

Streszczenie

Niedrożność dróg łzowych stanowi ok. 3 % przyczyn wizyt w gabinetach okulistycznych. Głównymi jej objawami są uporczywe łzawienie oraz nawracające stany zapalne dróg łzowych. Obecnie podstawowym sposobem leczenia operacyjnego zaburzeń drożności dróg łzowych, w przypadku nieskuteczności metod zachowawczych, jest przerosowe endoskopowe zespolenie workowo-nosowe tj. połączenie woreczka łzowego bezpośrednio z jamą nosową. Skuteczność tego typu zabiegu w większości publikacji oceniana jest na około 90% z tendencją do obniżania się w dłuższym okresie obserwacji. Za główną przyczynę niepowodzeń uważa się rozwój tkanki włóknistej i bliznowacenie w miejscu nowo wytworzonego zespolenia. Świadczą o tym liczne publikacje z zastosowaniem nowych technik operacyjnych, nowych urządzeń i narzędzi chirurgicznych, chemioterapeutyków, innych sposobów postępowania pooperacyjnego w celu poprawy gojenia i zmniejszenia tendencji do pooperacyjnego włóknienia. W licznych publikacjach dotyczących leczenia operacyjnego niedrożności dróg łzowych niewielu autorów skupia się na próbie określenia czynników predysponujących do wystąpienia bliznowacenia i restenozy wytworzonego zespolenia.

Cel pracy

Celem pracy była ocena odległych wyników leczenia pacjentów z niedrożnością dróg łzowych metodą endoskopową oraz próba określenia czynników predysponujących do rozwoju restenozy dróg łzowych po zabiegu operacyjnym.

Material i metoda

Badaniem objęto 47 pacjentów 17 (36,2%) mężczyzn i 30 (63,8%) kobiet w wieku od 18 do 94 lat (średnia 62.3) z tzw. niskim typem niedrożności dróg łzowych tj. dotyczącym woreczka łzowego i przewodu nosowo-łzowego. W badaniu przedoperacyjnym oceniano nasilenie dolegliwości, czas ich trwania, rodzaj objawów dominujących.

Wszyscy pacjenci zostali zoperowani z zastosowaniem tej samej techniki operacyjnej (endoskopowe zespolenie workowo-nosowe) i podlegali temu samemu reżimowi postępowania pooperacyjnego. Śródoperacyjnie oceniano wielkość jamy woreczka, grubość ścian i obecność zrostów w jego świetle. W wycinkach analizowano intensywność włóknienia z użyciem barwienia trójkromatycznego oraz nacieki komórek zapalnych z użyciem swoistych przeciwciał: anti-CD68 dla makrofagów, anti-CD3 dla limfocytów T i anti-CD20 dla limfocytów B.

Wyniki leczenia operacyjnego oceniano po co najmniej rocznym okresie obserwacji na podstawie wizualnej skali analogowej, oraz testu irygacyjnego i zmodyfikowanego endoskopowego testu Jones'a. Za wyleczenie - całkowite ustąpienie łzawienia uznawano wynik 0 i 1 w subiektywnej skali analogowej potwierdzony pozytywnym wynikiem testu płukania dróg łzowych. Częściowa poprawa to co najmniej 50% redukcja nasilenia łzawienia oznaczona przez pacjenta w skali analogowej z potwierdzoną testem płukania zachowaną drożnością anatomiczną dróg łzowych. Brak poprawy to zmniejszenie dolegliwości/łzawienia o mniej niż 50 %.

Wyniki

Po co najmniej rocznym okresie obserwacji całkowite wyleczenie i częściową poprawę, potwierdzoną pozytywnym wynikiem testu irygacyjnego stwierdzono u 43 (91,4%) pacjentów (całkowite ustąpienie dolegliwości - 37 chorych (78,7 %), częściowe ustąpienie dolegliwości - 6 chorych (12,7)), u 4 (8,5%) pacjentów nie udało się uzyskać zmniejszenia łzawienia.

Spośród analizowanych danych z wywiadu klinicznego (wiek, płeć, czas trwania dolegliwości, dominujący typ dolegliwości), oceny śródoperacyjnej (wielkość woreczka łzowego, grubość jego ściany, zrosty wewnątrz woreczka), badań histopatologicznych i immunohistochemicznych (intensywność włóknienia i nacieki z makrofagów, limfocytów T i B) zależność statystyczną z wynikami leczenia uzyskano jedynie w przypadku intensywności zrostów w woreczku łzowym ($p=0,029$) oraz płci ($p=0,0073$).

Wnioski

W badanej grupie pozytywny wynik leczenia operacyjnego osiągnięto w 91,48% przypadków. Świadczy to o wysokiej skuteczności stosowanej metody biorąc pod uwagę długi okres obserwacji operowanych pacjentów.

Wśród badanych pacjentów gorsze wyniki uzyskane w grupie kobiet niż mężczyzn można tłumaczyć pewną predyspozycją kobiet do występowania upośledzonej drożności dróg łzowych spowodowaną procesami hormonalnymi prowadzącymi do złuszczenia nabłonek w anatomicznie węższych drogach łzowych.

Duża intensywność zrostów w woreczku łzowym stwierdzana śródoperacyjnie okazała się jedynym czynnikiem (oprócz płci) predysponującym do restenozy wytworzonego zespolenia workowo-nosowego. Modyfikacja postępowania śród- i pooperacyjnego po przez stosowanie stentów do dróg łzowych, nasiękowe użycie leków antymitotycznych, częstsze kontrole pooperacyjne z irygacją dróg łzowych mogłyby u tych chorych korzystnie wpłynąć na wyniki leczenia operacyjnego.