

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

Kianersi F, MD; Mohammadi Z, MD\*; Ghoreishi M, MD; Ghanbari H, MD; Karimzadeh H, MD; Soheilian M, MD

Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

\* Corresponding Author: zhrmohd1809@yahoo.com

**Purpose:** To analyze the clinical patterns and etiologies of uveitis in Isfahan.

**Methods:** The records of 2016 patients with uveitis who had been referred to the Feiz tertiary eye care center, Isfahan, between 1999 and 2013 were classified and analyzed with respect to demographic, clinical, anatomical, and etiological characteristics.

**Results:** At the onset of uveitis, the mean patient age was 33.76 years. Female to male ratio was 1.2/1.0. Anterior uveitis was the most common diagnosis (42.9%) followed by posterior uveitis (21.42%), intermediate uveitis (19.3%), and pan uveitis (16.31%) in descending order. Overall, non-infectious causes were more frequent etiology of uveitis (76.5%) as compared to infectious causes. Up to 43.89% of the patients had no identified etiologies. The most common known etiology was toxoplasmosis, followed by Behcet disease and Fuchs' heterochromic iridocyclitis (FHIC). The most common etiology was idiopathic (50%) and FHIC (32.8%) in anterior uveitis, toxoplasmosis (91.1%) in posterior uveitis, idiopathic (81.5%) in intermediate uveitis, and Behcet disease (48%) and idiopathic (32%) in posterior uveitis. In 15.62% of cases, a systemic disease was diagnosed which included Behcet disease (the most common non-infectious systemic disease) and toxoplasmosis (the most common infectious systemic disease). Considering the course of uveitis, 49.6% were chronic. In 87.5%, uveitis was non-granulomatous.

**Conclusion:** Significant differences were seen in the clinical and etiologic pattern of uveitis in Isfahan. For example, a higher frequency of uveitis caused by Toxoplasmosis, Behcet and FHI was observed. Environmental, genetic and geographical factors may contribute to this observed difference.

**Keywords:** Causes, Clinical Pattern, Epidemiology, Isfahan, Uveitis

• Bina J Ophthalmol 2014; 19 (4): 323-329.

Received: 24 September 2013

Accepted: 11 January 2014

### الگوهای بالینی یوویت در بیماران ارجاعی شهر اصفهان

دکتر فرزانه کیان‌ارثی<sup>۱</sup>، دکتر زهرا محمدی<sup>۲</sup>، دکتر سیدمحمد قریشی<sup>۱</sup>، دکتر حشمت‌اله قنبری<sup>۱</sup>، دکتر هادی کریمزاده<sup>۲</sup> و دکتر مسعود سهیلیان<sup>۳</sup>

**هدف:** بررسی الگوهای بالینی و سبب‌شناسی یوویت در شهر اصفهان.

**روش پژوهش:** در این مطالعه توصیفی، ۲۰۱۶ بیمار مبتلا به یوویت ارجاع شده به درمانگاه چشم‌پزشکی بیمارستان فیض اصفهان در فاصله زمانی ۱۳ سال (آذر ۱۳۹۱-۱۳۷۸) از نظر سن، جنس، ویژگی‌های بالینی، آناتومیک و سبب‌شناختی مورد بررسی قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** نسبت بیماران زن به مرد در جمعیت مورد مطالعه ۱/۲ به ۱ و میانگین سنی بیماران ۳۳/۷۶ سال بود. یوویت قدامی شایع‌ترین نوع آناتومیک با شیوع ۴۲/۹ درصد و پس از آن به ترتیب یوویت خلفی (۲۱/۴۲ درصد)، میانی (۱۹/۳ درصد) و پان‌یوویت (۱۶/۳۱ درصد) قرار داشتند. شایع‌ترین علل در انواع آناتومیکی در یوویت قدامی علل ناشناخته (۵۰ درصد) و بیماری فوکس هتروکرومیک ایریدوسیکلیت (FHI) (۳۲/۸ درصد)؛ در یوویت خلفی توکسوپلاسموزیس (۹۰/۵ درصد)، در یوویت میانی علل ناشناخته (۸۱/۵ درصد) و در پان‌یوویت بیماری بهجت (۴۸/۳ درصد) و علل ناشناخته (ایدیوپاتیکی) (۳۲/۲)

درصد) بودند. در ۴۳/۸۹ درصد موارد از کل بیماران، علت یووویت ناشناخته (ایدیوپاتیک) بود. از علل شناخته شده، توکسوپلاسموزیس (نوع مادرزادی) شایع‌ترین عامل ایجادکننده یووویت در این بیماران بوده و پس از آن بیماری بهجت و بیماری فوکس قرار داشتند. در ۱۵/۶۲ درصد موارد، بیماری زمینه‌ای سیستمیک مشاهده گردید که شایع‌ترین بیماری سیستمیک غیرعفونی بیماری بهجت و شایع‌ترین بیماری سیستمیک عفونی، توکسوپلاسموزیس بود. در مجموع عوامل غیرعفونی سهم بیش‌تری (۷۶/۵ درصد) را در سبب‌شناسی یووویت نسبت به عوامل عفونی به خود اختصاص دادند. سیر یووویت در ۴۹/۶ درصد مزمن و در ۸۷/۵ درصد موارد نوع یووویت، غیرگرانولوماتوز بود.

**نتیجه‌گیری:** الگوی بالینی و سبب‌شناسی در اصفهان تفاوت‌های بارزی با سایر مناطق دارد. برای مثال یووویت ناشی از توکسوپلاسم، بهجت و فوکس شیوع بیش‌تری دارد. عوامل محیطی، ژنتیکی و جغرافیایی ممکن است در این زمینه موثر باشند.

• مجله چشم‌پزشکی بینا ۱۳۹۳؛ دوره ۱۹، شماره ۴: ۳۲۹-۳۲۳.

• پاسخ‌گو: دکتر زهرا محمدی (e-mail: zhrmohd1809@yahoo.com)

۱- دانشیار- چشم‌پزشک- دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۲- دستیار چشم‌پزشکی- دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۳- دانشیار- فوق تخصص روماتولوژی- دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۴- استاد- چشم‌پزشک- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

اصفهان- بیمارستان فیض- مرکز تحقیقات چشم

دریافت مقاله: ۲ مهر ۱۳۹۲

تایید مقاله: ۲۱ دی ۱۳۹۲

شده به درمانگاه چشم بیمارستان فیض اصفهان از زمان تاسیس درمانگاه بیماری‌های التهابی چشم به مدت ۱۳ سال از سال ۱۳۷۸ تا سال ۱۳۹۱ مورد بررسی قرار گرفت.

طی این مدت ۲۰۱۶ بیمار به درمانگاه مراجعه نموده بودند که همگی توسط فوق تخصص شبکه معاینه شده و اطلاعات مربوط به سن، جنس، ویژگی‌های بالینی، آناتومیک و سبب‌شناختی (بیماری‌های همراه) در پرونده‌ها ثبت گردیده بود.

تشخیص آناتومیک بیماری بر اساس معیارهای گروه مطالعه بین‌المللی یووویت در چهار گروه قدامی، خلفی، پان‌یووویت و میانی گذاشته شده بود.<sup>۱</sup>

جهت تشخیص بیماری زمینه‌ای و همراه، بسته به مورد، آزمایش‌های مورد نیاز از جمله شمارش سلول‌های خون (CBC)، ESR، آزمایش ادرار، رادیوگرافی از قفسه سینه و PPD انجام شده بود.

آزمایش‌های تکمیلی شامل تعیین ACE، ANA، ANCA، HLA و کشت و لام مستقیم خلط، پرتونگاری ساکروایلپاک و سینوس‌ها، نمونه‌برداری از ضایعات پوست و مخاط و سایر آزمایش‌ها بر اساس نیاز صورت گرفته بود.

در صورت لزوم، با مشاوره با سایر متخصصان به ویژه متخصصان روماتولوژی و عفونی تشخیص بیماری‌های سیستمیک قطعی شده بود. تشخیص یووویت و ارتباط آن با بیماری سیستمیک به عنوان تشخیص قطعی مطرح و در مواردی که علت

## مقدمه

یووویت از بیماری‌های مهم در چشم‌پزشکی می‌باشد و ۱۵-۱۰ درصد موارد کوری قانونی در کشورهای توسعه یافته را به خود اختصاص می‌دهد.<sup>۱</sup> بیش‌تر موارد مبتلا به بیماری در سنین فعال زندگی (۶۰-۲۰ سال) روی می‌دهد.

این بیماری عوارض مهمی چون آب‌مروارید، گلوکوم، چسبندگی عنبیه و ادم سیتوئید ماکولا ایجاد می‌کند، به همین دلیل تشخیص و درمان سریع و به موقع آن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.<sup>۲</sup>

یووویت از اهمیت و گستردگی خاصی در جوامع متفاوت برخوردار است و تحقیقات همه‌گیرشناسی که در مناطق مختلف دنیا صورت گرفته‌اند، بیان‌کننده این موضوع می‌باشد.<sup>۳</sup> در ایران دو مطالعه در سال‌های ۱۳۷۹ و ۱۳۸۳ در بیمارستان لبافی‌نژاد<sup>۴</sup> و شهر اصفهان<sup>۵</sup> در این مورد صورت گرفته است. طی سالیان مختلف همه‌گیرشناسی این بیماری‌ها در حال تغییر بوده است.<sup>۶</sup> برای یافتن الگوی بالینی یووویت در مرکز ارجاعی فیض اصفهان، بر آن شدیم تا در یک مطالعه گذشته‌نگر بر روی بیماران مراجعه‌کننده طی ۱۳ سال این بیماری را با الگوهای کشورهای دیگر مقایسه کنیم.

## روش پژوهش

در این مطالعه توصیفی و گذشته‌نگر، پرونده بیماران ارجاع

با ۲۱/۴۲ درصد، یوویت میانی با ۱۹/۳ درصد و پان‌یوویت با ۱۶/۳۱ درصد بود.

یافته‌ها از نظر سیر زمانی، نوع التهاب، عفونی یا غیرعفونی بودن، درگیری چشمی به تفکیک نوع یوویت در جدول‌های شماره ۱ (درصدهای ذکر شده از کل افراد مورد مطالعه است) و ۲ نمایش داده شده‌اند. طبق جدول شماره ۱ بیماری در اکثر موارد روند حادی (۴۵/۷ درصد) را طی کرده است، به گونه‌ای که به طور کلی ۵۴ درصد کل افراد مورد مطالعه مبتلا به یوویت قدامی و ۸۷/۲۶ درصد دچار یوویت خلفی حاد بودند ولی در یوویت میانی (۹۰/۷ درصد) و پان‌یوویت (۸۵/۴ درصد)، اغلب بیماری به صورت مزمن ظاهر شده است.

اختصاصی چشمی یا بیماری سیستمیک زمینه‌ای یافت نشد، اصطلاح ناشناخته اطلاق گردیده بود. پی‌گیری و تشخیص‌گذاری نهایی بیماران توسط پژوهشگران صورت گرفت.

#### یافته‌ها

در این تحقیق، پرونده ۲۰۱۶ بیمار مورد بررسی قرار گرفت که ۹۱۵ نفر مرد (۴۵/۴ درصد) و ۱۱۰۱ نفر (۵۴/۶ درصد) زن بودند. میانگین سنی بیماران  $33/76 \pm 10/56$  با محدوده سنی ۲/۵-۹۸ سال بود. بیش‌ترین شیوع سنی در دهه چهارم زندگی بود که حدود ۲۸/۴ درصد از افراد را شامل می‌شد.

از نظر تقسیم‌بندی آناتومیک، یوویت قدامی با ۴۲/۹ درصد شایع‌ترین نوع یوویت و پس از آن به ترتیب شیوع، یوویت خلفی

جدول ۱- توزیع فراوانی بیماران مبتلا به یوویت بر اساس ویژگی‌های بیماری به تفکیک نوع یوویت

نوع یوویت و ویژگی	یوویت قدامی (تعداد (درصد))	خلفی (تعداد (درصد))	میانی (تعداد (درصد))	سراسری (تعداد (درصد))	جمع (تعداد (درصد))
حاد	۴۶۷ (۲۳/۱۶)	۳۷۷ (۱۸/۷)	۳۴ (۱/۶)	۴۴ (۲/۱۸)	۹۲۲ (۴۵/۷)
مزمن	۳۴۰ (۱۶/۸)	۲۷ (۱/۴)	۳۵۴ (۱۷/۶)	۲۸۱ (۱۳/۹۳)	۱۰۰۲ (۴۹/۶)
عودکننده	۵۹ (۲/۹)	۲۷ (۱/۳)	۲ (۰/۰۵)	۴ (۰/۱)	۹۲ (۴/۵)
گرانولوماتوز	۷۸ (۳/۸)	۱۱۷ (۵/۸)	۲۲ (۱/۱)	۳۵ (۱/۷)	۲۵۲ (۱۲/۵)
غیرگرانولوماتوز	۷۸۷ (۳۹/۱)	۳۱۵ (۱۵/۶۲)	۳۶۸ (۱۸/۲۵)	۲۹۴ (۱۴/۵)	۱۷۶۴ (۸۷/۵)
عفونی	۸۱ (۴/۱)	۳۸۲ (۱۹)	۲ (۰/۰۹)	۹ (۰/۴)	۴۷۴ (۲۳/۵)
غیرعفونی	۷۸۴ (۳۸/۸)	۵۰ (۲/۴)	۳۸۸ (۱۹/۲)	۳۲۰ (۱۵/۹)	۱۵۴۲ (۷۶/۵)
تک‌چشمی	۶۸۶ (۳۴/۰۲)	۳۶۹ (۱۸/۳)	۹۲ (۴/۶)	۸۵ (۴/۲)	۱۲۳۲ (۶۱/۱)
دوچشمی	۱۷۹ (۸/۹)	۶۳ (۳)	۲۹۸ (۱۴/۹)	۲۴۴ (۱۲/۱۰)	۷۸۴ (۳۸/۹)
جمع	۸۶۵ (۴۲/۹)	۴۳۲ (۲۱/۴۲)	۳۹۰ (۱۹/۳)	۳۲۹ (۱۶/۳۱)	۲۰۱۶

(درصدهای ذکر شده از کل افراد مطالعه است)

جدول ۲- توزیع فراوانی بیماران مبتلا به یوویت بر اساس ویژگی‌های بیماری به تفکیک نوع یوویت

نوع یوویت	یوویت قدامی (درصد)	خلفی (درصد)	میانی (درصد)	سراسری (درصد)	کل
حاد	۵۴	۸۷/۲۶	۸/۸	۱۳/۳۷	۹۲۲ (۴۵/۷)
مزمن	۳۹/۳	۶/۲۵	۹۰/۷	۸۵/۴	۱۰۰۲ (۴۹/۶)
عودکننده	۶/۸	۶/۲۵	۰/۵	۱/۲	۹۲ (۴/۵)
گرانولوماتوز	۹/۱	۲۷	۵/۶	۱۰/۶	۲۵۲ (۱۲/۵)
غیرگرانولوماتوز	۹۰/۹	۷۳	۹۴/۴	۸۹/۳	۱۷۶۴ (۸۷/۵)
عفونی	۹/۳۶	۸۸/۴	۰/۵	۲/۷	۴۷۴ (۲۳/۵)
غیرعفونی	۹۰/۶	۱۱/۵۷	۹۹/۵	۹۷/۲۶	۱۵۴۲ (۷۶/۵)
تک‌چشمی	۷۹/۳	۸۵/۴	۲۳/۶	۲۵/۸	۱۲۳۲ (۶۱/۱)
دوچشمی	۲۰/۶	۱۴/۵	۷۶/۴	۷۴/۲	۷۸۴ (۳۸/۹)

(درصدها بر اساس تعداد افراد بر اساس تقسیم‌بندی آناتومیک)

(نوع مادرزادی) با ۳۹۱ بیمار (۱۹/۳۹ درصد)، بیماری Fuchs (Heterochromic Iridocyclitis) با ۱۴/۱ درصد و پس از آن بیماری بهجت با ۱۰/۵ درصد بود. از ۲۰۱۶ بیمار مورد مطالعه، در ۱۱۳۳ نفر (۵۶/۱ درصد) علت اختصاصی تشخیص داده شد (محتمل‌ترین تشخیص به عنوان تشخیص قطعی در نظر گرفته شد) که التهاب چشم در ۳۱۵ بیمار (۱۵/۶۲ درصد) همراه با یک بیماری سیستمیک بود.

شیوع بیماری FHI در بیماران در حدود ۱۴/۱۳ درصد (۲۸۵ نفر) بود که بیش‌ترین شیوع این بیماری در دهه‌های سوم و چهارم (۶۴/۳ درصد) زندگی و در زنان ۱/۱۳ برابر مردان بود.

در جدول شماره ۳ توزیع فراوانی و درصد بیماری‌های سیستمیک همراه یوویت‌ها و توزیع جنسی آن‌ها ارزیابی شده است. (درصدهای ذکر شده از کل افراد مورد مطالعه است) و جداول ۷-۴ بیانگر توزیع علت بیماران مبتلا به یوویت براساس تقسیم‌بندی آناتومیک است.

از نظر نوع یوویت، ۸۷/۵ درصد موارد یوویت غیرگرانولوماتوز و ۱۲/۵ درصد از نوع گرانولوماتوز بود<sup>۱</sup>. در مطالعه حاضر بیش‌ترین شیوع یوویت گرانولوماتوز در یوویت خلفی بود که حدود ۲۷ درصد از موارد آن را تشکیل می‌داد.

از نظر سبب شناسی، در ۲۳/۵ درصد موارد عامل عفونی و ۷۶/۵ درصد عامل غیرعفونی مسوول ایجاد بیماری بود و در یوویت خلفی در ۸۸/۴ درصد عامل عفونی شناخته شد. در حالی که در سایر انواع آناتومیک، یوویت با علت عفونی درصد کم‌تری از علل را تشکیل می‌داد.

در ۶۱/۱ درصد از موارد یوویت، یک‌طرفه بود و درگیری چشم‌ها در هر دو سمت برابر بود. ظهور یوویت قدامی (۷۹/۳ درصد) و خلفی (۸۵/۴ درصد) بیش‌تر به صورت یک‌طرفه و یوویت میانی (۷۴/۳ درصد) و پان‌یوویت (۷۴/۲ درصد) بیش‌تر به صورت دوطرفه بود.

عامل زمینه‌ای یوویت در ۸۸۳ بیمار (۴۳/۸ درصد) ناشناخته بود. شایع‌ترین عامل ایجادی شناخته شده، توکسوپلاسموزیس

جدول ۳- توزیع بیماران بر اساس بیماری‌های سیستمیک همراه به تفکیک جنس

بیماری سیستمیک	تعداد زن	تعداد مرد	جمع	درصد بیماری از کل بیماران (درصد)
بهجت	۱۰۱	۱۱۱	۲۱۲	۱۰/۵۱
آرتریت روماتوئید جوانان	۱۱	۸	۱۹	۰/۹۴
پسوریازیس	۲	۲	۴	۰/۱۹
آرتریت روماتوئید	۶	۶	۱۲	۰/۵۶
لوپوس	۱	۳	۴	۰/۱۹
گرانولوماتوز و گنر	۰	۱	۱	۰/۰۴
کولیت اولسراتیو	۱	۳	۴	۰/۱۹
اسپوندیلیت آنکیلوزان	۶	۴	۱۰	۰/۴۹
سل	۳	۱	۴	۰/۱۹
بروسلوز	۱	۰	۱	۰/۰۴
سارکوییدوز	۸	۳	۱۱	۰/۵۴
Vokgt Kayangi Harada (VKH)	۱۰	۴	۱۴	۰/۶۹
اسکلروز مولتیپل (MS)	۱۰	۷	۱۷	۰/۸۴
لنفوم	۰	۲	۲	۰/۱
جمع	۱۶۰	۱۵۵	۳۱۵	۱۵/۶

(درصدهای ذکر شده از کل افراد مطالعه است)

جدول ۶- توزیع فراوانی بیماران مبتلا به یوویت خلفی بر اساس

سبب شناسی		
درصد	تعداد	سبب شناسی
۹۰٫۷۱	۳۹۱	توکسوپلاسموز
۴٫۷	۲۰	ایدیوپاتیک
۱٫۴	۶	بیماری بهجت
۰٫۹	۴	Vokgt Kayangi Harada (VKH)
۰٫۵	۲	Birdshot
۰٫۲	۱	توکسوکارا
۰٫۲	۱	آرتريت روماتويد
۰٫۲	۱	کولیت اولسراتیو
۰٫۲	۱	ویروس HIV*
۰٫۹۲	۴	ویروس سایتومگال*
۰٫۲	۱	MEWDS
۱۰۰	۴۳۲	جمع

\* Human Immunodeficiency Virus, Cytomegalovirus, Multiple Evanescent Syndromes

جدول ۷- توزیع فراوانی بیماران مبتلا به یوویت پان یوویت بر اساس

سبب شناسی		
درصد	تعداد	سبب شناسی
۴۸٫۳	۱۵۹	بیماری بهجت
۳۲٫۲	۱۰۶	ایدیوپاتیک
۲٫۷	۹	Vogkt Koyanagi-Harada (VKH)
۰٫۶	۲	Birdshot
۰٫۶	۲	ارتريت روماتويد جوانان
۱٫۵	۵	جداشدگی شبکیه (RD)×
۰٫۶	۲	ضربه
۱٫۵	۵	بیماری Ealse
۱٫۸	۷	سمپاتیک افتالمیا
۲٫۴	۸	نکروز حاد شبکیه (ARN)*
۱٫۵	۵	اندوفتالمیت
۰٫۶	۲	اسپوندیلیت آنکیلوزان
۲٫۴	۸	سارکوییدوز
۰٫۳	۱	آرتريت روماتويد
۰٫۶	۲	سل
۰٫۶	۲	پسوریازیس
۰٫۳	۱	بروسلوز
۰٫۶	۲	لنفوم
۰٫۳	۱	گرانولوماتوز و گتر
۱۰۰	۳۲۹	جمع

\* Acute Retinal Necrosis

جدول ۴- توزیع فراوانی بیماران مبتلا به یوویت قدامی بر اساس

سبب شناسی		
درصد	تعداد	سبب شناسی
۵۰٫۵	۴۳۷	ایدیوپاتیک
۳۲٫۸	۲۸۵	FHI*
۷٫۶	۶۶	هریس سیمپلکس
۱٫۰۱	۸	اسپوندیلیت آنکیلوزان
۱٫۳	۱۱	آرتريت روماتويد جوانان
۱٫۳	۱۱	آدنوویروس
۰٫۲۲	۶	آرتريت روماتويد
۲٫۶	۲۳	بهجت
۰٫۲	۲	اسکلریت
۰٫۶	۵	واریسلا زوستر
۰٫۵	۴	ضربه
۰٫۵	۴	لوپوس
۰٫۳	۳	کولیت اولسراتیو
۱۰۰	۸۶۵	جمع

\*Fuchs Heterochromic Iridocyclitis

جدول ۵- توزیع فراوانی بیماران مبتلا به یوویت میانی بر اساس

سبب شناسی		
درصد	تعداد	سبب شناسی
۸۱٫۵۸	۳۱۹	ایدیوپاتیک
۰٫۵	۲	سل
۴٫۱	۱۶	اسکلروز مولتیپل
۱	۴	سارکوییدوز
۶٫۱	۲۴	بهجت
۱٫۲	۵	آرتريت روماتويد
۲٫۰۴	۸	رتینیت پیگمنتوزا
۱٫۲	۵	آرتريت روماتويد جوانان
۰٫۷۶	۳	جداشدگی شبکیه
۰٫۵	۲	جسم خارجی درون چشم
۰٫۵	۲	پسوریازیس
۱۰۰	۳۹۰	جمع

### بحث

در این مطالعه میانگین سنی افراد مبتلا به یوویت ۳۳٫۷۶±۱۰٫۵۶ سال (دامنه تغییرات ۲۱٫۵-۹۸ سال) بود. در دیگر مطالعات صورت گرفته در سایر نقاط دنیا، میانگین سنی ۳۵ سال مطرح شده بود<sup>۴،۷،۹،۱۰</sup>. در این مطالعه حداکثر بروز بیماری در دهه‌های سوم و چهارم زندگی بود.

بیش‌ترین میزان یوویت عفونی در یوویت‌های خلفی مشاهده گردید در حالی که در سایر انواع آناتومیک، علل عفونی کم‌تر مطرح شده بود.

در این مطالعه در ۴۳/۸۹ درصد موارد عامل یوویت، ناشناخته بود در حالی که در مطالعه Michelokis در یونان ۲۷/۶ درصد و در مطالعه Sengun ۲۸/۳ درصد موارد، عامل ناشناخته گزارش شده بود<sup>۱۵</sup>.

شایع‌ترین عامل مولد یوویت در مطالعه حاضر، توکسوپلاسموزیس با شیوع ۱۹/۴ درصد بود. در سایر مطالعات نیز توکسوپلاسموز در سبب‌شناسی یوویت از ۰/۵ تا ۱۷/۴ درصد شیوع داشته است<sup>۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵</sup>. شیوع توکسوپلاسموز در مطالعه ما اندکی از مطالعات دیگر بیش‌تر بود که به علت وفور آلودگی با انگل توکسوپلاسموز در شهر اصفهان می‌باشد. شایع‌ترین عامل غیرعفونی یوویت در این مطالعه بیماری بهجت بود و حدود ۱۰/۵ درصد از بیماران را شامل می‌شد که این مقدار از مطالعه Isim<sup>۷</sup> در عربستان (۶/۵ درصد) بیش‌تر ولی از مطالعه Kazakoglu<sup>۱۱</sup> (۳۲/۱ درصد) کم‌تر است که شاید به علت فراوانی این بیماری در کشور ترکیه می‌باشد، در حالی که عدد حاصل شده تقریباً مشابه میزانی است که در مطالعه سهیلیان و همکاران<sup>۴</sup> در تهران (۸/۶ درصد) گزارش شده است. گزارش‌های مختلف از سهم سبب‌شناسی این بیماری از ۲/۵ تا ۲۶ درصد ارایه شده است<sup>۱۲، ۱۳</sup>. در ۵/۶۲ درصد موارد در این مطالعه بیماری سیستمیک به عنوان علت بیماری مطرح شده است.

یوویت با علت ناشناخته (Pars Planitis) شایع‌ترین عامل یوویت میانی بود (۸۱/۵ درصد) که تقریباً مشابه با سایر مطالعات است<sup>۴</sup>. سایر علل شایع یوویت میانی شامل بهجت با ۶/۱ درصد و MS با ۴/۱ درصد بود.

در این بررسی چهار مورد بیمار مبتلا به سل گزارش شده بود که دو نفر مبتلا به ویتريت شدید همراه با علائم خفیف التهابی در اتاق قدامی بودند و شبکه درگیر نبود بنابراین به عنوان یوویت میانی در نظر گرفته شدند، اما دو نفر دیگر مبتلا به پان‌یوویت بودند. برای هر ۴ مورد درمان ضدسل صورت گرفت که با بهبود علائم سیستمیک علائم چشمی بهبود یافت و عود نیز در طول مطالعه دیده نشد.

شایع‌ترین علت پان‌یوویت در این مطالعه، بیماری بهجت (۴۸/۰۳ درصد) و پس از آن پان‌یوویت با علت ناشناخته گزارش شد (۳۲/۰۲ درصد). در مطالعه سهیلیان و همکاران<sup>۴</sup> نیز بیماری

نسبت ابتلای زن به مرد در مطالعه ما حدود ۱/۲ به یک بود که عدد حاصل شده متفاوت با مطالعاتی است که در ترکیه (۱/۱۰۴)<sup>۱۰</sup> و در عربستان سعودی (۰/۶/۱)<sup>۷</sup> انجام شده بود ولی نتیجه گزارش شده در مطالعه‌ای که در اروپای شرقی صورت گرفت، نسبت زن به مرد تقریباً مشابه مطالعه ما و ۱/۱۴ به یک بود<sup>۱۱</sup>.

شایع‌ترین انواع یوویت از نظر ازمان، گرانولوماتوز بودن و عفونت به ترتیب انواع مزمن (۴۹/۶ درصد)، غیرگرانولوماتوز (۸۷/۵ درصد) و غیرعفونی (۷۶/۵ درصد) بود. در مطالعه سهیلیان و همکاران<sup>۴</sup> در تهران نیز یوویت‌های مزمن (۶۲/۱ درصد)، غیرعفونی (۸۳/۵ درصد) و غیرگرانولوماتوز (۸۵/۵ درصد)، شایع‌ترین انواع یوویت بوده‌اند. در مطالعه Rudriguez<sup>۹</sup> در امریکا یوویت‌های مزمن (۵۳/۸ درصد)، غیرگرانولوماتوز (۷۷/۷ درصد) و غیرعفونی (۸۳/۱ درصد) شایع‌ترین انواع یوویت بودند.

نحوه توزیع انواع مختلف یوویت در مطالعه ما شباهت بسیار زیادی با مطالعات که در گذشته و در مکان‌های متفاوت صورت گرفته بود، داشت<sup>۱۴-۱۲</sup>. از لحاظ تقسیم‌بندی مکانی، یوویت قدامی شایع‌ترین نوع یوویت در مطالعه ما بود و تقریباً در حدود ۴۲/۹ درصد از بیماران را به خود اختصاص می‌داد و پس از آن یوویت‌های خلفی (۲۱/۴۲ درصد)، میانی (۱۹/۳ درصد) و پان‌یوویت (۱۶/۳۱ درصد) بود. البته این ارقام با اعداد به دست آمده از مطالعات سهیلیان و همکاران<sup>۴</sup> در تهران متفاوت می‌باشد. احتمالاً علت این اختلاف تفاوت اقلیمی و نژادی در استان‌های مختلف در کشور ما می‌باشد، لازم به ذکر است که اکثر بیماران مراجعه‌کننده به مرکز ما از استان‌های جنوبی و جنوب غربی و مرکزی کشور بودند.

از لحاظ ازمان شایع‌ترین نوع یوویت، یوویت مزمن (۴۹/۶ درصد) تقریباً مشابه با میزان گزارش شده در مطالعه سهیلیان و همکاران<sup>۴</sup> در تهران می‌باشد زیرا بسیاری از موارد یوویت‌های قدامی و حاد توسط سایر چشم‌پزشکان درمان شده و موارد مزمن به بیمارستان‌های مرجع، ارجاع می‌یابد. از سوی دیگر شیوع یوویت عودکننده در مطالعه ما حدود ۴/۵ درصد بود و در این بین، ۶/۸ درصد موارد را یوویت قدامی عودکننده تشکیل می‌داد. در مطالعه سهیلیان<sup>۴</sup> ۱۶/۷ درصد از بیماران با درگیری قدامی، دچار نوع عودکننده بودند. در این مطالعه همانند سایر مطالعات پیشین، عامل غیرعفونی شایع‌ترین عامل ایجادکننده یوویت بود<sup>۴، ۷، ۸</sup>.

رتینیت پیگمنتوزا (Retinitis Pigmentosa) و لنفوم بودند. در این مطالعه یک کودک مبتلا به بروسلوز به علت پان‌یوویت به درمانگاه ارجاع شده بود که با درمان کورتیکواستروئید موضعی و سیستمیک و درمان بروسلوز بهبود یافت و طی مطالعه عود مشاهده نشد.

### نتیجه‌گیری

در همه‌گیرشناسی یوویت در این مطالعه با سایر مطالعات تفاوت‌هایی وجود داشت از جمله شیوع بیماری فوکس، بهجت و توکسوپلاسموز که در بررسی ما بیش‌تر و همراهی با HLAB<sub>27</sub> و آرتريت روماتوئید جوانان (JRA) کم‌تر بود.

بهجت (۴۷ درصد) مهم‌ترین عامل پان‌یوویت بود. علت شیوع بیش‌تر این بیماری در اصفهان احتمالاً به علت ارجاع بیش‌تر بیماران مبتلا به بیماری بهجت به درمانگاه یووه‌آ می‌باشد.

بیماری VKH با شیوع ۲/۷ درصد سومین عامل شایع پان‌یوویت در این مطالعه بود. در بسیاری مطالعات مانند مطالعه Das<sup>۱۷</sup> در هند این بیماری شایع‌ترین عامل پان‌یوویت گزارش شده است.

در این بررسی، ۲۰ مورد سندرم Masquerade گزارش شد که در ۸ بیمار تشخیص جداشدگی شبکیه (Retinal Detachment) بود و ۵ مورد با تشخیص پان‌یوویت ارجاع شده بودند. از میان آن‌ها ۲ نفر مبتلا به بیماری Coats و ۳ نفر دیگر مبتلا به جداشدگی رگماتوزن شبکیه بودند. ۲ بیمار با جسم خارجی داخل چشمی و با تشخیص یوویت میانی ارجاع شده بودند و بقیه دچار

### منابع

- Cunningham E, Crawford B. Uveal tract and sclera. In: Vaughan D, Asbury T, Riordan-Eva P. General Ophthalmology 17th ed. San Francisco: Appleton & Lange; 1999:142-158.
- Rao N, Cousios S, Froster D, et al. Clinical approach to uveitis. American Academy of Ophthalmology. Basic and clinical science course. Section 9: Intraocular inflammation and uveitis. San Francisco: The Academy; 2010-2011:100-146.
- Smith RL, Baarsma GS. Epidemiology of uveitis. *Curr Opin Ophthalmol* 1995;6:57-61.
- Soheilian M, Heidari K, Yazdani S, et al. Patterns of uveitis in a tertiary eye care center in Iran. *Ocul Immunol Inflamm* 2004;12:297-310.
- Kianersi F. Clinical patterns of uveitis in an Iranian tertiary eye care center. *Bina J Ophthalmol* 2005;10:147-145. (Farsi)
- Jabs DA, Nussenblatt RB, Rosenbaum JT. The standardization of uveitis nomenclature (sun) working group. standardization of uveitis nomenclature for reporting clinical data. results of the first international workshop. *Am J Ophthalmol* 2005;140:509-516.
- Islam SM, Tabbara KF. Causes of uveitis at the eye center in Saudi Arabia: a retrospective review. *Ophthalmic Epidemiol* 2002; 9:239-249.
- Paivonsalo-Hietanen T, Vaahtoranta-Lehtonen H, Tuominen J, et al. Uveitis survey at the University eye Clinic in Turkey. *Acta Ophthalmol (Copenh)* 1994;72:505-512.
- Rudriguez A, Claonge M, Pedroza-Seres M, et al. Referral patterns of uveitis in a tertiary eye care center. *Arch Ophthalmol* 1996;114:593-599.
- Kazokoglu H, Onal S, Tugal-Tutkun I, et al. Demographic and clinical features of uveitis in tertiary centers in Turkey. *Ophthalmic Epidemiol* 2008;15:285-293.
- Biziorek B, Mackiewicz J, Zagórski Z, et al. Etiology of uveitis in rural and urban areas of mid-eastern Poland. *Ann Agric Environ Med* 2001;8:241-243.
- Wakabayashi T, Morimura Y, Miyamoto Y, et al. Changing patterns of intraocular inflammatory disease in Japan. *Ocul Immunol Inflamm* 2003;11:277-286.
- Guex-Crosie Y. Epidemiology of uveitis. *Ravue du Practicien* 1999;49:1989-1995.
- Mercanti A, Parolini B, Benoro A, et al. Epidemiology of endogenous Uveitis in north-eastern Italy: Analysis of 65 new cases. *Acta Ophthalmol Scand* 2001;19:64-68.
- Michalokis ME, Chrysomalakou M, Karavella P, et al. Clinical patterns of uveitis in a Greek tertiary Eye care center. *Greek Ann Ophthalmol* 1998;1:43-55.
- Sengun A, Karadag R, Karakurt A, et al. Cause of uveitis in a Referral Hospital in Ankara, Turkey. *Ocul Immunol Inflamm* 2005;1:45-50.
- Das D, Biswas J, Ganesh SK. Pattern of uveitis in a referral uveitis clinic in India. *Indian J Ophthalmol* 1995;43:176.
- Merrill PT, Kim J, Cox TA, et al. Uveitis in the southeastern United States. *Curr Eye Res* 1997;16:865-874.