

انسداد القناة الدمعية الأنفية المكتسب عند البالغين ومفاغرة مجرى الدمع

خبرة مشفى الأسد الجامعي للعام 2003-2004

الدكتورة نجوى كردغلي *

(قبل للنشر في 2005/6/30)

□ الملخص □

شملت دراستنا 40 عيناً لـ 40 مريضاً ، 75% إناث و 25% ذكور بين الأعمار 20 - 70 سنة ووجدنا

ما يلي :

الانسداد أكثر شيوعاً في الأعمار بين 30 - 40 سنة بنسبة 30%

85% في الحالات أحادية الجانب و 15% ثنائية الجانب

نسبة النجاح تساوت عند الذكور و الإناث 90%

مع شرائح كانت نسبة النجاح 93.33% وبدون شرائح 80%

أهم الاختلاطات أثناء الجراحة كان تمزق مخاطية الأنف بنسبة 20%

أما بعد الجراحة فأهم اختلاط كان وذمة الأجناف بنسبة 12.5%

والندبة الجلدية المعيبة بنسبة 5%

أي الطريقة المثلى لعلاج انسداد مجرى الدمع المكتسب عند البالغين هي مفاغرة مجرى الدمع بطريقة

الشرائح الأمامية مع وضع أنبوب سيليكون و كانت نسبة النجاح في دراستنا 90% .

Aquired Nasolacrimal Duct Obstruction in Adults And (DCR) Dacryocystorino Stomy.

Dr. Najwa Krdoghly*

(Accepted 30/6/2005)

□ ABSTRACT □

I carried out this study on 40 eyes for 40 patients 75% are lemaes and 25% males . Their ages are between 20-70 years. The results are as follows :

The aquired nasolacrimal duct is most common between 31-40 years , Lacrimation is the most important symptom in 92.5% , family history is positive in 7.5% of cases.

The success rate is 90% , the same for males and lemales .

The best results are with anterior flops 93.33% and it decreased to 80% without flops .

Tearing of the nasal muccusa is the most important complication 20% during surgery , and after surgery dermal scare 5% .

The teqnique of (DCR) with anterior flaps has the best results in our study and the rate success was 90%.

* Assistant Prof – Ophthalmology Department – Faculty Of Medicine –Tishreen University – Lattakia Syria.

مقدمة:

لا تزال مفاغرة كيس الدمع مع مخاطية النف بالطريقة الخارجية هي الأكثر استخداماً حتى وقتنا الحالي بالرغم من وجود توجهات عديدة لمحاولة إجراء المفاغرة داخلياً عن طريق الأنف إلا ان نتائج المفاغرة بالطريقة الخارجية لا تزال أفضل بكثير (3-7)

لمحة تشريحية:

يتألف الجهاز الدمعي من التراكيب التالية (4-6)

1. النقطة الدمعية : يوجد نقطتان علوية وسفلية تتوضع قرب النهاية الأنسية للجفن متوجهة نحو الداخل يمكن إظهارها بوضوح بقلب النهاية الأنسية للجفن للخارج .
2. القنيتان الدمعية : تتألف من جزء عمودي طوله 2مم ثم جزء أفقي طوله 8مم عند غالبية الأشخاص تجتمع القنيتان العلوية و السفلية لتشكلا القناة الجامعة التي تصب في كيس الدمع من خلال جداره الوحشي و عند بعض الأشخاص تصب كل قناة ضمن الكيس بشكل منفرد .
3. كيس الدمع : طوله 10مم يتوضع ضمن الحفرة الدمعية بين العرف الدمعي الأمامي و الخلفي .
4. القناة الأنفية الدمعية : طولها 12 مم تمتد من كيس الدمع باتجاه الأسفل و الوحشي و الخلف قليلاً لتتفتح في الصماخ النفي السفلي إلى الوحشي و الأسفل من القرين السفلي .

أسباب الدماغ الزائد: (4)

1. الدماغ الناتج عن زيادة الإفراز الانعكاسية للدموع تحت تأثير تنبيه العصب مثلث التوائم بسبب تخريش القرنية أو الملتهمة ، في هذه الحالة الدماغ الزائد يترافق مع أعراض المرض المسبب و المعالجة دوائية عادة .
2. أسباب انسداد دية : نتيجة انسداد ميكانيكي على طول المجرى الدمعي .
3. فشل المضخة الدمعية : نتيجة رخاوة الجفن السفلي أو ضعف العضلة الدويرية للأجفان .

هدف البحث:

مقارنة نتائج مفاغرة مجرى الدمع (DCR) باستخدام طريقة الشرائح الأمامية مع نتائج المفاغرة في حال فقدان شريحة الأنف المخاطية أثناء الجراحة .

مادة وطريقة البحث :

أجريت الدراسة على /40/ عيناً عند / 40 / مريضاً . حيث أجري لهم مفاغرة لمجرى الدمع باستخدام طريقة إجراء الشرائح الأمامية مع وضع أنبوب سيليكون .
تناولت الدراسة فقط حالات الانسداد المكتسب واستبعدنا الانسدادات الرضية من الدراسة وكذلك التشوهات الوجهية و الولادية .

تراوح عمر المرضى بين 20 - 70 سنة توزعوا بين 30 إناث و 10 ذكور .

الإحصائية الأولى :

جدول رقم (1) يبين توزع المرضى حسب الجنس .

الجنس	عدد المرضى	النسبة المئوية
إناث	30	%75
ذكور	10	%25

نسبة الإناث أكثر من الذكور.

الإحصائية الثانية:

جدول رقم (2) يبين توزع المرضى إلى مجموعات عمرية .

المجموعة العمرية	عدد المرضى	النسبة المئوية
30-21 سنة	11	%27.5
40-31 سنة	12	%30
50-41 سنة	9	%22.5
60-51 سنة	5	%12.5
70-61 سنة	3	%7.5

الإحصائية الثالثة :

جدول رقم (3) يبين توزع المرضى حسب نوع الإصابة .

نوع الإصابة	عدد المرضى	النسبة
أحادية الجانب	34	%5
ثنائية الجانب	6	%15

الإصابات أحادية الجانب أكثر تواتراً من الإصابة ثنائية الجانب

الإحصائية الرابعة :

جدول رقم (4) يبين الأعراض حسب سرد القصة المرضية من قبل المريض .

الأعراض	عدد المرضى	النسبة
دماغ	37	%92.5
خروج قيح عند الضغط على مسكن كيس الدمع	15	%32.5
التهاب كيس دمع حاد	5	%12.5
التهاب نسيج خلوي حول الحجاج	2	%5

بالإضافة إلى أن العضة المرضية تم إكمال التشخيص اعتماداً على :

- _ السبر مع غسيل مجرى الدمع
- _ اختبار جونس اللوني
- _ التصوير الشعاعي مع حقن مادة ظليلة في مجرى الدمع
- _ فحص النف للتأكد من عدم وجود إصابة أنفية أو تشوه داخل الأنف .

الإحصائية الخامسة :

جدول رقم (5) يبين دور القصة العائلية في حدوث الإصابة .

القصة العائلية	عدد المرضى	النسبة
إيجابية	3	%7.5
سلبية	37	%92.5

طريقة إجراء العمل الجراحي:

- ◀ أجري العمل الجراحي لجميع المرضى تحت التخدير العام
- ◀ وضع دكة من الشاش المشبع بالفازلين مع أدريتاين بتركيز 1/100000 في جهة الأنف الموافقة لجهة العمل الجراحي.
- ◀ تعقيم ساحة العمل الجراحي
- ◀ إجراء شق جلدي بطول 12 مم يبدأ من زاوية المآق الأنسي بشكل مستقيم تحت الوريد الزاوي ثم يتم قص ألياف العضلة الدويرية حتى الوصول إلى العظم المعى حيث يتم شق السمحاق في منطقة الحفرة الدمعية وتسليخه ومن ثم تبيده نحو الوحشي مع كيس الدمع وكشف الحفرة الدمعية .
- ◀ بواسطة قارض العظم يتم إجراء فتحة عظمية بقياس 1.5×1.5 سم تحاذي حدود الفتحة العظمية في الأعلى الرباط الجفني الأنسي وفي الأسفل حافة الحجاج السفلية وتمتد بين العرف الدمعي الخلفي في الخلف و إلى أمام العرف الدمعي الأمامي في الأمام .
- ◀ يتم إجراء شريحة في الجدار الأنسي لكيس الدمع ورفعها ومن ثم إدخال أنبوب السيليكون من خلال النقطتين الدمعيتين العلوية و السفلية إلى كيس الدمع ومن ثم ربطه .

- ◀ إجراء شريحة في مخاطية الأنف مستطيلة الشكل
- ◀ إدخال ملقط مستقيم ضمن الأنف وسحب الأنبوب من خلال الفتحة في مخاطية الأنف .
- ◀ خياطة الشرائح بثلاث قطب فيكريل 6/0 ومن ثم تعليق الشرائح على العضلة الدويرية و تحت الجلد بقطبتين 6/0 حيث تمنع هذه الطريقة انسداد الشرائح وبالتالي تمنع انسداد فتحة المفاغرة .
- ◀ خياطة ألياف العضلية الدويرية ومن ثم إغلاق الشق الجلدي ووضع ضماد
- ◀ في حال استمرار النزف من الأنف توضع دكة أنفية .

المعالجة بعد الجراحة:

- ◀ صادات بالطريق العام - قطرة صاد مع كورتيزون موضعية .
- ◀ قطرة صاد مع كورتيزون بالأنف مدة أسبوع
- ◀ تمت متابعة المرضى لمدة سنة بعد العمل الجراحي وكان معيار النجاح هو زوال الأعراض ونفوذية الطرق الدمعية بالغسيل .
- ◀ أنبوب السيليكون تمت إزالته بعد 4 - 6 أشهر من العملية .
- ◀ عدد الحالات الناجحة 36 من 40 مقابل 4 حالات فشل أي نسبة النجاح 90% .

النتائج:

الإحصائية السادسة:

جدول رقم (6) يبين عدد الحالات الناجحة ونسبة النجاح تبعاً للعمر .

النسبة	عدد الحالات الناجحة	الفئة العمرية
100%	11 من 11	21-30 سنة
83.3%	10 من 12	31-40 سنة
88.8%	8 من 9	41-50 سنة
80%	4 من 5	51-60 سنة
100%	3 من 3	61-70 سنة

الإحصائية السابعة:

جدول رقم (7) يبين نسبة النجاح حسب الجنس .

النسبة	عدد الحالات الناجحة	الجنس
%90	27 من 30	إناث
%90	9 من 10	ذكور

نلاحظ أن نسبة النجاح متساوية عند الذكور و الإناث .

الإحصائية الثامنة:

جدول رقم (8) يظهر العلاقة بين نسبة النجاح و بقاء أو فقدان الشريحة الأنفية .

النسبة	الحالات الناجحة	حالة الشريحة
%93.33	28 من 30	مع شريحة
%80	8 من 10	بدون شريحة

نلاحظ أنه بدون شريحة تنخفض نسبة النجاح من %93.33 إلى %80

الإحصائية التاسعة:

جدول رقم (9) يبين الاختلاطات التي حصلت أثناء الجراحة .

النسبة	عدد الحالات	الاختلاط أثناء الجراحة
%20	10	تمزق مخاطية الأنف
%15	6	تمزق الوريد الزاوي
%7.5	3	تمزق مخاطية كيس الدمع

الإحصائية العاشرة:

جدول رقم (10) يظهر الاختلاطات بعد الجراحة .

النسبة	عدد الحالات	الاختلاط بعد الجراحة
%5	2	النزف من الأنف
%12.5	5	وذمة الأجفان
%5	2	الندبة الجلدية المعيبة

مناقشة النتائج ومقارنتها مع الدراسات العالمية :

- ◀ شملت دراستنا 40 عيناً لـ 40 مريض ، نسبة الإناث 75% و الذكور 25% أي أن الإناث أكثر إصابة من الذكور لأسباب غير معروفة تماماً ولكن بعض المراجع تشير إلى وجود عوامل هرمونية (1) ترجح إصابة الإناث بانسداد القناة الأنفية الدمعية .
- ◀ معظم حالات الانسداد في دراستنا هي في الأعمار بين 20 - 50 سنة
- ◀ معظم حالات الانسداد كانت أحادية الجانب 85% ونسبة قليلة كانت ثنائية الجانب 15%
- ◀ الدماغ يعتبر العرض الأساسي عند معظم مرضى انسداد القناة الدمعية الأنفية المكتسب حيث وجد بنسبة 92.5% ومن ثم يأتي التهاب كيس الدمع المزمن الذي يتظاهر بخروج مفرزات قيحية عند الضغط على كيس الدمع .
- ◀ يجب إجراء بعض الاختبارات الهامة قبل العمل الجراحي لتحديد نسبة وتوضع الانسداد وأهمها سبر مجرى الدمع مع الغسيل وكذلك التصوير الشعاعي مع حقن مادة ظليلة وفحص جوف النف جيداً .
- ◀ وجدنا في دراستنا أنه في 7.5% من الحالات كانت القصة العائلية إيجابية وهذا يظهر أن للورثة دور في انسداد مجرى الدمع المكتسب.
- ◀ نسبة النجاح في دراستنا 90% حيث أن 4 حالات فقط حدث فيها الفشل وعاودت الأعراض إلى المريض.
- ◀ نسبة النجاح بلغت أقصاها في الفئات العمرية الطرفية أي المجموعة الأولى (21 - 30) و المجموعة الخامسة (61 - 70 سنة) حيث كانت النسبة 100%. أما بالنسبة للجنس فتساوت نسبة النجاح عند الذكور و الإناث 90% لكل منهما .
- ◀ بينما في دراسة أجراها Tarbet بلغت نسبة النجاح 95% (1) وفي العديد من الدراسات تراوحت نسبة النجاح بين (90 - 95%) (1 و 5).
- ◀ وجدنا أن الشرائح لها دور هام في تحديد نسبة النجاح حيث أنه بوجود الشرائح بلغت نسبة النجاح 93.33% أما عند فقدان الشرائح تدنت نسبة النجاح إلى 80% وهذا يتوافق مع نتائج الدراسات العالمية في دراسة لـ Backer وجدنا أن نسبة نجاح عملية المفاغرة مع شرائح أمامية أكبر منها بدون شرائح (6) وكذلك في دراسة لـ Vadehra و Mauriello لم تتجاوز نسبة النجاح بدون شرائح 80.79% (8) وفي دراسة لـ Baldeschi كانت نسبة النجاح مع شرائح أمامية 97% (5) وفي دراسة Tarbet بلغت 95% (1).

◀ تعليق الشرائح بألياف العضلة الدويرية وتحت الجلد هام جداً في الحفاظ على فتحة المفاغرة لأنها تمنع تدلي الشرائح وانسداد فتحة المفاغرة وهذا ما وجد في دراسة لـ Baleschi و Nardi حيث وجد أن تعليق

الشرائح الأمامية مع الدويرية العينية له دور في منع الالتصاقات التالية للعمل الجراحي وبالتالي زيادة نسبة النجاح (5 و 6) .

◀ من الضروري استخدام أنبوب السيليكون في عملية المفاغرة لمنع الالتصاقات التالية للعمل الجراحي حيث تمت المحافظة عليه مدة تراوحت بين 4 - 6 أشهر وفي حالة واحدة تم نزعها باكراً بعد شهر من العملية مما تسبب بنكس المفاغرة .

وهذا ما أكدت عليه العديد من الدراسات التي أجمعت على ضرورة وضع أنبوب السيليكون مدة تتراوح بين 6 أسابيع - 6 أشهر حسب دراسة Tarbet (1)

◀ تراوحت مدة العمل الجراحي في دراستنا وسطياً 45 دقيقة حيث أن هناك بعض العوامل التي تزيد مدة العمل الجراحي و أهمها النزف سواء من الأوعية الزاوية أو المخاطية الأنفية وهذه نسبياً قريبة من نتائج Peter.J و Dolman كانت مدة العمل الجراحي هي 35 دقيقة (3) .

◀ كانت الاختلاطات أثناء الجراحة قليلة نسبياً و أهمها كان تمزق مخاطية الأنف 20% بعض حالات التمزق كانت صغيرة لا تعيق الحصول على شريحة جيدة اما الحالات التي تمزقت فيها المخاطية بشكل كامل فقد تم تعليق الشريحة الأمامية لكيس الدمع على العضلة الدويرية واستئصال كامل مخاطية الأنف .

◀ الاختلاطات بعد العمل الجراحي فكانت بسيطة ومؤقتة مثل وذمة الأجفان 12.5% النزف من الأنف 5% حيث تمت السيطرة عليه بوضع دكة أنفية أما الندبة الجلدية فوجدت في 55 من الحالات وكلما كان الشق الجلدي مستقيماً كانت الندبة اقل حجماً .

◀ أهم سبب لفشل المفاغرة هو انسداد فتحة المفاغرة سواء بنمو النسيج الضام و إغلاق الفتحة أو أن الفتحة غير جيدة من حيث الحجم و التوضع أو بسبب تدلي الشرائح و انسداد الفتحة وهذا يتوافق مع نتائجدراسة لـ Zapala ، حيث وجد أن فتحة المفاغرة قد تنسد لعدة أسباب مثل التليف و التندب بعد الجراحة أو بسبب فتحة غير جيدة (2) .

بالنتيجة: مفاغرة مجرى الدمع مع مخاطية الأنف بطريقة الشرائح الأمامية مع أنبوب سيليكون هي عملية ذات نتائج جيدة لذلك يجب عدم التردد في إجرائها .

التوصيات و المقترحات:

- ◀ إن مفاغرة كيس الدمع مع مخاطية النف هي طريقة فعالة في علاج انسداد الطرق الدمعية عند البالغين لذلك يجب اللجوء إليها عند الحاجة .
- ◀ المفاغرة بالطريقة الخارجية ذات نتائج أفضل من تلك عن طريقة الأنف وذلك حسب أغلب الدراسات العالمية .
- ◀ قبل الجراحة يجب إجراء كافة الاستقصاءات الضرورية للمريض لتحديد درجة الانسداد ومكانه و أهمها اختبار الغسيل .
- ◀ نظراً لكون نسبة كبيرة من المرضى يراجعون بالتهاب مزمن في كيس الدمع مع وجود مفرزات قيحية فإن معالجة هذه الحالة الأنتانية بالصادات قبل العمل الجراحي مهمة جداً لأن الإنتان يزيد من إمكانية فشل المفاغرة .
- ◀ التكنيك الجراحي المتبع له دور هام في مدة العمل الجراحي وفي التقليل من حدوث الاختلاطات لذلك من المفضل اتباع ما يلي :
 - أ _ إجراء الشق الجلدي بشكل مستقيم تحت الوريد الزاوي لتجنب النزف و الندبة المعيبة .
 - ب _ الحفاظ على كيس الدمع أثناء تسليخه وذلك بواسطة استخدام واقية كيس الدمع .
 - ج _ الحفاظ على مخاطية النف وذلك باستخدام منقب العظم و الفارض أثناء إجراء الفتحة العظمية لأن الحفاظ على الشرائح هام جداً في تحديد نسبة النجاح .
 - ء _ استخدام أنبوب سيليكون و الحفاظ عليه مدة تتراوح بين 6 أسابيع و 6 أشهر .
 - هـ _ تعليق الشرائح على العضلة الدويرية وتحت الجلد يمنع تدلي الشرائح و انسداد فتحة المفاغرة .

المراجع:

.....

- 1- Tarbet KJ , Custer PL : External dacryocystorhino stomy, surgical success , patient satisfaction and economic cost . Ophthalmology 102 : 1065 – 70m 1995 .
- 2- Zapala J, Bartkowshi AM , Bartowshi SB : Lacrimal drainage system obstruction management and re-obtained in 70 patients . J Craniomaxillofac Surg 20: 178 – 83 , 1992.
- 3- Peter J.Dolman , MD , FRCSC . Comparison of external dacryocystorhinostomy with non – laser endo nasal dacryocystorhinostomy . Ophthalmology (2002) 110: 78 – 84 .
- 4- Jach J.Kanshi: Clinical Ophthalmology , fourth edition 40 – 50 .
- 5- Baldeschi L.,Nardi M.,Christoph R Hintschinch , Koornnef L.((Anterior suspended flaps)) BR. J. Ophthalnol 1998 , 82: 790 – 792 (July) .
- 6- Bacher BB : Dacryo cysto rhino stomy without flaps. Ophthalmic Surg 19 : 419 – 27 , 1988.
- 7- Nowinshi TS, Flanagan JC, Mauriello J: Pediatric dacryo cysto rhinostomy . Arch Ophthalmology 103: 1226 - 8 , 1985.
- 8- Maurirllo JA jr , Vadehra VK ; External dacryo cysto rhimostomy without muocosal flaps . Ophthalmic Surg Lasers 27 : 605 – 11, 1996 .