



Akut Bilateral Bir Sifilitik Üveit Olgusu

A Case of Acute Bilateral Syphilitic Uveitis

Dorukcan Akıncıoğlu*, Cem Özgönül**, Gökçen Gökçe***, Ali Hakan Durukan*

*Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

**Anıttepe Jandarma Dispanseri, Göz Hastalıkları Polikliniği, Ankara, Türkiye

***Sarıkamış Asker Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Kars, Türkiye

Özet

Bu olguyla başka bir sistemik rahatsızlığı olmayan dermatolojik veya nörolojik yönden de herhangi bir pozitif bulgusu tespit edilemeyen ilk ve tek olarak oküler bulgu veren bir sifiliz olgusunu sunmayı amaçladık. Her iki gözde bulanık görme şikayetleriyle gelen ve sağda posterior solda ise panüveiti bulunan hastada sifilizin varlığını venereal disease research laboratory ve treponema hemaglutinasyon testi gibi serolojik testlerle tespit ettik. Hastanın sol gözünde diğer gözüne göre çok daha ağır bir inflamasyon tablosu mevcut olsa da her iki gözünü de tutan sifilitik üveitin nadir görülen bir varyantı olan posterior plakoid koryoretinit tablosu mevcut idi. Sifilizin oftalmolojik yönden hem ön hem de arka segmentte çok farklı formlarda klinik antitelere yol açabilmesi ve son yıllarda yaşam koşullarına bağlı olarak insidansında görülen artış nedeniyle sebebini açıklayamadığımız oküler inflamatuvar olgularda hastanın hikayesi bununla uyumlu olmasa da sifiliz ihtimalini mutlaka aklımızda tutmalıyız. (Turk J Ophthalmol 2015; 45: 122-124)

Anahtar Kelimeler: Koryoretinit, sifiliz, üveit

Summary

We aim to present the case of a patient with syphilitic uveitis whom dermatological and neurological examinations were normal. He presented with gradually worsening visual acuity in both eyes and both venereal disease research laboratory and microhemagglutination assay for Treponema pallidum serological tests were confirmatory for syphilis. In posterior segment examination, an uncommon manifestation of syphilitic uveitis and posterior placoid chorioretinitis was present in both eyes, however the left eye posterior segment inflammation was much worse in comparison to the fellow eye. Ocular manifestations of syphilis have a myriad of presentations, and the re-emergence in the last decades obligate us to keep in it mind in unexplained ocular inflammatory diseases even if patient history is not compatible. (Turk J Ophthalmol 2015; 45: 122-124)

Key Words: Chorioretinitis, syphilis, uveitis

Giriş

Sifiliz bir spiroket olan treponema pallidum tarafından cinsel yolla, transplasental yolla ya da açık lezyondan temas ile bulaşan, deri, kalp, damarlar, santral sinir sistemi gibi çok farklı organ sistemlerini etkileyebilen, bu nedenle bir çok başka hastalığın kliniğine benzer hastalık oluşturduğu için tanıda geç kalınan kronik bir hastalıktır.^{1,2,3} Sifilizin primer, sekonder, latent ve tersiyer olmak üzere lezyonun niteliğine ve lokasyonuna göre değişik evreleri mevcuttur. Oküler tutulum nörosifiliz olarak da adlandırılan tersiyer evrede sıklıkla ortaya çıkmakla birlikte ilk ve tek bulgu olarak da görülebilmektedir.^{4,5} Göz ile

ilgili en sık karşılaşılan klinik tablo üveit olsa da, interstisyel keratit, koryoretinit, vaskülit, vitritis ve papillit gibi çok farklı klinik bulgular verebilmektedir.⁶ Akut sifilitik posterior plakoid koryoretinopati ise literatüre ilk olarak Souza ve ark.⁷ tarafından kazandırılan fakat isim olarak ilk defa Gass ve ark.² tarafından kullanılmaya başlanan çok yaygın olmayan bir klinik antitedir. Zamani ve ark.^{na}⁸ göre de bu tablo kişinin enfeksiyona karşı sergilediği immün yanıtı bağlıdır. Makalemizde açıklanamayan kronik oküler inflamasyonun eşlik ettiği olgularda sifilizin de mutlaka bir ihtimal olarak değerlendirilmesinin önemini vurgulamayı ve sifilitik üveitin çok yaygın olmayan bir varyantını sunmayı amaçladık.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Dorukcan Akıncıoğlu, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

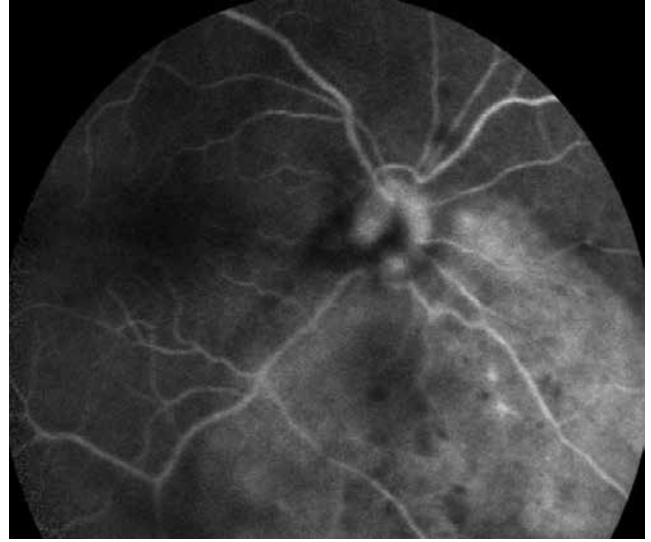
Tel.: +90 312 304 58 55 E-posta: dr.dorukcan@yahoo.com **Geliş Tarihi/Received:** 18.11.2013 **Kabul Tarihi/Accepted:** 03.05.2014

Olgu Sunumu

Altmış dokuz yaşında, beyaz, erkek hasta bir kaç gün önce sol gözünde kızarıklık ve ağrı ile başlayan ve her iki gözde giderek artan bulanık görme şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Daha önce benzer bir problem yaşamadığını ve herhangi bir sağlık probleminin de olmadığını belirten hastanın sistemik sorgulamasında kronik bir sağlık problemi düşünülmedi. Hastanın yapılan oftalmolojik muayenesinde en iyi düzeltilmiş görme keskinliği (EİDGK) sağda 0,8 solda ise el hareketi düzeyinde idi. Ön segment sağ gözde tabii idi. Sol gözde konjonktivada belirgin hiperemi ve siliyer injeksiyon mevcut iken korneada granülatöz keratik presipitatlar izlendi. Sol gözde ön kamarada minimal düzeyde hücreli reaksiyonu varken yaygın posterior sineşiler ve lens ön yüzünde pigment kümeleri izlendi. Arka segment muayenesinde sağ gözde arka polde alt majör arkuatın seyri boyunca üç optik disk büyüklüğünde kirliliği sarı renkte retinal infiltrasyon odağı izlenirken sol gözde de vitritis ve yaygın vitreus kondensasyonları nedeniyle flu olmakla beraber alt major arkuatın seyri boyunca kirliliği sarı retinal infiltrasyon odağı izlendi (Şekil 1). Hastaya yapılan fundus floresan anjiyografi (FFA) sağ gözde geç venöz evrede hiperfloresan olarak izlenen alanda yer yer hipofloresan alanların yanı sıra multifokal perivasküler boyanma alanları ve optik diskte boyanma izlenmekteydi, solda ise görüntü alınamadı (Şekil 2). Hastaya topikal olarak günde tek doz siklopentolat hidroklorür ve 4 saat aryla kullanılmak üzere prednizolon asetat tedavisi ile her üç günde yarım çentik azaltacak şekilde günde 80 mg'den topikal tedavisine ilave olarak sistemik prednizolon tedavisi başlandı. Tedavinin başlanmasını müteakip ikinci haftada yapılan kontrol muayenesinde sağ göz içi basıncın 33 mmHg olarak ölçülmesi üzerine topikal tedavisine günde iki defa kullanılmak üzere dorzolamid hidroklorür (%2) ile timolol asetat (%0,5) kombinasyonu eklendi. Etiyolojiye yönelik yapılan araştırmalarda hastadan tüberküloz yönünden değerlendirilmesi için göğüs hastalıkları konsültasyonu, romatolojik evaluasyonu için ise romatoloji konsültasyonu istenildi. Yapılan kan tetkiklerinde VDRL sonucu pozitif idi. Bir tarama testi olan VDRL testine ilave olarak tanıyı doğrulamak için yapılan TPHA testinin sonucu da pozitif idi. İnsan immünyetmezlik virüsü, hepatit B ve hepatit C serolojisi negatif olarak tespit edildi. Granülatöz üveite yol açabilen sarkoidoz ve tüberküloz gibi sistemik granülatöz hastalıkların da elimine edilmesi sonrasında hastadan sifiliz yönünden değerlendirilmesi için dermatoloji konsültasyonu istenildi. Dermatolojik olarak da herhangi bir bulgu saptanamayan hastaya 15 gün boyunca 24 MU/gün kristalize penisilin G tedavisi uygulandı. Düzenli kontrollerle takip altına alınan hastanın klinik bulguları 7. haftada normale dönmüş olup üç ay boyunca düzenli kontrollere devam edildi. Üçüncü ayın sonunda ön ve arka segmentlerde reaksiyon mevcut değildi fakat sol gözde optik disk soluk idi ve hastanın EİDGK'sinde bir artış olmadı. Hastaya yapılan desen görsel uyartılmış potansiyelleri tetkikinde sol göz dalga morfolojileri de mevcut EİDGK seviyesini destekler şekilde tüm desenlerdeki dalga amplitüdüleri sağ göze göre kıyaslandığında düşüktü.



Şekil 1. Sağ gözde alt majör arkuatın seyri boyunca uzanan 3 optik disk genişliğinde kirliliği sarı retinal infiltrasyon



Şekil 2. Geç venöz evrede funduskopik muayenede görülen lezyondan daha geniş bir alanda yaygın hiperfloresans ve bu alanda bir çok noktasal vasküler kaçaklar izlenmekte

Tartışma

Sifiliz birçok farklı hastalığa benzer klinik tabloya yol açabilmekte olup tanısı konulduğu zaman penisilin grubu antibiyotiklere çok iyi yanıt alınabilmektedir. Son yıllarda riskli hayat şartları sürdüren bireylerde insan immünyetmezlik virüsü insidansındaki artış ile sifiliz insidansında da paralel bir artış izlenmektedir.^{9,10,11} Hastalığın primer evresinde şankr adı verilen ağrısız, ülserle lezyonlar görülmekteyken ikinci evrede non-spesifik makülopapüler döküntü tablosu ile karşılaşılabilir. Tedavi başlanılmadığı takdirde gelişen üçüncü evrede ise kardiyovasküler ve nörolojik tutulum görülür. Hastalığın oküler bulgularının herhangi bir evrede görülebilmesi hatta kimi olgularda ilk bulgu olarak görülmesi ve bir çok farklı hastalığa benzer klinik tablo oluşturması nedeniyle sifilizi düşündürecek diğer bulgular olmasa dahi oküler inflamatuvar olgularda VDRL ve rapid plasma reagin gibi tarama testlerinden faydalanarak,

bunların pozitif olması halinde ise floresan treponemal antikor absorpsiyon testi ve TPHA testleri ile tanıyı doğrularak hastalığın evresine göre uygun tedavinin başlanması sağlanabilir.⁴ Literatürde nörosifiliz tanısı için beyin omurilik sıvısından VDRL testinin yapılmasını öneren yayınlar mevcut olsa da bu testin spesifitesinin yüksek olması sensitivitesinin de düşük olması nedeniyle negatif test sonucu ile nörosifiliz ön tanısı elimine edilemez.^{4,12} Posterior üveit olgularında sıkça kullandığımız bir tanı yöntemi olan FFA'da biz lezyon bölgesinde erken dönemde hafif artmış floresans izlerken ilerleyen saniyelerde gittikçe artan hiperfloresans, bu hiperfloresans alanın içinde de noktasal hipofloresans alanlar olduğunu gördük. Yine plakoid lezyonun olduğu alanla uyumlu bölgede multivasküler kaçaklar izleniyordu. Kendi pratiğimizde benzer tutulumu başka bir olgumuzda görmedik fakat benzer tutulum literatürde yine sifilitik posterior plakoid olgularında leopar deseni görünümü olarak tanımlanmaktadır.² Bizim olgumuzdaki FFA görünümü ile literatürde leopar deseni olarak tanımlanan olguların görünümü birebir uyumlu değildi fakat hiperfloresans alanların içinde hipofloresans odaklar izlenmekteydi. Sifiliz tedavisinde asıl ilacımız halen penisilin grubu antibiyotikler olup; primer dönemde intramusküler tek doz 2,4 MU benzatin penisilin, sekonder dönemde ve tersiyer dönemde ise birer hafta ara ile 3 hafta boyunca haftada tek doz 2,4 MU benzatin penisilin yani toplamda 7,2 MU benzatin penisilin olacak şekilde benzatin penisilin tedavisi uygulanmaktadır. Nörosifilizde ise 4 saat ara ile 2-4 MU kristalize penisilin tedavisi toplamda günlük 12-24 MU olacak şekilde 10-14 gün boyunca uygulanmaktadır.¹³ Oküler tutulumun görüldüğü optik sinir, retina ve diğer nöroepitelyal dokular embriyolojik olarak santral sinir sistemi ile aynı kökenden geldiğinden dolayı oküler sifiliz vakalarının da nörosifiliz gibi tedavi edilmesi önerilmektedir.¹⁴ Penisilin tedavisiyle kontrol altına aldığımız bu enfeksiyöz hastalığın erken döneminde tedaviye oldukça tatmin edici sonuçlar alınmaktadır fakat olgularda sekelsiz bir sonuç elde edilse dahi nüks edebileceğini, tek ve ilk bulgu oküler bulgular olsa dahi bu hastalığın multidisipliner bir yaklaşım gerektirdiği unutulmamalıdır. Sifiliz tanısı koyduğumuz olgularda HIV seropozitivitesi de mutlaka araştırılmalıdır.¹⁵ Olgumuzda olduğu gibi herhangi bir şüpheli cinsel ilişki öyküsü olmasa dahi bu hastalarda ko-enfeksiyon ihtimali yüksek olup, insan immün yetmezlik virüsü seropozitivitesinin de eşlik ettiği olgular hem ağır bir seyir izlerken hem de görsel prognozları oldukça kötü olmaktadır fakat bu birlikteliğin prognozu nasıl etkilediğini belirtir bir literatür bilgisi mevcut değildir.¹⁶ Genelde oküler bulgular şiddetli olduğundan erken tanı konulduğu takdirde antibiyotik tedavisine zaman kaybetmeden başlandığında oldukça olumlu sonuçlar alınmaktadır, fakat intravitreal triamsinolon enjeksiyonu sonrasında akut sifilitik posterior plakoid koryoretinit gelişen üç olguda, tedavinin sonucunda görme keskinliğinde herhangi bir artış olmazken optik disk solukluğu ve vasküler yapılarda atenuasyon geliştiği de bildirilmiştir.^{17,18} Olgumuzda herhangi bir intravitreal enjeksiyon da uygulanmamasına rağmen tedavi sonrası sağ

gözde herhangi bir sekel kalmaz iken daha yoğun bir ön ve arka segment inflamasyon tablosunun eşlik ettiği sol gözde optik disk soluk ve vasküler yapılarda atenuasyon mevcuttu. Sol gözde bu rahatsızlığından önce iyi gördüğünü söylemesi nedeniyle optik disk ve vasküler yapılardaki kalıcı değişikliklerin yoğun inflamasyon tablosuna sekonder geliştiğini düşünmekteyiz.

Oküler sifiliz çok farklı klinik tablolar ile hekimin karşına çıkabilmektedir. Olgumuzda olduğu gibi bir gözde akut panüveit, diğer gözde akut posterior üveit gibi iki göz arasında bile farklı klinik tablolara kendini gösterebilir. Üveitli bir hastada tanısal araştırmalar yapılırken sifiliz de etyolojik bir faktör olarak akılda tutulmalıdır.

Çıkar çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Kaynaklar

1. Margo CE, Hamed LM. Ocular syphilis. *Surv Ophthalmol.* 1992;37:203-220.
2. Gass JD, Braunstein RA, Chenoweth RG. Acute syphilitic posterior placoid chorioretinitis. *Ophthalmology.* 1990;97:1288-1297.
3. Tamesis RR, Foster CS. Ocular syphilis. *Ophthalmology.* 1990;97:1281-1287.
4. Hong MC, Sheu SJ, Wu TT, Chuang CT. Ocular uveitis as the initial presentation of syphilis. *J Chin Med Assoc.* 2007;70:274-280.
5. Tsimpida M, Low LC, Posner E, Goh BT, Westcott M. Acute syphilitic posterior placoid chorioretinitis in late latent syphilis. *Int J STD AIDS.* 2009;20:207-208.
6. 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;107:2015-2023.
7. de Souza EC, Jalkh AE, Trempe CL, Cunha S, Schepens CL. Unusual central chorioretinitis as the first manifestation of early secondary syphilis. *Am J Ophthalmol.* 1988;105:271-276.
8. Zamani M, Garfinkel RA. Corticosteroid-induced modulation of acute syphilitic posterior placoid chorioretinitis. *Am J Ophthalmol.* 2002;135:891-893.
9. French P. Syphilis. *BMJ.* 2007;334:143-147.
10. Kerani RP, Handsfield HH, Stenger MS, Shafii T, Zick E, Brewer D, Golden MR. Rising rates of syphilis in the era of syphilis elimination. *Sex Transm Dis.* 2007;34:154-161.
11. Chen ZQ, Zhang GC, Gong XD, Lin C, Gao X, Liang GJ, Yue XL, Chen XS, Cohen MS. Syphilis in China: results of a national surveillance programme. *Lancet.* 2007;369:132-138.
12. Pinon-Mosquera R, Jimenez-Benito J, Olea-Cascon J. Syphilitic bilateral panuveitis: a case report. *Arch Soc Esp Oftalmol.* 2009;84:101-104.
13. Centers for Disease Control and Prevention Sexually transmitted diseases-(1993) Treatment guidelines MMWR. 1993;42:27-46.
14. Kiss S, Damico FM, Young LH. Ocular manifestations and treatment of syphilis. *Semin Ophthalmol.* 2005;20:161-167.
15. Chen J, Lee L. Posterior placoid chorioretinitis: An unusual ocular manifestation of syphilis. *Clin Ophthalmol.* 2008;2:669-673.
16. Tran TH, Cassoux N, Bodaghi B, Fardeau C, Caumes E, Lehoang P. Syphilitic uveitis in patients infected with human immunodeficiency virus. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 2005;243:863-869.
17. Erol N, Topbas S. Acute syphilitic posterior placoid chorioretinitis after an intravitreal triamcinolone acetone injection. *Acta Ophthalmol Scand.* 2006;84:435.
18. Song JH, Hong YT, Kwon OW. Acute syphilitic posterior placoid chorioretinitis following intravitreal triamcinolone acetone injection. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 2008;246:1775-1778.