

## مورد نگاری

# معرفی بیمار مبتلا به رتینوبلاستوما ی پیشرفته با نمای توده ی حجیم حدقه

مرکز تحقیقات چشم بیمارستان خاتم الانبیاء، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

تاریخ دریافت: ۹۲/۱/۱۹- تاریخ پذیرش: ۹۲/۶/۱۶

### خلاصه

#### مقدمه

معرفی بیمار مبتلا به رتینوبلاستوم دوطرفه پیشرفته و مراجعه دیرهنگام.

#### معرفی بیمار

دختر ۳ ساله با توده حدقه چپ به صورت پیشرونده از ۳ ماه قبل از مراجعه و لکوریای چشم راست به درمانگاه چشم بیمارستان خاتم الانبیاء مراجعه کرد. پس از تصویر نگاری از حدقه با تشخیص احتمالی رتینوبلاستوم تحت عمل جراحی برداشت کامل ضایعه و محتویات حدقه (Exentration) چشم چپ قرار گرفت. تشخیص رتینوبلاستوم در بررسی آسیب شناسی ضایعه تایید شد. با توجه به درگیری چشم مقابل در نمای کلینیکی بیمار مورد نادری از رتینوبلاستوم دوطرفه با انتشار وسیع بود.

#### نتیجه گیری

با وجود آنکه اغلب موارد رتینوبلاستوم های دوطرفه در مراحل اولیه و زودهنگام تشخیص داده می شود اما همچنان مواردی از تشخیص دیرهنگام بویژه در کشورهای در حال توسعه مشاهده می شود.

**کلمات کلیدی:** اگزتراسیون، رتینوبلاستوم، کموتراپی

<sup>۱</sup> محمد شریفی \*

<sup>۲</sup> امیرحسین وجدانی

۱- استادیار گروه چشم پزشکی، مرکز تحقیقات چشم بیمارستان خاتم الانبیاء، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲- رزیدنت چشم پزشکی، مرکز تحقیقات چشم بیمارستان خاتم الانبیاء، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

\* مشهد- مرکز تحقیقات چشم بیمارستان خاتم الانبیاء، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

تلفن: ۰۵۱۱-۷۲۸۱۴۰۰-۹۸+

email:sharifim@mums.ac.ir

## مقدمه

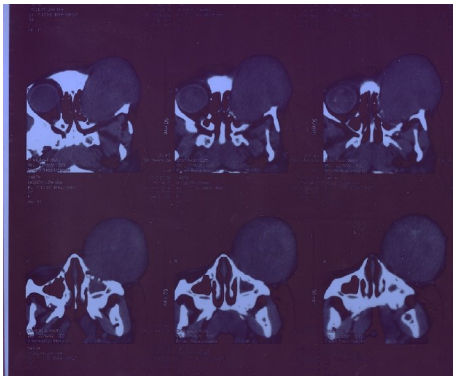
رتینوبلاستوم شایع‌ترین بدخیمی داخل چشمی در اطفال با شیوع ۱۵ تا ۲۰ در هر هزار تولد زنده می‌باشد که ۱٪ از موارد مرگ ناشی از سرطان و ۵٪ از علل نابینایی اطفال را تشکیل می‌دهد (۱). سابقه فامیلی فقط در ۶٪ موارد دیده می‌شود. ۶۵-۷۵٪ موارد یکطرفه بوده و ۳۵-۴۰٪ موارد دو طرفه است (۲). در ایران ۵۲٪ موارد یک طرفه و ۴۸٪ دو طرفه گزارش شده است (۳). رتینوبلاستوم به طور متوسط در ۲۸ ماهگی تشخیص داده می‌شود اما همچنان مواردی از تشخیص و درمان دیر هنگام به ویژه در کشورهای در حال توسعه مشاهده می‌شود و این امر مهم‌ترین علت مرگ و میر بالاتر در این مناطق است (۳). در ایران ۴۴/۲٪ موارد با روش‌های نگهدارنده درمان می‌شود (۱۸/۵٪ یک طرفه و ۵۷/۹٪ دو طرفه) اما در موارد پیشرفته همچنان انتخاب اول درمانی تخلیه چشم (Enucleation) می‌باشد (۴). در ایران در ۷۵/۹٪ موارد یک طرفه و ۳۴/۳٪ موارد دو طرفه چشم به طور اولیه تخلیه می‌شود (۳).

## معرفی بیمار

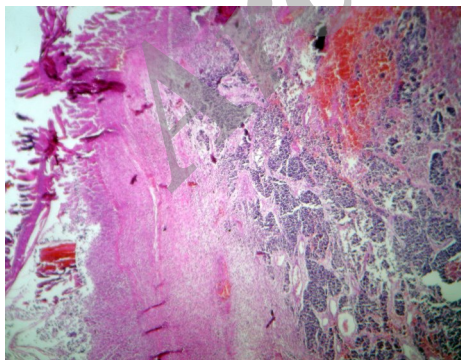
دختر ۳ ساله ساکن عراق به دلیل لکوکوریای چشم چپ از ۸ ماه قبل و به دنبال آن بروز توده چشمی از ۳ ماه قبل از مراجعه به درمانگاه چشم بیمارستان خاتم الانبیاء به این مرکز مراجعه نمود. در معاینه چشم راست لکوکوریا و در چشم چپ یک توده بزرگ با ابعاد ۷\*۸\*۸ سانتی متر با تهاجم وسیع به خارج از کره چشم وجود داشت (شکل ۱). در ناحیه ساعد و بازوی بیمار دو توده‌ی زیر پوستی به صورت ندول سفت و غیر متحرک لمس شد. جهت بررسی بیشتر تحت سیتی اسکن چشم قرار گرفت (شکل ۲). در تصویر نگاری یک توده بزرگ با دانسیته هتروژن و حدود نامشخص همراه با تخریب استخوانی و گسترش به سینوس‌های مجاور و کلسیفیکاسیون درون توده در داخل حفره حلقه مشهود بود. با توجه به نمای ضایعه و لکوکوریای چشم راست و کلسیفیکاسیون در تصویرنگاری تشخیص رتینوبلاستوم دوطرفه برای بیمار مطرح بود اما سایر تشخیص‌های افتراقی از جمله رابدومیوسارکوم و تومورهای متاستاتیک نیز برای وی مورد انتظار بود.



شکل ۱- توده بزرگ در چشم چپ با تهاجم و گسترش وسیع به خارج از حلقه



شکل ۲- نمای آگزیکال سیتی اسکن حلقه که در آن توده حجیم و نامنظم در داخل حفره اربیت چپ مشهود است. Extension به بافت و ساختمانهای مجاور حلقه همراه با تخریب استخوانی و کلسیفیکاسیون در تومور نیز دیده می‌شود.



شکل ۳- رنگ آمیزی H&E وجود نواحی نکروز و کانونهای متعدد و ارتشاح سلولی تومورال وسیع مشهود بوده و اثری از بافت طبیعی گلوب به جز در برخی از موارد دیده نمی‌شود.

جهت وی مشاوره انکولوژی انجام شده و در اسپیراسیون مایع مغزی نخاعی سلول های بدخیم گزارش شد. با توجه به نمای ظاهری بیمار و جهت اثبات تشخیص بیمار زیر بیهوشی عمومی تحت عمل جراحی برداشت کامل ضایعه و محتویات حلقه چشم چپ قرار گرفت.

نمونه جهت بررسی میکروسکوپی به آزمایشگاه آسیب شناسی فرستاده شد. در بررسی میکروسکوپی نکرور وسیع بافتی همراه با نواحی متعدد کلسیفیکاسیون و ارتشاح منتشر سلول های تومورال وجود داشت. در برخی برشها با بزرگ نمایی بالا روزت و فلورت دیده شد که تشخیص رتینوبلاستوم را تایید نمود (شکل ۳). بعد از جراحی بیمار جهت شیمی درمانی به انکولوژیست اطفال ارجاع شد.

### بحث

درمان رتینوبلاستوم در کشورهای توسعه یافته در سالهای اخیر پیشرفت زیادی داشته اما در کشورهای در حال توسعه مشکلات زیادی در درمان بیماران وجود دارد.

رتینوبلاستوم شایع ترین تومور داخل چشمی در کودکان و یکی از مشکلات شایع در قسمت انکولوژی اطفال در کشورهای در حال توسعه است. اگرچه تکنیک های تشخیصی در این بیماری در سالهای اخیر به طور فزاینده رشد داشته اما در کشورهای در حال توسعه همچنان متوسط زمان تشخیص در این بیماری بالاست و متوسط این زمان از کشورهای توسعه یافته بالاتر است.<sup>۵۶</sup>

در مطالعه ای که در ایران انجام شده متوسط سن تشخیص در موارد یک طرفه ۳۳/۷ ماهگی و در موارد دو طرفه ۲۲/۸ ماهگی در بین سالهای ۱۹۹۱-۲۰۰۱ گزارش شده است (۷). آبرامسون<sup>۱</sup> متوسط سن تشخیص را در موارد یک طرفه ۲۵ ماهگی و در موارد دو طرفه ۱۳ ماهگی گزارش کرد (۸).

در انگلستان لنوکس<sup>۲</sup> متوسط سن ۲۶ ماهگی را برای موارد یک

طرفه و ۸ ماهگی را برای موارد دو طرفه در زمان تشخیص ذکر نمود (۹). در ترکیه متوسط زمان تشخیص در موارد یک طرفه ۲۴ ماهگی و در موارد دو طرفه ۹/۵ ماهگی گزارش شده است (۱۰). وجود توده حلقه در کشورهای پیشرفته بسیار نادر اما در کشورهای در حال توسعه ای همچون تایوان و ترکیه بیشتر گزارش شده است (۱۱). مطالعات مختلف نشان داده اند که سن بالا در تاخیر در تشخیص بیماری شانس انتشار خارج چشمی تومور و احتمال بهبودی را کم می کند. در بیمار فوق الذکر نیز به دلیل عدم آگاهی و سهل انگاری والدین بیمار با تاخیر مراجعه نموده و روند بهبودی بیمار تقلیل یافته بود.

توصیه می شود تمامی پزشکان و پرسنل بهداشتی که در تشخیص و درمان این بیماران دخیل هستند، از جمله متخصصان اطفال و چشم پزشکان به اندازه کافی در زمینه شناخت علائم بیماری آموزش ببینند. آگاهی و هوشیاری والدین در این زمینه باید افزوده شود تا با ارجاع به موقع و بدون تاخیر در موارد مشکوک و اولیه از عوارض جدی این بیماری پیشگیری شود.

تصویر یک: توده بزرگ در چشم چپ با تهاجم و گسترش وسیع به خارج از حلقه.

تصویر دو: نمای آگزیزال سیتی اسکن حلقه که در آن توده حجیم و نامنظم در داخل حفره اربیت چپ مشهود است.

Extension به بافت و ساختمانهای مجاور حلقه همراه با

تخریب استخوانی و کلسیفیکاسیون در تومور مشهود است.

تصویر سه: رنگ آمیزی H&E وجود نواحی نکرور و کانونهای متعدد و ارتشاح سلولی تومورال وسیع مشهود بوده و اثری از بافت طبیعی گلوب به جز در برخی از موارد دیده نمی شود.

### تشکر و قدردانی

از زحمات کلیه عزیزان که در تهیه این مقاله یاری رسانیده اند تشکر می شود.

<sup>1</sup>Abramson

<sup>2</sup>Lennox

**References:**

1. Szabo B, Szabo I, Nicula C, Crism D, Crivili C. Multiple malignant tumors of the orbit. Rom J Morphol Embryol 2009; 50:491-495.
2. AAO basic and clinical science course. 2004-2005.p. 368.
3. Naseripour M, Nazari H, Bakhtiari P, Modarreszade M, Vosough P, Ausari M. Retinoblastoma in Iran: outcome in terms of patient survival and globe survival. Br J Ophthalmol 2009; 93:28-32.
4. Doz F. Retinoblastoma are view. Arch Pediatr 2006; 13:1329-1337.
5. Chantada G, Fandino A, Manzitti J. Late diagnosis of retinoblastoma in developing country. Arch Dis Child 1990; 80:171-174.
6. Tamboli A, Podgor JM, Horm WJ. The incidence of retinoblastoma in United States: 1974 through 1985. Arch Ophthalmol 1990; 108:128-132.
7. Naseripour M, Falavarjani Kh, Bakhtiari P. Retinoblastoma in Iran. Iran J Ophtalmol 2009; 21:17-24.
8. Abramson DH. Retinoblastoma 1990: Diagnosis, treatment and implication. Pediatr Ann 1990; 19:387-395.
9. Lennox EL, Draper GS, Sanders BM. Retinoblastoma: a study of natural history and prognosis of 268 cases. Br Med J 1975; 3:731-734.
10. Karkhaneh R, Mohammad N, Chams H. Subtenon Carboplatin in the management of intra ocular retinoblastoma. J Ophthalmic Vis Res 2006; 1:23-30.
11. Gunalp I, Gunduz K, Arslan Y. Retinoblastoma in Turkey: diagnosis and clinical characteristics. Ophthalmic Genet 1996; 17:21-27.
12. Erwenne CM, Franco EL. Age and lateness of referral determinants of extra-ocular retinoblastoma. Ophthalmic Paediatr Genet 1989; 10:179-184.

Archive of SID