

Ocena leczenia wrodzonej niedrożności dróg łzowych w materiale własnym

Evaluation of therapy outcome in congenital nasolacrimal duct obstruction in own material

Ewa Lipiec, Mirosława Grałek, Anna Niwald

Klinika Okulistyki Dziecięcej

Katedra Pediatrii Zabiegowej

SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 4 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

P.o. kierownika: dr n. med. Anna Niwald

Summary:

The inborn nasolacrimal duct obstruction is common ocular disease in new-borns and infants. There are still doubts concerning the timing of the operating procedure. Probing of the lacrimal ducts is the therapeutic method for this condition.

Purpose: To evaluate the therapy outcome in congenital nasolacrimal duct obstruction in authors' own material.

Material and methods: In retrospective study of 3950 medical records of children from our Outpatient's Clinic, we distinguished 192 children with nasolacrimal duct obstruction. Then, we evaluated the outcome of implemented treatment in correlation with their age and timing of the nasolacrimal duct probing.

Results: All children with nasolacrimal duct obstruction had mucopurulent discharge in the lacrimal sac and lacrimation. After the conventional treatment, the disease resolved in 23% of our group, whereas, in the rest of the patients probing of the nasolacrimal duct was implemented. The probing was successful in all children, but it was necessary to repeat the procedure twice in 13 children and three times in 5 children. The success rate of single probing was as follows: 91% in the group of children 1 – 3 months old, 83% in both groups: 3 – 6 and 6 – 12 months old and 71% in the oldest group of children – above 1 year of age.

Conclusions: In majority of children the nasolacrimal duct obstruction did not resolve spontaneously. Early probing within first few months of child's life increased the success rate of this procedure.

Słowa kluczowe:

wrodzona niedrożność dróg łzowych, niemowlęta, płukanie i sondowanie dróg łzowych.

Key words:

congenital nasolacrimal duct obstruction, infants, nasolacrimal duct probing.

Wrodzona niedrożność dróg łzowych jest częstym schorzeniem dotyczącym około 1-6% noworodków. Choroba ta stanowi częsty powód zgłaszania się pacjentów nie tylko do lekarza okulisty, ale także do pediatry czy lekarza pierwszego kontaktu. Uważa się ją za jedną z najczęściej występujących chorób okulistyki wieku noworodkowego i niemowlęcego (1). Istnieje wiele kontrowersji dotyczących sposobu postępowania w tej na pozór niegroźnej jednostce chorobowej.

Patofizjologia

Drogi łzowe w trakcie życia płodowego pozostają zamknięte. Proces ich kanalizacji rozpoczyna się około 4. miesiąca życia płodowego. Najpóźniej otwierają się dolne fragmenty dróg łzowych – odbywa się to w okresie okołoporodowym. Objawy wrodzonej niedrożności dróg łzowych pojawiają się tuż po urodzeniu lub w pierwszych tygodniach życia dziecka. Do głównych objawów należą przelewanie się łez przez worek spojówkowy na policzki lub objaw „stojącej łzy” – polegający na obecności w worku spojówkowym zwiększonej ilości łez. Gdy z powodu zalegania łez dochodzi do infekcji w obrębie dróg łzowych, dodatkowo stwierdza się obecność śluzowo-ropnej wydzieliny w worku spojówkowym, której ilość zwiększa się po ucisku

okolicy woreczka łzowego. Rzęsy dziecka mogą być skleione, a brzezi powiek dolnych zapalnie zmienione.

Wyżej wymienione objawy wymagają różnicowania z zapaleniami spojówek o różnej etiologii i innymi stanami, w których występuje nadmierne łzawienie, np. z jaskrą wrodzoną. U noworodków w warunkach prawidłowych łzy są produkowane, ale nie w ilościach pozwalających na spontanicznie występujące łzawienie. Tego typu objawy występują podczas płaczu dopiero po kilku tygodniach życia. Dlatego łzawienie we wczesnym okresie życia wymaga postępowania diagnostycznego.

Po rozpoznaniu wrodzonej niedrożności dróg łzowych wprowadza się leczenie zachowawcze polegające na wykonywaniu masażu okolicy woreczka łzowego i stosowaniu ewentualnej antybiotykoterapii miejscowej w przypadku, gdy schorzeniu towarzyszy infekcja w drogach łzowych. U części dzieci w ciągu pierwszych miesięcy życia niedrożność ustępuje samoistnie, jednak u dużej grupy niemowląt leczenie zachowawcze nie przynosi rezultatów i konieczne jest postępowanie zabiegowe. Leczenie polega wówczas na wykonaniu płukania i sondowania dróg łzowych w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym. Jeśli procedury te okazują się nieskuteczne, stosowane są dalsze metody leczenia chirurgicznego.

Płukanie i sondowanie dróg łzowych jest powszechnie akceptowaną i często wykonywaną metodą leczenia wrodzonej niedrożności dróg łzowych, jednak kwestią sporną pozostaje czas rozpoczęcia leczenia zabiegowego. Z uwagi na naturalny przebieg choroby, która w pewnym odsetku przypadków ustępuje samoistnie, poszczególni autorzy proponują różne schematy postępowania. Według wielu z nich udrożnienie powinno być wykonywane w pierwszych miesiącach życia dziecka, ponieważ długotrwała infekcja w drogach łzowych może doprowadzić do poważniejszych zmian i powikłań w obrębie narządu wzroku. Natomiast druga grupa lekarzy czeka z interwencją zabiegową do ukończenia pierwszego roku życia przez dziecko, uważając, że schorzenie to ma szansę ustąpić samoistnie w ciągu pierwszych kilku miesięcy życia (1,2,3,4).

Cel pracy

Celem pracy jest ocena wyników terapii wrodzonej niedrożności dróg łzowych u dzieci leczonych w Klinice Okulistyki Dziecięcej Instytutu Pediatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w latach 2000-2003.

Materiał i metodyka

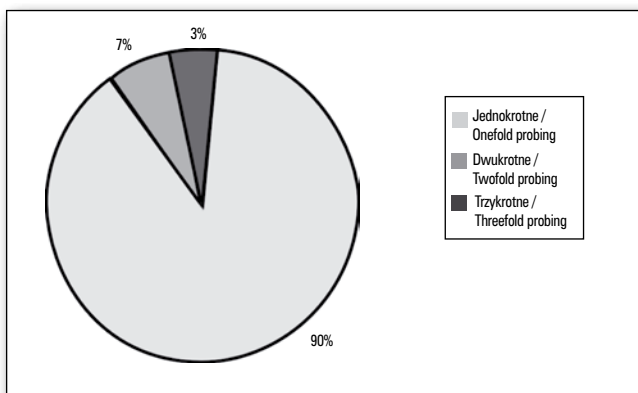
Dokonano retrospektywnej analizy 3950 historii chorób dzieci leczonych w Poradni Okulistycznej Kliniki Okulistyki Dziecięcej w latach 2000-2003. Obliczono udział dzieci z wrodzoną niedrożnością dróg łzowych wśród wszystkich małych pacjentów Poradni Okulistycznej. Wzięto pod uwagę płeć dziecka, czas i rodzaj pojawiających się objawów, jedno- lub obustronność występowania niedrożności, a także rodzaj podjętego leczenia, czas wprowadzenia leczenia zabiegowego. Analizowano dodatkowo towarzyszące schorzenia ogólne i inne anomalie okulistyczne w badanej grupie. Obliczono częstość samoistnego ustąpienia niedrożności dróg łzowych u niemowląt.

Wyniki

Wyodrębniono 192 dzieci z wrodzoną niedrożnością dróg łzowych. Stanowiło to 4,2% przyczyn zgłoszeń do lekarza okulisty. W badanej grupie było 89 (46%) dziewczynek i 103 (54%) chłopców. W badaniu fizykalnym u wszystkich dzieci (100%) stwierdzano łzawienie lub obecność „stojącej łzy” w worku spojówkowym oraz obecność śluzowo-ropnej wydzieliny w worku spojówkowym. Rodzice podawali występowanie wyżej wymienionych objawów od urodzenia we wszystkich przypadkach. Niedrożność dróg łzowych występowała obustronnie u 69 dzieci (36%), dotyczyła oka prawego u 50 dzieci (26,3%) oraz lewego u 71 dzieci (37%).

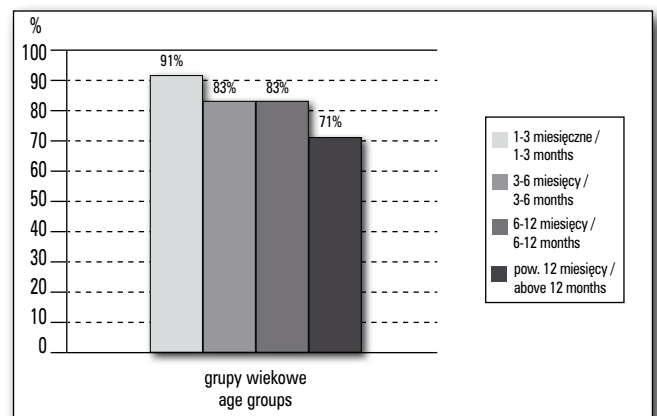
U 18 dzieci (9,8%) występowały inne schorzenia ogólne, w tym u 11 osób (6%) inne anomalie okulistyczne. Spośród chorób ogólnych stwierdzano cytomegaliię wrodzoną (u jednego dziecka), porażenie nerwu VII (u jednego dziecka), objawy alergii ogólnej (u jednego dziecka), posocznicę i wstrząs septyczny po urodzeniu (u jednego dziecka), infekcje wrodzone (u pięciorga dzieci), zespół przetoczenia międzyplodowego w ciąży bliźniaczej (u jednego dziecka), spodziectwo (u jednego dziecka), krwawiak przedtwardówkowy (u jednego dziecka), krwawienia dokomorowe (u trojga dzieci), zespół Aperta (u jednego dziecka) i zespół Downa (u jednego dziecka). Obserwowano u nich następujące anomalie okulistyczne: wylewy przedsiatkówkowe (u 2 dzieci), zmiany barwnikowe w plamce (u jednego dziecka), podejrzenie jaskry wrodzonej (u 2 dzieci), obrzęk powiek (u jednego dziecka), zwężenie szpary powiekowej (u jednego dziecka), objawy alergii ocznej (u jednego dziecka), ognisko zapalne na dnie oka u dziecka z cytomegalią.

Po rozpoznaniu niedrożności dróg łzowych u wszystkich dzieci wprowadzono leczenie zachowawcze polegające na stosowaniu masażu okolicy woreczka łzowego i miejscowej antybiotykoterapii. Pod wpływem leczenia zachowawczego objawy niedrożności ustąpiły w u 45 osób z obserwowanej grupy (23,6%) w ciągu pierwszego półrocza życia. U 147 spośród pozostałych dzieci (76% badanej grupy) zastosowano płukanie i sondowanie dróg łzowych w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym. Średni wiek zastosowania leczenia zabiegowego wynosił 4,5 miesiąca (SD = 4,4 miesiąca). Płukanie i sondowanie dróg łzowych spowodowało ustąpienie objawów u wszystkich leczonych. Po zabiegu w okresie obserwacji drogi łzowe były drożne (ryc. 1). Płukano i sondowano drogi łzowe jednokrotnie u 129 dzieci (90% grupy dzieci, u których zastosowano leczenie zabiegowe). Spośród pozostałych 18 dzieci u 13 (6,8%) dwukrotnie płukano i sondowano drogi łzowe, a u 5 (2,7%) zabiegi te wykonywano trzykrotnie.



Ryc. 1. Odsetek jednokrotnego, dwukrotnego i trzykrotnego płukania i sondowania dróg łzowych w badanej grupie dzieci.

Fig. 1. The percentage of one-, two- and threefold probing of the lacrimal ducts.



Ryc. 2. 2. Odsetek skutecznych udrożeń dróg łzowych po jednokrotnym płukaniu i sondowaniu w zależności od wieku leczonych dzieci.

Fig. 2. The percentage of efficient nasolacrimal ducts probing after onefold procedure by age of children.

Dzieci poddane płukaniu i sondowaniu dróg łzowych podzielono na grupy wiekowe (ryc. 2). W grupie dzieci w wieku do 3. miesiąca życia (74 dzieci) po jednokrotnym zabiegu uzyskano wyleczenie u 91% osób. Dwukrotnego płukania wymagało 5 osób, trzykrotnego jedno dziecko. Dzieci w wieku 3-6 miesięcy było 48. Wyleczenie po jednokrotnym płukaniu uzyskano u 83% (40 dzieci), u pozostałych ośmiorga zabieg powtarzano (u pięciorga dwa razy, u trójga trzy razy). W grupie 6-12 miesięcy było 18 dzieci, jednokrotnie wykonywano zabieg u 83% z nich (15 dzieci) i trzy razy u 2 dzieci. Dzieci sondowanych i płukanych powyżej 12. miesiąca życia było 7, jeden raz sondowano 71% z nich (5 dzieci). U pozostałych zabieg wykonywano dwa razy u jednego dziecka i trzy razy u jednego dziecka.

Płukanie i sondowanie dróg łzowych wykonano w znieczuleniu ogólnym u 62% pacjentów, a w znieczuleniu miejscowym u 38% pacjentów.

Omówienie

Wrodzona niedrożność dróg łzowych jest częstym schorzeniem okulistycznym. Zgodnie z naszymi badaniami cierpiała na nią ponad 4% dzieci zgłaszających się do Poradni Okulistycznej. Należy dodać, że Poradnia rozacza swoją opiekę nad pacjentami do 18. roku życia, dlatego w grupie niemowląt odsetek byłby prawdopodobnie znacznie większy. Według badań E. Wróblewskiej i wsp. (5) niedrożność dróg łzowych dotyczyła 5-6% niemowląt, chłopcy chorowali prawie dwukrotnie częściej. W badanej grupie nieznacznie częściej chorowali chłopcy, stanowili oni 54% dzieci.

U wszystkich dzieci stwierdzano typowe objawy niedrożności dróg łzowych w postaci łzawienia i obecności wydzieliny w worku spojówkowych. Objawy te były obecne od urodzenia. Wielu autorów stwierdzało pojawianie się objawów po urodzeniu lub kilku tygodniach życia dziecka (1). Niedrożność jednostronną stwierdzano u 64% spośród badanych przez nas dzieci (częściej dotyczyła oka lewego), obustronną niedrożność u 36%. Według Wróblewskiej i wsp. (5) nieznacznie częściej schorzenie występowało obustronnie.

W naszych badaniach u prawie 10% badanych dzieci stwierdzano poważne odstępstwa od prawidłowego stanu zdrowia. Choroby towarzyszące, takie jak krwawienie dokomorowe, czy wrodzone infekcje związane głównie z wcześniactwem lub wady genetyczne prawdopodobnie mają wpływ na stan dróg odprowadzających łzy. Jednak są potrzebne dalsze badania dla potwierdzenia tej tezy.

Pod wpływem zastosowanego leczenia zachowawczego u wszystkich dzieci (masaże + antybiotykoterapia) samoistne ustąpienie objawów uzyskano u 45 dzieci (23% badanej grupy). Według różnych autorów schorzenie to ustępuje spontanicznie u około 90% dzieci (1,3,6). Z naszych obserwacji wynika, że dzieje się to rzadziej, niż się powszechnie uważa. Ta niska liczba samoistnych wyleczeń może również wynikać z tego, że dzieci z łagodniejszymi objawami nie trafiają do specjalistycznych przychodni, tylko leczone są z dobrym skutkiem przez lekarzy pediatrów.

U pozostałych dzieci, stanowiących 76% grupy badanej wykonano płukanie i sondowanie dróg łzowych, uzyskując wyleczenie 100% z nich. Największy odsetek wyleczeń po jednokrotnym płukaniu występował w grupie dzieci najmłodszych, w wieku do

3. miesiąca, i zmniejszał się w pozostałych grupach wiekowych. Podobne wyniki uzyskano w badaniach Wróblewskiej i wsp. (5), w których wyleczenie po jednorazowym płukaniu i sondowaniu dróg łzowych otrzymano w 80% we wszystkich grupach wiekowych. W wyżej wymienionych badaniach sukces terapii zmniejszał się także w grupie dzieci 12-, 30-miesięcznych – powodzenie wprowadzania zabiegowego leczenia wrodzonej niedrożności dróg łzowych.

Według innych autorów również późne sondowanie okazuje się mniej skuteczne ze względu na toczącą się infekcję i zmiany w strukturach anatomicznych. Istotny jest także czas podjęcia leczenia po 2. roku życia. Jak wykazały badania, sukces terapii po 24-36 miesiącach życia wynosił 33%, natomiast po 48. miesiącu już tylko 6%. Czynniki takie jak wiek powyżej 2 lat, obustronne występowanie niedrożności, niepowodzenie leczenia zachowawczego i poszerzenie woreczka łzowego są prognostycznie niekorzystne w leczeniu zabiegowym (6,7).

Jednak według innych badaczy sondowanie jest wysoce efektywne w pierwszych 5 latach życia. Niepowodzenia nie zależą od wieku wykonania zabiegu, ale od samej natury niedrożności u danego pacjenta. W grupie dzieci w wieku 1-3 lat uzyskano częstotliwość wyleczeń rzędu 91% (8).

W przeprowadzonych przez nas badaniach płukanie i sondowanie były wykonywane w $\frac{2}{3}$ przypadków w znieczuleniu ogólnym, a w $\frac{1}{3}$ w znieczuleniu miejscowym. U dzieci małych, do 3. miesiąca życia znieczulenie miejscowe jest korzystne ze względu na powikłania, które może nieść znieczulenie ogólne. Natomiast u dzieci silniejszych, bardziej ruchliwych i starszych procedura jest przeprowadzana w znieczuleniu ogólnym. W podejmowaniu decyzji o znieczuleniu ważne są także odczucia rodziców (9).

Wnioski

1. U większości dzieci leczenie zachowawcze wrodzonej niedrożności dróg łzowych nie przyniosło rezultatu i konieczne było zastosowanie płukania i sondowania dróg łzowych.
2. Płukanie i sondowanie dróg łzowych jest efektywnym sposobem leczenia wrodzonej niedrożności dróg łzowych u dzieci.
3. Wczesne zastosowanie leczenia zabiegowego w ciągu kilku pierwszych miesięcy życia u dzieci z wrodzoną niedrożnością dróg łzowych zwiększa skuteczność terapii.

PIŚMIENNICTWO:

1. Wagner R.S.: *Management of congenital nasolacrimal duct obstruction*. *Pediatr. Ann.*, 2001, 30, 481-488.
2. Ellis F.D.: *Lacrimal System*. W: *Pediatric Ophthalmology and Strabismus*, red. Wright K.W. St. Luis, Mosby, 1995, 261-266.
3. Juszek J.: *Schorzenia narządu łzowego*. W: *Problemy okulistyki dziecięcej*, red. Prost M.E., Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 1998, 194-203.
4. Granet D.B., Olitsky S., Burke M.J.: *Nasolacrimal duct obstruction*. *J. Pediatr. Ophthalmol. Strabismus*, 2000, 37, 103-106.
5. Wróblewska E., Ciechan J., Gerkowicz M., Flis B.: *Wrodzona niedrożność dróg łzowych – ocena wyników leczenia*. *Postępy Neonatologii*, 2002, 2, 81-82.

6. Honovar S.G., Prakash V.E., Rao G.N.: *Outcome of probing for congenital nasolacrimal duct obstruction in older children*. Am. J. Ophthalmol., 2000, 130, 42-48.
7. Mannor G.E., Rose G.E., Frimpong-Ansah K., Ezra E.: *Factors affecting the success of nasolacrimal duct probing for congenital nasolacrimal duct obstruction*. Am. J. Ophthalmol., 1999, 127, 616-617.
8. Robb R.M.: *Success rates of nasolacrimal duct probing at time intervals after 1 year of age*. Ophthalmol., 1998, 105, 1307-1310.
9. Koraszewska-Matuszewska B.: *Komentarz do: Wagner S.R., Rozpoznawanie i leczenie wrodzonej niedrożności przewodu nosowo-łzowego*. Medycyna Praktyczna, 2003, 1, 73-74.

X Jubileuszowe Sympozjum Sekcji Zapobiegania Ślepotcie i Rehabilitacji Słabowidzących, PTO, Warszawa, 5-6 listopada 2004 r.

Praca wpłynęła do Redakcji 14.10.2005 r. (821).
Zakwalifikowano do druku 24.04.2006 r.

Adres do korespondencji (Reprint requests to):

lek. med. Ewa Lipiec
Klinika Okulistyki Dziecięcej
Katedra Pediatrii Zabiegowej
SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 4
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
91-738 Łódź
ul. Sporna 36/50

VIII SYMPOZJUM SEKCJI WSZCZEPÓW WEWNĄTRZGAŁKOWYCH I CHIRURGII REFRAKCYJNEJ POLSKIEGO TOWARZYSTWA OKULISTYCZNEGO

Łódź, 5-7 października 2006

Tematy główne

Wyniki czynnościowe i powikłania chirurgii refrakcyjnej.
Postępy w chirurgii zaćmy – nowe techniki operacyjne, nowe rodzaje soczewek wewnątrzgałkowych.
Chirurgia zaćmy u pacjentów z jaskrą.

Komitet naukowy

Przewodniczący:

dr hab. n. med., prof. Wojciech Omulecki

Członkowie:

prof. dr hab. n. med. Roman Goś

prof. dr hab. n. med. Wanda Romaniuk

prof. dr hab. n. med. Jerzy Szaflik

BIURO ORGANIZACYJNE

Exactus sp. j.

90-425 Łódź, ul. Piotrkowska 109/2

tel.: (+4842) 6322866; fax: (+4842) 6322859

e-mail: info @exactus.pl; www. exactus.pl

MIEJSCE OBRAD

Filharmonia im. Artura Rubinsteina,
Łódź ul. Narutowicza 20/22

ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA

Warunkami udziału w Sympozjum są:
– uiszczenie opłaty rejestracyjnej na konto:

Exactus sp. j., 90-425 Łódź, ul. Piotrkowska 109/2,
nr konta 38 11 40 1108 0000 3786 3100 1010;

– wypełnienie karty zgłoszenia uczestnictwa w Sympozjum i przesłanie jej wraz z kserokopią dowodu wpłaty na adres biura organizacyjnego.

Uczestnictwo w Sympozjum można również zgłaszać ON-LINE.

Na stronie www.exactus.pl znajduje się stosowny formularz zgłoszeniowy wraz ze wszystkimi informacjami dotyczącymi Sympozjum. Warunkiem przyjęcia takiego zgłoszenia jest przesłanie do Biura Organizacyjnego potwierdzenia przelewu opłaty rejestracyjnej. Zgłoszenia telefoniczne nie będą przyjmowane.

Opłata rejestracyjna

Wysokość opłaty rejestracyjnej uzależniona jest od terminu wpłaty (decyduje data stempla poczty lub banku).

	do 10 lipca	11 lipca – 30 września	od 1 października
*Członkowie Sekcji WWiChR	350,00	450,00	550,00
*Członkowie PTO	380,00	480,00	580,00
Inni	500,00	600,00	700,00

*Zniżka w opłacie rejestracyjnej dotyczy członków PTO i Sekcji WWiChR, którzy opłacili składkę za rok 2006.