

ORBİTA VARİSİNE BAĞLI DİNAMİK PROPTOZİS

DYNAMIC PROPTOSIS AND ORBITAL VARIX

Ö. Faruk Ünal, Ali Canbolat, Kıraç Türker, Kemal T. Hepgül, Hüsameddin Gökay

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Nöroşirürji Anabilim Dalı, İstanbul.

Türk Nöroşirürji Dergisi 4 : 288 - 291, 1992

ÖZET :

Zorlamayla ortaya çıkan dinamik proptosis, orbita bütünlüğünün bozulmadığı durumlarda, venöz patolojilere, sıklıklada orbita varisine bağlıdır. Orbita varisinde en sık görülen semptom dinamik proptosisdir. Ancak, tromboz ve kanama gibi komplikasyonlar gelişirse, oftalmopleji ve görme bozukluğu eşlik edebilir. Tanı, günümüzün modern görüntüleme yöntemleriyle, kolayca konulabilmektedir. Tedavi, proptosis derecesine, eşlik eden oküler bulgu, ağrı ve progresyona göre değişiklik göstermektedir. Orbita varisi bulunan iki olgu sunulmakta; klinik, nöroradyolojik özellikler ve tedavi prensipleri tartışılmaktadır.

Anahtar Kelimeler : Orbita Varisi, Proptosis.

SUMMARY :

Induced dynamic proptosis in a patient with an intact bony orbit, is due to venous pathologies, most probably to an orbital varix. Dynamic proptosis is the most common symptom. If the varix is complicated by thrombosis of hemorrhage, ophthalmoplegia and visual disturbances accompany. Diagnosis is easy with the modern imaging facilities. Treatment depends on the degree of proptosis, ocular findings, pain and progression of the disease. Two patients with orbital varices are presented; clinical, neuroradiological features and treatment principles are discussed.

Key Words : Orbital Varix, Proptosis.

GİRİŞ

Dinamik proptosis, diğer bir deyişle aralıklı ("intermittent") egzoftalmi, arteriyel veya venöz sistemlerdeki hemodinamik değişikliklerin, ya da orbitada kemik defekti varlığında beyin pulsasyonlarının veya çiğneme kasları hareketlerinin, orbita içeriğini etkilemesi yoluyla ortaya çıkabilir (2). Orbital bütünlüğün bozulmadığı olgularda dinamik proptosis hemodinamik kaynaklıdır ve kendiliğinden ya da zorlamayla ortaya çıkabilir. Kendiliğinden olanlar, intrakavernöz karotis anevrizması, arterio-venöz fistül veya aşırı vasküler tümör nedeniyledir; zorlamayla ortaya çıkanlar ise venöz kaynaklıdır (2).

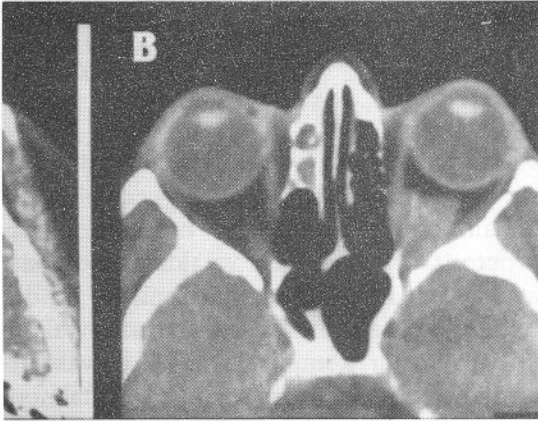
Bu yazıda, zorlamayla ortaya çıkan dinamik

proptosisi bulunan orbita varisli iki olgu sunulacak; nadir görülen semptom ve patoloji dokuz yıla uzanan takibin getirdiği deneyim ışığında tartışılacaktır.

OLGU 1

45 yaşındaki kadın hasta, 2 yıldır süregelen sol egzoftalmi yakınmasıyla Temmuz 1983 tarihinde yatırıldı. Egzoftalmiyi ilk kez yatarken fark ettiği, kalkınca normale döndüğü, eforla veya öne eğildiğinde egzoftalminin tekrarladığı öğrenildi. Travma öyküsü olmayan hasta özgeçmişinde 6 yıl önce sol orbitada selülit tanımlıyordu. Muayenesinde, görme tam, göz dibi, perimetri, göz içi basıncı ve oküler hareketleri normaldi. Venöz basıncı artıran girişim-

lerle ortaya çıkan, hafif ağrılı, redüktibl, pulzasyonsuz, aksiyel egzoftalmi saptandı. Üfürüm yoktu. Egzoftalmometreyle ayakta yapılan ölçümlerde sağ ve sol 19 Hertel bulundu. Juguler kompresyonla sol göz değeri 23 Hertel'e yükseldi. Nörolojik ve oftalmolojik muayenenin diğer unsurlarıyla, sistem muayeneleri doğal bulundu. Direkt grafileri normal olan hastanın BT'sinde sol orbita konisi tepesine doğru uzanan spontan hiperdens, (Resim 1-a), kontrast verilmesiyle boyanan bir oluşum vardı. Egzoftalmının venöz basınçtaki artışla ortaya çıkması ve BT bulguları, patolojinin vasküler bir süreç olabileceğini düşündürdü. Yapılan sol karotis anjiyografisi normal bulundu. Sol vena jugularisten inferior petrozal sinüse girilerek yapılan venografide, vena oftalmika superior distal parçasında venöz göllenme saptandı. Orbita varisi olarak değerlendirilen oluşum, görmeyle ilgili bir bozukluğa yol açmadığından, girişim düşünülmedi. Günümüze değin sürdürülen takiplerde, BT'de değişiklik görülmedi, yeni semptom ve klinik bulgu saptanmadı (Şekil 1-b).



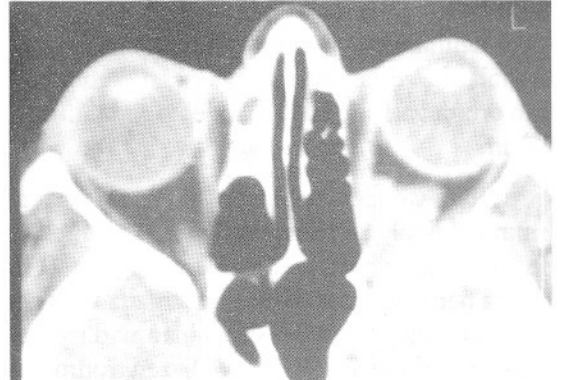
Şekil 1 : 1 . Olgunun Bt görüntüleri,



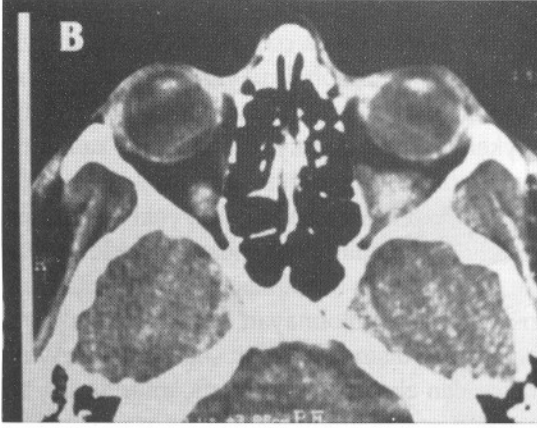
Şekil 1 : (a) İlk başvuruda

OLGU 2

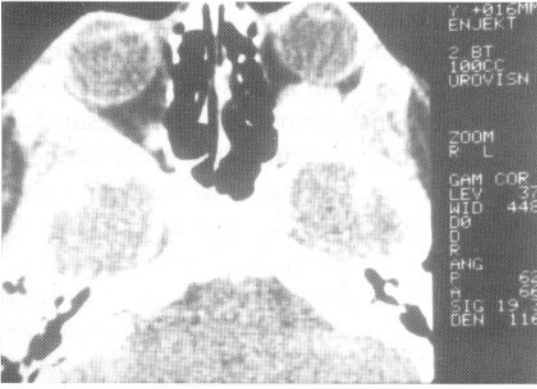
14 yaşında erkek çocuğu, solda zorlamayla ortaya çıkan egzoftalmi yakınmasıyla, Ocak 1985 tarihinde, yatırıldı. 2 Ay önce sabah yataktayken sol egzoftalmiyi farketdiği ve kalktığında bunun gerilediğini gözlediği öğrenildi. Travma ve enfeksiyon hikayesi yoktu. Hastanın nörolojik ve oftalmolojik muayenesinde sol gözde, venöz dönüş bozulmasıyla ortaya çıkan, ağrısız, pulzasyonu olmayan, redüktibl ve aksiyel egzoftalmi dışında patoloji saptanmadı. Ayakta yapılan ekzoftalmometre ölçümünde sağ 17/ sol 18 Hertel bulundu. Juguler kompresyonla ölçüm solda 23 Hertel'e ulaştı. Sistem muayeneleri doğal bulundu. Direkt grafileri normal olan hastanın BT'sinde, sol orbita alt-dış bölümünde yer alan, spontan hiperdens, kontrast verilmesiyle boyanan bir oluşum vardı (Resim 2-a). İlk olgudaki gibi, egzoftalmının venöz basınçtaki artışla ortaya çıkması ve BT bulguları ışığında, yine vasküler bir patoloji olabileceği düşünülürdü. Yapılan sol karotis anjiyografisi doğal bulundu. Frontal venden kontrast verilerek ve iki yanlı juguler kompresyonla yapılan venografide, orbita konisi şeklini alan ve vena oftalmika superiorla ilişkili göllenme saptandı. Orbita varisi olarak değerlendirilen oluşum görmeyle ilgili bir bozukluğuna yol açmadığından, girişim düşünülmedi. Günümüze kadar sürdürülen takiplerde dinamik proptosis derecesinin giderek gerilediği ve istirahat halinde enoftalmi geliştiği saptandı. Görme, oküler hareketler ve ağrıya ilişkin yakınması olmayan hastada yapılan BT kontrolünde varisin sebat ettiği gözlendi (Şekil 2-b).



Şekil 1 : (b) 9 Yıl sonrki kontrolünde



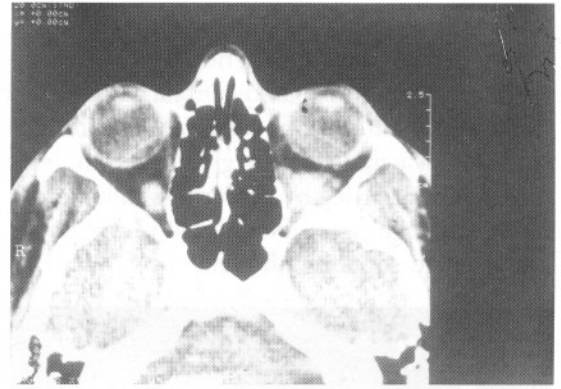
Şekil 2 : 2. Olgunun BT görüntüleri



Şekil 2 : (a) İlk bavuruda

düğü bildirilmiştir (3). Bazen lenfoid infiltrasyon da gözlenmiştir (7). İlk olgumuzun öyküsünde 6 yıl önce orbita selülitinin bulunması, bu hastadaki varis gelişiminden enfeksiyonun sorumlu olabileceğini düşündürülebilir, ancak cerrahi girişim yapılmadığından histolojik doğrulama yapılmamıştır. Her iki hasta ayrıca travma açısından sorgulanmasına karşın bir ilişki kurulamamıştır.

Orbita varislerinde proptozis spontan olarak bulunmayabilir. Daha çok venöz basıncın artmasıyla ortaya çıkar. Orbita venleri boyun üzerinde kalan diğer venler gibi valv içermezler (2, 3). Bu nedenle, öne eğilme, jugüler kompresyon,



Şekil 2 : (b) 7 Yıl sonraki kontrolünde

TARTIŞMA

Pulzasyonlu egzoftalmi ilk defa 1805 yılında karotiko-kavernöz fistüllü bir hastada bildirilmiştir (2). Bu damarsal anomali dışındaki nedenlerle de görülebilen, pulzasyonun her zaman eşlik etmediği değişken egzoftalmi tabloları dinamik proptozis olarak adlandırılır (2). Bollock ve Bartley dinamik proptozis'i kendiliğinden ve zorlamayla ortaya çıkan olmak üzere ikiye ayırmış, bu grupları da orbita duvar bütünlüğüne göre sınıflamıştır. Orbita bütünlüğü tam olan hastalarda, zorlamayla ortaya çıkan egzoftalmi orbita varisine bağlı olabileceğini bildirmişlerdir.

Orbita varisleri, orbita doğal venöz kanallarının patolojik genişlemelerdir (4, 13). Genellikle doğmalık venöz anomalilere bağlıdır (14), ayrıca perivenöz dokudaki zayıflamada varis gelişimine neden olabilir (3). Yapılan nadir patolojik incelemelerde fibrozis ve bazen tromboz içeren, kalın musküler tabakalı venöz ağ görül-

valsälva manevrası gibi venöz basıncı artıran girişimlerle variste genişleme ortaya çıkar ve egzoftalmi görülür. Her iki hastamızda da, proptozis ilk kez sabah yatakta farkedilmiş, ayakta ise gerilediği gözlenmiştir. Bu durum, muayene sırasında değişik manevralarla doğrulanmıştır. Komplikasyon gelişen vakalarda oküler motor sinirlere baskıya bağlı oftalmopleji, optik sinir ve küre basısı sonucu görme kusurları da görülebilmeye (1-3, 7-10) karşın, bu bulgular her iki hastamızda saptanmamıştır.

Orbita varisi tanısı günümüzün gelişmiş görüntüleme yöntemleriyle kolaydır. Direkt grafilerde, fissura orbitalis superiorıda genişleme görülebilir. Bilgisayarlı tomografide (BT) varis, spontan hiperdense, kontrast verilmesiyle boyanan bir kitle olarak kendini belli edebilir. Normal çekimlerde, varis bazen görüntülenemez (9, 11). Trandelenburg pozisyonunda veya juguler kompresyonla kitle belirgin hale gelir veya büyür (11). Orbita varisi tanısı, venografiyle konur

(5, 6, 10, 12). Venografi, varisin yerleşimini, superior veya inferior oftalmik venalarla ilişkisini belirler, cerrahi yapılacaksa planlamada yardımcı olur. Venöz basıncı artırarak venografide de bulgular daha belirgin hale getirilebilir. Bazı yazarlar venografide varisin tamamının görüntülenemeyeceğini, bu durumda varis boyutlarını belirlemede BT'nin daha duyarlı olduğunu öne sürmüşlerdir (11).

Dinamik proptozise orbita varisleri yanısıra, Karotis Arteri ve Jugüler Ven arasında fistül ve triküspit yetmezliği de neden olabilir (2). Ayrıca karotik kavernöz fistülün neden olduğu pulzatil proptozis, dinamikle karışabilir. Ancak bu tablo devamlıdır. Oskültasyonda, üfürümün eşlik ettiği saptanır. Arteriyel patolojilerin ayrıntılı tanısı kesin olarak anjiyografi ile yapılabilir. Her iki hastamızda karotis anjiyografisi yapılarak olası bir fistül dışlanmıştır.

Orbita varisleri tromboze olabilir, kanayabilir (3), flebolit gelişebilir (1, 9) veya glokom nedeni olabilir (8). Komplikasyon gelişmesi durumunda semptom ve bulgular değişiklik gösterir; proptozise ek olarak geçmeyen ağrı, oftalmopleji ve görme kusurları da görülebilir (3, 8, 9). Varis kitlesinin uzun süren basısının, periorbital yağ dokusunda atrofi gelişimine ve enoftalmiye yol açabileceği bildirilmiştir (2). Nitekim, ikinci olgumuzda enoftalmi geliştiği saptanmıştır.

Orbita varisi tedavisinde herkes tarafından kabul edilen bir kural yoktur (6, 9, 11, 12). Tedavi, proptozis derecesine, eşlik eden oküler bulgu, ağrı ve progresyona göre değişiklik göstermektedir. Tekrarlayan egzoftalmi atakları görmeyi tehdit etmeye başladığında, veya dayanılmaz ağrı oluşturduğunda cerrahi tedavi uygulanması önerilmiştir (9, 11, 12). Tromboz veya kanama nedeniyle oftalmopleji ve ağrı yakınması ortaya çıkabilir, bu durumda da cerrahi tedavi gerekir (9). Tedavi amacıyla uygulanan sklerozan ajanların veya oftalmik ven ligasyonunun orbita yapılarına zararı olduğu bildirilmiştir (11). Endikasyon varsa, günümüz mikrocerrahi yönteminin getirdiği avantajla, seçkin tedavinin, varis lokalizasyonuna uygun

orbitotomi ile radikal eksizyon olduğu (1, 5, 6, 9, 11, 12); eksizyonu kolaylaştırmak amacıyla cerrahi öncesi elektrokoterle tromboz ve büzleştirme yöntemine başvurulabileceği (5) bildirilmiştir. Her iki olgumuzda da tek bulgu zorlamayla ortaya çıkan, oküler hareketleri ve görmeyi etkilemeyen egzoftalmi olduğundan her hangi bir tedaviye gerek görülmemiş, 8 yıla uzanan takiplerinde de enoftalmi gelişimi dışında komplikasyon gözlenmemiştir. Bu deneyim ve eksizyonun her zaman kolay olmayabileceği düşüncesiyle, benzer olgularda konservatif kalınmasının ve ancak bir komplikasyon geliştiğinde cerrahi tedavi gerektiği görüşündeyiz.

Yazışma Adresi : Dr. Ö. Faruk Ünal
İstanbul Tıp Fakültesi
Nöroşirürji Anabilim Dalı
Çapa, 34390 İstanbul

KAYNAKLAR

1. Aksoy K, Doygun M, Kutluk T, et al: Orbital Varix. Turkish Neurosurgery 1:182-188, 1990.
2. Bullock JD, Bartley GB: Dynamic proptosis. Am J Ophthalmol 102:104-110, 1986.
3. Bullock JD, Goldberg SH, Connelly PJ: Orbital Varix Trombosis. Ophthalmology 97:251-256, 1990.
4. Flanagan JC: Vascular problems of the orbit. Ophthalmology 86:906-909, 1979.
5. Handa H, Mori K: Large varix of the superior ophthalmic vein: demonstration by angular phlebography and removal by electrically induced thrombosis. Case report. J Neurosurg 29:202-205, 1968.
6. Henderson JW: Vascular malformations. In Henderson JW(Ed): Orbital Tumors. New York, Thieme-Stratton, 1980, pp. 179-194.
7. Jakobiec FA, Jones IS: Vascular tumors, malformations and degenerations. In Duane TD(Ed): Clinical Ophthalmology. Hagerstown, Harper&Row, 1978, vol:2, pp.15-18.
8. Kollarits CR, Gaasterland D, Di Chiro G, et al: Management of a patient with orbital varices, visual loss, and ipsilateral glaucoma. Ophthalmic Surg 8(5):54-62, 1977.
9. Kubota T, Kurado E, Fujii T, et al: Orbital varix with a pearly phlebolith. J Neurosurg 73:291-295, 1990.
10. Lloyd GAS: Pathological veins in the orbit. Br J Radiol 47:570-578, 1974.
11. Rivas JJ, Labato RD, Cordobes F, et al: Intermittent exophthalmos studied with computerized tomography. Report of two cases. J Neurosurg 57:290-294, 1982.
12. Rootman J, Graeb DA: Vascular lesions. In Rootman J(Ed): Disease of the orbit. Philadelphia, JB Lippincott, 1988, pp.525-568.
13. Salmenson BD, Gelfand YA, Welsh NH, et al: Orbital varix-an unusual cause of proptosis. A case report. S Afr Med J 74:529-530, 1988.
14. Spencer WH: Vascular tumor and malformations. In Spencer WH(Ed): Ophthalmic Pathology. Philadelphia, WB Saunders, 1986, pp. 2525-2554.