



OLGU SUNUMU / CASE REPORT

Adenoviral konjonktivit ile başvuran çocuk hastada paraenfeksiyöz optik nevrit

Parainfectious optic neuritis in a pediatric patient with adenoviral conjunctivitis

Handan Canan¹

¹Başkent Üniversitesi, Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Göz Hastalıkları Kliniği, Adana, Turkey

Cukurova Medical Journal 2019;44(Suppl 1):567-570.

Abstract

Ophthalmologic examination of a ten-year-old girl, who presented with erythema in both eyes for three days revealed conjunctival hyperemia, small petechial hemorrhages and valve edema, was diagnosed with adenoviral conjunctivitis. Congenital optic disc drusen was detected in fundus examination. Ten days later, OCT scans showed increased optic disc nerve fiber layer thickness and disc edema. Parainfection optic neuritis was considered in the patient, who had no decrease in visual acuity. In the follow-up, edema developed in the optic disc resolved spontaneously without systemic treatment. The aim of this case report is to present the development of parainfectious optic neuritis in a child with adenoviral conjunctivitis.

Keywords: Adenoviral conjunctivitis, optic disc drusen, parainfectious optic neuritis

Öz

Üç gündür her iki gözünde kızarıklık şikayeti ile başvuran on yaşında kız çocuğun oftalmolojik muayenesinde konjonktival hiperemi, küçük peteşiyal kanamalar ve kapak ödemi tespit edilerek adenoviral konjonktivit tanısı konuldu. Hastanın fundus muayenesinde ise konjenital optik disk druzeni tespit edildi. On gün sonra yapılan OKT taramalarında optik disk sinir lifleri tabakası kalınlığı ile disk ödeminde artış gözlemlendi. Görme keskinliğinde azalma olmayan hastada paraenfeksiyöz optik nevrit düşünüldü. Takiplerinde optik diskte gelişen ödem, sistemik tedavi olmadan kendiliğinden geriledi. Bu olgu sunumunun amacı, adenoviral konjonktivitli bir çocukta paraenfeksiyöz optik nevrit gelişimini sunmaktır.

Anahtar kelimeler: Adenoviral konjonktivit, optik disk druzeni, paraenfeksiyöz optik nevrit

GİRİŞ

Adenoviral konjonktivit kırmızı gözün en sık nedenlerinden biridir. Viral konjonktivitlerin çoğundan adenovirüsler sorumludur¹. Adenovirüsler damlacık yolu ve enfekte vücut sıvıları ile bulaşarak; burun, boğaz ve konjonktivadan vücuda girerler^{1,2}. Viral inkübasyon süresi 2-12 gündür. Virüsle bulaşmış eşyalar haftalarca bulaşıcı olabilmektedir. Enfeksiyöz ve inflamatuvar olmak üzere 2 evrede seyreder. Üst solunum yolu enfeksiyonu ile birlikte pürülan olmayan seröz sekresyonlar, fotofobi, kapak ve konjonktivada ödem, psödomembran oluşumu, foliküler veya papiller yapı ile küçük peteşiyal kanamaları içeren göz belirtileri gözlenir^{1,2}.

Preaurikuler lenfadenopati görülmesi oldukça tipiktir. Hastalığın ileri evresinde ise bulaşıcılığı olmayan ancak aylarca devam edebilen ve immünolojik aşırı duyarlılık reaksiyonu olduğu düşünülen grimsi-beyaz subepitelyal infiltratlar şeklinde kornea tutulumu gelişebilir^{1,2}.

Çocukluk çağında görülen optik nevritlerde etyoloji erişkindekinden farklıdır. Sıklıkla enfeksiyöz ya da paraenfeksiyöz sendromlar, sıklıkla da post viral etyolojiye bağlı gelişmekte ve çoğunlukla bilateral optik disk ödemi ile birlikte görülmektedir³⁻⁵. Bu makalede adenoviral konjonktivit tablosu ile başvuran ve konjenital optik disk druzeni olan bir olguda paraenfeksiyöz (postviral) optik nevrit vakasının klinik bulguları sunulmuştur.

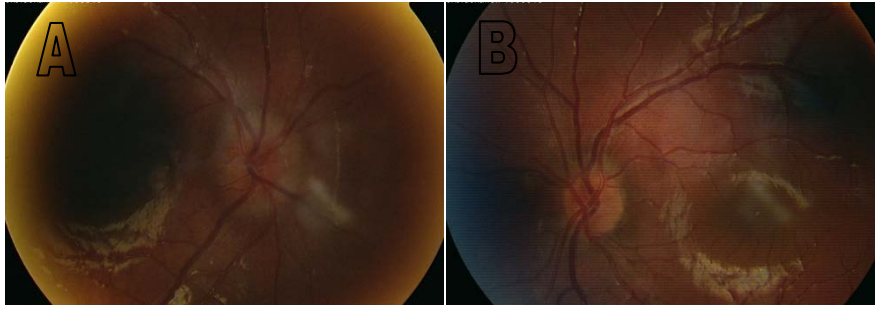
Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Handan Canan, ¹Başkent Üniversitesi, Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Göz Hastalıkları Kliniği, Adana, Turkey E-mail: handanakkaya@yahoo.com.tr
Geliş tarihi/Received: 15.02.2019 Kabul tarihi/Accepted: 17.05.2019 Çevrimiçi yayın/Published online: 27.09.2019

OLGU

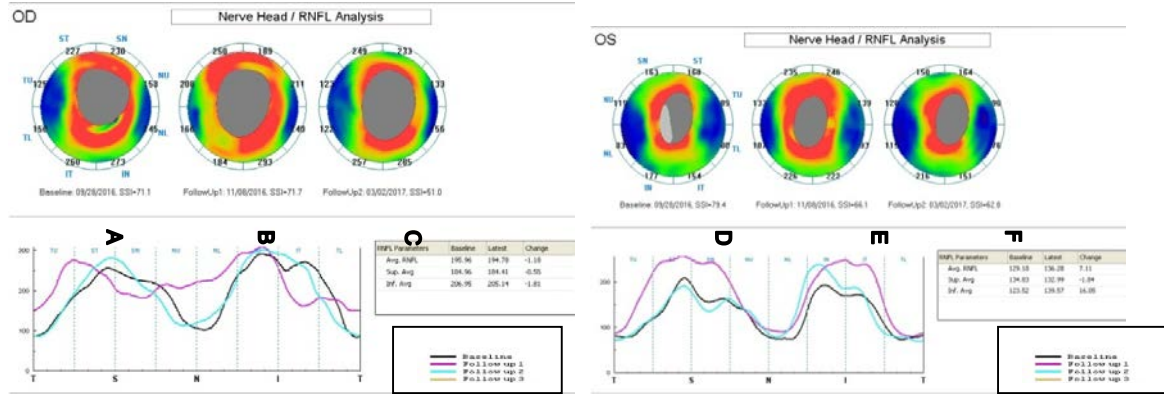
Acil bölümünde ateşli üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı alan on yaşında kız çocuğu, kliniğimize üç gündür her iki gözde kızarıklık ve sulanma şikayetleri ile başvurdu. Öyküsünde oküler veya sistemik bir hastalığı yoktu. Hastanın görme keskinliği her iki gözde 10/10 idi. Biyomikroskopik muayenede her iki gözde kapaklarda hafif ödem, konjonktivada hiperemi ve foliküler yapı ile hafif peteşiyel kanamalar izlenmekteydi. Preaurikuler lenfadenopati mevcuttu. Mevcut klinik bulgularıyla adenoviral konjonktivit düşünüldü. Hastanın fundus muayenesinde ise sağ gözde optik diskin total olarak kabarık, sol gözde ise disk üst sınırlarının silik ve hafif kabarık olduğu görüldü (Resim 1). Işık reaksiyonları pozitif, pupiller izokorik idi. Optik koherens tomografi (OKT)

(RTVue, Optovue Inc., Fremont, CA, USA) tetkikinde sağ gözde daha belirgin olmak üzere optik disk hacmi ile sinir lifleri tabakası (SLT) kalınlığının artmış olduğu (Sağ ve sol gözde SLT kalınlık ortalamaları sırası ile 195 μm ve 129 μm) görüldü (Resim 2).

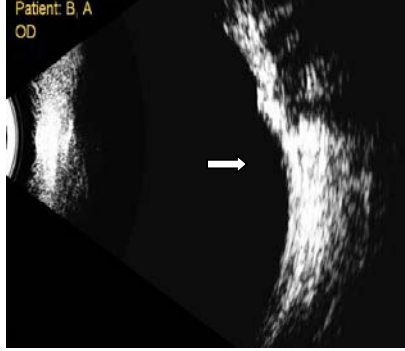
Papil ödem/yalancı-papilödem ayırıcı tanısı için B-mod ultrasonografi (USG) tetkiki yapıldı. Yüksek akustik reflektiviteli kalsiyum birikim (Resim 3) izlenerek optik disk druzeni (ODD) düşünüldü. Görme alanı tetkikinde kör nokta hafif genişlemişti (Resim 4). Öncelikle hastaya adenoviral konjonktivit nedeniyle semptomatik topikal tedavi başlandı. Hastanın 10 gün sonraki kontrol muayenesinde her iki gözde hem korneada subepitelyal infiltratlar geliştiği hem de disk kabarıklığında artış (Resim 5) olduğu tespit edildi.



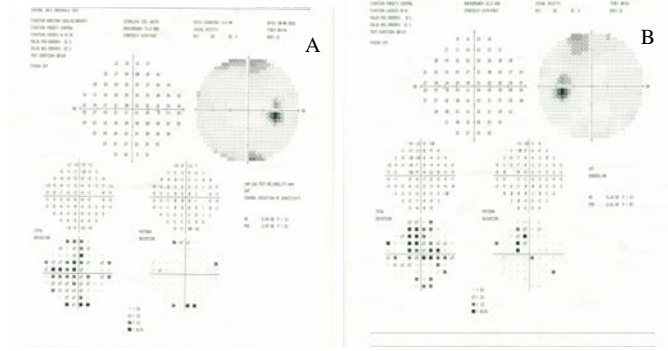
Resim 1. İlk başvurudaki fundus fotoğrafında psödopapil ödem (optik disk druzeni) görünümü sağ (a) sol (b).



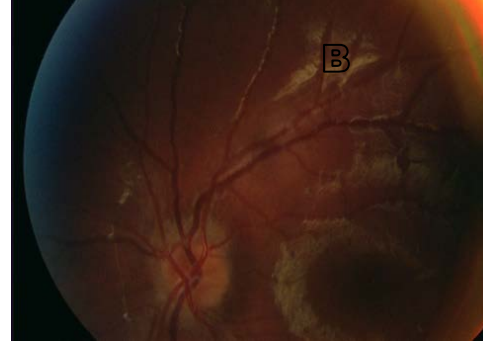
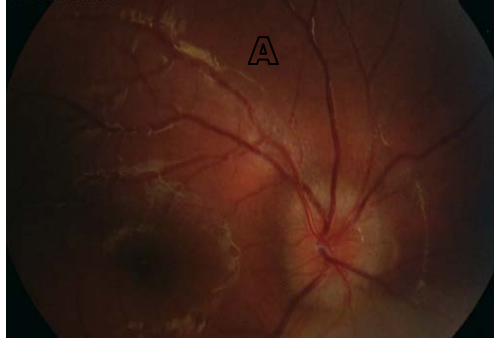
Resim 2. İlk başvurudaki OKT tetkikinde normal sınırların dışında SLT kalınlık artışı sağ (A) sol (D); 10 gün sonra SLT kalınlığında diffüz artış sağ (B) sol (E); Son kontrolde SLT kalınlığının azaldığı ve ilk haline döndüğü izleniyor sağ (C) sol (F).



Resim 3. B-mod USG'de, sağ gözde optik sinir başı bölgesinde (ok ile işaretli) druzenle uyumlu hiperekojenite izleniyor.



Resim 4. Görme alanı tetkiki sağ (A), sol (B)



Resim 5. Kontrol fundus fotoğrafında disk ödeminde artış sağ (a) sol (b).

Kontrol OKT tetkikinde (resim 2) sinir lifleri kalınlığında sol optik diskte daha belirgin olmak üzere artış (SLT; sağ gözde 217 μ m, sol gözde 174 μ m) olduğu görülerek ODD zemininde paraenfeksiyöz optik nöropati geliştiği düşünüldü. Hasta papil ödem ayırıcı tanısı yönünden pediatrik nöroloji kliniğine refere edildi. Orbita MR, serebral MR, VEP tetkikleri ile kan tetkikleri ve nörolojik muayenesi normal olarak değerlendirildi. Ek bir patoloji tespit edilmeyen olguya görme keskinliği tam olduğu için sistemik bir tedavi verilmedi. Korneada gelişen SEİ için semptomatik topikal tedavisine ilaveten kontrollü biçimde topikal steroid ve topikal %2 lik siklosporin-A damla verildi. 4 ay sonraki takibinde papil ödemi azalmış ve OKT değerleri başlangıç düzeyine (SLT; sağ gözde 194 μ m, sol gözde 126 μ m) gerilemişti (resim 2). Korneada subepitelyal infiltratlar kaybolana kadar yaklaşık 1 yıl boyunca topikal tedavisine devam edilen olgunun 2 yıl sonraki takibinde de görme düzeyi 10/10 ve bulguları stabildi.

TARTIŞMA

Optik disk druzeni görsel şikayetlere sebep olmayan klinik muayenelerde çoğunlukla atlanabilen konjenital bir patolojidir. Klinik çalışmalarda prevalansı %2 civarında ve çoğunlukla bilateraldir⁶. Hyalin benzeri kalsifik materyelden oluşan ODD'nin aksoplazmik akımda oluşan değişiklikler sonucunda meydana geldiği düşünülmektedir. Çocuklarda görülen şekliyle derin yerleşimli olan druzen, optik sinir başında kabarıklığa ve disk kenarlarında silikleşmeye yol açması nedeni ile yalancı papil ödem sebeplerindedir. Lomber ponksiyon gibi gereksiz işlemlerden kaçınmak için ayırıcı tanıda akılda tutulması gereken bir tablodur. B- mod USG, bilgisayarlı tomografi (BT) gibi tetkikler ile kalsifiye materyal gösterilerek tanı konulan ODD olgularında en sık görme kaybı sebebi sıkışık disk zemininde gelişen iskemik optik nöropatidir⁶.

Optik nevrit (ON) demiyelinizan, enflamatuvar ve enfeksiyöz olabilir^{3,5,7}. Enfeksiyöz optik sinir tutulumu direkt viral enfeksiyonla veya enfeksiyonla tetiklenen otoimmün bir olaya bağlı olabilir³. Direkt viral tutulum olmadığında *Paraenfeksiyöz ON* olarak karşımıza çıkan bu tablo daha çok su çiçeği, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, boğmaca, EBV, influenza gibi viral enfeksiyonlar ve aşılamalardan sonra görülmektedir^{3-5,7}. Özellikle çocuklarda erişkinlere göre daha sık görüldüğü, çocuklarda daha güçlü immün yanıtın bu durumdan sorumlu olabileceği bildirilmektedir³. ON görme azalması, renkli görmede bozulma gibi şikayetler ve görme alanı defektleri ile seyredebilir. Görme kaybı olan olgularda enfeksiyöz patojen saptanmaya çalışılmalı ve tedavi buna göre planlanmalıdır.

Paraenfeksiyöz ON prognozu genelde iyidir³. Başlangıç görme keskinliği düşük ve optik disk ödemi ile seyreden olguların incelendiği retrospektif bir çalışmada çoğu hastada sistemik steroid tedavisi kullanıldığı daha sonra görme düzeylerinin düzeldiği bildirilmiştir³. Literatür taramasında ON etyolojileri arasında adenovirüs enfeksiyonuna rastlanmamıştır. Ancak klinik olarak adenoviral enfeksiyon düşünülen bu olguda, sıkışık bir disk zemininde inflamasyona sekonder olarak diskin etkilendiği düşünüldü. Başlangıçtan itibaren görme keskinliğinin 10/10 düzeyinde olması ve nörolojik problem bulunmaması nedeniyle sistemik steroid tedavisi verilmedi.

Sonuç olarak viral konjonktivit ile başvuran ve özellikle üst solunum yolu enfeksiyonu da olan vakalarda optik diskin etkilenebileceği unutulmamalıdır. Çocukluk çağında paraenfeksiyöz ON vakalarının çoğunda prognoz iyi olduğu için görme etkilenmemişse sistemik tedavi gerekmemektedir. Çok sayıda serotipe bağlı olarak farklı klinik bulgularla karşımıza çıkabilen adenoviral konjonktivitlerde tedavi destekleyici olup soğuk kompres, suni gözyaşı ve topikal anti-inflamatuvar damlalar tedavide kullanılmaktadır^{2,8}. Korneada subepitelyal opasiteler gelişen hastalarda, bu olguda da olduğu gibi immünolojik mekanizmasından dolayı

kontrollü biçimde topikal steroid ve topikal %2 lik siklosporin-A damla kullanımları gerekebilemektedir⁸. Oftalmoloji kliniklerinde sıkça gördüğümüz viral konjonktivitli vakalarda nadir de olsa optik sinir tutulumu gibi komplikasyonlar gelişebileceği akılda tutulmalı ve ön segment muayenesinin yanı sıra arka segment değerlendirmesi de yapılmalıdır.

Yazar Katkıları: Çalışma konsepti/Tasarımı: HC; Veri toplama: HC; Veri analizi ve yorumlama: ; Yazı taslağı: HC; İçeriğin eleştirel incelenmesi: -; Son onay ve sorumluluk: HC; Teknik ve malzeme desteği: -; Süpervizyon: HC; Fon sağlama (mevcut ise): yok.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

Author Contributions: Concept/Design : HC; Data acquisition: HC; Data analysis and interpretation: -; Drafting manuscript: HC; Critical revision of manuscript: -; Final approval and accountability: HC; Technical or material support: -; Supervision: HC; Securing funding (if available): n/a.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: Authors declared no conflict of interest.

Financial Disclosure: Authors declared no financial support

KAYNAKLAR

1. Kaufman HE. Adenovirus advances: new diagnostic and therapeutic options. *Curr Opin Ophthalmol.* 2011;22:290-3.
2. Taşkapılı M, Yılmaz MB. Pediatric conjunctivitis. *Turk Arch Ped* 2012;47:240-6.
3. Rappoport D, Goldenberg-Cohen N, Luckman J, Leiba H. Parainfectious optic neuritis: manifestations in children vs adults. *J Neuroophthalmol.* 2014;34:122-9.
4. Selbst RG, Selhorst JB, Harbison JW, Myer EC. Parainfectious optic neuritis: report and review following varicella. *Arch Neurol.* 1983;40:347-50.
5. Atilla H. Çocukluk çağı optik nöropatileri. *Türkiye Klinikleri Oftalmoloji Dergisi: Özel Konular* 2009;2:52-6.
6. Davis PL, Jay WM. Optic nerve head drusen. *Semin Ophthalmol.* 2003;18:222-42.
7. Kahloun R, Abroug N, Ksaa I, Mahmoud A, Zeghidi H, Zaouali S et al. Infectious optic neuropathies: a clinical update. *Eye Brain.* 2015;7:59-81.
8. Alagöz G, Bursalı Ö, Aksoy NÖ. Viral konjonktivitler. *Türkiye Klinikleri Oftalmoloji Dergisi:Özel Konular* 2012;5:24-30.