

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
سال سی و پنجم (۱۳۸۰)، شماره ۵۱، صفحه ۲۵

بررسی تومورهای سلارو پاراسلار بستری شده در بخش جراحی مغز مرکز آموزشی و

درمانی امام خمینی تبریز

دکتر سعید پناهی^۱ دکتر بهلول اصغری^۲ دکتر غفار شکوهی^۳ دکتر مسلم شاکری^۴

خلاصه

زمینه و اهداف: ساختمانهای مهم متعددی در مجاورت سل تورسیک و غده هیپوفیز قرار دارد و وجود ارتباط نزدیک بین این بافتها باعث می شود که تعداد زیادی ضایعات پاتولوژیک در این منطقه مشاهده گردد. با در نظر گرفتن این مسأله، بیمارانی که تحت عمل جراحی چنین تومورهائی قرار گرفته بودند بررسی شدند.

روش بررسی: این مطالعه به صورت گذشته نگر و آینده نگر تمام بیماران دارای تومورهای سلار و پاراسلار بستری در بخش جراحی مغز بیمارستان امام خمینی تبریز را بین سالهای ۱۳۷۴ تا ۱۳۷۸ شامل می شود. بیماران از نظر بالینی برای هر نوع ضایعه پاتولوژیک قبل و بعد از عمل مورد بررسی قرار گرفتند.

-
- ۱- استاد جراحی مغز و اعصاب مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
 - ۲- استادیار جراحی مغز و اعصاب مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
 - ۳- استادیار جراحی مغز و اعصاب مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی دانشگاه علوم پزشکی تبریز - نویسنده رابط
 - ۴- رزیدنت جراحی مغز و اعصاب

یافته ها: در طول مدت پنج سال تعداد ۵۷ بیمار در مرکز پزشکی امام خمینی پذیرفته شدند که بیشترین تعداد این بیماران را آدنوم هیپوفیز و در درجه دوم کرانیوفارنژیوم تشکیل می دادند. شایعترین تظاهر تومور اختلال دید و شایعترین عارضه بعد از عمل دیابت بی مزه بوده است.
نتیجه گیری: از آنجا که تشخیص و درمان به موقع تومورهای سلار و پاراسلار باعث کاهش عوارض می شود، لذا در موارد اختلالات بینایی، اعصاب کرانیال و آندوکراین این تومورها باید جزء تشخیصهای افتراقی مهم مد نظر باشند.
کلید واژه ها: سلار، پاراسلار، تومور

مقدمه

از نظر مطالعات تشخیصی، MRI روش انتخابی برای ارزیابی سلار و پاراسلار می باشد (۱۱)، ولی مطالعات دیگری همچون مطالعات اندوکراین، بررسیهای رادیو گرافیک ساده جمجمه، CT اسکن، آنژیو گرافی و سیسترنوگرافی با متریزامید و ونوگرافی سینوس کاورنو و نمونه برداری از خون سینوس پتروزال نیز می تواند کمک کننده باشد. برای جراحی تومورهای این ناحیه از روشهای اینتراکرانیال و ترانس اسفنوئید بسته به نوع و موقعیت تومور و ملاحظات آناتومیک ناحیه استفاده می شود (۱۲).

مواد و روش تحقیق

این مطالعه یک بررسی گذشته نگر و آینده نگر توصیفی است که روی بیماران مبتلا به تومورهای سلار و پاراسلار بستری در بخش جراحی مغز و اعصاب بیمارستان امام خمینی تبریز از سال ۱۳۷۴ لغایت ۱۳۷۸ به مدت پنج سال انجام شده است.

در این بررسی تمام بیماران بستری که در CT یا MRI دارای ضایعات فضا گیر ناحیه سلار و پاراسلار بودند از نظر سن، جنس، علایم بالینی، اقدامات تشخیصی، علایم پاراکلینیک، اقدامات درمانی اعم از دارویی یا جراحی، عوارض جراحی و نوع عمل جراحی مورد ارزیابی قرار گرفتند.

نتایج

تعداد ۵۷ بیمار دارای ضایعات تومورال سلار و پاراسلار بستری شدند که از این تعداد ۳۶ مورد مذکر و ۲۱ مورد مونث بودند. از نظر توزیع سنی جوانترین بیمار ۶ ساله و مسن ترین آنها ۶۹ ساله بود. از نظر پاتولوژیک ۳۴ مورد آدنوم هیپوفیز، ۱۲ مورد کرانیو فارنژیوم، ۶ عدد مننژیوم، دو مورد گلیوم، یک مورد SCC نازو فارنکس، یک مورد کارسینوم پلکوس کورئوئید و یک مورد کیست هیداتیک بود.

آدنومهای هیپوفیز ۵۹٪ تومورهای سلار را تشکیل می دادند که شایعترین تظاهر بالینی اختلال دید در ۹۲٪ موارد بود. در تمام

سل تورسیک حفره کوچکی است که توسط استخوان اسفنوئید به وجود می آید و در داخل آن غده هیپوفیز قرار می گیرد. استخوان اسفنوئید در قسمت قدامی ناحیه بازیلر استخوان اکسیپوت قرار می گیرد و از یک بخش میانی به نام تنه، دو بال بزرگ، دو بال کوچک و دو زائده پتریگوئید تشکیل می شود. تنه اسفنوئید حاوی سینوس هوایی اسفنوئید می باشد. ساختمانهای متعددی در مجاورت سل تورسیک قرار دارد که شامل عصب اپتیک، کیاسما، شریان کاروتید داخلی، سینوس کاورنو و لوب تمپورال است (۱).

قطر غده هیپوفیز در بالغین ۱/۵-۱/۲ سانتی متر و وزن آن ۰/۵-۰/۶ گرم می باشد. غده در داخل سل تورسیک واقع شده و توسط استالک به هیپو تالاموس متصل است. غده هیپوفیز از دو لوب قدامی یا آدنوهیپوفیز و لوب خلفی یا نورو هیپوفیز تشکیل می شود.

ضایعات پاتولوژیک ناحیه سلار و پاراسلار به دو گروه بزرگ تقسیم می شود:

گروه اول ضایعات نئوپلاستیک شامل تومورهایی با منشأ آدنوهیپوفیز (۲) مانند آدنوم و کارسینوم و تومورهایی با منشأ غیر آدنوهیپوفیز مانند سارکوم و کرانیو فارنژیوم و گلیوم می باشد (۳).

گروه دوم شامل کیستهای غیر نئوپلاستیک، اختلالات التهابی و عروقی می باشد (۴و۵).

تظاهرات بالینی ضایعات سلار و پاراسلار به دو گروه علائم عمومی و اختصاصی تقسیم می شود. علائم عمومی شامل:

اختلال بینایی به صورت اختلال میدان دید و کاهش قدرت بینایی (۶)، اختلال محور هیپوفیز - هیپو تالاموس (۷)، فلج اعصاب کرانیال، هیدرو سفالی (۸)، سردرد (۹)، گرفتاری بافت مغزی مجاور و تظاهرات اختصاصی که به صورت آندوکرینوپاتیهای مختلف بروز می کند (۱۰).

از مجموع ۵۴ بیمار عمل شده، ۳ مورد فوت شدند و لذا مورتالیتی عمل ۳/۷٪ بود.

شایعترین عارضه جراحی تومورهای سلار، پاراسلار پیدایش دیابت بی مزه پس از عمل بود که در ۱۸٪ دیده شد که از این تعداد ۵۰٪ موارد با اقدامات دارویی غیر از وازوپرسین بهبود یافتند و نصف دیگر نیازمند استفاده از دسموپرسین شدند.

از عوارض ناشایع دیگر می توان از آمپیم ساب دورال، پنومو سفالوس، خونریزی و نشت موقت CSF را نام برد.

در بررسی مشابهی از بخش نوروفتالمولوژی بیمارستان Xizing چین از تعداد ۴۰۷ تومور ناحیه سلار، ۲۹۶ مورد آدنوم هیپوفیز (۷۲٪)، ۵۲ مورد کرانیوفارنژیوم

(۱۳٪) و ۴۳ مورد مننژیوم (۱۰٪) بود که از حیث ترتیب شیوع و درصد با آمار این مرکز مطابقت می کند. همچنین در آدنوم هیپوفیز شیوع نقص بینایی و اختلال دید ۹۲٪ گزارش شده که دقیقاً با آمار ما مطابقت دارد (۱۳).

در دو بررسی ارایه شده از دپارتمان افتالمولوژی بیمارستان Kaohsiunh چین، از نظر توزیع سنی، کمترین موارد آدنوم هیپوفیز در افراد جوان زیر ۱۰ سال و افراد مسن بالای ۶۰ سال دیده شده که با توزیع سنی این مرکز مطابقت دارد.

بحث

شایعترین تظاهر بالینی در سری بررسی شده اختلال دید می باشد که می تواند به صورت اختلال میدان یا قدرت بینایی تظاهر کند، در مواردی که تشخیص و جراحی با تأخیر صورت گرفته اختلال دید شدید تر بوده و بهبودی پس از عمل نیز کمتر است.

لذا در بیماران با اختلال میدان بینایی یا قدرت بینایی باید تومورهای سلار جزء تشخیصهای اول مد نظر باشد.

آندوکرینوپاتی آدنوم مترشحه پرولاکتین و در درجه دوم آکرومگالی به عنوان شایعترین آدنومهای هیپوفیز بوده و در ضمن نازایی، کاهش لیبیدو و آمنوره از سایر تظاهرات آندوکرین می باشد که ضایعات تومورال هیپوفیز را به خاطر می آورد.

بیماران اختلال میدان دید بصورت دفکت بای تمپورال، همی آنوپسی یا کوچک شدن میدان دید پریفرال وجود داشت.

در ۱۴٪ موارد کاهش شدید دید یک چشم و در یک مورد کاهش شدید دید هر دو چشم وجود داشت. در ۸۸٪ موارد آدنوم هیپوفیز، سردرد وجود داشت که دومورد سردرد شدید ناگهانی به علت آپو پلکسی هیپوفیز بود.

علایمی مانند آمنوره و نازایی در ۲۳٪ موارد مشاهده شد. آکرومگالی در ۱۷٪ موارد، هیدروسفالی ۲۶٪ و تشنج در ۱۴٪ موارد وجود داشت. یکی از علایم نادر آدنوم، اختلال رشد، نارسایی آدرنال و هیپوتیروئیدی بود.

از ۶ مورد بیمار مبتلا به مننژیوم ناحیه سلار، تمام موارد از اختلال دید شاکلی بود ند، سر درد در نصف موارد و فلج زوج شش و دو بینی در ۲ مورد وجود داشت.

آستروسیتوم با گرید پایین در دو مورد دیده شد که هر دو دچار اختلال بینایی و نقص میدان نازال در پریمتری بودند. یک بیمار با SCC نازو فارنکس توام با گسترش تومور به داخل سلار و پاراسلار بستری بود. یک بیمار که قبلاً تحت کیست هیداتیک پاریتال قرار گرفته بود، با کیستهای متعدد سیسترن سوپراسلار بستری بود. یک بیمار جالب پسر ۶ ساله ای بود که با سردرد ژنرالیزه، نیستاگموس، اختلال شدید دید در حد فقط تشخیص نور و در MRI تومور وسیع پاراسلار با گسترش به داخل بطن سوم و لاترال و هیدروسفالی بستری شد که با تشخیص کارسینوم پلکسوس کورئید به رادیو تراپی ارجاع شد.

تشخیص در ۳۰ مورد (۵۲٪) با CT اسکن و ۲۷ مورد (۴۸٪) با MRI داده شد.

از ۵۷ بیمار بررسی شده، یک مورد با کارسینوم پلکسوس کورئید به رادیو تراپی معرفی شد، ۲ بیمار مسن به علت وجود دیابت غیر قابل کنترل و COPD با دستورهایی دارویی مرخص شدند. پنجاه و چهار بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفتند. در بیماران دارای آدنوم هیپوفیز از ۳۲ بیمار عمل شده ۳۱ مورد با آپروچ اینتراکرنیال و تنها ۱ مورد با آپروچ ترانس اسفونوئید تحت جراحی قرار گرفتند از ۳۱ بیماری که تحت جراحی اینتراکرنیال قرار گرفته بودند، ۲۰٪ با روش بای فرونتال، ۱۰٪ با روش ساب فرونتال و ۷۰٪ با روش پتریونال اکسپوز شدند.

در ۲ بیمار دارای کرانیوفارنژیوم از روش لامینا ترمینالیس و ترانس کورتیکال ترانس و نتریکولر استفاده شد.

از نظر روش جراحی روش ترانس اسفنوئید از طرفداران زیادی بخصوص در ضایعات داخل سلار برخوردار است ولی هنوز هم برای تومورهای با گسترش وسیع جانبی از روشهای اینتراکرانیاال به طور انتخابی استفاده می شود.

با توجه به شیوع بالای اختلال دید جدا شدنی، اقدامات تشخیصی قبل از عمل شامل بررسیهای هرمونی و پریمتری است.

استاندارد طلایی تشخیص رادیولوژیک، MRI با بررسیهای کروئال است. و امروزه از MRI دینامیک برای بررسیهای دقیقتر استفاده می شود.

References:

1. Youmans JR. Neurological Surgery : Hydrocephalus in childhood . 4 th ed . New York , Saunders , 1996;P:890,910-11,945-6.
2. Czarnecki P , Lacombe D , Weiss L. Toriello. Carey syndrome . Am J Med Genet 1996;65:291-4
3. Davis SL, Tooley WH , Hunt JV . Developmental outcome following post hemorrhagic hydrocephalus in preterm infants . AM J Dis Child 1987;141:1170-4.
4. Inoue T, Kaneko Y, Mannoji H, Fukui M. Giant cell granulomatous hypophysitis manifesting as an interasellar mass . Neurol Med Chir Tokyo 1997; 37(10):766-70 .
5. Guoth MS , Kim J , Brines ML . Neurosarcooidoses presenting as hypopituitarism . Mm J Med Sci 1998; 315 (3):220-4.
6. Huang WC , Lee LS . Visual field defect in patient with pituitary adenomas . Chung Hul IH Sueh Tsa 1997; 60(5):245-51.
7. Kivela T, Pelkonen R , Oja M, Heiskanen O. Diabetes insipidus and blindness caused by asuprasellar tumor . JAMA 1998 ; 279(1):48-50 .
8. Verhelst J, Berwaerts J, Abs R, Dua G, Van Den Wetngaert D, Mahler C . Obstructive hydrocephalus as complicatiom of pituitary adenoma . Acta Clin Belg 1998; 53(1):47-52.
9. Zajadacz B, Juszkiewicz A . Headache as the main symptom of advanced craniopharyngioma . Wiad Lek 1997; 50(12):328-30 .
10. Selvais P, Maiter D . Cushing disease . Eur J Endocrinol 1998 ; 138(2)153-9 .
11. Sakamoto J , Takahashi M , Korogi Y . Normal and abnormal pituitary glands . Radiology 1991; 178:441
12. Martin JB . Management of hypersecretory pituitary adenomas . Clin Neurosurg 1980; 27:99 .
13. Eu X , Wang H. Ocular Symptoms of tumors at sellar turcica region . Yen Ko Hsueh Pao 1996 ;12(3):166-8 .
14. Lee Ag , Sfrza PD , Fard AK , Repca Mx, Baskin DS, Dauser RC. Pituitary adenoma in children. J Neurophthalmol 1998; 18(2):102-5 .
15. Chong CZ , Wang CJ , Hwang SI ,Howng SL. Pituitary adenoma in the old age . Kao Hsiung I Hsueh 1998 ; 14(1):1-5.