

CHAPITRE 9

CHIRURGIE DES VOIES LACRYMALES

Les voies lacrymales drainent les larmes du cul-de-sac conjonctival dans le nez. Leur obstruction peut se produire à différents niveaux (figure 9.1). Dans tous les cas, il y aura un larmolement dénommé épiphora.

1. *Le canal lacrymo-nasal.* C'est le lieu de prédilection des obstacles. Dans ce cas, le sac lacrymal généralement se distend (mucocèle) et devient le siège d'une infection (dacryocystite). Ceci entraîne une conjonctivite chronique et une sécrétion oculaire mucopurulente. On trouve des dacryocystites surtout au sein des populations porteuses d'infections nasales et conjonctivales chroniques comme le trachome. Il semble que leur fréquence soit plus élevée dans les populations d'origine caucasienne et indienne, probablement à cause de la forme de leur massif nasal et de l'étroitesse de la pyramide nasale.

2. <i>Les points lacrymaux</i>	}	Une obstruction au niveau des points lacrymaux ou au niveau du canal d'union va entraîner un épiphora, mais il n'y aura ni dilatation ni infection du sac lacrymal. L'œil est donc larmoyant, mais n'est pas infecté.
3. <i>Le canal d'union</i>		

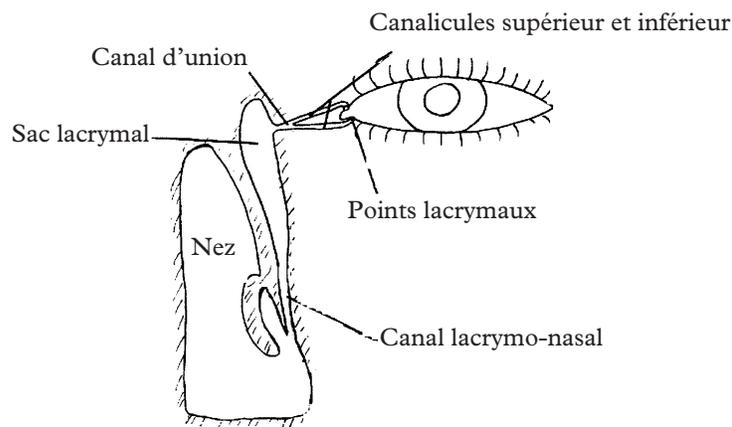


Fig. 9.1 Anatomie des voies lacrymales

Sondage du canal lacrymo-nasal

Indication :

La principale indication est l'obstruction congénitale du canal chez les nourrissons. Elle est en général due à la présence d'une fine membrane qui occlut la partie inférieure du canal. Cette membrane se résorbe souvent spontanément avec la croissance du bébé. Si le larmoiement et l'écoulement ne se sont pas amendés spontanément à l'âge de 18 mois à 2 ans, il faudra sonder le canal sous anesthésie générale. Le taux de réussite est d'environ 80 %.

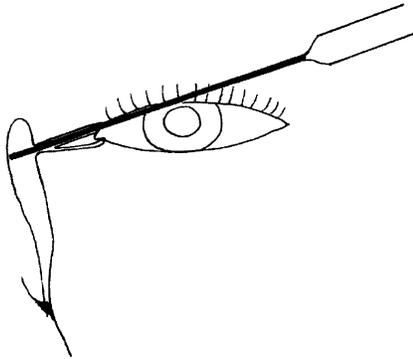


Fig. 9.2 Introduction de la sonde par le point lacrymal supérieur. L'extrémité de la sonde a pénétré dans la partie supérieure du sac et bute contre le contact osseux

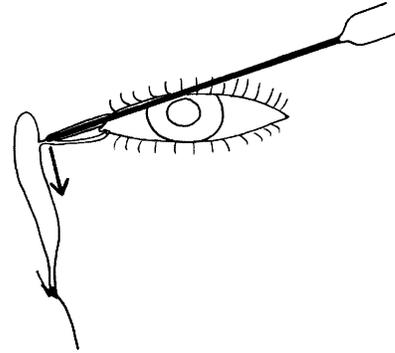


Fig. 9.3 La même manœuvre que dans la figure 9.2. L'extrémité de la sonde n'a pas encore atteint le sac lacrymal. Toute tentative de passer en force va entraîner une fausse route à travers les tissus avoisinants, schématisée par la flèche

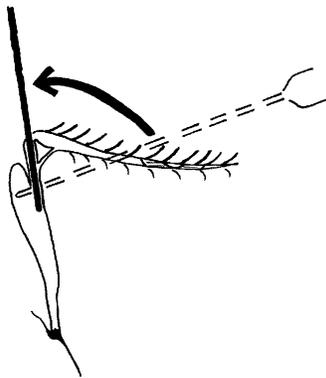


Fig. 9.4 On modifie l'inclinaison de la sonde de 90°, de telle sorte qu'elle se dirige vers le bas et très légèrement en dehors et vers l'arrière

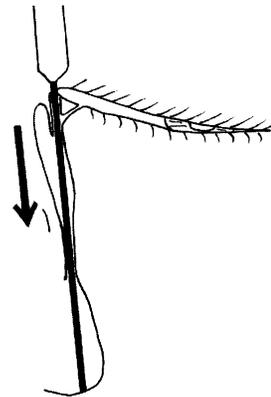


Fig. 9.5 La sonde est poussée dans le canal lacrymo-nasal, franchit l'obstacle situé à son extrémité inférieure et bute contre le plancher du massif nasal

Ce sondage peut aussi être réalisé chez les adultes sous anesthésie locale, mais le taux de réussite est alors moindre.

Protocole :

1. Dilater le point lacrymal avec un dilateur, puis faire pénétrer une sonde fine dans le canalicule pour atteindre la partie supérieure du sac lacrymal. On peut faire passer la sonde par le point lacrymal supérieur ou inférieur. Il est préférable de le faire par le point supérieur, mais il est plus facile d'utiliser le point inférieur.
2. S'assurer de la présence de l'extrémité de la sonde dans le sac. Celle-ci doit entrer en contact avec l'os (contact dur) (figure 9.2). Si la sonde n'est pas en contact avec quelque chose de dur et d'osseux, cela signifie qu'on n'a pas atteint le sac lacrymal (contact mou) (figure 9.3). Dans ce cas, il serait nuisible d'aller plus avant, car cela ne ferait que créer une fausse route à travers les tissus. Cette complication grave altérerait de façon définitive le canal d'union, qui est la partie la plus étroite des voies lacrymales, et entraînerait chez cet enfant un larmolement chronique pendant toute sa vie. Si vous n'obtenez pas de contact osseux avec la sonde, vous ne devez pas aller plus avant.
3. Maintenir l'extrémité de la sonde contre l'os et lui imprimer, par une rotation de 90°, une direction vers le bas et très légèrement en dehors (latéralement) et en arrière (figure 9.4). De cette façon, elle traversera le sac lacrymal et pénétrera dans le canal lacrymo-nasal. On perçoit en général une petite résistance à l'extrémité inférieure du canal lacrymo-nasal, due à la persistance de la membrane congénitale. Puis la sonde pénètre dans le nez et heurte le massif osseux nasal (figure 9.5).
4. Certains opérateurs vérifient la liberté des voies lacrymales en les lavant par une injection de sérum, mais il faut faire très attention à ce que, chez ce bébé endormi, il n'y ait pas de fausse route vers les poumons.

Dacryocystectomie

On excise le sac lacrymal infecté. Ceci permet d'éliminer la source de l'infection et guérit donc la conjonctivite secondaire. Cependant, les voies lacrymales étant sectionnées par l'intervention, le larmolement continuera.

Indications :

Une dacryocystectomie est indiquée en cas de dacryocystite de l'adulte, lorsque l'environnement chirurgical est médiocre. C'est une intervention simple, malgré le risque d'hémorragie dû aux veines faciales superficielles sous-cutanées. Elle est particulièrement indiquée chez les patients âgés, car la production de leurs glandes lacrymales est plus faible.

Protocole :

1. Réaliser une anesthésie locale adrénalinée de la région du sac lacrymal. Il est utile d'anesthésier également les nerfs infra-trochléaire et sous-orbitaire (figure 9.6). Le nerf infra-trochléaire véhicule la plupart des fibres de la sensibilité douloureuse de la région du sac lacrymal. On peut l'anesthésier soit

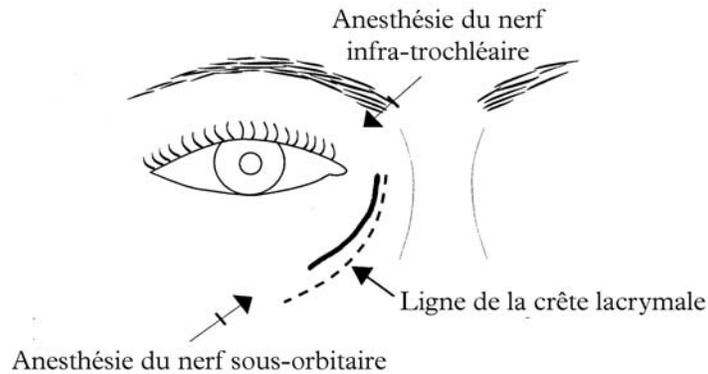


Fig. 9.6 Schéma de la position de l'incision de la dacryocystectomie et des sites d'infiltration des nerfs

en transcutané dans l'angle supéro-interne de l'orbite, soit en trans-conjonctival au-dessus de la caroncule. Faire pénétrer l'aiguille sur 2 cm, en la tenant contre le mur interne de l'orbite, et injecter environ 2 ml d'anesthésique local adrénaliné. Le nerf sous-orbitaire peut être anesthésié au niveau de son orifice de sortie sous le rebord orbitaire.

2. Réaliser une incision juste au-dessus du sac lacrymal, dans la ligne du pli cutané (figure 9.6). Cette incision doit être juste parallèle à la crête lacrymale, que l'on perçoit par palpation entre la racine du nez et le rebord orbitaire interne. L'incision part du ligament canthal interne et se dirige en bas et en dehors sur 2 à 3 cm. Les lèvres de l'incision cutanée sont maintenues écartées soit par des sutures, soit par un écarteur à ressort, soit par un aide tenant deux écarteurs de Volkmann. Approfondir l'incision par une dissection avec des ciseaux à bout mousse entre les faisceaux de l'orbiculaire des paupières. Il se produit souvent une hémorragie abondante à partir des veines angulaires et de leurs branches. Il faudra repérer les zones de saignement et les tarir de manière habituelle par ligature ou diathermocoagulation.
3. Exposer le sac lacrymal. Il est en général dilaté et facile à voir. Si on a du mal à l'identifier, on peut commencer par repérer la crête lacrymale. Le sac est

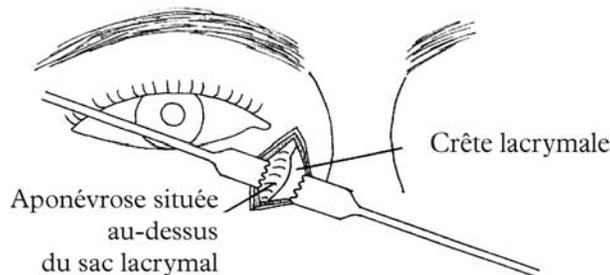


Fig. 9.7 La peau et le muscle orbiculaire sont écartés pour exposer la crête lacrymale et l'aponévrose située au-dessus du sac lacrymal

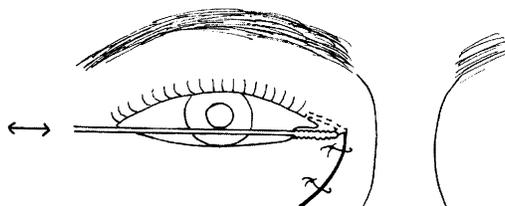


Fig. 9.8 Utilisation du micro-écouvillon à voies lacrymales

juste à son bord et un tout petit peu plus en profondeur, sous un plan aponévrotique (figure 9.7). Saisir le sac lacrymal avec une pince de Halsted, le soulever doucement et, en faisant des mouvements latéraux avec la pince de Halsted, dégager progressivement ses faces latérales pour les libérer. Individualiser complètement le sac et enlever la partie du canal lacrymo-nasal qui est facilement accessible. Parfois, le sac se rompt ou laisse sourdre un matériel mucopurulent et il peut être nécessaire d'enlever la paroi muqueuse du sac en plusieurs morceaux plutôt que d'un seul tenant. Si on a un doute quant à l'intégrité complète de l'exérèse du sac, on pourra détruire les segments restants par cautérisation chimique. Appliquer une éponge montée imbibée de phénol sur les tissus, puis laver ceux-ci après un temps de latence.

4. Fermer la peau avec une ou deux sutures par points séparés.
5. Si on dispose d'un micro-écouvillon à voies lacrymales, l'utiliser pour abraser la muqueuse des canalicules (figure 9.8). C'est un accessoire qui n'est pas indispensable.
6. Malgré la destruction des voies lacrymales, l'intervention entraînera une diminution importante des symptômes, en faisant disparaître la source de l'infection conjonctivale et du sac.

Dacryocystorhinostomie (DCR)

Il s'agit d'une intervention permettant d'anastomoser le sac lacrymal à la muqueuse des fosses nasales. C'est une intervention préférable à la dacryocystectomie, en cas de dacryocystite, parce qu'elle n'entraînera pas un larmoiement permanent pour le patient. L'intervention a un taux de réussite de l'ordre de 90 % et fait disparaître tous les symptômes. Elle est cependant beaucoup plus difficile et beaucoup plus longue qu'une dacryocystectomie. Elle requiert un matériel spécifique (figures 9.9a à 9.9c) et il y a fréquemment d'abondantes hémorragies. Une DCR peut être réalisée sous anesthésie locale si le patient coopère, mais une anesthésie générale sera beaucoup plus confortable.

Le but de l'intervention est d'extraire un morceau de la paroi osseuse entre le sac lacrymal et le méat moyen du nez, puis de suturer la muqueuse du sac à la muqueuse nasale du méat moyen. Les figures 9.10 et 9.11 montrent l'objectif de l'intervention.

Principe :

L'objectif est d'enlever un morceau de la crête lacrymale et toute la mince cloison osseuse qui sépare la muqueuse du sac de celle du méat nasal moyen (figure 9.12).

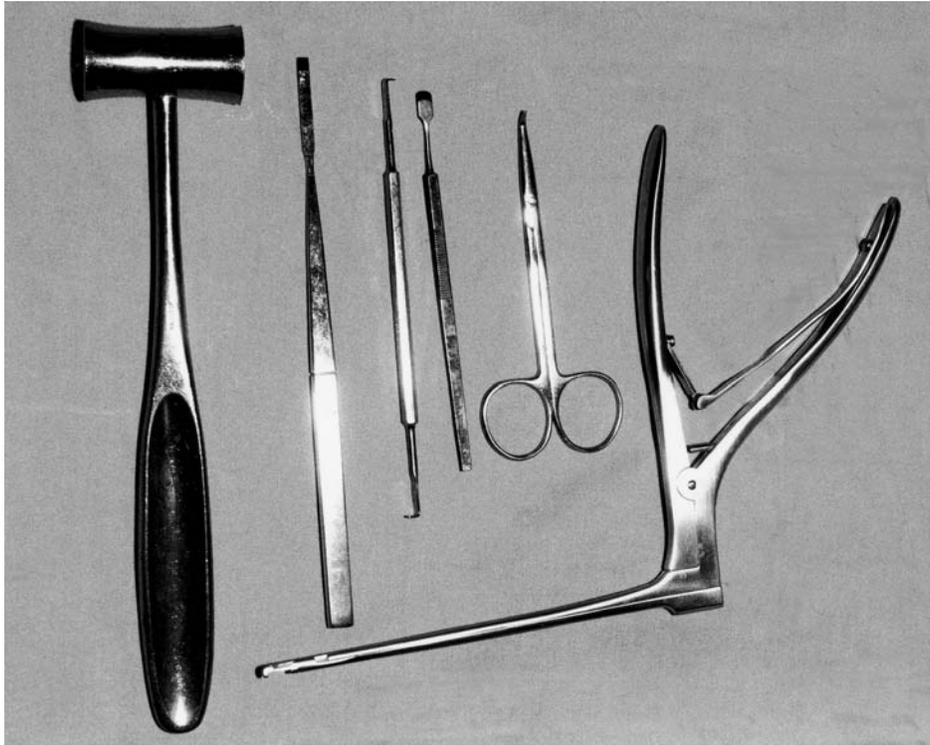


Fig. 9.9a Instrumentation requise pour une DCR : marteau, burin, éleveur courbe périostique de Traquair, éleveur périostique droit, ciseaux coudés à angle droit et pince punch osseuse

La muqueuse du sac est alors solidarisée avec celle du nez, de sorte qu'elle participe à la constitution de la paroi externe du nez (figures 9.10 et 9.11).

Protocole :

La première chose à faire est de s'assurer que le patient n'est pas hypertendu, en raison du risque hémorragique.

1. *Anesthésie.* Si on conduit l'intervention sous anesthésie locale, il faut mettre dans la narine homolatérale une mèche imbibée de xylocaïne 2 à 4 % adrénalinée, pour obtenir une vasoconstriction de la muqueuse nasale. Si on n'en dispose pas, on pourra utiliser de la cocaïne à 4 %, qui est à la fois anesthésique et vasoconstrictrice. La mèche doit être introduite au-dessus du cornet inférieur et dans le méat nasal moyen. Pour y parvenir, il faut pousser la mèche vers le haut dans la narine. Il faut faire attention à ne pas pousser la mèche vers l'arrière, en dessous du cornet inférieur et dans le méat nasal inférieur, car elle n'atteindrait pas la zone concernée du méat nasal moyen, qui est située au-dessus du cornet inférieur.

Injecter de l'anesthésique local adrénaliné au niveau de la crête lacrymale et réaliser l'anesthésie des nerfs infra-trochléaire et sous-orbitaire (figure 9.6).

Si l'intervention se déroule sous anesthésie générale, il faut quand même mettre une mèche adrénalinée dans le nez pour tarir les hémorragies per-opératoires. Placer le patient sur la table d'opération la tête un peu plus haute que les pieds, ce qui concourt également à diminuer le syndrome hémorragique.

2. *Incision cutanée.* L'incision doit être en dedans de la crête lacrymale antérieure, alors que dans la dacryocystectomie (figure 9.6) elle lui est juste en dehors.

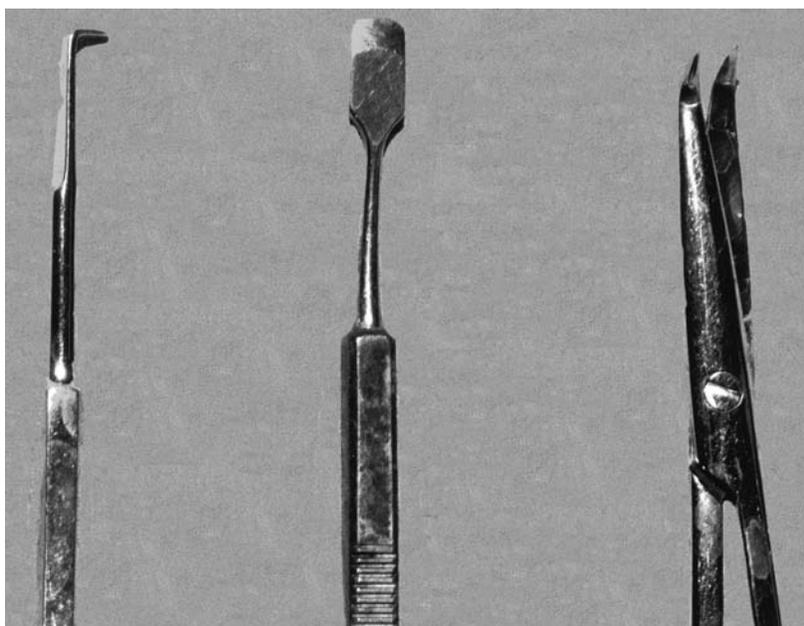


Fig. 9.9b Vue agrandie des plus petits instruments

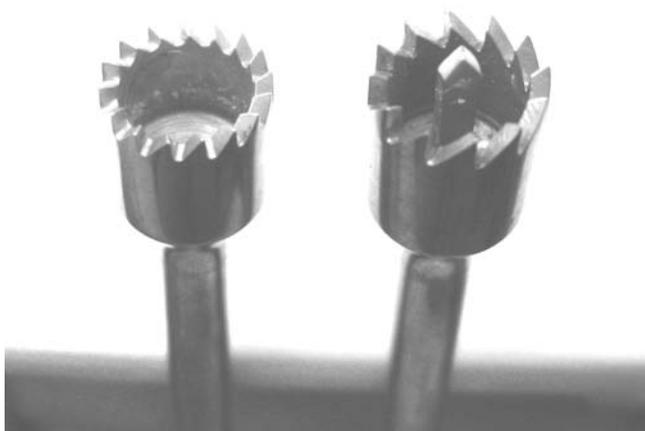


Fig. 9.9c Vue de l'extrémité des têtes des fraises osseuses

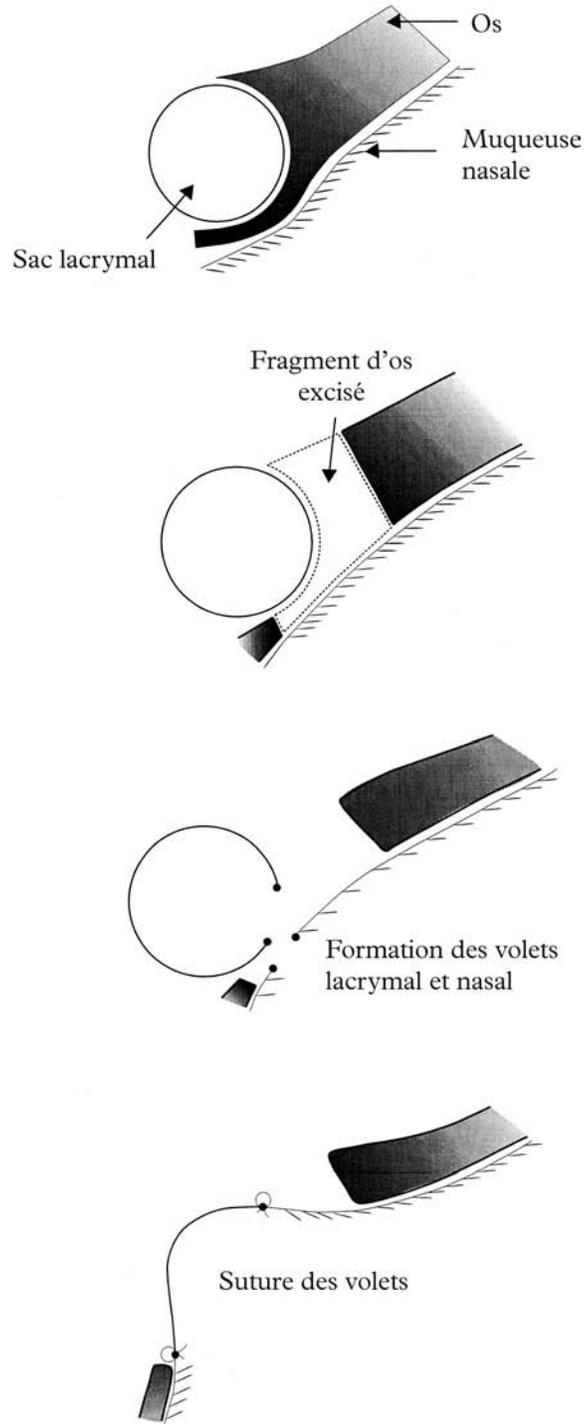


Fig. 9.10 Réalisation d'une DCR : schéma selon les sections horizontales

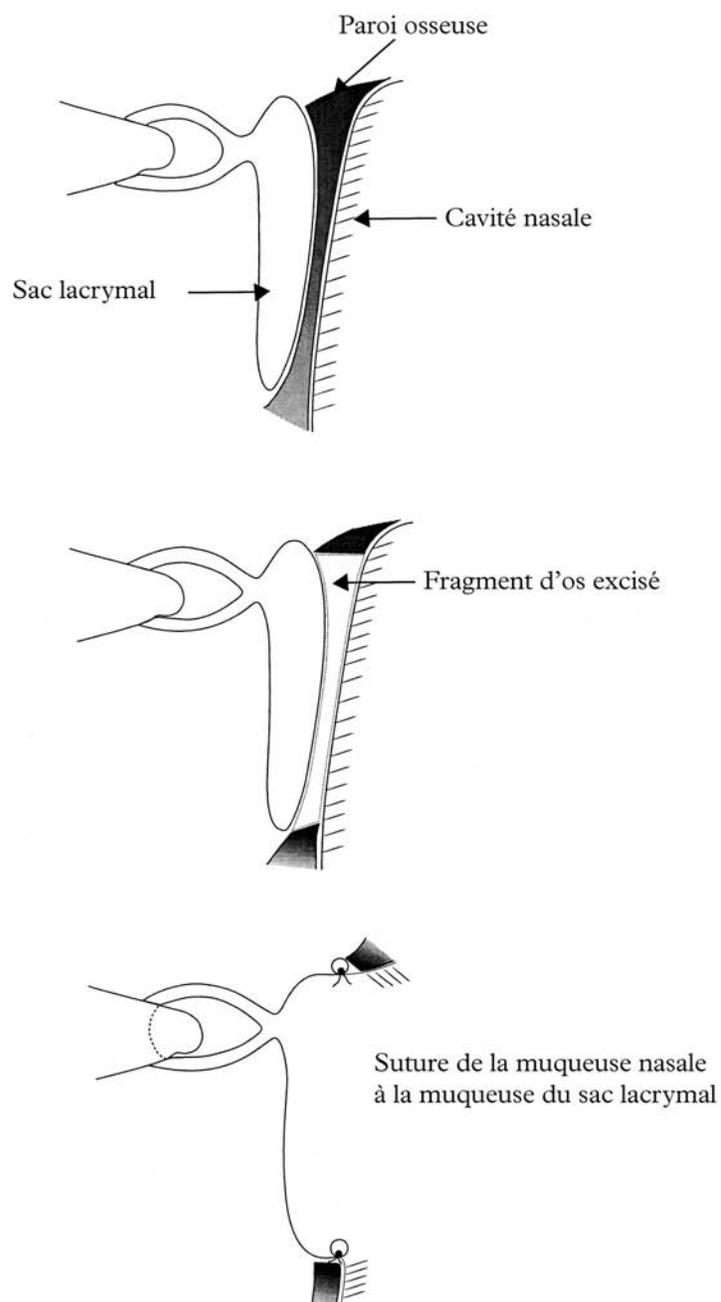


Fig. 9.11 Schéma de la même intervention selon le plan frontal

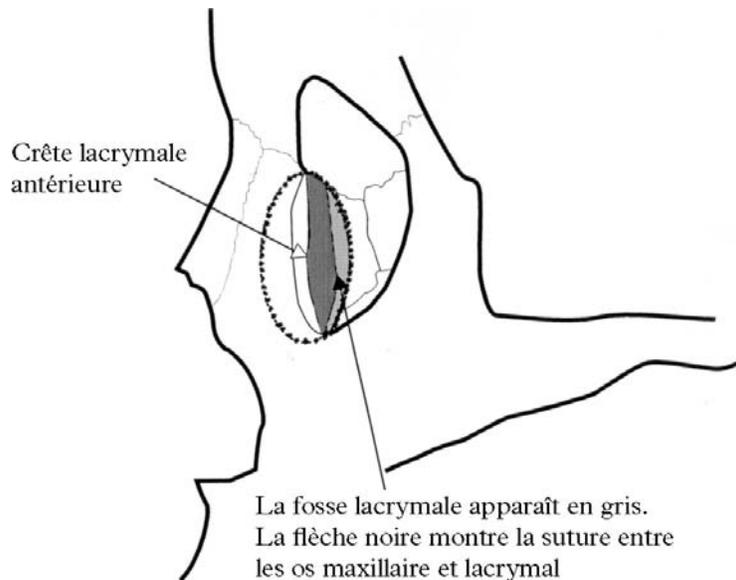


Fig. 9.12 La ligne en pointillés schématise la partie de l'os excisée dans une DCR. Il s'agit du plancher de la fosse lacrymale, de la crête lacrymale antérieure et d'une partie de l'os adjacent

L'incision doit partir du niveau du ligament canthal interne et descendre un peu en dehors sur 2 à 3 cm. L'incision cutanée ne doit pas être au-dessus du sac lui-même, car elle pourrait l'endommager.

3. Poursuivre l'incision en profondeur jusqu'au périoste, au-delà de la crête lacrymale. Tout saignement provenant des veines faciales doit faire l'objet d'une ligature ou d'une diathermocoagulation, car l'hémorragie peut être profuse. Les berges cutanées peuvent être réclinées avec des écarteurs de Volkmann tenus par l'aide, mais on peut aussi utiliser un écarteur à ressort ou des sutures dont les brins sont ensuite solidarisés aux champs opératoires.
4. Inciser ensuite le périoste, qui est une mince feuille fibreuse à la surface de l'os, et conduire le reste de la dissection sur la paroi osseuse mise à nu et sous le plan du périoste (figure 9.13). Il s'agit d'un plan tissulaire sûr, où il est impossible de léser le sac lacrymal ou un paquet vasculo-nerveux. Au sommet de l'incision, on voit très bien le bord du tendon canthal interne avec ses fibres brillantes blanches. Sectionner son insertion sur le mur interne de l'orbite. Ouvrir le périoste avec une lame de bistouri, en commençant au niveau de l'insertion du tendon canthal interne, puis en se dirigeant vers le bas, tout en restant juste en dedans de la crête lacrymale antérieure. Poursuivre la dissection du périoste avec un élévateur périostique en direction de la crête lacrymale, puis en profondeur dans la fosse lacrymale, pour le dissocier du plan osseux. Il faut faire très attention à maintenir l'élévateur périostique juste sous le périoste et exactement à la surface de l'os. La crête lacrymale peut faire

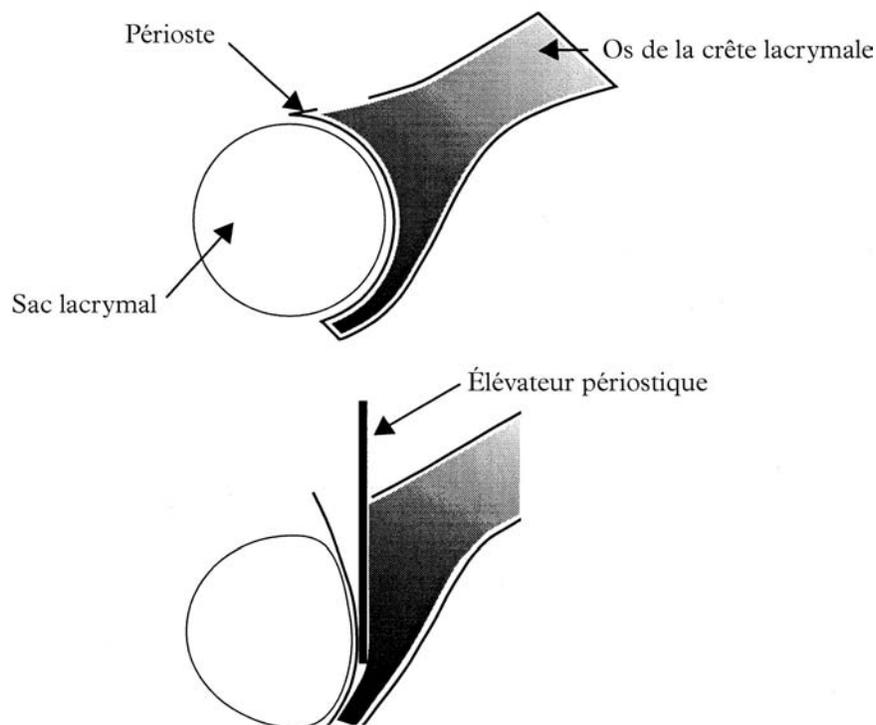


Fig. 9.13 Schéma du clivage du périoste, de la crête lacrymale et de la fosse lacrymale

un angle aigu et la dissection se poursuivra en arrière, jusqu'au plancher de la fosse lacrymale.

5. Le temps suivant consiste à extraire l'os de la crête lacrymale antérieure et celui du plancher de la fosse lacrymale, qui sépare le sac lacrymal de la muqueuse nasale (voir figures 9.10 à 9.12). Il y a plusieurs façons d'y parvenir :

Méthode A

Il y a sur le plancher de la fosse lacrymale une fine suture osseuse verticale, au niveau de la jonction entre os maxillaire et lacrymal (figure 9.12). Entrer de force un élévateur courbe périostique de Traquair dans l'interstice de cette suture et élargir l'orifice suffisamment pour pouvoir y introduire les mors d'une pince punch osseuse. Employer l'élévateur périostique de Traquair pour séparer la muqueuse nasale de la face profonde de l'os et pour la pousser à distance. Reprendre ensuite une petite pince punch pour extraire toute la paroi osseuse de la fosse lacrymale et de la crête lacrymale antérieure. Faire très attention à préserver la muqueuse nasale, qui pourrait facilement être incarcérée dans la pince punch (figure 9.14). Pour cela, il faut d'abord enlever la mèche anesthésique avec laquelle on a bourré la narine, pour éviter qu'elle ne repousse trop la muqueuse nasale contre l'os. Avancer également très

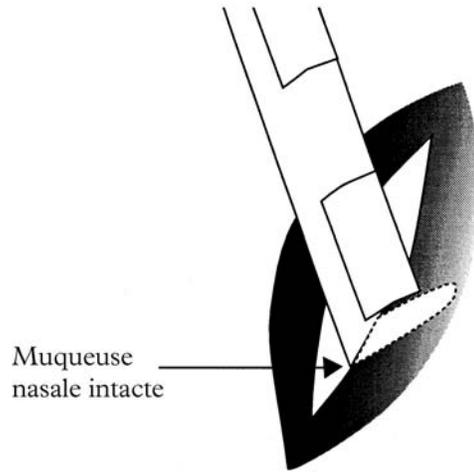


Fig. 9.14 Emploi de la pince punch pour extraire l'os

doucement l'extrémité de la pince punch, de sorte qu'elle ne prenne que l'os et ne touche pas la muqueuse nasale. Employer l'élévateur périostique de Traquair comme décrit précédemment. Poursuivre l'extraction osseuse jusqu'à ce qu'on ait réalisé un orifice de la taille de l'extrémité d'un doigt, c'est-à-dire de 1,5 cm de diamètre, qui concerne toute la paroi de la fosse lacrymale et la crête lacrymale antérieure.

Méthode B

Si la suture entre les os maxillaire et lacrymal ne peut être trouvée ou si on ne dispose pas d'une bonne pince punch bien aiguisée, on pourra utiliser soit un petit burin, soit un ostéotome, soit une petite fraise osseuse pour extraire du matériel osseux. Il est préférable d'extraire d'abord une petite pastille osseuse qui prend sur la crête lacrymale, puis d'élargir dans toutes les directions. Prendre le burin solidement et, par de petits coups de marteau, s'assurer que le burin pénètre dans l'os sans léser la muqueuse nasale sous-jacente. Certains chirurgiens préfèrent utiliser une petite fraise osseuse pour faire le premier orifice osseux. Les fraises sont généralement disponibles en paire sous deux formes, l'une avec vrille centrale et l'autre sans (figure 9.9c, page 307). On utilise d'abord la fraise qui a une vrille centrale pour tracer le périmètre de l'excision sur l'os, puis l'autre pour transfixier l'os. Il faut arrêter la fraise dès que l'on perçoit que la résistance de l'os n'est plus aussi solide, afin de ne pas léser la muqueuse nasale.

6. Préparer alors les volets de muqueuse lacrymale et nasale. Ils devraient être dos à dos puisque l'os qui les séparait a été extrait. Commencer par sectionner le canal lacrymo-nasal au pôle inférieur du sac lacrymal, grâce à des ciseaux fins coudés à angle droit (figure 9.15). En introduisant ensuite une lame des ciseaux dans le sac, l'autre étant à sa face externe, ouvrir la face interne du sac de bas en haut, constituant ainsi un volet antérieur et un volet postérieur. Il

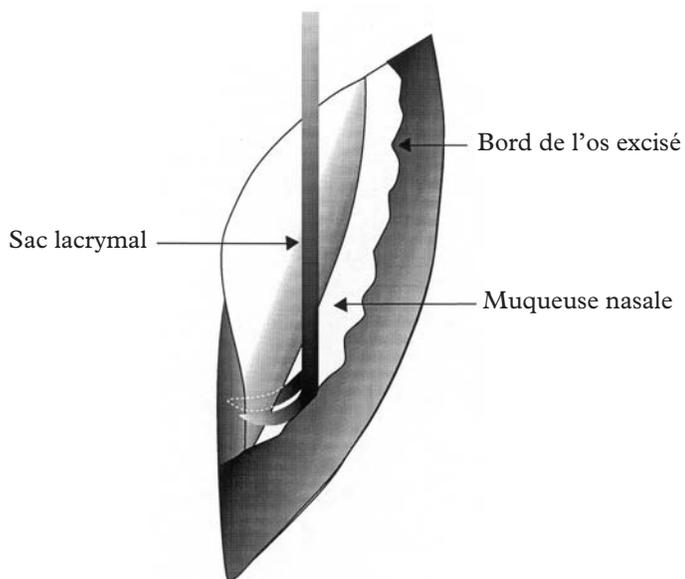


Fig. 9.15 Emploi des ciseaux coudés à angle droit pour sectionner le canal lacrymo-nasal

faut s'assurer que le sac a bien été ouvert en sondant le canalicule lacrymal depuis son orifice, avec une sonde à voie lacrymale (figure 9.16). L'extrémité de la sonde doit apparaître au pôle supérieur béant du sac. Si on ne dispose pas de ciseaux fins coudés à angle droit, on pourra utiliser la lame d'un bistouri et des ciseaux droits, mais cela sera moins facile.

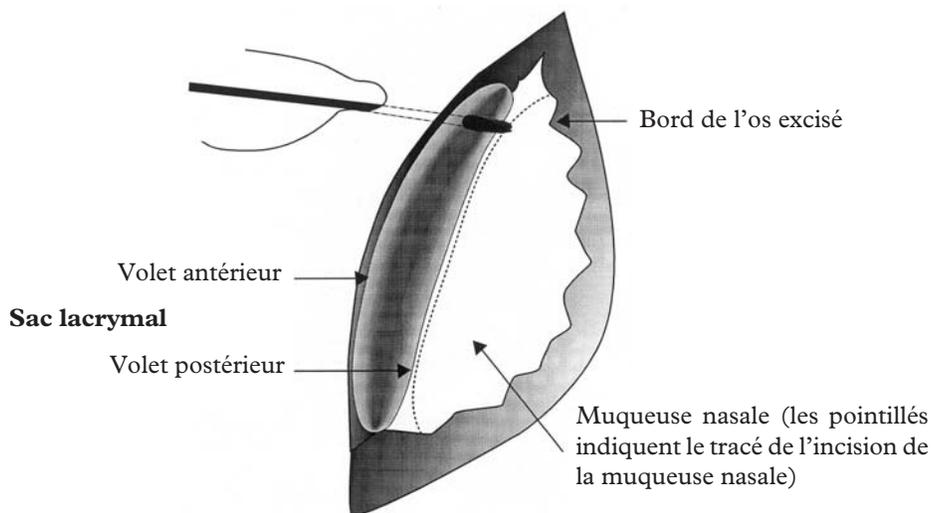


Fig. 9.16 Ouverture du sac lacrymal et insertion d'une sonde

La membrane muqueuse nasale doit désormais être incisée. On espère qu'elle est intégralement intacte, mais parfois il existe de petits orifices dus à l'excision osseuse. Il est plus facile d'inciser cette membrane si on parvient à la mettre sous une légère tension, en introduisant dans la narine l'extrémité d'une pince de Halsted ou l'extrémité d'une sonde d'aspiration, qui vont la pousser dans l'orifice de l'ostéotomie. Inciser la muqueuse nasale de telle sorte qu'elle présente un grand lambeau antérieur et seulement un petit lambeau postérieur (voir la ligne en pointillés sur la figure 9.16). Ceci reflète la disposition anatomique entre le sac lacrymal et la muqueuse nasale. La figure 9.10 montre que la partie postérieure du sac lacrymal est très proche de la cavité nasale, alors que sa partie antérieure en est séparée par une large épaisseur osseuse. Par conséquent, le lambeau antérieur de muqueuse nasale doit être assez grand pour recouvrir cet orifice.

7. Le sac lacrymal et la muqueuse nasale doivent maintenant être suturés l'un à l'autre. Les volets postérieurs devraient être très proches l'un de l'autre et il est habituellement peu ou pas nécessaire de les suturer. Ils sont directement en arrière au fond de l'incision et leur abord est de toute façon difficile. Il est important de suturer les volets antérieurs avec au moins deux sutures. Il est préférable d'utiliser du matériel résorbable, mais en cas de carence on pourra employer du matériel fin non résorbable. Une aiguille à courbure accentuée rendra l'accès et le placement de la suture plus faciles. Il faut s'efforcer de bien séparer les volets antérieurs des volets postérieurs, afin que le contenu du sac lacrymal se draine facilement dans le nez. On pourra y parvenir en fixant une des sutures du volet antérieur au muscle orbiculaire, de sorte que celui-ci tire en avant la paroi antérieure de l'anastomose muqueuse lacrymo-nasale.
8. Fermeture du champ opératoire. Suturez les plans sous-cutanés, si possible avec des sutures résorbables par points séparés, puis la peau. En post-opératoire, certains opérateurs remettent une mèche dans la narine, mais s'il n'y a pas d'hémorragie importante il vaut mieux ne pas le faire pour plusieurs raisons :
 - C'est inconfortable pour le patient.
 - Cela pourrait rompre la fragile anastomose muqueuse lacrymo-nasale.
 - L'ablation de la mèche, au bout de 24 heures, pourrait provoquer une hémorragie.
9. En post-opératoire, enlever les sutures cutanées entre le cinquième et le septième jour. Prescrire un collyre ou une pommade antibiotique pour la conjonctive et, si le sac lacrymal était particulièrement infecté, il est préférable d'y associer un court traitement antibiotique par voie générale.

Le problème essentiel de la DCR est le syndrome hémorragique. Il est en général plus important sous anesthésie générale que locale. Pour tenter de le restreindre, il est essentiel de bien mécher la cavité nasale homolatérale, de sorte que le méat moyen au-dessus du cornet inférieur soit le siège d'une vasoconstriction efficace. Il est également essentiel de tarir toute hémorragie provenant des veines angulaires ou de leurs branches avant de poursuivre le protocole opératoire. Relever un peu le plan de l'appui-tête de la table d'opération peut également

concourir à diminuer le saignement, tant sous anesthésie générale que locale. Il est également indispensable de disposer d'un bon matériel d'aspiration.

Ces dernières années, on a constaté un regain d'intérêt pour les techniques de traitement de la dacryocystite sans chirurgie à ciel ouvert. Une DCR peut être réalisée par voie endonasale sans réaliser d'incision cutanée. Une autre méthode consiste à introduire de haut en bas une sonde très fine dans le canal lacrymo-nasal avec un ballonnet gonflable pour rompre son occlusion. Ces deux techniques nécessitent cependant un matériel onéreux et leurs résultats, même dans les mains les plus expérimentées, ne sont pas meilleurs que ceux d'une DCR transcutanée.

Il existe une autre méthode encore plus simple de DCR. Elle est utile si on ne dispose pas des conditions nécessaires à la réalisation d'une DCR standard et si l'opérateur ne souhaite pas détruire les voies lacrymales par dacryocystectomie. Le but de l'opération sera de mettre en place un petit tube de plastique avec collerette du sac lacrymal dans le nez, pour faire une dérivation au canal lacrymo-nasal obstrué. Le taux de réussite à long terme n'est que de 50 % environ.

Protocole :

1. L'anesthésie locale est la même que pour une DCR.
2. Exposer le sac lacrymal comme pour une dacryocystectomie, puis l'ouvrir sur sa face antérieure.
3. Avec un trocart, perforer le plancher du sac lacrymal et le mince feuillet osseux, pour pénétrer dans le méat nasal moyen (figure 9.17).
4. Un petit tube de plastique avec collerette est alors mis en place et solidement solidarisé avec les parois de l'orifice (figure 9.18). Ce tube peut être fabriqué à partir d'un tube en plastique solide dont on chauffe une extrémité pour constituer une collerette.
5. Fermer la face antérieure du sac lacrymal par une ou deux sutures de catgut, puis suturer la peau.

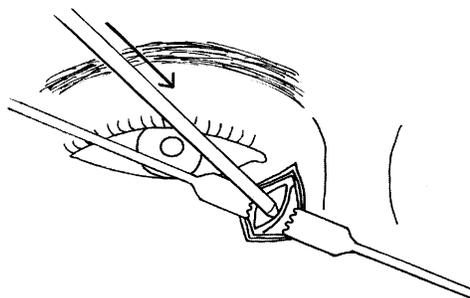


Fig. 9.17 Le trocart perfore le plancher du sac lacrymal et pénètre dans la cavité nasale

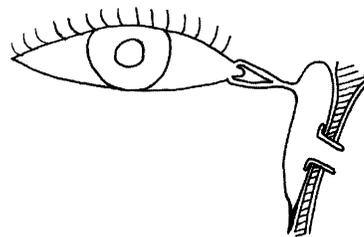


Fig. 9.18 Schéma de la position du tube avec sa collerette

Obstruction du canal d'union

Une obstruction à ce niveau ne peut être levée que par une DCR standard et la mise en place d'un tube souple de silicone depuis les canalicules lacrymaux jusque dans le nez. Ce tube de silicone est muni de deux sondes métalliques en argent à ses extrémités. Elles sont introduites chacune par un canalicule lacrymal, puis elles traversent le sac lacrymal ouvert au sixième temps opératoire de la DCR. Elles sont alors introduites dans le nez et leurs deux extrémités sont nouées ensemble et les brins coupés courts.

Punctoplastie lacrymale

La levée de l'occlusion ou de la sténose du point lacrymal inférieur est facile à réaliser avec une punctoplastie. Cette occlusion est suspectée si le patient se plaint d'épiphora et si, après dilatation du point lacrymal et lavage des voies lacrymales, un flot de liquide s'écoule librement dans le nez. Parfois, le point lacrymal n'est plus au contact du globe, en raison d'un ectropion qu'il faudra corriger.

Le but de l'opération est d'ouvrir le point lacrymal en excisant un petit triangle à sa face postérieure en regard du globe.

Indication :

Sténose ou occlusion du point lacrymal. Le reste des voies lacrymales doit être indemne pour que l'opération réussisse.

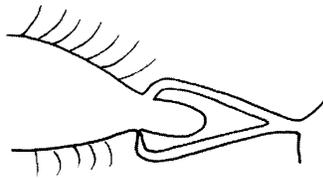


Fig. 9.19a

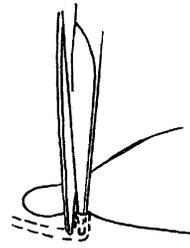


Fig. 9.19b

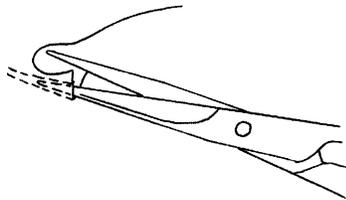


Fig. 9.19c

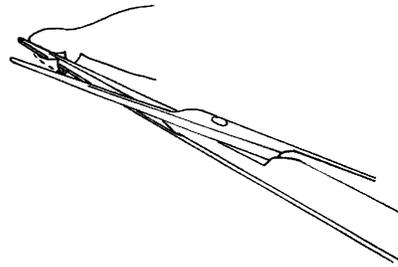


Fig. 9.19d

Fig. 9.19 Vue de la paupière inférieure par sa face conjonctivale (postérieure) et dissection du petit triangle de conjonctive qui permet d'ouvrir le point lacrymal inférieur

Protocole :

1. Injecter de l'anesthésique local adrénaliné autour du point lacrymal inférieur.
2. Dilater le point lacrymal avec un stylet dilatateur.
3. Introduire une lame de ciseaux très fins dans le point lacrymal, l'autre lame étant dans le sac conjonctival. Faire une section verticale d'environ 2 mm de long vers le bas (figure 9.19b).
4. Réinsérer la lame des ciseaux dans l'orifice du canalicule et couper horizontalement en dedans (figure 9.19c).
5. Faire une troisième incision pour exciser un triangle de conjonctive qui rendra béant le point lacrymal à la face postérieure de la paupière (figure 9.19d).

Occlusion thérapeutique des points lacrymaux dans les syndromes secs

Certains patients présentent une diminution de la sécrétion lacrymale, en particulier les sujets atteints de polyarthrite rhumatoïde. Leur symptomatologie fonctionnelle est souvent fortement améliorée par l'occlusion thérapeutique de leurs points lacrymaux, pour préserver au contact du globe le peu de larmes qu'ils secrètent. On peut le faire très aisément avec un cautère qui va sceller le point lacrymal. Injecter d'abord de l'anesthésique local près du point lacrymal. Dilater ensuite le point lacrymal, y introduire en profondeur la petite sonde d'un cautère et réaliser la cautérisation. Ceci va brûler la muqueuse du canalicule et en sceller définitivement l'orifice. Cette manœuvre est réalisée aux points lacrymaux inférieur et supérieur.