Recent advances in management of amblyopia

Tameem Taha Mohamed Mohamed

يعرف الكمش كضعف أحادي أو ثنائي في حدة الأبصار المركزية مع عدم وجود خلل عضوي مرئي يفسر هذا الضعف وذلك مع عدم تأثر المجال البصري الخارجي ولا الرؤية اللونية ولا القدرة على تحديد الحركات.بالإضافة إلى ذلك لا يوجد خلل عضوي في النقرة البصرية ولا يوجد خلل يؤدي مورد إلا في حالات الكمش الشديد.ومن وجهة النظر الإكلينيكية يتم تشخيص الكمش عند وجود حدة أبصار تعادل 6 /12 أو أضعف مع إضافة مؤشر أخر وهو وجود فريق بين قوة أبصار العينين يعادل صفا أو صفين على لوحة العلامات.وتقدر نسبة حدوث الكمش بنسبة 2.5% تقريباً من عدد السكان مما يطرح مشكلة اجتماعية واقتصادية حقيقية.يبدأ التطور في الجهاز البصري منذ الولادة وحتى سن التاسعة من عمر الإنسان حيث يتم نضج الجهاز البصري ويصبح محصناً ضد أي تغيير.ويصاحب هذا التطور تطوراً لاحقاً في الوظائف البصرية كقوة الإبصار والرؤية الموحدة الثانية للعينين وبعض الوظائف الأخرى كالرؤية المجسمة وقوة الإبصار الورنية.كما يمكن أن نقسم الكمش إلى كمش وظيفي أو كمش عضوي ويقصد من وجهة النظر الإكلينيكية النوع الوظيفي منه.وقد أثبتت الدراسات الحديثة أنه يتم معالجة المعلومات البصرية من خلال طريقتين متميزتين. وتنشأ هاتان الطريقتان من مجموعات مختلفة من الخلايا العقدية بالشبكة وتبدأن التميز عن الجسم الجانبي الجينيكولاتي إلى (خلايا بارقي (الصغيرة) وخلايا ماجنو (الكبيرة ويستمر هذا التميز في القشرة المخية المحررة. ويعتبر كل طريق بصري مسئول عن وظائف بصرية مختلفة.وقد تم اقتراح العديد من النظريات لتعريف التغير الوظيفي في الكمش بدءاً من أقدم النظريات التى ترجع الكمش إلى اللا استعمال مروراً بنظرية الكبح ونظرية الإلغاء أو لانطفاء والكبت.والجدير بالذكر أن هذه النظريات فشلت في أن توافق المعايير المطلوبة لتعريف الباثوفسيولوجيا في الكمش.ولقد ارجعت الأبحاث الحديثة حدوث الكمش إلى بعض التقنيات الأساسية مثل التداخل الثنائي الغير سوى للرؤية والحرمان الشكلي للنقرة البصرية أو كلاهما معاً وهذا يحدث أثناء فترة اللدونة (الفترة الحرجة). وتسبب هذه التقنيات في حدوث منافسة تثبيطية تؤدي إلى تحول في السيطرة البصرية بالمراكز البصرية العليا. ويستتبع ذلك حدوث تغيرات تشريحية وظيفية لاحقة بالمراكز البصرية العليا فيما عدا مستوى العين.وقد تم تصنيف الكمش تبعاً لسبب حدوثه إلى كمش حولي وكمش لاختلاف مدى العينين وكمش لتيه البصرة وكمش حرماني وكمش خلقي وكمش انغلاقي.على أنه قد تم اقتراح تصنيفات أخرى للكمش بناء على عمق الكمش ونوعية العجز بالوظائف البصرية.وتعتبر الصور الأكلينيكية والتشخيص في حالات الكمش من الأمور المعقدة والمتميزة. فأنه من المعروف جيداً أن قوة الإبصار المركزية تنخفض ولكن يمكن التحدي في تشخيص حالات الكمش عند مستويات الإبصار الضعيفة.وتتميز ظاهرة الاحتشاد في حالات الكمش وأيضاً فإن قوة الأبصار المشبكة تنخفض ولكن لدرجة أقل من الانخفاض في قوة الإبصار المركزية.وتعتبر العين في حالات الكمش في أفضل حالاتها عند انخفاض مستوى الإضاءة.ويبدأ علاج الكمش بالتشخيص المبكر للحالات. ولقد أثبتت برامج الوقاية أهميتها في هذا الصدد.ويمكن علاج الكمش الوظيفي في الأطفال الصغار إذا تم علاجه مبكراً وذلك قبل أن يصبح الأبصار الثنائي الموحد مكتمل النمو من عمرسنه إلى سبع سنوات.واستخدمت قبل ذلك عدة طرق من العلاج ولكن أنجح طريقة هي أغلاق العين ذات حدة الأبصار الجيد وذلك لكي نحث العين ذات الكمش على العمل على تحسين حدة إبصارها.ويتمثل العلاج المحدد في حالات الكمش بالتصحيح البصري وبإغلاق العين السليمة. ويتم استخدام الجراحة عندما يكون العجز متعلقاً بخلل جراحي في العين في حالات معينة وتستخدم الإعاقة البصرية أحياناً كبديل لنظام أغلاق العين.وكلما كان الطفل صغيراً كلما كانت الاستجابة للعلاج أسرع وكانت الاحتمالات للعلاج أسرع وكانت الاحتمالات أفضل بتقدم الإبصار. وبما أنه في الأطفال الصغار يوجد خطر حقيقى بالنسبة للعين المغلقة وذلك بأن تصاب بكمش

(الكمش الانغلاقي) أثناء العلاج فلابد من المتابعة الدقيقة لحدة الإبصار على فترات منتظمة ومحددة حسب سن المريض ونوع وعمق الكمش.وقد وجد أن النقص في التعاون الجيد والمتابعة غالبا ما يطيل فترة العلاج ويحد من تأثيره.