© Het Oogziekenhuis Rotterdam, juli 2019

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

Traanklachten bij volwassenen: Behandelingen

Deze folder geeft u meer informatie over de behandelingen bij traanklachten.

Moeten tranende ogen geopereerd worden?
Tranende ogen kunnen verschillende oorzaken hebben. Het succes van een behandeling is sterk afhankelijk van de oorzaak. Soms kan een kleine operatie onder plaatselijke verdoving voldoende zijn om de traanwegen weer doorgankelijk te maken, zoals bij afwijkingen van het traanpuntje, of bij een slap ooglid. Wanneer de kwaliteit van uw traanvocht niet voldoende is kunt u ook het advies krijgen om kunsttranen te gebruiken om te proberen of de traanklachten daardoor verminderen. Helaas zijn meestal grotere operaties onder algehele verdoving (narcose) nodig. Traanklachten zijn vervelend, maar over het algemeen niet schadelijk. We moeten dus altijd de voordelen van een operatie afwegen tegen de risico's. Als wij van mening zijn dat de risico's hoger zijn dan de kans op succes, kan het zo zijn dat we een operatie afraden. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij verhoogd risico op problemen bij de narcose, of bij het gebruik van bloedverdunners. Bij sommige mensen, tenslotte, kunnen we ondanks zorgvuldig onderzoek geen oorzaak van de traanklachten vinden. In dat geval kunnen wij dus ook geen (operatieve) behandeling bieden.

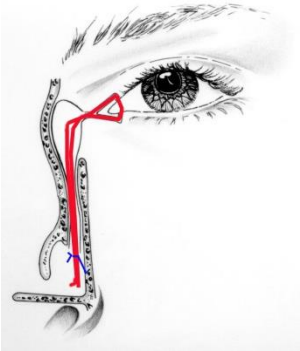
Tijdelijk staken van bloedverdunners
Bij bijna alle operaties aan de traanwegen (en soms ook die aan de oogleden) moet u tijdelijk met bloedverdunners kunnen stoppen. Uw dokter zal dit met u bespreken. Wanneer u stopt verhoogt u tijdelijk het risico op de vorming van een stolsel in de bloedvaten. Een stolsel kan de bloedvoorziening van verschillende organen aantasten en schade geven. Overleg met de arts die de bloedverdunners heeft voorgeschreven (of met uw huisarts) of u deze medicijnen tijdelijk mag staken.

Behandelingen bij traanklachten

Plaatsen van tijdelijke siliconenstent
Bij bijvoorbeeld een passeerbare verstopping van de traanafvoerkanaaltjes (canaliculi), wordt tijdelijk een dun siliconenslangetje (stent) in de afvoerende traanwegen geplaatst. Het stentje voert de tranen niet af, maar het rekt de afvoerende traanwegen op, met de bedoeling dat ze na verwijderen van het stentje open blijven. Er zijn twee typen stents. Het ene type stent (monocanaliculair of 'MonoKa', figuur 1) zit vast in de traanpunt. Na de operatie is het ene uiteinde van de stent met moeite op de ooglidrand zichtbaar, het andere uiteinde hangt los in de neus. Een ander type stent gaat in beide traankanaaltjes (bicanaliculair of 'Bika', figuur 2). Bij dit type wordt het stentje met een hechting onderin de neus vastgezet. In de ooghoek is een doorzichtig lusje van de stent zichtbaar. De oogarts zal tijdens de operatie besluiten welk type stent voor u het beste is. Het plaatsen van een stent doen wij onder algehele verdoving (narcose).

In sommige andere ziekenhuizen wordt soms gekozen voor een dotterprocedure. Een onderzoek van Het Oogziekenhuis Rotterdam (net als eerdere onderzoeken) heeft laten zien dat deze behandeling niet beter werkt dan het plaatsen van een stent. Ook wordt een dotterbehandeling vaak door patiënten als pijnlijk ervaren.

figuur 1: monocanaliculaire siliconenstent



figuur 2: bicanaliculaire siliconenstent

Verwijderen van de siliconenstent

Bij beide type stentjes is het wenselijk dat ze twee tot drie maanden in de traanwegen blijven zitten, zodat de traanwegen goed open blijven. Daarna wordt door de oogarts de *monocanaliculaire* siliconenstent (figuur 1) er gemakkelijk met een pincetje uitgetrokken. Dit is niet pijnlijk en gaat vlot. Bij de *bicanaliculaire* siliconenstent kan het stentje worden verwijderd door de hechting onderin de neus los te knippen. Daarna kan het stentje voorzichtig uit de traanwegen worden getrokken, via de neus of via de ooghoek. U krijgt voor het verwijderen van de bicanaliculaire stent op de Poli-OK eerst enkele minuten een watje in de neus met een middel om het slijmvlies dunner te maken. Het verwijderen van het stentje is vrijwel pijnloos.

Problemen bij het plaatsen van de siliconenstent

- Tijdens de operatie: Het kan voorkomen dat we plannen om een stent te plaatsen, maar dat dit tijdens de operatie niet mogelijk blijkt. We zullen dan op de polikliniek mogelijke volgende behandelopties met u bespreken.
- De bicanaliculaire stent zit te strak: Wanneer de bicanaliculaire siliconenstent te strak zit zal deze geleidelijk door de traankanaaltjes snijden. U merkt dit doordat de huid in de ooghoek naar elkaar getrokken wordt. Wanneer dat het geval is, kom dan binnen een week terug op het spreekuur, de stent kan dan verwijderd worden.
- De bicanaliculaire stent zit te los: Zoals gezegd wordt de bicanaliculaire stent met een hechting in de neus vastgezet. Soms komt deze hechting los, waardoor het kan gebeuren dat de stent ineens in een ruime boog op het oog ligt. In het algemeen kan dit geen kwaad, maar de stent moet wel verwijderd worden om irritatie aan het oogoppervlak te voorkomen.
- De monocanaliculaire stent zit los: Ook een monocanaliculaire stent kan soms los komen te zitten. In dat geval kunt u het uiteinde van het stentje pakken en het stentje er zelf uit trekken. Lukt dat niet, dan kunt u contact opnemen met het ziekenhuis.
- De stent irriteert het oog of geeft jeukklachten: Zelden zien we irritatie of jeuk van oog of ooglid door het siliconenmateriaal. Bij monocanaliculaire stents kan er irritatie van het oog optreden door het uitstekende uiteinde, dat op het onderooglid rust. Vroegtijdig verwijderen van het materiaal kan dan nodig zijn, maar soms wordt er eerst gestart met oogdruppels.

Slagingskans tijdelijke siliconenstent

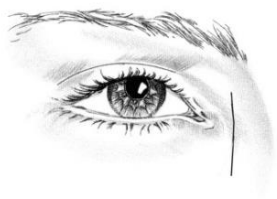
Het slagingspercentage voor het verhelpen van de traanklachten is na verwijderen van de siliconenstent ongeveer 50%. Als traanklachten ongeveer 4-6 weken na het verwijderen van de stent nog bestaan of terugkomen dan kan wanneer gewenst, een nieuwe afspraak gemaakt worden om mogelijke vervolgstappen te bespreken.

DCR-operatie

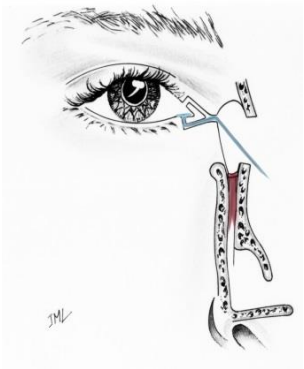
Bij een DCR-operatie (***D**acryo**C**ysto**R**hinostomie*) wordt er een directe verbinding gemaakt tussen de traanzak en de neus. Op die manier ontstaat er een bypass. Hierdoor hoeven de tranen niet meer door het verstopte kanaal tussen traanzak en neus.

DCR-operatie via de huid (externe DCR)

De operatie wordt onder narcose uitgevoerd. Er wordt een sneetje van ongeveer 15 mm lang in de huid op de overgang van de ooghoek en de neus gemaakt (figuur 3). In de diepte wordt een opening in het bot tussen de traanzak en de neus gemaakt. Hierna worden de traanzak en het neusslijmvlies geopend, en worden de slijmvliezen van traanzak en neus aan elkaar verbonden, waardoor een nieuwe route ontstaat. De operatie kan gecombineerd worden met plaatsing van een dunne siliconenstent in het nieuwe afvoersysteem (zie uitleg over de siliconenstent hierboven en figuur 4 hieronder). Dit helpt om de gemaakte opening naar de neus open te houden tijdens het genezingsproces. Of de operatie geholpen heeft of niet, is pas duidelijk nadat de stent verwijderd is.



Figuur 3: plaats van de snee in de huid.



Figuur 4: DCR-operatie gecombineerd met een siliconenstent (monocanaliculair).

DCR-operatie via de neus (endonasale DCR)

Wanneer er voldoende ruimte bestaat in de neus is het ook mogelijk de DCR-operatie via de neus uit te voeren (endonasale DCR). Het voordeel is dat er geen litteken ontstaat, zoals bij de (klassieke) externe DCR. Bij een kans op overmatige littekenvorming (keloïd) of bij een brede, platte neusrug heeft een endonasale operatie de voorkeur. Wanneer tijdens de endonasale operatie blijkt dat er toch te weinig ruimte in de neus is om de operatie uit te voeren kan worden overgeschakeld op een externe DCR-operatie (via de huid). Als u dit niet wenst dan kunt u dit vooraf aangeven. Als er andere problemen in de neus zijn of verwacht worden, kan er voor gekozen worden om de operatie samen met de keel-neus-oorarts (KNO) te verrichten. Daarvoor zal er vooraf aan de operatie een beoordeling aangevraagd worden bij de KNO-arts in het Erasmus MC. Bij endonasale DCR-operaties worden bijna altijd siliconenstents geplaatst, die dan gedurende twee tot drie maanden blijven zitten.

Problemen bij een DCR-operatie

- Problemen met siliconenstent: Bij de siliconenstent die gebruikt wordt bij een DCR-operatie kunnen dezelfde problemen ontstaan zoals hierboven beschreven bij de informatie over het plaatsen van de tijdelijke siliconenstent.
- Nabloedingen van de neus/wond: Een tot twee dagen na de operatie is het wel normaal om enkele druppeltjes bloed te verliezen via de neus. Grotere bloedingen, zowel tijdens de operatie als de eerste dagen daarna, komen zeldzaam voor. Bij een bloeding tijdens de operatie kan het nodig zijn een tampon in de neus in te brengen. Die moet enkele dagen later verwijderd worden. Bij een bloeding die optreedt na de operatie is het advies naar voren te leunen en de neus dicht te knijpen. Wanneer dit geen effect heeft moet u direct terugkomen. Komt u van ver, dan is het soms beter de spoedeisende hulp van een ziekenhuis in de buurt op te zoeken. Ook dan kan het nodig zijn een tampon in de neus te plaatsen. Een bloeding van de huidwond komt zeldzaam voor. Als dit optreedt, is het advies deze 15 minuten goed af te drukken met schoon verbandmateriaal of tissues. Koelen kan ook helpen. Indien de wond blijft nabloeden overleg dan met Het Oogziekenhuis Rotterdam, soms moet de wond dan opnieuw behandeld worden. Ook komen blauwe plekken geregeld voor.
- Het litteken bij een externe DCR: De eerste tijd, soms zelfs de eerste maanden, kan het litteken gezwollen en rood zijn. De eindfase van de genezing van een litteken is pas na een jaar bereikt. Vaak blijft er alleen een bijna onzichtbaar litteken achter. Als het litteken toch nog storend is, kan een correctie overwogen worden. Uit onderzoek blijkt dat 97 % van de patiënten na een jaar tevreden is met het litteken. Wanneer u een bril draagt staat het neusstukje vaak precies op het litteken. Daardoor kan het de eerste weken lastig zijn om een bril te dragen. Ook kan er na een endonasale DCR een blauwe plek of zwelling bij de neus voorkomen.
- Lucht langs het oog: De normale traanwegen hebben een klepfunctie, waardoor er bij snuiten van de neus geen lucht via de traanwegen in de richting van het oog stroomt. Deze klepfunctie is weg na een DCR-operatie. Het kan dus voorkomen dat u bij niezen of bij het snuiten van de neus wat lucht langs het oog voelt stromen. Dit is misschien wat hinderlijk, maar het kan geen kwaad.
- Ontstekingen: Ontstekingen na traanwegoperaties komen zeldzaam voor, ook niet als er al een ontsteking was. Als dit toch gebeurt, reageren de ontstekingen over het algemeen goed op antibiotica.

Slagingskans DCR-operatie

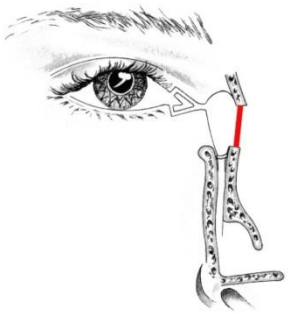
Het succespercentage van de endonasale DCR is (voor afname van de traanklachten) wat lager is dan bij een operatie via de huid (85% ten opzichte van 94% bij een externe DCR-operatie). Deze succespercentages gelden alleen voor een verstopping van de traanbuis (ductus nasolacrimalis). Als de verstopping voor de traanzak in de traankanaaltjes zit is het succespercentage, zowel voor de externe als voor de endonasale DCR, met siliconenstent toch duidelijk lager.

De DCR-operatie heeft niet geholpen

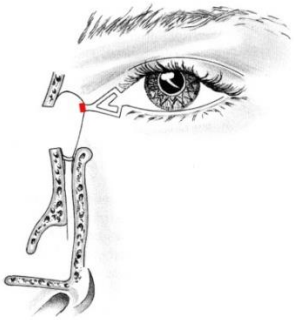
Onvoldoende resultaat van de DCR-operatie kan verschillende oorzaken hebben. Allereerst is het zo dat ook bij een goede nieuwe doorgang er toch traanklachten kunnen blijven bestaan, bijvoorbeeld door reflextranen of problemen van de traanpomp (zie voor meer informatie de folder "*Traanklachten bij volwassenen: Oorzaken*").

Het kan ook zijn dat er opnieuw een verstopping is opgetreden. Het kan zijn dat de opening naar de neus is dichtgegroeid (zie figuur 5) of dat de uitmonding van de canaliculi is dichtgegroeid (zie figuur 6). In beide

gevallen kan een DCR-operatie opnieuw overwogen worden. Het succespercentage is bij een heroperatie lager (ongeveer 70% succes wanneer de opening naar de neus is dichtgegroeid en nog veel lager als de uitmonding van de canaliculi is dichtgegroeid).
Als er wordt gekozen voor een heroperatie kan de operateur er tijdens de operatie voor kiezen om kortdurend een sponsje met een middel (Mitomycine C 0,02% of 0,04%) op het wondje aan te brengen. Dit middel is een zogenaamde antimetaboliet, waarvan aangetoond is dat het de littekenvorming vermindert. Dit middel is niet geregistreerd voor dit specifieke gebruik. Het gebruik er van wordt daarom off-label' genoemd. Toch wordt het wereldwijd erg veel gebruikt bij traanwegoperaties. Het geeft relatief weinig bijwerkingen en er zijn bij traanwegoperaties geen complicaties van beschreven.



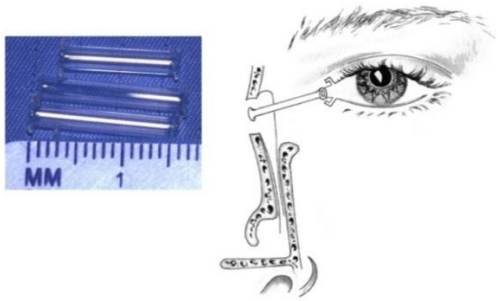
Figuur 5: Opening naar de neus is dichtgegroeid



Figuur 6: Uitmonding van canaliculi is dichtgegroeid

Traanwegprothese

Wanneer de canaliculi of traanpuntjes zeer ernstig verstopt zijn, of wanneer de hierboven beschreven operaties niet helpen, blijft er soms maar één mogelijkheid over om het tranen te verhelpen: het plaatsen van een traanwegprothese. Een traanwegprothese is een dun glazen buisje van ongeveer 15 mm lang en 3 mm dik. Dit buisje wordt zo geplaatst dat het ene uiteinde zich in de ooghoek bevindt en het andere in de neus. Deze traanwegprothese wordt ook wel 'buisje van Jones' genoemd. De operatie noemen wij ook wel 'Conjunctivo-DacryoCystoRhinostomie' ofwel 'CDCR'. Een traanwegprothese wordt geplaatst door middel van een operatie onder narcose in dagbehandeling.



Figuur 7: Traanwegprothese

Problemen bij een traanwegprothese

- Algemeen: Bij een operatie waarbij een traanwegprothese wordt geplaatst, kunnen een aantal problemen ontstaan zoals die hierboven ook bij de DCR-operatie beschreven zijn.
- Heroperaties: Wanneer de traanwegprothese eenmaal goed op zijn plek blijft werkt deze meestal uitstekend. Helaas blijft een traanwegprothese vooral de eerste maanden na plaatsing slecht op zijn plaats zitten. Het kan bijvoorbeeld onder het slijmvlies in de ooghoek verdwijnen waardoor de

traanklachten terugkomen. Het komt ook voor dat het buisje juist richting het oog wordt gedrukt, wat pijn aan het oog kan veroorzaken. Soms kan dit ook gepaard gaan met dubbelbeelden. Vanwege deze veelvoorkomende problemen, zijn er gedurende de eerste twee jaar vaak drie tot vier extra operaties nodig om de buis weer goed te plaatsen. Helaas zien we soms dat er ook nog na vele jaren aanvullende operaties nodig zijn. Wegens deze vaak optredende problemen moet u dan ook alleen overwegen om een traanwegprothese te laten plaatsen wanneer u zo veel last van het tranen heeft dat u er meerdere operaties onder narcose voor over heeft om dit te laten verhelpen. Daarbij moet uw gezondheid het toelaten om meerdere operaties kort na elkaar te ondergaan.

Verwijderen traanzak

Sommige mensen hebben geen traanklachten, maar wel terugkerende traanzakontstekingen (dacryocystitis). In principe kan hiervoor ook een gewone DCR-operatie onder narcose worden uitgevoerd. Soms kunnen er redenen zijn dat zo'n DCR-operatie niet kan worden uitgevoerd. Bijvoorbeeld door ontstekingen in de neus (zoals bij de GPA ofwel de Ziekte van Wegener). Een andere reden dat een DCR-operatie niet kan worden uitgevoerd is vanwege te grote risico's bij de narcose, of omdat een patiënt niet met bloedverdunners mag stoppen.

In dat geval kan er (eventueel onder lokale verdoving) gekozen worden om de traanzak in zijn geheel te verwijderen. Dit gaat dan via een sneetje bij de neus, zoals dat ook bij de DCR-operatie wordt gebruikt. Via dit sneetje wordt de traanzak opgezocht en losgemaakt van de traankanaaltjes. Daarna kan de huid gewoon worden gesloten. Deze operatie noemen wij dacryocystectomie.

Algemene instructies na traanwegoperaties

- *Twee weken na de operatie: de neus niet snuiten*
  Tijdens de operatie ontstaat er een verbinding tussen de oogkas en de neus. De eerste week moet u daarom de neus niet snuiten, anders kunt u lucht in de oogkas persen en daardoor een uitpuilend oog krijgen.
- *Twee weken na de operatie: drukverhogende momenten vermijden*
  Wij adviseren om de eerste 2 weken na de operatie rustig aan te doen met persen, bukken en tillen. Dit helpt om nabloedingen te voorkomen.
- *Verzorgen van het litteken bij externe DCR*
  Het littekentje dat bij de externe DCR wordt gemaakt, kan de eerste periode worden ingesmeerd met vaseline om het soepel te houden.

Bij spoed contact opnemen

Neem met spoed contact op met de afdeling Acute Oogzorg bij een pijnlijk rood oog, een naar voren komend oog of plotselinge verslechtering van het zicht.

De afdeling Acute Oogzorg is zeven dagen per week, 24 uur per dag bereikbaar:

- maandag t/m vrijdag tussen 7.30 en 17.00 uur: 010 401 77 27;
- overige tijden: 010 401 77 77.

Meer info

Heeft u na het lezen van deze folder nog vragen, noteer deze en stel ze bij uw volgende afspraak bij de oogarts. Kijk voor meer informatie ook op onze website: www.oogziekenhuis.nl.