

Lateral Orbitotomi İle Çıkarılan Retrobulber Hemanjioma Vakası Ve Tek Taraflı Ekzoftalmusler

Yusuf ÖZERTÜRK
Bora ELDEM
Kemal CANSU

A

CASE

OF

RETROBULBAR HAEMANGIOMA HAS BEEN
EXTRACTED WITH LATERAL ORBITOTOMY AND
UNILATERAL EXOPHTHALMOS

As. Mevki Hastanesi, S.S. Ulus Hastanesi Göz Klinikleri ve
G.A.T.A. Tıp Fak. Göz Anabilim Dalı, ANKARA

Geliş Tarihi: 18 Eylül 1985

ÖZET

Sol gözünün büyümesi hariç başka bir şikâyeti olmayan, bütün laboratuvar bulguları ve radyolojik grafleri normal bulunan 52 yaşındaki bir kadın hastada, orbital BT.de retrobulber kitle imajı tesbit edildi. Daha sonra patolojik olarak kavemöz hemanjioma olduğu tesbit edilen kitle lateral orbitotomi ile çıkarıldı. Tek taraflı ekzoftalmusler göz hekimlerinin ilgisini çekmeye devam etmektedirler. Konu değişik yazarlar tarafından, değişik zamanlarda tarif edilmiştir. Vakaların dağıtma oranları yazarların ihtisaslarına göre değişiklik göstermektedir. Meselâ, nöroşirürjiyenler orbitaya yayılan nöral menşeli tümörleri en yaygın sebep olarak gösterirken, radyologlar rrukoseli göstermektedirler. Oftalmologlar ise tek taraflı ekzoftalmuslerin ekseriyetinin neoplastik veya inflamatuvar olduğunu iddia etmektedirler. Tek taraflı ekzoftalmus vakalarında etyolojik faktörün tayini, hastaya tatbik edilecek tedavinin planlanması bakımından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Tek taraflı ekzoftalmus, orbital bilgisayarlı (pmorraı, lateral orbitotomi, retrobulber küe.

T K I Tıp Bil Aras Dergisi c.4, s. 1-2, 1966, 141-145

Tek taraflı ekzoftalmusler senelerdir göz hekimlerinin olduğu kadar, nörolog, nöroşirürjiyen, radyolog ve endocrinoloğların ilgisini çekmiş ve bir çok yazar tarafından değişik sayıda vaka serileri yayınlanmıştır. Serileri yayınlayan hekimlerin ihtisas sahalarına göre vakaların etyolojik olarak dağılımları değişiklik göstermektedir. Meselâ göz hekimleri en sık olarak tümörleri gösterirken, endocrinologlar birinci dere-

SUMMARY

In a 52 year old woman who has no complaints other than unilateral exophthalmos in her left eye and all laboratory signs and direct roentgenologic graphies have been found normal. The image of retrobulbar mass, diagnosed by orbital CT. The retrobulbar mass, diagnosed later as a cavernous haemangioma has been extracted with lateral orbitotomy. Unilateral exophthalmos continues to excite the curiosity of the ophthalmologists. The topic has been described by wide variety of authors at the different times. The frequency of conditions have varied in accordance with the medical speciality of the authors. For instance: The neurosurgeon mostly have referred to the tumor of neural origin invading the orbit. Whereas the radiologists have claimed to the mucocele. On the other hand the ophthalmologists have declared that the majority of the unilateral exophthalmos have been caused by the neoplasm and inflammatory cases. Determination of a etiological factor in the unilateral exophthalmos is important for the planning of treatment which will be applied to the patient.

Key word: Unilateral exophthalmos, orbital computerized tomography, lateral orbitotomy, retrobulbar mass.

T J Research Med Sci V. 4, N. 1-2, 1986, 141-145

cede tiroid oftalmopatiyi sorumlu tutmuşlardır. Tek taraflı ekzoftalmus vakalarında etyolojik faktörün tesbiti, hastaya tatbik edilecek tedavi yönünden önemlidir.

Tek taraflı ekzoftalmus yapan sebepler aşağıdaki gibi sıralanabilir:

1. İltihabi: Selülitis, orbitanın psödötümörü,

abse, tenonitis, göz yaşı bezi iltihabı, panoftalmitis, kavernöz sinüs trombozu (iki taraflı da olabilir).

2. Vasküler: Kanama, anevrizma, varis.

3. Travma: Kırıklar, kanama, ekstra oküler adale yırtılması, sinüslerden anfizema.

4. Tümörler: a) Primer olanlar: Göz veya orbita muhteviyatından doğrudan kaynaklananlar, b) Sekonder: Metastatik veya civardaki dokulardan yayılanlar.

5. Kistler: Konjenital dermoid, parazitik, mukosel.

6. Gözün dış adalelerinin felci.

7. Genel hastalıklar: Lösemi ve lenfoma gibi.

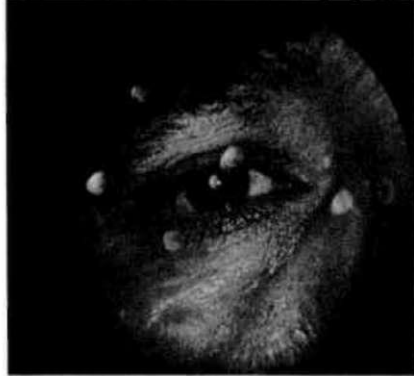
VAKA TAKDİMİ VE METOD

Hasta M.D., 52 yaşında bir kadın. Sol gözünün büyümesinden şikâyetçi. Bu hali 10 sene önce başlamış ve zamanla ilerlemiş. Geçmişinde bir travma hikâyesi yok. Yapılan muayenesinde, sol göz ekzoftalmus dışında haricen normal. Ilertel ekzoftalmometresiyle yapılan ölçümde, sağ göz 18 mm., sol göz 22 mm. bulundu. Ekzoftalmus pozisyon olarak öne doğru ve ağrısız. Pulsatif ve intermittan değil. Göz hareketleri normal, ptosis mevcut değil. Gözün ön segmenti normal. (Şekil 1-a hastanın ameliyattan önceki hali. Şekil 2: Ameliyattan sonraki hali). Fundoskopik muayenede, papillanm kenarları hafif flu, artı 5 diyoptrilik bir kabarıklık, kapillerlerinde dilatasyon ve makula bölgesinde katlanma mevcuttu. (Şekil 3, 4: Hastanın sol göz fundusunun görünümü).

Hastanın oküler tansiyonu, sağda 17.3, solda 20.4 mm/Hg. schiötz idi. Görmesi 0.7 seviyesindeydi. Üst ve alt kapaktan yapılan palpasyonla, orbital hiçbir kitle palpe edilemedi. Yüzde ve diğer vücut cildinde herhangi bir hemanjiom, pigmentasyon ve nodul cesbit edilemedi. Sistemik muayenede sistemler normal bulundu. Laboratuvar bulguları normal ve hiçbir endokrin bozukluk tesbit edilemedi.



Şekil-1a. Hastanın ameliyattan önceki durumu. Sol göz ekzoftalmik.



Şekil-1b. Ameliyattan önceki sağ ve sol göz ayrı, ayrı.

Radyolojik tetkiklerde: Rie grafisi, P.A. kafa ve orbita grafileri, optik foramen grafileri normal bulundu. Paranasal sinüs grafilerinde sol maksiller sinüsün havalılığı azalmış bulundu. Orbital bilgisayarlı tomografide, sol bulbus okuli arkasında keskin sınırlı, 22 x 26 mm boyutlu oval ve tV. kontrasttan sonra dansitesi artan bir kitle imajı tesbit edildi (Şekil-5 or. gr. 4-6 orb. BT.).

Eksplorasyon: Hasta genel anestezi altında ameliyata alındı. Sol göz lateral rektusuna 4/0 ipek sütür konarak göz küresi sağa çekildi. Üst ve alt kapak üçte bir dış kirpik kenarı iç kısmından kapak dış birleşimine kadar cilt kesildi. İnsizyon 2 cm laterale devam ettirildi. Lateral kantalligament 4/0 cat-gut sütür geçirilerek kesildi. Periosta kadar dokular açıldıktan sonra, periost orbita yan duvarı boyunca kesilip, sonra da kunt makas ve penset yardımıyla orbita kemik duvarından ayrıldı. Göz küresi retraktörlerle korunduktan sonra orbita yan duvarı fronto-zygomatik eklem 0.5 cm. üst ve alt kısmından bir cm derinliğe kadar kemik keski yardımıyla kesildi. Sonra orbita yan duvarı kuvvetli klamplarla yardımıyla geriye doğru kırıldı. Periosta vertikal bir insizyon yapıp, orbita yağ dokusu ve fasyalar dissekte edildi. Lateral rektus aşağı çekildi. Parmak ve kunt uçlu disseksiyon makası ile disseksiyona devam edilerek, adale konüsü içinde, göz küresinin arkasında, orbital fasyaya yapışık, kahverengi siyahımsı, nodüler görünümde semi solid kitle kapsülüyle birlikte çıkarıldı. Disseksiyona devam edilip, başka bir kitlenin olmadığı görüldükten sonra kesilen dokular tekrar yerlerine suture edilip, sıkı bandaj ile ameliyata son verildi.

Kitlenin Makroskopisi: 3 cm çapında, kapsüllü, süngerimsi, lobüllü görünümde koyu kahverengi doku parçası (Şekil-6).

Mikroskopi: İnce duvarlı, geniş telenjektatik, dağınık damarları ihtiva eden görünüşüyle kavernöz hemanjioma (Şekil-7).

TARTIŞMA VE NETİCE

Orbital eksplorasyon, lezyonun adele konüsü içinde yer aldığını, orbital apekse doğru uzanmadığını gösterdi. Ameliyatı takip eden ilk iki aylık periyotta, hastanın sola bakmasında sınırlanma vardı. Daha sonraki kontrollerde bu durum tamamiyle düzeldi.

Ekzoftalmuslerin mevcudiyetinde şu özellikler araştırılmalıdır:

1. Ekzoftalmusün tek taraflı veya iki taraflı olup olmadığı:

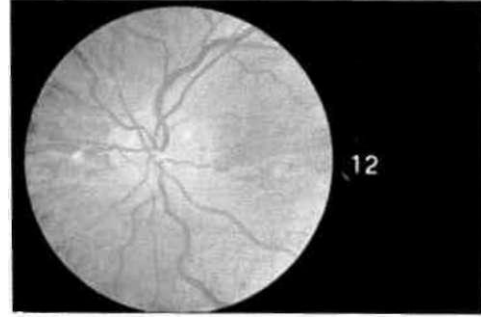
İster iltihabi, isterse iltihabi olmasın, lokal lezyonların ekseriyeti tek taraflı ekzoftalmuse sebep olur. Halbuki Graves hastalığı, xanthomatosis, kan hastalıkları gibi genel hastalıklar, genellikle iki taraflı ekzoftalmuse sebep olurlar. Fakat bu her zaman doğru olmaz. Graves hastalığının erken dönemlerinde ve de tirotropik tipi tek taraflı olarak başlar. Aynı şekilde, tamamiyle lokal, iltihabi bir hastalık olan kavernoöz sinüstrombozu erken dönemde iki taraflı ekzoftalmuse sebep olur.

2. Ekzoftalmusün iltihabi veya iltihabi olmadığı araştırılmalıdır. İltihabi vakalar, akut iltihabi durumun semptom ve bulguları ile tanınmalıdır. Bu durumlar aniden ortaya çıkarlar ve süratle ilerlerler. Ağrı ve hassasiyet vardır. Göz hareketleri bozulmuş, ekzoftalmus artmıştır. Göz kapakları kızamık ve şiş, konjonktiva konjesyone ve kemotiktir. Orbitada palpe edilebilir flüktan bir kitle hissedilebilir. Ateş, lökositoz ve genel durum bozukluğu tabloyu tamamlar. İltihabi olmayan vakalarda, konjonktiva ve kapaklarda ödem bulunabilir (Graves hastalığının hiper oftalmopatik tipinde olduğu gibi). Fakat ağrı ve hassasiyet yoktur.

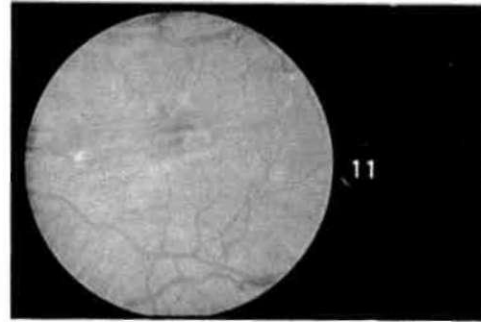
3. Ekzoftalmusün yönü: Şayet göz küresi orbitanın aşağı ve nazal tarafına itilmişse, orbitanın üst dış kadranda göz küresini iten bir lezyon var demektir. Bu bölgede genellikle göz yaşı bezinin lez-



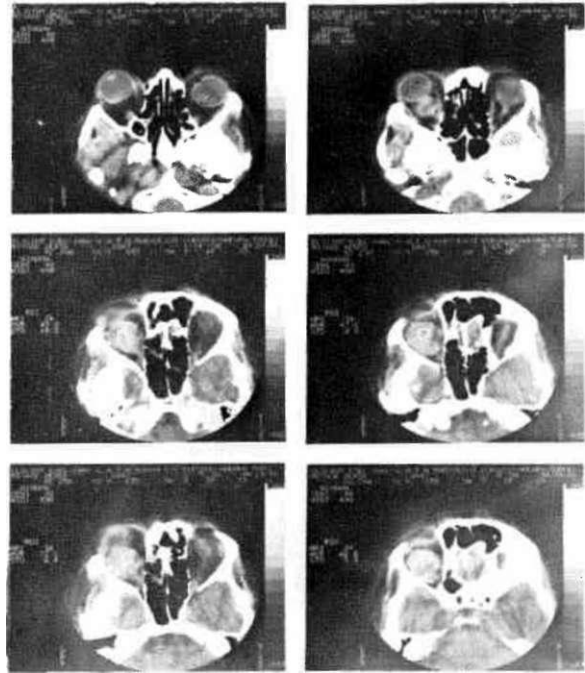
Şekil-2. Ameliyattan sonraki görünümü



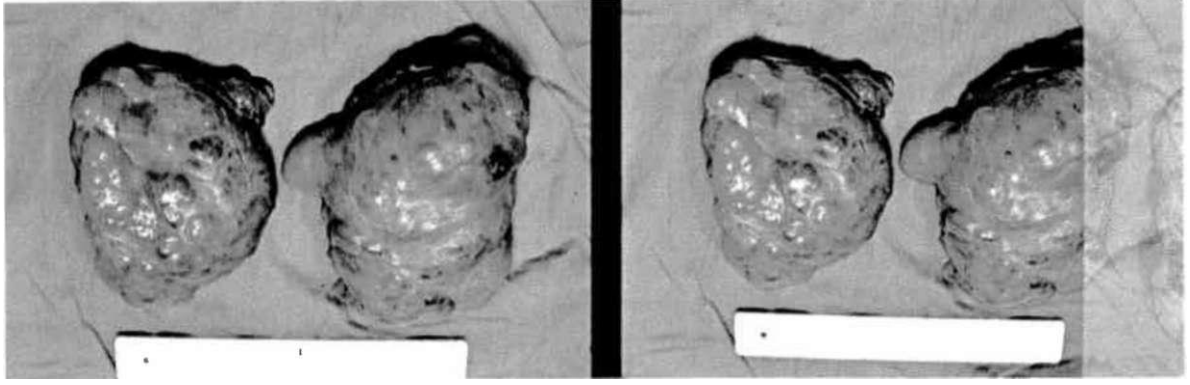
Şekil-3. Sol göz papillasının görünümü- Papilla kabarık ve peri papiller retinal katlanma görülüyor.



Şekil-4. Aynı gözün makulasının görünümü. Makula dejenerasyonu ve eksuda plakları görülmekte.



Şekil-5. Orbital bilgisayarlı tomografi: Sol bulbus okuli arkasında keskin sınırlı, oval kitle imajı görülmekte



Şekil-6. Makroskopik görünüm. 3 cm. çapında kapsüllü, süngerimsi, lobüllü görünümünde hemanjioma.

yonları akla gelmelidir. Şayet göz küresi yukarı ve dışa veya yukarı içe doğru itilmişse, maksiller sinüs içinde bir lezyon düşünülmelidir. Göz küresi laterale itilmişse, etmoid veya afenoid sinüslerde bir lezyon (genellikle mukosel), öne doğru itilmişse, adele konüsü içinde bir kitle akla gelmelidir.

4. Orbital muhtevanın palpasyonu: Sıklıkla orbita içinde bir kitle palpe edilebilir. Orbital kenar boyunca daima eksplorasyon yapılmalıdır. Bir kitle mevcudiyeti ve özellikle bir flüktüasyon alınması dikkatleri mukosel ve meningosel üzerine çekmelidir.

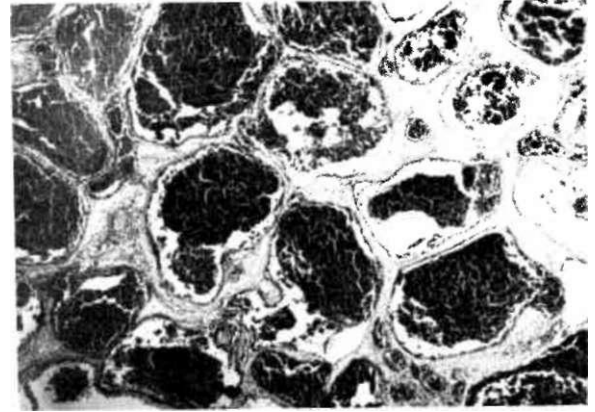
5. Göz hareketlerinde kısıtlanma: Orbitada bulunan menanjiomalar göz hareketlerini erkenden bozarlar. Halbuki, hemanjiomalarda bu durum nadiren görülür. Kafa içinde yer alan ve ekzoftalmuse sebep olan tümörler, göz adale felçlerine sebep olurlar.

6. Başlangıç ve seyrin sürati: Ekseri orbital tümörler yavaş büyürler. Bunun bir istisnası çocuklarda görülen sarkomalardır. Ekzoftalmusun hızla gelişmesi inflamatuvar orijinli bir lezyonu düşündürmelidir.

7. Görme ve görme alanı: Orbita içindeki tümörler ve diğer oluşumlar, şayet optik sinire yakın olarak bulunuyorlarsa, görme ve görme alanında değişiklik yaparlar.

8. Oftalmoskopik muayene: Sinir üzerine baskı, oftalmoskopla diskte artan bir solukluk olarak görülen optik atrofiyi meydana getirir. Gözden orbital venlere dönen kan akımının bozulması, diskte konjesyone ve papilla ödemine sebep olur.

9. Orbitanın radyolojik incelenmesi: Bu çok önemli bir methoddur. Özellikle ekzoftalmusun sebebi hakkında bir şüphe varsa, orbital bilgi sayarlı tomografi çok önemli bilgiler verir.



Şekil 7. Mikroskopik görünüm. İnce duvarlı, dağınık damarların görüldüğü kavernöz hemanjioma.

10. Fiziki muayene ve diğer laboratuvar testleri: Graves hastalığı ve kan hastalıkları genel bulgularla teşhis edilebilir.

NETİCE

1. Şayet palpe edilebilen bir kitle yoksa, ekzoftalmusten başka bir bulgu ve radyolojik değişiklikler de yoksa, orbital bilgisayarlı tomografi daima yapılmalıdır.

2. Ekzoftalmuste belirli bir ilerleme varsa, Rantotomi vasıtasıyla lokalize tümörlerde krönlein ameliyatı, diffüz tümörlerde ise biopsi yapılmalıdır. Orbita tümörlerinin çıkartılmasında, kunt disseksiyon ve derin palpasyon metodu emin bir yoldur. Hiç bir komplikasyonu da yoktur.

3. Retinal stria, disk kenarlarının bulanması, görme bozukluğu hariç başka bir bulgu ile birlikte olmayan ekzoftalmuslerde, bir eksternal kantotomi ile araştırma yapılmalıdır. Netice olarak tek taraflı ekzoftalmuslerde kesin teşhis konuluncaya kadar tedaviyi tayin etmeye kalkışılmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. O'Brien CS and PJ Leinfelder: Unilateral exophthalmos Ame. J. Opn. 18 : 123, 1935.
2. Dandy WE: Orbital tumors, New-York Oskar-Piest, 1941.
3. Pfeiffer RL: Roentgenography of exophthalmos with nodes on the roentgen ray in Ophthalmology, Ame. J. Opth. 26 : 724, 1943.
4. Duke-Elder: Text-book of Ophthalmology, Vol. 5, 6, 7.
5. Forrest AW: Ontra orbital tumors, Arch. Ophthal. 41: 198, 1949.
6. Drescher EP: and WE Benedict: Arch. Opth. 44:109, 1950.
7. Reese AB: Tumors of the eye, New-York, Hooper, 1951.
8. Berke KN: A modified Kronlein operation, Arch. Opth. 51 :609, 1954.
9. Werner SC: Euthyroid patients with early eye signs of Graves' disease, Ame. J. Medicine 18 : 608, 1955.
10. Van Buren JM, JL Poppen and G Horrax: Unilateral exophthalmos, Brain 80 : 139, 1957.
11. Liff CE: Tumors of the orbit, Ame. Opth. Soc, 55 :505, 1957.
12. Bullock LJ and RJ Reeves: Unilateral exophthalmos, Arne. J. Roent. Rad. Nuc. Med. 82 : 290, 1959.
13. Schultz and Bralcy: Ocular changes related to endocrine disfunctions, Arne. J. Opth., 50 : 26, 1960.
14. Schultz RO, MW Van Allen and FC Blodi: Endocrine Ophthalmolgia, Ame. Arch. Opth., 63 : 217, 1960.
15. Jones I: Highlights of Ophthalmology series, 5.1.1962.
16. Krayenbühl H: J. Neurosurgen. 19 : 289, 1962.
17. MortadaA: Brit. J. Opth., 46 :369, 1962.
18. Moss UM: Arne. J. Opth., 54 : 761, 1962.
19. PorterfieldJ: Internal Opth. Cli., 2 : 319, 1962.
20. Pohjola S: Acta Opth. (kbh), 42 :456, 1964.
21. Smith ME: Int. Opth. Cli., 7 :911, 1967.
22. Hanna-Samir Zakharia, Brit. J. Opth., 56 : 678, 1972.
23. Daniel Vaughan, Taylor Asbury: General Ophthalmology, Eos Altos, Cal. 1974.