



ENDOSKOPIK ENDONAZAL DAKRİYOSİSTORİNOSTOMİ

ENDOSCOPIC ENDONAZAL DACRYOCYSTORHINOSTOMY

Dr. Ali ÖZDEK* Dr. Hüseyin ÖZCAN**
Dr. Levent GÜLLÜ***

ÖZET

Son yıllarda endonazal görüntüleme yöntemlerindeki gelişmeye paralel olarak endoskopik dakryosistorinostomi ameliyatı eksternal yaklaşıma alternatif haline gelmiştir. Skar dokusu olmaması, rinostomi sahasına direk ulaşılması ve intranazal anatominin de aynı anda değerlendirilebilmesi, medyal kantal anatomiye ve pompa fonksiyonuna zarar vermemesi, cerrahi süresinin daha kısa oluşu endoskopik yaklaşımı eksternal yaklaşıma göre avantajlı hale getirmiştir. Bu çalışmada endoskopik dakryosistorinostomi ameliyatı uygulanmış ve düzenli takibi yapılan 17 hastanın sonuçları tartışılmıştır. Cerrahi uygulanan hastalardan 1 tanesi revizyon diğerleri primer olgulardır. En az 5 aylık takip sonrasında 14 hastada (%82.4) başarılı sonuç elde edilmiştir.

Anahtar Sözcükler: endoskopik cerrahi, dakryosistorinostomi,

SUMMARY

Improvement in the endonasal surgery technique in recent years popularized the endoscopic dacryocystorhinostomy as an alternative technique to traditional external approach. Avoidance of a cutaneous wound, direct access to the rhinostomy site, avoidance of disruption of medial canthal anatomy and pump function and shortening of the surgical time made the endoscopic technique more advantageous than external technique. We present here result of 17 patients who underwent endoscopic dacryocystorhinostomy surgery. 1 of the cases was revision, the others were primary cases. After minimum 5 months follow up period the procedure was successful in 14 patients (82.4%).

Key words: Endoscopic surgery, dacryocystorhinostomy.

* S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi KBB Kliniği -ANKARA

** Etimesgut 600 Yataklı Hava Hastanesi KBB Kliniği -ANKARA

*** Etimesgut 600 Yataklı Hava Hastanesi Göz Kliniği -ANKARA

Çalışmanın Yapıldığı Klinik(ler) : Etimesgut Hava Hastanesi

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih : 15.03.2001

Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: 24.10.2001

Yazışma Adresi : Dr. Ali ÖZDEK, İşçi Blokları Mah. Özgür-Anıl Sitesi A Blok Daire 30 Yüzüncüyıl ANKARA

e-posta: Ozdek@ttnet.net.tr



GİRİŞ

Dakriyosistorinostomi lakrimal kese ile burun boşluğu arasında bağlantı kurarak nazolakrimal kanal tıkanıklığını ortadan kaldırmak için yapılan bir ameliyattır. Günümüzde bu amaçla eksternal dakriyosistorinostomi (EKS-DSR) ve endoskopik endonazal dakriyosistorinostomi (END-DSR) şeklinde iki farklı cerrahi yöntem uygulanmaktadır. Eksternal dakriyosistorinostomi tekniği ilk kez Toti tarafından tarif edilmiş ve Dupuy-Dutemps ve Bourguet tarafından modifiye edilmiştir (4). Lakrimal keseye endonazal girişim ise ilk kez 1893 te Caldwell ile başlamış, 20. Yüzyılın başında West ve Halle tarafından geliştirilmeye çalışılmış ancak ameliyat sahasının iyi görülebilmesi nedeniyle yaygınlaşmamıştır. Rijit nazal endoskopların gelişimi ile endonazal girişimler tekrar gündeme gelmiştir. END-DSR ile ilgili ilk kadavra çalışması 1988 de Rice tarafından ilk klinik çalışma ise McDonogh ve Meiring tarafından 1989 da yayımlanmıştır (3,4). Son on yıl içerisindeki endoskop ve kullanılan cerrahi aletlerin teknolojisindeki ilerleme END-DSR yi nazolakrimal tıkanıklık cerrahisinde altın standart olan EKS-DSR ye alternatif haline getirmiştir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Etimesgut 600 Yataklı Hava Hastanesi ne Eylül1999 – Haziran 2000 tarihleri arasında kronik dakriosistit ve epifora nedeniyle başvuran 18 hastaya (toplam 18 göz) endoskopik endonazal dakriyosistorinostomi ameliyatı yapıldı. Postoperatif dönemde düzenli takibi yapılan 17 hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların 4 ü bayan 13 ü erkekti ve ortalama yaş 25 (20-42) idi. Ortalama post-operatif takip süresi 9.2 ay olarak tespit edildi (5-14 ay). Cerrahi yapılan hastalardan 1 tanesine daha önce başka bir merkezde 2 yıl önce EKS-DSR ameliyatı yapılmış, diğer hastalar ise primer olgulardı.

Preoperatif değerlendirmede tüm hastalara tam bir göz ve kulak-burun-boğaz fizik muayenesi yapıldı. Tüm hastalarda lakrimal salin irrigasyonu ile obstrüksiyon tespit edildi.

Cerrahi Teknik:

Tüm cerrahi girişimler intravenöz sedasyon eşliğinde lokal anestezi ile gerçekleştirildi. Burun mukozasının %5 lik pantokain ve %2 lik adrenalin karışımı emdirilmiş pamuk tamponlarla dekonjeste edilmesini takiben orta konkanın yapışma yerinin ön kısmındaki nazal mukozaya ve eksternal olarak n. Supratrochlearis, n. İnfraorbitalis ve lakrimal kese çevresine %2 lik lidokain (1/100000 adrenalinli) infiltre edildi. Orta konkanın yapışma yerinin ön kısmında lakrimal kese kabarıklığına uyan bölgedeki mukozaya orak bıçakla insizyon yapıldıktan sonra 1x1 cm boyutunda mukoza eleve edilerek Blakesley forseps ile dışarıya alındı. Lakrimal kese medyalindeki kemik doku çekiş-keski yardımı ile dışarı alın-

dı. İnferior kanalikulustan yerleştirilen prob yardımı ile kese lokalizasyonu saptandıktan sonra keseye orak bıçakla vertikal insizyon yapıldı. Forseps kullanarak kesenin medyal duvarı rezeke edildi. Alt ve üst kanalikulustan geçirilen silikon tüp burun içerisinde bağlandı. Antibiyotikli salin irrigasyonu takiben burun içerisindeki pıhtılar temizlenerek ameliyata son verildi. Hastalara postoperatif geniş spektrumlu oral antibiyotik verildi. Postoperatif dönemde ilk günlerde gūnaşırı nazal kavitedeki pıhtılar temizlendi. Silikon tüpler 3. ayın sonunda çıkarıldı ve hastalar tüp çıkarıldıktan sonra en az 5 ay süreyle takip edildi.

BULGULAR

END-DSR ameliyatı yapılan 18 hastadan biri postoperatif 4. günde silikon tüpün kendisi tarafından çekilerek çıkarıldığını belirterek başvurdu. Hasta tekrar silikon tüp yerleştirilmesini reddetti ve bir daha kontrole gelmedi. Bu nedenle bu hastamız çalışma gurubuna dahil edilmedi. Hiçbir hastanın ameliyatı sırasında cerrahiye zorlaştırılacak düzeyde ciddi bir kanamayla karşılaşmadı. 2 hastada (%11.8) yeterli görünlülemeyi sağlayabilmek amacıyla endoskopik sınırlı septoplasti yapıldı. 3 hastada (%17.6) postoperatif 2. günde silikon tüpün göz içerisinde katlantı yapması nedeniyle tüp tekrar repoze edildi. 1 hastada (%5.9) 4. haftanın sonunda rinosotomi ağzının granülasyon dokusu tarafından tıkanıldığı tespit edildi. Granülasyon dokusu forseps yardımı ile temizlendi ve granülasyon dokusu oluşumu tekrarlamadı. Ameliyat süresi ortalama 55 (40-95) dakika olarak tespit edildi. Daha önce EKS-DSR yapılmış olan hastamızın ameliyatı sırasında lakrimal kesenin primer olgulara göre duvarının daha kalınlaştığı, sikatrize olduğu ve lümeninin ise oldukça daraldığı tespit edildi.

Hastalarda semptomların ortadan kalkması ve lakrimal lavaj ile anatomik açıklığın gösterilmesi başarı olarak kabul edildi. Buna göre 3 hastada (%17.6) restenozla karşılaşıldı. Ondört hastada (%82.4) ise semptomlar tamamen düzeldi ve lakrimal lavajla nazolakrimal sistemin patent olduğu tespit edildi.

TARTIŞMA

EKS-DSR ameliyatı günümüzde hala nazolakrimal sistemin tıkanıklıklarının açılmasında en sık uygulanan cerrahi yöntemlerdendir. Literatüre bakıldığında %85 ile %97 arasında değişen başarı oranları bildirilmiştir (2,4,12). Ciltte meydana gelen skar dokusu, pompa sistemini etkileyecek şekilde medyal kantal yapılara zarar verme riskinin bulunması, cerrahi sırasında meydana gelen kanamalar ve hospitalizasyon süresinin daha uzun olabilmesi bu cerrahi tekniğin majör dezavantajlarını teşkil etmektedir (3).



END-DSR nin avantajları ise; skar dokusu olmaması, rinostomi sahasına direk ulaşılması ve intranasal anatomisinin de aynı anda değerlendirilebilmesi, medyal kantal anatomiye ve pompa fonksiyonuna zarar vermemesi, cerrahi süresinin daha kısa oluşudur (4). Başarı sonuçlarına bakıldığında ise EKS-DSR sonuçlarına yaklaşıldığı görülmektedir. Akiner in çalışmasında başarı oranı %83.3 (1), Cokkeser in çalışmasında %88.2 (2), Önerci nin çalışmasında %93.3 (8) olarak bildirilmiştir.

Hartikainen yaptığı çalışmada lakrimal irrigasyonla END-DSR için %75, EKS-DSR için %91 oranında bir başarı elde etmiştir. Ancak aynı vakalarda nazolakrimal kanal açıklığının dakriyosintigrafi ile yapılan değerlendirmesinde %90 a %76 gibi bir oranla END-DSR yapılan gurupta daha yüksek bir oranda açıklık tespit edilmiştir. Çalışmacı bu sonucun EKS-DSR de medyal kantal yapılarda meydana gelen hasar nedeniyle olabileceğini ve bu nedenle END-DSR nin daha fonksiyonel bir cerrahi olabileceğini belirtmiştir (4).

Cerrahi sırasında lakrimal kese medyalindeki kemik dokusunun alınması amacıyla çekik-keski kullanımının yanısıra tur kullanımını ya da lazer kullanımını tavsiye edenlerde mevcuttur. Metson ve arkadaşlarının endoskopik lazer kullanarak yaptığı bir çalışmada %85 başarı oranı bildirilmiştir (7). İleri ve arkadaşları Ho: YAG lazer kullanarak yaptıkları çalışmada %93.3 başarı oranı bildirmişlerdir (5). Ancak lazer kullanımı ameliyat maliyetini artırdığı gibi cerrahi süresini uzatmakta ve ayrıca aletin kullanımı için ayrı bir eğitim gerektirmektedir. Aynı zamanda lazerin penetrasyonu her zaman tam tahmin edilemeyeceği için göz dokusu içinde bir risk teşkil etmektedir (6,9).

Sham ve arkadaşları lakrimal kese distalinde kanalda parsiyel açıklık olan hastalarda rinostomi ağzının kapanma eğiliminde olduğunu gözlemlemişler ve bu sorunun üstesinden gelmek amacıyla 17 hastada terminal DSR adımı verdikleri yöntemle lakrimal kese ve kanal birleşimini tamamen ayırarak gözyaşının total olarak rinostomi ağzına yönlendirmesini sağlamışlardır. Bu şekilde başarı oranlarının %88 olduğunu bildirmişlerdir(10).

Son zamanlarda rinostomi bölgesine mitomisin-C tatbikinin rinostomi ağzının kapanmasını engelleyebileceği düşünülmektedir. Mitomisin-C bir yara iyileşmesi inhibitörüdür ve mukozaya tatbik edildiğinde mukozanın dansitesi ve selülaritesinde azalmaya neden olur (11). Zilelioğlu ve arkadaşları yaptıkları çalışmada sınırlı sayıdaki olguda mitomisin-C tatbiki ile bir fayda tespit etmediklerini bildirmişlerdir (13).

El-Guindy ve arkadaşları ise END-DSR sonuçlarının uzun süreli takiplerde EKS-DSR sonuçlarına ulaşmadığını ve bu nedenle kendi kliniklerinde primer olgularda EKS-DSR yi tercih ettiklerini, nüks vakalarda ise END-DSR nin daha avantajlı olduğunu belirtmişlerdir(3).

Bizim yaptığımız çalışmada düzenli takibi yapılabilen 17 hastanın 14 ünde (%82.4) başarılı sonuç elde edilmiştir. Ancak hasta sayısının az olması ve takip süresinin kısa olması nedeniyle gerçek bir başarı oranı vermek mümkün değildir. Kendi olgularımızdan edindiğimiz sonuçlara göre; cerrahi ekibin deneyimi arttıkça cerrahi süresi azalmaktadır, postoperatif dönemde burun içinin ve rinostomi ağzının kontrolü düzenli olarak yakın aralıklarla yapılmalı ve oluşabilecek granülasyon dokuları erken dönemde temizlenmelidir, nüks olgularda lakrimal kesenin tanınmasında zorlukla karşılaşmakta, ve kese duvarının sikatrize olması nedeniyle manipülasyonlar daha güç olmaktadır.

Sonuç olarak cerrahi ekibin END-DSR tekniğinde deneyimi arttıkça, endoskop ve endoskopik cerrahi malzeme teknolojisindeki gelişmelere paralel olarak END-DSR yaklaşımı EKS-DSR yaklaşımına güzel bir alternatif olma özelliğindedir.



KAYNAKLAR

1. AKİNER M, ANADOLU Y, AKTÜRK T, UĞURBAŞ S.H, ZİLELİOĞLU G.: Endoskopik transnazal dakriyosistorinostomi. K.B.B. ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi. 4(1):44-48, 1996
2. COKKESER Y, EVREKLİOĞLU C, ER H.: Comperative external versus endoscopic dacryocystorhinostomy: Results in 115 patients (130 eyes). Otolaryngol Head Neck Surg. 123(4):488-91, 2000
3. EL- GUİNDY A, DORGHAM A, GHORABA M : Endoscopic revision surgery for recurrent epiphora occuring after external dacryocystorhinostomy. Ann Otol Rhinol Laryngol 109(4):425-30, 2000
4. HARTİKAİNEN J, ANTİLA J, VARPULA M, PUUKKA P, SEPPA H, GRENMAN R: Prospective randomized comparison of endonazal endoscopic dacryocystorhinostomy and external dacryocystorhinostomy. Laryngoscope 108(12):1861-66, 1998
5. İLERİ F, ATİLLA M.H, ÜNAL M, KÖYBAŞIOĞLU A, USLU S, İNAL E.: Endonazal holmium: YAG lazer dakriyosistorinostomi. K.B.B. ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi. 8(2): 95-98, 2000
6. LEVİN P.S, STORMOGİPSON D.J: Endocanalicular laser assisted dacryocystorhinostomy: an anatomic study. Arch Ophthalmol 110(12):1488-90, 1992
7. METSON R, WOOG J.J, PULİAFİTO C. A.: Endoscopic laser dacryocystorhinostomy. Laryngoscope 104(3):269-74, 1994
8. ÖNERCİ M, ORHAN M, ERDENER U. : Intranazal endoscopic surgery with silicone intubation for lacrimal obstruction. Am. J. Rhinol. 10(11):93-95, 1996
9. ÖNERCİ M: Endoskopik Sinüs Cerrahisi, Kutsan Ofset, Ankara 1996
10. SHAM C. L, VAN HASSELT C.A: Endoscopic Terminal dacryocystorhinostomy. Laryngoscope 110(6):1045-49, 2000
11. UGURBAS SH, ZİLELİOĞLU G, SARGON MF, ANADOLU Y, AKİNER M, AKTURK T. : Histopathologic effects of mitomycin-C on endoscopic transnasal dacryocystorhinostomy. Ophthalmic Surg Lasers 28(4):300-4,1997
12. ÜNAL M, ÖZ Y, İLERİ F, ARGİN A.: Dakriyosistorinostomide intranazal cerrahi ostium genişliğini etkileyen faktörler. T. Oft. Gaz. 27(2):136-140, 1997
13. ZİLELİOĞLU G, UGURBAS SH, ANADOLU Y, AKİNER M, AKTURK T.: Adjunctive use of mitomycin C on endoscopic lacrimal surgery. Br J Ophthalmol 82(1):63-66, 1998