

Traanklachten bij kinderen

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.



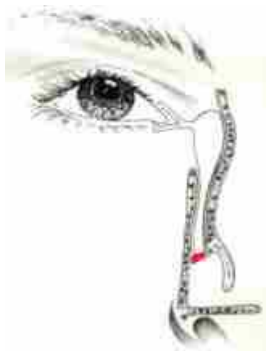
De traanwegen zijn bij kinderen nauwer dan bij volwassenen. Bij een verkoudheid zwellen de slijmvliezen in de neus en in de traanwegen op. Bij kinderen is een verkoudheid soms al voldoende om een tijdelijke verstopping van de traanwegen te veroorzaken. Mede daardoor ontstaan bij verkouden kinderen vieze 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, zoals in de tekening op de volgende bladzijde schematisch is afgebeeld.

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 een het water grotendeels verdampt blijven uitgedroogd slijm en vet op de ooglidranden achter. Hieronder ziet u een foto van een kindje dat door verstopte traanwegen veel afscheiding op de oogleden heeft.



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.

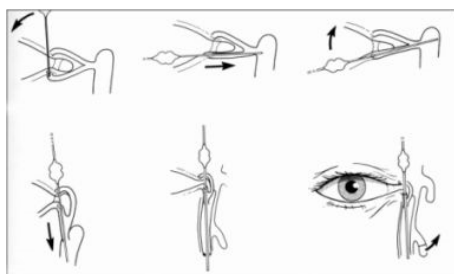
Stap 1: Antibioticadruppels en massage

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 antibioticadruppels, 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.

In de onderstaande figuur 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.

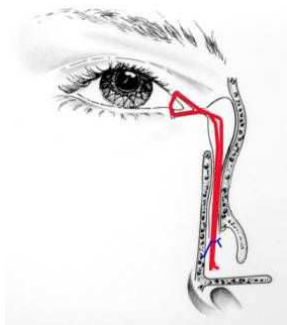


Stap 3: Siliconenslangintubatie

Wanneer het tranen na sondage blijft bestaan, bestaat de behandeling uit het plaatsen van een siliconenslangetje in de traanwegen gedurende ongeveer 3 maanden.

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 plaatsing van de siliconenslang.



De siliconenslang wordt onderin de neus aan het slijmvlies vastgehecht. In het bovenstaande schema is de slang rood. In werkelijkheid is deze vrijwel doorzichtig. De siliconenslang is in de ooghoek zichtbaar als een klein grijsig boogje. U kunt dit zien op onderstaande foto.



De slang wordt na drie maanden verwijderd. Ook dit gebeurt in dagbehandeling onder plaatselijke verdoving.

Welke problemen kunnen er tijdens en na de siliconenintubatie optreden?

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. We kiezen dan voor een ander soort siliconenslang. Ook dit type moet echter na drie maanden worden verwijderd. 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. De slang komt binnen drie maanden in een grote lus op het oog te liggen.

Dit probleem wordt niet veroorzaakt doordat de hechting in de neus niet goed vastgeknoopt is, maar doordat het slijmvlies in de neus er soms in slaagt de hechtdraad er uit te werken. De lus op het oog ziet er een beetje griezelig uit, maar het is geen ernstig probleem. Soms kan de siliconenslang het oog irriteren, het wordt dan rood. In principe kan de slang eenvoudig worden verwijderd door deze in de ooghoek beet te pakken, door te knippen en er via het bovenste traankanaaltje uit te trekken. Omdat het echter door zowel de ouders als door het kind als enigszins griezelig wordt ervaren is het uitvoeren van deze behandeling niet op het spreekuur. Het slangetje wordt dan binnen enkele dagen onder narcose verwijderd. Hoewel wij het slangetje volgens gangbare regels bij voorkeur 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 één tot twee maanden 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. Op de volgende bladzijde ziet u 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. 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. 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 traanafwijkingen 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.

Meer info

Heeft u na het lezen van deze folder nog vragen, dan kunt u contact opnemen met de afdeling Oculoplastische chirurgie via het algemene telefoonnummer: 010 - 401 77 77.

De informatie in deze folder kunt u terugvinden op www.oogziekenhuis.nl.