

Konjenital Nazolakrimal Kanal Tıkanıklığında Sonda-Lavaj Zamanlaması

Murat Özdemir (*), Tekin Yaşar (**), Muammer Özçimen (***), Adnan Çinal (****)

ÖZET

Amaç: Konjenital nazolakrimal kanal tıkanıklığı (KNKT) olgularında sonda-lavaj tedavisi için uygun zamanlamayı araştırmak.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, Ocak 1997-Şubat 2000 tarihleri arasında yapıldı. KNKT tanısı alan sekiz aylıktan küçük 160 olgunun 175 gözü (1. grup) topikal antibiyotik+masaj tedavisi ile bir yaşına kadar takip edildi. Bu gruptan bir yaşına kadar iyileşmeyen 20 göze (2. grup) genel anestezi altında sonda-lavaj uygulandı. İlk başvurusunu iki yaşından sonra yapan KNKT'li 13 olgunun 16 gözü de 3. grup olarak alındı. Üçüncü gruptaki olgulara ilk tedavi olarak sonda-lavaj uygulandı. Semptomların üç ay takipten sonra tamamen geçmesi iyileşme olarak kabul edildi. İyileşmeyen olgularda sonda-lavaj tedavisi tekrarlandı. Gruplara göre başarı oranları Ki-kare testi ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Birinci grupta, 155 (%88.57) gözde bir yaşına kadar iyileşme meydana geldi. İkinci gruptaki 20 göze bir yaşında sonda-lavaj uygulandı. Bunlardan 16'sında (%80) ilk seansta başarı sağlandı. Kalan dört (%20) gözün tamamı ikinci seans tedaviden sonra iyileşti. Üçüncü grupta ise altı (%40) gözde ilk seansta, iki (%13.33) gözde de ikinci seansta başarı sağlandı. Üçüncü gruptaki diğer sekiz (%50) gözde ise, iki seans sonda-lavaj tedavisine rağmen başarı sağlanamadı. Sonda-lavaj tedavisi 2. grupta 3. gruba göre daha başarılı bulundu (p=0.001).

Sonuç: Konjenital dakriyosistitli olgularda bir yaşına kadar konservatif yaklaşımla tedaviyi, 12 aylıkken iyileşmeyen olgulara zaman kaybetmeden sonda-lavaj uygulanmasını önermekteyiz. Ayrıca, iki yaşından sonra başvuran olgularda sonda-lavajın ilk tedavi olarak uygulanmasının daha uygun olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Konjenital nazolakrimal kanal tıkanıklığı, sonda-lavaj zamanlaması.

SUMMARY

Timing of Initial Probing in Congenital Nasolacrimal Duct Obstruction

Aim: To investigate the appropriate probing time in cases with congenital nasolacrimal duct obstruction (CNDO).

Methods: This study was carried out between January 1997-February 2000. One-hundred and seventy-five eyes of 160 patients with CNDO younger than eight months (Group 1) were followed up with topical antibiotic and massage until one-year of age. Twenty eyes, which were

(*) Yrd. Doç. Dr., K.Maraş Sütçüimam Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hast. Kliniği, K.Maraş

(**) Yrd. Doç. Dr., Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hast. Kliniği, Van

(***) Dr., Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hast. Kliniği, Van

(****) Doç. Dr., Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hast. Kliniği, Van

Mecmuaya Geliş Tarihi: 18.10.2001
Düzeltilmeden Geliş Tarihi: 03.02.2002
Kabul Tarihi: 12.03.2002

unresponsive to conservative treatment in Group 1, were probed under general anesthesia and constituted Group 2. Sixteen eyes of 13 cases with CNDO who applied to our clinic for the first time over two years of age were accepted as Group 3. Sixteen eyes in Group 3 were also probed initially under general anaesthesia. Complete recovery of symptoms after at least 3 months postoperatively was accepted as a successful surgical outcome. The probing was repeated in unrecovered eyes in 3 months after the operation. The success rates were compared with chi-square test between the groups.

Results: One hundred and fifty-five eyes (88.57%) were recovered up to one-year of age in Group 1. Probing was performed to 20 eyes in Group 2. Among them, 16 eyes (80%) were cured after the first probing and four eyes after the second probing. In Group 3, six eyes (40%) were recovered after the first probing and two eyes (13.33%) after the second probing. Other eight eyes weren't recovered in spite of two sessions of probing in Group 3. Probing was more effective in Group 2 than Group 3 ($p=0.001$).

Conclusion: We suggest the conservative treatment up to one-year of age and then probing in unresponsive cases after twelve months in patients with CNDO. Also, the probing should be the first approach in cases who applied after two-years of age.

Key Words: Congenital nasolacrimal duct obstruction, probing time.

GİRİŞ

Çocuklarda en sık karşılaşılan nazolakrimal sistem hastalığı %5-6 sıklıkta izlenen konjenital nazolakrimal kanal tıkanıklığıdır (KNKT) (1,2,3). KNKT'nin nazolakrimal kanalın distal uç kanalizasyonunun tamamlanmamış olmasından veya bu bölgede yer alan bir membrandan kaynaklandığı düşünülmektedir (2,4).

Birçok çalışmada, tıkanıklığın ilk bir yaş içinde %90'a varan oranlarda kendiliğinden ya da hidrostatik basınç ve antibiyotik kullanımı ile düzeldiği bildirilmiştir (2,5-7). Kendiliğinden iyileşmeyen olgulara sonda-lavaj tedavisi önerilmektedir. Ancak sonda-lavaj tedavisinin zamanlaması konusunda bir fikir birliği yoktur (8).

Bu çalışmada, sonda-lavaj tedavisi için uygun zamanlamayı araştırmayı amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEM

Ocak 1997-Şubat 2000 tarihleri arasında kliniğimize başvuran KNKT olguları çalışmaya dahil edildi. Bu olgulardan sekiz aylıktan küçük 160 olgunun 175 gözü 1. grup, 1. gruptaki olgulardan tıbbi tedavi ile iyileşmeyen 14 olgunun 20 gözü 2. grup ve ilk başvurusunu iki yaşından sonra yapan 13 olgunun 16 gözü 3. grup olarak kabul edildi. Travmatik nazolakrimal kanal tıkanıklığı, punktum ve kanalikül tıkanıklığı olan olgular çalışmaya dahil edilmedi.

Birinci gruptaki olgular, lakrimal kese üzerine masaj uygulaması ve çapaklanma olduğunda topikal antibiyotik önerilerek bir yaşına kadar takip edildi. Tedaviye başlarken, çocukların ailelerine gözyaşı kesesine masajın nasıl yapılacağı öğretilti (Crigler metoduna gö-

re, kese bölgesi üzerine işaret parmağının pulpasıyla yukarıdan aşağı doğru hafifçe bastırarak kesenin boşalmasını sağlayacak şekilde). Masajın, günde iki kez ve her seferinde 20-30 defa yapılması önerildi. Antibiyotik olarak trimetoprim+polimiksin-B kombinasyonu tercih edildi.

İkinci ve 3. gruptaki olgulara genel anestezi altında sonda-lavaj işlemi uygulandı.

Sonda-lavaj işleminden önce alt noktumdan girilerek basınçlı lavaj yapıldı. Açılma olmadığı görüldükten sonra sonda-lavaj uygulamasına geçildi. Sonda-lavaj, 26 G'lik lakrimal kanül (Visitec 1276) kullanılarak yapıldı. Üst noktumdan önce dik olarak girildikten sonra yatay olarak kanalikül boyunca ilerlenerek keseye ulaşıldı. Sonra sonda aşağı doğru yönlendirilerek nazolakrimal kanalın kemik duvarı hissedildi. Yanlış bir pasaja izin vermeden ilerlendi. Kanülün, ilerletilirken alt kısımdaki membranı perfore ederek burun boşluğuna geçişi hissedildi. Daha sonra floreseinli bir solüsyonla irrigasyon yapıldı ve burun boşluğuna yerleştirilen bir pamuk uçlu çubuk yardımı ile floreseinin buruna geçtiği görüldü. Tek taraflı semptomu olan olguların diğer gözüne de lavaj uygulandı. Sonda uygulaması sonrası nazolakrimal sisteme antibiyotikli serum fizyolojik ile lavaj yapıldı.

İşlem sonrasında topikal antibiyotik başlandı ve ailelere kese üzerine masaja bir hafta daha devam etmeleri söylendi. Hastalar, postoperatif 1. ve 2. haftada, 1. ayda ve 3. ayda kontrole çağrıldı. Hastanın semptomlarının tam olarak geçmesi iyileşme olarak kabul edildi. Postoperatif üçüncü ayda iyileşmeyen olgulara ikinci sonda-lavaj uygulandı.

Gruplar arası istatistiksel karşılaştırmalarda Ki-kare testi kullanıldı. %5'in altındaki olasılık seviyeleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen olguların demografik özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur. Birinci gruptaki olguların 82'si (%51.25) erkek, 78'i (%48.75) kızdı. Bu grupta başvuru sırasındaki ortalama yaş 6.4 ± 1.8 (2-8) ay olarak bulundu. İkinci gruptaki olguların ise 6'sı (%43) erkek, 8'i (%57) kızdı ve bu grupta yaş ortalaması 12.6 ± 0.5 (11-13) ay olarak bulundu. Üçüncü grupta ise 8 olgu (%61.53) erkek, 5 olgu (%38.47) kızdı; ortalama yaş 28.3 ± 4.2 (24-38) ay olarak hesaplandı.

Tedavi gruplarına göre elde edilen başarı oranları Grafik 1'de verilmiştir. Birinci grupta, 146 olgunun 155 (%88.57) gözünde masaj ile iyileşme meydana geldi. On dört hastanın 20 gözünde ise semptomlar devam etti.

Tablo 1. Olgularımızın gruplara göre yaş ve cinsiyet dağılımı

	Erkek	Kız	Ortalama yaş (ay)
1. grup	82 (%51.25)	78 (%48.75)	6.4 ± 1.8 (2-8)*
2. grup	6 (%43)	8 (%57)	12.6 ± 0.5 (11-13)
3. grup	8 (%61.53)	5 (%38.47)	28.3 ± 4.2 (24-38)*

*: İlk başvuru sırasındaki yaş.

İkinci grupta 16 gözde (%80) ilk sonda-lavaj, 4 (%20) gözde ise ikinci sonda-lavaj ile başarı sağlandı.

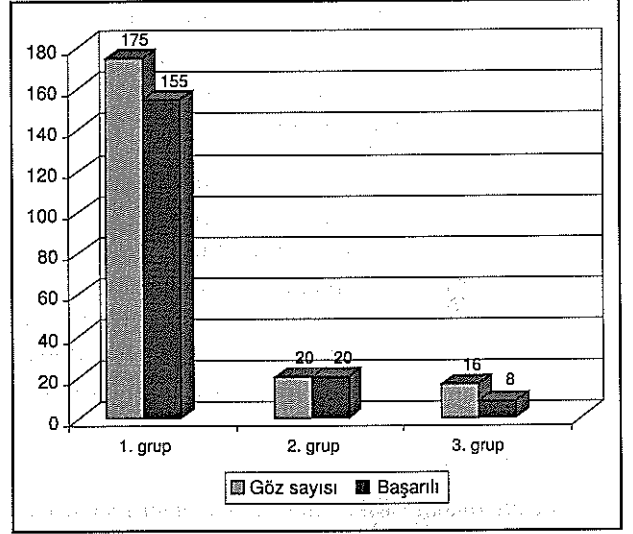
Üçüncü grupta ise 6 (%40) gözde ilk, 2 (%13.33) gözde de ikinci sonda-lavaj sonrası başarı sağlandı. Üçüncü gruptaki diğer 8 (%50) gözde ise, iki kez sonda-lavaj uygulanmasına rağmen iyileşme olmadı.

Sonda-lavaj uygulamasının 2. grupta 3. gruba göre istatistiksel olarak daha etkili olduğu görüldü ($p=0.001$).

TARTIŞMA

Nazolakrimal sistemin en sık doğumsal anomalisi olan KNKT, çocuklarda gözyaşı bezinin gözyaşı üretmeye başlamasıyla birlikte, epifora ve göz kapaklarında çapaklanma ile kendini gösterir. Tedavi edilmediğinde orbita selülit, abse ve fistül gelişebilir. 5 Değişik çalışmalarda, KNKT'nin bir yaşına kadar, %30-90 sıklıkta, kendiliğinden ya da konservatif tedavi ile iyileştiği bildirilmiştir (2,5-7).

Grafik 1. Başarılı göz sayılarının gruplara göre dağılımı (2. ve 3. gruplarda iki seans sonda-lavaj sonrasındaki başarı verilmiştir. Bu grupların başarı oranlarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur, $p=0.001$).



KNKT'de sonda-lavaj tedavisinin başarısını ve zamanlamasını saptamak için daha önce yapılmış çalışmalar tartışmalı sonuçlar ortaya çıkarmıştır. Bazı araştırmacılar geç müdahalenin enflamasyon ve sekonder fibrozis riskini artırdığını ve ailenin bu sıkıntılı duruma katlanmasının zorluğunu göz önüne alarak erken sonda-lavaj önermişlerdir (1,3,5,9). Bazıları ise bir yaşına kadar konservatif yaklaşımla tedaviye devam edilmesi gerektiğini, olguların büyük çoğunluğunda cerrahiye gerek kalmadığını ve böylece bebeğin anestezi riskinden korunduğunu savunmaktadırlar (5,10,11).

MacEven ve Young 12 dokuz aylıkken takibe alınan olguların bile %36'sının bir yaşına kadar konservatif tedaviyle iyileştiğini bildirmişlerdir. Robb (13) iki kez sonda uygulamasından sonra başarı oranını %96 olarak vermiş ve 2 yaşından sonra da sonda-lavaj uygulamasının başarısının değişmediğini bildirmiştir. Kassoff ve ark.(14) da sonda-lavaj uygulamasının geç ve erken dönemlerde yapılmasının başarıyı etkilemediğini ve her iki dönemde de başarının %99'dan fazla olduğunu bildirmişlerdir. Zilelioğlu (8) ise sonda uygulaması için en erken zamanlamayı 12. ay olarak önermiştir.

Mittelman (15) sonda-lavaj sonrası başarı oranını bir yaşın altındaki olgularda %95, bir yaşın üzerindeki olgularda %73 olarak bulmuştur. Katawitz ve Welsh (5) yaşla başarı oranının düştüğünü saptamış ve başarı oranını 13 ayın altında %97, 24 ayın üstünde %33.3 olarak bildirmişlerdir. Demirci ve ark.(16) sonda uyguladıkları KNKT olgularını 0-6 ay, 6-12 ay ve 12 ay ve sonrası ol-

mak üzere üç gruba ayırmışlar ve bu gruplardaki tek seans sonda-lavaj sonrası başarı oranlarını sırasıyla %100, %80 ve %53 olarak bildirmişlerdir.

Çiftçi ve ark.(17) da altı aylıktan küçük bebeklere tıbbi tedavi, 6-12 ay arasında dört haftalık tıbbi tedavi ile düzelme olmazsa basınçlı lavaj, gerekirse sonda-lavaj, 12 aydan sonra gelenlerde altı yaşına kadar ilk tedavi olarak sonda-lavaj uygulamasını önermişlerdir.

Bizim çalışmamızda, bir yaşına kadar konservatif yaklaşımla takip ve tedavi edilen olguların %88.57'si sonda-lavaja gerek kalmaksızın iyileşti. Bir yaşına kadar tıbbi tedavi ile düzelmeyen olguların ise tamamı iki seans sonda-lavaj sonrasında iyileşti. İki yaşından sonra ilk başvurusunu yapan olgularda ise iki kez sonda-lavaj yapılmasında rağmen başarı oranı %50'de kaldı. Bir yaşında yapılan sonda-lavajın iki yaşından sonra yapılan olgulara göre anlamlı derecede daha başarılı olduğu görüldü.

Sonuç olarak, aileye ve bebeğe anestezi stresini yaratmamak için KNKT'li olgularda bir yaşına kadar tıbbi tedaviyi, 12 aylıktan iyileşme olmayan olgulara sonda-lavaj uygulanmasını önermekteyiz. Ayrıca ilk başvurusunu iki yaşından sonra yapan olgulara da ilk tedavi olarak sonda-lavaj uygulanmasının uygun olacağını düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Ffooks OO: Dacryocystitis in infancy. Br J Ophthalmol 1962;46:422-34.
2. Lavrich JB, Nelson LB: Disorders of the lacrimal apparatus. Pediatric Clinics of North America 1993;40:767-76.
3. Baggio E, Ruban JM, Sandon K: Analysis of the efficacy of early probing in the treatment of symptomatic congenital lacrimal duct obstruction in infants. Apropos of 92 cases. J Fr Ophtalmol 2000;23:655-62.
4. Sturrock SM, MacEven CJ, Young JDH: Long term results after probing for congenital nasolacrimal duct obstruction. Br J Ophthalmol 1994;78:892-4.
5. Katowitz JA, Welsh MG: Timing of initial probing and irrigation in congenital nasolacrimal duct obstruction. Ophthalmology 1987;94:698-705.
6. Katowitz JA: Lacrimal drainage surgery. In: TD Duane, ed. Clinical Ophthalmology. Vol 5, Chapter 11, Philadelphia; Lippincot Co., 1983;1-32.
7. Paul TO: Medical management of congenital nasolacrimal duct obstruction. J Pediatr Ophthalmol Strabismus 1985;22:68-70.
8. Zilelioğlu G, Uğurbaş SH: Konjenital nazolakrimal kanal tıkanıklığının tedavisi. T Klin Oftalmoloji 1999;8:290-4.
9. Baker JD: Treatment of congenital nasolacrimal system obstruction. J Pediatr Ophthalmol Strabismus 1985;22:34-5.
10. Nelson LB, Calhoun JH, Menduke H: Medical management of congenital nasolacrimal duct obstruction. Ophthalmology 1985;92:1187-90.
11. Peterson RA, Robb RM: The natural course of congenital obstruction of the nasolacrimal duct. Ophthalmology 1985;92:246-50.
12. MacEven CJ, Young JDH: Epiphora during the first year of life. Eye 1991;5:596-600.
13. Robb RM: Probing and irrigation for congenital nasolacrimal duct obstruction. Arch Ophthalmol 1986;104:378-9.
14. Kassoff J, Meyer DR: Early office-based vs. late hospital-based nasolacrimal duct probing. Arch Ophthalmol 1995;113:1168-71.
15. Mittelman D: Probing and irrigation for congenital nasolacrimal duct obstruction. Arch Ophthalmol 1986;104:1125-6.
16. Demirci FYK, Demirci H, Bilgin LK: Konjenital nazolakrimal kanal tıkanıklığı tedavisinde sonda-lavaj. T Oft Gaz 1995;25:365-8.
17. Çiftçi F, Sönmez M, Toyran S, Ünal MH, Güngör A, Örgüç Y: Konjenital nazolakrimal kanal tıkanıklıklarında basınçlı lavaj, sonda ve endoskopik silikon tüp uygulaması. T Oft Gaz 1999;29:196-201.