

Konjenital Nazolakrimal Kanal Tıkanıklığı

Orhan ELİBOL*, Cenap GÜLER", Ayşen TOPALKARA***, Süleyman DEMİRCAN*

ÖZET

Bu çalışmada, kliniğimizde konjenital nazolakrimal kanal tıkanıklığı tanısı alan yaş ortalaması 15.5±1.6ay (15 gün-7 yaş) olan 88 olgunun 97 gözüne uygulanan hidrostatik masaj, basınçlı lavaj ve probing'i içeren tedavi yöntemlerinin etkinliği araştırıldı ve yaş gruplarına göre başarı oranları değerlendirildi. Hidrostatik masaj ile 0-6 aylık grupta %91, basınçlı lavaj ile 7- 12 aylık grupta %55, probing ile 7- 24 aylık grupta %92.3 oranlarında başarı elde edildi. Tedavi yöntemlerinin sırasıyla uygulanması ile tüm olguların %88.7'sinde başarılı sonuç alındı. Konjenital nazolakrimal kanal tıkanıklıklarında yaş gruplarında uygun girişimlerin yapılması ile tedavi sonuçlarının oldukça tatminkar olduğu görülürken tüm yöntemlerde yaş ilerledikçe başarı oranının azaldığı saptandı.

Anahtar Kelimeler: Konjenital nazolakrimal kanal tıkanıklığı, Hidrostatik masaj, Basınçlı lavaj, Probing

T Klin Oftalmoloji 1994; 3:273-276

SUMMARY

CONGENITAL NASOLACRIMAL DUCT OBSTRUCTION

In this study, 97 eyes with congenital nasolacrimal duct obstruction were treated with hydrostatic massage, forced irrigation and probing. The age range was between 15 days and 7 years. It was found out by means of the massage that the rate of success was 91.0% for the patients under 6 months of age. In patients between 7 and 12 months a 55% cure rate was achieved with forced irrigation. The succes rate was 92.3% with probing in patients aging 7 to 24 months. Overall, the outcome was successfull in 88.7% of the eyes.

Key Words: Congenital nasolacrimal duct obstruction, Hydrostatic massage, Forced irrigation, Probing

Turk J Ophthalmol 1994; 3:273-276

Giriş

Yenidoğanlarda epifora, genellikle nazolakrimal kanalın distal ucundaki imperfore Hasner valvülünün oluşturduğu tıkanıklığa bağlı olarak oluşmakta ve tüm çocuklarda %1.75 ile %20 arasında değişebilen oranlarda görüldüğü bildirilmektedir (1-4).

Olgularda, doğumdan birkaç hafta sonra gözyaşı yapımının başlaması ile belirgin hale gelen epifora, alt kapak üzerinde gözyaşı göllenmesi ve lakrimal

kese içindeki mukopürülan içeriğin göze reflüsü gibi semptomlar bulunmaktadır. Olguların çoğunluğunun ilk 6 ay içinde masaj ve antibiyotikli göz damarlarının uygulanması gibi konservatif yaklaşımlara veya hiçbir şey yapmadan kendiliğinden iyileştiği bilinmektedir. Ancak bunların %5-15 kadarı konservatif tedavilere cevap vermemekte ve yaş ilerledikçe iyileşme oranı düşmektedir (5). Nazolakrimal pasajın kendiliğinden açılmadığı durumlarda potansiyel komplikasyonlardan korunmak amacıyla tedaviye erken başlamak önemlidir.

Bu çalışmada konjenital nazolakrimal kanal tıkanıklığı (KNLKT) tanısı alan hastaların tedavisinde uygulanan hidrostatik masaj, basınçlı lavaj ve probing uygulamalarının etkinliği değerlendirildi.

Geliş Tarihi: 4.10.1994

* Yard.Doç.Dr.Cumhuriyet ÜTF. Göz Hast. ABD,

" Doç.Dr.Cumhuriyet ÜTF. Göz Hast. ABD,

** Uz.Dr.Cumhuriyet ÜTF. Göz Hast. ABD,

*** Araş.Gör.Dr.Cumhuriyet ÜTF. Göz Hast. ABD, SIVAS

Gereç ve Yöntem

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine Ocak 1991-Ocak 1994 tarihleri arasında başvuran ve konjenital nazoiakrimal kanal tıkanıklığı saptanıp takipleri yapılabilen 88 olgunun 97 gözü çalışma kapsamına alındı. Akut perisitit, kanalikülit, lakrimal sistemin konjental anomalileri ve travma hikayesi olanlar çalışma kapsamına alınmadı.

Hastalara hidrostatik masaj, basınçlı lavaj ve probing yöntemleri aşağıda açıklanan şekilde olguların yaşları gözönüne alınarak uygulandı.

Altı aydan küçük olan olguların hepsine Crigler'In tariflediği hidrostatik masaj ve mukopüülün akıntısı olanlara antibiyotikli göz damlaları (sıklıkla sulfasetamid) önerildi. Ailelere hidrostatik masaj tekniği öğretilecek 1 ay süreyle günde 4 kez uygulamaları, masaj sonrası göz damlasını damlatarak bu süre sonunda kontrole gelmesi söylendi. 6 aydan büyük olan olgularda 1 aylık hidrostatik masaj sonrası kontrollerinde nazoiakrimal pasajın durumu, aileden alınan epiforada azalma hikayesi, klinik gözlem ve floresein kaybolma zamanı testi sonucuna göre takip edildi. Tedaviden fayda sağlamış ise 1 ay daha hidrostatik masaja devam edildi, fayda sağlanamayan olgulara basınçlı lavaj uygulaması yapıldı. Basınçlı lavaj ile de pasajın açılmadığı olgulara probing uygulandı.

Basınçlı lavaj ve probing uygulamaları burun muayenesinden sonra olguların çoğunluğunda kardiojenik kokteyl (25mg/5 ml klorpromazin, 1 Ö0mg/2ml meperidine HCl ve 50mg/2ml fenilamin karışımı 0.1ml/kg dozda) ile yapıldı. Basınçlı lavaj topikal anestezi uygulamasından sonra genellikle alt noktumdan gözyaşı drenaj yollarına girildi, lavaj yapılarak gözyaşı kesesine ulaşıldı ve üst noktum kapatılarak basınçlı lavaj uygulandı. Probing ise noktumların dilatasyonundan sonra genellikle üst noktumdan 000 numara Bowman sondası ile yapıldı, işlemin bitiminde çoğu olguda lavaj yapılarak pasajın açıklığı değerlendirildi.

Hidrostatik masaj, basınçlı lavaj ve probing'den fayda göremeyen olgulara dakriyosistorinostomi önerildi.

Tedavi yöntemlerinin yaşlara göre değerlendirilmesinde istatistik analiz olarak khi-kare testi kullanıldı.

Bulgular

Çalışma grubuna yaş ortalaması 15.5±1.6 ay (15 gün-7yıl) olan 44 u (%50) erkek, 44'ü (%50) kız toplam 88 çocuğun 97 gözü alındı. 9 (%10.2) olguda bilaterale mevcuttu. Olgular ortalama 14.5 ay (4-32) takip edildiler.

Hidrostatik masaj uygulanan 97 gözün 51'inde (%52.6) pasaj açılarak drenaj sağlandı. 8 aydan küçük 36 olgunun 33'ünde (%91.6) başarı elde edilirken 7-12 aylıklarda 26 olgunun 10'unda (%38.5), 1-2 yaş arasındaki 17 olgunun 5'inde (%29.4) ve 2 yaş üzerindeki 18

olgunun 3'ünde (%16.6) başarı elde edildi. 6 aydan küçük olgulardaki başarı oranının 6 ay üstündeki yaş gruplarından önemli oranda fazla olduğu saptandı ($p<0.0001$) (Tablo 1).

Basınçlı lavaj uygulanan toplam 46 gözün 2Vinde (%45.7) başarı sağlandı. Yaşları 7 ile 12 ay arasında değişen 19 olgunun 12'sinde (%63.2), 1 ve 2 yaş arasındaki 12 olgunun 6'sında (%50) ve 2 yaş üzerindeki 15 olgunun 3'ünde (%20) başarı elde edildi. Yaşları 7 ile 12 ay arasında bulunan olgular ile 12 aydan büyük olgular arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 2).

Probing uygulanan toplam 26 gözün 15'inde (%57.7) nazolakrimal pasaj açılarak drenaj sağlandı. Yaşları 7 ile 12 aylar arasında bulunan 7 olgunun 6'sında (%85.8) başarı elde edilirken, pasajın açılmadığı 1 olguda probing tekrarı ailenin istememesi üzerine yapılmadı. 1 ve 2 yaş arasındaki 6 olgunun 6'sında (%100) pasaj açılırken 2 olguda 2. probing uygulaması ile sonuç alındı. 2 yaş üzerindeki 13 olgunun 3'ünde (%21.1) başarılı sonuç alındı. Probing uygulanan 2 yaş altındaki olgular ile 2 yaş üzerindeki olgular arasındaki başarı farkı anlamlı saptandı ($p<0.0001$) (Tablo 3).

Tablo 1. Hidrostatik masaj uygulanan olguların başarı oranları

	Yaş (ay)		Toplam
	0-6 ay	7 ay üstü	
Başarılı	33	18	51
Başarısız	3	43	46
Toplam	36	61	97

$p<0.0001$

Tablo 2. Basınçlı lavaj uygulanan olguların başarı oranları

	Yaş (ay)		Toplam
	6-12 ay	13 ay üstü	
Başarılı	12	9	21
Başarısız	7	18	«15
Toplam	19	27	46

$p>0.05$

Tablo 3. Probing uygulanan olguların başarı oranları

	Yaş (ay)		Toplam
	6-24 ay	24 ay üstü	
Başarılı	12	3	15
Başarısız	1	10	11
Toplam	13	13	26

$p<0.0001$

Başarılı olunamayan 10 olguya dakriyosistorinostomi önerilerek bu olguların 2'sine dakriyosistorinostomi uygulandı.

Tartışma

Konjenital nazolakrimai kana! tıkanıklığı tedavisi halen tartışmalıdır. Spontan drenajın oluşmadığı olguların öncelikle tıbbi tedavi ile takip edilmesinin genel bir kabul görmesine rağmen bu tedavinin şekli konusunda tam bir anlaşma bulunmamaktadır. Weil nazolakrimai sistem masajının perisistite neden olabileceğini ileri sürerken, Jones ve Wobrig nazolakrimai kese üzerine hafifçe bası yapılmasının yeterli olacağını bildirmişlerdir (6). Ancak Crigler, işaret parmağı ile kanalikülleri bloke ederek kese içerisindeki basıncın, parmağın aşağı ve rotasyonu ile nazolakrimai kanalın alt ucuna yönlendirilerek işe buradaki membranöz obstrüksiyonun açılabilceğini ileri sürdüğü teknik ile %100 oranında başarı sağladığını bildirmiştir(6). Ayrıca aynı teknik ile başarı oranını Kushner (7) yaş ortalaması 7.15 ay olan olgularda %31 ve Nelson (6) yaşları 10 ay altında ojah olgularda %94.7 olduğunu ve probing gereksinmesinin önemli oranda azaldığını bildirmişlerdir.

Bu tür konservatif tedaviler ile Peterson ve Robb (5) ilk 8 ay içinde %88, Polard (8) ise ilk 6 ay içinde %41, Ekinciler ve Mirza (9) da %48.2 oranında pasaj açıklığı saptadıklarını bildirmişlerdir. Otörlerin başarı oranları farklı olmakla birlikte, yaş ilerledikçe pasajın açılma olasılığının azaldığı ortak görüş olarak kabul edilmektedir (6-9).

Çalışmamızda hidrostatik masaj ile yaş ortalaması 15.5 ay olan tüm olgularda %52.6 oranında başarı sağlanırken 6 aydan küçük olgularda bunun %91.6'ya çıktığı saptandı ki, bu sonuçlar literatür ile uyumluluk göstermektedir. Bazı ailelerin masajı uygulanmadığı veya iyi uygulamadığı göz önüne alındığında masaj ile başarı oranının yüksek olduğu, basınçlı lavaj ve probing gibi daha invaziv yöntemlerden önce faydalı olacağı düşünüldü.

Hernekadar bazı otörler tıbbi tedavi uygulamadan ilk tedavi yöntemi olarak probing uygulamakta olsalar bile, genelde tedaviye cevap vermeyen olgularda probing, silikon tüp uygulaması ve dakriyosistorinostomi içerere cerrahi tedavi endikasyonu konulmaktadır. Tıbbi tedaviye devam etme süresi son derece tartışmalı olup tanı konulduktan sonra 2 yıl kadar uygulanabileceği bildirilmiştir (7). Ancak ne tür girişim yapılacak olursa olsun yaş ilerlemesiyle başarı şansının azaldığı bilindiğinden tıbbi tedavi ile çok fazla zaman kaybedilmemesi gerektiği inancıyla, hastalarımızı 6 aylık olana kadar tıbbi tedavi ile takip ederken, yaşı 6 aydan büyük olan hastalarımıza 1 aylık bir tıbbi tedavi uygulamaktayız,

• Hidrostatik masaj ve antibiyotikli damlalarla yapılan medikal tedaviye cevap vermeyen KNLKT tanısı alan hastalara probing yapılmadan önce daha az inva-

ziv görülen basınçlı iavaj uygulamasının denenmesinin yararlı olduğu bildirilmiştir (9-11).

Basınçlı lavaj uyguladığımız olgularda %45.7'lik ve yaşları 7 ile 12. ay arasında olan olgularda %63.2 oranında başarı elde etmemiz daha önce kliniğimizde saptanan %47.0'lik (11) başarı oranı ile uyumluluk gösterirken, bildirilen %93.5 (10) ve %71.4'lük (9) başarı oranlarından düşük olduğu görülmektedir. Basınçlı iavaj tekniğinde Bangarter gibi özel iğne kullanmamış ve girişimi genel anestezi altında uygulamamış olmamız başarı oranımızı azaltmış olabilir. Ancak yaşları 7 ile 12 ay olan olgularda başarı oranının %63.2 olması, başarıda yaşın önemli bir faktör olduğunu göstermektedir.

Probing uygulama zamanı konusunda tartışmalar devam etmesine rağmen genellikle M 6-8 aydan sonra yapılması gerektiği görüşü kabul edilmektedir (1,5,7,10,12,13) 2 yaş altındaki olgularda genel anestezi altında probing uygulanması ile %100 ile %75 arasında başarılı sonuçların alındığı bildirilirken (9,10,12-15) genel anestezi uygulanmadan yapılan uygulamalar sonucunda Baker (16) %84, Stager ve arkadaşları (17) ise %94 oranında başarılı sonuç aldıklarını bildirmişlerdir. Bu sonuçlar bizim 2 yaş altındaki olgularda elde ettiğimiz %92.3'lük başarı oranı ile uyumluluk gösterirken probing uygulamasında genel anestezide gerek olmadığını düşünürdü. Ayrıca Stager ve arkadaşları hiçbir sedatif ve analjezik uygulamadan yaptıkları probingde infantların genel anestezi uygulamasına göre daha az psikolojik travmaya maruz kaldığını ve ailelerin %80'inin genel anestezide göre daha çabuk uygulanması nedeniyle poliklinik şartlarında yapılan probingden memnun kaldıklarını bildirmişlerdir. Hemen hemen tüm otorler tarafından 2 yaş üzerindeki olgulardaki başarı oranını önemli oranda azaldığı bildirilmiştir ki, bizim de %23.1'lik düşük başarı oranı elde etmemiz bunu desteklemekte ve probing uygulamasının 2 yaşdan önce yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Sonuç olarak; konjenital nazolakrimai kanal tıkanıklıklarında yaş gruplarında uygun girişimlerin yapılması ile tedavi sonuçlarının oldukça tatminkar olduğu görülürken tüm yöntemlerde yaş ilerledikçe başarı oranının azaldığı saptandı.

Kaynaklar

1. Guerry D, Kending EL. Congenital impatency of the nasolacrimal duct. Arch Ophthalmol 1948; 39:193-204.
2. Cassidy JV. Developmental anatomy of nasolacrimal duct. Arch Ophthalmol 1952; 47:141-58.
3. Macewen CJ, Yound JDH. Epiphora during the first year of life. Eye 1991; 5:596-600.
4. Busse H, LÖtler KM, Krol P. Radiological and histological findings of the lacrimal passages of newborns. Arch Ophthalmol 1980; 98:528-32.

5. Peterson RA, Robb RM. The natural course of congenital obstruction of the nasolacrimal duct obstruction. *Ophthalmology* 1985; 92:246-50.
6. Nelson LB, Calhoun JH, Menduke H. Medical management of congenital nasolacrimal duct obstruction. *Ophthalmology* 1985;92:1187-90.
7. Kushner JB. Congenital nasolacrimal system obstruction. *Arch Ophthalmology* 1982; 100:597-600.
8. Pollard ZF. Tear duct obstruction in children. *Clin Pediatr* 1979; 18:487-90.
9. Ekinciler ÖF, Mirza GE. Neonatal dakriosistlerde kanalın yönü ve tedavisi. XXII. Türk Oft Kong BÜK, Konya, 1988; 614-17.
10. Bahçecioğlu H, Aktunç T, Sürel Z. Konjenital gözyaşı yolları stenozlarında tedavi yaklaşımlarımız. XXIII. Türk Oft Kong Bolt, Adana, 1989; 575-77.
11. Sargın A, Güler C, Elibol O, Yüksel N. Konjenital dakriosistlerde basınçlı lavaj uygulaması. Ankara, XXIII. Türk Oft Kong Bült, 1990; 10-20.
12. Robb RM. Probing and irrigation for congenital nasolacrimal duct obstruction. *Arch Ophthalmol* 1986; 104:378-9.
13. Tükün M, Kural G, Şerifoğlu A. Konjenital nazolakrimal kanak tıkanıklıklarında tedavi amacıyla uyguladığımız sonda sonuçları. XXIII. Türk Oft Kong Bült, Adana, 1989; 829-31.
14. Katowitz JA, Welsh MG. Timing of initial probing and irrigation in congenital nasolacrimal duct obstruction. *Ophthalmology* 1987; 94:698-705.
15. Zilelioğlu G. Çocuklarda epifora tedavisi. XVIII. Türk Oft Kong Bült, Ankara, 1984; 301-4.
16. Baker JD. Treatment of congenital nasolacrimal system obstruction. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 1985; 22:34-5.
17. Stager D, Baker DJ, Frey T, Weakley DR, Birch EE. Office probing of congenital nasolacrimal duct obstruction. *Ophthalmic Surg* 1992; 23:482-4.