

میزان اثر درمانی الکل اتیلیک در مبتلایان به کیست عنیه

دکتر زهره بهروزی*، ناصر ولایی*

خلاصه

وقتی یاخته‌های اپیتلیوم قرنیه و ملتحمه بعد از عملهای جراحی درون چشمی یا ضربه نفوذپذیر وارد چشم می‌شوند ممکن است رشد کرده و تمام سطوح در دسترس را بپوشاند و باعث ایجاد کیست عنیه شود. بزرگ شدن کیست عنیه ممکن است سبب پدید آمدن عارضه آب سیاه (Glaucoma) شود (۱، ۲ و ۶). و یا مردمک را بپوشاند و دید چشم را بشدت کاهش دهد (۱ و ۲).

برای درمان کیست عنیه، جراحان تاکنون به روشهای گوناگونی دست یازیده‌اند که از آن جمله می‌توان از خارج کردن مایع درون کیست به دفعات (۱)، یا دیاترمی (Diathermy) کیست (۷)، درمان با لیزر به طریق پاره کردن (۱)، یخ زدن کیست و یا برداشتن کامل عنیه همراه با کیست و قرنیه و صلیبه اطراف نام برد (۳) که متأسفانه هیچ کدام موفقیتی را به دنبال نداشته است. در این بررسی، ۲۹ مورد بیمار مبتلا به کیست عنیه، از راه تزریق الکل اتیلیک تحت درمان قرار گرفتند: بدین ترتیب که ابتدا با سر سوزن و سرنگ انسولین، مایع داخل کیست را خالی کرده به همان مقدار الکل اتیلیک ۹۸ درصد به درون کیست تزریق و پس از ۵۰ ثانیه الکل تزریقی تخلیه شد.

تحقیق ما نشان داد که در بیماران - غیر از یک مورد - کیست به دور پایه خود جمع شده، از بین می‌رود. در یک مورد که عود عارض شد، بیمار به عارضه بدخیم Epithelial down growth دچار شده بود. با توجه به روش ساده، هزینه بسیار ناچیز و نتیجه بسیار عالی - که نسبت به روشهای متداول دارد - توصیه می‌شود جهت درمان کیست عنیه از این رویه استفاده شود.

مقدمه

بیماران پیشنهاد می‌شود.

روش پژوهش

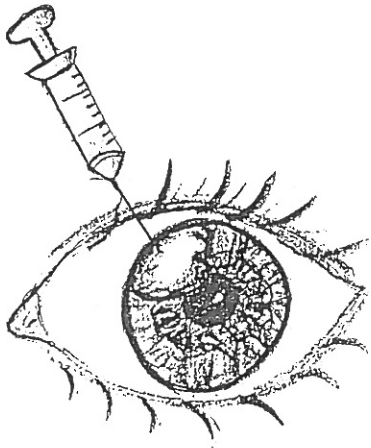
به منظور تعیین اثر درمانی الکل اتیلیک در بیماران مبتلا به کیست عنیه و مراجعه کننده به بیمارستان امام حسین، این تحقیق به روش شبه آزمایشی (Quasi experimental) انجام گرفت. پس از تشخیص بیماری و توضیح کامل در مورد شرح عمل و عوارض احتمالی برای بیماران، فرم اطلاعاتی طرح، تکمیل و از بیماران رضایت‌نامه گرفته شد.

با بی‌حسی موضعی (در بزرگسالان) و بیهوشی عمومی (در خردسالان) عمل تزریق انجام شد: ابتدا چشم بیماران را بعد از بی‌حسی شست و شو می‌دهیم و پلکها را با پلک بازکن نگه می‌داریم؛ عضله راست فوقانی (SR) را گرفته و با نخ شماره ۴ چشم را در محل ثابت نگه می‌داریم. سپس از ۲ میلی‌متر پشت لمب (محل اتصال قرنیه و صلبیه) درست روی کیست، سوزن ۲۶ را درون کیست فرو می‌کنیم (شکل ۱). ابتدا محتویات داخل کیست را تخلیه کرده، به عمق اتاق قدامی توجه می‌کنیم. اگر عمق اتاق کم شد دال بر ارتباط بین کیست و اتاق قدامی است، که در این صورت عمل یا تزریق را انجام نمی‌دهیم (شکل ۲)؛ سپس در حالی که سرسوزن در محل قرار دارد سرنگ محتوی مایع کیست را با سرنگ دیگری که محتوی الکل اتیلیک ۹۸ درصد است با همان مقدار مایع کیست تعویض می‌کنیم (شکل ۳) و الکل را درون کیست تزریق کرده، کیست دوباره شکل می‌گیرد (شکل ۴) و پس از ۵۰ ثانیه محتویات الکل داخل کیست را تخلیه می‌کنیم.

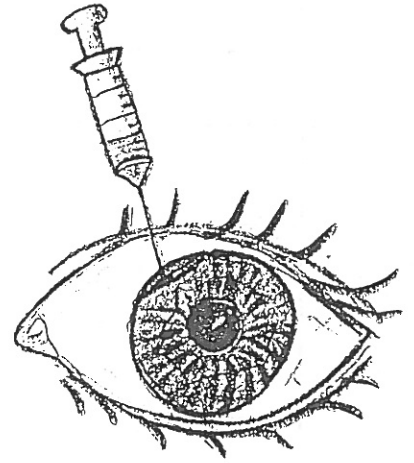
نتایج

جمعا ۲۹ بیمار مبتلا به کیست عنیه مورد بررسی قرار گرفتند که از مراکز مختلف دانشگاهی و مطبها به

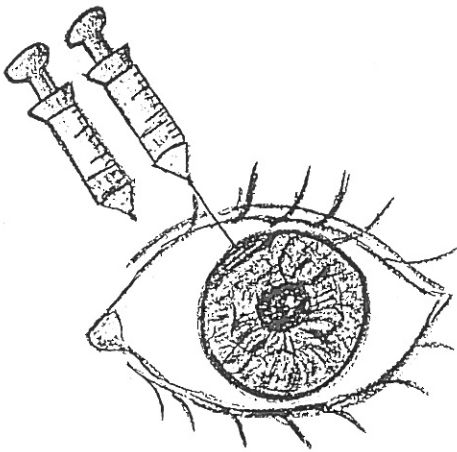
کیست عنیه عارضه‌ای است که در بعضی از بیماران در پی عملهای جراحی درون چشمی و یا حتی ضربه‌های نفوذی چشم ایجاد شده، رشد کند و تمام سطوح قابل دسترس را بپوشاند؛ که تدریجا با بزرگ شدن کیست، بیمار دچار کاهش دید و گلوکوم می‌شود. شیوع این عارضه در بین بیماران مراجعه کننده به بیمارستان امام حسین، طی ده سال گذشته حدود ۵ درصد بود. جراحان چشم روشهای مختلفی مانند خارج کردن مایع کیست (۵)، دیاترمی، لیزر درمانی، برداشتن کیست عنیه همراه با قرنیه و صلبیه اطراف و گذاشتن پیوند قرنیه و صلبیه، الکترولیز، تزریق ۱ درصد Iodin و بالاخره برداشتن آن (Iridectomy) استفاده کردند که همه این روشها ناموفق بود. به این ترتیب که در روش درآوردن مایع کیست به دفعات به علت وجود عامل تشکیل دهنده کیست با عود صددرد روبرو هستیم. برای اینکه این یاخته‌های فعال که در جدار کیست هستند مجدداً مایع ایجاد کرده، کیست شکل می‌گیرد (۱ و ۵). در دیاترمی عوارض صدمه به عدسی وجود دارد (۷)؛ در روش استفاده از اشعه لیزر، پاره کردن کیست و ریختن سلولهای فعال جدار کیست در اتاق قدامی بیمار، با عود کیستهای متعدد و خطر رشد عارضه بدخیم روبرو شدند (۱). در پیوند قرنیه و صلبیه با توجه به وسعت زیاد محل عمل، احتمال دفع پیوند، هزینه بالا، خونریزی، گلوکوم و عفونت مقرون به صرفه نمی‌باشد (۳). در الکترولیز با احتمال پاره شدن کیست به هنگام عمل، سلولهای آندوتلیوم قرنیه و عدسی چشم آسیب می‌بیند و در نهایت، کدورت و آب مروارید احتمال بروز پیدا می‌کند (۷). تزریق Iodin بسیار خطرناک است (۷). در برداشتن عنیه، احتمال خونریزی، عفونت و پاره شدن کیست وجود دارد (۴). و به این ترتیب همه این روشها ناموفق می‌باشند. این پژوهش یکی از روشهای امیدآفرین و تازه‌ترین شیوه‌ای است که برای درمان این



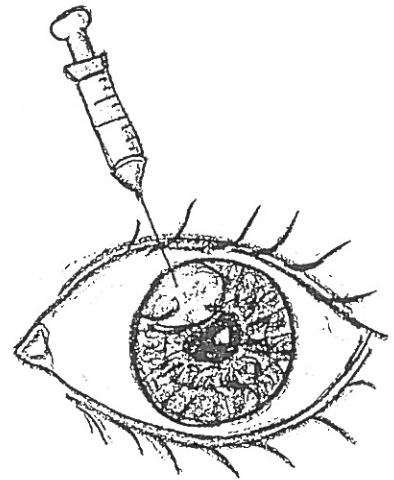
شکل ۱



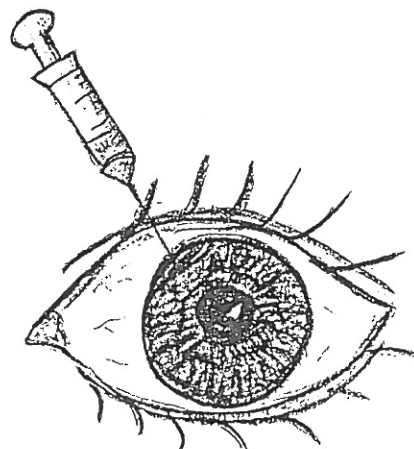
شکل ۲



شکل ۳



شکل ۴



شکل ۵

جدول ۱) توزیع سنی و جنسی افراد مبتلا به کیست عنیه مراجعه کننده به بیمارستان امام حسین

جمع		زن		مرد		جنس سن (سال)
		نسبی	مطلق	نسبی	مطلق	
۱۰	۳	۱۲	۲	۸	۱	۲۰ - ۰
۷	۲	-	-	۱۷	۲	۴۰ - ۲۰
۶۶	۱۹	۷۰	۱۲	۵۸	۷	۶۰ - ۴۰
۱۷	۵	۱۸	۳	۱۷	۲	۶۰
۱۰۰	۲۹	۱۰۰	۱۷	۱۰۰	۱۲	جمع

از ۲۸ موردی که مطابق نحوه اجرای تحقیق تزریق الکل انجام گرفت، هیچ کدام از بیماران در جریان یا بعد از تزریق، دچار عارضه خونریزی نشدند و هیچ کدام به هنگام کشیدن مایع و تزریق و کشیدن الکل تزریقی دچار عارضه پارگی کیست نشدند. در ۳ مورد (۱۰ درصد) یک روز بعد از تزریق به علت نشت الکل التهاب اتاق قدامی دیده شد که در دو مورد با تجویز کورتن موضعی، قطره دگزامتازون هر یک ساعت، و در یک مورد تزریق کورتن سیستمیک بعد از یک هفته تا ده روز کنترل شدند. این سه مورد کسانی بودند که قبلاً توسط YAG-LASER کپسول آنها جهت درمان پاره شده، کیست مجدداً شکل گرفته بود - احتمالاً دیواره کیست ضعیف شده بود. ضمناً به علت اختلاف در غلظت الکل و مایع زلالیه نشت الکل در اتاق قدامی قابل رویت است

درمانگاه چشم بیمارستان امام حسین مراجعه کرده بودند. مایع کیست ۲۸ نفر آنان شفاف و یک مورد چرک در کیست وجود داشت که بعد از تخلیه مایع داخل آن جهت کشت و اسمیر فرستاده شد که جواب منفی بود. از این ۲۹ مورد، دو مورد کیست Double یا دوقلو داشتند که قبل از کشیدن مایع درون کیست با سرسوزن ارتباط بین دو کیست برقرار شد و سپس مطابق نحوه اجرای تحقیق، عمل جراحی روی آنها انجام گرفت. یک مورد کیست با اتاق قدامی دارای ارتباط بود که با کشیدن مایع درون کیست، عمق اتاق قدامی کاهش یافت و چون احتمال نفوذ الکل در اتاق قدامی وجود داشت، از مطالعه حذف شد. کلیه این کیستها بعد از عمل جراحی و ضربه‌های نفوذپذیر ایجاد شدند. این کیست‌ها از دو ماه تا ۹ سال بعد از عمل جراحی یا ضربه به وجود آمدند.

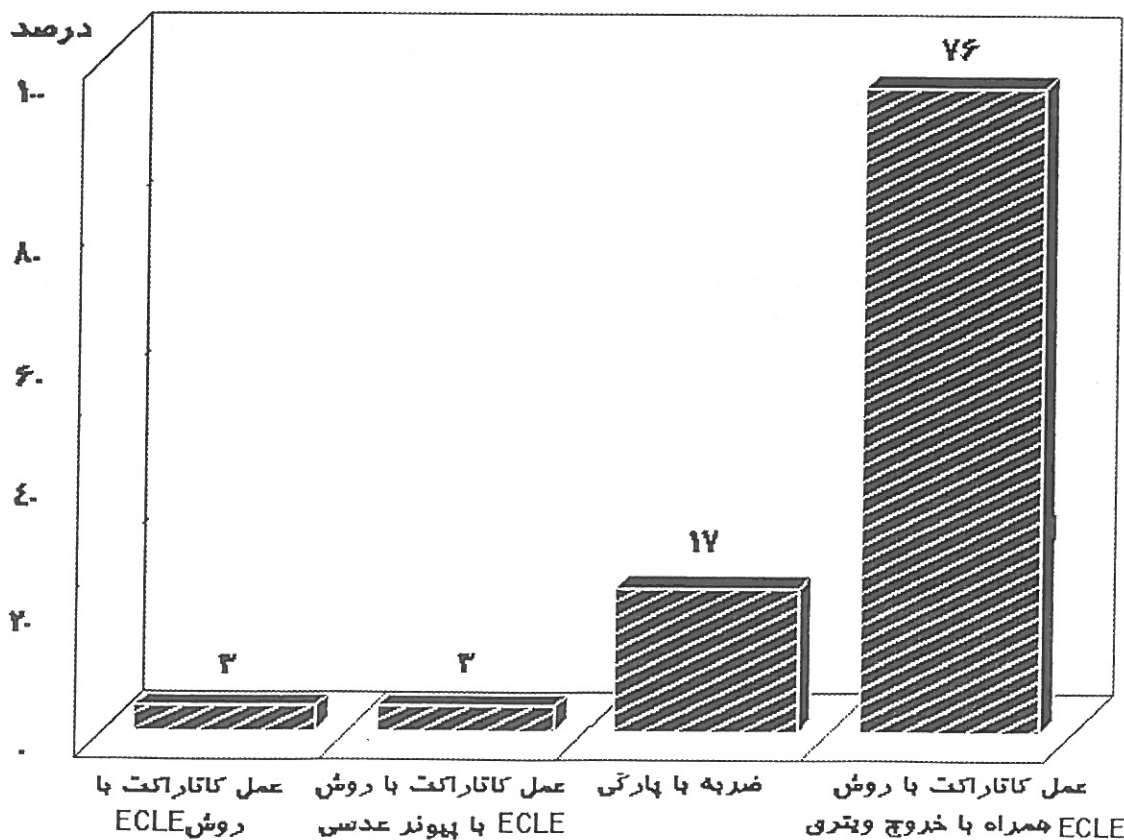
بحث و توصیه‌ها

تحقیق ما نشان داده است که درمان کیست عنیه (از بین رفتن کیست و عدم عود) تا ۹۶ درصد با موفقیت همراه بوده است و ۴ درصد بقیه مربوط به توام بودن کیست با بیماری بدخیم Epithelial down growth بوده است. با توجه به گزارشهای دیگران به نظر می‌رسد که این روش، موثر، قابل اجرا، ارزان و ساده است که اجرای آنرا به همکاران محترم چشم‌پزشک توصیه می‌کنیم. اما به باور ما سازوکار (مکانیسم) و تاثیر مثبت الکل در از بین بردن کیست عنیه به خاطر از بین رفتن

و به محض مشاهده نشت الکل در اتاق قدامی، فوراً الکل تزریق شده در کیست تخلیه شد.

از ۲۸ مورد تزریق در ۲۵ نفر (۸۹ درصد) یک روز بعد از عمل، کیست تا محل برش عمل و در محل پارگی - که در اثر ضربه سوزن پدید آمده بود - کاملاً جمع شده، کیست از بین رفته بود. اما در سه مورد (۱۱ درصد) روز بعد از عمل کیست شکل گرفت ولی دارای مایع کدر بود که تا یک هفته بعد مایع به تدریج جذب شد و کیست از بین رفت.

نمودار (۱) توزیع نسبی عامل ایجاد کننده کیست عنیه در ۲۹ بیمار مراجعه کننده به بیمارستان امام حسین، تا سال ۱۳۷۲



تشکر

سپاس خود را به این عزیزان تقدیم می‌داریم:
شورای محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به خاطر تشخیص ضرورت انجام این تحقیق و در اختیار قرار دادن امکانات مالی؛ ریاست محترم بیمارستان امام حسین (ع)؛ ریاست محترم بخش چشم‌پزشکی این بیمارستان جهت موافقت با اجرای این پژوهش؛ اساتید و جراحان بخش چشم‌پزشکی که بیماران خود را به نگارنده (ز.ب) ارجاع دادند؛ آقای دکتر علیرضا قنبری، دستیار بخش چشم‌پزشکی بیمارستان امام حسین (ع) که در انجام این تحقیق صمیمانه همکاری کردند.

مراجع

- 1) Duane, Thomas D: Clinical ophthalmology. Philadelphia, Harper and Row, volum 5, 1992, P 11
- 2) Fine Bens: Ocular-histology: A text and atlas. 2nd ed, Philadelphia, Harper and Row 1979, PP 332-5
- 3) Gottfried OH: Block excision of cyst and diffuse epithelial in growth of the anterior chamber. Arch Ophthalmol 110(2): 223 -4,1992
- 4) Stallard, Bristow H: Stallard's eye surgery London: Wright, 1989, P 268
- 5) Aarruga H: ocular surgery. New York, McGraw - Hill 1962, P 434
- 6) Miller JH : Parson's disease of the eye. 18th ed Edinburgh: Chirchill Livingstone, 1990, P 194
- 7) King, John Harry: An atlas of ophthalmic surgery. 2nd ed. Philadelphia, Lippincott 1970, P 456

سلولهای فعال جدار کیست و چسبندگی لایه‌های کیست به همدیگر می‌باشد که در نهایت کیست از بین می‌رود. به نظر می‌رسد که مهمترین عامل موفقیت ما این باشد که کیست را به صورت سربسته درمان کرده‌ایم و مانع نفوذ محتویات داخل کیست به اتاق قدامی خصوصاً سلولهای فعال جدار آن شدیم.

یکی از یافته‌های مهم تحقیق ما عامل ایجاد کننده کیست عنیه به میزان ۷۶ درصد بخاطر عمل کاتاراکت به روش ICIE و همراه با خروج ویتره (VL) بوده است که گمان می‌رود دستکاری (Manipulation) در ایجاد کیست عنیه نقش موثری داشته باشد که روش عمل کاتاراکت - یعنی ECIE - ضمن بی‌خطر بودن، این عارضه را نیز کمتر دارد.

Treatment of Iris cyst by injection of ethyl alcohol

Behrozi Z, Valaei N

Shaheed Beheshti University of Medical Sciences and Health Services

SUMMARY

Iris cyst occurs post intraocular - surgery or post penetrating trauma, when corneal epithelial cells or conjunctival epithelial cells gain access to the anterior chamber, with cells may continue to grow & covering all available surface and formed iris cyst. As the cyst

grow may caused glaucoma or block pupil area & leads to vision treatment of all form of iris cyst and epithelial down growth are usually unsatisfactory. We treat ed 2q pts with iris cyst by injection of ethyl alcohol 98% inside the cyst. The result was interesting & satisfactory.

Treatment Results of abdominal trauma and causes of martyrdom during the Impressed war

Payravi H, Seid Mortaz S, Fazel I

Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services

SUMMARY

The therapeutic results in Military Medicine, which is an important aspect of Disaster Medicine, is related to logistic, personal, carriage and medical supply facilities. On the other hand, it is also related to the surgeon's knowledge of the ballistic effects of flying objects, time limitations and wound contamination.

From 522 abdominal trauma patients injured by bullets and quiverals admitted in two, Imam Hossein and Taleghani Medical Centers from 1361 to 1369, 39 martyred. 78% of patients who had sever trauma operated upon in war front and 22% with lesser injuries were operated in the first city. From these 7% and 7.3% martyred respectively. 38.3% of martyrs were under 20 and 48.7% were between 20 - 29. There was a direct relationship between the number of

injured organs and mortality, which was 2.8% with one, 6.4% with two, 5.7% with three, 16.2% with four, 36.8% with five, 40% with six and 42.8% with seven organ injured. The prevalence of specific organ injuries in the injured and martyred victims respectively were as follows:

Large bowel	59.2% , 64.1%	Small bowel	30.6% ,38.5%
Liver	13.6% , 25.6%	Stomach	7.8% , 17.9%
Spleen	7.4% , 10.3%	Kidney	5.3% , 7.7%
Pancreas	2.4% , 2.6%	Deudenum	2.2% , Zero

Small and large bowel were the only organs in which even single injury resulted in martyrdom. The final causes of martyrdom were septic shock in 81%, acute renal failure and distress ulcer each in 17.9% and ARDS in 15.3%.