

Wytyczne postępowania we wrodzonej niedrożności dróg łzowych

© Copyright by Polskie Towarzystwo Okulistyczne 2019

Wszystkie prawa zastrzeżone. Żadna część poniższej publikacji nie może być kopiowana i przechowywana w jakimkolwiek systemie kopiowania danych, włączając fotokopie, kserokopie i inne, bez uprzedniej pisemnej zgody PTO. Prośby o możliwość wykorzystania materiałów zawartych w tej publikacji należy kierować do PTO.

Wytyczne Towarzystw naukowych (w tym wytyczne PTO) nie stanowią obowiązującego prawa i nie określają jedynego właściwego postępowania, a są jedynie wyrazem poglądów grupy ekspertów z danej dziedziny, które to poglądy odzwierciedlają aktualny stan wiedzy oparty na dostępnych wynikach badań naukowych.

Wytyczne nie zwalniają od osobistej odpowiedzialności pracowników opieki zdrowotnej w zakresie podejmowania właściwych decyzji dotyczących poszczególnych pacjentów.

Na każdej z osób praktykujących medycynę spoczywa osobista odpowiedzialność za stosowane metody lecznicze, których użycie powinno być oparte na gruntownej wiedzy i umiejętnościach praktycznych z zachowaniem niezbędnych warunków bezpieczeństwa własnego i pacjenta.

Czytelnik niniejszej publikacji jest zobowiązany do zapoznania się z aktualnymi wiadomościami na temat przedstawionych sposobów postępowania i farmakoterapii ze szczególnym uwzględnieniem informacji producentów na temat dawek, czasu i drogi podawania oraz efektów ubocznych stosowanych leków.

Wydawcy oraz redaktorzy niniejszego opracowania nie ponoszą odpowiedzialności za żadne szkody, które mogłyby być w jakikolwiek sposób związane z materiałem zawartym w tej publikacji.

Opracował zespół:

- Prof. dr hab. n. med. Alina Bakunowicz-Łazarczyk
- Dr hab. n. med. Anna Niwald
- Dr hab. n. med. Erita Filipek
- Dr hab. n. med. Beata Urban
- Dr n. med. Agnieszka Samsel
- Dr n. med. Patrycja Krzyżanowska-Berkowska

Wrodzona niedrożność dróg łzowych jest najczęstszą przyczyną uporczywego łzawienia z wydzieliną w oku u dzieci. Objawy pojawiają się u około 5% noworodków, a spowodowane są z reguły obecnością nieprawidłowej błony w dystalnym odcinku przewodu nosowo-łzowego (zastawka Hasnera). Brak drożności dróg łzowych i związana z tym blokada w odpływie łez powoduje takie objawy jak zaleganie łez, mokre posklejane rzęsy, obecność wydzieliny w worku spojówkowym (początkowo śluzowej, potem śluzowo-ropnej lub ropnej) gromadzącej się na brzegach powiek i rzęsach, zaleganie patologicznej treści w woreczku łzowym. Główne powikłania to: ostre zapalenie woreczka łzowego i zapalenie tkanek miękkich oczodołu.

Pierwszym etapem postępowania jest leczenie zachowawcze. Stosuje się masaż hydrostatyczny Criglera woreczka łzowego, a także krople z antybiotykiem (głównie pochodne fluorochinolonów) w przypadku towarzyszącego zapalenia spojówek lub bardzo dużej ilości ropnej wydzieliny w worku spojówkowym. Ważna jest również toaleta rzęs i powiek.

Jeśli leczenie zachowawcze jest nieskuteczne, należy wykonać sondowanie dróg łzowych. Wiele badań klinicznych potwierdza, że skuteczność zabiegu spada wraz z wiekiem dziecka.

Część lekarzy opowiada się za wczesnym wykonywaniem zabiegu, tj. do 6-8 mies. ż. W takich przypadkach zabieg sondowania dróg łzowych jest przeprowadzany w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym. Zaletą wczesnego zgłębnikowania dróg łzowych jest mniejsza ilość wizyt (u lekarza rodzinnego, pediatry, okulisty), mniejsze koszty, mniej wypisywanych antybiotyków, wczesne rozwiązanie problemu i skrócenie okresu nieprzyjemnych objawów, mniejsze niebezpieczeństwo infekcji i przejścia

zapalenia w proces przewlekły z bliznowaceniem dróg łzowych. Dodatkowo za wczesnym sondowaniem przemawia aspekt psychologiczny związany z wyczerpaniem psychicznym rodziców i stresem dla dziecka, które broni się przed uciążliwym masażem i czyszczeniem powiek. A zatem zarówno dane kliniczne, jak i analiza ekonomiczna przemawiają za wczesnym wykonywaniem zgłębnikowania dróg łzowych.

Okuliści w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie, Wielkiej Brytanii, krajach Ameryki Łacińskiej zalecają wstrzymanie się z wykonaniem zabiegu sondowania dróg łzowych do ukończenia przez dziecko 1 roku życia. Za takim postępowaniem ich zdaniem przemawia duża szansa na samoistne udrożnienie (uniknięcie kosztownego zabiegu u dzieci, u których w 70-90% przypadków dojdzie do samowyleczenia). Wadą późnego zgłębnikowania jest konieczność narkozy, możliwość wystąpienia lekooporności i zaburzeń powierzchni oka wynikających z długotrwałego stosowania antybiotykoterapii, wyższe koszty, większe ryzyko niepowodzenia (>24 m.ż. w 1/3 przypadków). Poza tym odraczenie zgłębnikowania sprzyja powstawaniu powikłań związanych z przewlekłym procesem zapalnym, powodującym dodatkowe zrosty i zwężenie w obrębie dróg łzowych, prowadząc do powstawania z upływem czasu złożonej niedrożności. Sondowanie powyżej 12 mies. ż. jest częściej nieskuteczne, a skuteczność ponownego sondowania wynosi już tylko ok. 50%.

Rekomendacje Sekcji Okulistyki Dziecięcej i Strabologii PTO dotyczące postępowania we wrodzonej niedrożności dróg łzowych.

1. Wrodzona torbiel woreczka łzowego –

po badaniu laryngologicznym i potwierdzeniu rozpoznania - wymaga leczenia operacyjnego laryngologiczno-okulistycznego ok. 1 mies. ż. (z uwagi na konieczność znieczulenia ogólnego). W przypadku towarzyszącego zapalenia woreczka łzowego należy zastosować ogólnie i miejscowo antybiotyk zgodnie z antybiogramem z posiewu i po opanowaniu miejscowego stanu zapalnego wykonać zabieg wycięcia torbieli.

2. Niedrożność dróg łzowych:

- leczenie zachowawcze w postaci masażu woreczka łzowego do skończenia 4-5 mies.ż., toalety powiek (czyszczenie brzegów powiek chusteczkami, płukanie powiek i worka spojówkowego 0,9% NaCl)

- w przypadku nawracających zapaleń ropnych połączonych z obecnością wydzieliny ropnej w worku spojówkowym, ewakuacja ropnej wydzieliny przy masażu worka łzowego i konieczności stosowania miejscowo antybiotyków, sondowanie dróg łzowych należy wykonać po ukończeniu 5 mies. ż.

3. Wykonanie zgłębnikowania dróg łzowych:

- wczesne – przed 6 miesiącem życia w przypadku torbieli śluzowej, ropnia woreczka łzowego oraz znacznej rozstrzeni woreczka z przewlekłym ropnym zapaleniem utrzymującym się mimo prawidłowego leczenia zachowawczego

- po 6 miesiącu życia – w przypadku częstych, nawrotowych infekcyjnych zapaleń
- późne - między 8-12 miesiącem życia przy niedrożności dróg łzowych bez nawracających zakażeń

4. Zwężenie dróg łzowych na poziomie kanalików łzowych

- intubacja rurkami silikonowymi niezależnie od wieku pacjenta

5. Postępowanie w wypadku utrzymywania/nawrotu objawów po zabiegu zgłębnikowania:

- powtórny zabieg po około 4-6 tygodniach.

6. W przypadku braku poprawy po dwukrotnym zgłębnikowaniu konieczna diagnostyka obrazowa i konsultacja laryngologiczna i postępowanie w zależności od stwierdzonej patologii

- zwężenie przewodu nosowo-łzowego i utrzymywanie się objawów pomimo leczenia jak wyżej – intubacja dróg łzowych.

- niedrożność przewodu nosowo-łzowego – DCR

Ostateczną decyzję o postępowaniu podejmuje lekarz prowadzący mający w obserwacji pacjenta.

PIŚMIENNICTWO:

1. Honavar SG i wsp. Outcome of probing for congenital nasolacrimal duct obstruction in older children. *Am J Ophthalmol* 2000;130:42–8
2. Pediatric Eye Disease Investigator Group. Repeat probing for treatment of persistent nasolacrimal duct obstruction. *J AAPOS*. 2009;13:306-307.
3. Stager D i wsp. Office probing of congenital nasolacrimal duct obstruction. *Ophthalmic Surgery*. 1992;23: 482-484
4. Sathiamoorthi S i wsp. Spontaneous Resolution and Timing of Intervention in Congenital Nasolacrimal Duct Obstruction. *JAMA Ophthalmol*. 2018 Nov 1;136(11):1281-1286
5. Vagge A i wsp. Congenital Nasolacrimal Duct Obstruction (CNLDO): A Review. *Diseases*. 2018 Oct 22;6(4). pii: E96. doi: 10.3390/diseases6040096
6. Eshragi B i wsp. Probing for congenital nasolacrimal duct obstruction in older children. *East Afr J Ophthalmol*. 2013 Oct-Dec;20(4):349-52
7. Kashkouli MB i wsp. Late and very late initial probing for congenital nasolacrimal duct obstruction: what is the cause of failure? *BMJ Br.J. Ophthalmol*. 2003;87(9):1151-3
8. Medghalchi A i wsp. Results of nasolacrimal duct probing in children between 9-48 months. *Acta Med Iran*. 2014;52(7):545-51
9. Perveen S i wsp. Success rate of probing for congenital nasolacrimal duct obstruction at various ages. *Ophthalmic Vis Res*. 2014 Jan;9(1):60-9
10. Pediatric Eye Disease Investigator Group. A randomized trial comparing the cost-effectiveness of 2 approaches for treating unilateral nasolacrimal duct obstruction. *Arch Ophthalmol*. 2012 Dec;130(12):1525-33

11. Le Garrec J i wsp. Nasolacrimal duct office probing in children under the age of 12 months: Cure rate and cost evaluation. J Fr Ophtalmol. 2016 Feb; 39(2):171-7
12. Petris C, Liu D. Probing for congenital nasolacrimal duct obstruction. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Jul 12;7:CD011109. doi: 10.1002/14651858.CD011109.pub2.
13. Lipiec E i wsp. Ocena leczenia wrodzonej niedrożności dróg łzowych w materiale własnym. Klin Oczna.2006;108(4-6):174-7
14. Wójcik-Niklewska B i wsp. Leczenie wrodzonej niedrożności dróg łzowych u dzieci. Okulistyka 4/2012:45-47
15. Mrugacz M i wsp. Leczenie niedrożności dróg łzowych za pomocą sondowania dróg łzowych u dzieci w wieku poniżej 4 lat. Klin Oczna. 2010;112(7-9):221-2.