

Konjenital Dakriostenozda Cerrahi Tedavi Sonuçlarımız

Kuddusi Erkılıç (*), Ayşe Öner (**), Abdullah Özkırış (**), Hakkı Doğan (***)

ÖZET

Amaç: Konjenital dakriostenozda cerrahi tedavi yaklaşımımızı ve tedavi sonuçlarımızı değerlendirmek.

Yöntem: 1995-2002 yılları arasında konjenital dakriostenoz tanısı ile başvuran ve medikal tedavi ile şikayetleri düzelmeyen 62 hastanın 108 gözüne cerrahi tedavi uygulandı. Tedavide ilk aşamada olguların tümüne basınçlı su ile nazolakrimal kanal lavajı yapıldı. Takiplerde düzelmeyen 26 drenaj sistemine sondalama yapıldı. Yine sonuç alınamayan 8 hastaya silikon entübasyon uygulandı. Tüm uygulamalar genel anestezi altında yapıldı.

Bulgular: Nazolakrimal kanal lavajı ile başarı oranı tüm yaş gruplarında %76 olarak bulundu. Yaşları 12-24 ay arasında olan hastalarda basınçlı lavaj ile başarı oranı %82 iken, yaşları 24 ayın üzerinde olan hastalarda başarı oranının %45 düzeyine kadar azaldığı belirlendi. Yaş ortalaması sondalama yapılan hastalarda 26 ay, silikon entübasyon yapılan hastalarda 32 ay idi. Elde edilen başarı oranı ise sondalama yapılan hastalarda %70, silikon entübasyon yapılanlarda %88 şeklindeydi.

Sonuç: Konjenital dakriostenozda medikal tedaviye ve masaja cevap vermeyen hastalarda cerrahi tedavi erken aşamada yapılmalıdır. Yaş ilerledikçe cerrahi tedavide başarı oranı azalmaktadır. Erken yaşlarda basınçlı nazolakrimal sistem lavajı, sondalama gibi uygulaması kolay cerrahi yöntemlerle sonuç alınırken ileri yaşlarda hasta ve hekim için daha zahmetli olan silikon entübasyon veya dakriosistorinostomi gibi yöntemlere geçilmesi gerekmektedir. Bu nedenle hasta takibinde ailenin bu konularda bilgilendirilmesi ve cerrahi uygulamanın çok geciktirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Konjenital nazolakrimal kanal tıkanıklığı, basınçlı lavaj, sondalama, silikon entübasyon

SUMMARY

Our Surgical Treatment Results in Congenital Dacriostenosis

Purpose: To assess our surgical treatment outcome in congenital dacriostenosis.

Method: Surgical treatment was performed to 108 eyes of 62 patients who received medical treatment and failed between 1995-2002. At the first stage of treatment we irrigated the lacrimal system with a lacrimal cannula. This procedure failed in 26 eyes and probing was performed. When probing failed silicone intubation was indicated in 8 patients. All surgical procedures were performed under general anesthesia.

(*) Doç. Dr., Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi

(**) Dr., Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğr. Gör.

(***) Prof. Dr., Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi

Mecmuaya Geliş Tarihi: 30.07.2002
Düzeltilmeden Geliş Tarihi: 02.09.2002
Kabul Tarihi: 26.10.2002

masını endoskopik görüntüleme nedeniyle yanlış pasaj oluşmamasına ve burun içi yapılara travmanın az olmasına bağlamaktadırlar. Biz sadece iki hastada endoskop eşliğinde uygulama yapabildik ve bu hastaların sonuçları başarılı idi. Endoskopik görüntüleme yapamadığımız diğer hastalarda operasyon sırasında burun mukozasında oluşan travma nedeniyle kısa süreli kanamalar oldu. Bu durumun başarımızı olumsuz etkileyebileceği düşüncesindeyiz.

Ülkemiz koşullarında önce birinci basamakta görev yapan hekimlerimizi, daha sonra aileleri KD' daki tedavi basamakları konusunda bilinçlendirmek gerekmektedir. 12 aydan erken tanı konan hastaların konservatif tedavi ile düzelme şansı oldukça yüksek iken, 12 aydan sonra başvuruda bulunan hastalarda cerrahi girişimlere ihtiyaç duyulabilmektedir. Basıncılı nazolakrimal sistem lavajı ve sondalama gibi yöntemler 12-24 ay arasında başarılı sonuç verirken, 24 ay sonrasında silikon entübasyon ve dakriosistorinostomi gibi hem hekim hem de hasta için daha zor olan cerrahi girişimlere gerek olabilmektedir. Bu nedendir ki cerrahi girişimin zamanlaması oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Pashby RC, Hurwitz JJ: Pediatric lacrimal disease. In: Hurwitz JJ, ed. The Lacrimal System. Philadelphia: Lippincott-Raven 1996; 237-44.
2. Kanski JJ: Disorders of the lacrimal drainage system. In: Clinical Ophthalmology. Butterworth-Heinemann Ltd 1994; 64-66.
3. Robb RM: Treatment of congenital nasolacrimal system obstruction. J Pediatr Ophthalmol Strabismus 1985; 22: 36-37.
4. Zilelioğlu G: Çocuklarda epifora tedavisi. Ulus. Türk Oft. Kong. (1984) Ankara, Öztekin Ofset 1986; 301.
5. Sargın A, Güler C, Elibol E, Yüksel N: Konjenital dakriosistitlerde başarılı lavaj uygulaması. TOD. XXIV. Ulus. Kong. Ankara (1990); 2:18.
6. Ratliff CD, Meyer DR: Silicone intubation without intranasal fixation for treatment of congenital nasolacrimal duct obstruction. Am J Ophthalmol 1994; 118: 781-785.
7. Katowitz JA, Welsh MG: Timing of initial probing and irrigation in congenital nasolacrimal duct obstruction. Ophthalmology 1987; 94: 698-705.
8. Peterson RA, Robb RM: The natural course of congenital obstruction of the nasolacrimal duct. J Pediatr Ophthalmol Strabismus 1978; 15: 246-250.
9. Doğru İ, Ünal M, Konuk O: Ülkemiz koşullarında konjenital dakriostenoz tedavi sonuçlarının irdelenmesi. MN Oftalmoloji 2002; 9: 89-90.
10. Dortzbach RK, France TD, Kushner BJ, Gonnering RS: Silicone intubation for obstruction of the nasolacrimal duct in children. Am J Ophthalmol 1982; 94: 585-592.
11. Durso F, Hand SI, Ellis FD, Helveston EM: Silicone intubation in children with nasolacrimal duct obstruction. J Pediatr Ophthalmol Strabismus 1980; 17:389-393.
12. Migliory ME, Putterman AM: Silicone intubation for the treatment of congenital nasolacrimal duct obstruction. Ophthalmology 1988; 95: 792-795.
13. Orhan M, Öndeş S, Önerci M, İrkeç M: Konjenital nazolakrimal kanal tıkanıklığı olan çocuklarda endoskopik intranasal silikon tüp uygulaması. MN Oftalmoloji 1998; 5: 47-49.