

Gebe Bir Olguda Gelişen Santral Seröz Koryoretinopatinin Klinik Seyri ve Optik Koherans Tomografi Bulguları

Mehmet BALBABA*, Fatih ULAŞ**, Turgut YILMAZ***

ÖZET

Bu olgu sunumunda gebe bir olguda saptanan santral seröz koryoretinopatinin (SSKR) tanısı ve takibinde Optik Koherans Tomografi (OKT) bulguları değerlendirilmiştir. 30 yaşında 32 haftalık gebe olan ve sol gözde görme azlığı şikayeti ile kliniğimize konsülte edilen hastanın ilk OKT'sinde sağ göz doğal, sol gözde ise seröz nörosensöryel dekolman ve pigment epitel dekolmanı (PED) izlendi. Doğumu takiben yapılan kontrol OKT'sinde ise seröz nörosensöryel dekolmanın ve PED'nin düzeldiği gözlemlendi. İyi prognoza sahip olan SSKR, gebelikte doğumu takiben herhangi bir tedaviye gerek kalmadan kendiliğinden düzelebilmektedir.

Anahtar Kelimeler:

Santral seröz koryoretinopati, Optik koherans tomografi, Gebelik

Clinical Course and Optical Coherence Tomography Findings of Central Serous Chorioretinopathy in a Pregnant Case

SUMMARY

We evaluated the diagnosis and follow-up of a pregnancy associated central serous chorioretinopathy (CSCR) case with optical coherence tomography (OCT). A 30 years old patient who was in her 32nd week of pregnancy was referred to our clinic with the complaint of reduced visual acuity in her left eye. OCT scans revealed normal architecture in her right eye and serous neurosensory retinal detachment combined with pigment epithelium detachment (PED) in her left eye. Follow up OCT images after delivery revealed reattachment of serous neurosensory retinal detachment and the PED. Pregnancy associated CSCR has a favourable prognosis and may resolve following delivery without any intervention.

Key Words:

Central serous chorioretinopathy, Optical coherence tomography, Pregnancy

Giriş

Santral seröz koryoretinopati, retina pigment epitelinde (RPE) bir veya daha fazla odaktan sızıntı sonucu arka kupta retina altı sıvı birikimi ile karakterize bir klinik tablodur.¹ Akut ve kronik olmak üzere iki tipi mevcuttur. Akut tip, nörosensöryel retinanın ve/veya RPE'nin lokalize dekolmanı, görmede azalma, fundus flöresein anjiyografide (FFA) birkaç fokal sızıntı ile kendini gösterir.² Kronik tip ise RPE'de pigment değişiklikleri ve sığ retina altı sıvının kronik varlığı ile karakterizedir.²

Santral seröz koryoretinopati metamorfopsi, mikropsi, görmede bozulma, refraksiyonda hipermetropiye kayma,

kontrast duyarlılıkta azalma, renkli görme bozukluğu ve rölatif skotom gibi klinik bulgularla kendini gösterebilir.³ Semptomlar tipik olarak aylar sonra geriler ancak sıvı çekilmesinden sonra bile sürebilir.³

Santral seröz koryoretinopatinin tanısı ve takibinde fundus biyomikroskopisi, FFA ve OKT kullanılmaktadır. OKT, SSKR'de PED, seröz nörosensöryel dekolman ve buna bağlı retina kalınlaşmasının değerlendirilmesinde önemli yeri olan bir tanı yöntemidir.³

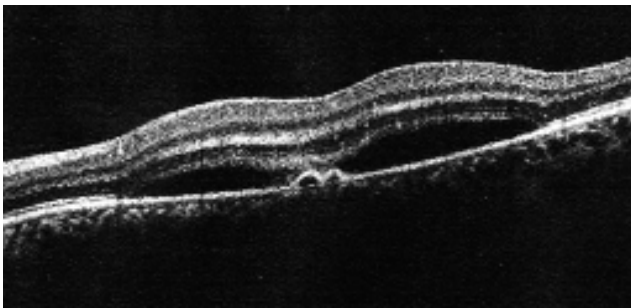
Santral seröz koryoretinopati özellikle 20-40 yaş arası erkeklerde daha sık olarak gözlenmektedir. Stres, steroidler, lupus eritamosus ve gebelik, hastalığın gelişimini indükleyebilir.⁴ Ayrıca bazı antibiyotikler, alkol kullanımı ve

allerjik solunum yolu hastalıkları gibi yeni risk faktörleri de tanımlanmıştır.⁵ SSKR, gebelerde nadiren görülse de, geliştiği olgularda gebeliğin genellikle son üç ayında meydana gelmektedir.⁶ Gebelikte gelişen SSKR'nin tanısını koymak için yapılabilecek FFA'nın fetüs üzerine olan etkileri tam olarak bilinmemektedir. Bu nedenle OKT, SSKR düşünülen gebelerde hem fetüs üzerine zararlı etkisi olmaması, hem de invazif olmayan bir yöntem olması nedeniyle ayırıcı tanının yapılmasında FFA'dan daha öncelikli bir seçenektir.

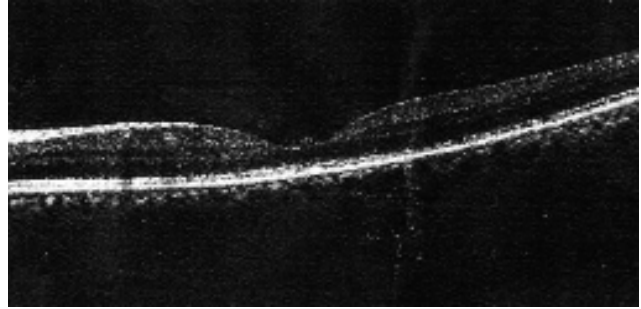
Bu olgu sunumunda gebelikte SSKR gelişen bir hastanın tanı ve takibinde OKT ile maküla bulguları değerlendirilmiştir.

Olgu Sunumu

Otuz yaşında, 32 haftalık gebe hasta, Kadın Doğum bölümünden kliniğimize sol gözde görme azalması şikayeti ile konsülte edildi. İkinci gebeliği olan hastanın ilk gebeliğinde herhangi bir probleminin olmadığı öğrenildi. Hastanın anamnezinde steroid kullanımı, preeklampsisi, allerjik solunum yolu hastalığı ve herhangi bir sistemik hastalık mevcut değildi. Yapılan görme muayenesinde, sağ gözde görmesi tam, sol gözde ise 0,2 düzeyindeydi. Biyomikroskopik muayenesinde ön segment doğal olarak izlendi. Pupilla genişletilerek yapılan fundus muayenesinde sağ göz doğal olarak izlenirken sol gözde seröz maküla dekolmanı tespit edildi. Hastanın gebe olması nedeni ile OKT (Nidek RS-3000, Nidek Co., Ltd, Japonya) çekildi. OKT'de sağ göz doğal olarak izlenirken, sol gözde fovea merkezini de içine alan seröz nörosensöryel dekolman ve beraberinde RPE tabakasında kubbe şeklinde kabarıklık gösteren PED olduğu gözlemlendi (Şekil 1). SSKR tanısı konan hastaya durum anlatılarak herhangi bir müdahale yapılmaksızın takip önerildi. Hastanın doğuma kadar olan takiplerinde bulgularında herhangi bir değişiklik gözlenmedi. Doğumdan 1 ay sonraki kontrolünde görme düzeyinin 0,7 seviyesine çıktığı, yapılan kontrol OKT'sinde seröz nörosensöryel dekolmanın ve PED'in yatıştığı gözlemlendi (Şekil 2).



Şekil 1: Sol göz, gebeliğin 32. haftasındaki OKT görüntüsü



Şekil 2: Sol göz, doğumdan 1 ay sonraki OKT görüntüsü

Tartışma

İlk defa 1967 yılında Gass tarafından tarif edilen SSKR'nin patogenezi hala tam olarak aydınlatılmamıştır.¹ RPE hücreleri arasındaki sıkı bağlantıdaki bir defekt sonucunda koroidden kaynaklanan sıvının subretinal boşluğa geçişi sorumlu olarak tutulmaktadır.¹ Koroid dolaşımının otoregülasyonunu bozan sistemik durumlarda da SSKR gözlenmektedir.⁵

Gebelerde SSKR gelişme mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte, serbest dolaşan endojen kortizol seviyesinin artmasının etken olabileceği bildirilmiştir.⁷ Gebelerdeki SSKR'nin önemli bir özelliği de retina altı fibrinöz kaçakların gözlenmesidir.⁸ Gebe olmayanlarda bu lezyonun görülme sıklığı %20 olarak bildirilirken, gebe olanlarda bu oran %90 gibi yüksek oranlara çıkmaktadır.⁸ Bu fibrinöz kaçaklar yanlışlıkla fokal retinit veya subretinal neovaskülarizasyon olarak yorumlanabileceğinden, ayırıcı tanı oldukça önemlidir.⁴ Gebe olan hastalarda, retina altındaki bu fibrinöz kaçakların yüksek prevalansının sebebi tam olarak bilinmemektedir.⁹ İida ve ark., yaptıkları çalışmada 23 SSKR'li gözün 4'ünde OKT'de nörosensöryel retina ile RPE altında köprü oluşturan, yüksek yansıtıcılıkta bir yapı olduğunu göstermişler ve ışık mikroskopisinde bu lezyonun RPE üzeri ve retina altına yerleşmiş fibrinöz kaçaklar olduğunu kanıtlamışlardır.⁹ Bizim olgumuzda da fundus muayenesinde fibrinöz kaçak olarak değerlendirebileceğimiz gri- beyaz lezyonlar gözlenmiştir.

Santral seröz koryoretinopatinin tanısının doğru olarak konulmasında, tedavi ve takibinde FFA ve OKT oldukça önemli tetkiklerdir. FFA ile aktif sızıntı noktasının yeri ve büyüklüğünün yanı sıra flöreseinin geç dönemde dekolman altına sızması ile seröz nörosensöryel dekolmanın sınırları belirlenir. OKT ise retinanın kesit görüntülerinin alınarak bu görüntülerdeki yükseklik değişikliklerinin niceliksel olarak değerlendirildiği bir görüntüleme yöntemidir. Ayrıca seröz dekolmanın sığ olduğu gözlerde bu tekniğin yüksek çözünürlüğü ve retina ile seröz sıvı arasındaki belirgin optik yansıma farklılığı nedeniyle kolaylıkla tanı

konabilmektedir. Ayrıca OKT ile yapılan takiplerde retina altı sıvılardaki gerilemeyi göstermek mümkün olmaktadır.⁹ Bu olguya akut dönemde FFA uygulanmamış olup, yapılan OKT incelemesinde seröz maküla dekolmanı ve PED net olarak ortaya konmuştur (Şekil 1). Olgunun doğumu takiben 1 ay sonraki kontrolünde ise görmenin belirgin olarak arttığı ve yapılan OKT’de seröz maküla dekolmanı ve PED’in yatıştığı gözlenmiştir (Şekil 2).

Santral seröz koryoretinopati olguların birçoğunda birkaç ay içinde geriler ve görme keskinliği önemli ölçüde artar ancak hastaların %30’unda 1 yıl içerisinde atak tekrarı görülebilmektedir.¹⁰ Olguların %5’inde hastalık 6 aydan fazla sürer ve kronikleşir, SSKR’de önceki ataklar sekel bıraktıysa ve görme düzeyi hastanın günlük yaşamını etkiliyorsa aktif tedavinin düşünülmesi gerekmektedir.¹⁰ Tedavide, medikal tedavi ve lazer fotokoagülasyonun yanı sıra son yıllarda fotodinamik tedavi (PDT) ve intravitre-

al bevacizumabın da görme keskinliğinde artış sağladığı bildirilmiştir.^{11,12} Bizim olgumuzda ise, doğumdan bir ay sonra görme keskinliğinde artış ve OKT’de seröz maküla dekolmanının yatıştığı izlenmiş olup, herhangi bir tedaviye ihtiyaç kalmamıştır.

Sonuç

Gebelik, kişinin hemodinamik, biyolojik ve fizyolojik durumunda değişikliğe sebep olarak özellikle geç evrelerinde SSKR gelişimine eğilimi artırabilir. FFA yapılamayan bu tip nadir ve özellikli olgularda, OKT seröz maküla dekolmanı ve/veya PED’in değerlendirilmesinde ve ayırıcı tanıda önemli yeri olan bir yöntemdir. Gebelerde gelişen, OKT ile ayırıcı tanısı yapılabilen SSKR, genellikle doğumu takiben herhangi bir tedaviye gereksinim kalmadan düzelebilmektedir.

Kaynaklar

1. Gass JDM. Pathogenesis of disciform detachment of the neuroepithelium. II. Idiopathic central serous chorioretinopathy. Am J Ophthalmol 1967;63:587-615.
2. Arvas S. Santral seröz koryoretinopati. Retina-Vitreus 2011; 19:75-8.
3. Batioğlu F. Aydın A. Atmaca L. Santral seröz retinopatinin tanı ve takibinde optik koherans tomografi. Retina-Vitreus 2002;10:148-55.
4. Sunnes JS. Haller JA. Fine SL. Central serous chorioretinopathy and pregnancy. Arch Ophthalmol 1993;111:360-4.
5. Haimovici R. Koh S. Gagnon DR. et al. Central Serous Chorioretinopathy Case-Control Study Group. Risk factors for central serous chorioretinopathy: a case control study. Ophthalmology 2004;111:244-9.
6. Quillen DA. Gass DM. Brod RD. et al. Central serous chorioretinopathy in women. Ophthalmology 1996;103:72-9.
7. Bouzas EA. Scott MH. Mastorakos G. et al. Central serous chorioretinopathy in endogenous hypercortisolism. Arch Ophthalmol 1993;111:1229-33
8. Gass JDM. Central serous chorioretinopathy and white subretinal exudation during pregnancy. Arc Ophthalmol 1991; 109:677-81.
9. Iida T. Hagimura N. Sato T. Kishi S. Evaluation of central serous chorioretinopathy with optical coherence tomography. Am J Ophthalmol 2000;129:16-20.
10. Aggio FB. Roisman L. Melo GB. et al. Clinical factors related to visual outcome in central serous chorioretinopathy. Retina 2010;30:1128-34.
11. Taban M. Boyer DS. Thomas EL. et al. Chronic central serous chorioretinopathy: photodynamic therapy. Am J Ophthalmol 2004;137:1073-80.
12. Niegel MF. Schrage NF. Christmann S. Degenring RF. Intravitreal bevacizumab for chronic central serous chorioretinopathy. Ophthalmology 2008;105:943-5.

Kimlik

Geliş Tarihi: 13.09.2011

Kabul Tarihi: 26.11.2011

* Uzm.Dr., Malatya Özel EGM Hayat Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniği, Malatya

** Yrd.Doç.Dr., Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bolu

*** Prof.Dr., İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Malatya

Yazışma Adresi: Can Mehmet Balbaba, Özel EGM Hayat Hastanesi Kışla Cad. No:37, Malatya

e-posta: mbalbaba@yahoo.co.uk