

UNIVERSITE TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTES DE MEDECINE

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Alexia SAINT-ANTONIN

Le 12 juin 2018

**PRISE EN CHARGE DU LARMOIEMENT CHRONIQUE DU NOURRISSON EN
MEDECINE GENERALE EN MIDI-PYRENEES**

Une étude descriptive observationnelle sur la prise en charge du larmoiement chronique du nourrisson par
161 praticiens de premier recours en Midi-Pyrénées de janvier 2018 à mars 2018.

Directeur de thèse : Madame le Docteur Leïla LATROUS

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Madame le Professeur Jacmine PECHMEJA

Madame le Docteur Leïla Latrous

Madame le Docteur Catherine BLEY RIBET

Monsieur le Docteur Michel BISMUTH

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

Assesseur



Remerciements

Au président du jury

- **Mr le Pr Pierre MESTHE**

Je vous remercie de votre engagement auprès des jeunes médecins et de votre bienveillance au moment d'entrer dans notre profession.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A ma directrice de thèse et membre du jury

- **Mme le Dr Leïla Latrous**

Vous avez accepté avec enthousiasme de m'accompagner pour ce travail. Je vous remercie de la confiance que vous m'avez accordée et pour votre patience, vos conseils et votre disponibilité.

Aux membres du jury

- **Mme le Pr Jacmine PECHMEJA**

Merci de votre participation à ce jury de thèse. Que ce soit pour moi l'occasion de vous témoigner ma reconnaissance.

- **Mme le Dr Catherine BLEY RIBET**

Merci de votre participation à ce jury de thèse. Je vous remercie pour la gentillesse que vous avez manifestée à mon égard et votre soutien au cours de ce travail.

- **Mr le Dr Michel BISMUTH**

Merci de votre participation à ce jury de thèse. Je vous remercie également de votre implication dans la formation des internes.

Remerciements personnels

A mes parents, je vous remercie de votre soutien pendant toutes ces années, de m'avoir donné ces moments de bonheur qui me portent aujourd'hui et que nous partageons encore si souvent.

A ma mère, pour ta bienveillance, ton expérience réconfortante et tes conseils qui me permettent d'avancer.

A mon père, pour ta générosité, ton enthousiasme et ta rigueur dont j'apprends tous les jours.

A ma grand-mère, ma première colocataire, si précieuse depuis le début de ma vie. Je te remercie d'avoir toujours été présente et de partager mes joies et mes peines avec des conseils toujours avisés. Que nous continuions encore longtemps !

A mon frère, pour ton soutien sans faille durant toutes ces années. J'ai bien noté que le verdict énoncé par un autre jury il y a dix ans devait être une étape, un objectif à atteindre. J'essaierai d'y tendre encore, et chaque jour un peu plus.

A Lilian, mon petit ange, pour tes rires et ces moments de bonheur que tu m'apportes. Toujours à tes côtés.

A mon oncle, pour ta gentillesse et ton inestimable présence à mes côtés. Notons que tu es l'initiateur d'une version avant-gardiste de l'application UBER !

A mes oncles, tantes, cousins et cousines, merci de partager cette journée avec moi.

A ma belle-sœur, pour avoir apporté le petit ange dans ma vie.

A ma belle-famille, à Benjamin, merci de votre accueil et des bons moments que nous passons ensemble.

A Aurélie, osera-t-on dire que nous sommes ensemble sur cette route depuis 28 ans, co-pilotes de cette vie qui nous apporte quelques embûches mais beaucoup de bonheur.

A Marie-Laure et Nathalie, ensemble depuis le début, nous y arrivons enfin ! Et maintenant, on profite !

A Anaïs, au cours d'un stage à Labastide Saint-Pierre, comme une évidence, l'envie de travailler ensemble. Nous poursuivons ce chemin, depuis la fin de l'internat, et maintenant nous continuons cette aventure qui prend une nouvelle dimension aujourd'hui. En avant toute !

Aux Druellois, bien sûr, premiers de belles rencontres pendant mon internat, Marie, Camille et Alex vous resterez ces « colocs » au coin d'un feu aveyronnais qui me réchauffaient le cœur par votre amitié et qui me le réchauffe encore.

A Mélanie, pour tes rires, ta motivation lors de nos rencontres sportives, ta bonne-humeur et tes conseils avisés. En route sur les chemins sportifs de nos pratiques médicales.

A Romy et Christophe, vous m'avez permis d'envisager de me lancer. Merci pour ce projet, il ne reste plus qu'à me supporter...pour le meilleur je l'espère.

A tous ceux dont les rencontres ont enrichi mon parcours professionnel et personnel.

A Julien, à mes côtés depuis le début de ce parcours. Par ton affection, ta patience et ton courage, tu me permets d'arriver jusqu'ici. Mais ce n'est que le début d'autres étapes, alors accrochons-nous !

Citations

« Le bonheur ne se trouve pas au sommet de la montagne, mais dans la façon de la gravir. »

Confucius

TABLE DES MATIERES

I	INTRODUCTION.....	1
I.1	Anatomie.....	1
I.2	Physiopathologie.....	2
I.3	Épidémiologie.....	3
I.4	Clinique.....	4
I.5	Prise en charge.....	5
	<i>I.5.1 Éléments décisionnels.....</i>	<i>5</i>
	<i>I.5.2 Traitements disponibles.....</i>	<i>5</i>
	<i>I.5.3 Indications.....</i>	<i>6</i>
	<i>I.5.4 Techniques ostéopathiques de Rod et Vercher.....</i>	<i>7</i>
II	METHODES.....	8
II.1	Objectif principal.....	8
II.2	Objectif secondaire.....	8
II.3	Méthode utilisée.....	8
II.4	Population étudiée.....	8
II.5	Questionnaire.....	8
II.6	Déroulement de l'étude.....	9
	<i>II.6.1 Recueil bibliographique.....</i>	<i>9</i>
	<i>II.6.2 Création du questionnaire.....</i>	<i>9</i>
	<i>II.6.3 Diffusion du questionnaire.....</i>	<i>9</i>
II.7	Analyse statistique.....	10
III	RESULTATS.....	11
III.1	La population.....	11
III.2	Prise en charge par les médecins.....	12
III.3	La formation.....	16
III.4	Étude analytique.....	16
IV	DISCUSSION.....	17
IV.1	Forces et faiblesses de l'étude.....	17
IV.2	Prise en charge du larmoiement chronique du nourrisson.....	18
	<i>IV.2.1 Traitement à mettre en place.....</i>	<i>18</i>
	<i>IV.2.2 Utilisation des antibiotiques.....</i>	<i>18</i>
	<i>IV.2.3 Explication du massage du cul de sac oculaire interne.....</i>	<i>19</i>
	<i>IV.2.4 Orientation vers le spécialiste.....</i>	<i>20</i>
IV.3	Formation médicale.....	21
V	CONCLUSION.....	22

BIBLIOGRAPHIE

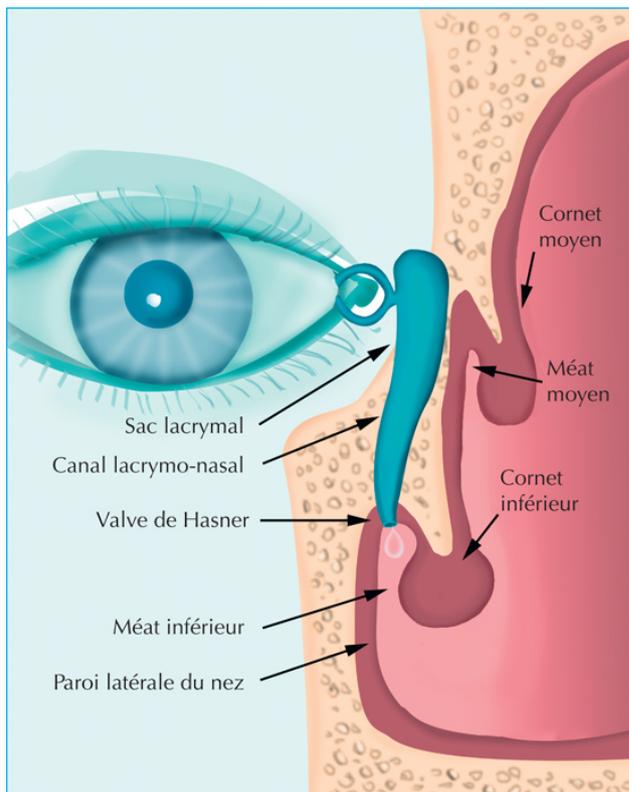
ANNEXE

I. INTRODUCTION

1 Anatomie

Pour aborder le larmoiement chronique du nourrisson, il est important de comprendre le fonctionnement de l'œil. Composé d'un système excréteur à l'angle interne de l'œil, il débute par le méat inférieur et supérieur se prolongeant chacun sur un canalicule lacrymal. Les canalicules inférieurs et supérieurs s'unissent au niveau du canal d'union qui s'abouche dans le sac lacrymal par la Valvule de Rosenmuller. Le canal lacrymonasal fait suite au sac lacrymal dans la branche ascendante de l'os maxillaire. Il se déverse dans les fosses nasales au niveau du cornet inférieur après un trajet sous muqueux dont l'ostium ou méat inférieur est encore appelé Valve de Hasner (1) .

Anatomie de l'œil (2)



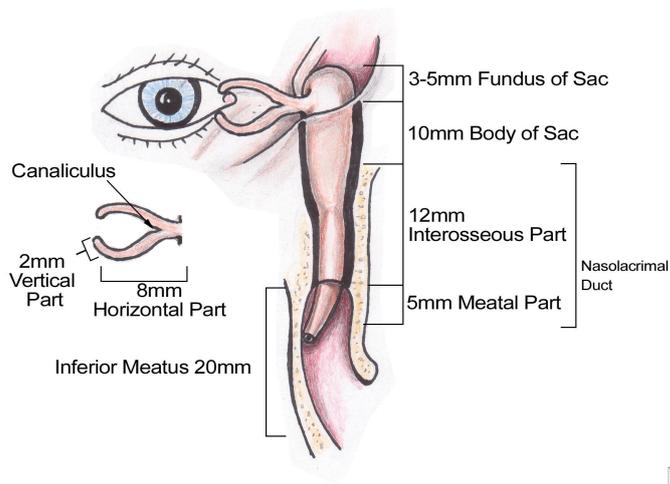


Schéma anatomique de l'œil (3)

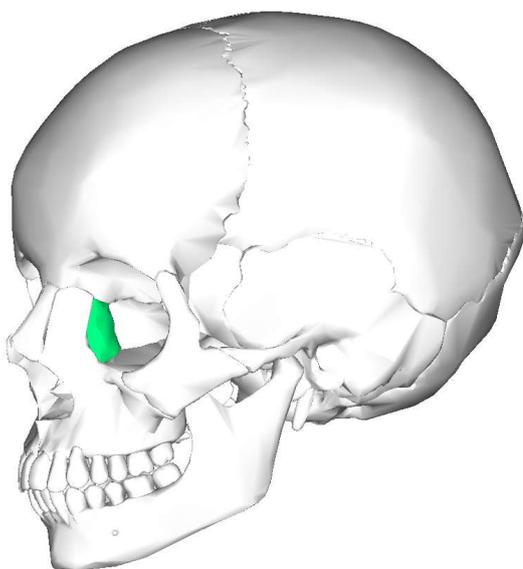
2 Physiopathologie

Devant le larmolement répété du nourrisson, il faut rechercher les pathologies suivantes (4) (5):

- le glaucome congénital, cause la plus grave, pouvant engager le pronostic fonctionnel.
- les anomalies de la portion horizontale : rares, elles se retrouvent dans les maladies génétiques et les syndromes polymalformatifs. Elles passent souvent inaperçues car ne touchent qu'exceptionnellement les deux méats lacrymaux simultanément (agénésie du méat ou des canalicules, fistule, diverticule)
- les anomalies de la portion verticale :
 - imperméabilité lacrymonasale :
 - imperforation lacrymonasale par immaturité de la valve de Hasner : cause la plus fréquente.
 - rétrécissement du canal lacrymonasal.
 - hypertrophie du cornet inférieur.
 - déviation du septum nasal.
 - absence du canal lacrymonasal osseux.
 - mucocèle congénitale : elle signe la distension du sac lacrymal par imperméabilité lacrymonasale et excès de continence de la valve de Rosenmuller et peut se compliquer d'une rupture spontanée, fistulisation à la peau et de surinfection.
 - dacryocystite aigue : surinfection du sac lacrymal.
 - tumeurs du sac lacrymal.

Dans une approche ostéopathique, la notion de lésion tissulaire réversible est au premier plan. La déformabilité et l'adaptabilité des pièces osseuses crâniennes sont fonction des contraintes subies pendant la grossesse et l'accouchement. Pour cette pathologie, il s'agit de la mobilité de l'os lacrymal qui s'en trouve diminuée et provoque une congestion de la muqueuse du canal lacrymal, obstruant ainsi le drainage des larmes (6)(7).

Localisation de l'os lacrymal sur le massif osseux facial



Anatomography, Wikimedia Commons, CC by-sa 2.1

Le but du traitement ostéopathique sera de repérer et traiter les lésions tissulaires réversibles au niveau du canal lacrymal ou à distance de celui-ci.

3 Epidémiologie

La prévalence de l'imperforation du canal lacrymal varie selon les auteurs entre 1,2 et 20% (1)(8)(9). Il est majoritairement admis que 5 à 6% des nouveaux nés présentent cette pathologie (5)(10)(6) dont 20% de manière bilatérale (4).

Selon les cas, le canal se perméabilise spontanément chez le nourrisson de moins de deux ans. Cette guérison conditionne la prise en charge : abstention thérapeutique, massage du sac lacrymal, sondage des voies lacrymales avec intubation mono ou bicanaliculaire si besoin, dacryocystorhinostomie.

Le taux de guérison spontanée varie en fonction de l'âge du nourrisson (5) (10) (6) (4)

- à 3 mois : 30% des cas.
- à 6 mois : 50% des cas..
- à 1 an : 89 à 96% des cas

4 Clinique

Devant un larmoiement chronique chez le nourrisson, il est nécessaire de réaliser un examen clinique complet pour orienter le diagnostic étiologique et rechercher des complications (5)(8)(4) :

Dans le cas d'une imperméabilité du canal lacrymonasal par immaturité de la valve de Hasner, l'examen retrouvera :

- un larmoiement chronique clair présent dès la naissance ou quelques temps après en cas de prématurité (en raison de la réduction de la sécrétion lacrymale chez le prématuré) (5).
- aggravé par des surinfections, améliorées par l'antibiothérapie ou un traitement antiseptique, et récidivantes à l'arrêt de celui-ci (4).

Il s'emploiera à rechercher les complications (8) :

- surinfection ou conjonctivite.
- fibrose inflammatoire des voies lacrymales, en cas d'infections répétées.
- dacryocystite aigue puis chronique évoquée devant une tuméfaction inflammatoire du canthus interne.
- cellulite orbitaire par sténose prolongée des voies lacrymales (dacryocystite).
- fistulisation à la peau en cas de multiples et importants obstacles sur les voies lacrymale.
- mucocèle congénitale se traduisant par une tuméfaction bleutée de consistance élastique du sac lacrymal.
- eczématisation de la paupière inférieure (ph alcalin des larmes et soins d'hygiène répétés).

L'information des parents reste importante pour identifier les complications (11).

Lors de la consultation, nous pourrons éliminer les diagnostics différentiels (8)(9) :

- glaucome congénital : megalocornée.
- ulcération cornéenne (malposition palpébrale et/ou ciliaire) : examen à la fluoresceine.

- kératite..
- conjonctivite.
-  pibl pharon.
- entropion congénital..
- hypertrophie cornet inférieur.
- hypertrophie ad no ide.
- diplégie faciale.

5 Prise en charge

1  l ments décisionnels

Les auteurs étudient les taux de guérison spontanée en fonction de l'âge de l'enfant (1).

- 75% dans les 3 premiers mois.
- 85% dans les 12 premiers mois.
- Taux en baisse à partir de 1 an, rare guérison spontanée après 2 ans

Certains facteurs prédisent un pronostic favorable : la présence d'une sténose courte ou unilatérale associée ou pas à un sac lacrymal non dilaté. En revanche, des antécédents familiaux de larmoiement chronique ou une prématurité peuvent témoigner d'une évolution non favorable (9)(8).

2 Traitements disponibles (8)

1 Médicamenteux

- Nettoyage oculaire par compresses imbibées d'eau.
- Collyre antiseptique indiqué dans le larmoiement clair.
- Collyre antibiotique indiqué en cas de larmoiement purulent.
- Massage du sac lacrymal : méthode type CRIGLER à expliquer aux parents, avant l'administration des collyres en appuyant avec l'index sur le côté de la base du nez pour drainer vers le bas (4)(11). Efficace en cas de dilatation du sac lacrymal et de reflux muqueux, il doit permettre la restitution du calibre normal du sac lacrymal et la perméabilité du canal lacrymonasal (12).

2 Instrumental :

Déroulement du sondage simple à la sonde de Bowman sous anesthésie générale courte ou emmaillotage du nourrisson

- Dilatation des méats lacrymaux.
- Sondage pour évaluation du nombre de sténoses : vertical, horizontal jusqu'à contact osseux, puis vertical en bas et en arrière, jusque dans les fosses nasales.
- Antibiothérapie locale.
- Possibilité de répéter à 6 semaines par deux fois si persistance de la symptomatologie.

3 Chirurgical :

- Intubation canaliculonasale par sonde en silicone qui présente plus de risques que le sondage simple
 - o Complications communes :
 - réaction à corps étranger et constitution de bourgeon charnu, prévention par ablation de la sonde entre la 4^{ème} et 8^{ème} semaine.
 - surinfection du matériel : conjonctivite voir dacryocystite.
 - o Complications de la voie bicanaliculonasale :
 - extériorisation irréductible de la sonde trop précoce..
 - disparition de la sonde.
 - stricturotomie : déchirure du méat lacrymal.
 - o Complications de la voie monocaniculonasale :
 - migration de la sonde (améliorée par utilisation de sonde à grande collerette méatique).
 - échec par faux trajet, malformation ou sténoses multiples.
- Dacryocystorhinostomie à partir de 4 ans.

3 Indications (1)(4)(5)(13)(10):

- Avant 3 mois, les études s'accordent sur la prise en charge médicamenteuse.
- Après 3 mois et jusqu'au 6^{ème} - 8^{ème} mois, selon l'importance du larmoiement, les antécédents et l'efficacité des traitements antérieurs, il est possible de proposer les mêmes traitements qu'avant 3 mois ou d'initier un traitement instrumental, à répéter jusqu'à 2-3 fois en cas d'échec par emmaillotage.
- Entre 6-8 mois et 1 an, le recours au sondage sera plus rapide, notamment par l'accès plus facile à des techniques d'anesthésie générale plus accessibles.

- A partir de 1 an, le sondage avec intubation sera préféré.
- A partir de 3-4 ans, en cas de persistance du larmolement avec complication, une dacryocystorhinostomie par voie cutanée ou endonasale peut être envisagée.

De même, l'efficacité des sondages diminue avec le temps et la plasticité tissulaire (1)

- De 3 mois à 1 an : 90 % de guérison par un à trois sondages.
- Durant la deuxième année de vie : 99% de guérison après sondage et intubation des voies lacrymales excrétrices.
- après 2 ans de vie, + 15% de risque d'échec par années de vie supplémentaires.

4 Techniques ostéopathiques de Rod de Vercher (6)(7)

L'enfant est allongé sur le dos, une main stabilise le crane en prenant appui sur le front, l'autre main prend le nez en pince au niveau de sa base, et réalise des mouvements de gauche à droite et de droite à gauche, de bas en haut et de haut en bas, et enfin d'avant en arrière et d'arrière en avant.

Les premières séances s'attachent à agir localement pour ensuite aborder des techniques maxillo-frontales, de la base du crâne, puis plus largement l'ethmoïde, les os palatins, sphénoïde et temporaux.

Bien qu'il existe plusieurs axes thérapeutiques, il est difficile de savoir pour le médecin de premier recours quelles sont les propositions à apporter en première intention et à partir de quel âge un avis spécialisé est nécessaire, afin d'éviter une perte de chance pour le patient.

II Matériels et Méthodes

1 Objectif Principal

Devant les différentes possibilités thérapeutiques proposées, l'objectif de l'étude est de faire un état des lieux de la prise en charge du larmoiement du nourrisson par les médecins généralistes.

2 Objectif Secondaire

Nous en profiterons pour essayer d'estimer les attentes des professionnels en termes de formation concernant cette pathologie.

3 Méthode utilisée

Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive comparative. Les données sont recueillies grâce à un auto-questionnaire informatique de janvier 2018 à mars 2018.

4 Population étudiée

Nous proposons l'étude aux médecins prenant en charge le larmoiement chronique du nourrisson et en particulier les médecins généralistes, les pédiatres et les médecins de PMI de Midi-Pyrénées.

5 Questionnaire

Il comprend 3 parties :

- la première est épidémiologique, elle permet d'identifier la population étudiée.
- la deuxième concerne :
 - La prise en charge de la pathologie (lavage, antiseptie, antibiothérapie locale et orale, massage du cul de sac oculaire interne, avis spécialisé),
 - Les techniques explicatives proposées pour le massage et les documents de communication utilisés,
 - Les spécialistes pouvant intervenir
 - L'âge d'orientation vers ces professionnels.

- la dernière porte sur la formation médicale liée à cette pathologie.

6 Déroulement de l'étude

1 Recueil bibliographique

Afin de se former sur la recherche bibliographique, nous avons participé à un atelier « L'essentiel de la recherche bibliographie » auprès de la bibliothèque universitaire Santé Toulouse 3. Nous nous sommes familiarisés avec les sites internet type PubMed, Cismef, EM Consult, Google Scholar.

Les mots clés utilisés étaient :

- Larmolement du nourrisson, dacryosténose, imperforation, voie lacrymale, sténose, pathologie de l'appareil lacrymal.
- lacrymal duct, imperforation, lacrymal apparatus disease.

Les articles jugés les plus pertinents ont été stockés sur Zotero pour la génération de la bibliographie par la suite.

2 Création du questionnaire

Nous avons mis en place 4 versions du questionnaire, toutes créées sous Google Form pour une meilleure diffusion. Avant de le proposer au plus grand nombre, 3 médecins ont pu le tester. Leurs réponses ont été intégrées aux réponses finales car aucune modification n'a été faite à l'issue de ce test.

3 Diffusion du questionnaire

Elle débute par l'envoi des premiers questionnaires par l'URPS, avec une relance 15 jours plus tard. 86 réponses ont été recueillies par ce biais. Nous avons complété les réponses obtenues grâce aux professionnels rencontrés durant la formation (maîtres de stages, etc.) pour comptabiliser 161 réponses.

7 Analyse statistique

Notre participation à l'atelier sur les statistiques nous a permis de comprendre le principe de cette méthode d'analyse. Les résultats ont été mis en forme sous le logiciel Excel pour Mac 2016 et nous avons utilisé le logiciel Biostatgv disponible sur le site <https://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>.

III RESULTATS

Nous avons pu recueillir 161 réponses aux questionnaires envoyés.

1 La population

Les caractéristiques de la population de médecins ayant participé à l'étude sont résumées dans le tableau ci-dessous.

	Nombre	Pourcentage (%)
Age		
25 - 35 ans	36	22
35 - 45 ans	43	27
45 - 55 ans	39	24
55 - 65 ans	41	26
65 et plus	2	1
Genre		
Féminin	115	71
Masculin	46	29
Spécialité		
Généraliste	137	85
Médecin PMI	23	14
Pédiatre	1	1
Département d'exercice		
Ariège	8	5
Aveyron	16	10
Haute-Garonne	96	60
Gers	6	4
Lot	1	1
Hautes-Pyrénées	6	4
Tarn	18	11
Tarn et Garonne	10	6
Mode d'exercice		
Urbain	66	41

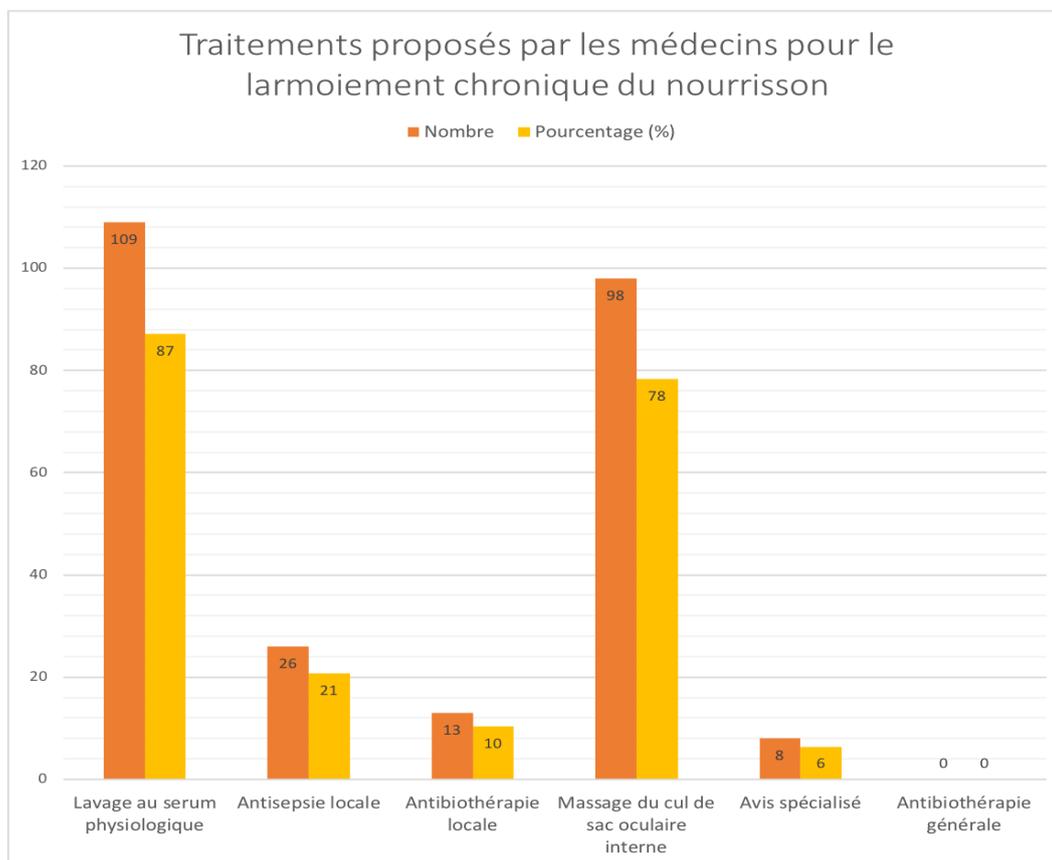
Semi rural	71	44
Rural	24	15
<hr/>		
Durée d'installation		
Moins de 5 ans	47	29
5 à 10 ans	24	15
10-20 ans	35	22
Plus de 20 ans	55	34
<hr/>		

2 La prise en charge par les médecins

Sur les 161 médecins ayant répondu, 130 (81%) ont rencontré des nourrissons présentant un larmoiement chronique en consultation. Sur ces 130 médecins, 125 (78%) les ont pris en charge.

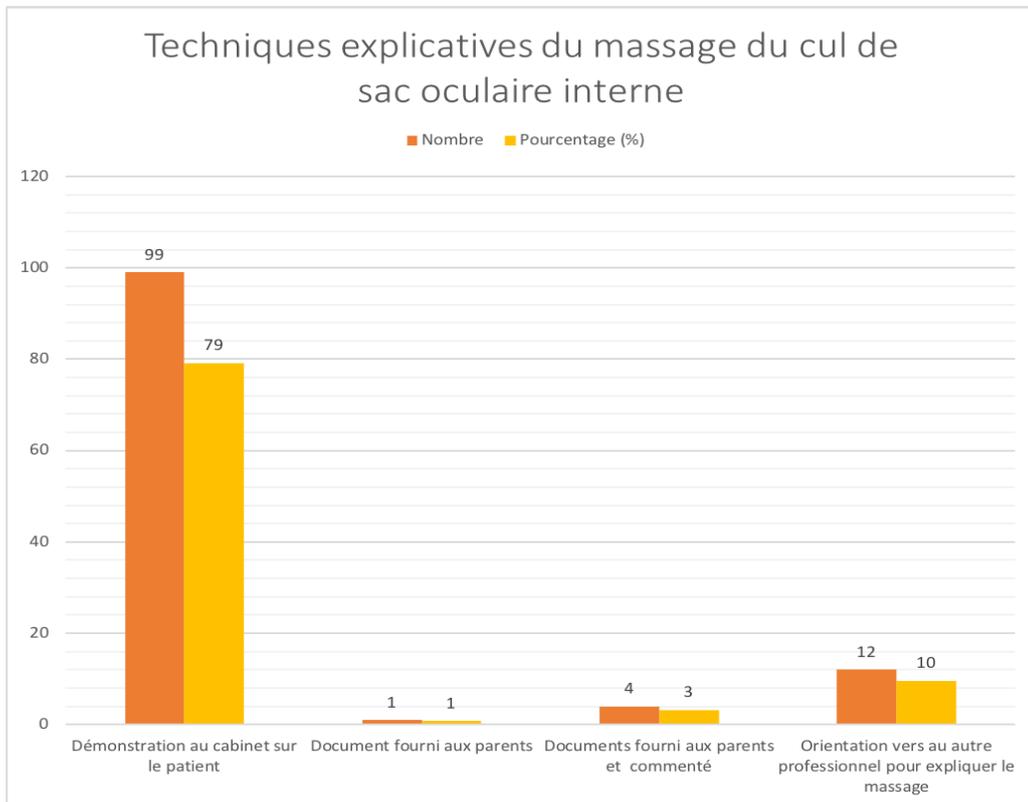
Concernant les 5 médecins n'ayant pas proposé de traitement : 3 ont été attentistes et ont pu observer une évolution physiologique favorable et 2 ont adressé le nourrisson vers l'ophtalmologue.

Les médecins proposent le lavage oculaire pour 87% d'entre eux et le massage du cul de sac oculaire interne pour 78%. Les autres propositions thérapeutiques sont exposées sur le graphique suivant.



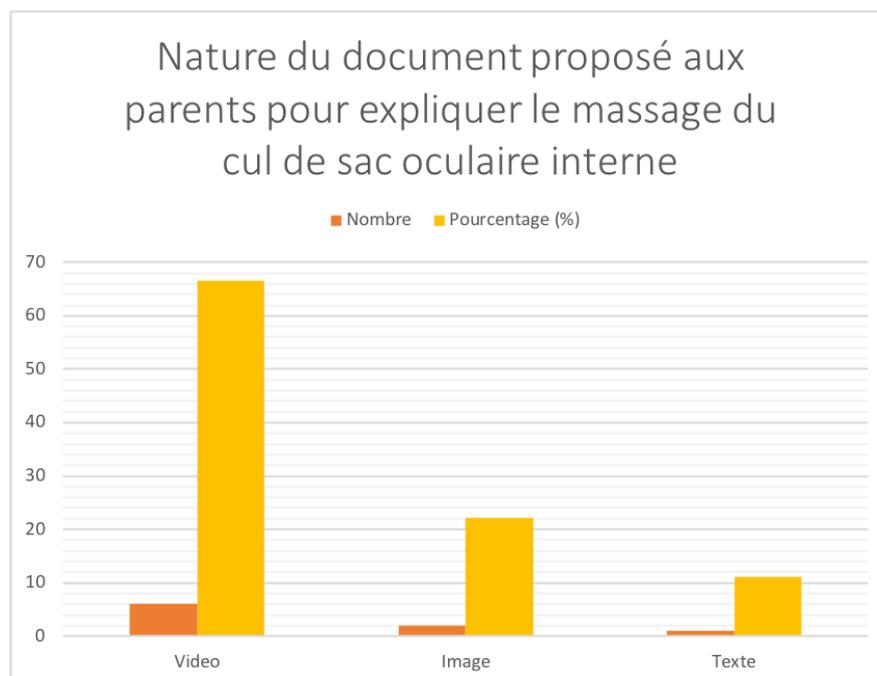
Plusieurs choix possibles par médecin

Pour expliquer le massage du cul de sac oculaire interne aux parents, la technique la plus utilisée est la démonstration au cabinet sur l'enfant (99 médecins soit 78%). Le graphique suivant résume les différentes techniques explicatives du massage.



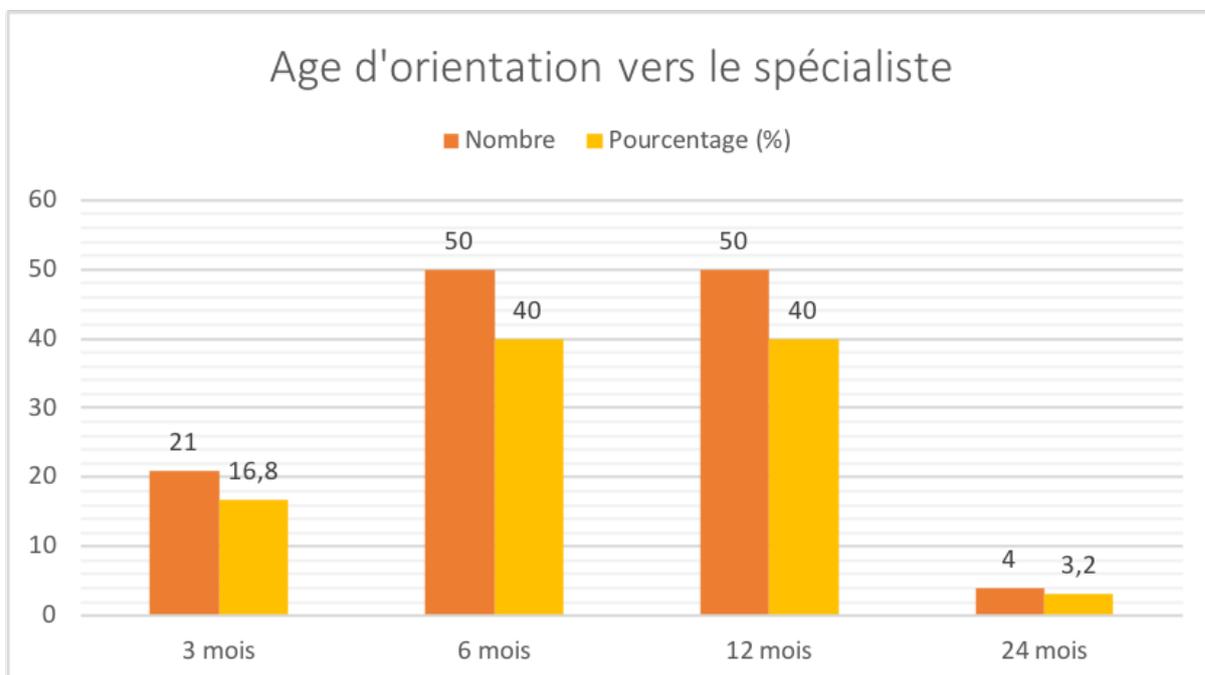
Plusieurs choix possibles par médecin

La figure suivante présente la nature des documents proposés par les médecins aux parents.

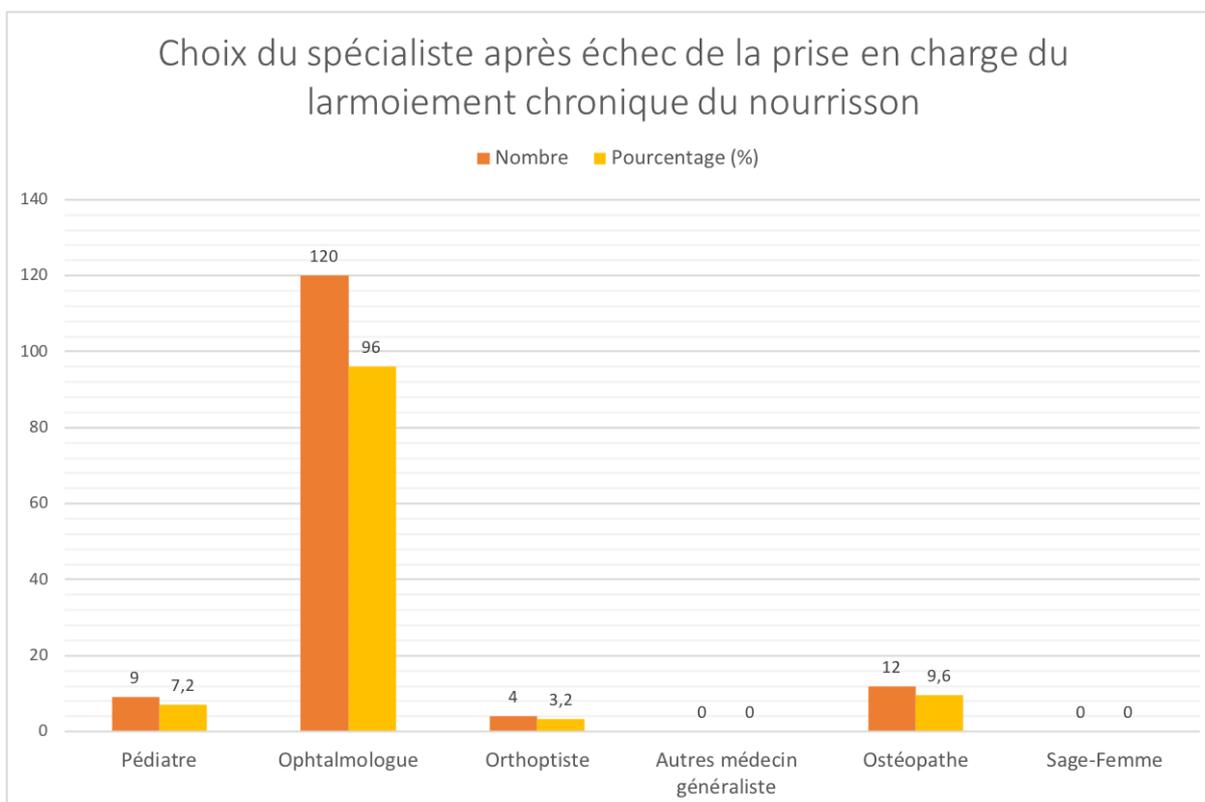


Plusieurs choix possibles par médecin

En cas d'échec des différentes prises en charge de première intention, l'âge d'orientation vers un spécialiste varie selon les médecins, la répartition est exposée par l'histogramme suivant.



L'ophtalmologue est le spécialiste sollicité par 120 médecins (96%).

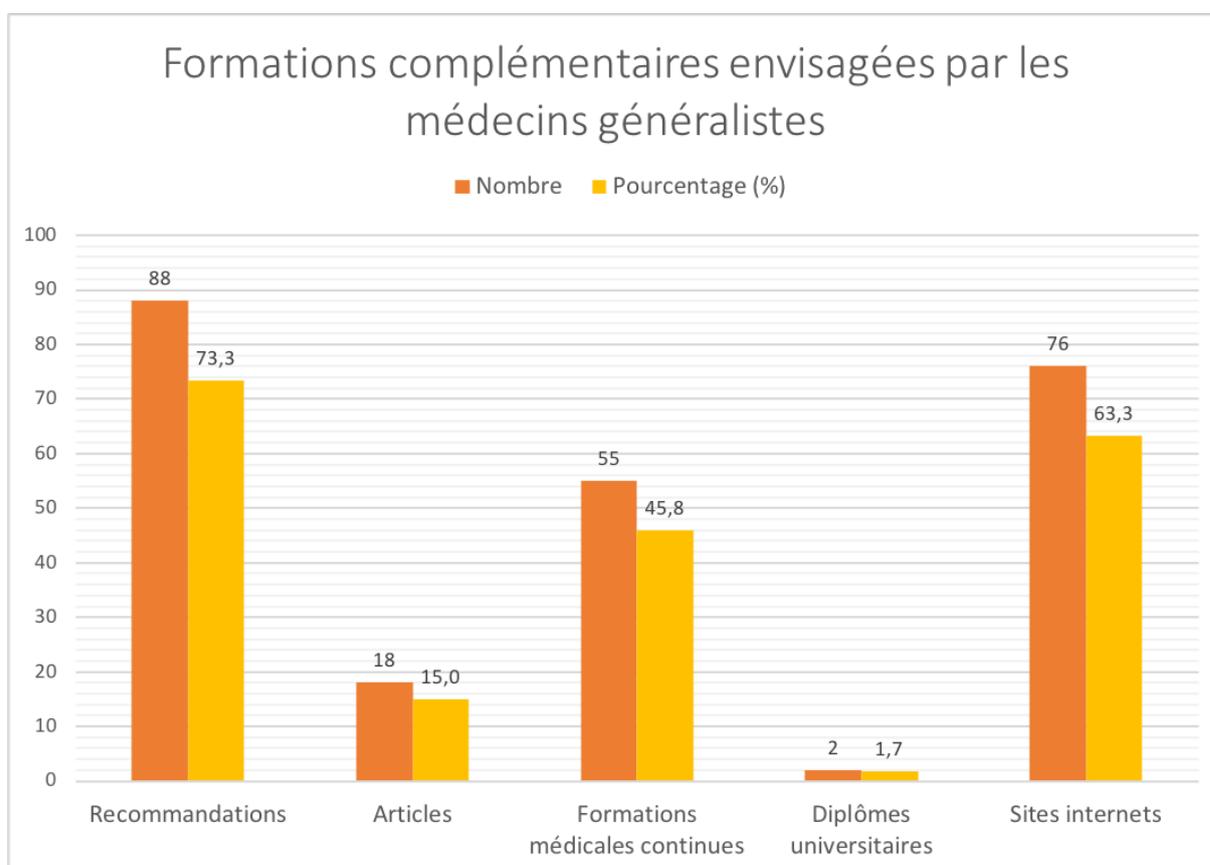


3 La formation

Pour 98 (68%) médecins ayant répondu, l'enseignement du larmolement chronique du nourrisson et sa prise en charge au cours de la formation initiale semble pertinent.

116 (72%) médecins ne se sentent pas suffisamment informés sur cette pathologie.

Pour approfondir leur formation concernant cette pathologie, les modalités retenues sont résumées dans le graphique ci-dessous.



4 Étude analytique

Nous avons comparé les résultats des médecins interrogés en fonction de l'âge, du genre et de la durée d'installation. Nous n'avons pas trouvé de résultats significatifs. Les différents tableaux sont disponibles en annexe.

IV DISCUSSION

1 Forces et faiblesses de l'étude

A notre connaissance, cette étude est la première traitant de la prise en charge du larmoiement chronique du nourrisson par le médecin généraliste. Cela semble d'autant plus utile qu'il n'existe pas de recommandations formelles pour cette pathologie, notamment en médecine générale.

La principale limite de notre étude est sa puissance, liée au recrutement :

- Le taux de participation est 3,7%. Il est expliqué par le nombre de sollicitation accru auprès des médecins généralistes par questionnaires en ligne. Le taux de réponse s'améliore nettement après contact personnalisé avec le médecin.
- D'autre part, il est probable que les médecins ayant participé à l'étude soient sensibilisés sur le sujet et à la pédiatrie en général. En effet, 81% d'entre eux ont rencontré cette pathologie dans leur pratique alors que la prévalence de la pathologie est de 5 à 20% chez les nourrissons (1,8,9).

Le choix d'utiliser des questions fermées limite les réponses exploitables aux seules propositions de l'auteur. Pour cette étude, nous avons choisi cette modalité par souci de simplification des analyses statistiques en proposant des traitements déjà cités dans la littérature.

L'échantillon n'est pas comparable à la population de médecins généralistes en Midi Pyrénées (14). Il est composé d'une majorité de femmes. Il est homogène entre les différentes tranches d'âge. Sur la démographie de 2013, la population de médecins généralistes dans notre région est plus masculine, avec une prédominance de médecins de plus de 40 ans. Il est donc difficile d'extrapoler les résultats de notre étude à la population générale des médecins généralistes.

Démographie des médecins généralistes à l'échelle départementale en 2013 (14).

	Moyenne d'âge	% femmes	<40 ans	>=60 ans
Ariège	51 ans	34%	19%	24%
Aveyron	53 ans	39%	12%	32%
Gers	53 ans	42%	9%	27%
Haute-Garonne	52 ans	47%	14%	24%
Hautes-Pyrénées	53 ans	36%	13%	32%
Lot	54 ans	38%	9%	32%
Tarn	53 ans	41%	10%	28%
Tarn-et-Garonne	52 ans	38%	14%	27%

2 Prise en charge du larmoiement chronique du nourrisson

1 Traitement à mettre en place

L'étude des résultats montre que la majorité des médecins généralistes interpellés ne se sent pas suffisamment informée sur cette pathologie. Cependant les propositions thérapeutiques telles que le lavage oculaire et le massage du cul de sac oculaire interne sont proposées massivement par les praticiens. La Société Française d'Ophtalmologie (15) explique qu'il s'agit des deux traitements à associer en dehors de complications infectieuses. Il est intéressant de constater que la réflexion médicale permet d'adopter une attitude thérapeutique adaptée même en l'absence de connaissance claire sur la pathologie. Cette interprétation est à pondérer par le biais de recrutement de médecins sensibilisés à cette pathologie et donc mieux informés.

2 L'utilisation des antibiotiques

L'utilisation des antibiotiques oculaires :

- déstabilise la flore barrière résidente,
- sélectionne les bactéries résistantes,
- risque à terme un remplacement de la flore résidente par la flore résistante (16).

L'Afssaps en 2004 (17) fait le bilan de l'utilisation des antibiotiques en collyre :

- Ils abrègent la durée des symptômes mais leur effet à 8 jours est comparable aux placebos. L'évolution de la maladie conjonctivale est spontanément favorable.
- Ils améliorent le confort du patient à court terme mais cette étude ne permet pas de mettre en rapport ce confort avec la sélection de bactéries résistantes et le risque de provoquer des infections sévères par antibiorésistance.

L'Agence rappelle en outre les principes d'utilisation des antibiotiques en premier recours :

- la nécessité de contrôler à 48h les indications de l'antibiothérapie en cas de doute.
- l'utilisation de molécule à spectre étroit.

Dans l'imperméabilité des voies lacrymales chez le nourrisson, le larmolement est clair et son opacification signe la présence d'une surinfection (type conjonctivite) indiquant une antibiothérapie locale (15,17). Nous retrouvons une utilisation d'antibiothérapie locale chez 10% des médecins interrogés. Nous pouvons nous interroger sur la pertinence de ce traitement dans l'obstruction des voies lacrymales sans complications. Ce mésusage des antibiotiques identifié dans l'étude peut s'expliquer par un biais de confusion lors de l'élaboration du questionnaire. La possibilité de choisir plusieurs traitements sans hiérarchiser en fonction de la présence de complications rend difficile l'interprétation de ces résultats. Nous ne pouvons conclure sur la pertinence clinique d'une antibiothérapie (par la présence d'une conjonctivite par exemple).

3 Explications du massage du cul de sac oculaire interne

La communication est un élément essentiel de la relation médecin-malade. En pédiatrie, la relation est triangulaire avec la présence d'un autre interlocuteur, le parent (18). La maladie infantile est anxiogène pour les parents. Il est important de lui accorder le temps de consultation nécessaire pour une observance des traitements et l'identification des situations à risque de gravité.

Pour notre étude, le massage du cul de sac oculaire interne et son explication aux parents sont essentiels pour l'évolution favorable du larmolement. Il est couramment admis qu'une démonstration des techniques thérapeutiques associées aux informations orales améliore sa reproduction par les patients(19). C'est par exemple le cas pour les dispositifs d'inhalation des traitements de contrôle de l'asthme : la démonstration au cabinet et le contrôle de la compréhension par le patient (en lui demandant de réaliser la prise fictive devant le praticien) améliore l'observance du traitement. Ces éléments sont retrouvés dans notre étude puisque la majorité des médecins montre les étapes du massage et le réalise sur l'enfant pendant la consultation.

Nous souhaitons également évaluer l'intérêt que peut représenter la fourniture de documents complémentaires pour l'explication de cette technique. Peu de médecins s'en saisissent. Pour

ceux qui le proposent, ils recommandent essentiellement des documents qu'ils commentent. Comme vu précédemment, la combinaison de deux sources d'information, ici visuelle et orale, permet une meilleure mémorisation et une meilleure pratique de la thérapeutique.

A l'heure du numérique, les vidéos internet trouvent une place majeure dans la relation du médecin et du patient (19)(20)(21)(22).

Le numérique permet

- D'améliorer la décision médicale avec un recours rapide aux connaissances.
- De faire participer le patient à la démarche médicale, en l'orientant vers des sources fiables et accessibles pour le rendre acteur de sa prise en charge.

L'utilisation de vidéos pour expliquer la technique de massage confirme cette évolution de la relation soignant-soignés : une réutilisation possible des explications validées avec le médecin, au retour au domicile.

4 Orientation vers le spécialiste

1 L'ophtalmologue

Le larmoiement chronique du nourrisson est une pathologie ophtalmologique. Le spécialiste de seconde intention est l'ophtalmologue. 96% des médecins interrogés orientent vers l'ophtalmologue en cas d'échec de leur prise en charge.

Le médecin généraliste est en première ligne pour améliorer le parcours de soins du nourrisson, éviter des consultations inutiles sans méconnaître les indications d'un avis spécialisé. Cependant, les effectifs des ophtalmologues sont en baisse constante (23). Ils représentent 2.7% des médecins en 2009, soit une diminution de 3% depuis les années 90. Il en résulte des difficultés d'accès aux spécialistes pour les patients avec des délais de consultation s'allongeant.

L'attitude des médecins interrogés tend à fluidifier ce suivi : l'orientation vers le spécialiste est proposée entre 6 mois et 12 mois par 80% des praticiens. Il convient de rappeler qu'il n'existe pas à ce jour de recommandations sur l'âge d'orientation vers un spécialiste pour le larmoiement chronique. Un consensus semble émerger entre ophtalmologues, avec une prise en charge optimale entre 4 et 12 mois pour favoriser le succès des techniques sans anesthésie générale(15).

2 L'ostéopathe

Le recours à l'ostéopathie a fait l'objet d'une revue approfondie de la littérature par l'Inserm en 2017(24). Cette étude soulignait le manque de validation scientifique de cette pratique, notamment liée à sa durée d'existence et au peu d'étude en insu proposée. Pour les nourrissons, il existe une pratique importante, notamment pour le traitement des plagiocéphalies. Une étude portant sur l'obstruction des canaux lacrymaux (7) ne met pas en évidence d'amélioration significative des symptômes après les séances de manipulations. Le recours à l'ostéopathe dans notre étude reste faible (10%).

3 Formation médicale

Aujourd'hui, la formation médicale initiale permet l'acquisition des connaissances génériques devant permettre la pratique future de l'étudiant en médecine. Les collèges nationaux de pédiatrie et d'ophtalmologie ne mentionnent pas l'obstruction des canaux lacrymaux dans une partie de prise en charge, elle est indiquée comme diagnostic différentiel du glaucome essentiellement (25)

La formation médicale se poursuit pendant la carrière, grâce à la formation médicale continue. Les organismes proposant ces formations abordent plus en détail cette pathologie. Les formations peuvent se suivre par internet également. Il existe des sites d'information pour le suivi du nourrisson, tel que Pediadoc, le larmoiement chronique n'y est pas mentionné.

Certaines universités proposent des diplômes universitaires ou interuniversitaires sur l'ophtalmologie en médecine générale. Leur contenu concernant cette pathologie n'est pas accessible hors inscription.

La formation continue est une obligation pour les médecins. Elle permet une actualisation des connaissances. La diversité de l'offre permet au médecin généraliste de s'orienter vers des thèmes variés. Sa prise en charge par le DPC est limitée à 21h/ an, ne permettant pas une diversité suffisante pour la médecine générale. Notre étude montre pourtant une demande de formation pour cette pathologie pour plus de 70% des médecins interrogés. Les recommandations, les sites internet et les FMC représentent les canaux de formations préférés des médecins interrogés.

V CONCLUSION

Le larmoiement chronique du nourrisson est une pathologie rencontrée fréquemment par les médecins traitants, malgré une prévalence limitée à 5-20% des nourrissons. Les médecins généralistes et de PMI sont en première ligne pour sa prise en charge. Notre étude aborde les solutions thérapeutiques proposés par les médecins de premier recours.

Malgré l'absence de recommandations précises sur la conduite à tenir, les médecins proposent des traitements en accord avec le consensus des spécialistes. Ils comprennent le lavage oculaire et le massage du cul de sac oculaire interne. Des antiseptiques ou antibiotiques locaux peuvent être utilisés, notamment en cas de complications infectieuses. Notre étude montre une surprescription d'antibiothérapie par les médecins interrogés. Il est essentiel d'améliorer la formation puisqu'ils sont médecin de premier recours

Comme la plupart des pathologies chroniques chez le nourrisson, le temps d'explication aux parents est primordial pour la compréhension et la mise en œuvre du traitement. Il expose la physiopathologie, les complications possibles et la démonstration des techniques de lavage et massage. La multiplication des sources d'informations (orales, visuelles et pratiques) améliore l'appropriation du massage par les parents. Encrés dans son époque, de plus en plus de médecin utilisent les informations issues du web pour communiquer, notamment avec de jeunes parents.

Les médecins proposent un recours adapté à l'ophtalmologue entre 4 et 12 mois en cas de persistance du larmoiement. Devant la réduction des effectifs des ophtalmologues et les difficultés à obtenir des consultations dans des délais adaptés au développement du nourrisson, cette attitude participe, entre autres, à améliorer le parcours de soins. L'orientation thérapeutique vers d'autres professionnels de santé comme les ostéopathes n'a pour l'instant pas prouvé son efficacité clinique. Cette insuffisance de preuve est liée à la jeunesse de cette profession et à la faible puissance des études proposées sur le sujet.

Notre étude montre sans surprise le désir de formation des médecins de premiers recours, par recommandations, formations continues, sites internet et plus rarement articles et diplômes universitaires ou interuniversitaires. Il existe donc plusieurs axes pour améliorer la prise en charge de cette pathologie. Des recommandations claires et l'amélioration de l'accès aux formations continues médicales sont des éléments à développer.

BIBLIOGRAPHIE

1. Allali J, Dufier J-L. Pathologie lacrymale chez le nourrisson et l'enfant. EMC - Ophtalmol. 2007 Jan;4(2):1–17.
2. Keller P, Piaton J-M. Larmolement congénital par anomalie de la valve de Hasner : traitement endoscopique sans pose de sonde d'intubation. Médecine Thérapeutique Pédiatrie. 2015 Jan 1;18(1):14–22.
3. Parwar. Nasolacrimal System Anatomy: Embryology, Puncta, Canaliculi. 2016 Jun 28
4. Guez A, Dureau P. Larmolement du nourrisson : conduite à tenir et thérapeutique. Arch Pédiatrie. 2009 May;16(5):496–9.
5. Masson E. Pathologie lacrymale chez le nourrisson et l'enfant [Internet] disponible sur <http://www.em-consulte.com/article/46754/pathologie-lacrymale-chez-le-nourrisson-et-l-enfan>
6. Pérez Navarro J, Giner C i, Vicent J. Eficacia de la técnica osteopática de liberación del hueso lagrimal en la obstrucción congénita del conducto nasolagrimal. Osteopat Científica. 2009 Sep 1;04(03):79–85.
7. Perchepied G. Etude des effets du traitement osteopathique sur l'obstruction du canal lacrymal chez le nourrisson. 2011 2012 disponible sur http://www.bretagne-osteopathie.com/pdf/Memoire_PERCHEPIED_Gilles.pdf
8. Ferron A-P. Larmolement chronique du nourrisson. Importance de la prise en charge en fonction de l'âge [Internet]. disponible sur http://www.preuvesetpratiques.com/download.php?type=revues&file=pp_38.pdf
9. Baggio E, Ruban J-M, Sandon K. Analyse de l'efficacité du sondage précoce dans le traitement de l'obstruction congénitale des voies lacrymales symptomatique du nourrisson.
10. Orssaud C. Pathologie du système lacrymal de l'enfant. Médecine Enfance. 2003;23(4):235–42.
11. Labbé, J. Bulletin pédiatrique en 2011 au Québec [Internet]. disponible sur <https://extranet.fmed.ulaval.ca/FormationContinue/BulletinsPediatrique/BP-0-4-semaines.pdf>
12. Bernard JA, Fayet B, Ruban J-M, Klap P, Schapiro D. Le larmolement du petit enfant.
13. Pr Gain P, Dr Grivet D. Pathologie Lacrymale disponible sur Faculté de Médecine Saint-Etienne [Internet] disponible sur <http://www.univ-st-etienne.fr/saintoph/finit/ophtarc/patholacry.htm#stenoses>
14. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale en région Midi-Pyrénées situation en 2013. Sous la direction du Dr RAULT Jean-François réalisé par LE BRETON-LEROUVILLOIS Gwénaëlle [Internet] disponible sur https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/midi_pyrenees_2013.pdf
15. Société Française d'Ophtalmologie. Fiche d'information n°35 du traitement de l'obstruction des voies lacrymales chez le nourrisson [Internet]. disponible sur

http://www.sfo.asso.fr/sites/sfo.prod/files/files/FICHE-INFO-PATIENT_/35_Obstruction_des_voies_du_nourisson.pdf

16. Robert P-Y. Prescrire les antibiotiques par voie locale en ophtalmologie. [Internet] disponible sur <http://www.em-consulte.com/en/article/113448>
17. Pr DECAZES de GLUCKSBIERG Jean-Marie, Pr COCHEREAU Isabelle, Dr ROBERT Pierre-Yves et al. Collyres et autres topiques antibiotiques dans les infections oculaires superficielles, Juillet 2004. [Internet] disponible sur http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/_documents/consensus/2004-atb-locale-OPH-recos-afssaps.pdf
18. Sokal E. Aspects généraux de séméiologie pédiatrique pour l'information aux étudiants [Internet] disponible sur <http://www.pediatrie.be/fr/aspects-generaux/191/2>
19. Richard C, Lussier M-T. La communication professionnelle en santé. 2ième Edition. In 2015.
20. Arlet P., Nicodème R., Delpla PA., Trapé F., Hanaire-Broutin H., Item n°1: la relation médecin-malade, Faculté de Médecin de Toulouse [Internet] disponible sur http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1/Sous-mod-2_et_3_pdf/01_poly_item01.pdf
21. Bozet G. Internet et la relation médecin-malade. Hépatogastro Oncol Dig. 2001 Jul 26;8(4):251-3.
22. Silber D. Bilan de l'impact d'Internet sur la relation médecin-patient: recommandations aux professionnels en France. Hépatogastro Oncol Dig. 2005 Jan 1;12(1):59-64.
23. Académie Française D'Ophtalmologie (A.F.O.) Les besoins en ophtalmologistes d'ici 2030. Travail préparé par la Commission Démographie et Santé Publique du SNOF, Rapporteur: Dr Thierry BOUR, Mars 2011, p.87 [Internet] disponible sur http://www.ophtalmo.net/SNOF/temp/Rapport_Snof_2011_Final.pdf
24. Inserm. Rapport thématique sur l'évaluation de l'efficacité de l'ostéopathie en 2012.pdf [Internet] disponible sur https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_EvaluationEfficaciteOsteopathie_2012.pdf
25. Bourrillon A, Benoist G, Delacourt C, universitaires C national des pédiatres. PEDIATRIE 6ED. 6e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2014. 1016 p.

ANNEXES

Questionnaire

1) Talon social

- quel est votre âge ?

25-35 ans

35-45 ans

45-55 ans

55-65 ans

plus de 65 ans

- quel est votre genre ?

féminin

masculin

- quel est votre département d'exercice ?

- quel est votre mode d'exercice ?

milieu rural

milieu semi rural

milieu urbain

- Depuis quand êtes-vous installé ?

moins de 5 ans

5 à 10 ans

10 à 20 ans

plus de 20 ans

2) Avez-vous rencontré des nourrissons pour larmoiement chronique/écoulement oculaire chronique au cours de vos consultations ?

OUI

NON

3) Les avez-vous pris en charge ?

Si non, qu'avez-vous proposé ?

Avis spécialisé ; si oui, quel spécialiste

Pédiatre

- Ophtalmologue
- Ostéopathe
- Orthoptiste
- Sage-femme
- Évolution physiologique favorable, abstention thérapeutique

Si oui, veuillez poursuivre le questionnaire.

4) En quoi consiste votre prise en charge en première intention (plusieurs choix possibles) ?

- Lavage oculaire pluriquotidien au sérum physiologique
- Traitement antiseptique local
- Antibiothérapie locale (collyre ou pommade)
- Antibiothérapie générale
- Massage du cul de sac oculaire interne
- Avis spécialisé

5) Si vous proposez le massage du cul de sac interne, comment expliquez-vous cette technique aux parents (plusieurs choix possibles) ?

- Démonstration de la technique sur l'enfant au cabinet
- Utilisation d'un support que vous commentez

Nature du support

- Vidéo explicative
- Support papier avec iconographies explicatives
- Support papier avec texte explicatif

Utilisation d'un support que vous fournissez pour que les parents en prennent connaissance au domicile

Nature du support

- Lien vers une vidéo explicative
- Support papier avec iconographies explicatives
- Support papier avec texte explicatif

Orientation vers un spécialiste pour qu'il fournisse les informations sur le déroulement de cette technique

6) En cas d'échec de votre prise en charge, à partir de quel âge orientez-vous le nourrisson vers un spécialiste ?

- 3 mois
- 6 mois
- 12 mois
- 24 mois

7) Auprès de quel professionnel adressez-vous le nourrisson (plusieurs choix possibles) ?

- Pédiatre
- Ophtalmologue
- Orthoptiste
- Autre médecin généraliste
- Ostéopathe
- Sage-Femme

8) Vous sentez-vous suffisamment informé sur cette pathologie ?

- Oui
- Non

9) Si non, par quel moyen souhaiteriez-vous approfondir vos connaissances dans ce domaine ?

- Recommandations de médecine générale et/ou pédiatrie
- Article scientifique
- Formation Médicale Continue
- Diplôme Universitaire
- Site internet spécialisé (Pédiadoc)

10) Pensez-vous que l'enseignement de cette pathologie au cours de la formation médicale initiale soit pertinent ?

- Oui
- Non

Lettre adressée aux médecins par courrier électronique

Chère consœur, cher confrère,

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, je souhaite préciser les pratiques concernant le diagnostic et le traitement du larmolement chronique du nourrisson de moins de 2 ans.

Cette pathologie expose le petit enfant à des complications récidivantes telles que des conjonctivites bactériennes ou des dacryocystites. Quels traitements proposer pour les éviter ? A partir de quel âge prendre un avis spécialisé ? Vers quel spécialiste orienter le patient et ses parents ?

Pour m'aider à répondre à ces questions, vous pouvez répondre en 5 minutes au questionnaire suivant, qui commencera par des informations administratives à visée statistique et se poursuivra par des questions sur le sujet.

Je ne manquerai pas de vous transmettre les résultats de mon enquête si vous le souhaitez. Pour cela vous pouvez me contacter à l'adresse mail ci-jointe.

Je vous remercie de l'aide que vous apportez à mon projet professionnel.

Mlle Alexia Saint-Antonin

Interne en médecine générale

alexiasaintantonin@gmail.com

Tableau comparatif par genre des médecins

Genre	Femme	Homme	p-value
Proposition thérapeutique			
Lavage oculaire	82	27	0,07
Massage du cul de sac oculaire interne	75	23	0,06
Antisepsie locale	18	8	0,9
Antibiothérapie locale	6	7	0,6
Avis spécialisé	4	4	0,2
Age d'orientation vers le spécialiste			
3 mois	15	6	1
6 mois	38	12	0,5
12 mois	35	15	0,8
24 mois	2	2	0,3
Explications du massage du cul de sac interne			
Démonstration	74	25	0,2
Support fourni et commenté	3	1	1
Support fourni	1	0	1
Orientation vers un autre professionnel	8	4	0,7
Massage non proposé	13	8	0,4

Tableau comparatif par âge des médecins

Age	< 45 ans	> 45 ans	p-value
Proposition thérapeutique			
Lavage oculaire	48	61	0,2
Massage du cul de sac oculaire interne	41	57	1
Antisepsie locale	7	19	0,13
Antibiothérapie locale	2	11	0,08
Avis spécialisé	2	6	0,5
Age d'orientation vers le spécialiste			
3 mois	6	15	0,3
6 mois	21	29	1
12 mois	23	27	0,5
24 mois	2	2	1
Explications du massage du cul de sac interne			
Démonstration	40	59	0,8
Support fourni et commenté	2	2	1
Support fourni	1	0	0,4
Orientation vers un autre professionnel	4	8	0,8
Massage non proposé	10	11	0,7

Tableau comparatif par spécialité des médecins

Spécialité	Médecin généraliste	Médecin de PMI	p-value
Proposition thérapeutique			
Lavage oculaire	91	20	0,15
Massage du cul de sac oculaire interne	17	4	0,8
Antisepsie locale	11	2	1
Antibiothérapie locale	77	14	1
Avis spécialisé	8	1	0,99
Age d'orientation vers le spécialiste			
3 mois	16	5	0,3
6 mois	39	9	0,5
12 mois	43	8	1
24 mois	4	1	1
Explications du massage du cul de sac interne			
Démonstration	78	15	0,77
Support fourni et commenté	3	2	0,33
Support fourni	1	0	1
Orientation vers un autre professionnel	10	1	0,9
Massage non proposé	20	6	0,3

Tableau comparatif par durée d'installation des médecins

Durée d'installation	< 10 ans	> 10 ans	p-value
Proposition thérapeutique			
Lavage oculaire	41	68	0,5
Massage du cul de sac oculaire interne	34	64	0,7
Antisepsie locale	6	20	0,2
Antibiothérapie locale	1	12	0,03
Avis spécialisé	2	6	0,7
Age d'orientation vers le spécialiste			
3 mois	5	16	0,3
6 mois	17	33	0,8
12 mois	21	29	0,3
24 mois	2	26	0,0002
Explications du massage du cul de sac interne			
Démonstration	36	63	1
Support fourni et commenté	2	2	0,6
Support fourni	1	0	0,4
Orientation vers un autre professionnel	3	9	0,5
Massage non proposé	7	14	1

AUTEUR : Alexia SAINT-ANTONIN

TITRE : Prise en charge du larmoiement chronique du nourrisson en médecine générale en Midi-Pyrénées.

DIRECTEUR DE THESE : Dr Leïla LATROUS

DATE ET LIEU DE SOUTENANCE : 12 juin 2018, Faculté de Médecine Purpan, Université Toulouse 3

INTRODUCTION : Le larmoiement chronique du nourrisson atteint 5% des nourrissons, bilatéral dans 20% des cas. L'étiologie la plus fréquente est l'imperforation du canal lacrymal. Le taux de guérison spontané est de 90% à 1 an. La pathologie est source d'inquiétude et d'antibiothérapie lors des complications infectieuses. Nous souhaitons connaître la prise en charge proposée par les médecins de premier recours pour comprendre leurs besoins concernant cette pathologie.

METHODE : Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive comparative basée sur une distribution par mail auprès des médecins généralistes libéraux inscrits à l'URPS et les médecins de PMI de la région Midi-Pyrénées.

RESULTATS : 3,7% des médecins sollicités ont répondu. Le lavage oculaire et le massage du cul de sac oculaire interne sont les deux traitements proposés en première intention. La physiopathologie et la technique de massage sont expliquées via différents médias (vidéos, orales, démonstration au cours de l'examen). L'avis de l'ophtalmologue est demandé entre 6 et 12 mois pour les nourrissons. Les médecins sont demandeurs de formation concernant cette pathologie.

CONCLUSION : Les propositions thérapeutiques des médecins sont adaptées malgré un mésusage d'antibiotique dans certains cas. Des recommandations claires et une intensification de la formation des médecins de premier recours permettraient d'améliorer la prise en charge de cette pathologie.

Mots-clés : larmoiement du nourrisson, dacryosténose, imperforation, voie lacrymale, pathologie de l'appareil lacrymal.

TITLE: Management of the chronic lacrimation of infants in general medicine in Midi-Pyrénées.

INTRODUCTION: Chronic tearing occurs in 5% of infants, it is bilateral in 20% of cases. The most common etiology is imperforation of the lacrimal duct. The spontaneous cure rate is 90% by year 1. This pathology is a source of anxiety and antibiotic therapy for infectious complications. We wanted to know the care offered by primary care doctors in order to understand their needs concerning this pathology.

METHOD: We carried out a comparative descriptive observational study based on an email-distributed survey to private general practitioners registered with the URPS and PMI doctors from the Midi-Pyrénées region.

RESULTS: 3.7% of solicited practitioners responded. Eye washing, and internal eyelash massage are the two first-line treatments. Pathophysiology and massage technique are explained through different media (videos, oral explanations, demonstration during the consultation). Between 6 and 12 months, infants are referred to an ophthalmologist. Practitioners are seeking training on this pathology.

CONCLUSION: Physicians' therapeutic proposals are adapted despite antibiotic misuse in some cases. Clear recommendations and increased training of primary care physicians would improve the management of this condition.

Keywords: infant tearing, dacryostenosis, imperforate, tear lane, lacrimal apparatus pathology.