

Akut Toksoplazmik Üveit

ACUTE TOXOPLASMIC UVEITIS: CASE REPORT

Dr. Ahmet YALÇIN,^a Dr. Didem SERİN,^a Dr. Gürsoy ALAGÖZ,^a Dr. A. Şahap KÜKNER^a

^aGöz Hastalıkları AD, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Tıp Fakültesi, BOLU

Özet

Akut üveit tablosuyla başvuran ve ilk muayenesinde retinada toksoplazma odağı görülmeyen toksoplazma üveitli hastanın sunulması amaçlanmıştır.

Yirmi altı yaşında bayan hasta, bir haftadır sol gözünde görme bulanıklığı şikâyetiyle kliniğimize başvurdu. Hastanın sağ gözünün görme keskinliği, ön ve arka segment muayene bulguları doğaldı. Sol gözün görme keskinliği tamdı. Biyomikroskopik muayenede ön kamarada ve vitreusta 4+ hücre vardı. Fundus muayenesinde optik diskin ödemli olduğu görüldü. Steroid tedavisine rağmen klinik tabloda kötüleşme olması üzerine, toksoplazma antikorlarına bakıldı ve ampirik toksoplazma tedavisine başlandı. Anti-toksoplazma IgG ve IgM antikorları yüksek bulundu. Takiplerinde klinik bulgularda düzelme olduğu ve anti-toksoplazma IgM antikorunun negatifleştiği görüldü.

Akut üveit ile başvuran olgularda retinada primer odak görülmesine de sebebin toksoplazma olabileceği hatırlanmalıdır. Şüpheli olgularda ampirik olarak toksoplazmaya yönelik tedavinin başlanması komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Toksoplazma, üveit

Türkiye Klinikleri J Ophthalmol 2007, 16:127-129

Abstract

This study aims to report a case with toxoplasma uveitis presenting with a clinical picture of acute uveitis and no focal lesions in the retina on her initial examination.

A 26-year-old female patient presented to our clinic with a one-week history of blurred vision in her left eye. Visual acuity and ophthalmological findings of anterior and posterior segments of her right eye were within normal limits. There was no reduction in visual acuity of her left eye. On biomicroscopic evaluation, there were +4 cells in the anterior chamber and vitreous and optic disc was edematous on ophthalmoscopy. Toxoplasma antibody levels were tested upon progression despite steroid therapy and empirical treatment for toxoplasma was started. Anti-toxoplasma IgG and IgM levels were found to be high. On follow-up examinations, her clinical signs regressed and anti-toxoplasma IgM antibodies were found to be negative.

It is advisable to keep in mind that toxoplasmosis may be the etiological factor in acute uveitis even if there is no primary lesion in the retina. Empirical treatment for toxoplasmosis is crucial in preventing complications in suspected cases.

Key Words: Toxoplasma, uveitis

Toksoplazma insan ve hayvanlarda yaygın olarak bulunan hücre içi bir parazittir. Kan yoluyla gözün arka segmentine gelir, retinada inflamasyon ve hasar yapar, daha sonra kiste dönüşür.¹

Toksoplazma enfeksiyonu doğumsal ya da edinilmiş olabilir. Göz belirtileri olguya ve yaşa göre değişkenlik gösterir. Örneğin erken çocukluk döneminde görme keskinliğinde azalma, şaşılık,

nistagmus ve lökokoriye neden olurken, daha ileri yaşlarda görme azlığı, fotofobi, ağrı ve kızarıklığa neden olmaktadır. Toksoplazma retinokoroiditi tipik olarak arka kutbu etkiler, lezyonu tek olabileceği gibi çok sayıda veya uydu şeklinde pigmenter retinal skar şeklinde de olabilir. Toksoplazmaya bağlı nüks enfeksiyon, immün yetmezliği olmayan kişilerde de görülebilmektedir.^{1,2} Nüks, retinadaki skarın bitişiğinde gri-beyaz retinokoroidit, vaskülit, kanama, vitritis veya panüveit şeklinde görülür.¹ Bazen immün yetmezliği olmayan kişilerde gözde primer odak olmaksızın toksoplazmaya bağlı göz tutulumu olduğu bildirilmiştir.³

Bu çalışmada akut enfeksiyon evresinde, retinada toksoplazmaya bağlı primer odağı görülmeye

Geliş Tarihi/Received: 04.07.2006 **Kabul Tarihi/Accepted:** 12.01.2007

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Ahmet YALÇIN
Abant İzzet Baysal Üniversitesi,
İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları AD, BOLU
ahmetyalcin80@gmail.com

Copyright © 2007 by Türkiye Klinikleri

yen, toksoplazma üveitli hastanın sunulması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu

Daha önce görme azlığı veya görme bulanıklığı şikayeti olmayan 26 yaşında bayan hasta, bir haftadır sol gözde görme bulanıklığı şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Hastanın sağ gözünün görme keskinliği, ön ve arka segment muayene bulguları doğaldı. Sol gözün görme keskinliği tamdı. Biyomikroskopik muayenesinde ön kamarada ve vitreusta yoğun hücre vardı ve fundus muayenesinde optik diskin ödemli olduğu görüldü. Fundus iyi aydınlanmıyordu. Hastanın mevcut durumu akut üveit olarak tanımlandı ve hastaya subkonjonktival 2 mg/0.5 ml deksametazon yapıldı. Saat başı deksametazon ve siklopentolat 3x1 damla kullanması önerilerek ayakta tedaviye başlandı. Bir gün sonraki kontrolünde sol göz görme keskinliğinin 7/10 seviyesine düştüğü, ön ve arka segment muayene bulgularının aynı olduğu görüldü. Hastanın hemogram, sedimentasyon, PA akciğer grafisi, ANA, anti-toksoplazma IgM ve IgG antikorları istendi, paterji testi yapıldı. Hastanın sorgulanmasında genital ülser ve cilt lezyonlarının olmadığı, bazen dudaklarında yaraların çıktığı öğrenildi. Hastanın mevcut durumunun toksoplazma üveiti olabileceği düşünülerek; 160 mg trimetoprim / 800 mg 2x1 sulfametoksazol ve 2x1 spiramisin tablet başlandı ve bir gün sonra prednizolon 32 mg/gün tedaviye eklendi. İki gün sonra kontrolde görme keskinliği 8/10 idi, ön ve arka segment bulgularında değişiklik yoktu. Yapılan tetkiklerinde anti-toksoplazma IgG düzeyleri 10.8 IU/ml, IgM 0.635 IU/ml idi. Diğer tetkikleri normal olarak saptandı. Hastanın toksoplazmaya bağlı akut üveit olduğu düşünülerek tedavinin devamına karar verildi. Bir hafta sonra kontrolde görmesinin tama çıktığı, ön kamarada hücrenin kaybolduğu, vitreusta hücrenin azaldığı görüldü. Fundus muayenesinde optik diskin hemen nazalinde hafif pigment silik bir primer toksoplazma odağı ve bitişiğinde gri-beyaz sekonder toksoplazma odağı ile uyumlu skar tespit edildi. Optik disk ödeminin düzeldiği görüldü. Ağızdan steroid tedavisi 2 günde yarım doza indirilerek 4 gün sonra kesildi. Steroid damla tedavisi

florometolon 3x1 olarak değiştirildi. Antibiyotik tedavisine 6 hafta devam edildi. Olgunun 6 hafta sonraki muayenesinde görme düzeyi tamdı, fundus muayenesinde bir değişiklik yoktu, vitreustaki hücrelerin de belirgin olarak azalmış olduğu görüldü. Hastanın tekrarlanan anti-toksoplazma IgG düzeyinin 12.9 IU/ml, IgM düzeyinin ise 0.242 IU/ml olduğu saptandı.

Tartışma

Toksoplazma sağlıklı kişilerde arka üveitin oldukça sık rastlanılan bir nedenidir.¹ Enfeksiyon doğumsal veya sonradan edinilmiş olabilir. Göz belirtileri olguya ve yaşa göre değişkenlik gösterir.¹ Tokso-plazma gözde primer odakta latent kalması nedeniyle genellikle primer odağın bulunduğu gözde tekrarlayan enfeksiyona yol açmakla beraber, nadiren tutulumun olmadığı diğer gözde de enfeksiyonun görüldüğü bildirilmiştir.⁴ Tokso-plazmaya bağlı nüks immün sistemin baskılandığı durumlarda sıklıkla görülmekle birlikte,⁵⁻⁷ immün yetmezliği olmayan olgularda da nüks ortaya çıkabilmektedir.^{1,2} Tokso-plazma, maküla ve optik disk tutulumu ile görme kaybı gibi ciddi komplikasyonlara sebep olabilir.

Aktif retinokoroidit lezyonu, komşuluğundaki retinal damarlarda tıkanıklığa sebep olabilir.^{8,9} Tokso-plazma retinokoroiditi immün yetmezliği olmayan bireylerde; optik disk, maküla ve papillomaküler demeti tutmadıkça genellikle iyi seyirlidir.¹

Toksoplazmaya bağlı oküler enfeksiyonun tanısı, klinik bulgulara dayanılarak, ön kamaradan alınan sıvıda PCR ile toksoplazma aranarak, aköz veya kanda anti-toksoplazma antikorları bakılarak konulabilir.¹⁰⁻¹⁴ Bu tanı yöntemleri ile beraber yapılan bir çalışmada, toksoplazmaya bağlı arka üveitli olgularda, gözyaşında anlamlı düzeyde anti-toksoplazma IgA tespit edilmiştir.¹⁵ Bu da tanı için gözyaşında anti-toksoplazma IgA antikorunun kullanılabilceğini göstermektedir.

Gözde fokal nekrotizan toksoplazma retinokoroiditi olmadan toksoplazmaya bağlı göz tutulumu olabilmektedir. Ronday ve ark.nın yaptıkları çalışmada, tek taraflı fokal retinokoroidit bulunan

ve toksoplazma primer sekeli bulunmayan 8 hastaya verilen steroid tedavisi sonrası klinikte kötüleşme olduğu saptanmış ve hastaların hepsinde serumda anti-toksoplazma IgM ve yüksek titrede anti-toksoplazma IgG tespit edilmiştir.³ Başka bir çalışmada, daha önce bir gözünde toksoplazma sekeli bulunduğu bilinen bir olgunun, sekel bulunmayan gözünde toksoplazmaya bağlı üveit geliştiği bildirilmiştir.⁴

Bizim olgumuzun tedavi öncesi muayenesinde primer odağı göremediğimiz için, retinada primer odağı olmayan toksoplazma üveiti olabileceğini düşündük ve toksoplazmaya yönelik tedaviye başladık. Verilen tedavi ile retina ödemi ve fundus aydınlanmasının düzelmesi sonucu optik diskin nazalinde hafif pigmentli silik görümlü primer ve yanında gri-beyaz sekonder toksoplazma odağının bulunduğunu gördük. Holland ve ark.nın yaptıkları çalışmada, başlangıç muayenesinde fokal nekrotizan retinokoroidit skarı bulunmayan toksoplazmaya bağlı üveitli 10 hastada, verilen tedavi ile göz içi inflamasyonun çekilmesinden sonra, bizim çalışmamızda olduğu gibi 4 olguda primer toksoplazma odağının bulunduğu görülmüştür.¹⁶

Sonuç olarak, toksoplazmaya bağlı akut üveit olan olgularda, vitreusta yoğun hücre ve retinada inflamasyon nedeniyle primer odağın görülemeyebileceği hatırlanmalıdır. Akut üveit ile başvuran olgularda retinada primer odak görülmesi de, üveitin toksoplazmaya bağlı olabileceği düşünülerek toksoplazma varlığının araştırılmasının gerektiğini düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

- Bonfioli AA, Orefice F. Toxoplasmosis. *Semin Ophthalmol* 2005;20:129-41.
- Schnyder CC. Toxoplasmosis and ocular pathology. *Schweiz Med Wochenschr Suppl* 1995;65:82S-88S.
- Ronday MJ, Luyendijk L, Baarsma GS, Bollemeijer JG, Van der Lelij A, Rothova A. Presumed acquired ocular toxoplasmosis. *Arch Ophthalmol* 1995;113:1524-9.
- Seng Lee M, Boyce RL, Clarke JR. Reactivation of ocular toxoplasmosis in fellow, unaffected eye. *Eur J Ophthalmol* 2004;14:338-40.
- Conrath J, Mouly-Bandini A, Collart F, Ridings B. Toxoplasma gondii retinochoroiditis after cardiac transplantation. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2003;241:334-8.
- Peacock JE Jr, Greven CM, Cruz JM, Hurd DD. Reactivation toxoplasmic retinochoroiditis in patients undergoing bone marrow transplantation: is there a role for chemoprophylaxis? *Bone Marrow Transplant* 1995;15:983-7.
- Lee YF, Chen SJ, Chung YM, Liu JH, Wong WW. Diffuse toxoplasmic retinochoroiditis as the initial manifestation of acquired immunodeficiency syndrome. *J Formos Med Assoc* 2000;99:219-23.
- Küçükerdönmez C, Yılmaz G, Akova YA. Branch retinal arterial occlusion associated with toxoplasmic chorioretinitis. *Ocul Immunol Inflamm* 2004; 12:227-31.
- Rose GE. Papillitis, retinal neovascularisation and recurrent retinal vein occlusion in Toxoplasma retinochoroiditis: a case report with uncommon clinical signs. *Aust N Z J Ophthalmol* 1991;19:155-7.
- Karakaş N, Şenerkek E, Aksünger A, Yaşar T, Balıkcı E, Karadede S, Ünlü MK. Oküler tokzoplazmoziste takip ve tedavi sonuçlarımız. *Retina-Vitreus* 1995;3:60-3.
- De Boer JH, Verhagen C, Bruinenberg M, et al. Serologic and polymerase chain reaction analysis of intraocular fluids in the diagnosis of infectious uveitis. *Am J Ophthalmol* 1996;121:650-8.
- Okhravi N, Jones CD, Carroll N, Adamson P, Luthert P, Lightman S. Use of PCR to diagnose Toxoplasma gondii chorioretinitis in eyes with severe vitritis. *Clin Experiment Ophthalmol* 2005;33:184-7.
- Torun N, Liekfeld A, Hartmann C, Metzner S, Pleyer U. Ocular toxoplasmosis antibodies in aqueous humor and serum. *Ophthalmologie* 2002;99:109-12.
- Türk M, Gürüz Y. Oküler toksoplazmosis tanısında nested polimeraz zincir reaksiyonunun yeri. *Türkiye Parazitoloji Dergisi* 2002;26:335-41.
- Lynch MI, Cordeiro F, Ferreira S, Ximenes R, Orefice F, Malagueno E. Lacrimal secretory IgA in active posterior uveitis induced by Toxoplasma gondii. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2004;99:861-4.
- Holland GN, Muccioli C, Silveira C, Weisz JM, Belfort R Jr, O'Connor GR. Intraocular inflammatory reactions without focal necrotizing retinochoroiditis in patients with acquired systemic toxoplasmosis. *Am J Ophthalmol* 1999;128:413-20.