

اختلالات دستگاه اشکی

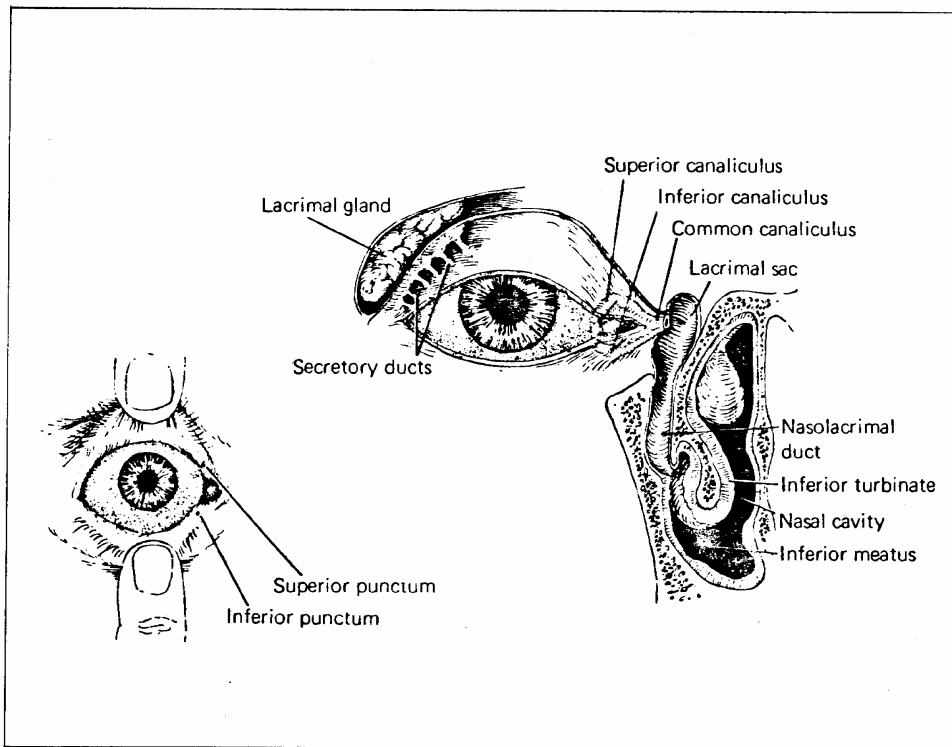
دکتر مجتبی سرکندی

۱- دستگاه اشکی

دستگاه اشکی شامل غده اشکی، غدد فرعی اشکی، کانالیکول‌ها، کیسه اشکی و مجرای نازولاکریمال می‌باشد (شکل ۱).
غده اشکی شامل ساختمان‌های زیر است:

۱- الف- قسمت اوربیتال

این قسمت بادامی شکل می‌باشد و در حفره لاکریمال که در ناحیه فوقانی-قدامی سمت تمپورال اوربیت قرار دارد، جای می‌گیرد. این قسمت از قسمت پلکی توسط شاخه جانبی عضله



شکل ۱

بالا برنده پلک جدا می‌گردد.

۱- ب- قسمت پلکی

این قسمت کوچکتر از قسمت اوربیتال است و در بالای بخش تمپورال فورنیکس ملتحمه‌ای فوقانی قرار دارد. مجاری ترشحات اشکی که تقریباً ده سوراخ ریز به آنها باز می‌شود، قسمت اوربیتال و پلکی را به فورنیکس ملتحمه‌ای فوقانی وصل می‌کنند. برداشتن قسمت پلکی باعث قطع مسیر تمام مجاری ارتباط دهنده می‌گردد و در نتیجه مانع ترشح غده می‌شود.

غدد فرعی اشکی (غدد Krause و wolfring) در قسمت استرومای ملتحمه پلکی واقع شده‌اند. اشک توسط پانکتوم فوقانی و تحتانی و کانالیکول‌ها از دریاچه اشکی به کیسه اشکی (واقع در حفره اشکی اوربیت) می‌ریزد. تخلیه اشک از کیسه اشکی به پایین، توسط مجرای نازولاکریمال صورت می‌پذیرد. کشش مویرگی، نیروی جاذبه و پلک زدن از عواملی هستند که باعث می‌گردد اشک به داخل پانکتوم وارد شود. در نتیجه، نیروی ناشی از کشش مویرگی در کانالیکول‌ها، نیروی جاذبه و عمل تلمبه‌ای عضله هورنر (که قسمت گسترش یافته‌ای از عضله اوربیکولاریس چشم در پشت کیسه اشکی است)، اشک از طریق مجرای نازولاکریمال به طرف پایین سیر کرده و وارد بینی می‌گردد.

خون غده اشکی از شریان لاکریمال تامین می‌شود. وریدی که غده را درناژ می‌کند به ورید افتالمیک می‌ریزد. درناژ لنفاتیک آن به لنف ملتحمه‌ای ملحق گردیده تا در عقده‌های لنفاوی

جلوی گوش (Preauricular) تخلیه گردد.

عصب دهی غده اشکی توسط اجزای زیر صورت می‌پذیرد:

- ۱- عصب لاکریمال (حسی) که از اولین شاخه عصب تری ژمینال جدا می‌شود.
- ۲- عصب پتروزال سطحی بزرگ (حسی) که از هسته بزاقی فوقانی می‌آید.
- ۳- اعصاب سمپاتیک که همراه شریان و عصب لاکریمال هستند.

۲- داکریوآدنیت (Dacryoadentis)

التهاب غده اشکی یا داکریوآدنیت بر اساس طول مدت و دوام بیماری به سه شکل حاد (چند روز تا چند هفته)، تحت حاد (چند هفته تا چند ماه) و مزمن (چند سال) تقسیم می‌گردد. اغلب موارد شامل التهاب دو غده اشکی می‌باشد اما در برخی از انواع حاد، چرک هم تشکیل می‌شود. التهاب ممکن است تمام غده یا فقط قسمت پلکی و اوربیتال را درگیر سازد و عفونی یا غیر عفونی باشد (۱).

داکریوآدنیت پلکی معمولاً با تورم دردناک و حساس اوربیتال با پلک S شکل و لنفادنوپاتی جلوی گوش و اغلب همراه با پرخونی و ادم ملتحمه مشخص می‌شود. مواد دفعی ممکن است آبی، موکویید یا دارای چرک باشند. اگر قسمت اوربیتال غده درگیر بیماری گردد، یافته‌های بالینی محتمل دیگر عبارتند از: اگزوفتالمی، محدودیت حرکت چشمی با Esotropia. از سوی دیگر، داکریوآدنیت مزمن بدون درد



سیستمیک وجود نداشته باشد، آنتی بیوتیک‌هایی مانند سفالکسین به مدت ۲ تا ۳ هفته استفاده می‌شود. برای التهاب‌های غیر عفونی، روزانه ۴۰ تا ۶۰ میلی‌گرم پردنیزون به کار می‌رود که طی مدت ۴ تا ۸ هفته به تدریج قطع می‌گردد. به هر حال، اغلب به داروهایی سرکوبگر ایمنی نیاز می‌باشد.

۲- الف - ۱- درمان عوامل ویروسی

این بیماری می‌تواند ناشی از عوامل پاتوژن مانند اوربیون، سرخک، آنفلوانزا، هرپس زوستر، هرپس سیمپلکس و منونوکلئوز عفونی باشد. درمان علامتی شامل کمپرس گرم یا سرد و مصرف مسکن‌هایی نظیر استامینوفن به صورت خوراکی و به میزان ۶۵۰ میلی‌گرم هر ۴ ساعت است. در مورد هرپس زوستر و هرپس سیمپلکس، آسیکلوویر به میزان ۸۰۰ میلی‌گرم به صورت خوراکی پنج بار در روز یا در روز اول، ۱ تا ۱/۵ گرم در سه دوز منقسم به صورت خوراکی، سپس هر ۸ ساعت، ۲۵۰ میلی‌گرم بر متر مربع به کار می‌رود. در مورد منونوکلئوز عفونی، می‌توان آسیکلوویر را به کار برد اما استروئیدها موثرتر هستند.

۲- الف - ۲- درمان عوامل باکتریایی

داکریوآدنیت حاد - عوامل به وجود آورنده عبارتند از: گونوکوک، استتافیلوکوک، استرپتوکوک و بروسلا. پس از گرفتن اسمیر ملتحمه، آنتی بیوتیک‌های سیستمیک به کار می‌روند. به عنوان مثال، آموکسی کلاو به میزان ۲۵۰ تا ۵۰۰ میلی‌گرم هر ۸ ساعت

ست و فقط علائم التهاب خفیف را به نمایش می‌گذارد.

اغلب تشخیص بر اساس یافته‌های بالینی صورت می‌پذیرد. در موارد حاد، اسمیر ملتحمه نیز بررسی می‌گردد. اگر داکریوآدنیت حاد بعد از دو تا سه هفته آنتی بیوتیک درمانی یا استروئید درمانی بهبود پیدا نکند یا اگر داکریوآدنیت مزمن باشد، نیاز به بیوپسی غده اشکی برای حذف احتمال ابتلا به نئوپلاسم است. چنانچه بیمار مشکوک به سل بود، عکس قفسه سینه و آزمایش پوستی توبرکولین و در مورد سیفلیس انجام آزمایش‌های VDRL، TPHA و ABS - FTA ضروری می‌باشند.

سندرم Mikulicz بیانگر آن است که یک بیماری سیستمیک (لوسمی، لنفوم، سارکوئیدوز، سل، سیفلیس و...) غده اشکی و بزاقی را مبتلا کرده است.

سندرم Heerfordt نوع نادر سارکوئیدوز با تورم هم‌زمان غده اشکی و بزاقی، یوویت، فلج صورتی و استحاله اعصاب دیگر جمله‌ای همراه می‌باشد.

انواع غیر عفونی داکریوآدنیت عبارتند از: سندرم Sjogren، سارکوئیدوز، گرانولوماتوز Wegener، لوسمی، گرانولوم ائوزینوفیلی، آمیلوئیدوز و التهاب اشکی ایدیوپاتیک.

۲- الف - درمان

درمان بستگی به علت به وجود آورنده بیماری دارد که معمولاً مشخص نیست. در موارد یک طرفه حاد، اگر علت پاتولوژیک

به صورت خوراکی و برای کودکان به میزان ۴۰-۲۰ mg/kg در روز در سه دوز منقسم استفاده می‌شود یا سفالوسپورین‌ها مثل سفالکسین به میزان ۲۵۰ تا ۵۰۰ میلی‌گرم چهار بار در روز به صورت خوراکی به کار می‌رود. برای موارد شدید از اشکال داخل وریدی (افراد بالغ سفازولین به میزان ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ میلی‌گرم، سه یا چهار بار در روز؛ کودکان: ۵۰ mg/kg در روز در سه یا چهار دوز منقسم) استفاده می‌گردد.

چنانچه میکروارگانیزم به وجود آورنده شناسایی شوند، می‌توان برای آنها از درمان‌های اختصاصی استفاده کرد (جدول ۱). چنانچه آبسسه مشاهده گردد، باید تخلیه شود.

داکریوآدنیت مزمن - شکل مزمن بیماری می‌تواند ناشی از عوامل پاتوژن سل، سیفلیس و تراخم باشد. درمان سه گانه سل شامل مصرف روزانه INH به میزان ۲۰۰ میلی‌گرم، ریفامپین به میزان ۶۰۰ میلی‌گرم و دو گرم پیرازین آمید به صورت خوراکی به مدت دو ماه است که بعد از آن، مصرف ایزونیاژید و ریفامپین با همان دوز به مدت ۴ ماه ادامه پیدا می‌کند. در صورت مقاومت INH می‌توان از روزانه یک گرم اتامپوتول استفاده کرد. در مورد درمان سیفلیس باید به مدت بیماری توجه داشت (جدول ۲). در مورد تراخم، تتراسیکلین یا اریترومايسين به میزان ۲۵۰ میلی‌گرم چهار بار در روز به صورت خوراکی برای سه تا پنج هفته به کار می‌رود (۲،۳،۴).

جدول ۱ - درمان عوامل باکتریایی در داکریوآدنیت حاد

| درمان دوم | درمان اول | میکروارگانیزم |
|--|--|---------------|
| _____ | ابتدا یک گرم اکساسیلین چهار بار در روز به صورت im که با درمان خوراکی ادامه پیدا می‌کند. | استافیلوکوک |
| ۵۰۰ میلی‌گرم سفالوسپورین چهار بار در روز | ۵۰۰ میلی‌گرم آمپی‌سیلین هر ۶ ساعت، ۶۰۰۰۰۰ واحد پروکابین پنی‌سیلین G به صورت im هر ۱۲ ساعت | استرپتوکوک |
| _____ | ۵۰۰ میلی‌گرم تتراسیکلین هر ۶ ساعت به مدت سه هفته در موارد شدید: ۵۰۰ میلی‌گرم استرپتومايسين به صورت im هر ۱۲ ساعت | بروسلا |



جدول ۲- درمان سیفلیس در داکریوآدینت مزمن

| مدت دوام سیفلیس | درمان |
|--------------------|---|
| کمتر از یک سال | یک میلیون واحد پنی سیلین* به صورت im، ده بار در روز همراه با روزانه یک گرم پروبنسید خوراکی |
| با بیشتر از یک سال | روزانه ۱۲ تا ۲۴ میلیون واحد پنی سیلین* به صورت انفوزیون IV برای حداقل ۱۰ روز، سپس تزریق ۲/۴ میلیون واحد به صورت im هر هفته به مدت سه هفته |

* در صورت حساسیت نسبت به پنی سیلین، روزانه ۲ گرم تتراسیکلین به مدت ۱۵ تا ۳۰ روز یا سه گرم اریترومایسین به مدت ۱۵ روز یا ۱۰۰ میلی گرم داکسی سیکلین دو بار در روز به مدت ۲۱ تا ۳۰ روز یا ۲۵۰ میلی گرم سفتریاکسون به میزان ۲۵۰ میلی لیتر به صورت im به مدت ۱۰ روز به کار می‌رود.

۳- بیماری کانالیکولی

(Canalicular disease)

۳-۱- انسداد اکتسابی

کانالیکول‌های اشکی ممکن است در اثر مصرف طولانی مدت قطرات چشمی [ابی نفرین (گلوکوم) یا عوامل ویروستاتیک (به ویژه IDU)] یا به طور خود به خود در یائسگی مسدود گردند. عوامل دیگر عبارتند از: بیماری ملتحمه‌ای حاد یا مزمن، مثل، کراتوکونژنکتیویت اپیدمیک، کونژنکتیویت ناشی از هرپس سیمپلکس، سندرم Stevens - Johnson، پمفیگوبید یا تراخم و تروما یا سوختگی در اثر حرارت یا مواد شیمیایی. در برخی موارد، انسداد با رفع عامل به وجود آورنده برطرف می‌شود. قرار دادن یک لوله سیلیکونی ممکن است مفید باشد. در مراحل پیشرفته‌تر، جراحی لازم است (۵).

۳-۲- کانالیکولیت (Canalculitis)

این بیماری در اثر پیشرفت التهاب عمومی در کل دستگاه اشکی و ابران به تنهایی یا همراه با داکریوسیستیت به وجود می‌آید. نکات مفید در تشخیص آن، پرخونی یک طرفه و عودکننده ملتحمه، کونژنکتیویت با پرخونی، تورم پلک و برآمدگی پانکتوم می‌باشند. عوامل به وجود آورنده بیماری، ویروس‌ها، کلامیدیا، باکتری‌ها (آکتینومایسس، استافیلوکوک، استرپتوکوک و باسیل‌های گرم منفی) و قارچ‌ها (کاندیدا، اسپرژیلوس) هستند. توده‌های سخت و سفید بیانگر آکتینومایسس اسراییلی و ساختمان‌های نرم لاستیکی نشان دهنده کاندیدا می‌باشند. شرایط آناتومیک این بخش از چشم، محیط را برای رشد ارگانسیم‌های بی‌هوازی مستعد می‌کند. در چند مورد نیز نوکاردیا آسترویدس را جدا نموده‌اند.



۳-۲- الف - درمان

هر جسم سختی که در کانالیکولها وجود دارد باید با شستشوی زیاد و احتمالاً یک قاشقک کوچک خارج گردد. چنانچه جراحی با درمان طبی همراه شود، بهتر است. اگر تمیز کردن با جراحی به خوبی صورت پذیرد، بیش از یک هفته درمان طبی لازم نیست.

۳-۲- الف - ۱ - درمان بعضی عوامل خاص

■ آکتینوما سیس اسراییلی

قطره چشمی سولفاستامید ۴ بار در روز. انتخاب‌های دیگر عبارتند از: قطره‌های چشمی (سوسپانسیون) ارینرومایسین، ایمی پنم ۵ درصد، کلیندامایسین ۱۰ درصد یا قطره چشمی با ۱۰۰۰۰۰ واحد در میلی لیتر پنی سیلین G.

داروهای ضداحتقان (آنتی‌هیستامین یا منقبض‌کننده عروق) ممکن است تجویز گردند.

■ Trachoma

۲۵۰ میلی گرم تتراسیکلین خوراکی هر ۶ ساعت یک بار برای ۳ تا ۵ هفته.

■ باسیل‌های گرم منفی

قطره‌های چشمی جنتامایسین یا توبرامایسین به میزان ۲mg/ml هر دو ساعت به هنگام بیداری.

■ آسپرژیلوس

قطره‌های چشمی ناتامایسین.

■ هرپس سیمپلکس

تری‌فلوریدین موضعی، روزانه یک قطره، ۸ یا ۹ بار برای مدت دو هفته (۶،۷،۸).

۴- انسداد مجرای نازو لاکریمال

۴-۱- مادرزادی

این بیماری، معمولاً در اثر گسترش تاخیری لوله نازو لاکریمال (NLD) به ماتوس تحتانی (ایجاد غشای Hasner) به وجود می‌آید. این انسداد منجر به تجمع مخاط و عفونی شدن آن می‌گردد که می‌تواند باعث ایجاد کرنژنکتیویت چرکی و بعضی اوقات داکریوسیستیت حاد شود.

۴-۱- الف - درمان

از آنجایی که تغییرات غشای Hasner به صورت خود به خود طی ۶ ماه اول زندگی به وجود می‌آید، ظرف این مدت می‌توان از مالش به عنوان درمان نگه دارنده استفاده کرد. متأسفانه، به ندرت این کار به صورت موثر انجام می‌گیرد، زیرا نیاز به فشار محکم و مستقیم بر روی کیسه اشکی می‌باشد. علاوه بر این، می‌توان از قطره‌های ضد احتقان مانند نافازولین، فنیل‌فرین یا تتراهیدروزولین استفاده کرد. اگر کونژنکتیویت گسترش پیدا کند، سولفو نامید موضعی (سولفاستامید)، جنتامایسین، نورفلوکساسین یا اریترومایسین به کار می‌روند.

در اطفال با محدوده سنی ۶ تا ۹ ماه، معمولاً

پروپ مجرای اشکی تحت بیهوشی باعث بهبود می‌شود، تاخیر انجام عمل پروپ آن را کم فایده می‌سازد به گونه‌ای که بعد از ۱/۵ سالگی دیگر اصلاً فایده‌ای ندارد. بعد از چند بار شکست درمان با پروپ، در مراحل بعد از لوله گذاری



سابقه سینوزیت ماکزیلاری نیز وجود دارد. بعضی اوقات، تروما به بافت مجاور یا ضخیم شدن استخوان‌های صورتی عامل ایجاد بیماری است. عوامل نادر به وجود آورنده عبارتند از: سارکوئیدوز، لنفوم، پاپیلوم یا آدنوکارسینومای کیسه اشکی (۹).

بر اساس نظر Spaeth، داکریواستنوز ممکن است با مصرف طولانی مدت قطره چشمی اپی‌نفرین در گلوکوم به وجود آید که به نوبه خود باعث تشکیل سنگ‌ها در مجرا می‌شود (۱۰).

مطالعه اسمیر و کشت موادی که از کیسه اشکی به ملتحمه وارد می‌شوند، برای تشخیص صحیح و درمان لازم است. عوامل اصلی استافیلوکوک‌ها و باسیل‌های گرم منفی می‌باشند. با این حال، استرپتوکوک، پنوموکوک، نیسریا و آکتینومایسس نیز شناسایی شده‌اند. Trachoma در مناطقی که بیماری اندمیک است، عامل شایعی است. اگر چه قارچ‌ها به ندرت عامل ایجاد بیماری هستند، در این‌گونه موارد، کاندیدا و اسپرژیلوس غالب می‌باشند. بیماری در اثر عوامل پاتوژن سل، جذام و سیفلیس نیز نادر است.

در داکریوسیستیت مزمن ممکن است علائم بالینی کمی وجود داشته باشد یا اصلاً علامتی مشاهده نگردد. در صورتی که میزان مواد دفعی زیاد باشد، اغلب عوامل عفونی، باسیل‌های گرم منفی هستند. یک مساله خطرناک مهم در این بیماران، افزایش خطر اندوفتالمیت در اثر

با سیلیکون و یا داکریوسیستیت رینوستومی استفاده می‌گردد.

۲-۴ - اکتسابی

انسداد اکتسابی اولیه NLD همراه با التهاب خفیف یا فیبروز در غیاب عوامل مستعدکننده روی می‌دهد، در حالی که انسداد اکتسابی ثانویه NLD دلایل گوناگونی دارد که عبارتند از: نئوپلاسم، التهاب گرانولوماتوز و عفونت‌ها.

۳-۴ - عملکردی

در تعداد زیادی از بیماران که از ریزش اشک شکایت دارند، سیستم درناژ اشک به نظر مشکلی ندارد و پانکتوم‌ها و حرکت پلک‌ها نیز طبیعی هستند. با این حال، در این‌گونه موارد، اغلب آزمایش‌های رنگ (Jones I and II) بیانگر عدم انتقال فلوروسئین می‌باشد و به نظر می‌رسد که پمپ اشکی وظیفه خود را به خوبی انجام نمی‌دهد. اگر رنگ به کیسه اشکی برسد (مثبت بودن نتیجه آزمایش Jones II)، داکریوسیستورینوستومی احتمالاً مفید است (۷۸).

۵ - داکریوسیستیت

نوزادان - اگر در انسداد NLD مادرزادی، داکریوسیستیت حاد نیز وجود داشته باشد، باید آن را به صورت سیستمیک درمان کرد.

افراد بالغ - التهاب کیسه اشکی ممکن است حاد یا مزمن باشد و اغلب در زنان بیشتر از مردان مشاهده می‌گردد. معمولاً در این بیماران،



شود، می‌توان درمان را اصلاح کرد و آن را برای مدت ۱۰ تا ۱۴ روز دیگر ادامه داد. هدف اصلی، علاوه بر کنترل التهاب، جلوگیری از توسعه NLD می‌باشد.

علی‌رغم وجود بحث و جدل زیاد، بسیاری از پزشکان مالش نرم کیسه ملتعب، تلاش برای تخلیه آن از طریق کانالیکول تحتانی یا پروب دقیق از طریق کانالیکول تحتانی یا فوقانی را توصیه می‌نمایند (۱۲،۱۴).

فرآیندهای داخل چشمی است که بر روی این بیماران انجام می‌گیرد. درمان داکریوسیستیت مزمن، داکریوسیستورینوستومی می‌باشد (۱۱،۱۲).

۵- الف - درمان داکریوسیستیت حاد

تسکین علامتی اغلب با به کارگیری کمپرس گرم ایجاد می‌شود. درمان ابتدایی در جدول (۳) ذکر گردیده است.

چنانچه نتیجه کشت باکتریایی و میزان حساسیت آنها به آنتی بیوتیک‌های مختلف تعیین

جدول ۳- درمان ابتدایی داکریوسیستیت حاد

| موارد شدید با تب | موارد عادی | درمان |
|--|---|-----------|
| روزانه ۵۰ تا ۵۰۰ mg/Kg در سه دوز به صورت iv | آمپی‌سیلین به صورت خوراکی روزانه ۱۰۰ mg/kg در سه دوز منقسم آموکسی‌کلاو، روزانه ۲۰ تا ۴۰ mg/Kg در سه دوز منقسم به صورت خوراکی سفالکور، روزانه ۲۰ تا ۴۰ mg/Kg در سه دوز منقسم به صورت خوراکی | اطفال |
| دی‌کلوگزاسیلین، سفازولین به میزان ۰/۵ تا یک گرم هر ۶ ساعت* | ۵۰۰ میلی‌گرم آموکسی‌کلاو هر ۶ ساعت یک بار به صورت خوراکی ۵۰۰ میلی‌گرم دی‌کلوگزاسیلین چهار بار در روز به صورت خوراکی سفالوسپورین‌های خوراکی مثل سفازولین یا سفالکسین به میزان ۵۰۰ میلی‌گرم چهار بار در روز | بزرگسالان |

* مطالعات اخیر نشان می‌دهند که مصرف سیپروفلوکساسین یا کوتریموکسازول در این موارد بهتر است.



منابع:

1. Vaughan D. General ophthalmology. 14th ed. California: Lange; 1995: 65 - 72.
2. Aburn NS. Sullivan TJ. Dacryoadenitis. Ophthalmology. 1996; 103: 776 - 778.
3. Margo CE. Hamed LM. Ocular Syphilis. 1992; 37: 203 - 220.
4. Deschenes J. Seamon CD. Acquired ocular syphilis: Diagnosis & treatment. Ann Ophthalmol. 1992; 24: 134 - 138.
5. Hussain I. Bonshe RE. Loudon K. Canalicular infection. Eye. 1993; 7: 542 - 544.
6. Vecsei VP. Huber - Spitz V. Canaliculitis: difficulties in diagnosis, differential diagnosis and comparison between conservative and surgical treatment. Ophthalmologica. 1994; 208: 314 - 317.
7. Bartley GB. Acquired lacrimal drainage obstruction: an etiologic classification system, case reports, and a review of the literature. Ophthalmol Plast Reconstr Surg. 1992; 8: 237 - 242.
8. McNeil JJ. Larsen RL. Uncontrolled tearing suppressed by topical Suprofen. Ophthalm Surg. 1994; 25: 336 - 337.
9. Wojno TH. Allergic lacrimal obstruction. Am J Ophthalmol. 1988; 106: 48 - 52.
10. Spaeth GL. Nasolacrimal duct obstruction caused by topical epinephrine. Arch Ophthalmol. 1997; 137: 355 - 357.
11. Huber - Spitz V. Steinkogler FJ. Acquired dacryocystitis in adults.
12. Coden DJ. Harnblase A. Haas BD. Clinical bacteriology of dacryocystitis in adults. Ophthalmol Plast Reconstr Surg. 1993; 9: 125 - 131.
13. Hartikainen J. Lehtonen OP. Bacteriology of lacrimal duct obstruction in adults. Br J Ophthalmol. 1997; 81: 37 - 40.
14. Cahill KV. Burns JA. Management of acute dacryocystitis in adults. Ophthalmol Plast Reconstr Surg. 1993; q: 38 - 42.

