برگردان از:
محمد معیت: اپتومتریست، دکترای تخصصی علوم اعصاب،
اداره کل بهزیستی استان اردبیل - بهزیستی مشگین شهر

بیماری تراخم

تراخم یک عفونت مزمن ملتحمه است که توسط کلامیدیا تراکوماتیس ایجاد می شود و توسط مگس ها یا از طریق تماس شخصی نزدیک منتقل می شود. ارگانیسم عامل ایجاد آن C. trachomatis سروتیپ A-C است. C. trachomatis سروتیپ D-K با عفونت های دستگاه تناسلی مرتبط بوده و فقط گاهی باعث ایجاد ورم ملتحمه فولیکولی مزمن می شود که از نظر بالینی از تراخم قابل تشخیص نیست.

سیستم ایمنی یک فرد می تواند یک دوره عفونت را پاک کند، اما در جوامع بومی، عفونت مکرر رخ می دهد.

دوره های مکرر عفونت باعث التهاب ملتحمه فولیکولی مزمن (تراخم فعال) می شود که منجر به مرحله سیکاتریسیال و زخم ملتحمه تارسال، انتروپیون، تریشیاز (برگرداندن مژه ها) می شود که منجر به زخم و تیرگی قرنیه می شود.

کدورت های برگشت ناپذیر منجر به اختلال بینایی یا نابینایی می شود. سنی که در آن رخ می دهد به عوامل مختلفی از جمله شدت انتقال محلی بستگی دارد. در جوامع بسیار بومی می تواند در دوران کودکی رخ دهد، اگرچه شروع اختلال بینایی بین این ن افراد در سن ۳۰ و ۴۰ سال شایع تر است.

اپیدمیولوژی

- تراخم یک مشکل بهداشت عمومی در ۴۲ کشور است و عامل نابینایی یا اختلال بینایی حدود ۱/۹ میلیون نفر ازمردم است.
- تراخم در بسیاری از فقیرترین و روستایی ترین نواحی آفریقا، آمریکای مرکزی و جنوبی، آسیا، استرالیا و کشورهای دیگر خاورمیانه هیپرآندمیک است. به طور کلی، آفریقا همچنان آسیب دیده ترین قاره است.
- کوری ناشی از تراخم غیر قابل برگشت است. براساس داده های ژوئن ۲۰۲۲، ۱۲۵ میلیون نفر در مناطق اندمیک تراخم زندگی می کنند و در معرض خطر ابتلا به کوری ناشی از بیماری تراخم قرار دارند.
- در سال ۲۰۲۱، ۶۹۲۶۶ نفر برای مراحل پیشرفته بیماری تحت درمان جراحی قرار گرفتند و ۶۴/۶ میلیون نفر تحت درمان با آنتی بیوتیک ها قرار گرفتند. پوشش جهانی آنتی بیوتیک در سال ۲۰۲۱ حدود ۴۴ درصد بود.
- در مناطقی که تراخم بومی است، تراخم فعال (التهابی) در میان کودکان پیش دبستانی شایع است، با میزان شیوع بالا که می تواند به ۶۰تا ۹۰ درصد هم برسد.

پاتوفیزیولوژی بیماری تراخم

عفونت با افزایش سن کمتر و از نظر مدت کوتاه تر می شود. عفونت معمولاً زمانی به دست می آید که شخص در مجاورت سایرین مبتلا به بیماری فعال زندگی می کند و خانواده محیط اصلی انتقال است.

عفونت از طریق تماس شخصی و از طریق دست، لباس، رختخواب یا سطوح سخت و مگس هایی که در تماس با ترشح از چشم یا بینی فرد آلوده می باشند رخ می دهد.

عوامل محیطی مرتبط با انتقال شدیدتر C.trachomatis عبارتند از:

- بهداشت نامناسب.
- خانوارهای پرجمعیت
- دسترسی ناکافی به آب.
- دسترسی و استفاده ناکافی به سرویس بهداشتی.

با دوره‌های مکرر عفونت طی سال‌ها، مژه‌ها ممکن است به داخل کشیده شوند و روی سطح چشم مالیده شده و باعث درد چشم شوند که ممکن است برای همیشه به قرنیه آسیب برساند.

تراخم فعال التهاب مزمن ملتحمه است که در اثر عفونت با کلامیدیا تراکوماتیس ایجاد می شود. سازمان بهداشت

جهانی (WHO) طرح درجه بندی ساده شده تراخم فعال را به صورت زیر تعریف می کند:

- **التهاب تراخوماتوز-فولیکولی:** وجود پنج یا بیشتر فولیکول در قسمت مرکزی ملتحمه تارسال فوقانی، هر کدام حداقل ۰/۵ میلی متر قطر ویا
- **التهاب شدید تراخوماتوز:** ضخیم شدن التهابی برجسته ملتحمه تارسال فوقانی که بیشتر را تیره می کند. بیش از نیمی از عروق عمیق طبیعی است.

تراخم سیکاتریسیال در اثر عفونت مکرر با C. trachomatis ایجاد می شود که شامل وجود اسکارهای قابل مشاهده بر روی ملتحمه تارسال است(اسکار تراخوماتوز)، کوتاه شدن و وارونگی پلک فوقانی چشم (آنتروپیون) و نامناسب قرار گرفتن مژه ها رخ داده به طوری که منجر به ساییدن چشم (تریشیازیس تراخوماتوز) می شود.

اسکار تراخوماتوز می تواند بدون آنتروپیون یا تریشیازیس وجود داشته باشد، اما اگر آنتروپیون یاتریشیازیس به دلیل تراخم وجود داشته باشد، اسکارین وجود خواهد داشت.

کوری تراخومی ناشی از کدورت قرنیه است که به دلیل تروما‌ی مکانیکی ناشی از آنتروپیون یا تریشیازیس رخ می دهد.

روش های تشخیص

- تست های آزمایشگاهی در مناطق آندمیک که تشخیص با معاینه بالینی است استفاده نمی شود.
- کشت سلولی قبلاً آزمایش استاندارد بود، اما با آزمایش‌های جدیدتر جایگزین شده است.
- در مناطق دیگر، واکنش زنجیره ای پلیمراز (PCR) و واکنش زنجیره ای لیگاز (LCR) حساسیت و ویژگی بالایی دارند.
- آزمایش جدید دیگر آنتی بادی مونوکلونال نشاندار شده با فلورسین مستقیم (DFA) و آنزیم ایمونواسی (EIA) اسمیر ملتحمه است.
- سیتولوژی گیمسا (یافتن انکلوزیون های داخل سیتوپلاسمی) از نظر تکنیکی بسیار مشکل است، دارای ویژگی بالا اما حساسیت کم است.

درمان و پیشگیری از تراخم

یک بررسی کاکرین به این نتیجه رسید که چندین مطالعه بهبود اندکی را در بینایی پس از مداخله نشان دادند که در از بین بردن تریشیازیس موثرتر است:

- برش تمام ضخامت صفحه تارسال و چرخش لبه پلک حامل مژه بهترین تکنیک درمانی تشخیص داده شد.
- ترجیحا در جامعه تحویل داده شود.
- جراحی انجام شده با نخ های ابریشمی یا قابل جذب نتایج قابل مقایسه ای را به همراه داشت.
- آزیترومایسین بعد از عمل در مواردی که عود کلی کم باشد، نتایج را بهبود می بخشد.
- برنامه های ریشه کنی در کشورهای بومی با استفاده از استراتژی SAFE توصیه شده توسط WHO اجرا می شود که شامل موارد زیر است:

۱- جراحی برای درمان مرحله کوری (تریشیازیس تراکوماتوز).
۲-آنتی بیوتیک برای از بین بردن عفونت، به ویژه تجویز انبوه داروی آنتی بیوتیک آزیترومایسین، که توسط
۳-تولیدکننده به برنامه های حذف، از طریق ابتکار بین المللی تراخم صورت می گیرد.
۴- تمیز نگه داشتن صورت.
۵- بهبود محیط زیست، به ویژه بهبود دسترسی به آب و فاضلاب.

این رویکرد SAFE در تعدادی از کشورها موفق بوده است. محققان نیاز به تمرکز مدیریت بر روی کودکان به منظور مقابله با مشکل در مراحل اولیه آن دارند.

پیش آگهی

درمان مناسب بیماری اولیه پیش آگهی عالی می دهد. ممکن است بیماری شدید تثبیت شود اما بینایی بهبود نیابد. عفونت مجدد پیش آگهی را بدتر می کند.

منبع:

This is a translation into Farsi of an article originally published in English: Dr Colin Tidy, Trachoma. Available from patient info doctor, Last updated: 9: 2023.