

Koryoid Nevüsüne Eşlik Eden Seröz Dekolman

Choroidal Nevus Associated with Serous Detachment

Melih PARLAK¹, Özlem SELVER BARUT², Aylin YAMAN³, Hayyam KIRATLI⁴, Kaan GÜNDÜZ⁵,
Ali Osman SAATCI⁶

ÖZ

Koryoidal nevisler iyi huylu, uveadan köken alan ve sık görülen intraoküler tümörlerdir. Çoğu asemptomatik olan ve tesadüfen saptanan koryoidal nevisler retina pigment epitel dekompanzasyonu ve metaplazisi, fotoreseptör atrofi veya koryoidal neovaskülarizasyonu sonucunda semptomatik hale gelebilmektedir. Nadiren de olsa malign transformasyon gösterebilirler. Koryoidal nevislerin foveayı tutan seröz dekolman ile komplike olması ciddi görsel morbidite sebebidir. Bu olgularda tanı ve tedavide zorluklar yaşanmaktadır. Bu çalışmada koryoidal nevislere ikincil seröz dekolman gelişen üç olgu sunularak klinik özellikleri ve tedavi seçenekleri tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: antiVEGF, koryoidal nevis, lazer fotokoagülasyon, seröz maküla dekolmanı.

ABSTRACT

Choroidal nevi are frequently seen, benign intraocular tumors originating from the uvea. The majority of choroidal nevi are asymptomatic and diagnosed incidentally. However, they can be symptomatic due to decompensation and metaplasia of the retinal pigment epithelium, photoreceptor atrophy, or choroidal neovascularization. They tend to have a low potential for malignant transformation. Serous macular detachment secondary to choroidal nevi is a cause of severe visual morbidity. The diagnosis and treatment may cause difficulties for physicians. In this report, we present three cases of serous macular detachment secondary to choroidal nevi and discuss its clinical features and treatment options.

Key Words: antiVEGF, choroidal nevus, laser photocoagulation, serous macular detachment.

GİRİŞ

Koryoid nevisü atipik uveal melanositlerden oluşan ve en sık görülen iyi huylu intraoküler tümörlerdir.¹ Prevelansı, çalışmalarda kullanılan farklı yöntemlerden dolayı değişiklik göstermekle birlikte geniş kapsamlı 3 seride %1.4 ile %6.5 arasında değişmektedir.²⁻⁴ Koryoid nevislerinin büyük çoğunluğu asemptomatik olmakla birlikte olguların %11'inde semptomatik olabilmektedir.⁵ Görsel şikayetler seröz retina dekolmanı, fotoreseptör atrofi veya subretinal koryoidal neovaskülarizasyon gibi birçok nedenden kaynaklanmaktadır.

Shields ve ark.,⁶ 2514 olguluk serilerinde subretinal sıvı varlığı %11 oranında gösterilmiştir. Bu olgular semptomatik veya asemptomatik olabilmektedir. Optik koherens tomografi (OKT) teknolojisinin yaygınlaşmasıyla subretinal sıvının varlığı daha duyarlı olarak saptanabilmektedir. Nitekim yeni OKT destekli çalışmalarda subretinal sıvı varlığı daha yüksek prevalanslarda gösterilmektedir.⁷

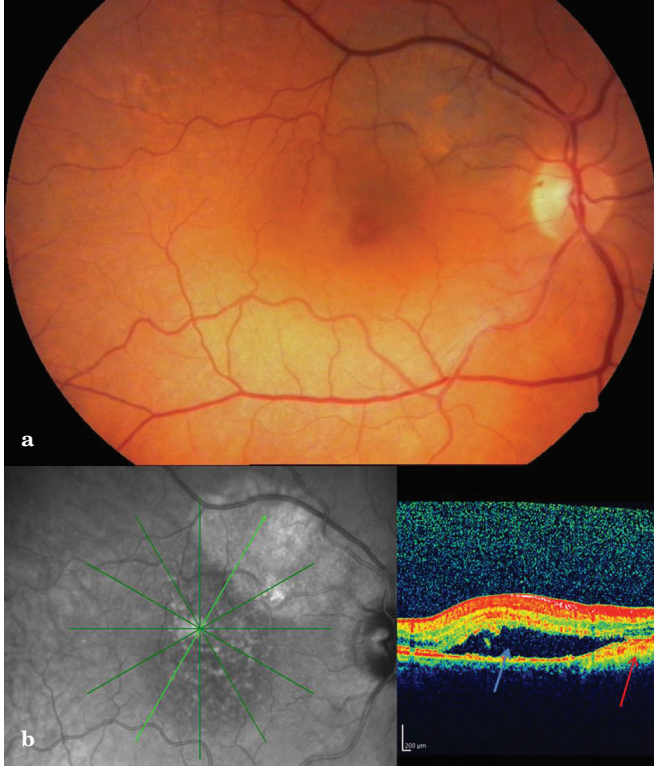
Bu makalede koryoidal nevisü ikincil seröz retina dekolmanı olan 3 olgunun klinik özellikleri ve tedavi seçenekleri tartışılmıştır.

- 1- M.D. Dokuz Eylül University Faculty of Medicine, Department of Ophthalmology, İzmir/TURKEY
PARLAK M., melih@parlak.de
- 2- M.D. Buca Seyfi Demirsoy State Hospital Eye Clinic, İzmir/TURKEY
BARUT SELVER Ö., ozlem.barut@deu.edu.tr
- 3- M.D. Associate Professor, Dokuz Eylül University Faculty of Medicine, Department of Ophthalmology, İzmir/TURKEY
YAMAN A., aylinyaman@deu.edu.tr
- 4- M.D. Professor, Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Ophthalmology, Ankara/TURKEY
KIRATLI H., hkiratli@hacettepe.edu.tr
- 5- M.D. Professor, Ankara University Faculty of Medicine, Department of Ophthalmology, Ankara/TURKEY
GÜNDÜZ K., eyemd@ada.net.tr
- 6- M.D. Professor, Dokuz Eylül University Faculty of Medicine, Department of Ophthalmology, İzmir/TURKEY
SAATCI A.O., osman.saatci@deu.edu.tr

Geliş Tarihi - Received: 30.01.2011
Kabul Tarihi - Accepted: 27.02.2012
Ret-Vit 2012;20:238-242

Yazışma Adresi / Correspondence Address: M.D. Professor,
Ali Osman SAATCI
Mustafa Kemal Sahil Bulvarı No:73, A Blok D:9 35320 Narlıdere İzmir/TURKEY

Phone: +90 532 743 70 71
E-Mail: osman.saatci@deu.edu.tr

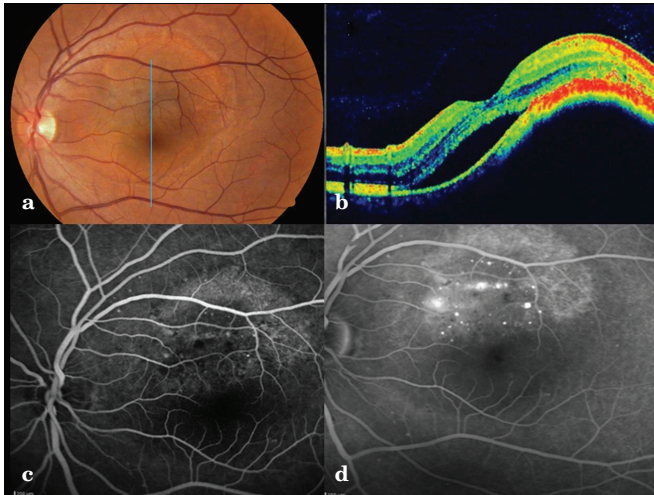


Resim 1a,b: Olgu 1 (Sağ göz) İlk başvurudaki nevüsün görünümünü ve eşlik eden seröz dekolman (a), OKT'deki seröz dekomana ait görünüm (sarı ok) ve RPE altında koryoidal nevüse ait hiperreflektivite (kırmızı ok), (b).

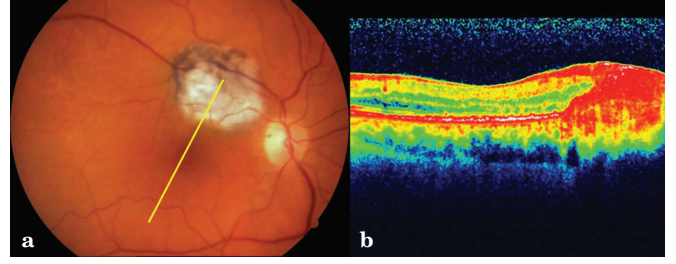
OLGU SUNUMU

Olgu 1

Yetmiş üç yaşında kadın hasta katarakt cerrahisi sonrası açıklanamayan görme azlığı nedeniyle kliniğimize sevk edildi. Oftalmolojik muayenesinde en iyi düzeltilmiş görme keskinliği sağda 2/10 solda 7/10 düzeyindeydi. Ön segment bakışında sağda arka kamara yerleşimli intraoküler lens ve solda nükleer skleroz izlendi.



Resim 3a-d: Olgu 2 (Sol göz) İlk başvurudaki nevüs ve seröz dekolmanın renkli fotoğraf ve OKT'deki görünümü (a,b), FA erken ve geç dönemlerinde düzensiz hiperfloresans (c,d).

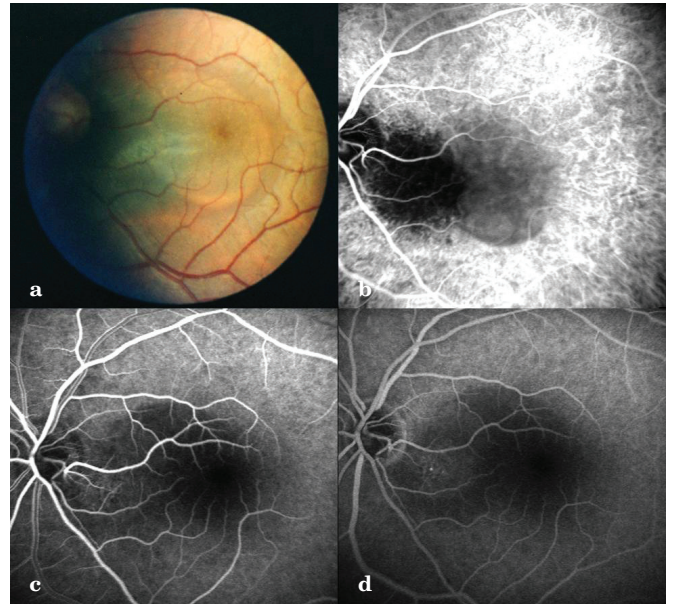


Resim 2a,b: Olgu 1 (Sağ göz) Tedavi sonrası nevüs üzerinde koryoretinal skar (a), OKT görüntüsünde seröz sıvının çözüldüğü ve koryoretinal skar formasyonu görülmektedir (b).

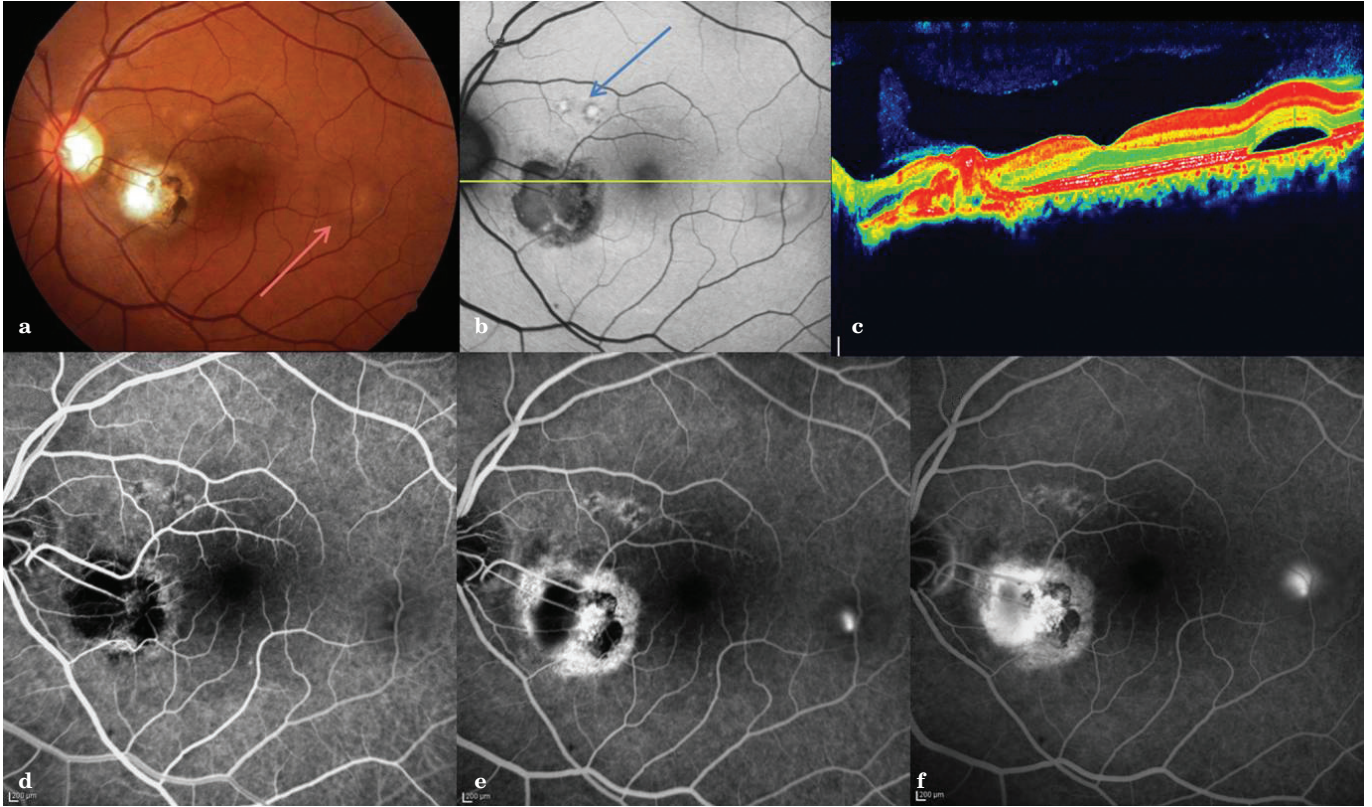
Fundoskopik muayenesinde sağda üst temporal vasküler ark üzerinde, optik diske 3 mm'den yakın olan, yaklaşık 2 optik disk çapında, turuncu pigmentasyon göstermeyen koryoidal nevüs ve foveayı içeren seröz retina dekolmanı saptandı (Resim 1a).

Ultrasonografide tümör kalınlığının 2 mm'den az olduğu görüldü. Optik koherens tomografide (OKT) foveayı da içeren subretinal sıvı gözlemlendi (Resim 1b). Hastaya transpupiller termoterapi (TTT) seçeneği anlatılarak refere edilmek istendi ancak hastanın başka bir şehire gidemeyeceğini ifade etmesi üzerine yeşil lazer ile nevüs üzerine konfluen tarzda fotokoagülasyon uygulandı.

İşlem sonrası 3. ayda görme keskinliği 2/10 düzeyinde ölçüldü ve optik koherens tomografi ile subretinal sıvının tamamen çekildiği tespit edildi. Aynı bulgular 6. ay, 1. yıl ve 2. yıl takip muayenelerinde de sebat etmekteydi. Resim 2a ve 2b'de 2. yıldaki lezyon görünümünü izlenmektedir.



Resim 4a-d: Olgu 3 (Sol göz) İlk başvuruda fovea komşuluğunda papillomaküler demet üzerinde koryoid nevüs görüntüsü, makülada geniş seröz dekolman ve erken dönem ICGA görüntüsü (a,b), FFA erken ve geç dönemlerinde koryoidal dolaşımın maskelenmesinden dolayı hipofloresans ve nevüs üzerine düzensiz hiperfloresans (c,d).



Resim 4a-f: Olgu 3 (Sol göz) Eski koryoidal nevus bölgesinde TTT ikincil koryoretinal skar. Fovea temporalinde subretinal seröz sıvı (kırmızı ok), (a), Koryoretinal skara bağlı azalmış otofloresans, temporalde subretinal sıvıya ait hipofloresans ve eski SSR odakları ile uyumlu olabilecek hiperfloresans noktalar (mavi ok), (b), Nazalde koryoretinal skar ile uyumlu olan artmış, düzensiz hiperreflektivite ve temporalde SSR ile uyumlu subretinal sıvı (c), FFA erken, orta ve geç dönemlerinde fovea temporalinde SSR ile uyumlu artan ve genişleyen hiperfloresans (d-f).

Olgu 2

Otuz sekiz yaşında erkek hasta sol gözde görme azlığı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Az görme şikayeti başvurudan 2 ay öncesinde başladığı ve gittiği dış merkezde sol gözde santral seröz koryoretinopati tanısıyla bir seans fotodinamik terapi uygulandığı öğrenildi. Özgeçmişinde sistemik özellik olmayan olgunun yapılan muayenesinde görme keskinliği sağda 10/10, solda 3/10 düzeyinde ölçüldü. Ön segment bakışında özelliği olmayan hastanın fundus muayenesinde sol makülada foveayı da içeren seröz retina dekolmanı izlendi (Resim 3a). Fundus floresin anjiografide sağ gözde özellik saptanmazken, solda maküla üzerinde giderek artan düzensiz çok sayıda odaktan köken alan hiperfloresans görüldü (Resim 3c,d).

OKT ile de makülada sığ seröz dekolman tespit edildi (Resim 3b). Hastanın sol gözüne santral seröz koryoretinopati tanısıyla 1.25 mg/0.05 cc intravitreal bevacizumab uygulandı. Enjeksiyon sonrası 3. ay kontrolünde hastanın sol gözünde görme keskinliği 7/10 düzeyinde ölçüldü. Ancak hasta semptomlarında bariz bir düzelme olmadığını ifade etmekteydi. Seröz dekolmanın kısmen azalmasıyla birlikte fovea üzerinde koryoid nevusü olduğu kanısına varılan lezyon izlendi.

Nevüs sınırları optik diske 3mm'den fazla uzaklıkta izlenirken lezyon üzerinde turuncu pigmentasyon görülmedi. Ayrıca lezyon kalınlığı ultrasonografi ile 2mm'den düşük saptandı.

İki yıllık izleminde oküler onkolog ile zaman zaman konsülte edilen hastadaki nevus boyutunda minimal artış izlenmesi üzerine TTT önerilmesine rağmen kendisine açıklıkla ifade edilen olası komplikasyonlar nedeniyle hasta girişimi kabul etmedi.

Olgu 3

Yirmi yedi yaşında erkek hasta sol gözde az görme ve renklerde saçılma şikayetleri ile dış bir merkezden sol gözde santral seröz koryoretinopati (SSR) öntanısı ile sevk edilmişti. İlk başvuru anında görme keskinliği sağda 10/10, solda 8/10 düzeyinde ölçüldü.

Fundus muayenesinde solda makülayı içeren seröz elevasyon ve papillomaküler demet hizasında nevus ile uyumlu lezyon dikkat çekti (Resim 4a). FA ve indosiyenin yeşili anjiografi sonucunda seröz sıvının nevesten kaynaklanabileceği düşünüldü (Resim 4b-d). O tarihte OKT kliniğimizde olmadığı için OKT tetkiki yapılmadı.

Takibinde 3 ay sonra sol gözde görme keskinliğinin 4/10 düzeyine düşmesi ve subretinal seröz sıvının sebat etmesi üzerine hastaya TTT önerildi. Tedaviyi kabul eden hastaya oküler onkolog tarafından TTT uygulandı. Tedavi sonrası 2. ayda görme keskinliği 7/10 düzeyinde ölçüldü ve subretinal sıvının gerilediği görüldü.

Hasta yaklaşık 10 yıl sonra tekrar değerlendirildi. Görme keskinliği her iki gözünde 10/10 düzeyinde ölçüldü. Sağ göz fundoskopik bakıda normal izlenirken solda optik disk ve maküla arasında TTT'ye ait nevüs bölgesinde koryoretinal skar, fovea superiorunda retina pigment epitel değişiklikleri ve fovea temporalinde fovea merkezini tutmayan seröz elevasyon izlendi (Resim 5a).

Yapılan FA sonucunda fovea temporalinde mürekkep lekesi şeklinde artan floresein kaçağı izlendi (5d-f). Optik koherens tomografi ile fovea temporalinde SSR ile uyumlu olabilecek subretinal sıvı birikimi izlendi (Resim 5c).

Bu bulguların ışığı altında 10 yıl önceki seröz sıvı birikiminin de belki koryoid nevüsüne bağlı değil de SSR'e ikincil olabileceği düşünüldü.

TARTIŞMA

Koryoidal nevüsler benign karakterleri ve düşük oranda semptomatik olmaları nedeniyle oftalmoloji pratiğinde çok dikkat çekemeyebilirler.

Semptomatik koryoid nevüslerinin ayırıcı tanısında küçük melanomlar, santral seröz koryoretinopati, retina pigment epitelinin konjenital hipertrofisi ve koryoid melanositomları akılda tutulmalıdır. Nitekim sunulan üç olguda da tanı konulurken güçlük yaşanmıştır. Hatta 3. olguda 10 yıllık ara sonrasında bile seröz sıvının orjini konusunda şüpheye düşülmüştür.

Koryoid malign melanomlarının mevcut olan koryoidal nevüslerden kaynaklanabileceğine dair klinik ve histopatolojik kanıtlar mevcuttur.^{8,9}

Transformasyon riski ve koryoid malign melanomları ile klinik benzerlikleri nedeniyle koryoidal nevüsler dikkatli değerlendirilmelidir. Malignite lehine olan özellikler 2 mm'den fazla kalınlık, subretinal sıvı varlığı, turuncu pigmentasyon varlığı, semptomatik olması, optik diske 3 mm'den fazla yakınlık, çevresel halo yokluğu ve ultrasonografide akustik boşluk olarak sayılabilmektedir.⁶

Mashayeki ve ark.,¹⁰ 278 olgulu serilerindeki %5 oranında olguda koryoid nevüsüne eşlik eden subretinal sıvının var olduğunu göstermişlerdir. Koryoidal nevüslerle birlikte subretinal seröz sıvı retina pigment epitelinin dekompanzasyonuna veya sekonder koryoidal neovaskülarizasyona bağlı olabilmektedir.

Asemptomatik nevüslerde tedavi endikasyonu yoktur ve takip yeterlidir. Seröz sıvının eşlik ettiği olgularda lazer fotokoagülasyon,¹¹ transpupiller termoterapi,¹² fotodinamik terapi,¹³ anti-VEGF enjeksiyonu¹⁴ gibi birçok tedavi yöntemi denenmiştir ancak günümüzde kesin bir tedavi yönteminden bahsedilememektedir.

Duquesne ve ark.,¹⁵ seröz maküla dekolmanlı 12 koryoidal nevüs olgusundan altısını tedavisiz izlemişlerdir. Tedavisiz izlenen 3 olguda subretinal sıvının spontan rezolüsyonu kaydedilmiştir.

Tedavi uygulanan grupta sistemik kortikosteroid tedavisi uygulanan 3 olgunun ikisinde kısa zamanda nüks gelişmiş, 1 olguda tedaviye yanıt alınmamıştır. Ayrıca bir olguda intravitreal gaz enjeksiyonu ile ve iki olguda TTT ile subretinal sıvının tamamıyla çözüldüğü gösterilmiştir.

Ekstrafoveal yerleşimli nevüslerde termal lazer fotokoagülasyon ile de tedavi mümkündür. Shields ve ark.,¹⁶ jukstapapiller bir koryoid nevüsünü lazer fotokoagülasyon ile tedavi ettiklerini ve 16 yıllık izleminde tümörün büyümediğini, seröz sıvı rekürrensini olmadığını, 20/20 görme keskinliğinin korunduğunu bildirmişlerdir.

Slusher ve Weaver'da¹⁷ iki ekstrafoveal koryoidal nevüs olgusunu argon yeşil lazer ile tedavi ettiklerini yayınlamışlardır. Termal lazer sonrası görme keskinliği iki olguda da 20/15 düzeyine yükselmiştir. Ortalama 33 aylık izleminde görme keskinliği tekrar düşmemiş ve lazere ait komplikasyon izlenmemiştir.

Transpupiller termoterapi (TTT) seröz sıvının var olduğu koryoidal nevüs olgularında uygulanan bir diğer tedavi yöntemidir. Gündüz ve ark.¹² 4 koryoidal nevüs olgusunu TTT ile başarıyla tedavi ettiklerini bildirmişlerdir.

Bu olgular turuncu pigmentasyon, subretinal sıvı, jukstapapiller yerleşim, 2mm'den fazla kalınlık ve semptomatik olması, subfoveal veya jukstafoveal nevüs üzerinde koryoid neovaskülarizasyonunun olması olarak belirtilen 5 risk faktöründen en az ikisini buldurmuştur. TTT 3 mm'lik spot çapında tümörü kaplayacak şekilde tümör boyutuna göre birkaç spot ile uygulanmıştır.

Enerji seviyesi 300 mW ile başlanarak tümör yüzeyinde hafif gri renk değişimi izlenene kadar artırılmıştır. Bir dakikalık tedavi sonucunda tümör yüzeyinde beyaz renk değişimi görülmüştür. Ortalama 27.5 aylık (3-77) izlem süresinin sonunda tüm olgularda düz bir koryoretinal skar ve 2 mm'den ince stabil bir tümör görünümü temin edilmiştir

Rundle ve Rennie,¹² koryoidal neovaskülarizasyonunun olmadığı ve seröz retina dekolmanının görüldüğü 7 koryoidal nevüs olgusunda PDT uygulamışlardır.

PDT, TAP çalışmasındaki gibi 10 dakikada 6 mg/m² verteporfin infüzyonun ardından 5 dakika beklenecek ve 600 mW/cm² gücünde 83 saniye süreyle uygulanmıştır. Ondört aylık takipte ortalama 1.6 seans (1-3 defa) uygulanan PDT sonucunda kalıcı görsel iyileşme elde edilmiştir. PDT subfoveal lezyonlarda etkin ve güvenli görülmesine rağmen görsel sonuçlar ve gerekli tedavi sayısı farklı tümörlerde değişkenlik göstermektedir.

Anti-VEGF tedavisinin ise koryoid nevüs tedavisindeki yeri belirsizdir. İlk defa Shields ve ark.,¹⁴ koryoidal nevüs ile ilişkili koryoidal neovaskülarizasyon olgularında intravitreal Bevacizumab'ı kullanmışlardır. Dokuzu subfoveal veya jukstafoveal ve biri ektrafoveal olan 10 koryoidal nevüs olgusu tedavi edilmiştir. Bu olgularda yaklaşık altı hafta aralıklar ile ortalama 3 defa (2-14) 1.25 mg/0.05 ml intravitreal Bevacizumab enjeksiyonu uygulanmıştır. Sonuçta 4 olguda subretinal sıvı kısmi olarak, 6 olguda tamamiyle çözülmüştür. RPE dekompanzasyonuna bağlı seröz sıvıda Bevacizumab etkinliğini değerlendiren çalışmalar henüz mevcut değildir.

Sonuç olarak koryoidal nevüsler ayırıcı tanı ve malign transformasyon açısından dikkatlice değerlendirilmesi gereken tümörlerdir. Semptomatik olgularda patofizyoloji iyice anlaşılmalı ve tedaviye karar verilirken gerektiğinde uzman oküler onkolog görüşü alınmalıdır.

KAYNAKLAR/REFERENCES

- Zimmerman LE. Melanocytes, melanocytic nevi, and melanocytomas. *Invest Ophthalmol* 1965;4:11-41.
- Sumich P, Mitchell P, Wang JJ. Choroidal nevi in a white population: the Blue Mountains Eye Study. *Arch Ophthalmol* 1998;116:645-50.
- Jonas JB, You QS, Xu L, et al. Choroidal nevi in adult chinese. *Ophthalmology* 2008;115:1102.
- Ng CH, Wang JJ, Mitchell P, et al. Prevalence and characteristics of choroidal nevi in an Asian vs white population. *Arch Ophthalmol* 2009;127:314-9.
- Gonder JR, Augsberger JJ, Shields JA, et al. Visual loss associated with choroidal nevi. *Ophthalmology* 1982;89:961-5.
- Shields CL, Furuta M, Berman EL, et al. Choroidal nevus transformation into melanoma: analysis of 2514 consecutive cases. *Arch Ophthalmol* 2009;127:981-7.
- Singh AD, Belfort RN, Sayanagi K, et al. Forrier domain optical coherence tomographic and autofluorescence findings in indeterminate choroidal melanocytic lesions. *Br J Ophthalmol* 2010;94:474-8.
- Yanoff M, Zimmerman LE. Histogenesis of malignant melanomas of the uvea. II. Relationship of uveal nevi to malignant melanomas. *Cancer* 1967;20:493-507.
- Arnesen K, Nornes M. Malignant melanoma of the choroid as related to coexistent benign nevus. *Acta Ophthalmol* 1975;53:139-52.
- Mashayekhi A, Siu S, Shields CL, et al. Slow enlargement of choroidal nevi: a long-term follow-up study. *Ophthalmology* 2011;118:382-8.
- Muscat S, Srinivasan S, Sampat V, et al. Optical coherence tomography in the diagnosis of subclinical serous detachment of the macula secondary to a choroidal nevus. *Ophthalmic Surg Lasers* 2001;32:474-6.
- Gündüz K, Karslioglu MZ, Köse K. Primary transpupillary thermotherapy of choroidal melanocytic lesions Middle East Afr J Ophthalmol 2011;18:183-8.
- Rundle P, Rennie I. Management of symptomatic choroidal naevi with photodynamic therapy. *Eye* 2007;21:1531-3.
- Chiang A, Bianciotto C, Shields CL et al. Intravitreal bevacizumab for choroidal neovascularization associated with choroidal nevus. *Retina* 2012;32:60-7.
- Duquesne N, Hajji Z, Jean-Louis B, et al. Choroidal nevi associated with serous macular detachment. *J Fr Ophthalmol* 2002;25:393-8.
- Shields JA, Shields CL, Peairs R, et al. Laser ablation of an enlarging small melanocytic choroidal tumor: 16-year follow-up and rationale for treatment. *Ophthalmic Surg Lasers Imaging* 2006;37:79-81.
- Slusher MM, Weaver RG. Presumed choroidal naevi and sensory retinal detachment *Br J Ophthalmol* 1977;61:414-6.