

## بررسی شیوع ادم پایی و عوامل مرتبط با آن در مراجعه‌کنندگان به درمانگاه نوروافتالمولوژی بیمارستان فارابی تهران سال‌های ۷۸-۷۶

دکتر سید عبدالرضا طبسی<sup>۱</sup>، دکتر لیلا اتفاق<sup>۱</sup>

### چکیده

سابقه و هدف: اولین قدم برای شناخت بیماری در کشور و پژوهش‌های بعدی، شناخت اتیولوژی و در نهایت درمان بیماری، و تعیین وضعیت آن بیماری است. به دلیل نامشخص بودن وضعیت ادم پایی در کشور ما، این مطالعه، به منظور تعیین شیوع ادم پایی و عوامل مرتبط با آن بر روی مراجعه‌کنندگان به درمانگاه نوروافتالمولوژی بیمارستان فارابی تهران در سال‌های ۷۸-۷۶ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به روش مطالعه داده‌های موجود، با استفاده از پرونده‌های بیماران مراجعه‌کننده صورت گرفت. از پرونده بیماران مبتلا به ادم پایی، خصوصیات سن، جنس، علایم بالینی همراه و اتیولوژی نهایی استخراج و با آمار توصیفی ارایه گردید.

یافته‌ها: از میان ۷۳۹ بیمار مراجعه‌کننده به درمانگاه نوروافتالمولوژی بیمارستان فارابی تهران در سال‌های ۷۸-۷۶ تعداد ۳۶ بیمار مبتلا به ادم پایی بوده‌اند، که شیوع ادم پایی در نمونه‌های مورد بررسی ۴/۸۷ درصد بوده است. باتوجه به این شیوع در نمونه‌های مورد مطالعه، شیوع واقعی آن در جامعه با احتمال ۹۵ درصد از حداقل ۳/۴ درصد و حداکثر ۶/۴ درصد برآورد می‌نماید. از میان بیماران مبتلا به ادم پایی ۵۲/۷ درصد زن و ۴۷/۲ درصد مرد بوده‌اند. در بررسی اتیولوژی آن، تومورها با ۳۶/۱ درصد یا متوسط سنی ۲۵/۵ سال و پسودوتومورسربری با ۲۵ درصد یا متوسط سنی ۳۲/۵ سال شایع‌ترین علل را به خود اختصاص دادند. از ۳۶ بیمار مبتلا، ۳۵ بیمار دارای ادم پایی دوطرفه و ۱ بیمار دارای ادم پایی یک‌طرفه همراه با آتروفی عصب اپتیک در طرف دیگر بود و پس از آن سردرد با ۵۵/۵ درصد، تاری دید گذرا با ۴۱/۶ درصد شایع‌ترین علایم بالینی همراه را به خود اختصاص دادند.

نتیجه‌گیری: ادم پایی می‌تواند از یافته‌های افتالموسکوپیک باشد. باتوجه به عوارض، عوارض شناخته شده وضعیت مزمن، بررسی علل و یا علت اصلی بروز بیماری را توصیه می‌نماید.

واژگان کلیدی: ادم پایی، عوامل مرتبط با ادم پایی

## مقدمه

استفاده از آمار توصیفی ارائه گردید. شیوع ادم پایی در نمونه‌ها تعیین و شیوع واقعی آن با احتمال ۹۵ درصد در جامعه برآورد گردید.

## یافته‌ها

طی مدت مورد مطالعه تعداد ۷۳۹ بیمار به درمانگاه نوروفتالمولوژی بیمارستان فارابی مراجعه نمودند که از میان ۴۲۵ نفر (۵۷/۵ درصد) زن و ۳۱۴ نفر (۷۴/۵ درصد) مرد بودند. در میان آنها ۳۶ بیمار مبتلا به ادم پایی بودند، که شیوع ادم پایی در نمونه‌ای مورد بررسی ۴/۸۷ درصد بوده است. با توجه به این شیوع در نمونه‌های مورد مطالعه، شیوع واقعی آن در جامعه با احتمال ۹۵ درصد از حداقل ۳/۴ درصد و حداکثر ۶/۴ درصد برآورد می‌نماید.

از میان ۳۶ بیمار مبتلا به ادم پایی، ۱۹ نفر (۵۲/۸ درصد) زن و ۱۷ نفر (۴۷/۲ درصد) مرد بودند. شیوع ادم پایی در نمونه‌های مورد مطالعه در مردان (۵/۴ درصد) و در زنان (۴/۵ درصد) بود و این اختلاف به لحاظ آماری معنی‌دار نبود.

توزیع ۳۶ بیمار مبتلا به ادم پایی برحسب علل آن در نمودار شماره ۱\_ ارائه گردید و نشان می‌دهد که شایع‌ترین علل آن تومورها (۳۶/۱ درصد) با نسبت زن به مرد ۱/۶ به ۱ و متوسط سنی ۲۵/۵ سال، و بعد سودوتومور سربی (۲۵ درصد) با متوسط سنی ۳۲/۵ سال بودند. دیابتیک پاپیلوپاتی (۸/۳ درصد)، مننژیت غیرباکتریال (۵/۶ درصد)، درون عصب اپتیک (۵/۶ درصد) و بالاخره بقیه هر کدام یک مورد شامل تنگی در قنات سیلوپوس (۲/۷ درصد)، همتوم ساب‌دورال (۲/۷ درصد)، مننژیت باکتریال (۲/۷ درصد)، مصرف طولانی کورتن (۲/۷ درصد)، مصرف طولانی ocp (۲/۷ درصد)، بیماری کوشینگ (۲/۷ درصد) و ترمبوز عروقی (۲/۷ درصد) بود.

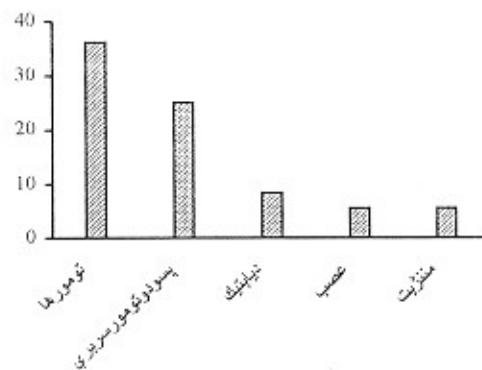
ادم پایی (papilledema) یک احتقان غیرالتهابی دیسک بینایی همراه با افزایش فشار داخل جمجمه است (۱). اطلاعات ما در زمینه این بیماری مربوط به کتاب‌های مرجع و پژوهش‌های خارج از کشور است. در صورت مراجعه بیمار پس از تشخیص و برحسب مورد درمان‌های طبی و جراحی مطرح است (۲).

اولین قدم برای شناخت بیماری در کشور و پژوهش‌های بعدی، شناخت اتیولوژی و در نهایت درمان آن بیماری و تعیین وضعیت آن بیماری است. در منابع، گزارشی از شیوع بیماری در بخش‌های نوروفتالمولوژی نشده است. علائم همراه نظیر سردرد، تهوع، استفراغ، دوبینی و تاری گذرای دید و... گزارش شده است (۲). همچنین علل متفاوتی از قبیل تومورها، پسودوتومور سربی، همتوم‌های مغزی، مننژیت‌ها و غیره را نیز برای آن مطرح نموده‌اند و چون در کشور وضعیت آن نامشخص است به منظور تعیین شیوع ادم پایی و عوامل مرتبط با آن، این تحقیق روی مراجعه‌کنندگان به درمانگاه نوروفتالمولوژی بیمارستان فارابی تهران در سال‌ها ۷۶-۷۸ انجام گرفته است.

## مواد و روش‌ها

تحقیق به روش مطالعه داده‌های موجود انجام گرفت. پرونده تمامی مراجعه‌کنندگان، مورد مطالعه قرار گرفت و کسانی را که دارای تشخیص قطعی ادم پایی بوده‌اند، از بایگانی خارج و مورد مطالعه قرار گرفت. خصوصیات سن، جنس، علائم بالینی همراه، اتیولوژی بیماری، یک‌طرفه یا دوطرفه بودن ادم پایی، وضعیت آنروفی عصب اپتیک از پرونده بررسی و در یک فرم اطلاعاتی منتقل گردید. داده‌های فرم اطلاعاتی، طبقه‌بندی، استخراج با

نمودار ۱- توزیع مبتلایان به ادم‌پایی برحسب علل بیماری



در میان علایم بالینی این بیماران، ادم‌پایی دو طرفه در ۳۵ بیمار (۹۷/۲ درصد) و ادم‌پایی یک طرفه و آتروفی عصب اپتیک در چشم مقابل، در یک بیمار وجود داشت. شایع‌ترین علامت بالینی، سردرد با ۵۵/۶ درصد و پس از آن به ترتیب، تاری دید گذرا ۴۱/۶ درصد، استفراغ ۳۶/۱ درصد، کاهش دید ۲۵ درصد، دوبینی ۱۹/۴ درصد، انحراف چشم ۱۹/۴ درصد، انحراف چشم ۱۹/۴ درصد، تهوع ۱۱/۱ درصد و خونریزی ته چشم ۵/۵ درصد به چشم می‌خورد. مورد ذکر شده ادم‌پایی یک طرفه و آتروفی عصب اپتیک به اضافه آنوسمی در سمت مقابل، سندرم فوسترکندی بود که در CT Scan انجام شده، منژیوم بال بزرگ اسفنونید در طرفی که اپتیک آتروفی وجود داشت، مشخص گردید

#### بحث

این تحقیق نشان داد که شیوع ادم‌پایی در جامعه با احتمال ۹۵ درصد از حداقل ۳/۴ درصد و حداکثر ۶/۴ درصد برآورد شد، که گزارش مبنی بر شیوع آن در مطالعات قبلی در دست نیست.

در بررسی اتیولوژی‌ها، تومورها ۳۶ درصد موارد را به خود اختصاص دادند. در مطالعات انجام شده در حدود ۶۰ درصد تومورهای مغزی، همراه با ادم‌پایی مشاهده شده است (۲)، پس مهم‌ترین نکته این است

که پس از رد پسودوپایسل ادما و بررسی از نظر هیپتانسیون بدخیم، با انجام Imaging درست، از حضور و یا عدم حضور Brain Mass lesion مطلع شویم. با اینکه بیشترین علت پس از تومورها، مربوط به پسودوتومور سربری و با ۲۵ درصد است و همه این افراد را نیز خانم‌ها با متوسط سنی ۳۲ سال تشکیل دادند اما به هیچ عنوان عاقلانه نیست که بدون رد سایر علل و بدون بررسی اولیه برای یک خانم (حتی چاق) عنوان پسودوتومور سربری را بیان نماییم. میزان شیوع پسودوتومور سربری در Minnesota، ۱/۸۰۰۰۰۰ با نسبت ۱/۶ زن به مرد و ۷/۹/۱۰۰۰۰۰ در زنان چاق بوده است (۲). بالاترین شیوع در این مطالعات در دهه سوم عمر بوده که مشابه با مطالعه ما است (۲).

در میان بسیاری از یافته‌های افتالموسکوپیک، تظاهراتی که بیشتر از همه نیاز به توجیه و تفسیر دارد، ادم‌پایی است. ادم‌پایی مشترک بین رشته‌های چشم پزشکی، نورولوژی، جراحی اعصاب، اطفال و داخلی است. همان‌طور که می‌دانیم با تشخیص زودهنگام آن و از بین بردن علت ایجادکننده آن، ادم‌پایی تا قبل از رسیدن به مرحله مزمن و آتروفی اپتیک و کاهش شدید بینایی دائم، قابل برگشت است، پس با بذل توجه بیشتر بر این مسأله و علل ایجادکننده آن و مطالعه بیشتر بر درمان‌های موجود، هرچند کم می‌توانیم شخص را از محرومیت یک زندگی با چشمانی روشن و بینا نجات دهیم.

همان‌طور که در این مطالعه بررسی شد، سردرد با ۵۵/۵ درصد شایع‌ترین علامت شناخته شده است و در مطالعات انجام شده نیز سردرد و متعاقب آن تهوع و استفراغ یکی از زودرس‌ترین تظاهرات افزایش فشار داخل جمجمه است (۲). در زمینه بررسی علل ادم‌پایی و شایع‌ترین علایم بالینی اولیه

عدم پیشرفت شدت آن انجام شود. هنوز اطلاعات ما در زمینه پسودوتومورسربری از نظر اتیولوژی، درمان و تعیین پیش‌آگهی کافی نیست. امید است دانش‌پژوهان توجه خاصی را به این مورد مبذول فرمایند تا انشاءالله در آینده شاهد درمان‌های تازه‌تر و بهبود بیماران خود باشیم.

همراه، مطالعه‌ای در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران، انجام نشده بود، امید است نتایج این پژوهش زیربنایی جهت کارهای تحقیقاتی آینده‌نگر برای بیماران قرار گیرد. با انجام معاینات بالینی دقیق دوره‌ای، از پیشرفت و عدم پیشرفت درجات ادم‌پایی و پاسخ به درمان اطلاع حاصل شود و راه‌کارهای تازه‌تری برای یافتن راه‌های جدید برای

#### References:

1- Vaughan DG, Asbury T, Riordan-Eva P, eds. General Ophthalmology. 14<sup>th</sup>, ed. 1993. Appleton and Lange, Norwalk, Connecticut.

2- Walsh and Hoyt's, Moller NR. Clinical Neuro-Ophthalmology. 4<sup>th</sup> ed. Williams and Wilkins, 1999.

3- Shin RK, Balcer LJ. Idiopathic Intracranial Hypertension. Curr Treat Options Neurol 2002; 4(4): 297-305.

4- series and review. J Child Neurol 2001; 16(7): 465-70.

5- Wall M. Idiopathic intracranial hypertension: mechanisms of visual loss and disease management. Semin Neurol 2000;20(1):89-93.

6- Brazis PW, Lee AG. Elevated intracranial pressure and pseudotumor cerebra. Curr Opin Ophthalmol 1998; 9(6):27-32.

7- Gohky Schoatz NJ, Glasev JS. Optic nerve sheath fenestration for pseudotumor Cerebri. J Neuroophthalmol 1997; 17(2):86-9.