

Amniotosel ve Ender Bir Sonda Uygulama Komplikasyonu

AMNIOTOCELE AND A RARE COMPLICATION OF PROBING

F.Mehmet MUTLU*, Kemal TUNÇER**, Tarkan MUMCUOĞLU***

* Yrd.Doç.Dr.,GATA Göz Hastalıkları AD,

** Doç.Dr.,GATA Göz Hastalıkları AD,

*** Uzm.Ögr.,GATA Göz Hastalıkları AD, ANKARA

Özet

GATA Göz Kliniğindeki bir doğumsal amniotosel olgusunun tedavisinde karşılaşılan ender bir komplikasyonu sunduk. Doğumsal amniotosel, doğumda veya hemen sonrasında medial kantat bölge altında mavimsi renkte kistik şekilde kendini gösteren gözyaşı kesesi distansiyonudur. Olgu, miadında ve komplikasyonsuz doğmuş 14 günlük bir kız çocuğudur. Tedavi amacıyla gözyaşı boşaltım sistemine sonda uygulandı ve uygulama sırasında sonda kırıldı. Sonda uygulamasından bir hafta sonra uüks oldu. Olgu 29 günlük iken silikon entübasyon yapıldı. Gözyaşı boşaltım sistemine sonda uygulamalarında böyle nadir bir komplikasyonu ile karşılaşılabileceği akılda tutulmasının gerekliliği düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: Amniotocele, Sonda uygulaması, Silikon entübasyon

TKlin Oftalmoloji 1998, 7:38-41

Gözyaşı boşaltım sistemi, intrauterin 6. haftada nazal çıkıntı ile maksiller çıkıntı arasında invajine olan ektoderm kökenli hücre kordundan oluşur. Yukarıya göz kapağına, aşağıya burna doğru solid hücre kitlesi olarak ilerler. 14. haftada kanalize olmaya başlar. Kanalize olması doğuma yakın veya doğum sonrası tamamlanır. Ancak distal uç en son açılır (1-3).

Amniotosel, gözyaşı boşaltım sisteminin distal ve proksimal obstrüksiyonu ile oluşan ender bir tablodur. Klinik olarak, genellikle doğumda veya hemen sonrasında medial kantat tendon altında mavi-gri renkte şişkinlik olarak belirir. Tek veya çift taraflı olabilir. İçinde toplanan sıvı steril olduğu sürece enfeksiyon belirtileri olmaz. Gözyaşı kesesinin uzun süreli distansiyonu

Geliş Tarihi: 07.01.1997

Yazışma Adresi: Dr.F. Mehmet MUTLU
GATA Göz Hastalıkları AD,
06018 Ltilik, ANKARA

Summary

A rare complication in the treatment of a case of congenital amniotocele in GATA Eye Department is reported. Congenital amniotocele refers to a distended lacrimal sac present around birth and manifesting as a bluish cystic swelling below the medial canthal area. Our case was a 14-day-old female, and was the product of a full-term uncomplicated pregnancy and delivery. Nasolacrimal duct probing was performed for the purpose of treatment, and the probe was broken during the application. It recurred one week after probing. Silicon intubation was performed when she was 29-days-old. Such a rare complication should be considered during the application of nasolacrimal canal probes.

Key Words: Amniotocele, Probing, Silicon intubation

T Klin J Ophthalmol 1998, 7:38-41

gözyaşı pompa sistemini bozarak kalıcı, gergin ve atonik kese gelişmesine neden olabilir. Enflamasyon belirtileri tabloya ancak sonradan eklenebilir. Amniotosel tedavisiz kalır ise sıvı dolu kese enfeksiyon ve ikincil skatrizasyon gelişimi için yüksek risk taşır. Bu yüzden, gözyaşı boşaltım sistemine 2-3 aydan önce sonda uygulaması önerilmemesine rağmen doğumsal amniotosel olguları erken dönemde sonda uygulaması için nadir endikasyonlardan biridir (2-4).

Bu klinik tablonun nadiren görülmesi ve etiopatogeneğinde farklı görüşler olması nedeniyle terminolojide de farklılıklar vardır. Kistik boşluk doğumda mevcut ise ve enflamasyonsuz gözyaşı kesesi distansiyonuna neden oluyorsa kistin steril amniotik sıvı ile dolu olduğuna inanılmaktadır. Kist, gözyaşı boşaltım sisteminin kolumnar epiteli ve goblet hücrelerinden oluşan epitelyal debris ve muküs ile dolu ise mukosel olarak adlandırılır. Mukosel doğumda ve doğum sonrası ilk günlerde oluşur. Hem amniotosel hemde mukosel ikincil olarak enfekte olabilir. Klinik ayırımları zordur ve



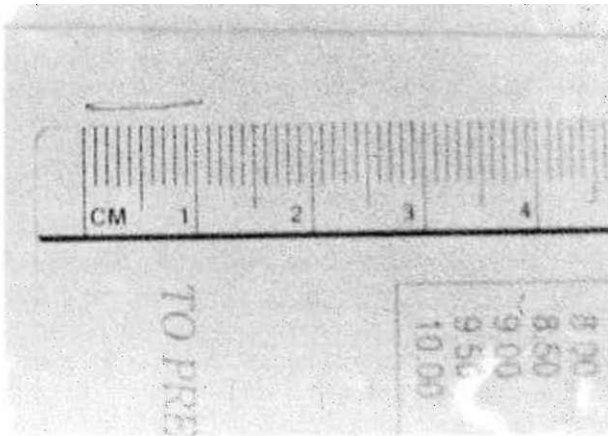
Şekil 1.

birçok doğumsal gözyaşı kesesi kitleleri ikisinin kombinasyonudur (1,3).

Olgu

Hasta miadında ve komplikasyonsuz doğmuş 14 günlük bir kız çocuğudur. Ailesi tarafından doğum sonrası birinci hafta içinde sağ göz medial kantal bölgesinde şişkinlik olması nedeniyle bir doktora başvurmuş ve doğumsal nazolakrimal kanal (NLK) tıkanıklığı olarak değerlendirilip masaj önerilmiştir.

Hastanın şikayeti 1 hafta sonra azalmayınca kliniğimize başvurdu. Hastanın sağ göz medial kantal bölgesinde yaklaşık 8x12 mm boyutlarında, pembemsi renkte bir şişkinlik izlendi. Şişkinlik fluktuasyon gösteriyordu ve üzerindeki cilt ince, parlak görünümdeydi (Şekil 1). Lokal basınç ile reflü yoktu. Hastanın gözyaşı boşaltım sistemi hastalıklarını düşündüren bir aile hikayesi bulunmuyordu.

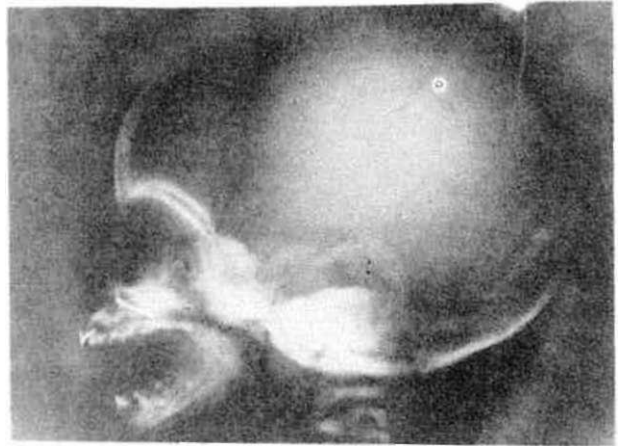


Şekil 2.

Hasta, bu durumu ile amniyotesele olarak değerlendirildi ve topikal (%0.4 oksibuprocaine) anestezi ile No.00 Bowman sondası üst noktundan girilerek uygulandı (5). Uygulama sırasında sonda ucunun burun boşluğuna ulaşması metal-metal teması ile saptanması sonrasında belli bir noktadan sonra sondanın itmeye karşı direnç gösterdiği ve geri çıkarılınca da alt ucunun düzensiz olduğu farkedilerek boyu ölçüldü. Ancak daha önce sondayı kontrol etmemize rağmen yaklaşık 11 mm'lik (Şekil 2) uç kısmının kırılıp içeride kaldığı farkedildi. Çevre dokulara zarar vermemek ve kırık parçayı tam lokalize etmek için derhal hastanın kranio-grafileri çekildi ve kırılan probun burun boşluğunda olduğu görüldü (Şekil 3). Sondanın NLK'dan geçip burun boşluğu içerisinde kırılmış olması hasta lehinde bizim şansımızdı. Kırık parça direkt vizüalizasyon ile çıkarıldı. Metilen mavisi ile boyanmış serum fizyolojik lavajı ile pasajın açık olduğu saptandı. Aileye atonik bölgeye masaj yapmaları önerildi. Başlangıçta hastanın şikayetleri geçmişti ancak 1 hafta sonra aynı bölgede şişkinlik ile hasta ailesi tekrar başvurdu. Şişkinlik üzerine bası ile kese içeriğinin burun boşluğuna drene olduğu görüldü. Kesede spontan drene olmayan boşluk mevcuttu ve kitle etkisi ile bu divertikülün NLK'nın üst kısmını kapatıp, pasajı engelleyerek distansiyona neden olduğunu düşündük.

Sürekli pasajı sağlamak için ikinci bir sonda uygulamadan hasta silikon entübasyona hazırlandı. Bu dönemde artık kese bası ile de boşalmıyordu. Hastanın bize müracaatının 15. gününde genel anestezi altında silikon entübasyon yapıldı. Böylece sürekli pasaj sağlanıp atonik kesenin toparlanması için zaman tanınmış oldu.

Enfeksiyon oluşmadan geçen 2 ay sonunda kese bölgesindeki ciltteki parlaklık, renk değişimi düzeldi ve cilt gerginliği kayboldu. Flöressein testi ile pasajın açık olduğu görüldü. Tüp alındı. Hasta ailesi bilgilendirildi. Hastanın 4. ve 8. ay kontrollerinde amniyotesele



Şekil 3.



Şekil 4.

çözüldüğü ve şikayetlerinin kaybolduğu görüldü (Şekil 4).

Tartışma

Miadında yenidoğanların %73'ünde gözyaşı boşaltım sisteminin Hasner kapakçığı seviyesinde bir inmembran ile kapalı olduğu görülmüştür. Bu, birçok infantta klinik bulgu vermeden açılır. İnfantlarda % 1.75-5 oranında epifora, mukopürülan akıntı ile kendini gösteren doğumsal NLK tıkanıklığı görülür ve bunların %85'i konservatif tedavi ile 12. aya kadar düzelir (4,6). Ancak nadiren Hasner kapakçığındaki bu tıkanıklığa gözyaşı kesesi girişindeki tek yönlü blokaj eşlik eder ve kapalı kistik bir boşluk oluşumuna neden olur. Üstteki fonksiyonel bir blokajdır, burada Rosenmüller kapakçığının ortak kanalikülden keseye giriş yerinde sıvının içeri girmesine izin veren ama dışarı çıkartmayan tek yönlü kapakçık olarak çalışmasının neden olduğu görüşü mevcuttur. Bu olay Rosenmüller kapakçığındaki kese duvarının direkt enflamasyonu veya ödemi sonucu olmaktadır. Bir diğer görüş ise alt ve üst kanalikülün ortak bir kanalikül ile değil, ayrı ayrı ve keskin bir açı ile keseye girmeleridir (2,3,7).

Bu klinik tabloya neden olan kese içeriğini Levy steril, ksantokromik, viskoz, pürülan olmayan bir sıvı olarak bildirmiştir (8). Scott ve arkadaşları seröz ve mukoid bir sıvı demişlerdir (6). Jones ve Wobig (9), amniotelin olduğu yeni doğanda inutero amniotik sıvının keseyi doldurduğu ve Rosenmüller kapakçığının keseden bu sıvının çıkışını engelleyerek oluştuğu görüşünü savunmuşlardır. Ayrıca gözyaşı kesesi lümeni içerisindeki bez ve goblet hücrelerinin seröz veya mukoid sekresyonu ile olduğu ve buna keseye pompalanan gözyaşı ve hücre debrisinin de eklendiği görüşü

mevcuttur (6,7). Sonuçta kesede progresif distansiyon gelişmektedir.

Amniotoselde komplikasyon olarak akut dakriyosistit, sellülit, sepsis gelişebilir ve doğumsal amniotosel gözyaşı kesesinden aşağıya nazolakrimal kanala doğru ilerleyerek nazal pasajın obstrüksiyonuna neden olabilecek şekilde burun boşluğuna prolabe olabilir. Özellikle çift taraflı olduğunda yeni doğanda takipne, in-ferkostal çekinti ve siyanoz ile seyreden respiratuar distrese neden olabilir (1,7,10). Ayrıca kalıcı kantal distorsiyona bağlı oluşan korneal astigmatizma nedeniyle anizometropik ambliyopi gelişebilir (11).

Ayırıcı tanıda doğumsal NLK obstrüksiyonu ve medial kantal bölgede kitle yapan ensefalosel. kapiller hemanjiom, dermoid kist, akut dakriyosistit düşünülmelidir. Amniotosel, medial kantal tendon altında iken ensefalosel genellikle üzerinde bir şişlik olarak gözlenir. Ensefalosel, kısmen redüktabl iken amniotosel redükte olur ise kese üzerine yapılan bası ile kese dekomprese olup punktuallardan içeriğin çıktığı görülebilir. Ensefaloselde ağlama gibi Valsalva etkisi oluşan durumlarda şişkinlik artar ve pulsatif olabilir. Alternatif olarak tanı koymak için bilgisayarlı tomografi çekilebilir (2,3). Kapiller hemanjiomda A ve B mod ultrasonografide büyük reflektivite varken amniotoselde düşük internal reflektiviteli kistik boşluk görünümü mevcuttur (3). Dermoid kistler medial kantal bölgede olabilir ancak kantal tendon yanında olması nadirdir, tıltrasonograf ve diğer radyolojik incelemeler ayırıcıda yardımcıdır. Akut dakriyosistit ise biraz daha geç dönemde ortaya çıkar ve enflamasyon, enfeksiyon bulguları mevcuttur (2,3).

Artan kese içeriğinin imperfore membran gerginliğini arttırması ve enflamatuar hücrelerce infiltrasyonu sonucu membran spontan rüptürü ile kısmen rezolüsyon olabilir. Doğumsal amniotoselde kesenin ilerleyici distansiyonu ile atonik hale gelebilmesi ve kapalı kistik sıvı nedeniyle enfeksiyon gelişmesi ve sonrası skatrizasyon olabileceğinden mümkün olan en erken dönemde sonda uygulaması önerilmelidir. Bir iki kere sonda uygulanabilir veya silikon entübasyon yapılabilir. Tüm bunlara rağmen hala obstrüksiyon devam ediyorsa dakriyosistorinostomi gerekebilir (2,3,7).

Bu olguyu sunmamızdaki amaç; doğumsal NLK tıkanıklığı ile amniotoselin ayırımının yapılması gereğini hatırlatarak, sonda uygulaması esnasında sondanın önceden dikkatli kontrolüne rağmen böyle bir komplikasyonun oluşabileceğinin de akla getirilmesidir. Böyle bir komplikasyon ile karşılaşılması halinde peroperatif burun muayenesi ve/veya radyolojik inceleme ile kırık prob parçasının lokalizasyonunun yapılarak kırık parçanın çıkarılması, ileride doğabilecek sorunların önlenmesi açısından önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. Mansour AM, Cicung Ki', Mumma JV, Stager DR, Harris G.I, Patrinely JR, Lavery MA, Wang FM, Steinkuller PG. Congenital Daeryoeie. *Ophthalmology* 1091; 08:1744-51.
2. Christum O, Nelson I.B. Lacrimal System Disorders iti Infants and Children. *Ophthalmol Clin, North Am* 1990; 3(2): 239-47.
3. Katowitz JA, Kropp TM. Congenital Abnormalities of the Lacrimal Drainage System. In: *Oculoplastie, Orbital and Reconstructive Surgery*. In: Homblase A. ed. Baltimore: Williams and Wiikins, 1990: 1397-416.
4. Eclmomi JC, Kocclı RV. Congenital Nasolacrimal Sac Mucocele Associated with Respiratory Distress. *J. Pcdial. Ophthalmol and Strab* 1991; 28: 287-9.
5. Ziielioglı Ci. Konjenital Nazolakrimal Kanal Tıkanıklıklarında Cerrahi Tedavi. XI. Ulusal Oftalmoloji Kurs Kitapçığı. Ankara: Yıldırım Ofset, 1991: 65-K.
6. Scott WE, Labre JA, Ossoing KC. Congenital Mucocele of the Lacrimal Sac. *Arh. Ophthalmol* 1979; 39: 193-6.
7. Sullivan T.I. Clarke MP, Morin JD, Pashby RC. Management of Congenital Dacryocystocaelc. *Aust, New Zeland J. Ophthalmol* 1992; 20:105-8.
8. Levy NS. Conservative Management of Congenital Amniotocclc of the Nasolacrimal Sac. *.I. Pcdiat Ophthalmol Sırah* 1979; 16: 254-6,
9. Jones LT, Wobig JL. *Surgery of the Eyelids and Lacrimal System*. Aesculapius Publishing Co., Birmingham, 1976: 162.
10. Divine RD, Anderson RL, Bumsted RM. Bilateral Congenital Lacrimal Sac Mucoceles with Nasal Extension and Drainage. *Arch. Ophthalmol* 1983: 101: 246-8.
11. Harris GJ, Diciementi D. Congenital Dacryocysiocclc. *Arch Ophthalmol* 1992; 100:1763-5