

Konjenital Toksoplazmozisli Bir Olgu Sunumu*

A Case Report With Congenital Toxoplasmosis

Abdi Bahadır ÇETİN¹, Yüksel DEMİRCİ², Raşit KILIÇ¹, Gülay ÇETİN³, Mustafa İlker TOKER⁴

ÖZ

Hamilelik esnasında annede oluşan primer toksoplazma gondii enfeksiyonu transplental yolla fetusa geçer ve konjenital enfeksiyona ve sekellere neden olur. Bu çalışmada sunduğumuz 48 günlük bebek santral sinir sistemi enfeksiyonu ön tanısıyla pediatri servisinde hospitalize edilmiş ve intrauterin enfeksiyon ve koryoretinit şüphesiyle kliniğimize konsülte edilmiştir. Hastanın yapılan muayenesinde her iki gözde ışık ve obje takibinin mevcut olduğu ve ön segment muayene bulgularının normal olduğu görüldü. Fundus muayenesinde her iki gözde makülada yaklaşık 1.5 optik disk çapı büyüklüğünde etrafı skarlaşmış ortası aktif retinit odağı görüldü. Tomografide; posterior fossa yapıları sığ, periventriküler alanlarda, bazal ganglionlarda yaygın kalsifikasyon odakları ve ventriküler sistem dilate olarak tespit edildi. Toksoplazma Ig G ve M pozitif olarak bulundu. Hastaya spiramisin 2x175 mg, trimetoprim+sulfometaksazol 2x11mg ve antibiyotiklerden 3 gün sonra dekort amp 4x0.45 mg tedavi olarak başlandı. Ancak 2 hafta sonra hastanın genel durumu bozuldu, ışık ve obje takibini yapamadığı görüldü ve daha sonra birkaç gün içerisinde kaybedildi. Sonuç olarak konjenital toksoplazmozisli olguların çoğu asemptomatik olsada ciddi sekellerden kaçınabilmek ve erken tanı ve tedavi için özellikle ilk trimesteri kapsayacak şekilde rutin gebe takiplerinin yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Hidrosefali, konjenital enfeksiyon, konjenital toksoplazmozis, koryoretinit.

ABSTRACT

Primary Toxoplasma Gondii infection of the mother during pregnancy can cause congenital infection and sequela in the fetus via transplacental passage. In this case report we would like to present a 48 days old infant who was hospitalised with initial diagnosis of central nervous system infection and was consulted to ophthalmology department with suspicion of chorioretinitis and congenital infection. In ophthalmologic examination, the light and object pursuit in both eyes were present and the anterior segment was normal. Fundus examination revealed retinitis focus with scaring edges and active center in both macula with a diameter of 1.5 times the size of the optic disc. At computerised tomography of the brain shallow posterior fossa, diffuse calcification foci in basal ganglia and periventricular regions and dilatation in ventricular system was noticed. Toxoplasma IgG and IgM was positive. Spiramycin 2x175 mg, trimetoprim+sulfometaksazol 2x11 mg was given as antibiotherapy and 3 days after the antibiotics dexametasone 4x0.45 mg was added. Two weeks later the patient worsened and could not perform the light and object pursuit and died in a few days time. In conclusion we think that even though most of the cases with congenital toxoplasmosis are asymptomatic, routine examination of the pregnant woman including the first trimester are necessary to prevent the catastrophic sequela via early diagnosis and treatment.

Key Words: Chorioretinitis, congenital infection, congenital toxoplasmosis, hydrocephalus.

*Bu çalışma TOD 47. Ulusal Oftalmoloji Kongresi'nde (2013) poster olarak sunulmuştur.

- 1- M.D. Sivas Numune Training and Research Hospital, Eye Clinic, Sivas/TURKEY
CETIN A.B., drbahadir38@hotmail.com
KILIÇ R.,
- 2- M.D. Kilis State Hospital, Eye Clinic, Kilis/TURKEY
DEMİRCİ Y.,
- 3- M.D. Sivas Numune Training and Research Hospital, Radiology Clinic, Sivas/TURKEY
CETİN G.,
- 4- M.D. Professor, Cumhuriyet University Faculty of Medicine, Department of Ophthalmology, Sivas/TURKEY
TOKER M.I.,

Geliş Tarihi - Received: 26.01.2015
Kabul Tarihi - Accepted: 01.06.2015
Ret-Vit 2016;24:86-88

Yazışma Adresi/Correspondence Adress:
M.D. Abdi Bahadır CETİN
Sivas Numune Training and Research Hospital,
Eye Clinic, Sivas/TURKEY

Phone: +90 346 444 44 58
E-mail: drbahadir38@hotmail.com

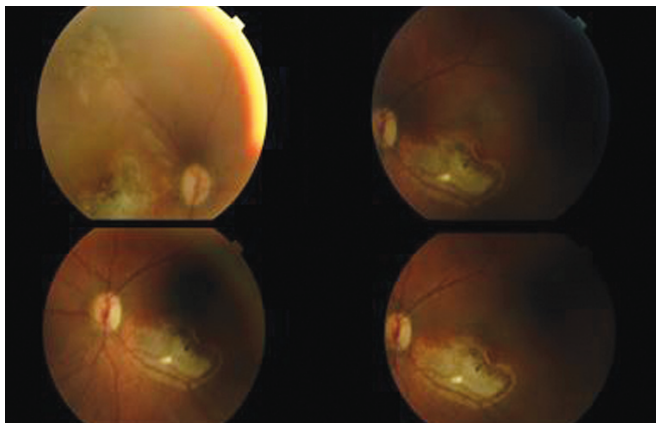
GİRİŞ

Toksoplasma Gondii enfeksiyonu dünyada yaygın olarak bulunmaktadır.¹ Zorunlu hücre içi paraziti olan Toksoplasma Gondii tarafından oluşturulan Toksoplazmozis, sağlıklı kişilerde subklinik seyirliken, AİDS, organ transplantasyonu, malignensi gibi immün yetmezlik durumlarında ve gebelikte fetus için hayatı tehdit edebilmektedir.² Enfeksiyon insana çiğ ve az pişmiş etlerin yenilmesi, kist içeren su ve gıdaların tüketilmesi, organ transplantasyonu, kan transfüzyonu ve transplasental yolla geçebilmektedir.^{3,4}

Gebelerde toksoplazmozis enfeksiyonu sıklıkla asemptomatiktir. Ancak enfeksiyonun transplasental yolla fetusa geçmesi halinde oküler ve nörolojik hasarlar ve abortus görülebilmektedir. Fetusa en yüksek oranda plasental geçiş 3. trimesterde iken en az geçiş ilk trimesterdedir. Ancak fetusta ciddi sekel oluşma riski ise en çok ilk trimesterdedir. Konjenital ve kazanılmış toksoplazmozisin en sık bulgusu koryoretinittir.⁵ Mikrosefali, hidrosefali, serebral kalsifikasyonlar ve mental retardasyon konjenital toksoplazmoziste görülen diğer yaygın bulgulardandır.⁶ Bu çalışmanın amacı, konjenital toksoplazmozisli bir olgunun klinik özelliklerini değerlendirmektir.

OLGU SUNUMU

Santral sinir sistemi enfeksiyonu ön tanısıyla pediatri servisinde yatan 48 günlük kız bebek intrauterin enfeksiyon ve koryoretinit şüphesiyle kliniğimize konsülte edildi. Hastanın yapılan muayenesinde her iki gözde ışık ve obje takibinin mevcut olduğu ve ön segment muayene bulgularının normal olduğu görüldü. Fundus muayenesinde her iki gözde maküla da yaklaşık 1.5 optik disk çapı büyüklüğünde etrafi skarlaşmış ortası aktif retinit odağı görüldü (Resim 1). Hastaya toksoplazma koryoretinitini düşünülerek kraniyal tomografi ve serolojik testler istenildi.

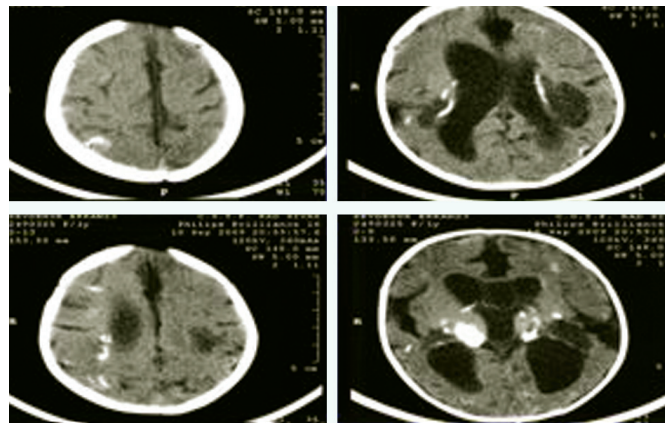


Resim 1: Renkli fundus resimlerinde heriki gözde koryoretinit odakları görülmektedir.

Tomografide; posterior fossa yapıları sığ, periventriküler alanlarda, bazal ganglionlarda yaygın kalsifikasyon odakları ve ventriküler sistem dilate olarak tespit edildi (Resim 2). Toksoplazma IgG ve M pozitif olarak bulundu. Hastaya pediatri bölümü tarafından spiramisin 2x175 mg, trimetoprim+sulfometaksazol 2x11 mg ve antibiyotiklerden 3 gün sonra dekort amp 4x0.45 mg tedavi olarak başlandı. Ancak 2 hafta sonra hastanın genel durumu bozulması üzerine yapılan transfontanel ultrasonografide posterior fossa sığ görünümde, ventriküler sistem dilate görünümdeydi. Hastanın ışık ve obje takibini yapamadığı görüldü. Hasta daha sonra birkaç gün içerisinde kaybedildi.

TARTIŞMA

Hamilelik esnasında annede oluşan primer toksoplazma gondii enfeksiyonu transplasental yolla fetusa geçer ve konjenital enfeksiyona ve sekellere neden olur. Fetal enfeksiyon gelişimi ve sekel gelişimi gestasyonel hafta ile ilişkilidir. Gebeliğin 13. haftasında plasental geçiş %15'den az iken 36. haftada %70'in üzerindedir.⁷ Kodjikian ve ark.,⁸ çalışmalarında serolojik konjenital toksoplazmozisli 450 olguda %30 (130) sıklığında koryoretinit olduğunu bildirmişlerdir. Koryoretinitli olgulardan 25'de (%19) makuler lezyona sekonder gelişen şaşılık, tek taraflı mikrofalmi ve kataraktın eşlik ettiğini saptamışlardır.⁸ Wallon ve ark.,⁹ 327 enfekte konjenital toksoplazmozisli olgulardan 79'da (%24) en az bir adet koryoretinal lezyon olduğunu göstermişlerdir. Aynı çalışmada 55 olguda tek gözde, 24 olguda ise çift gözde lezyon olduğunu bildirmişlerdir.⁹ Konjenital toksoplazmoziste görülen diğer göz bulguları ise optik atrofi, retina dekolmanı, iridosiklit, nistagmus, glokom, koroidal neovaskularizasyon ve ftizis bulbidir.⁸



Resim 2: Bilgisayarlı tomografide posterior fossa yapılarının sığ, periventriküler alanlarda ve bazal ganglionlarda yaygın kalsifikasyon odakları ve ventriküler sistemin dilate olduğu görülmektedir.

Konjenital toksoplazmoziste görülen göz dışı klinik bulgular ise mikrosefali, hidrosefali, ensefalomyelit, nöbet ve zeka geriliği gibi santral sinir sistemi anomalileri, sarılık, hepatosplenomegali, anemi, trombopeni, eritroblastozis ve döküntüdür.¹⁰ Tanı plasenta, kan ve vücut sıvılarından parazitin izolasyonu, taşıyıcıların histolojik olarak dokularda gösterilmesi ve serolojik testler ile konulur. Özellikle yeni doğan bir bebeğin serumunda IgM bulunmasının büyük önemi vardır.¹⁰

Konjenital toksoplazmozisin klasik triadı koryoretinit, intrakranyal kalsifikasyonlar ve hidrosefalidir.¹¹ Bu çalışmada sunduğumuz olguda ki bulgular klasik triada uymaktadır. Hastaya verilen uygun tedaviye rağmen cevap alınamamış ve hasta kaybedilmiştir. Foulon ve ark.,¹² erken tanı ve prenatal tedavinin fetomaternal geçiş üzerine etkisi olmasada enfekte bebeklerde sekel oranının azaldığını bildirmişlerdir. Prenatal tanı konulması ve tedaviye erken başlanılmış olması durumunda sunmuş olduğumuz hastanın hayatta kalabilme olasılığının daha yüksek olabileceğini düşünmekteyiz.

Konjenital toksoplazmozisli infantların çoğu doğum esnasında asemptomatiktir. Enfekte çocukların sadece %10'da konjenital toksoplazmozisin şiddetli formu olur.¹⁰ Erken tanı ve uygun tedavi ile konjenital toksoplazmozisin prognozu tatmin edici boyutlardadır.⁹ Sonuç olarak konjenital toksoplazmozisli olguların çoğu asemptomatik olsada ciddi sekellerden kaçınabilmek ve erken tanı ve tedavi için özellikle ilk trimesteri kapsayacak şekilde rutin gebe takiplerinin yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR/REFERENCES

1. Weiss LM, Dubey JP. Toxoplasmosis: a history of clinical observations. *Int. J. Parasitol.* 2009;39:895-901.
2. Saadatnia G, Golkar M. A review on human toxoplasmosis. *Scand J Infect Dis.* 2012;44:805-14.
3. Pleyer U, Schlüter D, Mänz M. Ocular toxoplasmosis: recent aspects of pathophysiology and clinical implications. *Ophthalmic Res.* 2014;52:116-23.
4. Ebrahim Zadeh A, Bamedi T, Etemadi S, et al. Toxoplasmosis as a complication of transfusion in hemodialysis patients. *Iran J Ped Hematol Oncol.* 2014;4:22-5.
5. Delair E, Latkany P, Noble AG, et al. Clinical manifestations of ocular toxoplasmosis. *Ocul. Immunol. Inflamm.* 2011;19:91-102.
6. Oz HS. Maternal and congenital toxoplasmosis, currently available and novel therapies in horizon. *Front Microbiol.* 2014;24:385.
7. Kieffer F, Wallon M. Congenital toxoplasmosis. *Handb Clin Neurol.* 2013;112:1099-101.
8. Kodjikian L, Wallon M, Fleury J, et al. Ocular manifestations in congenital toxoplasmosis. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 2006;244:14-21.
9. Wallon M, Kodjikian L, Binquet C, et al. Long-term ocular prognosis in 327 children with congenital toxoplasmosis. *Pediatrics.* 2004;113:1567-72.
10. Hrnjaković-Cvjetković I, Jerant-Patić V, Cvjetković D, et al. Congenital toxoplasmosis. *Med Pregl.* 1998;51:140-5.
11. Freij BJ, Sever JL. Toxoplasmosis. *Pediatrics in review / American Academy of Pediatrics.* 1991;12:227-36.
12. Foulon W, Villena I, Stray-Pedersen B, et al. Treatment of toxoplasmosis during pregnancy: a multicenter study of impact on fetal transmission and children's sequelae at age 1 year. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:410-5.