

# Nouvelles approches des sténoses lacrymales

Bruno Fayet<sup>1</sup>, Emmanuel Racy<sup>2</sup>

L'imperméabilité lacrymo-nasale représente 95 % des causes de larmoiement chez l'enfant. La controverse concernant le traitement des imperméabilités lacrymo-nasales existe depuis plus de deux siècles. Elle concerne autant la méthode à choisir en première intention que la date de mise en œuvre, et enfin la nécessité d'une anesthésie générale ou non.

On peut schématiquement décrire trois écoles :

- « mini-maximaliste »,
- « temporelle »,
- « tactile ».

## L'école « mini-maximalisme » : jamais d'excès !

Ses adeptes prônent la patience en affirmant que l'immense majorité des imperméabilités lacrymo-nasales va guérir spontanément pour peu que l'on accepte de patienter... plusieurs années. Pour les formes persistantes au-delà de 4, voire 5 ans, le traitement sera la dacryocystorhinostomie (DCR) sous anesthésie générale dans tous les cas (figure 1).

Cette école qui passe du « rien à tout » est assez consensuelle en Grande-Bretagne et dans les pays scandinaves. Ses promoteurs mettent en avant l'absence de tout traitement par excès (coût, iatrogénie...). Ils obtiennent 98 % de bons résultats.

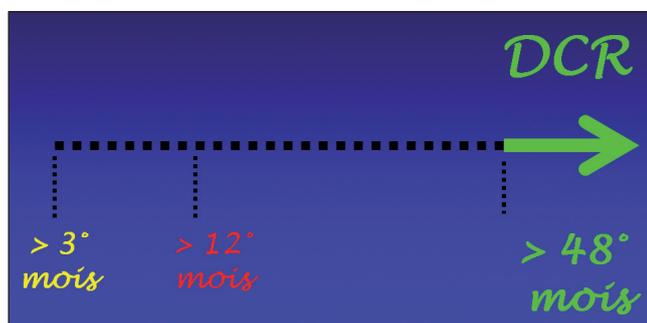


Figure 1. Schéma thérapeutique de l'école « mini-maximaliste » comme traitement des imperméabilités lacrymo-nasales de l'enfant. Aucune thérapie « active » n'est proposée avant 48 mois.

1. Service d'ophtalmologie, Hôtel-Dieu, Paris  
2. Service d'ORL, clinique Saint-Jean-de-Dieu, Paris

## L'école « temporelle » : à chaque âge son traitement !

Pour cette école, chaque traitement à un pic d'efficacité qu'il est très important de ne pas laisser passer.

Le choix de la méthode thérapeutique se fait en fonction de l'âge de l'enfant au moment de la consultation. Schématiquement (figure 2) :

- abstention jusqu'à l'âge de 3, voire 6 mois,
- puis sondage lacrymal, au besoin répété jusqu'au 12<sup>e</sup> mois,
- intubation canaliculo-nasale au-delà,
- DCR pour les échecs et/ou les impossibilités anatomiques des intubations.

Les âges charnières ne sont pas choisis au hasard. Le pourcentage de guérisons spontanées décroît nettement à partir de 3-6 mois. Passé le 12<sup>e</sup> mois, le sondage sans assistance anesthésique devient rapidement impossible. Si l'on doit recourir à cette assistance, autant placer une intubation dont le taux de succès est bien meilleur que celui du sondage. Si l'école précédente lui reproche de traiter par excès, on doit lui créditer une graduation thérapeutique qui atteint 98 % de bons résultats d'autant plus que la DCR ne représente que 1 % de ces chirurgies.

Cette école « temporelle » est LA référence, particulièrement en France.



Figure 2. Schéma thérapeutique de référence. Le traitement instauré dépend de l'âge de l'enfant au moment de la consultation.

# Chirurgie

## L'école « tactile » : le temps ne fait rien à l'affaire !

Ses partisans partent du principe que si les sténoses lacrymo-nasales sont multiples, elles sont anatomiquement stables et ne s'aggravent pas avec le temps. Ainsi une sténose muqueuse simple (classique imperforation de la valve lacrymo-nasale de Hasner) réagira tout aussi bien au sondage lacrymal quel que soit l'âge de l'enfant au moment de sa réalisation. La variable sera l'assistance : contention mécanique simple (momification dans un drap) jusqu'à l'âge d'un an, anesthésie générale en ventilation spontanée au-delà.

Les sténoses lacrymo-nasales complexes n'auraient aucune chance de guérir avec un sondage et ce quel que soit l'âge de découverte. Pour ces obstacles importants, il faudra de toute façon se résoudre à l'intubation lacrymo-nasale.

Cette école « tactile » ne diffère de la précédente qu'à partir de l'âge de un an. Au-delà de cette date, l'école « temporelle » recourt dans tous les cas à une anesthésie générale avec ventilation mécanique assistée pour placer une intubation canaliculo-nasale.

L'école « tactile », elle, va adapter son choix à partir d'une exploration instrumentale assistée par une anesthésie générale en ventilation spontanée (anesthésie « au masque »). Le sondage lacrymal sur table sépare deux situations : les sténoses lacrymo-nasales complexes et muqueuses (figure 3) :

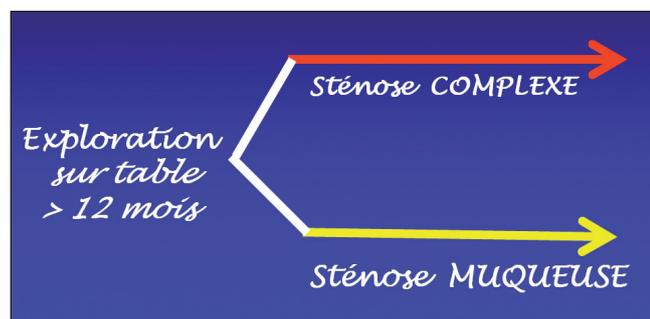


Figure 3. Nature de la sténose lacrymo-nasale après exploration instrumentale sur table.

- les sténoses lacrymo-nasales complexes : une intubation mono- ou bicanaliculonasale est réalisée sous anesthésie générale avec ventilation mécanique assistée et protection laryngée. La DCR est le recours en cas d'échec des intubations ;
- les sténoses lacrymo-nasales muqueuses : un sondage est effectué jusqu'à l'âge de 36, voire 48 mois (figure 4).

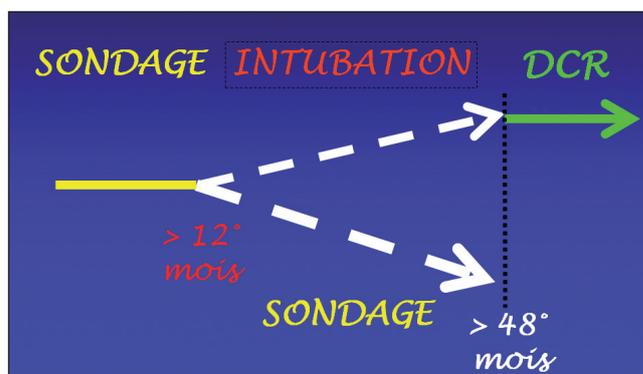


Figure 4. Schéma thérapeutique prenant en compte l'âge de l'enfant mais surtout la nature de la sténose lacrymo-nasale.

Les partisans du sondage tardif et très tardif mettent en avant la simplicité de l'intendance et des résultats atteignant 90 % de succès. Malheureusement, avec la même présélection, certaines séries ne mentionnent que 30 % de succès !

Les échecs d'un sondage lacrymal dans les sténoses muqueuses simples relèvent de trois causes :

- sous-estimation de l'obstacle,
- fausse-route : la sonde lacrymale reste en sous-muqueux,
- cicatrisation.

Ces échecs ne se produiraient pas avec une intubation correctement placée.

La sonde Masterka™ (figure 5) est une Monoka particulière qui offre une alternative aux sondages tardifs et très tardifs. Cette intubation « poussée » va peut être faire évoluer l'école « tactile » (figure 6). La mise en place (figures 7) ressemble à celle d'un cathéter veineux qui ressemblerait à une Monoka modifiée.



Figure 5. Sonde Masterka™

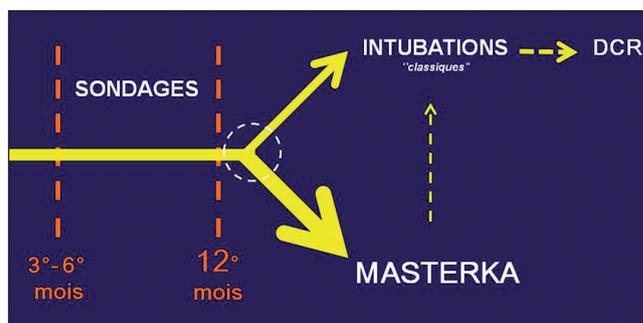


Figure 6. Place potentielle de la Masterka™ dans le traitement des imperforations lacrymo-nasales.

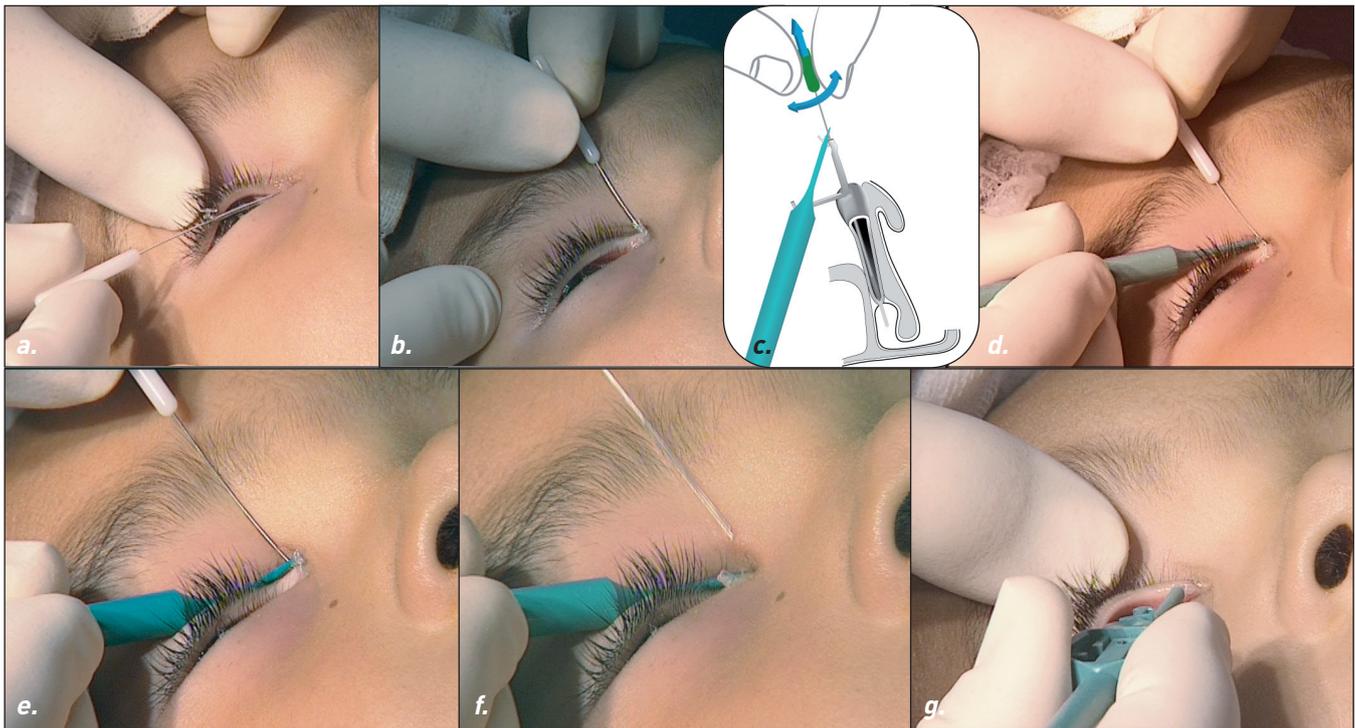


Figure 7. a à g. Étapes de l'intubation « poussée ».

Les premiers essais sont encourageants. Sous réserve de confirmations, cette intubation canaliculo-nasale « poussée » pourrait modifier l'approche thérapeutique des partisans de l'école « tactile » :

- le geste de mise en place est identique,
- l'intendance anesthésique est la même,
- la durée de la procédure est identique,
- les résultats sont meilleurs.

#### Bibliographie

Baggio E, Ruban JM, Sandon K. Analysis of the efficacy of early probing in the treatment of symptomatic congenital lacrimal duct obstruction in infants. Apropos of 92 cases. *J Fr Ophtalmol* 2000;23(7): 655-62.

Ducasse A, Adenis JP, Fayet B. Les voies lacrymales. Rapport de la SFO. Paris : Masson Ed, 2006.

Fayet B, Racy E, Renard G. Pushed monocanicular intubation: a preliminary report. *J Fr Ophtalmol* 2010;33(3):145-51.

Katowitz JA, Welsh MG. Timing of initial probing and irrigation in congenital nasolacrimal duct obstruction. *Ophthalmology* 1987; 94(6):698-705.

Maalouf T, Tessier M, George JL. Long-term outcome after Reny canaliculoplasty for extended canalicular stenosis. *Orbit* 2005;24(3): 185-90.

Repka MX, Chandler DL, Beck RW *et al*. Primary treatment of nasolacrimal duct obstruction with probing in children younger than 4 years. *Ophthalmology* 2008;115(3):577-84 e3.

## Les sténoses lacrymales de l'adulte

### Sténoses lacrymo-nasales

L'expérience a montré que l'intubation bicanaliculonasale donne 98 % de bons résultats chez l'enfant. Or la même méthode chez l'adulte est couronnée de succès dans moins de 50 % des cas ! Ceci explique la préférence pour la DCR pour traiter les sténoses lacrymo-nasales symptomatiques, car le taux de succès atteint alors 95 %. Cette notion est consensuelle.

### Sténoses canaliculaires

Le taux de succès est très variable : entre 30 et 80 %. Il dépend du nombre de sténoses et de leur étendue. Les blépharites chroniques n'ont pas un bon pronostic. Il faut préférer chaque fois que possible l'intubation bicanaliculonasale à la Monoka car la sonde devra rester en place plusieurs mois, voire années.

### Destructions canaliculaires étendues

C'est le domaine des lacorhinostomies ou des interventions complexes comme les retournements du sac. Les indications sont rares.