

شیوع نسبی انواع تومورهای اربیت در مراجعان به بیمارستان لبافی نژاد طی سالهای ۱۳۸۰-۱۳۶۰

دکتر حسین سالور^۱، دکتر مریم آل طه^۲، دکتر محمد ابریشمی^۳، دکتر عباس باقری^۱ و دکتر شاگین شهریاری^۴

چکیده

هدف: تعیین شیوع نسبی انواع تومورهای اربیت در بیماران مراجعه کننده به مرکز چشم پزشکی بیمارستان لبافی نژاد از ابتدای سال ۱۳۶۰ تا پایان سال ۱۳۸۰.

روش پژوهش: داده های موجود در پرونده بیمارانی که طی مدت فوق در بیمارستان لبافی نژاد تحت عمل جراحی به منظور درمان تومور اربیت قرار گرفته بودند، مورد مطالعه قرار گرفت. سن و جنس بیماران و انواع تومورها براساس گزارش آسیب شناسی، بررسی و ثبت شدند.

یافته ها: از ۲۶۷ بیمار مبتلا به تومور اربیت با میانگین سنی ۳۳ سال، نسبت زنان، ۴۵/۶ درصد بود. تومورهای ثانویه اربیت ۷۳ مورد (۲۷ درصد)، ضایعات کیستیک ۶۱ مورد (۲۳ درصد)، ضایعات غده اشکی ۳۳ مورد (۱۲ درصد)، توده های التهابی ۱۹ مورد (۷ درصد)، تومورهای لنفویید و ارتشاح ناشی از لوسمی ۲۱ مورد (۸ درصد)، ضایعات عروقی ۱۵ مورد (۵/۵ درصد)، تومورهای با منشا ماهیچه ای ۹ مورد (۳ درصد)، ضایعات مزانشیمی و چربی ۴ مورد (۱/۵ درصد)، تومورهای اعصاب محیطی ۷ مورد (۳ درصد)، تومورهای متاستازی ۴ مورد (۱/۵ درصد)، تومورهای مننژ و عصب بینایی ۲ مورد (۱ درصد) و ضایعات هیستوسیتی ۱ مورد (۰/۵ درصد) مشاهده شد.

نتیجه گیری: شایع ترین تومور اربیت در گروه مورد مطالعه، تومورهای ثانویه بود و موردی از تومورهای ملانوسیتی، استخوانی یا غضروفی مشاهده نشد.

• مجله چشم پزشکی بینا ۱۳۸۳؛ سال ۹، شماره ۴: ۳۷۱-۳۶۵.

• پاسخ گو: دکتر حسین سالور

- ۱- استادیار - چشم پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- ۲- فلوشیپ اکولوپلاستیک - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- ۳- دانشیار - چشم پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- ۴- پزشک عمومی

تهران - پاسداران - بوستان نهم - بیمارستان لبافی نژاد - مرکز تحقیقات چشم
تاریخ دریافت مقاله: ۲۰ شهریور ۱۳۸۲
تاریخ تایید مقاله: ۶ بهمن ۱۳۸۲

مقدمه

فضای اربیت استخوانی از بافت های متفاوتی تشکیل شده است که هر کدام از آنها توان تشکیل تومور را دارند. در بخش قدامی اربیت؛ کره چشم، پلک، ضامیم، غده اشکی، کیسه و مجاری اشکی وجود دارند و فضای اربیت خلفی نیز از چربی، بافت فیبروز، عصب بینایی، اعصاب حسی و حرکتی جمجمه ای،

ماهیچه های خارج چشمی و عروق تشکیل شده است. بخش عمده اربیت توسط سینوس های پاراناژال احاطه شده است و بخشی از آن هم در مجاورت حفره جمجمه قرار گرفته است. علاوه بر تومورهای اولیه اربیت، تومورهای با منشا بافت های اطراف اربیت و سایر نقاط بدن هم قادر به تهاجم به اربیت هستند^۱.

شاخص‌های سنی و جنسی در جدول (۱) ارایه شده است و نشان می‌دهد که در تومورهای متاستازی، تومورهای مننژ و عصب بینایی و ضایعات هیستئوسیتی، ۱۰۰ درصد مبتلایان زن بودند و در تومورهای ماهیچه‌ای که در تمامی موارد رابدومیوسارکوم بودند، ۱۰۰ درصد مبتلایان را مردان تشکیل می‌دادند. تومورهای ثانویه (۲۷/۳ درصد) و توده‌های کیستی (۲۲/۹ درصد)، شایع‌ترین ضایعات اربیت را تشکیل می‌دادند. بیش‌ترین شیوع سنی تومور در دهه اول زندگی با ۵۹ مورد (۲۲ درصد) و کم‌ترین شیوع سنی در دهه نهم عمر با ۲ مورد (۱ درصد) بود. متوسط سن بیماران مبتلا به تومورهای لنفاوی و ناشی از لوسمی، ۵۴/۵ سال بود که از بقیه گروه‌ها مسن‌تر بودند و متوسط سن بیماران مبتلا به تومورهای ماهیچه‌ای، ۹ سال بود که از بقیه گروه‌ها جوان‌تر بودند.

ضایعات کیستی شامل ۴۳ مورد (۷۰/۵ درصد) کیست درموئید، ۱۴ مورد (۲۳ درصد) کیست‌های اپیدرموئید و ۴ مورد (۶/۵ درصد) موکوسل بودند. تومورهای فضای اشکی شامل ۱۸ مورد (۵۵ درصد) داکریوآدنیت، ۹ مورد (۲۷ درصد) آدنومای پلومورفیک، ۴ مورد (۱۲ درصد) لنفوم و ۲ مورد (۶ درصد) کارسینومای آدنوئید سیستیک بودند. ضایعات عروقی شامل ۹ مورد (۶۰ درصد) همانژیوم غاری، ۳ مورد (۲۰ درصد) لنفانژیوم و ۳ مورد (۲۰ درصد) واریس اربیت بودند. موردی از همانژیوم مویرگی و همانژیوپری‌سیتوما گزارش نشده بود. تومور اعصاب محیطی شامل ۴ مورد شوانومای بدخیم و ۳ مورد نوروفیبروما بودند. تومورهای بافت همبند و فیروز شامل ۳ مورد هیستئوسیتومای فیروز و یک مورد فیبروماتوز جوانان بودند. ضایعات چربی و میگزوماتوز شامل ۱۶ مورد (۸۹ درصد) درمولیپوم و ۲ مورد (۱۱ درصد) میگزوم بودند. ضایعه هیستئوسیتی نیز با تشخیص گرانولومای ائوزینوفیلی در یک دختر ۱۱ ساله گزارش شده بود.

تومورهای لنفاوی شامل ۱۴ مورد (۶۶ درصد) هیپرپلازی لنفوئید و ۷ مورد (۳۴ درصد) لنفوم بودند و موردی از لوسمی گزارش نشده بود. تومورهای متاستازی شامل ۲ مورد متاستاز از پستان، یک مورد از ریه و یک مورد نوروبلاستوم بودند. توزیع فراوانی انواع تومورهای ثانویه اربیت در جدول (۲) ارایه شده است. منشا تومورهای ثانویه به ترتیب شیوع عبارت بودند از ۴۹

چشم‌پزشکانی که بیماران با ضایعات اربیت را بررسی و درمان می‌کنند باید در رابطه با شیوع اختلالاتی که با آن مواجهند، اطلاعاتی داشته باشند. مطالعات متعددی در زمینه بررسی میزان بروز تومورهای اربیت در نقاط مختلف جهان انجام شده‌اند که براساس گروه سنی بیماران مورد مطالعه، نحوه دسته‌بندی تومورها، منطقه جغرافیایی، علاقه شخصی محقق و علل متعدد دیگر؛ نتایج به دست آمده، تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای با هم دارند^{۱-۳}. به منظور آگاهی از شیوع نسبی انواع تومورهای اربیت در مرکز چشم‌پزشکی بیمارستان لبافی‌نژاد، پرونده‌های مربوط به عمل جراحی تومور اربیت طی بیست سال اخیر، مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفتند.

روش پژوهش

مطالعه به روش بررسی داده‌های موجود در پرونده بیماران که از ابتدای سال ۱۳۶۰ تا پایان سال ۱۳۸۰ در بیمارستان لبافی‌نژاد تحت عمل جراحی تومور اربیت قرار گرفتند، انجام شد. از کل ۶۳۴ پرونده موجود در بایگانی بیمارستان، در رابطه با تومورهای چشمی و خارج چشمی جراحی‌شده؛ ۲۶۷ مورد (۴۲ درصد) در رابطه با تومورهای جراحی‌شده اربیت بودند که مورد مطالعه قرار گرفتند. سن و جنس بیماران و گزارش آسیب‌شناسی تومور مزبور بررسی شد. تومورهای اربیت در سه گروه عمده اولیه، ثانویه و متاستازی قرار گرفتند. تومورهای اولیه اربیت نیز به ۱۵ گروه کوچک‌تر تقسیم شدند که شامل ضایعات کیستی، ضایعات عروقی، تومورهای اعصاب محیطی، تومورهای عصب بینایی و مننژ، تومورهای بافت همبند، تومورهای استخوانی و غضروفی، تومورهای بافت چربی، ماهیچه صاف و میگزوماتوز، تومورهای بافت ماهیچه اسکلتی، تومورهای غده اشکی و تومورهای اولیه ملانوسیتی بودند. تومورهای متاستازی، تومورهای لنفوئید و ناشی از لوسمی، تومورهای ثانویه اربیت می‌باشند.

یافته‌ها

بیماران مورد مطالعه شامل ۱۴۷ مرد (۵۵ درصد) و ۱۲۰ زن (۴۵ درصد) با میانگین سنی ۳۳ سال بودند. توزیع فراوانی انواع تومورهای اربیت براساس گزارش آسیب‌شناسی به همراه

دکتر حسین سالور - شیوع نسبی انواع تومورهای اربیت

مورد (۶۷/۱ درصد) گلوب، ۱۲ مورد (۱۶/۴ درصد) پلک، ۸ مورد پارانازال.
(۱۱ درصد) ملتحمه و ۴ مورد (۵/۵ درصد) سینوس‌های

جدول ۱- توزیع فراوانی انواع تومورهای اربیت به همراه شاخص‌های سنی و جنسی مورد بررسی

تومور	جنس		جمع فراوانی (درصد)	میانگین سنی (سال)	نسبت ابتدای زن به مرد
	مرد	زن			
تومورهای ثانویه	۴۷	۲۶	۷۳ (۲۷/۳)	۵۰	۰/۵۶
ضایعات کیستی	۲۴	۳۷	۶۱ (۲۲/۹)	۱۹	۱/۵
ضایعات فضای اشکی	۲۲	۱۱	۳۳ (۱۲/۴)	۴۲	۰/۵
تومورهای لنفاوی و لوسمی	۱۲	۹	۲۱ (۷/۹)	۵۴/۵	۰/۷۷
ضایعات التهابی	۱۰	۹	۱۹ (۷/۱)	۲۹	۱/۱
ضایعات چربی و میگزوماتوز	۹	۹	۱۸ (۶/۷)	۳۱	۱/۱
ضایعات عروقی	۷	۸	۱۵ (۵/۶)	۲۵	۱/۱
تومورهای ماهیچه‌ای	۹	۰	۹ (۳/۴)	۹	-
تومورهای اعصاب محیطی	۵	۲	۷ (۲/۶)	۴۳	۲/۵
تومورهای بافت همبند و فیبروز	۲	۲	۴ (۱/۵)	۳۲	۱
تومورهای متاستازی	۰	۴	۴ (۱/۵)	۴۷	-
تومورهای مننژ و عصب بینایی	۰	۲	۲ (۰/۷)	۳۸/۵	-
ضایعات هیستئوسیتی	۰	۱	۱ (۰/۴)	۱۱	-
جمع	۱۴۷ (۵۵)	۱۲۰ (۴۵)	۲۶۷ (۱۰۰)	۳۳	۰/۸۲

بحث

شیوع ضایعات توموری اربیت در مطالعات مختلف، متفاوت گزارش شده است. بخشی از این تفاوت به جامعه مورد بررسی بستگی دارد؛ به طوری که تفاوت قابل ملاحظه‌ای در نتایج به دست آمده از مطالعات انجام‌شده در بخش کودکان، آسیب‌شناسی، جراحی مغز و اعصاب و بخش چشم وجود دارد. البته در بسیاری از موارد، تورش (bias) در جمع‌آوری اطلاعات به علت وضعیت ارجاعی مراکز، علاقه شخصی پزشک در انجام عمل جراحی و علل دیگر مطرحند؛ به گونه‌ای که گاهی حتی از یک مرکز تحقیقاتی، گزارش‌های متفاوتی ارائه می‌گردند^{۱-۲}. هم‌چنین از دسته‌بندی‌های متفاوتی برای نتایج به دست آمده در مطالعات استفاده شده است؛ برای مثال، در برخی موارد از جمله در مطالعه ما، گریوز در زمره ضایعات التهابی در نظر گرفته نشده است^{۳،۵،۹} در حالی که در برخی

جدول ۲- توزیع فراوانی انواع تومورهای ثانویه اربیت

منشا ضایعه	تعداد	در تومورهای ثانویه (درصد)	در کل تومورها (درصد)
گلوب: رتینوبلاستوم	۳۱	۴۲/۵	۱۱/۶
ملانوم کورویید	۱۸	۲۴/۷	۶/۷
پلک: BCC	۸	۱۱	۳
MM	۲	۲/۷	۰/۷۵
SAC	۲	۲/۷	۰/۷۵
ملتحمه: MM	۵	۶/۸	۱/۹
SCC	۳	۴/۱	۱/۱
سینوس‌ها: ماگزایلا	۳	۴/۱	۱/۱
اتمیوید	۱	۱/۴	۰/۴
جمع	۷۳	۱۰۰	۲۷/۳

BCC: basal cell carcinoma, MM: multiple myeloma, SAC: sebaceous adenocarcinoma, SCC: Squamous cell carcinoma

دست آمده از منابع مختلف را با هم مقایسه نمود. در جدول (۳)، نتایج به دست آمده از بررسی ما و چند مطالعه که از تقسیم‌بندی مشابهی استفاده کرده‌اند، با هم مقایسه شده‌اند.

موارد این‌گونه نبوده است و به همین علت نیز، شایع‌ترین علت تومورهای اربیت در این مطالعات را ضایعات التهابی تشکیل داده بودند^{۱۰-۸۶}. با این حال می‌توان تا حدود زیادی اطلاعات به

جدول ۳- مقایسه توزیع فراوانی انواع تومورهای اربیت در مطالعه حاضر و چند مطالعه دیگر

جمع	مطالعه حاضر	Rootman ^۱	صادقی ^۹	Kennedy ^۴	Silva ^۲	Moss ^۵	Henderson ^۶	Reese ^۷	Shields ^۳	ضایعه
۱۳۵۷ (۲۶)	۱۹ (۷)	۸۰۸ (۵۷)	۲۵ (۵)	۱۸ (۲۲)	۴۹ (۱۶)	۵۷ (۲۵)	۴۰ (۹)	۹۱ (۱۸)	۸۷ (۱۳)	التهابی
۸۸۹ (۱۷)	۶۱ (۲۳)	۸۳ (۶)	۳۲۹ (۶۶)	۸۹ (۱۱)	۵۰ (۱۷)	۱۳ (۶)	۲۵ (۵)	۴۶ (۹)	۱۹۳ (۳۰)	کیستی
۵۴۶ (۱۱)	۷۷ (۲۹)	۶۱ (۴)	-	۷۹ (۱۰)	۶۶ (۲۲)	۸ (۳)	۱۳۶ (۲۹)	۳۳ (۰۷)	۸۶ (۱۳)	تانویه یا متاستازی
۴۸۳ (۹)	۱۵ (۵/۵)	۹۶ (۷)	۲۴ (۴/۸)	۷۲ (۹)	۱۹ (۶)	۴۸ (۲۱)	۵۷ (۱۲)	۱۱۲ (۲۲)	۴۰ (۶)	عروقی
۳۶۸ (۷)	۲۰ (۸)	۵۴ (۴)	-	۱۰۲ (۱۲)	۲۱ (۷)	۲۲ (۱۰)	۳۹ (۸)	۴۸ (۱۰)	۶۱ (۹)	لنفویید یا لوسمی
۲۱۴ (۴)	۳۳ (۱۲)	۱۴ (۱)	۱۳ (۲/۶)	۴۵ (۵)	۱۴ (۵)	۱۷ (۷)	۲۹ (۶)	۲۷ (۵)	۸۳ (۱۳)	غده اشکی
۱۸۰ (۳/۵)	۲ (۱)	۵۰ (۴)	۲۸ (۵/۶)	۱۱ (۱)	۱۹ (۶)	۱۸ (۸)	۴۶ (۱۰)	۲۸ (۶)	۱۱ (۲)	عصب بینایی یا مننژ
۱۶۴ (۳)	۷ (۳)	۲۴ (۲)	۱۸ (۳/۶)	۵۳ (۶)	۱۳ (۴)	۷ (۳)	۲۱ (۵)	۲۳ (۵)	۱۴ (۲)	اعصاب محیطی
۱۲۷ (۲/۵)	۴ (۱/۵)	۲۶ (۲)	۱۴ (۲/۸)	۳۳ (۴)	۲۸ (۹)	۲ (۱)	۲۶ (۶)	۱۱ (۲)	۲۰ (۳)	استخوانی، فیبروز یا غضروفی
۷۸ (۱/۵)	۹ (۳)	۵ (۰)	۴۰ (۸)	۸ (۱)	۵ (۲)	۵ (۲)	۱۰ (۲)	۳۷ (۷)	۸ (۱)	رابدومیوسارکوم
۶۰ (۱)	۰	۱۲ (۱)	۶ (۱/۲)	۳ (۰)	۱۰ (۳)	۰	۲۲ (۵)	۲۴ (۵)	۱ (۰)	ملانوسیتی
۲۳ (۰/۴)	۱۸ (۷)	۸ (۱)	۲ (۰/۴)	۰	۰	۰	۵ (۱)	۴ (۱)	۲۳ (۴)	چربی
۳۷۵ (۷)	۱ (۰/۵)	۸ (۱)	-	۴ (۰)	۰	۱ (۱)	۷ (۲)	۰	۱ (۰)	هیستوسیتی
۵۱۳۹	۰	۱۶۰ (۱۱)	-	۱۴۰ (۱۷)	۶ (۲)	۳۰ (۱۳)	۲ (۰)	۱۹ (۴)	۱۸ (۳)	متفرقه
	۲۶۷	۴۹۹	۱۴۰۹	۸۲۰	۲۳۰	۴۶۵	۵۰۴	۶۴۵		جمع

درصد) بود؛ در حالی که در مطالعه Henderson، تنها ۱۴ درصد تومورها در دهه اول بروز کرده بودند و کم‌ترین شیوع در دهه دوم مشاهده شده بود. بعد از ۲۰ سالگی تا ۷۱ سالگی، شیوع تومورهای اربیت به تدریج افزایش یافت و بعد از آن، کاهش ناگهانی بروز کرد. حدود ۵۳ درصد موارد در سنین ۷۰-۴۱ سالگی بروز کرده بودند.^۵

در بررسی Shields^۳، شایع‌ترین تومورها را ضایعات کیستی، توده‌های التهابی، تومورهای غده اشکی و تومورهای ثانویه تشکیل داده بودند. در مطالعه هیستوپاتولوژیک Reese^۴، تومورهای شایع به ترتیب شامل توده‌های عروقی، نوروزنیک و کیست‌ها بودند و در مطالعه Henderson^۵، تومورهای ثانویه، کیست و ضایعات عروقی شایع‌تر بودند. و نیز در بررسی Moss که براساس یافته‌های بالینی، پرتونگاری و آسیب‌شناسی صورت گرفته بود؛ شایع‌ترین تومورها به ترتیب شامل افتالموپاتی گریوز، همانژیوم، لنفوسارکوم (لنفوریکولار)، تومور کاذب و تومورهای اپی‌تلیومی غده اشکی بودند.^۶

شیوع تومور در سنین مختلف نیز تفاوت قابل توجهی با هم دارند. در سنین کم‌تر از ۲ سال، دو علت عمده توده اربیت را نئوپلازی‌ها مانند همانژیوم مویرگی و اختلالات ساختمانی مانند کیست‌های مادرزادی تشکیل می‌دهند. شایع‌ترین ضایعات توموری اربیت در سنین ۱۶-۲ سالگی عبارتند از اختلالات ساختمانی (کیست درموئید و اپیدرموئید)، بدخیمی‌ها (نوروزنیک و مزانشیمی)، ضایعات التهابی (عفونی و التهابی غیراختصاصی)، تومورهای عروقی (لنفانژیوما) و اربیتوپاتی تیروئیدی؛ در سنین ۶۴-۱۷ سالگی عبارتند از اربیتوپاتی تیروئید، بدخیمی (نوروزنیک، لنفوپرولیفراتیو، عروقی و ثانویه)، اختلالات ساختمانی (مانند کیست‌های اکتسابی) و ضایعات التهابی و در سنین بالاتر از ۶۵ سال عبارتند از اربیتوپاتی تیروئیدی، بدخیمی‌ها (لنفوپرولیفراتیو، ثانویه و نوروزنیک)، ضایعات التهابی و اختلالات ساختمانی^{۱-۳}.

در مطالعه ما، بیش‌ترین شیوع تومور اربیت در دهه اول زندگی (۲۲ درصد) و کم‌ترین شیوع آن در دهه نهم زندگی (۱)

کافی، دیر به پزشک مراجعه کرده‌اند. در مطالعه Shields، رتینوبلاستوم ۱/۵ درصد کل تومورهای اربیت را تشکیل می‌داد.^۳

در ۱۰-۸ درصد موارد ملانوم کورویید در زمان تخلیه چشم، گسترش تومور به خارج از صلبیه دیده می‌شود.^۱ در مطالعه Shields^۲، ۲۶ درصد تومورهای ثانویه و ۳ درصد کل تومورهای اربیت را ملانوم کورویید تشکیل داده بود. در بررسی ما، آمار به دست آمده به ترتیب ۳۷ درصد و ۷ درصد بود. تفاوت موجود تا حدودی بستگی به این دارد که درصدی از تومورهای ملانوم کورویید را متخصصان انکولوژی درمان می‌کنند و در نتیجه در آمار تومورهای اربیت مراکز چشم‌پزشکی قرار نمی‌گیرند. تومورهای ثانویه، به جز رتینوبلاستوم، عمدتاً در بزرگسالان مشاهده می‌گردند^{۱-۳} که در مطالعه ما نیز این یافته تایید شد.

کارسینومای سلول پایه (BCC)، شایع‌ترین تومور پلک (۹۰-۸۰ درصد) است ولی با توجه به رشد کند و ماهیت تهاجمی نسبتاً کم آن، در بسیاری از مطالعات، میزان تهاجم آن به اربیت مشابه کارسینومای سلول سنگ‌فرشی (SCC) است. SCC در امتداد فاشیا و بافت چربی اربیت گسترش می‌یابد که موجب انتشار سریع‌تر تومور در اربیت می‌گردد. سایر تومورهای پلک به ترتیب شیوع عبارتند از SCC (۹-۷ درصد)، کارسینومای غدد چربی (۵-۱ درصد) و ملانوما (۱ درصد).^۲ شیوع BCC در مطالعه ما و در مطالعه Shields^۲، ۳ درصد بود. شیوع کارسینومای غدد چربی حدود ۱ درصد و شیوع ملانوم کم‌تر از ۱ درصد بود. موردی از SCC در بیماران ما گزارش نشد ولی در مطالعه Shields، کم‌تر از ۱ درصد موارد را تشکیل می‌داد.^۳

دومین تومور شایع در بررسی ما و اولین تومور شایع در مطالعه Shields^۳ را ضایعات کیستی تشکیل می‌دادند. کیست‌های اربیت به صورت اختلال تکاملی (کیست درموئید و اپیدرموئید، تراتومای کیستی، سفالوسل، میکروفتالموس و چشم کیستی مادرزادی) یا اختلال اکتسابی (موکوسل، هیگرومای دور عصب بینایی، کیست هماتینیک و کیست ساده) تظاهر می‌نمایند.^{۱-۲}

کیست‌های درموئید و اپیدرموئید، از شایع‌ترین توده‌های اربیت و بافت‌های اطراف اربیت هستند که در سنین کودکی تظاهر می‌کنند ولی میزان بروز آن نسبتاً کم گزارش می‌شود؛ چرا که بسیاری از این توده‌ها، قدام به سپتوم و در امتداد لبه

اولین تومور شایع در مطالعه ما را تومورهای ثانویه تشکیل می‌داند که شایع‌ترین منشا آن‌ها از گلوب و سپس پلک بود. تومورهای ثانویه اربیت از بافت‌های غضروفی از جمله نازوفارنکس، سینوس‌های پارانازال، استخوان، داخل جمجمه، پلک، ملتحمه، کیسه اشکی و گلوب به اربیت گسترش می‌یابند.^۲ با توجه به جدول (۳)، شیوع تومورهای ثانویه و متاستازی در مطالعات مختلف، در مجموع ۲۹-۳ درصد است^{۳-۱۰} که در گروه مورد بررسی ما، این میزان ۲۹ درصد بود. تفاوت آماری موجود، به شرایط در نظر گرفته‌شده توسط محققان بستگی دارد؛ برای مثال Henderson^۴ نه تنها تومورهای ثانویه اپیتلیومی، بلکه ضایعات ساختمانی مانند موکوسل را که یک نئوپلاسم واقعی نیست و ناهنجاری‌های عروقی را نیز در زمره تومورهای ثانویه در نظر گرفته است.

در بررسی ما، شایع‌ترین منشا تهاجم به اربیت، تومورهای چشم بودند (۶۷ درصد) که شامل رتینوبلاستوم (۶۳ درصد) و ملانوم کورویید (۳۷ درصد) می‌شدند. در این مطالعه نسبت به سایر مطالعات^{۳-۱۰}، درصد نسبتاً بالایی از تومورهای اربیت را تومورهای با منشا چشمی تشکیل می‌دادند که به نظر می‌رسد علت عمده آن، ارجاعی بودن این مرکز باشد.

در بررسی ما رتینوبلاستوم، عمدتاً در بچه‌های با متوسط سنی چهار سال مشاهده شده بود. رتینوبلاستوم، شایع‌ترین تومور چشمی سنین کودکی است که در درازمدت به بافت‌های چشم محدود می‌ماند ولی در نهایت، تهاجم آن به اربیت از طریق عصب بینایی و یا از طریق کانال‌های موجود در صلبیه اتفاق می‌افتد. در کشورهای در حال توسعه، به علت عدم تشخیص به موقع رتینوبلاستوم؛ در درصد بالایی از موارد، بیمار با تومور پیش‌رفته و تهاجم خارج چشمی مراجعه می‌کند که همراه با مرگ و میر بالایی حدود ۹۰-۱۰۰ درصد است. در حالی که در کشورهای پیش‌رفته، به علت وجود راه‌های تشخیصی و درمانی پیش‌رفته و مراجعه زودهنگام بیماران، مرگ و میر حدود ۵ درصد است.^۲

هرچند میزان تهاجم خارج چشمی رتینوبلاستوم در این مطالعه مورد بررسی قرار نگرفته است ولی با توجه به سهم نسبتاً بالایی که مبتلایان به رتینوبلاستوم در تومورهای اربیت دارند (۱۱ درصد)، می‌توان حدس زد که تشخیص بیماری با تاخیر صورت گرفته است و یا بیماران به علت عدم آگاهی

فوقانی اربیت واقع شده‌اند و در آمار توده‌های اربیت قرار نمی‌گیرند.^۲

در مطالعه ما ۶۱ مورد (۲۳ درصد) ضایعه کیستی وجود داشت که اکثر موارد آن را کیست درموئید (۷۰/۵ درصد) تشکیل می‌داد. بقیه موارد از کیست اپیدرموئید (۲۳ درصد) و موکوسل (۶/۵ درصد) تشکیل شده بودند. در سایر مطالعات میزان بروز ضایعات کیستی، حدود ۶۶-۵ درصد است.^{۱۰-۳} در مطالعه Shields، ۳۰ درصد کل تومورهای نمونه‌برداری شده را توده‌های کیستی تشکیل می‌دادند که ۸۰ درصد آن‌ها کیست درموئید بودند و در اکثر موارد، کیست‌هایی که در بخش سطحی پلک واقع شده بودند نیز در بررسی، به حساب آمده بودند. بقیه توده‌های کیستی را موکوسل (۸ درصد) و کیست‌های اپی‌تیلیومی (۸ درصد) تشکیل می‌دادند. کیست‌های کلومی، هماتوسل، مننگوسل و کیست غلاف عصب بینایی با درصد کمی گزارش شده بودند.^۳ در مطالعه Henderson با توجه به این‌که تومورهای قدام به سپتوم، از مطالعه خارج شده بودند؛ شیوع توده‌های کیستی بسیار کم و حدود ۵ درصد گزارش شد.^۵

تخریب دهانه سینوس به علت التهاب راجعه، مصدومیت یا بیماری‌های مخاطی، منجر به ایجاد کیست‌های پر از مخاط یا موکوسل می‌گردد که به تدریج بزرگ می‌شوند و دیواره اربیت را از بین می‌برند و وارد اربیت می‌گردند. اگر علاوه بر مخاط، یاخته التهابی و چرک هم وجود داشته باشد، به آن پیوسل و موکوپيوسل می‌گویند. شیوع موکوسل در بین تومورهای اربیت، نسبتاً کم است (۱۵-۱/۵ درصد). تفاوت آماری موجود، به مرکز جمع‌آوری اطلاعات بستگی دارد؛ به طوری که تعدادی از این توده‌ها را متخصصان گوش و حلق و بینی درمان می‌کنند و در آمار جراحان اربیت وارد نمی‌شوند.^۲ تراتوم در هر سنی می‌تواند دیده شود ولی در اکثر موارد بلافاصله بعد از تولد بروز می‌کند. تراتوم تومور نسبتاً نادری است و در مطالعات گسترده، تنها یک مورد آن گزارش شده است.^۲ در بررسی ما و Shields^۲، گزارشی از این تومور وجود نداشت.

سومین تومور شایع در مطالعه ما را تومورهای حفره غده اشکی تشکیل می‌دادند (۱۲ درصد) که شایع‌ترین تشخیص سبب‌شناختی آن‌ها به ترتیب شیوع، داکریوآدنیت، آدنومای پلومرفیک، لنفوم و کارسینومای آدنویید کیستی بودند. داکریوآدنیت یک اصطلاح کلی برای توصیف هر التهابی است که غده اشکی را مبتلا می‌کند؛ از جمله سارکوییدوز، شوگرن، گریوز، لوپوس، گرانولوماتوز و گنر و بیماری‌های خودایمنی. شایع‌ترین تومور خوش‌خیم غده اشکی، آدنومای پلومرفیک (تومور مخلوط خوش‌خیم) است. سایر تومورهای خوش‌خیم از جمله انکوسیتوما، میوآپیتلیوما، همانژیوم غاری و کیست درموئید ناشایعند. تومورهای بدخیم غده اشکی عمدتاً از تومورهای اولیه اپی‌تلیومی تشکیل شده‌اند و شامل کارسینومای آدنویید کیستی، پلومرفیک، آدنوکارسینوما، کارسینومای موکوپیدرموئید، SCC و کارسینوم غدد سباسه می‌باشند. تومورهای بدخیم، مردان را بیش‌تر مبتلا می‌کنند.^۳ شیوع تومورهای اربیت براساس سایر مطالعات، بین ۱۳-۱ درصد است.^{۱۰-۳}

در مطالعه حاضر، سایر تومورها از جمله تومورهای عصبی، ماهیچه‌ای، هیستئوسیتی، متاستازی، لنفوی و التهابی، ۸-۰/۵ درصد موارد را تشکیل می‌دادند. آمار به دست آمده تا حدود زیادی مشابه نتایج مطالعه Shields است.^۳

مطالعه حاضر، یک نگرش کلی در رابطه با میزان شیوع تومورهای اربیت در این مرکز ارائه می‌دهد که نتایج آن تا حدودی با سایر مطالعات متفاوت بودند. با توجه به کاستی‌های موجود در نحوه جمع‌آوری اطلاعات و نیز عدم مراجعه همه بیماران بعد از نمونه‌برداری و در دسترس نبودن گزارش آسیب‌شناسی در همه موارد، درصد قابل توجهی از نمونه‌های موجود حذف شدند که دقت اطلاعات به دست آمده را نامطمئن می‌کند. البته این اشکال بر تمامی مطالعات مشابه که در زمینه بررسی میزان بروز تومورهای اربیت انجام شده‌اند^{۱۰-۳} وارد است. برای از میان بردن نقایص موجود و بالا بردن دقت اطلاعات به دست آمده، توصیه به انجام یک مطالعه آینده‌گر می‌شود.

منابع

- 1- Shields JA. Diagnosis and management of orbital tumors. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1989.
- 2- Duane's Ophthalmology. Lippincott: Williams & Wilkins; 2002. CD-ROM Edition.
- 3- Shields JA, Bakewell B, Augsburger JJ, Donoso LA, Bernardino V. Classification and incidence of space-occupying lesion of the orbit: A survey of 645 biopsies. *Arch Ophthalmol* 1984;102:1606.
- 4- Reese AB. Bowman lecture: Expanding lesions of the orbit. *Trans Ophthalmol Soc UK* 1971;91:85-104.
- 5- Henderson JW. Orbital tumors. Philadelphia: WB Saunders; 1973.
- 6- Moss HM. Expanding lesion of the orbit. *Am J Ophthalmol* 1962;54:761-770.
- 7- Silva D. Orbital tumors. *Am J Ophthalmol* 1968;65:318-319.
- 8- Kennedy RE. An evaluation of 820 orbital cases. *Trans Am Ophthalmol Soc* 1984;82:134-157.
- 9- صادقی طاری علی، امیرجمشیدی عباس، نعمت‌الهی محمدکریم، کسایی ابوالفضل، کرامت‌پناه فریدون، اسدی‌آملی فهیمه. بررسی پاتولوژیک تومورهای اربیت عمل شده از سال ۱۳۶۷ لغایت ۱۳۷۷ در بیمارستان فارابی. مجله چشم‌پزشکی ایران؛ ۱۳۷۹؛ جلد ۱۲، شماره ۳: ۴۶-۳۴.
- 10- Rootman J. Disease of the orbit: A multidisciplinary approach. 2nd ed. Lippincott: Williams & Wilkins; 2003.