



Tek Taraflı Kronik Konjonktivitli İki Olguda Göz Kapağında Molluskum Kontagiozum Lezyonları

Eyelid Molluscum Contagiosum Lesions in Two Patients with Unilateral Chronic Conjunctivitis

Şule Serin*, Ayşe Bozkurt Oflaz*, Pınar Karabağlı**, Şansal Gedik*, Banu Bozkurt*

*Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

**Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

Öz

Molluskum kontagiozum (MK), deri ve mukozada yerleşen, tipik olarak ortası çökük, deri renginde veya saydam yuvarlak nodüller ile karakterize viral bir enfeksiyondur. Etkeni poxvirüs grubundan bir DNA virüsü olan MK virüsü olan enfeksiyon genellikle çocuklarda görülmekle beraber immün yetmezlikli ve atopik bireylerde de bildirilmiştir. Bulaşma deri teması ve cinsel ilişki yoluyla olmaktadır. Lezyonlar genellikle birkaç ayda kendiliğinden geçmekle beraber dirençli olgularda ve tedavi sürecini hızlandırmak için eksizyon, kriyoterapi, koterizasyon, topikal kimyasal ve antiviral ajanlar ve oral simetidin kullanılmaktadır. Bu olgu sunumunda tek taraflı kronik konjonktivitle tarafımıza başvuran ve göz kapağında MK lezyonları saptanan iki hastanın klinik bulguları ve tedavisi literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Molluskum kontagiozum, kapak lezyonları, kronik konjonktivit

Abstract

Molluscum contagiosum (MC) is a viral infection of the skin and mucosal tissues characterized by skin-colored or transparent round nodules with a dimple or pit in the center. The infection is caused by a DNA poxvirus called the MC virus. Although MC generally occurs in children, it has also been reported in immunocompromised and atopic patients. The virus is transmitted by skin contact or sexual intercourse. The lesions disappear spontaneously within several months in most cases. However, excision, cryotherapy, cauterization, topical chemical and antiviral agents, and/or oral cimetidine are used in refractory cases or to accelerate the healing process. Herein, we discussed the clinical findings and our treatment of two patients with unilateral chronic conjunctivitis associated with eyelid MC lesions in light of the literature.

Keywords: Molluscum contagiosum, eyelid lesions, chronic conjunctivitis

Giriş

Molluskum kontagiozum (MK), poxvirüs grubundan bir DNA virüsü olan *Molluskum kontagiozum* virüsünün neden olduğu, deri ve mukozalarda papüller lezyonlarla karakterize bir hastalıktır.^{1,2} İnsan bilinen tek konaktır. Bulaşma deri teması ve cinsel ilişki yoluyla olmaktadır. Özellikle sıcak, gelişmekte olan ülkelerde ve kişisel hijyenin kötü olduğu toplumlarda sık olarak görülmektedir.^{1,2,3,4} On yaşından küçük çocukların yaklaşık %4,5'inde MK enfeksiyon bulguları bildirilmiştir. Gelişmiş ülkelerde ise yüzme havuzundan, sauna ve spor merkezlerinden bulaş olgularına rastlanmaktadır. Bununla beraber immün

sistemi baskılanmış hastalarda (AIDS, kortikosteroid, TNF- α antikorlu, metotreksat gibi ilaç kullanımı), atopik dermatit, sarkoidoz ve Wiskott-Aldrich sendromlu olgularda da görülebilmektedir.^{5,6,7,8} Tanı genellikle klinik bulgularla konulmaktadır ve histopatolojik inceleme ve laboratuvar testlerine çoğu zaman ihtiyaç duyulmamaktadır.

Deri ve mukoza üzerinde yerleşim gösteren lezyonlar tipik olarak küçük (yaklaşık 2-6 mm arasında), ortası çökük (göbekli), ten renginde veya şeffaf papül görünümündedir ve merkezdeki çökük alanda inci beyazı kazeöz materyal mevcuttur.^{1,2,3,9} Genellikle kümeler halinde yerleşim gösteren papüller lezyonlar

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Banu Bozkurt, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

Tel.: +90 530 849 19 49 E-posta: drbanubozkurt@yahoo.com **ORCID ID:** orcid.org/0000-0002-9847-3521

Geliş Tarihi/Received: 14.03.2016 **Kabul Tarihi/Accepted:** 27.07.2016

©Telif Hakkı 2017 Türk Oftalmoloji Derneği
Türk Oftalmoloji Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.

çocuklarda sıklıkla yüz, baş, gövde ve ekstremitelerde, cinsel yolla bulaşan genç erişkinlerde ise genital bölgede, alt abdomen ve üst bacaklarda görülmektedir.

Oftalmik MK lezyonları sıklıkla göz kapaklarında yerleşim göstermektedir.^{1,2,8,9,10} Kapak lezyonlarından gözyaşı filmine dökülen viral proteinler hipersensitivite reaksiyonu ile konjonktivada sekonder kronik foliküler reaksiyona, punktat keratopatiye ve bazı olgularda subepitelyal opasiteler ve pannüse yol açabilmektedir. Nadir olarak konjonktiva ve korneanın primer MK lezyonları da görülebilmektedir. Lezyonlar genellikle birkaç ayda kendiliğinden geçmekle beraber dirençli olgularda ve tedavi sürecini hızlandırmak için eksizyon, insizyon ve küretaj, kriyoterapi, koterizasyon, topikal kimyasal ajanlar ve oral simetidin gibi tedaviler kullanılabilir.^{1,11,12,13,14}

Bu olgu sunumunda tek taraflı kronik konjonktivite tarafımıza başvuran ve kapağında MK lezyonları saptanan iki hastanın klinik bulguları ve tedavisi literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Olgu Sunumları

Olgu 1

Yaklaşık 3 aydır sağ göz kapağında kabarıklık lezyonları olan ve sağ gözünde kızarıklık ve sulanma şikayeti bulunan 5 yaşında kız hasta kliniğimize başvurdu. Daha önce 3 farklı göz hekimine gittiği ve 2 aydır topikal ofloksasin (Exocin® günde 4 defa), olopatadin HCl (Patanol® günde 2 defa), ve deksametazon sodyum fosfat (Dexa-sine® günde 3 defa) kullandığı öğrenildi. Görme keskinliği E eşeli ile her iki gözde 20/20 idi. Göz içi basıncı (GİB) her iki gözde 12 mmHg idi. Ön segment muayenesinde sağ üst göz kapağında kirpikli kenara 2 mm uzaklıkta 2 adet, dış kısımda kirpikli kenara 5 mm uzaklıkta 1 adet ortası göbekli papül tarzında lezyon saptandı (Resim 1A). Konjonktiva hiperemikti ve alt fornixte yoğun foliküler reaksiyon mevcuttu (Resim 1B). MK ön tanısıyla mevcut tedavi kesilerek topikal gansiklovir (Virgan® jel günde 3 defa), lubrikan tedavi (Tears Naturale Free® günde 5 defa) ve kirpik temizliği önerildi. Tam kan sayımı ve immünooglobulin seviyeleri normaldi. Aileye lezyonların kendiliğinden geçebileceği ve eğer geçmezse cerrahi olarak eksize edileceği anlatıldı. Bir ay sonra yapılan kontrol muayenesinde lezyonların ve şikayetlerin gerilememesi üzerine kist duvarı bütünlüğü bozulmadan papüller lezyonlar eksize edildi ve tabanına kriyoterapi uygulandı. Patolojiye gönderilen materyalde inklüzyon cisimlerinin görülmesiyle poxvirüse bağlı MK tanısı konuldu (Resim 1C, 1D). Postoperatif dönemde topikal moksifloksasin (Vigamox® günde 5 defa; 2 haftalık tedavi) ve lubrikan tedavi (Tears Naturale Free® günde 5 defa) verilen hastanın 1. ay kontrolünde kapak lezyonlarının kaybolduğu ve foliküler reaksiyonun azaldığı görüldü. Takipleri devam eden hastada yaklaşık 6 aydır nüks görülmedi (Resim 1E, 1F).

Olgu 2

İki aydır sağ üst göz kapağında şişlik ve gözde kızarıklık şikayetleri olan 24 yaşındaki kadın hasta kliniğimize başvurdu. Görme keskinliği her iki gözde 20/20 olan hastanın GİB 14

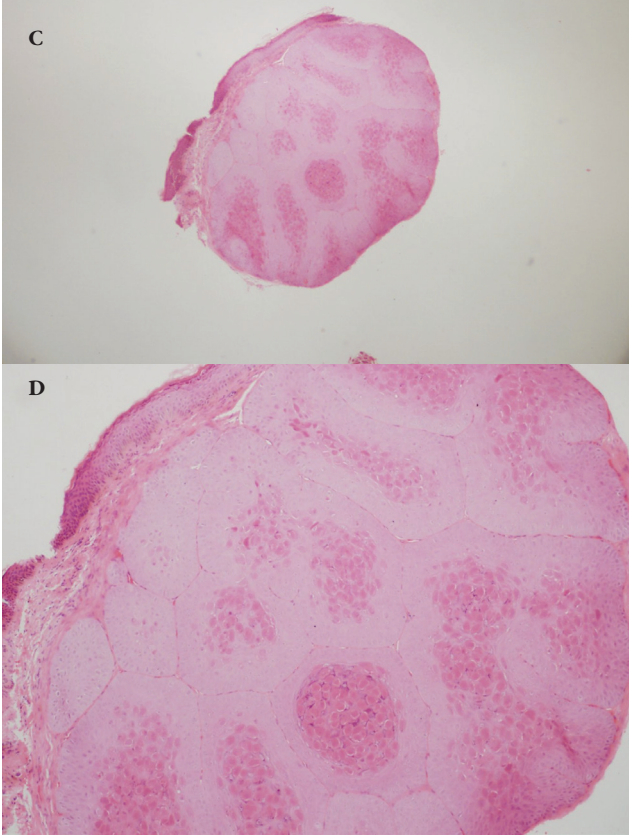


Resim 1A. Sağ göz üst kapağında kirpikli kenara 2 mm uzaklıkta 2 adet, dış kısımda kirpikli kenara 5 mm uzaklıkta 1 adet ortası göbekli papül tarzında lezyon



Resim 1B. Konjonktivada hiperemi ve alt fornixte yoğun foliküler reaksiyon

mmHg idi. Ön segment muayenede sağ üst göz kapağında iç kısımda kirpikli kenara 4 mm uzaklıkta 2x2 mm boyutlarında ortası çökük papüller lezyonu ve kaşın hemen altında küçük bir papül mevcuttu (Resim 2A). Sağ gözde konjonktival hiperemi ve konjonktivada hafif-orta derecede foliküler reaksiyonu vardı (Resim 2B). HIV, hepatit A, B, C virüsleri için serolojik testler negatifti. İmmünooglobulin seviyeleri ve lenfosit alt tiplerinin değerleri normal sınırlardaydı. Hastanın gözündeki viral yükü azaltmak için yarıyarıya sulandırılmış betadin (%5) damlatıldı ve 30 saniye sonra yıkandı. Topikal moksifloksasin (Vigamox® günde 3 defa), topikal gansiklovir (Virgan® jel 2x1) ve lubrikan tedavi (Tears Naturale Free® günde 5 defa) başlandı. Üç hafta sonra yapılan kontrol muayenesinde lezyonun ve şikayetlerin gerilememesi üzerine kist duvarı bütünlüğü bozulmadan papül eksize edildi ve tabana kriyoterapi uygulandı. Küçük papül üzerine ise doğrudan kriyoterapi uygulandı. Histopatolojik incelemede inklüzyon cisimcikleri görüldü (Resim 2C). Postoperatif 1. ay yapılan kontrolünde kapak lezyonlarının kaybolduğu ve



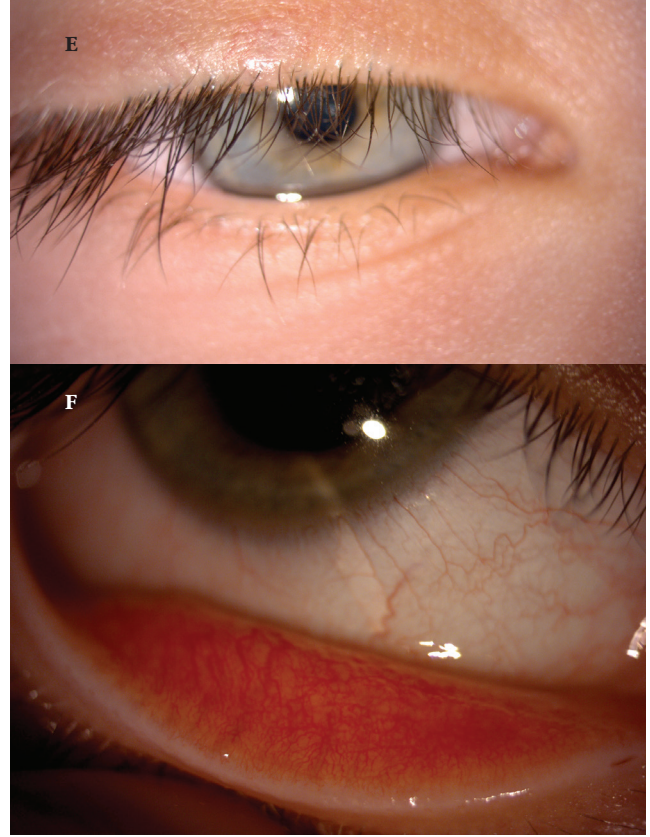
Resim 1C, 1D. Patolojik spesimende eksize papül ve eozinofilik intrasitoplazmik viral inklüzyon cisimcikler görülmektedir (hematoksilin & eozin, x20 ve x100)

konjonktiva foliküler reaksiyonun azaldığı görüldü (Resim 2D, 2E). Takipleri devam eden hastada yaklaşık 5 aydır nüks görülmedi.

Tartışma

Molluskumun göz tutulumunda kapaklarda yuvarlak, küçük ve sert yapıda papüller görülür. Virüs epitel hücreleri içinde çoğalır. Lezyonlar yaklaşık 3-5 mm çapa ulaştıktan sonra hüresel hasar mekanizması ile merkezde çukurluk oluşur ve tipik olarak beyaz renkli, içi kazeöz materyal ile dolu, merkezi deprese görünümüne ulaşır.^{1,2}

Tanı kapaklardaki tipik MK lezyonlarının görülmesiyle klinik olarak konulmasına rağmen hastaların yarısında ilk muayenede tanı konulamamaktadır. Her iki olgumuzun da yaklaşık 2-3 aydır devam eden kırmızı göz ve kapak ödemi şikayetleri mevcuttu. İlk olgu daha önce birkaç göz hekimine başvurmuş, kapak lezyonları farkedilmemiş ve enfeksiyöz konjonktivit tanısıyla tedavi edilmeye çalışılmıştı. Charteris ve ark.'nın² çalışmasında 35 MK'li olgunun klinik ve immünopatolojik özellikleri incelenmiştir. İlk başvuru anında hastaların sadece %60'ına tanı konulmuştur. Histopatolojik kesitlerde molluskum lezyonunun çevresinde epidermis ve dermiste artmış sayıda T lenfosit hücreler ve makrofajlar gösterilmiştir.

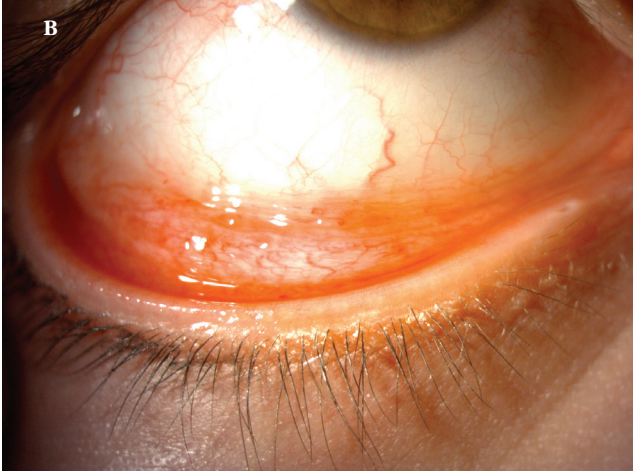


Resim 1E, 1F. Postoperatif dönemde göz kapağındaki lezyonun kaybolduğu ve konjonktivadaki foliküler reaksiyonun tamamen gerilediği izlenmektedir

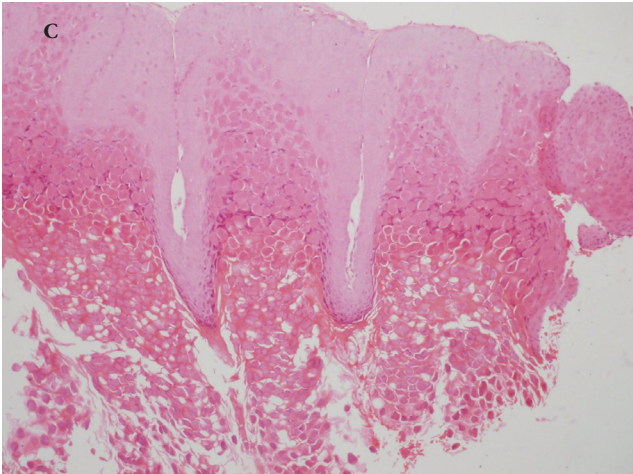


Resim 2A. Sağ üst göz kapağında iç kısımda kırpıklı kenara 4 mm uzaklıkta 2x2 mm boyutlarında ortası çökük papüller lezyon görülmektedir

Son yıllarda erişkinlerde MK'nin artmış oranda görülmesi AIDS ile ilişkilendirilmiştir.^{1,2,5,6} HIV ile ilişkili lezyonlar genellikle çok sayıdadır ve büyüklükleri de en az 5 mm'dir. Tedaviye cevapları kötüdür ve sıklıkla nüks eder. Her iki hastanın yapılan kan tetkiklerinde sistemik enfeksiyon veya immün yetmezlik açısından anlamlı bir patolojiye rastlanılmamıştır.



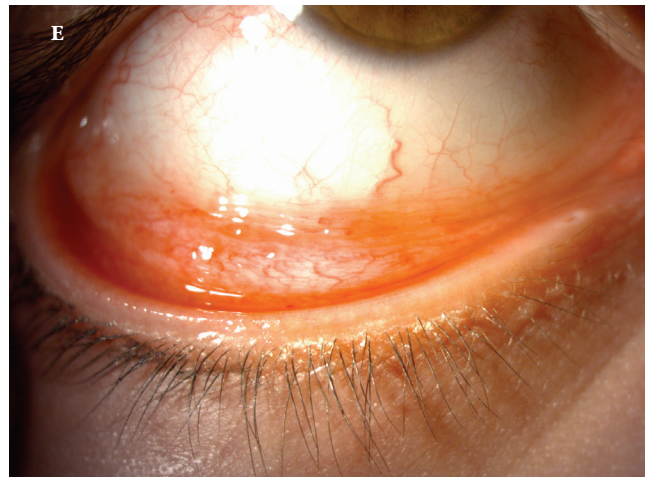
Resim 2B. Hastanın konjunktival hiperemi ve tarsal konjunktivada hafif-orta foliküler reaksiyon izlenmektedir



Resim 2C. Stratum granulozum tabakasında, skuamöz hücrelerin sitoplazmasında eozinofilik inklüzyon cisimcikleri görülmektedir (Hematoksilen&Eozin, x100)

Ayrırcı tanıda göz kapağındaki lezyonlar için bazal hücreli karsinom, papillom, şalazyon, sebace kist, keratoakantom, blefarit, siğil, egzama, tıkanmış nazolakrimal kanal, ektropiyon düşünülebilir. Ancak papüller lezyonların tipik görünümü MK ile oldukça uyumludur. Konjunktiva tutulumu olan hastalarda ise foliküler reaksiyonun ayrırcı tanısında alerjik, bakteriyel, viral ve klamidyal konjunktivit düşünülebilir. Korneal pannüsü olan hastalarda ise ayrırcı tanıda klamidy ve rozasea keratitini ekarte etmek gerekebilir.

Klamidyal konjunktivit, yetişkin çağda görülen inklüzyon konjunktiviti olarak tanımlanır. Ürogenital etkilenmesi olan hastaların %0,3-2'sinde göz tutulumu olabilmektedir.¹⁵ Göz bulguları bulaş sonrası 5-14 gün içinde ortaya çıkmaktadır. Foliküler cevap alt fornixte ve palpebral konjunktivada belirgin olarak görülmektedir. Klamidyal enfeksiyonda, hikaye ve klinik bulgular tanı açısından yol göstericidir ve tedavi sistemik olarak yapılmaktadır.¹⁵



Resim 2D, 2E. Postoperatif dönemde göz kapağındaki lezyonun kaybolduğu ve konjunktivadaki foliküler reaksiyonun azaldığı izlenmektedir

MK, immün yetmezliği olmayan sağlıklı bireylerde aylar içinde kendiliğinden düzelmesine rağmen dirençli olgularda tedavi gerektirmektedir.¹ Özellikle kronik konjunktivit ve kornea tutulumu olan hastalarda ilerleyici kornea damarlanma ve skar gelişebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Deri lezyonları eradike edildikten sonra konjunktivit ve keratit hızlı bir düzelmeye göstermektedir. MK için bilinen spesifik bir antiviral tedavi yoktur. Topikal gansiklovir akut herpetik keratit için kullanım onayı almış olmasına rağmen, sitomegalovirüs, adenovirüsün bazı suşları ve sistemik olarak HIV virüsü üzerinde de etkili olduğu gösterilmiştir.¹⁶ Daha önce topikal gansiklovirin molluskum üzerinde etkin olduğunu gösteren bir çalışma olmamakla beraber geniş viral spektrumu göz önünde bulundurularak her 2 hastaya da uygulanmış ancak herhangi bir düzelmeye sağlanamamıştır.

Cerrahi teknikler likit nitrojen ile kriyoterapi, koterizasyon, iğne aspirasyonu, fotodinamik tedavi ve lazer seçeneklerini içerir.^{1,11,12,13,14} Kimyasal ajanlar olarak gümüş nitrat, fenol ve triklorasetik asit kullanılırken, dirençli lezyonları olan immün yetmezlikli hastalarda topikal sidofovir (%5), intralezional veya sistemik interferon-a, imiquimod krem (%5), salisilik asit, glikolik asit, tretinoin, tazorten,

%5 sodyum nitrit, podofiloks, likefiye fenol, tretinoin, kantaridin, potasyum hidroksit, adapelen %1 krem ve oral simetid kullanılmaktadır. Bu tedavilerden sonra kapaklarda skar, depigmentasyon ve kirpik kaybı görülebilmektedir. Karabulut ve ark.¹¹ MK tanılı immünokompetan bir çocuk hastada, göz kapağındaki yoğun lezyonların sadece fiziksel boşaltma yolu ile dramatik olarak iyileştiğini bildirmişlerdir. Weller ve ark.¹⁴ fenol ile kimyasal ablasyon ile lezyonun sıkılıp boşaltılmasını fiziksel görünüş açısından karşılaştırmış ve belirgin bir fark olmasa da fenol tedavisinin daha çok skara sebep olduğunu bildirmişlerdir. Bizim olgularımızda papüllerin cerrahi eksizyonu ve tabanlarına ve kenarlarına uygulanan kriyoterapi ile lezyonların tamamen kaybolduğu, 6 aylık takip süresinde nüks etmediği, skara yol açmadığı ve kronik konjonktivit tablosunun da tamamen gerilediği gösterilmiştir.

Etik

Hasta Onayı: Retrospektif çalışma.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: Banu Bozkurt, Şansal Gedik, Konsept: Banu Bozkurt, Design: Banu Bozkurt, Şule Serin, Veri Toplama ve İşleme: Şule Serin, Ayşe Bozkurt Oflaz, Analiz ve Yorumlama: Banu Bozkurt, Pınar Karabağlı, Şansal Gedik, Literatür Arama: Şule Serin, Ayşe Bozkurt Oflaz, Yazan: Şule Serin, Ayşe Bozkurt Oflaz, Banu Bozkurt.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Moyes AL, Verachert AJ. Eyelid Infections. In: Krachmer JH, Mannis MJ, Holland EJ eds. Cornea. 3rd ed. Philadelphia; Elsevier; 2011:415-424.
2. Charteris DG, Bonshek RE, Tullo AB. Ophthalmic molluscum contagiosum: clinical and immunopathological features. Br J Ophthalmol. 1995;79:476-481.
3. Laxmisha C, Thappa DM, Jaisankar TJ. Clinical profile of molluscum contagiosum in children versus adults. Dermatology Online J. 2003;9:1.
4. Dohil MA, Lin P, Lee J, Lucky AW, Paller AS, Eichenfield LF. The epidemiology of molluscum contagiosum in children. J Am Acad Dermatol. 2006;54:47-54.
5. Chattopadhyay DN, Basak SK, Ghose S. HIV-positive patient presented with giant molluscum contagiosum of the eyelid. J Indian Med Assoc. 1997;95:202.
6. Robinson MR, Udell IJ, Garber PE, Perry HD, Streeten BW. Molluscum contagiosum of the eyelids in patients with acquired immune deficiency syndrome. Ophthalmology. 1992;99:1745-1747.
7. Cursiefen C, Grunke M, Dechant C, Antoni C, Junemann A, Holbach LM. Multiple Bilateral Eyelid Molluscum Contagiosum Lesions Associated With TNF alpha-antibody and Methotrexate Therapy. Am J Ophthalmol. 2002;134:270-271.
8. Ritterband DC, Friedberg DN. Virus infections of the eye. Rev Med Virol. 1998;8:187-201.
9. Schornack MM, Siemsen DW, Bradley EA, Salomao DR, Lee HB. Ocular manifestations of molluscum contagiosum. Clin Exp Optom. 2006;89:390-393.
10. Pettit TH, Meyer KT. The differential diagnosis of superficial punctate keratitis. Int Ophthalmol Clin. 1984;24:79-92.
11. Karabulut GÖ, Öztürker C, Kaynak P, Akar S, Demirok A. Treatment of Extensive Eyelid Molluscum Contagiosum with Physical Expression Alone in an Immunocompetent Child. Turk J Ophthalmol. 2014;44:158-160.
12. Hanson D, Diven DG. Molluscum contagiosum. Dermatol Online J. 2003;9:2.
13. Scheinfeld N. Treatment of molluscum contagiosum: a brief review and discussion of a case successfully treated with adapelene. Dermatology Online J. 2007;13:15.
14. Weller R, O'Callaghan CJ, MacSween RM, White MI. Scarring in molluscum contagiosum: comparison of physical expression and phenol ablation. BMJ. 1999;319:1540.
15. Singal N, Rootman DS. Chlamydial infections. In: Krachmer JH, Mannis MJ, Holland EJ, eds. Cornea. Philadelphia; Elsevier; 2011:545-552.
16. Sahin A, Hamrah P. Acute Herpetic Keratitis: What is the Role for Ganciclovir Ophthalmic Gel? Ophthalmol Eye Dis. 2012;4:23-34.