● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال پنجم، شمارهٔ ۱ (پی‌درپی۱۷)، صفحه ٦٨ الی ۷۰، زمستان ۱۳۸۱

گزارش یک مورد استئوم کوروئید

دکتر سید محمدحسین عماد*
استادیار گروه چشم دانشگاه علوم پزشکی بابل

سابقه و هدف: استئوم کوروئید تومور استخوانی خوش‌خیم و نادری است که در سنین بلوغ تا بالغین جوان مخصوصاً در خانمها شروع میشود و باعث کاهش دائمی دید در چشم مبتلا میگردد.
گزارش مورد: بیمار دختر ١٦ ساله‌ای است که با کاهش دید چشم راست از حدود یکماه پیش، مراجعه نمود. در معاینه دارای دید ۳m انگشت شمار در چشم راست میباشد. در فوندوسکوپی توده زرد رنگی با حدود مشخص در ناحیه ماکولا در زیر رتین دیده میشود. اکوگرافی و آنژیوگرافی فلوئورستین مؤید استئوم کوروئید بود۰ درمانی انجام نشد.
نتیجه‌گیری: کوروئیدال استئوما را باید در تشخیص افتراقی ضایعات سفید ـ زردرنگ ماکولا مد نظر قرار داد.
واژه‌های کلیدی: *تومور کوروئید، اکوگرافی، استئوم.*

مقدمه

استئوم کوروئید (مشیمیه) یک تومور استخوانی نادر و خوش خیم است(۲و۱) که در دهه دوم و سوم زندگی بخصوص در خانمها شروع میشود(۱). باعث کاهش دید مرکزی میشود. ضایعه بطور کاراکتریستیک به رنگ زرد تا نارنجی با حاشیه کاملاً واضح بصورت پای کاذب (pseudopod) ظاهر میشود(۲و۱). ضایعه معمولاً از مجاور دیسک اپتیک شروع میگردد و اتیولوژی آن نامشخص است. دارای کلسیفیکاسیون اطراف دیسک اپتیک میباشد، تشخیص آن با اکوگرافی، CT و MRI به راحتی داده میشود(۳). بهترین وسیله تشخیص اکوگرافی است(۳). متأسفانه درمان مؤثری برای آن شناخته نشده است(۲).

گزارش مورد

بیمار دختر ۱۶ ساله‌ای است که بعلت کاهش دید چشم راست مراجعه نمود. این کاهش دید از حدود یکماه پیش بوده که بصورت تدریجی افزایش یافته است. در معاینه ملتحمه، قرنیه، اطاق قدامی، عنبیه، عدسی و زجاجیه طبیعی بود. R.A.P.D (Relative afferent pupillary defect) منفی میباشد. دید چشم راست انگشت شمار حدود ۳m میباشد. در فوندوسکوپی یک ضایعه حدوداً به اندازه سه برابر دیسک در قسمت پائین ماکولا با گسترش تا ناحیه فوده‌آ کاملاً در زیر رتین دیده میشود. رتین روی ضایعه سالم و حاشیه ضایعه نیز کاملاً واضح است که در بعضی مناطق دارای پیش رفتگی‌هایی به داخل بافت اطراف میباشد. ضایعه مشخصاً ضایعه از کوروئید شروع شده و رتین را بطرف جلو رانده است. دکولمان رتین دیده و نئوواسکولاریزاسیون دیده نشد. دیسک اپتیک و اطراف آن سالم و در اکوگرافی یک اکو با دامنه بلند (high – amplitude) در سطح ضایعه و عدم وجود اکو اربیت در پشت ضایعه دیده شد که مؤید استئوم کوروئید است. در MRI انجام شده سیگنالهای با شدت زیاد در T_1 دیده شد. در آنژیوگرافی فلوئورستین عدم وجود CNV

[DOR: 20.1001.1.15614107.1381.5.1.12.1]

(نئوواسکولاریزاسیون کوروئید) مشخص گردید. با علائم و داده‌های فوق برای بیمار تشخیص استئوم کوروئید داده شد. بعلت عدم وجود درمان مناسب، درمانی برای بیمار درمانی انجام نشد و فقط تحت نظر قرار گرفت. در معاینه مجدد ۶ ماه بعد تغییری در وضعیت بیمار حاصل نشده است.

بحث

استئوم کوروئید تومور استخوانی نادر (۲و۱) و خوش خیم است که بطور مشخص از کوروئید مجاور دیسک اپتیک (Juxta papillary) در سنین بلوغ تا بالغین جوان (دهه دوم و سوم زندگی) مخصوصاً در بانوان شروع میشود(۱). ضایعه بطور کاراکتریستیک به رنگ زرد تا نارنجی با حاشیه کاملاً واضح بصورت پای کاذب ظاهر میشود. در بسیاری از موارد تمام دیسک اپتیک توسط تومور احاطه میشود. در ۷۵٪ موارد ضایعه یکطرفه است(۲و۱). اتیولوژی آن نامشخص است، شاید یک کوریوستوما یا متاپلازی استخوانی RPE (retinal pigment epithelium) باشد، ولی التهاب خفیف کوروئید در بعضی موارد مورد شک است(۲).

مهمترین کلید تشخیصی توسط اکوگرافی است که کلسیفیکاسیون پری پاپیلاری اسکلروکوروئیدال را بصورت یک دامنه بلند مطابق با سطح استخوانی (در سطح کوروئید) و فقدان اکو طبیعی اربیت در پشت این را آشکار میسازد. CT هم در نشان دادن این تومور مؤثر است و میتوان از MRI نیز استفاده کرد. استئوم کوروئید تصویر نگاتیو تیپیک استخوان را در MRI نشان نمیدهد. تومورهای استخوانی کوروئید سیگنالهای روشن با شدت بالا در تصاویر T_1- weighted و بصورت یک منطقه با شدت پائین نسبی در تصاویر T_2 – weighted خود را نشان میدهند. این یافته‌های MRI در رابطه با نمای هیستوپاتولوژیک استئوم کوروئید و وجود مغز استخوان چرب در فضای اینتراترابکولار در سطح کوروئید توضیح داده شده اند(۳).

استئوم کوروئید به آرامی طی سالها بزرگ میشود. اگر این ضایعه ماکولا را درگیر نماید، دید عموماً خراب میشود. در مواردی نادر برون گرفتاری اطراف دیسک ، ضایعه فقط در ماکولا پدید می‌آید که سبب کاهش دید زودرس میشود(۴و۲).

نئوواسکولاریزاسیون ساب رتینال در یک سوم موارد، استئوم کوروئید دیده میشود که توسط آنژیوگرافی فلوئورستین و ICG . videoangiography (Indocyanine green) قابل نشان دادن است(۲). این نئوواسکولاریزاسیون توسط فوتوکوآگولاسیون با لیزر آرگون قابل درمان است که شاید بتواند سبب دکلسیفیکاسیون و کاهش اندازه تومور هم بشود(۶-۴).

مهمترین عوارض تومور، نئوواسکولاریزاسیون ساب‌رتینال، خونریزی ساب‌رتینال و اینترارتینال، دکولمان هموراژیک و سروز رتین است (۴).

استئوم کوروئید را باید از ملانوم آملانوتیک کوروئید، خال کوروئید، همانژیوم کوروئید، متاستازهای کوروئید، گرانولوم، خونریزی ساب رتینال، کلسیفیکاسیون کوروئیدال و A.R.M.D(Age related macular degeneration) تشخیص داد (۴).

مورد گزارش شده در مقایسه با سایر موارد از ناحیه ماکولا شروع شده است. نسبتاً رشد سریعی داشته و همانند تمام موارد تشخیص با اکوگرافی داده شده چون CNV نداشت نیاز به درمانی هم نداشت.

****

References

1. Basic clinical science course, Ophthalmic Pathology and Intraocular Tumors 1999 – 2000; p: 235.

2. Shields JA. Tumors of the ureal tract, Duane's Clinical Ophthalmology 1999;4: 12–13.

3. Shield JA , Shield Cl. Magnetic Reasonance imaging in choroidal osteoma, Retina 1991; 11(2): 221–3.

4. Derron H, Char MD. Tumors of the eye and ocular adnexa 2000; pp: 113– 14.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1381.5.1.12.1]

5. Gurelik G, Lonnevielle Y, Safak N. A case of choroidal osteoma with subsequent laser induced decalcification . Int Ophthalmol 2001; 24 (1): 41–3.

6. Fulasawa A, Iijimia H. Optical coherence tomography of choroidal osteoma. Am J Ophthalmol 2002; 133(3): 419–21.

7. Snyers B, De Potter P. Advantage of digital indocyanine green angiography for diagnosis choroidal tumors. J Fr Ophthalmology 2002; 25 (2): 212– 20.

8. Terelak Borys B, Czechonska G. Coroidal Osteoma Klin Oczna 1998; 100 (1): 45–9.

9. Wilson MW, Moshfeghi DM, Heik BG, Syed NA. Coroidal osteoma in a patient with contralateral persistant hyperplastic vitreous. Retina 2002; 22(3): 358–60.

* آدرس نویسنده مسئول: بابل، بیمارستان شهید بهشتی، بخش چشم تلفن: ٤-۲۲۵۲۰۷۱-۰۱۱۱.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1381.5.1.12.1]