

گزارش موردی

گزارش یک مورد پسودوتومور اربیت با علائمی شبیه به سلولیت اربیت

دکتر جهانگیر آیت‌اللهی*، علی آیت‌اللهی**، دکتر جمشید آیت‌اللهی***

دریافت: ۹۲/۱/۲۲ ، پذیرش: ۹۲/۴/۱۷

چکیده:

مقدمه: پسودوتومور اربیت یک التهاب خوش خیم و غیر عفونی اربیت و با علت نامشخص است. بیماری ممکن است به اشکال گوناگونی تظاهر کند. در این گزارش یک بیمار مبتلا به پسودوتومور اربیت که با علائمی شبیه سلولیت اربیت مراجعه کرده بود معرفی می‌گردد.

معرفی بیمار: بیمار زن ۲۶ ساله ای بود که از دو روز قبل از مراجعه دچار سردرد و چشم درد در سمت چپ شده بود. در موقع مراجعه دچار قرمزی و ادم پلک‌ها، قرمزی و ورم ملتحمه در سمت چپ بوده ولی سایر معاینات چشمی در حد طبیعی بود. در معاینات سیستمیک غیر از تب خفیف نکته مثبت دیگری وجود نداشت. با تشخیص اولیه سلولیت اربیت بیمار بستری و تحت درمان با آنتی بیوتیک‌های وریدی قرار گرفت. در روز سوم بستری شدن به طور ناگهانی علائم بیمار شدت پیدا کرده به نحوی که دچار پروپتوز چشم چپ، درد چشم راست و دیپلوپی گردید. در MRI انجام شده بزرگی عضلات خارج چشمی در هر دو چشم دیده می‌شد. با تشخیص پسودوتومور اربیت درمان بیمار با استروئید خوراکی شروع شده و روز بعد علائم بیمار به طور قابل توجهی فروکش کرد. آنتی بیوتیک‌ها قطع و استروئید نیز در طی یک ماه تدریجاً کاهش یافته و قطع گردید. **نتیجه نهایی:** تظاهرات بالینی پسودوتومور اربیت بسیار متغیر و گوناگون است و بعضی اوقات تظاهرات بالینی آن شباهت زیادی با سلولیت اربیت دارد. علیرغم معاینات فیزیکی کامل و تصویربرداری مناسب، گاهی تشخیص صحیح بیماری مشکل می‌شود.

کلید واژه‌ها: تومور کاذب حدقه چشم / دیپلوپی / سلولیت حدقه چشم

مقدمه:

شده بود که تدریجاً شدت پیدا کرده بود. در معاینه اولیه گرمی، تورم و قرمزی پلک فوقانی چشم چپ وجود داشت. دید هر چشم ۲۰/۲۰ و رفلکس مردمکی طبیعی بود در معاینه با اسلیت لامپ کم‌ویس مختصر و قرمزی ملتحمه وجود داشت. سایر معاینات سگمان قدامی و خلفی در هر دو چشم در حد طبیعی بود. حرکات دوچشمی طبیعی و دیپلوپی و پروپتوز وجود نداشت.

در سابقه بیمار نکته مثبتی از جمله ابتلا به بیماریهای تیروئید و یا ترومای چشمی وجود نداشت. در معاینه سیستمیک تب خفیف (۳۷/۸ °C) وجود داشت ولی سایر علائم حیاتی در حدود طبیعی بود. در آزمایشات همراه بیمار لکوسیتوز همراه با ESR بالا (۴۰ mm/h) وجود داشت. در گرافی انجام شده از سینوسهای صورت نشانه‌ای

پسودوتومور اربیت یا سندروم التهابی ایدیوپاتیک اربیت، یک حالت التهابی، خوش خیم و غیر عفونی اربیت بوده که هیچ علت مشخص موضعی و یا سیستمیک برای آن شناخته نشده است (۱). تشخیص بیماری براساس علائم بالینی و رد کردن سایر بیماری‌های اربیت است (۴-۲). از آن جایی که علائم بالینی آن بسیار متغیر و گوناگون می‌باشد احتمال تشخیص اشتباه آن زیاد است. در این گزارش بیماری معرفی می‌گردد که در ابتدا با تشخیص سلولیت اربیت بستری و تحت درمان قرار گرفته بود.

معرفی بیمار:

بیمار زنی ۲۶ ساله، ماما و شاغل در بیمارستان بود. از دو روز پیش از مراجعه دچار سر درد و درد چشم چپ

* چشم پزشک، بخش چشم پزشکی بیمارستان امام صادق (ع) میبد (dr_ayatollahi@yahoo.com)

** کارشناسی ارشد بینایی‌سنجی

*** دانشیار گروه بیماریهای عفونی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

از سینوزیت دیده نشد.

بیمار با تشخیص سلولیت اربیت بستری و تحت درمان با آنتی بیوتیک وریدی (سفتازیدیم و وانکومايسين یک گرم هر ۱۲ ساعت) قرار گرفت. در دو روز آینده علایمی از بهبودی دیده نشد. در روز سوم بیمار از تاری دید و دیپلوی و نیز درد چشم راست شاکی بود. در معاینه پروپتوز خفیف در چشم چپ دیده شد. معاینه فوندوس دو طرف طبیعی بود. MRI درخواست شد. در MRI انجام شده گرفتاری عضلات خارج چشمی در هر دو چشم و با شدت بیشتر در چشم چپ وجود داشت، گرفتاری عضلات همراه با گرفتاری تاندون‌ها بود (شکل ۱).



شکل ۱: بزرگی عضلات خارج چشمی در هر دو چشم

با تشخیص پسودوتومور اربیت استروئید خوراکی (پردنیزون ۶۰ میلی گرم روزانه) برای بیمار شروع شد. روز بعد علائم بیمار به طور مشخص کاهش یافته بود. آنتی بیوتیک‌های بیمار قطع و استروئید ادامه یافت. سه روز بعد علائم بیمار تقریباً به طور کامل برطرف گردیده بود. ESR نیز کاهش یافته و به محدوده نرمال بازگشت. بیمار مرخص شد و استروئید وی در طی یک ماه تدریجاً کاهش و قطع گردید، بعد از گذشت ۲ سال نشانه‌ای از عود بیماری دیده نشده است.

بحث:

سندرم التهابی ایدیوپاتیک اربیت (IOIS) یا همان پسودوتومور اربیت یک التهاب خوش خیم و غیرعفونی اربیت و با علت نامشخص است (۱،۳،۵،۶). این بیماری ابتدا در سال ۱۹۰۳ توسط گلايسون معرفی و سپس در سال ۱۹۰۵ مشخصات کامل بالینی و آسیب شناسی آن توسط هرشفیلد ارائه شد (۹-۶).

از نظر شیوع سومین بیماری شایع اربیت بعد از بیماری گریوز و اختلالات لنفوپرولیفراتیو است (۱۰،۶).

شیوع آن حدود ۸ تا ۱۱٪ تومورهای اربیت است (۱۱،۶،۴،۲) و به علت علائم بالینی گوناگون و عدم وجود یک تعریف مشخص و جامع برای بیماری تخمین شیوع واقعی آن مشکل است (۵). علت و پاتوژنز بیماری هنوز مشخص نیست. علت اتوایمون، عفونت‌ها، عوامل محیطی و ژنتیک جزء علل احتمالی مطرح شده اند (۱۲،۲). به دلیل درمان موفقیت آمیز بیماری با استروئیدها و سایر داروهای ایمنوساپرسیو، وجود یک مکانیسم اتوایمون در ایجاد بیماری طرفداران بیشتری دارد (۶،۲).

بیماری اغلب به صورت ناگهانی با درد اطراف چشم، تورم و قرمزی پلک‌ها، پروپتوز، محدودیت حرکات چشمی و دیپلوی تظاهر می‌کند (۵،۱). شایع ترین علامت بیماری پروپتوز است، تورم پلک‌ها و محدودیت حرکات چشمی در مراحل بعد قرار می‌گیرد (۶،۳). علائم رادیولوژی و یافته‌های جراحی به ترتیب شیوع عبارتند از توده موضعی در داخل اربیت، گرفتاری غدد اشکی، التهاب منتشر اربیت و میوزیت (۱۳،۶). یافته‌های آسیب شناسی اختصاصی نیست اما هیپرپلازی لنفوئید خوش خیم و همراه با ارتشاح سلول‌های التهابی و واسکولیت نکروزان جزو علائم احتمالی هستند (۱۴،۸،۶). بیماری در هر سنی دیده می‌شود (۳). در اکثر مقالات شیوع بیماری در هر دو جنس یکسان گزارش شده است اما در بعضی مطالعات شیوع آن در زنان کمی بیشتر بوده است (۶،۳،۲). بیماری معمولاً یک طرفه است ولی نوع دو طرفه آن بخصوص در اطفال گزارش شده است (۱۰،۶،۲). احتمال عود بیماری وجود دارد و شیوع آن بین ۲۳-۱۵٪ گزارش شده است (۳). عود بیماری در زنان و بخصوص در دو سال اول بیشتر است (۶،۳). ارتباط بیماری با سینوزیت در بعضی موارد گزارش شده است (۱۶،۱۵،۶) در یک مطالعه ۱۷/۲٪ بیماران سابقه ابتلا به سینوزیت داشته اند (۶).

تشخیص بیماری بر اساس علائم بالینی و رد کردن سایر علل بیماری‌های اربیت است (۱۷،۵،۶). برای رد کردن سایر علل از جمله لوسمی‌ها، لنفوم، سارکونیدوز، بیماری‌های تیروئید و سلولیت اربیت، معاینه کامل بالینی ضروری است (۱۸،۲). مهم ترین وسیله تشخیص MRI می‌باشد (۱۹،۱۰) در MRI بر خلاف بیماری گریوز گرفتاری عضلات خارج چشمی همراه با گرفتاری تاندون‌ها است (۱۰،۵،۶). تست‌های آزمایشگاهی از جمله افزایش ESR و CRP و اتوزینوفیلی و گاهی وجود ANA سرم نیز

- tion distribution, clinical features and treatment outcome. *Arch Ophthalmol* 2003; 121:491-499
9. Birch-Hirschfield A. [Zur diagnostic and pathologic der orbital tumoren]. *Bericht uber die Zusammenkunft der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft* 1905; 32:127-135. (Germany)
 10. Bakan S, Bakan AA, Cingu AK, Acay MB, Gocmez A, Elbeyli A, et al. Myositic Type of Idiopathic orbital pseudotumor in a 4-year-old child: A case report. *Case Rep Med* 2012. doi: 10.1155/2012/473856
 11. Shields JA, Shields CL, Scartozzi R. Survey of 1264 patients with orbital tumors and simulating; The 2002 Montgomery Lecture, part 1. *Ophthalmology* 2004;11:997-1008
 12. Agarwal A. Orbital pseudotumor: Diagnosis on fine needle aspiration cytology. *J Cytol* 2008; 25: 67-9.
 13. Yan J, Wu Z, Li Y. A clinical analysis of idiopathic orbital inflammatory pseudotumor. *Yan Ke Xue Bao* 2000; 16:208-213.
 14. Min YG, Lee CH, Shin JS, Byun SW. Idiopathic orbital pseudotumors in adults. *Rhinology* 1996; 34:60-63.
 15. Eshraghi B, Keshtcar Jafari A, Akbari MR, Massoomian B. [A case report of orbital pseudotumor with presentation like orbital cellulitis]. *Iranian J Ophthalmol* 2012; 24(3):58-61. (Persian)
 16. Yan J, Wu Z, Li Y. [36 case idiopathic orbital inflammatory pseudotumor with sinus involvement]. *Lin Chuang Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi* 2002; 16:410-416. (Chinese)
 17. Gordon LK. Diagnostic dilemmas in orbital inflammatory disease. *Ocul Immunol Inflamm* 2003; 11:3-15.
 18. Anderson J, Thomas T. Orbital pseudotumor presenting as orbital cellulitis. *Can J Emerg Med* 2006; 8:123-5.
 19. Yuen SJ, Rubin PA. Idiopathic orbital inflammation: distribution, clinical features, and treatment outcome. *Arch Ophthalmol* 2003;121:491-499
 20. Harris GJ. Idiopathic orbital inflammation: A pathogenetic construct and treatment strategy: The 2005 ASOPRS Foundation Lecture. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 2006; 22:79-86
 21. Volle E, Levy R, Milea D, Tourbah A, Lubetzki C. [Idiopathic orbital myositis]. *Rev Neurol (Paris)* 2001; 157:430-432. (French)
 22. Thorne JE, Volpe NJ, Wulc AE, Galetta SL. Caught by a masquerade: Sclerosing orbital inflammation. *Surv Ophthalmol* 2002; 47:50-54.

به تشخیص کمک می کند (۲،۱۰،۱۵). در صورت عود بیماری یا عدم پاسخ به استروئیدها بیوپسی توصیه می شود (۲،۵،۶،۱۵).

درمان اصلی بیماری با استروئیدها است. اکثر بیماران (۷۸٪) در طی ۴۸-۲۴ ساعت پاسخ درمانی واضح به استروئید می دهند (۲،۶،۸،۱۵،۲۰،۲۱). استروئید با دوز ۶۰-۱۰۰ میلی گرم روزانه شروع شده و پس از دو تا سه هفته تدریجاً و به آهستگی کاهش داده و قطع می شود. در مواردی که بیماری به استروئید جواب نمی دهد و یا در صورت عدم تحمل آن از داروهای ایمونوساپرسیو و یا رادیوتراپی استفاده می شود (۲،۶،۱۵،۲۰،۲۲).

در خاتمه می توان چنین گفت که پسودوتومور اربیت یکی از بیماری های نسبتاً شایع اربیت است و به علت علائم بالینی متنوع و گوناگونش همیشه احتمال اشتباه در تشخیص آن وجود دارد. یکی از این موارد، شباهت تظاهرات بالینی آن با سلولیت اربیت است. بنابراین، همیشه باید این نکته را در تشخیص های افتراقی در نظر داشت.

منابع:

1. Turkoglu R, Balak N. Atypical presentation of orbital pseudotumor with visual loss as an initial manifestation. *J Clin Neurol* 2011;7:50-52.
2. Srinivasan R, Gulnar D. Orbital pseudotumor. *Kerala J Ophthalmol* 2009; 21: 127-131.
3. Chirapapaisan N, Chuenkongkaew W, Pornpanich K, Vangveeravong S. Orbital pseudotumor: Clinical features and outcomes. *Asian Pac J Allergy Immunol* 2007; 25: 215-218
4. Swamy BN, McCluskey P, Nemet A, Crouch R, Martin P, Bengner R, et al. Idiopathic orbital inflammatory syndrome: Clinical features and treatment outcome. *Br J Ophthalmol* 2007;91: 1667-70.
5. Kamili MA, Ali G, Dar IH, Dar SH, Wazir HS, Qureishi T. Orbital pseudotumor. *Oman J Ophthalmol* 2009; 2: 96-99.
6. Chaudhry I A, Shamsi FA, Arat YO, Riley F C. Orbital pseudotumor: Distinct diagnostic features and management. *Middle East Afr J Ophthalmol* 2008; 15:17-27.
7. Gleason JE. Idiopathic myositis involving the extra ocular muscles. *Ophthalmol Rec* 1903; 12: 471-8
8. Yuen SJ, Rubin PA. Idiopathic orbital inflamma-

Case Report

A Typical Presentation of Orbital Pseudotumor Mimicking Orbital Cellulitis

J. Ayatollahi, M.D.^{*}; A. Ayatollahi, M.Sc.^{**}; J. Ayatollahi, M.D.^{***}

Received: 11.4.2013

Accepted: 8.7.2013

Abstract

Introduction: Orbital pseudotumor, also known as idiopathic orbital inflammatory syndrome (IOIS), is a benign, non- infective inflammatory condition of the orbit without identifiable local or systemic causes. The disease may mimics a variety of pathologic conditions. We present a case of pseudotumor observed in a patient admitted under the name of orbital cellulites.

Case Report: A 26-year-old woman referred to our hospital with the history of left ocular pain and headache 2 days before her visit.. Ophthalmological examination of the patient was normal except for the redness and lid edema, mild chemosis and conjunctival injection. General assessment was normal but a low grade fever was observed. She was hospitalized as an orbital cellulitis patient. She was treated with intravenous antibiotics. On the third day , suddenly diplopia, proptosis in her left eye and ocular pain in her right side appeared. MRI revealed bilateral enlargement of extraocular muscles. Diagnosis of orbital pseudotumor was made and the patient was treated with oral steroid. She responded promptly to the treatment. Antibiotics were discontinued and steroid was tapered in one month period under close follow up.

Conclusion: The clinical features of orbital pseudotumor vary widely . Orbital pseudotumor and orbital cellulitis can occasionally demonstrate overlapping features.. Despite complete physical examination and appropriate imaging, sometimes correct diagnosis of the disease would be difficult

(*Sci J Hamadan Univ Med Sci 2013; 20 (3):256-259*)

Keywords: Diplopia / Orbital Cellulites / Orbital Pseudotumor

* Ophthalmologist, Ophthalmology Ward, Imam Sadegh Hospital , Meybod, Iran. (dr_atayollahi@yahoo.com)

** M.Sc. in Optometry

*** Associate Professor, Department of Infectious Diseases, School of Medicine
Shaheed Sadoughi University of Medical Sciences & Health Services, Yazd, Iran.