

مقاله موردی

عمل جراحی ناخنک و گزارش یک مورد عارضه نادر

دکتر حمید خاکشور*

دکتر مجید ابریشمی*

دکتر علیرضا برادران رفیعی[▲]

عمل جراحی ناخنک، از اعمال شایع چشم پزشکی می‌باشد. با توجه به عود نسبتاً بالای این عارضه، معمولاً همراه با تمهیدات اضافه‌ای مثل استفاده از محلول موضعی در میتومايسين - C حین عمل جراحی انجام می‌شود. عمل جراحی ناخنک و نیز محلول میتومايسين - C دارای عوارضی می‌باشند که عبارتند از: پرفوراسیون قرنیه یا اسکلرا، نکروز ملتحمه، اسکلرا و قرنیه، ادم قرنیه، عفونت، ایسکمی موضعی، گلوکوم، کاتاراکت، یوونت، کلسیفیکاسیون اسکلرا، دردهای مقاوم به درمان (با یا بدون فتوفوبی)، اپی‌تلیالیزاسیون تأخیری، کلسیفیکاسیون دژنراتیو ملتحمه، جدا شدگی زخم، خونریزی زیر ملتحمه و گرانولوم پیوژنیک کونژ. این مقاله به معرفی شکل نسبتاً نادری از هماتوم ملتحمه، متعاقب عمل جراحی ناخنک که منجر به جستجوی جراحی شد، می‌پردازد.

واژه‌های کلیدی: ناخنک؛ هماتوم ملتحمه .

*- دانشیار گروه چشم پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی مشهد

[▲]- استادیار چشم پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مقدمه

عمل جراحی ناخنک، یکی از متداولترین اعمال جراحی کوچک در چشم پزشکی می‌باشد و علیرغم روشهای متعدّد جراحی، نسبتاً عمل کم عارضه‌ای است؛ لیکن مانند هر عمل جراحی دیگر بدون عارضه نیست. گزارش این مورد از جمله عوارض نادر و فریبنده عمل ناخنک می‌باشد.

گزارش مورد

بیمار خانم ک. م، ۶۰ ساله است که در تاریخ ۷۷/۲/۲۱ با شکایت کاهش دید هر دو چشم مراجعه نمود. نکات مثبت معاینه وی بدین شرح بود:

دید چشم راست $\frac{3}{10}$ و دید چشم چپ، در حد شمارش انگشتان از فاصله ۲ متری بود. عدسی دو چشم کاتاراکته و شدت آن در چشم چپ بیشتر بود. با توجه به ناخنک نسبتاً بزرگ در هر دو چشم، ابتدا تصمیم به عمل ناخنک چشم چپ گرفته شد تا متعاقباً عمل جراحی کاتاراکت انجام شود.

عمل جراحی در تاریخ ۷۷/۲/۲۲ به روش *technique bare scleral* انجام شد. برای پیشگیری از عود، اسپونژ آغشته به محلول میتومايسين - C (MMC) ۰/۰۲ درصد به مدت ۲/۵ دقیقه در محل گذاشته شد و سپس با ۳۰ سی سی محلول نرمال سالین استریل، شستشوی کامل انجام شد. در این عمل از فلپ ملتحمة چرخشی و یا گرفت آزاد استفاده نشد. در معاینه روز بعد بیمار کاملاً بیقرار بود و از درد شدید شکایت داشت. دید چشم بیمار مانند گذشته بود و مردمک MG منفی بود. رفلکس قرمز نیز با معاینه قبلی تفاوتی نداشت. در معاینه، یک توده گرد و لوبوله قهوه‌ای رنگ و ظاهراً دارای عروق خونی به ابعاد تقریبی ۷/۵×۷/۵×۵ میلیمتر در محل *Scleral baring* قابل رؤیت بود. سگمان قدامی طبیعی به نظر می‌رسید. افتالموسکوپي مستقیم و غیرمستقیم نیز با توجه به کدورت محیط داخلی چشم ناشی از کاتاراکت قابل انجام نبود. بیمار با تشخیص اولیه پارگی اسکلا و پرولاپس یوآ در بخش چشم بستری شد. با توجه به خطر آندوفتالمیت، از ریختن هرگونه قطره چشمی و دستکاری اضافی خودداری شد. به منظور پیشگیری از آندوفتالمیت، آمپول سفازولین IV ۱۰۰ mg/kg/d ادر چهار واحد دارویی منقسم و به منظور پیشگیری از پرولاپس بیشتر یوآ، قرص استازولامید ۱۰ mg/kg/d و برای کاهش درد قرص استامینوفن ۳۲۵ mg هر چهار ساعت تجویز شد. ۸ ساعت پس از بستری بدلیل درد شدید، آمپول دیکلوفناک ۷۵ mg tid به برنامه درمانی اضافه گردید و چشم بیمار پچ شد.

باتوجه به استفاده از اسپونژ آغشته به محلول میتومايسين در حین عمل جراحی ناخنک، دو تشخیص برای وی متحمل بود:

۱- ممکن بود در حین عمل جراحی و تمیز کردن اسکلا، میکروپرفوراسیون بداخل گلوب اتفاق افتاده باشد و یوآ از همان محل پرولاپه شده باشد. البته با توجه به نفوذ ناخنک به زیر لایه بومن و سطح نسبتاً عمقی تر کراتومی انجام شده منتهی به لیمبوس این امکان وجود داشت که در محل لیمبوس، عمق برداشت ضایعه باعث پرفوراسیون شده باشد.

۲- احتمال دیگر آن بود که محلول میتومايسين علیرغم استفاده با واحد دارویی و زمان استاندارد موجب نکروز اسکلا و پرولاپس یوآ شده باشد. البته این مسأله متعاقب استفاده از قطره توپیکال میتومايسين به مدت چند روز (مخصوصاً با غلظت‌های بالاتر و دفعات مصرف بیشتر) بارها گزارش شده است (۱، ۲، ۳ و ۴). لیکن گزارشها متعاقب گذاشتن اسپونژ آغشته به محلول میتومايسين حین عمل جراحی نادر است (۵).

برای بیمار چهار روش جراحی پیشنهاد شد:

- ۱- بازگرداندن یووا به داخل چشم و ترمیم پارگی اسکلا در صورت امکان.
- ۲- پوشاندن یووا با فلپ چرخشی یا گرفت آزاد ملتحمه.
- ۳- گرفت اسکلا با استفاده از نصف ضخامت اسکلرای خود بیمار به محل پارگی و پوشاندن آن با فلپ ملتحمه.
- ۴- گرفت با اسکلرای دهنده (در صورت موجود بودن).

لیکن با توجه به اینکه یووا بیرون آمده نسبتاً حجیم بود و میزان پارگی اسکلا نیز قابل ارزیابی نبود و نیز بنظر نمی‌رسید که فلپ ملتحمه به تنهایی بتواند مانع از ادامه بیرون زدگی یووا شود و نیز با توجه به ظاهر ضایعه احتمال آنکه نتوان یووا را به داخل گلوب برگرداند؛ زیاد بود. از طرفی اسکلرای دهنده موجود نبود و لذا بیمار با طرح پیچ گرفت اسکلا از چشم خودش و پوشاندن آن با فلپ ملتحمه، روز بعد به اتاق عمل برده شد. پس از پرپ و درپ در حین شستشوی چشم، توده مزبور با دستکاری ناشی از اپلیکاتور و پنس، قرنیه بطور کامل برداشته شد و اسکلرای سالم در زیر آن نمایان گردید. توده مزبور در واقع چیزی جز یک هماتوم نبود.

بحث

هماتوم ملتحمه در محل برداشتن ناخنک، از عوارض نسبتاً شایع این عمل می‌باشد و لیکن گاهی به طور نادر و کاملاً فریبنده، ظاهر بیرون زدگی یووا را تقلید می‌نماید. آنچه به تشخیص افتراقی هماتوم از بیرون زدگی یووا کمک می‌کند؛ این است که بیرون زدگی یووا در محل برداشتن ناخنک معمولاً با نامنظمی مردمک چشم و کشیده شدن عنیبه به سمت بیرون زدگی همراه می‌باشد. بعلاوه تغییرات دیگری در سگمان قدامی مانند هایفما و راکسیون سلولی و تغییر عمق اتاق قدامی قابل رؤیت است. ضمن اینکه نکرور اسکلا متعاقب استفاده از اسپونژ آغشته به میتومايسين به فاصله ۲۴ ساعت پس از جراحی بسیار نادر است (۵).

به طور کلی اندیکاسیونهای عمده برای برداشتن ناخنک عبارتند از (۶):

- ۱- گسترش ناخنک به محور بینایی بیمار؛
- ۲- تحریک مکرر و طولانی مدت چشم؛
- ۳- تمایل بیمار به اصلاح Cosmetic؛
- ۴- ممانعت از Contact lens fitting مناسب.

روش جراحی معمول برای برداشتن ناخنک excision Primary به روش bare scleral technique می‌باشد که با عود (۳۰ تا ۳۵ درصد) همراه می‌باشد. بعلاوه روشهای جراحی مختلفی برای پیشگیری از عود ناخنک بشرح ذیل وجود دارد (۶):

- الف) برداشتن ساده به اضافه گرفت آزاد یا فلپ چرخشی ملتحمه.
- ب) برداشتن ساده به اضافه گذاشتن اسپونژ آغشته به محلول میتومايسين.
- ج) استفاده از میتومايسين به اضافه گرفت آزاد یا فلپ چرخشی ملتحمه بطور هم زمان.
- د) برداشتن ساده به اضافه تجویز قطره میتومايسين.
- ه) برداشتن ساده به اضافه اشعه بتا ناشی از استرونتیوم ۹۰.
- و) استفاده از محلول موضعی تیوتیا.

میتومايسين - (MMC C) که یک عامل آنتی‌بیوتیک و آنتی‌نوپلاستیک می‌باشد و از *Caespitous Streptomyces* بدست می‌آید. اولین بار بوسیله چن بعنوان *adjuvant therapy* در ضمن عمل ترابکولکتومی معرفی شد که باعث مهار سنتز RNA وابسته به DNA می‌شود و در نهایت، با مهار پروليفراسيون فیبروبلاست‌ها، باعث کاهش تشکیل کلاژن می‌گردد. MMC در سه دهه اخیر به طور وسیعی بعنوان یک عامل آنتی‌نوپلاستیک سیستمیک و نیز درمان *adjuvant* بعد از برداشتن جراحی ناخنک برای پیشگیری از عود بکار رفته است. عمل جراحی ناخنک با استفاده از محلول MMC ۰/۰۲ درصد (۰/۲ mg/cc) به طور قابل توجهی میزان عود را کم کرده است؛ لیکن عوارض متعدّد ناشی از مصرف آن باعث شده تا تعدادی از چشم پزشکان از استفاده روتین آن در حین عمل جراحی ناخنک خودداری نمایند. روشهای پیشنهاد شده برای MMC از کاربرد غلظت ۰/۰۲ درصد ۲ مرتبه در روز برای ۵ روز تا غلظت ۰/۰۴ درصد، ۴ مرتبه در روز برای دو هفته (در فرم قطره موضعی) متغیر است.

راه یافتن ناگهانی MMC به اتاق قدامی برای سلولهای آندوتلیوم قرنيه بسیار سمی است.

عوارض همراه ظاهراً به دوز توتال تجمعی مربوط است. MMC می‌تواند بستر اسکلرای آواسکلولر قابل ملاحظه‌ای ایجاد نماید که گاه همیشگی است. به طور خلاصه عوارض ناشی از مصرف محلول MMC عبارتند از (۱، ۲، ۳ و ۴): نکروز ملتحمه، اسکلرا و قرنيه^۱، ادم قرنيه، پرفوراسيون قرنيه، عفونت، ایسکمی موضعی، گلوکوم، کاتاراکت، یووئیت، کلسیفیکاسيون اسکلرا، درد مقاوم به درمان (با یا بدون فتوفوبی)، اپی‌تلیالیزاسيون تاخیری، کلسیفیکاسيون دژنراتیو ملتحمه، جداشدگی زخم^۲، خونریزی زیر ملتحمه، گرانولوم پیوژنیک کونژ.

بسیاری از این عوارض، ماهها یا سالها پس از اینکه محل برداشت ظاهراً بهبود یافته است، پدید می‌آیند. در مورد احتمال موتاژنیت، بررسیهای بیشتری لازم است. اگر MMC همراه با پوشاندن ناحیه برداشت ناخنک با فلپ یا گرفت کونژ بکار رود؛ عوارض آن به حداقل می‌رسد. موارد منع استفاده از محلول MMC در عمل جراحی ناخنک عبارتند از (۶):

۱ - بیماری فعال قرنيه

۲ - leaking blebs

۳ - عفونت

۴ - اتاق قدامی flat

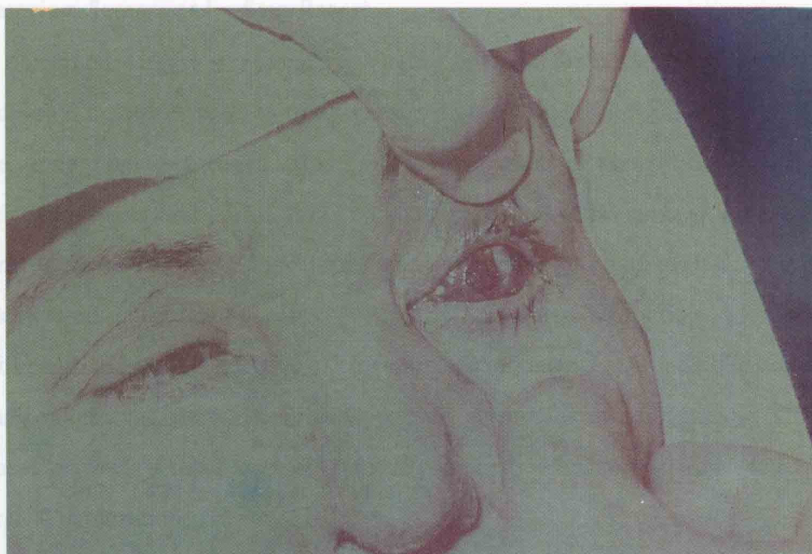
۵ - هیپوتونی دائمی.

مواردی که مصرف MMC توصیه نمی‌شود عبارتند از: ۱ - کوآتو کونژنکتیویت سیکا ۲ - روزاسه ۳ - درماتیت آتوپیک

۴ - ایکتیوز ۵ - کراتیت هرپسی ۶ - کراتیت نوروترفیک.

1 - melting

2 - Wound dehiscence



تصویر ۱: روز بعد از عمل جراحی ناخنک



تصویر ۲: سه هفته بعد از عمل جراحی ناخنک

Abstract

Pterygium Surgery and a Case Report

Pterygium surgery is a common surgery in ophthalmology which requires additional measures such as using mitomycin-c solution during the operation due to its high recurrence rate . The complications of the procedure may include corneoscleral perforation , conjunctival , scleral and corneal necrosis , corneal edema , infection , local ischemia , glaucoma , cataract , uveitis , scleral calcification , refractory pains (with or without photophobia) , late epithelialization , degenerative calcification of conjunctiva , wound dehiscence , subconjunctival haemorrhage and pyogenic granuloma of conjunctiva . This report presents a relatively rare case of conjunctival hematoma which led to surgical exploration .

Key Words : *Pterygium ; Conjunctival Hematoma .*

منابع

- 1- Rubinfeld RS, P fister RR , Stein RM & etal. Serious complications of topical MMC after pterygium surgery. Ophthalmology. 99. 1992. PP 1647 - 54.
- 2 - Helal - M; Messiha - N; Amayem - A. el-maghrayh - A. Intraoperative MMC versus postoperative topical MMC drops for the treatment of pterygium ophthalmic - surg - Lasers. 27(8). 1996 Aug. PP 674-8.
- 3 - Anduze - Al; Burnett - JM. Indications for and complications of mitomycin - c in pterygium surgery. ophthalmic - surg - Lasers. 27(8). 1996 Aug. PP 667-73.
- 4 - Manning - CA; Kloess - PM; Diaz - MD; Yee - RW. Intraoperative mitomycin in primary pterygium excision. A prospective, randomized trial. Ophthalmology. 104(5). 1997 May. PP 844 - 8.
- 5 - Dougherty - PJ, Hardten - DR; Lindstoom-RL. Corneoscleral melt after pterygium surgery using a single intraoperative application of MMC. Cornea. 15(5). 1996 sep. PP 537 - 40.
- 6 - Bosniak , s. Ophthalmic plastic and reconstructive surgery, Vol. ISaunders company. 1st ed. 1996. PP 208 - 220 .
- 7 - Jimmy D. Bartlett, sirt D. Jaanus. Clinical Ocular pharmacology. 3rd edition. Boston. Butter Worth-Heinemann. 227. 1995. PP 667 - 669.