

Comment traiter les lacérations palpébrales en un clin d'œil

Daniel Ovid Black, Katherine Byrns

Après une soirée bien arrosée, Bruno décide de rentrer chez lui à bicyclette. Il chute, tête première, et subit des lacérations palpébrales. Il se présente à l'urgence le lendemain matin, soit seize heures après l'accident.

Peut-on fermer une plaie seize heures après l'accident ?

LES PAUPIÈRES étant très bien vascularisées, la surinfection d'une lacération palpébrale est rare. Malgré l'aspect dramatique d'une lacération des paupières, il n'y a pas d'urgence à procéder à la fermeture des plaies. Il faut toutefois éliminer sans tarder la présence d'une atteinte oculaire, telle qu'une lacération du globe. Par la suite, il faut placer un pansement sur la paupière blessée en attendant la réparation définitive le lendemain. L'anamnèse permet d'évaluer la possibilité d'une atteinte orbitaire. Une blessure causée par un objet pénétrant ou tranchant ou encore par un projectile à haute vitesse devrait vous inciter à chercher une lésion orbitaire¹.

Comment examiner un patient ayant une lacération palpébrale ?

Après avoir éliminé la possibilité d'une atteinte du globe oculaire, il faut examiner l'œil du patient avec délicatesse, sans exercer la moindre pression sur le globe oculaire. Si ce dernier est perforé, une pression externe pourrait causer une hernie du contenu intraoculaire. L'examen à la lampe à fente permet d'exclure une perforation oculaire. Si vous ne disposez pas d'un tel outil, voici les autres signes évoca-

Le Dr Daniel Ovid Black, ophtalmologiste, exerce au Service d'oculoplastie de l'Université Laval, à Québec. La Dr^e Katherine Byrns est résidente en ophtalmologie à l'Université Laval.

Encadré

Quels signes devraient motiver une consultation en ophtalmologie ?

- ☉ Ouverture traumatique du septum (hernie de graisse orbitaire dans la plaie)
- ☉ Ptose de la paupière supérieure (signe d'une atteinte possible au niveau de l'aponévrose du muscle releveur)
- ☉ Lacération du canthus interne (risque d'atteinte des canalicules)
- ☉ Lacération de pleine épaisseur qui touche le rebord palpébral. Les lacérations du rebord palpébral nécessitent une réparation : non seulement une suture de la peau, mais également une réduction du tarse¹. Un bon alignement des rebords du tarse est alors primordial, car la cicatrisation provoquera autrement une encoche inesthétique.
- ☉ Hémorragie ou fracture orbitaire

teurs d'une perforation : une hypotonie oculaire (œil mou), une perte visuelle importante, une irrégularité de la pupille ou un hyphéma. Un œdème périorbitaire est fréquent et peut nuire à l'examen de l'œil s'il est important. Les écarteurs de Desmarres peuvent alors s'avérer très utiles. Une autre solution maison consiste à utiliser deux trombones repliés en forme de crochet.

Que faire avec les verres de contact en présence d'un traumatisme ?

Les verres de contact posent rarement problème dans

Si le globe oculaire est perforé, une pression externe pourrait causer une hernie du contenu intraoculaire.

Repère

Tableau 1

Signes cliniques d'une hémorragie orbitaire

- Proptose : atteinte de la motilité
- Orbite sous tension
- Augmentation de la pression intraoculaire
- Déficit pupillaire afférent*

* Voir l'article du D^r Trottier intitulé « Les pertes de vision... faut y voir ! » à la page 31 de ce numéro.

les cas de traumatismes oculaires légers ou importants. La plupart du temps, ils sont expulsés spontanément au moment du choc et sont donc absents lors de l'examen initial par l'urgentologue. Vous devez tout de même demander au patient, à l'anamnèse, s'il en portait. Dans l'affirmative, assurez-vous, lors de l'examen initial, que le verre de contact est absent de la surface cornéenne. Si tel est le cas, cherchez-le ensuite dans les culs-de-sac conjonctivaux à l'aide d'une tige montée. Si vous le trouvez, retirez-le avec une pince et conservez-le dans une solution saline stérile.

Comment exclure une atteinte traumatique du système lacrymal ?

Le système de drainage lacrymal se trouve au niveau du canthus interne. Au niveau du rebord palpébral et en position nasale, il y a de petits canaux appelés canalicules. Toute lacération palpébrale du rebord des paupières internes devrait évoquer la possibilité d'une lacération canaliculaire. Une simple suture de la peau est inadéquate pour ce type de blessure. Si vous soupçonnez une lacération canaliculaire, placez un pansement sur l'œil et demandez une évaluation en ophtalmologie dans les plus brefs délais. Ces cas nécessitent l'intubation du système lacrymal à l'aide d'une tubulure de silicone avec microanastomose des canalicules. Cette intervention se fait habituellement sous anesthésie générale. Si vous découvrez une lacération canaliculaire tardivement, les chances de reconstruire le système lacrymal sont nettement diminuées².

Comment reconnaître une atteinte orbitaire ?

L'œil est comme une balle de golf enveloppée de graisse et entourée d'une boîte osseuse. De façon simpliste, l'orbite désigne les structures oculaires se trouvant devant le septum palpébral, soit la graisse orbitaire, les muscles extraoculaires et le nerf optique. L'anamnèse permet d'évaluer la possibilité d'une atteinte orbitaire. Une blessure causée par un objet pénétrant ou tranchant ou par un projectile à haute vitesse devrait vous inciter à pousser votre évaluation plus avant¹. À l'examen physique, la présence de graisse jaune dans la plaie palpébrale est un signe que le septum est ouvert et qu'il y a possibilité de lésions des structures orbitaires sous-jacentes.

Que faire si la graisse orbitaire fait hernie dans la plaie palpébrale ?

Lorsque la graisse orbitaire fait hernie dans la plaie palpébrale, vous ne devez pas tirer dessus sous peine de provoquer une hémorragie orbitaire. L'ouverture traumatique du septum nécessite une consultation urgente en ophtalmologie. Une exploration chirurgicale sera probablement requise. Une antibiothérapie en prophylaxie est aussi suggérée de même qu'une tomodensitométrie orbitaire.

Que faire en cas de syndrome compartimental de l'orbite ?

Une hémorragie orbitaire avec syndrome compartimental constitue une urgence extrême. Une augmentation aiguë de la pression orbitaire comprime non seulement le globe, mais également le nerf optique, l'artère ophtalmique et l'artère centrale de la rétine. Un syndrome compartimental peut donc causer des lésions visuelles irréversibles par compression du nerf optique et peut provoquer une occlusion de l'artère centrale de la rétine avec des séquelles ischémiques irréversibles. La présence d'une hémorragie orbitaire nécessite donc une décompression d'urgence ainsi qu'un traitement pharmacologique visant

Lorsque la graisse orbitaire fait hernie dans la plaie palpébrale, il ne faut pas tirer dessus sous peine de provoquer une hémorragie orbitaire. L'ouverture traumatique du septum nécessite une consultation urgente en ophtalmologie.

Repère

à réduire la pression intraoculaire³. Il s'agit d'un diagnostic clinique (*tableau I*). Il serait donc inapproprié d'attendre la confirmation radiologique. Dans la même veine, si l'ophtalmologiste n'est pas déjà présent sur place, n'attendez pas l'arrivée du spécialiste de garde avant d'entreprendre un traitement.

Pour décompresser une orbite, le moyen le plus simple consiste à procéder à une canthotomie/cantholyse. Vous devez alors faire une incision horizontale de un cm sur le canthus externe, suivie d'une incision verticale sur la partie externe de la paupière inférieure. Vous sectionnez ainsi le tendon externe entre la paupière inférieure et le périoste du rebord orbitaire. Vous pouvez prescrire un traitement pharmacologique au patient pour réduire le risque d'occlusion de l'artère centrale de la rétine. Le mannitol et l'acétazolamide administrés par voie intraveineuse réduisent la pression intraoculaire. Le mannitol agit par un effet osmotique alors que l'acétazolamide (Diamox), un inhibiteur de l'anhydrase carbonique, supprime la production d'humeur aqueuse intraoculaire. Diverses gouttes oculaires peuvent également réduire la pression intraoculaire : une recette acceptable serait l'application d'une goutte d'une association de dorzolamide et de timolol (Cosopt) et d'une goutte de brimonidine (Alphagan).

Quelle est la structure anatomique derrière l'œil et l'orbite ? Il s'agit du cerveau. Par conséquent, une petite lacération palpébrale peut être le point d'entrée d'une blessure intracrânienne. Habituellement, la nature du traumatisme et l'anamnèse peuvent orienter l'urgentologue vers un tel diagnostic. Le cas classique est celui d'une patiente qui se penche dans son jardin et reçoit un tuteur dans l'œil. À l'examen, le médecin note une petite lacération palpébrale alors que la tomodensitométrie montre un trajet profond avec atteinte intracrânienne.

Quand demander une radiographie ?

Chez la majorité des patients qui présentent une simple lacération de la paupière, la radiographie n'est pas nécessaire. Toutefois, certains cas devraient

Tableau II

Cas à évaluer par tomodensitométrie orbitaire sans produit de contraste¹

- ⊕ Présomption de fracture orbitaire
- ⊕ Présomption de corps étranger, orbitaire ou intraoculaire
- ⊕ Toute lacération avec atteinte du septum (si vous voyez de la graisse dans la plaie, une tomodensitométrie est indiquée)

Tableau III

Signes d'une fracture orbitaire

- ⊕ Atteinte du nerf infraorbitaire (anesthésie ou hypoesthésie de la joue et des dents)
- ⊕ Anophtalmie
- ⊕ Déficit d'élévation avec douleur lors d'une tentative d'élévation
- ⊕ Emphysème périorbitaire²
- ⊕ Irrégularité osseuse décelable à la palpation

être évalués par tomodensitométrie orbitaire sans produit de contraste (*tableau II*).

Le cliché radiographique a une portée très limitée. Si un tomodensitomètre est disponible dans votre milieu, demandez d'emblée une tomodensitométrie.

Pour ce qui est de l'imagerie par résonance magnétique, cette méthode est relativement peu utile pour évaluer un traumatisme orbitaire aigu. Évidemment, la possibilité d'un corps étranger métallique, intraoculaire ou périoculaire, constitue une contre-indication absolue à l'IRM. Cet examen est d'ailleurs peu utile pour visualiser l'os orbitaire. Les rares indications d'une IRM dans un cas aigu sont l'élimination d'un corps étranger non métallique (comme le bois) et le diagnostic d'une hémorragie dans la gaine du nerf optique.

Quels sont les signes d'une fracture orbitaire ?

Les parois inférieures et internes de l'orbite sont

La possibilité d'un corps étranger métallique, intraoculaire ou périoculaire, constitue une contre-indication absolue à l'imagerie par résonance magnétique.

Repère

Boîte à outils

Prêt à coudre ! Comment procéder ?

Un grand nombre de lacérations des paupières peuvent être suturées par le médecin de garde à l'urgence.

Vérification en préopératoire :

- ⊗ éliminer une atteinte oculaire ;
- ⊗ éliminer une fracture ou une atteinte orbitaire ;
- ⊗ éliminer une atteinte du système lacrymal sur le canthus interne¹ ;
- ⊗ vérifier la protection contre le tétanos.

Réparation

- 1. Anesthésie.** Lidocaïne à 2 % avec adrénaline administrée à l'aide d'une aiguille de calibre 27. Une petite aiguille est plus confortable pour le patient et réduit les risques de perforation accidentelle du globe oculaire. Orienter l'aiguille parallèlement au globe et stabiliser la tête du patient pour éviter des mouvements brusques. Une perforation du globe oculaire, même par une petite aiguille, peut causer de multiples séquelles : hémorragie vitréenne, décollement rétinien, cataracte traumatique, endophtalmie, etc.
- 2. Asepsie.** La povidone iodée est relativement bien pour la surface oculaire. Les désinfectants à base d'alcool peuvent causer une kératite toxique.
- 3. Débridement de la plaie.** Utiliser une gaze ou une tige montée imbibée de sérum physiologique. Déterminer la profondeur de la plaie et rechercher la présence de corps étrangers. Ces manœuvres sont plus faciles et plus confortables pour le patient après l'administration d'un anesthésique local.
- 4. Suture de la peau.** Effectuer des points simples séparés interrompus. La couche du derme étant très mince au niveau des paupières, les points sous-cuticulaires sont techniquement difficiles et ne présentent pas d'avantages par rapport aux points simples cutanés. On ferme habituellement les plaies avec du fil standard 6-0, mais un nylon 6-0 serait également un choix raisonnable. Chez les enfants, les patients difficiles ou ceux présentant une atteinte cognitive, l'utilisation d'une suture résorbable est préférable.

Colle chirurgicale

Les colles chirurgicales, comme le cyanoacrylate, offrent un certain intérêt en pédiatrie, mais sont peu utilisées pour les lacérations palpébrales. La grande mobilité des paupières limite un peu leur utilité et, selon l'expérience personnelle des auteurs de ces lignes, la fermeture chirurgicale standard est préférable.

Fermer juste la peau !

Il ne faut pas fermer l'orbiculaire ni le septum. Les adhérences cicatricielles entre l'orbiculaire et le septum peuvent nuire à la motilité palpébrale et causer une fermeture incomplète des paupières (lagophtalmie). Il faut fermer uniquement la peau.

Plaie à la « Harry Potter » !

Comme il est plus facile et plus esthétique de fermer une plaie linéaire qu'une plaie irrégulière, étoilée ou à la « Harry Potter », l'excision de la portion étoilée, en présence de surplus cutané, permet de recréer une plaie plus linéaire.

Plaie des sourcils

La clé de la réparation des sourcils est l'alignement parfait des lèvres de la plaie. Les sourcils jouent un rôle important en termes d'expression faciale. Ainsi, un sourcil surélevé ou arqué par une cicatrice ou un mauvais alignement pourrait donner un air de questionnement ou de surprise en permanence. Pour une plaie profonde du sourcil, fermer le plan profond avec du polyglactin 910 (Vicryl 50) et le plan superficiel avec un fil standard 5-0 ou du nylon 6-0.

Soins postopératoires

Généralement, un pansement compressif devrait être en place pendant 12 heures pour diminuer l'œdème postopératoire. Un onguent antibiotique doit ensuite être appliqué sur la plaie deux fois par jour. Il faut choisir un onguent formulé pour usage ophtalmique en cas d'application oculaire accidentelle. On prescrit l'application de compresses froides pendant 10 minutes, huit fois par jour, durant deux jours. Un sac de petits légumes congelés constitue une solution facile et largement disponible.

Antibiothérapie en prophylaxie

L'antibiothérapie prophylactique est controversée et n'est probablement pas nécessaire pour une plaie superficielle et « propre ». Dans ce contexte, les surinfections bactériennes des lacérations sont rares. Une céphalosporine de première génération est généralement recommandée en cas de pénétration de l'orbite, tandis que Clavulin l'est dans le contexte des morsures animales.



minces. Les fractures du plancher de l'orbite (*tableau III*) sont donc fréquentes même dans les cas de traumatismes relativement légers⁴. L'examen de la motilité oculaire en cas de lésion est souvent sous-optimal en raison de l'œdème périorbitaire. Un signe clinique utile est la présence d'une hypoesthésie dans la région de la branche maxillaire du trijumeau. Une atteinte traumatique du nerf infraorbitaire est donc évocatrice d'une fracture du plancher de l'orbite.

Jusqu'à récemment, la tendance était d'attendre une semaine avant de réparer une fracture du plancher de l'orbite pour permettre la résolution de l'œdème. Plusieurs auteurs préconisent maintenant d'intervenir plus rapidement, soit à l'intérieur de trois jours. Il est possible qu'une intervention plus immédiate réduise les risques de fibroses, surtout au niveau du muscle inférieur droit. Il est donc du devoir du médecin de l'urgence de tenter de dépister la présence d'une fracture orbitaire.

Quel est le rôle de l'énucléation en présence d'une blessure oculaire extrêmement grave ?

Dans de très rares cas, une blessure oculaire grave peut engendrer une réaction auto-immune. Ce phénomène, appelé ophtalmie sympathique, entraîne une inflammation granulomateuse chronique, non seulement de l'œil accidenté, mais également de l'œil sain. Cette affection peut être maîtrisée par une corticothérapie générale ou par immunodépression, mais constitue malgré tout une grande menace pour l'œil sain.

L'énucléation d'un œil gravement blessé pourrait réduire les risques d'une ophtalmie sympathique, mais devrait être considérée seulement en présence d'un grave traumatisme sans pronostic visuel. En soins aigus, il faut toujours tenter de refermer le globe quelle que soit la gravité du traumatisme. L'énucléation peut être pratiquée dans les jours suivant l'accident.

DE RETOUR À NOTRE CYCLISTE, Bruno, qui se présente à l'urgence pour de multiples lacérations palpébrales. Il est pris en charge par l'urgentologue qui vérifie d'abord

Summary

Practical approach to eyelid trauma. Facial injuries frequently involve trauma to the orbits and eyelids. This article presents a practical approach to the evaluation and management of eyelid injuries. Eyelid lacerations may have a dramatic presentation, but the examiner should not be distracted from first evaluating the integrity of the ocular globe. Secondary concerns include trauma to the lacrimal system, levator aponeurosis and orbit. Signs of orbital fracture include vertical diplopia particularly on upgaze, hypoesthesia of the cheek, and enophthalmia. Minor lacerations of the lids may be repaired by the emergency physician. However, lacerations involving the medial canthus and lid margin should be referred for consultation in ophthalmology.

Keywords: ocular trauma, eyelid laceration, orbital floor fracture

L'intégrité du globe oculaire. L'acuité visuelle est préservée et le segment antérieur est intact. Il n'y a aucun signe de fracture orbitaire, la motilité oculaire est normale, sans diplopie, ainsi que la sensibilité de la joue. À l'examen des multiples lacérations, le médecin note une atteinte cutanée et orbiculaire ainsi que l'absence d'une hernie de graisse orbitaire confirmant que le septum n'est pas touché. La fermeture des lacérations se fait à l'urgence. L'ophtalmologiste de garde peut poursuivre sa partie de golf. Une semaine plus tard à l'examen de suivi, le résultat fonctionnel et esthétique est excellent. 🏌️

Date de réception : 26 mars 2007

Date d'acceptation : 12 avril 2007

Mots clés : trauma oculaire, lacérations palpébrales, fracture du plancher de l'orbite

Le Dr Daniel Ovid Black et la Dr^{re} Katherine Byrns n'ont signalé aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Kunitomo DY, Kanitkar KD, Makar MS, rédacteurs. *The Wills Eye Manual, Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease*. 4^e éd. Philadelphie : Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
2. American Academy of Ophthalmology. *Orbit, Eyelids and Lacrimal system*. Basic and Clinical Science Course; 2002.
3. Nesi FA, Lisman R, Levin M. *Smith's Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery*. 2^e éd. Saint-Louis : Mosby; 1998.
4. Nerad JA. *Oculoplastic Surgery, The Requisites in Ophthalmology*. 1^{re} éd. Saint-Louis : Mosby; 2001.

Une atteinte traumatique du nerf infraorbitaire est évocatrice d'une fracture du plancher de l'orbite.

Repère