

گزارش ۶ مورد پروپتوزیس با منشأ مننژیوما در بیماران بستری در بخش جراحی مغز و اعصاب بیمارستان قائم (عج) طی سال های ۱۳۸۴-۱۳۷۴

*دکتر محمد فرجی^۱، دکتر بابک گنجه ای فر^۲، دکتر سیده مریم حسینی^۳

^۱استاد گروه جراحی مغز و اعصاب، ^۲رزیدنت جراحی مغز و اعصاب، بیمارستان قائم (عج)، ^۳آ چشم پزشکی،

بیمارستان امدادی شهید کامیاب مشهد- دانشگاه علوم پزشکی مشهد

خلاصه

مقدمه: مننژیوم اینتراکرانیال با گسترش به داخل اربیت از طریق کانال اپتیک، شیار فوقانی اربیت و یا استخوان (مننژیوم ثانویه) و مننژیوم شیت عصب اپتیک (مننژیوم اولیه) می تواند منجر به پروپتوز و کاهش دید همان چشم می شود. در این بررسی ما بیماران مننژیوم با تظاهر پروپتوزیس را از سال ۱۳۷۴ تا ۱۳۸۴ در بیمارستان قائم (عج) با عنایت به عوامل اتیولوژیک، یافته های بالینی، رادیولوژیکی، آسیب شناسی و پیش آگهی مورد مطالعه قرار داده ایم.

روش کار: در این مطالعه پرونده ۵۰ بیمار که به دلیل پروپتوز و توده اربیت تحت عمل جراحی قرار گرفتند بررسی شد و بیمارانی که گزارش پاتولوژی مننژیوم بوده، انتخاب شدند و از روش آماری X^2 برای تجزیه و تحلیل یافته های استفاده شد.

نتایج: از ۵۰ بیمار مورد بررسی، ۶ مورد (۱۲٪) مننژیوم با درگیری اربیت علت پروپتوزیس بوده است. از ۶ مورد مننژیوم در ۵ مورد (۸۳٪) مننژیوم اینتراکرانیال بال اسفونئید با درگیری اربیت و ۱ مورد (۱۷٪) مننژیوم شیت عصب اپتیک علت پروپتوزیس بوده است. از ۶ بیمار مورد بررسی، ۴ مورد (۶۷٪) زن و ۲ مورد (۳۳٪) مرد بودند متوسط سن بیماران مبتلا در مننژیوم ثانویه ۵۴/۴ سال (۷۰-۴۳ سال) و در مننژیوم اولیه سن بیمار ۲۱ سال بوده است. در تمام موارد علاوه بر پروپتوز در همه بیماران، کاهش دید در همان چشم نیز وجود داشته است.

نتیجه گیری: شایع ترین مننژیوم های اربیت، مننژیوم ثانویه از اینتراکرانیال می باشند و مننژیوم اربیتال در اکثر موارد با کاهش دید همراه بود. شایع ترین علت پروپتوزیس در بیماران بخش جراحی مغز و اعصاب مننژیوم بال کوچک اسفونئید می باشد.

واژه های کلیدی: پروپتوزیس، کاهش بینایی، مننژیوم

مقدمه

مننژیوم با درگیری عصب اپتیک و اربیت و ایجاد پروپتوز به دو فرم مشاهده می شوند تومورهای اولیه معمولاً از شیت عصب اپتیک و گاهی نیز در موارد نادر به صورت *de novo* از بافت نرم اربیت منشا می گیرند. در حالی که تومورهای ثانویه شامل مننژیوم های با درگیری کلیونئید قدامی، بال اسفونئید، توبرکولوم سلأ، با گسترش ثانویه به اربیت از طریق استخوان (مننژیوم *en plaque*)، شیار فوقانی اربیتال یا کانال اپتیک می باشند (۴-۶).

جابجایی کره چشم^۱ شایعترین تظاهر بالینی اختلالات اربیت می باشد. مننژیوم ۲۰٪ تومورهای اینتراکرانیال را در بالغین و ۲٪ موارد را در اطفال شامل می شود (۲). بین ۲۰-۵٪ تومورهای اربیتال را مننژیوما تشکیل می دهد (۳).

^۲آدرس مؤلف مسؤول: مشهد- بیمارستان قائم (عج)- گروه جراحی مغز و اعصاب

تلفن تماس: ۰۵۱۱-۸۰۱۲۶۱۳ Email: dr.farajirad@yahoo.com

تاریخ وصول: ۸۵/۳/۲۵ تاریخ تایید: ۸۶/۳/۹

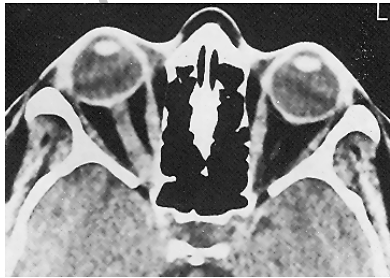
¹-Globe displacement

روش کار

تحقیق با استفاده از اطلاعات موجود در پرونده بیماران مراجعه کننده به بخش جراحی مغز و اعصاب بیمارستان قائم (عج) طی سال های ۱۳۷۴-۱۳۸۴، که با شکایت اصلی پروپتوزیس مراجعه و بعد از بررسی های انجام شده موارد مننژیوم با درگیری اربیت استخراج شدند، انجام شد. ویژگی های مورد بررسی در این مطالعه شامل: سن، جنس، چشم گرفتار، مدت زمان شروع علائم چشمی تا انجام جراحی، وجود یا عدم وجود کاهش دید همراه با پروپتوز و نوع درمان انجام شده می باشند. قابل ذکر است که تشخیص ضایعه مننژیوم بر اساس گزارش پاتولوژی بوده است.

یافته ها

در این مطالعه پرونده ۵۰ بیمار با ضایعه اربیت و با تظاهر پروپتوز که طی سال های ۱۳۷۴-۱۳۸۴ در بخش جراحی مغز و اعصاب تحت درمان قرار گرفته اند، بررسی و موارد مننژیوم استخراج شد. از ۵۰ پرونده مورد بررسی، در ۵ مورد (۱۰٪) مننژیوم در محل بال اسفنوئید با گسترش به کانال اپتیک و یک مورد (۲٪) مننژیوم اولیه شیت عصب اپتیک عامل پروپتوز بوده است. ۸۳٪ مننژیوم بال اسفنوئید و ۱۷٪ مننژیوم شیت اپتیک بوده است در این مطالعه مننژیوم شایعترین علت پروپتوزیس در بیماران بستری در بخش جراحی مغز و اعصاب بوده است. تنها مورد مننژیوم شیت اپتیک مردی ۲۱ ساله بوده و متوسط زمان شروع علائم تا جراحی بیمار ۲ سال و دید بیمار کاملاً از بین رفته بود تصویر شماره (۱).



تصویر ۱- سی تی اسکن آگزیکال مغز و اربیت مننژیوم

شیت اربیت همراه با پروپتوزیس چشم

مننژیوم بال اسفنوئید ۲۰٪ مننژیوم های اینتراکرانیا را شامل می شوند و ۹۰٪ مننژیوم های اربیتال از منشا اینتراکرانیا می باشد. فاکتورهای مستعدکننده مننژیوم بال اسفنوئید، جنس زن (رستپورهای پروژسترون)، در معرض قرار گرفتن رادیاسیون و نوروفیروماتوز تیپ ۲ می باشند (۲). تظاهرات چشمی مننژیوم به محل اولیه تومور بستگی دارد و علامت اصلی اربیتال مننژیوم کاهش پیشرونده و بدون درد بینایی و پروپتوز است. در موارد تومور اولیه شیت عصب اپتیک کاهش تدریجی بینایی علامت غالب است (۴). در تومورهای ثانویه اغلب پروپتوز و درگیری اعصاب کرانیا ثانویه به اثر توده تومور و هیپر استنوز استخوان اسفنوئید رخ می دهد (۵،۴). سایر نشانه های همراه با مننژیوم اربیتال شامل تورم دیسک اپتیک، آتروفی دیسک و اختلالات میدان بینایی است (۶،۵). در سی تی اسکن تومور به صورت ایزودانس یا کمی هیپردانس در مقایسه با پارانشیم مغزی مجاور است، درگیری استخوانی و کلسیفیکاسیون به وضوح مشاهده می شود (۸،۴). MRI با تزریق گادولینیوم روش تشخیصی انتخابی مننژیوم است (۱). درمان تومور شامل: پیگیری، جراحی و رادیوتراپی بر اساس محل ضایعه و علائم بیمار می باشد.

در تومورهای ثانویه اربیت، جراحی کرانیو-اربیتال و حذف تومور و سخت شامه و استخوان درگیر و دکامپرشن عصب اپتیک توصیه می شود در تومورهای اولیه اربیت، درمان بر اساس محل تومور و علائم بینایی بیمار است که شامل: پیگیری و رادیوتراپی و جراحی است (۷).

پیگیری در بیماران با دید ثابت، به کمک معاینه دقیق و تصویر برداری صورت می گیرد. رادیوتراپی در بیماران با کاهش پیشرونده بینایی و حذف تومور به روش ترانس کرانیا در بیماران با عدم بینایی توصیه می شود (۹).

هدف از این مطالعه گزارش موارد مننژیوم با درگیری اربیت که با پروپتوزیس مراجعه نموده و در بخش جراحی مغز و اعصاب بیمارستان قائم (عج) مشهد در طی سال های ۱۳۷۴-۱۳۸۴ تحت درمان قرار گرفته اند، می باشد.

بیماران مبتلا به منژیوم بال اسفنوئید، تحت کرانیوتومی pterional و بیمار مبتلا به تومور شیت اپتیک تحت عمل جراحی حذف تومور به روش ساب فرونتال قرار گرفتند. تمام بیماران مبتلا به منژیوم اربیت در این مطالعه، علاوه بر پروپتوز، کاهش دید نیز در همان چشم داشتند. سایر علل پروپتوز در این مطالعه، ۴ مورد (۸٪) استئوم سینوس فرونتال، ۴ مورد (۸٪) فیروس دیسپلازی، ۳ مورد (۶٪) سودوتومور اربیت، ۳ مورد (۶٪) موکوسل سینوس های پارانازال، ۳ مورد (۶٪) همانژیوم کاورنوس اربیت، ۳ مورد (۶٪) کیست درموئید و اپیدرموئید، ۳ مورد (۶٪) کیست هیداتیک، ۳ مورد (۶٪) فیستول کاروتید-کاورنوس و ۲ مورد (۴٪) گلیوم عصب اپتیک بوده است.

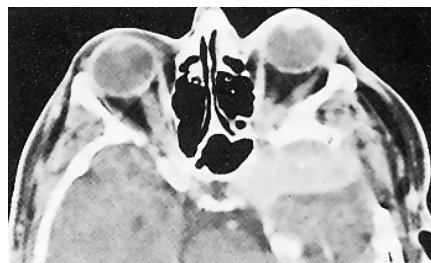
بحث

اکثریت منژیوم هایی که اربیت و یا ساختمان های بینایی را تحت تاثیر قرار می دهند از سخت شامه استخوان اسفنوئید منشاء گرفته و از اینتراکرانیال به صورت ثانویه اربیت را درگیر می نمایند (۳). منژیوم اولیه اربیتال معمولاً از شیت عصب اپتیک و تومورهای ثانویه منژیوم اربیتال از بال اسفنوئید، تویرکولوم سلا یا سینوس کاورنوس منشأ می گیرند (۴). منژیوم تویرکولوم سلا ۱۰-۵٪ منژیومای اینتراکرانیال را تشکیل می دهد (۱۰). منژیوم شیت عصب اپتیک نا شایع بوده و ۲-۱٪ همه تومورهای منژیوم و ۵٪ کل تومورهای اربیت را تشکیل داده و بعد از گلیوم دومین تومور اولیه عصب اپتیک می باشد (۱۱). با توجه به مطالعات فوق، شایعترین منژیوم اربیتال، منژیوم ثانویه با منشأ اینتراکرانیال می باشد. در مطالعه ما نیز شایعترین منژیوم اربیتال از منشأ اینتراکرانیال بوده است (۸۳٪). اکثر موارد منژیوم را در مطالعه ما خانم ها تشکیل داده اند (۶۷٪). و همان طوری که در مطالعات دیگر نیز دیده شده است یکی از فاکتورهای مستعد کننده در منژیوم جنس زن می باشد منژیومای اینتراکرانیال نیز در خانم ها حدود سه برابر آقایان می باشد. منژیوم شیت اپتیک نیز بیشتر در خانم ها و در دهه ۳ و ۴ زندگی دیده می شود (۲،۱) ولی در مطالعه

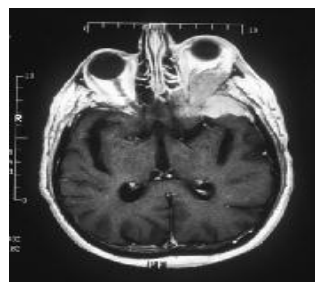
از ۵ مورد منژیوم بال اسفنوئید، ۱ مورد (۲۰٪) مرد و ۴ مورد (۸۰٪) زن بوده است. متوسط سن بیماران در گروه منژیوم بال اسفنوئید، ۵۴/۴ سال (از ۴۳ سال تا ۷۰ سال) بوده و متوسط سن بیماران زن مبتلا به منژیوم ۵۰/۵ سال بوده است و متوسط زمان شروع علائم تا جراحی در منژیوم بال اسفنوئید ۳/۸ سال بوده است. در ۵۰٪ موارد چشم راست و در ۵۰٪ دیگر چشم چپ درگیر بوده است. در هیچ کدام از بیماران مطالعه درگیری چشم مقابل وجود نداشت.



تصویر ۲- سی تی اسکن آگزیکال مغز و اربیت، منژیوم بال اسفنوئید همراه با هیپراستئوزیس و پروپتوزیس



تصویر ۳- سی تی اسکن آگزیکال منژیوم بال اسفنوئید با خوردگی استخوان اسفنوئید و گسترش ثانویه به کانال اپتیک



تصویر ۴- MRI آگزیکال T1W منژیوم بال اسفنوئید با گسترش ثانویه به حفره اربیت

ما یک مورد منژیوم شیت اپتیک در مرد ۲۱ ساله بوده است. متوسط سن بیماران با منژیوم بال اسفنوئید ۵۴/۴ سال بوده است

که طبق مطالعات سن شایع بروز منژیوم است و نسبت زن به مرد در منژیوم بال اسفنوئید در مطالعه ما ۴ به ۱ بوده است. تمام بیماران مطالعه علاوه بر پروپتوز کاهش دید نیز داشته اند ولی درگیری چشم مقابل در هیچ مورد دیده نشد در موارد منژیومای

ایتراکرنیال با گسترش به اربیت ممکن است راه بینایی سمت مقابل نیز درگیر شود.

نتیجه گیری

شایعترین علت پروپتوز در بیماران بستری در بخش جراحی مغز و اعصاب در مطالعه ما منژیوم می باشد. با توجه به این که تعداد نمونه در این مطالعه کم بوده است، مطالعه در حجم وسیع تر توصیه می شود.

References

- 1- Liesegang TJ, Deutsch TA, Grand MG editors. Orbit, Eyelids, and lacrimal system. San Francisco: American Academy of Ophthalmology; 2002-2003, section 7. P: 22-88.
- 2- Rootman J, ed. Disease of the orbit: A Multidisciplinary Approach. Philadelphia: Lippincott; 1988, p: 228-238.
- 3- Maroon J, Kennerdell J, Brillman J: Tumors of the orbit. In Wilkins RH, Rengashary SS (eds): Neurosurgery. New York, McGraw-Will, 1996, P: 1481-1493.
- 4- Newman SA, Jane JA: Meningiomas of the optic nerve orbit, and anterior visual pathway. In Al-Mefty O (ed): Meningioma. New York, Raven Press, 1991, P: 461-489.
- 5- D, Alena PR: primary orbital meningioma, Arh Ophthalmol 1964; 71: 832-833.
- 6- Macmichael IM, Gullen Jf. Primary intraorbital meningioma, Br J Ophthalmol 1969, 53: 169-173.
- 7- Tubin Re, Thampson CR, Kennerdell JS et al: A Long-term visual outcome ompression in patients with optic nerve sheath meningioma managed with observation, surgery, radiotherapy, or surgery and radiotherapy. Ophthalmology 2002, 109: 890-900.
- 8- Krenkel W. Forwein RA: Suprasellar meningiomas. Acta Neurochir (Wlen) 1975, 31: 280m.
- 9- Housepian E, Trokel S, Jakobiec F et al: Tumors of the orbit. In Youmans Jr (ed): Neurological Surgery. Philadelphia, WB Saunders, 1990, P: 3371-3411.
- 10- Finn JE, Mount LA: Meningiomas of tuberculum sellae and Planum Sphenoidale: A review of 83 cases. Arch Ophthalmol 1974, 92: 23-27.
- 11- Liesegang TJ, Deutsch TA, Grand MG editors. Neuro-Ophthalmology. San Francisco: American Academy of Ophthalmology; 2002-2003, Section 5, P: 150-172.

Abstract**A report of 6 cases proptosis due to meningiomas in neurosurgical department of Ghaem medical center**

Faraji M. MD, Ganjeifar B. MD, Hosseini SM. MD

I ntroduction: intracranial meningiomas, with extension into the orbit through bone, the superior orbital fissure, or the optic canal, and optic nerve sheath meningiomas can lead to proptosis and visual loss. In this study we evaluated meningiomas's cases presented with proptosis in Ghaem Hospital from 1374 to 1384 with respect to etiological factors, clinical findings, imaging studies, histopathological and prognostication.

Materials and Methods: we reviewed medical records of fifty patients that because of orbital mass and proptosis underwent cranio-orbital surgery, then cases of meningiomas (a with respect to pathology) selected. The chi-square test was used for the statistical analysis.

Results: Of fifty cases with proptosis, 6 cases (12%) were meningiomas with orbital involvement. In 6 meningioma's cases, 5 (83%) were intracranial sphenoid wing meningiomas with orbital extension and 1 (17%) was optic nerve sheath meningiomas. Of six patients with meningiomas's diagnosis, there were women (67%) and men. Mean age of patients in secondary meningiomas was 54.4 years (43-70 years) and in one primary meningiomas age was 21 years. In all cases there was decreased vision in addition to proptosis.

Conclusion: The most common orbital meningiomas were secondary that arise intracranial. Visual loss is frequent; The most common cause of proptosis in neurosurgery ward is sphenoid wing meningiomas.

Keywords: Proptosis, Visual loss, Meningiomas.