

بررسی درگیریهای چشمی در ۲۸ بیمار مبتلا به سندرم بهجت

دکتر محمدمسعود پناهی*

چکیده:

بیماری بهجت یک واسکولیت ژنرالیزه با علت ناشناخته می باشد. درگیری چشمی بیماری بهجت بصورت ایریتیس حاد راجعه واسکولیت شبکیه، خونریزی شبکیه، ادم ماکولا و... می باشد. این مطالعه با هدف تعیین فراوانی درگیریهای چشمی در بیماران مبتلا به بیماری بهجت مراجعه کننده به درمانگاه چشم پزشکی بیمارستان امام خمینی همدان در سال ۱۳۸۱ انجام گرفته است.

مطالعه حاضر از نوع توصیفی مقطعی می باشد که به شکل آینده نگر بر روی ۲۸ بیمار مبتلا به سندرم بهجت انجام گرفت. تمامی بیماران در درمانگاه چشم پزشکی مورد معاینه با Slit Lamp، فوندسکوپ مستقیم و غیر مستقیم و سنجش حدت بینایی قرار گرفتند و اطلاعات بدست آمده در پرسشنامه مخصوص هر بیمار ثبت گردید. داده های جمع آوری شده با استفاده از برنامه نرم افزاری EPI 2000 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

از کل بیماران مورد مطالعه ۱۹ نفر مرد و ۹ نفر زن بودند. شایع ترین سن بروز بیماری دهه چهارم زندگی بود. درگیری چشمی بصورت کلی در ۲۰ نفر (۷۱٪) دیده شد. در ۸ نفر بصورت کاتاراکت، در ۳ مورد بصورت پیگماتاسیون عدسی، در ۲ مورد کاتاراکت کپسول خلفی، در ۱۱ نفر چسبندگی خلفی عنیبه، در ۲ مورد یووئیت قدامی، در ۳ نفر یووئیت خلفی و در ۸ نفر یووئیت منتشر وجود داشت. ۳ نفر دارای هایپوپیون بودند، ۱۱ نفر دارای ویتریتیس و ۸ نفر دارای نوروپاتی ایسکمیک رتین، در ۸ نفر نکروز رتین و ۸ نفر دارای واسکولیت عروق شبکیه، ۵ نفر دارای خونریزی شبکیه و ۵ نفر ادم ماکولا داشتند. درگیری دهانی در ۱۸ نفر (۶۴/۳٪) اولین علامت بیماری بود. بطور کلی می توان بیان کرد که یووئیت قدامی و کاتاراکت در این مطالعه بیشتر از گزارش سایر مطالعات و یووئیت خلفی و منتشر کمتر از سایر گزارشات بوده است. مابقی نتایج تقریباً با دیگر مطالعات مطابقت دارد.

کلید واژه ها: بیماریهای چشم / سندرم بهجت

مقدمه:

بیماری سندرم بهجت می باشد و در بعضی مواقع بطور سریع به سمت کوری پیشرفت می نماید (۳). در ژاپن این سندرم علت ۱۲٪ کوری اکتسابی در سنین زیر ۵۰ سال است (۴). در آمریکا بیماری بهجت عامل ۱۸٪ موارد کل یووئیت ها می باشد در حالیکه در ژاپن ۲۰٪ موارد را تشکیل می دهد (۵). درگیری چشمی عمدتاً در ۵۰٪ بیماران وجود دارد (۲). بطور کلاسیک این سندرم یک ایریتیس عود کننده همراه با هایپوپیون را ایجاد می کند و در مراحل بعد التهاب عروق شبکیه، ترومبوز عروق رتین، آتروفی اپتیک، ادم پاپی، کونژونکتیویت، اپی اسکیریت و کراتیت می باشد.

مشخصه سندرم بهجت وجود تریاد آفتهای دهانی، زخمهای تناسلی و درگیریهای چشمی می باشد. در این بیماری ترکیبی از تظاهرات جلدی - مخاطی، چشمی، کلیوی، قلبی، گوارشی، ریوی و نورولوژی وجود دارد. زخمهای دهانی اولین و مهمترین علامت بیماری بهجت محسوب می گردند و در ۷۳٪ موارد زخمهای دهانی علامت آغازگر بیماری می باشند (۱). زخمهای ژنیتال در ۶۴-۸۸٪ موارد دیده می شود و اغلب بعنوان دومین علامت تظاهر می کند (۲). درگیری چشمی بدترین و مهمترین عارضه

* استادیار گروه چشم پزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان

دهانی بود (جدول ۱).

جدول ۱: فراوانی اولین علامت بیماری در بیماران مبتلا به سندرم بهجت مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی همدان در سال ۱۳۸۱

درصد	تعداد	فراوانی اولین علامت
۶۴/۳	۱۸	درگیری دهانی
۱۰/۷	۳	درگیری پوستی
۳/۶	۱	درگیری چشمی
۳/۶	۱	درگیری چشمی و ژنیتالیا
۳/۶	۱	درگیری پوستی و چشمی
۱۴/۳	۴	درگیری چشمی، دهانی و ژنیتالیا

نتایج پژوهش نشان داد که درگیری چشمی بصورت کلی در ۲۰ نفر (۷۱٪) از افراد مورد مطالعه وجود داشت. درگیری عدسی چشم در ۱۳ نفر (۴۶/۳٪) دیده شد که در ۸ نفر (۲۸/۵٪) بصورت کاتاراکت بود که از این افراد ۴ نفر مرد و ۴ نفر زن بودند. در ۳ نفر (۱۰/۷٪) بصورت پیگمانتاسیون عدسی بود که ۲ نفر مرد و یک نفر زن بودند و ۲ نفر دارای کاتاراکت Post. Subcapsular بودند که هر دو نفر زن بودند. در ۱۱ مورد (۳۹/۳٪) چسبندگی خلفی عنبیه وجود داشت.

فراوانی درگیری اتافکهای چشم بدین قرار بود که ۲ نفر زن دارای یووئیت قدامی، ۲ نفر مرد و یک نفر زن مبتلا به درگیری یووئیت خلفی، ۷ نفر مرد و یک نفر زن دارای یووئیت منتشر و هایپوپيون که در ۲ نفر مرد و یک نفر زن مشاهده شد (جدول ۲).

جدول ۲: فراوانی درگیری اتافکهای چشم در بیماران مبتلا به سندرم بهجت مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی همدان در سال ۱۳۸۱

درگیری چشمی نوع	یووئیت قدامی	یووئیت خلفی	پان یووئیت	هایپوپيون	جمع
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
یک طرفه	۲ (۷/۱)	۳ (۱۰/۷)	۱ (۳/۶)	۲ (۷/۲)	۸ (۲۸/۵)
دو طرفه	۰ (۰)	۰ (۰)	۷ (۲۵)	۱ (۳/۶)	۸ (۲۸/۵)
جمع	۲ (۷/۱)	۳ (۱۰/۷)	۸ (۲۸/۵)	۳ (۱۰/۷)	۱۶ (۵۳/۳)

با توجه به مطالب فوق الذکر و از آنجا که شایعترین سن درگیری این بیماری دهه سوم زندگی می باشد و ایران جزو مناطق شایع (خاورمیانه) بیماری می باشد و تظاهرات بالینی این بیماری در مناطق مختلف متفاوت است (۴) و نیز اینکه در خصوص درگیریهای چشمی این بیماری مطالعات انگشت شماری در کشور صورت گرفته است این مطالعه با هدف تعیین فراوانی درگیریهای چشمی بیماران مبتلا به سندرم بهجت مراجعه کننده به درمانگاه چشم پزشکی بیمارستان امام خمینی همدان از خردادماه لغایت بهمن ماه ۱۳۸۱ انجام پذیرفت.

روش کار:

این پژوهش از نوع مطالعات توصیفی مقطعی می باشد که بشکل آینده نگر بر روی کلیه بیماران مبتلا به سندرم بهجت مراجعه کننده به درمانگاه چشم پزشکی در طی ۹ ماه انجام گرفت. طبق هماهنگی انجام شده با بخش پوست و درمانگاه پوست بیمارستان سینا همدان و بخش خصوصی شهر بیماران مبتلا به سندرم بهجت که جهت درمان مراجعه می کردند برای بررسی چشم پزشکی به درمانگاه چشم پزشکی بیمارستان امام همدان ارجاع داده می شدند و بیمارانی که معیارهای ورود به مطالعه را نداشتند از مطالعه حذف می شدند.

۱- بیمارانی که بعلت کدورت قرنیه و یا کاتاراکت شدید امکان معاینه فوندسکوپبی نداشتند.
۲- بیمارانی که در انجام معاینات همکاری لازم را نداشتند.

۲۸ بیماری که طبق توضیحات فوق و بصورت سرشماری انتخاب شده بودند مورد بررسی کامل از لحاظ معاینه اتاق قدامی، ویتره و قسمت خلفی چشم توسط معاینه با Slit Lamp و فوندسکوپبی مستقیم و غیر مستقیم و حدت بینایی قرار گرفتند و اطلاعات مورد نیاز پس از ثبت در پرسشنامه از طریق برنامه نرم افزاری EPI 2000 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج:

از کل ۲۸ بیمار، ۱۹ نفر مرد و ۹ نفر زن بودند که ۷ نفر در گروه سنی ۲۰-۳۰ سال، ۱۵ نفر در گروه سنی ۳۱-۴۰ سال و ۶ نفر در گروه سنی ۴۱-۵۰ سال قرار داشتند و شایع ترین سن بروز بیماری دهه چهارم زندگی (۵۳/۶٪) بود.

اولین علامت بیماری در ۱۸ نفر (۶۴/۳٪) درگیری

بحث:

نتایج این مطالعه بیانگر آنست که شایعترین دهه سنی شروع بیماری دهه چهارم زندگی می باشد که در سایر گزارشات به دهه سنی سوم اشاره شده است (۱) در مطالعه ای دیگر اکثر بیماران مرد و معمولاً در دهه سوم یا چهارم زندگی بودند (۶). در مطالعه حاضر درگیری چشمی بطور کلی در ۷۱٪ از افراد وجود داشت که با گزارش el-Belhadji مطابقت دارد. در مطالعه ای که توسط نامبرده و همکارانش بر روی ۵۲۰ نفر بیمار مبتلا به سندرم بهجت از نظر درگیریهای چشمی در سال ۱۹۹۷ انجام گرفت درگیری چشمی در ۸۰٪ بیماران وجود داشت که در ۶۰٪ موارد بصورت درگیری دو طرفه بود. کوری برگشت ناپذیر در ۲۴/۴٪ موارد، یوئیت منتشر در ۳۷٪، یوئیت قدامی در ۳/۶۳٪ و واسکولیت رتین نیز در ۳۷٪ موارد دیده شد (۷).

یافته های چشمی در طی بررسی ۱۷۴ بیمار در مطالعه ای دیگر شامل یوئیت منتشر ۷۵/۲۸٪، یوئیت خلفی ۲۲/۹٪، یوئیت قدامی ۱/۷۲٪، واسکولیت رتین ۱۰۰٪، هایپوپيون ۱۷/۲٪، کاتاراکت ۲۲/۷٪، گلوکوم ۱۱/۵٪، آتروفی اپتیک ۴۲/۵٪، ماکولوپاتی ۲۸/۷٪، رگ سازی جدید رتین ۸/۴٪ و کندگی رتین ۶/۳۲٪ بوده است (۱) که در برخی موارد با مطالعه حاضر مطابقت دارد و در برخی موارد تشابهی ندارد. تفاوت نتایج یوئیت قدامی و یوئیت منتشر با این مطالعه و مطابقت نتایج هایپوپيون دو مطالعه تأیید کننده تفاوت تظاهرات بالینی در مناطق مختلف جغرافیایی می باشد. ادم ماکولا، واسکولیت عروق شبکیه و درگیری دهانی بعنوان اولین علامت بیماری در مطالعات دیگر به ترتیب ۳۷٪، ۲۸/۷٪ و ۷۳٪ گزارش شده است (۲،۷) که با نتایج این مطالعه تقریباً یکسان است و نسبت مرد به زن در این مطالعه در مقایسه با مطالعات دیگر کشورها که ۱/۲۴ به ۱ می باشد (۱) افزایش مختصری را نشان می دهد.

بطور کلی از بررسی یافته و مقایسه آنها با نتایج سایر مطالعات می توان بیان کرد که یوئیت قدامی و کاتاراکت در این مطالعه بیشتر از گزارش سایر مطالعات بوده و یوئیت خلفی و یوئیت منتشر کمتر از دیگر مطالعات می باشد. در خاتمه پیشنهاد می گردد با توجه به اینکه درگیری چشمی در بیماران مبتلا به سندرم

۱۱ نفر از افراد مورد مطالعه دارای ویتربیتیس بودند که در ۹ مورد (۳۲/۱٪) دو طرفه بوده است (در ۲ مورد طرف راست و ۱۷ نفر نرمال بودند). کوری در ۵ بیمار (۱۸٪) مشاهده شد که در ۴ نفر کوری چشم راست و در یک نفر کوری چشم چپ وجود داشت.

فراوانی خصوصیات رتین بر حسب جنس بیماران مورد مطالعه در جدول ۳ نشان داده شده است همانطور که مشاهده می شود ۸ نفر (۲۸/۵٪) دارای نوروپاتی ایسکمیک عصب بینایی بودند که ۵ نفر از آنان مرد و ۳ نفر زن بودند. نتایج این پژوهش نشان داد که نسبت مرد به زن در افراد مورد مطالعه ۲/۱ به ۱ می باشد.

جدول ۳: فراوانی خصوصیات رتین بر حسب جنس در بیماران مبتلا به سندرم بهجت مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی همدان در سال ۱۳۸۱

درگیری رتین	نوروپاتی ایسکمیک	تکرور	واسکولیت عروق	خونریزی	ادم ماکولا	نرمال	جنس
							تعداد (درصد)
مرد	۵ (۱۸)	۵ (۱۸)	۵ (۱۸)	۲ (۷/۱)	۲ (۷/۱)	۱۰ (۳۶)	
زن	۳ (۱۰/۷)	۳ (۱۰/۷)	۳ (۱۰/۷)	۳ (۱۰/۷)	۳ (۱۰/۷)	۶ (۲۱/۵)	
جمع	۸ (۲۸/۵)	۸ (۲۸/۵)	۸ (۲۸/۵)	۵ (۱۸)	۵ (۱۸)	۱۶ (۵۷/۵)	

حدت بینایی ۵ نفر (۱۸٪) در حد NLP (عدم درک نور) و دید ۹ نفر (۲۹/۲٪) در یکی از چشمها در حد کمتر از یک دهم (Finger Count) بوده است (جدول ۴).

جدول ۴: فراوانی حدت بینایی در بیماران مبتلا به سندرم بهجت مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی همدان در سال ۱۳۸۱

حدت بینایی	چشم		راست		چپ	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۹-۱۰/۱۰	۱۱	۳۹/۳	۶	۳۶/۳	۲۱/۵	۶۳/۳
۷-۸/۱۰	۲	۷/۱	۵	۳۱/۲	۱۷/۹	۵۱/۳
۵-۶/۱۰	۲	۷/۱	۲	۱۲/۱	۷/۱	۲۱/۵
۳-۴/۱۰	۱	۳/۶	۳	۱۸/۲	۱۰/۷	۳۰/۹
۱-۲/۱۰	۳	۱۰/۷	۵	۳۱/۲	۱۷/۹	۵۱/۳
زیر ۱-۰	۴	۱۴/۲	۷	۴۳/۷	۲۵	۷۵/۹
NLP	۵	۱۷/۹	۰	۰	۰	۰
جمع	۲۸	۱۰۰	۲۸	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

3. Moutsopoulos HM. Behcet's syndrome. In : Braunwald E , (ed). Harrison's principles of internal medicine. 15th ed. Vol 2. New York : Mc Graw-Hill , 2001: 1956.
4. Lee S , Bang D , Lee E. Behcet's disease. In : Demis DJ , Thiers B , Burgdorf W , (eds). Clinical dermatology. 25th ed. New York : Lippincott Raven , 1998: 7-19.
5. Park JH. Clinical analysis of Behcet's disease. Korean J Intern Med 1999 Jan ; 14 : 66-72.
6. Seully C. Behcet's syndrome. In : Champion RJ , Buton JL , Burns D , et al (eds). Textbook of dermatology. 6th ed. Vol 4. London : Blackwell , 1998 .
7. el-Belhadji M . Ophthalmological involvement in Behcet disease. A propose of 520 cases. J Fr Ophthalmic 1997 ; 20(8): 592-8.

سندرم بهجت بالا می باشد و این عارضه می تواند منتهی به کوری شود و به لحاظ اینکه کشور ما جزو مناطق شایع این بیماری محسوب می شود کلیه بیماران مبتلا به صورت مداوم تحت نظر متخصصین امر قرار گیرند.

سپاسگزاری :

بدینوسیله از زحمات فراوان آقای دکتر علی اکبرزاده در جمع آوری اطلاعات این مطالعه تشکر و قدردانی می گردد.

منابع :

1. Bang D , Yoon KH , Chung HG . Epidemiological and clinical features of Behcet's disease in Korea. Yonesi Med J 1997 Dec ; 38(6): 428-436.
2. Lee S , Bang D , Lee E. Behcet's syndrome. In : Demis DJ , Thiers B , Burgdorf W , (eds). Clinical dermatology . 24th ed. Vol 2. New York : Lippincott Raven : 3072-3073.