

Zespoleenie workowo-nosowe zewnętrzne w połączeniu z czasową intubacją kanalików łzowych jako metoda leczenia niedrożności dróg łzowych

Dacryocystorhinostomy together with temporary intubation of lacrimal canaliculi
as a method of treatment of lacrimal ducts obstruction

Hanna Chimkowska, Alina Filipowicz-Banachowa

Abstract: The purpose of the study was to present the results of treatment of lacrimal ducts obstruction. The authors describe the advantages of temporary intubation of lacrimal canaliculi with simultaneous dacryocystorhinostomy. Additionally, they prove the harmfulness for probing the lacrimal ducts in adults and describe reasons of unsuccessful operations of dacryocystorhinostomy. The findings have been based on 44 operations within a four-year period.

Słowa kluczowe: zespolenie workowo-nosowe zewnętrzne, czasowa intubacja kanalików łzowych, dakryocystografia, rurki polietylenowe

Key words: dacryocystorhinostomy, temporary intubation of the lacrimal canaliculi, probing dacryocystography, polyethylen tubes

Leczenie niedrożności dróg łzowych u starszych dzieci i dorosłych powinno być wyłącznie operacyjne (4, 5). Sondowanie nigdy nie daje trwałych wyników, a wielokrotnie powtarzane prowadzi do zranienia ścianki kanalika i powstania wtórnej niedrożności (13). U dorosłych sondowanie może zostać wykonane wyłącznie jako badanie diagnostyczne, mające na celu ustalenie miejsca i rozległości zwężenia lub niedrożności, o ile nie uda się tego ustalić na podstawie dakryocystografii. Sondowanie nie powinno być brutalne, a mieć na celu jedynie penetrację zwężeń lub niedrożności.

Leczenie zachowawcze zżawienia u dorosłych powinno się stosować tylko w ostrych lub podostrych stanach zapalnych worka łzowego i traktować jako przygotowanie do zabiegu operacyjnego. Nigdy nie

należy punktować worka łzowego w czasie ostrego zapalenia. W przypadku dużego zalegania wydzieliny na skutek rozstrzeni worka i wentylowego zwężenia ujścia wspólnego kanalików łzowych workę należy opróżniać metodą aspiracji przez kanalik z jednoczesnym wymasowaniem zalegającej wydzieliny (5).

Dotychczas najlepszą metodą operacyjnego leczenia wszystkich rodzajów niedrożności dróg łzowych, niezależnie od przyczyny i miejsca niedrożności czy zwężenia, jest czasowa intubacja kanalików łzowych z jednoczesnym zespoleniem workowo-nosowym zewnętrznym (5, 11, 14). Metoda ta zapewnia fizjologiczną rekonstrukcję dróg łzowych. Czasowa intubacja jest tym bardziej nieodzowna, że najczęstszą przyczyną niepowodzenia zespolenia zewnętrznego stanowi przedoczenie zwężenia w obrębie kanalików lub sforsowanie tego zwężenia sondą lub kaniulą (5, 14).

Inne przyczyny nieudanego zespolenia wynikają, naszym zdaniem, z niedoskonałości techniki operacyjnej, a należą do nich:
1) zbyt mały lub nieprawidłowo umiejscowiony otwór w kości nosowej (1).

Z Oddziału Okulistycznego Szpitala Czerniakowskiego w Warszawie
Ordynator, dr n. med. Alicja Moszczyńska-Kowalska

Adres do korespondencji (Reprint requests to):
Prof. dr hab. Alina Filipowicz-Banachowa
ul. R. Tagore 1/65
02-647 Warszawa

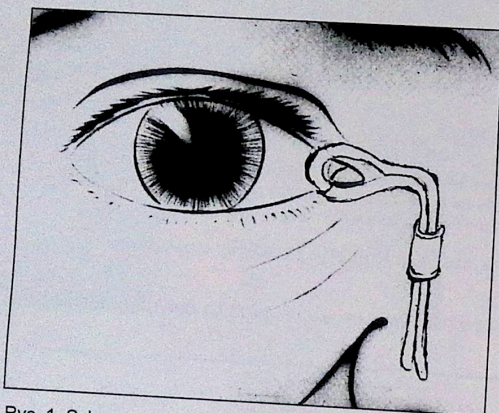
Oftan® Timolol

LEIRAS

- 2) nieprawidłowe zespolenie kłapek tylnych lub nie właściwe podwieszenie kłapek przednich, które, opadając, zamykają otwór kostny (5),
- 3) przeoczenie zmian laryngologicznych, takich jak: stan patologiczny błony śluzowej nosa, przerost małżowin, skrzywienie przegrody nosa.

Materiał własny

W ciągu 4 lat (1989-1992) wykonaliśmy 44 operacje zespolenia workowo-nosowego zewnętrznego metodą Totiego w modyfikacji Dupuy-Dutempsa (2, 8), z czasową intubacją kanalików łzowych (10). Wszystkie operacje przeprowadzono tą samą techniką, poza modyfikacjami własnymi w przypadkach reoperacji. Otwór w kości nosowej wykonywano trepanem ręcznym Arrugi (dzięki niemu unika się zranienia błony śluzowej nosa) (5, 8). Intubację kanalików łzowych wykonywano za pomocą rurki polietylenowej o średnicy 0,3-0,5 mm, długości 15-20 cm, wprowadzając ją atrammatycznym przewodnikiem, tzw. bodkinem (z ang. „sztydło”) (5, 8, 9, 13) (ryc. 1).



Ryc. 1. Schemat czasowej intubacji kanalików łzowych
Fig. 1. Temporary intubation of lacrimal canaliculi

Rurka zostaje wprowadzona przez oba kanaliki oraz poprzez otwarty worek łzowy i wytrepanowany otwór w kości nosowej do środkowego przewodu no-

sa. Ponieważ rurka jest sprężysta i ma tendencję do prostowania się, łączymy ją mankietem o długości ok. 2 cm. Mankiet ten pozwala na utrzymanie pętli rurki w kącie przysrodkowym oka we właściwym położeniu, tak aby otwory łzowe były ustawione pomocniczo. W rurce nie ma żadnych otworków do odpływu łez. Służy ona wyłącznie utrzymaniu kształtu kanalików i zapobiega jego zwężeniu się do czasu wygojenia i wynablonkowania. Łzy odpływają szczeliną włosowatą, powstałą między rurką a ścianką kanalików. Czasową intubację należy utrzymać przynajmniej przez pół roku, a w przypadkach, w których kanaliki były rekonstruowane na dużej przestrzeni, 1 rok, wyjątkowo utrzymuje się ją dłużej. W naszej praktyce niektórzy pacjenci, nie pozwalili sobie usunąć rurki, bojąc się powrotu łzawienia.

U 5 chorych wykonano reoperację po nieudanych zespoleniach w innych zakładach leczniczych. Były wśród nich 2 przypadki łzawienia na skutek procesów zapalnych, 2 po urazie i 1 z przyczyn wrodzonych. W wyniku powtórnej operacji u 3 chorych uzyskano idealną drożność dróg łzowych, a w 2 przypadkach nastąpiła poprawa i łzawienie występowało tylko na powietrzu (1 chora była operowana po raz trzeci). Stwierdziłyśmy, że przyczynę niepowodzenia poprzednich operacji stanowiło zamknięcie otworu w kości tkanką bliznowatą, a w 2 przypadkach brak otworu w kości we właściwym miejscu i jednocześnie zniszczenie worka, rozdzielonego tkanką bliznowatą na wysokości więzadła przysrodkowego powiek (błąd w technice operacyjnej).

U 6 chorych wykonano dakryocystografię, w tym w 4 przypadkach z powodu klinicznego podejrzenia obecności zmian patologicznych, potwierdzonego po otwarciu worka łzowego.

W przedstawionym materiale klinicznym patologiczne zmiany w worku łzowym znaleziono aż u 9 chorych: w 4 przypadkach były to ziarniniaki, w 2 – polipy i w 3 – złogi o konsystencji kamieni z obecnością grzybni. Należy podkreślić, że aż u 11 operowanych przez nas chorych łzawienie trwało od 10 do 18 lat. Dwa niepowodzenia w naszym materiale dotyczyły: chorego, u którego przed operacją stwierdzono zbliznowacenie kanalików po oparzeniu termicznym, oraz pacjenta z zarosnięciem kanalików i otworków łzo-

Tabela I: Wyniki operacyjnego leczenia niedrożności dróg łzowych
Table I: Results of dacryocystorhinostomy with temporary intubation in the treatment of lacrimal ducts obstruction

Przyczyna Reason	Wrodzone Congenital	Pozapalne Postinflammatory	Pourazowe Post-traumatic	
Łzawienie Lacrimation				
ustąpiło stopped	8	15	12	35
zmniejszyło się decreased	2	4	1	7
nie ustąpiło continued	0	2	0	2
Razem Total	10	21	13	44

wych po niepotrzebnym, rzekomo leczniczym sondowaniu. W obu tych przypadkach odradzaliśmy operację.

Omówienie

Na podstawie doświadczeń własnych uważamy, że czasowa intubacja kanalików łzowych w połączeniu z zespoleniem nosowo-workowym zewnętrznym jest niezbędna do właściwej rekonstrukcji dróg łzowych. Z naszych wieloletnich obserwacji wynika, że przewlekły proces zapalny worka łzowego może doprowadzić do:

- 1) częściowego zwężenia lub zamknięcia ujścia wspólnego kanalików (5, 13),
- 2) rozstrzeni worka i tzw. zwężenia wentylowego kanalików wspólnego (5),
- 3) zbliznowacenia ścian worka i zmniejszenia jego pojemności,
- 4) rozrostu tkanek patologicznych (7).

Dlatego duże znaczenie ma przygotowanie przedoperacyjne, a przede wszystkim badanie radiologiczne ze środkiem cieniującym, tzw. dakryocystografia (12). Dzięki temu badaniu można uwidocznic:

- 1) miejsce zwężenia lub niedrożności dróg łzowych,
- 2) rozmiary worka łzowego,
- 3) nieprawidłowe uchyłki i połączenia z zatokami obocznymi nosa, co jest szczególnie ważne w przypadkach łzawienia pourazowego,
- 4) stan i grubość kości,
- 5) patologiczne twory w obrębie kanalików i worka, takie jak przerost błony śluzowej, złogi wapnia,
- 6) fałszywą drogę wytworzoną wcześniej, niewłaściwym sondowaniem.

W przypadkach, gdy dakryocystografia nie wykazuje żadnej patologii, interwencja chirurgiczna jest niepotrzebna, ponieważ łzawienie może być spowodowane nadprodukcją łez bądź niedostatecznym działaniem pompy łzowej (5). Stan ten może wynikać ze starczego zwiotczenia powiek, porażenia nerwu twarzowego, niewłaściwego zasysania w kanalikach na skutek nieprawidłowego ustawienia otworków łzowych (niewydolność łzowa) (5, 6).

Dobrze wykonana czasowa intubacja kanalików bardzo rzadko daje powikłania, a jeśli takie wystąpią, można je wyleczyć. Niewłaściwe ustawienie pętli rurki może w przypadkach zbyt dużego łuku drażnić rogówkę, a przy zbyt małej pętli powodować rozrywanie kanalików. Najpoważniejsze powikłanie stanowią polipy na przebiegu kanalików lub w bańce kanalików, wyjątkowo w nosie w obrębie otworu kostnego. Zmiany polipowate są wynikiem nieprawidłowego gojenia i nablonkowania. Występuje to wówczas, gdy kanalik jest rekonstruowany na dużej przestrzeni, np. w zaburzeniach rozwojowych (aplazja) lub w przypadkach zniszczenia pourazowego (4).

Łzawienie powinno ustąpić wkrótce po operacji, jeżeli gojenie przebiega prawidłowo, a ize odpływają szczeliną między rurką a ścianką nowo tworzącego się

kanalika. Jeżeli łzawienie mimo intubacji jest uporczywe, może być wynikiem zniszczenia ścianki kanalików i tkanek podśluzówkowych, np. po zapaleniu wirusowym, po oparzeniu, po urazie lub w ciężkich zaburzeniach rozwojowych. Te przypadki nie rokują dobrze i najczęściej po usunięciu rurki (detubacji) następuje zarosnięcie kanalików, nawet przy długotrwałym utrzymaniu rurki. Należy ponowić badanie kontrastowe i zdecydować, czy warto planować reoperację.

Wnioski

1. Patologiczne łzawienie spowodowane niedrożnością dróg łzowych odprowadzających można wyleczyć tylko operacyjnie.
2. Najlepszą obecnie metodą jest czasowa intubacja i jednoczesne zespolenie workowo-nosowe zewnętrzne.
3. Nawet wielomiesięczna intubacja nie upośledza funkcji życiowych pacjenta ani nie stanowi przeszkód w pracy zawodowej.

Piśmiennictwo

1. Arkin W.: O przyczynach niepowodzenia w operacjach zespolenia nosowo-łzowego. Klin. Oczna, 1963, 33, 49-55.
2. Dupuy-Dutemps L.: Cure de dacryocystite chronique commune et du larmoiment par la dacryocystorhinostomie plastique. Bull. Nat. Med., 1921, 86, 293-294.
3. Filipowicz-Banachowa A.: Chirurgiczne leczenie niedrożności kanalików łzowych. Klin. Oczna, 1972, 42, 587-591.
4. Filipowicz-Banachowa A.: Operacyjne leczenie niedrożności dróg łzowych u dzieci. Klin. Oczna, 1974, 44, 789-793.
5. Filipowicz-Banachowa A.: Łzawienie a niedrożność dróg łzowych. CMPK, Warszawa, 1989.
6. Filipowicz-Banachowa A.: Niewydolność dróg łzowych. Post. Nauk Med., 1990, 3, 43-44.
7. Filipowicz-Banachowa A.: Zmiany chorobowe znalezione w worku łzowym podczas zespolenia workowo-nosowego. Klin. Oczna, 1991, 93, 89-90.
8. Filipowicz-Banachowa A.: Chirurgia narządu łzowego. [w:] Okulistyka współczesna. t. III. PZWL, Warszawa, 1992, 591-594.
9. Griffith T.P.: Polytena tubes in canaliculus surgery. Brit. J. Ophthal., 1963, 47, 203-210.
10. Huggert A.: The treatment of stenosis of the lacrimal canaliculi. Acta Ophthalmol., 1959, 37, 355-358.
11. Mirecki R.: Tysiąc operacji na drogach łzowych odprowadzających. Klin. Oczna, 1968, 38, 431-435.
12. Nowicka L., Koszczyński Z.: Technika badania oraz ocena niedrożności dróg łzowych w obrazie radiologicznym. Klin. Oczna, 1988, 38, 185-188.
13. Werb A.: Reconstructive surgery of the lacrimal apparatus. Perspectives in Ophthalmology, 1967, 151-164.
14. Werb A.: The lacrimal system. Surgical technique. Mosby Company, St. Louis, 1971, 137-149.

Praca wpłynęła do Redakcji 14 października 1996 r. (452)