

بررسی پنجاه مورد اگزوفتالمی يك طرفه*

مجله نظام پزشکی

سال هشتم، شماره ۵، صفحه ۳۲۶، ۱۳۶۱

دکتر ابوالفضل رحیمی زاده** دکتراظم عباسیون — دکتر حمید رحمت***

مقدمه:

برآمدگی يك طرفه چشم از مباحث مورد علاقه چشم پزشکان و جراحان اعصاب میباشد و گزارشهایی در این زمینه از کشورهای مختلف وجود دارد (۵، ۸، ۲۱). تاکنون در ایران مقاله تحقیقی جامعی در این مورد گزارش نشده است.

در این مقاله ۵۰ مورد اگزوفتالمی يك طرفه که در مدت پنج سال در بخش جراحی مغز و اعصاب بیمارستان دکتر شریعتی مورد جراحی قرار گرفته اند معرفی میشوند. لازم به تذکر است که تشخیص نهایی در کلیه موارد با عمل جراحی و در صورت لزوم با آزمایش آسیب شناسی تأیید گردیده است. کاربرد اسکن کامپیوتری توמוگرافی در این بیمارستان از سال ۱۳۵۵ و آگاهی پزشکان از ارزش این وسیله در تشخیص علل اگزوفتالمی يك طرفه، موجب معرفی بیماران متعددی به این مرکز شده است.

تعریف:

برآمدگی چشم بیش از میزان طبیعی را اگزوفتالمی می گویند. میزان اگزوفتالمی بوسیله اندازه گیری مسافت لبه کناری کاسه چشم و قله چشم تعیین میگردد. این کار را میتوان بوسیله يك خط کش و یا وسایل دقیق تر مثل اگزوفتالمومتر انجام داد.

روش موارد:

در این بررسی بطور کلی مواردی اگزوفتالمی يك طرفه تلقی شده اند که اختلاف چشم مبتلا با چشم سالم از دو میلی متر 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 ضربه چشم و سایر علائم عصبی در تمام بیماران مورد توجه قرار گرفته اند. آزمایشهای عادی مثل فرمول، شمارش، تجزیه کامل ادرار و سرعت رسوب گلبولی در تمام موارد به عمل آمده است و از نظر پرتونگاری تصاویر رخ و نیم رخ جمجمه و در موارد لزوم روش سوراخ باسره و سینوسهای هوایی نیز انجام شده است.

توموگرافی کامپیوتری در اکثر بیماران مورد بررسی بکار برده شده و فقط در مواردی که تشخیص بدون اسکن نیز مشخص بوده است از انجام آن خودداری کرده ایم.

آنژیوگرافی کاروتید در تمام موارد فیستول کاروتید کاورنو، و فقط در چند بیمار اولیه از این دسته برای مقایسه با اسکن کامپیوتری توמוگرافی انجام شده است و بعلاوه در تومورهای داخل جمجمه ای با کشیدگی به داخل کاسه چشم نیز مورد استفاده قرار گرفته است.

یافته ها:

از پنجاه بیمار بررسی شده در این مقاله که از سال ۱۳۵۵ تا ۱۳۵۹ به بخش جراحی مغز و اعصاب بیمارستان دکتر شریعتی مراجعه کرده اند ۲۴ مورد مرد و بقیه زن بوده اند. حد متوسط سنی بیماران این بررسی ۲۵ سال و دوماه است که خرد سال ترین ۲ ساله با رابدومیوسارکوما و مسن ترین بیمار ۶۰ ساله با پلاسما سیتوما بوده اند و بعلاوه از ۵۰ بیمار این گزارش جمعاً فقط ۸ بیمار زیر ۱۵ سال قرار داشته اند.

* این بررسی در بیمارستان دکتر شریعتی تهران انجام شده است.

** بیمارستان لقمان الدوله - تهران.

*** بیمارستان دکتر علی شریعتی - تهران.

جدول : تقسیم بندی سببی پنجاه مورد اگزوفتالمی يك طرفه

تعداد موارد	علل التهابی	تعداد موارد	علل نئوپلاستیک
نه مورد	موکوسل سینوسهای پاراناژال	چهار مورد	هما نژیومای کاورنو
سه مورد	تومور کاذب کاسه چشم	پنج مورد	مننژیوما
یک مورد	کیست هیداتید کاسه چشم	شش مورد	لنفومای بدخیم
یک مورد	سلولیت اوربیت	سه مورد	رابدومیوسار کوما
		دو مورد	بیماری های بدخیم نازوفارنکس
تعداد موارد	علل عروقی	دو مورد	گلیومای عصب باصره
هفت مورد	فیستول کاروتید کاورنو	یک مورد	آدنوم هیپوفیز
		یک مورد	پلاسماسیتوما
		یک مورد	تومور براون اوربیت
		یک مورد	هیستوسیتوزیس ایکس
پنجاه مورد	جمع	دو مورد	دیسپلازی فیبروز

علت :

ذکر شده است . برای مثال در گروه Bulluck ، موکوسل (۵) در گروه Drescher ، هیپرتیروئیدی (۸) و در گروه Silva ، پسودوتومور (۲۱) شایع ترین علت اگزوفتالمی يك طرفه بوده اند . در این گزارش علل نئوپلاستیک در صدر علل اگزوفتالمی قرار دارد در حالیکه شایع ترین علت اگزوفتالمی بطور منفرد موکوسل بوده است .

در این بررسی شایع ترین تومور اولیه اوربیت همانژیومای کاورنو است که از این نظر مشابه سایر گزارشها میباشد (۲۱، ۱۹، ۱۱، ۸) و همچنین رابدومیوسار کوما شایع ترین تومور اولیه اوربیت در اطفال است که با دو آمار بزرگ تومورهای کاسه چشم در اطفال مطابقت میکنند (۲۲، ۱۸) . در این گزارش همانند اکثر گزارشها مننژیوما شایع ترین تومور داخل جمجمه ایست که موجب اگزوفتالمی میگردد (۱۹، ۱۳) . شایع ترین تومور کاسه چشم در این بررسی لنفومای اوربیت است .

یکی از خصوصیات جالب این مقاله وجود دومورد بسیار نادرمیباشد که یکی تومور براون کاسه چشم ناشی از هیپرتیروئیدی اولیه است که تا بحال دومورد آن در دنیا 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) .

در کلیه موارد این دسته از بیماران ، علت اگزوفتالمی مشخص شده است که خود از خصوصیات ارجح این گزارش است ، در حالیکه در

در جدول بالا تقسیم بندی ۵۰ مورد اگزوفتالمی يك طرفه را بر حسب علت که به سه گروه نئوپلاستیک - التهابی - عروقی تقسیم شده اند ، نشان میدهد .

لازم به تذکر است که اگزوفتالمی های ناشی از ضربه های مغزی جمجمه ای و موارد ناشی از پرکاری غده مترشحه داخلی در این گزارش حذف شده اند .

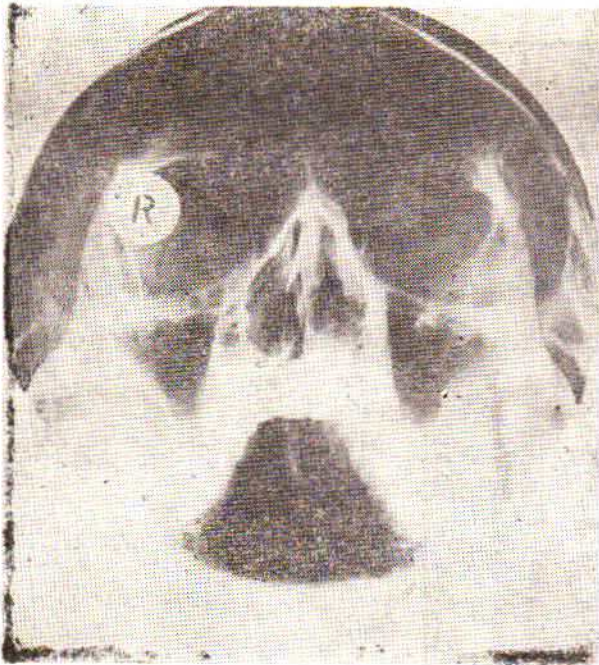
درمان :

اعمال جراحی انجام شده به استثنای موارد فیستول کاروتید کاورنو ، موکوسل و تومورهای بدخیم ، در بقیه موارد از طریق کرایوتومی و برداشتن سقف کاسه چشم صورت گرفته است . تومورهای بدخیم بعد از بیوپسی از طریق طرفی رادیوتراپی شده اند . و در موکوسل سینوسهای هوایی ، تخلیه محتویات موکوسل و مرتب ساختن آن با فضای نازوفارنکس اساس درمان بوده است .

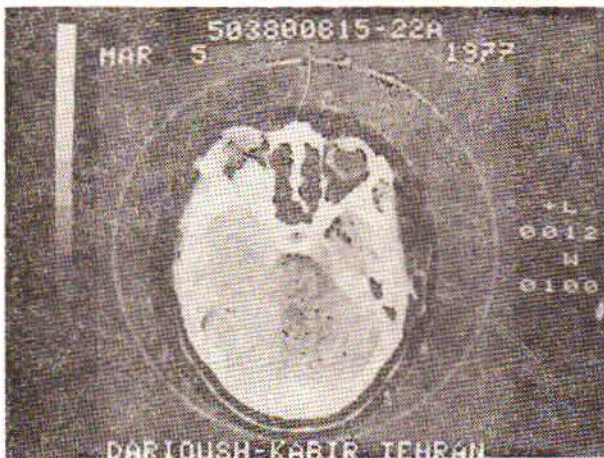
فیستولهای کاروتید کاورنو ، سه مورد از طریق فرستادن آمبولی عضلانی و بقیه موارد از طریق بستن کاروتید در بالا و پایین فیستول و فرستادن آمبولی عضلانی درمان شده اند .

بحث :

علل اگزوفتالمی يك طرفه در گروه های مختلف بیماران ، بسته به علاقه - تخصص و امکانات بیمارستانی پزشکان گرد آورنده ، متنوع



شکل شماره ۲- موکوسل سینوسهای هوایی



شکل شماره ۳- همونزیوهای کاورنو

شماره ۳) و در گلیومای عصب باصره اتساع دوکی شکل عصب و در تومورهای بدخیم و پسرودتومور منتشر، توموری با دانسیته بالا که سرتاسر کاسه چشم را پر میکند مشاهده میگردد. در موارد تومورهای داخل جمجمه‌ای مثل مننژیوما نیز میتوان به آسانی حتی به نحوه ایجاد اگزوفتالمی که به ترتیب اهمیت شامل کشیدگی تومور به داخل کاسه چشم، هیپر استنوزیس دیواره‌های کاسه چشم و یا احتقان وریدهای اوربیت میباشد پی برد (شکل شماره ۴). درموکوسل سینوسهای هوایی اتساع سینوسها با کشیدگی به داخل اوربیت به خوبی دیده میشود (شکل شماره ۵). در کیست هیداتید اوربیت، کیستی با جدار نازک با محتویاتی با دانسیته پائین جلب نظر مینماید (شکل شماره ۶).

آمارهای جهانی حداقل در ده درصد موارد علل اگزوفتالمی ناشناخته باقی مانده است (۲۱،۸) و این احتمالاً به علت کاربرد اسکن کامپیوتری توموگرافی در بیماران ما میباشد.

با توجه به مشاهدات بالینی این نتایج بدست آمده است. وجود اگزوفتالمی یک طرفه در شخص بالغ برای مدت طولانی حکایت از وجود تومور چشمی خوش خیم مثل همانژیوما و مننژیوما میکند و در موارد اگزوفتالمی با شروع نسبتاً سریع همراه با اختلالات نسبی و یا کامل حرکات چشم باید به فکر تومورهای بدخیم کاسه چشم مثل لنفوما، رابدومیوسار کوماویا تومور کاذب کاسه چشم بود (۱۱). اگزوفتالمی مزمن همراه با لمس توده‌ای در گوشه داخلی و بالائی کاسه چشم موید موکوسل سینوسهای هوایی است و در موارد اگزوفتالمی ضربان دار همراه با شنیدن صدای لوکوموتیو، فیستول کاروتید کاورنو مطرح میگردد. اگزوفتالمی همراه با کاهش دید و یا کوری در یک طفل به مدت طولانی و بدون گرفتاری حرکات چشم معمولاً در گلیومای عصب باصره مشاهده میگردد (۲). از نظر پرتونگاری وجود هیپر استنوزیس و یا خوردگی استخوانی در جهت تحقق تومورهای داخل جمجمه‌ای با توسعه به اوربیت مثل مننژیوما و دیسپلازی فیبروز میباشد (شکل شماره ۱).



شکل شماره ۱- دیسپلازی فیبروز با گرفتاری کاسه چشم

عدم تقارن دو سوراخ باصره موید گلیومای عصب باصره و اتساع همراه با کدورت سینوسهای هوایی مشخص موکوسل است. (شکل شماره ۲).

انژیوگرافی کاروتید در موارد فیستول کاروتید کاورنو، راه نهائی تشخیص است و در آن پر شدن همزمان سینوس کاورنو و وریدهای مرتبط با در آن مرحله شریانی مشاهده میگردد.

کاربردا اسکن کامپیوتری به عقیده ما بهترین راه تشخیص اگزوفتالمی یک طرفه است. با اسکن کامپیوتری در موارد تومورهای خوش خیم مثل همانژیوما کاورنو توموری محدود با دانسیته بالا (شکل

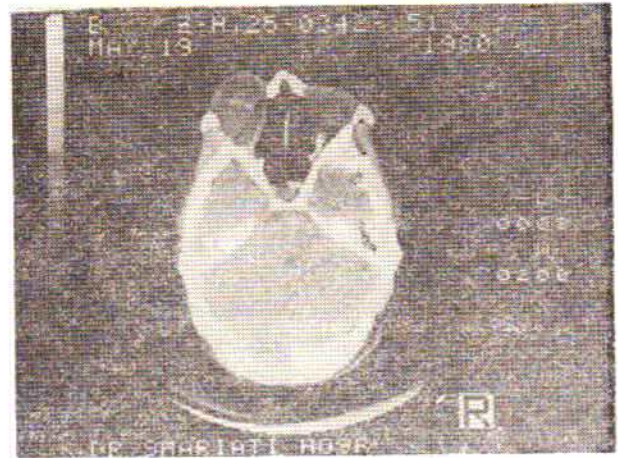
از نظر درمانی با در نظر گرفتن اسکن کامپیوتری ، تومورهائی که در عقب و بالای کره چشم و داخل ، نسبت به عصب با سره قرار گرفته اند ، بهتر است از طریق کرانیا تومی و برداشتن سقف کاسه چشم عمل شود. در موارد تومورهای بدخیم تکه برداری طرفی و پرتو درمانی توصیه میگردد . در کیست هیداتید در صورت تشخیص دقیق قبل از عمل بهتر است کیست از طریق طرفی (منند Kronlein) تخلیه گردد (۱۰) درمان فیستول کاروتید کاورنوبستن شریان کاروتید در بالا و پائین فیستول و فرستادن آمبولی عضلانی است، گرچه روشهای نوین مثل انسداد با بالون و یا ترمیم مستقیم فیستول با حفظ شریان کاروتید ارجحیت دارند، ولی بعلت عدم امکانات کافی در ایران میسر نمیشاند (۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۷).

در موارد موکوسل ، روش درمانی شامل تخلیه موکوسل و مرتبط ساختن آن با فضای بینی میباشد (۴)، این روش در تمام موارد این دسته از بیماران موجب از بین رفتن اگزوفتالمی شده است. در تومور کاذب کاسه چشم، در مواردی که تومور حالت موضعی دارد، میتوان تومور را با عمل جراحی خارج کرد و در موارد منتشر پس از تکه برداری ، درمان طبی توصیه میگردد (۱۱).

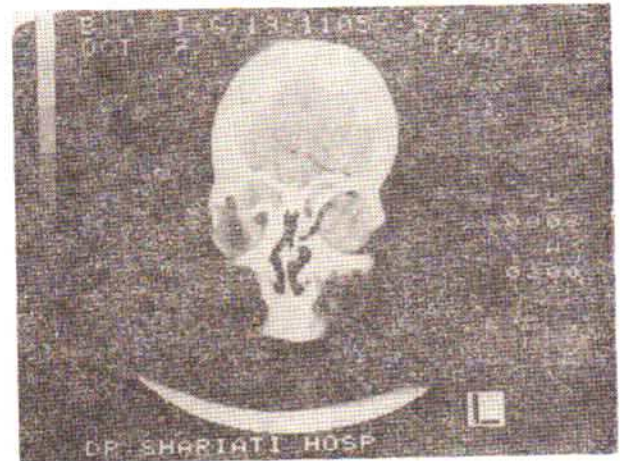
نتیجه :

در این مقاله ۵۰ مورد اگزوفتالمی يك طرفه مورد بحث قرار گرفته است که با حذف علل ثانوی پرکاری غدد مترشحه داخلی و اگزوفتالمی متعاقب ضربه ، علل نئوپلاستیک در صدر علل اگزوفتالمی قرار داشته اند .

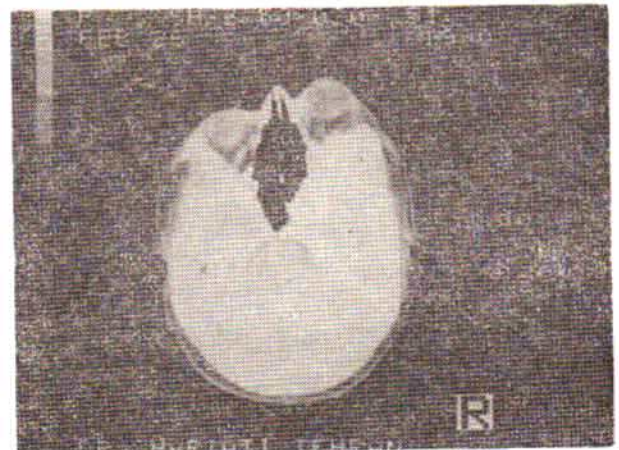
علل نئوپلاستیک در بیست و نه مورد ، عروقی در هفت مورد و علل التهابی در چهارده مورد مشمول اگزوفتالمی بوده اند . دو مورد نادر یکی تومور براون کاسه چشم ناشی از هیپرپاراتیروئیدی اولیه و دیگری میلومای منفرد جمجمه با کشیدگی به داخل کاسه چشم از خصوصیات جالب این دسته بیماران میباشدند. خصوصیت بارز این گزارش تشخیص علل در کلیه موارد است. ارزش اسکن کامپیوتری اوربیت در این گزارش مورد تأیید قرار گرفته و روشهای مختلف درمانی نیز بحث گردیده است .



شکل شماره ۴- هیپر استنوزیس دیواره های کاسه چشم در مننژیومای آن پلاک



شکل شماره ۵- اسکن کامپیوتری در موکوسل سینوسهای هوایی



شکل شماره ۶- کیست هیداتید کاسه چشم

REFERENCES :

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

- 3- Blook, M. B., Unilateral Exophthalmos, an unusual 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., & Reeves R. J., Radiological Review of 245 cases of unilateral exophthalmos. J. Reentgonology, 82: 290, 1959.
- 6- Danzinger, A. Price, H. C. T. Scan in Hydatid Cyst of the Orbit, J. comp. Assis Tome. 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. Ophtholmo. 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- Krayenbuhl, 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.