



Pediatric Kanalikülit: Olgu Sunumu

Pediatric Canaliculitis: A Case Report

Elif Eraslan Yusufoglu, Sabiha Güngör Kobat

Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Elazığ, Türkiye

Öz

Kanalikülit, doğru tanı konulup tedavi edilmediği zaman nükslerle seyreden nadir görülen bir hastalıktır. Genellikle orta ve ileri yaşlarda görülür. Ancak nadiren çocuklarda ve infantlarda da karşımıza çıkabilmektedir. On iki yaşında sağlıklı kız çocuk sağ göz alt kapakta şişlik ve çapaklanma şikayeti ile bize başvurdu. Son iki yıldır aynı şikayetlerle çok kez muayene olmuş fakat tedaviye rağmen bir iyileşme olmamıştı. Muayenede alt punktumda balık ağzı görünümü mevcuttu ve lakrimal kese bölgesine basmakla pürülan sekresyon geliyordu. Lavaj ile lakrimal pasajın açık olduğu görüldü. Klinik bulgulara dayanarak hastaya kanalikülit tanısı konuldu. Puntoplasti ile dakriyolitler cerrahi olarak kürete edildi. Cerrahi sonrası topikal antibiyotik uygulandı. Dakriyolitlerin histopatolojik incelemesinde enfeksiyon nedeninin *Actinomyces* olduğu belirlendi Hastanın 12 aylık takibinde herhangi bir komplikasyon ve nüks izlenmedi.

Anahtar Kelimeler: Kanalikülit, puntoplasti, kürete, *Actinomyces*

Abstract

Canaliculitis is a rare disease that relapses when not properly diagnosed and treated. It usually occurs in middle-age and advanced age. It is extremely rare in children and infants. A healthy 12-year-old girl presented with lower eyelid swelling and watery discharge in her right eye. During the last 2 years, the patient had been examined several times for the same complaints but there was no improvement despite treatment. Examination showed that the lower punctum had a pouting punctum appearance, and applying pressure to the lacrimal sac area resulted in purulent discharge. Lavage showed that the lacrimal passage was patent. In light of these clinical findings, the patient was diagnosed with canaliculitis. Punctoplasty with surgical curettage of the dacryoliths were performed. After the surgical procedure, a topical antibiotic was prescribed. Histopathological examination of the dacryoliths revealed that the infective cause was *Actinomyces*. No recurrence or complications were observed during 12 months follow-up.

Keywords: Canaliculitis, punctoplasty, curettage, *Actinomyces*

Giriş

Kanalikülit, kanaliküler sistemin çeşitli patojenlerle enfeksiyonu sonucu oluşan nadir görülen bir durumdur. Lakrimal sistem hastalıklarının yaklaşık %2'sini oluşturmaktadır.¹

Tanı genellikle klinik bulgulara göre kolaylıkla konulabilirken, sık karşılaşılmadığı için çoğunlukla yanlış tanımlarla hasta uzun süre takip edilmekte ve tedavi gecikmektedir. Biz de uzun süre yanlış tanımlarla tedavi edilmeye çalışılan primer kanalikülitli bir çocuk olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Olgumuz 12 yaşında bir kız çocuğuydu. İki yıldan beri sağ gözünde geçmeyen çapaklanma ve alt kapak iç kısmında şişlik nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hasta bu sürede farklı göz

doktorlarına gittiğini, verilen ilaçlarla şikayetlerinde biraz azalma olduğunu ancak tamamen geçmediğini ve sürekli tekrarladığını ifade etti. Hastane kayıtları incelendiğinde ise hastaya daha önce konjonktivit, şalazyon ve lakrimal pasajda stenoz tanılarıyla antibiyotik ve steroid içerikli çeşitli damla ve pomad tedavileri verildiği görüldü. Harici muayenede sağ gözde yoğun pürülan sekresyon ve alt kapak medialde punktum bölgesinde şişlik tespit edildi (Resim 1). Alt punktumun genişlediği ve bası uygulandıkça punktumdan pürülan sekresyon geldiği görüldü. Lavaj yapıldığında ise lakrimal pasaj açıldı. Ancak kanülün ucunda dakriyolitlerle temas hissedildi.

Muayene bulgularına göre hastaya kanalikülit tanısı konuldu. Daha önce uzun süreli medikal tedaviye yanıt alınamadığından dolayı direkt cerrahi müdahale ile dakriyolitlerin temizlenmesine karar verildi. Hasta genel anestezi ile operasyona alındı. Öncelikle

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Elif Eraslan Yusufoglu, Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Elazığ, Türkiye

Tel.: +90 533 414 73 86 E-posta: elif.eraslan@yahoo.com ORCID-ID: orcid.org/0000-0003-2480-8971

Geliş Tarihi/Received: 18.06.2018 **Kabul Tarihi/Accepted:** 07.11.2018

©Telif Hakkı 2019 Türk Oftalmoloji Derneği
Türk Oftalmoloji Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.

kanaliküle dokunmadan punktum dilatatör ile genişletilerek dakriyolitler temizlenmeye çalışıldı. Ancak yeterli açıklık sağlanamayınca one-snip punktoplasti yapıldı. Şalazyon küreti ile tüm dakriyolitler temizlendi (Resim 2 ve 3). Yüzde 5'lik povidon-iyot çözeltisi ile lakrimal sistem yıkandı. Ameliyat sonrası topikal 100.000 U/mL kristalize penisilin günde 8 defa olacak şekilde 10 gün uygulandı. Temizlenen dakriyolitler histopatolojik ve mikrobiyolojik incelemeye gönderildi. Histopatolojide *Actinomyces*'e bağlı sülfür granülleri tespit edildi (Resim 4). Gram boyamada da *Actinomyces* ile uyumlu hifal yapılar izlendi ama kültürde üreme olmadı. Hastanın en son 12 ay sonra yapılan kontrolünde şikayetlerinin tamamen gerilediği ve nüks etmediği görüldü.

Tartışma

Kanalikülit, kanaliküler sistemin süpüratif veya nonsüpüratif enfeksiyonu olup daha çok kadınlarda ve alt kanalikülden gözlenir.² En sık görülen klinik bulguları sulanma, çapaklanma, balık ağzı şeklinde punktum görüntüsü, konjonktivada kızarıklık ve göz kapağının kanaliküler kısmında şişliktir.^{3,4} Literatürde çok sayıda olgu sunumu olmasına ve klinik olarak kolaylıkla tanı konulabilmesine rağmen çok nadiren görüldüğü için en çok yanlış tanı konulan hastalıklar arasında yer almaktadır.¹



Resim 1. Sağ gözde çapaklanma ve alt kapak punktum bölgesinde şişlik

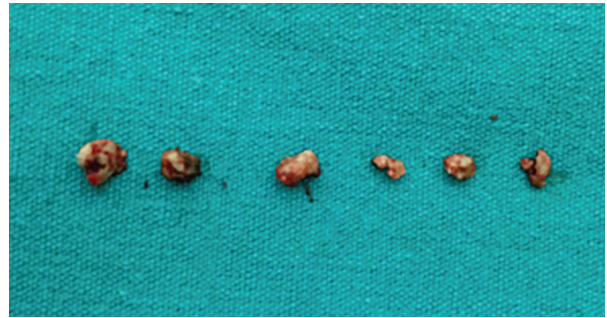


Resim 2. İntraoperatif hastanın görünümü

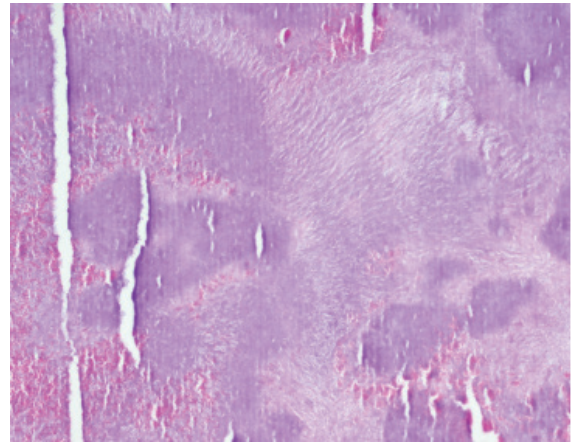
Hastalar çoğunlukla konjonktivit, blefarit, şalazyon, mukosel veya dakriosist gibi tanılarla uzun süre yanlış ve yetersiz tedavi edilmekte ve tanı gecikmektedir.³ Bizim olgumuz da aynı şekilde 2 yıl boyunca çeşitli tanılarla tedavi edilmeye çalışılmış ancak sonuç alınamamıştır.

Ortalama olarak 60-65 yaşlarında görülür.^{4,5} Ancak daha küçük yaşlarda bildirilen vakalar da mevcuttur.^{6,7,8} İnfant ve çocukluk döneminde görüldüğünde altta yatan başka lakrimal sistem patolojileri açısından dikkatli olunmalıdır.^{9,10} Bizim olgumuz ise bize başvurduğunda 12 yaşında olup ilk şikayetleri 2 yıl önce başlamıştı. Eşlik eden bir lakrimal sistem patolojisi yoktu. Dolayısıyla sıklıkla ileri yaşlar da görülse de çocuklarda da görülebileceği akılda tutulmalıdır.

Kanalikülide en sık neden olan patojen *Actinomyces*'lerdir.^{11,12,13} Ancak son zamanlarda yapılan mikrobiyolojik çalışmalar en sık izole edilen patojenlerin streptokok,^{4,14} stafilokok^{3,15} veya mixt enfeksiyonlar¹⁶ olduğunu göstermiştir. Bu farklılık belki de *Actinomyces*'lerin mikrobiyolojik olarak gösterilmesi ve kültürde üretilmesinin zor olmasından kaynaklanmaktadır. Bu nedenle *Actinomyces*'leri göstermek için en iyi yöntem dakriyolitlerin histopatolojik incelemesidir. Nitekim Çiftçi ve ark.'nın¹³ çalışmasında da olguların hepsinde histopatolojik olarak *Actinomyces* görülmesine rağmen sadece %53,9'unda kültürde üreme olması bunu desteklemektedir. Bizim olgumuzda da kültürde üreme olmamasına rağmen histopatolojide *Actinomyces* tespit edilmiştir.



Resim 3. Kürete edilen dakriyolitler



Resim 4. *Actinomyces*'e bağlı sülfür granülleri

Kanalikülitin tedavisinde konservatif veya cerrahi tedavi uygulanabilir. Konservatif tedavide topikal ve sistemik antibiyotik, ılık kompres, lokal masaj, lakrimal sistemin antibiyotik veya batikon ile irrigasyonu yapılabilir. Sadece topikal/sistemik antibiyotik ve masajla tedaviye direnç ve nüks sıktır.^{2,15} Çünkü lakrimal sistemdeki dakriyolitler ve debriser gözyaşı akışını staza uğratar ve antibiyotiklerin yeterince penetre olmasını engeller. Lin ve ark.⁴ çalışmasında 25 hastaya cerrahi (kanalikülotomi), 9 hastaya medikal (lokal ve/veya sistemik antibiyotik) tedavi uygulanmış. Medikal tedavi yapılanların %33'ünde, cerrahi yapılanların ise %16'sında nüks gözlenmiştir. Erkek cinsiyet ve dakriyolit varlığının nüks için en önemli risk faktörleri olduğu belirtilmiştir. Bunun üzerine konservatif tedavinin başarı oranlarını arttırıp cerrahi gereksinimi azaltmak için lakrimal sistemin antibiyotiklerle irrigasyonunu değerlendiren çalışmalar gündeme gelmiştir. Burada ilaçların hedef organizmaya daha iyi ulaşması amaçlanmıştır. Mohan ve ark.¹⁷ inrakanaliküler antibiyotik irrigasyonu ile hastaların hepsinde iyileşme sağlamış ve bu tedavinin cerrahiye alternatif olabileceğini öne sürmüşlerdir. Başka bir çalışmada da hastaların bir kısmına kanalikülerin antibiyotik ve steroidle irrigasyonu, bir kısmına ise cerrahi yapılmış ve irrigasyon yapılanların %68'inde, cerrahi yapılanların ise %100'ünde başarı sağlanmıştır. Cerrahi başarı daha yüksek olmakla birlikte bu yöntemin cerrahi gereksinimi azaltabileceği bildirilmiştir.⁵

Kanalikülitte yüksek başarı oranıyla asıl kabul gören tedavi topikal ve/veya sistemik antibiyotik tedavisi ile birlikte cerrahidir. Cerrahi tedavide punktum dilatasyonu, punktoplasti, kanalikülotomi veya punktum koruyucu kanalikülotomi ile birlikte küretaj yapılabilir. Burada önemli olan hangi yöntem olursa olsun kanalikül içeriğinin yeterince temizlenmesidir. Kanalikülotomi ve punktoplasti ile kanalikül içeriği daha iyi temizlenir ve genellikle komplikasyonsuz bir şekilde iyileşir.^{2,7,13,18} Ancak nadiren de olsa kanalikülden daralma, lakrimal pompa fonksiyon bozukluğu, lakrimal fistül oluşumu gibi komplikasyonlar gelişerek uzun dönemde epiforaya neden olabilir. Kim ve ark.¹⁹ three-snip punktoplasti ve küretaj yaptıkları ortalama 11 ay takip ettikleri hastaların %8,7'sinde epifora geliştiğini belirtmişlerdir. Punktoplasti ve kanalikülotominin bu risklerinden dolayı son zamanlarda punktum koruyucu cerrahiler gündeme gelmiştir. Buttanri ve ark.²⁰ punktum dilatasyonu sonrası bir forseps veya pamuk çubukla ortak kanalikülün hemen distalinden başlayarak kanalikül boyunca punktuma doğru bası uygulayarak dakriyolitleri temizlemişler. Daha sonra şalazyon küreti ile kanalikülün içini tamamen temizleyip antibiyotik solüsyon ile yıkamışlar. En az 3 aylık takip sonrası olguların hiçbirinde nüks izlememişler. Khu ve Mancini²¹ ise punktum sağlam kalacak şekilde 2 mm gerisinden kanalikül boyunca horizontal kesi uygulayıp, dakriyolitleri temizledikten sonra monokanaliküler silikon tüp yerleştirip sekonder iyileşmeye bırakmışlar. Hastaların hepsinde iyileşme sağlanmış ve herhangi bir komplikasyon izlenmemiş.

Sonuç olarak kanalikülit klinik olarak kolaylıkla tanı konulabilen, ancak sık karşılaşılmadığı için yanlış tanımlarla uzun süre yetersiz tedavi edilen ve nükslerle seyreden bir hastalıktır.

Konservatif tedavilerle bazı hastalarda başarı sağlansa da asıl kabul gören ve başarı oranları oldukça yüksek olan yöntem cerrahidir. Genellikle orta ve ileri yaşlarda görülmektedir. Ancak bizim olgumuzda olduğu gibi nadiren de olsa çocuklarda da görülebileceği unutulmamalıdır.

Etik

Hasta Onayı: Hastanın ebeveynlerinden onam alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: Elif Eraslan Yusufoglu, **Konsept:** Elif Eraslan Yusufoglu, **Dizayn:** Elif Eraslan Yusufoglu, **Veri Toplama veya İşleme:** Elif Eraslan Yusufoglu, **Sabiha Güngör Kobat, Analiz veya Yorumlama:** Elif Eraslan Yusufoglu, **Sabiha Güngör Kobat, Literatür Arama:** Elif Eraslan Yusufoglu, **Sabiha Güngör Kobat, Yazan:** Elif Eraslan Yusufoglu.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Freedman JR, Markert MS, Cohen AJ. Primary and secondary lacrimal canaliculitis: a review of literature. *Surv Ophthalmol.* 2011;56:336-347.
2. Vecsei VP, Huber-Spitzy V, Arockar-Mett inger E, Steinkogler FJ. Canaliculitis: Difficulties in diagnosis, differential diagnosis and comparison between conservative and surgical treatment. *Ophthalmologica.* 1994;208:314-317.
3. Kaliki S, Ali MJ, Honavar SG, Chandrasekhar G, Naik MN. Primary canaliculitis: clinical features, microbiological profile, and management outcome. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2012;28:355-360.
4. Lin SC, Kao SC, Tsai CC, Cheng CY, Kau HC, Hsu WM, Lee SM. Clinical characteristics and factors associated the outcome of lacrimal canaliculitis. *Acta Ophthalmol.* 2011;89:759-763.
5. Xu J, Liu Z, Mashaghi A, Sun X, Lu Y, Li Y, Wu D, Yang Y, Wei A, Zhao Y, Lu C, Hong J. Novel Therapy for Primary Canaliculitis: A Pilot Study of Intracanalicular Ophthalmic Corticosteroid/ Antibiotic Combination Ointment Infiltration. *Medicine (Baltimore).* 2015;94:e1611.
6. Park A, Morgenstern KE, Kahwash SB, Foster JA. Pediatric canaliculitis and stone formation. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg.* 2004;20:243-246.
7. Yaman A, Özbek Z, Öztürk AT, Lebe B, Söylev ME. Kronik kanalikülit olgularında kanalikülotomi ile kanalikül küretajı. *Türkiye Klinikleri J Ophthalmol.* 2009;18:1-6.
8. Yılmaz MB, Şen E, Evren E, Elgin U, Yılmazbaş P. Kanalikülit farkındalığı. *Turk J Ophthalmol.* 2016;46:25-9.
9. Nair AG, Potdar NA, Gore SS, Ganvir AY, Apte MK, Marathe TR, Kumar CA, Shinde CA. Actinomyces canaliculitis complicating congenital nasolacrimal duct obstruction in an infant. *Indian J Ophthalmol.* 2018;66:574-577.
10. Ding J, Sun H, Li D. Persistent pediatric primary canaliculitis associated with congenital lacrimal fistula. *Can J Ophthalmol.* 2017;52:161-163.
11. Hussain I, Bonshek RE, Loudon K, Armstrong M, Tullo AB. Canicular infection caused by Actinomyces. *Eye (Lond).* 1993;7:542-544.
12. Richards WW. Actinomycotic lacrimal canaliculitis. *Am J Ophthalmol.* 1973;75:155-157.
13. Çiftçi FÖ, Karadayı K, Yıldız TE, Akın T, Yıldırım Y. Süperatif kanalikülit tedavisinde küretaj, punktoplasti ve monokanaliküler silikon stent. *Turk J Ophthalmol.* 2004;33:324-332.

14. Zaldivar RA, Bradley EA. Primary canaliculitis. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg* 2009;25:481-484.
15. Anand S, Hollingworth K, Kumar V, Sandramouli S. Canaliculitis: the incidence of long-term epiphora following canaliculotomy. *Orbit*. 2004;23:19-26.
16. Perumal B, Carlson JA, Meyer DR. A Pathological Analysis of Canaliculitis Concretions: More Than Just Actinomyces. *Scientifica (Cairo)*. 2016;2016:6313070.
17. Mohan ER, Kabra S, Udhay P, Madhavan HN. Intracanalicular antibiotics may obviate the need for surgical management of chronic suppurative canaliculitis. *Indian J Ophthalmol*. 2008;56:338-340.
18. Stucki VC, Demolli P, Kniestedt C, Frimmel S. Long-term Follow-up of Canaliculotomies after Canaliculitis. *Klin Monbl Augenheilkd*. 2018;235:392-397.
19. Kim UR, Wadwekar B, Prajna L. Primary canaliculitis: The incidence, clinical features, outcome and long-term epiphora after snip-punctoplasty and curettage. *Saudi J Ophthalmol*. 2015;29:274-277.
20. Buttanri IB, Serin D, Akbaba M, Karslioğlu S. Incision-sparing management of canaliculitis. *Orbit*. 2014;33:356-358.
21. Khu J, Mancini R. Punctum-sparing canaliculotomy for the treatment of canaliculitis. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*. 2012;28:63-65.