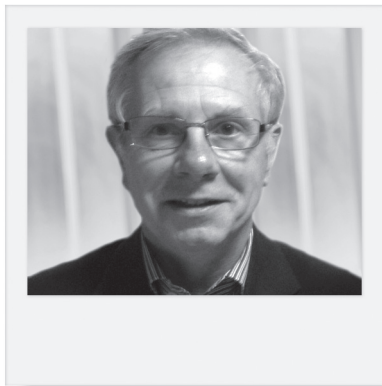


LE DOSSIER

Larmoiements de l'enfant

Autres larmoiements de l'enfant

RÉSUMÉ : Les larmoiements "clairs" sont dépourvus de risque infectieux et font peu l'objet de soins chirurgicaux. Les étiologies sont dominées par les agénésies canaliculaires et les sténoses post-virales. Les sténoses post-virales succèdent à une conjonctivite typiquement associée à des lésions cutanées situées en regard des canalicules. L'herpès, le zona et les adénovirus sont principalement en cause. Une consultation en urgence doit éliminer une canaliculite. Si une canaliculite est diagnostiquée, l'intubation lacrymale en urgence doit être discutée.



→ **B. FAYET¹, E. RACY²,
A. OBERIC³**

¹ Hôtel-Dieu de Paris-Cochin, PARIS.

² Clinique Saint-Jean de Dieu, PARIS.

³ Hôpital Jules-Gonin, LAUSANNE.

Les malformations des voies lacrymales d'excrétion

Leur fréquence exacte est inconnue, car elles sont le plus souvent asymptomatiques. L'association de plusieurs malformations est possible.

1. Agénésie méatique et canaliculaire (fig. 1)

>>> Fistules du sac lacrymal (fig. 2)

Elles sont localisées préférentiellement 1 ou 2 mm sous le tendon canthal. L'examen de la région canthale objective la partie distale de la fistule sous forme d'un équivalent d'anneau méatique.

Dans la forme isolée, il n'existe pas de larmoiement stricto sensu. Le regard n'est pas anormalement brillant. La larme perle au niveau de la région médiocanthale.

La symptomatologie devient plus nette au moment des rhumes : l'œdème de la muqueuse nasale réduit ou supprime transitoirement l'évacuation lacrymonasale normale. Les larmes sont détournées vers la fistule, qui devient alors progressivement fonctionnelle. A la guérison de la rhinite, le drainage va retrouver son

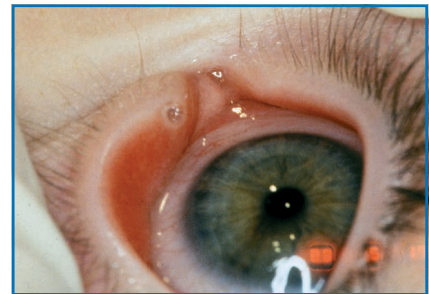


FIG. 1 : Agénésie canaliculaire supérieure.



FIG. 2 : Fistule congénitale du sac lacrymal.

cheminement préférentiel, vers la fosse nasale. Et le larmoiement se tarira progressivement. Cela explique que les patients soient peu gênés, et que l'excision du trajet fistuleux se discute cas par cas.

2. Les diverticules du sac lacrymal

Ils se présentent comme une distension du sac lacrymal, mais plusieurs

LE DOSSIER

Larmoiements de l'enfant

signes les distinguent : le larmoiement est absent dans la forme typique (sans ILN associée). Les parents signalent une tumeur canthale médiale, qu'on peut vider en exerçant une pression avec le doigt. Le reflux de mucus par les canalicules est inconstant ; l'évacuation se faisant dans le sac, puis par le canal lacrymonasal. Le maximum de la distension ne se situe pas juste sous le tendon canthal médial mais un peu plus en dehors, se prolongeant dans la paupière inférieure, parfois même jusqu'à l'aplomb du méat inférieur.

L'exploration instrumentale est normale : contact osseux présent, et lavage perméable sans reflux.

Ces diverticules peuvent se surinfecter, simulant un abcès du sac lacrymal avec un pseudo-enkystement. La tuméfaction ne peut plus être vidée par la pression. L'implantation sacculaire du diverticule s'obture. Elle peut être la cause ou la conséquence de l'infection.

Là encore, c'est la normalité de l'exploration instrumentale qui fait le diagnostic.

En l'absence de traitement adapté, ces surinfections peuvent se fistuliser à la peau. Une guérison complète est possible si la base du diverticule reste sténosée.

Le traitement de ces diverticules est chirurgical [1]. La face externe du sac doit être disséquée soigneusement et le diverticule excisé en bloc. Associer une dacryocystorhinostomie se discute au cas par cas.

Les sténoses canaliculaires acquises

Elles sont responsables d'un larmoiement "clair", dont l'importance est fonction de la valeur physiologique de l'autre canalicule s'il n'est pas simultanément atteint. Le diagnostic se fait par l'ex-

ploration instrumentale à l'aide d'une sonde lacrymale, le contact osseux n'est pas retrouvé. Aucune imagerie n'est nécessaire ni souhaitable.

Trois étiologies résument les sténoses canaliculaires acquises :

- la traumatologie ;
- les sténoses postvirales ;
- les fausses-routes après sondage.

1. Sténoses post-traumatiques

La première étiologie des traumatismes infantiles est la morsure canine. La réparation n'a pas suffisamment maintenu les extrémités sectionnées au contact l'une de l'autre. La cicatrisation de la plaie s'est faite avec l'interposition d'un tissu fibreux plus ou moins important. Les réparations secondaires sont difficiles et rarement couronnées de succès [2].

2. Sténoses post-virales (fig. 3)

Elles compliquent une kérato-conjonctivite virale avec adénopathie prétragienne [3]. A la guérison de celle-ci, l'attention doit être attirée par la persistance (ou la réapparition brutale) du larmoiement. En l'absence de traitement, l'évolution de la canaliculite se fait vers une sténose, très rapidement progressive, dont le point de départ se situe 1 à 2 mm après le méat lacrymal. A côté des kératites à adénovirus, il faut penser à l'herpès, mais également à la varicelle et au zona.

L'intubation bi-canaliculonasale, lorsqu'elle est réalisée en urgence, donne 99 % de bons résultats. La sonde doit

rester en place une année, et plus encore après herpès, car les récurrences sont possibles.

Au stade de la séquelle, l'intubation bi-canaliculonasale n'est possible que dans environ 50 % des cas, car la destruction tissulaire est trop étendue. L'ultime recours sera la lacorhinostomie à la fin de l'adolescence [4].

C'est dire l'importance du diagnostic et de l'intubation précoce.

3. Sténoses iatrogènes

Elles se situent à la partie distale du canalicule ou au niveau du canalicule commun, parties les plus importantes de la pompe lacrymale.

Le mécanisme de la fausse-route sanctionne une insuffisance technique au moment du passage du sondage canaliculaire au sondage lacrymonasal [5]. La réparation est délicate. Il faut souvent disséquer la zone sténosée, avec réimplantation et suture, dans le sac lacrymal. Le résultat fonctionnel est très aléatoire.

Bibliographie

1. ZONIS S, GDAL-ON M. A congenital diverticulum of lacrymal sac successfully operated. *Eye Ear Nose Throat Mon*, 1972 ; 51 : 62-64.
2. NEUHAUS RW. Silicone intubation of traumatic canaliculalacerations. *Ophthalm Plast Reconstr Surg*, 1989 ; 5 : 256-260.
3. McLEAN CJ, ROSE GE. Postherpetic lacrimal obstruction. *Ophthalmology*, 2000 ; 107 : 496-499.
4. ZILELIOGLU G, GUNDUZ K. Conjunctivodacryocystorhinostomy with Jones tube. A 10-year study. *Doc Ophthalmol*, 1996 ; 92 : 97-105.
5. O'DONNELL BA, ADENIS JP, LINBERG JV et al. The failed probing. *Clin Experiment Ophthalmol*, 2001 ; 29 : 276-280.

Pour en savoir plus

Un développement plus complet (iconographie, vidéos) peut être retrouvé sur le site <http://www.voies-lacrymales.com>

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

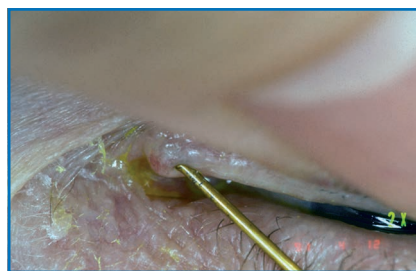


FIG. 3 : Sténose canaliculaire herpétique.