

گزارش یک مورد Central Serous Chorioretinopathy در بیمار پیوند کلیه

فرشید اولیائی^{۱*}، سیداحمد رسولی نژاد^۲، بهرام سیفی زارعی^۳

۱-استادیار گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی بابل ۲- استادیار گروه چشم دانشگاه علوم پزشکی بابل ۳- دستیار گروه داخلی

سابقه و هدف: عوارض چشمی در بیماران پیوند شده اغلب ناشی از بیماری زمینه ای و یا مصرف داروها می باشد و شامل عوارض سگمان قدامی و خلفی است که در میان عوارض سگمان خلفی، رتینوپاتی سرروز مرکزی (CSCR) بیشتر مربوط به مصرف استروئید با دوز بالا، هیجان و یا مصرف سیکلوسپورین می باشد و پیش آگهی آن معمولاً خوب است. هدف این مطالعه گزارش یک مورد CSCR بعنوان یکی از عوارض چشمی ناشی از پیوند کلیه می باشد. **گزارش مورد:** مرد ۲۶ ساله پس از بستری بدلیل پس زدگی کلیه پیوندی دچار کاهش بینائی شدیدی در چشم ها شد که در معاینه و آنژیوگرافی فلوروسسین چشم، CSCR تشخیص داده شد که بدلیل استفاده از دوز بالای استروئید برای درمان پس زدگی بوده است. پس از کاهش دوز دارو پس از ۳ ماه، دید وی به حد نرمال بازگشت. **نتیجه گیری:** تغییرات قدرت بینائی در تمام بیماران پیوندی باید به دقت دنبال شود ولی در مورد CSCR که معمولاً پیش آگهی خوبی دارد پس از کاهش دوز استروئید بهبودی ممکن است دیده شود.

واژه های کلیدی: پیوند کلیه، عوارض چشمی، کوریوریتینوپاتی سرروز مرکزی (CSCR).

مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، دوره هشتم، شماره ۶، آذر- دی ۱۳۸۵، صفحه ۶۲-۵۹

مقدمه

بیماران پیوندی به یکی از ۴ فرم زیر دیده می شود: الف) عفونی که علت عمده مرگ در این بیماران است. خوشبختانه عفونتهای چشمی نسبتاً غیرمعمول است. عوامل عفونی شامل ویروسهای CMV با Retinitis که ممکن است به کاهش شدید بینائی منجر شود (۳و۴)، هرپس زوستر با گرفتاری رتین که غیر معمول است و می تواند بصورت نکروز حاد رتین بروز کند. آسپرژیلوس، کاندیدا و کوریوریتینیت توکسوپلاسمائی نیز می توانند عوارض چشمی ایجاد کنند (۲). ب) رتینوپاتی میکروواسکولاریس با پیوند مغز استخوان که پیش آگهی خوب است و معمولاً طی ۶ ماه پس از پیوند دیده می شود (۵و۶). ج) عوارض هماتولوژیک مانند ترومبوسیتوپنی، آنمی

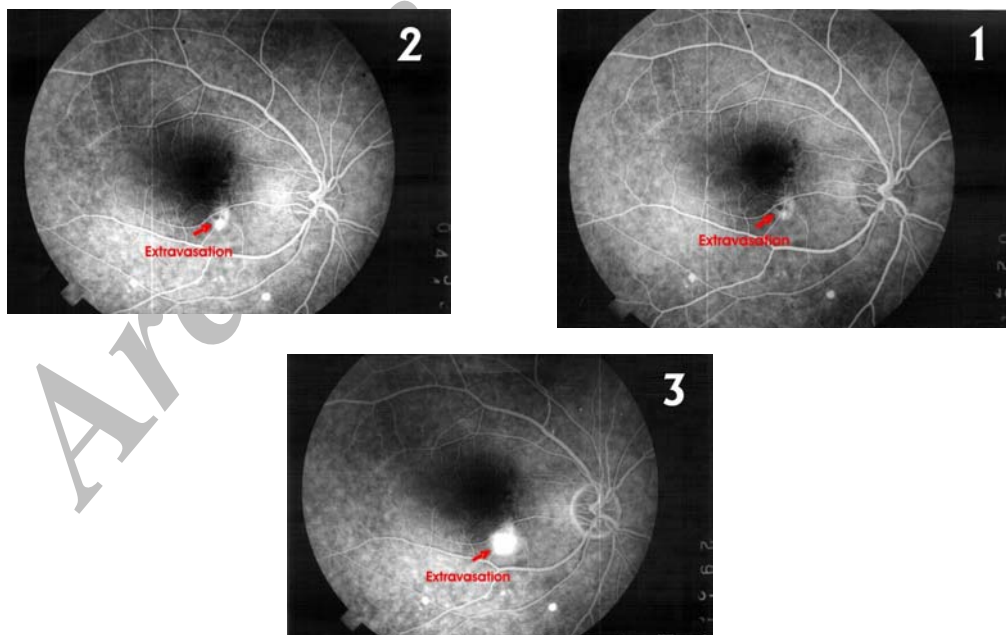
با بکارگیری داروهای تضعیف کننده ایمنی، پیشرفت های زیادی در پیوند اعضا صورت گرفته است. عوارض چشمی می تواند در این بیماران دیده شود که اغلب ناشی از بیماری زمینه ای و یا مصرف دراز مدت داروهای فوق است و به دو دسته تقسیم می شوند. ۱- عوارض سگمان قدامی که شامل کونژونکتیویت ها (ویرال، باکتریال، پسودومامبرانوس)، کراتیت و کاتاراکت، Keratoconjunctivitis sicca، Conjunctival GVHD* و زخمهای استریل و عفونی قرنیه اند (۱و۲). ۲- عوارض سگمان خلفی که نسبت به سگمان قدامی شیوع کمتری دارند ولی می توانند مشکلات جدی ایجاد نمایند (۲). بطور معمول عوارض شبکه ای در

(CSCR) که بیشتر پس از پیوند اعضا توپر اتفاق می افتد و احتمالاً بیشتر مربوط به استفاده از ترکیبات استروئید با دوز بالا، بستری از تاری چشم چپ شکایت داشت که از یک هفته قبل که خیلی خفیف بود، شروع شد. در معاینه Visual acuity (VA) چشم چپ ۴/۱۰ و علت آن ادم ماکولا گزارش شد. پس از ۸ روز چشم راست نیز تاری دید پیدا کرد که با احتمال CSCR تحت آنژیوگرافی فلوئورسین قرار گرفت که تشخیص CSCR تأیید شد (شکل ۱-۳). با توجه به اینکه بیمار از نظر روانی کاملاً آرام و Stable بود و ضمناً دوز بالای استروئید خوراکی را از قبل از بستری دوم مصرف می کرد (۴۰ میلی گرم در روز)، علت اصلی CSCR استروئید با دوز بالا در نظر گرفته شد. استروئید بیمار با سرعت بیشتری کاهش داده شد و در مدت سه ماه پیگیری، تاری دید وی بتدریج بهتر شد و دید بینائی وی به ۱۰/۱۰ بازگشت پس زدگی حاد وی نیز با درمان استروئید بهبود یافت.

و هیپروسیکوزیتی که در نتیجه مصرف داروهای سایتوتوکسیک ایجاد می شود. (د) Central serous chorioretinopathy استرس های هیجانی، هیپرتانسیون و مصرف سیکلوسپورین می باشند. میزان بروز آن نامشخص بوده ریسک بروز در مردان دو برابر زنان و سن ابتلا بیشتر در سنین ۵۰ - ۲۵ سالگی گزارش شده است (۷). پیش آگهی نهائی CSCR در این بیماران معمولاً خوب است و درمان تنها در بیماریانی که عارضه تکرار شونده دارند توصیه می شود (۸). در این گزارش ما یک بیماری که با یکی از عوارض چشمی پیوند ارگان که دچار CSCR شد را گزارش می نمائیم.

گزارش مورد

مرد ۳۶ ساله، سه هفته پس از انجام پیوند کلیه بدلیل بروز پس زدگی حاد مجدداً بستری شد و تحت درمان با متیل پردنیزولون ۵۰۰mg روزانه برای ۵ روز قرار گرفت. در روز دوم



شکل ۱. تصویر آنژیوگرافی شبکیه چشم در مراحل مختلف CSCR

درمان سیستمیک یا استروئید می تواند باعث ایجاد یا تشدید Idiopathic CSCR شود. علل متعددی چون استروئید با دوز بالا،

بحث و نتیجه گیری

خوبی نداده است و بنابراین پروگنوز این نوع خاص با CSCR معمولی متفاوت است (۱۶)، اما Makoto و همکاران در سال ۲۰۰۴ مجدداً ۱۷ مورد CSCR را شرح دادند که از سه روز تا ۲۳ سال تز شروع درمان با استروئید دچار این عارضه شده اند و نتیجه گرفته اند که حتی مقادیر کم استروئید در حد ۱۰-۵ میلی گرم روزانه می تواند خصوصاً در افراد با سن بالا CSCR ایجاد کند (۱۷). لذا با توجه به اینکه استروئید شایعترین علت CSCR در کل مقالات ذکر شده و بیمار مذکور نیز این درمان را می گرفت و پس از ۳ ماه با کاهش زیاد آن بهبودی چشمی داشته محتملترین عامل CSCR در وی استروئیدتراپی بوده است ضمن اینکه استفاده همزمان از سیکلوسپورین نیز به تشدید بیماری کمک کرده است.

بنابراین این تغییرات Visual acuity (VA) در هر بیمار پیوند کلیه باید به دقت دنبال شود. بسیاری از این عوارض عاقبت خوبی دارند و در مورد CSCR چنانچه در عرض ۶ ماه بهبود نیابد. لیزر تراپی رتین لازم می باشد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از همکاری خانم مهدی نیا صمیمانه تشکر می شود.

هیجان، هیپرتانسیون، سیکلوسپورین، تاکورلیموس، هیپرتانسیون، بارداری و عفونت دستگاه گوارش با H.pylori را در ایجاد آن مرتبط دانسته اند (۹-۱۳). Kamoun و همکاران علاوه بر درمان طولانی مدت استروئید و وجود استرس جراحی، عواملی چون اختلالات همودینامیک ناشی از نارسائی کلیوی قبل از پیوند و فشارخون بالا که معمولاً پیش و پس از پیوند همراه با بیمار است را به عنوان علل اصلی ذکر نموده اند (۱۴). Chaine و همکاران در بررسی ۱۴ مورد CSCR مبتلا به جداشدگی شبکیه چشم (Retinal detachment) به علل مختلفی مثل پیوند کلیه و قلب immune thrombocytopenic purpura، Optic neuritis، و اسکولیت Facial palsy، churg-strauss، آرتریت روماتوئید، لوپوس اشاره می کنند که وجه مشترک تمام آنها مصرف طولانی مدت استروئید بوده است. هیچکدام این بیماران فشارخون بالا نداشتند و در تمام آنها جدا شدن شبکیه چشم در بین روزهای ششم تا دهم پس از شروع استروئید اتفاق افتاده است. ۵ بیمار نیاز به لیزر تراپی یافتند و بقیه نیز با کاهش دز استروئید تری دیدشان بهبود یافت (۱۵). گرچه Dinesh و همکاران در سال ۲۰۰۰، ۱۱ مورد نوع خاصی بنام Bullous CSCR را شرح دادند که علاوه بر اینکه بدون هیچ بیماری یا درمان خاصی ایجاد شده باشد، به درمان با لیزر نیز پاسخ

References

1. Bray LC, Carey PJ, Proctor SJ, Evans RS, Hamilton PJ. Ocular complications of bone marrow transplantation. Br J Ophthalmol 1991; 75(10): 611-4.
2. Coskuncan NM, Jabs DA, Dunn JP, et al. The eye in bone marrow transplantation. VI retinal complication. Arch Ophthalmol 1994; 112(3): 372-9.
3. Ng P, McCluskey P, McCaughan G, Glaville A, MacDonald P, Keogh A. Ocular complications of lung and liver transplantation. Br J Ophthalmol 1998; 82(4): 423-8.
4. Aw MM, Murugasu B, Tan AW, Seah CC, Balakrishnan V, Yap HK. Quantitation of peripheral blood cytomegalovirus DNA for monitoring recurrent cytomegalovirus retinitis in pediatric solid organ transplant recipients. Pediatr Transplant 2000; 4(2): 100-6.

5. Gamez Ulla F, Rodraguez Cid MJ, Gamez Torreiro M, Abelenda D. Bone marrow transplantation retinopathy. *Int Ophthalmol* 2001; 24(1): 33-5.
6. Bernauer W, Gratwohl A, Keller A, Daicker B. Microvasculopathy in the ocular fundus after bone marrow transplantation. *Ann Intern Med* 1991; 115(12): 925-30.
7. Yanof M, Werner E, Gray L, et al. *Ophthalmic diagnosis and treatment*, 1st ed, Butter Worth Heinemann 1998; pp: 48-9.
8. Friberg TR, Eller AW. Serous retinal detachment resembling central serous chorioretinopathy following organ transplantation. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 1990; 228(4): 305-9.
9. Yoshioka H. The etiology of central serous chorioretinopathy. *Nippon Ganka Zasshi* 1991; 95(12): 1181-95.
10. Lanzetta P, Monaco P. Major ocular complications after organ transplantation. *Ind J Ophthalmol*, 2004; 52(2): 95-7.
11. Bouzas EA, Scott MH, Mastorakos G, Chrousos GP, Kaiser Kupfer MI. Central serous chorioretinopathy in endogenous hypercortisolism. *Arch Ophthalmol* 1993; 111(9): 1229-33.
12. Khairallah M, Nouira F, Gharsallah R, Chachia N. CSCR in a pregnant woman. *J Fr Ophthalmol* 1996; 19(3): 216-21.
13. Ahnoux Zabsonre A, Quaranta M, Mauget Faysse M. Prevalence of *H. pylori* in CSCR and diffuse retinal epitheliopathy: a complementary study. *J Fr Ophthalmol* 2004; 27(10): 1129-33.
14. Kamoun R, Zhioua R, Beltaief O, Boussen I, Ouertani AM. CSCR in a kidney transplant patient. *J Fr Ophthalmol* 2005; 28(1): 51-4.
15. Chaine G, Haouat M, Menard Molcard C, et al. CSCR and systemic steroid therapy. *J Fr Ophthalmol* 2001; 24(2): 139-46.
16. Sahu DK, Namperumalsamy P, Hilton GF, De Sousa NF. Bullous variant of idiopathic central serous chorioretinopathy. *Br J Ophthalmol* 2000; 84(5): 485-92.
17. Koyama M, Mizota A, Igarashi Y, Adachi Usami E. Seventeen cases of CSCR associated with systemic corticosteroid therapy. *Ophthalmologica* 2004; 218(2): 107-10.

* آدرس نویسنده مسئول: بابل، بیمارستان شهید بهشتی، گروه داخلی، تلفن: ۴-۲۲۵۲۰۷۱-۰۱۱۱.

ol_1964@yahoo.com

Archive of SID