

بررسی میزان موفقیت اولین پروینگ در کودکان کمتر از ۵ سال

دکتر داود آقادوست^۱، دکتر محمد زارع^۲

چکیده

ساقه و هدف: با توجه به شیوع تسبیب‌الای انسداد مادرزادی مجرای اشکی - بینی و وجود تناظرانی در مورد میزان موفقیت، زمان مناسب پروینگ و حداکثر زمان پنگیری بعد از آن و به نظر نمی‌باشد میزان موفقیت پروینگ، این مطالعه در کودکان کمتر از ۵ سال مبتلا به انسداد مادرزادی مجرای اشکی - بینی در بیمارستان متینی کاشان طی سال‌های ۱۳۷۷-۸۰ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: تحقیق به روش کارآزمایی بالینی از نوع مقابله قبل و بعد روی ۵۶ بیمار (۷۱ چشم) کمتر از ۵ سال انجام گرفت. تمام بیماران زیربیهوشی عمومی تحت عمل پروینگ و شستشوی مجرای اشکی - بینی قرار گرفتند و به مدت ۶ ماه پنگیری شدند. برطرف شدن کامل اشکریزش و ترشح از چشم به عنوان موفقیت پروینگ محسوب گردید. نتایج با آزمون کای دو مورد بررسی آماری فراز گرفت.

یافته‌ها: میزان موفقیت پروینگ به طور کلی ۶۷/۷-۸۱/۶ در گروه‌های سنی مختلف بود. سن کمودک با میزان موفقیت پروینگ ارتباط آماری معنی داری داشت ($P < 0.05$). در ۳ ماه اول ۹۱ درصد از کودکان پروینگ شده بهبودی کامل داشتند.

نتیجه‌گیری: میزان موفقیت بعد از اولین پروینگ در انسداد مادرزادی مجرای اشکی - بینی در کودکان زیر ۵ سال و به خصوص در کودکان ۱۲-۱۶ ماهه بسیار بالاست. گرچه با افزایش سن کمودک میزان موفقیت کاهش می‌باید اما هنوز به عنوان اولین قدم جراحی در درمان این بیماران توصیه می‌شود پروینگ مجدد حداقل باید تا سه ماه بعد از اولین پروینگ به تعویق انداخته شود.

وازگان کلیدی: پروینگ، انسداد مادرزادی مجرای اشکی - بینی.

۱- گروه چشم، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

شایع‌ترین اقدام جراحی برای بازگردان انسداد مادرزادی آن است و میزان موفقیت آن در مطالعات گوناگون از ۹۷/۵۴ درصد تا ۷۰/۶ درصد گزارش شده است که بستگی به سن کودکان مورد مطالعه دارد(۱-۶). در این مطالعه میزان موفقیت پروپینگ در کودکان کمتر از ۵ سال و حداقل زمان لازم برای پیگیری آن در بیمارستان متبینی کاشان طی سال‌های ۸۰-۱۳۷۷ بررسی شد.

مواد و روش‌ها

تحقیق به روش کارآزمایی بالینی از نوع مقایسه قبل و بعد از عمل روی ۷۱ چشم در ۵۶ کودک زیر ۵ سال مبتلا به انسداد مادرزادی مجرای اشکی - بینی انجام گرفت. سن، جنس، وجود اشکریزش، ترشحات چرکی، تاریخچه استفاده از درمان دارویی و ماساژ کیسه اشکی قبل از جراحی مورد پرسش قرار گرفت و در فرم اطلاعاتی ثبت شد. کودکان با سن بالاتر از ۵ سال، جراحی قبلی چشم، ضربه به چشم، پیگیری‌های نامنظم و کمتر از ۶ ماه و عدم همکاری کامل در پاسخ دادن به پرسش‌ها از مطالعه حذف شدند. تشخیص انسداد مجرای اشکی - بینی براساس تاریخچه اشکریزش و ترشح از دوران نوزادی بنابر اظهارات والدین کودک و تأیید آن به وسیله معاينه فیزیکی بود. در کودکان زیر ۶ ماه ابتدا از درمان دارویی و ماساژ کیسه اشکی استفاده شد و بعد از سن ۶ ماه، در صورت عدم بیهویتی اقدام به پروپینگ گردید.

عمل پروپینگ در تمام کودکان تحت بیهوشی عمومی و توسط متخصص چشم انجام شد. ابتدا با استفاده از پروب گشادکننده، پانکتون باز شد و سپس از پروب بؤمن شماره ۰ و ۰۰ برای بازگردان مسجرا استفاده شد پس از خارج کردن پروب با ۲۰ میلی‌لیتر محلول سرم فیزیولوژی همراه با

مقدمه انسداد مادرزادی مجرای اشکی - بینی شایع‌ترین علت آبریزش و ترشح چشمی در نوزادان است. به نظر می‌رسد حدود ۲۰ درصد از نوزادان در هنگام تولد به این بیماری مبتلا باشند(۱۰-۱۱). انسداد مجرای اشکی - بینی ممکن است در پونکتوم، کانالیکول‌ها، یا کانالیکول مشترک باشد، اما معمولاً محل انسداد درست در محل ورود کانالیکول مشترک به داخل بینی (Hasner's Valve) می‌باشد که توسط یک پرده کوچک بسته شده است(۲). در ۹۰-۹۵ درصد موارد به طور خود به خودی یا با ماساژ کیسه اشکی شیرخواران، انسداد مرتفع می‌شود و تنها ۱۵-۲۰ درصد مبتلایان به انسداد مادرزادی مجرای اشکی - بینی نیاز به پروپینگ پیدا می‌کنند(۱۰-۱۱).

در مورد زمان مناسب پروپینگ انسداد مادرزادی مجرای اشکی - بینی نظریات مختلف وجود دارد. عده‌ای از محققان اعتقاد دارند که بهتر است عمل پروپینگ در سن ۴-۳ ماهگی در درمانگاه عمومی انجام شود(۶-۵). بعضی دیگر مانند Robb (۵)، Kushner (۶) و Kassoff (۴) اعتقاد دارند که حداقل تا ۶ ماهگی باید صبر کرد و در صورت باقی‌ماندن اشکریزش و یا ترشح چرکی، عمل پروپینگ را انجام داد.

امروزه عمل پروپینگ در سن ۱۲ ماهگی انجام می‌شود، چون شانس باز شدن خود به خودی مجرای اشکی - بینی تا ۱۲ ماهگی زیاد است (۱۰-۱۱). در سال اول زندگی کودک، به والدین توصیه می‌شود که به طور منظم با ماساژ کیسه اشکی و استفاده از آنتی‌بیوتیک توپیکال در هنگام وجود عفونت کیسه اشکی به باز شدن انسداد کمک کنند(۷-۸). پروپینگ مجرای اشکی - بینی

(۲۶/۱) درصد) چشم چپ و در ۱۵ بیمار (۳۲/۱) درصد) هردو چشم مبتلا به انسداد مجرای اشکی بینی بودند. از ۷۱ چشم مورد بررسی، ۶۲ چشم (۷۸/۳) بهبودی و پاسخ به درمان داشتند و ۹ چشم (۱۲/۷) پاسخی به درمان ندادند. به عبارت دیگر از ۵۶ بیمار مورد بررسی ۴۹ نفر (۸۷/۰) درصد) درمان ناموفق داشتند (جدول شماره ۱).

بعد از اولین پروینگ ۴۴ بیمار (۷۸/۶) بدون علامت شدند. که در ۵ مورد (۸/۹) درصد) بالا فاصله بعد از عمل، در ۲۹ مورد (۵۱/۸) درصد) طی مدت یک ماه علایم برطرف گردید و بقیه در فاصله ۳ تا ۶ماه پیگیری بدون علامت شدند. نقش عوامل مرتبط با موفقیت پروینگ در جدول شماره یک ارایه گردیده است و نشان می‌دهد که سمت چشم گرفتار نقشی با میزان موفقیت پروینگ نداشته است.

جدول ۱- توزیع فرازی خصوصیات مبنایان به انسداد مادرزادی مجرای اشکی - بینی بر حسب موفقیت در اولین

۲۰ میلی لیتر جستامايسین مجرای اشکی شستشو شد. بعد از عمل، قطره جستامايسین و بتاماتازون هر ساعت به مدت یک هفته تجویز گردید و بیماران به مدت ۶ماه پیگیری شدند. زمان قطع اشکریزش و ترشح چرکی از والدین کودک سوال شد و در فرم اطلاعاتی ثبت گردید. طبق تعریف، زمانی که علایم انسداد مجرای اشکی - بینی ماند اشکریزش و ترشح چرکی قطع شدند و نیازی به پروینگ مجدد نبود، بهبودی تلقی گردید. نتایج با آزمون کای دو مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

از ۵۶ بیمار پروینگ شده، ۳۳ نفر (۵۸/۹) درصد دختر و ۲۳ نفر (۴۱/۱) درصد) پسر بودند. میانگین سن بیماران در زمان پروینگ ۱۲/۷۵ ماه (۶-۶۰ ماه) بود. شکایت بیماران در زمان مراجعه در ۱۰۰ درصد موارد اشکریزش با یا بدون ترشحات چرکی بود. در ۲۳ بیمار (۴۱/۱) درصد) چشم راست، در ۱۸ بیمار

پروینگ

قداشته (نفر) (N=۶)	داشته (نفر) (N=۵۰)	جهودی	عوامل مرتبط		
			سمت چشم گرفتار	- راست	- چپ
(۲۲/۲) ۲	(۴۲) ۲۱	-	- راست		
	(۳۲) ۱۶		- چپ		
	(۲۶) ۱۳		- راست		
(۶۶/۷) ۶	(۵۸) ۲۹	-	دختر		
	۴۲) ۲۱		- پسر		
(۲۲/۲) ۲	(۴۲) ۲۱	سن به ماه	دختر		
	(۴۶) ۲۲		۶-۱۲		
	(۱۲) ۶		۱۳-۲۴		
			۲۵-۶۰		

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند.

۴ مورد (۹/۱) درصد) در پانسیز و ۱۸ مورد (۴۰/۹) درصد) در زمستان تحت پروینگ قرار گرفته بودند. میزان موفقیت در بهار ۹۰/۹ درصد، تابستان

میزان موفقیت اولین پروینگ در پیسان ۷۸ درصد و در دختران ۴/۴ درصد بود. از ۴۴ بیمار بهبود یافته بعد از اولین پروینگ، ۱۱ مورد (۲۵ درصد) در بهار،

در صد آن کاوش یافت. Robb میزان موفقیت بعد از اولین پروپینگ را در ۲۸ کودک بزرگتر از یک سال ۹۲ درصد گزارش کرده است^(۵). Robb و Peterson میزان بهبود را در سن زیر ۱۲ ماه، ۹۲ درصد و در سن ۶۰-۶۴ ماه، ۶۲ درصد گزارش کرده‌اند^(۷).

در این مطالعه در ۱۵ مورد (۲۶/۸٪) بیماری به صورت دوطرفه بود که تفاوتی از نظر میزان موفقیت با درگیری یک طرفه نداشت^(۶).

شدت آبریزش و ترشح، درگیری یک طرفه یا دوطرفه، جنس بیمار و راست یا چپ بودن چشم تأثیری روی نتایج موفقیت پروپینگ نداشت^(NS). پیگیری بیماران نشان داد که ۹۱ درصد بیماران تا ۳ ماه بعد از پروپینگ موفق بهبود می‌باشند. با توجه به مطالعه حاضر و مطالعات قبلی، احتمال موفقیت پروپینگ قبل از یک سالگی بهتر است اما می‌توان در صورت عدم وجود عوارض انسداد نظیر عفونت شدید، داکربیوسل یا وجود فیستول، پروپینگ را به تعویق انداخت. توصیه می‌شود مطالعات مشابهی روی تعداد بیشتری از کودکان مبتلا به انسداد مادرزادی مجرای اشکی - بینی در خصوص بهبود خودبخودی، زمان مناسب عمل، حداقل زمان لازم برای پیگیری بعد از پروپینگ و اقدام برای پروپینگ بعدی صورت گیرد.

۹۴/۴ درصد، پائیز ۸۱/۸ درصد و زمستان ۹۰ درصد بود.

تشدید علائم آبریزش و ترشح بعد از اولین پروپینگ در ۲۶ (۴۶/۴ درصد) کودک بعد از سرماخوردگی و در ۱۶ (۲۸/۶ درصد) کودک بعد از مواجهه با هوای سرد گزارش شد. میزان آبریزش و ترشح در مقابل هوای سرد و سرماخوردگی بعد از اولین پروپینگ، ۶۰/۹ درصد در گروه سنی ۶-۱۲ ماه، ۳۷ درصد در گروه ۱۳-۲۴ ماه و ۳۳/۳ درصد در گروه سنی ۲۵-۶۰ ماه بود.

بحث

این تحقیق مفید بودن و زمان مناسب پیگیری بعد از پروپینگ را در کودکان زیر ۵ سال مبتلا به انسداد مادرزادی مجرای اشکی - بینی نشان داد. همچنین نشان داد که با افزایش سن کودکان از یک سالگی تا ۵ سالگی میزان موفقیت پروپینگ در باز کردن انسداد مجرای اشکی - بینی کاوش می‌باشد. در درمان انسداد مادرزادی مجرای اشکی - بینی Rubb Mansuury - EI مدتی از محققین مانند زمان مناسب پروپینگ را بعد از یک سالگی ذکر می‌کنند (۸) در این تحقیق ۱/۱ درصد بیماران (۲۳ نفر) زیر یک سال و بقیه بین ۲-۵ سال سن داشتند. و به طور کلی میزان موفقیت پروپینگ ۷۸/۶ درصد بود که با افزایش سن، مانند سایر مطالعات

References:

- 1- Mc Ewen CJ, Young JDH. Epiphora during the first year of life. Eye 1991; 5: 596-600.
- 2- Sturrock SM, Mac Ewen CJ, Young JD. Long – term results after probing for congenital nasolacrimal duct obstruction. Br J Ophthalmol 1994; 78(12): 892-4.
- 3- Stager D, Baker JD, Frey T, et al. Office probing of congenital nasolacrimal duct obstruction. Ophthalmic Surg 1992; 23: 482-84.
- 4- Kassoff J, Meyer DR. Early office – based vs late hospital – based nasolacrimal duct probing: A clinical decision analysis. Arch Ophthalmol 1995; 113: 1168-71.
- 5- Robb KM. Success rate of nasolacrimal duct probing at time intervals after one year of age. Ophthalmology 1998; 105: 1307-10.
- 6- Kushner BJ. The management of nasolacrimal duct obstruction in children between 18 months and 4years old. J AAPOS 1998; 2(1): 57-60.
- 7-Peterson RA, Robb RM. The natural course of congenital nasolacrimal duct obstruction. J Pediatr Ophthalmol Strabismus 1978; 15: 246- 50.
- 8- EK – Mansouri J, Calhoun JH, Nelson LD, Harley RD. Results of late probing for congenital nasolacrimal duct obstruction. Ophthalmology 1986; 93(8): 1052-4.