

Dacryocystorhinostomie endonasale Vs Dacryocystorhinostomie externe :

La Préférence patient

F.Chettibi (a)(b), M.Matouk (a)(c), S.Benbouzid (a)(b), M.Naidji(a)(b),
A.Amari(a)(b), W.Boubir (d)

- (a) Faculté de médecine Université Amar Telidji Laghouat ALGERIE.
- (b) Service ORL et Chirurgie Cervico-Faciale E.P.H Ahmida Ben Adjila Laghouat Algerie
- (c) Service d'anesthésie-réanimation E.P.H Ahmida Ben Adjila Laghouat Algerie
- (d) E.P.H Ksar El Boukhari, Médéa, Algerie.

Abstract :

Introduction :

La prise en charge des sténoses lacrymo-nasales est exclusivement chirurgicale par Dacryocystorhinostomie (DCR), ce procédé peut être réalisé par voie externe longtemps considéré comme le gold-standards dans la prise en charge de ces pathologies ou alors par voie endonasale (end), plus esthétique. Le but de notre étude était entre autres d'analyser la préférence patient pour la voie endonasale.

Matériels & Méthode :

C'est une étude monocentrique, prospective de 117 DCR-end (97 patients). Ce travail consiste, à Comparer les résultats post-opératoires suivant les deux techniques (voie externe et voie endoscopique) et d'évaluer la préférence patient pour la voie endonasale.

Résultats & commentaires :

Introduction :

La Dacryocystorhinostomie (DCR) est une technique chirurgicale qui permet de rétablir une communication entre le sac lacrymal et la fosse nasale (figure1). Elle

Le taux de réussite enregistré dans notre série était de 89,7% (105/117), un résultat moyen (perméabilité de la voie lacrymale à l'examen clinique avec persistance de la symptomatologie dans certaines situations) était considéré comme un échec soit 4,2% des cas (5/117).

Seul des complications mineurs sont observé dans notre série à type de douleurs post-opératoire 5 cas (5,2%), hémorragie post-opératoire 3 cas (3,2%), synéchies du cornet inférieur 4 cas (4,1)

Au dernier contrôle, de 6 mois ; 4 patients n'étaient pas satisfaits, et était indécis concernant le conseil de l'intervention à un ami, soit 95,9% de patients Satisfaits.

Conclusion :

La DCR endonasale est moyen sure et efficace dans la prise des sténoses lacrymo-nasales. Malheureusement elle ne fait toujours pas partie de l'arsenal thérapeutique dans beaucoup de centres hospitaliers qui traite de ces pathologies.

constitue le traitement de choix dans la prise en charge des sténoses lacrymo-nasales (Watkins et coll) et peut être réalisé par voie externe ou endonasale. Depuis sa description par Toti en 1904, la DCR externe (ext) est considéré comme le gold-

standards dans la prise en charge des sténoses lacrymo-nasales avec un taux de succès d'environ 95% selon les séries, contrairement à la voie endonasale qui a connu des débuts timides depuis la première série de cas publiée en 1989 par Mac Donogh et Mering avec un taux de succès moindre significativement que la

voie classique. Néanmoins les avantages qu'offre l'abord endonasal par son respect total de la pompe lacrymale et l'absence de cicatrice ont permis le développement et l'amélioration de cette technique jusqu'à obtenir des taux de réussite équivalents de l'abord externe.

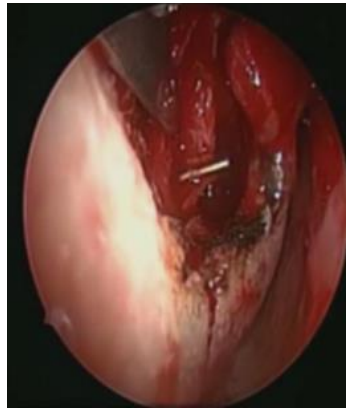


Figure 1 : marsupialisation du sac lacrymal
Dans la fosse nasale droite.

Matériels & méthodes :

Il s'agit d'une étude monocentrique, prospective, longitudinale en ouvert qui s'est déroulée au service ORL et CCF du CHU Mustapha entre le 01 Novembre 2016 et le 30 Avril 2018 dont le but était d'analyser l'efficacité de la voie endonasale et d'évaluer la préférence patiente pour cette technique. Notre étude a inclus 117 œil soit 97 patients opérés par voie endonasale, par le même chirurgien. Tous nos patients avaient plus de 15 ans, présentaient une sténose lacrymo-nasale jamais opérée et ont bénéficié d'un contrôle endoscopique avec lavage de la voie lacrymale (VL) à 1 mois, 3 mois et 6 mois. Quant à la satisfaction patiente ou non, sur la prise en charge par voie endonasale, l'intention ou non de recommander le procédé à un proche, l'évaluation s'est faite par l'interrogatoire des patients à chaque

contrôle. Il est à préciser qu'un bon résultat correspond à une disparition complète du larmoiement avec stomie perméable, un résultat moyen persiste un larmoiement intermittent mais des VL positifs, tandis qu'un échec se caractérise par la non amélioration de la symptomatologie avec des VL négatifs.

Résultats :

Au premier contrôle, 112 cas ne présentaient plus d'épiphora soit 95,7% de bons résultats, 04 cas ressentait une amélioration du symptôme alors qu'un cas n'avait aucune amélioration. On constate qu'à 3 mois avant l'ablation de la sonde une diminution importante du nombre de bons résultats, avec 93 cas (79,4%) contrastant avec une augmentation tout aussi importante des résultats moyens 17 cas (14,5%) et une légère augmentation du

nombre d'échecs avec 7 cas (5,9%). Au sixième mois ce qui correspondait au résultat final, les échecs se sont stabilisés à 7 cas (5,9%) par rapport au troisième mois, les résultats moyens ont nettement reculé à 5 cas (4,2%) en faveur des bons résultats dont 105 cas (89,7%). Si on doit faire un récapitulatif de l'évolution des résultats, on remarquera que le taux d'échec à 3 mois était le même à 6 mois, de même que le nombre de résultats moyen est quasiment le même entre 1 et 6 mois (tableau1). Parmi les complications enregistrées dans notre étude, 5 patients ont signalés des douleurs à 1 mois, un patient s'était plaint de douleur à 3 mois et aucun patient n'a présenté de douleur à 6 mois. Parmi les complications observés, on note

également 3 cas d'hémorragie post-opératoire, 2 (2%) cas de synéchies du cornet moyen et 4 cas (4,1%) de synéchies du cornet inférieur.

Tous les patients étaient satisfaits au premier mois et conseillaient tous l'intervention. A 3 mois tout l'effectif était satisfait à l'exception d'un patient non satisfait qui ne conseillait pas l'intervention. Au dernier contrôle, de 6 mois ; 4 patients n'étaient pas satisfaits, et était indécis concernant le conseil de l'intervention à un ami, soit 95,9% de patients Satisfaits (tableau 2). Les 4 patients non satisfaits, voulaient se faire réopérer par voie endonasale.

	Echecs	Moyens	Bons
1 mois	1	4 (3,4%)	112 (95,7%)
3 mois	7 (5,9%)	17 (14,5%)	93 (74,9%)
6 mois	7 (5,9%)	5 (4,2%)	105 (89,7%)

Tableau 1 : Répartition des résultats en fonction des contrôles.

	Patients satisfait	Patients non satisfaits	Conseil à un ami non
1 mois	97 (100%)	0 (0%)	97 (100%)
3 mois	96 (99%)	1 (1%)	96 (99%)
6 mois	93 (95,9%)	4 (4,1%)	93 (95,9%)

Tableau 2 : Répartition de l'effectif selon la satisfaction patient et le conseil.

Discussion :

Ces dernières décennies, les études ont montré que le taux de réussite de la DCR endonasale a véritablement augmenté et varie selon l'expérience du chirurgien entre 81% et 97% (Tarbet & Custer 1995; Sprekelsen & Barberan 1996; Hartikainen et coll. 1998; Woog et al. 2001; Durvasula & Gatland 2004; Tsiarbas et al. 2004; Ben

Simon et coll. 2005; Leong et coll. 2010; Roithmann et coll. 2012)

Avec 89,7% de bons résultats (disparition totale de la symptomatologie), il n'existe pas de différence significative avec les autres séries de DCR endonasale.

Bien que de grandes séries soient apparues, il est toujours difficile de prouver la supériorité de la voie endonasale sur la

voie externe. Huang en 2014, dans une méta-analyse de 15 études de cohortes comparatives a constaté que les taux de succès relatifs à la DCR endoscopique et DCR externe étaient comparables tandis que les taux de DCR endonasal assistée par laser étaient inférieurs. Dans notre série le taux de succès est comparable aux taux de succès dans les séries de DCR externes.

Le débat, entre le choix de la voie dans la prise en charge des sténoses lacrymo-nasales dure depuis des années. Les partisans de la DCR-EXT prétendent avoir des taux de réussites et des taux satisfactions patients plus élevés. Un des plus gros inconvénients que pose cette méthode est la cicatrice.

Cependant, nombreux chirurgiens pensent que la cicatrisation des plaies dans cette zone est excellente et que le patient ne sera pas gêné par la cicatrice. Dans l'étude dans laquelle ils ont évalué la formation de cicatrice après DCR-EXT, Devoto et coll, ont rapporté que la cicatrice ne pouvait être vue à l'œil nu dans 44% des cas et qu'après 6 mois, ne subsistait qu'une cicatrice minimale chez 47% des patients, une cicatrice modérée est restée chez 9% des patients, aucune grande cicatrice n'a été constatée, avec 100% des patients satisfait de l'apparence de leurs cicatrices. Dans une autre étude, Davies et coll, ont rapporté que dans leur série de 72 patients, seuls 4,2% des patients avaient des cicatrices visibles, et aucun des patients n'était malheureux avec sa cicatrice. Des études ont noté que dans la population jeune (tranche d'âge 20 – 55 ans) 32,5% des patients interrogés estime qu'il est important de ne pas avoir de cicatrice.

Saignements et infections sont parmi les complications postopératoires qui peuvent être vu dans les deux options chirurgicales. Alors que Çokkeser et coll. n'ont observé aucun signe de saignement postopératoire dans le groupe DCR-END, alors que dans le

groupe DCR-EXT le taux de saignements postopératoires était de 18%. Dans une autre étude, il a été rapporté 4,6% dans le groupe EXT-DCR et 5,5% dans le groupe END-DCR. On note que dans notre série le saignement post-opératoire a été observé dans 3% des cas, ce qui est similaire à la littérature aussi on n'a observé aucun cas d'infection.

D'autres complications post-opératoires peuvent être constaté tels que les synéchies entre cloison nasal et paroi latérale, dans notre série nous rapportons 4 cas (4,1%) de synéchie du cornet inférieur et 2 cas (2%) de synéchie du cornet moyen. Allen et coll, a signalé qu'il avait des synéchies dans trois cas après DCR-END dans leur étude de 242 cas. Fayet et coll, ont signalé que seulement deux patients avaient des synéchies, dans leur série de 300 cas. Somuk et coll ont constaté sur 46 patients opérés par DCR-END, 2,1% de synéchies du cornet moyen. D'autres complications plus graves ont été rapportées dans la littérature de façon exceptionnelle, effraction de la lame papyracée, brèche ostéoméningée et blessure du nerf, aucune de ces complications n'a été observé dans notre étude.

A la question : « êtes-vous satisfait de l'intervention, », la réponse positive était corrélée au taux de réussite, de même que la recommandation de l'intervention, avec un taux de réponses positives dans 95,9% a été jugé élevé qui est conforme à la série d'Ozer et Ozer.

Conclusion :

Quel que soit l'abord réalisé lors d'une DCR, le choix ne doit pas être motivé par le taux de réussite, ni le risque chirurgical car il a été démontré que ces deux critères étaient équivalents dans les deux techniques. Au final c'est au patient de choisir quel technique lui convient le

mieux, en prenant en considération l'aspect esthétique et le risque anesthésique.

Références :

1. Mc Donogh M, Meiring JH: Endoscopic transnasal dacryocystorhinostomy: analysis of the reoperation. *Ophthalmic Surg* 11:427-30, 1980.
2. Cokkeser Y, Evereklioglu C, Er H. Comparative external versus endoscopic dacryocystorhinostomy: results in 115 patients (130 eyes). *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000; 123: 488-91.
3. Fayet B et Roy E. Technique de la dacryocystorhinostomie par voie endonasale. *Encycl Med Chirur ophtalmologie*. 21-175-A-40 2001.
4. Dolman PJ. Comparison of external dacryocystorhinostomy with nonlaser endonasal dacryocystorhinostomy. *Ophthalmology* 2003; 110: 78-84.
5. Battal Tahsin Somuk¹, Sait Alim², Emrah Sapmaz¹, Helin Deniz Demir², Burcu Taşkıran², Göksel Göktaş¹, Harun Soyalıç³. Comparison of Endoscopic and External Dacryocystorhinostomy Results and Analysis of Patients' Satisfaction
6. Karim R, Ghabrial R, Lynch T, Tang B. A comparison of external and endoscopic endonasal dacryocystorhinostomy for acquired nasolacrimal duct obstruction. *Clin Ophthalmol* 2011; 5: 979-89. Syed MI, Head EJ, Madurska M, Hendry J, Erikitoła OC, Cain
7. Celenk F, Mumbuc S, Durucu C, Karatas ZA, Aytac I, Baysal E & Kanlikama M (2013): Pediatric endonasal endoscopic dacryocystorhinostomy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 77: 1259–1262
8. Ozer S, Ozer PA. Endoscopic vs external dacryocystorhinostomy comparison from the patients' aspect. *Int J Ophthalmol* 2014; 7: 689-96.
9. Savino G, Battendieri R, Traina S, Corbo G, D'Amico G, Gari M, et al. External vs. endonasal dacryocystorhinostomy: has the current view changed? *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2014; 34: 29-35.
10. Davies BW, McCracken MS, Hawes MJ, Hink EM, Durairaj VD, Pelton RW. Tear trough incision for external dacryocystorhinostomy. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 2015; 31: 278-81.
11. Lee, J. et al. Association of rhinostomy shape and surgical outcome after endoscopic endonasal dacryocystorhinostomy. *Graefe's archive for clinical and experimental ophthalmology = Albrecht von Graefes Archiv fur klinische und experimentelle Ophthalmologie* 253, 1601–1607, <https://doi.org/10.1007/s00417-015-2967-5> (2015).
12. Baek, J. S. et al. Cause and Management of Patients With Failed Endonasal Dacryocystorhinostomy. *Clin. Exp. Otorhinolaryngol* 10, 85–90, <https://doi.org/10.21053/ceo.2016.00192> (2017).
13. Shin, H. J., Woo, K. I. & Kim, Y. D. Factors associated with rhinostomy shape after endoscopic dacryocystorhinostomy. *Clin. Otolaryngol* 42, 550–556, <https://doi.org/10.1111/coa.12767> (2017).

