

(23)

Ocena operacji zespolenia workowo-nosowego zewnętrznego z czasową intubacją kanalików łzowych w materiale własnym

Estimation dacryocystorhinostomy with temporary intubation of lacrimal canaliculi in the authors patients

Danuta Korporowicz, Antonina Nowak

Z Oddziału Okulistycznego Centralnego Szpitala Kolejowy SPZOZ w Warszawie Międzylesiu
Ordynator: lek. med. Antonina Nowak

Summary:

The purpose of the study was to present the results of treatment of lacrimal ducts obstruction. The authors describe the advantages of temporary intubation of lacrimal canaliculi with simultaneous dacryocystorhinostomy. The findings have been based on 38 operations within a sixteen-year period. Obstruction of the lacrimal drainage pathway was due to: trauma, postinflammatory stenosis of the nasolacrimal duct, tumors and jatrogenic injuries of the nasolacrimal drainage system often following operations of the maxillary sinus. Treatment was based on clinical examination by: slit lamp exam, probing and irrigation of the lacrimal system, X-ray picture of the maxillary sinus, laryngology examination and bacteriological culture from conjunctival sac.

Conclusion: Anatomical and functional results indicate the necessity of this surgery method in selected cases.

Słowa kluczowe: zespolenie workowo-nosowe zewnętrzne, czasowa intubacja kanalików łzowych, rurki polietylenowe.

Key words: dacryocystorhinostomy, temporary intubation of the lacrimal canaliculi, polyethylene tubes.

Nadmierne łzawienie spowodowane jest nadprodukcją łez, utrudnionym odpływem łez lub uszkodzeniem pompy łzowej. Przyczyną utrudnionego odpływu łez są stany zapalne (2), urazy, nowotwory tkanek otaczających, leki stosowane miejscowo do worka spojówkowego (4) i zaburzenia rozwojowe dróg łzowych. Objawy niedrożności dróg odpływowych łez nasilają się pod wpływem chłodu czy wiatru, zmniejszają zaś w ciepłych, suchych pomieszczeniach (3). Większość przypadków można leczyć chirurgicznie. Najlepszą metodą operacyjnego leczenia niedrożności dróg łzowych, niezależnie od przyczyny i miejsca niedrożności czy zwężenia, jest czasowa intubacja kanalików łzowych z jednoczesnym zespoleniem workowo-nosowym zewnętrznym. Metoda ta zapewnia fizjologiczną rekonstrukcję dróg łzowych (1).

Materiał i metodyka

Od 1985 r. do kwietnia 2001 r. do operacji zespolenia workowo-nosowego zewnętrznego z czasową intubacją dróg łzowych zakwalifikowano 38 chorych, 15 mężczyzn i 21 kobiet, w wieku od 9 do 81 lat, średnia wieku 53 lata. Wykonano 36 operacji, u 2 kobiet obustronnie, zespolenia workowo-nosowego z czasową intubacją kanalików łzowych, poza tym 1 operację zespolenia workowo-nosowego i 1 operację plastyki kanalika łzowego. U każdego pacjenta wykonano pełne badanie okulistyczne, radiologiczne zatok przynosowych, laryngologiczne, badania wymagane do przeprowadzenia

operacji w znieczuleniu ogólnym oraz posiew z worka spojówkowego.

Nadmierne łzawienie oceniano, wykonując badanie kliniczne, które obejmowało następujące elementy.

1. Oględziny zewnętrzne:

- badanie powiek w celu stwierdzenia odwinięcia powieki dolnej, nieprawidłowego wzrostu rzęs, odwinięcia dolnego punktu łzowego, wiotkości powieki dolnej,
- badanie palpacyjne okolicy poniżej więzadła przyśrodkowego w celu stwierdzenia powiększenia worka łzowego.

2. Badanie w lampie szczelinowej:

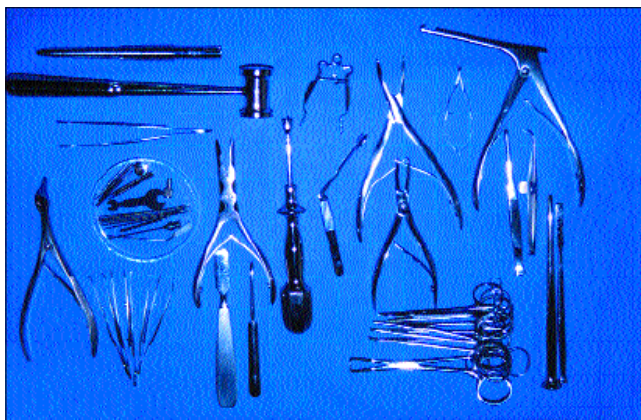
- badanie punktów łzowych w celu stwierdzenia ich nieprawidłowego położenia, zwężenia, zacopowania przez ciało obce lub rzęsę,
- obserwacja wydzieliny ropnej lub złągów wydobywających się pod wpływem ucisku kanalika łzowego,
- obserwacja brzeżnej warstwy łzowej,
- ocena dynamiki zamykania się powiek.

3. Sondowanie i płukanie dróg łzowych – metoda irygacyjna.

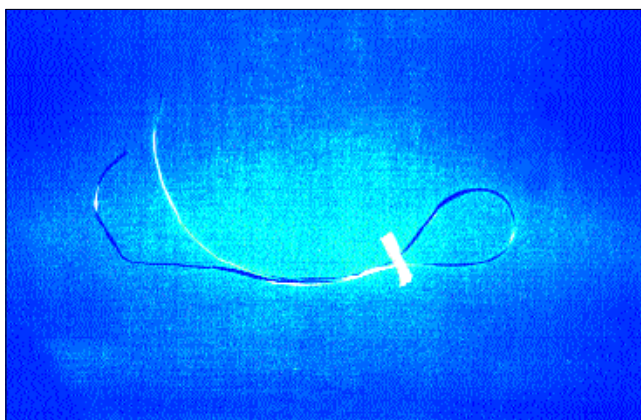
W badanym materiale stwierdzono dwa typy niedrożności:

1. Niedrożność przewodu nosowo-łzowego:

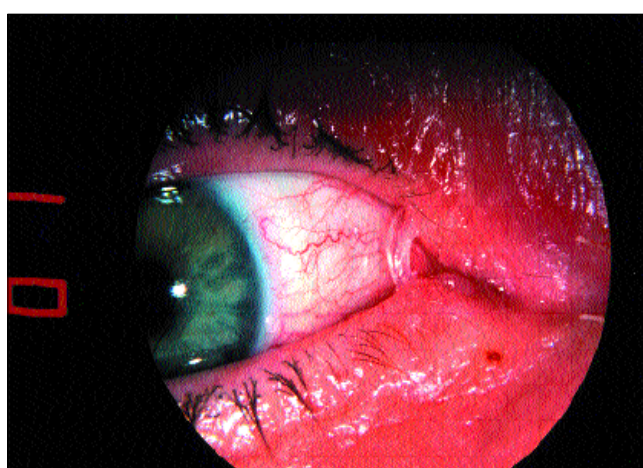
- z torbielą woreczka łzowego – 18 przypadków. Podczas płukania dróg łzowych stwierdzano uwypuklenie skóry ponad woreczkiem łzowym, po usunięciu kaniuli irygacyjnej uciskano okolicę woreczka łzowego; pod wpływem ucisku z kanalików łzowych wypływała wydzielina śluzowo-ropna, nie stwierdzono wypływu wydzieliny przez nos.



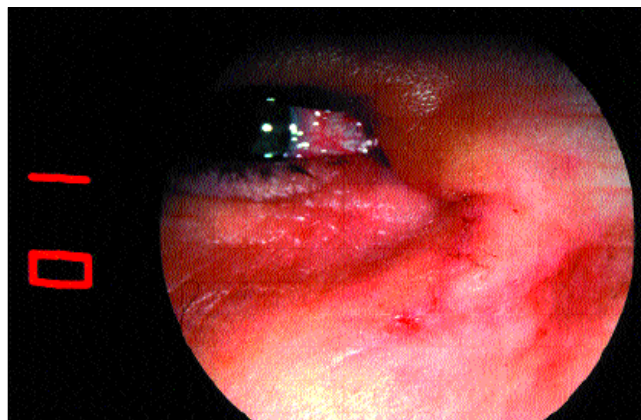
Ryc. 1. Zestaw narzędzi do zespolenia workowo-nosowego.
Fig. 1. Set of instruments for dacryocystorhinostomy.



Ryc. 2. Rurki polietylenowe z prowadnikiem.
Fig. 2. Polyethylene tubes with bodkin.



Ryc. 3. Zdjęcie wykonane po pierwszym opatrunku.
Fig. 3. Photograph taken at first postoperative dressing.



Ryc. 4. Zdjęcie wygojonej rany.
Fig. 4. Photograph of healed wound.

- z torbielą wentylową woreczka łzowego – 8 przypadków. Podczas płukania dróg łzowych stwierdzano uwypuklenie ponad woreczkiem łzowym, po usunięciu kaniuli irygacyjnej uciskano okolice woreczka łzowego – płyn nie wypływał przez kanaliki łzowe i nos.
- 2. Niedrożność spowodowana uszkodzeniem kanalika łzowego wspólnego – 12 przypadków. W czasie płukania dróg łzowych płyn wypływał po kaniuli i z drugiego otworka łzowego.

Badanie radiologiczne zatok przynosowych i kości nosa wykonywano, aby wykluczyć nieprawidłowe zmiany w ich obrębie, które wpłynęłyby na niekorzystny wynik operacji zespolenia. W przypadku zmian w nosie, dużego skrzywienia przegrody nosa wykonywano najpierw operację laryngologiczną. Badanie laryngologiczne wykonywano w celu wykluczenia takich zmian jak stan patologiczny błony śluzowej nosa, przerost małżowin lub skrzywienie przegrody nosa upośledzające drożność nosa, które przeoczone mogą być przyczyną nieudanego zespolenia.

Posiew z worka spojówkowego wykonywano w celu ustalenia jego jałowości. W przypadku stwierdzenia bakterii chorobotwórczych stosowano leczenie celowane. Pacjentom podawano leki uszczelniające naczynia krwionośne (rutinoscorbin, wapno), aby zmniejszyć krwawienie w czasie operacji i po niej.

Przyczyną niedrożności dróg łzowych w naszym materiale był uraz (10 przypadków), stan po operacji nowotworu zatok szczękowych (3), stan zapalny zatok (1) i stan po usunięciu woreczka łzowego (5), w 18 przypadkach przyczyny były nieokreślone. Nie operowano pacjentów z niedrożnością czynnościową dróg łzowych.

Etapy operacji (ryc. 1)

1. Wykonuje się linijne cięcie 8 mm przyśrodkowo do kąta przyśrodkowego.
2. Odśłania się przedni grzebień łzowy i rozdziela na tępo pokrywające go włókna mięśnia okrężnego.
3. Oddziela się okostną od grzbietu przedniego grzebienia łzowego do dna worka, a worek łzowy przesuwają się bocznie z dołu łzowego.
4. Wykonuje się otwór w kości tuż nad grzebieniem łzowym przednim i tuż poniżej więzadła przyśrodkowego.
5. Wprowadza się sondę do worka łzowego przez dolny kanalik, następnie nacina się ściankę worka tak, by utworzyć płatek.
6. Podobnie nacina się ścianę śluzową nosa.

7. Wprowadza się sondę stożkową do kanalika górnego i dolnego, poszerzając zwężenie lub niedrożność.
8. Wprowadza się rurkę polietylenową do kanalików za pomocą specjalnego przewodnika (bodkin) (ryc. 2).
9. Przeprowadza się rurki do worka, następnie przez otwór w kości do środkowego przewodu nosowego i przez nozdrza dolne na zewnątrz.
10. Zespala się płatki powstałe z nacięcia śluzówki nosa i worka łzowego.
11. Podwiesza się płatki, zespala włókna mięśnia okrężnego, zakłada się szwy skórne na ranę.
12. Wykonuje się tamponadę zewnętrzną, aby zapobiec krwawieniu do nosa.

W czasie zabiegu operacyjnego stwierdzono krwawienie – 7 przypadków, zarośnięty kanalik – 2 przypadki, zrosty w okolicy worka łzowego – 4 przypadki, treść śluzowo-ropną – 1 przypadek, zmienioną ścianę worka pogrubienie, maceracja – 3 przypadki, zrosty i przemieszczenie kości – 3 przypadki oraz wzrost ciśnienia tętniczego w czasie trepanacji kości nosa – 10 przypadków.

We wczesnym okresie pooperacyjnym stwierdzono obrzęk okolicy rany operacyjnej – 15 przypadków, erozje rogówki – 3 przypadki, zastój łez – 4 przypadki, wydzielinę ropną w worku spojówkowym – 1 przypadek (ryc. 3). Do worka spojówkowego podawano leki przeciwbakteryjne, obkurczające naczynia krwionośne i zmniejszające obrzęk.

Po 7 dniach usuwano szwy skórne i szwy podtrzymujące płatki, a rurki przycinano tak, aby nie wystawały z nosa. Po miesiącu od operacji sprawdzano drożność nowej drogi odpływu łez metodą irygacyjną, wprowadzając kaniulę w otworek łzowy górny i prowadząc ją obok rurki intubacyjnej. Należy pamiętać, że wcześniejsze płukanie może spowodować uszkodzenie nowego nabłonka kanalika łzowego, jego krwawienie i bliznowacenie.

W późnym okresie pooperacyjnym stwierdzono w 2 przypadkach bliznę ściągającą skórę rany operacyjnej, którą operowano z dobrym skutkiem.

Po 6 miesiącach w sposób następujący usuwano rurki intubacyjne: po znieczuleniu worka spojówkowego polecano choremu spojrzeć w bok, pęsetą chwytało pętlę rurki i pociągano ją na zewnątrz i ku przodowi, nożyczkami przecinano rurki przy otworze łzowym górnym i dolnym, w pęsecie zostawał łuk pętli, następnie chwytało końce rurki w przewodzie nosowym i usuwano je (ryc. 4).

Wyniki

U operowanych pacjentów uzyskano ustąpienie łzawienia. W czasie wieloletniej obserwacji nie stwierdzono nawrotu choroby.

Wnioski

Operacja zespolenia workowo-łzowego z czasową intubacją dróg łzowych jest zabiegiem polecanym we wszystkich rodzajach niedrożności dróg łzowych: pourazowych, pozapalnych i wrodzonych.

Omówienie

Wielu chirurgów okulistów akceptuje zespolenie workowo-nosowe z czasową intubacją kanalików łzowych jako wysoko efektywny zabieg w leczeniu nadmiernego łzawienia spowodowanego niedrożnością dróg łzowych. Dobry wynik operacyjny jest rezultatem dokładnego zebrania wywiadu i zbadania pacjenta, wykluczenia ognisk infekcji, zaopatrzenia laryngologicznego, jeśli jest to konieczne, oraz zapobiegania nadmiernemu bliznowaceniu. Wzrost tkanki włóknistej i bliznowacenie tkanki tworzącej się w czasie procesu gojenia mogą zmniejszyć powierzchnię otworu w kości nosa, stając się przyczyną niepowodzenia chirurgicznego.

Proces gojenia może również ułatwić przyleganie rany osteotomii do małżowiny oraz przegrody nosa i spowodować zamknięcie kanalików. Aby temu zapobiec, naszym pacjentom podawaliśmy leki typu Rhinophenazol. W piśmiennictwie przedstawiono stosowanie Mitomycyny C jako środka zmniejszającego bliznowacenie (6). W naszym materiale w 18 przypadkach nie udało się ustalić przyczyny nadmiernego łzawienia. W literaturze przedstawiono przypadki niedrożności dróg łzowych po stosowaniu miejscowym leków takich jak prednisolon, timolol, pilokarpina, chloramfenikol, tobramycyna, indometacyna, betaxolol, dexametason, tropicamid, naphazolina i wiele preparatów sztucznych łez, które nawet krótko stosowane mogą wywołać reakcję bliznowatą. Związek bezpośredni jest trudny do ustalenia, ale miejsce niedrożności czyni inne przyczyny mniej prawdopodobnymi (4). Dobrze wykonana czasowa intubacja rzadko daje powikłania, a jeśli takie wystąpią, można je wyleczyć. Łzawienie ustępuje wkrótce po operacji, a łzy odpływają szczeliną między rurką a ścianką nowo tworzącego się kanalika. Intubacja dróg łzowych nie upośledza funkcji życiowych pacjenta i nie stanowi przeszkód w pracy zawodowej i w życiu codziennym (5).

PIŚMIENNICTWO: 1. Chimkowska H., Filipowicz-Banachowa A.: *Zespolenie workowo-nosowe zewnętrzne w połączeniu z czasową intubacją kanalików łzowych jako metoda leczenia niedrożności dróg łzowych*. Klinika Oczna, 1996, 98 (5), 353-355. 2. Filipowicz-Banachowa A.: *Wirusowe i grzybicze uszkodzenie dróg łzowych*. Nowa Medycyna, 1995, 2, 40-42. 3. Kański J.: *Okulistyka współczesna*, 1997, 60-69. 4. McNab A.A.: *Lacrimal canalicular obstruction associated with topical ocular medication*. Aust-N-Z-J-Ophthalmol., 1998, Aug., 26(3), 219-223. 5. Orłowski W.: *Okulistyka współczesna*. Warszawa, 1992, tom III, 581-606. 6. Shine C.S., Kao Chiu L. Liao, Jason H.S., Tseng Muh S. Chen, Ping K. Hou: *Dacryocystorhinostomy with Intraoperative Mitomycin C*. Ophthalmology, 1997, 104 (1), 86-91.

Praca wpłynęła do Redakcji 20.06.2001 (46)

Adres do korespondencji (Reprint request to):
lek. med. Danuta Korporowicz
Oddział Okulistyki
ul. Bursztynowa 2
04-749 Warszawa