

Yeni Doğanda Bilateral Lakrimal Kese Absesi: Olgu Sunumu *

Nurşen ARITÜRK*, Özlem EŞKİ YÜCEL**

ÖZET

Yenidoğan döneminde bilateral akut dakriosistit, periorbital sellülit ve abse oluşumu nadiren görülen klinik tablolardır. Bu çalışmada, doğumundan 1 hafta sonra, iki gözde kızarıklık ve çapaklanma yakınması ile başlayıp bilateral fistülize lakrimal kese absesine dönüşen bir olgunun klinik özellikleri ve tedavi sonuçları sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan, Akut dakriosistit, Candida albicans, Doğumsal nasolakrimal kanal tıkanıklığı

Bilateral Lacrimal Sac Abscess in Neonate: A Case Report

SUMMARY

Bilateral acute dacryocystitis, orbital cellulites and abscess formation is a rare clinical condition in newborn period. In this study, the clinical findings and the results of treatment of a case with bilateral fistulized lacrimal sac abscess who had complaints such as bilateral conjunctival hyperemia and mukopurulent discharge were started one week after the birth, were presented.

Key Words: Newborn, Acute dacryocystitis, Candida albicans, Congenital nasolakrimal canal obstruction.

Giriş

Nazolakrimal kanalın alt ucunda bulunan Hasner membranının doğumda açılmaması doğumsal nazolakrimal kanal (KNLK) tıkanıklığının en sık nedenidir.¹ Nazolakrimal kanal tıkanıklığı ortalama %0.5-6 oranında görülür.^{1,2} Olguların üçte biri iki taraflı tıkanıklık şeklindedir. Genellikle doğumdan 4-6 hafta sonra kendiliğinden açılır. Yenidoğan döneminde akut dakriosistit, orbital sellülit ve abse oluşumu çok ender gelişen klinik tablolardır.^{3,4} Çocukluk dönemi dakriosistitlerinde en sık gram (+) ajanlar (*Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*) ve ikinci sıklıkla gram (-) ajanlar (*Haemophilus influenzae*) tesbit edilmektedir.^{3,5} Fungal ajanlara bağlı dakriosistit çok nadir görülür ve görüldüğünde en sık *Candida albicans* sorumludur.⁶

Bu çalışmada erken yenidoğan döneminde iki taraflı fistülize lakrimal kese absesi olan ve kültüründe *Candida albicans* üreyen bir olgu sunuldu.

Olgu Sunumu

Otuz altı günlük erkek hastaya doğumdan 1 hafta sonra emme, huzursuzluk, ateş ve morarma yakınmaları ile gittiği hastanede sepsis ön tanısı ile yatırılarak seftriakson ve netilmisin tedavisi başlanılmıştır. Bu arada her iki gözde çapaklanma, her iki nazolakrimal kese lokalizasyonunda şişlik ve kızarıklık yakınması gelişen hastaya kloramfenikol pomad tedavisi verilmiştir. Onbeş günlük tedavi sonrası hastanın kliniğinin düzelmemesi ve akut dakriosistit ile birlikte orbital sellülit bulgularının gelişmesi üzerine üniversitemiz hastanesine sevk edilmiştir. Hasta bronşiolit ve akut dakriosistit tanıları ile Çocuk servisine yatırılmıştır. Bize konsülte edilen hasta iki

taraflı lakrimal kese absesi ve orbital selülit tanısı ile takip ve tedaviye alındı. Hastanın göz muayenesinde her iki medial kantus-lakrimal kese bölgesinde 0.5x1 cm boyutlarında şişlik, hiperemi, kese üzerinde fistül ve mukopürülan sekresyon mevcut idi (Şekil 1 ve 2). Burun muayenesinde patolojik bulguya rastlanmadı. Fizik muayenede orofarinkste hiperemi, yanak mukozasında ve dil üzerinde oral kandidiazis ile uyumlu toplu iğne başı büyüklüğünde beyaz lezyonlar, solunum seslerinde kabalaşma ve her iki akciğer bazalinde ronküs mevcuttu.



Şekil 1. İki taraflı lakrimal kese absesinin tedavi öncesi görünümü.

Hastanın laboratuvar bulgularında, lökositoz (BK:43020), CRP yüksekliği (152), IgE (619) ve IgM (1.73) yüksekliği, AntiCMV IgG (1.4) ve HSV-1 IgG (22) pozitifliği tespit edildi. Lakrimal kese bölgesinden ve konjonktivadan alınan örneklerde, Gram boyamada Gram (+) kümeli koklar, Wright boyamada polimorfonükleer lökositler görüldü. Kültürde *Candida albicans* ve *Staphylococcus aureus* üredi. Elektroansefalografi, Transfontanel Ultrasonografi, kranial ve paranasal sinus tomografi sonuçları normal olarak değerlendirildi.



Şekil 2. Lakrimal kese bölgesinde cilt nekrozu ve fistüle ait görünüm.

Hastaya ampirik olarak sistemik sefazolin+amikasin ve topikal güçlendirilmiş sefazolin (50 mg/ml) ve gentamisin sülfat (%0.3) damla ve kloramfenikol pomad (%1) başlandı. Kültür sonuçlarına göre sistemik tedavi değiştirildi. *Candida albicans* üremesi önce kontaminasyon olasılığını düşündürdü. Bu nedenle önce *S. aureus*'a yönelik vankomisin başlandı, istenilen iyileşme olmayınca antifungal ajan olarak flukanazol ilave edildi. İntravenöz infüzyon şeklinde vankomisin (10 mg/kg) ve flukanazol (7 mg/kg) verildi. Ayrıca %10 povidon-iyot solüsyonu ile kese irrigasyonu yapıldı. Tedavinin 3. gününden itibaren kese bölgesindeki hiperemi ve şişlikte azalma başladı ve 3 haftalık tedavi sonrası hasta tamamen iyileşti. Lökositozu ve CRP düzeyleri normale döndü, kültürlerde üreme tespit edilmedi. 1 ay sonrası takibinde sol gözde epifora yakınması mevcut idi (Şekil 3). Hastaya sonda tatbiki planlandı, fakat aile ile irtibat kesildi. Ailesinden, 7 aylıkken immün yetmezlik nedeni ile üriner enfeksiyona bağlı girdiği sepsis sonucu öldüğü öğrenildi.



Şekil 3. Tedaviden 1 ay sonra, hastanın görünümü. Sol gözde sulanma devam etmektedir

Tartışma

Nasolakrimal kanal tıkanıklığı, lakrimal direnaj sisteminin en sık görülen hastalığıdır.

Yenidoğan döneminde nasolakrimal kanal tıkanıklığı sık görülmekle birlikte akut dakriosistit nadir görülür.³ İntranasal kanal kisti veya dakriyosel, yenidoğan döneminde nasolakrimal kanal tıkanık-

lığına neden olabilir ve enfekte olarak akut dakriosistite yol açabilir.⁷ İki taraflı dakriyosel bulunan vakalarda “respiratuar distress” benzeri klinik tablo oluşabilir.⁷ Bizim olgumuzda dakriyosel ve intranasal kist tespit edilmedi.

Çocukluk döneminde gelişen dakriosistitlerde sıklıkla gram (+) ajanlar (*S. aureus*, *S. pneumonia*) ve gram (-) ajanlar (*Haemophilus influenzae*) izole edilmektedir.^{3,5} Fungal dakriosistitler nadir görülür ve tüm dakriosistitlerin %1.2'sini oluştururlar. En sık izole edilen ajan ise *Candida albicans*'dır.^{6,8} Literatürde *Candida albicans*'a bağlı dakriosistit gelişen çok az olgu bildirilmiştir ve olgular yetişkin hastalardır. Bunlardan birisi Codere ve ark.⁶ fasial travma sonrası gelişen iki taraflı fungal dakriosistit olgusu, bir diğeri ise Toledo Fernandez ve ark. yayınladığı kronik dakriosistiti olan diyabetik bir kadında nazolakrimal stent yerleştirilmesi sonrasında gelişen fungal dakriosistit olgusudur.⁸ Ayrıca, gözyaşı taşına bağlı nasolakrimal kanal tıkanıklığı ve fungal dakriyosistit gelişen 2 olgu bildirilmiştir.⁹ Ghose ve Mahajan yaptıkları bir çalışmada, 86 konjenital dakriosistitli gözlerde fungal florayı incelemişler ve 14 olguda bakteri ile birlikte, 12 olguda tek başına çeşitli mantar tipleri bulduklarını bildirmişlerdir.¹⁰ Ayrıca, en çok belirlenen fungal ajanın *Candida albicans* olduğunu belirtmişlerdir. Literatür taramasında görebildiğimiz kadarıyla yenidoğan döneminde *Candida albicans*'a bağlı akut dakriosistit olgusuna rastlamadık.

Doğumsal nasolakrimal kanal tıkanıklığı olan vakalarda antibiyotik tedavisinde kloramfenikol, kinolonlar, ampisilin-sulbaktam, amoksisilin-klavulanik asit, daha az oranda aminoglikozitler ve tetrasiklin tercih edilmektedir.⁴ Orbital sellülit ve abse olan vakalarda ise sefalosporinler, sefalosporin+aminoglikozitler, vankomisin, vankomisin+aminoglikozitler önerilmektedir.⁹ Fungal enfeksiyonlarda kullanılan antifungal ajanlar oldukça sınırlıdır. Göze yönelik hazır antifungal preparatlar yoktur. Sıklıkla kullanılan preparatlar amfoterisin B, flukanazol, flusitozin, natamisin, mikanazol nitrat ve ketakanazol'dur. Özellikle amfoterisin B ve flukanazol candida tedavisinde tercih edilen preparatlardır. Her iki ilacın da topikal damla formu hazırlanıp kullanılabilir. Olgumuzda antifungal olarak, Amfoterisin B ye göre daha az yan etkileri olan flukanazol kullanıldı. Hasta tedaviye çok iyi yanıt verdi. Bir mantarın enfeksiyon oluşturmada, mantarın dokulara (cilt yada mukoza) yapışma ve dokuya yayılım yeteneği, dokuda üreyebilme kabiliyeti ve doku yıkımı yaratıcı becerisi rol oynamaktadır.¹¹ Bununla birlikte konağın spesifik ve nonspesifik savunma mekanizmalarının zayıflaması önemli bir etken olarak hastalığın gelişmesinde rol oynamaktadır.¹¹ Olgumuzun 7 aylık iken kaybedilme nedeni de immün yetmezlik idi.

Yenidoğan döneminde doğumsal nasolakrimal kanal tıkanıklığına bağlı lakrimal abse ve orbital sellülit tablosu özellikle fungal ajanlara bağlı çok nadir görülmektedir. Yenidoğan döneminde henüz immün sistemin tam olarak gelişmemiş olması, bu olgularda bazı spesifik hastalıkların gelişiminden ve tedavi problemlerinden sorumludur.¹² Bu infantlara daha fazla özen gösterilmemesi ve farklı nedenlerle uzun süre antibiyotik kullanılması fungal enfeksiyon gelişimine neden olmaktadır. Ayrıca malignensi için kemoterapi, kemik iliği transplantasyonu, travma ve kronik hastalıklar immün sistemi baskılayarak sistemik fungal enfeksiyon riskini arttırmaktadır.¹² Sıklıkla uzun süreli intravasküler kateter kullanımı, pediatrik

grupda fungal enfeksiyon potansiyeli oluşturmaktadır.¹² Olgumuz, bize gelmeden önce sepsis nedeniyle uzun süreli intravenöz antibiyotik tedavisi görmüştü. Gerek uzun süreli intravenöz kateter ve güçlü antibiyotik (üçüncü kuşak sefalosporin) kullanımı, gerek immun sisteminin tam olarak henüz gelişmemesi, doğumsal dakriyo-

sistitin lakrimal kese absesine dönüşümüne ve fungal enfeksiyon oluşumuna yol açmış olabilir Uygun tedavi ile kısa sürede iyileşme sağlanabilmektedir. Bu tip olgularda immun yetmezlik gibi farklı sistemik patolojilerin birlikte olabileceği ve fungal enfeksiyon riski akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. Katowitz JA, Kropp TM. Congenital Abnormalities of the Lacrimal Drainage System. In : Oculoplastic, Orbital and Reconstructive Surgery. In: Hornblass A, ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1990: 1397-416.
2. Güler Zilelioğlu, Suat Hayri Uğurbaş. Konjenital Nazolakrimal Kanal Tıkanıklığının Tedavisi. T Klin Oftalmoloji 1999; 8:290-4.
3. Campolattaro BN, Lueder GT, Tychsen L. Spectrum of pediatric dacryocystitis: medical and surgical management of 54 cases. J Pediatr Ophthalmol Strabismus 1997; 34 143-53.
4. Don O. Kikkawa, Grant W. Heinz, Ronald T. Martin, et al. Orbital Cellulitis and Abscess Secondary to Dacryocystitis. Arch Ophthalmol 2002; 120:1096-99.
5. Kuchar A, Lucas J, Steinkogler FJ. Bacteriology and Antibiotic Therapy in Congenital Nasolacrimal Duct Obstruction. Acta Ophthalmologica Scan 2000; 78: 694-8.
6. Codere F, Anderson RL. Bilateral Candida albicans dacryocystitis with facial cellulitis. Can J Ophthalmol 1982; 17:176-7.
7. Meyer JR, Quint DJ, Holmes JM, Wiatrik BJ. Infected Congenital Mucocele of the Nasolacrimal Duct. Am J Neurorad 1993; 14:1008-10.
8. Toledano Fernandez N, Garcia Saenz S, Arteaga Sanchez A, et al. Mycotic Dacryocystitis Related to Nasolacrimal Stent. Arch Soc Esp Oftalmol 2002; 77:389-92.
9. Purgason PA, Hornblass A, Loeffler M. Atypical presentation of fungal dacryocystitis. A report of two cases. Ophthalmology 1992; 99:1430-2.
10. Ghose S, Mahajan VM. Fungal flora in congenital dacryocystitis. Indian J Ophthalmol 1990; 38:189-90.
11. Kaynak S. Oküler mikolojide antifungal ilaçlar. In: Oto S, Yılmaz G, Aydın P, editors. Oftalmik İlaçlar. Ankara: Güneş Kitabevi 2003; 89-104.
12. Hilfiker ML, Azizkhan RG. Mycotic infections in pediatric surgical patients. Semin Pediatr Surg 1995; 4:239-44.

Kimlik

Geliş Tarihi: 28.03.2005

Kabul Tarihi: 29.09.2005

*Doç.Dr., OMÜTF, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**Arş.Gör.Dr., OMÜTF, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

*: Bu yazı, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalında hazırlanmıştır. 38.Ulusal Türk Oftalmoloji Kongresi, 9-13 Ekim 2004, Antalya'da poster olarak sunulmuştur.