بررسی اپیدمیولوژیک مبتلایان به ورم ملتحمه بهاره در شهر کاشان سال ۱۳۷۴

دکتر عباس بافری * ، دکتر محمد زارع * ، دکتر مجتبی خاکسار **

خلاصه

سابقه و هدف : با توجه به تناقض در ویژگی های اپیدمیولوژیک و بالینی بیماری ورنال کاتار و به منظور تعیین منحنی شیوع و خصوصیات مبتلایان به ورنال کاتار در مراجعین به کلینیک چشم پزشکی کاشان به عنوان منطقه ای با شرایط آب و هوای گرمسیری این مطالعه در سال ۱۳۷۴ انجام گرفت و نتایج آن با مطالعه ای که در سال ۱۳۶۹ در تبریز به عنوان منطقه ای سردسیر انجام شده بود ، مقایسه گردید .

مواد و روشها : مطالعه به روش توصیفی صورت پذیرفت . بیماران مبتلا به خارش و یا قرمزی چشم که بیماری آنها در معاینات، کراتوکونژنکتیویت آلرژیک تشخیص داده می‌شد و علایم بالینی نظیر پاپی های پلکی غول پیکر و یا پاپی های اطراف لیمبوس بخصوص اگر همراه با نقاط ترانتاس بودند انتخاب می‌گردیدند و اسمیر ملتحمه آنها باگیمسا رنگ آمیزی و در صورت مشاهده ائوزینوفیل‌ها، تشخیص تائید می‌شد . سپس خصوصیات بیماران ، علت مراجعه ، مدت بیماری ، بیماری همراه آلرژیک و سابقه خانوادگی بررسی و علایم و نشانه های مثبت بیماری نظیر نقاط ترانتاس و خارش در فرم اطلاعاتی ثبت گردید .

یافته‌ها : از مجموع ۱۳۹۸۷ نفرمراجعه کننده ، ۳۰۱ مورد (۲/۲ درصد) به بیماری فوق مبتلا بودند (۳/۸-۵/۰ =CI درصد) . ۲۰۲ نفر (۶۷/۱ درصد)مذکر وبقیه مونث بودند.میانگین سنی آنها ۳/۵±۱۱/۵ سال با محدوده سنی ۱۰ روز تا ۶۵ سال بودند . ۴۷/۲ درصد درگیری نوع لیمبال ، ۱۲ درصد پالپبرال و بقیه شکل مختلط داشتند. ۵۳ درصد درفصل بهار، ۳۹ درصددر فصل تابستان و ۸ درصد در پاییز و زمستان مراجعه کردند . درگیری قرنیه در ۱۲/۶ درصد مشاهده شد که با افزایش مدت بیماری بر شدت و فراوانی آن افزوده می‌گردید. ۱۲/۶ درصد بیماران به شکل یک طرفه مبتلا بودند که در ۸۴ درصد این گروه گرفتاری نوع لیمبال وجود داشت . در ۴۲ درصد بیماران سابقه خانوادگی آلرژی و ۴۹ درصد آنها سابقه بیماری آتوپیک دیگر دیده می‌شد.

نتیجه گیری : در مناطق گرمسیر ، شکل لیمبال بیماری شایع ترین نوع بالینی است و این درست عکس مناطق سردسیر می‌باشد که شکل پالپبرال شیوع بیشتری دارد. نوع لیمبال در سنین پایین‌تر شروع شده ، دوره محدودتر و نیز قدرت تهاجم کمتری دارد و در آن یک طرفه بودن شایع‌تر است . بر عکس ، فرم پالپبرال بیماری در سنین بالاتر شروع گردیده تمایل به ازمان و قدرت تهاجم بیشتری دارد و همواره دو طرفه می‌باشد. در مناطق گرمسیر شایع ترین فصل مراجعه بهار و در مناطق سردسیر تابستان است .

واژگان کلیدی: ورنال کاتار ، کراتوکونژنکتیویت ، آلرژی

* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی **شهید بهشتی تهران**، دانشکده پزشکی ، گروه چشم

* پزشک عمومی

مقدمه

ورنال کاتار نوعی کراتوکونژتکتیویت پاپیلری مزمن و از گروه بیماریهای آلرژیک می‌باشد (۲ ، ۱). از هر هزار مراجعه کننده به کلینیک‌های چشم ، ۱ تا ۵ نفر مبتلا به این بیماری هستند (۳). در صورت مراجعه بیماران پس از تشخیص و دادن اطمینان ، سیر بیماری برای آنها توضیح داده می‌شود و در ضمن از درمانهای علامتی مثل داروهای ضد التهاب و ضد احتقان موضعی استفاده می‌گردد. چنانچه بیمار به چشم پزشک مراجعه نکند و درمان صورت نپذیرد ممکن است باعث کاهش کارآیی تحصیلی و فعالیتهای روزمره به دلیل احتقان و خارش شدید چشم‌ها شود.

اولین قدم برای کاهش مشکل ، پاسخ به سه سوال زیر می‌باشد :

۱ ـ آیا این بیماری در منطقه مورد نظر وجود دارد یا خیر ؟

۲ ـ چنانچه پاسخ سوال اول مثبت است ، میزان شیوع آن چقدر می‌باشد؟

۳ ـ افراد مبتلا به این بیماری چه خصوصیاتی دارند؟

با توجه به این که بیماری در نواحی گرم و خشک نظیر کشورهای منطقه خاورمیانه و حوزه دریای مدیترانه شایع بوده و در بعضی مناطق مانند کشورهای آفریقایی چون کامرون و اوگاندا به عنوان بیماری آندمیک شناخته می‌شود (۴) و در برخی نواحی سردسیر نظیر روسیه ، کشورهای اسکاندیناوی ، کانادا و شمال آمریکا کمتر مشاهده می‌گردد (۵ ، ۳). از این رو، به منظور تعیین اپیدمیولوژی مبتلایان به ورنال کاتار که طی سال ۱۳۷۴ به کلینیک گلابچی شهر کاشان مراجعه کرده‌اند ، این تحقیق انجام گرفت .

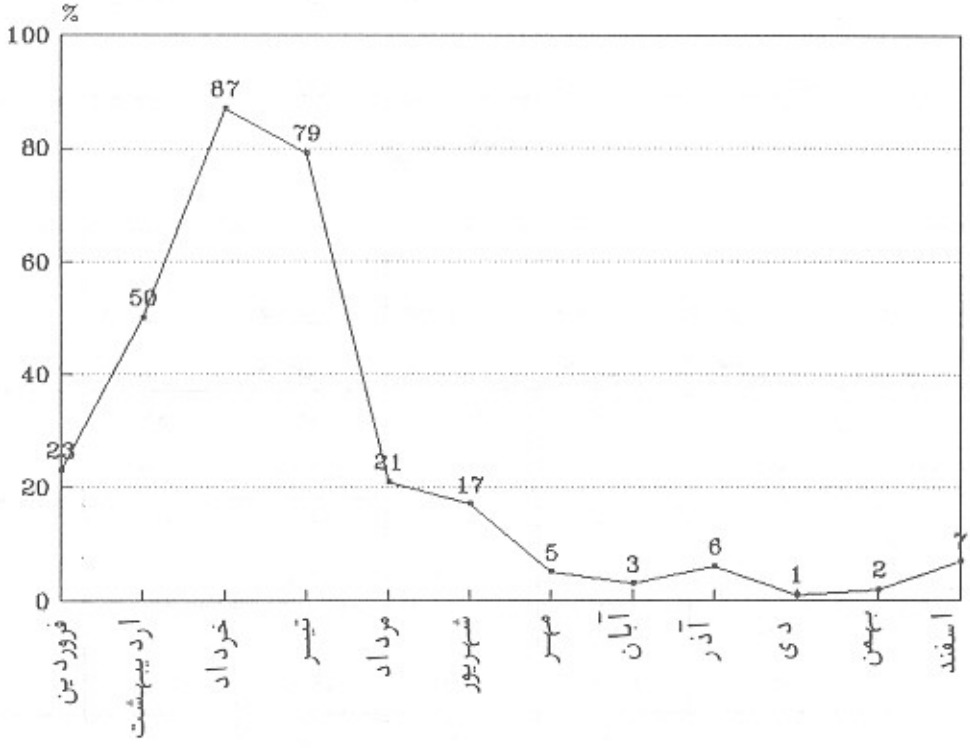
مواد و روشها

مطالعه حاضر با روش توصیفی صورت پذیرفت و پس از آن‌که در بین مراجعین به کلینیک گلابچی از روی شکایات و علایم بالینی به ویژه شکایاتی نظیر قرمزی و خارش چشم که در معاینه کراتوکونژیکتیویت پاپیلری با تشکیل پاپی‌های غول پیکر و یا پاپی‌های اطراف لیمبوس (به خصوص همراه با نقاط ترانتاس) بود، بیماری فوق تشخیص داده می‌شد. جهت اطمینان بیشتر ، اسمیر ملتحمه با گیمسا رنگ آمیزی و در صورت تایید وجود ائوزینوفیل ها ، برای بیمار پرسشنامه‌ای پر می‌گردید که شامل اطلاعات شناسنامه ای وی اعم از نام ، نام خانوادگی ، جنس ، سن و محل سکونت بود. به علاوه، شکایات بیمار ، یافته‌های بالینی و نیز سابقه بیماری‌های آتوپیک در خویشاوندان و یا خود بیمار شامل آسم ، تب یونجه ، اگزمای آلرژیک و رینیت آلرژیک ثبت می‌شد. تمامی معاینات توسط چشم‌پزشک و کارهای آزمایشگاهی در آزمایشگاه مرکزی شهر انجام می‌گردید . سپس داده‌های فرم اطلاعاتی ، طبقه بندی و استخراج شد . شیوع بیماری و فاصله اطمینان آن (Confidence interva) در شهر کاشان با احتمال ۹۵ درصد برآورد گردید.

یافته‌ها

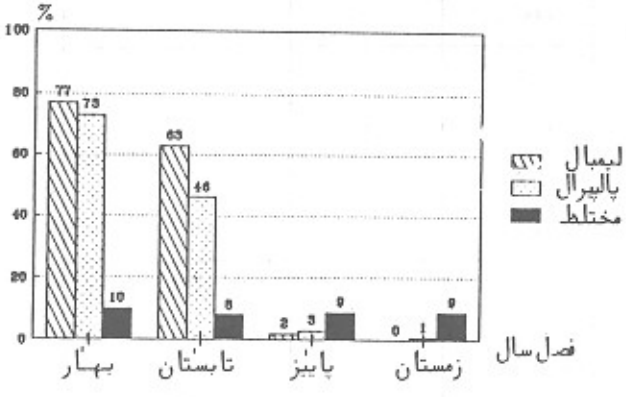
یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان داد که ۲/۲ درصد از کل مراجعین به کلینیک چشم پزشکی

طی سال ۱۳۷۴ مبتلا به ورنال کاتار می‌باشند و شیوع بیماری در جامعه با احتمال ۹۵ درصد ، براساس شیوع آن در نمونه‌های مورد بررسی ، از حداقل ۰/۵ تا ۳/۸ درصد برآورد می‌شود. فراوانی بیماری در دو ماه خرداد و تیر از همه ماهها بیشتر و در دو ماه دی و بهمن از همه کمتر بوده است. علاوه بر آن ، مشخص گردید که شیوع بیماری در فصول مختلف سال به ترتیب از بهار تا زمستان کاهش می‌یابد. (نمودار ۱)



نمودار ۱ـ توزیع فراوانی ۳۰۱ بیمار مبتلا به ورنال کاتار بر حسب ماههای مراجعه کننده به کلینیک گلابچی کاشان طی سال ۱۳۷۴

فراوانی نسبی انواع لیمبال و پالپبرال در بهار و تابستان بیشتر از سایر فصول است و فراوانی نسبی نوع مختلط در پاییز و زمستان فقط اندکی بیشتر از سایر فصول می‌باشد . ولی به طوری که مشاهده می‌شود فراوانی مطلق آن در تمام فصول تقریباً مساوی است (نمودار ۲) .



نمودار ۲ـ توزیع فراوانی ۳۰۱ بیمار مبتلا به ورنال کاتار مراجعه کننده به کلینیک گلابچی کاشان بر حسب فصل مراجعه و نوع گرفتاری طی سال ۱۳۷۴

شیوع بیماری ورنال کاتار در مردان بیشتر از ۲ برابر زنان است و بیشترین فراوانی بیماری در موقع مراجعه ، مربوط به گروه سنی ۱۵ ـ ۵ ساله می باشد و فراوانی بیماری در سن کمتر از ۳ سال و بیشتر از ۱۷ سال کاهش چشمگیری پیدا می کند. میانگین سن مبتلایان در دو جنس متفاوت چندانی ندارد و در هنگام مراجعه حدود ۱۱/۵ سال بوده‌است .

بیش از نیمی از بیماری (۵۵/۱ درصد) در موقع مراجعه کمتر از یک سال و بقیه (۴۴/۹ درصد) بیش از یک سال بود که به بیماری فوق مبتلا گردیده بودند (جدول ۱) .

جدول ۱ـ توزیع جنسی بیماران مبتلا به ورنال کاتار بر حسب مدت ابتلا در مراجعین به کلینیک گلابچی کاشان طی سال ۱۳۷۴

جنس / مدت ابتلا به سال	زن		مرد		جمع	
	فراوانی مطلق	فراوانی تجمعی	فراوانی مطلق	فراوانی تجمعی	فراوانی مطلق	فراوانی تجمعی
<۱	۵۸ (۵۸/۶)	۵۸ (۵۸/۶)	۱۰۸ (۵۳/۵)	۱۰۸ (۵۳/۵)	۱۶۶ (۵۵/۱)	۱۶۶ (۵۵/۱)
۱	۱۰ (۱۰/۱)	۶۸ (۶۸/۷)	۲۱ (۱۰/۴)	۱۲۹ (۶۳/۹)	۳۱ (۱۰/۳)	۱۹۷ (۶۵/۴)
۲	۸ (۸/۱)	۷۶ (۷۶/۸)	۲۰ (۹/۹)	۱۴۹ (۷۳/۸)	۲۸ (۹/۳)	۲۲۵ (۷۴/۷)
۳	۹ (۸۵/۹)	۸۵ (۸۵/۹)	۱۸ (۸/۹)	۱۶۷ (۸۲/۷)	۲۷ (۹)	۲۵۲ (۸۳/۷)
۴	۸ (۸/۱)	۹۳ (۹۴/۰)	۱۲ (۵/۹)	۱۷۹ (۸۸/۶)	۲۰ (۶/۶)	۲۷۲ (۹۰/۳)
۵	۳ (۳)	۹۶ (۹۷/۰)	۱۱ (۵/۴)	۱۹۰ (۹۴/۰)	۱۴ (۴/۶)	۲۸۶ (۹۴/۸)
۶	۱ (۱)	۹۷ (۹۸/۰)	۷ (۳/۵)	۱۹۷ (۹۷/۵)	۸ (۲/۷)	۲۹۴ (۹۷/۶)
۷-۴۰	۲ (۲)	۹۹ (۱۰۰)	۵ (۲/۵)	۲۰۲ (۱۰۰)	۷ (۲/۴)	۳۰۱ (۱۰۰)
جمع	۹۹ (۱۰۰)	–	۲۰۲ (۱۰۰)	–	۳۰۱ (۱۰۰)	–
میانگین مدت ابتلا	۲/۳ ± ۲		۱/۵ ± ۲/۴		۲/۲ ± ۲/۳	

مزمن شدن بیماری در شکل پالپبرال بیشتر از شکل مختلط و آن نیز بیشتر از شکل لیمبال می‌باشد به نحوی که به طور مثال گرفتاری بیش از ۵ سال در موقع مراجعه در گرفتاران نوع پالپبرال ۲۷/۶ درصد کل آنها و در گرفتاران نوع مختلط ۱۰/۵ درصد آنها و در گرفتاران نوع لیمبال در ۴/۲ درصد آنها دیده می‌شد (جدول ۲).

جدول ۲ ـ توزیع بیماران مبتلا به ورنال کاتار بر حسب مدت ابتلا و نوع گرفتاری در مراجعین به کلینیک گلابچی کاشان طی سال ۱۳۷۴

نوع گرفتاری / مدت ابتلا به سال	لیمبال	پالپبرال	مختلط	جمع
<۱	۱۰۱ (۷۱/۱)	۱۰ (۲۷/۸)	۵۵ (۴۴/۷)	۱۶۶ (۵۵/۱)
۱	۱۷ (۱۲)	۳ (۸/۳)	۱۱ (۱۱/۴)	۳۱ (۱۰/۳)
۲	۸ (۵/۶)	۶ (۱۶/۷)	۱۴ (۱۱/۴)	۲۸ (۹/۳)
۳	۹ (۶/۳)	۴ (۱۱/۱)	۱۴ (۱۱/۴)	۲۷ (۸/۹)
۴	۱ (۰/۷)	۳ (۸/۳)	۱۶ (۱۳)	۲۰ (۶/۶)
۵	۲ (۱/۴)	۶ (۱۶/۷)	۶ (۴/۹)	۱۴ (۴/۶)
۶	۳ (۲/۱)	۲ (۵/۶)	۳ (۲/۴)	۸ (۲/۷)
۷-۴۰	۱ (۰/۷)	۲ (۵/۶)	۴ (۳/۳)	۷ (۲/۳)
جمع	۱۴۲ (۱۰۰)	۳۶ (۱۰۰)	۱۲۳ (۱۰۰)	۳۰۱ (۱۰۰)
مدت	۲±۱/۳	۴±۳/۴	۲±۲/۸	۲/۲±۲/۳

بیشترین سن شروع بیماری در فاصله ۱۵-۳ سال (۷۷/۴٪) و فراوانی شروع بیماری در زیر سن ۳ سال و بالای سن ۱۷ سال کاهش چشمگیری داشت.

بین دو جنس در میانگین سن شروع بیماری ، تفاوت محسوسی مشاهده نگردید (جدول ۳).

جدول ۳ - توزیع جنسی بیماران مبتلا به ورنال کاتار بر حسب سن شروع بیماری در مراجعین به کلینیک گلابچی کاشان طی سال ۱۳۷۴

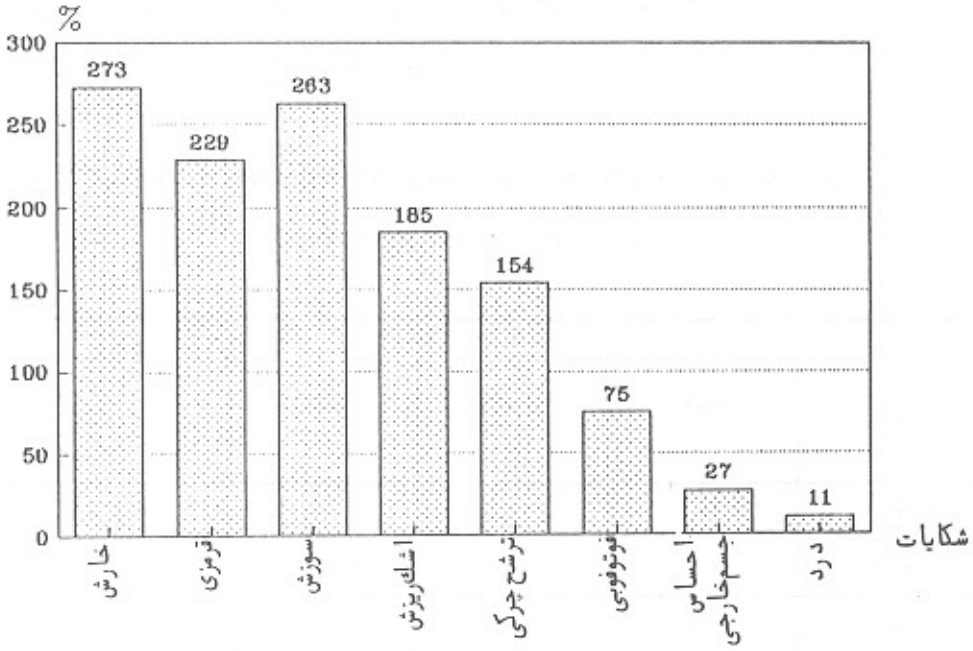
جنس / سن شروع بیماری به سال	زن	مرد	جمع
کمتر از ۳	۱۰ (۱۰/۱)	۱۷ (۸/۴)	۲۷ (۸/۹)
۳-۶	۱۸ (۱۸/۲)	۳۹) (۱۹/۳)	۵۷ ۱۸/۹)
۶-۹	۱۴ (۱۴/۱)	۵۶ (۲۷/۷)	۷۰ (۲۳/۳)
۹-۱۲	۲۸ (۲۸/۳)	۳۶ (۱۷/۸)	۶۴ (۲۱/۳)
۱۲-۱۵	۱۶ (۱۶/۱)	۲۶ (۱۲/۹)	۴۲ (۱۳/۹)
۱۵-۱۸	۷ (۷/۱)	۱۳ (۶/۴)	۲۰ (۶/۶)
۱۸-۲۱	۴ (۴)	۶ (۳)	۱۰ (۳/۳)
۲۱-۲۴	۲ (۲)	۵ (۲/۵)	۷ (۲/۳)
۲۴ و بیشتر	۰ (۰)	۴ (۲)	۴ (۱/۳)
جمع	۹۹ (۱۰۰)	۲۰۲ (۱۰۰)	۳۰۱ (۱۰۰)
سن شروع	۹/۷±۳/۴	۹/۶±۲/۴	۹/۶±۲/۸

میانگین سن شروع بیماری مختصری در نوع لیمبال از نوع پالپیرال کمتر و آن نیز از نوع مختلط کمتر می‌باشد (جدول ۴).

جدول ۴ ـ توزیع بیماران مبتلا به ورنال کاتار بر حسب سن شروع بیماری و نوع گرفتاری در مراجعین به کلینیک گلابچی کاشان طی سال ۱۳۷۴

نوع گرفتاری / سن شروع بیماری به سال	لیمبال	پالپیرال	مختلط	جمع
کمتر از ۳	۱۹ (۱۳/۳)	۲ (۵/۵)	۶ (۴/۹)	۲۷ (۸/۹)
۳-۶	۲۴ (۱۶/۹)	۱۰ (۲۷/۷)	۲۳ (۱۸/۷)	۵۷ (۱۹/۲)
۶-۹	۳۷ (۲۶)	۸ (۲۲/۲)	۲۵ (۲۰/۳)	۶۴ (۲۱/۲)
۱۲-۱۵	۱۴ (۹/۹)	۵ (۱۳/۸)	۲۳ (۱۸/۷)	۴۲ (۱۳/۹)
۱۸-۲۱	۶ (۴/۲)	۱ (۲/۷)	۳ (۲/۴)	۱۰ (۳/۳)
۲۱-۲۴	۲ (۱/۴)	۱ (۲/۷)	۴ (۳/۲)	۷ (۲/۳)
۲۴ و بیشتر	۲ (۱/۴)	۰ (۰)	۲ (۱/۶)	۴ (۱/۳)
جمع	۱۴۲ (۱۰۰)	۳۶ (۱۰۰)	۱۲۳ (۱۰۰)	۳۰۱ (۱۰۰)
سن شروع بیماری	۷/۳±۳/۲	۹/۱±۵/۸	۱۰/۳±۳	۸/۷±۳/۵

ازنظر شکایات بیماران ، شایع‌ترین شکایت به ترتیب: خارش >قرمزی > اشک‌ریزش > ترشحات موکوسی بوده است . شکایات نادر شامل درد ، احساس جسم خارجی و فوتوفوبی هستند . تفاوت قابل توجهی بین فراوانی شکایات برحسب نوع ابتلا وجود ندارد (نمودار ۴) .



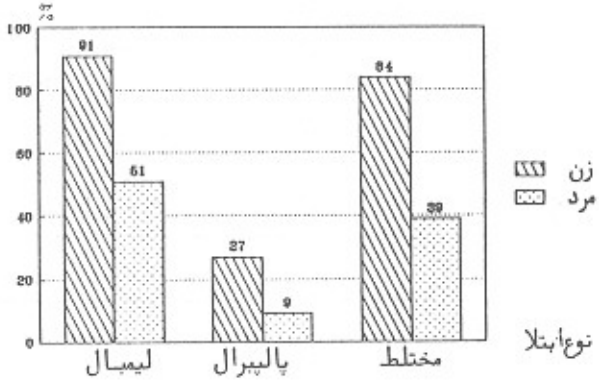
نمودار ۴ـ توزیع فراوانی شکایات بیماران مبتلا به ورنال کاتار مراجعه کننده به کلینیک گلابچی کاشان طی سال ۱۳۷۴

در این مطالعه نوع پالپبرال بیماری همیشه دو طرفه و انواع مختلط و لیمبال هم غالباً دو طرفه بوده‌اند ولی یک طرفه بودن در نوع لیمبال از همه شایع‌تر است (جدول ٦) .

جدول ٦ ـ توزیع چشم درگیر در انواع گرفتاری مبتلایان به ورنال کاتار در مراجعین به کلینیک گلابچی کاشان طی سال ۱۳۷۴

چشم درگیر / نوع ابتلا	فقط چشم راست	فقط چشم چپ	هر دو چشم	جمع
لیمبال	۱۵ (۱۰/۵)	۱۷ (۱۲)	۱۱۰ (۷۷/۵)	۱۴۲ (۱۰۰)
پالپبرال	۰ (۰)	۰ (۰)	۳٦ (۱۰۰)	۳٦ (۱۰۰)
مختلط	۲ (۱/٦)	۴ (۳/۳)	۱۱۷ (۹۵/۱)	۱۲۳ (۱۰۰)
جمع	۱۷ (۵/٦)	۲۱ (۷)	۲٦۳ (۸۷/۴)	۳۰۱ (۱۰۰)

از نظر فراوانی نسبی نوع لیمبال شایع‌ترین و نوع مختلط در درجه دوم و شکل پالپبرال از همه نادرتر می‌باشد و این فراوانتر بودن نوع لیمبال به خصوص در جنس مونث چشمگیر بوده و بیش از نیمی از زنان مبتلا را شامل می‌شده است (نمودار ۵).



نمودار ۵ـ توزیع جنسی ۳۰۱ بیمار مبتلا به ورنال کاتار مراجعه کننده به کلینیک گلابچی کاشان طی سال ۱۳۷۴

خطر انواع درگیرهای قرنیه‌ای به طور چشمگیری در نوع مختلط (۲۰/۳ درصد) بیشتر از نوع پالپبرال (۸/۳ درصد) و آن نیز به نوبه خود بیشتر از نوع لیمبال (۷ درصد) می‌باشد (جدول ۷).

جدول ۷ ـ توزیع درگیری قرنیه در بیماران مبتلا به ورنال کاتار مراجعه کننده به کلینیک گلابچی کاشان طی سال ۱۳۷۴

درگیری قرنیه / نوع ابتلا	دارد	ندارد	جمع
لیمبال	۱۰ (۷)	۱۳۲ (۹۳)	۱۴۲ (۱۰۰)
پالپبرال	۳ (۸/۳)	۳۳ (۹۱/۴)	۳۶ (۱۰۰)
مختلط	۲۵ (۲۰/۳)	۹۸ (۷۹/۷)	۱۲۳ (۱۰۰)
جمع	۳۸ (۱۲/۶)	۲۶۳ (۸۷/۴)	۳۰۱ (۱۰۰)

این در حالی است که خطر درگیری‌های قرنیه‌ای در دو جنس تقریباً با هم تفاوتی ندارند (جدول ۸).

جدول ۸ـ توزیع درگیری قرنیه به تفکیک جنس در بیماران مبتلا به ورنال کاتار مراجعه کننده به کلینیک گلابچی کاشان طی سال ۱۳۷۴

درگیری قرنیه / جنس	دارد	ندارد	جمع
زن	۱۱ (۱۱/۲)	۸۸ (۸۸/۸)	۹۹ (۱۰۰)
مرد	۲۷ (۱۳/۴)	۱۷۵ (۸۶/۶)	۲۰۲ (۱۰۰)
جمع	۳۸ (۱۲/۶)	۲۶۳ (۸۷/۴)	۳۰۱ (۱۰۰)

هر چه از زمان ابتلای به بیماری در موقع مراجعه بیشتر گذشته باشد ، خطر درگیر شدن قرنیه افزایش می‌یابد به گونه‌ای که در بیمارانی که کمتر از دو سال از بیماری آنها گذشته فقط ۶/۱ درصد ابتلای قرنیه‌ای و در کسانی که بیش از ۶ سال از بیماری آنها گذشته ۳۳/۴ درصد گرفتاری قرنیه‌ای به چشم می‌خورد (جدول ۹).

جدول ۹ ـ توزیع درگیری قرنیه به تفکیک مدت ابتلا به ورنال کاتار در مراجعین به کلینیک گلابچی کاشان طی سال ۱۳۷۴

درگیری قرنیه / مدت ابتلا (سال)	دارد	ندارد	جمع
۰-۲	۱۲ (۶/۱)	۱۸۵ (۹۳/۹)	۱۹۷ (۱۰۰)
۲-۴	۱۰ (۱۸/۲)	۴۵ (۸۱/۸)	۵۵ (۱۰۰)
۴۰۶	۱۱ (۳۲/۴)	۲۳ (۶۷/۶)	۳۴ (۱۰۰)
۶۰۴۰	۵ (۳۳/۴)	۱۰ (۶۶/۶)	۱۵ (۱۰۰)
جمع	۳۸ (۱۲/۶)	۲۶۳ (۸۷/۴)	۳۰۱ (۱۰۰)
مدت ابتلا	۵/۶±۳/۴	۲/۵±۱/۳	۲/۹±۱/۷

شایع‌ترین یافته قرنیه‌ای درهر دو جنس SPK و پس از آن میکروپانوس و نادرترین یافته قرنیه در زنان، زخم سپری (Shield ulcer) و قوس پیری کاذب (Pseudogeron toxon) و در مردان کراتوکونوس و قوس پیری کاذب می‌باشد (جدول ۱۰).

از نظر یافته‌های بالینی ، در ملتحمه پلکی در نوع پالپبرال ، پاپی‌ها متوسط با میزان ۸۰/۵ درصد شایع‌ترین یافته و در شکل مختلط ، ادم شیری رنگ با میزان ۷۷ درصد شایع‌ترین یافته بوده است . پاپی‌های غول پیکر در نوع پالپبرال در ۲۵ درصد و در نوع مختلط در ۱۱/۳ درصد موارد دیده شده‌اند .

جدول ۱۰ ـ توزیع علایم قرنیه‌ای در مبتلایان به ورنال کاتار مراجعه کننده به کلینیک گلابچی کاشان طی سال ۱۳۷۴

فراوانی / علایم قرنیه‌ای	تعداد	درصد
اپیتلیوپاتی SPK	۲۳	۴۶
میکروپانوس	۱۴	۲۸
اپیتلیوپاتی فیلامان	۷	۱۴
زخم سپری فوقانی	۳	۶
سودوژرون توکسون	۲	۴
کراتوکونوس	۱	۲
جمع	۵۰	۱۰۰

از نظر یافته‌های بالینی در ملتحمه بولبار در نوع لیمبال پاپ های با انتشار اینترپالپبرال با میزان ۵۹/۸ درصد شایع‌ترین یافته و در نوع مختلط پاپی‌های منتشر که دورتادور لیمبوس را فراگرفته بودند ، با میزان ۴۶/۳ درصد بیشترین یافته می‌باشد. در هر دو مورد پاپی‌های با انتشار تحتانی (در لیمبال ۴/۲ درصد و در مختلط ۵/۷ درصد) کمترین شیوع را تشکیل می‌دهند (جدول ۱۱).

سابقه خانوادگی مثبت از حداقل یک بیماری آلرژیک در خانواده ، در ۴۱/۹ درصد از بیماران فوق وجود داشته و ۴۸/۵ درصد از همین بیماران سابقه شخصی بیماری آلرژیک دیگری هم ذکر می‌کنند . شایع‌ترین آتوپیک همراه در خانواده این بیماران آسم و خود ورنال کاتار می‌باشد و نادرترین بیماری آلرژیک همراه در خانواده و خود این بیماران تب یونجه است (جدول ۱۲).

جدول ۱۱ ـ توزیع یافته‌های بالینی ملتحمه‌ای در مبتلایان به ورنال کاتار مراجعه کننده به کلینیک گلابچی کاشان طی سال ۱۳۷۴

فراوانی / یافته‌های بالینی ملتحمه‌ای	تعداد	درصد
لیمبال ترانتاس منفی	۱۵۱	۵۰/۲
لیمبال اینترپالپبرال	۱۳۵	۴۴/۸
لیمبال ترانتاس مثبت	۱۱۴	۳۷/۹
ادم شیری رنگ	۱۰۸	۳۵/۹
لیمبال پاپی منتشر	۱۰۲	۳۳/۹
پاپی متوسط پلکی	۹۵	۳۱/۶
لیمبال پاپی بالا	۵۵	۱۸/۳
پاپی غول پیکر پلکی	۲۳	۷/۶

جدول ۱۲ ـ توزیع سابقه بیماریهای آتوپیک در مبتلایان به ورنال کاتار مراجعه کننده به کلینیک گلابچی کاشان طی سال ۱۳۷۴

سابقه / بیماریهای آتوپیک	دارد	ندارد	جمع
آسم	۵۴ (۱۷/۹)	۲۴۷ (۸۲/۱)	۳۰۱ (۱۰۰)
رینیت آلرژیک	۳۶ (۱۲)	۲۶۵ (۸۸)	۳۰۱ (۱۰۰)
اگزمای آلرژیک	۳۳ (۱۱)	۲۶۸ (۸۹)	۳۰۱ (۱۰۰)
تب یونجه	۲ (۰/۷)	۲۹۹ (۹۹/۳)	۳۰۱ (۱۰۰)

بحث

همان گونه که ملاحظه شد فراوانی این بیماری در کاشان ۲/۲ درصد کل مراجعین چشمی را شامل می‌شود که از آمار کشورهای اروپایی که ۰/۵ ـ ۱/۰ درصد مراجعین می‌باشد(۳)، بیشتر بوده و از آمار کشورهای آفریقایی نظیر کامرون که ۴ درصد مراجعات کلینیک چشم را این بیماران تشکیل می‌دهند (۴) ، کمتر است . از سویی در مقایسه با آمار تبریز که ۳/۷ درصد مراجعین را شامل می‌گردد هم کمتر می‌باشد (۶). وجود این اختلاف احتمالاً" در اثر تفاوت شرایط اقلیمی و آب و هوایی است .

از نظر جنس ، در این مطالعه نسبت مرد به زن ۲/۱ می‌باشد. این نسبت در مطالعات اروپائی ۲/۳ ـ ۲ و در مطالعات آفریقایی به طور مثال در کامرون ۱ ـ ۱/۲ ذکر شده است (۴ ، ۳) . در تبریز ، این نسبت ۱ ـ ۱/۴ (۶) و در تهران ۳/۱ (۷) می‌باشد. به هر حال در تمام این مطالعات مردان بیشتر از زنان در معرض ابتلا هستند که می‌توان دو دلیل برای آن بیان کرد ؛ یکی فاکتورهای درونی وابسته به جنس مثل تفاوتهای آندوکرینولوژیک و دیگری آن که مردان به دلیل مشاغل خارج از خانه بیش از زنان در معرض آلرژنهای محیطی قرار می‌گیرند.

بیشترین فراوانی بیماری در تمام مطالعات از جمله این مطالعه ، اواخر دهه اول و اوایل دهه دوم ذکر گردیده است . کمی شیوع بیماری در سنین کم شاید به دلیل استفاده کمتر از غذاها و مواد مصنوعی و عدم تکامل سیستم ایمنی از جمله در پاسخهای ازدیاد

حساسیت می‌باشد و در سنین بالا هم به دلیل حساسیت‌زدایی تدریجی ، طبیعی به نظر می‌رسد .

در مطالعه ما ۷۸ درصد بیماران در محدوده سنی ۲۰ـ۵ سال بوده‌اند ، در حالی که در مطالعه تبریز این رقم در حدود ۶۱/۷ درصد بیماران است . بیماران بالای ۲۰ سال در مطالعه ما ۷ درصد و در مطالعه تبریز ۳۴/۱ درصد کل بیماران را تشکیل می‌دهند و بیماران زیر ۵ سال در مطالعه ما ۱۵ درصد و در مطالعه تبریز ۴/۲ درصد ٪ بیماران را شامل می‌شوند . شاید دلیل این امر آن باشد که نوع لیمبال که به سنین پایین تمایل بیشتری دارد در کاشان شایع‌تر است در حالی که نوع پالپبرال که به سنین بالا تمایل بیشتری دارد در تبریز شیوع بیشتری دارد (۶).

از نکات جالب توجه این مطالعه ، وجود دو نوزاد ۳ و ۱۰ روزه و یک بیمار ۶۵ ساله مبتلا به ورنال کاتار بود که هر سه علامت پاتوگنومونیک بیماری یعنی نقاط ترانتاس را داشتند و به نوع لیمبال بیماری مبتلا بودند . لازم به ذکر است که بروز بیماری زیر ۳ سال و بالای ۲۵ سال بسیار نادر است (۳).

از نظر فصل مراجعه در مطالعه ما ترتیب زیر به دست آمده است : [(۳/۳ درصد) زمستان < (۴/۷ درصد) پاییز < (۳۸/۹ درصد) تابستان <(۵۳/۱ درصد) بهار] ولی در مطالعه تبریز [(۱۵/۵ درصد) زمستان < (۱۸ درصد) پاییز < (۲۶/۵ درصد) بهار < (۴۰ درصد)تابستان] به دست آمده که اندکی با مطالعه ما متفاوت است . علت کاهش فراوانی بیماری در فصول سرد سال در هر دو منطقه می‌تواند هم به دلیل کاهش علایم بیماری به دلیل سردی هوا و هم به دلیل کاهش آلرژن‌های محیطی مانند گرده گیاهان باشد (۶).

از نظر نوع گرفتاری در مطالعه ما ، ۴۷/۲ درصد از موارد به نوع لیمبال و ۴۰/۸ درصد به نوع مختلط و تنها ۱۲ درصد موارد به نوع پالپبرال مبتلا بوده‌اند. اگر فراوانی انواع بیماری را در تبریز مورد بررسی قرار گیرد ، مشاهده می‌شود که در آنجا نوع پالپبرال ۸۳/۲ درصد ، نوع لیمبال ۱۵/۸ درصد و نوع مختلط تنها ۱ درصد موارد بیماری را تشکیل می‌دهند. این دو آمار ، تفاوت عمده‌ای با هم دارند و نشان می‌دهد که در مناطق گرمسیری شیوع نوع لیمبال بیشتر است ، در حالی که در مناطق سردسیر نوع پالپبرال شایع‌تر است (۶).

تنها ۳۸ مورد از بیماران ما (۱۲/۶ درصد از کل بیماران) به فرم یک طرفه بیماری گرفتار بوده‌اند که از بین آنها ۳۲ مورد (۸۴/۲ درصد از کل بیماران یک طرفه) مبتلا به نوع لیمبال بودند و ۶ مورد باقیمانده (۱۵/۸ درصد از کل بیماران یک طرفه) به فرم مختلط گرفتار بوده‌اند و گرفتاری یک طرفه در نوع پالپبرال اصلاً نداشته‌ایم . این در حالی است که در مطالعه تبریز ۱۰ مورد از بیماران (۴/۲ درصد از کل بیماران) به نوع یک طرفه مبتلا بوده‌اند که ۱۰/۵ درصد موارد لیمبال و ۳درصد موارد پالپبرال را شامل می‌شده است . بدین ترتیب مشخص می‌گردد که در هر دو مطالعه ، یک طرفه بودن غالباً در نوع لیمبال به چشم می‌خورد(۶).

مزمن شدن بیماری در فرم پالپیرال بیشتر از نوع مختلط و آن نیز بیشتر از نوع لیمبال بود . شاید دلیل این امر در پاتولوژی ملتحمه در قسمت پالپیرال و بولبار است که در قسمت پالپیرال امکان بهبود کمتر از قسمت بولبار می‌باشد که در این مورد تحقیق بیشتری لازم است . به عکس مورد فوق ، سن شروع در نوع لیمبال کمتر از نوع پالپیرال و آن نیز به نوبه خود کمتر از نوع مختلط می‌باشد و در آمار ما میانگین آنها به ترتیب ۷/۲۷ سال ، ۹/۱ سال و ۱۰/۲۷ سال بوده است . فرم لیمبال همان طور که زودتر پیدا می‌شود زودتر هم از بین می‌رود.

اگر خطر درگیری قرنیه را بعنوان معیاری از تهاجم بیماری در نظر بگیریم ، در ۳۸ نفر از بیماران ما (۱۲/۶ درصد کل بیماران) مشاهده شد که در نوع مختلط از همه شایع‌تر (۲۰/۳ درصد) و در نوع پالپیرال متوسط (۸/۳ درصد) و در شکل لیمبال از همه کمیاب‌تر (۷درصد) بود. زخم سپری قرنیه فقط در سه بیمار (حدود ۱ درصد کل بیماران) مشاهده گردید. در مقایسه با مطالعه‌ای که در سال ۱۹۸۹-۱۹۸۸ در هندوستان انجام گرفت، در بین ۷۶ بیمار مورد مطالعه، ۵۵ نفر (۷۲/۴ درصد) درگیری قرنیه داشته‌اند که در بین آنها ۱۶ نفر (۲۱/۱ درصد) دارای زخم سپری قرنیه بوده‌اند و زخم قرنیه در شکل پالپیرال بیماری، شایع‌تر بوده است و درحالی که در مطالعه ما هر سه مورد زخم قرنیه در فرم مختلط مشاهده شد (۸) .

نشانه دیگری که بر رابطه درگیری قرنیه و شدت تهاجم بیماری صحه می‌گذارد، آن است که هر چه از زمان ابتلا به بیماری در موقع مراجعه بیشتر گذشته باشد خطر درگیری قرنیه بیشتر است، درحالی که در مواردی که کمتر از یک سال از بیماری می‌گذرد میزان این خطر فقط ۶/۱ درصد می‌باشد، در مواردی که بیش از ۶ سال از بیماری گذشته، خطر فوق به ۳۳/۴ درصد می‌رسد. از سویی میانگین مدت ابتلا در موقع مراجعه در انواع با درگیری قرنیه بیش از ۲ برابر انواع بدون درگیری قرنیه است (۵/۶ سال در مقابل ۲/۵ سال) .

درگیری قرنیه در دو جنس تفاوت چشمگیری نداشت زیرا ۱۱/۱ درصد زنان و ۱۳/۳ درصد مردان درگیری قرنیه‌ای داشتند که تفاوت آماری معنی‌داری ندارند .

از نظر شکایات و یافته‌های بالینی تفاوتی بین بیماران ما و گزارشات دیگر دیده نمی‌شود .

در مورد ارتباط با بیماریهای آلرژیک سابقه حداقل یک بیماری آتوپیک در خانواده ۴۱/۹ درصد از بیماران وجود داشته است و ۷/۶ درصد از بیماران ما سابقه خانوادگی بیش از یک بیماری آتوپیک داشته‌اند . سابقه شخصی بیماری آتوپیک دیگر در ۴۸/۵ درصد بیماران وجود داشته و ۴۴/۸ درصد بیماران در موقع مراجعه حداقل یک دوره از حمله قبلی ورنال را ذکر کرده‌اند . وجود سابقه آلرژی مثبت در خانواده و خود افراد مبتلا ، تایید دیگری بر زمینه آلرژیک قوی برای این بیماری است . در مطالعه تبریز متأسفانه سابقه سایر بیماریهای آتوپیک در بیماران و سابقه فامیلی آنها بررسی نشده است (۶) .

References:

1. Allansmith MR. Ress RN., Occular Allergy and Mast Cell Stabilizers, Surv Ophthal., 1986; 30: 229-244 .
2. Ballow M. Donshik PC. Mendelson L., Complement Proteins and C3 Anaphylatoxin in the Tear Patients with Conjunctivitis., J Allergy Clin Immunal., 1985; 76 :473-476.
3. Allansmith MR., Vernal conjunctivitis. Duane's Clinical Ophthalmology. ed: Vol 4.; 1991: 1-8.
4. Moukouri D., Nyolo E., McMoli T., Tropical Endemic Limbal Conjunctivis in Cameroon Patients: A propose of 819 cases in Yaounde. Bull Soc Pathol Exot. 1993; 86: 120-124.
5. Arffa RC., Immunologic Disorders., Grason's Disease of the Cornea. Ed 3. Mosbey Co.; 1991: 445-52.

۶ ـ شناسی ع . کونژنکتیویت ورنال و بررسی شیوع آن در شهرستان تبریز در سال ۱۳۶۹ . مجله چشم پزشکی سینا . ۱۳۷۰ ؛ ۲۳ـ۱۳

۷ ـ سمیعی ف . ورم ملتحمه بهاره در کودکان. کتاب مجموعه مقالات اولین کنگره چشم پزشکی کودکان . تبریز : دانشگاه علوم پزشکی تبریز ؛ ۱۳۶۹ : ۷۱ـ۶۲.

8. Serinivasam M. Serinivasam S., Vernal Ulcer., Indian J Ophthal., 1990; 38:33-34.