

Multifokal Tüberküloz Koroidit

Murat TUNÇ¹, İsmet BULUT², Halil İbrahim ÖNDER², Ali Nihat ANNAKKAYA³, Peri ARBAK³

ÖZET

Halsizlik, kilo kaybı, ateş ve ense sertliği gibi bulgularla kliniğimize başvuran 36 yaşındaki hastanın oftalmolojik muayenesinde görmede azalma ve bilateral yaygın multifokal koroidit saptanmıştır. Sistemik değerlendirme neticesinde miliyer tüberküloz tanısı konan hasta oküler lezyonları, ayırıcı tanı ve tedavi yönünden irdelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, multifokal koroidit, ayırıcı tanı.

MULTIFOCAL TUBERCULOUS CHOROIDITIS

SUMMARY

In ophthalmologic evaluation of a 36 year old female who attended our clinic with fatigue, weight loss, fever and neck stiffness, revealed decreased visual acuity and diffuse bilateral multifocal choroiditis. Following systemic evaluation the patient was diagnosed as miliary tuberculosis and explored for ocular lesions, differential diagnosis and treatment.

Key Words: Tuberculosis, multifocal choroiditis, differential diagnosis

Ret - Vit 2003; 11 : Özel Sayı : 8-11

GİRİŞ

Tüberküloz, gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Gelişmiş ülkelerde de immün yetmezlik virüsünün (HIV) yayılması ve kazanılmış immün yetmezlik sendromunun (AIDS) yaygınlaşması dünya çapında tüberküloz olgularında bir artışa yol açmıştır¹⁻⁴.

Tüberküloz gözde çeşitli katmanları etkileyebilir ve yerinde tedavi uygulanmazsa ciddi görme kaybına yol açabilir³⁻⁶.

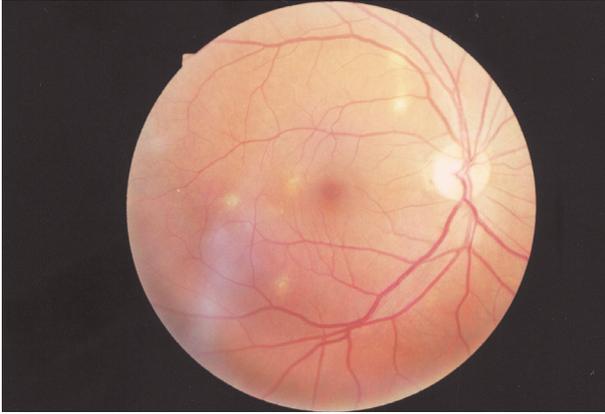
OLGU SUNUSU

36 yaşında bayan hastanın üç ay öncesinden başlayan halsizlik, kilo kaybı (üç ayda yaklaşık 15 kg) ve onbeş gün önce başlayan ateş ve gece terlemeleri yakınmaları mevcuttu. Genel durumu da bozuk olan hastada ense sertliği dışında genel sistemik muayeneleri normaldi. Kan tablosunda anemi, hipalbuminemi ve tiroid hormonlarında

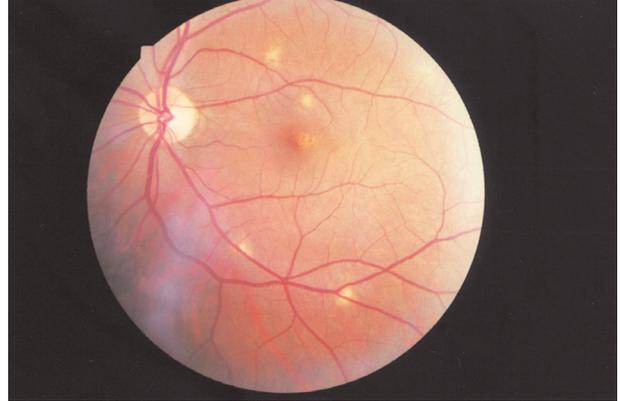
1. Abant İzzet Baysal Üniv. Düzce Tıp Fak.Göz Hast. AD.; Doç. Dr.

2. Abant İzzet Baysal Üniv. Düzce Tıp Fak.Göz Hast. AD.; Araş. Gör. Dr.

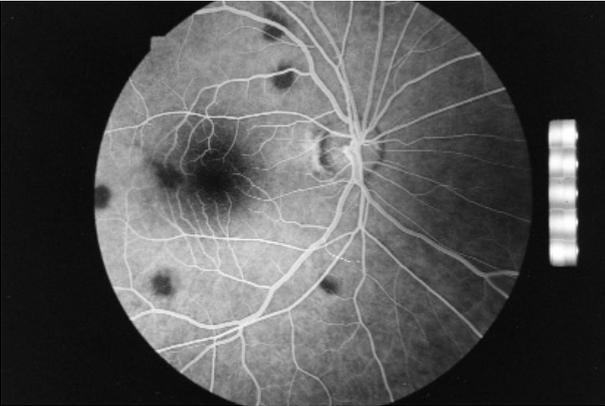
3. Abant İzzet Baysal Üniv. Düzce Tıp Fak.Göz Hast. AD.; Yrd. Doç. Dr.



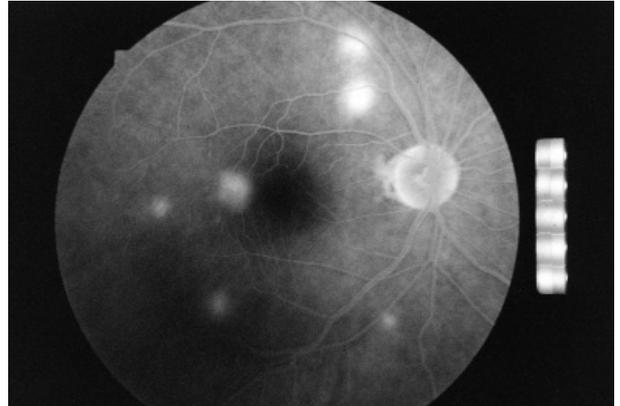
Resim 1-A: Sağ göz: Retina pigment epiteli altında yerleşik olduğu izlenen kirlili sarı renkli koryoid lezyonları.



Resim 1-B: Sol göz: Çok odaklı koryoid lezyonları.



Resim 2-A: Sağ göz: Erken faz FFA; koryoid lezyonlar blokaja bağlı hipofloresan olarak izlenmekte.



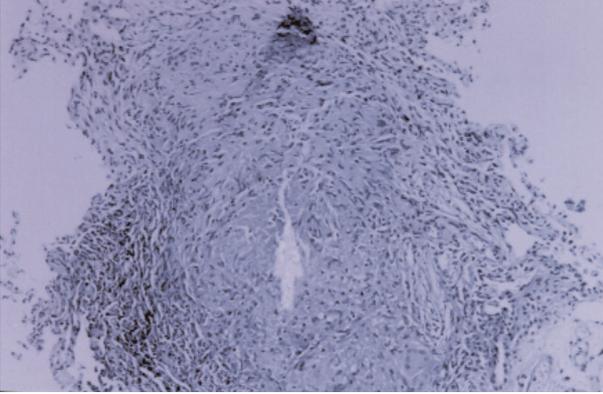
Resim 2-B: Sağ göz: Geç dönem FFA; koryoid lezyonlarında sızıntıya bağlı hiperfloresans izlenmekte.

yükselme mevcuttu. Ense sertliği ve yüksek ateş nedeniyle lumbal ponksiyon planlanan hastadan papillanın değerlendirilmesi için göz konsültasyonu istenmişti.

Göz Muayenesinde görme keskinliği sağ gözde 0.6, sol gözde 0.1 düzeyindeydi. Ön segment muayenesine patoloji saptanmadı, üveit ve vitrit ile uyumlu bir bulguya rastlanmadı. Göz içi basıncı her iki gözde de 14 mmHg idi. Fundus muayenesinde papilödem saptanmadı, sağ gözde optik disk hafif soluktu, her iki gözde de yaygın olarak retina pigment epiteli (RPE) altında yerleşik sarı-beyaz renkte koryoid odakları izleniyordu

(Resim 1-A, 1-B). Fundus floresan anjiyografisinde (FFA) RPE altına yerleşik lezyonlarda erken fazda blokaj geç dönemde ise sızıntı saptandı (Resim 2-A, 2-B).

Etyolojik faktörü araştırmak üzere istenen P-A akciğer grafisinde yaygın mikronodüler opasiteler izleniyordu. ELISA ile yapılan HIV araştırması negatif bulundu. Bronş lavajından yapılan mikrobiyolojik yayma ve kültürde etken mikroorganizma veya üreme saptanmadı. Lumbal ponksiyon ile alınan beyin omurilik sıvısının (BOS) analizinde patolojik bulgu saptanmadı ve yapılan kültürde üreme olmadı. Bronkoskopi ve transbronşiyal biyopside ise



Resim 3: Bronşial biyopside nekrotizan granülatöz iltihap odağı.

tüberküloz ile uyumlu nekrotizan granülatöz iltihap gösterildi (Resim 3).

Hastaya rifampisin 450mg/gün, izoniyazid 250 mg/gün, etambutol 1 gr/gün ve morfozinamid 2 gr/gün şeklinde dördü anti-tüberküloz tedavi başlandı. Tedaviyle 15 gün içerisinde yüksek ateşte düzelme, birinci ayda genel durumda belirgin düzelme, üçüncü ayda da akciğer lezyonlarında gerileme saptandı. Gözdeki koroidit odaklarında ise belirgin bir gerileme izlenmedi. İki aylık ilave izlem ve idame anti-tüberküloz tedavisi süresince hastanın genel durumu iyi ancak koroidal lezyonlar süregendi.

TARTIŞMA

Genelde immün sistemi yetersiz kişilerde karşımıza çıkan miliyer tüberküloz hemen her organda ortaya çıkabilen granülomlarla karakterize bir hastalıktır¹. Yaygın tüberkülozla ilgili en önemli risk faktörü kazanılmış immün yetmezlik sendromu (AIDS) olarak bildirilmiştir¹⁻⁴. Yaygın hastalığa yol açabilen diğer risk faktörleri alkolizm, steroid tedavisi, gebelik ve postpartum dönem, kanser, böbrek yetmezliği ve organ nakli olarak sıralanabilir¹. Bizim olgumuzda bu risk faktörlerinden hiçbiri olmamakla birlikte, zeminde immün sistem bozukluğu yapabilen durumlardan biri olarak

hipertiroidi mevcuttu. Ayrıca hipertiroidiye bağlı yüksek debili kan akımı tüberküloz basilinin hematojen yayılımını kolaylaştırıcı bir faktör olarak da düşünülebilir.

Miliyer tüberkülozlu olgularda tanıda tüberkülin (PPD) testinin tek başına güvenilirliği tartışmalıdır⁵. Akciğer grafisi miliyer tüberkülozun tanısında kritik bir öneme sahiptir. Ancak miliyer tüberkülozlu olguların yaklaşık %60'ında pulmoner tüberküloza ait bulgular ve/veya kültür pozitifliği görülmeyebilir¹⁻⁵. Olgumuzda kültürlerin negatif olmasına karşın akciğer grafisindeki mikronodüler görünüm, bronşiyal biyopside granülatöz iltihabi bulgular ve olgunun sistemik olarak antitüberküloz tedaviye yanıt vermesi ayırıcı tanıda etkin rol oynamıştır.

Oküler tutulumlu miliyer tüberküloz olgularında arka segment bulguları olarak soliter veya çok sayıda koroidal nodüller, optik disk nodülleri, retina vaskülit ve koroidit görülebilir²⁻⁶. Retina vaskülit ve koroidit sıklıkla M. tüberkülozis'e immün aşırı duyarlılık reaksiyonu olarak karşımıza çıkar⁵⁻⁶. Bu nedenle arka segment tutulumuyla beraber üveit ve vitrit de sıklıkla bildirilmiştir ancak sunulan olgumuzda uveitik bulgular mevcut değildi.

Hastamızın FFA bulguları da koroid tutulumunu açık olarak gösteriyordu. Ancak görme keskinliği ile lezyonların yerleşimi arasındaki kısmi uyumsuzluk bu lezyonların gerçekte koroidde daha geniş yer kaplamış olabileceğini düşündürüyordu. Bu aşamada indosiyanın yeşili anjiyografisi (ICG) -eğer yapılabilsen- lezyonların genişliğini değerlendirmede daha aydınlatıcı bilgiler verebilirdi.

Olgumuzda anti-tüberküloz tedaviye toplam beş ay devam edilmesine ve pulmoner tablonun düzelmesine karşın koroid lezyonlarında belirgin bir değişiklik

saptanmadı. Bazı yayınlar oküler tüberkülozlu olgularda antimikrobiyal tedavi ile birlikte sistemik kortikosteroidlerin kullanılabilceğini bildirmektedir⁴. Diğer bazı yayınlarda ise arka segment tutulumlu tüberküloz olgularında antitüberküloz tedavi sonrası sistemik veya perioküler kortikosteroid uygulamasının arka segment lezyonlarında tedavisinde etkin olmadığı bildirilmektedir⁵. Olgumuzda da sistemik kortikosteroid tedavisi, sistemik hastalığın alevlenmesine yol açabileceği düşüncesiyle uygulanmadı.

Sonuç olarak olgumuz göstermektedir ki tüberkülozun sık olarak görüldüğü bölgelerde multifokal koroidit tablosuyla gelen olgularda üveit olsun-olmasın ayırıcı tanıda tüberküloz mutlaka düşünölmelidir. Miliyer tüberkülozlu olgularda göz tutulumunun da olabileceği hatırdadır ve hastalar tüberkülozun tedavi ve takibinin uzun süreli olduğu konusunda bilgilendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Iseman MD: Extrapulmonary tuberculosis in adults:Disseminated tuberculosis. A clinicians guide to tuberculosis. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2000:167-173.
2. Morinelli EN, Dugel PU, Riffenburgh R, et al: Infectious multifocal choroiditis in patients with acquired immune deficiency syndrome. Ophthalmology 1993,100:1014-1021.
3. Zamir E, Hudson H, Ober RR, et al: Massive mycobacterial choroiditis during highly active antiretroviral therapy. Another immune recovery uveitis. Ophthalmology 2002;109:2144-2148.
4. Sheu SJ, Shyu JS, Chen LM, et al: Ocular manifestations of tuberculosis. Ophthalmology 2001,108:1580-1585.
5. Morimura Y, Okada AA, Kawahara S et al: Tuberculin skin testing in uveitis patients and treatment of presumed intraoculartuberculosis in Japan. Ophthalmology 2002, 109:851-857.
6. Helm CJ, Holland GN: Ocular tuberculosis. Surv Ophthalmol 1993,38:229-256.