

Koroidal Osteoma ile Birlikte Görülen Seröz Maküla Dekolmanının Tedavisinde Oral Prednizolon Kullanımı

Oral Prednisolone Therapy for the Treatment of Choroidal Osteoma Induced Serous Macular Detachment

Mücella ARIKAN YORGUN¹, Melek MUTLU², Yasin TOKLU¹, Hasan Basri ÇAKMAK³

ÖZ

Koroidal osteom tanılı 15 yaşında erkek hasta kliniğimize sağ gözde bulanık görme şikayeti ile başvurmuştu. Sağ gözde en iyi düzeltilmiş görme keskinliği (EDGK) 20/100 sol gözde ise 20/20 idi. Fundus muayenesi koroidal osteom ile uyumlu arka kutupta turuncu-sarı renkli, hafif kabarıklık, iyi sınırlı lezyon şeklindeydi. Fundus florescein anjiyografide erken dönem hiperfloresans ve geç boyanma şeklinde idi. Koroidal neovasküler membran ile uyumlu bulgu görülmedi. B-scan ultrasonografi ve orbita BT görüntüleri koroidal osteom ile uyumlu idi. Optik koherens tomografide (OKT) sağ göz makülada subretinal sıvısı (SRS) mevcuttu. Tedavi için 1mg/kg-10 gün oral prednisolon başlandı. Birinci haftanın sonunda yapılan OKT de SRS kaybolmuş, hastanın EDGK 20/20 düzeyinde idi. Altı aylık kontrol sonucu hastanın kliniği stabil görme düzeyi 20/20 idi.

Anahtar Kelimeler: Koroidal osteoma, subretinal sıvı, prednisolon.

ABSTRACT

A 15-year-old male patient admitted to our department with the complaint of painless blurring in the right eye in whom we diagnosed choroidal osteoma (CO). On examination, best corrected visual acuity (BCVA) was 20/100 in the right eye and 20/20 in the left eye. Fundus examination showed an orange-yellow, slightly elevated plaque with scalloped, well-defined margins in the posterior pole, consistent with a CO in the right eye. On fundus fluorescein angiography the lesion showed early patchy hyperfluorescence and late staining with no evidence of choroidal neovascular membrane. B-scan ultrasonography and orbital BT revealed findings consistent with CO. Optical coherence tomography (OCT) demonstrated subretinal fluid (SRF) of the macula in the right eye. For the treatment of SRF we suggested oral prednisolone therapy (1mg/kg) for 10 days. One week later, complete resolution of SRF was seen on OCT, with improvement of BCVA to 20/20 in the right eye. The patient remained stable for 6 months after the treatment with a final BCVA of 20/20.

Key Words: Choroidal osteoma, subretinal fluid, prednisolone.

- 1- M.D. Ankara Atatürk Training and Research Hospital, Eye Clinic, Ankara/TURKEY
ARIKAN YORGUN M., mclarkn@yahoo.com
TOKLU Y., ystoklu@yahoo.com
- 2- M.D. Asistant, Yıldırım Beyazıt University, Faculty of Medicine, Department of Ophthalmology, Ankara/TURKEY
MUTLU M., melekmutlu06@gmail.com
- 3- M.D. Associate Professor, Yıldırım Beyazıt University, faculty of Medicine, Department of Ophthalmology, Ankara/TURKEY
ÇAKMAK H.B., hbcakmak@gmail.com

Geliş Tarihi - Received: 04.02.2014
Kabul Tarihi - Accepted: 01.04.2014
Ret-Vit 2014;23:167-170

Yazışma Adresi / Correspondence Address: M.D., Asistant, Melek MUTLU
Yıldırım Beyazıt University, Faculty of Medicine, Department of
Ophthalmology, Ankara/TURKEY

Phone: +90 312 291 25 25
E-Mail: melekmutlu06@gmail.com

GİRİŞ

Koroidal Osteoma koroidin kalsifikasyonu ile seyreden diğer yönden sağlıklı gençlerde görülen benign karakterli nadir bir tümördür. Fundus muayenesinde diskin yanında veya arka kutupta hafifçe kabarıklık belirgin sınırlara sahip sarı-beyaz veya portakal renginde lezyon olarak görülür.¹ Çoğu hasta asemptomatiktir. Klinikte görme azalması ve metamorfopsi görülebilir ve %56 hastada görme prognozu kötü seyrederek ($\leq 20/200$). Görme azalması tümör lokalizasyonu, koroidal neovasküler membran(KNM), subretinal sıvı, retina pigment epitel değişikliği, tümör dekalsifikasyonu gibi nedenlerle oluşabilir.¹ Koroidal osteoma görülen hastaların 1/3 ve fazlasında KNM gelişir ve buna bağlı subretinal sıvı ve seröz retina dekolmanı görülebilir.² Subretinal sıvı ve seröz retina dekolmanı, koroidal neovaskülarizasyon mevcudiyeti olmadan da gelişebilmektedir. İki durumun ayırımında fundus fluorescein anjiyografi faydalı olmaktadır.

Koroidal osteoma ile KNM birlikteliğinde farklı tedavi metodları uygulanmıştır. Lazer fotokoagülasyon, transpupiller termoterapi, fotodinamik tedavi gibi tedaviler retinada hasara neden olabilmekte ve subfoveal KNM lerde görme keskinliğinde azalmaya neden olabilmektedir.³⁻⁴



Resim 1: Sağ gözde makülayı içine alan geniş osteoma.

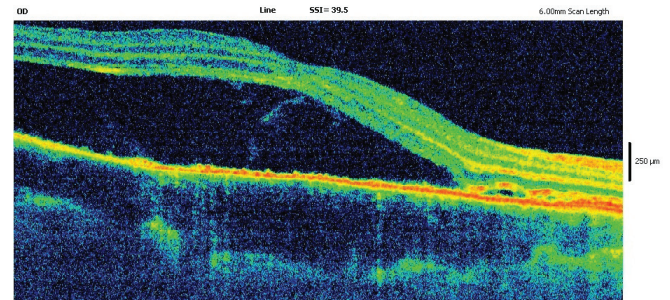


Resim 3: FFA'de geç döneminde yaygın hiperfloresans.

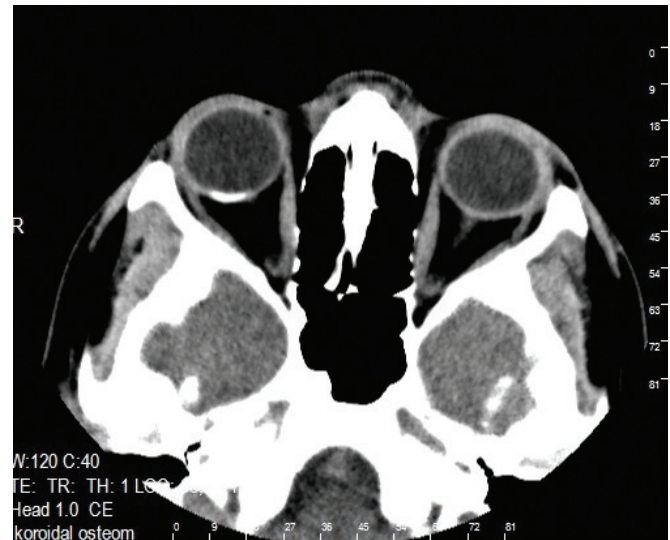
KNM ilişkili olmayan subretinal sıvının tedavisinde ise faydası gösterilen yeterli tedavi modeli bulunmamaktadır. Bu çalışmada oral steroid ile tedavi edilen subretinal sıvı ve koroidal osteoma birlikteliği olan bir olguyu değerlendirmeyi amaçladık.

OLGU SUNUMU

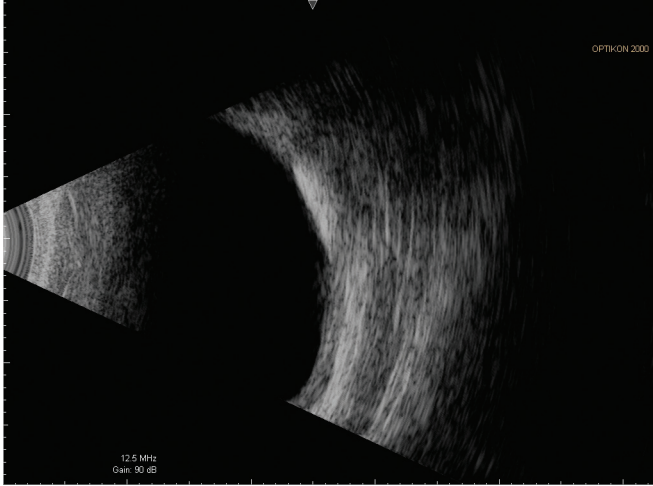
On beş yaşında erkek hasta sağ gözde ağrısız görme azalması nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın en iyi düzeltilmiş görme keskinliği sağ gözde 2/10 solda ise 10/10 seviyesindeydi. Bilinen sistemik hastalığı ve ilaç kullanım öyküsü yoktu. Ön segment muayenesi ve göz içi basınçları normaldi. Hastanın fundus incelemesinde sağ göz arka kutupta turuncu-beyaz renkli retina yüzeyinden kabarıklık göstermeyen makülayı içine alan lezyon görüldü. Sol göz doğaldı (Resim 1). Hasta fundus florescein anjiyografi (FFA), optik koherens tomografi (OKT), orbita ultrasonografisi (USG) ve orbita bilgisayarlı tomografisi (BT) ile değerlendirildi. OKT de sol göz doğal iken sağ gözde subretinal sıvı eşliğinde seröz maküla dekolmanı tespit edildi (Resim 2). FFA da sağ gözde erken dönemde başlayan geç dönemde devam eden hiperfloresans ve subretinal sıvı ile uyumlu sızıntı izlendi. KNM bulgusu görülmedi (Resim 3). Orbita BT de sağ orbita koroid düzeyinde kemik dansitede radyopak plak saptandı (Resim 4).



Resim 2: OCT'de maküla altında subretinal sıvı koroidal osteomaya sekonder gölgelenme.



Resim 4: Orbita BT de sağ göz arka kutupta kemik yoğunluğunda koroidal plak görünümü.



Resim 5: USG'de sağ gözde yüksek internal yansıma gösteren kitle ve arkasındaki akustik gölgelenme.

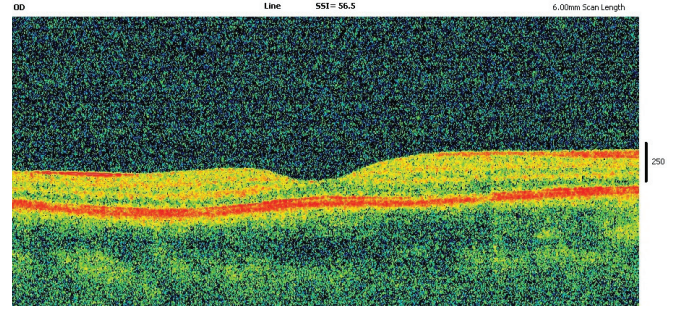
Orbita USG sinde ön segment ve orbitada gölgelenme gösteren hiperekojenik kitle görünümündeydi (Resim 5). Kan tetkikleri normal sınırlardaydı. Bu bulgularla mevcut lezyonun koroidal osteoma olduğu ve buna ikincil maküla ödemi geliştiği düşünüldü. Hastaya 10 gün süre ile oral 1 mg/kg prednizolon tedavisi verildi. 1. hafta ve 1. ay kontrollerinde sağ gözde görme düzeyi tam seviyesine çıkarken OKT ve FFA incelemelerinde subretinal sıvının tamamen düzeldiği görüldü (Resim 6). Üçüncü ay kontrolünde görme seviyesi tam seviyesinde ve OKT doğal görünümdeydi. Tedaviye bağlı herhangi bir yan etki görülmedi.

TARTIŞMA

Koroidal osteoma tüm koroid katlarını tutan süngerimsi kemik yapıdan oluşan benign, intraoküler bir tümördür. Etyopatogenezi çok aydınlatılamayan bu tümör jukstapapiller veya maküler alanda turuncu-sarı plak şeklinde görülür.

Koroidal osteomanın; amelanotik koroidal melanom, metastatik koroidal karsinom, koroidal hemanjiom, metastatik ve distrofik kalsifikasyon, skatrisyel maküler dejenerasyon ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır.⁵ Patolojik tanının mümkün olmaması nedeniyle klinik olarak ayırımı yapılamayan olgularda USG, BT gibi tetkiklerde tümörün osseöz yapısının ortaya konulması tanıyı sağlar. Bizim olgumuzda USG ve BT de koroidal seviyede lezyonun osseöz yapısının gösterilmesi koroidal osteoma tanısını düşündürmüştür.

Koroidal osteomada primer lezyonun belirli bir tedavisi bulunmamaktadır. Osteomaya ikincil gelişen komplikasyonlar tedavi edilebilmektedir. Osteomaya ikincil gelişen KNM tedavisinde termal lazer fotokoagülasyon, fotodinamik tedavi, transpupiller termoterapi uygulanan vakalar tanımlanmıştır. Ancak anti VEGF tedavilerin gündeme gelmesi ile bu tedavilerin uygulanımı azalmıştır.



Resim 6: Tedavi sonrası 1. ay OCT görünümü.

Song ve ark.,⁶ koroidal osteoma ve KNM birlikteliğinde ranibizumab tedavisini uygulamış ve başarılı sonuç aldıklarını rapor etmişlerdir. Koroidal osteomada KNM tedavisinde intravitreal bevacizumab tedavisinin etkinliğini gösteren vaka serileri sunulmuştur.⁷⁻⁹ Fotodinamik tedavi ve intravitreal ranibizumab tedavisinin CNM ve koroidal osteoma birlikteliğinde enjeksiyon sayısını azalttığı bildirmiştir.¹⁰

Subretinal sıvı, KNM birlikteliğinde görülebildiği gibi KNM yokluğunda daha sık görülmektedir. Tedavisi CNM birlikteliğinde görülenden farklılık arz etmektedir. Song ve ark., KNM görülmeyen SRS gelişen 6 olguda intravitreal bevacizumab tedavisinin etkin olduğunu belirtmişlerdir. Ortalama 11.3 ay takip edilen olgularda ortalama 2 enjeksiyon yapılmıştır. Tüm olgularda subretinal sıvı kaybolurken, 6 olgunun 5 inde görme keskinliği artışı sağlanmıştır.¹¹

Koroidal osteomada KNM bulunmadan subretinal sıvı oluşumunun nedeniyle ilgili birkaç teori bulunmaktadır. Osteoma üzerinde nokta şeklinde sızıntı alanları bulunabilmekte ve bu alanlar FFA da sızıntı noktası olarak görülebilmektedir. Bizim olgumuzda FFA da benzer görünüm bulunmamaktadır. Bir diğer teoride subretinal sıvı akümüasyonu ve emilimi arası dengenin osteoma nedeniyle bozulması sonucu subretinal alanda sıvı birikimi olduğu düşünülmektedir. Osteoma; üzerindeki retina pigment epitelinde ve bruch membranda atrofiye neden olmakta, retina pigment epitelini yeterince sağlayamamaktadır. Sıvı, dejenere olan dış retina bariyerini kolayca aşarak subretinal alanda birikim göstermektedir.¹ Sistemik steroid tedavisinin koroidal osteoma nedeniyle oluşan subretinal sıvı tedavisinde etki mekanizması bilinmemekle birlikte koroidal damarlarda vasküler permeabilite artışını düzenleyerek subretinal sıvının emilimini kolaylaştırıldığı düşünülebilir.

Bizim olgumuzda da KNM bulunmadan seröz maküla dekolmanı nedeniyle görme keskinliğinde azalma görülmüştür. Hastanın genç yaşı ve KNM bulunmaması dikkate alındığında geçerli bir tedavi yaklaşımı literatürde bulunmamaktadır. Biz olgumuzda sistemik steroid tedavisi uygulayarak başarılı cevap aldık.

Sonuç olarak, bu olgumuzda oral sistemik steroid uygulaması, koroidal osteomaya ikincil gelişen subretinal sıvı tedavisinde görsel ve anatomik olarak başarılı bulunmuştur. Günümüzde uygulanan intravitreal tedavilere kıyasla noninvazif, tekrarlanabilir ve güvenlidir. Tedavinin yeterli etkinliğinin gösterilebilmesi için hastanın uzun dönem takibi ve kapsamlı klinik çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

KAYNAKLAR/REFERENCES

1. Shields CL, Shields JA, Augsburger JJ. Choroidal osteoma. *Surv Ophthalmol* 1988;33:17-27.
2. Aylward GW, Chang TS, Pautler SE, et al. A long-term follow-up of choroidal osteoma. *Arch Ophthalmol* 1998;116: 1337-41.
3. Rose SJ, Burke JF, Brockhurst RJ. Argon laser photocoagulation of a choroidal osteoma. *Retina* 1991;11:224-8.
4. Hoffman ME, Sorr EM. Photocoagulation of subretinal neovascularization associated with choroidal osteoma. *Arch Ophthalmol* 1987;105:998-9.
5. Kadrmas EF, Weiter JJ. Choroidal osteoma. *Int Ophthalmol Clin.* 1997;37:171-82.
6. Song MH, Roh YJ. Intravitreal ranibizumab in a patient with choroidal neovascularization secondary to choroidal osteoma. *Eye (Lond)* 2009;23:1745-6.
7. Narayanan R, Shah VA. Intravitreal bevacizumab in the management of choroidal neovascular membrane secondary to choroidal osteoma. *Eur J Ophthalmol* 2008;18:466-8.
8. Ahmadi H, Vafi N. Dramatic response of choroidal neovascularization associated with choroidal osteoma to the intravitreal injection of bevacizumab (Avastin). *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2007;45:1731-3.
9. Shields CL, Salazar PF, Pedro F, et al. Intravitreal bevacizumab (Avastin) and ranibizumab (Lucentis) for choroidal neovascularization overlying choroidal osteoma. *Retin Cases Brief Rep* 2008;2:18-20.
10. Zenith H.Y. Wu Michelle Y.Y. Wong, et al. Term follow-up of intravitreal ranibizumab for the treatment of choroidal neovascularization due to choroidal osteoma case rep *Ophthalmol* 2012;3:200-4.
11. Song JH, Bae JH, Rho MI, et al. Intravitreal bevacizumab in the management of subretinal fluid associated with choroidal osteoma. *Retina* 2010; 30:945-51.