

## Clinical Patterns of Uveitis in an Iranian Tertiary Eye Care Center

Kianersi F, MD

**Purpose:** To analyze the clinical patterns and etiologic diagnosis of uveitis in Isfahan

**Methods:** The records of 329 patients with uveitis referred to Farabi tertiary eye care center in Isfahan during 1999-2002 were classified and analyzed.

**Results:** Mean age of onset of uveitis was 33.2 years. The female to male ratio was 1.19:1. Anterior uveitis was the most common type (29.2%) followed by panuveitis (26.7%), posterior uveitis (23.7%), and intermediate uveitis (20.4). The most prevalent causes were: idiopathic and Fuch's heterochromia iridocyclitis (FHI) in anterior uveitis, toxoplasmosis in posterior uveitis, idiopathic in intermediate uveitis; and Behcet's disease and idiopathic in panuveitis. Overall, 35.5% were idiopathic, 12.1% had specific ocular disease, and 52.3% had systemic disease associations. The most common known etiologies were toxoplasmosis (22.2%), Behcet's disease (18.6%), and FHI (9.4%). Chronic (67.2%), nongranulomatous (90.9%), and noninfectious uveitis (73.3%) were the most frequent types. The most frequent cause under 16 years of age was pars planitis.

**Conclusion:** Significant differences were seen in the clinical and etiologic pattern of uveitis in Isfahan; for example the higher frequency of uveitis due to toxoplasmosis, Behcet's disease and FHI. Environmental, genetic, and geographical factors may contribute to this difference.

**Key words:** clinical pattern, uveitis, etiologic, Iran, Isfahan

- Bina J Ophthalmol 2005; 10 (2): 147-154.

### الگوهای بالینی یوویت در بیماران ارجاعی در شهر اصفهان

دکتر فرزنان کیان ارثی\*

#### چکیده

**هدف:** تعیین الگوهای بالینی و سبب‌شناسی یوویت در بیماران ارجاعی با این تشخیص در شهر اصفهان.  
**روش پژوهش:** به کمک یک مطالعه توصیفی، پرونده ۳۲۹ بیمار مبتلا به یوویت ارجاع‌شده به درمانگاه یووہ در بیمارستان فارابی اصفهان، در فاصله ۳ سال (۱۳۷۸-۱۳۸۱) از نظر سن، جنس و ویژگی‌های بالینی، آناتومیک و سبب‌شناختی مورد بررسی قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** میانگین سنی بیماران ۳۳/۲ سال و نسبت بیماران زن به مرد در جمعیت مورد مطالعه ۱/۱۹ به ۱ بود. یوویت قدامی شایع‌ترین نوع آناتومیک (۲۹/۲ درصد) بود و پس از آن، به ترتیب یوویت سرتاسری یا پان‌یوویت (۲۶/۷ درصد)، یوویت خلفی (۲۳/۷ درصد) و یوویت حدواسط (۲۰/۴ درصد) قرار داشتند. شایع‌ترین علل در انواع آناتومیک به شرح زیر بودند: در یوویت قدامی، علل ناشناخته (۴۳/۷ درصد) و سپس بیماری فوکس هتروکرومیک ایریدوسیکلیت (۳۲/۳ درصد)؛ در یوویت خلفی، توکسوپلاسموز (۹۳/۵ درصد)؛ در یوویت حدواسط، علل ایدیوپاتیک (۸۶/۵ درصد) و در یوویت سرتاسری، بیماری بهجت (۶۹/۶ درصد) و سپس علل ناشناخته (۱۸/۲ درصد). در ۳۵/۵ درصد موارد، علت یوویت‌ها ناشناخته بود و در ۱۲/۱ درصد موارد، تشخیص اختصاصی چشمی وجود داشت. از میان علل شناخته‌شده،

توکسوپلاسموز (۲۲/۲ درصد) شایع‌ترین عامل ایجاد یوویت در این بیماران بود و پس از آن بیماری بهجت (۱۸/۶ درصد) و بیماری فوکس (۹/۴ درصد) قرار داشتند. در ۵۲/۳ درصد موارد، بیماری زمینه‌ای سیستمیک دیده شد که شایع‌ترین بیماری سیستمیک غیر عفونی، بیماری بهجت و شایع‌ترین بیماری سیستمیک عفونی، توکسوپلاسموز بود. مجموعه عوامل غیر عفونی، سهم بیش‌تری (۷۳/۳ درصد) در سبب‌شناسی یوویت نسبت به عوامل عفونی داشتند. یوویت‌ها در ۶۷/۲ درصد موارد سیر مزمن داشتند و در ۹۰/۹ درصد موارد نوع یوویت غیرگرانولوماتوز بود. از نظر چشم گرفتار، در ۵۶/۸ درصد موارد تنها یک چشم مبتلا بود. در سنین زیر ۱۶ سالگی، یوویت حدواسط با فراوانی ۳۹/۵ درصد، شایع‌ترین نوع یوویت بود.

**نتیجه‌گیری:** الگوی بالینی و سبب‌شناختی یوویت در اصفهان، تفاوت‌های بارزی با سایر مناطق دارد. برای مثال یوویت ناشی از توکسوپلاسم، بهجت و فوکس، در اصفهان فراوان‌تر دیده می‌شوند. عوامل محیطی، ژنتیکی و جغرافیایی ممکن است در این زمینه نقش داشته باشند.

• مجله چشم‌پزشکی بینا ۱۳۸۳؛ سال ۱۰، شماره ۲: ۱۵۴-۱۴۷.

\* استادیار- چشم‌پزشک- دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

اصفهان- بیمارستان فیض

تاریخ دریافت مقاله: ۶ دی ۱۳۸۲

تاریخ تایید مقاله: ۲۶ خرداد ۱۳۸۳

اصفهان، این مطالعه در مرکز ارجاع بیماران مبتلا به یوویت در بیمارستان فارابی اصفهان انجام پذیرفت.

### روش پژوهش

با انجام یک مطالعه توصیفی، پرونده‌های همه بیماران ارجاع‌شده به درمانگاه یوویت بیمارستان فارابی اصفهان از زمان تاسیس آن (آذر ۱۳۷۸) به مدت سه سال (تا آذر ۱۳۸۱) مورد بررسی قرار گرفتند. طی این مدت، ۳۲۹ بیمار به درمانگاه مراجعه نمودند که همگی توسط فوق تخصص شبکیه و زجاجیه (نگارنده) معاینه شدند و اطلاعات مربوط به سن، جنس، ویژگی‌های بالینی، آناتومیک و سبب‌شناختی (بیماری‌های همراه) آن‌ها ثبت گردید.

تشخیص آناتومیک بیماری بر اساس معیارهای گروه مطالعه بین‌المللی یوویت و در چهار گروه قدامی، خلفی، سرتاسری (پان‌یوویت) و حدواسط گذاشته شد<sup>۱۸</sup>. جهت تشخیص بیماری زمینه‌ای و همراه، بسته به مورد، آزمایش‌های مورد نیاز از جمله شمارش یاخته‌های خونی (CBC)، سرعت رسوب گویچه سرخ (ESR)، تجزیه ادرار، پرتونگاری قفسه سینه (CXR) و PPD انجام

### مقدمه

یوویت از جمله بیماری‌های مهم در چشم‌پزشکی است؛ به طوری که ۱۵-۱۰ درصد موارد کوری قانونی در کشورهای توسعه‌یافته ناشی از یوویت است<sup>۱</sup>. بیش‌تر موارد در سن فعال زندگی (۶۰-۲۰ سال) دیده می‌شوند. عوارض مهم ناشی از آن از جمله آب‌مروراید، گلوکوم، چسبندگی عنبیه و ادم سیستوئید ماکولا، به تشخیص سریع و درمان به موقع آن، اهمیت ویژه‌ای می‌بخشند<sup>۲</sup>. یوویت در مواردی در همراهی با بیماری‌های دیگر دیده می‌شود که آگاهی از این همراهی می‌تواند به تشخیص سریع‌تر هریک از این بیماری‌ها بینجامد.

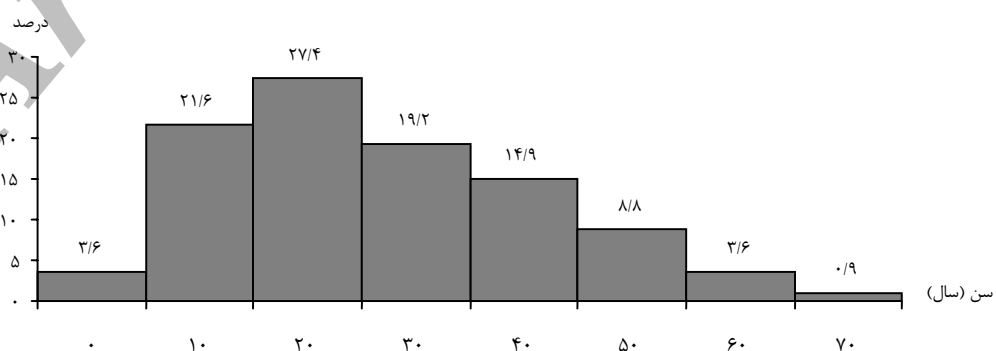
مطالعات همه‌گیرشناسی در مورد یوویت چندان زیاد نیستند<sup>۳</sup>. در کشور ما در مرکز لبافی‌نژاد تهران، اپیدمیولوژی و الگوی ارجاع این بیماران مورد بررسی قرار گرفته است<sup>۴</sup>. با توجه به تفاوت الگوهای توزیع و شیوع یوویت در مناطق مختلف دنیا، بر اساس عوامل دموگرافیک، ژنتیک و جغرافیایی و نیز تفاوت‌های موجود در الگوهای سبب‌شناسی آن در کشورهای مختلف<sup>۱۷-۲</sup> و با توجه به عدم اطلاع از وضعیت آن در شهر

ترتیب، یوویت سرتاسری (۲۶/۷ درصد)، یوویت خلفی (۲۳/۷ درصد) و یوویت حدواسط (۲۰/۴ درصد) قرار داشتند. سایر یافته‌ها از نظر سیر زمانی، نوع التهاب، عفونی یا غیرعفونی بودن و درگیری چشمی به تفکیک نوع یوویت در جدول (۱) آمده‌اند و دیده می‌شود که بیماری در اکثر موارد (۶۷/۲ درصد) روند مزمنی را طی می‌کرده است؛ به طوری که در یوویت سرتاسری در ۹۲ درصد موارد، در یوویت حدواسط در ۹۵/۵ درصد موارد و در یوویت قدامی در ۵۹/۴ درصد موارد، سیر بیماری مزمن بود. ولی در یوویت خلفی، بیماری در بیش‌تر موارد (۶۵/۴ درصد) سیر حاد داشت. از نظر نوع التهاب، در ۹۰/۹ درصد موارد یوویت غیرگرانولوماتوز و تنها در ۹/۱ درصد موارد، گرانولوماتوز بودند که این نسبت در همه انواع یوویت تقریباً یکسان بود. از نظر سبب‌شناسی در ۷۳/۳ درصد موارد، عوامل غیرعفونی مسوول ایجاد بیماری بودند و در ۲۶/۷ درصد موارد، عامل ایجاد عفونی بود. در یوویت‌های خلفی در ۹۴/۹ درصد موارد، عوامل عفونی مسوول شناخته شدند؛ در حالی که در سایر انواع آناتومیک، یوویت عفونی کم‌تر یا حدود ۱۰ درصد موارد را تشکیل می‌داد. در ۵۶/۹ درصد موارد، درگیری یک‌طرفه بود و سمت درگیری چشم‌ها (چپ یا راست) در بیماران مبتلا تقریباً برابر بود. در یوویت قدامی و خلفی، گرفتاری بیش‌تر به صورت یک‌طرفه بود ولی در یوویت حدواسط و به ویژه در یوویت سرتاسری، گرفتاری دوطرفه شایع‌تر بود.

شده بود. براساس نیاز، آزمایش‌های تکمیلی شامل تعیین ANCA، ACE، ANA، HLA، کشت و لام مستقیم خلط، پرتونگاری ساکروایللیاک و سینوس‌ها، نمونه‌برداری از ضایعات پوست و مخاط‌ها و سایر آزمایش‌های لازم انجام شدند. در صورت لزوم، از نظر مشورتی سایر متخصصان به ویژه متخصصان عفونی و روماتولوژی جهت تایید بیماری‌های سیستمیک استفاده شد. تشخیص یوویت و ارتباط آن با بیماری سیستمیک، به عنوان تشخیص قطعی مطرح گردید. اصطلاح ناشناخته به مواردی که علت اختصاصی چشمی یا بیماری سیستمیک زمینه‌ای یافت نمی‌شد، اطلاق گردید. پی‌گیری و تشخیص‌گذاری نهایی بیماران توسط نگارنده انجام شد.

#### یافته‌ها

طی مدت مطالعه، پرونده ۳۲۹ بیمار مورد بررسی قرار گرفت که ۱۵۰ بیمار مرد (۴۵/۶ درصد) و ۱۷۹ بیمار زن (۵۴/۴ درصد) بودند و میانگین سنی آن‌ها ۳۳/۲ سال (از ۱/۵ تا ۷۸ سال) بود. توزیع سنی بیماران در نمودار (۱) ارایه شده است و نشان می‌دهد که حداکثر شیوع (۲۷/۴ درصد) در دهه سوم زندگی بوده است و ۴۶/۶ درصد بیماران بین سنین ۲۰-۳۹ سالگی قرار داشتند. از نظر تقسیم‌بندی آناتومیک، یوویت قدامی (۲۹/۲ درصد)، شایع‌ترین نوع یوویت بود و پس از آن به



نمودار ۱- توزیع درصد فراوانی موارد یوویت براساس سن

جدول ۱- توزیع فراوانی بیماران مبتلا به یوویت براساس ویژگی‌های بیماری، به تفکیک نوع یوویت

ویژگی‌ها	نوع یوویت:	قدامی (n= ۹۶)	خلفی (n= ۷۸)	حدواسط (n= ۶۷)	سرتاسری (n= ۸۸)	جمع (n= ۳۲۹)
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
حاد		۲۴ (۲۵)	۵۱ (۶۵/۴)	۲ (۳)	۴ (۴/۶)	۸۱ (۲۴/۶)
مزم		۵۷ (۵۹/۴)	۱۹ (۲۴/۴)	۶۴ (۹۵/۵)	۸۱ (۹۲)	۲۲۱ (۶۷/۲)
راجعه		۱۵ (۱۵/۶)	۸ (۱۰/۲)	۱ (۱/۵)	۳ (۳/۴)	۲۷ (۸/۲)
گرانولوماتوز		۹ (۹/۴)	۸ (۱۰/۲)	۴ (۶)	۹ (۱۰/۲)	۳۰ (۹/۱)
غیرگرانولوماتوز		۸۷ (۹۰/۶)	۷۰ (۸۹/۸)	۶۳ (۹۴)	۷۹ (۸۹/۸)	۲۹۹ (۹۰/۹)
عفونی		۱۰ (۱۰/۴)	۷۴ (۹۴/۹)	۳ (۴/۵)	۱ (۱/۱)	۸۸ (۲۶/۷)
غیرعفونی		۸۶ (۸۹/۶)	۴ (۵/۱)	۶۴ (۹۵/۵)	۸۷ (۹۸/۹)	۲۴۱ (۷۳/۳)
یک‌طرفه		۷۵ (۷۸/۱)	۷۴ (۹۴/۹)	۱۸ (۲۶/۹)	۲۰ (۲۲/۷)	۱۸۷ (۵۶/۸)
دوطرفه		۲۱ (۲۱/۹)	۴ (۵/۱)	۴۹ (۷۳/۱)	۶۸ (۷۷/۳)	۱۴۲ (۴۳/۲)

فراوانی ۲۹/۵ درصد، دومین عامل یوویت در سنین ۱۶ تا ۶۰ سالگی بود.

جدول ۲- توزیع ۱۷۲ بیمار مبتلا به یوویت براساس میانگین سنی و بیماری‌های سیستمیک همراه، به تفکیک جنس

بیماری سیستمیک	فراوانی		میانگین سنی (سال)
	مرد	زن	
CVD: HLA B <sub>27</sub> +	۶	۳	۲۳/۳
JRA	۱	۲	۱۱
بهجت	۳۰	۳۱	۳۴/۵
پسوریازیس	۰	۱	۴۷
عفونی: توکسوپلاسموز	۲۹	۴۴	۲۵/۱
HSV	۳	۴	۲۳/۳
توکسوکاریازیس	۱	۰	۹
آدنوویروس	۲	۱	۳۹
سل	۰	۳	۴۸
متفرقه: سارکوییدوز	۳	۲	۳۳
VKH	۱	۳	۲۸/۲
MS	۰	۲	۲۵

CVD: collagen vascular disease, JRI: juvenile rheumatoid arthritis, HSV: herpes simplex virus, VKH: Vogt-Koyanagi-Harada syndrome, MS: multiple sclerosis

عامل زمینه‌ای یوویت در ۱۱۷ بیمار (۳۵/۵ درصد) ناشناخته بود. شایع‌ترین عامل ایجاد کننده شناخته شده، توکسوپلاسموز (۲۲/۲ درصد) و سپس بیماری بهجت (۱۸/۶ درصد) بود. از ۳۲۹ بیمار مورد مطالعه، در ۲۱۲ بیمار (۶۴/۵ درصد) تشخیص اختصاصی داده شد (محتمل‌ترین تشخیص به عنوان تشخیص قطعی در نظر گرفته شد) که در ۱۷۲ بیمار (۵۲/۳ درصد) همراهی با یک بیماری سیستمیک مشاهده گردید و ۴۰ مورد (۱۲/۱ درصد) بیماری اختصاصی چشمی داشتند. برای ۳۱ بیمار (۹/۴ درصد موارد) تشخیص اختصاصی چشمی بیماری فوکس هتروکرومیک ایریدوسیکلیت (FHI) گذاشته شد که این بیماران عمدتاً (۷۷/۴ درصد) بین ۲۰-۴۰ سال سن داشتند.

در جدول (۲) توزیع فراوانی و درصد بیماری‌های سیستمیک همراه یوویت‌ها به همراه میانگین سنی و توزیع جنسی آن‌ها آورده شده است و جداول (۳ تا ۶) بیانگر توزیع‌های مختلف علتی بیماران مبتلا به یوویت براساس تقسیم‌بندی آناتومیک می‌باشند.

در سنین زیر ۱۶ سالگی، یوویت حدواسط با فراوانی ۳۹/۵ درصد و یوویت خلفی با شیوع ۳۴/۲ درصد، شایع‌ترین انواع یوویت بودند. در سنین ۱۶ تا ۶۰ سالگی و نیز در سنین بالای ۶۰ سالگی، یوویت قدامی به ترتیب با شیوع ۳۰/۲ درصد و ۴۶/۷ درصد، شایع‌ترین نوع یوویت بودند. یوویت سرتاسری با

جدول ۶- توزیع فراوانی ۸۸ بیمار مبتلا به یوویت سرتاسری

براساس سبب‌شناسی		
سبب‌شناسی	تعداد	درصد
بیماری بهجت	۶۱	۶۹٫۶
VKH	۴	۴٫۵
ناشناخته	۱۶	۱۸٫۲
افتالمی سمپاتیک	۲	۲٫۲
سایتومگالوویروس	۱	۱٫۱
سارکوییدوز	۱	۱٫۱
سندرم Masquerade	۳	۳٫۳
جمع	۸۸	۱۰۰

VKH: Vogt-Koyanagi-Haradn syndrome

جدول ۳- توزیع فراوانی ۹۶ بیمار مبتلا به یوویت قدامی

براساس سبب‌شناسی		
سبب‌شناسی	تعداد	درصد
ناشناخته	۴۲	۴۳٫۷
FHI	۳۱	۳۲٫۳
هرپس سیمپلکس	۷	۷٫۳
HLA B <sub>27</sub> +	۹	۹٫۳
JRA	۳	۳٫۱
آدنووویروس	۳	۳٫۱
پسوریازیس	۱	۱٫۰۴
جمع	۹۶	۱۰۰

FHI: Fuch's heterochromic iridocyclitis, JRA: juvenile rheumatoid arthritis

### بحث

در این مطالعه میانگین سنی افراد مبتلا به یوویت ۳۳٫۲ سال با دامنه ۱٫۵ تا ۷۸ سال بود. در چند مطالعه، میانگین سنی ۳۵ سال گزارش شده است<sup>۵-۷</sup>. در این مطالعه، حداکثر بروز بیماری در دهه سوم و حداقل بروز در دهه هشتم زندگی بود و ۴۶٫۶ درصد بیماران، بین سنین ۲۰ تا ۳۹ سالگی قرار داشتند. در مطالعه Paivonsalo در فنلاند نیز در ۴۴٫۲ درصد موارد، یوویت در سنین ۲۰ تا ۳۹ سال گزارش شده است<sup>۸</sup>. نسبت ابتلای زن به مرد در این مطالعه تفاوت چندانی نداشت (۱٫۱۹ به ۱). سایر مطالعات نیز تفاوت واضحی را در این نسبت نشان نداده‌اند<sup>۷ و ۴</sup>.

در این بررسی، یوویت مزمن (۶۷٫۲ درصد)، یوویت غیرگرانولوماتوز (۹۰٫۹ درصد) و یوویت غیرعفونی (۷۳٫۳ درصد)، شایع‌ترین انواع یوویت بودند. در مطالعه دکتر سهیلیان در تهران نیز یوویت مزمن (۶۲٫۱ درصد)، یوویت غیرگرانولوماتوز (۸۵٫۵ درصد) و یوویت غیرعفونی (۸۳٫۵ درصد)، شایع‌ترین انواع یوویت بودند<sup>۴</sup>. در مطالعه Rodriguez در آمریکا نیز یوویت مزمن (۵۸٫۳ درصد)، یوویت غیرگرانولوماتوز (۷۷٫۷ درصد) و یوویت غیرعفونی (۸۳٫۱ درصد) شایع‌ترین انواع یوویت بودند<sup>۹</sup>.

جدول ۴- فراوانی ۷۸ بیمار مبتلا به یوویت خلفی براساس

سبب‌شناسی		
سبب‌شناسی	تعداد	درصد
توکسوپلاسموز	۷۳	۹۳٫۵
ناشناخته	۱	۱٫۳
بیماری ایلز	۱	۱٫۳
توکسوکاریازیس	۱	۱٫۳
سندرم نکروز حاد شبکیه	۱	۱٫۳
رتینوکورویدوپاتی ببردشات	۱	۱٫۳
جمع	۷۸	۱۰۰

جدول ۵- فراوانی ۶۷ بیمار مبتلا به یوویت حدواسط براساس

سبب‌شناسی		
سبب‌شناسی	تعداد	درصد
ناشناخته	۵۸	۸۶٫۵
سل	۳	۴٫۵
مولتیپل اسکروزیس	۲	۳
سارکوییدوزیس	۴	۶
جمع	۶۷	۱۰۰

درصد)، یوویت خلفی (۲۳/۷ درصد) و یوویت حدواسط (۲۰/۴ درصد) قرار داشتند. در اکثر مطالعات از جمله در عربستان سعودی<sup>۴</sup> و در مطالعه دکتر سهیلیان در تهران<sup>۴</sup> نیز شایع‌ترین نوع یوویت، یوویت قدامی بوده است؛ حتی در مطالعه Paivonsalo در فنلاند نیز یوویت قدامی، ۹۲/۲ درصد موارد را تشکیل می‌داد<sup>۸</sup> اما در مطالعه Wakabayashi در ژاپن، شایع‌ترین نوع یوویت، یوویت خلفی<sup>۱۱</sup> و در مطالعه Merrille در آمریکا، شایع‌ترین نوع یوویت، یوویت سرتاسری<sup>۱۱</sup> گزارش شده است. جدول (۶) الگوهای مختلف توزیع آناتومیک موارد یوویت را در مطالعات مختلف نشان می‌دهد.

در این مطالعه در ۴۳/۲ درصد موارد، گرفتاری دوطرفه بود. در مطالعه دکتر سهیلیان در تهران، در ۴۹/۴ درصد موارد، گرفتاری دوطرفه بود که تفاوت زیادی با مطالعه ما ندارد<sup>۴</sup> اما در مطالعه Rodriguez در آمریکا، این میزان ۵۷/۴ درصد گزارش شده است<sup>۹</sup>. گرفتاری در یوویت قدامی (۷۸/۱ درصد) و یوویت خلفی (۹۴/۹ درصد)، بیش‌تر یک‌طرفه و در یوویت حدواسط (۷۳/۱ درصد) و یوویت سرتاسری (۷۷/۳ درصد)، بیش‌تر دوطرفه بود. در مطالعه Paivonsalo در فنلاند نیز یوویت قدامی و یوویت خلفی بیش‌تر به صورت یک‌طرفه دیده شده‌اند<sup>۸</sup>.

در مطالعه ما شایع‌ترین نوع یوویت، یوویت قدامی (۲۹/۲ درصد) بود و پس از آن به ترتیب یوویت سرتاسری (۲۶/۷

جدول ۶- مقایسه مطالعات مختلف از نظر شیوع انواع آناتومیک یوویت (شیوع به درصد بیان شده است)

انواع یوویت	تحقیق حاضر ۲۰۰۳، اصفهان	سهیلیان تهران <sup>۴</sup> ۲۰۰۱	Wakabayashi ژاپن <sup>۱۱</sup> ۲۰۰۳	Paivonsalo فلاند <sup>۸</sup> ۱۹۹۴	Mercanti ایتالیا <sup>۱۲</sup> ۲۰۰۱	Guex سوئد <sup>۱۳</sup> ۱۹۹۹	Merrille آمریکا <sup>۱۱</sup> ۱۹۹۷
قدامی	۲۹/۲	۳۸/۴	۲۹/۶	۹۲/۲	۵۸/۱	۴۷	۲۵
خلفی	۲۳/۷	۱۸/۶	۳۱/۲	۵/۷	۳۶/۱	۲۱	۲۴
حدواسط	۲۰/۴	۱۷/۶	۶/۹	۱/۳	۲/۹	۱۲	۱۲
سرتاسری	۲۶/۷	۲۵/۴	۳۰/۷	۰/۸	۱۲/۹۸	۲۰	۳۸

۱۰ درصد موارد را تشکیل می‌داد. عامل ۳۵/۵ درصد موارد یوویت، ناشناخته بود که این درصد در مطالعه Michelokis یونان ۲۷/۶ درصد<sup>۷</sup> و در مطالعه دکتر سهیلیان در تهران ۴۲/۸ درصد<sup>۴</sup> گزارش شده است.

شایع‌ترین عامل مولد یوویت در این بررسی، توکسوپلاسموز با فراوانی ۲۲/۲ درصد موارد یوویت بود. در سایر مطالعات نیز توکسوپلاسموز در سبب‌شناسی یوویت سهمی از ۰/۵ تا ۱۷/۴ درصد<sup>۸-۲</sup> داشته است. شیوع توکسوپلاسموز در این مطالعه از سایر مطالعات بیش‌تر بوده است که علت آن ناشی از وفور بیش‌تر آلودگی با انگل توکسوپلاسموز گوندی در شهر اصفهان است.

شایع‌ترین عامل غیر عفونی یوویت در این مطالعه، بیماری بهجت بود (۱۸/۶ درصد) که در مطالعه دکتر سهیلیان در تهران، ۸/۶ درصد کل یوویت‌ها ناشی از بیماری بهجت بودند<sup>۴</sup> و

همان‌گونه که مشخص است، الگوی آناتومیک بیماری در این مطالعه شباهت بیش‌تری با الگوی مشاهده‌شده در مطالعه دکتر سهیلیان در تهران دارد که با توجه به شباهت‌های عمیق محیطی، ژنتیکی و جغرافیایی، این مساله قابل انتظار است. در اصفهان ۶۷/۲ درصد یوویت‌ها روند مزمن داشتند که در مطالعه دکتر سهیلیان در تهران نیز درصد مشابهی ذکر شده است (۶۲/۱ درصد) و هم‌چنین مشابه با آن مطالعه، درصد مزمن شدن در یوویت‌های سرتاسری (۹۲ درصد) و حدواسط (۹۵/۵ درصد) بیش‌تر بود<sup>۴</sup>.

علل غیر عفونی شایع‌ترین عامل ایجاد یوویت در این مطالعه بودند (۷۳/۳ درصد) که در مطالعات مرور شده دیگر نیز همین‌گونه بود<sup>۸-۴</sup>. بیش‌ترین موارد یوویت عفونی در یوویت‌های خلفی (۹۴/۹ درصد) مشاهده گردید، در حالی که در سایر انواع آناتومیک یوویت، یوویت عفونی کم‌تر یا حدود

ناشناخته (۱۸/۲ درصد) بود. در مطالعه دکتر سهیلیان در تهران نیز بیماری بهجت (۴۷ درصد) بیشترین عامل یوویت سرتاسری بوده است.<sup>۴</sup> علت شیوع بیشترین بیماری در اصفهان، احتمالاً به علت ارجاع بیشترین بیماران مبتلا به بیماری بهجت به درمانگاه یووه می‌باشد، در حالی که در تهران، بیماران به مراکز متعددی ارجاع می‌شوند.

بیماری VKH (Vogt-Koyanagi-Harad) با شیوع ۴/۵ درصد، سومین عامل شایع یوویت سرتاسری در این مطالعه بود. در بسیاری از مطالعات مثل مطالعه Das در هند<sup>۱۵</sup> نیز این بیماری شایعترین عامل یوویت سرتاسری گزارش شده است.

در این بررسی سه مورد سندرم Masquerade به علت جداشدگی شبکیه مشاهده شد<sup>۱۹</sup> که هر سه با تشخیص یوویت سرتاسری ارجاع شده بودند. دو بیمار از این دسته مبتلا به بیماری Coat's همراه با جداشدگی سروزی شبکیه و یک بیمار مبتلا به جداشدگی رگماتوزن شبکیه بود.

در این مطالعه، یوویت حدواسط و یوویت خلفی به ترتیب با فراوانی ۳۹/۵ درصد و ۳۴/۲ درصد، شایعترین انواع یوویت در سنین زیر ۱۶ سالگی بودند. در مطالعه دکتر سهیلیان در تهران<sup>۴</sup> نیز یوویت حدواسط با شیوع ۳۸/۳ درصد شایعترین نوع یوویت در این گروه سنی بود اما در مطالعه Paivonsalo در فنلاند<sup>۱۶</sup>، یوویت قدامی و در مطالعه Soylu در ترکیه<sup>۱۷</sup>، یوویت سرتاسری، شیوع بیشتری داشته‌اند. همچنین در این بررسی در سنین ۱۶ تا ۶۰ سالگی و نیز در سنین بالای ۶۰ سالگی، یوویت قدامی به ترتیب با شیوع ۳۰/۲ درصد و ۴۶/۷ درصد، شایعترین نوع یوویت بود. یوویت سرتاسری با فراوانی ۲۹/۵ درصد، دومین عامل یوویت در سنین ۱۶ تا ۶۰ سالگی بود.

به طور کلی، همه‌گیرشناسی یوویت در این مطالعه با سایر مطالعات تفاوت‌هایی دارد؛ از جمله شیوع بیماری‌های فوکس، بهجت و توکسوپلاسموز در این مطالعه بیش‌تر است و همراهی با HLA B<sub>27</sub> و آرتریت روماتوئید جوانان کم‌تر می‌باشد. این الگو شباهت‌هایی با مطالعه دکتر سهیلیان در شهر تهران دارد. پژوهش‌های تکمیلی در سایر مراکز ارجاع یوویت می‌تواند به ترسیم الگوی همه‌گیرشناختی آن در کشور ما کمک کند.

در مطالعه Islam در عربستان، بیماری بهجت عامل ۶/۵ درصد موارد یوویت‌ها بوده است.<sup>۴</sup> گزارش‌های مختلف از سهم سبب‌شناسی این بیماری از ۵ درصد تا ۲۰ درصد متغیر است<sup>۲،۵،۷،۱۴</sup>.

همراهی یوویت با HLA B<sub>27</sub> در این مطالعه، در کل ۳ درصد بود که از اکثر مطالعات کشورهای غربی پایین‌تر است<sup>۲،۵،۷،۱۴</sup> که با توجه به شیوع پایین‌تر بیماری در ایران قابل انتظار است.

شایع‌ترین علت یوویت قدامی در این پژوهش، علت ناشناخته بود که مشابه اکثر مطالعات دیگر است<sup>۲،۴،۶،۷</sup>. ایریدوسیکلیت هتروکرومیک فوکس عامل ۳۲/۳ درصد موارد یوویت قدامی و عامل ۹/۳ درصد کل یوویت‌ها بود که برتری قابل توجهی نسبت به سایر مطالعات دارد<sup>۲،۴،۶</sup>. در مطالعه دکتر سهیلیان در تهران نیز بیماری فوکس در ۱۷/۲ موارد یوویت قدامی گزارش شده است<sup>۴</sup> که وفور بالایی است.

در این بررسی، توکسوپلاسمای عامل ۹۳/۵ درصد موارد یوویت خلفی بود. در مطالعه دکتر سهیلیان در تهران، ۵۴/۵ درصد یوویت‌های خلفی ناشی از توکسوپلاسمای بوده‌اند.<sup>۴</sup> با وجود این که توکسوپلاسموز شایع‌ترین عامل یوویت خلفی در اکثر مناطق دنیا بوده است، اما فراوانی آن از ۵۰ درصد موارد یوویت خلفی بالاتر نرفته است<sup>۲،۴،۷</sup>.

یوویت با علت ناشناخته (پارس‌پلانیت)، شایع‌ترین عامل یوویت حدواسط بود (۸۶/۵ درصد) که مشابه با سایر مطالعات است<sup>۲،۴</sup>. سایر علل شایع یوویت حدواسط در این مطالعه، سارکوئیدوز (۶ درصد) و سل (۴/۷ درصد) بودند. سه مورد بیمار مبتلا به سل در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند (دو بیمار از مهاجران افغان و یک بیمار از عشایر چهارمحال و بختیاری) که هر سه بیمار مبتلا به ویتريت شدید همراه با علایم خفیف التهابی در اتاق قدامی بودند و در هیچ یک، شبکیه درگیر نبود؛ لذا به عنوان یوویت حدواسط در نظر گرفته شدند. در هر سه مورد، درمان ضدسل انجام شد که با بهبود علایم سیستمیک، علایم چشمی نیز بهبود یافتند و عود نیز در طول مطالعه دیده نشد.

شایع‌ترین عامل یوویت سرتاسری در این مطالعه، بیماری بهجت (۶۹/۶ درصد) و بعد از آن یوویت سرتاسری با علت

منابع

- 1- Cunningham E, Crawford B. Uveal tract and sclera. In: Vaughan D, Asbury T, Riordan-Eva P. General Ophthalmology. 5th ed. San Francisco: Appleton & Lange; 1999:142-158.
- 2- American Academy of Ophthalmology. Basic and clinical science course. Section-9: Intraocular inflammation and uveitis. San Francisco: The Academy; 2002-2003:99-177.
- 3- Smith RL, Baarsma GS. *Curr Opin Ophthalmol* 1995. 6(3): 57-61.
- ۴- سهیلیان مسعود، حیدری کیومرث، خسروی جعفری مرجان. اپیدمیولوژی و الگوی ارجاع در بیماران مبتلا به یوویتیت. *مجله چشم پزشکی بینا*؛ شماره ۲: ۹۰-۸۱.
- 5- Torun N, Priem A, Liekfeld H, Baatz C. Epidemiology and referral pattern in a tertiary eye care center. *Ophthalmol Int Med* 1999;33:28-30.
- 6- Islam SM, Tabbara KF. Causes of uveitis at the eye center in Saudi Arabia: a retrospective review. *Ophthalmic Epidemiol* 2002;9:239-249.
- 7- Michelokis ME, Chrysomalakou M, Karavella P, Theodossiadis G, Papadopoulos I, Papaefthmiou E, et al. Clinical patterns of uveitis in a Greek tertiary Eye care center. *Greek Ann Ophthalmol* 1998;1:43-55.
- 8- Paivonsalo-Hietanen T, Vaahtoranta-Lehtonen H, Tuominen J, Saari KM. Uveitis survey at the University Eye Clinic in Turku. *Acta Ophthalmol (Copenh)* 1994;72:505-512.
- 9- Rudriguez A, Calonge M, Pedroza-Seres M, Akova YA, Messmer EM, D'Amico DI, et al. Referral patterns of uveitis in a tertiary eye care center. *Arch Ophthalmol* 1996;114:593-599.
- 10- Wakabayashi T, Morimura Y, Miyamoto Y, Okada AA. Changing patterns of intraocular inflammatory disease in Japan. *Ocul Immunol Inflamm* 2003;11:277-286.
- 11- Merrill PT, Kim J, Cox TA, Betor CC, Mccallum RM, Jaffe GJ. Uveitis in the southeastern United States. *Curr Eye Res* 1997;16:865-874.
- 12- Mercanti A, Parolini B, Benoro A, Lequaglio Q, Tomazzoli L. Epidemiology of endogenous uveitis in north-eastern Italy: Analysis of 655 new cases. *Acta Ophthalmol Scand* 2001;79:64-68.
- 13- Guex-Crosier Y. Epidemiology of uveitis. *Ravue du praticien* 1999;49:1989-1995.
- 14- Hashimoto T, Takeuchi A. Treatment of Behcet's disease. *Curr Opin in Rheumatol* 1992;4:31-34.
- 15- Das D, Biswas J, Ganesh SK. Pattern of uveitis in a referral uveitis clinic in India. *Indian J Ophthalmol* 1995;43:176.
- 16- Paivonsalo -Hietanen T, Tuominen J, Saari KM. Uveitis in children: population-based study in Finland. *Acta Ophthalmol Scand* 2000;78:84-88.
- 17- Soylyu M, Ozdemir G, Anli A. Pediatric uveitis in southern Turkey. *Ocul Immunol Inflamm* 1997;5:197-202.
- 18- Bloch M, Nussen blat R. International uveitis study group recommendations for the evaluation of intraocular inflamatory disease. *Am J Ophhthamol* 1987;103:234-235.
- 19- Devron HC. Intraocular masquerade syndrome. In: Tasman W, Jaeger EA. Duane's clinical ophthalmology. 7th ed. Philadelphia: Lippincott; 1998; Vol. 4; Chap53.