

## مقاله تصویری (Photo Essay)

دیر مسوول: دکتر مسعود سهیلیان - استاد - چشم پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

### لنفومای داخل چشمی با نمای یوویت گرانولوماتوز دوطرفه

می‌باشد. بسیاری از بیماری‌ها ممکن است خود را به صورت یوویت نشان دهند؛ از جمله سرطان‌های خون، رتینوبلاستوما و یا آسیب‌های داخل چشمی و بیماری‌های استحال‌های شبکیه<sup>۱،۲</sup>. در مطالعه‌ای که توسط Aniki Rothava و همکاران انجام شد؛ ۵ درصد کل بیماران یوویتی، جزو سندرم وانمودی بودند<sup>۴</sup>.

از آن‌جا که تشخیص نادرست، نتایج بسیار اسفباری برای بینایی و حتا جان بیماران در بر دارد؛ تشخیص به موقع و درست در این بیماران، بسیار حایز اهمیت است. در بیماری سیستمیکی که خود را به صورت یوویت نشان می‌دهد؛ در ۵۰ درصد موارد، چشم‌پزشکان اولین افرادی هستند که آن را تشخیص می‌دهند<sup>۴</sup>. نمای بالینی در این سندرم، یکسان نیست؛ در بیماران مبتلا به لنفومای اولیه، خود را به صورت التهاب داخل زجاجیه‌ای، ضایعات شبکیه و مشیمیه و تهاجم به عنیبه نشان می‌دهند و تظاهرات در قسمت اتاق قدامی چشم، بسیار نادر است. همچنین تظاهر با فشار بالای چشم نیز گزارش شده است<sup>۵</sup>. در بیمار حاضر، نمای بیماری بیش‌تر به صورت کاهش دید، درد، افزایش فشار چشم و یوویت گرانولوماتوز دوطرفه و هم‌چنین درگیری زجاجیه بوده است.

در تمام این بیماران، آزمایش‌های معمول یوویت از جمله ESR، شمارش کامل خونی، HLA B<sub>27</sub>، میزان سرمی ACE (angiotensin converting enzyme)، آزمایش‌های سرولوژی سیفلیس، پرتونگاری ریه و بررسی از نظر سل، منفی می‌باشند. در صورت شک به بدخیمی، باید ویترکتومی تشخیصی انجام گردد و نمونه جهت PCR (polymerase chain reaction) و سیتولوژی برای تشخیص توکسوپلازما، سیتومگالوویروس، هرپس و بدخیمی فرستاده شود<sup>۴</sup>. در بیمار گزارش‌شده، تمام بررسی‌های تشخیصی منفی بودند؛ به جز نمونه‌ای که از زجاجیه بیمار گرفته شد و لنفومای اولیه چشمی را نشان داد.

#### معرفی بیمار

خانم ۶۷ ساله‌ای با کاهش شدید و دوطرفه بینایی مراجعه نمود. بیمار هیچ‌گونه سابقه‌ای از بیماری سیستمیک نداشت. در ابتدا بینایی هر دو چشم در حد حرکت دست (hand motion) و فشار چشم راست ۳۵ میلی‌متر جیوه بود که داروی تیمولول برای بیمار شروع شد. در معاینه قرنیه، رسوبات گرانولوماتوز (granulomatous keratic precipitate) در پشت قرنیه هر دو چشم مشاهده گردید. در معاینه فوندوسکوپی، ارگانیزه شدن زجاجیه و التهاب داخل زجاجیه‌ای دیده شد و شبکیه به درستی قابل مشاهده نبود. بیمار به درمان با پردنیزولون خوراکی و استروئید موضعی پاسخی نداد. کلیه آزمایش‌های معمول برای التهاب داخل چشمی، منفی گزارش شدند. بیمار تحت ویترکتومی تشخیصی قرار گرفت و نمونه گرفته‌شده، از نظر هیستوپاتولوژی بررسی شد. در بررسی اسمیر مستقیم پس از رنگ‌آمیزی با گیمسا، پلومورفیسیم هسته‌ای یاخته‌ها به همراه میتوز آتیپیک دیده شد (تصویر ۱). پس از تهیه بلوک پارافینی از رسوبات یاخته‌های زجاجیه بعد از سانتریفوژ، یاخته‌های موجود در مقاطع تهیه‌شده، واکنش ایمنی شدیدی برای CD۲۰ و به طور مختصر برای CD۴۳ نشان دادند (تصویر ۲). بررسی هیستوپاتولوژی در مجموع، تاییدکننده وجود لنفومای اولیه داخل چشمی از نوع B cell بود. آزمایش مغز استخوان و MRI مغزی و هم‌چنین CT-اسکن ناحیه ریه، طبیعی گزارش شدند.

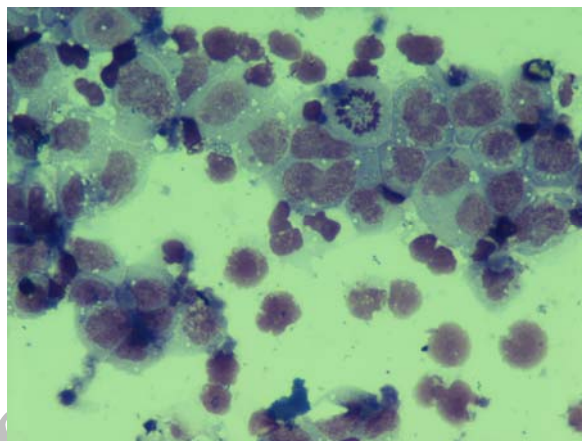
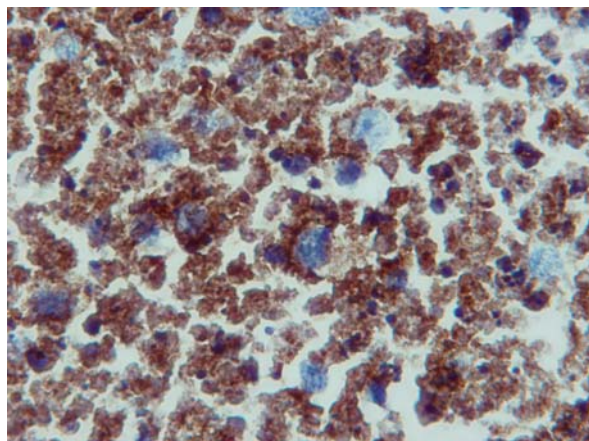
#### بحث

بیمار معرفی‌شده، مثالی از سندرم‌های یوویت وانمودی (uveitis masquerade syndromes) است که به صورت التهاب داخل چشمی تظاهر می‌کنند<sup>۱</sup>. التهاب داخل چشمی در این بیماران، در اثر یاخته‌های التهابی، به صورت ثانویه به یک عامل دیگر و یا در اثر یاخته‌های پیگمانی-خونی و یا سرطانی

## نتیجه گیری

یوویت نشان می دهند؛ می تواند نه تنها در بهبود بینایی بلکه برای نجات جان بیماران نیز موثر باشد.

تشخیص به موقع در بیماری هایی که خود را به صورت



تصویر ۲- یاخته های آتیپیک موجود در بلوک پارافینی به دست آمده از سانتریفوژ مایع زجاجیه، واکنش ایمنی شدیدی برای CD۲۰ نشان دادند که مشخص کننده مونوکلونالیته برای لنفوسیت های B می باشد (بزرگنمایی  $\times 250$ ).

تصویر ۱- وجود میتوز آتیپیک به همراه پلئومورفیسم هسته ای در گستره مستقیم مایع زجاجیه (رنگ آمیزی گیمسا، بزرگنمایی  $\times 400$ )

## نویسندگان

**دکتر بیژن بیژن زاده:** فلوشیپ رتین- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

**دکتر مسعود سهیلیان:** استاد- چشم پزشکی- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

**دکتر مژگان رضایی کنوی:** استادیار- چشم پزشکی- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

## منابع

- 1- Read RW, Zamir E, Rao NA. Neoplastic masquerade syndromes. *Surv Ophthalmol* 2002;47:81-124.
- 2- Rankin GA, Jakobiec FA, Hidnyat AA. Intraocular lymphoma proliferation simulating uveitis. In: Principle and practice of ophthalmology. Philadelphia: WB Saunders; 1994: 524-548.
- 3- Stafford WR, Yanoff M, Parnell BL. Retinoblastoma initially misdiagnosed as primary ocular inflammation. *Arch Ophthalmol* 1969;82:771-773.
- 4- Rothava A, Francien O, Kerahoff F. Uveitis masquerade syndrome. *Am J Ophthalmol* 2001;94:386-398.
- 5- Goldey SH, Stern GA, Oblon DJ. Unusual T-cell lymphoma. Uveitis. *Arch Ophthalmol* 1984;102:399-402.