

Bir Hekimde Çalışma Koşullarına Bağlı Aynı Anda Gelişen Bilateral Santral Seröz Koryoretinopati

Bilateral Simultaneously Central Serous Choroidoretinopathy in a Physician Related to Working Conditions

Mutlu Cihan DAĞLIOĞLU¹, Mesut COŞKUN¹, Fatih ADIBELLI², Nilüfer İLHAN¹, Esra TUZCU¹

ÖZ

Kırk yaşında mesleği doktorluk olan hasta, her iki gözde hafif derecede görme azalması ve baktığı nesnelere karanlık görme şikayetiyle başvurdu. Her iki gözde görme keskinliği 9/10 seviyesindeydi ve tashihle artış göstermedi. Göz içi basıncı her iki gözde 14mmHg olarak ölçüldü. Bilateral ön segment muayenesi doğal, fundus muayenesinde her iki gözde fovea refle kaybı vardı. Maküler bölgede seröz dekolman gözlenmedi. Optik koherans tomografi (OKT)'de sığ bir santral seröz koryoretinopati (SSKR) gözlemlendi. Sistemik bir hastalığı mevcut değildi. Ancak bir ay önce yeni geçtikleri "aile hekimliği sistemi" nedeniyle bir hayli stresli olduğunu söyledi. Hastaya iş ortamından bir süre uzaklaşması önerildi ve herhangi bir tıbbi tedavi verilmedi. İki ay sonra hastanın şikayetleri tamamen düzeldi. Retina tabakalarındaki iyileşme OKT ile görüntülendi.

Anahtar Kelimeler: Bilateral santral seröz koryoretinopati, stres.

ABSTRACT

Central Serous Chorioretinopathy (CSR) is commonly seen in young men, and self limited retinal disease. There are several treatments for this disease but usually %90 self limitation can be seen in young men in a few months. Emotional Stress is the leading factors of the pathogenesis of this disease. We here represent clinical and OCT features of a bilateral CSR case whose job is family doctor. There is no any other stress factor in his life but his job instability. Medical profession is one of the most stressful vocation, in this case we want to conclude that CSR in a young physician.

Key Words: Bilateral central serous chorioretinopathy, stres.

- 1- M.D. Asistant Professor, Mustafa Kemal University Faculty of Medicine, Department of Ophthalmology, Hatay/TURKEY
DAGLIOGLU M.C., mutluaysen@hotmail.com
COSKUN M., drmesutcoskun@hotmail.com
ILHAN N., niluferilhan@gmail.com
TUZCU E.A., drayhant@hotmail.com
- 2- M.D., Special Maya Eye Hospital, Adana/TURKEY
ADIBELLI F., fadibelli@yahoo.com

Geliş Tarihi - Received: 04.02.2013
Kabul Tarihi - Accepted: 08.06.2013
Ret-Vit 2014;22:239-241

Yazışma Adresi / Correspondence Address: M.D. Asistant Professor,
Mutlu Cihan DAGLIOGLU
Mustafa Kemal University, Faculty of Medicine, Department of
Ophthalmology, Hatay/TURKEY

Phone: +90 542 687 79 50
E-Mail: mutluaysen@hotmail.com

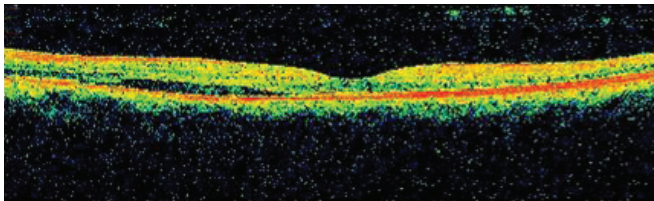
GİRİŞ

Santral seröz korioretinopati (SSKR) retina pigment epitelindeki bir veya daha fazla odakta kaynaklanan sıvıya bağlı arka kutupta retina altında sıvı birikmesidir.¹ Sıklıkla maküla tutulur. Bu olgularda mikropsi, metamorfopsi ve göreceli santral skotom olur.² Göme normal olabilmekle birlikte, genellikle hafif-orta derecede azalır. Çoğunlukla 20-50 yaş arasında ve daha çok erkeklerde görülür.³ Hasta hikayesi sıklıkla tanıya yardımcı olmakla birlikte, fundus muayenesinde foveal refle kaybı ve seröz dekolman görülür. Dekole retina, altındaki seröz sıvı nedeniyle veziküle benzer şekildedir ve dekolmanın sınırlarında parlak refle seçilebilir. Fundus floresein anjiyografide (FFA) koroidden sızan boya, retina pigment epitelini (RPE) geçerek subretinal alanda birikir. Optik koherens tomografi (OKT), SSKR'nin tanı ve takibinde invaziv olmayan, kolaylıkla tekrarlanabilen oldukça yararlı bir görüntüleme aracıdır. OKT ile takipler sırasında subretinal sıvının gerilemesi daha net gösterilebilmektedir.⁴

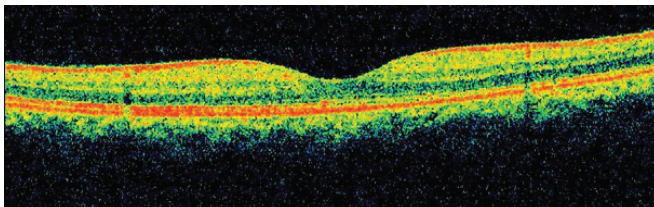
Semptomlar genellikle birkaç ay içinde kendiliğinden düzelir. İlerleyen ve kronikleşen olgularda medikal tedavi, vitre içine ilaç verilmesi, fotodinamik tedavi (FDT) ve argon lazer fotokoagülasyon (ALFK) uygulanabilir.

OLGU SUNUMU

Olgumuz 40 yaşında hekimlik yapan bir erkek hastaydı. Her iki gözde görme keskinliğinde hafif azalma ve baktığı yeri hafif karanlık görme şikayetiyle başvurdu. Görme keskinliği her iki gözde 9/10 idi, tashihle görme keskinliği artmadı. Göz içi basıncı her iki gözde 14mmHg ölçüldü. Ön segment bulguları doğaldı. Fundus muayenesinde her iki gözde foveal refle kaybı vardı. Makülada seröz dekolman gözlenmedi. OKT ile her iki gözde makülada duyusal retina dekolmanı tespit edilmesi ile SSKR teşhisi konuldu.



Resim 1: Hastanın ilk muayenedeki OKT görüntüleri.



Resim 2: Hastanın 2 ay sonra çekilen OKT'de yatışık retinal görünüm.

Olgumuzun herhangi bir sistemik hastalık hikayesi yoktu. Ancak yeni geçtikleri aile hekimliği sistemi nedeniyle iş yaşamından kaynaklanan ve tüm hayatını olumsuz etkileyen ciddi stresi olduğunu söyledi. Bu sistemin alışageldikleri sistemden farklı olarak hekimlere fazla iş yükü ve ağır sorumluluklar getirdiğini belirtti. Daha önce gözü ile ilgili bir sıkıntısının olmadığını ifade etti.

Hastaya stresli çalışma ortamından uzaklaşması tavsiye edilip herhangi bir tedavi verilmeden takibe alındı. İki ay sonra kontrole geldiğinde şikayetleri tamamen düzelmisti. Görme keskinliği düzeltmesiz 10/10 olarak ölçüldü. Kontrol OKT'de dekolle retinanın yatıştığı görüldü.

TARTIŞMA

SSKR'nin etyolojisi kesin olarak bilinmese de, RPE fonksiyon bozukluğunun rol oynadığı düşünülmektedir.⁵ SSKR'nin stres altında bulunma, kortikosteroid kullanma ve A tipi kişilik yapısı ile belirgin bir ilişkisi vardır.^{6,7} SSKR'li hastalarda dolaşımdaki adrenalin ve kortizol miktarının arttığı gösterilmiştir.^{6,7} Aşırı stres varlığında artan glukokortikoidler koryokapillariste vasküler geçirgenliği artırır. Bruch membranının ana komponenti olan kollajen yapımını inhibe ederler. Ayrıca RPE'deki defektin onarılmasını da geciktirebilir. Bu nedenle glukokortikoidlerin aşılma sanıldığından daha fazla var olan subklinik SSKR'yi agreve ederek, ortaya çıkardığı da iddia edilmiştir.⁸

SSKR çoğunlukla görsel prognoz açısından sekel bırakmadan kendiliğinden iyileşen bir patolojidir. Ancak görmeyi düzelmediği ağır olgularda medikal tedavi⁹, ALFK¹⁰, PDT¹¹ ve vitre içine damarsal büyüme faktör enjeksiyonu¹² gibi seçenekler uygulanabilir.

Hastamız, muayene için geldiğinde bile rahatsızlığının ciddi olmadığını düşünüyordu. O yüzden invaziv bulunduğu FFA'yı çektirmek istemedi. OKT çekilmesini kabul etti.

Fundus muayenesinde belirgin bir seröz dekolman yoktu. Hastamızda metamorfopsi yakınması yoktu. Bu durum, SSKR'nin bilateral olması ve neredeyse iki gözde eşit derecede olmasıyla açıklanabilir. OKT'de RPE sağlam ve dekolman sığıdı. O yüzden takip edildi ve iki ay sonraki muayenede tablonun düzeldiği görüldü.

Sonuç olarak; dekolmanın sığ olduğu bilateral SSKR olgularında görsel yakınmalar çok belirgin olmayabilir. Ayrıca yoğun ve stresli koşullarda çalışan genç hekimler, SSKR için önemli bir risk grubu olabilir.

KAYNAKLAR/REFERENCES

1. Schatz H. Central serous chorioretinopathy and serous detachment of the retinal pigment epithelium. *Int Ophthalmol Clin* 1975;15:159-68.
2. Gilbert CM, Owens SL, Smith PD, et al. Long-term follow-up of central serous chorioretinopathy. *Br J Ophthalmol* 1984; 68:815-20.
3. Guyer DR, Gragoudois ES. Central serous chorioretinopathy. In: Albert DM, Jakobiec FA: *Principles and Practice of Ophthalmology*, WB Saunders Comp. Philadelphia 1994;818-25.
4. Batioğlu F, Aydın A, Atmaca LS. Santral seröz koroidoretinopatinin tanı ve takibinde optikal koherens tomografi. *Ret-Vit* 2002;10:148-55.
5. Marmor MF. On the cause of serous detachments and acute serous chorioretinopathy. *Br J Ophthalmol* 1997;81:812-3.
6. Yannuzzi LA. Type a behavior and central serous chorioretinopathy. *Trans Am Ophthalmol Soc* 1986;84:799-845.
7. Wynn PA. Idiopathic central serous chorioretinopathy- a physical complication of stress? *Occup Med* 2001;51:139-40.
8. Jampol LM, Weinreb R, Yannuzzi L. Involvement of corticosteroids and catecholamine in the pathogenesis of central serous chorioretinopathy: Arationale for new treatment strategies. *Ophthalmology* 2002;109:1765-6.
9. Aggio FB, Roisman L, Melo GB, et al. Clinical factors related to visual outcome in central serous chorioretinopathy. *Retina* 2010;30:1128-34.
10. Burumcek E, Mudun A, Karacorlu S, et al. Lazer photocoagulation for persistent central serous retinopathy: results of long-term follow-up. *Ophthalmology* 1997;104:616-22.
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, et al. Intravitreal bevacizumab for chronic central serous chorioretinopathy. *Ophthalmology* 2008;105:943-5.