

Kabakulak Enfeksiyonlarında Kornea Tutulumu: Olgu Sunumu

CORNEAL INVOLVEMENT IN MUMPS INFECTIONS: A CASE PRESENTATION

Mehmet BAYKARA*, Murat DOĞRU**, Hikmet ÖZÇETİN***

* Uz.Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları AD,

** Yrd.Doç.Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları AD,

*** Prof.Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları AD, BURSA

Özet

İki hafta önce klinik ve serolojik olarak kabakulak teşhisi aldığı ifade eden, kronik trombositopenik purpura nedeni ile bir yıldır sistemik steroid kullanım öyküsü de olan onbeş yaşındaki bayan hasta hızla gelişen sağ gözde görme kaybı, kızarıklık ve ışığa bakamama şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Olgunun sağ gözde görmesi 0.1 düzeyinde olup, biyomikroskopi muayenesinde konjonktivada hiperemi, kemozis, santral kornea ödemi, Descemet kıvrımları, keratik presipitatlar, ön kamarada bulanıklık ve tindalizasyon saptandı. Hastanın kabakulağa bağlı keratoüveit geçirdiği düşünülerek, topikal prednizolon ve siklopentolat damla başlandı. Üç hafta sonra tashihsiz görme 1.0 düzeyindeydi ve hastanın korneası şeffaf olarak izlendi. 6 aylık takipte herhangi bir nükse ve soruna rastlanmadı.

Anahtar Kelimeler: Kabakulak, Keratit, Konjonktivit, Üveit

T Klin Oftalmoloji 2001, 10:233-236

Summary

A 15-year-old female patient who had a history of systemic steroid use for chronic thrombocytopenic purpura with clinical and serological diagnosis of mumps 2 weeks before, was admitted with complaints of sudden visual loss, conjunctival hyperemia and photophobia in the right eye. The visual acuity was 0.1 OD and the slit lamp examination revealed conjunctival hyperemia, chemosis, central corneal edema, Descemet folds, keratic precipitates, flare and tyndallization. The patient was diagnosed as mumps keratouveitis and was prescribed topical prednisolon and cyclopentolate eye drops. The visual acuity increased to 1.0 and the cornea regained transparency 3 weeks later. No recurrence or problems were noted at the sixth month follow-up.

Key Words: Mumps, Keratitis, Conjunctivitis, Uveitis

T Klin J Ophthalmol 2001, 10:233-236

Kabakulak virusu RNA yapılı Paramiksovirus ailesinden bir virus olup, insanlara damlacık enfeksiyonu şeklinde bulaşır. Tükrük bezleri veya üst solunum yollarının epitelinde çoğalıp, 16-18 günlük bir kuluçka süresinden sonra sekonder olarak diğer organlara viremi yoluyla yayılır. Hafif ateş, kas ve baş ağrısı ile beraber ilk 24 saat içerisinde başlayıp, 72 saat içinde giderek artan kulak arkasında ağrı ve parotit nedeniyle tükrük bezlerinde unilateral veya bilateral şişme gelişir.

Geliş Tarihi: 20.07.2001

Yazışma Adresi: Dr. Murat DOĞRU

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göz Hastalıkları AD,
Görükle 16059, BURSA

Parotiti takiben olguların %30'unda epididimoorşit, %10'unda meningoensefalitte izlenebilir (1). Nadir olmakla birlikte kabakulak enfeksiyonu esnasında veya sonrasında pankreatit, ooforit, bartolinit, tiroidit, mastit, sensoryal sağırılık, postenfeksiyöz ensefalit, hepatit, myokardit, hemolitik anemi ve trombositopenik purpura da görülebilir (1,2).

Oküler kabakulak bulguları arasında dakriyoadenit, dakriyosistit, kapak absesi, optik nörit, okülomotor, abduzens sinir ve akomodasyon paralizisi, keratit, iridosiklit, glokom veya oküler hipotoni, konjonktivit, episklerit, sklerit, tenonit, santral retina ven tıkanıklığı, konjenital kabakulak enfeksiyonu sonrasında da korneal ve lentiküler opasiteler ile koryoretinit bildirilmiştir (3-6). Çalışmamızda kabakulak enfeksiyonuna

bağlı bilateral parotiti takiben tek taraflı keratokonjonktivit ve iridosiklit gözlediğimiz bir olgu sunulmaktadır.

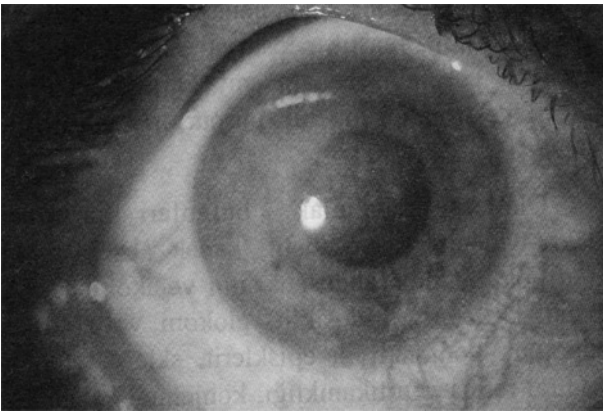
Olgu Sunumu

Onbeş yaşındaki bayan hasta son bir hafta içinde hızla gelişen sağ gözde görme kaybı, kızarıklık, sulanma ve ışığa bakamama şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Anamnezinde bir ay önce kabakulak geçiren bir aile yakınının çocuğu ile teması takiben, 2 hafta sonrasında önce bilateral parotid bölgelerinde şişme ve bundan da 2 gün önce başağrısı, halsizlik ve hafif ateş ile seyreden bir klinik tablo geçirdiğini tarif ediyordu. Hastaya çocukluk yaşında yapılması gereken kabakulak aşısının yapılmadığı da öğrenildi. Başvurduğu Kulak Burun Boğaz doktoru tarafından öncelikle kabakulaklı bir hasta ile temas öyküsü, bilateral parotit ve aseptik menenjitte benzer bulguları olması nedeniyle klinik olarak, daha sonra serolojik test ile teyid edilen kabakulak teşhisi aldığı ifade ediyordu. Hastanın özgeçmişinde ayrıca kronik idiopatik trombositopenik purpura (İTP) nedeni ile yaklaşık 1 yıldır günde 5 mg deksametazon tablet kullanım öyküsü vardı. Hastalığı remisyonda idi. Başka bir sistemik veya oküler hastalık öyküsü yoktu. Hastaya yapılan ilk oftalmolojik muayenede sağ gözde görmesi Landolt eşeli ile tashihsiz 0.1, sol gözde tamdı. Biyomikroskopide konjonktivada hiperemi, hafif kemozis, santral kornea ödemi, Descemet kıvrımları, keratik presipitatlar, ön kamarada bulanıklık

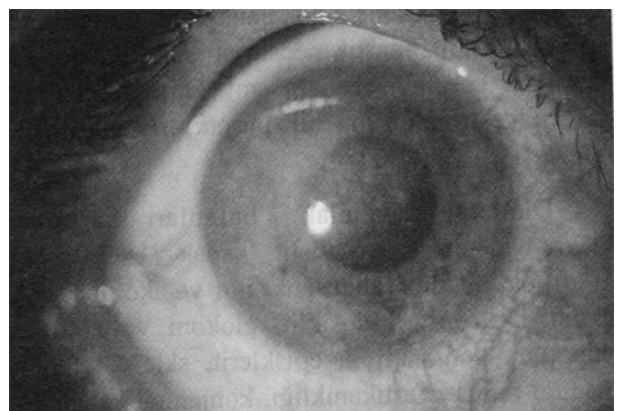
ve hafif tindalizasyon vardı (Şekil 1). Flöresein boyamada epitel defekti veya punktata boyanmaya rastlanmadı. Bilateral göziçi basınçları 10 mmHg idi. Olgunun fundoskopisinde bilateral olarak optik sinirler ve retinaların doğal görünümde olduğu izlendi. Hastanın kabakulak enfeksiyonuna bağlı olarak, keratit tablosu ağırlıklı olmak üzere konjonktivit ve üveit geçirdiği düşünülerek, topikal %1 prednizolon asetat damla günde 8 sefer, %1'lik siklopentolat damla günde 3 kez olarak başlandı. Dahiliye bölümü konsültasyonu sonucunda kabakulak enfeksiyonunun trombositopeniyi indüklediği gerekçesi ile de sistemik olarak deksametazon dozu günde 25 mg'a çıkarıldı. Deksametazon 3 gün boyunca 25 mg dozunda kullanıldıktan sonra 5 mg azaltıldı ve 5 mg/gün dozuna düşene kadar 3 günde bir 5 mg düşürüldü. Bir hafta sonra hastanın görmesi tashihsiz olarak 0.5 düzeyine çıktı ve biyomikroskopik olarak kornea ödeminin gerilediği görüldü (Şekil 2). İki hafta sonra da hastanın görmesi tashihsiz olarak 1.0 düzeyindeydi ve korneası şeffaf olarak izlendi. Topikal ilaçları azaltılarak kesildi. Deksametazon ise hastalık öncesi kullandığı 5 mg/gün dozunda devam edildi. 6 aylık takipte herhangi bir nükse ve soruna rastlanmadı.

Tartışma

Kabakulak enfeksiyonlarında oküler bulgular, ilk defa Vilard ve Bonnet tarafından tanımlanmıştır (7,8). Dakriyoadenit, en sık görülüp, rapor



Şekil 1. İlk muayene. Konjonktival hiperemi, kemozis, santral korneal ödem, desme foldları, Yer yer keratik presipiteler.



Şekil 2. Tedaviden 1 hafta sonra. Santral kornea açık. Temporalde hafif korneal bulanıklık (+).

edilen oküler bulgudur. Tipik lakrimal bez tutulumu genellikle bilateral ve ağrılı olup, parotit esnasında ortaya çıkmaktadır. Nadiren de lakrimal bez inflamasyonu sadece epifora ile kendini gösterebilir. En ağır seyreden olgularda bile prognozun iyi olup, üst kapağa yapılan sıcak kompreslerin yeterli olacağı bildirilmiştir (4). Kabakulakta ikinci sırada sıklıkla görülen oküler belirti optik nörittir. Optik nörit, çoğunlukla bilateral ve meningoensefalitle beraber olup, retrobulber nörit, papillit veya nöroretinit şeklinde ortaya çıkabilir. Parotit ile aynı zamanda ortaya çıkan optik nöritlerin büyük bir kısmının spontan olarak gerilediği; ancak geç başlangıçlı optik nöritlerin kural olarak sekonder optik atrofi ile sonuçlandığı rapor edilmiştir (3). Kabakulak olgularında yapılmış başka bir çalışma, çoğu zaman optik nöritin subklinik seyrettiğini, olguların büyük kısmında parotit öncesinde asemptomatik ve hafif seyirli disk hiperemisi ve marjlarda silinme olduğunu ortaya çıkarmıştır (4). Bizim olgumuzda dakriyoadenit veya optik nörit gibi sık görülen belirtilere rastlanmamış olmakla beraber, bu belirtilerin parotit esnasında veya öncesinde subklinik bir seyir gösterip, iyileşme göstermiş olabileceğini ekarte edememekteyiz. Çalışmamızdaki olguda oküler kabakulak, keratoüveit ve kataral konjonktivit ile başgöstermiştir. Kabakulakta kornea tutulumunun, olgumuzda da olduğu gibi parotitten kısa bir süre sonra, genellikle de 5-11 gün içerisinde geliştiği bildirilmektedir. Kornea tutulumunun çoğunlukla tek taraflı olup, görmede ani ve ağrısız azalma, epifora ve fotofobi ile beraber gittiği, biyomikroskopide tipik olarak olgumuzda da izlendiği gibi "santral korneal epitel ve stromal ödem adacıklarını ayıran Descemet kıvrımları" şeklinde görüldüğü rapor edilmiştir (4,9,10). Olgumuzda herpetik keratit öyküsü olmamakla beraber, herpes virüs endotelitinin benzer bir klinik görünüm verebileceği, primer herpes enfeksiyonunun üveit yapabileceği ve hümmör aköz analizinin tanıda yardımcı olabileceği mutlaka akılda tutulmalıdır. Kabakulak keratitinde kornea epitelinin genellikle intakt olup, punktat boyanma gösterebileceği, kornea inflamasyonunun vaskülarizasyon ve lipid depozisyonu olmaksızın spontan ve sekelsiz iyileşme ile sonuçlandığı bildirilmiştir (4). Bu nedenle hafif inflamasyon ve kornea ödemi

ile giden olgularda tedavi önerilmemekle beraber, olgumuzdaki gibi şiddetli kornea inflamasyonu ve ön üveit ile seyreden olgularda topik steroid ve siklopleji uygun görülmektedir. Kronik İTP'de etiyolojik olarak trombositlere karşı antikor üretimi vardır ve bunun viral nedenlerle tetiklenebileceği bilinmektedir (11). Olgumuzda ayrıca trombositopeni nedeni ile sistemik steroid verilmiş olmasının kornea inflamasyonu ve ödeminin gerilemesini hızlandırdığı ve katkıda bulunduğu düşüncesindeyiz. Ancak olgumuzdaki gibi bir indikasyon olmadıkça orta -şiddetli kabakulak keratiti olgularında topikal steroid ve sikloplejiklerin yeterli olacağı düşüncesindeyiz. Nadiren de olsa sklerit ile beraber seyreden olgularda periferik kornea inflamasyonu, skar ve vaskülarizasyon gelişebileceği akılda tutulmalıdır. Kabakulak keratiti sıklıkla kendini sınırlayan, benign seyirli, hafif bir irit ya da iridosiklit ile beraber gider. Bizim olgumuzda göziçi basıncının doğal seyretmiş olmasına rağmen, kabakulak konvalesans dönemi sonrasında ortaya çıkan hafif şiddetteki üveitlerde siliyer epitel inflamasyonu nedeniyle sekonder glokom gelişebileceği ve göz içi basıncının titizlikle takip edilmesi gerektiği hatırlanmalıdır. Şiddetli kabakulak üveiti sonrasında siliyer cisim nekrozuna bağlı olarak akut oküler hipotoni gelişebileceği de rapor edilmiştir (12). Yine kabakulak iridosikliti esnasında primer veya otoimmün ooforit, orşit, hepatit ve pankreatit gelişebileceği unutulmamalıdır (1). Kabakulak çoğunlukla çocukluk dönemi enfeksiyonu olarak bilinse de immün olmayan erişkinlerde ortaya çıktığı zaman, görsel açıdan çocuklara kıyasla daha şiddetli oküler bulgular ve görmeyi tehdit edici komplikasyonlar ile seyredebilir. Bu olgu sunusu ile kabakulak enfeksiyonu esnasında veya sonrasında dikkatli ve tam bir oftalmolojik muayenenin gerekli olduğunu hatırlatmak istiyoruz.

KAYNAKLAR

1. Krugman S. Mumps (epidemic parotitis). In: Infectious diseases of children .Eds: Saul Krugman, Samuel L.Katz. 7th edition, Mosby Co., St. Louis, 1981, Ch. 16.
2. Kabakus N, Aydinoglu H, Yekeler H . Fatal mumps nephritis and myocarditis. J Trop Pediatr 1999;45:358-360.
3. Fields J. Ocular manifestations of mumps. Am J Ophthalmol

- 1947;30:591-595.
4. Riffenburgh RS. Ocular manifestations of mumps. Arch Ophthalmol 1961;66:739-743.
 5. Opremcak EM. Viral disease. In: Opremcak EM, Uveitis. New York, Springer-Verlag, 1995;97-133.
 6. Foster RE. Mumps neuroretinitis in an adolescent. Am J Ophthalmol 1990;110:91-92
 7. Bonnet P. Les complications oculaires des oreillons: manifestations oculaires de l'infection ourlienne. J Med Lyon 1938;1938:171-182.
 8. Villard H. Complications oculaires des oreillons. Arch Ophthalmol 1927; 44:487.
 9. Diamante G, Leibowitz H. Superficial punctate keratopathy. In: Leibowitz, Waring, eds. Corneal Disorders. WB Saunders, Philadelphia 1998:432-4.
 10. Ostler HB, Bierly JR. Nonherpetic viral infections. In: Kaufman HE, Barron BA, McDonald MB, eds, The Cornea, Second Edition on CD-ROM. MA, Butterworth-Heinemann, 1998; Part II.
 11. Bondy PK, Dilts PV, Drossman DA, et al. Platelet Disorders. In: Beers MH, Berkow R, The Merck Manual of Diagnosis and Therapy. Whitehouse Station, NJ, Merck Research Laboratories, 1999:92-928.
 12. Slagsvold JE. Acute ocular hypotony as a manifestation of mumps. A case report. Acta Ophthalmol 1980;58:288-91.