

گزارش یک مورد نادر کیست درموئید داخل جمجمه در ناحیه اتموئید

دکتر هوشنگ معین*، دکتر پویا محققزاده***

چکیده مقاله

کیست درموئید داخل جمجمه یکی از توده‌های ناشی از اختلال در رویان زائی (Embryogenesis) است که کمتر از سه دهم درصد کل توده‌های داخل جمجمه‌ای را به خود اختصاص می‌دهد. شایعترین محل آن حفره خلفی جمجمه است، ناحیه بطن سوم نیز با شیوع کمتری درگیر می‌شود. هدف از معرفی آن نادر بودن محل آن و تظاهر پاراکلینیکی آن به صورت کیست اپیدرموئید می‌باشد. در این مقاله بیماری معرفی می‌شود که به علت تشنج ژنرالیزه تونیک کلونیک بدون سابقه قبلی مراجعه کرده بود، در معاینات به عمل آمده فقدان حس بویایی و کاهش حدت بینایی سمت راست، محو شدن نسبی حدود Optic Disc و اختلالات خلقی وجود داشت. در بررسی‌های تصویری (سی تی اسکن و ام.آر.آی) بیمار توده‌ای بزرگ در ناحیه فرونتال سمت راست، نزدیک قاعده جمجمه در بالای صفحه غربالی و بین دو نیمکره مغزی در جلو و راست با گسترش مختصر به سمت چپ مشاهده شد که تشخیص کیست اپیدرموئید را مطرح می‌کرد. بیمار تحت عمل جراحی کراتیوتومی قرار گرفت ولی یافته‌های حین عمل و نیز گزارش آسیب‌شناسی مؤید کیست درموئید با منشاء ناودان بویایی بود که محل نادری برای این کیست به شمار می‌رود. ضمناً سن بروز این کیست معمولاً دوران خردسالی و بالغین جوان است که مورد ارائه شده سن بالاتری داشت (۳۵ سال) به علاوه در بررسی رادیولوژیک، این کیست مشابه یک کیست اپی‌درموئید سیاه بود.

واژه‌های کلیدی. کیست درموئید، کیست اپی‌درموئید، صفحه غربالی

مقدمه

عصبانیت زودرس از مدت‌ها پیش، وجود داشت. سابقه‌ای از بیماری‌های مادرزادی یا بیماری‌های مزمن نمی‌داد.

از بیمار سی تی اسکن و ام.آر.آی به عمل آمد و با دیدن توده در ناحیه اتموئید و ناودان بویایی (تصاویر ۱ و ۲)، بیمار با تشخیص احتمالی کیست اپیدرموئید از طریق ساب فرونتال راست تحت عمل جراحی قرار گرفت. پس از باز کردن سخت شامه و بالا زدن لوب فرونتال سمت راست توده صدفی رنگی به چشم خورد، حجم زیادی از فضای داخل جمجمه توسط این تومور اشغال شده بود، بطوری که لوب فرونتال سمت راست و تا حد کمتری لوب فرونتال سمت چپ را کاملاً به سمت بالا فشرده کرده بود و فضای بین دو نیمکره مغز را در جلو پر کرده بود، پس از تخلیه موتور، لامیناترمنالیس، ساقه هیپوفیز، کیاسمای اپتیک و عصب بویایی به راحتی دیده می‌شدند.

در برخی از مناطق، در لابه لای مواد چرب صدفی رنگ تجمعاتی از موهای سفید رنگ با طول متوسط ۱۰-۵ میلی‌متر دیده می‌شد، توده به صورت لوبوله در لابه لای ساختمانی مغز نفوذ کرده بود اما تهاجم به نسج مغز وجود نداشت. کپسول نازکی توده را احاطه کرده بود که با آرامی و تا حد امکان برداشته شده، در ناحیه ناودان بویایی سمت

کیست‌های درموئید، ضایعاتی مادرزادی هستند که در کنار توده‌های شایعتری مثل اپیدرموئید و هامارتوم، گروهی تحت عنوان Inclusion Tumors را پدید می‌آورند (۱). کیست درموئید کمترین شیوع را در بین این ضایعات دارد بطوری که مطالعات مختلف شیوع معادل سه دهم درصد کل توده‌های داخل جمجمه‌ای را برای آن قائلند (۱). این کیست معمولاً در خط وسط بوده، عمدتاً در حفره خلفی جمجمه و با شیوع کمتر در ناحیه بطن سوم دیده می‌شود (۱).

محتویان این کیست‌ها صدفی رنگ و چرب بوده، ضمام پوست از قبیل غدد سبابه، فولیکول و ساختمان مو، آنها را از کیست‌های اپیدرموئید متمایز می‌سازد، در این مقاله بیماری مبتلا به کیست درموئید ناحیه فرونتال (که محل بسیار نادری برای این کیست به شمار می‌رود) معرفی می‌گردد.

روشها

بیمار مردی است ۳۵ ساله راننده آمبولانس یک مرکز روانپزشکی که با سابقه یک بار تشنج ژنرالیزه تونیک کلونیک تیبیک، در حدود یک هفته قبل از بستری شدن، مراجعه کرده است.

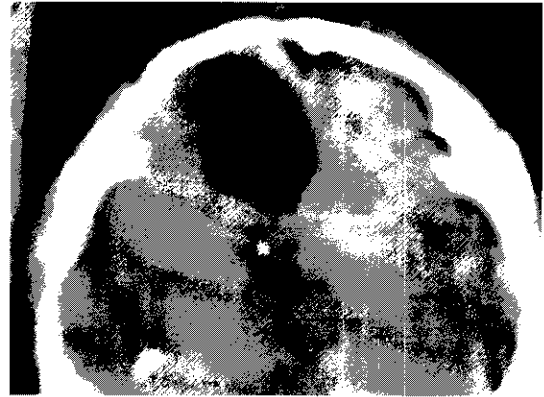
در معاینات به عمل آمده از نظر سیستمیک نکته خاصی وجود نداشت، در معاینات عصبی، فقدان حس بویایی و کاهش حدت بینایی سمت راست، محو شدن نسبی حاشیه Optic Disc و تحریک پذیری و

* دانشیار جراحی مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
 *** دستیار جراحی مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

Archive of SID



شکل ۲. MRI کیست درموئید ناحیه اتموئید - نمای کروئال T2weighted



شکل ۱. CT-Scan کیست درموئید

بیمار پدید نیامده بود شاید تا مدتها بعد هم موجب کشف توده نمی‌شد. کیستهای درموئید و اپیدرموئید به صورت توده‌های هیپودنس در CT.Scan نشان داده می‌شوند که ماده حاجب را به خود نمی‌گیرد. اسکن مغزی بیمار ما نیز همین نما را داشت ولی در M.R.I کیستهای درموئید در T1 به صورت Hyperintense می‌باشند که مربوط است به محتوای چربی داخل کیست (۱).

براون و موروکوف گزارشی از یک کیست درموئید حفره خلفی را ارائه داده‌اند که نه تنها در سی.تی.اسکن هیپردنس بود بلکه نادول مورالی داشت که واضحاً در تصاویر MRI، آنها‌نس شده بود (۳).

سیستهای اپی‌درموئید به دو دسته تقسیم می‌شوند: سفید و سیاه. اولی در تصاویر T1 و T2 هیپیرانیتنس و درخشان و دومی در T1 هیپوانیتنس و در T2 هیپیرانیتنس ظاهر می‌شود (۱). MRI این بیمار به طور تیبیک شبیه یک سیست اپی‌درموئید سیاه بود.

براون و فوگارتی گزارشی از یک سیست درموئید در ناحیه مولار ارائه داده که تظاهراتی شبیه سیست اپیدرموئید داشت (۴).

بعضی معتقدند MRI با کنتراست (گادولینیوم) بهترین متد افتراق بین کیست درموئید و اپیدرموئید است، چرا که کپسول کیست درموئید برخلاف اپیدرموئید آنها‌نس می‌گردد، اما بعضی موارد غیر معمولی از کیست درموئید را گزارش کرده‌اند مثلاً آیومورا یک کیست درموئید اسکالپ حاوی مایع شفاف را معرفی کرد که به سینوس پره کراتی یا سودومنگوسل شبیه بود (۵).

راست اتصال سختی بین کپسول و محتویات خاص آن به استخوان وجود داشت که بطور کامل برداشته شد، با برش دادن حد تحتانی داس مغزی، محتویات تومورال سمت چپ نیز تخلیه گردید. پس از اطمینان کامل از تخلیه کامل تومور، فضای خالی با محلول هیدروکورتیزون شستشو داده شد، سخت شامه و بقیه اجزاء براساس آناتومی طبیعی بسته شدند. نکته قابل ذکر خوردگی سر تراکت بویایی سمت راست توسط تومور بود بطوری که فقط تنه این تراکت مشاهده می‌شد. بیمار پس از سه روز با حال عمومی خوب و بدون مشکلات عصبی مرخص شد. آسیب‌شناسی این توده، تشخیص حین عمل کیست درموئید، را تأیید کرد.

بحث

منشاء کیست درموئید داخل جمجمه را کاشته شدن بافت غیر طبیعی در خلال بسته شدن لوله عصبی طی هفته‌های سوم تا پنجم رویانی می‌دانند (۱). تومور این بیمار از صفحه غربالی استخوان اتموئید در سمت راست منشاء گرفته بود که محل نادری برای تومور به شمار می‌رود.

این توده‌ها معمولاً رشدی تدریجی داشته، به ندرت علائم حادی را پدید می‌آورند. سن معمول بروز علائم در مبتلایان به این کیست‌ها، دوران کودکی و ابتدای نوجوانی است (۲ و ۱). اما سن این بیمار از سن معمول بیماران مشابه بیشتر است که شاید بتوان آن را به محل توده ارتباط داد. علائم این بیمار عمدتاً اختلالات رفتاری ساده‌ای بود که به سادگی با نوع شغل بیمار توجیه شده بود و اگر تشنج تونیک کلونیک

منابع

1. Youmans J.R Neurological Surgery, Fifth edition 2004. Vol. 4, 4259-4260/ Vol.1m 1233-1224, Vol.3, 3690-3692.
2. Surgical treatment of intracranial dermoid and epidermoid cysts in children. Fornari-M. Solevo-C.L., Lasio-G: childs Nerv.Syst. 1990. Mar, 6(2): 66-70.
3. Unusual imaging apperarane of an intracranial dermoid cysts. brown-J. Y, Morokoff-A.P, AJNR. 22(10): 1970-2.
4. A Case of intracranial dermoid tumor and its finding in Brown-AP, Fogatry-B, British Journal of plastic surgery. 2001 Mar, 54(2): 180.
5. A Scalp dermoid tumor: diagnosis by computed tomography a case report. Iwamura y; Shirahata-M No-shinkei-geka. Neurological Surgery. 2002 Feb, 30(2):211-4.