

Clinica de oftalmologie (cond.: prof. V. Săbădeanu, doctor-docent, medic emerit al R.S.R.) și Clinica de pediatrie (cond.: prof. Gh. Puskás, doctor-docent) din Tirgu-Mureș

## TRATAMENTUL INDIVIDUALIZAT AL DACRIOSTENOZELOR CONGENITALE

V. Săbădeanu, Doina Pop D. Popo, V. Mulfay, C. Henter

Dacriostenozele din punct de vedere etiopatogenic sînt foarte variate. Un număr dintre ele sînt de natură congenitală. Importanța anomaliilor congenitale ale căilor lacrimale nu constă atît în frecvența lor, cît în problemele de diagnostic și tratament pe care le ridică.

Se știe că anomaliile congenitale ale căilor lacrimale sînt de obicei urmarea unei perturbări survenite în dezvoltarea embrionară. În contopirea procesului nazal cu cel maxilar sau a unui curs anormal al înmuguririi celulelor țesutei epiteliale, respectiv a unei insuficiențe în canalizarea acesteia, sau a intervenției bridelor amniotice care pot duce la cele mai diferite tipuri de anomalii.

Anomaliile congenitale pot avea diferite grade, de la mici malformații structurale, fără tulburări funcționale, la absența sau atrezia uneia sau a mai multor segmente, pînă la absența totală a căilor lacrimale. Aceasta din urmă se întîlnește foarte rar în ciclopie, arhinencefalie, criptoftalmie și în deformările prin bride amniotice sau excepțional fără alte modificări asociate ca în cazul publicat de Guy [1943 (13)].

În urma faptului că tratamentul aplicat nu poate fi același în fiecare caz și nu toate atreziile pot fi remediate fără excepție, prin o singură metodă, oricare ar fi ea, fiecare atrezie beneficiază în primul rînd de un anume tip de tehnică terapeutică.

În cele ce urmează vom prezenta cîteva din cazurile noastre, arătînd modul de tratament prin care am obținut rezultate optime.

*Observația nr. 1.* S. A., 21 ani, tehnician, se internează pentru lăcrimare la ochiul stîng. La examenul obiectiv constatăm lipsa congenitală a punctului lacrimal superior drept, a punctului lacrimal superior și inferior stîng. Locurile corespunzătoare punctelor lacrimale sînt marcate pe tegument printr-o colorație violacee. În rest relații normale, fără malformații congenitale la alte niveluri.

După anestezia locală prin infiltrația regiunii cu soluție de novocaină 1% pătrundem progresiv cu o sondă metalică ascuțită prin tegument în dreptul zonei violacee, corespunzătoare punctului lacrimal și canalicului inferior atreziat în parte, pînă în sac. Lichidul injectat în sac se elimină prin nas. Aceeași intervenție o practicăm și pe pleoapa inferioară opusă. În zilele următoare am repetat de patru ori spălarea căilor lacrimale, dilatănd zilnic cu o sondă conică punctul nou format. După o săptămîină, la proba Valsava aerul iese prin punctele lacrimale. Permeabilitatea căilor lacrimale a fost pusă în evidență prin spălătură, respectiv prin contrastografie, la examenul de control efectuat cu 3 săptămîni după intervenție.

*Observația nr. 2.* P. G., 17 ani, ucenic ceasornicar, prezintă lăcrimare pronunțată la ambii ochi, ceva mai accentuată la ochiul drept, care îl stînjenește în

exercitarea profesiunii. La examenul obiectiv constatăm absența punctului lacrimal superior și a celui inferior stîng. În rest relații normale, fără malformații congenitale la alte niveluri.

După anestezie locală trecem la recanalizarea canaliculului lacrimal inferior drept, pătrunzînd cu un ac (de seringă) de cca. 0,5 mm grosime prin tegumentele pleoapei în teritoriul corespunzător punctului lacrimal inferior, urmînd traiectul obișnuit al canaliculului inferior, absent, pînă în sac. Se efectuează apoi protezarea căilor lacrimale drepte cu ajutorul unei sonde din masă plastică (P.C.V.) după procedeul elaborat în clinica noastră [Mülffay, Săbădeanu, Henter (20, 21, 22, 28)], urmîrînd cicatrizarea și epitelizarea țesuturilor în jurul protezei pe traiectul canaliculului nou format (20, 21, 22, 28). Administrăm per os timp de 6 zile penicilină. Numai după 17 zile se taie capătul superior al protezei la nivelul punctului făcut și se menține proteza încă timp de 8 săptămîni, în canaliculul nou croit. După această dată sonda a căzut accidental. Pacientul revine după 2 luni la examen cînd se constată obstrucția cicatricială a punctului și a canaliculului nou croit. Din acest motiv repetăm intervenția și protezarea cu sondă P.C.V. sub protecție cu antibiotice. De această dată, în timp ce purta proteza, lăcrimarea s-a redus considerabil în așa măsură încît bolnavul este în stare să exercite profesia fără dificultate.

*Observația nr. 3.* G. I., 12 ani, elevă, acuză lăcrimare la ambii ochi. La examenul obiectiv constatăm o stare rudimentară congenitală a punctului și canaliculului inferior la ambii ochi. Se dilată punctul și canaliculul lacrimal inferior cu sonde metalice conice. Căile lacrimale nu devin permeabile decît numai după ce pătrundem bilateral cu sonda și în ductul lacrimo-nazal, al cărui orificiu superior era obstruat de o formațiune membranoasă, care s-a lăsat sirăpunsă relativ ușor. Se repetă sondajul și spălăturile cu soluție de penicilină 3 zile consecutiv, după care căile lacrimale au devenit perfect permeabile. Permeabilitatea s-a menținut și la examenul de control efectuat după 6 săptămîni și după 3 luni.

*Observația nr. 4.* B. S., 5 ani, acuză lăcrimare la ambii ochi. La examenul obiectiv constatăm atrezia punctului lacrimal inferior drept. După perforarea acestuia ne convingem că drenajul lacrimal nu se restabilește și că sînt atreziale bilaterale orificiile nazale. Radiografia cu lipiodol pune în evidență imperforația bilaterală a orificiului meatic al canalului lacrimo-nazal. Se efectuează mucotomia bolții, după care recurgem la protezarea bilaterală a căilor lacrimale cu o sondă P.C.V. pentru permanentizarea recanalizării. La examenul de control, după 3 luni, ne-am convins că epifora a cedat definitiv.

Atrezia punctelor lacrimale nu este o anomalie rar semnalată. A fost observată și tratată de *Blanchet* [1846 (4)] și descrisă prima dată detaliat de *Zehender* [1867 (34)]. În aceste cazuri, canaliculele s-au dezvoltat normal, dar nu s-a produs deschiderea epitelului conjunctival ce acoperă intrarea în canalicul, acesta menținîndu-se sub forma unei membrane fine (perforată cîteodată de un orificiu minuscul) prin transparența căreia se desemnează canaliculul lacrimal. În caz de absență a punctului lacrimal, putem găsi un indiciu la acest nivel sub forma unei gropițe sau a unei colorații diferite în jur. Anomalia afectează mai frecvent punctele lacrimale inferioare și ceva mai rar toate cele patru puncte. *Emmert* [1876 (9)], *James* [1902 (15)], *Sorsby* [1913 (28)] și *Town* [1943 (31)] descriu anomalii congenitale ale punctelor lacrimale observate la mai mulți membri ai aceleiași familii.

Absența și atrezia canaliculului și a punctului lacrimal se datorește lipsei de proliferare a segmentului superior al căilor lacrimale sau lipsei de canalizare a țigii solide de celule din care se dezvoltă tubul [*Casmattatos*, 1906 (7), *Kraupa*, 1910. (16), *Goar*, 1931 (11), *Cameron*, 1934 (6), *Fischer*, 1938 (1)]. În unele cazuri se observă un punct, în altele acesta abia se schițează sau chiar lipsește. Unele din cazurile cuprinse în această categorie au fost prezentate în

literatură ca imperforații ale punctelor și canaliculelor. Uneori pe lângă malformațiile amintite se poate constata și lipsa glandei lacrimale [Blachmar, 1925 (4)].

Tratamentul atreziei punctelor lacrimale constă (în cazul în care există indicația locului) în introducerea unei sonde foarte subțiri și ascuțite, urmată de altele din ce în ce mai groase în vederea dilatării orificiului astfel format. În cazul în care orificiul și canaliculul lipsesc, sau nu pot fi găsiți, unii autori preconizează constituirea unui pasaj cu totul nou, ducând direct de la sacul conjunctival la sacul lacrimal [Iaco-dacriocistostomie, Guy, 1943 (13)]. În cazul nostru formarea noului traiect de drenare a lacrimilor prin protezare cu sonde P.C.V. s-a dovedit a fi aproape întotdeauna eficientă, cît timp sonda rămîne pe loc, iar într-un oarecare procent și după scoaterea protezelor.

*Observația nr. 5.* N. N., 18 ani, prezintă o fistulă îngustă, aproape capilară, a sacului lacrimal drept care se deschide printr-un orificiu punctiform abia perceptibil sub tendonul orbicularului. Prin orificiul fistulos se scurge o cantitate mică de secreție clară. Căile lacrimale nu sînt permeabile de această parte. Radiografia pune în evidență o atrezie a extremității inferioare (nazale) a canalului lacrimo-nazal. S-a efectuat protezarea cu sondă P.C.V după care funcția devine normală și persistă și după îndepărtarea protezei.

Fistulele congenitale ale sacului lacrimal nu sînt cu totul rare. Posibilitatea deschiderii sacului lacrimal în cavitatea nazală (fistulă internă) este mai dificil de diagnosticat și de pus în evidență clinic. Fistula externă, constînd dintr-un traiect fin, cu un orificiu extern minuscul, fără îngroșarea sau sclerozarea țesuturilor din vecinătate, poate fi uni- sau bilaterală, de obicei simetrică [Agnev, 1874 (1), Harman, 1903 (14), Caillaud, 1906 (5), A. Peters, 1909 (24), Tirelli, 1932 (32)].

Tratamentul trebuie să urmărească închiderea acestor fistule prin cauterizare sau prin mijloace operatorii [Elsching, 1906 (8)]. Acest lucru este posibil cu bune rezultate numai în condițiile permeabilității căilor lacrimale. În cazul nostru protezarea prin canulă conică de masă plastică a căilor lacrimale a permis restabilirea definitivă a permeabilității.

*Observația nr. 6.* L. B., în vîrstă de 4 luni, s-a născut cu buză de iepure, palatoschiză totală bilaterală și imperforația congenitală a orificiului nazal al ambelor canale lacrimale. Prin dehiscența largă a palatului dur am putut examina bine regiunea orificiului lacrimal drept, însă orificiul propriu-zis n-a putut fi recunoscut, regiunea prezentînd o tumefacție chistică de mărimea unui bob de mazăre, elastică, fluctuantă, translucidă, acoperită cu o pituitară aparent normală. Am executat incizia scurtă a formațiunii chistice, al cărei perete e neobișnuit de rezistent. După incizie s-a eliminat din canalul lacrimo-nazal dilatat chistic o cantitate considerabilă de secreții mucoase transparente. Lăcrimarea a încetat de partea aceasta și drenajul lacrimal s-a normalizat definitiv.

Datorită poziției anormale a narinei stingi, dislocate lateral (în urma buzei de iepure) și a unei sinechii congenitale între marginea cornetului inferior și marginea liberă a palatului dur, meatul nazal inferior sting a putut fi examinat mai greu. El prezenta modificări similare cu cele de partea opusă.

Am executat și de partea aceasta incizia scurtă a canalului membranos dilatat și drenajul lacrimal s-a normalizat. La examenul de control, efectuat după 1 și 3 luni de la intervenție, nu prezenta epiforă sau alte acuze.

*Observația nr. 7. B. V.*, sugar de 7 luni, prezintă de la naștere epiforă în partea dreaptă. Tratamentele aplicate între timp într-un alt serviciu (compresiune pe sac, sondaje și spălături repetate) nu au dat rezultatul dorit. Internat în serviciul nostru, la examenul fosei nazale nu constatăm modificări patologice. După o anestezie de suprafață a meatului nazal inferior am introdus cuțitul de boltă în meatul inferior (prin rinoscopie anterioară) la aproximativ 10—13 mm inapoia extremității anterioare a liniei de inserție a cornetului inferior și, pipăind ușor cu vârful cuțitului, am înaintat încet pînă la creștetul boltei meatic (23). Ajuși în fundul pilniei osoase, am secționat mucoperiostul, executînd o incizie cu direcție sagitală și aproximativ orizontală (pînă ce am ajuns în contact direct cu peretele osos). Mucoperiostul a fost atît de rezistent încît am repetat de 3 ori mișcarea de secționare pînă ce am simțit că vârful cuțitului a alunecat în sus, în interiorul canalului lacrimo-nazal. Restabilirea permeabilității căilor lacrimale a fost semnalată de apariția unei picături de singe la nivelul punctului lacrimal inferior. Executînd insuflație de aer în nasul micului pacient cu para Politzer, s-a eliminat o secreție mucosanguinolentă spumoasă prin punctele lacrimale și sacul s-a umflat temporar. Permeabilitatea a rămas definitivă fiind controlată de 3 ori la cite 1—2 luni interval.

Atrezia canalului lacrimo-nazal este anomalia congenitală cea mai comună, cauzată de o lipsă de canalizare situată cel mai frecvent la capătul inferior. Blocarea poate fi cauzată de un strat subțire de țesut epitelial care poate fi perforat printr-o singură presiune pe sacul lacrimal sau prin spălătura sau trecerea unei sonde. Ea poate fi produsă de diverticuli și cute ale membranei mucoase sau de țesutul cicatricial, ce poate fi perforat prin sondaj. Țesutul osos este prezent numai în mod excepțional. Atrezia ostiumului inferior al canalului printr-o membrană subțire se întilnește frecvent și poate duce prin acumularea secreției la formațiuni chistice elastice. Această anomalie poate fi familială [A. Peters, 1892 (24), Grenoul, 1920 (12), Lebouq, 1921 (17), R. Peter, 1923 (25), Viallefont, 1949 (33)]. Beker [1938 (3)], înregistrează un caz de ocluzie membranoasă a ambelor capete ale canalului lacrimo-nazal.

În cazurile în care această membrană nu poate fi perforată prin mijloacele obișnuite, amintite mai sus, tratamentul aplicat de noi constă în puncționarea (incizia mică) formațiunii chistice, sau în caz că aceasta lipsește, în executarea mucotomiei boltei meatic, procedeu prezentat în descrierea cazului nr. 7 din prezenta lucrare. Procedînd astfel, am reușit, cu rare excepții, să restabilim în mod curent permeabilitatea căilor lacrimale.

*Sosit la redacție: 24 noiembrie 1966.*

#### *Bibliografie*

1. AGNEV (cit. 29);
2. AMMON V. (cit. 29);
3. BAKER (cit. 29);
4. BLACHMAR (cit. 29);
5. CAILLAUD (cit. 29);
6. CAMERON: Amer. J. I. (1934), XVII, 432;
7. CASMETTATOS (cit. 29);
8. ELSCHING (cit. 29);
9. EMMERT (cit. 29);
10. FISCHER: Zschr. f. Aug. (1938), XCIV, 1, 152;
11. GOAR: Arch. of Ophtal. (1931), V, 724;
12. GRENOUL (cit. 29);
13. GUY: Arch. of Ophtal. (1943) XXIX, 575;
14. HARMAN (cit. 29);
15. JAMES (cit. 29);
16. KRAUPE (cit. 29);
17. LEBOUQ (cit. 29);
18. MALHOTRA (cit. 29);
19. MÛLFAY V., SĂBĂDEANU V., HENTER C.: Revista Medicală (1964), 4, 366;
20. MÛLFAY V., SĂBĂDEANU V., HENTER C.: Oftalmologia (1964), 3, 259;
21. MÛLFAY V., SĂBĂDEANU V., HENTER C.: Mschr. für Ohr. u. Lar. Rhin. (Wien), (1963), 11—12, 505;
22. MÛLFAY V., SĂBĂDEANU V., HENTER C.: Oto-Rino-Laringologie (1965), 3, 342;
23. MÛLFAY V., SĂBĂDEANU V., HENTER C.: Simpozion, Bacău, 13—14. V. 1966;
24. PETERS (cit. 29);
25. PETER K.: (cit. 29);
26. SĂBĂDEANU V., MÛLFAY V., HENTER C.: Revista Medicală (1964), 2, 124;
27. SĂBĂDEANU V., MÛLFAY V., HENTER C.,

POP D. POPA DOINA: Simpozionul de oftalmologie, Bacău, 13—14. V. 1966; 28.  
SORSBY: Proc. R. S. Med (1931), XXV, 692; 29. STEWARD DUKE ELDER: Text  
book of Ophtalmology, Henry Kimpton, London, 1962, vol., V. 4693; 30. STOI-  
CANU N., RABOVICI G.: Oftalmologia (1930), 3. 255; 31. TOWN: Arch. of Ophtal.  
(1943), XXIX, 767; 32. TIRELLI (cit. 29); 33. VIALLEFONT (cit. 29); 34. Zehender  
(cit. 29).