Arabic Summary

الملخص العربي

الملخص العربى للرسالة

يحتوى الجزء الأول من الرسالة على ملخص للمراجع الرمدية الخاصة بعملية ترقيع القرنية النافذ والمضاعفات الناجمة عنها وقد تم تقسيم هذا الجزء إلى سبعة فصول . يشتمل الفصل الأول على إختيار الرقعة المناسبة ودواعى إجراء الجراحة والتفاصيل الفنية للعملية . ولقد تم ذكر الشروط الواجب توافرها لإختيار الرقعة المناسبة وتقييمها بواسطة إستعمال المصباح الشقى ومجهر القرنية . وأيضا وُصفت الطرق المستخدمة فى حفظ القرنية وهى قصيرة الأمد ومتوسطة وطويلة الأمد .

ولقد اشتمل الفصل الأول أيضاً على ذكر دواعى إجراء الجراحة مع التركيز على أحدث المسببات مثل تدهور القرنية الحادث بعد عمليات الكتاراكتا أو الحادث نتيجة زرع العدسات داخل العين وكذلك إعادة ترقيع القرنية فى حالة فشل الرقعة الأولى والإضمحلال الإعاشى الذى يعترى الغشاء الطلائى الداخلى للقرنية فى مرض «فوخس» وتقمع القرنية وإلتهاب القرنية الفيروسى .

وقد تم شرح التفاصيل الفنية للعملية فى هذا الفصل مشتملة على طرق إعداد الرقعة وقرنية المريض المستقبلة لها وكذلك الطرق المختلفة لتثبيت الرقعة .

ولقد كان موضوع الفصل الثانى هو الأنواع المختلفة من رفض الرقعة وخصائصها الإكلينيكية وكيفية حدوثها وطرق علاجها ويحتوى الفصل الثالث

على تشخيص الجلوكوما التى قد تحدث بعد عملية ترقيع القرنية ونسبة وكيفية حدوثها وطرق علاجها .

ولقد تسبب التحسن الكبير الذى طرأ على الجراحات الميكروسكوبية وطرق حفظ القرنية فى إرتفاع نسبة الرقع الصافية بعد العملية ولكن الاستجماتزم الكبير الحادث بعد العملية يُشكل مشكلة كبيرة أمام العودة السريعة للنظر الطبيعى للمرضى ولقد شُرحت العوامل المؤثرة فى حدوث هذا الاستجماتزم وطرق علاجه بصرياً وجراحياً فى الفصل الرابع .

وتعتبر سلامة الطبقة الطلائية الخارجية للقرنية بعد عملية الترقيع حيوية لضمان سلامة الرقعة وذلك لأن قرحة الرقعة لا تؤثر فقط على النظر بل قد يمتد أثرها إلى رفض الرقعة أو إلتهابها أو إنثقابها . وقد تحدث قُرَّح الرقعة وهى موضوع الفصل الخامس إما أثناء حفظ القرنية قبل العملية أو خلال العملية نفسها أو بعدها . وتُشكِل الإلتهابات الناجمة عن عمليات ترقيع القرنية أهمية كبرى لأنه بالإضافة إلى المخاطر التى قد تحدث نتيجة أى عملية تُجرى داخل العين فهنالك أيضاً العديد من العوامل التى تزيد نسبة حدوث الإلتهابات قبل وأثناء وبعد إجراء ترقيع القرنية . فقبل العملية تكون خطوط دفاعات العين منهكة فى معظم الحالات التى تتطلب إجراء ترقيع القرنية وأثناء العملية ربما تكون الرقعة هى مصدر العدوى وبعد العملية هناك العديد من العوامل التى تعوق عودة الدفاعات الطبيعية للعين مثل إنعدام حساسية القرنية وإستعمال الكورتيزون الموضعى لمدة طويلة وفقدان الطبقة الطلائية الخارجية وترك الغرز فى أماكنها لمدد طويلة حتى يتم الشفاء .

وتشتمل المضاعفات قليلة الحدوث بعد ترقيع القرنية على تورم الماقولة والإنفصال الشبكى وغزو العين بواسطة الطبقة الطلائية الخارجية للقرنية وحويصلات القزحية وعدم إلتئام الرقعة وكذلك النزيف المشيمى القاذف وقد تم ذكرها بإختصار فى الفصل الأخير .

ويتكون الجزء الثانى من الرسالة على دراسة إكلينيكية لواحد وثلاثين مريضا أجريت لهم جراحة ترقيع القرنية الثاقب وتتكون هذه المجموعة من المرضى من سبعة عشر أنثى وأربعة عشر ذكراً وتتراوح أعمارهم بين ١١ و ٧٥ سنة ولقد تم إستخدام العيون الكاملة الطازجة فى ترقيع القرنية فى ثلاثين مريضا بينما استخدمت رقعة محفوظة من بنك العيون فى مريض واحد فقط .

وكان الهدف من إجراء الجراحة لمرضانا إما بصرى لتحسين الرؤية أو شكلى جمالى لتحسين شكل العين ولم يكن الهدف علاجى أو تعويضى فى أى من مرضانا .

وتبعاً للتشخيص قبل العملية تم تقسيم المرضى إلى ست مجموعات هم طبقاً للترتيب العددى عتامة بالقرنية ملتصقة بالقزحية ثم عتامة غير ملتصقة ثم إضطرابات نمو (ذبول) القرنية فى العينتين ثم إعادة الترقيع ثم الإلتهاب القرنى التكورى الناتج بعد عمليات الكتاراكتا ثم حوصلة «نيسميت» .

ولقد تم قطع الرقعة المعطاه من ناحية الطبقة الطلائية الخارجية فى جميع المرضى ما عدا رقعة بنك العيون التى قُطعت من ناحية الطبقة الطلائية الداخلية وفى كل الحالات كان محيط الرقعة أكبر من القرنية المستقبلة بـ ٢٥, مم

فى حالة العيون التى تحتوى على العدسة البلورية و ٥٠. مم فى حالة العيون التى أزيلت منها العدسة إما قبل العملية أو أثنائها .

ولقد تم إجراء جراحة ترقيع القرنية النافذ البسيط لعشرين مريضا يشكلون نسبة ٦٤.٥٪ من مجموع المرضى بينما أجريت جراحات مزدوجة للأحد عشرة مريضاً الآخرين بنسبة ٣٥.٥٪ وهذه إشتملت بالإضافة إلى ترقيع القرنية على إزالة الكتاراكتا أو إعادة تنظيم الجزء الامامى من العين أو إستئصال الجسم الزجاجى أو إستخراج عدسة من داخل العين .

ولقد تراوح نظر المرضى قبل العملية بين إستقبال الضوء و ٦/٦٠ أما بعد العملية بسنة فلقد تراوح النظر بين إستقبال الضوء و ٩/٦ وتم إعتبار العملية ناجحة فى حالة المرضى الذين تحسن نظرهم إلى ٦/٦٠ أو أكثر وقد حدث التحسن البصرى فى ٦٧.٧٪ من المرضى ومع إستثناء المرضى الذين كان الهدف من إجراء الجراحة لهم هو الشكل الجمالى فقط دون توقع تحسن بصرى ترتفع هذه النسبة لتصبح ٧٧,٨٪ .

وقد استخدمنا خيوط النايلون ١٠-. على إبر حادة مدببة لتثبيت الرقعة مستعملين ٣ طرق لحياكة الرقعة هى بترتيب التحسن البصرى ، الطريقة المتقطعة ثم الطريقة الخليط ثم الطريقة المستمرة .

ولقد حدث رفض للرقعة فى أحد عشر مريضاً بنسبة ٣٥.٥٪ من مجموع مرضى هذه الدراسة وقد أمكن التغلب على هذا الرفض بواسطة الكورتيزون سواء الموضعى أو بالحقن تحت الملتحمة وأحياناً بواسطة الاقراص أيضاً فى ستة مرضى شكلوا نسبة ٥٤,٥٪ من المرضى الذى عانوا من رفض الرقعة أما الخمسة

الباقين فلقد عانوا من رفض تام للرقعة واحتاجوا إلى عملية إعادة الترقيع فيما بعد .

ولقد حدثت الجلوكوما فى تسعة مرضى يشكلون ٢٩٪ من مجموع المرضى . وكان ثلاثة من هؤلاء التسعة ما زالت أعينهم تحتفظ بعدساتها البللورية بينما كان الستة الباقون أو أصبحوا بدون عدساتهم البللورية بعد العملية ولقد أمكن علاج الجلوكوما دوائيا فى ثمانية مرضى بنسبة ٨٨,٩٪ بإستخدام مضادات الخميرة الكربومائية وقطرة «تيمولول ماليات» واحتاجت مريضة واحدة لإجراء جراحة وهى المريضة الوحيدة التى عانت من غزو العين بواسطة الطبقة الطلائية الخارجية للقرنية .

ولقد تم إكتشاف استجماتزم كبير فوق ٣ ديوبتر فى ثمانية مرضى بنسبة ٢٥,٨٪ من مجموع المرضى خلال الشهر الأول بعد العلمية وقد نجحت الإزالة المبكرة لبعض الغرز المتقطعة فى تقليل هذا الاستجماتزم ليصبح أقل من ٣ ديوبتر فى سبعة مرضى بحلول نهاية الشهر السادس بعد العملية أما المريض الثامن فلقد احتاج إلى تصحيح جراحى بعد أربعة عشر شهراً من العملية .

ولقد حدثت قرح فى الرقعة فى اثنى عشرة مريضاً بنسبة ٣٨,٧٪ من مجموع المرضى وقد أمكن علاجهم دوائياً دون أن يتركوا أى أثر ما عدا اثنين منهم تم شفاءهما عن طريق وضع عدسات ملتصقة علاجية . ولقد لاحظنا أن الاوعية الدموية السطحية كانت على وشك أن تغزو الرقعة عن طريق قنوات الغرز المتقطعة فى تسعة من مرضانا بنسبة ٢٩٪ ولكننا نجحنا فى إيقاف هذه الاوعية الدموية عن طريق إزالة الغرز المتسببة فى ذلك .

ولقد عانى مريض واحد فقط بنسبة ٣.٢٪ من إلتهاب صديدى بالعين بعد العملية وكان هذا المريض يبلغ من العمر ٧٠ سنة وأجريت له جراحة مزدوجة لإزالة الكتاراكتا مع ترقيع القرنية ، مع فقد جزء من الجسم الزجاجى وأثبتت التحاليل أن الميكروب كان من نوع «سودوموناس بيوسينياس» .

والخلاصة أن هناك الكثير من المضاعفات التى يُحتمل حدوثها بعد ترقيع القرنية ولكن يمكن التغلب عليها عن طريق الإختيار المناسب للمرضى والإعتناء الشديد بالتفاصيل الفنية للعملية والمتابعة المثابرة بعد العملية . ولحسن الحظ فإن عملية ترقيع القرنية ناجحة وخالية من المضاعفات فى حوالى ٨٥ إلى ٩٥٪ من الحالات ويُتوقع أن يستمر تحسن النتائج فى السنوات المقبلة مع التقدم فى محاولات تقليل الاستجماتزم .