

پیداایش عروق در قرنیه بشکل پانوس در افرادی که

تراخیم ندارند

مقاله‌ای که اینک از نظر همکاران محترم سیگنر د حاصل بیش از هشت سال مطالعه و تحت نظر قراردادن حدها بیماران خصوصی و سراجمین به درسا نگاههای چشم پزشکی بیمارستان اسیراعلم می باشد.

همه چشم پزشکان با اصطلاح پانوس آشنائی کامل دارند چون پانوس یکی از علائم بسیار مهم و با ارزش تراخیم می باشد و اکثر اوقات وجود این علامت است که چشم پزشک را حتی در ساحلی که مخاط چشم کاملاً صاف است به تشخیص رتروسیکتیو (Rétrospective) تراخیم هدایت می کند ولی از طرف دیگر تا کنون در عده بسیار زیادی که از نظر تراخیم (چه از نظر کلینیکی و چه از نظر سیتولوژی) سالم بودند بوجود عروق در قرنیه بشکل پانوس پی برده ایم توجه به این امر مهم و توجه باینکه در سواردی پانوس را علامت منحصر بفرد تراخیم دانسته اند از سالها پیش ما را بر آن داشت که قرنیه اشخاص متعددی را که جهت کسالت های مختلف به بیمارستان و مطبها مراجعه کرده اند با بیومیکروسکپ تحت معاینه قراردادده و لزوماً با استحاح سیتولوژی مخاط از لحاظ تراخیم اقدام نمائیم. برای عده خیلی زیادی از این قبیل سراجمین کارت مخصوص تشکیل داده و چندین مرتبه در سال قرنیه و مخاط چشم را تحت کنترل و مقایسه قرار داده ایم و اینک نتیجه مطالعه خود را در این زمینه بشکل مقاله ای تقدیم میداریم.

برای بررسی دقیق پانوس و نئوواسکولاریزاسیون قرنیه ابتدا لازم است وضعیت آناتومیک قرنیه را بطور مختصر شرح دهیم.

قرنیه از سطح به عمق ازه طبقه تشکیل یافته است:

• رئیس بخش چشم پزشکی بیمارستان امیراعلم

• رئیس درمانگاه چشم پزشکی بیمارستان امیراعلم

• استادیار بخش چشم پزشکی بیمارستان امیراعلم

- ۱) اپی تلیوم قداسی که دارای چندین ردیف سلول اپی تلیال می باشد که طبقه عمقی سلولهای سیلندریک بوده و هرچه بسطح نزدیک تر شویم سلولها چند ضامی و بسطح میشوند.
- ۲) ماسبران بومن که در حقیقت ماسبران بازال طبقه اپی تلیوم قداسی می باشد.
- ۳) پارانشیم قرئیه که از بافت هم بند معمولی تشکیل یافته است با این تفاوت که رشته های هم بندی در قرئیه بصورت تیغه های سوازی و منظم قرار گرفته اند.
- ۴) ماسبران دسمه که یک ورقه بدون سلولی و الاستیک است.
- ۵) آندوتلیال خلئی.

به مجموعه دو طبقه اول و طبقات سطحی پارانشیم اصطلاح ملتحمه قرئیه ای اطلاق می شود قرئیه فاقد انشعابات عروقی بوده و تغذیه آن از طریق اسمزانجام میگیرد.

تعریف پانوس: پانوس را از دیر زمانی می شناختند و تعریف های متعددی در این مورد نوشته اند که ذکر همه آنها در اینجا لزومی ندارد ولی آنچه از بررسی تمام آنها بدست می آید سه نکته مهم می باشد که در اینجا اشاره میکنیم:

۱) پانوس ضایعه ای است محدود به طبقات سطحی قرئیه یعنی در ملتحمه قرئیه ای قرار دارد.

۲) پانوس با نئوواسکولاریزاسیون های زیر اپی تلیال مشخص میشود.

۳) همراه با پانوس مقدار کم و بیش انفیلتراسیون وجود دارد.

طرز معاینه: برای دیدن پانوس از چند طریق می توان استفاده کرد:

۱) ذره بین معمولی - با انداختن نور ساییل روی قرئیه و بکار بردن ذره بین می توان تا حدی به وجود پانوس پی برد ولی این طریقه زیاد سطمن نمی باشد.

۲) افتالموسکوپ: کوئو افتالموسکوپ بایک عدسی ۲۰+ - رایک طریقه بسیار سهل و ساده برای استنجان پانوس میداند.

۳) بیوسیکروسکپ: بایوسیکروسکپ براحتی و دقیقاً می توان پانوس و خصوصیات مربوط به آنرا بررسی کرد.

پانوس از نظر آسیب شناسی:

ملتحمه بالای لمب (Limbe) تمام طبقات ملتحمه دستخوش ضایعه میگردد بدین ترتیب:

— اپی تلیوم که در حال طبیعی است اختلالاتی پیدا می کند از قبیل پیکنوز

هسته ای و انفیلتراسیون سلولهای پولی نوکلر و لنفوسیتوئید.

— ماسبران بازال در بعضی جاها ورقه ورقه می شود .

— در کوریون ادم وانفیلتراسیون سلولی پیدا می شود و این انفیلتراسیون در طبقات سطحی بیشتر وجود دارد تا در طبقات عمقی .

لمب و قر نیه : ایی تلئوم این قسمت از ایی تلئوم ملتحمه بالای لمب بیشتر دچار ضایعه می گردد بدین معنی که ایی تلئوم کلنت شده و ادم و پیکنوز بعضی هسته ها و تقسیم سلولی بمقدار فراوان جلب توجه می کند. در بین سلولهای ایی تلئال سلولهای مهاجر مانند پولی نوکلئرو- لنفوسیتوئید بصورت توده هائی مشاهده میشود .

— ماسبران بومن در اثر وجود انفیلتراسیون بطور نامنظم ورقه ورقه می شود. در انتهای عروق پانوس مقداری هیستئوسیت های پراکنده دیده می شود و گاهی کاپلرها از هیستئوسیت، لنفوسیت و منونوکلئر احاطه شده است .

طبقات سطحی پارانسیم قر نیه از انفیلتراسیون و کاپلرهای نازک اشغال شده است . سلولهای آدواتنسیس کاپلرها همپرتروفیه و سلولهای آندوتلیال آن متورم می باشد .

برخی از کارشناسان پانوس را یکی از عوارض تراخم می دانستند. اصولاً پورساتناژ پانوس در آسارهای قدیمی خیلی متفاوت است. مثلاً آداریو (Addario) در عده زیادی از ایتالیان به تراخم پانوس مشاهده نموده است .

در زیر بعضی از آسارهای قدیمی ذکر می شود :

در ۱۹۱۸ فولی و پارو (Foley et Parrot) ۱/۹٪ در الجزایر مشاهده کرده است .

در ۱۹۲۳ مارن آما (Marin Amat) ۶٪ در اسپانیا .

در ۱۹۲۴ لوفور (Lefort au Maroc) ۳۵٪ .

در ۱۹۲۴ بودی و آگزانفلد (Baudy et Axenfeld) ۵۰٪ .

هوبر و میمش (Huber et Soemisch) ۷۰٪ .

ولی در آسارها بررسی های جدید نسبت پانوس در بین تراخمی ها بالا رفته است و این موضوع بوسائل دقیق تشخیصی مربوط می باشد .

از طرفی تجربه نشان داده است که نسبت پانوس در سالک مختلف متفاوت است، مثلاً ماژیور نوشته است که پانوس در تراخم اهالی ایتالیای جنوبی و سیسیل یک علامت ثابت می باشد. ماگژول لیون قبول کرده است که پانوس علامت ثابتی در تراخم خاورمیانه و افریقای شمالی است ولی در ضمن یکی از کارشناسان بتازگی در یوگوسلاوی، یونان و ایتالیا تراخم های

غیرقابل بحثی دیده است که هیچگونه آنومالی درلمب آنها مشاهده نشده است.

در زیر بعضی آزارهای جدید ذکر می شود.

کیمورا در ۱۹۵۸ در مطالعات خود به نسبت $84/4\%$ پانوس را در بین بیماران تراخمی دیده است.

گوپتا در ۱۹۵۹ به نسبت 9% پانوس را مشاهده کرده است.

ارزش تشخیصی پانوس: آیا وجود پانوس در روی قرنیه برای تشخیص تراخم کافی

می باشد؟ عده ای از کارشناسان معتقدند که در جریان اورام ملتحمه حاد - سزمن و مخصوصاً اورام ملتحمه فولیکولر که شبیه تراخم هستند پانوس مشاهده نمی شود.

ویلسون در سوابق بچه های مصری هیچگونه واسکولاریزاسیون قرنیه در اورام ملتحمه کاتارال و در افتالمی های پرولانت مشاهده نکرده است و فقط در مواردیکه ضایعات قرنیه ای ایجاد شده آنوقت واسکولاریزاسیون قرنیه پیدا شده است.

تایگسون (Thygeson) لمب تعدادی از بیماران را که ورم ملتحمه مختلف طاولی -

کاتارال و فولیکولر داشته اند مورد معاینه قرار داده است و واسکولاریزاسیون مشاهده نکرده است.

بورزوسکی (Borszewski) بعد از بررسی و معاینه ۵۰ بیمار که کنژونکتیویت های گوناگون

داشته اند به این نتیجه رسیده که واسکولاریزاسیون قرنیه در اورام ملتحمه غیر تراخمی دیده

نمی شود ولی انواعی از واسکولاریزاسیون های سطحی قرنیه وجود دارد که به تراخم مربوط

نمی باشد مخصوصاً در جریان ورم ملتحمه بهاره.

مالک کالین و ساناناستازو معتقدند که بعضی اورام ملتحمه سزمن واسکولاریزاسیون قرنیه

ایجاد می کنند چنانکه کارشناسان ژاپنی آساری راجح به نئوواسکولاریزاسیون در قرنیه غیر تراخمی

منتشر کرده اند.

کیمورا در ۱۹۵۸ پنجاه و پنج طفل مدرسه را مورد بررسی قرار داده و نئوواسکولاریزاسیون

قرنیه را در اطفال غیر تراخمی در جریان اورام ملتحمه فولیکولر 12% و در جریان فولیکولوز

ملتحمه 8% و حتی در اطفالی که هیچگونه بیماری قبلی ملتحمه نداشته اند هفت درصد پانوس

مشاهده کرده است.

کیریزاوا در ۱۹۵۹ نئوپلازی عروقی ساده قرنیه را به نسبت $18/75$ تا $26/29\%$ در

سورد کنژونکتیویت های حاد یا سزمن - کنژونکتیویت فولیکولر - کنژونکتیویت پالپرال - ورم

ملتحمه بهاره و فولیکولوز ملاحظه کرده است و در ضمن $26/28\%$ این تیپ نئوپلازی عروقی

قرنیه را در چشم های با ملتحمه سالم مشاهده نموده است.

بوزاکا خاطر نشان می‌کند که نئوواسکولاریزاسیون قرنیه به تنهایی هیچگونه خاصیت پاتوگنوسونیک ندارد و همچنین سائاناستازوسعتقد است که تنها واسکولاریزاسیون قرنیه برای تشخیص تراخم کافی نیست.

کازوتو کیمورا و همکارانش مطالعه دقیقی درباره پانوس بعمل آورده‌اند که در زیر خلاصه‌ای از بررسی و مطالعاتشان ذکر می‌شود:

- (۱) پانوس باید بوسیله بیومیگروسکپ مشخص گردد.
- (۲) پانوس به نسبت ۸۱٪ در تراخم و ۹٪ در تراخم‌های مشکوک و به نسبت ۲۶/۴٪ در کنزونکیویت‌های غیر تراخمی وجود دارد.
- (۳) پانوس در ۷۲/۲٪ حالات مؤید تراخم قدیمی می‌باشد.
- (۴) در ۱۱/۹٪ موارد با وجود ابتلاء بیمار به تراخم وجود کوریپوسکول پروواک در فروتی‌ها پانوس دیده نشده است.
- (۵) پانوس همیشه در تمام مراحل تراخم وجود ندارد.
- (۶) پانوس علامت قطعی و پاتوگنوسونیک تراخم نیست بلکه یک علامت مهم تراخم می‌باشد.

مشاهدات و بررسی‌های ما در چند سال اخیر: مدت هشت سال است که تعداد زیادی از بیماران خصوصی و مراجعین به درمانگاههای چشم بیمارستان امیراعلم را در دو گروه دقیقاً از نظر قرنیه مورد بررسی قرار داده‌ایم. وسائل آزمایش ساعبارت بوده از بیومیگروسکپ جهت معاینه لمب و قرنیه و مخاط پلک وین بست‌ها - استخوان سیتولژی از مخاط در بخش تراخم انگل‌شناسی دانشکده پزشکی*.

برای هر کدام از دویست و شصت و پنج نفر بیماران خصوصی در مدت هشت سال اخیر پرونده مخصوصی تهیه کرده‌ایم و نتیجه معاینه مخاط و قرنیه با بیومیگروسکپ و نتیجه استخوان سیتولژی مخاط در پرونده بیماران منعکس شده است.

در $\frac{۲}{۳}$ گروه دویست و شصت و پنج نفر از بیماران خصوصی استخوانات بیومیگروسکپی و سیتولژی مخاط در فاصله‌های یک یا دو یا سه سال دوسه مرتبه تکرار شده است.

گروه سراج‌مین درمانگاههای چشم بیمارستان امیراعلم دویست و هجده نفر بوده‌اند و در عرض هشت سال همه این بیماران تحت معاینه دقیق بیومیگروسکپی و سیتولژی مخاط

۵ - در اینجا لازم میدانیم از همکاریهای ذیقیمت بخش تراخم انستیتوانگل شناسی کمال

تشکر را نمائیم.

قرار گرفته اند. هر دو گروه (بیماران خصوصی و بیمارستان) از کسانی انتخاب شده اند که سابقه بیماری قبلی تراخم نداشته و بایوپسیکروسکپ دارای مخاط سالم و طبیعی بوده اند. بالاخره با آزمایش و تحت نظر قراردادن سرتب این دو گروه در عرض هشت سال به نتایج زیر رسیده ایم:

خلاصه

در هشت سال اخیر تعداد دوپست و شصت و پنج نفر از بیماران خصوصی و دوپست و هجده نفر از بیماران درسا نگاههای چشم پزشکی بیمارستان اسپر اعلم را از نظر عروق قرنیه تحت بررسی قراردادده ایم. همه افراد این دو گروه از کسانی انتخاب شده اند که سابقه ابتلاء به تراخم نداشته اند و بالاخره به نتایج زیر رسیده ایم:

- ۱- مخاط پلک و بن بست های ملتحمه افراد هر دو گروه از نظر ظاهرا و از لحاظ بیوسیکروسکپی کاملاً طبیعی بوده و در قرنیه واسکولاریزاسیون شبیه پانوس تراخم جلب توجه کرده است در حالیکه استخوان سیتولژی، مخاط از نظر تراخم منفی و حتی سلول التیاسی هم در فروتی دیده نشده است.
- ۲- استخوان بیوسیکروسکپی مخاط و بن بست ها و قرنیه سیتولژی در اکثر بیماران دو گروه چند مرتبه بفاصله یکی دو سال تکرار شده است.
- ۳- واسکولاریزاسیون سطحی قرنیه حتی بشکل پانوس در صورتیکه با انفیلتراسیون قرنیه و اوسل و سایر علائم تراخم همراه نباشد بهیچوجه ارزش تشخیصی نداشته و در اشخاص سالم نیز دیده می شود و بیماران دو گروه فوق الذکر سؤید این نظریه می باشد.

REFERENCES:

- 1- Roger Nataf, Gabriel Coscas, Encycl. Médico. Chirurgicale, Trachom 1967 p. 21140 A¹⁰ - 21140c¹⁰.
- 2- Renard et ses colla. Anatomie de l'oeil et ses annexes, 1965, Cornée. p 101-109.
- 3- Magda Radnot et R. Pajor, Rev. int. Trachome, la fréquence du pannus trachomateux, 1961, p 311-313.
- 4- Philips Thygeson, Rev. Int. Trachome, le pannus du Trachome. 1961, p. 211-212.
- 5- A Larmande and A.M. Longo, Rev. Int. Trachome, Trachomatous pannus, 1960 37, 1-392.
- 6- Kazuo Kimura, Takao Obayashi, Shinobu Iwaki and Masanobu Kitamura, Rev. Int. Trachome, Studies on the trachomatous pannus, 1958, Vol. 35^c No-3 p. 295-304.
- 7- S. Postic, Rev. Int. trachome. 1950, Etude histopathologique du pannus trach. No-2 P. 84.