

گزارش χ^2 در بخش جراح؟ ماران بستر؟ مورد پروپتوزیس با منشأ مننژیوما در ب مارستان قائم؟ مغز و اعصاب ب(عج)؟ سال ها؟ ط 1374-1384

*دکتر محمد فرجی¹، دکتر بابک گنجه ای فر²، دکتر سیده مریم حسینی³
¹استاد گروه جراحی مغز و اعصاب،²رزیدنت جراحی مغز و اعصاب، بیمارستان قائم (عج)،³چشم پزشکی،
بیمارستان امدادی شهید کامیاب مشهد- دانشگاه علوم پزشکی مشهد

خلاصه

مقدمه: مننژیوم اینتراکرانیا 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 1374 تا 1384 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 50 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 50 بیمار مورد بررسی، 6 مورد (12٪) مننژیوم با درگیری اربیت علت پروپتوزیس بوده است. از 6 مورد مننژیوم در 5 مورد (83٪) مننژیوم اینتراکرانیا بال اسفونوئید با درگیری اربیت و 1 مورد (17٪) مننژیوم شیت عصب اپتیک علت پروپتوزیس بوده است. از 6 بیمار مورد بررسی، 4 مورد (67٪) زن و 2 مورد (33٪) مرد بودند متوسط سن بیماران مبتلا در مننژیوم ثانویه 54/4 سال (70-43 سال) و در مننژیوم اولیه سن بیمار 21 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 اینتراکرانیا 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 اسفونوئید می باشد.

تشکیل می دهد (3).

مقدمه

جابجایی کره چشم شایعترین تظاهر بالینی اختلالات اربیت می باشد.

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 نادیده صورت *de novo* از بافت نرم اربیت منشأ می گیرند. درحالی که تومورهای ثانویه شامل مننژیوم های با درگیری کلینوئید قدامی، بال اسفونوئید، توبرکولوم سلأ، با گسترش

مننژیوم 20٪ تومورهای اینتراکرانیا را در بالغین 2٪ موارد را در اطفال شامل می شود (2). بین 5-20٪ تومورهای اربیتال را مننژیوما

^آدکتر مؤلف مسئول: مشهد- بیمارستان قائم (عج)- گروه جراحی مغز و اعصاب

تلفن تماس: 0511-8012613 Email: dr.farajirad@yahoo.com

تاریخ وصول: 85/3/25 تاریخ تایید: 86/3/9

ثانویه به اربیت از طریق استخوان (منژیوم en plaque)، شیار

منژیوم بال اسفنوئید 20٪ منژیوم های اینتراکرنیال را شامل می شوند و 90٪ منژیوم های اربیتال از منشا اینتراکرنیال می باشد. فاکتورهای مستعدکننده منژیوم بال اسفنوئید، جنس زن (رِسپتورهای پروژسترون)، در معرض قرار گرفتن رادیاسیون و نوروفیبروماتوز تیپ 2 می باشند (2). تظاهرات چشمی منژیوم به محل اولیه تومور بستگی دارد و علامت اصلی اربیتال منژیوم کاهش پیشرونده و بدون درد بینایی و پروپتوز است. در موارد تومور اولیه شیت عصب اپتیک کاهش تدریجی بینایی علامت غالب است (4). در تومورهای ثانویه اغلب پروپتوز و درگیری اعصاب کرانیال ثانویه به اثر توده تومور و هیپر استئوز استخوان اسفنوئید رخ می دهد (4،5). سایر نشانه های همراه با منژیوم اربیتال شامل تورم دیسک اپتیک، آتروفی دیسک و اختلالات میدان بینایی است (5،6). در سی تی اسکن تومور به صورت ایزودانس یا کمی هیپر دانس در مقایسه با پارانشیم مغزی مجاور است، درگیری استخوانی و کلسیفیکاسیون به وضوح مشاهده می شود (4،8). MRI با تزریق گادولینیوم روش تشخیصی انتخابی منژیوم است (1). 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 دکامپرسن 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 (7).

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 کرانیال در بیماران با عدم بینایی توصیه می شود (9).

هدف از این مطالعه گزارش موارد منژیوم با درگیری اربیت که با پروپتوزیس مراجعه نموده و در بخش جراحی مغز و اعصاب

فوقانی اربیتال یا کانال اپتیک می باشند (4-6).

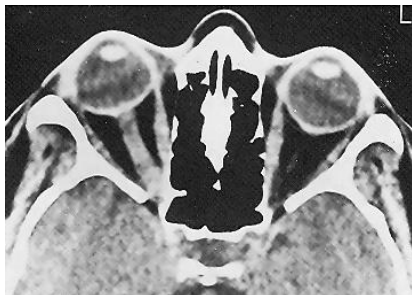
بیمارستان قائم (عج) مشهد در طی سال های 1374-1384 تحت درمان قرار گرفته اند، می باشد.

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 1374-1384، که با شکایت اصلی پروپتوزیس مراجعه و بعد از بررسی های انجام شده موارد منژیوم 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 منژیوم بر اساس گزارش پاتولوژی بوده است.

یافته ها

در این مطالعه پرونده 50 بیمار با ضایعه اربیت و با تظاهر پروپتوز که طی سال های 1374-1384 در بخش جراحی مغز و اعصاب تحت درمان قرار گرفته اند، بررسی و موارد منژیوم استخراج شد. از 50 پرونده مورد بررسی، در 5 مورد (10٪) منژیوم در محل بال اسفنوئید با گسترش به کانال اپتیک و یک مورد (2٪) منژیوم اولیه شیت عصب اپتیک عامل پروپتوز بوده است. 83٪ منژیوم بال اسفنوئید و 17٪ منژیوم شیت اپتیک بوده است در این مطالعه منژیوم شایعترین علت پروپتوزیس در بیماران بستری در بخش جراحی مغز و اعصاب بوده است. تنها مورد منژیوم شیت اپتیک مردی 21 ساله بوده و



متوسط زمان شروع علائم تا جراحی بیمار 2 سال و دید بیمار کاملاً از بین رفته بود تصویر شماره (1).

تصویر 1- سی تی اسکن آگزیکال مغز و اربیت مننژیوم

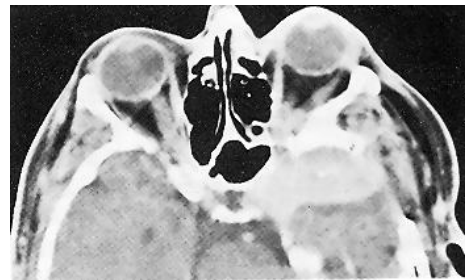
شیت اربیت همراه با پروپتوزیس چشم

از 5 مورد مننژیوم بال اسفنوئید، 1 مورد (20٪) مرد و 4 مورد (80٪) زن بوده است. متوسط سن بیماران در گروه مننژیوم بال اسفنوئید، 54/4 سال (از 43 سال تا 70 سال) بوده و متوسط سن بیماران زن مبتلا به مننژیوم 50/5 سال بوده است و متوسط زمان شروع علائم تا جراحی در مننژیوم بال اسفنوئید 3/8 سال بوده است. در 50٪ موارد چشم راست و در 50٪ دیگر چشم چپ درگیر بوده است. در هیچ کدام از بیماران مطالعه درگیری چشم مقابل وجود نداشت.



تصویر 2- سی تی اسکن آگزیکال مغز و اربیت، مننژیوم بال

اسفنوئید همراه با هیپر استنوزیس و پروپتوزیس



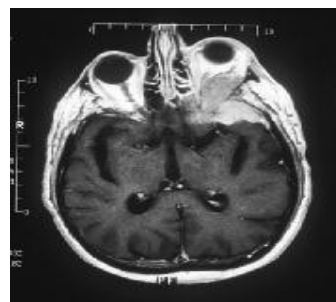
تصویر 3- سی تی اسکن آگزیکال مننژیوم بال اسفنوئید با خوردگی

استخوان اسفنوئید و گسترش ثانویه به کانال اپتیک

تصویر 4- MRI آگزیکال T1W مننژیوم بال اسفنوئید

با گسترش ثانویه به حفره اربیت

بیماران مبتلا به مننژیوم بال اسفنوئید، تحت کرانیوتومی



pterial and بیمار مبتلا به تومور شیت اپتیک تحت عمل جراحی حذف تومور به روش ساب فرونتال قرار گرفتند. تمام بیماران مبتلا به مننژیوم اربیت در این مطالعه، علاوه بر پروپتوز، کاهش دید نیز در همان چشم داشتند. سایر علل پروپتوز در این مطالعه، 4 مورد (8٪) استنوم سینوس فرونتال، 4 مورد (8٪) فیبروس دیسپلازی، 3 مورد (6٪) سودو تومور اربیت، 3 مورد (6٪) موکوسل سینوس های پاراناژال، 3 مورد (6٪) همانژیوم کاورنوس اربیت، 3 مورد (6٪) کیست درموئید و اپیدرموئید، 2 مورد (6٪) کیست هیداتیک، 2 مورد (6٪) فیستول کاروتید-کاورنوس و 2 مورد (4٪) گلیوم عصب اپتیک بوده است.

بحث

اکثریت مننژیوم هایی که اربیت و یا ساختمان های بینایی را تحت تاثیر قرار می دهند از سخت شامه استخوان اسفنوئید منشأ گرفته و از اینتراکرانیال به صورت ثانویه اربیت را درگیر می نمایند (3). مننژیوم اولیه اربیتال معمولاً از شیت عصب

اپتیک و تومورهای ثانویه مننژیوم اربیتال از بال اسفنوئید،

توبر کولوم سلا یا سینوس کاورنوس منشأ می گیرند (4).

مننژیوم توبر کولوم 10-5٪ مننژیومای اینتراکرانیال را تشکیل

می دهد (10). مننژیوم شیت عصب اپتیک ناشایع بوده 2-1٪

همه تومورهای مننژیوم 5٪ کل تومورهای اربیت را تشکیل داده

و بعد از گلیوم دومین تومور اولیه عصب اپتیک می باشد (11).

با توجه به مطالعات فوق، شایعترین مننژیوم اربیتال، مننژیوم ثانویه با

منشأ اینتراکرانیال می باشد. در مطالعه ما نیز شایعترین مننژیوم اربیتال

از منشأ اینتراکرانیال بوده است (83٪). اکثر موارد مننژیوم را در

مطالعه ما خانم ها تشکیل داده اند (67٪). و همان طوری که در

مطالعات دیگر نیز دیده شده است یکی از فاکتورهای مستعد کننده

در مننژیوم جنس زن می باشد مننژیومای اینتراکرانیال نیز در خلفم

مطالعه حدود سه برابر آقایان می باشد. مننژیوم شیت اپتیک نیز بیشتر در خانم ها و در دهه 3 و 4 زندگی دیده می شود (1،2) ولی در

ما یک مورد مننژیوم شیت اپتیک در مرد 21 ساله بوده است. متوسط سن بیماران با مننژیوم بال اسفنوئید 54/4 سال بوده است

نتیجه گیری

اینتراکرانیاال با گسترش به اربیت ممکن است به بینایی سمت مقابل نیز درگیر شود. شایعترین علت پروپتوز در بیماران بستری در بخش جراحی مغز و اعصاب در مطالعه ما مننژیوم می باشد. با توجه به این که تعداد نمونه در این مطالعه کم بوده است مطالعه در حجم وسیع تر توصیه می شود.

که طبق مطالعات سن شایع بروز مننژیوم است و نسبت زن به مرد در مننژیوم بال اسفنوئید در مطالعه ما 4 به 1 بوده است. تمام بیماران مطالعه علاوه بر پروپتوز کاهش دید نیز داشته اند ولی درگیری چشم مقابل در هیچ مورد دیده نشد. عوارض مننژیومای

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.