

Eksternal Dakriyosistorinostomide Hasta Memnuniyeti

PATIENT SATISFACTION IN EXTERNAL DACRYOCYSTORHINOSTOMY

Dr. Didem SERİN,^a Dr. Gürsoy ALAGÖZ,^a Dr. Serdal ÇELEBİ^a

^aGöz Hastalıkları AD, Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Tıp Fakültesi, BOLU

Özet

Amaç: Eksternal dakriyosistorinostomi (DSR) yapılan hastalarda ameliyat sonrası dönemde hasta memnuniyetini değerlendirmek.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmaya kliniğimizde DSR ameliyatı yapılan ardışık 68 hastanın 73 gözü dahil edildi. Hastalardan ameliyat günü yapılan kontrollerde kanama ve ağrı; ameliyat sonrası 5. gün yapılan kontrollerde kanama, ağrı ve sulanmayı; daha sonraki takiplerde sulanma ve cilt kesisinin görünümünü derecelendirmeleri istendi.

Bulgular: Ortalama takip süresi 11.21 ± 5.16 aydı. Ameliyat günü yapılan kontrollerde hastaların kanama ve ağrıyı genellikle hafif veya orta olarak değerlendirdiği, beşinci gün ise kanama ve ağrının bir sorun oluşturmadığı görüldü. Dört hastamızda 5. günde anatomik açıklık sağlanmış olmasına rağmen sulanma şikayeti ortaya çıktı. Hastaların son takiplerinde başarı oranı %97.26 olarak belirlendi. Kesi yerinin zamanla daha az görünür hale geldiği ve iki hasta dışında çoğu hastanın görünümünden şikayetçi olmadığı görüldü.

Sonuç: Hastalarımızda sağlanan yüksek başarı oranı ve diğer şikayetlerin azlığı dikkate alındığında, DSR cerrah kadar hastalar açısından da tatminkar sonuçlar vermektedir.

Anahtar Kelimeler: Dakriyosistorinostomi; hasta memnuniyeti

Türkiye Klinikleri J Ophthalmol 2007, 16:227-233

Abstract

Objective: To evaluate postoperative satisfaction in patients undergoing external dacryocystorhinostomy (DCR) surgery.

Material and Methods: Seventy-three eyes of 68 consecutive patients undergoing external DCR in our clinic were included in the study. Patients were asked to grade bleeding and pain on the day of surgery; bleeding, pain and epiphora on the fifth postoperative day; and epiphora and skin incision on the following visits.

Results: The average follow-up period was 11.21 ± 5.16 months. Bleeding and pain were generally graded as mild or moderate on the day of surgery, but were not a major problem on the fifth postoperative day. On the fifth day, four patients reported epiphora despite an anatomically patent system. The success rate on the last follow-up visit was 97.26%. It was observed that the skin incision became less visible with time and all patients except two were satisfied with the appearance of their skin incision.

Conclusion: When the high success rate and the low frequency of complaints reported by the patients are taken into consideration, DCR has satisfactory outcomes for the patients as well as the surgeon.

Key Words: Dacryocystorhinostomy; patient satisfaction

Eksternal dakriyosistorinostomi (DSR) ameliyatı, diğer DSR ameliyatları için bildirilen tatminkar sonuçlarla birlikte,¹⁻⁷ nazolakrimal kanal tıkanıklığının (NKT) tedavisinde halen birçok oftalmolog tarafından tercih edilen yöntemdir. Çeşitli çalışmalarda eksternal DSR ameliyatının başarısı %77-100 arasında değişmek-

tedir.^{3,7-11} Bu çalışmada eksternal DSR'nin başarısının hastalara nasıl yansıdığı değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaca yönelik olarak eksternal DSR uygulamalarımızın sonuçları hastaların değerlendirmeleri temel alınarak özetlenmiş ve ameliyat sonrası dönemde hasta memnuniyeti araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntemler

Bu prospektif çalışmaya kliniğimizde NKT tanısı olarak DSR ameliyatı yapılan ardışık 68 hastanın 73 gözü dahil edildi. Hastalara göz muayenesi ve lakrimal irrigasyon uygulanarak NKT tanısı kondu. Ameliyattan sonra 6 aydan az takip edilen, muayenesinde kanalikül tıkanıklığı saptanan, başka

Geliş Tarihi/Received: 03.12.2006 Kabul Tarihi/Accepted: 19.02.2007

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Didem SERİN
Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Tıp Fakültesi
Göz Hastalıkları AD, BOLU
d_serin@yahoo.com

Copyright © 2007 by Türkiye Klinikleri

Türkiye Klinikleri J Ophthalmol 2007, 16

227

merkezlerde DSR yapıldıktan sonra kliniğimizde DSR revizyonu uygulanan, silikon tüp entübasyonu yapılan ve travmaya bağlı NKT gelişen olgular değerlendirmeye alınmadı. Çalışma Helsinki Deklearasyonu prensiplerine uygun olarak yapıldı. Tüm hastalara ameliyatla ilgili bilgi verilerek yazılı onayları alındı.

Cerrahi Teknik: Bütün olguların ameliyatları aynı cerrah tarafından genel anestezi altında gerçekleştirildi. Kanama kontrolünü sağlamak için; ameliyat sırasında hastaya başı yukarı gelecek şekilde pozisyon verilmesi, anestezi sırasında sistemik tansiyonun düşürülmesi, insizyon bölgesine 0.0125 mg/ml adrenalinli %2'lik lidokain HCl infiltrasyonu ve orta meatus bölgesine %0.1'lik adrenalinli tampon yerleştirilmesi gibi önlemler uygulandı. Cilt kesisi, angüler ven trasesinin hemen dış yanından ve iç kantus hizasının hemen üzerinden başlanarak, cilt stres çizgileri ve orbikularis kas liflerinin yerleşimi ile uyumlu olacak şekilde hafif eğim verilerek ve radyofrekans ünitesi ile yapıldı. Orbikularis kası künt disseksiyonla ayrılarak periosta ulaşıldı. İç kantal ligamanın ön bacağına alt yarısı kesildi. Lakrimal kese lakrimal fossayı açığa çıkarmak üzere laterale doğru kemik dokudan ayrıldı. Maksiller kemiğin frontal çıkıntısı ve lakrimal kemik arasındaki sütür hattından kıvrık hemostatla girilerek Kerrison punch yardımı ile kemikte yaklaşık 15 x 15 mm büyüklüğünde pencere oluşturuldu. Tüm hastalarda ön lakrimal çıkıntı ve lakrimal fossanın tamamı ile nazolakrimal kanalın üst iç duvarı çıkartıldı. Etmoid hücrelerle karşılaşılması durumunda, kemikteki açıklık burun mukozasına ulaşıncaya kadar genişletildi. Burun mukozası ve lakrimal kesede karşılıklı olarak H şeklinde insizyonlar yapıldı. Fleplerin ortak kanalikülün hizasında ve ortak kanaliküle hasar vermeden oluşturulmasına dikkat edildi. Burun mukozası insizyonunda radyofrekans ünitesi, kese insizyonunda ise 11 numara Bard-Parker bıçağı kullanıldı. Arka ve ön flepler, fleplerin üst ve alt köşelerinden birer sütür geçilerek gergin duracak şekilde birleştirildi. Orbikularis kası ve cilt tek sütürlerle kapatıldı. Tüm sütürasyonlarda 6/0 poliglaktin sütür kullanıldı. Hastalardan on gün boyunca 4 x 1

kortikosteroid ve antibiyotikli göz damlaları kullanılmaları istendi. Tüm hastalar aynı gün taburcu edildi.

Fibrotik kese, ortak kanalikül tıkanıklığı, ameliyat sırasında kanalikül hasarı, diğer gözde lakrimal cerrahi sonrası nüks veya insizyon yerinde oluşmuş skar dokusu durumlarında hastalara silikon tüp entübasyonu yapıldı. Bu hastalar çalışma kapsamına alınmadı.

Hastalar aynı gün görüldükten sonra, 5. gün, 3. ay, 6. ay ve sonrasında 6 ayda bir kontrole çağırıldı. Tüm hastaların sütürleri 5. günde alındı. Ameliyat günü yapılan kontrollerde (ameliyattan 3-6 saat sonra) hastalardan kanama ve ağrıyı; ameliyat sonrası 5. gün yapılan kontrollerde kanama, ağrı ve sulanmayı; daha sonraki takiplerde sulanma ve cilt kesisinin görünümünü derecelendirmeleri ve ameliyatla ilgili varsa başka şikayetlerini belirtmeleri istendi. Ameliyat sonrası kanama için verilen yanıtlar 4 ayrı grupta incelendi: 0= kanama yok, 1= sızıntı şeklinde hafif, 2= sık sık tükürme ihtiyacı olacak şekilde orta, 3= durdurulamayacak şekilde devamlı veya şiddetli. Hastaların hissettikleri ağrıyı şu şekilde derecelendirmeleri istendi: 0= ağrı yok, 1= hafif ağrı, 2= orta düzeyde ama dayanılabilir ağrı, 3= dayanılmaz düzeyde şiddetli ağrı. Sulanma için yapılan derecelendirme şu şekildeydi: 0= sulanma yok, 1= eskiye göre azaldı veya bazen oluyor, 2= değişiklik yok, devamlı sulanıyor. Hastalardan kesi yerini ise; 0= görünmüyor, 1= iyi (dikkatli bakınca görünüyor) (Resim 1), 2= orta (görünüyor ama rahatsız etmiyor), 3= kötü (dikkat çekiyor) şeklinde derecelendirmeleri istendi.

Farklı zamanlardaki sonuçların karşılaştırılmasında kanama ve ağrı derecelendirmeleri için bağımlı gruplarda ki-kare testi (McNemar), sulanma ve cilt kesisinin görünümü için ise eğitimde ki-kare analizi kullanıldı. P değerinin 0.05'ten küçük olması istatistiksel anlamlılık olarak kabul edildi.

Bulgular

Değerlendirmeye kliniğimizde NKT tanısı alarak DSR ameliyatı uygulanan ve çalışma kriterlerine uyan ardışık 68 hastanın 73 gözü alındı. Çift taraflı NKT tanısı alan 5 hastanın her iki ameliyatı



Resim 1. Ameliyattan 12 ay sonra kesi yerini “1= iyi, dikkatli bakınca görünüyor” olarak niteleyen bir hastaya ait cilt kesisinin görünümü.

eş zamanlı yapıldı. Hastalardan 61’i kadın, 7’si erkekti. Altmış iki hastada primer edinilmiş NKT, 6 hastada ise doğumsal NKT vardı. Hastalar ortalama 11.21 ± 5.16 ay (6-25 ay) takip edildi.

Ameliyat günü ve 5. gün hastaların kanama ve ağrıyı değerlendirmeleri Tablo 1’de özetlenmiştir.

Ameliyat günü şiddetli kanaması olan 2 hastada kanamanın durdurulabilmesi için burun tamponu uygulanmıştır.

Hastaların sulanma ile ilgili değerlendirmeleri Tablo 2’de verilmiştir Ameliyat sonrası 5. gün sulanmanın bazen olduğunu söyleyen 3 hastada lakrimal irrigasyonla anastomozun açık olduğu belirlenerek kortikosteroidli damla kullanmaya devam etmeleri önerildi. Bu hastaların şikayetlerinin bir sonraki kontrollerinde geçtiği ve irrigasyonla tıkanıklık olmadığı gözlemlendi. Beşinci gün devamlı sulanma tarif eden hastaya yapılan sondalama ve irrigasyonla kan pıhtıları uzaklaştırıldı ve anastomozun açık olduğu görüldü. İki hasta ameliyattan önceki şikayetlerinin tekrar ortaya çıktığını belirterek ameliyatlarından 2 ve 3 ay sonra başvurdu. Bu hastalarda anastomoz bölgesinin tıkalı olduğu irrigasyonla doğrulandı. Hastalardan birine yapılan endoskopik muayenede ön ve arka flepler arasında yapışıklık geliştiği görüldü. Her 2 hastaya ilk ameliyattan 6 ay sonra DSR revizyonu yapılarak silikon tüp takıldı.

Kesi yerinin görünümü ile ilgili değerlendirmeler Tablo 3’te özetlenmiştir Kesi yerinin

Tablo 1. Hastaların ameliyat günü ve ameliyat sonrası 5. gün kanama ve ağrı değerlendirmeleri.

Kanama veya ağrı derecesi	Kanama			Ağrı		
	Ameliyat günü Hasta sayısı (%)	5.gün Hasta sayısı (%)	p	Ameliyat günü Hasta sayısı (%)	5.gün Hasta sayısı (%)	p
0	1 (%1.47)	62 (%91.18)	<0.001	0 (%0)	62 (%91.18)	<0.001
1	21 (%30.88)	5 (%7.35)	<0.001	31 (%45.59)	6 (%8.82)	<0.001
2	44 (%64.71)	1 (%1.47)	<0.001	36 (%52.94)	0 (%0)	<0.001
3	2 (%2.94)	0 (%0)	0.5	1 (%1.47)	0 (%0)	1
Toplam	68 (%100)	68 (%100)		68 (%100)	68 (%100)	

Kanama için; 0=kanama yok, 1=sızıntı şeklinde hafif, 2=sık sık tükürme ihtiyacı olacak şekilde orta, 3=durdurulamayacak şekilde devamlı veya şiddetli. Ağrı için; 0=ağrı yok, 1=hafif, 2=orta düzeyde ama dayanılabilir, 3=dayanılmaz düzeyde şiddetli.

Tablo 2. Hastaların sulanma ile ilgili değerlendirmeleri.

Sulanma derecesi	5.gün Ameliyat sayısı (%)	3.ay Ameliyat sayısı (%)	6.ay Ameliyat sayısı (%)	Son takip Ameliyat sayısı (%)	p
0	69 (%94.52)	70 (%95.89)	71 (%97.26)	71 (%97.26)	0.337
1	3 (%4.11)	1 (%1.37)	0 (%0)	0 (%0)	0.108
2	1 (%1.37)	2 (%2.74)	2 (%2.74)	2 (%2.74)	0.608
Toplam	73 (%100)	73 (%100)	73 (%100)	73 (%100)	

0=sulanma yok, 1=eskiye göre azaldı veya bazen oluyor, 2=değişiklik yok, devamlı sulanıyor.

Tablo 3. Hastaların kesi yerinin görünümü ile ilgili değerlendirmeleri.

Kesi yerinin görünümü ile ilgili derecelendirme	3.ay Ameliyat sayısı (%)	6.ay Ameliyat sayısı (%)	Son takip Ameliyat sayısı (%)	p
0	23 (%31.51)	34 (%46.57)	37 (%50.68)	0.02
1	37 (%50.68)	30 (%41.10)	30 (%41.10)	0.245
2	11 (%15.07)	7 (%9.59)	4 (%5.48)	0.055
3	2 (%2.74)	2 (%2.74)	2 (%2.74)	1
Toplam	73 (%100)	73 (%100)	73 (%100)	

0=görünmüyor, 1=iyi, dikkatli bakınca görünüyor, 2=orta, görünüyor ama rahatsız etmiyor, 3=kötü, dikkat çekiyor.

görünümünü kötü olarak değerlendiren 2 hastada epikantal katlantı olduğu gözlenmiştir. Hastalardan birine Z plasti ile skar revizyonu yapılmıştır.

Hastaların takipleri sırasında belirttikleri diğer şikayetler, dikişlerin alınması sırasında ağrı ve rahatsızlık duyma (9 hasta, %13.23), burun silerken veya hapşırma sırasında punktuamlardan çıkan havadan rahatsız olma (2 hasta, %2.94) ve soğuk havalarda burunda sızlama (1 hasta, %1.47) şeklindeydi.

Tartışma

Eksternal DSR, değişik çalışmalarda bildirilen yüksek başarı oranları ile NKT'nin tedavisinde kabul görmüş cerrahi bir tedavi yöntemidir.⁸⁻¹¹ Eksternal DSR'nin cilt kesisi, kanamanın nispeten fazla olabilmesi, lakrimal pompa sistemine kısmen zarar verebilmesi gibi dezavantajları nedeniyle bazı cerrahlar burun veya kanalikül yoluyla endoskopik yaklaşımı tercih etmektedir. Bazı çalışmalar endoskopik yaklaşımın eksternal yaklaşımla benzer, hatta daha başarılı sonuçlar verdiğini savunurken,^{3,7,13,14} bazı çalışmalar eksternal DSR'nin yüksek başarı oranlarını yakalayamadığını bildirmektedir.^{15,16} Ayrıca eksternal DSR'nin dezavantajı gibi gözüken cilt kesisinin değerlendirilmesini konu alan bazı çalışmaların sonuçları, hastaların cilt kesisinden genel olarak rahatsız olmadığını göstermektedir.^{9,17-19} Çalışmamızda, kliniğimizde uygulanan eksternal DSR ameliyatlarının hasta memnuniyeti açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Eksternal DSR sırasındaki kanamayı kontrol etmek için alınabilecek bazı önlemler tanımlanmış-

tır.^{20,21} Alınan tüm önlemlere rağmen ameliyat sonrasında hastaların çoğunda bir miktar kanama görülebilmektedir. Tüm olgularımızda gereç ve yöntemler bölümünde tanımladığımız önlemler alınmış olmasına rağmen, hastalarımızın ameliyat günü yapılan kontrollerinde kanamadan şikayetçi oldukları belirlenmiştir. Ancak sadece iki hastada şiddetli kanama gelişmiş ve tampon uygulamayı gerektirmiştir. Çiftçi ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada genel anestezi altında eksternal DSR uygulanan 138 hastanın 12'sinde (%8.7) ameliyat sonrası burun kanaması geliştiği bildirilmekte, ancak kanamanın derecesi hakkında bilgi verilmemektedir.²² Baldeschi ve ark. ameliyattan sonra hastalarının çoğunda az miktarda kanama görüldüğünü belirtmektedir.¹² Beşinci gün kontrollerinde ise hastalarımızın büyük bir kısmının kanama ile ilgili şikayetinin kalmadığı görülmektedir. Kanaması olan hastaların oranında ileri derecede anlamlı bir azalma görülürken, kanama yok diyenlerin oranında da çok anlamlı bir artış izlenmektedir. Tsirbas ve McNab, 260 hastalık bir seride 10 hastada ameliyat sonrası 4 ve 10. günler arasında burun tampo- nu gerektiren ikincil kanama geliştiğini bildirmektedir.²³ Hastalarımızın hiçbirinde ikincil kanama gelişmemiştir.

Dakriyosistorinostomi ameliyatlarında ameliyat sonrası ağrıyı değerlendiren fazla çalışma bulunmamaktadır. Bazı çalışmalar lokal anestezi altında yapılan DSR'nin ameliyat sonrası ağrı açısından daha avantajlı olduğunu bildirmektedir.^{22,24} Çiftçi ve ark. genel ve lokal anestezi altında DSR ameliyatı yapılan hastaları karşılaştırdıkları çalışmalarında, lokal anestezi grubunun ameliyat sonrası 5. ve 30. dakikadaki ağrı değerlerini anlamlı

düzeyde düşük bulmuşlardır. Aynı çalışmada ameliyat sonrası 120. dakikadaki ağrı derecelendirmesi, genel ve lokal anestezi grupları arasında fark olmadığını ve genel anestezi altında DSR yapılan hastaların çoğunun hafif düzeyde ağrı tanımladığını göstermiştir.²² Çalışmamızda hastalar ameliyattan 3-6 saat sonra görülmüş olup, biri dışında hepsi ameliyat sonrası aynı gün hissettikleri ağrıyı hafif veya orta dereceli olarak derecelendirmiştir. Beşinci gün ise ağrının bir sorun oluşturmadığı, ağrısı olmayan hasta sayısında ileri derecede anlamlı bir artış olduğu görülmektedir.

Çeşitli çalışmalarda eksternal DSR ameliyatının başarıları %77-100 arasında değişmektedir.^{3,7-11} Eksternal DSR ile elde edilen anastomozun açıklığı, hastaya epiforanın kaybolması şeklinde yansımaktadır. Ancak bazen anatomik olarak açıklık sağlansa bile hastada sulanma şikayeti tam olarak geçmeyebilir veya aynen devam edebilir. Bu durum ameliyattan sonra oluşan ödem, anastomozun kan pıhtısı ile tıkanması, arka veya ön fleplerin gergin kapatılmayarak anastomoz sahasını daraltması gibi ameliyata ait faktörler; ya da düzeltilmemiş alt kapak laksitesi, punktum ektropiyonu, lakrimal pompa yetersizliği gibi sebeplerle olabilir.^{12,25-28} Tarbet ve Custer'ın 169 hastadan oluşan serisinde irrigasyonla açıklık oranı %95, şikayeti olmayan hasta oranı ise %92 olarak tespit edilmiştir.²⁷ Çalışmaya dahil edilen 4 hastamızda ameliyattan sonra 5. günde anatomik olarak açıklık sağlanmış olmasına rağmen sulanma şikayeti ortaya çıkmış ve sonraki muayenelerinde kaybolduğu görülmüştür.

Bazı çalışmalar DSR'nin başarı oranının yıllar içinde düştüğünü göstermiştir. Mansour ve ark.'nın yaptığı bir anket çalışmasında bir yıl sonra hastaların %89'u eksternal DSR'yi başarılı bir ameliyat olarak tanımlamışken, ameliyattan sonra daha uzun zaman geçen hastalarda bu oran düşmüş, 4-5 yılda %70'lere kadar inmiştir.²⁹ Başka bir anket çalışmasında ortalama 3.4 yıl takip edilen hastalarda başarı oranı %80.1 olarak verilmektedir.³⁰ Warren ve ark. ise eksternal DSR sonrası tıkanıklıkların en çok ilk 2 yılda ortaya çıktığını göstermiştir.⁹ Çalışmamızdaki ortalama takip süresi olan 11 ayda hastalarımızın verdiği cevaplara göre belirlediğimiz başarı

oranı çok yüksektir. Ortalama 11 aylık takip süresinde hastaların sulanma ile ilgili değerlendirmelerinde anlamlı bir değişiklik olmamıştır. Diğer çalışmalarla karşılaştırabilmek için hastalarımızın daha uzun süre takipleri gerekmekte ve bu çalışmaya standardizasyonu sağlamak amacı ile silikon tüp takılan hastaların dahil edilmediği de unutulmamalıdır.

Çalışmamızın sonunda saptadığımız yüksek başarı oranları, cerrahi tekniğimize ve enflamasyonu uyurabilecek travmalardan olabildiğince uzak durmamıza bağlanabilir. Cerrahi teknik açısından ele aldığımızda, tüm hastalarda kemik pencere yaklaşık 15x15 mm büyüklüğünde açılmış ve nazolakrimal kanalın üst iç duvarı çıkartılarak fleplerin rahat birleştirilmesi ve geçişin olması sağlanmıştır. Kemik pencere büyüklüğünün DSR'de başarıyı ne kadar etkilediği halen tartışmalı olmakla birlikte, bazı yazarlar yetersiz büyüklükteki açıklıkların DSR'de başarıyı düşürdüğünü savunmaktadır.³¹ Olgularımızda etmoid hücrelerin iyi temizlenmesi, flepler oluşturulurken ortak kanaliküle hasar vermeye dikkat edilmiş olması, fleplerin ortak kanalikülün karşısına gelecek şekilde oluşturulması, ve fleplerin anastomoz hattını tıkamayacak şekilde gergin birleştirilmesi de başarılarımızda rol oynayabilecek diğer teknik noktalar. Enflamasyonun azaltılmasında ise, kanama kontrolünün iyi yapılması, hem ön hem arka fleplerin oluşturulması ile granülasyona bırakılan kese ve burun mukoza miktarının azaltılması, fazla sütürasyondan kaçınılması, rutin olarak silikon tüp takılmaması³² ve ameliyat sonrasında çok sık irrigasyon uygulanmaması gibi faktörler etkili olabilir. Kanamalı bir alanda çalışmak ameliyatı zorlaştırmanın yanında fibrozisi de uyarılmaktadır, bu yüzden eksternal DSR ameliyatlarında kanamanın en aza indirilmesi gerekmektedir.³³ Tüm olgularımızda gereç ve yöntemler bölümünde saydığımız kanamayı azaltıcı önlemler uygulanarak ameliyatlar mümkün olduğunca kansız bir ortamda gerçekleştirilmiştir.

Eksternal DSR ameliyatlarında oluşturulan cilt kesisi, ilk bakışta özellikle genç hastalar için istenmeyen bir durum gibi gözükmektedir. Ancak yapılan bazı çalışmalar hastaların çok nadiren cilt

kesisinden şikayetçi olduğunu göstermiştir.^{9,17-19,27} Caesar ve ark.'nın bir çalışmasında hastaların %67'si kesi yerini göremediğini, %97'si ise görünümünden memnun olduğunu belirtmiştir.¹⁷ Sharma ve ark.'nın 297 DSR olgusu ile yaptığı bir anket çalışmasında memnuniyetsizlik oranı sadece %4 olarak bulunmuştur.¹⁸ Literatürde DSR'deki kesi yerinin görünümü ile ilgili bulabildiğimiz en kapsamlı çalışma Devoto ve ark.'nın yaptığı çalışmadır. Ameliyattan 6 hafta ve 6 ay sonra hastalardan kesi yerini değerlendirmeleri istenmiş; aynı zamanda kesi yerlerinin fotoğrafları çekilerek 3 gözlemci tarafından derecelendirilmiştir. Bu çalışmada kesi yerinin görünümünün zamanla düzeldiği, 6 ay sonunda hastaların %91'i ve gözlemcilerin %86'sı tarafından görülemediği veya ancak dikkatli bakınca görülebildiği ortaya çıkmıştır.¹⁹ Hastalarımızın sonuçlarına bakıldığında da cilt kesisini "görünmüyor" olarak niteleyen hasta sayısının zaman geçtikçe anlamlı düzeyde arttığı ve son takiplerde memnuniyet oranının çok yüksek olduğu görülmektedir.

Eksternal DSR ameliyatlarındaki kesi yerinde skar dokusunun gelişmesini engellemek için cilt kesisinin yeri ve şekli üzerinde durulmakta, cilt kesisini yaparken ve kapatırken uygulanması gereken bazı noktalar vurgulanmaktadır.³³⁻³⁵ Hastalarımızda da cilt kesisi, orbiküler liflerle uyumlu ve hafif eğimli olacak şekilde yapılmış, kansız bir çalışma alanı yaratmak için adrenalini lokal anestezi ile infiltrasyonu uygulanmıştır. Hastalarımızın cilt kesilerinde radyofrekans ünitesi kullanılmış olması da çok düzgün bir kesi yüzeyi oluşturduğundan yara iyileşmesinin de düzgün olmasını kolaylaştırmış olabilir.³⁶ Periosta ulaşana kadar dokular katlar halinde künt disseksiyonla geçilmiş, böylece doku hasarı azaltılmaya ve aynı zamanda doku iyileşmesi hızlandırılmaya çalışılmıştır. Ayrıca tüm hastaların sütürleri ameliyattan sonra 5. günde alınarak emilebilen bir sütür maddesi olan poliglaktinin gereksiz yere fibrozisi uyarması engellenmiştir.³⁷

Eksternal dakriyosistorinostomi, başarı oranının yüksek olması ve özel donanım gerektirmemesi nedeniyle halen NKT'nın tedavisinde en çok tercih edilen yöntemdir. Ameliyattan sonra ortaya çıkan

ağrı ve kanama genel olarak hastalar tarafından iyi tolere edilmekte, cilt kesisi çok az sayıda hasta için sorun oluşturmaktadır. Hastalarımızda DSR sonrası sağlanan %97'lik başarı oranı ve ameliyatla ilgili diğer şikayetlerin azlığı bu cerrahi yöntemin cerrah kadar hastalar açısından da yüz güldürücü olduğunu göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Connell PP, Fulcher TP, Chacko E, O'Connor MJ, Moriarty P. Long term follow up of nasolacrimal intubation in adults. *Br J Ophthalmol* 2006;90:435-6.
2. Apaydin KC, Fisenk F, Karayalcin B, Akar Y, Saka O. Endoscopic transnasal dacryocystorhinostomy and bicanalicular silicone tube intubation. *Ophthalmologica* 2004; 218:306-11.
3. Ben Simon GJ, Joseph J, Lee S, Schwarcz RM, McCann JD, Goldberg RA. External versus endoscopic dacryocystorhinostomy for acquired nasolacrimal duct obstruction in a tertiary referral center. *Ophthalmology* 2005;112: 1463-8.
4. Gonnering RS, Lyon DB, Fisher JC. Endoscopic laser-assisted lacrimal surgery. *Am J Ophthalmol* 1991;111: 152-7.
5. Piaton JM, Limon S, Ounnas N, Keller P. Transcanalicular endodacryocystorhinostomy using Neodymium:YAG laser. *J Fr Ophtalmol* 1994;17:555-67.
6. Pelit A, Yılmaz C, Barutçu Ö, Aydın P. Endoskopik intranazal dakriyosistorinostomi sonuçlarımız. *MN Oftalmoloji* 2001;8:417-21.
7. Cinal A, Kutluhan A, Yaşar T, Şimşek Ş, Kırış M, İçli M. Kronik dakriyosistitin cerrahi tedavisinde internal ve eksternal tedavi tekniklerinin karşılaştırılması. *T Oft Gaz* 1999;29:292-7.
8. Uçgun Nİ, Hoşal BM, Gürsel E. Dakriyosistorinostomi: cerrahi sonuçlarımız ve başarıyı etkileyen faktörler. *T Klin Oftalmoloji* 2000;9:225-9.
9. Warren JF, Seiff SR, Kavanagh MC. Long-term results of external dacryocystorhinostomy. *Ophthalmic Surg Lasers Imaging* 2005;36:446-50.
10. Erdol H, Akyol N, Imamoglu HI, Sozen E. Long-term follow-up of external dacryocystorhinostomy and the factors affecting its success. *Orbit* 2005;24:99-102.
11. Yazici B, Yazici Z. Final nasolacrimal ostium after external dacryocystorhinostomy. *Arch Ophthalmol* 2003;121: 76-80.
12. Baldeschi L, Macandie K, Hintschich CR. The length of unsutured mucosal margins in external dacryocystorhinostomy. *Am J Ophthalmol* 2004;138:840-4.
13. Kupper DS, Demarco RC, Resende R, Anselmo-Lima WT, Valera FC, Moribe I. Endoscopic nasal dacryocystorhinostomy: Results and advantages over the external approach. *Rev Bras Otorrinolaringol (Engl Ed)* 2005;71: 356-60.
14. Dolman PJ. Comparison of external dacryocystorhinostomy with nonlaser endonasal dacryocystorhinostomy. *Ophthalmology* 2003;110:78-84.

15. Yayıoğlu RA, Pelit A, Aydoğan N, Yılmaz C, Akova YA. Silikon tüp entübasyonu uygulanan endoskopik ve eksternal dakriyosistorinostomi cerrahilerinin karşılaştırılması. *Türkiye Klinikleri J Ophthalmol* 2004;13:199-204.
16. Ibrahim HA, Batterbury M, Banhegyi G, McGalliard J. Endonasal laser dacryocystorhinostomy and external dacryocystorhinostomy outcome profile in a general ophthalmic service unit: a comparative retrospective study. *Ophthalmic Surg Lasers* 2001;32:220-7.
17. Caesar RH, Fernando G, Scott K, McNab AA. Scarring in external dacryocystorhinostomy: fact or fiction? *Orbit* 2005;24:83-6.
18. Sharma V, Martin PA, Bengler R, et al. Evaluation of the cosmetic significance of external dacryocystorhinostomy scars. *Am J Ophthalmol* 2005;140:359-62.
19. Devoto MH, Zaffaroni MC, Bernardini FP, de Conciliis C. Postoperative evaluation of skin incision in external dacryocystorhinostomy. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 2004;20:358-61.
20. Caesar RH, McNab AA. External dacryocystorhinostomy and local anesthesia: technique to measure minimized blood loss. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 2004;20:57-9.
21. Jordan DR. Avoiding blood loss in outpatient DCR. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 1991;7:261-6.
22. Ciftci F, Poca S, Karadayi K, Gulecek O. Local versus general anesthesia for external dacryocystorhinostomy in young patients. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 2005;21:201-6.
23. Tsirbas A, McNab AA. Secondary haemorrhage after dacryocystorhinostomy. *Clin Experiment Ophthalmol* 2000;28:22-5.
24. McNab AA, Simmie RJ. Effectiveness of local anaesthesia for external dacryocystorhinostomy. *Clin Experiment Ophthalmol* 2002;30:270-2.
25. Rose GE. The lacrimal paradox: toward a greater understanding of success in lacrimal surgery. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 2004;20:262-5.
26. Delaney YM, Khooshabeh R. Fluorescein transit test time and symptomatic outcomes after external dacryocystorhinostomy. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 2002;18:281-4.
27. Tarbet KJ, Custer PL. External dacryocystorhinostomy. Surgical success, patient satisfaction, and economic cost. *Ophthalmology* 1995;102:1065-70.
28. Sodhi PK, Verma L, Ratan SK. Transient recurrence of pressure regurgitation following successful conventional external dacryocystorhinostomy. *J Craniomaxillofac Surg* 2005;33:210-1.
29. Mansour K, Sere M, Oey AG, Bruin KJ, Blanksma LJ. Long-term patient satisfaction of external dacryocystorhinostomy. *Ophthalmologica* 2005;219:97-100.
30. Horix D, Struck HG. Long term patency rate of the external dacryocystorhinostomy. A retrospective study in the years 1991-2000 at the University Eye Hospital in Halle. *Ophthalmologie* 2004;101:268-77.
31. Ezra E, Restori M, Mannor GE, Rose GE. Ultrasonic assessment of rhinostomy size following external dacryocystorhinostomy. *Br J Ophthalmol* 1998;82:786-9.
32. Allen K, Berlin AJ. Dacryocystorhinostomy failure: association with nasolacrimal silicone intubation. *Ophthalmic Surg* 1989;20:486-9.
33. Olver JM. Tips on how to avoid the DCR scar. *Orbit* 2005;24:63-6.
34. Olver JM. *Colour Atlas of Lacrimal Surgery*. 1st ed. Oxford: Butterworth-Heinemann; 2002. p.91-144.
35. Harris GJ, Sakol PJ, Beatty RL. Relaxed skin tension line incision for dacryocystorhinostomy. *Am J Ophthalmol* 1989;108:742-3.
36. Ritland JS, Torkzad K, Juul R, Lydersen S. Radiosurgery versus conventional surgery for dermatochalasis. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 2004;20:423-5.
37. Andrade MG, Weissman R, Reis SR. Tissue reaction and surface morphology of absorbable sutures after in vivo exposure. *J Mater Sci Mater Med* 2006;17:949-61.