

## Üveit ve Multifokal Koryoretinitli Bir Okuler Sifiliz Olgusu

### An Ocular Syphilis Case With Uveitis and Multifocal Chorioretinitis

Dr. Ayşe ALTIN<sup>a</sup>  
Dr. Pervin ÇINAR<sup>a</sup>  
Dr. Enis FIRINCIOĞULLARI<sup>a</sup>  
Dr. Ferhat ZORLU<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Göz Hastalıkları Kliniği,  
Adana Numune Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi, ADANA

Geliş Tarihi/Received: 09.05.2007  
Kabul Tarihi/Accepted: 27.08.2007

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Dr. Ayşe ALTIN  
Adana Numune Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi,  
Göz Hastalıkları Kliniği, ADANA  
aysebehlul@hotmail.com

**ÖZET** Sifiliz daha çok mukokütanöz bulgularla seyreden ve cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyon hastalığıdır. Oküler sifiliz ise hastaların çok azında görülen, daha çok arka segment bulgularıyla seyreden ve birçok oküler patolojiyi taklit edebilen bir durumdur. Sunduğumuz olgu üveit ve multifokal koryoretiniti olan 45 yaşında bir erkek hastadır. Yapılan serolojik testlerin negatif çıkması sonucunda sifiliz tanısından uzaklaşmış ve klinik bulguların yönlendirmesi ile Behçet hastalığı tanısı ile tedaviye alınmıştır. Tedaviden yarar görmeyen hastada, tabloya ilave olan dermatolojik bulgular nedeniyle serolojik testler tekrarlanmış ve anamnezin derinleştirilmesi sonucunda sifiliz tanısı konulmuştur. Uygun tedavi ile klinik tablo düzeltilmiş ve sonunda görme keskinliğinde makul kabul edilebilecek bir artış olmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Sifiliz, üveit, seroloji

**ABSTRACT** Syphilis is a sexual transmitted disease which has mucocutaneous symptoms. A very rare case which imitates many other ocular pathologies. This presented case is a 45 years old man who has uveitis and multifocal chorioretinitis. Upon the negative results of the serological tests and the clinical symptoms, the syphilis diagnosis was excluded and the patient was treated as Behçet disease. Patient did not get benefit from the treatment and dermatological symptoms was added to the clinical signs. The serological tests were repeated and after careful examination of detailed history; syphilis diagnosis was agreed. Clinical condition improved with the appropriate treatment and reasonable improvement in visual acuity was also achieved.

**Key Words:** Syphilis, uveitis, serology

**Türkiye Klinikleri J Ophthalmol 2008, 17:57-61**

Sifiliz, *Treponema pallidum* adlı spiroketin neden olduğu cinsel temas ile bulaşan bir enfeksiyon hastalığıdır. Kliniği primer, sekonder ve tersiyer (geç) olarak üç evrede seyreder. Her evreye ait lezyonlar birbirinden farklıdır.

Primer evrenin esas lezyonu şankr olup bu evreden yaklaşık 8 hafta sonra, esas olarak mukokütanöz tutulumun görüldüğü, sekonder evre başlar. Sekonder evreyi takiben bu evre bulgularının ortadan kalktığı latent dönem görülür. Tedavi görmemiş hastalarda bundan sonra tersiyer evreye geçiş olur. Bu son evrede ise santral sinir sistemi ve kardiyovasküler sistem tutulumu ön plandadır.<sup>1</sup>

Hastalığın tanısında laboratuvar bulguları ve özellikle serolojik testler önemlidir. Serolojik olarak; VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), FTA-ABS (Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test), TPHA (Treponema Pallidum Hemagglutination Test), MHA-TP (Microhemagglutination Assay for Treponema Pallidum Antibodies) ve karanlık alan mikroskopisi gibi birçok test kullanılabilir.<sup>2</sup>

Sifilizin oküler bulguları nadir görülür ve oftalmolojide başka birçok patolojik durumu taklit eder. Oküler sifilizde sık görülen bulgular madarozis, konjonktivital şankr, sklerit, keratit, iridosiklit, koryoretinit, nöroretinit olup bu bulgular daha çok sekonder ve tersiyer sifiliz evrelerine aittir.<sup>1</sup>

Oküler bulguların ayırıcı tanısında VDRL ve FTA-ABS testleri genellikle yeterlidir.<sup>2</sup>

## OLGU SUNUMU

45 yaşındaki erkek hasta 2-3 ay önce sol gözünde bulanık görme şikayeti ile bir göz hekimine başvurmuş ve topikal steroid tedavisine alınmıştı. Hasta “sol gözdeki şikayetinde düzelme olmaması ve sağ gözünün de bulanık görmeye başlaması” nedeni ile kliniğimize başvurdu.

Öyküsünde bilinen sistemik bir hastalık, kan transfüzyonu veya cerrahi bir operasyon yoktu. Eski oral aft ve genital ülser öyküsü vardı. Yapılan oftalmolojik muayenede; sağ gözde görme keskinliği 0.3 olup, ön kamara ve vitreusta +2 hücre mevcuttu. Sağ fundus muayenesinde üst nazal kadranda aktif retinitis odağı tespit edilmişti.

Sol gözde görme keskinliği P+P+ düzeyinde olup ön kamarada +2, vitreusta +3 hücre mevcuttu. Vitreus bulanıklığı nedeni ile fundus değerlendirilemiyordu. Olgu hastaneye yatırılarak üveit etyolojisi için testler yapıldı, ilgili branşlarla konsülte edildi.

VDRL dahil serolojik testlerin sonucu menfi idi (Sadece Toxoplazma IgG (+) ve CMV IgG (+) idi.) Yapılan konsültasyonlar sonucu öykü göz önüne alınarak dahiliye branş konsultan hekiminin önerisi ile Behçet hastalığı düşünüldü ve azotipurin 50 mg 3x1, kolşisin 0.5 mg 3x1 ve prednizolon 1x48 mg başlandı ve hasta ayaktan takibe alındı.

Bir ay sonraki kontrolde her iki gözde görme keskinliği P+P+ seviyesine kadar gerilemişti. Ön kamara reaksiyonu her iki gözde azalmış ama yoğun vitritis nedeni ile fundus değerlendirilemiyordu. Kliniğe dermatolojik bulgular eklenmişti.

Dermatolojik muayenesinde yüzünün sağ temporal bölgesinde verrüköz yüzeyle 0.5 – 1 cm çapında hipopigmente lezyon, sert damakta 0.5 cm ile 1.5 cm arasında değişen büyüklükte periferi enantemli erode lezyonlar vardı. Sağ nazolabial oluk bitiminde 3-4 cm çapında yüzeyi filiform bir papül, sırtta çok sayıda dağınık ve ortalama 1-3 mm çapında papül ve püstül mevcuttu. Penis gövdesinde yaklaşık 0.5-1 cm ebatında bir skar ve periferinde 3 mm genişliğinde hiperpigmente maküler lezyon mevcuttu.

Olgu dermatoloji kliniği tarafından hastaneye yatırıldı. Yapılan tetkiklerinde; HBsAg (-), Anti HBs (+), Anti HBc (+), Anti HCV (-), Anti HIV (-) idi. RPR (Rapid Plasma Reagin) (+), VDRL (+) (Titre:1/32) ve birer hafta aralıklarla yapılan üç adet TPHA tetkik sonucu (+) idi (Titre: 1/5120, 1/640, 1/80). Tüm biyokimyasal testler normal sınırlarda idi. Nörosifilizi ekarte etmek için yapılan lomber ponksiyonda BOS (Beyin Omurilik Sıvısı) bulguları ve BOS'ta bakılan VDRL menfi idi.

Bu bulgularla hastaya sekonder evre sifiliz tanısı konuldu ve mevcut göz bulguları nedeniyle hastaya yatış sırasında başlanan 60 mg/gün prednizolon tedavisine 2x10 milyon ünite/gün kristalize penisilin eklendi. Bu tedavinin yaklaşık ikinci haftasında yapılan oftalmolojik muayenede; görme keskinliğinin sağda 0.7, solda 0.4 düzeyine ulaşarak arttığı, vitredeki hücrenin sağ gözde +1, sol gözde ise +2 düzeyine inerek azaldığı saptandı. Önceki muayenelerde sağ gözde tespit edilen retina lezyonunun düzeldiği görüldü. Sol gözde yoğun vitreus inflamasyonu nedeni ile evvelce fark edilemeyen koryoretinal atrofik sahalar tespit edildi.

Yapılan fundus anjiografisinde multifokal olarak daha çok periferik yerleşimli intraretinal hipopigmente beyaz infiltratlar görüldü. Bunlara ait düzensiz sınırdaki hiperfloresans alanlar “multipl koryoretinit odağı” olarak değerlendirildi (Resim 1, 2). Hasta yaklaşık bir aylık yatış sonrası sistemik tedavi sonlandırılarak taburcu edildi.

Hastanın aile üyelerinde sifiliz açısından yapılan muayeneler ve tetkikler sonucunda, eşinde latent evre sifiliz tespit edildi.

İki hafta sonra yapılan ilk kontrolünde; görme keskinliği sağda 0.7 solda 0.5 düzeyinde idi. Vitreusta bilateral olarak +1 düzeyinde hücre mevcuttu.

## TARTIŞMA

İlk kez 1905'te, sifilitik bir materyalin incelenmesi ile, Hoffman ve Schaudinn tarafından izole edilen *Treponema pallidum*, kronik ve sistemik bir hastalık olan sifilizin etkenidir. Cinsel yolla geçer ve inkübasyon periyodu yaklaşık 3 haftadır.<sup>3</sup>

Etken vücuda girdikten 9-90 gün sonra gelişen primer evrenin esas lezyonu şankr olup, olaya lenfadenopati eşlik eder. Primer enfeksiyondan yaklaşık 8 hafta sonra esas olarak mukokütanöz tutulumun görüldüğü sekonder evre başlar. Bu evreyi takiben sekonder sifiliz bulgularının ortadan kalktığı latent evre görülür. Tedavi görmemiş hastalarda bu evrelerden sonra tersiyer (geç) evreye geçiş görülür. Bu son evrede temel lezyon gom olup santral sinir sistemi ve kardiyovasküler sistem tutulumu ön plandadır.<sup>1</sup>

Olgumuzun ilk hastaneye yatışı sırasında eski genital ülser ve ağızda yara öyküsü vardı. Bunun dışında herhangi bir sifiliz evresiyle ilgili bulgu tespit edilememişti. İkinci hastane yatışı sırasında sifilizin sekonder evresine ait mukokütanöz bulgular saptandı.

Oküler sifiliz oldukça nadir görülür ve tüm üveitler içinde görülme sıklığı %0.8-2.5 arasındadır.<sup>4</sup> Birçok klinik durumu taklit ettiğinden "The great mimicker" olarak da adlandırılır.<sup>3</sup> Kliniğimizde 1 yıl içinde takip edilen 105 üveit vakasından sadece sunduğumuz olgu oküler sifilizdi.

Olgumuzun eski genital ülser ve ağızda yara hikayesiyle beraber iridosiklitis ve vitritis'i olması bize başlangıçta Behçet hastalığını düşündürmüş ve sifiliz tanısından uzaklaştırmıştı.

Yapılan çalışmalar; kronik vitritis, akut retinal nekroz bulguları ile 1-2 yıl süre ile takip edilen ve tanı konamayan olgular olduğunu göstermiştir. Sifiliz tanısı için bazı vakalarda 1 yıldan uzun süre geçtiği literatürden anlaşılmaktadır.<sup>5</sup> Olgumuza

oküler sifiliz tanısı ilk başvurudan ancak 6 ay sonra konulabilmiştir.

Tanı için anamnez ve fizik muayene halen çok önemli kabul edilmektedir.<sup>6</sup> Olgumuzda da fizik muayene bulgularının artışı ve anamnezin derinleştirilmesi ile ancak tanıya ulaşılabildiği görülmüştür.

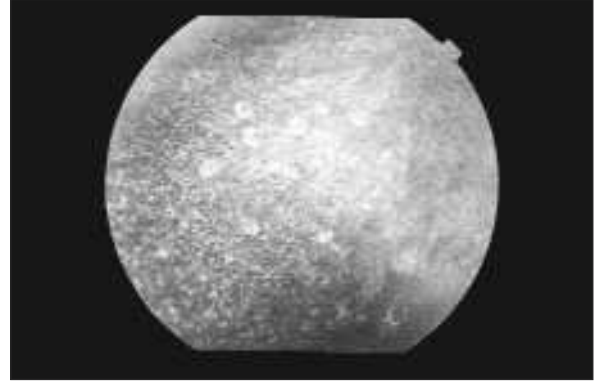
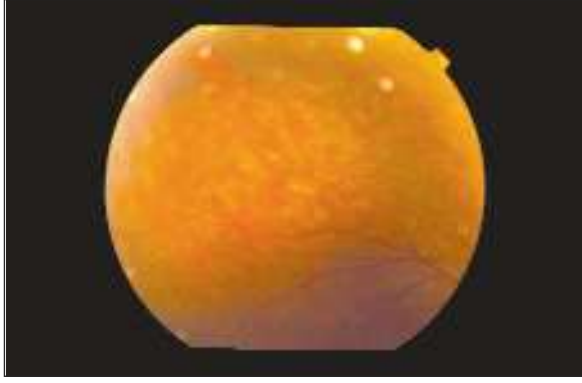
Yapılan çalışmalarda; oküler sifilizli vakaların %68'inde anterior üveit, %45'inde koryoretinit, %36'sında vitritis görülmüştür.<sup>5</sup> Anterior üveit, genellikle granüloamatöz ve nongranüloamatöz tarzda, kronik iridosiklitis şeklindedir. Oküler tutulumlar vakaların yaklaşık yarısında bilateraldir.<sup>3</sup> Bizim olgumuzda ön ve arka segment hemen hemen aynı zamanlarda tutulmuştu. Önce tek gözde başlamış, zamanla iki gözde de tutulum olmuştu.

Posterior segment tutulumları ise; unifokal ve multifokal koryoretinit, nöretinit ve optik nevrit şeklindedir. Ayrıca Argyl Robertson pupillası ve oküler motor palsiler görülebilir.<sup>3</sup>

Olgumuzda anterior üveit ve vitritise bağlı olarak ön kamara ve vitreustaki yoğun hücre varlığı başlangıçtaki koryoretinal lezyonların görülmesine engel olmuştu. Yapılan fundus anjiyografisinde multifokal olarak daha çok periferik yerleşimli intraretinal hipopigmente beyaz infiltratlar görüldü. Bunlara ait düzensiz sınırdaki hiperfloresans alanlar "multipl koryoretinit odağı" olarak değerlendirildi. Üveit tanısından yaklaşık 6 ay sonra arka segment lezyonları sifilitik olarak nitelendirildi. Argyl Robertson pupillası ve oküler motor palsiler olgumuzda görülmemişti.

Tanı için belli bir konsensus mevcut olmamasına rağmen kliniği uygun hastalarda destekleyici laboratuvar bulguları önemlidir. Tanıda kullanılan serolojik testler treponemal ve nontreponemal testler olarak iki gruptur.

Non-treponemal testlerde kardiyolipin, lesitin ve kollersterol antijen olarak kullanılır. Treponemal testlerde ise antijen olarak treponemal hücre komponentleri kullanılır.<sup>2</sup> Non-treponemal testler; VDRL, RPR, Wasserman, Kolmer; Treponemal testler ise; FTA-ABS, MHA-TP, TPHA ve trepone-



**RESİM 1, 2:** Tespit ettiğimiz multipl koryoretinit odakları ve lezyonların anjiyografisi görülmektedir.

mal immolizasyon testidir.<sup>2</sup> Treponemal testler başlamadan 3-4 hafta sonra, non-treponemal testler ise 5-6 hafta sonra müspet hale gelir.<sup>2</sup>

Sifiliz tanısında kanda VDRL'nin yüksek titresinin pozitif FTA-ABS ile desteklenmesi yeterli kabul edilir. Bazı merkezlerde FTA-ABS testinin varyasyonu olan mikroaglutinasyon testi kullanılır.<sup>2</sup>

Tanıda yeterli olan VDRL, FTA-ABS ve TPHA testlerinin duyarlılıkları Tablo 1'de verilmiştir.<sup>7,8</sup>

Görüldüğü gibi FTA-ABS yüksek duyarlılıktadır. Oysa TPHA testinde bu oranlar daha düşüktür.

Tablo 1'den anlaşılacağı üzere oküler sifiliz için sadece VDRL ile tarama yapıldığında primer evredeki gerçek oküler sifilizli vakalara ancak %70 oranında tanı koyma şansımız vardır. Olgumuz ilk başvurduğunda VDRL menfi sonuç vermişti. Sonraki başvurusunda ise cilt lezyonları nedeniyle sifiliz özellikle irdelenmiş ve öykü ile birlikte VDRL testinin müspet (1/32 titrede) olması üzerine, hastanemizde yapılamayan TPHA testi Hıfzıssıhha merkezinde yaptırılmıştır. Yapılan ölçüm sonuçları müspet çıkmış (1/5120, 1/640, 1/80 titrelerde) ve bu sonuçlar olgunun sekonder evre sifiliz olarak değerlendirilmesini sağlamıştır.

FTA-ABS en iyi doğrulama testi olarak kabul edilir.<sup>7</sup> Bizim bu testi yakın çevremizde yaptırabilme olanağımız yoktu.

Oküler sifiliz tanısı konduğu anda tedavi nörosifilizde olduğu gibi yüksek dozda penisilin olarak

Test	Primer evre	Sekonder evre	Tersiyer evre
VDRL	70	99	70
FTA-ABS	85	100	98
TPHA	53	54	33

belirlenmiştir. Bu vakalarda optimal tedavi 18-24 milyon ünite/gün Penisilin G ile 10-14 günde sağlanabilmektedir. Duyarlı hastalarda eritromisin başka bir seçenektir.<sup>3</sup> Olgumuz yaklaşık 2 hafta süre ile 2x10 milyon ünite/gün kristalize penisilin tedavisi almıştı.

Literatürde en iyi görme keskinliğinin tedavi başlangıcından 27 gün sonra elde edildiği gösterilmiştir.<sup>9</sup> Olgumuzda da 20 milyon ünite/gün kristalize penisilin tedavisine başladıktan iki hafta sonra hem ön kamara hem de vitreustaki hücre reaksiyonu azalmış, görme keskinliği sağda 0.7, solda ise 0.4 düzeyine kadar artmıştı.

Sonuç olarak, üveit olgularında her hastalıkta olduğu gibi aile öyküsü dahil ayrıntılı anamnez, fizik muayene ve ilgili birimlerin konsültasyonu mutlaka yaptırılmalıdır. Özellikle nonspesifik tedaviye cevap vermeyen olgularda pek çok patolojik durumu taklit edebilen sifiliz düşünülmelidir.

### **Teşekkür**

*Olgu sunumumuzu inceleyen ve uyarlarıyla bize destek veren sayın editörlerimize teşekkürü bir borç biliriz. İngilizce yönünde değerlendiren Uzman Dr. Pervin ÇINAR*

## KAYNAKLAR

1. Kanski JJ. Klinik Oftalmoloji. 4. Baskı. Ankara. Nobel Tıp Kitabevi; 2001. s. 290-92.
2. Acarel EE, Aslan IK, Karagbe N, Altın Ü, Örnek İ, Kırbaş D. HIV negatif nörosifiliz olgu sunumu. Demans Dergisi 2002;2: 27-31.
3. Agarwal S, Agarwal A, Apple DJ. Textbook of Ophthalmology. 1<sup>st</sup> ed. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers; 2002-1999 p.2837-40.
4. Henderly DE, Genstler AJ, Smith RE, Rao NA. Changing patterns of uveitis. Am J Ophthalmol 1987;103:131-6.
5. Browning DJ. Posterior segment manifestations of active ocular syphilis, their response to a neurosyphilis regimen of penicillin therapy, and the influence of human immunodeficiency virus status on response. Ophthalmology 2000;107:2015-23.
6. Tamesis RR, Foster CS. Ocular syphilis. Ophthalmology 1990;97:1281-7.
7. Goldman L, Ausiello D. Textbook of Medicine. 22. baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 2006. s.1923-32.
8. Thakar YS, Chande C, Mahalley AD, Saoji AM. Seroprevalence of syphilis by TPHA Test. Indian J Pathol Microbiol 1996;39:135-8.
9. Shalaby IA, Dunn JP, Semba RD, Jabs DA. Syphilitic uveitis in Human Immunodeficiency Virus-Infected patients. Arch Ophthalmol 1997;115:469-73.

## DÜZELTME

Türkiye Klinikleri Oftalmoloji Dergisi Cilt 16, Sayı 2, 2007 sayfa 73-76'da yayınlanan "Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastalarda Santral Kornea Kalınlığı" adlı makalenin yazarı sehven yalnızca Dr. Fatih ÖZCURA olarak yayınlanmıştır. Makalenin yazarları Dr. Fatih ÖZCURA, Dr. Sayime AYDIN olacaktır.

Düzeltilir, özür dileriz.