

Research Article

Investigation of the Recurrence Rate of Pterygium after Surgery Using Mitomycin C for One Minute and Free Conjunctival Graft

Bayan Pour Mohammad¹ , Mohammad Reza Mostafaneghad² , Khaled Rahmani³ , Jamil Eslamipour^{4*} 

1. Department of Ophthalmology, Faculty of Medicine, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

2. Faculty of Medicine, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

3. Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

4. Department of Ophthalmology, Faculty of Medicine, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

Article history:

Received: November 10, 2025

Revised: July 20, 2026

Accepted: July 21, 2026

e-Published: September 06, 2026



***Corresponding author:** Jamil Eslamipour, Faculty of Medicine, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

E-mail: Eslamipourj@gmail.com

Abstract

Background and Aim: Pterygium is a progressive fibrovascular lesion associated with a high recurrence rate following simple excision (24% to 89%). This study aimed to evaluate the effectiveness of using 0.02% Mitomycin C for one minute combined with conjunctival autografting in reducing pterygium recurrence and assessing visual outcomes.

Materials and Methods: This study included 60 patients with pterygium between 2017 and 2018. Surgical intervention involved pterygium excision followed by topical application of 0.02% Mitomycin C for one minute and conjunctival autografting. Patients were examined on post-operative days 1, 7, and 30, and were subsequently followed for 120 days. This study also evaluated recurrence rate, visual acuity, spherical equivalent, and astigmatism.

Results: No recurrence was observed during the follow-up visits until 90 days post-operation. At the 120-day examination, 3.3% had developed a recurrence. The mean baseline visual acuity was 0.51 ± 0.24 , which improved significantly to 0.72 ± 0.21 at the 120-day follow-up ($P < 0.001$). The spherical equivalent improved by 0.65 to 1.15 diopters post-operatively ($P < 0.001$). The mean baseline astigmatism was -3.3 ± 2.7 diopters, which decreased to -1.6 ± 1.9 diopters one month after surgery ($P < 0.001$) and further to -1.2 ± 1.8 diopters at four months ($P < 0.001$). The mean increase in intraocular pressure was 0.5 to 0.6 mmHg, which remained within the normal range.

Conclusion: The results of this study demonstrate that the use of 0.02% Mitomycin C for one minute combined with conjunctival autografting significantly reduces the pterygium recurrence rate.

Keywords: Free conjunctival graft, Mitomycin C, Pterygium

Please cite this article as follows: Pour Mohammad B, Mostafaneghad M, Rahmani KH, Eslamipour J. Investigation of the Recurrence Rate of Pterygium after Surgery Using Mitomycin C for One Minute and Free Conjunctival Graft. SJKUMS. 2026;31(3):256-263. DOI: 10.22034/31.3.256.

بررسی میزان عود ناخنک پس از عمل جراحی با استفاده از میتومايسين C به مدت یک دقیقه و گرافت آزاد ملتحمه

به یان پورمحمد^۱ ID، محمدرضا مصطفی نژاد^۲ ID، خالد رحمانی^۳ ID، جمیل اسلامی پور^۴ ID*

۱. گروه چشم پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۲. دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۳. گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۴. گروه چشم پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

چکیده

زمینه و هدف: ناخنک نوعی ضایعه فیبروواسکولار پیش رونده است که با میزان عود بالا پس از جراحی ساده (۲۴ تا ۸۹ درصد) همراه است. این مطالعه با هدف ارزیابی اثربخشی استفاده از میتومايسين C با غلظت ۰/۰۲ درصد به مدت یک دقیقه همراه با پیوند آزاد ملتحمه در کاهش عود ناخنک و بررسی پیامدهای بینایی انجام شد. **مواد و روش ها:** در این مطالعه، که روی ۶۰ بیمار مبتلا به ناخنک در سال های ۱۳۹۷-۱۳۹۸ انجام شد، جراحی به روش برداشت ناخنک به همراه کاربرد موضعی میتومايسين C ۰/۰۲ درصد به مدت یک دقیقه انجام شد. روزهای اول، هفتم و سیام پس از عمل بیمار معاینه شد و سپس بیماران به مدت ۱۲۰ روز پیگیری شدند و پارامترهای میزان عود، حدت بینایی، اسفریکال اکویالان و آستیگماتیسم ارزیابی شدند. **یافته ها:** تا ۹۰ روز پس از عمل جراحی، عودی مشاهده نشد. در معاینه روز ۱۲۰، به میزان ۳/۳ درصد دچار عود ناخنک شده بودند. میزان حدت بینایی پایه 0.51 ± 0.24 بود و روز ۱۲۰ به 0.72 ± 0.21 رسید که بهبود معنی داری را نشان داد ($P < 0.001$). پس از عمل، میزان اسفریکال اکویالان بین ۰/۶۵ تا ۱/۱۵ دیوپتر بهبود یافت ($P < 0.001$). میزان آستیگماتیسم پایه 2.7 ± 3.3 بود که یک ماه پس از عمل به 1.9 ± 1.6 ($P < 0.001$) و چهار ماه پس از عمل به 1.8 ± 1.2 دیوپتر رسید ($P < 0.001$). میزان افزایش فشار داخل چشم به صورت میانگین 0.5 تا 0.6 mmHg بود که در محدوده نرمال است. **نتیجه گیری:** نتایج این مطالعه نشان داد که استفاده از میتومايسين سی ۰/۰۲ درصد به مدت یک دقیقه و گرافت آزاد ملتحمه میزان عود ناخنک را به میزان قابل قبولی کاهش می دهد.

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۰۸/۱۹

ویرایش: ۱۴۰۵/۰۴/۲۹

پذیرش: ۱۴۰۵/۰۴/۳۰

انتشار: ۱۴۰۵/۰۶/۱۵

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

*نویسنده مسئول: جمیل اسلامی پور،

گروه چشم پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه

علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

ایمیل: Eslamipourj@gmail.com

واژگان کلیدی: ناخنک، میتومايسين سی، گرافت آزاد ملتحمه

استناد: پورمحمد، به یان؛ مصطفی نژاد، محمدرضا؛ رحمانی، خالد؛ اسلامی پور، جمیل. بررسی میزان عود ناخنک پس از عمل جراحی با استفاده از میتومايسين C به مدت یک دقیقه و گرافت آزاد ملتحمه. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، مرداد و شهریور ۱۴۰۵؛ ۳۱(۳): ۲۵۵-۲۶۳.

مقدمه

عوارض مختلفی در چشم ایجاد می کند؛ از جمله از نظر ظاهری، اکثراً نمای قابل قبولی برای بیمار ندارد، در دوره هایی ملتهب و باعث تحریک چشم، قرمزی، خارش و سوزش و اشک ریزش از چشم می شود که در این دوره ها رشد سریع تری دارد و با پیشرفت ناخنک روی قرنیه، باعث ایجاد آستیگماتیسم، کاهش دید و دوبینی تک چشمی می شود [۱، ۲]. شیوع ناخنک چشم در شرایط محیطی مختلف متفاوت است. میزان آن در سطح جهان از ۱/۱ تا ۵۳ درصد متغیر است و در اتیوپی از ۸/۸ تا ۳۸/۷ درصد

ناخنک نوعی بافت فیبرو واسکولار است که از ملتحمه منشأ می گیرد و به طرف سطح قرنیه رشد می کند. در فرم های پیش رونده، ناخنک رشد می کند و به طرف مرکز قرنیه گسترش می یابد. این ضایعه رفتار بالینی مشابه نئوفرماسیون سطح چشم از خود نشان می دهد و پس از برداشتن، به عود تمایل دارد. در مطالعات مختلف رابطه آن با اشعه UV اثبات شده است [۱، ۲]. اگرچه خشکی، التهاب، قرار گرفتن در معرض گردوغبار و عوامل تحریکی دیگر نیز در بروز آن نقش دارد [۳]. ناخنک علائم و

می‌رسد [۴]. به نظر می‌رسد که جهش در ژن P53 در کروموزوم ۱۷ در به‌وجود آمدن ناخنک تأثیر داشته باشد [۳]. به‌علت بیشتر قرار گرفتن مردان در مقابل نور آفتاب، شیوع این بیماری در مردان دو برابر زنان است. باوجود این، هنوز علت دقیق ایجاد بیماری مشخص نیست [۵].

دغدغه یافتن روشی مؤثر، بدون عارضه و بدون عود برای درمان ناخنک همیشه وجود داشته است. شایع‌ترین عارضه جراحی ناخنک، عود پس از عمل است [۶، ۷]. روش برداشتن ساده با درصد زیادی عود (۸۰ درصد) همراه است [۸]. اندیکاسیون‌های متعددی برای برداشتن ناخنک وجود دارد که شامل کاهش دید به‌علت قرارگیری آن در محور بینایی، محدودیت حرکات چشمی، آماس و ناراحتی در چشم، اشکال در استفاده از لنز تماسی، یا عمل جراحی رفع عیوب انکساری و مسائل مربوط به زیبایی می‌شود [۶، ۷].

روش‌های جراحی مختلفی برای برداشتن ناخنک وجود دارد [۸]. روش‌های اصلی عمل جراحی ناخنک عبارت‌اند از: برداشتن ساده ناخنک (بدون بستن محل با به‌هم‌رساندن لبه‌های ملتحمه)؛ جراحی با مانع برای جلوگیری از عود به روش‌های پیوند اتولوگ آزاد بافت ملتحمه، کراتوپلاستی لاملار محیطی و پیوند اتولوگ با سلول‌های بنیادی لیمبوس [۱، ۲]. یکی از محدودیت‌های اصلی در جراحی آن، میزان عود و عوارض آن است. برای جلوگیری از عود و کاهش عوارض از روش‌های گوناگونی مانند پیوند ملتحمه [۹]، غشای آمینوتیک [۱۰] و داروهای کمکی چون 5-FU و میتوماپسین سی [۱۱-۱۵] استفاده می‌شود. میزان عود ناخنک با یک عمل ساده برای برداشتن ناخنک بدون استفاده از روش‌های فوق بین ۲۴ تا ۸۹ درصد است [۱۶]. استفاده از پیوند ملتحمه‌ای اتولوگ در زمان جراحی نتایج متفاوتی از عود بین ۲ تا ۳۵ درصد داشته است [۱۷].

تجربه روزافزون مصرف میتوماپسین سی در جراحی گلوکرم و اثر مهاری قابل توجه در فیبرو بلاست‌های کپسول تنون در محل فیلترینگ، به مصرف این دارو به‌صورت موضعی در حین عمل جراحی ناخنک منجر شده است. اخیراً، توصیه شده است دوز واحد با اسپونژ آغشته با غلظت ۰/۰۴ تا ۰/۱ درصد میتوماپسین سی به‌مدت یک تا پنج دقیقه در فورنیکس قرار داده شود. میزان عود با این روش‌ها از ۳/۳ تا ۱۴/۳ درصد گزارش شده است [۱۸، ۱۹].

میتوماپسین C نوعی داروی آلکیل‌کننده ضدتومور است که از باکتری کایسپتوزیس استرپتوماپسیس جدا شده است. این دارو با تداخل در تکثیر DNA، در نهایت در جلوگیری از ساخت پروتئین و مهار میتوز اثر خود را می‌گذارد [۲۰، ۲۱]. مدت زمان ایدئال تماس دارو حین جراحی هنوز مشخص نشده است. با توجه به اینکه مصرف میتوماپسین سی می‌تواند عوارضی از قبیل تأخیر در ترمیم زخم، آواسکولار کردن محل، نازک کردن اسکرا یا قرنيه

(لیمبوس) و حتی عوارضی نظیر پرفور کردن چشم داشته باشد [۲۰]، تعیین حداقل غلظت و حداقل زمانی که می‌تواند مانع عود شود، بسیار مهم است. از طرفی، توصیه اکید بر این است محلی که میتوماپسین سی استفاده می‌شود، با یک بافت عروق‌دار سالم پوشانده شود.

با توجه به اینکه میزان عود ناخنک با میتوماپسین سی بعد از عمل جراحی در مطالعات مختلف متفاوت بوده و همچنین، اندازه‌گیری میزان فشار داخل چشم، رفرکشن، آستیگماتیسم، کراتومتری و حدت بینایی در مطالعات گذشته کمتر انجام شده و تاکنون در استان کردستان انجام نشده است، در این مطالعه میزان عود ناخنک پس از عمل جراحی با استفاده از میتوماپسین C با غلظت ۰/۰۲ درصد به‌مدت یک دقیقه و گرافت آزاد ملتحمه به‌همراه پارامترهای مذکور بررسی خواهد شد.

روش کار

این مطالعه از نوع مطالعه‌های هم‌گروهی آینده‌نگر و جامعه‌مورد مطالعه شامل تمام بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان کوثر برای انجام عمل جراحی ناخنک در سال ۱۳۹۷ تا ۱۳۹۸ بود.

معیارهای ورود شامل کاهش حدت بینایی به‌علت قرارگیری آن در محور بینایی، محدودیت حرکات چشمی، آماس و ناراحتی در چشم، اشکال در استفاده از لنز تماسی، نیاز به عمل جراحی عیوب انکساری، مسائل مربوط به زیبایی و رضایت کتبی برای شرکت در مطالعه بود.

معیارهای خروج از مطالعه شامل بارداری و شیردهی، سابقه جراحی قبلی چشمی، ابتلا به بیماری گلوکوم، ابتلا به کراتیت هرپسی، ابتلا به تراخم، ابتلا به هرگونه بیماری خودایمنی، خشکی شدید چشم یا بیمارهای کلان‌وزن واسکولار و واسکولیت بود.

حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

تمام بیمارانی که در فاصله سال‌های ۱۳۹۷ تا ۱۳۹۸ برای انجام جراحی ناخنک به بخش چشم پزشکی بیمارستان کوثر مراجعه کردند، به‌صورت سرشماری بررسی شدند. تعداد بیماران بررسی‌شده ۶۰ مورد بود. این مطالعه در دانشگاه علوم پزشکی کردستان انجام شده است و برای نمونه‌گیری تمام بیمارانی که در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۸ در بیمارستان کوثر کاندیدای عمل جراحی ناخنک بودند، وارد مطالعه شدند.

روش انجام مطالعه و شیوه جمع‌آوری اطلاعات

در این پژوهش بیمارانی که در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۸ در بیمارستان کوثر کاندیدای عمل جراحی ناخنک بودند، پس از اخذ شرح حال کامل، تحت معاینات کامل و ثبت حدت بینایی، رفرکشن، اندازه‌گیری طول ناخنک روی قرنيه از لیمبوس و ثبت

فشار داخل چشم قرار گرفتند. روش جراحی برای بیمار توضیح داده شد و پس از اخذ رضایت آگاهانه، برای عمل جراحی اقدام شد.

روش انجام عمل جراحی

به بیمار، تحت شرایط بی‌حسی موضعی، پس از پرپ و درپ در ساب کونژ ناحیه بادی ناخنک، لیدوکائین تزریق شد. سپس از قسمت سر ناخنک با تیغ بیستوری شماره ۱۵، سر ناخنک از روی قرنیه برداشته شد و به سمت تنه ناخنک و لیمبوس ادامه یافت تا کل ناخنک از روی سطح چشم برداشته شود. بعد قراردادن میتوماپسین ۰/۰۲ درصد به مدت یک دقیقه در زیر ملتحمه منشأ ناخنک، شست‌وشوی محل با مایع محلول نمکی بالانس (BSS) به مقدار ۵۰ میلی‌لیتر انجام شد. سپس، گرافت آزاد از بخش بولبار سوپرا تمپورال برداشته شد و با نخ نایلون ۱۰ صفر در محل برداشتن ناخنک به ملتحمه باقی‌مانده بخیه شد. پس از استفاده از قطره کلرامفنیکل و پماد بتامتازون، چشم پانسمان شد. در روز بعد بیماران ویزیت شدند و برای بیمار قطره‌های بتامتازون، کلرامفنیکل و اشک مصنوعی تجویز شد. بیمار تا یک ماه قطره بتامتازون را مصرف می‌کرد. روزهای اول، هفتم و سیام پس از عمل بیمار معاینه می‌شد و سپس معاینات ماهیانه تا چهار ماه ادامه داشت. داده‌های هر بیمار از ابتدای مراجعه در پرسش‌نامه مخصوص خودش وارد می‌شد. در هر بار معاینه، حدت بینایی، فشار داخل چشم، رفرکشن/آستیگماتیسم و عود بررسی می‌شد. در این مطالعه عود ناخنک به صورت پیشروی مجدد بافت فیبروواسکولار به میزان حداقل ۱/۵ میلی‌متر روی قرنیه تعریف می‌شد.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات

ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه شامل چک‌لیستی بود که محققان این مطالعه تهیه کرده بودند و دو قسمت داشت:

چک لیست اطلاعات دموگرافیک

این فهرست شامل جنسیت، سن، محل سکونت و شغل بود. برای متغیر شغل، با توجه به بررسی پرونده‌ها و مطالعات گذشته، شغل‌های ذیل ثبت شدند: کشاورز، کارگر، کارمند، خانه‌دار، راننده، بیکار و شغل‌های دیگر در مطالعه ما به سه گروه کارمند آزاد، کارمند دولتی و خانه‌دار تقسیم شد.

چک‌لیست اطلاعات مربوط به ویزیت بیمار

این لیست دارای متغیرهای طول ناخنک، حدت بینایی، رفرکشن و فشار داخل چشم بود که به صورت جداگانه برای هر ویزیت محاسبه و در چک لیست نوشته می‌شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد. پارامترهای اسمی مثل جنس، شغل، سابقه بیماری، سابقه دارویی، حساسیت، سابقه خانوادگی ناخنک و مصرف سیگار در نرم‌افزار تعریف شد و پارامترهای کمی مثل سن، میزان مواجهه با آفتاب در روز، طول ناخنک و فشار داخل چشم به همان صورت وارد شد. برای مقایسه رفرکشن قبل و بعد از عمل از دو پارامتر کمی اسفریک و آستیگماتیسم استفاده شد.

$$S.E \text{ (Spherical Equivalent)} = \text{Sphere Power} + 1/2 \text{ Cylinder power}$$

$$\text{Astigmatism} = \text{Cylinder Power}$$

برای توصیف متغیرها از روش‌های آمار توصیفی، همچون میانگین، انحراف معیار، فراوانی و فراوانی نسبی و همچنین برای تعیین میزان تغییرات حدت بینایی و رفرکشن و فشار داخل چشم از آزمون ویلکاکسون و معادل ناپارامتری آزمون t زوجی در روزهای ۰، ۳۰، ۰ و ۱۲۰ استفاده شد. میزان عود ناخنک برحسب درصد در فالوآپ‌های مختلف (یک روز، یک هفته، یک ماه، دو ماه، سه ماه و چهار ماه پس از عمل جراحی) برای افراد و برحسب متغیرهای مستقل مورد بررسی محاسبه شد.

نتایج

نتایج یافته‌های حاصل از پژوهش در زمینه توزیع فراوانی جنسیت در پرونده‌های بررسی‌شده نشان می‌دهد که از ۶۰ مورد بیمار بررسی‌شده ۳۳ نفر (۵۵ درصد) مرد و ۲۷ نفر (۴۵ درصد) زن (با محدوده سنی ۳۲ تا ۷۶ سال و میانگین سنی ۵۰/۶۶ و انحراف معیار ۱۰/۴ سال) بودند. در توزیع فراوانی شغل، بالاترین میزان به تعداد ۳۰ نفر (۵۰ درصد) دارای شغل آزاد و کمترین میزان به تعداد ۴ نفر (۶/۷ درصد) کارمند دولتی بودند.

در زمینه سابقه آلرژی، ۴۳ مورد (۷۱ درصد) بدون سابقه آلرژی و ۱۷ مورد (۲۸ درصد) دارای سابقه آلرژی، از نظر سابقه خانوادگی ناخنک، ۲۸ مورد (۴۶/۷ درصد) سابقه خانوادگی مثبت و ۳۲ نفر (۵۳/۳ درصد) سابقه خانوادگی منفی داشتند. همچنین، از نظر میزان مواجهه با نور آفتاب کمترین میزان مواجهه دو ساعت و بیشترین میزان آن هشت ساعت با میانگین ۳/۷۵ و انحراف معیار ۱/۹۱ بوده است. توزیع فراوانی میزان طول ناخنک نشان داد کمترین میزان طول ناخنک ۲ میلی‌متر و بیشترین میزان آن ۶ میلی‌متر بود (با میانگین ۳/۵ میلی‌متر و انحراف معیار ۱/۴۸).

از نظر فراوانی چشم درگیر در چشم‌های مورد مطالعه، در ۲۹ نفر چشم چپ و در ۳۱ نفر چشم راست دارای ناخنک بود (به ترتیب ۴۸/۳ و ۵۱/۷ درصد). پنج مورد از بیمار (مراجعه‌کننده ۸/۳ درصد) دارای ناخنک در هر دو چشم خود بودند که فقط یک چشم عمل شد. یک مورد (معادل ۱/۷ درصد) از پاتولوژی‌های ناخنک SCC گزارش شد.

همچنین فراوانی عود سی، شصت و نود روز پس از عمل صفر

بوده و فقط دو مورد عود (۳/۳ درصد) در روز ۱۲۰ وجود داشت. پارامتر مورد بررسی بعدی میزان تغییرات در حدت بینایی در چشم درگیر بود که روز قبل و ۳۰ و ۱۲۰ روز بعد از عمل (براساس چارت اسنلن) با هم دیگر مقایسه شدند (جدول ۱).

جدول ۱. میزان تغییرات حدت بینایی قبل و بعد از عمل (براساس چارت اسنلن)

حدت بینایی	mean±SD	P value
روز ۰	۰/۵۱±۰/۲۴	<۰/۰۰۱
روز ۳۰	۰/۶۶±۰/۲۱	
روز ۰	۰/۰±۵۱/۲۴	
روز ۱۲۰	۰/۷۲±۰/۲۱	

این جدول نتایج آزمون ویلکاکسون و معادل ناپارامتری آزمون t زوجی میزان تغییرات حدت بینایی را در روز قبل از عمل و روزهای ۳۰ و ۱۲۰ بعد از عمل نشان می‌دهد. میزان حدت بینایی پایه ۰/۵۱±۰/۲۴ بوده که یک ماه پس از عمل به ۰/۶۶±۰/۲۱ درجه رسیده و چهار ماه پس از عمل به ۰/۷۲±۰/۲۱ رسیده بود که نشان‌دهنده بهبود معنی‌دار حدت بینایی (P<۰/۰۰۱) پس از عمل است.

پارامتر مورد بررسی بعدی میزان تغییرات رفراکشن در قالب اسفریکال اکیوالان قبل و بعد از عمل است که بین روزهای ۰ (قبل از عمل)، ۳۰ و ۱۲۰ روز بعد از عمل با همدیگر مقایسه شدند. میزان اسفریکال اکیوالان (S.E) پایه ۴/۷۵±۵/۳+ بوده که یک ماه پس از عمل به ۴/۱±۵/۱+ دیوپتر (P<۰/۰۰۳) و چهار ماه پس از عمل به ۳/۶±۴/۹+ دیوپتر رسیده است (P<۰/۰۰۱) که با توجه نوع عمل و دستکاری سطح قرنیه میزان اسفریکال اکیوالان (S.E) بین ۰/۶۵ تا ۱/۱۵ دیوپتر بهبود یافته است (جدول ۲).

جدول ۲. میزان تغییرات اسفریکال اکیوالان (S.E) قبل و بعد از عمل

اسفریکال اکیوالان (دیوپتر)	mean±SD	P-value
پایه (روز ۰)	۴/۷۵±۵/۳+	۰/۰۰۳
روز ۳۰	۴/۱±۵/۱+	
پایه (روز ۰)	۴/۷۵±۵/۳+	<۰/۰۰۱
روز ۱۲۰	۳/۶±۴/۹+	

نتایج آزمون ویلکاکسون و معادل ناپارامتری آزمون t زوجی اسفریکال اکیوالان را در روزهای ۰ و ۳۰ و ۱۲۰ در قالب اسفریکال اکیوالان (S.E) و روز ۰ (قبل از عمل یا پایه) را با روزهای ۳۰ و ۱۲۰ بعد از عمل مقایسه می‌کند.

پارامتر مورد بررسی بعدی میزان تغییرات رفراکشن در قالب آستیگماتیسم قبل و بعد از عمل است که بین روز ۰ (قبل از عمل) و روزهای ۳۰ و ۱۲۰ بعد از عمل با یکدیگر مقایسه شدند.

میزان آستیگماتیسم پایه ۲/۷±۳/۳- بوده است که یک ماه پس از عمل به ۱/۹±۱/۶- دیوپتر رسید (P<۰/۰۰۱). چهار ماه پس از عمل به ۱/۸±۱/۲- دیوپتر رسید (P<۰/۰۰۱) که با توجه به نوع عمل و دستکاری سطح قرنیه، میزان آستیگماتیسم بین ۱/۷ تا ۲/۱ دیوپتر به صورت میانگین بهبود یافته بود (جدول ۳).

جدول ۳. میزان تغییرات آستیگماتیسم قبل و بعد از عمل

آستیگماتیسم (دیوپتر)	mean±SD	P value
آستیگماتیسم پایه (روز ۰)	۳/۳±۲/۷-	<۰/۰۰۱
آستیگماتیسم روز ۳۰	۱/۶±۱/۹-	
آستیگماتیسم پایه (روز ۰)	۳/۳±۲/۷-	<۰/۰۰۱
آستیگماتیسم روز ۱۲۰	۱/۲±۱/۸-	

این جدول نتایج آزمون ویلکاکسون و معادل ناپارامتری آزمون t زوجی میزان آستیگماتیسم را در روزهای ۰ و ۳۰ و ۱۲۰ نشان می‌دهد.

پارامتر مورد بررسی بعدی میزان تغییرات فشار داخل چشمی قبل و بعد از عمل است که روزهای ۰ (قبل از عمل) و روز ۳۰ و ۱۲۰ بعد از عمل با یکدیگر مقایسه شدند. میزان فشار داخل چشمی پایه ۱۲/۸±۱/۶ بوده که یک ماه پس از عمل به ۱۳/۴±۱/۵ رسید (P<۰/۰۰۱) و چهار ماه پس از عمل ۱۲/۲±۱۳/۳ بود که با توجه به استفاده از قطره بتامتازون چشمی پس از عمل، انتظار افزایش فشار چشمی در بیماران وجود داشت که میزان افزایش آن به صورت میانگین، با توجه به جدول زیر، حدود ۰/۵ تا ۰/۶ mmHg بود که آن نیز در رنج نرمال است (جدول ۴).

جدول ۴. میزان تغییرات فشار داخل چشمی قبل و بعد از عمل

	mean±SD	P-value
فشار داخل چشمی پایه (روز ۰) (mmHg)	۱۲/۸±۱/۶	<۰/۰۰۱
فشار داخل چشمی روز ۳۰ (mmHg)	۱۳/۴±۱/۵	
فشار داخل چشمی پایه (روز ۰) (mmHg)	۱۲/۸±۱/۶	<۰/۰۰۴
فشار داخل چشمی روز ۱۲۰ (mmHg)	۱۳/۳±۱/۲	

خروجی جدول ۴ مربوط به نتایج آزمون ویلکاکسون و معادل ناپارامتری آزمون t زوجی فشار داخل چشمی را در روزهای ۰ و ۳۰ و ۱۲۰ نشان می‌دهد. همچنین، میزان تغییرات میانگین فشار داخل چشمی روز ۰ (قبل از عمل یا پایه) را با روزهای ۳۰ و ۱۲۰ بعد از عمل مقایسه می‌کند.

استفاده از سوچور درصد عود بیشتری (۲۰ درصد) در مقایسه با چسب فیبرینی (۳/۷ درصد) به همراه داشت. همچنین درصد عود با سن ارتباط معکوس داشت و زمان عود در دو گروه به طور متوسط سه تا سیزده ماه بود که تفاوتی با هم نداشت [۲۴]. در این مطالعه رابطه بین سن و عود بررسی شده است، ولی در مطالعه ما علاوه بر میزان عود (به روش استفاده از اتوگرافت ملتحمه و میتومایسین سی) میزان تغییرات رفراکشن، فشار داخل چشمی و حدت بینایی نیز مقایسه شده است.

در مطالعه توماس وود و همکاران ۲۰ مورد ناخنک (۱۵ اولیه و ۵ مورد راجعه) با برداشتن بافت ناخنک همراه با برداشتن بافت فیبرو واسکولار هیپرتروفیک زیر ملتحمه و سپس استفاده از میتومایسین ۰/۲۵ میلی گرم بر میلی لیتر به مدت یک دقیقه در محل همراه با تارسورافی موقت تحت عمل قرار گرفتند. نتایج با یک گروه با عمل مشابه (۲۸ مورد، ۲۰ اولیه و ۸ راجعه)، اما بدون استفاده از میتومایسین مقایسه شد. در گروه میتومایسین با زمان پیگیری دوازده ماه، میزان عود ۵ درصد بود، اما در گروه بدون میتومایسین، ۳۲ درصد عود مشاهده شد. در این روش گرفتار انجام نمی شد و پس از برداشتن ناخنک و استفاده از میتومایسین یا بدون آن، ملتحمه در ناحیه اتصال عضله رکتوس میانی به اسکلا را بخ و یکریل ۴-۰ فیکس می شد [۲۵]. تفاوت این مطالعه با مطالعه ما در میزان دوز میتومایسین (۰/۰۲ درصد) و استفاده از گرفتار آزاد ملتحمه است که با میزان عود کمتری همراه بود. در مطالعه جان کستین دو روش عمل جراحی برداشتن ساده ناخنک بدون گرفتار و روش انتقال ملتحمه با روش گرفتار چرخشی به محل برداشتن ناخنک مقایسه شدند که در روش اول درصد عود ۶۶/۷ درصد و در روش دوم ۲۰/۷ درصد بود. در این مطالعه ارتباط معنی داری بین طول ناخنک و عود پیدا نشد [۲۶]. در مطالعه فوق، تفاوت عود بین دو روش جراحی بررسی شده است. گرچه گرفتار چرخشی درصد عود را پایین آورده است، درصد عود همچنان بالاست، اما در مطالعه ما استفاده از اتوگرافت آزاد ملتحمه و میتومایسین درصد عود را خیلی پایین تر آورده است.

در مقاله دکتر یونگ و همکاران عمل جراحی ناخنک با میتومایسین سی و گرفتار آزاد ملتحمه در بازه ده ساله با ۱۱۴ بیمار با روش استاندارد کوهورت در سال ۲۰۱۳ انجام شد. بیماران به دو گروه تقسیم شدند: گروه اول، با میتومایسین سی ۰/۰۲ درصد برای پنج دقیقه و گروه دوم با گرفتار ملتحمه. در کل ۱۱۵ چشم از ۱۱۴ بیمار در این مطالعه وارد شدند. ۱۲ نفر از ۴۷ نفر (حدود ۲۵ درصد) بیماری که با روش میتومایسین سی و ۲ نفر از ۲۹ نفر بیماری (حدود ۶/۸۹ درصد) که با روش گرفتار آزاد ملتحمه عمل شدند، دچار عود شدند ($P < 0.021$). در فالوآپ ده ساله هیچ عوارض دیگری مشاهده نشد [۲۷]. در مطالعه ما، استفاده همزمان از گرفتار آزاد ملتحمه به همراه میتومایسین درصد عود ناخنک را بیشتر کاهش داده است.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میزان عود ناخنک پس از عمل جراحی در روزهای ۰ تا ۱۲۰ با استفاده از میتومایسین به مدت یک دقیقه و گرفتار آزاد ملتحمه به ۳/۳ درصد رسید که در مقایسه با مطالعات مشابه، به طور قابل توجهی کاهش یافته بود. در مطالعه فردیناندز و همکاران، که روی ۹۲۰ بیمار و ۹۸۹ چشم جراحی ناخنک به طرق مختلف انجام شده بود، درصد عود به طور کلی ۱۸ درصد (۱۷۸ مورد) بود. ریسک فاکتورهای عود در این مطالعه شامل مورفولوژی ناخنک، سن و محل زندگی فرد بود. براساس نتایج این مطالعه، درصد عود در مردان و در موارد ناخنک اولیه بیشتر بود. در این مطالعه، کمترین میزان عود با روش عمل پیوند اتوگرافت از ملتحمه با ۱۲/۲ درصد بود [۲۲]. تفاوت این تحقیق با مطالعه ما در نوع مطالعه است؛ به صورتی که مطالعه ما نوعی کوهورت آینده نگر است، ولی مطالعه آنان مطالعه گذشته نگر بود. در هر دو مطالعه اتوگرافت ملتحمه استفاده شده بود، اما در مطالعه ما از میتومایسین هم استفاده شده بود که با میزان عود کمتری همراه بود.

در مطالعه توصیفی دکتر یانگ سون و همکاران، که روی ۱۷۴ چشم به روش برداشتن ساده ناخنک (بدون بستن محل با به هم رساندن لبه های ملتحمه) انجام شده بود، میزان عود بسته به شدت و درجه ناخنک ۱۱ تا ۶۷ درصد گزارش شد. میزان عود در سنین پایین بیشتر بود [۲۳]. تفاوت این مطالعه با مطالعه ما در روش انجام عمل جراحی و استفاده نکردن از اتوگرافت ملتحمه و میتومایسین سی بود که نشان دهنده تأثیر مثبت میتومایسین و پیوند ملتحمه در جلوگیری از عود ناخنک است.

در مطالعه بوز کر و همکاران دو روش جراحی ناخنک به روش گرفتار ملتحمه اتولوگ (۸۴ مورد) و روش برداشتن سر ناخنک بدون آسیب (۷۱ مورد) (برداشتن سر ناخنک با انسزیون کنار لیمبوس و دستکاری نکردن تنون سپس گذاشتن گرفتار اتولوگ کوچک ملتحمه روی محل برداشته شده) مقایسه شدند. درصد عود در روش گرفتار ملتحمه اتولوگ ۱۸ درصد و در روش برداشتن سر ناخنک بدون آسیب ۴/۲ درصد بوده است. در این مطالعه مشاهده کرده اند که نگهداشتن کپسول تنون و به حداقل رساندن برداشتن ملتحمه باعث افزایش درصد عود ناخنک در طی یک سال نمی شود [۲۳]. تفاوت این تحقیق با مطالعه ما در مقایسه دو نوع مختلف از عمل جراحی و میزان عود پس از آن است، ولی در مطالعه ما علاوه بر پیوند ملتحمه، از میتومایسین هم استفاده شده بود و همچنین پارامترهای دیگری نظیر حدت بینایی، فشار داخل چشم و تغییرات رفراکشن هم بررسی شده بود.

فرید و همکاران مقایسه ای بین میزان عود ناخنک پس از جراحی به همراه گرفتار ملتحمه اتولوگ، که با سوچور یا چسب فیبرینی در محل تثبیت می شد، انجام دادند و نتیجه گرفتند که

همراه باشد، استفاده از روش فلپ چرخشی و میتومايسين هم‌زمان به مدت دو دقیقه هم عود قابل قبولی داشته است (۴/۳ درصد عود). در مطالعه ما استفاده از گرافت آزاد ملتحمه و میتومايسين به مدت یک دقیقه با میزان عود (۳/۳ درصد) و عوارض کمتری همراه بود که به نظر می‌رسد روش قابل قبول‌تری باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میزان عود ناخنک پس از عمل جراحی با استفاده از میتومايسين به مدت یک دقیقه و گرافت آزاد ملتحمه در مقایسه با روش‌های مشابه به میزان قابل توجهی کاهش یافت. همچنین، میزان حدت بینایی بعد از عمل افزایش و علاوه بر کاهش آستیگماتيسم، تغییرات رفرکشن هم به صورت معنی‌داری بهبود یافت.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان بابت حمایت‌های مالی و تأمین امکانات انجام مطالعه حاضر تشکر و قدردانی می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه مصوب با کد IR.MUK.REC.1397.327 است.

تضاد منافع

هیچ‌کدام از نویسندگان این مطالعه تعارض منافی برای انتشار این مقاله ندارند.

در مطالعه دکتر رونگزین چن و همکاران در سال ۲۰۱۷، مقایسه عمل جراحی ناخنک عودکرده با گرافت آزاد ملتحمه و گرافت پرده آمنیوتیک با میتومايسين سی انجام شد. در این مطالعه ۹۶ چشم که دارای عود ناخنک بودند وارد مطالعه و به دو گروه تقسیم شدند. در هر دو گروه گرافت آزاد ملتحمه و گرافت پرده آمنیوتیک از آمپول میتومايسين سی ۰/۰۲ درصد به مدت سه دقیقه استفاده شد. فالوآپ دوازده‌ماهه نشان داد که میزان عود بعد از گرافت آزاد ملتحمه در مقایسه با گرافت پرده آمنیوتیک کمتر بود ($P=0.008$) [۲۸]. این مطالعه نتایج مطالعه ما را درباره استفاده هم‌زمان از گرافت آزاد ملتحمه و استفاده از میتومايسين تأیید می‌کند، هر چند که زمان استفاده از میتومايسين در مطالعه ما کمتر بود که می‌تواند عوارض کمتری به همراه داشته باشد.

در مطالعه حمید خاکشور و همکاران دو روش جراحی ناخنک همراه با میتومايسين سی از نظر عود و عوارض با هم مقایسه شدند. در این کارآزمایی بالینی همه بیمارانی که به علت ناخنک اولیه به بیمارستان تخصصی چشم پزشکی در شرق ایران مراجعه کرده بودند برای ورود به مطالعه انتخاب شدند. بیماران به صورت تصادفی به دو گروه تقسیم شدند و در فواصل یک، سه، شش و دوازده‌ماهه پیگیری شدند. در هر مراجعه بررسی از نظر عود و عوارض زیر نظر متخصص، که از روش جراحی آگاه نبود، انجام شد. رشد بیشتر از ۱ میلی‌متر از بافت ناخنک به عنوان عود در نظر گرفته شد. در گروه اول از تزریق زیر ملتحمه میتومايسين سی یک ماه قبل از عمل به روش صلیبیه برهنه و در گروه دوم از فلپ چرخشی ملتحمه و اسفنج آغشته به میتومايسين سی به مدت دو دقیقه استفاده شد [۲۹]. در مطالعه فوق تفاوت عود بین دو روش جراحی بررسی شده است. گرچه تزریق مستقیم میتومايسين به زیر ملتحمه ممکن است با عوارض طولانی مدت

REFERENCES

1. Tasman W, Jaeger EA, editors. Duane's clinical ophthalmology. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1998. [Link]
2. Shahraki T, Arabi A, Feizi S. Pterygium: an update on pathophysiology, clinical features, and management. Ther Adv Ophthalmol. 2021;13:25158414211020152. [Link]
3. Bazzazi N, Ramezani A, Rabiee M. A comparative study of conjunctival autograft and minimally invasive pterygium surgery in primary pterygia. Pak J Biol Sci. 2010;13(8):409-12. [DOI: 10.3923/pjbs.2010.409.412]
4. Fekadu SA, Assem AS, Adimassu NF. Prevalence of pterygium and its associated factors among adults aged 18 years and above in Gambella town, Southwest Ethiopia, May 2019. PLoS One. 2020;15(9):e0237891. [DOI: 10.1371/journal.pone.0237891]
5. Kamil Z, Bokhari SA, Rizvi F. Comparison of conjunctival autograft and intra-operative application of mitomycin-C in treatment of primary pterygium. Pak J Ophthalmol. 2011;27(4). [Link]
6. Sheha H, Liu J, Tseng SC. Inflammation and the recurrence of pterygium. Adv Ocul Care. 2010;49-51. [Link]
7. Hirst LW. The treatment of pterygium. Surv Ophthalmol. 2003;48(2):145-80. [DOI: 10.1016/s0039-6257(02)00463-0]
8. Alpaz A, Uğurbaş SH, Erdoğan B. Comparing techniques for pterygium surgery. Clin Ophthalmol. 2009;3:69-74. [Link]
9. Biswas MC, Shaw C, Mandal R, Islam MN, Chakroborty M. Treatment of pterygium with conjunctival limbal autograft and mitomycin C--a comparative study. J Indian Med Assoc. 2007;105(4):200, 202, 204. [Link]
10. Özer A, Yıldırım N, Erol N, Yurdakul S. Long-term results of bare sclera, limbal-conjunctival autograft and amniotic membrane graft techniques in primary pterygium excisions. Ophthalmologica. 2009;223(4):269-73. [DOI: 10.1159/000210444]
11. Mikaniki E, Rasolinejad SA. Simple excision alone versus simple excision plus mitomycin C in the treatment of pterygium. Ann Saudi Med. 2007;27(3):158-60. [DOI: 10.5144/0256-4947.2007.158]
12. Raiskup F, Solomon A, Landau D, Ilisar M, Frucht-Pery J. Mitomycin C for pterygium: long term evaluation. Br J Ophthalmol. 2004;88(11):1425-8. [DOI: 10.1136/bjo.2003.039891]
13. Díaz L, Villegas VM, Emanuelli A, Izquierdo NJ. Efficacy and safety of intraoperative mitomycin C as adjunct

- therapy for pterygium surgery. *Cornea*. 2008;27(10):1119-21. [DOI: [10.1097/ico.0b013e318180e4fb](https://doi.org/10.1097/ico.0b013e318180e4fb)]
14. Altıparmak UE, Katircioglu YA, Yağcı R, Yalnız Z, Duman S. Mitomycin C and conjunctival autograft for recurrent pterygium. *Int Ophthalmol*. 2007;27(6):339-43. [DOI: [10.1007/s10792-007-9085-2](https://doi.org/10.1007/s10792-007-9085-2)]
 15. Rajagopal J, Das G, Sharma S, Sahu P. Pterygium recurrence following preoperative topical mitomycin C and 5-fluorouracil eyedrops. *J Fr Ophtalmol*. 2024;47(9):104272. [DOI: [10.1016/j.jfo.2024.104272](https://doi.org/10.1016/j.jfo.2024.104272)]
 16. Jaros PA, DeLuise VP. Pingueculae and pterygia. *Surv Ophthalmol*. 1988;33(1):41-9. [DOI: [10.1016/0039-6257\(88\)90071-9](https://doi.org/10.1016/0039-6257(88)90071-9)]
 17. Küçükerdönmez C, Akova YA, Altınörs DD. Comparison of conjunctival autograft with amniotic membrane transplantation for pterygium surgery: surgical and cosmetic outcome. *Cornea*. 2007;26(4):407-13. [DOI: [10.1097/ico.0b013e318033b3d4](https://doi.org/10.1097/ico.0b013e318033b3d4)]
 18. Sharma A, Gupta A, Ram J, Gupta A. Low-dose intraoperative mitomycin-C versus conjunctival autograft in primary pterygium surgery: long term follow-up. In: *Ophthalmology*. 2000:301-7. [Link]
 19. Bilge AD. Comparison of conjunctival autograft and conjunctival transposition flap techniques in primary pterygium surgery. *Saudi J Ophthalmol*. 2018;32(2):110-3. [Link]
 20. Rubinfeld RS, Pfister RR, Stein RM, Foster CS, Martin NF, Stoleru S, et al. Serious complications of topical mitomycin-C after pterygium surgery. *Ophthalmology*. 1992;99(11):1647-54. [DOI: [10.1016/s0161-6420\(92\)31749-x](https://doi.org/10.1016/s0161-6420(92)31749-x)]
 21. Frucht-Pery J, Siganos CS, Ilsar M. Intraoperative application of topical mitomycin C for pterygium surgery. *Ophthalmology*. 1996;103(4):674-7. [DOI: [10.1016/s0161-6420\(96\)30635-0](https://doi.org/10.1016/s0161-6420(96)30635-0)]
 22. Fernandes M, Sangwan V, Bansal A, Gangopadhyay N, Sridhar M, Garg P, et al. Outcome of pterygium surgery: analysis over 14 years. *Eye (Lond)*. 2005;19(11):1182-90. [DOI: [10.1038/sj.eye.6701728](https://doi.org/10.1038/sj.eye.6701728)]
 23. Bozkir N, Yilmaz S, Maden A. Minimally invasive pterygium surgery: a new approach for prevention of recurrence. *Eur J Ophthalmol*. 2008;18(1):27-31. [DOI: [10.1177/112067210801800105](https://doi.org/10.1177/112067210801800105)]
 24. Farid M, Pirnazar JR. Pterygium recurrence after excision with conjunctival autograft: a comparison of fibrin tissue adhesive to absorbable sutures. *Cornea*. 2009;28(1):43-5. [DOI: [10.1097/ico.0b013e318183a362](https://doi.org/10.1097/ico.0b013e318183a362)]
 25. Wood TO, Williams EE, Hamilton DL, Williams BL. Pterygium surgery with mitomycin and tarsorrhaphy. *Trans Am Ophthalmol Soc*. 2005;103:108. [Link]
 26. Eksteen J, Stulting AA, Nel M. Rotational conjunctival flap surgery reduces recurrence of pterygium. *S Afr Med J*. 2010;100(11):726-7. [Link]
 27. Young AL, Ho M, Jhanji V, Cheng LL. Ten-year results of a randomized controlled trial comparing 0.02% mitomycin C and limbal conjunctival autograft in pterygium surgery. *Ophthalmology*. 2013;120(12):2390-5. [DOI: [10.1016/j.ophtha.2013.05.033](https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2013.05.033)]
 28. Chen R, Huang G, Liu S, Ma W, Yin X, Zhou S. Limbal conjunctival versus amniotic membrane in the intraoperative application of mitomycin C for recurrent pterygium: a randomized controlled trial. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2017;255(2):375-85. [DOI: [10.1007/s00417-016-3509-5](https://doi.org/10.1007/s00417-016-3509-5)]
 29. Khakshoor H, Etezad Razavi M, Daneshvar Kakhki R, Shakeri M, Farrokh Ghate M, Ghooshkhaneh H, et al. Comparison of complications and recurrence between two different surgical methods with mitomycin C for pterygium removal. 2013. [Link]