

فراوانی ادم ماکولای مشخص کلینیکی (CSME) در بیماران دیابتی مرکز دیابت زنجان در نیمه اول سال ۱۳۷۹

دکتر جلال درخشنده*، دکتر عفت السادات سید مرتضائی**، دکتر نورالدین موسوی نسب***

خلاصه:

ادم ماکولا شایعترین علت کاهش بینایی در بیماران دیابتی می‌باشد. در این مطالعه فراوانی ادم ماکولای مشخص کلینیکی (CSME) در بیماران دیابتی مورد مطالعه قرار گرفت. این مطالعه توصیفی بوده و بصورت مقطعی انجام شده است. جمعیت مورد مطالعه، بیماران دیابتی مرکز دیابت زنجان بودند که در مدت ۶ ماه ۱۱۱ نفر از بیماران در دو مرحله تحت معاینه افتالموسکوپي قرار گرفته‌اند و سایر اطلاعات نیز از طریق پرسشنامه جمع آوری گردیده است. در نتایج بدست آمده، فراوانی CSME، ۱۷ نفر (۹ زن و ۸ مرد) بودند که ۱۵/۳۱٪ بیماران را تشکیل می‌دادند و ۳۹ نفر از بیماران مبتلا به رتینوپاتی بودند (۳۵/۱٪). از نظر سنی، اکثریت بیماران (۸۲/۳۶٪) بیشتر از ۵۵ سال سن داشتند و ۴۲/۰۷٪ از بیماران بیشتر از ۱۰ سال از ابتلا شان به دیابت می‌گذشت. از نظر بیماریهای همراه، ابتلاء به چربی خون بالا در ۴ نفر (۲۳/۵۲٪)، پرفشاری خون ۱۲ نفر (۷۰/۵۸٪)، نوروپاتی ۱۳ نفر (۷۶/۴۷٪)، نوروپاتی ۴ نفر (۲۳/۵۲٪) وجود داشت.

واژه‌های کلیدی: ادم ماکولا، دیابت، زنجان

مقدمه:

بکار می‌رود (۲).
رتینوپاتی یک میکروآنژیوپاتی پیشرونده است که با آسیب و انسداد عروق کوچک مشخص می‌شود. کلاً رتینوپاتی دیابتی از نظر کلینیکی به دو نوع مهم تقسیم می‌شود:

۱- غیر پرولیفراتیو یا Back ground

بیماری دیابت قندی شایعترین بیماری غدد داخلی بدن می‌باشد (۳). از خصوصیات این بیماری اختلالات متابولیک و عوارض دراز مدت آن است. یکی از عوارض مهم آن رتینوپاتی است، بطوریکه شایعترین علت موارد جدید کوری در آمریکا را تشکیل می‌دهد و میزان سالانه آن در حدود ۵۰۰۰ نفر می‌باشد. همچنین رتینوپاتی دیابتی یک مشخصه مورتالیتی در بیماران دیابتی

* فوق تخصص چشم، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان.

** پزشک عمومی، اورژانس بیمارستان ولی عصر زنجان.

*** متخصص آمار، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان.

۲- پرولیفراتیو

عوامل خطر برای ابتلاء به رتینوپاتی دیابتی شامل:

- ۱- مدت زمان بیماری دیابت، ۲- کنترل خوب متابولیسی، ۳- حاملگی، ۴- پرفشاری خون، ۵- بیماری کلیوی می باشد.

ادم ماکولا یکی از تظاهرات رتینوپاتی غیر پرولیفراتیو می باشد و شایعترین علت کاهش بینایی در بیماران دیابتی به شمار می رود (۱). ادم ماکولا در اثر اختلال عملکرد سد خونی - شبکه‌ای داخلی ایجاد می شود. ادم ماکولای مشخص کلینیکی نوعی ادم ماکولای دیابتی است که با کاهش بینایی زیادی همراه است. ادم ماکولای مشخص کلینیکی (Clinically significant Macular Edema) با مشخصات زیر معین می گردد:

- ۱- ضخیم شدگی شبکه در محدوده $500 \mu\text{m}$ از فووه آ (مرکز ماکولا).
 - ۲- آگزودای سخت در محدوده $500 \mu\text{m}$ از فووه آ (مرکز ماکولا).
 - ۳- ضخیم شدگی شبکه در ناحیه یک دیسک دیامتر از فووه آ (مرکز ماکولا).
- در CSME و رتینوپاتی پرولیفراتیو، فتوکواگولیشن لیزر پیشنهاد می شود. در هر دو مورد بیمارانی که بخوبی بالیزر درمان شده‌اند، از وضعیت بینایی بهتری نسبت به کسانی که درمان نگردیده‌اند، برخوردار شده‌اند.

روش کار:

نوع مطالعه^(۱) مقطعی می باشد. جمعیت مورد مطالعه بیماران دیابتی مرکز دیابت زنجان بودند. برای کلیه بیماران دعوتنامه جهت انجام معاینه ارسال گردید

و کلاً ۱۱۱ نفر مورد معاینه قرار گرفتند.

بیماران طی دو مرحله تحت معاینه افتالموسکوپی مستقیم و سپس افتالموسکوپی غیر مستقیم قرار گرفتند و موارد مثبت از نظر CSME مشخص گردید و در صورت لزوم تحت انجام فلوئوزسین آنژیوگرافی و متعاقباً لیزر فتوکواگولیشن قرار گرفتند. اطلاعات تکمیلی نیز توسط پرسشنامه جمع آوری گردید و در آن متغیرهای مختلفی مانند سن، طول مدت بیماری، بیماریهای همراه و دیگر عوارض چشمی دیابت، مورد بررسی قرار گرفت و سپس اطلاعات حاصل با استفاده از شاخصهای آماری تجزیه و تحلیل گردیدند.

نتایج:

مطالعه بر روی ۱۱۱ نفر از بیماران دیابتی مرکز دیابت انجام گرفت. فراوانی رتینوپاتی دیابتی ۳۹ مورد (۳۵/۱٪) بود. ۱۷ نفر (۹ زن و ۸ مرد) مبتلا به CSME بودند (۱۵/۳۱٪) که یک نفر کمتر از ۳۰ سال، ۲ نفر بین ۳۰ تا ۵۵ سال و ۱۴ نفر بیش از ۵۵ سال بودند. از نظر طول مدت بیماری، مدت ابتلاء کمتر از ۵ سال در ۳ نفر (۱۷/۶۴٪)، ۵-۱۰ سال در ۶ نفر (۳۵/۲۹٪) و بیشتر از ۱۰ سال ابتلاء در ۸ نفر (۴۷/۰۷٪) وجود داشت.

از نظر بیماریهای همراه، ابتلاء به پرفشاری خون در ۱۲ نفر (۷۰/۵۸٪)، چربی خون بالا ۴ نفر (۲۳/۵۲٪)، ابتلاء به هر دو، ۲ نفر (۱۱/۷۶٪)، موارد ابتلاء به نوروپاتی ۱۳ نفر (۷۶/۴۷٪)، نوروپاتی ۴ نفر (۲۳/۵۲٪) و هر دو با هم ۳ نفر (۱۷/۶۴٪) بودند.

بحث:

در مطالعه‌ای که انجام گرفت ۵۳٪ بیماران را زنان تشکیل می دادند که اکثراً سن بالای ۵۵ سال داشتند و ۷۷٪

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی ادم ماکولای مشخص کلینیکی بر حسب سن در بیماران دیابتی غیر وابسته به انسولین

| CSME (-) | | CSME (+) | | سن |
|----------|---------|----------|---------|----------------|
| درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | |
| ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | کمتر از ۳۰ سال |
| ۴۲/۶ | ۳۲ | ۱۲/۵ | ۲ | ۳۰ - ۵۵ سال |
| ۵۷/۴ | ۴۲ | ۸۷/۵ | ۱۴ | بالای ۵۵ سال |
| ۱۰۰ | ۷۵ | ۱۰۰ | ۱۶ | جمع |

موارد ابتلا به CSME در افراد بالای ۵۵ سال بیشتر مشاهده گردیده است. (p-value = ۰/۰۲۳)

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی ادم ماکولای مشخص کلینیکی بر حسب طول مدت بیماری در بیماران بارتینوپاتی غیر پرولیفراتیو

| CSME (-) | | CSME (+) | | طول مدت بیماری |
|----------|---------|----------|---------|-----------------|
| درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | |
| ۴۰ | ۸ | ۷/۱۴ | ۱ | کمتر از ۵ سال |
| ۴۰ | ۸ | ۴۲/۸۹ | ۶ | ۵ - ۱۰ سال |
| ۲۰ | ۴ | ۵۰ | ۷ | بیشتر از ۱۰ سال |
| ۱۰۰ | ۲۰ | ۱۰۰ | ۱۴ | جمع |

اختلاف معنی دار بین مدت بیماری کمتر از ۵ سال و بیشتر از ۵ سال، در بیماران بارتینوپاتی غیر پرولیفراتیو در وجود CSME مشاهده می‌شود. (p-value = ۰/۰۳۶)

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی ادم ماکولای مشخص کلینیکی از نظر همراهی با بیماریهای پرفشاری خون و چربی خون بالا

| پرفشاری و چربی خون بالا | | چربی خون بالا | | پرفشاری خون | | تعداد | ادم ماکولای مشخص کلینیکی |
|-------------------------|---------|---------------|---------|-------------|---------|---------|--------------------------|
| درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | | |
| ۱۱/۷۶ | ۲ | ۲۳/۵۲ | ۴ | ۷۰/۵۸ | ۱۲ | ۱۷ | CSME (+) |
| ۱۳/۸۲ | ۱۳ | ۴۰/۴۲ | ۳۸ | ۳۴/۰۴ | ۳۲ | ۹۴ | CSME (-) |
| ۱۳/۵ | ۱۵ | ۳۷/۸ | ۴۲ | ۳۹/۶ | ۴۴ | ۱۱۱ | جمع |
| ۰/۵۸ | | ۰/۱۸ | | ۰/۰۰۴ | | p-value | |

اختلاف معنی دار از جهت ابتلاء به بیماری پرفشاری خون و وجود CSME در بیماران دیابتی مشاهده می‌شود: (p-value = ۰/۰۰۴)

می شود ($p\text{-value} = 0/004$). همچنین در رابطه با سن کمتر از ۵۵ سال و بالای ۵۵ سال در ایجاد CSME اختلاف معنی دار است ($p\text{-value} = 0/023$) و اختلاف معنی دار بین مدت بیماری دیابت کمتر از ۵ سال و بیشتر از ۵ سال در بیماران بارتینوپاتی غیر پرولیفراتیو در وجود CSME مشاهده می شود ($p\text{-value} = 0/036$).

کتابنامه:

- 1 - Chompdaz - Amresh " Retinal Disease " London - Butter - Worth 1989 , 78-83.
- 2 - Lee C-M , Olk R.Y; " Diabetic Retino pathy " Lippincott company 1995 ; 64-75.
- 3 - Vaughan D.G " General ophthalmology " 14 ed lange 1999, (10) 181 - 82.

این افراد بین ۵-۱۵ سال از مدت دیابتشان می گذشت. باتوجه به مطالعه WESDR، وقوع CSME در افرادی که مسن تر بوده و مدت زمان بیشتری از دیابت آنها می گذرد، افزایش می یابد و نتایج بالا با این مطالعه هماهنگی دارد.

در بیماران دیابتی علاوه بر رتینوپاتی، عوارض نوروپاتی، پرفشاری خون، نفروپاتی و کاتاراکت مشاهده گردید.

فراوانی نسبی پرفشاری خون در این مطالعه ۴۶/۶٪ با NIDDM دیده می شود. در آمار آکادمی چشم پزشکان آمریکا، پرفشاری خون در ۵۸٪ بیماران NIDDM و ۲۲٪ بیماران IDDM رخ می دهد.

از جهت ابتلاء به بیماری پرفشاری خون و وجود CSME در بیماران دیابتی، اختلاف معنی دار مشاهده