

صلى الله عليه وسلم



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
شهید صدوقی یزد

دانشکده پزشکی

پایان نامه

جهت دریافت دکترای عمومی

عنوان:

بررسی علل و نتایج منجر به تخلیه چشم و روشهای مختلف جراحی بکار رفته در مراکز
دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
طی ۱۰ سال گذشته

استاد راهنما:

دکتر محمد رضا بشارتی

استاد مشاور:

دکتر محمد رضا شجاع

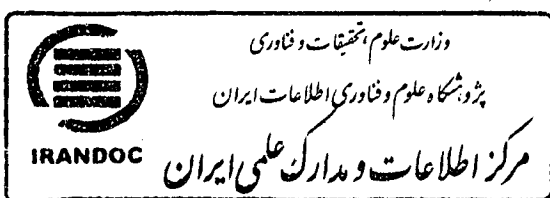
استاد مشاور آمار:

دکتر محمد حسن لطفی

نگارش:

فرخنده خالقی دهشیری

تابستان ۱۳۹۰



۱۶۲۳۸۶

۱۳۹۰/۸/۲۳

تقدیم به:

همسر مهربان و فرزند عزیزم امیرعباس.

تقدیرنامه

سپاس خدای یکتا که به من توانایی آموزش دیدن داد.
و سپاس از پدر و مادر و معلمان و استادان گرامی و
دلسوزم به ویژه استاد ارجمند جناب آقای دکتر
محمد رضابشارتی که با راهنماییهای خود مرا در انجام این
پایان نامه یاری نمودند.

و در پایان تشکر ویژه از اساتید محترم جناب آقایان
دکتر شجاع و دکتر لطفی که بی منت کمکه‌های فراوانی
به من نمودند.

خلاصه :

عمل جراحی تخلیه چشم که شامل تخلیه کامل کره چشم یا تخلیه تمام اجزاء داخل اوربیت می باشد و همچنین کاشت ایمپلنت های مختلف بعد از آن، اندیکاسیون های گوناگونی دارد که برحسب سن، جنس و جامعه مورد مطالعه در مطالعات مختلف متفاوتند. این نوع عمل جراحی نه تنها به منظور زیبایی یک چشم نابینا، بلکه در بعضی از موارد به عنوان درمان نهایی دسته ای از بیماریها و اختلالات چشمی می باشد. که البته ممکن است عوارض عمده ای را نیز به دنبال داشته باشد. خارج ساختن چشم و روش برخورد با یک حدقه بدون چشم هنوز هم برای چشم پزشکان به عنوان یک معضل باقی است و پذیرش این نوع عمل جراحی هم برای بیمار و هم برای جراح از نظر روانی دشوار است و همچنین نتایج رضایت بخش از نظر زیبایی و نگهداری طولانی مدت از حدقه خالی ممکن است مشکل باشد.

هدف از روش های مختلف تخلیه چشم، رسیدن به ظاهر طبیعی با حرکت قابل قبول ایمپلنت و با حداقل عوارض می باشد، باتوجه به آثار منفی فراوان تخلیه چشم و قابل پیشگیری یا درمان بودن بسیاری از بیماریها که در سیر انتهایی خود به تخلیه منجر می شوند، در تحقیق موردنظر علل مختلف تخلیه چشم و نوع جراحی انجام شده را براساس توزیع سنی و جنسی آنها و همچنین نوع ایمپلنت به کار رفته و عوارض ناشی از انواع ایمپلنت ها را در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد طی سالهای ۱۳۸۰-۱۳۸۹ بررسی کردیم.

بدین منظور مطالعه ای به روش گذشته نگر و بررسی داده های موجود انجام شد و پرونده همه بیمارانی که تحت انواع اعمال جراحی تخلیه چشم و کاشت ایمپلنت قرار گرفته بودند مورد بررسی قرار گرفت، سپس با توجه به اهداف تعیین شده در پروپوزال، ویژگی های فردی بیماران مثل سن، جنس، شغل، چشم مبتلا، تشخیص قبل از عمل و اندیکاسیون عمل، فاصله زمانی وقوع حادثه تا انجام جراحی، نوع عمل جراحی انجام شده و نوع ایمپلنت به کار رفته و نتایج عمل و عوارض آنها از پرونده بیماران استخراج و در پرسشنامه های مربوطه ثبت گردید و در نهایت تمام این داده ها با استفاده از نرم افزار spss و آزمون کای مربع، خلاصه و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و نتایج ذیل حاصل شد:

در این مطالعه، کلاً ۱۰۲ بیمار از ابتدای سال ۱۳۸۰ تا پایان سال ۱۳۸۹ مورد بررسی قرار گرفتند که ۶۸/۶ درصد از بیماران، مرد و ۳۱/۴ درصد زن بودند و بیشترین فراوانی انجام اعمال جراحی در سنین بین ۲۰ - ۵۰ سال « ۵۳/۹ درصد» بود.

در ۶۲/۷ درصد موارد چشم راست و ۳۷/۳ درصد موارد چشم چپ تحت عمل جراحی قرار گرفت.

شایع ترین علت تخلیه چشم در هر دو جنس، تروما در ۶۲ مورد (۶۰/۹ درصد) بوده است.

علل دیگر تخلیه چشم از نظر شیوع عبارت بودند از:

۱۶- مورد (۱۵/۷ درصد) چشم نابینای دردناک

۸- مورد (۷/۸ درصد) سایر علل شامل استافیلوما ۱ مورد، سوراخ شدن قرنیه ۲ مورد، موکورمایکوزیس ۲ مورد، علل ناشناخته از دوران کودکی ۳ مورد

۶- مورد (۵/۹ درصد) علل مادرزادی (عفونت های پری ناتال، گلوکوم، ناهنجاری ها و...)

۵- مورد (۴/۹ درصد) اندوفتالمیت

۵- مورد (۴/۹ درصد) تشخیص پاتولوژیک نئوپلازی (۱ مورد نان هوچکین لنفوما، ۱ مورد متاستاتیک بازال سل کارسینوما، ۱ مورد ملانوما و ۲ مورد اسکواموس سل کارسینوما)

بیشترین فاصله زمانی وقوع حادثه تا انجام جراحی هم در ۳۷/۲ درصد موارد، کمتر از ۲ هفته بود.

در کل شایع ترین عمل جراحی انجام شده، enucleation (۹۰/۲ درصد) و شایع ترین ایمپلنت به کار رفته، هیدروکسی آپاتیت (۸۸/۲ درصد) بوده است و در ۳۳/۳ درصد موارد بعد از عمل، یکی از عوارض کوچک یا بزرگ عمل جراحی، مشاهده شد که بیشترین عارضه به صورت عفونت و ترشحات بیش از حد در ۱۵/۷ درصد بوده است.

پس نتیجه می گیریم که ضربه های چشمی به ویژه در مردان جوان، همچنان در راس علل تخلیه چشم قرار دارند. به همین دلیل پیشگیری از ضربه های چشمی به ویژه در مردان جوان و آشنایی با عوارض شایع ناشی از اعمال جراحی، برای آمادگی جهت مقابله با عوارض مزبور، مهمترین نکات این مطالعه هستند.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	فصل اول : کلیات
۲	بیان مسئله و اهمیت موضوع
۳	آناتومی چشم
۴	انواع اعمال جراحی تخلیه چشم
۶	اندیکاسیون های تخلیه چشم
۸	عوارض بعداز جراحی
۱۰	مروری بر مطالعات مشابه
۱۴	اهداف و فرضیات
۱۵	فصل دوم: روش کار
۱۶	جامعه مورد بررسی
۱۶	نوع و روش تحقیق
۱۶	تعریف متغیر ها و معرفی پرسشنامه
۱۷	محدودیت ها و مشکلات
۱۸	روش انجام کار
۲۰	فصل سوم: نتایج
۲۱	نتایج
۳۰	فصل چهارم: بحث و نتیجه گیری
۳۱	بحث
۳۴	نتیجه گیری
۳۵	پیشنهادات

٢٤ Summary

٢٧ منابع و مأخذ

فهرست جداول

صفحه

عنوان

-
- جدول ۱- توزیع فراوانی بیماران مورد مطالعه بر حسب جنس ۲۴
- جدول ۲- توزیع فراوانی بیماران مورد مطالعه بر حسب گروههای سنی ۲۴
- جدول ۳- توزیع فراوانی بیماران مورد مطالعه بر حسب شغل ۲۴
- جدول ۴- توزیع فراوانی بیماران مورد مطالعه بر حسب چشم مبتلا ۲۵
- جدول ۵- توزیع فراوانی تخلیه چشم به تفکیک علت منجر به جراحی ۲۵
- جدول ۶- توزیع فراوانی بیماران مورد مطالعه بر حسب فاصله زمانی وقوع حادثه تا انجام جراحی ۲۵
- جدول ۷- توزیع فراوانی بیماران مورد مطالعه بر حسب نوع عمل جراحی انجام شده ۲۶
- جدول ۸- توزیع فراوانی بیماران مورد مطالعه بر حسب نوع ایمپلنت به کار رفته ۲۶
- جدول ۹- توزیع فراوانی علل منجر به جراحی در بیماران بر حسب گروههای سنی آنها ۲۶
- جدول ۱۰- توزیع فراوانی علل منجر به جراحی در بیماران بر حسب جنس آنها ۲۷
- جدول ۱۱- توزیع فراوانی علل منجر به جراحی در بیماران بر حسب نوع عمل جراحی انجام شده در آنها ۲۷
- جدول ۱۲- توزیع فراوانی علل منجر به جراحی در بیماران بر حسب فاصله زمانی وقوع حادثه تا انجام جراحی ۲۸
- جدول ۱۳- توزیع فراوانی انواع اعمال جراحی انجام شده بر حسب گروههای سنی بیماران ۲۸
- جدول ۱۴- توزیع فراوانی انواع اعمال جراحی انجام شده بر حسب جنس بیماران ۲۹
- جدول ۱۵- توزیع فراوانی بیماران مورد مطالعه بر حسب وجود عارضه بعد از عمل ۲۹
- جدول ۱۶- توزیع فراوانی بیماران مورد مطالعه به تفکیک انواع عوارض بعد از جراحی ۲۹

فصل اول

کلیات (Introduction)

بیان مسئله و اهمیت موضوع :

عمل جراحی تخلیه چشم به عنوان درمان نهایی دسته ای از مشکلات چشمی زمانی صورت می گیرد که سایر درمان های طبی و جراحی که منجر به حفظ چشم معیوب می گردند بی فایده و بی اثر شوند و در واقع به عنوان راه حل نهایی برخورد با یک اختلال یا بیماری خاص در چشم به انجام می رسد.

در یک نگاه کلی به اعمال جراحی که بر روی چشم انجام می شود می توانیم متوجه این واقعیت شویم که عمل جراحی تخلیه چشم هم جای خود را در بین اعمال جراحی چشم در استان یزد، پیدا کرده است.

از سوی دیگر، عمل جراحی فوق آثار زیانبار فراوانی دارد وسوای آثار روحی و روانی بارزی که در فرد ایجاد می کند به سبب ایجاد ناتوانی فیزیکی، انجام امور شخصی بیمار را نیز دچار اختلال کرده و به تبع آن انجام امور اجتماعی و اقتصادی فرد نیز دچار مشکل می شود. بدین ترتیب نه تنها ممکن است فردی را از گردونه فعالیت های اقتصادی جامعه خارج سازد، بلکه بخشی از هم وغم مسئولان دولتی و هزینه های دولتی را نیز صرف خدمات اجتماعی خود می سازد.

از طرف دیگر، در یک برخورد کلی باعللی که منجر به تخلیه چشم می گردند متوجه قابل پیشگیری یا درمان بودن بخش قابل ملاحظه ای از این بیماری ها می شویم مثلاً یک زخم قرنیه یا یک گلوکوم ساده که می تواند با درمان های ساده تر طبی یا جراحی در همان مراحل اولیه بیماری کنترل شوند، با عدم آگاهی بیمار یا حتی بعضاً بی توجهی پزشک خصوصاً پزشکان عمومی و غیرمتخصص در بیماریهای چشمی ممکن است تا آنجا پیشروی کند که عملاً راهی بجز تخلیه چشم باقی نماند.

همه اینها در حالی است که در حال حاضر، در کشور ما، هیچ آمار مشخصی از علل و عوامل تخلیه چشم وجود ندارد، پس با توجه به اهمیت سیستم بینایی و حفظ چشم ها برای افراد و از طرفی افزایش روزافزون نابینایی بدلائل مختلف که اندیکاسیون تخلیه چشم را دارد و ضرورت جایگزینی مناسب جهت حفظ ظاهر شخص و عدم انجام مطالعه ای مشابه در استان و همچنین تبعات مهم فردی و اجتماعی این نوع عمل جراحی و همینطور قابل پیشگیری یا درمان بودن بیماری بخش قابل ملاحظه ای از بیماران، لزوم داشتن آماری دقیق از علل و عوامل انجام عمل جراحی فوق و همچنین نوع جراحی انجام شده و احیاناً عوارض ناشی از این جراحی ها جهت برنامه ریزی های آینده و دادن اطلاعات پزشکی و بهداشتی به کادر پزشکی و بیماران ضروری به نظر می رسد.

آناتومی چشم :

حفره اوربیت :

اوربیت یا کاسه چشم، ساختمانی استخوانی است که کره چشم، ماهیچه های مربوطه، عروق و اعصاب چشم و همچنین ساختمان اشکی درون آن قرار گرفته اند.

سقف اوربیت از صفحه اوربیتال استخوان فرونتال تشکیل شده است و بال کوچک اسفنوئید در پشت، سقف اوربیت را تکمیل می کند، سقف اوربیت و دیواره خارجی آن به وسیله شیار اوربیتال فوقانی جدا میشود که قسمت اصلی دیواره خارجی را سطح اوربیتال استخوان زایگوماتیک تشکیل می دهد. کف اوربیت نیز به وسیله شیار اوربیتال تحتانی از دیواره خارجی جدا می گردد و قسمت بزرگ مرکزی کف اوربیت به وسیله صفحه اوربیتال استخوان ماگیلا شکل می گیرد.

قسمت قدامی دیواره داخلی اوربیت، از استخوان لاکریمال و اتموئید تشکیل شده است و تنه اسفنوئید نیز بخش خلفی دیواره داخلی را بوجود می آورد. همچنین راس اوربیت (Orbital Apex) محل ورود عروق و اعصاب چشم و منشاء تمام عضلات خارج چشمی به جز مایل تحتانی می باشد. (۱)

کره چشم (Eye Ball) :

کره چشم از سه لایه متحدالمركز به ترتیب : ۱. لایه بیرونی شامل اسکلا و قرنیه ۲. لایه میانی شامل کروئید، جسم مژگانی و عنبیه ۳. لایه درونی که بافت عصبی است و شبکیه نامیده می شود، تشکیل شده است.

عروق چشم (Blood Supply) :

خونرسانی حفره اوربیت و ساختمان های داخلی آن از شریان افتالمیک می باشد که اولین شاخه اصلی قسمت اینتراکرانئال شریان کاروتید داخلی می باشد.

اولین شاخه شریان افتالمیک، شریان مرکزی رتین می باشد که ۸-۱۵ mm قبل از گلوب وارد عصب اپتیک می شود سایر شاخه های شریان افتالمیک شامل شریان اشکی، شریان های عضلانی به عضلات مختلف اوربیت، شریان های مژگانی خلفی کوتاه و بلند، شریان پلکی و شریان های سوپرااوربیتال و سوپراتروکلئار می باشند. (۱)

انواع اعمال جراحی تخلیه چشم :

: enucleation

عبارت است از خارج کردن کره چشم از اوربیت درحالی که همه بافت های دیگر اوربیت حفظ می شود. معمولاً این جراحی به عنوان درمانی برای تومورهای داخل چشمی که مشکوک به بدخیمی باشند، چشم نابینای دردناک مثل مراحل انتهایی گلوکوم، تروماهای چشمی و پرهیز و پیشگیری از افتالمیای سمپاتتیک در چشم دوم، انوفتالمیای مادرزادی یا میکروفتالمیای شدید با رشد کم اوربیت استخوانی، اندوفتالمیت غیرپاسخ دهنده به آنتی بیوتیک و بهبود زیبایی یک چشم کور انجام می شود.(۲)

enucleation نوعی عمل جراحی است که در آن، گلوب از ۶ عضله خارج چشمی در برگیرنده اش جدا می شود و سپس از عصب اپتیک جدا شده و با تعدادی از ایمپلنت های چشمی مثل Hydroxyapatite, Spherball, Universal, Lowa, Allen, dermisfat graft (۳) و ایمپلنت های متعدد دیگر با مکانیسم های حرکتی مختلف جایگزین می شود. enucleation موفقیت آمیز به مهارت جراح و درک درست آناتومی اوربیت و تاثیر دستکاری های جراحی در تقابل حرکتی بین Socket با پروتزهای چشمی و همچنین فهم بیشتر از وجود سپتوم (۴) و اطلاع از چگونگی جابجایی و انتقال بافت اوربیت بدون گذاشتن ایمپلنت (۵) و تکنیک های جراحی پیشرفته که مراحل جراحی را اصلاح کرده اند به صورتی که امروزه انجام می شوند، نیاز دارد.

: evisceration

یک روش جراحی ای است که در آن محتویات داخل چشمی از طریق برشی در کنار لیمبوس تخلیه می شوند که محتویات خارج شده شامل همه بافت های در دسترس یووا (عنبیه، زوائد مزگانی و اجسام مزگانی و مشیمیه) شبکیه، زجاجیه و عدسی می باشند.

در این روش قرنیه ممکن است خارج شود اما اسکرا، عصب اپتیک و عضلات خارج چشمی دست نخورده باقی می ماند. (۲)

:exenteration

یک روش جراحی وسیعی است که شامل برداشتن محتویات بافت نرم اوربیت و پره اوربیت می باشد که در بعضی شرایط خارج کردن استخوان مجاور بافت نرم هم موردنیاز است.

این نوع عمل جراحی منجر به فقدان دائمی بینایی و دفورمیتی مهم فاشیال می شود. این روش برای درمان پروسه هایی که از طریق ویژگی های هیستولوژیک یا فعالیت بیولوژیک بدخیم تشخیص داده میشوند به کار گرفته

می شود. این عمل به طور بالقوه عبارت است از نجات دادن زندگی افراد در تعدادی از وضعیتهای بدخیمی یا عفونت. که اگرچه هدف مهمی را دنبال می کند ولی همیشه دارای اثر درمانی مناسب نیست.

با وجودی که پروگنوز زنده ماندن بیماران به دنبال این نوع جراحی طولانی نیست. ولی در تعدادی از بیماران به صورت انتخابی برای انهدام وسیع بافتی و کاهش دادن درد و رنج یا دفورمیتی ظاهری اندیکاسیون دارد. البته در تمام این بیماران باید قبل از جراحی، روش های مختلف درمانی از قبیل درمان دارویی، کموتراپی، رادیوتراپی یا درمان انتظاری انجام شود و بیمار باید کاملاً از نقص فاشیال بعد از عملش آگاهی داشته باشد. و همچنین بیمار باید بفهمد که ریسک عود موضعی یا گسترش پروسه اولیه یک نئوپلاسم بدخیم به طور کامل رفع نمی شود و شاید این روش جراحی دارای اثر درمانی نباشد و باید انتظار بیمار و جراح متناسب باشد و هر دو باید عواقب عمل جراحی را قبول کرده باشند.

exenteration اوربیت برای درمان طیف وسیعی از شرایطی که به طور بالقوه کشنده اند یا شدیداً تخریبی اند استفاده می شود. مثل: بازال سل کارسینوما، اسکواموس سل کارسینوما، بدخیمی های حفره غده اشکی، بدخیمی های کیسه اشکی، ملانوم های جلدی و کونژکتیوال و کوروئیدال، سارکوماهای بافت نرم، تومورهای غلاف اپتیک و عصب اپتیک، و دیگر نئوپلاسم های مرتبط با سینوس های پارانازال یا دیواره های استخوانی اوربیت، شرایط التهابی کشنده، پروسه های عفونی غیرتخفیف یافته مثل موکورمایکوزیس یا آسپرژیلوس و وضعیت های مرتبط با کنتراکچر پیشرفته چشمی و اینرمالیتی های وسیع بعد از تروما و وضعیت هایی مثل نوروفیبروماتوز که نیازمند برداشتن همه محتویات اوربیت هستند پس به طور کلی این نوع روش جراحی برای پروسه هایی از بیماری که قابل درمان با دیگر روش های درمانی نیستند، توصیه می شود. (۶)

اندیکاسیون های تخلیه چشم :

اندیکاسیون های تخلیه چشم باید به دقت بررسی و ارزیابی شود. قبل از تصمیم گیری برای تعیین مناسب ترین روش، بحث کردن در مورد اندیکاسیون های این نوع اعمال جراحی مفید است چون این روشها یکسری هم پوشانی هایی را با هم دارند. (۲)

در گذشته، *evisceration* اغلب به عنوان روش انتخابی در مراحل انتهایی اندوفتالمیت به کار می رفت چون فکر می کردند ریسک گسترش عفونت CNS در روش *evisceration* کمتر است (۷) اما با کاربرد وسیع آنتی بیوتیک ها و استفاده روتین از آنها قبل از جراحی، دیگر یافته ها از این ایده که شانس عفونت CNS و مننژیت به دنبال *enucleation* بیشتر از *evisceration* است حمایت نکردند. (۸)

همان طور که گفته شد بعضی از اندیکاسیون های *enucleation* عبارت است از :

۱. چشم نابینای دردناک
۲. تومور داخل چشمی مشکوک به بدخیمی
۳. ترومای چشمی برای پرهیز و پیشگیری از افتالمیای سمپاتیک در چشم دوم
۴. فتیزیس با دژنراسیون برای پیشگیری از افزایش ریسک بدخیمی یا برای پرهیز از استفاده از پوششی که تناسب ضعیفی دارد و خوب *Fit* نمی شود.
۵. انوفتالمیای مادرزادی یا میکروفتالمیای شدید با رشد کم اوربیت استخوانی
۶. اندوفتالمیت غیر پاسخ دهنده به آنتی بیوتیک ها
۷. بهبود زیبایی یک چشم کور

evisceration برای دو اندیکاسیون آخری استفاده می شود و در مواردی که مشکوک به بدخیمی داخل چشمی باشیم کنتراندیکه است و از آنجایی که اعصاب سیلیاری بعد از *evisceration* دست نخورده باقی می ماند ممکن است درد مرتبط با یک چشم کور را تخفیف دهد و همچنین ممکن است از افتالمیای سمپاتیک بدنبال تروما جلوگیری نکند و همچنین در مواردی مثل فتیزیس بولب با تخریب کره چشم به صورت تکنیکی مشکل و غیرممکن است، به علاوه *evisceration* در مقایسه با *enucleation* دارای ریسک بالاتری از چرخش ایمپلنت و بیرون آمدن ایمپلنت از ملتحمه است.

اندیکاسیون های exenteration :

۱. تومورهای بدخیم چشم و ضمام چشمی
۲. تومورهای بدخیم گسترش یافته به اوربیت از کرانیوم یا سینوس های پارانازال
۳. ترومای شدید
۴. دفورمیتی های مادرزادی چشم و اوربیت
۵. موکورمایکوزیس و دیگر بیماریهای قارچی اوربیت
۶. موارد اتفاقی کنتراکچر شدید اوربیت

توموربازال سل کارسینومای پلک ها که به اوربیت و کره چشم گسترش یافته است، رایج ترین اندیکاسیون برای exenteration اوربیت بوسیله افتالمولوژیست است که دارای پروگنوز طولانی مدت خوبی است. (۹)

عوارض بعداز جراحی :

به طور کلی، مزیت یک ایمپلنت هیدروکسی آپاتیت این است که خیلی شبیه به یک ایمپلنت فیزیولوژیک یکپارچه ای است که ترمیم آن عادی و معمولی است و حرکت پروتز آن هم بهتر می شود.

Bartley , Buettner (۱۰) ۸ مورد از عوارض ایمپلنت هیدروکسی آپاتیت را گزارش کردند و Goldberg (۱۱) هم ۶ مورد از مشکلات مشابه را گزارش کرد. در سال ۱۹۹۳ در اولین سمپوزیوم بین المللی در مورد ایمپلنت هیدروکسی آپاتیت Perry (۱۲) یک دسته ای از عوارض را بصورت زیر گزارش کرد:

(۱) اولین مرحله (از جراحی تا مرحله سوراخ کردن با دریل) :

- درد غیرعادی بعد از عمل (خصوصاً به دنبال evisceration)

- پرولاپس ملتحمه به دنبال التهاب

- عفونت

- بیرون آمدن زودرس ایمپلنت از ملتحمه

- ترشحات بیش از حد

(۲) مرحله بعداز دریل کردن:

- بیرون آمدن دیررس ایمپلنت از ملتحمه

- سوراخ کردن قبل از واسکولاریزاسیون ایمپلنت

- عفونت و ایسکمی

- بزرگ بودن سوراخ و حرکت اضافی peg

- حرکت ناکافی

- بیرون چرخیدن peg

- ایجاد صداهای مختلف از peg...

- پیوژنیک گرانولوما در اطراف peg

- ترشحات بیش از حد

- افتادگی پلک

- کوچک شدن فورنیکس ها

این ها دسته ای از بیشترین گزارشات اخیر از عوارض مرتبط با جراحی تخلیه چشم و ایمپلنت هیدروکسی

آپاتیت بودند. (۱۳) و (۱۴)

مروری بر مطالعات مشابه :

• در یک بررسی ۱۱ ساله که توسط Boguseviciene در طی سال های ۱۹۹۳ تا ۲۰۰۳ در کلینیک بیماری های چشم دانشگاه kaunas انجام شد. (۱۵) ۵۷ بیمار برای تعیین اندیکا سیون های اولیه و ۵۲ بیمار برای تعیین اندیکاسیون های تأخیری تخلیه چشم مورد بررسی قرار گرفتند که نتایج حاصل از این مطالعه به صورت زیر می باشد :

به طور کلی شایع ترین اندیکاسیون برای تخلیه چشم، جراحی باز گلوب و زخم نافذ بود و مردان، نیز اکثریت بیماران را تشکیل می دادند.

رایج ترین اندیکاسیون های اولیه تخلیه چشم عبارت بودند از : فقدان بافت های داخلی کره چشم ۴۰ مورد (۷۴/۱ درصد)، نقص وسیع بافتی ۵ مورد (۹/۳ درصد)، زخم طولانی ۴ مورد (۷/۴ درصد)، اندوفتالمیت و پان افتالمیت ۵ مورد (۹/۳ درصد)

بیشترین اندیکاسیون ها برای تخلیه چشم به صورت تأخیری هم عبارت بودند از : اندوفتالمیت و پان افتالمیت ۲۸ مورد (۵۹/۶ درصد)، آتروفی و فتیزیس بولب ۱۳ مورد (۷/۷ درصد)، گلوکوم ثانویه ۶ مورد (۱۲/۸ درصد)

• همان طور که گفتیم یکی از اندیکاسیون های تخلیه چشم، چشم نابینای دردناک است که در مطالعه ای که ما انجام دادیم ۱۶ مورد (۱۵/۷ درصد) از موارد علل تخلیه چشم را شامل می شود، در یک مطالعه مشابه دیگر که توسط shah-desai و همکارانش (۱۶) در سال ۱۹۹۹ در بخش چشم بیمارستان Salisbury district انجام شد، ۲۴ بیمار شامل ۱۱ مرد و ۱۳ زن برای ارزیابی کارایی اعمال جراحی enucleation و evisceration با یا بدون ایمپلنت چشمی در بهبود درد چشمی مورد بررسی قرار گرفتند که همه بیماران در میانگین زمانی ۳ ماهه (رنج ۱۵ - ۱ ماه) دردشان به طور کامل تخفیف پیدا کرد و تنها ۷ بیمار علاوه بر خارج کردن گلوب به درمان جراحی یا دارویی بعدی، نیاز داشتند. پس از این مطالعه نتیجه می گیریم که اعمال جراحی enucleation و evisceration در تخفیف درد چشمی در همه بیماران بررسی شده با چشم نابینای دردناک مؤثر بوده است.

• در یک مطالعه گذشته نگر دیگر، chang, saeed و khandwala (۱۷) مروری ۲۰ ساله را بر یافته های هیستوپاتولوژیک چشم هایی که تحت اعمال جراحی enucleation یا evisceration قرار گرفته بودند، انجام دادند تا ارزیابی کنند که آیا به صورت روتین، نیاز به آنالیز هیستوپاتولوژیک چشم هایی که تحت اعمال جراحی فوق قرار می گیرند هست یا نه؟ و همچنین تغییرات احتمالی ایجاد شده در اندیکاسیون های تخلیه چشم را هم بررسی کنند به همین دلیل بیماران را به دو گروه ۱۰ ساله تقسیم و سپس این دو گروه را با هم مقایسه کردند.

به طور کلی، ۲۸۵ نتیجه هیستوپاتولوژیک از سال ۱۹۸۴ تا ۲۰۰۳ پیدا شد که از این تعداد ۱۶۱ نمونه مربوط به عمل جراحی evisceration و ۱۲۴ نمونه مربوط به عمل جراحی enucleation بود که در کل شایع ترین تشخیص هیستوپاتولوژیک، تروما بود که در ۲۱/۴ درصد از موارد (۲۱ نمونه enucleation و ۴۱ نمونه evisceration) به دست آمد. اما به تفکیک، رایج ترین تشخیص ها در سال های ۱۹۹۳ - ۱۹۸۴ به ترتیب عبارت بودند از: گلوکوم، ملانومای کروئید، تروما و جداشدگی شبکیه و رایج ترین تشخیص ها در سال های ۱۹۹۴ - ۲۰۰۳ عبارت بودند از: ترومای چشمی، فتیزیس بولب و اندوفتالمیت.

پس نتیجه می گیریم که یک تغییر مهمی در اندیکاسیون ها در دو دوره زمانی گفته شده، ایجاد شده است. همچنین، با مقایسه دو دهه ۱۰ ساله، تعداد اعمال جراحی enucleation و evisceration در بین سال های ۱۹۹۴ - ۲۰۰۳ کاهش پیدا کرد که شاید به علت روش های درمانی بهتری بود که اجازه حفاظت گلوب را می داد اما باز هم در هر دو دوره عمل جراحی evisceration بر enucleation ارجحیت داشت که علت این مزیت evisceration عبارت بود از: حفاظت نسبی بافت، نتیجه بهتر از نظر زیبایی، قابلیت تحرک فوقانی برای استفاده از پروتزهای بعدی، ریسک کمتر عفونت داخل چشمی یا بیرون چرخیدن ایمپلنت چشمی اما بر طبق گفته Levine (۱۸) شانس یووئیت سمپاتیک به دنبال evisceration بیشتر از enucleation است.

در کل در این مطالعه ۳ مورد به عنوان کارسینوم متاستاتیک تشخیص داده شد که قبل از جراحی هم حدس زده می شد و تنها مورد چهارم یک سوپرایز تشخیصی بود که آن هم عبارت بود از آدنوکارسینوما در چشمی که به علت درد و فتیزیس خارج شده بود و با توجه به اینکه، این تنها سوپرایز تشخیصی بود که پیدا شد (۰/۳۵ درصد) توصیه می شود که آزمایشات هیستوپاتولوژیکی برای چشمانی که تحت اعمال جراحی enucleation و