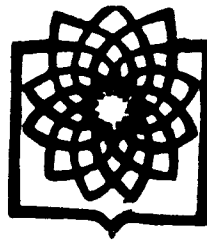


به نام آفریننده هستی

۹۲۵۳۴



۷۶
۱۴
ش. ۱۵۰
۱۳۸
W W
۲۳۵

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی
دانشکده پزشکی

پایان نامه:

جهت دریافت درجه دکتراي پزشکی

موضوع:

اسکلریت

تشخیص، علل ایجاد کننده و درمان

گزارش ۱۰ بیمار مبتلا در مرکز پزشکی لبافی نژاد

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر محمد علی جوادی

توجه: اطلاعات مرکز علمی بزرگ
تهران

نگارش:

۱۳۸۵ / ۱۰ / ۱۷

مهشید صحابی

ورودی مهر ۱۳۶۷

شماره پایان نامه: ۱۳۲۳

۹۲۵۳

سال تحصیلی ۱۳۷۴-۷۵

«چکیده»

هدف بررسی:

التهاب دیواره کره چشم ممکن است به بافت‌های مجاور هم سرایت کند و باعث کوری شده یا همراه با بیماری‌های سیستمیکی باشد که بتواند حیات بیمار را به خطر افکند. این مطالعه به منظور بررسی اسکلریت^۱ و بیماری‌های سیستمیک همراه با آن انجام شده است چرا که همراهی اسکلریت با برخی بیماری‌های سیستمیک بخصوص در اسکلریت نکروز دهنده^۲ می‌تواند نشانه وخامت بیماری سیستمیک باشد.

روش مطالعه:

در این مطالعه مروری بر یافته‌های بالینی، تشخیصی، عوارض چشمی، همراهی انواع اسکلریت با بیماری‌های سیستمیک و درمان آن با استفاده از منابع و مأخذ موجود داشته‌ایم و ۱۰ بیمار مبتلا به اسکلریت راکه طی ۲ سال گذشته (۱۳۷۳ تا ۱۳۷۵) به مرکز پزشکی لبافی‌نژاد مراجعه کرده‌اند، معرفی کرده‌ایم.

نتایج:

از ۱۰ بیمار مبتلا به اسکلریت (۶ زن و ۴ مرد)، ۹ بیمار اسکلریت قدامی^۳ (۴ مورد نکروز دهنده، ۳ مورد منتشر^۴ و ۲ مورد ندولار^۵)، و یک بیمار اسکلریت خلفی^۶ داشت. ۵ بیمار بیماری سیستمیک همراه داشتند (۳ بیمار آرتریت روماتوئید^۷، یکی پلی‌کندریت راجعه^۸ و دیگری پلی‌آرتریت ندوزا^۹). در ۳ بیمار از این ۵ بیماری که بیماری سیستمیک همراه داشتند، اسکلریت نکروز دهنده وجود داشت.

1 . scleritis

2 . necrotizing scleritis

3 . anterior scleritis

4 . diffuse

5 . nodular

6 . posterior scleritis

7 . rheumatoid arthritis

8 . relapsing polychondritis

9 . polyarteritis nodosa

بحث و نتیجه گیری:

اسکلریت بیماری شدیدی است که می تواند تظاهراتی از یک بیماری سیستمیک باشد و نوع نکروز دهنده آن شدیدترین نوع اسکلریت است که معمولاً همراه با بیماری های بافت همبند دیده می شود و وجود آن حتی چنانچه بیماری سیستمیک از نظر بالینی خاموش باشد، نشانه واسکولیت سیستمیک¹ است و نیاز به درمان با داروهای مهارکننده سیستم ایمنی دارد تا مرگ و میر کاهش یابد.

کلمات کلیدی:

اسکلریت، آرتریت روماتوئید، پلی کندریت راجعه، پلی آرتریت ندوزا

«ABSTRACT»

Purpose:

Inflammation of the wall of the eyeball may extend to adjacent ocular tissues with blinding consequences and may be associated with potentially lethal systemic disorders.

This study was undertaken to evaluate scleritis and systemic disease associations since association of systemic disorders with scleritis particularly necrotizing scleritis is a sign of severity of the systemic disease.

Methods:

In this study we have reviewed clinical and diagnostic findings, ocular complications , systemic disease associations in different types of scleritis and their treatment by using of current literature.

We have reported 10 patients with scleritis whom have been refered to Labbafinegad Medical Center during past two years (1993-1995).

Results:

In 10 patients with scleritis (6 female, 4 male), 9 patients had anterior scleritis (4 necrotizing, 3 diffuse & 2 nodwar) & one patient had posteriiior scleritis. 5 patients had associated systemic disease (3 rheumatoid arthritis, 1 relapsing polychondritis & 1 polyarteritis nodosa). In 3 of the se 5 patients who had associated systemic disease, there was necrotizing

scleritis.

Conclusions:

Scleritis is a severe disease which can be a sign of a systemic disorder and its necrotizing type is the most severe type of scleritis that is often associated with connective tissue diseases and is a marker of the systemic vasculitis although the systemic disease may be clinically silent and indicates immunosuppressive chemotherapy to reduce mortality.

Key words:

Scleritis , rheumatoid arthritis , relapsing polychondritis & polyarteritis nodosa

تقدیم به:

اساتید گرانقدر جناب آقای دکتر جوادی و جناب آقای دکتر
سعیلیان که مشوق و راهنمایم در تهیه این رساله شدند.

تقدیم به:

تمامی معلمین فداکار این مرز و بوم بخصوص پدر و مادر عزیزم
که تا زنده‌ام مدیون زحماتشان هستم.

تقدیم به:

دو خواهر مهربانم

تقدیم به:

همسر عزیزم دکتر حمیدرضا مهینی

فهرست مندرجات

صفحه	عنوان
۱	مقدمه
۲	بخش اول: گزارش بیماران بررسی شده در این مرکز
۵	بخش دوم: بازنگری بر منابع و اطلاعات موجود
۶	آناتومی اسکلا
۷	تشخیص اسکلیت
۷	تاریخچه
۸	معاینه فیزیکی
۱۰	افتراق از اپی اسکلیت
۱۱	بررسی های پاراکلینیک
۱۵	تقسیم بندی اسکلیت
۱۷	علل
۱۹	پاتولوژی
۲۰	ایمونوپاتولوژی
۲۲	تظاهرات بالینی
۲۲	اسکلیت قدامی منتشر
۲۳	اسکلیت قدامی ندولار
۲۴	اسکلیت قدامی نکروز دهنده همراه با التهاب
	اسکلیت قدامی نکروز دهنده بدون التهاب (اسکلرومالاسی
۲۴	پرفوران)
۲۵	اسکلیت خلفی

اسکلروکراتیت	۲۷
کراتیت استرومایی حاد	۲۷
کراتیت اسکروز دهنده	۲۸
نازک شدن محیط قرنيه	۳۰
کراتولیز	۳۰
کراتیت اولسراتیو محیطی	۳۰
عوارض	۳۱
کاهش بینایی	۳۱
افزایش شفافیت اسکلا و نازک شدن آن	۳۱
یوویت	۳۲
گلوکوم	۳۲
کاتاراکت	۳۳
کنده شدن شبکیه	۳۳
تورم عصب بینایی	۳۴
درمان	۳۵
داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی	۳۶
استروئیدهای سیستمیک	۳۷
مهارکننده‌های سیستم ایمنی	۳۸
جراحی	۳۸
سیر و پیش‌آگهی	۳۹
بخش سوم: بحث و نتیجه‌گیری	۴۱
منابع	۴۳
پیوست	

فهرست جداول

صفحه	عنوان
۴	(۱) جدول ۱- یافته‌های موجود در مبتلایان به اسکلیت در این مرکز
۱۶	(۲) جدول ۲- انواع اسکلیت
۱۸	(۳) جدول ۳- علل اسکلیت

فهرست شکل‌ها

عنوان	صفحه
(۱) شکل ۱- ارتباطات طبیعی شبکه مویرگی سگمان قدّامی که با چراغ اسلیت قابل رویت است	۷
(۲) شکل ۲- افتراق اسکلیت از اپی اسکلیت با چراغ اسلیت	۱۰
(۳) شکل 3A-3A CT اسکن در اسکلیت خلفی	۱۳
(۴) شکل (3B-3G) - اولتراسونوگرافی در اسکلیت خلفی	۱۴
(۵) شکل ۴- نمای ماکروسکوپیک پاتولوژی اسکلیت قدّامی نکروز دهنده	۲۰
(۶) شکل ۵- واکنش ازدیاد حساسیت تیپ III ایمنی در اسکلیت	۲۱
(۷) شکل ۶- اسکلیت قدّامی منتشر	۲۳
(۸) شکل ۷- نمای عروقی در اسکلیت قدّامی منتشر	۲۳
(۹) شکل ۸- اسکلیت قدّامی ندولار	۲۳
(۱۰) شکل ۹- اسکلیت قدّامی نکروز دهنده همراه با التهاب	۲۴
(۱۱) شکل ۱۰- نمای ماکروسکوپیک پاتولوژی اسکلیت خلفی	۲۶
(۱۲) شکل ۱۱- پروپتوز در بیمار مبتلا به اسکلیت خلفی	۲۶
(۱۳) شکل ۱۲- پائین کشیده شدن پلک تحتانی در بیمار مبتلا به اسکلیت خلفی	۲۶
(۱۴) شکل ۱۳- کراتیت استرومائی حاد	۲۸
(۱۵) شکل ۱۴- نمای شاخ نبات در کراتیت اسکروز دهنده	۲۹
(۱۶) شکل ۱۵- رسوب چربی در کراتیت اسکروز دهنده	۲۹

مقدمه «Introduction»

اگر چشم به عنوان مفصل تعدیل شده‌ای از نوع گوی و کاسه‌ای^۱ و اپی اسکلرا^۲ به عنوان غشای سینوویال آن در نظر گرفته شود، خیلی از بیماری‌هایی که اسکلرا^۳ و اپی اسکلرا به آن مبتلا می‌شوند، به آسانی قابل فهم خواهد بود. اسکلرا از بافت کلاژن ساخته شده که شبیه به تاندون‌ها و بیش از آن شبیه به بافت‌های الاستیک است. (۱) کلاژن تیپ II که در اسکلرا وجود دارد، در مفصل هم دیده می‌شود. بنابراین بیماری‌های مزمن، گرانولوماتوز و مخربی که بافت کلاژن از جمله مفاصل را تحت تأثیر قرار می‌دهند، اسکلرا را نیز مبتلا می‌کنند. (۲) از آنجایی که اسکلرا فاقد عروق است، برای پاسخ دادن به التهابات وابسته به عروق پوشش‌های مجاور خود مخصوصاً عروق اپی اسکلرا است. التهاب اسکلرا تقریباً همیشه همراه با اپی اسکلریتی است که بعداً اضافه می‌شود. (۱)

در این مطالعه به بررسی علائم و عوارض اسکلریت و نیز بیماری‌های همراهی که با آن دیده می‌شود، پرداخته شده است چرا که این بیماری‌ها می‌توانند بیماری‌های بالقوه مرگباری باشند که چنانچه سریع تشخیص داده شده و درمان شوند، پیش‌آگهی‌شان بسیار بهتر خواهد شد.

1 . ball & socket joint

2 . episclera

3 . sclera

بخش اوّل

گزارش بیماران بررسی شده

در این مرکز

گزارش بیماران بررسی شده در این مرکز

در طی ۲ سال گذشته (۱۳۷۵-۱۳۷۳) از میان مراجعین به مرکز پزشکی لَبافی نژاد، ۱۰ بیمار مبتلا به اسکلریت وجود داشت که ۶ بیمار زن و ۴ بیمار مرد بودند. ۹ بیمار اسکلریت قدامی (۵ مورد نکروز دهنده، ۳ مورد منتشر و ۲ مورد ندولار) و یک بیمار اسکلریت خلفی داشت. در ۵ بیمار، بیماری سیستمیک همراه وجود داشت که این بیماری در ۳ بیمار آرتريت روماتوئید، در یک بیمار پلی کندریت راجعه و در بیمار دیگر پلی آرتريت ندوزا بود. در ۳ بیمار از ۵ بیماری که بیماری سیستمیک همراه داشتند، اسکلریت از نوع نکروز دهنده بود. از ۱۰ بیمار مبتلا به اسکلریت، در ۸ بیمار کاهش دید، در ۷ بیمار یووئیت قدامی، در ۶ بیمار کراتیت، در ۴ بیمار تغییرات ته چشمی^۱، در ۳ بیمار کاتاراکت و در یک بیمار گلوکوم وجود داشت. از نحوه درمان این بیماران صحبتی نکرده ایم چون اکثر بیماران عودهای مکرر داشته اند ولی در تمام این حملات برای درمان به این مرکز مراجعه نکرده اند و بنابراین از سیر دقیق درمان در آنها اطلاع دقیقی در دست نبوده است. (جدول ۱)

بیماری سیستمیک همراه	گلوکوم	کاتاراکت	تغییرات ته چشم	کراتیت	نیوویت قدامی	کاهش دید	درگیری	جنس	سن (سال)	تشخیص
آرتریت روماتوئید	+	+	-	+	+	+	دوطرفه	زن	۱۸	اسکلریت قدامی نکروز دهنده یک چشم اسکلریت قدامی ندولار چشم دیگر
-	-	+	<i>Patch of KPS atrophy nasal side</i>	+	-	+	دوطرفه	زن	۱۷	اسکلریت قدامی نکروز دهنده
پلی آرتریت ندوزا	-	-	<i>retinal vasculitis</i>	-	+	+	دوطرفه	مرد	۴۰	اسکلریت قدامی نکروز دهنده
پلی کندریت زاچه	-	-	<i>focal RPE changing in macula</i>	+	-	+	دوطرفه	مرد	۴۷	اسکلریت قدامی نکروز دهنده
-	-	+	-	-	+	+	دوطرفه	زن	۵۷	اسکلریت قدامی منتشر
-	-	-	-	-	+	-	دوطرفه	مرد	۳۰	اسکلریت قدامی منتشر
آرتریت روماتوئید	-	-	-	+	-	+	دوطرفه	مرد	۵۴	اسکلریت قدامی منتشر
(ترومای نافذ به عنوان عامل شمله ورکننده بیماری)	-	-	-	+	+	+	یک طرفه	زن	۳۰	اسکلریت قدامی ندولار
آرتریت روماتوئید	-	-	-	+	+	-	یک طرفه	زن	۳۷	اسکلریت قدامی ندولار
-	-	-	<i>serous R.D. of macula</i>	-	+	+	یک طرفه	زن	۱۵	اسکلریت خلفی

(جدول ۱) «یافته‌های موجود در مبتلایان به اسکلریت در این مرکز»

بخش دوم

بازنگری بر منابع و اطلاعات موجود

Review of Literature

آناتومی اسکلا

اسکلا اکثراً از الیاف کلاژن و بافت الاستیک ساخته شده است تا پوششی محکم و محافظ برای اجزاء داخل چشمی باشد و در عین حال دارای خاصیت ارتجاعی هم باشد تا بتواند تغییرات فشار داخل کره چشم را تحمل کند. این الیاف از نظر اندازه ضخامت متفاوتی از ۱۰ تا ۱۵ میکرون و طول متفاوتی از ۱۰۰ تا ۱۵۰ میکرون دارند. تقریباً نسبت به کره چشم موازی قرار گرفته‌اند ولی نسبت به یکدیگر متقاطع هستند. اندازه متفاوت این الیاف و متقاطع بودنشان باعث می‌شود که اسکلا بافتی غیر شفاف باشد. اسکلا همیشه کاملاً هیدراته است و اگر میزان آب آن را به ۴۰٪ کاهش دهیم، شفاف خواهد شد. اسکلا منشاء مزودرمال دارد و تشکیل آن از خلف کره چشم شروع شده و تکامل آن تا آخر ماه پنجم جنینی طول می‌کشد. از آن به بعد شکل اسکلا در اثر فشار داخل چشمی تغییراتی می‌کند به طوری که کره چشم می‌تواند تا سه سال پس از تولد متسع شود. اسکلا نیاز به تغذیه مختصری دارد که از خارج توسط اپی اسکلا و کپسول تنون^۱ و از داخل توسط مشیمیه تأمین می‌شود. وظیفه دیگر اپی اسکلا و کپسول تنون پاسخ سلولی به التهاب موجود در اسکلا است. اسکلا دارای رشته‌های عصبی بخصوص در قسمت قدامی نزدیک به محل اتصال عضلات است و در ابتلاء به اسکلریت صدمه به این اعصاب علت اصلی درد در این بیماران است. خونرسانی به سگمان قدامی^۲ چشم توسط شریان مژگانی قدامی^۳ انجام شده و شریانهای جانبی زیادی نیز از شریان مژگانی خلفی^۴ در ریشه عنبیه به این شریانها می‌پیوندند. با چراغ اسلیت سه لایه عروقی قابل رویت هستند. شبکه عروقی ملتحمه که سطحی‌ترین لایه عروق است و می‌توان آن را بر روی ساختمان‌های زیرین حرکت داد. شبکه مویرگی سطحی اپی اسکلا که یک سری عروق شعاعی هستند که در بین لایه جداری کپسول

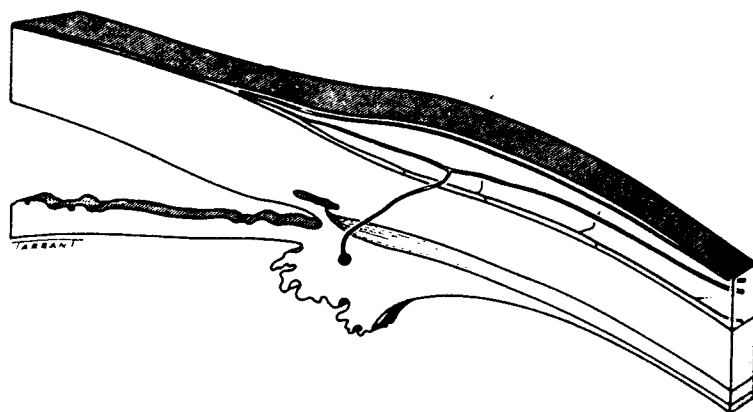
1 . Tenon's capsule

2 . anterior segment

3 . anterior ciliary artery

4 . posterior ciliary artery

تنون قرار گرفته‌اند و شبکه مویرگی عمقی اپی‌اسکلرا که در لایه احشایی کپسول تنون واقع بوده و به سختی به اسکلرا اتصال دارد. این عروق آزادانه با یکدیگر پیوند یافته و یک سین سیشیوم^۱ را تشکیل می‌دهند. (شکل ۱)



شکل ۱: «ارتباطات طبیعی شبکه مویرگی سگمان قدامی که با چراغ اسلیت قابل رویت است»

تشخیص اسکلریت

به خاطر ماهیت کلاژنی اسکلرا، بیماری‌هایی که آن را تحت تأثیر قرار می‌دهند، دردناک و مخرب بوده و به عنوان تظاهراتی از یک بیماری عمومی خود را نشان می‌دهند. بنابراین از ابتدای بیماری افتراق اسکلریت از اپی‌اسکلریت اهمیت فوق‌العاده‌ای دارد تا درمان صحیح هر چه زودتر شروع شود و نیز بتوان پیش‌آگهی بیماری را تعیین کرد. (۱)

تاریخچه:

گاهی اوقات با گرفتن یک تاریخچه دقیق از بیمار می‌توان به علت بیماری پی برد. اغلب بیماری‌های درگیرکننده اسکلرا، دو طرفه و عودکننده بوده و تاریخچه‌ای دال بر حملات بیماری در چشم دیگر باید از بیمار گرفته شود. بیماری‌های اسکلرا می‌تواند

1 . *syncytium*

تظاهراتی از بیماری دیگر قسمت‌های بدن باشد، بنابراین باید پرسشنامه کاملی در رابطه با کلیه سیستم‌های بدن مخصوصاً سیستم قلبی - عروقی برای پیدا کردن فشار خون یا التهاب عروق^۱، سیستم تنفسی برای پیدا کردن سل یا سارکوئیدوز، سیستم ادراری تناسلی برای پیدا کردن سل کلیوی یا بیماری‌های مقاربتی و از همه مهمتر پوست و سیستم اسکلتی برای پیدا کردن علائمی از بیماری‌های بافت همبند تکمیل شود. (۱)

نمونه این پرسشنامه در پیوست آمده است.

لازم به تذکر است که تاکنون بیماری سیستم عصبی مرکزی همراه بیماری‌های اسکلرا دیده نشده است. (۱) از آنجایی که اغلب درمان‌های به کار رفته برای بیماری‌های التهابی اسکلرا به طور سیستمیک بوده و اکثراً از نوع مهارکننده‌های سیستم ایمنی هستند، تاریخچه‌ای از وجود زخم معده باید از بیمار گرفته شود چرا که این تاریخچه ممکن است نوع و مقدار داروی داده شده را تحت تأثیر قرار دهد. (۱)

معاینه فیزیکی:

چون اکثر بیماری‌های اسکلرا با بیماری‌های سیستمیک همراه می‌باشند، باید معاینه فیزیکی کاملی پس از تکمیل پرسشنامه از بیمار به عمل آید و کلیه نکات مثبت در پرسشنامه توسط چشم‌پزشک به طور دقیق بررسی شده و در صورت لزوم از روماتولوژیست و دیگر همکاران متخصص بر حسب گرفتاری بیمار کمک گرفته شود.

از آنجا که کاهش میزان بینایی بی‌سروصدا اتفاق می‌افتد، باید در سیر بیماری به طور مکرر میزان بینایی بیمار اندازه‌گیری شود. معاینه خارجی چشم بیمار باید در نور طبیعی انجام گیرد. این معاینه برای تشخیص تغییر رنگ اتفاق افتاده، افزایش شفافیت و ناحیه‌ای که حداکثر ادم را در اسکرا دارد، ضروری است. نور چراغ‌های تنگستن یا فلئورسنت به اندازه نور طبیعی مفید نیست و تغییرات فوق را با چراغ اسلیت به خوبی

نمی‌توان دید. هدف از معاینه با چراغ اسلیت مشخص کردن عمق و ماهیت ضایعات اسکلرا و اپی‌اسکلرا و نیز بررسی ضایعات احتمالی در قرنیه است. شبکه‌های عروقی هر دو چشم جزء به جزء باید معاینه شوند تا لایه‌ای که عروق دارای حداکثر احتقان^۱ هستند، مشخص گردد. با استفاده از چراغ اسلیت همچنین می‌توان به ماهیت و عمق تغییرات قرنیه، وجود ادم در اسکلرا و وجود سلول در اتاق قدامی پی برد. استفاده از صافی جداکننده نور قرمز^۲ یعنی استفاده از نور سبز برای تأیید نواحی که دارای حداکثر احتقان هستند یا نواحی که کاملاً بدون عروق شده‌اند، بسیار ارزشمند است. با استفاده از نور سبز می‌توان انفیلتراسیون‌های لنفوسیتیک اپی‌اسکلرا و آگزودا را به صورت نقاطی زرد رنگ دید و به این ترتیب اغلب می‌فهمیم که گرفتاری بیش از آنچه ما حدس زده‌ایم، وجود داشته است. (۱)

اغلب اوقات ثانویه به بیماری‌های اسکلراگلوکوم ایجاد می‌شود. بنابراین اندازه‌گیری فشار داخل چشمی به روش «*applanation*» در اولین مراجعه بیمار و سپس به طور مکرر حین درمان بخصوص اگر از کورتیکواستروئیدها استفاده شود، باید انجام گیرد. (۱)

افتالموسکوپی مستقیم و غیرمستقیم هم باید انجام شود و این معاینه اهمیت ویژه‌ای در مبتلایان به اسکلریت خلفی یا بیمارانی که سلول در اتاق قدامی یا اتاق خلفی‌شان مشاهده شده است، دارد و باعث تشخیص کننده شدن شبکیه یا واسکولیت در عروق شبکیه می‌گردد. (۱)

در معاینه بیماران مبتلا به اسکلریت خلفی ممکن است پروپتوز^۳ و محدودیت حرکات چشمی دیده شود. (۱)

1 . congestion

2 . red free filter

3 . proptosis