

یک مورد لنفوم اربیت با درگیری عصب بینایی و تظاهر به صورت ورم‌ملتحمه مزمن

دکتر سید مرتضی انتظاری^۱، دکتر حمید نوروزی^۱ و دکتر منصور ولایی^۲

چکیده

هدف: گزارش یک مورد نادر از لنفوم اربیت که با درگیری ملتحمه به صورت ورم‌ملتحمه همراه با گرفتاری رتروبولبر اطراف عصب بینایی تظاهر نموده است.

معرفی بیمار: مرد ۵۵ ساله‌ای با شکایت از قرمزی و تورم چشم راست به چشم‌پزشک مراجعه کرده و تحت درمان ورم‌ملتحمه قرار گرفته بود ولی به علت عدم پاسخ به درمان‌های معمول و بزرگ‌تر شدن ضایعه و کاهش دید چشم راست، به بیمارستان امام حسین (ع) ارجاع گردید. در معاینه ته چشم متوجه اثر فشاری توده‌ای از پشت کره چشم بر روی شبکه ششیم شدیم. دوباره CT- اسکن اربیت و اکوگرافی انجام شد که یک توده رتروبولبر را در اطراف عصب بینایی نشان داد. جهت تشخیص قطعی نمونه‌برداری انجام شد که در گزارش آسیب‌شناسی، لنفوم اربیت B cell با درجه پایین تایید شد و بیمار با این تشخیص تحت پرتودرمانی قرار گرفت.

نتیجه‌گیری: لنفوم ملتحمه‌ای باید در تشخیص افتراقی ورم‌ملتحمه مزمن در نظر گرفته شود. قرمزی و تورم ملتحمه‌ای که به درمان‌های معمول جواب نمی‌دهد، باید به فوریت تحت نمونه‌برداری قرار بگیرد.

• پاسخ‌گو: دکتر سید مرتضی انتظاری

۱- استادیار- چشم پزشکی- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۲- دستیار- چشم پزشکی- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تهران - خیابان آیه ا... مدنی- بیمارستان امام حسین (ع)- گروه چشم

تهران- پاسداران- بوستان نهم- بیمارستان لبافی‌نژاد- مرکز تحقیقات چشم

تاریخ دریافت مقاله: ۱۸ دی ۱۳۸۱

تاریخ تایید مقاله: ۱ اردیبهشت ۱۳۸۲

مقدمه

ضایعات لنفوپرولیفراتیو ضمایم چشم، بخشی از گروه ناهمگن نئوپلاسم‌های سیستم لنفوییدی هستند و بیش از ۲۰ درصد توده‌های اربیت را شامل می‌شوند. میزان بروز لنفوم در طول ۱۵ سال گذشته، ۵۰ درصد افزایش داشته است و حدود ۳ تا ۴ درصد در سال می‌باشد^۱.

لنفوم‌هایی که از بافت‌های لنفویید مربوط به مخاطها (mucosal associated lymphoid tissue) منشا می‌گیرند (MALToma)، به صورت بدخیمی‌های درجه پایین B cell مشخص می‌شوند که برای اولین بار در بافت مخاطی معده معرفی شدند. سایر جاهایی که مالتوما در آن‌ها تایید شده

است شامل ریه‌ها، غده تیروئید و غدد بزاقی هستند. مالتومای ضمایم چشمی ممکن است پلک‌ها، ملتحمه یا ساختمان‌های اربیتال و اشکی را گرفتار کند. این تومورها پاسخ خیلی خوبی به پرتودرمانی می‌دهند ولی ممکن است عود کنند و محل عودهای جدید متفاوت با مکان قبلی باشد^۲.

لنفوم اربیت با تظاهر زیرملتحمه‌ای همراه با گرفتاری عصب بینایی، از موارد نادر است. لنفوم ملتحمه باید در تشخیص افتراقی ورم‌ملتحمه مزمن قرار گیرد. در ورم‌ملتحمه مقاوم به درمان استاندارد باید بی‌درنگ اقدام به نمونه‌برداری کرد^۳. عدم تشخیص و درمان به موقع لنفوم ملتحمه‌ای درجه پایین، با افزایش خطر تغییرات بدخیمی به سمت لنفوم درجه

بالا نیز همراه است^۱. بنابه اهمیت موضوع، یک مورد ارجاع‌شده به بیمارستان امام حسین (ع) معرفی می‌گردد.

معرفی بیمار

بیمار، مردی ۵۵ ساله ساکن تهران بود که در تاریخ ۱۳۸۱/۱/۲۸ با شکایت قرمزی و تورم ملتحمه چشم راست به چشم‌پزشک مراجعه نمود. در آن زمان دید هر دو چشم با اصلاح، در حد ۱۰/۱۰ بود و به علت وجود توده قرمز همراه با پیچ‌وخم‌دار شدن عروق، تحت درمان ورم‌ملتحمه قرار گرفت که به علت عدم پاسخ به درمان، مراجعه کرد. از بیمار CT-اسکن به عمل آمد که طبیعی بود و بیمار تحت درمان ورم‌ملتحمه قرار گرفت.

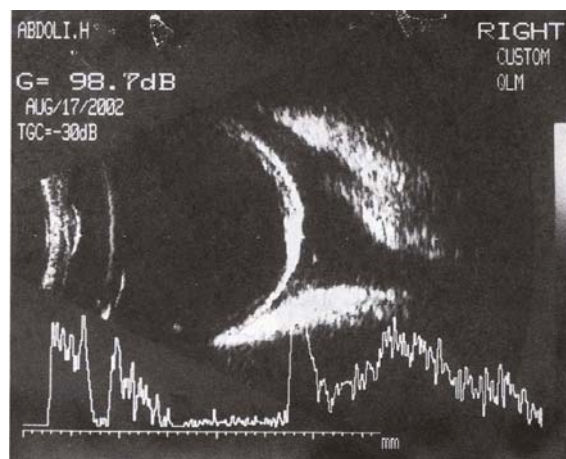
با گذشت زمان، علایم بیمار بهبود نیافتند و به تدریج، با بزرگ‌تر شدن توده ملتحمه‌ای، بیمار دچار کاهش دید گردید تا این‌که در تاریخ ۱۳۸۱/۸/۲۵ توسط یکی از همکاران به درمانگاه چشم بیمارستان امام حسین (ع) ارجاع شد. دید اصلاح‌شده چشم راست ۳/۱۰ (۹۰×۱۲۵- و ۷۵۰-) و چشم چپ ۱۰/۱۰ (۵/۲۵-) بود. واکنش مردمک‌ها به نور، طبیعی و مارکوس‌گان منفی بود. در معاینه خارجی، یک توده برجسته

قرمز مایل به زرد همراه با عروق گشاد و پیچ‌وخم‌دار در طرف تمپورال مشخص بود که به بافت‌های زیرین قدامی چسبندگی داشت و غیرمتحرک بود. اندازه ضایعه در معاینه با اسلیت‌لمپ ۲ × ۲٫۷ سانتی‌متر بود. فشار چشم با دستگاه تونومتری اپلاناسیون در چشم راست، ۲۴ میلی‌متر جیوه و در چشم چپ ۱۳ میلی‌متر جیوه بود و معاینه اتاق قدامی در حد طبیعی بود. در معاینه ته چشم با افتالموسکوپ غیرمستقیم، دیسک بینایی در حد طبیعی بود ولی متوجه یک برآمدگی در اطراف دیسک بینایی و به ویژه ناحیه ماکولا همراه با تغییر رنگ شبکیه به صورت نارنجی مایل به زرد شدید؛ به طوری که فرورفتگی فوواً کاملاً از بین رفته و شبکیه قدری چین‌خوردگی پیدا کرده بود. در هر دو چشم، تغییرات نزدیک‌بینی مشخص بود.

از چشم راست بیمار اکوگرافی به عمل آمد که نشان‌دهنده از بین رفتن دانسیته اکو در پشت صلبیه و اطراف عصب بینایی بود (شکل ۱). برای بررسی بیشتر، CT-اسکن اربیت و مغز انجام شد که در CT-اسکن اربیت، ضخیم شدن بافت صلبیه و یوواً و ارتشاح اربیت چشم راست گزارش شد که در فضای رتروبولبر، اطراف عصب بینایی را پر کرده بود (شکل ۲).



شکل ۲- CT-اسکن: ضخیم شدن صلبیه و یوواً را همراه با ارتشاح شدید اربیت نشان می‌دهد.



شکل ۱- اکوگرافی: از بین رفتن دانسیته پشت صلبیه دیده می‌شود که نشان‌دهنده ارتشاح وسیع بافت توموری است.

نوع کوچک منتشر با درجه پایین بود. در ضمن شواهدی از لنفادنوپاتی یا لنفوم جنرالیزه در بررسی‌های انجام‌شده گزارش نگردید و بیمار برای درمان ضایعه به متخصص پرتودرمانی معرفی شد.

برای درمان بیمار با یک متخصص انکولوژی مشاوره شد که انجام نمونه‌برداری جهت تایید تشخیص توصیه گردید. از بیمار در اتاق عمل، نمونه‌برداری از بافت زیرملتحمه‌ای طرف تمپورال انجام گردید که نتیجه آسیب‌شناسی، لنفوم B cell از

بحث

لنفوم‌های ملتحمه‌ای تقریباً همیشه به صورت لنفوم B cell می‌باشند که به صورت Salmon Patch در ملتحمه بولبار یا فورنیکس ظاهر می‌شوند و گزارش لنفوم ملتحمه‌ای از نوع T cell بسیار نادر است.^۴

لنفوم ملتحمه‌ای در بیمار ما نیز از نوع B cell بود که تظاهر اولیه آن به صورت توده صورتی‌رنگ ملتحمه‌ای بود و برای تظاهرات ملتحمه‌ای، تحت درمان علامتی قرار گرفت ولی به درمان‌های معمول پاسخ نداد. Esen Karamursel Akpek و همکاران^۳، دو مورد لنفوم ملتحمه‌ای را گزارش کردند که به علت همراه بودن علائم ورم‌ملتحمه، تحت درمان دارویی قرار گرفتند. در هر دو مورد، تغییرات به صورت ورم‌ملتحمه فولیکولر بود. مورد اول به علت درگیری قرنیه، تحت درمان ورم‌ملتحمه کلامیدیایی قرار گرفت و مورد دوم به علت استفاده از لنز تماسی به مدت طولانی، تحت درمان با قطره آنتی‌بیوتیک و کورتیکواستروئید قرار گرفت. هر دو مورد به علت عدم پاسخ به درمان، تحت نمونه‌برداری قرار گرفتند و تشخیص ارتشاح لنفومی محرز گردید. این موارد تا حدی مشابه بیمار ما بودند؛ با این تفاوت که در بیمار ما، گرفتاری پشت کره چشم نیز با تغییرات فشاری و کاهش دید به تدریج ظاهر شد که از این موارد کاملاً متمایز می‌گردد.

تومورهای لنفوییدی ملتحمه در ۳۱ درصد موارد همراه با لنفوم سیستمیک هستند که بیش‌تر با گرفتاری فورنیکس و ملتحمه midbulbar و در بیماران دارای ضایعات متعدد ملتحمه‌ای دیده می‌شوند.^۵ بیمار ما در زمان نگارش مقاله، شواهدی از لنفوم سیستمیک نداشت ولی پی‌گیری بلندمدت

به علت احتمال ایجاد لنفوم سیستمیک طی سال‌های بعد توصیه شد.

ضایعات بدخیم ملتحمه از جمله لنفوم ملتحمه‌ای ممکن است که با علائم و نشانه‌های التهابی مزمن ملتحمه‌ای تظاهر نمایند و در تشخیص افتراقی ورم‌ملتحمه مزمن قرار گیرند. هرگاه علائم و نشانه‌های ورم‌ملتحمه به درمان‌های استاندارد پاسخ ندهند باید به بدخیمی شک کرد که در این موارد، نمونه‌گیری فوری توصیه می‌شود.^۳ بیمار ما نیز در ابتدا به عنوان ورم‌ملتحمه، تحت درمان قرار گرفته بود.

ضایعات لنفوپرولیفراتیو، به طور تیبیک به صورت یک توده بدون درد با پیش‌رفت آهسته ظاهر می‌شوند و به شکل فرو رفتن (molding) در بافت‌های اطراف اربیت خود را نشان می‌دهند و حالت تهاجم به داخل بافت را ندارند. اختلالات حرکتی چشم و اختلال بینایی در این موارد نادر است.^۱

در بیمار ما نیز توده بدون درد و آهسته پیش‌رونده مشاهده شد اما به دلیل ارتشاح به اطراف عصب بینایی و تغییرات فشاری بر روی صلبیه و شبکیه، باعث تغییراتی در قسمت خلفی چشم و ماکولا شده بود که به کاهش دید انجامید؛ این نوع تظاهر بیماری تقریباً نادر است.

با توجه به یافته‌ها و اقدامات تشخیصی فوق، جهت بیمار تشخیص لنفوم B cell اربیت از نوع درجه پایین مطرح شد و جهت پرتودرمانی به متخصص انکولوژی معرفی گردید.^۱ به طور کلی در مواردی که بیماران به علت ورم‌ملتحمه مزمن مقاوم به درمان مراجعه می‌کنند بهتر است جهت تشخیص قطعی، نمونه‌برداری صورت پذیرد تا بیمار هرچه سریع‌تر تحت درمان‌های لازم قرار گیرد.

منابع

- 1- American Academy of Ophthalmology. Basic and clinical science course: orbit, eyelids, and lacrimal system. San Francisco: The Academy; 2001-2002;7:76-80.
- 2- Cahill MT, Moriarty PA, Kennedy SM. Conjunctival MALToma with systemic recurrence. *Arch Ophthalmol* 1998;116:97-99.
- 3- Akpek SK, Poleharoen W, Ferry JA, Foster CS. Conjunctival lymphoma masquerading as chronic conjunctivitis. *Ophthalmology* 1999;106:757-760.
- 4- Hu FR, Lin JC, Chiong IP, Yeh KH. T-cell malignant lymphoma with conjunctival involvement. *Am J Ophthalmol* 1998;125:717-719.
- 5- Shields CL, Shields JA, Carvalho C, Rundle P, Smith AF. Conjunctival lymphoid tumors. American Academy of Ophthalmology 2001;108;5:979-984.