

# Nüks Dakriyosistit ve Dakriyostenozlarda Cerrahi Yaklaşımımız

Firdevs ÖRNEK\*, Atakan KARAEMİNOĞULLARI\*\*, Ümit EKŞİOĞLU\*\*, Remzi KASIM\*\*\*, Sunay DUMAN\*\*\*

## ÖZET

Nüks dakriyosistit ve dakriyostenozlarda reoperasyon endikasyonu ve cerrahi alternatifleri irdelemek amacıyla son 10 yılda bu tanı konulan, konjonktivadakriyosistorinostomi uygulanan 19 hasta ve Dupuy-Dutemps-Bourquet tekniği ile klasik dakriyosistorinostomi ameliyatı yapılmış 81 hasta olmak üzere toplam 100 hasta çalışma kapsamına alındı. Peroperatif olarak 25'inde kemik ve kesenin intakt olduğu, 121'inde kemik rondelin küçük çıkarıldığı, 27'sinde rondelin keseye göre daha önden ve aşağı konumda açıldığı, 8'inde anastomozun etmoid sellülere yapıldığı, 5'inde kese kesişinin lameller olduğu görüldü, ikinci operasyonda alt dudaklara sütür konulamayan 5 vaka ile atrofik rinit ve/veya sinüzit olan 4 vakada nüks oluştu (toplam 9). Altı vaka üçüncü operasyonu kabul etmezken 3'üne üçüncü operasyon uygulandı ve pasaj açıklığı sağlandı. Bu sayede 2'ncil, 3'ncül girişimlerle %94 başarı elde edildi. Nüksü önlemek için kemik rondelin uygun topografi ve büyüklükte çıkarılmasının kese-nazal mukoza anastomozunun tam karşılıklı yapılmasının ve KBB konsültasyonunun önemi bir kez daha vurgulandı.

Anahtar Kelimeler: Başarısız lakrimal cerrahi, Konjonktivadakriyosistorinostomi

T Klin Oftalmoloji 1995, 4:276-278

## SUMMARY

### SURGICAL APPROACH IN CASES WITH RECURRENT DACRIDCYSTITIS AND DACRIOSTENOSIS

Hundred patients diagnosed as recurrent dacryocystitis and dacryostenosis in the last 10 years were reoperated. Nineteen of 100 patients had conjunctivodacryocystorhinostomy and 81 had Dupuy -Dutemps-Bourquet operation. During the operation it was found that in 35 of these cases the lacrimal sac and the bone were intact, in 21 of them the osteotomy was small, in 27 of them osteotomy position was not appropriate, in 8 of them the ethmoidal cellules were involved in the anastomosis and in 5 of them the sac incision was not penetrating. As a result there was a total of 9 cases with drainage failure involving the cases with atrophic rhinitis, sinusitis and without inferior flap sutures. Six of them refused to have a third operation and 3 of them had a successful reoperation. The total success rate was 94 % after second and the third operations. As a conclusion it was emphasized that the osteotomy must be in proper size and position and a careful nasal examination is necessary in order to get successful results.

Key Words: Unsuccessful lacrimal surgery, Conjunctivodacryocystorhinostomy

T Klin J Ophthalmol 1995, 4:276-278

Geliş Tarihi: 28.11.1994

\* Op.Dr. S.B. Ankara Hastanesi Göz Kliniği başasistanı

\*\* Dr. S.B. Ankara Hastanesi Göz Kliniği asistanı

\*\*\* Op.Dr. S.B. Ankara Hastanesi Göz Kliniği şef yardımcısı

\*\*\*\* Op.Dr. S.B. Ankara Hastanesi Göz Kliniği şefi,  
ANKARA

Yazışma Adresi: Firdevs ÖRNEK

S.B. Ankara Hastanesi Göz Kliniği,  
ANKARA

XXVIII. TÖD Antalya kongresinde tebliğ olarak sunulmuştur

## Giriş

Nüks dakriyosistit ve dakriyostenozisleri kemik rondelin uygun topografi ve büyüklükte çıkarılmaması, yanlış sütürasyon, anatomik yapının yeteri kadar korunmaması, nazal boşluğa bağlı patolojilerin preoperatuvar yeterli araştırılmamasına bağlı olarak "geliştiği ortaya konulmuştur. Çeşitli cerrahlara göre başarısızlık oranı %0 ile %50 arasında değişmektedir (1,2,3,4,5). Nüks olgularda tıkanıklığın yerine ve kesenin durumuna göre pa-

saj açıklığını sağlamak amacıyla klasik Dupuy-Dutemps-Bourquet tekniği ile DSR veya Joneus'un pyrex tüpü kullanılarak konjonktivadakriyosistorinostomi (KDSR) a meliyatı yapılan hastalarda ameliyatların etkinliği araştırıldı (9,10).

### Materyal we Metod

Son 10 yılda nüks dakriositit ve dakriostenoz nedeni ile müracaat eden 100 hastanın 100 gözyaşı drenaj sistemine müdahale edildi. Hastaların 76'sı kadın 24'ü erkekti. Kadın hastalarda yaş ortalaması 39.35 (7-63 y), erkek hastalarda 33.86 idi, (4-65 yaş). Kadınlarda 31 sağ, 45 sol, erkeklerde 10 sağ, 14 sol, gözyaşı kesesine operasyon uygulanmıştır (Tablo 1). Lipidollü kese grafisi ve KBB konsültasyonu sonrası hastaların 81'ine klasik DSR 19'una KDSR ameliyatı uygulandı (Tablo 2). Ameliyat öncesi KBB konsültasyonu, kanama, pıhtılaşma zamanı, 40 yaşın üzerindeki hastalarda dahiliye konsültasyonu yaptırılarak erişkinler lokal, çocuklar genel anestezi altında ameliyata alındı. Klîniğimizde konvansiyon©! DSR ameliyatı olarak dışçı turu kullanılarak modifiye Dupuy Dutemps - Bourquet tekniğini uygulamaktayız. Bu grup hastalarımızda da buruna vazelinli tampon konulduktan sonra iç kantüsten 10 mm uzaklıkta 25-30 mm boyunda vertikal cilt, ciltaltı kesisi yapıldı. İç kantal ligaman bulunup 5/10 krome katgüt ile tespit edildikten sonra nazal kemik periositumundan ayrılarak lakrimal kemik disseke edildi, kese kaşık ekartör ile korunarak serbestleştirildi. Dışçı turu yardımı ile osteotominin yeterli olmadığı ya da uygun pozisyonda olmadığı olgularda osteotomi boyutları ön lakrimal kreşti içeren, arkada posterior kresite uzanan ancak kreşti içine almayan, üst kenarı iç kantrai lligamanın yapışma yerinin üst kenarında olan kunt köşeli, düzgün kenarlı kemik ronde! nasal mukozaya zarar vermemeye azami dikkat sarfedilerek genişletildi (12). Alt punktum dilate edilerek Pierce kanülünün içi veya Bowman sondası ile punktumdan girilerek zorlamadan keseye ulaşmaya çalışıldı. Hastalarımızdan 19'unda keseye ulaşamadı ve kanalikülün nasal ucunda 2 mm'den daha fazla tıkanıklık olduğu için KDSR yapılmaya karar verildi (13). 81 hastada ise kese bölgesine ulaşılabilirdi. Kese vertikal H kesi ile açıldı. Keseyi dolduran oluşumlar temizlendikten sonra serum fizyolojik ile lavaj yapıldı. Kanaliküllerden geçişin rahat olduğu ve Maier sinüsünden sıvının gelişi gözleledi. Nasal mukozadan H kesi yapıldıktan sonra alt duduklar karşılıklı getirilerek 4 adet 5/0 krome katgüt ile tek tek suture edildi. Pasajın açık olduğu 81 hastada burunda ki tampon kese boşluğuna çekilerek yayıldıktan sonra üst dudaklar karşılıklı olarak 4 adet 5/0 krome katgüt ile tek tek suture edildi. KDSR yapılmaya karar verilen hastalarda ise karünkül altından Graffe bıçağı ile girilerek kese içerisinden çıkarak tünel oluşturuldu. Tünel numaralı altın dilalatörler ile genişletilerek Jones'un pyrex tüpü uygun ölçüde belirlenilerek tüp boynu 5/0 ipek suturele bağlanarak karünkül altından alt dudaklar üzerinden

Tablo 1.

	Hasta sayısı	Yaş ortalaması	Sol	Sağ
Kadın	76	39.35(7-65)	31	45
Erkek	24	33.86(4-85)	10	14
Toplam	100		41	59

Tablo 2.

Klasik Dupuy-Dutemps-Bourquet	81 hasta
Konjonktivadakriyosistorinostomi	19 hasta

45° açı ile kese içi ve nasal boşlukta septuma değmeyecek şekilde yerleştirildi. Cilt - kapak konjonktivasi birleşiminde tüp tespit edildikten sonra burundaki tampon boşaltılarak hastaya burnunu çekmesi söylenildi. Konjonktivadaki sıvının tüpe akışı gözlemlendikten sonra üst dudaklar aynı şekilde kapatıldı. Ciltaltı tek tek 5/0 krome katgüt ile cilt ise 5/0 ipek ile kontinü olarak kapatılarak ameliyata son verildi (6). Birleşik kanalikül darlıklarında, manipulasyon sırasında birleşik kanalikülün hasarlandığı vakalar ve küçük kontrakte. skarlaşmış keselerde ameliyatta bikanaliküler silikon entübasyon yapılması ve bunun 4-6 ay yerinde tutulması önerilmekle birlikte punktal erozyon ve kanaliküler ayrılma, tüp prolapsusu, nasal kanama ve kronik irritatif konjesyon, sembleferon, artmış mukus salgısı, kötü koku granüiom formasyonu ve nükse denen gibi silikon tübe bağlı komplikasyonların gelişebilmesi mümkündür (8). Bizim açık ortamda kanaliküllerden geçişin zorlanmadan ve kolaylıkla olduğundan, lavajın açıklığının tam olduğundan emin olmamızdan dolayı entübasyon uygulamadık. Konvansiyonel DSR yapılan hastalarda sıkı sargı yapıldı, ertesi gün sıkı sargı açılıp tampon kısaltıldı. 3.gün tampon boşaltılarak serum fizyolojikle lavaj yapıldı. Hasta rutin lavaj programına alındı. KDSR yapılan hastalarda ise ertesi gün göze damlatılan damlanın buruna geçişi kontrol edildikten sonra hastaya burnunu çekmesi öğretilip antibiyotikii ve steroidli damla verildi. Hastalar 1.hafta, 15.gün ve daha sonra 6 ay ayda 1 olarak kontrole çağrıldı. Her iki grup hastada 6.aydan sonra 6 ayda 1 görüldü. Hastalar en az 6 ay takip edildiler. Bu süre içerisinde hastalarda pasajın açıklığı serum fizyolojik ile lavaj yapılarak kontrol edildi.

### Bulgular

Nüks olgularda peroperatuar olarak 35 hastada kemik ve kesenin intakt olduğu, 21 olguda kemik rendelin küçük çıkarıldığı, 27 olguda kemik rondelin ileri ve aşağı konumda çıkarıldığı, 8 olguda anastomozun etmoid sellülere yapıldığı, 5 olguda kesede lameller kesinin bulunduğu tesbit edildi. Uygun ameliyat sonrası 91

Tablo 3.

Lakrimal kemik, kese intakt	35 hasta
Kemik rondel küçük	21 hasta
Kemik rondel ileri, aşağı konumda	27 hasta
Anastomoz ethmoid sellülere	8 hasta
Kesede lameller kesi	5 hasta

Tablo 4.

	Başarılı	%	Başarısız	%
Nükse 2. müdahale	91	91	9	9
Nükse 3. müdahale	3	100	—	—
Müdahale kabul etmeyen	—	—	6	6
Toplam	94	94	6	8

hasta sağlığına kavuşurken alt dudaklara sütür konulamayan 5 hasta ve atrofik rinit/sinüzit bulunan 4 hasta olmak üzere toplam 9 hastada nüks gelişti. Bunların 3'üne tekrar müdahale edildi. 6'sı 3.operasyonu kabul etmedi ve başarısız kabul edildi. Başarı oranı %94 başarısızlık %6'dır (Tablo 4).

#### Tartışma

DSR ameliyat sonrası nüks erken veya geç olarak gelişebilir.

#### Erken nüks:

- Maier sinüsünün ağzının sütürasyonu
- Tamponun sütürasyonu
- Dudakların yanlış anastomozu
- Kemik rondelin uygun topografi ve büyüklükte çıkarılmaması sonucu gelişir.

#### Geç nüks ise:

- Kemik Rondele bağlı
  - \* kemik lamel kalması
  - \* periost yürümesi ile

-Mukozaya bağlı (Burjonman gelişmesi sonucudur). (1,2,11.14.15).

Burjine doku: Normalde o bölgede bulunmayan sonradan gelişen hipertrofiye, granülasyon niteliğinde yeni doku için kullanılan terimdir. Bizim ameliyat uyguladığımız olgularda karşılaştığımız nüks sebepleri Tablo III'de gösterildi. Diğer öterlerinde belirttiği nüks nedenleriyle bulgularımız uyumludur. 100 olguluk nüks vaka serimizde üçüncü operasyonlar sonucunda %94.00 ılık başarı oranı elde edildi. Nüks olgulara müdahalede başarı sonuçlarını Welham ve Henderson 1973'te 39 olguda %92, Welham ve Wale 1978'te 208 olguda

2.girişimde %85,15 olguda 3.girişimde %87 olarak belirtmektedirler. Yerli literatürde ise 1972'de Mirzataş 8 olguda %87.5, 1978'da Aytek ve Özkan 7 olguda %85,6, 1984'te Duman 18 olguda %94.4, 1986'da Âkarçay 15 olguda %86.6, 1987'de Dürük 6 olguda %83.3 olarak belirtirken 1988'de Şerifoğlu ve arkadaşları 11 hastanın 10'unda başarılı sonuç aldıklarını bildirmektedirler. DSR ameliyatı anatomik yapı bilinen tekniğine uygun olarak yapılırsa başarı oranı yüksek ve yüz güldürücü bir ameliyattır. Reoperasyondan kaçınmamak ve hastaya uygun teknikte yardımcı olmak gerekmektedir.

## Kaynaklar

1. Welham RAN, Henderson PH. Result of Dacriocystorhinostomy analysis of causes for failure. Tr. Ophthalmol Soc. UK 1973.
2. Jones BR. Principles of lacrimal surgery. Tr.Ophthalmol Soc. UK. 1973, Vol. 93,611-18,
3. Welham RAN, Henderson PH. Failed Dacriocystorhinostomy Tr Am Acad Opht Otolaryngeol, 1987, 71 ;152-57.
4. Welham RAN, Allan EW. Management of unsuccessful lacrimal surgery, Br J Ophthalmol 1987; 71:152-7.
5. Spaeth GL. Ophtalmic surgery, Saunders Co, 1982: 593-810.
8. Puttermann AM, Epshtein G. Combine Jones tube - canalicular intubation and conjunctival dacriocystorhinostomy. Am J Ophthalmol 1981; 91 ;513-21.
7. Hawes MJ. Gelfoam DCR stent one cause of surgical failure. Ophtalmic Surgery, 1988,19(11),824-5.
8. Allen K, Berlin AJ. Dacriocystorhinostomy Failure Association with nasolacrimal silicon intubation. Ophtalmic Surg.1989,20(7), 488-9.
9. Hurwitz JJ, Lacrimal Surgery, Current Op. in Ophtalmol. 1990, Vol ı(5), 521-6.
10. Hornblase A.Ocuioplastic, Orbital and Reconstructive Surgery. Lacrimal Evaluation Chap.134, Vol 2,1990,1348-54.
11. Rosner M., Rosen N, Dacriocystorhinostomy Failure. Opth. Surg, 1990, 21(3), 228.
12. Duman S.: Dakriyosistorinostomilerde başarısızlık nedenleri. XI. Türk Ulusa! Oftalmoloji Kursu. Lakrimal Sistem Hastalıkları ve Oküloplastik Cerrahi. 1991, 54-61.
13. Zieliioğlu G. Konjonktivadakriyosistorinostomi-Kanalikülörinostomi. XI. Türk Oftalmoloji Kursu. Lakrimal Sistem Hastalıkları ve Oküloplastik Cerrahi, 1991, 40-43.
14. Hollsten - DA. Complication of lacrimal surgery. Int Ophthalmol. Clin. 1992,32(4);49-66.
15. Şerifoğlu A., Karakurt A.,Can i., Zengin N. Başarısız Lakrimal Cerrahi Olgularında ikincil Dakriyosistorinostomi - Türk Oftalmoloji Gazetesi 1988,18:573-9.