

FLİKTENLİ KERATOKONJONKTİT

(Bir Olgu Nedeniyle)

Dr. Gülay MANGA (x)

Dr. Nihat ÇAĞLAR (x)

Dr. Nurettin MUTLUERGİL (xx)

ÖZET :

Fliktenüler keratokonjontivit, kornea ve konjontivanın hücresele tıpte immun bir reaksiyonudur. Hastalık tüm dünyada yoksulluk, malnütrisyon ve tüberküloz ile birlikte görülmektedir. En sık etiyojike neden tüberküloz olmakla birlikte etiyojide stafilokoklar veya diğere bakteriyel antijenler de rol oynayabilir.

Bu makalede, fliktenüler keratokonjontivitle 13 yaşında bir kız çocuğı takdim edilmektedir.

Anahtar Kelimeler : Fliktenülozis, fliktenüler konjontivite, fliktenüler keratokonjontivite.

GİRİŞ :

Fliktenüler keratokonjontivite (Fliktenülozis) sıklıkla, sistemik tüberkülozu bulunan, yeterli beslenmeyen çocuklarda veya çocukluğunda tüberküloz geçirmiş yetişkinlerde tüberküloproteine ya da stafilokoklara karşı allerjik reaksiyon sonucu ortaya çıkan bir hastalıktır. Aynı zamanda gonococcus, Coccidioides immitis, moniliasis, Leishmaniasis, trypanosimiasis, ascariasis, helminthiasis ve Lymphogranuloma venereum ile birlikte bulunduğı vakalar da vardır(1-4).

OLGU TAKDİMİ :

A.T. 13 yaş, Kız, Prot. No: 01823/01823.

Hasta, 20.2.1986 tarihinde, her iki gözünde kızarıklık, ağrı, sulanma ve ışıktan rahatsız olma şikayetleri ile polikliniğimize müracaat etti. Hikayesinde; şika-

(x) Atatürk Üniv. Tıp Fak. Göz. Hast. Anabilim Dalı Yard. Doç. Dr.

(xx) Numune Hast Göz Hast Uzm Dr

yetlerinin bir ay önce başladığını, beş yaşında iken akciğerleri ile ilgili bir hastalık geçirdiğini ve bir sene önce de boynunun sağ tarafında bir şişliğin oluştuğunu ve yapılan biopsi sonucu tüberküloz adenit teşhisi konduğunu ifade etmekte idi. Soy geçmişi özellik arz etmiyordu.

Hasta polikliniğimize müracaat ettiğinde, sağ kulak altında 1x1 cm ebadında, mobil, orta sertlikte bir kitle mevcuttu.

Hastanın yapılan göz muayenesinde;

Sağ Göz: Vizyon: 10/10, TO:EN. Konjonktivasi hiperemik, limbusta saat 9 hizasında 2x2 mm ebadında kabarık, beyaz ve boya alan flikten mevcuttu. Kornea hafif bulanıktı ve korneada tüm kadranslarda periferden merkeze doğru uzanan, yüzeysel ve interstisiyel vaskülarizasyon mevcuttu. Fundus normaldi.

Sol Göz: Vizyon: 10/10, TO:EN. Konjonktivasi hiperemik, limbusta saat 9 hizasında 2x2 mm ebadında kabarık, beyaz ve boya alan flikten mevcut olup korneada üst kadranda merkeze doğru uzanan yüzeysel ve interstisiyel vaskülarizasyon vardı. Fundus normaldi.

Hastanın yapılan, laboratuvar tetkiklerinde;

Sedimentasyon yüksekti, PPD (+) olup, telegrafisinde akciğerlerde eski kalifiye odaklar vardı. Sağ kulak altındaki kitleden alınan biopsinin patolojik tetkikinin sonucu "Granüloamatöz Lenfadenitis" (tüberküloza uyar) olarak geldi.

Hastaya 21.2.1986 tarihinde Onadron Oph. Collyr 3x1, Dexamisin Oph. Pom. 3x1, Aspirin tbl. 0.5 gr 3x1/2 ve Tetra caps. 500 mg. 3x1 ordine edildi ve tedavinin beşinci günü tedaviden Tetra capsül ve Aspirin tbl. çıkarıldı. Hastanın göz bulguları 17.3.1986 tarihine kadar tamamen iyileşti ve kliniğimizden taburcu edilerek Göğüs Hastalıkları servisine sevk edildi. Tüberküloz adenit yönünden ilgili klinikte antitüberkülan tedaviye alındı.

TARTIŞMA :

Fliktenüler keratokonjonktivit, sıklıkla yaşamın ilk iki dekadında meydana gelir (3). Philip ve Sorsby, hastalığa kızlarda erkekerden % 60-70 daha yüksek insidansda rastladıklarını rapor etmişlerdir(5). Fliktenülozis sıklıkla hijyenik şartların ve beslenmenin kötü olduğu yoksul yörelerde görülmektedir(4,6). Tüberkülozun seyrek rastlanıldığı yörelerde Fliktenülozis nadirdir. California Üniversitesi'nden Thygeson, 4 yıl boyunca fliktenülozisli sadece 37 hasta gördüğünü rapor etmektedir. Bunların 28'inde tüberkülin hipersensibilitesi mevcut iken, 9'unda hipersensibilitenin olmadığını bildirmektedir(5). Eskimolar da ise görme azlığının en yaygın nedeninin fliktenüler keratokonjonktivit olduğu rapor edilmektedir(3).

Ülkelerin çoğunda fliktenülozise ilkbahar ve yaz aylarında, sonbahar ve kış aylarında olduğundan daha sık rastlanır (5,6). Bizim olgumuz da 13 yaşında bir kız çocuğu olup, ilkbahar aylarında kliniğimize müracaat etmiştir.

Hastalığın etiolojisinde genellikle tüberküloproteine veya stafilokoklara karşı allerji söz konusudur. Bu gecikmiş allerjik cevap hücresele tiptedir(6). Stafilokoksik olanlar genellikle blefarit ile birlikte bulunur ve blefaritin tedavisi gerekmektedir(3,4,7). Bizim vakamızda hikaye ve kilinik bulgular tüberküloproteine karşı hipersensibilitenin söz konusu olduğunu ortaya koymuştur.

Bir fliktenin yapısında, konjonktiva ve korneanın derin katlarında, merkezde polimorf, çevrede mononükleer ve dev hücrelerin bulunduğu bir lökosit eksüdasyonu vardır. Nekroz sonucu ülserasyon oluşur. Flikten konjonktiva veya korneada meydana gelebilir. Genellikle korneaya konjonktivadan yayılmasına rağmen, primer olarak korneada fliktenüler keratitisi gelişebilir. Fliktenin en sevdiği lokalizasyonu limbustur (1,5). Konjonktivada, genellikle limbusa yakın bol damarlı kırmızı bir alanın ortasında beyaz-pembe renkli bir kabarıklık görülür. Daha sonra nodülün ortasında küçük bir krater ağzı şeklinde ülserasyon ve sonunda da sekel bırakmayan epitelizasyon gelişir. Nodül genellikle bir tanedir. Korneanın ise yüzeyel katlarında küçük, gri bir nodül belirir. Bu fliktenin üzerindeki epitel dökülür ve yüzeyel bir ülser oluşur. Bu ülser sekel oluşturmaksızın geçebilir. Periferik kısım iyileşirken ülser korneanın merkezine doğru göç eder. Bu hadise olurken, limbustan flikten ile birlikte süpürge şeklinde çok sayıda damarlar gelir. Bu duruma "fasiküler keratitisi" adı verilmektedir(1,3,8). Bazı olgularda, korneada yüzeyel ve derin katlarda yaygın merkezi infiltrasyon ve bol damatlanma görülür. Buna da "Skroföloz keratitisi" veya "Fliktenüler pannus" denir (1,8). Bu pannusun trahom pannusundan farkı üst segmente lokalize kalmamasıdır(1). Nodüler korneal sekeller seyrekçe oluşur ve bunlara literatürde "Salzman"ın nodüler distrofisi" olarak rastlanır(1,4). Bizim vakamızda da her iki gözde limbusta flikten ve korneada fliktenüler pannus mevcut idi.

Fliktenülozisi, lokalizasyonuna göre değişik semptomlar verir. Konjonktival fliktenülozide yaşarma ve irritasyon vardır. Sekonder bakteriyel infiltrasyon oluşmuşsa mukopürülan akıntı olabilir. Konjonktival fliktenülozisin semptomları 1-2 hafta sürer ve sıklıkla rekürrendir. Konjonktival flikteni olan bir hasta son atakta korneal bir fliktene sahip olabilir. Aynı hastada hastalığın rekürrensi halinde korneal veya konjonktival lezyonlar gelişebilir, ancak genellikle birarada değildir (3). Korneal fliktenin semptomları ise orta şiddette ağrı, yaşarma, fotofobi ve blefarospazm'dır (5,6,7).

Tedavisinde, etyoloji araştırılarak, şayet etken tüberküloproteine karşı hipersensitivite ise derhal antitüberkülan tedaviye başlanmalıdır. Bu tedavinin yanı sıra lokal steroidli damla veya göz merhemleri hastalığı süratle iyileştirirler(1,5,9).

Aynı zamanda vitamin eksikliği ve beslenme yönünden de hasta iyice değerlendirilmelidir(1).

Ülkemizdeki sosyo-ekonomik koşullar ve hijyen şartları gözönünde bulundurulduğunda konjonktiva ve korneada rastlanan lezyonların flikten yönünden dikkatlice araştırılması ve tanı konulan olgularda da etyolojide birincil olarak tüberküloproteine karşı allerjik reaksiyon düşünülerek, vakaların tüberküloz yönünden dikkatlice incelenmesi gerektiğine inandığımız için vakayı yayınlamaya karar verdik.

SUMMARY :

Phlyctenular Keratoconjunctivitis

Phlyctenular keratoconjunctivitis is a cell-mediated immun response of cornea and conjunctiva. This condition occurs throughout the world and has historically been associated with poverty, malnutrition and tuberculosis. Tuberculosis is considered to be a common aetiological factor, but it is also caused by staphylococci or other bacterial antigens.

In this article, it has been presented, a 13 years old girl with phlyctenüler keratoconjunctivitis.

Key Words: Phlyctenulosis, phlyctenular conjunctivitis, phlyctenular Keratoconjunctivitis.

KAYNAKLAR :

- 1- Scheie, H.G., Albert, D.M.: Textbook of Ophthalmology. Ninth Ed., W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1977, p: 363-364.
- 2- Bengisu, Ü., Sezer, F.: Göz Hastalıkları (Çeviri). General Ophthalmology. by Vaughan, D., Asbury, T., Tenth Ed., 1978, s: 141.
- 3- Newell, F.W.: Ophthalmology. Sixth Ed., The C.V. Mosby Company, St. Louis, 1986, p: 218, 239.
- 4- Grayson, M.: Diseases of the Cornea, Second Ed., The C.V. Mosby Company, St. Louis, 1983, p: 375-378.
- 5- Duane, T.D.: Clinical Ophthalmology. Harper and Row, Publishers, Philadelphia, Revised Ed., Vol. 4, 1986, p: 8/1-5.
- 6- Miller, S.: Clinical Ophthalmology. Wright, Bristol, 1987, p: 110-112, 495.
- 7- Kanski, J.J.: Clinical Ophthalmology. Butterworths, London, 1984, p: 1.2, 5.16
- 8- Bengisu, Ü.: Göz Hastalıkları. Baskan Yayınları. A.Ş., İstanbul, 1983, s: 57.