

Orbital Psödotümör: Olgu Sunumu

Doç.Dr. Betigül YÜRÜTEN
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji AD

Arş.Gör.Dr. Serhat TOKGÖZ
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji AD

İletişim:
Betigül Yürüten
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Nöroloji AD, Konya

Tel: 0.332. 323 26 00/164
E-mail:<http://www.betirouse@yahoo.com>

Orbital Psödotümör: Olgu Sunumu

ÖZET İdiopatik orbital inflamasyon (orbital psödotümör), orbitanın granülatöz olmayan inflamatuvar hastalığıdır. Orbita içinde ekstraoküler kas, lakrimal bez, yağ doku gibi herhangi bir dokuyu tutabilir. Orbital miyosit, orbital psödotümörün bir alt tipidir. Bu makalede sağ gözde, görme keskinliğinde azalma, çift görme, pitozis, göz

hareketlerinde kısıtlanma, papil ödem, kemozis ve ağrı, ve solda minimal ödem ve görme keskinliğinde azalma şikayeti ile gelen 34 yaşında bir kadın hasta sunulmuştur. Orbital MRG'de; sağ lateral rektus kasının genişlediği ve optik foramene uzanan kitle etkisi yaratan lezyon görülmüştür. Klinik ve radyografik anormallikler steroid tedavi ile süratle düzelmiştir.

Anahtar Kelimeler: Orbital psödotümör, orbital miyosit

Orbital Pseudotumor: Case Report

ABSTRACT Idiopathic orbital inflammation (orbital pseudotumor) represents a nongranulomatous inflammatory process of the orbit that can involve any tissue like extraocular muscles, fat or lacrimal gland. Orbital myositis is a subtype of orbital pseudotumor. Here we reported a 34-year old woman presented with decreasing visual acuity,

diploia, ptosis, restriction of ocular motility, disc edema, chemosis and pain on the right eye and minimally edema and decreasing visual acuity on the left. Orbital MRI showed enlargement and mass lesion in right lateral rectus muscle extending the optic foramina. Clinical and radiographic abnormalities quickly improved after steroid therapy.

Key Words: Orbital pseudotumor, orbital myositis.

GİRİŞ

Orbital psödotümör bağ doku, yağ doku, lakrimal bez veya kas gibi orbital yumuşak dokuların nedeni bilinmeyen, inflamatuvar bir bozukluğudur. İlk kez 1903 yılında Gleason tarafından tanımlanmış, 1930'da Birch ve Hirschfield tarafından isimlendirilmiştir (8). Graves' ve lenfoproliferatif hastalıklardan sonra orbitayı en sık tutan hastalıktır. Tüm orbital kitle lezyonlarının % 6,3'ü orbital psödotümör olarak bildirilmiştir (4). Orbital psödotümör olgularının % 15'inde ise ekstraoküler kas tutuluşu görülür (3). Orbital ağrı, proptosis, ekstraoküler kas disfonksiyonu, görme keskinliğinde azalma ve steroid tedaviye iyi yanıt verme hastalığın en belirgin özelliğidir. Çocuk olgular dışında bilateral tutuluş oldukça nadirdir (9,2).

Burada geçirilmiş üst solunum yolu enfeksiyonuna bağlı olduğu düşünülen ve bilateral tutuluşu olan bir orbital psödotümör olgusu sunulmuştur.

OLGU:

34 yaşında kadın hasta, 15 gün önce başlayan sağ gözde görmeye azalma, 3-4 gün sonra eklenen çift görme, göz hareketlerinde ağrı ve kısıtlılık, sağ yüz yarısında uyuşma şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. 1 haftadan beri görme azalması belirginleşmiş ve göz çevresinde kızarıklık, şişlik meydana gelmişti. Özgeçmişinde 20 gün önce geçirilmiş üst solunum yolu enfeksiyonu ve 3 yıllık hipertansiyon tanınılıyordu.

Nörolojik muayenede sağ göz kapağı hiperemik, ödemli ve pitotik, göz hafif egzoftalmikti. Sağ gözle 1 metreden parmak sayıyor ve göz dibinde papil stazı mevcuttu. Direkt ışık refleksi sağda alınmıyor ve sağda Marcus-Gunn pupillası müsbetti. Sağ gözün dışa ve yukarı bakışı kısıtlı idi. Sol göz kapağında minimal ödem ve hiperemi vardı. Görme keskinliği solda 20/30, görme alanı ve gözdibi normal, bakış kısıtlılığı yoktu. Sağ yüz yarısında uyuşmadan yakınmasına rağmen trigeminal sinir

ve diğer tüm nörolojik muayene normaldi (Resim: 1, 2, 3).

Laboratuvar incelemelerinde; sedimantasyon 50mm/saat, beyaz küre 14900/mm³ olarak bulundu. Rutin kan biyokimyası, idrar tetkiki, akciğer grafisi, beyin omurilik sıvısı tetkiki normal olan hastanın şikayetlerinin başlangıcından

10 gün sonra çekilmiş olan manyetik rezonans görüntülemesi (MRG) normaldi. Görsel uyartılmış potansiyel (GUP) latansı sağda 142 msn solda 120 msn idi.

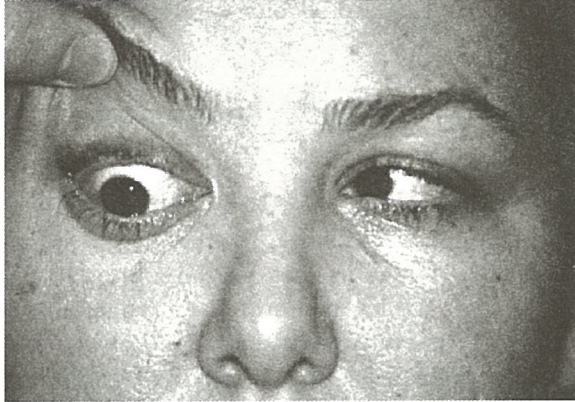
Orbital sellülit, kavernöz sinüs tromboflebiti ön tanıları ile başlanan antibiyoterapiye yanıt vermeyen hastanın bu süre içinde görme



Resim 1: *Tedavi öncesi-Düz bakış*



Resim 4: *Tedavi sonrası-Düz bakış*



Resim 2: *Tedavi öncesi-Sağa bakış*



Resim 5: *Tedavi sonrası-Sağa bakış*



Resim 3: *Tedavi öncesi-Yukarı bakış*



Resim 6: *Tedavi sonrası-Yukarı bakış*

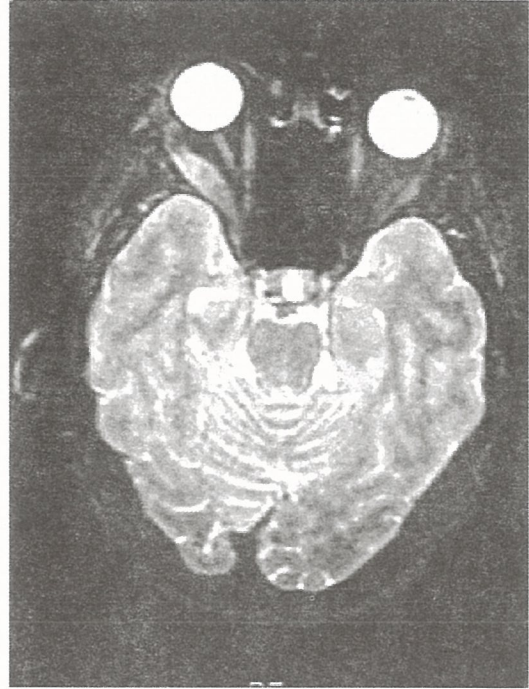
keskinliği ışık algılama düzeyine indi. MRG-venogramı çekilen ve normal olarak değerlendirilen hastanın şikayetlerinin başlangıcından 25 gün sonra çekilen orbita MRG'de sağ lateral rektus kasından optik foramene uzanan, kontrast tutan kitle görünümü saptandı (Resim:7, 8).

Ayrırcı tanı için yapılan kollagen doku hastalığı, sarkoidoz, lösemi, lenfoma, meme, uterus, over kanserleri tetkikleri, konsültasyonları, tiroid fonksiyon testleri normaldi.

Psödötümör okülü-orbital miyosit tanısı ile metil prednizolon 19r/gün parenteral 3 gün süre ile verildi ve oral prednizolon 60 mg/gün ile tedaviye devam edildi. Kortizon tedavisinin ikinci gününde hasta dramatik olarak düzelmeye başladı (Resim:4, 5, 6). Hiperemi, pitozis ve hareket kısıtlılığı azalan ve görmesi tama yakın düzelen hastanın tedavi başlangıcından 3 hafta sonra çekilen kontrol orbita MRG'si normaldi (Resim 9).

GUP sağda 120 msn solda 98 msn'e inmişti .

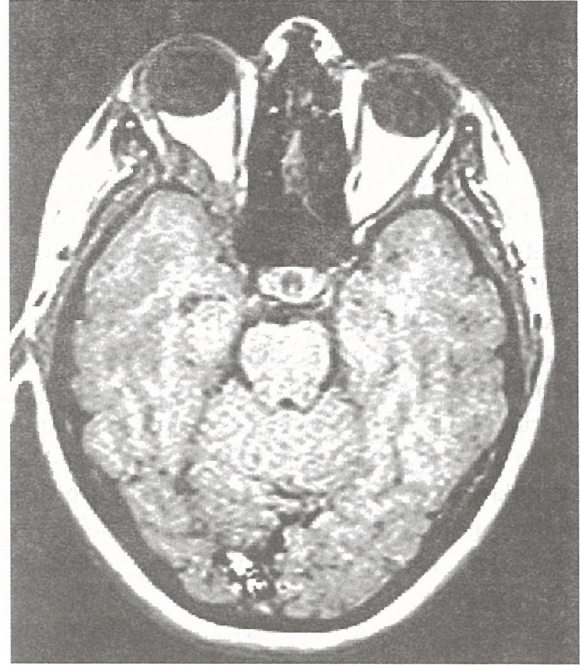
Steroid tedavinin bitiminden sonra 2 ay kadar asemptomatik seyreden hasta sağ gözde rekürrensle geldi ve tekrar steroid tedavi alındı.



Resim 8: Tedavi öncesi-MRG(T2)



Resim 7: Tedavi öncesi-MRG (T1 A)



Resim 9: Tedavi sonrası-MRG (T1 A)

TARTIŞMA

Orbital psödötümör, izole orbital miyosit, yaygın orbital inflamasyon, fokal kapsüllü kitle ve Tolosa-Hunt Sendromuna kadar değişen bir yelpazede karşımıza çıkabilir. İnflamasyonun

mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte otoimmün nedenle oluştuğu düşünülmektedir⁽¹⁾.

Başlangıç akut, subakut veya kronik olabilir. Histopatolojik olarak akut formda polimorf nüveli lökositler, eozinofil, makrofaj ve plazma hücreleri gözlenmiştir. Orbitanın küçük damarlarında vaskülit görülebilir. Subakut ve kronik formlarda fibrozis gelişir ve orbital yapılarda fiksasyon oluşabilir^(9,6).

Klinik olarak göz hareketlerinde ağrı, göz kapağında şişme ve kızarıklık, proptozis, pitozis, çift görme ve görmede azalma meydana gelir. Ekstraoküler kasların primer etkilendiği formda (orbital miyosit) çift görme ve hareket kısıtlanması belirgindir. Siatkowski ve ark.'nın 100 olguluk orbital miyosit serisinde başlama yaşı 9-84 olup, ortalama 30'lu yaşlarda kadınlarda erkeklere göre iki misli sık görülür. % 68 olguda tek kas tutulmuştu ve en sık (% 33) lateral rektus tutulur. % 22 olguda iki, % 10 olguda üç ve daha fazla kas tutulmuştu. Bilateral etkilenme sadece 1 hastada bildirilmiştir⁽⁷⁾.

Bizim hastamızda da sağ gözde lateral ve superior rektus ile levatör palpebra kasları tutulmuştu. Sol gözde hareket kısıtlılığı olmamasına karşın hafif hiperemi, ödem ve GUP latansında gecikme bize bilateral etkilenmeyi düşündürdü.

Siatkowski hastalığının başlangıcında kastaki minimal inflamasyonun hareket kısıtlılığı yaratmadığını ancak ilk haftanın sonunda kastaki genişlemenin kısıtlılığa yol açtığını belirtmektedir. Literatürdeki olguların çoğu 4-18 gün içinde yani kasın paretik döneminde tanı konmuş olgulardır. Kronik döneme girildikçe fibrozis nedeniyle restriktif tip parezi dikkat çeker⁽⁷⁾. İnflamasyonun orbital apeksi tuttuğu durumlarda optik nöropati bulguları dikkati çeker; görme keskinliğinde azalma, görme alan defektleri, rölatif afferent pupil defekti (Marcus-Gunn pupillası) ve disk ödemi gibi⁽⁹⁾.

Hastamızda görme keskinliğinde azalmayı takiben çift görmenin ortaya çıkması başlangıçta kavernoza sinüs tromboflebiti-orbital apeks sendromunu düşündürmüştü. Ancak 10. ve 25. Günlerde çekilen MRG ve Venogramın normal olması ve ancak 25. günde çekilen orbita MRG ile tanı konabilmesi yukarıda tanımlanan klinik gelişmeyi destekler ve görüntüleme yöntemlerinin başlangıçta normal olmasının yanıltıcı

olabileceğine ve tekrarlanmanın önemine işaret eder.

Orbital psödötümörün ayırıcı tanısında orbital sellülit, tiroid oftalmopati, A-V malformasyon, sarkoidoz-tüberküloz-sifilis gibi granüloamatöz enfeksiyonlar, Wegener granüloatozu, kollagen doku hastalığı, mukormikozis, lenfoma, metastatik infiltrasyonlar düşünülmelidir.

Hastaların yaklaşık % 68'i sistemik tedaviye iyi cevap verir ancak %15-%23 olguda 3-8 ayda rekürrens görülebilir^(7,5). Bizim hastamız da başlangıçta steroide dramatik cevap vermesine rağmen 2 ayın sonunda rekürrenle başvurdu ve tekrarlanan steroid tedaviye tekrar iyi yanıt alındı.

KAYNAKLAR

1. Atabay Ç, Tyutyunikov A, Scalise D, Stolarski C, Hayes M, Kenerdell JS et al. Ophthalmology 1995;102(1):145-153.
2. Aydın K, Narin N, Kuddusi E, Kurtulu S, Hallaç K, Poyrazoğlu MH. Bilateral proptozis caused by orbital myositis. The Turkish Journal of Pediatrics 1998;40:135-138.
3. Günalp I, Gündüz K, Yazar Z. Idiopathic orbital inflammatory disease. Acta Ophthalmol 1996;74:191-3.
4. Henderson JW. Orbital Tumors. 3rd ed. New York:Raven Press, 1994;26:174-95.
5. Mannor G, Rose GE, Moseley IF, Wright JE. Outcome of orbital myositis. Clinical features associated with recurrence. Ophthalmology 1997;104:409-14.
6. Mombaerts I, Schlingemann RO, Goldschmeding R, Koornneef L. Idiopathic granulomatous orbital inflammation. Ophthalmology, 1996; 103: 2135-2141.
7. Siatkowski M, Capo H, Sandra FB, Gendron EK, Flynn JT, Munoz M, et al. Clinical and echographic findings in idiopathic orbital myositis. Am. J. Ophthalmol. 1994;118:343-350.
8. Stidham BD, Sondhi N, Plager D, Helveston E. Presumed isolated inflammation of the superior oblique muscle in idiopathic orbital myositis. Ophthalmology 1998; 105:2216-2219.
9. Weber A, Romo VL, Sabates NR. Pseudotumor of the orbit. Clinical, pathologic and radiologic evaluation. Radiologic Clinics of North America 1999;37(1):151-168.