

Nörobruselloz Olgusuna Eşlik Eden Bilateral Optik Nörit, Vitritis ve Koryoretinal Tutulum

A Neurobrucellosis Case Associated with Bilateral Optic Neuritis, Vitritis and Chorioretinal Involvement

Melih PARLAK¹, Aylın YAMAN², Ali Osman SAATÇI³

ÖZ

Bruselloz ülkemizin bazı bölgelerinde endemik olan bir zoonozdur. Geniş bir yelpazede klinik bulguları olan brusellozda oküler bulgular da var olabilir. Oküler brusellozda en sık görülen tablo üveit olmakla birlikte tüm oküler yapılar etkilenmektedir. Dolayısıyla hem oküler tutulumda hem de sistemik brusellozda tanı ve tedavide zorluklar yaşanmaktadır. Bu çalışmada bilateral optik nörit, vitritis, koryoretinal tutulumun da izlendiği bir nörobruselloz olgusu sunularak oküler bruselloza yaklaşım ve tedavi seçenekleri tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, koryoretinit, optik nörit, üveit.

ABSTRACT

Brucellosis is an endemic zoonosis seen in some regions of Turkey. A wide spectrum of clinical findings can be seen in brucellosis while ocular involvement may also be present. All ocular structures may be affected in ocular brucellosis but the most common clinical presentation is uveitis. Therefore, the diagnosis and treatment of ocular and systemic brucellosis may be very difficult. In this case study, we report a neurobrucellosis case associated with bilateral optic neuritis, vitritis, and chorioretinitis. In addition, the management of ocular brucellosis and its treatment options are discussed.

Key Words: Brucellosis, chorioretinitis, optic neuritis, uveitis.

GİRİŞ

Bruselloz, Brucellanın etken olduğu bir zoonozdur. Pastörize edilmemiş süt veya pişirilmemiş etin yenmesi ile meydana gelen bruselloz gelişmekte olan ülkelerde hala ciddi bir halk sağlığı sorunudur.¹⁻³ Brucella bakterisi ailesinin insana patojen olan 4 tipi mevcuttur. Dünyada en sık görülen ve en virülen olarak kabul edilen tip Brucella melitensis'tir. İnsana patojen diğer Brucella tipleri B. abortus, B. canis ve B. suis'tir.¹⁻³ Bruselloz kliniği özgün olmayıp birçok sistemi etkileyebilir. Genellikle bulaştıktan 2-4 hafta sonra klinik bulgular ortaya çıkar⁴ ve artralji, miyalji, iştahsızlık, terleme, baş ağrısı ve halsizlik görülebilir.

Brucella'nın göz tutulumu nadir görülür ve tüm oküler yapılar etkilenebilir. En sık oküler tutulum üveit ve özellikle arka üveit şeklindedir.⁵⁻⁷ Diğer nadir görülen klinik tablolar dakriyoadenit,⁸ episklerit,⁹ numuler keratit¹⁰ ve optik nörittir.¹¹ Oküler brusellozun tanısı genellikle klinik muayene ve serolojik testler ile konulabilir, ancak tanıdan şüphelenmek tanı koyarken en önemli faktördür.

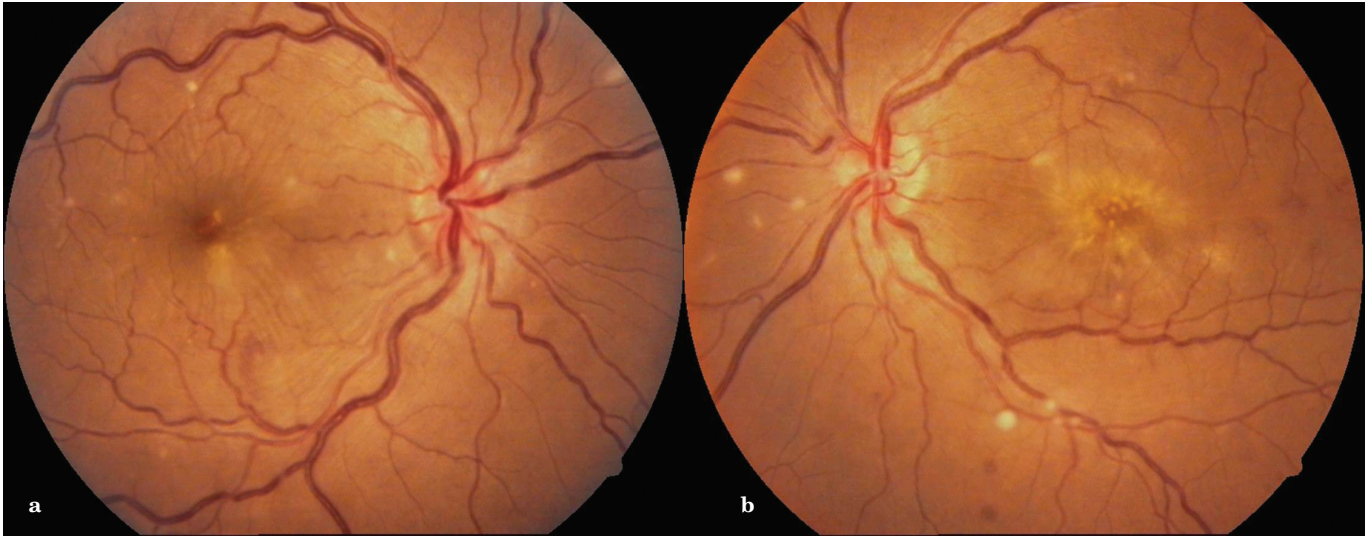
Bu çalışmanın amacı bilateral optik nörit, vitritis ve koryoretinitin eşlik ettiği bir nörobruselloz olgusunu sunmak ve brusellozda oküler bulgulara yaklaşımı tartışmaktır.

- 1- M.D., Dokuz Eylül University Faculty of Medicine, Department of Ophthalmology, İzmir/TURKEY
PARLAK M., melih@parlak.de
- 2- M.D. Associate Professor, Dokuz Eylül University Faculty of Medicine, Department of Ophthalmology, İzmir/TURKEY
YAMAN A., aylinyaman@gmail.com
- 3- M.D. Professor, Dokuz Eylül University Faculty of Medicine, Department of Ophthalmology, İzmir/TURKEY
SAATÇI A.O., osman.saatci@deu.edu.tr

Geliş Tarihi - Received: 24.01.2012
Kabul Tarihi - Accepted: 05.03.2012
Ret-Vit 2012;20:221-224

Yazışma Adresi / Correspondence Address: M.D. Professor,
Ali Osman SAATÇI
Dokuz Eylül University Faculty of Medicine, Department of Ophthalmology,
İzmir/TURKEY

Phone: +90 532 743 70 71
E-Mail: osman.saatci@deu.edu.tr



Resim 1a,b: Her iki gözde de vitritis, çok sayıda koryoretinal infiltratif odak, hafif optik sinir başı ödemi, maküla ödemi ve yer yer sert eksüdalar görülmekte.

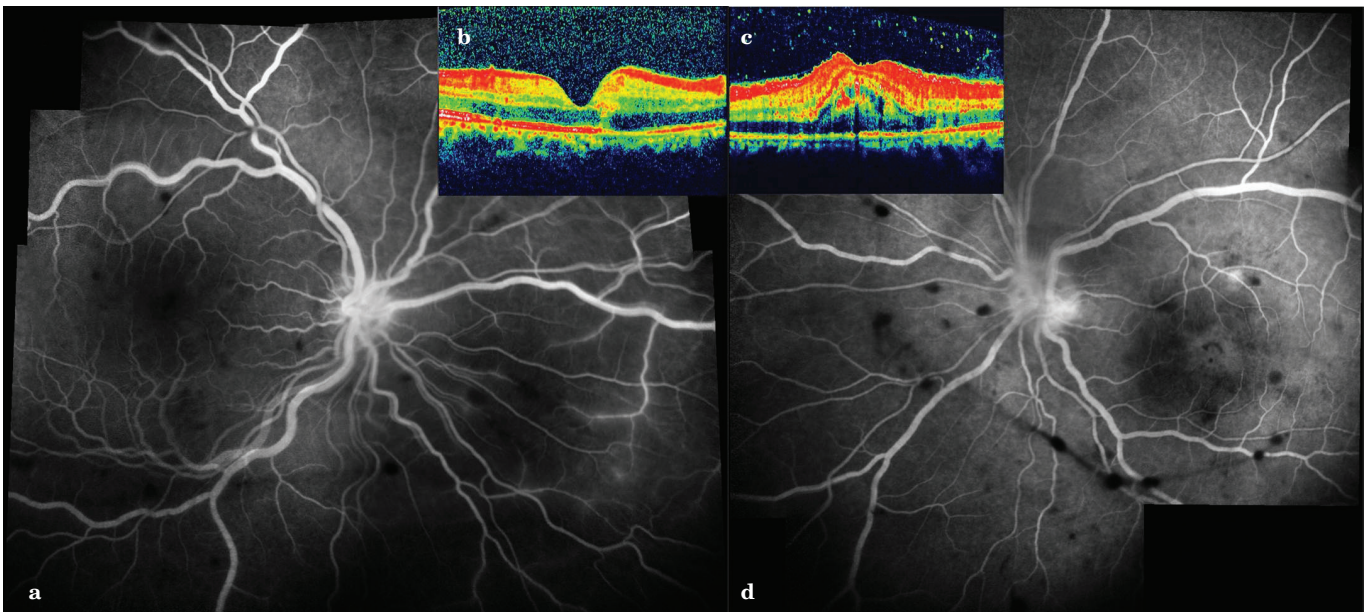
OLGU SUNUMU

Otuz dört yaşında erkek hasta şiddetli baş ağrısı, üşüme, titreme şikayetleriyle nöroloji bölümü tarafından değerlendirilerek menenjit ön tanısı ile hospitalize edildi. Özgeçmişinde özellik olmayan olgunun hayvancılık ile uğraştığı öğrenildi.

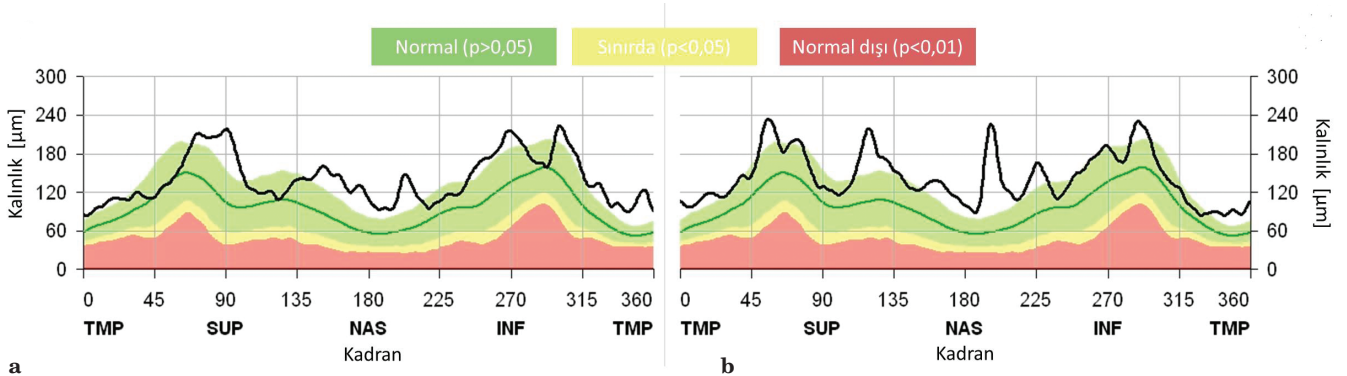
Ampirik olarak sistemik seftriakson ve asiklovir tedavisi uygulanan olguda ateş yüksekliğine ve klinik durumuna yanıt alınamadı. Çekilen beyin tomografisi ve manyetik rezonans görüntülemesi normal olarak değerlendirildi. Atipik menenjit, meningoensefalit ön tanısıyla izlenen hastada ayırıcı tanı için yapılan tüm serolojik testler negatif sonuçlandı. Lomber ponksiyonda artmış lökosit sayısı dışında anlamlı bir bulgu saptanmadı.

Yatışının sekizinci gününde hastanın her iki gözünde bulanık görme ve ışığa duyarlılık tanımlaması üzerine kliniğimizce konsülte edildi. Burada alınan detaylı klinik öyküde 3 aydır tekrarlayan baş ağrısı, gece terlemeleri, ateş yüksekliği nedeniyle değişik merkezlerde tonsillit, sinüzit ve migren gibi tanılarla tedavi edildiği öğrenildi.

Oftalmolojik muayenesinde her iki gözde ışık refleksleri zayıf alınmış olup rölatif afferent pupil defekti gözlenmedi. Görme keskinliği sağ gözde 4/10, sol gözde 3 metreden parmak sayma seviyesinde olup Ishihara kartları ile renkli görme sağda 14/21, solda 3/21 olarak tespit edildi. Ön segment bakısında her iki gözde kornea saydam, ön kamara bulanık, (++) hücre görüldü. Göz içi basıncı, her iki gözde de 13 mmHg düzeyindeydi.



Resim 2a-d: Her iki gözde vitritise ait gölgelenmeler, koryoretinite ait hipoflöresan odaklar ve geç dönemde optik sinir başından hafif sızıntı. Solda daha belirgin olmak üzere bilateral intraretinal ödem ve vitreus kavitesinde hücresel elemanlar.



Resim 3a,b: OKT - sinir lifi tabakası analizi. OKT'de her iki gözde optik disk ödeme bağlı artmış peripapiller retina sinir lifi kalınlığı.



Resim 4a,b: Tedavinin altıncı ayında normale yakın fundus bulguları.

Hastanın fundus muayenesinde solda daha yoğun olmak üzere her iki gözde vitritis, birçok koryoretinal infiltratif odak saptandı. Ayrıca her iki optik sinir başı hafif ödemli ve sınırları silik izlendi. Bilateral makulaların ödemli görünümde olduğu ve yer yer sert eksüdaların olduğu görüldü (Resim 1a,b). Floresein anjiyografide her iki gözde vitritise ait gölgelenmeler, koryoretinite ait hipofloresan odaklar ve geç dönemde optik sinir başından hafif sızıntı izlendi (Resim 2a,d).

Optik koherens tomografi (OKT) ile solda daha belirgin olmak üzere makula içi ödem görüldü (Resim 2b,c). Vitreus kavitesindeki hücresel elemanlar kalın ve artmış reflektivitede saptandı. Ayrıca OKT'de her iki gözde optik disk ödemi ve retina sinir lifi tabakasında artmış kalınlık ve reflektivite izlenmekteydi (Resim 3a,b). Otomatik perimetre ile her iki gözde kör nokta genişlemesi ve santral 10 derecede nonspesifik görme alanı defektleri kaydedildi. Hastanın her iki gözüne topikal prednizolon asetat ve siklopentolat tedavisi başlandı. Takip esnasında Brucella serum aglütinasyon testi 1/80 düzeyinde sonuçlanması, serum Brucella Coombs testi 1/320 düzeyinde pozitif bulunması ve hastanın epidemiyolojik risk faktörü olmasından dolayı sistemik antibiyoterapiye doksisiklin ve rifampisin eklendi.

Tedavi değişikliği ile ateş yüksekliğine yanıt alındı. Seftriakson tedavisi 21 güne tamamlandı ve tedaviye trimetoprim, sulfametoksazol eklendi. Sistemik tedavi sonrası birinci ayda görme keskinliği sağda 10/10, solda 6/10 düzeyinde ölçüldü. Fundus bakısında ve optik koherens tomografi ile vitreus inflamasyonunun, koryoretinal infiltrasyonların ve makula ödeminin gerilediği görüldü. Önceden başlanan topikal prednizolon asetat ve siklopentolat azaltılarak kesildi. Takibinin altıncı ayında görme keskinliği sağda 10/10, solda 8/10, renkli görme düzeyi her iki gözde 20/21 düzeyinde ölçüldü ve koryoretinal bulguların tamama yakın düzeldiği müşahade edildi (Resim 4a,b).

TARTIŞMA

Bruselloz çoğu gelişmiş ülkede yok edilmiş olmasına rağmen ülkemiz dahil birçok gelişmekte olan ülkede hala endemik olarak bulunmaktadır. Bruselloz tanısında ilk basamak klinik öyküdür. Çoğu olguda miyalji, ateş yüksekliği, gece terlemesi, baş ağrısı, artralji gibi nonspesifik şikayetler mevcuttur. Hastaların özgeçmişinde pastörize edilmemiş süt ve süt ürünleri veya pişirilmemiş et yenilmesi sorgulanmalıdır.

Tablo: Farklı serilerde oküler brusellozun oküler ve klinik özellikleri

Yazar	Yayın tarihi	Olgu sayısı	Oküler bulgu sıklığı	Hastalığın evresi		Üveit sıklığı		Optik disk ödemi	Diğer
				Akut	Kronik	Ön üveit	Arka üveit		
Güngör ve ark. ⁽¹²⁾	2002	147	% 26			% 15.7	%2.6		
Rolando ve ark. ⁽¹³⁾	2008	1551	% 3.5	%13	%87	% 15	%45.7	%9.6	%17 pantüveit
Sungur ve ark. ⁽¹⁴⁾	2009	132	% 21	%41	%59	% 40	%32	%9	%9 retinal hemorajiler

Hastamızda, mesleki öyküsü ve seftriakson tedavisine yanıt alınmaması olası tanıya yönlendiren dolaylı faktörler olmuştur. Brucella, hücresel elemanları yeniden şekillendirerek antijen sunan hücreler içerisinde yaşayabilmektedir. Böylece Brucella değişik virülans faktörleri sentezleyerek fagositik aktiviteyi, antijen sunumunu, hücre olgunlaşmasını, sitokin sekresyonunu ve apoptozisi değiştirebilmektedir. Dolayısıyla kronik brusellozda immünite mekanizmalarının değişime uğramasıyla T hücre aracılı bağışıklık baskılanmaktadır.¹² Sistemik brusellozda oküler tutulum sıklığı farklı serilerde değişiklik göstermektedir. Güngör ve ark.¹³ 147 bruselloz olgusunun 38'inde (%26) oküler bulgu saptamışlardır.

Rolando ve ark.,¹⁴ ise 1551 bruselloz olgusunda %3.4 oranında oküler tutulum izlemişlerdir. Sungur ve ark.,¹⁵ 132 olguluk serilerinde %21 oranında oküler tutulum tespit edilmiştir (Tablo). Literatürdeki çoğu yayın endemik bölgelerden olgu sunumları olduğundan kesin prevalans verilememektedir. Brusellozun oküler bulguları hastalığın akut veya kronik dönemlerinde görülebilmektedir. Güngör,¹³ Rolando¹⁴ ve Woods'a¹⁶ göre brusellozda oküler bulgular genellikle kronik dönemde görülmektedir. Bizim olgumuzda da oküler bulgular ilk şikayetlerin görülmesinden 3 ay sonra başlamıştır. Brusellozda oküler bulguların kronik dönemde görülmesinin birkaç sebebi sıralanabilir. Endemik ülkelerde hastalar geç dönemlere kadar sağlık kurumuna başvurmamaktadır. Ayrıca klinik tablonun özgün olmaması ve yavaş, ilerleyici gidişe bağlı tanıdaki zorluklar çoğunlukla tedavinin gecikmesine yol açabilmektedir.

Brucella tanısından şüphelenildiğinde serolojik testler birçok defa tekrarlanmalıdır, zira bu testler sıkça negatif sonuçlanabilmektedir.¹⁷ Bizim olgumuzda da başvuru öncesinde tonsillit, migren, sinüzit gibi tanılardan dolayı tanı konulması güçleştiği için tedavi gecikmiştir. Abd Elrazak¹¹ 13 yaşında Brucella optik nöritli bir olguyu anti-Brucella ve kortikosteroid ile başarıyla tedavi etmiştir. Cavallaro ve ark.¹⁷ 14 yaşında papilödemli bir oküler bruselloz olgusunu bildirmiştir. Bu olguda sadece sistemik anti-Brucella tedavisi ile iyileşme sağlanmıştır. Bizim olgumuzda da sadece sistemik antibiyoterapi ile tedavide sonuç alınmıştır.

Sonuç olarak bruselloz seyrinde oküler yapıların tutulabileceği akılda tutulmalıdır. Bundan dolayı rutin olarak bruselloz olgularında detaylı oftalmolojik muayene eşlik eden bazen çok belirgin de olmayabilen oküler bulguların saptanmasında uygun olabilir. Bununla birlikte tüm üveit ve koryoidit olgularının ayırıcı tanısında özellikle endemik bölgelerde oküler bruselloz her zaman akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR/REFERENCES

1. Corbel MJ. Brucellosis: an overview. *Emerg Infect Dis* 1997;3:213-21.
2. Doganay M, Aygen B. Human brucellosis: an overview. *Int J Infect Dis* 2003;7:173-82.
3. Pappas G, Akritidis N, Bosilkovski M, et al. Brucellosis. *N Engl J Med* 2005;352:2325-36.
4. Young EJ. Brucella species. In: Mandel GL, Bennett JE, Dolin R, et al. *Principles and practice of infectious diseases*. New York, NY: Churchill Livingstone Inc 2002:2386-93.
5. Walker J, Sharma OP, Rao NA. Brucellosis and uveitis. *Am J Ophthalmol* 1992;114:374-5.
6. Rabinowitz R, Schneck M, Levy J, et al. Bilateral multifocal chorioiditis with serous retinal detachment in a patient with Brucella infection: case report and review of the literature. *Arch Ophthalmol* 2005;123:116-8.
7. Tabbara KF, al-Kassimi H. Ocular brucellosis. *Br J Ophthalmol* 1990;74:249-50.
8. Bekir AN, Güngör K. Bilateral dacryoadenitis associated with brucellosis. *Acta Ophthalmol Scand* 1999;77:357-358.
9. Güngör K, Bekir AN, Namıdur M. Recurrent episcleritis associated with brucellosis. *Acta Ophthalmol Scand* 2001;79:76-8.
10. Evans LS, Tessler HH. Brucellosis. In: *The Eye in Systemic Disease*. Philadelphia, JB Lippincott 1990:159-61.
11. Abd Elrazak M. Brucella optic neuritis. *Arch Intern Med* 1991;151:776-8.
12. Skendrosa P, Pappas G, Boura P. Cell-mediated immunity in human brucellosis. *Microbes Infect* 2011;13:134-42.
13. Güngör K, Bekir AN, Namıdur M. Ocular complications associated with brucellosis in an endemic area. *Eur J Ophthalmol* 2002;12:232-7.
14. Rolando I, Olarte L, Vilchez G, et al. Ocular Manifestations Associated with Brucellosis: A 26-Year Experience in Peru. *Clin Infect Dis* 2008;46:1338-45.
15. Sungur GK, Hazırolan D, Gürbüz Y, et al. Ocular involvement in brucellosis. *Can J Ophthalmol* 2009;44:598-601.
16. Woods AC. Brucellosis. In: Sorsby A, ed. *Modern ophthalmology*. 2nd ed. Vol 2, Section III. Washington, DC: Butterworths 1963:168.
17. Cavallaro N, Randone A, La Rosa L, et al. Bilateral papilledema in a patient with brucellosis. *Metab Pediatr Syst Ophthalmol* 1990;13:115-8.