

بررسی اپیدمیولوژیک بیماران مبتلا به تومورهای اربیت در بیمارستان چشم پزشکی مرجع در شهر اصفهان در سال‌های ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۲

بهرام اشراقی^۱، پگاه نورشرف^۲، شیوا سبزواری^۳، محسن پورعزیزی^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: این مطالعه با هدف تعیین شاخص‌های اپیدمیولوژیک توده‌های اربیت در بیمارستان چشم پزشکی مرجع در شهر اصفهان انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه‌ی مقطعی بر روی ۱۹۲ بیمار مبتلا به تومور اربیت تحت درمان قرار گرفته در یک بیمارستان چشم‌پزشکی مرجع و مطب پزشک متخصص طی سال‌های ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۲ انجام شد. اطلاعات مورد نیاز از پرونده‌ی بیماران بستری جمع‌آوری گردید. تشخیص نهایی بر اساس یافته‌های هیستوپاتولوژیک و تصویربرداری تعیین گردید. جهت تحلیل داده‌ها از آزمون‌های تی‌استودنت و Chi-square استفاده شد.

یافته‌ها: ۲۸/۱ درصد تومورهای بدخیم داشتند. میانگین سنی بیماران با تومورهای خوش‌خیم و بدخیم به ترتیب ۳۷/۲ (۲۱/۵) و ۵۰/۷ (۲۱/۸) بود ($P < ۰/۰۵$). تفاوت معنی‌داری از نظر فراوانی توده‌های خوش‌خیم و بدخیم بر اساس جنس دیده نشد ($P > ۰/۰۵$). شایع‌ترین یافته‌ها همانژیوم کاورنوس، سودوتومور، کیست درموئید و لنفوما بودند که به ترتیب درصد ۱۷/۲، ۱۰/۹، ۹/۹ و ۸/۹ از کل تومورها را تشکیل می‌دادند. فراوان‌ترین ضایعات از بین ضایعات خوش‌خیم به ترتیب همانژیوم کاورنوس (۳۳/۹ درصد)، سودوتومور (۱۵/۲ درصد)، کیست درموئید (۱۳/۸ درصد) و مننژیوما اسفنواربیتال (۱۱/۶ درصد) بودند. فراوان‌ترین ضایعات از بین ضایعات بدخیم به ترتیب لنفوم (۳۱/۵ درصد)، کارسینوم سلول بازال (۲۰/۴ درصد)، کارسینوم کیستیک آدنوئید (۱۲/۹ درصد) و کارسینوم سلول‌های سنگفرشی (۱۱/۱ درصد) بودند. ۵۱/۹ درصد از تومورهای بدخیم ثانویه بودند. گلیوم عصب بینایی شایع‌ترین تومور مشاهده شده در بیماران اطفال بود که ۲۱/۶ درصد از تومورهای این بیماران را تشکیل داد.

نتیجه‌گیری: در این مطالعه، فراوانی ضایعات خوش‌خیم بیشتر بود. بیشتر ضایعات بدخیم، ثانویه بودند. بیماران با تومورهای بدخیم مسن‌تر از بیماران با تومورهای خوش‌خیم بودند. شناسایی جمعیت‌های در معرض خطر ابتلا به تومورهای بدخیم، برای اهداف پیشگیرانه کمک‌کننده است.

واژگان کلیدی: تومورهای اوربیتال؛ اپیدمیولوژی؛ لنفوم؛ آدنوئید کیستیک

ارجاع: اشراقی بهرام، نورشرف پگاه، سبزواری شیوا، پورعزیزی محسن. بررسی اپیدمیولوژیک بیماران مبتلا به تومورهای اربیت در بیمارستان چشم پزشکی مرجع در شهر اصفهان در سال‌های ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۲. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۴؛ ۴۳ (۸۲۸): ۱۰۱۱ - ۱۰۱۹.

مقدمه

اربیت (Orbit) شامل ساختارها و بافت‌های حیاتی متعددی است (۱). به دلیل پیچیدگی منشا جنینی، تومورهای مختلفی می‌توانند در این ناحیه ایجاد شوند (۲). انواع مختلف توده‌های نئوپلاستیک، عفونی و التهابی چه به صورت اولیه و منشا گرفته از بافت‌های متنوع همان ناحیه و چه به صورت ثانویه می‌توانند این ناحیه را تحت تأثیر قرار دهند (۱). توده‌های موجود در این فضای محدود می‌توانند به سرعت باعث علائم

بینایی قابل توجه و حتی از دست رفتن غیرقابل بازگشت بینایی شوند. این توده‌ها همچنین می‌توانند باعث اختلالات زیبایی و عملکردی قابل توجهی در درجات مختلف بسته به محل قرارگیری و اندازه‌ی تومور شوند (۱). علاوه بر مشکلات زیبایی، همچنین نقص شدید بینایی با از دست دادن بینایی و مختل نمودن حرکات چشم، تومورهای بدخیم اربیت می‌توانند تهدیدکننده‌ی حیات باشند (۳). بدخیمی‌های اربیتال، گروه مهمی از اختلالات هستند که در همه‌ی

۱- دانشیار، مرکز تحقیقات بیماری‌های چشم اصفهان، گروه چشم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- مرکز تحقیقات بیماری‌های چشم اصفهان، گروه چشم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- استادیار، مرکز تحقیقات بیماری‌های چشم اصفهان، گروه چشم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤؤل: محسن پورعزیزی؛ استادیار، مرکز تحقیقات بیماری‌های چشم اصفهان، گروه چشم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: pourazizi@yahoo.com

روش‌ها

این مطالعه‌ی مقطعی بر روی بیماران با تشخیص توده‌های اربیت که در سال‌های ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۲ به بیمارستان فیض اصفهان و پزشکان متخصص در مطب خصوصی مراجعه نموده و تحت جراحی قرار گرفته و دارای پاسخ پاتولوژی بودند یا اینکه بر اساس تصویربرداری تشخیص قطعی داشتند انجام شد. بیماران با تشخیص نهایی انواع توده‌های چشمی در پرونده‌ی بستری بیماران بر اساس کد ICD-10 وارد مطالعه شدند. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تشخیص نهایی پاتولوژیک یا تصویربرداری، توده‌های با منشأ عفونی و عدم وجود اطلاعات کافی در پرونده بود.

در ابتدا با مراجعه به پایگانی مرکز درمانی محل انجام مطالعه و با در نظر گرفتن جمعیت مورد مطالعه و معیارهای ورود، لیستی از اسامی بیماران کاندید تهیه شد. سپس با مراجعه به پرونده‌ی بستری این بیماران، اطلاعات مورد نیاز جهت انجام مطالعه شامل سن، جنس، سمت درگیر، نوع ضایعه و محل آن توسط یک نفر پزشک همکار طرح، در چک‌لیست‌های اطلاعاتی از پیش تعیین شده ثبت گردید. تشخیص نهایی در اولویت اول بر اساس یافته‌های هیستوپاتولوژیک (بر اساس تشخیص پاتولوژیست) و در اولویت دوم بر اساس یافته‌های تصویربرداری تعیین گردید.

پس از جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز داده‌ها بوسیله‌ی نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ (version 23, IBM Corporation, Armonk, NY) تحلیل شد. برای توصیف داده‌های کمی از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی از جمله میانگین و انحراف معیار و برای توصیف داده‌های کیفی از فراوانی (درصد) استفاده شد. برای مقایسه متغیرهای زمینه بین بیماران با ضایعات خوشخیم و بدخیم از آزمون‌های T-test و Chi-square استفاده گردید. کلیه‌ی ملاحظات اخلاقی، حقوق بیماران و محرمانگی اطلاعات در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مجموع تعداد ۱۹۲ بیمار با میانگین (انحراف معیار) سنی ۴۰/۹ (۲۱/۷) سال مورد بررسی قرار گرفتند. ۹۳ نفر (۴۸/۴ درصد) از بیماران مورد بررسی مرد بودند. در جدول ۱ ویژگی‌های دموگرافیک بیماران را بر اساس بدخیم و خوش‌خیم بودن ضایعات قابل مشاهده است.

میانگین سنی در بیماران دارای توده‌های بدخیم ۵۰/۷ (۲۱/۸) و در بیماران با توده‌های خوش‌خیم ۳۷/۲ (۲۱/۵) سال بود که دارای تفاوت معنی‌دار بین دو گروه بود ($P < ۰/۰۰۱$). بیشتر توده‌های بدخیم در مردان (۵۹/۳ درصد) و بیشتر توده‌های خوش‌خیم (۵۵/۸ درصد) در زنان دیده شد. هرچند که فراوانی توده‌های بدخیم و

گروه‌های سنی بروز پیدا می‌کنند. تومورهای بدخیم اربیت ممکن است ناشی از بافت‌های اصلی آن ناحیه باشند یا از ساختارهای اطراف مانند پلک‌ها، سینوس‌های پاراناژال، نازوفارنکس یا حفره‌ی جمجمه منشأ گرفته باشند. چنین ضایعاتی همچنین ممکن است تظاهر اختلالات لنفوپرولیفراتیو سیستمیک یا متاستاز دوردست از تومورهای بدخیم در سایر نقاط بدن باشند (۴، ۵).

تشخیص دقیق و نهایی تومورهای اربیتال، به وسیله‌ی بررسی هیستوپاتولوژیک انجام می‌شود. بررسی و جراحی‌های لازم جهت خارج نمودن این توده‌ها بدون حضور متخصص اربیت غالباً دشوار است. این نوع تومورها در مقایسه با سایر اختلالات چشمی نسبتاً نادر هستند، بنابراین بیشتر چشم‌پزشکان به اندازه کافی با علائم و نشانه‌های این تومورها آشنا نیستند (۶). در بررسی تومورهای خوش‌خیم، به دلیل وجود ویژگی‌های بالینی مشابه و همسان مانند اگروفتالمی و علائم نامشخص و غیر اختصاصی در مراحل اولیه، رسیدن به تشخیص اولیه مشکل است. برای تومورهای بدخیم چشمی، هرگونه تشخیص اشتباه یا درمان نادرست به طور بالقوه می‌تواند بینایی و همچنین زندگی بیمار را به مخاطره بیندازد. بنابراین، درک ویژگی‌های جمعیت‌شناسی، بالینی و آسیب‌شناسی این ضایعات در کودکان و بزرگسالان ضروری خواهد بود (۲). با توجه به موارد محدود تومورهای اربیت، بر خلاف بیماری‌های شایع، انجام مطالعات اپیدمیولوژیک گسترده بر روی این تومورها همواره چالش برانگیز بوده است. در مطالعات پیشین نیز نتایج بدست آمده همواره دچار تناقض بوده‌اند که اثر عوامل محیطی و عوامل ذاتی و ژنتیکی در بروز تومورهای چشمی را نشان می‌دهد (۷). در نتیجه عدم وجود مطالعات دقیق و فراوان بررسی‌کننده این ضایعات و در نتیجه دانش و تجربه ناکافی پزشکان، بیماران مبتلا به چنین ضایعاتی در معرض آسیب قرار دارند. مطالعات پایه‌ی اپیدمیولوژیک در این زمینه به محققان اجازه می‌دهد تا انواع مختلف تومورهای اربیت از موارد شایع تا موارد نادر را در جمعیت‌های مختلف ارزیابی کنند. این امر در نهایت به تعیین عوامل خطر برای بروز هر نوع تومور کمک می‌کند. در طول زمان با بررسی مورو این مطالعات می‌توان روند تغییرات بروز انواع توده‌های اربیتال و تغییرات الگوی بیماری را رصد نمود. همچنین با مطالعه‌ی جمعیت‌شناسی و توزیع جغرافیایی تومورهای اربیت، می‌توان جمعیت‌های در معرض خطر بالاتر را شناسایی کرده و علاوه بر تشخیص اولیه دقیق تر هر مورد، جهت انجام مداخلات پیشگیرانه در جمعیت‌های در معرض خطر و افراد دارای عوامل خطر اقدام نمود. در این راستا، مطالعه با هدف تعیین شاخص‌های اپیدمیولوژیک توده‌های اربیت در بیمارستان چشم پزشکی مرجع در شهر اصفهان انجام شد.

قرارگیری لنفوما در بیماران مختلف در جدول ۳ نشان داده شده است. بیشتر موارد لنفوما (۵۳/۳ درصد) از غدد اشکی منشأ گرفته بودند.

جدول ۲. توزیع فراوانی ضایعات خوش خیم و بدخیم

نوع ضایعه	تعداد (درصد)
لنفوم	۱۷ (۸/۹)
کارسینوم سلول بازال	۱۱ (۵/۷)
کارسینوم سیستیک آدنوئید	۷ (۳/۶)
کارسینوم سلول سنگفرشی	۶ (۳/۱)
رابدومیوسارکوم	۴ (۲/۱)
ملانوم	۲ (۱/۰)
نوروبلاستوم	۲ (۱/۰)
کندروسارکوم فک بالا	۲ (۱/۰)
متاستاز پستان	۱ (۰/۵)
متاستاز پروستات	۱ (۰/۵)
استزیونوروبلاستوم	۱ (۰/۵)
جمع کل بدخیم	۵۴ (۲۸/۱)
همانژیوم کاورنوز	۳۳ (۱۷/۲)
شبه تومور	۲۱ (۱۰/۹)
کیست درموئید	۱۹ (۹/۹)
منژیوم اسفنو-اوربیتال	۱۶ (۸/۳)
گلیوم عصب بینایی	۹ (۴/۷)
شوانوم	۶ (۳/۱)
همانژیوم مویرگی	۵ (۲/۶)
منژیوم عصب بینایی	۵ (۲/۶)
نوروفیبروماتوز	۵ (۲/۶)
گرانولوم انوزینوفیلیک	۳ (۱/۶)
کیست اوربیتال	۳ (۱/۶)
تومور مختلط غده اشکی	۲ (۱/۰)
مالفرماسیون وریدی	۲ (۱/۰)
دیسپلازی فیروز	۲ (۱/۰)
کیست لیپودرموئید	۲ (۱/۰)
نوروفیبروما منفرد	۱ (۰/۵)
همانژیوم پریستوم	۱ (۰/۵)
پاپیلوم سنگفرشی معکوس	۱ (۰/۵)
میکسوم ادنوتژنیک	۱ (۰/۵)
لیومیوم	۱ (۰/۵)
جمع کل خوش خیم	۱۳۸ (۷۱/۹)

خوش خیم در دو جنس از نظر آماری دارای تفاوت معنی داری نبود ($P = ۰/۰۷۷$). بروز توده‌های خوش خیم و بدخیم در چشم راست و چپ فاقد تفاوت آماری معنی دار بود ($P = ۰/۷۴۱$). ۲۸/۱ درصد مورد از موارد درگیری را توده‌های بدخیم و ۷۱/۹ درصد مابقی را توده‌های خوش خیم تشکیل می‌دادند. جدول ۲ توزیع فراوانی ضایعات مختلف را نسبت به کل ضایعات مشاهده شده نشان می‌دهد.

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک و فراوانی ضایعات در بیماران مورد مطالعه

متغیرها	بدخیمی		معنی داری
	خوش خیم	بدخیم	
تعداد (درصد)	۱۳۸ (۷۱/۹)	۵۴ (۲۸/۱)	
سن (سال)	۳۷/۲ (۲۱/۵)	۵۰/۷ (۲۱/۸)	۰/۰۰۱
جنس	۶۱ (۴۴/۲)	۳۲ (۵۹/۳)	۰/۰۷۷
ناحیه	۶۱ (۴۴/۲)	۲۲ (۴۰/۷)	
OD	۷۶ (۵۵/۱)	۲۸ (۵۱/۹)	
OS	۶۱ (۴۴/۲)	۲۶ (۴۸/۱)	۰/۷۴۱
OD&OS	۱ (۰/۷)	۰	

فراوان‌ترین یافته‌های مورد بررسی در میان کل ضایعات شامل همانژیوم کاورنوس، سودو تومور، کیست درموئید و لنفوما بودند که به ترتیب ۱۷/۲، ۱۰/۹، ۹/۹ و ۸/۹ درصد از کل ضایعات مورد بررسی را تشکیل می‌دادند.

فراوان‌ترین ضایعات از میان ضایعات خوش خیم به ترتیب همانژیوم کاورنوس (۲۳/۹ درصد)، سودو تومور (۱۵/۲ درصد)، کیست درموئید (۱۳/۸ درصد) و منژیوم اسفنو اوربیتال (۱۱/۶ درصد) بود که به ترتیب ۱۷/۲، ۱۰/۹، ۹/۹ و ۸/۳ درصد از کل ضایعات را تشکیل می‌دادند (جدول ۲).

بیشترین محل قرارگیری همانژیوم کاورنوس در بیماران مورد مطالعه به صورت اینتراکونال (۱۹ مورد از ۲۷ مورد داده در دسترس (۷۰/۴ درصد) و ۲۹/۶ درصد مابقی به صورت اکستراکونال بود. میانگین (انحراف معیار) سنی بیماران دارای همانژیوم کاورنوس ۴۵/۳ (۱۱/۳) سال بود و ۶۳/۶ درصد از موارد ابتلا را زنان تشکیل می‌دادند. فراوان‌ترین ضایعات از بین ضایعات بدخیم به ترتیب لنفوم (۳۱/۵ درصد)، BCC گسترش یافته از پلک (۲۰/۴ درصد)، ACC (۱۲/۹ درصد)، SCC (۱۱/۱ درصد) و رابدومیوسارکوم (۷/۴ درصد) بود که به ترتیب ۸/۹، ۵/۷، ۳/۶، ۳/۱ و ۲/۱ درصد از کل ضایعات را تشکیل می‌داد (جدول ۲).

لنفوما، شایع‌ترین ضایعه در میان تومورهای بدخیم بود. میانگین (انحراف معیار) سنی بیماران مبتلا به لنفوم ۵۳/۶ (۸/۳) سال بود و ۵۸/۸ درصد از موارد ابتلا را مردان تشکیل می‌دادند. توزیع فراوانی محل

جدول ۳. پراکنش محل قرارگیری ضایعات لنفوما

محل ضایعه	تعداد (درصد)
غده اشکی	۸ (۵۳/۳)
داخل مخروطی (Intraconal)	۲ (۱۳/۳)
ملتحمه	۳ (۲۰)
راستای بالایی	۱ (۶/۷)
فضای تحتانی - جانبی اوربیتال	۱ (۶/۷)
جمع کل	۱۵ (۱۰۰)

شایع ترین بدخیمی مشاهده شده در اطفال، رابدومیوسارکوم بود که ۸/۱ درصد (۳ مورد - میانگین (انحراف معیار) سنی در کل بیماران ۱۰/۸ (۷/۵) سال) از کل تومورهای اطفال و ۶۰ درصد از تومورهای بدخیم کودکان را تشکیل داد (جدول ۴).

جدول ۴: فراوانی انواع تومورهای اوربیتال در کودکان مورد مطالعه

نوع ضایعه	تعداد (درصد)
گلیوم عصب بینایی	۸ (۲۱/۶)
کیست درموئید	۷ (۱۸/۹)
همانژیوم مویرگی	۴ (۱۰/۸)
رابدومیوسارکوم (بدخیم)	۳ (۸/۱)
گرانولوم انوزیوفیلیک	۳ (۸/۱)
نوروفیبروماتوز	۳ (۸/۱)
کیست لیپودرموئید	۲ (۵/۴)
شبه تومور	۲ (۵/۴)
نوروبلاستوم (بدخیم)	۲ (۵/۴)
مالفرماسیون وریدی	۱ (۲/۷)
نوروفیبروم پلکسیفورم	۱ (۲/۷)
میکسوم ادنتوزنیک	۱ (۲/۷)
جمع کل	۳۷ (۱۰۰)

بحث

طبق یافته‌های مطالعه، بیشتر تومورهای چشمی خوش خیم هستند و در مطالعات مختلف مقادیر مختلفی برای نسبت موارد خوش خیم به بدخیم دیده شده است (۲، ۴، ۶، ۷، ۸-۱۲). به طور کلی تومورهای اربیت می‌توانند در هر سنی از نوزادی تا پیری بروز پیدا کنند. این ضایعات می‌توانند شروع حاد یا مزمن داشته باشند و طیف وسیعی از پیش‌آگهی از بهبودی کامل تا از دست دادن بینایی و مرگ و میر را نشان دهند (۱، ۹).

مطالعات مختلف بسته به جمعیت مورد بررسی و محل انجام مطالعه، میانگین‌های سنی متفاوتی را برای بیماران مبتلا به تومورهای اربیتال نشان داده‌اند (۲، ۴، ۱۲-۶). به طور کلی، سن و جنس بیماران درگیر بسته به نوع ضایعات می‌تواند متفاوت باشد. به عنوان مثال رابدومیوسارکوم، گلیوم عصب بینایی، کیست درموئید و لنفانژیوم، عمدتاً در کودکی و جوانی و لنفوم، مننژیومای عصب چشم، شوانوما و تومورهای متاستاتیک عمدتاً در بزرگسالان و افراد مسن بروز پیدا می‌کنند. طبیعتاً با افزایش سن، میزان بروز تومورهای بدخیم در جمعیت‌های مورد مطالعه افزایش می‌یابد (۲، ۴، ۱۴-۶).

به طور مثال در مطالعه Demirci و همکاران نیز، تومورهای اربیتال در جمعیت سالمندان در ۶۳ درصد موارد بدخیم بودند (۱۵). در مطالعه Goto و همکاران نیز میانگین سنی بیماران با تومورهای خوش خیم و بدخیم اربیت به ترتیب حدود ۵۰ و ۶۳ سال گزارش شد (۱۰).

تومورهای بدخیم ثانویه در مجموع ۲۸ مورد و ۵۱/۵۹ درصد از تومورهای بدخیم را تشکیل دادند که شامل ۲ مورد (۶/۵ درصد) متاستاز دور دست از پروستات و پستان به عضله لواتور و ناحیه‌ی اکستراکونال و ۲۶ مورد (۷۹/۸ درصد) بدخیمی گسترش یافته از بافت مجاور را شامل شد. از تومورهای بدخیم گسترش یافته از بافت مجاور شامل BCC پلک (۱۱ مورد - ۳۹/۳ درصد از موارد ثانویه)، SCC (۶ مورد - ۲۱/۴ درصد از موارد ثانویه - ۵۰ درصد موارد گسترش یافته از پلک و ۵۰ درصد گسترش یافته از سینوس)، ACC (۴ مورد گسترش یافته از سینوس ماگزیلاری - ۱۴/۲ درصد از کل تومورهای ثانویه و ۵۷/۱ درصد از کل موارد ACC)، ملانوم پلک (۲ مورد - ۷/۱ درصد از موارد ثانویه)، کندروسارکوم ماگزیلاری (۲ مورد - ۷/۱ درصد از موارد ثانویه) و استزیونوروبلاستوم (۱ مورد - ۳/۶ درصد از موارد ثانویه) را شامل شدند. بنابراین، در مجموع ۱۰ مورد (۳۵/۷ درصد از تومورهای ثانویه) از سینوس‌ها و حفره‌ی بینی منشأ گرفته بودند.

شایع ترین تومور خوش خیم بافت مجاور با گسترش به فضای اوربیت اسفنواوربیتال مننژیوما بود که ۱۱/۶ درصد از موارد خوش خیم را تشکیل داد. میانگین (انحراف معیار) سنی بیماران مبتلا به این ضایعه ۵۴/۴ (۱۱/۹) سال بود و ۶۸/۸ درصد از موارد ابتلا را زنان تشکیل دادند.

در مجموع ۳۷ نفر (۱۹/۳ درصد از کل بیماران مورد مطالعه) از افراد مطالعه را بیماران با سن کمتر از ۱۸ سال با میانگین سنی (انحراف معیار) ۶/۹ (۵/۱) تشکیل دادند. فراوان ترین تومور مشاهده شده در بیماران مورد مطالعه با سن کمتر از ۱۸ سال، گلیوم عصب بینایی (۸ مورد از ۳۷ مورد تومور اطفال ۲۱/۶ درصد)، میانگین (انحراف معیار) سنی بیماران کودک ۸ (۴/۶) سال بود. پس از گلیوم عصب بینایی، فراوان ترین تومورهای مشاهده شده در اطفال کیست درموئید (۷ مورد ۱۸/۹ درصد از تومورهای اطفال - میانگین (انحراف معیار) سنی در بیماران کودک ۷/۱ (۵/۸) سال) و همانژیوم کاپیلاری (۴ مورد ۱۰/۸ درصد) تمامی موارد را بیماران کمتر از دو سال تشکیل می‌داد بودند.

شایع در بیماران اطفال هستند (۲۳، ۲۴). بالا بودن نسبی شیوع گلیوما در بیماران مورد مطالعه ما نسبت به مطالعات مشابه (۲، ۷، ۱۰، ۱۱) را شاید بتوان به این پدیده نسبت داد که بیمارستان مورد مطالعه یک بیمارستان فوق تخصصی مرجع برای چندین شهر و استان مرکزی ایران و به نوعی خط آخر درمان و انجام مداخلات چشم پزشکی برای چندین استان در ایران است.

شایع ترین بدخیمی مشاهده شده در اطفال، رابدومیوسارکوم بود که ۸/۱ درصد از کل تومورهای اطفال را تشکیل داد. رابدومیوسارکوم، شایع ترین بدخیمی اولیه اربیت در کودکان است (۱۳). رابدومیوسارکوم، یک تومور بدخیم است و یکی از محدود بیماری های تهدیدکننده زندگی است که بیمار را از همان مراحل اولیه بیماری به مراجعه به چشم پزشکی وادار می کند. رابدومیوسارکوم همچنین شایع ترین سارکوم بافت نرم سر و گردن در دوران کودکی است که ۱۰ درصد از کل موارد آن در اربیت چشم رخ می دهد (۲۵) که در مطالعه ما نیز ۸/۱ درصد از کل تومورهای اطفال و ۶۰ درصد از تومورهای بدخیم دیده شده در کودکان را شامل شد.

تومورهای اربیت ثانویه تومورهایی با گسترش مستقیم از ساختارهای مجاور اربیت شامل سینوس ها و نازوفارنکس، مننژها و مغز، ملتحمه و پلکها و کیسه اشکی هستند (۲۶). لازم به ذکر است که ماهیت تومورهای ثانویه بررسی آن ها به صورت گذشته نگر و تعیین شیوع دقیق آن ها را چالش برانگیز می سازد. با این حال حدود نیمی از موارد بدخیمی در مطالعه ما را این ضایعات تشکیل می دادند. در مطالعه ما مشابه Bonavolontà و همکاران که با بررسی بیشتر از ۲۴۰۰ بیمار مبتلا به تومورهای چشمی انجام گرفت نیز حدود ۳۰ درصد از موارد بدخیمی را تومورهای ثانویه تشکیل دادند (۳). در این مطالعه ضایعات ثانویه به صورت بدخیم و خوش خیم، گسترش یافته از پوست، کیسه اشکی، ملتحمه، مننژها و سینوس ها دیده شد. این یافته ها با مطالعه باقری و همکاران که در تهران و بر روی ۳۲۷ بیمار مبتلا به تومور اربیت انجام گرفته بود مشابهت داشت (۷).

بیشتر نئوپلاسم های ثانویه از حفره های سینوس پاراناژال با گسترش مستقیم از طریق اروژن استخوانی، گسترش از طریق کانال های استخوانی موجود یا گسترش در امتداد باندل های عصبی - عروقی طبیعی ایجاد می شوند. سینوس ماگزیلاری، شایع ترین منشأ تومورهای ثانویه است. علت این امر را می توان نازک بودن دیواره استخوانی جداکننده شکاف اربیتال تحتانی از مخاط سینوس دانست. تومورهای سینوسی که به اربیت گسترش می یابند، عمدتاً شامل SCC و استزیونوروبلاستوما هستند (۲۶). در این مطالعه نیز این دو مورد ۴۰ درصد از بدخیمی های ناشی از سینوس را شامل شدند. ACC گسترش یافته از سینوس ماگزیلاری نیز حدود ۴۰ درصد دیگر این

در این مطالعه نیز میانگین سنی در بیماران با تومورهای خوش خیم و بدخیم به ترتیب حدود ۳۷ و ۵۰ سال بود که نشان می دهد با افزایش سن میزان بروز تومورهای بدخیم افزایش می یابد.

طبق یافته های مطالعه، موارد بدخیمی ارتباط معنی داری با جنسیت بیماران مورد مطالعه نشان نداد. در بزرگسالان، بیشتر تومورهای خوش خیم اولیه اربیتال در بیماران مرد و زن به طور مساوی تشخیص داده می شوند، اگرچه برخی از زیر گروه ها، از جمله همانژیوم کاورنوس و منتزیوم غلاف عصب بینایی و بال اسفنوئید، می توانند در زنان شایع تر باشند (۱). همچنین برخی مطالعات نشان داده اند که موارد بدخیمی می تواند در مردان و بخصوص مردان مسن کمی بیشتر از زنان باشد (۱۶، ۱۷).

در این مطالعه، لنفوما، شایع ترین تومور مشاهده شده در میان تومورهای بدخیم و در بین بزرگسالان بود. همچنین این تومور با شیوع نزدیک ۹ درصد، یکی از تومورهای شایع مشاهده شده در این مطالعه بود. در مطالعات مشابه نیز لنفوما، جزء شایع ترین تومورهای یافت شده در مجموع تومورها و در میان تومورهای بدخیم بوده است (۴، ۵، ۷، ۱۵).

گزارش شده است که بروز لنفوم چشمی در سراسر جهان رو به افزایش است (۱۰). در دو مطالعه انجام شده توسط Shields و همکاران (۱۸) در سال های ۱۹۸۴ و ۲۰۰۴، شیوع لنفوم اربیت در بیماران مورد مطالعه به ترتیب حدود ۴ و ۸ درصد گزارش شد (۷، ۱۸، ۱۹).

ضایعات لنفوپرولیفراتیو اربیت و آدنکس، شایع ترین (یا حداقل در میان شایع ترین) تومورهای بدخیم اولیه اربیتال در بزرگسالان هستند که می توانند تا ۲۰ درصد از کل توده های اربیت را تشکیل دهند (۱۳). این تومورها عمدتاً در افراد ۴۰ تا ۷۰ ساله بروز می کنند (۲۰). در این مطالعه نیز متوسط سن بیماران مبتلا به لنفوم حدود ۵۴ سال بود و بروز آن ها در مردان اندکی بیشتر از زنان بود. به نظر می رسد که این تومورها در خانم ها، بخصوص خانم های مسن، کمی بیشتر از مردان شایع باشند؛ هر چند که در این باره نتایج ضد و نقیضی دیده شده است (۱۰، ۲۱).

لنفوم های اولیه اربیتال می توانند از ملتحمه، پلکها، غدد اشکی یا بافت های رتروبولبار ایجاد شوند (۲۰). طبق یافته های این مطالعه بیشتر موارد لنفوم چشمی در غدد اشکی مشاهده شد. لنفوم غدد اشکی بیشتر در بین افراد مسن و در بین زنان رخ می دهد. تظاهرات بالینی شامل توده قابل لمس، پروپتوز چشم، جابجایی کره چشم یا محدودیت حرکات چشم است (۲۲).

فراوان ترین تومور مشاهده شده در بیماران مورد مطالعه با سن کمتر از ۱۸ سال، گلیوم عصب بینایی بود که در ۲۱/۶ درصد از کودکان مورد مطالعه مشاهده شد. گلیوم ها از جمله تومورهای اربیتال

موارد را تشکیل داد. در مقایسه با مطالعات مشابه به نظر می‌رسد که ACC در این مطالعه، یافته‌ی شایع‌تری نسبت به این مطالعات بوده است (۷، ۱۰). یکی از علل این پدیده می‌تواند ناشی از آن باشد که مرکز مورد مطالعه‌ی ما یک بیمارستان فوق تخصصی و محل ارجاع برای پزشکان متخصص گوش و حلق و بینی چندین شهر مجاور باشد که منطقه جغرافیایی بزرگی را تحت پوشش دارد. بنابراین بدیهی است که موارد کمتر شایع و پیچیده‌تر به طور شایع‌تری در این مرکز تحت درمان قرار گیرند. مطالعات مشابه کمتر به تفکیک ACC بر حسب محل قرارگیری و بررسی این نوع خاص از ACC پرداخته‌اند. ACC سینیوس ماگزیلاری تومور نادری است که در مقایسه با سایر ACC‌های سر و گردن، پیش‌آگهی کلی درازمدت ضعیفی دارد. با رشد آهسته، تمایل به عود، گسترش موضعی و متاستاز دور مشخص می‌شود که تشخیص و درمان آن را به طور ویژه‌ای دشوار می‌کند (۲۷). ACC عمدتاً یک تومور در افراد بالغ است که بیشترین میزان بروز آن عموماً در دهه‌ی چهارم و پنجم زندگی است، اگرچه بروز آن در هر سنی امکان‌پذیر است (۲۷، ۲۸). غالباً ارتباطی بین جنس و بروز بیماری وجود ندارد؛ هرچند که برتری خفیف به نفع زنان برای ابتلا به این بیماری در برخی از مطالعات پیشین مشاهده شده است (۲۷، ۲۹). شایع‌ترین تومور اربیت در این مطالعه همانژیوم کاورنوس بود. یافته‌ای که در مطالعات مشابه در کشورهای مختلف دیده شده است (۱۰). همانژیوم کاورنوس اربیت معمولاً دارای سیر رشد کند بوده و بیماران معمولاً در دهه‌ی چهارم و پنجم زندگی مبتلا می‌شوند. ضایعات در افراد با سن کمتر از ۲۰ سال و به ویژه در نوزادان نادر است (۳۰). در این مطالعه نیز متوسط سنی بیماران مبتلا به همانژیوم کاورنوس حدود ۴۵ سال بود. همانژیوم کاورنوس یکی از شایع‌ترین ضایعات خوش‌خیم اولیه اربیت است. این تومورها در شروع سیر آهسته‌ای دارند و به آهستگی پیشرفت می‌کنند و بیشتر در زنان میانسال دیده می‌شوند (۳۱). پروپتوز بدون درد پیشرونده، علامت معمول این ضایعه است و بروز تظاهرات حاد معمولاً نادر است. بیش از ۸۰ درصد همانژیوم‌های کاورنوس اوربیتال در داخل محفظه ایتراکونال قرار دارند که معمولاً در قسمت خارجی عصب بینایی قرار دارند و موارد اکستراکونال نیز محدود هستند (۳۲). این ضایعات در بیماران مورد مطالعه ما نیز غالباً به صورت اینتراکونال بروز پیدا کرده بودند (۷۰/۴ درصد).

دومین تومور شایع دیده شده در بیماران مورد مطالعه، سودوتومور بود که در ۱۱ درصد از بیماران مورد بررسی دیده شد. سودوتومور (بیماری التهابی ایدئوپاتیک اربیتال) یک بیماری التهابی غیر گرانولوماتوز، حاد یا تحت حاد است (۳۳). سودوتومور اغلب غدد اشکی را درگیر می‌کند (۳۴)؛ در این مطالعه نیز بیشتر از ۵۰ درصد از موارد سودوتومور از غدد اشکی منشأ گرفته بودند.

سودوتومور به طور معمول در جمعیت بزرگسال رخ می‌دهد (۳۴). میانگین سنی بیماران مبتلا به سودوتومور در این مطالعه حدود ۴۰ سال بود و ۷۱/۴ درصد از موارد ابتلا را زنان تشکیل دادند. تظاهرات بالینی معمولاً در دهه‌ی چهارم تا پنجم با علائم و نشانه‌های پروپتوز، توده‌ی قابل لمس، تورم پلک، درد، محدودیت حرکات و مشکلات بینایی رخ می‌دهد. سودوتومورهای اربیتال ۶ تا ۱۶ درصد از کل ضایعات اربیتال را تشکیل می‌دهند و یک یافته رایج هستند که نیاز به بیوپسی اربیتال دارند (۳۵). شیوع بیماری می‌تواند به طور خفیفی در زنان میانسال بالاتر از سایرین باشد (۳۶).

کیست درموئید، یکی دیگر از یافته‌های خوش‌خیم با شیوع بالا در مطالعه‌ی ما بود که ۹/۹ درصد از کل ضایعات را تشکیل می‌داد. کیست درموئید یک ضایعه‌ی خوش‌خیم بافت نرم است که از اپیتلیوم جنینی ایجاد می‌شود. در مطالعه‌ی مشابه Bonavolontà و همکاران نیز، کیست درموئید حدود ۱۳ درصد از ضایعات مورد بررسی را تشکیل می‌داد (۳).

در مطالعه‌ی باقری و همکاران نیز این ضایعه در حدود ۳۳ درصد از بیماران مورد مطالعه دیده شد (۷). میانگین سنی بیماران مورد مطالعه باقری و همکاران حدود ۳۰ سال و پایین‌تر از میانگین سنی بیماران مورد مطالعه بود؛ شاید بتوان بالا بودن تعداد موارد کیست درموئید در مطالعه باقری و همکاران در مقایسه با یافته‌های این مطالعه و مطالعات مشابه را به جوان‌تر بودن بیماران مورد بررسی باقری و همکاران و بالا تر بودن نسبت تعداد بیماران اطفال به کل بیماران در این مطالعه نسبت داد. میانگین (انحراف معیار) سنی بیماران با کیست درموئید در این مطالعه ۲۸/۹ (۱۸/۷) سال (جدول ۱) و در مطالعه‌ی Goto و همکاران حدود ۲۳ سال بود (۱۰). کیست درموئید، شایع‌ترین ضایعه‌ی خوش‌خیم داخل چشمی است که گروه سنی کمتر از ۱۸ سال با آن مواجه می‌شود و در بزرگسالان نیز چنین ضایعاتی می‌تواند ایجاد شود (۳۷). البته، اگرچه بیشتر کیست‌های درموئید پری اوکولار قبل از سن ۶ سالگی ظاهر می‌شوند، کیست‌های اربیتال عمیق‌تر معمولاً در اواخر زندگی ظاهر می‌شوند (۳۸).

مطالعه‌ی حاضر دارای محدودیت‌هایی بود. به عنوان مثال این مطالعه به صورت تک مرکزی مرجع انجام شد. با توجه به پایین بودن موارد بیماری، محدود بودن اطلاعات توصیفی موجود در این زمینه و تأثیر احتمالی و نامشخص جغرافیا و نژاد بر تومورهای چشمی، بهتر است چنین مطالعاتی به صورت چند مرکزی، با وارد کردن مراکز سرپایی و غیرماژور و با پوشش منطقه‌ی گسترده‌تر جغرافیایی انجام شوند. همچنین انجام مطالعه به روش پرونده‌خوانی باعث نقص در بخشی از اطلاعات مورد بررسی از جمله محل ضایعات مورد بررسی شد. تمام شماری چندین ساله بیماران در یک مرکز اصلی چشم

در معرض خطر برای ابتلا را بهتر شناسایی نمود و موارد با شیوع کمتر را به صورت گزارش موردی بررسی نمود. در نهایت چنین مطالعاتی می‌تواند به بهبود توصیه‌های موجود در گایدلاین‌ها و بومی‌سازی این توصیه‌ها برای افراد در مناطق جغرافیایی مختلف کمک کند.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان‌نامه‌ی مقطع دکتری عمومی رشته‌ی پزشکی با کد ۳۹۹۵۶ می‌باشد که در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به تصویب رسیده و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به انجام رسیده است. بدین وسیله از زحمات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تقدیر و تشکر می‌شود.

پزشکی در یک کلان‌شهر با پوشش جمعیتی و جغرافیایی بزرگ که منجر به بررسی تعداد قابل توجهی از تومورهای چشمی کمیاب شد از جمله نقاط قوت این مطالعه بود.

نتیجه‌گیری

طبق یافته‌های این مطالعه، حدود یک سوم تومورهای اوربیت را ضایعات بدخیم تشکیل دادند. بیماران دارای تومورهای بدخیم غالباً مسن‌تر بودند اما از نظر جنسیت تفاوتی میان بیماران با تومورهای خوش‌خیم و بدخیم وجود نداشت. شایع‌ترین ضایعات مشاهده شده در این مطالعه به ترتیب هماتزیوم کاورنوس، سودوتومور، کیست درموئید و لنفوما بودند. شایع‌ترین بدخیمی‌ها لنفوم، ACC و BCC بودند. شایع‌ترین تومور بدخیم در بیماران اطفال رابدومیوسارکوم بود. با انجام مطالعات آینده با تمرکز بر ضایعات شایع می‌توان جمعیت‌های

References

- Murdock N, Mahan M, Chou E. Benign Orbital Tumors. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
- Dai X-Z, Wang L-Y, Shan Y, Qian J, Xue K, Ye J. Clinicopathological analysis of 719 pediatric and adolescents' ocular tumors and tumor-like lesions: a retrospective study from 2000 to 2018 in China. *Int J Ophthalmol* 2020;13(12): 1961-7.
- Bonavolontà G, Strianese D, Grassi P, Comune C, Tranfa F, Uccello G, et al. An analysis of 2,480 space-occupying lesions of the orbit from 1976 to 2011. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg* 2013; 29(2): 79-86.
- Khan AA, Sarwar S, Sadiq MA, Ahmad I, Tariq N, Sibghat UI N. Analysis of orbital malignancies presenting in a tertiary care hospital in Pakistan. *Pak J Med Sci* 2017; 33(1): 70-4.
- Koopman JH, van der Heiden-van der Loo M, van Dijk MR, Bijlsma WR. Incidence of primary malignant orbital tumours in the Netherlands. *Eye (Lond)* 2011; 25(4): 461-5.
- Shimizu N, Oshitari T, Yotsukura J, Yokouchi H, Baba T, Yamamoto S. Ten-year epidemiological study of ocular and orbital tumors in Chiba University Hospital. *BMC Ophthalmol* 2021; 21(1): 344.
- Bagheri A, Ashtar-Nakhaie P, Aletaha M, Saloor H, Kheiri B. Epidemiology of Orbital Tumors during 11 Years in a Referral Center in Iran [in Persian]. *Bina* 2020; 25(3): 187-96.
- Hassan WM, Bakry MS, Hassan HM, Alfaar AS. Incidence of orbital, conjunctival and lacrimal gland malignant tumors in USA from Surveillance, Epidemiology and End Results, 1973-2009. *Int J Ophthalmol* 2016; 9(12): 1808-13.
- Poudyal P, Hamal D, Shrestha P. Orbital Tumors and Tumor like Lesions: A Hospital Based Study. *J Nepal Health Res Counc* 2022; 20(1): 26-32.
- Goto H, Yamakawa N, Komatsu H, Asakage M, Tsubota K, Ueda SI, et al. Clinico-epidemiological analysis of 1000 cases of orbital tumors. *Jpn J Ophthalmol* 2021; 65(5): 704-23.
- Hosseini S, Rajabi M-T, Peyman M. Orbital and Adnexal Tumors and Lesions in Iran. *Archives of Persian Ophthalmology* 2022; 3: 171-80.
- Al-Mamoori MJ. Orbital tumors: a prospective study of 95 cases. *Med J Babylon* 2018; 15(4): 334-40.
- Laplant J, Cockerham K. Primary Malignant Orbital Tumors. *J Neurol Surg B Skull Base* 2021; 82(1): 81-90.
- Eckardt AM, Lemound J, Rana M, Gellrich N-C. Orbital lymphoma: diagnostic approach and treatment outcome. *World J Surg Oncol* 2013; 11: 73.
- Demirci H, Shields CL, Shields JA, Honavar SG, Mercado GJ, Tovilla JC. Orbital tumors in the older adult population. *Ophthalmology* 2002; 109(2): 243-8.
- Lin Y, Liu X, Zhang Y, Xie Z, Fang X, Shi K, et al. The clinicopathological analysis of ocular and orbit tumors in southeast of China. *Front Oncol* 2023; 13: 1118862.
- Chowdhury Z, Sharma JD, Kakoti LM, Sarma A, Ahmed S, Hazarika M. Experience with Orbital Tumors from a Tertiary Cancer Centre of North East India: A Pathology Perspective. *J Lab Physicians* 2020; 12(3): 171-7.
- Shields JA, Bakewell B, Augsburger JJ, Flanagan JC. Classification and incidence of space-occupying lesions of the orbit. A survey of 645 biopsies. *Arch Ophthalmol* 1984; 102(11): 1606-11.
- Shinder R, Al-Zubidi N, Esmaeli B. Survey of orbital tumors at a comprehensive cancer center in the United States. *Head Neck* 2011; 33(5): 610-4.
- Vinnicombe SJ, Garg N. Hematologic malignancy: the lymphomas. *Oncologic Imaging: A Multidisciplinary Approach*; Elsevier; 2022. p. 529-54.
- Ahmed S, Shahid RK, Sison CP, Fuchs A, Mehrotra B. Orbital lymphomas: a clinicopathologic study of a rare disease. *Am J Med Sci* 2006; 331(2): 79-83.
- Ngoc L-TB, Doan N-V, Ngan VK, Phan N-V, Giang NQ, Do Quyen H-T, et al. Bilateral lacrimal gland lymphoma: Case report and literature review. *Radiol Case Rep* 2022; 17(1): 240-4.

23. Wladis EJ, Adamo MA, Weintraub L. Optic Nerve Gliomas. *J Neurol Surg B Skull Base* 2021; 82(1): 91-5.
24. Huang M, Patel J, Patel BC. Optic nerve glioma. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
25. Jurdy L, Merks JH, Pieters BR, Mourits MP, Kloos RJ, Strackee SD, et al. Orbital rhabdomyosarcomas: A review. *Saudi J Ophthalmol* 2013; 27(3): 167-75.
26. Shindler KS. Orbital Disease in Neuro-Ophthalmology. Liu, Volpe, and Galetta's Neuro-Ophthalmology: Elsevier; 2019. p. 611-58.
27. Lahjaouj M, Berrada O, Rayhane A, Ouksessou Y, Abada RA, Rouadi S, et al. Advanced adenoid cystic carcinoma of maxillary sinus: Rare case report and review of literature. *Int J Surg Case Rep* 2021; 80: 105622.
28. Benali K, Benmessaoud H, Aarab J, Nourreddine A, Kacemi HE, Majjaoui SE, et al. Lacrimal gland adenoid cystic carcinoma: report of an unusual case with literature review. *Radiat Oncol J* 2021; 39(2): 152-8.
29. Huang Z, Pan J, Chen J, Wu S, Wu T, Ye H, et al. Multicentre clinicopathological study of adenoid cystic carcinoma: A report of 296 cases. *Cancer Med* 2021; 10(3): 1120-7.
30. Evagelidou E, Tsanou E, Asproudis I, Gorezis S, Aspiotis M, Peschos D, et al. Orbital cavernous hemangioma in an infant with intracranial lesions: a case report. *Cases J* 2009; 2: 6912.
31. Deng C, Hu W. Multiple cavernous hemangiomas in the orbit: A case report and review of the literature. *Medicine (Baltimore)* 2020; 99(29): e20670.
32. Louisraj S, Ponnudurai T, Rodriguez D, Thomas PA, Nelson Jesudasan CA. Cavernous hemangioma of the orbit :an unusual acute presentation. *Int Med Case Rep J* 2017; 10: 255-9.
33. Cox JD, Ang KK. Radiation oncology E-book: rationale, technique, results. St. Louis: Elsevier Health Sciences; 2009.
34. Kamili MA, G A, Dar IH, Dar SH, Wazir HS, Qureshi T. *Oman J Ophthalmol* 2009; 2(2): 96-9.
35. Almuqbil M. Orbital pseudotumor in pediatrics: A single tertiary center experience. *Clin Case Rep* 2023; 11(3): e7125.
36. Yuen SJA, Rubin PA. Idiopathic orbital inflammation: distribution, clinical features, and treatment outcome. *Arch Ophthalmol* 2003; 121(4): 491-9.
37. Samal S, Sable MN, Pradhan S, Pradhan P. Intraconal orbital dermoid cyst: a rare location. *Autops Case Rep* 2021; 11: e2021282.
38. Bajric J, Griepentrog GJ, Mohny BG. Pediatric Periocular Dermoid Cysts: Incidence, Clinical Characteristics, and Surgical Outcomes. *Ophthalmic Epidemiol* 2019; 26(2): 117-20.

Epidemiological Study of Patients with Orbital Tumors in a Referral Ophthalmology Hospital in Isfahan, 2015-2023

Bahram Eshraghi¹, Pegah Noorshargh², Shiva Sabzevari³, Mohsen Pourazizi⁴

Original Article

Abstract

Background: The study was conducted with the aim of determining the epidemiological indicators of orbital tumors in patients at a referral ophthalmology hospital in Isfahan.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 192 patients with orbital tumors who were treated in a referral ophthalmology hospital and the author's office between 2015 and 2023. Necessary information was collected from the patients' hospitalization records. The final diagnosis was confirmed based on histopathological findings and imaging. Independent T-test and Chi-square tests were used to analyze the data.

Findings: Malignant lesions accounted for 28.1% of cases. The mean age of patients with benign and malignant tumors was 37.2 (21.5) and 50.7 (21.8) years, respectively ($P < 0.05$). No significant difference was observed in the frequency of benign and malignant masses based on gender ($P > 0.05$). The most common findings were cavernous hemangioma (17.2%), pseudotumor (10.9%), dermoid cyst (9.9%), and lymphoma (8.9%). Among benign lesions, the most frequent were cavernous hemangioma (23.9%), pseudotumor (15.2%), dermoid cyst (13.8%), and sphenoorbital meningioma (11.6%). The most frequent malignant lesions were lymphoma (31.5%), basal cell carcinoma (20.4%), adenoid cystic carcinoma (12.9%), and squamous cell carcinoma (11.1%). 51.9% of malignant tumors were secondary. Optic nerve glioma was the most common tumor observed in pediatric patients, accounting for 21.6% of tumors in this group.

Conclusion: In this study, the frequency of benign lesions was higher. Most malignant lesions were secondary. Patients with malignant tumors were older than those with benign tumors. Identifying populations at risk for malignant tumors is helpful for preventive purposes.

Keywords: Orbital Neoplasms; Epidemiology; Lymphoma; Rhabdomyosarcoma; Adenoid Cystic Carcinoma

Citation: Eshraghi B, Noorshargh P, Sabzevari Sh, Pourazizi M. **Epidemiological Study of Patients with Orbital Tumors in a Referral Ophthalmology Hospital in Isfahan, 2015-2023.** J Isfahan Med Sch 2025;43(828): 1011-19.

1- Associate Professor, Isfahan Eye Research Center, Department of Ophthalmology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Isfahan Eye Research Center, Department of Ophthalmology, School of Medicines, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- Assistant Professor, Isfahan Eye Research Center, Department of Ophthalmology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Mohsen Pourazizi, Assistant Professor, Isfahan Eye Research Center, Department of Ophthalmology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: pourazizi@yahoo.com