

Klinik Çalışma

Primer Endonazal Endoskopik Dakriyosistorinostomi Sonuçlarımız

Yunus Kaplan^{*}, Arzu Öz^{**}, Çetin Gümüştaş^{***}, Ferit Kara^{****}

Özet

Amaç: Kronik nazolakrimal kanal obstrüksiyonu nedeniyle endonazal endoskopik dakriyosistorinostomi (DSR) uygulanan 27 hastanın sonuçlarının retrospektif olarak değerlendirilmesi.

Yöntemler: Çalışmaya Şubat 2011- Haziran 2013 tarihleri arasında endoskopik DSR uygulanan 27 hasta dahil edildi. Hastalar cerrahi sonrası 6-30 ay arasında endonazal muayene ile takip edildi. Olgular postoperatif 6. ayda epifora ve iatrojenik ostium açıklığı yönünden değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 27 hastanın (20 kadın, 7 erkek) yaşları 12-70 arasında değişmekteydi. 3'ü bilateral, 24'ü unilateral olmak üzere toplam 30 endoskopik DSR uygulandı. Cerrahi işlem sonrası 6 aylık takipte işleminin 26'sında (%86.6) semptomlarda iyileşme saptanırken, 4'ünde (%13.4) şikayetlerde anlamlı bir gerilemenin olmadığı tespit edildi.

Sonuç: Endoskopik DSR, eksternal DSR ile karşılaştırıldığında yüksek başarı oranı, görünür iz bırakmaması, kısa ameliyat süresi ve çabuk iyileşme süresi ile dikkat çekmektedir.

Anahtar kelimeler: Epifora, Endoskopik, Endonazal, Dakriyosistorinostomi

Lakrimal kese veya nazolakrimal kanal tıkanıklıklarında dakriyosistorinostomi (DSR), mevcut patolojiyi kese ile nazal mukoza arasında bir geçiş sağlayarak ortadan kaldıran bir cerrahi yöntemdir.

Nazal rijit endoskopilerin gelişmesi, endoskopik intranazal cerrahide görüntüleme ve uygulama olanaklarını artırmış ve lakrimal sistem tıkanıklıklarında endoskopik uygulamaların gündeme gelmesini sağlamıştır (1-3).

Nazolakrimal duktus tıkanıklığı olan hastalara endoskopik yaklaşım eksternal cerrahi ile karşılaştırıldığında yüzde kesi olmaması, kısa ameliyat süresi, intraoperatif kanamanın az olması ve lakrimal pompa mekanizmasının korunması gibi birçok yönden avantajlı görünmektedir (4,5). Bununla birlikte hem

eksternal hemde primer endoskopik DSR'deki başarısızlık oranı %5-20 arasında görülebilmektedir (6,7).

Bu çalışmamızda, epifora şikayetiyle hastanemize başvuran ve kronik dakriyostenoz tanısı alan hastalarda uyguladığımız endoskopik endonazal DSR sonuçlarımızı retrospektif olarak değerlendirdik.

Gereç ve Yöntem

Şubat 2011 ile Haziran 2013 tarihleri arasında Kulak Burun Boğaz polikliniğine, Göz Hastalıkları bölümünün yönlendirmesi nedeni ile başvuran 27 kronik dakriyostenozlu hasta değerlendirildi. Çalışmaya dahil edilen 27 hastanın 20'si kadın 7'si erkek olup yaşları 12 ile 70 arasında değişmekte idi. Olguların tanısı Göz Hastalıkları bölümünde konulmuştu ve epifora şikayetleri mevcuttu. Bu hastalar endoskopik nazal muayene, dakriyosintigrafi ve paranazal sinüs bilgisayarlı tomografi (BT) ile değerlendirildi. Dakriyosintigrafide lakrimal kese ve distalinde tıkanıklık tespit edilen hastalara cerrahi tedavi planlandı. Kronik dakriyostenoz nedeniyle 27 hastaya 24'ü tek taraflı, 3'ü bilateral olmak üzere toplam 30 endoskopik endonazal DSR uygulandı.

Tüm endoskopik DSR hastalarında genel anestezi tercih edildi. Girişim sırasında 0 ve 30 derece rijid endoskop, metal prob ve silikon stent kullanıldı. Preoperatif 5 dakika intranazal %0.25'lik fenilefrin ile ıslatılmış pamuk

*Özel Batman Dünya Hastanesi KBB Kliniği, Batman, Türkiye

**Ödemiş Devlet Hastanesi KBB Kliniği İzmir, Türkiye

***Özel Batman Dünya Hastanesi Göz Kliniği, Batman, Türkiye

****Elazığ Devlet Hastanesi KBB Kliniği Elazığ, Türkiye

Sorumlu Yazar: Uzm. Dr. Yunus KAPLAN

Özel Van İstanbul Hastanesi KBB Kliniği, Van, Türkiye

Tlf: 0553 482 17 33

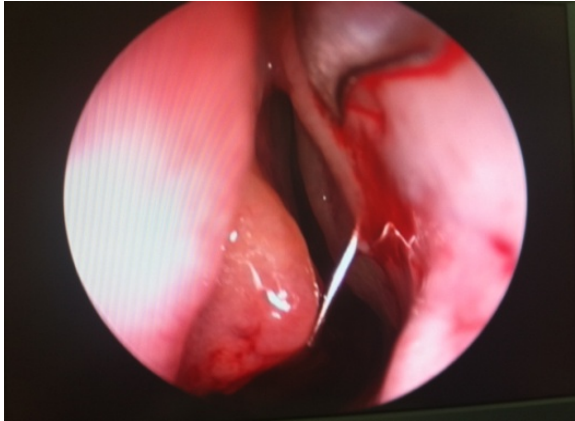
E-mail: ykaplan79@hotmail.com

Makalenin Geliş Tarihi: 21.05.2014

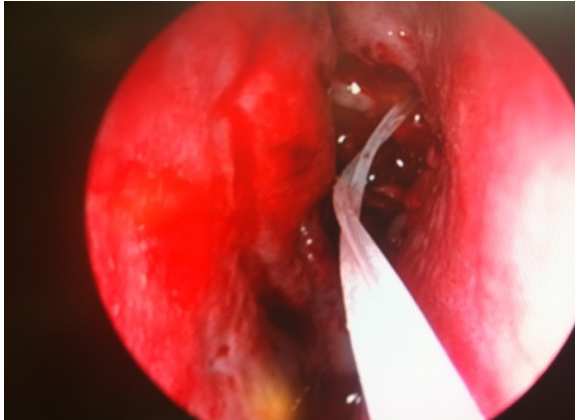
Makalenin Kabul Tarihi: 22.12.2014

uygulandı. Sonrasında orta konka, orta konka yapışma yeri ve lateral nazal duvarda maksiler çizgiye doğru 1/100000'lik adrenalinli lidokain enjekte edildi.

Orak bistüri ile orta konka yapışma yerinin önündeki mukozaya kenar uzunluğu 1cm olan kare şeklinde kesi yapıldı. Elevatör kullanılarak periostla birlikte mukozaya eleve edilip dışarı alındı. Kemik doku ortaya kondu. Kesici ve elmas tur kullanılarak kemik doku turlanıp kese görünür hale getirildi. Alt punktumdan metal prob ile lakrimal kanal genişletilip vertikal doğrultuda ilerletilip kesedeki kabarıklığı görüldü. Kese mediyal duvarına orak bistüri ile kesi yapıldı. Forsepsle kese mediyal duvarı çıkarıldı. Metal prob geri çıkarılarak silikon stent kanalikülden ilerletilip kese içinden görünür (Resim 1) olduktan sonra çekildi. Daha sonra üst punktum dilate edilerek silikon stent üst kanalikülden sokularak kese içinden görülerek çekildi. Silikon stentlerin uçları kesilerek silikon tüpün iki ucu burun içinde birbirine bağlandı (Resim 2). Kanama kontrolü yapıldıktan sonra orta meatusa spongostan yerleştirilerek ameliyata son verildi.



Resim 1. Metal prop ile kanalikülden stent ilerletildi.



Resim 2. Silikon stentlerin uçları kesilerek silikon tüpün iki ucu burun içinde birbirine bağlandı.

Hastaların 8'inde endoskopik endonazal DSR ile birlikte endoskopik nazal cerrahi girişimler uygulandı. 5 hastada endoskopik septoplasti, 3 hastada endoskopik konka bülloza rezeksiyonu, 1 hastada da submukozal inferior konka rezeksiyonu yapıldı.

Tüm hastalara postoperatif 5 gün oral antibiyotik tedavisi uygulandı. 6 hafta betametazon içeren göz damlası ve triamsinolon içeren nazal sprey uygulandı. Hastalar operasyondan sonra yedinci günde kontrole çağrıldı. Daha sonraki kontrolleri silikon stentleri çıkarılana kadar ayda bir yapıldı. Silikon stentleri 3 ay sonra çıkarıldı. Hastalar cerrahi sonrası 6 ay ile 16 ay arasında değişen sürelerde takip edildi. Hastalar silikon tüpleri çıkarıldıktan sonra 1., 3. ve 6. aylarda çağrılarak epifora şikayeti sorgulandı. Postoperatif 6. ayda operasyonların başarı oranları değerlendirildi. Nazolakrimal kanal-açıklığı, punktumdan siyah uçlu enjektör ile izotonik sıvı irrigasyonu sonrası endoskopik muayene ile iatrojenik ostium açıklığı ve sıvı gelişi izlenerek değerlendirildi. Epifora şikayetinin tamamen ortadan kalkması ve punktumdan sıvı gelişi tam iyileşme olarak kabul edildi.

Bulgular

Hastaların preoperatif endoskopik muayenelerinde ve paranazal tomografi sonuçlarında, 5 olguda septum deviasyonu, 3 olguda konko bülloza ve 1 olguda inferior konka hipertrofisi tespit edildi.

Hastalara 24'ü unilateral, 3'ü bilateral olmak üzere toplam 30 endoskopik endonazal DSR uygulandı. Vakaların 9'unda DSR ile birlikte eşzamanlı endoskopik girişimler uygulandı. 5 hastada endoskopik septoplasti, 3 hastada endoskopik konka bülloza rezeksiyonu, 1 hastada submukozal inferior konka rezeksiyonu operasyonları yapıldı.

Cerrahi sonrası 6 aylık takipte hastaların 24'ünde tek taraflı, 3'ünde bilateral olmak üzere 30 DSR işleminin 26'sında (%86.6) semptomlarda tam iyileşme sağlanırken 4'ünde (%13.4) şikayetlerinde gerileme olmadığı tespit edildi.

Tartışma

Dakriyosistorinostomi, düşük basınçlı lakrimal bypass sistemi oluşturmak amacıyla lakrimal keseyi doğrudan nazal kaviteye açmak olarak tanımlanabilir. Bu prosedür intranasal veya eksternal yolla gerçekleştirilebilir.

Eksternal yaklaşım ilk olarak Toti (8) tarafından 1904 yılında, intranasal yaklaşım ise

ilk defa Caldwell (9) tarafından 1893 yılında tanımlanmıştır. Endoskopik endonazal DSR ise ilk olarak 1989 yılında McDonough ve Meiring tarafından konjenital veya edinsel nazolakrimal duktus tıkanıklılığı olan hastaların tedavisi için tanımlanmıştır (1).

Intranazal DSR, eksternal bir insizyona ihtiyacı ortadan kaldırarak medial kantus ve beraberindeki anatomik yapılara dolayısıyla lakrimal pompa mekanizmasına yönelik cerrahi travmayı en aza indiren metottur (10,11).

Nazal endoskopun, yüksek görüntüleme yeteneği ile hem ostium bölgesinde skarlaşma hemde eşlik eden diğer intranazal patolojileri saptamada ve bu patolojilere müdahale etmede sağladığı avantajlar, endoskopik endonazal DSR işleminin lakrimal sistem tıkanıklıklarında kullanma sıklığını artırmıştır (12).

Literatürde bildirilen DSR başarı oranlarının kullanılan tekniğe ve otörlere göre değişiklik gösterdiğini ve karşılaştırmak için herhangi bir standardizasyonun olmadığı görülmektedir. Çeşitli çalışmalarda eksternal DSR ameliyatının başarıları %77 ile %100 arasında değişmektedir (13). Hartikainen ve ark. (14) ostium açıklığına göre endonazal ve eksternal yöntemleri karşılaştırdığında, başarı oranını endoskopik DSR için %75, eksternal DSR için %91 olarak belirtmişlerdir. Fakat aynı çalışmada dakriyosistografi ile yapılan değerlendirmede endoskopik endonazal -DSR tekniğinde ostium açıklığı %90, eksternal DSR'de ise %76 bulunmuştur ve endoskopik yöntemin fonksiyonel yönden daha üstün olduğunu belirtmişlerdir.

Önerci ve ark.'nın (15), çalışmasında endoskopik endonazal DSR'nin başarı oranı tecrübeli cerrahların elinde %94.4, tecrübesiz cerrahların elinde ise %58 olarak bildirilmiştir.

Bizim çalışmamızda ise başarı oranımız (%86.6) olarak bulunmuştur. Başarı oranımız literatür ile uyumlu olarak tespit edilmiştir. Bu yüksek başarı oranı endoskopik DSR ile eş zamanlı olarak septoplasti, konka bülloza rezeksiyonu ve inferior konka submukozal rezeksiyonu uygulamamız ile ilişkili olabilir.

Sonuç olarak endoskopik endonazal DSR nazolakrimal kanal tıkanıklıklarında düşük nüfus ve komplikasyon oranı, yüksek hasta konforu, kısa iyileşme periyodu ve yara izi bırakmaması gibi avantajlarından giderek daha sık tercih edilmektedir.

Bizim çalışmamızda başarı oranları açısından literatür ile uyumlu olarak sonuçlanmıştır.

Our Results of Primary Endonasal Endoscopic Dacryocystorhinostomy

Abstract

Aim: To evaluate retrospectively the outcomes of 27 patients who presented with chronic nasolacrimal duct obstruction who had undergone endonasal endoscopic dacryocystorhinostomy (DCR).

Methods: 27 patients were included to study who had undergone endonasal endoscopic DCR between February 2011–June 2013. After operations, patients were followed up 6-30 months with endonasal examination. Cases were evaluated for epiphora and iatrogenic ostium size at postoperative 6th month.

Results: There were 27 patients (20 female, 7 male) between the age of 12-70 years. 3 cases were bilateral, 24 were unilateral; a total of 30 endoscopic DCRs were performed. At the 6 months follow-up period after surgery; symptomatic improvement was observed in 26 operations (86.6%). However, there were no regression in symptoms at 4 operations (13.4%).

Conclusions: Comparison of endoscopic and external DSR; endoscopic DCR is beneficial for leaving no surgical scar, equivalent success rates, shorter surgical time and shorter recovery period.

Key words: Epiphora, endoscopic, Endonasal, Dacryocystorhinostomy.

Kaynaklar

1. Becker BB. Tricompartment model of the lacrimal pump mechanism. *Ophthalmology* 1992; 99(7):1139-1145.
2. Dresner SC, Klussman KG. Outpatient dacryocystorhinostomy. *Ophthalmic Surg* 1991; 22(4):222-224.
3. Hurwitz JJ, Archer KF, Gruss JS. Double stent intubations in difficult post traumatic dacryocystorhinostomy. *Ophthalmic Surg* 1988; 19(1):33-36.
4. Presutti L. Endonasal dacryocystorhinostomy. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 1995; 15(6):449-453.
5. Par I, Pliskvova I, Pich J. Endoscopic endonasal dacryocystorhinostomy: Indications, technique and result. *Cesk Slov Oftalmol* 1998; 54(6):387-391.
6. Dolman PJ. Comparison of external dacryocystorhinostomy with nonlaser endonasal dacryocystorhinostomy. *Ophthalmology* 2003; 110(1):78-84.
7. Tsirbasa A, Davis G, Wormald PJ. Mechanical endonasal dacryocystorhinostomy versus external dacryocystorhinostomy. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 2004; 20(1):50-56.
8. Toti A. Nuovo metodo conservatore di cura radicale delle suppurazioni croniche del sacco

- lacrimale (dacriostorinostomia). Clin Mod Pisa 1904; 10:385-387.
9. Caldwell GW. Two new operations for obstruction of the nasal duct with preservation of the canaliculi, and incidental description of a new lacrimal probe. NY Med J 1893; 57:581.
 10. Veloudios A, Harvey JT, Philippon M. Long term placement of silastic nasolacrimal tubes. Ophtalmic Surg 1991; 22(4):225-227.
 11. Whittet HB, Shun-Shin GA, Awdry P. Functional endoscopic transnasal dacryocystorhinostomy. Eye (Lond) 1993; 7(4):545-549.
 12. Malhotra R, Wright M, Olver JM. A consideration of the time taken to do dacryocystorhinostomy (DCR) surgery. Eye (Lond) 2003; 17(6):691-696.
 13. Ben Simon GJ, Joseph J, Lee S, Schwarcz RM, McCann JD, Goldberg RA. External versus endoscopic dacryocystorhinostomy for acquired nasolacrimal duct obstruction in a tertiary referral center. Ophthalmology 2005; 112(8):1463-1468.
 14. Hartikainen J, Antila J, Varpula M, Puukka P, Seppä H, Grénman R. Prospective randomized comparison of endonasal endoscopic dacryocystorhinostomy and external acryocystorhinostomy. Laryngoscope 1998; 108(12):1861-1866.
 15. Önerci M, Orhan M, Öğretmenoğlu O, Irkeç. M. Long-term results and reasons for failure of intranasal endoscopic dacryocystorhinostomy. Acta Otolaryngol 2000; 120:319-322.