

پیوند همزمان قرنيه دو چشم در پرفوراسيون ناشی از کراتیت نوروتروفیک

دکتر ابوالقاسم رستگار^۱، دکتر مسعود رضا معنویت^۲

چکیده

هدف از این گزارش معرفی بیماری مبتلا به کراتیت نوروتروفیک دو طرفه است که به فاصله کمتر از یک روز منجر به پرفوراسیون قرنيه دو چشم گردیده و پیوند بطور همزمان انجام گرفته است. کراتیت نوروتروفیک معمولاً در اثر آسیب عصب پنجم جمجمه ای، عوامل یاتروژنیک (Iatrogenic)، توکسیک، ضربه، تشعشعات، آنوریسم، مالتیپل اسکلروزیس (M.S)، خونریزی ساقه مغزی، کراتیت زوستر و هرپس ایجاد که باعث اختلال ترمیم ناشی از آنرمالی سلولهای اپیتلیوم قرنيه و اختلال مورفولوژیکی آنها، اختلال حس قرنيه و اختلال اشک ناشی از کاهش رفلکس اشک می شود. بیمار مذکور به علت پرفوراسیون قرنيه دو طرفه، تحت عمل همزمان پیوند قرنيه دو چشم قرار گرفت و علیرغم مشکلات عمل پیوند قرنيه بعد از پرفوراسیون روی دو چشم، بیمار بینایی خود را در حد مطلوب حفظ و عارضه عمده ای حین و بعد از عمل مشاهده نشد.

واژه‌های کلیدی پیوند قرنيه همزمان دو طرفه، کراتیت نوروتروفیک، پرفوراسیون قرنيه

مقدمه

کراتیت نوروتروفیک به آسیب سنترال یا پاراسنترال قرنيه گفته می شود که متعاقب ضایعات عصب سه قلو (V) و غیره ایجاد می گردد. اختلال معمولاً به صورت نقص ساختمان (Defects) و نامنظمی اپی تلیوم قرنيه با لبه های خاکستری که با فلورسئین رنگ گرفته و نمای اولیه آن به صورت کراتیت

نقطه ای (Punctate) می باشد که پیشروی استریل ضایعه به طرف استروما یا عفونی شدن آن می تواند منجر به پرفوراسیون قرنيه شود. کراتیت نوروتروفیک معمولاً به دنبال ضایعات عصب پنجم، ترومای جراحی، CVA، مالتیپل اسکلروزیس، آنوریسم ها و تومورها، زونای چشمی و کراتیت هرپس سیمپلکس، واکنش های توکسیک شیمیایی، خونریزی های شاخه مغزی و رادیاسیون چشم و نواحی مجاور ایجاد می شود^(۱). برای درمان کراتیت نوروتروفیک باید عامل

۲۰۱- استادیار گروه بیماریهای چشم

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید صدوقی یزد

شد که در یک چشم تارسورافی و در چشم دیگر تا ترمیم اپیتلیوم بستن چشم Patching ادامه و پیگیری کامل و درمانهای لازم پیوند قرنیه انجام گرفت.

دید بیمار بعد از یک سال چشم راست بدون اصلاح با عینک $\frac{1}{10}$ و با اصلاح $\frac{2}{10}$ و چشم چپ بدون اصلاح انگشت شماری در فاصله ۴ متری و با اصلاح حدود $\frac{1}{10}$ بود بیمار بطور دائم پیگیری و در حال حاضر چشم چپ به علت افزایش فشار تا (۲۸Hg) تحت درمان با قطره Timolol و فشار در حد ۱۴ میلی متر کنترل شده است ولی در دو کوادران مقداری واسکولاریزاسیون دارد که تا به حال علائمی از رد پیوند دیده نشده است بینایی دو چشم به علت کدورت عدسی (cataract) مختصری کاهش نشان می دهد. در فوندوسکپی ضایعات دژنراسیون ماکولا (A.M.D) مشخص است.

بحث

عمل پیوند قرنیه در بیمار معرفی شده از دو نظر دارای اهمیت می باشد:

۱- مشکلات پیوند قرنیه در بیمار مبتلا به کراتیت نوروتروفیک پرفوره . ۲- پیوند قرنیه دو چشم بطور همزمان. کراتیت نوروتروفیک ناشی از عوامل مختلف منجمله آسیب شاخه افتالمیک عصب پنجم کرانیال می باشد که سبب اختلال در تغذیه و حس قرنیه می شود علاوه بر آن دیده شده است که در قرنیه بدون حس در غیاب عفونت و تروما هم ، سلولهای اپی تلیال از نظر مورفولوژی غیر طبیعی و دارای نمای Acanthotic و Hyperplastic با تغییرات Rete-Peg می شوند^(۲). از تغییرات دیگر سلولهای اپی تلیال اختلال در میتوز ، اسکار استروما ، تخریب و انقطاع مامبران بومن و واسکولاریزاسیون قرنیه ، تورم بین سلولی ، نامنظمی و فقدان Micro Villi اپیتلیوم و فقدان لایه سلولی اپی تلیال سطحی می باشد^(۲). بدنبال از دست رفتن اپی تلیوم ، استروما نیز دچار اولسر و حتی پرفوراسیون می شود بعلاوه کاهش حس قرنیه ، اختلال اشک و کم شدن میتوز در سلولهای اپی تلیوم همه از

زمینه ای را درمان نمود . در ضمن درمانهای ممکن برای خشکی چشم (dry-eye) نیز باید بطور همزمان انجام گیرد . در موارد شدیدتر تارسورافی می تواند به بهبود کراتیت کمک کند با توجه به اختلالات عصبی پیوند در این بیماران تنها در موارد پیشرفته انجام و بهتر است با تارسورافی همراه باشد .

معرفی بیمار

بیمار مردی ۷۱ ساله که در پاییز ۱۳۷۷ با کاهش ناگهانی دید توأم با خروج مقداری مایع از چشمها که به فاصله کمتر از یک روز اتفاق افتاده بود مراجعه نمود ، شروع بیماری را از دو ماه پیش ذکر میکرد که تحت درمانهای عادی زخم قرنیه شامل قطره آنتی بیوتیک و پماد چشمی بوده است . بیمار سابقه C.V.A در سه سال پیش و فلج دست چپ از یکسال پیش را ذکر می کرد ولی تاریخچه بیماری دیگری غیر از فشار خون نداشت . در معاینه حدت بینایی هر دو چشم در حد انگشت شماری (Counting Fingers) بود . در معاینه با اسلیت لامپ قسمت مرکزی قرنیه هر دو چشم ادماتو و خاکستری رنگ و سوراخ شده و اطاق قدامی چشم (A.C) کاملاً مسطح (Flat) و ایریس در محل پرفوراسیون چشم چپ وارد (iris prolapse) و در محل سوراخ قرنیه چشم راست مقداری نسج فیبرین شکل گرفته بود . چشم ها کاملاً هیپوتون و با شرایط موجود فشار داخل چشمی قابل ارزیابی نبود . حدود ۱+ قرمزی (Red eye) در هر دو چشم مشخص بود . رفلکس مردمک ضعیف و فوندوس قابل بررسی نبود . حس قرنیه در هر دو چشم کاملاً کاهش یافته بود که با توجه به شرح حال و معاینه انجام شده تشخیص کراتیت نوروتروفیک و به دنبال آن پرفوراسیون قرنیه دو چشم مطرح و بیمار تحت عمل جراحی اورژانس پیوند قرنیه دو چشم در یک زمان با دهنده (Donor) ۸/۵ میلی متر و گیرنده (Recipient) ۸ میلی متر قرار گرفت . لازم به تذکر است که اطاق قدامی با ماده ویسکوالاستیک فرم شد و بعد از گذاشتن علامت ۸/۵ میلی متر روی قرنیه ها در یک نقطه کراتوتومی انجام و با قیچی چپ و راست قرنیه از بستر و ایریس جدا و بعد از ایریدکتومی محیطی پیوند با ۱۶ ستور نخ نایلون ۱۰-۰ انجام

دلایل پر مخاطره بودن قرنیه در بیماران با کراتیت نوروتروفیک می باشد به همین دلیل در این بیماران معمولاً پیوند قرنیه با تارسورافی انجام می شود. نکته قابل توجه دیگر در این بیمار انجام همزمان پیوند قرنیه در دو چشم می باشد در مراجعه به مقالات طی ۱۰ سال تنها یک مورد گزارش پیوند همزمان قرنیه دو چشم مشاهده گردید^(۳). در فرد مذکور که یک بیمار الکلیک ۳۸ ساله می باشد هیپوویتامیتوز A منجر به زخمی شدن و پرفوراسیون قرنیه هر دو چشم شده است که با پیوند قرنیه همزمان دو چشم و تجویز ویتامین A تحت درمان قرار گرفته است. بررسیهای مختلف نشان می دهد که پیوند قرنیه در دو چشم نسبت به موارد بکطرفه احتمال بیشتری برای رد پیوند دارد^(۴). ولی در این مورد پیوند همزمان دو طرفه قرنیه با توجه به مشکلات زیاد بیمار بعد از ۲ سال پیگیری پیوند در شرایط نسبتاً خوب و بینایی در حد $\frac{1}{10}$ و علائم رد پیوند، اسکار وسیع، واسکولاریزاسیون شدید و دیگر شرایط نامساعد بعد از عمل را ندارد.

نتیجه گیری: علیرغم مشکلاتی که در بیماران با کراتیت نوروتروفیک وجود دارد عمل جراحی پیوند قرنیه در موارد پرفوراسیون قرنیه می تواند به حفظ چشم و بازگشت دید بیمار کمک کند.

References

- 1- Ivan.R, Schwab: *External disease and cornea* , USA, Basic and clinical science course, American Academy of ophthalmology 1995, Vol 8 , P:166-168.
- 2- Gilbert Smolin, Richard Thoft : *Corneal manifestations of neurological disease*, The cornea . USA , Little Brown company , 1994 ; Third edition, PP: 490-494.
- 3- Masci.M.S, Agrawal.S, Gamponia.E . *Bilateral corneal ulcer in primary vitamin A deficiency* , Cornea , 1998 17 (2) , PP: 227-229.
- 4- Tuft.S.J , Gregory .W.M, Davison.C.R. *Bilateral penetrating keratoplasty for keratoconus* , Ophthalmology , 1995 ; 102 (3), PP: 462-468.