

Tüberkülozun Nadir Bir Formu: Sklera Tüberkülozu A Rare Form of Tuberculosis: Scleral Tuberculosis

Tarkan Özdemir¹, Özlenen Ömür Gündüz², Mehmet İhsan Emre³, Aylin Heper Okçu⁴,
Mustafa Hamidullah Türkkani⁵, Leyla Yılmaz Aydın⁶

¹Çorum Göğüs Hastalıkları Hastanesi

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı

³Çorum Emre Göz Merkezi

⁴Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı

⁵Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi

⁶Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Öz

Giriş: Göz organında tüberküloz en sık olarak hematojen yayılım sonucu oluşur. Tüberküloz, sklerit ve episcleritin nadir bir nedenidir.

Olgu: 38 yaşında mesleği hemşire olan bayan hastada tüberkülozun nadir bir formu olan sklera tüberkülozu tanısı konuldu.

Tartışma: Tüberküloz hastalarında oküler tutulum %1,39 ile %2.8 arasında değişmektedir. Oküler tutulum kalıcı görme sorunlarına neden olabildiği için, göz hastalıkları uzmanları enflamatuar göz hastalıklarında tüberkülozu düşünmeli ve ayırıcı tanıda yer vermemeleri durumunda ciddi sonuçların ortaya çıkabileceğinin farkında olmalıdırlar.

Anahtar kelimeler: Tüberküloz, sklerit, tedavi

Abstract

Introduction: Tuberculosis of the eye is the most common results from hematogen spread. Tuberculosis is a rare causes of scleritis and episcleritis.

Case: Thirty-eight years old female nurse was diagnosed with tuberculosis scleritis which is a rare form tuberculosis.

Discussion: Eye involvement in tuberculosis patients varies between 1.39 % and 2.8%. In the presence of inflammatory eye disease ocular involvement of the tubercluosis should be considered by ophthalmologist because it can lead to permanent vision problems. It can lead to serious consequences if it is not considered in the differential diagnosis.

Key words: Tuberculosis, scleritis, treatment

Yazışma Adresi / Correspondence:

Dr. Tarkan Özdemir

Çorum Göğüs Hastalıkları Hastanesi, Çorum

e-posta: tabiptarkan@hotmail.com

Geliş Tarihi: 15.12.2015

Kabul Tarihi: 10.02.2015

Giriş

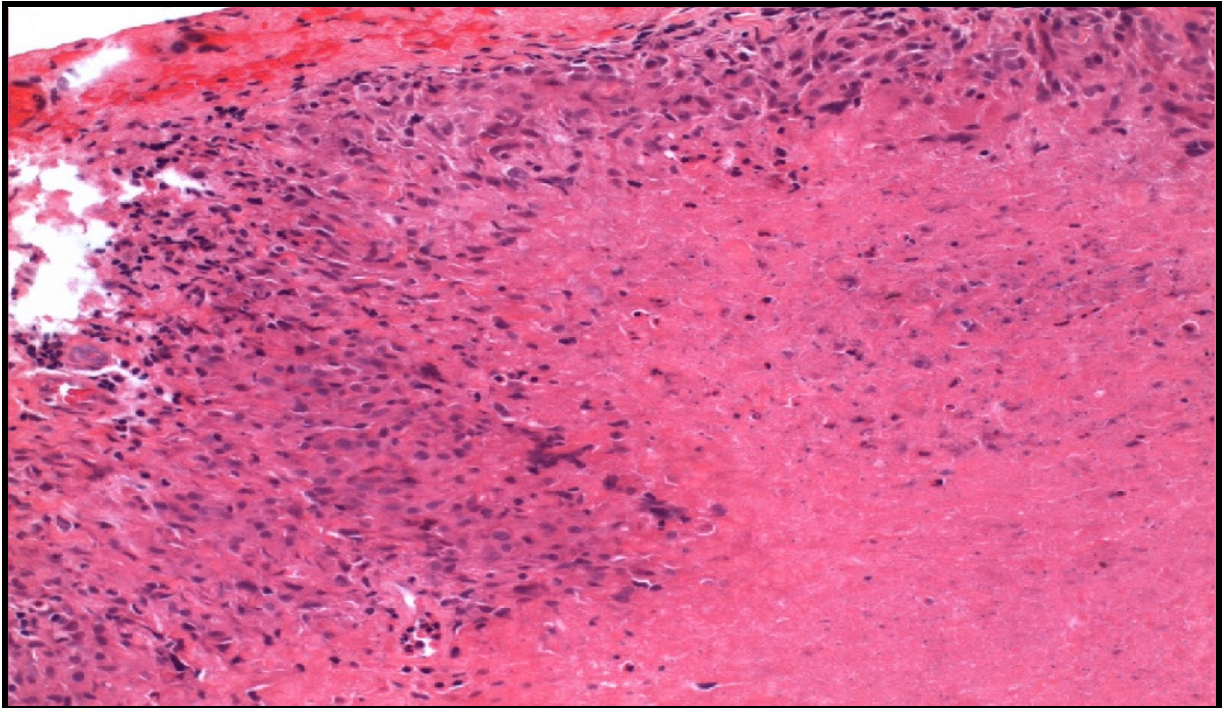
Tüberküloz, sıklıkla plevrayı ve akciğeri tutmakla birlikte vücuttaki tüm diğer organlardan birini ya da birden fazlasını tutabilen bir hastalıktır. Kazeifikasyon nekrozu içeren granülom oluşumuna neden olabilmektedir.¹

Akciğer dışı tüberküloz, en sık akciğer ya da akciğer dışı bir odaktan lenfohematojen yayılım ile oluşur. Akciğer dışı tüberkülozda tanısız zorluklar vardır. Bunun nedenleri; hastalığın sık görülmemesi, klinisyenlerin deneyimlerinin azlığı, hastalığın zor ulaşılabilir bölgelerde bulunması ve az sayıda basilin hastalık oluşturmasıdır. Tanı için genellikle invaziv girişimler gerekmektedir.²

Gözde tüberküloz en sık olarak hematojen yayılım sonucu oluşur. İntraoküler tüberkülozun tanısının konulmasında ortak kriterlerin belirlenmiş olmaması ve tanının laboratuvar ile doğrulanmasındaki güçlük nedeniyle intraoküler tüberkülozun prevalansı konusunda kesin veriler bulunmamaktadır.³ Tüberküloz, sklerit ve episkleritin nadir bir nedenidir.⁴

Olgu

Otuz sekiz yaşında, mesleği hemşire olan bayan hasta, sol gözde batma şikâyeti ile özel bir göz merkezine başvurur. Yapılan muayenede sol gözde sklerada saat 6 hizasında limbusa komşu alanda bir kabarıklık tespit edilir ve hasta ileri tetkik ve tedavi için tıp fakültesi hastanesine yönlendirilir. Hasta tıp fakültesi hastanesinde muayene olmasını takiben rutin tetkikler yanında immünolojik tetkikler de yapılır. Beyaz küre $5 \times 10^9/L$, nötrofil %63,8, ferritin 2 ng/ml, demir 10 mikrogram/dl, total demir bağlama kapasitesi 462 mikrogram/dl, sedimentasyon 29 mm/h, CRP 0,8 mg/l, ANA negatif, Anti-nDNA negatif, RF negatif ve protein elektroforezi normal sınırlarda tespit edilir. Bir ay sonra kontrolde lezyonun devam etmesi nedeni ile eksizyonel biyopsi yapılır. Alınan materyalin patolojik incelemede “granülomatöz iltihabi olay” tespit edilir ve mikrobiyolojik incelemede asidorezistan basil (ARB) saptanmamış olmakla birlikte hastanın öncelikle tüberküloz enfeksiyonu açısından araştırılması önerilir. Preparatlar başka bir merkezde tekrar değerlendirilip “mevcut bulguların mikobakteriyel bir enfeksiyonda görülebilecek nitelikte olduğu, sarkoidoz düşünülmediği, histopatolojik tablonun kazeifikasyon nekrozu içeren granülomatöz iltihap” olarak özetlenebileceği ifade edilir. (Resim 1-2)



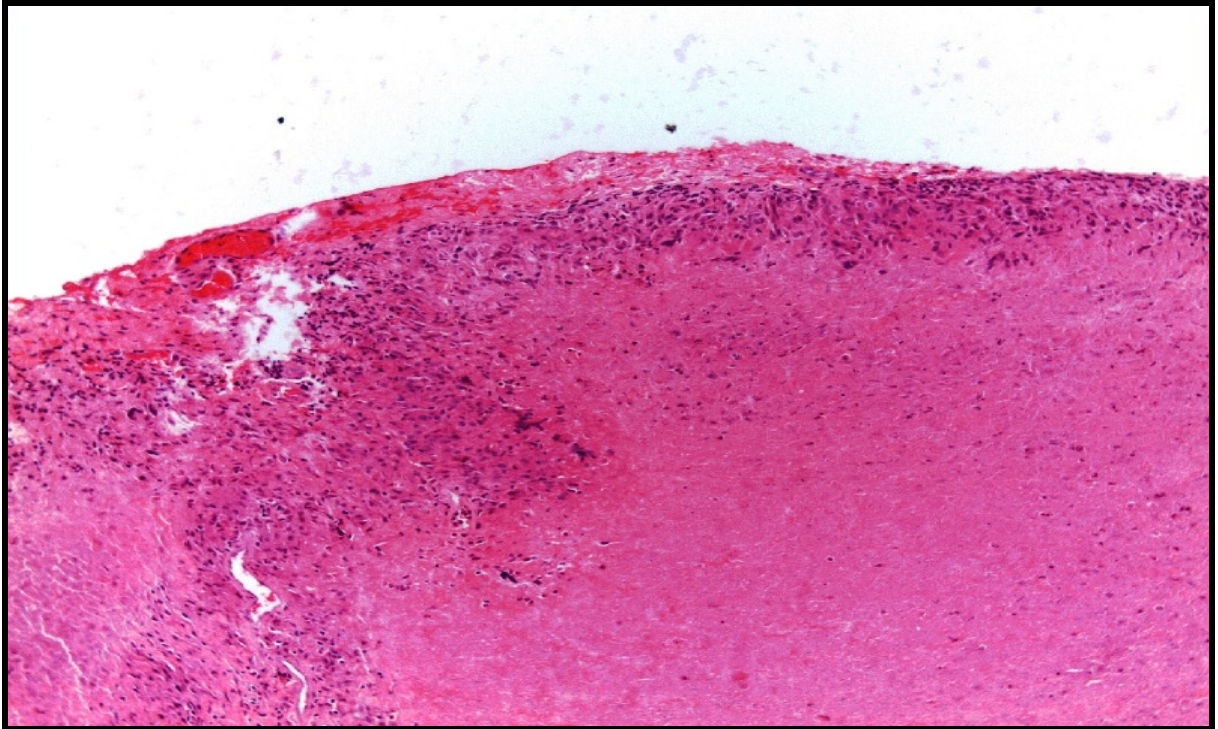
Resim 1: Konjoktival mukozanın subepitelyal kısmı dolduran ve genişleten, masif merkezi nekrozlu büyük bir granülom. Yüzey epiteli ülseri. (H&E x100)

Hasta, sonrasında patolojik değerlendirme sonucu ile birlikte göğüs hastalıkları hastanesine başvurur.

Fizik muayenesinde herhangi bir özellik yoktu. Hastanın tüberkülozla temas öyküsü yoktu. Bir BCG (Bacille-Calmette-Guerin) skarı tespit edildi. PA akciğer grafisi normal olarak değerlendirildi. Tüberkülin deri testi (TDT) 5 mm olarak ölçüldü. Hasta balgam çıkarmadığından balgamda ARB bakılmadı. Sklera tüberkülozu tanısı ile 2 ay İzonyazid (H), Rifampisin (R), Pirazinamid (Z), Etambutol (E); takibinde 4 ay HR uygulanan hastanın tedavi sürecince herhangi bir sorun yaşanmadı. Tedavi 6 aya tamamlanarak sonlandırıldı. Halen kontrolümüz altında olan hastanın tedavi sonrası 2 yıllık takibinde nüks görülmedi.

Tartışma

Akciğer parankimi dışındaki organlardan alınan örneklerde ARB'de pozitiflik gösterilen ya da tüberkülozla uyumlu histolojik ve klinik bulgusu olan hastalar akciğer dışı tüberküloz grubuna girmektedir.¹



Resim 2: Granülom çevresinde epitelioid histiyositlerin ve multiple çekirdekli dev hücrelerin görünümü. (H&E x200)

Gözde tüberküloz enfeksiyonu en sık olarak hematojen yayılım sonucu oluşur. Uvea (iris, silier cisimcik, koroid) olasılıkla zengin vasküler içeriği nedeniyle en sık tutulan dokudur. Eksternal dokularda, kornea, sklera ve lakrimal kanalda daha nadirdir.² Enfeksiyon lokal olarak aktif sinüs veya meninks enfeksiyonundan da yayılım gösterebilir. Basilin vücuda konjonktiva yolu ile girdiği primer oküler enfeksiyon çocuklarda nadir olarak gözlenir. Semptomatik hastalık birincil enfeksiyondan ziyade genellikle oküler dokuda canlılığını sürdürmüş olan sessiz lezyonların reaktivasyonu yolu ile gerçekleşir. Ek olarak immun reaksiyon sonucu oküler bölgeden uzak bir odakta yer alan *Mycobacterium tuberculosis* antijenlerine karşı aşırı duyarlılık nedeni ile meydana gelebilir. Bu aşırı duyarlılık bakteri gözde bulunmadığı halde inflamasyon ile neticelenir. Flikten, retinal vaskülit ve interstisyel keratit, *Mycobacterium*

tuberculosis neticesinde ortaya çıkan oküler patolojik durumlar olup bu patolojik durumlar aşırı tip duyarlılık cevabın örnekleridir.^{5,6,7}

Biswas ve ark.⁸ yapmış olduğu ve 1.005 aktif tüberküloz hastasını kapsayan bir çalışmada oküler tutulum %1,39 olarak saptanmış ve en sık karşılaşılan lezyon fokal koroidit olarak tespit edilmiştir. Bouza ve ark.⁹ yapmış olduğu çalışmada ise tüberküloz tanısı konulmuş olan 100 hastanın 18'inde olası diğer nedenler ekarte edildikten sonra tüberkülozla ilişkilendiren göz bulguları tespit edilmiştir. Donahue'nın bir tüberküloz sanatoryumunda 10.524 hasta üzerinde yaptığı bir başka çalışmada ise oküler tutulum %1,46 olarak bulunmuştur.¹⁰ Beare ve ark. tüberküloz ve HIV enfeksiyonu birlikte bulunan 109 hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada ise göz tutulumu %2,8 olarak tespit edilmiştir.¹¹ Türkiye'den yapılan epidemiyolojik bir çalışmada üveit hastalarının %0,3'ünde tüberküloz basili etiyolojik etken olarak saptanmıştır.¹²

Oküler tüberküloz uzun süreli görme bozukluğuna neden olabilir.¹³ Oküler tüberkülozun tanısı zordur. Tam bir fizik muayene, TDT ve göğüs radyografisi tanıya yardımcıdır. TDT ve interferon gama salınım analizleri, latent tüberküloz enfeksiyonunun ortaya konmasında yardımcıdır, ancak aktif enfeksiyonu ayırt ettirmez.¹⁴ Sistemik tüberküloz varlığı tanıyı güçlendirir ancak kesinleştirmez. Oküler tüberkülozlu olguların çoğunda etkilenen dokudan kültür ve biopsi elde etmek pratik değildir. Aköz ya da vitröz parasentez kültür sonucu çoğunlukla negatif kalmaktadır. PCR ile mikobakteriyal DNA gözkapığı derisinde, konjunktiva, aköz ve vitröz sıvı, koroid, subretinal sıvı, epiretinal membran gibi oküler dokularda saptanmıştır.^{4,15}

Tüberküloz, sklerit ve episkleritin nadir bir nedenidir. En sık kronik granülatöz inflamasyon ve kazeöz nekroz gösteren fokal nekrotizan sklerit görülür. Skleral perforasyon gelişebilir.^{4,16}

Bizim hastamızda olduğu gibi oküler tüberküloz, tüberküloza ait sistemik bir rahatsızlık tespit edilmeden de görülebilir ve hastamızda olduğu gibi anterior sklerit daha yaygın olup posterior sklerit nadir görülür.¹⁷ Tüberküloz sklerit, keratitle birlikte olabileceği gibi keratit olmadan nodüler veya difüz görünümde olabilir.¹⁸ Tüberküloz sklerit, nekrozis ve sonrasında skleromalaziye neden olabilir.¹⁹ Tanıda en ideal yöntem basilin gözlenmesi veya üretilmesidir. Ancak doku içinde dağınık ve seyrek yerleşimi nedeniyle sklera veya orbitadan alınan numunelerde tespit edilmesi zordur.⁵

Tüberküloz sklerit, topikal steroid tedavisine yanıt vermez ve antitüberküloz tedavi kullanımını gerektirir.²⁰ Tedavide HRZE önerilmektedir. İdeal tedavi süresi tam olarak bilinmemektedir. Çok sayıda doğrulanmış veya olası oküler tüberküloz hastasının dahil edildiği bir çalışmada dörtlü tedavinin 6-15 ay kullanımı ile hastaların %95'inde intraoküler inflamasyonun gerilediği gösterilmiştir. Tedaviye cevap 4-6 hafta içinde ortaya çıkmıştır. Tüberküloz ilaçlarına cevabın yavaş olduğu bilinen lokalizasyonlarda meydana gelen durumlarda uzatılmış tedavi önerilmektedir. Bu nedenle intraoküler tüberküloz tedavisinde uzatılmış tedavi önerilmektedir.²¹

Göz hastalıkları uzmanları, enflamatuar göz hastalıklarında tüberkülozu düşünmeli ve ayırıcı tanıda yer vermemeleri durumunda ciddi sonuçların ortaya çıkabileceğinin farkında olmalıdırlar.¹⁸

Kaynaklar

1. Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi Bilimsel Danışma Kurulu. In: Akdağ R, eds. Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi (1st ed). Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı; 2011:5-10,63-70.
2. Törün T. Akciğer Dışı Sistemlerin Tüberkülozu. In: Özkara Ş, Kılıçaslan Z, eds. Tüberküloz (1st ed). İstanbul; Türk Toraks Derneği Toraks Kitapları; 2010:329-50.
3. Önal S, Tuğal Tİ. Oküler Tüberküloz I: Epidemiyoloji, Patogenez ve Klinik Özellikler. Turk J Ophthalmol 2011;41:171-81.
4. Thompsan MJ, Albert DM. Ocular tuberculosis. Arch Ophthalmol 2005;123:844-9.
5. Bramante CT, Talbot EA, Rathinam SR, Stevens R, Zegans ME. Diagnosis of ocular tuberculosis: a role for new testing modalities? Int Ophthalmol Clin 2007;47:45-62.
6. Helm CJ, Holland GN. Ocular tuberculosis. Surv Ophthalmol 1993;38:229-56.
7. Bodaghi B, LeHoang P. Ocular tuberculosis. Curr Opin Ophthalmol 2000;11:443-8.
8. Biswas J, Badrinath SS. Ocular morbidity in patients with active systemic tuberculosis. Int Ophthalmol 1995;19:293-8.
9. Bouza E, Merino P, Muñoz P, Sanchez-Carrillo C, Yáñez J, Cortés C. Ocular tuberculosis. A prospective study in a general hospital. Medicine (Baltimore) 1997;76:53-61.
10. Donahue HC. Ophthalmologic experience in a tuberculosis sanatorium. Am J Ophthalmol 1967; 64:742-8.
11. Beare NA, Kublin JG, Lewis DK, et al. Ocular disease in patients with tuberculosis and HIV presenting with fever in Africa. Br J Ophthalmol 2002;86:1076-9.
12. Kazokoglu H, Onal S, Tugal-Tutkun I, et al. Demographic and clinical features of uveitis in tertiary centers in Turkey. Ophthalmic Epidemiol 2008;15:285-93.
13. Basu S, Monira S, Modi RR, et al. Degree, duration, and causes of visual impairment in eyes affected with ocular tuberculosis. J Ophthalmic Inflamm Infect 2014;4:3.
14. Önal S, Tuğal Tutkun İ. Oküler Tüberküloz II: Tanı ve Tedavi. Turk J Ophthalmol 2011;41:182-90.
15. Albert DM, Imesch PD, Dehm EJ. Ocular tuberculosis. In: Schlossberg D, eds. Tuberculosis and Nontuberculous Mycobacterial Infections (4th ed). Philadelphia: Saunders; 1999:164-74.
16. Watson PG, Hayreh SS. Scleritis and episcleritis. Br J Ophthalmol 1976;60:164-91.
17. Sharma A, Thapa B, Lavaju P. Ocular tuberculosis. Nepal J Ophthalmol 2011;3:52-67.
18. Kurup SK, Chan CC. Mycobacterium-related ocular inflammatory disease: diagnosis and management. Ann Acad Med Singapore. 2006;35:203-9.
19. Pecorella I, Vingolo E, Ciardi A, Grenga P. Scleral ossification in phthisical eyes. Orbit 2006;25:35-8.
20. Tabbara KF. Tuberculosis. Curr Opin Ophthalmol 2007;18:493-501.
21. Gupta V, Gupta A, Rao NA. Intraocular tuberculosis-an update. Surv Ophthalmol 2007;52:561-87.