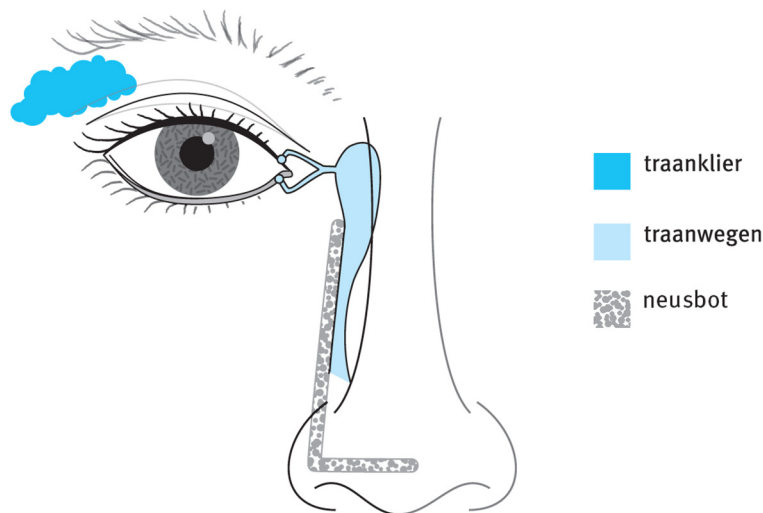


Schiedamse Vest 180
3011 BH Rotterdam
T +31 (0)10 401 77 77
www.oogziekenhuis.nl

Traanklachten bij kinderen

Inleiding

Tranen worden gemaakt in de traanklier boven het oog. Ze bestaan uit traanvocht en houden het oog vochtig. Daarna lopen ze via de afvoerende traanwegen weg naar de neus. In het boven- en onderooglid bevinden zich aan de neuskant twee kleine openingen; de traanpunten. Die staan in verbinding met kanaaltjes van ongeveer 1 mm diameter, de canaliculi, die in de richting van de neus lopen. Deze kanaaltjes komen samen en monden vervolgens uit in de traanzak. Van de traanzak loopt door het bot van de neus een dikker kanaal dat onder in de neus uitmondt. Hieronder ziet u een tekening van de normale anatomie van het afvoersysteem van de tranen.



De traanwegen zijn bij kinderen nauwer dan bij volwassenen. Bij een verkoudheid zwellen de slijmvliezen in de neus en in de traanwegen op. Bij kinderen is een verkoudheid soms al voldoende om een tijdelijke verstopping van de traanwegen te veroorzaken. Mede daardoor ontstaan bij verkouden kinderen vieze oogjes, die vanzelf weer over gaan als het kind niet verkouden meer is.

Aangeboren verstopping van de traanwegen

Wanneer kinderen echter voortdurend last hebben van tranen of van afscheiding uit een oog, wordt dat vaak veroorzaakt door een aangeboren verstopping van de traanwegen. Bij een baby tot 6 en zelfs tot 12 maanden oud is dat meestal geen reden tot bezorgdheid en is de kans groot dat het vanzelf over gaat. Bij de geboorte is de uitmonding van het traankanaal in de neus meestal nog door een membraan afgesloten. In het algemeen gaat deze membraan binnen het eerste levensjaar, en meestal trouwens binnen de eerste 6 levensmaanden vanzelf open.

Bij een aangeboren verstopping van de traanwegen treedt er behalve tranen vaak ook vieze afscheiding uit het oog op. Meestal is dat niet het gevolg van een infectie, maar het gevolg

van het indrogen van de tranen. Tranen bestaan voor meer dan 90% uit vocht en voor de rest uit slijm en vet. Terwijl het water grotendeels verdampt, blijven uitgedroogd slijm en vet op de ooglidranden achter.

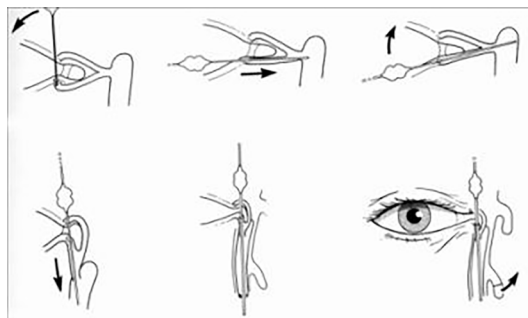
Infectie van de traanwegen komt wel voor, maar is zeldzaam. Tekenen van infectie zijn: roodheid en zwelling van de oogleden (vooral in de ooghoek aan de neuskant) en soms roodheid van het oog. Dit kan al op zeer jonge leeftijd voorkomen. Meestal is behandeling met antibiotica voldoende, soms is een operatie van de traanwegen nodig. Wanneer er geen infectie is maar een kind op de leeftijd van 6 maanden of ouder last blijft houden van tranen dan kan geprobeerd worden de aangeboren verstopping op te heffen. Deze behandeling vindt in stappen plaats. Meestal zijn niet alle stappen nodig.

Stap 1: Antibiotica druppels en massage

De eerste stap kan al op een leeftijd jonger dan 6 maanden worden gezet en wordt meestal overgeslagen bij kinderen ouder dan 12 maanden (er wordt dan direct gestart met sondage, stap 2). De eerste stap bestaat uit het geven van antibiotica oogdruppels, en het masseren (leegdrukken) van de traanzak. Hierbij moet eerst met een vinger op de plaats van de traanzak (in de binnenooghoek) worden gedrukt, daarna worden de oogdruppels gegeven. Door de massage wordt de traanzak leeggedrukt. De druppels komen dan beter in de traanwegen terecht. Het succespercentage van deze eerste behandelingsstap is niet goed bekend.

Stap 2: Sondage van de traanwegen

Als druppels en massage niet helpen is de tweede stap sondage van de traanwegen. Deze stap vindt in het algemeen plaats vanaf een leeftijd van 12 maanden, maar bij veel afwijkingen ook al eerder. Bij sondage worden de traanwegen voorzichtig doorgeprikt. Via het traanpuntje in het onderooglid en bovenlid wordt een dun metalen staafje door de traanwegen tot in de neus gebracht. Hieronder ziet u schematisch hoe sondage wordt uitgevoerd.



De ingreep gebeurt in dagbehandeling onder algehele anesthesie. De bedoeling is om de membraan te openen die bij kinderen vaak aanwezig is bij de uitmonding van het traankanaal in de neus. Tijdens de sondage wordt bovendien nagegaan of de traanwegen doorgankelijk zijn en waar eventuele afwijkingen zitten.

Er zijn aanwijzingen dat in de eerste 18 levensmaanden de kans op succes van sondage het grootst is en dat daarna de kans op succes met de jaren geleidelijk wat afneemt,

maar helemaal duidelijk is dat niet. Daarom zullen wij als eerste behandelingsstap in het algemeen sondage adviseren. Sondage is niet altijd mogelijk. Er komen namelijk (zeldzaam) anatomische afwijkingen van het afvoersysteem voor waardoor er geen verbinding met de neus bestaat, en de traanwegen dus niet doorgankelijk zijn bij sondage (en dan ook niet met stap 3, siliconenslangintubatie). Dit wordt pas ontdekt tijdens de operatie.

Op de volgende afbeelding ziet u een voorbeeld van een afwijking: het kanaal van de traanzak eindigt blind omdat het bot naar de neus niet open is. Hierdoor zijn zowel sondage (deze stap) en ook siliconenslangintubatie (stap 3) niet mogelijk.



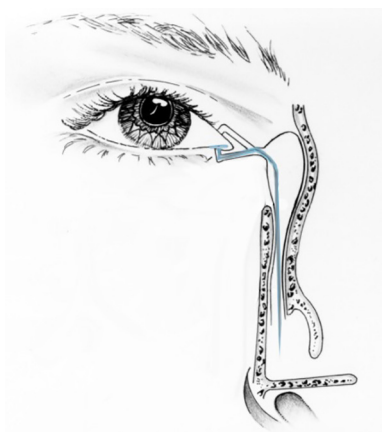
Stap 3: Siliconenslangintubatie

Wanneer het tranen na sondage blijft bestaan, bestaat de behandeling uit het plaatsen van een siliconen slangetje (=stent) in de traanwegen gedurende ongeveer 3 maanden.

Het siliconen slangetje is een dun siliconenrubber slangetje dat een dopje heeft dat op de ooglidrand wordt geplaatst. Meestal plaatsen we het slangetje via het traankanaaltje in het onderooglid, soms zijn er redenen om het via het kanaaltje in het bovenooglid te plaatsen (monocanaliculaire stent), en nog zeldzamer wordt gekozen voor een plaatsing via boven- en onderooglid (bicanaliculaire stent).

Stap 3 heeft geen zin wanneer bij sondage dusdanige verstoppingen of anatomische afwijkingen van de traanwegen zijn gevonden dat redelijkerwijs mag worden aangenomen dat plaatsing van een siliconenslang niet lukt of geen effect zal hebben. Behandeling is dan vaak (maar niet altijd) mogelijk met de operatie beschreven in stap 4.

Siliconenslangintubatie wordt onder narcose in dagbehandeling uitgevoerd. Hieronder ziet u schematisch de situatie na (monocanaliculaire) plaatsing van een siliconenslang via het onderste traanpunt.



Verwijderen van de siliconenstent

Bij de monocanaliculaire stent trekt de oogarts (na twee tot drie maanden) het stentje er gemakkelijk met een pincetje uit. Dit is niet pijnlijk en kan vlot gedaan worden op de polikliniek.

Als de stent bicanaliculair is geplaatst zal een hechtinkje aan de binnenzijde van de neusvleugel doorgenomen moeten worden verwijderd op de Poli-OK, waarna de stent vlot en pijnloos verwijderd kan worden.

Er kunnen tijdens en na siliconenslangintubatie verschillende problemen optreden:

1. Het blijkt tijdens de operatie niet mogelijk een siliconenslang te plaatsen

Om de siliconenslang te kunnen plaatsen moeten de afvoerende traanwegen normaal zijn aangelegd. Zoals hierboven ook al werd genoemd komen er (zeldzame) anatomische afwijkingen van het afvoersysteem voor waardoor er geen verbinding met de neus kan worden verkregen. Plaatsing van de slang is dan niet mogelijk.

Dit kan pas worden nagegaan tijdens de operatie. Zeldzaam komt het voor dat slechts één van de twee kanaaltjes tussen ooglid en neus doorgankelijk is.

Wanneer we vóór een geplande siliconenslangintubatie vermoeden dat er een anatomische afwijking zou kunnen bestaan dan zullen we – met name bij kinderen ouder dan 2 jaar – tevoren met u bespreken of we in dat geval tijdens de operatie eventueel direct moeten doorgaan met de uitgebreidere operatie beschreven onder behandelstap 4.

Het kind hoeft dan niet nog een keer te komen en onder narcose te gaan. Wanneer siliconenslangintubatie niet lukt, maar we dit niet verwacht hadden, en we tevoren geen andere ingrepen met u hebben besproken dan worden die niet verricht.

2. Problemen na plaatsen van de siliconenstent

Zelden zien we irritatie of jeuk van oog of ooglid door het siliconenmateriaal. Bij monocanaliculaire stents kan er irritatie van het oog optreden tgv het uitstekende voetplaatje, dat op het onderooglid rust. Vroegtijdig verwijderen van het materiaal kan dan nodig zijn, maar soms wordt er eerst gestart met oogdruppels.

Soms komt de stent er spontaan (of na wrijven in de nacht) uit. U ziet dan een doorzichtige draad uit het ooghoekje steken. Deze kan gemakkelijk worden losgetrokken. Eventueel doen wij dit op de poli.

Bij problemen met de stent adviseren we om terug te komen op het oculoplastisch en traanweg spreekuur (“OCPL”), of, als dat niet lukt, contact op te nemen met de afdeling Acute Oogzorg.

Hoewel wij het slangetje volgens gangbare regels bij voorkeur twee tot drie maanden

laten is niet precies bekend hoe lang het duurt voordat de slang effect heeft. Het is dan ook herhaaldelijk voorgekomen dat een losgelaten slang al na kortere tijd moest worden verwijderd en het tranen toch over was.

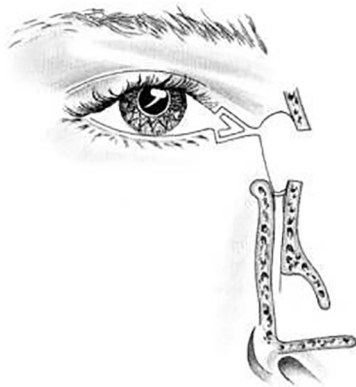
3. Het tranen blijft bestaan

Siliconenslangintubatie heeft een succespercentage van bijna 95 %. Van de ongeveer 70 kinderen die wij per jaar met siliconenslangintubatie behandelen houden er echter 3 of 4 een tranend oog. Bij deze kinderen moet meestal een DCR-operatie worden verricht.

Stap 4: **DCR-operatie**

Bij duidelijke verstoppingen, of wanneer een siliconenslang niet kon worden geplaatst of geen succes had bestaat de volgende stap meestal uit een DCR-operatie. Bij deze operatie wordt een snee in de huid gemaakt in de ooghoek aan de neuskant. Er wordt vervolgens een gaatje gemaakt in het bot tussen de traanzak en de neus.

Daarna wordt het slijmvlies van de traanzak aan het slijmvlies van de neus vastgehecht. Er ontstaat dan een nieuwe verbinding tussen de traanzak en de neus.



Een schematische tekening van de situatie na een DCR-operatie.

Bij kinderen gebeurt de ingreep op dezelfde manier als beschreven bij de volwassenen. We proberen deze ingreep pas te verrichten wanneer het kind minstens twee jaar oud is. De ingreep kan ook via de neus worden gedaan. Het voordeel is dat er dan geen litteken ontstaat. Het nadeel is dat het kind vaak nog wat ouder moet zijn, vanaf 4 jaar is er vaak wel genoeg ruimte voor deze ingreep, maar dit geldt niet voor alle kinderen. Ook is de kans op succes wat lager. Het resultaat van een DCR-operatie bij kinderen is in het algemeen goed wanneer het tranen veroorzaakt wordt door een verstopping van het kanaal tussen de traanzak en de neus.

Bij afwijkingen van de kanaaltjes tussen ooghoek en traanzak zijn de resultaten veel minder goed. Soms is de verstopping niet te verhelpen. Deze problematiek zien we bij kinderen maar enkele malen per jaar. Daarom vindt u er hier geen nadere informatie over. Bij volwassenen vindt deze problematiek vaker plaats.

**Andere traan-
afwijkingen
bij kinderen**

Er bestaat een groot aantal mogelijke aanlegstoornissen van de traanwegen, al dan niet gecombineerd met andere aangeboren afwijkingen of ontwikkelingsstoornissen van het gelaat. Omdat ze allemaal zeldzaam voorkomen worden ze hier niet besproken. De afwijkingen zijn soms eenvoudig te behandelen, soms echter is behandeling vrijwel onmogelijk. Vaak is eerst onderzoek onder narcose nodig om er achter te komen waar de oorzaak precies zit.

Tenslotte

Graag willen wij u erop wijzen dat het beleid van Het Oogziekenhuis Rotterdam erop gericht is om verwezen patiënten naar de eigen oogarts of een andere oogarts in de eigen regio (terug) te verwijzen, zodra dit oogheelkundig verantwoord is. Dit geldt ook voor patiënten die op eigen initiatief voor een *second opinion* naar Het Oogziekenhuis zijn gekomen.

In Het Oogziekenhuis Rotterdam worden artsen opgeleid tot (gespecialiseerd) oogarts. Dit betekent dat u behandeld kunt worden door een arts of oogarts in opleiding. Daarnaast worden in Het Oogziekenhuis Rotterdam paramedici en verpleegkundigen opgeleid.

Heeft u na het lezen van deze folder nog vragen? Dan kunt u contact opnemen met het Orbitacentrum via het algemene telefoonnummer: 010 401 77 77. Ook kunt u op de website van Het Oogziekenhuis Rotterdam meer informatie vinden over het Orbitacentrum.