

UOT: 617.723-002-053.2

Axundova L.Ə., Əliyeva G.Q.

ATİPİK PEDIATRİK BİLATERAL TOKSOPLAZMOZ (KLİNİK HAL)

Akad. Z. Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzi, Bakı şəh., AZ1114, Cavadxan küç. 32/15

XÜLASƏ

Məqalədə, 14 yaşlı uşaq Ə.A., pasiyentdə ikitərəfli pediatrik göz toksoplazmozunun atipik klinik halı təsvir edilmişdir. Burada göz toksoplazmozu xoroidal işemiya və tor qişanın ekssudativ qopması kimi özünü biruzə vermişdir. Aparılmış müayinələrə

əsasən pasiyentə “Sağ gözün kəskin toksoplazmoz xororetiniti” diaqnozu qoyulmuşdur. Klinikaya uyğun olaraq müvafiq terapiya aparılmışdır və müsbət nəticə əldə olunmuşdur.

Açar sözlər: *pediatrik toksoplazmoz, atipik toksoplazmoz, Toxoplasma gondii, uveit*

Axundova L.A., Aliyeva G.G.

АТИПИЧНЫЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ БИЛАТЕРАЛЬНЫЙ ТОКСОПЛАЗМОЗ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

РЕЗЮМЕ

В статье представлен атипичный клинический случай билатерального токсоплазмоза глаз у ребенка А.А. 14 лет. Глазной токсоплазмоз проявлялся ишемией хороидеи и экссудативной отслойкой сетчатки. На основании обследований

больному поставлен диагноз: «Острый токсоплазмозный хороретинит правого глаза». Была проведена соответствующая терапия согласно клинике и получен положительный результат.

Ключевые слова: *детский токсоплазмоз, атипичный токсоплазмоз, Toxoplasma gondii, увеит*

Axundova L.A., Aliyeva G.G.

ATYPICAL PEDIATRIC BILATERAL TOXOPLASMOSIS (CLINICAL CASE)

SUMMARY

The article describes an atypical clinical case of bilateral pediatric ocular toxoplasmosis in child A.A. 14 years old. Ocular toxoplasmosis manifested as choroidal ischemia and exudative retinal detachment.

Based on the examinations, the patient was diagnosed with “Acute toxoplasmic choretinitis of the right eye”. Appropriate therapy was performed according to the clinic and a positive result was obtained.

Key words: *pediatric toxoplasmosis, atypical toxoplasmosis, Toxoplasma gondii, uveitis*

İnfeksiyon mənşəli arxa uveitin ən çox yayılmış səbəbi toksoplazmadır [1]. Toksoplazma uveiti özünü ən çox nekrozlaşdırıcı retinokorioidit şəklində göstərir. Xəstəliyin törədicisi Toxoplasma gondii adlı ibtidaidir. Xəstəlik bütün dünyada geniş

yayılmışdır, dünyada əhalinin təxminən 500 milyonu toksoplazmoza yoluxmuşdur [1]. Toksoplazmoz parazitinin orqanizmə yoluxması anadangəlmə və qazanılma olur. Parazitə yoluxma alimentar və ya kontakt yolla baş verir [2].

Xəstəliyin yayılma tezliyi təqribən Avropada 26%-47%, Asiyada 25%-70%, Çində 12%, Afrikada 24%-46%, ABŞ-da 9%-14%-dir [2].

İlk dəfə anadangəlmə okulyar toksoplazmoz 1923-cü ildə (Praqa) Dr.Janku tərəfindən 11 aylıq hidrosefaliyalı körpədə aşkar olunmuşdur. Okulyar toksoplazmozun ilk fotosəkli 1933-cü ildə Brazilyada Valdemar Belfort Mattos tərəfindən çəkilib [3].

Parazit neyrotrop xüsusiyyətli olduğundan birincili infeksiya, retinit şəklində təzahür edir. Xəstəlik öz-özünə sağaldıqdan sonra yerində xorioretinal atrofik ocaq qalır və parazit intraretinal kista formasına keçə bilər [4].

Bizim təqdim etdiyimiz klinik halda göz toksoplazmozunu xoroidal işemiya və tor qişanın ekssudativ qopması kimi özünü biruzə vermişdir.

Kliniki hal

Pasiyent, 14 yaşlı Ə.A., 03.03.2020-cü il tarixində akad. Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinə hər iki gözün zəif görməsi şikayətləri ilə müraciət etmişdir. Pasiyentin sözlərinə görə, bir həftə olar ki, sağ gözündə kəskin ağrılar və göz önündə qaraltılar uçar.

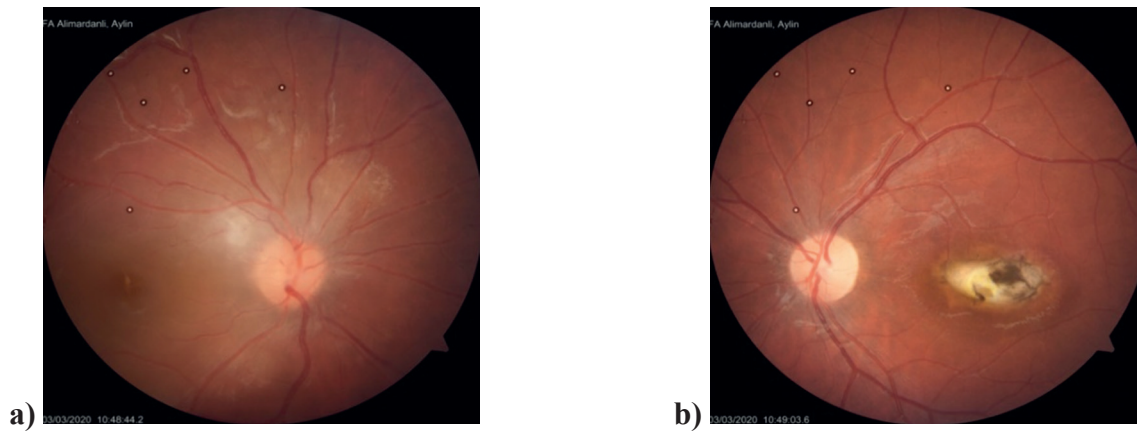
Xəstəyə rutin müayinələr: tonometriya (Tomey FT-1000 Japan) aparılmış və hər iki gözünün görmə itiliyi yoxlanmışdır:

Vis OD=0,05; Vis OS=0,2.

Tn OD=22 mm c.s.; Tn OS=21 mm c.s.

Biomikroskopiya zamanı hər iki gözdə gözün ön hissəsi patalogiyasızdır, şüşəvari cisim şəffafdır. Müayinə zamanı sağ gözdə peripapilyar sahədə qeyri-düzgün konturlu sarımtıl ağ xorioretinal ocaq və makulada seroz qopma müşahidə olunmuşdur. Həmçinin görmə siniri diskində qeyri-düzgün konturlu, ödem qeyd edilmişdir. Sol gözün müayinəsi zamanı mərkəzi zonada düzgün konturlu, köhnə xorioretinal atrofiya ocağı (scar-çapıq), piqment epitelin hipertrofiyası müşahidə edilir, görmə siniri diski – çəhrayı, hüdüdları aydındır (şək.1).

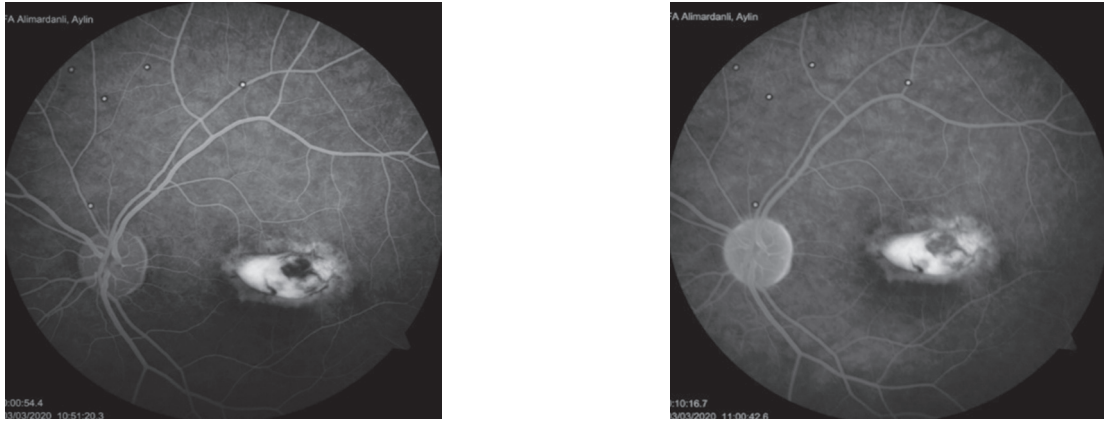
Flüoressein angiografiyası (FAQ) zamanı sağ gözdə başlanğıc mərhələdə peripapilyar zonada ocaqlı hipoflüoresensiya – xoroidal infarkt qeyd olunmuşdur. Son fazalara doğru görmə siniri diski ətrafında intensiv hiperflüoresensiya (leakage və pooling) müşahidə olunmuşdur (şək.2).



Şək.1 a) Sağ, b) Sol göz dibinin fundus fotoqrafiyası



Şək.2. Sağ gözün flüoressent angiografiyası



Şək.3. Sol gözün flüoresent angiografiyası. Makulada qeyri-aktiv ətrafi aydın konturlu hiperfluresensiya ocağı. Proses qeyri-aktivdir

Pasiyentə növbəti yardımçı müayinə – optik koherent tomoqrafiya (OKT) aparılmışdır (şək.4).

Pasiyentə laborator müayinələr – qanın biokimyəvi və ümumi analizi aparılmışdır. Aparılan Mantu reaksiyası və HIV testi, eyni zamanda Toxocara Canis qarşı qanda Elisa testi immunoqlobulin analizinin nəticəsi neqativ olmuşdur [1, 6]. Qan analizi zamanı Toxoplasma İgG yüksək çıxmışdır (39 İU/ml).

Döş qəfəsi orqanlarının rentgenoqrafiyasında patologiya aşkarlanmamışdır.

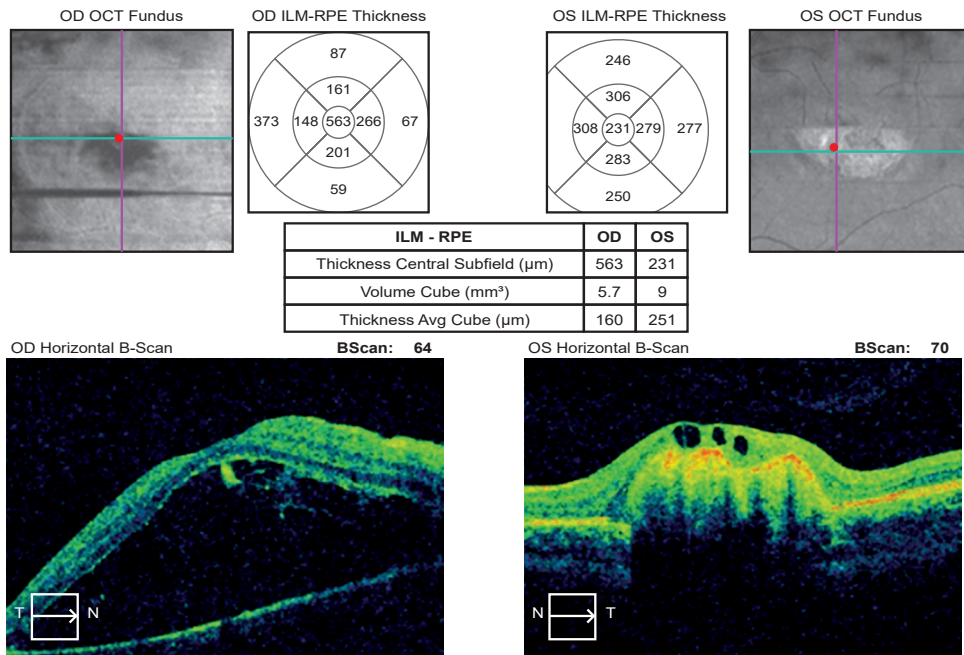
Aparılmış müayinələrə əsasən pasiyentə “Sağ gözün kəskin toksoplazmoz xororetiniti” diaqnozu qoyulduqdan sonra müalicə sxemi təyin edilmişdir.

Müalicə sxemi:

- Baktrim 960 mq: 2 həb*2həftə
- Klindamisin 150 mq: 2 həb*3həftə
- Prednizolon 1mq/kq (antiparazitar müalicədən 48 saat sonra)

- Fol turşusu 20mq:1 həb *1həftə

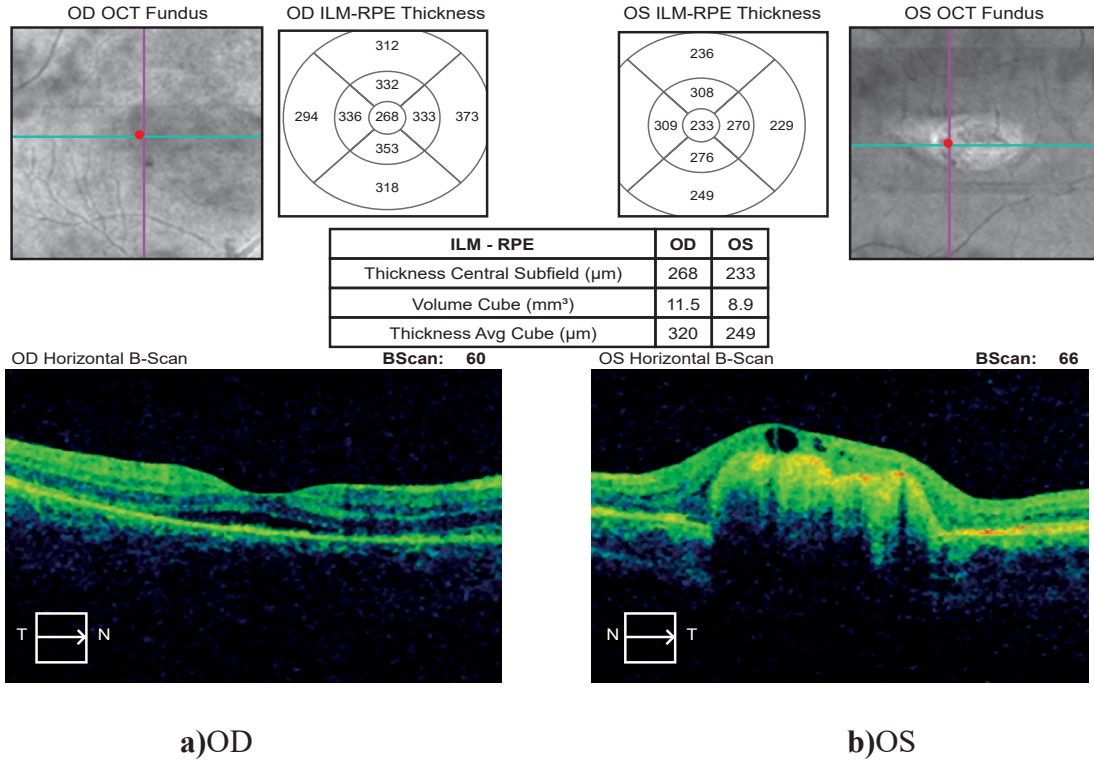
Müalicədən 10 gün sonra təkrar OKT müayinəsi aparılmışdır (şək.5).



a) OD

b) OS

Şək.4. a) Sağ gözün, b) Sol gözün OKT müayinəsi: OD – sensor retina pigment epiteldən ayrılmışdır; mərkəzi zonada subretinal maye izlənir və hündürlüyü 1044 mikrona bərabərdir; OS – keçirilmiş prosedəndən sonra çapıqlaşmış xorioretinal atrofik ocaq, tək-tək mikrosistlər izlənir



Şək.5. a) Sağ gözün b) Sol gözün OKT müayinəsi: OD – Torlu qişanın mərkəzi qalınlığı 268 mikrona bərabərdir, subretinal maye nisbətən sorulub; OS - Çapıqlaşmış xorioretinal atrofik ocaq.

Müzakirə

Toksoplazma uveitinin başlıca səbəbi olan anadangəlmə infeksiya – hamiləlik dövründə anadan uşağa törədiciyin transplasental yolla ötürülməsidir. Əgər yoluxma hamiləliyin birinci trimestrində baş vermişsə, o zaman mərkəzi sinir sistemində ciddi dəyişikliklərə səbəb olur və bir çox hallarda abort və ya ölüdoğulma ilə nəticələnir. Hamiləliyin ikinci və üçüncü trimestrində bas verən yoluxma isə adətən retinitlə məhdudlaşır [2]. Bir çox hallarda iri xorioretinal ocaq heç bir şikayət yaratmadan mövcud ola bilər. Belə şəxslər məktəbli uşaqların profilaktik müayinəsi zamanı və ya çəpgözlüyün səbəbi araşdırılarkən təsadüfən aşkar edilir. Belə xorioretinal ocaq arxa qütbədə piqmentləşmiş, kənarları aydın xorioretinal çapıqdan ibarətdir [11].

Təqdim olunan klinik halın atipikliyi – torlu qişanın eksudativ qopması və xoroidal işemiyanın olmasıdır [3]. Torlu qişanın eksudativ qopması ehtimal olunur ki, piqment epitelin müvəqqəti disfunksiyası ilə

bağlıdır iltihabi proseslər və ya xoroidal işemiya piqment epitelin dekompensasiyasına kömək edə bilər ki, bu da subretinal mayenin sızmasına şərait yaradır [4].

Ədəbiyyatda qeyd olunduğu kimi toksoplazmoz mənsəli uveitin aktiv fazasında bir neçə qrup dərman preparatlarından istifadə olunur [8]. Bizim tərəfdən təqdim olunan klinik halda müalicə tək steroidlə deyil, həmçinin anti-parazitar terapiya ilə aparılmışdır [9]. Steroidin təyini anti-parazitar müalicədən sonra təyin edilmişdir. Müalicənin nəticəsi müsbət olmuşdur və ədəbiyyatlara istinadən pasiyent dinamik müşahidə altındadır [10].

Yekun

Belə ki, bu klinik hal ikitərəfli pediatrik göz toksoplazmozunun atipik təzahürü olub, xoroidal işemiya və torlu qişanın eksudativ qopması kimi özünü göstərmişdir xəstəyə müvafiq terapiya aparıldıqdan sonra müsbət nəticə əldə olunub.

ƏDƏBİYYAT:

1. Foster, C.S. Diagnosis and Treatment of Uveitis / C.S.Foster, A.T.Vitale. – 2nd Edition. JP Medical Ltd, 30 March; – 2013, – 1200 p.

2. Hartnett, M.E. Pediatric Retina // Lippincott Williams and Wilkins; – 2nd edition, 5 Sept.; –2013, – 782 p.
3. Smith, J.R. Atypical presentations of ocular toxoplasmosis / J.R.Smith, E.T.Cunningham Jr // Curr Opin Ophthalmol., – 2002. 13, – p.387-392.
4. Bosch-Driessen, L.H. Retinal detachment in ocular toxoplasmosis / L.H.Bosch-Driessen, S.Karimi, J.S.Stilma [et al.] // Ophthalmology, – 2000. 107, – p.36-40.
5. Johnson, M.W. Atypical, severe toxoplasmic retinochoroiditis in elderly patients / M.W.Johnson, G.M.Greven, G.J.Jaffe [et al.] // Ophthalmology, – 1997. 104(1), – p.48–57.
6. The Wills eye manual Diagnosis and Treatment of Eye Disease / ed. A.T.Gerstenblith, M.P.Rabinowitz. – 8th Edition. – Lippincott Williams & Wilkins, – 2012, – 472 p.
7. Vasconcelos-Santos, D.V. Review for disease of the year: differential diagnosis of ocular toxoplasmosis / D.V.Vasconcelos-Santos, E.M.Dodds, F.Orefice // Ocul Immunol Inflamm., – 2011. 19, – p.171-179.
8. Wolf, A. Human toxoplasmosis: Occurrence in infants as an encephalomyelitis: Verification by transmission to animals / A.Wolf, D.Cowen, B.Paige // Science. – 1939. 89, – p.226-227.
9. Xiaoli, L.V. Early diagnosis and successful treatment of acquired toxoplasmosis infectious retinochoroiditis. A case report / L.V.Xiaoli, Yu.Pingping // Medicine (Baltimore). – 2018. 97(26), – p.97.
10. Moncada, P.A. Toxoplasmosis in the fetus and newborn: an update on prevalence, diagnosis and treatment / P.A. Moncada, J.G. Montoya // Expert. Rev. Anti Infect. Ther. – 2012. 10(7), – p.815-828.
11. Qasımov, E.M. Göz xəstəlikləri / M.İ.Kərimov // Oftalmoloqlar üçün vəsait, – 2014. – s.234.

Müəlliflərin iştirakı:

Tədqiqatın anlayışı və dizaynı: Axundova L.Ə., Əliyeva G.Q.

Materialın toplanması və işlənməsi: Axundova L.Ə., Əliyeva G.Q.

Mətnin yazılması, Əliyeva G.Q.

Redaktə: Əliyeva G.Q.

Müəlliflər münaqişələrin (maliyyə, şəxsi, peşəkar və digər maraqları) olmamasını təsdiqləyir**Korrespondensiya üçün:**

Əliyeva Gülnar Qəzənfər qızı, akad. Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinin “Şəkərli diabetin göz fəsadları” şöbəsinin həkim-oftalmoloqu

E-mail: hekimka@hotmail.com