



OLGU SUNUMU

KOROİD MELANOMUNU TAKLİT EDEN BİR LEZYON

Özlem Yenice, Haluk Kazokoğlu

Marmara University School of Medicine, Ophthalmology, İstanbul, Turkey

ÖZET

Vitre içi kanamaya bağlı ani görme azalması ile şikâyeti ile kliniğimize başvuran bir olguda fundus muayenesi yapılamadığı için radyolojik tetkiklere başvuruldu. Ultrasonografi, doppler ultrasonografi, manyetik rezonans görüntüleme tetkikleri retinal lezyonun koroid melanomu ile uyumlu olabileceği şeklinde rapor edildi. Vitre içi kanamanın koroid melanomlarında nadir olması nedeniyle tanısız vitrektomi yapıldı. Vitrektomide arka kutupta diskiform lezyon tespit edildi.

Anahtar Kelimeler: Koroid melanomu, Radyoloji, Ayırıcı tanı

A LESION MIMICKING MELANOMA OF CHOROID

ABSTRACT

Radiological evaluations were performed as fundus examination was unavailable due to intravitreal hemorrhage in a case who came to our clinic with the complaint of an acute vision loss. Ultrasonography, doppler ultrasonography and magnetic resonance imaging reported that the retinal lesion was compatible with malignant melanoma. The patient underwent diagnostic vitrectomy due to rarity of vitreous hemorrhage with choroidal melanomas. Retinal examination revealed disciform lesion during vitrectomy.

Key words: Choroidal melanoma, Radiology, Differential diagnosis

GİRİŞ

Arka kutupta kanama, eksudasyon ve kronik fibrozisle seyreden patolojiler uzun dönemde oluşturdukları kitle görünümü ile koroid melanomunu taklit edebilir.¹ Bu patolojiler arasında; yaşa bağlı maküla dejenerasyonu, arteriyoler makroanevrizmalar, santral seröz korioretinopati, koroid nevus, osteom, hemanjiom, metastaz ve A-V malformasyon gibi çok sayıda retinal hastalık sayılabilir.²

Yayınlarında, malin melanomu taklit eden lezyonların “psödomelanomlar” (yalancı melanomlar, melanomu taklit eden lezyonlar) başlığı altında incelendiği görülmektedir. İlk olarak 1960’da Duke-Elder yalancı melanom terimini kullanmış ve bunların özellikle koroid melanomundan ayırt edilmelerinin gereğini vurgulamıştır.³ Yalancı melanom tanılarının, artan klinik deneyim ve gelişen radyolojik tekniklerle; 1964’lü yıllarda %20’den⁴, 1973’lerde %19’a⁵ ve en son

olarak ta 1984’te %1,4’lere⁶ gerilediği bildirilmiştir. Bu yazıda psödomelanom olgularında radyolojik tetkiklerin değerlendirilmesi, klinik ile birleştirilmesi ve ayırıcı tanıya gidişin aktarılması amaçlanmıştır.

OLGU SUNUSU

Yaklaşık iki aydır sağ gözde görmede azalma şikâyeti olan ve son iki gündür iyice artan görme azlığı ile 72 yaşında erkek hasta kliniğimize başvurdu. Hastanın bilinen sistemik hastalığı (Diyabet, Hipertansiyon) yoktu. Yapılan oftalmolojik muayenede; görme sağda ışık hissi, sol gözde 0. 6 seviyesindeydi. Ön segment muayenesinde her iki gözde belirgin nükleer katarakt dışında başka patolojiye rastlanmadı. Retina muayenesinde, sağda detayların görülmesini engelleyen vitre içi kanama, sol gözde ise makülada çok sayıda yumuşak drusen ve

İletişim Bilgileri:

Özlem Yenice

e-mail: yeniceozlem@yahoo.com

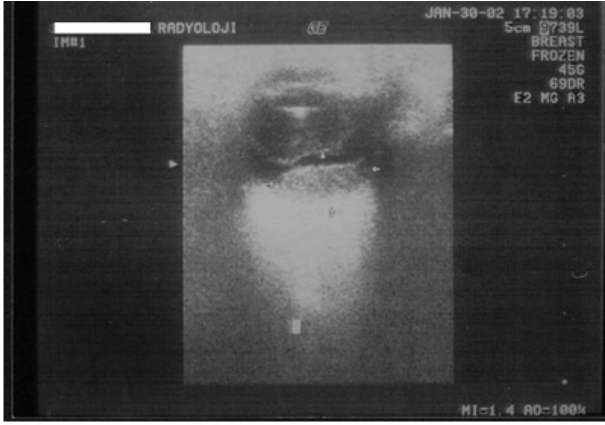
Marmara University School of Medicine, Ophthalmology, İstanbul, Turkey

Marmara Medical Journal 2007;20(1);52-58

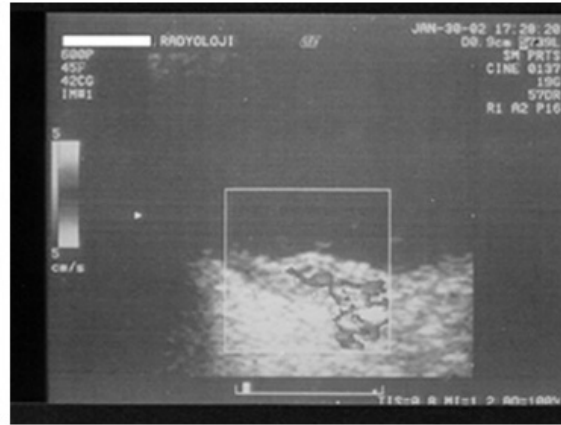


pigment epitel değişikliği tespit edildi. Ultrasonografi (USG) tetkikinde, 9x4mm boyutlarında kalsifikasyon gösteren retinadan kabarıklık lezyonunun (Resim 1a) eş zamanlı yapılan renkli doppler ultrasonografisinde (Resim 1b) kanlanması olduğu ve lezyonun koroid melanomu ile uyumlu olabileceği şeklinde rapor edildi. Hastadan bir ileri tetkik olarak manyetik rezonans görüntüleme (MRG) istendi. MRG’de lezyonun optik disk temporalinde, üst kısımda 3mm çapında ve retina üzerinde olduğu rapor edildi. Lezyon T1 ağırlıklı incelemelerde hiperintens (Resim 2a, siyah ok), T2 ağırlıklı incelemelerde hipointense (Resim 2b) özellik göstermekteydi. MRG sonucunda da, lezyonun sinyal özelliklerinin öncelikle malin

melanomu düşündürdüğü rapor edildi. Radyolojik tetkikler sonrasında malinite şüphesinin olması nedeni ile beklenilmeden tanısal amaçlı vitrektomi uygulandı. Cerrahi esnasında kanama temizlendikten sonra arka kutupta, maküla superotemporalinde kabarıklık oluşturan fibrotik bir lezyon görüldü. Vitreus sıvısı incelemeye gönderildi; sitolojik inceleme sonucunda, periferik kan elemanları ve monomorfik çekirdekli spindle hücrelerin olduğu ve atipik hücrelerin görülmediği rapor edildi. Hastanın cerrahi sonrası birinci gün yapılan fundus muayenesinde; arka kutuptaki diskiform lezyon (Resim 3a) ve altta koroidal hematoma görüldü (Resim 3b).

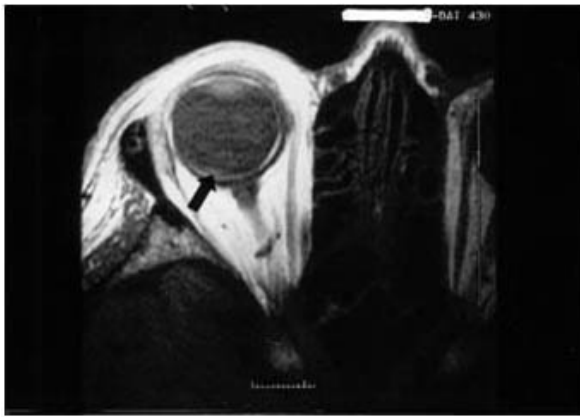


a

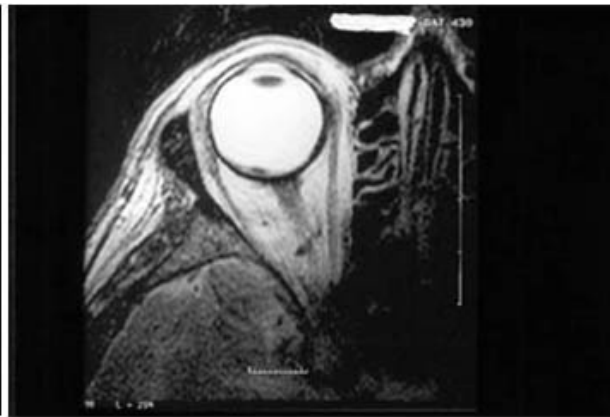


b

Resim 1: a) Olgunun B-mod ultrasonografi görüntüsü. b) Olgunun renkli doppler ultrasonografide kanlanmasının varlığı görülmektedir.

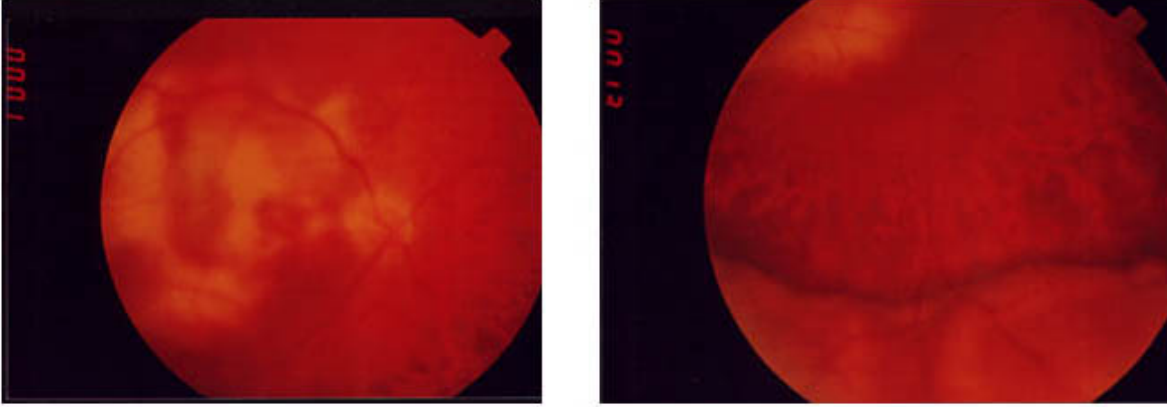


a



b

Resim 2: Aksiyal planda orbita MRG 'de lezyonun a)T1'de hiperintens (siyah ok) b) T2'de hipointense görünümü.



Resim 3: a) Olgunun cerrahi sonrası görülen optik disk temporalinde diskiform skarı ve b) allta koroidal hematoma görülmektedir.

TARTIŞMA

Klinikte melanomu taklit eden lezyonlarda ayırıcı tanı yapmak, bu lezyonların tedavilerinin enükleasyon gibi radikal bir cerrahiden sadece gözlem ve takip gibi iki uç noktadan oluşması nedeni ile oldukça önemlidir. Daha sıklıkla yayınlarda yanlış tanı konularak gereksiz enükleasyon yapılan olgulara rastlanmaktadır.⁴⁻⁶ Bununla birlikte, yayınlarda son zamanlarda artan cerrahi müdahaleler sonucu ilginç olarak senil maküla dejenerasyonu tanısı ile membran eksizyonu yapılan bir olgunun patolojik incelemelerinde atipik hücreler saptanmış ve bu olguya “diskiform melanoma” tanısı verilmiştir⁷.

Koroid melanomu taklit eden lezyonlar için yayınlarda tarandığında, bunların arasında tanıda karışıklık yaratan patolojiler arasında en sık olarak retina dekolmanı, ikincil olarak ise diskiform dejenerasyonların olduğu görülmüştür⁴⁻⁸. Psödomelanom oranını bildirilen yayınların genellikle çoğunun ortak olarak paylaştığı nokta, bu lezyonlarda ayırıcı tanının en iyi deneyimli bir göz doktoru tarafından, klinik muayene ile yapıldığıdır⁶⁻⁸. Öncelikle vitre içi kanama ile başvuran bir olguda koroid melanomlarıyla vitreus kanaması birlikteliğinin oldukça nadir olduğu bilinmelidir. Fraser ve Font’un yaptığı çalışmada 450 melanomlu olgunun sadece %2.9 gibi az bir oranında başvuru anında vitreus kanamasına rastlanmaktadır⁹. Bu nedenle biz de olgumuzda, radyolojik

tetkikler melanom olarak rapor edilmesine rağmen vitrektomi yapılmasını daha uygun gördük.

Ultrasonografi, vitre içi kanamanın eşlik ettiği patolojilerde tanı için kullanılan en sık başvurduğumuz tetkiktir. A scan’ de koroid tümörlerinin önde olan kenarları yüksek akımlı yansımalar meydana getirirler. Bunu takiben düşük içsel yansımalar ve bu yansımaların dik azalmasına bağlı (-) kapp açısı görünümü tipiktir. B-mode ultrasonografide diskiform lezyonlar daha düz ve yatay bir görünüme sahipken (bizim olgumuzun USG görünümü) melanomların vitreus boşluğuna doğru çıkıntı yaparak büyümeleri solid mantar görünümünü oluşturur. USG’de melanomlar için kesin solid görünüm, mantar konfigürasyonu, düşük iç reflektans, homojen iç yüzey dağılımı ve kanlanmanın varlığıdır. Bunların dışında eşlik edebilecek diğer bulgular; seröz dekolmanın varlığı, koroid ekskavasyonu ve akustik gölgelenmedir¹². Fakat ayırıcı tanıda diffuz koroid melanomlarının USG’de mantar konfigürasyonu yerine daha düz bir konfigürasyona sahip olabileceği unutulmamalıdır. Doğan ve ark. melanom tanısında B scan ultrasonografi için güvenilirliğin %95 gibi oldukça yüksek olduğunu bildirmiştir¹³. Tablo I’de ultrasonografide koroid melanomu ile benzer görünüm yapabilecek lezyonlar ve Tablo II’de bunların ayırıcı tanısında kullanılabilen kıstaslar özetlenmektedir¹². Bununla birlikte USG’de maküla dejenerasyonuna bağlı kitlenli



bir görünüm ile melanomun ayırıcı tanısının daha çok tekrarlanan ölçümlerle yapılabileceği bildirilmiş ve bu konuya özellikle dikkat çekilmiştir¹². Melanomlarda, yinelenen ölçümlerde boyutlarda artma saptanırken; kanama ile seyreden lezyonların kalınlığında azalma görülür. Bu nedenle, emin olunamayan durumlarda belirli aralıklarla ultrasonun tekrarlanması en doğru yaklaşımdır¹². 1992’de yapılan bir çalışmada melanom ön tanısı ile cerrahi için sevk edilen ve ekstramaküler diskiform skar tanısı alan 19 olgu irdelenmiş ve bu olgulardan 8’ine vitreus kanamasının eşlik ettiği görülmüştür¹³. Hastaların ultrasonografileri bu gözle tekrar değerlendirildiğinde, bu lezyonların sadece 3.3 mm kalınlığında olduğu tespit edilmiş ve vitreus kanamaları ile birliktelik gösteren ince kitlelerin (<3.5 mm) benin olarak değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır¹³. Psödomelanom olarak sevk edilen 19 olgular aynı serinin %83’ünde, bilinçli olarak tekrarlanan USG’lerde tanılar diskiform skar

olarak değiştirilirken, bir olguda kesin sonuca yinelenen ultrasonlarla lezyon boyutunda küçülme ve reflektansın heterojenik görünümde siktirizasyon ile uyumlu homojen görünüme döndüğü zaman konulduğu bildirilmiştir¹⁴. Sonuçta aslında bizim olgumuzda da ultrasonografi belirli bir süre sonra tekrarlanabilseydi doğru tanıya varma şansı olabileceken, bu olguda hastanın uyumsuz olması nedeni ile tanısız vitrektomi uygulanmıştır.

USG dışında renkli doppler ultrasonografi de, lezyonda kanlanmanın olup olmadığını göstermek için kullanılan bir tetkiktir. Fakat, melanomlar dışında, diskiform skarlarda , nevus ve koroid metastazlarında da kanlanmanın olması nedeni ile seçiciliği oldukça düşüktür¹². Tablo II’de psödomelanom olgularının kanlanmaya ait özellikleri görülmektedir.

Tablo 1. Koroid melanomunu ultrasonografide taklit edebilecek lezyonlar

<i>Tümör benzeri oluşumlar</i>	<i>Tümoral olmayan lezyonlar</i>
Metastatik karsinom	Diskiform lezyonlar
Koroid hemanjiomu	Koroid kanamaları
Koroid osteomu	Retinoschizis içine kanama
Nevüs	Posterior nodüler sklerit
Lösemi	Vortex ven ampullası
Melanositoma	Posterior kolobom
Reticulum hücreli karsinom	Epithelial hiperplaziler
Üvea lenfoid hiperplazisi	
Retina hemartomları	
Sklera tümörleri	



Tablo II. Koroid melanomunu taklit eden lezyonların ultrasonografik özellikleri

Lezyon	Yerleşim	Şekil	Reflektans	Yapı	Damarlanma
Melanom	Koroid/Silier cisim	Kubbe	Düşük/orta	Homojen	+
Metastatik karsinom	Posterior koroid	Diffuz/düzensiz	Orta/yüksek	Düzensiz	+/-
Koroid hemanjiomu	Posterior koroid	Kubbe	Yüksek	Düzensiz	-
Nevus	Koroid	Kubbe	Yüksek	Homojen	-/+
Diskiform lezyon	Maküla	Kubbe veya düz	Yüksek	Değişken	-/+
Koroidal kanama	Koroid	Kubbe	Değişken	Değişken	-

İleri tetkik olarak kullanılan, MRG'nin de 2mm'den daha ince oküler lezyonların tespit edilememesi nedeni ile duyarlılığının düşüklüğü vurgulanmıştır¹¹. MRG'de bu lezyonları kanamalardan ayırt etmede kullanılacak en önemli nokta kontrast madde tutulumudur. Koroidal nevus, osteom, metastaz, hemanjiom ve melanomların hepsi genelde benzer MRG görünüşleri oluştursa da koroid kanamalarının hiçbir evresinde kontrast madde tutulumu görülmez. Tablo III'de benzer MRG bulguları gösteren lezyonlar ve ayırıcı tanılarında kontrast madde tutulumu açısından farkları özetlenmektedir.

Buradaki olguda, hastanın diğer gözündeki muayene bulguları ön tanı olarak yaşa bağlı maküla dejenerasyonunu düşündürmektedir. Ayrıca koroid melanomlarının vitre içi kanama ile kliniğe başvurmaları oldukça nadirdir¹. Ultrasonografide yaygın bir kabarıklık dışında, koroid melanomları için tipik olan koroidal maskelenme, mantar görünümü veya eşlik eden dekolman görüntüsünün olmaması nedeni ile USG

raporuna şüpheli olarak yaklaşmış ve invazif bir teknik olmayan renkli Doppler görüntüsünün de alınmasına karar verilmiştir. Doppler ultrasonografide lezyonun kanlanma göstermesi melanom veya yaşa bağlı maküla dejenerasyonun ayırımının yapılmasını engellediğinden, bir ileri tetkik olarak MRG'ye başvuruldu. MRG sonucunda ise lezyonun T1'de hiper ve T2'de hipointense özellik gösterdiği tespit edildi. Bizim olgumuzda hastanın kliniği ile de birleştirildiğinde olabilecek en yakın tanı yaşa bağlı maküla dejenerasyonuna eşlik eden bir koroidal kanama idi. Bu noktada en doğru yaklaşım MRG'den kesin yanıt alabilmek için, kontrast madde verilerek kesitlerin tekrar alınmasıydı. Çünkü, akut veya kronik koroid kanamaları kontrast madde tutulumu göstermezken melanomda kontrast madde tutulumu görülebilecekti. Fakat maalesef başlangıçta MRG'nin kontrast maddesiz çekilmesi ve hastanın da yeni MRG yaptırmak istememesi üzerine hem vitreus içi kanamanın temizlenmesi hem de gecikmemesi açısından hastaya vitrektomi uygulandı.



Tablo III. Koroid melanomunu taklit edebilecek lezyonların MRG görünüşleri ve kontrast madde tutulumuna ait özellikleri

<i>Lezyonun vitreusa göre sinyal özelliği</i>			
	<i>T1 ağırlıklı inceleme</i>	<i>T2 ağırlıklı inceleme</i>	<i>Kontrast madde tutulumu</i>
Koroidal nevus	Isointens/Hiperintens	Isointens/Hipointense	+ /+++
Koroid melanomu	Hiperintens	Isointense/Hipointense	+++
Koroid metastazı	Hiperintens	Isointense/Hipointense	+
Koroid hemanjiomu	Isointens/Hiperintens	Isointens	++++
Koroid osteomu	Hiperintens	Hipointens	- /+++
Akut koroidal kanama	Isointens	Hipointens	-
Subakut koroidal kanama	Hiperintens	Hipointense/ Isointens	-
Kronik koroidal kanama	Isointens	Hipointense	-

Bu olguda, daha önceki çalışmalarda olduğu gibi ayırıcı tanıda en önemli noktanın klinik deneyimin radyoloji ile birleştirilmesi olduğu görülmektedir. Yerli kaynaklar geniş olarak tarandığında bu lezyonlarda ayırıcı tanıya 1990'lı yıllarda henüz MRG'nin kullanılmadığı döneme ait bir tek yayın dışında Türkçe bir bilgiye rastlanamamıştır¹⁵. Bu tip vakaların tartışılması, Türkçe olarak radyolojik tetkiklerin benzer lezyonlarda görünüşlerinin tablolar yardımı ile özetlenmesi ileri tetkikler yorumlanırken, doğru klinik yaklaşımların elde edilmesi yönünden oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Shields JA, Augsburger JJ, Brown GC. The differential diagnosis of posterior uveal melanoma. Ophthalmol 1980;87:518-522.
2. Harry WF. Acquired diseases affecting the macula, retina and vitreous. In Retina and Vitreous, The American Academy of Ophthalmology eds. San Francisco: AAO, 2002: 54-56.
3. Duke-Elder: Disease of the uveal tract, 3rd ed. Henry-Krimpton 1966:616-22.
4. Ferry AP. Lesions mistaken for malignant melanoma of posterior uvea. Arch Ophthalmol 1964;72:463-469.
5. Shields JA, Zimmermen LE. Lesions simulating malinant melanoma of the posterior uvea. Arch Ophthalmol 1973;89:466-471.
6. Chang M, Zimmerman LE, McLean I. The persisting psödomelanoma problem. Am J Ophthalmol 1984;102:726-727.
7. Sassani JW, Blankenship G. Disciform choroidal melanoma. Retina 1994;14:177-180.
8. Colloborative Ocular Melanoma Study Group. Accuracy of diagnosis of choroidal melanomas in the Colloborative Ocular Melanoma Study. COMS Report . No.1:Arch Ophthalmol 1990;108:1268-1273.



9. Fraser DJ, Font RL. Ocular inflammation and hemorrhage as initial manifestation of uveal malignant melanoma. Arch Ophthalmol 1979;97:1311-1314.
10. Wilms G, Dralanda G, Decrope E. Magnetic resonance imaging in lesions of the eye globe. J Belge Radiol 1989;72:433-434.
11. Potter DP, Shields JA, Shields CL. Choroidal Melanoma. In: Shields JA, Shields CL, eds. MRI of the Eye and Orbit. New York: Lippincott Williams and Wilkins, 1995:56-64.
12. Byrne SF, Green RL. Intraocular Tumors. In Ultrasound of the Eye and Orbit Byrne SF, Green RL. eds. London: St Louis, 2002:115-90.
13. Doğan ÖK. Oftalmolojide Ultrasonografi II. Koroid malin melanomu tanısında A, B ve M scan ultrasonografisinin tanı değeri. T Oft Gaz 1982;12: 75-78.
14. David SB, Devron HC, Alexander RI. Extramacular disciform lesions simulating uveal tumors. Ophthalmol 1999;99:944-951.
15. Koçaş M. Koroidea malign melanomlarında tanı ve ayırıcı tanı. T Oft Gaz 1990;20:215-219.