

Oküler Toxoplasmosis: Olgu Sunumu

Hatice ERTABAKLAR¹, Sema DÜNDAR², Turgay AKTUNÇ², Sema ERTUĞ¹

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, ¹Parazitoloji Bilim Dalı; ²Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Aydın

ÖZET: İnfeksiyöz üveitlerin en sık nedeninin *Toxoplasma gondii* olduğu bilinmektedir. Toxoplasmosise bağlı oküler tutuluş konjenital veya edinsel infeksiyonlar sonucu gelişebilmektedir. Bu çalışmada edinsel akut oküler toxoplasmosis olarak değerlendirilen bir olgu sunulmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Oküler toxoplasmosis, tanı, tedavi

Ocular Toxoplasmosis: Case Report

SUMMARY: *Toxoplasma gondii* is one of the most frequently encountered infectious agents in uveitis. Ocular toxoplasmosis may develop as a result of congenital or acquired infection. In this study, a patient with acquired acute ocular toxoplasmosis has been presented.

Key words: Ocular toxoplasmosis, diagnosis, treatment

GİRİŞ

Zorunlu hücre içi paraziti olan *Toxoplasma gondii*'nin erişkinde arka üveitlerin en sık nedenidir. Genellikle 20-40 yaşları arasında genç erişkinlerde fokal nekrotizan retinite yol açmaktadır (4, 6, 8, 9, 13).

Oküler toxoplasmosis çoğunlukla konjenital infeksiyona bağlı gelişmektedir. Kronik toxoplasmosiste özellikle AIDS ve yüksek doz kortikosteroid kullanımı gibi immun sistemin baskılandığı durumlarda reaktivasyona bağlı göz tutulumlarının görülebilmektedir. Ayrıca akut akviz toxoplasmosis de göz tutulumlarına yol açtığı bildirilmektedir (4, 13).

Bu çalışmada edinsel akut oküler toxoplasmosis olarak değerlendirilen bir olgu sunulmaktadır.

OLGU:

Öykü: Adnan Menderes Üniversitesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne 35 yaşında erkek hasta sağ gözde puslu görme şikayeti ile başvurmuştur. Olgunun öyküsünde daha öncesine ait gözle ilgili yakınması ve bilinen bir sistemik hastalığı olmadığı öğrenilmiştir.

Göz Muayene Bulguları: Görme keskinliği sağ gözde 0.7, sol gözde tam düzeyindeydi. Biyomikroskopik incelemede her iki

gözde ön segment normaldi. Goldmann applanasyon tonometresi ile ölçülen göz içi basınçları sağ gözde 16 mm Hg, sol gözde 18 mm Hg idi. Fundus muayenesinde sağ gözde üst temporal arkuatta kabarık pamuk atığı gibi sarımsı beyaz renkli retinal lezyon gözlemlendi (Şekil 1A). Sol göz dibi normaldi.

Serolojik Testler: Üniversitemiz Parazitoloji Laboratuvar'ında hazırladığımız kitlerle *Toxoplasma*'ya özgü antikorlar araştırılmıştır. *Toxoplasma*'ya özgü IgG antikorları ELISA testinde 1/4096, IFA testinde 1/256 titrelerde saptanmıştır. Ayrıca Western blot yöntemi ile *Toxoplasma*'ya özgü IgG antikor bantları da belirlenmiştir. Parazite özgü IgM antikor ELISA ve Western blot yöntemi ile saptanamamıştır.

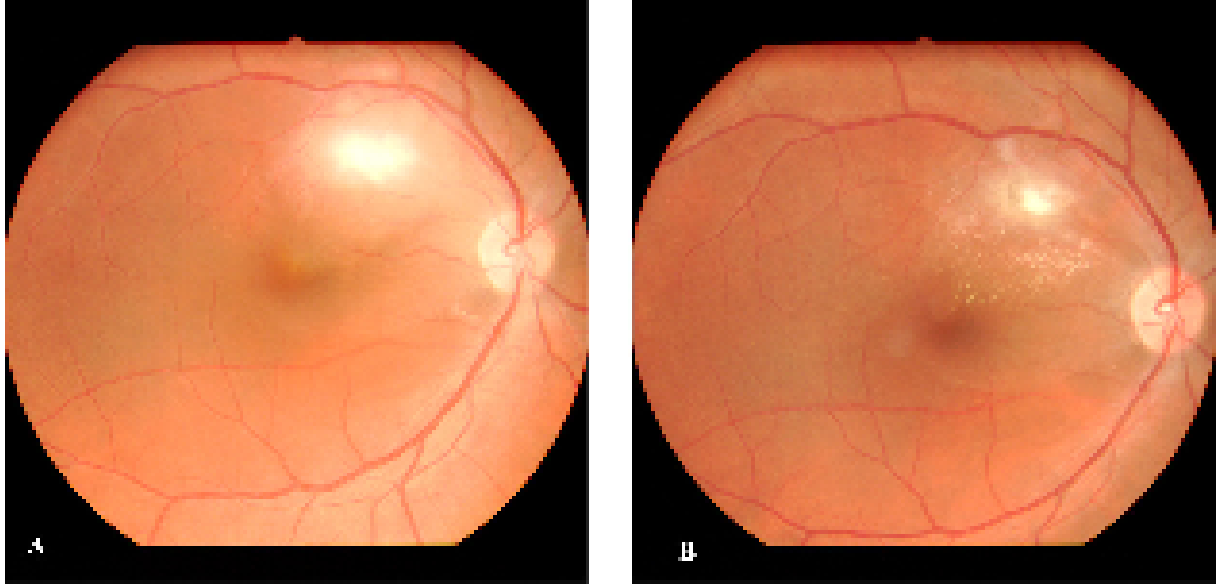
Tedavi: Klindamisin 300 mg X4 / gün olarak başlanan olgunun bir hafta sonra yapılan kontrolünde görme keskinliğinin 0.5 seviyesine düşmesi ve lezyonda gerileme olmaması üzerine oral kortikosteroid (1mg/kg/gün) eklenmiştir. İki hafta sonra yapılan muayenede sağ gözde görme keskinliğinin 0.8 düzeyine ulaştığı ve lezyonun küçüldüğü görülmüştür (Şekil 1B).

TARTIŞMA

Oküler toxoplasmosis tanısı genellikle klinik bulgular ve destekleyici serolojik testlerle konulmaktadır (4, 10, 13). Konjenital infeksiyona bağlı göz tutulumunda lezyon genellikle bilateral yerleşmekte ve skar görülmektedir (4, 8). Olgumuzda tek lezyon olması ve skar saptanamaması nedeniyle edinsel oküler toxoplasmosis olarak değerlendirilmiş ve serolojik testlerle tanı desteklenmeye çalışılmıştır.

Geliş tarihi/Submission date: 08 Nisan/08 April 2004
Düzeltilme tarihi/Revision date: 03 Mart/03 March 2005
Kabul tarihi/Accepted date: 10 Mart/10 March 2005

Yazışma /Corresponding Author: Hatice Ertabaklar
Tel: (+90) (256) 212 00 20 Fax: (+90) (256) 214 83 95
E-mail: hatice@adu.edu.tr



Şekil 1. A: Tedavi öncesi; B: Tedavi sonrası

Göz toxoplazmosisinin serolojik tanısında göz içi sıvısında veya serumda parazite özgü IgG, IgM ve IgA antikorlarının saptanmasının önemlidir. Ayrıca PCR yöntemi ile göz içi sıvısında parazit DNA'nın saptanmasının tanı koydurucu olduğu bildirilmektedir (3, 15).

Yapılan değişik çalışmalarda ülkemizde toplumun yaklaşık olarak % 50'sinin *Toxoplasma gondii* ile infekte olduğu gösterilmiştir (1, 14). Bu nedenle, korioretinitli olgularda *Toxoplasma*'ya özgü IgG antikorlarının gösterilmesinin tanıdaki değerinin sınırlı olduğu ifade edilmekle beraber bu olgularda IgG antikor yanıtının saptanamamasının tanıdan uzaklaşmakta yol gösterici olduğu bildirilmektedir (4, 6, 10). Olgumuzda ise *Toxoplasma*'ya karşı IgG antikor yanıtı saptanmış olup toxoplazmosis tanısını destekleyici olarak yorumlanmıştır.

Oküler toxoplazmosis ile ilgili yapılan değişik çalışmalarda akut enfeksiyona bağlı göz tutulumunun olduğu ve görülme sıklığının da yaşla birlikte arttığı bildirilmiştir (5, 12).

Akut enfeksiyonun varlığını destekleyen serolojik kriter; *Toxoplasma*'ya özgü IgM antikorunun varlığı, serum IgG antikor titresinde 4 kat artma veya serokonversiyon gelişmesidir (4, 10). Buna karşın Ongkosuwito JV ve ark. akut göz toxoplazmosisli 22 olgunun 11 inde IFA testi ile parazite özgü IgG antikor seviyesinin 1/4096 ve üzerindeki titrelerde saptandığını ve bu olguların sadece altısında *Toxoplasma*'ya özgü IgM antikorunu saptadıklarını bildirmişler ve yüksek IgG antikor yanıtının IgM yanıtı saptanamadığında akut enfeksiyonu desteklediğini bildirmişlerdir (10). Olgumuzda *Toxoplasma*'ya özgü IgM antikorları

saptanamamış ve IgG antikor düzeyinin ise yüksek olduğu görülmüştür. Olgunun hastalık öncesi durumu bilinmemekle birlikte *Toxoplasma*'ya özgü IgG antikor düzeyinin konjenital bulaştan kaynaklanan toxoplazmosisteki beklenen düzeyden daha yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Bu nedenle serolojik bulgular akut aköz toxoplazmosis lehine yorumlanmıştır.

Oküler toxoplazmosiste kombinasyon tedavisinin inflamatuvar hasarı sınırlandırıldığı ve hızlı düzelme sağladığı saptanmıştır. Tedaviye en iyi yanıtın klindamisin veya pyrimethamine – sulfadiazine kortikosteroid eklenmesi ile alınabileceği bildirilmektedir (2, 11). Olgumuzda uyguladığımız klindamisin ile beraber verilen kortikosteroid tedavisinin başarılı olduğu görülmüş ve sonuç literatür bilgileri ile uyumlu bulunmuştur.

Olgumuzda sağ gözde vitreusta 2(+) hücre saptandı. Vitreusta inflamatuvar hücrelerin varlığı, vitreus opasitesi oküler toxoplazmosis olgularının 2/3'ünde görülen bir bulgu olup inflamatuvar hücre görülmeyen olguların eski, inaktif hastalık göstergesi olduğu bildirilmiştir (7).

Sonuç olarak olgumuzda edinsel oküler akut toxoplazmosis tanısı serolojik yöntemler, klinik bulgular, olgunun tedaviye yanıtı göz önünde bulundurularak konulmuştur. Bu çalışmada; benzer bir tabloda edinsel akut oküler toxoplazmosisin düşünülmesi gerektiği vurgulanmıştır.

KAYNAKLAR

1. Altıntaş N, Kuman HA, Akısu C, Aksoy U, Atambay M, 1997. Toxoplazmosis in last four year in Aegean region, Turkey. *J Egypt Soc Parasitol*, 27(2):439-443.

2. **Bosch KH, Verbraak FD, Suttorp-Schulten MSA, Van Ruyven RLJ, Klok AM, Hyong CB, Rothova A**, 2002. A prospective, randomized trial of pyrimethamine and azitromycin vs pyrimethamine and sulfadiazine for the treatment of ocular toxoplasmosis. *Am J Ophthalmol*, 134(1): 34-40.
3. **Bou G, Figueroa MS, Marti-Belda P, Navas E, Guerrero A**, 1999. Value of PCR for detection of *Toxoplasma gondii* in aqueous humor and blood samples from immunocompetent patients with ocular toxoplasmosis. *J Clin Microbiol*, 37(11): 3465-3468.
4. **Chatterton JW**, 1992. Pregnancy. *Human toxoplasmosis*. Ho-Yen DO, Joss AWL (eds). Oxford University Press. New York. Bölüm 6:144-183.
5. **Glasner PD, Silvera C, Moran-Cruzo D, Martins MC, Burnier J M, Silvera S, Camargo ME, Nussenblatt RB, Kaslow RA, Belfort JR**, 1992. An unusually high prevalence of ocular toxoplasmosis in southern Brazil. *Am J Ophthalmol*. 114: 136-144.
6. **Hamurcu MŞ, Kalaycı D, Şengün A**, 2002. Juxtapapiller koryoretinit ve optik nevrit ile seyreden üç oküler toxoplazmosis olgusu. *MN Oftalmoloji*, 9(1): 96-97.
7. **Ho-Yen DO**, 1992. Clinical features . *Human toxoplasmosis*. Ho-Yen DO, Joss AWL (eds). Oxford University Press. New York. Bölüm 3: 56-74.
8. **Mets MB, Holfels E, Boyer KM, Swisher CN, Roizen N, Stein L, Stein M, Hopkins J, Withers S, Mack D, Luciono R, Patel D, Remington JS, Meier P, McLeod**, 1996. Eye manifestation of congenital toxoplasmosis. *Am J Ophthalmol*. 122: 309-324.
9. **Montoya JG, Remington JS**, 1996. Toxoplasmic chorioretinitis in the setting of acute acquired toxoplasmosis. *Clin Infect Dis*. 23:277-282.
10. **Ongkosuwito JV, Bosch-Driessen EH, Kijlstra A, Rothova A**, 1999. Serologic evaluation of patients with primary and recurrent ocular toxoplasmosis for evidence of recent infection. *Am J Ophthalmol*, 128(4): 407-412.
11. **Paul NG, McCluskey JP**, 2002. Treatment of ocular toxoplasmosis. *Aust Prescr*, 25; 88-90.
12. **Perkins ES**, 1973. Ocular toxoplasmosis. *Br J Ophthalmol*. 57:1-17.
13. **Roberts F, McLeod R**. 1999. Pathogenesis of toxoplasmic retinocohoroiditis. *Parasitology Today*. 15(2): 51-57.
14. **Sütçü A, Tuncer İ, Kuru C, Baykan M**, 1998. Konya ve çevresinde *Toxoplasma gondii* IgM ve IgG prevalansı. *T Parazitol Derg*, 22(1):5-7.
15. **Türk M, Gürüz AY**, 2002. Oküler toxoplazmosis tanısında nested polimeraz zincir reaksiyonunun yeri. *T Parazitol Derg*, 26(4): 335-341.