

اثر تزریق سوپراتارسال کورتن در درمان بیماران مبتلا به

کونژکتیویت بهاره مقاوم

دکتر حمید مرآت*

Supratarsal injection of corticosteroid in treatment of refractory vernal keratoconjunctivitis

H. Merat

☐ Abstract

Background : *A new therapeutic modality for treating severe vernal keratoconjunctivitis seems to be necessary.*

Objective : *To determine the effect of supratarsal injection of corticosteroid in the treatment of refractory vernal keratoconjunctivitis.*

Methods : *Through a prospective study , 40 patients with vernal keratoconjunctivitis resistant to all established therapies were randomly assigned to receive supratarsal injection of short acting corticosteroid. Relife of symptoms and resolution of clinical signs were also evaluated. Patients were followed up for two years from 1998 to 2000 in Qazvin.*

Findings : *All patients experienced dramatic symptomatic relief within one to five days. Mark decrease on cobblestone papillae was noted in 15 days (mean) after the injection of short acting corticosteroid. Shield ulcers and limbal involvement resolved in one to three weeks. No complications were observed with supratarsal injection of short acting corticosteroid in two years follow up.*

Conclusion : *The dramatic symptomatic and clinical improvements suggest that supratarsal injection of short acting corticosteroid of dexamethazon sodium phosphate may be a valuable therapeutic approach to treat refractory vernal keratoconjunctivitis.*

Keywords : *VKC (Vernal Keratoconjunctivitis) , Giant papillary conjunctivitis (GPC) , Supratarsal Injection , Shield Ulcer , Panus , Trantas Dots , Papillae*

☐ چکیده

زمینه : درماندگی و ناتوانی بیماران مبتلا به کونژکتیویت (VKC) شدید و مقاوم به درمان‌های موجود ، کاربرد روش‌های درمانی جدید را می‌طلبد.

هدف : مطالعه به منظور تعیین اثر تزریق دگزامتازون سدیم فسفات در درمان بیماران VKC مقاوم به درمان‌های موجود انجام شد.

مواد و روش‌ها : ۴۰ بیمار مبتلا به VKC مقاوم به درمان‌های موجود ، به صورت اتفاقی جهت تزریق سوپراتارسال کورتن کوتاه اثر (دگزامتازون سدیم فسفات) انتخاب شدند و از سال ۱۳۷۷ به روش آینده‌نگر مورد مطالعه قرار گرفتند. تسکین نشانه ، از بین رفتن علائم بالینی بیماری و عوارض ناشی از تزریق طی مدت ۲ سال بررسی شد و پیگیری هر بیمار ۲ سال به طول انجامید.

یافته‌ها : همه بیماران تسکین سریع نشانه‌های بیماری را طی ۱ تا ۵ روز بعد از تزریق اظهار کردند تعداد و اندازه پای‌ها ۱۵ روز بعد از تزریق کاهش یافت. زخم قرنیه ، پای‌ها و ادم لبیب یک تا سه هفته بعد از تزریق زخم قرنیه ، پای‌ها و ادم لبیب از بین رفتند. در طول پیگیری ۲ ساله هیچ عارضه‌ای ناشی از این تزریق مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری : با توجه به یافته‌ها تزریق سوپراتارسال کورتن کوتاه اثر به عنوان یک روش درمانی موثر در درمان VKC مقاوم به درمان‌های موجود پیشنهاد می‌شود.

کلید واژه‌ها : کونژکتیویت - پای‌های بزرگ - تزریق سوپراتارسال - زخم قرنیه - پانوس - نفاط تران تاس - پای

□ مقدمه :

موارد خفیف بیماری VKC اغلب با کمپرس سرد ، بستن چشم ، ترکیبات موضعی اشک مصنوعی ، منقبض کننده های عروقی موضعی و آنتی هیستامین های موضعی درمان می شوند. (۱ و ۴) در موارد پیشرفته بیماری ترکیبی از داروهای ضد التهاب غیراستروئیدی موضعی، تثبیت کننده ماست سل ها و کورتیکو استروئید های موضعی با روش پالس تراپی یا طولانی مدت استفاده می شوند. (۷، ۸، ۹ و ۱۰) در موارد شدید بیماری که با پاپی های بزرگ ، گرفتاری شدید لیمبوس و زخم قرنیه همراه است روش های درمانی رایج تأثیر کمی دارند زیرا مکرراً نشانه های بیماری تشدید می یابد. داروهای دیگری از قبیل تعدیل کننده های پروستاگلاندین ها جهت تسکین بعضی علائم و نشانه ها استفاده شده اند ، ولی این داروها بر روی زخم قرنیه و پاپی های نارس نسبتاً بی اثر هستند و نشانه های بیماری به طور ناگهانی بعد از قطع دارو عود می کند. (۱۱) لذا در این مطالعه اثر تزریق سوپراتارسال کورتن به عنوان یک روش جدید در درمان بیماران مبتلا به VKC پیشرفته و مقاوم به درمان های دیگر مورد بررسی قرار گرفت.

□ مواد و روش ها :

۴۰ بیمار مبتلا به VKC مقاوم به درمان های رایج وارد مطالعه شدند. تشخیص بیماران VKC از طریق شرح حال ، نشانه ها و علائم بالینی بیماری و ارزیابی سیتولوژیک اسکرابینگ ملحتمه بود. همه بیماران قبلاً به وسیله دستورالعمل درمانی قدم به قدم VKC درمان شده و چهار بار در روز اشک مصنوعی بدون پرزواتیو

کراتو کوئز نکتیویت بهاره (VKC) یک التهاب ناشی از آلرژی فصلی ، دوطرفه و آنتی متریک است. معمولاً پسرها قبل از بلوغ ۲ تا ۳ برابر بیشتر از دخترها گرفتار می شوند. در سن ۱۳ تا ۱۹ سالگی از شدت بیماری کاسته و در اوایل ۲۰ سالگی ناپدید می شود. بیماری در آب و هوای گرم و خشک مثل خاورمیانه ، حوزه مدیترانه و آمریکای مرکزی شیوع بیشتری دارد. VKC یک بیماری فصلی است که با شروع بهار ظاهر می شود و در فصل پاییز از شدت آن کاسته می شود. خارش برجسته ترین و زودرس ترین نشانه بیماری است. ترس از نور اغلب بارز است و افراد مبتلا به طور دائم صورت خود را به طرف زمین می گیرند. نشانه های دیگر شامل سوزش ، ریزش اشک و احساس جسم خارجی در چشم است. علائم بیماری عبارتند از : ترشحات موکوسی کش دار ، تشکیل پاپی های کوچک و بزرگ در اطراف لیمب و ملتحمه پلک فوقانی ، افتادگی مکانیکی پلک به علت سنگینی پلک فوقانی ناشی از پاپی های بزرگ ، نقاط سفید مایل به زرد در برجستگی های لیمب ناشی از تجمع ائوزینوفیل های دژنره شده و سلول های اپی تلیال که نقاط تران تاس نامیده می شوند و موقتی هستند. گرفتاری قرنیه در VKC به صورت میکروپانوس و زخم قرنیه (شیلد اولسر) دیده می شود. قرنیه مخروطی در بیماران VKC شیوع بیشتری دارد ولی دلیل این ارتباط مشخص نیست. (۵)

اختلالات انکساری مانند نزدیک بینی و آستیگماتیسم نزدیک بین در این بیماران شایع است.

فوقانی تزریق شد. در بیمارانی که هر دو چشم علائم و نشانه‌های بیماری را داشتند فقط چشمی که علائم شدیدتری داشت جهت تزریق انتخاب شد. بعد از تزریق بیماران تحت درمان با کرومولین سدیم ۴ درصد یک قطره ۴ بار در روز قرار گرفتند. اگر زخم قرنیه وجود داشت برای پیشگیری از عفونت از سیپروفلوکساسین موضعی استفاده می‌شد. بیماران برای تسکین نشانه‌ها و تخفیف علائم بالینی و عوارض ناشی از تزریق پیگیری شدند. زمان مراجعه بیماران هفت روز، دو هفته، یک ماه، سه ماه، شش ماه و یک سال و دو سال بعد از تزریق بود. پیشرفت درمان یا تحلیل پایی‌ها به کاهش تعداد یا اندازه آنها به میزان ۵۰ درصد تعریف شد. از بین رفتن گرفتاری لیمبوس به ناپدید شدن ادم، نقاط تران تاس و پایی‌های لیمبوس و پسر رفت یا بهبودی کامل زخم قرنیه به ترمیم کامل نقص اپی‌تلیال اطلاق شد. بیماران از نظر بروز عوارض بالقوه شامل افتادگی پلک، دپیگمانتاسیون پوست پلک فوقانی، عفونت‌ها، اختلالات حرکتی پلک، اسکار ملتحمه و افزایش فشار داخل چشم به مدت دو سال پیگیری شدند.

📌 یافته‌ها:

از ۴۰ بیمار مورد بررسی ۲۳ نفر مرد و ۱۷ نفر زن با میانگین سنی ۱۶ سال بودند. از این تعداد ۶ نفر زخم قرنیه، ۷ نفر پایی‌های بزرگ و ادم شدید ناحیه لیمبوس از نوع VKC لیتمبال و ۳۳ نفر دیگر VKC پلکی همراه پایی‌های درشت و اسکار ملتحمه پلک فوقانی داشتند. ۵ نفر افزایش فشار داخل چشم ناشی از مصرف

و کرومولین سدیم ۴ درصد و هر ۲ ساعت یک بار پرونیزولون آستات ۱ درصد به مدت ۵ تا ۷ روز (پالس تراپی) دریافت کرده بودند. هیچ بیماری با داروی خوراکی و یا سیکلوسپورین موضعی درمان نشده بود. بیمارانی وارد مطالعه شدند که دارای نشانه‌های پیشرفته و مداوم شامل موارد ذیل بودند: خارش شدید، احساس جسم خارجی، ترشحات موکوسی فراوان، ترس از نور که مانع انجام کارهای روزمره می‌شد، پایی بزرگ شدید، کراتیت اپی‌تلیالی مقاوم با زخم قرنیه، پانوس قرنیه‌ای پیشرونده، ادم مقاوم و ضخیم شدن ملتحمه‌ای لیمب و همچنین بیمارانی که جهت کنترل بیماری به کورتن موضعی نیاز داشتند ولی در اثر مصرف طولانی کورتن دچار افزایش فشار داخل چشمی و یا کاتاراکت شده بودند.

برای تحمل بهتر تزریق سوپراتارسال کورتن توسط بیماران از روش بی‌حسی مرحله‌ای استفاده شد. ابتدا روی چشمی که باید تزریق شود یک قطره تتراکائین ریخته شد و بعد از برگرداندن پلک روی محل تزریق یک آپلیکاتور پنبه‌ای آغشته به گزیلوکائین ۴ درصد به مدت یک دقیقه گذاشته شد. سپس تارس فوقانی را با آپلیکاتور بلند کرده و از گلوب دور نمودیم و با یک سر سوزن شماره ۳۰، ۲۵/۰ میلی‌لیتر از گزیلوکائین ۲ درصد با اپی‌نفرین به فضای بین ملتحمه پلک فوقانی و عضله مولر، یک میلی‌متر بالاتر از کناره فوقانی تارس، تزریق شد. بعد از ایجاد بی‌حسی موضعی با سرسوزن شماره ۲۵ به طول ۵/۸ میلی‌متر، نیم میلی‌لیتر دگزامتازون سدیم فسفات به آهستگی در فضای سوپراتارس بین عضله مولر و ملتحمه پلک

تزریق بهبودی کامل یافتند. نقایص اپی تلیال در ۶ بیمار دارای زخم قرنیه (۱۵ درصد) در طول ۳ هفته بعد از تزریق کورتن به طور کامل ترمیم شدند. میانگین زمان بهبودی ۱۶ روز بود. ۱۳/۵ درصد بیماران در هفته‌های هشتم و نهم بعد از تزریق نیاز به تزریق مجدد پیدا کردند. این بیماران پایی‌های بزرگ همراه با خارش و ترس از نور شدید داشتند که نشانه‌ها بعد از تزریق مجدد طی ۲ تا ۳ روز و پایی‌ها طی ۱۲ تا ۱۶ روز از بین رفتند و سپس به طور موفقیت‌آمیزی تحت درمان با کرومولین سدیم موضعی قرار گرفتند. عوارضی مانند افتادگی پلک، تغییر رنگ پوست پلک، عفونت ثانویه، اسکار ملتحمه یا اختلال حرکتی با این روش مشاهده نشد. ۵ بیماری که با سابقه افزایش فشار داخل چشم در اثر مصرف طولانی کورتن موضعی وارد این مطالعه شده بودند با تزریق سوپراتارسال کورتن درمان شدند و فشار داخل چشم آنها به حد طبیعی رسید. هیچ کدام از این بیماران افزایش طولانی مدت یا کوتاه مدت فشار داخل چشمی نداشتند.

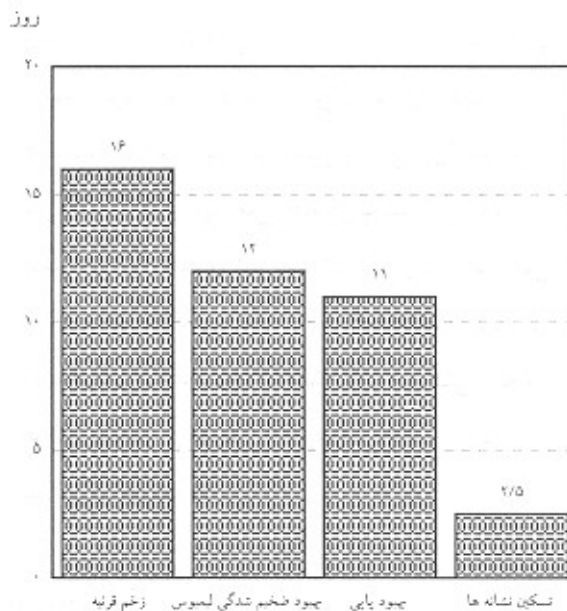
بحث و نتیجه‌گیری :

با استفاده از تزریق سوپراتارسال کورتن کوتاه اثر (دگزامتازون سدیم فسفات) تسکین سریع علائم و نشانه‌های ناتوان‌کننده بیماران از قبیل خارش، ترس از نور و احساس جسم خارجی در ۱۰۰ درصد موارد حاصل شد. بهبودی بالینی انواع مختلف علائم و تظاهرات بیماری مثل پایی‌های درشت، ادم، پایی‌های لیمبوس و زخم قرنیه در همه بیماران دیده شد. بعد از تزریق همه بیماران با رژیم درمانی معمولی قادر به

طولانی کورتن موضعی داشتند. همه بیماران به مدت دو سال پیگیری شدند. همه بیماران تسکین سریع و شدید نشانه‌های ناتوان‌کننده را طی ۱ تا ۵ روز پس از تزریق اظهار کردند که این زمان به طور متوسط ۲/۵ روز پس از تزریق بود و این بهبودی سریع نشانه‌ها با بهبودی پایی‌های ضخیم شده لیمبوس یا زخم قرنیه همراه بود. کاهش ۵۰ درصد در تعداد و اندازه پایی‌ها در طی ۱۱ روز در همه بیماران ظاهر شد (نمودار شماره ۱).

نمودار ۱ :

میانگین زمان بهبودی علائم و نشانه‌ها بعد از تزریق کورتون



پایی‌ها در ۷۰ درصد بیماران بعد از تزریق سوپراتارسال دگزامتازون سدیم فسفات به طور کامل ناپدید شدند. علائم ادم و ضخیم شدن لیمبوس، پایی‌های لیمبوس و نقاط تران تاس در ۷ بیمار مبتلا به VKC نوع لیمبال (۱۷/۵ درصد) طی ۱۲ روز بعد از

Histamine in humor tears. Am J Ophthalmol 1977 ; 83 : 417

5. Cameron JA , Al Rajhi AA , Bader IA. *Corneal ectasia in vernal keratoconjunctivitis. Ophthalmology* 1989 ; 96 : 1615

6. Douglas S , Helsclaw MD , Jelth P , Whitcher MD , IRA G , Wong MD , Todd P , Margelis MD. *Supratarsal injection of corticosteroid in the treatment of refractory vernal keratoconjunctivitis. Am J Ophthalmol* 1996; 121: 243-9

7. Easty D , Rice NSC , Jones B. *Disodium cromoglycate intal in the treatment of vernal keratoconjunctivitis. trans ophthalmol soc UK* 1971 ; 91 : 491

8. Foster SC Duncang. *Randomized clinical trial of topically administered coromolyn sodium for vernal keratoconjunctivitis. Am J Ophthalmol* 1980 ; 90 : 175-87

9. Hennawi ML. *Clinical trial with 2% sodium cromogly (opticrom) in vernal conjunctivitis . Br J Ophthalmol* 1980 ; 64 : 483-6

10. Leibowite HM , Kuperman. *A antiinflammatory medication. Int Ophthalmol Clinc* 1980 ; 20 : 117-34

11. Meyer E , Kraus E , zonis S. *Efficacy of antiprostaglandine therapy in vernal conjunctivitis. Br J Ophthalmol* 1987 ; 71 :

کنترل بیماری شدند و در طول پی‌گیری هیچ‌گونه عارضه‌ای ناشی از این دارو مشاهده نشد.

در یک مطالعه مشابه اثرات دگزامتازون سدیم فسفات و تریامتسینولون آستانوئید در بیماران مبتلا به VKC مقاوم در دو گروه ۶ نفره مقایسه شده است و بیماران از نظر اثرات تسکینی و عوارض این دو دارو به مدت ۵ سال پی‌گیری شده‌اند. آنها بعد از تزریق داروهای کرومولین سدیم و کتورولاک ترومتامین ۰/۵ درصد یک قطره ۴ بار در روز استفاده کردند. (۶)

براساس نتایج این پژوهش مبنی بر بهبودی بالقوه علائم و نشانه‌های بیماری و عدم بروز عوارض جانبی ناشی از تزریق سوپراتارسال کورتن کوتاه اثر، این روش درمانی به عنوان روشی مؤثر در درمان بیماران مبتلا به VKC مقاوم به درمان‌های رایج دیگر پیشنهاد می‌شود.

▣ مراجع :

1. Abelson MD , Allam smith MR , Friend laender MH. *Effects of topically applied ocular decongestant and Antihistamine. Am J Ophthalmol* 1980 ; 90 : 254-7

2. Abelson MB , Butras S , weston JH. *Aspirin therapy in vernal conjunctivitis. Am J Ophthalmol* 1983 ; 95 : 502

3. Abelson MB et al. *Effects of vasocon- A in the allergen challenge model of acute allergic conjunctivitis. Arch ophthalmol* 1990 ; 108 : 520

4. Abelson MB , Seter NA , Simon MA.

407

12. Mumcuojlu YK et al. House dust mites and vernal keratoconjunctivitis. *Ophthalmologica* 1988 ; 196 : 175

13. Neumon E , Gutmann MJ , Blumenkrantz et al. A review of four hundred cases

of vernal conjunctivitis. *Am J Ophthalmol* 1959 ; 147 : 166

14. Tabbara KF , Arafat NT. Cromolyn effects of vernal keratoconjunctivitis in children. *Arch Ophthalmol* 1977 ; 95 : 2184-6