

รายงานผู้ป่วย : การฉีดยาสเตียรอยด์ในผู้ป่วยภูมิแพ้ที่ตาชนิด Vernal Keratoconjunctivitis (VKC)

อาจารย์แพทย์หญิงวิมลวรรณ จุวัฒนสำราญ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงมัญชิมา มะกรวัฒนะ
แพทย์หญิงสุนทรี ธิติวิเชียรเลิศ
ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

โรคภูมิแพ้เยื่อตาชนิด *Vernal keratoconjunctivitis* เป็นปัญหาที่จักษุแพทย์พบได้เป็นประจำในเวชปฏิบัติ บางครั้งการรักษาด้วยวิธีการทั่วไป อาจไม่สามารถให้การรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการรักษาด้วยวิธีการอื่นอีกหรือไม่ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคภูมิแพ้ของท่านมีอาการดีขึ้นได้

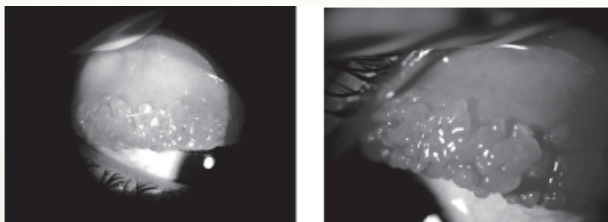
เด็กหญิงไทย อายุ 12 ปี มาพบแพทย์ด้วยอาการคัน ระคายเคืองตาทั้งสองข้าง เป็นๆ หายๆ 1 ปีก่อน มาโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ สู้แสงได้ปกติ ไม่มีปวดตา ไม่มีตาแดง ไม่มีตาพร่ามัว รักษาหยอดตาโรงพยาบาลใกล้บ้านต่อเนื่องเป็นเวลานานไม่ทุเลา ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธโรคภูมิแพ้ในครอบครัว

การตรวจร่างกาย

- ปกติ ไม่มีผื่นผิวหนัง (atopic skin lesion)

การตรวจตา

	RE	LE
– Visual acuity	20/20	20/20
– Intraocular pressure	12 mmHg	14 mmHg
– Eyelids		Allergic shiner BE
– Conjunctiva		Cobblestones papillae BE
– Cornea		Punctate epithelial erosion at inferior one third BE
– Lens	clear	clear
– Upper tarsus (ตั้งรูป)		



รูปที่ 1-2 แสดงเยื่อบุตาด้านบน (superior tarsus) พบมี giant cobblestones papillae ทั้งสองตา

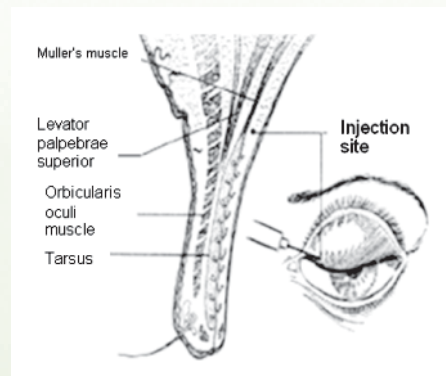
การวินิจฉัย

Vernal Keratoconjunctivitis (VKC) both eyes

การรักษา

- หลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้ (avoid allergen)
- ประคบเย็นเพื่อช่วยลดอาการคัน (cold compression)
- Topical corticosteroids ให้ยา 0.5% Fluorometholone eyedrop หยอดตาสองข้างวันละ 4 ครั้ง
- Topical mast cell stabilizer ให้ยา 0.25% Ketotifen eyedrop หยอดตาสองข้างวันละ 2 ครั้ง
- น้ำตาเทียมชนิดไม่มีสารกันเสีย (non-preservative tear) หยอดตาสองข้างวันละ 4 ครั้ง
- รับประทานยาแก้ภูมิแพ้ (oral antihistamine)

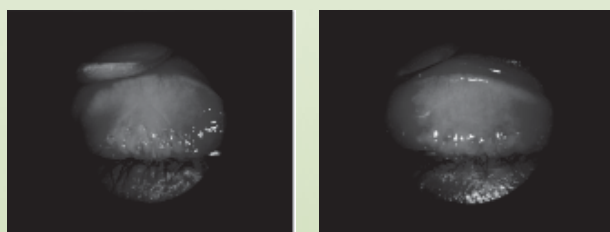
ติดตามการรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องเป็นเวลา 4 เดือน อาการและอาการแสดงไม่ดีขึ้น จึงพิจารณาทำการฉีดยาสเตียรอยด์ ชนิด Dexamethasone phosphate 2 มิลลิกรัม บริเวณใต้เยื่อบุตาเหนือขอบบนของ tarsal plate ที่เปลือกตาบนทั้งสองข้าง ดังรูปที่ 3



รูปที่ 3 แสดงการฉีดยาสเตียรอยด์ที่เยื่อบุตาด้านบน

นัดติดตามผลที่ 2 สัปดาห์

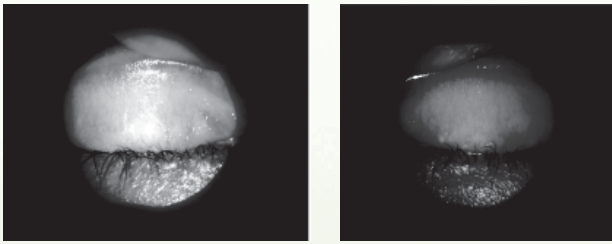
ผู้ป่วยมีอาการระคายเคืองตาลดลง ไม่มีอาการปวดตา ไม่มีอาการแสบตา ตรวจตา intraocular pressure 26 และ 25 มิลลิเมตรปรอท พิจารณาให้ยาลดความดันลูกตากลุ่ม 0.5% Timolol eyedrop ทั้งสองข้าง เข้า-เย็น



รูปที่ 4-5 แสดงเยื่อบุตาด้านบน (superior tarsus) พบ cobblestone papillae มีขนาดเล็กลงทั้งสองตา

นัดติดตามผลที่ 1 เดือน

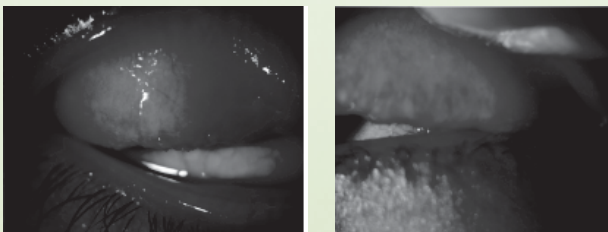
ไม่มีอาการคันหรือเคืองตา intraocular pressure 24 และ 23 มิลลิเมตรปรอท พิจารณาเปลี่ยนยาหยอดลดความดันลูกตาเป็นกลุ่ม alpha 2 -agonist เป็น 0.15% Brimonidine-P eyedrop หยอดตาสองข้าง เข้า-เย็น



รูปที่ 6-7 แสดงเยื่อบุตาด้านบน (superior tarsus) papillae ขนาดเล็กและยุบแบนลงชัดเจน

นัดติดตามผลที่ 3 เดือน

อาการทางตาปกติทั้งสองข้าง intraocular pressure 15 และ 16 มิลลิเมตรปรอท และสามารถลดยาหยอดลดความดันตา



รูปที่ 8-9 แสดงเยื่อบุตาด้านบน (superior tarsus) ใกล้เคียงปกติทั้งสองตา

วิจารณ์

Vernal Keratoconjunctivitis เป็นโรคภูมิแพ้เยื่อบุตาอักเสบชนิดหนึ่งที่พบได้บ่อยในเด็กและวัยรุ่น พยาธิกำเนิดของโรคนี้อาจเกิดจากปฏิกิริยาผ่านทาง immunoglobulin E และเซลล์พวก eosinophils, mast cells, lymphocytes และ plasma cells ส่วนใหญ่ mast cells เกิด degranulation หลั่งสาร histamine และ cytokines ชนิดต่างๆ นอกจากนี้ยังพบ specific immunoglobulin G และ complements ในน้ำตา ทำให้เชื่อว่าอาจมี immune complex ของ immunoglobulin G กระตุ้น complement ทำให้เกิดอาการทางตาได้ ผู้ป่วยมีอาการคันตาและแสบตามาก ส่วนใหญ่พบทั้งสองตา พบ papillary hypertrophy ที่ tarsal

counjunctival ของตาด้านบน ซึ่งเรียกว่า cobblestones papillae ลักษณะจะเป็นรูปหลายเหลี่ยม แข็ง ด้านบนจะแบน นอกจากนี้ยังพบ Horner Trantas dots ซึ่งเกิดจากการรวมกลุ่มของเซลล์ eosinophils ที่ limbus อาการแสดงที่กระจกตาอาจพบ epithelial keratitis, shield corneal ulcers

การรักษาภูมิแพ้ที่ตามีหลายวิธีดังกล่าวแล้วข้างต้น แต่ผู้ป่วยรายนี้ต้องการรักษา และทนต่อผลข้างเคียงแสบตาจากยาหยอดตา cyclosporine ไม่ได้

ผู้ป่วยรายนี้มีอาการและอาการแสดงมากหยอดยาต่อเนื่องเป็นเวลานานไม่ดีขึ้น ผู้เขียนจึงพิจารณาให้การรักษาโดยการฉีด corticosteroids ในรูป Dexamethasone บริเวณใต้เยื่อบุตาเหนือขอบบนของ tarsal plate ที่เปลือกตาบนทั้งสองข้าง (supratarsus) ตรวจติดตามผลการรักษา พบว่าอาการคันตาลดลงจนปกติ ตรวจตาพบว่า cobblestones papillae ขนาดเล็ก ยุบแบนลงเห็นผลชัดเจนที่ 1 เดือนหลังการฉีดยา ผู้ป่วยรายนี้เกิดผลข้างเคียงจากการรักษาคือความดันลูกตาสูงขึ้นทั้งสองข้าง แต่สามารถควบคุมได้ดีด้วยยาหยอดลดความดันลูกตาภายหลังรักษาเป็นเวลา 3 เดือน

สรุป

การฉีดยา corticosteroids บริเวณ supratarsus ในรายของ VKC ที่ต้องการรักษาด้วยวิธีอื่น (refractory vernal keratoconjunctivitis) เป็นอีกวิธีหนึ่งในการรักษา ที่ช่วยลดอาการและอาการแสดงได้อย่างรวดเร็ว ลดขนาดของ cobblestones papillae ได้อย่างชัดเจน

อย่างไรก็ตาม ควรตระหนักถึงผลข้างเคียงจากสเตียรอยด์และให้การรักษาอย่างเหมาะสม รวมทั้งควรติดตามผลการรักษาเพิ่มเติมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Friedlaender MH. Ocular immune response. In : Friedlaender MH, ed. Allergy and Immunology of the eye, 2nd edition. New York : Press Ltd. 1993:53-73.
2. Heidemann DG. Atopic and Vernal keratoconjunctivitis. Focal Points 200 1;19:1-12.

A Case Report : Supratarsal Injection of Corticosteroids in Refractory Vernal Keratoconjunctivitis (VKC)

Wimolwan Juwattanasomran, MD.

Manchima Makornwattana, MD.

Suntaree Thitiwichienlert, MD.

Department of Ophthalmology, Faculty of Medicine, Thammasat University

Abstract

Vernal keratoconjunctivitis is common allergic conjunctivitis in childhood and adolescent. We report a Thai 12 years old girl with long-standing severe ocular itching, irritation, minimal photophobia, cobblestone papillae and superficial punctate keratopathy in both eyes. Her vision was unchanged and unresponsived to topical steroid and artificial tears had given only limited relief. In addition to treat with supratarsal dexamethasone phosphate 0.5 ml injection in both eyes, partial debridement in left eye was performed.

Results : At two week follow-up, the symptoms of ocular itching, irritation, photophobia were improved. The inflammation of conjunctiva and cornea showed improvement. Cobblestone papillae in both eyes was regressed after 4 weeks of therapy.

Conclusions : Supratarsal Dexamethasone phosphate injection effectively and rapidly resolved symptoms and signs associated VKC. This showed that supratarsal Dexamethasone phosphate injection can be the effective primary and adjunctive treatment of refractory VKC.