

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

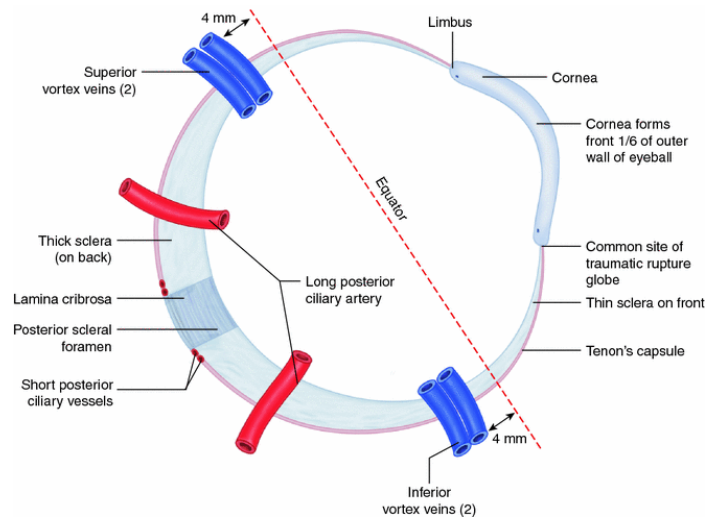
دکتر حبیب اوجاتی
فلوشپ سکمان قدامی
دانشیار و اساتذہ علموم پزشکی اردبیل

بیماری های صلیبیه

آناتومی صلیبه

- بافت پیوندی متراکم
 - دارای ساختمان کلاژن سفت
 - پوشاندن ۵/۶ فلفی کره چشم
 - لایه ها از خارج به داخل:
1. کپسول تنون (tenon)
 2. اپی اسکلرا
 3. لایه اصلی اسکلرا
 4. Lamina fusca

- کپسول تنون: بافت الاستیکی
- اپی اسکلرا: دارای عروق فونی بسیار زیاد، نقش مهم در تغذیه اسکلرا دارد
- لایه اصلی: تعداد زیادی فیبرهای سخت (کلاژن I) و پروتئوگلیکان، سایر اجزا شامل الاستین و گلیکوپروتئین ها و سلول های فیبروبلاست
- لامینا فوسکا: در مجاورت یووه آ، حاوی اتصالات کلاژنی، فیبروبلاست و ملانوسیت



ضخامت اسکلرا در قسمت های مختلف آن متفاوت است:

❖ نازک ترین: پشت محل اتصال

عضلات خارج چشمی

❖ ضخیم ترین: اطراف محل خروج عصب

بینایی

اپی اسکلریت

● التهاب اپی اسکلرا

● شکایت اصلی: قرمزی با تحریک مختصر چشم بدون کاهش دید

● اکثراً بدون علت زمینه ای، بهبودی خود به خودی

● شیوع در سنین ۵۰-۲۰ سال

● در ۱/۳ موارد درگیری دو طرفه

● در نور روز: قرمز روشن یا صورتی





تقسیم بندی بالینی

○ منتشر

○ ندوله: ندول متحرک، در صورت مجاورت با قرنیه منجر به کدورت میشود

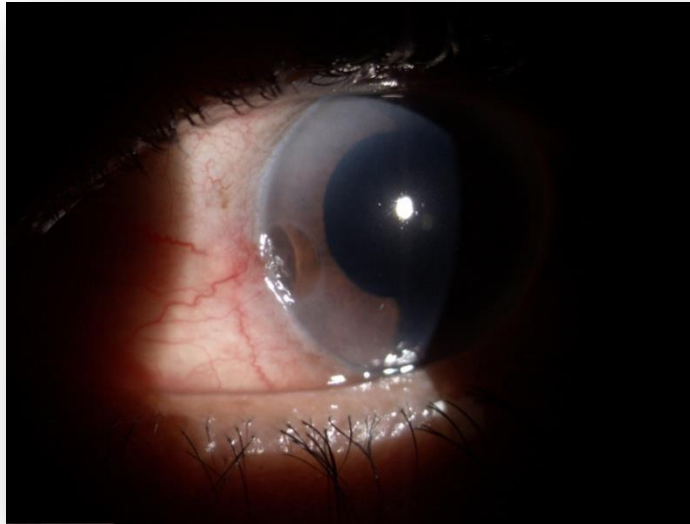
➤ از نظر پاتولوژی در هر دو تورم و ارتشاح سلول های التهابی در بافت اپی اسکلرا وجود دارد و بافت های داخل چشم را گرفتار نمیکند.

Diffuse Episcleritis



Nodular Episcleritis





ندول یا ادم در ناحه لیمبوس موجب
اختلال در انتشار لایه اشکی در سطح قرنیه
مجاور شده و باعث نازکی قرنیه میشود:
Dellen قرنیه

درمان

- اطمینان بخشی، استفاده از مواد مرطوب کننده، NSAIDs موضعی یا سیستمیک
- بررسی سیستمیک در صورت عود های مکرر
- در موارد غیر معمول و عدم پاسخ به درمان استروئید موضعی کوتاه مدت

اسکلریت



- بیماری التهابی شدیدتر از اپی اسکلریت
- شیوع در زنان و در دهه های چهارم تا ششم
- شروع تدریجی، تشدید در عرض چند روز
- نیمی از موارد دو طرفه
- تمایل به عود

تظاهرات بالینی

- درد بسیار شدید (عمیق و آزاردهنده، منجر به بیدار شدن از خواب میشود، انتشار به سر و صورت)
- فتوفوی
- اشک ریزش
- همراهی با یک بیماری التهابی سیستمیک مزمن
- در نور روز: قرمز، بنفش یا ارغوانی
- ❖ بر خلاف اپی اسکلریت، قرمزی با قطره فنیل افرین برطرف نمیشود.

پاتوژنز و پاتولوژی

- ناشی از یک واسکولیت با منشأ کمپلکس ایمنی
- یک واکنش گرانولوماتوز که در مرکز آن پلاسماسل، لنفوسیت و ماست سل تجمع یافته و فیبروسیت های اسکلرا در اطراف آنها فعال شده، پروتئوگلیکان و کلاژن های آن تغییر میکند.

تقسیم بندی بالینی

● اسکلیت قدیمی (۹۱٪)

1. منتشر (۴۰٪)

2. ندولار (۴۴٪)

3. نکره‌وزان

● اسکلیت خلفی (۲٪)

اسکلریت قدامی منتشر

- خوش خیم ترین نوع اسکلریت
- در ۶۰٪ موارد قسمتی از اسکلرای قدامی و در ۴۰٪ موارد تمام اسکلرای قدامی را درگیر میکند



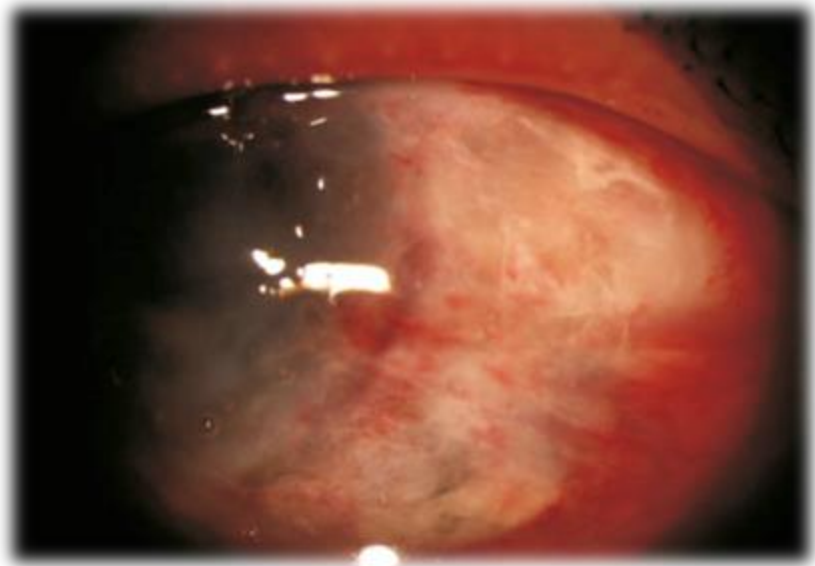
اسکلریت قدامی ندولار

- ندول غیر متحرک
- ارغوانی رنگ



اسکلریت قدامی نکلروزان

- مغرب ترین نوع
- ۶۰٪ بروز عوارض سیستمیک
- ۴۰٪ کاهش دید
- درصد کمی به علت عوارض ناشی از واسکولیت دچار مرگ زود هنگام میشوند
- انواع:
 1. با علائم التهابی
 2. بدون علائم التهابی



اسکلریت نکروزان با علائم التهابی

- درد شدید
- در اکثر موارد یک ناحیه موضعی از التهاب که در صورت عدم درمان میتواند به نواحی خلفی انتشار یابد
- عدم درمان مناسب: از دست رفتن بافت اسکلرا و ایجاد ظاهر آبی - فاکستری
- پیشرفت بیماری: ایجاد یک ناحیه فاقد عروق

اسکلریت نکروزان بدون علائم التهابی



Scleromalacia perforans

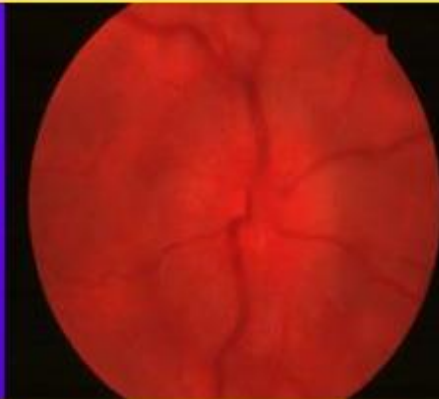
- عدم وجود قرمزی، تورم، درد
- به طور کلاسیک در بیماران مبتلا به RA طول کشیده
- با پیشرفت بیماری، اسکلرا به تدریج نازک شده و بافت یووه آ از ورای آن دیده میشود.
- بالا بودن فشار چشم: استافیلوما می قدرامی
- پارگی خود به خودی کره چشم نادر است اما با یک ضربه مقتصر احتمال پارگی وجود دارد.

اسکلریت خلفی

- درد و کاهش حدت بینایی (visual acuity)
- در موارد شدید: ممدودیت حرکات چشم، ادم دور چشم، پروپتوز
- signs: تغییرات ته چشم، دکولمان آنزوداتیو شبکیه، چین خوردگی مشیمیه، ادم ماکولا، تورم دیسک بینایی، گلوکوم زاویه بسته، التهاب زجاجیه
- همراهی با بیماری های RA یا واسکولیت سیستمیک
- تشفیص در غیاب اسکلریت قدامی دشوار میباشد
- DDX: تومور های اربیت <<< تعیین ضفامت اسکلرا با CT scan یا سونوگرافی



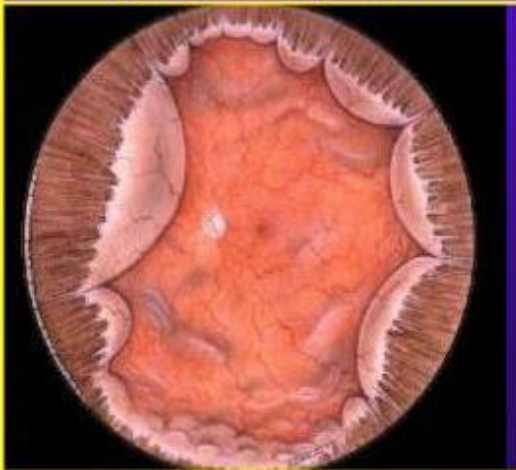
Proptosis and
ophthalmoplegia



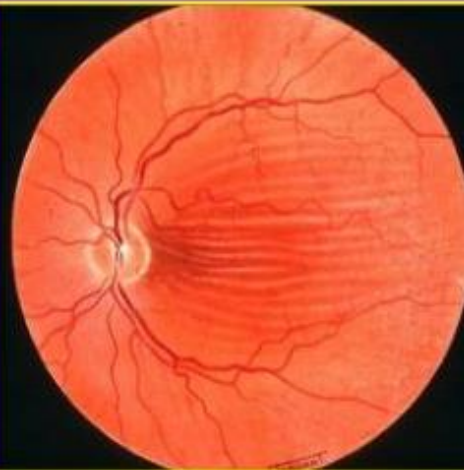
Disc swelling



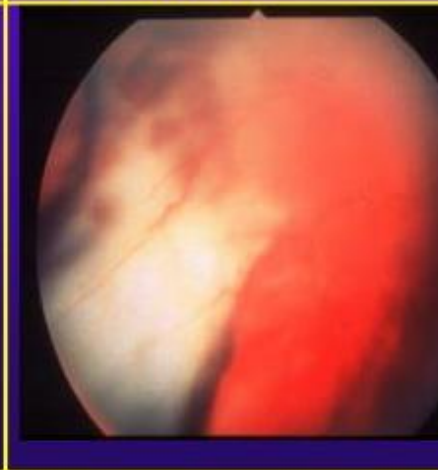
Exudative retinal
detachment



Ring choroidal
detachment



Choroidal folds



Subretinal exudation

بیماری های همراه با اسکلریت

اتوایمیون	گرانولوماتوز	متابولیک	عفونی	سایر
اسپوندیلیت انگیلوزان	سل	تیروتوکسیکوز	هرپس زوستر	بعد جراحی کاتاراکت
پلی آرتریت ندوزا	سیفلیس	نقرس	هرپس سیمپلکس	روزاسه
گرانولوماتوز وگنر	جزام	تب روماتیسمی حاد	استرپتوکوک استافیلوکوک	ضربه
SLE	VKH		توکسوپلاسموز	نامعلوم
کولیت اولسراتیو			انگوسریکازیس	
IgA نفروپاتی			سودوموناس	

بررسی های آزمایشگاهی

● Lab:

CBC, ESR, Serum Ig, plasma protein, RF, ANA, ANCA, uric acid, PPD

آزمایش ها سرولوژیک سیفلیس

● عکسبرداری قفسه سینه، سینوس های اطراف بینی، دست ها، پاها و ستون فقرات لومبوساکرال

● فلورئوسئین آنژیوگرافی از سگمان قدامی و خلفی برای بررسی واسکولیت

درمان

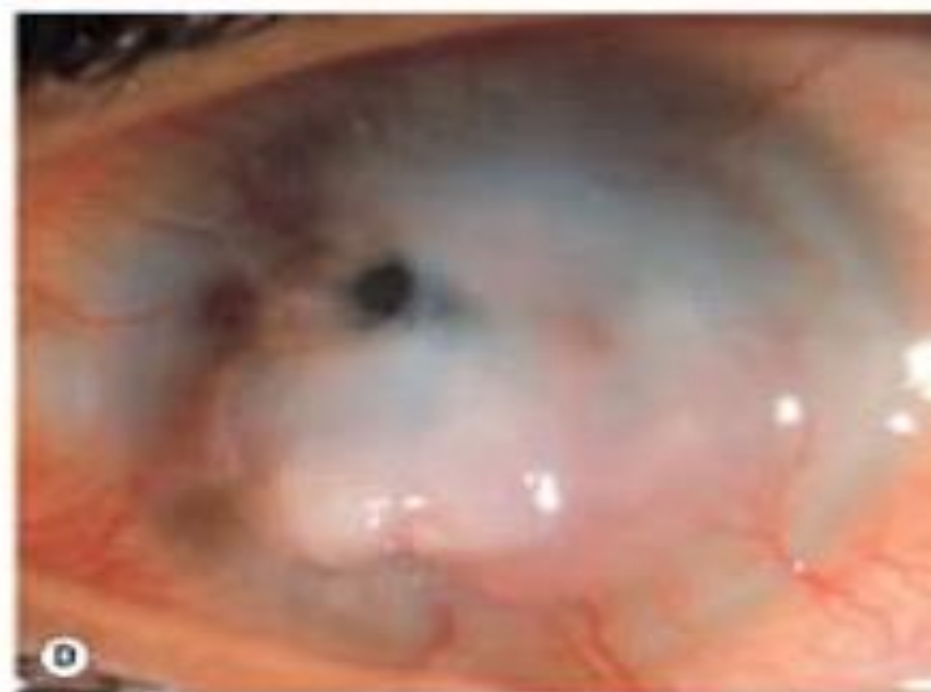
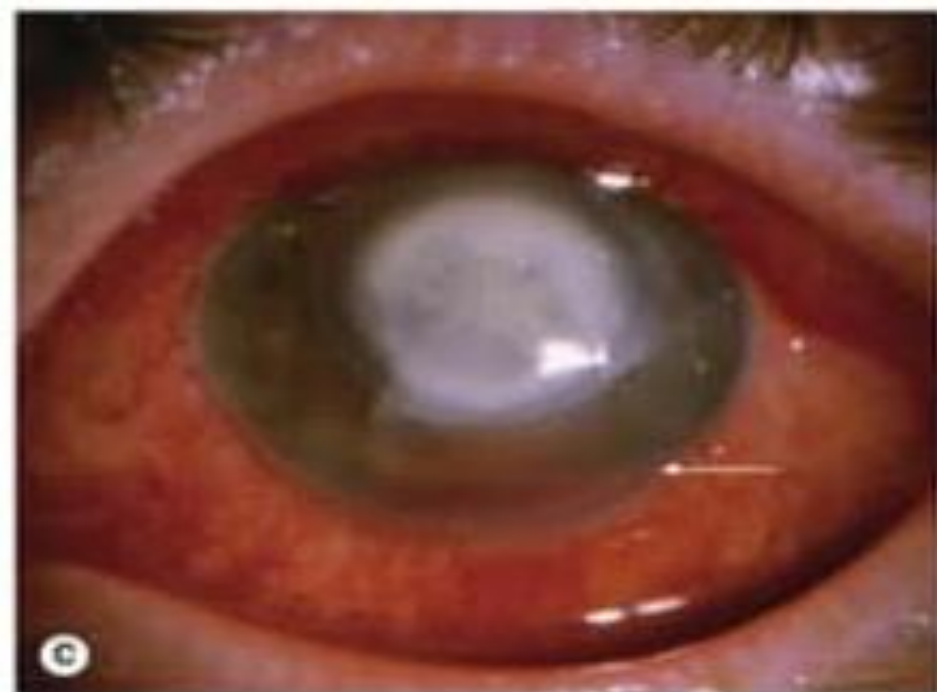
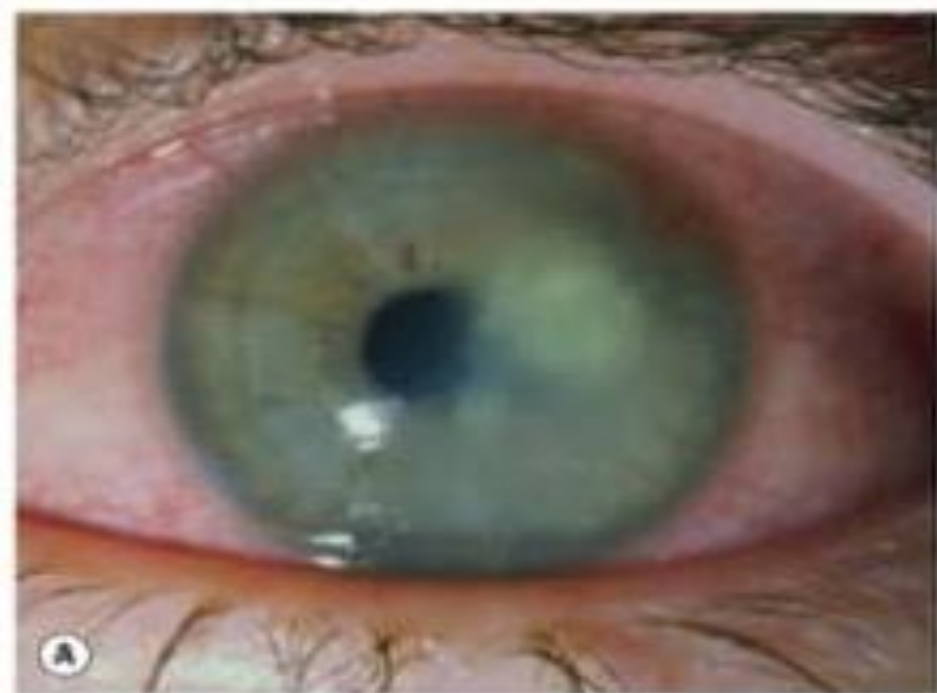
- سیستمیک: شروع با استروئید فوراکی، در صورت پیشرفت بیماری و یا عدم کنترل پس از ۲-۳ هفته، درمان های سرکوب کننده سیستم ایمنی (متوتروکسات، سیکلوسپورین، سیکلوفسفامید)
- استروئید موضعی در اشکال خفیف اسکلیت قدامی منتشر و ندولر
- در اشکال غیر نگروزان NSAIDs فوراکی ممکن است موثر باشد
- دوز بالای استروئید وریدی در برخی اشکال اسکلیت نگروزان یا اسکلوکراتیت



زخم قرنیه

تعریف زخم قرنیه

التهاب همراه با از دست رفتن بافت میباشد که به دو دسته عفونی و غیرعفونی تقسیم می شود.





اسکار ناشی از زخم های قرنیه از
علل مهم نابینایی و اختلال دید می
باشد که اکثر این نابینایی ها از طریق
تشخیص و درمان سریع و همچنین
رفع عوامل زمینه ساز قابل پیشگیری
است.

کراتیت باکتریال

یک بیماری تهدید کننده بینایی است و در صورت عدم تشخیص و درمان سریع اغلب منجر به تخریب بافت و سوراخ شدن آن می شود.

عوامل خطر

- استفاده از لنزهای تماسی به خصوص لنزهای نرم و رنگی
- ضربه
- اختلال در مکانیسم های دفاعی چشم
- اختلال در سیستم دفاعی بدن
- مصرف نابجای قطره های چشمی

عوامل باکتریایی

از گروه گرم مثبت ها استرپتوکوک پنومونیه و انواع استافیلوکوک ها و از گروه گرم منفی ها سودومونا آئروژینوزا شایع ترین عوامل ایجاد کننده کراتیت های باکتریال هستند.

شایعترین عامل کراتیت باکتریال بدنبال ضربه، استرپتوکوک پنومونیه و در مصرف کنندگان لنزهای تماسی، سودوموناس آئروژینوزا می باشند.

درد ، قرمزی چشم ، فتوفوبیا توأم با
کاهش دید شدید، اشک ریزش و
ترشحات چرکی

یافته های چشمی

پرخونی ملتحمه ، وجود ارتشاح موضعی
و سفید رنگ در ضخامت استروما همراه با
نقص اپیتلیوم روی آن و واکنش اتاق
قدامی با یا بدون هایپوپيون

بدا در اخبار از یک درخت ترکیبی و سفید

الطیف و موثر بر ارگانیزم های گرم

منفی و مثبت استفاده می شود.

آنتی بیوتیک های تغلیظ شده رژیم

ترکیبی باید شامل آنتی بیوتیک های موثر

بر باکتری های گرم مثبت مثل

ونکومایسین ، باسیتراسین نئوسپورین ،

سفازولین و آنتی بیوتیک های موثر بر

باکتری های گرم منفی مثل توپرامایسین

، جنتامایسین ، آمیکاسین

، سیپروفلوکساسین باشد

جهت شروع درمان کراتیت های
باکتریایی باید از غلظت های بالای
آنتی بیوتیک های موضعی با اضافه
نمودن فرم تزریقی داروهای مربوطه
به شکل موضعی (قطره) استفاده
نمود که اصطلاحاً به آن
آنتی بیوتیک های تغلیظ شده گفته

می شود.

درمان تک دارویی با فلوروکینولون ها

میتوان به عنوان جایگزین درمان ترکیبی که شدت کمتر دارند استفاده کرد. اینگونه زخمها باید خارج از مرکز قرنیه بوده و اندازه آن کمتر از ۳ میلیمتر باشد. در صورتی که عامل کراتیت باکتریال استرپتوکوک باشد نباید از درمان دارویی با فلوروکینولون ها استفاده نمود زیرا این دارو بر روی استرپتوکوک موثر نمی باشد

نشانه های پاسخ به درمان

کاهش درد و حساسیت به نور،
محدود شدن حاشیه فعال زخم و
کاهش اندازه نقص اپیتلیال و برطرف
شدن هایپوپسیون نشانه پاسخ به
درمان می باشند.

ضرورت‌های پیوند قرنیه در کراتیت باکتریال

-بیماری علی‌رغم درمان پیشرفت نماید
- خطر دررفتگی اسکلرا یا گسترش
عفونت به داخل چشم -تشکیل
دسماتوسل و سوراخ شدن قرنیه

زخم قرنیه از موارد اورژانس چشم
پزشکی می باشد که باید سریعاً درمان
شود.



کراتیت ہرپس سیمپلکس

Herpes simplex keratitis

اهمیت و اپیدمیولوژی

- ✓ شایع ترین علت زخم های قرنیه و شایع ترین علت کوری قرنیه ای در کشورهای پیشرفته می باشد.
- ✓ تقریبا 100 درصد افراد بالای 60 سال سن در اتوپسی، ویروس هرپس را در گانگلیون تری ژمینال دارند.
- ✓ حدود 90 درصد بالغین آنتی بادی بر علیه HSV-1 دارند.
- ✓ فلذا عفونت های HSV یک مشکل بسیار مهم در تمام جهان می باشند.

انواع ویروس هرپس سیمپلکس (HSV)

○ ویروس هرپس سیمپلکس به دو نوع تقسیم می شود:

نوع یک (HSV1): بیشتر موجب عفونت های بالای کمر (صورت، دهان و چشم) می شود.

نوع دو (HSV2): بیشتر موجب عفونت های پایین کمر (عفونت های ژنیتال) می شود.
هر یک از انواع فوق می تواند موجب عفونت در مناطق مختلف شود.

انواع عفونت چشمی با هرپس سیمپلکس

1. عفونت اولیه (Primary infection)

2. عفونت راجعه (Reccurent infection)

عفونت اوليه چشمى با هرپس سيمپلکس



EyeRounds.org

تظاهرات بالینی

- عفونت اولیه به شکل بلفاروکنژونکتیویت یکطرفه تظاهر می یابد.
- پاسخ التهابی ملتحمه به صورت فولیکولار است.
- با بزرگی غدد لنفاوی بناگوشی همراهی دارد.
- وزیکول های روی پوست یا وزیکول های روی لبه ی پلک در تشخیص اهمیت زیادی دارند.
- عفونت اولیه چشمی می تواند به سمت کراتیت اپی تلیال پیشرفت کند، اما کراتیت استرومال و یووئیت ناشایع هستند.

درمان

- عفونت چشمی اولیه ناشی از HSV خودبخود محدودشونده است.
- درمان های ضدویروسی موضعی و خوراکی سرعت بهبود علایم و نشانه ها را افزایش می دهد.
- داروهای متعددی مورد استفاده قرار می گیرند که انواع رایج آن عبارتند از:
 1. تری فلوریدین (TFT=Trifluridine)
 2. آسیکلوویر Acyclovir

تری فلوریدین (TFT=Trifluridine)



- آنالوگ پریمیدین است
- با مهار کردن DNA پلیمراز مانع از تکثیر DNA ویروسی میشود.
- به صورت محلول چشمی یک درصد موجود است.
- هر سه ساعت (8 بار در روز) به مدت 10 روز تجویز می شود.

آسیکلوویر (Acyclovir)



- توسط تیمیدین کیناز ویروس فعال می شود.
- موجب مهار DNA پلای مرز ویروس می شود.
- به صورت پماد چشمی 3 درصد و نیز قرص های 200 و 400 میلی گرم در بازار ایران موجود است.
- دوز درمان آن 2 گرم روزانه و دوز پروفیلاکسی آن (پیشگیری) 800 میلی گرم روزانه می باشد.

عفونت راجعه چشمی با هرپس سیمپلکس

ویروس هرپس پس از عفونت اولیه به صورت نهفته در گانگلیون های حسی باقی می ماند.

عفونت راجعه متعاقب فعال شدن مجدد ویروس نهفته در گانگلیون حسی رخ می دهد. ویروس از طریق آکسون عصب به انتهای حسی می رسد و متعاقب آن اپی تلیوم سطحی چشم درگیر میشود.

در مطالعه ای که توسط گروه Herpetic Eye Disease Study=HEDS فشارهای روحی و روانی، عفونت های سیستمیک، تماس با نور خورشید، دوره های قاعدگی و استفاده از لنزهای تماسی چشمی در القای عود عفونت چشمی با HSV نقشی نداشتند.

تظاهرات بالینی

HSV راجعه تقریبا در هر قسمت از چشم شامل پلک، ملتحمه، قرنیه، عنبیه، Trabecular meshwork و شبکیه را درگیر می کند.

شایع ترین تظاهرات بالینی که سبب تشخیص عفونت HSV می شود شامل موارد زیر است:

1. بلفاروکنژونکتیویت

2. کراتیت اپی تلیال

3. کراتیت استرومال

4. ایریدوسیکلیت

یک طرفه بودن یک قاعده است اما ضایعات دوطرفه در 4-6 درصد موارد رخ میدهد.

موارد دوطرفه اغلب در بیماران اتوپیک دیده می شود.

بلفاروکنژونکتیویت



- پلک و یا ملتحمه در مبتلایان به عفونت راجعه چشمی HSV ممکن است درگیر شوند.
- از نظر بالینی قابل افتراق با نوع اولیه نیستند.
- این وضعیت خود محدود شونده است
- داروهای ضدویروسی دوره بیماری را کوتاه تر میکند.

ڪراتيت اڀي تليال



تظاهرات بالینی

- بیماران با کراتیت اپی تلیال از احساس جسم خارجی در چشم، حساسیت به نور، قرمزی چشم و تاری دید شکایت دارند.
- عفونت HSV در اپی تلیوم قرنیه به صورت زخم اپی تلیال دندریتیکی که در انتهای هر شاخه بولب انتهایی دارند، تظاهر می کند.
- اپی تلیوم ملتهب قرنیه در لبه زخم هرپسی با رنگ آمیزی رزبنگال و لیسامین سبز، رنگ می گیرد ولی فلوئورسئین تنها توانایی رنگ کردن بستر زخم را دارد.

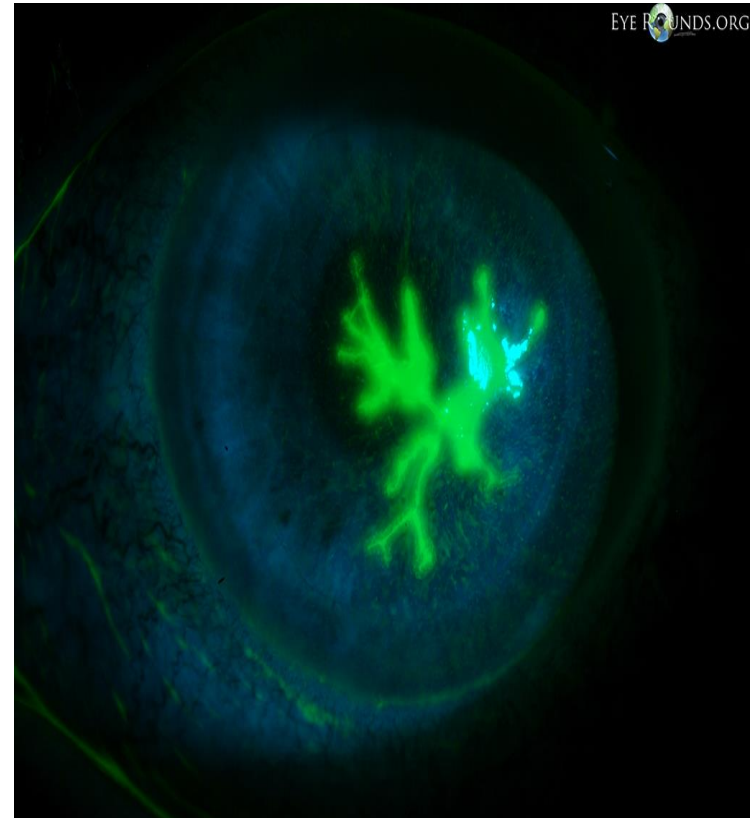
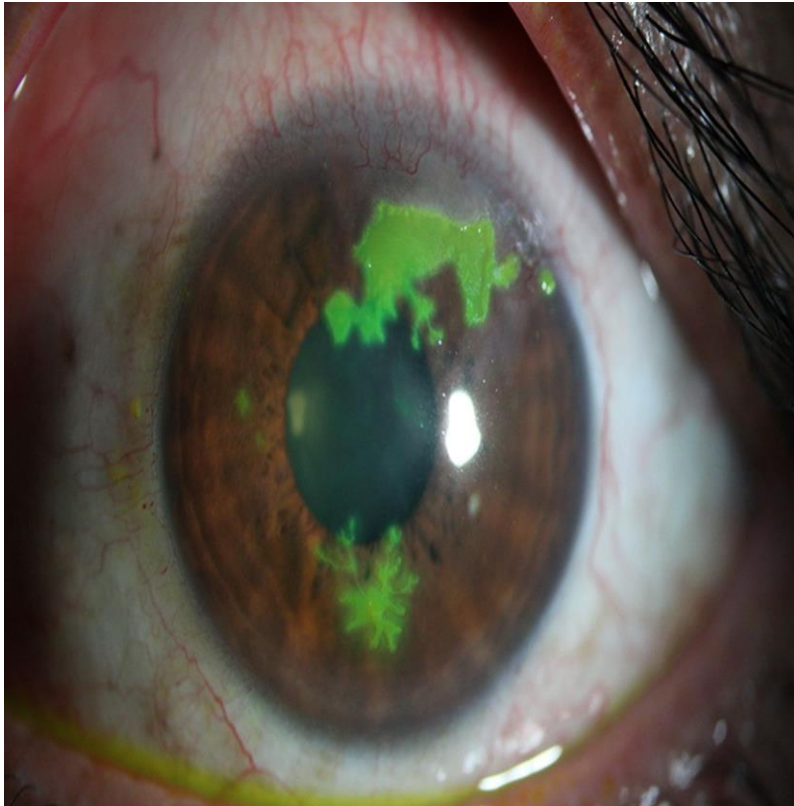
رنگ آمیزی قرنیه



تظاهرات بالینی

- مناطق با کراتیت دندریتیکی، به ویژه به دنبال استفاده از کورتیکواستروئید موضعی، ممکن است با هم یکی شوند و گسترش یابند و زخم های اپی تلیال جغرافیایی را به وجود بیاورند.
- کم شدن حس قرنیه به صورت موضعی یا منتشر متعاقب کراتیت اپی تلیال رخ میدهد.

کراتیت اپی تلیال سرخسی و جغرافیایی



ارزیابی آزمایشگاهی

- تشخیص بیماری عمدتاً بالینی است.
- برخی موارد پاراکلینیکی که در تشخیص مفید هستند:
 1. کشت بافتی (Culture)
 2. تکنیک های کشف آنتی ژن مثل PCR

درمان

بسیاری از موارد کراتیت اپی تلیال ناشی از هرپس خود به خود خوب می شوند.

هیچ شواهدی وجود ندارد که نشان میدهد درمان ضدویروسی روی گسترش عفونت به کراتیت استرومال یا کاهش دفعات عود بیماری اپی تلیال تاثیر دارد.

هر چند، درمان، دوره بالینی را کوتاه می کند.

درمان ممکن است نوروپاتی هرپسی مرتبط با آن را کاهش دهد

درمان

- محلول تری فلوریدین موضعی یک درصد، 8 بار در روز، هم برای کراتیت اپی تلیالی دندریتیک و هم برای کراتیت اپی تلیالی جغرافیایی موثر است.
- درمان با داروهای ضد ویروسی موضعی به علت ایجاد اثرات سوء نباید برای بیش از 10-14 روز ادامه داده شود.
- پماد چشمی آسیکلوویر 3 درصد نیز به همان میزان موثر است.

درمان

آسیکلوویر خوراکی 2 گرم روزانه در پنج دوز مساوی به مدت 2-3 هفته به اندازه داروهای موضعی برای درمان کراتیت اپی تلیال موثر است.

مزیت آن عدم سمیت سلول های اپی تلیال می باشد.

به همین دلیل بسیاری از پزشکان درمان خوراکی را ترجیح می دهند.

درمان

مصرف موضعی کورتیکواستروئیدها در درمان کراتیت اپی تلیال ممنوع است.

بیماران مبتلا به کراتیت اپی تلیال هرپسی که به دلایل دیگری از هرپس سیستمیک استفاده می کنند، بایستی خیلی سریع تحت درمان با داروهای ضدویروسی سیستمیک قرار بگیرند.

دبریدمان

یک راه موثر برای درمان کراتیت سرخی دبریدمان اپی تلیوم است.

زیرا ویروس در اپی تلیوم قرار دارد و دبریدمان نیز بار آنتی ژن ویروسی بر استرومای قرنیه را کاهش می دهد.

اپی تلیوم سالم محکم به قرنیه می چسبد اما برداشتن اپی تلیوم آلوده آسان است.

دبریدمان به وسیله یک قاشقک (اپلیکاتور) با سر پنبه ای سفت انجام میشود.

درمان کمکی با داروی ضد ویروسی موضعی بهبودی اپی تلیوم را سریع تر می کند.

دبریدمان ضایعات قرنیه با اپلیکاتور



کراتیت استرومال

- کراتیت استرومال ناشی از HSV با بیشترین اختلال بینایی همراه است.
- هر حمله کراتیت استرومال احتمال حمله ی بعدی را افزایش می دهد.
- تشخیص بر اساس یافته های بالینی است.

تظاهرات بالینی

کراتیت استرومایی ناشی از هرپس می تواند به سه صورت باشد:

1. غیر نکروزه (بینابینی یا دیسکی فرم)

2. نکروزه

3. اشکال مختلفی به صورت همزمان

کراتیت بینابینی ناشی از هرپس به صورت کدورت بینابینی (Interstitial) تک کانونی یا چند کانونی در استروما تظاهر می کند که معمولاً در غیاب زخم اپی تلیال می باشد.

دوره های طولانی و عودهای مکرر کراتیت بینابینی ناشی از هرپس ممکن است با پیدایش عروق خونی در قرنیه همراه باشد.

انواع کراتیت استرومال



درمان

کورتیکواستروئیدهای موضعی در صورتی که به همراه یک داروی ضدویروسی به عنوان پروفیلاکتیک تجویز شوند، التهاب استرومایی را کم کرده و دوره آن را کوتاه می کند.

با بهبود ضایعه میزان استروئید به تدریج کم شده و قطع می شود.

مصرف طولانی مدت آسیکلوویر خوراکی به صورت پروفیلاکسی روزی دو مرتبه سبب کاهش میزان عود کراتیت HSV می شود و به حفظ بینایی کمک می کند.

درمان

- داروهای ضدویروسی موضعی از طریق اپی تلیوم سالم جذب قرنیه نمی شوند، اما آسیکلوویر خوراکی در استرومای قرنیه و اتاق قدامی نفوذ می کند.
- آسیکلوویر خوراکی ممکن است در التهاب عمقی ناشی از کراتیت دیسکی شکل مفید باشد.
- برخی متخصصین قرنیه به صورت معمول آسیکلوویر خوراکی را در درمان کراتیت دیسکی شکل جایگزین تری فلوریدین موضعی کرده اند.

درمان جراحی

کراتوپلاستی (مخصوصاً کراتوپلاستی تیغه ای قدامی که نسبت به کراتوپلاستی

penetrating احتمال رد پیوند کمتر است) ممکن است برای توان بخشی بینایی در بیمارانی که اسکار شدید قرنیه دارند، ضرورت یابد. البته تا زمانی که هرپس برای ماه های متمادی فعال نشده، نباید استفاده گردد.

بعد از عمل احتمال عفونت راجعه هرپسی وجود دارد که علت آن، آسیب ناشی از جراحی و کورتیکواستروئیدهای موضعی مورد لزوم برای پیشگیری از رد پیوند است.

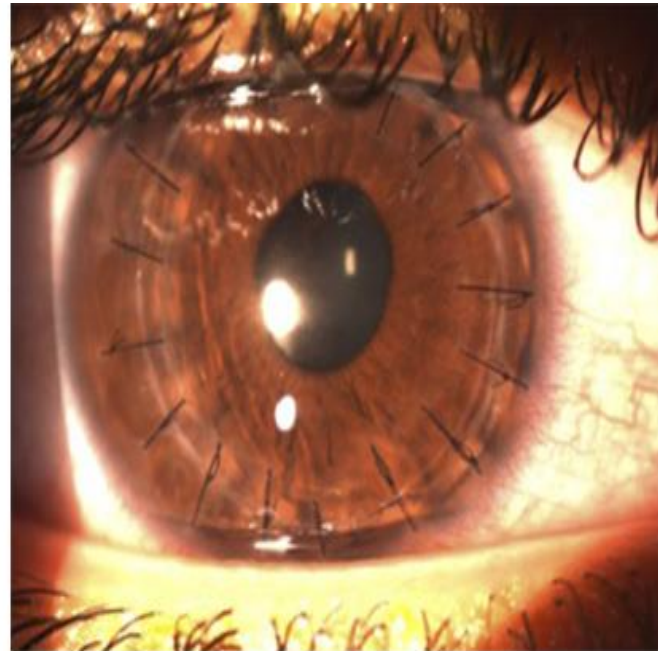
ممکن است افتراق رد پیوند از بیماری استرومایی قرنیه دشوار باشد.

عوامل ضد ویروسی خوراکی برای چند ماه بعد از عمل کراتوپلاستی برای پوشش دادن به استفاده از استروئید موضعی باید استفاده شوند.

Deep Anterior Lamellar Keratoplasty (DA



Before

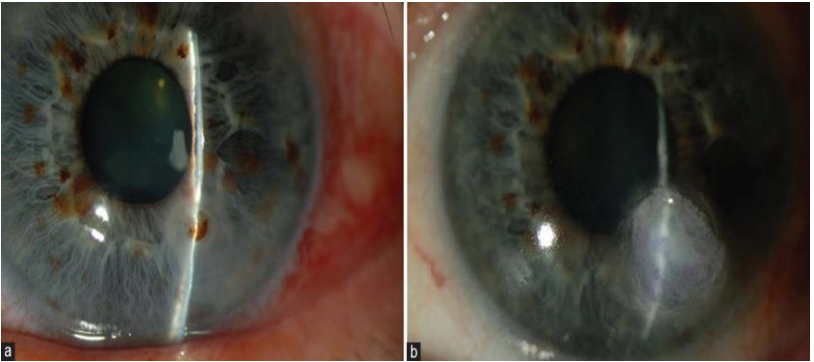


After

درمان جراحی

- سوراخ شدن قرنیه به علت بیماری استرومایی هرپسی یا اضافه شدن عفونت باکتریایی یا قارچی ممکن است لزوم کراتوپلاستی نفوذی اورژانس را ایجاد کند.
- از چسب های بافتی سیانوآکریلات می توان برای بستن سوراخ شدنی های کوچک استفاده کرد.
- پیوندهای تکه ای (Patch) در موارد خاص موفق بوده اند.
- لنزهای تماسی نرم، تارسورافی (tarsorrhaphy) و یا پیوند غشا آمنیوتیک ممکن است برای درمان نقایص اپی تلیال مزمن در کراتیت HSV مورد نیاز باشد.

استفاده از چسب سیانوآکریلات در درمان ضایعات قرنیه



کراتیت اندوتلیال

- تظاهر بالینی آن شبیه کراتیت دیسکی شکل است.
- می تواند با یووئیت قدامی، افزایش فشار داخل چشمی و التهاب کانونی عنبیه همراهی داشته باشد.
- تصویر این است که همانندسازی ویروس در ساختارهای مختلف اتاقک قدامی مسئول این ضایعه است.



کراتیت قارچی



پاتوژنز:

- ✓ شیوع کمتر نسبت به کراتیت باکتریایی
- ✓ کراتیت قارچی فیلامانی در مناطق گرم و مرطوب بیشتر رخ می دهد.

عوامل خطر: ✓

injury with vegetable matter



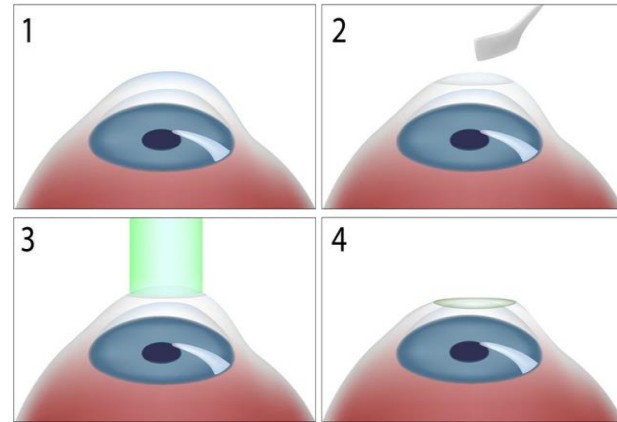
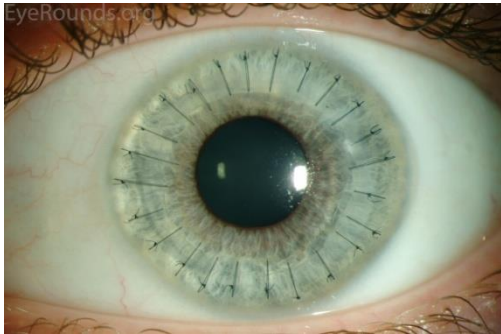
1. ترومای ناشی از برخورد جسم خارجی به خصوص مواد گیاهی به قرنیه

2. ضربه حین استفاده از لنز تماسی



3. مصرف طولانی مدت استروئید موضعی و سیستمیک از عوامل اصلی بوده که باعث افزایش قدرت بیماری زایی و فعال کردن قارچ میشود.

4-جراحی قرنیه (penetrating keratoplasty)pk
PRK(photorefractive keratectomy),
RK (radial keratectomy)



5- کراتیت مزمن (هرپس سیمپلکس – هرپس زوستر
(امکان اضافه شدن عفونت قارچی رافراهم می کند

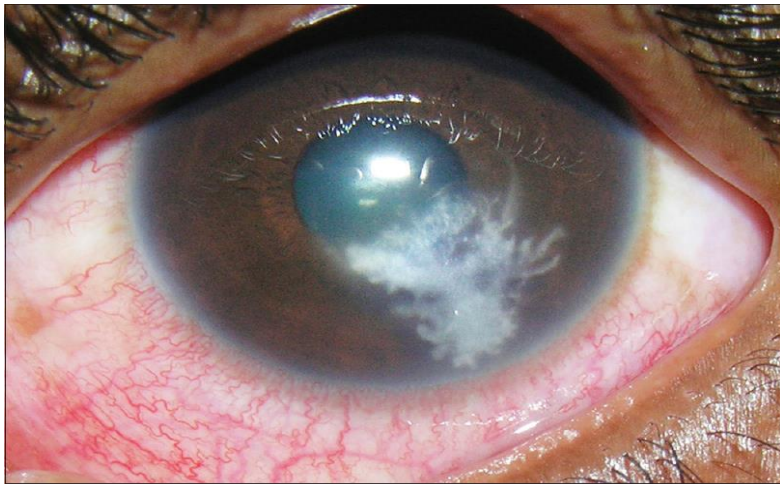
6- آب و هوای گرم و مرطوب و مشاغلی از قبیل باغبانی

تظاهرات بالینی: ✓

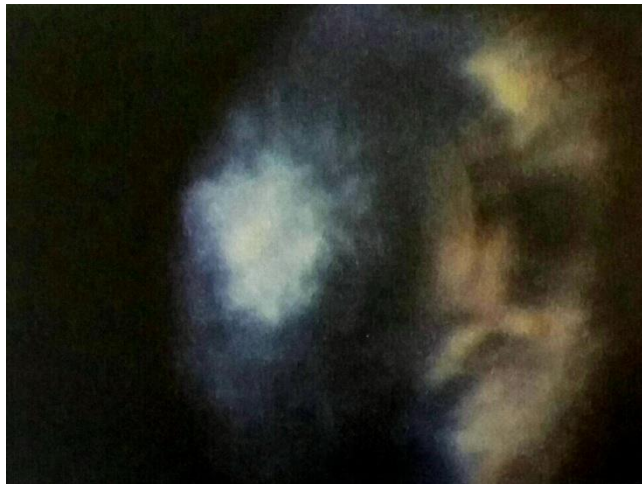
✓ کراتیت قارچی در شروع ، علائم و نشانه های التهابی کمتری نسبت به کراتیت باکتریال دارد.

✓ علائم کراتیت شامل درد چشم، قرمزی، کاهش بینایی، فتوفوبی، اشک ریزش و ترشح از چشم است.

✓ ممکن است پرخونی ملتحمه مختصر بوده و یا اصلا وجود نداشته باشد



کراتیت قارچی فیلامانی (اسپرژیلوس و فوزاریوم): ارتشاح سفید خاکستری با ظاهر خشک و حاشیه های نامنظم پرماند دارد
(satellite lesion ضایعات می توانند متعدد، در کنار هم، اقماری) قرار گرفته باشند. با وجود اپیتلیوم سالم ممکن است ارتشاح استرومایی عمقی ایجاد شود.

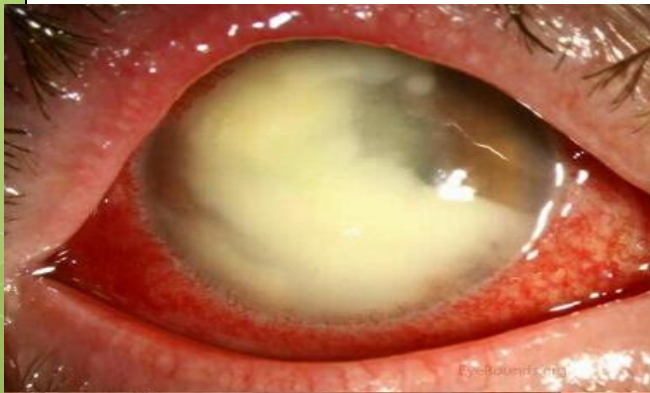




- اگر پلاک به اندازه کافی بزرگ یا عمیق باشد می تواند یک پلاک و یا هیپوپایون اندوتلیالی ایجاد کند.



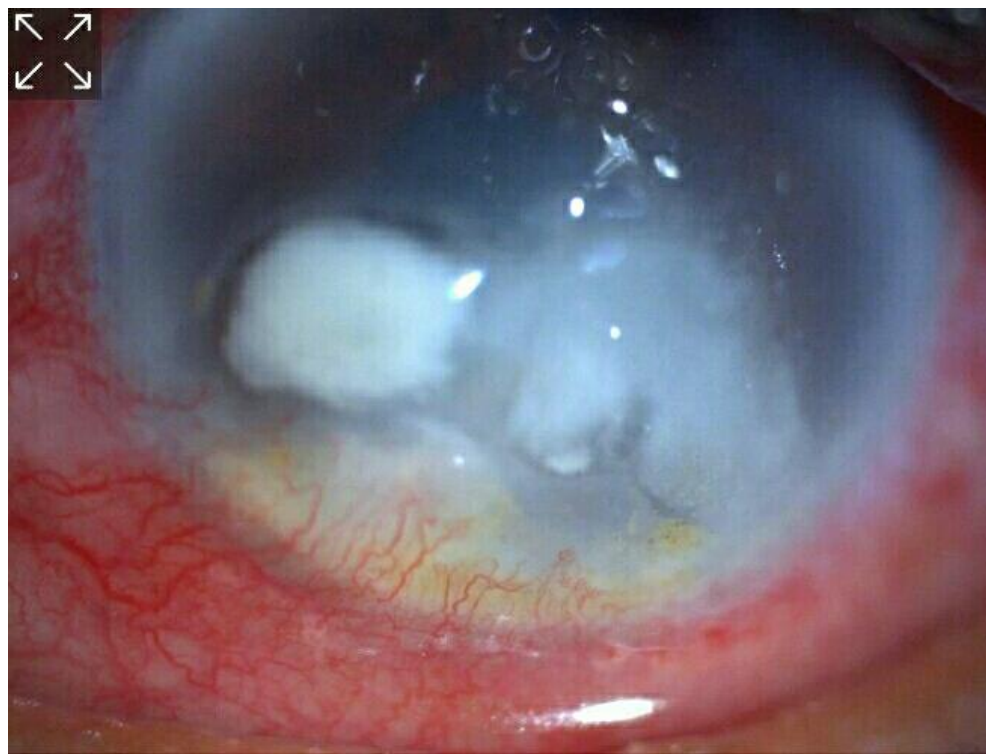
- با پیشرفت کراتیت ممکن است ضایعات شبیه به کراتیت باکتریال به نظر برسند.



کراتیت مخمری:

توسط گونه های کاندیدا ایجاد می شود. به صورت کانون های سفید و برجسته در چشم های آسیب پذیر ایجاد می شود.

تقریباً همیشه در چشم های اینرمال □ خشکی چشم. زخم مزمن قرنیه می دهد



Complications :

- Adverse results range from mild to severe corneal scarring.
- corneal perforation.
- anterior segment disruption.
- glaucoma .
- endophthalmitis .
- evisceration.



Central Corneal scarring



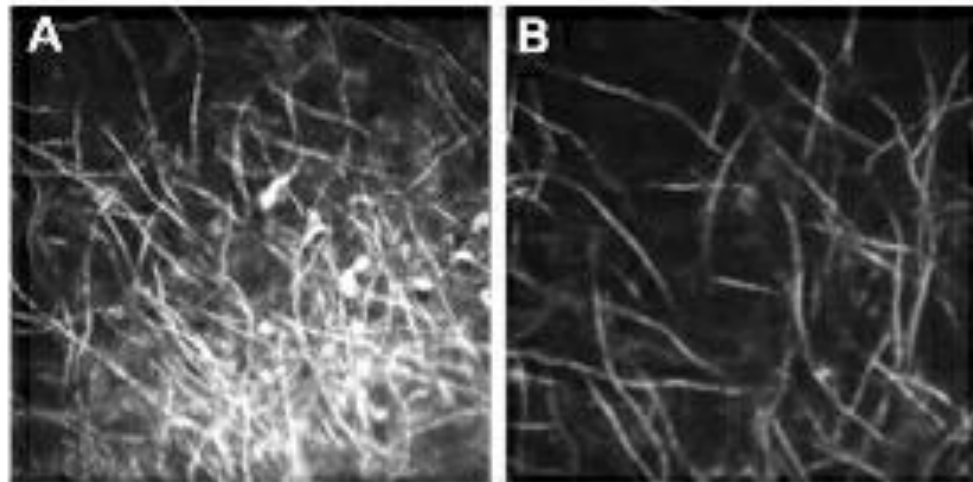
Cornial perforation



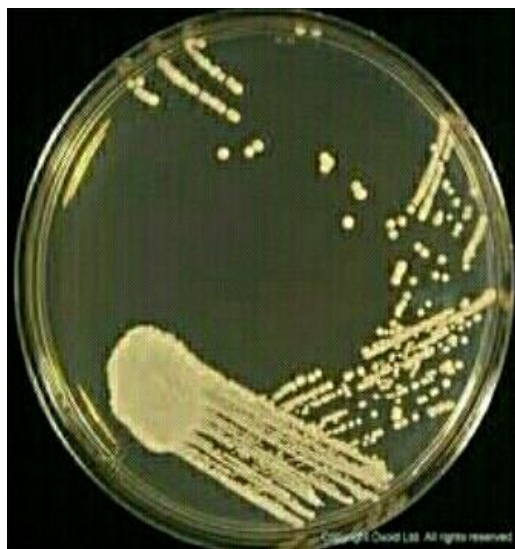
✓ ارزیابی آزمایشگاهی:

1- انجام اسمیر با رنگ آمیزی گرم و گیمسا ، رنگ آمیزی با KOH

2- انجام کانفوکال میکروسکوپی: ساختمان قارچ به صورت داربستی از ساختمان های ریشه مانند انعکاسی (reflective) دیده می شود.



در محیط (3-کشت: قارچها ظرف مدت 72-48 ساعت رشد می کند
و آگار خونی) Sabouraud's dextrose آگار
4- در صورت منفی بودن اسمیر در صورتی که شک به
repeated عفونت قارچی وجود دارد : انجام تراشیدن مجدد
(یا بیوپسی قرنیه توصیه می شود scraping



۹-۹: رشد کلونی قارچ در محیط آگار خونی

درمان دارویی:

محلول ناتاماسین 5% :

برای درمان اکثر موارد کراتیت قارچی فیلامانی به خصوص گونه فوزاریوم توصیه می شود.

مکانیسم اثر

ضد قارچی (با چهار باند دوتایی) می باشد که اثر خود را با اتصال به غشاء پلاسمایی قارچ های حساس و تغییر نفوذپذیری آنها و در نتیجه پاره شدن این غشا اعمال میکند طیف اثر آن وسیع بوده بر فوزاریوم، آسپرژیلوس و کاندیدا مؤثر است، لیکن به دلیل عدم نفوذ عمقی در عفونت های عمیق نمی تواند به کار رود.

موارد مصرف:

داروی انتخابی در قارچ های فیلامنتر به وجود آورنده کراتیت قارچی

است.





آمفوتریسین B

موضعی (0.15%-0.30%) :

موثرترین دارو برای درمان کراتیت مخمری است.

فلوکونازول خوراکی

برای درمان کراتیت مخمری شدید کاربرد دارد



● وریکونازول موضعی :

● در درمان کراتیت های قارچی که به درمان های رایج پاسخ نداده اند مناسب است.

● وریکونازول خوراکی :

● به دلیل نفوذ عالی به داخل چشم و پوشش وسیع الطیف این دارو به سرعت در حال جایگزینی به جای **کتوکونازول خوراکی** قارچ است برای درمان کمکی کراتیت قارچی فیلامانی شدید به کار می رود

(ب) درمان جراحی:

1. دبریدمان:

در صورت شک به عفونت قارچی در صورتی که اسمیر منفی باشد، برای تشخیص از تراشیدن ضایعات قرنیه استفاده می شود. علاوه بر این دبریدمان مکانیکی در درمان کراتیت قارچی سطحی و برای نفوذ بهتر دارو مفید است. آنفیلتراسیون های قارچی در عمق استرومای قرنیه ممکن است به درمان ضد قارچی موضعی پاسخ ندهد زیرا از نفوذ داروها در حضور اپیتلیوم سالم و دست نخورده کاسته می شود.

۲- پیوند قرنیه: در مواردی که علی رغم درمان حداکثر داروهای ضد قارچ خوراکی و یا موضعی بیماری همچنان پیشرفت کند، پیوند قرنیه برای جلوگیری از گسترش عفونت قارچی به اسکلرا یا داخل چشم ضروری است. در صورت بروز هر یک از این دو مورد پیش آگهی از نظر حفظ چشم بسیار ضعیف است.



۳- انجام فلپ ملتحمه در موارد خاصی از عفونت قارچی ضرورت می یابد.

با تشکر از توجه شما



کراتیت اکانتا موبایی

پاتوزن :

- اکانتاموبا از گروه انگل های تک سلولی ایزی است که در انسان سبب عفونت قرنیه و مغز میشود
- چرخه ی زندگی : تروفوزویت متحرک و کیست خاموش که تنها شکل تروفوزویت ان باعث بیماری میشود
- در اب شیرین و خاک یافت میشود
- نسبت به منجمد کردن خشک کردن و سطوح معمول کلر استفاده شده درذخایر اب شهری و استخرهای شنا مقاوم هستند و از بین نمیروند

- هفتاد درصد موارد گزارش شده از کراتیت در ارتباط با استفاده از لنزهای تماسی بوده است
- طی سال های اخیر ابتلا به عفونت های ناشی از اکانتاموبا افزایش یافته است
- محلول هایی که لنز های تماسی در آن نگه داری میشوند ممکن است محل رشد اکانتاموبا بوده وموجب کراتیت شوند

تظاهرات بالینی:

- این بیماری بیشتر در استفاده کننده از لنزهای تماسی دیده میشود
- علایم بالینی:
- درد شدید چشم / قرمزی / فتوفوبی / ضایعه قرنیه
- بیمار از دوره طولانی ناراحتی چشمی شکایت دارد که به مصرف داروهای ضد باکتریایی پاسخ نداده است

ضایعه قرنیه:

ضایعه اپیتلیالی / ضایعه استرومایی / پری نوریت شعاعی

● درگیری قرنیه در ابتدا اپیتلیالی است اما به تدریج استروما را درگیر میکند

● ضایعه اپیتلیالی: به صورت یک ضایعه منتشر یا ضایعه شبه دندریتی تظاهر می یابد ممکن است به اشتباه کراتیت هرپسی تشخیص داده شود و با داروهای ضد ویروسی درمان شود

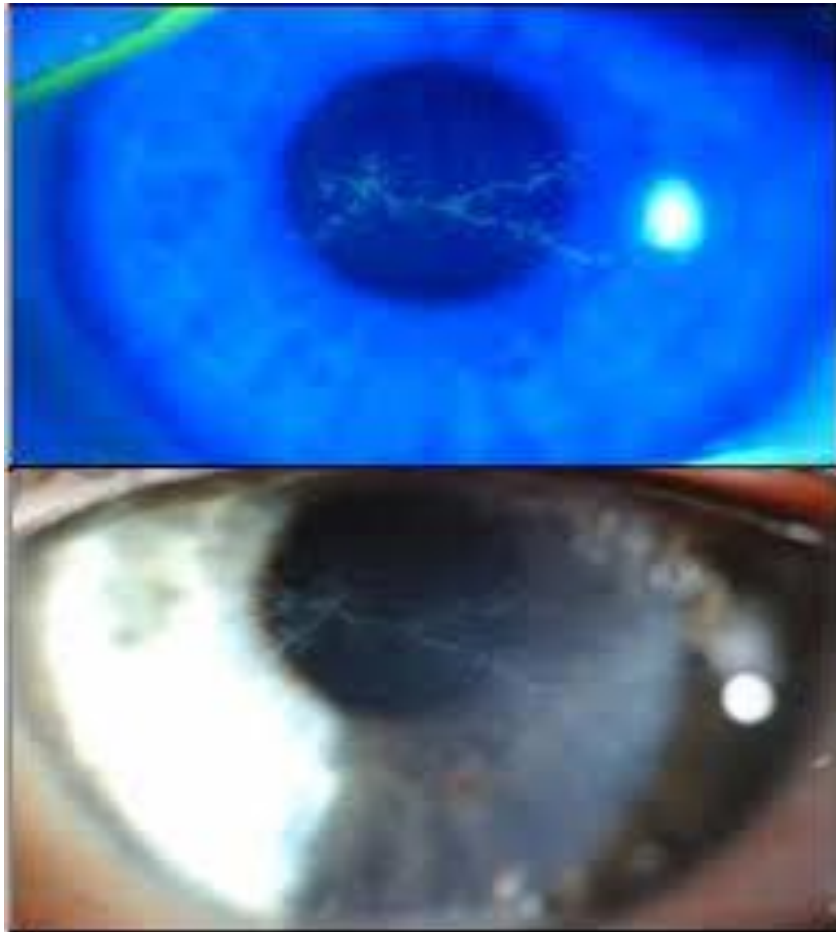
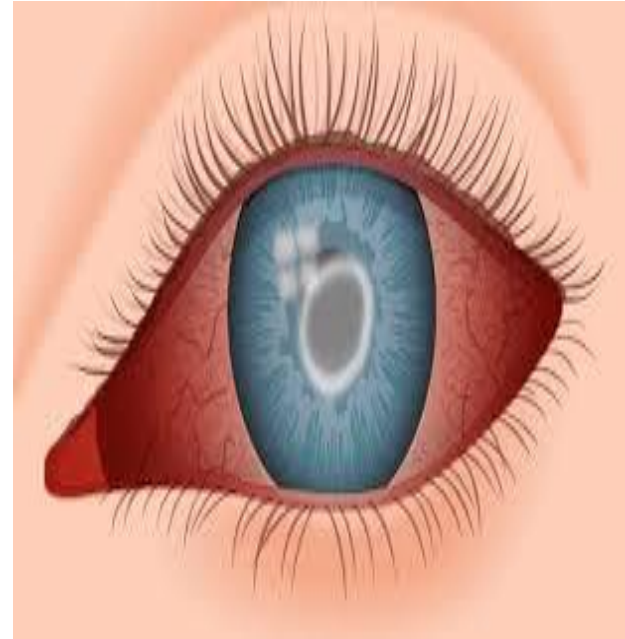


FIGURE 3: Clinical features of *Acanthamoeba* keratitis: early

ضایعه استرومایی

- به طور مشخص در مرکز قرنیه ایجاد میشود و به صورت انفیلتراسیون سطحی سفید خاکستری یا حلقه ی استرومایی stromal ring است

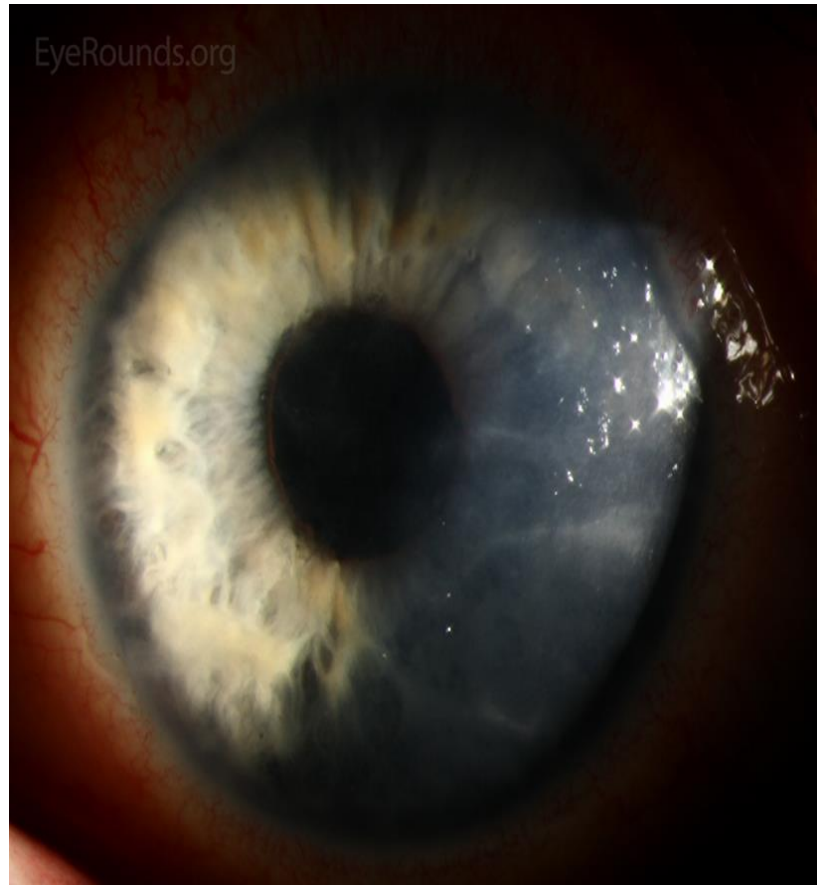




© www.medindia.net

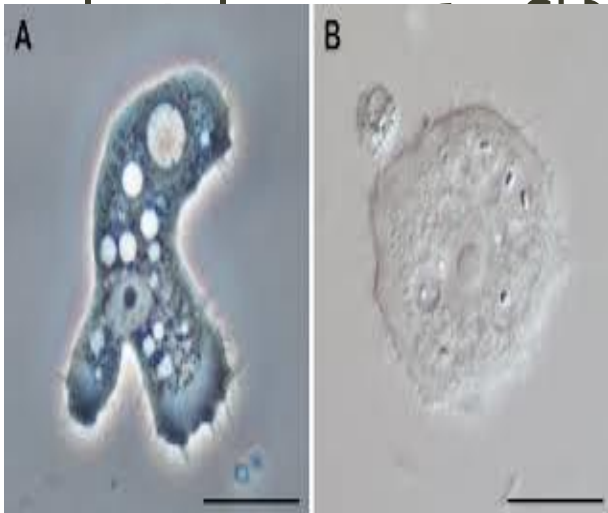
پری نوریت شعاعی

- شامل ارتشاح التهابی دور اعصاب قرنیه است که مشخصه کراتیت اکانتاموبایی میباشد



تشخیص

- مشاهده اکانتاموبا در اسمیرهای رنگ آمیزی شده
- یا توسط کشت ارگانیسیم تراشه



های قرنیه صورت می گیرد



- بیشترین میزان تشخیص از طریق نمونه برداری در مراحل اولیه بیماری که ارگانیزم ها محدود به اپی تلیوم است به دست می آید
- با گذشت زمان ارگانیزم ها به لایه های عمقی تر نفوذ میکنند و ممکن است جدا کردن آن ها از تراشه های سطحی دشوار باشد و برای تشخیص نیاز به بیوپسی لاملارقرنیه باشد

- در عفونت های مرتبط با لنز های تماسی میتوان خود لنز و ظرف حاوی آن هارا نیزمورد آزمایش قرار داد.
- انجام Cofocal in vivo microscopy در تشخیص کراتیت آمیبی کمک کننده می باشد.

درمان

- قدم اول قطع مصرف لنز است
- انتی بیوتیک ها: درمان ترکیبی ازدو یا سه دارو از گروه‌های زیر:
- قطره پروپامیدین Brolene
- قطره پلی هگزامتیلن بی گوانید PHMB
- قطره نؤسپورین
- کتوکونازول خوراکی به صورت قرص کتوکونازول 200 میلی گرمی دوبار در روز و با کنترل انزیم های کبدی یا قرص ایترا کونازول 100-200 میلی گرمی چهار بار در روز

- نکته : در شروع درمان قطره هر نیم ساعت تا یک ساعت تجویز شده و پس از 48 ساعت و با کاهش شدت عفونت دور داروها کاهش می یابد
- از سایر داروها مثل سیکلופلژیک ها و NSAID ها جهت کاهش التهاب و درد و درمان اسکلیت در صورت وجود میتوان استفاده کرد
- دبریدمان ضایعه در مراحل اولیه به منظور کمک به درمان و تشخیص میتواند مفید باشد
- کورتیکواستروئید موضعی در ابتدا هرگز تجویز نشود چرا که پیش آگهی را بد میکند تنها پس از کنترل کامل عفونت میتوان آن را با حداقل دوز جهت کاهش التهاب قرنیه استفاده کرد

- در موارد عدم پاسخ به درمان و یا پیش رونده بودن بیماری می توان پیوند قرنیه را در نظر گرفت
- مهم ترین عامل تعیین کننده موفقیت در درمان تشخیص و اقدام درمانی سریع است
- استفاده از استروئید در مراحل اولیه با پیش اگهی بسیار بدی همراه خواهد بود لذا در افراد با سابقه استفاده از لنز تماسی در صورت وجود ضایعه قرنیه بدون مشخص شدن علت نباید استروئید تجویز شود

روستای پلکانی کزج هشجین

