

Kontrast Madde İle Görüntülenemeyen Gözyaşı Boşaltım Sisteminde Tıkanıklık Nedenleri ve Cerrahi Yaklaşım

Firdevs ÖRNEK*, Sunay DUMAN**, Remzi KASIM***

ÖZET

Amaç; kontrast madde ile tıkanıklık seviyesi görüntülenemeyen gözyaşı boşaltım sisteminde peroperatuvar tıkanıklık nedenleri ve cerrahi yaklaşımımızı irdelemektir.

1990-1995 yılları arasında S. S. Ankara Hastanesi Göz Polikliniği'ne epifora yakınması ile müracaat eden ve yapılan kontrast madde ile incelemede gözyaşı boşaltım sistemi görüntülenemediği için konjonktivadakriosistorinostomi (KDSR) operasyonu planlanmış 70 olgu (45 kadın, 25 erkek) retrospektif olarak incelendi. Hastalar 6-60 (ortalama: 29.2) ay takip edildiler.

Ameliyat sırasında olguların 28 (%40.0)'inde Maier sinüsü girişinde membran, 24 (%34.3)'ünde kese içerisinde birtler, 6 (%8.6)'sında kese içerisinde iltihabi'proçese bağlı kitle, 12 (%17.1)'sinde kanalikül seviyesinde tıkanıklık saptandı. Peroperatuvar bulgular nedeniyle sadece kanalikül tıkanıklığı olan 12 olguya KDSR uygulanırken, 58 olguya Dupuy Dutemps - Bourguet tekniği ile dakriosistorinostomi (DSR) operasyonu yapıldı. Takip süresi içerisinde epifora şikayeti ve nüks olmadı.

Tıkanıklığın kanaliküller seviyesinde olduğu olgularda KDSR'nin, kese seviyesindeki tıkanıklıklarda ise konvansiyonel DSR tekniklerinin etkili olduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler: Dakriosistografi, KDSR, DSR

T Klin Oftalmoloji 1996, 5:206-208

SUMMARY

CAUSES OF OBSTRUCTION IN LACRIMAL ORAINAGE SYSTEM IN PATIENTS WHO WE COULD NOT DEMONSTRATE THE LEVEL OF OBSTRUCTION AND SURGICAL APPROACH

Purpose; to evaluate our surgical approach and causes of obstruction of lacrimal drainage system in patients who we could not demonstrated its level with contrast substance.

We evaluated retrospectively 70 patients (45 female, 25 male) which was performed Conjuncth/odacriocystorhinostomy (CDCR) for reason of lacrimal sac couldn't be demonstrated by radiographically. The patients were followed up between 6-60 months. (Mean: 29.2 months)

During operation, we found a membran in entrance of Maier sinuses in 28 patients (%40.0), bridges in sac lumen in 24 patients (%34.3), fibrovaskuler mass due to inflammatory procès in 6 patients (%8.6) and canalicular obstruction in 12 patients (%17.1). According to these circumstances, we performed CDCR in 12 patients and Dacryocystorhinostomy (DCR) with Dupuy-Dutemps-Bourget technique in 58 patients. No epiphora and recurrences seen in any patient in these follow up period.

According to these results, CDCR is effective in case of canalicular obstruction, conventional DCR is effective in case of sac obstruction.

Key Words: Dacryocystography, CDCR, DCR

T Klin J Ophthalmol 1996, 5:206-208

Geliş Tarihi: 23.11.1995

* Op.Dr.S.B. Ankara Hastanesi Göz Kliniği Başasistanı,

** Op.Dr.S. B. Ankara Hastanesi Göz Kliniği Şefi

*** Op.Dr.S.B. Ankara Hastanesi Göz Kliniği Şef Yardımcısı,
ANKARA

Yazışma Adresi: F ÖRNEK

S.B. Ankara Hastanesi

Göz Kliniği, ANKARA

' XXIX. TOD Antalya-Be/dibi Kongresinde poster olarak sunulmuştur.

Giriş

Kontrast madde ile konvansiyonel dakriosistografi ilk olarak 1909 yılında Ewing tarafından tarif edilmiştir (1,2). Lipiodolu kullanıma sokan ise 1924 yılında Bol-lack olmuştur.(2) Son yıllarda drenaj sisteminin obs-trüktif ve fonksiyonel tıkanıklarını ayırdedebilmek, obs-trüksiyon seviyesini belirleyebilmek için makrodakriosis-tografi (1964, Campell)(1) Entübasyonlu makrodakrio-sistografi (1972, Camped), Dakriosinögrafi veya Nükleer

dakriosintigrafi (3,4,5,8,9,10) (1972, Rossomonda ve arkadaşları), Perkütan ve Subtraksiyon dakriosistografi (6,7) teknikleri geliştirilmiştir) (11).

Biz kliniğimizde ucuz ve kolay uygulanabilen lipiodollu kese grafisi ile tıkanıklığın seviyesini belirlemektediriz.

Materyal ve Metod

1990-1995 yılları arasında S.B. Ankara Hastanesi Göz Polikliniği'ne epifora yakınması ile başvuran serum fizyolojik ile yapılan lavajda gözyaşı boşaltım sisteminde tıkanıklık olduğu saptanan olgularda lipiodollu kese grafisi çekildi. Kesenin görüntülenemediği 70 (45 Kadın, 25 Erkek) hastada KDSR ameliyatı planlandı.

Ameliyat öncesi KBB konsültasyonu, kanama, pıhtılaşma zamanı, 40 yaşın üzerindeki hastalarda dahiliye konsültasyonu yaptırılarak erişkinler lokal, çocuklar genel anestezi altında ameliyata alındı.

Kliniğimizde konvansiyonel DSR ameliyatı olarak dişçi turu kullanılarak modifiye Dupuy Dutemps Bourguet tekniğini uygulamaktayız. Bu grup hastalarımızda da buruna vazelinli tampon konulduktan sonra iç kantüsten 10mm uzaklıkta 25-30mm boyunda verikal cilt, ciltaltı kesişi yapıldıktan sonra iç kantal ligaman bulunup 5/0 krome katgüt ile tespit edildikten sonra nasal kemik periostumundan ayrılarak lakrimal kemik disseke edildi, kese kaşık ekartör ile korunarak serbestleştirildi. Dişçi turu yardımı ile 10x15mm boyutlarında ön lakrimal krestj içeren, arkada posterior kreşte uzanan ancak kreşti içine almayan, üst kenarı iç kantal ligamanın yapışma yerinin üst kenarında olan kunt köşeli, düzgün kenarlı kemik rondel nasal mukozaya zarar vermeye azami dikkat sarfedilerek çıkarıldı. Alt punktum dilate edilerek Pierce kanülünün iç veya Bowman sondası ile punktumdan girilerek zorlamadan keseye ulaşılmaya çalışıldı. Hastalarımızdan 12'sinde keseye ulaşılamadı ve kanalikülün nasal ucunda 2mm'den daha fazla tıkanıklık olduğu için KDSR yapılmaya karar verildi. 58 hastada ise kese bölgesine ulaşılabilirdi. Kese vertikal H kesi ile açıldı. 28 hastada kanülün ucunda keseye girişi engelleyen Maier sinüsü ağzında bir membran bulunduğu gözlenerek membran eksize edildi. Sinüs ağzında stenoz görünümü yoktu. 24 hastada kese içerisinde britler ve katlantılar, 6 hastada da iltihabi procese bağlı olduğu patolojik incelemede doğrulanmış kitle mevcuttu. Keseyi dolduran oluşumlar temizlendikten sonra serum fizyolojik ile lavaj yapıldı. Kanaliküllerden geçişin rahat olduğu ve Maier sinüsünden avının geliştiği gözlemlendi. Nasal mukozadan H kesi yapıldıktan sonra alt dudaklar karşılıklı getirilerek 4 adet 5/0 krome katgüt ile tek tek suture edildi. Pasajın açık olduğu 58 hastada burundaki 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 karüncül altından Graffe bıçağı ile girilerek kese içersinden çıkarak tünel oluşturuldu. Tünel numaralı altın dilalatötörler ile genişletilerek Jones'un pyrex tüpü uygun ölçüde belirlen-

lerek tüp boynu 5/0 ipek suturele bağlanarak karüncül altından alt dudaklar üzerinden 45° açı ile kese içi ve nasal boşlukta septuma değmeyecek şekilde yerleştirilerek cilt-kapak konjonktivası birleşiminde tüp tespit edildikten sonra burundaki tampon boşaltılarak hastaya burnunu çekmesi söylendi. Konjonktivadaki sıvının tüpe akışı gözlendikten 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. Birleşik kanalikül darlıklarında, maniplasyon sırasında birleşik kanalikülün hasarlandığı vakalar ve küçük, kontrakte, skarlaşmış keselerde ameliyatta bikanaliküler sifkon entübasyon yapılması ve bunun 4-6 ay yerinde tutulması önerilmekte (17) birlikte punktal erozyon ve kanaiiküler ayrılma, tüp prolapsusu, nasal kanama ve kronik irritatif konjesyon, sembleferon, artmış mukus salgısı, kötü koku, granülom formasyonu ve nükse neden gibi silikon tübe bağlı komplikasyonların gelişebilmesi (12,13,17) ve bizim açık ortamda kanaliküllerden geçişin zorlanmadan ve kolaylıkla olduğundan, lavajın açıklığından emin olmamızdan dolayı entübasyon uygulamadık.

Konvansiyonel DSR yapılan hastalarda sıkı sargı yapıldı, ertesi gün sıkı sargı açılıp tampon kısaltıldı. 3. gün tampon boşaltılarak serum fizyolojik ile 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 antibiyotikli ve steroidli damla verildi. Hastalar 1. hafta, 15. gün ve daha sonra 6 ayda 1 olarak kontrole çağırıldı. Her iki grup hastada 6. aydan sonra 6 ayda 1 görüldü. Hastalar en az 6, en uzun 60 ay (ortalama 29.2ay) takip edildiler. Bu süre içerisinde hastalarda pasajın açıklığı serum fizyolojik ile lavaj yapılarak kontrol edildi. Hastalardan hiçbirinde epifora şikayeti olmadığı gözlemlendi.

Tartışma

Yerli ve yabancı literatürde benzeri çalışmaya rastlanmadı. Ancak kanalikülün nasalinde 2mm'den daha fazla tıkanıklık varsa KDSR'nin (12,13), kese seviyesindeki tıkanıklıklarda ise konvansiyonel DSR'nin etkili olduğu bildirilmektedir (14,15,16) Bizim bulgularımızda bu bilgilerle uyumludur.

Çalışmamızda lipiodolla yapılan grafide kese görüntülenemediği için KDSR planlanan 70 hastada ameliyat sırasında yapılan muayenede yalnız 12'sinde kanalikülün nasalinde 2 mm'den daha fazla tıkanıklık olduğu için KDSR yapılırken, 58'inde konvansiyonel DSR yapıldı. 58 hastanın 28'inde Maier sinüsü ağzında keseyi girişi engelleyen membran, 24'ünde kese içerisinde britler ve katlantılar, 6'sında ise patolojisi iltihabi proses olarak gelen keseyi dolduran kitle mevcuttu. Gerekli müdahaleler sonrası vakalara konvansiyonel DSR yapıldı. Takiplerde hiçbir hastada pasaj tıkanıklığı ve epifora şikayeti yoktu. Bu nedenle KDSR planlanan hastalarda ameliyat sırasında kanaliküller ve kesenin tekrar muayenesi önemlidir.

Per. operatuar bulgular	Sayı	%	Yapılan ameliyat	Sonuç
Kanalliküler tıkanıklık	12	17.1	KDSR	Pasajaçık Epifora yok
Maier sinüsü ağzında membran	28	40.0	Konvansiyonel DSR	Pasaj açık Epifora yok
Kese içinde bridler ve katlantılar	24	34.3	Konvansiyonel DSR	Pasajaçık Epifora yok
Kese içinde iitihabi kitle	6	8.8	Konvansiyonel DSR	Pasajaçık Epifora yok
Kanaliküler tıkanıklıkta Kese girişi ve içine ait tıkanıklıklarda			KDSR Konvansiyonel DSR	

Kaynaklar

- Pazarlı H, Üstüner A. Obstruktif epiforalarda Dakriosistografi Bulguları (Elli vakanın analizi) T at Gaz 1977; 7,163.
- Bilgiç S, Sesyılmaz T, Arıyürük S. Kliniğimizde Uygulanan Makrodakriosistografiden Alınan Sonuçlar. T at Gaz 1988; 18. 212.
- Urgancıoğlu M., Pazarlı H., Benli M. Radyoaktif dakriosistografinin klinik uygulaması hakkında bir ön çalışma. T at Gaz 1982; 12,120.
- Yıldırım E. Kronik dakriosistitlerde nükleer dakriosistografi uygulaması. Özçetin H, Sarıoğlu A.(Editör) XV. Ulus. Türk Oft. Kongresi (1981) Bursa Uludağ Ün. Basımevi 302,1983.
- Urgancıoğlu M, Cantek S, Gorpe A. Nükleer dakriosistografinin klinik uygulaması. T Oft Gaz 1984; 14.145.
- Bahçeçioğlu H, Tabak H. Subtraksiyon dakriosistografi. Doğan ÖK, Okutan Özkan F, ed. TOD XXII. Ulus Kong Bülteni (1988) Cilt 2 Konya Ulus Basımevi 1988; 834.
- İlker S, Yıldırım E, Bilge AH, Malun M. Perkütan dakriosistografi: Gözyaşı drenaj sisteminin değerlendirilmesinde yeni bir yöntem. Günalp I, Hasanreisioğlu B, Duman S. ve Arkadaşları (Editör) TOD XXIV. Ulus. Kong. Bu.İt. (1990), Cilt 2 Ankara Yıldırım Ofset Basımevi 1990; 23.
- Ertürk H, İmamoğlu Ş, Atabay T. Gözyaşı drenajında dakriosistigrafik inceleme. T Oft Gaz 1988; 18, 217.
- Jeffery J, Hurvitz MD. Dacryocystography and Nuclear Lacrimal Scanning Albert Homblass (Editör). Oculoplastic Orbital and Reonstructive Surgery 2:135,1355.
- Albert Homblass, Brain J Herschom. Lacrimal Diagnosis. Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery 1987; 46. 914.
- Çingil G. Salgı Sistemi Muayenesi. XI. Ulus Oft Kursu Lakrimal Sistem Hastalıkları ve Oküloplastik Cerrahi Ekim 1991: 11, Ankara.
- Zileltoğlu G. Konjunktivodakriosistografi Kanaliküörinostomi. XI.Ulus Oft Kursu. Lakrimal Sistem Hastalıkları ve Oküloplastik Cerrahi. Ekim 1991, Ankara.
- Duman S. Lakrimal Kese ve Nasal Sistem Kanal Cerrahisi, XI. Ulus Oft Kursu Lakrimal Sistem Hastalıkları ve Oküloplastik Cerrahi. Ekim 1991: 69, Ankara.
- Arthur J, Schaefer, Charles B, Campell Josept C, Flanagan: Congenital Lacrimal Disorders: Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery 1987, 48, 951,
- Jeffery J, Hurwitz MD. F:R:C:S:(C). Punctum and Canaliculus. Albert Homblass (Editor) Oculoplastic Orbital and reconstructive Surgery 2:137,1381.
- James A, Katawitz MD, Thomas M, Kragg, MD. Congenital Abnormalities the Lacrimal Drainage System: Albert Homblass (Editör) Oculoplastic Orbital and Reconstructive Surgery 139,1397.
- Allen K, Berlin AJ. Dacriocystorhinostomy Failure Association with nasolacrimal silicon intubation. Ophtalmic Surg 1989; 20(7):486-9.