

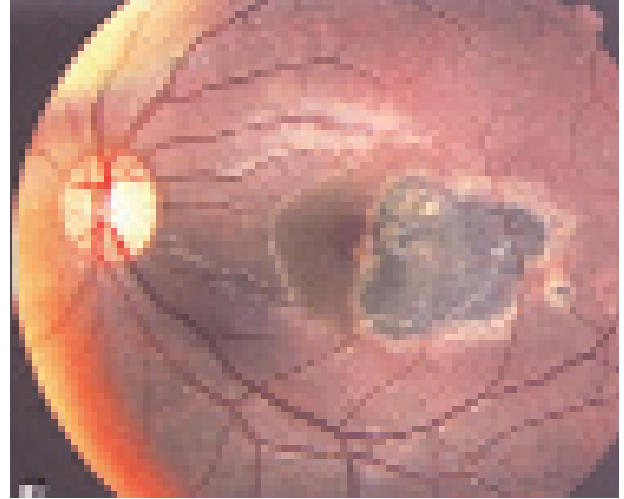
Ampijinö Koroidopati

Merih SOYLU

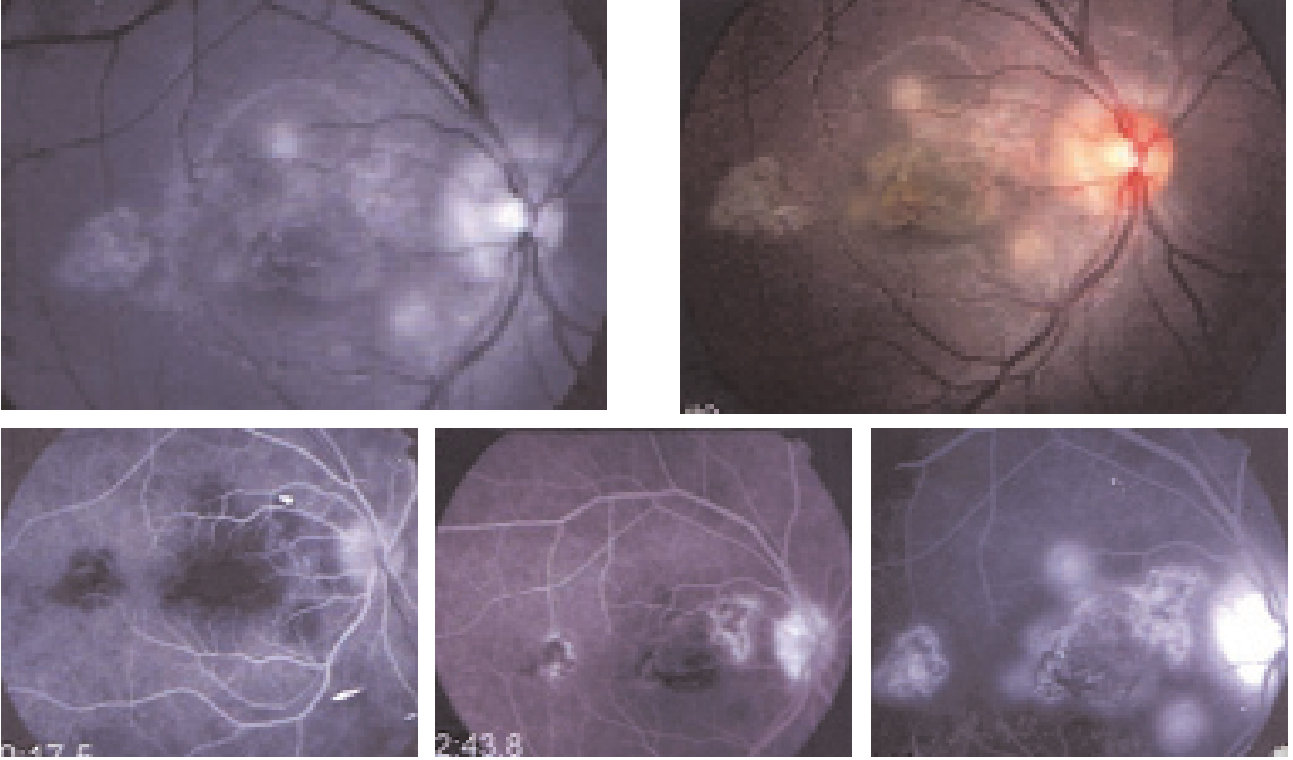
OLGU SUNUMU

19.5.03 tarihinde sağ gözde ani görme azalması şikayetiyle başvuran 22 yaşında kadın hastanın öyküsünden, 2 yıl önce sol gözde yarım görme şikayetiyle başka bir merkeze başvurduğu ve o tarihte hipofiz adenomu ön tanısıyla takibe alındığı, görme bozukluğunun herhangi bir tedavi uygulanmadan düzeldiği ancak 1 yıl sonra tekrar sol gözde bulanık görme şikayetleri olduğu ve şikayetlerinin 1-2 ay içinde tedavisiz düzeldiği öğrenilmiştir.(Resim 1)

Hastanın başvuru tarihinde yapılan oftalmolojik muayenesinde görme sağ gözde 0.1, solda 0.9 olup, her 2 gözde GİB normal ve ön segmentte herhangi bir patoloji yoktu. Sağ fundusta makulayıda içine alan 1 DD çapında coğrafik eksudatif lezyon ve lezyon kenarlarında aktif odaklar mevcuttu. Sol gözde ise makula temporalinde 3 DD çapında pigmente skar ve komşuluğunda bir adet pigmente atrofik odak mevcuttu. Her 2 gözde de vitreusta herhangi bir aktif hücre yoktu. Tokzoplazma dahil yapılan serolojik



Resim 1: 2001 yılında solda yarım görme şikayeti olan hastanın fundusunda solda makula temporalinde pigmente skar, sağ göz normal



Resim 2: 19.5.03 tarihinde yapılan FFA da sağ gözde lezyonda erken dönemde hipofloresans, geç dönemde hiperfloresans ve lezyon kenarlarında boyanma

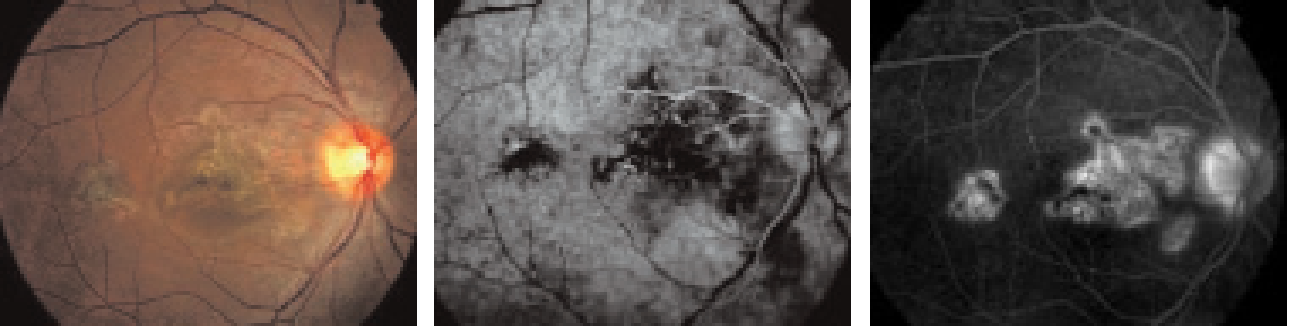
araştırmada ve sistemik muayenede herhangi bir patoloji saptanmadı. Yapılan FFA tetkikinde sağ gözde erken dönemde lezyonda hipofloresans, geç dönemde ise giderek artan hiperfloresans ve odakların kenarında boyanma görüldü. Sol gözde ise atrofik skara ait hipofloresans dışında bulgu yoktu. Her 2 göz periferik retinasında herhangi bir patoloji saptanmadı. (Resim 2)

Bu bulgularla hastaya serpijinö koroidopati tanısı konularak 1 mg/gün sistemik prednisolon tedavisi başlandı. Giderek doz azaltması yapılan hastanın 1 ay sonra yapılan muayenesinde sağ gözde görme 0.4 olup, aktif lezyonlarda skarlaşma başladığı, yapılan FFA da sağ gözdeki hiperfloresansın ve boyanmanın giderek azaldığı, lezyonun kenarlarının belirginleşmeye başladığı görüldü.(Resim 3) Bu dönemde hastaya immünsüpressif tedavi başlandı.

(Azothiopurine 2,5 mg/gün) ve steroid dozu azaltılarak kesildi. Hastanın 2.10.03 tarihinde yapılan son muayenesinde sağda görme 0.9 seviyesinde olup, fundustaki aktif lezyonun tümüyle skarlaştığı izlendi. (Resim 4) Hastaya immünsüpressif tedaviye devam etmesi ve kontrol önerildi.

TARTIŞMA

Serpijinö koroidopati 30-70 yaş arasında görülen, sıklıkla makula ve peripapiller alanda coğrafik irregüler beyaz odaklar şeklinde görülen etyolojisi bilinmeyen bir RPE-koroid hastalığıdır. Sıklıkla tek taraflı başlayıp, daha sonra diğer gözde de tutulum olmaktadır. Çoğunlukla vitritis ve orta şiddette bir ön üveit görülür. Aylar içinde atrofi oluşmakta, eski lezyonların sınırında yeni aktivasyonlar şeklinde rekürrensler oluşabilmektedir. Hastalar özellikle KNV gelişimi açısından takip



Resim 3: 1. ay sonunda aktivasyonda gerileme, geç dönemde lezyon sınırında boyanmanın azaldığı ve kenarların belirgin hale gelişi görülmekte

edimelidir. Tedavide steroidlerle birlikte uzun süreli immünsüpressifler önerilmektedir. Bu olguların APPMME ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır. APPMME daha genç yaşta görülmekte, göz tutulumundan önce viral enfeksiyon görülebilmektedir. Bu sistemik veya serebral vaskülit gelişebilmektedir. Akut lezyon dışı retinada beyaz coğrafik odaklar şeklinde olmakta, spontan iyileşme görülmektedir. Bu olgular sıklıkla tek atak geçirmekte, görme sıklıkla normale dönmekte ve nadiren KNV gelişmektedir. Bu iki hastalığın ayırıcı tanısı her zaman yapılamamaktadır. Bizim olgumuzda da lezyonların gelişimi ve ciddi atrofi ile sonuçlanması açısından serpijinö

koroidopatiye uymaktadır. Ancak olgunun genç olması, eşlik eden herhangi bir vitreus ve ön kamara reaksiyonunun olmaması APPMME ile de uyumlu görülmektedir. Muhtemelen olgumuz ampijinö diye adlandırılabilir, 2 hastalık özelliklerini de içerebilen bir antite olabilir. Bu olgularda uzun süreli immünsüpressif tedavi tartışmalı olmakla birlikte, oluşabilecek yeni atakları önlemek açısından yararlı olacağı düşünülerek olgumuzda uzun süreli immünsüpressif tedavi önerilmiştir.



Resim 4: Son kontrolde tümüyle skarlaşmış inaktif lezyon