پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی
سال ۲۵، شماره۴، صفحات ۲۷۳ - ۲۷۱ (زمستان ۱۳۸۰)

گزارش یک مورد
بیماری پاژه استخوانی با درگیری دو طرفه کانال بینایی

دکتر مهدی خواجوی*، دکتر مهدی حبیبی**

* استادیار، بخش گوش و حلق و بینی، بیمارستان لقمان حکیم، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی
** دستیار، بخش گوش و حلق و بینی، بیمارستان لقمان حکیم، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی

خلاصه

پاژه بیماری نسبتا" شایع سیستم اسکلتی در سنین بالا می‌باشد که با افزایش ضخامت استخوان به طور موضعی و با جابجایی استخوانی مشخص همراه خواهد بود. این بیماری در سنین کمتر از ۲۰ سال به ندرت گزارش شده است.

در این مقاله یک مورد بیماری پاژه استخوانی در مرد جوان ۱۷ ساله ای گزارش شده است که با شکایت از کاهش پیشرونده بینایی در دو چشم مراجعه نموده است و با توجه به سی‌تی اسکن بیمار که نمایانگر تحت فشار قرار داشتن عصب بینایی در کانال می‌باشد، عمل جراحی دکمپرسیون عصب بینایی در سمت چپ (که هنوز آتروفیه نشده است) صورت می‌گیرد و نمونه پاتولوژی به دست آمده از استخوان تغییر شکل یافته حاکی از بیماری پاژه استخوان در کانال اپتیک می باشد.

پس از انجام عمل جراحی و برداشتن فشار از روی عصب بینایی دید بیمار بهبودی نسبی پیدا نموده و پیشرفت فشار روی عصب بینایی متوقف می شود.

واژگان کلیدی: *پاژه استخوانی، کانال بینایی*

مقدمه

بیماری پاژه یک بیماری نسبتا" شایع سیستم اسکلتی می باشد که غالبا" سیستمیک بوده ولی می‌تواند محدود به یک یا چند استخوان صورت و جمجمه باشد(۱). نسبت درگیری مرد به زن دو به یک می باشد و حدود ۹۰ تا ۹۵ درصد از بیماران مبتلا بیش از ۴۰ سال دارند. ولی بیماری می‌تواند هر گروه سنی و حتی نوزادان را نیز مبتلا نماید. این بیماری در اروپا نسبتا" شایع می‌باشد ولی در آسیا به ندرت مشاهده می‌شود(۲).

بیماری به طور عمده بدون علامت بوده و در صورت علامت دار شدن، درد و تغییر شکل استخوانی علائم اصلی می‌باشند(۳).

در صورت منتشر بودن بیماری و درگیری چند استخوان شکستگی‌های متعدد استخوانی، افزایش اندازه دور سر، سمع بروئی بر روی سر، کوری، ناشنوایی، چماقی شدن پاها، کیفوز و بالاخره در موارد بسیار پیشرفته نارسائی قلبی از نوع high out-put از دیگر تظاهرات بیماری می‌باشند (۲). در این بیماری درگیری استخوانهای لگن، استخوانهای بلند، ستون فقرات و جمجمه بیشتر از دیگر استخوان ها دیده می‌شود(۴).

معرفی بیمار

بیمار آقای ۱۷ ساله است که از ۲ سال پیش ابتدا دچار کاهش بینایی پیشرونده چشم چپ و سپس کاهش بینایی چشم راست شده است. در زمان مراجعه دید چشم چپ در حد درک نور بوده و چشم راست در حد شمارش انگشتان در فاصله ۳cm بود. بیمار تاریخچه ای از درد استخوانی، کاهش شنوایی و یا شکستگی‌های استخوانی را ذکر

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-20]

نمی‌کند. در تاریخچه قبلی بیمار سابقه تشنج در سه سالگی و ابتلا به سنگ مثانه با ماهیت شیمیایی نامشخص در ۱۰ سالگی وجود دارد.

در معاینه اولیه بیماری نسبتا" کوتاه قد با سری بزرگتر از حد معمول (دور سر ۵۷cm) به نظر می رسید. بیمار قفسه صدری کبوتری، انگشتان دست پهنتر از حد معمول و پوست و مفاصل با انعطاف پذیری بیشتر از حد معمول داشت.

در معاینات چشمی بیمار تنها نکته پاتولوژیک غیر از کاهش حدت بینایی، محدودیت حرکت چشم چپ به سمت خارج است. در معاینه فوندوسکوپی بیمار عصب چشم چپ کاملا" آتروفیه شده است و چشم راست نیز درجاتی از رنگ پریدگی را نشان می دهد.

کلسیم و فسفر طبیعی و آلکالن فسفاتاز در حد ۶۵۰ میلی‌گرم در دسی لیتر می باشد.

در گرافی ساده استئوپروز ژنرالیزه در جمجمه، لگن و دست مشاهده می شود. در سی تی اسکن با تزریق ماده حاجب از اربیت و کانال بینایی، باریک شدگی راس کانال و فشار بر روی عصب بینایی مشاهده می‌شود. علاوه بر آن تنگ‌شدگی فیسور اربیتال فوقانی چشم چپ نیز نمایان است.

بحث

بر اساس یافته‌های رادیولوژیک مذکور برای بیمار احتمال هیپرپاراتیروئیدیسم، استئومالاسی و مولتیپل میلوما مطرح گردید. بیماری پاژه در مراحل اولیه شبیه هیپرپاراتیروئیدیسم است ولی نمای خاص رادیولوژیک و نیز طبیعی بدون اندازه کلسیم و فسفر به تمایز این دو کمک می‌کند(۳).

عوارض نورولوژیک به خصوص اگر موضع درگیری استخوان نزدیک عصب باشد در پاژه شایع می باشد. به طوری که در صورت درگیری جمجمه، احتمال ایجاد فشار بر روی عصب دوم، پنجم و هشتم جمجمه ای وجود دارد و در نتیجه بیمار با علائمی نظیر کاهش شنوایی، نورالژی تری‌ژمینو، اختلالات نابینایی یکطرفه و دوطرفه و حتی نابینایی مراجعه می نماید و اختلال در عصب هفتم نیز گزارش شده است(۵).

در بیمار مورد نظر نیز درگیری عصب بینایی به علت اثر فشاری استخوان مبتلا در طی دو سال مشاهده شد.

بیماری از نظر هیستولوژیک از سه مرحله اولیه با افزایش فعالیت استئوکلاست ها که از نظر رادیولوژیک در جمجمه نمای مشخص Osteoporosis Circumscripta را به وجود می آورد و میانی با افزایش فعالیت توام استئوبلاست‌ها و استئوکلاست‌ها که در پاتولوژی نمای خاص موزائیک را ایجاد می کند و بالاخره مرحله نهایی که در آن ارجحیت با فعالیت استئوبلاست هاست- مشخص می‌شود.(۶)

با توجه به تحت فشار قرار گرفتن عصب اپتیک در کانال منطقی‌ترین درمان برداشتن فشار بوسیله جراحی است. سایر درمانهای مورد استفاده برای بیماری پاژه مثل استفاده از دی‌فسفونات‌ها ، کلسیتونین و حتی میترامایسین (۷) در مورد این بیماری به نظر موثر نمی‌رسد.

با توجه به نظر همکاران چشم پزشک مبنی بر آتروفیه شدن غیرقابل برگشت عصب بینایی چپ تصمیم به دکمپرسیون عصب بینایی راست گرفتیم.

روش انتخابی ما در دکمپرسیون عصب بینایی اتموئیدکتومی اکسترنال بود. بعد از انجام برش lynch و اسفنواتموئیدکتومی طرف راست و دنبال نمودن شرائین اتموئیدال قدامی و خلفی، کانال بینایی در قسمت فوقانی – داخلی نمایان شده و با برداشتن دیواره استخوانی آن عصب بینایی به طور کامل دکمپرس شد.

ضخامت استخوان در ناحیه مذکورافزایش یافته ولی نرمتر از حدمعمول به نظر می رسید، از این رو نمونه استخوانی جهت پاتولوژی فرستاده شد که نمای تیپیک موزائیک آن تشخیص بیماری پاژه را تایید نمود.

پس از اطمینان از جواب پاتولوژی درمان مدیکال آغاز گردید و در معاینات دوره ای به عمل آمده از بیمار حدت بینایی بیمار سه ماه بعد به حد شمارش انگشت در فاصله ۷ سانتی‌متر افزایش یافته بود و سی تی اسکن آزاد بودن عصب اپتیک ناشی از دکمپرسیون کامل را در سمت راست نشان داد.

REFERENCES

1- Munier PJ, Salson C, Matheiu L, et al. Skeletal distribution and biochemical parameters of pagets disease. *Clin Orthop* 1987;7:37.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-20]

2- Jaffe HI. ***Metabolic, degenerative and inflammatory diseases of bones and joints***.Philadelphia, Lea and febiger. 1972;p:193.

3- Greenspan A, Norman A, sterling AP. Precscious onset of pagets disease- A report of three cases and review of the literature. ***J Can Assoc Radiol*** 1977; 28:69.

4- Maldague B, Malghem A. Dynamic radiologic patterns of pagets disease of bone. ***Clin Orthop*** 1987; 217:126.

5- Mirra J, Baur F, Grant T. Giant cell tumor with viral like intranuclear inclusions associated with pagets disease. ***Clin Orthop*** 1981; 158:243.

6- Eyring E, Eisenberg E. Congenital hyperphosphatasia: A clinical, pathological and biochemical study. ***J Bone Joint Surg*** 1968; 50:1099.

7- Douglas DL. Spinal and dysfunction in pagets disease of bone: Has medical treatment a vascular basis? ***J Bone Joint Surg*** 1987; 63B: 495-503.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-20]