

تغییرات رفراکتیو و توپوگرافیک قرنیه پس از عمل جراحی

استراییسم به طریقه هنگ بک

چکیده

زمینه و هدف: تغییرات عیوب انکساری پس از جراحی استراییسم و تاثیر کشش عضلات خارج چشمی در توپوگرافی قرنیه به عنوان عامل زمینه‌ای در ایجاد آن پیشتر مطرح بوده است. با توجه به آنکه اغلب مطالعات پیشین با جراحی سنتی و مدت پیگیری کوتاه مدت همراه بوده است و تغییرات همزمان سیکلورفرکشن و توپوگرافی قرنیه مورد توجه قرار نگرفته، این مطالعه طرح‌ریزی شده است تا تغییرات رفراکتیو و توپوگرافیک قرنیه پس از جراحی استراییسم به طریقه هنگ بک بررسی شود.

روش بررسی: طی یک مطالعه بصورت گزارش موارد، مداخله‌ای و آینده‌نگر، ۵۳ چشم از ۳۳ بیمار که کاندید عمل جراحی استراییسم عضلات افقی به روش هنگ بک بودند، وارد مطالعه شدند. سیکلورفرکشن با اتورفراکتومتر و توپوگرافی قرنیه قبل عمل و ۲ هفته، ۲ ماه و ۶ ماه پس از عمل انجام شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS v.15 و با استفاده از تست‌های آماری t و chi square آنالیز شدند.

یافته‌ها: میانگین سنی و انحراف معیار $10/2 \pm 17/7$ بیماران بود. از این تعداد ۱۸ مورد ریسس رکتوس داخلی، ۱۸ مورد ریسس رکتوس خارجی و باقی موارد ریسس همراه ریزکت انجام شد. مقادیر معادل کروی (Spherical Equivalent) ابتدا در ۲ هفته به سمت میوپی شیف‌ت کرده و در ۲ ماه هایپروپی ایجاد شده و سپس در ۶ ماه مقادیر مجدداً به سمت صفر نزدیک شد (در تمامی موارد $P > 0/05$). میانگین آستیگماتیسم القا شده در جراحی، محاسبه شده توسط سیکلورفرکشن در ۲ هفته، ۲ ماه و ۶ ماه پس از عمل در مقایسه با قبل از عمل به ترتیب $0/17 \pm 0/02$ ، $0/12 \pm 0/35$ و $0/27 \pm 0/11$ بود (در تمامی موارد $P < 0/05$). شیف‌ت کلی محور سیلندر منفی به سمت ۱۸۰ بود (به ترتیب ۲، ۲۴ و ۱۵ درجه). میانگین آستیگماتیسم القا شده محاسبه شده توسط توپوگرافی به ترتیب $0/16 \pm 0/97$ ، $0/12 \pm 0/53$ و $0/29 \pm 0/63$ بود ($P < 0/05$). به طور کلی شیف‌ت مریدین Flat به سمت ۱۸۰ درجه بود (به ترتیب ۲۵ و ۷ درجه). مقایسه تغییرات آستیگماتیسم ایجاد شده در توپوگرافی و رفرکشن نشان داد که اختلاف معنی‌داری بین این دو مقدار در هفته دوم وجود دارد ($P > 0/05$) که در ۲ ماه و ۶ ماه دیده نمی‌شود.

نتیجه‌گیری: جراحی هنگ بک می‌تواند باعث تغییرات انکساری و ایجاد آستیگماتیسم گردد که ممکن است به علت تغییرات قرنیه‌ای باشد. تغییرات القا شده از جراحی در ۲ ماه به حداکثر می‌رسد و بر خلاف تصورات قبلی این تغییرات با وجود کاهش، حداقل تا ۶ ماه پایدار می‌ماند.

کلیدواژه‌ها: ۱- عیب انکساری ۲- استراییسم ۳- توپوگرافی

* دکتر مصطفی سلطان سنجرى I

دکتر خلیل قاسمی فلاورجانی II

دکتر سیامک شکرالهی III

دکتر علیرضا فروتن IV

دکتر پژمان بختیاری II

دکتر محمد جعفر قائم پناه II

تاریخ دریافت: ۸۷/۸/۱۲، تاریخ پذیرش: ۸۷/۱۱/۲۶

مقدمه

ایجاد آستیگماتیسم دارد.^(۱۱و۱۳) جراحی ریسس همراه با ریسکت باعث کاهش قدرت در مریدین مربوط می‌شود.^(۹و۱۶) یافته‌های مربوط به معادل اسفریکال، هماهنگ و تاییدکننده همدیگر نمی‌باشد. بعضی به نفع عدم تغییر و بعضی به نفع شیف‌ت به سمت میوپی و بعضی به نفع شیف‌ت به سمت هایپروپی می‌باشد.^(۷و۱۴)

تغییرات عیوب انکساری پس از جراحی استراییسم پیشتر شناخته شده بود.^(۱۰و۱۱) ریسس یک عضله رکتوس، گاه با افزایش قدرت قرنیه در مریدین آن عضله مربوط بوده است.^(۱۴) گاهی نیز همراه با کاهش قدرت قرنیه در همان محور بوده است.^(۱۱و۱۲)

ریسکت عضله رکتوس تاثیر کمتری از ریسس در

- (I) دانشیار چشم پزشکی، بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص)، مرکز تحقیقات چشم، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران (* مؤلف مسؤول)
(II) استادیار چشم پزشکی، بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص)، مرکز تحقیقات چشم، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران
(III) فلوشیپ چشم پزشکی، بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص)، مرکز تحقیقات چشم، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران
(IV) دانشیار چشم پزشکی، بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص)، مرکز تحقیقات چشم، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران