

ارزیابی و مقایسه نتایج عمل جراحی ناخنک اولیه به دو روش

Bare Sclera و Rotational Flap

دکتر نوشین بزازی*

چکیده:

ناخنک اولیه یکی از بیماریهای شایع چشم در جهان است که با ۲۲٪ شیوع در نقاط استوایی بیشترین فراوانی را دارا میباشد. روشهای جراحی متفاوتی در درمان ناخنک وجود دارد. این مطالعه بمنظور تعیین فراوانی و مقایسه عوارض و عود بیماری پس از عمل جراحی به دو روش Rotational Flap و Bare Sclera انجام گرفته است. این مطالعه از نوع کوهورت گذشته نگر می باشد که بر روی ۸۰ بیمار مبتلا به ناخنک اولیه که در مرحله II و III بیماری قرار داشتند و در طی سالهای ۸۲-۸۰ به درمانگاه چشم پزشکی بیمارستان امام خمینی همدان مراجعه کرده بودند انجام گرفت. بیماران انتخاب شده به دو گروه ۴۰ نفری تقسیم شدند و هر گروه به یک روش از دو روش منتخب تحت عمل جراحی قرار گرفتند. پس از ۴۸ ساعت، یکپخته، ۱ ماه، ۳ ماه و ۶ ماه بعد از عمل جراحی پیگیری شدند و از آنان معاینات لازم بعمل آمد. اطلاعات بدست آمده در پرسشنامه طرح درج گردید و نتایج عود و عوارض هر دو گروه توسط نرم افزار SPSS و به کمک آزمون آماری χ^2 مورد تجزیه تحلیل و مقایسه قرار گرفت. در گروه Bare Sclera ۲۸ مرد و ۱۲ زن و در گروه Rotational Flap ۲۱ مرد و ۱۵ زن وجود داشت. متوسط سن بیماران در هر دو گروه ۵۰ سال بود. از نظر شغلی کشاورزان ۴۵٪ و کارمندان ۱۰٪ به ترتیب بیشترین کمترین فراوانی را دارا بودند. میزان عود در رده سنی ۵۰-۶۰ سال در هر دو گروه شایعتر بود و شروع آن از ماه سوم پیگیری مشاهده شد. میزان عود در گروه Bare Sclera ۹ نفر (۲۲/۵٪) و در گروه Rotational Flap ۴ نفر (۱۱/۱٪) بود که از نظر آماری معنادار نگردید ($P=0/32$). عوارض در هر دو گروه وجود داشت که قرمزی محل جراحی با فراوانی (۱۰٪) در هر دو گروه یکسان بود اما از این نظر هم ارتباط معنی داری بین دو گروه بدست نیامد ($P=0/15$). در گروه Bare Sclera تعداد موارد عود بیشتر از گروه Rotational Flap است هر چند در مقایسه عود و عوارض پس از عمل در دو گروه ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت در کل می توان اعلام نمود که در هر دو روش جراحی ناخنک اولیه فراوانی عود و عوارض پس از عمل جراحی نسبتاً بالاست.

کلید واژه ها: عوارض پس از عمل جراحی / ناخنک - جراحی

مقدمه:

سمت نازال چشم ایجاد می شود، اما ممکن است به طور نادر در سمت تمپورال نیز ایجاد گردد. گاهی درگیری همزمان دو طرفه رخ می دهد (۱). ناخنک شیوع جهانی دارد و در مناطق مختلف متفاوت است. هر چه به سمت خط استوا نزدیکتر

ناخنک از نظر لغوی به معنی بال است و یک توده مثلثی شکل از بافت فیبروواسکولر می باشد که از ملتحمه بولبار شروع شده و به سمت قرنیه پیشرفت می کند. ناخنک غالباً در شیار پلکی قرار دارد و ۹۰ درصد در

* استادیار گروه چشم پزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان

Stage II : ناخنک به طور نسبی پر عروق و مختصر برجسته می باشد و عروق اپی اسکلرای زیر آن به راحتی دیده نمی شود.

Stage III : ناخنک کاملاً پر عروق ، برجسته ، حجیم (Fleshy) و ملتهب می باشد و عروق اپی اسکلرای زیر آن دیده نمی شود.

روشهای جراحی ناخنک انواع مختلفی دارد . اولین گزارشهای جراحی ناخنک به بیش از ۳۰۰۰ سال قبل باز می گردد که در تمامی روشها نسج ناخنک از روی گلوب برداشته می شود. در بین روشهای جراحی ناخنک میتوان به موارد زیر اشاره کرد:

۱- Bare Sclera که متداولترین روش است ۲- Simple Clouse ۳- Sliding Flap و روش Rotational Flap که روش نسبتاً جدیدی می باشد و درمانهای کمکی آن استفاده از کوتر ، لیزر آرگون ، تزریق استروئیدها و استفاده از میتوماپسین C می باشد.

مطالعه حاضر به منظور تعیین فراوانی عود و عوارض و مقایسه آنها در دو روش Rotational Flap و Bare Sclera بر روی بیماران مبتلا به ناخنک اولیه انجام گرفته است.

روش کار:

این مطالعه از نوع کوهورت گذشته نگر می باشد و بر روی بیماران مبتلا به ناخنک اولیه که در مرحله ۲ و ۳ بیماری قرار داشتند و طی سالهای ۸۲-۸۰ به درمانگاه چشم بیمارستان امام خمینی همدان مراجعه نموده بودند انجام گرفت. با استفاده از فرمول آماری حجم نمونه برای هر گروه ۳۲ نفر تعیین گردید لیکن به لحاظ بالا بردن دقت و جبران ریزش در پیگیریهای بعد از عمل کلاً ۴۰ بیمار تحت عمل جراحی به روش Rotational Flap و ۴۰ بیمار تحت عمل جراحی به روش Bare Sclera قرار گرفتند . روش کار در گروه اول به این صورت بود که بعد از آماده نمودن بیماران برای عمل جراحی به مدت ۵ دقیقه اپلیکاتور آغشته به قطره تتراکائین ۰/۵٪ بر روی ناحیه عمل قرار داده می شد و سپس بافت اپی تلیوم و قسمت کمی از ساب اپی تلیوم ناحیه تنه ناخنک را به آرامی جدا می کردیم، ابتدا Cap (سر) ناخنک را با اسپاچولا از روی قرنیه جدا کرده بریده و کنار می گذاشتیم، سپس Body ناخنک را از دو طرف بالا و پائین برش داده از بافت فیبروواسکولار زیرین کاملاً جدا می نمودیم و در قسمت قدام به کارنکول را برش داده ، بافت برداشته شده را

می شویم شیوع آن بیشتر است (۲۲٪) . میزان شیوع ناخنک با افزایش سن بالا می رود و شایعترین زمان آن در سنین ۲۹-۲۰ سالگی می باشد . شیوع ناخنک در مردان بیشتر از زنان و در کارگران مزارع و کشاورزان بیشتر از ساکنین شهرهاست (۱). مهمترین ریسک فاکتور در ایجاد ناخنک اشعه ماوراء بنفش است. سایر ریسک فاکتورها عبارتند از التهاب مزمن ، قرار گرفتن در معرض باد ، گرد و خاک و دیگر محرک های محیطی ، عوامی ارثی ، اختلال فیلم اشکی و . . . اما پاتوژنز قطعی هنوز ناشناخته است. ناخنک معمولاً بدون علامت است اما در صورت التهاب حاد می تواند منجر به اشک ریزش ، سوزش ، تحریک چشم و احساس جسم خارجی گردد. ناخنک همچنین می تواند باعث کاهش قدرت بینایی شود که علت آن ایجاد آستیگماتیسم نامنظم و در موارد پیشرفته درگیری محور بینایی است. در موارد شدید موجب سیمپل فارون می گردد و ممکن است باعث دوبینی شود . به علت شکست فیلم اشکی در کنار توده ناخنک استرومای قرنیه دهدارته شده و باعث ایجاد فرو رفتگی (Dellen) می گردد (۱،۲).

بطور کلی بهتر است که درمان ناخنک اولیه بصورت نگهدارنده و علامتی باشد و توصیه می شود که با آن مدارا کرده و حتی الامکان از جراحی خودداری کنیم مگر در شرایطی که اندیکاسیونهای علمی و قطعی جراحی وجود داشته باشد زیرا میزان عود ناخنک بعد از عمل جراحی بالا می باشد (۱).

اندیکاسیونهای جراحی ناخنک :

- ۱- کاهش قدرت بینایی یا به علت آستیگماتیسم ناشی از ناخنک و یا گرفتاری محور بینایی
 - ۲- از لحاظ زیبایی (Cosmetic)
 - ۳- تحریک شدید که علیرغم درمان دارویی بهبود نیابد.
 - ۴- محدودیت حرکتی شدید در حرکات چشم ثانویه به چسبندگی
 - ۵- تداخل با استفاده از لنزهای تماسی
 - ۶- ایجاد Dellen یا فرو رفتگی در مجاورت لبه انتهایی ناخنک، زیرا منجر به زخمی شدن و عفونت آن ناحیه می شود.
- گذاشتن اندیکاسیون جراحی معمولاً بر اساس Stage ناخنک انجام می گیرد:

Stage I : ناخنک آرام ، کم عروق و شفاف که عروق اپی اسکلرای زیر آن به راحتی دیده می شود.

روش در ۱۰۰٪ بیماران، خونریزی زیر ملتحمه در گروه Rotational Flap ۲۰ نفر (۵۰٪ موارد)، در گروه Rotational Flap ۲۵ نفر (۷۰٪ موارد)، تشکیل کیست ملتحمه در گروه Rotational Flap ۶ مورد (۱۵٪ موارد) در گروه Rotational Flap ۱ مورد (۲/۷٪)، در رفتن سوچور در گروه Rotational Flap ۱ مورد (۲/۷٪) موارد بوده است که از نظر آماری معنی دار نمی باشد.

جدول ۱: فراوانی عوارض* پس از عمل جراحی ناخنک اولیه به

دو روش Rotational Flap و Bare Sclera

در بیماران مورد مطالعه

P. Value	Rotational Flap	Bare Sclera	روش جراحی عوارض
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۰/۱۵	۳۶ (۱۰۰)	۴۰ (۱۰۰)	قرمزی محل جراحی
	۱ (۲/۷۷)	۶ (۱۵)	تشکیل کیست ملتحمه
	۱ (۲/۷۷)	۰ (۰)	در رفتن سوچورها
	۲۵ (۶۹/۴۴)	۲۰ (۵۰)	خونریزی زیر ملتحمه

* همه عوارض در دو گروه مشترک نیستند مثلاً در روش Bare Sclera اصلاً سوچور زده نشده که در رفتن سوچور مطرح باشد.

عود در هر دو گروه بیماران در رده سنی ۵۰-۴۰ سال شایعتر بود و از ماه سوم پیگیری شروع شد. میزان عود در گروه Bare Sclera ۹ نفر (۲۲/۵٪) و در گروه Rotational Flap ۴ نفر (۱۱/۱٪) بود که از نظر آماری تفاوتی در هر دو گروه وجود نداشت (جدول ۲).

جدول ۲: فراوانی عود پس از عمل جراحی ناخنک اولیه به دو روش Rotational Flap و Bare Sclera در بیماران مورد مطالعه

P. Value	جمع	ندارد	دارد	عود ناخنک روش جراحی
	درصد (تعداد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۰/۳۲	۴۰ (۱۰۰)	۳۱ (۷۷/۵)	۹ (۲۲/۵)	Bare Sclera
	۳۶ (۱۰۰)	۳۲ (۸۸/۹)	۴ (۱۱/۱)	Rotational Flap
	۷۶ (۱۰۰)	۶۳ (۸۴/۲)	۱۳ (۱۵/۸)	جمع

که در واقع اپی تلیوم و اندکی از ساب اپی تلیال ناخنک بود با ۱۸۰ درجه چرخش در محل عمل با نخ نایلون ۱۰/۰ سوچور می کردیم. لیمبوس و روی قرنیه را تراش داده تمیز می نمودیم و با قرار دادن تتراسایکلین بمدت ۴۸ ساعت پانسمان می کردیم.

در روش Bare Sclera بعد از برداشتن ملتحمه از روی قرنیه و اسکلا، محل عمل بدون سوچور زدن رها می گردید و ناحیه لیمبوس تراشیده و صیقل داده می شد، کوتر روی اسکلا قرار داده می شد و با قرار دادن پماد تتراسایکلین به مدت ۴۸ ساعت محل عمل بسته می شد. بعد از باز کردن به مدت یک هفته از قطره جنتامایسین یا کلرامفنیکل هر ۶ ساعت و قطره بتامتازون هر ۳ ساعت استفاده می گردید. بعد از یک هفته قطره جنتامایسین قطع می گردید و به مدت ۳ هفته دیگر درمان با قطره بتامتازون ادامه می یافت.

از تمام بیماران که تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند خواسته شده بود که در زمانهای ۴۸ ساعت، یک هفته، یک ماه، سه ماه و شش ماه پس از عمل جهت معاینات به درمانگاه مراجعه نمایند، پس از معاینه بیماران در زمانهای مذکور اطلاعات بدست آمده در خصوص نتایج عمل و عوارض و عود در هر دو گروه در پرسشنامه درج می گردید و باهم مقایسه می شدند. روش استخراج اطلاعات بشکل ماشینی و به کمک نرم افزار SPSS 10 بوده و در مقایسه و تحلیل داده ها از آزمون آماری χ^2 استفاده گردید.

لازم به ذکر است که در گروه Rotational Flap ۴ نفر پس از عمل در پیگیری و Follow up نهائی شرکت نکردند که از مطالعه حذف شدند.

نتایج:

گروه Bare Sclera شامل ۲۸ مرد (۷۰٪) و ۱۲ زن (۳۰٪) و گروه Rotational Flap شامل ۲۱ مرد (۵۸/۳٪) و ۱۵ زن (۴۱/۷٪) بود. متوسط سن بیماران در هر دو گروه ۵۰ سال بود که در رده سنی ۳۰ تا ۷۰ سال قرار داشتند و از نظر آماری تفاوتی بین دو گروه وجود نداشت ($P=0/41$). از نظر پراکندگی شغلی مجموعاً در هر دو گروه بیشترین پراکندگی در بین کشاورزان (۴۵٪) و سپس رانندگان (۲۰٪)، معلمان (۱۵٪)، کارمندان دفتری (۱۰٪) و زنان خانه دار روستایی (۱۰٪) بدست آمد.

Stage بیماری در ۷۰٪ بیماران نوع III و ۳۰٪ نوع II بود. عوارض پس از عمل نظیر قرمزی چشم در هر دو

بحث:

در خاتمه پیشنهاد می گردد که سطح آگاهی مردم را نسبت به استفاده از وسایل حفاظتی در برابر گرد و غبار و اشعه ماوراء بنفش خورشید بالا برده و مردم را تشویق به استفاده از عینکهای آفتابی و کلاه و یا دوری از محیط پر گرد و غبار نمود. همچنین توصیه می شود حتی المقدور سعی شود با ناخنک مدارا گردد و درمان طبی را مقدم بر درمان جراحی شمرد زیرا ناخنک عود کرده پس از عمل جراحی تهاجمی تر از نوع اولیه آن می باشد.

سپاسگزاری:

بر خود لازم می دانم بدینوسیله از زحمات جناب آقای مهندس خسرو مانی کاشانی مشاور آماری طرح و سرکار خانم دکتر بهشته درخشان نیا در جمع آوری اطلاعات طرح تشکر و قدردانی نمایم.

منابع:

1. Tamson W , Jaeger EA. Duane's clinical ophthalmology. Vol 6. Philadelphia : Lippincot , 1998 : 1-10.
2. Vaughan D , Asbury T , Riordan P , Cophth FR. General ophthalmology. 15th ed. New York : Appleton & Longe , 1999.
3. Alp BN , Yanyali A , Ay GM. Conjunctival rotation autograft for primary pterygium. *Ophthalmologica* 2002 Sep-Oct; 216(5): 333-6.
4. Kaya M , Tunc M . Vertical conjunctival bridge flaps in pterygium surgery. *Ophthalmic Surg Lasers Imaging* 2003 Jul-Aug; 34(4): 279-83.
5. Ozer A , Yildirim N , Erol NY. Results of autografting of marginal conjunctiva in pterygium excision. *Ophthalmologica* 2003 May-Jun ; 217(3): 237.
6. Lvekovic R, Mandic Z, Saric D, Sonick Z. Comparative study of pterygium surgery. *Ophthalmology* 2003 Jan-Feb;217(1):85.
7. Ti SE , Tan DT. Tectonic corneal lamellar grafting for sever scleral melting after pterygium surgery. *Ophthalmology* 2003 Jun; 110(6): 1126-36.

نتایج این مطالعه بیانگر آنست که در گروه Bare Sclera تعداد موارد عود بیشتر از گروه Rotational Flap بود هر چند در مقایسه عود و عوارض پس از عمل در هر دو گروه ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت.

در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۲ در آمریکا انجام شده است مزایای روش Rotational Flap در پیشگیری از عود ناخنک بررسی شد و محققین به این نتیجه رسیدند که این روش در پیشگیری از عود ناخنک اولیه موثر می باشد. در این مطالعه ۲۴ بیمار طی ۱۲-۲۳ ماه پیگیری شدند که ۴ مورد (۱۶/۶٪) عود مشاهده شد(۳).

در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۳ در آمریکا انجام شده است میزان عود و عوارض جراحی به دوروش Bare Sclera و تکنیک فلپ ملتحمه ای عمودی بررسی گردید که میزان عود در روش Bare Sclera حدود ۴۰٪ و در Rotational Flap ۲٪ بوده است (۴) و در مطالعه ای دیگر نتایج نشان داد که سرعت اپیتلیالیزاسیون پس از عمل جراحی Bare Sclera حدود ۳۷/۷۸٪ است(۵).

در بررسی به عمل آمده از سوی R. Lvekovic و همکاران ۲۱ بیمار با روش Bare Sclera عمل شدند و میتومایسین C بکار برده شد که ۵ مورد (۲۳/۸٪) عود گزارش گردید ، متوسط زمان عود در این گروه در ماه چهارم پس از عمل جراحی بود (۶).

در گزارشی از سنگاپور اعلام گردیده است که ۸۰٪ بیماران که به روش Bare Sclera تحت عمل جراحی قرار گرفته اند و میتومایسین C یا اشعه بتا دریافت نموده اند نیاز به روشهای درمانی دیگر از جمله کراتوپلاستی لاملار دارند (۷).

مطالعات فوق الذکر همگی دلالت و تأکیدی بر نتایج مطالعه حاضر دارند لیکن همانطور که مشخصاً ذکر گردید عود و عوارض پس از عمل در روش Rotational Flap کمتر از روش جراحی Bare Sclera می باشد هرچند در هر دو روش جراحی میزان عود و عوارض نسبتاً بالاست.