

Dacryocystite aigue néonatale : Cas rapporté et revue de la littérature.

BELAYDI Widad, ABDALLAH Elhassan, LALAOUI Abdelkarim, ELMARZOUQI Batal, AMHOUD Karim, HASSINA Salma, BERRAHO Amina.

Service d'ophtalmologie B, Hôpital des spécialités de Rabat, CHU Ibn Sina, Université Mohamed V, Rabat, Maroc.

Auteur correspondant : Dr. BELAYDI Widad

Service : Service d'ophtalmologie B, hôpital des spécialités de Rabat, CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc.

Boite postale : 8113, Agence Salé Hay Karima, Salé, Maroc

Mots clés : Dacryocystite néonatale, dacryocystocèle, sondage lacrymo-nasal.

Date of Submission: 20-09-2020

Date of Acceptance: 04-10-2020

I. Introduction

La dacryocystite aiguë néonatale (DAN) est une urgence ophtalmo-pédiatrique. Elle débute le plus souvent dans les 2 premières semaines de vie. (1) Cliniquement se caractérise par l'installation d'une tuméfaction inflammatoire classiquement au-dessous du canthus médial, rapidement progressive vers un abcès lacrymal. Le risque d'évolution vers une cellulite et un abcès orbitaire est possible, ce qui peut engager le pronostic visuel et vital du nouveau-né. (2,3) La dacryocystocèle est l'anomalie de la voie lacrymale la plus susceptible de se compliquer d'une dacryocystite aiguë à un âge précoce. La DAN n'est pas très fréquente en pratique courante. Son traitement est controversé, mais la prise en charge doit être rapide et pluridisciplinaire .nous rapportons un cas clinique de cette pathologie, avec une revue de la littérature.

Cas clinique

Il s'agit d'un nouveau-né de 25 jours, de sexe masculin. Issu d'une grossesse et d'un accouchement sans incident. Ayant consulté aux urgences pour une tuméfaction inflammatoire du canthus interne de l'œil gauche apparu 2 jours auparavant. L'interrogatoire a révélé déjà la présence d'un discret gonflement à ce niveau dès la naissance, sans notion d'épiphora.

L'examen clinique est en faveur d'une masse abcédée en regard du sac lacrymal (**figure 1**). Le reste de l'examen trouve un nouveau-né en bon état général, apyrétique, sans gêne respiratoire. Le scanner orbitaire a confirmé la collection abcédée du sac lacrymal, avec un début de cellulite préseptale non collectée (**figure2**). La TDM n'a pas révélé de sinusite associée, ni de kyste intranasal radiologiquement visible.

En collaboration avec le service de pédiatrie ; le nouveau-né a été hospitalisé et une antibiothérapie a été initiée en urgence à base de C3G. Une fistulisation externe de l'abcès est survenue le lendemain de l'admission (**Figure3**). Un sondage lacrymo-nasal a été effectué (**Figure4**), au cours de la même semaine. Après ce geste on a gardé l'enfant sous antibiothérapie générale et locale pour une courte durée, avec un massage doux du sac lacrymal. Une rhinoscopie a été réalisée, elle n'a pas révélé de kyste intranasal. L'évolution est marquée par une régression progressive de l'hypertélorisme, et l'absence de récurrence (**Figure 5**).

II. Discussion

Le système lacrymal d'excrétion est caractérisé par la présence de deux valves anti-reflux unidirectionnel sous forme de repli muqueux. La valve proximale de Rosenmüller qui correspond à l'abouchement du canal d'union dans le sac lacrymal, et le canal lacrymo-nasal s'ouvre dans la fosse nasale au niveau de la valve distale de Hasner. (4) L'imperméabilité lacrymo-nasale correspond à une obstruction du canal lacrymo-nasal au niveau de la valve de Hasner, tandis que la dacryocystocèle congénitale résulte de la continence excessive de la valve de Rosenmüller associée à une imperforation de la valve de Hasner à l'origine d'une accumulation des sécrétions lacrymales entraînant une dilatation du système lacrymal excréteur.(5)

La dacryocystocèle est une pathologie rare puisqu'elle représente que 0,1% des enfants avec une imperméabilité lacrymo-nasale. (6,7) Cliniquement se présente sous forme d'une masse bleutée sous-cutanée,

située à la partie inférieure du canthus interne, visible dans les premières semaines de vie, voire dès la naissance, le plus souvent asymptomatique. (8) La dacryocystocèle se complique fréquemment d'une dacryocystite aiguë. Cette complication est observée dans 18% à 75% des cas de dacryocystocèle. (9)

L'âge d'installation est très précoce généralement durant les 2 premières semaines de vie. (10,1) La dacryocystite chez l'enfant secondaire à d'autres causes touche plutôt les nourrissons de plusieurs mois, notamment l'imperméabilité lacrymo-nasale, post-traumatique, ou l'extension d'une infection sinusienne vers les voies lacrymales. (11) La littérature rapporte une prédominance féminine. (1,12,7) Le diagnostic de la DAN est clinique ; se manifeste par la présence d'une lésion inflammatoire au niveau de la partie inférieure du canthus médial, pouvant évoluer vers un abcès du sac lacrymal. L'abcès peut se fistuliser à l'extérieur. La fièvre et l'hyperleucocytose peuvent exister mais ne sont pas nécessaires pour le diagnostic. (13)

Le diagnostic différentiel se pose rarement avec un hémangiome congénital, un gliome nasal, une encéphalocèle, ou un kyste dermoïde. (14) Les germes les plus souvent en cause sont (*Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*). (15)

La DAN est une urgence thérapeutique nécessitant un traitement médico-chirurgical. L'antibiothérapie de choix doit être initialement à large spectre, adaptée ultérieurement en fonction des résultats de la culture. Le sondage est plus efficace si l'antibiothérapie par voie générale est administrée 24-48h avant ce geste. (16) La marsupialisation par un otorhinolaryngologiste est indiquée devant une dacryocystocèle associée à un kyste intranasal révélé par la tomодensitométrie ou l'endoscopie. (14)

III. Conclusion

Cette observation rappelle l'importance d'évoquer la présence d'une dacryocystocèle devant une dacryocystite aiguë néonatale. La prise en charge précoce donne des bons résultats et évitera une évolution défavorable vers une sténose étendue de la voie lacrymo-nasale qui nécessitera le recours à un traitement lourd comme la dacryocystorhinostomie.

Références

- [1]. Gregg T. Lueder MD. the association of neonatal dacryocystoceles and infantile dacryocystitis with nasolacrimal duct cysts (an american ophthalmological society thesis). *Trans Am Ophthalmol Soc* / 110 / 2012.
- [2]. Evelyn A. Paysse, MD. Management and complications of congenital dacryocystoceles with concurrent intranasal mucocele. *Journal of AAPOS*, volume 4 Number 1 February 2000 .
- [3]. E Ravindra Mohan . Retrobulbar orbital abscess secondary to dacryocystitis in a neonate. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg* , May-Jun 2007;23(3):238-40.
- [4]. A. Hitter. Dacryocystocèles congénitales : traitement chirurgical ou simple surveillance. *Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale* 2016;117:15-19.
- [5]. M. Javed Ali . Congenital Dacryocystoceles With Large Intranasal Cyst: Efficacy of Cruciate Marsupialization, Adjunctive Procedures, and Outcomes. *Ophthalm Plast Reconstr Surg*, Vol. 30, No. 4, 2014.
- [6]. MacEwen CJ, Young JD. Epiphora during the first year of life. *Eye*. 1991;5(pt 5):596-600.
- [7]. Rupa Krishnamurthy Wong. Presentation and Management of Congenital Dacryocystocèle. *PEDIATRICS* Volume 122, Number 5, November 2008.
- [8]. J. Allali. Pathologie lacrymale du nourrisson et de l'enfant. *Archives de pédiatrie* 17 (2010) 1609-1616.
- [9]. R Davies. The presentation, clinical features, complications, and treatment of congenital dacryocystocèle. *Eye* (2018) 32, 522-526.
- [10]. B. Becker . the treatment of congenital dacryocystocèle . *American journal of ophthalmology*, November 2006, VOL. 142, NO. 5.
- [11]. M. Javed Ali. Pediatric Acute Dacryocystitis . *Ophthalm Plast Reconstr Surg*, Vol. 31, No. 5, 2015.
- [12]. Linda R. Dagi. Associated signs, demographic characteristics, and management of dacryocystocèle in 64 infants. *Journal of AAPOS* , Volume 16 Number 3 / June 2012 .
- [13]. M. Javed Ali, Joshi SD, Naik MN, Honavar SG. Clinical profile and management outcomes of acute dacryocystitis: two decades of experience in a tertiary eye care center. *Semin Ophthalmol* 2015;30:118-123.
- [14]. J. Kinger. Dacryocystitis Diagnosis and Initial Management in Pediatric Emergency Medicine James Kige. *Pediatric Emergency Care & Volume* 25, Number 10, October 2009.
- [15]. Usha K, Smitha S, Shah N, et al. Spectrum and the susceptibilities of microbial isolates in cases of congenital nasolacrimal duct obstruction. *J AAPOS* 2006;10:469-72.
- [16]. DE. Baskin , AK. Reddy, Chu YI, et al. The timing of antibiotic administration in the management of infant dacryocystitis. *J AAPOS* 2008;12:456-9.

Figures :



Figure1 : *Tuméfaction inflammatoire du canthus interne de l'OG en faveur d'une dacryocystite aigue.*

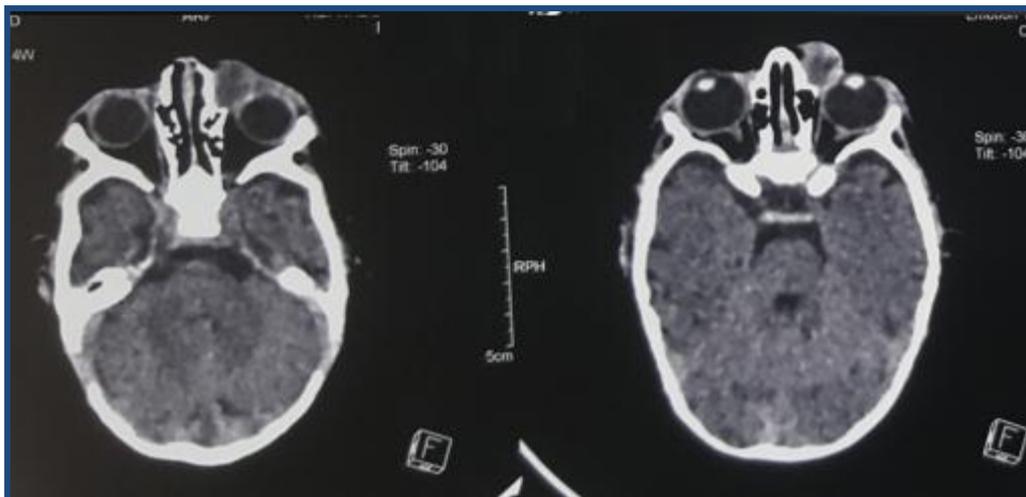


Figure2 : *TDM en coupe axiale montrant une collection du sac lacrymal, épaissement préseptal.*



Figure3 : *fistulisation externe de l'abcès du sac lacrymal.*

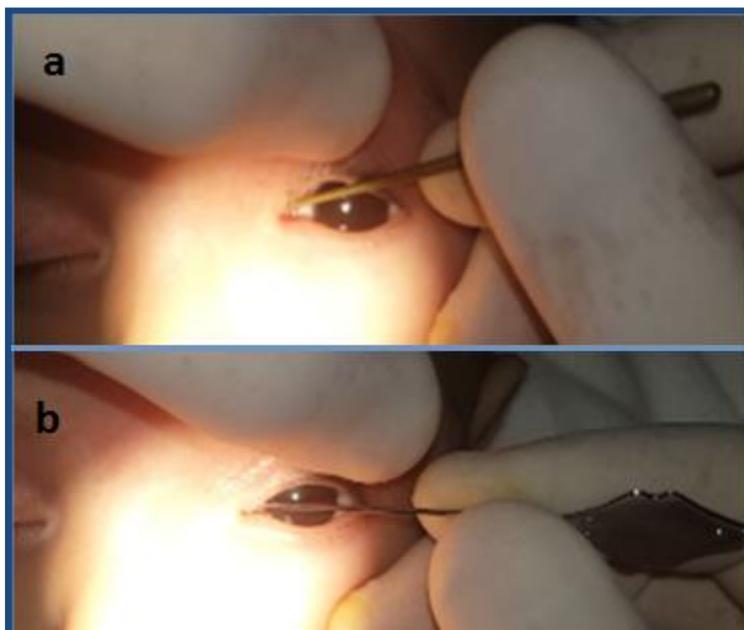


Figure4 : sondage des voies lacrymales. a : dilatation du méat lacrymal .b : sondage par une sonde de Bowman.



Figure4 : régression de l'hypertélorisme

Dr. BELAYDI Widad, et. al. “ Dacryocystite aigue néonatale : Cas rapporté et revue de la littérature.” *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 19(9), 2020, pp. 33-36.