



# Les larmes artificielles pour avoir la larme à l'œil

## QUESTION CLINIQUE

**Quelle est l'efficacité des larmes artificielles pour le traitement du syndrome de l'œil sec?**

## CONCLUSION

**La plupart des produits améliorent les scores de symptôme, mais les comparaisons avec un placebo ou l'absence de traitement sont rares. Au niveau des résultats pour les patients, les données sur les différences entre les produits de larmes artificielles (y compris celles entre les produits avec un agent de conservation et ceux sans agent) sont rares, incohérentes et, probablement, peu fiables. Le coût et les préférences personnelles sont susceptibles d'orienter le choix du produit.**

## DONNÉES PROBANTES

- Deux revues systématiques portant sur 43 et 64 essais contrôlés randomisés (ECR) respectivement qui ont été examinés individuellement à la recherche des résultats importants pour les patients. La plupart ont exclu les usages consécutifs à une intervention chirurgicale et les porteurs de verres de contact<sup>1,2</sup>.
  - Larmes artificielles par rapport à un « placebo » ou à l'absence de traitement :

- ECR (304 patients) : Symptômes comme la sécheresse ou la douleur (échelle de 0 à 15, où 15 correspond à la pire douleur; ~8 au départ)<sup>3</sup>.
  - À 28 jours : 5,7 (hyaluronate de sodium) par rapport à 6,1 (gouttes de solution saline). Résultats statistiquement, mais pas cliniquement différents.
- Un ECR (27 utilisateurs d'ordinateur, dont beaucoup n'avaient pas les yeux secs) a comparé trois différents produits de larmes artificielles avec « l'absence de produit »<sup>4</sup>.
  - Toutes les interventions, y compris « l'absence de produit », ont réduit les symptômes des patients, sans différence entre les groupes.
- Comparaison de produits de larmes artificielles entre eux :
  - Échelle validée des symptômes de patients (de 0 à 100, où 100 correspond aux pires symptômes. Différence cliniquement importante : 4,5) : 18 ECR : de 27 à 445 patients atteints d'un syndrome des yeux secs modéré à grave. Les résultats de 3 des 36 comparaisons<sup>1,2</sup> sont statistiquement différents :
    - ECR financé par l'industrie (40 patients) : À 90 jours, l'association acide hyaluronique réticulé/coenzyme Q10 a engendré une amélioration de 16 points par rapport à 8 pour l'acide hyaluronique seul<sup>5</sup>.
    - ECR (110 patients) : À 30 jours, différence de 3 points entre les scores finaux (résultats biaisés en raison de valeurs de départ différentes)<sup>6</sup>.
    - ECR (120 patients) : À 12 semaines, les scores obtenus par les solutions d'eau de mer isotonique stérile étaient supérieurs de 4,5 points à ceux des gouttes de carmellose<sup>7</sup>.
  - Autres scores de symptôme déclarés par les patients : 6 ECR avec ≥ 100 patients<sup>3,8-12</sup>. Un avec différence statistique :
    - 135 patients : acide hyaluronique hypotonique à 0,4 % par rapport à l'hydroxypropylméthylcellulose à 0,3 %. Exemple : proportion de patients dont la sensation de brûlure ou de corps étranger était légère ou s'était dissipée à 60 jours : de 19 à 36 % de plus chez les patients sous acide hyaluronique<sup>10</sup>.
- Larmes artificielles avec agent de conservation par rapport aux larmes artificielles sans agent :
  - Revue systématique (2 ECR, 271 patients) : aucune différence<sup>13</sup>.
- Limites : Risque élevé de biais de financement<sup>5,10</sup>, constatations attribuables au hasard (différences rares dans de nombreux ECR) et certaines analyses biaisées<sup>6,10</sup>.

## CONTEXTE

- Le coût des produits en vente libre varie (de moins de 10 \$ à plus de 50 \$). Les produits sans agent de conservation sont habituellement plus chers<sup>14</sup>.
- Les lignes directrices recommandent le recours à des produits sans agent de conservation si le patient est intolérant à celui-ci, s'il porte des verres de contact souples ou hybrides, s'il utilise d'autres produits oculaires topiques avec agent de conservation ou s'il doit s'administrer des gouttes plus de 4 fois par jour<sup>15</sup>.

- Les compresses chaudes et l'hygiène des paupières comptent parmi les interventions non topiques<sup>16</sup>.

## RÉFÉRENCES

1. Pucker AD, Ng SM, Nichols JJ. Cochrane Database Syst Rev. 2016;2(2):CD009729.
2. Semp DA, Beeson D, Sheppard AL, et al. Clin Optom (Auckl). 2023;15:9-27.
3. Baeyens V, Bron A, Baudouin C, et al. J Fr Ophtalmol. 2012;35(6):412-419.
4. Calvão-Santos G, Borges C, Nunes S, et al. Eur J Ophthalmol. 2011;21(5):538-544.
5. Postorino EI, Rania L, Aragona E, et al. Eur J Ophthalmol. 2018;28(1):25-31.
6. Dumbleton K, Woods C, Fonn D. Eye Contact Lens. 2009 May;35(3):149-155.
7. Diaz-Llopis M, Pinazo-Duran MD, Diaz-Guiñon L, et al. Clin Ophthalmol. 2019;13:483-490.
8. Bron AJ, Daubas P, Siou-Mermet R, et al. Eye (Lond). 1998;12(Pt 5):839-847.
9. Cohen S, Martin A, Sall K. Clin Ophthalmol. 2014;8:157-164.
10. Iester M, Orsoni GJ, Gamba G, et al. Eye (Lond). 2000 Dec;14(Pt 6):892-898.
11. Jerkins G, Greiner JV, Tong L, et al. Clin Ophthalmol. 2020;14:1665-1673.
12. Labetoulle M, Schmickler S, Galarreta D, et al. Clin Ophthalmol. 2018 Dec 5;12:2499-2508.
13. Ribeiro MVMR, Barbosa FT, Ribeiro LEF, et al. Arq Bras Oftalmol. 2019;82(5):436-445.
14. Well.ca. 2023. Lien : <https://well.ca/fr/categories/gouttes-oculaires-et-soulagement-des-314.html>. Consulté le 5 septembre 2023.
15. NHS. Guideline for Treatment of Dry Eyes in Primary Care. Lien : <https://nenc-sunderland.icb.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/04/EYE1-Guideline-for-the-Treatment-of-Dry-Eyes-in-Primary-Care.pdf?x78701#:~:text=lenses%20removed%20when%20dry%20eye,type%20or%20solution%20may%20help.&text=Increase%20relative%20humidity%20and%20avoid%20prolonged%20periods%20in%20air%2Dconditioned%20environments.&text=Lower%20computer%20screens%20to%20below.with>

## AUTEURS

**Betsy Thomas**, B. Sc. Pharm.,  
**G. Michael Allan**, MD, CCMF,  
**Jessica Kirkwood**, MD, CCMF  
(MT)

*Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.*

[%20computer%20use%20and%20reading](#). Consulté le 5 septembre 2023.

16. Prokopich CL, Bitton E, Caffery B. CJO. 2014;76 Suppl 1.

---

**OUTILS DE LA PRATIQUE  
RENDU POSSIBLE PAR**



---

**EN PARTENARIAT AVEC**



Les articles Outils de la pratique sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Ils sont coordonnés par les Drs **G. Michael Allan** et **Adrienne Lindblad** et rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse [toolsforpractice@cfpc.ca](mailto:toolsforpractice@cfpc.ca). Les articles sont archivés à <https://qomainpro.ca/francais/tools-for-practice/>.

*Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.*