



Yenidoğanda doğumsal nazolakrimal kanal tıkanıklığına bağlı dakriyosistit: Olgu sunumu

Emrah Can¹, Ali Bülbül¹, Sinan Uslu¹, Asiye Nuhuğlu²

ÖZET:

Yenidoğanda doğumsal nazolakrimal kanal tıkanıklığına bağlı dakriyosistit: Olgu sunumu
Dakriyosistit yenidoğanda oldukça nadir görülen klinik bir tablodur ve sıklıkla nazolakrimal kanal tıkanıklığının bir komplikasyonu olarak gelişir. Klinik bulguları şişlik, kızarıklık, epifora'dır. Nazolakrimal kanal tıkanıklığının günümüzde kabul görmüş tek bir tedavisi yoktur. Medikal tedaviye yanıt veren olgularda etkeni kapsayacak antibiyotik kullanımı klinik tabloyu cerrahi gereksinim olmadan düzeltebilmektedir.

Bu yazıda sağ göz küresaltında şişlik ve kızarıklık yakınmalarıyla başvuran bir yenidoğanda tespit edilen nazolakrimal kanal tıkanıklığı ve buna bağlı gelişmiş dakriyosistit olgusu sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Dakriyosistit, nazolakrimal kanal, yenidoğan

ABSTRACT:

Dacriocystitis associated with congenital nasolacrimal duct obstruction in neonate: case report

Dacryocystitis is uncommon in infants, and it almost exclusively occurs as a complication of congenital nasolacrimal duct obstruction. Swelling, rush and epifora were clinical findings. Nowadays there is not any single therapy recognized. Medical respond to treatment factors in patients with the clinical use of antibiotics to cover the surgical table requirements ameliorate. In this lecture is presented who applied obstruction nasolacrimal canal and the related phenomenon of enhanced dacryocystitis on the below right eye detected in a neonate.

Key words: Dacriocystitis, nasolacrimal canal, newborn

Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2010;44;80-83

¹Uzm. Dr., ²Prof. Dr., Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Yenidoğan Kliniği, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to:
Uzm. Dr. Emrah Can, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Kliniği, İstanbul-Türkiye

Telefon / Phone: +90-212-373-5000/6352

E-posta / E-mail: emrah.can@sislietfal.gov.tr

Geliş tarihi / Date of receipt:
15 Şubat 2010 / February 15, 2010

Kabul tarihi / Date of acceptance:
28 Nisan 2010 / April 28, 2010

GİRİŞ

Dakriyosistit yenidoğanda nadir görülen ve genellikle nazolakrimal kanalın doğuştan tıkanıklığına bağlı olarak oluşan klinik bir tablodur (1). Tanısı göz kapaklarında gerginlik, şişlik, pürülan akıntı varlığı, epifora, ateş ve lokositöz nedeniyle preseptal selülit ve mukosel ile karışabilir (2). Sağlıklı yenidoğanlarda semptomatik doğumsal nazolakrimal kanal tıkanıklığı %6 oranındadır (3). Nazolakrimal kanal tıkanıklığında en sık neden Hasner membranının doğumdan sonra varlığını sürdürmesidir. Genellikle ilk 4-6 hafta içinde membran %90 oranında spontan perfore olarak tablo geriler (4). Gerilemezse aşırı göz yaşarması ile kendini göstererek veya daha nadir olarak da dakriyosistite neden olarak pürülan akıntı oluşturabilir. Dakriyosistite neden olan en sık etken Streptococcus pneumoniae dir. Nadiren gram negatif bakteriler de

etken olabilmektedir (4). Tedavi edilmediği takdirde orbital selülit veya abse gibi komplikasyonlar görülebilir. Litaratürde doğumsal nazolakrimal kanal tıkanıklığına bağlı dakriyosistit %2,9 oranında rapor edilmektedir (5). Ayrıca dakriyosistitli olgularda doğumsal dakriyosistisel %60 oranında bildirilmektedir (6). Yaşamın ilk yılında rapor edilen dakriyosistitler intranasal mukosel, preseptal selülit ve restrobulbar abse ile ilişkilendirilmektedir (7). Yenidoğan nazolakrimal kanal tıkanıklığı tedavisinde görüş birliği yoktur. Genellikle uygulamalar ilk aylarda masaj, dakriyosistit eşlik ettiğinde hastaneye yatış ve sistemik antibiyotik uygulaması, basınçlı irrigasyon, daha geç dönemde nazal endoskopi, nazolakrimal kanal cerrahi prob uygulaması ve silikon tüp uygulamasıdır (7).

Bu yazıda yenidoğan döneminde nadir görülen doğumsal nazolakrimal kanal tıkanıklığı sonucu gelişen dakriyosistit olgusu sunulmuştur.

OLGU

Olgumuz, 38.gestasyon haftasında, 3500g (50p) tartı, 49 cm (3-10 p) boy ve 35,5 cm (50-75 p) baş çevresiyle sezaryen doğumla, erkek bebek olarak doğdu. Postnatal dönemde sorun yaşamayan olgunun doğumdan sonra ikinci gününde gözlerinde sulanma ve çapaklanmanın başladığı öğrenildi. Takip eden günlerde bu yakınmalara sağ gözde şişlik, kızarıklık, pürülan akıntı yakınmalarının eklenmesiyle postnatal 11. günde acil polikliniğe getirildiği tespit edildi. Yapılan ilk fizik muayenesinde sağ göz nazo-orbital sulkus hizasına uyan lokalizasyonda şişlik, pürülan akıntı ve sağ gözde kemozis tespit edildi (Resim1). Norolojik muayenesinde yenidoğan refleksleri azalmış olan olgunun vucut ısısı aksiller 37,2 C°, kalp atım hızı 154/dakika/ritmik idi. Fontanel muayenesi normal olarak bulundu. Laboratuvar testlerinde hemogram ve CRP incelemeleri normal sınırlar içinde idi. Hastanın hemokültürü ve sağ gözden sürüntü kültürü alınıp Ampisilin (50mg/kg/doz) ve Gentamisin (4mg/kg/doz) tedavisi başlanarak hastaneye yatırıldı. Topikal olarak Fusidik asid ve Netilmisin uygulaması tedaviye eklendi. Hemokültüründe



Resim 1: Tedavi öncesi görünüm



Resim 2: Tedavi sonrası görünüm

Streptococcus pneumoniae ve göz sürüntü örneğinde metisiline dirençli koagülaz negatif stafilococcus aureus (MRKNS) üretilen hastaya yapılan lomber ponksiyonda patolojik özellikte bulguya rastlanmadı. Alınan BOS kültüründe üreme saptanmadı. Tedavisi 10 güne tamamlanan olgu sağ gözdeki lezyonun gerilemesi üzerine taburcu edildi (Resim 2).

TARTIŞMA

Lakrimal sistemin en sık görülen bozukluğu nazolakrimal kanalın obstrüksiyonu veya açık olmamasıdır. Bildirilen raporlara göre infantlarda epifora insidansı %1,2 ve %20 arasında değişmektedir (1). Mac Ewan ve Young, İskoçya'da 4792 infantta yaptıkları çalışmada nazolakrimal kanal obstrüksiyonunun insidansı ve prognozunu incelemişler ve bu çocukların %20'sinde hayatlarının ilk yılı boyunca bir zaman defektif lakrimal drenaj tespit etmişlerdir (2). Dakriostenoz veya nazolakrimal kanal atrezisinin nazolakrimal kanalı oluşturan kolumnar epitel hücrelerinin kanalizasyonundaki bir hata sonucu oluştuğu düşünülmektedir (5). Aynı zamanda kanal epiteli ve nazal mukoza arasındaki adezyonların da bu duruma neden olabileceği rapor edilmiştir (7). Nadiren tam kemiksi tıkanıklık da görülebilir. Obstrüksiyon

alanları kanal boyunca valvlerin olduğu herhangi bir seviyede görülebilir(9). Ancak en sık obstrüksiyona rastlanılan yer burunun mukozal giriş bölgesi olan Hasner valvi bölgesidir. Konjenital nazolakrimal kanal tıkanıklıkları nadiren kraniyofasiyal defektlerle birlikte olabilmektedir (8).Whelam ve arkadaşları toplam 142 infanтта %6'lık bir oran elde etmişler, Ugurbas ve arkadaşları 65 infanттan oluşan bir grupta %43 otitis media ve %9,2 damak defektleri saptamışlardır (10). Olgumuzda eşlik eden kraniyofasiyal defekt saptanmamıştır.

Konjenital nazolakrimal kanal tıkanıklığı tedavisi konusunda günümüzde tam bir uzlaşma bulunmamaktadır. Spontan drenajın oluşmadığı olguların öncelikle tıbbi tedavi ile takip edilmesinin genel bir kabul görmesine rağmen bu tedavinin şekli konusunda da netlik yoktur (6). Dakriyosistit sıklıkla konjenital lakrimal kanal tıkanıklığı nedeniyle oluşmakta ve sistemik infeksiyonlara neden olabilmektedir (1). Dakriyosistite uygulanan tedavi, dakriyosistitin etrafındaki yumuşak dokulara yayılımı söz konusu olduğunda gelişebilecek sepsis ve bakteriyemi riskini azaltmak amacıyla uygulanmaktadır (7). Yenidoğan döneminde immatür olan immün sistem nedeniyle nazolakrimal kanal girişimi sırasında bakteriyemi gerçekleşerek kan akımına bakterilerin yayılmasına neden olabilmekte ve bu durum sepsis, menenjit ve endokardit ile sonuçlanabilmektedir (5). Yapılan çalışmalarda tedavi sırasında yapılan prop girişimleri sırasında %17,5 oranında bakteriyemi bildirilmiştir (8). Bu sebeple bilinen endokardit riski olan bebeklerin girişim öncesi profilaksi tedavisine alınması gerekmektedir (4). Olgumuzun tedavisinde medikal seçenek ilk tercih olarak seçilmiş ve cerrahi girişim tedaviye yanıtı göre planlanmıştır. Dakriyosistitin tedavisi Ampisilin-Gentamisin olarak düzenlenmiş ve tedaviye üçüncü günde belirgin yanıt alınmıştır.

Dakriyosistit tablosunda inflamasyonun belirtileri olan ateş ve lökositoz görülmektedir. Olgumuzda literatürden farklı olarak ilk gün ve tedavinin üçüncü günü bakılan hemogram ve CRP değerlerinde patolojik bulguya rastlanmadı. Dakriyosistit tedavisinde medikal tedavinin yanı sıra lakrimal kese tüberkülün iğne ve enjektörü ile boşaltılabilmektedir. Bu yöntem bıçak kesisi ile oluşabilecek bir fistülü önlemek açısından tercih edilmektedir (5). Bu drenaj ile elde edi-

len materyalin kültür ve antibiyogram için kullanılması da mümkün olabilmektedir. Drenaj sonrası semptomlar anında kaybolmakta ve rahatlama sağlanmaktadır. Ayrıca enjektör ile 0,5 ml. bakterisidal antibiyotik kese içine verilebilmektedir (7). Olgumuzda ilk gün boşaltma girişimi düşünülmesine karşın ikinci günde kemozis ve endurasyonun azalmasına başlaması dikkate alınarak medikal tedavinin devamı uygun görüldü ve girişimsel uygulama yapılmadı. Dakriyosistitte kültür antibiyogram sonuçları gelene dek geniş spektrumlu bir antibiyotik IV olarak verilmeye başlanmalıdır (9). Olgumuzun da tedavisi gerekli kültür örnekleri alınarak tedavi Ampisilin-Gentamisin olarak düzenlendi. Hemokültürde üretilen bakterilerin kullanılan antibiyotiklere dirençli olması nedeniyle tedavi değişikliği yapılmadı.

Nazolakrimal kanal tıkanıklığı tespit edildiğinde dakriyosistit gibi akut enflamasyon tablosu gerilemeye başladıktan sonra bir yaş altındaki olgularda sondalama işlemi yapılabilmektedir (6). Bu şekilde kanal açılmakta, gözyaşı drenajı sağlanmakta ve böylece rekürren dakriyosistit oluşmamaktadır. Sondalama çok nazikçe küçük sondalar kullanılarak (000 veya 0000 Bowman probu) yapılmaktadır (3). Olgumuz medikal tedaviye oldukça hızlı yanıt vermiş ve bu nedenle girişimsel yöntemlerin kullanılması gerekmemiştir. Ancak rekkürren bir tablo ihtimali gözönüne alınarak kontrolünün yapılması planlanmıştır.

Birçok oftalmolog ilk birkaç aylık yaşam süresince konservatif tedavi uygulanmasının gerektiği konusunda anlaşmaktadır. Konservatif tedaviden kastedilen kapaklar ve kirpiklerin temizlenmesi, mukopürülan akıntı olduğunda ise topikal antibiyoterapi uygulanmasıdır (7). Topikal antibiyoterapi olarak birçok yazar damla formunu pomat formuna tercih etmektedirler. Bunun sebebi geç ve zor çözünen pomat formlarının obstrüksiyonu arttırabileceğini düşünmeleridir (10). Kuchar ve arkadaşları dakriostenozlu olgulardan yaptıkları kültür sonucunda materyallerden %49,3 gram (+) mikroorganizmaları izole ederken, %50,7 oranında ise gram(-) mikroorganizmaları izole ettiklerini bildirmişlerdir (2). Sistemik antibiotikler sınırlı yararlılıkları nedeniyle preseptal sellülitli konjenital nazolakrimal kanal tıkanıklıkları olan vakalar ve akut dakriyosistitler için saklanmalıdır görüşü genel olarak ön plandadır.

Sonuç olarak, yenidoğan döneminde nazolakrimal kanal tıkanıklığı oldukça nadirdir ve tıkanıklığın devamında dakriyosistite neden olabilir. Gözyaşı ke-

se ve kanalına uyan lokalizasyonlu şişlik dakriyosistit ve eşlik edebilecek komplikasyonları akla getirmelidir.

KAYNAKLAR

1. Robb RM. *Surgical Management of Congenital Obstruction of the Lacrimal Collecting System*. In: Tasman W, Jaeger EA, eds. *Duane's Ophthalmology, CD-ROM ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Publishers, 2002; chap. 105*
2. Kuchar A, Lukas J, Steinkogler FJ. *Bacteriology and antibiotic therapy in congenital nasolacrimal duct obstruction*. *Acta Ophthalmol Scand* 2000;78:694-8.
3. Kushner B J. *Congenital nasolacrimal system obstruction*, *Arch Ophthalmol* 1982;100:597-600.
4. Strunk T, Richmond P, Simmer K, Currie A, Levy O, Burgner D. *Neonatal immune responses to coagulase-negative staphylococci*, *Curr Opin Infect Dis* 2007;20: 37
5. Pollard Z F. *Treatment of acute dacryocystitis in neonates*, *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 1991; 28:341-343.
6. Paysse E A, Coats D K, Bernstein J M, Go C, de Jong AL. *Management and complications of congenital dacryocele with concurrent intranasal mucocele*, *J AAPOS* 2000;4:46-53.
7. Campolattaro B N, Lueder G T, Tychsen L. *Spectrum of pediatric dacryocystitis: Medical and surgical management of 54 cases*, *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 1997;34:143-153.
8. Weiss G H, Leib M L. *Congenital dacryocystitis and retrobulbar abscess*, *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 1993;30:271-272.
9. Boynton J R, Drucker D N. *Distention of the lacrimal sac in neonates*, *Ophthalmic Surg* 1989;20:103-107.
10. Ugurbas SH, Zilelioglu G, Saatci M. *Otolaryngological findings in congenital nasolacrimal duct obstruction and implications for prognosis*. *Br J Ophthalmol* 2000;84:917-8.