

درمان انسداد مجرای اشکی به روش پروبینگ با و بدون استفاده از میتومایسین C

ابراهیم میکانیکی*، سید احمد رسولی نژاد^۱

۱- استادیار گروه چشم، گوش، حلق و بینی دانشگاه علوم پزشکی بابل

سابقه و هدف: درمان انسداد مجرای اشکی یکی از مشکلات عمده در چشم پزشکی است پروبینگ یکی از روش های شایع برای درمان است که همواره همراه با عود فراوان می باشد. این مطالعه به منظور مقایسه اثر درمانی پروبینگ با و بدون استفاده از میتومایسین C در بیماران با انسداد مجرای اشکی انجام شد.

مواد و روشها: این مطالعه به روش مداخله ای از مهر ۱۳۸۳ تا شهریور ۱۳۸۵ در ۱۲۰ چشم از ۱۰۶ نفر که به علت انسداد مجرای اشکی به بخش چشم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل مراجعه نموده بودند انجام شد. بیماران بطور تصادفی در دو گروه ۶۰ تائی قرار گرفتند گروه اول تحت عمل پروبینگ و گروه دوم علاوه بر عمل فوق با ۱ سی سی از محلول میتومایسین C با غلظت ۰/۲ میلی گرم در میلی لیتر مجرا شستشو شد بعد از عمل تمام بیماران یک هفته، یک ماه، سه ماه، ۶ ماه و یک سال بعد ویزیت شدند و باز شدن کامل مجرا در دو گروه مقایسه شدند.

یافته ها: میانگین سنی بیماران در گروه اول (۴۵ نفر زن و ۱۵ نفر مرد) 38 ± 12 سال و در گروه دوم (۳۸ نفر زن و ۱۲ نفر مرد) $35 \pm 14/2$ سال بود ($p > 0/05$). یک ماه بعد از عمل موفقیت درمان در گروه پروبینگ ۵۵٪ و در گروه پروبینگ با میتومایسین ۹۶/۶٪ بود ($p = 0/000$). بعد از یکسال پیگیری، موفقیت درمانی در گروه پروبینگ ۴۰٪ و در گروه پروبینگ همراه با میتومایسین C، ۹۵٪ بود ($p = 0/000$). میانگین بقای موفقیت درمانی در طول یک سال به روش پروبینگ ۵/۷ ماه $CI, 4/33 - 7/07$ و با روش پروبینگ همراه با میتومایسین C، ۱۱/۵۲، ماه $CI, 10/97 - 12$ ، ۹۵٪ بود ($p = 0/0001$).

بحث و نتیجه گیری: نتیجه این مطالعه نشان داد که همراه نمودن میتومایسین C در حین عمل پروبینگ روش موثرتری جهت باز نمودن انسداد مجرای اشکی می باشد.

واژه های کلیدی: انسداد مجرای اشکی، پروبینگ، میتومایسین C، درمان.

مقدمه

می شود. روشهای درمانی متعددی مانند آندوسکوپي از راه بینی، داکریو سیستورینوستومی داخل کانال، همراه با استفاده از میتومایسین C در درمان این انسداد پیشنهاد شده است (۱ و ۲). استفاده از روشهای کم تهاجمی مانند (Ballon Dacryocystoplasty)، استنت های اشکی و Conjunctivoplasty نیز در درمان این انسداد پیشنهاد شده است (۱). در یک مطالعه میزان موفقیت درمانی

انسداد مجرای اشکی شایع ترین علت اشک ریزش مزمن در افراد بزرگسال است که به علت انسداد مجرای نازولاکریمال (Nasolacrimal) ایجاد می شود (۱). پروبینگ مجرای نازولاکریمال متداول ترین شیوه جهت باز نمودن این مجرا می باشد. در مواردی که این عمل منجر به شکست می گردد داکریوسیتورینوستومی خارجی DCR روش کلاسیک محسوب

توصیه گردید که از بلع مایع خودداری نموده و مقداری سرم را قرقره نمایند. قرینه بیماران نیز هم برای جلوگیری از اثرات میتوماسین توسط نرمال سالین شستشو گردید. همه بیماران یک هفته، یک ماه، سه ماه، شش ماه و یک سال بعد از عمل ویزیت شدند. از نظر عوارض احتمالی و نیز باز بودن یا انسداد کامل مجرا، کاملاً مورد بررسی قرار گرفتند. داده ها جمع آوری و با استفاده از نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردیدند. برای مقایسه داده های کمی از t -test و متغیرهای کیفی از تست X^2 و تست دقیق فیشر در موارد لزوم استفاده شد. میانگین بقاء موفقیت نیز به روش کاپلان مایر تعیین و بین دو گروه با آزمون Log-Rank مقایسه شد.

یافته ها

در گروه اول ۶۰ چشم از ۵۶ نفر بیمار (۴۵ نفر زن و ۱۵ نفر مرد) تحت درمان به روش پروبینگ قرار گرفتند. میانگین سنی آنها 38 ± 12 سال بود. در گروه دوم ۶۰ چشم از ۵۰ بیمار (۳۸ نفر زن و ۱۲ نفر مرد) با میانگین سنی $35 \pm 14/2$ سال مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی در دو گروه تحت بررسی یکسان بود. موفقیت درمان و برطرف شدن انسداد در گروه اول بعد از یک ماه از خاتمه درمان در ۳۳ چشم (۵۵٪) موارد دیده شد در گروه دوم این موفقیت و برطرف شدن انسداد در ۵۸ (۹۶/۶٪) موارد دیده شد ($p=0/000$). یک سال بعد از خاتمه درمان موفقیت درمانی در گروه اول در ۲۴ (۴۰٪) موارد دیده شد در حالی که میزان موفقیت و برطرف شدن کامل انسداد در گروه دوم در ۵۷ (۹۵٪) موارد دیده شد ($p=0/000$) (جدول ۱). میانگین بقای موفقیت درمانی به روش پروبینگ ۵/۷ ماه ($4/33-7/07$ CI، ۹۵٪) و با روش پروبینگ همراه با میتوماسین ۱۱/۵۲، C ماه ($10/97-12$ CI، ۹۵٪) بود ($p=0/0001$) (نمودار ۱).

به روش DCR ۷/۷٪ و بروش آندوسکوپیک DCR ۸۴٪ بود (۳). مطالعه دیگر نیز نشان داد که آندوسکوپیک DCR همراه با لوله Silicone منجر به بهبودی در ۸۷/۷٪ بیماران با داکریوسیستیت مزمن گردید (۴). در طی ده سال گذشته استفاده از میتوماسین به عنوان درمان کمکی در DCR مورد استفاده شد، زیرا میتوماسین از ایجاد فیروز و نسج گرانوله جلوگیری می نماید (۵-۸). از آنجا که Probing به تهائی همراه با عود و ایجاد فیروز بوده است (۹). این مطالعه به منظور بررسی اثربخشی میتوماسین C همراه با Probing در درمان انسداد مجرای اشکی بزرگسالان انجام شد.

مواد و روشها

این مطالعه به روش کارآزمایی بالینی در بیماران با انسداد مجرای اشکی در بخش چشم پزشکی بیمارستان شهید بهشتی بابل از مهر ۸۳ تا شهریور ۱۳۸۵ انجام شد. اندازه نمونه با توجه به موفقیت در پروبینگ (۵۰٪) (۳ و ۲) و با پیش بینی درمان کامل در ۹۰٪ بیماران با پروبینگ همراه با میتوماسین ۱۲۰ نفر تعیین گردید. که بصورت تصادفی در دو گروه ۶۰ تائی قرار گرفتند گروه اول شامل پروبینگ و گروه دوم شامل پروبینگ همراه با شستشوی مجرا با یک سی سی از محلول میتوماسین C (۰/۲mg/ml) با سر سوزن بود. بیمارانی که انسداد نسبی مجرای اشکی و اشک ریزش مزمن داشتند وارد مطالعه شدند. درمان کامل به مواردی اطلاق شد که مجرا باز و اشک ریزش نیز از بین رفته بود بعد از کسب رضایت نامه از بیماران، مطالعه انجام شد. بیماران بعد از بی حسی موضعی با قطره تتراکائین، پونکتوم دیلاته و مجرا با پروب باز شد در گروه اول با نرمال سالین شستشو گردید. در گروه دوم بعد از پروبینگ، ۱ سی سی محلول میتوماسین C در مجرا تزریق شد. به بیماران

جدول ۱. میزان موفقیت و برطرف شدن انسداد مجرای اشکی در دو گروه تحت بررسی

مدت زمان پیگیری	هفته اول	ماه اول	ماه سوم	ماه ششم	ماه دوازدهم
گروههای درمان	تعداد(٪)	تعداد(٪)	تعداد(٪)	تعداد(٪)	تعداد(٪)
گروه اول(۶۰ نفر)*	۳۶(۶۰)	۳۳(۵۵)	۳۰(۵۰)	۲۴(۴۰)	۲۴(۴۰)
گروه دوم (۶۰ نفر)**	۵۹(۹۸/۳٪)	۵۸(۹۶/۶٪)	۵۸(۹۶/۶٪)	۵۷(۹۵٪)	۵۷(۹۵٪)

* گروه اول: بیماران درمان شده به روش پروبینگ ** گروه دوم: بیماران درمان شده به روش پروبینگ همراه با استفاده از میتوماسین C

Archive of SID

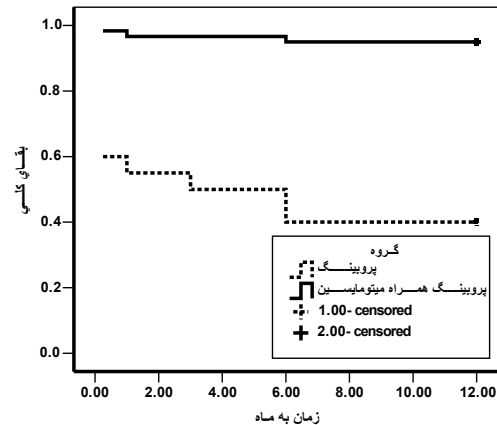
درمان انسداد مجرای اشکی اولیه در بچه ها و بالغین پیشنهاد می نمایند و میزان موفقیت را تا ۹۲٪ گزارش نموده اند (۳ و ۱۲ و ۱۳). در بچه ها با انسداد مجرای اشکی اولیه، لیزر تعدیل شده همراه با DCR را برای درمان پیشنهاد نموده اند. در یک مطالعه از ۶ کودکی که با این روش درمان شدند ۵ نفر بهبود یافته و در یک نفر بعد از ۶ ماه از عمل جراحی، موکوسل ایجاد شده بود (۱۴). این روش را در بچه هایی که به پروبینگ پاسخ ندهند جهت درمان پیشنهاد نموده اند. لذا در این بیماری باید سعی شود از روش کم تهاجمی تر استفاده شود.

Tsai و همکارانش در مطالعه ای مشابه مطالعه ما نشان دادند که در ۳۲ بیمار که بعد از پروبینگ از میتومايسين C (۰/۲mg/ml) استفاده نمودند، میزان موفقیت بعد از ۹ ماه از خاتمه درمان ۸۹٪ بود و در چهار بیماری که انسداد مجرا پیدا نموده بودند با تکرار همین روش در ۲ نفر بهبودی ایجاد نمودند. در کل میزان موفقیت ۹۴٪ بوده است که با نتایج درمانی ما مطابقت دارد. استفاده مناسب و با دوز صحیح میتومايسين می توان از ایجاد فیروز نسج گرانوله جلوگیری کرد (۱۵) و از طرف دیگر با کاهش در دانسیته و سلولاریته مخاطی باعث موفقیت این روش درمانی شد (۱۶).

مطالعه ما نشان داد که پروبینگ همراه با میتومايسين روشی ساده، مؤثر و کم تهاجمی تر از شیوه های پیشنهاد شده می باشد که می توان در درمان این بیماری از این روش استفاده نمود. بخصوص اینکه دستکاری کمتری روی سیستم اشکی صورت می گیرد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از همکاری پرسنل محترم بخش چشم پزشکی و اتاق عمل بیمارستان شهید بهشتی تشکر و قدردانی می شود.



نمودار ۱. مقایسه میزان بقای درمان انسداد مجرای اشکی در دو گروه پروبینگ و پروبینگ با میتومايسين C

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه نشان داد که همراه نمودن میتومايسين به پروبینگ منجر به بهبودی کامل و کاهش چشم گیر اشک ریزش در ۹۵٪ بیماران شده است. پروبینگ مجرای اشکی روش موثر و ساده در درمان نوع مادرزادی انسداد مجرای اشکی است ولی با بالا رفتن سن اثر بخشی این روش به مراتب کمتر می شود (۳-۱۰). گرچه روشهای تهاجمی تر نیز برای درمان انسداد مجرای اشکی بکار گرفته شده است میزان موفقیت با DCR بین ۶۳٪ تا ۹۰٪ گزارش شده است. شکست درمانی به روش DCR را به انسداد غشاء مخاطی و تولید اسکار در محل رینوستومی نسبت می دهند. لذا جهت جلوگیری از این عوارض، اضافه نمودن میتومايسين می تواند مؤثر باشد زیرا که این دارو از پروليفراسيون فیبروبلاست ها جلوگیری می نماید (۵ و ۱۱). Endoscopic DCR نیز در انسداد مجرای اشکی بکار رفته است. و حتی محققین این روش را در

References

1. Mandeville JT, Woog JJ. Obstruction of the lacrimal drainage system. *Curr Opin Ophthalmol* 2002; 13(5): 303-9.
2. Keerl R, Weber R. Dacryocystorhinostomy-state of the art, indications, results. *Laryngorhinootologie* 2004; 83(1): 40-50.

3. Ben Simon GJ, Joseph J, Lee S, Schwarcz RM, McCann JD, Goldberg RA. External versus endoscopic dacryocystorhinostomy for acquired nasolacrimal duct obstruction in a tertiary referral center. *Ophthalmology* 2005; 112(8): 1463-8.
4. Apaydin KC, Fisenk F, Karayalcin B, Akar Y, Saka O. Endoscopic transnasal dacryocystorhinostomy and bicanalicular silicone tube intubation. *Ophthalmologia* 2004; 218(5): 306-11.
5. Deka A, Bhattacharjee K, Bhuyan SK, Barua CK, Bhattacharjee H, Khaund G. Effect of mitomycin C on ostium in dacryocystorhinostomy. *Clin Experiment Ophthalmol* 2006; 34(6): 557-61.
6. Yeatts PR, Neves RB. Use of mitomycin C in repeat dacryocystorhinostomy. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 1999; 15(1): 15-22.
7. Kao SC, Liao CL, Tseng JH, Chen MS, Hou PK. Dacryocystorhinostomy with intraoperative mitomycin C. *Ophthalmology* 1977;104(1): 86-91.
8. You YA, Fang CT. Intraoperative mitomycin C in dacryocystorhinostomy. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 2001; 17(2): 115-9.
9. Guinot-Saera A, Koay P. Efficacy of probing as treatment of epiphora in adults with blocked nasolacrimal ducts. *Br J Ophthalmol* 1998; 82(4): 389-91.
10. Paul TO, Shepherd R. Congenital nasolacrimal duct obstruction: natural history and the timing of optimal intervention. *J Paediatr Ophthalmol Strabismus* 1994; 31(6): 362-7.
11. Roozitalab MH, Amirahmadi M, Namazi MR. Results of the application of intraoperative mitomycin C in dacryocystorhinostomy. *Eur J Ophthalmol* 2004; 14(6): 461-3.
12. Wormald PJ. Powered endoscopic dacryocystorhinostomy. *Otolaryngol Clin North Am* 2006; 39(3): 539-49.
13. Pelegrinis E, Morphopoulos A, Georgouloupoulos G, Kapogiannis K, Papaspyrou S. Four- year experience with intranasal transilluminating dacryocystorhinostomy using ultrasound. *Can J Ophthalmol* 2005; 40(5): 627-33.
14. Choudhary A, Deans JA, Moriarty BJ. Modified Laser DCR for paediatric nasolacrimal duct obstruction. *Eye* 2006; 20(3): 347-50.
15. Tsai CC, Kau HC, Kao SC, Hsu WM, Liu JH. Efficacy of probing the nasolacrimal duct with adjunctive mitomycin C for epiphora in adults. *Ophthalmology* 2002; 109(1): 172-4.
16. Ugurbas SH, Zilelioglu G, Sargon MF, Anadolu Y, Akiner M, Akturk T. Histopathologic effects of mitomycin C on endoscopic transnasal dacryocystorhinostomy. *Ophthalmic Surg Lasers* 1997; 28(4): 300-4.

* آدرس نویسنده مسئول: بابل، بیمارستان شهید بهشتی، گروه چشم، تلفن ۰۱۱۱-۲۲۵۲۰۷۱-۴

Dr._e_mikaniki@yahoo.com