بررسی اپیدمیولوژیک عوارض چشمی بیماری بهجت در ۲۰۰ بیمار

دکتر علی عبداللهی [*] ، دکتر زهرا حلاجی [**] ، دکتر احمدرضا جمشیدی [***]

دکتر سیداحمد میرشاهی [*]

خلاصه

سابقه و هدف: با توجه به شیوع بهجت در منطقه و اهمیت گرفتاری چشم در این بیماران و اطلاعات ناکافی آن در کشور و به منظور تعیین اپیدمیولوژی عوارض چشمی بیماری بهجت، این مطالعه در سال ۱۳۷۸ انجام گرفت.

مواد و روشها: پژوهش حاضر با روش کار توصیفی بر روی ۲۰۰ بیمار مبتلا به بهجت صورت پذیرفت و خصوصیات بیماران تعیین گردید و عوارض مختلف چشمی آنها توسط متخصص چشم بررسی شد.

یافته ها: از ۲۰۰ نمونه مورد بررسی، ۵۸/۵ درصد بیماران مرد و ۴۱/۵ درصد زن بودند. محدوده سنی بیماران در هنگام شروع درگیری چشمی ۵۸-۵ سال با میانگین سنی ۳۱/۵ سال بود. به طور کلی یوولیت شایع ترین عارضه چشمی در هر دو جنس بود (۸۷ درصد). بعد از آن واسکولیت شبکیه ۵۳/۷ درصد، کاتاراکت ۳۸ درصد، آتروفی اپتیک ۲۴/۵ درصد و اپی اسکلریت ۷/۷ درصد می‌باشند. در بیماران زیر ۳۰ سال ادم ماکولا و در ۳۰ تا ۳۹ سال یووئیت و در بیماران بالای ۴۰ سال کاتاراکت به طور معنی‌دار شایع تر بود ($P<0/001$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج به دست آمده که یوولیت شایع‌ترین یافته چشمی در هر دو جنس است باید آموزش کافی به بیماران داده شود که به محض شک به درگیری چشمی جهت معاینه دقیق به چشم پزشک مراجعه کنند تا با تشخیص به موقع بتوان حتی المکان از بروز عوارض بیشتر جلوگیری نمود.

واژگان کلیدی: عوارض چشمی، بیماری بهجت

* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تهران ، گروه چشم

** دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تهران ، گروه پوست

*** دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تهران ، گروه روماتولوژی

مقدمه

بیماری بهجت یک اختلال عود کننده با اتیولوژی مبهم است که با تریاد زخمهای مکرر دهانی و تناسلی و درگیری چشمی بروز می کند (۱،۲).این بیماری در ژاپن ، کره ، چین ، ترکیه و کشورهای مدیترانه شرقی و ایران یا به عبارتی مسیرجاده ابریشم شایع است (۳).شیوع آن در ایران ۱۶/۷ بیمار برای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت می‌باشد(۴). این بیماری دوره های متناوب شدت و تخفیف دارد. با توجه به این که پاتولوژی اصلی آن واسکولیت است می تواند قسمتهای مختلف بدن را درگیر کند (۵).

از مهم‌ترین عوارض این بیماری مشکلات ، چشمی است که در قسمت‌های مختلف چشم بروز می‌کند از جمله یوئیت واسکولیت شبکیه ، ادم شبکیه به خصوص در ناحیه ماکولا ، اگزودا و خون ریزی شبکیه ، کاتاراکت ، گلوکوم ، آتروفی اپتیک ، دژنراسیون ماکولا ، اپی‌اسکلریت ، خون ریزی و کدورت زجاجیه و هایفما(۲،۵).

درگیری چشمی در ۸۵-۸۰ درصد بیماران دیده می شود و در ۲۰ درصد بیماران ممکن است یکی از تظاهرات اولیه باشد (۶).

با توجه به شیوع بهجت در ایران و منطقه مدیترانه و اطلاعات ناکافی‌از عوارض چشمی آن درکشور و تناقض‌هایی که در شیوع جنسی ، سنی و به ویژه عوارض آن وجود دارد و به منظور تعیین اپیدمیولوژی عوارض چشمی این تحقیق بر روی بیماران بهجت مراجعه کننده در سال ۱۳۷۸ انجام گرفت. در این مطالعه ۲۰۰ بیمار مبتلا به بیماری بهجت که درگیری چشمی داشتند مورد مطالعه قرار گرفتند و شیوع عوارض چشمی آنها بررسی گردید.

مواد و روشها

پژوهش حاضر با روش Cross-sectional با استفاده از فرم‌های معاینه‌های چشمی بیماران مبتلا به بهجت انجام شده است. تشخیص بیماری بهجت در بیماران مورد مطالعه بر اساس معیار ایران بوده است (۷).

عارضه	امتیاز
- آفت دهان	۱
- آفت تناسلی	۱
- ضایعه‌های پوستی(اریتم ندوزوم،آفت ،فولیکولیت)	۱
- آزمایش‌های پاترژی مثبت (واکنش التهابی غیر-اختصاصی پوست به خراش یا تزریق داخل جلدی)	۱
- ضایعات چشمی	۲

معیار ایران - بر اساس معیار ، داشتن ۳ امتیاز مساوی با بیماری بهجت تلقی می شود . بیمارانی وارد مطالعه گردیدند که حداقل یکی از انواع ضایعه‌ها چشمی بهجت را داشته باشند . مدت پی گیری این بیماران حداقل ۳ ماه و فواصل معاینه ۰ ، بر حسب شرایط بیماران ، حداقل یک ماه بود . دید بیماران با Snellen Chartبررسی شده و سپس چشم بیماران با Slit lamp و افتالموسکوپ توسط چشم پزشک مورد معاینه قرار گرفته و اطلاعات مربوط ،در فرم های معاینه چشمی وارد گردید . سپس خصوصیات بیماران از قبیل سن و جنس در یک فرم اطلاعاتی مخصوص وارد و با آمار توصیفی ارایه و نقش سن و جنس در بروز عوارض با آمار χ^2 مورد قضاوت آماری قرار گرفت.

یافته ها

۲۰۰ بیمار مبتلا به درگیری چشمی بهجت مورد مطالعه قرار گرفتند. مدت پی‌گیری بیماری بین ۳ ماه تا ۴ سال (متوسط ۳۲/۵ ماه) بود ۵۸/۵ درصد بیماران مرد

(۱۱۷ نفر) و ۴۱/۵ درصد زن بودند (۸۳ نفر). سن بیماران هنگام اولین مراجعه ۶۳-۷ سال با میانگین ۳۳/۹ سال بود. سن بیماران در هنگام شروع درگیری چشمی ۵۸-۵ سال با میانگین ۳۱/۵ سال بود. مدت کل درگیری چشمی (از هنگام اولین علامت چشمی تا آخرین معاینه) ۳ ماه تا ۲۶ سال (متوسط ۵۹/۴ ماه) بود. ۱۱ درصد درگیری چشمی یک طرفه و ۸۹ درصد درگیری دو طرفه داشتند. عوارض چشمی بیماران در جدول (۱) ارایه گردیده و نشان می دهد که یوئیت با فراوانی ۸۷ درصد شایع‌ترین عارضه چشمی بوده و کمترین فراوانی مربوط به اپی اسکلریت با ۷/۷ درصد است (جدول ۱).

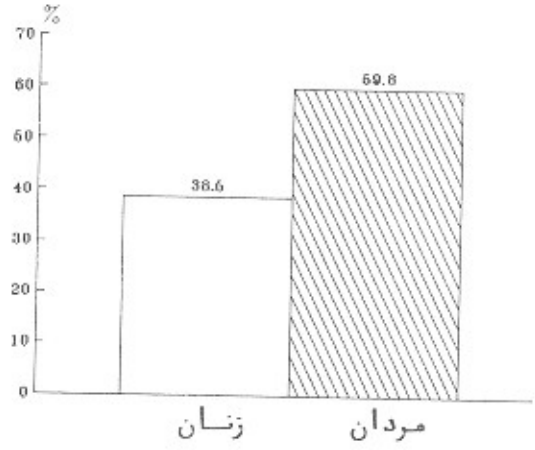
جدول ۱ـ توزیع بیماران بهجت بر حسب درصد عوارض چشمی

درصد عوارض چشمی / نوع عارضه	یوئیت	واسکولیت شبکیه	ادم ماکولا	کاتاراکت	آتروفی اپتیک	اپی اسکلریت
یک طرفه	۲۲	۱۳/۵	۲۲	۱۵	۸	۲/۵
دو طرفه	۷۶	۴۷	۲۹	۳۰/۵	۲۰/۵	۶/۵
افراد مورد بررسی	۹۸	۶۰/۵	۵۱	۴۵/۵	۲۸/۵	۹
چشم‌های مورد بررسی	۸۷	۵۳/۸	۴۰	۳۸	۲۴/۵	۷/۸

در جدول (۲) عوارض چشمی به تفکیک جنس ذکر و نشان می‌دهد که عوارض چشمی در هر دو جنس تشابه دارد فقط ادم ماکولا در زنان ۳۸ درصد و در مردان حدود ۶۰ درصد است.

جدول ۲ـ توزیع بیماران مبتلا به بهجت بر حسب عوارض چشمی به تفکیک جنس

عوارض چشمی / نوع عارضه	یوئیت	واسکولیت شبکیه	ادم ماکولا	کاتاراکت	آتروفی اپتیک	اپی اسکلریت
زن	۱۰۰	۶۵/۱	۳۸/۵	۴۸/۲	۳۲/۵	۷/۲
مرد	۹۶/۶	۵۷/۲	۵۹/۸	۴۳/۶	۲۵/۶	۱۰/۲



نمودار ۱ـ توزیع ۲۰۰ بیمار مبتلا به ادم ماکولا بر حسب شهر تهران طی سال ۱۳۷۸.

عارضه ادم ماکولا بر حسب جنس در نمودار ۱ ارایه گردیده و نشان می دهد که بروز عارضه در زنان ۳۸/۵ و در مردان حدود ۶۰ درصد است و آزمون χ^2 نشان داد که این اختلاف از لحاظ آماری معنی‌دار است ($P<0/005$). در بررسی رابطه عوارض چشمی و سن بیماران یوئیت در گروه سنی ۴۰-۳۰ سال و کاتاراکت در گروه سنی بالای ۴۰ سال و ادم ماکولا در گروه سنی زیر ۳۰ سال شایع‌تر بود (جدول ۳) ($P<0/01$).

تنها رابطه معنی دار یافت شده کم بودن قابل

ملاحظه ادم ماکولا در بیمارانی بود که علایم آنها پس از ۳۵ سالگی آغاز گردیده بود.

بحث

این تحقیق نشان داد که شیوع جنسی این بیماری در مردان ۵۸/۵ و در زنان ۴۱/۵ درصد می‌باشد. آمار ارایه شده از بهجت چشمی زنان و مردان در کشورهای مختلف متفاوت است. در مطالعه توسط Sakamotoو همکاران در سال‌های ۹۰-۱۹۸۰، ۷۵ درصد بیماران مبتلا به بهجت چشمی مرد و ۲۵ درصد زن بودند (۸) ، در حالی که Barra و همکارانش در مطالعه بین سال‌های ۹۰-۱۹۷۴ ، تعداد بیماران مرد را ۷۱ درصد و زنان را ۲۹ درصد گزارش کردند(۹). در آماری که شمس در دهه ۱۹۸۰ از ایران ارایه کردند ، ۶۳ درصد بیماران مبتلا به بهجت چشمی مرد و ۳۷ درصد زن بودند (۱۰). در بررسی ما مشاهده گردید بیشتر بیماران از نظر سنی در حدود ۳۴ سال (حداکثر شیوع در دهه چهارم) و سپس دهه سوم بود ، در حالی که در مطالعات کشورهای مختلف سن شیوع اکثر بیماران در دهه سوم زندگی بوده است که این می تواند به خاطر مراجعه دیرتر بیماران ما باشد.

سن شروع علایم چشمی در مطالعه ما بین ۵۸-۵ سال بوده است و در مطالعه Chung و همکارانش در تایوان که بر روی ۵۵ بیمار مبتلا به بهجت انجام گرفت، سن شروع عوارض چشمی ۵۵-۱۰ سال بود که تشابه زیادی با آمار ما دارد (۱۱). از نظر یک طرفه یا دو طرفه بودن درگیری چشمی ، شیوع درگیری چشمی دو طرفه در این مطالعه ۸۹ درصد است که مشابه آمار ارایه شده در کتب مرجع می باشد(۵،۶،۱۲).

در مطالعه Atmaca و همکارانش در ترکیه (۹۳-۱۹۷۳) از بیماران مبتلا به بهجت ۹۰/۴ درصد درگیری دو طرفه چشمی و ۷/۶ درصد درگیری یک طرفه داشتند (۱۳). میزان درگیری یک طرفه و یا دو طرفه در تحقیق ما هم شبیه آمار کشور ترکیه است .

در مطالعه ما شایع‌ترین عارضه چشمی مشاهده شده یوئیت بوده که در ۸۷ درصد چشم‌ها وجود داشته است. این آمار با مطالعه Barra و همکارانش که در ۸۵/۷ درصد چشمها یووئیت مشاهده کرده‌اند (۹) و نیز مطالعه شمس و همکارانش در ایران (۸۲-۱۹۷۵) که در ۹۳/۵ درصد بیماران مبتلا به بهجت چشمی یووئیت مشاهده کرده‌اند ، نزدیک است. در بررسی ما مشخص شد که کاتاراکت در ۳۸ درصد چشم‌های بیماران وجود دارد ، در حالی که در مطالعه Barra و همکاران که بر روی ۴۹ بیمار بهجت چشمی انجام گرفت، کاتاراکت در ۴۱/۷ درصد چشم‌ها مشاهده گردید (۹).

برخلاف یووئیت و کاتاراکت ، میزان واسکولیت شبکیه و آتروفی اپتیک در بیماران ما با مطالعه‌های دیگر متفاوت بود، واسکولیت شبکیه در این مطالعه در ۵۳/۵ درصد چشم‌ها دیده شد، در حالی که در مطالعه Barra و همکارانش در ۱۰۰ درصد چشم‌ها و در مطالعه شمس در ایران در ۷۰ درصد چشم‌ها بیان گردید (۹).

در مطالعه ما آتروفی اپتیک در ۲۸/۵ درصد بیماران و یا ۲۴/۵ درصد چشم‌ها ملاحظه شد. این عارضه تنها در یک مطالعه توسط شمس بر روی بیماران پیشرفته چشمی صورت گرفته به طور چشمگیری بالاتر از بیماران ما بود (۸۳/۷ درصد) (۱۰).

در مطالعه دیگر شمس (۱۴) در ۱۶/۲۵ درصد بیماران و هم‌چنین در مطالعه Barra و همکارانش (۹) در ۱۸/۷۵ درصد چشم‌ها مشاهده شده که نسبت به بیماران ما میزان پایین‌تری داشته است .

ادم ماکولا در مطالعه ما در ۵۱ درصد بیماران

وجود داشت ، در حالی که در یک مطالعه از شمس در ۶۶/۲ درصد بیماران (۱۰) و در مطالعه دیگری از ایشان که بر روی بیماران پیشرفته چشمی به عمل آمده در ۸۳/۷ درصد بیماران دیده شده است (۱۴) . دلیل کاهش ادم ماکولا در مطالعه ما نسبت به مطالعه شمس می‌تواند به این گونه تفسیر شود که ما فقط بیماران پیشرفته چشمی را وارد مطالعه نکرده‌ایم و کلیه بیماران با گرفتاری چشمی را شامل شده است. آمار ارایه گردیده از شیوع بهجت چشمی زنان و مردان در کشورهای مختلف متفاوت است امّا در تمام مطالعات مانند مطالعه ما درصد بیماران مرد بیشتر بوده است. با توجه به این که در اکثر موارد بیماری هر دو چشم را درگیر می‌کند و شایع‌ترین عارضه آن یوئیت است . به نظر می‌رسد یکی از بهترین راههای کاهش میزان عوارض چشمی و کوری در بیماری بهجت این است که به بیماران آموزش داده شود به محض قرمزی، تاری دید و درد چشم جهت بررسی کامل تر به چشم پزشک مراجعه کند تا مورد معاینه دقیق چشم قرار گیرند و در صورت لزوم، درمان هرچه سریع‌تر آغاز گردد.

References:

1. Nussenblatt Whitcup, Palestine. Uveitis. 1995.
2. Maddison P. Isenberg D. Woo P. Glass. Oxford textbook of rheumatology. 1993.
3. Davatchi F. Shahram F. Epidemiology of Behcet's disease in Iran. In rheumatology APLAR 1992. Edited by AR nasution. J Darmawan H Isbagio. Tokyo churchill. Livingstone Japan KK. 1992.
4. Davatchi F. Shahram F. Akbarian M. Gharibdoost F. Nadji A. Chams C. Chams H. Jamshidi AR. Behcet's disease analysis of 3443 cases. APLAE. J of Rheumatology; 1997: 2-5.
5. Albert & Jakobiec. Principles and practice of ophthalmology. 1994.
6. Tasman W. Jaeger E. Duane's clinical ophthalmology. 1996.
7. Davatchi F. Shahram F. Akbarian M. Gharibdoost F. Chams C. Chams H. Shafai N. Accuracy of exisitin diagnosis criteia for behcet's disease. In: wechsler B. codeau P. Behcet's disease amsterdam. Excerpta medica; 1993: 225-228.
8. Sakamoto M. Akazawa K. Nishioka Y. Sanuti H. Inomata H. Nose Y. Prognostic factors of vision in patients with Behcet disease. Ophthalmology. 1995; 102 (2): 317-321.
9. Barra D. Johnson M. Behcet disease in Brazil-A review of 49 cases with empasis on ophthalmic manifestation. (Abstrat). Jpn J Ophthalmol. 1991; 35: 339-346.
10. Chams H. Sadeghi A. Aalami Z. Davatchi F. Chams C. Ophthalmologic manifestion of

9. Barra D. Johnson M. Behcet disease in Brazil-A review of 49 cases with empasis on ophthalmic manifestation. (Abstrat). Jpn J Ophthalmol. 1991; 35: 339-346.

10. Chams H. Sadeghi A. Aalami Z. Davatchi F. Chams C. Ophthalmologic manifestion of Behcet disease. Ophthalmology today; 1998: 375-376.

11. Chung B. Ciddi K. Behcet disease in Taiwan-A review of 53 cases. (Abstract) Jpa J Ophthalmol. 1986; 30: 318-323.

12. Isselbacher K. Braunwal E. Wilson J. Martin J. Fauci A. Kasper D. Harrison's principles of internal medicine. 1998.

13. Atmaca L. Idil A. Batioglu F. A descriptive study on Behcet's disease Acta Ophthalmologic scandinavia. 1996; 74 (4): 403-406.

14. Chams H. Davatchi F. Bayegan F. Chams C. Contractor M. Behcet's disease Review of 100 cases. report of Juvenile familial and unilaternal forms. Asian. J Ophthalmol. 1984; 120: 120-124.