

Chirurgia dróg łzowych

Nadmierne łzawienie jest chorobą, która dotyczy zaledwie 3% pacjentów okulistycznych. Może dlatego tak trudno znaleźć skuteczną pomoc w opowaniu tego dokuczliwego, frustrującego i utrudniającego życie objawu.

ORBITA

CENTRUM MEDYCZNE ORBITA

ul. Mińska 25A, lok. U10
03-808 Warszawa
tel. +48 22 847 44 50

kontakt@centrummedyczneorbita.pl
www.centrummedyczneorbita.pl

Spis treści

	<i>strona</i>
1. Gruczoł łzowy, drogi łzowe gdzie one są i za co odpowiadają?	3
2. Co to jest pompa łzowa?	4
3. Jakie są przyczyny patologicznego łzawienia?	5
4. Jak zrozumieć mechanizm wydzielania i odprowadzania łez?	6
5. Jakie są konsekwencje nadmiernego łzawienia?	7
6. Jak rozpoznać nadmierne łzawienie?	8
7. Z jakimi chorobami najczęściej borykają się pacjenci z patologicznym łzawieniem?	9
8. Na czym polega leczenie zwężenia punktu łzowego?	10
9. Zapalenia kanaliką łzowego – dlaczego jest tak długo diagnozowane?	12
10. Jakie są objawy zapalenia kanaliką łzowego?	12
11. Jakie badania diagnostyczne mogą potwierdzić zapalenie kanaliką łzowego?	12

	<i>strona</i>
12. Czy zapalenie kanaliką łzowego jest jedyną przyczyną jego niedrożności?	13
13. Czy niedrożność worka łzowego i przewodu nosowo-łzowego to ta sama choroba?	13
14. Jakie są metody leczenia niedrożności worka i przewodu nosowo-łzowego?	14
15. Dlaczego czasami dochodzi do zarastania wytworzonej przetoki?	17
16. Jak długo rurki silikonowe pozostają w drogach łzowych i co robić gdy się wysuną?	17
17. Czy są jakieś przeciwwskazania do przeprowadzenia operacji rekonstrukcji dróg łzowych?	18
18. Jakie są najczęstsze objawy niepożądane po operacjach rekonstrukcyjnych dróg łzowych?	18
19. Jakie objawy świadczą o nieskuteczności operacji rekonstrukcyjnej dróg łzowych?	19

1.

GRUCZOŁ ŁZOWY, DROGI ŁZOWE GDZIE ONE SĄ I ZA CO ODPOWIADAJĄ?

Narząd łzowy zbudowany jest z gruczołu łzowego i dróg odprowadzających łzy.

Gruczoł łzowy

Znajduje się pod górną powieką od strony skroni. Ma wielkość pestki śliwki i odpowiedzialny jest za wytwarzanie łez. W ciągu dnia produkuje 1,2 ml płynu łzowego co odpowiada 1/5 łyżeczki do herbaty. W nocy gruczoł łzowy odpoczywa i nie produkuje łez. To on jest w głównej mierze odpowiedzialny za to, by łzy miały określony skład i zawierały niezbędne substancje. Płyn łzowy zawiera nie tylko sól, ale również białka, tłuszcze, witaminy i mikroelementy. Tych substancji znaleziono już ponad 300 i nadal trwają badania nad pełnym poznaniem ich wszystkich funkcji. Łzy są produkowane po to, żeby stale dezynfekować, nawilżać i odżywiać powierzchnię oka, tworząc tak zwany film łzowy. Objętość cieczy łzowej ulega nawet 100-krotnemu zwielokrotnieniu podczas płaczu czy intensywnego łzawienia wywołanego podrażnieniem lub zapaleniem oka.

Drogi łzowe są odpowiedzialne za odprowadzenie „zużytych” łez do jamy nosa. Tak naprawdę dostaje się tam tylko 10% łez produkowanych przez gruczoł łzowy. Reszta jest „odzyskiwana” lub „zużywana” po drodze. System odprowadzania łez zbudowany jest z punktów,

kanalików łzowych, woreczka łzowego i przewodu nosowo-łzowego.

Punkty łzowe

Prawidłowo rozwinięte drogi łzowe rozpoczynają się punktami łzowymi, czyli otworkami łzowymi, na dolnej i górnej powiece, zwróconymi swoim światłem w stronę gałki ocznej. Idealny punkt łzowy powinien mieć średnicę 0,2-0,3 mm i kształt lejka. Otworki łzowy stanowi wejście do kanalika.

Kanaliki łzowe

Kanalik biegnie równoległe do brzegu powieki. Długość kanalików wynosi około 18 mm. Kanaliki dolny odprowadza około 80% łez, dlatego należy zwracać szczególną uwagę na ostrożne przeprowadzanie badań, tak, aby nie dochodziło do mikrourazów.

Worek łzowy

Umiejscowiony jest na przyśrodkowej ścianie oczodołu. Ma około 12-15 mm długości i 4-6 mm średnicy. W odróżnieniu od punktów i kanalików łzowych, których podstawową cechą jest stała drożność, woreczek nie jest stale otwarty. Jego światło może być wąskie, szczelinowate, otoczone fałdami błony śluzowej. Fałdy te tworzą zastawki: przy wejściu kanalika wspólnego do woreczka łzowego – zastawkę Rossenmüllera, w połowie jego długości – parę zastawek Krausego, a przy przejściu worka w przewód nosowo-łzowy – zastawkę Taillefera. Wymienione zastawki zapobiegają wstecznemu przepływowi łez.

Przewód nosowo-łzowy

Worek i przewód nosowo-łzowy stanowią jednolitą strukturę anatomiczną. Cieśń między nimi można uznać za ich połączenie. Przewód przebiega w kanale kostnym o długości około 12-14 mm, który znajduje się w kości szczęki i kończy 5 mm poniżej przedniego sklepienia dolnej małżowiny nosowej. Na końcu przewodu nosowo-łzowego znajduje się zastawka Hasnera, która przeciwdziała cofaniu się powietrza i zarzucaniu wydzieliny śluzowej z jamy nosowej do przewodu nosowo-łzowego. Kontakt przewodu nosowo-łzowego z jamą nosową niestety może powodować przeniesienie zmian zapalnych, toczących się w jamie nosowej, do przewodu i być przyczyną jego zwężenia lub trwałej niedrożności.

Fizjologia odpływu łez

Prawidłowa struktura rogówki i zachowanie jej najistotniejszej funkcji, jaką jest załamywanie promieni świetlnych wpadających do oka, zależy między innymi od równowagi między wydzieleniem, a eliminacją łez z worka spojówkowego.

Łzy nie płyną po rogówce. Ich ilość, wydzielana w ciągu minuty, jest na to za mała. Przesuwanie się cieczy łzowej po rogówce następuje dzięki ruchom powiek, które rozprawdzają ciekłą powłokę płynu zabezpieczając jej prawidłowe nawilżenie i właściwości optyczne.

Jeśli tempo wydzielenia łez przewyższa szybkość ich odpływu do jamy nosowej, dochodzi do nagromadzenia łez w worku spojówkowym i wystąpienia nadmiernego łzawienia.

Istnieje kilka mechanizmów współdziałających ze sobą w celu utrzymania równowagi między wytwarzaniem, a usuwaniem łez. Wśród nich należy wymienić: mruganie, siły kapilarne punktów i kanalików łzowych, pompę łzową, siły ciężkości, parowanie i absorpcję płynu łzowego, prawidłową czynność zastawek w drogach łzowych, cyrkulację powietrza w jamie nosowej oraz prawidłową budowę anatomiczną brzegów powiek, które wspomagają i uzupełniają mechanizmy podstawowe.

2.

CO TO JEST POMPA ŁZOWA?

Prace Lestera Jonesa w roku 1957 wyjaśniły rolę kanalików, woreczka łzowego i funkcji mięśnia okrężnego oka. Tak powstała potwierdzona przez innych badaczy, teoria pompy łzowej. Strużki łez spływając z gruczołu łzowego gromadzą się wzdłuż krawędzi powiek i napływają do jeziora łzowego w kącie przyśrodkowym oka. Przy otwartych oczach pompa łzowa znajduje się w spoczynku. Kanaliki są rozszerzone i wypełniają się dzięki siłom kapilarnym punktów łzowych. W domu możecie sprawdzić działanie sił kapilarnych za pomocą przezroczystej słomki do picia napojów. Wkładając ją do płynu widzimy, że ciecz zaczyna iść w górę powyżej poziomu powierzchni płynu. To są właśnie siły kapilarne. Im węższa rurka, tym płyn „pójdzie” wyżej do góry.

Przy otwartych oczach ściany woreczka łzowego przylegają do siebie. Zamknięcie powiek włącza działanie pompy łzowej. Wiązki mięśni powiekowych zaciskając szparę powiekową powodują przesunięcie łez w kierunku jeziora łzowego, czyli przyśrodkowego kąta oka. Powieki zamykają się od skroni do nosa na wzór zamka błyskawicznego.

W tym samym czasie skurcz mięśni wokół kanalików powoduje przyciśnięcie punktów łzowych do jeziora łzowego, zwężenie i skrócenie kanalików. Dodatkowo efekt Venturiego, który istnieje w kanalikach, przyspiesza drenaż łez w kierunku kanalika wspólnego i woreczka łzowego. Z takim efektem w życiu codziennym spotykamy się gdy wieje wiatr. Na otwartej przestrzeni wyczuwamy jego stałą moc. W chwili przechodzenia między budynkami wyczuwamy, że strumień powietrza jest silniejszy. Podobnie jest z płynami, które przepływając z większej objętości przyspieszają swój przepływ w chwili zmniejszania średnicy naczynia-rurki proporcjonalnie do jego rozmiarów. Kanalik dolny skraca się bardziej niż górny, poza tym jest średnio o 3-4 mm od niego krótszy i dlatego zabiera więcej łez niż jego górny odpowiednik. Zbiera około 80% całej objętości łez z worka spojówkowego.

Skurcz głębokiej wiązki mięśnia przedprzegrodowego powoduje oddzielenie się od siebie ścianek woreczka, co wywołuje ujemne ciśnienie i tak zwany efekt ssący Bernoulliego. Występuje tutaj paradoks hydrodynamiczny. Jeżeli w rurce mamy zwężenie, to płyn przepływający przez to zwężenie będzie miał niższe ciśnienie niż poza tym zwężeniem, co przeczy zdrowemu rozsądkowi. Łatwo to sobie zilustrować i przekonać się, że tak jest

w rzeczywistości, przeprowadzając prosty eksperyment. Proszę wziąć dwie kartki papieru A4 trzymając jedną w prawej ręce, drugą w lewej. Zbliżając ją na odległość 5 centymetrów należy dmuchnąć między kartki. Według logiki kartki powinny się od siebie oddalić, tymczasem zbliżają się do siebie – to jest właśnie efekt ssący Bernoulliego.

Dzięki tym siłom, łzy zostają zassane i przepchnięte do worka łzowego.

Otwarcie powiek opróżnia worek na skutek ponownego zapadnięcia się jego ścianek. Ruch wsteczny łez ograniczony jest obecnością, wspomnianych wcześniej zastawek.

Mimo wielu badań i teorii, nadal nie do końca poznane są wszystkie mechanizmy powodujące odpływ łez z worka spojówkowego do jamy nosowej.

3.

JAKIE SĄ PRZYCZYNY PATOLOGICZNEGO ŁZAWIENIA?

Nadmierne łzawienie może być spowodowane trzema przyczynami:

1. Zbyt dużą produkcją łez. Dzieje się tak najczęściej w przypadku uruchomienia reakcji obronnej lub

emocjonalnej. Każdy z nas tego doświadcza, kiedy dostaje nam się coś do oka (ziarenko pisaku, woda morska czy owad w czasie jazdy na rowerze). Wtedy automatycznie gruczoł łzowy produkuje łzy potrzebne do wypłukania intruza. Objętość łez może wzrosnąć nawet stukrotnie. Ze łzawieniem emocjonalnym spotkaliśmy się w czasie płaczu, kichnięcia czy ziewania. Ten sam mechanizm funkcjonuje w przypadku zapalenia spojówek, alergii, uszkodzenia rogówki oraz innych stanów zapalnych gałki ocznej. Nadmierna produkcja łez ma za zadanie fizyczną eliminację zarazków, alergenów, substancji chemicznych i innych nieczystości. Ta zwiększona „higiena” oka jest naszą ochroną przed kolonizacją mikroorganizmami i zmniejsza stężenia wszystkich toksycznych substancji, które dostają się do naszego oka.

2. Nadmierne łzawienie w tych przypadkach można wyeliminować lecząc chorobę podstawową. Jest to najczęstsza przyczyna patologicznego łzawienia, dotycząca blisko 60% łzawiących pacjentów.
3. Tylko 30% pacjentów z nadmiernym łzawieniem to chorzy z niedrożnością dróg łzowych. Jest ona związana z chorobami punktu i kanalika łzowego, worka łzowego i przewodu nosowo-łzowego. Każdy z elementów, który ulegnie chorobie może wywołać łzawienie.
4. Blok czynnościowy – czyli paraliż pompy łzowej. W tej sytuacji, aparat dróg odpływu łez jest prawidłowo zbudowany i zewnętrznie nie choruje. Uszkodzeniu w tym przypadku ulegają mechanizmy ner-

wowe. Na szczęście choroba jest rzadka, występuje tylko u 10% pacjentów z patologicznym łzawieniem. Dlaczego na szczęście? Bo leczy się ją najtrudniej i efekty leczenia są słabe. Ten typ łzawienia występuje najczęściej u pacjentów z porażeniem nerwu twarzewego.

4.

JAK ZROZUMIEĆ MECHANIZM WYDZIELANIA I ODPROWADZANIA ŁEZ?

Cały system można porównać do mechanizmu „czyszczenia” szyb w naszych samochodach. Kiedy szyba naszego auta jest brudna używamy spryskiwacza (gruczołu łzowego) do podania płynu na jej powierzchnię (czyli rogówkę oka). Nasze powieki tak jak wycieraczki samochodowe rozpraszają płyn po szybie. W zależności od tego jak brudną mamy szybę, tyle płynu podajemy. Tylko odpowiednio czyste szyby pozwalają nam bezpiecznie jechać dalej. Tylko czysta rogówka daje nam komfort ostrego widzenia. Myślę, że nikt nie zastanawia się co dalej dzieje się z płynem ze spryskiwacza. Odprowadzanie zużytego płynu następuje przez specjalny system kanalizacyjny. Drogi odprowadzające łzy najłatwiej porównać do naszej domowej kanalizacji. Nikt nie wie gdzie ona jest, dopóki się nie zepsuje.

Niedrożna umywalka to dokuczliwy problem, podobnie jak łzawiące oko. Kiedy woda nie spływa płynnie do kanalizacji, gromadzi się i zalega w umywalce, która zaczyna być stale brudna, z czasem woda w niej staje się mętna i brzydko pachnie! Podobnie dzieje się w naszych oczach. Zalegające łzy powodują, że „nieczystości” z powietrza, złuszczone komórki, resztki kosmetyków nie odpływają do dróg odprowadzających łzy, tylko zalegają w worku spojówkowym.

5.

JAKIE SĄ KONSEKWENCJE NADMIERNEGO ŁZAWIENIA?

1. Ciągłe, nierzadko wieloletnie, wycieranie łez powoduje obniżanie powieki, rozluźnienie więzadeł powiekowych, odwrócenie punktu łzowego, czasami odwinięcie się całej powieki. Powstaje mechanizm „błędnego koła”. Im bardziej łzawimy tym częściej wycieramy oczy, osłabiając własne mechanizmy odpływu łez. Dlatego im szybciej zdecydujemy się na leczenie patologicznego łzawienia, tym szansa na sukces będzie większa.
2. Stałe dotykanie powieki rękami podczas wycierania łez sprzyja wprowadzaniu infekcji do worka spojówkowego i wywoływaniu przewlekłego zapalenia spojówek. Zalegające łzy stanowią doskonałą pożywkę dla bakterii dodatkowo przyczyniając się do rozwoju stanu zapalnego.

3. W czasie pylenia roślin więcej alergenów pozostaje w kontakcie ze spojówkami, dlatego pacjenci z niedrożnością dróg łzowych mają większą skłonność do alergicznych zapaleń spojówek.
4. Przelewanie się łez na skórę często doprowadza do podrażnień i zapalenia skóry powiek.
5. Samo przelewanie się łez często uniemożliwia normalne funkcjonowanie, szczególnie przy czynnościach wymagających skupienia. Również w sytuacjach, w których obie ręce są „zajęte”, np. podczas prowadzenia auta, pracy na wysokościach, przenoszenia dużych przedmiotów, wycierania oczu.
6. Podwyższony menisk łzowy tworzy na brzegu powieki soczewkę pryzmatyczną, która dodatkowo pogarsza widzenie i utrudnia prace związane z pochyleniem głowy jak czytanie, praca przy komputerze, gotowanie itp.
7. Nadmierne łzawienie praktycznie nie pozwala na wykonanie makijażu. Jest to trudne nawet przy stosowaniu kosmetyków wodoodpornych.
8. Ciągłe wycieranie oczu przykuwa uwagę otoczenia. Sprzyja zadawaniu pytań, frustruje, nierzadko jest powodem ograniczenia kontaktów społecznych.

6.

JAK ROZPOZNAĆ NADMIERNE ŁZAWIENIE?

Jeżeli wycieranie oczu jest ciągle, to wiadomo, że problem w odpływie łez musi występować i tu nie ma co do tego wątpliwości. Trudniej jest natomiast Pacjentowi zorientować się w sytuacji, gdy łzawienie jest okresowe lub występuje tylko w określonych warunkach np. na powietrzu. W takich przypadkach najłatwiej posłużyć się skalą opracowaną przez duńskiego okulistę. Skala Munka, bo niej mówimy, jest 5 stopniowa.

- » stopień 0 – brak łzawienia,
- » stopień 1 – łzawienie okazjonalne, wymaga wcierania oczu mniej niż dwa razy dziennie,
- » stopień 2 – łzawienie wymagające wycierania oczu od 2 do 4 razy dziennie,
- » stopień 3 – łzawienie wymagające wycierania oczu od 5 do 10 razy dziennie,
- » stopień 4 – łzawienie wymagające wycierania oczu częściej niż 10 razy dziennie,
- » stopień 5 – ciągle łzawienie.

Jeżeli wycieramy oczy częściej niż 5 razy dziennie przynajmniej 2 razy w tygodniu istnieje bardzo duże prawdopodobieństwo, że mamy opór w drogach odpływu łez!

Od strony okulisty wspomagamy się kilkoma testami:

1. Badanie zaczynamy od oceny anatomicznej struktur odpowiedzialnych za prawidłowy odpływ łez. Oceniamy czy powieki prawidłowo przylegają do powierzchni gałki ocznej, czy nie są zmienione zapalnie. Określamy jaka jest kondycja punktów łzowych, czy nie są one zwężone, odwrócone, zmienione destrukcyjnie, czy się nie dotykają, czy nie są zamknięte przez spojówkę lub ciało obce. Sprawdzamy czy przy ucisku kanalika lub worka łzowego nie wydostaje się z punktu łzowego ropna, śluzowa wydzielina. Badając worek łzowy oceniamy palpacyjnie czy nie występuje patologiczny opór, ból czy guz.
2. Oceniamy wysokości menisku łzowego. Łzy zbierają się cienką warstwą nad brzegiem powieki i to można zmierzyć. Prawidłowa wysokość tego menisku wynosi średnio 0,3 mm. Jeżeli jest dwa razy wyższy to sprawa jest jasna, łzy nie odpływają prawidłowo z worka spojówkowego.
3. Wykonujemy test zanikania barwnika. Długość dróg łzowych to blisko 4 cm i określona objętość. Wydzielanie łez jest stosunkowo małe, to tylko 1/5 łyżeczki do herbaty na dobę. Stąd przy tak małym wydzielaniu pewna ilość, nawet w niedrożnych drogach łzowych, może się w nich „schować”. Dlatego wkraplamy zabarwiony płyn do worka spojówkowego, żeby zwiększyć objętość łez i sprawdzić jak szybko zostanie on wyeliminowany z worka spojówkowego. Test jest bezpieczny, bezbolesny i bardzo wiarygodny. Już po 5 minutach widać czy zabarwione łzy zniknęły z oka, czy przelały się przez policzek, wtedy interpretacja testu jest oczywista.

4. Przeprowadzamy test kanalikowy, czyli tak zwane płukanie dróg łzowych. Badanie polega na wprowadzeniu sterylnej, bardzo cienkiej kaniuli przez punkt łzowy do kanalika łzowego i podaniu płynu, najczęściej jałowej soli fizjologicznej do dalszych odinków dróg łzowych. Jeżeli Pacjent poczuje przechodzenie płynu do jamy nosa to możemy założyć, że drogi łzowe są sprawne. Jeżeli tak się nie dzieje lub płyn wraca górnym kanalikiem do worka spojówkowego mamy potwierdzenie niedrożności.

Dlaczego mimo przechodzenia płynu do jamy nosowej nie zawsze drogi łzowe będą zdrowe? Ponieważ przepływ płynu w drogach łzowych wymuszony jest tłokiem strzykawki. Podajemy stosunkowo dużo płynu pod sporym ciśnieniem w porównaniu z naturalnym odpływem łez. Jeżeli uszkodzona jest pompa łzowa, to w tych przypadkach nadal będzie występowało nadmierne łzawienie. Jest to tak zwany blok czynnościowy. Można go trochę porównać do paraliżu ręki. Fakt, że ręka jest dobrze zbudowana anatomicznie i zewnętrznie nie widać żadnej patologii, nie gwarantuje jej sprawności. Tylko kontrola układu nerwowego nad całością ręki, skurczami i rozkurczami mięśni, napływem i odpływem krwi oraz innymi mechanizmami powoduje jej prawidłowe funkcjonowanie.

Podobnie jest z mechanizmami kontrolującymi odpływ łez. Celem potwierdzenia takiego rozpoznania wykonuje się scyntyografię dróg łzowych. Polega ona na podaniu radioizotopu do worka spojówkowego i śledzeniu za pomocą odpowiednich urządzeń ich naturalnego odpływu. Poza znakowaniem łez nie ma innej ingerencji, dlatego to badanie uważa się za najbardziej wiarygodne w okre-

śleniu miejsca i stopnia niedrożności. Niestety dostępne jest tylko w pojedynczych pracowniach klinicznych na terenie kraju. Nie jest badaniem niezbędnym do postawienia prawidłowej diagnozy, ale rozstrzygającym w przypadku występowania bloku czynnościowego.

Jeżeli w kącie przyśrodkowym występuje zgrubienie, które jest trudne do jednoznacznej interpretacji, kiedy nie można z całą pewnością stwierdzić, że jest ono spowodowane rozszerzeniem (rozstrzenią), ropniem worka łzowego lub torbielą śluzową, należy poszerzyć diagnostykę o badania obrazowe -USG, tomografię komputerową czy rezonans magnetyczny. W przypadkach wątpliwych podajemy kontrast do dróg łzowych -dakrocystografię (DCG), która w znakomity sposób uzupełnia diagnostykę. Dzięki badaniu możemy często wyjaśnić istotę choroby, znaleźć przyczynę zaburzeń w drogach odpływu łez.

7.

Z JAKIMI CHOROBYMI NAJCZĘŚCIEJ BORYKAJĄ SIĘ PACJENCI Z PATOLOGICZNYM ŁZAWIENIEM?

Nadmierne łzawienie może być wywołane przez chorobę na każdym piętrze dróg odpływu łez.

Nabyte zwężenie punktów łzowych – stenoza punktów łzowych (*acquired external punctal stenosis*, AEPS)

stanowi bardzo częstą lecz rzadko rozpoznawaną przyczynę występowania nadmiernego łzawienia. Bywa, że wizyta u lekarza okulisty nie rozwiązuje problemu, gdyż często nie docenia się funkcji punktów łzowych w prawidłowym odpływie łez. Ocenia się, według różnych autorów, że w 30-50% przypadków za patologiczne łzawienie odpowiedzialne jest nieprawidłowe funkcjonowanie właśnie tego pierwszego odcinka dróg łzowych. Zwężenie punktów łzowych, jest najczęściej związane ze zwłóknieniem zwieracza lub pierścienia punktu łzowego, jak również związanymi z wiekiem zmianami inwolucyjnymi, prowadzącymi do rozluźnienia tkanek i nieprawidłowego ustawienia powiek. Nieprawidłowości punktu łzowego często dotyczą również pacjentów z jaskrą, długotrwanie leczonych lekami miejscowymi, tj.: beta-blokery, dorzolamid, 5-fluorouracyl.

W grupie młodszych chorych zwężenie punktów łzowych dotyczy głównie pacjentów ze skłonnością do przewlekłego zapalenia brzegów powiek, alergicznego zapalenia spojówek, po przebytych wirusowym zapaleniu spojówek lub chemioterapii z powodu choroby onkologicznej. Zauważono również, że kobiety chorują średnio trzy razy częściej na tę dolegliwość niż mężczyźni. Trudno jednoznacznie wskazać, jakie są tego przyczyny. Podkreśla się różnice w budowie anatomicznej dróg łzowych (węższe drogi odpływu łez u kobiet) oraz wpływ zaburzeń hormonalnych, występujących po 40. roku życia oraz stosowanie kosmetyków (używanie różnego rodzaju tuszów do rzęs, cieni, kredek powoduje zanieczyszczanie łez substancjami chemicznymi, które spływając przez drogi łzowe do jamy nosa mogą powodować ich podrażnienie i w konsekwencji skutkować wtórnym zwężeniem punktów łzowych).

8.

NA CZYM POLEGA LECZENIE ZWĘŻENIA PUNKTU ŁZOWEGO?

Postępowaniem z wyboru, w przypadkach łzawienia spowodowanego zwężeniem oraz niedrożnością punktów łzowych, jest fizyczne poszerzenie ich światła. Do niedawna cel ten osiągano wykonując zabiegi, polegające na poszerzeniu wejścia do kanalików łzowych przy użyciu poniższych technik:

- » powtarzane rozszerzenie światła punktów łzowych za pomocą rozszerzadła Nettleshipa,
- » plastyka punktu techniką pojedynczego cięcia (*one-snip punctoplasty*),
- » plastyka punktu techniką dwóch cięć (*two-snip punctoplasty*),
- » plastyka punktu techniką trzech cięć (*three-snip punctoplasty*),
- » laserowa plastyka punktu łzowego (laserem argonowym),
- » punktoplastyka mikrochirurgiczna,
- » elektrokauteryzacja.

W chwili obecnej, jedną z częściej wykonywanych procedur, odtwarzających drożność punktów łzowych, jest ich czasowa intubacja perforowanymi implantami silikonowymi.

Metoda ma za zadanie fizyczne poszerzenie punktu poprzez wszczępienie do niego miękkiego implantu silikonowego o wymiarach 1,5x2 mm, który jak ekspander ma

rozciągnąć tkankę. Implant jest drożny już po wszczepieniu, przy założeniu, że dalsze drogi odpływu łez są zdrowe. Powoduje to znaczne zmniejszenie lub ustąpienie objawów łzawienia. Implant w 98% przypadków nie daje żadnych objawów niepożądanych związanych z jego obecnością w tkance. Rzadko powoduje uczucie ciała obcego, alergię, ziarniniaka spojówki. Czas przebywania wszczepu w punkcie łzowym to 3 miesiące. Po tym okresie należy go usunąć. Nie jest to termin sztywny. Jego dłuższe przebywanie nawet do pół roku i dłużej nie wiąże się ze zwiększeniem działań niepożądanych. Czasami z powodu zanieczyszczenia implantu śluzem przestaje działać i spełniać swoją rolę, a kolonizacja bakteriami może sprzyjać przewlekłemu zapaleniu spojówek.

Pełny efekt terapii oceniamy dopiero po usunięciu implantów. Zdarza się tak, że Pacjent z implantami nadal łzawi, a po ich usunięciu objawy zmniejszają się lub zupełnie ustępują. Wy tłumaczeniem takiej sytuacji jest fakt, iż implant ma stałą wielkość, a przestrzeń – objętość punktu łzowego jest osobniczo zmienna i zależna od płci, wagi i genetyki. Implant może po prostu wypełnić całą przestrzeń w tkance punktu łzowego i „nie przepuszczać” odpowiedniej ilości łez w dalszych odcinkach dróg odpływu łez. Stąd po jego usunięciu dopiero jest przestrzeń do prawidłowego odpływu łez.

Skuteczność takiego leczenia sięga 75%. Dlaczego nie 100% ? Zwężenie punktów łzowych to sygnał dla okulisty, że może ono dotyczyć również dalszych odcinków dróg łzowych. Dzieje się tak w 25% przypadków. Trudno dobrze zinterpretować wyniki testów opisanych wyżej, kiedy mamy zamkniętą drogę odpływu łez już na sa-

mym początku. To punkt łzowy jako pierwszy „odbiera” łzy z worka spojówkowego. Bez jego poszerzenia trudno zbadać kanaliki łzowe, worek łzowy i przewód nosowo-łzowy. Nawet przy przepłukaniu dróg łzowych, gdzie potencjalnie możemy założyć, że mamy drożne drogi łzowe istnieje ryzyko, że zwężenie dalszych odcinków może być na tyle znaczące, że będzie wymagało jeszcze innej terapii. Statystyka jest jednak po stronie pacjenta. Skuteczność 75% to 3 zdrowych pacjentów, na 4 leczonych! To wysoki wskaźnik sukcesu przy zastosowaniu tej metody.

Jeżeli zwężenie punktu łzowego jest małe zabieg wszczepienia implantów drożnych do punktów łzowych można wykonać w znieczuleniu miejscowym podczas wizyty okulistycznej. Dolegliwości bólowe w trakcie zabiegu są w większości przypadków nieduże i akceptowalne.

Jeżeli występuje zarośnięcie punktu łzowego lub pacjent ma niski próg bólu, wtedy wykonujemy wszczepienie implantu na sali operacyjnej w znieczuleniu dożylnym. Wtedy pacjent wymaga przygotowania typowego jak dla zabiegu w procedurze chirurgii jednego dnia (patrz informacje w zakładce chirurgia jednego dnia).

9.

ZAPALENIA KANALIKA ŁZOWEGO

– DLACZEGO JEST TAK DŁUGO DIAGNOZOWANE?

Częstość występowania tej choroby to zaledwie 5% z ogółu łzawiących pacjentów. Średnio, według literatury światowej, mija aż 2 lata od pojawienia się pierwszych objawów do postawienia właściwej diagnozy. Dlaczego?

Dlatego, że jest to podstępna, powoli rozwijająca się choroba ze zmieniającymi się w czasie objawami, z fluktuacjami nasilenia symptomów oraz objawami typowymi dla innych chorób zapalnych spojówek. Trudność w postawieniu właściwego rozpoznania związana jest głównie z rzadkością tego schorzenia. Może się zdarzyć, że okulista nigdy nie będzie miał możliwości zbadania takiego pacjenta lub co najwyżej spotka się z nim tylko raz może dwa razy w swoim życiu. Tak „mówią” statystyki. Będąc ośrodkiem, który specjalizuje się w leczeniu chorób dróg łzowych spotykamy się z nim średnio raz na miesiąc, czyli rocznie leczymy zaledwie i aż 12 pacjentów.

10.

JAKIE SĄ OBJAWY ZAPALENIA KANALIKA ŁZOWEGO?

Najczęściej choroba zaczyna się ropieniem oka (zwykle jednego) z towarzyszącym mu niewielkim łzawieniem, zaczerwienieniem (lub nie) spojówek w kąciку przyśrodkowym. Zwykle na tym etapie choroby zastosowanie kropli antybiotykowych i przeciwzapalnych prowadzi do krótkotrwałego zmniejszenia objawów. Niestety, po odstawieniu leków objawy wracają, a kolejne kuracje antybiotykowe kończą się tym samym – powrotem dolegliwości. Pacjent, najczęściej po nocy, ma zaropiałe, sklezione patologiczną wydzieliną oko. W ciągu dnia ropienie najczęściej jest mniejsze, ale nadal występują różnie nasilone inne objawy: łzawienie, pieczenie, uczucie ciała obcego.

11.

JAKIE BADANIA DIAGNOSTYCZNE MOGĄ POTWIERDZIĆ ZAPALENIE KANALIKA ŁZOWEGO?

Badanie okulistyczne w lampie szczelinowej zazwyczaj potwierdzi przewlekłe zapalenia spojówek, zwłaszcza w kącie przyśrodkowym oka, gdzie znajdują się dro-

gi odpływu łez. Kanalik łzowy dolny jest trzykrotnie częściej zajęty niż kanalik górny. W 90% przypadków obserwujemy jego poszerzenie przypominające gradówkę. Objawem dość charakterystycznym jest wydobywanie się ze światła kanalika łzowego, samoistnie lub pod wpływem niewielkiego ucisku, mlecznej, żółto podbarwionej patologicznej wydzieliny. W dużym powiększeniu możemy zauważyć, że struktura tej wydzieliny nie jest jednorodna, zawiera w swoim składzie „drobne” mikroskopijne „kamyczki”, co bardzo silnie znamionuje zapalenie kanalika łzowego. Powodem takiego zapalenia najczęściej jest promienica wywołana przez *Acinomyces Israeli* lub drobnoustrój o nazwie *Nocardia Asteroides*. Cechą tych zakażeń jest tworzenie się w świetle kanalika łzowego, ale również worka łzowego, patologicznych złogów. Wielkość tych złogów zwykle odpowiada wielkości ziarna pieprzu, ale bywają również okazy wielkości pestki wiśni. Może być ich kilka lub kilkanaście. Mają stale zapewnione „pożywienie” – łzy zawierają, białka, tłuszcze, wodę, minerały, witaminy, czyli wszystko to, co jest potrzebne do życia.

Penetracja do kanalika łzowego miejscowo podawanych antybiotyków jest ograniczona, stąd skuteczność zachowawczego leczenia w tego typu infekcji jest niska.

W diagnostyce zapaleń kanalików łzowych pomocne są badania dodatkowe jak USG czy dakrycystografia. Jak wspomnieliśmy wyżej, drogi łzowe są drogami odpływu „nieczystości” z worka spojówkowego. Aby ograniczyć możliwość cofania brudnych łez z powrotem na powierzchnię gałki ocznej występują w nich liczne zastawki. To sprawia, że złogi obecne w kanalikule łzowym trudno usunąć przez punkt łzowy, lub przepchnąć do worka łzo-

wego, a trzeba je fizycznie usunąć, żeby wyleczyć pacjenta. Zabieg ten polega na bardzo delikatnym nacięciu od strony spojówki kanalika łzowego na długości około 5 mm. Cały zabieg wykonujemy pod mikroskopem w dużym powiększeniu, żeby nie uszkodzić punktu łzowego, zastawek i ostrożnie wydobyć złogi ze światła kanalika łzowego bez niepotrzebnego zranienia jego światła (średnica kanalika to zaledwie 1 mm). To ważne, bo wtórne niedrożności kanalikowe bardzo trudno poddają się leczeniu. Po zszyciu kanalika łzowego implantujemy do jego wnętrza silikonową rurkę, aby zapobiec wtórnej niedrożności. Implant pozostaje w świetle kanalika łzowego przez około 3-4 miesiące. Usuwanie implantu jest praktycznie bezbolesne i odbywa się w trakcie wizyty okulistycznej. Skuteczność takiego postępowania sięga 95%! Nawroty zdarzają się niezwykle rzadko.

12.

CZY ZAPALENIE KANALIKA ŁZOWEGO JEST JEDYNĄ PRZYCYNĄ JEGO NIEDROŻNOŚCI?

Nie! Oprócz zapalenia, do niedrożności kanalika łzowego dochodzi w wyniku jego urazu (urazy powiek podczas wypadków komunikacyjnych, pogryzienia przez psa, pobicia) oraz oparzenia (chemicznego lub termicznego). Na nieszczęście kanalik łzowy dolny, który odprowadza 80% łez, ulega sześciokrotnie częściej przerwaniu niż górny. Dodatkowo do jego niedrożności może dochodzić

na skutek ogólnoustrojowej chemioterapii, radioterapii w przypadku chorób autoimmunologicznych, jak pemfigoid bliznowaciejący, choroba Stevensa Jonsona, liszaja płaskiego, rzadko w przypadku chorób nowotworowych.

13.

CZY NIEDROŻNOŚĆ WORKA ŁZOWEGO I PRZEWODU NOSOWO-ŁZOWEGO TO TA SAMA CHOROBA?

I tak, i nie. Worek łzowy w istocie rzadziej niż przewód nosowo-łzowy ulega zajęciu procesem chorobowym, który prowadzi do jego niedrożności. Ma znacznie większą średnicę, czyli może się rozciągać w trakcie zapalenia, łatwiej również podać do niego leki. Choroby worka łzowego są głównie natury wtórnej, czyli choroby wynikającej z innych przyczyn niż choroba worka łzowego związana z jego zapaleniem pierwotnym.

Przyczyny niedrożności woreczka łzowego są następujące:

- » zachyłki, przetoki,
- » urazy,
- » zapalenia (ziarniniak Wegenera, sarkoidoza, katar sienny),
- » nowotwory (rak podstawnokomórkowy, płaskonabłonkowy, chłoniak, nerwiakowłókniak, czerniak, guzy przerzutowe i inne).

Inaczej jest w przypadku niedrożności przewodu nosowo-łzowego. Biegnie on w kanale kostnym, który stanowi jego ograniczenie. Ten centymetrowy kanał o średnicy około 4 mm wydaje się być kluczowy w powstawaniu niedrożności. W przypadku pojawienia się zapalenia, tkanka ulegająca obrzękowi, zamknięta w kanale kostnym, zbliża się do siebie i nietrudno podejrzewać, że będzie to główny mechanizm powstawania zrostów w przewodzie nosowo-łzowym.

Patogeneza tej niedrożności nadal nie jest do końca wyjaśniona. Występuje zwykle u osób po 40 r.ż., trzy razy częściej u kobiet niż u mężczyzn. Przebieg choroby jest wieloletni, dlatego im wcześniej rozpoczniemy leczenie, tym wskaźniki sukcesu będą wyższe.

Przyczyny niedrożności przewodu nosowo-łzowego możemy podzielić na:

- » pierwotną nabytą niedrożność przewodu nosowo-łzowego – najczęstsza przyczyna niedrożności u dorosłych, 60% ogółu chorych z patologicznym łzawieniem,
- » wtórną, włączając w to powikłania po chirurgii przegrody nosowej i zatok szczękowych,
- » nowotworową (jako wynik ekspansji masy guza do przewodu nosowo-łzowego z woreczka łzowego, bądź tkanek otaczających).

Patologie w obrębie jamy nosowej, które mogą wpływać na powstanie nadmiernego łzawienia są rzadkie. Wśród nich wyróżnić możemy:

- » alergiczny nieżyt nosa,
- » ciężkie przewlekłe zapalenia błony śluzowej jamy nosowej,

- » przyczyny jatrogenne – powikłania chirurgii jamy nosowej,
- » nowotwory.

14.

JAKIE SĄ METODY LECZENIA NIEDROŻNOŚĆ WORKA I PRZEWODU NOSOWO-ŁZOWEGO?

Obecnie nadal „złotym standardem”, który można zastosować we wszystkich przypadkach niedrożności workowatej i przewodowej jest zewnętrzne zespolenie workowo-nosowe czyli **dakryocystorhinostmia – DCR**.

Pierwszą operację DCR przeprowadził Toti w 1904 roku. Już w chwili odkrycia metoda osiągała ponad 70% skuteczności. Głównym założeniem operacji jest wytworzenie z cięcia zewnętrznego na skórze bocznej ściany nosa oraz w okolicy przyśrodkowego kąta oka kanał (długości około 15-18 mm) łączący worek łzowy z jamą nosa. W różnych modyfikacjach metoda funkcjonuje do dnia dzisiejszego!

Charakteryzuje się dużym odsetkiem powodzeń wahającym się od 85% do 100%. Do niedogodności metody należy zaliczyć konieczność hospitalizacji i operacji w znieczuleniu ogólnym (ok. 45-55 minut). Sam zabieg musi być przeprowadzony po nacięciu skóry, co wiąże się z koniecznością zdjęcia szwów. Ponadto istnieje ry-

zyko wystąpienia obrzęku i zasinienia tkanek w miejscu operacji, krwawienia z jamy nosa oraz powstania widocznej blizny. W przypadku operacji w okolicy kąta przyśrodkowego większe są również możliwości wystąpienia powikłań w postaci uszkodzenia ważnych dla funkcjonowania powiek i dróg łzowych struktur anatomicznych, uszkodzenia pompy łzowej, zapalenia tkanek oczodołu.

DCR jest metodą z wyboru w pourazowej niedrożności dolnych dróg łzowych, ziarniniakowatości Wegenera oraz guzach tej okolicy.

Inną metodą jest **przeznosowy DCR** (Endonasal DCR – EN-DCR) – został po raz pierwszy przeprowadzony przez Caldwell'a w 1893 r. i na lata zaniechany z powodu powikłań, braku odpowiednich narzędzi oraz możliwości dobrej wizualizacji pola operacyjnego.

Wraz z rozwojem technik endoskopowych, mających zastosowanie między innymi w chirurgii zatok obocznych nosa, pojawiła się możliwość dobrego wglądu w okolicę bocznej ściany nosa i przewodów nosowych.

Rozwój tej metody to ostatnie 30 lat. Nabywanie coraz większych umiejętności przez laryngologów, wzrost rozdzielczości obrazu, zastosowanie nowoczesnych endoskopów, pozwoliło zajrzeć w te małe przestrzenie i stworzyć odpowiednie rozwiązania. Obecnie skuteczność zabiegu w analizie publikacji naukowych mieści się w zakresie od 70-91%.

Zalety metody to skrócenie czasu zabiegu średnio do około 25-30 minut, brak widocznej blizny, konieczności

hospitalizacji, ingerencji w struktury odpowiedzialne za mechanizm pompy łzowej. Istotną zaletą jest możliwość usunięcia podczas zabiegu wewnątrznosowych laryngologicznych przyczyn niedrożności dróg łzowych (skrzywienia przegrody nosa, wad małżowin nosowych i zrostów w jamie nosa).

Przekanalikowa laserowa DCR (Transcanalicular laser DCR - TCL-DCR) – w 1990 r. Massaro po raz pierwszy użył lasera argonowego na zwłokach w celu wytworzenia przetoki workowo-nosowej. Wkrótce rozpoczęto próby z innymi typami laserów: KTP, Neodymowo-Yagowym (Nd:YAG) i Holmowo-Yagowym (Ho:YAG), Erbiumowo-Yagowym (Er:YAG) i KTP oraz najczęściej obecnie używanymi laserami diodowymi.

Metoda TCL-DCR polega na wprowadzeniu światłowodów, cienkiego i elastycznego jak włos, przez dolny punkt i kanalik łzowy do workoczka łzowego. Miejsce „cięcia” ustala się pod kontrolą endoskopu w jamie nosa. Następnie wytwarzana jest przetoka pomiędzy workoczkiem łzowym a jamą nosa, poprzez wycięcie owalnego otworu o wymiarach około 6x10 mm, romboidalnego otworu około 3x12 mm lub wykonaniu małej osteotomii i obwodowym jej poszerzeniu. Wycięte fragmenty workoczka łzowego, kości łzowej i śluzówki usuwane są przez jamę nosa. Istnieje możliwość zastosowania antymetabolitów (Mitomycyna C) w miejscu przetoki, która ogranicza gojenie tkanek i zmniejsza ryzyko zarośnięcia przetoki. Kolejnym etapem operacji jest intubacja silikonowym stentem przez górny i dolny kanalik łzowy.

Zalety metody są takie same jak w ENL-DCR. W tym przypadku istnieje możliwość kierowania energii la-

sera w kierunku przeciwnym do gałki ocznej oraz lepszej wizualizacji pola operacyjnego, dzięki współpracy z laryngologiem. Dostęp przekanalikowy uważa się za korzystny w przypadkach rewizji po zewnętrznej, przenosowej, jak również przekanalikowej DCR. Skuteczność operacji TCL-DCR przy użyciu lasera diodowego, w analizach naukowych, osiąga od 80-95%.

Zespolenie spojówkowo-nosowo-łzowe CDCR.

W przypadkach, kiedy „nie mamy” dróg łzowych, bo nie zostały wykształcone, bezpowrotnie uszkodzone w wyniku urazu, wycięte z powodu nowotworu lub nie działają mimo kilku operacji rekonstrukcyjnych wtedy są wskazania do połączenia worka spojówkowego z jamą nosa za pomocą protezy. Rurki Jonesa, bo o nich tutaj mówimy w sposób „sztuczny”, grawitacyjny odprowadzają łzy z oka do jamy nosa. Mają kształt rurki o średnicy zwykle między 3-4 mm i długość od 10 mm do 25 mm. Wszczepia się je za pomocą metalowej prowadnicy, która umożliwia właściwe zaplanowanie długości protezy. Skuteczność ustąpienia objawów pacjenci oceniają wysoko, ale od 30-50% doświadczą w ciągu 5 lat jednego lub kilku z niżej wymienionych działań niepożądanych:

1. Wypadanie implantu.
2. „Zarastanie” – pokrywanie wejścia do protezy tkanką spojówki.
3. Migracja implantu uniemożliwiająca prawidłowy odpływ łez.
4. Ziarninująca reakcja zapalna w miejscu wytworzonego kanału dla protezy.
5. Przewlekłe zapalenie spojówek, reakcja alergiczna na materiał protezy.
6. Zapychanie się rurki wydzieliną śluzową od strony nosowej.

7. Krwawienie z nosa.
8. Ból.

Mimo wysokiego odsetka działań niepożądanych wszczęcie rurki Jonesa pozostaje, w wyżej wymienionych przypadkach, jedyną szansą uwolnienia pacjenta od nadmiernego łzawienia.

15.

DLACZEGO CZASAMI DOCHODZI DO ZARASTANIA WYTWORZONEJ PRZETOKI?

Ideą wszystkich zabiegów opisanych wyżej jest wytworzenie nowej drogi odpływu – powyżej miejsca niedrożności. Zabiegi określa się mianem rekonstrukcyjnych, czyli wytwarzających nową drogę, której tam nie powinno być. Stąd wszystkie reakcje prawidłowego gojenia chcą to miejsce, czyli wytworzoną przez nas ranę, zupełnie wygoić. Dlatego intubujemy drogi łzowe silikonowymi rurkami, sondami, żeby to uniemożliwić. Stosujemy Mitomycynę C, żeby spowolnić gojenie i dać czas, żeby łzy znowu odpływały do jamy nosowej. Gojenie błony śluzowej nosa jest bardzo szybkie i sprawne. Stąd w kilkunastu procentach przypadków, mimo prawidłowo przeprowadzonej operacji, wszystkich starań związanych z stosowaniem leków, higieny jamy nosowej, dochodzi do pełnego zarośnięcia przetoki i konieczności ponownej operacji.

16.

JAK DŁUGO RURKI SILIKONOWE POZOSTAJĄ W DROGACH ŁZOWYCH I CO ROBIĆ GDY SIĘ WYSUNĄ?

Sondy Crawforda, czyli miękkie, przezroczyste rureczki silikonowe o średnicy 0,4 mm wprowadza się za pomocą metalowych prowadnic przez górny i dolny kanalik do wytworzonej przetoki. Mają one zapobiegać zarastaniu nowej drogi odpływu łez. Ich przebywanie w drogach łzowych jest z reguły zupełnie bezobjawowe. Najczęściej usuwa się je po 3-4 miesiącach od operacji u pacjentów dorosłych oraz po 6 miesiącach u dzieci. Po przecięciu rurki w kącie przyśrodkowym bardzo łatwo ją usunąć przez nos. Trwa to zwykle parę minut i jest praktycznie bezbolesne. Niestety u małych dzieci z reguły nie udaje się tego zrobić bez krótkotrwałego znieczulenia dożylnego lub ogólnego.

Rzadko zdarza się, iż przypadkowo dochodzi do wysunięcia się intubacji z dróg łzowych. Wówczas pętla utworzona z rurek silikonowych „sterczy”, jak mówią pacjenci, z oka. Taka wysunięta rurka przeszkadza w mruganiu, jest niepokojącym objawem, ale poza tym nie powoduje poważnych konsekwencji. Pętelkę należy przykleić plastrem do skóry nosa w kącie oka i udać się do lekarza, najlepiej laryngologa, który znajdując końcówki rurek w nosie pociągnie za nie delikatnie i wsunie je z powrotem przywracając ich prawidłowe położenie. Cała procedura zwykle trwa parę minut i z reguły nie jest bolesna.

17.

CZY SĄ JAKIEŚ PRZECIWWSKAZANIA DO PRZEPROWADZENIA OPERACJI REKONSTRUKCJI DRÓG ŁZOWYCH?

Operacje jesteśmy w stanie przeprowadzić u pacjentów, którzy mogą być poddani znieczuleniu dożylnemu lub ogólnemu. Jeżeli stan zdrowia na to nie pozwala, trzeba najpierw wyrównać wszystkie zaburzone parametry i po konsultacjach u lekarzy prowadzących, uzyskać zgodę na znieczulenie ogólne. Oczywiście aktywny stan zapalny oczu, też wymaga wyleczenia przed operacją dróg łzowych.

W chwili obecnej zabiegi trwają około 25-30 minut. Skala urazu, biorąc pod uwagę cały organizm, jest łącznie. Dlatego rekonstrukcje dróg łzowych przeprowadza się już od 1 r.ż. nawet do 100 lat i więcej. Najstarszy pacjent, którego operowaliśmy miał 103 lata.

18.

JAKIE SĄ NAJCZĘSTSZE OBJAWY NIEPOŻĄDANE PO OPERACJACH REKONSTRUKCYJNYCH DRÓG ŁZOWYCH?

Z naszych obserwacji, które opieramy na podstawie kilku tysięcy operacji wykonanych różnymi metodami, wynika, że dolegliwości po operacjach dróg łzowych są niewielkie. W 90% przypadków przebieg pooperacyjny jest zupełnie bezbolesny. Naprawdę rzadko dochodzi do jakichkolwiek działań niepożądanych. W pojedynczych przypadkach pacjenci wymagają dodatkowych leków, poza tymi przepisanyymi w karcie informacyjnej. Wśród najczęstszych objawów niepożądanych znajdują się:

1. Obrzęk i zasinienie w miejscu operacji, czyli w kątku przyśrodkowym oka. Po klasycznym DCR prawie zawsze, po laserowym DCR prawie nigdy.
2. Krwawienie z nosa zdarza się mniej więcej u 10% pacjentów. Częściej u chorych z nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą i zaburzeniami krzepliwości krwi, związanymi z przyjmowanymi lekami. Jeżeli jest nieduże, pacjent powinien przyjąć pozycję półleżącą i zastosować zimny okład na nasadę nosa. Gdy to nie pomaga, należy pilnie skontaktować się z ośrodkiem wykonującym zabieg lub udać się na SOR w swojej miejscowości.
3. Odma powietrzna. Jest to przedostanie się powietrza w tkanki powiek. W pierwszym okresie gojenia

jest to możliwe, bo jama nosowa jest „połączona” z tkankami podskórnymi powiek dużą przetoką. W czasie kichnięcia, czy mocniejszego wydmuchania nosa powietrze może „napompować powieki”, powodując trzeszczący pod palcami obrzęk. Ten objaw może wystraszyć pacjenta, bo zwęża szparę powiekową, wygląda niepokojąco i może się powtarzać. Odma powietrzna nie jest groźna, ustępuje samoistnie bez konsekwencji w ciągu 24-72 godzin. W 1% przypadków może spowodować zakażenia tkanek w miejscu operacji. Zastosowanie antybiotyków przez 5-7 dni jest leczeniem wystarczającym i skutecznym do opanowania takiego zapalenia.

4. Nieskuteczność zabiegu niestety będzie dotyczyła średnio co piątego pacjenta. Może ona wystąpić w różnym okresie po zabiegu. Praktycznie jedynym postępowaniem w takich przypadkach jest przeprowadzenie powtórnej rekonstrukcji. Dzieje się tak dlatego, że 70% przypadków niedrożności jest idiopatycznych, to znaczy nie jesteśmy w stanie ustalić przyczyny choroby. Zabiegi w pewien sposób „omijają” chorobę, która spowodowała niedrożność, ale nie likwidują jej przyczyny. Przyczyny, które doprowadziły do zarośnięcia dróg łzowych nadal istnieją. Drugim wytłumaczeniem nieskuteczności jest fakt, że wykonujemy przetokę w miejscu, w którym natura jej nie wymyśliła i nasz układ odpornościowy dąży, aby tę „dziurkę”, która stworzyliśmy zamknąć. Dlatego w trakcie gojenia powstają zwężenia, zrosty, ziarniniaki i inne procesy, które wpływają na ostateczny sukces terapeutyczny.

5. Objaw „gwizdania oczu”. Zdarza się, że pacjenci czują jak przy dmuchaniu nosa powietrze „leci” im do oczu. Dzieje się tak dlatego, że na skutek choroby najczęściej wieloletniej lub wielomiesięcznej mają uszkodzone zastawki w drogach łzowych. Ponadto drogi łzowe ulegają po operacji skróceniu prawie o połowę i dlatego powietrze pod ciśnieniem może u niektórych pacjentów wydostawać się przez kanaliki łzowe na powierzchnię oka. Nie ma z tego powodu innych konsekwencji i nie jest to objaw niebezpieczny.

19.

JAKIE OBJAWY ŚWIADCZĄ O NIESKUTECZNEJ OPERACJI REKONSTRUKCYJNEJ DRÓG ŁZOWYCH?

Odpowiedź jest pewnie spodziewana – powrót nadmiernego łzawienia, musimy znowu wycierać oczy kilka razy dziennie (powyżej 5) lub czujemy opór w drogach odpływu łez. Bywa, że jest on spowodowany stanami zapalnymi spojówek lub jamy nosowej. Wtedy zastosowanie kropli do oczu lub aerozoli do nosa, które zawierają antybiotyki i leki przeciwzapalne mogą spowodować ustąpienie objawów. Nadmierne łzawienie może pojawić się nawet wtedy, kiedy drogi łzowe mamy jeszcze za-intubowane rurkami silikonowymi. W takich przypadkach zdarza się, że po ich usunięciu zachowa się przeszczer, która umożliwi prawidłowy odpływ łez. Warto

pamiętać, że wysokie wskaźniki sukcesu dotyczą tak zwanych przypadków klasycznych.

U pacjentów „niestandardowych”, gdzie do niedrożności doszło w wyniku urazu, chorób nowotworowych, układowych, radioterapii, długotrwałych pozapalnych, wirusowych te wskaźniki są dużo niższe. W zależności od przypadku nie przekraczają 60%.

Na pewno część tych pacjentów będzie wymagała protezowania dróg łzowych za pomocą rurki Jonesa.