

انسداد سرخرگ مرکزی شبکیه (CRAO)

دکتر محسن شهسواری

چشم پزشکی- متخصص ویرتره و رتین- بیمارستان لپافی نژاد

APD: afferent pupillary defect
CRAO: central retinal artery occlusion
ESR: erythrocyte sedimentation rate
PRP: panretinal photocoagulation
RPE: retin pigment epithelium

آمبولی کلسترولوی دارند ولی انسداد شدیدتری را ایجاد می کنند و منشا آن ها معمولاً از دریچه های قلب است.

بیماری های سیستمیکی که می توانند با CRAO همراه باشند، عبارتند از فشار خون بالای سیستمیک، دیابت، بیماری های قلبی، میگرن، هموگلوبینوپاتی های داسی شکل و بیماری های بافت هم بند و کلاژن. بیماری های چشمی ای که می توانند با CRAO همراه باشند عبارتند از حلقه های سرخرگی اطراف دیسک، دروزن عصب بینایی، افزایش فشار داخل چشمی، توکسوپلاسموز و نوریت عصب بینایی.

در بیماران بالاتر از ۵۵ سال مبتلا به CRAO که آمبولی شبکیه در آن ها وجود ندارد، باید ESR به صورت فوری اندازه گیری گردد تا از نظر آرتریت تمپورال بررسی شوند. میزان هموسیستین خون و سایر عوامل موثر در سیستم انعقادی از قبیل پروتیین C و S و آنتی-ترومبین III در خون باید اندازه گیری شوند؛ به ویژه در افراد جوان که در آن ها بیماری های سیستمیک مشخصی با CRAO همراه نباشند. اندازه گیری عوامل فوق در افراد مسن، باید به شرط نبودن بیماری های سیستمیک مهم و در مرحله بعد صورت گیرد.

در الکترورتینوگرام، ولتاژ موج b کاهش نشان می دهد که نشان دهنده وجود اختلال در کار پاخته های مولر و دو قطبی است ولی موج a که نشان دهنده فعالیت گیرنده های نوری است، تغییری نشان نمی دهد.

در پریمتری، قسمت اعظم میدان بینایی از دست می رود ولی معمولاً یک جزیره قابل ثبت در میدان بینایی در قسمت تمپورال باقی می ماند زیرا کورویید، قسمت نازال شبکیه را تا حدی از نظر جریان خون تامین می کند. در صورت باز بودن سرخرگ سیلیورتینال، مقداری از دید در ناحیه مرکزی باقی می ماند.

انسداد سرخرگ مرکزی شبکیه (CRAO) یکی از فوریت های چشم پزشکی است که در آن، دید چشم ظرف چند ثانیه به طور ناگهانی و بدون هرگونه دردی افت می نماید و باعث مراجعه بیمار می شود. بیمار اغلب سابقه حملات موقت کاهش بینایی به صورت کوری گذرا (Amaurosis fugax) را ذکر می کند.

نکته ای که در معاینه چشم جلب توجه می کند این است که شبکیه، ظاهر سفید مایل به زرد پیدا می کند؛ به جز در منطقه فووا که قرمز رنگ باقی می ماند و به آن لکه قرمز گیلانی (cherry red spot) می گویند. علت وجود لکه قرمز گیلانی این است که شبکیه در ناحیه فووا بسیار نازک است و نازک بودن آن باعث انعکاس رنگ تیره لایه اپی-تلیوم پیگمانته شبکیه (RPE) و کورویید، به صورت قرمز می گردد. چند ثانیه بعد از ظهور انسداد، APD مثبت قابل شناسایی است حتی در زمانی که فرصت برای تغییر رنگ شبکیه کامل نشده است.

یک نکته مهم این است که چنانچه CRAO دوطرفه شده باشد، باید به فکر وجود بیماری های دریچه ای قلب یا آرتریت تمپورال باشیم. دید بیمار در ۹۰ درصد موارد CRAO، بین درک نور تا شمارش انگشتان است. چنانچه درک نور از بین رفته باشد، باید به فکر انسداد جریان خون کوروییدی یا عصب بینایی باشیم، چون عدم درک نور در CRAO معمول نیست.

در حدود ۲۵ درصد بیماران مبتلا به CRAO حاد، سرخرگ سیلیورتینال باز است و باندل پایلوماکولار را مشروب می سازد. در ۲۰ تا ۴۰ درصد بیماران CRAO، آمبولی قابل رویت در سرخرگ شبکیه دیده می شود.

شایع ترین نوع آمبولی، از نوع کلسترولوی است که به صورت نقطه زرد براق دیده می شود و به آن پلاک Hollenhorst می گویند. منشا این آمبولی از رسوبات آترواسکلروتیک در یکی از شاخه های سرخرگی مانند کاروتید یا قوس آئورت و یا بعد از آن می باشد. آمبولی های کلسیفیه معمولاً شیوع کمتری از

درمان با داروهای ضدانعقاد، مورد سوال می‌باشد. استفاده از نیتروگلیسیرین زیرزبانی در مواردی منجر به باز شدن انسداد شریانی در CRAO شده است.

در ۲۰ درصد موارد CRAO، روتوژیس عنیبیه ظاهر می‌شود و استفاده از لیزردرمانی به صورت PRP در این موارد توصیه می‌گردد. در مرحله بعد باید به درمان بیماری‌های زمینه‌ای توجه شود؛ به ویژه، بررسی عروق کاروتید ضروری است و چنانچه اشکال در عروق کاروتید، بیماری قلبی، فشار خون بالا، دیابت و یا بیماری‌های کلاژن در کار باشند، باید درمان مناسب صورت گیرد.

در آنژیوگرافی با فلورسین، تاخیر در عبور جریان خون سرخرگی - سیاهرگی در شبکیه دیده می‌شود ولی پرنشیدن شاخه‌های سرخرگی شبکیه به طور کامل، غیرمعمول است. از نظر درمان، چنانچه بیمار مبتلا به CRAO در ۲۴ ساعت اول مراجعه کند، باید درمان را شروع کرد. روش‌های درمانی اورژانس عبارتند از ماساژ کره چشم، استنشاق مخلوطی از ۹۵ درصد اکسیژن به همراه ۵ درصد دی‌اکسید کربن، پاراسنتز اتاق قدامی و تزریق رتروبولبر داروهای وازودیلاتاتور مانند تولازولین. چنانچه در بررسی، وجود آرتریت تمپورال روشن شود؛ درمان فوری با استروئید سیستمیک باید بدون تاخیر شروع شود. زیرا خطر بروز بیماری در چشم مقابل، حتی در همان ساعات اول وجود دارد.

منابع

- 1- American Academy of Ophthalmology. Basic and clinical science course. Retina and Vitreous. section 12, 2003.
- 2- Clinical descisions in Neuro-ophthalmology. Burde, Savino. Trobe. 2002.
- 3- Sharma S, Brown GC. Retinal artery obstruction. In: Ryan S. Retina. 3rd ed. Vol. 2, 2000.
- 4- Ducker JS. Retinal arterial obstruction. In: Yanoff M, Ducker JS. Ophthalmology 1999.
- 5- Maguire JI. Retina. Yearbook of ophthalmology. 2002.