

Toksoplazma Koryoretinitine Eşlik Eden Retina Yırtığı

Retinal Tear Secondary to Toxoplasmic Chorioretinitis: Case Report

Dr. Serhad NALÇACI,^a
Dr. Filiz AFRASHI,^a
Dr. Emine KÜÇÜKCERAN^b

^aGöz Hastalıkları AD,
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir
^bGöz Hastalıkları Kliniği,
Dr. Halil İbrahim Özsoy Devlet Hastanesi,
Afyonkarahisar

*Bu çalışma, 42. Ulusal Göz Kongresi
(19-23 Kasım 2008, Antalya)'nde
poster olarak sunulmuştur.*

Geliş Tarihi/Received: 07.04.2009
Kabul Tarihi/Accepted: 07.07.2009

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Serhad NALÇACI
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Göz Hastalıkları AD, İzmir,
TÜRKİYE/TURKEY
serhadnalcaci@hotmail.com

ÖZET Kırk iki yaşındaki kadın hasta, sol gözünde yaklaşık 5 gündür bulanık görme nedeniyle kliniğimize başvurdu. Sol göz görme keskinliği 1/10 olarak ölçüldü. Ön segment bakışında keratik presipitatlar ile ön kamarada 3+ hücre görüldü. Arka segment bakışında vitritis ile birlikte üst temporal retinada aktif koryoretinit odağı saptandı. Serolojik tetkikler ile birlikte hastaya vitritisin eşlik ettiği toksoplazma koryoretiniti tanısı konuldu. Sistemik antibiyotik ile sistemik kortikosteroid tedavisi başlandı. Tedavinin 1. ayında vitritis ve koryoretinit odağının aktivasyonu belirgin olarak azaldı. Detaylı retina muayenesinde alt nazal kadranda at nalı yırtık görülüp yırtık çevresine argon laser fotokoagülasyon uygulandı. Bir yıllık izlem süresince nüks ya da komplikasyon izlenmedi. Toksoplazma koryoretinitine sekonder gelişen retina yırtığı nadir bir komplikasyondur. Detaylı fundus bakışı, yırtığın saptanmasında büyük önem taşır.

Anahtar Kelimeler: Koryoretinit; toksoplazmozis; retina yırtık

ABSTRACT A 42-year-old female patient was referred to our clinic for an acute decrease in her left eye vision persisting for 5 days. Visual acuity of the left eye was 1/10. Keratic precipitates and +3 cells in the anterior chamber were revealed. Vitritis with active chorioretinitis at the superotemporal retina was seen in the posterior segment examination. In accordance with these findings and serological tests the patient was diagnosed as toxoplasmic chorioretinitis with vitritis. Systemic antibiotic and systemic corticosteroid therapy was started. The vitritis and the chorioretinitis regressed markedly after one month of treatment. Detailed retina examination revealed a horse shoe retinal tear at the inferior nasal quadrant. The tear was surrounded with argon laser photocoagulation. No complication or recurrences were detected in one year follow up period. Retinal tear secondary to toxoplasmic chorioretinitis is a rare complication. Detailed fundus examination is important to detect the retinal tear.

Key Words: Chorioretinitis; toxoplasmosis; retinal perforations

Türkiye Klinikleri J Ophthalmol 2010;19(1):54-7

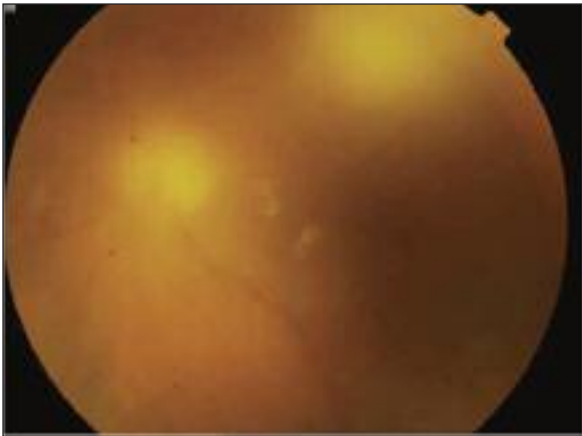
Toksoplazma koryoretiniti, immün yetmezliği olmayan bireylerde en sık görülen posterior üveit nedenidir.¹ Genellikle kendini sınırlayıcı bir koryoretinit yapmasına rağmen komplikasyonları nedeniyle görme azlığına neden olmaktadır. Toksoplazma koryoretinitine sekonder retina yırtığı gelişimi ise, özellikle yoğun vitritisli olgularda görülen nadir bir komplikasyondur.²⁻⁴ Biz de, toksoplazma koryoretiniti nedeniyle tedavi görmekte olan ve tedavinin birinci ayında retina yırtığı gelişen bir olguyu sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

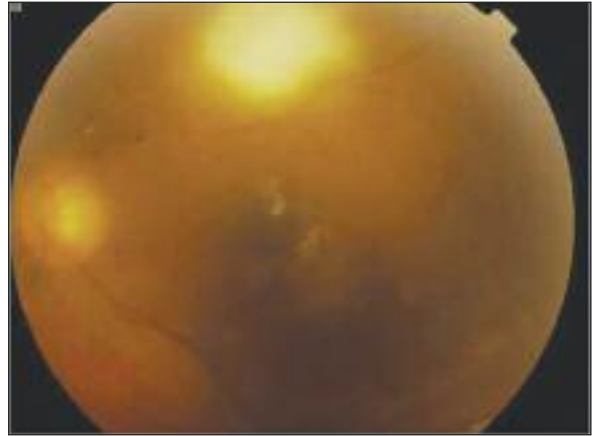
Kırk iki yaşında kadın hasta, 5 gündür sol gözünde bulanık görme şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Sağ gözde görme keskinliği (GK) Snellen eşeli ile 10/10, sol gözde 1/10 olarak ölçüldü. Her iki gözde de herhangi bir refraksiyon kusuru saptanmadı. Göz içi basınç ölçümleri her iki gözde normal sınırlarda idi. Ön segment bakısında sağ gözde herhangi bir patoloji izlenmezken sol gözde keratik presipitatlarla beraber, 3+ yoğunlukta hücre görüldü. Arka segment bakısında, sağ göz doğal olarak değerlendirilirken, sol gözde vitritis ile beraber üst temporal kadranda aktif koryoretinit odağı izlendi (Resim 1). Yapılan serolojik tetkiklerde toksoplazma IFAT IgG 1/128 pozitif, ELISA IgG 1/4096 pozitif, ELISA IgM negatif, IgG avidite indeksi %61

olarak saptandı. Klindamisin hidroklorür 150 mg tablet 3 x 2, trimetoprim/sülfametoksazol tablet 2 x 1, florokortolon 20 mg tablet 1 x 3 başlandı. Tedavinin 1. haftasında; sol göz GK 3/10'a yükselirken, keratik presipitatlarda azalma ve 2+ hücre yoğunluğu ile birlikte vitritis ve koryoretinit odağında gerileme izlendi (Resim 2). Sistemik antibiyotik tedavisi aynı dozda devam edilirken oral steroid 40 mg'a, 10 gün sonrasında ise 20 mg'a düşürülerek devam edildi.

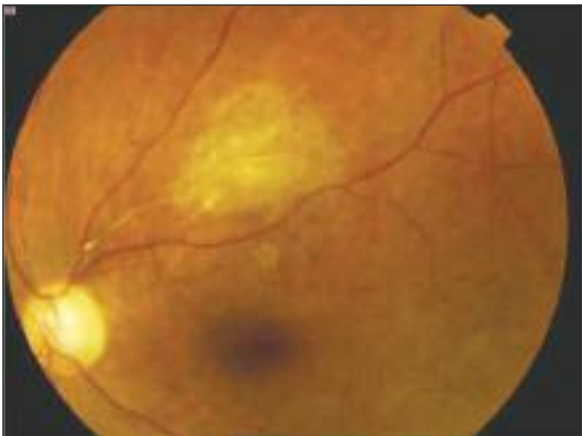
Tedavinin 1. ayında; sol göz GK 4/10 olarak ölçüldü. Keratik presipitatlar ve ön kamarada hücre izlenmedi. Vitreustaki inflamasyon geriledi ve koryoretinit odağında skarlaşmanın başladığı görüldü (Resim 3). Periferik retina muayenesinde alt nazal kadranda retinada at nalı yırtık tespit edildi (Resim



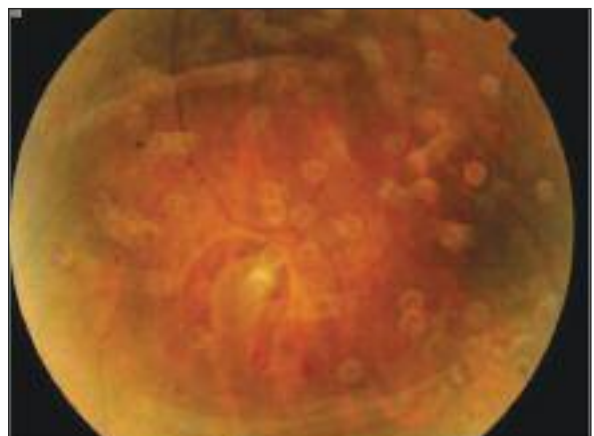
RESİM 1: Sol gözde vitritis ve üst temporal kadranda aktif koryoretinit odağı.



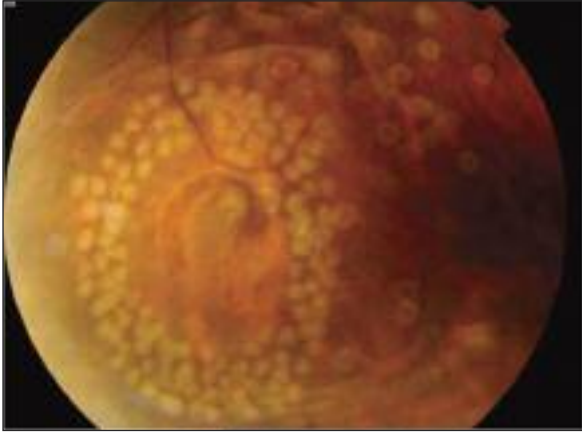
RESİM 2: Tedavinin 1. haftasında vitritis ve koryoretinit odağının aktivasyonunda gerileme.



RESİM 3: Tedavinin 1. ayında vitritis tümüyle gerilemiş ve koryoretinit odağında aktivasyon izlenmiyor.



RESİM 4: Tedavinin 1. ayında alt nazal kadranda at nalı retina yırtığı.



RESİM 5: Retinal yırtık çevresine lazer fotokoagülasyon uygulanması.



RESİM 6: Tedavi sonrası 12. ay.

4), arka vitreus dekolmanı saptanmadı. Vitreus inflamasyonu büyük oranda gerilediği için fundus görünürlüğü oldukça iyiydi. Yırtık çevresine argon lazer fotokoagülasyon uygulandı (Resim 5).

Sistemik tedavi 6. haftada kesildi. Tedavinin 2. ayında; sol göz düzeltmesiz GK 10/10 olarak ölçüldü. Ön segment doğal olarak görülürken, koryoretinit odağında skarlaşma izlendi. Yırtık çevresindeki fotokoagülasyon odakları belirgindi. Tedavinin 6. ve 12. aylarındaki kontrollerde sol gözde düzeltmesiz GK yine 10/10 olarak ölçülürken herhangi bir nüks ya da komplikasyon izlenmedi (Resim 6, 7).

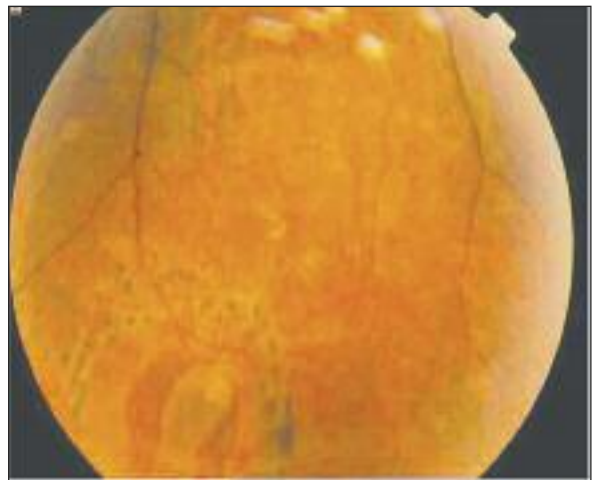
Bu çalışma için hastadan bilgilendirilmiş onam alındı.

TARTIŞMA

Toksoplazma koryoretinitine bağlı retina yırtığı gelişimi nadir bir komplikasyondur. Retina yırtığı koryoretinit skarına bağlı retina traksiyonu veya göz içi inflamasyondan kaynaklanan vitreus traksiyonuna bağlıdır. Bosch-Driessen ve ark.nın 150 olguluk oküler toksoplazmozis serisinde %5 oranında (7 hastada) retina yırtığı gelişimi bildirilmiştir. Daha önemlisi bu hastaların sadece birinde retina yırtığı semptomatik olmuştur. Diğer hastaların hiçbirinde retina yırtığına ait belirti bildirilmemiştir.³

Genel popülasyonda her yıl retina dekolmanı görülme sıklığı yaklaşık 10.000'de 1'dir.⁵ Retina dekolmanlarının etiolojisini araştıran bir çalışmada retina dekolmanı olan-2619'lu gözün 44 (%1.7)'ünde koryoretinal inflamasyon ile seyreden patolojilere ait bulgular saptanmıştır. Buradaki 44 hastanın %36 (16 hasta)'sında ise koryoretinal inflamasyon sebebinin oküler toksoplazmozis olduğu görülmüştür.⁶ Oküler toksoplazmozise sekonder gelişen retina dekolmanlarının görsel prognozu ise iyi değildir. Görme keskinliği hastaların yaklaşık yarısında 20/200'ün altında kalmaktadır.³

Toksoplazma koryoretinitine sekonder gelişen retina yırtıkları, skardan kaynaklanan retina traksiyonu veya göz içi inflamasyona bağlı gelişen vitreus traksiyonu ile ilişkili olabilir. Ancak olgumuzda gelişen retina yırtığı, toksoplazmaya ait retina lezyonu alanında değildir. Yine vitreustaki ağır inflamasyon vitreus traksiyonuna ve traksiyo-



RESİM 7: Tedavi sonrası 12. ayda alt nazal kadrandaki retinal yırtığın görünümü.

nel retina dekolmanı dışında, özellikle miyopik retina dejeneransı gibi ek risk faktörleri olan hastalarda yırtıklı retina dekolmanına yol açabilir. Bizim olgumuzda aktif enfeksiyon döneminde vitreus reaksiyonu yoğun olmakla beraber, miyopi gibi ek bir risk faktörü yoktu. Ancak yine de olgumuzda gelişen retinal yırtığın, toksoplazma enfeksiyonuna bağlı erken dönemde izlenen, yoğun vitreus reaksiyonuna bağlı traksiyona sekonder olarak gelişmiş olması kuvvetli bir olasılıktır.

Oküler toksoplazmozise sekonder gelişen retina yırtıkları çoğunlukla asemptomatik olup, retina yırtığına bağlı gelişen retina dekolmanlarının görsel prognozu da kötüdür. Bu nedenle, oküler toksoplazmozis olgularında saydam ortamlar izin vermez detaylı fundus muayenesinin yapılması önemlidir. Böylece retina yırtıklarının erken saptanması ve uygun tedavi edilmesi ile retina dekolmanı gelişiminin önlenmesi de mümkün olabilecektir.

KAYNAKLAR

1. Okudan S, Özbayrak N, Zengin N, Özkaşıkçı N. [Ocular toksoplazmozis]. *Türkiye Klinikleri J Ophthalmol* 1993;2(1):107-10.
2. Bodanowitz S, Hesse L, Schroeder B. [Retinal tear in retinochoroiditis toxoplasmodica]. *Klin Monbl Augenheilkd* 1996;208(2):130-1.
3. Bosch-Driessen LH, Karimi S, Stilma JS, Rothova A. Retinal detachment in ocular toxoplasmosis. *Ophthalmology* 2000;107(1):36-40.
4. Frau E, Gregoire-Cassoux N, Lautier-Frau M, Labetoulle M, Lehoang P, Offret H. [Toxoplasmic chorioretinitis complicated by retinal detachment]. *J Fr Ophthalmol* 1997;20(10):749-52.
5. Kanski JJ. Retinal detachment. *Clinical Ophthalmology*. 3rd ed. London: Butterworth-Heinemann; 1994. p.311-41.
6. Hagler WS, Jarret WH, Chang M. Rhegmatogenous retinal detachment following chorioretinal inflammatory disease. *Am J Ophthalmol* 1978;86(3):373-9.