

Aseptomatik Nörosifiliz ile İlişkili Optik Nörit Olgusu

A Case of Optic Neuritis Associated with Asymptomatic Neurosyphilis

Enes ATALAY^a, Nesrin BÜYÜKTORTOP GÖKÇINAR^a, Mehmet Erhan YUMUŞAK^a,
Nurgül ÖRNEK^a, Neşe ASAL^b

^aKırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları ABD, Kırıkkale, Türkiye

^bKırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji ABD, Kırıkkale, Türkiye

Bu çalışma, Türk Oftalmoloji Derneği 52. Ulusal Kongresi'nde (13-18 Kasım 2018, Antalya) poster olarak sunulmuştur.

ÖZET Bu yazıda, optik nörit ile başvuran bir hastada, sifiliz tanısı ve tedavi yaklaşımını sunmayı amaçlıyoruz. Kırk dört yaşındaki erkek hasta, sol gözde görme kaybı ile başvurdu. Tek taraflı vitrit, optik disk ödemi ve görme alanı skotomu vardı. Zührevi hastalıkları araştırma laboratuvarı ve floresan treponemal antikor absorpsiyon immünglobulin G sifiliz testleri pozitif. Sifilizin dermatolojik veya başka bir sistemik bulgusu yoktu. Ancak kraniyal manyetik rezonans görüntülemesinde periventriküler ve subkortikal derin beyaz cevherde multipl plaklar mevcuttu. Hasta, sifilitik optik nörit ve nörosifiliz tanısı aldı. Nörosifiliz bu olguda, göz bulguları dışında asemptomatikti. İntravenöz penisilin G, oral doksisisiklin ve oral metilprednizolon tedavisi uygulandı. Sifiliz, büyük taklitçi olarak bilinmektedir. Özellikle net tıbbi öykünün elde edilemediği durumlarda, inflamatuvar göz hastalıklarının ayırıcı tanısında düşünülmelidir.

ABSTRACT In this article, we aim to present the diagnosis and treatment approach of syphilis in a patient who presented with optic neuritis. A 44-year-old male patient presented with the complaint of loss of vision in his left eye. He had unilateral vitritis, optic disc edema, and visual field scotoma. Laboratory tests including venereal diseases research laboratory and fluorescent treponemal antibody absorption immunoglobulin G were positive for syphilis. He did not have dermatological or any other systemic finding of syphilis. Cranial magnetic resonance imaging revealed multiple plaques in the periventricular and subcortical white matter. He was diagnosed with neurosyphilis due to syphilitic optic neuritis, and brain involvement. Neurosyphilis was asymptomatic in this case except ocular findings. He was treated with intravenous penicillin G plus oral doxycycline, and oral methylprednisolone. Syphilis is known as the great mimicker. It must be considered in the differential diagnosis of inflammatory eye diseases, especially when a clear medical history can not be obtained.

Anahtar Kelimeler: Nörosifiliz; optik nörit; sifiliz

Keywords: Neurosyphilis; optic neuritis; syphilis

Sifiliz, spiroket bakteri ailesinden *Treponema pallidum*'un neden olduğu; sıklıkla cinsel temas yoluyla veya anneden bebeğe gebelik ve doğum esnasında bulaşan sistemik bir hastalıktır.¹⁻³

Sifiliz; deri, kardiyovasküler sistem, eklem, kemik, sinir sistemi ve göz gibi birçok organı etkileyebilmektedir. Göz tutulumu, hastaların %10'unda görülmektedir ve sıklıkla üveit şeklindedir.³ Ancak gözün tüm tabakalarını etkileyebildiği için çoğu has-

talığın ayırıcı tanısında yer almakta ve büyük taklitçi olarak bilinmektedir.⁴ Sifilizde göz tutulumu varlığı nörosifiliz olarak kabul edilmektedir. Üstelik oküler sifiliz sıklıkla sifilitik menenjitte birlikte olabilmektedir.⁴

Bu yazıda, nörosifilize bağlı optik nöritle gelen bir olguda tanı ve tedavi yaklaşımını sunmayı ve optik sinir hastalıklarında sifilizin ayırıcı tanıda akılda tutulması gerektiğini vurgulamak istedik.

Correspondence: Nesrin BÜYÜKTORTOP GÖKÇINAR
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları ABD, Kırıkkale, Türkiye
E-mail: tortopn@hotmail.com



Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Ophthalmology.

Received: 21 Feb 2022

Received in revised form: 12 May 2022

Accepted: 13 May 2022

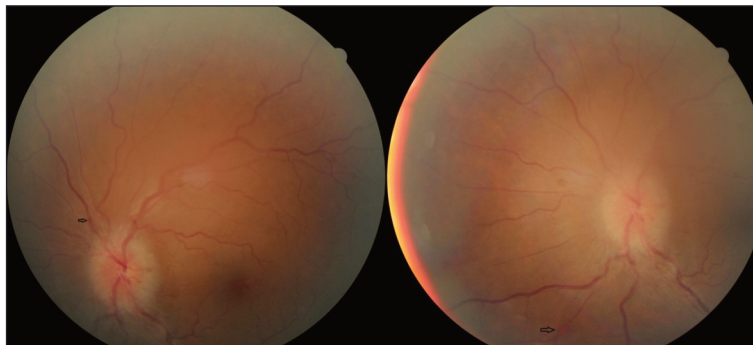
Available online: 20 May 2022

2146-9008 / Copyright © 2022 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

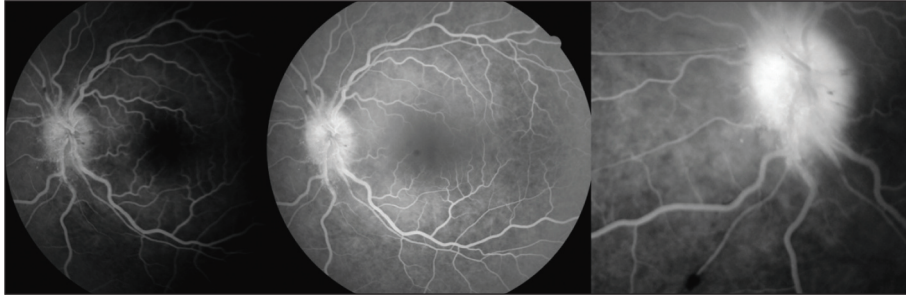
OLGU SUNUMU

Kırk dört yaşında erkek hasta, sol gözünde 1 hafta önce başlayan görme azlığı şikâyeti ile başvurdu. Sığınmacı olarak ülkemizde yaşayan hastadan tercüman aracılığı ile bilgi alınabildi. Üç ay önce kalça protezi operasyonu geçirdiği, başka herhangi bir sistemik hastalığı ve ilaç kullanımı hikâyesi olmadığı öğrenildi. Oral aft hikâyesi pozitif. Oftalmolojik muayenesinde görme keskinliği Snellen eşeli ile sağda 9/10, solda 3/10 idi. Solda rölatif afferent pupil defekti vardı ve renkli görmesi 9/12 idi. Hastanın göz içi basıncı sağda 17, solda 16 mmHg idi. Biyomikroskopik muayenede her iki gözde posterior subkapsüler katarakt vardı. Fundus muayenesinde solda vitreusta hafif dereceli inflamasyon, optik disk ödemi, peripapiller alanda yüzeysel hemoraji, venlerde dilatasyon ve hipertansif retinopatiye bağlı bası bulguları olduğu görüldü (Resim 1). Fundus fluorescein anjiyografide optik diskte sızıntı ve telenjiyektatik damarlar izlendi. Üst retinal ven dalları ve alt nazal retinal arter dalı üzerinde fluoresans blokajı yapan yüzeysel retinal hemorajiler izlendi (Resim 2). Optik koherens tomografide sol gözde peripapiller retina sinir lifi kalınlığında artış ve disk ödemi izlendi. Maküla doğaldı. Humphrey görme alanında solda çift arkuat skotom mevcuttu (Şekil 1). Olguda vitrit ve papillit olduğu için etiyolojik araştırmaya başlandı, enfeksiyöz ajanlar da göz önünde bulunduruldu. Bu süreçte, 1 ay sonraki muayenesinde alt temporal retinal arter proksimal segmentte peripapiller alanda derin iskemiye bağlı retina sulama alanında solukluk ve segment çevresinde yüzeysel hemoraji izlendi.

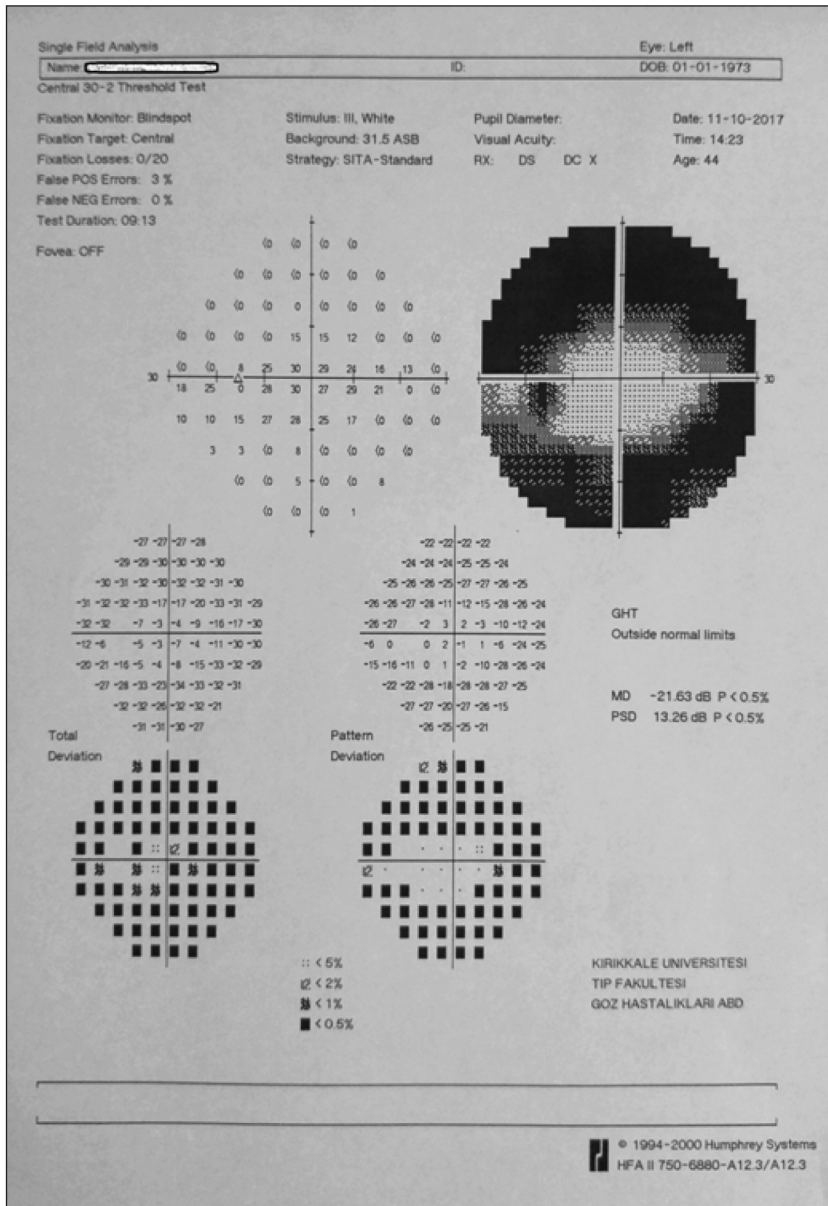
Laboratuvar bulgularında normositer anemi mevcuttu. Hg: 10,8 g/dL, ortalama eritrosit hacmi: 72,9 fl, sedimentasyon: 41 ve C-reaktif protein (CRP): 21,89 mg/dL olan hasta, enfeksiyon hastalıkları, dermatoloji ve romatoloji bölümlerine konsülte edildi. Romatoloji muayenesi doğaldı. Tüberküloz için ppd testi negatifti. “veneral diseases research laboratory (VDRL)” pozitif olan hastanın anti-insan bağışıklık yetmezliği virüsü [human immunodeficiency virus (HIV)], anti-hepatit C virüsü, hepatit B yüzeysel antijeni, anti-hepatit B yüzeysel antikoru testleri negatifti. *T. pallidum* floresan treponemal antikor absorpsiyon [fluorescent treponemal antibody absorption (FTA-ABS)] testi, geçirilmiş enfeksiyonu destekleyecek şekilde IgG pozitif, IgM negatifti. Dermatoloji muayenesinde Behçet hastalığı veya sifiliz ile ilişkili deri ve mukoza lezyonu saptanmadı. Kranial manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) periventriküler ve kortikal ve subkortikal multipl hiperintens sinyal odakları mevcuttu. Ayrıca serebral kortikal sulkuslarda atrofi izlendi (Resim 3). Eş zamanlı kontrastlı bilgisayarlı tomografisinde (BT) patolojik kontrastlanma mevcut değildi. Ancak nörolojik muayene doğaldı. Hasta optik sinir ve beyin tutulumu ile birlikte serolojik testlerin pozitifliği ile nörosifiliz olarak değerlendirildi. Hastaya 14 gün boyunca intravenöz kristalize penisilin G her 6 saatte bir 4 milyon ünite ve oral doksisisiklin 100 mg tedavisi verildi. Ayrıca oral metilprednizolon 1 mg/kg/gün başlandı ve daha sonra azaltılarak kesildi. İki haftalık antibiyotik tedavisinin ardından, görme keskinliği solda 5/10 düzeyine yükselen hastanın, optik disk ödemi ve vitreus inflamasyonunun gerilediği izlendi. Optik disk ödemi



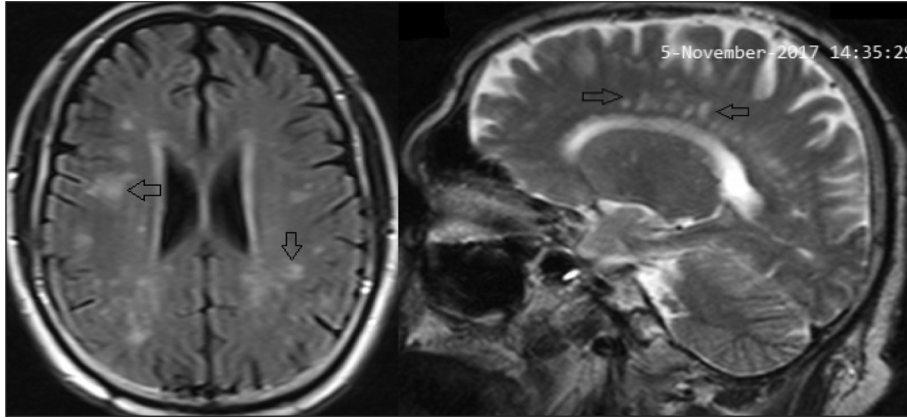
RESİM 1: Fundus fotoğrafında sol gözde optik disk ödemi, hipertansif retinopatiye bağlı bası bulguları ve ok ile işaretli yerlerde peripapiller alanda yüzeysel hemoraji, venlerde dilatasyon olduğu görüldü.



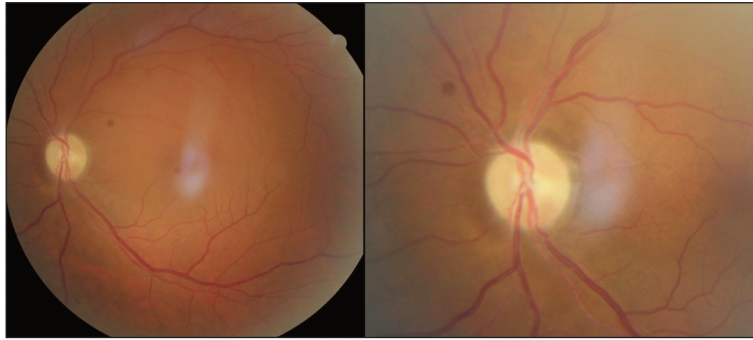
RESİM 2: Fundus fluoressan anjiyografide sol gözde optik diskte sızıntı ve telenjiyektatik damarlar izlendi. Ayrıca üst retinal ven dalları ve alt nazal retinal arter dalı üzerinde floresans blokajı yapan yüzeyel retinal hemorajiler izlendi.



ŞEKİL 1: Humphrey görme alanında çift arkuat skotom (halka skotomu) mevcuttu.



RESİM 3: Olgumuza ait aksiyel FLAIR ve sagittal T2A imajlarında periventriküler kortikal ve subkortikal alanlarda ok ile işaretli hiperintens sinyal odakları mevcuttu. Ayrıca serebral kortikal sulkuslarda atrofi izlendi.



RESİM 4: Fundus fotoğrafında sol gözde optik diskte segmental atrofi.

bir buçuk ay sonra tamamen kayboldu. Altıncı ay kontrolünde, görme keskinliği sağda 7/10, solda 4/10 idi. Biyomikroskopik muayenede posterior subkapsüler kataraktın ilerlediği görüldü. Optik diskte sekteriyel atrofi geliştiği izlendi (Resim 4). Peripapiller hemoraji ve vitreus inflamasyonu yoktu. Takiplerde, hastanın her iki gözüne fakoemülsifikasyon+intraoküler lens implantasyonu operasyonu uygulandı. Hastanın en son 9. ayda yapılan muayenesinde, görme keskinliği sağda 9/10, solda 5/10 idi. Klinik bulgular ve göze ait fotoğrafların eğitim amaçlı kullanılabilmesi için hastamızdan onam alınmıştır.

TARTIŞMA

“Büyük taklitçi” sifiliz, gözün tüm tabakalarını etkileyebilir ve bu nedenle geniş bir klinik bulgu spektrumuna sahiptir. Bu bulgular arasında optik sinir tutulumu hiç de azımsanmayacak bir orana sahiptir. Her ne kadar eski yayınlarda, olguların %10’unda bil-

dirilmişse de Klein ve ark.nın yakın zamanlı geniş serisinde %78 oranında bildirilmektedir ve en sık görülen göz bulgusu olarak tanımlanmaktadır.^{5,6} Sifilitik optik sinir tutulumu, tek veya çift taraflı olabilir. En sık olarak inflamatuvar disk ödemi, ayrıca papillödem, optik disk gomu veya optik atrofi şeklinde kendini gösterebilmektedir.⁷ Optik nöropati, ödemin şiddetine bağlıdır ve görme alanında yalnızca genişlemiş bir kör nokta ile hafif veya belirtisiz olarak ya da alternatif olarak ciddi görme bulanıklığı ve görme alanı kaybı ile şiddetli ödem olarak kendini gösterebilir. Sifilize bağlı anterior optik nöritte optik sinir başı inflamasyon görünümündedir ve sıklıkla posterior vitreusta hücresel aktivite ile birlikte.⁶

Oküler sifilizde hikâye veya sistemik muayene bulguları hastalığı açığa çıkarmayabilir. Ayrıca klinik bulgular sifiliz dışı tutulumlarla benzerdir. Bu nedenlerle tanısı zor olabilmektedir. Olgumuzun yabancı uyruklu olması sebebiyle geçmiş tıbbi öyküsü

hakkında yeterli bilgi alınamaması ve ek sistemik şikâyetinin veya deri bulgusunun olmaması tanıyı güçleştiren etkenlerdi.

Disk ödemi ve görme kaybı ile gelen ve hipertansif bası bulguları olan hastamızda ilk akla gelen tanı, anterior iskemik optik nöropati idi. Ancak olgumuzda papillit ve üveit bir arada olduğu için ayrııcı tanıda demyelinizan, enfeksiyöz veya non-enfeksiyöz inflamatuvar sebepler düşünüldü. Optik nörite hafif vitreus inflamasyonu eşlik etmesi ve laboratuvar bulgularında sedimentasyon ve CRP yüksekliği, bizi özellikle enfeksiyöz ve optik nöropati sebeplerini araştırmaya yönlendirdi.

Oküler sifiliz, nörosifiliz ile birlikte olabileceği için nörolojik bulguların yokluğunda bile lomber ponksiyon yapılması önerilmektedir.⁴ Ancak olgumuz kabul etmediği için lomber ponksiyon yapılamadı. Lomber ponksiyon elde edilemediği durumlarda alternatif tanı kriterleri şunlardır: (1) Sifilizin serolojik kanıtı, (2) Oküler semptomlar, (3) Sifiliz ile uyumlu oftalmolojik bulgular veya oküler sıvıda sifiliz enfeksiyonunun kanıtı. Muhtemel oküler sifiliz tanısı için oküler semptomlar ve serolojik kanıtı gerekmektedir. Sifilizin tanısında VDRL ve hızlı plazma reaktifliği gibi nontreponemal testler, FTA-ABS, mikrohemağlütinasyon ve treponema pallidum hemaglütinasyon testi gibi treponemal testler kullanılır.⁸ Olgumuzda VDRL pozitifliği, tanı FTA-ABS ile doğrulandı. HIV enfeksiyonu birlikteliği açısından anti-HIV taraması yapıldı ve negatifliği.

Nörosifiliz olgularında BT veya MRG intrakraniyal tutulum bulgularını gösterebilmektedir.⁴ Olgumuzun kraniyal MRG'sinde saptanan periventriküler ve kortikal-subkortikal alanlardaki multipl hiperintens sinyal odakları nörosifiliz bulgusu olarak değerlendirildi. Nörosifiliz; asemptomatik nörosifiliz, meningeal, meningovasküler nörosifiliz, yaygın parezi ve tabes dorsalis şeklinde seyredebilir. Olgumuzun kraniyal MRG bulguları olmasına rağmen kraniyal BT'de meningeal kontrast tutulumu saptanmadı ve nörolojik muayenesi normaldi. Bu durum, asemptomatik nörosifiliz ile uyumlu idi. Asemptomatik olgularda optik sinir tutulumu nadir görülmektedir. Nörolojik bulguların olmaması nörosifilizi ekarte ettirmektedir.⁴

Olgumuz, optik sinir ve beyin tutulumu nedeniyle nörosifiliz tanısı konularak tedavi edildi.

Sonuç olarak optik nörit ile başvuran hastalarda, eşlik eden sistemik bulgu veya hikâye olmamasına rağmen sifilizin ayrııcı tanıda düşünülmesi ve buna yönelik serolojik testlerin yapılması gerektiği düşünülmektedir. Göz tutulumu olan hastalarda eşlik edebilecek diğer sinir sistemi tutulumu açısından ileri görüntüleme yöntemleri faydalı olmaktadır. Optik sinir ve gözün, sinir sisteminin bir parçası kabul edilerek göz tutulumu olan hastaların nörosifiliz protokolü ile tedavi edilmesi gerekmektedir.

Teşekkür

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ABD Öğretim Üyesi Prof. Dr. Dilek Kılıç'a olgunun tanısı ve tedavisi konusundaki büyük desteği için teşekkür ederiz. Hocamız vefat ettiği için yazar listesinde yer alamamıştır. Kendisini saygı ve rahmetle anıyoruz.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: Enes Atalay, Nesrin Büyüktortop Gökçınar, Mehmet Erhan Yumuşak, Nurgül Örnek, Neşe Asal; **Tasarım:** Enes Atalay, Nesrin Büyüktortop Gökçınar, Mehmet Erhan Yumuşak, Nurgül Örnek; **Denetleme/Danışmanlık:** Enes Atalay, Nesrin Büyüktortop Gökçınar; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Enes Atalay, Nesrin Büyüktortop Gökçınar, Mehmet Erhan Yumuşak, Nurgül Örnek, Neşe Asal; **Analiz ve/veya Yorum:** Enes Atalay, Nesrin Büyüktortop Gökçınar, Mehmet Erhan Yumuşak, Nurgül Örnek, Neşe Asal; **Kaynak Taraması:** Enes Atalay, Nesrin Büyüktortop Gökçınar; **Makalenin Yazımı:** Enes Atalay, Nesrin Büyüktortop Gökçınar; **Eleştirel İnceleme:** Enes Atalay, Nesrin Büyüktortop Gökçınar, Mehmet Erhan Yumuşak, Nurgül Örnek, Neşe Asal; **Kaynaklar ve Fon Sağlama:** Neşe Asal; **Malzemeler:** Enes Atalay, Nesrin Büyüktortop Gökçınar.

KAYNAKLAR

1. Kiss S, Damico FM, Young LH. Ocular manifestations and treatment of syphilis. *Semin Ophthalmol.* 2005;20(3):161-7. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). [Cited: February 14, 2022]. Clinical advisory: ocular syphilis in the United States. Available from: [[Link](#)]
3. Uçar D, Mergen B. Büyük taklitçi: sifilitik üveit [The great imitator: syphilitic uveitis]. *Güncel Retina.* 2019;3(4):283-9.
4. Smith GT, Goldmeier D, Migdal C. Neurosyphilis with optic neuritis: an update. *Postgrad Med J.* 2006;82(963):36-9. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
5. Tamesis RR, Foster CS. Ocular syphilis. *Ophthalmology.* 1990;97(10):1281-7. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
6. Klein A, Fischer N, Goldstein M, Shulman S, Habot-Wilner Z. The great imitator on the rise: ocular and optic nerve manifestations in patients with newly diagnosed syphilis. *Acta Ophthalmol.* 2019;97(4):e641-7. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
7. Aldave AJ, King JA, Cunningham ET Jr. Ocular syphilis. *Curr Opin Ophthalmol.* 2001;12(6):433-41. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
8. Woolston SL, Dhanireddy S, Marrazzo J. Ocular syphilis: a clinical review. *Curr Infect Dis Rep.* 2016;18(11):36. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]