

یافته های همه گیر شناختی و نتایج عمل اسکالرال باکلینگ در بیماران

با جدا شدگی رگماتوزن شبکیه در بیمارستان خلیلی شیراز، ۱۳۷۰ تا ۱۳۸۰

چکیده

مقدمه: جدا شدگی رگماتوزن شبکیه از علل کاهش شدید دید بوده که در بسیاری موارد، قابل پیشگیری یا درمان است. بررسی ویژگی های همه گیر شناختی منطقه ای می تواند موجب ایجاد بینش گسترده تر در پیشگیری و درمان بیماری گردد. پژوهش کنونی بر روی بیماران مراجعه کننده به بیمارستان خلیلی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، در سال های ۱۳۷۰ تا ۱۳۸۰ انجام شده است.

روش کار: شمار ۴۰۰ چشم از پرونده ی ۳۶۰ بیمار مبتلا به جدا شدگی رگماتوزن شبکیه که، عمل جراحی اسکالرال باکلینگ بر روی آنها انجام شده بود، بررسی شدند. در این بررسی، بیمارانی وارد شدند که، برای نخستین بار در دوره زمانی بالا عمل جراحی شبکیه بر روی آنها انجام شده بود. بررسی هر پرونده، شامل بررسی سن، جنس، مدت بروز علائم، فصل پیدایش بیماری، شدت کاهش بینایی، بود یا نبود عوامل خطر و بررسی طرح شماتیک شبکیه بود. همچنین، وضعیت آناتومی شبکیه و دید شش ماه پس از عمل بررسی شد. چسبیدن دوباره شبکیه پس از شش ماه، به عنوان موفقیت آناتومی پایانی با یک بار عمل جراحی و دید ۲۰/۴۰۰ یا بیشتر پس از شش ماه، به عنوان موفقیت کارکردی پایانی با یک بار عمل تعریف شد. **یافته ها:** میانگین سن بیماران، $47 \pm 19/84$ سال بود. شایع ترین گروه سنی برای جدا شدگی، ۶۰ سال به بالا بود. همچنین، یک افزایش مقطعی در گروه سنی ۱۰ تا ۱۹ سال مشاهده شد. میزان ۶۲/۵ درصد از مبتلایان مرد بودند. چهل درصد چشم ها بدون عدسی و یا دارای عدسی مصنوعی، ۳۲ درصد دارای لاتیس، ۲۳ درصد نزدیک بین، ۱۴ درصد دارای پیشینه ی ضربه و ۱۸ درصد هیچگونه عامل خطر نداشتند. جدا شدگی رگماتوزن شبکیه در کسانی که فاقد عدسی یا پسودوفاک بودند، در جنس مذکر نسبت به مؤنث بیشتر بود

دکتر محسن فروردین*،
دکتر مرسل مهریار**،
دکتر حسین اشرف**،
دکتر مرتضی مهدی زاده**،
دکتر منصور رحیمی**،
دکتر حمید حسینی***،
دکتر سینا احمدی***،
دکتر بابک باقری***،
*دانشیار گروه چشم،
**استادیار گروه چشم،
***فلوشیپ شبکیه و زجاجیه،
***چشم پزشک،
دانشگاه علوم
پزشکی شیراز

نویسنده مسوول:

دکتر محسن فروردین
شیراز، بیمارستان خلیلی،
دفتر بخش چشم
تلفن: ۰۷۱۱-۶۲۷۹۳۷۳

E-mail:

mohsenfarvardin@
yahoo.com

($p=0/01$)، اما در بیماران دارای لاتیس، در جنس مؤنث بیشتر بود ($p=0/01$). در گروه ناشی از ضربه، تفاوتی در جنسیت مشاهده نشد ($p=0/1$). همچنین، تفاوتی معنی دار میان فصل های سرد (پاییز و زمستان) و گرم (بهار و تابستان) از نظر آغاز بیماری مشاهده نشد ($p=0/067$). هفتاد و سه درصد چشم ها دارای جدا شدگی رگماتوزن شبکیه ناکامل بودند. در ۸۶/۵ درصد از چشم ها ناحیه ی لکه زرد، جدا شده بود. اختلال پرولیفراتیو زجاجیه-شبکیه ای مراحل B یا C₁ (PVR)، در ۴۹/۵ درصد دیده شد. سوراخ گرد در ۴۹/۳ درصد، پارگی نعل اسبی یا پارگی همراه با سر کنده شده در ۴۱/۶ درصد و دیالیز در ۸/۹ درصد، دیده شد و در ۲۰ درصد از چشم ها هیچ سوراخی دیده نشد. شایع ترین جا برای سوراخ های گرد، ناحیه ی گیجگاهی تحتانی، برای پارگی ها، ناحیه ی گیجگاهی فوقانی و برای دیالیز، ناحیه ی گیجگاهی تحتانی بود. جدا شدگی دو سویه در ۱۱/۱۱ درصد چشم ها دیده شد. موفقیت پایانی آناتومی، ۷۹/۵ درصد و موفقیت پایانی کارکردی، ۴۶ درصد بود. بیماران فاقد عدسی یا دارای عدسی مصنوعی، نسبت به دیگر گروه ها از موفقیت آناتومی و کارکردی پایین تری برخوردار بودند ($p<0/001$). نتیجه: اسکرال باکلینگ، عمل جراحی موفق در درمان جدا شدگی رگماتوزن شبکیه است. شناخت عوامل خطر و توجه به آنها پیش از عمل، می تواند میزان موفقیت را افزایش دهد.

کلید واژه ها: جدا شدگی رگماتوزن شبکیه، همه گیر شناختی، اسکرال باکلینگ

به صورت ترکیبی و ترشحي (سرورزی)، گونه ی رگماتوزن شایع ترین آن است [۱]. این گونه، در نتیجه ی یک سوراخ یا سوراخ هایی که، همه ی ضخامت شبکیه را درگیر کرده باشد، ایجاد می شود. این سوراخ با کشش های زجاجیه ای، باز نگه داشته شده و باعث می شود که، زجاجیه ی مایع شده به فضای پشت شبکیه راه پیدا کند. سوراخ های شبکیه به شکل پارگی (Tear) یا آتروفی هستند. پارگی های نعل اسبی (Horse Shoe) که، بیشتر در ناحیه ی استوایی چشم به وجود می آیند، بیشتر به جدا شدگی منجر می شوند، در حالی که، پارگی های دارای سر کنده شده (Operculated) که، بیشتر در بخش های پشتی واقع شده اند، کمتر آمادگی جدا شدگی دارند [۲،۱]. شایع ترین و مهم ترین

مقدمه

واژه ی جدا شدگی شبکیه، به معنای جدا شدن اپیتلیوم عصبی (Neural Epithelium) از اپیتلیوم رنگدانه ای شبکیه (Retinal Pigmented Epithelium) می باشد و باعث ایجاد دوباره ی فضایی بالقوه می شود که میان لایه های ابتدایی جنینی وجود داشته است [۱]. جدا شدگی شبکیه، از یک بیماری خاص منفرد ناشی نمی شود، بلکه نتیجه ی پایانی فرایندهایی گوناگون است که باعث تجمع مایع در پشت شبکیه می شوند. این فرایندها عبارت هستند از اختلالات مادرزادی، سوخت و سازی، تغییرات ناشی از ضربات و بیماری های عروقی. از میان چهار گروه رگماتوزن، کششی، کششی-رگماتوزن

یافته های همه گیر شناختی و نتایج عمل اسکالرال باکلینگ در بیماران با جدا شدگی رگماتوزن شبکیه

علایم جدا شدگی پیش از جراحی وجود داشت، فصلی که جدا شدگی در آن رخ داده بود، مشخص شد. نکاتی که از طرح شماتیک باید به دست می آمد عبارت بودند از: بود یا نبود لاتیس، کامل یا ناکامل بودن جداشدگی، بود یا نبود (PVR) Proliferative Vitreoretinopathy درجه ی B یا C1، جدا شدن یا نشدن ناحیه ی لکه ی زرد، شمار و جای سوراخ ها و گونه ی آنها. چسبندگی آناتومی شبکیه، سه روز پس از عمل، به عنوان موفقیت آناتومی اولیه و شش ماه پس از عمل به عنوان موفقیت آناتومی پایانی تعریف شد. دید ۲۰/۴۰۰ یا بیشتر، سه روز پس از عمل جراحی به عنوان موفقیت کارکردی اولیه و شش ماه پس از عمل به عنوان موفقیت کارکردی پایانی تعریف شد. در پایان، یافته ها به وسیله ی کارشناس آمار و با استفاده از آزمون های تی و مربع کای واکاوی شدند.

یافته ها

روی هم رفته، ۴۰۰ چشم مبتلا به جدا شدگی رگماتوزن شبکیه بررسی شدند که، ۲۵۰ مورد مرد (۶۲/۵ درصد) و ۱۵۰ مورد زن (۳۷/۵ درصد) بودند. در میان افراد نزدیک بین، ۵۸ مورد مرد (۲۳/۲ درصد) و ۳۴ مورد زن (۲۲/۶ درصد) بودند که از نظر آماری اختلافی معنا دار نداشتند ($p=0/9$). از میان افراد فاقد عدسی و یا دارای عدسی مصنوعی درون چشم، ۱۱۶ مورد مرد (۴۶/۴ درصد از کل موارد در مردان) و ۴۴ مورد

عوامل همراه با جداشدگی رگماتوزن، عبارت هستند از نزدیک بینی، نبود عدسی یا عدسی مصنوعی (Pseudophakia)، ضربه و دژنراسیون لاتیس [۳]. اسکالرال باکلینگ، متداول ترین روش جراحی است که از حدود پنجاه سال پیش تاکنون استفاده می شود. با این روش، اتصال دوباره با یکبار عمل جراحی در ۸۴ درصد، مورد انتظار است [۵،۴].

مواد و روش

این پژوهش گذشته نگر بر روی ۴۰۰ چشم از ۳۶۰ بیمار مبتلا به جداشدگی رگماتوزن شبکیه (Rhegmatogenous Retinal Detachment) (RRD) که، در سال های ۱۳۷۰ تا ۱۳۸۰، در بیمارستان خلیلی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، عمل جراحی اسکالرال باکلینگ بر روی آنها انجام شده بود، صورت گرفت. بیمارانی به پژوهش وارد شدند که، نخستین عمل جراحی آنها در دوره ی زمانی بالا انجام گرفته و اطلاعات پیگیری آنها کامل باشد. مرور هر پرونده شامل بررسی پیشینه ی بیماران، طرح شماتیک از شبکیه، دید و وضعیت تشریحی شبکیه، پیش و پس از عمل بود. تاریخ انجام عمل، سن، جنس، مدت زمان کاهش بینایی، شدت کاهش بینایی، بود یا نبود عوامل خطرزا شامل نزدیک بینی، فقدان عدسی یا بودن عدسی مصنوعی درون چشمی، ضربه و نیز، پیشینه ی جداشدگی شبکیه در چشم دیگر، ثبت شد. با توجه به تاریخ انجام عمل و مدت زمانی که

جدول ۱: توزیع سنی بر پایه ی هر یک از عوامل خطر در ۴۰۰ چشم مورد بررسی

شمار	نبود عوامل خطر	دژنراسیون شبکه	ضربه	نبود عدسی یا مصنوعی	نزدیک بینی	سن (سال)
۶	۲	--	۲	۲	--	۹ تا ۰
۵۰	۱۰	۱۰	۱۸	۸	۱۶	۱۰ تا ۱۹
۴۴	۴	۲۴	۱۶	۴	۲۲	۲۰ تا ۲۹
۳۶	۲	۲۴	۴	۴	۲۰	۳۰ تا ۳۹
۳۸	۱۴	۱۰	۴	۱۰	۸	۴۰ تا ۴۹
۶۶	۱۰	۲۲	۲	۳۰	۱۶	۵۰ تا ۵۹
۱۶۰	۳۰	۳۸	۱۰	۱۰۲	۱۰	۶۰ و بالاتر
۴۰۰	۷۲	۱۲۸	۵۶	۱۶۰	۹۲	جمع کل

عوامل خطر، ۳۰ مورد مرد (۱۲ درصد) و ۴۲ مورد زن (۲۸ درصد) وجود داشت که، به گونه ای چشمگیر شمار زنان از مردان بیشتر بود ($p=0/004$). شایع ترین گروه سنی در این بیماری، گروه ۶۰ ساله و بالاتر بود و یک افزایش مقطعی آشکار نیز در گروه سنی ۱۰ تا ۱۹ ساله دیده شد. میانگین سن همه ی افراد، ۴۷ سال با انحراف معیار ۱۹/۸۴ سال بود. کمترین سن چهار سال و بیشترین

زن (۲۹/۳ درصد از کل موارد در زنان) بودند که این تفاوت معنادار بود ($p=0/01$). افراد با پیشینه ضربه به چشم، ۴۲ نفر مرد (۱۶/۸ درصد) و ۱۴ نفر زن (۹/۳ درصد) بودند که از نظر آماری این اختلاف چشمگیر نبود ($p=0/1$). در افراد دچار لاتیس، ۶۴ نفر مرد (۲۵/۶ درصد) و ۶۴ نفر زن (۴۲/۷ درصد) بودند که به میزانی چشمگیر، شمار زنان از مردان بیشتر بود ($p=0/01$). در گروه بدون

جدول ۲: سوراخ ها، با توجه به هر یک از عوامل خطر در ۴۰۰ چشم مورد بررسی (درصد)

درصد از شمار ۴۰۰ چشم	نبود عوامل خطر	دژنراسیون شبکه ای	ضربه	نبود عدسی یا مصنوعی	نزدیک بینی	عامل خطر / تعداد سوراخ
۲۰	۱۶/۷	۷/۸	۱۰/۷	۳۲/۵	۱۰/۹	سوراخی دیده نشده
۴۹	۶۶/۷	۴۲/۲	۶۰/۷	۴۲/۵	۴۳/۵	یک سوراخ
۳۱	۱۶/۷	۵۰	۲۸/۶	۲۵	۴۵/۶	سوراخ های متعدد

جدول ۳: انواع سوراخ، با توجه به هر یک از عوامل خطر در ۴۰۰ چشم مورد بررسی (درصد)

درصد از کل چشم ۴۰۰	نبود عوامل خطر	دژنراسیون شبکه ای	ضربه	نبود عدسی یا عدسی مصنوعی	نزدیک بینی	
۴۹/۳	۲۹/۷	۵۸/۹	۴۵/۸	۵۱/۳	۵۶/۳	سوراخ گرد (Round Hole)
۲/۹	۰	۱/۹	۰	۳/۷	۵	پارگی همراه سر کنده شده (Operculated)
۳۸/۹	۵۴	۳۶/۳	۳۱/۴	۳۸/۷	۳۳/۷	پارگی نعل اسبی (Horse Shoe)
۸/۹	۱۶/۳	۲/۹	۲۲/۸	۶/۳	۵	دیالیز

اختلاف آماری چشمگیر نداشت ($p=0/14$). شایع ترین گروه سنی این بیماران، افراد ۶۰ ساله و بالاتر بود. میانگین سنی گروه فاقد عوامل خطر (۴۹ سال) با میانگین سنی دیگر افراد (۴۶/۶ سال) اختلاف آماری ارزشمند نداشت ($p=0/5$) (جدول ۱).

از لحاظ گونه ی جدا شدگی، ۲۹۲ چشم (۷۳ درصد)، به جداشدگی ناکامل و ۱۰۸ چشم (۲۷ درصد) به جداشدگی کامل دچار بودند. به هنگام مراجعه، در ۵۴ چشم (۱۳/۵ درصد) لکه ی زرد جدا نشده و در دیگر افراد (۸۶/۵ درصد)، جدا شده بود.

شمار ۲۰۲ چشم (۵۰/۵ درصد)، به هنگام مراجعه بدون PVR درجه ی B یا C1 و ۱۹۸ چشم (۴۹/۵ درصد)، به این عارضه دچار بودند. شمار ۲۲۶ چشم (۵۶/۵ درصد)، در فصل پاییز یا زمستان مبتلا شده بودند، که اختلاف آماری

سن ۸۰ سال بود (جدول ۱). میانگین سنی افراد نزدیک بین ۳۵/۴ سال بود که، آشکارا کمتر از میانگین سن دیگر افراد (۵۰/۵ سال) بود که، این اختلاف از نظر آماری معنادار بود ($p=0/001$). شایع ترین گروه سنی مبتلا به جدا شدگی شبکیه در افراد نزدیک بین ۲۰ تا ۲۹ سالگی بود. میانگین سنی افراد فاقد عدسی یا دارای عدسی مصنوعی، ۵۶/۸ سال بود که آشکارا بیشتر از میانگین سنی دیگر افراد (۴۰/۵ سال) بود ($p<0/001$). شایع ترین گروه سنی ۶۰ ساله و بالاتر بود. میانگین سنی افراد با پیشینه ی ضربه به چشم، ۳۰/۸ سال بود که نسبت به میانگین سنی دیگر افراد (۴۹/۹ سال) به گونه ای چشمگیر کمتر بود ($p<0/001$). شایع ترین گروه سنی در این افراد، ۱۰ تا ۱۹ سالگی بود. میانگین سنی بیماران دارای لاتیس، ۴۴/۱ سال بود که در مقایسه با میانگین سنی دیگر افراد (۴۰/۴ سال)

جدول ۴: توزیع سوراخ ها به درصد در نواحی گوناگون شبکیه، با توجه به هر یک از عوامل خطر در ۴۰۰ چشم

مورد بررسی

درصد از کل ۴۰۰ چشم	نبود عوامل خطر	دژنراسیون شبکیه	ضربه	نبود عدسی یا عدسی مصنوعی	نزدیک بینی	
۱۳/۴	۵/۹	۶/۶	۱۵/۳	۲۰/۹	۱۱/۹	فوقانی بینی
۳۷	۵۵/۹	۳۱/۷	۲۵/۵	۳۷	۳۱/۶	فوقانی گیجگاهی
۱۶/۳	۱۴/۷	۱۷/۷	۱۷/۹	۱۷/۳	۱۴/۵	تحتانی بینی
۲۸/۶	۲۳/۵	۳۸/۴	۳۳/۳	۱۹/۹	۳۶/۸	تحتانی گیجگاهی
۴/۷	۰	۵/۶	۸	۴/۹	۵/۲	ناحیه ی ماکولا

گونه ی دیالیز آشکارا بیشتر از گروه های دیگر بود (۲۲/۸ درصد) (جدول ۳). در گروه افراد نزدیک بین و افرادی که، دارای لاتیس بودند، شایع ترین ناحیه برای ایجاد سوراخ، در آغاز، ناحیه ی گیجگاهی تحتانی و سپس، گیجگاهی فوقانی بود. یعنی، بروز سوراخ در ناحیه ی گیجگاهی این افراد شایع تر از ناحیه ی نازال بود (۰/۰۰۱ < p). در گروه افراد فاقد عدسی، شایع ترین ناحیه، در آغاز گیجگاهی فوقانی و سپس، نازال فوقانی، بود. یعنی، بروز سوراخ در ناحیه ی فوقانی شبکیه این افراد شایع تر از ناحیه ی تحتانی بود (۰/۰۰۰۱ < p). در گروهی که پیشینه ی ضربه به چشم داشتند، شایع ترین ناحیه ی ایجاد پارگی شبکیه، نخست، گیجگاهی تحتانی و سپس، گیجگاهی فوقانی بود. یعنی بروز پارگی در ناحیه ی گیجگاهی شبکیه این افراد شایع تر از ناحیه ی نازال بود که این اختلاف از نظر آماری ارزشمند نبود (۰/۱۱ = p).

ارزشمند میان آنها و افرادی که در فصل های بهار و تابستان به این ناراحتی مبتلا شده بودند، وجود نداشت (۰/۰۶۷ < p). در ۸۰ مورد (۲۰ درصد)، سوراخی در شبکیه دیده نشد، در ۱۹۶ مورد (۴۹ درصد)، تنها یک سوراخ و در ۱۲۴ مورد (۳۱ درصد)، سوراخ های گوناگون در شبکیه دیده شد (جدول ۲). دیده نشدن سوراخ در شبکیه به طور مشخص در بیماران فاقد عدسی بیشتر بود (۰/۰۰۳۶ = p). به طور کلی، شایع ترین گونه ی سوراخ ایجاد شده در شبکیه، به ترتیب عبارت بودند از، گرد و پارگی نعل اسبی، تنها در گروه فاقد عوامل خطر، شایع ترین گونه ی سوراخ، پارگی نعل اسبی و سپس، سوراخ گرد بود. به طور کلی، در ۴۰۰ چشم معاینه شده، ۴۹/۳ درصد دارای سوراخ گرد، ۳۸/۹ درصد دارای پارگی نعل اسبی، ۲/۹ درصد دارای پارگی با سر جدا شده و ۸/۹ درصد، دارای دیالیز بودند. در گروهی که پیشینه ی ضربه داشتند، درصد پارگی از

جدول ۵: توزیع هر یک از انواع سوراخ، در هر یک از نواحی شبکیه در ۴۰۰ چشم مورد بررسی (درصد)

محل	نوع	سوراخ گرد	پارگی همراه سر کنده شده	پارگی نعل اسبی	دیالیز
	فوقانی بینی	۱۰/۳	۱۴/۲	۱۸/۶	۱۷/۸
	فوقانی گیجگاهی	۳۱/۳	--	۵۰/۶	۱۴/۳
	تحتانی بینی	۱۴/۶	۴۲/۹	۱۳/۶	۲۸/۶
	تحتانی گیجگاهی	۳۲/۳	۴۲/۹	۱۶	۳۹/۳
	ناحیه ی لکه زرد	۱۱/۵	--	۱/۲	--

کارکردی پایانی در بیماران RD بدون جدا شدن لکه زرد، ۹۲/۵۹ درصد بود. که، این میزان در بیماران RD با جدا شدن لکه ی زرد، ۳۸/۷۲ درصد بود. موفقیت آناتومی پایانی در گروه دارای PVR (B یا C1)، ۷۵/۷۵ درصد و در گروه بدون PVR (B یا C1)، ۸۳/۱۶ درصد بود.

بحث

درصد افراد نزدیک بین در دیگر پژوهش ها، ۴۰ تا ۵۵ درصد گزارش شده است که، آشکارا بیشتر از پژوهش کنونی است [۲]. در بررسی اشرف زاده و همکاران، درصد نزدیک بینی در بیماران دارای عدسی طبیعی (فیکیک)، ۹/۷ درصد و در بیماران فاقد عدسی (آفاک)، ۳/۹ درصد بود [۶]. این موضوع می تواند به دلیل تفاوت های همه گیر شناختی موجود در جوامع گوناگون از نظر شیوع نزدیک بینی باشد. درباره ی سن افراد، پژوهش کنونی با دیگر بررسی ها از لحاظ شایع ترین سن بروز جدا شدگی رگماتوزن شبکیه

روی هم رفته، در ۴۰۰ چشم نیز، شایع ترین ناحیه ی پارگی شبکیه، در آغاز، گیجگاهی فوقانی و سپس، گیجگاهی تحتانی بود. یعنی، بروز سوراخ به طور کلی در ناحیه ی گیجگاهی شبکیه، شایع تر از نزال بود ($p=0/001$). بیشترین شیوع سوراخ گرد در شبکیه، در آغاز، در ناحیه ی گیجگاهی تحتانی و سپس، در گیجگاهی فوقانی و در مورد سوراخ نعل اسبی، نخست، ناحیه ی گیجگاهی فوقانی و سپس، نزال فوقانی درگیر بود (جداول ۴ و ۵). در ۴۰ بیمار (۱۱/۱۱ درصد)، در طول پژوهش، جدا شدگی شبکیه در هر دو چشم بروز کرده بود. موفقیت آناتومی اولیه ی ۹۰/۵ درصد و موفقیت کارکردی اولیه، ۱۵ درصد بود. موفقیت آناتومی پایانی، ۷۹/۵ درصد و موفقیت کارکرد پایانی، ۴۶ درصد بود. افرادی که، در گروه فاقد عدسی قرار داشتند، از موفقیت پایانی کارکردی و آناتومی پایین تر نسبت به دیگر گروه ها برخوردار بودند که، این اختلاف از نظر آماری ارزشمند بود ($p<0/001$). موفقیت

اخیر، جدا شدگی نا کامل شایع تر است و معمولاً، به هنگام مراجعه ی بیمار، لکه ی زرد بینایی نیز، جدا شده است. دلیل احتمالی این یافته، این است که، برای بیماران این بررسی، علایم اولیه چندان تحریک کننده نیست و بیشتر در صورت کاهش شدید دید مراجعه می کنند. درصد PVR درجه ی B یا C1 پیش از عمل در این پژوهش، ۴۹/۵ درصد بود که، بالا بودن آن احتمالاً ناشی از تأخیر در مراجعه ی اولیه است. گر چه ۵۶/۵ درصد از جدا شدگی ها در بهار یا تابستان رخ داده بود، اما تفاوت ارزشمند آماری میان فصل های گرم و سرد مشاهده نشد ($p=0/067$) که، با برخی پژوهش های پیشین، همخوانی دارد [۱۲-۱۰]. در بیماران این پژوهش، در ۲۰ درصد موارد سوراخی دیده نشد، در حالی که، در دیگر پژوهش ها، این میزان کمتر از ۱۰ درصد است [۲، ۱۳]. علت این تفاوت، احتمالاً به علت اشکالاتی در معاینه، چون دقت کم معاینه کننده، نامناسب بودن وسایل لازم و تغییرات آسیب شناختی ناشی از تأخیر در مراجعه ی بیماران است. دیده نشدن سوراخ، آشکارا در بیماران فاقد عدسی بیشتر بود ($p=0/036$)، که علت این یافته، احتمالاً وجود سوراخ های ریز و متعدد در بخش های کاملاً محیطی شبکه این دسته از بیماران به علت فشار و تغییرات پایه ی زجاجیه است. این سوراخ ها در معاینه های معمولی کمتر دیده می شوند [۱]. از نظر سوراخ ها، شایع ترین گونه ی آن گرد بود که، در ۴۹/۳ درصد موارد، پارگی نعل اسبی در ۳۸/۸

(۴۰ تا ۷۰ سالگی) همناوی دارد و افزایشی نیز، در سنین ۱۳ تا ۱۹ سالگی گزارش شده است [۲، ۷]. در پژوهش کنونی، جدا شدگی رگماتوزن شبکه، به طور کلی، در مردان شایع تر از زنان بود و این تفاوت در جدا شدگی ناشی از نبود عدسی و یا دارای عدسی مصنوعی، آشکارا مشاهده شد ($p=0/01$)، در حالی که در دیگر بررسی ها، چنین تفاوتی بیان نشده است [۷، ۸]. این تفاوت، احتمالاً به این علت است که، در جامعه ما، سن عمل آب مروارید در مردان، به علت نیاز بیشتر به دید کافی برای ادامه ی اشتغال، پایین تر از زنان است. برای تأیید این دیدگاه، بررسی های تکمیلی بعدی ضروری است. در پژوهش کنونی، جدا شدگی ناشی از ضربه در مرد و زن تفاوت آماری چشمگیر نداشت، برخلاف دیگر بررسی ها که، جدا شدگی ناشی از ضربه آشکارا در مردان بالاتر است [۲]. این تفاوت، احتمالاً به این علت است که، در جوامع غربی، ضربه به چشم معمولاً به هنگام ورزش های خشن یا کار در محیط های صنعتی ایجاد می شود که در نتیجه، احتمال درگیری مردان بیشتر از زنان است [۹]. اما در کشور ما، بیشتر در سنین پایین تر و به علت بی احتیاطی کودکان و نوجوانان رخ می دهد، که میان دو جنس تفاوت نمی کند. در تأیید این نظریه ی پژوهش های تکمیلی ضروری به نظر می رسد. لاتیس، در بیماران بررسی کنونی، آشکارا در زنان بیشتر دیده شد ($p=0/01$)، اما در دیگر بررسی ها، تفاوتی بیان نشده است. در پژوهش

عمل جراحی، در حدود ۸۵ درصد گزارش کرده اند [۲]. موفقیت اولیه ی کارکردی، ۱۵ درصد و موفقیت پایانی کارکردی، ۴۶ درصد بود. موفقیت پایانی آناتومی و کارکردی، در بیماران بدون عدسی، آشکارا کمتر از دیگر گروه ها بود ($p=0/001$) که، احتمالاً" به علت آسیب های زجاجیه به هنگام عمل آب مروارید و یا تغییرات آن پس از عمل آب مروارید است که، احتمال PVR را، به عنوان یک عامل محدود کننده ی موفقیت عمل جراحی افزایش می دهد.

نتیجه گیری

در پژوهش کنونی، شایع ترین عامل خطر برای جدا شدگی رگماتوزن شبکیه، فقدان عدسی و یا داشتن عدسی مصنوعی است که، در مردان بیشتر دیده می شود. بیماران مبتلا به این عامل خطر، دارای موفقیت پایانی آناتومی و کارکردی پایین تر نسبت به دیگر گروه ها هستند. جدا شدگی رگماتوزن شبکیه همراه با لاتیس در زنان بیشتر بود و در گروه جدا شدگی رگماتوزن شبکیه ناشی از ضربه، اختلافی میان زن و مرد وجود نداشت. با وجود بیشتر بودن جدا شدگی لکه ی زرد، PVR آشکار به هنگام مراجعه و بالاتر بودن موارد عدم تشخیص سوراخ پیش از عمل نسبت به دیگر مناطق، موفقیت دراز مدت عمل اسکالرال باکلینک در این بیماران همانند دیگر پژوهش ها بود.

درصد موارد، پارگی همراه با سر کنده شده در ۲/۸ درصد و دیالیز در ۸/۹ درصد موارد دیده شد. شایع ترین جای سوراخ گرد، ناحیه ی گیجگاهی تحتانی و سپس، گیجگاهی فوقانی بود، در حالی که، در دیگر پژوهش ها، شایع ترین محل، ربع گیجگاهی فوقانی و سپس، گیجگاهی تحتانی است [۲]، اما روی هم رفته، در این پژوهش نیز، همانند دیگر بررسی ها، شایع ترین جای، ناحیه ی گیجگاهی است. شایع ترین جای ایجاد پارگی ها، به ویژه پارگی نعل اسبی، ناحیه ی گیجگاهی فوقانی و سپس نازال فوقانی بود. بنابراین، شایع ترین جای مورد انتظار ناحیه فوقانی است که، این یافته همانند دیگر پژوهش هاست [۲]. شایع ترین جای ایجاد دیالیز شبکیه، گیجگاهی تحتانی بود که، این ویژگی نیز، مانند دیگر بررسی های پیشین است [۲،۳]. دومین جای مورد انتظار دیالیز شبکیه، ناحیه ی نازال تحتانی بود که، در دیگر پژوهش ها، ناحیه ی نازال فوقانی است [۲].

درگیری دو سویه در ۱۱/۱۱ درصد موارد دیده شد که، مانند دیگر پژوهش هاست که، میزان ۱۰ تا ۱۵ درصد را گزارش کرده اند [۲،۴]. در این پژوهش، موفقیت اولیه آناتومی ۹۰/۵ درصد و در پایان، ۷۹/۵ درصد است که، با یک بار عمل جراحی ایجاد گردیده بود که، همانند دیگر بررسی هاست که، موفقیت آناتومی را با یک بار

Epidemiological Findings and Results of Scleral Buckling in Patients with Rhegmatogenous Retinal Detachment at Khalili Hospital, Shiraz, 1991-2001

Background: Rhegmatogenous retinal detachment (RRD) is a common cause of reduced visual acuity which may be prevented or treated in most situations. Knowledge of epidemiological characteristics of RRD can lead to an increase in the insight of physicians in the management of these patients. The aim of this study was to evaluate the epidemiological characteristics of RRD and long term outcome of primary scleral buckling in patients who underwent this procedure as a routine management for RRD at Khalili Hospital in Shiraz. **Patients and Methods:** In this retrospective study, charts of 400 eyes belonging to 360 patients with RRD who underwent scleral buckling from 1991 to 2001, with complete follow-up data were reviewed. In this study, results of first scleral buckling were evaluated. Reattachment of retina at sixth post-operation month was defined as late anatomical success and visual acuity of $\geq 20/400$, 6 months post-operatively, was defined as the late functional success. **Results:** Forty percent of the eyes were aphakic or pseudophakic, 32 percent had lattice degeneration, 23 percent were myopic, 14 percent were post-traumatic and 18 percent were without the mentioned risk factors. The mean age of patients was 47 ± 19.84 years (4-80 years). Most of the patients were more than 60 years old but there was another peak in 10-19 year-olds. RRD was more common in males (62.5%). Retinal detachment with aphakia or pseudophakia was more common in males ($p=0.01$) but lattice degeneration was more common in females ($p=0.01$). There was no significant male predominance in traumatic patients ($p=0.1$). There was no significant difference between warm and cold seasons in initiation of the detachment ($p=0.067$). Seventy-three percent of the eyes had subtotal RD and in 86.5 percent of eyes, macula was detached. Preoperatively, proliferative vitreoretinopathy (grades B or C1) was seen in 49.5 percent of the eyes. Round hole was seen in 49.3 percent of the eyes, flap tear in 38.9 percent, operculated tear in 2.9 percent and dialysis in 8.9 percent. In 20 percent, no hole was detected. The most common site for holes was infratemporal, but for tears, it was supratemporal and for dialysis it was

M. Farvardin, M.D. *,
M. Mehryar, M.D. **,
H. Ashraf, M.D. **,
M. Mehdizadeh, M.D. **,
M. Rahimi, M.D. **,
H. Hosseini, M.D. ***,
S. Ahmadi, M.D. ***,
B. Bagheri, M.D. ****,
*Associate Professor of
Ophthalmology,
**Assistant Professor of
Ophthalmology,
***Vitreoretinal
Fellow,
****Ophthalmologist,
Shiraz University of
Medical Sciences,
Shiraz, Iran

Correspondence:
M. Farvardin
Department of
Ophthalmology, Khalili
Hospital, Shiraz, Iran
Tel: +98-711-6279373
E-mail:
mohsenfarvardin@
yahoo.com

infratemporal. Bilateral detachment was seen in 11.11 percent. The late anatomical success rate was 79.5 percent and late functional success rate was 46 percent. In comparison to other risk factors, success was lower in aphakic or pseudophakic patients ($p < 0.001$). **Conclusion:** Scleral buckling is a successful method in treating RRD. Exact determination of risk factors and attention to them preoperatively, can increase the success rate.

Keywords: Rhegmatogenous retinal detachment, Epidemiology, Scleral buckling

منابع

- [1]Michael JB, Maurice BL: Pathogenetic mechanisms of retinal detachmet. In: Ryan SJ: *Retina*. 3rd ed. St. Louis, USA: Mosby, 2001:1987-93.
- [2]Hilton GF: Pathogenesis and natural history. In: Hilton GF, McLean EB, Brinton DA. *Retinal detachment: Principles and practice*. 2nd ed. San Francisco, USA: American Academy of Ophthalmology, 1995:7-37.
- [3]Laatikainen L, Tolpanen EM, Hariu H: Epidemiology of rhegmatogenous retinal detachment in a Finnish population. *Acta Ophthalmol (Copenh)* 1985;63(1):59-64.
- [4]منصوری م، ولایی ن: بررسی نتایج یک صد مورد عمل جدا شدگی شبکیه به روش اسکلرال باکلینگ. مجله چشم پزشکی بینا، ۲۰۱۳، ۹: ۵-۹.
- [5]Ahmadi H, Entezari M, Soheilian M, et al.: Factors influencing anatomic and visual results in primary scleral buckling. *Eur J Ophthalmol* 2000;10(2):153-9.
- [6]Ashrafzadeh MT, Schepens CL, Elzeneiny II, et al.: Aphakic and phakic retinal detachment. *Arch Ophthalmol* 1973;89:476-83.
- [7]Wilkes SR, Beard CM, Kurland LT, et al.: The incidence of retinal detachment in Rochester Minnesota 1970-1978. *Am J Ophthalmol* 1982;94(5) :670-3.
- [8]Francois J, Verbraeken H, Stranski T: Aphakic retinal detachment. *Ophthalmologica* 1977;175 (4):181-4.
- [9]Rosner M, Treister G, Belkin M: Epidemiology of retinal detachment in childhood and adolescence. *J Pediatric Ophthalmol Strabismus* 1987;24(1): 42-4.
- [10]Al Samarrai AR: Seasonal variations of retinal detachment among Arabs in Kuwait. *Ophthalmic Res* 1990: 22(4):220-3.
- [11]Ghisolfi A, Vandelli G, Mancoli F: Seasonal variations in rhegmatogenous retinal detachment as related to meteorological factors. *Ophthalmologica* 1986;192(2):97-102.
- [12]Paavola M, Chehova S, Forsius H: Seasonal variations in retinal detachment in northern Finland and Novosibirsk. *Acta Ophthalmol (Copenh)* 1993;61(5): 806-12.
- [13]Laatikainen L, Hariu H: Bilateral rhegmatogenous retinal detachment. *Acta Ophthalmol Copenh* 1985;63(5): 541-5.