



Ankilozan Spondilitli Olguda *Toxoplasma* Üveiti

Toxoplasma Uveitis in a Patient with Ankylosing Spondylitis

Hülya Deveci¹, Şenol Kobak²

¹Manisa Devlet Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Manisa, Türkiye

²Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

ÖZET

Bu bildiride Ankilozan Spondilit tanısıyla izlenen ve immun supresif tedavi uygulanan bir hastada gelişen posterior üveit tablosu ele alınmıştır. Hastada anti-*Toxoplasma* antikorları araştırılmıştır, anti-*Toxoplasma* IgG pozitif olarak saptanmıştır. Olguya sistemik tedavi (Trimetoprim Sulfametaksazol ve Klindamisin) başlanmıştır. Takiplerde görme keskinliğinde azalma ve vitreus içinde yoğun membranöz kondansasyon gelişmesi nedeniyle vitrektomi uygulanmıştır. İmmunosupresif tedavi uygulanan hastalarda posterior üveit geliştiğinde *Toxoplasma gondii* öncelikle düşünmemiz gereken enfeksiyon ajanlarından birisidir. Tanı ve tedavide gecikme medikal tedaviden istediğimiz yanıtı alamayıp cerrahi tedaviye geçmemize yol açabilir. (*Türkiye Parazitol Derg* 2013; 37: 216-8)

Anahtar Sözcükler: Oküler toxoplazmosis, posterior üveit, ankilozan spondilit

Geliş Tarihi: 21.09.2012

Kabul Tarihi: 19.06.2013

ABSTRACT

In this paper, a posterior uveitis case was reported in a patient who was being followed and under treatment for Ankylosing Spondylitis. *Toxoplasma* antibodies were investigated and anti-*toxoplasma* IgG was positive. Systematic treatment (Sulfamethoxazole/Trimethoprim and Clindamycin) was started. Despite medical treatment, reduction in visual acuity and development of dense membranous condensation in vitreous occurred. Surgical vitrectomy was performed. When posterior uveitis develops in patients who undergo immunosuppressive treatment, *toxoplasma* is among the first infectious agents that we should consider. A delay in diagnosis and treatment may result in failure in obtaining the desired outcome from medical treatment and a shift to surgical treatment. (*Turkiye Parazitol Derg* 2013; 37: 216-8)

Key Words: Ocular toxoplasmosis, posterior uveitis, ankylosing spondylitis

Received: 21.09.2012

Accepted: 19.06.2013

GİRİŞ

Toxoplasma gondii, insan ve hayvanlarda yaygın olarak bulunan hücre içi parazittir. Kan yoluyla gözün arka segmentine gelip, retinada inflamasyon ve hasar yapıp, daha sonra kiste dönüşmektedir (1, 2). *Toxoplazmosis* enfeksiyonu doğumsal ya da edinilmiş olabilir (3). Sağlıklı kişilerde arka üveitin oldukça sık rastlanılan bir nedenidir. *Toxoplazmosis*

retinokoroiditi tipik olarak arka kutbu etkiler (4, 5). Lezyon tek olabileceği gibi çok sayıda veya uydu şeklinde pigmenter retinal skar şeklinde de olabilir (6). *Toxoplazma*'ya bağlı nüks, immun sistemin baskılandığı durumlarda sıklıkla görülmekle birlikte, immun sağlıklı olgularda da nüks ortaya çıkabilmektedir (7).

Bu bildiride, ankilozan spondilit nedeniyle immunosupresif tedavi alan olguda, *toxoplasma* üveiti rapor edilmiştir.

OLGU SUNUMU

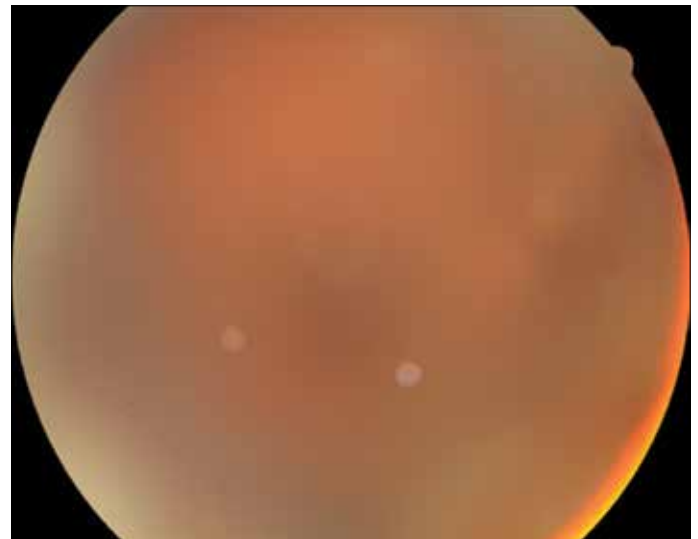
Yirmi sekiz yaşında erkek hasta, 3 ay önce sağ gözde ağrı ve görme azalması ile Göz polikliniğine başvurmuştur. Sorgulamasında 6 yıldan beri ankilozan spondilit (AS) tanısı ile Romatoloji hekimi tarafından takip edildiği ve bu sebeble Methylprednisolone 16 mg/gün, Methotrexate 10 mg/hafta, Salazopyrine 2 g/gün kullanmakta olduğu anlaşılmıştır. Göz muayenesinde Snellen eşeliyle görme keskinliği sol gözde tam olup sağ gözde 0,05 düzeyinde idi. Ön segment muayenesinde kornea saydam ön kamarada hücre bulunmamaktaydı. Daha önce geçirilmiş üveiti gösteren herhangi bir bulgu izlenmemiştir. Anterior ve posterior sineşileri bulunmamıştır. Lens saydam ancak vitreusda yoğun hücre bulunmakta olup retina ayrıntıları bulanık olarak seçilmiştir. (Resim 1, 2). B scan ultrasonografi (USG) ile retina yatışık olarak izlenmiştir. Posterior üveit yapabilmeyen sebepler araştırılmıştır. *Toxoplasma gondii* üveiti düşünülerek hastanın anamnezi genişletildi ve kedi beslediği öğrenilmiştir. Yapılan serolojik testlerde *Toxoplasma gondii*'ye özgü IgG antikorları in house ELISA testinde 1/4600, IFAT testinde 1/252 titrelerde saptanmıştır. IgM antikorlarını saptamak için *Toxoplasma Capture ELISA* IgM kiti prosedürüne uygun olarak çalışılmıştır (8). Anti-*Toxoplasma gondii* IgM antikorları negatif olarak saptanmıştır. Parazitoloji hekimi ile görüşüldü, Trimetoprim (160 mg)-Sulfametaksazol (800 mg) 2x2 ve Klindamisin 4x300 mg tedavisine başlanmıştır. Tedavinin 3. ayında yapılan kontrol muayenesinde görme keskinliğinde azalma (2 metreden parmak sayma) ve vitreus içinde membranöz yoğun bir kondansasyon tespit edilmiştir. USG ile muayenede retinanın yatışık olduğu gözlenmiştir. Hastaya, sistemik ve intravitreal (klindamycin ve kortikosteroid) medikal tedaviden fayda görmemesi üzerine hasta onam formu alındıktan sonra vitrektomi ameliyatı yapılmıştır. Vitrektomi cerrahisi sonrası muayene bulguları görme keskinliği 0,7, ön segment doğal, göz içi basıncı normal, vitreus içinde hücre yok, retina yatışık olup inaktif koroidit odağı tespit edilmiştir (Resim 3). Devam eden aylık kontrollerinde aynı bulgularla stabil kaldığı gözlenmiştir. Posterior üveitte rekürrens tespit edilmemiştir.



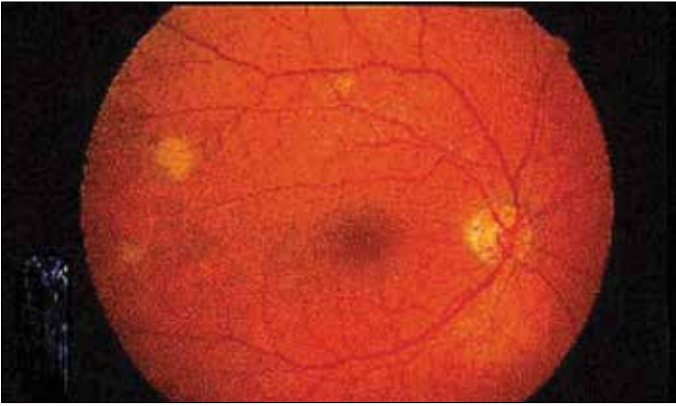
Resim 1. Posterior üveitli hastanın ön segment fotoğrafı. Retina refleksi izlenmiyor. Vitreus içinde yoğun hücre izleniyor

TARTIŞMA

Ankilozan spondiliti (AS), aksiyel ve periferik eklem tutulumu ile karakterize, önemli derecede dizabiliteye neden olabilen kronik, progresif, inflamatuvar bir romatizmal hastalıktır. Göz tutulumu, anterior üveit şeklinde olup, hastaların %25-40 arasında bildirilmektedir (9). Bizim AS hastamızda ön üveit değil posterior üveit tablosu izlenmiştir. Ancak bu posterior üveitin AS hastalığının bir bulgusu olmayıp, kullanılan immunsupresif ilaçlar nedeniyle gelişen *Toxoplasma gondii* üveiti olduğu düşünülmüştür. Toxoplazmosis, enfeksiyöz nekrotizan retinitis yapabilmektedir ve arka üveitlerin yaklaşık %30-50'sini oluşturmaktadır. Hücre içi bir protozoan olan *Toxoplasma gondii*, retinitise, buna sekonder koroidit ve/veya iridosiklitte neden olabilir. Oküler toxoplazmosis sıklıkla eski atrofik koryoretinal skarların komşuluğunda fokal nekrotizan retinitis olarak başlar. Hastalığın reaktivasyonunda, hamileliğin, immun direncin zayıflaması, fiziksel ve emosyonel streslerin tetikleyici rolü olduğu düşünülmektedir (10). Bizim hastamızın da toxoplazmik retinitin aktivasyon nedeni, AS hastalığı için kullandığı steroid ve diğer immunsupresif ilaçlar olduğu düşünülmüştür. Literatürde AS ve toxoplasma üveiti birlikteliği ile ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. Oküler toxoplazmosis'te görme kaybı foveanın papillomaküler liflerin veya optik sinirin direkt invazyonuna bağlı olarak gelişebileceği gibi kistoid makula ödemi, koroid neovasküler membran ve traksiyonel retina dekolmanına bağlı ortaya çıkabilmektedir (11). Bizim hastamızda da vitreus içinde yoğun kondansasyon ve opasitelere bağlı görmede azalma meydana gelmiştir. Oküler toxoplazmosis'in kesin tanısı *Toxoplasma gondii*'nin proliferatif formunun (takzoit) oküler dokuda gösterilmesiyle konulmaktadır. Kolay uygulanabilmesi, rölatif olarak yüksek sensitivite ve spesifitesi nedeniyle serolojik yöntemler, tanıda genellikle tercih edilmektedir (12). Akut enfeksiyonun varlığını destekleyen serolojik kriter; *Toxoplasma*'ya özgü IgM antikorunun varlığı, serum IgG antikor titresinde 4 kat artma veya serokonversiyon gelişmesidir (13, 14). 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



Resim 2. Olgunun fundus fotoğrafı. Retina refleksi çok flu olarak seçiliyor



Resim 3. Vitrektomi sonrası fundus görünümü. Üst temporal kadranda inaktif koroidit odağı

antikor düzeyinin (ELISA testinde 1/4600, IFA testinde 1/252 titrelerde) konjenital bulaştan kaynaklanan toxoplasmosisteki beklenen düzeyden daha yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Bu nedenle serolojik bulgular akut akkiz toxoplasmosis lehine yorumlanmıştır. Tedavide kullanılan ilaçlar dokuda kist içinde bulunan *Toxoplasma gondii*'ye karşı etkili olmadığı için aktif retinokoroidit tedavisinde amaç takozoit çoğalmasını engellemektir (15). En sık kullanılan ilaçlar, primetamin, sulfadiazine, trimetoprim-sulfametaksazol, klindamisin ve spiramisin'dir. Sistemik steroidler oküler enflamasyonu azaltmak amacıyla tedaviye eklenmektedirler (16). Bizim hastamızda sistemik Trimetoprim-Sulfametaksazol ve Klindamisin tedavisine başlanılmıştır. Ancak bulgularda çok az bir düzelme meydana gelmesi ve daha sonrasında da vitreus içindeki enflamasyonun gittikçe kondanse membranöz bir forma dönüşmesi nedeniyle hastayı vitrektomi uygulanmıştır.

SONUÇ

Olgumuzda edinsel oküler akut toxoplasmosis tanısı serolojik yöntemler, klinik bulguları göz önünde bulundurularak konulmuştur. Bu bildiride, benzer bir tabloda edinsel akut oküler toxoplasmosisin düşünülmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu olguya katılan hastadan alınmıştır.

Yazar Katkıları

Fikir - Ş.K., H.D.; Tasarım - Ş.K., H.D.; Denetleme - Ş.K., H.D.; Veri toplanması ve/veya işlenmesi - H.D., Ş.K.; Analiz ve/veya yorum - H.D., Ş.K.; Literatür taraması - H.D., Ş.K.; Yazıyı yazan - H.D., Ş.K.; Eleştirel inceleme - Ş.K., H.D.

Conflict of Interest

No conflict of interest was declared by the authors.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from patient who participated in this case.

Author Contributions

Concept - Ş.K., H.D.; Design - Ş.K., H.D.; Supervision - Ş.K., H.D.; Data collecting and/or processing - H.D., Ş.K.; Analysis and/or interpretations - H.D., Ş.K.; Literature review - H.D., Ş.K.; Writer - H.D., Ş.K.; Critical review - Ş.K., H.D.

KAYNAKLAR

1. Ho-Yen DO. Joss AWL (eds). Clinical features . Human toxoplasmosis. Oxford University Press New York 1992; 3: 56-74.
2. Vasconcelos-Santos DV. Ocular manifestations of systemic disease toxoplasmosis. Curr Opin Ophthalmol. 2012; 23: 543-50 [CrossRef]
3. Türk M, Gürüz AY. Oküler toxoplasmosis tanısında nested polimeraz zincir reaksiyonunun yeri. T Parazitoloj Derg 2002; 26: 335-41.
4. Roberts F, McLeod R. Pathogenesis of toxoplasmic retinocoroiditis. Parasitology Today. 1999; 15: 51-7. [CrossRef]
5. Bölük S, Ozyurt BC, Girginkardeşler N, Kilimcioğlu AA. Evaluation of serological results of patients with suspected Toxoplasmosis admitted to the medical parasitology laboratory of Celal Bayar University Hospital Türkiye Parazitoloj Derg 2012; 36: 137-41.
6. Holland GN. Ocular toxoplasmosis a global reassessment Part I epidemiology and course of disease. Am J Ophthalmol 2003; 136: 973-88. [CrossRef]
7. London NJ, Hovakimyan A, Cubillan LD, Siverio CD Jr, Cunningham ET Jr. Prevalence, clinical characteristics, and causes of vision loss in patients with ocular toxoplasmosis. Eur J Ophthalmol 2011; 21: 811-9. [CrossRef]
8. Park YH. Toxoplasma gondii in the peripheral blood of patients with ocular toxoplasmosis. Br J Ophthalmol 2012; 96: 766. [CrossRef]
9. Linssen A, Meenken C. Outcomes of HLA-B27 positive and HLA-B27 negative acute anterior uveitis. Am J Ophthalmol 1995; 120: 351-61.
10. Montoya JG, Remington JS. Toxoplasmic chorioretinitis in the setting of acute acquired toxoplasmosis. Clin Infect Dis 1996; 23: 277-82. [CrossRef]
11. Kanski JJ. Clinical Ophthalmology. Uveitis. Butterworth Heinemann Oxford 1994. p. 295-300.
12. Holliman RE, Stevens PJ, Duffy KT, Johnson JD. Serological investigation of ocular toxoplasmosis. Br J Ophthalmol 1991; 75: 353-5. [CrossRef]
13. Bodaghi B, Touitou V, Fardeau C, Paris L, LeHoang P. Toxoplasmosis new challenges for an old disease. Eye (Lond) 2012; 26: 241-4. [CrossRef]
14. Yolasiğmaz A, Şakru N, Yazar S, Akısü Ç, Gürüz AY, Kuman HA et al. Investigation of anti-toxoplasma antibodies in residence of urban and rural areas. Türkiye Parazitoloj Derg 2003; 27: 81-4.
15. Engstrom RE, Jr, Holland GN, Nussenblatt RB, Jabs DA. Current practices in the management of ocular toxoplasmosis. Am J Ophthalmol 1991; 111: 601-10.
16. Kim SJ, Scott IU, Brown GC, Brown MM, Ho AC, Ip MS, et al. Interventions for toxoplasma retinocoroiditis a report by the American Academy of Ophthalmology. Ophthalmology 2013; 120: 371-8. [CrossRef]