

Abcès orbitaire compliquant une pansinusite : à propos d'un cas

Orbital abscess complicating pansinusitis. A case report

Amine Hamma

Service d'ophtalmologie du
Centre Hospitalo-Universitaire
de Tlemcen – Algérie

Correspondance à :
Amine HAMMA
amine6666@gmail.com

DOI:<https://doi.org/10.48087/BJMSr.2018.5121>

Il s'agit d'un article en libre accès distribué selon les termes de la licence Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0), qui autorise une utilisation, une distribution et une reproduction sans restriction sur tout support ou format, à condition que l'auteur original et la revue soient dûment crédités.

RÉSUMÉ

Les infections orbitaires sont des pathologies assez rares, compliquant le plus souvent une sinusite préexistante. Du fait de leur siège, elles peuvent engager le pronostic visuel voire vital par extension au sinus caverneux ou aux autres structures intracrâniennes. Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 72 ans, qui au décours d'un épisode d'acidocétose a présenté une tuméfaction palpébrale gauche assez douloureuse. L'examen ophtalmologique retrouve une baisse de l'acuité visuelle à gauche associée à une exophtalmie, une ophtalmoplégie, un chemosis et une légère hyperhémie conjonctivale. L'imagerie médicale affirme la présence d'un abcès orbitaire gauche compliquant une pansinusite et imposant une prise en charge en milieu hospitalier. Une sinusite négligée ou insuffisamment traitée peut virer vers un tableau clinique dramatique et se compliquer d'un abcès orbitaire surtout en cas de participation de plusieurs sinus chez un sujet taré et mal équilibré. Un diagnostic précoce et une prise en charge thérapeutique énergique et multidisciplinaire sont indispensables pour contrer l'infection et éviter sa propagation aux structures de voisinage.

Mots-clés : Abcès orbitaire, exophtalmie, ophtalmoplégie, pansinusite, leucoaraïose.

ABSTRACT

Orbital infections are rare diseases, most often complicating preexisting sinusitis. Because of their location, they can compromise visual or even vital prognosis by extension to the cavernous sinus or other intracranial structures. We report the case of a 72-year-old patient who, in the course of an episode of diabetic ketoacidosis, had a painful left palpebral swelling. Ophthalmologic examination revealed in the left eye a decrease in visual acuity associated with exophthalmos, ophthalmoplegia, chemosis and mild conjunctival hyperaemia. Medical imaging asserts the presence of a left orbital abscess complicating pansinusitis and imposing management at the hospital. A neglected or inadequately treated sinusitis can turn into a dramatic clinical manifestation and be complicated by an orbital abscess, especially if several sinuses are involved in an unbalanced patient. Early diagnosis, aggressive and multidisciplinary therapeutic management are essential to counter the infection and avoid its spread to the neighboring structures.

Keywords: Orbital abscess, exophthalmos, ophthalmoplegia, pansinusitis, leucoaraïosis.

Introduction

Les infections orbitaires sont des pathologies assez rares, compliquant le plus souvent une sinusite préexistante. La classification de Chandler les subdivise en cinq stades de gravité [1] croissante et souligne les possibilités qu'elles ont d'engager le pronostic visuel voire vital par extension au sinus caverneux ou aux autres structures intracrâniennes. Le diagnostic doit se faire rapidement grâce aux données recueillies lors de l'examen clinique aidé par l'imagerie médicale principalement la tomodensitométrie alors que l'imagerie par résonance magnétique est indiquée en présence de signes en faveur d'une atteinte rétroseptale qui impose une hospitalisation en urgence. Le traitement regroupe un volet médical par une antibiothérapie adéquate et énergique et selon les cas un volet chirurgical qui n'est envisagé qu'en cas d'abcédation nécessitant un drainage [2].

Nous rapportons le cas d'un patient, qui au décours d'un épisode d'acidocétose a présenté un abcès orbitaire gauche compliquant une pansinusite.

Observation

Patient de sexe masculin âgé de 72 ans aux antécédents d'hypertension artérielle traitée depuis 7 ans et d'acidocétose remontant à 2 semaines faisant découvrir son diabète. Il consulte en ophtalmologie pour une tuméfaction palpébrale gauche assez douloureuse évoluant depuis une dizaine de jours. L'examen ophtalmologique retrouve : une acuité visuelle de loin de 5/10 à droite corrigée à 7/10 et de 1/10 à gauche inaméliorable avec une correction optique. La meilleure acuité visuelle corrigée de près est de R3 à droite et de R6 à gauche.

L'examen de la région orbitaire retrouve à gauche un léger œdème et une hyperhémie de la paupière supérieure avec une exophtalmie latéralisée en haut et en dehors, irréductible, douloureuse, non pulsatile, sans frémissement à la palpation ni de souffle à l'auscultation (Figure 1A). L'exophtalmomètre de Hertel chiffre la protrusion oculaire à 17 mm à droite et à 21 mm à gauche. L'oculomotricité reste conservée à droite, alors qu'à gauche on note une ophtalmoplégie (Figure 2).

L'examen du segment antérieur retrouve à droite un nævus conjonctival de la zone temporo-imbrique et une cataracte sous capsulaire postérieure débutante avec de bons réflexes photomoteurs directs et consensuel. A gauche on note, une taie cornéenne para-centrale, un chemosis (œdème conjonctival) et une hyperhémie conjonctivale (Figure 1B), une cataracte sous capsulaire postérieure assez évoluée avec un réflexe photo-moteur lent. Le tonus oculaire est bon au niveau des deux yeux avec un fond d'œil myopique associant un staphylome myopique et une atrophie chorio-rétinienne bilatérale.

L'examen général retrouve un patient apyrétique avec une légère altération de l'état général, une absence d'adénopathies palpables une tension artérielle à 13/8 et une glycémie 2,10 g/l.

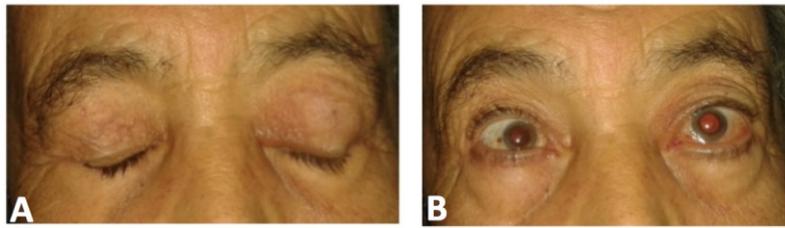


Figure 1. Photographies en couleur de face (A) les yeux fermés permettant de mieux observer l'œdème et l'hyperhémie palpébrale supérieure gauche. (B) les yeux ouverts on note à gauche un chemosis et une hyperhémie conjonctivale.



Figure 2. Examen de l'oculomotricité dans les neuf directions du regard révèle une ophtalmoplégie totale de l'œil gauche.

Un bilan d'urgence a été demandé incluant : un bilan biologique normal (FNS, VS, CRP, glycémie, TP, TCK, urée créatinine, hémoculture), un bilan radiologique : radiographie thoracique et tomodensitométrie (TDM) orbito-cérébrale complétée par une imagerie par résonance magnétique (IRM) orbito-cérébrale.

La TDM du massif facial sans injection de produit de contraste retrouve une sinusite sphéno-maxillo-éthmoïdale plus marquée à gauche, compliquée d'un processus inflammatoire du muscle droit interne gauche, responsable d'une exophtalmie de grade I (Figure 3). L'IRM orbitaire retrouve une rhino-sinusite sphéno-maxillo-éthmoïdale plus marquée à gauche compliquée d'un abcès orbitaire avec infiltration inflammatoire des muscles oculomoteurs, de la graisse intra-conjuguale et du nerf optique gauche associée à un épaississement méningé localisé d'allure inflammatoire de proximité (Figure 4). L'IRM cérébrale avait montré une atrophie cortico-sous corticale associée à des lésions de leuкоpathie vasculaire (leucoaraïose). L'ensemble de l'examen clinique et des examens para-cliniques affirme la présence d'un abcès orbitaire gauche compliquant une pansinusite.

Le patient a été hospitalisé en urgence et pris en charge par des antibiotiques locaux en collyre ; une triple antibiothérapie par voie intraveineuse à base de ceftriaxon, gentamycine et de métronidazole et un équilibre glycémique par nos confrères internistes. Devant la non amélioration de la symptomatologie clinique un drainage chirurgical a été indiqué par nos confrères ORL. L'évolution s'est soldée par une amélioration des signes cliniques observée à gauche après 21 jours avec une amélioration de l'acuité visuelle brute de loin à 3/10 à gauche, une disparition de l'œdème palpébral, du chemosis et de l'hyperhémie conjonctivale. De même qu'une régression de l'exophtalmie et de l'ophtalmoplégie. Une résolution plus ou moins complète a été notée au bout de 2 mois.

Discussion

La sinusite est une infection courante des voies respiratoires supérieures aisément diagnostiquée et traitée. Cependant, lorsque plusieurs sinus sont sujets à l'inflammation, on parle alors de pansinusite qui peut se compliquer rapidement par propagation de l'infection aux structures de voisinage entre autres les orbites. L'origine sinusienne des infections orbitaires est retrouvée dans moins de deux tiers des cas chez l'adulte, en particulier lorsque le sinus éthmoïdal est impliqué [3].



Figure 3. Tomodensitométrie du massif facial sans injection de produit de contraste mettant en évidence une sinusite sphéno-maxillo-éthmoïdale plus marquée à gauche (A), un comblement du sinus éthmoïdal gauche ainsi qu'un processus inflammatoire du muscle droit interne gauche (B), responsables d'une exophtalmie de grade I (C).

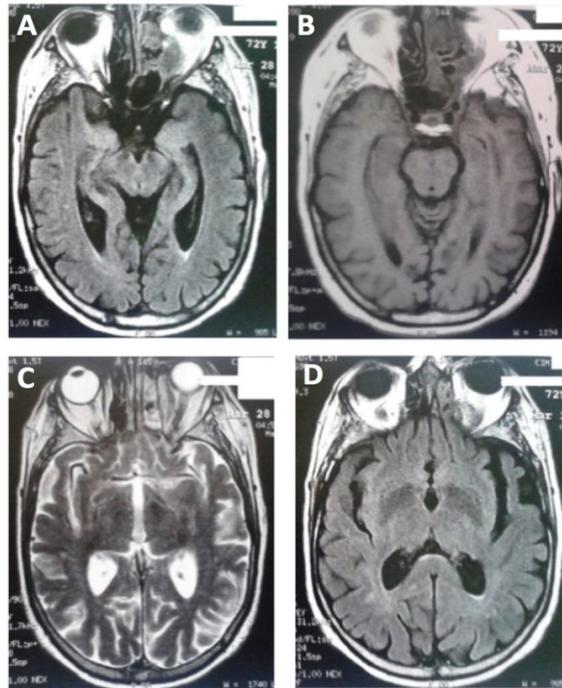


Figure 4. L'IRM orbitaire retrouve une lyse de la paroi médiale de l'orbite gauche avec une collection intra-orbitaire prenant le contraste en périphérie (A, B) et une infiltration inflammatoire des muscles oculomoteurs (interne, supérieur et inférieur), de la graisse intra conique et du nerf optique (C, D).

En effet, chez notre patient, une lyse de la paroi médiale de l'orbite gauche a été retrouvée et rattachée à un mécanisme invasif de la sinusite éthmoïdale purulente qui par contiguïté a infiltré la graisse orbitaire intra-conique, les muscles oculomoteurs et le nerf optique gauche. Puis une collection purulente s'est formée correspondant à un abcès orbitaire qui a refoulé le globe oculaire vers l'avant engendrant une exophtalmie de grade I. Plusieurs facteurs contribuent à expliquer la survenue de l'abcès orbitaire, principalement le foyer infectieux initial étant la pansinusite et le diabète déséquilibré compliqué d'acidocétose quelques jours auparavant faisant rentrer le patient dans le fameux cercle vicieux qu'entretiennent l'infection et le déséquilibre glycémique [4].

Le principal risque encouru par le patient est la propagation de l'infection orbitaire aux structures intracrâniennes essentiellement au sinus caverneux via les veines ophtalmiques supérieures engendrant une thrombose à son niveau voire même aux méninges ou au cerveau causant un empyème ou un abcès cérébral, sans omettre le risque de choc septique qui compromettrait sérieusement le pronostic vital [5].

La TDM orbito-cérébrale était suffisante pour établir le diagnostic d'abcès orbitaire ; par contre, l'IRM fût indiquée devant la symptomatologie clinique et la forte suspicion de thrombose du sinus caverneux, aussi pour évaluer l'état du cerveau où l'on a noté l'absence de foyer infectieux alors qu'une atrophie cortico-sous corticale associée à des lésions de leucoaraïose (leucoaraïose) ont été découverts. Sachant que la leucoaraïose est une atteinte de la substance blanche survenant dans le cadre de l'hypertension artérielle principalement chez les sujets âgés et est responsable d'une forme de démence dite vasculaire [6].

Concernant le pronostic visuel de l'œil gauche, l'IRM a révélé une inflammation au voisinage du nerf optique gauche alors que le fond d'œil ne retrouve ni œdème papillaire ni dilatations veineuses. L'acuité visuelle brute de loin est remontée de 1/10 à 3/10, non améliorable pouvant néanmoins être expliquée par la cataracte sous capsulaire postérieure évoluée retrouvée à son niveau ainsi que par la taie cornéenne para-centrale.

Le traitement médical seul étant inefficace, un drainage chirurgical fut indiqué. L'évolution chez notre patient est favorable et cela grâce à une prise en charge médico-chirurgicale multidisciplinaire comprenant un traitement adéquat et une surveillance rapprochée en ORL, Ophtalmologie, Maladies infectieuses et médecine interne.

Conclusion

Une sinusite négligée ou insuffisamment traitée peut virer vers un tableau clinique dramatique et se compliquer d'un abcès orbitaire surtout en cas de participation de plusieurs sinus chez un sujet taré et mal équilibré. Un diagnostic précoce et une prise en charge thérapeutique énergique et multidisciplinaire sont indispensables pour contrer l'infection et éviter sa propagation aux structures intracrâniennes de voisinage dont l'atteinte peut sérieusement engager le pronostic vital.

Déclaration d'intérêts : l'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Chandler JR, Langenbrunner DJ, Stevens ER. The pathogenesis of orbital complications un acute sinusitis. *Laryngoscope* 1970; 80:1414-28.
2. Mouraux F., Rysanek B., Cattoir V., Babin E. Infections orbitaires. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Ophtalmologie, 21-650-A-15, 2011.
3. Hershey BL, Roth TC. Orbital infections. *Semin Ultrasound CT MR* 1997 ; 18:448-59
4. Balasubramanian Thiagarajan. Complications of sinusitis. Stanley Medical College Chennai India available at http://otolaryngology.wdfiles.com/local--files/rhinology/sinusitis_comp.pdf.
5. Poghosyan AY, Fanarjyan RV, Nersisyan VS et al. Odontogenic Pansinusitis Complicated by Orbital Cellulitis, Epidural Empyema and Intracerebral Abscess of Fronto-basal Region: Case Report. *J Interdiscipl Med Dent* 2014 Sci 2: 145. doi: 10.4172/2376-032X.1000149.
6. Streifler JY, Eliasziw M, Benavente OR et al. Barnett HJM for the North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Group. Development and progression of leukoaraiosis in patients with brain ischemia and carotid artery disease. *Stroke*. 2003;34:1913-1917.

Cet article a été publié dans le « *Batna Journal of Medical Sciences* » **BJMS**, l'organe officiel de « l'association de la Recherche Pharmaceutique – Batna »

Le contenu de la Revue est ouvert « Open Access » et permet au lecteur de télécharger, d'utiliser le contenu dans un but personnel ou d'enseignement, sans demander l'autorisation de l'éditeur/auteur.

Avantages à publier dans **BJMS** :

- *Open access* : une fois publié, votre article est disponible gratuitement au téléchargement
- Soumission gratuite : pas de frais de soumission, contrairement à la plupart des revues « Open Access »
- Possibilité de publier dans 3 langues : français, anglais, arabe
- Qualité de la relecture : des relecteurs/reviewers indépendants géographiquement, respectant l'anonymat, pour garantir la neutralité et la qualité des manuscrits.

Pour plus d'informations, contacter BatnaJMS@gmail.com ou connectez-vous sur le site de la revue : www.batnajms.net

