

Comprendre la dacryocystorhinostomie par voie endonasale

B. Fayet (1), E. Racy (2)

(1) Service d'Ophtalmologie, Hôtel-Dieu, 1, place du Parvis Notre-Dame, 75181 Paris cedex 4.

(2) Service d'Ophtalmologie, Clinique Saint Jean-de-Dieu, Paris.

Correspondance : B. Fayet, à l'adresse ci-dessus.

Reçu le 27 novembre 2003. Accepté le 4 février 2004.

Mastering endonasal dacryocystorhinostomy

B. Fayet, E. Racy

J. Fr. Ophtalmol., 2005 ; 28, 4: 437-442

A persistent, symptomatic lacrimal duct stenosis is treated by dacryocystorhinostomy (DCR), with external (EX) or endonasal (EN) access. The basic indication is the same in all cases and either route can be used. The EX route seems better in terms of speed of surgery, learning curve and cost. It is logical to use the external route to treat the disorder when it is associated with a lacrimal sac diverticulum, an irreducible stenosis of the union canal, or a canthopexy. The EN route has been shown to be worth consideration whenever there is a nasal sinus disorder that can be repaired at the same time. Moreover, it is indicated in a rare case of lacrimal abscess that cannot be treated medically, where the risk of scarring would contraindicate standard surgery, or when DCR is recurrent. A series of prospective randomized studies is needed to determine whether the route materially influences the outcome. Until then, it is best to have both methods available for an unbiased case-by-case decision.

Key-words: Lacrimal apparatus diseases, dacryocystorhinostomy, endonasal, lacrimal apparatus, lacrimal duct obstruction, nasolacrimal duct, unciniate process, unciniformectomy.

Comprendre la dacryocystorhinostomie par voie endonasale

Pour traiter les sténoses lacrymonasales symptomatiques et rebelles, nous disposons d'une même dacryocystorhinostomie (DCR) avec ses deux voies d'abord : externe (VEX) et endonasale (VEN). L'indication de base est la même dans tous les cas, et les chemins sont tout aussi légitimes. Les préférences de l'opérateur trancheront. La VEX paraît difficilement égalable en terme de rapidité opératoire, de simplicité d'enseignement, de faible coût. L'abord canthal interne est logique pour traiter en association un diverticule du sac lacrymal, une sténose irréductible du canalicule d'union ou associer une canthopexie. La VEN a acquis droit de cité. Elle semble préférable chaque fois que coexiste une pathologie naso-sinusienne à opérer simultanément, dans les rares abcès lacrymaux irréductibles médicalement, lorsque la crainte d'une cicatrice fait obstacle à une indication opératoire légitime, et enfin dans les reprises de DCR. Il faudra encore quelques études prospectives randomisées pour savoir si réellement la voie d'abord influence les résultats. Alors, le choix entre VEX et VEN deviendra limpide. Dans cette attente, l'idéal est de disposer des deux méthodes pour pouvoir se déterminer cas par cas sans dogmatisme.

Mots-clés : Appareil lacrymal, chirurgie, obstruction lacrymale, dacryocystorhinostomie, chirurgie endonasale, processus unciforme, unciniformectomie.

Les communications concernant l'aspect endonasal des voies lacrymales sont en nette augmentation depuis une dizaine d'années et tout particulièrement sur la dacryocystorhinostomie (DCR) par voie endonasale (VEN). Malgré de nombreuses publications, aucun consensus n'a émergé [1], et loin d'être clarifiée, la place même de la DCR au sein de la lacrymologie apparaît maintenant plutôt confuse. En forçant la caricature, on pourrait aller jusqu'à écrire l'équation : « larmolement = scanner puis DCR endonasale » ! Rien n'est plus faux, et l'ancienne formule « larmolement = examen oculo-palébral + exploration instrumentale » demeure le seul théorème démontré.

Ces quelques lignes sont destinées aux ophtalmologistes non spécialisés en oculo-plastique. Aucun aspect technique ne sera abordé. Le but est de simplifier leur exercice quotidien en résumant les connaissances validées au sujet de la DCR endonasale.

La constitution d'une sténose lacrymo-nasale s'oppose à l'évacuation des larmes vers la fosse nasale et entraîne une stase en amont. La stase du sac lacrymal peut se manifester par un larmolement invalidant le plus souvent associé à des sécrétions, un abcès du sac ou enfin des coliques lacrymales. Le traitement des sténoses lacrymo-nasales symptomatiques chroniques et rebelles est chirurgical. La reperméabilisation du canal lacrymo-nasal est le plus souvent inefficace chez l'adulte, et la seule façon de supprimer la stase est de marsupialiser le sac lacrymal dans

la fosse nasale en court-circuitant le canal lacrymo-nasal pathologique. C'est la définition d'une DCR.

Une fois le principe thérapeutique (c'est la DCR) retenu, se posera secondairement l'arbitrage des détails (méthode opératoire, anesthésie...). Et non l'inverse !

La DCR comporte deux étapes obligatoires : le temps osseux qui supprime la gouttière lacrymale et la partie supérieure et médiale du canal lacrymo nasal ; le temps muqueux qui marsupialise le sac lacrymal dans le méat moyen de la fosse nasale. Ces deux temps fondamentaux peuvent se dérouler de dehors en dedans : la VEX, ou à l'inverse de dedans en dehors : la VEN (*tableau I*). Quel que soit le sens retenu, l'intervention comportera obligatoirement l'ostéotomie et la marsupialisation. Les techni-

ques d'anesthésie, locale ou générale, sont aussi efficaces dans les deux cas. L'indication opératoire de base est la suppression de la stase du sac lacrymal. Donc, il s'agit de deux aspects techniques d'une même intervention, et non pas de deux interventions différentes.

Dès lors, on comprend mieux que le changement de voie d'abord ne bouleversera pas les fondements de la DCR.

Il existe pourtant des différences entre VEN et VEX. Il s'agit de l'incision canthale interne pour la VEX et du cheminement au sein de la fosse nasale pour la VEN. Ces spécificités comportent leurs avantages et leurs inconvénients. C'est en les confrontant à la situation clinique que l'on inclinera pour préférer ou non, la VEN, soit pour pro-

fiter d'un avantage, soit pour parer à un inconvénient potentiel de l'autre méthode.

Insistons encore, ces deux voies d'abord ne sont pas exclusives l'une de l'autre. Elles sont complémentaires et participent à l'enrichissement du choix thérapeutique.

LE CHANGEMENT DE VOIE D'ABORD MODIFIE-T-IL LES INDICATIONS OPÉRATOIRES ?

La sténose lacrymo-nasale symptomatique rebelle est l'indication opératoire universellement acceptée pour la DCR chez l'adulte (*tableau II*).

Dans la forme « isolée », de loin la plus fréquente, il n'est pas démontré une quelconque supériorité de l'une ou de l'autre des voies d'abord.

À côté de l'indication de base, ou les voies d'abord sont tout aussi efficaces, le choix d'une VEN paraît plus logique, plus confortable, que la VEX dans trois circonstances :

- lorsque coexistent sténose lacrymo-nasale et pathologie nasosinusienne du même côté, et que le traitement chirurgical est requis par ailleurs. Il est souhaitable de réaliser les deux gestes au cours de la même séance opératoire. Cette association s'observe dans moins de 10 % des cas. L'abord endonasal permet, dans ce cas, un contrôle plus naturel et plus physiologique. À noter que lorsque la pathologie nasosinusienne est susceptible de réagir à un traitement médical, celui-ci doit être instauré en premier. L'indication de la DCR sera différée de quelques mois pour juger le résultat et l'évolution du larmolement ;

- les échecs de DCR. La VEN permet une analyse *in situ* du mécanisme nasal de l'insuccès ;

- l'abcès médicalement incontrôlable du sac lacrymal. Cette éventualité est très rare. Dans la majorité des cas le traitement médical *per os* (antibiotiques, anti-inflam-

Tableau I

Étapes comparées de la réalisation des DCR.

Voie externe	Voie endonasale
1. Incision cutanée canthale	1. Incision de la muqueuse nasale
2. Ostéotomie	2. Ostéotomie
3. Marsupialisation du sac lacrymal	3. Marsupialisation du sac lacrymal

Tableau II

Indications des DCR.

Voie externe	Voie endonasale
1. Sténose lacrymo-nasale rebelle simple	1. Sténose lacrymo-nasale rebelle simple
2. Sténose canaliculaire irréductible	2. Abcès irréductible
3. Canthopexie	3. Reprise de DCR
4. Sujet fragile	4. Pathologie ORL associée

Tableau III

Résultats fonctionnels des études comparant VEX et VEN.

Auteurs	N (VEX/VEN)	Succès VEX (%)	Succès VEN (%)
Sadiq <i>et al.</i> (1996) [2]	67/50	81	70
Hartikainen <i>et al.</i> (1997) [3]	32/32	91	63
Cokkeser <i>et al.</i> (2000) [4]	79/36	90	89
Dolman (2003) [5]	153/201	93	93
Fayet <i>et al.</i> (2003) [6]	649/300	82 %	87 %

VEX : DCR par voie externe ; VEN : DCR par voie endonasale.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9345793>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9345793>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)