

Koroid Osteomlu Bir Olgu

Metin ÜNAL¹, Mehmet Yasin TEKE¹, İbrahim TAŞKINTUNA¹, Esin FIRAT²

ÖZET

Amaç: Koroid osteomlu bir olguyu sunmak

Olgu Sunumu: Her iki gözde görme azlığı yakınması olan 30 yaşında, sağlıklı bayan hastanın görme keskinliği sağ gözde 3/10, sol gözde 10/200 saptandı. Her iki göz ön segment bulguları doğaldı. Fundus incelemesinde bilateral juxtapapiller yerleşimli makülaya uzanan sarı-beyaz lezyonlar görüldü. Fundus flöresein anjiyografide erken ve geç dönemde hiperflöresans izlendi. Koroid neovaskularizasyonu görülmedi. Ultrasonografide arkasında akustik gölgelenmesi olan hiperekoik koroidal kitle saptandı. Bilgisayarlı tomografide, bilateral koroid düzeyinde kemik dansitede radyopak plak görüldü.

Tartışma: Koroid osteomu klinik görünümü ve görüntüleme bulgularıyla diğer oküler tümörlerden ayrılır. Görme prognozu değişkendir. Hastaların yaklaşık 1/3'ünde gelişen koroid neovaskularizasyonuna(CNV) yönelik tedavi dışında koroid osteomuna spesifik tedavi seçeneği bulunmamaktadır. Hastalar tümörün genişlemesi ve özellikle CNV gelişimi açısından izlenmelidir.

ANAHTAR KELİMELELER : koroid osteomu, oküler tümörler

A CASE WITH CHOROIDAL OSTEOMA

SUMMARY

Purpose: To report a case with choroidal ostoma

Case report: We report a 30-year-old woman who sought medical help for blurred vision in both eyes. Her medical history was unremarkable. Visual acuities were 3/10 in the right eye and 20/200 in the left eye. Anterior segment examination of both eyes was in normal limits. Fundus examination of both eyes revealed yellow-white juxta-papiller lesions extending over the macula. Fundus fluorescein angiography showed early and late hyperfluoresence. There was no choroidal neovascularization. Ultrasonography showed hyperechoic choroidal mass that has acoustic shadowing bilaterally. Computerized tomography yielded radioopaque plaque of bone density bilaterally.

Discussion: Choroidal osteoma is distinguished from other ocular tumors by clinical appearance and imaging of the lesion. Prognosis of the vision is variable. There is no therapeutic modality specifically except for choroidal neovascularization which develops in 1/3 of eyes with choroidal osteoma. Patients must be followed for enlargement of the tumor and for especially choroidal neovascularization development. **Ret-vit 2001; Özel Sayı : 1 - 4.**

KEY WORDS : Choroidal osteoma, ocular tumors

1. Uzm. Dr., SSK Ulucanlar Göz Hst. Merk.ve Göz Bankası

2. Doç. Dr., SSK Ulucanlar Göz Hst.Merk. ve Göz Bankası

GİRİŞ

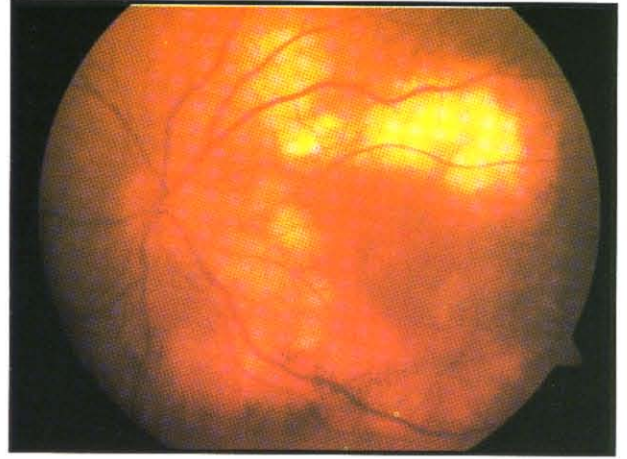
Koroid osteomu nadir görülen koroidin benin osseöz tümörüdür. İlk kez 1975'de Van Dyk ve arkadaşları tarafından sunulmuştur¹. 1978'de Gass 'koroid osteomu' tanımını kullanmıştır². Tipik olarak 2. ve 3. dekada sağlıklı kadınlarda görülür. Etyolojisi belli değildir³.

OLGU SUNUMU

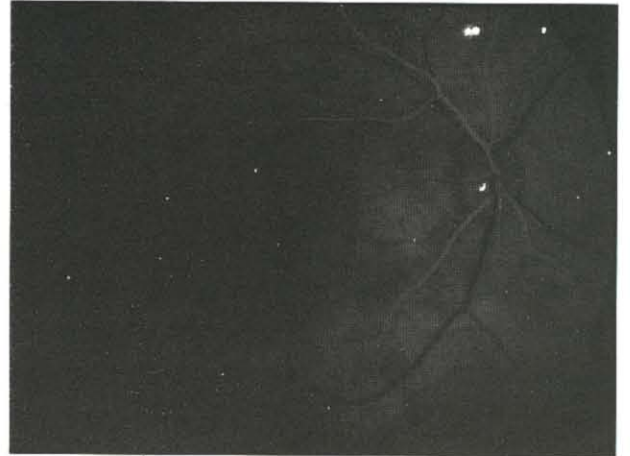
30 yaşında bayan hasta, kliniğimize her iki görmede azalma yakınmasıyla refere edildi. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Travma öyküsü yoktu.

Görmeleri sağda 3/10, solda 10/200 düzeyinde saptandı. Her iki göz ön segment bulguları doğaldı. Fundus incelemesinde her iki gözde juxtapapiller yerleşimli, vasküler arkad boyunca makülaya uzanan, sınırları silik, sarı-beyaz lezyonlar izlendi (Resim 1a-b) Hastanın rutin laboratuvar testleri, Ca ve P düzeyleri dahil normaldi.

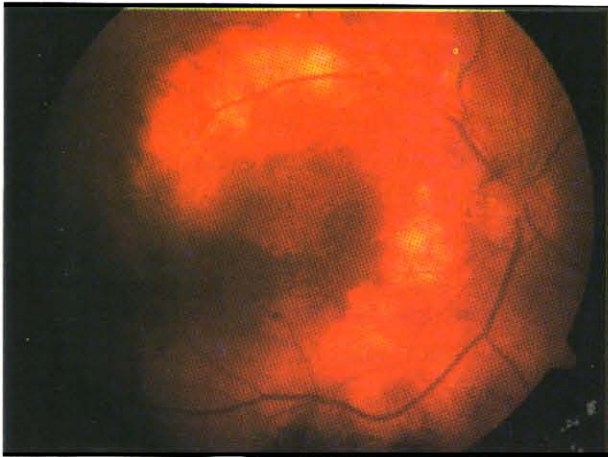
Fundus flöresein anjiyografisinde (FFA) erken dönemde başlayan, geç dönemde boyanma tarzında devam eden hiperflöresans izlendi (Resim 2a-b-c-d). Koroid neovaskülarizasyonu



Şekil 1b.
Sol göz fundus görünümü



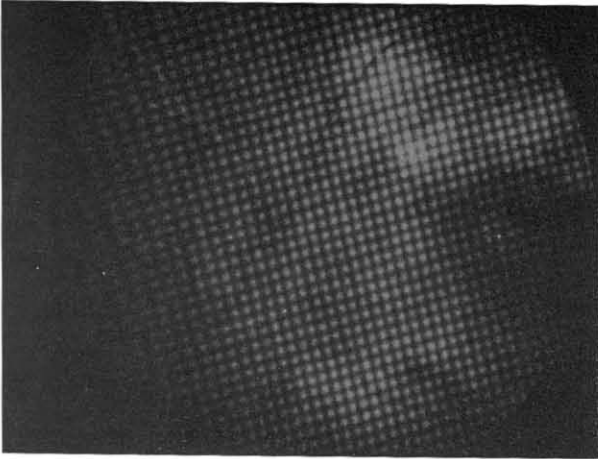
Şekil 2a.
Sağ göz FFA erken dönem



Şekil 1a.
Sağ göz fundus görünümü



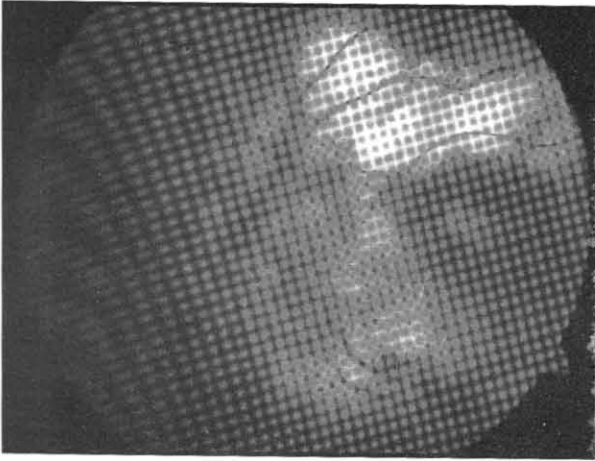
Şekil 2b.
Sağ göz FFA geç dönem



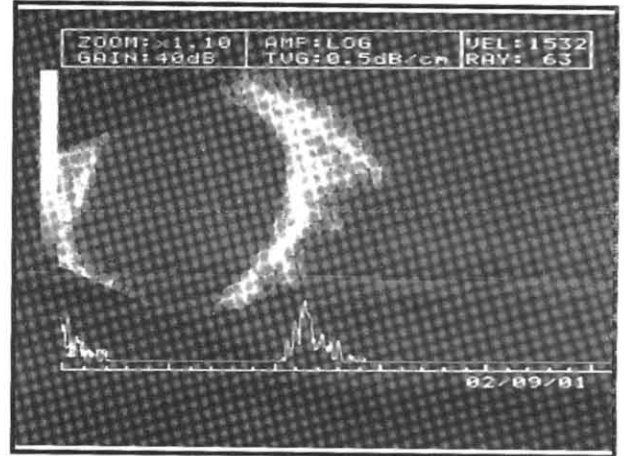
Şekil 2c.
Sol göz FFA erken dönem



Şekil 3a.
Sağ göz USG görünümü



Şekil 2d.
Sol göz FFA geç dönem



Şekil 3b.
Sol göz USG görünümü

(CNV) görülmedi. Ultrasonografide (USG) arkasında akustik gölgelenmesi olan, hiperekoik koroidal kitle izlendi (Resim 3a-b). Bilgisayarlı tomografide (BT) her iki gözde koroid düzeyinde kemik dansitede radyoopak plak saptandı (Resim 4).

Bu bulgularla hastada koroid osteomu olduğunu düşündük ve hastayı izleme aldık.

TARTIŞMA

Koroid osteomunun klinik görünümü ve görüntüleme bulguları tipiktir ve diğer oküler tümörlerden kolayca ayrılır. Etyolojisi bilinmemekle birlikte optik sinir ödemiyle



Şekil 4.
BT görünümü

birlikte olan reküren koroidit sonrasında ve reküren orbita inflamatuvar psödötümöründen sonra görüldüğü bildirilmiştir³.

Tipik olarak sağlıklı genç kadınlarda görülmekle birlikte nadiren erkeklerde, çocuklarda, 30 yaşından büyüklerde de bildirilmiştir². Koroid osteomu olgularının yaklaşık %75'i¹⁻⁴ bilateraldir ancak kantitatif BT'de klinik olarak unilateral olguların % 90'ında diğer gözde okkült osteom saptandığı belirtilmiştir⁵. Tanıda FFA, BT, USG, manyetik rezonans görüntüleme yararlıdır. Ayrıca indocyanine anjiyografi ve optik koherens tomografiden de yararlanılabilir⁶⁻⁷. Ayırıcı tanıda kalsifiye olmayan lezyonlardan; amelanotik koroid melanomu, amelanotik koroid nevüs, skatrisyel maküler dejenerasyon, metastatik karsinom, koroid hemanjiomu, posterior sklerit, kalsifiye lezyonlardan ise; metastatik kalsifikasyon, distrofik kalsifikasyon ve idiopatik sklerokoroidal kalsifikasyon düşünülmalıdır²⁻³.

Hastalar, asemptomatik olabileceği gibi, görmede azalma, metamorfopsi, skotomdan yakınırılar. Görmede azalma retina pigment epiteli ve sensör retina dejenerasyonuna veya koroid neovaskülarizasyonuna bağlı gelişir³. CNV, olguların yaklaşık 1/3'ünde gelişir ve avasküler zonun dışında ise laser fotokoagülasyon yapılır²⁻³. Koroid osteomunda uygulanabilen tek tedavi CNV'na yöneliktir. Koroid osteomunun kendisinin gelişimi ya da

ilerlemesine yönelik tedavi yoktur. Görme prognozu değişkendir. Hastaların %80'inde görme keskinliği ilk muayenede 20/30 ve üzerinde, %10'unda 20/200 ve altındadır³. Spontan reabsorpsiyon ve dekalsifikasyon olan olgular bildirilmiştir⁸⁻⁹.

Tümörün genişlemesi ve özellikle CNV gelişimi açısından hastalar izlenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Grand MG, Burgess DB, Singerman LJ, Ramsey J. Choroidal osteoma: treatment of associated subretinal neovascular membranes. *Retina* 1984;4:84-89
2. Kadrmas EF, Weiter JJ. Choroidal osteoma. *Int Ophthalmol Clin* 1997;37:171-182
3. Sharma S, Brown GC, Shields GC. Choroidal osteoma. In Ryan SJ, ed. *Retina*. St. Louis: Mosby, 2001:817-822
4. Shields CL, Shields JA, Augsburger JJ. Choroidal osteoma. *Surv Ophthalmol* 1988;33:17-27
5. Joki DHK, Tsai N, Kreps S. Detection of choroidal calcium by computed tomography scan quantitative computerized tomography. *Ophthalmology* 1999;106:1841-1846
6. Lafaut BA, Mestdagh C, Kohno T, Gaudric A, Laey JJD. Indocyanine green angiography in choroidal osteoma. *Graefe's Arch Clin Exp Ophthalmol* 1997; 235:330-337
7. Ide T, Ohguro N, Hayashi A, Yamamoto S, Nakagawa Y, Nagae Y, Tano Y. Optical coherence tomography patterns of choroidal osteoma. *Am J Ophthalmol* 2000;130:131-134
8. Buettner H. Spontaneous involution of a choroidal osteoma. *Arch Ophthalmol* 1990; 108:1517-1518
9. Trimble SN, Schatz H. Decalcification of a choroidal osteoma. *Br J Ophthalmol* 1991;75:61-63