



Sadece Intermediate Üveit ile Prezente Olan Bir Sifiliz Olgusu

Intermediate Uveitis as the Initial and Only Presentation of Syphilis

Sevcan Yıldız Balcı*, Ece Turan Vural*, Şehnaz Özçalışkan**

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

**Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Beyoğlu Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

Öz

Dermatolojik, nörolojik veya sistemik tutulumu olmadan ilk kez ve sadece tek taraflı intermediate üveit ile prezente olan sifilitik bir olguyu bildirdik. Kliniğimize sol gözde uçuşma ve görme keskinliğinde azalma ile başvuran ve intermediate üveit ve kistoid maküla ödemi tespit edilen hastada hem Zührevi hastalıklar araştırma laboratuvarı hem de *Treponema pallidum* için mikrohemaaglutinasyon testi pozitifliği ile birlikte sifiliz tanısı konuldu. Sifilizin oküler tutulumu değişik şekillerde ortaya çıkabilir ve son yıllarda hasta öyküsü ve sistemik değerlendirme uyumlu olmasa bile açıklanamayan oküler enflamatuvar hastalıklarda aklımıza gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sifiliz, intermediate üveit, kistoid maküler ödem

Abstract

We report a patient with unilateral syphilitic intermediate uveitis without dermatological, neurological, or any systemic involvement. He presented to our clinic with complaints of eye floaters and worsening visual acuity in the left eye. He had intermediate uveitis and cystoid macular edema in that eye and both venereal disease research laboratory and microhemaagglutination assay for *Treponema pallidum* serological tests were confirmatory for syphilis. Ocular manifestations of syphilis have variable presentations, and it should be considered when diagnosing unexplained ocular inflammatory diseases, even if the patient's recent history and systemic evaluation are not compatible.

Keywords: Syphilis, intermediate uveitis, cystoid macular edema

Giriş

Sifiliz *Treponema pallidum*'un neden olduğu cinsel yolla bulaşan enfeksiyöz bir hastalıktır.¹ Sifiliz primer, sekonder ve tersiyer (ileri evre) olmak üzere üç aşamada ilerler.² Primer evrede oküler tutulum enderdir ve esas olarak göz kapakları ve konjonktivada şankr ile ortaya çıkar. Sekonder sifilizde (6-8 hafta sonra) hastalarda influenza, artralji, miyalji, baş ağrısı, boğaz ağrısı, lenfadenopati, ateş ve özellikle avuç içi ve ayak tabanlarında makülopapüller deri döküntüleri gibi belirtiler ortaya çıkar. Tersiyer sifiliz, sekonder evreyi izleyen ve süresi 1 yıl ile onlarca yıl arasında değişebilen hastalığın latent döneminden sonra başlar. Tersiyer evrede hastalarda, kardiyovasküler

sifiliz ve nörosifilizin yanı sıra, iris ve koroitte gumma adı verilen granülatöz lezyonlar gelişebilir.³ Sifiliz hastalarında granülatöz veya granülatöz olmayan üveit görülebilir. Genellikle değişen derecelerde vitritis ile ilişkili fokal veya multifokal koryoretinit en yaygın bulgudur. Makülada izlenen plakoid koryoretinit ise sifilitik üveite özgü patognomonik bir bulgudur. Okülomotor sinir paralizisi, optik nöropati ve retrobulbar nörit gibi nörooftalmik semptomlar tersiyer sifiliz ve nörosifilizde görülebilir. Her ne kadar sifilizin tüm üveit olgularının sadece %1-2'sinden sorumlu olduğu düşünülse de hastalığın maskelenebilmesi nedeniyle her çeşit intraoküler enflamasyon olgusunda göz önünde bulundurulmalıdır.⁴ Yakın

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Sevcan Yıldız Balcı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye Tel.: +90 505 868 76 42 E-posta: svcnyldz@hotmail.com **ORCID-ID:** orcid.org/0000-0003-0859-1848

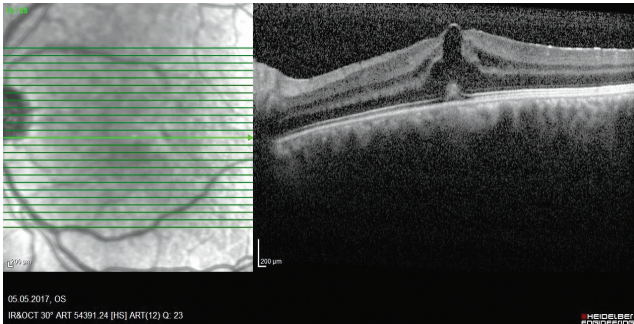
Geliş Tarihi/Received: 14.04.2019 **Kabul Tarihi/Accepted:** 18.06.2019

Cite this article as: Balcı SY, Turan Vural E, Özçalışkan Ş. Intermediate Uveitis as the Initial and Only Presentation of Syphilis. Turk J Ophthalmol. 2019;49:297-299

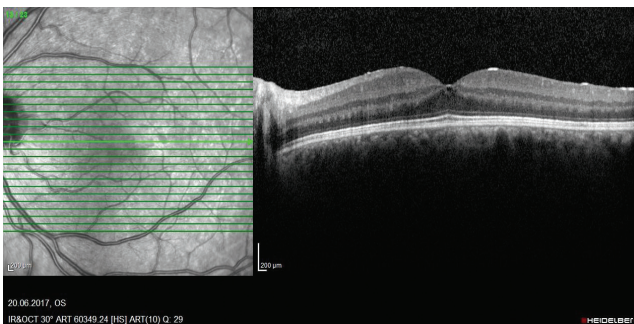
zamanda, oküler sifiliz tanısı konan hastalar insan immün yetmezlik virüsü (HIV) gibi başka koenfeksiyonlar ile ilişkilendirilmiştir. Bu çalışmada HIV negatif, başka sistemik bulgusu olmayan bir hastada tek taraflı intermediate üveit ile başvuran bir sifiliz olgusu bildirilmektedir.

Olgu Sunumu

Yirmi iki yaşında erkek hasta sol gözünde uzun süredir devam eden uçan cisimler görme şikayeti ile başvurdu. Görme keskinliği sağ gözde 10/10, sol gözde ise 7/10 idi. Göz içi basıncı 11/12 mmHg olarak ölçüldü. Biyomikroskopik değerlendirme ve fundus muayenesinde sağ göz normalken, sol gözde vitreus içinde +2 hücre gözlemlendi. Fundus muayenesinde optik diskte minimal hiperemi görüldü. Fundus floresein anjiyografisinde sağ göz normal, sol gözde ise makülada fokal sızıntı ve optik diskte floresein kaçağı saptandı. Optik koherens tomografide (OKT) sol gözde kistoid maküler ödem görüldü (Şekil 1). Hasta çok eşle cinsel ilişki öyküsü bildirdi. Hastanın tam kan sayımı, karaciğer fonksiyon testleri ve kan üre azotu gibi laboratuvar test sonuçları normaldi. Toksoplazma ve HIV immünoglobülin G (IgG) ve IgM testleri negatifti. Hastada C-reaktif protein seviyesi ve eritrosit sedimentasyon hızı (54 mm/saat) yüksekti ve saflaştırılmış protein türevi testi negatifti. Akciğer grafisi ve beyin manyetik rezonans görüntüleme sonuçları normaldi. Hastanın VDRL ("Venereal disease research laboratory") ve *T. pallidum* hemaglutinasyon testleri pozitif olduğu için hastaya oküler sifiliz tanısı kondu. Enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu ile hasta sistemik enfeksiyonlar açısından değerlendirildi. Hastada



Şekil 1. Sol gözde kistoid maküler ödemin izlendiği optik koherens tomografi görüntüsü



Şekil 2. Kistoid maküler ödemin 3. haftada gerilediğini gösteren optik kohorens görüntüsü

geçirilmiş ya da mevcut dermatolojik, nörolojik veya sistemik tutulumu ait bulguya rastlanmadı. Hastaya lomber ponksiyon yapıldı ve alınan beyin omurilik sıvısı örneğinde VDRL testi negatif idi. Penisiline alerjisi olduğu için hasta 14 gün boyunca 2 g/gün intravenöz seftriakson ile tedavi edildi. Buna ek olarak, 48 saat tedavinin ardından 1 mg/kg/gün oral metilprednizolon eklendi ve antibiyotik tedavisinin tamamlanmasından 2 gün önce kesildi. Hastanın klinik semptomlarında 3 haftalık tedaviden sonra iyileşme gözlemlendi ve 6. ay izleminde hastanın durumu stabildi. Sol gözde görme keskinliği 10/10, vitreusta hücre negatif, optik disk ve maküla normal idi. OKT ile kistoid maküler ödemde gerileme olduğunu görüldü (Şekil 2). On ikinci ayda enfeksiyöz hastalığa ait herhangi sistemik tutulum izlenmedi ve Toksoplazma ve HIV IgG ve IgM testlerini de içeren tekrarlanan laboratuvar sonuçları negatifti.

Tartışma

Bu çalışmada dermatolojik, nörolojik veya sistemik bulgusu olmayan, sadece oküler semptomları olan bir sifiliz olgusunu sunmayı amaçladık. Sifiliz gözün herhangi bir bölümünü veya katmanını tutabilir. Sifilizin oftalmolojik belirtileri arasında üveit, retinit, sklerit, vitrit, retina vaskülit, optik sinir tutulumu ve papiller bozukluklar yer almaktadır. Sifilizde oküler tutulum esas olarak sekonder ve tersiyer evrelerde meydana gelir.⁵ Sifilitik üveitli 143 hastanın verilerinin değerlendirildiği bir derlemede, hastaların %55,2'sinde arka üveit, %25,2'sinde panüveit ve %19,6'sında ön veya orta üveit olduğu bildirilmiştir.⁶ Anshu ve ark.⁷ tarafından yapılan bir çalışmada granülomatöz olmayan ön üveitin sifilitik üveitte daha sık görüldüğü bildirilmiştir.

Avrupa (Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlara Karşı Uluslararası Birlik) ve Amerika Birleşik Devletleri (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi [CDC]) yönergeleri 10-21 gün boyunca her 4 saatte bir 3-4 milyon ünite (MU) olmak üzere, günde toplam 12-24 MU intravenöz benzil penisilin tedavisini önermektedir.^{8,9} Son Dünya Sağlık Örgütü Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar kılavuzu geç sifilizin (oküler sifiliz dahil olmak üzere) tedavisi için 3 hafta boyunca haftada bir kez 2,4 MU intramüsküler benzatin penisilin G yapılmasını önermektedir.¹⁰ Ancak nörosifiliz durumunda, 10-14 gün boyunca her 4 saatte bir intravenöz 2-4 MU olacak şekilde, toplam 12-24 MU/gün kristal penisilin G verilmelidir.¹¹ Göz tutulumu olan olgular nörosifiliz hastaları gibi tedavi edilmelidir. Geç sifiliz patogeneğinde immünolojik reaksiyonların da rol oynadığı düşünüldüğünden, sifilitik üveit tedavisinde kortikosteroidlerin standart antibakteriyel tedavi ile beraber verilmesi uygun görünmektedir.¹² Penisilin alerjisi olan hastalar 10-14 gün boyunca günde 2 g intramüsküler veya intravenöz seftriakson ile tedavi edilmelidir.¹³

Son yıllarda, çeşitli oküler tutulumlara neden olan sifiliz insidansında artış gözlenmiştir.¹⁴ Jones¹⁵ 3000 yeni üveit olgusuna ait verileri değerlendirmiş ve sifilitik üveit insidansının <%1 olduğunu saptamıştır. Sahin ve Ziaei¹⁶, Türkiye'deki üveit hastalarının %1,07'sine oküler sifiliz tanısı konduğunu bildirmiştir. Türkiye'de yakın zamanda yapılan başka bir

çalışmada ise, Yalçındağ ve ark.¹⁷, ülke çapında web tabanlı üveit hastalarını veri tabanını (4863) inceleyerek 5 olguya (%0,1) sifilitik üveit tanısı olduğunu bildirmiştir.

CDC, eşcinsel ilişkilerde hem primer hem sekonder sifiliz için yüksek risk taşıdığını ve HIV ile koenfekte hastalarda oküler sifiliz görülme sıklığının arttığını bildirmiştir.^{18,19}

Hastamızda başvuru sırasında sifilize özgü sistemik belirtiler bulunmamasına rağmen, ayrıntılı bir anamnez ile oküler sifiliz teşhisi koymamız mümkün oldu ve hastanın uygun tedaviyi almasını sağladık. Anamnezin hastalık tanısında çok önemli önemi vardır. Hastalığın oküler bulguları herhangi bir evrede görülebilir ve bazı olgularda hastalığın ilk bulgusu olabilir. Bu nedenle oküler sifilizin klinik belirtileri diğer birçok enfeksiyöz üveitik hastalığa benzemektedir. Bu nedenle herhangi bir primer veya sekonder sifiliz bulgusu olmasa dahi, riskli cinsel ilişki öyküsü olan hastalarda tüm oküler enflamatuvar durumlarda sifiliz akılda bulundurulmalı ve hastalar sifiliz reinfeksiyonu ve HIV koinfeksiyonu açısından uzun süreli takip edilmelidir.

Etik

Hasta Onayı: Alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: Sevcan Yıldız Balcı, Konsept: Sevcan Yıldız Balcı, Dizayn: Sevcan Yıldız Balcı, Veri Toplama veya İşleme: Sevcan Yıldız Balcı, Ece Turan Vural, Şehnaz Özçalışkan, Analiz veya Yorumlama: Sevcan Yıldız Balcı, Literatür Arama: Sevcan Yıldız Balcı, Ece Turan Vural, Şehnaz Özçalışkan, Yazan: Sevcan Yıldız Balcı.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

- Moradi A, Salek S, Daniel E, Gangaputra S, Ostheimer TA, Burkholder BM, Leung TG, Butler NJ, Dunn JP, Thorne JE. Clinical features and incidence rates of ocular complications in patients with ocular syphilis. *Am J Ophthalmol.* 2015;159:334-343.
- Janier M, Hegyi V, Dupin N, Unemo M, Tiplica GS, Potocnik M, French P, Patel R. 2014 European guideline in the management of syphilis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2014;28:1581-1593.
- Kanski JJ. *Klinik Oftalmoloji.* 4. Baskı. Ankara. Nobel Tıp Kitabevi; 2001:290-292.
- Jones NP. The Manchester Uveitis Clinic: the first 3000 patients-epidemiology and casemix. *Ocul Immunol Inflamm.* 2015;23:118-126.
- Deschenes J, Seamone CD, Baines MG. Acquired ocular syphilis: diagnosis and treatment. *Ann Ophthalmol.* 1992;24:134-138.
- Amaratunge BC, Camuglia JE, Hall AJ. Syphilitic uveitis: a review of clinical manifestations and treatment outcomes of syphilitic uveitis in human immunodeficiency virus-positive and negative patients. *Clin Experiment Ophthalmol.* 2010;38:68-74.
- Anshu A, Cheng CL, Chee SP. Syphilitic uveitis: an Asian perspective. *Br J Ophthalmol.* 2008;92:594-597.
- French P, Gomberg M, Janier M, Schmidt B, van Voorst Vader P, Young H. IUSTI: 2008 European guidelines on the management of syphilis. *Int J STD AIDS.* 2009;20:300-309.
- Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep.* 2015;64:1-137.
- WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee, WHO Guidelines for the Treatment of *Treponema pallidum* (Syphilis), World Health Organization, Geneva, 2016.
- Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 1993. *MMWR Recomm Rep.* 1993;42:27-46.
- Swartz MN, Musher DM. "Late syphilis," in *Sexually Transmitted Diseases.* New York: McGraw-Hill; 1999:487-509.
- 2015 STD Treatment Guidelines (<https://www.cdc.gov/std/tg2015/default.htm>).
- Zhang T, Zhu Y, Xu G. Clinical Features and Treatments of Syphilitic Uveitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Ophthalmol.* 2017;2017:6594849.
- Jones NP. The Manchester Uveitis Clinic: the first 3000 patients-epidemiology and casemix. *Ocul Immunol Inflamm.* 2015;23:118-126.
- Sahin O, Ziaei A. Clinical and laboratory characteristics of ocular syphilis, co-infection, and therapy response. *Clin Ophthalmol.* 2015;10:13-28.
- Yalçındağ FN, Özdal PC, Özyazgan Y, Batioğlu F, Tugal-Tutkun I; BUST Study Group. Demographic and Clinical Characteristics of Uveitis in Turkey: The First National Registry Report. *Ocul Immunol Inflamm.* 2018;26:17-26.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Primary and secondary syphilis – United States, 2003-2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2006;55:269-273.
- Bernstein KT, Stephens SC, Strona FV, Kohn RP, Philip SS. Epidemiologic characteristics of ongoing syphilis epidemic among men who have sex with men, San Francisco. *Sex Transm Dis.* 2013;40:11-17.