«مسعود ناصری‌پور» در گفت‌وگو با «شرق» تأکید کرد:

اغلب تومورهای چشمی کودکان منشأ جهش ژنتیکی دارد

بنفشه پورناجی

چشم هم شبیه به سایر اعضای بدن ممکن است دچار تومورهای بدخیم شود که اغلب آنها منشأ جهش‌های ژنتیکی دارد. این تومورها که با تظاهرات مختلفی بروز می‌یابد، در بدو تولد نشانه خاصی نداشته و با گذشت زمان و رشد بافت تومور در اوان کودکی بروز می‌یابد. موفقیت در درمان تومورهای بدخیم چشمی نیازمند تشخیص به‌موقع آن از سوی متخصصان مربوطه است. درواقع ارجاع به‌موقع کودک به پزشک در حفظ سلامت بینایی و سلامت کودک بسیار اثربخش است. به‌غیر از کودکان، شایع‌ترین تومور چشمی در بزرگسالان، «ملانوم» نام دارد. هرچند ملانوم عمدتا در پوست ایجاد می‌شود، اما در برخی موارد ممکن است این تومورها در چشم هم مشاهده شود که در صورت تشخیص دیرهنگام امکان انتشار آن به سایر اعضای بدن از جمله کبد هم وجود دارد. بیست‌وپنجمین کنگره انجمن چشم‌پزشکی ایران فرصتی پدید آورد تا با دکتر «مسعود ناصری‌پور»، فوق‌تخصص جراحی شبکیه، فوق‌تخصص آنکولوژی چشم، استاد دانشگاه علوم پزشکی ایران و دبیر علمی بیست‌وپنجمن کنگره انجمن چشم‌پزشکی ایران در باره منشأ تومورهای چشمی و نیز روش‌های درمان آن گفت‌وگویی داشته باشیم که از نظرتان می‌گذرد.

عکس: شرق

شایع‌ترین تومورهای بدخیم چشم در کودکان کدام است؟

«رتینوبلاستوما» شایع‌ترین تومور بدخیمی است که در داخل چشم با منشأ شبکیه به‌وجود می‌آید. این تومور که عمدتا در کودکان مشاهده می‌شود، تظاهرات مختلفی را ایجاد می‌کند؛ ممکن است به صورت یک‌طرفه یا دوطرفه پدید آید و در شش تا هفت‌درصد بیماران، می‌تواند مربوط به سابقه خانوادگی باشد. یعنی از پدر و مادر یا یکی از نزدیکان به ارث برسد، ولی اغلب موارد و شاید بیش از ۹۰درصد موارد به صورت موتاسیون یا جهش ژنی اتفاق می‌افتد.

این تومور با چه علائمی بروز می‌یابد؟

از نظر علائم ایجادکننده، حدود ۶۰ تا ۷۰درصد این کودکان با علامتی شبیه مردمک سفیدرنگ که به آن «لوکوکوریا» اطلاق می‌شود، تظاهر پیدا می‌کند. والدینی که فرزندان آنان به این عارضه دچار می‌شوند، اظهار می‌کنند که چشم بچه در شب برق زده یا حالت ژله‌مانند به خود گرفته است. ولی در ۲۰درصد موارد ممکن است این تومور به صورت انحراف چشم ظاهر شود. حتی ممکن است با علائم دیگری نظیر قرمزی شدید و افزایش فشار داخل چشم هم بروز کند.

از چه سنی می‌توان این تومورها را در کودکان تشخیص داد؟

کودکان عمدتا در موقع تولد این علائم را ندارند و به‌تدریج بافت تومورال رشد پیدا می‌کند. تومورهای دوطرفه زودتر و تومورهای یک‌طرفه دیرتر تشخیص داده می‌شوند. به‌طور متوسط سن بیماران در هنگام تشخیص در مواردی که تومورها دوطرفه باشد ۱۲ماهگی و در موارد یک طرفه ۲۴ماهگی و به‌طور متوسط سن تشخیص این تومورها، حدود ۱۸ماهگی است. البته این سن تشخیص در جوامع و کشورهای مختلف بسته به میزان آگاهی و توجه والدین به این علائم بسیار متفاوت ذکر شده است. به‌طورمثال متوسط سن بیماران در دو مطالعه انجام‌شده در کشور۲۳ تا ۲۴ماهگی و دیگری نزدیک به ۳۰ماهگی بوده است.

درمان‌های رایج برای این بیماران چیست؟

پایه و اساس درمان‌های تومور را شیمی‌درمانی تشکیل می‌دهد. اگرچه در گذشته این بیماری توسط اشعه رادیواکتیو درمان می‌شد، ولی در یکی، دو دهه اخیر، شیمی‌درمانی سیستمیک، پایه و اساس این درمان را تشکیل می‌دهد و همراه با این درمان ممکن است سایر روش‌های کمک‌درمانی مثل کرایوتراپی، لیزردرمانی و استفاده از پلاک‌های رادیواکتیو و برخی تزریق‌های خاص هم صورت گیرد. همچنین در برخی از موارد هم ممکن است در بعضی از بیماران که این درمان‌ها جواب نمی‌دهد یا به دلیل مراجعه دیرهنگام بیماران برای درمان، نیاز به تخلیه چشم باشد.

آیا از این روش‌های درمانی هم‌اینک در کشور ما نیز برای مداوای بیماران مبتلا به تومورهای چشمی استفاده می‌شود؟

بله و حتی روش‌های جدیدی هم که برای موارد پیشرفته در چندسال اخیر در دنیا انجام می‌گیرد، خوشبختانه در کشور ما نیز در حال انجام است که از جمله این روش‌ها می‌توان به شیمی‌درمانی از طریق شریان رانی و از راه شریان چشمی اشاره کرد. در مواردی هم که هیچ‌یک از این درمان‌ها و حتی روش رادیوتراپی به کمک اشعه هم تأثیر نداشته باشد، ممکن است ناگزیر به تخلیه چشم و استفاده از چشم مصنوعی در کودکان شویم. همچنین باید توجه داشت که درمان رتینوبلاستوما یک درمان تیمی است که افراد مختلفی در آن نقش دارند، پزشکانی متشکل از گروهی که در شیمی‌درمانی بیمار مشارکت دارند، چشم‌پزشکان، رادیوتراپیست‌ها، رادیولوژیست‌ها، انکولوژیست‌ها و کادر پرستاری همگی می‌توانند در نتایج درمانی اثربخش، مؤثر باشند.

در صورت مراجعه بهنگام، چه میزان می‌توان به بقای این بیماران امیدوار بود؟

خوشبختانه با پیشرفت‌های درمانی صورت‌گرفته، میزان بقای پنج‌ساله این بیماران که به‌عنوان یک شاخص استاندارد در سطح جهانی مطرح است تا حدود زیادی افزایش پیدا کرده تا جایی که در کشورهای توسعه‌یافته این میزان بالای ۹۵درصد است. نتایج تحقیقاتی که در کشور ما حدود یک دهه پیش انجام گرفته (در سال‌های ۲۰۰۷-۲۰۰۸ میلادی) بیانگر این امر است که خوشبختانه توانسته‌ایم به میزان قابل‌توجهی این میزان را افزایش دهیم و در بیماران میزان بقای تا ۸۳درصد را شاهد باشیم. گفتنی است نتایج این تحقیق در یکی از ژورنال‌های بین‌المللی به چاپ رسیده و هم‌اینک در حال چاپ آخرین نتایج درمانی انجام‌شده روی بیماران هستیم. نتایج اخیر نشان‌دهنده بقای بالای ۹۰درصد است که این میزان، بقای قابل قبولی در این بیماران محسوب می‌شود.

مهم‌ترین چالش در ارتباط با این بیماران را در چه می‌دانید؟

متأسفانه برخی مواقع مشکل درمانی این کودکان در ارتباط با بی‌توجهی پدر و مادر به توصیه‌های درمانی مطرح‌شده از سوی پزشک و توسل به روش‌های دیگر درمانی است که پایه و اساس علمی نداشته و نیز بی‌توجهی و به تأخیرانداختن اموری است که پزشک به آنان توصیه کرده است. تشخیص دیررس ناشی از بی‌توجهی والدین به علایم بیماری از دیگر مشکلات مربوط به ارجاع دیرهنگام کودک از سوی والدین به مراکز درمانی است؛ چراکه اگر والدین به محض مشاهده علائم غیرطبیعی برای درمان مراجعه کنند از بسیاری از عوارض بعدی جلوگیری خواهد شد. درواقع توجه به علائم اولیه این بیماری می‌تواند در درمان مؤثر باشد.

شیوع «رتینوبلاستوما» در دنیا و در ایران به چه میزان گزارش شده است؟

شیوع این بیماری براساس آمار پذیرفته‌شده در دنیا یک مورد در هر ۱۵ تا ۱۸هزار تولد زنده است. اگرچه متاسفانه آمار دقیقی از تعداد مبتلایان به این بیماری در کشور نداریم، اما به نظر می‌رسد شیوع این عارضه در کشور ما نیز به اندازه آمارهای جهانی باشد. هم‌اینک در تلاش هستیم یک سیستم ثبت سرطان برای «رتینوبلاستوما» در کشور ایجاد کنیم تا بتوانیم آمار دقیقی از شیوع این بیماری در کشور داشته باشیم. این بیماری اگرچه در کشور نادر است، اما شایع‌ترین تومور داخل چشمی در نوزادان و کودکان زیر پنج سال محسوب می‌شود. در نوزادانی که سابقه ابتلا به این تومورها را به صورت خانوادگی دارند، می‌توان با روش‌های تشخیصی مختلف از جمله گرفتن مایع آمنیوتیک (مایع دور جنین) در زمان بارداری این تومورها را تشخیص داد. ولی اغلب ابتلا به این بیماری به صورت جهش‌های ژنی بوده که ژن مربوط عامل ایجاد این بیماری در روی کروموزوم ۱۳ قرار گرفته است.

«رتینوبلاستوما» شایع‌ترین تومور بدخیمی است که در داخل چشم با منشأ شبکیه به‌وجود می‌آید. این تومور که عمدتا در کودکان مشاهده می‌شود، ممکن است به صورت یک‌طرفه یا دوطرفه پدید آید و در شش تا هفت‌درصد بیماران، می‌تواند مربوط به سابقه خانوادگی باشد، ولی در بیش از ۹۰درصد موارد به صورت موتاسیون یا جهش ژنی اتفاق می‌افتد

میزان بقا یا شانس زنده‌ماندن این کودکان و حفظ چشم پس از ابتلا به چه میزان است؟

همان‌گونه که اشاره شد، معمولا میزان بقای پنج‌ساله نشانه پیش‌آگهی خوب و پاسخ مناسب بیماران به درمان است، چراکه اغلب عود بیماری در سال اول تشخیص بیماری و درمان اتفاق می‌افتد. بنابراین اگر بیماری بعد از سال اول عودی نداشته باشد، معمولا نشانه پیش‌آگهی خوب برای حفظ چشم اوست. البته نباید فراموش کرد که شانس ابتلا به سایر بدخیمی‌ها در این بیماران می‌تواند، بیش از دیگران باشد، ولی در صورتی که آنان به‌طور مرتب زیر نظر چشم‌پزشک و آنکولوژیست مربوطه باشند و بیماری در مراحل اول کنترل شود، نتیجه درمان بیشتر اثربخش خواهد بود. بنابراین اهمیت تشخیص و درمان به‌موقع در اینجا مشخص می‌شود. این بیماری تا زمانی که در داخل چشم قرار دارد، بهتر درمان‌پذیر است و در صورتی که به خارج از چشم و منطقه کاسه چشم انتشار یابد، میزان مرگ‌ومیر را در بیماران افزایش می‌دهد. درواقع هرچقدر زودتر تشخیص داده شود، امکان نجات بینایی بیمار نیز بیشتر خواهد بود. باید توجه داشت در این بیماری در درجه اول، حفظ جان بیمار، سپس حفظ چشم و درنهایت حفظ بینایی بیمار برای چشم‌پزشکان اولویت دارد و ضروری است که ترتیب این اولویت‌بندی حتما رعایت شود. به عبارتی اگر بیماری در مرحله پیشرفته بیماری قرار داشته باشد با هدف حفظ جانش، چشمش تخلیه می‌شود. اگر تومورهای چشم او در اندازه متوسط باشد، سعی می‌کنیم، چشمش را نجات دهیم، ولی در عوض ممکن است، بینایی او کاهش یابد. اگر بیماری در مراحل اولیه باشد و بیمار به‌موقع مراجعه کرده و تومورها کوچک باشد، سعی می‌شود، دید بیمار حفظ شود. در حال حاضر بیمارانی داریم که به دلیل مراجعه به‌موقع با وجود داشتن تومور در چشم از بینایی خوبی برخوردارند.

آیا تومورهای «رتینوبلاستوما» در افراد بزرگسال نیز مشاهده می‌شود؟

بله. به‌طور نادر در افراد بزرگسال هم این بیماری مشاهده می‌شود. از آنجا که یک‌درصد تومورها ممکن است به صورت خودبه‌خودی پسرفت داشته باشند و گاهی به صورت خاموش باقی بمانند که اصطلاحا به آنها «رتینوسایتوما» اطلاق می‌شود، می‌توانند در آینده در فرد بالغ بروز یابد.

شایع‌ترین تومور چشمی در بزرگسالان چیست؟

شایع‌ترین تومور داخل چشمی در بزرگسالان «ملانوم» است که از سلول‌های رنگدانه چشم منشأ می‌گیرد. سلول‌های رنگدانه‌ای به میزان درخور توجهی در چشم و به‌خصوص بافت «مشیمیه» وجود دارد که این سلول‌ها می‌توانند منشأ ایجاد تومورهای بدخیم باشند. ملانوما عمدتا در پوست ایجاد می‌شود، ولی در ۱۲تا۱۵درصد موارد ممکن است، این تومورها در چشم هم مشاهده شوند. این تومورها که می‌تواند از قسمت‌های مختلف چشم منشأ بگیرد، معمولا ممکن است علائم مختلفی را برای بیمار ایجاد کند که این علائم ممکن است به صورت تاری دید، نقص میدان بینایی، احساس جرقه‌های نورانی در جلوی چشم و... مشاهده شود. هرچند ممکن است یک‌سوم بیماران هیچ علائمی را ذکر نکنند و ابتلا به تومور به‌طور تصادفی و در هنگام معاینه چشم تشخیص داده شود. ناگفته نماند بیماری که با علائم فوق (مگس‌پران، دیدن جرقه نورانی، تاری یا کاهش دید، نقص میدان بینایی و...) مراجعه می‌کند، ممکن است به دلیل تجمع مایع در زیر پرده شبکیه یا ایجاد توده دچار این علائم شده باشد. حتی از نظر بیرونی هم این عارضه می‌تواند همراه با علائمی باشد، به‌ویژه در قسمت‌های قدامی (جلوی) چشم به صورت‌های مختلف تظاهر یابد. گاهی به صورت یک رگ برجسته روی سفیدی چشم مشاهده می‌شود که این موارد نیازمند معاینه‌های دقیق چشمی است.

روش‌های درمان این تومورها چگونه است؟

درمان این تومورها بستگی به موقعیت، اندازه و ضخامت آنها دارد. در مواقعی که اندازه تومور کوچک باشد و در مراحل اولیه تشخیص داده شود، می‌توان این تومورها را به کمک نوعی لیزردرمانی که به صورت گرمایی عمل می‌کند و اصطلاحا «تی‌تی‌تی» نام دارد، درمان کرد. در این شیوه به کمک لیزر، درجه حرارت بافتی تومور را بالا می‌برند که این عمل سبب ازبین‌رفتن تومور می‌شود. در مواردی هم با برداشتن تومور در آن ناحیه، برای درمان اقدام می‌شود. در مواقعی که اندازه تومور متوسط باشد، می‌توان از پلاک‌های رادیواکتیو برای درمان استفاده کرد که شایع‌ترین پلاک‌های به کار گرفته‌شده، پلاک‌های ید و پلاک‌های روتینیوم هستند. به لحاظ نیمه‌عمر بالای روتینیوم، برای درمان این بیماران در کشور ما از این پلاک‌ها بیشتر استفاده می‌شود. همچنین در مواقعی که تومور به اندازه‌ای بزرگ باشد که به این شیوه رادیوتراپی پاسخ ندهد، ممکن است با هدف جلوگیری از انتشار آن در ناحیه خارج چشمی به تخلیه چشم و کارگذاری چشم مصنوعی نیاز باشد. اگرچه سایر روش‌های رادیوتراپی هم در کشورهای دیگر به کار گرفته می‌شود، اما شایع‌ترین روش رادیوتراپی در کشورهای مختلف از جمله در کشور ما روش پلاک رادیوتراپی است.

آیا امکان انتشار این تومورها به سایر اعضای بدن هم وجود دارد؟ درصورت مثبت‌بودن پاسخ بفرمایید، بیشتر کدام نقاط را درگیر می‌کند؟

بله. به دلیل آنکه این تومور، جزء تومورهای بدخیم محسوب می‌شود، می‌تواند به سایر نقاط بدن هم انتشار پیدا کند. شایع‌ترین محل انتشار آن، کبد است که با انجام تست‌ها و سونوگرافی کبدی علائم انتشار این تومور بررسی می‌شود، ولی ممکن است به برخی نقاط دیگر هم انتشار یابد.

به کنترل انتشار تومورها اشاره کردید، برای میزان موفقیت این روش‌ها در دنیا و در کشور ما آیا بررسی‌های آماری انجام شده است؟

بله. در یک مطالعه بسیار بزرگ که در کشور آمریکا برای دستیابی به میزان مرگ‌ومیر پنج، ۱۰ و ۱۲ ساله، روی این بیماران صورت گرفت، مشخص شد میزان مرگ‌ومیر این بیماران به‌ترتیب ۱۰، ۱۸ و ۲۱ درصد است. براساس بررسی‌های اولیه در کشور ما، به نظر می‌رسد که این میزان کمتر از این اعداد باشد.

عوامل مؤثر در پیش‌آگهی این بیماری چگونه است؟

به‌تازگی نشان داده شده است یکی از مهم‌ترین فاکتورهایی که در پیش‌آگهی این بیماران مؤثر است، وجودداشتن یا برعکس، نبود اختلال مربوط به کروموزوم شماره سه در این تومورها و همچنین، برخی از تغییرات در سایر کروموزوم‌های دیگر مانند کروموزوم شماره یک، شش و هشت در این بیماران است که هریک از اینها می‌تواند پیش‌آگهی بیماری را بدتر کند یا بهبود ببخشد. به همین دلیل، این بیماران به دو دسته (کلاس یک و دو) تقسیم می‌شوند. کلاس یک با پیش‌آگهی خوب و کلاس دو با پیش‌آگهی بد که بررسی‌های ژنتیکی در رابطه با تومور می‌تواند این وضعیت را مشخص کند. براساس همین تغییرات، شاید بشود گفت در آینده، روش‌های درمانی در این بیماری، متحول شده تا جایی که با استفاده از تغییراتی ژنتیکی که در این تومورها به وجود می‌آید، بتوان مسیر درمان را تغییر داد و آن را به سمتی برد که بشود، برای هر فرد، درمان خاصی را پیشنهاد کرد. در واقع پیش‌آگهی درمان در آینده نزدیک می‌تواند، متفاوت باشد. همان‌طور که در بیش از یک دهه گذشته، بررسی‌های «سایتوژنتیک» در زمینه بحث‌های مربوط به پیش‌آگهی این بیماری، این حوزه را بسیار متحول کرده است.

شیوع این بیماری به چه میزان است؟

به‌طور متوسط بین شش تا هفت نفر در هر یک میلیون جمعیت به این بیماری مبتلا می‌شوند. هرچند در برخی منابع پزشکی، درصدهایی بین چهار تا ۱۱ مورد نیز ذکر شده است، این تومورها بیشتر در نژاد سفیدپوست مشاهده شده و در نژاد سیاه‌پوست بسیار نادر است. اگرچه آمار دقیقی در این زمینه در کشور در دسترس نیست، اما به نظر می‌رسد آمار بروز این بیماری در کشور ما کمتر از این عدد باشد.

موضوع یکی از کارگاه‌های بیست‌وپنجمین کنگره چشم‌پزشکی، تومورهای چشمی بود. لطفا درباره دستاوردهای این کارگاه کمی توضیح دهید.

به دلیل ضرورت آموزش چشم‌پزشکان جوان و دیگر چشم‌پزشکان در ارتباط با تومورهای چشمی، معمولا هر سال کارگاه‌هایی برگزار می‌شود که امسال نیز در کنگره بیست‌وپنجم انجمن چشم‌پزشکی، کارگاه‌هایی در ارتباط با توده‌های داخل چشمی با همکاری چشم‌پزشکان فعال در این حوزه برپا شد که هدف آن علاوه بر ارائه موارد (کیس‌ها) و بیماری‌های مختلف، تبادل‌نظر و هم‌اندیشی میان متخصصان مرتبط بود. به‌علاوه با توجه به اینکه برخی تومورها خارج چشم را گرفتار می‌کند، خانم دکتر «بیتا اسماعیلی» که دارای تجربیات وسیعی در این زمینه بوده و هم‌اینک در آمریکا به فعالیت در این حوزه مشغول است در گروه جراحی پلاستیک چشم حضور یافتند و یک سخنرانی نیز در زمینه تومورهای خارج چشمی داشتند. لازم به ذکر است که از دیگر چهره‌های مطرح بین‌المللی حاضر در این کنگره آقای «کارل گولنیک»، مسئول آموزش انجمن جهانی چشم‌پزشکی (ICO) بود که در روز افتتاحیه کنگره درباره چالش‌های جهانی آموزش چشم‌پزشکی به سخنرانی پرداخت.

نگاه نو

درباره نابینایی برگشت‌ناپذیر «گلوکوم» چیست؟

حیدر امینی*

بیماری «گلوکوم» (آب سیاه)، عمده‌ترین علت نابینایی برگشت‌ناپذیر و دومین علت شایع نابینایی بعد از آب مروارید در جهان به‌شمار می‌رود. بر اساس آخرین آمار که در دوسال گذشته منتشر شده ۶۴میلیون نفر در جهان به این بیماری مبتلا هستند که پیش‌بینی می‌شود تا سال۲۰۲۰ به ۷۶میلیون‌نفر افزایش یابد. همچنین بر اساس آمارهای موجود در دنیا ۵،۴میلیون‌نفر بر اثر بیماری گلوکوم دچار نابینایی شده‌اند که ۹۰درصد این افراد در کشورهای درحال‌توسعه زندگی می‌کنند. هرچه سیستم بهداشتی و درمانی یک کشور از سطح مطلوب‌تری برخوردار باشد، امکان تشخیص و درمان بیماری بهتر و سریع‌تر صورت می‌گیرد و طبعا نابینایی ناشی از آب سیاه کاهش خواهد یافت. از دیدگاه پزشکی این عارضه به دلیل اختلال در خروج زلالیه (مایع درون چشم) از منافذ بسیار کوچکی که در پیرامون عنبیه (دایره رنگی چشم) قرار دارند رخ می‌دهد. هرچند در برخی موارد منافذ ذکرشده تنگ‌تر از معمول می‌شود، اما در موارد دیگری، با جلوآمدن عنبیه یا مسدودشدن این منافذ با رنگدانه‌های عنبیه یا یاخته‌های خون پس از خون‌ریزی داخل چشم، مسیر تخلیه مایع داخل چشم تقریبا مسدود می‌شود. اگر زاویه‌ای که مایع از آن خارج می‌شود، «باز» باشد به این نوع گلوکوم، گلوکوم زاویه باز اطلاق می‌شود. این عارضه در ابتدا علامت خاصی نداشته و دید فرد طبیعی و بیماری بدون درد است که با ادامه‌یافتن بیماری ممکن است باوجود همین دید خوب دور بیمار حتی قادر به راه‌رفتن هم نباشد. با طولانی‌شدن بیماری و عدم درمان مناسب دید مرکزی نیز از بین می‌رود و قسمت اندکی از دید محیطی باقی می‌ماند که آن‌هم متعاقبا از بین خواهد رفت. این بیماری اغلب بر اثر بالابودن فشار داخل چشم ایجاد شده و موازی با آن تخریب عصب بینایی را به‌دنبال دارد و از آنجا که فرایند این تخریب به صورت تدریجی صورت می‌گیرد در صورت مناسب‌نبودن درمان، سبب نابینایی فرد خواهد شد. مصرف خودسرانه برخی داروها به‌خصوص قطره‌های چشمی حاوی کورتن به مدت طولانی، سبب ابتلا به گلوکوم می‌شود که در صورت ادامه مصرف و مراجعه‌نکردن به‌موقع به چشم‌پزشک، منجر به نابینایی فرد خواهد شد. استفاده از عینک‌های دوربینی و نزدیک‌بینی با شماره بالا و نیز سابقه ضربه به چشم نیز ریسک ابتلا به گلوکوم را افزایش می‌دهند. بیمار مبتلا به گلوکوم در صورت عدم درمان ممکن است متوجه شود که «دید کناری» ندارد، درست مانند اینکه دارد از درون یک لوله نگاه می‌کند. ادامه‌یافتن بیماری ممکن است سبب از بین رفتن باقیمانده دید، حتی دید مرکزی شده و بیمار نابینا شود. با توجه به اینکه هرچه سن افراد بالاتر می‌رود، احتمال ابتلای آنان به این بیماری نیز افزایش می‌یابد، ضروری است افراد بالای ۶۰سال به‌طور سالانه مورد معاینات چشمی منظم قرار گیرند. البته نباید فراموش کرد که هیچ گروه سنی‌ای از ابتلا به گلوکوم مصون نیست. براساس یک بررسی انجام‌شده در کشور، ۸۰درصد افرادی که به بیماری آب سیاه مبتلا بودند از بیماری خود خبر نداشتند و در غربالگری شناسایی شده‌اند که این امر ضرورت بیماریابی جهت این بیماری را می‌رساند. در ایران حدود ۸۰۰ هزارنفر به بیماری گلوکوم مبتلا هستند و از این تعداد ۶۵۰هزارنفر با وجود ابتلا به بیماری آب سیاه از بیماری خود آگاهی ندارند. از آنجا که احتمال ابتلای افرادی که پدر، مادر، خواهر، برادر و بستگان نسبی آنان دچار گلوکوم هستند به این بیماری پنج تا شش‌برابر دیگران است، ضرورت دارد این افراد مورد معاینات منظم چشمی قرار گیرند.

* فلوشیپ گلوکوم
استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران

زاویه دید

لزوم آگاهی بیماران از عوارض چشمی دیابت
مراجعه بهنگام، خط اول درمان

حمید احمدیه*

بیماران دیابتی معمولا زودتر از همسالان خود بیماری کاتاراکت (آب مروارید) را تجربه می‌کنند و گلوکوم (آب سیاه) در آنها نسبت به سایر افراد جامعه از شیوع بالاتری برخوردار است. مهم‌ترین اختلال چشمی دیابت درگیری شبکیه است که به آن رتینوپاتی دیابتی اطلاق می‌شود. بیماری دیابت بر اثر گذشت زمان به‌تدریج با تخریب مویرگ‌ها و ایجاد تغییراتی در جدار رگ‌ها باعث اختلال در جریان خون‌رسانی بافت‌ها می‌شود که این اختلال درنهایت بافت‌های چشمی را در معرض کمبود اکسیژن قرار می‌دهد و «ایسکمی» (اختلال در اکسیژن‌رسانی) اتفاق می‌افتد. تغییرات فوق در تمام مویرگ‌های بدن فرد دیابتی رخ می‌دهد و مختص چشم نیست، اما این تغییرات به دلیل ساختار خاص شبکیه به‌مرور پیامدهای شدیدی را از جمله برجای‌گذاشتن اثر منفی تدریجی روی بینایی شخص به‌همراه دارد. در چشم، این اختلال خون‌رسانی و تغییراتی که در جدار مویرگ‌ها اتفاق می‌افتد سبب می‌شود سلول‌ها به شکلی تغییر کرده و آسیب ببینند که آب و مواد چربی که به‌طور طبیعی نباید از جدار مویرگ خارج شوند، نشت پیدا کنند. این نشت غیرطبیعی در ناحیه مرکز دید به نام ماکولا (نقطه زرد) سبب تورم می‌شود که در نتیجه آن، کارایی سلول‌های ماکولا کاهش یافته و منجر به اختلال بینایی می‌شود. بیماری که دچار ورم ماکولا بر اثر عوارض دیابت شده است به دلیل کاهش دید به پزشک مراجعه می‌کند. این کاهش دید می‌تواند اندک یا شدید باشد. علاوه‌برآن، نشت غیرطبیعی ممکن است منجر به رسوب مواد چربی در داخل بافت شبکیه نیز بشود که این رسوبات به‌خصوص اگر در مرکز ماکولا تجمع پیدا کنند کاهش دید بسیار شدیدی را به‌همراه دارد و در بعضی موارد ممکن است کاملا برگشت‌ناپذیر باشد. عارضه مهم دیگری که در اثر اختلالات مویرگی شبکیه پیش می‌آید، آزادسازی غیرعادی برخی مولکول‌هاست. این مولکول‌ها رشد رگ‌های جدید و غیرطبیعی را به‌همراه دارند؛ وضعیتی که به آن «نورگزایی» اطلاق می‌شود. در صورتی که پیدایش این مویرگ‌های غیرطبیعی ادامه پیدا کند، خطرناک است. در مواقعی بافت فیبروز روی این عروق غیرطبیعی اضافه می‌شود و به دلیل کشیدگی، موجب خون‌ریزی از این مویرگ‌های غیرطبیعی به داخل چشم و داخل زجاجیه می‌شود. کشیدگی شبکیه ممکن است درنهایت منجر به کنده‌شدن آن شده و نابینایی را به‌دنبال داشته باشد. بسیاری از بیماران دیابتی اولین‌بار به دلیل تورم نقطه زرد (ماکولا)، دچار افت دید و به این صورت متوجه مشکل چشمی خود می‌شوند. از سوی دیگر خون‌ریزی داخل‌چشمی این احساس را برای بیمار دیابتی ایجاد می‌کند که پرده سیاهی جلو دید او را گرفته است. پیدایش و پیشرفت رتینوپاتی دیابتی به عوامل متعددی بستگی دارد. مهم‌ترین فاکتور، مدت‌زمان ابتلا به بیماری است. یعنی اگر شخصی بیش از ۱۰سال به دیابت مبتلا باشد، احتمال وقوع این عوارض افزایش

دید رتینوپاتی دیابتی

دید طبیعی

می‌یابد. از طرف دیگر هرچقدر دیابت کمتر کنترل شود، احتمال بروز عوارض چشمی افزایش می‌یابد. کنترل‌نکردن دیابت به‌خصوص در چندسال اول بروز بیماری، ریسک پیدایش عوارض مختلف بیماری ازجمله عوارض چشمی و رتینوپاتی دیابتی را افزایش می‌دهد. هرچند وجود فاکتورهای ژنتیکی نیز در این زمینه مؤثر است. به عبارتی ممکن است دو فرد مختلف به یک میزان قند خون بالایی داشته و مدت ابتلای آنها به بیماری نیز یکسان باشد، اما یکی زودتر به رتینوپاتی دیابتی مبتلا شود و دیگری دیرتر که در اینجا فاکتورهای ژنتیک نقش تعیین‌کننده دارند. از دیگر عوامل مؤثر، بیماری‌های همراه با دیابت است. برای مثال بیمار دیابتی که نارسایی کلیه هم پیدا کرده یا فشارخون بالا هم دارد، زودتر دچار عوارض چشمی خواهد شد. ازاین‌رو باید این آگاهی از سوی پزشکان و رسانه‌ها به بیماران دیابتی داده شود که نباید برای مراجعه به چشم‌پزشک منتظر بروز علائم چشمی باشند. بلکه باید برای این افراد به صورت دوره‌ای (حداقل سالی یک‌بار) و چنانچه عوارض دیابت شروع شده باشد با فاصله زمانی کوتاه‌تر معاینات چشمی انجام گیرد. بیمارانی که به دیابت نوع دو مبتلا هستند در ابتدای تشخیص بیماری‌شان باید برای معاینات چشمی مراجعه کنند. چراکه بیمار دیابتی تیپ دو ممکن است با وجود مبتلابودن به دیابت در سال‌ها از بیماری خود بی‌خبر بوده و در این سال‌ها دیابت تأثیر خود را روی چشم او گذاشته باشد. اما به دلیل آنکه بروز دیابت نوع یک همیشه به صورت حاد است و مدت‌زمان شروع بیماری مشخص است، بیمار می‌تواند اولین معاینات چشمی خود را پنج‌سال بعد از شروع بیماری انجام دهد. در صورتی که بیمار دیابتی دچار عوارضی از قبیل ورم ماکولا شده باشد، درمان به کمک تزریق داخل‌چشمی به‌عنوان درمان اصلی و خط اول انجام می‌شود. در کنار آن می‌توان برخی مواقع از لیزر یا تزریق برخی داروهای دیگر مثل کورتن هم کمک گرفت. تزریق داخل‌چشمی شامل داروهایی با ترکیباتی است که مولکول‌هایی را که باعث نشت چربی و آب به داخل بافت شبکیه می‌شود، مهار می‌کند. اما وقتی نورگزایی اتفاق می‌افتد، درمان اصلی، لیزر است. امروز به کمک لیزر در ۸۰ درصد موارد در صورت پیدایش عروق غیرطبیعی می‌توان این مویرگ‌ها را مهار کرد درحالی‌که در گذشته اکثر این بیماران دچار نابینایی می‌شدند. تجربه انجام لیزر سال‌هاست نشان داده که این ابزار می‌تواند از رشد بیشتر مویرگ‌های غیرطبیعی جلوگیری کند. در صورت مراجعه دیرهنگام بیمار دیابتی به چشم‌پزشک و در زمانی که بیماری با لیزر هم کنترل نشود، بیمار نیازمند انجام جراحی‌های پیچیده و زمان‌بر خواهد بود. مشکلی که درحال‌حاضر در کشور در ارتباط با بیماران دیابتی داریم، این است که اکثر بیماران در مورد عوارض چشمی دیابت آگاهی ندارند و برای معاینات چشمی دیر مراجعه می‌کنند. در بسیاری از مواقع به دلیل مراجعه دیرهنگام این بیماران برای معاینات چشمی، متأسفانه بیماری در مراحل پیشرفته قرار داشته و ممکن است نتایج درمان کاملا مطلوب نباشد.

* فوق‌تخصص شبکیه
معاون پژوهشی مرکز تحقیقات چشم دانشگاه علوم‌پزشکی شهیدبهشتی