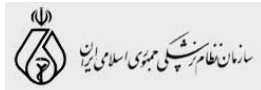


انجمن چشم پزشکی ایران

خبرنامه انجمن جراحان قرنیه و رفرکتیو ایران

فروردین ماه ۱۳۹۴ - سال سوم - شماره نوزدهم



مطالعات جدید

- کمپانی **Abbott** برای ایجاد **Intracorneal Pockets** به وسیله لیزر فمتوسکند **iFS** تأییدیه **FDA** را دریافت کرد
- **FDA** دو **Tecnis Multifocal IOLs** جدید را تأیید کرد
- به نظر می رسد وانکومايسين **Intracameral** در جراحی کاتاراکت ایمن باشد
- بیماران مسن تر از درمان متشکل از **inlay** قرنیه و لیزیک راضی بودند
- پژوهش ها نشان می دهد که "اثر چشم دوم" در جراحی کاتاراکت وجود دارد
- مقایسه با چشم مقابل مزایای **DMEK** را نشان می دهد
- پیش بینی دید کم برای **open-glob** تروما در بیماران مسن
- جراحی کاتاراکت سرپایی ایمن به نظر می رسد
- برای اختلال عملکرد غده **meibomian** آزیترومايسين خوراکی توصیه می شود
- اورتوکراتولوژی شبانه می تواند مایوپی در کودکان را به تدریج بهبود بخشد
- سفورکسیم مکمل باعث کاهش اندوفتالمیت نمی شود اما همچنان توصیه می شود
- استفاده بیشتر از آستیگماتیسیم خلفی در محاسبات توریکن **IOL**
- **ACIOL** در مقایسه با **scleral-fixated IOL** ثانویه در **complicated cataract**

• سلول های بنیادی دندان عقل می توانند زخم قرنیه را درمان کند

کمپانی **Abbott** برای ایجاد **Intracorneal Pockets** به وسیله لیزر فمتوسکند **iFS** تأییدیه **FDA** را دریافت کرد

کمپانی **Abbott Medical Optics (AMO)** اعلام کرد تأییدیه **FDA** را برای ایجاد **Intracorneal Pockets** به وسیله لیزر فمتوسکند **iFS** دریافت کرده است.

FDA ، دو **Tecnis Multifocal IOLs** جدید را تأیید کرد

کمپانی **Abbott Medical Optics (AMO)** اعلام کرد دو تا از **IOL** های جدیدشان مجوز **FDA** را دریافت کرده است. **Tecnis Multifocal +2.75** و **Tecnis Multifocal +4.0 D IOL** همراه با **3.25 D** در حال حاضر موجود می باشند.

به نظر می رسد وانکومیسین **Intracameral** در جراحی کاتاراکت ایمن باشد

این مطالعه آینده نگر به مقایسه نتایج تزریق وانکومیسین **intracameral (1 mg/0.1 mL)** و سفوروکسیم (**1 mg/0.1 mL**) در پایان جراحی کاتاراکت پرداخته است. تغییرات سلول اندوتلیال بین هر دو گروه مشابه بود اما پیشنهاد شد که استفاده از وانکومیسین در جراحی کاتاراکت ایمن تر است.

بیماران **مُسین** تر از درمان متشکل از **inlay** قرنیه و لیزیک راضی بودند

این پژوهش شامل ۲۷۷ بیمار پیرچشم هایپروپ همراه با آستیگماتیسم بود که همزمان تحت عمل لیزیک و **small-aperture corneal inlay implantation** در چشم **nondominant** قرار گرفته بودند. سپس نتایج بین دو گروه را با هم مقایسه کردند، بیماران بین ۶۰ تا ۶۵ سال بیشترین افزایش در **UDVA** و **UNVA** داشتند و با وجود نیاز به استفاده از عینک مطالعه بیشترین رضایت را داشتند. گروه سنی ۴۰ تا ۴۹ سال ، ۵۰ تا ۵۹ سال و ۶۰ تا ۶۵ سال تمام **cohorts** هایی که انجام شد میانگین **UDVA** آنها ۲۰/۲۰ بود. میانگین **UNVA** در گروه جوان **J2** همراه با ۴ خط دید و در گروه **مُسین** تر **J3** همراه با ۵ خط دید بود.

پژوهش ها نشان می دهد که "اثر چشم دوم" در جراحی کاتاراکت وجود دارد

بیمارانی که تحت عمل کاتاراکت چشم دوم قرار گرفتند زمانیکه در ریکاوری بودند پرسشنامه هایی به آنها داده شد. از ۱۲۵ بیماری که مورد بررسی قرار گرفتند، ۴۵/۵ درصد اظهار کرده بودند که عمل ثانویه آنها طولانی تر و یا دردناک تر بوده. از این تعداد ۷۲ درصد آنها در جراحی ثانویه به همان اندازه و یا آرام تر بودند. بیماران انتظارات بالایی داشتند، ۴۷/۸۳ درصد آنها گفتند که فکر می کردند بینایی آنها در چشم ثانویه بهتر خواهد شد. فقط ۳/۴۸ درصد فکر می کردند که بینایی آنها بدتر خواهد شد. نویسندگان این مقاله اظهار کردند که سو گیری ناشی از تماس مجدد و تاثیر فراموشی بیمار به علت استفاده از میدازولام می تواند علت این ناراضی باشد.

مقایسه با چشم مقابل مزایای **DMEK** را نشان می دهد

پژوهشگران نتایج بعد از **Descemet membrane endothelial keratoplasty (DMEK)** و **Descemet stripping automated endothelial keratoplasty (DSAEK)** در بیماران مشابه را با هم مقایسه کردند. این تحقیق شامل ۱۷ بیمار با دیستروفی اندوتلیال **Fuchs** دو طرفه بود که یک چشم آنها **DSAEK** و چشم **contralateral** آنها **DMEK** شده بود. ۶ ماه پس از عمل، نتایج بینایی در گروه **DMEK** بهتر بود ($P = .02$) و سلول های اندوتلیال کمتری از بین رفته بود ($P = .049$) و بیماران گروه **DMEK** ($P = .002$) راضی تر بودند.

پیش بینی دید کم برای **open-glob** در بیماران مسن

این مطالعه گذشته نگر نتایج صدمات open-globe در ۲۶ بیمار مسن با میانگین سنی ۸۰ سال را بررسی کرده است. فقط ۱۴/۴ درصد حدت بینایی آنها ۲۰/۲۰۰ و یا بهتر شده بود. بیشترین صدمات، پارگی بود (۸۳/۳ درصد). بیشترین عامل عبارت بودند از: افتادن (۶۴/۴٪)، تصادف (۲۰٪)، تصادف با وسایل نقلیه (۵/۵٪)، حمله (۳/۳۳٪). حدود ۸۱٪ از موارد در عرض ۲۴ ساعت پس از حادثه تحت عمل primary repair قرار گرفتند.

جراحی کاتاراکت سربایی ایمن به نظر می رسد

پژوهشگران ایمنی جراحی کاتاراکت سربایی را بررسی کردند و بر این عقیده بودند که علیرغم عدم وجود خدمات بیهوشی، اقدامات لازم و مانیتورینگ جراحی ایمنی است. کمک های اولیه و اقدامات حمایتی در مورد رویداد نامطلوب کافی است. این پژوهش شامل ۴۳۴۷ بیمار (۶۹۶۱ مورد) بود که عمل جراحی با بی حسی موضعی انجام داده بودند. فقط ۳ بیمار نیاز به حمایت های اورژانسی بیمارستان داشتند، تشخیص همه بیماران vasovagal collapse بود و بدون نیاز به بستری شدن در بیمارستان بهبود یافتند.

برای اختلال عملکرد غده meibomian آزیترومایسین خوراکی توصیه می شود

پژوهشگران ۱۱۰ بیمار مبتلا به meibomian را به صورت راندوم انتخاب کردند و به یک گروه آزیترومایسین خوراکی به مدت ۵ روز و به گروه دیگر داکسی سیکلین خوراکی به مدت یک ماه تجویز شد. همه بیماران شستشوی پلک را انجام دادند و از قطره اشک مصنوعی استفاده کردند. علائم بیماری در هر دو گروه پس از ۲ ماه پیگیری بهبود یافت اما به طور کلی در گروه آزیترومایسین پاسخگویی بهتر بود ($P=0.01$) و قرمزی ملتحمه بولبار ($P=0.004$) و رنگ آمیزی سطح چشم ($P=0.01$) بیشتر بهبود یافت و عوارض جانبی آن کمتر بود. بر اساس این یافته ها پژوهشگران دوره ۵ روزه آزیترومایسین را توصیه کردند و همچنین دوره درمان آن کوتاهتر و هزینه آن نیز کمتر است.

اورتوکراتولوژی شبانه می تواند مایوی در کودکان را به تدریج بهبود بخشد

مطالعه کارآزمایی بالینی چشم contralateral شامل ۲۶ کودک بود که در طول ۶ ماه، در یک چشم در طول شب از لنز اورتوکراتولوژی (OK) و در طول روز از لنز RGP معمولی در هر دو چشم استفاده می کردند. پس از یک دوره استراحت دو هفته ای، به مدت ۶ ماه دیگر، این لنزها به صورت بالعکس استفاده شدند و مجدداً یک ریکواری ۲ هفته ای داشتند. پس از ۶ ماه طول axial به اندازه 0.04 ± 0.06 mm در چشمی که از لنزهای RGP در طول روز استفاده می کردند و نه لنزهایی که در شب استفاده می کردند بهبود یافت، اما کسانیکه از لنزهای OK در شب و لنزهای GP در روز استفاده هیچ تغییری ایجاد نشد. در ۶ ماهه دوم تغییری در طول axial چشم های OK دیده نشد در حالیکه طول axial تا 0.09 ± 0.08 mm در چشم های RGP افزایش داشت.

سفورکسیم مکمل باعث کاهش اندوفتالمیت نمی شود اما همچنان توصیه می شود

این مطالعه آینده نگر به بررسی سفورکسیم intracameral حین عمل کاتاراکت پرداخته است، استفاده از پروفیلاکسی به صورت روتین می تواند میزان اندوفتالمیت پس از عمل را کاهش دهد. هیچ یک از ۱۵۰۰۰ بیمار از قطره آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از عمل استفاده نکردند. برای تقریباً نیمی از بیماران در پایان جراحی سفورکسیم intracameral تزریق شد. پس از عمل به تدریج همه بیماران افلوکساسین ۰.۳٪ و پردنیزولون استات ۱.۰٪ موضعی ۴ بار در روز به مدت ۱ هفته دریافت کردند. تفاوت معنی داری در میزان ابتلا به عفونت وجود نداشت (۰.۱۰۸٪ با سفورکسیم در مقابل ۰.۱۵۵٪ بدون سفورکسیم). نویسندگان این پژوهش نتیجه گرفتند که ادامه استفاده از سفورکسیم مناسب است زیرا ارزان است، پوشش خوبی از ارگانسیم های گرم مثبت را فراهم می کند و خطرهای مربوطه را کاهش می دهد.

استفاده بیشتر از آستیگماتیسم خلفی در محاسبات توریک IOL

این بررسی گذشته نگر به مقایسه کاشت موفقیت آمیز توریک IOL و تعیین میزان آستیگماتیسم توسط دو دستگاه زیر پرداخته است: دستگاه

کراتومتر IOL master و یک توموگرافر Galilei dual rotating camera Scheimpflug-Placido. نویسندگان این پژوهش با توجه به نتایج به دست آمده پی بردند که از نظر آماری، یک bias قابل توجهی به سمت اصلاح بالای آستیگماتیسم منظم در مقابل اصلاح پایین آستیگماتیسم منظم با استفاده از IOLMaster (P=0.0001) وجود دارد زیرا آستیگماتیسم خلف قرنیه محاسبه نمی شود. اما این bias در نتایج مشابه با استفاده از توموگرافر Scheimpflug-Placido (P=0.43) دیده نشد، زیرا برای آستیگماتیسم خلف قرنیه محاسبه می شود.

ACIOL در مقایسه با scleral-fixated IOL ثانویه در complicated cataract

این مطالعه گذشته نگر به ترتیب نتایج تمام anterior chamber IOL (ACIOL) اولیه و جراحی های scleral-fixated IOL implantation ثانویه که در یک موسسه به مدت ۵ سال انجام شده بود را بررسی کردند. همه ۱۵۳ بیمار (۱۶۳ چشم) نشان دادند که حمایت کپسولار ناکافی بودند. پژوهشگران در دراز مدت تفاوتی در نتایج بینایی یا عوارض بین دو گروه پیدا نکردند. آنها اظهار کردند زمانیکه برای scleral-fixated IOL متخصصان در دسترس نباشند یا زمانیکه بیمار نتواند جراحی ثانویه داشته باشد و یا زمانیکه scleral-fixated IOL implantation ثانویه اجازه جراحی بهتر در شرایط کنترل شده را ندهد از ACIOL استفاده شود.

سلول های بنیادی دندان عقل می توانند زخم قرنیه را درمان کند

انجمن جراحان قرنیه و رفرکتیو ایران
گردآوری: دکتر سید حسام هاشمیان
h-hashemian@tums.ac.ir

انجمن چشم پزشکی ایران
آدرس: تهران، خیابان کارگر شمالی، نرسیده به خیابان فاطمی، کوچه فردوسی، پلاک ۳، طبقه اول
www.irso.org تلفن: ۰۲-۶۶۹۱۹۰۶۱ فاکس: ۰۴-۶۶۹۴۲۴۰۴