

Ooze belirtisi bulunan bir santral seröz koryoretinopati olgusu

Central serous chorioretinopathy case with ooze sign

Mehmet Murat, Fatih Mehmet Türkcü, Harun Yüksel, Alparslan Şahin, İhsan Çaça

ÖZET

Kliniğimize sağ gözde 1 yıldır, sol gözde son üç gündür bulanık görme ve metamorfopsi şikayeti ile gelen 42 yaşındaki erkek hastanın fundus muayenesinde sağ gözde yaygın retina pigment epitel atrofisi ve sol gözde maküler bölgede seröz dekolman izlendi. Fundus flöresein anjiyografi ve optik koherans tomografisinde sol aktif santral seröz koryoretinopati (SSKR) ve sağ gözde atipik formda geçirilmiş SSKR ile uyumlu ooze belirtisi izlendi.

Anahtar kelimeler: Santral seröz koryoretinopati, Ooze belirtisi

GİRİŞ

Santral seröz koryoretinopati (SSKR), 20-50 yaş arası erişkinlerde, sıklıkla erkeklerde ortaya çıkan, maküla bölgesinde duysal retina altında seröz sıvı toplanması ile karakterize ve genellikle 1-6 ay içerisinde kendiliğinden düzelen, orta derecede görme azalmasına neden olan bir hastalıktır [1]. SSKR'nin uzun dönem takiplerinde %30 oranında nüks ve %16 oranında diffüz retina pigment epitelyopatisi gibi ciddi değişiklikler ortaya çıkabilir [1,2]. Hastalığın kesin etiyolojisi halen tam olarak belirlenememesine rağmen, koryopakiller patolojiye bağlı retina pigment epitelinin (RPE) fonksiyon bozukluğunun rol oynadığı düşünülmektedir [3].

Tipik fundus flöresein anjiyografi (FFA) ve optik koherens tomografi (OKT) bulguları vardır [4-6]. FFA'da sıklıkla mürekkep lekesi ya da sigara dumanı tarzında hiperflöresans gözlenmektedir. Tekrarlayıcı veya kalıcı bölgesel ya da diffüz sızıntı olan hastalarda veya santral makülayı içeren kronik diffüz retina pigment epitelyopati olan hastalarda görsel sonuçlar değişken olabilmektedir [4,6,7]. Arka kutupta toplanan seröz dekolman sıvısı yerçekiminin etkisi ile aşağı doğru yer değiştirirse burada bir hat oluşur ve "ooze belirtisi" adını alır.

ABSTRACT

Forty two-year old, male patient was presented to our clinics with complaint of blurred vision and metamorphosis in the right eye for 1 year and in the left eye for last 3 days. In his fundoscopic examination, diffuse retinal pigment epithelial atrophy in the right eye and serous detachment at macular region in the left eye were observed. In fundus fluorescent angiography and optic coherence tomography, active CSCR in the left eye and ooze sign which is compatible with atypical form of previous CSCR in the right eye were detected. *J Clin Exp Invest 2013; 4 (4): 538-541*

Key words: Central serous chorioretinopathy, Ooze sign

Tipik SSKR formlarını ayırt etmek kolay iken, atipik formda, büllöz dekolman, ilerleyici RPE atrofisi ile seyreden ve daha az sıklıkta görülen tipleri ayırt etmek daha zordur. Bu yazımızın amacı tek gözde aktif form diğer gözde Ooze belirtisi bulunan SSKR olgusunu sunmaktır.

OLGU SUNUMU

Daha önceden bilinen herhangi bir sistemik hastalığı ve ilaç kullanım öyküsü bulunmayan 42 yaşındaki erkek hasta sağ gözde 1 yıldır devam eden, sol gözde ise son üç gündür başlayan bulanık görme ve metamorfopsi şikayeti ile kliniğimize müracaat etti. Hastanın ilk muayenesinde görme keskinliği (GK) sağ gözde 7/10 sol gözde 6/10 seviyesinde olup göziçi basıncı her iki gözde 17mmHg olarak ölçüldü. Tashih ile sağ gözde görmede değişim olmazken sol gözde +1.00 sferik cam ile görmesinin 10/10 seviyesine çıktığı izlendi.

Biyomikroskopik muayenede her iki gözde ön segment yapıları doğal olarak izlendi. Fundus muayenesinde, sağ gözde özellikle alt temporal bölgeden başlayıp periferde ilerleyen RPE atrofisi bölgeleri ve yer yer RPE hiperplazisi izlendi (Resim 1). Ancak seröz kabarıklık yoktu. FFA'da sol göz maküler

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

Correspondence: Mehmet Murat,

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı Sur/Diyarbakır, Türkiye Email : drmehmetmurat63@gmail.com

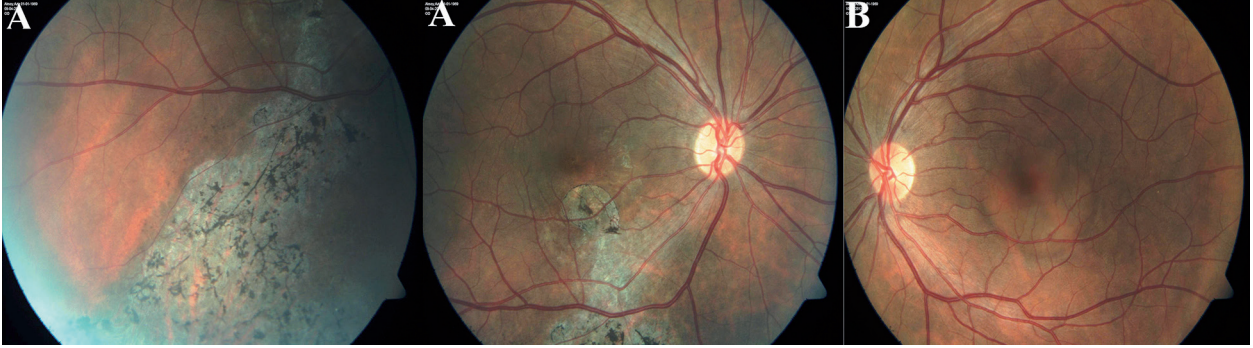
Received: 09.05.2013, Accepted: 27.06.2013

Copyright © JCEI / Journal of Clinical and Experimental Investigations 2013, All rights reserved

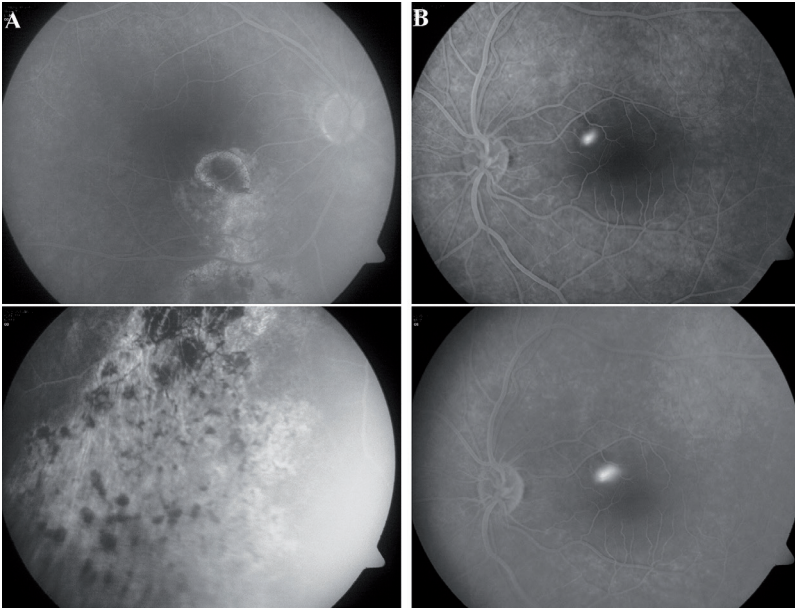
alandaki seröz kabarıklık izlendi (Resim 2). Ayrıca sağ gözde RPE atrofisi alanına uyan vertikal hat şeklinde periferde doğru uzanan bölgede pencere defektine bağlı hiperflöresans ve sol gözde erken dönemde başlayıp geç dönemde artış gösteren hiperflöresans şeklinde boyanma paterni izlendi.

OKT'de sağ gözde kabarıklık izlenmezken sol gözde makülada seröz dekolman izlendi (Resim 3). Santral maküla kalınlıkları sağ gözde 239µm, solda 532µm olarak ölçüldü.

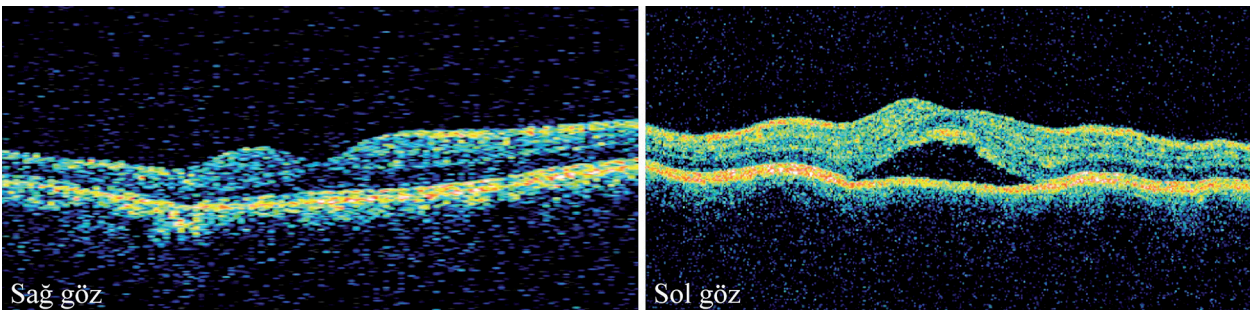
Hastanın hikayesinde herhangi bir ilaç (steroid, antidepresan, vitamin) kullanımı olmadığı ve sigara içmediği öğrenildi. Hastanın sağ gözünde de atipik formda ooze belirtisi gösteren SSKR izlenirken, sol gözündeki aktif lezyonu için hasta takibe alındı. Üç ay sonraki muayenesinde tashihsiz görme keskinliği sağ gözde 7/10 seviyesinde kaldığı; sol gözde ise 10/10 seviyesine çıktığı izlendi. Sol gözdeki seröz maküla dekolmanının OKT'de gerilediği izlendi (Resim 4).



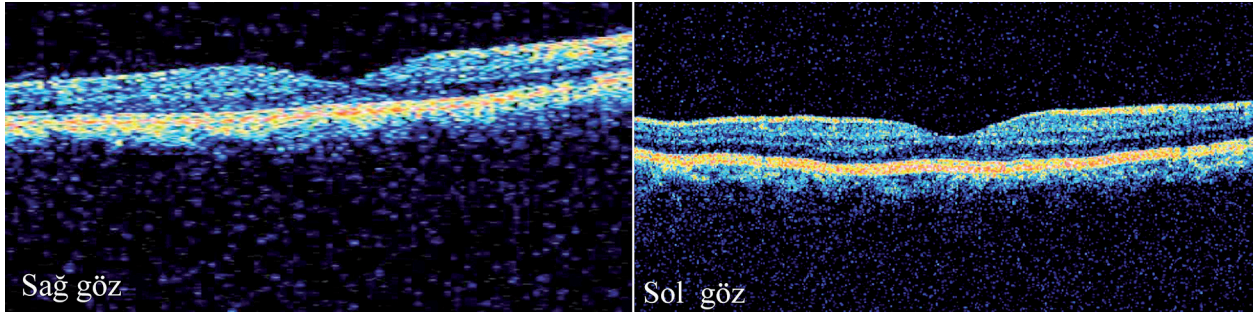
Resim 1. Sağ (A) ve sol (B) gözün renkli fundus fotoğrafı görüntüleri



Resim 2. Sağ ve sol gözün müracaat anındaki FFA görüntüleri



Resim 3. Sağ ve sol gözün başvuru anındaki optik koherans tomografi görüntüleri



Resim 4. 3. ay takibinde OCT'de sol subretinal sıvının çekildiği izlenmektedir

TARTIŞMA

Santral seröz koryoretinopati (SSKR) genelde 6 ay içinde kendini sınırlayan daha çok genç erkek hastalarda görülen makülanın nörosensoryal tabakasının seröz dekolmanıdır [2]. SSKR' de görülen seröz retina dekolmanının sebebi tam olarak anlaşılamamıştır. Ancak primer patolojinin koroid kaynaklı olduğuna dair bulgular mevcuttur [3]. Seröz retina dekolmanlarına yol açan faktörlerin artmış koroid sızıntısı, lokal hiperperfüzyon alanları ve yükselmiş hidrostatik basınç olduğu düşünülmektedir. RPE düzeyindeki mekanik bozulma tipik fokal flöresein sızıntısına ve kronik basınç ise RPE düzeyinde atrofiye neden olmaktadır [8].

FFA bulguları SSKR hastalarında genellikle tanı koydurucudur. Tipik SSKR olgularının tanısını koymak kolay olmakla beraber seröz retina dekolmanı, RPE atrofisi ile seyreden vakaların tanısını koymak daha zordur. Kendiliğinden ya da tedavi sonrası düzelen SSKR, görme fonksiyonu için uzun dönemde iyi prognoza sahiptir [9]. Kronik SSKR retinanın yatışmasını takiben erken dönemdeki bir miktar fonksiyonel düzelmeye ve sonrasındaki yavaş görsel iyileşmeye rağmen, sıklıkla önemli ölçüde geri dönüşsüz görme keskinliği kaybı ile sonuçlanır [10]. Olgumuzda sol gözde lezyonun gerilemesi ile GK normal seviyesine dönmesine rağmen, sağ gözde GK'inde takiplerde herhangi bir değişiklik olmamış ve düşük olarak kalmıştır.

Hastamızın tek gözünde aktif SSKR bulunması diğer gözdeki lezyonun geçirilmiş atipik formda SSKR olduğunu düşündürmüştür. SSKR'de genellikle benign bir klinik seyir içinde spontan iyileşmeler görülse de semptomların kalıcı olduğu veya ilerlediği durumlar da söz konusudur. Hastaların %5'i kronik olarak sınıflandırılır. Kronik SSKR'de hastanın yakınmalarının 6 aydan daha uzun sürmesi belirgindir [1]. Fundusta RPE değişiklikleri sadece arka kutupla sınırlı kalmayarak alt kadrana doğru yayılabilmektedir. Buna "ooze belirtisi" denilmektedir [7]. Bu yol arka kutupta toplanan seröz dekolman sıvısının

yerçekimi etkisi ile aşağıya doğru yer değiştirmesi sonucunda oluşur. Ooze belirtisi varlığında FFA'nın ilerleyen fazlarında bu boyanma alanı genişlemez; sadece yoğunluğu artar. Daha önce sınırlı sayıda ooze belirtisi bulunan vaka bildirilmiştir [7,11]. Olgumuzda FFA'da sağ gözde maküladan başlayıp aşağı doğru ilerleyen ve geç dönemde koyulaşan hiperfloresans, ooze belirtisi ile uyumlu olacak şekilde RPE atrofisi kaynaklı pencere defekti şekline yorumlanırken sol gözde erken dönemde başlayıp geç dönemde artış gösteren nokta şeklinde hiperflorens izlendi.

SSKR tedavisinde kanıtlanmış etkin bir tedavi mevcut değildir. Genellikle akut SSKR hastalarını ilk 4 -5 ay tedavisiz izlem çoğu olguda uygundur. Mümkünse kullandığı herhangi bir formdaki kortikosteroidin kesilmesi ve stresi azaltmak için yaşam tarzının değiştirilmesidir. İnatçı ve kronik SSKR hastalarına fotodinamik tedavi ve intravitreal anti-VEFG enjeksiyonu uygulanabilmektedir [5,6,9]. Olgumuzda sağ gözde kronik atipik SSKR mevcut idi. Hastanın görme keskinliği iyi olduğundan ve foveal tutulum olmadığı için tedavisiz takip edildi. Sol gözde ise akut SSKR mevcut idi ve tedavisiz izlem tercih edildi.

SSKR kendini sınırlayabilen ve görsel prognozun iyi olduğu bir hastalık olsa da, kronik olgularla seröz dekolman veya yaygın RPE atrofisi ile seyreden atipik formlarında maküla tutulumuna bağlı kalıcı görme kaybı gelişebilmektedir. Bundan dolayı bu formların erken dönemde tanınması ve tedavisi hastalığın seyri açısından önemlidir. Ayrıca olayın akut mu ya da kronik mi geliştiği ayırt edilmelidir. Kronik safhasında foveal tutulumu olan hastalarda görme prognozu olumsuz etkileneceğinden tedavi edilmelidir. Ooze belirtisi gibi atipik formlarda gelen hastalarda tanıda dikkat edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Wang M, Munch IC, Hasler PW, et al. Central serous chorioretinopathy. Acta Ophthalmol 2008;86:126-145.

2. Marmor MF. On the cause of serous detachments and acute serous chorioretinopathy. *Br J Ophthalmol* 1997;81:812-813.
3. Scheider A, Naseman JE, Lund OE.: Fluorescein and indocyanine green angiographies of central serous choriopathy by scanning laser ophthalmoscopy. *Am J Ophthalmol* 1993;115:50-56.
4. Schatz H, Osterloh MD, McDonald HR, Johnson RN. Development of retinal vascular leakage and cystoid macular oedema secondary to central serous chorioretinopathy. *Br J Ophthalmol* 1993;77:744-746.
5. Batioglu F, Ozmert E, Demirel S, Astam N. Kronik santral seröz korioretinopatide fotodinamik tedavi sonrası OCT ve fundus otofloresans bulguları. *Ret Vit* 2007;15:99-102.
6. Marmor MF. New hypotheses on the pathogenesis and treatment of serous retinal detachment. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 1988;226:548-552.
7. Yannuzzi LA, Shakin JL, Fisher YL, Altomonte MA. Peripheral retinal detachments and retinal pigment epithelial atrophic tracts secondary to central serous pigment epitheliopathy. *Ophthalmology* 1984;91:1554-1572.
8. Goldstein BG, Pavan PR. 'Blow-out' in the retinal pigment epithelium. *Br J Ophthalmol* 1987;71:676-681.
9. Wong R, Chopdar A. Five to 15 year follow-up of resolved idiopathic central serous chorioretinopathy. *Eye* 2004;18:262-268.
10. Dohrmann J, Lommatzsch A. Pathogenesis of central serous chorioretinopathy: angiographic and electrophysiological studies. *Ophthalmologie* 2001;98:1069-1073.
11. Köksal M, Şengün A, Kargı Ş, ve ark. Santral seröz koryoretinopatinin nadir bir formu: "ooze belirtisi". *Ret-Vit* 2004;12:58-61.