

Fuchs Üveitik Sendrom ile Birlikte Bilateral Konjenital Oküler Toksoplazmozis

Fuchs Uveitis Syndrome Presented with Bilateral Congenital Ocular Toxoplasmosis

Berna BAŞARIR¹, Çiğdem ALTAN¹, Eylem Yaman PINARCI², Ercüment BOZKURT¹, Ahmet DEMİROK³,
Ömer Faruk YILMAZ³

ÖZ

Yirmi yedi yaşında erkek olgu sağ gözde görme azalması nedeniyle kliniğimize başvurdu. Biyomikroskopik muayenede sağ gözde diffüz keratik presipitatlar, şişkin katarakt ve irisde heterokromi mevcuttu. Göz dibi muayenesinde sağ göz aydınlanmıyor, sol gözde 2 optik disk çapında makülayı tutan koryoretinal skar vardı. Olguya sağ göze fakoemülsifikasyon yöntemiyle katarakt ameliyatı ve göziçi lens implantasyonu uygulandı. Ameliyat sonrası göz dibi muayenesinde sağ gözde de makülada koryoretinal skar saptandı. Serumda Toksoplazma IgG pozitif. Fuchs üvetik sendromuna nadiren bilateral konjenital oküler toksoplazmozis eşlik edebilir.

Anahtar Kelimeler: Fuchs üveitik sendrom, toksoplazmozis.

ABSTRACT

Twenty seven years old male patient was presented with decreased vision in his right eye. On slit-lamp biomicroscopy examination, diffuse keratic precipitates, intumescent cataract and iris heterocromia were detected in the right eye. An examination of his left fundus revealed two disc diameters wide chorioretinal scar in the macula. Phacoemulsification surgery and intraocular lens implantation was performed to his right eye. On postoperative examination of his right fundus also was detected a similar chorioretinal scar in the macula. The serological test for antibodies (IgG) against Toxoplasma gondii was positive in peripheric blood sample. Bilateral congenital ocular toxoplasmosis can be rarely presented with Fuchs Uveitis syndrome.

Key Words: Fuchs' Uveitis Syndrome, toxoplasmosis.

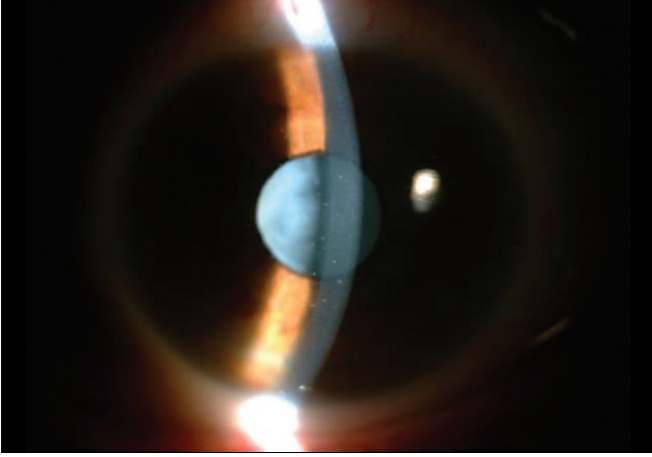
GİRİŞ

Fuchs Üveitik sendrom ilk olarak Ernst Fuchs tarafından iriste heterokromi, siklitis ve katarakt oluşumuyla karakterize bir sendrom olarak tanımlanmıştır.¹ Daha sonra bu sendrom Fuchs heterokromik siklitis, Fuchs heterokromik iridosiklitis, Fuchs heterokromik uveitis, veya daha güncel olarak Fuchs üveitik sendrom (FUS) olarak adlandırılmıştır.² Fuchs üveitik sendrom, sıklıkla tek taraflı, ağrı ve silier injeksiyonun hiç olmadığı veya çok hafif olduğu düşük dereceli kronik ön kamara reaksiyonu, küçük veya orta büyüklükte yaygın yıldızsi keratik presipitatlar, heterokromiye neden olan veya olmayan diffüz stromal iris atrofi ve arka sineşi olmamasıyla karakterize bir sendromdur. Koeppe ve Busacca nodülleri, vitritis, iridokorneal açıda anormal damarlanma görülebilir. Katarakt ve göz içi basıncı (GİB) yüksekliği bu hastalığın geç başlangıçlı komplikasyonlarıdır. Literatürde FUS ile retinitis pigmentosa, oküler travma, subklavian çalma sendromu, hemifasiyal atrofi, Horner sendromu, toksoplazmozis, toksokariazis, rubella, herpes, sarkoidoz, Behçet hastalığının birlikteliğini bildiren çalışmalar yayınlanmıştır.³ Bu çalışmada Fuchs üveitik sendromuna eşlik eden bilateral konjenital oküler toksoplazmozisi olan bir olgu bildirilmektedir.

- M.D., Beyoğlu Training and Research Eye Hospital, İstanbul/TURKEY
BAŞARIR B., bdemirel@hotmail.com
ALTAN Ç., cigdem_altan@yahoo.com
BOZKURT E., erbozkurt@hotmail.com
- M.D. Asistant Professor, Başkent University Medical Faculty, Department of Ophthalmology, İstanbul/TURKEY
YAMAN PINARCI E., dreyaman@hotmail.com
- M.D. Professor, Beyoğlu Training and Research Eye Hospital, İstanbul/TURKEY
DEMİROK A., ahdemirok@gmail.com
YILMAZ Ö.F., ofyilmaz@superonline.com

Geliş Tarihi - Received: 06.09.2011
Kabul Tarihi - Accepted: 30.11.2011
Glo-Kat 2012;7:60-62

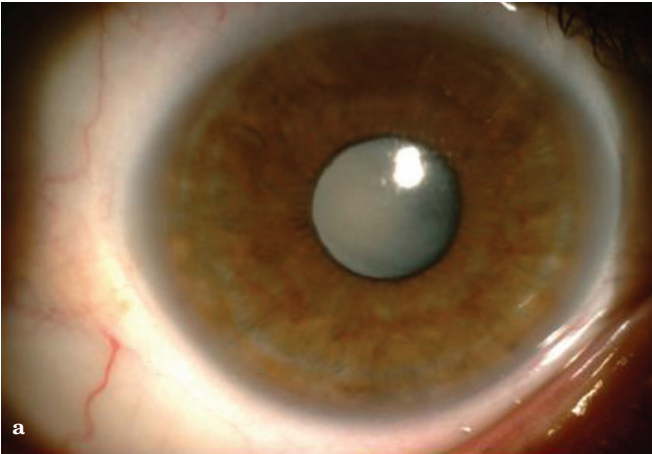
Yazışma Adresi / Correspondence Address: M.D., Berna BAŞARIR
Beyoğlu Training and Research Eye Hospital, İstanbul/TURKEY
Phone: +90 216 688 11 73
E-Mail: bdemirel@hotmail.com



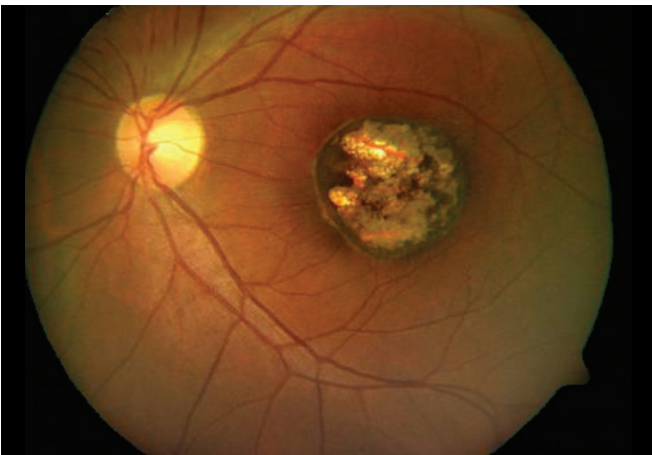
Resim 1: Sağ gözde keratik presipitatlar ve şişkin katarakt.

OLGU SUNUMU

Yirmi yedi yaşında erkek olgu kliniğimize sağ gözünde görme azalması şikayetiyle başvurdu. Sağ gözde görme ışık hissi ve ışığın yönünü algılama pozitif, sol göz görme keskinliği 0.2 (Snellen) düzeyindeydi. Sağ ekzotropiyası vardı. Biyomikroskopik muayenede sağ gözde yaygın yıldızsı orta büyüklükte keratik presipitatlar, irisde heterokromi, ön kamarada 1+ hücre ve şişkin katarakt mevcuttu (Resim 1 ve 2). Göz içi basınçları sağda 28 mmHg, solda 12 mmHg idi.



Resim 2: İrisde heterokromi. a) sağ göz, b) sol göz.



Resim 3: Sol gözün fundus fotoğrafı.

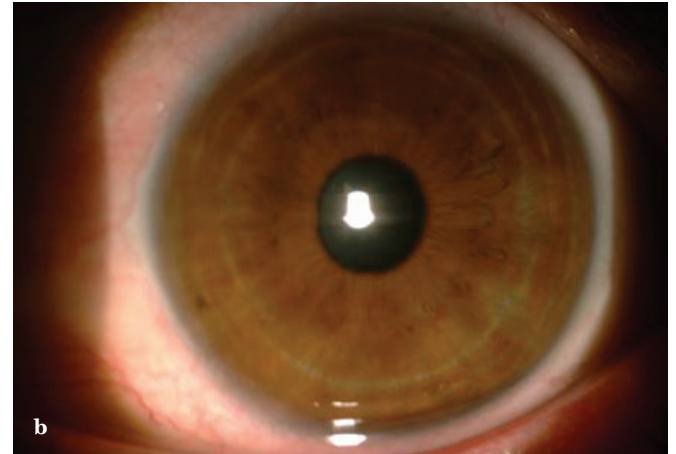
Göz dibi muayenesinde sağ göz aydınlanmıyor, sol gözde 2 optik disk çapında makülayı tutan koryoretinal skar mevcuttu (Resim 3). Kanda bakılan toksoplazma serolojisinde IgM negatif, IgG pozitif (27 IU/ml) idi.

Olguya antiglokomatöz tedavi (Timolol maleat+ dorzolamid sabit kombinasyonu 2x1 ve brimonidin damla 2x1) başlandı. GİB kontrol altına alındıktan sonra sağ göze fakoemülsifikasyon yöntemiyle katarakt ekstraksiyonu ve göz içi lens implantasyonu uygulandı.

Ameliyat sırasında ön kamaradan alınan hümor aköz örneğinde yapılan polimeraz zincir reaksiyonu çalışmasında Toksoplazma gondii DNA'sına rastlanmadı. Olgunun ameliyat sonrası sağ göz görme keskinliği 2 metreden parmak sayma düzeyindeydi. Ameliyat sonrası göz dibi muayenesinde sağ gözde de makülada koryoretinal skar olduğu tespit edildi (Resim 4).

TARTIŞMA

Fuchs üveitik sendromunun en önemli komplikasyonları katarakt ve GİB yüksekliğidir. Tugal-Tutkun ve ark.,⁴ tarafından topikal kortikosteroid almamış olgularda katarakt komplikasyonu riski 8 yıllık izlemde %56 olarak bildirilmiştir.



Resim 4: Sağ gözün katarakt ekstraksiyonu sonrası fundus fotoğrafı.

Bizim olgumuzda da irisde heterokromi, yaygın yıldız-sı orta büyüklükte keratik presipitatlar, ön kamarada 1+ hücreye eşlik eden şişkin katarakt ve tıbbi tedaviyle kontrol altına alınmış göz içi basınç yüksekliği mevcuttu.

Fuchs üveitik sendrom, her ne kadar ayrı bir hastalık olarak kabul edilse de etiolojisinde spesifik bir neden ortaya konamamış, sempatik, herediter, vasküler ve immünolojik birtakım teoriler öne sürülmüştür. Klinik ve biyolojik çalışmalar daha çok immünolojik teoriyi destekler yöndedir.⁵ Diğer anterior üveitlerde keratik presipitatlarının genellikle inferiyor yerleşimli olmasına karşın, Fuchs Üveitik Sendromda keratik presipitatların diffüz dağılımının korneal antijen veya antijenlere karşı gelişen hücrenel bir immün cevap olduğu düşünülmüştür.³

Etiyopatogenezdeki rolü kanıtlanmamış olmakla birlikte Fuchs Üveitik Sendromda göz dibi muayenesinde değişen oranlarda (%7.5-60) koryoretinal skar görüldüğünden oküler toksoplazmozis ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.^{6,7} Fuchs, kendi orijinal serisinde 3 olguda koryoretinal skar varlığından bahsetmiştir.¹

Bizim olgumuzda FUS olan gözde şişkin katarakt olduğundan öncelikle diğer gözde makülada koryoretinal skar saptandı, katarakt ekstraksiyonu sonrası FUS olan gözde de aynı şekilde makülada koryoretinal skar olduğu görüldü. Koryoretinal skarların klinik olarak görünümü, konjenital toksoplazmozisle uyumluydu.

Toksoplazma serolojisinde IgG pozitifliğinin olması, ön kamara sıvı örneğinde ise polimeraz zincir reaksiyonu ile Toksoplazma gondii DNA'sının saptanmamış olması lezyonların inaktif olduğunu göstermektedir.

Oküler toksoplazmozisle FUS birlikteliğini bildiren çalışmaların çoğunda toksoplazma benzeri lezyonlar FUS olan gözde saptanmış olmakla beraber, Arffa ve ark., bilateral konjenital toksoplazmozis olgusunda tek taraflı FUS bildirmiştir.⁶⁻⁹

Literatürde aktif toksoplazma koryoretinitini ile FUS birlikteliğini de bildiren çalışmalar mevcuttur.^{7,10}

Bunlardan La Hey ve ark.,¹⁰ olgusunda FUS olmayan gözde aktif oküler toksoplazmozis saptandığı bildirilmiştir.

Sonuç olarak Fuchs üveitik sendromlu hastalarda göz dibi muayenesi de ön segment muayenesi kadar dikkatle yapılmalı ve iki taraflı görme keskinliği düşük olan hastalarda konjenital oküler toksoplazmozis ile birlikte görülebileceği de akla getirilmelidir.

Fuchs Üveitis Sendromu toksoplazma gibi bazı enfeksiyöz ajanlara ikincil bir immün yanıt olarak düşünülebilir.

KAYNAKLAR/REFERENCES

1. Fuchs E. Ueberkomplikationen der Heterochromie. Z Augenheilkd 1906;15:191-212
2. Cunningham E T J, Baglivo E. Fuchs heterochromic iridocyclitis-syndrome, disease, or both? Am J Ophthalmol 2009;148:479-81.
3. La Hey E, de Jong P T V M, Kijlstra A. Fuchs heterochromic cyclitis: review of the literature on the pathogenetic mechanisms. Br J Ophthalmol 1994;78:307-12.
4. Tugal-Tutkun I, Güney-Tefekli E, Kamacı-Duman F, et al. A cross-sectional and longitudinal study of Fuchs uveitis syndrome in Turkish patients. Am J Ophthalmol 2009;148:510-5.
5. Teyssot N, Cassoux N, Lehoang P, et al. Fuchs heterochromic cyclitis and ocular toxocariasis. Am J Ophthalmol 2005;139:915-6.
6. De Abreu MT, Belfort R Jr, Hirata PS. Fuchs heterochromic cyclitis and ocular toxoplasmosis. Am J Ophthalmol 1982;89:1317-25.
7. Saraux H, Laroche L, Lehoang P. Secondary Fuchs heterochromic cyclitis: a new approach to an old disease. Ophthalmologica 1985;190:193-8.
8. La Hey E, Rothova A. Fuchs heterochromic cyclitis in congenital ocular toxoplasmosis. Br J Ophthalmol 1991;75:372-3.
9. Arffa RC, Schaeffel TF. Chorioretinal scars in Fuchs heterochromic iridocyclitis. Arch Ophthalmol 1984;102:1153-5.
10. E La Hey, G S Baarsma. Contralateral active ocular toxoplasmosis in Fuchs heterochromic cyclitis. Br J Ophthalmol 1993;77:455-6.