

مجله دانشکده پزشکی تهران

شماره ششم - آبان ماه ۱۳۵۹ - صفحه ۱۸۱

### تومورهای عصبی حفره بینایی

دکتر علی میراحمدی

بشرح زیر طبقه بندی میکنند.

الف - تومورهای با مبدا نوروئی

ب - تومورهای با مبدا سمپاتیک

ج - تومورهای ناحیه الفاکتیو.

در مورد تومور نوروپای تلیموم الفاکتوری در سال

۱۹۲۴ آقای Berger شرح داده است و از آن تاریخ شاید

بیش از ۱۰۰ مورد گزارش شده است لذا ملاحظه میشود که

این تومور خیلی هم نادر نیست. اغلب با ملانوم بدخیم.

بلاسموسیتوم میکسوسارکم، رتیکولوسل سارکوم و لنفوسارکوم

اشتباه میشود.

استزیونوروپای تلیموم توموریست بدخیم که از دستگاه

بویائی منشأ میگیرد و منظره یافت شناسی آن شبیه تومورهای

مدولای آدرنال و یارتین میباشد و یا شبیه تومورهای گانگلیون

سمپاتیک. معمولا سه جای ممکن منشأ تومور میباشد.

۱- گانگلیون اسفنوپلاتن که در خارج بینایی قرار گرفته

ولی ایجاد تومور در داخل بینایی مینماید.

۲- ارگان ژاکیسون که در ناحیه قدامی تحتانی

سپتوم قرار گرفته و باعث ایجاد تومور در قسمت فوقانی

دیواره بینایی میکند.

۳- مخاط بویائی. که از پلاکود بویائی سرچشمه

تومورهای هستند که از عناصر عصبی اصلی و یا

پوششی منشأ میگیرند و در حفرات بینایی قرار دارند. بعلمت

نادر بودن تومورهای فوق کمتر در کتب کلاسیک مورد بحث

بوده و پاتوژنی خیلی روشنی ندارند. اولین بار در ۱۹۲۰

آقایان انگلدو Anglade و فیلیپ Philip در مورد این

تومورها مطالعاتی نموده اند و سپس آقایان فیشر Ficher

روشه Rocher و برلینگر Berlinger مطالبی در مورد آنها

انتشار دادند مخصوصا در مورد تومورهای نوروبلاستوم آقایان

دولدک Dulac و برتن Portman نیز مواردی منتشر ساختند

در ۱۹۴۷ آقای بیلارد Beillard ۲۱ شرح حال از این

سری تومورها گزارش داده که ۱۴ مورد گلیوم و ۷ مورد آن

نوروبلاستوم بوده است.

#### ۲- تقسیم بندی تومورهای عصبی حفره بینایی

۱- گلیوما. تومورهای اند مادر زادی که بعلمت

استخوانی شدن ناقص استخوانهای قاعده جمجمه این توموراز

داخل شکاف ایجاد شده بیرون میزند - معمولا در نزد جوانان

دیده میشود منشأ آن نوروگلی و خوش خیم اند.

۲- نوروبلاستوما. تومورهای بدخیمی اند که در تمام

دوران حیات دیده میشوند.

این اواخر مولفین تومورهای عصبی حفره بینایی را

بخش گوش و گلو و بینی بیمارستان امیراعلم. - دانشگاه تهران.

### نوروبلاستوما

شروع آن نامشخص و اغلب با خون دماغ مختصرگرفتگی و انسداد پیشرونده بینی سردرد و آگزوفتالمی همراه است در معاینه بیمار تومور قرمز و یا خاکستری حفره بینی را پر کرده است دارای قوام نسبتاً سفت و محل اتصال تومور قسمت فوقانی حفره بینی است تومور خیلی کند پیشرفت کرده حفره نازوفارنکس سینوس فکی و سینوس پیشانی را فرا میگیرد. آدنوپاتی وجود ندارد. گاهی تومور بطرف اتموئید و اوربیت پیشرفت مینماید و یا بطرف جمجمه و طرف دیگر بینی گسترش مییابد. تومورها بدخیم و عود کننده اند گاهی تومورها بوسیله پولیپ معمولی بینی پوشانده شده اند و با اصطلاح ماسکه اند در این جا پولیپ بعلت کیفیت التهابی ناشی از نسج سرطانی ایجاد میگردد و این موضوع باید جدی گرفته شود که در مقابل پولیپ های بینی بخصوص وقتیکه همراه با خون دماغ هستند نباید به سادگی گذشت چه بسا در زیر این پولیپ های بظاهر بی اهمیت تومورهای سرطانی وجود داشته باشند. خون دماغ ممکن است خفیف باشد یا شدید باشد و بعضی اوقات احتیاج به تامپونمان بینی دارد.

ترشح بینی، رینوره گاهی مخاطی و یا مخاطی چرکی خالص و بدبومی باشد اغلب یکطرفه است اختلال در بویایی بعلت انسداد و تورم مخاط بینی میباشد.

علائم چشمی، بعلت قرابت بینی با اوربیت و چشم اشکال زیر دیده میشود.

الف - برجستگی و تورم کانتوس داخلی

ب - اشکریزش و تورم کیسه اشک

ج - ورم ملتحمه

د - آگزوفتالمی

علائم تغییر شکل صورت که به اشکال آگزوفتالمی تغییر شکل مخروط بینی و پهن شدن استخوانهای مخصوص بینی و تغییر شکل گونه بعلت انتشار تومور بطرف سینوسهای فکی دیده میشود و بالاخره علائم عصبی بشكل درد است مانند درد پیشانی بعلت انتشار به سینوس پیشانی و درد پشت سری بعلت انتشار به سلولهای خلفی اتموئید و درد صورت بعلت گرفتاری عصب فاسیال در حفره رجلی فکسی است.

میگیرد معمولاً منطقی ترین محل نشو و نمای تومور از نظر جنینی است. یعنی زمانیکه لوله عصبی رشد نمود قسمتی از اکتودرم بخصوص در قسمت انتهای قدامی تشکیل پلاکود بویائی را داده و رشد نموده از سلولهای عصبی اولیه جدا شده که این سلولها تشکیل نوروبلاست میدهند و بعداً ایجساد استزیونوروسیت مینمایند.

پاتولوژی از نظر ماکروسکوپی بشكل پولیپ با رنگ قرمز خاکستری پر عروق و لذا علت رعاف تکراری در نزد بیماران مربوط به آن میباشد و با اندک دستکاری خونریزی میدهد بخصوص در موقع تکه برداری از نظر میکروسکوپی خصوصیات زیر مشهود است.

۱- روزت Rosette دارای ساختمان پسودوگلاندولر میباشد که با یک لایه از سلولهای استوانه ای بدون مزک با هسته نزدیک قاعده و یک (لایه کورتیکولی در راس سلولها تشکیل شده است سلولهای فوق شبیه سلولهای الفاکتوری در مخاط بویائی اند.

۲- پسودوروزت، بشكل حلقه ای از سلولهای کوچک با دیفرانسیاسیون ضعیف که در اطراف حفره ای قرار گرفته و حاوی فیبریل و یا ذرات ائوزینوفیل میباشد. شبکه عروقی واضحی در این تومور وجود دارد و هجوم و تحریب بافت همبندی و عضلانی و بالاخره بعقیده ماندلف Mandeloff کلیسیفیکاسیون هم دیده میشود.

سن بیماران، معمولاً بین یک تا ده سالگی و نیزه ۷ تا ۸۰ سالگی دیده نمیشود بیشتر بین ۱۱ تا ۲۰ سالگی و سپس ۳۱ تا ۴۰ سالگی است. نوروپاتی تلیوما الفاکتیو اغلب در مردان شایع تر است.

علائم کلینیکی، الف انسداد یک طرفه بینی

ب - خون دماغ

ج - توده تومورال

د - سردرد

ه - اشکریزش

رشد تومورها خیلی آهسته بوده و بیماران اغلب از ماهها و سالها قبل از این علائم که ذکر شد شاکی اند. در بالین بیمار توده تومورال در نازوفارنکس دیده میشود علائم رادیوگرافی مختصر بوده و بیشتر شامل تیرگی سینوسهاست و خوردگی استخوانهای اطراف آن.

## نتیجه

در مقابل بیمارانی که بظاهر دچار پولیپ بینی اند و ترشح رینوره وجود دارد و بیمار مدتها از آن شاکی است نباید به سادگی گذشت امتحان کامل بالینی - گرفتن شرح حال دقیق و رادیولوژی و در صورت لزوم توموگرافی سبب خواهد شد که ماهیت اصلی بیماری و وجود تومورهای عصبی بینی را شناخت و میدانیم که این شناخت هرچه زودتر صورت گیرد بیمار شانس خیلی بیشتری برای زنده ماندن دارد و در مراحل اولیه که تومور محدود و کوچک است بخصوص اقدام جراحی کمک فراوانی به بیمار میکند.

انسیدانس‌های رادیولوژیک برای شناخت این تومورها شامل واترز کالدول هیرتزولاترال میباشند توموگرافی و بخصوص پولیتوم در تشخیص و اندازه و گسترش این تومورها خیلی کمک میکنند.

درمان، در خصوص درمان این تومورها همیشه بحث بوده و هست معهذاً جراحی خیلی بیشتر طرفدار دارد تا رادیوتراپی و بعضی ها هم جراحی و رادیوتراپی را پیشنهاد میکنند. معمولاً ۵ سال Survival برای جراحی ۶۴ درصد و ۵ سال Survival برای رادیوتراپی ۳۸ درصد و ۵ سال Survival برای ترکیب جراحی و رادیوتراپی ۵۰ درصد است. بنابراین بنظر میرسد که درمان انتخابی جراحی است.

## فهرست منابع

- 1- Arch - Otolaryngology N,4 1975
- 2- Pathology of tumor of nervous system 1963
- 3- Text Book of oral Surgery. Third edition. 1974