



TRATTAMENTO DELLA DACRIOCISTITE

La dacriocistite è un'infezione del tratto lacrimale (figura 1) che può insorgere per varie cause. L'eziologia più comune nella popolazione pediatrica è una stenosi congenita dei dotti nasolacrimali.

I sintomi iniziali sono epifora persistente e secrezione mucosa e possono esacerbare in un'infezione batterica secondaria derivante dalla formazione di un accumulo stagnante nei dotti lacrimali (figura 2). L'ostruzione nasolacrimale congenita è un'affezione comune dell'infanzia (figura 3). I primi studi riportavano una frequenza del 6% di tutti i neonati, sebbene siano state pubblicate incidenze comprese tra 1,2% e 30%. Si osserva una maggiore prevalenza nei soggetti con disturbi cranio-facciali, sindrome di Down o sindromi da displasia ectodermica (Kapadia, 2006). La maggioranza delle stenosi congenite si risolve spontaneamente senza trattamento medico o chirurgico, generalmente entro 12 mesi in oltre il 90% dei casi (Nucci, 1989).

L'eziologia batterica della dacriocistite include uno spettro misto di specie batteriche Gram positivi e Gram negativi in proporzione quasi uguale (57% e 43%, rispettivamente). Le specie isolate con maggiore frequenza dal sacco lacrimale di pazienti neonatali sono *Streptococcus pneumoniae* ed *Haemophilus influenzae* (Usha, 2006). Nelle dacriocistiti di basso grado solitamente è sufficiente un trattamento conservativo con massaggio idrostatico del sacco lacrimale (Blephaclean) per bloccare la lacrimazione e la secrezione della mucosa. Per minimizzare il rischio di infezione possono essere applicati antibiotici topici (compreso **Azyter**). Anche le gocce decongestionanti per il naso possono aiutare. In caso di infezione, si possono somministrare antibiotici ad ampio spettro per via orale come ampicillina, amoxicillina o cefaclor. Nei casi persistenti, sono necessari antibiotici per via endovenosa (cefuroxima).

Quando l'ostruzione congenita del dotto nasolacrimale non si risolve spontaneamente, si deve adottare il trattamento chirurgico per attenuare l'ostruzione.

La specillazione con sonda di Bowman è l'approccio chirurgico standard e deve essere preferito poiché altre differenti sonde possono causare lesioni. La specillazione senza anestesia è raccomandata nei pazienti pediatrici fino all'età di un anno.

La maggioranza dei pazienti risponde bene alla specillazione convenzionale. L'analisi preliminare delle strategie di trattamento suggerisce che il rischio di insuccesso della specillazione aumenta con l'età. La percentuale di successo, pubblicata dal Pediatric Eye Disease Investigator Group (gruppo di indagine delle malattie oculari nei pazienti pediatrici), è del 72% negli studi medici e dell'80% nelle strutture chirurgiche (Rebka, 2008).

È stato riportato che all'età di 4 mesi la specillazione nello studio medico è la strategia più efficace (Paul, 1994). In una fase secondaria, in caso di ostruzione persistente in

bambini di età inferiore ai 12 mesi, può essere introdotto uno stent canalicolare in silicone (Prolene 6/0 o 4/0; sonda di silicone 0,6 o 0,8 mm di diametro) in anestesia generale. Nei bambini di età superiore ai 12 mesi, generalmente viene proposta in prima fase la specillazione in anestesia generale in strutture chirurgiche.

Per prevenire l'ostruzione ricorrente causata dalla reazione di cicatrizzazione naturale dei tessuti circostanti, può essere instillata subito una sonda di silicone per mantenere la pervietà del dotto lacrimale.

I fattori che indicano in anticipo il fallimento della specillazione sono il sacco lacrimale dilatato, l'affezione bilaterale, il fallimento della precedente specillazione e l'ostruzione compatta anziché membranosa alla specillazione.

L'intubazione primaria è un trattamento chirurgico alternativo. L'intervento riesce nel 90% dei casi nei bambini di età superiore ai 6 mesi al momento dell'intervento.

Tuttavia, questa procedura richiede il mantenimento delle sonde canicolari per 2-5 mesi e poi un ulteriore intervento per la loro rimozione (Repka, 2008). La dacriocistorinostomia (esterna o transcanicolare) è indicata nei bambini in caso di ostruzione congenita del dotto naso lacrimale (CNLD) che non risponde alla terapia medica, alla specillazione o all'intubazione. È indicata nei bambini di almeno 1 anno di età e deve essere realizzata in centri specializzati (Stuck, 2001). Se non trattati, i pazienti con dacriocistite possono sviluppare complicazioni serie, quali cellulite orbitale o ascessi (figura 4), che possono causare gravi postumi alla vista e complicazioni a lungo termine nel paziente adulto.

In conclusione, nella dacriocistite pediatrica, consigliamo il paziente di sottoporsi precocemente ad una visita oculare specialistica e di iniziare il trattamento conservativo con il massaggio idrostatico del sistema di drenaggio con applicazione concomitante di antibiotici locali, e la specillazione dopo due episodi di infiammazione.



Figura 1

Infezione batterica del dotto lacrimale.



Figura 2

Infezione batterica: la secrezione viene espulsa dal dotto lacrimale.



Figura 3

Infezione batterica bilaterale in un neonato.



Figura 4

Complicazioni: ascesso orbitale