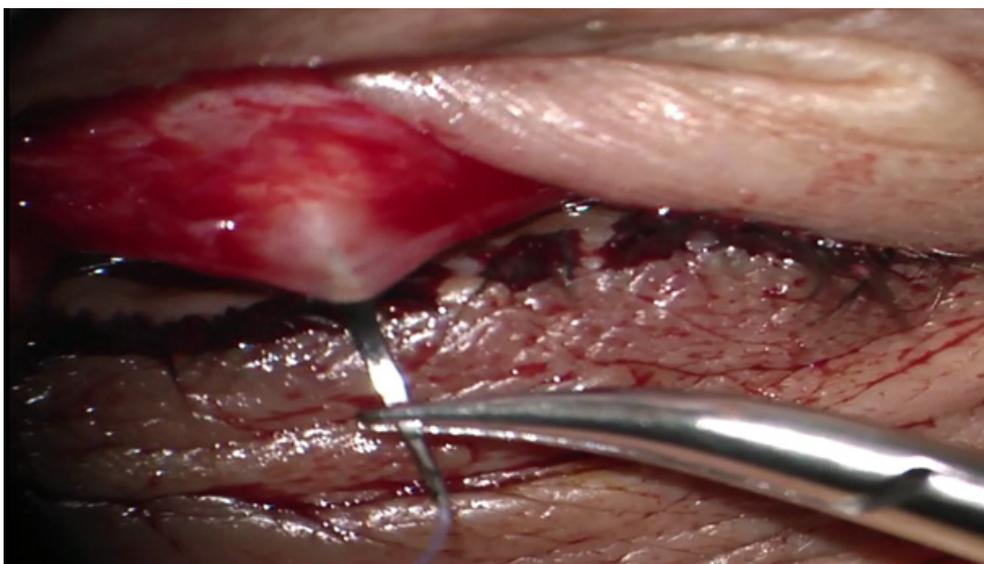




Figure 6 : Suture du tarse et du bord libre par un fil résorbable 6/0

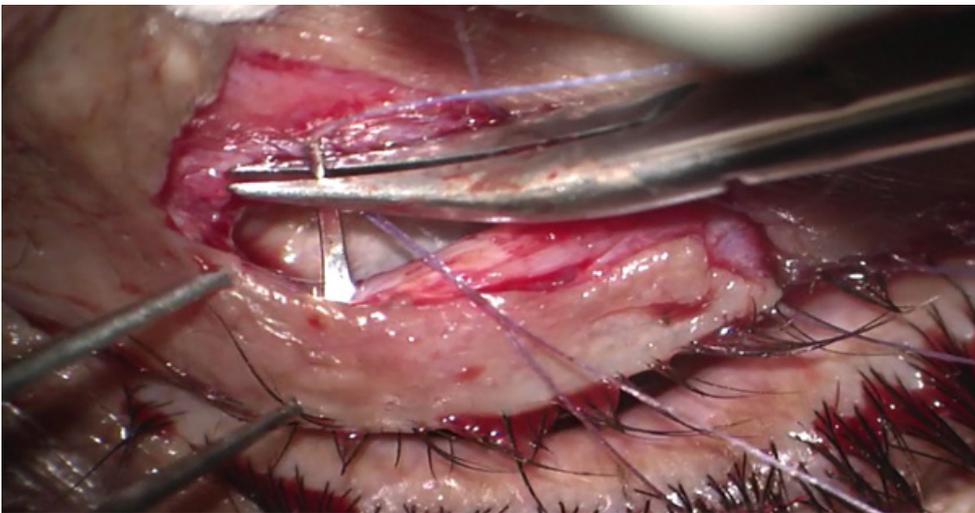


Figure 7 : Passage des 3 sutures résorbables 5/0 entre le tarse et l'orbiculaire pré-tarsal pour émerger 1 à 2 mm sous le bord libre



Figure 8 : Suture de la peau avec de la soie 6/0



Figure 9 : Résultat final
(17 post-opératoire)

des points séparés à la soie 6/0 (figure 8).

Tous les patients ont été suivis durant une période allant de 6 à 12 mois après l'intervention. Les résultats anatomiques, fonctionnels et esthétiques ont été évalués 6 mois après la chirurgie, ils étaient jugés bons lorsqu'il n'existe pas de récurrence de l'entropion traité ni de cils trichiasiques au contact de la cornée et qu'il n'existe pas de complication palpébrale associée.

RÉSULTATS :

Dans notre série, la moyenne d'âge des patients était de 68 ans avec une prédominance masculine (sex-ratio = 1,8). La moyenne de l'acuité visuelle corrigée initiale dans notre série était de 0,65 LogMAR avec des extrêmes allant de CLD à 1 m à 8/10.

L'atteinte était bilatérale dans 34,6% des cas. L'examen palpébral a retrouvé une laxité horizontale chez tous les patients.

L'examen du film lacrymal a révélé une sécheresse oculaire chez 20 patients (77% des cas). La moyenne du temps opératoire était de 21 minutes. Les résultats esthétiques et fonctionnels étaient très satisfaisants. La correction de l'entropion a été obtenue chez 25 patients (96,1% des cas). Le bord libre palpébral était régulier dans 92,3 % des cas (figure 9). L'amélioration significative du film lacrymal et de la surface cornéenne a été notée chez 84,4% des patients. Nous avons noté une sous correction de l'entropion chez 1 seul patient malgré l'amélioration significative de la gêne fonctionnelle initiale. Ce patient a nécessité un traitement complémentaire par des sutures éversantes. Durant la période de suivi, aucun cas de récurrence n'a été rapporté.

DISCUSSION :

L'entropion sénile de la paupière inférieure est une pathologie dont la physiopathologie est multifactorielle et qui peut engager le pronostic visuel par ses conséquences cornéennes. Le relâchement palpébral se fait dans le sens horizontal et vertical. Dans le sens horizontal, ce relâchement intéresse essentiellement le tarse prolongé des ligaments palpébraux. Le relâchement vertical est le fait de l'affaiblissement du septum orbitaire et des rétracteurs [1, 2]. Plusieurs techniques chirurgicales permettent de corriger les entropions séniles de la paupière inférieure [3, 4]. Ces procédures plus ou moins invasives incluent parmi d'autres, les sutures éversantes, la technique de Wies, la plicature des rétracteurs de Jones, la résection pentagonale type Kuhnt-Szymanowsky, la canthopexie externe, la myoplastie de l'orbiculaire et la technique de Quickert [5].

Dans notre structure, nous optons de plus en plus pour la réalisation de la procédure de Quickert qui présente plusieurs avantages comparativement à la résection pentagonale et la canthopexie externe largement indiquées [5, 6].

Cette procédure permet de corriger la laxité horizontale et verticale dans le même temps opératoire, de respecter le tendon canthal externe en absence de laxité canthale, et de mieux doser la correction de l'entropion en peropératoire ce qui réduit le risque de récurrences et améliore considérablement les résultats esthétiques. Le bord libre reste régulier sans aucune encoche palpébrale inesthétique. Les complications sont rares (sous correction, sur correction, déplacement excessif du point lacrymal inférieur et récurrence) [6, 7, 8].

Concernant les résultats fonctionnels, la correction de l'entropion sénile de la paupière inférieure par la



procédure de Quickert permet d'améliorer l'état de l'épithélium cornéen, d'augmenter la durée du Break Up Time, de diminuer le larmoiement et les ulcérations superficielles à partir de la première semaine postopératoire. Au long cours, l'acuité visuelle et la qualité de vie des patients est significativement améliorée [7, 8].

CONCLUSION :

L'entropion sénile est une pathologie fréquente chez les personnes âgées. Sa physiopathologie est plurifactorielle. Sa prise en charge est chirurgicale et doit être précoce afin d'éviter les complications cornéennes. La procédure de Quickert est une technique simple et efficace. Elle permet d'améliorer le résultat esthétique et fonctionnel des entropions séniles de la paupière inférieure.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Bachour M, Harvey J. causes of involuntional ectropion and entropion: age related tarsal changes are the key. *Ophthal plast reconstr surg* 2000; 16: 131-41.
2. Kocaoglu FA, Katircioglu YA, Tok OY, Pulat H, Ornek F. The histo-pathology of involuntional ectropion and entropion. *Can J Ophthalmol* 2009; 44: 677-9
3. J. Delas, J. Lagier. Entropions, trichiasis et distichiasis. *EMC. Ophtalmologie*.2012; Vol 21-100-B-20.
4. Feldstein M. A method of surgical correction of entropion in aged persons. *Eye Ear Nose* 1960; 39 : 730-731
5. Skorin L. A review of entropion and its management. *Cont Lens Anterior Eye* 2003; 36 : 1412-1418
6. Quickert MH. Suture repair of entropion. *Arch Ophthalmol* 1971; 85: 304- 305
7. Yip CC, Choo CT. The correction of oriental lower lid involuntional entropion using the combined procedure. *Ann Acad Med Singapore* 2000;53:1213-1218
8. Ji Sun Baek. Comparison of surgical outcome between Quickert suture and Quickert suture with modified lateral tarsal strip in involuntional lower eyelid entropion. *J Craniofac Surg* 2016; 27 : 198-200