

مقاله تصویری (Photo Essay)

دکتر ناصر شعبی: فلوشیپ زجاجیه و شبکیه- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دکتر سیمک مرادیان: استادیار- چشم پزشکی- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دبیر مسوول: دکتر مسعود سهیلیان- استاد- چشم پزشکی- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

سندرم نکروز حاد شبکیه

با توجه به یافته‌های بالینی و سیر بیماری، تشخیص سندرم نکروز حاد شبکیه (ARN) مطرح شد. آسیکلوویر داخل سیاهرگی به میزان 1500 mg/m^2 روزانه، در سه دوز منقسم به مدت ۱۰ روز تجویز گردید. آسپیرین به میزان ۵۰۰ میلی‌گرم در روز، هم‌زمان با آسیکلوویر و پردنیزولون خوراکی به مقدار 1 mg/kg در روز، ۴۸ ساعت پس از شروع آسیکلوویر تجویز گردید. لیزر محدودکننده (barrier laser) ضایعات شبکیه در دو چشم انجام شد. به تدریج میزان التهاب داخل چشمی در هر دو چشم کاهش یافت. نواحی رتینیت فعال در چشم چپ، پس از ۱۵ روز ناپدید شدند. چشم راست در هفته سوم پس از شروع درمان دچار جداشدگی کششی و رگماتوزن شبکیه گردید که تحت عمل جراحی ویتراکتومی+ روغن سیلیکون قرار گرفت.

بحث

سندرم نکروز حاد شبکیه یا رتینیت نکروزان هرپسی، با رتینیت حاد نکروزان، ویتريت و آرتريت شبکیه مشخص می‌شود. در بعضی موارد، نوروپاتی عصب بینایی نیز ایجاد می‌گردد. نواحی رتینیت به شکل چندین ناحیه زرد سفید عمیق در محیط شبکیه شروع می‌شوند و به تدریج به یکدیگر می‌چسبند. معمولاً قطب خلفی درگیر نمی‌شود. در آرتریولیت، خون‌ریزی دور عروقی، ارتشاح اطراف عروق و انسداد عروق انتهایی ایجاد می‌گردد.^۱

شروع دوطرفه بیماری در ۲۰ درصد بیماران دیده می‌شود. در مواردی که شروع بیماری دوطرفه نباشد؛ درگیری چشم دوم بسیار شایع است که معمولاً طی ۶ هفته ظاهر می‌گردد؛ البته گاه تا ۳۴ سال نیز به تاخیر می‌افتد. با کاهش میزان رتینیت، گاه پارگی‌های بزرگ در شبکیه (معمولاً در ناحیه مرز بین

معرفی بیمار

مرد ۵۰ ساله‌ای با سابقه کاهش دید همراه با درد خفیف در چشم راست از ۲۵ روز قبل و کاهش دید چشم چپ از حدود ۱۰ روز پس از چشم راست، به مرکز پزشکی لبافی‌نژاد ارجاع گردید. کاهش دید در هر دو چشم به تدریج پیش‌رونده بوده است. وی سابقه بیماری سیستمیک یا چشمی خاصی را ذکر نمی‌کرد؛ سابقه جراحی نیز نداشت.

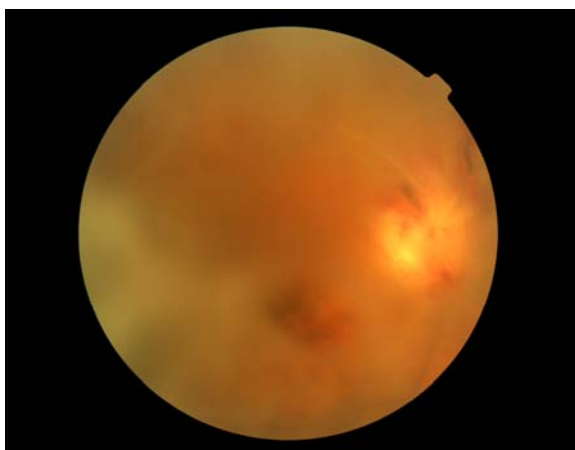
در معاینه چشمی، دید چشم راست در حد درک حرکت دست و دید چشم چپ در حد ۵/۱۰ بود، مارکوس‌گان منفی و فشار هر دو چشم در حد طبیعی بود. در معاینه سگمان قدامی با اسلیت‌لمپ، در چشم راست، یاخته در حد 3^+ در اتاق قدامی و در حد 4^+ در زجاجیه قدامی وجود داشت و عدسی شفاف بود. در معاینه چشم چپ، یاخته در حد 1^+ در اتاق قدامی و در حد 3^+ در زجاجیه قدامی وجود داشت و عدسی شفاف بود. نمای ته چشم راست و چپ در تصاویر (۳-۱) ارایه شده‌اند. در چشم راست، التهاب شدید زجاجیه، وسکولیت شبکیه، نواحی رتینیت و درگیری عصب بینایی مشهود بود و در چشم چپ، نواحی رتینیت در قسمت محیطی شبکیه دیده می‌شد.

آزمایش‌های بیوشیمی خون، CBC و کارکرد کلیه، طبیعی گزارش شدند و آنتی‌بادی ضد HIV منفی بود. سایر آزمایش‌ها به شرح ذیل بودند: $CD_{4+} \text{ Lymph} = 30$ (طبیعی: ۶۲-۳۰)، $CD_{8+} \text{ Lymph} = 18$ (طبیعی: ۳۶-۲) و $CD_{4/CD_{8}} = 1/66$ (طبیعی: ۱-۲).

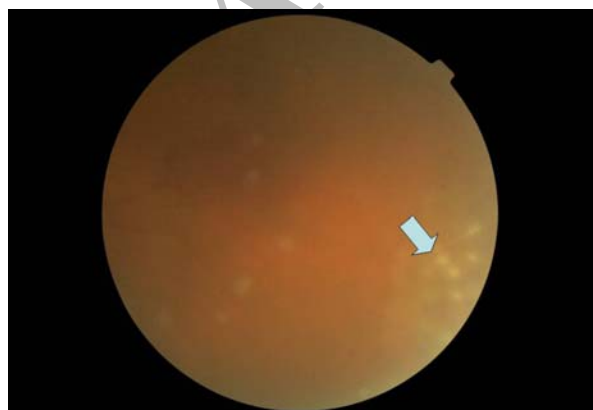
در نمونه گرفته‌شده از زلالیه، PCR از لحاظ ویروس هرپس سیمپلکس (HSV) و ویروس واریسلا زوسترا (VZV) منفی گزارش شد. در MRI مغز و کاسه چشم، یافته پاتولوژیک خاصی گزارش نشد.

،(valacyclovir) (prodrugs of acyclovir) مانند والاسیکلوویر (valacyclovir)، جذب گوارشی بالایی دارند و می‌توانند برای پیش‌گیری از درگیری چشم دوم به کار روند. به تازگی استفاده از آسیکلوویر خوراکی به تنهایی، در درمان ARN توصیه شده است.^۲

پارگی شبکیه و نیز ویتریورئینوپاتی پرولیفراتیو ثانوی به آن می‌تواند منجر به پارگی رگماتوزن و کششی شبکیه گردد؛ بنابراین لیزر پیش‌گیرانه در ناحیه خلف نواحی رتینیت، توصیه شده است. البته لیزردرمانی نمی‌تواند پیش‌رفت رتینیت را محدود کند و گاه نیاز به تکرار لیزردرمانی می‌باشد. در صورت ایجاد جدادگی شبکیه، درمان استاندارد ویتروکتومی همراه یا بدون تامپوناد داخلی، قابل انجام است.



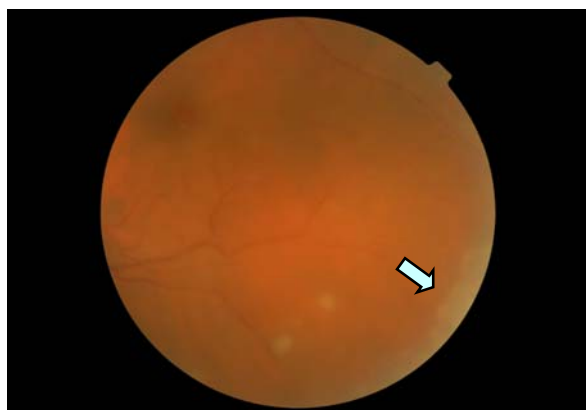
تصویر ۱- چشم راست بیمار با رتینیت، آرتیولیت و درگیری عصب بینایی



تصویر ۳- چشم چپ: لیزر محدودکننده در خلف ناحیه رتینیت (پیکان)

شبکیه سالم و نکروزه) ایجاد می‌شود. بیش‌ترین خطر جدادگی شبکیه در هفته ۸ تا ۱۲ بعد از شروع بیماری می‌باشد. علت ARN، ویروس‌های خانواده هرپس، مانند HSV، VZV و سیتومگالوویروس (CMV) می‌باشند. معیارهای تشخیصی انجمن یوویت امریکا شامل موارد زیرند^۳:

(۱) یک یا چند ناحیه نکروزه با حاشیه مشخص در محیط شبکیه
 (۲) گسترش سریع بیماری در غیاب درمان
 (۳) گسترش محیطی بیماری در شبکیه
 (۴) علایم وسکولوپاتی انسدادی و درگیری شریانچه‌ها
 (۵) پاسخ التهابی قابل توجه در زجاجیه و اتاق قدامی
 تشخیص‌های افتراقی عبارتند از رتینوپاتی CMV، سیفلیس، توکسوپلاسموز، لنفوما، رتینیت باکتریایی یا قارچی، (punctate outer retinal necrosis) PORN و بیماری‌های روماتولوژیک. در موارد مشکوک، PCR نمونه زجاجیه، به تشخیص قطعی کمک می‌کند. درمان ARN پیچیده است. آسیکلوویر داخل سیاهرگی به میزان 1500 mg/m^2 در روز به مدت ۱۰-۵ روز و سپس ادامه درمان به صورت خوراکی تا ۶ هفته پس از شروع عفونت توصیه می‌شود. کورتیکواستروئید خوراکی، ۴۸-۲۴ ساعت پس از شروع آسیکلوویر، در کاهش التهاب داخل چشمی موثر است. افزایش تجمع پلاکتی در موارد ARN دوطرفه گزارش شده است؛ لذا مصرف آسپیرین نیز گاه توصیه می‌شود. نقش آسیکلوویر خوراکی در کاهش خطر درگیری چشم مقابل، مورد بحث است. آسیکلوویر خوراکی ممکن است به علت جذب پایین گوارشی، به سطح سرمی لازم نرسد اما داروهای جدید



تصویر ۲- چشم چپ: ناحیه رتینیت (پیکان) در محیط شبکیه نشان داده شده است.

منابع

- 1- Urayama A, Yamada N, Sasaki T. Unilateral acute uveitis with retinal periarteritis and detachment. *Jpn J Clin Ophthalmol* 1971;25:607-619.
- 2- Holland GN. Standard diagnostic criteria for the acute retinal necrosis syndrome. Executive Committee of the American Uveitis Society. *Am J Ophthalmol* 1994;117:663-667.
- 3- Pepose JS, Van Gelder RN. Acute retinal necrosis syndrome. In: Ryan SJ, editors. *Retina*. Philadelphia: Mosby; 2006: 1673-1681.
- 4- Ahmadi H, Soheilian M, Azarmina M, Dehghan MH, Mashayekhi A. Surgical management of retinal detachment secondary to acute retinal necrosis: clinical features, surgical techniques, and long term results. *Jpn J Ophthalmol* 2003;47:484-491.

Archive of SID