



## استئومای سینوس اتموئید با گسترش وسیع به ارییت

Ethmoidal cell osteoma extending to the orbit (report of case)

S.A. Safavi, M.D., S.A.A. Safavi, M.D., M. Sharafi, M.D.

Shahid Beheshty University

### SUMMARY

*Osteoma is a benign tumor formed of mature lamellar bone. It is most commonly found in the frontal sinus, in the ethmoid, and in the maxilla, in that order. This tumor is usually discovered incidentally during radiographic examination. When it causes symptoms, surgery is recommended. We report one case of ethmoidal sinus osteoma, presenting with headache and proptosis. Clinical evaluation and surgical approach are discussed.*

جهت تسکین آن، بیمار مجبور به استفاده از مسکن خوراکی بود. به تدریج ترشح چرکی از بینی پیدا کرده و با تشخیص سینوزیت توسط پزشک تحت درمان دارویی قرار گرفت که ترشحات چرکی قطع شده ولی سردرد همچنان ادامه داشته است. بیمار به مرور دچار پروپتوز پیشرونده در سمت چپ می‌گردد. طی این مدت بیمار مشکلی از نظر بینایی نداشته است.

۳ سال قبل از مراجعه به پزشک تحت انجام سی تی اسکن از سینوسهای پارانازال قرار می‌گیرد و با تشخیص تومور استخوانی مدیال ارییت در مرکز دیگری تحت عمل جراحی به روش اتموئیدکتومی اکسترنال قرار می‌گیرد. بعد از عمل هیچ‌یک از شکایات بیمار (سردرد و پروپتوز) رفع نشده و همچنان ادامه داشته است.

۲ ماه قبل بیمار به یکی از مراکز چشم پزشکی در تهران ارجاع می‌شود. نتیجه معاینات چشم پزشکی به قرار زیر بودند. پروپتوز چشم چپ به میزان ۴ میلی‌متر، حدت بینایی دو چشم ۲۰/۲۰ و حرکات چشمها در تمام جهات کامل و قرینه بود.

عنوان مقاله:

استئومای سینوس اتموئید با گسترش وسیع به ارییت

نویسندگان:

دکتر سیدعلی صفوی نائینی

استادیار گوش و حلق و بینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر سید امان‌الله صفوی نائینی

استاد گوش و حلق و بینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر مریم شرفی

دستیار گوش و حلق و بینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

### گزارش مورد

بیمار خانم مژگان. ح ۲۴ ساله اهل سمنان از ۸ سال قبل از مراجعه دچار سردرد مداوم و فشارنده ناحیه پیشانی شده که به ناحیه پس‌سری انتشار داشته و با خم شدن سر به جلو تشدید می‌شده و

## بحث

استئوم تومور خوش خیم استخوانی است که متشکل از استخوان تکامل یافته می‌باشد (۱ و ۵).

انسیدانس واقعی آن در سینوسهای پارانازال به دلیل بی‌علامت بودن در اکثر موارد مشخص نیست. در یک بررسی که توسط Earwaker (۳) بر روی ۱۵۰۰ سی تی اسکن مقطع کورونال از سینوسهای پارانازال که به صورت اتفاقی انتخاب شده بودند انجام شد، ۴۶ مورد استئوم سینوسهای پارانازال کشف گردید. یعنی شیوعی در حدود ۳٪، سینوس فرونتال شایعترین محل آن در بین سینوسهای پارانازال ذکر شده است (۲ و ۳ و ۴ و ۵). در اغلب موارد علائم بالینی وجود ندارد و این تومور به صورت اتفاقی در بیماری که به علت دیگری تحت رادیوگرافی قرار می‌گیرد، کشف می‌شود (۳ و ۴).

علائم در صورت ایجاد مربوط به ماهیت فضاگیر توده است که ممکن است باعث انسداد دهانه سینوس شود یا به ساختمانهای مجاور مانند اربیت یا ساختمانهای داخل جمجمه گسترش یابد (۴ و ۵). با توجه به فیزیوپاتولوژی فوق علائم شامل سردرد، انسداد بینی، سینوزیت مقاوم به درمان طبی، درد صورت و غیرقرینگی صورت می‌باشد. علائم چشمی در صورت گسترش به اربیت ایجاد می‌شود که پروپتوز و دو بینی جزو شایعترین آنها هستند (۲).

در بیمار ما این تومور با علائم سردرد و پروپتوز پیشرونده تظاهر کرده بود. در ابتدا بیمار علائم سینوزیت داشته که با درمان طبی علائم رفع شده، ولی سردرد باقیمانده و پس از عمل جراحی سردرد بیمار کاملاً برطرف شد. به علت درگیری اربیت، بیمار دچار پروپتوز پیشرونده چشم چپ نیز شده بود ولی علی‌رغم گسترش زیاد تومور به داخل اربیت و جابه‌جایی گلوب و مخروط عضلانی اربیت، حرکات چشمی بیمار در تمام جهات طبیعی بود و بیمار شکایتی از دو بینی نداشت. بعد از عمل جراحی شکایات بیمار رفع گردید.

در ضایعات کوچک که در رادیوگرافی کشف می‌شوند و بیمار علامتی ندارد توصیه به پیگیری بیمار به صورت انجام رادیوگرافی در فواصل ۲-۱ ساله جهت بررسی رشد توده می‌شود (۲ و ۵). در صورت ایجاد علائم بالینی برداشتن آن توصیه می‌شود (۲ و ۴ و ۵).

پیش‌آگهی این تومور خوب است و تغییرات سارکوماتوز تاکنون گزارش نشده است (۱).

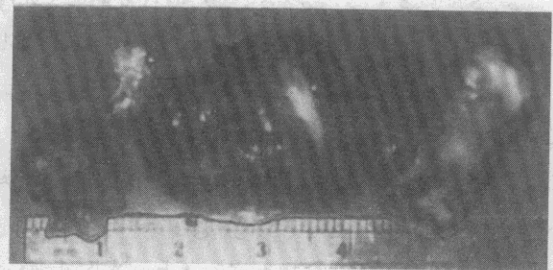
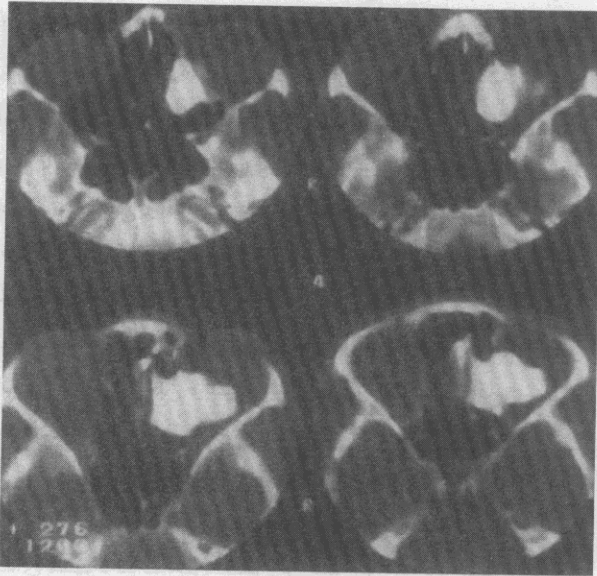
سی تی اسکن از سینوسهای پارانازال در مقاطع کورونال و آگزینال در همان تاریخ مشخص‌کننده توده استخوانی با دانسیته بالا و هموزن به ابعاد ۲۵ × ۲۰ × ۳۰ میلی‌متر که سینوس اتموئید چپ را کاملاً اشغال کرده، از سمت خارج به درون اربیت و از سمت پایین و خارج به درون سینوس ماگزینال و از سمت داخل به حفره بینی و از سمت بالا به کف سینوس فرونتال می‌رسید. جابه‌جایی گلوب و مخروط عضلانی و فشار به عصب اپتیک مشهود بود. با توجه به مشاهدات فوق استئوم سینوس اتموئید چپ با گسترش به اربیت سینوس ماگزینال مطرح گردید.

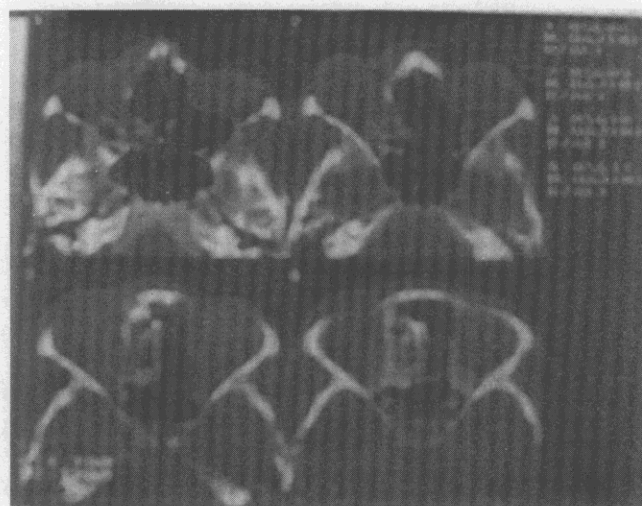
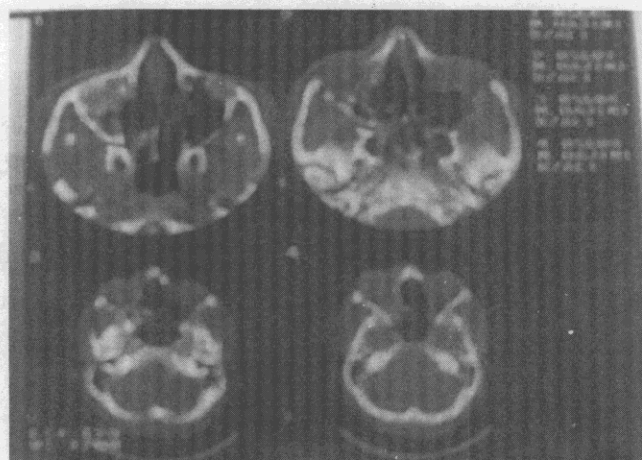
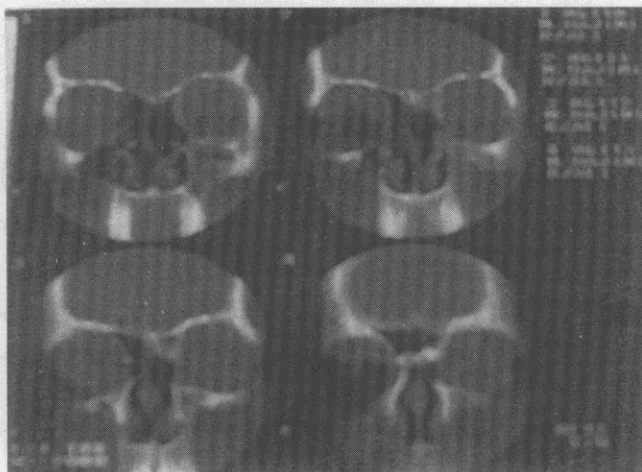
بیمار جهت انجام عمل جراحی از یک مرکز چشم‌پزشکی به بخش گوش و حلق و بینی بیمارستان آیت‌الله طالقانی تهران ارجاع شد.

در بررسی‌ای که در این مرکز از بیمار به عمل آمد حس بویایی بیمار کاهش یافته بود. در رینوسکوپي قدامی و خلفی، توده‌ای مشهود نبود. حس اینفراوربیتال و سوپراوربیتال طبیعی بود. بیمار سابقه‌ای از تروما به سر و صورت نداشت. مشکلات معدی - روده‌ای و سابقه‌ای از پولپوز فامیلی نداشت. نتیجه معاینات سیستمیک بیمار و آزمایشات روتین طبیعی بود. عمل جراحی بیمار از طریق انسزبون لینچ در محل اسکار عملی قبلی بیمار، انجام گردید. توده‌ای لبوله، اسکروتیک و با قوام سخت استخوانی در سه قسمت اوربیتال، اتموئیدال و آنترال (جهت کاهش تروما به ساختمانهای اطراف) با استفاده از استئوتوم ظریف و میکرودریل خارج شد.

دریل کردن به دلیل دانسیته بالای تومور، حتی‌المقدور از حاشیه چسبندگی به استخوان سالم انجام شد. آنگاه جهت ترمیم نقیصه دیواره داخلی اربیت چپ، عمل رزکسیون زیر مخاطی غضروف و استخوان سپتوم بینی انجام و ترمیم با استفاده از آنها انجام گردید. یک روز بعد از عمل جراحی سردرد بیمار کاملاً برطرف شده بود. در زمان ترخیص وضعیت بیمار به شرح زیر بود: غیرقرینگی در صورت، پروپتوز و کاهش بویایی بیمار برطرف شده بود. حدت بینایی و حرکات چشمی در تمام جهات طبیعی بود. حس اینفراوربیتال و سوپراوربیتال طبیعی بود. تنها عارضه بعد از عمل اشکریزش مختصر از چشم بود که در معایناتی که یک ماه بعد از بیمار به عمل آمد، کاملاً برطرف شده بود. گزارش نهایی پاتولوژی به شرح زیر بود:

ضایعه خوش خیم متشکل از تراکولاهای استخوانی مشاهده شد. فضای مدولاری از بافت فیروواسکولار پر شده بود. با توجه به مشاهدات فوق استئوم گزارش گردید.





### خلاصه

استئوم تومور خوش خیم استخوانی با رشدی آهسته می باشد که اغلب به صورت اتفاقی در رادیوگرافی یافت می شود (۱ و ۴). محل شایع این تومور استخوانهای مجامه و صورت است (۱ و ۲) و استخوان ماندیبول، فرونتال، اتموئید به ترتیب شیوع محل درگیری استئوم در این نواحی است (۲). اریبت به ندرت توسط استئوم درگیر می شود که غالباً ناشی از گسترش مستقیم از سینوسهای مجاور می باشد (۲). در این مقاله موردی از استئوم سینوس اتموئید گزارش می شود که به اریبت و سینوس ماگزیرلا گسترش یافته، باعث ایجاد سردرد و پروپتوز در بیمار شده بود و علی رغم اندازه بزرگ آن و جابه جایی گلوب، حدث بینایی و حرکات چشمی بیمار در محدوده طبیعی بود.

### REFERENCES

1. Cotran R. S, Kumar V, Collins T: Robbins pathologic basis of disease, 6<sup>th</sup> ed. 1999; 1234-1235.
2. Gillman G S, LAMPE H B. Allen L H. orbito ethmoid osteoma: Case report of an uncommon presentation of an uncommon tumor. Otolaryngology H & N. Surgery. 1997; 117: 5218-5220.
3. Earwaker J. paranasal sinus osteoma: a review of 46 cases. Skeletal Radiology 1993; 22: 417-423.
4. Ballenger J J, snow J B. Otolaryngology, head & neck surgery 15<sup>th</sup> ed. 1996; p: 201.
5. Cummings cw. Otolaryngology, head & neck surgery, 3rd ed. 1998; p: 1127.