

ENDOSKOPIK ENDONAZAL DAKRİYOSİSTORİNOSTOMİ

ENDOSCOPIC ENDONASAL DACRYOCYSTORHINOSTOMY

Dr. Fatih YALÇIN (*), Dr. Meltem YALÇIN (), Dr. Adnan ÜNAL (*),
Dr. ALİ ALTUNTAŞ (*), Dr. Hikmet HASİRİPİ (**), Dr. Yıldırım NALÇA (*)**

ÖZET: Günümüzde rijid endoskoplaklakrimal kese bölgesi de dahil olmak üzere nasal kavite yapılarına müdahale güvenli hale gelmiştir.

Nazolakrimal kanalın tam tıkalı olduğu 30 olguya Endoskopik Endonazal Dakriyosistorinostomi yapılmıştır. 30 olgunun 4'ü revizyon cerrahisidir. Postoperatif %87 olgu şikayetlerinden kurtulmuş, %3 olguda ise kısmi düzelme olmuştur. Bu yöntem etkili ve güvenli olarak görünmektedir ve nazolakrimal kanal tıkanıklığının cerrahi tedavisinde Eksternal Dakriyosistorinostomi'ye alternatif olarak düşünülmelidir.

Anahtar Sözcükler: Nazolakrimal Kanal, Endoskopik Endonazal Dakriyosistorinostomi

SUMMARY: Currently available rigid nasal endoscopes are safe for intranasal manipulation of structures of the nasal cavity, including the region of the lacrimal sac.

30 patients with complete stenosis of the nasolacrimal duct were treated by endoscopically controlled endonasal dacryocystorhinostomy. Revision surgery was done in 4 of these cases. 87% patients were symptom free. and 3% of these felt improved postoperatively. This procedure appears to be a safe and effective, which should be considered as alternative to be external dacryocystorhinostomy for the surgical treatment of the nasolacrimal duct obstruction.

Key Words: Nasolacrimal duct, Endoscopic Endonasal Dacryocystorhinostomy

GİRİŞ

Lakrimal drenaj sisteminin akkiz tıkanıklıklarının en önemli kısmını sürekli göz yaşarması ve zaman zaman akut ataklarla kese bölgesinde şişlik, kızarıklık ile kendini gösteren kronik dakriyosistitler oluşturmaktadır. Bu vakalarda tedavi, cerrahi yöntemlerle yapılmaktadır.

İlk kez 1904'te Toti tarafından tanımlanan ve 1921'de Dupuy-Dutemps ve Bourquet tarafından kese ve nazal mukoza fleplerinin birleştirilmesi esasına dayanarak modifiye edilen Eksternal Dakriyosistorinostomi (DSR) günümüze kadar başarıyla uygulanan bir tedavi yöntemidir. Ancak bu yöntemde kese bölgesindeki insizyona bağlı olarak skar gelişimi, yüzde kalıcı bir iz bırakarak önemli bir dezavantaj oluşturmaktadır.

Obstrükte lakrimal kesenin drenajı için intranasal yaklaşım ilk kez 1893 yılında Caldwell tarafından trephinyasyon yoluyla denenmiş; 1909 yılında West tarafından yapılan modifikasyonlara rağmen Endonazal DSR nazal kavitenin intraoperatif vizualizasyonundaki zorluklar nedeniyle taraftar bulmamıştır (3).

Son yıllarda sinüs cerrahisinde kullanılan endoskopik instrumentasyondaki hızlı gelişmeler Endonazal DSR'yi yeniden gündeme getirmiştir. Halen kullanılmakta olan rijit nazal endoskoplak, nazal kavite oluşumlarının intranasal manipülasyonuna ve operasyon sahasında oldukça iyi bir görüş alanına imkan sağlamakta ve böylece lakrimal kese cerrahisinde endonazal yaklaşım güncelleşmektedir.

1988 yılında Rice tarafından bir kadavra çalışması ile gösterilen Endonazal Endoskopik DSR'de ilk klinik çalışmalar 1989 yılında McDonogh ve Meiring tarafından yapılmış ve takiben birçok cerrah tarafından klinik uygulamaya alınmıştır (6, 2).

(*) Ankara Numune Hastanesi 1. KBB

(**) Ankara Numune Hastanesi 3. Göz Kliniği, ANKARA

Biz de bu çalışmamızda 1996 başından beri kliniğimizde uyguladığımız Endonazal DSR vakalarımızı sunarak, avantaj ve dezavantajlarını tartıştık.

GEREÇ VE YÖNTEM:

Ankara Numune Hastanesi 1. KBB ve 3. Göz kliniklerinin ortak çalışması ile Mart 1996 Temmuz 1997 tarihleri arasında Endonazal Endoskopik DSR uygulanan 30 vaka çalışma kapsamına alınmıştır. Hastaların 25'i kadın; 5'i erkek olup ortalama yaşı 34 (9-53) tür. Vakaların 4'ü başarısız Eksternal DSR sonrası revizyon, 26'sı primer Endonazal Endoskopik DSR olgusudur. 2 olguda obstrüksiyon sebebi travma olarak düşünülmüştür. Diğer 28 olguda kronik dakriyosistite bağlı tıkanıklık mevcuttur.

Hastaların operasyon öncesi tanılan kese üzeri-ne basmakla punktumlardan pü boşalması; nazolakrimal kanal (NLK) irrigasyonu ile buruna geçişin sağlanamaması ve negatif Flöressein testi ile konmuştur. Opak madde ile kese grafisi çekilerek tıkanıklık seviyeleri tesbit edilmiştir. Kanaliküler seviyedeki tıkanıklıklar çalışma kapsamına alınmamış; kese içi veya kese sonrası (intrasakal-postsakal) tıkanıklığı olan vakalar dahil edilmiştir.

Tüm hastalara operasyon öncesi endoskopik muayene yapılmış ve burun içi septum deviasyonu, kronik sinüzit gibi ek patolojiler tesbit edilmiştir. Kronik sinüziti bulunan vakalar ayrıca kompüterize tomografi ile değerlendirilmiştir. Bu şekilde ek patoloji saptanan vakalarda 7 olguda septoplasti; 11 olguda unsinektomi; 6 olguda parsiyel orta konka rezeksiyonu; 2 olguda ise anterior etmoidektomi ile birlikte middle meatal antrostomi, aynı saensta, Endoskopik DSR öncesinde yapılmıştır.

OPERATİF TEKNİK:

9 yaşındaki olgu dışında tüm vakalarda lokal anestezi kullanılmıştır. Anestezi için premedikasyonu takiben nazal topikal pantokain tatbikinden sonra lidokain-adrenalin infiltrasyon anestezisi yapılmıştır.

Ameliyatta 4 mm. 0 , 30 Hopkins rijit endoskop kullanılmış ve lakrimal kesenin bulunabilmesi için maksiller kemiğin frontal çıkıntısı ve orta konka ön yapışma noktası anatomik landmark olarak kullanılmıştır. Mukozal flep oluşturulduktan sonra maksiller hat ortaya konularak kesenin anterior ekspozisyonu için tur yardımı ile kemik pencere çıkarılmıştır. Kerrison punch ile pencere kenarları genişletilmiştir.

Daha sonra kesenin medial ekspozisyonu sağlanmıştır. Alt kanalikülden lakrimal kese içine yerleştirilen Bowman lakrimal probu ile kese ve çevre dokular çadırlandırılarak kese insizyonu yapılmış; forseps yardımıyla çevre dokular ve lakrimal kese mukozası çıkarılmıştır. Daha sonra alt ve üst kanalikülden geçirilen silastik tüpler burun içerisinde birbirine bağlanmıştır. Burun içine gevşek olarak konulan tampon bir gün sonra çıkarılmıştır. Tüp çevresinde postoperatif oluşan granülasyon dokuları periyodik kontrollerde endoskopik olarak temizlenmiştir.

SONUÇLAR:

Olgularımızda izlem süresi 1-17 ay ortalama 6, 3 ay olup silikon tüpler 2-8 ay ortalama 3, 5 ay tutulmuştur. 4 olguda halen tüp mevcuttur. 30 olgunun 26'sında tüp çıkarılmıştır. Bu olguların 3'ünde şikayetler aynen devam etmiş, 1 olguda kısmen düzelme sağlanmıştır. Halen tüplü hastaların tamamında epifora yakınması yoktur.

Operasyonun başarısı hastaların subjektif sulanma şikayetlerinin geçmesi yanında NLK irrigasyonu ile buruna sıvı geçişinin tesbiti ve pozitif Flöressein testi ile saptanmıştır.

Operasyon vakaların çoğunda sorunsuz olarak tamamlanmış, intraoperatif olarak 1 olguda şiddetli kanama ve 1 olguda da orbital ağ herniasyonu ile karşılaşmıştır.

Postoperatif dönemde hastaların kısa sürede normal yaşamlarına döndüğü görülmüştür, 1 olguda punktum yırtığı, 2 olguda periorbital ödem saptanmış; ekimoz görülmemiştir, 1 olgu postoperatif 2 günde burun temizliği sırasında tüpü çıkmış olarak başvurmuş, tüp endoskop yardımıyla yeniden yerleştirilmiştir. Postoperatif geç dönemde 7 olguda cerrahi ostium çevresinde granülasyon dokusu gelişimi saptanmış, bu olgularda endoskopik olarak granülasyon dokuları tüp çevresinden temizlenmiştir. 3 olguda takipte obliteratif skar gelişimine bağlı başarısızlık saptanmıştır.

TARTIŞMA:

Endonazal Endoskopik DSR'de başarı oranı değişik yayınlarda %81.2 ile % 94.7 arasındadır (1, 7, 8, 5). Bu sonuçlar eksternal DSR'de bildirilen %85-97 başarı oranları ile karşı 1 aştın labi 1 ir niteliktedir (4).

Öte yandan endonazal Endoskopik DSR'nin klasik Eksternal DSR'ye oranla bazı avantajları vardır. Öncelikle eksternal bir kesi yapılmadığı için ciltte skar oluşumu önlenmektedir. Bu yöntemle medial kantal oluşumlara hasar verilmediği için lakrimal pompa mekanizmasının devamı sağlanmaktadır. Operatif, erken postoperatif ve geç dönem morbidite daha az olmaktadır. Cerrahi sırasında intranasal anatominin izlenmesi ile birçok ek patolojiler saptanabilmekte ve düzeltilmesi sağlanabilmektedir (7, 8).

Bizim çalışmamızda da şikayetleri tamamen düzelen 26 olgu dikkate alındığında başarı oranımız %87'dir. Başarısız olgularımızdaki esas patoloji obliteratif skar gelişimidir. Tüpün çekilmesini takiben skar dokusu hızla cerrahi açıklığı kapatmaktadır. Zilelioğlu ve arkadaşları bu olgularda operasyon sonunda buruna topikal Mitomycin C uygulanmasının başarı oranlarını artıracığını bildirmekte idirler (9).

Vakalarımızın çoğunda intraoperatif komplikasyona rastlanmamış; postoperatif erken dönemde hastaların günlük yaşamlarına kolayca döndüğü görülmüştür.

Olgularımızda preoperatif endoskopik muayenede yüksek oranda ek intranasal patolojilere rastlanmıştır. Bu patolojilerin ayrı bir operasyonla düzeltilmesi gerek cerrahi maliyeti gerekse morbiditeyi ve hasta uyumunu büyük ölçüde etkilemektedir. Bizim olgularımızda endonazal DSR ile oluşturulacak nazal açıklık çevresi patolojiler ortaya konmuş ve aynı girişimin bir parçası olarak düzeltilmiştir. Böylece hem Endonazal DSR'de başarı oranlarının artacağına hem de hasta morbiditesinin azalacağına inanmaktayız.

Sonuç olarak lakrimal drenaj sistemi cerrahisinde Endonazal Endoskopik DSR'de deneyimlerin artması ve instrümantasyondaki gelişmelerin başarı oranlarını artıracığını düşünmekteyiz. Ancak kesin karar verebilmek için daha uzun süreli ve çok merkezli geniş izlemlere gerek olduğu kanaatindeyiz.

Yazışma Adresi: Dr. Adnan ÜNAL

Ankara Numune Hastanesi

KBB Kliniği - ANKARA

KAYNAKLAR

1. AKINER M, ANADOLU Y, AKTÜRK T, UĞURBAŞ SH, ZİLELİOĞLU G: Endoskopik transnasal dakriyosistorinostomi. KBB ve Baş-Boyun Cerrahisi Dergisi 4: 44-48; 1996.
2. MCDONOGH M. and MEIRING JH: Endoscopic transnasal dacryocystorhinostomy, J Laryngol Otol 103:585-587; 1989.
3. METSON R, WONG JJ, PULIAFITO CA: Endoscopic Laser Dacrocystorhinostomy Laryngoscope. 104: 269-274, 1994.
4. MCLAHLAN DL, SHANNON GM, FLANAGAN JC: Results of dacryocystorhinostomy Analysis of reoperations. Ophthalmic Surg. 11: 427 - 430; 1980.
5. ÖNERCİ M, ORHAN M: Endoskopik intranasal dakriyosistorinostomi. KBB ve Baş-Boyun Cerrahisi Dergisi 2 (3): 219-222; 1993.
6. RIRE DH.; Endoscopic intranasal dacryocystorhinostomy: A cadaver study. Am. J. Rhinol. 2; 127 - 128; 1988.
7. WEIDNBECHER M, HOSEMANN W, BUHR W; Endoscopic endonasal dacryocystorhinostomy; Results in 56 patients. Ann Otol. Rhinol. Laryngol. 103; 363 - 367; 1994..
8. WHITTET HB, SHUN-SHIN GA, AWDRY P: Functional endoscopic transnasal dacryocystorhinostomy. Ee 7: 545-549; 1993.
9. ZILELİOĞLU G, UĞURBAŞ SH, SARGON MF, ANADOLU Y, AKINER M, AKTÜRK T: Adjunctive use of mitomycin C on endoscopic transnasal dacryocystorhinostomy. Eur J. Ophthalmol. 5 (2): 104; 1995.