

F. GARZIONE

XXIX Convegno della Società Oftalmologica Meridionale (S.O.M.)
Vetri sul Mare (SA) - 9, 10, 11 Giugno 1995

Ospedale S. Carlo di Nancy
Roma

F. GARZIONE

DACRIOCISTORINOSTOMIA CON INTUBAZIONE BICANALICOLARE: MODIFICHE PERSONALI DELLA TECNICA CHIRURGICA TRADIZIONALE

INTRODUZIONE

La terapia chirurgica delle stenosi e delle occlusioni delle vie lacrimali risale all'inizio del secolo, quando Toti, otorinolaringoiatra italiano, codificò per primo un intervento di fistolizzazione del canale lacrimale modificando una tecnica chirurgica già descritta nel sedicesimo secolo da Casserio Piacentino e da Antonio Scarpa nel diciannovesimo secolo.

Dal 1900 in poi sono state descritte numerosissime varianti di tecnica chirurgica a cominciare da Dupuy-Dutemps e da Ohm negli anni 20 per finire a Dorbach, Patrinely, Dryden e Steindler negli anni 80-90.

Scopo della nostra ricerca è di valutare retrospettivamente la nostra esperienza chirurgica negli interventi di dacriocistorinostomia (DCRS) con intubazione bicanalicolare, con riferimento a varianti di tecnica rispetto alle metodiche classiche ponendo particolare attenzione alla considerazione dei rapporti anatomici del sacco lacrimale.

RIFERIMENTI ANATOMICI PRELIMINARI

Riassumiamo brevemente delle nozioni di anatomia e di fisiologia delle vie lacrimali:

- rapporti del sacco col periostio;
- rapporti del sistema di deflusso con il legamento palpebrale mediale;
- varianti anatomiche delle strutture vascolari;
- varianti anatomiche delle strutture ossee.

Rapporti del sacco col periostio

Il periostio tappezza la parete interna della loggia lacrimale e si duplica, a livello della cresta lacrimale posteriore, in due foglietti che rivestono completamente il sacco costituendo così il «diaframma lacrimale» che separa il sacco lacrimale dalle strutture facciali e orbitarie. Il sacco lacrimale si trova quindi in una loggia ed è separato e protetto dal periostio che ne impedisce l'espansione durante i processi flogistici. In questi casi, considerando che il materiale purulento non drena naturalmente per la presenza di sistemi antireflusso, l'incisione della fascia lacrimale determina un immediato sollievo dal dolore (1).

Rapporti del sistema di deflusso col legamento palpebrale mediale

Il legamento palpebrale mediale assume importanza peculiare per la conservazione dell'integrità funzionale del sistema di deflusso (Sistemi valvolari) e per il mantenimento della rima palpebrale e del solco orbito-palpebrale inferiore. Secondo altri Autori la presenza del tendine non è fondamentale per la statica del canto interno, per tale motivo molti chirurghi non lo suturano.

Varianti anatomiche delle strutture vascolari

L'arteria angolare è un ramo terminale dell'arteria facciale che si anastomizza a livello dell'angolo superonasale dell'orbita con l'arteria nasale, ramo dell'oftalmica.

I rami collaterali normali sono:

- un piccolo ramo sul lato nasale, uno al davanti dei seni frontali, un altro che attraversa la radice del naso e si anastomizza con l'omologo controlaterale, un altro ancora per la cupola del sacco.

Le anomalie che si riscontrano più frequentemente sono:

- un ramo che passa sul terzo inferiore del sacco e termina nella palpebra inferiore, un ramo che attraversando la palpebra superiore si anastomizza con l'arteria angolare inviando un ramo al sacco e uno al tendine dell'orbicolare (fig. 1).

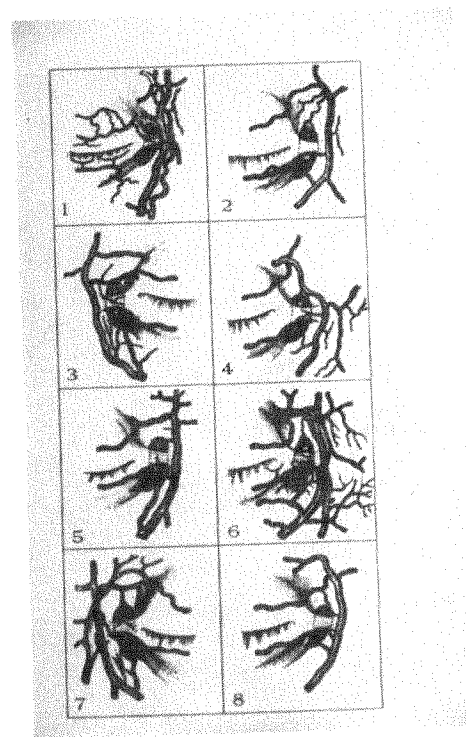


Figura 1

Varianti anatomiche delle strutture ossee

La fossa lacrimale è costituita anteriormente dal processo frontale dell'osso mascellare e posteriormente dall'osso lacrimale. Il margine anteriore, costituito dalla cresta lacrimale anteriore, si continua inferiormente nel margine orbitario. Il margine posteriore, cresta lacrimale posteriore, si continua inferiormente nel dotto naso-lacrimale (figg. 2-3). L'osso mascellare è molto spesso e resistente e

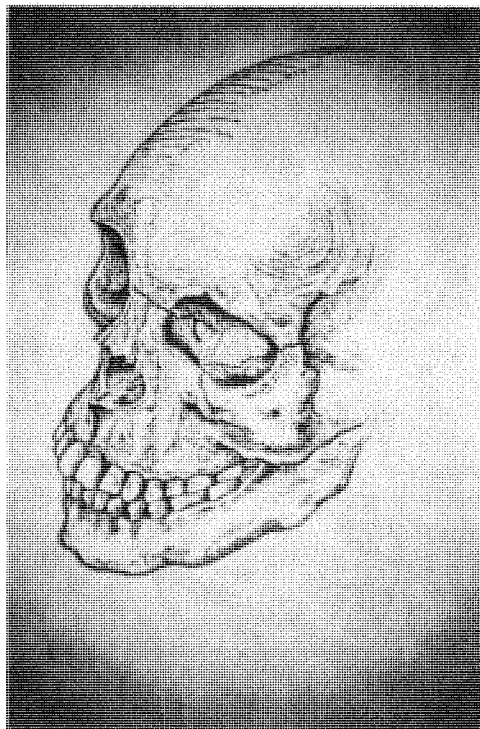


Figura 2

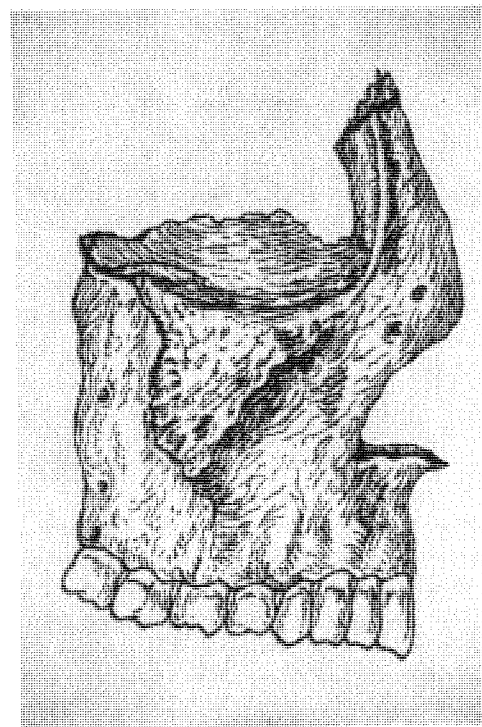


Figura 3

svolge funzioni protettive del sacco. Al contrario, l'osso lacrimale è sottile e facilmente aggredibile chirurgicamente. La fossa lacrimale è adiacente al meato medio della cavità nasale ed è in rapporto superiormente e posteriormente con le cellule etmoidali anteriori le quali possono essere coinvolte se durante una DCRS si esegue una apertura ossea troppo ampia e posteriore.

Le variazioni individuali di resistenza della parete ossea sono state già riferite da Moro, Cavallaro e Petriglieri (S.O.M. IV Convegno) che riportavano uno studio anatomico sulla costituzione della doccia lacrimale.

Le ricerche eseguite hanno dimostrato che la doccia lacrimale è

formata dall'osso mascellare e dall'osso lacrimale nelle seguenti proporzioni:

- nel 38.5% dei casi in misura pressoché uguale;
- nel 35.5% dei casi con prevalenza dell'osso lacrimale;
- nel 26 % dei casi con prevalenza del mascellare.

Considerando la notevolissima differenza strutturale delle due ossa si verifica che nei casi in cui nella costruzione della doccia prevale la componente formata dal mascellare, essa avrà una struttura robusta ed offrirà una resistenza maggiore all'aggressione chirurgica; al contrario, nei casi in cui si ha una prevalenza dell'osso lacrimale la doccia avrà una costituzione più fragile e risulterà più facilmente demolibile.

MATERIALE E METODI

Dal 1992 al 1995, presso la divisione oculistica dell'ospedale S. Carlo di Nancy sono stati eseguiti 75 interventi di DCRS con intubazione bicanalicolare in silastic per ostruzione del dotto nasolacrimale in 49 femmine e 26 maschi di età compresa tra 20 e 79 anni con una media di 52 anni. In quattro casi si trattava di reinterventi (pregressa dacriocistectomia parziale). Sono stati inseriti nello studio i pazienti con stenosi od occlusione delle vie lacrimali basse ed assenza di patologie associate delle vie lacrimali alte. Nessun paziente presentava patologie ORL né patologie sistemiche che impedivano la narcosi (criteri ASA).

Dei 75 pazienti, 45 presentavano una epifora cronica con diagnosi clinica o radiologica di occlusione o stenosi del dotto nasolacrimale, 30 dacriocistite purulenta.

Le principali modifiche da noi introdotte sono state una incisione cutanea «bassa» curvilinea nel solco naso genieno (3), il risparmio del tendine dell'orbicolare (rispetto dell'effetto pompa), una osteotomia più ampia, una sutura intermucosa limitata ai lembi anteriori (tetto H) delle mucose del sacco e del naso ancorati al periostio con rimozione dei lembi posteriori, la rimozione dei lembi posteriori ed infine il rispetto del piano periostale e sottocutaneo (figg. 4 - 5) (6, 7).

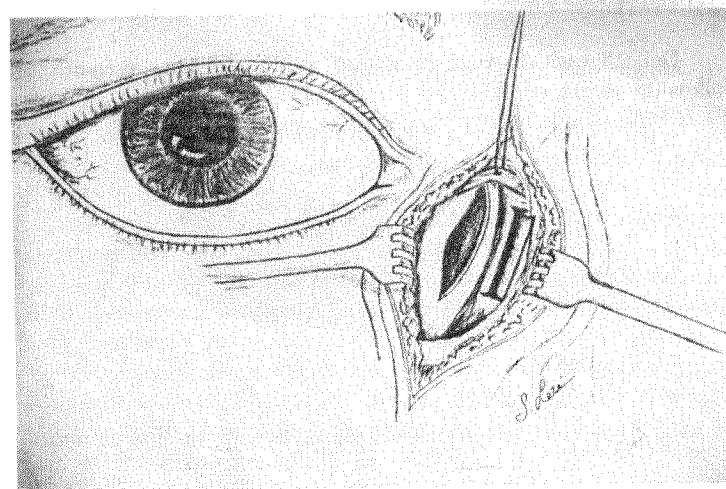


Figura 4

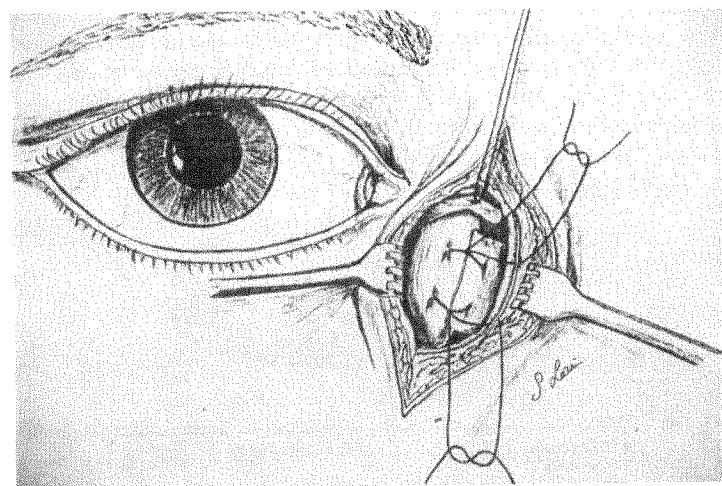
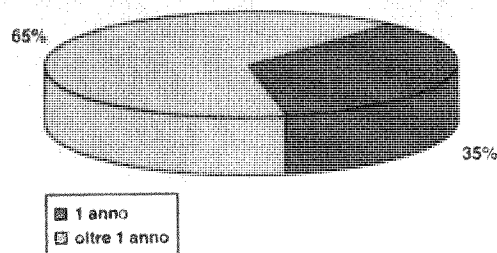


Figura 5

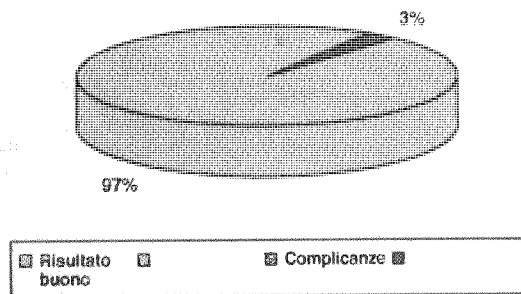
RISULTATI

Dei 75 casi riportati in questo studio abbiamo eseguito un follow-up esteso ad un anno per 26 (35%) ad oltre un anno per 49 (65%) (Torta n. 1). Sono stati eseguiti controlli a 7, 15, 30,



TORTA 1 - Percentuale dei pazienti seguiti ad un anno ed oltre un anno.

180 giorni, un anno valutando ad ogni tempo l'epifora, i segni della flogosi, la pervietà al lavaggio, la persistenza del tubicino, l'estetica della cicatrice. In 73 casi (97,3%) abbiamo riscontrato in tutti i controlli, la persistenza in situ e la biocompatibilità del tubicino in silastic, la pervietà al lavaggio, un ottimo risultato estetico, l'assenza o riduzione di epifora. In un caso si è reso necessario, dopo il terzo controllo un reintervento, andato a buon fine, per chiusura dello neostoma dopo asportazione dei tubicini in silastic. In due casi, dopo due mesi dall'intervento, abbiamo verificato presenza di pseudo epicanto e di cheloide risoltosi poi spontaneamente a distanza (Torta n. 2).



TORTA 2 - Percentuale di pazienti con risultato soddisfacente e di pazienti con complicanze.

DISCUSSIONE

I risultati ottenuti con questa tecnica sono stati significativamente positivi.

L'incisione cutanea bassa nel solco nasogenieno consente infatti di ottenere degli ottimi risultati estetici con una irrilevante incidenza di pseudoepicanto.

Il risparmio del tendine dell'orbicolare permette di mantenere inalterato l'effetto «pompa» per il drenaggio delle lacrime.

L'esecuzione di una osteotomia più ampia del normale evita possibili recidive per stenosi o riucluzione della breccia. La localizzazione lievemente più bassa favorisce una migliore sovrapposizione dei lembi mucosi permettendo di agire chirurgicamente in una regione anatomicamente meno ricca di terminazioni vascolari. Con l'asportazione dei lembi posteriori della parete del sacco e della mucosa del naso abbiamo ottenuto una minore possibilità di riproliferazione dei tessuti. Questi risultati confermano le conclusioni di Steindler e altri autori che nel 1993 riportarono in letteratura i risultati di una loro ricerca che evidenziava una pervietà a distanza sovrapponibile sia con l'esecuzione di una semplice sutura dei lembi anteriori della parete del sacco e del naso (tetto), sia con la sutura doppia dei lembi anteriori e posteriori (tetto e pavimento) sia con l'ancoraggio del tetto al periostio (recidive nei tre casi pari a circa il 10%) (6, 7).

Partendo da queste considerazioni abbiamo adottato in tutti i casi la metodica chirurgica che prevede la semplice sutura dei lembi anteriori con la costituzione di un tetto mucoso che abbiamo ancorato al periostio ritenendo che questa tecnica associasse la maggiore efficacia e sicurezza con la più elevata velocità e semplicità di esecuzione (2, 8).

RIASSUNTO

Gli Autori riportano la loro esperienza con una tecnica di dacriocistorinostomia che aggiunge alla metodica classica di Toti degli accorgimenti chirurgici che ne assicurano una maggiore efficacia ed una più agevole esecuzione. Svolgono inoltre delle considerazioni che facilitano la comprensione della dinamica lacrimale.