KBB ve BBC Dergisi, 13 (2-3): 49–52, 2005

Primer ve Revizyon Olgularda Endoskopik Endonazal Dakriyosistorinostomi Sonuçlarımız

Results of Primary and Revision Endoscopic Endonasal Dacriocystorhinostomy

Dr. Evrensel İLKDOĞAN, Dr. Mustafa KAYMAKÇI, Dr. Cafer ÖZDEM
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Kulak Burun Boğaz Kliniği

ÖZET

Endonazal görüntüleme yöntemlerindeki gelişmeye paralel olarak son yıllarda endoskopik dakriyosistorinostomi ameliyatı eksternal yaklaşıma alternatif hale gelmiştir. Medial kantus üzerinde skar oluşmaması, medial kantal anatomiye ve lakrimal pompa fonksiyonuna zarar vermemesi, intranazal anatominin de aynı anda değerlendirilebilmesi, ameliyat sonrası hastanede kalış süresinin kısa olması endoskopik yaklaşımı eksternal yaklaşıma göre avantajlı hale getirmiştir. Bu çalışmada, Aralık 2002 ile Mart 2004 tarihleri arasında endoskopik endonazal dakriyosistorinostomi ameliyatı yapılmış olan 23 olgu retrospektif olarak incelenmiş ve sonuçları sunulmuştur. Olguların 8'i primer, 15'i ise daha önce eksternal dakriyosistorinostomi ameliyatı ile başarı elde edilememiş revizyon olgulardı. Ortalama 16 aylık izlem süresinde primer intranazal dakriyosistorinostomi yapılan olgularda %87,5, eksternal dakriyosistorinostomi revizyonu yapılan olgularda %80 cerrahi başarı sağlanmıştır. Endoskopik endonazal yaklaşım, lakrimal kese ve nazolakrimal kanal tıkanıklığının hem primer tedavisinde hem de başarısız eksternal dakriyosistorinostomi revizyonlarında uygulanabilecek başarılı bir cerrahi yöntemdir.

Anahtar Sözcükler
Endonazal dakriyosistorinostomi, nazal endoskopi, nazolakrimal stenoz

ABSTRACT

Development in the endonasal visualisation techniques in recent years popularized the endoscopic dacriocystorhinostomy (DSR) as an alternative to the external approach. Avoidance of scars in the medial canthus, avoidance of disruption of medial canthal anatomy and pump function, allowing visualization of intranazal anatomy and shortening of the hospitalization time made the endoscopic technique more advantageous than the external one. We present the results of our retrospective study of 23 patients who underwent endoscopic endonasal DSR between December 2002 and March 2004. Eight cases had primary endoscopic endonasal DSR and 15 cases had revision endoscopic DSR secondary to previously failed external operation. Mean follow up time was 16 months. The procedure was successful in %87,5 of primary endoscopic DSR cases and %80 of revision endoscopic DSR cases. The endoscopic endonasal approach is a successful procedure in the management of lacrimal stenosis both after failed external DCR and primary cases.

Keywords
Endonasal dacriocystorhinostomy, nasal endoscopy, nasolacrimal stenosis

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: ***25.04.2005*** • *Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih:* ***01.04.2006***

Yazışma Adresi
Dr. Evrensel İLKDOĞAN
06510, 60. Sokak 54/1 Emek/ANKARA
Tel: 0312 223 87 63 GSM: 0532 782 17 16 E-posta: evrenselilkdogan@yahoo.com

GİRİŞ

Dakriyosistorinostomi; lakrimal kese veya nazolakrimal duktustaki tıkanıklığı ortadan kaldırmak için yapılan, lakrimal keseyi nazal kaviteye birleştirme ameliyatıdır. Eksternal dakriyosistorinostomi (EKS-DSR) ameliyatı ilk kez 1904 yılında Toti tarafından tanımlanmıştır (1). West'in 1911 yılında endonazal dakriyosistorinostomi ameliyatını tarif etmesinden uzun yıllar sonra, 1989 yılında Mc Donogh ve Meiring endoskopik endonazal dakriyosistorinostomi (END-DSR) ile ilgili ilk klinik çalışmayı yayınlamışlardır (2).

Endoskop ve cerrahi aletlerdeki teknolojik ilerlemeye paralel olarak endoskopik sinüs cerrahisinin yaygınlaşması ile birlikte END-DSR ameliyatları da daha sık yapılır olmuş ve EKS-DSR'ye güzel bir alternatif haline gelmiştir.

Kliniğimizde 2001 yılından bu yana lakrimal stenozun cerrahi tedavisinde, hem primer hem de başarısız EKS-DSR sonrası revizyon olgularında END-DSR yöntemini kullanmaktayız.

YÖNTEM ve GEREÇLER

Aralık 2002-Mart 2004 tarihleri arasında kronik dakriyosistit ve epifora nedeniyle endonazal endoskopik dakriyosistorinostomi ameliyatı yapılan 23 olgu (14 kadın, 9 erkek; ort. yaş 48; dağılımı 24-62) çalışmaya alındı. Olguların tümü 1-3 yıl arasında, ortalama 16 aylık izlem süresince düzenli olarak izlendi. Ameliyat edilen olgulardan 15'ine daha önce başka bir merkezde EKS-DSR ameliyatı yapılmıştı. Diğer 8 hasta primer olgulardı.

Medial kantus üzerinde şişlik ve hiperemi, epifora, kronik dakriyosistite bağlı punktumdan püy gelişi en sık görülen bulgulardı.

Operasyon öncesi tüm hastalara tam bir göz ve kulak-burun-boğaz muayenesi yapıldı. Tanı amacıyla tüm hastalara lakrimal kanal kateterizasyonu ve lakrimal salin irrigasyonu yapıldı.

Etyolojik faktörlerin araştırılması amacıyla tüm hastalara preoperatif nazal endoskopi ve bilgisayarlı tomografi incelemesi yapıldı. Hastaların tümünde, eşlik eden çeşitli patolojik bulgulara rastlandı (Tablo 1).

Ameliyat lokal (16 hasta) veya genel anestezi (7 hasta) eşliğinde yapıldı. Nazal mukozanın %1'lik lidokain ve 1:100.000'lik adrenalin emdirilmiş pamuk tamponlarla dekonjeste edilmesini takiben, orta konkanın lateral nazal duvara yapışma yerinin anterioruna %1 lidokain ve 1:100.000 adrenalin içeren lokal anestezik madde infiltrasyonu yapıldı.

Tablo 1. Preoperatif değerlendirmede saptanan eşlik eden bulgular

Bulgu	Sayı	Yüzde
Septum deviasyonu	15	%65.2
Maksiller sinüzit	4	%17.4
Orta konka hipertrofisi	3	%13
Nazal polipozis	1	%4.3

Orak bıçak yardımıyla lateral nazal duvar üst kısmında, orta konka önünde yerleşim gösteren 1x1 cm boyutlarındaki nazal mukozaya birbirine paralel iki yatay ve iki düşey insizyon yapıldı. Mukoza eleve edilerek dışarıya alındı. Primer olgularda, kesenin üzerini örten lakrimal fossanın maksiller bölümüne ait 1x1 cm boyutlarındaki kemik doku çekiç-keski yardımıyla çıkarıldı. İnferior kanalikulustan yerleştirilen prob yardımıyla kese lokalizasyonu saptandıktan sonra, orak bıçak yardımıyla keseye düşey insizyon yapılarak kesenin medial duvarı kaldırılıp rezeke edildi. Üst ve alt kanaliküller yoluyla nazal kaviteye silastik stentler yerleştirildi ve uçları burun içinde birbirine bağlanıp 2 ay sonunda çıkarılması planlandı. Hastalara postoperatif geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı ve serum fizyolojik ile burun lavajı önerildi.

Septumu END-DSR ameliyatının yapılmasını zorlaştıracak şekilde deviye olan 2 hastaya da aynı seansta septoplasti ameliyatı yapıldı. 1 hastada ileri derece hipertrofik orta konkaya yönelik eş zamanlı cerrahi konka küçültülmesi ameliyatı yapıldı. Minimal nazal polipozis saptanan 1 olguya postoperatif medikal tedavi uygulandı.

BULGULAR

Hastalarda semptomların ortadan kalkması ve silastik stentlerin alınmasını takiben yapılan lakrimal lavajla açıklığın gösterilmesi başarı olarak kabul edildi. Postoperatif 60 ile 80. günler arası yapılan değerlendirmede 4 hastada şikayetlerinin devam ettiği saptandı. Bu hastaların yapılan nazal endoskopilerinde 3 hastada granülasyon dokusunun rinostomi açıklığını kapattığı tespit edildi. Granü-

lasyon dokusunun temizlenmesine karşın hastaların semptomlarında düzelme olmadı. 1 hastada neden bulunamadı.

19 hastada (%82,6) semptomlar tamamen düzeldi. 4 hastada restenozla karşılaşıldı. Primer END-DSR yapılan 8 hastanın 7'sinde (%87,5) ameliyat başarılı sonuçlanırken, revizyon END-DSR yapılan 15 hastanın 12'sinde (%80) başarılı sonuç alındı.

TARTIŞMA

Lakrimal kese ve daha aşağı seviyelerdeki tıkanıklıkların tedavisinde kullanılabilecek, temel olarak iki farklı ameliyat tekniği vardır:

1. Transnazal endoskopik dakriyosistorinostomi
2. İlk kez Toti tarafından tarif edilen, eksternal yaklaşım.

Endoskop ve endoskopik cerrahi alet teknolojisindeki ilerlemelere paralel olarak END-DSR yaklaşımı, klasik EKS-DSR ameliyatına alternatif hale gelmiştir. EKS-DSR yaklaşımı deneyimli ellerde %90'a varan oranlarda başarı sağlayabilmesine karşın, endonazal yaklaşıma göre bazı dezavantajları vardır (3).

Endonazal yaklaşım; ciltte skar izi bırakmaması, daha az travmatik olması, medial palpebral ligamentlerin kesilmemesi ve lakrimal pompa fonksiyonlarının korunması, aynı anda intranazal anatominin de değerlendirilebilmesi ve olası etiyolojik faktörlere yönelik girişim yapılabilmesi, kısa hastanede kalış süresi, ameliyat sırasında daha az kanama olması, burun tamponu kullanılmasına gerek duyulmaması gibi üstünlükleriyle EKS-DSR yaklaşımına iyi bir alternatif olma özelliğindedir (2,4).

Weidenbecher ve arkadaşları lakrimal sistem stenozu nedeniyle END-DSR ameliyatı yaptıkları 56 hastanın preoperatif incelemesinde hastaların %72'sinde septum deviasyonu, %32'sinde maksiller sinüzit, %20'sinde konkalarda hipertrofi, %14'ünde nazal polipozis saptadıklarını belirtmişlerdir (3).

Olgularımızın preoperatif muayenesinde %65.2 oranında septum deviasyonu, %17.4 oranında maksiller sinüzit, %13 oranında orta konka hipertrofisi, %4.3 oranında nazal polipozis görülmüştür.

Lakrimal kesenin intranazal lokalizasyonunun bulunmasında Şan ve arkadaşları "Endo-illuminator" denilen transkanaliküler fiberoptik ışık kordunun başarı ile kullandıklarını belirtmişlerdir (5). Önerci, ameliyat maliyetini arttırması, ışığının yetersiz olması ve kese lokalizasyonunun tespitinin kolay olması nedeniyle kullanımının gereksiz olduğunu belirtmiştir. Bizim çalışmamızda lakrimal kesenin lokalizasyonu, inferior kanalikulustan yerleştirilen prob yardımı ile bulunmuştur.

Eksternal dakriyosistorinostomi sonrasında hastanın şikayetlerinde düzelme olmaması hem hasta hem de hekim açısından cansıkıcı bir durumdur. Revizyon EKS-DSR tekniğinde lakrimal sisteme ulaşılması cilt insizyonunun tekrar yapılmasını ve skar dokusu içeren cerrahi sahada çalışmayı gerektirir (6).

EKS-DSR başarısızlık nedenleri kemik dokudan ziyade yumuşak doku kaynaklıdır (7). Saptanabilen en sık başarısızlık nedenleri; granülasyon dokusu, fibrozis ve cerrahi ostium ile orta konka mukozası arasında oluşan yapışıklıklar nedeniyle ostiumun kapanmasıdır (8,9). EKS-DSR sonrası revizyon END-DSR planladığımız 15 olgunun tümünde yoğun fibrotik doku oluşumunun cerrahi ostiumun kapanmasına neden olduğunu tespit ettik. 4 olguda fibrotik dokunun eksizyonu sonrası ostiumun yetersiz açıldığı görüldü ve lakrimal kemikteki açıklık genişletildi.

Yücel ve ark. başarısız EKS-DSR ameliyatı sonrası END-DSR ile revize edilen 10 olguluk retrospektif çalışmalarında ortalama 49 aylık izlem süresinde %80 cerrahi başarı oranı bildirmişlerdir. Başarı elde edilemeyen 2 olgunun 1'nde yoğun fibrotik doku, diğerinde intranazal sineşi görüldüğünü belirtmişlerdir (10).

Yalçın ve ark. END-DSR ameliyatı yaptıkları 4'ü revizyon toplam 30 olguluk çalışmalarında olguların %87'sinde şikayetlerin ortadan kalktığını, %3'nde ise kısmi düzelme olduğunu bildirmişler ve END-DSR'nin etkili ve güvenli bir yöntem olarak, nazolakrimal kanal tıkanıklığının cerrahi tedavisinde EKS-DSR'ye alternatif bir cerrahi tedavi yöntemi olabileceğini belirtmişlerdir (7).

El-Guindy ve arkadaşları uzun süreli takiplerde birincil olgularda, EKS-DSR ameliyatının sonuçlarının END-DSR ameliyatının sonuçlarından daha başarılı olduğunu ancak revizyon olgularda END-DSR nin daha avantajlı olduğunu belirtmişlerdir (2). Rice, END-DSR ameliyatının kese üzerindeki kemiğin defektif olduğu revizyon olgularda özellikle tercih edilmesi gerektiğini belirtmiştir (11).Revizyon olgularda başarı oranlarını Metson %75 (12), Boush ve arkadaşları (%83,3) (13) olarak açıklamışlardır.

END-DSR ameliyatının başarı oranlarının oldukça yüz güldürücü olduğu görülmektedir. Başarı oranı Akıner'in çalışmasında %83,3 (14), Weidenbecher ve arkadaşlarının çalışmasında %86 (3), Whittet ve arkadaşlarının çalışmasında %94,7 (1), Önerci'nin çalışmasında %93,3 (15) olarak bildirilmiştir.

Bizim çalışmamızda düzenli izlemleri yapılan 23 hastanın 19'unda (%82,6) başarılı sonuç elde edilmiştir. Daha önce EKS-DSR ameliyatı yapılmış 15 olgunun 12'sinde (%80) EDN-DSR ameliyatı ile başarılı sonuç alınmıştır.

Birincil olguların KBB Kliniğine çok sık başvurmamalarından ötürü, hasta sayısının az olması nedeniyle gerçek bir başarı oranı vermek güçtür. Kendi olgularımızdan edindiğimiz deneyimlere göre; cerrahın deneyimi arttıkça ameliyat süresi kısalmaktadır, granülasyon dokuları erken dönemde ve nazikçe temizlenmelidir, slikon stentlerin granülasyon dokusu oluşumunu arttırmalarından dolayı postperatif 2.ay tamamlanınca stentler alınmalıdır.

Sonuç olarak; END-DSR ameliyatı özellikle EKS-DSR sonrası nüks olgularda olmak üzere lakrimal stenozların tedavisinde güvenle kullanılabilecek seçkin bir cerrahi girişim şeklidir.

KAYNAKLAR

1. Whıttet HB, Shun-Shın GA, Awdry P. Functional endoscopic transnasal dacryocystorhinostomy. Eye.1993;7 (Pt 4) :545-549.
2. El-Guındy A, Dorgham A, Ghoraba M. Endoscopic revision surgery for recurrent epiphora occurring after external dacryocystorhinostomy. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2000; 109(4):425-430.
3. Weidenbecher M, Hosemann W, Buhr W. Endoscopic endonasal dacryocystorhinostomy: results in 56 patients. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1994;103 (5 Pt 1): 363-367.
4. Önerci M. Endoskopik Sinüs Cerrahisi. Ankara: Kutsan Ofset; 1999.
5. Şan İ, Gürler B. Endoscopic Dacryocystorhinostomy: "Operative Problems in the İnitial Cases". Türk Otolarengoloji Arşivi. 2002; 40(4):258-263.
6. Metson R. The endoscopic approach for revision dacryocystorhinostomy. Laryngoscope. 1990; 100: 1344-1347.
7. Maurıello JA JR, Vadehra VK. External dacryocystorhinostomy without mucosal flaps: comparison of petroleum jelly gauze nasal packing with gelatin sponge nasal packing. Ophthalmic Surg Lasers. 1996; 27:605-611.
8. Allen KM, Berlın AJ, Levıne HL. Intranasal endoscopic analysis of dacryocystorhinostomy failure. Ophthal Plast Reconstr Surg. 1988; 4: 143-145.
9. Steadman MG. Transnasal dacryocystorhinostomy. Otolaryngol Clin North Am. 1985; 18: 107-111.
10. Yücel T, Öğretmenoğlu O, Orhan M, Önerci M. İntranazal endoskopik dakriyosistorinostomide uzun dönem sonuçları ve başarısızlık nedenleri. KBB ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi. 1999; 7(1): 20-24.
11. Rıce DH. Endoscopic intranasal dacryocystorhinostomy results in four patients. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1990 Sep;116 (9):1061.
12. Metson R. Endoscopic surgery for lacrimal obstruction. Otolaryngol Head Neck Surg. 1991;104:473-479.
13. Boush GA, Lemke BN, Dortzbach RK. Results of endonasal laser-assisted dacryocystorhinostomy. Ophthalmology. 1994;101:955-959.
14. Akıner M, Anadolu Y, Aktürk T, Uğurbaş S.H, Zilelioğlu G. Endoskopik transnazal dakriyosistorinostomi. KBB ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi. 1996; 4(1):44-48.
15. Önerci M, Orhan M, Erdener U.: Intranazal endoscopic surgery with silicone intubation for lacrimal obstruction. Am J Rhinol. 1996; 10(11):93-95.