



Olgu Sunumu

Küme Baş ağrısında Glukokortikoid Tedavi Sırasında Gelişen Santral Seröz Korioretinopati

Burcu UĞUREL¹, Figen KOÇYİĞİT², Hakan ÖNER³, Vesile ÖZTÜRK¹

¹Dokuz Eylül University, School of Medicine, Dept. of Neurology, Izmir, Turkey ²Dokuz Eylül University, School of Medicine, Dept. of Physiotherapy and Rehabilitation, Izmir, Turkey

³Dokuz Eylül University, School of Medicine, Dept. of Ophtalmology, Izmir, Turkey

Özet

Santral seröz retinopati nadir görülen bir retinal hastalıktır. Fundusun posterior polünde subretinal sıvının akümüasyonu ile karakterizedir ve seröz retinal dekolmanın etrafındaki alanda oluşur. Genellikle visüel kayıp veya renkli görmede anormallik ile kendini gösterir. Sıklıkla idiopatik fakat kortikosteroid tedavi gerektiren ciddi patolojik durumlarla da birlikte olabilir (1). Literatürde yaklaşık 200 olguda kortikosteroid kullanımına bağlı santral seröz korioretinopati bildirilmiştir. Kortikosteroidler (prednison ve deksametason) küme baş ağrısı periodunda hızlı remisyona için kullanılmaktadır (2). Bu bildiride, küme periodu sırasında kortikosteroid tedavisi alan ve santral seröz korioretinopati gelişen bir olgu sunulmuştur. Küme baş ağrısında kısa süreli kortikosteroid kullanımına bağlı olarak bu komplikasyonun gelişebileceği akılda tutulmalı, hastalar bu yönden de yakından izlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Küme baş ağrısı, kortikosteroid, santral seröz korioretinopati

Central Serous Chorioretinopathy During Glucocorticoid Therapy For Cluster Headache

Abstract

Central serous chorioretinopathy is an uncommon retinal disease. It is characterized by an accumulation of subretinal fluid at the posterior pole of the fundus and formed in an area surrounding the serous retinal detachment. It manifests generally as a visual loss or an abnormal colour vision. It is often idiopathic but may also be associated with numerous pathological conditions that require frequent corticosteroid treatment (1). At least 200 cases of patients who developed central serous chorioretinopathy during glucocorticoid therapy have been reported in the literature. Corticosteroids (prednisone and dexamethazone) are quite useful for a rapid remission in patients with episodic cluster headache (2). In this report a case of central serous chorioretinopathy developed after the treatment of cluster headache period with corticosteroids is presented. This complication depending on the treatment of cluster headache with short period of corticosteroid application should be kept in mind and these patients should be observed carefully.

Keywords: Cluster headache, corticosteroid, central serous chorioretinopathy

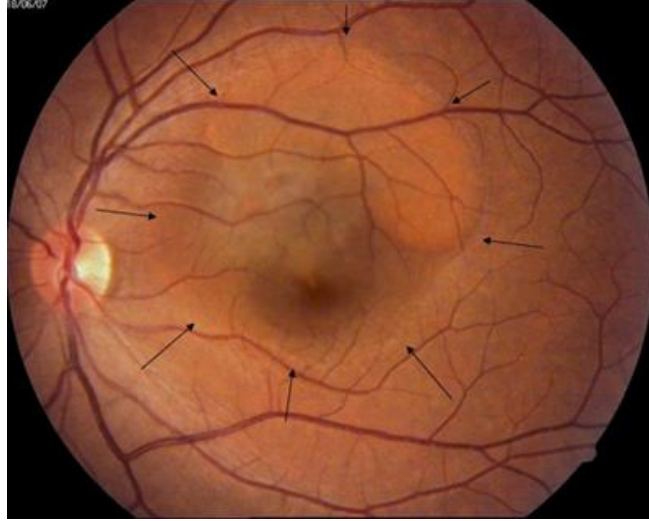
GİRİŞ

Trigeminal otonomik sefalaljiler grubunda yer alan küme baş ağrısı, klinik ve tedavi özellikleri ile primer baş ağrıları arasında özel bir öneme sahiptir. Küme döneminde baş ağrılarını hızlı bir şekilde kontrol altına almak amacıyla kullanılan kortikosteroidlerin tedavide önemli bir yeri vardır⁽⁵⁾. Genellikle birkaç hafta gibi kısa bir süre için kullanılsa da kortikosteroid tedavinin yan etkilerine karşı uyanık olmak gereklidir. Kortikoterapinin sık rastlanmayan bir yan etkisi de santral seröz retinopatidir. Santral seröz retinopati nadir görülen bir retinal hastalıktır ve patogenezi halen büyük oranda bilinmemektedir. Fundusun posterior polünde subretinal sıvının akümüasyonu ile karakterizedir ve seröz retinal dekolmanın etrafındaki alanda oluşur. Genellikle vizüel kayıp veya renkli görmede anormallik ile kendini gösterir. Orta yaşlarda ve erkeklerde daha sık görülür. Sıklıkla idiyopatik olmakla birlikte, kortikosteroid tedavi gerektiren ciddi patolojik durumlarla da birlikte olabilir^(1,6). Literatürde kortikosteroid kullanımına bağlı santral seröz korioretinopati gelişmiş yaklaşık 200 olgu bildirilmiştir. Bu bildiride de küme baş ağrısının küme döneminde kortikosteroid tedavi uygulanırken vizüel kayıp gelişen ve santral seröz korioretinopati tanısı alan bir olgu sunulmaktadır. Kortikosteroidlerin santral seröz korioretinopatiye neden oldukları bilinmektedir. Ancak literatürde küme baş ağrısında kullanımda erken dönemde bu komplikasyonun geliştiği olguya rastlanmamıştır.

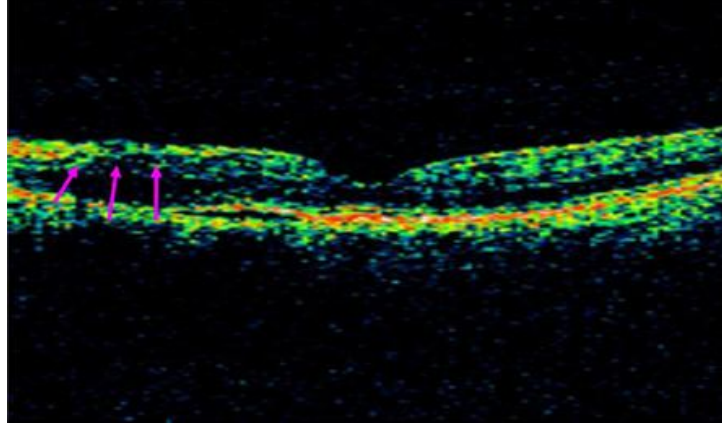
OLGU SUNUMU

45 yaşında erkek hasta ilk kez 2004 yılında baş ağrısı yakınması ile hastanemize başvurdu. Baş ağrısı yakınması yaklaşık 1 haftadır mevcuttu. Ağrı atakları en az 15 dakika, ortalama 1-1,5 saat sürüyordu ve günde ortalama 2-4 baş ağrısı atağı oluyordu. Baş ağrıları çok şiddetliydi, genellikle başın sol tarafındaydı ve ağrı tarafındaki gözde kızarma, sulanma, göz

kapağı düşüklüğü ve burun akıntısı eşlik ediyordu. Baş ağrısı geçmişte sorgulandığında 16-20 yaşları arasında yılda ortalama 1-2 kez olan şiddetli baş ağrısı atakları olduğu öğrenildi, bu ataklar sırasında intramusküler analjezikler ile tedavi olmuştu. Yirmili yaşlarında yılda 1-2 kez olan ve 2-3 hafta boyunca, günde 2-3 kez, 30 dk-3 saat arası süren baş ağrısı ataklarının olduğu dönemler olmaya başlamıştı ve bu yakınma ile ilk kez 29 yaşında doktora başvurmuştu. Tanı konulmayan hastaya spesifik bir tedavi başlanmamıştı ve atak dönemlerinde sadece analjezik tedavi önerilmişti. Hastanın atak dönemleri yılda 2-3 küme sıklığına ulaştığında hastanemize başvurdu. Hastanın ataklar arası dönemde yapılan nörolojik muayenesi normaldi. Rutin laboratuvar incelemelerinde anormallik saptanmadı. Hastaya küme baş ağrısı tanısı konuldu ve önleyici tedavi olarak verapamil ve kortikosteroid (prednisolon) tedavi ve ataklar sırasında subkutan veya nazal inhalasyon yoluyla sumatriptan tedavisi başlandı. 1 hafta içinde atak dönemi sonlanan hasta baş ağrısı polikliniğinde takibe alındı. Takibinin 3. haftasında görme bozukluğu yakınması gelişen hasta göz hastalıkları polikliniği tarafından değerlendirildi. Muayene ve tetkikler sonucunda santral seröz korioretinopati tanısı konuldu (Şekil 1, Şekil 2), kullanmış olduğu kortikosteroidin yan etkisi olarak düşünüldü ve kortikosteroid kullanımının kontrendike olduğu bildirildi. 2004-2007 tarihleri arasında hasta takiplere gelmedi. Son küme dönemi 2007 Mayıs ayından başlayan hastaya kortikosteroid tedavi dışındaki diğer tedavi seçenekleri uygulandı ve göz hastalıkları tarafından santral seröz retinopati açısından tekrar değerlendirildi. Görme bozukluğu yakınması ılımlı düzelmiş olan hastada küçük santral seröz retinopatinin devam ettiği tespit edildi ve kortikosteroid kullanımının alevlenmeye neden olabileceği için kullanılmaması önerildi.



Şekil 1: Santral Seröz Koriyoretinopatili hastada renkli fundus fotoğrafında sensöriyel retinada elevasyon alanı



Şekil 2: Santral Seröz Koriyoretinopatili hastada OCT incelemesinde (optik kohorens tomografi) subretinal sıvı birikimi

TARTIŞMA

Küme baş ağrısı en sık görülen trigeminal otonomik sefalalji grubunda yer alan baş ağrısıdır. Tekrarlayıcı, kural olarak unilateral, kısa süreli, şiddetli baş ağrısı ile karakterizedir. Baş ağrısı atağına ipsilateral parasempatik ve simpatik otonomik disfonksiyonlar eşlik eder. Prevalansı yaklaşık %0.1 dir ve erkeklerde daha sık görülür. Genellikle epizodik küme baş ağrısı şeklinde görülür ancak yaklaşık %15-20 olguda kronik küme baş ağrısı söz konusudur. Medikal tedavi her atak için akut atak tedavisi ve küme periodu

süresince önleyici tedaviyi içerir⁽⁵⁾. Atak tedavisinde hızlı etkili subkutan veya inhalasyon yoluyla uygulanan triptanlar, intramüsküler ergo preparatları ve oksijen kullanılır. Önleyici tedavi olarak verapamil, lityum ve kortikosteroidler (prednison ve deksametazon) en güvenilir ve etkili tedavilerdir. Methysergide, topiramat, valproat ve gabapentin de önleyici tedavilerde kullanılabilir⁽⁵⁾.

Santral seröz retinopati nadir görülen bir retinal hastalıktır ve patogenezi halen büyük oranda bilinmemektedir. Sıklıkla idiyopatik olmakla birlikte, psikososyal stres

ve kortikosteroid tedavi gerektiren ciddi patolojik durumlarla da birlikte olabilir⁽¹⁾. Kortikosteroidlere bağı bir yan etki olarak santral seröz korioretinopati gelişimi literatürde bildirilmiştir. İlk kez Jain ve Singh, Reither sendromu nedeniyle kortikosteroid tedavi alan ve santral seröz korioretinoptiye benzeyen makülopati gelişen bir olgu yayınlamıştır⁽³⁾. Daha sonra birçok yayında (olgu sunumları, olgu serileri ve retrospektif çalışmalarda) endojen ve eksojen kortikosteroidlere bağı gelişen santral seröz retinopatili olgular yayınlanmıştır⁽²⁾. Endojen hiperkortizolizm bir çok durumda (gebelik, stres, tip A kişilik, Cushing sendromu, Reither sendromu gibi) görülebilir⁽⁴⁾. 3 büyük retrospektif seriye göre kortikosteroidlerin eksojen uygulanımı sonucu santral seröz retinopati gelişen hastaların prevalansı %3.3 ile %9.1 arasındadır⁽⁴⁾. Eksojen steroid ajanlar prednisone, prednisolone, methylprednisolone, dexamethasone, betamethasone, beclomethasone dipropionate, triamcinolone, fluocortin, fluticasone propionate, natural corticotropin ve tetracosactide lerdir ve literatürlerden elde edilebilen bilgilere göre hangisinin santral seröz retinopati gelişimi için daha spesifik olduğu bilinmemektedir. Eksojen kortikosteroidler birçok yolla uygulanabilmektedir (oral, intravenöz, intramüsküler, epidural, inhalasyon, topikal) ve hangi yolun santral seröz retinopati gelişimi için daha riskli olduğu bilinmemektedir. Ayrıca eksojen kortikosteroidlerin uygulanım süresi ve dozunun santral seröz retinopati gelişimi açısından önemi de bilinmemektedir, literatürde farklı yollarla, farklı dozlarla (10 mg/ gün veya 1 gr /gün, birkaç gün süresince veya yıllarca) uygulanan ve santral seröz retinopati gelişen hastalar bildirilmiştir⁽²⁾.

Bizim olgumuza küme başağrısı tanısı ile küme periodunda 80 mg/gün prednisolon tedavisi 1 hafta süreyle uygulandı ve daha sonra 3 günde bir 10 mg/gün azaltılarak kesildi. Tedavinin 3. haftasının sonlarında görme kaybı gelişen hastanın çekilen

kranial manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve orbital MRG incelemeleri normal bulundu. Hasta göz hastalıkları bölümü ile konsülte edildi, sol gözde santral seröz korioretinopati saptandı. Kortikosteroid tedaviler kontrendike olarak değerlendirildi ve hastanın 3 yıl sonraki kontrolünde eski bulgulara gerileme ile birlikte solda küçük santral seröz korioretinitin devam ettiği öğrenildi. Olgumuz, erkek cinsiyette ve 45 yaşında olması nedeniyle idiopatik santral seröz retinopati açısından riskli grubda yer almaktaydı⁽⁶⁾ ve komorbid durum söz konusu olabilirdi. Ancak literatürde etyolojide steroid kullanımının çok sık bildirilmiş olması, steroid tedavi kullanıncaya kadar görme ile ilgili hiçbir yakınmanın olmaması, tedavi ile zamansal yakın ilişki olması ve steroid tedavinin kesilmesi ile birlikte zaman içinde spontan düzelme olması nedeniyle hastamızda saptanmış olan santral seröz retinopati, küme başağrısında kullanılmış olan steroidin bir yan etkisi olarak düşünülmüştür.

SONUÇ

Kortikosteroidlerin santral seröz korioretinopatiye neden oldukları bilinmektedir ancak küme başağrısında kullanımda erken dönemde bu komplikasyonun geliştiği bugüne kadar bildirilmemiştir. Kortikoterapi uygulanan her hasta santral seröz korioretinopati gelişimi açısından dikkatle izlenmeli, görme ile ilgili yakınma olup olmadığı sorgulanmalıdır.

İletişim:

Burcu Uğurel

E-mail: burcu.ugurel@deu.edu.tr

Gönderilme Tarihi: 13 Aralık 2007

Revizyon Tarihi: 11 Ocak 2008

Kabul Tarihi: 14 Ocak 2008

The Online Journal of Neurological Sciences (Turkish) 1984-2009

This e-journal is run by Ege University
Faculty of Medicine,
Dept. of Neurological Surgery, Bornova,
Izmir-35100TR

as part of the Ege Neurological Surgery
World Wide Web service.

Comments and feedback:

E-mail: editor@jns.dergisi.org

URL: <http://www.jns.dergisi.org>

Journal of Neurological Sciences (Turkish)

Abbr: J. Neurol. Sci.[Turk]

ISSNe 1302-1664

KAYNAKLAR

1. Bouyon A, Costedoat-Chalumeau N, Limal N et al. Central serous chorioretinopathy and systemic diseases report of 2 cases associated with corticotherapy. *Rev Med Interne* 2006; 27(6):487-91.
2. Bouzas EA, Karadimas P, Pournaras CJ. Central serous chorioretinopathy and glucocorticoids. 2002;47(5):431-48. Comment in: *Surv Ophthalmol* 2004;49(1):128-9; author reply 129.
3. Jain IS, Singh K. Maculopathy: a corticosteroid side-effect. *J All India Ophthalmol Soc* 1966; 14:250-252
4. Karadimas P, Bouzas EA. Glucocorticoid use represents a risk factor for central serous chorioretinopathy: a prospective, case-control study. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2004;242(9):800-2.
5. May A. Update on the diagnosis and management of Trigemino-Autonomic Headaches. *J Neurol* 2006; 253: 1525-1532
6. Wang M, Munch IC, Hasler PW, Prunte C, Larsen M. Central serous chorioretinopathy *Acta Ophthalmol Scand*. 2007 Jul 28