

● گزارش موردی مقاله: ۱۹۰



دکتر نادر اکبری دیلمقانی*۱

دکتر محمد صمدیان ۲

دکتر مهدی خواجوی ۳

دکتر علی قاضی پور ۴

دکتر رضا جباری ۵

دکتر مهدی حیدری ۶

۱- استادیار گروه گوش، گلو و بینی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۲- دانشیار گروه جراحی اعصاب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۳- دانشیار گروه گوش، گلو و بینی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۴- استادیار گروه گوش، گلو و بینی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

۵- دستیار جراحی اعصاب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۶- دستیار گوش، گلو و بینی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

* نشانی نویسنده مسئول:
تهران، خیابان کارگر، خیابان کمالی، بیمارستان لقمان حکیم

تلفن: ۰۲۱-۵۵۴۱۹۰۰۵-۱۱

فکس: ۰۲۱-۵۵۴۱۱۱۱۱

نشانی الکترونیکی:

Nadakbari@yahoo.com

منژیوم بسیار بزرگ و مهاجم شیار بویایی در یک کودک ۱۳ ساله

چکیده

منژیوم‌های شیار بویایی (Olfactory Groove Meningiomas) درصد کمی از تومورهای داخل جمجمه‌ای را تشکیل می‌دهند. این تومورها در حفره قدامی جمجمه از ناحیه صفحه غربالی استخوان اتموئید تا ناحیه اتصال آن به پلانوم اسفنوئید منشا می‌گیرند. این تومور در کودکان ناشایع و پیک شیوع سنی آن ۱۲ سالگی است و در پسرها اندکی شایع‌تر است. به دلیل رشد بسیار آهسته این تومورها در حین بروز علامت بسیار بزرگ هستند. با توجه به موقعیت آناتومیک تومور که در مجاورت عروق قدامی مغز و اعصاب بینایی می‌باشد، جراحی OGMs چالشی بزرگ برای جراحان اعصاب و قاعده جمجمه می‌باشد. در این گزارش مورد ما به توصیف یک منژیوم بسیار بزرگ و مهاجم در یک پسر ۱۳ ساله که تهاجم گسترده‌ای به اربیت و سینوس‌های پارانازال داشت خواهیم پرداخت.

کلمات کلیدی: منژیوم شیار بویایی، کودکان، اربیتال، سینوس‌های پارانازال

دوران کودکی نوع منگوتلیال است و دیگر انواع پاتولوژیک شامل انواع فیبروبلاستیک-سینسیشیال و ترانزیسفال می‌باشند [۵].

گزارش مورد:

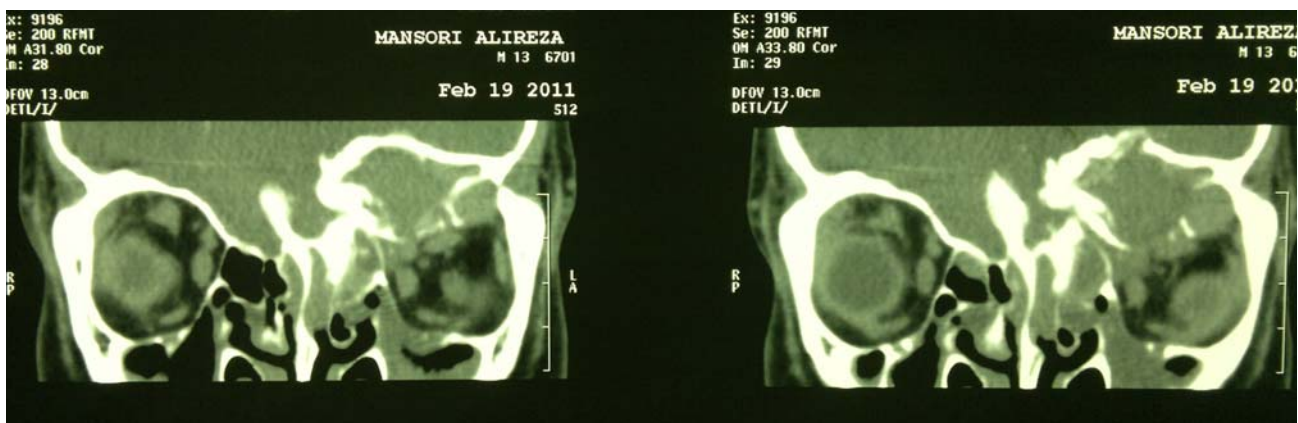
پسر ۱۳ ساله‌ای با شکایت بیرون زدگی و انحراف چشم چپ از سوی همکار چشم پزشکی جهت بررسی به دپارتمان گوش و گلو و بینی بیمارستان لقمان حکیم ارجاع شد. در معاینه کودک دچار اگزوفتالمی شدید و انحراف کره چشم به پایین و چپ و محدودیت حرکت چشم در همه جهات خصوصاً در نگاه به بالا بدون کاهش بینایی و درد مشخص بود. حس بویایی خصوصاً در سمت چپ کاملاً کاهش یافته بود. در معاینه آندوسکپی داخل بینی توده نسج نرم اندک خونریزی دهنده‌ای در سمت داخل و خارج شاخک میانی همراه با درگیری سپتوم و پهن شدگی آن مشاهده می‌شد که نمونه‌برداری از آن انجام شد. با بررسی‌های رادیولوژیک در CT اسکن اربیت و سینوس‌های پارانازال یک توده نسج نرم بسیار بزرگ در ناحیه بالای اربیت چپ در محل آناتومیک سینوس فرونتال مشاهده می‌شد که باعث expansion شدید سقف اربیت چپ و پایین و بیرون زدگی کره چشم چپ شده بود و به داخل حفره قدامی جمجمه گسترش پیدا کرده بود. در ضمن نواحی هیپراستوتیک واضح در ناحیه قدام سینوس‌های اتموئید و کریستگالی همراه با expansion نسج استخوانی این نواحی دیده می‌شد (تصاویر ۱ و ۲).

مقدمه

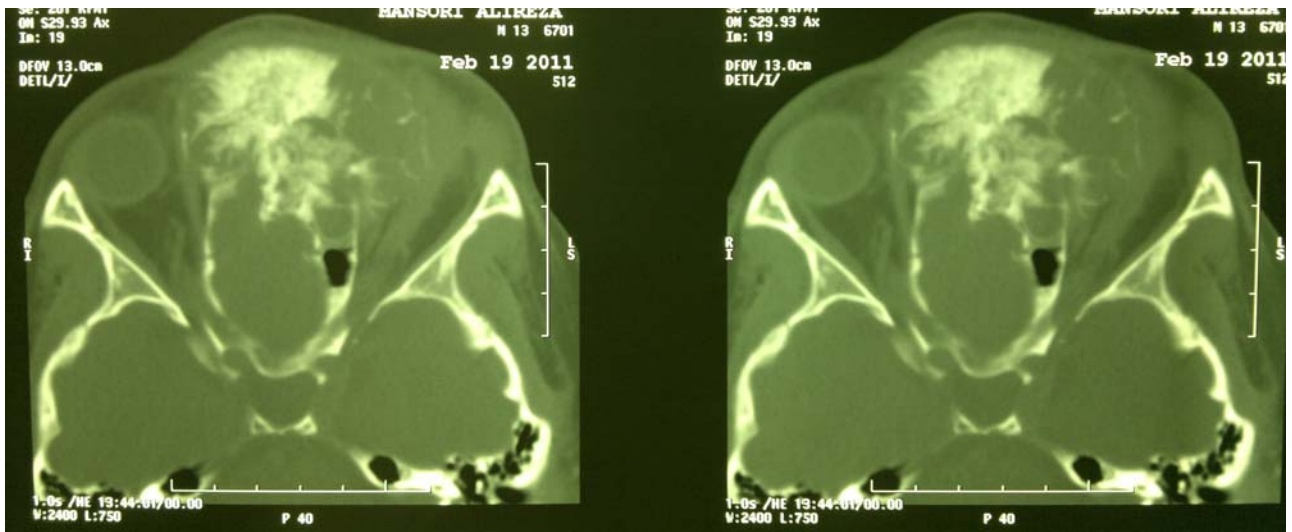
منژیوم‌های شیار بویایی حدود ۴.۵-۱۳٪ از منژیوم‌های داخل جمجمه‌ای را تشکیل می‌دهند [۱]. با توجه به اینکه انواع منژیوم توموری تقریباً ناشایع در کودکان می‌باشد (بروز سالانه زیر ۱۰۰ نفر در آمریکا) می‌توان گفت که میزان برخورد با منژیوم شیار بویایی در طیف سنی کودکان بسیار کمتر خواهد بود. [۲]

این تومورها می‌توانند در تمام حد فاصل کریستگالی تا پلانوم اسفنوئید به صورت قرینه یا ناقربه نسبت به سینوس ساژیتال قدامی و فاکس مغزی و در یک یا دو طرف این ساختمان‌ها رشد نمایند. [۱]

به دلیل رشد بسیار آهسته این تومورها در حین بروز علامت بسیار بزرگ هستند و باعث بروز علائمی چون اختلال حافظه، اختلاف دید، تغییر شخصیت، کاهش بویایی، تشنج یا سردرد می‌شوند. [۳] و [۴]. تهاجم موضعی به سینوس‌های پارانازال یا دورا و بروز عفونت‌های همزمان سینوس و نیز نشت مایع مغزی نخاعی به دلیل درگیری دورا از دیگر مشکلات حین جراحی این تومورها هستند. [۳] بیشتر از ۲۰٪ منژیوم‌های داخل جمجمه‌ای به نواحی خارج جمجمه‌ای مثل اربیت، سینوس‌های پارانازال، نازوفارنکس و پوست گسترش می‌یابند [۵]. شایع‌ترین انواع پاتولوژیک این تومورها در



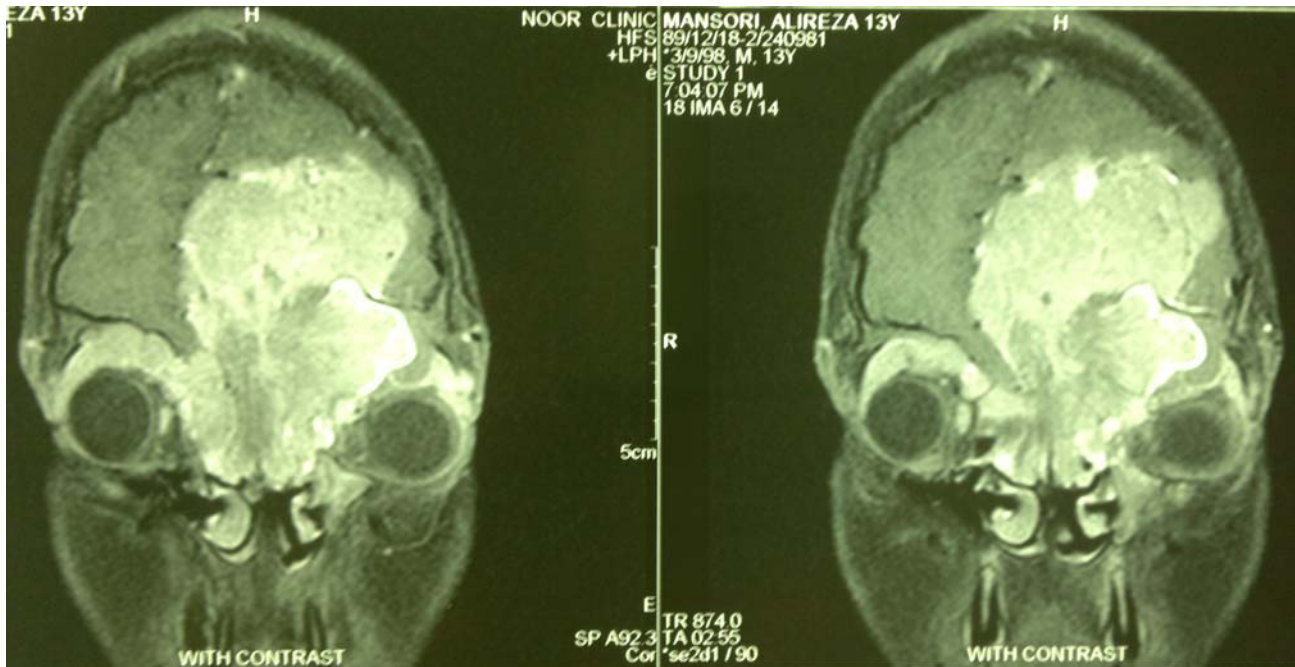
تصویر ۱



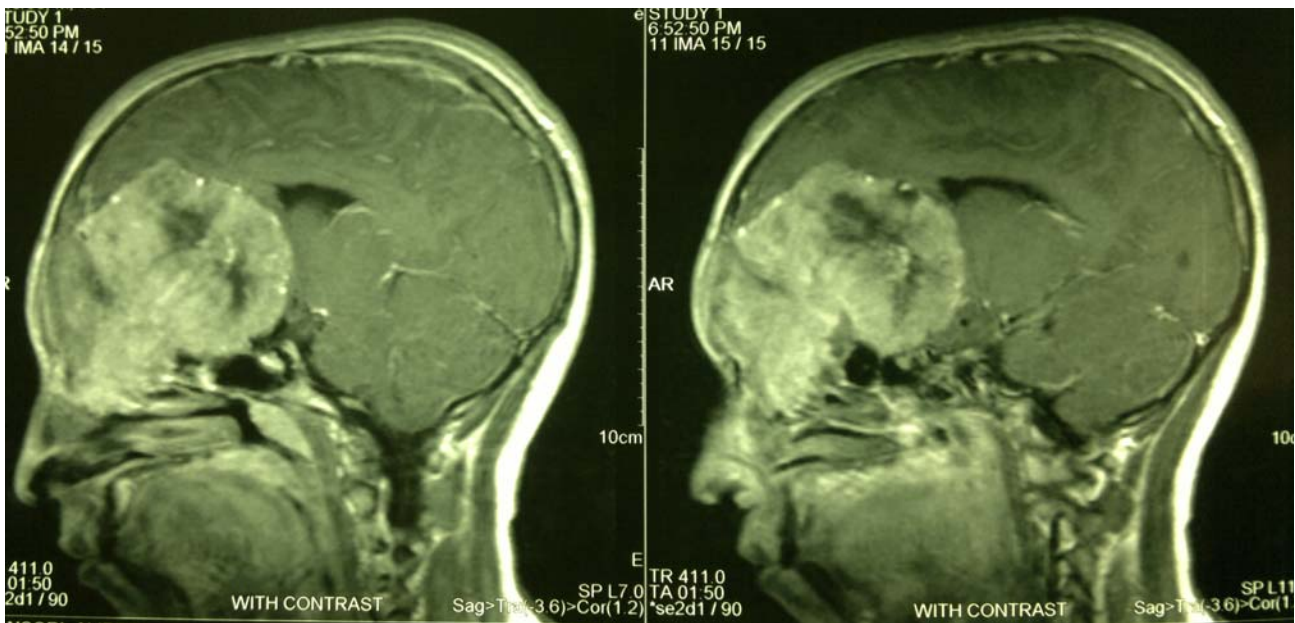
تصویر ۲

افزایش سیگنال مختصر و هموزن تومور مشهود بود ولی نواحی بالای اربیت چپ و سینوس فرونتال افزایش سیگنال نداشت. در ضمن گسترش تومور به ناحیه سوپرااربییتال راست نیز قابل مشاهده بود (تصاویر ۳ و ۴).

در MRI انجام شده یک توده بسیار بزرگ با ابعاد تقریبی $7 \times 7 \times 8$ cm در ناحیه حفره قدامی جمجمه مشاهده شد که در T1 ایزوسیگنال همراه با نواحی هتروژنی از افزایش سیگنال در سینوس فرونتال و بالای اربیت چپ و مرکز تومور بود. در T2 این نواحی افزایش سیگنال واضح تر شده بود. با تزریق کنتراست وریدی،



تصویر ۳



تصویر ۴

ناشی از انسداد رسس فرونتال سمت چپ حاوی ترشحات شفاف و بسیار غلیظ در ناحیه سینوس فرونتال چپ و بالای اربیت مشاهده شد (علامت ستاره در تصاویر ۱و۳) که باعث جابجایی شدید گلوب شده بود که به طور کامل تخلیه و مارتوپالیزه شد. سپس نقص دورا در کف جمجمه با فاشیا لاتا ترمیم شد. بازسازی قدام جمجمه و لبه اربیت بامش تیتانیوم و استخوان کالوارיום انجام شد. باقیمانده سینوس‌های فرونتال کرانیالیزه شده و رسس فرونتال در هر دو سمت بعد از برداشتن مخاط مسدود شد و برش‌ها دوخته شدند (تصویر ۵).

بررسی پاتولوژیک از نمونه داخل بینی مننژیوم تیپ سینسیشیال گزارش شد. بیمار تحت عمل جراحی رزکسیون تومور به روش ترانس کرانیال و ترانس نازال همزمان قرار گرفت. طی انسیزیون Bicornal کرانیوتومی Bifrontal انجام شد. ابتدا کنترل خونریزی از عروق خونرسانی کننده دورا انجام شد، سپس بادیسکسون میکروسکوپی تومور به صورت تکه تکه خارج شد. شریان‌های اتموئیدال قدامی و خلفی نیز جهت کنترل خونریزی کوتر شدند. یک موکوسل بزرگ



تصویر ۵

چشم و پیشانی بسیار مطلوب بود. بویایی بیمار بهتر نشد. بیمار همچنان تحت پیگیری است.

پاتولوژی نهایی نیز مننژیوم تیپ سینسیشیال گزارش شد. در پیگیری بیمار به مدت یک سال هیچ عارضه‌ای مشاهده نشد. شکل ظاهری

بحث

مننژیومها حدود ۱۴ تا ۱۸ درصد از تومورهای داخل جمجمه‌ای را تشکیل می‌دهند. [۵]

مننژیومهای هتروتوپیک یا اکتوپیک که هیچ ارتباط مستقیمی با تومور داخل جمجمه‌ای نداشته باشد بسیار ناشایعند. (مثل مننژیومهای سینونزال) [۵]

مننژیومهای شیار بویایی ناشایع و خوش‌خیم و اغلب در داخل جمجمه‌ای هستند که از سلول‌های CAP آراکتوئید منشا می‌گیرند و به دلیل رشد بسیار آهسته خیلی دیر علامت‌دار می‌شوند که در آن هنگام نیز بسیار بزرگ شده‌اند [۴].

علی‌رغم اینکه جراحی موفق این تومورها حدود ۱۲۰ سال قبل برای اولین بار توضیح داده شده است ولی به دلیل اندازه و محل این تومورها، جراحی آنها هنوز یک چالش بزرگ محسوب می‌شود [۶].

روش‌های شایع برای این تومور شامل روش جراحی ساب فرونتال یا Petriental استاندارد می‌باشد. اگر چه بعضی از جراحان روش Interhemispheric را نیز پیشنهاد کرده‌اند [۷]. دسترسی سریع به عروق خون‌رسانی‌کننده تومور یعنی شریان‌های اتموئیدال قدامی و خلفی و عروق ریز مننژیال، شرط یک جراحی موفق است [۷]. گسترش تومور به سینوس‌های اتموئید در بعضی گزارشات تا ۵۰ درصد بوده است که در صورت گسترش تحتانی شدید تومور می‌توان با روش آندوسکوپی همزمان از طریق بینی تومور را خارج کرد [۷]، که در بیمار ما نیز همین کار انجام شد.

مننژیومهای شیار بویایی در حین کشف اغلب بزرگ هستند به گونه‌ای که در مطالعه Hentschel و همکاران [۷] حدود ۰.۵٪ و در مطالعه Turazzi و همکاران [۸] حدود ۶۰٪ از تومورها بالای ۶ سانتی‌متر قطر داشته‌اند. سایز تومور مورد گزارش ما در بیشترین قطر

حدود ۸ سانتی‌متر بود. گزارش شده که با درمان مناسب کاهش بینایی و تغییرات شخصیتی بیماران برگشت‌پذیر است که البته بیمار ما هیچ‌کدام از این علائم را نداشت. در جراحی مننژیوم شیار بویایی اگر بویایی قبل از جراحی طبیعی باشد و سایز توده کمتر از سه سانتی‌متر باشد، شاید بتوان بویایی را بعد از عمل جراحی حفظ کرد [۴]. ولی در بیمار ما هیچ‌کدام از این شرایط وجود نداشت و بعد از جراحی هم کاملاً آنوسمیک بود.

در جراحی این تومورها علی‌رغم رزکسیون وسیع تومور امکان عود سال‌ها بعد از جراحی وجود دارد که در مطالعه Tskoudus و همکاران عود بعد از ۱۱ سال نیز گزارش شده است [۹]. میزان عود را می‌توان با رزکسیون وسیع نواحی استخوانی و دورای قاعده جمجمه کاهش داد [۹]. بیمار مورد بحث ما فقط یک‌سال پیگیری شد و این یعنی باید با پیگیری مستمر و دقیق به فکر عود احتمالی تومور در سال‌های بعد باشیم.

نتیجه‌گیری

مننژیوم شیار بویایی توموری تقریباً ناشایع است و این شیوع مشخصاً در سنین کودکی باز هم کمتر است. به دلیل رشد آهسته، این تومورها به خصوص در کودکان کم علامت هستند و می‌توانند تخریب وسیعی را در قاعده جمجمه و مجاورت آن ایجاد کنند. علی‌رغم تخریب وسیع و جراحی مشکل آنها خصوصاً در سنین کودکی، رزکسیون کامل و تقریباً بدون عارضه این تومورها امکان‌پذیر است و درجه بهبودی علایم چشمی، مغزی، و شخصیتی آنها بسیار قابل توجه است.


 مراجع

- 1- Florin Stefanescu, Mugurel Radoi, Liviu Ciocan, Razvan Olteanu, Ram Vakilnejad, Roxana Popa, Alexandru Papacocea, Leon Danaila: Large olfactory groove meningiomas: clinical outcome considering different surgical approaches. Romanian Neurosurgery (2011) XVIII 2. Available from http://www.roneurosurgery.eu/atdoc/StefanescuFlorin_LargeOlfactory_formatat.pdf
- 2- Robert F. Keating, James T. Goodrich, Roger J. Packer, Tumors of the pediatric central nervous system, Thieme, 2001 351-352.
- 3- Benedicto Oscar Colli¹, Carlos Gilberto Carlotti Junior², João Alberto Assirati Junior³, Marcius Benigno Marques dos Santos³, Luciano Neder⁴, Antonio Carlos dos Santos⁵, Nayara Cioffi Batagini⁶: OLFACTORY GROOVE MENINGIOMAS Surgical technique and follow-up review. Arq Neuropsiquiatr 2007; 65 (3-B): 795-799.
- 4- A Welge-Luessen, A Temmel, C Quint, B Moll, S Wolf, T Hummel: Olfactory function in patients with olfactory groove meningioma J. Neurol Neurosurg Psychiatry 2001; 70: 218-221.
- 5- M. PETRULIONIS, N. VALEVICIENE, I. PAULASKIENE & J. BRUZAITE: Primary Extracranial Meningioma of the Sinonasal Tract. Taylor & Francis Acta Radiol 2005 (4) pp. 415-418.
- 6- Carlo Schaller, M.D., Veit Rohde, M.D., and Werner Hassler, M.D.: Microsurgical Removal of Olfactory Groove Meningiomas via the Pterional Approach, SKULL BASE SURGERY 1994, 4(4): 184-192,
- 7- Stephen J. Hentschel, MD, FRCS(C), Franco Demonte, MD, FRCS(C), Olfactory Groove Meningiomas Neurosurg Focus. 2003; 14(6) Available from www.medscape.com/viewarticle/457741_1
- 8- Turazzi S, Cristofori L, Gambin R, et al: The pterional approach for the microsurgical removal of olfactory groove meningiomas. Neurosurgery 1999 45: 821 826.
- 9- Tsikoudas A, Martin-Hirsch DP: Olfactory groove meningiomas. Clin Otolaryngol 1999, 24: 507-509.