

Factitious Conjunctivitis: A Case Report

Hosseini Tehrani M, MD; Minaei Noushahr N, MD; Daliri Hampa A, MD

Purpose: To report a patient with factitious (self infected) conjunctivitis.

Case Report: A 16-year-old girl presented with pain, redness and edema of lids of her left eye. After exclusion of ocular pathologies, self inflicted conjunctivitis was diagnosed based on the underlying psychological and social problems of the patient.

Conclusion: After exclusion of ocular pathologies, self inflicted conjunctivitis should be considered in subjects who are psychologically disturbed and have a gain in assuming the sick role.

- Bina J Ophthalmol 2007; 13 (1): 119-121.

یک مورد کونژنکتیویت ساختگی

دکتر سید مهدی حسینی تهرانی^۱، دکتر نسیم مینایی نوشهر^۲ و دکتر علی دلیری همپا^۳

هدف: گزارش یک مورد کونژنکتیویت ساختگی.

معرفی بیمار: دختر ۱۶ ساله‌ای با شکایت از درد و قرمزی پلک‌های چشم چپ به درمانگاه چشم پزشکی مراجعه نمود. پس از رد تشخیص‌های افتراقی و با توجه به مشکلات عاطفی بیمار، تشخیص کونژنکتیویت ساختگی مطرح گردید. **نتیجه‌گیری:** در موارد کونژنکتیویت پایدار و در حضور زمینه عاطفی که فرد از بیمار انگاری خود سود اولیه می‌برد؛ پس از رد پاتولوژی‌های چشمی، باید بیمار از نظر تشخیص کونژنکتیویت ساختگی مورد بررسی قرار گیرد. • مجله چشم‌پزشکی بینا ۱۳۸۶؛ دوره ۱۳، شماره ۱: ۱۱۹-۱۲۱.

• پاسخ‌گو: دکتر سید مهدی حسینی تهرانی (e-mail: drtehrani@tehranিয়েclinic.com)

دریافت مقاله: ۲۶ فروردین ۱۳۸۶

تایید مقاله: ۱۸ تیر ۱۳۸۶

۱- استاد- چشم‌پزشک- دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- دستیار- چشم‌پزشک- دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- پزشک عمومی- پژوهشگر- کلینیک چشم‌پزشکی رازی

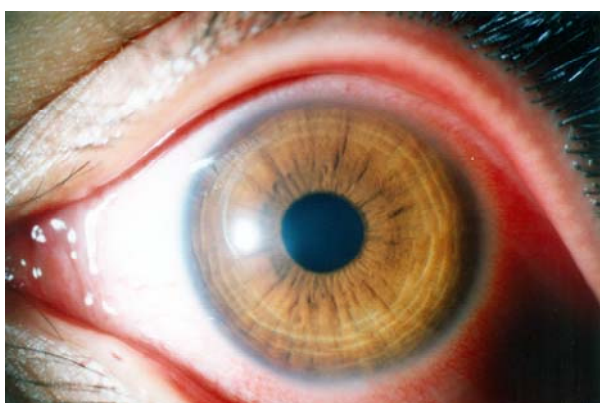
تهران- خیابان جمالزاده شمالی- نرسیده به بلوار کشاورز- کوچه نیلوفر- کلینیک چشم‌پزشکی رازی

مقدمه

کونژنکتیویت ساختگی به ندرت در معاینات چشمی مطرح می‌گردد و مثل هر بیماری ساختگی دیگری، نفع اولیه وجود دارد. میزان بروز آن کم است اما ممکن است سبب طیفی از بیماری‌های قابل توجه از کونژنکتیویت مینور تا انواع شدید همراه با نقص عضو شود. کونژنکتیویت ساختگی ممکن است در اثر آسیب مکانیکی و یا سوء مصرف قطره‌های چشمی ایجاد گردد^{۱،۲}. ضایعات مربوط به کونژنکتیویت ساختگی، در بخش تحتانی و نازال چشم شایع‌ترند؛ یعنی جاهایی که بیمار دسترسی بیش‌تری دارد^{۳-۵} و شیوع آن در دهه‌های دوم و سوم

بیماری‌های ساختگی، به بیماری‌هایی گفته می‌شوند که علائم و نشانه‌های آن توسط فردی که می‌خواهد بیمار انگاشته شود؛ ایجاد گردند. در این‌جا باید اصطلاح بیماری ساختگی (factitious) را از تمارض (malingering) افتراق داد. در تمارض، نفع ثانویه وجود دارد و بیمار آگاهانه و با نفع مشخص، اقدام به بیمارنمایی می‌کند؛ در حالی که بیماری ساختگی، جنبه کاملاً روانی دارد و بیمار نفع مشخصی را دنبال نمی‌کند و یک نیاز ناخودآگاه را برآورده می‌سازد (نفع اولیه)^۱.

داشتند که مشکلات چشمی بیمار یک هفته بعد از بحران عاطفی به دنبال برخوردی که بین بیمار و برادرش ایجاد شده بود؛ شروع شده و طی این مدت، بیمار مدرسه هم نرفته است. چشم بیمار پچ (patch) شد و با والدین بیمار در مورد لزوم توجه به مسایل روحی و اجتماعی بیمار گفتگو گردید. در مراجعات بعدی، علایم قرمزی، ترشح، درد و نورگریزی، به طور نسبی بهبود یافته بودند. پس از گفتگو با بیمار و اشاره به عمدی بودن علایم، بیمار در روز بعد با قرمزی، تورم، کمویس، ترشح چرکی و تورم غده اشکی بولبر مراجعه نمود و از درد شدید شکایت داشت. برای بیمار مشاوره روان پزشکی درخواست شد. در مشاوره روان پزشکی اولیه، احتمال ساختگی بودن بیماری مطرح شد. در پی گیری های بعدی، همزمان با فروکش کردن بیماری چشمی، بیمار از عارضه شکمی شکایت می کرد و در نهایت، جهت لاپاراسکوپی تشخیصی در بخش زنان در یک بیمارستان بستری گردید.



تصویر ۱- نمای چشم بیمار با قرمزی شدید ملتحمه به ویژه در قسمت تحتانی که حدود مشخصی دارد و شدت کموز کم تر از شدت هایپرمی ملتحمه است.

بحث

بیماری ساختگی، هم چنان به عنوان یک چالش تشخیصی مطرح است. شکل شدید و مزمن آن، سندرم مونکازن (Munchausen) نامیده می شود. این سندرم، نشانه های مختلفی دارد ولی علایم سه گانه اصلی آن عبارتند از تظاهر به ناخوشی، پاتولوژی های زمینه ای خیالی و مراجعه به پزشکان مختلف^۱.

زندگی بیش تر می باشد. بیماران ممکن است سایکوپاتولوژی همراه داشته باشند و یا فاقد آن باشند. در این مقاله به معرفی یک بیمار با تشخیص نهایی کونژنکتیویت ساختگی پرداخته شده است.

معرفی بیمار

دختر ۱۶ ساله ای با شکایت از درد، قرمزی و تورم پلک های چشم چپ از دو هفته پیش به درمانگاه چشم پزشکی بیمارستان فارابی مراجعه نمود. بیمار در هنگام مراجعه، هیچ گونه علایم سیستمیکی نداشت و سابقه هیچ گونه بیماری چشمی قبلی را نیز بیان نمی کرد. طی این دو هفته، تحت درمان با قطره های چشمی متعدد بوده اما بهبودی احساس نکرده است.

در معاینه، ظاهر بیمار، ساکت و آرام بود و در معاینه چشم، چشم راست کاملاً طبیعی بود و دید ۱۰/۱۰ داشت. در چشم چپ، کونژنکتیویت پاپیلری، ترشح چرکی، ادم پلک، قرمزی شدید ملتحمه به ویژه در قسمت تحتانی و بزرگی و قرمزی غده اشکی مشاهده می شد. شدت ترشح چرکی نسبت به شدت هایپرمی ملتحمه، بیش تر ولی شدت کمویس نسبت به شدت هایپرمی ملتحمه، کم تر بود. قسمت های درگیر ملتحمه حدود مشخص داشتند (تصویر ۱) ولی قرنیه گرفتار نبود و کاملاً شفاف بود. بقیه معاینات با اسلیت لمپ و فوندوس بیمار نرمال بودند. دید چشم چپ نیز ۹/۱۰ بود.

تشخیص های افتراقی اولیه عبارت بودند از سمیت دارویی، کونژنکتیویت آلرژیک و کونژنکتیویت عفونی. نتیجه کشت ترشحات و اسمیر مستقیم ملتحمه منفی بود. نمونه بافتی ملتحمه از نظر کلامیدیا نیز منفی بود. شمارش کامل و افتراقی یاخته های خون طبیعی بودند. CT-اسکن حدقه نیز طبیعی بود. با شک به سمیت دارویی، تمام قطره های چشمی قطع شدند که در پی گیری سه هفته ای هیچ بهبودی حاصل نشد حال آن که در صورت وجود سمیت دارویی، دو هفته پس از قطع دارو، علایم بهبود ملاحظه می گردند. به علاوه، شدت بیماری در مراجعه های مختلف، متفاوت بود ولی در هر بار مراجعه، ترشح چرکی در مژه ها و پوست اطراف اربیت وجود داشت.

پس از رد همه تشخیص های افتراقی، با ظن به کونژنکتیویت ساختگی، با بیمار و والدین وی مصاحبه شد. بیمار هرگونه دست کاری در چشم را انکار کرد. والدین بیمار اظهار

حدقه، بیش‌تر بودن شدت ترشح چرکی نسبت به شدت هایپرمی ملتحمه، کم‌تر بودن شدت کموزیس نسبت به شدت هایپرمی ملتحمه، گرفتاری بخش تحتانی ملتحمه و عدم گرفتاری قرنیه^۸.

در بیمار ما، در هر بار مراجعه، ترشح چرکی در مژه‌ها و پوست اطراف حدقه وجود داشت، شدت کموزیس از شدت هایپرمی ملتحمه کم‌تر بود و قرنیه گرفتار نبود که با مطالعه انجام‌شده در بین سربازان اسرائیلی مطابقت دارد. قسمت‌های درگیرشده ملتحمه بیمار ما، حدود مشخص داشته و شواهد آسیب مکانیکی در قسمت تحتانی ملتحمه و غده اشکی وجود داشته است. ظاهر بیمار ساکت و آرام بود که این یافته‌ها با مطالعه انجام‌شده توسط Jay و همکارانش^۷ مطابقت دارد؛ با این تفاوت که در بیمار ما، غده اشکی نیز گرفتار بود. در مطالعه Jay و همکارانش، همه بیماران سایکوپاتولوژی همراه داشتند. بیمار ما نیز دچار مشکلات عاطفی بوده است.

هنگامی که تشخیص کونژنکتیویت ساختگی قویاً مطرح باشد؛ باید در برنامه درمانی بیمار، درمان بیماری‌های روانی و حل مشکلات اجتماعی و عاطفی نیز مدنظر قرار گیرد. لذا همکاری روان‌پزشک و اعضای خانواده ضروری است.

احتمالاً همه چشم‌پزشکان با مواردی از کونژنکتیویت با سیر بهبود نامشخص و عدم پاسخ مناسب درمانی مواجه بوده‌اند. در برخورد با چنین بیمارانی، پس از رد علل عفونی، آلرژیک و توکسیک، باید به کونژنکتیویت ساختگی مشکوک شد. این دسته از بیماران، معمولاً در دهه دوم و سوم عمر به سر می‌برند. ضایعات مربوط عمدتاً در بخش تحتانی و نازال واقعند و معمولاً قسمت‌های درگیر، حدود مشخص دارند. بیمار می‌تواند سایکوپاتولوژی همراه داشته یا نداشته باشد^۶.

در سال ۱۹۸۲، Jay و همکارانش^۷ ۶ مورد از آسیب‌های ساختگی چشم را گزارش کردند که هر ۶ بیمار شواهدی از آسیب مکانیکی در قسمت تحتانی و نازال ملتحمه داشتند. قسمت‌های درگیرشده حدود مشخص و شکل خطی یا چهارگوش داشتند. از این ۶ بیمار، ۳ بیمار در مرکز پزشکی کار می‌کردند. محدوده سنی ۵ بیمار بین ۳۲-۱۸ سال بود. طرز برخورد و ظاهر هر ۶ بیمار، به طور مشخص آرام بود و همه، سایکوپاتولوژی همراه داشتند. بررسی پاتولوژی نمونه ملتحمه، نشانه‌ای از عفونت را نشان نداده بود. در سال ۲۰۰۱، هفده مورد کونژنکتیویت ساختگی در بین سربازان اسرائیلی گزارش شد. این افراد تظاهرات بالینی مختلفی داشتند. بیش‌ترین یافته‌های چشمی عبارت بودند از ترشح چرکی در مژه‌ها و پوست اطراف

منابع

- 1- Kapoor HK, Jaison SG, Chopra R, Kakkar N. Factitious keratoconjunctivitis. *Indian J Ophthalmol* 2006;54:282-283.
- 2- Dort S. Corneal toxicity. *Eye* 2003;17:886-892.
- 3- Schwab IR, Abbott RL. Toxic ulcerative keratopathy. *Ophthalmology* 1989;96:1187-1193.
- 4- Cohen ES. Chronic unilateral inferior membranous conjunctivitis. *Arch Ophthalmol* 1994;112:1988.
- 5- Cruciani F, Santino G, Trude R, Balacco Gobrieli C. Ocular Munchausen syndrome characterised by self-introduction of chalk concretions into the conjunctival fornix. *Eye* 1999;13:598-599.
- 6- Parsons MR. Factitious keratoconjunctivitis. In: Krachmer JH, Mannis MJ, Holland EJ. *Cornea*. 2nd ed. Philadelphia: Elsevier, Mosby; 2005: 1197-1200.
- 7- Jay JL, Grant S, Murray SB. Keratoconjunctivitis artefacta. *Br J Ophthalmol* 1982;66:781-785.
- 8- Pokroy R, Marcovich A. Self inflicted (factitious) conjunctivitis. *Ophthalmology* 2003;110:790-795.