

# Koroid Osteomu ve Santral Seröz Koryoretinopati Birlikteliği

## *Choroidal Osteoma Associated with Central Serous Chorioretinopathy*

*Muhammet Kazım EROL<sup>1</sup>, Deniz TURGUT ÇOBAN<sup>1</sup>, Esin SÖĞÜTLÜ SARI<sup>2</sup>, Uğur BALCI<sup>3</sup>, Ayşe CENGİZ<sup>3</sup>*

### ÖZ

Koroid osteomu koroidin kemik yapıda, selim bir tümördür. Daha önce optik atrofi, retinitis pigmentosa, stargardt hastalığı, optik sinir kılıf kalsifikasyonu gibi oküler hastalıklarla birlikteliği rapor edilmiştir. Koroid osteomunda seröz retina dekolmanı sık görülmesine rağmen bildiğimiz kadarıyla santral seröz koryoretinopati ile birlikteliği rapor edilmemiştir. Bu yazıda her iki hastalığın birlikte bulunduğu bir hastayı sunmak istedik.

**Anahtar Kelimeler:** Koroid osteomu, santral seröz koryoretinopati.

### SUMMARY

Choroidal osteoma is a bone-like benign tumour of choroid. It has been reported in association with ocular diseases such as optical atrophy, retinitis pigmentosa, stargardt disease, optic nerve sheath calcification. To our knowledge, although serous retinal detachment frequently seen in choroidal osteoma, association of choroidal osteoma with central serous chorioretinopathy has not been reported. Here in we want to present a patient who has both of this two diseases.

**Key Words:** Choroidal osteoma, central serous chorioretinopathy.

### GİRİŞ

Koroid osteomu koroidin nadir görülen, kemik yapıda, selim bir tümördür. İlk defa 4 kadın hastada jukstapapiller hafif kabarıklık, sarı turuncu lezyon olarak Gass tarafından tanımlanmıştır<sup>1</sup>. %80 tek taraflı ve çoğunlukla 2. ve 3. onyıda görünür<sup>2</sup>. Retina pigment epitelinde (RPE) incelmeye, hiperplaziye ve depigmentasyona bağlı olarak tümör renginde değişiklikler gözlenebilir.<sup>3</sup> Yıllar içinde genişleyebilir, dekalsifiye olabilir ya da koroid neovaskülarizasyonu gelişimine neden olabilir.<sup>2</sup>

1. M.D. Antalya Training and Research Hospital, Eye Clinic, Antalya/TURKEY  
EROL M.K., muhammetkazimerol@gmail.com

2. COBAN D.T., denizturgut48@yahoo.com  
M.D., Balıkesir University Faculty of Medicine, Department of Ophthalmology, Balıkesir/TURKEY  
SOGUTLU SARI E., dresinsogutlu@gmail.com

3. M.D. Asistant, Antalya Training and Research Hospital, Eye Clinic, Antalya/TURKEY  
BALCI U., dr.ugurbalci@gmail.com  
CENGİZ A., ayse\_cengiz89@hotmail.com

**Geliş Tarihi - Received:** 02.08.2014  
**Kabul Tarihi - Accepted:** 15.10.2014  
**Rel-Vit Özel Sayı 2015;23:158-161**

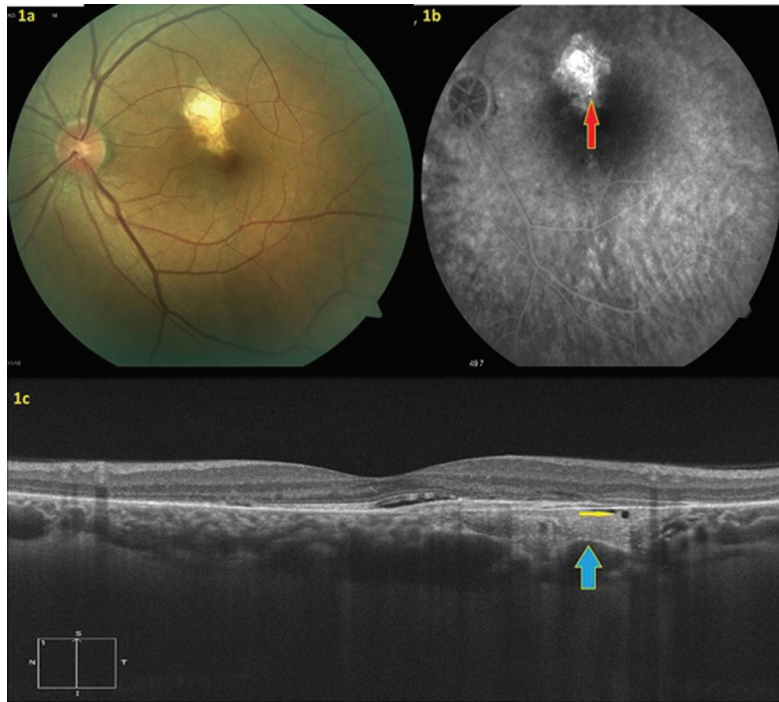
**Yazışma Adresi / Correspondence Adress:**  
M.D. Muhammet Kazım EROL  
Antalya Training and Research Hospital, Eye Clinic,  
Antalya/TURKEY

**Phone:** +90 416 214 18 48  
**E-Mail:** muhammetkazimerol@gmail.com

Santral seröz koryoretinopati (SSKR) ise, 2. ve 5. on yıl arası erişkin erkeklerde ortaya çıkan, makula bölgesinin seröz retina dekolmanı ile karakterize ve hafif, orta derecede görme azalmasına neden olan, genellikle 1-6 ay içerisinde kendiliğinden düzelen bir hastalıktır.<sup>4</sup> Yapılan çalışmalarda yeterli süre takip edildiğinde %30 oranında nüks ve %16 oranında diffüz retina pigment epitelyopatisi geliştiği bildirilmiştir.<sup>4,5</sup>

Hastalığın etiyojisi halen tam olarak anlaşılmasına rağmen, koryokapiller patolojiye bağlı retina pigment epitelinin (RPE) fonksiyon bozukluğunun geliştiği düşünülmektedir.<sup>6</sup>

Koroid osteomunun daha önce optik atrofi, Behçet hastalığına bağlı optik nevrit, retinitis pigmentoza, stargardt hastalığı, optik sinir kılıf kalsifikasyonu ve retina ven dal oklüzyonu gibi oküler hastalıklarla birlikteliği rapor edilmiştir.<sup>7-12</sup> Koroid osteomunda seröz retina dekolmanı sık görülmesine rağmen bil-



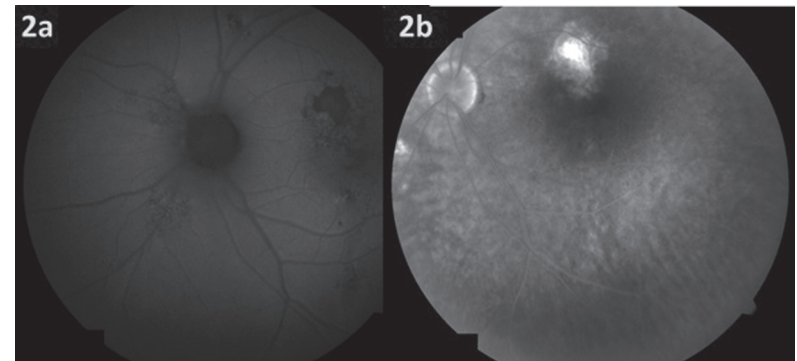
**Resim 1:** Olgunun ilk başvurusundaki fundus resmi (a) Geç dönem FA'sında sızıntı noktası dikkat çekmekte (kırmızı ok), (b) EDI OKT de lezyonla uyumlu bölgede hiperreflektan lamellar yapı (mavi ok) ve bu yapının içinde lümeni hiporeflektan görünen damar yapıları (sarı ok) görünmektedir (c).

diğimiz kadarıyla santral seröz koryoretinopati ile birlikteliği rapor edilmemiştir. Bu yazıda biz koroid osteomu ve santral seröz koryoretinopati saptadığımız bir hastayı sunmak istedik.

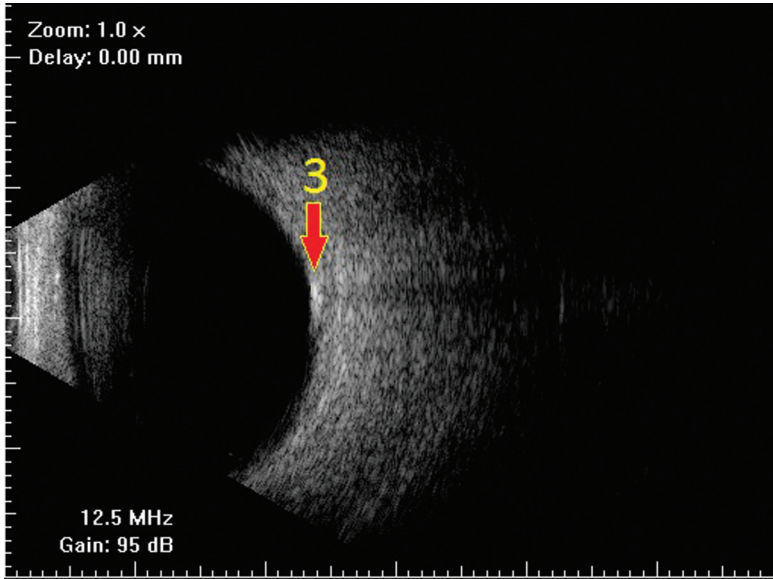
## OLGU SUNUMU

Daha önceden bilinen herhangi bir sistemik hastalığı ve ilaç kullanım öyküsü bulunmayan, sol gözünde bulanık görme yakınmasıyla başvuran 48 yaşında erkek hastanın görme keskinliği sağ gözde 10/10, sol gözde 5/10 olarak bulundu. Her iki gözün ön segment muayenesi ve göz içi basınçları normal olarak değerlendirildi. Göz dibi incelemesinde sağ gözde retina, papilla, makula ve damar yapıları normaldi. Sol gözde ise üst maküler bölgede sınırları belirgin, sarı turuncu, yaklaşık bir disk çapında koroid osteomu ile uyumlu görünüm mevcuttu (Resim 1a).

Fundus fluorescein anjiyografide (FFA) erken dönemde hipofloresan zemin üzerinde yamalı hiperfloresans görülürken, ileri fazlarda tamamen hiperfloresan bir kitle halini aldı, lezyon bölgesinde bir sızıntı bölgesi saptandı (Resim 1b). Enhanced Depth Imaging (EDI) OKT de ufak bir seröz retina dekolmanı, lezyona uyumlu bölgede retina pigment epitelinde bozulmalar ve yine lezyonla uyumlu bölgede koroidde hiperreflektan, lameller, sınırları belirgin, içinde damar oluşumları gözlenen bir görünüm mevcuttu (Resim 1c).



**Resim 2:** Vakanın FOF resminde lezyon hipootofloresan görünmekte ve aşağı doğru uzanan benekli hipootofloresan görünüm mevcut ayrıca optic disk nazalinde yine benekli hipootofloresan görünüm mevcut (a) 4 ay sonraki FA'sında sızdırma noktası izlenmemektedir (b).



**Resim 3:** Vakanın yapılan B scan ultrasonografik incelemesinde koroidde yüksek yansımaya gösteren alan ve akustik gölgelenme görülmektedir.

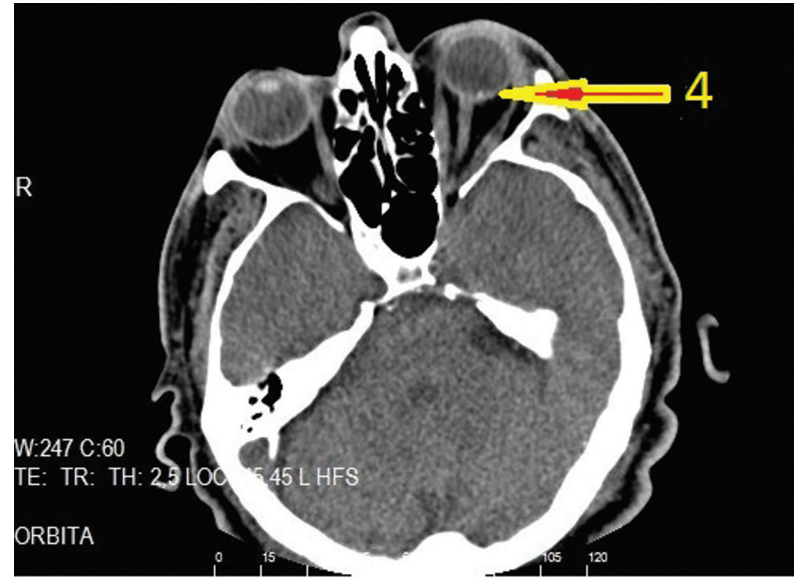
Fundus Otofloresans görüntüleme (FOF), makula inferiorunda aşağıya doğru uzanan lineer benekli hipootofloresan görünümüne sahip lezyon mevcuttu (Resim 2a).

Ayrıca FOF görüntüleme lezyon dışında peripapiller bölgede benekli hipootofloresan görünüm mevcuttu (Resim 2a). B scan ultrasonografik incelemede ise kitle yüksek yansımaya gösteriyor ve arkada akustik gölgelenmeye neden oluyordu (Resim 3).

Bilgisayarlı tomografide (BT) sol gözde lezyona uyumlu bölgede koroid hiperdens görünümdeydi (Resim 4). Bu bulgularla hastanın koroid osteomunun yanı sıra santral seröz korioretinopatiye (SSKR) sahip olduğu düşünüldü. Hastanın tedavisiz takibinde dört ay sonra sol gözünde görmesi 0.7 düzeyine çıkmış, çekilen anjiyografisinde sızdırma noktası kaybolmuştu (Resim 2b).

## TARTIŞMA

Kalsifiye ve dekalsifiye koroid osteomunun FOF ve EDI OKT bulguları daha önce tanımlanmıştır.<sup>13</sup> EDI OKT görüntüleme lezyon bölgesinde RPE yapısının bozulmuş olması, lezyonun lamellar yapısının içinde hiporeflektif damar lümeninin görülme-



**Resim 4:** Vakanın orbital BT görüntülemesinde sol göz koroidde hiperdens lezyon görülmekte.

si ve FOF görüntüleme hipootofloresan görünümünde hiperotofloresan bölgeler görülmesi bize dekalsifiye koroid osteomu tanısı koydurdu.

Koroidal osteomda (özellikle dekalsifiye koroidal osteomda) dış retinal katmanların yapısının bozulmasına bağlı RPE fonksiyonunun azalmasından dolayı seröz dekolman görülmesine rağmen bizim vakamızda FFA'da lezyon bölgesinde bulunan sızıntı bölgesinin sonradan kaybolması ve daha önceden SSKR'de bildirilen FOF'da gravitasyona bağlı aşağıya doğru lineer benekli hipootofloresan görünümü bulunması ve lezyon dışında hipootofloresan bölgeler bulunması bize koroid osteomu ile SSKR birlikteliğini kuvvetle düşündürdü.<sup>14</sup>

Yaptığımız araştırmalara göre bu vaka koroidal osteomla SSKR birlikteliği bulunan ilk vakadır. Gass ve arkadaşları koroid osteomunu ilk defa 1978'de 4 sağlıklı genç kadında hafif eleve sarı turuncu sınırları belirgin koroidal lezyon olarak tanımlamıştır.<sup>1</sup> Koroidal osteomun patogenezi tam olarak bilinmemektedir.<sup>7</sup> Ancak koristomatöz, inflamatuvar, herediter etiyojiler ileri sürülmüştür.<sup>11,12,15</sup> Adhi ve ark., daha önce retinal ven dal tıkanıklığı geçiren bir hastada, sekiz yıl sonrasında koroidal osteom



geliştiğini bildirmişler, bunun retinal ven dal oklüzyonunun kendisine veya yapılan lazer fotokoagülasyona ikincil olarak gelişen RPE disfonksiyonuna bağlı olabileceğini öne sürmüşlerdir<sup>11</sup>. SSKR'de koroidal hidrostatik basıncın arttığı ve RPE disfonksiyonu bulunduğu bildirilmiştir.<sup>6</sup>

Bu bilgiler ışığında bu vakada SSKR ile koroid osteomu arasında neden-sonuç ilişkisi olduğu düşünülebilir.

SSKR'de EDI OCT ile yapılan çalışmalarda koroidal kalınlığın arttığı bildirilmiştir.<sup>16</sup> Benzer şekilde Haruta ve arkadaşları özellikle dekalsifiye osteomda etkilenen koroid bölgesinde koroid kalınlığının arttığını göstermişlerdir.<sup>17</sup> Bu açıdan da bakıldığında koroid osteomunun SSKR'ye neden olabileceği düşünülebilir. Ancak yine de bu iki hastalığın insidental olarak beraber bulunabileceği akıldan çıkarılmamalıdır.

Sonuç olarak koroid osteomu fundusta sarı turuncu bir lezyon görüldüğünde akılda tutulması gereken bir tanıdır ve SSKR ile beraber görülebilir.

## KAYNAKLAR/REFERENCES

- Gass JD, Guerry RK, Jack RL et al. Choroidal osteoma. Arch Ophthalmol 1978;96:428-35.
- Shields CL, Sun H, Demirci H et al. Factors predictive of tumor growth, tumor decalcification, choroidal neovascularization, and visual outcome in 74 eyes with choroidal osteoma. Arch Ophthalmol 2005;123:1658-66.
- Ide T, Ohguro N, Hayashi A, et al. Optical coherence tomography patterns of choroidal osteoma. Am J Ophthalmol 2000;130:131-4.
- Wang M, Munch IC, Hasler PW et al. Central serous chorioretinopathy. Acta Ophthalmol 2008;86:126-45.
- Marmor MF. On the cause of serous detachments and acute serous chorioretinopathy. Br J Ophthalmol 1997;81:812-3.
- Scheider A, Naseman JE, Lund OE. Fluorescein and indocyanine green angiographies of central serous chorioidopathy by scanning laser ophthalmoscopy. Am J Ophthalmol 1993;115:50-6.
- Edwin C Figueira, R Max Conway, Ian C Francis. Choroidal osteoma in association with Stargardt's dystrophy. Br J Ophthalmol 2007;91:978-9.
- Murthy R, Das T, Gupta A. Bilateral choroidal osteoma with optic atrophy. J AAPOS 2010;14:438-40.
- Casaroli-Marano RP, Molina JJ, Adán A, et al. Bilateral Choroidal Osteoma Associated with Optic Neuritis in Behçet's Disease. Ophthalmic Surg Lasers Imaging 2010;9:1-4.
- Browning DJ. Choroidal osteoma: observations from a community setting. Ophthalmology 2003;110:1327-34.
- Ascaso FJ, Lasierra R. Idiopathic dural optic nerve sheath calcification associated with choroidal osteoma. Ophthalmic Surg Lasers Imaging 2011;42:53-5.
- Adhi M, Bryan J.S, Alwassia A.A, et al. De-novo appearance of a choroidal osteoma in an eye with previous branch retinal vein occlusion. Ophthalmic Surg Lasers Imaging Retina 2013;44:77-80.
- Erol MK, Coban DT, Ceran BB, et al. Enhanced depth imaging optical coherence tomography and fundus autofluorescence findings in bilateral choroidal osteoma: a case report. Arq Bras Oftalmol 2013;76:189-91.
- Erol M.K, Özdemir Ö, Çoban D.T, et al. Akut ve kronik santral seröz koryoretinopatide fundus otofloresansı Turk J Ophthalmol 2013;43:94-8.
- Trimble SN, Schartz H. Choroidal osteoma after intraocular inflammation. Am J Ophthalmol 1983;96:759-64.
- Kuroda S, Ikuno Y, Yasuno Y, et al. Choroidal thickness in central serous chorioretinopathy. Retina 2013;33:302-8.
- Haruta M, Hangai M, Taguchi C, et al. Spectral-domain optical coherence tomography of the choroid in choroidal osteoma. Ophthalmic Surg Lasers Imaging 2011;42:118-21.