

Toksokara Endoftalmili Bir Olguda Tanı Zorlukları ve Tanısal Vitrektomi*

Diagnostic Challenges in a Case of Toxocara Endophthalmitis and Diagnostic Vitrectomy

Şengül ÖZDEK¹

Ret-Vit 2005; 13: Özel Sayı 51-54

GİRİŞ

Toksokara kedi ve köpeklerde sıklıkla rastlanan bir barsak parazitidir ve çocuklar enfekte kedi veya köpek dışkısında bulunan yumurtalarla kontamine olmuş yiyecekleri iyi yıkanmadan yediklerinde hastalığı alırlar. Vücuda giren yumurta insan barsağında larva üretir ve bu larvalar barsak duvarlarından kan damarları ve lenfatik sistem aracılığıyla karaciğer, akciğer ve göze gider^{1,2}. Bu nedenle hikayede pıca ve ev hayvanlarıyla temas olup olmadığı mutlaka sorulmalıdır.

Oküler toksokara en sık ortalama 7-8 yaşlarında (2-9 yaş) görülmektedir. Genellikle tek taraflı olup, görme azalması, şaşılık, lökokori ve hipopiyon ilk bulguları olabilir. Toksokara retinaya yerleşmeye meyillidir ve retinada hemorajiler, nekroz ve enflamasyona yol açar. Tipik patolojik lezyonu eosinofilik granülomdir. Genellikle kronik tek taraflı üveit ve primer eosinofilik granülom bölgesini kaplayan yoğun vitreus opasitesi şeklinde klinik tablo oluşturur. Exudatif retina dekolmanı, posterior sineşiler ve siklitik membranlar da görülebilir.

Larvaların çoğu göze kısa posterior silier arterler yoluyla girerler ve granülom maküler alanda oluşur (%46). Santral retinal arter yoluyla giren larvalar ise daha çok periferik retinada (%11) yerleşerek granülom oluştururlar². Olguların %29 unda ise iki lezyonun birlikte olduğu tespit edilmiştir. Toksokara granülomu eğer oftalmoskopik olarak görülebiliyorsa çoğunlukla benzer diğer patolojilerden ayırt edilmesini sağlayabilecek kadar tipiktir. Bununla birlikte diffüz üveit, katarakt ve lökokori varlığında granülomu görmek mümkün olmayabilir ve tanıda zorluklar ortaya çıkar.

Üçüncü klinik tip olan kronik endoftalmi ile giden formu da daha ender görülen ve ciddi tanı problemi yaratan bir tablodur³. Kronik endoftalmi formu biraz daha erken yaşta (2-6 yaş) ortaya çıkmakta ve bu haliyle özellikle retinoblastomdan ayırıcı tanısı oldukça zor olmaktadır. Tek taraflı lökokoriyle gelen bu çocuklarda gözlerin çoğunluğu retinoblastom yanlış tanısıyla enükleee edilir ve toksokara tanısı histopatolojik olarak konur^{3,4}.

Burada ciddi tanı problemine neden olan bir muhtemel oküler toksokarizis vakası sunularak uygun yaklaşımlar tartışılacaktır.

Geliş Tarihi: 30/08/2005

Received: August 30, /2005

* Bu çalışma TOD. Tıbbi Retina ve Vitreoretina Cerrahi Birimleri ortak toplantısı 15 Ocak 2005 Antalya'da sunulmuştur.
1- Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları AD, Beşevler, Ankara, Yrd. Doç. Dr.

1- M.D. Associate Professor, Gazi University Medical Faculty Ophthalmology Department
ÖZDEK Ş., sozdek@gazi.edu.tr
Correspondance: M.D. Associate Professor, Şengül ÖZDEK
Karakusunlar Mah. 388. Sokak No: 14/4 100. Yıl Ankara / TURKEY



Resim 1: Sağ gözün ön segment fotoğrafında posterior sineşiler dikkati çekmekte.

OLGU SUNUMU

Son 2-3 aydır sağ gözde kızarıklık ve görme azlığı olan 2 yaşındaki erkek çocuk kliniğimize başvurdu. Başvurudan önce, pediatri tarafından sistemik bulgusu olmayan muhtemel oküler toksokariazis tanısı konularak albendazol tedavisi ve beraberinde 1,5 ay süreyle oral prednizolon (1mg/kg) tedavisi uygulanmış, çeşitli merkezlerde değerlendirilmiş ve tanısı konamamış bir vaka idi. Hastanın hikaye ve özgeçmişinden daha önce herhangi bir sistemik veya oküler şikayeti olmadığı, miadında normal spontan vajinal yolla doğduğu ve hiç bir sistemik hastalığı bulunmadığı öğrenildi. Çocuğun toprak yeme gibi alışkanlıklarının olmadığı ve evde evcil hayvan beslenmediği öğrenildi. Travma hikayesi olmadığı ve daha önce yapılmış olan pediatrik romatoloji konsültasyonunda da gözde üveite neden olabilecek herhangi bir sistemik romatolojik hastalık lehine bulgu olmadığı öğrenildi.

Yapılan muayenesinde sağ gözde ışığı takip edemediği, sol gözün kapatılmasıyla huzursuz olduğu ve sağ gözde ışık hissini muhtemelen (kooperasyon yetersiz) negatif olduğu görüldü. Sol gözde patolojik bir bulgu saptanmazken, sağda göz içi basıncının parmakla normal olduğu, ön segment muayenesinde konjonktivada minimal hiperemi, ön kamarada 2-3 (+) kadar hücre ve



Resim 2: Sağ gözün longitudinal ultrasonografisinde vitreusda opasite ve membranlar, alt yarıda traksiyonel retina dekolmanı ve temporal periferde solid kitle görünümü (ok) izleniyor.

posterior sineşiler dikkat çekmekteydi (Resim 1). Fundus aydınlanmadığından yapılan ultrasonografisinde sağda vitreusda opasite ve membranlar, alt yarıda traksiyonel retina dekolmanı ve temporal periferde solid kitle görünümü saptandı. Kalsifikasyon izlenmedi (Resim 2).

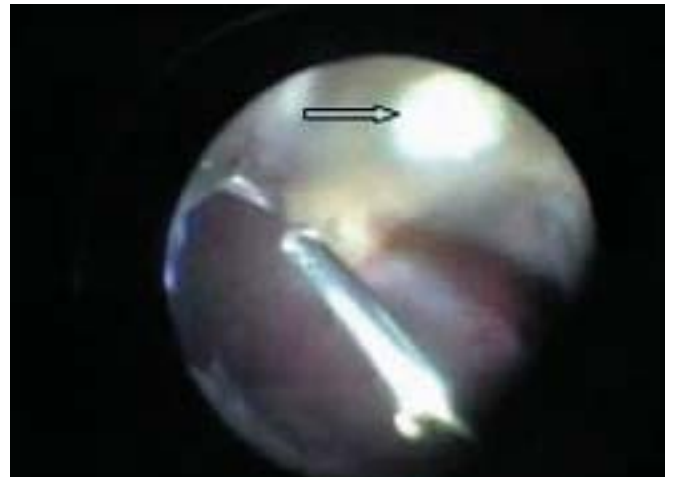
Laboratuvar incelemesinde: Serumda toksokara ELISA (-), toksoplazma IgM ve IgG (-) olduğu görüldü.

Bu aşamada hastada retinoblastom ekarte edilemediğinden tanısal amaçlı pars plana vitrektomi (PPV) ve lensektomi (muhtemel siklitik membranların etkin olarak temizlenebilmesi amacıyla) yapılması planlandı. Cerrahi öncesinde, aileye, retinoblastom ihtimalinden, bu cerrahi yapılmaz ise enükleasyon gerektiğinden, cerrahi sonrasında alınacak materyalin patolojik olarak incelenmesi sonrası retinoblastomun ekarte edilebileceğinden, tüm bunlara rağmen tanı toksokara endoftalmisi dahi olsa görsel beklentinin olmadığından ve muhtemel siklitik membranlar nedeniyle postop dönemde hipotoni riskinin yüksek olduğundan ve bu nedenle göz içine tampon madde olarak silikon yağı konmasının planlandığından bahsedilerek geniş bilgi verildi ve onam formu alındı.

Cerrahide önce ön kamaraya silikon verilerek posterior sineşiler açıldı ve iris retraktörleri yerleştirildi. Önce PP'den enfüzyon kanülü girildi fakat kanülün ucunun vit-



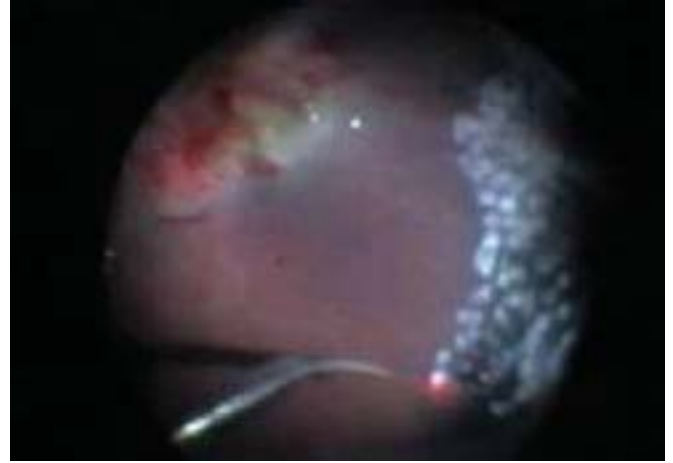
Resim 3: İris retraktörleri ve ön kamera maintainer kullanılarak pars plana lensektomi.



Resim 4: Yoğun vitreus membranları ve vitrede kartopu haline gelmiş enflamatuar hücre kümeleri (ok).



Resim 5: Epiretinal membranların pik yardımıyla kaldırılması.



Resim 8: Perflorokarbon desteğinde endolaser uygulaması.



Resim 6: Papilladaki granülasyon dokusunun (ok) forseps yardımıyla kaldırılması.



Resim 9: Çevresel skleral çökertme sonrasında (rektuslarda dizgin sütürler) ön segmentin son görünümü.

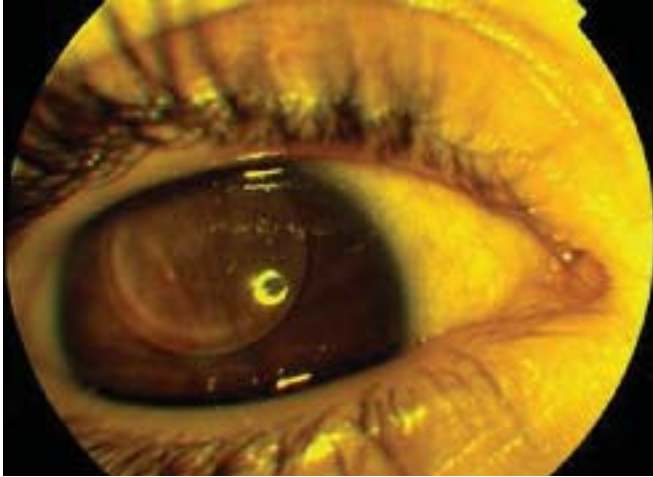


Resim 7: Alt temporalde granüloma benzer kitle yapısı.

reus boşluğundan görülememesi nedeniyle ön kamara maintainer kullanılarak enfüzyon sıvısı açılmadan vitreus örneği alındıktan sonra PP lensektomi yapıldı (Resim 3). Vitreusun tamamen membranlar ve enflamatuar hücre yumakları ile dolu olduğu görüldü (Resim 4) ve santral vitrektomiyi takiben epiretinal membranlar pik yardımıyla

la soyuldu (Resim 5). Bu membranların optik sinir başında yoğunlaşarak kalın bir granülasyon dokusu oluşturduğu ve papilla merkezli bir traksiyonel retina dekolmanına neden olduğu görüldü. Bu granülasyon dokusu forseps yardımıyla papilladan ayrıldı (Resim 6). Bu esnada papillada küçük hemorajiler oluştu. Takiben vitreus boşluğu perflorokarbon ile doldurularak retina stabilize edildikten sonra vitreus taban temizliğine başlandı. Bu esnada 360 derece kalın vaskülerize beyaz siklitik membranları olduğu ve alt temporalde granüloma benzer bir kitle yapısı izlendi (Resim 7). Çepeçevre mevcut olan siklitik membranlar forsepsler ile olabildiğince temizlendi fakat çoğunlukla vaskülerize, fibrotik yapıda ve sıkı tutunmuş olduğundan geniş bir alanda membranlar ve alt temporaldeki muhtemel granülom bırakılmak zorunda kaldı. Çepeçevre yapılan endolaseri takiben (Resim 8) vitreon silikon değişimi yapılarak sklerotomi yerleri kapatıldı. Vitreus tabanını desteklemek üzere silikon band ile çevresel çökertme de ameliyatın sonuna eklenerek ameliyata son verildi (Resim 9). Ameliyatın sonunda 1cc triamsinolon subtenon alana enjekte edildi.

Alınan vitreus örneğinin mikrobiyolojik incelemesinde; rutin kültürlerde üreme olmadı, toksokara PCR negatif çıktı. Vitreusda toksokara ELISA testi negatif geldi. Vitreusun patolojik incelemesinde ise yayma ve sitolojik



Resim 10: Postop 6. ayda ön segmentin görünümü. Ön kamarada silikon habbeciği ve kalın pupiller membran izleniyor.

incelemede eozinofil hakimiyeti izlendiği, parazit veya atipik hücreye rastlanmadığı rapor edildi.

Bu bulgular hastada retinoblastomu ekarte ederek toksokara endoftalmisini desteklediğinden takibe alındı. Postop erken dönemde ön kamarada bir silikon habbeciği ve kalın bir pupiller membran ile pupiller aralığın bloke olduğu görüldü. Resim 10 da postop 6. ayında ön segment ve ultrasonografi fotoğrafı görülmektedir. Hastanın göz tansiyonunun parmakla normal düzeyde olduğu (hipotoni -), ön kamarada hücreli reaksiyon olmadığı, konjonktival hiperemi veya ağrı gibi herhangi bir aktivasyon bulgusu olmadığı ve ultrasonografisinde de izlenebildiği kadarıyla retinanın yatışık olduğu anlaşılmaktadır. Ön kamaradaki silikonun da %50 den daha az olması nedeniyle cerrahi ile alınmasına genel anestezi risklerinden kaçınmak amacıyla gerek olmadığı ve takipte kalmasının uygun olacağı düşünülmüştür.

TARTIŞMA

Sonuç olarak bu olguda vitrektomi primer olarak tanısal amaçla yapılmıştır. Olguda aşağıdaki bulgular toksokara endoftalmisi tanısını destekler niteliktedir:

1. Erken yaşta prezentasyon (2 yaş),
2. Vitrede fibroselüler membranlar-siklitik membranlar, alt temporaldeki muhtemel eosinofilik granülom görünümü,
3. Vitreus örneğinde atipik hücreye rastlanmayıp eosinofil hakimiyetinin oluşu.

Nitekim sitoloji ile intraoküler sıvılarda eosinofili varlığının gösterilmesi intraoküler toksokara tanısını doğrular^{1,5}. Diğer tip oküler enflamasyonlarda çoğunlukla diğer tip enflamatuar hücreler artmaktadır.

Tanısal amaçla konmuş olan vitrektomi endikasyonu ile hastada retinoblastom ekarte edildiği gibi hasta için aynı zamanda terapötik etki de sağlanmıştır ve kırmızı göz, ön segment enflamasyonu ve ağrı gibi şikayet ve bulgular bir daha tekrarlamamıştır. Cerrahide maküler traksiyonun rahatlatılması esastır. Bunun yanısıra periferik granülom dokusunun çıkarılması konusu tartışmalıdır. Granülom bırakıldığında burada kalan larva zaman zaman hastalığın alevlenmesine neden olabilmekle birlikte bu doku oldukça sert ve retina ve koroida sıkı yapışık

olduğundan çıkarılmaya çalışılmasının göze daha fazla zarar verebileceği düşünülmektedir^{1,5,6}. Laser ile larvanın hareketi sınırlı tululabilir diye düşünülmekle birlikte bu konuda kesin bir yargı yoktur. Bu olgularda, cerrahide peribulber steroid enjeksiyonlarının enflamasyonun kontrol altına alınmasına katkı sağlamaktadır.

Bu olguda ayırıcı tanıda düşünülebilecek retinoblastom dışındaki diğer tanımlar; diğer endoftalmi nedenleri (travmatik, endojen) ve diğer üveit nedenleri (pars planit veya kronik siklitis) dir. Bunlar da akılda tutularak ayırıcı tanının bu şekilde yapılması gereklidir.

Sonuç olarak toksokara endoftalmisi tanı ve tedavide pek çok zorluklar taşımaktadır. Özellikle küçük yaşta olduğunda retinoblastomdan ayırıcı tanısının yapılması zorunludur. Tanısal vitrektomi bu tür durumlarda son derece önem arz etmektedir. Alınan vitreus örneğinin sitolojik incelemesinde atipik hücreye rastlanılmaması ve eosinofil hakimiyetinin bulunuşu tanı koydurucudur.

KAYNAKLAR

1. Akbatur H.: Oküler toksokariazis. Behçet Hastalığı, endoftalmiler ve üveitler. Ed. Akbatur H, Şengün A. Atlas Kitapçılık, Ankara, 2002; Bölüm 18: 245-251.
2. AAO. Uveitis in pediatric age group.: BCSC, Section 6. Pediatric Ophthalmology and Strabismus. 2003-2004, chapter 23: 285-297.
3. Robertson DM, Campbell RJ.: Analysis of misdiagnosed retinoblastoma in a series of 726 enucleated eyes. Mod Probl Ophthalmol 1977;18:156-159.
4. Shields JA.: Okular toxocariasis: a review. Surv Ophthalmol 1984;28:361-381.
5. Wilkinson CP.: Ocular toxocariasis. In Ryan SJ, ed. The Retina, vol 2, St. Louis, Mosby, 2001:1545-1552.
6. Romero-Rangel T, Foster CS.: Ocular toxocariasis. In Foster CS, Vitale AT ed. Diagnosis and treatment of Uveitis. Chapter 38, WB Saunders Company, Philadelphia, 2002:428-436.