

Revue générale

Infections lacrymales, canaliculites et dacryocystites : conduite à tenir

RÉSUMÉ : Les canaliculites et les dacryocystites infectieuses sont des affections intéressant les voies lacrymales excrétrices. Elles ont en commun le syndrome infectieux mais elles diffèrent par leurs caractéristiques épidémiologiques, leur prise en charge diagnostique et leur traitement.

Les canaliculites sont rares mais vraisemblablement sous-diagnostiquées. Le diagnostic est purement clinique et il n'y a actuellement pas de consensus pour le traitement qui reste difficile.

Les dacryocystites sont des pathologies fréquentes et généralement bien diagnostiquées. La réalisation d'un bilan paramédical biologique et d'une imagerie est assez systématique. Le traitement médical en phase inflammatoire et chirurgical préventif de la récurrence sont bien codifiés.



I. LARRE
Service d'Ophtalmologie,
CHU de REIMS.

Les canaliculites et les dacryocystites infectieuses sont deux entités pathologiques intéressant les voies lacrymales excrétrices. Elles ont en commun le syndrome infectieux mais elles diffèrent tant par leur prise en charge diagnostique que thérapeutique.

Les canaliculites

Ce sont des atteintes inflammatoires de la portion horizontale des voies lacrymales excrétrices, située entre le point lacrymal et le sac lacrymal. C'est une pathologie souvent mal diagnostiquée car prise à tort ou traitée comme des conjonctivites, des blépharites ou des chalazions, ce qui prolonge insidieusement la morbidité du patient.

Selon les études, cette pathologie représenterait 2 à 4 % des maladies des voies lacrymales. Elle peut survenir à tout âge entre 5 et 90 ans, avec un pic de fréquence autour de 59 ans et une prépondérance féminine [1].

1. Clinique

La canaliculite est souvent unilatérale, pouvant toucher un seul canalicule ou

les deux (*fig. 1*). Les signes fonctionnels sont marqués par un larmoiement chronique avec sécrétions mucopurulentes, un œdème ou gonflement au niveau du canthus médial, en dedans du point lacrymal, et des douleurs plus ou moins intenses. Ces signes sont peu spécifiques et c'est l'examen clinique qui permet réellement de faire le diagnostic.

On distingue 2 formes : une forme aiguë marquée par la rougeur, la douleur et l'inflammation le long du canalicule. L'examen du point lacrymal montre qu'il est obstrué. La douleur est exacerbée lors de la pression au niveau

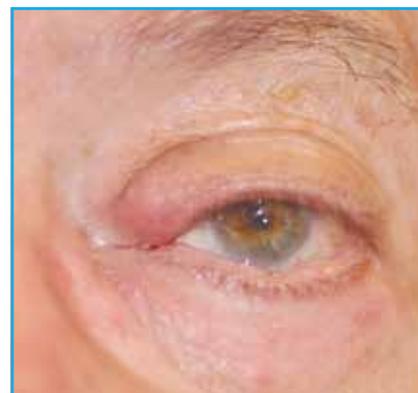


Fig. 1 : Canaliculite supérieure gauche, aspect clinique.

I Revues générales



Fig. 2 : Concrétions jaunâtres (coll. A. Ducasse).

du canalicule qui fait sourdre du pu et parfois des concrétions jaunâtres (fig. 2). La forme chronique est dénuée de signes inflammatoires.

À un stade cicatriciel, on peut parfois retrouver une sténose canaliculaire avec absence de passage lors de l'exploration instrumentale des voies lacrymales, absence de contact osseux et signe du canthus.

2. Étiologie et physiopathologie

Les canaliculites peuvent être d'origine primaire, directement liées à une infection ou une maladie inflammatoire de l'appareil lacrymal qui se surinfecte, ou secondaire, le plus souvent développées sur un corps étranger (bouchon lacrymal ou intubation canaliculaire).

Les canaliculites infectieuses peuvent être d'origine virale [2] (12,3 % des cas : adénovirus, herpès, varicelle-zona, rougeole), bactérienne (staphylocoques, streptocoques, pneumocoque, *Pseudomonas*) ou fongique.

Actinomyces israelii est classiquement cité comme le germe pathogène le plus fréquemment retrouvé dans les canaliculites, surtout lorsqu'elles sont associées à la présence de concrétions jaunâtres, mais plusieurs études récentes rapportent des fréquences plus élevées d'infections primaires liées aux streptocoques ou aux staphylocoques [3]. *Pseudomonas*

aeruginosa est plus fréquemment associé aux canaliculites secondaires à la pose d'un bouchon lacrymal, avec un délai moyen de 5,5 ans entre la mise en place du dispositif et l'apparition des premiers symptômes [4].

3. Examens complémentaires

Les examens complémentaires recherchent essentiellement la nature du germe en cause par l'analyse directe et la mise en culture des sécrétions prélevées au niveau du point lacrymal ou des sécrétions conjonctivales. La culture d'*Actinomyces* est plus difficile que les autres germes et, en cas de suspicion, l'analyse en anatomopathologie est très utile sur les sécrétions et concrétions exprimées. Elle peut mettre en évidence sa présence par l'intermédiaire de coloration spécifique Grocott qui fait apparaître des filaments actinomycotiques typiques.

Les examens complémentaires d'imagerie sont rarement utilisés en France : l'échographie UBM (50 MHz) est une des meilleures méthodes d'investigation du système canaliculaire, notamment pour mettre en évidence des lithiases, ou canaliculithes, ou localiser des bouchons lacrymaux qui auraient migré. La dacryoendoscopie et la dacryocystographie, parfois utilisées pour l'analyse du système lacrymal, permettent dans certains cas de révéler des dilatations, formations de diverticule et irrégularités des parois canaliculaires.

4. Traitement

Un traitement médical conservateur peut être proposé dans un premier temps : il consiste en l'application d'antibiotiques locaux ou généraux, de compresses chaudes, de massage, d'irrigation. Mais dans la plupart des études, il a été démontré que le traitement médical était inefficace dans 80 % des cas.

C'est pourquoi la plupart des auteurs préfèrent la prise en charge chirurgicale. Mais là aussi diverses options sont



Fig. 3 : Curetage canaliculaire après canaliculotomie (coll. E. Longueville).

possibles, traduisant une absence de consensus sur la meilleure thérapeutique : vidange, curetage simple, canaliculoplastie avec ou sans intubation, canaliculotomie épargnant ou non le point lacrymal, avec ou sans intubation monocanaliculonasale (fig. 3).

Parmi toutes ces techniques, il semble que la canaliculotomie soit une procédure efficace et peu invasive. Elle consiste à réaliser une incision au niveau de la paroi postérieure du canalicule (versant conjonctival), puis en l'ablation de toutes les concrétions, débris nécrotiques ou granulomes et corps étrangers, pour finir par un lavage canaliculaire aux antibiotiques. L'incision est laissée telle quelle ou refermée sur une sonde d'intubation.

■ Les dacryocystites

Elles correspondent à une inflammation du sac lacrymal, habituellement secondaire à une obstruction du conduit lacrymonasal. C'est une pathologie fréquemment rencontrée en pratique clinique. Son incidence n'est pas exactement connue chez l'adulte mais la plupart des études s'accordent sur une prédominance d'atteinte féminine (70 à 83 % des cas) après 40 ans [5]. Chez le nouveau-né, la fréquence des dacryocystites compliquant une dacryocystocèle ou une imperforation du conduit

lacrymonasal est assez élevée, comprise entre 18 et 43 % selon les études [6].

Les dacryocystites infectieuses peuvent être aiguës ou chroniques.

Cliniquement, une dacryocystite aiguë (DCA) se traduit par une tuméfaction douloureuse et inflammatoire d'apparition brutale dans la région du sac lacrymal (**fig. 4**). La douleur peut être plus ou moins intense et pouvant irradier vers les dents, l'oreille ou la tempe. La voussure, ne dépassant généralement pas la ligne du tendon canthal médial, est le reflet d'un abcès du sac lacrymal qui peut évoluer spontanément vers la fistule cutanée. Un œdème périorbitaire voire une cellulite préseptale peut compliquer la dacryocystite aiguë. Dans certains cas, les patients présentant une DCA peuvent présenter de la fièvre et une hyperleucocytose, et il faut alors suspecter une cellulite orbitaire ou un abcès intraorbitaire.

La dacryocystite chronique (DCC) évolue plutôt à bas bruit, marquée par la stagnation des larmes, une conjonctivite chronique, des sécrétions mucopurulentes au canthus médial qui refluent en grande quantité lors de la pression du sac lacrymal (**fig. 5**).

1. Physiopathologie et facteurs favorisants

Chez l'adulte, les dacryocystites infectieuses sont le plus souvent secondaires à une obstruction du trajet du conduit lacrymonasal. Il peut s'agir d'un rétrécissement du conduit, d'une obstruction par des lithiases ou une tumeur, un traumatisme du conduit ou une pathologie de la fosse nasale ou des sinus. Les causes nasales et sinusiennes ne sont pas négligeables (rhino-sinusites inflammatoires ou infectieuses, tumeurs des sinus et de la fosse nasale, traumatismes et chirurgie endonasale).

Chez l'enfant, la canalisation incomplète du conduit lacrymonasal est le



Fig. 4 : Dacryocystite aiguë droite.



Fig. 5 : Dacryocystite chronique droite (coll. A. Ducasse).



Fig. 6 : Dacryocystite aiguë chez un nouveau-né.

principal facteur favorisant, en combinaison avec une infection néonatale (surinfection d'une dacryocystocèle ou dacryocystite d'emblée) (**fig. 6**). L'obstruction du méat inférieur est un autre facteur prédisposant.

2. Microbiologie

Dans la plupart des cas, les germes retrouvés en cas de dacryocystite reflètent la flore conjonctivale [7] :

– germes Gram positif (> 60 % des cas) : *Staphylococcus epidermidis*, *S. aureus* (parfois résistant à la méticilline), *Streptococcus pneumoniae* ;

– germes Gram négatif (27 % des cultures) : *Pseudomonas aeruginosa*, *Haemophilus influenzae*, *Proteus*...

S. aureus et *P. aeruginosa*, sensibles aux antibiotiques, seraient plus fréquemment retrouvés dans les DCA, tandis que *S. coagulase* négatif et *S. pneumoniae*, souvent résistants aux antibiotiques, seraient plus fréquents dans les DCC [8].

Les dacryocystites sont principalement d'origine bactérienne mais on peut retrouver des causes virales (VZV, EBV, HSV) ou fongiques. Lorsqu'elles sont retrouvées, les infections fongiques sont

Revue générale

POINTS FORTS

- **Canaliculite :**
 - les signes fonctionnels de la canaliculite sont peu spécifiques et bien souvent mal interprétés ;
 - une douleur exquise associée à l'issue de pu et/ou de concrétions lors de la pression le long du canalicule signe une canaliculite.
- **Dacryocystite :**
 - devant une dacryocystite, l'hospitalisation est la règle s'il existe des facteurs de gravité : enfant, hyperthermie, formes hyperalgiques ou compliquées ;
 - le traitement de la dacryocystite comprend 2 temps : une prise en charge médicale initiale contre l'infection et la chirurgie secondaire pour le traitement de l'obstruction.

associées à la présence de dacryolithes (environ 14 à 16 % des dacryocystites) : *Candida*, *Aspergillus*, *Sporothrix*...

3. Diagnostic différentiel

Chez l'adulte, il faut savoir distinguer les dacryocystites non infectieuses, liées à des complications de maladies inflammatoires (sarcoïdose, Wegener, lupus) ou tumorales (tumeurs du sac lacrymal, tumeurs de paupière étendue au sac lacrymal).

Chez l'enfant, il faut savoir éliminer d'autres diagnostics pouvant simuler une dacryocystite comme un encéphaloméningocèle, un kyste dermoïde, un hémangiome capillaire, un rhabdomyosarcome...

4. Bilan biologique et imagerie

Un bilan à visée diagnostique (prélèvement bactériologique par écouvillonnage) et à visée préthérapeutique (NFS numération formule sanguine, plaquettes, TP, TCA, ionogramme sanguin et glycémie) doit être réalisé pour évaluer le retentissement.

En imagerie, le scanner orbito-facial (**fig. 7**) est très utile pour confirmer le



Fig. 7 : Abcès du sac lacrymal et cellulite préseptale en TDM coupe coronale.

diagnostic clinique, évaluer les complications locorégionales, faire le bilan étiologique, écarter un diagnostic différentiel et compléter le bilan préopératoire. L'IRM peut permettre d'étayer le diagnostic étiologique en cas de doute sur une tumeur du sac lacrymal, identifier un diverticule du sac. L'échographie est rarement utilisée chez l'adulte, mais plus souvent chez l'enfant.

La dacryocystographie et dacryoscintigraphie sont très rarement utilisées en France où il leur est préféré le dacryoscanner : ces derniers examens peuvent permettre d'objectiver l'obstacle ou une lithiase, mais ne doivent être réalisés de préférence qu'à distance de l'épisode aigu, une fois l'infection maîtrisée.

5. Traitement

Toute dacryocystite aiguë est une urgence thérapeutique. L'hospitalisation est la règle s'il existe des facteurs de gravité (enfant, hyperthermie, formes hyperalgiques ou compliquées). Le traitement comprend 2 temps : une prise en charge initiale de l'infection (traitement médical) et le traitement secondaire de l'obstruction (chirurgie le plus souvent).

>>> Le traitement médical

Il comprend une antibiothérapie par voie orale (en absence de signe de gravité) ou par voie intraveineuse : amoxicilline + acide clavulanique ou pristinamycine si allergie. Autres antibiotiques possibles : céphalosporine de 3^e génération (ceftriaxone) ou fluoroquinolone (moxifloxacine).

En cas d'abcès collecté, il est possible de l'inciser et de mettre en place un drain pendant 24 à 48 h (**fig. 8**).



Fig. 8 : Dacryocystite aiguë : incision et vidange.



Fig. 9 : Dacryocystorhinostomie par voie externe (coll. A. Ducasse).

La prise en charge de la douleur et de l'inflammation doit être adaptée en fonction de la clinique en évitant les anti-inflammatoires non stéroïdiens.

>>> Le traitement chirurgical : il est indiqué pour éviter la récurrence infectieuse. La dacryocystorhinostomie par voie externe (**fig. 9**) ou par voie endonasale, avec ou sans intubation selon l'habitude du chirurgien, est la technique de choix avec un taux de succès d'environ 95 % [9]. Il est recommandé d'effectuer la chirurgie une fois l'infection aiguë contrôlée médicalement, mais certains auteurs proposent de la réaliser en première intention [10].

■ Conclusion

Les canaliculites sont rares mais encore souvent mal identifiées. Leur diagnostic est purement clinique et le traitement, pour lequel il n'y a actuellement pas de consensus, reste difficile.

Les dacryocystites sont des pathologies fréquentes, elles nécessitent de manière assez systématique un bilan paramédical étiologique et préchirurgical. Le traitement est bien codifié.

BIBLIOGRAPHIE

1. FREEDMAN JR, MARKERT MS, COHEN AJ. Primary and secondary lacrimal canaliculitis: a review of literature. *Surv Ophthalmol*, 2011;56:336-347.
2. ALI MJ, JOSEPH J, GUPTA S *et al*. Multiviral canaliculitis: case report and review of literature. *Int Ophthalmol*, 2019;39:721-723.
3. KALIKI S, ALI MJ, HONAVAR SG *et al*. Primary canaliculitis: clinical features, microbiological profile, and management outcome. *Ophthal Plast Reconstr Surg*, 2012;28:355-360.
4. HUANG YY, YU WK, TSAI CC *et al*. Clinical features, microbiological profiles and treatment outcome of lacrimal plug-related canaliculitis compared with those of primary canaliculitis. *Br J Ophthalmol*, 2016;100:1285-1289.
5. TAYLOR RS, ASHURST JV. Dacryocystitis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2018 [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470565/>
6. SHEKUNOV J, GRIEPENTROG GJ, DIEHL NN *et al*. Prevalence and clinical characteristics of congenital dacryocystocele. *J AAPOS*, 2010;14:417-420.
7. CHUNG SY, RAFAILOV L, TURBIN RE *et al*. The microbiologic profile of dacryocystitis. *Orbit*, 2018;1-7.
8. BHARATHI MJ, RAMAKRISHNAN R, MANEKSHA V *et al*. Comparative bacteriology of acute and chronic dacryocystitis. *Eye (Lond)*, 2008;22:953-960.
9. HUANG J, MALEK J, CHIN D *et al*. Systematic review and meta-analysis on outcomes for endoscopic versus external dacryocystorhinostomy. *Orbit*, 2014;33:81-90.
10. LI EY, WONG ES, WONG AC *et al*. Primary vs secondary endoscopic dacryocystorhinostomy for acute dacryocystitis with lacrimal sac abscess formation: a randomized clinical trial. *JAMA Ophthalmol*, 2017;135:1361-1336.

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