



Suçiçeği Geçiren Bir Çocukta Granümatöz Ön Üveit, İnternal Oftalmopleji ve Retinal Vaskülit

Granulomatous Anterior Uveitis, Internal Ophthalmoplegia, and Retinal Vasculitis During Chickenpox Disease in A Child

Meryem Donbaloğlu, Banu Bozkurt*, Hürkan Kerimoğlu, Banu Turgut Öztürk*

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

*Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

Özet

Bu olgu sunumunda suçiçeği esnasında granümatöz ön üveit, internal oftalmopleji ve retinal vaskülit gelişen bir olgu tartışıldı. Dokuz yaşında bir kız çocuğu sağ gözde bulanık görme ve kızarıklık şikayetiyle tarafımıza başvurdu. Her iki göz düzeltilmiş görme keskinlikleri 20/20 düzeyindeydi. Sağ göz direkt ve indirekt ışık reaksiyonları negatif ve pupil dilate idi. Biyomikroskopik muayenede sağ göz korneada orta büyüklükte granümatöz keratik presipitatlar ve ön kamarada yoğun hücre reaksiyonu mevcuttu. Fundus muayenesi normaldi. Hastanın tüm vücudunda kırmızı renkte papüller lezyonları görülmesi üzerine suçiçeğine sekonder granümatöz ön üveit tanısıyla sistemik ve topikal asiklovir ve steroid, antihistaminik süspanسیون, izolasyon ve günlük takip önerildi. Altıncı günde keratik presipitat ve hücre reaksiyonu azalırken, retinada tuz-biber manzarası izlendi. Onuncu günde retinanın nazal ve temporal perifer kadranlarında görülen perivasküler kılıflanma 4. haftada tamamen geriledi ve ilaçlar azaltılarak kesildi. Suçiçeğinde ön üveit sık görülmesine rağmen, 3 farklı tutulumun görülmesi son derece nadirdir. (*Turk J Ophthalmol 2013; 43: 358-61*)

Anahtar Kelimeler: Granümatöz ön üveit, internal oftalmopleji, retinal vaskülit, suçiçeği

Summary

Herein, we report the case of a patient who had granulomatous anterior uveitis, internal ophthalmoplegia, and retinal vasculitis during chickenpox disease. A 9-year-old girl was admitted to our clinic with blurred vision and hyperemia in the right eye. Corrected visual acuity was 20/20 in both eyes. Direct/indirect pupillary reactions were negative in the right eye and pupil was dilated. Biomicroscopic examination revealed middle-sized granulomatous keratic precipitates and a severe anterior chamber reaction. Fundus examination was normal. As there were red papules all over the body she was diagnosed as anterior uveitis secondary to chickenpox and systemic/topical acyclovir, topical steroid, antihistaminic suspension, isolation, and follow-up were recommended. On day 6, anterior chamber inflammation decreased remarkably, whereas a salt-pepper appearance was observed in the retina. On day 10, a perivascular sheathing was observed, which regressed after 1 month, and her medications were slowly tapered and discontinued. Although anterior uveitis is a common finding after chickenpox, the occurrence of three different involvements is very rare. (*Turk J Ophthalmol 2013; 43: 358-61*)

Key Words: Chickenpox disease, granulomatous anterior uveitis, internal ophthalmoplegia, retinal vasculitis

Giriş

Suçiçeği (varisella) “varisella zoster” virüsünün birincil enfeksiyonundan sonra görülen, vücutta kaşıntılı, yaygın kırmızı döküntüler ve ateş ile karakterize, çocukluk çağının bulaşıcı bir hastalığıdır.^{1,2} Direk temas veya solunum yoluyla bulaşır. İlk döküntülerin başlamasından kabuk bağlayana kadar bulaşıcılığı devam eder. Suçiçeğinde bazen ciddi sistemik tutulum ve

komplikasyonlar görülebilir.¹ Göz bulguları arasında kapak, konjonktiva ve kornea tutulumu, iridosiklit, glokom, katarakt, koryoretinit, optik nörit, optik atrofi ve internal oftalmopleji bildirilmiştir.¹⁻⁹ Bu olgu sunumunda suçiçeği esnasında granümatöz ön üveit, internal oftalmopleji ve vaskülit gelişen immün yetmezliği olmayan bir kız çocuğunun bulguları tartışılmıştır.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Meryem Donbaloğlu, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya, Türkiye Gsm: +90 505 631 47 76 E-posta: donbalm@hotmail.com **Geliş Tarihi/Received:** 19.03.2012 **Kabul Tarihi/Accepted:** 04.12.2012

Olgu Sunumu

Çocuk hastalıkları acil servisten 9 yaşında kız çocuğu sağ gözde bulanık görme ve kızarıklık şikayetiyle konsülte edildi. Hastanın hikâyesinden sağ gözünde yaklaşık 1 hafta önce başlayan bulanık görme ve ışıktan rahatsız olma ve birkaç gün önce başlayan tüm vücutta kaşıntılı lezyonlar olduğu öğrenildi. Genel değerlendirmede yüz, saçlı deri, gövde ve ekstremitelerde kırmızı renkte veziküler ve papüller lezyonları mevcuttu (Resim 1 ve 2). Oftalmolojik muayenede sağ göz görme keskinliği +1,25 D tashihle 20/20, sol göz görme keskinliği tashihsiz 20/20 olarak bulundu. Sağ göz direkt ve indirekt ışık reaksiyonları negatifti ve pupil dilataydı. Sol göz ışık reaksiyonları ise normaldi. Göz içi basıncı sağ gözde 12 mmHg, sol gözde 11 mmHg idi. Biyomikroskopik muayenede sağ gözde konjonktiva granülatöz keratik presipitatlar, ön kamarada (3-4+) yoğun hücre reaksiyonu mevcuttu (Resim 3). Sağ fundus muayenesinde vitrit, papillit, retinit veya koroidit izlenmedi. Ancak kornea endotelindeki yoğun keratik presipitatlardan dolayı fundus fotoğrafı çekilemedi. Sol fundus muayenesi normaldi.



Resim 1. Alt kapaktaki veziküler lezyon ve hiperemik konjonktiva



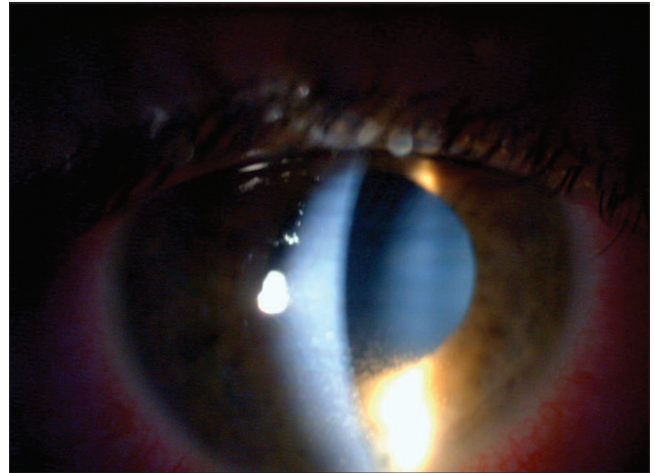
Resim 2. Alt ekstremitedeki kırmızı renkteki papüller lezyonlar

Hasta suçiçeği ön tanısı ile pediatri bölümüne konsülte edildi. Yapılan tetkiklerinde immunoglobulin G (Ig G) (15 g/L), Ig A (0,857 g/L), Ig M (2,13 g/L), ve Ig E (11,6 IU/mL) seviyeleri normal düzeyde bulundu. Tam kan sayımında lökosit (WBC $7,16 \times 10^3$ /ul) ve lenfosit (%34,6) düzeyleri normal sınırlardaydı ve suçiçeği tanısıyla pediatri bölümü tarafından oral asiklovir süspansiyon (3x1 ölçek), antihistaminik süspansiyon, izolasyon ve günlük takip önerildi.

Varicella-zoster granülatöz ön üveit tanısı ile sistemik tedaviye ek olarak topikal asiklovir pomad (3x1), prednizolon asetat damla (4x1), siklopentolat (3x1) başlandı. İkinci günde gerileme olmaması nedeniyle topikal steroid dozu günde 8 defaya çıkartıldı. Altıncı günde hücre reaksiyonu ve keratik presipitatların azalmaya başladığı görüldü. Fundus muayenesinde optik disk ve peripapiller alanda damarların normal olduğu (Resim 4a), fakat sağ göz retinanın alt ve üst kadranında tuz-biber manzarası ve vitritis olduğu görüldü (Resim 4b). Onuncu günde keratik presipitatlarda belirgin azalma ve ön kamarada tek tük hücre mevcuttu. Retinanın nazal ve temporal perifer kadranlarında perivasküler kılınma olduğu görüldü (Resim 5). Vücuttaki lezyonlar kaybolmasına rağmen aktif arka üveit nedeniyle sistemik asiklovir tedavisine devam edildi. Üçüncü haftada ön segment bulgularının (Resim 6), 4. haftada da retina vasküler tutulumunun gerilemesi üzerine sistemik/topikal ilaçlar azaltılarak kesildi. Hastanın 1 yıl sonraki muayenesinde halen pupil dilate ve direkt/indirekt ışık reaksiyonları negatifti. Hastanın yapılan elektrookülografi ve elektroretinografi de iki göz arasında anlamlı farklılık bulunamadı.

Tartışma

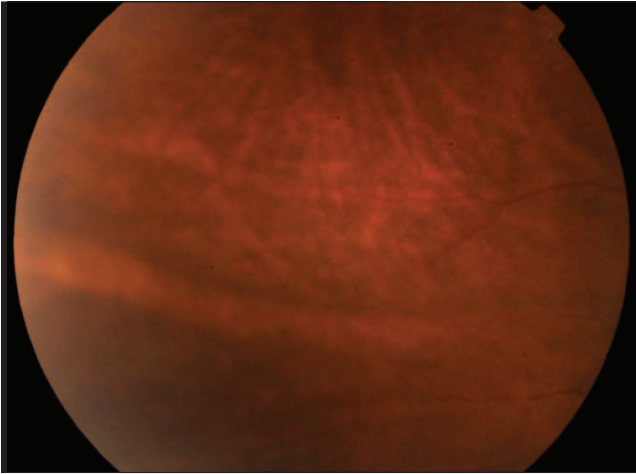
Varicella zoster virüsü alfa herpes ailesinden çift zincirli (ds) bir DNA virüsüdür. Birincil enfeksiyon suçiçeğine neden olurken, birincil enfeksiyon sonrası trigeminal veya dorsal kök gangliyonunda gizli kalan virüsün yeniden aktivasyonu ile herpes zoster (zona) olarak görülmektedir.¹ Suçiçeği tanısı genellikle klinik olarak konulmaktadır.



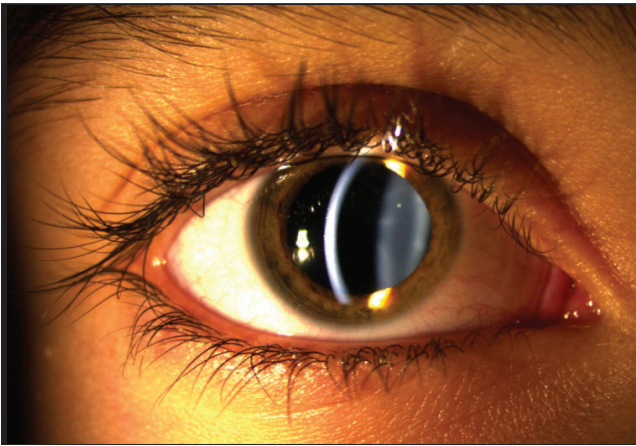
Resim 3. Kornea endotelindeki orta büyüklükte granülatöz keratik presipitatlar



Resim 4b. Retinanın alt kadrantındaki tuz-biber görüntüsü



Resim 5. Retinanın temporal perifer kadrantında perivasküler kılıflanma



Resim 6. Tedavinin başlangıcından üç hafta sonra kornea endotelindeki keratik presipitatların tamamen gerilediği, fakat internal oftalmoplejinin sebat ettiği görülmekte

Sungur ve ark.⁸ 100 suçiçeği vakasını prospektif olarak incelemişler ve kapak tutulumunu kriter dışı tutarak hastaları göz tutulumu olanlar ve olmayanlar olarak 2 gruba ayırmışlardır. Göz tutulumu olan grupta en sık görülen bulgular sırasıyla ön üveit

(%57,1), konjonktivit (%38,1) ve diskiform keratit (%4,8) olarak bildirilmiştir. Ülkemizden yayınlanan bir çalışmada, suçiçeği aşısını takiben herpes zoster virüsünün yeniden aktivasyonuna bağlı tekrarlayan nodüler sklerit ile birlikte sklerokeratit bildirilmiştir.¹⁴ Külcü ve ark.³'ün yaptığı retrospektif bir çalışmada, suçiçeği ve komplikasyonlarından dolayı yatan 63 çocuğun dosyası incelenmiş ve birincil suçiçeği enfeksiyonu ve göz tutulumu olan hastaların %85,7'sinde hastalığın hafif seyrettiği, %38,1 oranında konjonktivit, %57,1 oranında ön üveit, %4,8 oranında diskiform keratoüveit bildirilmiş ve suçiçeği şiddeti ile göz tutulumu şiddeti arasında belirgin bir ilişki saptanmamıştır. Herpes simpleks ve varicella-zoster tüm ön üveitlerin yaklaşık %5-10'undan sorumlu tutulmaktadır.⁹ Olgumuzda suçiçeği esnasında ön üveit, internal oftalmopleji ve takip eden günlerde retina tutulumu görülmüştür. Ön üveit suçiçeği ile sık olarak görülmesine rağmen, olgumuzdaki gibi 3 farklı tutulumun görülmesi son derece nadirdir. Üveitin, viremi esnasında kan yoluyla virüsün internal göz dokularına ulaşması sonucu geliştiği düşünülmektedir.^{4,11} Bu vakada üveit ve internal oftalmoplejinin suçiçeği ile eş zamanlı başlaması bu görüşü desteklemektedir. Literatürde döküntülerden 1 hafta sonra serumda antikorların ortaya çıkması alternatif olarak alerjik veya immünolojik bir mekanizmanın üveite yol açtığını düşündürmektedir.^{2,7}

Olgumuzda klinik bulgularla suçiçeği tanısı kesin olarak konulduğu için üveit etyolojiye yönelik başka tetkik yapılmadı. Ancak izole ön üveit varlığında etyolojik ajanı tam olarak tespit etmek mümkün olmadığından dolayı serum ve aközde varicella ve diğer viral patojenlerin PCR ile tetkik edilmesi gerekmektedir.¹¹

Varicella zoster sağlıklı insanlarda daha çok ön segment tutulumuna yol açmaktadır. Nadiren nekrotizan retinit, vitrit, nöroretinit ve retina dekolmanı gelişebilmekte ve ciddi görme kayıplarıyla sonlanabilmektedir.^{12,13} Biswas ve ark.¹² Yirmi üç yaşında bir erkek hastada suçiçeği esnasında görülen nöroretinitin oral asiklovir ve sistemik steroid tedavisiyle gerilediğini bildirmişlerdir. Olgumuzda sistemik asiklovir tedavisi alınırken retinada alt ve üst kadrantlarda tuz-biber manzarası ve vasküler kılıflanma izlendi. Takiplerde gerileme göstermesi nedeniyle sistemik steroid tedavisi başlanmadı.

Herpetik ön üveit kesin bir görüş birliği olmamasına karşın topikal kortikosteroidler ile oral antivirallerin uygulanması genel tedavi seçeneğidir. Oral asiklovir tedavisi herpetik üveitlerde 2-3x 800 mg/ gün, varicella zoster üveitinde 5x800 mg/gün dozunda önerilmektedir.⁹

İnternal oftalmopleji suçiçeğinin çok nadir nörolojik komplikasyonlarından biridir.^{3,5-7} Bir olguda topikal pilokarpin sonrası pupilin reaktif cevap vermesi nedeniyle tutulumun denervasyona bağlı geliştiği sonucuna varılmıştır.⁵ Literatürde internal oftalmoplejinin 6 ay ile 5 yıl arasında devam edebileceği yönünde vakalar mevcuttur.^{6,7} Bu olguda pupil tutulumunda bir yıl boyunca yapılan takiplerinde düzelme görülmüdü.

Sonuç olarak suçiçeği geçiren çocuklarda göz tutulumunda hastaların sık aralıklarla izlenmesi gelişebilecek komplikasyonların erken tanısı ve tedavisi açısından son derece önemlidir.

Kaynaklar

1. Liesegang TJ. The varicella-zoster virus: systemic and ocular features. *J Am Acad Dermatol.* 1984;11:165-91.
2. Apel I, Frydman M, Savir H, et al. Uveitis and ophthalmoplegia complicating chickenpox. *J Pediatr Ophthalmol.* 1977;14:346-8.
3. Külcü NU, Say A, Güven F, Sezer RG, Degirmenci S, Şahin E. Evaluation of hospitalized children with varicella and its complications in a training hospital. *J Pediatr Inf.* 2012;6:12-7.
4. Jordan DR, Noel LP, Clarke WN. Ocular involvement in varicella. *Clin Pediatr.* 1984;23:434-6.
5. Hodgkins PR, Luff AJ, Absolon MJ. Internal ophthalmoplegia—a complication of ocular varicella. *Aust N Z J Ophthalmol.* 1993;21:53-4.
6. Arcas J, Perez-Thoden M, Romero D, Lopez-Guajardo L, Alavarado M. Internal ophthalmoplegia :a rare complication of varicella. *Rev Neurol.* 1997;25:1066-7
7. Fernández de Castro LE, Sarraf OA, Hawthorne KM, Solomon KD, Vroman DT. Ocular manifestations after primary varicella infection. *Cornea.* 2006;25:866-7.
8. Sungur G, Hazirolan D, Duran S, Satana B, Arikan I, Duman S. The effect of clinical severity and eyelid rash on ocular involvement in primary varicella infection. *Eur J Ophthalmol.* 2009;19:905-8.
9. Siverio CD Jr, Imai Y, Cunningham ET jr. Diagnosis and management of herpetic anterior uveitis. *Int ophthalmol Clin* 2002;42:43-8.
10. Matoba A. Ocular viral infections. *Pediatr Infect Dis.* 1984;3:358-68.
11. Chichili GR, Athmanathan S, Farhatullah S, Gangopadhyay N, Jalali S, Pasricha G, et al. Multiplex polymerase chain reaction for the detection of herpes simplex virus, varicella-zoster virus and cytomegalovirus in ocular specimens. *Curr Eye Res.* 2003;27:85-90.
12. Biswas J, Nagpal A, Chopra S. Resolution of chicken pox neuroretinitis with oral acyclovir: a case report. *OculImmunol Inflamm.* 2003;315-18..
13. Tappeiner C, Aebi C, Garweg JG. Retinitis and optic neuritis in a child with chickenpox. Case report and review of literature. *The Pediatric Infectious Disease Journal.* 2010;29:1150-2.
14. Önal S, Kazokoğlu H. Episklerit ve sklerit. *Türkiye Klinikleri J Ophthalmol* 2007;16:192-203.