بررسی پنجاه مورد اگزوفتالمی یك طرفه*

مجله نظام پزشکی
سال هشتم ، شماره ۵ ، صفحه ۳۲۶ ، ۱۳۶۱

دکتر ابوالفضل رحیمی‌زاده ** دکتر کاظم عباسیون ــ دکتر حمید رحمت ***

مقدمه :

برآمدگی یك طرفه چشم از مباحث مورد علاقه چشم پزشکان و جراحان اعصاب میباشد و گزارشهائی دراین‌زمینه از کشورهای مختلف وجود دارد (۵،۸،۲۱). تاکنون درایران مقاله تحقیقی جامعی‌د راین‌مورد گزارش نشده است.

دراین مقاله ۵۰ مورد اگزوفتالمی یك طرفه که درمدت‌پنج‌سال دربخش‌جراحی‌مغزواعصاب بیمارستان دکترشریعتی‌موردجراحی قرار گرفته‌اند معرفی میشوند . لازم به تذکر است که تشخیص نهائی درکلیه موارد با عمل جراحی ودرصورت لزوم باآزمایش آسیب‌شناسی تأئید گردیده است . کاربرد اسکن کامپیوتری توموگرافی دراین بیمارستان ازسال۱۳۵۵ وآگاهی پزشکان‌از ارزش این‌وسیله در تشخیص علل اگزوفتالمی یك طرفه ، موجب معرفی بیماران متعددی به این مرکز شده است .

تعریف :

برآمدگی چشم بیش از میزان طبیعی را اگزوفتالمی می‌گویند. میزان اگزوفتالمی بوسیله اندازه‌گیری مسافت لبه کناری‌کاسه‌چشم وقله چشم تعیین میگردد . این‌کار را میتوان بوسیله یك خط‌کش ویا وسایل دقیق‌تر مثل اگزوفتالمومترانجام داد .

روش ومواد :

دراین بررسی‌بطور کلی‌مواردی اگزوفتالمی یك‌طرفه تلقی‌شده‌اند که اختلاف چشم مبتلا باچشم سالم از دومیلیمتر بیشتر بوده است. سرعت سیر بیماری ، محور اگزوفتالمی ، محدودیت حرکات چشم قدرت بینایی، میدان بینایی ، ته چشم ، سمع کاسه چشم ، قابلیت به عقب رانده شدن چشم با فشار و وجود یا عدم ضربان چشم وسایر علائم عصبی درتمام بیماران مورد توجه قرارگرفته‌اند .

آزمایشهای عادی مثل‌فرمول، شمارش،تجزیه کامل ادرار وسرعت رسوب گلبولی‌درتمام موارد به‌عمل‌آمده‌است وازنظرپرتونگاری تصاویر رخ ونیم‌رخ جمجمه ودرموارد لزوم روش سوراخ باسره وسینوسهای هوائی نیزانجام شده است .

توموگرافی کامپیوتری دراکثر بیماران مورد بررسی بکار برده شده‌وفقط درمواردی که تشخیص بدون اسکن‌نیزمشخص‌بوده است ازانجام‌آن خودداری کرده‌ایم .

آنژیوگرافی کاروتید در تمام موارد فیستول کاروتید کاورنو ، وفقط درچندبیماراولیه‌ازاین‌دسته برای‌مقایسه‌بااسکن کامپیوتری توموگرافی‌انجام شده است وبعلاوه درتومورهای‌داخل‌جمجمه‌ای باکشیدگی به داخل‌کاسه چشم‌نیزمورد استفاده قرارگرفته است.

یافته‌ها :

از پنجاه بیماربررسی‌شده دراین‌مقاله که ازسال ۱۳۵۵تا۱۳۵۹ به بخش جراحی مغزواعصاب بیمارستان دکتر شریعتی مراجعه کرده‌اند۲۴ مورد مرد وبقیه‌زن بوده‌اند. حدمتوسط سنی‌بیماران این بررسی ۲۵ سال ودوماه است که خرد سال‌ترین ۲ ساله با رابدومیوسارکوما و مسن‌ترین بیمار ۶۰ ساله با پلاسماسیتوما بوده‌اند وبعلاوه از۵۰ بیمار این‌گزارش‌جمعاً فقط ۸ بیمار زیر ۱۵ سال قرارداشته‌اند .

---

* این بررسی دربیمارستان دکترشریعتی تهران انجام شده است.
** بیمارستان لقمان‌الدوله ــ تهران .
*** بیمارستان دکترعلی شریعتی ــ تهران.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

جدول : تقسیم بندی سببی پنجاه مورد اگزوفتالمی یك طرفه

علل نئوپلاستیك	تعداد موارد	علل التهابی	تعداد موارد
همانژیومای کاورنو	چهار مورد	موکوسل سینوسهای پارانازال	نه مورد
منتژیوما	پنج مورد	تومور کاذب کاسه چشم	سه مورد
لنفومای بدخیم	شش مورد	کیست هیداتید کاسه چشم	یك مورد
رابدومیوسارکوما	سه مورد	سلولیت اوربیت	یك مورد
بیماری‌های بدخیم نازوفارنکس	دو مورد		
گلیومای عصب باصره	دو مورد	**علل عروقی**	**تعداد موارد**
آدنوم هیپوفیز	یك مورد		
پلاسماسیتوما	یك مورد	فیستول کاروتید کاورنو	هفت مورد
تومور براون اوربیت	یك مورد		
هیستوسیتوزیس ایکس	یك مورد	جمع	پنجاه مورد
دیسپلازی فیبروز	دو مورد		

علت :

درجدول بالا تقسیم بندی ۵۰ مورد اگزوفتالمی یك طرفه را برحسب علت که به سه گروه نئوپلاستیك ـ التهابی ـ عروقی تقسیم شده‌اند ، نشان میدهد .

لازم به تذکر است که اگزوفتالمی‌های ناشی ازضربه‌های مغزی جمجمه‌ای و موارد ناشی از پرکاری غدد مترشحه داخلی دراین گزارش حذف شده‌اند .

درمان :

اعمال جراحی انجام شده به‌استثنای موارد فیستول کاروتید کاورنو، موکوسل وتومورهای بدخیم، دربقیه موارد ازطریق کرانیاتومی وبرداشتن سقف کاسه چشم صورت گرفته است . تومورهای بدخیم بعد از بیوپسی ازطریق طرفی رادیوتراپی شده‌اند . ودرموکوسل سینوسهای هوائی، تخلیه محتویات موکوسل ومرتبط ساختن آن با فضای نازوفارنکس اساس درمان بوده است.

فیستولهای کاروتید کاورنو ، سه مورد از طریق فرستادن آمبولی عضلانی وبقیه موارد ازطریق بستن کاروتید در بالا وپائین فیستول وفرستادن آمبولی عضلانی درمان شده‌اند .

بحث :

علل اگزوفتالمی یك طرفه در گروه‌های مختلف بیماران، بسته به علاقه ـ تخصص وامکانات بیمارستانی پزشکان گردآورنده، متنوع ذکرشده است . برای مثال در گروه Bulluck ، موکوسل (۵) در گروه Drescher ، هیپرتیروئیدی (۸) و در گروه Silva ، پسودوتومور(۲۱) شایع‌ترین علت اگزوفتالمی یك‌طرفه بوده‌اند.

دراین گزارش علل نئوپلاستیك درصدر علل اگزوفتالمی قراردارد درحالیکه شایع‌ترین علت اگزوفتالمی بطور منفرد موکوسل بوده است .

دراین بررسی شایع‌ترین تومور اولیه اوربیت همانژیومای کاورنو است که ازاین نظر مشابه سایر گزارشها میباشد (۲۱،۱۹،۱۱،۸) وهمچنین رابدومیوسارکوما شایع‌ترین تومور اولیه اوربیت در اطفال است که با دو آمار بزرگ تومورهای کاسه چشم در اطفال مطابقت میکند (۲۲،۱۸). دراین گزارش همانند اکثر گزارشها منتژیوما شایع‌ترین تومور داخل جمجمه‌ایست که موجب اگزوفتالمی میگردد (۱۹،۱۳). شایع‌ترین تومور کاسه چشم دراین بررسی لنفومای اوربیت است .

یکی ازخصوصیات جالب این مقاله وجود دومورد بسیار نادر میباشد که یکی تومور بروان کاسه چشم ناشی از هیپرپاراتیروئیدی اولیه است که تا بحال دومورد آن دردنیا گزارش شده است (۷،۳). و دیگری پلاسماسیتومای منفرد جمجمه با کشیدگی به داخل کاسه چشم است که مورد اخیر قبلا گزارش شده است (۱).

درکلیه موارد این دسته از بیماران، علت اگزوفتالمی مشخص شده است که خود ازخصوصیات ارجح این گزارش است ، درحالیکه در

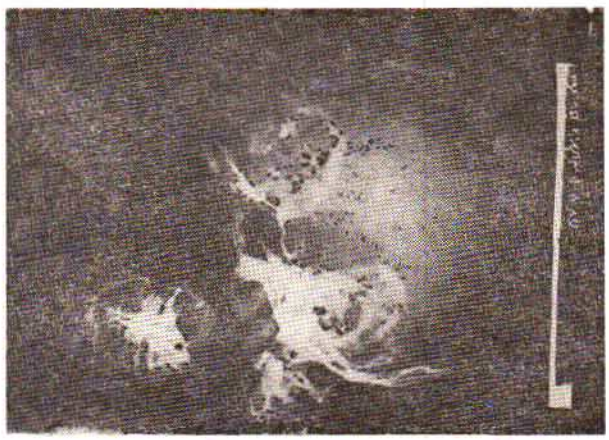
[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

آمارهای جهـانی حداقل در ده درصد موارد علـل اگزوفتالمی ناشناخته باقی مانده است (۲۱،۸) واین احتمالا به علت کاربرد اسکن کامپیوتری توموگرافی دربیماران ما میباشد.

با توجه به مشاهدات بالینی این نتایج بدست آمده است . وجود اگزوفتالمی یکطرفه درشخص بالغ برای مدت طولانی حکایت از وجود تومور چشمی خوش خیم مثل همانژیوما و منتژیوما میکند ودرموارد اگزوفتالمی با شروع نسبتاً سریع همراه با اختلالات نسبی ویاکامل حرکات چشم باید به‌فکر تومورهای بدخیم کاسه‌چشم مثل لنفوما، رابدومیوسارکوماویا تومورکاذب کاسه‌چشم بود(۱۱).

اگزوفتالمی مزمن همراه با لمس توده‌ای در گوشه‌داخلی‌وبالائی کاسه چشم موید موکوسل سینوسهـای هوائی است و در موارد اگزوفتالمی‌ضربان‌دارهمراه باشنیدن صدای لوکوموتیو، فیستول کاروتیدکاورنو مطرح میگردد . اگزوفتالمی همراه باکاهش‌دید و یاکوری‌دریک‌طفل به مدت طولانی وبدون گرفتاری‌حرکات چشم معمولا درگلیومای عصب باصره مشاهده میگردد (۲).

ازنظرپرتونگاری وجود هیپراستئوزیس ویا خوردگی‌استخوانی درجهت‌تحقق تومورهای‌داخل جمجمه‌ای با توسعه به اوربیت‌مثل منتژیوما و دیسپلازی فیبروزمیباشد (شکل‌شماره ۱).

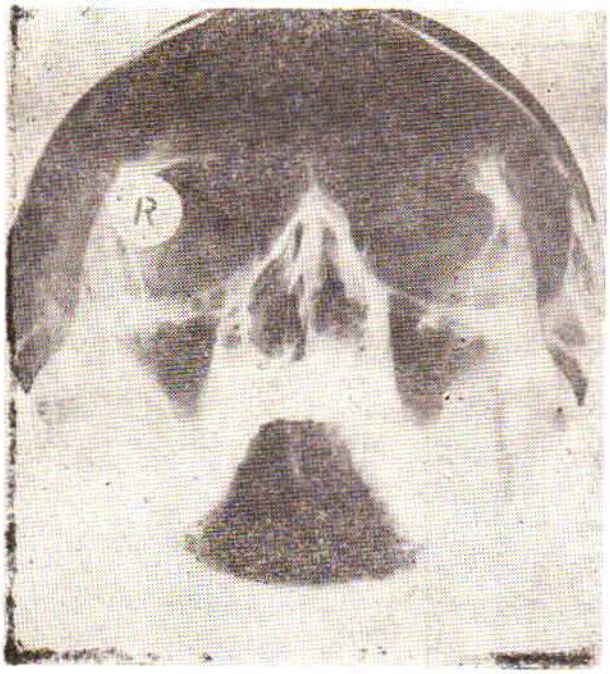


شکل شماره ۱ ـ دیسپلازی فیبروز باگرفتاری‌کاسه چشم

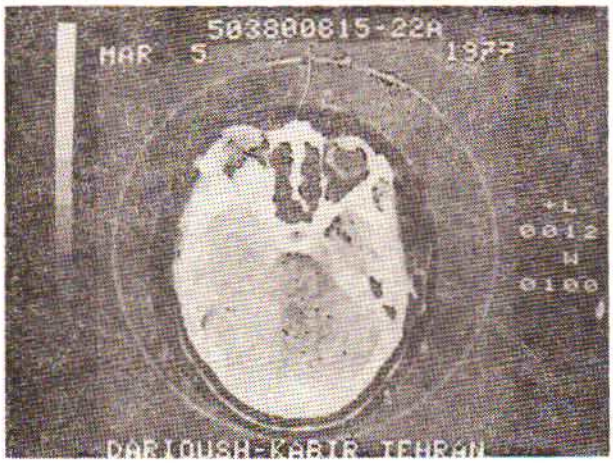
عدم تقارن دو سوراخ باصره موید گلیومای عصب باصره و اتساع همراه باکدورت سینوسهای هوائی مشخص موکوسل‌است. (شکل شماره ۲).

انژیوگرافی‌کاروتید درموارد فیستول‌کاروتید کاورنو ، راه نهائی تشخیص است و در آن پرشدن همزمان سینوس کاورنووریدهای مرتبط با درآن مرحله شریانی مشاهده میگردد .

کاربرداسکن‌کامپیوتری‌به‌عقیده ما بهترین‌راه تشخیص‌اگزوفتالمی یک‌طرفه است. با اسکن‌کامپیوتری درموارد تومورهای‌خوش‌خیم مثل همانژیومای کاورنو توموری محدود با دانسیته بالا (شکل



شکل شماره ۲ـ موکوسل سینوسهای هوائی

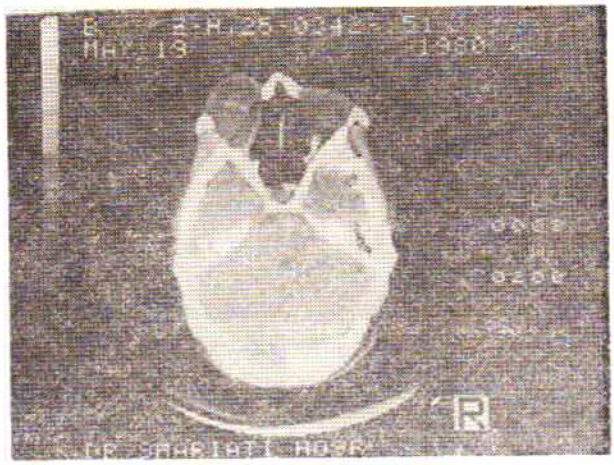


شکل شماره ۳ـ همونژیومای‌کاورنو

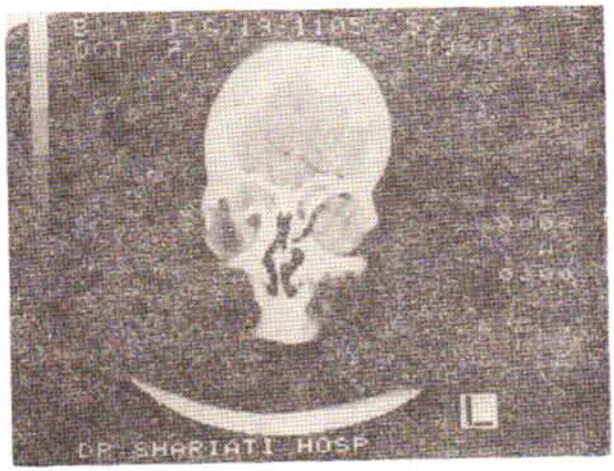
شماره ۳) ودرگلیومای عصب باصره اتساع دوکی‌شکل عصب ودر تومورهای بدخیم وپسودوتومور منتشر، توموری با دانسیته بالا که سرتاسر کاسه چشم را پرمیکند مشاهـده میگردد . در مـوارد تومورهای داخل جمجمه‌ای مثل منتژیوما نیز میتوان بـه آسانی حتی‌به‌نحوه ایجاد اگزوفتالمی‌که به ترتیب اهمیت‌شامل کشیدگی تومور به داخل‌کاسه چشم ، هیپراستئوزیس دیواره‌های‌کاسه‌چشم و یا احتقان وریدهای اوربیت میباشند پی‌برد (شکل شماره ۴).

درموکوسل‌سینوسهای هوائی‌اتساع سینوسها باکشیدگی به داخل اوربیت به خوبی دیده میشود (شکل‌شماره ۵). درکیست هیداتید اوربیت ، کیستی‌باجدارنازک‌بامحتویاتی با دانسیته پائین‌جلب‌نظر مینماید (شکل شماره ۶).

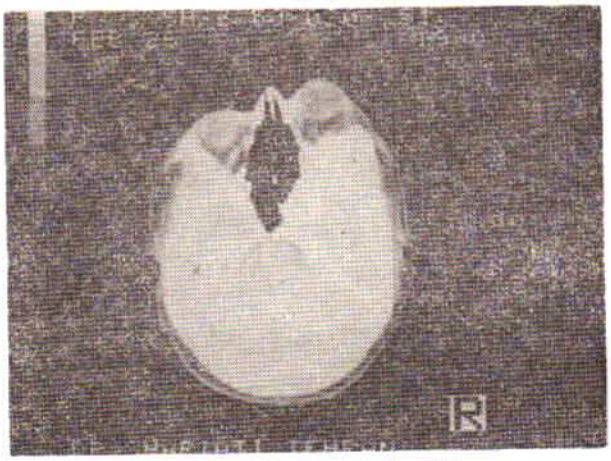
[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]



شکل شماره ۴- هیپر اوستئوزیس دیواره‌های کاسه چشم در منتژیوم‌ای آن‌پلاک



شکل شماره ۵- اسکن کامپیوتری در مننژیوم سینوسهای هوائی



شکل شماره ۶- کیست هیداتید کاسه چشم

از نظر درمانی با در نظر گرفتن اسکن کامپیوتری ، تومورهائی که درعقب و بالای کره چشم و داخل، نسبت به عصب باصره قرار گرفته‌اند، بهتر است ازطریق کرانیاتومی و برداشتن سقف کاسه چشم عمل شود. درموارد تومورهای بدخیم تکه برداری طرفی و پرتو درمانی توصیه میگردد . در کیست هیداتید در صورت تشخیص دقیق قبل از عمل بهتر است کیست ازطریق طرفی (متد Kronlein) تخلیه گردد (۱۰) درمان فیستول کاروتید کاورنو بستن شریان کاروتید در بالا و پائین فیستول وقرستادن آمبولی عضلانی است، گرچه روشهای نوین مثل انسداد با بالون ویا ترمیم مستقیم فیستول با حفظ شریان کاروتید ارجحیت دارند، ولی بعلت عدم امکانات کافی درایران میسر نمیباشند (۱۳،۱۴،۱۵،۱۷).

درموارد موکوسل ، روش درمانی شامل تخلیه موکوسل ومرتبط ساختن آن با فضای بینی میباشد (۴)، این روش در تمام موارد این دسته از بیماران موجب از بین رفتن اگزوفتالمی شده است.

درتومور کاذب کاسه چشم، درمواردی که تومورحالت موضعی‌دارد، میتوان تومورا با عمل‌جراحی‌خارج کرد و درموارد منتشر پس از تکه برداری ، درمان طبی توصیه میگردد (۱۱).

نتیجه :

دراین‌مقاله ۵۰ مورد اگزوفتالمی‌یک‌طرفه‌مورد بحث قرار گرفته است که با حذف علل ثانوی پرکاری غدد متـرشحه داخلی و اگزوفتالمی متعاقب‌ضربه، علل‌نئوپلاستیک درصدرعلل‌اگزوفتالمی قرارداشته‌اند .

علل نئوپلاستیک دربیست و نه مورد ، عروقی در هفت مورد و علل التهابی در چهارده مورد مسئول اگزوفتالمی بوده‌اند . دو مورد نـادر یکی تومور براون کاسه چشم ناشی از هیپرپاراتیروئیدی اولیه و دیگری میلومای منفرد جمجمه باکشیدگی به داخل کاسه چشم ازخصوصیات جالب‌این‌دسته‌بیماران میباشند. خصوصیت بارز این گزارش تشخیص‌علل‌در کلیه مواردست.ارزش‌اسکن کامپیوتری اوربیت دراین گزارش مورد تأیید قرار گرفته وروشهای مختلف درمانی نیز بحث گردیده است .

REFERENCES :

1- Abbasion, K. Rahimizadeh, A. Solitary Plasmacytoms Causing Unilateral Exophttalmos, Calvarial Lesion and Intracranial Tumor Formation, Iranian Surgical Journal, 2, 208 - 218, 1979.
2- Arkangleaky, V. N., Neoplasm of optic nerve Ophtalmologica, 151: 260-71, 1966.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

3- Blook , M. B., Unitaleral Exophthalmos , an unusal presentation of primary Hyperparathyroidism , Arizona Medicine, 35: (12), 785-6 1978.

4- Bordley, J.E., Mucocell of frontal sinuses causes and treatment, Annals of Otology Rhinology, and Laryngology 82: 696-702, 1973.

5- Bulluk, L. G., & Reevers R. J., Radiological Reviwe of 245 cases of unilateral exophthalmos. J. Roentgonology, 82: 290, 1959.

6- Danzinger, A. Price, H. C. T. Scan in Hydatid Cyst of the Orbit, J. comp. Assis Tomo. 4 (1) : 128-129, 1980.

7- Denbusdel, S. Brauner. Tumor der orbita Klin Monatsable Augen Heilkd, 122: 86-90, 1953.

8- Drescher, E. P., Asymmetric exophthalmos. Arch. Ophthalmo. 144: 109-128, 1950.

9- Hemby, W. B. Carotid Cavernous Fistula, Clinical Neurosurgery, Williams Wilkins Co. 11: 150-170, 1965.

10_ Harris, G. J. Cavernous Hemangioma of the Orbit, J. Neurosurg. 51: 219-228, 1979.

11- Henderson. J. W., Orbital Tumors. W. B. Saunders 1973.

12_ Jackson, M. B. Bone thinning in frontal mucocele, British Journal of Radiology, 50: 181-184,1977.

13- Krayenbhul, A. Unilateral Exophthalmos, Clinical Neurosurgery, Williams Wilkins Co. 1967.

14- Morley, T. P. Appraisal of Various Forms of management of 40 cases of Carotid cavernous Fistula, Current contravercies in Neurosurgery, W. B. Saunders Co., 1976.

15- Mullin, S . Treatment of Carotid cavernous Fistula by cavernous Sinus Occlusion , J . Neurosurg , 50 131-144, 1979.

16- Pertuiset, B. Aron Rosa, Extra and Intracranial Surgery in Orbital Hemangioma Mod. Probl Ophthalmol, 14: 558-561, 1975.

17- Parkinson. W. Carotid Cavernous Fistula, Direct Repair, J. Neurosurg 38: 99-106, 1973.

18- Porterfield. J.F. & Zimmerman, L.E. Rhabdomyosarcoma of the Orbit, A Clinicopathological Study of 55 cases. Arch Pathological Anatomy, 38: 99-106, 1973.

19- Rees, B. Tumors of the Eye, Second Edition, New york, Harper & row publisher 1963.

20- Schonder, A. Fibrous Dysplasia of bone with proptosis, American J. of Diseases child, 131 : 678-679, 1977.

21- Silva, D. Diagnosis of Orbital Tumors, Pro 11 int. Symp. Plast. Reconstr. Surg. Eye and Adnexa, Mobsy St. Louis, 1967.

22- Yousefi B. Orbital Tumors in Children, J. Ped. Ophtalmol, 6: 177-181-1969.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]