



Araştırma/Research

External Dakriyosistorinostomi Sonuçlarımız

Ali ŞİMŞEK¹, İlke DİREKÇİ²

¹ Department of Ophthalmology, Harran University School of Medicine, Sanlıurfa, Turkey.

²Department of Ophthalmology, Adiyaman University School of Medicine, Adiyaman, Turkey.

Öz

Amaç: Nazolakrimal kanal tıkanıklığı (NLKT) olan olgularda Dakriyosistorinostomi (DSR) ameliyatlarının sonuçlarımızın sunulmasıdır.

Yöntem: Adiyaman Üniversitesi Göz Hastalıkları Kliniği'nde Ocak 2016- Mart 2018 tarihleri arasında yapılan 128 Bikanaliküler Silikon Tüp Entübasyonlu DSR ameliyatı kayıtları değerlendirilerek; hastalar yaş, klinik başvuru şekline postoperatif komplikasyonlar açısından değerlendirildi.

Bulgular: Bikanaliküler silikon tüp entübasyonlu DSR ameliyatı uygulanan 128 hastanın başarı oranı %92' dir. %5,5 oranında hastaya bağlı nedenlerden tüpün çıkması, %6,3 oranında nüks, %1,6 Oranında kantal bölgede konjunktiva yürümesi, %2,3 oranında tüpe bağlı punktum erozyonu, %1,6 olguda cilt kesi alanında skar dokusu görülmüştür.

Sonuç: DSR sonrası nüks vakalarda bile etkinliğinin yüksek olması ve postoperatif lavaja ihtiyaç duyulmaması gibi avantajları nedeniyle bikanaliküler silikon tüp entübasyonlu DSR iyi bir alternatiftir.

Anahtar kelimeler: External dakriyosistorinostomi; Epifora; Nazolakrimal kanal tıkanıklığı; Silikon tüp.

Theresults Of External Dacryocystorhinostomy

Abstract

Purpose: Presenting the results of DSR surgery cases underwent nasolacrimal duct obstruction (NLDO).

Materials and Methods: Data of 128 patients which had been applied External DSR procedure with bicanalicular silicon tube implementation between the dates January 2016-March 2018 in Adiyaman School of Medicine, Department of Ophthalmology had been assessed in terms of age, clinical presentation, postoperative complications

Results: Success rate of 128 patients which had been applied External DSR procedure with bicanalicular silicon tube implementation is 92 %. The extubation due to the reasons connected to patients (5,5%), Recurrence rate of (6.3%), conjunctivaliation towards canthalarea (1,6 %), punctumerosion related to silicone tube (2,3%), scar tissue in the insicionarea (1,6%).

Discussion: External DSR with bicanalicular silicone tube entubation is still a good alternative. Postoperative nasolacrimal lavage is not needed and this technique is effective even if in the case of recurrent is ease.

Key Words: External dacryocystorhinostomy; Epiphora; Nasolacrimal duct obstruction; Silicon tube.

Yazışmadan Sorumlu Yazar

Ali Şimşek

Harran University School of Medicine Department of
Ophthalmology, Adiyaman, Turkey

Tel : +90 530-2227760

Email: alimsek1980@gmail.com

Doi: 10.30569.adiyamansaglik.584257

Geliş Tarihi: 29.06.2019

Kabul Tarihi: 02.08.2019

Giriş

Nazolakrimal kanal tıkanıklığının (NLDT) kanal ostiumunda fibroz ve stenoza yol açan kronik inflamatuvar süreçten kaynaklandığına inanılmaktadır (1). Ancak, çoğu hastada ana patoloji bilinmemektedir (2,3). Başlıca nedenler granülomatöz nazal mukozal hastalıklar (Wegenergranülomatozisi ve sarkoidozu), malignite ve travmalardır. Kadınlarda daha sık görülür ve görülme sıklığı yaşla birlikte artma eğilimindedir (3).

Bu durum için eksternal dakriyosistorinostomi (DSR) ameliyatı tercih edilen ameliyattır. Eksternal DSR ameliyatı altın standart cerrahi tedavi olarak biliniyor (4). DSR ile birlikte bikanaliküler silikon tüp entübasyon yöntemini, 1980'li Yıllarda tarif edilmiş(5,6). Ülkemizde de başarılı bir şekilde uygulanmaktadır (7,8). Silikon tüp entübasyonunun kullanılması başarıyı artırdığını savunan çalışmalar mevcut (5,8), buna karşın silikon tüpün cerrahi sırasında ve sonrasında komplikasyonları artırdığını savunan çalışmalarda mevcut (6,9).

Bu bu çalışmada eksternal DSR gerektiren NLKT hastalar'da, DSR ile birlikte bikanaliküler silikon tüp entübasyon yönteminin etkinliği ve tüpe bağlı komplikasyonları incelemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Adıyaman Üniversitesi Göz Hastalıkları Kliniği'ne Ocak 2016- Mart 2018 tarihleri arasında epifora şikayeti ile başvuran, kronik dakriyosistit tesbit edilen, sadece NLK seviyesinde tıkanıklığı olan vakaların kayıtları çalışmaya dahil edilmiştir. Kanalikül darlığı olan vakalar çalışma dışı tutulmuştur. Bikanaliküler Silikon Tüp Entübasyonlu DSR operasyonu uygulanan toplam 128 hastanın 78 kadın, 50 erkek idi. Yaş ortalaması 55 (min yaş 40, max yaş 76) dır. Preoperatif dönemde hastaların yapılan rutin göz muayenesine ek olarak nazolakrimal kanalı lavajı yapılmış olup, nasofarengeal patoloji açısından KBB konsültasyonu yapılmıştır. Ek nasofarengeal patolojisi olan hastalar için KBB ile kombine endonasal DSR planlanarak çalışma dışı bırakılmıştır. Tüm olgular genel anestezi altında Dupuy-Dutemps-Bourgeut tekniği ile opere edilmiş ve Bikanaliküler silikon tüp entübasyonu uygulanmıştır.

Cerrahi Yöntem: Genel anestezi altında kanama kontrolü amacıyla nasal spekulum ile adrenalini tampon yerleştirilmesi ve kesi yapılacak alana lokal infiltratif anestezi uygulamasını takiben iç kantüsten 10 mm mesafede ve 15 mm uzunluğunda cilt ve cilt altı insizyon yapılmıştır. Künt diseksiyon ile angulerven korunarak periosteuma ulaşıldıktan sonra, periostelevatörü ile periost kemikten ayrılmış, kese bölgesi tespit edildikten sonra, *Karrison*

bone nibbling ronyu yardımı ile 1- 1,5 cm çapında kemik dokusu, burun mukozası korunarak çıkarılmıştır. Burun mukozası ve lakrimal kese iç duvar 10 mm boyunda kesileri karşılıklı olarak yapılmıştır. Kese ve mukozadan H şeklinde flepler oluşturulmuştur. Lakrimal kese ve burun mukozası alt dudakları karşılıklı olarak 6/0 vicryl ile anastomoz edildi. Bikanaliküler silikon tüp entübasyonu yapılan olgularda üst ve alt noktundan silikon tüpler geçirildi daha sonra uçları kese içerisinde birbirlerine bağlandı. Silikon uçlar burun içi boşluğa ilerletilmiştir. Lakrimal kese ve burun mukozasının üst dudakları karşılıklı olarak 6/0 vicryl ile anastomoz edildi daha sonra periost ve cilt altı 6/0 vicryl, cilt 6/0 prolensütür ile kapatıldı. Preoperative tek doz iv sefazolin 1 gr uygulandı, postoperatif amoksisilinklavulanik asit 1000 mg 2x1 ve naproksen sodyum tablet 2x1, netilmisindexamethasone kombinasyonu damla 8x1 ile birinci gün kontrolünden sonra 10.günde 2. kontrol planlanarak taburcu edildi. Postoperatif 1 gün kontrolünde enfeksiyon bulguları, silikon tüpün pozisyonu, gerginliği, yerleşimi ve epifora varlığı değerlendirilmiştir.

Bulgular

Bikanaliküler silikon tüp entübasyonlu DSR operasyonu uygulanan toplam 128 hastanın 78 kadın, 50 erkek idi. Yaş ortalaması 55 (min yaş 43, max yaş 76) dı. Sulanma şikâyetinin geçmesi ve pasajın irrigasyonla açık olması başarı olarak kabul edilmiştir. Olgular postoperatif 1.gün, 10. gün, 1. ay, 3. ay ve son olarak bikanaliküler silikon tüpün çıkarılması amacıyla 6. ayda kontrollere çağrılmıştır. Olgular en az 3, en fazla 27 ay takip edilmiştir ve ortalama takip süresi 12 aydır. Yapılan ilk kontrolde tüm olguların lavaj ile kanalın açık olduğu ve preoperatif tüm şikâyetlerinin kaybolduğu saptanmıştır. Hiçbir olgumuzda intraoperatif veya postoperatif ciddi bir komplikasyon gelişmemiştir. Postoperatif komplikasyonlar aşağıdaki tabloda belirtilmiş (Tablo 1).

Tablo 1. Postoperatif görülen komplikasyonlar ve oranları

Komplikasyonlar	Hasta Sayısı	Oranlar
Tüpün çıkması	7	%5,5
Nüks	8	%6,3
Kantal bölgede konjunktiva yürümesi	2	%1,6
Tüpe bağlı punktum erozyonu	3	%2,3
Cilt kesi alanında skar dokusu	2	%1,6

Tartışma

Nazolakrimal kanal tıkanıklığına bağılı epiforanın tedavisinde son yıllarda güncel endoskopik intranazal cerrahi teknikler kullanılmış olsa da, eksternal dakriosistorinostomi (DSR) tedavisi en başarılı yöntemdir. İlk defa 1904 tarihinde Toti tarafından tariflenen ve 1921 yılında Dupuy-Dutemps ve Boureguet tarafından modifiye edilen eksternal dakriosistorinostomi (DSR) yüksek başarıya sahip cerrahi yöntemdir (10). Endoskopik olmayan endonazal DSR, endoskopik DSR, lazer endoskopik endonazal DSR, balon dakriyoplasti gibi yeni yöntemlere rağmen literatürde cerrahi başarı %85- 99 arasında bildirilmekte olan eksternal DSR hala en etkin yöntemdir (1,14,15). Dakriosistorinostomide karşılaşılan çeşitli başarısızlık nedenleri mevcuttur. Bunlardan en önemlileri kemik pencerenin uygun olmayan lokalizasyonda ve boyutta olması, kese venazal mukoza arasındaki anastomozun kapanması, ortak kanalikül tıkanıklığı, anastomoz hattında granülasyon dokusu oluşumu, ön ve arka flepler arasında skar oluşumu, etmoid hücrelerin anastomoz bölgesine ilerlemesidir (11).

Bikanaliküler Silikon Tüp Entübasyonlu DSR operasyonunun cerrahi başarısı mukozal bir anastomozun yapılması ve bu anastomozun devamlılığının sağlanmasına bağlıdır ve teknik olarak zor olmakla birlikte deneyim gerektirmektedir. Cerrahi başarıyı etkileyen faktörler yumuşak dokulara travmatik davranılması, uygun osteotominin açılması, lakrimal kesenin lümenine ulaşacak şekilde uygun disseksiyonun yapılması, mukozal fleplerin uygun sütürasyonu, iyileşme sürecinde yumuşak dokuların cevabındaki kişisel farklılıklardır (13). Ortak kanalikül tıkanıklığı olan, nükselerde, lakrimal kesenin küçük ve fibrotik olduğu olgular, fleb kaybı ve uygun fleb sütürasyonu sağlanamayan olgularda silikon tüp kullanılması eksternal DSR'nin başarısını artırmaktadır (14).

Kazancı ve arkadaşlarının eksternal DSR yapılan 51 göz ile yaptıkları bir çalışmada tek flep ile çift flep yaptıkları olguları karşılaştırmış ve iki grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p=0.088$) (13). Ghasemi ve arkadaşlarının 113 göz ile yaptığı bir çalışmada silikon tüp entübasyonlu eksternal DSR sonrası başarı oranı %85 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada %15 başarısızlık nedenini tesbit etmek için yapılan endoskopik muayenede; %70 oranında septum deviasyonu, %53 oranında sıkı dokusu tespit edilmiş. Bu çalışmada vurgulanan başka bir sonuçta; eksternal DSR başarı oranını artırmak için preoperatif KBB konsültasyonunun önemine değinilmiştir (13).

Literatürde 388 olgu ile yaptıkları bir çalışmada eksternal DSR ile bikanaliküler silikon tüp entübasyonlu eksternal DSR sonuçlarını karşılaştırmış olup iki grup arasında yumuşak doku enfeksiyonları veya başarısızlık oranları açısından anlamlı fark bulunamamıştır. Aynı çalışmada antibiyotik profilaksisi ile silikon tüpe bağlı komplikasyonlar arasında anlamlı bir ilişki olmadığı da tesbit edilmiştir (15). Yapılan bir çalışmada reopere edilen 208 nüks vakada bikanaliküler silikon tüp entübasyonlu eksternal DSR cerrahisi tercih edilmiş olup nüks vakalarda'da başarı oranının yüksek olduğu üzerinde durulmuştur (11). Bir çalışmada 96 olguda klasik eksternal DSR'yi takiben adhezyonu önlemek için basit modifiye bir teknik olan ön flepleri yükseltme ve asma tekniğini kullanarak postoperatif %98,9 başarı oranı bildirilmiş (14).

Transkanalikuler Multidiod Lazer Dakriyosistorinostomi (TK-DSR) ile eksternal DSR tekniklerinin karşılaştırmalı yapılan çalışmada eksternal DSR ile anlamlı yüksek başarı oranına ulaşılabildiğini ifade etmişlerdir (16). Akyol ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada eksternal DSR ile bikanaliküler silikon tüp entübasyonlu eksternal DSR sonuçlarını karşılaştırmış olup, iki grup arasında başarı oranı anlamlı farklı bulunamamıştır. Silikon tüpe bağlı komplikasyonlar açısından ilk 3 ay sıkı takip yapılması gerektiğine vurgu yapılmıştır. Bazı çalışmalarda silikon tüp kullanımının cerrahi sonuçlar açısından olumlu etki ettiğine dair veriler bulunmaktadır (11,12,13). Bikanaliküler Silikon Tüp Entübasyonunun geçici stent olarak görev yaptığına ve iyileşme esnasında nazolakrimal drenaj sisteminin potent kalmasını sağladığına dair veriler bulunmaktadır (15,17). Postoperatif erken dönemlerden itibaren tüp çevresinden drenaj sayesinde hastalarda epiforaşikayetinin olmadığı bildirilmiştir (15,17). Literatürdeki bazı çalışmalarda ise silikon tüpün birtakım komplikasyonlara yol açarak, başarı oranını düşürdüğü ifade edilmiştir (18,19). Çalışmamızda bikanaliküler silikon tüplü eksternal DSR çift plep tekniği ile uygulanmıştır ve bu kombine cerrahinin etkinliğini değerlendirdiğimizde literatürle uyumlu olarak yüksek başarı oranı tesbit edilmiştir. Nazolakrimal kanal tıkanıklığı nedeniyle DSR silikon tüp implantasyonu yapılan hastalarımızın %6,3'ünde takipsüresince epifora tespit edilmemiştir. Çalışmamızda silikon tüpün entübasyon süresiliteratüre göre 4-6 ay olarak belirlenmiş (18,19) ve 6. ay da silikon tüplere ek tübe edilmiştir. Silikon tüplere bağlı olarak 128 gözün %5,5' sında komplikasyonlar görülmüştür. Cerrahi sırasında tüplerin gergin bırakılmasına bağlı %2,3 Hastada üst ve alt punktum erozyonu gelişmiş tüpün ekstübasyonu sonrasında düzelmiştir. %1,6 hastada kantal bölgede konjonktivairitasyonu ve buna bağlı konjonktiva yürümesi gözlenmiş ve silikon tüp

postoperatif 3. ayda çıkarılmıştır. Silikon tüpe bağlı olarak karşılaştığımız bu komplikasyonlar literatürde bildirilmiştir (19). Literatürde daha önce DSR yapılan ancaküks görülen hastalarınreoperasyonlarında silikon tüp kullanılmasının cerrahi sonucu olumluyönde etkilediği belirtilmiştir (11).

DSR ile birlikte silikon tüp kullanılanvakalarda postoperatif dönemde lavaj gereksimi olmaması avantajlarından biridir. Fakat silikon tüpe bağlı olabilecek komplikasyonları öngörebilmek ve erken müdahale edebilmek açısından hastaların postoperatif ilk 3 ay yakın takibinin gerekmektedir. Bikanalikulüer silikon tüp entübasyonlu DSR iyi bir alternatiftir olduğu kanısındayız.

Referanslar:

1. Duman S. Dakriyosistorinostomide klasik cerrahi yöntem. TOD Bahar Sempozyumu (Oküloplastik Cerrahi) 24-26Mayıs 1996, Rize, Sempozyum Bülteni, Erzurum 1996;1-44.
2. Dupuy-Dutemps L, Bourgeut M. Procedeplastique de dacryocystorhinostomie et ses resultants. AnnOcul 192;158: 241-61.
3. Orhan M, Pender C, Çalışkan S, Dayanır V, Bilgiç S. Lakrimal drenaj sistemi tıkanıklıklarında silikon tüp ile entübasyondakriyosistorinostomi yöntemi. Türk KlinOftal 1994; 3: 172-4.
4. Walland MJ, Rose GG. Theeffect of siliconeintubation on failureandinfectionratesafter DSR. OphthalmicSurg 1994; 25: 579-83.
5. Günel K, Sunay E, Saltođlu Z. Bikanalikulüer silikon entübasyonun komplikasyonu olarak enflamatuar kitle. T. Oft Gaz 1992;22: 546-8.
6. Rosen N, Sharir M, Moverman DC, Rosner M. Dacryocystorhinostomy with silicone tubes; evaluation of 253 cases. OphthalmicSurg 1989;20: 115- 9.
7. Allen K, Berlin AJ. Dacryocystorhinostomy failure. Association with nasolacrimal siliconein tubation. Ophthalmic Surg 1989; 20:486-9.
8. Erođul Ö. et al.,Eksternal ve Lazer Dakriosistorinostomi sonuçları, Acta Medica Alanya 2017;1:2
9. Hurwitz JJ. Lacrimal Surgery. Current OpinIn Ophth1990;1:521-6.
10. Dressner SC, Codere F, Brownsteins S, Jouve P. Lacrimal drainage system enflamatory masses from retained silicone tubing. Am J Ophthal1984;98:609-13.
11. Dortzbach R, France TD, Kusher BJ. Siliconein tubation for obstruction of the nasolacrimal duct in children. Am J Ophthalmol 1982; 94: 585-90.
12. Veloudious A, Harvey JT, Philippon M. Long-termplacement of silastic nasolacrimal tubes. Ophthalmic Surg 1991;4:225-7.

-
13. Kazancı B., Eksternal dakriyo sistörinostomi: Tek veya çift flepan astomozu , Dicle Med J, Cilt / Vol 40, No 4, 601-4.
 14. Welham RAN, Wulc AE. Management of unsuccessful lacrimal surgery. Br J Ophthalmol 1987;71:152-57.
 15. Yazıcıoğlu T. et al. Türkiye Klinikleri J Ophthalmol 2010;19(1):1-4
 16. Elwan S. A randomized study comparing DCR with and without excision of the posterior mucosal flap. Orbit 2003;22:7-13.
 17. Cokkeser Y, Evereklioglu C, Er H. Comparative external versus endoscopic dacryocystorhinostomy: results in 115 patients (130 eyes). Otolaryngol Head Neck Surg 2000;123:488-91.
 18. Deka A, Saikia SP, Bhuyan SK. Combined posterior flap and anterior suspended flap dacryocystorhinostomy: A modification of external dacryocystorhinostomy. Oman J Ophthalmol 2010;3:18-20.
 19. Ghasemi H. et al., External Dacryocystorhinostomy; Success Rate and Causes of Failure in Endoscopic and Pathologic Evaluations, Iran J Pathol. 2017; 12(3): 189-94.