

Semeiotica nel paziente con epifora



Giuseppe Vadala, Chiara Paci

S.S. Dipartimentale Oculistica A.C. - ASL TO4 Chivasso (TO) - Resp.le: Dott. Giuseppe Vadala

Abstract: vengono descritte le modalità per un corretto inquadramento del paziente con epifora e le procedure di semeiotica non strumentale di utilizzo nella pratica comune nel corso di una visita oculistica.

Keywords and abbreviations: lacrimazione, epifora, semeiotica, malposizione palpebrale, dacriostenosi.

Introduzione

Quando visitiamo un paziente con epifora, l'obiettivo principale è identificare la causa e, di conseguenza, l'appropriato trattamento. Sapere quali siano le specifiche domande da porre durante l'anamnesi può essere di aiuto per farsi una prima idea di quali possano essere le cause dell'epifora ed iniziare un corretto inquadramento clinico del problema^{1,2}.

Inoltre è importante saper distinguere tra un "occhio bagnato" (watery eye) e un occhio che lacrima (tearing eye). Questa distinzione spesso fa capo a due problemi distinti per cui un occhio possa lacrimare: una iperlacrimazione, ovvero un'aumentata produzione di lacrime senza un'alterazione della via lacrimale di deflusso, e una vera epifora, che risulta da una diminuzione del deflusso delle lacrime dovuta a difettoso drenaggio per ostruzione della via lacrimale a qualsiasi livello. Un watery eye il più delle volte è espressione di una iperlacrimazione, mentre un tearing eye è conseguenza di un problema alla via lacrimale³.

Ovviamente esistono le eccezioni: ad esempio può capitare che il paziente riferisca la sensazione di occhio bagnato che poi scopriamo dipenda da una parziale ostruzione delle vie di deflusso, così come può capitare che un occhio lacrimante possa dipendere solo da cause palpebrali, come può anche capitare che un occhio occasionalmente lacrimante e più frequentemente

"bagnato" sia dovuto ad una concomitanza di stenosi delle vie di deflusso, ma in un soggetto con dry eye.

Dopo aver condotto un'accurata anamnesi, l'esame obiettivo confermerà il sospetto diagnostico o ci indirizzerà verso altre diagnosi.

Se non sono identificati problemi palpebrali, o delle ciglia, o della superficie oculare, la causa è un'ostruzione della via lacrimale.

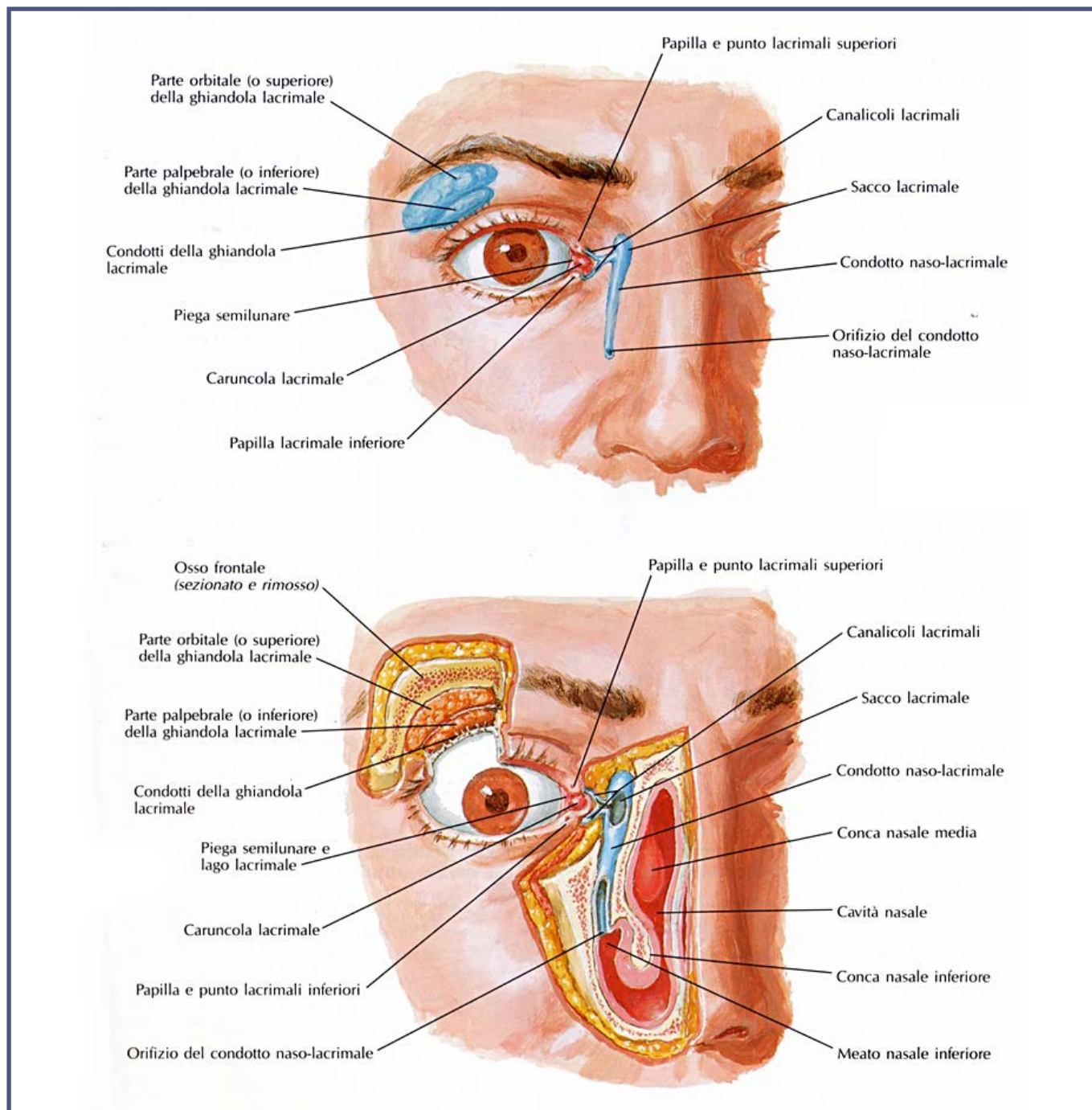
Questa verrà confermata dall'esame obiettivo della via lacrimale: il test di permanenza della fluoresceina, il sondaggio ed il lavaggio. Una corretta identificazione della causa dell'epifora è quindi fondamentale per la scelta del trattamento più corretto e la pianificazione dell'eventuale procedura chirurgica.

Anamnesi

L'anamnesi rappresenta uno step fondamentale nella valutazione del paziente con epifora che ci permette rapidamente di inquadrare il tipo di lacrimazione.

Domande utili da porre al paziente sono:

- *Epoca e modalità di insorgenza dell'epifora*
- *Frequenza dell'epifora ed in quali condizioni specifiche (vento, aria condizionata, videoterminale, ecc.)*
- *Monolaterale o bilaterale*
- *Distinzione tra watery eye o tearing eye*
- *Valutazione dei sintomi soggettivi di discomfort oculare*



Apparato lacrimale

- *Tipo di lacrima (trasparente, muco-purulenta, mista a sangue)*
- *Dolore*
- *Precedenti episodi di congiuntiviti, dacriocistite acuta o tumefazione del canto interno*
- *Anamnesi di allergie*
- *Farmaci topici e sistemici*
- *Anamnesi ORL*
- *Precedente chirurgia dei seni paranasali, trauma del midface o frattura nasale*

Con queste semplici domande un oculista esperto nelle

vie lacrimali è già in grado di farsi un'idea del tipo di problema ed indirizzare più rapidamente l'esame obiettivo, ma anche un oculista che non si occupa prevalentemente di oculoplastica potrà inquadrare il caso nella maniera più idonea.

Oltre al corretto inquadramento anamnestico, utile anche a verificare l'impatto che il sintomo ha nella vita sociale del paziente, potrà esser utile anche valutarne la frequenza di cui va certamente tenuto conto ai fini del trattamento che verrà proposto. A questo scopo possiamo utilizzare la scala proposta da Munk⁴ (tab. 1) dove a 0 corrisponde l'assenza dell'epifora e 4 il grado

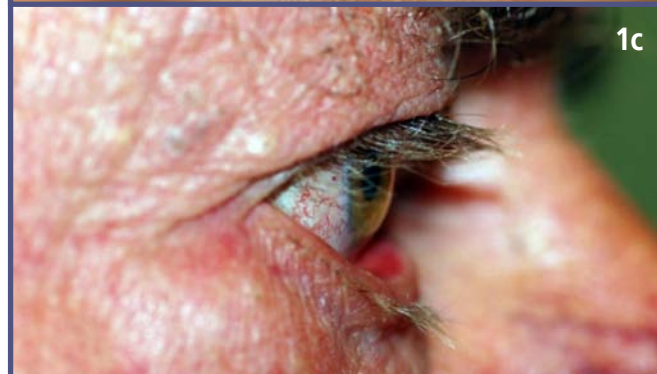
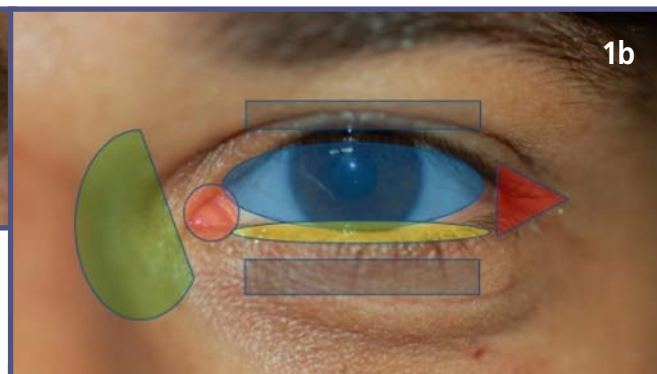


Fig. 1 - L'esame del paziente va eseguito alla lampada a fessura e con osservazione diretta con paziente seduto in poltrona. E' opportuno osservare contemporaneamente entrambi gli occhi (ad esempio nella figura 1a è evidente un'epifora bilaterale ma con ectropion mediale > in OD) soffermandosi poi ad osservare macroscopicamente le parti maggiormente coinvolte come segnalate nella figura 1b (regione del sacco lacrimale, del canto mediale e della caruncola, della superficie oculare, delle palpebre e del margine palpebrale e del canto laterale dove spesso si apprezza un'area di macerazione cutanea dovuta alla lacrimazione) e non trascurando anche un'osservazione laterale come quella della figura 1c che può esser utile per verificare i rapporti delle palpebre con la superficie oculare (malposizioni e retrazioni palpebrali, eso ed enoftalmo).

TABELLA 1 - CLASSIFICAZIONE DELL'EPIFORA SEC. MUNK	
Grado	Epifora
0	Epifora assente
1	Epifora occasionale (necessario asciugarsi le lacrime meno di due volte al giorno)
2	Epifora con necessità di asciugarsi le lacrime da due a quattro volte al giorno
3	Epifora con necessità di asciugarsi le lacrime da cinque a dieci volte al giorno
4	Epifora con necessità di asciugarsi le lacrime più di dieci volte nell'arco di una giornata

massimo del problema che solitamente costituisce anche motivo di insoddisfazione per la pessima qualità della vita che ne deriva⁵.

Esame obiettivo

Deve essere eseguito tramite osservazione diretta alla lampada a fessura con particolare attenzione allo studio della superficie oculare e degli annessi.

In realtà, l'osservazione del paziente inizia quando entra nello studio: è possibile notare fin da subito se è presente un quadro clinico che coinvolge palesemente la via lacrimale di deflusso, quale un episodio di dacriocistite acuta, un mucocele o una canaliculite; oppure una malposizione palpebrale evidente quale un

ectropion, un entropion, una paralisi del faciale o una retrazione palpebrale. Potremmo notare un menisco lacrimale evidentemente maggiore rispetto al normale o una epifora franca.

E' importante osservare anche l'atteggiamento del paziente nel corso della visita (ad esempio notando quante volte si asciuga l'occhio) e non trascurare una valutazione macroscopica con paziente seduto di fronte all'osservatore (Fig. 1), rilevando la situazione di insieme (ad esempio su eventuali asimmetrie del volto) o altre caratteristiche più peculiari (frequenza nell'amicciamento, anomalie della chiusura palpebrale, ecc.).

Esame alla lampada a fessura

E' fondamentale per escludere qualsiasi problema della superficie oculare che possa determinare una iperlacrimazione, quali blefarite, entropion marginale, congiuntivite, cheratite, pterigio, un corpo estraneo corneale, difetti dell'epitelio corneale, ecc.

L'esame alla lampada a fessura ci permette di analizzare con più attenzione anche i puntini lacrimali e l'area circostante (Fig. 2).

L'ectropion del puntino inferiore può essere molto lieve e difficilmente visibile ad occhio nudo. La stenosi del puntino, una membrana che lo occlude, un puntino sovrannumerario, una cisti in prossimità dell'ampolla lacrimale, l'ipertrofia della caruncola sono condizioni che possono creare un deficit alla via di deflusso delle lacrime. Altri dati di aiuto nell'inquadrare il paziente con epifora sono quelli riguardanti il menisco

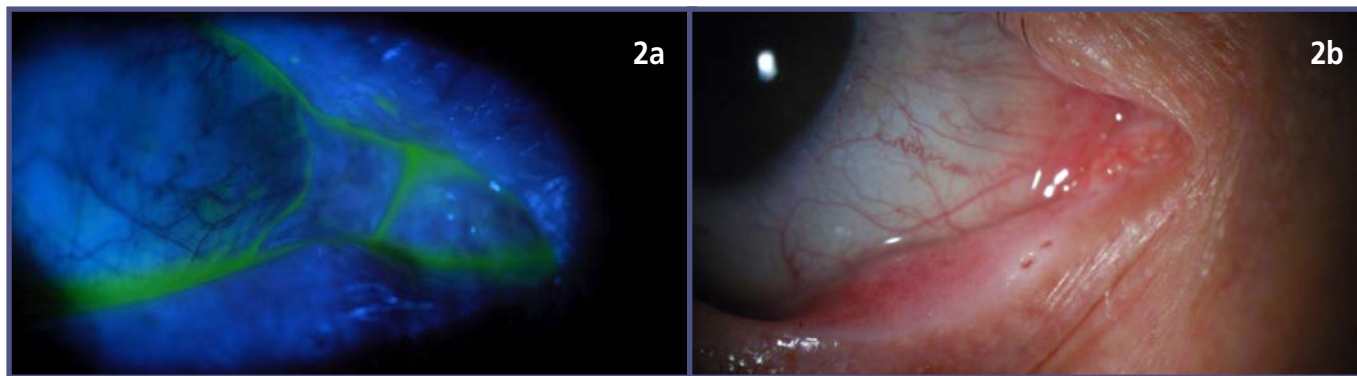


Fig. 2 - Controllo del menisco lacrimale, della regione caruncolare e dei puntini lacrimali. Nella figura 2a si può vedere come sia evidente la malposizione del puntino e l'aumento del menisco lacrimale con un ristagno a livello della regione caruncolare. Nella figura 2b un caso di puntino sovranumerario (nel caso in esame in realtà associata ad un doppio canalino, situazione a volte unita ad una concomitante assenza del canalino superiore).

lacrimale: normalmente esso presenta una altezza inferiore a 1 mm. Se è presente una ostruzione della via lacrimale invece il menisco avrà un'altezza maggiore. Se l'ostruzione è a livello del dotto naso-lacrimale possono essere visibili secrezioni dovute al reflusso di materiale mucopurulento dal sacco al menisco lacrimale. Invece in caso di ostruzione presaccale il menisco risulterà aumentato ma limpido. Tutti gli elementi emersi nel corso della visita possono essere riportati schematicamente su una scheda che ogni oftalmologo può personalizzare a suo piacimento, ma dove è comunque opportuno che sia riportato quanto emerso dall'osservazione degli annessi e della superficie oculare, dai test che verranno eseguiti e, se si è capaci, anche dall'osservazione seppur sommaria delle fosse nasali⁶.

In questa prima puntata di questo "viaggio" nella semeiotica lacrimale ci soffermeremo su due aspetti fondamentali della visita oculistica: la valutazione delle palpebre e del canto mediale e quella delle vie di deflusso lacrimale.

Valutazione delle palpebre

Le palpebre assolvono una funzione fondamentale per il sistema oculare: proteggono il bulbo, forniscono elementi vitali al film lacrimale precorneale ed aiutano a distribuire le lacrime sulla superficie oculare convogliandole verso il canto interno dove vengono drenate nel sistema di deflusso. Pertanto è indispensabile studiare la statica e la dinamica palpebrale poiché l'integrità anatomica e funzionale delle palpebre è un requisito indispensabile per la salute del bulbo oculare e per la funzionalità della via lacrimale di deflusso.

Esame della statica palpebrale

Qualsiasi malposizione palpebrale può determinare lacrimazione⁷.

L'ectropion, qualsiasi sia la causa, impedisce il contatto tra bulbo e puntino lacrimale inferiore. A volte l'ectropion può essere molto lieve e coinvolgere solamente la porzione mediale della palpebra configurando un ectropion del puntino. L'entropion o la retrazione palpebrale possono essere cause di lacrimazione riflessa.

Al fine di diagnosticare la presenza di una malposizione palpebrale, è di aiuto valutare l'ampiezza e la lunghezza della fessura interpalpebrale, la morfologia del canto interno ed esterno, l'MRD1 e 2 (margin reflex distance 1 e 2 ovvero la distanza fra il riflesso pupillare e la posizione del margine palpebrale superiore ed inferiore che devono essere rispettivamente di 4-5 mm per il superiore, ovvero la palpebra deve cadere a livello del limbus superiore o coprirlo di poco, e di 5 mm per l'inferiore, ovvero il margine palpebrale deve corrispondere a livello del limbus inferiore), la morfologia e la posizione dei puntini lacrimali e la morfologia e distribuzione delle ciglia.

Esame della dinamica palpebrale

Alterazioni a livello della dinamica palpebrale possono comportare un difetto nella funzionalità ed efficienza della pompa palpebrale. A tal proposito è utile valutare l'ammiccamento, il confronto dei puntini lacrimali, l'eyelid distraction test, l'eyelid snap test, il lid lateral e medial stretching ed il test di eversione delle palpebre.

Ammiccamento

In condizioni normali la frequenza di ammiccamento varia tra i 5.1 ed i 16.6 \pm 2.7 ammiccamenti al minuto. Un normale ammiccamento permette un'efficiente distribuzione del film lacrimale sulla superficie oculare e allo stesso tempo spinge la lacrima dal canto esterno verso quello interno, quindi all'interno del puntino lacrimale e permette l'avanzamento della stessa lungo i



Fig. 3 - Distraction test : si utilizza per valutare la lassità palpebrale. Si pinza tra le dita la palpebra inferiore al centro e la si porta in avanti separandola dal bulbo mentre il soggetto guarda in posizione primaria (3a). Con un righello millimetrato o con compasso chirurgico si può anche eseguire una misurazione dell'entità della lassità e farne una stadiazione (3b)

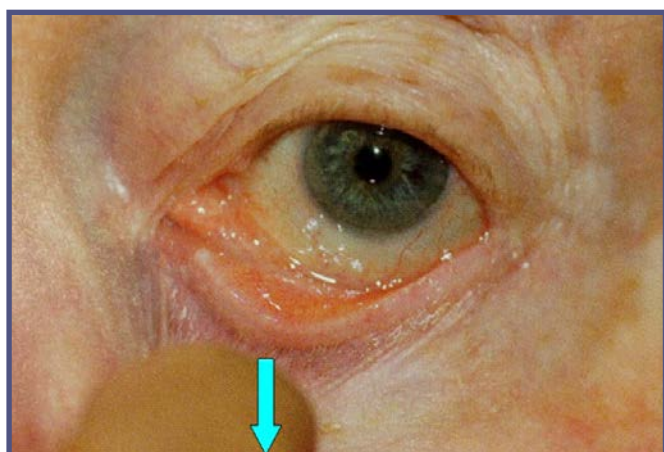


Fig. 4 - Snap-back test: valuta l'elasticità palpebrale. Si pinza tra le dita la palpebra inferiore al centro, mentre il soggetto guarda in alto, e la si porta in basso. Al rilascio la palpebra dovrebbe riportarsi immediatamente a contatto con il bulbo.

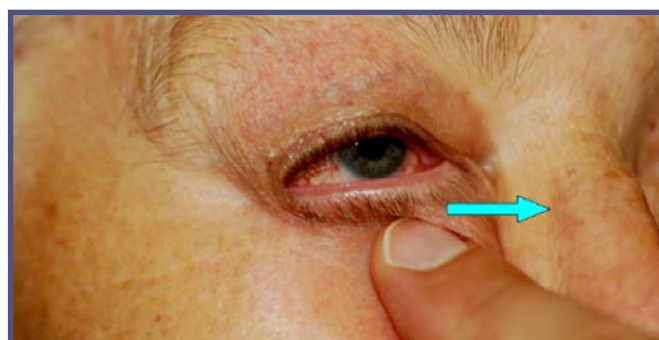


Fig. 5 - Lid Lateral stretching: valuta la lassità del tendine cantale laterale.

canalini, il sacco ed infine il dotto naso-lacrimale grazie ad una precisa organizzazione delle fibre muscolari dell'orbicolare lungo la via lacrimale. Tali fibre muscolari si contraggono e si rilasciano durante l'ammiccamento creando una forza di suzione che permette dunque il deflusso della lacrima nella via lacrimale, che prende il nome di pompa lacrimale.

Qualsiasi anomalia nella frequenza o qualità dell'ammiccamento può determinare quindi un'alterazione di questo delicato meccanismo. Pazienti affetti da malattia di Parkinson hanno una frequenza di ammiccamento ridotta, con conseguente discomfort oculare e sensazione di "watery eye".

In caso di paralisi del faciale l'ammiccamento è incompleto con conseguente possibile esposizione della porzione inferiore della cornea che, in assenza di un buon fenomeno di Bell, può determinare una lacrimazione riflessa. Con la paralisi del VII si rileva anche

una riduzione della forza dell'orbicolare che danneggia ulteriormente la funzionalità della pompa lacrimale, aggravando l'epifora. Allo stesso modo, l'ectropion o qualsiasi problema di lassità delle palpebre legato all'invecchiamento (diagnosticato con i test descritti qui di seguito: eyelid distraction e snap test, lid lateral e medial stretching, test di eversione delle palpebre) possono essere causa di un deficit della pompa lacrimale.

Confronto dei puntini lacrimali

Durante l'ammiccamento si valuta se il puntino lacrimale superiore si posiziona correttamente con quello inferiore. E' inoltre importante valutare la posizione del puntino a contatto con il bulbo ed il menisco lacrimale, l'aspetto anatomico e la pervietà.

Eyelid Distraction Test (Fig. 3)

Si utilizza per valutare la lassità palpebrale. Si pizzica la palpebra inferiore e la si trazione in avanti mentre il paziente guarda in posizione primaria. Normalmente, la palpebra non dovrebbe distaccarsi più di 6-7 mm dal bulbo. Il grado di lassità viene definito in base all'entità della separazione tra bulbo e palpebra: lieve (8-9 mm), moderata (10-12 mm) e severa (>12 mm).

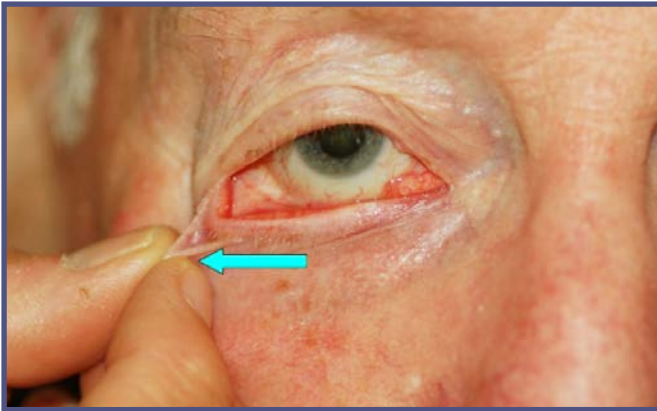


Fig. 6 - Lid medial stretching: valuta la lassità del tendine cantale mediale.



Fig. 8 - Floppy eyelid syndrome (FES).

Eyelid Snap Test (Fig. 4)

Valuta l'elasticità palpebrale. Si esegue trazionando la palpebra inferiore in basso verso la rima orbitaria inferiore. Normalmente, appena rilasciata, la palpebra torna in posizione aderente al bulbo. E' presente lassità se invece impiega uno o più ammiccamenti per tornare in posizione e può essere grossolanamente quantificata dal numero degli ammiccamenti necessari affinché ciò accada.

Lid Lateral Stretching (Fig. 5)

Valuta la lassità del tendine cantale laterale. Normalmente l'angolo fra la palpebra superiore ed inferiore al canto esterno è acuto e giace 1 mm circa più in alto rispetto al canto interno. Se il canto esterno ha un aspetto arrotondato è sicuramente presente una lassità o, nei casi più gravi, una disinserzione, del tendine cantale laterale. Il test consiste nel pizzicare la palpebra inferiore e trazionarla medialmente, quindi viene valutato il movimento dell'angolo cantale esterno. Normalmente non dovrebbe muoversi più di 1-2 mm.

Lid Medial Stretching (Fig. 6)

Valuta la lassità del tendine cantale mediale.

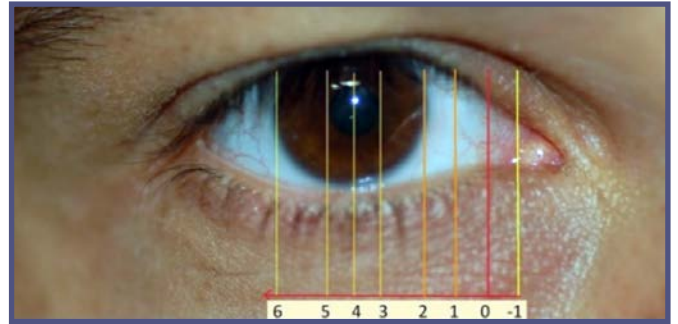


Fig. 7 - L'entità della lassità del tendine cantale mediale può essere quantificata in base alla posizione del puntino. 0: normoposizione del puntino. Sotto trazione il puntino si disloca fino: al limbus mediale: 2 (1 in posizione intermedia tra 0 e 2); al margine pupillare mediale: 3; al centro del forame pupillare: 4, ecc. (n.b.: il valore -1 è riferito alla condizione a riposo in cui si presenta una medializzazione del puntino; il valore 6 si riferisce ad una condizione estremamente rara).



Fig. 9 - Test di eversione della palpebra in paziente con LES ("laxity eyelid syndrome")

Contrariamente al precedente test la palpebra viene trazionata in direzione opposta, lateralmente, e si misura l'escursione del puntino lacrimale inferiore. In condizioni di normalità il puntino si trova appena lateralmente alla caruncola e, in seguito a trazione della palpebra, non si lateralizza più di 1-2 mm in soggetti giovani, 2-3 mm in soggetti anziani.

L'entità della lassità del tendine cantale mediale può essere quantificata (Fig. 7) in base alla posizione che il puntino lacrimale raggiunge rispetto ai punti di repere della superficie oculare:

- Grado 0: normoposizione del puntino
- Grado 1: tra la plica semilunare e il limbus mediale
- Grado 2: limbus mediale
- Grado 3: tra il limbus mediale e il forame pupillare
- Grado 4: forame pupillare
- Grado 5: tra il forame pupillare ed il limbus laterale (raro)



Fig. 10 - Mucocele del sacco in corso di dacriocistite in fase acuta (10a) ed alla nascita in un caso di amniocele (mucocele congenito del sacco) (10b).



Fig. 11 - Canaliculite.

Test di eversione delle palpebre superiori

È un test utile per la diagnosi di floppy eyelid syndrome. Si esegue facendo guardare il paziente in basso e premendo a livello della rima orbitaria superiore/temporale trazionando la palpebra superiore verso l'alto ed esternamente.

Il test è positivo se la palpebra si everte con facilità e dimostra una evidente lassità (Fig. 8). Può verificarsi in alcuni casi che l'eversione possa anche essere spontanea a simulare un ectropion superiore per estrema lassità delle palpebre⁸ nei casi definiti come "laxity eyelid syndrome" (Fig. 9).

Valutazione del canto mediale

Oltre alla valutazione della regione caruncolare, utile a escludere una componente precanalicolare che determina impedimento al corretto deflusso lacrimale dipendente da ipertrofia della caruncola, della plica semilunare e/o per lassità della congiuntiva bulbare e congiuntivocalasi, l'esame del canto mediale ci permette, in alcuni casi, di fare direttamente diagnosi di ostruzione del dotto naso-lacrimale.

Tale diagnosi si basa sulla presenza di segni di dacriocistite

acuta, sulla evidenza di un reflusso di materiale muco/purulento alla pressione sul sacco o se è presente un mucocele del sacco (Fig. 10).

Uno qualsiasi di questi tre reperti permette la diagnosi e non sarà necessario andare oltre con l'esame obiettivo. I segni di una dacriocistite acuta sono il dolore, l'edema e l'iperemia a livello della regione saccale. A volte può formarsi un tragitto fistoloso che consente la fuoriuscita di materiale muco-purulento.

La palpazione e la pressione della regione del sacco lacrimale deve essere sempre eseguita per valutare se è presente un reflusso e le sue caratteristiche (reflusso muco-purulento o francamente purulento deporrà per un'infezione del sacco).

La presenza di sangue ci obbliga ad eseguire ulteriori indagini per escludere la presenza di una neoformazione tumorale. Se presenti dei piccoli calcoli si potrebbe invece trattare di canaliculite (Fig. 11).

Talvolta la pressione su una tumefazione a livello del sacco non determina nessun reflusso. In tal caso parliamo di mucocele che è determinato dall'accumulo di muco all'interno del sacco laddove ci sia una ostruzione del dotto naso-lacrimale e contestualmente anche una ostruzione alta o il ripiegamento sotto pressione per rotazione del sacco della valvola di Rosenmuller, tale da impedire la fuoriuscita di materiale.

Valutazione della via di deflusso lacrimale

La valutazione della via lacrimale tramite i test effettuabili in ambulatorio è impagabile e nella quasi totalità dei casi sufficiente ad inquadrare la sede di ostruzione, e di conseguenza il trattamento più opportuno, senza dover ricorrere ad esami diagnostici strumentali.

Prima di procedere all'esecuzione di questi test sarà comunque opportuno escludere la presenza di un occhio secco grazie ai comuni test di base che solitamente effettuiamo nel corso della nostra valutazione (BUT e

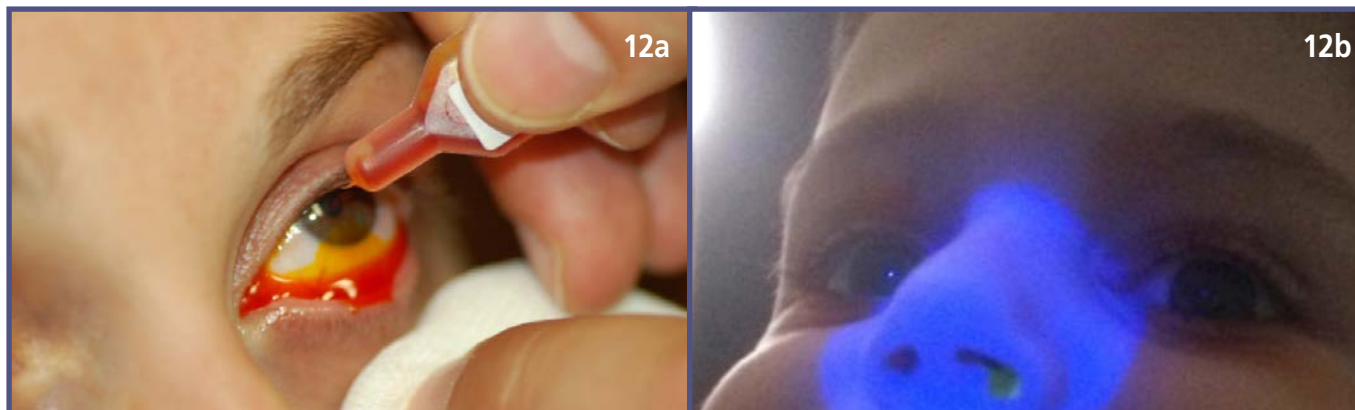


Fig. 12 - Test di Jones I. Instillazione della fluoresceina (12a) e visualizzazione con luce blu dell'oftalmoscopio indiretto della fluoresceina presente nel lato indenne da stenosi in un paziente in età pediatrica (12b).

test di Schirmer).

La semeiotica del sistema di deflusso lacrimale comprende il test di permanenza della fluoresceina, il test di Jones I, Jones II, il sondaggio ed il lavaggio⁹.

Test di permanenza della fluoresceina

È un test funzionale che permette di valutare la pervietà e l'efficienza della via di deflusso nel drenare le lacrime in condizioni fisiologiche. Si instilla un collirio anestetico in entrambi gli occhi e successivamente 1-2 gocce di fluoresceina al 2%. Normalmente dopo 5-10 minuti non dovrebbe più essere presente colorante. Se presente, è indice di un inadeguato deflusso ma non è indicativo della sede d'ostruzione. Inoltre va tenuto presente che il test potrebbe dare falsi positivi in caso di sacco lacrimale molto disteso.

Tale esame è maggiormente affidabile quando i sintomi dell'epifora sono asimmetrici in quanto la comparazione tra i due occhi è più semplice. È inoltre un test molto utile nei bambini in quanto non invasivo.

Test di Jones I (Fig. 12)

È una prosecuzione del precedente test: dopo aver instillato fluoresceina al 2% si ricerca il suo passaggio nella fossa nasale, al di sotto della testa del turbinato inferiore, laddove termina il dotto naso-lacrimale attraverso la valvola di Hasner.

La ricerca del colorante può essere fatta posizionando per 5 minuti un cotton-fioc a livello del meato inferiore previa anestesia spray del pavimento nasale, oppure per visione diretta tramite rinoscopia.

È importante che un oculista che si occupa di vie lacrimali abbia dimestichezza con l'endoscopia nasale in quanto qualsiasi patologia o alterazione a livello nasale può essere causa di epifora da insufficiente drenaggio, ma è alla portata di tutti la possibilità di osservare il paziente con l'oftalmoscopio indiretto che è anche

corredato di luce blu che rende più agevole l'esecuzione del test.

Anche il Jones I è un test funzionale in quanto valuta la via lacrimale in condizioni fisiologiche. Esso è positivo se è visibile il passaggio del colorante nel meato inferiore, che conferma la pervietà della via di deflusso da quel lato.

Test di Jones II

Nel caso in cui il test di Jones I fosse negativo, ovvero non si riscontra il passaggio di fluoresceina a livello della fossa nasale, si procede con il test di Jones II: si esegue un lavaggio del fornice congiuntivale per eliminare il colorante residuo, si posiziona un cotton-fioc sotto il turbinato inferiore e si procede ad un lavaggio forzato della via lacrimale. Il test è positivo quando c'è passaggio di fluoresceina a livello del meato inferiore ed il cotton-fioc si colora, ed è significativo per una stenosi anatomica o funzionale della via lacrimale. Il test è negativo invece se non si osserva passaggio di colorante nel naso, il che sta a significare una ostruzione totale della via lacrimale.

Eseguito il test di Jones II di fatto stiamo eseguendo anche un sondaggio ed un lavaggio che altrimenti potremmo fare in momenti distinti. Questi sono tutti test anatomici in quanto permettono di localizzare la sede dell'ostruzione.

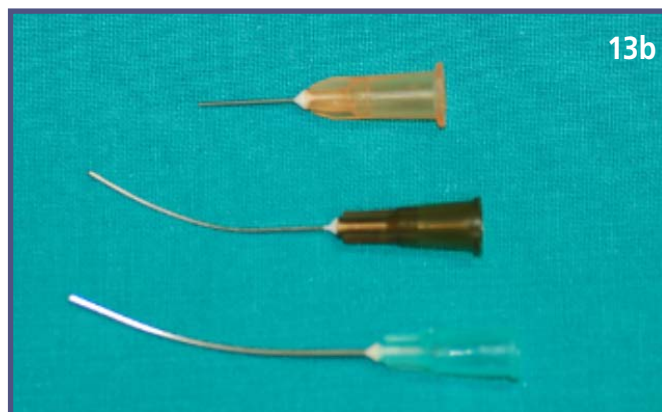
Sondaggio delle vie lacrimali (Fig. 13)

È utilizzato per valutare la pervietà del canalino superiore ed inferiore.

Può essere utile dilatare il puntino lacrimale tramite uno specillo, poi si esegue il sondaggio con una sonda di Bowman calibro 0/00. La palpebra deve essere delicatamente trazionata temporalmente durante il sondaggio e la sonda deve scorrere facilmente fino al sacco, dove viene avvertito uno hard stop contro l'osso



13a



13b



13c

Fig. 13 - Sondaggio e lavaggio delle vie lacrimali. Nella figura a è illustrato il kit necessario per l'esecuzione dei test descritti. Nel fotogramma b alcune cannule monouso comunemente utilizzate per il lavaggio delle vie lacrimali: oltre a quella retta (con cui viene eseguito il lavaggio nella foto c) si possono notare altre due cannule con calibro diverso e curvatura che simula il decorso anatomico del dotto nasolacrimale utilizzabili anche per eseguire il sondaggio sia canalicolare che di tutte le vie di deflusso (in quest'ultimo caso previa anestesia locoregionale o nel bambino in narcosi)

TABELLA 2 Utilità clinica del lavaggio delle vie lacrimali

(Mantovani E. Diagnostica clinica del deflusso lacrimale. In Steindler P. "Il sistema lacrimale", Fabiano Editore, Canelli (AT) 2000, pag. 141)

1. Impossibilità di incannulazione
agenesia, atresia o ostruzione canalicolare
(controllare ambo i punti e bilateralmente; tentare una procedura one snip)

3. Pervietà parziale
(il paziente avverte liquido in gola, ma c'è reflusso)
(effettuare poi un sondaggio canalicolare)

Reflusso dal punto omolaterale
probabile stenosi bassa (reflusso purulento?) o stenosi del canalicolo comune

Reflusso dal punto incannulato
probabile stenosi di quel canalicolo (controllare se c'è ostruzione dell'omolaterale)

2. Non pervietà
(il paziente non percepisce liquido in gola o naso)
(con reflusso o meno)

4. Pervietà totale
(il paziente avverte immediatamente il liquido in naso e gola)
(assenza di reflusso)
non necessariamente corrisponde a buona funzionalità lacrimale di deflusso

Reflusso dal punto omolaterale
probabile ostruzione bassa (reflusso purulento?) od ostruzione del canalicolo comune

Reflusso dal punto incannulato
probabile ostruzione di quel canalicolo (utile sondaggio canalicolare)

Reflusso da entrambi i punti e rigonfiamento del sacco
probabile ostruzione del dotto nasolacrimale

Assenza di reflusso
probabile fistola o falsa via che conduce ad un antro sinusale

lacrimale. Al contrario, se si incontra una resistenza o se la palpebra si muove con la sonda, è presente una ostruzione a livello canalicolare (soft stop) o si è creato una falsa strada durante il sondaggio.

Il sondaggio canalicolare deve essere eseguito con competenza ed attenzione in quanto non è infrequente il danno iatrogeno determinato da manovre incongrue o dalla volontà di voler risolvere nel corso della visita una ostruzione che necessita di condizioni più agevoli di operatività (lettino operatorio, anestesia per infiltrazione, microscopio operatorio ed eventuale endoscopia).

Lavaggio delle vie lacrimali

Viene eseguito con una cannula smussa da 23-26 gages montata su una siringa da 2,5-5 ml con soluzione salina. L'irrigazione delle vie lacrimali consente di inquadrare la sede e l'entità dell'ostruzione della via di deflusso¹⁰.

In condizioni normali il liquido defluisce nel naso o in gola senza nessun reflusso dal canalino incannulato o dal omolaterale non incannulato. Qualsiasi reflusso è anormale, suggerendo una resistenza lungo la via di deflusso. Diversi sono i quadri che si possono delineare (tab. 2):

- *Soft stop + reflusso dallo stesso canalino: indica una ostruzione canalicolare.*
- *Soft stop + reflusso dal canalino controlaterale: indica una ostruzione del dotto comune.*
- *Hard stop + reflusso dal controlaterale: se il reflusso è totale ed il paziente non avverte liquido in gola o nel*

naso si tratta di una ostruzione completa del dotto naso-lacrimale (ostruzione anatomica). Se invece, applicando pressione sullo stantuffo della siringa, il paziente dice di avvertire del liquido, spesso con ritardo, ma è comunque presente reflusso, si tratta di una stenosi parziale del dotto naso-lacrimale o di una ostruzione funzionale.

Ricordiamo che il lavaggio delle vie lacrimali non ha alcuna valenza terapeutica dimostrata se non in rari casi in cui la presenza di litiasi nelle vie di deflusso venga risolta fortuitamente nel corso di una di queste procedure.

Recentemente alcuni AA.¹¹ grazie ad una tecnica manometrica finalizzata a valutare la resistenza lacrimale nei pazienti con epifora hanno dimostrato che un test del genere può fornire una misurazione obiettiva della resistenza lacrimale più precisa del comune lavaggio e comparabili a metodiche più sofisticate come la dacrioscintigrafia.

Tutte queste procedure che abbiamo finora elencato rappresentano senza dubbio le manovre basilari per un corretto inquadramento del paziente con epifora¹², ma grazie al supporto tecnologico e strumentale di cui ci occuperemo nelle prossime puntate, la diagnosi potrà affinarsi ulteriormente anche per consentire al chirurgo una miglior informazione del paziente sulla patologia di cui è affetto e pianificare una chirurgia più idonea al caso in esame. ■

BIBLIOGRAFIA

1. Steindler P. Il sistema lacrimale. Fabiano Editore, Canelli (AT), 2000.
2. Bauchiero L, Vadalà G, Belli L, Zampaglione C, Ingvesback PK. Semeiotica del sistema lacrimale (Prima parte). Monografia S.O.I. "Indagini strumentali ed oftalmologia pratica - Fabiano Editore, Canelli (AT), 2008.
3. Nera J. Techniques in Ophthalmic Plastic Surgery. Saunders, Philadelphia, USA, 11th November 2009.
4. Munk PL, Lin TC, Morris CD. Epiphora: treatment by means of dacryocystoplasty with balloon dilation of the nasolacrimal drainage apparatus. Radiology 1990; 177:687-690.
5. Juri Mandi J, Ivki PK, Mandi K, Lein D, Juki T, Petrovi Jur Evi J. Quality of life and depression level in patients with watery eye. Psychiatr Danub; 2018 dec. 30 (4) :471-477.
6. Olver J. Colour atlas of lacrimal surgery. Elsevier limit. ed. 2002, Oxford UK.
7. Narayanan K1, Barnes EA. Epiphora with eyelid laxity. Orbit. 2005 Sep;24(3):201-3.
8. Liu D, Stasior OG. Lower eyelid laxity and ocular symptoms. Am J Ophthalmol. 1983 Apr 95 (4): 545-51.
9. Jones LT, Linn ML. The diagnosis of the causes of epiphora. Am J Ophthalmol 1969; 67:751.
10. Mantovani E. Diagnostica clinica del deflusso lacrimale. in Steindler P. Il sistema lacrimale, Fabiano editore, Canelli (AT) 2000, pag 141.
11. Sipkova Z, Obi EE, Olurin O, Mota PM, Vonica O, Pearson A. Comparison of a manometric tear duct irrigation test with dacryoscintigraphy in the investigation of epiphora. Orbit, 2020, 39: 1-5.
12. Nemet AY, The Etiology of Epiphora: A Multifactorial Issue. Semin Ophthalmol 2016; 31(3): 275-9.