

Toksoplasmik Retinokoroidit ve Koroidal Neovasküler Membran

Volkan DAYANIR*, Bora ELDEM**

ÖZET

Toksoplasmik retinokoroidit aktif safhada ve daha sonra da gelişebilecek çeşitli komplikasyonlarla görmeyi olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu çalışmada kliniğimiz retina biriminde görülen toksoplasmik retinokoroidit olgularından 16'sının fundus floresein anjiyografileri ve dosyaları retrospektif olarak tarandı. Olgular inaktif skar, aktif retinokoroidit ve koroidal neovasküler membran gruplarına ayrılarak incelendi. Toksoplasmik retinokoroiditin nadir görülen bir komplikasyonu olan koroidal neovasküler membran gelişen 2 olgumuz detaylı olarak incelendi ve tedavileri tartışıldı.

Anahtar Kelimeler: Toksoplasma, retinokoroidit, koroidal neovasküler membran

T Klin Oftalmoloji 1995, 4: 97-100

SUMMARY

TOXOPLASMIC RETINOCHOROIDITIS AND CHOROIDAL NEOVASCULAR MEMBRANE

Toxoplasmic retinochoroiditis may cause loss of vision during active phase or by means of developing several complications. In this study we retrospectively reviewed the angiograms and the charts of 16 cases of toxoplasmic retinochoroiditis in the Retina department of our clinic. Patients were classified as inactive scar, active retinochoroiditis or choroidal neovascular membrane. Two patients who had had choroidal neovascular membrane were reviewed in detail with discussion of the treatment of this rare complication.

Key Words: Toxoplasma, retinochoroiditis, choroidal neovascular membrane

T Klin J Ophthalmol 1995, 4: 97-100

Giriş

Toksoplazmosisin arka kutupta retinokoroidit yaptığı 1952'de Wilder tarafından gösterilmiştir (1). Toksoplazmosise ait arka kutup lezyonu aktif retinokoroidit veya bundan arda kalan skar dokusu şeklinde görülmektedir. Aktif lezyonlar özellikle makulayı tehdit ederlerse medikal tedavi yapılmakta; makulayı tehdit etmeyenlere ise izlem yeterli olmaktadır. Skar dokusundan zaman içinde koroidal neovaskülarizasyon ge-

leşebileceği çeşitli yazarlar tarafından bildirilmektedir (2,3). Yoğun retinal enflamasyonu takiben Bruch membranı ve koriokapillaris zedelenmektedir. Aktif retinokoroidit ile birlikte retinada ve özellikle enflamasyonun olduğu bölge etrafında venöz akımda yavaşlama olmaktadır. Bu bölgede yeterli miktarda staz olursa retinokoroidal vasküler anastomozla sonuçlanacak aktif vazoproliferasyonun oluşacağına inanılmaktadır (4).

Bu çalışmada kliniğimizde görülen toksoplazmosis olgularından 16'sının fundus floresein anjiyografileri (FFA) retrospektif olarak incelendi ve toksoplazmosis skarının nadir görülen bir komplikasyonu olan ve iki hastamızda saptanan koroidal neovasküler membran (KNVM) tartışıldı.

Gereç ve Yöntem

Çalışmaya, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Kliniği Retina Birimi tarafından tokso-

Geliş Tarihi: 19.12.1994

* Araş.Gör.Dr.Hacettepe Üniv. Tıp Fakültesi Göz Hast. ABD,

** Doç.Dr.Hacettepe Üniv. Tıp Fakültesi Göz Hast. ABD, ANKARA

Yazışma Adresi: Volkan DAYANIR

Hacettepe Üniversitesi

Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları ABD,

ANKARA

Tablo 1. Korioretin.it skarı ve aktif retinokoroidit hastalarının genel özellikleri

	Korioretin! skarı	Aktif retinokoroidit
Hasta sayısı	7	7
Erkek	4	2
Kadın	3	5
Yaş sınırları	10-48	14-31
Ortalama yaş+SH* (yıl)	28.4+4.9	23.4+2.2
Ortalama izlem+SH* (ay)	18.4+1.6	24.7+9.1

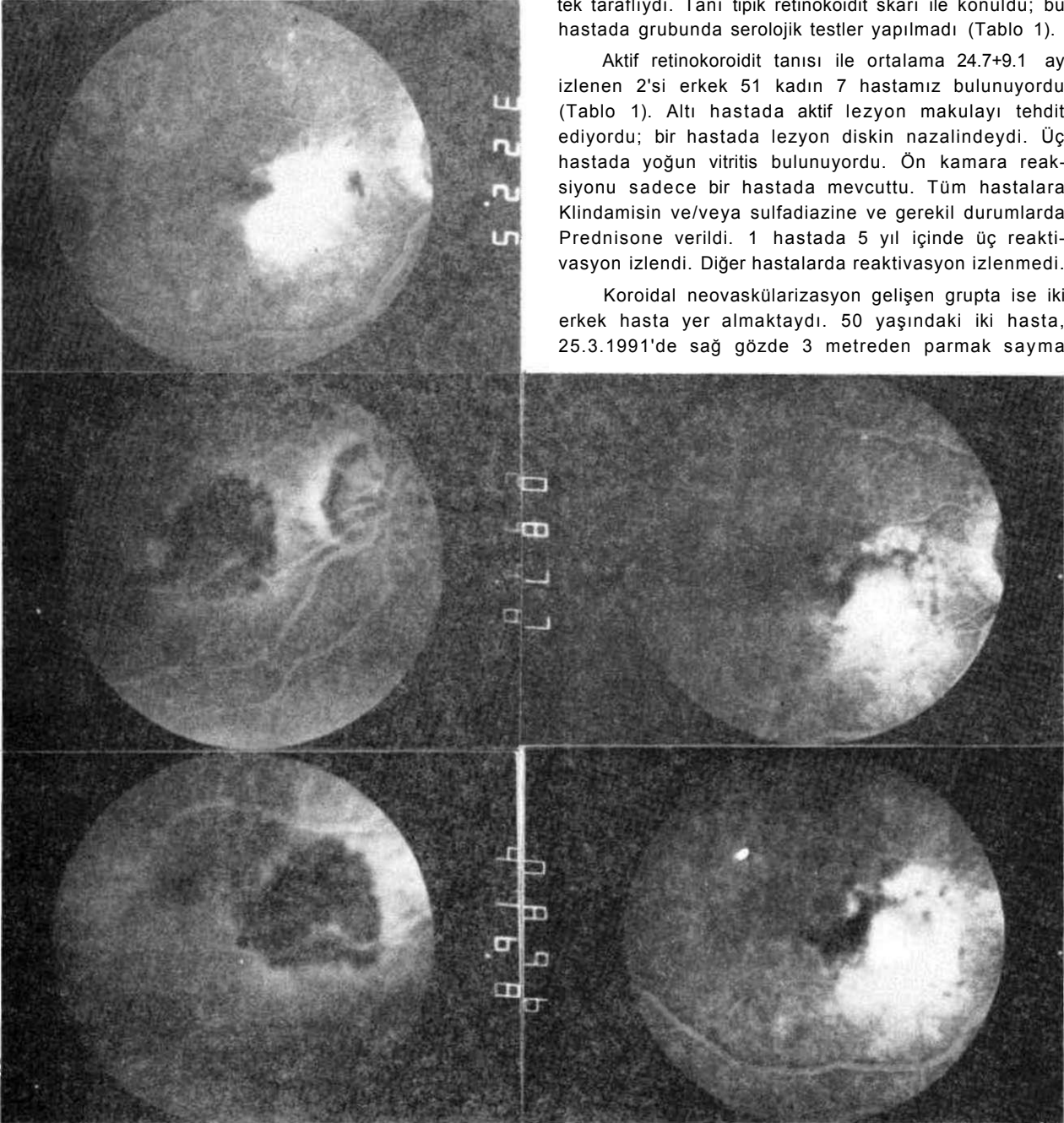
plasmik retinokoroidit tanısı konulan 81 erkek, 8'i bayan olmak üzere 16 hastanın FFA'ları alındı. Yaş sınırları 10-50 (ortalarna+standart hata, 28.3+2.9) arasındaydı. Hastalar retinokoroidit skar dokusu, aktif retinokoroidit ve KNVM gözüklenler olmak üzere üç gruba ayrılarak incelendi.

Bulgular

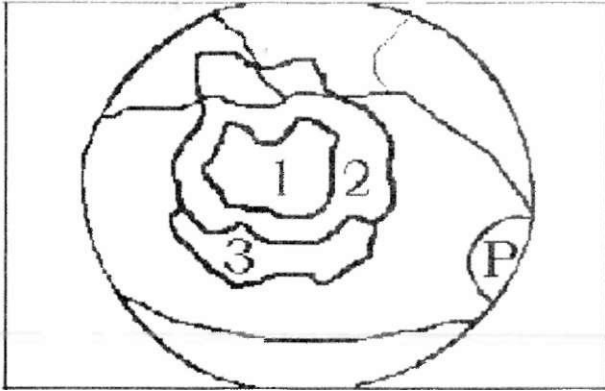
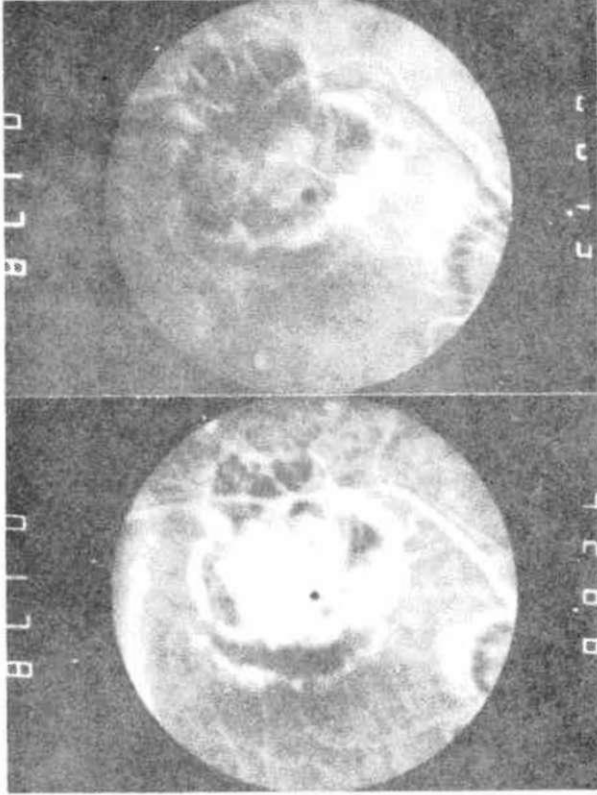
Geçirilmiş retinokoroidit skarı teşhisi konulan ve ortalama 18.4±1.6 ay takip edilen 4'ü erkek 3'ü kadın 7 hastamız bulunuyordu. Tüm hastalarda göz tutulumu tek taraflıydı. Tanı tipik retinokoidit skarı ile konuldu; bu hastada grubunda serolojik testler yapılmadı (Tablo 1).

Aktif retinokoroidit tanısı ile ortalama 24.7+9.1 ay izlenen 2'si erkek 51 kadın 7 hastamız bulunuyordu (Tablo 1). Altı hastada aktif lezyon makulayı tehdit ediyordu; bir hastada lezyon diskin nazalindeydi. Üç hastada yoğun vitritis bulunuyordu. Ön kamara reaksiyonu sadece bir hastada mevcuttu. Tüm hastalara Klindamisin ve/veya sulfadiazine ve gerekli durumlarda Prednisone verildi. 1 hastada 5 yıl içinde üç reaktivasyon izlendi. Diğer hastalarda reaktivasyon izlenmedi.

Koroidal neovaskülarizasyon gelişen grupta ise iki erkek hasta yer almaktaydı. 50 yaşındaki iki hasta, 25.3.1991'de sağ gözde 3 metreden parmak sayma



Şekil 1. Üstteki anjiografide koroidal neovasküler membranın geç dönem filmi görülmekte ; ortadakilerde, geç dönem anjiografide (orta sağ) sızıntının ilk laser sonrası devam ettiği gözlenmekte; alttakilerde, ek laser sonrası sızıntının olmadığı görülmektedir.



Şekil 2. Üstteki anjiyografilerde, erken ve geç dönemde koroidal neovasküler membran ve etrafındaki maskeleme gözleniyor. Çizimde ise, koroidal neovasküler membran (1), eksüda (2), intraretinal hemoraji (3) ve papilla (P) şematik olarak gösterildi.

(mps) ve arka kutupta aktif retinokoroidit odağı ile başvurdu. Muayenede sol gözde geçirilmiş toksoplazmosis skarı nedeniyle görmesinin 4 mps olduğu gözlemlendi. Yapılan serolojik çalışmada ELİSA ile IgM müspet bulundu. Klindamisin ve Prednisone tedavisi ile 1 ay içinde görme 0.4'e yükseldi; bununla beraber fovea alt nazalinde KNVM geliştiği gözlemlendi. Argon yeşili laser ile 100-200 um spot boyutu, 0.2 saniye süre ve 150-200 mW güç ile 88 şut atılarak KNVM kapatıldı. 2 haf-

ta sonra çekilen kontrol FFA'de 3 küçük odaktan sızdırdığı görülerek 50 şut ilave yapıldı. 2 hafta sonra çekilen kontrol FFA'de sızıntı gözlenmedi (Şekil 1).

39 yaşındaki ikinci hasta, ilk defa kliniğimizde 19.11.1982 tarihinde allerjik konjonktivit nedeniyle görüldü. 2.6.1986'da ikinci kez görüldüğünde sağ gözde görmesi 0.15 seviyesindeydi. Makuladaki lezyon toksoplazmik skar ile uyumlu idi; sabin Feldman boya testi titresi 1/64 olarak bulundu. 12.4.1989'da hasta sağ gözde yoğun intravitreal hemoraji ile geldi ve görmesi 50 santimden el hareketleri, persepsiyon projeksiyon seviyesindeydi. 20.12.1989'da pars plana vitrektomi yapılan hastanın görmesi 0.3'e yükseldi. Fundus muayenesinde makulaya doğru uzanan intraretinal hemoraji ve skar dokusu tespit edildi. Çekilen FFA'de lezyonun tam ortasında KNVM mevcuttu. KNVM'nın üstte ve altta eksüda ve ayrıca altta intraretinal hemoraji tarafından maskelenmesi nedeniyle laser yapılamadı (Şekil 2). 17.11.1993'deki lenste başlangıç arka subkapsüler kataraktlar gözlenmekteydi.

Tartışma

Oküler toksoplazmosis akkiz veya konjenital olarak görülebilmeye rağmen, enfeksiyonların büyük bir bölümünün konjenital olduğu düşünülmektedir (5). Oküler tutulum tipik olarak fokal nekrotizan retinokoroidit ile karakterizedir. Ön retinanın tutulumu vitreus opasitelerine neden olabilir. Klinikte ön ve arka segment enflamasyonu gözükülebilir. Tekrarlayan enfeksiyonlar eski skarın bitişiğinde, yıllar sonra görülebilir (96).

Oküler toksoplazmosisdeki retinanın vasküler lezyonları arasında, akut retinit bölgesinden geçen arter dal tıkanıklığı, periflebit, periflebit ve periarterit birlikte olması, kısmi periarterit ve koroidal neovaskülarizasyon bulunmaktadır (4-7).

Toksoplazmosis skannda tanı tipik fundus görünümü ile konmaktadır. Zira toplumda toksoplazmosis enfestasyonu sık olduğu için serolojik çalışmaların sonuçlarını değerlendirirken zorluklarla karşılaşmaktadır (8).

Aktif retiniti olan vakalardan özellikle arka kutbu ve optik diski tehdit edenler ve yoğun vitritis olanlarda, antimikrobiyal ajanlarla birlikte steroid tedavisi tavsiye edilmektedir (9).

Toksoplazmosis skarından KNVM gelişmesi nadir olarak görülmektedir (2,4). Literatürde, KNVM'ın inaktif skar dokusundan geliştiği belirtilmektedir. IgM müspetliği gösterilen ilk olgumuzda, retinit bulgularının ortaya çıkmasından bir ay sonra KNVM'ın geliştiğini gözledik. Fine ve ark. bu tip membranların argon yeşil laser fotokoagülasyonu kullanılarak kapatılabileceğini göstermiştir (2). İkinci olgumuzda ise, KNVM skar dokusundan gelişmiştir. Sabin Feldman boya testi titresi 1/64 olmasına rağmen, inaktif safhada olduğu için serolojik testlerle kesin tanıya gitmek mümkün olmamıştır. Takip sırasın-

da gelişen vitreus hemorajisinde pars plana vitrektomi uygulanmıştır. Bu olguda laser tedavisinin kullanılmasının sebebi ise, KİVMV'nin üstte ve altta intraretinal hemoraji ve sert eksüda tarafından maskelenmesi idi.

inaktif toksoplazmosis skarı tanısıyla izlenen hastalarda ani görme kayıpları değerlendirilirken retinitin reaktivasyonu yanısıra, KNVM'nin gelişebileceğini de düşünmek ve buna yönelik tedavileri planlanmak gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Wilder JC. Toxoplasma chorioretinitis In adults. Arch Ophthalmol 1952; 48:127-36.
2. Fine SL, Owens SL, Haller JA, Knox DL, Patz A. Choroidal Neovascularization as a Late Complication of Ocular Toxoplasmosis. Am J Ophthalmol 1981; 91: 318-22.
3. Burch JV, Morse PH. Evaluation and treatment of neovascular membranes. In Disorders of the Vitreous, Retina and Choroid. Butterworths, London 1983; 5:60-75.
4. Kennedy JE, George NW. Retinochoroidal Vascular Anastomosis in Uveitis. Am J Ophthalmol 1971; 71:1221-5.
5. Perkins ES. Ocular toxoplasmosis. Br J Ophthalmol 1972; 57:1-5.
6. Schlaegel TF. Toxoplasmosis. In Clinical Ophthalmology Vol 1. Harper and Row, Philadelphia 1982.
7. Willerson D, Aaberg TM, Reeser F, Meredith TA. Unusual ocular presentation of acute toxoplasmosis. Br J Ophthalmol 1977;61:693-8.
8. Quinlan P, Jabs DA. Ocular toxoplasmosis. In Retina. Mosby Company, St. Louis 1989; 2:89 pp: 563-74.
9. Tamesis RR, Foster CS. Toxoplasmosis. In: Principles and Practice of Ophthalmology Vol 2. WB Saunders Company, Philadelphia 1994; Ch 76:929-34.