

LE DOSSIER

Larmoiements de l'enfant

Distension néonatale du sac lacrymal

RÉSUMÉ : La distension néonatale est une variété d'imperméabilité lacrymonasale caractérisée par une dilatation du sac lacrymal qui se prolonge par une poche muqueuse (son équivalent en fosse nasale) située sous le cornet inférieur. Les deux cavités communiquent, c'est un fait fondamental.

Les formes bilatérales sont aussi graves qu'une atrésie des choanes, en raison du risque de détresse respiratoire ; les formes abcédées se caractérisent par une coloration rouge du sac lacrymal.

Dans ces deux cas urgents, la ponction de la poche nasale va vider le sac lacrymal, dispenser de traitement antibiotique général et restaurer la circulation aérienne.



→ E. RACY¹, B. FAYET²,
M. HAMEDANI³

¹ ORL, Clinique Saint-Jean de Dieu, PARIS.

² Hôtel-Dieu de Paris-Cochin, PARIS.

³ Hôpital Jules-Gonin, LAUSANNE.

La dilatation néonatale du sac lacrymal est une variété d'imperforations lacrymonasales (ILN) de l'enfant.

Plusieurs noms désignent cette pathologie néonatale du sac lacrymal : amniocèle, amniotocèle, mucocèle congénitale, dacryocèle, dacryocystocèle, kyste lacrymal congénital ou pour nous : dilatation néonatale du sac lacrymal.

Bien que cette pathologie néonatale du sac lacrymal soit "théâtrale", son évolution favorable sans traitement s'observe dans 80 % des cas.

Il faut toutefois bien connaître ses deux complications potentielles : l'abcédation (20 %) et la détresse respiratoire aiguë (< 0,1 %), toutes deux accessibles à une gestion efficace lorsqu'elle est rationnelle.

Physiopathologie

Cette pathologie résulte de l'association simultanée de deux obstacles : un obstacle (anatomique) lacrymonasal avec un obstacle (fonctionnel) au niveau de la valve canaliculo-sacculaire.

Les larmes sont propulsées par les clignements vers le sac lacrymal. L'imperforation lacrymonasale rend impossible l'évacuation basse.

L'abouchement du canalicule commun (CC) dans la paroi latérale du sac lacrymal forme un repli muqueux, comme c'est le cas pour l'implantation de l'œsophage dans l'estomac, de l'urètre dans la vessie, etc.

Lorsque cette valve est hypercontinent, le sac se dilate et ce d'autant plus que la valve est efficace. Cela explique que le sac puisse se distendre extrêmement rapidement, en quelques jours ou quelques heures seulement. Cette distension néonatale du sac lacrymal restera irréductible tant que perdurera l'obstacle lacrymonasal.

>>> Tous ces éléments peuvent exister in utero

L'ébauche lacrymale embryonnaire se tunnélise d'un seul tenant, du méat à l'ostium, dès la 25 semaine d'aménorrhée. Les battements palpébraux sont présents et efficaces vers la 24^e semaine. Tout existe pour que le liquide amnio-

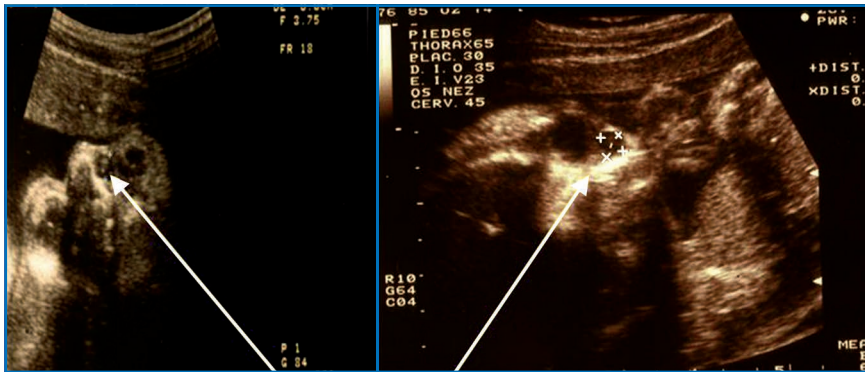


FIG. 1: Echographie morphologique: le sac lacrymal est dilaté in utero (croix). Cliché du Dr Séverin Doumerc, Centre échographique de l'Odéon, Paris.

tique puisse pénétrer à l'intérieur des voies lacrymales d'excrétion et probablement qu'il puisse y circuler.

La coexistence d'une ILN et d'une hypercontinence valvulaire va séquestrer le liquide amniotique, qui distendra la cavité lacrymale (**fig. 1**). L'origine amniotique du liquide qui remplit le sac initialement est démontrée, d'où son nom d'amniocèle, de mucocèle congénitale ou d'amniotocèle.

Les cas les plus précoces ont été rapportés dès les 30^e et 32^e semaines d'aménorrhée.

>>> Les caractéristiques des images échographiques (topographie, réflectivité, etc.) du sac lacrymal dilaté permettent d'éliminer les pathologies congénitales comme un angiome, un lymphangiome, une méningocèle ethmoïdale ou un tératome.

Le contenu de la cavité présente une échostructure (réflexion) très différente de celle des tératomes et des angiomes.

Sa paroi n'est pas significativement vascularisée (Doppler à codage couleur).

>>> Evolution in utero

Les dilatations lacrymales in utero sont plus fréquentes (environ 5 %) que ce que l'on constate à la naissance (2 %).

En effet, il existe des guérisons spontanées in utero (et parfois des récides). L'accouchement par voie basse est susceptible de guérir un bon nombre de cas.

■ Clinique: le "sablier lacrymal"

1. La distension médiocanthale est constatée dès la naissance

Sa coloration est bleutée, pseudo-angiomateuse (**fig. 2**).

Le creux sustarsal n'est pas comblé et l'apex de la distension se situe **sous** le ten-



FIG. 2: Distension néonatale du sac lacrymal droit; la coloration est "bleutée"; le creux sustarsal n'est pas comblé (A). La coloration devient rouge en cas d'infection (B).



FIG. 3: Vue endoscopique d'une fosse nasale droite. L'expansion inférieure du sablier lacrymal est située sous le cornet inférieur.

don canthal médial. La palpation digitale perçoit un caractère liquidien rénitent.

Aucun reflux de mucus ne se produit.

2. La poche nasale

Un examen rhinoscopique antérieur visualise **sous** le cornet inférieur, plus ou moins médialisé, une protrusion qui comble le méat nasal inférieur (**fig. 3**). Sa paroi est celle d'une muqueuse nasale histologiquement normale. Cela évoque un obstacle lacrymonasal par ouverture sous-muqueuse du canal lacrymonasal. La tuméfaction nasale tend à plaquer le cornet inférieur vers le septum nasal.

Ces deux cavités, canthale et nasale, communiquent l'une avec l'autre: la pression sur l'une augmente la protrusion de l'autre et réciproquement. Cela justifie à nos yeux l'appellation de "sablier lacrymal".

3. Diagnostic différentiel

Le diagnostic de DNSL est clinique.

>>> La méningo-encéphalocèle se présente comme une tuméfaction qui part de la région frontale et comble le creux

LE DOSSIER

Larmoiements de l'enfant

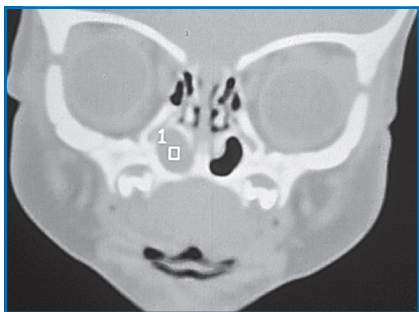


FIG. 4 : Scanner: la coupe passe par l'expansion nasale. Celle-ci comble le méat nasal inférieur et repousse médialement le cornet inférieur contre le septum nasal.



FIG. 5 : L'expansion nasale vient d'être marsupialisée. Il faut immédiatement aspirer le pus qui était contenu dans le sac lacrymal. La pression sur le sac se fait **après** la mise en route de l'aspiration.

sustarsal; la poche nasale, lorsqu'elle descend aussi bas, plaque le cornet inférieur contre la paroi latérale et non contre la paroi médiale.

Inutiles dans la forme typique, le scanner et l'IRM seraient logiques en cas de doute entre ces deux diagnostics, surtout si l'on envisage de ponctionner l'expansion nasale (**fig. 4 et 5**).

>>> Les autres pathologies du sac lacrymal ne se discutent guère. La dacryocystite chronique secondaire à

une ILN se constitue en plusieurs mois, voire années.

>>> Les pathologies nasales congénitales (hétérotopies, etc.) sont très différentes.

4. Evolution

>>> La guérison spontanée s'observe dans 80 % des cas. La muqueuse nasale se déchire, supprimant l'obstacle lacrymonasal. Cette guérison spontanée survient au cours du premier mois.

>>> La récurrence après guérison spontanée est rare. Dans ces récurrences, le liquide n'est plus de nature amniotique, mais de simples larmes. De ce fait, le terme d'amniocèle pour désigner cette pathologie néonatale du sac lacrymal paraît un peu réducteur.

>>> Dans 20 % des cas se produit une surinfection du contenu lacrymal. La coloration bleutée de la tuméfaction est remplacée par une couleur **rouge**. La température est normale. L'évolution vers une fistulisation sacculocutanée est exceptionnelle (**fig. 6**).

>>> La détresse respiratoire néonatale est l'apanage des formes bilatérales et extensives. La rhinoscopie en urgence visualise de chaque côté l'obstruction complète des méats nasaux inférieurs avec un cornet inférieur complètement médialisé. Le tableau est comparable à celui d'une atresie des choanes.

Traitement

>>> Les formes simples peuvent être respectées sous couvert d'instillation



FIG. 6 : L'évolution naturelle de l'abcès se fait vers la fistulisation.

de bactériostatiques. Les parents sont instruits des risques potentiels (changement de couleur).

>>> Le traitement rationnel des formes abcédées (et des détresses respiratoires) repose sur le sablier lacrymal. La marsupialisation de la "poche nasale" est l'approche la plus physiologique. L'incision de la muqueuse nasale permet d'aspirer son contenu purulent (**fig. 5**). La poche canthale s'aplatit et la valve canaliculosacculaire s'ouvre, expliquant que les rechutes soient exceptionnelles car l'obstacle lacrymonasal ne se reformera pas. Ce geste peut s'effectuer avec une simple prémédication et une anesthésie topique de la muqueuse nasale. L'anesthésie générale, l'antibiothérapie per os ou IV sont inutiles.

Pour en savoir plus

Un développement plus complet (iconographie, vidéos) peut être retrouvé sur le site <http://www.voies-lacrymales.com>

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.