

LE DOSSIER

Larmoiements de l'enfant

Editorial

Le larmoiement est un motif très fréquent de consultation en pédiatrie comme en ophtalmologie.

La High Tech médicale n'a pas bouleversé la lacrymologie qui reste une discipline **clinique**. Rien ne remplace l'inspection, l'interrogatoire des parents et le sens clinique. Le recours au biomicroscope avec les tests aux colorants et à l'exploration instrumentale (Anel, 1848) n'arrive qu'au deuxième plan. La place de l'imagerie est très rare. L'endoscopie canaliculaire n'est encore qu'un espoir car la technologie et la qualité des fibres optiques autoclavables ne sont pas encore au rendez-vous. La photo-ablation (Laser) n'apporte aucun bénéfice pour le patient, car à l'inverse de la cornée, les voies lacrymales sont très vascularisées.

Comme nous le verrons tout au long de ce dossier de *Réalités Pédiatriques*, on peut faire beaucoup (pour ne pas dire presque tout) en gardant à l'esprit quelques notions clinique simples et de bon sens :

>>> Un larmoiement résulte d'un déséquilibre entrées-sorties. L'hyper-sécrétion lacrymale nécessite le plus souvent une consultation en urgence. Les hypo-excrétions trouveront, sans urgence, une solution chirurgicale.

>>> Un larmoiement permanent est vraisemblablement causé par un obstacle anatomique alors qu'un larmoiement intermittent est probablement **fonctionnel**.

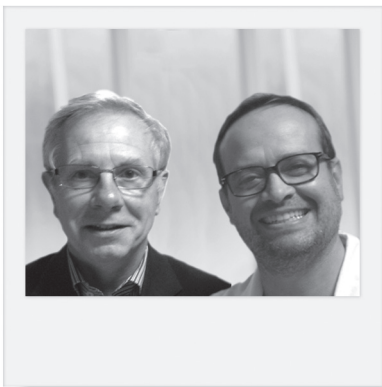
>>> La majorité des pathologies lacrymales de l'enfant résulte d'une anomalie anatomique avec une muqueuse lacrymale histologiquement **saine** (c'est l'inverse chez l'adulte). Ceci explique que les reperméabilisations (sondage, intubations) soient très performantes et que les indications de court-circuit (dacryocystorhinostomie) soient rares.

>>> On ne reperméabilise que les voies lacrymales **obturées**.

>>> Entre deux méthodes thérapeutiques donnant le même taux de succès, il faut privilégier la plus simple, la moins potentiellement iatrogène.

Sur le plan thérapeutique, la chirurgie lacrymale est très performante chez l'enfant : 95 % de bons résultats.

Schématiquement l'escalier thérapeutique est le suivant : exploration instrumentale, puis pour les rares échecs d'intubations : dacryocystorhinostomie. Les indications opératoires varient encore un peu selon les écoles, mais il faut souligner que les consensus sont de plus en plus nombreux.



→ B. FAYET¹, E. RACY²

¹ Hôtel-Dieu de Paris-Cochin, PARIS.

² Clinique Saint-Jean de Dieu, PARIS.