

Konjonktivodakriosistorinostomi Sonuçlarımız

FirdevsÖRNEK*, RemziKASIM**, SunayDUMAN***

ÖZET

SB Ankara Hastanesi Göz Kliniğinde Nisan 1991-Haziran 1993 tarihleri arasında değişik nedenlere bağlı kanalikül tıkanıklığı olan 12 hasta ve nüks dakriostenozlu 18 hasta olmak üzere toplam 30 hastaya Jones pyreks tüpü kullanılarak konjonktivodakriosistorinostomi (KDSR) ameliyatı uygulandı. Postoperatif devrede sorunlar tüpün pozisyonu ile ilgili olup erken girişim ile düzeltildi. 29 hastada başarı sağlandı. 1 hasta tüpü çıktıktan 2 ay sonra müracaat etti. ikinci operasyonu kabul etmedi ve başarısız kabul edildi. Başarı oranı % 96.67 bulundu.

Anahtar Kelimeler: Konjonktivodakriosistorinostomi, Jones pyreks tüp

T Klin Oftalmoloji 1994, 3:113-115

SUMMARY

THE RESULTS OF THE CONJUNCTIVODACRYOCYSTORHINOSTOMY OPERATIONS

12 patients with canalicular obstruction and 18 patients with recurrent dacryostenosis had conjunctivodacryocystorhinostomy operation using Jones pyrex tube in "SB Ankara Hospital Eye Department" between April 1991 and June 1993. In postoperative period most of the problems were related to the position of the tube and they were treated with early manipulation. The result of the surgery was successful in 29 of the patients. One of the patient came back after the tube was dislocated for 2 months and didn't accept reoperation. Success rate of the surgery was 96.67%.

Key Words: Conjunctivodacryocystorhinostomy, Jones pyrex tube

Turk J Ophthalmol 1994, 3:113-115

Giriş

Kanaliküler seviyede tıkanıklığı olup klasik DSR ameliyatından yarar görmeyecek hastalara yardımcı olmak amacı ile 1734'te Petit altın ve gümüş sondaları, Summerskill polietilen tüpleri kullanmıştır (1,2,3). Aynı amaçla silikon rubber, muköz membran greftler, skleradan hazırlanan hidrofilik tüpler, Lester-Jones pyreks tüpleri, ven greftler, silikon tüp + pyreks tüp kombinasyonları kullanılmıştır (4-11). Ancak polar göz yaşı ve polar cam yüzeyler arasındaki etkileşim göz yaşının cama tutunmasını ve tüp boyunca akmasını sağlar. Te-

miz camın hidrofille özelliği lakrimal drenaj için hidrofobik plastik materyalden daha uygundur. Yerçekimi ve inspirasyon sırasındaki negatif basınç kapiller çekimle birlikte daha iyi drenaj sağlar (2,3,12,13).

Genel olarak KDSR uygulama nedenleri:

1. Kanaliküler sistem travması veya bölgeden tümör alınması
2. Konjenital malformasyonlar - Kесе agenezisi
3. Stenozis ve fibrozis
4. İlaçlar, viral enfeksiyonlar (idoxiüridin, H. Simpleks, H. Zoster)
5. Pompa yetmezliği
6. Başarısız DSR ameliyatı sonrasıdır (Tablo 1).

Materyel ve Metod

Nisan 1991 - Ağustos 1993 tarihleri arasında epifora şikayeti ile müracaat eden ve lipiodolla yapılan dakriosistografide kanaliküler seviyede tıkanıklık veya

Geliş Tarihi: 3.2.1994

Kabul Tarihi: 7.3.1994

* Op.Dr.SB Ankara Hastanesi Göz Kliniği Başasistanı,

** Op.Dr.SB Ankara Hastanesi Göz Kliniği Şef Yard.,

*** Op.Dr.SB Ankara Hastanesi Göz Kliniği Şefi, ANKARA

¹ XXVII. Ulusal Türk Oftalmoloji Kongresinde poster olarak sunulmuştur.

değişiklik, lakrimal pompa sisteminde yetmezlik bulunan ya da başarısız dakriosistorinostomi ameliyatı geçirmiş 30 hastanın 30 gözyaşı kestsine Lesier - Jones pyreks tüpü kullanılarak konjonktivodakriosistorinostomi (KDSR) ameliyatı uyguladık.

Hastalarda KBB muayenesi yapıldıktan sonra, nazal kavitede ve septumda bir patoloji yoksa çocuk hastalar genel, erişkinler lokal anestezi altında ameliyat edildiler (Tablo 2, 3). Klasik Dupuy-Dutemps-Borguet tekniğinde olduğu şekilde kemik rondel çıkarılıp, uygun ise alt dudaklar 5/0 krome katgüt ile sütüre edildikten sonra göz dışı baktırılarak karünkül altından Von Graefe bıçağı ile girilerek kese bölgesinden çıkarıldı. 1-2-3-4 numaralı özel altın dilatatörler ile açıklık genişletilerek daha önce alınan ölçüye uygun Jones pyreks tüpü 45 derecelik açı ile septumla temas etmeyecek, tüpün nazal sonlanması orta tribünatte olacak şekilde yerleştirildi. Tüp 5/0 ipek ile konjonktiva-cilt birleşiminde alt kapağa sütürlü tesbit edildi. Tüp açıklığı kontrol edilip üst dudaklar ve cilt altı 5/0 krome katgüt ile tek tek, cilt 5/0 ipek ile kontinü olarak kapatılarak ameliyata son verildi. Hastaya ertesi gün serum fizyolojik ile lavaj yapıldı. Burun çekmesi, ıkınırken, öksürük - hapsirirken tüpünü koruması öğretilip, antibiyotik!! ve kortizonlu göz damlaları ve ödemi azaltmak için burun

Tablo 1. Olguların sebeplere göre dağılımı

Sebepler	Olgu sayısı	%
1 defa başarısız DSR ameliyatı	3	10
2 defa başarısız DSR ameliyatı	9	30
Travmatik kanaiikül kesışı	3	10
Kanalikülit sonrası tıkanıklık	6	20
idiopatik kanaiikül tıkanıklığı	9	30
Toplam	30	100

Tablo 2. Yaş ortalamalarına göre dağılımı

Yaş ortalaması	Operasyon sayısı	%
0-10 yaş	5	3.33
11-20 yaş	3	10.00
21 -30 yaş	7	23.34
31-40 yaş	10	33.33
41-50 yaş	7	23.34
51-50 yaş	2	6.66

Tablo 3. Cins ve yaş sınırlarına göre dağılımı

Cins	Sayı	%	Alt sınır	Üst sınır	Yaş ort
Kadın	22	73.33	8	55	35
Erkek	8	26.67	14	50	30.5
Toplam	30	100.00			

Tablo 4. Tüp dislokasyon tablosu

Dislokasyon tipi	Sayı	%
Ekstrüzyon	3	10.00
Mediale yer değiştirme	0	0.00
Laterale yer değiştirme	4	13.33
Malpozisyon	5	16.66

Tablo 5. Tüp obstrüksiyon nedenleri

	Nazal	%
Nazal sebepler (Sikatis, Mukozal)	0	0
Konjonktiva granülomu	0	0
Konjonktival overgrowth	0	0
Mukus tıkaç	12	40
Koagüium tıkaç	3	10

Tablo 6. Ekstrüzyon yaş, cins ve ay'a dağılımı

Sayı	Cins	Yaş	Çıktığı ay
1	K	8	2.
1	E	30	3.
1	E	38	4.

damlası verilerek taburcu edildi Düzenli aralıklarla lavaja gelmesi önerildi.

Kontroller sırasında hasta rahatsa. epiforası yoksa, tüpten akış sağlanıyorsa ameliyat başarılı, epifora mevcutsa, tüpten akış sağlanamıyorsa başarısız kabul edilmiştir. Tüpün koagüium- mukus tıkaçı bağlı ya da düzeltililebilir bir sebeple oluşan geçici epiforaları başarısız kabul edilmemiştir (Tablo 4, 5).

Peroperatuar ve postoperatif en sık karşılaşılan komplikasyonlar:

1. Tüpün yanlış yerleştirilmesi
2. Tüpün yer değiştirme (Dislokasyonu)
 - a. Ekstrüzyonu (Tüpün tamamen yerinden çıkması)
 - b. Mediale veya laterale yer değiştirme
 - c. Malpozisyonu
 - d. Hiperbilitesi
3. Tüpün tıkanması
 - a. Nazal sebeplerle (Sikatis, mukozal fazlalık)
 - b. Konjonktival granülom veya konjonktival overgrowth (Aşırı büyüme)
 - c. Mukus tıkaç veya koagüium tıkaç ile
5. Tüpün kırılması
6. Phospholine iodid toksisitesi
7. Hemoraji

8. Keloid ve skar oluşumu
9. Diplopi
10. Konjonktivit
11. Enfeksiyon

12. Diğerleri (Gözlük camının buğulanması, hava akımı hissi, mukus parçacıklarının dağılmasıdır (7,14-22).

Çeşitli sebeplerle Lester-Jones pyrex tüpü kullanılarak yapılan KDSR ameliyatı sonrası hastalar en kısa 4 ay, en uzun 28 ay olmak üzere ortalama 17 ay takip edilmişlerdir. Bu süre içerisinde 3 hastada tüpün yerinden tamamen çıkması (Ekstrüzyon) görülmüştür (Tablo 6). 8 yaşındaki kız hasta, tüpü çıktıktan 2 ay sonra kontrole geldiği ve reoperasyonu kabul etmediği için başarısız kabul edilmiştir. Tüpü çıkan erkek hastalardan birine tekrar tüp yerleştirilmiş olup halen epiforası yoktur. Tüpü çıkan ve reoperasyonu kabul etmeyen diğer erkek hastada ise tüpün çıkması üzerinden 19 ay geçmiş olmasına rağmen epifora yoktur. Tüpün mediale yer değiştirmesi bizim serimizde görülmemiş, laterale yer değiştiren tüpler nasal boşluğa 1-2 mm itilerek, malpozisyon ise tespit sütürü tashihi ile giderilmiştir. Erken devrede görülen hipermobilité, oluşan skar dokusu sonrası kaybolmuştur. Tüpü tıkayan nazal sebepler, konjontival granülom ve overgrowth takip süremizce gelişmemiş, oluşan koagülüm ve mukus tıkaçlar ise serum fizyolojik ile yıkanarak temizlenmiştir. Literatürde Lamping ve arkadaşları ile Skov'un 2 vakada bildirdiği diplopi bizde görülmemiştir (7,20).

Sonuç olarak gerçek by-pass sistemi olan pyrex tüp kullanılarak yapılan KDSR ameliyatı hasta ve hekimin işbirliği ve sabrı ile başarılı sonuçlara ulaşmaktadır. Bizim serimizdeki %96.67'lik başarı oranı literatürle uyumlu olup, Dr.G.Zilelioğlu geç sonuçlarında %86.6'lık başarı (15), Dr.Ç.Mlrzataş %83.3 (14) başarı bildirirken dış kaynaklı yayınlarda %100'e varan başarılı sonuçlar bildirilmiştir; Chandler %98.9 (10), Jones %100 (5), Putterman %66.6 (18), Weil %93.5 (13), Lamping %86 (7), Glodstone ve Putterman %100 (8,18), Welham %83 (11), Migliori %94 (12), Rosen %91.38 (19), Steinsapir %96 (21), Sekhar %98.4 (22).

Bu başarı oranları ile KDSR'nin günümüzde uygulanabilir, hastaya rahatlama sağlayan bir yöntem olduğu inancındayız.

Kaynaklar

1. Spaeth GL. Conjunctivodacryocystorhinostomy. Ophthalmic Surgery 1982; 80:606.
2. Zilelioğlu G. Epifora tedavisinde konjonktivorinostomi. XVIII. Ulus Türk Oph Kong 1984; 315.
3. Thomas C Naugle. Oculopiastic, orbital and reconstructive surgery, 2nd ed. In: Albert Hornblass, 1986; 2:143:1441-67.
4. Carroll M, Beyer CK. Conjunctivodacryocystorhinostomy using silicone rubber lacrimal tubes. Arch Ophthal 1973; 89:113-5.
5. Jones LS. Conjunctivodacryocystorhinostomy. In: Everett R Veirs. The Lacrimal System 1971; 58-61.
6. Juan Murube-del-Castillo. Conjunctivodacryocystorhinostomy without osteal perforation. Arch Ophthalmol 1982; 100:619-21.
7. Lamping K and Levine M. Jones tubes, how good are they. Arch Ophthal 1983; 101:260-1.
8. Putterman MA, Ebstein GL. Combined Jones tube - canalicular. Am J Ophthal 1981 April; 11 (4):513-21.
9. Ekinciler ÖF, Mirza GE, Doğan H, Baltacı A. Murube-del-Castillo tüpü ile konjonktivorinostomi sonuçlarımız. XXIII. Ulus Türk Oph Kong 1989; 1:396.
10. Chandler AC, Wodsworth JAC. Conjunctivodacryocystostomy. Am J Ophthalmol 1974; 77:830-76.
11. Campell CB, Shannon GM, Flanagan JC. Conjunctivodacryocystorhinostomy with mucouse membrane graft. Ophthalmic Surg 1983; 14:647-52.
12. Hurwitz JJ, Howcroft MJ. Use of Lester - Jones tubes: A review of 40 cases. Canad J Ophthalmol 1983; 101:260-1.
13. Raine AC. Office conjunctivorhinostomy. Ann Ophthalmol 1971;3:1097-102.
14. Mirzataş Ç, Devranoğlu i, Güzel H, Öncel M. Konjonktivodakriyosistorinostomiler. XX. Ulus Türk Oph Kong 1982; 88.
15. Zilelioğlu G. Konjonktivodakriyosistorinostomi geç sonuçları. XVIII. Ulus Türk Oph Kong 1984; 327.
16. Nagashima K. Rocking phenomenon of Jones tube in place - its clinical important. Arch Ophthalmol 1984; 102:116-7.
17. White JH. The management of early lacrimal tube complication. Ophthalmic Surg 1976; 7:29-30.
18. Putterman AM. Fixation of pyrex tubes in conjunctivodacryocystorhinostomy. Am J Ophthalmol 1974; 78:1026-27.
19. Wood JR, Anderson RL, Edwards JJ. Phospholine iodide toxicity and Jones tubes. Ophthalmology 1980; 87:346-8.
20. Skov CMB, Maxow ML. Diplopia following Jones tube placement. Ophthalmic Surgery 1984; 15:932-3.
21. Kenneth D Steinsapir, Herbert J Glatt, Allen A Putterman. A 16 year study of conjunctivaldacryocystorhinostomy. Am J Ophthalmol 1990; 109:387-93.
22. Sekhar GC, Dortzbach RK, Gonnering RS, Lemke BN. Problems associated with conjunctivodacryocystorhinostomy. Am J Ophthalmol 1991; 112:502-6.