



Üveit ve Beyaz Nokta Sendromunun Eşlik Ettiği Lyme Hastalığı Olan Bir Olgu

A Case of Lyme Disease Accompanied by Uveitis and White Dot Syndrome

İlkay Kılıç Müftüoğlu*, Yonca Aydın Akova**, Sirel Gür Güngör***

*İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

**Bayındır Kavaklıdere Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

***Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Öz

Bu olgu sunumunda periferel retinal vaskülit, intermediyer üveit ve arka kutupta multifokal beyaz noktaları ile ortaya çıkan bir Lyme hastalığı olgusunu sunmayı amaçladık. Her iki gözünde vitrit ve kartopu opasiteleri olan hastada Lyme hastalığı tanısı klinik, anjiyografik ve laboratuvar bulguları ile konuldu. Hastanın fundus floresein anjiyografisinde optik sinirde ve retinal venlerde sızıntı ve bilateral çok sayıda hiperfloresan odak mevcuttu. Hastada uygulanan kombine antibiyotik ve steroid tedavisi ile semptom ve bulgularda belirgin düzelleme saptandı. Oftalmologlar üveit ve multifokal beyaz nokta hastalıklarının Lyme hastalığı ile birlikte olabileceğini akılda tutmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Lyme hastalığı, beyaz nokta sendromları, retinal vaskülit, üveit

Summary

In this case report we aimed to present a case of Lyme disease presenting as peripheral retinal vasculitis, intermediate uveitis and multifocal white dots in the posterior pole. The patient exhibited vitritis and snowball opacities in both eyes. A diagnosis of Lyme disease was made based on clinical, angiographic and laboratory findings. Fundus fluorescein angiography revealed optic nerve and retinal venous leakage as well as multiple hyperfluorescent foci in both eyes. The patient's symptoms and ocular findings significant improved after treatment with a combination of systemic antibiotics and steroids. Ophthalmologists should bear in mind that conditions presenting with uveitis and multifocal white dots may be related to Lyme disease.

Keywords: Lyme disease, white dot syndromes, retinal vasculitis, uveitis

Giriş

Lyme hastalığı, arthropodlar ile en sık bulaşan enfeksiyöz hastalıktır. Hastalığın etkeni bir spiroket olan *Borrelia burgdorferi*'dir.¹ Lyme hastalığında oküler tutulum konjonktivit, episklerit, üveit, nöroretinit, retina vaskülit ve kraniyal sinir paralizisi ile karakterizedir.² Hastalığın serolojik tanısının güç olması ve semptomlarının spesifik olmaması nedeniyle tanı konulması zor olabilmektedir.

Bu olgu sunumunda bir Lyme hastası sunulmakta ve beyaz nokta sendromları ile Lyme hastalığı arasındaki muhtemel ilişkiye işaret edilmesi amaçlanmaktadır.

Olgu

Otuz yaşında erkek hastanın artralji ve bacaklarında eritema nodosumu andıran eritem öyküsü mevcuttu. Hastanın her iki gözde en iyi düzeltilmiş görme keskinliği 20/20 idi ve göz içi basıncı normal sınırlardaydı. Biyomikroskopik muayenesinde, her iki gözde ön kamarada orta düzeyde reaksiyon ve 2+ vitreus hücreleri izlendi. Fundus muayenesinde, her iki gözde kartopu opasiteleri ve retinanın inferior kadranında vasküler kılıflanma izlendi (Resim 1a). Floresein anjiyografi ile optik disk ve retinada vasküler sızıntı olduğu ve hiperfloresan odakların bulunduğu görüldü (Resim 1b, 1c, 1d). İndosyanin yeşili anjiyografi ile de arka kutup ve periferik fundusta hiperfloresan odaklar izlendi (Resim 1e, 1f, 1g, 1h).

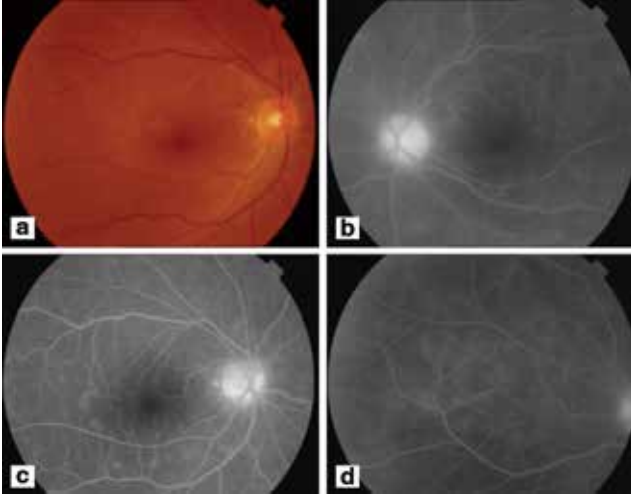
Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Yonca Aydın Akova, Bayındır Kavaklıdere Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

Tel.: +90 532 283 89 43 E-posta: yoncaakova@yahoo.com **Geliş Tarihi/Received:** 07.05.2014 **Kabul Tarihi/Accepted:** 17.12.2014

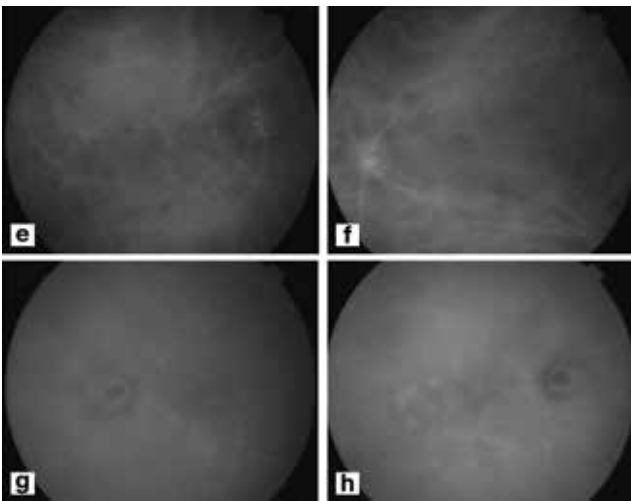
©Türk Oftalmoloji Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.

Bu makale "Creative Commons Atıf-Gayriticari-Türetilemez 4.0 Uluslararası Lisansı (CC BY-NC 4.0)" ile lisanslanmıştır.

Hastanın detaylı tıbbi öyküsünden harita mühendisi olarak çalıştığını ve endemik bir bölgeyi ziyareti sırasında bacağına eritemli papiller lezyonlar meydana geldiğini, ancak bu lezyonları önemsemediğini ve lezyonların spontan olarak gerilediğini öğrendik. Hasta üveit ile ilişkili sistemik vaskülit ön tanısı ile Romatoloji kliniğine yönlendirildi. Sarkoidoz, sifiliz ve toksoplazmozis için laboratuvar testleri normal sınır arasında bulundu ancak serum Lyme immünglobulin M (350, normal aralık: 40-230) yüksek bulundu ve immüno blot analizi pozitif. Hastada Behçet hastalığına ait herhangi bir belirti yoktu. Hastaya Lyme hastalığı tanısı kondu ve topikal prednizolon asetat tedavisinin yanısıra 10 gün süre ile intravenöz seftriakson tedavisi verildi. Bu tedaviyi takiben 4 hafta süre ile amoksisilinklavulonat ve oral kortikosteroid başlandı. Steroid tedavisi sürenin sonunda azaltılarak kesildi. Üç aylık tedavinin sonunda,



Resim 1a, b, c, d. Hastanın fundus görüntüsü ve floresein anjiyografi bulguları Fundus görüntüsünde disk, maküla ve vasküler ark olağandır (a); floresein anjiyografide, optik sinir başı ve retinal venlerde sızıntı olduğu ve maküla çevresinin hiperfloresan olduğu izlenmektedir (b,c,d)



Resim 1e, f, g, h. İndosiyenin yeşili anjiyografi ile maküla çevresinde hiperfloresan odaklar izlenmektedir (e,f,g,h)

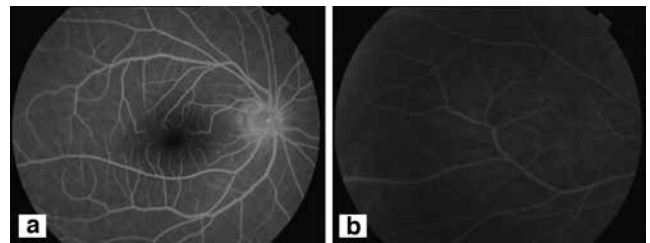
ön kamara ve vitreusta hiç hücre izlenmedi ve son muayenesinde floresein anjiyografi ile retinal venlerden sızıntının azaldığı gözlemlendi (Resim 2). Bir buçuk yıl süre ile takibi sırasında hastalık tekrarlamadı.

Tartışma

Lyme hastalığının klinik özellikleri ve seyri literatürde detaylı olarak tanımlanmıştır, ancak oküler tutulumu az önem verilmiştir. Lyme hastalığında oküler belirtiler arasında konjonktivit, episklerit, üveit, nöretinit, retina vaskülit ve kranial sinir paralizisi yer almaktadır.^{2,3} Smith ve ark.⁴ 1991 yılında ilk kez Lyme hastalığı için seropozitif olan hastalarda retina vaskülitini bildirmiştir. Hastalarının ikisinde oküler bulgular sistemik antibiyotik ve kortikosteroid tedavisi ile ortadan kalkmıştır. Yakın zamanda, Mikkila ve ark.⁵ 20 hastadan oluşan en geniş Lyme hastalığı serisinde yaptıkları çalışmada, sekiz hastada retina vaskülitini olduğunu, diğer olgularda ise santral retinal ven dal tıkanmasına ek olarak oküler adneks enflamasyonu ve nöro-oftalmolojik bozukluk geliştiğini bildirmiştir. Bu olgulardan ikisinde duruma orta üveit eşlik ederken bu hastalardan birinde retina pigment epitel seviyesinde çok sayıda hipofloresan odak görülmüştür. Bizim hastamızda da orta üveit ve arka kutupta çok sayıda odak mevcuttu.

Oküler Lyme hastalığı retinal arter veya venleri farklı düzeylerde etkileyebilir. Arteriyel tutulum arasında kılınma, pamuksu lekeler ve tıkanma sayılabilirken, venöz tutulumda kılınma, retina kanaması, ödem ve retinal ven dal tıkanması görülebilir.⁶ Retina vaskülitini, maküla çevresinde gelişebileceği gibi ön ve/veya arka segment oküler enflamasyon ile ilişkili olarak periferik retinada da ortaya çıkabilir. Hastamızda sadece fundusta orta periferden uzak periferde uzanan retinal venlerde sızıntı olduğunu, ön kamara reaksiyonu olduğunu ve ek olarak alt periferik alanda kartopu opasitelerinin bulunduğunu izledik.

Lyme hastalığının tanısında sıklıkla serolojik testler kullanılmaktadır. Önerilen protokol iki test içermektedir: Enzime bağlı immüno sorban yöntem (ELİSA testi) ve Western Blot (WB).⁷ Bu yöntemde, örnekler önce ELİSA ile test edilir ve daha sonra WB yöntemi ile pozitif ELİSA sonuçları doğrulanır. Sınırlı duyarlılık ve özgüllük nedeniyle, bu testler mevcut enfeksiyonun tanısında yetersiz kalabilir. Bu nedenle, Lyme hastalığı tanısı koyabilmek için, bizim olgumuzda olduğu gibi, doktor hem klinik bulguları hem laboratuvar sonuçlarını değerlendirmelidir.



Resim 2. Medikal tedavi sonrası olgunun fundus floresein anjiyogramı

Beyaz nokta sendromları, aralarında sarkoidoz, tüberküloz, şistosomiazis ve aynı zamanda Lyme hastalığının da bulunduğu gecikmiş hipersensitivite reaksiyonları ile karakterize çeşitli hastalıklar ile ilişkili bulunmuştur.^{8,9,10,11} Ancak, beyaz nokta sendromlarının tüm karakteristik bulgularına sahip ve serum *Borrelia burgdorferi* antikor düzeyleri yüksek bulunan 18 olgu ile yapılan bir çalışmada, olguların hiç birinde *Borrelia* immüno blot yöntemi ile gösterilememiştir.¹¹

Beyaz nokta sendromlarında patogenez tartışmalı olmakla birlikte, bu iki durum arasındaki ilişkinin ortak bir patoloji olan vaskülitten kaynaklanabileceğini düşündük. Vaskülit aynı zamanda Lyme hastalığının ileri dönem komplikasyonlarından da sorumludur.

Hastamızı sistemik antibiyotik ve oral ve topikal steroid ile tedavi ettik. Lyme hastalığının bazı belirtileri antibiyotik tedavisi olmadan ortadan kalkabilse de, antibiyotik tedavisi verilmediği durumlarda tekrarlama ve daha ciddi komplikasyonların gelişme riski artmaktadır.¹² Olgumuzda nüks meydana gelmedi. Bu nedenle, önerilen tedavi yöntemi hastalığın şiddetli olduğu olgularda sistemik steroid tedavisi ile birlikte antibiyotik tedavisidir.⁶

Çalışmamızda, retina vaskülit, kartopu opasiteleri ve çok sayıda noktası olan bir olgu bildirilmektedir. Beyaz nokta sendromlarının ayırıcı tanısında nadir de olsa Lyme hastalığı akılda bulundurulmalıdır.

Etik

Hasta Onayı: Alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu ve Editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: Yonca Aydın Akova, Konsept: Yonca Aydın Akova, Dizayn: İlkay Kılıç Müftüoğlu, Yonca Aydın Akova, Sirel Gür Güngör, Veri Toplama veya İşleme: Yonca Aydın Akova, İlkay Kılıç Müftüoğlu,

Analiz veya Yorumlama: Yonca Aydın Akova, İlkay Kılıç Müftüoğlu, Literatür Arama: İlkay Kılıç Müftüoğlu, Sirel Gür Güngör, Yazan: İlkay Kılıç Müftüoğlu.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Stricker RB, Laitin A, Burrascano JJ. Lyme disease: point/counterpoint. Expert Rev Anti Infect Ther. 2005;3:155-165.
2. Mikkila HO, Seppala IJ, Viljanen MK, Peltomaa MP, Karma A. The expanding clinical spectrum of ocular lyme borreliosis. Ophthalmology. 2000;107:581-587.
3. Bozkurt MK, Saydam L, Ertürk Ö, B K. Lyme hastalığına bağlı bilateral fasiyal nöropati. Tıp Araştırmaları Dergisi. 2011;9:185-187.
4. Smith JL, Winward KE, Nicholson DE, Albert DW. Retinal vasculitis in Lyme borreliosis. J Clin Neuroophthalmol. 1991;11:7-15.
5. Mikkila HO, Seppala IJ, Viljanen MK, Peltomaa MP, Karma A. The expanding clinical spectrum of ocular lyme borreliosis. Ophthalmology. 2000;107:581-587.
6. Leys AM, Schonherr U, Lang GE, Naumann GO, Goubau P, Honore A, Valvekens F. Retinal vasculitis in Lyme borreliosis. Bull Soc Belge Ophthalmol. 1995;259:205-214.
7. Tugwell P, Dennis DT, Weinstein A, Wells G, Shea B, Nichol G, Hayward R, Lightfoot R, Baker P, Steere AC. Laboratory evaluation in the diagnosis of Lyme disease. Ann Intern Med. 1997;127:1109-1123.
8. Dick DJ, Newman PK, Richardson J, Wilkinson R, Morley AR. Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy and sarcoidosis. Br J Ophthalmol. 1988;72:74-77.
9. Wolf MD, Folk JC, Nelson JA, Peeples ME. Acute, posterior, multifocal, placoid, pigment epitheliopathy and Lyme disease. Arch Ophthalmol. 1992;110:750.
10. Framme C, Sachs HG, Gabler B, Roider J. Fundus autofluorescence in APMPE in association with lyme disease. Retina. 2002;22:653-657.
11. Bodine SR, Marino J, Camisa TJ, Salvate AJ. Multifocal choroiditis with evidence of Lyme disease. Ann Ophthalmol. 1992;24:169-173.
12. Kauffmann DJ, Wormser GP. Ocular Lyme disease: case report and review of the literature. Br J Ophthalmol. 1990;74:325-327.