

## Sekonder Glokom ile Başvuran Primer Kronik Kanalikülit Olgusu

### A Case of Primary Chronic Canaliculitis Presenting with Secondary Glaucoma

Zeynep DURU,<sup>a</sup>  
Ahmet KARAKURT,<sup>a</sup>  
M. Sinan SARICAOĞLU,<sup>a</sup>  
Semra KOCA,<sup>a</sup>  
Necati DURU<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Göz Hastalıkları Kliniği,  
Ankara Numune Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi,

<sup>b</sup>Göz Hastalıkları Kliniği,  
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Ankara

Geliş Tarihi/Received: 02.02.2014  
Kabul Tarihi/Accepted: 28.04.2014

*Bu olgu sunumu, TOD 47. Ulusal Oftalmoloji  
Kongresi (6-10 Kasım 2013, Antalya)'nde  
poster olarak sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Necati DURU  
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara,  
TÜRKİYE/TURKEY  
necatiduru@gmail.com

**ÖZET** Kırk altı yaşında kadın hasta, sol gözünde sulanma, kızarıklık, şişlik ve ağrı yakınmasıyla kliniğimize başvurdu. Yapılan muayenesinde, sol gözde punktum ağzında belirginleşme (pouting punktum), punktal ödem, hiperemi, sarımsı granül görünümü ve kapak medialinde endürasyon tespit edildi. Göz içi basınçları sağda 17 mmHg, solda 30 mmHg, cup/disk oranları ise sağda 0,3, solda 0,6 olarak saptandı. Hikâyesinden şalazyon, kronik dakriyosistit ve kronik konjonktivit tanılarıyla sol gözüne üç yıldan beri aralıklarla topikal antibiyotik ve steroid tedavisi uygulandığı öğrenilen hastanın uzun süre topikal steroid kullanması nedeniyle sol gözünde sekonder glokom geliştiği anlaşıldı. Bu makalede, primer kronik kanalikülit teşhisi konulan olgunun sıra dışı bir prezentasyon ile karşımıza çıkması nedeniyle sunulması uygun bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Kanalikülitis; glokom

**ABSTRACT** Forty-six-years old female patient admitted to our clinic with complaints of excessive lacrimation, redness, swelling, and pain in her left eye. On examination of left eye, punctal prominence (pouting punctum), punctal edema and hyperemia, yellow granules, and induration of medial eyelid were detected. Intraocular pressure was measured 17 mmHg and 30 mmHg for the right and left respectively, and cup/disc ratio was detected 0.3 and 0.6 for the right and left respectively. It was learned that topical antibiotic and steroid treatment has been given to the patient with a diagnosis of chalazion, chronic dacryocystitis, and chronic conjunctivitis for three years. As a result, it was understood that secondary glaucoma developed in the left eye of the patient as a side effect of long term topical steroids administration. In this article, the case which diagnosed with primary chronic canaliculitis was eligible to be reported for its' atypical presentation.

**Key Words:** Canaliculitis; glaucoma

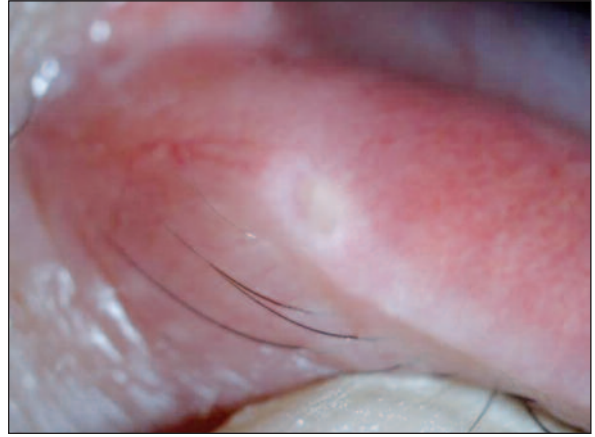
**Türkiye Klinikleri J Ophthalmol 2014;23(4):243-6**

**P**rimer kronik kanalikülit, genellikle tek taraflı görülen ve nadir rastlanılan bir kanalikül enfeksiyonudur. Semptom ve bulguları kronik konjonktivite benzerlik göstermesi nedeniyle bu hastalar kolaylıkla atlanabilmektedir ve genellikle yanlış tanı ve tedavi ile uzun süre takip edilmektedirler. Medikal tedavi, kanalikülit olgularında genellikle yeterli olmamaktadır, ancak bu hastaların çoğu, uzun süre antibiyotik ve steroid tedavisi almaktadır. Gereksiz ve yanlış ilaç kullanımı nedeniyle hastalarda oküler yan etkiler meydana gelebilmekte ve nadiren de olsa karşımıza çıkmaktadır.<sup>1-4</sup>

Bu makalede, farklı tanı ve tedavi ile izlenen ve uzun süre topikal steroid kullanımına bağlı sekonder glokom gelişen kanalikülitli bir olgunun sunulması ve bu olguda cerrahi tedaviyle kür sağlandığının gösterilmesi amaçlanmıştır.

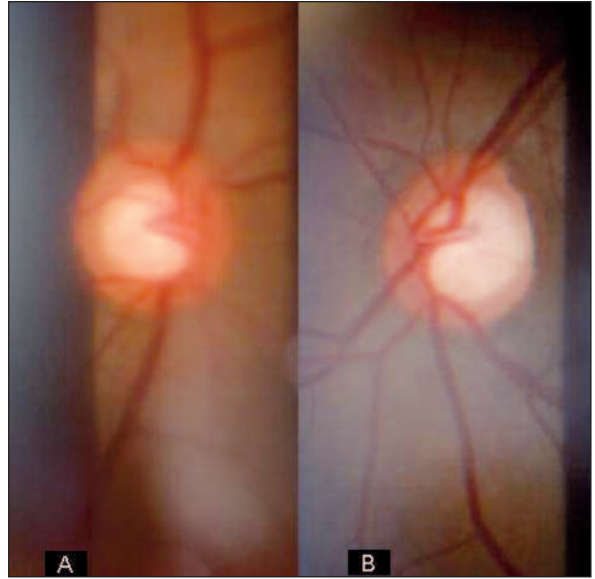
## OLGU SUNUMU

Kırk altı yaşında kadın hasta, sol gözünde sulanma, kızarıklık, şişlik ve ağrı yakınmasıyla başvurdu. Hikâyesinden şalazyon, kronik dakriyosistit ve kronik konjonktivit tanlarıyla sol gözüne üç yıldan beri, belli aralıklarla topikal antibiyotik ve steroid tedavisi uygulandığı ancak yakınmalarının tam olarak düzelmediği öğrenildi. Yapılan muayenesinde; sol gözde alt punktum ağzında belirginleşme (pouting punktum), punktal ödem ve hiperemi, kapak medialinde endürasyon tespit edildi (Resim 1). Biyomikroskopik muayenesinde ise sol alt punktum ağzında sarımsı granül görünümü izlendi. Hastanın her iki gözde görme keskinlikleri tamdı. Göz içi basınçları sağda 17 mmHg, solda 30 mmHg idi. Ön segment bulguları her iki gözde doğal olup hastanın fundus muayenesinde cup/disk oranları sağda 0,3, solda ise 0,6 idi (Resim 2). Gonyoskopi yapıldığında her iki gözde açının açık olduğu izlendi. Kornea kalınlıkları sağda 560 µm, solda 555 µm idi. Nazolakrimal kanal lavajı yapıldığında her iki nazolakrimal kanalın da açık olduğu saptandı. Ancak, sol gözde lavaj esnasında irrigasyon kanülü ucunda taş çarpma hissi mevcuttu ve sarı püvy geldiği izlendi. Anamnez ve klinik bulgularla birlikte hastada sol gözde primer kronik kanalikülit düşünüldü. Ayrıca hastanın uzun süre steroid kullanması nedeniyle sol gözde sekonder glokom geliştiği anlaşıldı. Hastanın kullanmakta olduğu medikal tedavisi kesildi ve hastaya “two-snip” ameliyatı planlandı. Lokal anestezi altında “two-snip” punktoplasti yapılarak punktum eksternalize edildi. Sarı granüler kitlenin tamamı küretajla çıkarıldı. Çıkarılan materyalin histopatolojik incelemesinde yoğun bakteri ve mantar hifaları yanında yüzeyde konjonktival epitel, stromada polimorfonükleer lökosit infiltrasyonu izlendi. Hastanın üç hafta sonraki kontrolünde tüm semptomları kayboldu, kanalikül normal şekline döndü (Resim 3). Kültürde üreme olmadı. Üçüncü ay kontrolünde, tedavisiz olarak her iki gözde göz içi ba-



**RESİM 1:** Sol gözde, alt punktum ağzında belirginleşme (pouting punktum) izlenmektedir.

(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/oftalmoloji-dergisi/1300-0365/>)



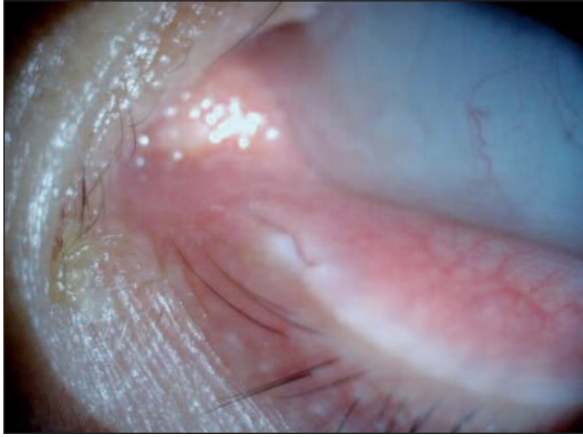
**RESİM 2: A)** Sağ gözde normal görünüm. **B)** Sol gözde uzun süre topikal steroid kullanımında cup/disk oranında artış izlenmektedir.

(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/oftalmoloji-dergisi/1300-0365/>)

sıncı 17 mmHg idi. Göz içi basıncı yüksekliğinin sadece topikal steroid kullandığı sol gözünde olması ve steroidin kesilmesinden üç ay sonra göz içi basıncının normal düzeye inmesi nedeniyle bu hastada primer açık açılı glokom düşünülmüdü.

## TARTIŞMA

Kanaliküler sistemin enfeksiyonu, dakriyosiste sekonder olarak görülebilmekle beraber, primer olarak da karşımıza çıkabilmektedir. Ancak primer kronik kanalikülit olguları nadir görülmesi nede-



**RESİM 3:** “Two-snip” punktoplasti sonrası üçüncü haftadaki görünüm.  
(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/oftalmoloji-dergisi/1300-0365/>)

niyle tanı kolaylıkla gözden kaçabilmektedir. Çoğu zaman bu hastalara kronik konjonktivit tanısı ile uzun süre antibiyotik ve steroid tedavisi verilmektedir. Farklı tanı ve tedavi sonucunda hem hastanın yakınmaları düzelmemekte hem de gereksiz ve uzun süre yanlış ilaç kullanımına bağlı olarak oküler yan etkiler meydana gelebilmektedir.<sup>1-5</sup> Bu nedenle, bu olguların klinik özelliklerinin iyi bilinmesi, doğru tanının konması ve doğru tedavinin uygulanması açısından çok önemlidir. Kanalikülitli olgular sıklıkla atlanı da aslında tanı için anamnez ve klinik muayene yeterli olmaktadır. Bu hastaların en sık yakınması epiforadır ve epiforalı hastaların %2'sini primer kronik kanalikülitli olgular oluşturmaktadır. Medial kantusta ödem, punktal şişme, kızarıklık ve punktum ağzında belirginleşme (balık ağzı punktum veya pouting punktum) karşımıza çıkan en belirgin klinik bulgularıdır.<sup>6,7</sup> Kanaliküle bası sonrası ortaya çıkan granüller kanalikülit tanısında değerlidir ve dakriyosistitten ayırımı için de önemlidir. Nazolakrimal kanal lavajı esnasında irrigasyon kanülü ucunda taş çarpma hissi olmakla birlikte, lavaj genellikle açıktır. Ayrıca kanaliküle bası yapınca çıkan debrisler ayırıcı tanıda bize yardımcı olmaktadır.<sup>8,9</sup> Bizim olgumuz da şalazyon, kronik dakriyosistit ve kronik konjonktivit tanıları ile yıllarca steroid ve antibiyotik tedavisi almıştır ve olgumuzda tanı için anamnez ve klinik bulgular yeterli olmuştur.

Birçok çalışmada kanalikülit etiolojisinde en sık etken olarak *Actinomyces israelii* bildirilmiştir. *A. israelii* anaerobik, filamentöz, hareketsiz, spor-

suz, pleomorfik bir basildir.<sup>1-4,7,10</sup> Bunun dışında diğer aktinomices suşları, *Arachnia propionica*, *No-cardia* ve *Fusobacterium* türleri, streptokok ve stafilokok türleri, fungal etkenlerin başında *Candida* ve *Aspergillus*, kanalikülit etiolojisinde yer almaktadır.<sup>6,11-13</sup> Yapılan bazı çalışmalarda ise kanalikülitli olgularda en sık nedenin mikst enfeksiyon olduğu belirtilmiştir.<sup>12,14</sup> Kanalikülitli olgularda mikrobiyolojik yayma ve kültürler yeterince hassas değildir ve sekonder kontaminasyona bağlı hatalı sonuçlar verebilmektedir. Bu olguların az bir kısmında pozitif kültür tespit edilmektedir.<sup>5,10</sup> Bizim olgumuzda da kültürde üreme tespit edilemedi. Çıkarılan granüler materyalin histopatolojik incelemesinde ise yoğun bakteri ve mantar hifaları yanında yüzeyde konjonktival epitel, stromada polimorfonükleer lökosit infiltrasyonu izlendi.

Kanalikülitte granüler yapılar kanalikülü tka-dığı için gözyaşı birikimine ve tekrarlayan enfeksiyonlara sebep olabilmektedir. Ayrıca medikal tedavinin dokulara penetrasyonuna engel olmaktadır. Bundan dolayı bu olgularda tek başına konservatif tedavi yeterli olmamaktadır.<sup>2</sup> Kanalikülit tedavisinde kanaliküler entübasyonla kanaliküloplasti ve “one-snip” punktoplasti ameliyatlarının güvenilir ve efektif bir teknik olabileceği bildirilmiştir.<sup>15</sup> Bazı çalışmalarda, kanaliküler küretajla birlikte punktoplastinin topikal antibiyotik ile kombine edildiğinde kanalikülitin altın standart tedavisi olacağı vurgulanmıştır.<sup>8,16,17</sup> Ayrıca intrakanaliküler fortifiye sefazolin irrigasyonunun da kanalikülit tedavisine yardımcı olacağı bildirilmiştir.<sup>3,18</sup>

Bizim olgumuzda “two-snip” punktoplasti yapılarak punktum eksternalize edildi ve sarı granüler kitlenin tamamı küretajla çıkarıldı. Uyguladığımız bu cerrahi yöntem, kanalikülotomiden kaçınılarak skar oluşumuna yol açmaması ve lakrimal pompa fonksiyon bozukluğuna neden olmaması açısından önemlidir.

Sonuç olarak, kronik ve tekrarlayan konjonktivitle başvuran hastalarda kanalikülit tanısı mutlaka akla getirilmelidir. Bu hastalarda doğru tanının konması ve cerrahinin zamanında yapılması, gereksiz yere uzun süre ilaç kullanımının ve ortaya çıkabilecek oküler yan etkilerin önüne geçmesi adına önemlidir.

## KAYNAKLAR

1. Hass C, Pittasch K, Handrick W, Tauchnitz R. [Actinomycetes canaliculitis--case reports]. *Immun Infekt* 1995;23(6):222-3.
2. Carneiro RC, Macedo EM, Oliveira PP. [Canaliculitis: case report and management]. *Arq Bras Oftalmol* 2008;71(1):107-9.
3. Marcio F, Damasceno RW, Cazorla Fda P, Von Faber Bison SH, Vital Filho J. [Chronic suppurative canaliculitis - clinical and therapeutic aspects: report of 3 cases]. *Arq Bras Oftalmol* 2011;74(6):441-3.
4. Liyanage SE, Wearne M. Lacrimal canaliculitis as a cause of recurrent conjunctivitis. *Optometry* 2009;80(9):479-80.
5. Demant E, Hurwitz JJ. Canaliculitis: review of 12 cases. *Can J Ophthalmol* 1980;15(2):73-5.
6. Zaldivar RA, Bradley EA. Primary canaliculitis. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 2009;25(6):481-4.
7. Vujanecic S, Meyer-Rusenbergh HW. [Therapy for actinomycosis in the lacrimal pathway]. *Klin Monbl Augenheilkd* 2010;227(7):568-74.
8. Pavilack MA, Frueh BR. Through curettage in the treatment of chronic canaliculitis. *Arch Ophthalmol* 1992;110(2):200-2.
9. McKellar MJ, Aburn NS. Cast-forming Actinomyces israelii canaliculitis. *Aust N Z J Ophthalmol* 1997;25(4):301-3.
10. Çiftçi FÖ, Karadayı K, Yıldız TF, Akın T, Yıldırım Y. [Treatment of suppurative canaliculitis: curettage, punctoplasty and monocular silicone stent]. *T Oft Gaz* 2004;33(5):324-32.
11. Bartley GB. Acquired lacrimal drainage obstruction: an etiologic classification system, case reports, and a review of the literature. Part 1. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 1992;8(4):237-42.
12. Lin SC, Kao SC, Tsai CC, Cheng CY, Kau HC, Hsu WM, et al. Clinical characteristics and factors associated the outcome of lacrimal canaliculitis. *Acta Ophthalmol* 2011;89(8):759-63.
13. Seal DV, McGill J, Flanagan D, Purrier B. Lacrimal canaliculitis due to Arachnia (Actinomyces) propionica. *Br J Ophthalmol* 1981;65(1):10-3.
14. Struck HG, Höhne C, Tost M. [Diagnosis and therapy of chronic canaliculitis]. *Ophthalmologie* 1992;89(3):233-6.
15. Yuksel D, Hazirolan D, Sungur G, Duman S. Actinomyces canaliculitis and its surgical treatment. *Int Ophthalmol* 2012;32(2):183-6.
16. Lee MJ, Choung HK, Kim NJ, Khwarg SI. One-snip punctoplasty and canalicular curettage through the punctum: a minimally invasive surgical procedure for primary canaliculitis. *Ophthalmology* 2009;116(10):2027-30.e2.
17. Kaliki S, Ali MJ, Honavar SG, Chandrasekhar G, Naik MN. Primary canaliculitis: clinical features, microbiological profile, and management outcome. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 2012;28(5):355-60.
18. 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(4):338-40.