

Pretarsal Dermoid Cyst: A Case Report

Khataminia GR, MD; Hosseini Alhashemi L, MD

Purpose: To report a patient with pretarsal dermoid cyst.

Patient and findings: A 2.5-year-old girl presented with a pretarsal upper lid mass and underwent excisional biopsy. A 1.0×1.0 cm cystic mass attached to upper lid tarsus was completely excised. Pathologic study of the specimen revealed a dermoid cyst.

Conclusion: Although pretarsal dermoid cyst is rare; it should be considered in all cases with mass lesion in the pretarsal lid.

- Bina J Ophthalmol 2006; 12 (1): 98-100.

یک مورد کیست درموئید متصل به تارس

دکتر غلامرضا خاتمی‌نیا^۱ و دکتر لیلا حسینی الهاشمی^۲

هدف: گزارش یک مورد بیمار مبتلا به کیست درموئید متصل به تارس.

معرفی بیمار: دختر بچه ۲/۵ ساله‌ای با شکایت توده‌ای در ناحیه قدامی تارس (pretarsal) پلک فوقانی از زمان تولد، به درمانگاه چشم‌پزشکی آورده شد و با تشخیص اولیه تومور پلک، تحت نمونه‌برداری اکسیونی قرار گرفت. حین عمل جراحی، یک توده به ابعاد ۱×۱ cm با مشخصات ماکروسکوپی کیست درموئید متصل به تارس مشاهده گردید که به جز به تارس فوقانی، به محل دیگری چسبندگی نداشت. تومور پس از برداشت کامل، جهت بررسی آسیب‌شناسی ارسال شد که تشخیص آسیب‌شناسی کیست درموئید بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به این که کیست درموئید در ناحیه قدامی تارس، غیر معمول می‌باشد؛ لازم است در تشخیص افتراقی ضایعات پلک، مد نظر قرار گیرد.

- مجله چشم‌پزشکی بینا ۱۳۸۵؛ دوره ۱۲، شماره ۱: ۹۸-۱۰۰.

• پاسخ‌گو: دکتر غلامرضا خاتمی‌نیا (e-mail: khataminia@hotmail.com)

۱- دانشیار- چشم‌پزشک- دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

۲- دستیار- چشم‌پزشک- دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

اهواز- بیمارستان امام خمینی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۵ اسفند ۱۳۸۴

تاریخ تایید مقاله: ۲۷ خرداد ۱۳۸۵

ضایعه به صورت یک توده غیر التهابی با رشد آهسته رفتار می‌کند. البته در موارد پارگی کیست، به دنبال خروج محتویات و التهاب ناشی از آن، علائم التهابی شامل قرمزی، ادم و درد در محل توده نیز دیده می‌شوند. این تومورها به دو شکل سطحی (اکزوفیتیک) و عمقی (اندوفیتیک) تقسیم می‌گردند. تومورهای سطحی، معمولاً موجب افتادگی پلک و تومورهای عمقی، سبب

مقدمه

کیست درموئید، یکی از انواع کوریوستوماها و توده‌های خوش‌خیم حدقه است. این ضایعه از قرارگیری یاخته‌های اکتودرمی در درزهای استخوانی حاصل می‌شود. شایع‌ترین محل آن معمولاً در ربع فوقانی و خارجی حدقه است؛ هرچند در محل‌های دیگر نیز گزارش شده است!

تومورهای شایعی هستند که در دوران کودکی دیده می‌شوند.^۱ کیست درموئید به صورت ضایعات مدور، به طور شایع در ناحیه فوقانی و خارجی حدقه مشاهده می‌شود. معمولاً انواع سطحی در سنین پایین‌تر و انواع عمقی در سنین بالاتر تظاهر پیدا می‌کنند. ضایعات، بدون درد، با رشد آهسته و غیر متحرک در لمس می‌باشند.^۲

گزارش‌هایی مبنی بر سایر محل‌های قرارگیری کیست درموئید وجود دارند. این ضایعات ممکن است در عمق حدقه باشند و با بیرون‌زدگی چشم و اختلال حرکات چشم تظاهر نمایند. در یک مطالعه، دو مورد کیست درموئید در ماهیچه راست خارجی گزارش شد.^۴ هم‌چنین در گزارش Wilkins^۵ یک مورد کیست درموئید درون مخروط ماهیچه‌ای ذکر گردید.^۵ در مطالعه‌ای دیگر، به یک مورد کیست درموئید درون غده اشکی توسط Kiratli^۶ اشاره شد که در بررسی بافت‌شناسی، توده توسط بافت غده اشکی احاطه شده بود.^۶ مطالعاتی نیز مبنی بر وجود کیست درموئید درون ملتحمه وجود دارند^۷ ولی در مطالعات انجام‌شده، تا کنون گزارشی از چسبندگی کیست درموئید به تارس مشاهده نشده است.

تظاهرات بیماری بر اساس محل قرارگیری توده، متغییر است. در موارد سطحی و گسترش به پلک، با افتادگی پلک و در موارد شدید، با تنبلی چشم در کودکان همراه است. در موارد توده عمقی، معمولاً بیرون‌زدگی چشم و یا اختلال در حرکات چشم مشهود است. در موارد پارگی کیست، تغییرات التهابی و حتی فیستوله شدن آن به پوست مشاهده می‌شود.^۳ درمان ضایعه، با برداشت کامل ضایعه از طریق اربیتوتومی قدامی یا جانبی انجام می‌شود.^۳

در بررسی بافت‌شناسی، جدار کیست پوشیده از اپی‌تلیوم سنگ‌فرشی مطبق، همراه با محتویات درم از جمله غدد سباسه و فولیکول مو در جدار آن می‌باشد. در موارد پارگی کیست، یاخته‌های التهابی و تغییرات گرانولوماتوز دیده می‌شود. وجود ضمایم درم در جدار کیست، جهت افتراق این توده از کیست اپی‌درموئید کمک‌کننده است.^۲

انجام سی‌تی‌اسکن جهت رد سایر ضایعات و هم‌چنین تعیین گسترش ضایعه و ارزیابی قبل از عمل، کمک‌کننده است که ضایعه را معمولاً به صورت توده‌ای با حاشیه مشخص در

بیرون‌زدگی چشم می‌شوند.^۳ جهت رد سایر ضایعات و تعیین گسترش ضایعه، بررسی تصویربرداری کمک‌کننده است.^۳ از نظر آسیب‌شناسی، دیواره کیست با اپی‌تلیوم سنگ‌فرشی پوشیده شده است و سایر ضمایم موجود در ساختمان درم مثل غدد سباسه و فولیکول مو نیز در داخل آن دیده می‌شوند.^۲ ضایعه به صورت کامل از طریق اربیتوتومی قدامی در موارد سطحی یا اربیتوتومی جانبی در موارد عمقی برداشته می‌شود. معمولاً این تومورها با عارضه و یا عود مجدد همراه نیستند.^۳ کیست درموئید چسبیده به تارس، غیرمعمول است که در این مقاله به معرفی یک مورد نادر کیست درموئید چسبیده به تارس پرداخته شده است.

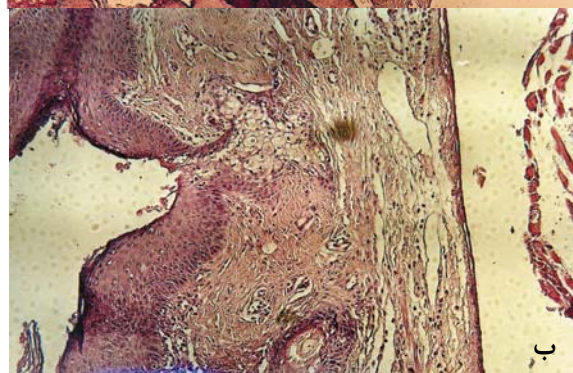
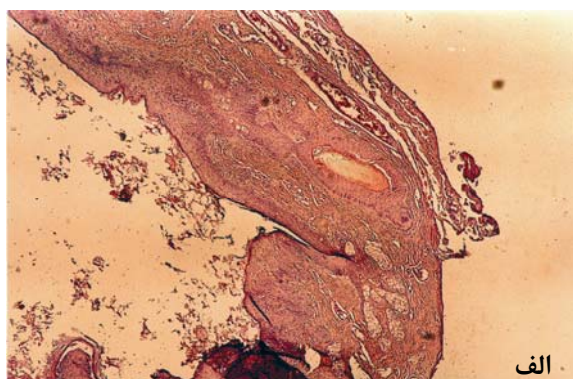
معرفی بیمار

دختر ۲/۵ ساله‌ای با یک توده مدور در پلک فوقانی از زمان تولد، به درمانگاه چشم‌پزشکی آورده شد. در معاینات چشم، دید هر دو چشم CSM (center, study, maintain) بود. در معاینه پلک، یک ضایعه مدور با قوام نرم و به ابعاد ۱×۱ cm با حاشیه مشخص متصل به بافت زیرین در ناحیه قدامی تارس، زیر پوست پلک لمس می‌شد. ضایعه منجر به افتادگی خفیف در پلک شده بود. سایر معاینات چشمی طبیعی بودند.

تشخیص افتراقی‌های مطرح‌شده برای بیمار، شامل شالازیون، تومور درموئید و اپی‌درموئید، همانژیومای عروقی عمقی، کیست احتباسی و پرولیفیریشن لنفویید پره‌سپتال بودند. بعد از انجام سی‌تی‌اسکن، ضایعه به صورت کامل از طریق برش از محل شیار پلکی (crease) برداشته شد. در موقع جراحی، تومور به جز چسبندگی به تارس، به محل دیگری چسبندگی نداشت. سپس نمونه جهت بررسی آسیب‌شناسی ارسال شد که تشخیص آسیب‌شناسی، کیست درموئید بود (تصاویر ۱ و ۲).

بحث

کیست درموئید حدقه، از ضایعات خوش‌خیم به ویژه در دوره کودکی است که یک کوریوستوما و برخاسته از یاخته‌های اکتودرمی در مجاورت درزهای استخوانی در زمان تکامل اربیت می‌باشد. علاوه بر کیست درموئید و اپی‌درموئید، همانژیومای عروقی و شالازیون و پرولیفیریشن لنفویید پره‌سپتال نیز از جمله



تصویر ۲- نمای بافت‌شناسی دیواره کیست شامل اپی‌تلیوم سنگ‌فرشی مطابق و ضمیمه پوستی مثل غده سباسه (رنگ آمیزی هاماتوکسیلین-ئوزین): الف- بزرگ‌نمایی ۴× و ب- بزرگ‌نمایی ۱۰×

مجاورت استخوان و تغییرات استخوانی ناشی از فشار ضایعه نشان می‌دهد. در بعضی موارد، تغییرات کلسیفیکاسیون و التهاب ناشی از پارگی کیست دیده می‌شود^{۱،۲}.

در نهایت، با توجه به محل غیر معمول کیست درموئید در این گزارش، باید کیست درموئید را در تشخیص افتراقی ضایعات پلک در ناحیه قدامی تارس (pretarsal) نیز مدنظر قرار داد.



تصویر ۱- نمای بالینی ضایعه و اتصال آن به تارس پلک فوقانی در زمان برداشتن

منابع

- 1- Sherman RP, Rootman J, Lapointe JS. Orbital dermoids: clinical presentation and management. *Br J Ophthalmol* 1984;68:642-652.
- 2- Shields JA, Kaden IH, Eagle RC Jr, Shields CL. Orbital dermoid cysts: clinical pathologic correlations, classification, and management. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 1997;13:265-276.
- 3- Boravolonta G, Tranta F, Decincillis C, Strianese D. Dermoid cyst: 16 years review. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 1995;11:187-192.
- 4- Howard Gr, Nerad JA, Bonavolonta G, Tranfa F. Orbital dermoids located within the lateral rectus muscle. *Ophthalmology* 1994;106:342-349.
- 5- Wilkins RB, Byrd WA. Intraconal dermoid cyst. *Ophthal Reconstr Surg* 1986;2:83-87.
- 6- Kiratli H, Bilgic S, Sabin A. Dermoid cyst of lacrimal gland. *Orbit* 2005;24:145-148.
- 7- Shields JA, Augsborger JJ, Donos LA. Orbital dermoid cyst of conjunctival origin. *Am J Ophthalmol* 1986;101:726-729.