

## علائم بالینی و مشخصات دموگرافیک مبتلایان به توکسوپلاسموز چشمی مراجعه کننده به مرکز آموزشی - درمانی نیکوکاری تبریز در سال‌های ۸۸-۱۳۸۲

اسماعیل فلاح: گروه انگل شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران  
علیرضا جوانزاده: گروه چشم، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران  
محمود محامی اسکوئی: دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران  
عبدالرسول صفاییان: گروه آمار حیاتی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران  
لیلا محامی اسکوئی: دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران، نویسنده رابط:

E-mail: leylamahami@gmail.com

دریافت: ۹۰/۶/۲۲ پذیرش: ۹۰/۹/۲۶

### چکیده

**زمینه و اهداف:** توکسوپلاسموز یکی از شایع ترین بیماریهای انگلی زئونوز می باشد که عامل اصلی و قابل پیشگیری کاهش شدید بینایی در افراد جوان است. با توجه به شیوع بالای توکسوپلاسموز در نقاط مختلف جهان از جمله در کشور ما و وجود تفاوتی در تظاهرات بالینی بیماری در جوامع مختلف و با توجه به اهمیت این بیماری و نیز تابلوی گمراه کننده و ناشناخته علائم آن، بهتر است همواره وقوع آن را در نظر داشت. این مطالعه با هدف تعیین وضعیت بیماران از نظر توکسوپلاسموز چشمی و برای آگاهی از ویژگیهای علائم بالینی بیماران مبتلا به این انگل به منظور تشخیص زودرس و درمان به موقع بیماران انجام شده است.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه، اطلاعات موجود در پرونده بیماران که طی ۶ سال (۸۸-۱۳۸۲) در مرکز آموزشی - درمانی نیکوکاری تبریز با تشخیص توکسوپلاسموز چشمی تحت درمان و پیگیری قرار گرفته‌اند، استخراج شده و در فرمهای مخصوص مشخصات علائم بالینی و دموگرافیک ثبت شدند. سپس توزیع فراوانی و نوع علائم چشمی در بیماران مبتلا به توکسوپلاسموز تعیین گردید.

**یافته‌ها:** شایع ترین علت مراجعه بیماران، تاری دید بوده است. فلوتر، انحراف چشم، درد چشم، کاهش بینایی، سوزش چشم، قرمزی، آبریزش از چشم، استرایبسم، دردناک بودن حرکات چشم، سردرد، کاتاراکت و ترس از نور نیز از علل دیگر مراجعه بیماران می باشد. تاری دید و فلوتر علائم بارز بیماری بوده که تاری دید، با ۸۹ درصد بیشترین علائم را شامل می‌شود. در بین مبتلایان ۱۷۸ نفر ضایعه مادرزادی و ۱۳ نفر بیماری اکتسابی داشتند. شایع ترین عارضه، کندی سروز شبکیه می‌باشد.

**نتیجه‌گیری:** نتایج حاصل از این مطالعه می‌تواند برای بهتر نمایاندن علائم بالینی توکسوپلاسموز، عوارض، روش‌های پیشگیری و درمان به موقع بیماری به خصوص در مادران باردار و قشر جوان جامعه و نیز جلب نمودن نظر پزشکان به روش‌های تشخیص، درمان و پیشگیری از این بیماری مفید باشد.

**کلید واژه‌ها:** توکسوپلاسموز چشمی، علائم بالینی، تبریز، ایران

### مقدمه

اغلب موارد خود را به صورت عفونت مادرزادی دیررس نشان می‌دهد (۳ و ۲). بیماری چشمی بیشتر در بدنبال عفونت‌های مادرزادی در دومین یا سومین دهه عمر بروز می‌کند. این شکل از

توکسوپلاسموز چشمی ناشی از انگل داخل یاخته ای توکسوپلاسمما گوندی است که عامل اصلی و قابل پیشگیری کوری شدید بینایی در جوانان است (۱ و ۲). توکسوپلاسموز در

## مواد و روش‌ها

مطالعهٔ مزبور به شکل مقطعی انجام شده است. در این تحقیق اطلاعات موجود در پروندهٔ ۱۹۱ بیماری که در طی سال‌های (۸۸-۱۳۸۲) در مرکز آموزشی-درمانی نیکوکاری تبریز با تشخیص توکسوپلاسموز چشمی تحت درمان و پیگیری قرار گرفته‌اند، استخراج شده و در فرمهای مخصوص مشخصات علائم بالینی و دموگرافیک ثبت شدند. سپس توزیع فراوانی و نوع علائم چشمی در بیماران مبتلا به توکسوپلاسموز تعیین گردید.

البته در این بررسی، سن و جنس، ناهنجاری‌ها، یک طرفه یا دوطرفه بودن و همچنین مادرزادی یا اکتسابی بودن، نوع ضایعهٔ چشمی هم مورد توجه قرار گرفتند.

## یافته‌ها

از ۱۹۱ بیمار ۱۰۴ بیمار زن و ۸۷ بیمار مرد بودند که در سنین ۶۲-۱۳ سال قرار داشتند و میانگین سنی آنها ۲۴/۶ سال بوده است. ۹۰ درصد بیماران کمتر از ۳۲ سال سن داشتند.

از نظر شیوع جغرافیایی حدوداً ۶۶/۷ درصد در شهر تبریز و ۳۳/۳ درصد مناطق روستایی و تابعهٔ تبریز بودند.

به لحاظ ارتباط با علائم و نوع حاملگی، درد عضلانی و ناراحتی‌های چشمی بالاترین میزان را داشته است. ۹۵/۳ درصد زایمان‌ها به صورت طبیعی و فقط ۴/۷ درصد به صورت سزارین بوده است. در میان سوابق جستجو شده، سقط جنین با میزان ۴۲/۹ درصد شاخص می‌باشد. ۴/۷ درصد از مادران، مبتلا به توکسوپلاسموزیس بوده‌اند که از نظر بیماری‌های مادرزادی قابل توجه می‌باشد.

در بررسی سوابق قبلی بیماران، اختلال بینایی در ۹۵/۲ درصد بیماران دیده شده است. ۳۳/۳ درصد بیماران دارای ناراحتیهای عصبی بوده‌اند.

علت اصلی مراجعهٔ ۹۰ درصد بیماران، ناشی از تاری دید بوده است. فلوتر، انحراف چشم، درد چشم و کاهش بینایی و سوزش، قرمزی، آبریزش از چشم، استرابیسم، دردناک بودن حرکات چشم، سردرد، کاتاراکت، تسکوتوم و ترس از نور نیز از علل دیگر مراجعهٔ بیماران می‌باشد. تاری دید و فلوتر شاخص‌های این دسته از علائم می‌باشند که تاری دید با ۹۰ درصد از بیشترین علائم بودند.

از نظر قدرت بینایی، حداکثر میزان قدرت بینایی چشم مبتلا در ۴۴ درصد از بیماران به صورت شمارش انگشتان و در ۲۴ درصد از بیماران ۱۰/۱۰ بوده است. ۸۰/۹ درصد از بیماران دارای افت بینایی بوده‌اند که شامل: دید کامل یک‌طرفه ۱۴/۳ درصد، شمارش انگشتان یک‌طرفه ۲۳/۸ درصد، شمارش انگشتان دو طرفه ۹/۵ درصد و افت بینایی دو طرفه (در حد معیارهای چارت اسنلن) ۳۳/۳ درصد بوده است. ۸۴/۴ درصد به صورت یک‌طرفه و درگیری چشم راست بیشتر از چپ بود.

در معاینهٔ ظاهری، احتقان و پرخونی مژگانی در ۴۷/۶ درصد از بیماران مشاهده شده و نشانه‌های دیگر بیماری در بیماران مشهود

بیماری بلندمدت (کمتر از یک درصد) در مبتلایان به توکسوپلاسموز اکتسابی حاد دیده می‌شود. ضایعات بیشتر به بخش خلفی چشم محدود می‌شود. اول شبکیه و بعد مشیمیه زیر آن دچار ضایعه می‌شود.

در توکسوپلاسموز چشمی تظاهراتی چون تاری دید، درد چشم، ترس از نور، ایجاد نقطه‌ای کور در میدان دید در اثر کوریورتینیت فعال دیده می‌شود. هر گاه ماکولا آسیب بیند ممکن است باعث از بین رفتن دید مرکزی شود.

درگیری عضلات چشم می‌تواند به ناراحتی‌هایی مانند لوچی و همگرایی منتهی شود. در صورت از بین رفتن التهاب چشم، بینایی بهبود می‌یابد. ضایعات مادرزادی ممکن است یک طرفه، دوطرفه یا تباهی شبکیه و مشیمیه و توأم با فیبروز پیشرفته باشد (۴).

توکسوپلاسموز چشمی شایع‌ترین علت عفونت شبکیه و یووئیت خلفی است که درمان کامل و به موقع آن، از تاری دید شدید جلوگیری می‌کند (۵).

توکسوپلاسموز علت ۷ تا ۱۵ درصد از کل یووئیت و علت ۲۵ درصد موارد یووئیت خلفی در ایالت متحده و بیش از ۸۵ درصد موارد یووئیت خلفی در برزیل می‌باشد. در تحقیقی که در مرکز لبافی‌نژاد انجام شد بیشترین علت یووئیت خلفی، توکسوپلاسموز با شیوع ۵۴/۵ درصد بوده است (۱).

شیوع عفونت توکسوپلاسموز گوندی با افزایش سن زیاد می‌شود و در نقاط مختلف جغرافیایی متفاوت است (۱، ۷، ۶). تشخیص بیماری بر اساس یافته‌های تیپیک بالینی شامل ضایعهٔ فعال شبکیه در مجاورت اسکار قدیمی و پیگمانته کوریورتینال است و بررسی آزمایشگاهی جنبه حمایتی دارد (۵).

اگر چه توکسوپلاسموز در اغلب موارد خود به خود و بدون درمان نیز بهبود می‌یابد ولی درمان در مواردی که ضایعه در نزدیکی عصب بینایی یا نزدیکی ماکولاست و ماکولا و عروق بزرگ را تهدید می‌کند و یا التهاب شدید در زجاجیه ایجاد کرده باشد توصیه شده است. بیماری در سایر موارد بطور متوسط طی ۸-۶ هفته بهبود می‌یابد و درمان توصیه نمی‌شود (۸).

عوارض ثانویه به توکسوپلاسموز چشمی عبارتند از: کاتاراکت، گلوکوم، چسبندگی‌های خلفی، خیز کیستی شکل ماکولا، التهاب در رگ‌های خونی شبکیه و پیوندهای عروقی کوریورتین. توکسوپلاسموز چشمی به دلیل انتشار جهانی، تعداد گرفتارهای چشمی و جدی بودن علائم بالینی دارای اهمیت فراوان است. با توجه به اینکه تشخیص توکسوپلاسموز چشمی عمدتاً یک تشخیص بالینی می‌باشد، بررسی علائم بالینی و یافتن ترتیب اهمیت این علائم مفید به نظر می‌رسد (۹).

بنابراین تشخیص علائم بالینی و درمان مناسب، از عود عفونت و عوارض آن پیشگیری کرده و موجب کاهش مضرات روانی و اقتصادی ناشی از این بیماری می‌گردد.

در مرکز و اندازه ضایعه را ۲-۱ برابر دیسک اپتیک گزارش نموده‌اند (۹). در معاینه فوندوسکوپی، شایع‌ترین یافته کلینیکی رتینوکوروئیدیت در ۱۰۰ درصد بیماران بود. به طوری که در ۹۰/۵ درصد بیماران به صورت یکطرفه و در ۸۰/۹ درصد به صورت غیرفعال بود. بیشترین محل درگیری قطب خلفی و سپس پرفیری و پاراپایپلری می‌باشد. با توجه به این که رتینوکوروئیدیت توکسوپلاسمایی عمدتاً مادرزادی است، انتظار داریم که ضایعه بیشتر به صورت دو طرفه باشد (۱۲).

در این مطالعه شایع‌ترین علت مراجعه، تاری دید بوده و شایع‌ترین نشانه هم، تاری دید بود. این مطلب نشان دهنده اهمیت این علامت بالینی در رتینوکوروئیدیت توکسوپلاسمایی است. به این ترتیب در بررسی بیمار با تاری دید، مخصوصاً در بیماران جوان، یکی از تشخیص‌های افتراقی مهم، رتینوکوروئیدیت توکسوپلاسمایی خواهد بود. علائم بالینی به ترتیب فراوانی تاری دید، واکنش ویتره، واکنش اتاق قدامی، فلوتر و فلاشینگ بود. در برخورد با تاری دید باید به این علامت به عنوان یک علامت مهم رتینوکوروئیدیت توکسوپلاسمایی توجه شود و حتماً بیمار فوندوسکوپی شده و از نظر ضایعه مورد بررسی قرارگیرد. در این پژوهش فلاشینگ در بیمارانی که ضایعه محیطی داشتند شایعتر بود. بنابراین زمانی که بیمار فلاشینگ دارد، احتمال وجود ضایعه محیطی بیشتر است و به این ترتیب معاینات بیشتر باید روی محیط چشم انجام گیرد. با توجه به عوارض بیماری در طی درمان و یا متعاقب آن، لازم است بیماران در حین درمان تحت معاینه مکرر قرار گرفته و بعد از درمان نیز از نظر بروز عوارض مثل سوراخ شدن شبکیه در نواحی دور از ضایعه فعال تحت فوندوسکوپی دقیق قرار گیرند، همچنین باید درمان به‌طور کامل انجام گرفته و پیگیری مرتب تا چند سال بعد از بهبود کامل ضایعه صورت پذیرد.

### نتیجه‌گیری

نتایج حاصله از این مطالعه می‌تواند برای بهتر نمایاندن علائم بالینی توکسوپلاسموز، عوارض، روش‌های پیشگیری و درمان به موقع بیماری، به خصوص در مادران باردار و قشر جوان جامعه و نیز جلب نمودن نظر پزشکان به روش‌های تشخیص، درمان و پیشگیری از این بیماری مفید باشد. به طوری که پزشکان در برخورد با تاری دید این علامت بالینی را به عنوان یک علامت مهم بیماری رتینوکوروئیدیت توکسوپلاسمایی مورد توجه قرار داده و حتماً از نظر وجود ضایعه و فلوتر، به عنوان یک علامت مهم، بیماران تحت معاینات بیشتری قرار گیرند.

### تقدیر و تشکر

بدین وسیله از مساعدت معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در تصویب و اجرای این طرح قدردانی می‌گردد. همچنین از همکاری صمیمانه کمیته تحقیقاتی دانشگاه علوم

نبوده است. اپاسیته در لنز در ۴/۷ درصد از بیماران وجود داشت. در بیماران موردی از کراتیت پرسپیانت و یا چسبندگی خلفی، مشهود نبود.

شایع‌ترین یافته در معاینه با فوندوسکوپی، رتینوکوروئیدیت در ۱۰۰ درصد از بیماران بود. یافته دیگر، ویتربیس با ۳۳/۳ درصد و نادرترین یافته موجود، گلوکوم ثانویه بود. رتینوکوروئیدیت در ۹۰/۵ درصد از بیماران به صورت یکطرفه و در ۸۰/۹ درصد به صورت غیرفعال بود. مطابق با داده‌های پزشکی بیشترین محل درگیر در قطب خلفی چشم می‌باشد و محل‌های دیگر به ترتیب شیوع پرفیری و پاراپایپلری می‌باشد. اسکار فوندوس در ۱۰۰ درصد بیماران، از دیگر عوارض چشمی می‌باشد.

از نظر بررسی ضایعه، در تمامی ۱۹۱ بیمار، تعداد ضایعه فعال ۱ عدد بود. در ۱۸۷ نفر ضایعه مرکزی و در ۴ بیمار ضایعه محیطی بود و در اکثر بیماران اندازه ضایعات بین ۲-۱ برابر دیسک اپتیک بود.

### بحث

توکسوپلاسموز چشمی یک بیماری پیشرونده و عودکننده است که ضایعات جدید در حاشیه اسکارهای قدیمی و همچنین مناطق دیگر فوندوس ایجاد می‌شود. در بیماران با سیستم ایمنی سالم، بیماری خود به خود خوب شونده است و در عرض چند ماه ضایعات تبدیل به اسکار می‌شوند (۱۰).

در این مطالعه شایع‌ترین علت مراجعه، تاری دید ۹۰ درصد بود که این مطلب نشان دهنده اهمیت این علامت بالینی است. در مطالعه کیان ارثی و همکاران هم که به صورت توصیفی - گذشته نگر انجام شده، شایع‌ترین علت مراجعه، تاری دید با ۹۳/۶۷ درصد گزارش شده است (۱۱). در مطالعه دستور و همکاران از ۴۰ بیمار تحت مطالعه، ۳۶ بیمار به علت تاری دید و ۴ بیمار به علت فلوتر مراجعه کرده بودند (۹). همین‌طور در تحقیقی دیگر، شکایت اصلی و نشانه‌های بالینی تشخیص را شیوع کاهش بینایی و تاری دید ذکر نموده‌اند (۱۲). بنابراین نتایج این پژوهش با نتایج مطالعات انجام گرفته مطابقت دارد.

در تحقیق حاضر، بیماری در افراد مؤنث جوان شایعتر بوده و در محدوده سنی ۶۲-۱۳ سال قرار داشتند که میانگین سنی آنها ۲۴/۶ سال بوده است. که مشابه با سایر مطالعات انجام شده است (۹ و ۱۱). در توکسوپلاسموز چشمی، ضایعات عمدتاً بصورت فعال و اکثراً در پل خلفی بوده است (۱۱). حداکثر قدرت بینایی چشم مبتلا در ۴۴ درصد از بیماران بصورت شمارش انگشتان و در ۲۲ درصد از بیماران ۱۰/۱۰ بوده است. در این پژوهش در تمام موارد ضایعه فعال در یک چشم و تعداد ضایعه فعال ۱ عدد بود بطوری که از ۱۹۱ بیمار در ۱۸۷ بیمار ضایعه مرکزی و در ۴ نفر ضایعه محیطی بود و در بیشتر بیماران اندازه ضایعات بین ۲-۱ برابر دیسک اپتیک بوده است. دستور و همکاران، ضایعه فعال را در یک چشم و تعداد ضایعه فعال را یک عدد و ضایعات را بیشتر

محمدنژاد و حسینزاده که در این پژوهش ما را یاری نمودند و زحمات فراوانی را متحمل شدند تشکر و قدردانی می‌گردد.

پزشکی تبریز و از کلیه اساتید و دستیاران بخش چشم پزشکی مرکز آموزشی - درمانی نیکوکاری تبریز به خصوص از خانم‌ها

## References

1. Dodds EM. Ocular toxoplasmosis: Clinical presentation, diagnosis and therapy. In: *Focal points: Clinical modules for ophthalmologists*. San Francisco. *American Academy of Ophthalmology* 1999; **8**: 1-8.
2. Rothova A, Meenken C, Buitenhuis HJ, Brinkman CJ, Baarsma GS. Therapy For ocular Toxoplasmosis. *Am J Ophthalmology* 1993; **115**: 517-523.
3. Perkins ES. Ocular Toxoplasmosis. *Br J Ophthalmology* 1973; **57**: 1-7.
4. Edrissian Gh, Rezaeian M, Ghorbani M, Keshavarz H, Mohebal M. *Medical Protozoology*. Tehran, Tehran University of Medical Sciences Pub, 2007; PP: 152.
5. Khalid F, Tabbman W. *Duane's Clinical Ophthalmology*. Philadelphia, Lippincott- Williams & Wilkins, 1996; PP: 44.
6. Holland GN, Connor R, Belfort R , Remington JS. Toxoplasmosis. In: *Ocular Infection & Immunity*. Edited by Pepose JS, Holland GN, Wilhelmus KR. St. Louis, Mosby-Year Book, 1996; PP: 1183-1223.
7. Gilbert RE, Stanford MK. IS ocular toxoplasmosis due to prenatal or postnatal infection? *Br J Ophthalmology* 2000; **84**: 224-226.
8. Anuradha K, Debea A. Protozoal posterior uveitis. In: yanoff M, Dnker J. *Ophthalmology*. London, Moaby, 1998; PP: 141-146.
9. Dastour Z. Evaluation of patients with acute Toxoplasma retinochoroiditis in Farabi hospital. M.D thesis, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, 2000 [Persian].
10. American Academy of Ophthalmology. 2007-2008 Basic and Clinical Science Course Section 9: Intraocular Inflammation and Uveitis. San Francisco, CA. *American Academy of Ophthalmology* 2007; **164**: 256.
11. Kianersi F. *Distribution of clinical and demographic characteristics of patients with ocular toxoplasmosis referring to Feyz hospital, Isfahan*. M.D thesis, Faculty of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, 2005 [Persian].
12. Amin P. *Determination of the frequency of symptoms in patients with ocular toxoplasmosis in Kashan*. Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, 1993 [Persian].