

## مقاله تصویری (Photo Essay)

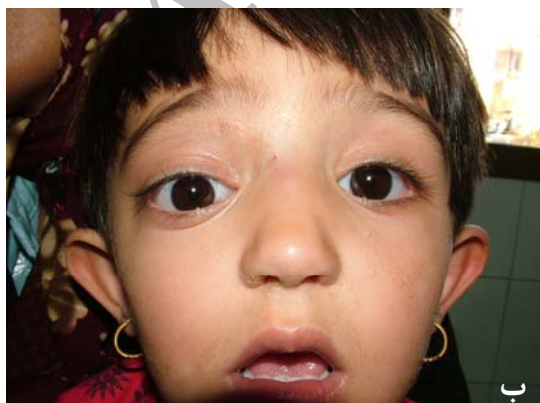
**دکتر عباس باقری:** دانشیار - چشم پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی  
**دکتر محمد ابریشمی:** دانشیار - چشم پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی  
**دکتر احمد رضا باقی:** دستیار - چشم پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی  
**دبیر مسوول:** دکتر مسعود سهیلیان - استاد - چشم پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

## لنفانژیوماى حدقه

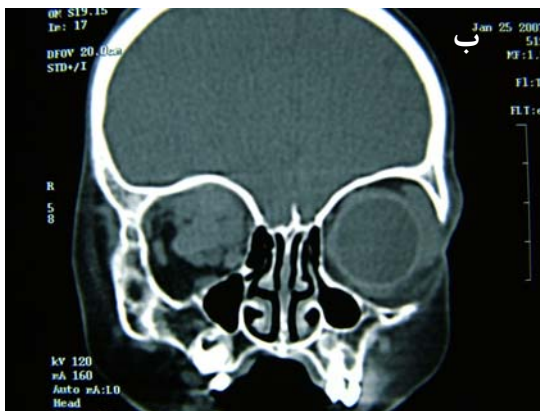
و غیر یکنواخت در فضای داخل و خارج مخروطی (intra- and extraconal) مشاهده می‌شد ولی درگیری استخوانی وجود نداشت (تصویر ۲). کلسیفیکاسیون نیز وجود نداشت. آزمایش‌های ESR و CBC طبیعی بودند. بیمار در اتاق عمل تحت اربیتوتومی با برش لینچ (Lynch) قرار گرفت و مقدار زیادی ترشحات سیاه‌رنگ ناشی از خون فاسدشده (degrade)، خارج گردید و بیرون‌زدگی چشم مقداری کاهش یافت. نمونه‌برداری از محل ضایعه انجام شد که در بررسی آسیب‌شناختی، لنفانژیوما گزارش گردید. برای بیمار پس از عمل، کورتون داخل سیاهرگی به میزان ۱ mg/kg شروع شد که بعد از ۳ روز، با بهبود بیرون‌زدگی چشم بیمار، استروئید قطع گردید و بیمار مرخص شد. بیمار تا کنون، یعنی ۱۸ ماه بعد از ترخیص، عودی نداشت.

## معرفی بیمار

دختر ۳ ساله‌ای به علت بیرون‌زدگی و اکیموز چشم راست از ۵ روز قبل به مرکز پزشکی لبافی‌نژاد مراجعه نمود. بیرون‌زدگی چشم و اکیموز، طی ۵ روز بدتر شده بود. حدت بینایی در چشم راست و چپ به صورت  $C^+S^+M^+$  بود. وی سابقه بیماری سیستمیک یا چشمی خاص و سابقه جراحی و تروما نیز نداشت. والدین بیمار سابقه سرماخوردگی مشکوک وی را قبل از بروز علائم فوق ذکر می‌کردند. چشم راست به پایین جابه‌جا شده بود و حرکتش در تمام جهات محدوده شده بودند. اکیموز در اطراف چشم راست مشهود بود (تصویر ۱) ولی گرمی و tenderness در روی ضایعه وجود نداشت. معاینه چشم چپ طبیعی بود. مارکوس گان منفی بود. معاینه سگمان قدامی با اسلیت‌لمپ و معاینه ته چشم، در هر دو چشم طبیعی بود. در CT-اسکن انجام‌شده، توده‌ای با حدود نامشخص



تصویر ۱- الف- قبل از عمل: بیرون‌زدگی، اکیموز و جابه‌جایی چشم راست به سمت پایین. ب- بعد از عمل: بهبود علائم پس از ۱۸ ماه



تصویر ۲- CT-اسکن در نمای اگزیزال (الف) و کورونال (ب): توده با حدود نامشخص در فضای اینتراکونال و اکستراکونال چشم راست قابل مشاهده است.

خون‌ریزی داخل مجرای، خود را به صورت کیست هموراژیک ساده یا چندلوبوله نشان می‌دهد. ممکن است خون‌ریزی موجب ایجاد کیست شکلاتی (chocolate cyst) شود که حاوی خون تیره و قدیمی است. این کیست‌های خونی معمولاً خود را به صورت بیرون‌زدگی حاد چشم نشان می‌دهند و با اکیموز در اطراف اربیت همراهند.<sup>۱</sup>

اغلب موارد لنفانژیومای حدقه، خود را به صورت بیرون‌زدگی چشم نشان می‌دهند. این بیرون‌زدگی چشم، با مانور والسالوا و تغییر موقعیت سر، افزایش نمی‌یابد و برویی هم ندارد. در دو موقعیت، اندازه تومور به صورت ناگهانی افزایش می‌یابد: (۱) رشد سریع تومور به علت ایجاد کیست خونی که خود را به صورت بیرون‌زدگی پیش‌رونده چشم نشان می‌دهد. (۲) در اثر واکنش هایپرپلازی بافت‌های لنفوئید داخل تومور که در پاسخ به عفونت دستگاه تنفسی فوقانی به وجود می‌آید.<sup>۴</sup> در تعدادی از بیماران، این تومور می‌تواند موجب کاهش حدت بینایی، ادم پایی و نقص‌های عصب بینایی شود.

تصویربرداری انتخابی برای این تومور MRI است که می‌تواند گسترش تومور، ویژگی‌های آن و مدت خون‌ریزی داخل آن را نشان دهد و نیاز به نمونه‌برداری بافتی را کم کند. اغلب به علت پسرقت خودبه‌خود که گاهی در لنفانژیومای حدقه دیده می‌شود؛ باید از مداخله جراحی پرهیز کرد. وجود کیست خونی، به خودی خود، اندیکاسیونی برای درمان جراحی نیست مگر آن که عصب بینایی تحت فشار قرار گیرد. در شرایط اورژانس

#### لنفانژیوما

لنفانژیوما تومور نسبتاً ناشایعی است. اغلب در سر و گردن ایجاد می‌گردد و به ندرت در حدقه دیده می‌شود.<sup>۱</sup> ممکن است در ملتحمه، پلک، اوروفارنکس و سینوس‌ها نیز دیده شود.<sup>۲</sup> لنفانژیوما یک نئوپلاسم واقعی نیست و اغلب یک پرولیفریشن هامارتومی است. لنفانژیومای حدقه، اغلب در دهه اول عمر ظاهر می‌شود و تمایل به پسرقت خودبه‌خود ندارد.<sup>۳</sup> این تومور گاهی همراه با اختلالات دید و زیبایی می‌باشد. ضایعه می‌تواند رشد گاهگاهی داشته باشد اما اغلب تا دهه سوم، از لحاظ اندازه، ثابت می‌شود.<sup>۴</sup>

هیستوژنز لنفانژیوما نامشخص است ولی تصور می‌شود که مرکب از ناهنجاری‌های عروقی در اجزای سیاهرگی و لنفاتیک باشد. این تومور دارای فضاهای بزرگ و پرشده از سرم می‌باشد که توسط دیواره‌هایی از یاخته‌های اندوتلیومی ظریف و صاف، پوشیده شده‌اند. این تومور، رشد ارتشاحی دارد و کپسول ندارد. دیواره این تومور شامل سیاهرگ‌ها و سرخرگچه‌های کوچکی است که ارتباط کمی با جریان خون سیستمیک دارند.<sup>۱</sup>

سیر طبیعی لنفانژیوما متغیر است و قابل پیش‌بینی نمی‌باشد؛ برخی از آن‌ها، موضعی هستند و آهسته پیش‌رفت می‌کنند ولی بیش‌تر آن‌ها به صورت منتشر، به ساختمان‌های حدقه، ارتشاح پیدا می‌کنند و بزرگ می‌شوند. به علت شکنندگی عروق دیواره، به دنبال ضربه، جراحی یا به طور خودبه‌خودی، ممکن است درون آن‌ها خون‌ریزی رخ دهد.

نمی‌دهد. پرتودرمانی نیز در کوچک کردن اندازه بافت‌های لنفوئید تومور می‌تواند موثر باشد اما با توجه به اثر کمی که بر قسمت فیبرووسکولار تومور دارد؛ به ندرت مورد استفاده قرار می‌گیرد.<sup>۳</sup> کرایو و لیزر نیز به عنوان درمان کمکی در جراحی لنفانژیوما به کار رفته‌اند. لیزر، هموستاز خوبی اعمال می‌کند و امکان رزکشن تومور را فراهم می‌نماید.<sup>۱</sup>

در مواقعی که برای نتایج عملکردی و زیبایی، درناژ یا اکسزیون تومور کفایت نکند؛ می‌توان از دکمپرشن حدقه نیز استفاده کرد. در بعضی از موارد لنفانژیومای حدقه، ناهنجاری‌های عروقی داخل جمجمه‌ای دیده می‌شوند که باید تصویربرداری از عروق داخل جمجمه‌ای نیز انجام شود. تعدادی از بیماران نیز از تنبلی چشم، ثانویه به بسته شدن محور بینایی، آنیزومتروپی و استرابیسم رنج می‌برند که درمان عیوب انکساری و آمبلیوتراپی می‌تواند به بیمار کمک کند.

می‌توان خون را با یک سوزن آسپیره کرد و یا اکسپلور جراحی انجام داد. می‌توان این عمل را با راهنمایی سونوگرافی یا CT-اسکن انجام داد. متأسفانه میزان عود خون‌ریزی در لنفانژیوما بالاست. در مواردی که خون داخل تومور، لخته یا ارگانیزه شده باشد؛ درناژ کم‌تر موثر است. در صورت امکان باید اجازه داد تا خون‌ریزی ناشی از لنفانژیومای حدقه، خودبه‌خود جذب گردد و جراحی در مواردی انجام شود که خون‌ریزی مکرر حدقه موجب اختلال در عملکرد عصب بینایی گردد یا ناهنجاری ایجاد شده، از نظر زیبایی قابل توجه باشد.<sup>۱</sup>

با توجه به ایجاد هایپرتروفی تومور به علت محرک‌هایی از قبیل عفونت دستگاه تنفسی فوقانی، این واکنش التهابی حاد می‌تواند به استروئید سیستمیک پاسخ دهد. می‌توان مقدار متوسطی از استروئید را برای چندین روز استفاده کرد. البته قسمت فیبرووسکولار تومور، به درمان با استروئید پاسخ

#### منابع

- Harris GJ, Sakol PJ. Orbital Neoplasms. In: Liesegang TJ, Skuta GL, Cantor LB. Basic and clinical science course: orbit, eye lids, and lacrimal system. San Francisco: American Academy of Ophthalmology; 2004-2005: 67-69.
- Harris GJ, Massaro B. Acute proptosis in childhood. In: Tasman W, Jaeger EA. Duane's clinical ophthalmology. Philadelphia: 2005. (CD Rom)
- Rootman J, Marotta TR, Greab DA. Vascular lesion. In: Rootman J. Diseases of the orbit. Clombia: 2003: 524-528.
- Haik BG, Gore H. Vascular tumors of the orbit. In: Bosniak S, Bonavolonta G, Liu D, Nerad JA, Weiss RA, Wesley RE, et al. Ophthalmic plastic and reconstructive surgery. New York: 1996: 921-926.