

مطالعه میزان موفقیت عمل سونداژ مجرای اشکی در کودکان مبتلا به انسداد مادرزادی مجرای اشکی

دکتر محمدرضا سلیمانی*

انسداد مادرزادی مجرای اشکی شایع‌ترین علت اشک‌ریزش اطفال است. درمان و سیر بیماری مورد اختلاف نظر است. برخی درمان طبی و برخی دیگر عمل جراحی زودرس را توصیه می‌کنند. این مطالعه یک کارآزمایی بالینی است که بر روی ۱۳۷ چشم مبتلا به انسداد مادرزادی مجرای اشکی انجام شد. کودکان مبتلا دو ماه قبل از انجام عمل سونداژ مجرای اشکی، تحت درمان طبی با آنتی‌بیوتیک موضعی و ماساژ مجرای اشکی قرار گرفتند. تشخیص بهبودی با شرح حال معاینه و انجام تست ناپدید شدن رنگ فلورسئین صورت گرفت. میزان موفقیت عمل جراحی در کل افراد ۷۱/۴ درصد، کودکان زیر ۶ ماه ۹۴/۴ درصد، زیر یکسال ۹۲ درصد، زیر ۱۸ ماه ۸۸/۷۶ درصد بود. میزان موفقیت در کودکان بالای ۱۸ ماه ۵۱/۷ درصد و بالای ۲۴ ماه ۴۸/۶ درصد بود. نتایج این مطالعه حاکی است که بین سن کودک و میزان موفقیت عمل سونداژ مجرای اشکی ارتباط منفی وجود دارد بطوری که میزان موفقیت در کودکان زیر ۱۲ ماه تقریباً دو برابر کودکان بالای ۲۴ ماه است و بهتر است کودکان کمتر از ۱۲ ماه در صورت عدم پاسخ به درمان طبی، بصورت زودرس تحت عمل سونداژ مجرای اشکی قرار گیرند.

واژه‌های کلیدی: انسداد مادرزادی مجرای اشکی؛ سونداژ مجرای اشکی.

* استادیار گروه چشم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

مقدمه

انسداد مادرزادی مجرای اشکی یکی از بیماری‌های شایع سیستم اشکی کودکان است که به دلیل وجود یک غشاء بدون سوراخ در قسمت انتهایی سیستم اشکی ایجاد می‌شود. این بیماری شایع‌ترین علت اشک‌ریزش در اطفال است. حدود ۶ درصد نوزادان با این نقص مادرزادی به دنیا می‌آیند. شیوع آن در دو جنس و دو چشم یکسان است (۲،۱). تشخیص این بیماری با وجود علائم اشک‌ریزش، خیس بودن چشم، برگشت مواد چرکی از سوراخ‌های اشکی بعد از فشار روی کیسه اشکی و انجام تست ناپدید شدن رنگ فلورسئین^۱ می‌باشد. در خصوص سیر بیماری و درمان مناسب آن اختلاف نظر وجود دارد، بطوری که پیترسون^۲ و راپ^۳ توصیه به انتظار برای بهبودی خودبخودی تا ۶ ماهگی را می‌نمایند. جانز^۴ و برینگ^۵ و فورز^۶ انجام عمل سونداژ مجرای اشکی زود هنگام پس از چند هفته درمان با آنتی‌بیوتیک موضعی پیشنهاد نمودند و فورز^۷ معتقد است که امکان ایجاد آبسه کیسه در صورت تأخیر درمان جراحی وجود دارد (۵،۴،۳). برخی از چشم‌پزشکان معتقدند که با تأخیر درمان جراحی، عفونت‌های سیستم اشکی منجر به فیبروز مجرای اشکی شده و موفقیت عمل سونداژ کاهش می‌یابد و ممکن است بیمار بعداً به درمان‌های پرهزینه، طولانی و تهاجمی نیازمند باشد، در حالی که برخی دیگر به درمان طولانی مدت اعتقاد دارند (۳،۲).

سونداژ مجرای اشکی معمولاً اولین قدم جراحی در این بیماران است اما در خصوص موفقیت این عمل در سنین مختلف اطلاعات کافی در دست نیست. به دلایل مذکور، پژوهش حاضر جهت تعیین میزان موفقیت عمل سونداژ مجرای اشکی در گروه‌های سنی مختلف طراحی و اجرا شد.

روش پژوهش

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی تجربی است که بر روی ۱۳۴ کودک مبتلا به انسداد مادرزادی مجرای اشکی انجام شد. معیار ورود به طرح تشخیص انسداد مادرزادی مجرای اشکی با علائم اشک‌ریزش، بازگشت ترشحات از داخل کیسه اشکی با فشار روی کیسه اشکی و مثبت شدن تست ناپدید شدن رنگ فلورسئین بود. معیارهای خروج از طرح عبارت بودند از سابقه سونداژ قبلی، مشکلات کانالیکولی، سابقه ضربه به مجرای اشکی، موکوسل، داکریوسیستیت حاد، پلک غیرطبیعی و مالفورماسیون کرانیوفاسیال.

ابتدا همه بیماران به مدت ۲ ماه تحت درمان طبی شامل آنتی‌بیوتیک موضعی و ماساژ کیسه اشکی قرار می‌گرفتند و در صورت عدم بهبودی تحت عمل سونداژ مجرای اشکی قرار می‌گرفتند. بعد از عمل بیماران به مدت یک هفته قطره آنتی‌بیوتیک موضعی و استروئید موضعی ۴ بار در روز دریافت می‌کردند و به مدت ۲ ماه پیگیری می‌شدند. بدین صورت که در روز بعد از عمل، دو هفته بعد و دو ماه بعد معاینه فیزیکی و تست پاک شدن رنگ فلورسئین^۸ انجام می‌شد و بیمارانی که اشک‌ریزش و ترشحات چرکی نداشتند و پس از فشار روی کیسه اشکی ترشحات از کیسه اشکی برگشت نمی‌نمود و رنگ

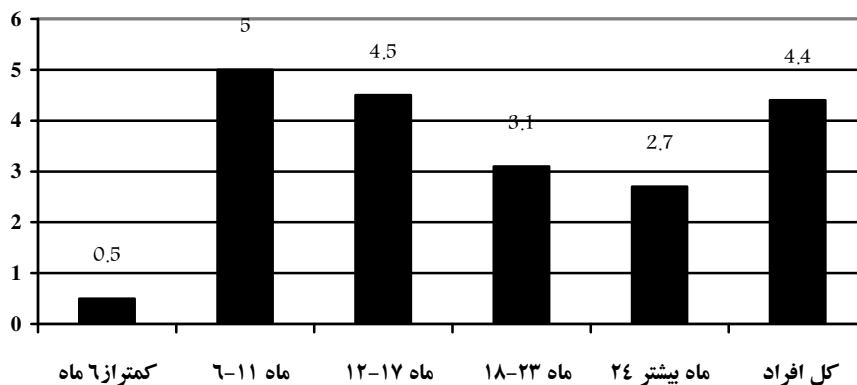
1 - Flurosein dye disappearance
2 - Peterson
3 - Ropp
4 - Johns
5 - Wobring
6 - Ffoors
7 - Ffoors
8 - FDD TEST

فلورسین ظرف مدت ۵ دقیقه بعد از تست FDD کامل پاک می‌شد، بهبود یافته تلقی می‌گردیدند. از ۱۳۴ کودک تحت بررسی در ۱۲۲ کودک پیگیری کامل انجام شد و نتایج نهایی، حاصل بررسی ۱۳۷ چشم در این ۱۲۲ کودک می‌باشد. نتایج بصورت میزان موفقیت عمل سونداژ در ۵ گروه سنی زیر ۶ ماه، ۶-۱۱ ماه، ۱۲-۱۷ ماه، ۱۸-۲۳ ماه و ۲۴ و بالاتر گزارش شد. جهت تجزیه و تحلیل آماری از آزمون مجذورکای استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج این بررسی در نمودار ۱ نمایش داده شده است. میزان موفقیت عمل سونداژ مجرای اشکی در کل افراد تحت مطالعه برابر ۷۹/۵ درصد (حدود اطمینان ۹۵ درصد برابر ۷۱/۸-۸۵/۹) بود. در تجزیه و تحلیل آماری، ارتباط معنی‌داری بین میزان موفقیت و گروه‌های سنی وجود داشت ($P < 0/0001$)، به طوری که با افزایش سن کودک، میزان موفقیت کاهش چشمگیری می‌یابد. در گروه سنی زیر ۶ ماه از ۱۸ مورد تحت عمل سونداژ، ۱۷ مورد بهبودی کامل حاصل شد (میزان موفقیت ۹۴/۴ درصد)؛ یک مورد دیگر با عمل مجدد بهبودی کامل بدست آورد. در گروه‌های سنی ۶-۱۱ ماه، ۱۲-۱۷ ماه، ۱۸-۲۳ ماه و ۲۴ ماه و بیشتر، میزان موفقیت به ترتیب ۹۱/۱ درصد، ۸۰/۸ درصد، ۵۶/۵ درصد و ۴۸/۶ درصد بود.

در تقسیم‌بندی دیگر، میزان بهبودی زیر ۶ ماه ۹۴/۴ درصد، کمتر از ۱۲ ماه ۹۲ درصد و کمتر از ۱۸ ماه ۸۸/۷۶ درصد، بالای ۱۸ ماه ۵۱/۷ درصد بود. در ضمن در طول مطالعه، یک بیمار به علت موکوسل و یک بیمار به علت سندرم کروزون از مطالعه حذف و تحت درمان‌های مربوطه قرار گرفتند.



نمودار ۱: مقایسه میزان موفقیت عمل سونداژ مجرای اشکی در گروه‌های سنی مختلف

بحث

بر طبق بعضی اطلاعات موجود، حدود ۸۵-۸۰ درصد از مبتلایان به انسداد مجرای اشکی مادرزادی در ۶-۹ ماه اول زندگی با درمان طبی بهبود می‌یابند. از طرفی در مواردی انسداد ممکن است به علل ثانویه مثل عفونت دستگاه تنفسی، کونژنکتیویت و تحریک قرینه و ملتحمه باشد که با درمان طبی بیماری زمینه‌ای، علائم انسداد برطرف می‌شود. بنابراین بررسی

دقیق قبل از عمل جهت افتراق انسداد اولیّه و ثانویه و درمان طبّی، نکتهٔ اساسی در تشخیص و درمان بیماران مبتلا به انسداد مجرای اشکی می‌باشد. (۳،۲،۱).

اما باید توجه داشت که عدم درمان به موقع انسداد مادرزادی مجرای اشکی باعث عفونت‌های مکرر، التهاب و نهایتاً فیروز و اسکار مجرای اشکی می‌شود که این عوارض، موفقیت عمل سونداژ اولیّه را کاهش می‌دهد و ممکن است بیمار نیازمند اقدامات درمانی مشکل‌تر و تهاجمی‌تری مثل لوله‌گذاری مجرای اشکی به مدت ۶ ماه تا یکسال و یا عمل داکریوسیستورینوستومی^۱ شود (۵،۴). نتایج این مطالعه نشان داد که سن ایده‌آل عمل سونداژ مجرای اشکی زیر یکسالگی است و با افزایش سن بیمار موفقیت عمل سونداژ کاهش می‌یابد. بطوری که موفقیت عمل در زیر ۶ ماه ۹۴/۴ درصد، زیر یکسال ۹۲ درصد، ۱۲-۱۷ ماه ۸۰/۸ درصد ۱۸ ماه و بالاتر از آن ۵۱/۸ درصد بود. از نتایج این مطالعه و نکات ذکر شده در ابتدای بحث می‌توان نتیجه‌گیری نمود که درمان طبّی با آنتی‌بیوتیک و ماساژ مناسب همراه با آموزش والدین جهت استفاده از دارو و ماساژ اولین قدم در درمان بیماران محسوب می‌شود و در صورت عدم بهبودی، باید اولین عمل سونداژ مجرای اشکی در زیر یکسالگی انجام گیرد. به علاوه این گروه تحقیقاتی پیشنهاد می‌نماید در کودکان مبتلا به انسداد مادرزادی مجرای اشکی که دچار عفونت‌های مستمرّ شدید مزمن و مقاوم به درمان هستند عمل سونداژ مجرای اشکی زودتر انجام گیرد.

Abstract

Success rate of lacrimal duct probing in children suffering from congenital nasolacrimal duct obstruction

Congenital nasolacrimal duct obstruction is one of the most common causes of tearing in children. Course and management of this disease is controversial. Some physicians believe in medical treatment and others suggest the early probing operation. This study was conducted on 137 eyes affected with nasolacrimal duct obstruction. The affected children were assigned to receive antibiotics and massage before probing for two months. Then lacrimal duct probing was performed in these children. Success rate of probing was 74.1% in all patients. 94.4% in under six months old infants, 92% in under 12 months, 88.76% in under 18 months. This index was 51.7% in children over 18 months and 48.6% over 24 months. There was a significant correlation between decreased age and success rate of probing operation. This study showed negative correlation between the children age and success rate of probing operation. This rate in children under 12 months old was almost twice as the children over 24 months old. However, this operation is suitable for children under 12 months, if there has been no response to medical treatment.

Key words: *Congenital nasolacrimal duct obstruction; nasolacrimal duct probing.*

منابع

- 1- Nelson LB, Calhoun J.H. Medical management of congenital nasolacrimal duct obstruction; ophtalmology 1985, 92:1187 - 1190.
2. Katowitz JA, Welsh M.G. Timing of initial probing and irrigation in congenital nasolacrimal duct obstruction; ophtalmology 1987,94:698 - 702.
3. Kushner B.J. Congenital nasolacrimal system obstruction; Arch. Ophtalmology 1982, 100: 597 - 600.
4. Ropp R.M. Probing and irrigation for congenital nasolacrimal duct obstruction. Arch. Ophtalmology 1986, 104:378-379.
5. Fruen B.R. The role of lacrimal sac palpation in eveluation of lacriml drainage problems; opth. surg 1985, 16: 579.