

Il trattamento delle ostruzioni congenite delle vie lacrimali

CESARE FIORE, CLAUDIA PERUZZI, ANGELA LUISA RICCI, PAOLA SANTINA MENDUNO, BARBARA IACCHERI

Dipartimento di Specialità Medico-Chirurgiche e Sanità Pubblica, Sezione di Oculistica, Università di Perugia

L'ostruzione congenita delle vie lacrimali costituisce un'eventualità comune nel neonato, nella maggior parte dei casi a risoluzione spontanea nel giro di pochi giorni o di poche settimane. Quando potrà essere ragionevole intervenire?

L'ostruzione congenita delle vie di deflusso del sistema lacrimale è una condizione relativamente frequente nel periodo neonatale, con un'incidenza che varia dall'1,75% al 20% dei neonati¹⁻³ e può essere mono o bilaterale. L'evoluzione naturale è verso una riapertura spontanea delle vie di deflusso nelle prime settimane di vita, per cui solo il 5-6%^{2,4} dei casi diviene sintomatico.

Questo quadro, ben conosciuto dai pediatri, si manifesta con una lacrimazione (epifora) più o meno costante, mono o bilaterale, che compare alcuni giorni dopo la nascita. Successivamente, dopo alcuni giorni o settimane, può sopraggiungere un'inflammatione congiuntivale o del sacco lacrimale con presenza di secrezione mucosa, mucopurulenta o purulenta se si verifica una sovrainfezione batterica.

Nella maggior parte dei casi essa è dovuta a un'assenza di canalizzazione del dotto nasolacrimale per la mancata perforazione della membrana fibromucosa che separa le vie lacrimali dal meato nasale inferiore e solo in rari casi è causata da anomalie delle vie lacrimali prossimali, come l'atresia o alterazioni del canalino o dei puntini lacrimali.

Korchmaros e Szalay⁵, studiando 304 ostruzioni diagnosticate in bambi-

NASOLACRIMAL DUCT OBSTRUCTION TREATMENT

(Medico e Bambino 2009;28:169-171)

Key words

Nasolacrimal duct obstruction, Probing, Children

Summary

Aims: Evaluating the timing of probing in children with congenital nasolacrimal duct obstruction.

Methods: We evaluated the success rate related to the age of children at the time of probing in a retrospective study of 335 children aged 3 months to 7 years who underwent probing for congenital nasolacrimal duct obstruction.

Results: The success rate was higher in children from 3 to 12 months of age (90.8%) and decreases with the increase in age of young patients. 28 of the 73 unsuccesses (38.4%) were caused by a bone obstruction of nasolacrimal duct.

Conclusions: Probing is highly successful in the first year of life, but it can be also decisive in many older children.

ni nati da 1-15 giorni, hanno osservato che il 42,3% si apre spontaneamente durante le prime 3 settimane di vita, il 61% nelle prime 6 settimane e il 79,3% nelle prime 12 settimane di vita. Per tale motivo essi ritengono che dopo i 3-4 mesi di vita, tutte le ostruzioni debbano essere considerate definitive, cioè non guaribili spontaneamente^{6,7}.

Sebbene la maggior parte degli Autori⁵⁻⁹ ritengono che un trattamento attivo (irrigazione e/o sondaggio delle vie lacrimali) vada instaurato precocemente, ci sono controversie sul periodo più opportuno per eseguirlo.

Cassady¹⁰, Koke¹¹ e Nelson¹² ritengono che il sondaggio vada effettuato entro i 2 mesi di vita o anche prima, mentre Petersen e Robb¹³ consigliano, in assenza di mucocele del sacco lacrimale, di trattare l'ostruzione in maniera conservativa con il massaggio idrostatico e la terapia antibiotica topica fino al 6°-8° mese.

MacEwen e Young¹⁴ trovano a un anno di vita una guarigione spontanea nel 96% dei casi, mentre Paul¹⁵ calcola che con la sola terapia medica la possibilità di risoluzione spontanea è dell'89% nei primi 16 mesi di vita.

Alcuni Autori tra cui Katowitz e Welsh¹⁶ consigliano di eseguire il sondaggio entro i 13 mesi di età, poiché la percentuale di successo dopo tale periodo scende al 55% mentre el-Mansoury e coll.¹⁷ e Maheshwari^{18,19} trovano che, anche dopo il primo anno d'età, la guarigione dopo il primo sondaggio è superiore all'80%.

In considerazione delle differenze di opinione sul periodo più opportuno per eseguire un trattamento con sondaggio delle vie lacrimali, riportiamo il nostro schema terapeutico codificato da alcuni decenni (Figura 1):

- **Primi 2-4 mesi di vita:** trattamento conservativo con esecuzione di un massaggio idrostatico e l'instillazione di colliri antibiotici a largo spettro. In alcuni casi, se la sintomatologia non si è risolta, è ipotizzabile l'esecuzione, verso i 3-4 mesi di vita, di un lavaggio delle vie lacri-

mali. In tali casi si entra attraverso il puntino lacrimale superiore o inferiore con un'agocannula smussa, previa instillazione di un anestetico di superficie, e si iniettano 2-3 ml di soluzione fisiologica mista a un collirio antibiotico. Spesso la pressione idrostatica è sufficiente a ristabilire la pervietà delle vie lacrimali. Tale manovra non è scevra da rischi per l'integrità dei puntini e canalini lacrimali, per cui viene eseguita solo presso alcuni centri.

- **Entro i primi 12 mesi di vita,** se le vie non si sono riaperte, si procede al sondaggio delle vie lacrimali in narcosi con maschera laringea, introducendo una sonda di Bowman attraverso il puntino lacrimale superiore e, una volta raggiunta la porzione distale del canale lacrimale, forzando l'ostacolo. Se, ottenuta la riapertura, dopo 3-4 settimane dalla

procedura si ripresenta l'epifora, si ripete nuovamente il sondaggio con eventuale intubazione delle vie lacrimali con tubicini di silicone.

- **Se permane l'ostruzione delle vie,** malgrado il sondaggio eventualmente ripetuto, si programma un intervento di rinostomia quando il piccolo paziente è più grande.

MATERIALI E METODI

Per valutare i risultati da noi ottenuti abbiamo eseguito, per tutti i pazienti sottoposti a sondaggio delle vie lacrimali, un'indagine retrospettiva riguardante un arco temporale di circa 40 anni.

Tutti i pazienti o i loro genitori sono stati contattati per posta, pregando di comunicarci tramite posta, telefono o e-mail, la situazione funzionale del sistema lacrimale (presenza o assenza di lacrimazione). Ci hanno risposto 335 pazienti pari al 76% dei bambini sottoposti a sondaggio, per un totale di 428 occhi su cui abbiamo valutato i risultati in funzione dell'età di esecuzione del sondaggio.

RISULTATI

I risultati del sondaggio sono riportati nella *Tabella I*.

L'esame dei risultati evidenzia che nei bambini sottoposti a sondaggio prima dei 12 mesi si ha il più alto tasso di successo (90,8%) e che, comunque, a qualunque età venga effettuato, si hanno buone possibilità di risoluzione dell'epifora (83%). Laddove non si sia ottenuta pervietà delle vie con il primo sondaggio, siamo riusciti a riaprire le vie in 6 casi (5 bambini con stenosi monolaterale e 1 con stenosi bilaterale) con un secondo sondaggio e in 3 casi con una successiva intubazione.

Va sottolineato che l'esame delle cartelle cliniche ha evidenziato che 28 dei 73 insuccessi (38,4%) sono dovuti alla presenza di un'ostruzione ossea a livello del dotto nasolacrimale che ha reso impossibile la riapertura delle vie lacrimali in occasione del primo sondaggio.

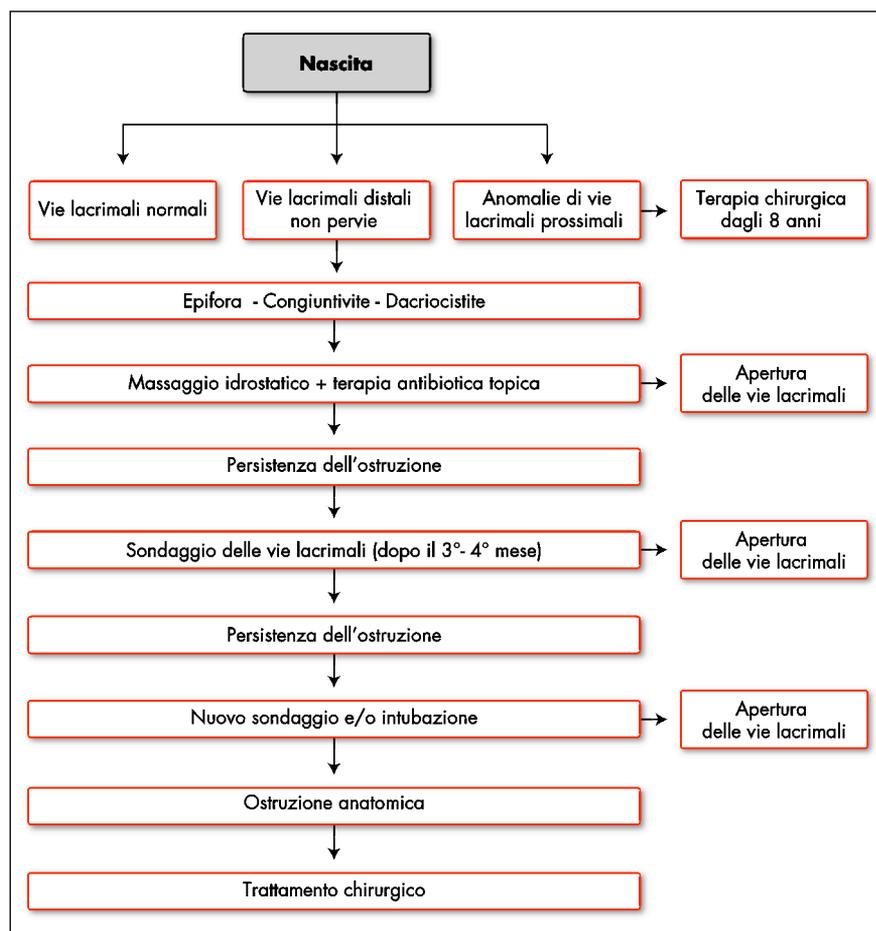


Figura 1. Schema del trattamento delle ostruzioni congenite delle vie lacrimali.

RISULTATI OTTENUTI CON IL SONDAGGIO DELLE VIE LACRIMALI EFFETTUATO A DIFFERENTI ETÀ

Età al momento dell'intervento	Occhi		Successi		Insuccessi	
	N°	%	N°	%	N°	%
3 - 12 mesi	184	43	167*	90,8	17	9,2
13 - 18 mesi	113	26,4	96**	85	17	15
19 - 24 mesi	55	12,9	45***	81,8	10	18,2
2 - 3 anni	47	10,9	32	68,1	15	31,9
3 - 7 anni	29	6,8	15	51,7	14	48,3
3 mesi - 7 anni	428	100	355	83	73	17

*In 2 casi il successo è stato ottenuto con 2 sondaggi e in un caso con 2 sondaggi e successiva intubazione.

**In un paziente con stenosi bilaterale e in 3 con stenosi monolaterale la pervietà è stata ottenuta con 2 sondaggi.

***In 2 pazienti la pervietà è stata ottenuta con 1 sondaggio e successiva intubazione.

Tabella I

CONCLUSIONE

I dati riportati nel presente lavoro suggeriscono che dopo i 12 mesi tende progressivamente ad aumentare la percentuale di insuccessi che, dopo il secondo anno di vita, interessa circa un terzo dei casi (31,9%) e dopo il terzo anno di età circa la metà dei casi (48,3%).

MESSAGGI CHIAVE

□ L'ostruzione congenita delle vie di deflusso del sistema lacrimale è una condizione abbastanza frequente nel periodo neonatale, che si manifesta con l'epifora.

□ L'evoluzione naturale consiste in una riapertura spontanea della via ostruita entro la prima settimana di vita; almeno entro le 12 settimane, comunque, l'80% dei casi si è risolto spontaneamente.

□ Probabilmente le poche ostruzioni che permangono tali dopo questa età vanno considerate permanenti e vanno trattate, dapprima, con terapia medica e/o con massaggi, poi, se necessario, mediante sonda, entro i primi 2 anni.

Sulla base di tali dati riteniamo che l'età ideale per effettuare un sondaggio delle vie lacrimali sia entro il primo anno di vita. In bambini di 5-6 anni si hanno successi in circa la metà dei casi. Consigliamo, pertanto, anche in bambini che si presentano tardivamente alla nostra osservazione, di effettuare comunque sempre un sondaggio delle vie lacrimali come prima tappa del trattamento terapeutico.

Indirizzo per corrispondenza:

Cesare Fiore
e-mail: oftalmpg@unipg.it

Bibliografia

1. Kushner BJ. Congenital nasolacrimal system obstruction. Arch Ophthalmol 1982;100:597-600.
2. Robb RM. Congenital nasolacrimal duct ob-

struction. Ophthalmol Clin North Am 2001;14:443-6.
3. Albert DM, Jakobiec FA. Principi e pratica di oftalmologia. Verducci Editore 1995;IV:3025-36.
4. Young JDH, Mac Ewen CJ. Managing congenital lacrimal obstruction in general practice. BMJ 1997;315:293-6.
5. Korchmaros I, Szalay E. Cannula-probing combined with nasal procedure for dacryocystitis neonatorum. Acta Ophthalmol (Copenh) 1978;56:357-62.
6. Fiore C, Lupidi G, Santoni G. Il trattamento delle ostruzioni congenite delle vie lacrimali. Ped Med Chir (Med Surg Ped) 1981;3:415-7.
7. Menduno P, Elia R, Boni L, Fiore T. La terapia delle ostruzioni congenite del dotto nasolacrimal. Atti congresso STUEMO 1995;191-5.
8. Ffooks OO. Dacryocystitis in infancy. Br J Ophthalmol 1962;46:422-34.
9. Baggio E, Ruban JM, Sandon K. Early probing of congenital nasolacrimal duct obstruction: an analysis of 92 cases. J Fr Ophthalmol 2000;23,7:655-62.
10. Cassady JV. Dacryocystitis in infancy. Am J Ophthalmol 1948;31:773-80.
11. Koke MP. Treatment of occluded nasolacrimal ducts in infants. Arch Ophthalmol 1950;43:750-54.
12. Nelson F. Management of congenital occlusion of the tear duct. Am J Ophthalmol 1953;36:1587-90.
13. Petersen RA, Robb RM. The natural course of congenital obstruction of the nasolacrimal duct. J Pediatr Ophthalmol Strabismus 1978;15:246-50.
14. MacEwen CJ, Young JD. Epiphora during the first year of life. Eye 1991;5:596-600.
15. Paul TO. Medical management of congenital nasolacrimal duct obstruction. J Pediatr Ophthalmol Strabismus 1985;22:68-70.
16. Katowitz JA, Welsh MG. Timing of initial probing and irrigation in congenital nasolacrimal duct obstruction. Ophthalmology 1987;94:698-705.
17. el-Mansoury J, Calhoun JH, Nelson LB, Harley RD. Results of late probing for congenital nasolacrimal duct obstruction. Ophthalmology 1986;93:1052-4.
18. Maheshwari R. Results of probing for congenital nasolacrimal duct obstruction in children older than 13 months of age. Indian J Ophthalmol 2005;53:49-51.
19. Maheshwari R. Success rate and cause of failure for late probing for congenital nasolacrimal duct obstruction. J Pediatr Ophthalmol Strabismus 2008;45:168-71.

