

Atrofik Retina Pigment Epitel Traktuslarıyla Karakterize İki Atipik Santral Seröz Koriyoretinopati Olgusu

Sinan Tatlıpınar (*), Volkan Yaylalı (**), Cem Yıldırım (**), Serap Özden (***)

ÖZET

Santral seröz koriyoretinopati (SSKR), makulanın seröz dekolmanı ile karakterize, sporadik, tek taraflı, sıklıkla genç-orta yaşlı erkeklerde görülen patogenezi tam olarak bilinmeyen bir hastalıktır. Olguların çoğunda 6 aylık süre içinde subretinal sıvı kendiliğinden emilip düzelme izlenir. Ancak, görsel prognoz daha kötü olduğu bilateral tutulum gösteren, kronik seyirli atipik SSKR olguları da mevcuttur. Bu yazıda, atrofik RPE traktuslarıyla karakterize ve bilateral makula bölgesinde yaygın pigment epitel atrofisi izlenen iki SSKR olgusu sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Santral seröz koriyoretinopati, atrofik retina pigment epitel traktusları, fundus florescein anjiyografi

SUMMARY

Two Atypical Central Serous Chorioretinopathy Cases Characterized by Retinal Pigment Epithelial Atrophic Tracts

Central serous chorioretinopathy (CSCR) is a sporadic, unilateral disease of young-to-middle age men, and is characterized by idiopathic serous detachment of the macula. In most of the cases, spontaneous resolution by absorption of the subretinal fluid is observed within 6 months. However, atypical CSCR cases with chronic course, bilateral involvement and bad visual prognosis are also described. In this report, two CSCR cases characterized by atrophic retinal pigment epithelial tracts and bilateral macular pigment epithelial atrophy are presented.

Key Words: Central serous chorioretinopathy, retinal pigment epithelial atrophic tracts, fundus fluorescein angiography.

GİRİŞ

Santral seröz koriyoretinopati (SSKR), sporadik, sıklıkla genç-orta yaşlı erkeklerde görülen ve makula bölgesine lokalize seröz retina dekolmanı ile karakterize iyi prognozlu bir hastalıktır (1,2). Genellikle tek taraflı

olup duyuşsal retina dekolmanına retina pigment epiteli (RPE) dekolmanı eşlik edebilir.

Olguların çoğunda 6 aylık süre içinde subretinal sıvı kendiliğinden emilip düzelme izlenir (1). Ancak, görsel prognoz daha kötü olduğu bilateral tutulum gösteren

(*) Yard. Doç. Dr., Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Denizli

(**) Doç. Dr., Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Denizli

(***) Prof. Dr., Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Denizli

Yazışma adresi: Yard. Doç. Dr. Sinan Tatlıpınar, Siteler M. 6217 S. 23/1, 20070 Kınıklı-Denizli
e-mail: statltpi@yahoo.com

Mecmuaya Geliş Tarihi: 06.12.2003
Düzeltilmeden Geliş Tarihi: 24.02.2004
Kabul Tarihi: 11.03.2004

ren, kronik seyirli SSKR olguları da tarif edilmiştir (3,4). Bu tipte, kronik olarak seröz elevasyonun varlığı veya akut atakların sık tekrar etmesi sonucu ilerleyici RPE atrofisi gelişmektedir.

Bu yazıda, atrofik RPE traktuslarıyla karakterize ve bilateral makula bölgesinde yaygın pigment epitel atrofisi izlenen iki SSKR olgusu sunulmaktadır.

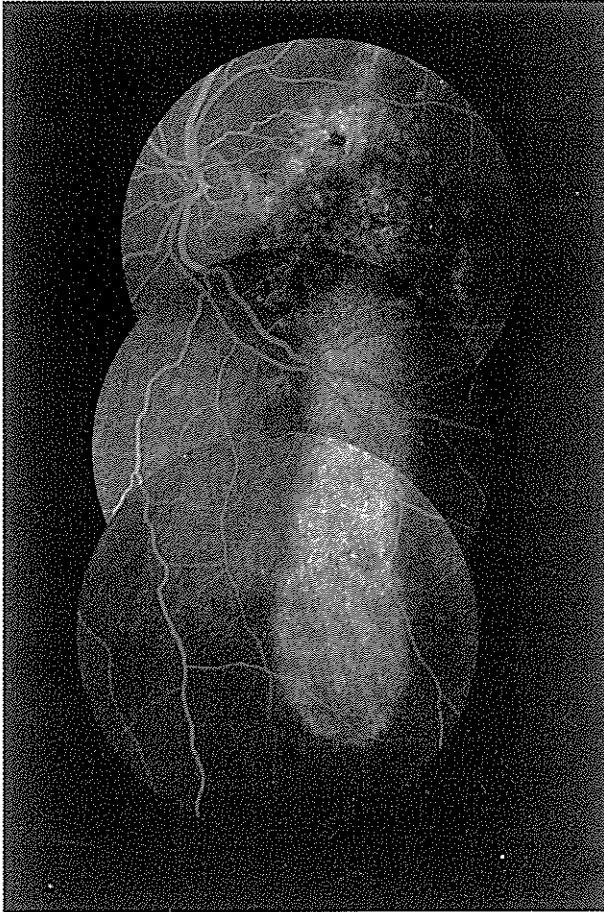
OLGU SUNUMLARI

1. OLGU: 43 yaşındaki erkek hasta görme azlığı yakınmasıyla kliniğimize başvurdu. Görme azlığının yaklaşık 12 yıldır her iki gözünü etkilediğini ve yakınmasının tedricen arttığını ifade ediyordu. Yapılan oftalmik muayenede düzeltilmiş görme keskinliğinin (Snellen) sağ gözde 0.5, sol gözde 0.2 düzeyinde olduğu saptandı. Ön segment muayenesi ve göziçi basınç değerleri normal sınırlardaydı. Gözdibi incelemesinde, her iki makula bölgesinde yaygın RPE değişiklikleri izleniyordu. Solda, makuladan alt kadrana doğru uzanan atrofik lez-

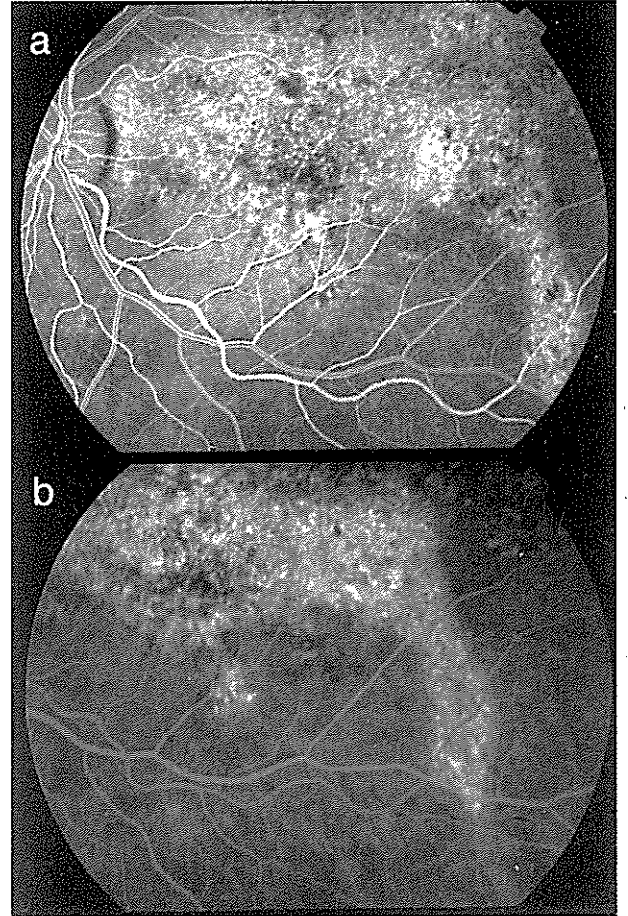
yon görüldü. Fundus floresein anjiyografide (FFA), solda daha belirgin olmak üzere bilateral makula sahalarında RPE atrofisine bağlı hiperfloresans izlenmekteydi. Sol göz makula bölgesinden alt hemisfere doğru uzanan RPE atrofik traktusu görüldü (Şekil 1). RPE pencere defekti nedeniyle bu traktus hiperfloresans olarak izlendi. Makula bölgesinde aktif sızıntı görülmedi. Sistemik hastalığı veya ilaç kullanımı hikayesi yoktu.

2. OLGU: 60 yaşındaki kadın hasta solda daha belirgin olmak üzere her iki gözde görme azlığı şikayeti ile başvurdu. Öyküsünde, yaklaşık 10 yıldır görme kaybının mevcut olduğu ve zaman içinde yakınmasının kötüleştiği öğrenildi. Düzeltilmiş görme keskinliği sağda 0.7, solda 0.05 olarak tespit edildi. Biyomikroskopik ön segment muayenesi ve göziçi basınçları normaldi. Fundus bakışında, solda makulanın atrofik olduğu görüldü. Sağ makulada RPE değişiklikleri izlenmekteydi. FFA'de, solda makula bölgesinde yaygın RPE atrofisi ve makula temporalından alt kadrana doğru uzanan atrofik traktus

Şekil 1. Makula bölgesinde yaygın RPE atrofisine bağlı hiperfloresans ve atrofik RPE traktusu



Şekil 2. (a) Makulada yaygın RPE pencere defektine bağlı hiperfloresans. (b) Makula temporalından alt kadrana doğru uzanan atrofik traktus



görüliyordu (Şekil 2). Sağ makulada RPE atrofisine bağlı pencere defektleri izleniyordu. Geçirilmiş travma, sistemik hastalık ve ilaç kullanımı hikayesi yoktu.

TARTIŞMA

SSKR, makulanın seröz dekolmanıyla karakterize patogenezi tam olarak bilinmeyen bir hastalıktır. Anjiyografik olarak RPE seviyesindeki sızıntı nedeniyle retina pigment epiteli patogenezideki asıl kaynak (5) olarak görülmüşse de son yıllarda indosyanin yeşili anjiyografisi ile yapılan araştırmalarda koroid geçirgenliğinin artmış olarak bulunması koroid dolaşımındaki patolojinin asıl mekanizma olabileceğini düşündürmektedir (6,7,8). Koroiddeki geçirgenlik artışına ikincil olarak RPE'nin dekolman olduğu, basıncın daha fazla artmasıyla RPE'nin yırtılıp duyuşal retinada dekolmanın meydana geldiği öne sürülmektedir (6). Olguların büyük kısmı idiyopatik olup hipertansiyon, hamilelik, hiperkortizolizm ve stresli kişilik yapısının etiolojide rol oynayabileceği öne sürülmüştür (1).

SSKR'de atrofik RPE traktusları literatürde daha önceden tarif edilmiştir (3,5,9,10). Bu traktusların, makulada kronik olarak bulunan subretinal sıvının yerçekiminin etkisiyle alt hemisfere doğru ilerlemesi sonucu oluştuğu tespit edilmiştir. Daha önce yapılan bir çalışmada, makula bölgesinden sızan subretinal sıvının bu traktuslar yoluyla periferik retinaya ulaştığı ve retina dekolmanına yol açtığı gösterilmiştir (5). Atrofik traktus sahalarında sızıntının izlenmemesi ve periferik retina dekolmanının makula bölgesindeki sızıntı sahasının lazer fotokoagülasyonu ile kapatılması sonrasında gerilemesi, subretinal sıvının makuladaki SSKR lezyonundan kaynaklandığını göstermektedir (5). Her iki olgumuzda da aktif sızıntı izlenmemesine rağmen asıl olarak makulaların tutulumu, kronik subretinal sıvı varlığı veya sık atak geçirilmesine bağlı yaygın RPE atrofisinin izlenmesi ve atrofik RPE traktuslarının bulunması bize olguların SSKR olduğunu düşündürmüştür. Daha önceden yapılan bir çalışmada, aktif sızıntı izlenmeyen ancak olgularımıza benzer bulgular gösteren hastalar bildirilmiştir (5). Bu tip atrofik traktusların özellikle kronik seyirli SSKR olgularında sık olduğu ifade edilmiştir (9,10).

Kendiliğinden düzelme izlenen, tek taraflı tipik SSKR olgularının yanı sıra bilateral tutulum gösteren, yaygın RPE atrofisi ve görme kaybıyla sonuçlanan atipik SSKR olgularının varlığı da bilinmektedir (3,4,5). Bu kronik seyirli hastalarda atrofik traktusların daha sık izlenmesi makulada uzun süreli subretinal sıvı mevcudiyeti nedeniyle anlaşılabilir bir durumdur.

Sonuç olarak, SSKR her zaman iyi prognozlu bir hastalık olarak karşımıza çıkmayabilir. Bilateral ciddi görme kaybı ve atrofik RPE traktuslarıyla karakterize SSKR olguları olabileceği hatırlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Quillen DA, Blodi BA: Clinical Retina, 1st ed., Chicago, AMA Press. 2002; 96-97
2. Erakün T, Emre S, Menteş J, Eğrilmez S, Akın C: Santral seröz korioretinopati: demografik, klinik, anjiyografik özellikleri ve prognozu etkileyen faktörler. T Oft Gaz 2003; 33: 386-393
3. Levine R, Brucker AJ, Robinson F: Long-term follow-up of idiopathic central serous chorioretinopathy by fluorescein angiography. Ophthalmology 1989; 96: 854-859
4. Müftüoğlu G: Santral seröz korioretinopati. Makula Hastalıkları. TOD XXI. Ulusal Oftalmoloji Kursu, Ankara, Şahin Matbaası. 2001;188-193
5. 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
6. Guyer DR, Yannuzzi LA, Slakter JS, Sorenson JA, Ho A, Orlock D: Digital indocyanine green videoangiography of central serous chorioretinopathy. Arch Ophthalmol 1994; 112: 1057-1062
7. Atmaca LS, Batioğlu F, Atmaca P: Santral seröz korioretinopatide flöresein ve indocyanine green videoanjiyografisi. MN Oft 1998; 5: 195-198
8. Yolar M, Akar S, Arvas S, Müftüoğlu G, Güzel H, Özkan Ş: Santral seröz korioretinopatili hastalarda aktif tutulum göstermeyen gözlerin indocyanine green anjiyografisi ile değerlendirilmesi. T Oft Gaz 2001; 31: 120-124
9. Oosterhuis JA: Familial central serous retinopathy. Graefes Arch-Clin Exp Ophthalmol 1996; 234: 337-341
10. Weenink AC, Borsje RA, Oosterhuis JA: Familial chronic central serous chorioretinopathy. Ophthalmologica 2001; 215: 183-187