

(39)

Leczenie niedrożności dróg łzowych za pomocą sondowania dróg łzowych u dzieci w wieku poniżej 4 lat

Treatment of nasolacrimal duct obstruction with probing in children younger than 4 years

Małgorzata Mrugacz, Danuta Sielicka, Alina Bakunowicz-Łazarczyk

Z Kliniki Okulistyki Dziecięcej z Ośrodkiem Leczenia Zeza Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Alina Bakunowicz-Łazarczyk

Summary: Purpose: To evaluate the efficacy of nasolacrimal duct probing as the treatment of nasolacrimal duct obstruction in children younger than 4 years.
Material and methods: A total amount of 320 eyes in 275 children 4 to 48 months old, receiving nasolacrimal duct probing were enrolled in a retrospective study. The patients were divided into 4 groups depends on age: I group – 4-12 months, II group – 12-24 months, III group – 24-36 months and IV group – 36-48 months.
Results: The percentage of efficient duct probing was: in I group – 84%, in II group – 79%, in III group – 78% and in IV group – 59%.
Conclusions: In children 4 to 36 months old, probing is a successful treatment of nasolacrimal duct obstruction with no decline in treatment success with increasing age.

Słowa kluczowe: niedrożność dróg łzowych, sondowanie dróg łzowych, dzieci.
Key words: nasolacrimal duct obstruction, probing nasolacrimal duct, children.

Wrodzona niedrożność dróg łzowych stanowi częste schorzenie okulistyczne występujące u noworodków, niemowląt i małych dzieci. U większości dzieci dochodzi do samoistnego udrożnienia dróg łzowych lub poprawy po stosowaniu masażu lub antybiotykoterapii miejscowej (1,2). U pacjentów, u których blokada w obrębie dróg łzowych nadal występuje, stosuje się zabieg płukania i sondowania dróg łzowych. Większość klinicystów preferuje przeprowadzenie tej procedury w okresie niemowlęcym lub we wczesnym dzieciństwie. Ocenia się bowiem, że u dzieci w wieku poniżej 18. miesiąca życia częstość powodzenia zabiegu wynosi od 77% do 97% (3-6). Płukanie i sondowanie dróg łzowych stanowi często metodę z wyboru w leczeniu wrodzonej niedrożności dróg łzowych, przedmiotem kontrowersji natomiast pozostaje optymalny czas wykonania zabiegu. Część autorów sugeruje, aby zabieg udrożnienia dróg łzowych przeprowadzić w pierwszych miesiącach życia dziecka, wkrótce po rozpoznaniu niedrożności. Inni natomiast uważają, że należy wstrzymać się z interwencją chirurgiczną do czasu, gdy dziecko ukończy pierwszy rok życia, ze względu na możliwość samoistnego ustąpienia objawów (7-9).

Cel

Celem pracy jest ocena skuteczności leczenia niedrożności dróg łzowych za pomocą sondowania dróg łzowych u dzieci w wieku poniżej 4 lat i ocena zależności czasu przeprowadzenia procedury od wieku pacjentów.

Materiał i metody

Analizie retrospektywnej poddano grupę dzieci skierowanych do Kliniki Okulistyki Dziecięcej UM w Białymstoku z powodu wrodzonej

niedrożności dróg łzowych, badanie przeprowadzono od stycznia 2008 roku do czerwca 2009 roku. Rozpoznanie postawiono na podstawie występowania triady objawów: łzawienia, obecności „stojącej łzaki” w worku spojówkowym i obecności wydzieliny śluzowo-ropnej w worku spojówkowym. Pod uwagę brano wiek dziecka i jego płeć, czas wystąpienia pierwszych objawów, występowanie jedno- i/ lub obustronne niedrożności oraz czas przeprowadzenia zabiegu płukania i sondowania dróg łzowych. Pacjenci zostali podzieleni na grupy w zależności od wieku: I grupa – dzieci w wieku 4-12 miesięcy, II grupa – dzieci w wieku 12-24 miesięcy, III grupa – dzieci w wieku 24-36 miesięcy, IV grupa – dzieci w wieku 36-48 miesięcy. Z badań wykluczono dzieci z zespołem Downa, z zespołem Goldenhara i z anomaliami czaszkowo-twarzowymi oraz dzieci, u których wcześniej przeprowadzono zabiegi chirurgiczne w zakresie dróg łzowych.

Wyniki

Przeprowadzono wywiady z rodzicami lub opiekunami dzieci, w których wszyscy informowali, że cechy niedrożności dróg łzowych u ich dzieci występują od urodzenia. Na podstawie badania przedmiotowego u wszystkich badanych stwierdzono obecność opisanej powyżej triady charakterystycznych objawów. U 217 dzieci (79%) początek wystąpienia objawów miał miejsce w pierwszym miesiącu ich życia, u 58 dzieci (21%) zaś – między drugim a szóstym miesiącem życia. U wszystkich pacjentów przed kwalifikacją do zabiegu sondowania dróg łzowych wykonywano masaż okolicy worka łzowego i stosowano leczenie zachowawcze w postaci miejscowej antybiotykoterapii.

Zabieg sondowania dróg łzowych wykonano u 275 pacjentów (320 oczu) w wieku 4-48 miesięcy, w tym u 151 dziewczynek (55%)

i 90 chłopców (45%). U dzieci w wieku 4-6 miesięcy przeprowadzono zabieg w znieczuleniu miejscowym, u dzieci starszych natomiast – w znieczuleniu ogólnym. Średnio wiek dziecka, któremu wykonano zabieg, wyniósł 5,1 miesiąca. Jednostronna niedrożność występowała u 209 dzieci (76%), obustronna natomiast – u 66 dzieci (34%).

O powodzeniu zabiegu świadczyło ustąpienie objawów miejscowych 1 miesiąc po zabiegu. Skuteczność zabiegu płukania i sondowania dróg łzowych zaobserwowano w przypadku 175 oczu spośród 208 oczu (84%) u dzieci w I grupie, w przypadku 46 oczu spośród 58 oczu (79%) u dzieci w II grupie, w przypadku 30 oczu spośród 38 oczu (78%) u dzieci w III grupie, w przypadku 9 oczu spośród 16 oczu (59%) u dzieci w IV grupie (ryc. 1). Nie stwierdzono zależności, jaka występuje między czasem przeprowadzenia zabiegu udrażniania dróg łzowych a wiekiem pacjentów, aczkolwiek wyższa była efektywność zabiegów wykonanych u dzieci w wieku poniżej 36 miesięcy życia niż u dzieci starszych.



Ryc. 1. Skuteczność zabiegu płukania i sondowania dróg łzowych w zależności od wieku pacjentów (w %).

Fig. 1. Efficiency of nasolacrimal ducts probing according to age (in %).

Omówienie

Wrodzona niedrożność dróg łzowych jest ich najczęstszym schorzeniem. Występuje u około 6% donoszonych noworodków, a objawy w postaci łzawienia oraz obecności „stojącej łzki” i wydzieliny śluzowo-ropnej w worku spojówkowym u 80-90% pacjentów mogą mieć miejsce już w pierwszym miesiącu ich życia (1,2). W leczeniu początkowo zaleca się wykonanie masażu okolicy worka łzowego, kilka razy dziennie, oraz antybiotykoterapię miejscową. Poprawa powinna nastąpić w ciągu kilku dni. Przedłużanie leczenia zachowawczego o kilka tygodni, a nawet miesięcy, należy uznać za błędne, głównie ze względu na toczącą się infekcję. W razie braku poprawy w wyniku leczenia zachowawczego konieczne jest przeprowadzenie zabiegu płukania i sondowania dróg łzowych. Zgodnie z naszymi badaniami pierwszorazowe wykonanie tej procedury pozwala uzyskać ustąpienie objawów miejscowych u 78-84% dzieci w wieku poniżej 36 miesięcy życia i u 59% pacjentów w wieku 36-48 miesięcy życia. Największy odsetek powodzenia zabiegu występował w grupie dzieci w wieku 4-12 miesięcy i zmniejszał się w grupie dzieci starszych. Podobne wyniki uzyskano w badaniach Wróblewskiej i wsp. (10) – wyleczenie 80% dzieci we wszystkich grupach wiekowych po jednorazowym zabiegu, oraz w badaniach Lipiec i wsp. – dodatkowo dowiodły, że największy odsetek wyleczeń po jednokrotnym płukaniu występował u niemowląt do trzeciego miesiąca życia (11).

Świadczy to o potrzebie wcześniejszego wdrożenia leczenia zabiegowego u dzieci z wrodzoną niedrożnością dróg łzowych.

Jednak według badań innych autorów skuteczność zabiegów płukania dróg łzowych nie zależy od wieku dzieci, zależy od rodzaju niedrożności. Najłatwiej uzyskać poprawę w przypadku niedrożności związanej z blokadą odpływu łez przez przetrwałą zastawkę Hasnera, gorzej natomiast – w przypadku niedrożności lub zwężenia występujących w kanalikach łzowych, worku łzowym czy górnej części kanału nosowo-łzowego (3,7).

Wnioski

1. Płukanie i sondowanie dróg łzowych u dzieci w wieku 4-36 miesięcy stanowi skuteczną metodę leczenia wrodzonej niedrożności dróg łzowych u dzieci.
2. Mimo że skuteczność tej procedury maleje wraz ze wzrostem wieku dziecka, może być ona stosowana również u dzieci starszych.

Piśmiennictwo:

1. Paul TO, Shepherd R: Congenital C: *Nasolacrimal duct obstruction: natural history and the timing of optima intervention*. J Pediatr Ophthalmol Strabismus 1994, 31, 362-367.
2. Nelson LB, Calhoun JH, Menduke H: *Medical management of congenital nasolacrimal duct obstruction*. Ophthalmology 1985, 92, 1187-1190.
3. Robb RM: *Success rates of nasolacrimal duct probing at time intervals after 1 year of age*. Ophthalmology 1998, 105, 1307-1309.
4. Ciftci F, Akman A, Sonmez M: *Systematic, combined treatment approach to nasolacrimal duct in different age groups*. Eur J Ophthalmol 2000, 10, 324-329.
5. Casady DR, Meyer DR, Simon JW: *Stepwise treatment paradigm for congenital nasolacrimal duct obstruction*. Ophthal Plast Reconstr Surg 2006, 22, 243-247.
6. Katowitz JA, Welsh MG: *Timing of initial probing and irrigation in congenital nasolacrimal duct obstruction*. Ophthalmology 1987, 94, 698-705.
7. Kashkouli MB, Kassae A, Tabatabaee Z: *Initial nasolacrimal duct probing in children under age 5: cure rate and factors affecting success*. J AAPOS 2002, 6, 360-363.
8. Kashkouli MB, Beigi B, Parvaresh MM: *Late and very late initial probing for congenital nasolacrimal duct obstruction; what is the cause of failure?* Br J Ophthalmol 2003, 87, 1151-1153.
9. Castelo Branco Neto E, Castelo Branco B, Cardoso CC, de Carvalho RG: *Management of nasolacrimal duct obstruction*. Arq Bras Oftalmol 2009, 72, 75-78.
10. Wróblewska E, Ciechan J, Gerkowicz M, Fis B: *Wrodzona niedrożność dróg łzowych-ocena wyników leczenia*. Postępy Neonatologii 2002, 2, 81-82.
11. Lipiec E, Gralek M, Niwald A: *Ocena leczenia wrodzonej niedrożności dróg łzowych w materiale własnym*. Klin Oczna 2006, 108, 174-177.

Praca wpłynęła do Redakcji 20.12.2009 r. (1189)
Zakwalifikowano do druku 10.07.2010 r.

Adres do korespondencji (Reprint requests to):
dr hab. n. med. Małgorzata Mrugacz
Klinika Okulistyki Dziecięcej z Ośrodkiem Leczenia Zeza
Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
ul. Waszyngtona 17
15-274 Białystok
e-mail: malgorzata.mrugacz@umwb.edu.pl