

# Farklı Nedenlerle Tekrarlayan Koroid Dekolmanı\*

## Recurrent Choroidal Detachment Related to Different Etiologies

Berna ÖZKAN<sup>1</sup>, Nurşen YÜKSEL<sup>2</sup>, Özdemir ÖZDEMİR<sup>3</sup>, Levent KARABAŞ<sup>4</sup>

### Olgu Sunumu

### Case Report

#### ÖZ

Bu olgu sunumumuzda aynı hastada farklı nedenlerle gelişen 3 ayrı koroid dekolmanı atağı bildirilmiştir. Bilateral primer açık açılı glokom ve megalokornea nedeni ile kliniğimize sevk edilen hastanın sağ gözüne, ilaç tedavisinin yeterli olmaması ve düzensiz ilaç kullanımı nedeni ile Ahmed valvi takıldı. Takiplerde 3 kez ardarda koroid dekolmanı geliştiği gözlenmiştir. Hastanın ilk koroid dekolmanının oküler hipotoni nedeni ile, ikinci koroid dekolmanı ilaca bağlı, üçüncü koroid dekolmanın ise koroid dekolmanı tedavisi için kullanılan sikloplejiklerin erken kesilmesi nedeni ile geliştiği düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Tekrarlayan koroid dekolmanı, etyoloji.

#### ABSTRACT

We present a case who experienced 3 choroidal detachment episodes because of different reasons. The patient who had primary open angle glaucoma and megalocornea was referred to our clinic. We performed trabeculectomy to the right eye of the patient because the intraocular pressure was high in spite of medication. She was also using her medication irregularly. In the follow up after surgery the patient experienced 3 separate choroidal detachment episodes. The reason of the first episode was ocular hypotony, the second was idiosyncronic, and the third was early discontinuing of the cycloplegic which was given for the treatment of the choroidal detachment.

**Key Words:** Recurrent choroidal detachment, etiology.

*Glo-Kat 2010;5:47-50*

#### GİRİŞ

Glokom ameliyatları sonrası meydana gelen hipotoni nedeniyle oluşan koroid dekolmanı bilinen bir komplikasyondur.<sup>1</sup> Ancak bu durum düzeldikten sonra koroid dekolmanının birden fazla kez tekrarlaması ve ameliyat uygulanmayan gözde de oluşması oldukça nadirdir. Biz de bu olgu sunumumuzda sağ gözüne Ahmed valvi takıldıktan sonra koroid dekolmanı oluşan, bu durum düzeldikten sonra da 2 kez daha farklı nedenlerle her iki gözünde de koroid dekolmanı atağı geçiren hastamızı sunmayı amaçladık.

**Geliş Tarihi :** 30/06/2009

**Kabul Tarihi :** 29/09/2009

**Received :** June 30, 2009

**Accepted :** September 29, 2009

\* Bu çalışma 41. Ulusal Türk Oftalmoloji Kongresi'nde sunulmuştur.  
1- Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları AD, Kocaeli, Yrd. Doç. Dr.  
2- Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları AD, Kocaeli, Prof. Dr.  
3- Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları AD, Kocaeli, Asist. Dr.  
4- Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları AD, Kocaeli, Doç. Dr.

1- M.D. Asistant Professor, Kocaeli University Faculty of Medicine, Department of Ophthalmology Kocaeli/TURKEY  
OZKAN B., berna.ozkan@kocaeli.edu.tr  
2- M.D. Professor, Kocaeli University Faculty of Medicine, Department of Ophthalmology Kocaeli/TURKEY  
YUKSEL N., nursencemre@e-kolay.net  
3- M.D., Kocaeli University Faculty of Medicine, Department of Ophthalmology Kocaeli/TURKEY  
OZDEMİR O., oozdemir@kocaeli.edu.tr  
4- M.D. Associate Professor, Kocaeli University Faculty of Medicine, Department of Ophthalmology Kocaeli/TURKEY  
KARABAS L., lkarabas@superonline.com

**Correspondence:** M.D. Asistant Professor, Berna ÖZKAN  
Kocaeli University Faculty of Medicine, Department of Ophthalmology Kocaeli/TURKEY

## OLGU SUNUMU

Elli beş yaşındaki kadın hasta bilateral açık açılı glokom ve megalokornea tanısı ile kliniğimize sevk edildi. Hastanın muayenesinde sağ gözde görme keskinliği 0.3, sol gözde ise tamdı. Göz içi basınçları (GİB) sağ gözde timolol+dorzolamide HCl, brimonidine tartrate ve bimatoprost ile 26 mmHg, sol gözde ise yine aynı ilaçlarla 22 mmHg idi. Shaffer gonyoskopik evreleme sistemine göre sağ ve sol gözde evre III açı olduğu gözlemlendi. Görme alanı değerlendirildiğinde sağ gözde tüp görme olduğu solda ise çift arkuat skotom bulunduğu gözlemlendi. Sağ gözün ön segment muayenesinde kornea kalınlığının 514 mikron, kornea çapının 14.5 mm olduğu ve hastanın lensinin skleroze olduğu gözlemlendi. Sol gözün ön segment muayenesinde ise kornea kalınlığının 515 mikron, kornea çapının 14.5 mm olduğu ve yine bu gözde de hastanın lensinin skleroze olduğu saptandı. Hastanın her iki gözünün aksiyel uzunluğu da 24 mm olarak ölçüldü. Fundus muayenesinde ise sağ gözde çukurluk/disk oranının 0,8, solda ise 0.7 olduğu gözlemlendi. Her iki gözde de glokوماتoz optik atrofi bulunmakta idi. Hastanın sistemik hastalıkları sorgulandığında sistemik hipertansiyonu olduğu ve bu nedenle de oral antihipertansif tedavi olarak metoprolol tartrate kullandığı tespit edildi.

Hastanın takiplerinde maksimum glokom tedavisine rağmen GİB yüksekliği ve düzensiz ilaç kullanımı nedeni ile her iki göze cerrahi planlandı. Hastanın cerrahi öncesi ölçülen GİB sağ gözde 24 mmHg, sol gözde ise 23 mmHg idi ve kliniğimize sevk edildiğinden beri yaklaşık 1 aydır ilaç kullanmaktaydı. Sağ gözün ameliyatı sırasında limbal bölgede skleranın ince olduğu gözlemlendi. Bunun üzerine trabekülektomi yerine Ahmed Glokom Valvi yerleştirilmesine karar verildi. Konjonktiva ve tenon açıldıktan sonra üst temporalde limbustan 10 mm geriye valvin gövdesi 10-0 naylon ile suture edildi. Daha sonra saat 6'dan bir ön kamara sağlayıcı yerleştirildi ve üst temporalden parasentez yapıldıktan sonra valvin silikon

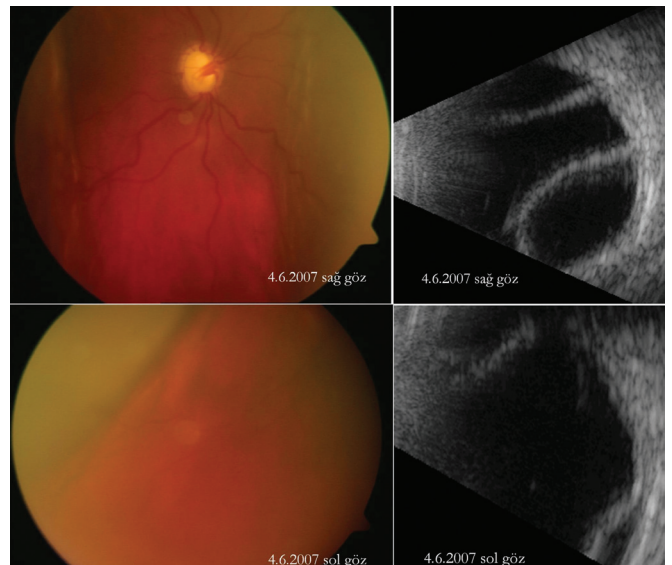
tüpü ön kamaraya içeride yaklaşık 2 mm olacak şekilde yerleştirildi. Daha sonra valvin tüpünün sklera üzerindeki kısmı perikard ile örtüldü. Perikard yine 10-0 naylon ile skleraya suture edildi. Konjonktiva 8-0 vicryl ile kapatıldı. Cerrahiden sonra erken dönemde hipotoni ve koroid dekolmanı geliştiği gözlemlendi (Resim 1). Hastaya tedavi olarak topikal prednizolon asetat, sikloplejin ve siprofloksasin verildi. Oral olarak da 1mg/kg prednol ve 250 mg diazomid (4x1) başlandı. Ancak ilaç tedavisi ile düzelme sağlanamadı. İki hafta sonra eksplorasyon amacıyla yapılan ikinci ameliyatta megalokornea ve limbal incelikle nedeni ile tüpün limbustan ön kamaraya giriş yerindeki tünelin genişlemiş olduğu ve buradan kaçak olduğu görüldü. Ahmet Glokom Valvi çıkartıldı, limbal bölgedeki kornea suture edildi. Tüp çıkartıldıktan sonraki 11. günde koroid dekolmanının tamamen düzelmiş olduğu görüldü. GİB topikal timolol, brimonidine tartrate ve oral diazomid ile kontrol altına alındı.

Tedaviden 1 ay sonra GİB sağ gözde Timolol +dorzolamide HCl ve brimonidine tartrate ile 24 mmHg, sol gözde bimatoprost ile 21mmHg ve ön kamara normal derinlikte iken bilateral koroid dekolmanı gelişti (Resim 2). Topikal ve sistemik ilaç kullanımı sorgulandı ve 10 gün önce anti-hipertansif tedavi olarak oral selektif beta-bloker olan metoprolol tartrate kullanırken, sistemik hipertansiyonun düzene sokulamaması nedeni ile kardiyo-loji konsultasyonu sonucu non-selektif beta-bloker olan Propranolol HCl kullanımına geçildiği farkedildi. Topikal antiglakomatöz ilaçlar ve oral non-selektif beta-bloker kesildi. Oral 250 mg diazomid (4x1) ve 1 mg/kg prednol, topikal sikloplejik tedavisi verildikten sonra sol gözdeki koroid dekolmanının 12 gün sonra, sağ gözündeki koroid dekolmanının ise 18 gün sonra tamamen düzeldiği görüldü. Steroid ve sikloplejik 3 hafta içinde azaltıldı ve kesildi.

Ancak steroidler ve sikloplejikler kesilir kesilmez sağ gözde koroid dekolmanında nüks saptandı (Resim 3).



**Resim 1:** Hastanın sağ gözünde oluşan ilk koroid dekolmanı sırasında çekilmiş fundus fotoğrafı.



**Resim 2:** Hastanın her iki gözünü de etkileyen ikinci koroid dekolmanı sırasında çekilen fundus fotoğrafları ve ultrasonları.



**Resim 3:** Hastanın sağ gözündeki son koroid dekolmanı sırasında çekilmiş fundus fotoğrafı.

Hastanın bu seferki dekolmanının sikloplejiklerin erken kesilmesi nedeni ile oluştuğu düşünülür. Sikloplejik ve 250 mg diazomid (4x1) başlandı, steroid tekrar 1mg/kg olarak verildi. Bu son koroid dekolmanı atağı da yaklaşık 3 hafta sonra gözlenemez hale geldi. Dekolmanın yatışmasından sonra steroid azaltılarak kesildi. Topikal antiglakomatöz ilaçlar önce latanoprost daha sonra da timolol+dorzolamide HCl olarak birer birer tekrar başlandı ve diazomid kesildi. Sikloplejikler toplamda 2 ay kullanıldıktan sonra azaltılarak kesildi.

Yapılan son muayenesinde hastanın görme keskinlikleri başlangıçta olduğu gibi sağ gözde 0.3, sol gözde ise tamdı. GİB ise her iki göze kullanılan timolol+dorzolamide HCl ve latanoprost ile sağ gözde 20 mmHg, sol gözde ise 19 mmHg olarak tespit edildi. Hastanın her iki gözünde de koroid dekolmanı tamamen düzelmişti (Resim 4).

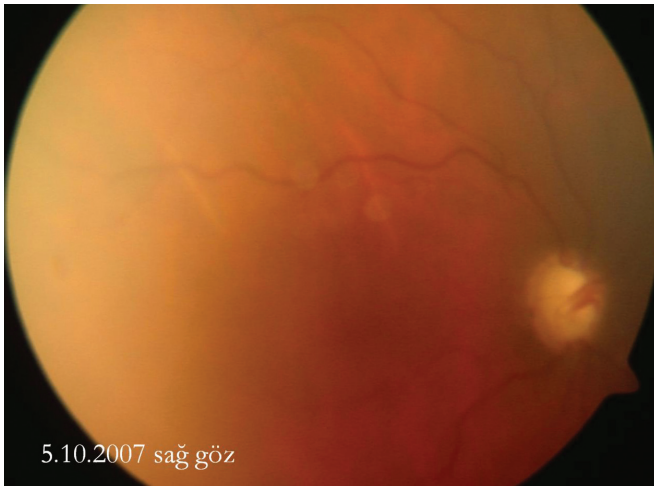
## TARTIŞMA

Koroid dekolmanının en bilinen nedeni oküler hipotonidir.<sup>2</sup> Glokom cerrahisi sonrası oluşan hipotoni, aşırı filtrasyon, inflamasyona bağlı olarak aköz humörün sek-

resyonunun azalması, koroid dekolmanı gibi birçok nedenden dolayı gelişebilir. Bu olguda da ilk koroid dekolmanı Ahmet valvi takıldıktan sonra meydana gelen oküler hipotoni sonrası gelişti. Glokom cerrahisinden sonra dışa akıma direnç oluşturan fibröz kapsül 2-6 hafta sonra geliştiğinden erken dönemde hipotoni sık görülen komplikasyonlar arasındadır. Genellikle uygun tedavi ile düzelir. Tüp erozyonu, özellikle tüpün korneaskleral bölgeden geçiş yerinde oluşabilir ve bu durum daha çok çocuklarda bildirilmiştir.<sup>3</sup> Bu olgumuzda bu kadar erken dönemde korneaskleral giriş yerinin çevresinde tüp erozyonu görülmesi ve buradan aköz sızıntısı olması, olgumuzun megalokornea nedeni ile korneaskleral kalınlığının ince olması ile açıklandı.

Hastanın ikinci koroid dekolmanı atağının ise ilaca bağlı olarak geliştiği görüldü. Literatürde, topikal latanoprost ve dorzolamide HCl kullanımına bağlı koroid dekolmanı geliştiği bildirilmiştir.<sup>4</sup> Bu durum aköz baskılanmasına bağlı hipotoni olarak tanımlanmıştır. Bu hastalara uzun süreli ilaç kullandıktan sonra trabekülektomi uygulanmış, daha sonra timolol veya karbonik anhidraz inhibitörleri başlandığında oküler hipotoni ve koroid dekolmanları geliştiği görülmüştür. Teorik olarak daha önceden ilaçlarda yapılan aköz baskılanmasının aşırı duyarlı silier epitel meydana getirdiğini bunun da daha sonra aköz yapımının durması ile sonuçlandığı ileri sürülmüştür.<sup>5</sup> Nadir olarak oral ilaçlara bağlı bilateral koroid dekolmanı da gelişebilir.<sup>6</sup> İlaça bağlı gelişen koroid dekolmanında tedavi yan etkiyi meydana getiren ilacı kesmek ve sikloplejik tedavi uygulamaktır. Benzer bir durumun prostaglandinlerle de meydana gelebileceği bildirilmiştir.<sup>7</sup> Hipotoninin ayrıca glokom cerrahisi geçirilmediği halde glokom ilaçlarının kullanımına bağlı olarak da gelişebileceği bildirilmiştir.<sup>8</sup> Ayrıca Sturge Weber sendromu gibi episkleral venöz basınç artışı gibi altta yatan patolojiler de cerrahi geçirilmemesine rağmen bu duruma neden olabilir.<sup>9</sup>

Ameliyat sonrası koroid dekolmanına yol açabilecek diğer bir etken uveal efüzyon sendromudur. Uveal efüzyon sendromu ilk olarak skleral anomalisi olan nanof-



**Resim 4:** Hastanın koroid dekolmanı düzeldikten sonra takipler sırasında çekilmiş fundus fotoğrafı.

talmik gözlerde tanımlansa da, daha sonra nanoffalmisi olmayan gözlerde de gelişebileceği bildirilmiştir.<sup>10</sup> Uveal efüzyon sendromunda skleranın histokimyasal anomaliler tespit edilmiştir.<sup>11</sup> Bu durumda skleranın kollajen lifleri belirgin şekilde düzensizleşmiş, kalınlıkları değişmiş ve aralarında glikozaminoglikan biriktiği tespit edilmiştir. Bu patogeneze göre uveal efüzyon sendromu 3 grupta incelenebilir:

1) Oküler travma, intraoküler cerrahi ve sklerit sonrası gelişen uveal efüzyon sendromu,

2) Hipotoni ve kalınlaşmış sklera nedeni ile gelişen uveal efüzyon sendromu,

3) İdiyopatik olarak gelişen uveal efüzyon sendromu. Bu nedenle daha sonradan oluşan koroid dekolmanlarının nedenlerinden biri olarak uveal efüzyon sendromu da düşünülebilir.

Olguda 3. kez gelişen koroid dekolmanı koroid dekolmanı yatıştıktan hemen sonra ilaçlar kesilir kesilmez geliştiğinden tedavinin kesilmesi sonucunda oluştuğunu düşünmekteyiz. Bazı olgularda koroid dekolmanı tedavisini erken kesilmesi nökslere neden olabileceğinden ilaçların uzun süreli kullanımı önerilmektedir.

Sonuç olarak, megalokorneası ve primer açık açılı glokomu olan bir olguda farklı nedenlere bağlı olarak koroid dekolmanı gelişimi nadir görülmektedir. Bazı olgularda bu duruma yatkınlık olabileceği akla gelmelidir. Literatürde ardarda tekrarlayan koroid dekolmanları gelişen bir hastanın durumu için "floppy choroid" terimi kullanılmıştır.<sup>5</sup> Bu terim bizim olgumuza da uygunluk göstermektedir.

## KAYNAKLAR/REFERENCES

1. Okka M, Zengin N.: Sekonder glokomlu olgularda Molteno implant cerrahisinin uzun dönem sonuçları. *Türk Oft Gaz.* 2000;30:730-733.
2. Masket S. Cataract surgical problem. *J Cataract Refract Surg.* 2007;33:944.
3. Sarkisian SR Jr.: Tube shunt complications and their prevention. *Curr Opin in Ophthalmol.* 2009;20:126-130.
4. Goldberg S, Gallily R, Bishara S, et al.: Dorzolamide-induced choroidal detachment in a surgically untreated eye. *Am J Ophthalmol.* 2004;138:285.
5. Vela MA, Campbell DG.: Hypotony and ciliochoroidal detachment following pharmacologic aqueous suppressant therapy in previously filtered patients. *Ophthalmology.* 1985;92:50-57.
6. Shapiro BL, Velimir P, Lee SE et al.: Choroidal detachment following the use of tamsulosin (flomax). *Am J Ophthalmol.* 2007;143:351.
7. Marques Pereira ML, Katz LJ.: Choroidal detachment after the use of topical latanoprost. *Am J Ophthalmol.* 2001;132:928-929.
8. Davani S, Delbosc B, Royer B, et al.: Choroidal detachment induced by dorzolamide 20 years after cataract surgery. *Br J Ophthalmol.* 2002;86:1457-1458.
9. Sakai H, Sakima N, Nakamura Y. et al.: Ciliochoroidal effusion induced by topical latanoprost in a patient with Sturge-Weber syndrome. *Jpn J Ophthalmol.* 2002;46:553-555.
10. Gass JDM.: Uveal effusion syndrome: a new hypothesis concerning pathogenesis and technique of surgical treatment. *Trans Am Ophthalmol Soc.* 1983;81:246-260.
11. Uyama M, Takahashi K, Kozaki J, et al.: Uveal effusion syndrome: clinical features, surgical treatment, histologic examination of the sclera, and pathophysiology. *Ophthalmology.* 2000;107:441-449.