

کونژنکتیویت

علل، انواع، تشخیص و درمان

(ارائه شده در گفتگوی علمی گروه اپتومتری روشنا)

پیام نبوتی - بهروز مالکی



گروه اپتومتری روشنا

کونژنکتیویت به عنوان یکی از شایع ترین پاتولوژی های چشمی از اهمیت ویژه ای برخوردار هست. به طور کلی کونژنکتیویت را به انواع عفونی شامل باکتریال و وایرال نوع الرژیک کونژنکتیویت در بیماری های خودایمنی و انواع متفرقه تقسیم میکنند.

گفته میشود در طول یکسال ۲۰ درصد از مردم کونژنکتیویت را تجربه میکنند. تعداد بسیاری از پاتولوژی های چشم با علامت قرمزی چشم همراهند. آنچه اهمیت دارد شناخت تمامی این موارد به منظور انجام یک work up صحیح و تشخیص درست و متعاقبا درمان مناسب میباشد.

در ابتدا ما باید سمپتوم ها و ساین های کونژنکتیویت را بشناسیم. در اینجا به پروتکل بسیار کاربردی و نسبتا آسان را در زمینه تشخیص افتراقی انواع کونژنکتیویت مطرح میکنیم:

سیمپتوم ها:

ابتدا باید بدانیم بیماران مبتلا به کونژنکتیویت با چه سیمپتوم هایی مراجعه میکنند. به طور کلی سیمپتوم های کونژنکتیویت، سیمپتوم های معمول محدود و غیر اختصاصی هستند. اما این مطلب که سیمپتوم ها غیر اختصاصی با non-specific هستند به چه معنی است؟ یعنی ما از روی سیمپتوم های بیمار نمیتوانیم به تشخیص قطعی کونژنکتیویت برسیم و بسیاری پاتولوژی های دیگر هم این سیمپتوم ها را ایجاد میکنند.

سیمپتوم های شایع عبارتند از سوزش، احساس وجود شن در چشم، درد تیز یا **stinging**. این سه مورد در تمام انواع بیماری گزارش میشود. نکته مهم این که درد معمولا نشانه کونژنکتیویت نیست و در صورت گزارش درد شدید باید به علل دیگر قرمزی چشم خصوصا کراتیت و یوئیت مشکوک شویم. خارش هم نشانه مهم کونژنکتیویت نوع الرژیک است و در انواع دیگر شدت چندانی ندارد.

پس بیمار مبتلا به کونژنکتیویت بیماری است که با شکایت احساس جسم خارجی، سوزش، درد خفیف و نه عمقی و آزردهای چشم به ما مراجعه میکند.

Sign ها:

پس از سیمپتوم ها با ساین ها میرسیم. اولین موردی که در تشخیص باید مد نظر قرار داد، ترشح یا **discharge** میباشد. تقریبا تمامی انواع کونژنکتیویت با ترشح همراهند. هرگونه قرمزی چشم بدون وجود ترشح تشخیص را از کونژنکتیویت دور و به سمت علل دیگر قرمزی چشم میبرد.

اما ترشح در انواع مختلف کونژنکتیویت متفاوت است. انواع ترشح عبارتند از:

اول نوع آبکی؛ Watery discharge: در این نوع ترشح سفید رنگ و فاقد غلظت میباشد. دقیقاً مشابه اشک است. ترشح آبکی شاخص انواع وایرال حاد و آلرژیک حاد میباشد. اما هر ترشح آبکی دال بر وجود کونژنکتیویت وایرال و آلرژیک نیست و باید به ساین های دیگر هم توجه کرد.



نوع دوم؛ ترشح نوع موکونیدی Mucoid discharge: این نوع ترشح شاخص کونژنکتیویت های آلرژیک مزمن میباشد، یعنی انواع ورنال آتوپیک و GPC. این نوع ترشح مشابه نوع آبکی سفید یا شیری رنگ اما دارای غلظت چسبنده و طنابی شکل میباشد.



نوع سوم؛ ترشح موکوپورولانت Mucopurulent discharge: ترشح موکوپورولانت زرد رنگ غلظتش بین انواع آبکی و موکونیدی است و پلکها را به هم میچسباند. وقتی این ترشح خشک میشود پوسته های زرد رنگی پیرامون مژه ها تشکیل میشود که مشابه کلارت های بلفاریت است. این ترشح در انواع باکتریال حاد و کلامیديال دیده میشود.



یک نکته هم در مورد ترشحات این است که ترشحات موکوپورولانت میتونن منجر به چسبیدن پلکها در هنگام بیدار شدن بشوند. در مورد ترشحات آبیکی ممکن است در اول صبح غلیظ تر باشند ولی در طول روز آبیکی اند. پس در تشخیص به اولین چیزی که توجه میکنیم وجود ترشح و نوع آن است.

پس از ترشح به واکنش ملتحمه ای یا **Conjunctival reaction** میرسیم. ملتحمه در کونژنکتیویت واکنش های تیپیکی از خود نشان میدهد.

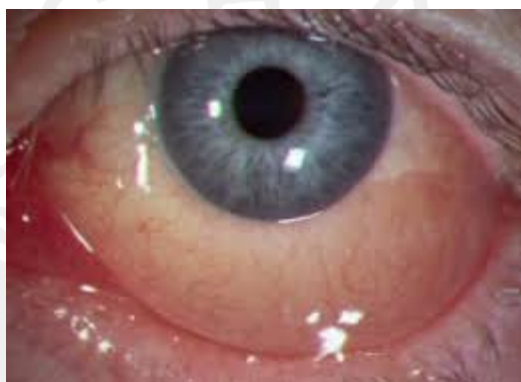
پرخونی یا اینجکشن: اولین پاسخ ملتحمه به کونژنکتیویت پرخونی یا اینجکشن میباشد. اینجکشن در تمامی انواع کونژنکتیویت دیده میشود اما شدت آن متغیر است. در انواع عفونی وایرال و باکتریال بیشترین و در انواع آلرژیک شدت کمتری دارد. اما نکته بسیار مهم و کلیدی نوع اینجکشن در کونژنکتیویت است. در کونژنکتیویت شدت هایپرمی در ناحیه اطراف لیمبوس کمتر و هر چه به سمت فورنیکس میرویم بر شدت آن افزوده میشود. در علل دیگر و جدی تر قرمزی چشم شامل یوئیت و گلوکوم زاویه بسته حاد عکس این صادق است. شدت اینجکشن در اطراف لیمبوس بسیار بیشتر است، این علامت به نام سیلیاری اینجکشن شناخته میشود. پس حتما باید به نحوه توزیع اینجکشن توجه کنیم ، اینکه ایا اینجکشن با تشخیص کونژنکتیویت همخوانی دارد یا به فکر علل دیگر باشیم.



در تصویر بالا اینجکشن تیپیک کونژنکتیویت را میبینیم که در سمت لیمبوس کمتر و به سمت فورنیکس بیشتر است. در کونژنکتیویت پرخونی منتشر است یعنی بطور یکنواخت ملتحمه بولبار و پالپرال را در بر میگیرد و نباید پرخونی های لوکالی مثل موارد ناشی از اپی اسکلریت لوکال را به حساب کونژنکتیویت گذاشت. باید توجه داشت انواع دیفیوز اسکلریت و اپی اسکلریت هم وجود دارد اما در موارد اسکلریت و اپی اسکلریت عروق برجسته اسکلا و اپی اسکلا که قطر بسیار بیشتری دارند از ورای ناحیه اینجکشن قابل مشاهده اند.

مورد دیگر که باید دقت کنیم اشتباه گرفتن خونریزی Sub conj با پرخونی عروق ملتحمه هست که در اولی لبه لکه قرمز شارپ بوده و به دلیل خونریزی در زیر ملتحمه عروق خونی با اسلیت قابل مشاهده نیستند ولی در دومی قرمزی ظاهر ملتحمه به دلیل پرخون و حجیم شدن عروق بوده و لبه لکه قرمز محو است.

ورم ملتحمه یا Chemosis: علامت دیگر کونژنکتیویت، ورم ملتحمه یا Chemosis میباشد. این علامت هم به درجاتی در تمامی انواع کونژنکتیویت وجود دارد اما با شدت متغیر. بیشترین شدت کموسیس در انواع آلرژیک حاد و کونژنکتیویت باکتریال گونوکوکی است. پس وجود کموسیس علامت مهم و به نفع تشخیص کونژنکتیویت است. برای تشخیص بهتر چنانچه به نور اسلیت را در قسمت های مختلف کونژ حرکت دهیم پرتو نور بر روی ناحیه کموزیس میشکند.



پاپیلا و فولیکول: اما میرسیم به علامت سوم که مهم ترین علامت در تشخیص افتراقی انواع کونژنکتیویت هست. شناخت این دو علامت کلید تشخیص درست است: پاپیلا و فولیکول. مبنای تشخیص افتراقی کونژنکتیویت همین دو هستند. تمامی کونژنکتیویت ها یا دارای پاپیلا و یا فولیکول هستند. فولیکول ها ضایعات برجسته سفید رنگ نیمه مات و شبیه دانه های برنج هستند. محل فولیکول ها در اکثر موارد در فورنیکس (بیشتر فورنیکس تحتانی) و بعد تارس (بیشتر تارس فوقانی) است.



در عکس بالا فولیکول ها در فورنیکس تحتانی به شکل یک زایده شبیه گوشت اضافه قابل تشخیصند. چه کونژنکتیویت هایی از نوع فولیکولر هستند؟ انواع کلامیدیال و ایرال و سندرم پاریناد اوکولوگلاندولار.

پاپی ها ضایعات تخت یا فلت چند ضلعی یا پلی گونال هستند. پاپیلاها را فقط در تارس میبینیم، فقط و فقط تارس، اکثرا هم تارس ملتحمه فوقانی. پاپی ها از نظر اندازه متفاوتند. خفیف ترین حالت پاپیلری هایپرتروفی است که در این حالت پاپی های واقعی هنوز شکل نگرفته اند و سطح تارس پر خون و نقطه

نقطه قرمز دیده میشود (red tiny dots). در حالت دوم میکروپاپیلا و بعد ماکروپاپیلا و در نهایت ژانیت پاپیلا (GPC) که تصویر زیر میباشد. کدام انواع کونژنکتیویت از نوع پاپیلری هستند؟ انواع باکتریال و آلرژیک از نوع پاپیلری اند.



به نظر ساده میرسد اما مشکل جایی است که فولیکول در تارس بالا باشد. تشخیص فولیکول های تارس بالا از پاپی دشوار است. کلید تشخیص این دو از هم چیست. پاپیلاها هسته یا کور عروقی دارند یعنی وسطشان رگ وجود دارد اما فولیکول ها فاقد هسته عروقی اند. در داخل فولیکول ما رگی نمیبینیم بلکه عروق از بینشان رد میشوند. پس بزرگنمایی اسلیت را روی بیشترین حالت قرار میدهم و به مرکز ضایعه توجه میکنیم. کلید دیگر این که پاپی ها تخت و چند گوشند اما فولیکول ها برجسته و فاقد شکل منظم.

سوال: بیماری با شکایت آزرده و قرمزی چشم برای 2 هفته مراجعه کرده، ترشح موکوپورولانت و این تصویر را در چشم بیمار میبینیم تشخیص چیست؟



ضایعات برجسته اند، فاقد شکل تیپیک چند ضلعی سنگفرشی پاپی. پس فولیکول است. عرض کردم فولیکول ها میتوانند هرجایی باشند ولی پاپی ها فقط در تارسند. این جا همان جایی است که باید بزرگنمایی را زیاد کنیم و مرکز ضایعه را ببینیم. ضایع ای در تارس است و شک برانگیز! کونژنکتیویت انکلوژیون کلامیدیا تراکوماتیس است، عامل 30 درصد کونژنکتیویت ها در آمریکا.

سوال: پاپی یا فولیکول؟



چند ضلعی تخت دارای مرکز عروقی، پس پاپی است.

سوال: پاپی یا فولیکول؟



فولیکول کل فورنیکس را گرفته. ترشح آبی هم که دارد. پس کونژنکتیویت وایرال حاد است.

مامبران و سودومامبران: علامت بعدی مامبران و سودومامبران است. که در تصویر بالا هم مشخص است. مامبرانها و سودومامبرانها به شکل یه غشای کاذب به تارس ملتحمه میچسبند. در کدام انواع اینها را داریم؟ اکثرا در نوع آدنوویروسی و در دو مورد خطرناک: یکی سندرم توکسیک اپی درمال نکرولازیس یا سندرم استیون جانسون و دیگری موکوس مامبران پمفیگوئید. در هیچ از یک آلرژیک ها مامبران وجود ندارد. یک نوع دیگر کونژنکتیویت مامبرانی کونژنکتیویت چوبی یا ligenous است که بعدا به آن میرسیم.

سوال: بیماری 20 سال با شکایت قرمزی چشم مراجعه کرده که از سه روز پیش شروع شده در معاینه کنژ اینجکشن پاپیلری ری اکشن و ممبران در تارس کونژ دیده میشود تشخیص چیست؟ وجود ممبران ما را به سمت تشخیص آدنوویروسی می برد. این حالت خطرناک و مبین سندرم استیون جانسون است.

خونریزی زیر ملتحمه ای: علامت دیگر خونریزی های ملتحمه ای هست که معمولاً به صورت نقطه ای مثل جای سر سوزن (pinpoint) هستند. هموریزها اکثراً در نوع آدنوویروسی دیده میشوند و کونژنکتیویت هموراژیک حاد که عاملش کوکساکسی ویروس است در مناطق استوایی. در انواع غیر ویروسی معمولاً هموریژ نداریم.

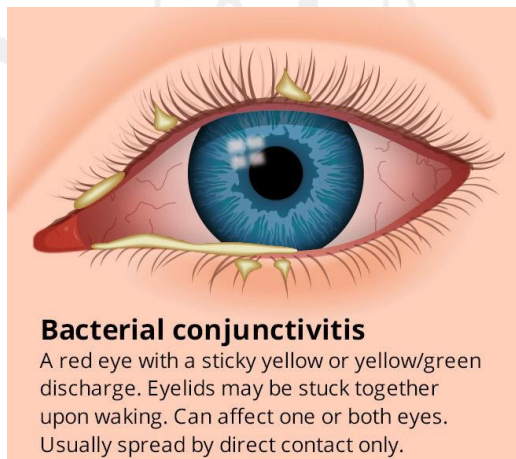
تشخیص افتراقی:

فکر میکنم در آخر کار بد نباشه یه اشاره مختصر هم به مواردی که در کونژنکتیویت انتظار نداریم وجود داشته باشند بکنیم: اگر مشکل دیگری مثل کراتیت، یوویت، گلوکوم حاد زاویه بسته، خراش و زخم قرنیه موجود نباشند توقع داریم VA کاهش نیابد، بیمار فوتوفوبی نداشته باشد، احساس جسم خارجی و درد هم نداشته باشد. واکنش مردمکی و سائز مردمک نرمال است و هایپوپيون یا هایفما هم نداریم.

در کلینیک میتوان به راحتی با کمک یک چراغ قوه ترشحات، نوع قرمزی، رفلکس مردمکی، وجود کموزیس ملتحمه یا کدري در قرنیه را بررسی نمود و VA را هم سنجید و سریعاً در مورد نوع کونژنکتیویت و درمان لازم تصمیم گیری نمود.

بطور خلاصه:

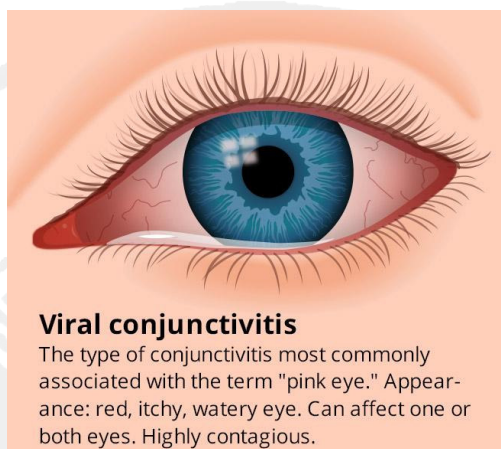
در کونژنکتیویت باکتریال: مهمترین علامت ترشحات چرکی-موکوسی (موکوپورولانت) هست.



Bacterial conjunctivitis

A red eye with a sticky yellow or yellow/green discharge. Eyelids may be stuck together upon waking. Can affect one or both eyes. Usually spread by direct contact only.

در کونژکتیویت ویروسی شاهد ترشحات آبکی آبکی هستیم و در کنارش ممکنه علایمی شبیه سرما خوردگی، مثل گلو درد و دردناک شدن غدد بناگوشی و خونریزی های نقطه ای در زیر ملتحمه هم داشته باشیم.



در نوع آلرژیک مشخصه تیپیک خارش شدیده و ممکنه التهاب در پلک را هم شاهد باشیم. در موارد حاد ترشحات آبکی و در موارد مزمن موکوسروزی (ترشحات سفید رشته ای) هستند.

