

بررسی وضعیت پارگی‌های شبکیه و بیماری‌های همراه در مراجعه‌کنندگان

به بیمارستان فیض اصفهان طی سال ۱۳۷۲

دکتر احمد علی فردوسی *

خلاصه:

سابقه و هدف: نظر به اهمیت یافتن محل نوع پارگی شبکیه در درمان جداشدگی شبکیه، این مطالعه بر روی بیماران عمل جراحی ترمیم RD در بیمارستان فیض اصفهان طی سال ۱۳۷۲ انجام گرفت.

مواد و روشها: تحقیق حاضر با روش مطالعه داده‌های موجود (Existing data) صورت پذیرفت و از روی پرونده بیماران، سن، جنس، بیماری همراه دکولمان شبکه، نوع و محل پارگی، وضعیت لتر، سابقه عمل جراحی کاتاراکت و بیماری‌های سیستمیک همراه در این گروه بررسی شد و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: در این مطالعه، ۱۲۶ چشم متعلق به ۱۲۳ بیمار در سنین $47/7 \pm 21$ و شایع‌ترین سن بروز دکولمان ۷۰-۴۰ سالگی بررسی گردید. مهم‌ترین بیماری همراه دکولمان شبکیه در این گروه آفاکی (۳۷ چشم، ۲۹ درصد)، ترومای ۲۴ چشم (۱۹ درصد) و دیابت ۱۸ چشم (۱۴ درصد) بودند. شایع‌ترین محل پارگی کوادران سوپراتمپورال ۳۸ چشم (۳۰ درصد) می‌باشد و پارگی شبکیه از نوع نعل اسبی شایع‌ترین نوع پارگی در این گروه از نوع بیماران (۸۲ چشم، ۶۵ درصد) بود.

نتیجه‌گیری: از نظر شیوع محل و نوع پارگی نتایج حاصل تقریباً مشابه با مطالعات قبلی است لیکن از نظر بیماری همراه که ممکن است در ایجاد این بیماری نقش داشته باشد، در کشور ما آفاکی، به خصوص به دنبال جراحی کاتاراکت به روش داخل کپسولی و یا جراحی خارج کپسولی عارضه‌دار، شایع‌ترین علت دکولمان شبکیه است.

واژگان کلیدی: پارگی شبکیه، دکولمان شبکیه، رگماتوزن

مقدمه

جداشدگی شبکیه نتیجه نهایی مراحل متفاوتی می‌باشد که منجر به ورود مایع در زیر شبکیه می‌گردد. این پدیده ممکن است در اثر سه مکانیسم ایجاد گردد که عبارتند از: رگماتوزن، اغزوداتیو و کششی (۱) دکولمان. رگماتوزن شبکیه شایع‌ترین نوع دکولمان شبکیه است که شیوع آن ۱/۱۵۰۰۰-۱/۱۰۰۰۰ چشم‌ها در سال می‌باشد (۲).

توزیع این دکولمان در افراد مختلف یکسان نبوده و بعضی از افراد نظیر افراد مبتلا به آفاکی، میوپی بالا، افراد با سابقه دکولمان شبکیه در خانواده و نیز ترومای چشمی خیلی بیشتر مستعد به این بیماری هستند (۳). البته همه افرادی که دارای یک یا چند پارگی در شبکیه می‌باشند، دچار این بیماری نمی‌گردند به طوری که شیوع پارگی بدون دکولمان بسیار بالاتر از شیوع دکولمان رگماتوزن است. در درمان جراحی دکولمان رگماتوزن شبکیه، یافته پارگی از مراحل اساسی است به طوری که با شناسایی محل نوع پارگی تصمیم‌گیری برای نوع درمان بسیار تسهیل می‌گردد. اگر چه منظره دکولمان شبکیه می‌تواند در حدس محل پارگی به جراح کمک کند، دانستن محل شایع وجود انواع پارگی در کودکان‌های مختلف و نیز شیوع نسبی انواع پارگی عامل دکولمان شبکیه می‌تواند سهم مهمی در کمک به جراح و درمان دکولمان داشته باشد. علاوه بر این دکولمان رگماتوزن شبکیه براساس بعضی از بیماری‌های زمینه‌ای آن با انواع مختلف پارگی شبکیه همراه هستند به طوری که شکاف‌هایی که در آفاکی رخ می‌دهند معمولاً از نوع سوراخ‌های آتروفیک متعدد بوده و در جلو اکواتور اتفاق می‌افتند و انواع مربوط به تروما معمولاً به صورت دیالیز می‌باشند (۳). توزیع

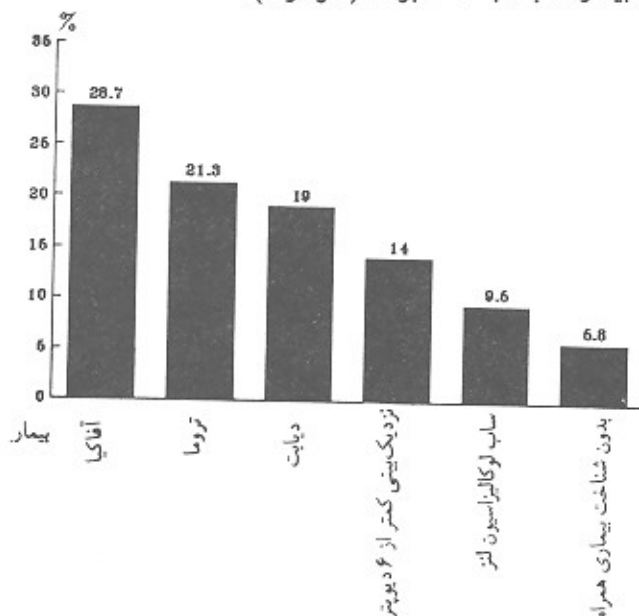
انواع پارگی در کودکان‌های مختلف شبکیه یکسان نیست به طوری که پارگی‌های نعل اسبی شیوع بیشتری در کودکان سوپراتمپورال دارند و دیالیز در کودکان اینفروتیمپورال شایع‌تر است. این پارگی‌های شبکیه توزیع متفاوتی در نواحی مختلف از جلو به عقب دارند، به طوری که اکواتور شایع‌ترین محل وقوع انواع پارگی به شمار می‌رود (۴).

تاکنون مطالعه جامعی در مورد اپیدمیولوژی و توزیع انواع پارگی و بیماری‌های همراه در کشور صورت نگرفته است و یا در دسترس نیست. به این منظور خصوصیات اپیدمیولوژیک این پارگی‌های شبکیه (پارگی) در چشم‌های بیمارانی که طی سال ۱۳۷۲ در بیمارستان فیض اصفهان تحت عمل جراحی دکولمان شبکیه قرار گرفته بودند، بررسی شده و نتایج آن گزارش می‌شود.

مواد و روشها

این تحقیق با روش مطالعه داده‌های موجود (Existing data) صورت پذیرفت و پرونده‌های کلیه بیمارانی که طی سال ۱۳۷۲ جهت عمل جراحی دکولمان شبکیه در بخش چشم پزشکی بیمارستان فیض اصفهان بستری شده بودند مورد بررسی قرار گرفت. سن، جنس، چشم گرفتار، یک یا دو طرفه بودن بیماری، بیماری‌های همراه از قبیل دیابت، فشار خون، وضعیت عیب انکساری، نوع پارگی و محل قرار گرفتن آن و میزان وجود PVR از درجه C به بالاتر، خصوصیات شبکیه (Fundus chart)، وضعیت قبل از عمل توسط فرد تعیین‌کننده وضعیت آن، چگونگی تعیین محل پارگی، از پرونده بیماران استخراج و به یک فرم اطلاعاتی انتقال یافت.

همراه با دکولمان شبکیه بیانگر آن است که ۲۹ درصد بیماران مبتلا به آفاک بودند (نمودار ۱).



نمودار ۱- توزیع بیماری‌های همراه با دکولمان شبکیه مراجعه کنندگان به بیمارستان فیض اصفهان طی سال ۱۳۷۲

از ۳۷ چشم آفاک، ۲۹ چشم به روش داخل کپسولی (۷۸/۴) بدون گذاشتن لنز اتاق قدامی و ۸ چشم به روش خارج کپسولی عمل شده‌اند که دو تا از آنها پسودوفاکیک بودند. محل پارگی شبکیه با دو خط فرضی ۱۲-۶ و ۳ تا ۹ به چهار رکودان سوپراتمپورال، سوپرانازال، اینفروننازال و اینفروتیمپورال تقسیم بندی گردیدند، توزیع فراوانی محل و نوع پارگی در جدول (۲) آرایه شده است. در ۷ بیمار (۵/۵ درصد) محل (پارگی) کشف نگردیده است و دو بیمار سوراخ ماکولا نیز داشتند که در بررسی آماری در نظر گرفته شدند. بنابراین، ۱۲۹ سوراخ شبکیه در ۱۱۹ چشم کشف و ثبت گردید.

داده‌های فرم اطلاعاتی، طبقه بندی و با آمار توصیفی مورد قضاوت قرار گرفت و چون تعدادی از چشم‌ها هم زمان دو یا چند پارگی داشتند از این رو در همه کوادران‌ها ثبت و محاسبه گردید.

یافته‌ها

۱۲۶ چشم متعلق به ۱۲۳ بیمار در مطالعه گنجانده شد. سن بیماران $47/7 \pm 21$ سال بود. بروز دکولمان در سن ۴۰ تا ۷۰ سالگی شایع تر بوده و نزدیک به ۶۰ درصد موارد را تشکیل داد. در جدول (۱) توزیع سنی بیماران را نشان می‌دهد.

جدول ۱- توزیع سنی بیماران مبتلا به دکولمان شبکیه

گروه‌های سنی	تعداد	درصد
۰-۹	۶	۴/۸
۱۰-۱۹	۷	۵/۵
۲۰-۲۹	۱۴	۱۱/۱
۳۰-۳۹	۱۲	۹/۵
۴۰-۴۹	۱۶	۱۲/۷
۵۰-۵۹	۳۶	۲۸/۶
۶۰-۶۹	۲۲	۱۷/۵
۷۰-۷۹	۱۲	۹/۵
۸۰-۹۰	۱	۰/۸
جمع	۱۲۶	۱۰۰

جنس بیماران نسبت مذکر به مونث ۳ به ۱ و نسبت چشم چپ به راست ۲ به ۱ است. ۱۲۳ مورد بیماری یک طرفه و سه مورد دو طرفه بود. بیماری‌های

جدول ۲- توزیع محل پارگی در کودکان‌های مختلف شبکه

محل پارگی	نوع پارگی	پارگی شبکه شامل: پارگی نعل اسبی - اپرکولوم	سوراخ آتروفیک	دیالیز	کل
سوپراتمپورال	۲۸ (۲۱/۷)	۶ (۴/۶)	۴ (۳/۱)	۳۸ (۲۹/۴)	
سوپرانازال	۲۵ (۱۹/۴)	۵ (۳/۹)	۴ (۳/۱)	۳۴ (۲۶/۴)	
اینفروتمپورال	۱۲ (۹/۳)	۸ (۶/۲)	۱۰ (۷/۸)	۳۰ (۲۳/۳)	
اینفروتازال	۱۷ (۱۳/۲)	۷ (۵/۴)	۳ (۲/۳)	۲۷ (۲۰/۹)	
جمع	۸۲ (۶۳/۶)	۲۶ (۲۰/۱)	۲۱ (۱۶/۳)	۱۲۹ (۱۰۰)	

البته بعضی از چشم‌ها بیش از یک پارگی داشتند که ممکن است در بیش از یک کودکان باشند و در کودکان‌های مختلف محاسبه شوند و در ۱۱ چشم (۸/۷ درصد) PVR از درجه C و بالاتر وجود داشت.

بحث

شایع‌ترین سن ابتلا ۷۰-۴۰ سال می‌باشد که با مطالعات قبلی که ۷۰-۴۰ سالگی بودند، تطبیق می‌کند. شیوع بیماری‌های همراه در مطالعات قبلی متغیر بوده‌اند (۲). در مطالعه Benson شایع‌ترین بیماری‌های همراه به ترتیب میوپی، آفآکی و تروما بودند (۲). در مطالعه Roger و همکاران شیوع بیماری به ترتیب آفآکی و میوپی کمتر از ۶ دیوپتر و کاتاراکت بود (۶) ولی در این بررسی آفآکی، تروما، دیابت و میوپی است که در واقع تروما در این مطالعه شیوع بیشتری از پژوهش‌های قبلی دارد که

شاید به علت عدم استفاده از وسایل ایمنی در هنگام کار باشد. طی این مطالعه در ۷ چشم از ۱۲۶ چشم (۵/۵ درصد) محل پارگی کشف شد که با بررسی قبلی (۵) که در آن ۳ تا ۱۴ درصد پارگی شبکه کشف نشده، مطابقت دارد. تقریباً در ۵۰ درصد از دکولمان‌های شبکه فقط

یک پارگی وجود دارد و در مواردی که بیش از یک پارگی مسئول ایجاد دکولمان است در ۷۵ درصد موارد پارگی بعد را در ۹۰ درصد از پارگی اول می‌توان یافت (۱) ولی در این مطالعه فقط ۱۰ مورد بیش از یک پارگی کشف شد.

شایع‌ترین نوع پارگی در این بررسی به ترتیب پارگی نعل اسبی و اپرکولوم و در مرحله بعدی سوراخ آتروفیک و دیالیز شبکه قرار می‌گرفتند که با یافته‌های موجود در بعضی منابع چشم پزشکی تطبیق می‌کند (۳،۷) ولی در مطالعه Mortons شایع‌ترین نوع پارگی به ترتیب دیالیز - پارگی نعل اسبی و اپرکولوم در درجه بعدی قرار

می‌گرفتند (۸).
 از نظر توزیع فراوانی انواع پارگی در کوادران‌های
 مختلف شبکیه، پارگی نعل اسبی به طور شایع‌تر در
 کوادران‌های فوقانی مشاهده شد (جدول ۲) که در منابع
 چشم پزشکی پارگی نعل اسبی در قسمت فوقانی شبکیه و
 دیالیز نیز در قسمت تحتانی بیشتر ملاحظه می‌گردد
 (۱، ۸، ۹، ۱۰).
 در این مطالعه سوراخ آتروفیک در قسمت تحتانی
 شبکیه شایع‌تر بوده است ولی مطالعات چشم پزشکی
 سوپراتمپورال شایع‌ترین محل سوراخ آتروفیک و در
 درجه بعد اینفروتیمپورال می‌باشد (۱۱).
 با توجه به این که شایع‌ترین بیماری همراه با
 دکولمان شبکیه در این مطالعه آفاکی بود که اغلب این
 بیماران به روش داخل کپسولی عمل شده بودند با تغییر
 روش جراحی و پیشرفت روش‌های جراحی که در حال
 حاضر در ایران رخ داده است، به نظر می‌رسد در مطالعات
 بعدی دکولمان شبکیه همراه آفاکی کاهش چشم‌گیری
 خواهد داشت.

References:

- Hilton GF. Clean EB. Chung GL. Retinal detachment Sanfrancisco. Am Acad Ophthalmol. 1989; 27: 111-120.
- Benson WE. Retinal detachment and management. 2nd ed. Philadelphia: Harper Row; 1986: 201-228.
- Bradleg R. Straastma regathomathogens retinal detachment. In: Tasman W. Duen's clinical ophthalmology. 4th ed. Vol 3. Philadelphia: Lippincott; 1997: 2031-2045.
- Benson WE. Retinal detachment. In: Nyhus LM. Ophthalmic surgery and priciples of practice. Philadelphia: WB Saunders; 1990: 354-377.
- Roger D. Griffith M. Primary ketin detachment without apparent break. Am J Ophthalmol Assoc. 1976; 1: 420-427.
- Wilkinson CP. Phakic retinal dotachment . Retina. 1995; 15: 220-223.
- Lijima Y. Wagai K. Retinal detachment with break in the pars plicata. Am J Ophthalmol. 1989; 108: 349-5.
- Mortoms C. MacKonzie F. Retinal detachment due to ocular penetration. Arch Opthallmol. 1978; 96: 1354-1361.
- Malbran ED. Myopic and non myopic aphakic retinal detach ment . Timointer val and

- location of breaks. *Ann ophthalmol.* 1989; 21: 296-299.
11. Coding RJ. Traumatic retinal detachment . *Trans Ophthalmol Soc (UK).* 1986; 105: 575-591.
 12. Riodan EP. Full thickness break in rhegmatogeneous RD with pripheral break. *Br J Ophthalmol.* 1992; 76: 342-348.