



Conduite à tenir devant un larmoiement chez le nourrisson

G. Daghouj, B. Allali, A. Adraoui, M. Zouari, S. Elbarroug, S. Rezki, N. Benmoumen, I. Fettouh, L. Elmaaloum, A. Elkettani, K. Zaghloul

Résumé : Le larmoiement du nourrisson est un symptôme fréquent de consultation. L'imperméabilité lacrymonasale simple par imperforation de la valve de Hasner représente la principale étiologie. À côté de ces imperforations simples, certains signes doivent toutefois attirer l'attention vers d'autres pathologies graves comme le glaucome congénital, ou encore certaines étiologies de conjonctivites et de kératites à l'origine d'une évolution traînante. L'interrogatoire et un examen clinique complet permettent généralement d'orienter le diagnostic et la conduite à tenir.

Mots clés : Larmoiement ; Nourrisson ; Imperméabilité lacrymonasale ; Mucocèle ; Glaucome congénital ; Conjonctivite ; Kératite.

Le larmoiement chez le nourrisson est un motif fréquent de Consultation qui est un symptôme qui peut révéler ou accompagner plusieurs types de pathologies, de la plus bénigne à la plus sévère. Sa présence est évocatrice de deux diagnostics principaux : l'imperméabilité lacrymonasale, très fréquente, et le glaucome congénital, beaucoup plus rare mais bien plus grave car engageant le pronostic visuel. En effet, ce symptôme peut correspondre à un défaut d'excrétion des larmes mais aussi à un excès de sécrétion réactionnel à une irritation conjonctivale et/ou cornéenne. L'interrogatoire et un examen simple permettent, dans la plupart des cas, de cerner assez précisément le diagnostic et d'orienter la conduite à tenir.

RAPPEL ANATOMIQUE

La glande lacrymale principale est située sous le rebord orbitaire supéro-externe. Son innervation provient du V qui innerve également la cornée, expliquant les larmoiements réflexes en cas d'irritation de la surface oculaire. Ses canaux excréteurs débouchent dans le cul-de-sac conjonctival supérieur. Les larmes sont réparties à la surface de la cornée par les clignements et recueillies dans la gouttière constituée par le rebord de la paupière inférieure venant au contact du globe (rivière lacrymale). Le système d'excrétion comporte deux canalicules (supérieur et inférieur) s'ouvrant sur le rebord palpébral à quelques millimètres de l'angle interne. Les deux canalicules se rejoignent pour former le canal d'union puis le sac lacrymal, en regard de la racine du nez, puis le canal lacrymonasal qui débouche sous le cornet inférieur.

DIAGNOSTIC POSITIF

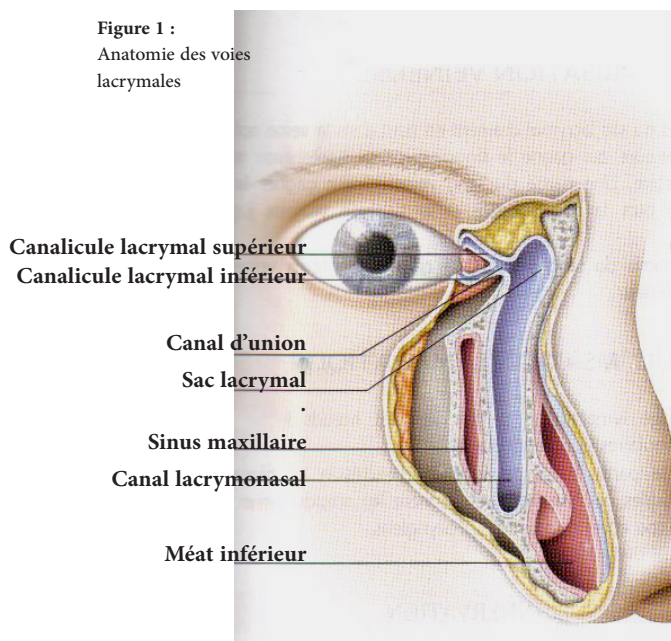
★ Interrogatoire

L'interrogatoire permettra de :

- ⇒ Rechercher les antécédents personnels de l'enfant : prématurité, pathologie ORL, allergie, traumatisme oculaire
- ⇒ Rechercher les antécédents familiaux : glaucome congénital
- ⇒ Préciser les caractères du larmoiement :

- L'âge d'apparition ;
- Le caractère aigu ou chronique, permanent ou intermittent ;

Figure 1 :
Anatomie des voies
lacrymales



- L'association à des infections ORL (rhinite) ;
- L'aspect clair ou purulent de l'écoulement ;
- La présence de signes associés a une valeur d'orientation importante : photophobie, blépharospasme, douleur, mégalocornée, rougeur oculaire.

★ Examen ophtalmologique

L'examen clinique doit être complet, bilatéral et comparatif, il permettra d'objectiver le larmoiement en montrant un écoulement sur la joue associé ou non à des sécrétions sales.

On examinera :

⇒ Les annexes :

- *Paupières* : malformations, malposition (ectropion, entropion), eczéma.
- *Points lacrymaux* : taille, position, topographie (anomalie de position, imperméabilité ou agénésie).
- *Sac lacrymal* : tuméfaction (mucocèle), fistule lacrymale, la pression du sac lacrymal peut entraîner un reflux mucopurulent par les canalicules (mucocèle infracilnique) ou une dilatation du sac sans reflux, (mucocèle enkystée).



- ⇒ La conjonctive : hyperhémie conjonctivale, follicules, papilles.
- ⇒ La cornée :
 - *Transparence et intégrité* : ulcère (test à la fluorescéine), œdème, abcès.
 - *Taille* : mégaloconée.

En cas de suspicion de corps étranger, il faut retourner les paupières supérieures après instillation d'un collyre anesthésique local (oxybuprocaine).

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

★ IMPERMÉABILITÉ LACRYMONASALE

Chez le nourrisson, l'imperméabilité lacrymonasale est liée à un obstacle congénital sur les voies lacrymales dans leur portion verticale (valvule de Hasner). Le diagnostic se fait par l'interrogatoire. Les parents consultent le plus souvent pour un larmolement généralement unilatéral, apparu dès la naissance, chronique, clair, permanent, avec de fréquents épisodes de surinfections appelées « conjonctivites lacrymales » répétées tous les mois, plus rarement des dacryocystites aiguës. Ces « pseudoconjonctivites » disparaissent à l'instillation d'antiseptiques ou d'antibiotiques et récidivent le plus souvent dès l'arrêt.

Le traitement de cette pathologie très fréquente (5 à 20 % des nouveau-nés) (1, 2, 3, 4, 5) est sous-tendu par la tendance à l'amélioration spontanée au cours de la première année de vie, avec un taux variant selon les auteurs entre 89 et 96 % (1, 2, 6). Ainsi, avant l'âge de trois mois, un simple massage du sac lacrymal doit être proposé et peut suffire à la résolution du problème. Après l'âge de trois mois, ce taux de « guérison naturel » tombe sous les 50 % après six mois, pour devenir franchement rare après un an (3, 4, 6), tandis que le taux de guérison après simple sondage est proche de 100 % jusqu'à six mois, pour diminuer ensuite(7).

⇒ Avant l'âge de trois mois :

- Explications de la physiopathologie aux parents ;
- Massage du sac lacrymal (en appuyant doucement mais fermement avec l'index sur le côté de la base du nez) plusieurs fois par jour peuvent amener la résolution du problème ;
- Lavage abondant au sérum physiologique ;
- Les épisodes de surinfection sont traités par un collyre antiseptique, les antibiotiques n'étant nécessaires que si l'infection est plus sévère ou résistante.

⇒ Au-delà de trois mois :

- Sondage de la portion distale (verticale) des voies lacrymales qui permet de lever l'obstacle ;
- Ce geste est généralement réalisé en consultation, sous contention ou au bloc opératoire sous sédation. Un traitement antibiotique et anti-inflammatoire local de quelques jours est administré. Il assure la guérison dans 80 % des cas environ. En cas d'échec, il peut être répété après six semaines, avec un maximum de trois sondages;

- En expliquant que le taux de guérison est similaire avec ou sans sondage mais que la guérison est obtenue le plus souvent immédiatement avec le sondage, alors que la guérison spontanée peut prendre plusieurs mois ; la décision est celle des parents.

⇒ Au delà d'un an :

- Le taux de guérison spontanée devient faible;
- En cas de persistance des symptômes le sondage est effectué sous anesthésie générale (caractère douloureux du sondage, impossibilité de contention de l'enfant), et l'on en profite alors pour laisser en place une sonde monocaliculonasale ou bicanaliculaire qui maintient ouvert le canalicule sondé. Cette sonde est enlevée en consultation après deux mois.



Figure 2 :
Sondage
des voies
lacrymales

★ MUCOCÈLE CONGÉNITALE OU DACRYOCYSTOCÈLE

C'est une cause fréquente de consultation, la deuxième après l'épiphora chronique en pathologie lacrymale pédiatrique. La physiopathologie est une continence excessive de la valvule de Rosenmüller associée à une imperforation des voies lacrymales excrétrices inférieures (membrane de Hasner ou obstacle nasal). Le sac lacrymal est ainsi fermé et distendu dès la naissance par du liquide amniotique qui a pu y pénétrer mais pas s'en échapper (effet de valvule) (1, 3, 8).

Diagnostic

À la naissance, il existe une tuméfaction bleutée, uni- ou bilatérale, sous-cutanée profonde, sous le canthus interne dans la région du sac lacrymal, le plus souvent asymptomatique: à la première consultation, les parents ne rapportent ni épiphora ni sécrétions. À la palpation, la masse est rénitente, kystique,



Figure 3 :
Dacryocèle
bilatérale.



Figure 4 :
Cellulite pré-septale droite compliquant une dacrycèle unilatérale droite.



ne se gonflant pas lors des cris de l'enfant, bien limitée, non battante et non chaude, n'ayant pas l'aspect d'un angiome.

Traitement

Cette lésion doit être traitée rapidement car elle risque de se surinfecter (dacryocystite aiguë précoce du nouveau-né). Dans un premier temps on peut proposer un simple massage du sac, car la pression peut permettre au liquide de s'échapper par les canalicules, associé des lavages oculaires et l'utilisation d'antiseptique topique en cas de sécrétions. Le nourrisson sera revu au cours du premier mois ; si la mucocèle persiste, un sondage sera proposé précocement pour lever les deux obstacles afin d'éviter une surinfection et une abcédation du sac. Il est recommandé de pratiquer une rhinoscopie antérieure avant le sondage pour rechercher un kyste nasal correspondant à une dilatation de la partie terminale muqueuse du canal lacrymonasal.

★ GLAUCOME CONGÉNITAL

Il s'agit d'une affection beaucoup plus rare mais souvent révélée par un larmoiement, et dont la gravité impose un dia-

Figure 5 :
Mégaloconée avec œdème de cornée bilatéral



gnostic précoce.

Le glaucome congénital est lié à une malformation de l'angle iridocornéen qui aboutit à un trouble de la résorption de l'humour aqueux avec augmentation de pression et distension de la sclère et de la cornée (buphtalmie).

Diagnostic

Le caractère essentiel du larmoiement dans ce cas est sa clarté, sans jamais d'épisode de surinfection, puisqu'il est lié à une irritation cornéenne. Les trois signes essentiels, parfois présents dès la naissance, sont la buphtalmie avec œdème de cornée, la photophobie et le larmoiement clair. Ce tableau clinique impose un examen sous anesthésie générale pour confirmer le

diagnostic et entreprendre le traitement en urgence (1, 9, 10).

Traitement

Le glaucome congénital est une urgence chirurgicale, en raison du risque d'aggravation brutale de l'état cornéen et de la souffrance des fibres optiques. L'intervention et le suivi se font en milieu spécialisé.

★ CONJONCTIVITES

Le larmoiement du nourrisson peut être en rapport avec une irritation conjonctivale. La recherche des signes associés à cette dernière vont orienter le diagnostic en ce sens, telle qu'une rougeur oculaire, un prurit, des sécrétions collant les cils en particulier au réveil, des follicules, des fausses membranes et un œdème palpébral.

On distingue deux grands types de conjonctivite chez le nourrisson : les conjonctivites bactériennes et virales.

Les conjonctivites bactériennes

Elles comportent des sécrétions purulentes ou mucopurulentes qui peuvent faire l'objet d'un prélèvement (celui-ci n'est pas systématique) si l'évolution est traînante sous antibiothérapie locale.

Les conjonctivites virales

Elles sont dues à l'adénovirus avec association à une pharyngite et une adénopathie prétragienne. À l'examen ophtalmologique on trouvera des sécrétions séreuses, une hyperhémie conjonctivale et des follicules, l'association à une kératite est fréquente. Ces formes sont très contagieuses et doivent faire l'objet de mesures d'hygiène (lavage des mains), éventuellement d'éviction de la crèche, et d'une antibiothérapie locale, en prévenant que le traitement ne vise qu'à empêcher les surinfections et que la guérison ne sera pas forcément rapide. L'évolution peut parfois durer deux semaines, voire plus.

★ KÉRATITES

Les atteintes cornéennes associent au larmoiement une photophobie et des douleurs. L'œil est très rouge, particulièrement autour de la cornée (cercle perikératique). On peut distinguer :

Les kératites bactériennes

⇒ Clinique :

- Larmoiement purulent et opacité cornéenne blanc-jaune ;
- Le caractère traînant doit faire suspecter un corps étranger à rechercher dans les culs-de-sac conjonctivaux ou une mycose, survenant sur certains terrains (immunosuppression, greffe de cornée).

⇒ Traitement : est urgent en milieu hospitalier et nécessite une association d'antibiotiques à large spectre.

Les kératites virales

Elles peuvent compliquer la conjonctivite épidémique à adénovirus (kératoconjonctivite virale à adénovirus). La kératite herpétique chez le nourrisson survient souvent dans le cadre

Technique du sondage des voies lacrymales excrétrices

Le sondage des voies lacrymales excrétrices se fait avec une sonde de Bowman « 0 » ou « 1 » : après avoir dilaté le méat inférieur, la sonde suit le canalicule inférieur, entre dans le canal d'union puis le sac lacrymal. Quand on obtient un contact osseux, on verticalise alors la sonde pour cathétériser le canal lacrymonasal ; en bout de course, on ressent une résistance correspondant à la membrane de Hasner qu'on passe aisément.



d'une primo-infection, avec des signes bruyants : éruption palpébrale, rougeur intense. Il existe un risque de récurrences avec évolution prolongée dans certaines formes.

CONCLUSION :

Le larmoiement persistant du nourrisson est un symptôme fréquent pour lequel l'interrogatoire et un examen clinique simple permettent généralement d'orienter le diagnostic et la conduite à tenir. Deux principaux diagnostics doivent être toujours évoqués : l'imperforation congénitale lacrymonasale, de par sa fréquence, et le glaucome congénital, de par sa gravité.

RÉFÉRENCES :

- 1-Guez A., Dureau P. Larmoiement du nourrisson : conduite à tenir et thérapeutique. Archives de pédiatrie 16 (2009) 496-499.
- 2-MacEwen CJ, Young JDH. Epiphora during the year of life. Eye, 1991;5:596-600.
- 3-Allali J., Dufier J.-L. Pathologie lacrymale chez le nourrisson et l'enfant. Elsevier Masson 2007.
- 4-Bernard JA, Fayet B. Pathologie de l'appareil lacrymal. In: Goddé Joly D, Dufier JL, editors. Ophthalmologie pédiatrique. Paris: Masson; 1992. p. 131-8.
- 5-Macewen CJ. Congenital nasolacrimal duct obstruction. Compr Ophthalmol Update 2006;7:79-87.
- 6-Petersen RA, Robb RM. The natural course of congenital obstruction of the nasolacrimal duct. J Pediatr Ophthalmol 1978;15:246-50.
- 7-Bernard J.A., Fayet B., Ruban J.M., Klap P., Schapiro D. Larmoiement du petit enfant. JFO, 2000 ; 23,9, 945-949.
- 8-Mansour AM, Cheng KP, Mumma JV, et al. Congenital dacryocoele. A collaborative review. Ophthalmology 1991;98:1744-51.
- 9-Beck AD. Diagnosis and management of pediatric glaucoma. Ophthalmol Clin North Am 2001;14:501-12.
- 10-Dureau P, Dollfus H, Cassegrain C, et al. Long-term results of trabeculectomy for congenital glaucoma. J Pediatr Ophthalmol Strabismus 1998;35:198-202.

