Case Report

Rare Case Report of Idiopathic Orbital Inflammation (IOI) Disease

Reza Jafari[1], Assadollah Farrokhfar[2]*

1. Department of Ophthalmology, Faculty of Medicine, Māzandarān University of Medical Science, Sari, Iran.
2. Department of Ophthalmology, Faculty of Medicine, Māzandarān University of Medical Science, Sari, Iran.
*Corresponding Author: E-mail: drfarokh@gmail.com

(Received; 30 September 2025 Accepted; 29 May 2026)

Abstract

Background and Objective: Acute and unexpected ocular diseases are among the distressing impairments to quality of life; therefore, identifying the causes of onset and prevalence can be highly beneficial. One rare ocular condition is idiopathic orbital inflammation, which requires skilled and timely diagnosis based on the patient's subtle and hidden symptoms. Accordingly, the present study is a case report addressing unrecognized symptoms resulting from ocular trauma in the context of diagnosing idiopathic orbital inflammation.

Patient Presentation: A 50-year-old female patient presented to the ophthalmology emergency department due to trauma from a tree branch striking the eye, complaining of pain in the right eye and localized swelling. Subsequent examination revealed proptosis, redness, and chemosis; laboratory tests and ocular radiography showed no other abnormalities. Antibiotics were prescribed but ineffective. After comprehensive evaluation by the ophthalmology team, the final diagnosis was idiopathic orbital inflammation. Following steroid administration and repeated follow-ups, rapid recovery occurred.

Conclusion: Unrecognized symptoms and differential diagnoses can lead to delays in identifying the present disease. Comprehensive evaluation, training of healthcare personnel through continuous education, workshops, and training sessions, team-based diagnostics, updating treatment staff knowledge, and systematic patient monitoring and symptom tracking will significantly aid early diagnosis and timely treatment.

Keywords: *Eye, Eye Disease, Idiopathic Ophthalmia, Eye Inflammation, Early Diagnosis.*

ClinExc 2026;16(6-10) (Persian).

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-09-16]

گزارش مورد نادر بیماری التهاب چشمی ایدیوپاتیک

رضا جعفری[۱]، اسدالله فرخ فر[۲*]

چکیده

هدف: بیماری های چشمی حاد و غیرمنتظره جز آسیب های آزاردهنده کیفیت زندگی می باشند، بنابراین شناسایی علل بروز و شیوع بیماری می توانند بسیار کمک کننده باشد. یکی از بیماری های نادر چشمی التهاب چشمی ایدیوپاتیک است که نیازمند تشخیص ماهرانه و به هنگام با علائم سایه و پنهان بیمار است براین اساس مطالعه حاضر یک گزارش مورد در راستای علائم ناشناخته ناشی از یک ضربه به چشم در راستای تشخیص بیماری التهاب چشمی ایدیوپاتیک می باشد.

معرفی بیمار: بیمار خانم ۵۰ ساله که به علت ضربه یک شاخه به چشم و با علائم درد در چشم راست و تورم موضع به اورژانس چشم پزشکی مراجعه کرده است. در بررسی بعدی بیمار بیرون زدگی چشم و قرمزی و کوموزیس رویت شد و نتایج آزمایش ها و رادیوگرافی چشمی هیچ علامت دیگری را نشان نداد، آنتی بیوتیک تجویز و غیرموثر بوده و بعد از بررسی همه جانبه گروه چشم پزشکی تشخیص نهایی به بیماری التهاب چشمی ایدیوپاتیک داده شد و بعد از تجویز استروئید و پیگیری مکرر بهبودی به سرعت رخ داد.

نتیجه گیری: علائم ناشناخته و تشخیص های مختلف منجر به تاخیر در شناسایی بیماری حاضر می گردد بررسی همه جانبه، آموزش کادر بهداشتی و درمانی ضمن آموزش مداوم، کارگاه ها و جلسات آموزشی، تشخیص های تیمی، به روز نمودن اطلاعات کادر درمانی و پیگیری مداوم و سیستماتیک بیمار و علائم بیمار کمک شایانی به تشخیص زودهنگام و درمان به موقع بیماری خواهد نمود.

واژه‌های کلیدی: چشم، بیماری چشم، التهاب چشمی ایدیوپاتیک، التهاب چشمی، تشخیص زودهنگام.

۱. گروه چشم پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
۲. گروه چشم پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
*نویسنده مسئول: مازندران، ساری، مرکز آموزشی درمانی بوعلی سینا، گروه بیماری های چشم
Email: drfarokh@gmail.com

تاریخ دریافت:۱۴۰۴/۰۷/۰۸ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۵/۰۱/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۳/۰۸

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-09-16]

مقدمه

التهاب چشمی ایدیوپاتیک[1] یک بیماری غیرمعمول چشمی است که جز شایع ترین علت دردهای توده چشمی در بزرگسالان می باشد(۱). این بیماری در زیرمجموعه التهاب غیر اختصاصی اوربیتال[2] قرار دارد. التهاب اربیتال ایدیوپاتیک که با نام‌های تومور کاذب مداری، التهاب غیراختصاصی اوربیتال، سندرم التهابی اربیتال نیز شناخته می‌شود، یک وضعیت التهابی خوش‌خیم و غیرعفونی تربیت چشم بدون هیچ دلیل موضعی یا سیستمیک قابل شناسایی است و تقریباً ۱۰-۸ درصد از کل ضایعات توده کاسه چشم را تشکیل می دهد(۷-۲). تشخیص بیماری براساس علائم بالینی و رد کردن سایر بیماری های اربیت می باشد. ممکن است به صورت حاد، تحت حاد یا مزمن ظاهر شود. معمولاً یک طرفه است، اما بیماری دوطرفه، به طور همزمان یا متوالی، با بروز ۲۰-۸ درصدرخ می‌دهد(۵,۸). میوزیت اوربیتال بیشتر جوانان را در دهه سوم تا چهارم زندگی مبتلا می‌کند و تمایل زنان را نشان می‌دهد (۱۰-۹). علت بیماری میوزیت مشخص نشده است. علت اتوایمون، عفونت ها، عوامل محیطی و ژنتیکی جز علل احتمالی مطرح شده اند(۱۱) اما به علت درمان موفقیت آمیز بیماری با استروئید و سایر داروها ایمنوساپرسیو، وجود یک مکانیسم اتوایون در ایجاد بیماری طرفداران بیشتری دارد (۱۱,۴).

این بیماری برحسب تشخیص صحیح گزینه های درمانی متفاوتی همچون؛ جراحی، استروئیدها، شیمی درمانی و پرتودرمانی دارد (۱۲). و البته در زمانی که پاسخ به درمان کورتیکواستروئیدها وجود نداشت رویکردهای مختلف درمانی در مقابل بیماری ممی شود اتخاذ نمود همانند؛ عوامل سرکوب‌کننده سیستم ایمنی/تعدیل‌کننده ایمنی[3]، مهارکننده‌های لنفوسیت[4]، مهارکننده‌های فاکتور نکروز تومور[5]، و حجم‌زدایی یا برداشتن جراحی[6] را می‌توان در بیمارانی که به کورتیکواستروئیدهای سیستمیک پاسخ نمی‌دهند استفاده کرد، مطالعات آینده باید استفاده از داروهای تعدیل‌کننده ایمنی جدید را برای ارزیابی اثربخشی و ایمنی آن ها هدف قرار دهد(۱۳).

شرح حال بیمار

بیمار یک خانم میانسال ۵۰ ساله بدون هیچ گونه بیماری زمینه‌ای، که به سبب گردش در جنگل و ضربه به چشم به اورژانس مراجعه نموده است. به خاطر تورم پلک ها و کموزیس شدید به بیمارستان مراجعه کرده است. درگیری در چشم راست بوده است در سی‌تی-اسکن چشم هیچ گونه علائمی مبنی بر سینوزیت و درگیری سینوس رویت نشد، بیمار با تورم و درد و کموزیس و بیرون‌زدگی چشم راست مراجعه نمود، بیمار تب نداشته است و در طول درمان نیز دمای بدن طبیعی بوده است و در بررسی علائم حیاتی بیمار همه موارد طبیعی بوده است. بیمار با تشخیص اولیه؛ به مدت سه روز درمان آنتی بیوتیکی وسیع‌الطیف دریافت نمود. موارد تجویزی آنتی‌بیوتیک شامل؛ ونکومایسین به میزان یک گرم هر ۱۲ ساعت و سفتی زیدیم به میزان یک گرم هر ۱۲ ساعت بوده است.

بیمار به درمان آنتی بیوتیک پاسخ نداد و در بررسی مجدد تست های قارچی داده شد و نتیجه کشت قارچ منفی بوده است. سابقه مصرف دارو خاصی نداشته است ضمن اینکه سابقه بیماری در خود و خانواده وجود نداشته است. به علت عدم پاسخ به آنتی‌بیوتیک و تداوم علائم بیماری خصوصا تورم پلک و کیموزیس مجدد بررسی گردید و مارکوس گان منفی بوده است تجویز استروئید توسط تیم چشم پزشکی داده شد و پاسخ بارز به تجویز استروئید رخ داد و براساس مشاهدات و معاینات، تشخیص التهاب چشمی ایدیوپاتیک[7] داده شد.

[1]. Idiopathic Orbital Inflammation
[2]. Nonspecific Orbital Inflammation :NSOI
[3]. Immunosuppressive/Immunomodulatory Agents
[4]. lymphocyte Inhibitors
[5]. Tumor Necrosis Factor-α Inhibitors
[6]. Surgical Debulking or Resection
[7]. IOI

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-09-16]

تجویز استروئید به سرعت علائم بهبودی را به همراه داشته است تجویز استروئیدهای خوراکی شامل پردنیزولول به میزان ۵۰ میلی گرم روزانه می باشد. بعد از تجویز استروئید، انتی بیوتیک حذف شد و طی دو ماه پیگیری علائم بعد از سه هفتهکاهش یافت و پیگیری وضعیت بیمار به مدت دو ماه ادامه یافت.

بحث

با توجه به اینکه بیماری سندرم التهابی ایدیوپاتیک اربیت یک بیماری با علائم ناشناخته می باشد و نیازمند بررسی همه جانبه و پیگیری مداوم بیمار می باشد شناخت دقیق آن ضروری است. گرچه این بیماری در سال ۱۹۰۳ توسط گلایسون معرفی شده است اما به علت نادر بودن از دید پزشکان زیادی در تشخیص دور می ماند و بعد از تجویز پروسه ای درمانی متعدد گاهی نادیده و گاهی تشخیص داده و تحت درمان موثر قرار می گیرد. این بیماری در سال ۱۹۰۳ توسط گلایسون و در سال ۱۹۰۵ هرشفیلد ارائه شده است(۴,۱۴-۱۶). بیماری اغلب با علائم درد اطراف چشم، تورم و قرمزی پلک ها، پروپتوز، محدودیت حرکات چشمی و دیپلوپی به طور ناگهانی بروز می کند (۱۷). اگر تشخیص و پیگیری مداوم وجود نداشته باشد در ۲۳-۱۵ درصد موارد عود بیماری و شیوع مجدد می تواند رخ دهد و البته عود بیماری در زنان (۴، ۱۸) در دو سال اول و مبتلایان به سینوزیت بیشتر از سایر موارد گزارش شده است (۴، ۲۰-۱۹).

درمان اصلی بیماری استروئیدها می باشد ۷۸ درصد بیماران در طی ۴۸-۲۴ ساعت پاسخ درمانی واضحی به استروئید می دهند (۴، ۶، ۱۵، ۱۹، ۲۲-۲۱). توجه به موقع به تشخیص سندرم التهابی بیماری اربیت در این بیمار باعث نجات بینایی گردید و توصیه می گردد در بیمارانی که علائم التهابی وسیع حدقه بدون کانون مشخص عفونی مانند سینوزیت دارد و بیماری های همزمان دیگر مثل بیماری تیروئید چشمی و برخی از بدخیمی های حاد حدقه برایش مطرح نیست حتما این بیماری در روند تشخیصی گنجانده شود. ظن کلینیکی پس از پاسخ آشکار بیماری طی ۴۸-۲۴ ساعت اول تشخیص را تا حدود زیادی قطعی می نماید نکته دیگر این بیماری این است که نباید توجه ترومای وارد شده به اشتباه بیماری همزمان دیگر برای این بیمار رد شود.

نتیجه گیری

بیماری حاضر طیف وسیعی از تظاهرات بالینی دارد و ممکن است در شرایط مختلف به اشکال متفاوتی بروز کند. با توجه به فقدان علائم اختصاصی و واضح، تشخیص آن می‌تواند دشوار و زمان‌بر باشد. از این‌رو، انجام بررسی جامع و دقیق بالینی، مبتنی بر ارزیابی کامل تاریخچه، علائم ظریف و یافته‌های پاراکلینیک، اهمیت زیادی دارد.

در چنین شرایطی، در نظر گرفتن احتمال وجود IOI در بیمارانی که با نشانه‌های سایه‌ای یا مبهم مراجعه می‌کنند، می‌تواند راهگشای تشخیص زودهنگام باشد. این رویکرد علمی و مبتنی بر شواهد، ضمن تسهیل فرآیند تشخیص، از ورود بیمار به چرخه تشخیص‌های اشتباه و درمان‌های تکراری پیشگیری می‌کند. تشخیص به‌موقع و آغاز درمان متناسب با وضعیت واقعی بیمار، موجب کاهش مداخلات غیرضروری مانند استفاده بی‌رویه از آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف می‌شود که خود عامل مهمی در بروز مقاومت‌های میکروبی است. از سوی دیگر، این دقت در تصمیم‌گیری نه تنها مانع از ایجاد اضطراب در بیمار و خانواده او می‌شود، بلکه با جلوگیری از درمان‌های پرهزینه و نابجا، به کاهش بار مالی سیستم سلامت و ارتقای کیفیت زندگی بیمار کمک می‌کند. در نهایت، ارتقای آگاهی و آموزش تیم درمانی در خصوص تظاهرات بالینی متنوع IOI و استفاده از الگوریتم‌های تشخیصی دقیق می‌تواند گامی مؤثر در بهبود فرایند تشخیص و درمان باشد و رویکرد تشخیصی دقیق و هدفمند، علاوه بر کاهش عوارض جانبی درمان‌های نامناسب، به بهبود کیفیت زندگی بیمار و کاهش بار هزینه‌های درمانی نیز کمک می‌کند.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-09-16]

References

1. Weber AL, Romo LV, Sabates NR. Pseudotumor of the orbit: clinical, pathologic, and radiologic evaluation. Radiol Clin North Am 1999;37:151-168.
2. Bakan S, Bakan AA, Cingu AK, Acay MB, Gocmez A, Elbeyli A, etal. Myositic Type of Idiopathic orbital pseudotumor in a 4-year-old child: A case report.Case Rep Med 2012.
3. Shields JA, Shields CL, Scartozzi R. Survey of 1264 patients with orbital tumors and simulating; The 2002 Montgomery Lecture, part 1. Ophthalmology 2004;11:997-1008.
4. Chaudhry I A, Shamsi FA, Arat YO, Riley F C. Orbital pseudotumor: Distinct diagnostic features and management. Middle East Afr J Ophthalmol 2008; 15:17-27.
5. Swamy BN, McCluskey P, Nemet A, Crouch R, Martin P, Benger R, et al. Idiopathic orbital inflammatory syndrome: Clinical features and treatment outcome. Br J Ophthalmol 2007:91; 1667-70
6. Srinivasan R, Gulnar D. Orbital pseudotumor. Kerala J Ophthalmol 2009; 21: 127-131.
7. Wilson MW, Grossniklaus HE. Orbital disease in North America. Ophthalmol Clin North Am. 1996;9:539–47.
8. Mombaerts I, Cameron JD, Chanlalit W, Garrity JA. Surgical debulking for idiopathic dacryoadenitis: A diagnosis and a cure. Ophthalmology. 2014;121:603–9.
9. Yan J, Wu P. Idiopathic orbital myositis. J Craniofac Surg. 2014;25:884–7.
Agarwal A. Orbital pseudotumor: Diagnosis on fine needle aspiration cytology. J Cytol 2008; 25: 67-9.
10. Agarwal A. Orbital pseudotumor: Diagnosis on fine needle aspiration cytology. J Cytol 2008; 25: 67-9.
11. Srinivasan R, Gulnar D. Orbital pseudotumor. Kerala J Ophthalmol 2009; 21: 127-131.
12. Narla LD, Newman B, Spottswood SS, Narla S, Kolli R: Inflammatory Pseudotumor. Radiographics, online publication 2003;23:719-720
13. Yağmur Seda Yeşiltaş and Ahmet Kaan Gündüz. Idiopathic Orbital Inflammation: Review of Literature and New Advances. Middle East Afr J Ophthalmol. 2018 Apr-Jun; 25(2): 71–80.
14. Gleason JE. Idiopathic myiositis involving the extra ocular muscles. Ophthalmol Rec 1903; 12: 471-8
15. Yuen SJ, Rubin PA. Idiopathic orbital inflamma tion distribution, clinical features and treatment outcome. Arch Ophthalmol 2003; 121:491-499
16. Birch-Hirschfield A.[Zur diagnostic and patho- logic der orbital tumoren]. Bericht uber die Zusammenkunft der Deutschen Oohthalmolo- gischen Gesellschaft 1905; 32:127-135. (Ger- many)
17. Kamili MA, Ali G, Dar IH, Dar SH, Wazir HS, Qureishi T. Orbital pseudotumor. Oman J Ophthalmol 2009; 2: 96-99
18. Chirapapaisan N, Chuenkongkaew W, Pornpanich K , Vangveeravong S. Orbital pseudotumor: Clinical features and outcomes. Asian Pac J Alergy Immunol 2007; 25: 215-218
19. Eshraghi B, Keshtcar Jafari A, Akbari MR. Massoomian B. [A case report of orbital pseudotumor with presentation like orbital cellulitis]. Iranian J Ophthalmol 2012; 24(3):58-61.
20. Yan J, Wu Z, Li Y. [36 case idiopathic orbital inflammatory pseudotumor with sinus involvement]. Lin Chuang Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi 2002; 16:410-416.
21. Harris GJ. Idiopathic orbital inflammation: A pathogenetic construct and treatment strategy: The 2005 ASOPRS Foundation Lecture. Ophthal Plast Reconstr Surg 2006; 22:79-86
22. Volle E, Levy R, Milea D, Tourbah A, Lubetzki C. [Idiopathic orbital myositis]. Rev Neurol. 2001; 157:430-432.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-09-16]