

IL TRATTAMENTO DELLE DACRIOSTENOSI CONNATALI

Il dotto naso-lacrimale è contenuto in un canale osseo le cui pareti sono formate dall'osso mascellare e da quello lacrimale. Abbandonato il canale osseo, decorre per circa 5 mm nella mucosa nasale e sbocca nel meato inferiore dietro la testa del cornetto inferiore. L'apertura del dotto al turbinato inferiore presenta una plica mucosa (valvola di Hasner). La canalizzazione del dotto naso-lacrimale risulta essere incompleta nella grande maggioranza dei neonati a termine. Circa il 70% dei neonati presenta infatti un'ostruzione membranosa nella porzione distale del dotto naso-lacrimale, in prossimità della valvola di Hasner. Il quadro clinico appare tuttavia sostanzialmente silente, stante la scarsa produzione di lacrime da parte della ghiandola lacrimale principale nei primissimi giorni di vita. Circa il 6% dei neonati a partire dalla prima-seconda settimana di vita, dimostra un quadro clinicamente evidente, caratterizzato da epifora e secrezione mucosa a livello delle palpebre. La dacriostenosi è bilaterale circa nel 20% dei casi. Il 96% dei bambini con epifora nelle prime settimane di vita presenta una progressiva risoluzione della sintomatologia entro 12 mesi. E' quindi conveniente attendere il compimento dell'anno di vita, nella speranza concreta di ottenere una guarigione spontanea, adottando una terapia conservativa fino al compimento dell'anno di vita, ed eseguendo un intervento di sondaggio della via lacrimale tra il 12° ed il 18° mese di età. Diversi studi osservazionali dimostrano come procrastinare eccessivamente l'atto chirurgico sia controproducente. La percentuale di successo, infatti, di un intervento di sondaggio eseguito correttamente e nei tempi previsti, si avvicina molto al 100%. Dopo i 18 mesi di età si assiste ad un decremento di tale percentuale di guarigione, quantificabile grossomodo in un 20% in meno all'anno. La possibilità poi di ottenere una guarigione spontanea dopo i 18 mesi di vita è estremamente bassa, sebbene alcuni studi dimostrino una discreta possibilità di risoluzione fino ai 24 mesi.

La terapia di mantenimento da eseguire nel primo anno di vita consiste nella pulizia dei margini palpebrali e nell'esecuzione del massaggio idostatico del sacco lacrimale. Il massaggio idrostatico svolge il duplice ruolo di svuotamento della via lacrimale prossimale (sacco lacrimale e canalini) - allo scopo di ridurre la potenziale colonizzazione da parte di batteri patogeni - e di creazione di una forza pressoria idrostatica in grado di favorire l'apertura della valvola di Hasner. In caso di congiuntivite catarrale è necessario il trattamento antibiotico locale. La contaminazione da parte di batteri patogeni è assai frequente a causa dell'ostacolo al deflusso delle lacrime ed al ristagno conseguente. Circa l'80% dei tamponi congiuntivali in corso di dacriostenosi dà esito positivo. Entro i 2 anni di vita esiste una netta prevalenza dei gram+ (*pneumococco*, *streptococcus viridans*); dopo i due anni prevalgono di solito i gram- (*Haemofilus*, *Pseudomonas*, *Escherichia Coli*). Il trattamento antibiotico è importante non solo per alleviare i sintomi, ma anche perché le infezioni croniche di basso grado, legate al ristagno delle lacrime, possono limitare l'incidenza di risoluzione spontanea e ridurre la percentuale di successo chirurgico. Gli antibiotici topici riducono prontamente la componente secretoria e flogistica, anche se troppo spesso le terapie topiche sono eccessivamente protratte con inutili cambi di terapia e conseguente possibile induzione di resistenze. Un trattamento empirico, senza quindi la conferma microbiologica, dovrebbe considerare un antibiotico a largo spettro come ad esempio un fluorochinolone, evitando di protrarre eccessivamente la terapia.

Superato l'anno di vita, in caso di persistenza dei sintomi, è consigliabile pianificare un intervento di sondaggio della via lacrimale. E' da evitare assolutamente l'esecuzione del sondaggio senza anestesia: l'intervento è doloroso, e l'agitazione del bambino non consente all'operatore la dovuta precisione. L'esperienza dell'anestesista è altresì indispensabile: l'intubazione non è necessaria e la respirazione viene pertanto mantenuta spontanea. I tempi chirurgici prevedono:

- 1) Dilatazione dei puntini lacrimali con sonde coniche.
- 2) Successiva introduzione della sonda di Bowman in lega metallica
- 3) La sonda viene inizialmente indirizzata medialmente, fino al contatto con la parete mediale del sacco in prossimità delle ossa nasali.
- 4) Viene quindi ruotata di circa 90° e spinta in basso, verso il meato inferiore; al termine della progressione è frequente la percezione di una resistenza elastica, corrispondente della valvola di Hasner imperforata, e la netta sensazione della sua apertura. Una modesta emorragia intraoperatoria è a questo punto possibile, specie negli interventi eseguiti tardivamente.
- 5) Retratta la sonda si procede quindi alla irrigazione della via lacrimale con soluzione antibiotica diluita. L'ago cannula deve essere introdotto nel dotto naso-lacrimale, ed il deflusso della soluzione in rinofaringe deve essere libero e privo di resistenze.

In caso di fallimento del sondaggio è possibile la ripetizione del medesimo intervento a breve termine (dopo circa 2 mesi), o passare direttamente, specie quando la stenosi si mantiene serrata, all'intervento di dacriointubazione bi canalicolare. Tale intervento prevede i seguenti tempi:

- 1) Dilatazione dei puntini lacrimali
- 2) Introduzione di sostanza viscoelastica
- 3) Passaggio di un'ansa in monolene 4.0 da puntino a puntino con sonda curva
- 4) Sondaggio con sonda di Juneman (con mandrino) e passaggio di filo monolene 4.0
- 5) Passaggio del filo in cavità nasale
- 6) Trazione del filo all'esterno del naso
- 7) Asportazione della sonda di Juneman, ancoraggio del filo all'ansa e trazione dell'ansa all'esterno della narice
- 8) Ancoraggio dei capi dell'ansa al tubicino in Silastic®
- 9) Trazione del tubicino all'interno del dotto naso-lacrimale, previa dilatazione e introduzione di sost. Viscoelastica
- 10) Asportazione del filo in monolene ed annodamento delle estremità del tubicino nella narice

Il tubicino deve essere mantenuto almeno per 3-4 mesi ed ha la funzione di conformare e mantenere pervia la via lacrimale, riducendo il rischio di stenosi cicatriziali.