

Ocular Manifestation of Tuberculosis

Ghasemzadeh F, MD; Shahriari H, MD; Izadi S, PhD

Purpose: To determine the prevalence of ocular involvement in patients with tuberculosis (TB) infection.

Methods: All patients with a new diagnosis of TB who were referred to Zahedan Tuberculosis Center underwent a complete ophthalmic examination. Any cases of known ophthalmic disease or previous ocular involvement were excluded from the study. Prevalence of ocular involvement with 95% confidence interval (95% CI) was calculated.

Results: Out of 444 eyes of 222 TB patients, 19 eyes (4.3%, 95% CI: 2.6-6.6%) of 17 patients (7.7%, 95% CI: 4.5-12.0%) had some ophthalmic lesions ascribable to TB. The most frequent ophthalmic lesions were choroidal tubercles in 4 eyes (21.1%); interstitial keratitis and acute iritis each in 3 eyes (15.8%); chorioretinitis, peripapillary nodule and lid lupus vulgaris each in 2 eyes (10.5%); and retinal vasculitis, vitritis and lateral rectus paresis each in one eye (5.3%). The ocular involvement was unilateral in 88.2%. Multiple logistic regression analysis revealed that only the duration of TB before treatment had direct correlation with ocular involvement (odds ratio= 5.22, 95% CI: 1.57-17.35).

Conclusion: The frequency of ocular involvement in TB in the study population is at least 3 times greater than other countries. Early treatment of TB can reduce ocular involvement and prevent other complications of the disease.

Key Words: tuberculosis (TB), ocular involvement, Iran

- Bina J Ophthalmol 2006; 11 (4): 425-431.

شیوع تظاهرات چشمی سل در بیماران مسلول شهرستان زاهدان در سال ۱۳۸۱

دکتر فرزانه قاسم‌زاده^۱، دکتر حسینعلی شهبازی^۲ و دکتر شاهرخ ایزدی^۳

چکیده

هدف: تعیین فراوانی درگیری چشمی در مبتلایان به انواع مختلف سل در شهرستان زاهدان طی سال ۱۳۸۱. **روش پژوهش:** بیماران مبتلا به انواع مختلف سل که در مرکز هماهنگ‌کننده سل شهرستان زاهدان در سال ۱۳۸۱ به عنوان بیمار جدید تشکیل پرونده می‌دادند؛ جهت بررسی تظاهرات چشمی به بیمارستان چشم‌پزشکی الزهرا (س) مراجعه می‌کردند و توسط یک نفر فلوشیپ ویتره و رتین مورد معاینه کامل چشمی قرار می‌گرفتند. افرادی که هر گونه بیماری شناخته‌شده چشمی قبلی یا سابقه عمل جراحی چشم داشتند و یا کسانی که در معاینه چشم، بیماری چشمی غیرمرتبط با سل داشتند؛ از مطالعه خارج شدند و در افراد واجد شرایط مطالعه، یافته‌های مثبت در معاینه چشم که در زمینه بیماری سل ایجاد شده بود؛ ثبت گردید. شیوع تظاهرات چشمی سل به صورت درصد و نسبت شانس (OR) عوامل موثر در بروز آن‌ها به همراه حدود اطمینان ۹۵ درصد (CI_{۹۵}) محاسبه شدند. یافته‌ها: از مجموع ۴۴۴ چشم از ۲۲۲ بیمار واجد شرایط مطالعه، ۱۹ چشم (۴/۳ درصد، CI_{۹۵} بین ۲/۶-۶/۶ درصد) از

۱۷ بیمار (۷/۷ درصد، CI_{۹۵}: ۱۲/۰-۴/۵ درصد) دارای یافته‌های پاتولوژیک مرتبط با عفونت سل بودند. گرفتاری‌های سلی در ۱۹ چشم گفته‌شده شامل توبرکل مشیمیه در ۴ چشم (۲۱/۱ درصد)؛ کراتیت بینابینی و آیریت حاد هر کدام در ۳ چشم (۱۵/۸ درصد)؛ کوریورتینیت، ندول پری‌پاپیلاری و لوپوس پلکی هر کدام در ۲ چشم (۱۰/۵ درصد) و واسکولیت شبکیه، التهاب زجاجیه و فلج ماهیچه راست خارجی هر کدام در یک چشم (۵/۳ درصد) بودند. درگیری چشمی در ۸۸/۲ درصد موارد یک‌طرفه بود. در تحلیل آماری چندمتغیری، تنها متغیری که با بروز گرفتاری چشمی ارتباط معنی‌داری نشان می‌داد؛ طول مدت ابتلا به سل (بر حسب ماه) قبل از شروع درمان بود (OR=۵/۲۲ و CI_{۹۵}: ۱/۵۷-۱۷/۳۵).

نتیجه‌گیری: تسریع در درمان سل می‌تواند از بروز عوارض چشمی بکاهد. به علاوه، نتایج این مطالعه نشان می‌دهند که فراوانی عوارض چشمی مرتبط با سل در جمعیت تحت بررسی، از بسیاری جوامع مشابه از نظر وضعیت اجتماعی-اقتصادی، بالاتر است و این یافته، اهمیت توجه به عوارض چشمی در مبتلایان به سل را در منطقه ما نشان می‌دهد.

• مجله چشم‌پزشکی بینا ۱۳۸۵؛ دوره ۱۱، شماره ۴: ۴۳۱-۴۲۵.

• پاسخ‌گو: دکتر فرزانه قاسم‌زاده (e-mail: farzaneh1350@yahoo.com)

۱- استادیار- چشم‌پزشک- دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

۲- استادیار- چشم‌پزشک- دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

۳- عضو هیات علمی- PhD اپیدمیولوژی- دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

📧 زاهدان- بیمارستان فوق تخصصی چشم‌پزشکی الزهرا (س)

تاریخ دریافت مقاله: ۳۰ مرداد ۱۳۸۴

تاریخ تایید مقاله: ۳ خرداد ۱۳۸۵

مقدمه

طبق آمار منتشرشده توسط مرکز مدیریت بیماری‌ها در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، میزان بروز سل ریوی اسمیر- مثبت در سال ۱۳۸۱ در ایران، ۸/۲ در صد هزار بود که استان سیستان و بلوچستان با میزان بروز ۳۲/۲ در صد هزار در همان سال، بالاترین میزان را در ایران به خود اختصاص داده بود.^۱ شهرستان زاهدان حدود ۶۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت دارد که نزدیک به ۱۰ درصد آن را پناهندگان افغانی تشکیل می‌دهند. بیش از ۹۰ درصد جمعیت این شهرستان، در شهر زاهدان تمرکز یافته است و باقی جمعیت، در نواحی روستایی ساکنند. پوشش شبکه بهداشت در شهرستان زاهدان در هنگام اجرای طرح، ۶۵ درصد بوده است. بخشی از جمعیت نواحی روستایی (عمدتاً در نواحی مرزی) تنها از طریق تیم‌های سیار مرکز بهداشت زاهدان، خدمات شبکه بهداشت را دریافت می‌نمایند.

بیماریابی و درمان بیماری سل در این استان مطابق رهنمود DOTS (directly observed treatment short-course) انجام می‌پذیرد^۲ و همه آزمایش‌های اسمیر خلط، مراقبت‌های بهداشتی، خدمات پزشکان و کارکنان بهداشتی و داروها به صورت رایگان در اختیار بیماران قرار می‌گیرند. در شهرستان

سل یک بیماری با شیوع جهانی است. فراوانی بیماری سل در ایالات متحده بین سال‌های ۱۹۵۳ تا ۱۹۸۴ از ۸۴۰۰۰ به ۲۴۰۰۰ کاهش پیدا کرد اما از سال ۱۹۸۴، طی ۵ سال، حدود ۱۶ درصد افزایش یافت.^۱ علت افزایش شیوع بیماری سل در سال‌های اخیر، افزایش تعداد افراد آلوده به HIV می‌باشد.^۲

با وجود استفاده از ابزار مولکولی بسیار حساسی مثل PCR (polymerase chain reaction) برای تشخیص میکوباکتریوم توبرکولوزیس، تشخیص سل چشمی هم‌چنان به عنوان یک موضوع قابل بحث، باقی مانده است.^{۳،۴} تشخیص، اغلب در فقدان نمونه‌برداری چشمی و به طور فرضی است^۳ و از آن‌جا که بدون گرفتن تایید آزمایشگاهی (کشت یا اسمیر) صورت می‌گیرد؛ یک تشخیص قطعی به شمار نمی‌رود.^۵

سل چشمی نادر است و ۱/۴ درصد بیماران مبتلا به سل فعال را درگیر می‌کند^۶ اما امروزه به دلیل افزایش روزافزون مبتلایان به ایدز، گرفتاری چشمی ناشی از سل نیز روز به روز بیش‌تر می‌شود. در مقالات و کتاب‌های مرجع، بیش‌تر موارد آلودگی چشمی ذکر شده، در بیماران مبتلا به ایدز می‌باشد^{۷،۸}.

و آزمون‌های آماری مربع کای و نسبت شانس (OR: odds ratio) نیز انجام شد و حدود اطمینان ۹۵ درصد ($CI_{1/95}$) برای شیوع و OR محاسبه گردید. نظر به کم بودن فراوانی عوارض در برخی گروه‌ها، بیش‌تر تحلیل‌ها با استفاده از روش‌های آماری Exact انجام شدند. علاوه بر این، روش رگرشن لوجستیک نیز برای بررسی‌های چندمتغیری مورد استفاده قرار گرفت. در تفسیر نتایج، کلیه مقادیر P کم‌تر از ۰/۰۵ از نظر آماری با اهمیت در نظر گرفته شدند.

یافته‌ها

بیماران شامل ۱۰۰ زن و ۱۲۲ مرد با میانگین سنی $45/6 (\pm 18/4)$ سال بودند. جوان‌ترین و پیرترین بیماران به ترتیب ۸ سال و ۸۱ سال سن داشتند. جدول (۱) برخی از خصوصیات مهم جمعیت مورد مطالعه را به تفکیک وجود عارضه چشمی نشان می‌دهد.

از ۲۲۲ بیمار، ۱۷ نفر (۷/۷ درصد و $CI_{1/95}$ بین ۴/۵-۱۲/۰ درصد) در معاینه، یافته‌های پاتولوژیک ابتلا به سل چشمی را نشان دادند که شامل ۹ مرد (۵۲/۹ درصد) و ۸ زن (۴۷/۱ درصد) بودند. دو نفر درگیری دوچشمی داشتند و در مجموع ۱۹ چشم از ۴۴۴ چشم (۴/۳ درصد و $CI_{1/95}$ بین ۲/۶-۶/۶ درصد) دچار درگیری سلی بودند. از این تعداد، ۱۰ چشم (۵۲/۶ درصد) درگیری سگمان خلفی، ۶ چشم (۳۱/۶ درصد) درگیری سگمان قدامی، دو چشم درگیری پوستی (۱۰/۵ درصد) و یک چشم درگیری ماهیچه‌ای (۵/۳ درصد) داشتند. این ضایعات به تفصیل در جدول (۲) ارائه شده‌اند. فلج ماهیچه راست خارجی، به دنبال مننژیت سلی روی داده بود.

در ۱۲ مورد (۶۳/۲ درصد) چشم چپ و در ۷ مورد (۳۶/۸ درصد) چشم راست درگیر بود. ماهیت درگیری چشمی در ۱۱ مورد (۵۷/۹ درصد) مزمن، در ۶ مورد (۳۱/۶ درصد) حاد و در ۲ مورد (۱۰/۵ درصد) عودکننده بود.

تنها متغیری که با بروز درگیری سلی چشم ارتباط داشت؛ مدت زمان ابتلا به سل قبل از شروع درمان ضد سل بود. به طوری که با افزایش هر یک ماه به طول مدت ابتلا به سل قبل از شروع درمان، احتمال بروز درگیری چشمی $5/2$ برابر می‌شد ($OR=5/22$ و $CI_{1/95}: 1/57-17/35$).

زاهدان، یک مرکز هماهنگ‌کننده فعالیت‌های ضد سل مشغول به کار است که اطلاعات موارد مشکوک به سل در شهرستان را ثبت و پی‌گیری می‌کند و سایر مراکز بهداشتی شهری و روستایی و پایگاه‌های بهداشتی شهرستان نیز با هماهنگی همین مرکز، خدمات تشخیصی-درمانی و نظارت و پی‌گیری درمان را ارائه می‌دهند. وضعیت استان سیستان و بلوچستان از نظر بیماری سل و عدم اطلاع از وضعیت چشمی این بیماران، در کنار وجود امکانات لازم در شهرستان زاهدان، ما را بر آن داشت تا این تحقیق را انجام دهیم.

روش پژوهش

دوره زمانی انجام مطالعه ۱۲ ماه کامل بود و کل مطالعه در سال ۱۳۸۱ اجرا شد. در اجرای این مطالعه، مرکز هماهنگ‌کننده فعالیت‌های ضد سل شهرستان، موارد جدید سل در سال ۱۳۸۱ را پس از تشکیل پرونده، برای بررسی از نظر عوارض چشمی به مرکز چشم‌پزشکی الزهرا معرفی می‌کرد تا به صورت رایگان توسط یک نفر فوق تخصص ویتره و رتین مورد بررسی و معاینه کامل چشمی قرار گیرند. معاینات چشمی عبارت بودند از تعیین حدت بینایی، معاینه خارجی چشم و معاینه سگمان قدامی و خلفی.

طبق تعاریف مورد استفاده در رهنمود DOTS^۷، مورد جدید سل به بیماری اطلاق می‌شود که در گذشته هیچ‌گاه درمان ضد سل دریافت ننموده و یا سابقه مصرف داروهای ضد سل در او کم‌تر از ۴ هفته بوده باشد.

پس از انجام معاینه چشم، بیمارانی که دچار بیماری شناخته‌شده چشمی قبلی بودند یا قبلاً تحت عمل جراحی چشم قرار گرفته بودند و یا مبتلا به بیماری‌های سیستمیک دارای عوارض چشمی بودند (نظیر دیابت)؛ از مطالعه حذف می‌شدند. بر این مبنا، از کل ۳۲۰ بیمار جدید مبتلا به سل معرفی شده به مرکز چشم‌پزشکی الزهرا در سال ۱۳۸۱، ۲۲۲ بیمار (۴۴۴ چشم) وارد مطالعه شدند.

داده‌های حاصل از مشاهدات، پس از طبقه‌بندی، با استفاده از نرم‌افزارهای آماری SPSS، نگارش نهم و Stata نگارش ششم مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. ضمن ارائه آمار توصیفی، تحلیل نتایج با استفاده از روش‌های آماری بررسی روند خطی ارتباط بین متغیرها (linear by linear association)

جدول ۱- مشخصات بیماران مبتلا به سل شهرستان زاهدان بر حسب وجود عارضه چشمی

تعداد (درصد)		
فاقد عارضه چشمی (n=۲۰۵)	دچار عارضه چشمی (n=۱۷)	ویژگی‌های بیماران
۹۱ (۴۴/۴)	۹ (۵۲/۹)	جنس: مذکر
۱۱۴ (۵۵/۶)	۸ (۴۷/۱)	مونت
۷ (۳/۴)	۱ (۵/۹)	سن (سال): ≤۱۵
۴۹ (۲۳/۹)	۳ (۱۷/۷)	۱۶-۳۰
۴۳ (۲۱/۰)	۴ (۲۳/۵)	۳۱-۴۵
۹۳ (۴۵/۴)	۹ (۵۲/۹)	۴۶-۷۰
۱۳ (۶/۳)	.	>۷۰
۱۵۲ (۷۴/۱)	۱۱ (۶۴/۷)	تحصیلات: بی‌سواد
۲۸ (۱۳/۷)	۲ (۱۱/۸)	ابتدایی
۲۵ (۱۲/۲)	۴ (۲۳/۵)	بالا تر از ابتدایی
۱۵۳ (۷۴/۶)	۱۲ (۷۰/۶)	ملیت: ایران
۵۲ (۲۵/۴)	۵ (۲۹/۴)	افغانی
۱۲۲ (۵۹/۵)	۱۳ (۷۶/۴)	منطقه زندگی: شهر
۶۱ (۲۹/۸)	۲ (۱۱/۸)	حومه شهر
۲۲ (۱۰/۷)	۲ (۱۱/۸)	روستا
۳۲ (۱۵/۶)	۳ (۱۷/۷)	طول مدت ابتلا به سل (ماه): ≤۱
۴۷ (۲۲/۹)	۲ (۱۱/۸)	۱ تا >۲
۴۵ (۲۱/۹)	۶ (۳۵/۳)	۲ تا >۳
۲۸ (۱۳/۷)	۲ (۱۱/۸)	۳ تا >۴
۵۳ (۲۵/۹)	۴ (۲۳/۳)	>۴

بحث

در این مطالعه، تظاهرات چشمی سل در مبتلایان به بیماری مذکور، براساس چشم ۴/۳ درصد و براساس فرد ۷/۷ درصد بود در حالی که در کتاب‌های مرجع موجود، درگیری چشمی در ۱/۴ درصد موارد ذکر شده است^۱. البته آمار متفاوتی در این مورد گزارش شده است. در یک مطالعه روی الگوی یوویت در کلینیک‌های چشم‌پزشکی ارجاعی در هندوستان، از ۱۲۷۳ فرد مبتلا به یوویت، تنها در ۵ مورد، یوویت با روش‌های میکروشناسی تایید شد^۲. در گزارشی دیگر در مورد بیماران مبتلا به ایدز نیز از ۱۰۵۸ بیمار مبتلا به ایدز، تنها در ۵ مورد سل چشمی مشاهده شد و ذکر گردید که اگرچه در هندوستان، سل شایع‌ترین عفونت فرصت طلب حمله‌کننده به

جدول ۲- توزیع فراوانی ضایعات سلی در ۱۹ چشم دچار درگیری سلی در بیماران مسلول شهرستان زاهدان

ضایعه چشمی	تعداد	درصد
توبرکل مشیمیه	۴	۲۱/۱
آیریت حاد	۳	۱۵/۸
کراتیت بینابینی	۳	۱۵/۸
کوربورتینیت	۲	۱۰/۵
ندول پری‌پاپیلاری	۲	۱۰/۵
لوپوس و لگاریس پلک	۲	۱۰/۵
واسکولیت شبکیه	۱	۵/۳
التهاب زجاجیه (snow ball)	۱	۵/۳
فلج ماهیچه راست خارجی	۱	۵/۳

بیماران آلوده به HIV است اما سل چشمی را عارضه ای نادر برآورد کردند.^۹

در مطالعه‌ای در هند بر روی ۴۶ بیمار مبتلا به ایدز، ۴ بیمار (۸/۶ درصد) تظاهرات چشمی سل را نشان دادند.^{۱۰} در مطالعه دیگری که در مادرید اسپانیا انجام شد؛ از ۱۰۰ بیمار دچار سل، معاینات کامل چشمی به عمل آمد و در ۱۸ بیمار، تظاهرات چشمی دیده شد که از این ۱۸ بیمار، ۱۱ نفر عفونت HIV داشتند.^{۱۱} هم‌چنین آمار بالایی از درگیری چشمی در بیماران مبتلا به سل منتشر در هند ذکر شده است و از ۲۴ بیماری که در بخش ICU با تشخیص سل منتشر و سپسیس ناشی از سل بستری بودند؛ ۶ بیمار (۲۵ درصد) تظاهرات چشمی داشتند.^{۱۲}

در اکثر کشورهای توسعه‌یافته، با توجه به این که بیماری سل در چند دهه گذشته رو به کاهش بود^۱ و از طرفی، ابتلا به بیماری سل، به دلیل شرایط فرهنگی خاص این کشورها، سریع‌تر تشخیص داده می‌شود و درمان زودتر آغاز می‌گردد؛ آمار درگیری چشمی سل پایین است. اما در کشور ما که از زمان‌های قدیم، بیماری سل یک بیماری تقریباً اندمیک بوده و شیوع بالایی داشته است و به ویژه در استان سیستان و بلوچستان، به دلیل هم‌جواری با کشورهای افغانستان و پاکستان که آن‌ها نیز موارد زیادی بیمار مبتلا به سل دارند^{۱۳،۱۴}؛ به رغم وجود روش‌های تشخیصی پیش‌رفته نظیر PCR، روز به روز به موارد مقاوم به درمان این بیماری، افزوده می‌شود و ریشه‌کنی این بیماری تقریباً غیر ممکن شده است. به دلیل فقر اقتصادی و فرهنگی بیماران، چه بیماران ایرانی و چه مهاجران، مراجعه جهت تشخیص و درمان دیرتر صورت می‌گیرد^{۱۵} که یکی از علل بیش‌تر بودن تظاهرات چشمی بیماری سل در این مطالعه را نیز می‌توان به این موارد مربوط دانست.

بیش‌تر درگیری در سل، در سگمان خلفی است.^۶ به طور معمول، شایع‌ترین درگیری چشمی در بیماران مبتلا به سل ریوی و سیستیک، کوروییدیت است.^۵ یافته‌های چشمی شایع در بیماران مبتلا به سل عبارتند از اسکلتیت (با یا بدون سوراخ‌شدگی صلبیه)، توده‌های اگزوداتیو در اتاق قدامی، آیریت حاد یا مزمن (با یا بدون ندول)، گرانولومای جسم مژگانی، یووویت محیطی، توبرکل مشیمیه، آبسه زیرشبکیه‌ای، واسکولیت شبکیه، توده شبکیه‌ای، نورگ‌زایی زیرشبکیه‌ای،

انسداد سیاهرگ مرکزی شبکیه، اندوفتالمیت و پان‌افتالمیت^{۱۶}. هم‌چنین در ۵۰ سال گذشته، سل به عنوان یکی از علل یووویت شناخته شده است.^۷

به طور کلی، از آن‌جا که گرفتن نمونه‌های لازم برای اثبات میکروبی‌شناختی درگیری چشم مقدور نیست؛ در اغلب موارد، محقق ناچار است که براساس معیارهای بالینی قضاوت نماید. در مطالعه‌ای که به این شیوه بر روی الگوی یووویت در کلینیک‌های ارجاعی چشم‌پزشکی هند بر روی ۱۲۳۳ بیمار انجام شد؛ سل، شایع‌ترین علت عفونی ابتلا به یووویت شناخته شد (۱۲۵ بیمار). شکل ابتلا در ۴۸ بیمار به صورت یووویت قدامی و در ۴۷ بیمار به صورت پان‌یووویت بود.^{۱۷}

در مطالعه ما از ۱۹ چشم مبتلا، ۱۰ چشم (۵۲/۶ درصد) درگیری سگمان خلفی و ۶ چشم (۳۱/۶ درصد) درگیری سگمان قدامی داشتند که تقریباً مشابه با موارد ذکرشده در کتاب‌های مرجع می‌باشد^{۱۶}. هم‌چنین، در مطالعه حاضر، توبرکل مشیمیه شایع‌ترین یافته بود که مطابق با موارد گزارش‌شده در یافته‌های قبلی است.^۶

در یک مقاله مروری در مورد سل چشمی، کوروییدیت به عنوان شایع‌ترین تظاهر سل چشمی در مبتلایان به سل ریوی معرفی شد.^{۱۸} در مقاله مزبور، ذکر شده است که سل شبکیه معمولاً و نه همیشه، ثانویه به درگیری مشیمیه زیرین است و این که، هم درگیری چشمی و هم درگیری حذقه‌ای، معمولاً یک‌طرفه هستند. طبق یافته‌های این مقاله مروری، اختصاصی بودن آزمون پوستی توبرکولین برای سل، با افزایش واکنش پوستی و سابقه تماس با فرد مبتلا به سل فعال افزایش می‌یابد. در یک مطالعه بر روی ۴۶ بیمار مبتلا به ایدز (۹۲ چشم)، از ۱۷ بیمار دارای شواهد ابتلا به سل ریوی، ۴ نفر یافته‌هایی دال بر ابتلای چشمی داشتند. در سه نفر از این بیماران، عارضه به صورت توبرکل مشیمیه و در یک نفر به صورت کوروییدیت بود. در همه این موارد، درگیری یک‌طرفه بود.^{۱۱}

در مطالعه ما، کورویورتنیت، ندول پری‌پاپیلاری، لوپوس ولگاریس پلک (هر یک ۱۰/۵ درصد)، واسکولیت شبکیه، التهاب زجاجیه و فلج ماهیچه راست خارجی به دنبال مننژیت سلی (هر یک ۵/۳ درصد)، موارد جدیدی هستند که تاکنون اشاره‌ای در مطالعات قبلی به آن‌ها نشده است.

می‌یابد ولی موفق به یافتن مطالعه‌ای نشدیم که به این موضوع پرداخته باشد.

در بسیاری از بیماران مبتلا به سل، به دلیل درگیری عضو اصلی مثل ریه یا مغز یا دیگر اعضا، به درگیری چشمی توجه نمی‌شود و به ویژه این که پس از درمان بیماری زمینه‌ای، اکثر تظاهرات چشمی نیز بدون آن که شناخته شوند؛ بهبود می‌یابند. ولی با دقت بیشتر می‌توان موارد ابتلای چشمی را یافت و هم‌زمان با درمان سیستمیک، آن را هم پی‌گیری نمود تا از عوارض احتمالی بعدی پیش‌گیری گردد. البته نیاز به مطالعات گسترده‌تر در این زمینه وجود دارد. از طرفی می‌توان به متخصصان عفونی آموزش داد تا یکی از سوالاتشان در ارتباط با بیماری سل، در مورد علائم چشمی باشد تا در هنگام نیاز، به چشم‌پزشک ارجاع شوند و در صورت ابتلای چشمی، درمان اختصاصی بیماری چشمی نیز صورت گیرد.

سپاس‌گزاری

از پزشکان و کارکنان محترم مرکز هماهنگ‌کننده سل شهرستان زاهدان که از هیچ‌گونه همکاری در طول این مطالعه دریغ نوزیدند و بدون کمکشان انجام مطالعه امکان‌پذیر نبود؛ تشکر و قدردانی می‌گردد.

در یک مقاله گزارش موردی، در یک فرد ۶۱ ساله، تنها یافته به نفع ابتلا به سل چشمی، CME (ادم سیستوئید ماکولا) بود که به درمان ضد سل نیز به خوبی جواب داد و محقق نتیجه گرفت که در مشاهده چنین علامتی باید به فکر سل نیز بود.^۹ در مطالعه ما چنین یافته‌ای مشاهده نشد.

در مطالعه دیگری بر روی ۱۰۰ بیمار که ابتلا به سل سایر نقاط بدن در آن‌ها از طریق کشت ثابت شده بود؛ در ۱۸ نفر عوارض چشمی به ثبت رسید. معیار تشخیصی گرفتاری سل چشمی در آن مطالعه نیز شواهد بالینی بود. در آن مطالعه نیز میزان بروز گرفتاری چشمی، بالا برآورد گردید و سل ارزنی، هم در افراد HIV- مثبت و هم در افراد HIV- منفی، به عنوان مهم‌ترین عامل مستعدکننده مطرح شد.^{۱۱}

در مطالعه‌ای دیگر در یک جامعه غیراندیمیک در انگلستان، طی یک سال، ۱۲ مورد مبتلا به یوویت سلی مشاهده شد که همه موارد دارای سیری مزمن یا راجعه بودند و خیلی خوب به درمان ضد سل پاسخ دادند. در مطالعه مزبور روی اهمیت آزمون توبرکولین به عنوان آزمون کمک‌تشخیصی تاکید شده است.^{۲۰}

در مطالعه حاضر دریافتیم که هر چه طول مدت ابتلا به سل بیشتر باشد یا به عبارتی زمان ابتلا به سل تا شروع درمان طولانی‌تر باشد؛ احتمال ابتلا به تظاهرات چشمی سل افزایش

منابع

- 1- Saltmarsh NR. Tuberculosis head and neck infection. *Researches Clarify Epidemiology*. 2001;June 19th.
- 2- Martin S. TB/HIV co-infection: presumed ocular and central nervous system tuberculosis in patients with the acquired immunodeficiency syndrome. *Aids Weekly Plus* 1996;Mar:41-45.
- 3- Bodaghi B, Lettoang P. Ocular Tuberculosis. *Curr Opin Ophthalmol* 2000;11:443-448.
- 4- Beare NAV, Kublin JG, Lewis DK, Schijffelen MJ. Ocular disease in patients with tuberculosis and HIV presenting with fever in Africa. *Br J Ophthalmol* 2002;86:1076-1080.
- 5- Bodaghi B, Lettoang P. Ocular tuberculosis. *Curr Opin Ophthalmol* 2000;11:443-448.
- 6- Rayan SJ. *Retina*. 3rd ed. Singapore: Mosby; 2001.
- 7- راهنمای کشوری مبارزه با سل، مصوب کمیته فنی کشوری مبارزه با سل. تهران: انتشارات مرکز مدیریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۸۱.
- 8- Biswas J, Narain S, Das D, Ganesh SK. Pattern of uveitis in a referral uveitis clinic in India. *Indian J Ophthalmol* 2004;52:345-346; author reply 346-347.
- 9- Thompson MJ, Albert D. Ocular tuberculosis. *Arch Ophthalmol* 2005;123:844-846.
- 10- Metha S, Gilada IS. Ocular tuberculosis in acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Ocul Immunol Inflamm* 2005;13:87-89.
- 11- Bouza E, Merin OPP, Munoz P, Sanchez-Carrillo C, Yane ZJ, Cortes C. Ocular tuberculosis. A prospective study in general hospital medicine (Baltimore). 1997;76:53-61.

- 12- Thornton L. Ocular TB not uncommon in southern India. Atlanta: 1998;4-10.
- 13- Sedaghat A. Subclinical infection with mycobacteria in southern Iran. Pahlavi Med J 1977;8:393-406.
- 14- Askarian M, Karimi A, Sedaghi-Hassanabadi A. Tuberculosis among never- Jailed drug abusers. East Mediterr Health J 2001;7:461-464.
- 15- Habramand AR, Valayati AA, Bakaye VVV. Treatment monitoring and prevalence of drug resistance tuberculosis patients in Tehran. Int J Tubere Lung Dis 2000;4:544-549.
- 16- Helms S. Ocular tuberculosis. Surv Ophthalmol 1993;38:229-256.
- 17- Singh R, Gupta V, Gupta A. Pattern of uveitis in a referral eye clinic in north India. Indian J Ophthalmol 2004;52:121-125.
- 18- Helm CJ, Holland GN. Ocular Tuberculosis. Surv Ophtalmol 1993;229-256.
- 19- Torres RM, Calonge M. Macular edema as the only ocular finding of tuberculosis. Am J Ophthalmol 2004;138:1048-1049.
- 20- Varma D, Anand S, Reddy AR, Das A, Watson JP, Currie DC, et al. Tuberculosis: an under-diagnosed aetiological agent in uveitis with an effective treatment. Eye 2005; Oct 7; [Epub ahead of print]

Archive of SID