

Stellungnahme der Sektion ophthalmoplastische und rekonstruktive Chirurgie der DOG

Betrifft: Stationäre Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Tränenwege

Erkrankungen der ableitenden Tränenwege kommen im gesamten Lebensalter des Menschen vor, d. h. bei

- Neugeborenen, Säuglingen
- Kindern
- Erwachsenen jeden Alters

Ätiologie:

Ursache der Erkrankung der ableitenden Tränenwege sind angeborene oder erworbene Abflussstörungen durch mechanische Hindernisse in den ableitenden Tränenwegen oder durch Störungen der Tränenpumpe anderer Genese. Diese Erkrankungen können mit und ohne Zeichen einer akuten Entzündung einhergehen.

a) Neugeborene und Säuglinge

- Dacryocystitis neonatorum chronica simplex

Dies ist die häufigste Erkrankung im Säuglings- und Neugeborenenalter. Die Kinder weisen Zeichen der chronischen Entzündung mit Epiphora, Schleimbildung, medialer Conjunctivitis und Blepharitis auf. Eine Behandlung ist zwingend notwendig.

Therapie:

Im Alter von 3-6 Monaten ambulante Spülung der Tränenwege ohne Narkose.

Bei Kindern um das erste Lebensjahr herum oder bei solchen, bei denen eine Spülung nicht zum Erfolg geführt hat, muß in Narkose eine Tränenwegspülung durchgeführt werden, die häufig in Kombination mit einer Schlauchintubation vorgenommen werden muß.

Risiken;

Da aufgrund der Symptome nicht entschieden werden kann, wo die Stenose liegt und wie umfangreich der operative Eingriff ist, muß in den meisten Fällen bereits praeoperativ mit der Therapie begonnen werden. Aufgrund der sehr feinen Strukturen der kindlichen Tränenwege und des dünnen Knochens besteht durch die Manipulation das Risiko sowohl einer Blutung intraoperativ, als auch postoperativ, sowie der Entwicklung einer Entzündung im Sinne eines Lidabszesses oder einer fortgeleiteten Orbitalphlegmone bis hin zur basalen Meningitis.

Konsequenz:

Für Tränenwegspülung und Intubation ist eine stationäre Überwachung von 24 Stunden notwendig, bei allen zusätzlichen, evtl. inzisionalen Maßnahmen auch ein längerer stationärer Aufenthalt bis hin zu einer Woche.

Kinder, deren Wohnort mehr als 30 Minuten vom operativen Zentrum entfernt liegen, sollten aus anästhesiologischen Gründen (wegen der notwendigen Gabe von Praemedikationen) sowohl zur prae- wie postoperativen Überwachung bereits am Vortag stationär aufgenommen werden.

Dacryocystitis neonatorum acuta:

In Fällen des Verdachts einer akuten Dacryocystitis, auch der Abklärung einer Tränensackschwellung, z. B. im Sinne eines Tränensackdivertikels ist eine stationäre Behandlung absolut indiziert, wegen des Risikos einer sich möglicherweise entwickelnden basalen Meningitis. Hier muß bereits im Neugeborenenalter behandelt werden. Die Dauer der stationären Behandlung, auch in konservativen Fällen, beträgt ca. 3-5 Tage und ist ggf. durch operativen Maßnahmen verlängert.

b) Erwachsenenalter:

Bei Erwachsenen muß zwischen Tränenwegserkrankungen mit mechanischer Obstruktion Ursache und solchen mit einer andersartigen Abflussstörungen, d. h. Pumpeninsuffizienz unterschieden werden. Dies kann z. T. bereits praeoperativ ambulant durch Röntgendarstellung und Untersuchung abgeklärt werden. Patienten mit chronischer Epiphora und absoluter Stenose haben als Ursache:

a) Tränenpunkt-Stenosen

b) Canaliculusstenosen oder

c) Tränensackstenosen (intra- oder postsaccal).

Therapie:

- endoskopisch/ Laserdacryoplastik oder Mikrodrilldacryoplastik
- inzisional Canaliculostomie, Canaliculodacryocystostomie, Canaliculorhinostomie, externe oder interne DCR.

OP-Risiken:

Wegen der engen Lage und der variablen Nasennebenhöhlen und im Bezug zu den Ethmoidalgefäßen Blutungen (auch massive Blutungen), Infektionen (Lidabszeß, Orbitalphlegmone, eitrige Meningitis) und Schwellung. Eine Minimierung dieser Risiken sind: ausreichende Praemedikation, Blutdruckkontrolle, vor allem bei arteriosklerotischen und an Hypertonie erkrankten Patienten, Prüfung und Optimierung der Gerinnungsparameter, postoperative Kreislaufüberwachung.

Konsequenz:

Frühzeitige Praemedikation, in der Regel am Vorabend. Patienten müssen am Vortag stationär aufgenommen werden.

Dauer der stationären Behandlung:

- bei endoskopischen Operationen ohne Zeichen der akuten Entzündung ca. 3 Tage
- bei inzisionalen Eingriffen, bei Canaliculuschirurgie 3-5 Tage
- bei DCR 5-7 Tage.