

Secondary Epitheial Iris Cyst with Pus-like Precipitate: A Rare Presentation

Behrouzi Z, MD; Basirnia N, MD

Purpose: To report two cases of secondary epithelial iris cyst (SEIC) with pus-like precepsitates in the cyst.

Patients and Findings: Two young men with history of penetrating trauma to the eye and primary repair developed secondary epithelial iris cyst several years later. Slit-lamp biomicroscopy revealed a large cyst originating from the site of the laceration. The cyst was filled with pus-like precipitates inferiorly and clear fluid superiorly. Contents of the cyst were aspirated and the cysts were treated successfully by chemical cautery with 98% ethanol irrigation. Aspirated fluid culture and smear was negative and cytology revealed lymphocysts and epithelial cells.

Conclusion: Pus-like precipitate within iris cyst is a rare presentation which seems to be sterile. Treatment with intracystic ethanol irrigation is successful in such cases.

Key words: epithelial iris cyst, pus-like precipitate

- Bina J Ophthalmol 2005; 11 (2): 244-247.

دو مورد کیست عنبیه با تظاهر نادر رسوب ماده چرکمانند در داخل آن (هایپویون کاذب)

دکتر زهره بهروزی^۱ و دکتر نادر بصیرنیا^۲

چکیده

هدف: گزارش دو بیمار مبتلا به کیست ثانویه عنبیه با نمای رسوب چرکمانند در داخل کیست. **یافته‌ها:** هر دو بیمار مرد و سابقه ضربه نافذ به چشم داشتند که تحت ترمیم جراحی قرار گرفته بودند و به دنبال آن، به طور ثانویه دچار کیست اپی‌تلیومی عنبیه شدند. در معاینه با اسلیت‌لمپ، کیست بزرگی دیده شد که پایه آن در محل پارگی قبلی قرار داشت. محتوای کیست از دو لایه شامل رسوب سفید چرکمانند در پایین و محلول روشن در بالا تشکیل شده بود. کیست‌ها با روش کوتر شیمیایی با اتانول ۹۸ درصد تحت درمان موفقیت‌آمیز قرار گرفتند و ماده کشیده‌شده، تحت بررسی سیتولوژی، کشت و رنگ‌آمیزی قرار گرفت که در هر دو مورد، کشت و اسمیر منفی بودند و سیتولوژی، یاخته‌های لنفوسیت و یاخته‌های اپی‌تلیومی را گزارش نمود.

نتیجه‌گیری: وجود رسوب چرکمانند در داخل کیست‌های عنبیه، تظاهر نادری از این بیماری است و به نظر می‌رسد که این رسوب استریل باشد و در پیش‌آگهی درمان با اتانول ۹۸ درصد تاثیری نداشته باشد.

- مجله چشم‌پزشکی بینا ۱۳۸۴؛ دوره ۱۱، شماره ۲: ۲۴۷-۲۴۴.

• پاسخ‌گو: دکتر زهره بهروزی (e-mail: dr_behrouzi@hotmail.com)

۱- دانشیار- چشم‌پزشک- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۲- دستیار- چشم‌پزشک- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تهران- خیابان شهید مدنی- بیمارستان امام حسین- بخش چشم

تاریخ دریافت مقاله: ۲۶ دی ۱۳۸۳

تاریخ تایید مقاله: ۸ مرداد ۱۳۸۴

دکتر زهره بهروزی- کیست عنبیه با تظاهر رسوب ماده چرکمانند در داخل آن

مقدمه

کیست‌های عنبیه، موارد نادری از بیماری‌های چشمی را تشکیل می‌دهند که در یک تقسیم‌بندی کلی، به دو نوع اولیه و ثانویه تقسیم می‌گردند که هر کدام می‌توانند از اپی‌تلیوم پیگمانته عنبیه یا از استرومای عنبیه سرچشمه گرفته باشند. کیست‌های اولیه عنبیه، بیش‌تر در کودکان مطرحند و به طور عمده، از نوع اپی‌تلیوم پیگمانته هستند که به علت جدا شدن دو لایه پیگمانته اپی‌تلیوم عنبیه ایجاد می‌گردند و شامل انواع مرکزی، بینابینی، محیطی و رهاشده (dislodged) می‌باشد.^۱ کیست‌های اولیه اپی‌تلیومی عنبیه (PIPEC)، اغلب بدون علامت و بدون رشد می‌باشند و بیش‌تر، یافته‌ای اتفاقی هستند که اهمیت بالینی ندارند. کیست‌های اولیه استرومای عنبیه (PISC)، به علت توقیف شدن (sequestration) یاخته‌های اپی‌تلیومی در درون استرومای عنبیه در دوران جنینی رخ می‌دهند.^۲ این کیست‌ها اغلب بزرگ‌تر از PIPEC هستند و بیش‌تر عوارض ایجاد می‌نمایند و لذا اهمیت بالینی دارند. این کیست‌ها در کودکان، تهاجمی‌تر از بزرگسالان می‌باشند.^۳

کیست‌های اپی‌تلیومی ثانویه عنبیه (SIPEC) اغلب به علت مصرف طولانی‌مدت داروهای مثل مهارکننده‌های کولین استراز ایجاد می‌گردند.^۱ ولی گاهی اولین تظاهر خال‌ها یا ملانوم عنبیه^۴، به صورت SIPEC می‌باشد. انگل‌ها نیز می‌توانند با این تظاهر، نمایان گردند.^۵ کیست‌های ثانویه استرومای عنبیه (SISC) شایع‌ترین نوع کیست‌های عنبیه هستند و بیش از بقیه، دارای رشد سریع و اهمیت بالینی می‌باشند. شایع‌ترین عامل ایجادکننده SISC، ضربه نافذ و یا جراحی باز سگمان قدامی است^۴ که به علت کاشته شدن (implantation) و یا رشد رو به داخل (ingrowth) یاخته‌های اپی‌تلیوم از منشا ملتحمه یا قرنیه و حتا پوست پلک و رشد متعاقب آن در داخل استرومای عنبیه ایجاد می‌گردد.

مهم‌ترین اهمیت بالینی کیست‌های عنبیه، تشخیص افتراقی آن‌ها از تومورهای عنبیه و به ویژه ملانوماست. عوارض این کیست‌ها عبارتند از انسداد محور بینایی، نارسا شدن قرنیه، التهاب عنبیه به علت نشت محتوای کیست، کدورت عدسی، آستیگماتیسم لنتیکولار، دررفتگی عدسی، کراتوپاتی نواری و پراکندگی پیگمانی (pigment dispersion) که با درگیری مردمک، باعث کاهش شدید دید می‌گردند.^{۱،۲}

نماهای بالینی مختلفی برای کیست‌های عنبیه گزارش شده‌اند.^{۱،۲} کیست عنبیه می‌تواند بدون علامت باشد. گاهی کیست فقط به صورت تنگی موضعی زاویه تظاهر می‌یابد. اشکال نعل اسبی و دایره‌ای ۳۶۰ درجه‌ای نیز گزارش شده‌اند. کیست گاهی به صورت زوایدی متعددی در لبه مردمک (به ویژه در نوع SIPEC) مشاهده می‌گردد.^۱ انواع رهاشده، در اتاق قدامی یا زجاجیه شناور می‌باشند. گاهی جدار کیست، واسکولاریزه است. محتوای کیست، گاهی فقط مایع شفاف می‌باشد و گاهی به علت شناور بودن یاخته‌های اپی‌تلیوم و کراتین، حالت کدر به خود می‌گیرد. گاهی کیست از ماده کراتین اشباع می‌شود و حالت توپر پیدا می‌کند که کیست سفید یا مرواریدی نامیده می‌شود. مواردی که در این مقاله معرفی می‌گردند؛ دارای تظاهر منحصربه‌فردی به صورت رسوب ماده چرکمانند هستند که تاکنون گزارش نشده‌اند.

معرفی بیماران

بیمار اول

جوان کارگر ۳۶ ساله‌ای با سابقه مصدومیت و پارگی چشم چپ که دو سال قبل از مراجعه ترمیم شده بود؛ با شکایت کاهش دید مراجعه نمود. در معاینه، دید بیمار ۵/۱۰ و با اصلاح عیب انکساری ۷/۱۰ بود. فشار چشم در حد طبیعی بود. در معاینه با اسلیت‌لمپ، کیست بزرگی دیده شد که ریشه آن در محل اسکار آسیب قبلی بود. کیست به مردمک دست‌اندازی نکرده بود. در داخل کیست، محلول شفافی وجود داشت که در یک‌چهارم تحتانی آن، رسوب سفید مایل به زرد چرکمانندی دیده می‌شد (تصویر ۱).

بیمار دوم

آقای ۳۰ ساله‌ای با سابقه ضربه نافذ به چشم چپ و ترمیم آن در کودکی، با شکایت درد و ناراحتی و کاهش دید از چند ماه قبل، مراجعه نمود. دید چشم با و بدون اصلاح انکساری ۳/۱۰ بود. اسکار قبلی قرنیه مشهود بود. فشار چشم، بدون درمان، ۲۸ mmHg بود. در معاینه با اسلیت‌لمپ، کیست بزرگ نعل اسبی شکلی دیده شد که فضای مردمک را نیز اشغال کرده بود. محتوای کیست مثل بیمار قبلی، دارای سطحی از رسوب سفید مایل به زرد به ارتفاع یک‌چهارم کیست بود (تصویر ۲).

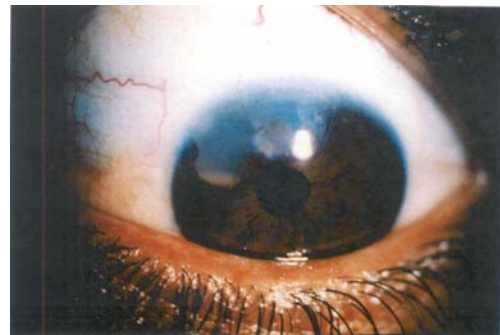
بحث

چرک، یک کلمه غیراختصاصی است که از یاخته‌های التهابی شامل نوتروفیل‌ها، لنفوسیت‌ها، ماکروفاژها، عوامل بیماری‌زا و قطعات بافت نکروزه میزبان تشکیل می‌گردد. بر حسب نوع التهاب (عفونی، انگلی، ایمونولوژی) و حاد یا مزمن بودن روند التهابی، ترکیب چرک متفاوت خواهد بود؛ برای مثال، غلبه یاخته‌ای در بیماری‌های باکتریایی حاد با نوتروفیل‌ها، در بیماری‌های انگلی با ائوزینوفیل‌ها و در عفونت‌های ویروسی یا ایمونولوژی با لنفوسیت‌ها می‌باشد. به علاوه، در صورت ازمان التهاب، لنفوسیت‌ها از نظر تعداد بر نوتروفیل‌ها غلبه می‌یابند.^۷

سیتولوژی کیست‌های این دو بیمار به طور عمده شامل یاخته‌های لنفوسیتی و یاخته‌های اپی‌تلیومی جدار کیست بود و ذرات و مواد نکروزه مشاهده نگردید و اسمیر و کشت نیز منفی گزارش شد. به علاوه، به طور بالینی نیز علائم عفونت و التهاب حاد شامل قرمزی چشم و کموزیس و درد و یا التهاب اتاق قدامی وجود نداشت. در هر صورت، در یک کیست عنبیه، احتمال عفونی شدن وجود دارد ولی علائم بالینی و آزمایشگاهی بیماران، عفونت حاد باکتریایی یا انگلی را رد می‌نماید و این که آیا این لنفوسیتوز حاکی از عفونت قبلی و مزمن و یا عفونت ویروسی و یا یک پدیده ایمنی‌شناختی در پاسخ متقابل دستگاه ایمنی اختصاصی اتاق قدامی و کیست عنبیه می‌باشد؛ نامشخص است. به هر حال، اقدام انجام‌شده در این بیماران، مشابه سایر بیماران گزارش‌شده، کوتری شیمیایی با الکل ۹۸ درصد بود و هر دو بیمار به بهبود کامل دست یافتند. به نظر می‌رسد که این نوع تظاهر کیست عنبیه، تغییری در پیش‌آگهی بیماران ندارد و احتمال موفقیت، هم‌چنان بالا و نزدیک به صددرصد است.

نتیجه‌گیری

کیست‌های عنبیه، یافته‌ای نادر ولی با تظاهر هتروژن می‌باشند که وجود رسوبات چرک‌مانند، می‌تواند یک تظاهر نادر در این بیماری باشد. این چرک به طور کلی، استریل و بدون میکروب می‌باشد و درمان به روش کوتری شیمیایی با الکل ۹۸ درصد در این بیماران، نتیجه‌بخش است.



تصویر ۱- چشم بیمار اول با رسوب چرک‌مانند در کیست عنبیه



تصویر ۲- چشم بیمار دوم با رسوب چرک‌مانند در کیست عنبیه قبل از درمان (الف) و پس از درمان با اتانول (ب)

برای هر دو بیمار، کوتری شیمیایی با اتانول ۹۸ درصد انجام پذیرفت و محلول آسپیره‌شده، جهت کشت و اسمیر و بررسی سیتولوژی فرستاده شد که در هر دو مورد، جواب کشت و اسمیر منفی بود و در سیتولوژی نیز ترکیبی از یاخته‌های لنفوسیت و اپی‌تلیوم جدار کیست گزارش شد. هر دو بیمار یک هفته، یک ماه و ۶ ماه و مورد اول، ۸ سال بعد پی‌گیری شدند که هر دو کیست کاملاً چروکیده شده و از بین رفته بودند و بیماران به بهبود کامل دست یافتند.

منابع

- 1- Lois N, Shields CL. Primary cysts of the iris pigment epithelium. *Ophthalmology* 1998;105:1879-1884.
- 2- Lois N, Shields CL. Primary iris stromal cyst. *Ophthalmology* 1998;105:1317-1322.
- 3- Shields JA, Sanborn GE, Augsburger JJ. Differential diagnosis of malignant melanoma of the iris a clinical study of 200 patients. *Ophthalmology* 1983;90:716-720.
- 4- Gottfried OH, Neuman VR. Block excision of cystic and diffuse epithelial ingrowth of the anterior chamber. *Ophthalmology* 1992;110:223-227.
- 5- Chakraborty S, Chakrabarti A, Maity P, Ray B. Atypical presentation of primary iris cyst. *J Indian Med Assoc* 2004;102:36-37.
- 6- Behrouzi Z, Khodadoust A. Epithelial iris cyst treatment with intracystic ethanol irrigation. *Ophthalmology* 2003;110:1601-1605.
- 7- Yanoff M, Fine BS, Gass JD. Ocular pathology. 4th ed. Philadelphia: Mosby; 1996.