

# Meme Kanserli Bir Olguda Seröz Retina Dekolmanı: Koroidal Metastaz mı? Santral Seröz Koryoretinopati mi?\*

Serous Retinal Detachment in a Case Of Breast Carcinoma:  
Choroidal Metastasis vs Central Serous Choroidoretinopathy

Erdem YÜKSEL<sup>1</sup>, Şengül ÖZDEK<sup>2</sup>, Berati HASANREİSOĞLU<sup>3</sup>

*Olgu Sunumu*

*Case Report*

## ÖZ

Bu yazıda, infiltratif duktal tip meme kanseri tanısı olan olguda, görme kaybı yapan seröz retina dekolmanının (SRD) etiyolojik ayırıcı tanısını yapmak amaçlanmıştır. Kırk dokuz yaşında, kadın hasta sol gözde bir haftadır olan görme kaybı şikayetiyle başvurdu. Sistemik sorgulamada, 5 yıl önce meme kanseri nedeniyle opere edildiği, kemoradyoterapi aldığı öğrenildi. Hasta, hipofiz mikroadenomu nedeniyle 10 mg deksametazon kullanıyordu ve uzun süredir kullandığı steroid tedavisine bağlı Cushing Sendromu şüphesiyle izlenmekteydi. Hastanın ilk başvuru sırasında, görme keskinliği (GK) sağda 1.0, solda 0.7, fundus muayenesinde, solda maküler eksudalar, flöresein anjiografide bilateral yaygın pencere defektleri ve OKT'de solda dış retinal katmanlarda ödem mevcut idi. Bu bulgularla ön tanı olarak santral seröz korioretinopati (SSKR) düşünülen ve takip önerilen hasta, 15 gün sonra ani görme kaybı ile döndü; muayenede GK; sağda 0.1, solda 1.5 mps ve bilateral seröz retina dekolmanı mevcut idi. Bu aşamada kullanmakta olduğu sistemik steroid kesildi. Bir ay sonra, GK sağda 0.7; solda 0.2, 7 ay sonraki kontrolünde ise GK sağda 1.0, solda 0.3 olup seröz retina dekolmanı tamamen çekilmiş idi. Hastadaki SRD'nin ve görme kaybının kendiliğinden düzelmesi metastatik tümörden ziyade SSKR'yi düşündürmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Santral seröz korioretinopati, seröz retina dekolmanı, koroidal metastaz.

## ABSTRACT

We aimed to describe serous retinal detachment (SRD) in a case with infiltrative ductal type breast cancer. A 49 year-old woman presented with blurry vision on her left eye for the last week. On her medical history, she had a surgery and chemotherapy 5 years ago because of breast cancer. She was on 10 mg dexamethazone treatment for hypophysis mikroadenoma and she was on follow up for suspected Cushing Syndrome. Her visual acuity (VA) was 1.0 on the right eye and 0.7 on the left with macular exudates in the right eye, bilateral window defects in fluorescein angiography, and edema of outer retinal layers in OCT. Central serous chorioretinopathy (CSR) was the first in differential diagnosis and she was determined to be followed without treatment. She came back with loss of vision on both eye 15 days later to our clinic. VA was 0.1 on the right eye and finger counting from 1,5 meter on the left eye. Systemic steroid treatment was stopped then. VA increased to 0.7 in the right and 0,2 in the left eye spontaneously within a month. Her final VA was 1.0 on the right eye and 0.3 on the left eye with total regression of serous retinal detachment. In this particular case, CSR was the diagnosis because of spontaneous resolution of SRD and increase in visual acuity after cessation of steroid.

**Key Words:** Central serous choroidoretinopathy, serous retinal detachment, choroidal metastasis.

*Ret-Vit 2010;18:318-320*

**Geliş Tarihi : 27/07/2009**

**Kabul Tarihi : 14/09/2009**

**Received : July 27, 2009**

**Accepted : September 14, 2009**

- \* Bu çalışma TOD 41. Ulusal Oftalmoloji Kongresi'nde sunulmuştur.  
1- Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Göz Hastalıkları A.D. Ankara, Asist. Dr.  
2- Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Göz Hastalıkları A.D. Ankara, Doç. Dr.  
3- Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Göz Hastalıkları A.D. Ankara, Prof. Dr.

- 1- M.D., Gazi University Faculty of Medicine, Department of Ophthalmology Beşevler Ankara / TURKEY  
YUKSEL E., rdmyksl@yahoo.com  
2- M.D. Associate Professor, Gazi University Faculty of Medicine, Department of Ophthalmology Beşevler Ankara / TURKEY  
ÖZDEK Ş.C., sozdek@gazi.edu.tr  
3- M.D. Professor, Gazi University Faculty of Medicine, Department of Ophthalmology Beşevler Ankara / TURKEY  
HASANREİSOĞLU B., berati@gazi.edu.tr

**Correspondence:** M.D., Erdem YUKSEL  
Gazi University Faculty of Medicine, Department of Ophthalmology Beşevler Ankara / TURKEY

## GİRİŞ

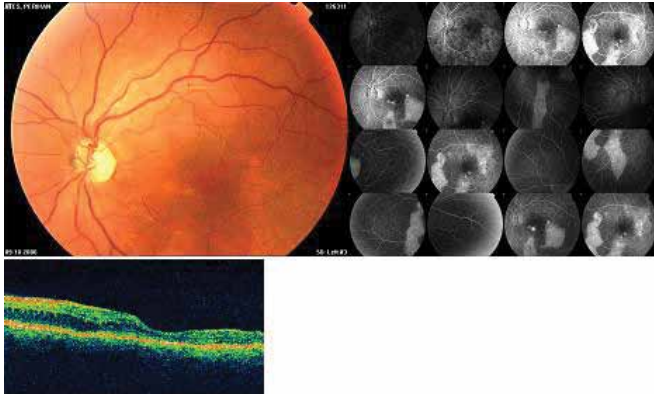
Santral seröz koryoretinopati (SSKR), subretinal sıvının, seröz retina dekolmanı oluşturacak şekilde, genellikle arka kutupta, maküla bölgesinde toplanması ile karakterizedir. Seröz dekolmanın foveal bölgeye ilerlemesi ile hastalar genellikle metamorfopsi, pozitif skotom ve mikropsi gibi şikayetlerle kliniğe başvurur. Görme keskinliği (GK), genellikle orta derecede etkilenir. SSKR gelişiminde steroidlerin tam olarak rolü gösterilemese de, tedavide steroid kullanımı sonrasında klinik tablonun kötüleşmesi steroidlerin hastalığın gelişmesinde rolü olduğunu göstermiştir.<sup>1</sup>

Koroidal kan akımının yüksek derecede olması, koroidi metastatik yayılımlarda önemli bir odak haline getirmiştir. Göz içi malign neoplazmlardan en fazla görüleni koroidin metastatik karsinomlarıdır. Koroidal metastazlar asemptomatik olabildiği gibi, subretinal sıvının arka kutupta veya makülada birikmesi ile GK'da bozulmalara da yol açabilir. Koroide metastaz yapan kanserlerin primer kaynağı, bayanlarda en çok meme kanseriyken, erkeklerde akciğer kanseridir.<sup>2</sup>

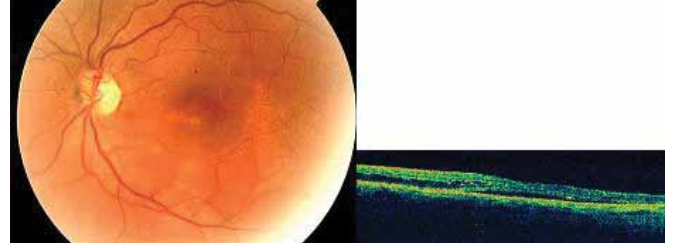
Bu yazıda, infiltratif duktal tip meme kanseri tanısı ve cushing sendromu şüphesi olan bir olguda gelişen görme kaybına neden olan seröz retina dekolmanının etiyolojik ayırıcı tanısını yapmak amacıyla bir olgu sunulmaktadır.

## OLGU SUNUMU

Kırk dokuz yaşında, kadın hasta sol gözde bir haftadır olan görme kaybı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın sistemik sorgulamasında 3 yıldır hipertansiyon ve DM olduğu ve yaklaşık 5 yıl önce meme kanseri nedeniyle opere edildiği ve sonrasında kemo-radyoterapi aldığı ve halen onkoloji bölümünde takipte olduğu öğrenildi. Hasta, aynı zamanda hipofizde saptanan mikroadenom nedeniyle yaklaşık 10 mg deksametazon kullanıyordu ve uzun süredir kullandığı steroid tedavisine bağlı Cushing Sendromu şüphesiyle izlenmekte olduğu öğrenildi. Hastanın tam bir oftalmolojik muayenesi, flö-



**Resim 1:** İlk başvuruda sol gözün fundus fotoğrafı, FA ve OKT görünümü.



**Resim 2:** Sol gözde makülada sert eksudalar ve RPE atrofisi, OKT'de üst nazalde dış retinal katmanlarda ödem ve santralde seröz retina dekolmanı izlenmektedir.

resein anjiyografisi (FA), optik koherens tomografi (OKT) ve gerekli laboratuvar tetkikleri yapıldı.

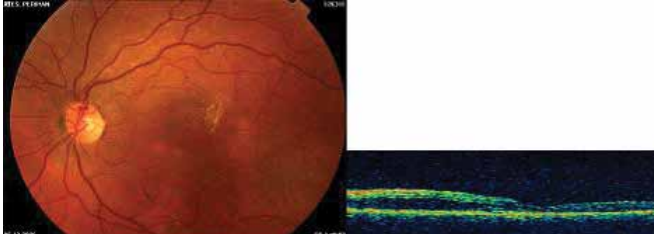
Hastanın ilk başvuru sırasındaki GK sağda 1.0 iken, solda 0.7 düzeyindeydi. Fundus muayenesinde; sağ gözde; retina pigment epitel (RPE) değişikliği, sol gözde; makülada sert eksudalar ve RPE değişiklikleri izlendi. OKT'de sağ göz normal iken; sol gözde üst nazalde dış retinal tabakalarda diffüz ödem tespit edildi.

Çekilen FA'da sağda ve solda foveanın inferotemporalinden başlayan inferiora uzanan geniş pencere defektine bağlı boyanma izlendi (Resim 1). Bu bulgularla SSKR düşünülen hastaya tedavisiz takip kararı alındı. Hasta 15 gün sonra ani görme kaybı ile kliniğimize tekrar başvurduğunda, GK'sı; sağda 0.1, solda 1.5 metreden parmak sayma (MPS) seviyesine düşmüştü. Fundus muayenesinde her iki gözde makülada sert eksudalar ve OKT'de sağ gözde üst nazalde, sol gözde ise santralde seröz retina dekolmanı izlendi (Resim 2).

Seröz retina dekolmanına yol açabilen, meme kanserine ikincil gelişen olası koroidal metastazı ekarte etmek için, kranial ve orbital MR, orbital ultrasonografi istendi, ve herhangi bir kitle lezyonuna rastlanmadı. Meme kanserli hastalarda GK'yı etkileyecek diğer bir durum olan karsinoma ile ilişkili retinopatiyi (CAR) ekarte etmek için elektroretinografi (ERG) istendi ve sonuç normaldi. Bu durumda SSKR'nin sistemik steroid tedavisine sekonder olarak ortaya çıktığı düşünülerek endokrinoloji bölümüne göz bulguları hakkında bilgi verildi ve steroid tedavisinin sonlandırılması sağlandı. Hastanın 1 ay sonraki kontrolünde, GK sağda 0.7; solda 0.2'ye yükseldi. OKT'de sağda ödem veya seröz retina dekolmanı izlenmezken, solda retina altı sıvının yok olduğu fakat üst nazalde dış retinal katmanlardaki ödemin devam ettiği görüldü (Resim 3). Hastanın 7 ay sonraki son kontrolünde GK sağda 1.0, solda 0.3 olup, OKT bulguları benzer olarak devam etmekteydi (Resim 4).

## TARTIŞMA

Günümüzde uzun süreli, yüksek doz kortikosteroid tedavisinin neden olduğu pek çok sistemik ve oküler komplikasyonlar iyi tanımlanmıştır. Daha nadir karşılaşılan bir komplikasyon SSKR'dir.<sup>3</sup> SSKR, fundusta arka kutupta subretinal sıvı birikimi sonucu görülen sınırlı se-



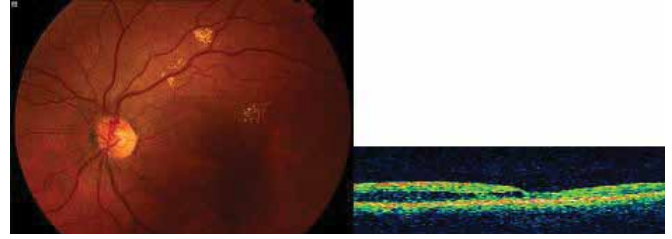
**Resim 3:** Bir ay sonraki fundus ve OKT görünümü.

röz retina dekolmanı ile seyreden bir retinal hastalıktır. Tipik olarak orta yaşlı, sistemik bir rahatsızlığı olmayan erkeklerde izlenirken, burada takdim edilen olgudaki gibi ekzojen steroidlerin yoğun kullanımı sonrasında görüldüğü zaman erkek predominansı azalmakta, atipik ve kronik formda ve bilateral seyretmektedir.<sup>1</sup> Steroide bağlı gelişen SSKR'lerin altında yatan patogenezi tartışmalıdır. Glukokortikoidlerin, epitel boyunca iyon ve su transportunu değiştirip hiperpermeabiliteyi artırarak kan-retina bariyeri, koryokapillaris ve retina pigment epitelini üzerindeki etkileri olduğu ile ilgili birçok çalışma vardır.<sup>4</sup>

Koroid, uveal metastatik lezyonların en fazla görüldüğü yerdir ve uveal metastazların yaklaşık %50'si meme kanseri kaynaklıdır. Koroidal metastazlar sıklıkla, foveayı da etkileyen seröz retina dekolmanı ile ilişkilidirler. Bu olgularda seröz retina dekolmanının patofizyolojisi tam olarak bilinmemesine de, bazı yazarlar, hızlı büyüyen koroidal tümörün metabolik ihtiyaçlarının kendi dolaşımı tarafından karşılanamaması ve sonuç olarak lokalize iskemi meydana gelmesi ve komşu dokularda hasar oluşumuna neden olduğunu söylemektedirler.<sup>5</sup>

Burada sunulan olguda, daha önce infiltratif duktal tip meme kanseri tanısı almış olması ve steroid tedavisine bağlı Cushing Sendromu şüphesi olması ilk etapta tanıda karmaşaya yol açmıştır. Koroidal metastazla ilgili tetkiklerin negatif çıkması ve steroid tedavisinin kesilmesiyle, seröz retina dekolmanının ve buna bağlı oluşan şikayetlerin gerilemesiyle, steroide bağlı SSKR tanısı konulmuştur.

Klasik SSKR'de, tanı FA yapılmadan sıklıkla konulsa da, tanının konulmasında kargaşaya yol açan durumlarda FA kritik bir role sahiptir. SSKR; FA'da, tek, sınırlı odaksal translusens RPE şeklinde görülebildiği gibi, geniş düzensiz hipopigmentasyon alanlarının pencere defekti şeklinde boyanması ve gerçek bir hiperpigmentasyon olmasa da flourosein blokajı şeklinde de karşımıza



**Resim 4:** Yedi ay sonra aynı gözde fundus ve OKT görünümü.

çıkılmaktadır. Bizim olgumuzda da, çekilen FA'da, geniş pencere defektinin bulunması steroide bağlı SSKR tanısını güçlendirmektedir.<sup>6</sup>

Steroide bağlı SSKR, kısa sürede (<70 gün) 20 mg/gün'den fazla verildiğinde veya uzun sürede daha düşük dozlarda dahi gelişebilen bir durumdur<sup>7</sup> ve steroid tedavisinin azaltılması veya kesilmesiyle genellikle düzeltilmektedir.<sup>8</sup>

Bu olgu, görme kaybına neden olan seröz retina dekolmanının, metastatik meme kanserine veya almakta olduğu sistemik steroid tedavisine bağlı olabileceği ve etiyolojik ayırıcı tanısının nasıl yapılabileceğini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

#### KAYNAKLAR/REFERENCES

1. Loo JL, Lee SY, Ang CL.: Can long-term corticosteroids lead to blindness? A case series of central serous chorioretinopathy induced by corticosteroids. *Ann Acad Med Singapore*. 2006;35:496-499.
2. Tamura M, Tada T, Tsuji H, et al.: Clinical study on the metastasis to the eyes from breast cancer. *Breast Cancer*. 2004;11:65-68.
3. Bouzas EA, Karadimas P, Pournaras CJ.: Central serous chorioretinopathy and glucocorticoids. *Surv Ophthalmol*. 2002;47:431-448.
4. Bird AC.: Pathogenesis of serous detachment of retina and pigment epithelium. In: Ryan SJ. Editor. *Retina* 3rd ed. St Louis: CV Mosby. 2001:995-1002.
5. Shields JA, Shields CL.: Intraocular tumors: a text and atlas. Philadelphia: WB Saunders. 1992;8:117-136.
6. Framme C, Walter A, Gabler B, et al.: Fundus autofluorescence in acute and chronic-recurrent central serous choroidopathy. *Acta Ophthalmol Scand*. 2005; 83:161-167.
7. Wakakura M, Song E, Ishikawa S.: Corticosteroid-induced central serous choroidopathy. *Jpn J Ophthalmology*. 1997;41:180-185.
8. Levy J, Marcus M, Belfair N, et al.: Central serous chorioretinopathy in patients receiving systemic corticosteroid therapy. *Can J Ophthalmol*. 2005;40:217-221.