

Dacryoadénite non infectieuse : à propos d'un cas

1^{er} Auteur : Yassir Lakrafi, Médecin résident au Service de médecine interne du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Autres auteurs, équipe:

- Wafaa Ammouri, Professeur agrégé au Département de médecine A du CHU Ibn Sina de Rabat
- Hajar Khribri, Professeur agrégé au Département de médecine A du CHU Ibn Sina de Rabat
- Hicham Hermouch, Professeur de l'enseignement supérieur au Département de médecine A du CHU Ibn Sina de Rabat
- Zoubida Tazi El Mzaalek, Professeur de l'enseignement supérieur du Département de médecine A du CHU Ibn Sina de Rabat
- Mohamed Adnaoui, chef du Département de médecine A du CHU Ibn Sina de Rabat

Introduction :

La dacryoadénite est une inflammation de la glande lacrymale qui peut avoir diverses étiologies avec des présentations similaires. Malgré une élucidation plus récente des causes spécifiques, la prise en charge est restée largement inchangée. Par conséquent, la biopsie devrait être la règle bien que le traitement empirique par corticostéroïdes est efficace pour la plupart des causes. La dacryoadénite peut être le signe révélateur d'une maladie systémique non diagnostiquée et de lymphome ; par conséquent, le diagnostic tissulaire et systémique [1]. Nous rapportons un cas de dacryoadénite idiopathique d'évolution favorable sous corticoïdes et immunosuppresseurs.



Figure 1: Image d'une patiente présentant une Dacryoadénite [2]

Cas clinique :

Il s'agit d'une patiente âgée de 46 ans, ayant comme antécédents, un tabagisme occasionnel et une sœur suivie pour lupus. La patiente a présente trois mois avant son admission un œdème de la paupière supérieur gauche, la TDM orbito-cérébrale était en faveur d'une dacryoadénite gauche avec blépharite d'allure réactionnelle sans collection.

La biopsie des glandes lacrymales gauches trouvait un remaniement inflammatoire chronique lympho plasmocytaire compatible avec une dacryoadénite sans signes pseudo tumeur à IgG4 à l'immunohistochimie, le reste du bilan retrouve un typage HLA B27+, des Anticorps antinucléaires négatifs, un Quantiféron négatif, le bilan phosphocalcique le dosage de l'enzyme de conversion et EPP sont revenus normaux. La dacryoadénite a été traitée par corticothérapie 1mg/kg/jour avec bonne évolution clinique. Néanmoins dès le début de la dégression la patiente a présenté une rechute palpébrale bilatérale. L'examen ophtalmologique du 31 mars 2022 ne retrouvait aucun argument en faveur d'une atteinte oculaire pouvant orienter vers une étiologie systémique. L'examen clinique ne retrouve qu'un facies cushingoïde. La TDM orbito-cérébrale a montré l'absence de dacryoadénite gauche avec blépharite d'allure réactionnelle sans collection, la relecture anatomopathologique ne retrouvait pas de lésions spécifiques à Ig G4, la TDM thoracique était sans anomalies

Sur le plan thérapeutique un traitement d'épargne cortisonique : MTX 15 mg a été associé. L'évolution était favorable en 3 mois avec un recul de six mois.

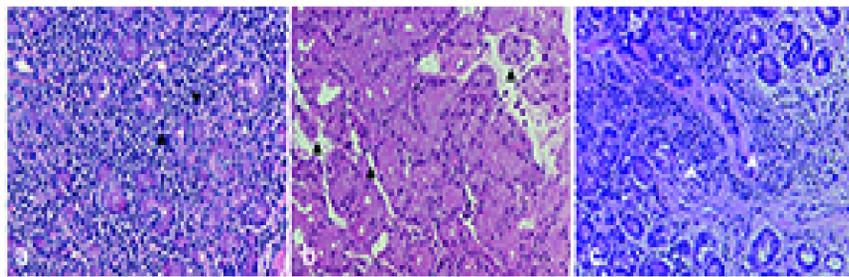


Figure 2: Image de coupe Histologique des glandes lacrymales illustrant les différente phase évolutive d'une dacryoadénite idiopathique [3]

(a)- Il existe une infiltration lymphocytaire intra-lobulaire importante et la fibrose n'est pas visible.

(b)- Infiltration par des cellules inflammatoires limitée et fibrose à peine détectée.

(c)- Fibrose péri-ductale interstitielle importante (flèches) en plus de l'infiltration lymphocytaire. La périphérie des lobules est irrégulièrement remplacée par un tissu fibreux.

Conclusion :

Plusieurs étiologies ont été attribuées à la dacryoadénite non infectieuse ou aseptique, et devant l'impossibilité de faire la part entre celles-ci par la clinique ainsi que les explorations radiologiques la biopsie reste la règle et le gold standard pour en déterminer l'étiologie. Il est à noter que la Dacryoadénite à IgG4 et la forme idiopathique non spécifique sont les deux plus fréquentes.

Le traitement de la Dacryoadénite nécessite une adaptation à l'étiologie et à la sévérité du tableau associant un traitement symptomatique du syndrome sec par des larmes artificielles, de la gêne par radiothérapie ou intervention chirurgicale, et de la corticothérapie locale pour l'inflammation, à un traitement de fond fait de corticostéroïdes par voie générale, du méthotrexate ou encore du cyclophosphamide adapté à l'étiologie [1].

Références

- [1] Singh S, Selva D. Non-infectious Dacryoadenitis. *Surv Ophthalmol.* 2022 Mar-Apr;67(2):353-368. doi: 10.1016/j.survophthal.2021.05.011. Epub 2021 May 31. PMID: 34081929.
- [2] S. Huynh, P. Breillat, P. Romero, G. Hayem, I. Padovano, F. Costantino, M. Breban, I. Bourgault Villada, M. Tourte, Une dacryoadénite « Stillée », *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, Volume 144, Issue 12, Supplement, 2017, Page S298, ISSN 0151-9638, <https://doi.org/10.1016/j.annder.2017.09.497>.
- [3] TFOS DEWS II - Rapport Physiopathologie, Anthony J. Bron, FRCOph, FMedSci, Cintia S. de Paiva, MD, PhD1, Sunil K. Chauhan, DVM, PhD1, Stefano Bonini, MD, Eric E. Gabison, MD, Sandeep Jain, MD, Erich Knop, MD, PhD, Maria Markoulli, PhD, MOptom, Yoko Ogawa, MD, Victor Perez, MD, Yuichi Uchino, MD, PhD, Norihiko Yokoi, MD, PhD, Driss Zoukhri, PhD, David A. Sullivan, PhD, https://www.tfosdewsreport.org/report-rapport_physiopathologie/106_36/fr/#A112

