منشورات جامعة دمشق
كلية الطب

الأمراض الجلدية والزهرية

لطلاب الطب البشري

الدكتور صالح داود
أستاذ ورئيس قسم الأمراض الجلدية
كلية الطب جامعة دمشق

الدكتور عبد الرحمن قادري
مدرس في كلية الطب
جامعة دمشق

جامعة دمشق

١٤٣٤ - ١٤٣٥ هـ
٢٠١٣ - ٢٠١٤ م

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

مقدمة

يشهد العالم حالياً انفجاراً وثورة في المعلومات ، لم يشهدها في السابق ، انعكس ذلك على العلوم الطبية ، ومنها طب الجلد واختصاصاته الدقيقة . ولهذا وجدنا لزاماً علينا تأليف كتاب جامعي جديد يعكس هذه التطورات لنقلها إلى طلابنا وأطبائنا الأعزاء ، متوخين الإيجاز ، والحرص على ذكر ما يهم الطبيب في ممارسته ، من الأمراض الجلدية الشائعة مهما كان اختصاصه . أعددناه من المصادر الحديثة ومن الدوريات الجلدية العالمية ، وأضفنا خبراتنا في تدريس وممارسة طب الجلد منذ أكثر من ربع قرن .

لقد ضمّ كتابنا صوراً ملونة لتسهيل فهم أمراض الجلد وتشخيصها ، كما ألحقنا به فهرساً للمصطلحات الطبية . نرجو من عملنا هذا أن نكون قد أضفنا كتاباً جديداً مفيداً لأطبائنا والله من وراء القصد .

المؤلفان

Damascus University


وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

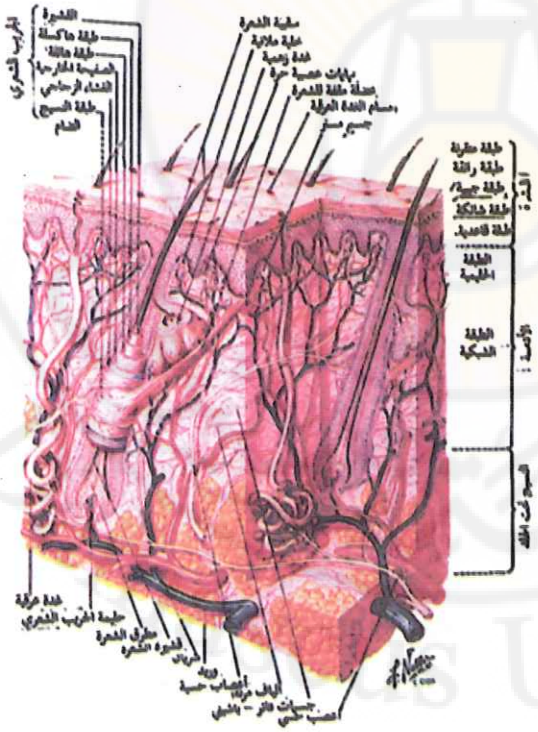
الفصل الأول

خصائص الجلد وتركيبه

فحص المريض الجلدي وتشخيص الأمراض الجلدية

خصائص الجلد العامة وتركيبه

يحيط الجلد بالعضوية ويغلفها ، وبهذا يقيها من العوامل الخارجية المؤذيـة ، وهـو مسؤول عن وظائف فيزيولوجية ومناعية كثيرة ذات أهمية كبيرة في الدفاع عن البدن ، حيث لا حياة بدون الجلد .



الشكل ١-١ : مقطع عام يبين تركيب الجلد

الجلد عضو معقد التركيب ويعد الأوسع في العضوية ، يزن ٣ ـ ٤ كغ أي ٦ ـ ٧٪ من وزن الجسم ، وتبلغ مساحته ٢ م^{2} تقريباً . يقوم الجلد بتركيبه المتميز ، حائلاً دون دخول المواد الخارجية المؤذية له ، والمواد الكيميائية والعوامل الممرضة ، ويبقي على الماء والبروتينات في الجسم . وينظم الجلد حرارة العضوية ويدفع عنها غائلة الأذيات الخارجية . والجلد عضو حسي يلتقط الإحساسات بأشكالها وينقلها إلى الجملة العصبية وله أهمية نفسية واجتماعية ، وفيه فتنة الجمال ومسحته ، وأي عيب فيه يضر بصحة الإنسان النفسية والاجتماعية . والجلد عضو مهم في الجهاز المناعي . كل هذا يدعو للقول أن الجلد ليس وعاءً حاوياً يحتوي العضوية فقط ، وإنما هو عضو فاعل مضطلع بأعباء ووظائف كثيرة لا يمكن العيش بدونه ، ومنفعل بأوامر ونظم العضوية عامة وذلك للبقاء على قيد الحياة .

سطح الجلد أملس في حالته الطبيعية ، تقع على سطحه فوهات الغدد العرقية التي تُعرف بالمسام ، وفوهات الجُريبات الشعرية والزهمية ، والأخيرة تفرز الزهم لتطرية الجلد وإضفاء النعومة عليه .

تختلف سماكة الجلد بين منطقة وأخرى ، فهو سميك في أخمص القدم ورقيق في الأجفان . يتألف الجلد من ثلاث طبقات من الأعلى إلى الأسفل ، البشرة ، الأدمة ويربط البشرة بالأدمة الموصل ـ البشروي الأدمي ، وتأتي تحت الأدمة الطبقة تحت الأدمة (السبلة الشحمية) ، وللجلد لواحق هي الأشعار والأظفار والغدد العرقية والزهمية (شكل ١ـ١) .

وقبل أن نبحث في تركيب هذه الطبقات لابد من الإشارة إلى المنشأ الجنيني للجلد .

المنشأ الجنيني للجلد

تنشأ مكونات الجلد من الأديم الظاهر ، والأديم المتوسط . وتنشأ البشرة والمكونات الظهارية من الأديم الظاهر ، بينما تنشأ مكونات اللحمة المتوسطة للأدمة من الأديم المتوسط . تبدأ في الحياة الجنينية أولى ملامح الجلد في نهاية الشهر الأول من عمر الجنين ، حيث يغطي جلده بطبقة من الخلايا الظهارية المكعبة ، وتتشكل طبقة ثانية من الخلايا الظهارية في نهاية الأسبوع الرابع ـ إلى السادس من الحمل ، وتسمى

الطبقة الخارجية طبقة حول الأدمة Periderm والداخلية هي الطبقة القاعدية . تتوسف الطبقة حول الأدمة والتي هي بتماس مع السائل الأمنيوسي ، بشكل تدريجي لتغيب في الأسابيع ٢١ من عمر الحمل . تبدأ طبقة متوسطة بالتشكل بين طبقة حول الأدمة والطبقة القاعدية في الأسبوع ١١ ، ويطلق على الطبقة القاعدية أيضاً الطبقة المنتشة stratum germinativum وهي تتكاثر وتنقسم باستمرار مدى الحياة .

تتمايز الطبقة المتوسطة في الأسبوع الأول إلى عدة طبقات ، الشائكة spinus ، الحبيبية granular والمتقرنة cornified layer .

يبدأ الموصل البشروي ـ الأدمي بالظهور بالأشهر الثلاثة الأولى من عمر الجنين ، وتتكامل عناصره في نهاية الشهر الرابع . تهاجر خلايا القنزعة العصبية في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل إلى البشرة وتشكل الصانعات الملانية وربما خلايا ميركل أيضاً ، ويمكن التعرف عليها بالملونات الخاصة في الأسبوع العاشر إلى الحادي عشر .

تتواجد خلايا لانغرهانس المشتقة من نقي العظم في البشرة في الأسبوع السابع وتظهر عليها علاّمات مستضدات HLA-DR و CDI في الأسبوع الثاني عشر ، وتظهر فيها حبيبات بيربيك في الأسبوع العاشر . يبدأ حريب الشعرة في الظهور في جلد الجنين في الأسبوع التاسع وتتشكل غالبية الجريبات في الشهر الخامس ، وأن أول ظهور الشعر والذي يُدعى الزغب Lanugo هو في الأسبوع الثاني عشر ويتساقط قبل الولادة . تتشكل العضلات الناصبة للشعر خلال الأشهر الستة الأولى من الحمل ، وتتواجد الغدد الزهمية الناضجة في الوجه في الشهر السادس من الحمل ، أما الغدد العرقية الناتجة فتظهر في الأسبوع العاشر إلى الرابع عشر .

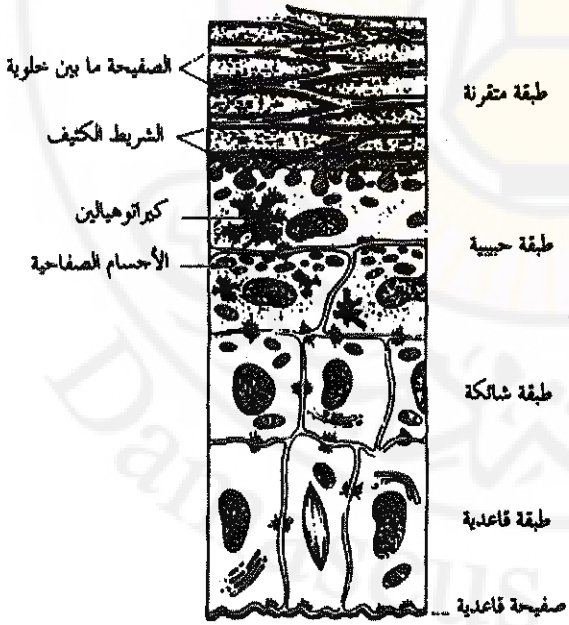
تبدأ الأدمة بالتشكل في الأسبوع ٥ ـ ٧ من الحياة الرحمية ولا يمكن تمييزها عن السبلة الشحمية ، ويظهر الكلاجين واضحاً في الأدمة في الأسبوع ٨ ـ ٩ ، وتصبح الأدمة ليفية أكثر منها خلوية في الأسبوع ١٠ ـ ١٢ وتتشكل فيها الأوعية الدموية والأعصاب . يبدأ تشكل النسيج الشحمي في الشهر الرابع إلى الخامس من الحياة الرحمية ، ويتشكل الشحم الرمادي والأبيض . ولابد من الإشارة إلى أن الخلايا الشحمية هي من منشأ اللحمة المتوسطة ويتوضع بين فصيصاتها نسيج حاجزي تخترقه الأوعية الدموية واللمفية والأعصاب .

تركيب الجلد

البشرة Epidermis

تشكل البشرة بتركيبها المعقد ، وظيفة ذات أهمية كبيرة في الجلد ، والطبقة المتقرنة على سطحها ، والتي هي نتاج عمليات كيميائية حيوية تقع هذه العمليات ضمن طبقات البشرة وبخاصة مادة الكيراتين والفلاغرين Filaggrin . ويبدو أن الوظيفة الأهم للخلايا المقرنة Keratinocytes هي تشكيل طبقة الخلايا المتقرنة وكيراتينها ، وإن أي عيب أو خلل في تطور الخلايا المتقرنة أو تشكل الكيراتين يقود إلى أمراض جلدية واضطرابات في وظيفة البشرة . وتعتمد وظيفة الجلد الوقائية من العوامل المؤذية ، على ارتباط البشرة الوثيق بالأدمة أيضاً .

تتألف البشرة من أربع طبقات وهي من الأسفل إلى الأعلى : الطبقة القاعدية ، الطبقة الشائكة ، الطبقة الحبيبية وطبقة الخلايا المتقرنة ، إضافة إلى طبقة خاصة هي الطبقة الرائقة التي توجد في الراحتين والأخمصين فقط (شكل ١-٢) .



الشكل ١-٢ : طبقات البشرة وتمايزها

(مأخوذة من كتاب طب الجلد وجراحته ١٩٩٦تأليف K. Arndt وآخرون)

. **الطبقة القاعدية Basal Layer** : وتتألف من صفٍ واحدٍ من الخلايا وقد تكون من ١ ــ ٣ صفوف في الجلد الأجرد ، والخلايا القاعدية مكعبة أو مستطيلة الشكل ، تحتوي هذه الخلايا على نوى كبيرة بيضوية وهيولى أسسة أكثر مما تكون هي عليه الحال في الخلايا البنات ، والطبقة القاعدية لا تتوضع عادة على خط مستقيم وإنما تأخذ شكل انخفاضات وارتفاعات وتملأ الأدمة التي تعرف بالأدمة الحليمية ، وتسمى الانخفاضات البشروية بالقنازع . تنقسم خلايا الطبقة القاعدية باستمرار لتعويض الخلايا المتوسفة ، ويستغرق تغيير خلايا البشرة ١٢ ــ ١٤ يوماً . وتتحكم بنمو وانقسام الخلايا القاعدية مجموعة عوامل داخل وخارج خلوية منها ، عامل نمو البشرة ، فيتامين آ ، وعوامل النمو والهرمونات . وتقع بين الخلايا القاعدية ، الخلايا الملانية التي تصنع الملانين حيث يهب الجلد لونه الطبيعي .

الطبقة الشائكة Spinus Layer : تقع فوق الطبقة القاعدية وتتألف من ٤ ـ ٦ صفوف من الخلايا ، وتصل أكثر من ذلك في القنازع ، خلاياها مضلعة ، لها استطالات هيولية فيما بينها تشبه الأشواك وتصل بينها الجسيمات الرابطة ، تتسطح هذه الخلايا ويقل الماء فيها كلما ارتفعت نحو الأعلى ، تتواجد بين خلايا هذه الطبقة خلايا لانغرهانس والخلايا الغصينية التي تلعب دوراً هاماً في المناعة الآجلة ورفض الطعم .

الطبقة الحبيبية Granular Layer : تقع فوق الطبقة الشائكة وتحت المتقرنة وتتألف من خلايا مقرنة مملوءة بحبيبات الكيراتوهيالين ، نواتها شاحبة ، وتتألف من اثنتين إلى ثلاث طبقات من الخلايا . تتدرك العضيات في خلاياها والبروتينات الخلوية تدريجياً ، وتحتوي الأجسام الصفاحية Lamellar bodies أو ما يسمى أيضاً بجسيمات اودلاند ، وتلعب دوراً في عملية التقرن ، حيث تلقي محتواها من الشحم في الأفضية بين الخلايا معززة دور الجلد دارئاً للأذيات ومساعدة على ربط هذه الخلايا مع خلايا الطبقة المتقرنة . تحتوي حبيبات الكيراتوهالين فيها على بروتين الفلاغرين الذي يؤدي إلى تكتل خيوط الكيراتين ، ويحفز تشكل الغلاف المتقرن بوساطة الأنظيم المعتمد على الكلسيوم والترانس كلوتاميناز .

الطبقة الرائقة Stratum Lucidum : وتتألف من صف واحد أو صفين من الخلايا الصافية النيرة وتقع بين الطبقة الحبيبية والمتقرنة ولا توجد إلا في الراحتين

والأخمصين . ليس في خلاياها نوى وتحتوي حبيبات الايلديـن Eleidin وهـي مرحلة تطور من مادة الكيراتوهيالين .

الطبقة المتقرنة Stratum Corneum : وتختلف سماكتها بـين منطقـة وأخـرى من الجلد فهي أقل ثخانة في الأجفـان وأثخن في الراحتين والأخمصين ، وتتـألف مـن خلايا مسطحة ، عديدة السطوح ، تتطابق فوق بعضهـا كـالقرميد ، غـير منـواة وليـس فيها عضيات خلوية وتتألف هيولاها من مـادة القرنـين . تتوسـف خلاياهـا باسـتمرار وبشكل غير مرئي ، إلا في الحالات المرضية .

التقـرن Keratinization : يعـد تشـكل الكـيراتين وأليافـه مـن أهـم وظـائف الخلايا المقرنة . والكيراتين بحـد ذاتـه مؤلـف مـن حـوالي ٢٠ مـادة بروتينيـة خيطيـة ، وكتلة جزيئية تتراوح بـين ٤٠ ـ ٧٠ . يصنـف الكـيراتين إلى شـكلين رئيسـين ، تبعـاً لتركيبه وأسوية التكهرب isoelectric وحموضته وقلويته .

تُركب الطبقة القاعدية غير المتميزة ، الكيراتين ٥ ، ١٤ وتُركب الخلايا الشـائكة المتميزة والطبقة الحبيبية الكيراتين ١ و ١٠ . يجتمع زوج من الكيراتين ويؤلف مركـب خيطي ، ويشكل مع نبيبين tubulin والأكتين actin ، هيكـل الخلايـا المقرنـة بأبعادهـا الثلاثة محافظاً على هيكلية هذه الخلايا .

يتشكل الكيراتين الحامضي والأسسي بكميات متعادلة داخل الخلايا البشروية تؤدي زوجية الكيراتينات إلى تشكل مثنويات حلزونيـة . تلتـف حـول بعضهـا بعضـاً ومربوطة إلى بعضهـا بشـدة بتـآثرات مائيـة ، وتنضـم مثنويـات الكـيراتين إلى بعضهـا لتشكل رباعيات والتي هي طلائع تشكيل خيوط الكيراتين . ومما يجدر ذكره أن أية عيـوب في جينية الكيراتين تؤدي إلى أمراض جلدية منها انحلالات البشرة الفقاعية .

الفيلاغرين Filagrin : هو بروتين هابطي وزنه ٢٦ ـ ٤٨ كيلودالتون يتواجد في الطبقة المتقرنة ، ويكون في الطبقة الحبيبية على هيئة طليعة فلاغرين غير فعال وظيفيـاً ويوزن أكثر من ٥٠٠ كدالتون ، ويتألف من بروتين غير ذواب ومن ١٠ ـ ١٢ وحدة مكـررة مـن الفلاغرين . يرتبـط الفلاغريـن مـع كـيراتين الخيـوط المتوسـطة intermediate Filaments ويؤدي إلى تجمعات خيطية منتظمة ، تتطور فيما بعد إلى خيـوط الكيراتين المتوازيـة

وذلك خلال مراحل تمايز البشرة ، ويتم ذلك في أسفل الطبقة المتقرنة . يتدرك الفلاغرين في النهاية إلى حموض أمينية ليلعب دوراً مهماً في المحافظة على رطوبة الطبقة المتقرنة .

الخلايا الملانية MelanoCytes : تنشأ الخلايا الملانية من القناة العصبية حيث تهاجر صانعات الخلايا الملانية Melanoblasts من القنزعة العصبية إلى هدفها في الجلد بين خلايا الطبقة القاعدية . تقدر كثافتها في الطبقة الظهارية داخل جريب الشعرة ١٠٠٠ ـ ١٥٠٠ خلية/ملم^{٢} . تتم عملية انقسام هذه الخلايا بتأثير عوامل مختلفة منها الأشعة فوق البنفسجية وعوامل التهابية . تكون كثافة الخلايا الملانية في الجلد ، واحدة لكل ٣٦ خلية مقرنة وهذا ما يسمى الوحدة الملانية البشروية .

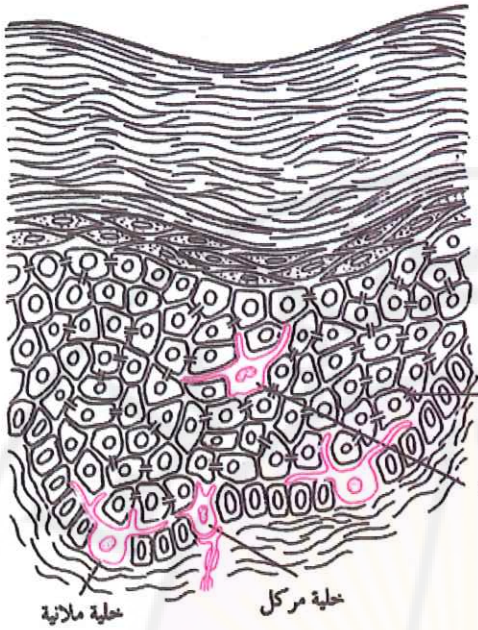
ولا يوجد اختلاف من حيث عدد الخلايا الملانية بالعروق المختلفة ، ولكن الاختلاف يقع في حجم الملانوزومات وما تحتويه من صباغ الملانين وذلك بين العرق الأبيض والأسود وكذلك في فعالية خميرة التيروزيناز .

للخلايا الملانية استطالات تدخل بين الخلايا المقرنة ، تحتوي هذه الاستطالات على الملانوزومات حيث تنتقل إلى الخلايا المقرنة المجاورة للخلية الملانية عن طريق بلعمة نهايات الاستطالات من قبل الخلايا المقرنة (شكل ١ـ٣) .

يعود لون الجلد الأسود لزيادة إنتاج الملانين وتوزعه ، وتكون الملانوزومات في الجلد الأسود كبيرة وكثيفة ، بينما تكون أصغر وأقل كثافة وأقل عدداً في الجلد الأبيض . وتتدرك الملانوزومات قبل أن تصل إلى الطبقات العليا من البشرة . وهكذا يمتص الجلد الأسود الأشعة فوق البنفسجية أكثر من الجلد الأبيض . ويملك عامل وقاية شمسي درجة ٥ تقريباً وسنعود إلى تركيب الملانين في بحث أمراض اضطرابات صباغ الجلد .

خلايا لانغرهانس Langerhans cells : وهي خلايا غصينية جلدية تشتق من نقي العظم وهي الخلية الأهم في تحضير المستضدات وذات قدرة خفيفة على البلعمة . تتواجد في البشرة وتتصف بنمط ظاهري مناعي (CD1a + S - 100) immunophenotype وتحتوي حبيبات بيربيك . تنتشر خلايا لانغرهانس والخلايا الغصينية بين الخلايا المقرنة وتكون كثافتها بين ٣٥٠ ـ ٨٠٠ في الملم^{٢} . تحمل خلايا لانغرهانس الناشبة إلى العقد اللمفية الموافقة وتظهر مستقبلات

. HLA-DR, DQ, FC, C3, CD1, ICM-1, IFA-1, LFA-3, a4-intergrin



الشكل ١-٣ : مقطع في البشرة يبين طبقات البشرة والخلايا الملانية ولانغرهانس (المصدر كما في الشكل ١-٢)

تلعب خلايا لانغرهانس دوراً مهماً في التهاب الجلد التأتبي ورفض الطعم وتعزى السرطانات الجلدية المتسببة بالأشعة فوق البنفسجية إلى نفاذ خلايا لانغرهانس .

الموصل البشروي ـ الأدمي Dermo - Epidermal junction
(الغشاء القاعدي Basement Membrane)

الموصل البشروي الأدمي هو منطقة الغشاء القاعدي الذي يشكل سطحاً بينياً بين البشرة والأدمة ، ويشمل هذا الموصل المستويات التالية : وهي مستوى داخل بشروي يتألف من القسم القاعدي من الخلايا القاعدية ، ومن مستوى يبدو فارغاً يأتي مباشرة بعد القسم القاعدي من الخلايا القاعدية ، يدعى الصفيحة الصافية Lamina Lucida ، ومن مستوى كثيف يسمى الصفيحة الكثيفة Lamina densa ، ومن منطقة تحت الصفيحة الكثيفة أو ما يسمى الصفيحة الشبكية . ولكل من هذه المستويات خصائصه التركيبية والكيميا ـ حيوية والمستضدية الخاصة به ، تم معرفتها بطرائق مختلفة .

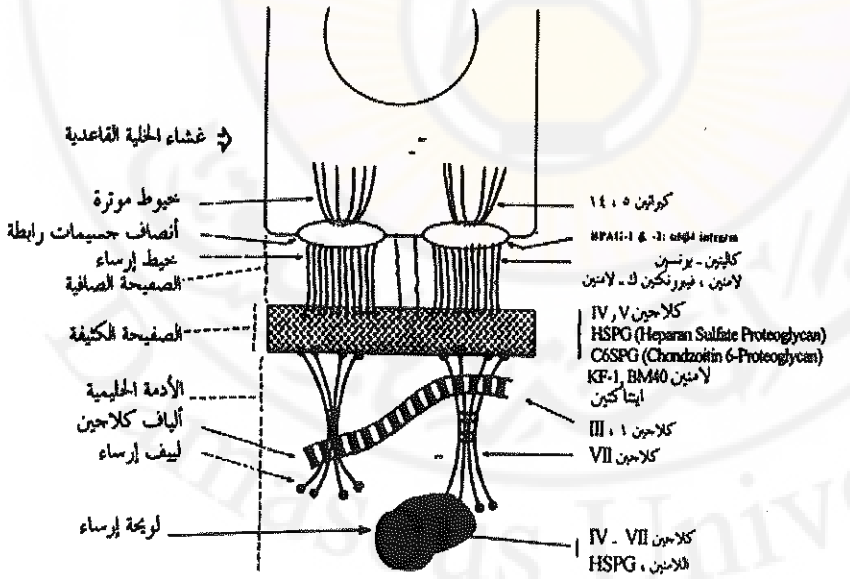
يتألف القسم العلوي من الموصل البشروي الأدمي من الخلايا المقرنة القاعدية ، وبخاصة أنصاف الجسيمات الرابطة ، التي تربط الخلايا القاعدية بما تحتها ، وتتوضع في

هذا المستوى مستضدات الفقعاني الفقاعي a6B4 intergrin, BPAG1,2 وترتبط بأنصاف الجسيمات الرابطة في داخل الخلايا القاعدية الخيوط الموترة الكيراتينية التي تربط بين الخلايا القاعدية والموصل البشروي الأدمي .

أما الصفيحة الصافية فيتوضع فيها العديد من البروتينات السكرية ، كالامينين اينتاكتين ، نيردوجين ، فيرونكتين وتخترقها خيوط الإرساء التي تصل بين أنصاف جسيمات الربط والصفيحة الكثيفة ، والصفيحة الصافية ضعيفة المقاومة . يعد الكولاجين IV أو V المكون الرئيسي للصفيحة الكثيفة وتقع في هذه الصفيحة مستضدات أهمها مستضد انحلال البشرة الفقاعي الكسبي ومستضدات أخرى .

تقع في الصفيحة الشبكية لبيفات الإرساء التي تؤلف جسراً بين الصفيحة الكثيفة ولويحات الإرساء الواقعة في الأدمة الحليمية وتتألف هذه الليبفات من الكلاجين VIV أما لويحات الإرساء فتتألف من الكلاجين IV ، VII واللامنين ـ١ ومن Heparan Proteoglycan (HsPG) .

وللغشاء القاعدي بتركيبه المعقد وظائف مهمة أهمها التماسك بين البشرة والأدمة ويعمل كحاجز نصف نفوذ ويلعب دوراً في شفاء الجروح وتنظيم الهيكل الجلدي للخلايا القاعدية (شكل ١ـ٤) .



الشكل ١ـ٤ : الموصل البشروي الأدمي

الأدمة Dermis

الأدمة نسيج ضام ليفي ، يتألف بشكل رئيسي من نسيج ضام عماده ألياف الكلاجين والألياف المرنة ومن مادة أساسية ، وتقوم الأدمة بوظيفة رئيسة هي حماية العضوية من الرضوض ، وتغلف العضوية بغلاف متين ومرن بنفس الوقت . تخترقها الأوعية الدموية واللمفية والأعصاب وملحقات الجلد (حريبات الأشعار والغدد الزهمية والعرقية المفرزة والناشئة) .

تؤلف ألياف الكلاجين النسبة الأكبر في تركيب الأدمة ، وتبدو بمجهرياً على شكل ألياف قطرها ٢ ـ ٥ ميكرونات ، تؤلف في الأدمة الحليمية شبكة دقيقة ، بينما تؤلف حزماً كثيفة في الأدمة الشبكية . عُرف في الوقت الحاضر ١٣ نوعاً من الكلاجين ٩ منها على الأقل توجد في جلد الإنسان وأهمها النوع ١ و٣ ويؤلف النوع ١ ، ٨٠٪ من الأدمة حيث يلعب دوراً مهماً في إرساء البشرة للأدمة .

يؤلف الكلاجين IV القسم الأعظم من الغشاء القاعدي للأوعية الدموية والأعصاب والملحقات والموصل البشروي الأدمي ، ويتواجد الكلاجين V على سطوح الخلايا الأدمية في أوجهها المقابلة لألياف الغراء .

يؤلف النوع VII المكون الرئيسي لألياف الإرساء ويوجد تحت الصفيحة الصافية ويلعب دوراً في إرساء الموصل البشروي الأدمي إلى الأدمة الملاصقة .

تؤلف الألياف المرنة ٣٪ من مكونات الأدمة تقريباً ويقيس قطرها ١ ـ ٣ ميكروناً ، وهي تُكسب الجلد مرونته ، وسهولة تكيفه تجاه الضغط عليه ، ويمكن تلوينها بملونات الفضة ، الاورسئين ، رزورسين ـ فوكسين حيث يميز منها ثلاثة أنواع هي : أوكسي تالان Oxytalan وايلاونين Elaunin والألياف المرنة .

أما المادة الأساسية التي تملأ الفراغات بين الألياف والخلايا المتواجدة في الأدمة ، وتتألف من الماء ، الشوارد ، وبروتينات هيولية وعديدات السكاكر (Uronic Acid, glycosaminoglycans) .

ومن المواد المهمة أيضاً للمادة الأساسية في الأدمة هي مادة فيبرونكتين Fibronectin الذي ترتبط بألياف الكلاجين III وتشكل ما كان يُعرف سابقاً بألياف الشبكين ، وتلعب مع العامل XIII دوراً مهماً في تشكل الخثرات وشفاء الجروح .

أما الخلايا التي تحتويها الأدمة فأهمها الميزانشيمية ومصورات الليف والخلايا الليفية والخلايا الشحمية البيضاء والسمراء والخلايا حول الأوعية والخلايا الناسجة الثابتة (خلايا بالعة ثابتة) والبالعات الحرة ووحيدات النوى والخلايا المصورية والبدينة واللمفية البائية والتائية والحمضات والأسسة والغصينية .

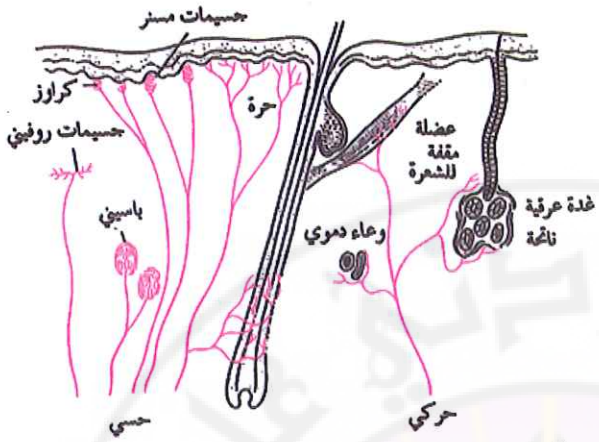
أوعية الجلد : تنشأ الشرايين الجلدية المغذية للجلد من الضفيرة العميقة التي تتوضع في الأدمة الشبكية العميقة ، وتؤلف في الأدمة ثلاث ضفائر ، السطحية منها تحت الحليمية Subpapilary Plexus ، وضفيرتين حول الجريبات والغدد العرقية الناتجة ، ومن هذه الشبكة الوعائية تنشأ شرينات Arterioles تصعد في الأدمة تتفرع إلى شعيرات Capillary في أعلى الأدمة ، وتؤلف الشعيرات الوريدية عرى Loops في الحليمات ، تتسع هذه الوريدات وتؤلف الوريدات الأكبر فالأكبر في النسيج تحت الأدمة .

أما الأوعية اللمفية فتؤلف شبكة معقدة في الأدمة محاذية لتوزع الشرينات والشعيرات . وتتألف الشعيرات اللمفية من طبقة اندوتليالية وحيدة محاطة بغشاء قاعدي غير مستمر . وتؤلف ضفيرة في أعلى الأدمة الشبكية تتسع تدريجياً في العمق .

الأعصاب ومستقبلات الحس في الجلد : الجلد غني بالأعصاب الانتهائية وهي حسية وحركية ، تؤلف ضفائر عصبية في السبلة الشحمية . هذا ويوجد اختلاف في تعصيب الجلد بين منطقة وأخرى حيث يكثر التعصيب في رؤوس الأصابع والقضيب والحلمة والبظر . وتنقل المستقبلات المختلفة حس اللمس ، الضغط ، الحرارة ، الألم من المحيط إلى الجهاز العصبي المركزي . وإن قسماً من التعصيب مستقل يؤلف الودي ونظيره ، وتعصيب الغدد العرقية والأوعية الدموية والعضلات المقفة للأشعار ، وتلعب دوراً في التعرق وتضييق الأوعية وتوسيعها (شكل ١-٥) .

تكون مستقبلات الحس مستقبلات حرة أو تكون محفظة encapsulated . والنهايات العصبية الحرة ألياف عصبية صغيرة عديمة النخاعين أو نخاعينة موجودة في البشرة والأدمة الحليمية ولها شكل خاص في الجلد والأغشية المخاطية يسمى نهايات ميركل ، وتوجد لويحات هارشب في الجريبات الشعرية وهي حساسة جداً لحس اللمس .

أما المستقبلات المحفظة فهي جسيمات باسيني Pacini وجسيمات ميسنر وروفيني وكراوز .



الشكل ١-٥ :تعصيب الجلد

تتوضع جسيمات باسيني في الأدمة وفي الطبقة تحت الأدمة وهي مستقبلات حس الضغط .

تتوضع جسيمات ميسنر في الأدمة الحليمية وتقوم بوظيفة مستقبلات ميكانيكية . أما جسيمات روفيني فتتوضع في أسفل الأدمة وتحت الأدمة . وتتوضع جسيمات كراوز في الأدمة الحليمية وتحت الغشاء المخاطي .

الطبقة الشحمية تحت الجلد Subcutaneous Fat

وتسمى أيضاً السبلة الشحمية وهي من المكونات المهمة أيضاً في تركيب الجلد ، تمتص الصدمات التي تصيب الجلد وتساعد على حفظ حرارة الجسم وتشكل مستودعاً طاقياً . تسمى الوحدة الرئيسة المكونة للسبلة الشحمية بالفصيص المجهري ، الذي يتألف من خلايا شحمية ، وتجتمع عدة فصيصات تؤلف الفصيصات الثانوية التي تنفصل عن بعضها بنسيج ضام يسمى الحاجز Septa ، يحتوي الأعصاب والأوعية الدموية واللمفية ، ويربط بين الأدمة الشبكية وصفاق العضلات .

تتعرض الحواجز بين الفصيصات والفصيصات إلى أمراض جلدية سنأتي على دراستها .

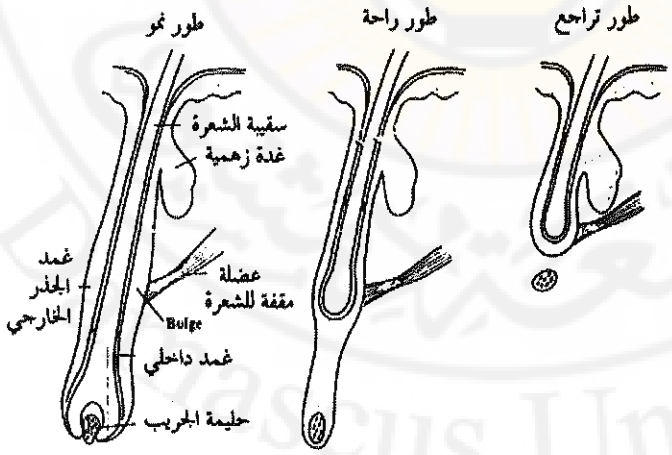
ملحقات الجلد

الأشعار

الجريبات الشعرية Hair Follicles : للشعر أهمية اجتماعية وجنسية وله في الوقت الراهن أهمية في الصناعة الدوائية والتجميلية ويعتمد مظهر الإنسان العام كثيراً على شكل شعره ولونه وطوله وكثافته . يتأثر نمو الشعر بعوامل عديدة هرمونية وغذائية وغيرها .

تقسم الأشعار إلى أشعار طويلة كأشعار الرأس، وخشنة كأشعار الجفنين، وأوبار كما في الوجنتين ويقسمها بعضهم إلى أشعار غير جنسية، وأشعار ثنائية الجنس، وأشعار جنسية ذكرية . تتوضع الأشعار غير الجنسية على الحاجبين والأجفان والذراع والساق وهذا النوع غير معتمد في نموه على الستروئيدات . أما الأشعار ثنائية الجنس فتعتمد على مستوى الهرمونات الستروئيدية الأنثوية وتتوضع هذه الأشعار في المثلث العاني السفلي، وتحت الإبط وأجزاء أخرى من أشعار البدن . أما الأشعار الجنسية الذكرية وتعتمد على الاندروجين وتتوضع على الذقن والأذنين، ذروة الأنف، العانة وأشعار الرأس في الجبهة حتى قمة الرأس .

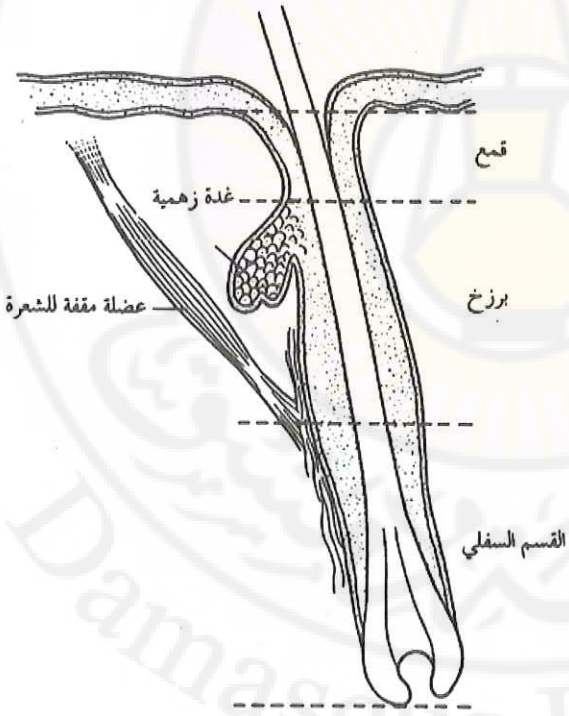
تتألف ذروة نمو الأشعار في جريبات الأشعار من طور نمو ويستغرق ٢ ــ ٨ سنوات أو طور راحة يستغرق ١ ـ ٤ أشهر، وطور تراجع يستغرق بضعة أسابيع، وينمو الشعر بمعدل ٠,٣٥ ملم/ يومياً (شكل ١ـ٦) .



الشكل ١ـ٦ :
أطوار نمو الشعرة

للشعرة قسم ظاهر يسمى سقيبة الشعرة ، وقسم منطمر يسمى جذر الشعرة وينغرس الجذر في الجريب الشعري ، وينتهي بانتفاخ يسمى بصلة الشعرة .

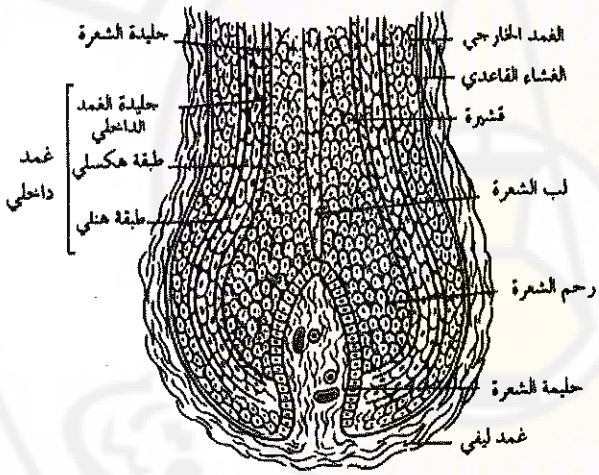
جريب الشعرة التواء على هيئة قفاز يغوص داخل الأدمة ، يحتوي الشعرة ، وتنفتح قناة الغدة الزهمية في ثلثه العلوي ، وترتكز على الجريب العضلة المقفة للشعرة وهي عضلات ملساء ولكل شعرة عضلة خاصة بها . يبدي المقطع الطولاني للجريب ثلاث مناطق ، هي منطقة القمع infundibulum وتمتد من فوهة الجريب حتى فوهة الغدة الزهمية ، ومنطقة البرزخ isthmus وتمتد من فوهة الغدة الزهمية وحتى موضع ارتكاز العضلة المقفة للأشعار ، والقسم السفلي inferior ويمتد من موضع ارتكاز العضلة وحتى قاعدة الجريب . ويقسم القسم السفلي إلى قسم الجذع stem وإلى البصلة . يتغير القسم السفلي من الجريب تبعاً لنمو الشعرة بينما تبقى الأقسام الأخرى ثابتة (شكل ١-٧) .



الشكل ١-٧ :
جريب الشعرة

يبدي المقطع العرضي في الجريب في منطقتة السفلى من الداخل إلى الخارج لب الشعرة Medulla ثم القشيرة Cortex فالجليدة Cuticle فالغمد الداخلي inner sheath والغمد الخارجي .

ويتألف الغمد الداخلي من جليدة الغمد وطبقة هكسلي Huxley وطبقة هنلي Henle . أما منطقة البصلة فتقسم إلى ثلاث طبقات ، المنطقة الرحمية Matrix ، وفوق الرحمية وطبقة مولدة الكيراتين . تحتوي منطقة الرحم الخلايا المنتشة وخلايا ملانية كثيرة ، والخلايا المنتشة تحتوي نوى صبوغة hyperchromic وهيولى صغيرة وهي ذات قدرة عالية على الانقسام . تحيط بصلة الشعرة بحليمة الشعرة التي تحتوي أوعية دموية وألياف عصبية (شكل ١-٨) .



الشكل ١-٨ : مقطع في الشعرة

الغدد الزهمية Sebaceous Glands

تتواجد في جميع أنحاء الجلد باستثناء الراحتين والأخمصين ، وهي تلازم الجريبات الشعرية مع بعض الاستثناءات في جلد حلمة الثدي ، الشفر الصغير والوجه الداخلي للقلفة . وتعد غدد ميبوميوس شكلاً من أشكال الغدد الزهمية . للغدد الزهمية أحجام مختلفة وأكبرها وأكثرها عدداً هي في منتصف الوجه والفروة وأعلى الظهر .

تتطور الغدد الزهمية من خلايا غير متميزة تدعى الوشاحية Mantle ، وتتميز إلى فصيص أو عدة فصيصات . تفرز الغدد الزهمية الزهم Sebum بشكل مفترز ، ويتألف من اللبيدات وحطام الخلايا ، ويطري الزهم سقيبة الشعرة والبشرة ، ويتركب من الغليسريدات الثلاثية واسترات شمعية وسكوالين Sequalene ، والكولسترول واستراته .

الغدد المفترزة Apocrine Glands

تختلف الغدد المفترزة في منشئها ووظيفتها عن الغدد الناتحة ، وتتواجد تحت الإبط والمنطقة الشرجية التناسلية ومجرى السمع الظاهر (الغدد الصملاخية) والأجفان (غدد مول) . ليس للغدد المفترزة أي دور في تنظيم الحرارة وهي ليست مفرزة للعرق . تبقى صغيرة قبل البلوغ ثم تتضخم بعده بتأثير هرموني . تتألف الغدة المفترزة من قناة ملتفة مفرزة موجودة في أسفل الأدمة أو في السبلة الشحمية ، تتصل بقناة مستقيمة ويتألف القسم المفرز من طبقة واحدة من الخلايا ، مفرزها ذو رائحة خاصة . تنفتح قناة الغدة في داخل جريب الشعرة .

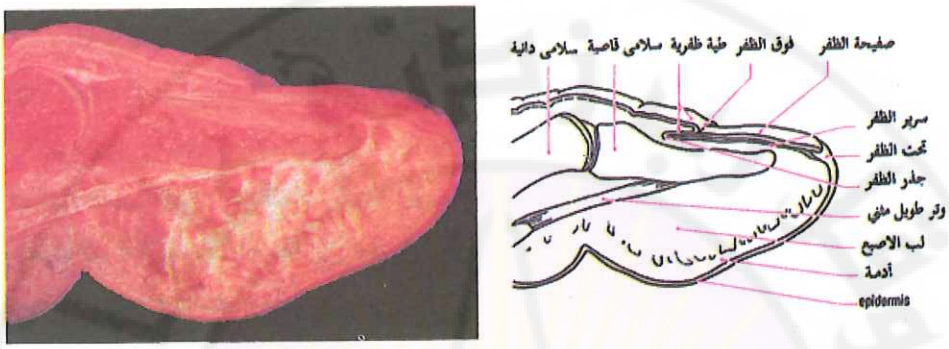
الغدد العرقية الناتحة Ecrine Glands

وهي الغدد العرقية الحقيقية تنتشر في جميع أنحاء الجلد باستثناء المنطقة الحمراء من الشفة ، الشفر الصغير ، البظر ، القضيب ، الوجه الداخلي للقلفة ، مجرى السمع الظاهر ، وسرير الظفر ، تكون كثافتها عالية في الراحتين والأخمصين وتحت الإبطين . تتألف الغدد العرقية الناتحة من الغدة المفرزة ، ومن القناة الملتفة التي تتصل بالغدة المفرزة وتنتهي بقناة مستقيمة تسير في الأدمة وتصل البشرة حيث تصبح حلزونية وتنتهي بالمسام . تحاط الغدة بالغشاء القاعدي وتتعصب بالأعصاب الكولينرجية الودية .

الأظفار Nails

تؤلف صفيحة الظفر والنسج المحيطة بها الوحدة الظفرية Unit Nail ويتألف الظفر من صفيحة الظفر ومن جذر الظفر . وصفيحة الظفر وهي القسم الخارجي الظاهر من الظفر ، يرتكز وجهها السفلي على الوجه الظهري لنهاية الأصبع في سرير الظفر ، حافتها الأمامية حرة وهي التي تقلم ، وتنغرس حوافها الجانبية والخلفية في الثنيات الظفرية . أما جذر الظفر وهو القسم الخلفي ، ينغرس في الثنية الخلفية وفيه خلايا بشروية تعرف بأم الظفر (المطرق) تنشأ منها الخلايا المقرنة الظفرية في الصفيحة

الظفرية ويكون الجزء الأبيض من الظفر والذي يسمى الهليل أمامه . يدعى الشريط الجلدي الضيق « فوق الظفر » Eponychiuem ويمتد من ثنية الظفر الخلفية ويحيط بالهليل . ينمو ظفر الإبهام وسطياً ٠,١٠ - ٠,١٢ ملم يومياً (شكل ١-٩) .



الشكل ١-٩ : الوحدة الظفرية

فيزيولوجيا الجلد

الجلد وعاء يحوي العضوية ، يعكس حالها في الصحة والمرض ، في الأتراح والأفراح ، وهو بهجة للناظرين في حالة الصحة . وبقدر ما يجلب البهجة في النفس في حالة الصحة ، بقدر ما يجلب الكرب والضيق في حالة المرض ، وكم من بقعة صغيرة جلبت مآسي كبيرة في نفس صاحبها . والجلد مرآة الجسم والنفس معاً وله دور كبير ووظائف عدة في حماية العضوية من الأذى .

الوظيفة الحائلية للجلد : يقف الجلد حائلاً دون دخول أو خروج الماء والكهارل وكذلك مواد كثيرة كيميائية أو عضوية منه وإليه ، وذلك بفضل تجدد البشرة وخصائصها ، التي تمنع المواد من عبورها في حالة الصحة ، وللطبقة المتقرنة أهمية كبيرة في هذا المضمار ، ولما تحتوي البشرة من مادة الكيراتين والملاط والليبيدات بين خلاياها . وتقع وظيفة ضبط عبور المواد من خلالها على عاتق الطبقة المتقرنة ، وإن عوامل كثيرة تؤثر في هذه الوظيفة كالإماهة ودرجة الحرارة أو تغير تركيبها نتيجة تأثرها بمواد ضارة .

الوظيفة الميكانيكية : يلعب الجلد دوراً مهماً في حماية العضوية من الأذيات الميكانيكية وذلك بفضل تركيبه المتميز في البشرة ، وبفضل أليافه في الأدمة ونسيجه الشحمي ، والجلد مترابط بين طبقاته المختلفة ، وهذا يلعب دوراً رئيسياً في حمايته وحماية العضوية .

الوظيفة المناعية : الجلد خط الدفاع الأول في العضوية تجاه الجراثيم وذيفاناتها وتجاه المواد الكيميائية ذات الذرات الكبيرة إلا في حالة تعرضه للأذيات ، حيث يمكن أن تعبره بعض العناصر الممرضة . تقوم خلايا لانغرهانس بتحضير المستضد وتقديمه للخلايا اللمفية التائية ، وتقوم البشرة أيضاً بإنتاج السيتوكينات والبروستاغلاندينات ومضادات التأكسد بالإضافة إلى احتوائها على نظام انظيمي متكامل ولجميع هذه العوامل أهمية في الدفاع المناعي تجاه العوامل الممرضة المختلفة .

الوظيفة الحسية : ينقل الجلد بوساطة النهايات العصبية الحرة والمحفظة أنواع الحس المختلفة إلى الجهاز العصبي المركزي ليقوم بتفسيرها والرد عليها .

الوظيفة الاجتماعية والجنسية : يهب الجلد العضوية شكلها وجمالها ومن هنا يقوم بهذه الوظيفة .

وظيفة تركيب الزهم والفيتامين د٣ : يقوم الجلد بتركيب الزهم وإفرازه عن طريق الغدد الزهمية ، ويقوم بتركيب الفيتامين د٣ مع تعرضه للأشعة فوق البنفسجية ولهذا الفيتامين دور مهم في تشكل العظام واستقلاب الكلس .

الوظيفة الصماوية : يتأثر الجلد بالهرمونات المختلفة التي تفرزها الغدد الصم وعلى رأسها الستروئيدات القشرية . وتتغير بعض خصائص الجلد مع تقدم عمر الإنسان بتأثير الهرمونات الجنسية والهرمونات الأخرى وفيه مستقبلات لهذه الهرمونات ، وسيأتي ضمن هذه الوظيفة تركيب الملانين بواسطة الخلايا الملانية .

تنظيم حرارة العضوية : يلعب الجلد دوراً مهماً ورئيساً في تنظيم حرارة العضوية وذلك بفضل السرير الوعائي الكبير الذي يدخل في تركيبه ، إذ تتقبض الأوعية للتخفيف من فقدان الحرارة وذلك عندما يتعرض الجسم للبرودة وعلى العكس من ذلك تتوسع الأوعية الجلدية في حالة ارتفاع درجة الحرارة ليفقد الجلد كمية من

الحرارة عن طريق التعرق أيضاً .

الوظيفة التنفسية : يتبادل الجلد الغازات بشكل مباشر مع البيئة إذ يطرح غاز الفحم ويأخذ الأكسجين بكميات محددة وبشكل مباشر .

الوظيفة الإفرازية : يقوم الجلد بطرح العرق الذي يخلص العضوية من مواد مختلفة وبذلك يخلص العضوية من مواد ناجمة عن الاستقلاب ، ويفرز الزهم كما ذكرنا ويساعد الجلد على القيام ببعض وظائفه ، والعرق والزهم يساعدان على عدم نمو بعض أنواع الجراثيم على الجلد .

دور الجلد في الوقاية من الأشعة فوق البنفسجية : تقوم الخلايا الملانية بتصنيع الملانين الذي يقي العضوية من الأشعة فوق البنفسجية .

العناية بالجلد

لاشك أن العناية بالصحة العامة هي الأساس المهم للعناية بصحة الجلد ، وأن أي طارئ على الصحة العامة يصيب الجلد كما يصيب الأعضاء الأخرى . وما نقصده هنا بالعناية بالجلد هو العناية بصحة الجلد للإبقاء عليه نضراً بعيداً عن المرض وتأخيراً للشيخوخة ، وذلك بتلافي العوامل المؤذية ، وهكذا تصبح العناية بالجلد جزءاً من العناية بالصحة العامة . ولابد من الإشارة إلى بعض الاختلافات بين الجلد الأبيض والأسمر والأسود من حيث احتوائها على مادة الملانين ، وكذلك بين الجلد المعرض للشمس والمغطى وبين جلود الناس في الأعمار المختلفة ، ولابد من الانتباه إلى عادات الشعوب وطعامها ، والعوامل البيئية والتي كلها تخلق عوامل تؤثر في جلود البشر .

بدأت في الوقت الحاضر الصناعة بتحضير أنواع مختلفة من المواد التجميلية التي يقصد بها العناية بالجلد وصحته وأضحت أسواقها رائجة ، ولابد من أن الكثير منها ضار ومحسس أحياناً . إن من أولويات العناية بصحة الجلد هو غسل المناطق المكشوفة يومياً وزيادة عدد مرات الغسيل بحسب طبيعة العمل والطقس لإزالة العرق والمفرزات والمواد التي تعلق بالجلد ، والاستحمام الأسبوعي يجب أن لا يقل عن مرة إلى عدة مرات أسبوعياً بالصابون والماء وذلك بحسب الفصل والمهنة وتبقى الثياب القطنية بتماس الجلد هي الأفضل .

إن وقاية الجلد من الأشعة فوق البنفسجية ضروري لتأخير الشيخوخة وذلك باللباس المناسب وباستعمال واقيات الضياء وبعامل وقاية شمسية لا يقل عن ١٥ = SPF .

يمكن تطبيق غطاء خفيف من الفازلين ، والمواد المطرية الأخرى للجلد الجاف ، زيت مع الماء أو ماء مع الزيت أو استرات حامضة شحمية أو الغليسرين واللبيدات الحديثة . يجب استعمال الصوابين المناسبة والانتباه للجلد الحساس بتوخي الحذر من تطبيق المواد التجميلية والمواد المطرية التي قد تكون محسسة أيضاً .

والانتباه لليدين ضروري خوف حدوث جفافها أو حدوث التهاب جلد بالتماس بها ، وقد يكون لاستعمال الكفوف القطنية تحت المطاطية فائدة في الوقاية من مواد التنظيف عند ربات البيوت ، وتطريتها بالمطريات المناسبة وغير المحسسة بعد الانتهاء من الأعمال المخرشة والمجففة .

إن التقدم الحديث في صناعة مواد التجميل ومواد العناية بالوجه واليدين والجلد عامة ، يتطلب حسن انتخابها واستعمالها بشكل علمي بعيداً عن الإفراط .

إن رض الأشعار والتزيين الزائد على الحد يضر بالأشعار ويتطلب الاعتدال في تزيين الشعر وتصفيفه .

تشخيص الأمراض الجلدية

المرض الجلدي هو تغير في صفات ووظائف الجلد ، وهذه التغيرات مرئية غالباً ، ولابد من فحص هذه التغيرات الجلدية وتوضعاتها وأشكالها ، وتختلف الأمراض الجلدية عن بعض أمراض فروع الطب الأخرى ، حيث قد تكون الدراسة المخبرية هي الأهم في وضع التشخيص في بعض الأمراض الداخلية ، فدراسة الكهارل في الدم والبول أهم من الفحص السريري في بعض الإصابات الكلوية على سبيل المثال .

يأخذ المرض الجلدي اندفاعات تختلف باختلاف الأمراض الجلدية ، ومعرفتها ضرورية كمعرفة أحرف اللغات ، وتقود إلى تشخيص العديد من الأمراض الجلدية ، لكننا من جانب آخر قد نحتاج إلى التعمق في دراسة طبقات الجلد وتغيراتها بواسطة المجهر ، وكما أن لطب الجلد لغة خاصة في تظاهراته السريرية ، كذلك للتشريح

المرضي الجلدي مصطلحات خاصة به أيضاً ، وحاجتنا للمخبر مهمة أيضاً في تشخيص الكثير من الأمراض الجلدية كما في فروع الطب الأخرى .

التشخيص السريري للأمراض الجلدية

فحص المريض الجلدي : يتطلب فحص المريض الجلدي إنارة جيدة وتدفئة مناسبة ووضع مريح ، وقد يتطلب الفحص الجلدي تعرية المريض كاملاً أو بشكل جزئي ، وذلك بحسب الحالة المرضية مع مراعاة الناحية النفسية والاجتماعية ولكن ليس على حساب دقة التشخيص . يحتاج الطبيب الجلدي إلى مكبرة مناسبة للفحص الجلدي وكاشطة وقفازات نبوذة ، وقد يحتاج الفحص الجلدي وسائل أخرى كأشعة وود وغيرها .

يشمل الفحص الجلدي أخذ قصة مرضية بدقة ، تشمل هوية الشخصية وعنوانه ومكان سكنه ويجب معرفة درجة الأعراض الشخصانية كالحكة مثلاً فهي خفيفة عادة إن وجدت في النخالية الوردية وشديدة وليلية في الجرب . ويجب السؤال في التهاب الجلد بالتماس ، كمثال ، عن المواد التي تعرض لها المصاب في مهنته أو هواياته أو عاداته . . .الخ .

والسؤال عن الأدوية التي تناولها المريض لأسباب مختلفة ضروري ، لأن الاندفاعات الدوائية تقلد الكثير من الأمراض الجلدية ، ومن هذه الأدوية أيضاً التي يعالج بها مرضه الجلدي يطلع الطبيب على مدى نجاعتها ، وقد تغير هذه الأدوية شكل الاندفاعات . يسأل المريض عن سوابقه المرضية الشخصية ، ولابد من السؤال عن الأعمال الجراحية ونقل الدم ونزع الأسنان والأمراض الأخرى وقد يكون لبعضها دور في إحداث المرض أو إثارته ، والتهاب اللوزتين يثير الصداف على سبيل المثال . والسؤال عن السكري مهم إذ يترافق بالكثير من الأمراض الجلدية .

ولابد من سوابق المريض العائلية من السؤال عن الأمراض التي تورث والتي لها صلة مع المرض وتشمل أيضاً الأمراض ذات الاستعداد الشخصي التي لها صلة مع المرض وتشمل أيضاً الأمراض ذات الاستعداد الشخصي كالتأتب والسكري . ولابد في القصة المرضية من معرفة مدى تعرض المريض للعوامل البيئية كالشمس والبرد والمواد الكيميائية في عمله .

الفحص السريري الفيزيائي : لابد من نظرة عامة إلى المريض وإلى مظهره وصحته العامة وحالته النفسية . يجب الانتباه إلى عدم إغفال أية اندفاعات ويفحص الجلد كاملاً ، وملحقاته كالأشعار ، والأظفار ، وتفحص الأغشية المخاطية ـ باطن الفم واللسان والأسنان ـ وتجس العقد اللمفية وملاحظة الاندفاعات الأولية والثانوية ضروري ، وقد نضطر إلى استخدام الكاشطة أو الضغط على الاندفاعات لمعرفة إذا كانت فرفرية وهي لا تغيب بالضغط ، أو استخدام أشعة وود وتعطي في بعض الآفات تألقاً خاصاً .

تتوضع بعض الأمراض الجلدية في منطقة جلدية أو مناطق محدودة ، وقد تنتشر الآفات لتشمل مساحات واسعة ، أو تشمل الجلد كاملاً كالاحمرارات (الأحمريات) ، وبالمقابل قد تكون اندفاعاً وحيداً . وموقع المرض ذو أهمية كبيرة فالتهابات الجلد الضيائية مثلاً ، تتوضع على المناطق المكشوفة من الجلد . ولتوضع الاندفاعات أو تجمعها أهمية فالحلأ النطاقي يتوضع على مسير عصب في جهة واحدة والسعفة الجسدية آفاتها مقوسة . يمكن للاندفاعات أن تتوضع على هيئة مجموعات أو تأخذ شكلاً خطياً أو منتشرة ، يمكن أن تكون متناظرة أو في جانب واحد ، وقد تتوضع على الجذع في أغلبها أو تتوضع على الأطراف ، أو تميل إلى التوضع في مكان الرضوح كمرض الصداف على سبيل المثال .

إن معرفة أنواع الاندفاعات الأساسية كبيرة الأهمية ولابد من التعرف على شكل سطوحها ، منبسطة أو مرتفعة ، ملساء أم خشنة ، وإلى ألوانها المختلفة فقد تكون حمراء أو صفراء أو زرقاء . .الخ . ولا بد لنا من معرفة عناصر الاندفاع وهي :

عناصر الاندفاع الأساسية

معرفة عناصر الاندفاع ذات أهمية كبيرة لوضع التشخيص وتدبير المرض . وما يزال بعضهم يصنفها إلى بدئية وثانوية ، وتشمل البدئية منها ، البقع ، اللطخات ، الحويصلات ، الفقاعات ، البثرات ، اللويحات ، العقيدات ، الكيسات ، أما الثانوية فتضم الوسوف ، الجلبات ، التآكلات ، الشقوق والتقرحات ، الندبات والضمورات

وهذا التصنيف ليس صحيحاً دوماً وكذلك نفضل تسميتها بعناصر الاندفاع الأساسية (شكل ١-١٠) وهي :



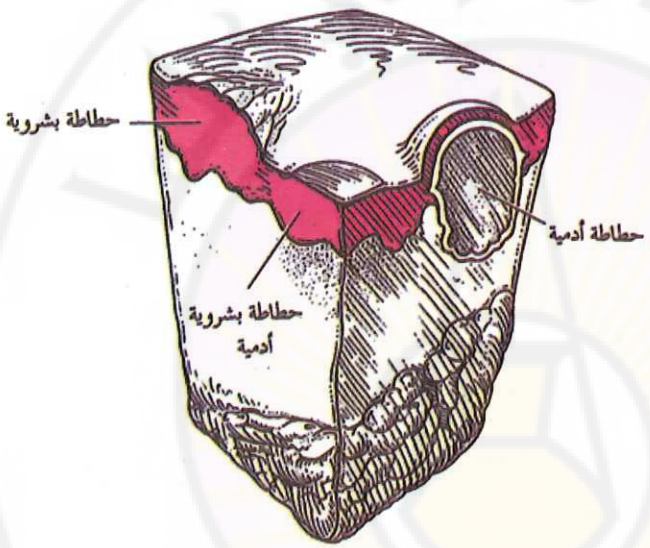
الشكل ١-١٠ :
عناصر الاندفاع الأساسية

البقع واللطخات Macules and Patches : وتعرف بأنها تغير في لون الجلد دون ارتفاع ملحوظ عن سطح الجلد ، ومثالها بقع السعفة المبرقشة . يمكن للتغيرات المرضية أن تكون في البشرة فقط كما في بقع البهق أو في الأدمة كما في الحَبَرْ Petechiae ، وقد تكون مختلطة بشروية وأدمية كما في البقع التالية للالتهاب ، وتختلف ألوانها بين شكل وآخر ، وبين منطقة وأخرى من الجلد في المرض الواحد وبحسب لون الجلد أيضاً .

وقد تكون حمامية حصبوية أو قرمزية كما في الحصبة والقرمزية . وقد تكون شاملة كما في الأحمريات أو وردية كالوردية الدوائية والإفرنجية . يمكن أن تكون نزفية لا تزول بالضغط كما في الفرفريات ، أو تكون بخلل الصباغ ، زيادة كما في الكلف أو نقصاً كبقع البهق ، وقد تكون ناتجة عن دخول ذرات أجنبية في الجلد كما في الوشم .

الحطاطات Papules : الحطاطة تغير جلدي مرتفع عن سطح الجلد لا يحتوي سائلاً أو قيحاً ، قطرها ١سم^{3} على الأكثر ، وتختلف أشكالها وأحجامها بحسب

المرض ، حيث قد تكون دائرية ، أو مسررة ، أو مضلعة ، سطحها مقبب الشكل أو منبسطة ، مقممة ، أو حليمية ، أو أصبعية الشكل . يمكن أن تكون ملساء أو متقرحة ومغطاة ببقايا الكيراتين . يمكن أن تكون بشروية كما في الثآليل وقد تكون حطاطات جريبية كما في الحطاطات الجريبية . ويمكن أن تكون أدمية كما في الإفرنجي الثانوي أو مختلطة كما في الحزاز المسطح (شكل ١-١١) .



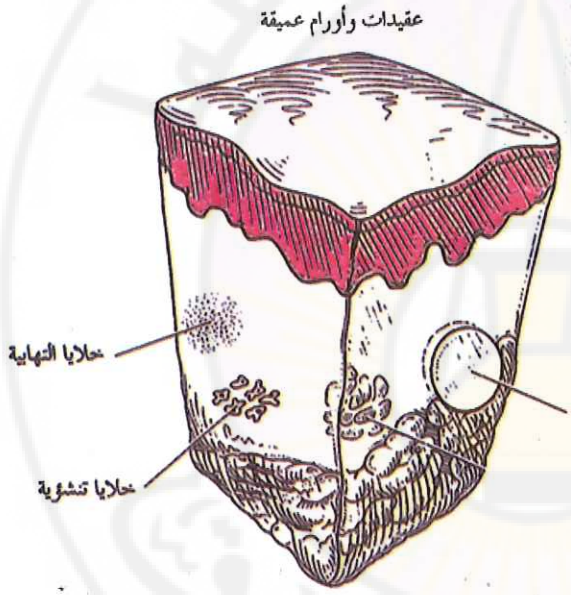
الشكل ١-١١ :
أشكال الحطاطات

يمكن للحطاطات أن تكون في مسامات الغدد العرقية أو الغدد المفترزة أو بعيدة عن الملحقات .

اللويحات Plaques : اللويحات اندفاعات أكبر من الحطاطات منبسطة وقد تكون أساسية بدئية أو تنجم عن اجتماع عدة حطاطات ، وقد تكون كالحطاطات بشروية أو أدمية أو مختلطة ، واللويحات مرتفعة في المحيط ومنخفضة في المركز كما في الذأب الحمامي القريصي المزمن أو تكون قبية الشكل كما في داء سويت ، يمكن أن يكون سطحها أملس أو متآكلاً أو متجلباً ومن أمثلتها داء بوفن ، التقرانات الزهمية الصفار الأبقع ، الحزاز البسيط المزمن ، الذأب الحمامي .

العقيدات والأورام Nodules and Tumors : العقيدة شكل قبي أو كروي صلب قطرها حتى ١سم .

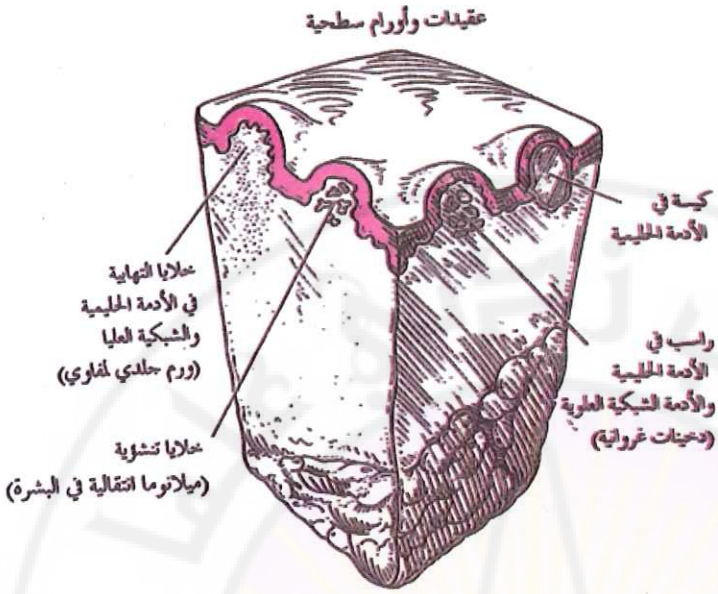
ومن الأمراض التي تتصف بالعقيدات ، عقيدات اللمفوما الكاذبة ، الورم الليفي ، الحمامي العقدة . أما الورم فاندفاع شبيه بالعقيدة قطره أكثر من ٢سم ، ويصل الورم والعقيدة حتى النسيج الشحمي ، وسطحها قد يكون أملس أو مفرط التقرن أو متقرحاً . ومن الأورام السرطانية قاعدية الخلايا والشائكة والسرطانة الانتقالية . ويجب أخذ الخزعة فيهما بالمشرط للوصول إلى الطبقة الشحمية حيث هي رشاحية التهابية تصل الأدمة أو تحت الأدمة وقد تترافق بالتهاب أوعية (شكل ١-١٢) و (شكل ١-١٣) .



الشكل ١-١٢ :
العقيدات والأورام

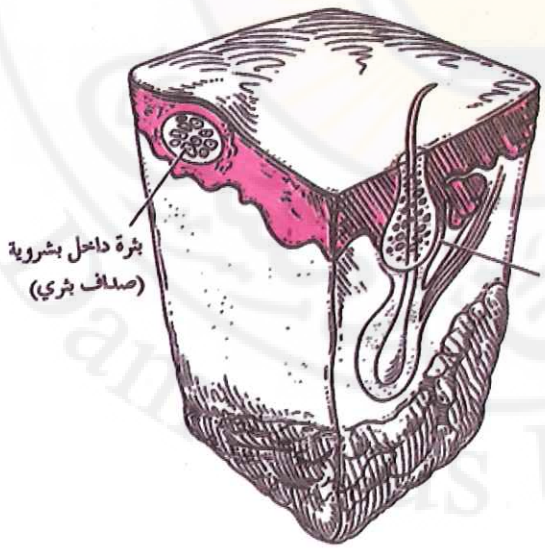
الكيسات Cysts : يتألف الكيس من اندفاع عقيدي مغلق يحتوي مادة هلامية أو دهنية ومحاطة بمحفظة .

الحويصلات والفقاعات Vesicles and Bullae : تتصف الحويصلات والفقاعات بأنها تحوي سائلاً مصلياً ، ويمكن أن يكون نزفياً معكراً . قطر الحويصل أقل من ١سم ، بينما الفقاعة أكبر من ذلك . والحويصل متوتر في أغلب الحالات بينما يمكن للفقاعة أن تكون متوترة أو رخوة . وكلا الحويصل والفقاعة بدئيتان ، لكنهما



الشكل ١-١٣ : العقيدات والأورام

قد ينشآن على الحطاطات وتصبح حطاطية حويصلية . قد تكون الحويصلات والفقاعات بشروية كما في التهاب الجلد بالتماس الأرجي الحاد أو في الفقاع الشائع ، وقد تكون تحت بشروية كما في التهاب الجلد الحلئي الشكل والفقعاني الفقاعي .



الشكل ١-١٤ : البثرة

البثرات Pustules : تعرف البثرة بأنها اندفاع مرتفع عن سطح الجلد محتواها قيحي ينتج عن تجمع محدود من الكريات البيض العدلة أو تتشارك مع الحمضات وقد تكون البثرات جريبية أو غير جريبية ، وتتسبب غالباً عن عوامل خمجية ومن أمثلة البثرات الجريبية ، التهاب الجريبات الشعرية ، العد البثري ، أما غير الجريبية فمنها الصداف البثري (شكل ١-١٤) .

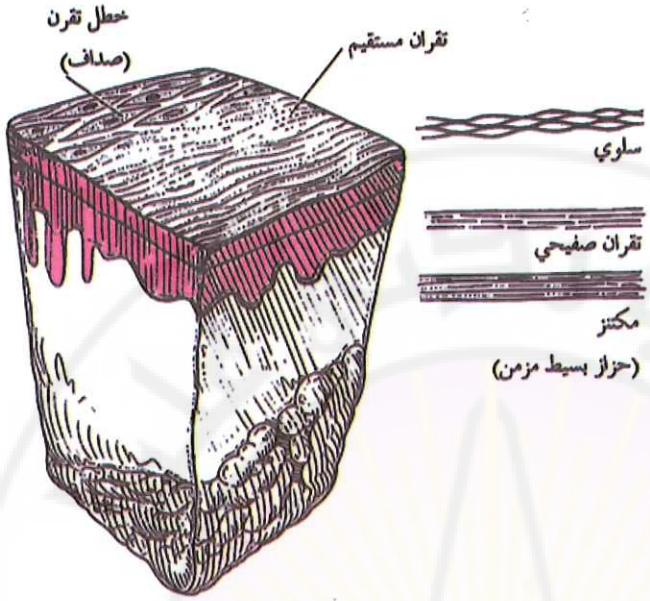
الوسوف Scales : الوسوف صفائح قرنية رقيقة . تنجم عن خلل في عملية التقرن الطبيعية . يمكن أن تعلو بعض الاندفاعات الأولية كالبقع والحطاطات ويمكن أن تسقط عفوياً أو بالكشط ، ومن الأمراض التي تصادف بها ، الصداف ، التهاب الجلد الزهمي (شكل ١-١٥) (شكل ١-١٦) .



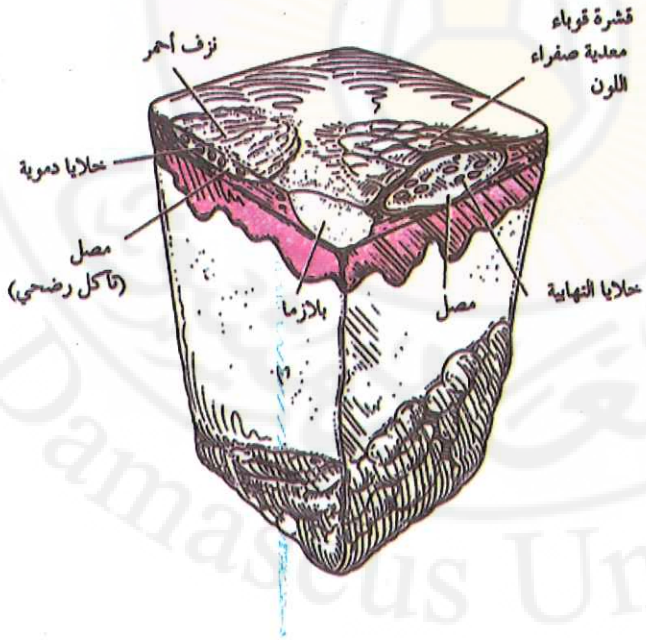
الشكل ١-١٥ :
الوسوف والتقرانات

الجلبات Crusts : وهي تجففات مصلية أو قيحية أو نزفية تحتوي الكريات البيض والحمر وحطام الخلايا المتقرنة ، لونها أصفر أو أحمر أو أسود ، وهي صفراء اللون في القوباء المعدية وحمراء نزفية في الجلبات المغطية للقرحات والتآكلات (شكل ١-١٧) .

التقرانات Keratosis : الآفات التقرانية بشروية وهي فرط تقرن كما في التقران الراحي الأخمصي والمسمار وتقرانات الطفل الهارج .



الشكل ١-١٦ :
الوسوف



الشكل ١-١٧ :
الجلبات

التآكلات Erosions : تعرف التآكلات بأنها ضياع بشروي جزئي أو كلي دون أن تمس الأدمة ، وهي لا تترك أي أثر عادة بعد تراجعها ، وتتلو انفقاء الفقاعات والحويصلات ، كما في تآكلات فقاعات الفقاع الشائع والتآكلات الميكانيكية (شكل ١-١٨) .

الشقوق والقرحات Fissures and Ulcers : تعرف الشقوق بأنها شقوق خطية في الجلد تصل البشرة وحتى الأدمة كما في شقوق داء الثنيات خلف الصيوان وشقوق العقب . أما القرحات فهي ضياع نسيجي يشمل البشرة والأدمة وحتى أعمق أحياناً ، ويمكن للأورام والعقيدات أن تتقرح ، وتترك عادة ندبات تدل عليها . ويعد الموات شكل من القرحات ينجم عن فقد الإرواء الدموي كما في الموات السكري .

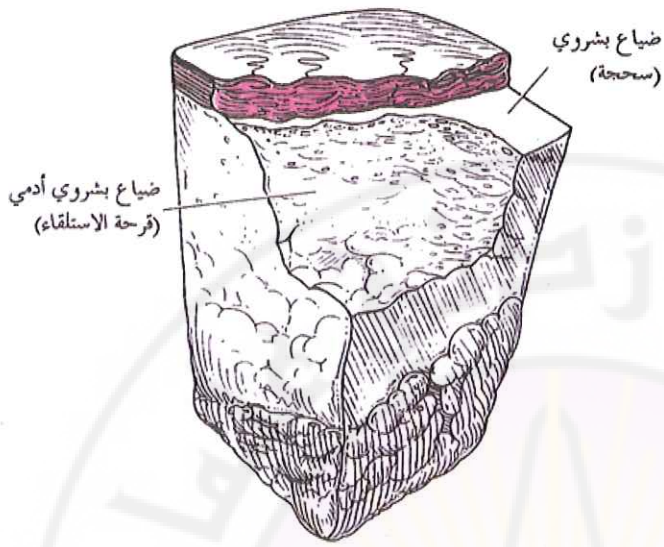
الندبات والضمورات Scars and Atrophy : والندبات هي الآثار التي تتركها القرحات أو الحروق والجروح والآفات المخربة الأخرى .

يمكن للندبات أن تكون ضمورية كندبات بعض الحروق ، أو ضخامية كالجدرات . أما الضمورات فهي فقدان نسيج الأدمة و/أو الطبقة تحت الأدمة وتتظاهر سريرياً بانخفاض في الجلد مع نقص في التصبغ عادة وغياب الأشعار ، وقد يكون عليها توسعات وعائية ومنها الضمورات السطحية ، الحزاز التصلبي والضموري ، وضمورات تبكل الجلد في التهاب الجلد والعضل والفرز الحملية ، أما العميقة فهي كما في الضمور الشحمي .

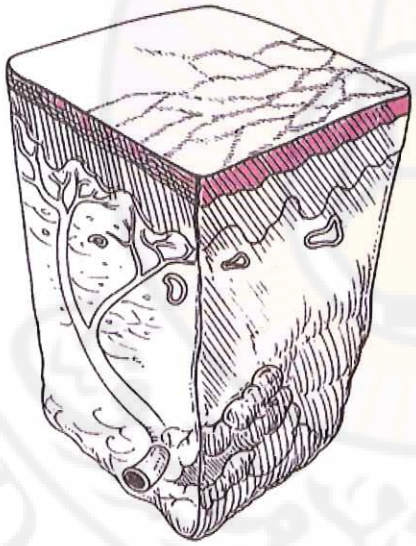
التوسعات الوعائية Telangiectasia : وتنجم عن توسع الشعيرات الدموية كما في العد الوردي (شكل ١-١٩) .

الأتلام Burrow : وهي أنفاق في الجلد مستقيمة أو متعرجة كما في أتلام الجرب .

التصلب Sclerosis : يحس به بالجس ، حيث يترافق بفقدان مرونة الجلد وقابليته للانثناء كما في أدواء الصلابات .



الشكل ١-١٨ :
التآكلات
والقرحات



الشكل ١-١٩ :
توسعات وعائية

الفحوص المخبرية الخاصة في طب الجلد

لا توجد حدود واضحة وصريحة في إجراء الفحوص المخبرية بين فروع الطب المختلفة وإنما تتداخل مع بعضها بعضاً ، إذ قد يحتاج المريض الجلدي لإجراء فحوص دموية وكيميائية وحيوية وجرثومية وطفيلية وغيرها شأن الأمراض الأخرى . إذ لابد

من إجراء فحوص مخبرية أو نسجية في بعض الأمراض الجلدية لوضع التشخيص الأكيد ، وأضحى الطب الحديث يعتمد كثيراً على التقانات المختلفة وهي في ازدياد وتعقيد ، وإذا كانت تفاعلات سلاسل البوليمراز والمقايسة المناعية محدودة الإجراء في الوقت الحاضر ، فقد تصبح قريباً من ضرورات التشخيص ومعالجة المرض وسنأتي على أهم التقصيات المخبرية في طب الجلد .

أشعة وود Wood's Light : تعد أشعة وود وسيلة تشخيصية مفيدة في تشخيص سعفة الرأس ، حيث تعطي الفطور الجازة والقرعية لوناً متألقاً أخضر . ويستفاد منها أيضاً للتحري عن هذه الفطور في المسح الجماعي للفطور . يمكن الاستفادة منها أيضاً في تشخيص الوذح والنخالية المبرقشة وفي التحري عن البورفيرين في البول والبراز واضطرابات التصبغ وكشف بعض الأدوية في الأسنان .

الاختبارات الرقعية Patch Test : يعتمد هذا الاستقصاء على كشف العامل المؤرج في التهابات الجلد الأرجية بالتماس وتجرى بتطبيق المواد التي يشك بها وبكثافات مدروسة على ظهر المريض أو العضدين ، وتقرأ النتائج بعد ٤٨ ـ ٧٢ ـ ٩٦ ساعة أو بعد نصف ساعة لكشف السبب في شرى التماس .

اختبارات الحقن داخل الجلد : وتجرى بحقن مواد داخل الجلد وبكثافات معروفة ، وتقرأ النتائج بحسب المادة ونمط الأرج ؛ ومنها تفاعل السلين وتفاعل الجذامين .

اختبارات الوخز والخدش : وتجرى لكشف المواد المؤرجة المستنشقة أو التي تؤخذ عن طريق الفم وتجرى في بعض حالات الشرى والربو .

الفحص بالساحة السوداء : يتم التحري عن اللولبيات الشاحبة من القرح الأفرنجي أو من بزالة العقد اللمفية بهذه الطريقة .

تحري الفطور المباشر وزرعها : يتم التحري عن الفطور الجلدية بأخذ الوسوف بآلة كليلة من محيط الآفة ، أوتؤخذ الأشعار المصابة ، أو برادة الأظفار ، وتوضع على الصفيحة الزجاجية ويوضع عليها البوتاس الكاوي بنسبة ٥ ـ ٢٠٪ وتغطى بصفيحة زجاجية وتسخن بلطف ثم تفحص بالمجهر . ولا يمكن تعيين نوع الفطر بهذه الطريقة . ويمكن اللجوء إلى الزرع على وسط سابورو وتقرأ النتيجة بعد ٢ ـ ٦ أسابيع لمعرفة نوع

الفطر المسبب ويمكن تحري المبيضات البيض والخمائر مباشرة أيضاً .

تحري جسيمات الليشمانية المباشر وبالزرع : يمكن تحري جسيمات الليشمانية مباشرة من محيط الآفة وزرعها على وسط NNN .

الاختبارات في الأمراض المنقولة بالجنس : يجرى التحري المباشر عن اللولبيات الشاحبة بطريقة الساحة السوداء التي ذكرناها ، وتجرى التفاعلات المصلية الراجنة واللولبية ، والأولى غير نوعية بينما الثانية نوعية للأفرنجي .

يجرى التحري عن المكورات البنية سلبية الغرام من مفرزات الإحليل أو المهبل في مرض السيلان البني ويمكن زرعها أيضاً على الأوساط الخاصة ، وكذلك يمكن كشف المتدثرات من اللطاخة الإحليلية أو من عنق الرحم بطريقة التألق المناعي أو بالزرع ، وكشف عصيات دوكري من القرح اللين . وتجرى استقصاءات أخرى في بعض الأمراض الأخرى .

تفاعل سلسلة البوليمراز PCR : ويكشف بواسطته الفيروسات والجراثيم في النسج وهو حديث وذو أهمية في كشف العوامل الممرضة ولكنه تقانة غالية الثمن .

المقايسة المناعية immunoblotting : وتجرى لمعرفة الوزن الجزئي للأضداد والمستضدات في أمراض كثيرة ومنها الفقعاني والحلأ الحملي والفقاع الشائع وتعد دقيقة في وضع التشخيص الدقيق للأمراض الفقاعية وأمراض أخرى .

التشريح المرضي الجلدي والنسيجي المناعي

التشخيص الخلوي : وتقوم على أخذ لطاخة من الآفة ودراسة الخلايا فيها كما في مرض الفقاع الشائع والحلأ البسيط والسرطانة قاعدية وشائكة الخلايا وهي سهلة الإجراء وذات فائدة في تشخيص هذه الآفات .

التشريح المرضي الجلدي : للفحص النسيجي أهمية كبرى لوضع التشخيص في الأورام الجلدية أو للمساعدة على وضع تشخيص أمراض جلدية كثيرة . وتجرى الخزعة بعد إجراء التخدير الموضعي من المكان المناسب حيث يجب انتقاؤه بشكل جيد وبحسب المرض المشكوك به ، وإن الخطأ في مكان أخذ الخزعة قد لا يفيد منها وقد يضطر الطبيب لإجراء أكثر من خزعة . ويختلف مكانها بحسب عمر الاندفاع وشكله

وموقعه ونوعه . وتجرى الخزعة مع سائر الاحتياطات وكأي عمل جراحي بواسطة الخازع Punch أو الخزعة بالحلاقة shave biopsy أو بالتجريف أو بالمشرط . يجب الانتباه للمعرضين للنزوف لأسباب مختلفة . توضع الخزعة المأخوذة في محلول الفورمالين بالدارئ الفوسفاتي بنسبة ١٠٪ وبهاء ٧ . وفي حالة المجهر الإلكتروني توضع في محلول غلوتا ـ ألدهيد . أما خزعة الومضان المناعي فترسل فوراً وتجمد في درجة لا تقل عادة عن -٧٠° وتحفظ لحين إجراء الوسم المناعي . وفي حال قطع الخزعة بالتجميد ترسل مباشرة وتجرى فيها المقاطع كما في جراحة « موس » .

ولقد أضحى التشريح المرضي الجلدي في الوقت الراهن اختصاصاً دقيقاً يمارسه طبيب الجلدية .

التشريح المرضي المناعي (أو التألق المناعي) : واختباراته ذات قيمة كبيرة في وضع التشخيص الدقيق في الأمراض الفقاعية كالفقاع الشائع والفقعاني الفقاعي والذأب الحمامي ، وتستخدم فيه طريقة التألق المناعي المباشر ، وتتم على الخزعة الحية غير المثبتة (إلا في حالات خاصة بسائل متثبل) . كما يمكن إجراء فصل الجلد بهذه الطريقة . وتكشف الأضداد المرتبطة بالمستضدات في النسج المدروسة . أما الطريقة غير المباشرة فتعتمد على كشف الأضداد الجوالة وتجرى تمديدات مختلفة على المصل وتستخدم فيها ركائز مري القردة . تكشف بطريقة الأضداد وحيدة النسيلة أنواع الخلايا التائية والبائية وكشف أضداد مميزة للأورام كالبروتين ـ ١٠٠ والدسمين Desmine وتستعمل فيها طريقة البيروكسيداز المناعية .

كشف الآفات الوراثية في الجنين قبل الوضع : يجرى تنظير جوف الرحم وأخذ خزعة من جلد الجنين في الشهر الخامس لمعرفة إمكان إصابته ببعض الأمراض الوراثية الجلدية .

الفصل الثاني

الأمراض الجلدية الطفيلية

بالديدان والحيوانات الأوالي ومفصليات الأرجل

تسبب بعض الديدان والأوالي ومفصليات الأرجل أمراضاً جلدية بعضها شائع في العالم وبعضها مستوطن في بعض البلدان .

تصل الطفيليات إلى العضوية بطرائق مختلفة حيث يعيش بعضها في داخل الجسم ويؤدي إلى تفاعلات جلدية وجهازية ، وبعضها يصل الجلد مباشرة أو عن طريق حيوانات وسيطة وتسبب أمراضاً جلدية وجهازية .

وتكون الأمراض المتسببة عن مفصليات الأرجل إما بأذية ميكانيكية أو قد يؤدي تماسها مع الجلد إلى المرض الجلدي ، وقد يحقن بعضها سمومه داخل الجلد ، ويمكن أن تكون هذه المواد مؤرجة . هذا وينقل بعض أنواع المفصليات أمراضاً حمجية . والمجموعة المرضية كبيرة جداً نستعرض أهمها وأشيعها .

أمراض الديدان والحيوانات الأوالي

داء اليرقات الهاجر Cutaneous Larva Migrans

يسمى داء اليرقات الهاجر أيضاً بداء الاندفاع الزاحف ، وتسببه الديدان الشصية Hook Worm وتعيش في أمعاء القطط والكلاب وتطرح بيوضها في برازها ، وتفقس إلى يرقات في التربة ، وتدخل جلد المزارعين ومرتادي الشواطئ ، وأكثر ما تشاهد في الأقاليم الحارة .

تؤدي اليرقة إلى التهاب جلد غير نوعي في مكان دخولها وبخاصة في منطقة اليد والقدمين والأليتين ، أو تأخذ شكل اندفاع زاحف خطي بعرض ٢ـ٣ ملم وبطول عدة سنتمترات عليه حويصلات ، قد يتقيح ثانوياً والمرض حاك . يشفى عفوياً خلال أسابيع إلى

أشهر ، ويعتمد التشخيص على شكل الاندفاع ويعالج بتطبيق تيبندازول .

أما أمراض الديدان الأخرى فيحسن مراجعتها في الأمراض الخمجية والطفيلية في كتبها الخاصة .

داء الأميبات الجلدي Cutaneous Amoebiasis

يمكن أن تصيب الأميبا عدا الأمعاء والكبد ، الجلد حيث تؤدي إلى تقرحات وناسير حول الشرج وفي منطقة الأليتين ، وقد يصاب القضيب عند الجنوسيين .

وقد يسير المرض سيراً سريعاً ويؤدي إلى الموت . يجب تفريق الإصابة عن السرطانات القاعدية والسل الثولولي ويمكن كشف الأميبا من القرحات ، وتعالج الآفات الجلدية بالميترونيدازول ٨٠٠ ملغ يومياً لمدة عشرة أيام عن الطريق العام ، وتطبق المطهرات موضعياً .

أدواء الليشمانيات Leishmaniasis

تسبب مجموعة من طفيلي الليشمانية أدواء الليشمانيات ، ويتواجد كل نوع من هذه الطفيليات في مناطق جغرافية معينة . تتشابه هذه الطفيليات شكلاً بعضها مع بعض ، ولكن يمكن تمييزها عن بعضها بطريقة الأنظيم الأسوي iso-Enzyme وبتحليل الدنا DNA وبطريقة الأضداد وحيدة النسيلة .

يسبب خمج الليشمانيا إصابات يتجاوز وقوعاتها ١٢ مليون إصابة في العالم ، وتقدر منظمة الصحة العالمية الإصابات السنوية ٤٠٠,٠٠٠ إصابة جديدة ، وتقدر الإصابات الخطيرة (الليشمانية المخاطية الجلدية والليشمانية الحشوية) التي قد تسبب الوفاة بأكثر من ٧٥,٠٠٠ حالة سنوياً .

وتصنف الأشكال السريرية لأدواء الليشمانيات إلى أربعة أشكال رئيسة بحسب شدة الإصابة وانتشارها وهي : الليشمانية الجلدية Cutaneous L ، والليشمانية الجلدية المنتشرة Diffuse CL والليشمانية المخاطية الجلدية Mucocutaneous L واللشمانية الحشوية Visceral L .

خصائص طفيلي الليشمانيات : طفيلي الليشمانيات من الحيوانات الأوالي من عائلة المثقبيات . ويكون عند الإنسان والحيوانات الثوية الأخرى في البالعات غير مسوط دائري أو بيضوي قطره ٢ ــ ٣ ميكرون ، أما عند الناقل (ذبابة الرمل هي من أجناس الفواصد Phlebotomus أو Luzomyia فيكون مسوطاً ، هذا ولا يمكن تفريق أنواع الطفيلي عن

بعضها بعضاً بالمجهر الضوئي وإنما كما ذكرنا بالطرائق الحديثة . ولهذا يصنف طفيلي الليشمانية إلى طفيلي الليشمانية الكبرى Leishmania Major ، والليشمانية المدارية tropica L. والليشمانية الإثيوبية والليشمانية الطفلية infantum L. والليشمانية الدونوفانية L Donovani وتسبب أدواء الليشمانية في العالم القديم ، أما في العالم الجديد فتصنف إلى أشكال كثيرة منها الليشمانية البرازيلية والمكسيكية والأمازونية وغيرها .

ناقل ومستودع طفيلي الليشمانيات : تنقل الطفيلي ذبابة الرمل ، من الحيوانات البرية ومن الإنسان ، وتنتمي إلى جنس الفواصد وذلك في العالم القديم ، وإلى نوع لوزوميا Luzomyia في العالم الجديد .

وتعيش الفواصد في المناطق الحارة والمعتدلة وفي الصحارى والغابات وتعيش على امتصاص دماء الأنويناء التي تشكل مستودعات طفيلي الليشمانيات (الإنسان المصاب ، الجرابيع والقوارض الأخرى ، الكلاب ، الثعالب) وهكذا عندما تلسع ذبابة الرمل مضيفها المصاب تبتلع جسيمات الليشمانية وتتكاثر في أمعائها .

يصبح الطفيلي مسوطاً ، وتهاجر الطفيليات إلى الغدد اللعابية لهذه الفواصد وعندما تلدغ النائم ليلاً بخاصة في المناطق المكشوفة وتضع في جلده عدداً من الطفيلي ، وتقوم عملية مناعية متواسطة بالخلايا ويودي ذلك لحدوث مرض الليشمانية كما سنرى في أشكالها المختلفة .

الليشمانية الجلدية

تسمى الليشمانية الجلدية أيضاً بداء الليشمانية في العالم القديم ودمل الشرق وحبة حلب ، وحبة دلهي ، وتسميات محلية أخرى . وأنواع الطفيلي المسبب هي : الليشمانية الكبرى ، والليشمانية المدارية ، والليشمانية الأثيوبية ، والطفلية ، والأخيرة قد تكون مسببة لليشمانية الحشوية أيضاً .

ينتشر المرض في بلدان حوض المتوسط أي في بلدان شمال أفريقيا والبلدان الأفريقية المجاورة لها وجنوب أوروبا ، واليونان ، وتركيا ، وبلدان آسيا الوسطى ، وباكستان ، والهند ، والبلاد العربية الآسيوية ، وفي إيران .

أما في سورية فلا تكاد منطقة تخلو حالياً من إصابات الليشمانية الجلدية وأهم هذه المناطق المنطقة الشمالية والشرقية ، في حلب وريفها وإدلب وريفها وفي الجزيرة في دير الزور والحسكة ، وفي منطقة القلمون والمناطق القريبة من دمشق كالضمير وعدرا وقدسيا

والهامة ودمر ، وكذلك في منطقة حماه وبعض البؤر في الساحل والإصابات في تزايد مستمر في الوقت الحاضر رغم المكافحة الجدية .

المظاهر السريرية : يتشكل مكان لدغ ذبابة الرمل الأنثى وبعد دور حضانة يتراوح بين بضعة أيام وحتى ٣ أشهر وأكثر أحياناً ، اندفاع حطاطي صغير ، على المناطق المكشوفة غالباً كالوجه والأطراف ، لا يلبث أن يتطور بحسب نوع الطفيلي المسبب . الأشكال السريرية ليست معبرة دوما عن نوع الطفيلي المسبب . قد يكون الاندفاع وحيداً أو متعدداً (شكل ٢-١) .

الليشمانية الجلدية المتسببة بطفيلي الليشمانية الكبرى : ويسمى بالشكل الريفي أو الرطب ، دور الحضانة فيه أقل من شهرين والناموس الناقل من نوع الفواصد Phlebotomus papatasii وأنواع أخرى ، أما مستودعات الطفيلي فهي الجرابيع والقوارض . والتي تعيش في الصحارى والمناطق القريبة منها .

تبدأ الليشمانية في هذا الشكل ، بعقيدة صغيرة حمراء اللون ، وتكبر لتصل إلى ٢ سم أو أكثر وذلك خلال عدة أسابيع وتصل حتى (٣ - ٦ سم) ، وتتشكل في مركزها جلبة Crust ويكون محيط الآفة المرتشح أحمر فاتح وقد يتقرح . وقد تبقى حتى ٦ أشهر وتشفى عادة لتترك ندبة مكانها . غير أنه قد تبقى بعض الحالات فعالة حتى أكثر من ٢٤ شهراً وأكثر .

ونذكر حالات ارتشحت في العمق حتى السبلة الشحمية وحتى العضلات ، وقد تشاهد حطاطات صغيرة حول الآفة كتوابع لها . والآفة قد تكون وحيدة أو متعددة .

الليشمانية الجلدية المتسببة بالليشمانية المدارية CL. caused by L. Tropica :
وتشاهد في شمال القطر وإيران وتركيا وجنوب الاتحاد السوفييتي السابق . وهو الشكل الجاف أو المديني ودور الحضانة فيه أكثر من شهرين . والإنسان مستودعه الرئيسي ، لكن وجد حديثاً أن الجرذان قد تكون مستودعه أيضاً . وحضانته أكثر من شهرين . تبدأ مكان اللسع بعقيدة صغيرة حمراء بنفسجية لتصل خلال ٦ أشهر إلى ١ - ٢ سم ، تكتسي بقشرة مسمارية شديدة العلوق وتتراجع عادة بعد سنة تقريباً .

الليشمانية الجلدية بطفيلي الليشمانية الطفلية CL. caused by L. infantum :
ويتواجد هذا الشكل في بلدان حوض البحر الأبيض المتوسط بما فيها جنوب أوروبا كإسبانيا



الشكل ٢-١ :ليشمانية متعددة على الوجه

واليونان وإيطاليا . وتشبه في سيرها الليشمانية الجلدية بطفيلي الليشمانية الكبرى ولكن مدة تطورها أقصر . ومستودع الطفيلي فيها هو الكلاب ولقد وجد في إسبانيا أن أكثر من ٢٠٪ من الكلاب في المناطق الموبوءة لديها الطفيلي المسبب لهذا النمط وتصيب الأطفال وتؤدي إلى الليشمانية الحشوية وعند الكبار يمكن أن تكون جلدية دون إصابة حشوية .

الليشمانية الجلدية بطفيلي الليشمانية الأثيوبية : وينتشر هذا الشكل في كينيا ، السودان ، أثيوبيا . والآفة شديدة الالتهاب ، وقد ترافق بسواتل بجانب الآفة الرئيسية وقد تصيب الجلد والأغشية المخاطية للشفتين ، وقد تبقى سنوات عديدة حتى تشفى ، وقد تأخذ في بعض الحالات شكل الليشمانية المنتشرة .

الليشمانية الناكسة Recidivans. L : وتسمى أيضاً بالشكل الذأباني والعامل المسبب هو طفيلي الليشمانية المدارية وتشاهد مثل هذه الحالات عندنا شمال سوريا . ويتصف هذا الشكل بتشكل درنات مكان الندبة القديمة ، وفي محيطها وتشبه الذأب الدرني ، ويمكن أن تتقرح أو تأخذ أشكالاً مختلفة وتستمر فترة طويلة لمدة سنوات وهي صعبة العلاج .

الليشمانية الجلدية المنتشرة Diffuse CL. : وتعزى إلى طفيلي الليشمانية الأثيوبية . وتشاهد مثل هذه الآفات في العالم الجديد في أميركا الجنوبية وأثيوبيا بعقيدة واحدة ومنها تنتشر موضعياً ، وبمرور الوقت يشاهد العديد من العقيدات على الوجه والجزع وتشبه الجذام

الجذامي . والعقيدات لا تتقرح ولا تصيب الأحشاء الداخلية وهي غنية بالطفيلي وعلاجها صعب . ويرجح الباحثون أن هذا الشكل يكون بسبب عوز مناعي عند المضيف .

التشريح المرضي في الليشمانية الجلدية : تتراوح التبدلات البشروية في الطور الحاد بين الضمور والتقرح إلى فرط التصنع . وتشاهد رشاحة التهابية أدمية مؤلفة من الناسجات ، اللمفاويات ، المصوريات والعدلات . ويمكن كشف الطفيلي في البالعات .

وفي المرحلة المزمنة تكون الرشاحة الأدمية عقيدية وتكون حبيبومية ناسجة ، سلية الشكل تحيط بها لمفاويات وخلايا مصورية ويصعب كشف الطفيلي في هذه المرحلة . ويدخل معها بالتشخيص التفريقي في هذه الحالات الذأب الشائع والجذام الدرني وأحياناً وردية الوجه .

المناعة في الليشمانية : يمكن أن تكون الليشمانية ذات قطبين كبيرين مناعياً كما في الجذام ، القطب الأول هو الليشمانية الجلدية ، حيث يطور المضيف استجابة مناعية قوية والقطب الثاني الليشمانية الحشوية حيث المناعة ضعيفة وفي الوسط الليشمانية المخاطية الجلدية والجلدية المنتشرة . والمناعة في الليشمانية متواسطة بالخلايا حيث تلعب البالعات والخلايا التائية الدور المناعي وتلعب الخلايا التائية ونويعاتها الدور المهم في الشفاء العفوي ، وتعزز مقاومة العضوية الخلايا التائية المؤازرة Th1 ضد الطفيلي بينما تعاكسها هذا لفعل الخلايا المؤازرة Th2 .

تبقى المناعة دائمة مدى الحياة بعد الشفاء من الخمج ضد الطفيلي نفسه عادة ، ويذكر أن الإصابة بالليشمانية الكبرى يحصن العضوية ضد الإصابة بالليشمانية الكبرى والمدارية بينما لا يحدث العكس .

التشخيص : يسهل تشخيص الليشمانية الجلدية في المناطق الموبوءة عادة استناداً إلى العلامات السريرية ، ويؤكد التشخيص بالفحص المباشر من محيط الآفة ويمكن اللجوء إلى الزرع على وسط NNN والخزعة . ويمكن اللجوء إلى الاختبارات المناعية كاختبار ELISA ولكنها ما زالت قيد البحث والدراسة . ويمكن اللجوء إلى الأضداد وحيدة النسيلة واختبار (PCR) .

ونشير بإيجاز إلى الليشمانية المخاطية الجلدية والليشمانية الحشوية .

الليشمانية المخاطية الجلدية Mucocutaneous L.

أو ليشمانية العالم الجديد ، وتشاهد بصورة رئيسة في أميركا الجنوبية وقد تكون في

بعض حالاتها مهددة للحياة . تتصف بإصابتها للجلد والطرق التنفسية العليا والعامل المسبب لليشمانية البرازيلية والمكسيكية . ويختلف الناقل والمستودع في هذا الشكل عنه في الليشمانية الجلدية في العالم القديم ، وهي مشوهة بشدة وخاصة في الأنف والبلعوم والحنجرة ، ويمكن إذا لم تعالج أن تؤدي إلى الوفاة . ويتم تشخيصها غالباً استناداً للسريريات لصعوبة كشف الطفيلي من الآفات .

الليشمانية الحشوية .Visceral L

وتدعى أيضاً كالا ـ أزار Kala- Azar ويتواجد المرض في الهند والصين والمناطق الجنوبية من الاتحاد السوفيتي وحوض البحر الأبيض المتوسط وأميركا الجنوبية وبعض بلدان إفريقية . والليشمانيات المسببة هي الليشمانية الدونوفانية في إفريقيا والهند والليشمانية الطفلية في منطقة البحر الأبيض المتوسط والشاغاسية في أميركا الجنوبية . تؤوي هذه الطفيليات الكلاب والثعالب والقوارض والإنسان المصاب .

التظاهرات السريرية : يتراوح دور الحضانة فيها بين أسابيع وأشهر . يبدأ المرض بحمى متقطعة أو مستمرة ويتضخم الطحال والكبد ويصاب المريض باضطرابات دموية ثم الهزال . وتظهر على جلده بقع مصطبغة أو آفات ليشمانية تشبه الليشمانية الجلدية . وقد تؤدي الحالة إلى الوفاة إذا لم تعالج .

الليشمانيات الجلدية التالية للليشمانية الحشوية : تظهر اندفاعات جلدية بعد الشفاء من الليشمانية الحشوية على الوجه والجذع وتتجلى ببقع ناقصة الصباغ أو بحطاطات يبدي فحصها النسجي تشكلاً درنياً أو قد نجد فيها طفيلي الليشمانية .

التشخيص : يتم التشخيص بتحري طفيلي الليشمانية في بزالة الطحال ، نقي العظم ، الكبد أو العقد اللمفية ويتم الزرع على الوسط NNN ويمكن كشف أضداد الليشمانية بالمصل بطرائق عديدة منها طريقة التألق المناعي أو بطريقة التحوصب المباشر وبالطرائق الأخرى .

معالجة الليشمانية

تشفى الآفات الجلدية عادة كما ذكرنا بشكل عفوي في غالبيتها ، ولكنها تترك ندبات مشوهة ، تستدعي الجراحة التجميلية أحياناً ، وهذا مكلف . يمكن أن يترك الاندفاع إذا كان في مكان مستور وغير مشوه ليترك مناعة دائمة .

تطبق المعالجات الموضعية في الحالات المفردة أو القليلة العدد وذلك بتطبيق الثلج الفحمي أو الآزوت السائل . ولقد أعطتنا هذه الطريقة نتائج جيدة وهي اقتصادية وليس لها مضاد استطباب ، ويذكر أيضاً فائدة تطبيق الحرارة الموضعية ويمكن اللجوء في بعض الحالات إلى حقن أملاح الانتيموان في الآفة وتختلف نتائجها باختلاف الباحثين .

تستعمل أملاح الانتيموان حقناً عضلياً (كلوكانتيم والبنتوستام وتحتوي حبابة الكلوكانتيم ١,٥ غ من الانتيموان الخماسي في ٥مل وتعطى زرقا في العضل ١٠م.غ/كغ من وزن البدن أي ما يقرب حبابتين إلى أربع يومياً لمدة أسبوعين ـ إلى شهر ومن مضادات الاستطباب الآفات القلبية والكلوية والكبدية . ومن المعالجات البديلة الألوبيرونول بمقدار ٢٠ملغ/كغ ولمدة ١٥ ـ ٣٠ يوماً ويفيد الكيتوكونازول ومضادات الفطور الشبيهة في بعض الحالات .

يجب عدم استعمال الريمفامبيسين في معالجة الليشمانية لأنه عقار مهم في معالجة السل . وتعالج الليشمانية الحشوية بحقن أملاح الانتيموان ولمدة ٢١ ـ ٣٠ يوماً . واللجوء إلى الجراحة واستئصال الليشمانية المفردة وارد أحياناً .

تعتمد الوقاية على النوم تحت الناموسية في المناطق الموبوءة ، بالإضافة إلى المكافحة العامة برش المبيدات في المناطق الموبوءة بالفواصد ، والأبحاث مستمرة لإيجاد علاجات أنجع وأنفع وتجرب اللقاحات للوقاية من الإصابة والنتائج واعدة .

أمراض الحشرات

سنقتصر في دراسة أمراض الحشرات على التذكير ببعض أذيات الحشرات وبشكل موجز .

النغف Myiasis

يعرف النغف بأنه احتشار infestation أنسجة جسم الإنسان أو الحيوان بيرقات ذات الجناحين Diptera وتصنف تبعاً لأنواع الحشرات أو تبعاً لإصاباتها . من هذه الحشرات ماهو إجباري التطفل حيث لابد لتطورها من أن يمر طورها اليرقي في نسيج حيواني حي ، ومنها ماهو اختياري تتطور يرقاتها في النباتات والفواكه المتعفنة ولكن قد تحتشر في الجروح . ومنها ما يدخل جهاز الهضم عرضاً .

أما النغف الجلدي فيشمل نغف الجروح والنغف الرملي ، حيث تتطور اليرقات في الجلد . وقد تحتشر في الأنف والبلعوم ، الجيوب ، الحنجرة والعين أو حتى الجهاز البولي . وللنغف أنواع عديدة منها ذبابة المنزل ، التي تضع بيوضها في الجروح والقروح وتتطور إلى يرقات حيث يمكن رؤية اليرقات المتحركة في داخلها .

يؤدي احتشارها وبخاصة ما يقع منها في المناطق المكشوفة إلى تقيح الجروح والقرحات . أما النغف الرملي فيتطور خلال أيام ويأخذ شكلاً دملياً توجد اليرقات في مركزه .

المعالجة : تتم المعالجة بإزالة اليرقات جراحياً وتغسل الجروح والقروح المحتشرة بالكلوروفوم بنسبة ١٥٪ .

لدغ البق Bed Bug Bites

بق السرير حشرة موجودة في جميع أنحاء العالم . تعيش في الشقوق الخشبية في المنزل . يلدغ ليلاً ويؤدي إلى حطاطات شروية . غالباً ما تأخذ شكلاً خطياً ويعالج بمضادات الحكة . ويجب القضاء على البق في المنزل باستعمال المبيدات المناسبة .

لدغ البراغيث Flea Bites

منها ما هو حيواني وإنساني ويمكن أن تساهم في نقل الطاعون ويؤدي لدغها إلى نقاط فرفرية على قاعدة شروية حاكة . وتقوم المعالجة على مهدئات الحكة ومكافحة البراغيث بالمبيدات .

القمال Pediculosis (Phthiriasis)

القمل حشرات عديمة الأجنحة ، يتطفل على جلد الإنسان ومنه ما يتطفل على الثدييات والطيور وما يهمنا هو القمل الإنساني P. humanus . يمكن للقمل أن ينقل أمراضاً حمجية كالتيفوس والحمى الراجعة .

قمل الرأس P. Capitis

يميل لون حشرة قمل الرأس إلى الرمادي وتقيس ٢-٤ ملم طولاً ، تضع الأنثى البالغة ٣٠٠ بيضة خلال بضعة أيام وتلصقها إلى سقيبات الأشعار وتنفقس بعد ٨ أيام . يصيب الأطفال أكثر من البالغين ويساعد على انتشاره إهمال قواعد النظافة .

التظاهرات السريرية : حكة الرأس العرض الرئيسي للإصابة بقمل الرأس ويحدث تقيح ثانوي نتيجة الحكة الشديدة في الناحية القذالية (القفوية) والصدغية وهي من العلامات المنبئة عن الإصابة ، وتتضخم العقد اللمفية في الرقبة والعنق نتيجة للتقيح ، والحكة المخرشة للجلد . ويستدل عادة على الإصابة بوجود الصئبان العالق على سقيبات الشعر (شكل ٢-٢) وقد تكشف الحشرات أيضاً . وتفرق الصئواية عن الوسفة بأن الأخيرة سهلة الانقلاع والسقوط بعكس الصئبان الملتصق بالشعر .



الشكل ٢-٢ : الصؤابات على سقيبات شعر الرأس

المعالجة : يعالج المصاب بتطبيق الملاثيون ٠,٥٪ أو مركبات Carbaryl وتترك على الفروة لمدة ١٢ ساعة قبل غسلها ، وثبتت فائدة بريمثرين Permethrin موضعياً . ويزال الصئبان بالخل الساخن أو يفرك الشعر بالكريمات التي تحتوي على حامض الفورميك Formic Acide . ولقد ذكر فائدة cotrimoxazole عن الطريق العام في معالجة قمل الرأس . تعالج التقيحات بالصادات المناسبة وتقضي الوقاية باتباع قواعد النظافة العامة ومعالجة أفراد الأسرة وغسل أغطية الرأس وأوجه الوسادات وشراشف الفراش .

قمل الجسد P. Corporis

قمل الجسد قليل المصادفة في الوقت الحاضر . يشبه قمل الجلد قمل الرأس ويعيش في

ثنيات الثياب ويضع بيوضه فيها .

التظاهرات السريرية : الحكة عرض رئيسي . ويؤدي إلى تسحجات خطية أكثر ما تتوضع على الظهر ، ويمكن أن تتقيح ثانوياً ، ويمكن أن يتظاهر باندفاعات حطاطية ، وإذا ما أزمنت الآفة لفترة طويلة ، يؤدي إلى فرط تصبغ في الجلد أو ما يدعى بداء المشردين ، ويمكن إثبات التشخيص بكشف القمل والصئبان في طيات الثياب ، ويعتبر قمل الثياب الناقل للتيفوس الوبائي وحمى الخنادق .

المعالجة : تحتاج المعالجة إلى غلي الثياب والشراشف ، وهذا كاف بحد ذاته . وفي حالة المعالجات الجماعية ، يمكن رش الثياب والحوائج ببودرة الملاثيون وتعالج التقيحات معالجة التقيحات عامة .

قمل العانة Phthiriasis Pubis

الحشرة صغيرة ، بيضوية الشكل لها ثلاثة أزواج مخالب طويلة ، حركتها بطيئة ، وبالرغم من ذلك يمكن أن تصيب مناطق أخرى غير منطقة العانة . ويعتبر المرض من الأمراض الشائعة ، ويغلب انتقال المرض عن طريق الاتصالات الجنسية ، ولهذا يجب التفتيش عن أمراض منتقلة بالجنس مرافقة ، وانتقاله عن طريق المراحيض الأفرنجية والشراشف وارد .

التظاهرات السريرية : يتوضع الطفيلي في فوهة الجراب الشعري ، ويصعب نزعه . ويصيب منطقة العانة (شكل ٢-٣) ، ويمكن أن يهاجر إلى مناطق أخرى كالبطن ، الصدر ، الإبط ، الأجفان ، الذقن . والحكة هي العرض الرئيسي ، ويلاحظ بقع اردواذية في مناطق الإصابة ، ونجد بقعاً متسخة على سروال المريض . تكون الإصابة عند الأطفال على الأجفان ، وقد تصيب الفروة ، وانتقال الإصابة عندهم عن طريق الأهل المصابين .

يجب التفتيش عن إصابات الأمراض المنتقلة بالجنس الأخرى ، كالأفرنجي والسيلان البني والتهابات الإحليل الأخرى ، إذا ما تبين أن الإصابة عن طريق الاتصالات الجنسية .

المعالجة : تستعمل مبيدات القمل التي ذكرناها في معالجة قمال الرأس ، وينصح بمعالجة كامل الجلد وتفضل المحاليل المائية لهذه المواد ، ويجب إعادة المعالجة بعد أسبوع إلى عشرة أيام . تطبق المراهم الكثيفة ومنها الفازلين على الأجفان مرتين يومياً لمدة عشرة أيام أو يطبق مرهم أوكسيد الزئبق الأصفر أو مرهم فيزو ستغمين Physostigmine ، والأخير قد يؤثر على حدقة العين ، ويمكن تطبيق محلول الملاثيون المائي ٠,٥ ٪ أيضاً .



الشكل ٢-٣ : قمل العانة وتوضعه في فوهات الجريبات

الأكال الحاد (لدغ الناموس) Acute prurigo (Mosquito Bites)

يكثر الناموس في بلادنا في فصول الربيع والصيف وأوائل الخريف ، ولهذا يعتبر لسع الناموس من الآفات الشائعة في بلادنا ، ينتمي الناموس إلى فصيلة البعوضيات التي تعيش على امتصاص دم الثوى . يؤدي لدغ الناموس إلى ظهور انبتارات (حطاطات شروية) وذلك على المناطق المكشوفة والتي يطالها البعوض أثناء النوم وهي الوجه الأطراف ، ويمكن أن تظهر بعض الحطاطات على منتصف الظهر أو منتصف البطن ، ويمكن أن يتظاهر لدغ البعوض باندفاعات حويصلية ـ فقاعية على قاعدة حمامية في هذه المناطق ، وقد تترك بقعاً مصطبغة أو ناقصة الصباغ في مكانها بعد تراجعها .

يختلط لدغ الناموس بالتقيح الثانوي والتأكزم . وأكثر ما يتعرض للأكال الحاد الأطفال والغرباء عن البلد ، ولابد من أن نذكر أن الناموس ينقل أمراضاً مختلفة منها الملاريا وبعض أمراض الحمات الراشحة .

المعالجة : يكتفي في الحالات البسيطة تطبيق مضادات الهستامين ، ويمكن أن تعطى عن طريق الفم وتعالج التقيحات بالمعالجة المناسبة . ويمكن اتقاء اللدغ بالنوم تحت الناموسية ووضع المناخل على الشبابيك ويمكن اللجوء لوضع منفرات الحشرات على الجسم .

صنف العناكب Arachnida

لزمرة العناكب زمر عديدة وما يهمنا منها هنا رتبة الحلم acari والسوس Mites والتي تشمل القراد أيضاً .

الجرب الإنساني Human Scabies

الجرب مرض واسع الانتشار تسببه القارمة الجربية الإنسانية Sarcoptes Scabiei Var hominis وتتطفل على الجلد وتؤدي إلى مرض الجرب الذي يتصف بالحكة الليلية الشديدة .

العامل المسبب : تسبب الجرب قارمة الجرب . وتقيس الأنثى ٠,٤٠ طولاً و ٠,٣٠ ملم عرضاً والذكر أصغر منها ، ولها أربع أرجل تتوضع على وجهها البطني ، لونها أبيض كريمي . تحفر الأنثى النفق في عمق الطبقة المتقرنة وتضع بيوضها فيه ، وتنفقس بعد ٣ـ٤ أيام وتخرج منها اليرقات . تنمو وتتحول إلى حواري وبعدها حشرات كاملة . تفضل قارمة الجرب حفر أنفاقها بعيداً عن المناطق التي فيها كثافة زائدة من الأجربة .

الوبائيات : يصيب المرض جميع العروق ، وقد يأتي على شكل دوري cyclic حيث يزداد عدد الإصابات لفترة زمنية ثم تقل ولا يعرف تفسير هذا التواتر من وقوعات المرض ويفسرها البعض بسبب مناعي .

أكثر ما يصيب المرض الأطفال والشباب ولكن يمكن أن يصيب الأعمار كافة .

ويساعد على انتشار المرض الفقر وإهمال قواعد النظافة العامة والاكتظاظ السكاني .

ينتقل المرض بالتماس الصميمي بين الإنسان المريض والسليم كالنوم في فراش واحد وقد ينتقل عن طريق الحوائج . ولا تستطيع قارمة الجرب العيش بعيداً عن الجسم أكثر من ٣ أيام . هذا ويمكن العثور على قارمات جربية حية في غبار منزل المريض .

المناعيات في الجرب : تلعب الحساسية الأرجية نحو قارمة الجرب ومنتجاتها دوراً مهماً في حدوث الآفات الجربية والحكة ، ويبدو ظهور فرط حساسية عاجلة وآجلة في المرض وقد ترتفع الغلوبولينات IgG , IgM وينقص IgA ووجد معقد مناعي في المصل بعد معالجة المرض ، وفي دراسة بينت أن HLA-AII أكثر تواجداً لدى المصابين .

التظاهرات السريرية : دور الحضانة في الجرب ٣ ـ ٤ أسابيع وسطياً ، ويتصف

الجرب الإنساني بحكته الشديدة وتشتد الحكة ليلاً عندما يلجأ المصاب إلى فراشه ويغلب أن تكون عائلية .

يتظاهر الجرب بالأنفاق ، وتبدو على شكل خطوط متعرجة أو مستقيمة ، رمادية اللون ، مرتفعة قليلاً عن سطح الجلد . يقع في طرف النفق حويصل دقيق يمثل مكان دخول قارمة الجرب وتوضعها فيه ، ويقيس النفق نحو بضعة ملمترات . يمكن أن تكون الأنفاق قليلة أو كثيرة بحسب اتباع المريض قواعد النظافة ويمكن العثور عليها في المعصمين ، الأصابع والأفوات في اليدين ، أخمص القدمين وراحة اليدين عند الأطفال والعضو التناسلي عند الذكور والثدي عند المرأة ، وقد توجد في المناطق الأخرى من الجلد .

ويتصف الجرب أيضاً بالاندفاعات الحطاطية التي تتواجد على البطن ، الخاصرتين ، جذري الفخذين ، العضو التناسلي عند الذكور (شكل ٢ـ٤) ، المرفقين ، الثدي عند الإناث ، الإليتين ، وقد توجد على الراحتين والأخمصين عند الصغار ، وهي أهم التوضعات ولكنها قد توجد في المناطق الأخرى ، وقد تأخذ الحطاطات أشكالاً عقيدية تعلوها الأنفاق ، يبقى الجرب فترة طويلة من الزمن إذا لم يعالج ويؤدي لاختلاطات داخلية أحياناً.

الاختلاطات : يختلط الجرب بالتأكزم ، والتقبؤ الثانوي وقد يكون الاختلاطان شديدين ، وإذا ما طبقت الستروئيدات خطأ ، غيرت من سير الجرب وتشبه بأمراض جلدية أخرى ويسمى الجرب المستتر s. incognito .

تشخيص الجرب : يعتمد التشخيص على الحكة الليلية والأسرية وعلى التوضعات الانتقائية ويمكن كشف الطفيلي من الأنفاق تحت المجهر ويمكن كشف النفق بطرائق تلوينية عديدة . والتشخيص سهل عادة ، ولكن قد يصعب التشخيص في الحالات ذات الاندفاعات القليلة ، ويفرق عن قمل الجسد ، والحكات بأسباب أخرى وعن رهاب الجرب ، وعن الأكزيمة ، وعن التقيحات في الجرب المختلط بالتقيح وعن الأكال والتهاب الجريبات الشعرية .

المعالجة : تستعمل مواد كثيرة في معالجة الجرب ، وقد كان يستعمل الكبريت وما يزال بنسبة ١٠٪ على شكل مرهم أو مع البارافين الأصفر ويستعمل بنسبة أقل عند الأطفال .

تستعمل بنزوات البنزيل Benzyl Benzoate بنسبة ٢٥٪ ، دهناً كامل الجسم ما عدا الوجه مرة يومياً لمدة ٣ أيام متتالية ، وتخفف نسبته عند الأطفال . أما الملاثيون فيطبق بكثافة ٠,٥٪ ولمرة واحدة تكرر مرة أخرى بعد استراحة ثلاثة أيام ، ويمنع تطبيقه عند الحوامل



الشكل ٢-٤ : جرب

والأطفال الصغار ، ويستعمل البرمثرين Peremethrin بنسبة ٥٪ ولمرة واحدة وكذلك غاما هكسوكلورايد ولمرة واحدة أيضاً وللأخير تأثيرات سمية . أما تأثير الكروتاميتون فأقل من الأدوية الأخرى ويمكن استعماله عند الأطفال .

يجب الانتباه من الإكثار من تطبيق الأدوية المذكورة خوف التخريش . ولابد من غسل ثياب المرضى وأغطية الفراش وكيها . ويجب معالجة جميع أفراد أسرة المصاب أو من هم بتماس معه ، ويعالج التقيح بالصادات المناسبة .

الجرب النرويجي : ويدعى أيضاً بالجرب المتجلب Crusted scabies وتسببه قارمة الجرب الإنسانية نفسها المسببة للجرب العادي وتكون بأعداد كبيرة جداً ، ويصادف لدى المدنفين والمضعفين مناعياً والمقعدين ، أو بسبب معالجة الجرب العادي الخاطئة بالستروئيدات القوية . يتظاهر الجرب النرويجي بجلبات (قشور) تغطي مساحات من الجلد ، وهذا الشكل معد بشدة . وقد يقلد الأكزيمة المنتشرة أو الصداف أو داء داريه ، ويشخص بكشف هامة الجرب حيث تتواجد بأعداد كبيرة ويعالج معالجة الجرب العادي ، ولكن قد يحتاج إلى تطبيق المعالجات لفترة أطول أو إعادة سلسلة معالجة ثانية .

الجرب الحيواني : تسببه هامة الجرب الحيوانية ، التي تصيب الحيوانات المنزلية وينتقل إلى الإنسان ، ويؤدي إلى حطاطات شروية أو حطاطات حويصلية ، تشبه الجرب الإنساني ،

ويشفى بالاغتسال العادي والابتعاد عن الحيوان المصاب .

جرب الحبوب : ويسببه سوس الحبوب الذي يوجد في الحبوب المخزونة ، وتوجد أنواع أخرى من السوس في الأغذية المحفوظة أو الأجبان وغيرها ، ومنها يمكن أن تنتقل إلى الإنسان وتؤدي إلى حطاطات شروية ، هذا ويمكن أن ينتقل إلى الإنسان العديد من أنواع السوس الأخرى من النباتات أو الحيوانات منها cheyletiella والدويدة الجريبية والقزد chigger وغيرها .

القراد Ticks

القراد من رتبة الحلم ، يتطفل على جلد الفقاريات ومنها الإنسان ويمتص الدم منها وهي ذات أهمية نظراً لنقلها العديد من الأمراض الفيروسية Viral وأمراض الريكتسيات ومرض لايم Lyme . وتقسم إلى عائلتين رئيسيتين اللبود Ixodidae وعائلة البرام Argasidae ويعيش القراد بين الأعشاب والشجيرات ، ومنها ينتقل إلى الإنسان والحيوان ويلتصق بالجلد ويمتص الدم ويؤدي إلى تفاعلات شروية أو فقاعية على جلد الإنسان . ويؤدي لدغ بعضها إلى شلول صاعدة والمهم في لدغ اللبود هو داء لايم وأمراض بوريليات بورغدورفيري .

مرض لايم Lyme disease

يتسبب المرض عن نوع من البريميات اسمها بوريليا بورغدورفيري ، تنقله إلى الإنسان القراد ـ نوع اللبود والمرض موجود في أجزاء كثيرة من العالم وأخصها الولايات المتحدة وأوروبا .

يبدأ المرض بالحمامى المزمنة الهاجرة Erythema chronicum Migrans في مكان اللدغ وتأخذ شكل حلقة تتسع تدريجياً حتى تصل أكثر من ٣٠ سم قطراً . تشفى في المركز وتتسع في المحيط ، تتراجع إذا لم تعالج خلال أسابيع ثم يتعمم الخمج ويؤدي إلى التهاب مفاصل في ٥٧٪ من الحالات ، وإصابات عصبية مختلفة في ١٨٪ وإصابة العضلة القلبية في ١٠٪ . ومن الاندفاعات الجلدية الأخرى الممكنة المصادفة حمامى وجنية ، اندفاعات لطخية حطاطية ، شرى ، التهاب أوعية شروي ، التهاب سبلة حاجزي أو ورم لمفاوي .

أما التهاب الجلد المضمر Acrodermatitis Chronica Atrophica فظهوره متأخر ، ويشك حديثاً بدور البوريليات في أمراض القشيعة (مورفيا) والحزاز التصلبي والضموري وبعض الأمراض الأخرى .

يعالج داء لايم بالاموكسيسيللين أو دوكسي سيكلين أو الارترومايسين وبعض الصادات الأخرى .

الحيوانات البحرية

يؤدي تماس السباحين والصيادين في البحار مع بعض الحيوانات البحرية إلى التهاب جلد ، ومنها ما يتواجد في البحر المتوسط أيضاً وهي قنديل البحر أو ما يسمى برجل الحرب البرتغالي ، ويؤدي التماس معه إلى التهاب جلد خطي يشبه بضرب السياط بخاصة على الأطراف والجذع أو في الأماكن التي يمس الجلد ، ويعالج بمسح وتدليك المنطقة المصابة بالخل فوراً مع نزع اللوامس بالملقط ، وتعطى المسكنات ومضادات الهستامين وقد نلجأ إلى الستروئيدات داخلاً في الحالات الواسعة والشديدة التي كنا نشاهدها وتشاهد أحياناً على شاطئنا .

وفي البحر أيضاً حيوانات تؤدي إلى أذيات جلدية كالسمك الهلامي والمرجان وشقائق النعمان وغيرها .

Damascus University

الفصل الثالث

الأمراض الفطرية

Fungal Diseases

تتواجد الفطور في الطبيعة إما متعايشة أو متطفلة ، ويقدر عدد الفطور التي يعرفها الإنسان نحو ١٢٠,٠٠٠ نوع بعضها مفيد في الصناعة ، وقليل منها ممرض للإنسان بشكل مباشر للجلد والأجهزة الأخرى ، أو بشكل غير مباشر عن طريق ذيفاناتها المؤرجة . تزداد أهمية الفطور في الوقت الحاضر ، نظراً لتزايد استعمال كاتبات المناعة في المعالجات . وبالتالي ازدياد الإصابة ببعض الأمراض الفطرية .

تصنيف الفطور

تصنف الفطور تبعاً لخواصها الشكليائية إلى أربعة أصناف ١ ـ الفطور الاقترانية Zycomycetes ٢ ـ القاعدية النبوتية Basidiomycetes ٣ ـ الفطور الزقية Ascomycetes . ٤ ـ الفطور الناقصة (غير التامة) Fungi imperfecti . يقدر عدد الفطور الممرضة ٥٠ نوعاً ، تسبب أمراضاً مختلفة بعضها جلدي وبعضها حشوي أو الاثنان معاً .

وتميز من الناحية الطبية إلى : ١ـ فطور جلدية Dermatophytes (منها الشعروية ، Trichophyton ، (كالشعروية الحمراء T. rubrum ، والذقنية T. Mentagrophytes والشونلانية والثؤلولية) والبويغاء Microsporum (ومنها الأودينية والكلبية والجبسية) والبشروية Epidermophyton . ٢ ـ الخمائر وأهمها المبيضات البيض . ٣ ـ العفن .

المناعيات في الأمراض الفطرية : تعتمد العضوية في دفاعها ضد الأخماج الفطرية على عاملين رئيسين ، آلية مناعية وآلية غير مناعية ، وتقوم الأولى ، ضد الفطور على عوامل مصلية ، تثبط نمو الفطور الجلدية ، ولكن هذه العوامل غير واضحة بشكل كامل ، ولكن يفترض أن ناقلة الحديد غير المشبعة ترتبط بالخوط ، وتثبط بذلك نمو الفطر ، ومن العوامل المفيدة في تثبيط نمو فطور السعفة الجازة ، الحموض الشحمية ، حيث تتغير هذه الحموض بعد

البلوغ وتودي إلى الشفاء العفوي ، وبالتالي ندرة إصابة البالغين بها . هذا ولقد وجد أن الفطور الجلدية تشكل عامل انجذاب كيميائي ، وتنشط بذلك البديل السبيل للمتممة ، وبينت الأبحاث أن العدلات وبدرجة أقل ، وحيدات النوى ، لها تأثير قاتل لهذه الفطور . ومن العوامل الدفاعية ذات الأهمية الكبيرة فرط الحساسية الآجل نموذج IV ، حيث تلعب الخلايا T المؤازرة وخلايا لانغرهانس ، وعامل تثبيط هجرة الكريات البيض واستجابات تحول الخلايا اللمفية للمضيف دوراً مهماً في هذا النموذج ضد الفطور .

أما العوامل الدفاعية غير المناعية فتشمل سلامة البشرة وانقسام خلاياها المستمر ، واحتواء الجلد على الحموض الشحمية ذات الفحوم ٧ ـ ٩ ـ ١١ ـ ١٣ عند البالغين ، وكذلك العمر والجنس وعوامل عرقية واستقلابية وصماوية .

تشخيص الفطور وآفاتها

يوضع تشخيص الآفات الفطرية استناداً للعلامات السريرية والقصة المرضية ، ويؤكد بعزل الفطر والتعرف عليه وذلك بالفحص المباشر وبالزرع وأحياناً بواسطة الخزعة ، ويمكن الاستفادة في بعض الحالات من الفحص بأشعة وود .

الفحص المباشر للفطور

ويتم بأخذ الوسوف من محيط الآفة ، أو الأشعار المصابة أو برادة الوجه السفلي للأظفار المشتبه إصابتها ، وتوضع هذه المواد المشتبهة على صفيحة زجاجية وتغطى بساترة ، ويقطر بعد ذلك محلول ماءات البوتاسيوم بنسبة ١٥٪ تحت حافة الساترة . وتوضع المحضرات في علبة بتري مرطبة بورق نشاف مبلل لمدة ساعة ثم يتم تسخين الصفيحة بلطف دون غليان ويفحص المحضر مباشرة وتلاحظ الخيوط الفطرية أو الأبواغ ، ويمكن الإسراع بالتحضير باستعمال DMSO بنسبة ٤٠٪ ومن الممكن تلوين المحضرات بإضافة هيدروكسيد البوتاسيوم ١٥٪ إلى حبر باركر الأزرق ٥ـ١٠٪ أو يلون بالباس PAS .

زرع الفطور

يتم زرع الفطور على وسط سابورو ويعطي الزرع تشخيصاً أدق وأكثر نوعية وبوساطته يمكن معرفة نوع الفطر المسبب .

الاختبارات المناعية

مازالت فائدتها محدودة في تشخيص الفطور .

الفحص بأشعة وود

تبدي الفطور البويغائية التي تصيب الرأس تألقاً أخضر ساطعاً . وتفيد أيضاً في التوجيه للأشعار المصابة وسندرس الأمراض الناجمة عن الفطور الجلدية Dermatophytes وأمراض الخمائر والعفن بالإضافة إلى أمراض الفطور العميقة .

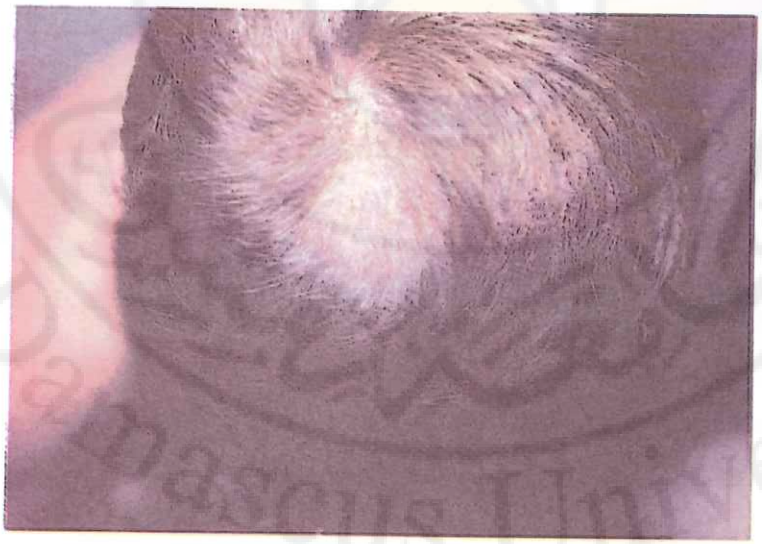
الفطارات الجلدية Dermatophytoses

وتسمى أمراضها بالسعفات ومنها ، سعفة الرأس ، سعفة الوجه ، سعفة الذقن ، سعفة الجسد ، سعفة اليد ، السعفة الأربية ، سعفة القدم ، سعفة الأظفار والطفحات الفطرية . والفطور المسببة هي أحد فطور ثلاثة زمر ، الشعروية Trichoplyton والبويغاء Microsporium ، والبشروية Epidermophyton . وهذه الفطور ولوعة بالكيراتين .

سعفة الرأس Tinea Capitis

ويقصد بها الآفات الفطرية التي تصيب فروة الرأس والحاجبين وتصنف الفطور المسببة إلى :

١ ـ فطور خارج الشعرة Exothrix ومنها :



الشكل ٣ـ١ : سعفة جازة

آ ــ البويغـاء ، كالبويغـــاء الأودوينيـــة M. Audouinii وهـــي أليفـــة الإنســـان Anthropophilic والبويغـاء الكلبيـة M. Canis (حيوانيـة) والجبسـية M. Gypseum والصفراء M.Fulvum (اليفة التربة) والحديدية M. Ferrugineum .

ب ـ الشعروية ، ومنها الذقنية وهي إنسانية ـ حيوانية والشعروية الحمراء (إنسانية) والتولولية (حيوانية) .

٢ ـ فطور داخل الشعرة Endothrix :

وتشمل الشعروية كالشعروية الجازة T.tonsurans والبنفسجية والسودانية والشونلانية وهذه المجموعة إنسانية .

وتختلف تواجد إصابات هذه الأنواع بين بلد وآخـر . بعض هـذه الفطور يؤدي إلى التهاب في الجلد واضح وبعضها غير التهابي وسندرس الأشكال السريرية لسعفة الرأس وهي : سعفة الفروة (الجازة) ، القرعة ، الشهدة .

سعفة الفروة Scalp ringworm أو السعفة الجازة

تصيب الأطفال وتشفي عفوياً عند البلوغ ، ونادراً ما تصيب الكبار وذلـك بسبب تغير تركيب الزهـم بعـد البلـوغ ، والمرض شـديد السراية ، وتحصـل العدوى بالتمـاس المباشـر بين الأطفال أو باستعمال أغطية الرأس أو الأمشاط ، وينتقل بعض أشكالها بالتماس مع الحيوانات .

تأخذ السعفة الجازة بالبويغاء خارج الشعرة ، شكل بقعة أشـعارها مجزوزة ، دائرية أو بيضوية ، حدودها واضحة قدها بقد قطعة النقـد المعدنيـة (شـكل ٣ـ١) ، يكـون الجلـد فيهـا التهابياً قليلاً وعليه وسوف دقيقة . قد تكون وحيدة وأحياناً متعددة ، وقد تتصل مع بعضهـا ، وتومض بتعريضها لأشعة وود بتألق أخضر ساطع . أما السعفة بالبويغاء الكلبية فمتعددة عـادة وصغيرة ، وقد تصيب عدا الرأس الجلد الأجرد .

أما السعفة بـالفطور داخـل الشـعرة (ذات الأبـواغ الكبـيرة) والـتي تسـببها الشـعروية الجازة أو الشعروية البنفسجية وهي غير التهابية وتتصـف بظهورهـا على شـكل بقـع متعـددة صغيرة وسطحية وتترك الأشعار المجزوزة مكانها نقطاً سود Black Dots . هـذا الشـكل محير أحياناً ، قد يصعب تشخيصه بسبب صغر الآفات ولابد من احتمال هذه السعفات عنـد كـل طفل على رأسه وسوف وحتى عند الكبار أحياناً .

تشخيص سعفة الفروة : يمكن الاستفادة من أشعة وود في فحص أشعار المنطقة المصابة ، وتؤخذ الأشعار المصابة وتشفف بمحلول البوتاس الكاوي ١٠ ـ ١٥٪ وتفحص مباشرة وتكشف الفطور داخل الشعرة أو خارجها ويمكن اللجوء إلى الزرع على وسط سابورو .

المعالجة : يمكن أن تشفى سعفة الفروة عفوياً عند البلوغ ، وتشير بعض الدراسات الحديثة إلى إمكان شفاء الشعروية الجازة خلال سنة دون حصول البلوغ لكن لا يمكن انتظار هذا الشفاء العفوي وإنما تعطى المعالجة الجهازية بالغريزيوفولفين بمقدار ١ غ يومياً للبالغين أو بمقدار ١٠ ـ ١٥ ملغ/كغ من وزن الأطفال ولمدة ٤ ـ ٨ أسابيع حتى يتم التحسن السريري والمخبري . بالإضافة لمضادات الفطور الخارجية ولابد من الانتباه للحيوانات المصابة ومعالجتها من قبل الطبيب البيطري إذا كانت الفطور حيوانية .

السعفة القرعية T. Favus

وتسببها الفطور الشعروية الشونلانية T. Schoenleinii . وتتم العدوى بها بالتماس أو بواسطة الأدوات كالأمشاط أو أغطية الرأس وهي أقل سراية من سعفة الفروة ، وهي نادرة جداً في الوقت الحاضر في بلدنا ، ولا تشفى إذا تركت بدون علاج ، تصيب أشعار فروة الرأس ولكن قد تصيب الجلد الأجرد والأظفار أيضاً .

تتصف القرعة النموذجية بتشكل التريسات Scutula (شكل ٣ـ٢) حول الشعرة ، والتريس أصفر اللون ناتج عن خيطان الفطور hyphae وحطام القراتين في فوهة الجريب الشعري ، يمكن أن تتحد التريسات مع بعضها ، ويختلف عددها بين حالة وأخرى ، قد تكون قليلة في البداية ، ولكن قد تمتد لتصيب كامل أشعار الفروة حيث تسقط كلها ما عدا أشعار قليلة . تتصف رائحة الفروة المصابة بأنها رائحة خاصة . تترك القرعة ندبات وهي ذات دلالة على الإصابة بها .

تأخذ القرعة أشكالاً غير نموذجية ، فقد تأخذ أشكالاً التهابية ، تتظاهر باحمرار بسيط في فروة الرأس مع فقدان الشعر لمعانه . ولابد من الانتباه لمثل هذه الحالات . أو تأخذ أشكالاً نخالية أو قوبائية الشكل أو أشكال أخرى .

تشخيص القرعة : يتم التشخيص بتحري الفطور المباشر وبالزرع إذا أمكن كما هو الحال في سعفة الفروة .



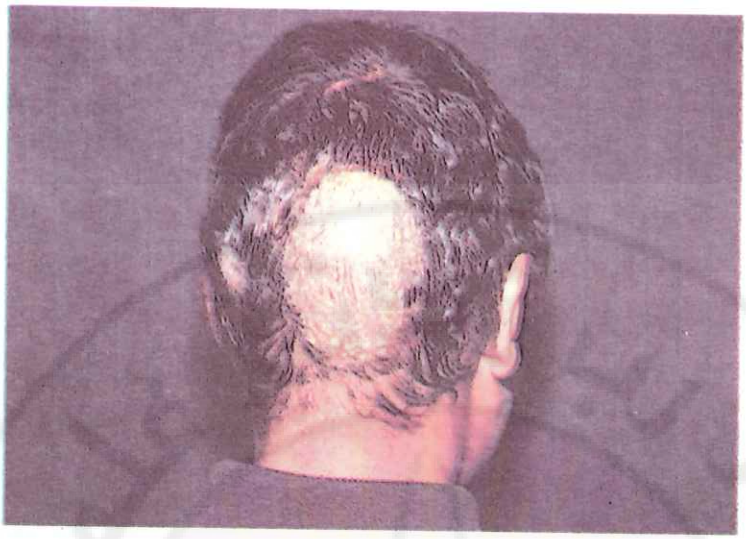
الشكل ٣-٢ : قرعة

المعالجة : كما هو الحال في معالجة سعفة الفروة وبالمقادير نفسها . أما في حالة إصابة الأظفار فتحتاج المعالجة إلى فترة أطول تصل حتى ٦ ـ ١٢ شهراً أو أكثر بالغريزيوفولفين داخلاً وباستعمال مضادات الفطور خارجاً ويمكن استعمال مضادات الفطور الحديثة .

الشهدة Kerion

وهي إصابة فطرية شديدة تصيب الفروة (شكل ٣-٣) ، ومن الفطور المسببة البويغاء الكلبية والشعروية والذقنية والثؤلولية وجميعها حيوانية ، وتنتقل إلى الإنسان بالتماس مع الحيوانات كالقطط والكلاب والعجول والخيل . تبدأ الشهدة ببقع احمرارية على الفروة ، عليها بثرات ، تجتمع بجانب بعضها بعضاً وتؤلف قرصاً شديد الالتهاب مرتفعاً عن سطح الجلد ، قطره عدة سنتمترات ينز قيحاً حتى مع ضغط خفيف ، وتزول الأشعار عليه . ويمكن أن تتظاهر بأكثر من قرص عند الطفل المصاب . تؤدي الإصابة إلى ضخامة عقد لمفية مجاورة ، وتتأثر حالة الطفل المصاب ، وتنجم الحالة الالتهابية كاستجابة لهذه الفطور ، ويمكن للجراثيم الموجودة على سطح الجلد أن تلعب دوراً في التقيح أيضاً .

تبقى الشهدة لفترة محدودة تتراجع وتترك مكانها ندبة . يمكن لبعض حالات الشهدة أن تؤدي إلى طفحات فطرية ـ id ـ على الجذع والأطراف ناتجة عن الذيفانات الفطرية .



الشكل ٣-٣ :شهدة في منطقة النقرة

التشخيص : يوضع التشخيص بناءً على القصة السريرية . ويثبت التشخيص بتحري الفطور (قد يكون سلبياً نتيجة التقيح الشديد) المباشر أو بالزرع .

المعالجة : تعالج بمضادات الفطور خارجاً وبخاصة مركبات الايميدازول أو غيرها ، ويعطى الغريزيوفولفين داخلاً بالإضافة للصادات واسعة الطيف . وتعطى الستروئيدات بجرعات صغيرة أحياناً للتخفيف من شدة الالتهاب .

سعفة اللحية T. barbae

تصيب الذقن والشارب عند البالغين ومن الفطور المسببة في الأغلب الشعروية الذقنية والثؤلولية أو بأنواع أخرى كالكلبية والبنفسجية وغيرها ، ويغلب أن يكون مصدر هذه الفطور الحيوانات ، وقد يكون الانتقال بواسطة الحلاقة . تتظاهر سريرياً ببثرات على قاعدة حمامية مرتشحة غالباً ، تجتمع بجانب بعضها بعضاً وتؤلف قرصاً يشبه شهدة الرأس ، يمكن أن تأخذ أشكالاً خفيفة الشدة في بعض الحالات . ويتم التشخيص استناداً للشكل السريري والفحص الفطري المباشر وبالزرع ، ويجب تفريق سعفة اللحية عن التينة الجرثومية والتهاب الأجربة الشعرية الجرثومي .

المعالجة : تعالج معالجة الشهدة نفسها .

سعفة الوجه T. Facie

تصيب الوجه الأجرد من الوجه بالفطور الجلدية ومنها الشعروية الذقنية والحمراء ولاودونية والكلبية وأنواع أخرى ، وتأخذ أشكالاً شبيهة بالسعفة الجسدية حلقية أو مقوسة Circinate مع محيط مرتفع ووسفي وقد يشاهد في محيطها بثرات أو حويصلات ، يمكن أن يصعب تشخيصها بعد معالجتها خطأ بالستروئيدات . يجب تفريقها عن آفات الذأب الحمامي ، وبخاصة آفات الذأب القريصي ، وعن التهاب الجلد الزهمي ، وعن التقرانات الضيائية ، ووردية الوجه ، ويتم إثبات التشخيص بتحري الفطور المباشر وبالزرع .

المعالجة : تطبق مضادات الفطور خارجاً والغريزيوفولفين داخلاً ولفترة لا تقل عن ٣ أسابيع .

سعفة الجسد T. corporis

وتسمى أيضاً السعفة المقوسة T. circinata ، وتصيب الجلد الأجرد ويمكن أن تسببها جميع الفطور الجلدية وبخاصة الشعروية الحمراء والذقنية والكلبية . وتنتقل بالتماس المباشر مع المصاب أو مع الحيوانات أو بوساطة الثياب أو الفراش ويبدو أن للطقس الحار والرطب دوراً مساعداً على الإصابة بالمرض . والأطفال أكثر عرضة للإصابة بالفطور الحيوانية بتماسهم مع الحيوانات المصابة كالكلاب والقطط أو الحيوانات الأليفة الأخرى ويتراوح دور الحضانة بين ١ ـ ٣ أسابيع .

تتظاهر بآفات دائرية ذات حدود واضحة ومرتفعة وسفية ، وقد يشاهد عليه حويصلات أو بثرات (شكل ٣ـ٤) ، تميل إلى التراجع في المركز وتتسع في المحيط . يمكن أن تكون وحيدة أو متعددة والآفة حاكة . وتغير المعالجة الخاطئة بالستروئيدات من شكلها وصفاتها المذكورة ومن سيرها . يمكن أن تشاهد السعفة الجسدية في أي مكان من الجلد الأجرد ، ويمكن أن تقلد الصداف أو الأكزيمة النمية . ولقد شاهدنا مثل هذه الحالات ولدينا حالات غزت الفطور فيها الجلد إلى ما تحته من النسج العميقة وحتى وصلت الدماغ لأسباب مناعية .

التشخيص والتشخيص التفريقي : يستند في تشخيص السعفة الجسدية إلى الشكل السريري المقوس أو الدائري ، ويثبت التشخيص بكشف الفطر مباشرة بالإضافة إلى الزرع ،

إذا احتاج الأمر ذلك . ويدخل في التشخيص التفريقي معها ، الأكزيمة النمية النخالية الوردية (بالأخص بقعة الطليعة) ، الحمامى الحلقية ، الحبيبوم الحلقي ، نظير الصداف اللويحي ، ولكل من هذه الآفات خصائصه السريرية الخاصة والمميزة .

المعالجة : يكتفي بالحالات المفردة بتطبيق مضادات الفطور موضعياً كمركبات الايميدازول أو التربينافين ، ويعطى إضافة إلى ذلك الغريزيوفولفين في الحالات المنتشرة أو مضادات الفطور الأخرى إذا احتاج الأمر .

سعفة اليد T. Manuum

يمكن لأي فطر جلدي أن يسبب سعفة اليد وتتظاهر على ظهر اليد بالشكل نفسه الذي تتظاهر به سعفة الجسد عادة ، أما تظاهرها على راحة اليد فيحتاج إلى شيء من التفصيل .

أما الفطور المسببة فهي على الأكثر الشعروية الحمراء ، الذقنية البنفسجية وأحياناً الفطور الحيوانية ، ويمكن أن تترافق مع سعفة القدم وتهيء لها غالباً المهن وعيوب اليد والدوران الدموي السيء .

تتظاهر سريرياً في راحة اليد ، وبخاصة في حالات الفطور الشعروية بفرط تقرن في راحة اليد وبجهة واحدة في أغلب الحالات مع احمرار الراحة المحددة ، مع وسوف وحويصلات على البقع المحمرة ، ويمكن أن تتظاهر على هيئة خلل التعرق . يدخل في التشخيص التفريضي مع سعفة اليد ، الأكزيمة مفرطة التقرن المتشققة ، أكزيمة خلل التعرق ، الصداف الراحي الأخمصي والتفاعلات الطفحية الفطرية في اليدين .

التشخيص : يعتمد التشخيص على الشكل السريري وكشف الفطور المباشر وبالرزع .

المعالجة : تطبق مضادات الفطور خارجاً ويعطى الغريزيوفولفين داخلاً وتعالج الفطارات المرافقة في الأظفار والقدمين كما سيأتي .

السعفة الاربية T. cruris

وكانت تسمى أيضاً بالأكزيمة الهامشية . وتعد المنطقة الأربية والتناسلية عند البالغين منطقة الإصابة بها . ومن الفطور المسببة في أغلب الحالات البشروية الندفية والشعروية الحمراء



الشكل ٣ـ٤ : سعفة الجسد

والذقنية وتصيب الذكور أكثر من الإناث وبنسبة كبيرة ، ويعود السبب إلى عوامل عدة منها اللباس والنشاط الفيزيائي ويصادف المرض كثيراً في الصيف في البلدان الحارة ويتشارك بنسبة كبيرة مع الداء الفطري القدمي .

تتم العدوى بالتماس المباشر أو بانتقال العدوى من مناطق أخرى من الجسم مصابة بالآفات الفطرية كالقدمين .

تتظاهر ببقع حمامية في جذر الفخذ الأنسي بجانب واحد أو بالجانبين (شكل ٣ـ٥) ، تتسع هذه البقع تدريجياً وتلتقي مع بعضها ، وتشكل سطحاً أحمر اللون ورديا ، عليه وسوف وحدوده واضحة ومرتفعة عادة ، ويمكن مشاهدة الحويصلات في المحيط . تسير الآفة سيراً ثابتاً ، وقد تنتشر الإصابة إلى منطقة العانة وقد تصل إلى البطن ومنطقة الشرج وحتى الأليتين وقد يصاب جلد الصفن .

التشخيص والتشخيص التفريقي : يتم التشخيص بناء على الصورة السريرية ويثبت التشخيص بالفحص المجهري المباشر للفطور وبالزرع . يدخل في التشخيص التفريقي مع السعفة الأربية ، الوذح والأخير غير حاك ولا يأبه له المريض عادة ، ويدخل في التشخيص التفريقي أيضاً المذح الجرثومي وداء القفاع النابت والتهاب الجلد بالتماس من الألبسة وداء هيلي ـ هيلي والصداف المقلوب .



الشكل ٣-٥ : سعفة إربية

المعالجة : ينصح المريض بلبس الألبسة الواسعة المريحة ، وتطبق مضادات الفطور خارجاً كمركبات الايميدازول أو التربينافين أو التولنفتات وقد تكون المعالجة الخارجية كافية ولكن يجب أن تطبق لمدة كافية . ويمكن إعطاء الغريزيوفولفين داخلاً في الحالات الشديدة بالإضافة إلى المعالجات الخاصة .



الشكل ٣-٦ : سعفة قدم

سعفة القدم T. pedis

وتسمى أيضاً داء أقدام الرياضيين وهي آفات فطرية شائعة وتعد الأكثر شيوعاً بين السعفات ويرجع السبب إلى الحياة الحديثة بانتعال الأحذية لفترات طويلة يومياً ، وبالتالي تعرض القدمين للرطوبة والحرارة فيها ، بالإضافة إلى ارتياد المسابح والحمامات المشتركة وتأتي الشعروية الحمراء والذقنية والبشروية الندفية أكثر الفطور المسببة لسعفة القدم (شكل ٣-٦) . تتظاهر سريرياً بأربعة أشكال رئيسة ، وقد يتراكب بعضها مع بعض :

١ ـ **الداء الفوتي المذحي** : وهو الأكثر شيوعاً ، يصيب الفوت الرابع والثالث ، وقد تصاب الأفوات الأخرى . وإذا باعدنا الأباخس . نلاحظ ابيضاض الفوت وتعطنه بالإضافة إلى شقوق وتآكلات . تنتشر الإصابة إلى الوجه السفلي للأباخس وتعتبر الرطوبة وفرط التعرق والحرارة من العوامل المساعدة للإصابة . ويجدر الإشارة إلى مشاركة بعض الجراثيم ومنها المكورات العنقودية والوتديات .

٢ ـ **الشكل الخطاطي الوسفي** : ويصيب جانب القدم أو أخمص القدم ويتصف ببقع حمامية وسفية ، وقد يأخذ شكل تقران وسفي منتشر في الأخمص .

٣ ـ **الشكل الحويصلي أو الحويصلي الفقاعي** : (شكل خلل التعرق Dyshidrosiform) وأكثر ما يظهر في فصل الصيف ويتصف بظهور حويصلات أو فقاعات في منتصف قوس القدم ، ويتصف بالحكة ، وعند تراجع الحويصلات تتوسف وتظهر آفات جديدة .

٤ ـ **الشكل الحاد المتقرح** : ويتصف بالتآكلات والتقرحات في الوجه السفلي والجانبي للأصابع ويختلط عادة بأخماج جرثومية سلبية الغرام . يمكن أن يترافق الشكلان الأخيران بالطفحة الفطرية ، الشبيهة بخلل التعرق على اليدين والقدمين .

ولابد من أن نذكر إمكانية ترافق سعفة الأظفار مع سعفة القدم .

التشخيص والتشخيص التفريقي : يعتمد تشخيص السعفة القدمية بأشكالها على السريريات وتحري الفطور المباشر وبالزرع على وسط سابورو ويدخل في التشخيص التفريقي فرط التقران الراحي الأخمصي الكسبي ، أو الوراثي ، التهاب الجلد بالتماس ، النخالية الحمراء الجرابية ، داء رايتر ، والصداف البثري .

المعالجة : يعتمد في الوقاية على رش البودرات التي تحتوي مضادات الفطور ما بين الأصابع وعلى أخمص القدم ، وانتعال الأحذية المفتوحة صيفاً ، وتطبق أملاح الألمنيوم موضعياً . تعالج السعفة القدمية بتطبيق مضادات الفطور خارجاً وإعطاء الغريزيوفولفين داخلاً ولمدة ٣ أشهر ، وقد تضاف الصادات داخلاً في حالات مشاركة الأخماج الجرثومية والمطهرات المفيدة ، ويمكن إعطاء مضادات الفطور الحديثة داخلاً .

سعفة الأظفار T. unguium

وتنتج عن خمج صفيحة الظفر بالفطور الجلدية المختلفة وأشيعها الشعروية الحمراء والذقنية والبشروية الفوتية ، وقد تتشارك مع إصابة الرأس بالشعروية الجازة والبنفسجية والشؤنلانية . وتؤهب للإصابة الاضطرابات الدورانية والعمل في ظروف رطبة . والمرض شائع ، والرجال أكثر إصابة من النساء ، والبالغين أكثر من الصغار ، كثيراً ما تصاب أظفار الأباخس وأقل منها أظفار اليدين . يبدأ الخمج بإصابة ظفر واحد وقد تمتد الإصابة لتشمل أظفار القدمين وحتى اليدين ، والإصابة غير متناظرة عادة تبدأ الإصابة الظفرية ببقعة متغيرة اللون ، بيضاء أو صفراء في النهاية الحرة للصفيحة الظفرية بالقرب من الطية الجانبية ثم تمتد الإصابة نحو قاعدة الظفر ، ويمكن أن يتغير اللون ليصبح بنياً مسوداً ، يصبح الظفر المصاب ثخيناً ويحدث تحته فرط تقرن (شكل ٣-٧) ، ويمكن أن تتكسر الصفيحة الظفرية إلى أجزاء صغيرة وقد تنفصل صفيحة الظفر أحياناً ، أو يصاب بالخثل الظفري . وتصبح التغيرات الظفرية في مرضى الإيدز سريعة وأكثر شدة ، ويمكن أن تترافق السعفة الفطرية الظفرية مع السعفات الأخرى .

التشخيص والتشخيص التفريقي : يعتمد تشخيص سعفة الأظفار إلى التغيرات اللونية والشكلية ، ونتأكد من التشخيص بالفحص المباشر وبالزرع ، ويدخل في التشخيص التفريقي سعفة الأظفار بالمبيضات البيض ، ومع صداف الأظفار ، الحزاز المسطح ، والإكزيمة وانحلال الأظفار بأسباب أخرى .

معالجة سعفات الأظفار : معالجة سعفات الأظفار صعبة ولا تستجيب بسهولة والمعالجات الخارجية غير مجدية . يعطى التربينافين داخلاً بمقدار ٢٥٠ ملغ مرة يومياً لمدة ثلاثة أشهر أو أقل أحياناً ونتائجه جيدة ولكنه غالي الثمن، ويفيد الايتراكونازول داخلاً أيضاً . أما المعالجة البديلة فهي إعطاء الغريزيوفولفين ولمدة تزيد على ٦ أشهر ، وقد يحتاج ظفر الإبهام

حتى السنة إلى السنة والنصف . ويمكن حل الأظفار المصابة بمركبات اليوريا بالإضافة للمعالجة الداخلية بالغريزيوفولفين .



الشكل ٣-٧ :سعفة الأظفار

الطفحة الفطرية

وتحدث نتيجة لامتصاص المستضد الفطري ومرافقة لآفة فطرية فعالة ، وتتظاهر على شكل خلل التعرق أو تتظاهر بحمامى عقدة أو حمامى عديدة الأشكال أو بحطاطات حول الآفة ، وتشفى بشفاء الآفة الفطرية .

حبيبوم ماجوشي

مرض نادر جداً ، يتصف بتشكل نسيج حبيبومي فطري ويأخذ سريرياً شكل عقيدات تسببه الشعرويات ويعالج بمضادات الفطور داخلاً .

معالجة الفطارات الجلدية بالفطور الجلدية

يجب وضع التشخيص الأكيد استناداً للسريريات والفحص المباشر والمؤكد بالزرع إذا أمكن ، وتطبق المعالجات الخارجية وحدها في بعض السعفات أو بمشاركة المضادات الفطرية الداخلية بحسب الآفة وموضعها وشدتها كما ذكرنا في كل سعفة من السعفات .

الأدوية الداخلية :

الغريزيوفولفين Griseofulvin : صاد فطري يستخلص من المكنسية

الغريزيوفولفينية . يفيد ضد الفطور الجلديـة ولا يفيـد في النخاليـة المبرقشـة أو الآفـات المتسـببة بالمبيضات البيض أو الفطور الجهازية العميقة وتركيبه الكيماوي (C17H17C105) أما الآلية التي يؤثر بها الغريزيوفولفين فغير واضحة بشكل كامل لكنه موقف للنمو الفطري ، وغير مبيد لها ويدخل في القراتين الجلدي ، وبهذا يدخل إلى الخيوط الفطرية ويـؤدي إلى تخربهـا ووقـف نموها .

ويرى بعضهم أنه يدخل إلى الجهاز الأنبوبي الفطري ويؤدي بذلك إلى إعاقة الانقسـام الخلـوي الفطـري ويـؤدي أيضـاً إلى خاصـة مضـادة للالتهـاب ومضـادة للانجـذاب الخلـوي للعدلات ، وتوضعه في طلائع القراتين يعيق نمو الفطور ويبقى وسطاً غير مساعد لانقسـامها . يمتص الغريزيوفولفين بشكل جيد إذا ما أخذ مع الحموض الشحمية ويساعد العرق أيضاً علـى تكثيفه في الطبقة المتقرنة . تتراوح الجرعة اليومية منه بين ١٠ ــ ١٥ ملـغ يومياً/كـغ مـن وزن البدن وتختلف الجرعة منه بين الشكل الدقيق والمستدق منه .ولابـد مـن إعطائـه الفـترة الكافيـة حتى الشفاء الكامل وهذا يستدعي فترة علاجية بين سعفة وأخرى والعقار آمـن بوجـه عـام . ومن تأثيراته الجانبية الصداع ، والاضطرابـات المعديـة ، والمعويـة ، وهـي عـابرة عـادة . ومـن تأثيراته الجانبية أيضاً اضطرابات عصبية خاصة التهاب أعصاب وهي نادرة جداً . وذكر أيضـاً تفاعل مفرط الحساسية كالشـرى ، الحمـامي عديـدة الأشـكال ، داء المصـل ، انحـلال البشـرة السمي ، وتفاعل سمي ضيائي ، ونقص الكريات البيـض ، بيلـة بروتينيـة وأسـطوانية . ويفـاقم العقار الذأب الحمامي الجهازي والبورفيرية الجلدية المتقطعة ويتداخل الدواء مـع الباربيتوريـات وينقص من تأثير الوارفيرين ومن مضادات استطبابه النسبية الأذية الكبدية ، والمطلقة البورفيرية المتقطعة والكبدية والحمل .

الاميدازولات imidazoles : وهـي مجموعـة مـن العقاقـير مضـادة للفطـور ومنهـا كيتوكونـازول ، تيـابندازول ، ميكونـازول ، كلوتريمـازول ، ايكونـازول ، سـولكانازول والغلوكونازول وهي واسعة الطيف تفيد ضد الفطور بما فيها المبيضات البيـض ، وتفيـد أيضـاً ضد بعض الجراثيم ، ويستعمل بعضها موضعياً وداخلاً وبعضها موضعياً فقـط ، ومنهـا الـذي يستعمل بشكل واسع في الوقت الراهن ، الكيتوكونازول والايتراكونازول .

الكيتوكونازول : صاد فطري واسع الطيف ويستعمل بدلاً عن الغريزيوفولفين بخاصة في الحالات المعنـدة ، ويعطى بمقـدار ٢٠٠ ـ ٤٠٠ ملغ يومياً ، ومن تأثيراتـه الـجانبيـة الصـداع

والغثيان ، ولكن التأثير الجانبي الأهم هو التهاب الكبد ، ولهذا يجب معايرة ALT شهرياً ، وإذا ما تضاعف رقمها يجب إيقاف الدواء ، وفي الجرعات العالية يثبط تركيب الأندروجين .

الايتراكونازول Itraconazole وهو المجانس الجديد للآزولات ويشبه الكيتوكونازول بفعاليته لكنه أقل سمية والجرعة اليومية ٥٠ ـ ١٠٠ ملغ/يومياً . والعقار غالي الثمن .

الفلوكونازول Fluconazole : وأكثر ما يستعمل مضاداً للمبيضات البيض وللمستخفيات ويستعمل عن طريق الفم أو الوريد .

مركبات الأليلامين Allylamines : وهي مضادات فطرية تعمل على تثبيط خميرة Sequalene epoxidase أثناء تشكل الغشاء الخلوي الفطري . ومنها terbinafine ويعطى بمقدار ٢٥٠ ملغ يومياً وأهم استطباباته فطارات الأظفار ، والنكس فيه أقل من مضادات الأظفار الأخرى ، ويستعمل موضعياً أيضاً على شكل كريمات والعقار غالي الثمن .

مضادات الفطور الموضعية : وهي كثيرة في الوقت الحاضر والتقليدية تضم حمض بنزويك (مرهم وايتفلد) وسائل كاستلاني ، ومن المركبات الأخرى مركبات الايميدازولات (ميكونازول كلوتريمازول ، ايكونازول .. وغيرها) والتولنفتات ومركبات الأليلامين وبعضها يوجد في الصيدليات على هيئة كريم أو سائل أو بودرة أحياناً .

الفطارات الجلدية بالخمائر

تنجم هذه الفطارات عن المبيضات البيض والوبيغاء النخالية المسببة للنخالية المبرقشة .

داء المبيضات Candidiasis

تعد المبيضات البيض العامل الممرض في أغلب حالات أدواء المبيضات الجلدية والجهازية ، وتتواجد متعايشة أو مستعمرة سطوح الأغشية المخاطية للحيوانات ذات الدم الحار ، وذلك في البلعوم الفموي ، السبيل الهضمي والمهبل ، وعلى العكس من ذلك يصعب تواجدها في الجلد الطبيعي باستثناء بعض الحالات في الثنيات ، وتوجد عوامل عضوية تهيء للإصابة بداء المبيضات منها ، العوامل الميكانيكية كالأذيات ، وعوامل غذائية ، والتغيرات الوظيفية ، وبعض الأمراض الجهازية وبأسباب دوائية . وتلعب المناعة الخلوية والخلطية دوراً في أمراض داء المبيضات وبالأخص الخلوية . وأدواء المبيضات بازدياد في الوقت الحاضر بسبب كثرة تناول موقفات نمو الخلايا ، وتناول الصادات والستروئيدات ومانعات الحمل

وعوامل أخرى تخل بالنبيت الطبيعي للجلد والأغشية المخاطية .

داء المبيضات الفموي oral candidiasis

ويسمى أيضاً السلاق الفموي oral thrush والمرض شائع عند حديثي الولادة المولودين من أمهات حملة للمبيضات البيض في المهبل ، ويتصف لديهم بظهور بقع بيضاء على مخاطية الفم وقبة الحنك وعلى اللسان ، تشبه حثارة الحليب (شكل ٣ـ٨) ، وعندما تزال يبقى مكانها بقع حمامية . يمكن أن تمتد في الحالات الشديدة لتشمل البلعوم والمري والرغامى والقصبات ، وقد تختلط بالتآكلات وبالتحري المباشر نجد خيطان كاذبة .

تأخذ الإصابة نتيجة تناول الصادات ، داء مبيضات ضموري حاد ، وتلاحظ إصابة اللسان بشكل واضح . وفي الأعمار الأكثر من ٣٠ سنة تأخذ شكل داء المبيضات مفرط التصنع المزمن أو طلوان المبيضات ، ويشاهد في باطن الخدين واللسان ، ويصادف الشكل الضموري المزمن من داء المبيضات عند الدرد والذين لديهم تعويضات اصطناعية سنية ، وقد تصيب المبيضات الفم نتيجة تطبيق الستروئيدات الموضعية الفموية لعلاج بعض أمراض الفم .

يشاهد التهاب الشفتين الزاوي أو التهاب الصماغ والذي قد يتسبب عن كائنات أخرى عدا المبيضات ، عند المتقدمين بالسن بسبب التعويضات أو نتيجة لعق الشفتين ، ويعزو البعض التهاب ناصف اللسان إلى المبيضات . هذا ولابد من الإشارة إلى شيوع إصابة الفم بالمبيضات عند المصابين بعوز المناعة .

المعالجة : تتجه المعالجة بالتهاب الفم بالمبيضات إلى حذف الأسباب المهيئة وإعطاء النستاتين أو الأمفوتريسين ـ ب عن طريق الفم ، ويمكن تطبيق بنفسجية الجنسيان بنسبة ٠,٥٪ موضعياً أيضاً . ويمكن استعمال الايميدازولات داخلاً .

التهاب المهبل والفرج بالمبيضات Candida Vulvovaginitis

المرض شائع ويؤهب له مانعات الحمل الهرمونية والداء السكري والأدوية الموضعية المخرشة . يتصف بنجيج Discharge أبيض اللون وقوام رهيمي . ونجد بفحص المهبل احمرار الغشاء المخاطي ، وتوجد عوالق بيضاء على الأشفار .

وتشكو المريضة من حس حرقان وحكة ، لابد من الانتباه إلى التشخيص التفريقي عن التهاب المهبل بالمشعرات أو الأحماج بالبنيات وبالمتدثرات .

يعالج التهاب المهبل بالمبيضات بتطبيق مركبات الايميدازولات أو بالحبوب المهبلية ،



الشكل ٣-٨ :سلاق فموي

ويمكن تطبيق محلول بنفسجية الجانسيان ، ويوصى باستعمال النستاتين عن طريق الفم لمعالجة المبيضات في جهاز الهضم ومعالجة الشريك الجنسي وإبعاد العوامل المهيئة .

التهاب الحشفة بالمبيضات Candida Balanitis

أكثر ما يصادف عند البدينين وعند المصابين بتضيق القلفة والسكريين ويتصف ببقع حمراء على القلفة مع وجود مادة بيضاء يمكن أن يترافق بتورم القلفة مع تآكلات فيها . يؤكد التشخيص بكشف المبيضات مباشرة ، ولابد من استبعاد الأسباب الأخرى من التهابات الحشفة ، ويمكن إجراء خزعة عند الضرورة . يعالج بمغاطس برمنغنات البوتاسيوم أو بمحلول بنفسجية الجانسيان ٠,٥ ٪ أو بمراهم النستاتين أو الايميدازول ومعالجة الأسباب المهيئة للإصابة .

التهاب حول الشرج بالمبيضات

يتصف بحمامى حول الشرج حاكة وتعالج معالجة داء المبيضات بوجه عام ، ويجب تفريقه عن التهاب حول الشرج بالعقديات .

داء المبيضات الحفاضي Napking Candidiasis

والمرض شائع عند الولدان ، وتهيء للإصابة به الحفاضات الحديثة الكتيمة .

وتؤدي إلى التعطن واحمرار منطقة الحفاض . يمكن أن يأخذ أحياناً منظر صدافي .

ويقوم التدبير على تهوية الطفل ما أمكن ، وتطبيق مضادات المبيضات موضعياً ،

ويمكن إعطاؤها أيضاً عن طريق الفم إذا ما ترافق بداء المبيضات في جهاز الهضم .

المذح بالمبيضات Candida Intertrigo

المذح بالمبيضات شائع عند البدينين والسكريين ومضعفي المناعة وفي الطقس الحار بسبب التعرق الغزير . يصيب الثنيات وأخصها تحت الثديين والمناطق التناسلية والأربية والإبطين وطيات البطن عند البدينين والسكريين ومضعفي المناعة . يصيب الثنيات وأخصها تحت الثديين والمناطق التناسلية والأربية والإبطين وطيات البطن عند البدينين . ويتصف المذح باحمرار في الثنية ذي سطحين متقابلين مع شق مركزي أحياناً وقد توجد وسوف محيطية .

يفرق عن التهاب الجلد بالتماس والصداف المقلوب . ويعالج بمعالجة الأسباب المهيئة ويوضع الرهيمات المضادة للفطور ، وقد يفيد ذر مساحيق مضادات الفطور ويمكن تطبيق سائل كاستلاني أو محلول بنفسجية الجانسيان المائي ٠,٥٪ .

الداء الفوتي بالمونيليا

وهو شكل خاص للمذح بين الأفوات وتهيء له البدانة والسكري واستعمال الماء بكثرة وعدم تجفيف اليدين والقدمين جيداً بعد الغسل .

يتوضع في الفوت الرابع في القدم عادة وقد يمتد للأفوات الأخرى وفي اليدين في الفوت الثالث والرابع ، وذلك بسبب الوضعية التشريحية المساعدة لنمو الخمائر .

ويتظاهر بتعطن أبيض في الأفوات مع شق مركزي ، ويمكن لبعض الجراثيم أن تساهم في أمراضه ويعالج بحذف الأسباب المساعدة ومضادات الفطور موضعياً .

التهاب الأظفار وما حولها بالمبيضات

أكثر ما تصاب به ربات البيوت نتيجة التعرض الزائد للماء ، وقد تهيء له عوامل داخلية كاضطراب الدوران المحيطي .

تتورم طية الظفر وتحمر ويؤدي الضغط عليها إلى الألم وقد يؤدي لخروج نقطة قيح من تحت الجليدة ، وقد يصاب أكثر من محيط ظفر . أما الظفر المصاب بالمبيضات فيأخذ المنظر نفسه تقريباً في فطارات الأظفار بالفطور الجلدية ، وقد يأخذ لوناً أسود مخضراً نتيجة تداخل جراثيم الزوائف الزنجارية Pseudomonas Aeruginosa وتؤدي الإصابة إلى حشل ظفري . ولا بد من تفريق إصابة الأظفار بالمبيضات عنها في إصابة الأظفار بالفطور الجلدية . وتفريق

الإصابة ما حول الظفر بالمبيضات عن الإصابات الجرثومية .

تتم معالجتها ، بتطبيق مضادات الخمائر موضعياً كمحلول كاستلاني أو مركبات الاميدازولات لفترة كافية بالإضافة إلى الإقلال من تبليل اليدين أو القدمين بالماء وتنشيفها جيداً . وقد تستطب مضادات الفطور داخلاً كالكيتوكونازول أو الغلوكونازول .

داء المبيضات الحبيبومي أو العقيدي في منطقة الحفاض

ويرجع أن هذا الشكل العقيدي من داء المبيضات البيض ينتج عن معالجتها خطأ بالستيروئيدات . ويعالج بمضادات الخمائر .

داء المبيضات الجلدي المخاطي المزمن Chronic Mucocutaneous Candidiasis

يمكن أن يكون تظاهرة لعيوب مناعية (نموذج سويس وهو انعدام غاما غلوبولينميا ، عوز المناعة المكتسب ، داء هودجكن ، المعالجة بكابتات المناعة ، واعتلال الغدد الصماء) . ويتظاهر بخمج بالمبيضات في الفم والأغشية المخاطية والجلد ، وغالباً ما يبدأ في سن الطفولة ، وتأخذ أشكالاً مختلفة ، منها سلاق لا يستجيب بشكل كامل للمعالجة ، وينكس بعد إيقاف المعالجة ، أو على شكل مذح قد يكون معمماً وحتى على فروة الرأس والتهاب ما حول الأظفار . وتصنف إلى داء المبيضات الجلدي المخاطي المزمن العائلي ، دواء المبيضات الجلدي المخاطي المزمن المنتشر ، وداء المبيضات باعتلال الغدد الصم .

تشخيص هذه الحالات بكشف المبيضات والدراسة السريرية والمناعية والصماوية . وتعالج بمضادات المبيضات داخلاً .

الأورام الحبيبومية بالمبيضات

وتتظاهر بحبيبومات منتشرة على الوجه والرأس ، وقد تصيب مناطق أخرى من الجلد .

النخالية المبرقشة Pitriasis Versicolor

تسمى النخالية المبرقشة أيضاً بالسعفة المبرقشة ، تسببها الفطور المالاسيزية وتعرف أيضاً بالوبيغاء Pityrosporum وهي من نوع الخمائر ولها أشكال في النبيت الجلدي الطبيعي ، الوبيغاء البيضاوية P. ovale أو الدويرية P. orbicular وتستعمر الفروة وأعلى الجذع والثنيات ، ويعتقد أن كلا الشكلين الدويرية والبيضوية ما هو إلا أشكال لخميرة واحدة .

المرض شائع في البلدان المدارية وتحت المدارية . ويصيب كلا الجنسين وتندر إصابته

للأطفال وفي الأعمار المتقدمة ، وأكثر ما يصيب الشباب . تحتاج المالاسيزية إلى بيئة حارة رطبة غنية بالدسم لإمراضها . ويكثر المرض عند المصابين بداء كوشينغ والمصابين بالعوز الغذائي ، ويبدو أن للحمل ومانعات الحمل دوراً مهيئاً للإصابة ، ولكنه دور غير واضح .

الموجودات السريرية : تتصف النخالية المبرقشة بظهور بقع محدودة لونها بني ، أو قد تكون محمرة قليلاً أو وردية اللون ، عليها وسوف خفيفة . إذا ما كشطت ظهرت الوسوف بشكل واضح وتسمى علامة ضربة الظفر . تتراوح أقطارها في البدء من بضعة ملليمترات ولتتسع لتأخذ أقطاراً كبيرة ، وقد تلتقي مع بعضها لتغطي سطوحاً واسعة من الجلد . يمكن أن تقصر وتصبح البقع بيضاء اللون وتسمى في هذه الحالة النخالية المبرقشة القاصرة (شكل ٣ـ٩) ، وتعزى هذه التغيرات إلى تثبيط حمية التروزيناز بوساطة الحموض الشحمية C9-C11 (حمض الأزياليك) التي تفرزها الخمائر ، وتثبيط الخميرة يؤدي إلى تثبيط الملانين .

إن أكثر التوضعات للنخالية المبرقشة هي الظهر ، الصدر ، البطن (شكل ٣ـ١٠) ، وقد تصاب المنطقة الأنسية والعضدين والفخذين .

يمكن أن تخمج هذه الخمائر الجريبات الشعرية وتؤدي إلى التهاب أجربة بالوبيغاء وأكثر توضعاتها على الظهر والصدر . وذكر حديثاً إصابتها الشرينات الصغيرة في الرئتين ، والتهاب الرئتين بالخميرة عند الخدج ، الذين يغذون بالتغذية الوريدية .

يعتمد تشخيص النخالية المبرقشة على السريريات والتحري المباشر للخمائر والزرع ليس ضرورياً . وتعطي أشعة وود تألقاً أصفر في البقع . يجب أن تفرق النخالية المبرقشة عن البهق وبخاصة الشكل القاصر وعن النخالية الوردية والوذح .

المعالجة : تعتمد المعالجة على طرائق كثيرة ، منها تطبيق سولفيد السيلينوم ٢,٥٪ على المناطق المصابة ليلاً وغسلها صباحاً أو تطبيقه كل يومين وغسله بعد ٥ ـ ١٠ دقائق ولمدة أسبوعين . ولمنع النكس يمكن تطبيقه مرة أو مرتين شهرياً ولعدة أشهر . يمكن أيضاً استعمال الشامبوات التي تحوي بيرتنيوم الزنك أو الكيتوكونازول ، ويمكن تطبيق مركبات الايميدازول . تترك المعالجة بالكيتوكونازول أو الايتراكونازول داخلاً للحالات المعندة .



الشكل ٣ـ٩ :
نخالية
مبرقشة
قاصرة



الشكل ٣ـ١٠ :نخالية مبرقشة

أحماج الفطور العميقة Deep Fungal infections

وتسمى أيضاً بأحماج الفطور الجهازية (المجموعية) وهي بازدياد في الوقت الحاضر خاصة لدى المصابين بمتلازمة عوز المناعة المكتسب . يتم انتقال العامل المسبب عادة من الآفات الجهازية إلى الجلد عن طريق الدم باستثناء الفطروم Mycetoma وربما داء الشعريات الميوغة . تدخل في الغالب عن طريق الجهاز التنفسي لتصيب الرئتين ، وقد تكون الإصابة خفيفة أو شديدة ويعود سبب اشتداد الآفة لعوامل تؤدي إلى اضطرابات مناعية كداء هودجكن أو المعالجة بالستروئيدات أو بكابتات المناعة ، والآفات الجلدية المرافقة شائعة .

بعض عوامل هذه الأمراض (الفطور الشعية ، والنوكارديا وبعض نماذج الفطروم) هي جرثومية وليست فطرية ولكن اعتاد الباحثون على دراستها مع آفات الفطور العميقة ولهذا سندرسها في هذا الفصل أيضاً .

داء الفطر الشعي Actinomycosis

العامل المسبب ليس فطراً وإنما جراثيم تؤدي لأحماج مزمنة في منطقى العنق والوجه ، الحنجرة والبطن ، وهي جراثيم لاهوائية إيجابية الغرام ولها أشكال تصيب الحيوانات . تنتقل من النباتات إلى الجلد المتسحج . يتظاهر الداء في الآفات الوجهية العنقية بتورم في القسم السفلي من الوجه أو العنق ، صلب ، ينتفخ ويتنوسر ولا يترافق بضخامة عقد لمفية (شكل



الشكل ٣-١١ :داء الفطر الشعي

٣-١١) ، وفي الصدر تأخذ الآفات الجلدية شكل نواسير أو خراجات عميقة أو خراجات تحت جلدية . يمكن أن يترافق بكتل التهابية في البطن مع أعراض معوية أو انسداد في الأمعاء . تترافق عادة جميع الحالات بأعراض عامة . ويعتمد في التشخيص على السريريات وتحري العامل الممرض مباشرة أو بالزرع . ويدخل في التشخيص التفريقي معه ، الآفات السلية الجلدية المشابهة ، وآفات النوكارديا .

يعالج بالبنسلين الفموي ٤ - ٦ غ/يومياً حتى الشفاء الكامل ويمكن إعطاء التتراسكلين أو الاريتروماسين في حالات التحسس نحو البنسلين .

داء النوكارديا Nocardiosis

خمج مقيح حاد أو تحت حاد وأحياناً حبيبومي كسبي ، تتم العدوى به من خلال الطريق التنفسي ويصيب الرئتين مع انتشار دموي إلى الدماغ وتسببه الجراثيم Nocardia asteroides وتتواجد في التربة ويترافق بأعراض وعلامات تنفسية ودماغية وأعراض عامة . ويمكن أن يتظاهر بنواسير جلدية .

يتم التشخيص بكشف هذه الجراثيم بالطريقة المباشرة أو بالزرع ويعالج بمركبات السولفا أو بعض الصادات الأخرى .

الفطروم Mycetoma

ويسمى أيضاً بالقدم المادورية ، وينجم عن عوامل ممرضة مختلفة جرثومية أو فطرية ، وهي آفة خمجية مزمنة تصيب القدم والأجزاء السفلية من الساق وينذر توضعه خارج هذه الأماكن . يصيب الخمج الجلد والنسيج الخلوي تحته ، وقد يصيب العظام ، ويؤدي إلى تشكل خراجات ونواسير مع تورم واضح في منطقة الإصابة ، وتسببه عدد كبير من العوامل الممرضة الشعيات النوكارديات ، المادورية الشعية وفطور المادوريلا وتشاهد أكثر الاصابات لدى العمال الزراعيين . يتم التشخيص بزرع عينات من قيح النواسير ، ويعالج بالبنسلين لفترة طويلة أو بالسولفوناميدات أو بمركبات التتراسكلين ويمكن إعطاء الكيتوكونازول ، وقد لا تجدي المعالجة ويصبح البتر هو العلاج .

داء المستخفيات Cryptococosis

تدخل المستخفيات إلى الجسم عن طريق الرئتين ، وتنتقل إلى الأعضاء الأخرى بوساطة الدم أو اللمف ، وتصيب الرئتين والجهاز العصبي المركزي ، ويصيب الجلد بنسبة

قليلة ، ويتظاهر بحطاطات أو عقيدات أو لويحات جلدية تتقرح عادة . ويشخص مخبرياً ، ويعالج بحقن الأمفوتريسين ب عن طريق الوريد أو الفلوستيوزين أو يعطى الكيتوكونازول .

الفطار البرعمي Blastomycosis

وتسببه الفطور البرعمية الجلدية ، ويشاهد في أميركا وإفريقيا وله أشكال سريرية وهي شكل رئوي بدئي شبيه بالسل ، وشكل جلدي مزمن ويتظاهر بحطاطات وعقيدات جلدية في أماكن مختلفة من الجلد . يشخص مخبرياً ويعالج بالأمفوتريسين ب عن طريق الوريد .

داء المنوسجات Histoplasmosis

توجد المنوسجات في التربة وروث الحيوانات . وتدخل عن طريق الرئتين ، وتتواجد إصاباته في أميركا الشمالية ، وقد يصيب أعضاء كثيرة ويختلف سيره من حالة إلى أخرى ، ويصيب الجلد على شكل حبيبومات ويعالج بالأمفوتريسين ب .

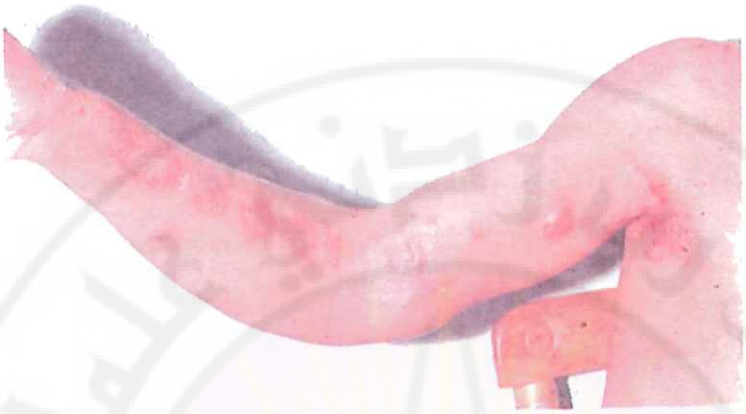
داء الشعريات المبوغة Sporotrichosis

تسببه الشعرية الشنكية S.Schenckii . ويتواجد في جميع أنحاء العالم ، رمام على الأخشاب والنباتات الميتة ، ويصيب الحيوانات أيضاً ، ولم يؤكد انتقاله من الحيوان إلى الإنسان .وإصابته للرئتين والأمعاء نادرة .

الموجودات السريرية : يأخذ داء الشعريات المبوغة أشكالاً عديدة منها ، داء الشعريات المبوغة اللمفي الجلدي ، ويعرف بالشكل الحبيبومي (شكل ٣ـ١٢) . يبدأ بعد دور حضانة مدته ٣ أسابيع ، ويأخذ في البدء عقيدة جلدية أو ما تحت جلدية ، يمكن أن تتقرح ، ثم تظهر على مسير الأوعية اللمفية عقيدات متعددة . يمكن أن يأخذ أيضاً شكل اندفاعات تولولية تحاط بسواتل تشبه الليشمانية الجلدية أو سل الجلد . أما الشكل المنتشر فيأخذ شكل آفة جلدية أو آفات منتشرة في الجلد أو الأعضاء الداخلية وذلك بالانتقال بالطريق الدموي ، وتتظاهر على شكل عقيدات يمكن أن تتنوسر . وهكذا يمكن أن تقتصر الإصابة على الجلد والأغشية المخاطية أو تصيب الأحشاء فقط والأخير شكل نادر جداً .

يبنى التشخيص على السريريات وزرع الفطر ، من القيح أو من رشافة العقيدات وتفيد الخزعة أيضاً في التشخيص .

يدخل في التشخيص التفريقي معه الفطارات الجلدية الأخرى ، الأفرنجي الثالثي ، سل



الشكل ٣-١٢ :داء الشعريات المبوغة

الجلد الثؤلولي ، الرعام ، الجلاد البرومي .

المعالجة : يعالج بإعطاء يوديد البوتاسيوم ويمكن إعطاء الفلوسيتوزين أو الأمفوتريسين ب .

الفصل الرابع

أخماج الجلد الجرثومية والساركوئيد

وسندرس في هذا الفصل تقيحات الجلد والأخماج بالمتفطرات ، وألحقنا به دراسة الساركوئيد ، رغم عدم صلته بالإصابة الجرثومية .

تقيح الجلد

Pyoderma

(أخماج الجلد بالجراثيم المقيحة)

يكون الجلد عقيماً مباشرة قبل الولادة ، غير أن أعداداً كبيرة من الجراثيم تستعمر سطحه وجرياته منذ اليوم الأول من الحياة ، مشكلةً النبيت الجرثومي Bacterial Flora . هذا ويتكون النبيت الجرثومي من نبيت مقيم ومن كائنات حية بحوقلة (النبيت العابر) .

١ ـ النبيت المقيم Resident Flora

إن النبيت المقيم هو الجراثيم التي تستعمر الجلد وهي إما أن تستعمره بصورة دائمة وعندها تدعى بالنبيت المقيم الدائم ، أو تستعمره بشكل مؤقت ، حيث إنها تلوثه وتتكاثر عليه لمدة من الزمن ، وعندما تدعى بالنبيت العابر .

نذكر من جراثيم النبيت المقيم كلاً من الجراثيم إيجابية الغرام ، ومن بينها الجراثيم العدية البروبيونية ، الجراثيم العنقودية البشروية ، (من زمرة العنقوديات سلبية الكواغولاز المخثرة) والجراثيم سلبية الغرام . هذا ويشكل النبيت المقيم إحدى الطرائق الرئيسة في مقاومة الخمج (مبدأ التداخل الجرثومي Bacterial Interference) .

٢ ـ النبيت المحمول بالهواء (المحوقل) Airborne Flora

ويدعى بالنبيت العابر أيضاً ويمثل الزمرة الممرضة التي تلوث الجلد الطبيعي ، حيث إنها تتكاثر وتتضاعف عليه . وأهم جراثيم النبيت المحوقل العنقوديات المذهبة إيجابية الكواغولاز ، والتي غالباً ما تنتقل للجلد من البلعوم الأنفي (حملة الجراثيم) والمكورات العقدية المقيحة

(الحالة للدم بيتا زمرة آ) .

تدعى الجلالات الناجمة بشكل بدئي عن العوامل الممرضة المفوعة ، بخاصة العقديات والعنقوديات ، بتقيحات الجلد (خمج الجلد بالجراثيم المقيحة) ، أما عندما يحدث التقيح على آفة جلدية سابقة فيطلق عليه التقيح الثانوي مثل تقوبؤ الإكزيمة . هذا وإن الخمج الجرثومي قد يصيب كل من البشرة ـ ملحقات الجلد (الجريبات الشعرية الزهمية ، الغدد العرقية) ـ الأدمة أو النسيج الخلوي تحت الجلد .

القوباء المعدية Impetigo Contagiosa

هو خمج سطحي في الجلد تسببه العقديات أو العنقوديات ، ويحدث بشكل رئيسي عند الأطفال وهو شديد السراية وقد ميز شكلان سريريان للقوباء وهما :

القوباء المعدية (غير الفقاعية) non Bullous Impetigo ، والقوباء الفقاعية .

والقوباء الفقاعية مرض بالعنقوديات ، بينما القوباء غير الفقاعية فهي مرض قد ينجم إما عن العنقوديات المذهبة أو العقديات ـ أو كليهما .

آ ـ القوباء المعدية (غير الفقاعية) .

تدعى أيضاً بالقوباء المعدية ذات الحويصلات الصغيرة .

تحدث القوباء ذات الحويصلات الصغيرة بالعقديات بشكل رئيسي بخاصة الزمرة آ منها وقد تكشف العنقوديات أحياناً . أما مصدر العدوى فيتم عن طريق الحاملين للجراثيم في منطقة البلعوم الأنفي وينتقل المرض بالتماس المباشر من شخص لآخر .

الموجودات السريرية : يصيب المرض أي جزء من الجسم (شكل ٤ـ١) ، لكن المناطق غير المستورة هي المناطق الانتقائية للمرض ، حيث يتظاهر المرض ببقع حمراء صغيرة ـ يظهر عليها حويصلات رائقة ذات جدار رقيق يتمزق بسرعة ليخرج منه نضحة ، لا تلبث أن تجف مشكلة جلبة صفراء عسلية . هذا وقد يستمر الداء إذا لم يعالج مدة طويلة يمكن أن يحدث خلالها التهاب كبيبات الكلى (التهاب الكلية القوبائي) والذي قد يشاهد عند ٤٪ من المرضى .

المعالجة : تزال الجلب بوضع ضمادات مطهرة ، كما تساعد المعالجة الموضعية بالمراهم المضادة للجراثيم على شفاء الآفة ، كما قد نستعين بالمعالجة الجهازية إضافةً للموضعية في



الشكل ٤-١ : قوباء معدية على الوجه



الشكل ٤-٢ : متلازمة الجلد السمطي

معالجة القوباء عندما تكون منتشرة ، حيث يعطى البنسلين عن طريق الفم وبالمقادير المناسبة لعمر المريض في الخمج بالعقديات أو العنقوديات الحساسة للبنسلين ، وإذا شككنا بوجود عنقوديات مقاومة للبنسلين فعندها يجب استعمال مشتقات البنسلين المقاومة للبسنليناز مثل الاوكساسللين أو الكلوكساسلين أو الصادات الأخرى المناسبة .

ب ـ القوباء الفقاعية

وتدعى أيضاً بالقوباء عنقودية المنشأ ، وتنجم عن العنقوديات المذهبة إيجابية الكواكولاز ، عادةً الزمرة II عائية نمط 71 أكثر ما تشاهد هذه الزمرة من القوباء عند الولدان والرضع كما أنها أكثر مشاهدة في المناطق الاستوائية .

التظاهرات السريرية : تتظاهر بتشكل فقاعات رخوة على بقع حمامية ، وعندما تتفجر الفقاعات فإنها تتكشف عن سطح احمراري متآكل ذي منظر رطب لا يلبث أن يستتر بجلب ذات كثافة أقل من الجلب التي تحدث في القوباء ذات الحويصلات الصغيرة .

أما سير هذا الشكل من القوباء فلا يحدث فيه مضاعفات إلا إذا كان انتشار المرض واسعاً وترافق بتشكيل سطوح متآكلة و قد يؤدي ذلك إلى امتصاص الذيفانات السمية .

الإنذار : لقد كان هذا المرض سابقاً يهدد حياة الولدان بنسبة ٧٠٪ من الحالات أما في الوقت الحاضر فإن المعالجة بالصادات وتطهير الحبل السري وضع حد لحدوث ذلك الاختلاط .

المعالجة : هي معالجة القوباء نفسها ذات الحويصلات الصغيرة .

متلازمة الجلد السمطي العنقودي

Staphylococcal Scalded Skin Syndrome (SSSS)

وتدعى أيضاً بمتلازمة لايل العنقودية . وهي مرض ينجم عن الذيفان الخارجي الذي تنتجه المكورات العنقودية المذهبة وغالباً عائية نمط 71 .

الموجودات السريرية : غالباً ما تصيب هذه المتلازمة الرضع في الأشهر الثلاثة الأولى من الحياة ، كما تصيب الأطفال والكهول ناقصي المناعة .

تتظاهر هذه المتلازمة بطفح شبيه بطفح القرمزية . يبدأ الطفح حول الفوهات ، ويمتد بسرعة ، تكون علامة ينكولسكي إيجابية . ثم تظهر خلال ٢٤ ـ ٤٨ ساعة فقاعات كبيرة

رخوة تتمزق بسهولة تاركةً سطوحاً بشروية حمراء متآكلة في جميع أنحاء الجسم ، ويشبه هـذا حرق الدرجة الثانية (شكل ٤ـ٢) . ونادراً ما تصاب الأغشية المخاطية .

التشريح المرضي : تشاهد الشقوق البشروية منحلة الأشـواك في أعلى البشرة ضمن الطبقة الحبيبية ، ولا يشاهد نخر خلوي وبذلك يمكن تفريق هـذه المتلازمة عن متلازمة لايل الناجمة عن تناول الدواء حيث تتشكل الشقوق والتنخر أسفل البشرة .

المعالجة : تقـوم المعالجة الجهازية علـى إعطـاء الصـادات (بنسـلين مقـاوم للبنسـليناز ـــ الأريثرومايسين ـ والسيفالوسبورين) وينتبه إلى اضطراب الشوارد وتعالج المعالجة المناسبة .

الاكتيمة Ecthyma

الاكتيمة هي خمج تقيحي يصيب الجلد ، تبدأ ببثرة كبيرة لا تلبث أن تتقرح وتتغطى بجلبة سمراء . أما أكثر المناطق التي تتوضع عليها الاكتيمـة فهـي الأطـراف السـفلية (شـكل ٤ـ٣) والفخذين والإليتين ، وهي أعمق في الجلد منها في القوباء المعدية .

تنجم الاكتيمـة كمـا في القوبـاء المعديـة عـن المكـورات العقديـة أو العنقويـة أو كليهما ، ومن العوامل المؤهبة لهذا المرض عدم الاعتناء بالنظافة ، وسوء التغذيـة . هـذا وتشفى الآفة تاركةً ندبة خلفها عادة .

المعالجة : تقوم المعالجة علـى تنظيـف الناحيـة المصابـة وتطبيـق المراهـم الصـادة ، إضافة لإعطاء الصادات المناسبة داخلاً .

التهاب الهلل Cellulitis

هو التهاب ، قد يكون حاداً ، تحت الحـاد أو مزمنـاً ، يصيـب النسـيج الضـام ، بخاصة النسيج الخلوي تحت الجلد ، وينجم عـن المكـورات العقديـة المقيحـة ، ويحـدث كاختلاط لجرح أو تقرح أو آفة جلدية أخرى . هذا ولا يوجد هنالك ثمة تفريق واضح ما بين التهاب الهلل والحمرة ، لكن الأخيرة تتصـف بأنهـا أكـثر سـطحية ، وحـدودهـا تكون واضحة ومحددة عادة .

الموجودات السريرية : تعتمـد الموجـودات السـريرية علـى مـدة الخمـج ، كمـا وتتصف جميع الحالات باحمرار ، وحساسية للألم ، وانتفـاخ ، إضافـة لانتشـار حمـامى حول الجرح أو التقرح مترافقة بحرارة ودعث .

إن التفريق ما بين التهاب الهلل والحمرة لا يخلو من الصعوبة ،كما ذكرنا ، أما معالجته فهي نفس معالجة الحمرة .

الحمرة Erysipelas

الحمرة مرض حمجي حاد يصيب الأدمة والنسيج الخلوي العلوي تحت الجلد ، وينجم بخاصة عن العقديات زمرة آ ، وهي أكثر شيوعاً على الوجه .

التظاهرات السريرية : يبدأ الحمج بعد فترة حضانة تتراوح ما بين بضع ساعات إلى يومين من دخول الجراثيم عبر جرح في الجلد أو رض ، حيث ينتشر الالتهاب عبر الأوعية اللمفاوية ، وتتشكل بسرعة صفحة احمرارية موضعة ، ذات حواف محددة (شكل ٤-٤) ، كما تكون المنطقة المصابة حارة ، إضافة لتورم مؤلم في العقد البلغمية ، يسبق بدء المرض أعراض متقدمة تتجلى بدعث نوافض ، صداع ، حرارة عالية قد تصل إلى ٤٠° ، إقياءات ، وآلام مفصلية ، كما يزداد عدد الكريات البيض . هذا وقد تحدث في الأشكال الشديدة من الحمرة إصابة وعائية تنجم عن « الصمة » وانتان الدم .

الاختلاطات : نذكر من المضاعفات بخاصة عند نكس الحمرة ، الفيل والذي ينجم عن انسداد الأوعية اللمفية بخاصة عند السكريين أو الذين يعانون من اضطرابات دورانية شريانية ، كما نذكر من المضاعفات النادرة ، التهاب القلب ، التهاب الشغاف ، التهاب التأمور ، التهاب كبيبات وكلى ، وذات رئة .

المعالجة : تقوم المعالجة الجهازية على إعطاء البنسلين الذي يعد الدواء المنتخب وذلك بمقادير عالية . أما المعالجة الموضعية فتقوم على تطبيق الضمادات الرطبة بمحاليل مطهرة على أن تبدل كل ساعتين ، ويمكن أن يعطى في الحالات الشديدة من الحمرة والتهاب الهلل البنسلين وريدياً أو الصادات الأخرى المناسبة .

التهاب الجريبات Folliculitis

المرادفات : قوباء بوكار ـ التهاب فوهات الجريبات .

هو حمج الجريبات الشعرية بالمكورات العنقودية المذهبة إيجابية الكواغولاز .

الموجودات السريرية : يتظاهر المرض ببثرات صغيرة تحيط بالأشعار ، كما



الشكل ٤-٣ : الاكتيمة



الشكل ٤-٤ : الحمرة

تحاط البثرات الصفراء نصف الكروية بهالة حمامية التهابية . هذا ويؤدي تمزق البثرات لتشكل جلب بعد عدة أيام . أما المناطق الانتقائية لهذه الآفة الشائعة عند الذكور فهي : الوجه ، الفروة ، الأطراف ، والإبط . ومن العوامل المؤهبة لهذا الالتهاب : التعرق الشديد ، والرطوبة والتعطن (كاستعمال ضمادات كتيمة) وتأذي المناعة الناجم عن المعالجة الموضعية بالستروئيدات .

المعالجة : تقوم المعالجة على تجفيف البثور بعوامل مجففة ومطهرات خارجية مثل البولي فينل بيروليدون ايودين . كما يجب الابتعاد عن التخريش كحك الجلد أو تفريكه منعاً لانتشار العدوى ـ كما تعطى الصادات في الحالات الشديدة .

التينة Sycosis

هي حمج تحت الحاد أو مزمن لعمق الجراب ، يظهر عند الذكور فقط وذلك بعد البلوغ ، وينجم عن المكورات العنقودية المذهبة ـ ويظهر بخاصة على منطقة اللحية ـ الشفة العليا كما أنه يمكن أن يصيب منطقة العانة .

يبدأ المرض بحس حرق يعقبه احمرار مع وذمة وحطاطات وبثور تحيط بالأشعار (شكل ٤ـ٥) كما وقد تتلاقى الوذمات المحيطة بالجريبات محدثة لويحة مرصعة ببثور تشبه ثمرة التين . أما الأشعار المحاطة بالبثور فتصبح مخلخلة سهلة الاقتلاع . هذا ويؤدي تخرب الجريبات في الشكل الذأباني للتينة للتندب . كما قد ترافق الأشكال الشديدة لهذه الآفة بالتهاب حواف الأجفان والملتحمة .

يجب تفريق التينة ذات المنشأ العنقودي عن التينة الفطرية .

المعالجة : وتقوم على اعطاء المطهرات خارجياً ، واعطاء الصادات واسعة الطيف داخلاً .

التهاب الجريبات الكاذبة Pseudofollculitis

هي آفة شائعة لدى الشباب بخاصة شباب العرق الأسود ، وتتظاهر بحطاطات وبثور وأحياناً تندب ، مع تشكلات جدرية وتصبغات كاذبة من جراء انغراز الأشعار القاسية والمجعدة مع ارتكاس التهابي لجسم أجنبي (شكل ٤ـ٦) .

تؤدي الحلاقة الرطبة إلى حدوث ذروة حادة في الشعرة القاسية والمجعدة في

اللحية وما تحت الفك والنقرة ، حيث تنغرز تلك الأشعار وتنفذ عبر الجريب .

المعالجة : ينصح بالحلاقة الجافة ذلك لأنه لا يتم بالأخيرة قطع الشعرة بشكل قصير جداً ، كما يمكن نزع الأشعار بالملقط والأحسن ترك اللحية دون حلاقة إذا أمكن ، إضافة إلى استعمال الصادات والسترويدات في بعض الأحيان .

الدمل Furuncle

الدمل هو خمج حاد نخري عميق ، يصيب عادةً الجريب الشعري ، بالمكورات العنقودية المذهبة إيجابية الكواغولاز .

يمكن أن يحدث الدمل في أي مكان من الجسم المشعر ، لكن مناطق الاحتكاك تصاب بشكل خاص .

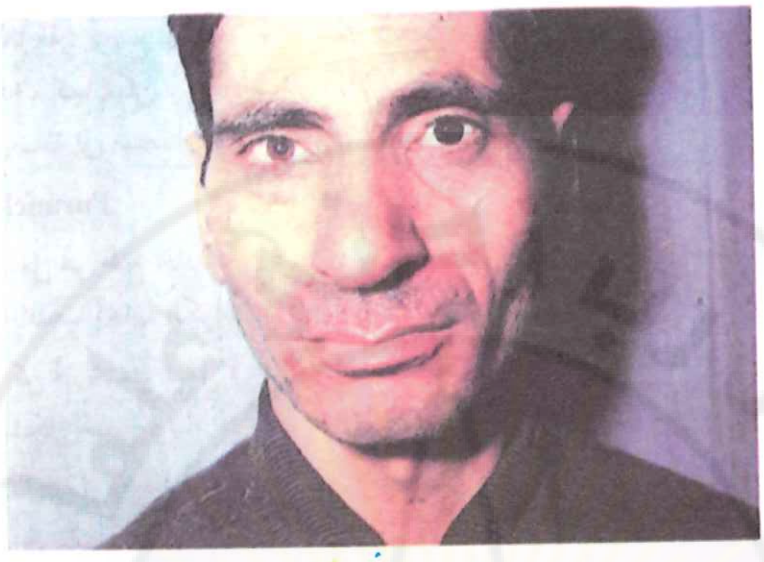
يبدأ الدمل ببثرة صغيرة صفراء تتطور بسرعة إلى التهاب جريبات عميق والتهاب ما حول الجريبات (شكل ٤ـ٧) مؤدياً لتشكل تورم التهابي حمامي ، مؤلم بالضغط ، وبعد ذلك يتشكل جلبة موضع البثرة البدئية . يتصف الدمل بإيلامه بخاصةٍ عندما يتوضع على مناطق رقيقة اللحافات ، كجلد الأنف ، كما يترافق الدمل بحرارة موضعية .

هذا ويكون الدمل خطراً إذا ما توضع فوق الموصل بين زاوية الفم وصيوان الأذن لأن منطقة النزح عبر الوريد الزاوي تمتد إلى الجيب الكهفي . كما يمكن أن تحدث خثارات خطرة ، صمامات جيبية ، والتهاب سحايا .

أما الجمرة Carbuncle : فهو الشكل الوخيم من الدمل وينجم عن الاتساع الكبير والتشكل الفلغموني للآفات الدملية .

الدمال (داء الدمامل) Furunculosis : يحدث الدمال إذا ما أعقب الدمل دمامل أخرى ناكسة . وتشاهد أحياناً أعراض مؤهبة للدمال مثل الداء السكري ، التهاب الكلى المزمن ، البدانة ، حالات العوز المناعي البدئي أو الثانوي ، الأشخاص الذين يعانون من اضطراب في وظيفة الكرية البيضاء وحملة المكورات العنقودية في الأنف .

معالجة الدمل والدمال : يعالج الدمل العارض بالمطهرات والكمادات الرطبة بالمواد المضادة للجراثيم . هذا ويشكل الدمل المتوضع على الشفة العليا أو الأنف مضاد استطباب تاماً للمداخلة الجراحية .



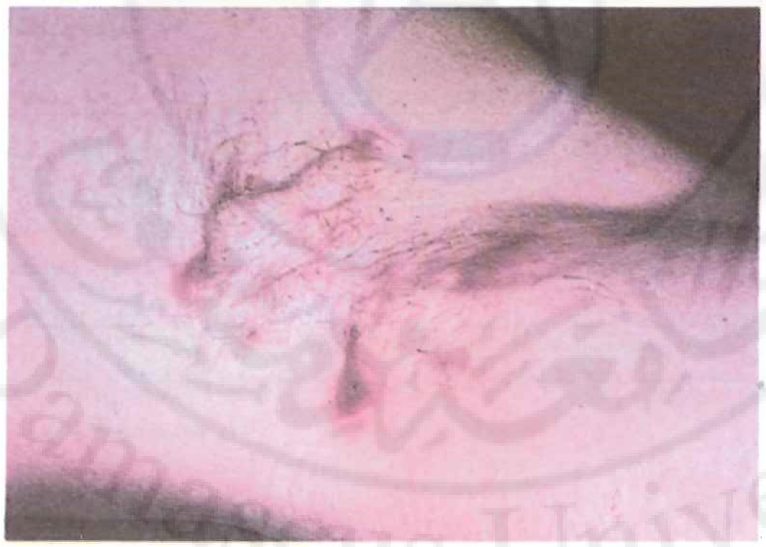
الشكل ٤-٥ : التينة العنقودية



الشكل ٤-٦ : التهاب الجريبات الكاذب



الشكل ٤-٧ : دمل



الشكل ٤-٨ : التهاب غدد عرقية تفيحي تحت الإبط

أما معالجة الدمال أو الجمره الحميدة فتقوم على نفي أو استبعاد وجود سكري أو أي سبب آخر مهيء لهما . كما وتقوم على تطبيق المطهرات خارجياً واعطاء الصادات الحيوية مثل الارترومايسين أو البنسلين المقاوم للبنسليناز كالكلوكساسيلين داخلياً .

التهاب الغدد العرقية التقيحي Hidradenitis Suppurativa

يعرف هذا الالتهاب باللغة العامية بعروسة الابط ، وهو التهاب مزمن نخري شبيه بالدمل ، وينجم عن المكورات العنقودية المذهبة إيجابية الكواغولاز وأكثر ما يحدث تحت الإبطين (شكل ٤-٨) ، الناحية المغبنية وحول الشرج وهي المناطق التي توجد بها الغدد العرقية المفترزة .

يتصف هذا الالتهاب بنكسة ، كما نذكر من العوامل المؤهبة للاصابة به كلاً من البدانة ، التعرق الشديد ، حلق شعر الإبط ، والمراهم المزيلة للشعر .

تتظاهر الآفة بعقيدات حمراء مؤلمة صلبة في منطقة الجريبات الشعرية شبيهة بالدمل لا تلبث أن تسير نحو التلين مشكلة خراجاً يمكن للقيح المتواجد فيه أن ينطرح للخارج بعد أن ينبثق الجلد ، هذا وكثيراً ما ينتج عن هذا الالتهاب تشكل ندبات وانكماشات جلدية .

التشريح المرضي : يشاهد التهاب جريبات الأشعار النهائية وما حول الجريبات . كما لا تصاب الغدد العرقية الناتجة والمفترزة بشكل بدئي ، ولكن قد تصاب بشكل ثانوي .

المعالجة : تقوم المعالجة الوقائية عن الامتناع من نتف الأشعار ورض المنطقة . أما المعالجة الشافية فتقوم على شق الخراج في حال تشكله واعطاء الصادات . كما قد تتحسن الحالة باعطاء الإيزوتريتنوئين . أما **المعالجة الموضعية** فتقوم على تطبيق المطهرات والمراهم الصادة .

بعض الأمراض الناجمة عن الجراثيم الوتدية

Some Diseases Due To Corynebacterium

سنذكر باختصار بعضاً من الأمراض الجلدية الناجمة عن الجراثيم الوتدية .

الوذح Erythrasma

هو التهاب جلد الثنيات الجرثومي اللاعرضي الناجم عن الجراثيم الوتدية الدقيقة وهي جراثيم مولدة للبرفيرين ، لذا تبدو الآفة حمراء متألقة بأشعة وود . يتظاهر الوذح بلطخات وسفية جافة ، بنية اللون ، ذات حدود صريحة تتوضع على منطقة الثنيات التناسلية (شكل ٤ـ٩) الفخذية وتحت الإبطين وتحت الثديين ومنطقة السرة والمناطق ما بين الأباخس .

أما العوامل المؤهبة للمرض فنذكر منها : فرط التعرق ، السكري ، السمنة ، الثياب الضيقة . لا تترافق الحالة بأعراض تذكر عدا الحكة الخفيفة التي قد تحدث بسبب التخريش الناجم عن التعرق الشديد .

التشخيص التفريقي : يفرق الوذح عن كل من السعفة الفخذية فطرية المنشأ التهاب الجلد المثي ، الصداف المقلوب ، وداء المبيضات .

المعالجة : لم تعد المعالجة الشائعة باستعمال الإرتيرومايسين ضرورية في أغلب الأحيان بل يقتصر حالياً في معالجة الوذح على تطبيق مركبات الأزول ، أو الصادات الواسعة الطيف على شكل رهيمات أو دهونات خارجياً .

الفطار الشعري الإبطي Trichomycosis Axillaris

ينجم هذا الخمج عديم الأعراض عادة ـ عدا إطلاقه رائحة كريهة مزعجة (الصنان) في بعض الأحيان ـ عن استعمار كثيف للأشعار الإبطية وبشكل أقل أشعار العانة بالجراثيم الوتدية النحيلية C. Tenuis ، حيث تكون أشعار المناطق المصابة مغطاة على طول عدة سنتميرات بترسبات مكونة من مواد صفراء مبيضة أو حمراء أو سوداء صعبة الكشط يطلق عليها اسم الفطار الشعري البلملينا (الإبطي) الأصفر أو الأحمر أو الأسود . ويظهر هذا المرض بوجود فرط التعرق .

المعالجة : تتضمن المعالجة على الاستحمام اليومي بالصوابين المطهرة أو المطهرات الحامضية بالسيطرة على التعرق والتخلص السريع من هذه الحالة ، إضافة لحلق



الشكل ٤-٩ : وذح

أشعار المنطقة المصابة حيث يسرع بالشفاء .

انحلال الطبقة القرنية المنقر Pitted Keratolysis

هو خمج في الطبقة السطحية للمناطق الحاملة لثقل الجسم في الأخمصين بالجراثيم الوتدية أو جراثيم أخرى مثل الدرماتوفيلوس كونغوليسيس Dermatophilus Congolensis . تكثر الاصابة بهذا المرض بين الرجال بخاصة الذين يعانون من فرط تعرق أخمصي خلال الطقس الحار الرطب ، أو الذين يستعملون الأحذية الكتيمة (الأحذية المطاطية) . وهو شائع الحدوث في المنطقة المدارية وما تحت المدارية .

التظاهرات السريرية : يشاهد غالباً فرط تعرق مع زرقة الأخمصين ، حيث يصبح لون الطبقة المتقرنة أبيض ، كما تتغطى هذه المنطقة البيضاء المتعطنة تدريجياً بائتكالات سطحية (قدها ١-٣مم) تتداخل مع بعضها محدثة سطوحاً تآكلية واسعة غير منتظمة .

الأعراض : حرارة وألم حارق وثاقب في الأخمصين أثناء المشي على المناطق الحاملة لوزن الجسم ، وغالباً صنان شديد ورائحة كريهة .

المعالجة : تقوم على معالجة فرط التعرق وتطبيق المعالجة المضادة للجراثيم مثل الكلوروهيكزيدين غلوكونات .

أمراض المتفطرات

Mycobacterial Infections

تشمل المتفطرات أنواعاً عديدة من الجراثيم أهمها المتفطرة السلية والمتفطرة الجذامية والمتفطرات اللانموذجية .

وهذه المتفطرات تتصف بمقاومتها للحمض والكحول ، وليست لديها قابلية للحركة ولا تشكل أبواغاً ، وتتلون بطريقة تسل - نلسن .

تشمل العصيات السلية خمسة أنواع بحسب تنوعها وهي الإنسانية ، البقرية ، الطيرية والفأرية ومتفطرة ذوات الدم البارد .

وتعد العصيات السلية الإنسانية والبقرية الأهم في إمراض الإنسان وتصيب الرئتين والأعضاء الداخلية كالعظام والمفاصل والجلد وغيرها . وما يهمنا هو السل الجلدي حيث أصبح من الأمراض النادرة جداً في بلادنا في السنوات الأخيرة ، ولكن عودة حوادث السل قد تؤدي إلى عودة سل الجلد أيضاً ، وكذلك تزايد وقوعات السل عند مثبطي المناعة .

التظاهرات السريرية لسل الجلد : يصنف سل الجلد تبعاً لشكل الآفة وللاستجابة المناعية للمضيف وكذلك طريق وصول العصيات السلية للجلد . وقد اتبعنا تصنيفاً يعتمد العامل الأخير وهو : ١ً - التلقيح الخارجي ويشمل القرح السلي ، السل الثؤلولي ، وبعض حالات الذأب السلي الشائع . ٢ً - المصدر الداخلي ويشتمل الخنزرة وسل الفوهات . ٣ً - السل الدموي وينتشر إلى الجلد بالطريق الدموي ويضم السل الدخني الحاد أو الذأب الشائع والخراجات السلية الانتقالية . ٤ً - الطفحات السلية منها الطفحة الحطاطية النخرية السلية ، الحزاز الخنزري والحمامى الجاسئة .

القرح السلي Tuberculous Chancre

يعد من الأشكال النادرة في الوقت الحاضر . وينتج القرح السلي من دخول عصية السل في الجلد عند مريض لم يتعرض سابقاً لهذه العصية ، وذلك عن طريق الختان ، الوشم ، التماس المباشر مع مريض مصاب بالسل وغيرها . ويبدأ القرح السلي بحطاطة صغيرة قاعدتها نزفية مكان دخول العصية السلية ، تتقرح بسرعة وترافق بضخامة عقدية موافقة وبعد ٣ - ٦ أسابيع ، يتندب القرح عفوياً ، ونادراً ما يتطور إلى ذأب سلي ولا حاجة عادة للمعالجة إلا إذا حدثت مضاعفات .

السل الثؤلولي Warty Tuberculous

ينجم عن تلقيح بعصية السل عند شخص تعرض سابقاً لها ، وتدخل من خلال جرح صغير أو أذية جلدية ، ويصاب بهذا الشكل من السل اللحامون ، الأطباء البيطريون وعمال المسالخ والمزارعون أو العاملون الطبيون في المشافي . وقد يصيب جلد المصابين بالسل حيث تتلوث جلودهم بالقشع . وأكثر ما يشاهد على اليدين أو القدمين . والآفة وحيدة الجانب عادة ، ويتصف بلويحة تؤلولية الشكل ، غير منتظمة الحدود يمكن أن تضمر في المركز وتحاط بمنطقة التهابية ، ونادراً مايترافق بضخامة عقدية . يجب أخذ الخزعة عميقة نسبياً وتبدي آفات درنية دون تجبن مع فرط تنسج بشروي ظهاري وفرط تقرن شديد وخطل تقرن ، ويدخل بالتشخيص التفريقي التآليل والجلاد البرومي والفطار البرعمي ويصعب كشف العصية السلية . وتكون المعالجة بمعالجة السل بشكل عام .

الخنزرة Scrofuloderma

تنجم الخنزرة عن إصابة العقد اللمفية بعصية السل التي تأتي من منشأ داخلي عادة . يحدث تدرن الجلد عادةً في المنطقة تحت الفكية والعنق وفوق الترقوة (شكل ٤-١٠) ، وقد تظهر في مناطق أخرى إذا كان الانتقال العصوي عن طريق الدم . تتصف الخنزرة بعقدة أو عقد التهابية تحت الجلد ، ثم تتقرح وتتنوسر ، وتبقى التقرحات والنواسير لفترة طويلة ، تفرغ نجيجاً قيحياً أو متجبناً ، وعندما تتراجع تترك ندبات مشوهة تدل عليها . تعالج الخنزرة معالجة السل بوجه عام .

سل الفوهات Orifficial T.

يصيب الأغشية المخاطية للفوهات والجلد الذي حولها وذلك مكان طرح المفرزات الغنية بالعصيات السلية عند المصابين بسل داخلي ، كما في جوف الفم والشفتين في السل الرئوي أو في صماخ الاحليل كما في سل الكلية والمستقيم والشرج والمناطق المحيطة في السل المعوي . تبدأ الاصابة ببثرة تتقرح ، وتكون التقرحات صغيرة وسطحية وشكلها غير منتظم ، ثم تتسع ، وتكون عادة مؤلمة وغنية بالعصيات حيث يمكن كشفها . وتبدي الخزعة موجودات غير نوعية وتشخيصها سهل فيما إذا عرفت الاصابة الداخلية . والانذار عادة سيء وتعالج معالجة السل .



الشكل ٤-١٠ : حنزرة



الشكل ٤-١١ : ذأب شائع

الذأب الشائع Lupus Vulgaris

يعد الذأب الشائع أكثر أشكال السل مشاهدة . وكان شائعاً في الماضي ولكنه أصبح نادراً في جميع البلدان المتطورة ، وأصبحت مشاهدته في بلادنا نادرة جداً في الوقت الحاضر ، يصيب جميع الأعمار وأكثر ما يشاهد عند النساء ، والداء مزمن يستمر لسنوات وعقود إذا لم يعالج . تصل العصية فيه إلى الجلد بعدة طرائق بالطريق الدموي أو اللمفي عند المصابين بسل داخلي أو عن طريق التلقيح الخارجي ، ومن العوامل المساعدة والمهيئة للاصابة ، استعداد المريض . وتعد أهم المناطق المعرضة للاصابة المناطق القاصية حيث يتناقص الدوران كما في الأنف والوجه (شكل ٤ـ١١) إضافة للأذن ، الأوجه الانبساطية من الأطراف والأليتين والثديين ، ونادراً ما تصاب الأغشية المخاطية . تبدأ الآفة بالدرنة وهي حطاطة صغيرة تكون فيها ظاهرة المسبار إيجابية ، ويمكن أن تأخذ شكل لويحة على الأنف أو الخد . تتسع تدريجياً وتبدو الدرنات في محيطها ، ولتترك ندبات في المركز . وإن ضغط الدرنات بصفيحة زجاجية يعطي منظر جمد التفاح . يأخذ الذأب الشائع أشكالاً أخرى منها الذأب التقرحي ، الذأب الشائع الثؤلولي والتقشري . يمكن أن تنشأ سرطانة وسفية الخلايا على ندبات الذأب الشائع .

يتصف الذأب الشائع تشريحياً مرضياً بالحبيبومات السلية المتوضعة في الأدمة مع تجبن مركزي ويندر مشاهدة العصيات السلية فيها وتعالج معالجة السل .

السل الدخني الحاد Acute Miliary T.

وهو شكل نادر يشاهد عند الأطفال الصغار مضعفي المناعة عادة ، أما بؤرة الاصابة الداخلية فهي السحايا أو في الرئتين وتتألف اندفاعاته من عقيدات ، حطاطات أو حويصلات وبثرات ، تفاعل السلين سلبي فيه عادة والعصيات فيها كثيرة .

الخراجات السلية الانتقالية : يظهر على شكل عقيدات تحت الجلد تتلين وتتنوسر على الجلد وتشبه بسيرها الخنزرة . وانتقال العصية منه بالطريق الدموي .

الطفحات السلية

The Tuberculide

من هذه الآفات الخراز الخنزري والطفحة السلية الحطاطية النخرية والحمامى الجاسئة لبازان .

وتعزى هذه الآفات إلى انتشار عصيات السل بالطريق الدموي عند مرضى ذوي مناعة عالية نسبياً . ولقد أمكن كشف العصيات السلية في آفات هذه الأشكال بوساطة تفاعل سلسلة البوليمراز (PCR) . تستجيب هذه الآفات بسرعة للمعالجة السلية ويكون تفاعل السلين فيها إيجابياً بشدة .

الخراز الخنزري Lichen Scrofulosorum

اندفاع نادر الأعراض ، يتظاهر بحطاطات دقيقة مجتمعة تتحد مع بعضها وتشكل لويحات بقطر ٠,٥ ـ ٣ سم والحطاطات مؤنفة جريبية لونها أصفر بني أكثر توضعاتها على المناطق الجانبية من الجذع يمكن أن تشفى عفوياً .

الطفحات السلية الحطاطية النخرية Papulonecrotic tuberculid

تتصف بحطاطات نخرية ، متناظرة أكثر توضعاتها على الأوجه الانبساطية للساعدين والساقين والجزء السفلي للجذع . تتظاهر بحطاطات ، تتنخر وتتجلب ثم تسقط الجلبات وتترك ندبات جدرية الشكل .

الحمامى الجاسئة لبازان Erythema induratum of Bazin

مرض مزمن يتظاهر بعقيدات التهابية عميقة صلبة ، عند النساء في منتصف أعمارهن ويكون حجمها بحجم الحمصة إلى الكرزة (شكل ٤-١٢) . تكون طرية في مركزها . ويمكن أن تتقرح وقد تترافق بآفة سلية داخلية فعالة أو آفة كامنة ، ويجب تفريقها عن التهابات السبلة الشحمية المختلفة وتعالج معالجة السل .

معالجة سل الجلد

تقوم معالجة سل الجلد على المعالجة الرباعية بالايزونيازيد والريفامبيسين والبيرازيناميد والايتامبيتول . يعطى الايزونيازيد ٣٠٠ ملغ يومياً ولابد من اعطاء الفيتامين ب٦ معه .

أما الريفامبيسن فيعطى منه ٤٥٠ ـ ٦٠٠ ملغ يومياً ، ومن البيرازيناميد ١,٥ غ يومياً ومن ايتامبيتول ١٥ ملغ/كغ وتعطى أربعة عقارات مدة شهرين ويستمر بإعطاء



الشكل ٤-١٢ : حمامى جاسئة لبازان

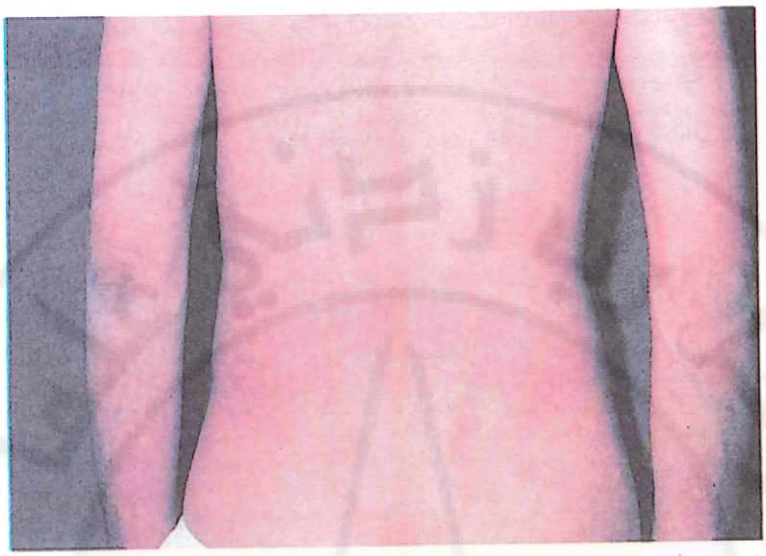
الايزونيازيد والريفاميسين لمدة ٤ أشهر أخرى وقد تستمر المعالجة بهما حتى تسعة أشهر ويجب الانتباه للتأثيرات الجانبية لكل من هذه العقاقير .

الجـــذام

Leprosy

ويسمى أيضاً داء هانسن وهو مرض حمجي مزمن تسببه المتفطرة الجذامية ، ولقد كان المرض كثير الانتشار في جميع أرجاء المعمورة في القرون الوسطى ، ومنها أوربا ولكن المرض أخذ بالانحسار تدريجياً ، ولكنه يتواجد حالياً في البلدان الاستوائية والقريبة منها ، ويقدر عدد المصابين بـ ١٢ مليون مصاب في العالم ، غالبيتها في افريقيا وأميركا الجنوبية والهند وجنوب شرق آسيا . أما في سوريا فعدد الاصابات قليل ، وتعد من البلدان قليلة الانتشار ، والمرض على ما يبدو آخذ بالانحسار في بلدنا وبلدان حوض البحر الأبيض المتوسط .

يصيب الجذام كل العروق والأعمار ، لكن أكثر الأعمار اصابة العقدين الثاني والثالث ، وتندر أن تصادف الاصابة تحت سن السنتين من العمر . ولقد بنيت بعض الدراسات الاستعداد الأرثي HLA - A9 ، HLA - B8 . يستغرق دور الحضانة في الجذام وقتاً كبيراً يتراوح بين ٢ - ٣٠ سنة لكنه يبلغ وسطياً ٥ سنوات ، ولا يعرف



الشكل ٤-١٣ : جذام درني



الشكل ٤-١٤ : جذام جذمومي

كيفية انتقال الداء بشكل كامل ويرجح أنه ينتقل عن طريق جهاز التنفس ، وقد يكون أيضاً عن طريق الجلد المسحج ، وتحتاج العدوى لوقت طويل من التماس مع المرض .

تصنيف الجذام : يصنف الجذام تبعاً للناحية السريرية والنسجية والمناعية إلى قطبين رئيسين الجذام الدرني والجذام الجذموي وبين هذين القطبين أشكال هي الجذام غير المحدد والجذام الحدودي .

الجذام الدرني Tuberculid leprosy

يبدأ هذا الشكل ببقع حمامية وبقع عديمة الحس تميل إلى الشفاء المركزي مع نقص صباغ وضمور خفيف فيها ، ويتراوح عددها بين واحدة وعدة بقع ، وهي غير متناظرة حدودها واضحة (شكل ٤ـ١٣) وقد تكون مرتفعة في محيطها . يمكن للأعصاب المحيطية أن تتضخم ويمكن جسها وبخاصة العصب الزندي في المرفق .

وتختلف شدة إصابة الأعصاب بين الجذام الدرني ، حيث تكون الاصابة العصبية شديدة مقارنة مع الجذام الجذمومي . وتؤدي الاصابة العصبية إلى إصابة العضلات . وإن إصابة أعصاب الوجه يؤدي إلى خدر الوجه ، انسدال الأجفان العلوية وجمود تعابير الوجه (السحنة الأنطونية) . وقد تتطور إصابة الأعصاب وبالتالي العضلات إلى ضمور الضرة وأخذ اليد وضعية المخلب ، ويتعرض المصاب إلى قرحات ثاقبة (الداء الثاقب) . تكون مناعة العضوية جيدة تجاه العصية الجذامية ولذلك يكون تفاعل متسودا إيجابياً (تفاعل الجذامين) .

تكون العصيات في الآفات قليلة . وذكرت حالات من الجذام العصبي دون إصابة جلدية واضحة .

الجذام الجذمومي Lepramatous Leprosy

تكون الاندفاعات الجلدية متعددة ، منتشرة ، ومتناظرة غالباً ، تتألف من بقع ولويحات حمامية أو ناقصة الصباغ وحطاطات وعقيدات (جذمومات) غير واضحة الحدود . تتوزع في المناطق الباردة من الجلد وتغيب عادة من المناطق الدافئة وتشكل على الوجه ما يسمى « الوجه الجذامي » وذلك من جراء الارتشاحات الجذامية والعقيدات على الوجه وصيوان الأذن (شكل ٤ـ١٤) ، كما يصاب وحشي الحاجبين بالخاصة ، بينما تبقى أخاديد الوجه عادة سليمة ، وقد تؤدي الإصابة بالجذام

الجذمومي إلى تخرب الحاجز الأنفي ، وانخماص قوس الأنف مما يؤدي ذلك إلى رعاف وصعوبة التنفس الأنفي ، تصاب العينين أيضاً وتؤدي إلى ارتشاح الأجفان وإصابة الكرة العينية مما يؤدي إلى اضطراب الرؤية . تكون الإصابة العصبية أقل مما هي عليه في الجذام الدرني . وتختلف آلية تخرب الأعصاب في هذا الشكل مما هو عليه في الجذام الدرني ، حيث تكون كميات العصيات كثيرة جداً ويتأخر اضطراب الحس في الجذام الجذمومي ويكون متناظراً . يكون جلد المصابين جافاً ، وبسبب كثرة العصيات عند المصاب تصاب الأجهزة الداخلية ، ومنها العقد اللمفية والأغشية المخاطية والكبد والطحال والغدد الصماوية حيث تؤدي إلى أعراض بحسب العضو المصاب .

يوجد شكل منتشر من الجذام الجذمومي يسمى جذام لوسيو Lucio أما ظاهرة لوسيو المتجلية بظهور فقاعات وتنخر جلدي يؤدي إلى تقرحات عميقة تتراجع تاركةً ندبات جادعة .

يكون لدى مرضى الجذام الجذمومي اضطراب مناعي شديد يشبه إلى حد ما ما يوجد لدى المصابين بعوز المناعة المكتسب ، كما يوجد لديهم فرط غلوبولينات عديدة النسائل مؤدياً إلى إيجابية في الاختبارات المصلية والتهاب المفاصل الرثواني والذأب الحمامي ، كما تضطرب الوظيفة البالعة عندهم ، حيث لا يمكن للبالعات من قتل عصيات الجذام . وتعزى اضطراب هذه الوظيفة ووظيفة اللمفاويات إلى منتجات العصيات من الغليكوليبد الفينولية ـ١ ومواد شحمية تؤثر في هذه الوظائف . هذا وتقل كمية السيتوكينات عند المصابين بالجذام الجذمومي مقارنة مع الدرني وكذلك ، انترلوكين ـ٢ والانترفيرون غاما في الأدمة .

الجذام الحدي Borderline Leprosy

تشخص نسبة كبيرة من مرض الجذام على أنها على الحدود بين القطبين الكبيرين الدرني والجذمومي حيث تتصف بصفات مشتركة بينها وذلك بحسب الناحية المناعية عند المصاب .

يتصف الجذام الدرني الحدي بأن المناعة فيه لا تضطرب ، غير أن الاندفاعات تشبه اندفاعات الجذام الدرني ، لكنها أكثر عدداً ، مع توابع لها إضافة لأنها قد تكون متناظرة ، وذات محيط ساعي (شكل ٤ـ١٥) .

أما الجذام الحدي الوسط فهو نادر واندفاعاته كثيرة وذات أشكال متعددة :



الشكل ٤-١٥ : جذام حدي

تشبه بالجبن السويسري كما أنه يشبه في أعراضه حدا وسطا بين القطبين الكبيرين .

يكون تفاعل الجذامين في الجذام الحدي الجذمومي سلبياً ، كما ويتصف بكثرة اندفاعاته وهي صغيرة عادة وعديدة الأشكال . كما هو غني بالعصيات ولكن بدرجات أقل من الجذام الجذمومي .

الجذام غير المحدد indeterminate

وهو شكل من الجذام الباكر يصيب غالباً الأطفال و لم تحدد فيه الحالة المناعية تجاه المرض وهو في مراحله الباكرة .

- يتصف ببقعة ناقصة الصباغ أو حمامية قليلاً مع اضطراب حس خفيف فيها .

تفاعل الجذامين

يتم بحقن الأدمة بخلاصة عصيات الجذام المقتولة بالحرارة وتقرأ النتيجة بعد ٣ ـ ٤ أسابيع ، ويكون إيجابياً في الجذام الدرني وسلبياً في الجذمومي وإيجابياً أو سلبياً في الجذام الحدي .

تفاعلات الجذام

تحدث عادةً في بدء المعالجة وتتضمن نمطين :

النمط الأول وأكثر ما يصادف في الجذام الحدي الجذمومي . تزداد فيه خلايا CD4+ وهو متواسط بالخلايا ، أما النمط الثاني فيحدث كتفاعل أرتوس ويؤدي إلى التهاب أوعية بالمعقدات المناعية ، كما ويؤدي إلى الحمامى العقدة الجذامية بالإضافة إلى الأعراض العامة .

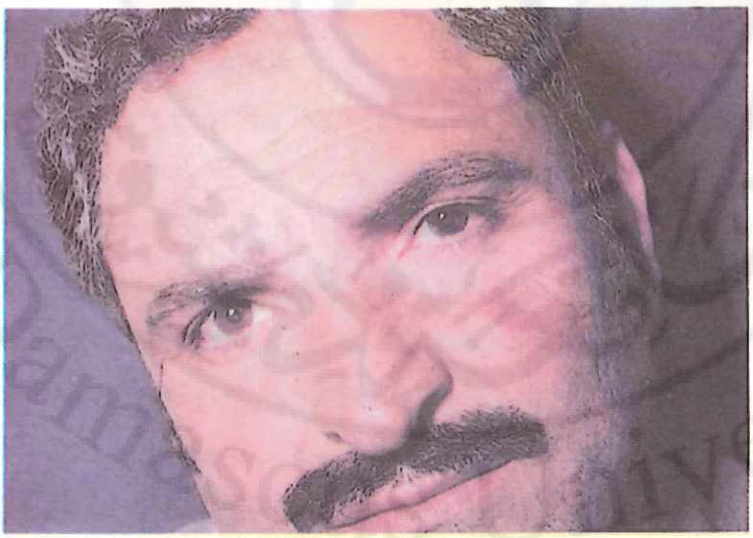
كما وتحدث ظاهرة لوسيو مع تقرحات نخرية ، تشاهد في أميركا اللاتينة .

التشريح المرضي

يشاهد في الجذام الدرني تشكل حبيبومات ابتلالية وقد تكون حول الأوعية والأعصاب في الجلد ، كما تحاط برشاحة التهابية لمفاوية وتكون خلايا لانغهانس كثيرة والأعصاب متخربة أو متوذمة . أما في الجذام الجذمومي فتشاهد الخلايا الرغوية البالعة (فيرشوف) مع منطقة حرة تحت البشرة ، وبتلوين المحضر بطريقة Fite تشاهد العصيات الجذامية بأعداد كبيرة ، كما لا تكون الخزعة نوعية في الجذام غير المحدد .

التشخيص والتشخيص التفريقي في الجذام

يقلد الجذام أمراضاً كثيرة وإن وجود الآفات الجلدية والاضطرابات العصبية يجعلنا نفكر بالجذام في الأماكن التي يتواجد بها . ويؤكد التشخيص بوجود العصيات الجذامية أو الحبيبومات في العصب . وتكشف العصيات في الخزعة ومن الأنف في الجذام الجذمومي . ومن الأمراض التي تدخل في التشخيص التفريقي السار كوئيد ، نخالية الوجه ، النخالية المبرقشة ، البهق . عوز فيتامين ب ، الحبيوم الحلقي ، الذأب الشائع ، ابيضاض الدم الجلدي والليشمانية الجلدية . ومما يجدر ذكره أنه ليس لتفاعل الجذامين من قيمة في التشخيص التفريقي .



الشكل ٤-١٦ : سار كوئيد

المعالجة

يعالج الجذام بالأدوية المضادة للجذام وهي الدابسون ١٠٠ ملغ/يومياً والريمفامبيسين بمقدار ٦٠٠ ملغ شهرياً والكلوفازيمين بمقدار ٥٠ ملغ يومياً . هذا ويعطى العقاران الأول والثاني في الجذام قليل العصيات لمدة لاتقل عن ستة أشهر بينما يعطى في الجذام كثير العصيات العقاقير الثلاثة ولمدة ٢ ـ ٥ سنوات .

الوقاية : تقوم الوقاية على فحص الناس الذين هم بتماس مع المريض . ويمكن اعطاؤهم لقاح ب ث ج غير أن فائدته قليلة جداً ، هذا ويضاف إليه في الوقت الراهن خلاصات العصيات الجذامية وهي ما تزال قيد الدراسة والبحث .

السار كوئيد
Sarcoidosis

السار كوئيد مرض مجموعي يتصف بتشكل الحبيبومات في النسج دون تجبن وإن أكثر الأجهزة إصابة هي الرئتان ، العقد اللمفية ، العينان والجلد ولكنه يمكن أن يصيب أي عضو آخر .

والسار كوئيد غير معروف السبب ، ولكنه ينتج عن تفاعل حبيبومي تجاه عامل مجهول . تتصف الاستجابة المناعية في السار كوئيد بنقص في فرط التحسس الآجل مع فرط تفعيل في المناعة الخلطية وإيجابية اختبار كفايم ، وقد تنقص خلايا T الجوالة ويرتفع بوجه عام مستوى الأنزيم اللابجيوتنسين التحويلي وارتفاع في كلس الدم و/أو ارتفاع كلس البول .

يصادف السار كوئيد في جميع أنحاء العالم ويصيب كلا الجنسين والعروق والأعمار لكنه أكثر شيوعاً في الأعمار المتوسطة .

التظاهرات الجلدية للسار كوئيد

يمكن أن نقسمها إلى تظاهرات نوعية وغير نوعية ، وتبدي التظاهرات النوعية في الجلد الحبيبومات النوعية غير المتجبنة ، بينما لا تتصف التظاهرات غير النوعية بهذه التشكلات الحبيبومية كالحمامى العقدة وترافق أمراضاً أخرى .

تأخذ التظاهرات الجلدية للسار كوئيد أشكالاً مختلفة ، ويعد كل من الشكل الحطاطي (شكل ٤-١٦) واللويحي الأكثر مشاهدة في التظاهرات النوعية . كما أن الحطاطات الصغيرة أكثر نوعية في السار كوئيد،وتشاهد على الرأس والعنق وحول العينين وفي الثلم الشفوي للأنف .

أما لون تلك الاندفاعات فحمراء مصفرة عادةً أو قرنفلية رمادية . وقد تكون ناقصة الصباغ في الجلود الداكنة ، ويمكن أن تأخذ شكلاً حلقياً وسجلت حالات كانت فيها حزازنية الشكل .

تتطور اللويحات ببطء ، وتوجد على الأغلب في مناطق الحطاطات نفسها وتأخذ ألواناً متباينة ، كما يمكن أن يكون على بعضها تشكلات وعائية فيسمى الذأبائي الوعائي Angiolupoid . يأخذ الساركوئيد ما يشبه الشرث ويسمى الذأب الشرسي والذي يترافق غالباً بإصابة في الطرق التنفسية العليا إضافة لكيسات عظمية في السلاميات . ويؤدي إلى تقرحات وانثقاب في الحاجز الأنفي أو انسداد فيه . ومن التظاهرات الأخرى الأقل مشاهدة عقيدات تحت جلدية ، لويحات صدافية الشكل ، أحمرية ، أشكال تقرحية ، ثؤلولية الشكل ، سماكية ، كما أنه نادراً ما تظهر اندفاعات بثرية وذكرت حالات من الحاصات الندبية أما أكثر تظاهرات الساركوئيد فهي الحمامى العقدة والتي ترافق أمراضاً أخرى .

تشخيص الساركوئيد : يعتمد تشخيص الساركوئيد على التظاهرات الجلدية والأعراض الداخلية والتشريح المرضي للأعضاء المصابة بالإضافة إلى إيجابية تفاعل كفايم . يدخل في التشخيص التفريقي كل من الذأب الشائع ، الافرنجي الثالثي ، الجذام ، الليشمانية الذأبانية واللمفوم الكاذب وآفات جلدية وجهازية كثيرة .

المعالجة : تعتمد المعالجة على إعطاء الستروئيدات الجهازية وقد تعطى مضادات الملاريا التركيبية أو الميتوتركسات أو الازتوبرين أوالسيكلوسبورين وذلك بحسب كل حالة .

الفصل الخامس

الأمراض الجلدية الفيروسية

تتكون الفيروسات بوجه عام من نوعين ، الأولى وتتركب من الحمض النووي « رنا » RNA والثانية « دنا » DNA . وتحمل فيهما المعلومات الكافية واللازمة لتكاثرها . تتألف بنية الفيروس من جسيمات الفيروس virions ، ويشمل اللب الحمض النووي ومن القفيصة Capside ، وغلاف خارجي يحتوي مستضدات فيروسية .

تستخدم الفيروسات رياسات خلية الثوي للتكاثر ، بعد دخولها إليها بالاحتساء Pinocytosis أو بالبلعمة ، والفيروسات عموماً تنحاز إلى نوع من الخلايا ومثال انحيازها الفيروسات الحليمومية إلى الخلايا الظهارية ، وفيروس المعمم (الإيدز) للخلايا اللمفية .

وسندرس في هذا الفصل أهماج الفيروسات التالية :

١ ـ الفيروسات الجدرية Poxvirus : ومن أمراضها القرف ، عقيدات الحلابين الجدري ، الوقس ، جدري البقر .

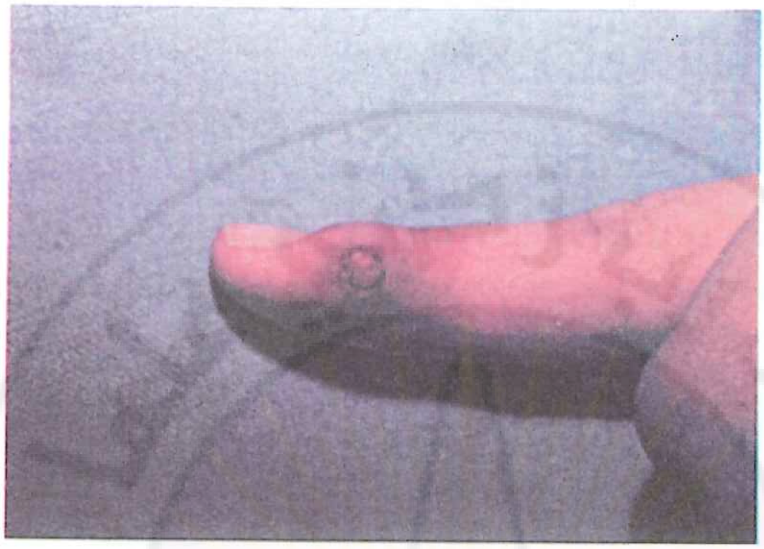
٢ ـ الفيروسات الحلئية Herpes Virus : ومن أمراضها الحلأ البسيط ، الحماق ، الحلأ النطاقي ، الفيروسات المضخمة للخلايا ، فيروس ابشتاين ـ بار .

٣ ـ الفيروسات الحليمومية وتسبب الثآليل . وسنترك بعض أمراض الفيروسات حيث تدرس في طب الأطفال والأمراض الخمجية .

تشخيص الأمراض الفيروسية

يعتمد تشخيص الأمراض الفيروسية على الموجودات السريرية ، ويمكن إثبات التشخيص بالتقانات المخبرية بالمجهر الومضاني والإلكتروني وبالاختبارات المناعية ، وبعزل الفيروس وزرعه ، وبالدراسات النسيجية والخلوية ، وكشفه بطريقة التهجين أو بتفاعل سلسلة البوليمراز Polymerase Chain reaction ودراسة الغلوبولينات المناعية .

وسندرس فيما يلي أهم الأمراض الجلدية الفيروسية .



الشكل ٥ـ١ : القرف



الشكل ٥ـ٢ : مليساء سارية

أخماج الفيروسات الجدرية

وتتركب هذه الفيروسات من « دنا » ومن أمراضها :

القرف orf

وتسببه الفيروسات الجدرية Parapoxvirus يصيب الأغنام والماعز وينتقل منها إلى الإنسان بالتماس .

التظاهرات السريرية : يقدر دور الحضانة بين ٥ ـ ٦ أيام . يبدأ القرف بحطاطة صغيرة حمراء مزرقة قليلاً ثم تتطور إلى عقيدة ، مركزها أبيض ومحيطها محمر ، مسررة في مركزها (شكل ٥ـ١) ، يتراوح قطرها بين ١ ـ ٢ سم أو أكثر من ذلك ، يمكن أن تترافق بضخامة العقد اللمفية الموافقة ، وهي مفردة عادة ، وأكثر توضعات القرف على ظهر الأصابع واليدين ، ويتراجع القرف عادة بعد ٣ ـ ٦ أسابيع ويترك مناعة .

التشريح المرضي : يشاهد فرط تصنع بشروي كاذب وشديد مع وجود جسيمات اندخالية فيروسية ضمن الهيولى والنوى ، ويشاهد تنكس فجوي في خلايا الطبقة الشائكة ، ويشاهد في الأدمة رشاحة التهابية كثيفة مؤلفة من خلايا مصورية ولمفية وناسجة .

التشخيص : يسهل تشخيص القرف عادة استناداً للقصة المرضية حيث تصيب من هم بتماس مع الحيوانات المصابة ، كالمزارعين ، والأطباء البيطريين ، واللحامين ، وربات البيوت ، ويمكن كشف الفيروس بالمجهر الإلكتروني أو بالزرع .

المعالجة : تتراجع الآفات عفوياً ويعالج الخمج الثانوي بالمطهرات الموضعية .

عقيدات الحلابين Milker's nodules

وتسببها فيروسات تنتمي إلى زمرة الفيروسات الجلدية ، وتنتقل إلى الإنسان من ضرع البقر وتتراوح فترة الحضانة بين ٥ ـ ٧ أيام ، وتتظاهر بعقيدات نصف كروية وحيدة أو متعددة ، تتوضع على يدي الحلابين ، تكون بنية اللون أو مزرقة ضاربة للحمرة ، يمكن أن تتنخر ، تتراجع خلال أسبوعين ومعالجتها عرضية .

المليساء المعدية Mullescum Contagiosum

يسببها فيروس المليساء المعدية وهو فيروس إنساني لا يمكن زرعه في الأوساط الحية ويميز منه نوعان ١ ، ٢ والأول مسبب لغالبية الحالات ٩٧٪ .

تنتقل المليساء من المصاب إلى السليم بالتماس أو بوساطة التماس مع حوائجه وعن طريق حمامات السباحة ، أكثر ما تصيب الأطفال ، ويمكن أن تصيب الكبار عن طريق الاتصالات الجنسية ، وتكثر عند المصابين بالأكزيمة التأتبية ، ويزيد من انتشارها تناول أو تطبيق الستروئيدات القشرية وتصادف عند المصابين بالمعمم (الإيدز) والمضعفين مناعياً بأسباب أخرى .

الموجودات السريرية : يتراوح دور الحضانة فيها من أسابيع إلى أشهر . تتظاهر المليساء المعدية بحطاطات أو عقيدات صغيرة مسررة في مركزها ، الجلد حولها سليم ، تقيس ١ ملم في البداية (شكل ٥ـ٢) ، وقد تصل ٥ ـ ١٠ ملم خلال أسابيع من تطورها ، لونها أبيض أو مصفر قليلاً أو زهري ، وإذا ما ضغطت بالملقط خرجت منها مادة بيضاء اللون تحتوي جسيمات المليساء السارية وهي خلايا بشروية عديمة النواة مخموجة بالفيروس .

والاندفاعات إما وحيدة أو عديدة ، وقد يجتمع بعضها بجانب بعض وتشكل لويحة أو لويحات ، ويمكن أن تنتشر على شكل دخني لدى المصابين بالمعمم أو المضعفين مناعياً بأسباب مختلفة ، ويمكن أن تشاهد منها أشكال عرطلة وكبيرة .

إن أكثر نواحي الجلد تعرضاً للإصابة هي الوجه ، العنق ، الذراعان ، الحفرتان الإبطيتان والمرفقان والناحية التناسلية . المليساء حاكة وقد تتقيح نتيجة الحكة ، هذا ويمكن أن تتراجع خلال ٦ ـ ٩ أشهر أو أكثر ، والمرض شائع ويصيب كل العروق .

التشريح المرضي : تأخذ المليساء المعدية شكل شوكوم ظهاري ، يتألف من فصيصات معزولة عن بعضها بوساطة نسيج ضام أدمي ، تشاهد فيها الخلايا البشروية المصابة .

التشخيص : يسهل تشخيص المليساء المعدية استناداً إلى شكلها السريري ، ويمكن اللجوء إلى الفحص النسيجي في بعض الحالات غير النموذجية . لتفريقها عن الحالات المماثلة .

المعالجة : يمكن عصر عناصر المليساء بالملقط بعد تطهيرها وتطهير الآفات وتطبيق المحاليل المطهرة ويمكن كيها بالآزوت السائل ونادراً ما نلجأ إلى تخثيرها ويمكن تخفيف الألم الحاصل بهذه المعالجات بتطبيق الكريمات المبنجة .

الأمراض الناجمة عن الحليمات الحلئية

تتصف الفيروسات الحلئية بأنها تتركب من « دنا » كبير نسبياً ، وتتكاثر بشكل رئيسي داخل نوى الخلايا وتؤدي إلى تشكل مشتملات داخل نووية ولها أكثر من ستة أنواع منها حمة الحلأ البسيط ١ ، ٢ وحمة الحماق ـ الحلأ النطاقي ، الحمة المضخمة ، للخلايا ، حمة ابشتاين ـ بار ، وحمة الحلأ البسيط الإنسانية ٦و٨ .

الحلأ البسيط Herpes Simplex

يسبب الحلأ البسيط فيروس الحلأ البسيط الإنساني وهو من أكثر الأمراج التي تصيب الإنسان وله نموذجان ١ ، ٢ ويصيب الأول الوجه (شكل ٥ـ٣) والأغشية المخاطية للفم ، والثاني تناسلي مع بعض الاستثناءات . تنتقل من المصاب إلى السليم عن طريق المفرزات والتماس (نموذج ١) وعن طريق الاتصالات الجنسية (النموذج ٢) . وبعد الإصابة البدئية يكمن الفيروس في العقد العصبية ، ليحدث أمراجاً ناكسة بين فترة وأخرى ، يصيب النموذج ـ١ـ الأطفال بنسبة عالية تحت سن ٥ سنوات . ويصيب النموذج ـ٢ـ البالغين بوجه عام عن طريق الاتصالات الجنسية بأشكالها وحيدة الجنس أو متغايرته . ولكن قد يصيب النموذج ـ١ـ الناحية التناسلية . هذا ويمكن أن ينتقل الفيروس من الأم المصابة إلى الوليد أثناء الولادة والإصابة قد تكون مميتة . تؤدي الإصابة في الشكلين إلى مناعة خلطية وخلوية ولكنها غير كافية لمنع النكس ، ويزداد النكس نتيجة الضعف المناعي أو تناول كابتات المناعة أو الإصابة بالأمراض المضعفة للمناعة كما في المعمم أو اللمفومات .

التظاهرات السريرية

الخمج البدئي بحمة الحلأ البسيط في الفم واللثة

يعد الخمج البدئي بفيروس الحلأ البسيط ـ ١ ـ مرض الطفولة واليفعان وأكثر هذه الإصابات تقع بين السنة الأولى ـ ٥ سنوات . يبدأ الخمج بترفع حروري مع تشكل حويصلات وبتآكلات في باطن الفم ، والشفتين ، وعلى اللسان واللثة وسقف الحنك والبلعوم ، تتضخم العقد اللمفية ، ويصعب على المصاب مضغ الطعام . يتم إثبات التشخيص بزرع الفيروس ، أو بكشف مستضد الحمة ، بوساطة الأضداد وحيدة النسيلة أو بالتألق المناعي . وتدخل في التشخيص التفريقي مع الخمج البدئي في الأغشية المخاطية أمراض كثيرة ،



الشكل ٥-٣ : حلأ بسيط على الوجه



الشكل ٥-٤ : حلأ تناسلي ناكس

منها التهاب البلعوم بالعقديات ، الدفتريا ، القلاع ، الفقاع الشائع والحمامى عديدة الأشكال .

الحلأ البسيط الناكس في الوجه والفم

الفيروس المسبب من نوع ـ ١ ـ عادة ويتشكل في العضوية أضداداً لهذا الفيروس الحلئي بعد الإصابة بالخمج البدئي ، لكنها غير كافية لمنع النكس . ويفترض أن أكثر من ٨٥٪ من سكان العالم مصابون بالحلأ البسيط الوجهي أو الفموي . ويتراوح عدد مرات النكس بين مرة إلى أربع مرات سنوياً . تبدأ الآفة الناكسة بحكة أو حبس حرقان خفيفين في مكان ظهورها وبخاصة على الشفة ، ثم يظهر احمرار عليه حويصلات مجتمعة بجانب بعضها ، تجف الحويصلات بعد أيام وتغطى بجلبات وتتراجع الآفة بعد ٨ ـ ٩ أيام حيث تسقط الجلب دون أن تترك علامة تذكر .

إن أكثر أماكن تظاهرات الحلأ البسيط الناكس على الوجه ، الشفتين الأنف الوجنتين وتتشكل أضداد في العضوية معدلة للفيروس بعد الإصابة لكنها غير كافية لمنع النكس مستقبلاً . ومن العوامل المثيرة للنكس أشعة الشمس ، الرضوض الشفوية ، الشدات العاطفية ، الحميات والدورة الشهرية .

يجب تفريق الحلأ البسيط الشفوي Herpes labialis عن قرحات القلاع وعن الحمامى عديدة الأشكال بخمج الوقس ، وفي جوف الفم عن القلاع والذي يتصف بأكثر من اندفاع في جوف الفم ، بينما تؤدي اندفاعات الحلأ البسيط الفموي إلى تقرح وحيد عادة .

الحلأ التناسلي البدئي Primary Herpes genitalis

يتلو اتصالاً جنسياً بنسبة ٩٥٪ ودور الحضانة فيه ٣ ـ ١٤ يوماً وذلك بعد اتصال جنسي مع شخص مصاب بحلأ تناسلي فعال بالفيروس الحلئي ـ٢ـ وذلك بنسبة ٨٠٪ ، وبالفيروس الحلئي ـ١ـ بنسبة ٢٠٪ ، ويعد الحلأ التناسلي من أشيع مسببات التقرحات التناسلية المراجعة للعيادات الجلدية في المجتمعات الصناعية ، أما في قطرنا فليس لدينا إحصاء وثيق عن تواجدها لكنها ليست قليلة المشاهدة .

تبدأ الآفة بمجموعة حويصلات صغيرة على قاعدة حمامية ، تنفجر لتترك مكانها تآكلاً وذلك خلال عدة أيام ، ويمكن أن تكون أكثر من مجموعة حويصلات لتشمل مساحة واسعة

في الناحية التناسلية . تتضخم العقد اللمفية الموافقة ، وهي متحركة ويمكن أن تترافق بأعراض عامة وأعراض عصبية ، وتغيرات في السائل الدماغي الشوكي ، وقد تؤدي بعض حالاتها إلى صعوبة في التبول ، وهذه الأعراض لا ترافق الحلأ التناسلي الناكس عادة . يستمر الخمج لمدة ١٨ ـ ٢١ يوماً ثم يتراجع خلال أيام . أكثر توضعاته على العضو التناسلي عند الذكر وفي الفرج والشفرين الكبيرين والصغيرين ، عنق الرحم والمهبل . ولقد تم عزل الفيروس المسبب من البلعوم عند ١١٪ من المصابين .

الحلأ التناسلي الناكس Recurrent Genital Herpes

يتلو النكس الإصابة البدئية بعد ٤ ـ ٨ أشهر ، ويتراوح عدد مرات النكس بين ٣ ـ ٤ مرات في السنة أو أكثر أحياناً والتظاهرات السريرية في حالة النكس أخف أعراضاً وأقصر مدة بقاء منها في حالة الخمج البدئي ، والأعراض العامة خفيفة إذا وجدت ، والقرحة التي تتلو الاندفاعات الحويصلية أصغر (شكل ٥ـ٤) . هذا ويجب الانتباه إلى إمكانية انتقال الفيروس إلى الوليد أثناء الولادة إذا كان الداء فعالاً ، ويجب الامتناع عن الاتصالات الجنسية عند المصابين حتى شفاء الآفة تماماً .

ويعد الحلأ التناسلي عامل خطورة للإصابة بمرض المعمم (الإيدز) .

التهاب عنق الرحم بفيروس الحلأ البسيط

يعد الحلأ البسيط بالفيروس ٢ من أكثر العوامل التي تؤدي إلى تقرحات عنق الرحم .

الحلأ البسيط التناسلي عامل خطورة لمتلازمة عوز المناعة المكتسب

لقد لوحظ في السنوات العشر الأخيرة ، زيادة ملحوظة في إصابات الحلأ التناسلي عند إيجابي عوز المناعة المكتسب . ويستنتج من ذلك إمكان كون الحلأ التناسلي عامل مساعد للإصابة بالمعمم . ولهذا يمكن أن يقلل تدبير الحلأ البسيط التناسلي من إمكان العدوى بالإيدز .

تؤدي الإصابة بالحلأ البسيط عند المضعفين مناعياً بسبب المعالجة بكابتات المناعة أو بالسترويدات أو عند المصابين بالإيدز إلى اشتداد الإصابة حيث تؤدي إلى تقرحات واسعة أو تأخر في شفائها ويمكن أن ينتشر الفيروس بالدم .

الداحس الحلئي Herpes Whitlo

وتظهر الإصابة على الأصابع أو اليدين ويمكن أن يصاب به العاملون في حقل الطب

والأطباء بالتماس مع المرضى . يمكن أن يصاب المصارعون أو لاعبو بعض أنواع الرياضات بالحلأ بالتماس أيضاً .

التهاب الملتحمة والقرنية بفيروس الحلأ البسيط

يمكن أن يصيب الحلأ التناسلي الملتحمة والقرنية وقد يؤدي إلى تقرحات عينية ، قد تكون خطيرة وتودي بالبصر .

الحلأ البسيط الناكس والحمامى عديدة الأشكال

تبدأ اندفاعات الحمامى عديدة الأشكال في بعض أشكالها ، بالظهور بعد الإصابة بالحلأ البسيط ٧ ـ ١٠ أيام ويبدو أن الفيروس يلعب دور مستضد في حدوث المرض المذكور .

الاكزيمة الحلئية

تحدث الاكزيمة الحلئية كاختلاط للاكزيمة التأتبية أو لمرض داريه بفيروس الحلأ البسيط ، وتتظاهر بانتشار الحويصلات المسررة مع أعراض عامة ويمكن أن تختلط بالتقيح الثانوي .

التهاب الدماغ والسحايا بفيروس الحلأ البسيط

يمكن أن يسبب فيروس الحلأ البسيط التهاب دماغ وسحايا ، إذا ما وصلها وتؤدي الإصابة إلى أعراض عامة وعصبية والإصابة مميتة إذا لم تعالج .

الخمج الحلئي عند حديثي الولادة

قد يتعرض الوليد أثناء ولادته من أم مصابة بالحلأ التناسلي الفعال ويعد فترة حضانة ٣ ـ ٦ أيام ويحدث تعمم الفيروس ويصاب بأعراض عامة والفيروس المسبب نموذج ٢ بنسبة كبيرة و ـ ١ ـ بنسبة قليلة والإنذار سيء وقد يودي بحياة الوليد وينصح بإجراء عملية قيصرية في حالة ثبات إصابة الأم بالحلأ التناسلي الفعال عند الولادة أو قبلها بأيام . ويعالج المصاب بالاسكلوفير وريدياً .

تشخيص الحلأ البسيط

تشخيص الإصابة بالحلأ البسيط ليس صعباً عادة استناداً إلى صفاته السريرية ، ويجب تفريقه عن التقرحات والتآكلات المتسببة بعوامل أخرى كالأفربحي . يمكن إثبات التشخيص بالوسائل التالية :

اختبار تزانك : تؤخذ لطاخة من قاعدة الحويصلات وتلون بملون غيمزا . ويلاحظ بالمجهر الضوئي وجود خلايا بشروية كبيرة عديدة النوى وخلايا بالونية منحلة الأشواك وتشير الموجودات إلى خمج فيروسي .

زرع الفيروس : ويعد أهم الوسائل لإثبات التشخيص .

الأضداد وحيدة النسيلة : والطريقة حساسة ونوعية وسريعة التحضير .

المعالجة : لا تحتاج حالات الحلأ التناسلي الخفيفة على الوجه لمعالجة ، بل يكتفي بتطبيق المطهرات ، ويطبق الاسكلوفير موضعياً ويعطى عن الطريق العام في الحالات المتوسطة والشديدة ، ويعطي عن طريق الفم ٢٠٠ ملغ كل ٥ ساعات مدة عشرة أيام وخاصة في حالات الحلأ التناسلي . وقد تعطى مقادير أعلى ولفترة أطول لمنع النكس ، ويعطى عن الطريق العام في الأكزيمة الحلئية وفي الخمج الحلئي عند الوليد عن طريق الوريد . وإذا ما ظهرت المقاومة يعطى عقار فوسكارنيت Foscarnet عن طريق الوريد . ومن الأدوية التي يذكر فائدتها تطبيق البرودة موضعياً . وللاسكلوفير عقاقير مشابهة غير متوافرة في بلدنا في الوقت الراهن . وتطبق سولفات الزنك وأدوية أخرى ولكنها بحاجة لدراسة أوسع .

يفيد إعطاء السيمتدين لتقوية الحالة المناعية عند المثبطين مناعياً .

الحماق والحلأ النطاقي

Varicella and Herpes Zoster

يسبب فيروس الحماق ـ الحلأ النطاقي ، الحماق والحلأ النطاقي وهو من عائلة الفيروسات الحلئية ، والاختلاف بين المرضين يرجع إلى الشوي وليس للفيروس



الشكل ٥ـ٥ : حماق

المسبب . ولهذا يعد الحماق التظاهرة البدئية للإصابة بهذا الفيروس عند شخص ليس لديه أضداد تجاهه . وتؤدي الإصابة بالحماق إلى مناعة دائمة ، غير أن الفيروس يمكن أن يبقى هاجعاً في العقد العصبية ، وعندما يفعل الفيروس الكامن بنقص المناعة ، تحدث الإصابة بالحلأ النطاقي . والحماق مرض الطفولة غالباً (شكل ٥ـ٥) ، بينما الحلأ النطاقي مرض البالغين والمتقدمين بالسن في أغلب الحالات ، ويشار إلى حالة شبيهة بالحماق تحدث على شكل حلأ نطاقي معمم عند المصابين بأمراض نقص المناعة مثل لمفوما هودجكن والمصابين بالمعمم أو عند الذين يعالجون بأدوية مثبطة للمناعة .

الحماق

يصيب الحماق كافة الأعراق والأجناس ، وتغلب إصابة الأطفال بعمر أقل من ١٠ سنوات ، وقد يصيب البالغين ومضعفي المناعة ، والمرض شديد السراية . وتؤدي الإصابة به إلى مناعة دائمة . تتم العدوى بالحماق عن طريق الرذاذ المنقول بالهواء ، ودور الحضانة فيه ١٤ - ١٧ يوماً .

التظاهرات السريرية : يصاب الطفل بأعراض بادرية بعد دور الحضانة ، وتتجلى بحمى خفيفة ودعث وهي أشد عند البالغين ، ثم تظهر بقع حمامية في البداية على الجلد والأغشية المخاطية ، وخلال ساعات تظهر عليها حويصلات أقطارها ١ ـ ٣ ملم أو أكثر من ذلك ، محتواها رائق في البداية ، من صفاتها ظهورها على دفعات متتالية ولهذا نرى الاندفاعات الحمامية بأعمار متفاوتة ، وعندما ينتهي الدور الطفحي والمترافق بالترفع الحروري ، يجف محتوى الحويصلات وتتجلب وتسقط دون أن تترك أثراً إلا في بعض الحالات القليلة ، حيث تترك بعض الاندفاعات ندبات . تتوضع الاندفاعات على الجذع وتقل على الأطراف (بعكس الجدري) . وتصاب الأغشية المخاطية في جوف الفم والأنف والبلعوم والحنجرة والمهبل وقد تصاب الملتحمة .

تكون الإصابة شديدة عند الكبار وترافق بأعراض عامة كالصداع ، الدعث ، الألم العضلي ، قمه ، والحكة من الأعراض الشخصية البارزة عند المصابين بالحماق خلال مرحلة ظهور الطفح .

الاختلاطات : تندر اختلاطات الداء عند الأطفال الأصحاء . ومن اختلاطات المرض التقيحات ، والتهاب الرئة الجرثومي أو الفيروسي ، التهاب الدماغ ومتلازمة ري واختلاطات

كبدية ، والاختلاطات عند الكبار ذات أهمية إنذارية وكذلك عند المضعفين مناعياً . ويمكن حدوث احتمال حدوث تشوهات جنينية ، إذا ما أصاب المرض الحامل خلال الثلث الأول من الحمل ولهذا يجب إبعاد المصابين عنها ، إذا لم تكن قد أصيبت سابقاً .

المعالجة : تعطى مهدئات الحكة ، ويعطى الاسكلوفير في الحالات الشديدة وتعالج الاختلاطات بحسب كل حالة .

الحلأ النطاقي

التظاهرات السريرية : يتبادر الحلأ النطاقي بالألم والمزل Paresthesia في القطاع المصاب وذلك لعدة أيام ، وقد يتظاهر بالحكة أو حس الحرق وحتى الألم الشديد والثاقب ، وقد يقلد ألم الاحتشاء ، أو ألم القرحة العفجية ، أو التهاب المرارة ، أو الزائدة ، أو ألم بعض الآفات الأخرى كانفتاق النواة اللبية وقد يؤدي لخطأ في التشخيص . ويمكن أن ترتفع حرارة المريض . وقد لا يتبادر المرض بأية أعراض . ويذكر الأدب الطبي حدوث حالات من الحلأ النطاقي دون ظهور طفح .

الطفح في الحلأ النطاقي : إن أهم ميزة لطفح الحلأ النطاقي ظهوره القطعي على مسيرة فرع أو فروع في جانب واحد ، يمكن أن يصاب أي عصب من الأعصاب .

يبدأ الطفح ببقع حمامية تمتد على مسير العصب المصاب ثم تظهر عليها الحويصلات الرائقة وتكون متوترة لؤلؤية ، مفردة أو مجتمعة (شكل ٥-٦) ، ثم يتوالى ظهور الحويصلات خلال أيام قليلة ، ويتعكر محتوى الحويصلات ، وتبدأ الحمامى بالتراجع والحويصلات بالجفاف ، وتترك جلبات تسقط خلال أسبوعين إلى ثلاث ، وقد يترك بعضها ندبات جدرية الشكل إذا كانت الآفات متنخرة ، أو إذا أصيبت بالخمج الثانوي ، تدل على الإصابة . تعد الآلام العصبية من الأعراض المرافقة للحلأ النطاقي ، قد تكون خفيفة أو شديدة وقد تستمر بعد تراجع الاندفاعات ، وقد تتضخم العقد اللمفية الموافقة لمكان الإصابة . والشفاء يتم غالباً بعد ٣ - ٤ أسابيع إذا لم تختلط الآفة .

يصيب الحلأ النطاقي أي فرع من فروع العصب المثلث التوائم ، ويمكن أن يصيب أعصاب الطرفين السفليين ، والأعصاب الصدرية والقطنية ، وأكثر الأعصاب تعرضاً للإصابة الفرع الأول من المثلث التوائم. وإصابة الفرع الأول عبر مسيره أعلى الجبهة ومنطقة الحجاج ، قد يؤدي إلى إصابة الملتحمة والقرنية .



الشكل ٥-٦ : حلأ نطاقي

وإصابة الفرعين الثاني والثالث ومسارهما يمكن أن تؤدي إلى إصابة جوف الفم ، وقد تصاب ناحية الأذن الخارجية وما يجاورها وقد يؤدي إلى شلل في الأعصاب الوجهية والسمعية (متلازمة رامزي - هانت) .

ازدادت وقوعات الحلأ النطاقي عند المصابين بالمعمم ، وقد يسبق إيجابية الداء وقد يكون لديهم شديداً ، ويبقى الطفح طويلاً حتى يلتئم ، ويأخذ سيراً مشابهاً عند المضعفين مناعياً ، وعند المصابين بخباثات داخلية كما في داء هودجكن وابيضاض الدم وفي حالات تناول المعالجات المضادة للأورام حيث قد تنتشر الإصابة النطاقية .

الاختلاطات : من أهم اختلاطات الحلأ النطاقي الألم العصبي بعد تراجع الداء ويحدث بنسبة ١٠ - ١٥٪ من الحالات ويغلب حدوثه بعد سن ٦٠ من العمر ويندر قبل سن ٤٠ من العمر وبخاصة الحلأ النطاقي العيني ، والألم صعب علاجه بعد حدوثه ، وقد يكون شديداً ومضنياً . قد يؤدي في بعض الحالات إلى تموت المنطقة المصابة وبالتالي إلى تأخر الشفاء وترك ندبة بعد تراجعها بخاصة عند المضعفين مناعياً . ويمكن للحلأ النطاقي العيني أن يؤدي إلى اختلاطات عينية مختلفة قد تودي بالرؤية .

قد يصاب المثبطون مناعياً بأسباب مختلفة ومن ضمنها مرض الايدز والخباثات ، بتعمم الداء (الحلأ النطاقي المعمم) وقد تختلط الاندفاعات بالتقيح الثانوي ، وقد يختلط الداء

بالتهاب رئة أو كبد والتهاب مفاصل بالإضافة إلى اضطرابات عصبية أخرى .

التشريح المرضي : التشريح المرضي في الحماق والحلأ النطاقي مشابه لما هو فيه في الحلأ البسيط .

التشخيص : يسهل عادة تشخيص الحلأ النطاقي ، وقد يلتبس في البدء بالحلأ البسيط . يمكن كشف الحمة بالزرع ويمكن إثبات التشخيص أيضاً بطريقة الأضداد وحيدة النسيلة .

المعالجة : تطبق الرفادات المبردة أو المطهرات الموضعية المناسبة في المرحلة الحادة من الحلأ النطاقي ، ويمكن إعطاء الصادات في الحالات التي تختلط بالتقيح . تعطي المسكنات المناسبة والفيتامينات البائية (ب١ ، ب٦ ، ب١٢) . والغاية الأهم في العلاج هو منع الاختلاطات وأهمها الألم العصبي التالي للإصابة بالحلأ النطاقي .

وتفيد الدراسات الحديثة أن إعطاء الاسكلوفير ٨٠٠ ملغ كل ٥ ساعات لمدة ٧ ـ ١٠ أيام للمصابين الذين تتجاوز أعمارهم ٥٠ سنة ، يخفف من الاختلاطات ، إذا أعطيت في بداية المرض ويعطى عن طريق الوريد عند المضعفين مناعياً ، والنتائج الوقائية من الألم تتضارب حولها الآراء وكذلك الحال بالنسبة لإعطاء الستروئيدات داخلاً وبمقدار ٤٠ ملغ/يومياً ، وقد تعطى الستروئيدات والاسكلوفير في معالجة رامزي ـ هانت . أما معالجة الألم التالي للإصابة فهي صعبة وتعطى المهدئات ومنها كارباميزين و Doxepine ويمكن تطبيق Capsacine موضعياً ، ومعالجات أخرى .

الوقاية من الحلأ النطاقي : تجرى في الوقت الحاضر دراسات للوقاية من الحلأ النطاقي واختلاطاته عند البالغين بإعطائهم لقاح Oka Varicalla Vaccine والنتائج الأولية ذات فائدة . يمكن إعطاء غلوبولينات مناعية عند المضعفين مناعياً لوقايتهم من هذا الخمج ومن الحماق أيضاً .

خمج الفيروس المضخم للخلايا

مرض شائع ، وقد يبقى المريض حاملاً للفيروس دون أعراض وينتقل خلال الحياة الجنينية وعند الولادة وعن طريق الاتصالات الجنسية ونقل الدم والأعضاء ، ويتظاهر بحمى وطفوح حصبوية لطخية حطاطية ، تبقى أياماً قليلة وقد يتظاهر جلدياً أيضاً بالشرى أو بالتهاب أوعية

أو بالتقرحات ، والتظاهرات الجلدية غير نوعية ويأخذ سيراً شديداً عند المضعفين مناعياً أو المصابين بالمعمم .

المعالجة : لا يحتاج المرض عادة إلى علاج وفي الحالات الشديدة يعطى gancilovir .

فيروس ابشتاين ـ بار

ينحاز الفيروس والذي هو من الفيروسات الحلئية إلى اللمفاويات البائية وبعض الخلايا الظهارية ، ويؤدي إلى لمفومات وإلى الطلوان المشعر وقد يكون واحداً من الفيروسات المسببة لداء كروستي ـ جيانوتي .

الأمراض الخمجية الستة

وهي الحصبة ، الحمى القرمزية ، الحصبة الألمانية ، الحصبة الألمانية القرمزية (الداء الرابع) ، الحمامى الخمجية ،والطفح الفجائي . ويمكن الاطلاع عليها في أبحاثها في طب الأطفال والأمراض الخمجية .

أخماج الفيروسات الحليمومية الإنسانية

Infections Caused by Human Papillomavirus

تمكن الباحثون حديثاً من تمييز أكثر من ٧٠ نمطاً جينياً مختلفاً من الفيروسات الحليمومية الإنسانية وذلك بواسطة تقنية « الدنا » ، المأشوب Recombinant DNA وتقسم إلى ثلاثة أصناف ، الأول ويصيب الأغشية المخاطية ـ التناسلية ومنها الأنماط ٦ ـ ١١ ـ ١٦ ـ ١٨ ـ ٣١ ـ ٣٣ وغيرها ، والصنف الثاني غير تناسلي ومنها ١ ـ ٢ ـ ٣ ـ ٤ ـ ١٠ ـ ٢٨ وغيرها ، والثالث يسبب ثدن البشرة الثؤلولي ومن فيروساته المسببة ٥ ـ ٨ ـ ٩ ـ ١٢ ـ ١٤ ـ ١٥ وغيرها ، غير أن النمط الواحد من هذه الفيروسات قد يسبب أكثر من شكل سريري واحد .

ويجدر بالذكر أن بعض هذه الفيروسات مسرطن كالفيروسات ٥ ، ٨ ، ١٦ ، ١٨ . ويمكن كشف هذه الفيروسات بواسطة تفاعل سلسلة البوليمراز PCR والفحوص الأخرى .

الوبائيات : أمراض الفيروسات الحليمومية شائعة ويرتبط انتقالها إلى الإنسان السليم بعدة آليات منها عدد الفيروسات الخابجة ، شكل التماس بين المصاب والسليم ، والحالة المناعية للشخص ، حيث يتعرض المضعفون مناعياً أكثر من غيرهم للإصابة .

تصيب الأطفال الثآليل الشائعة والفتوية كثيراً ، ويلاحظ في الوقت الراهن زيادة الإصابة بالثآليل التناسلية أضعاف ما كانت عليه منذ ٣٠ عاماً والتي يتم انتقالها عن طريق الاتصالات الجنسية .

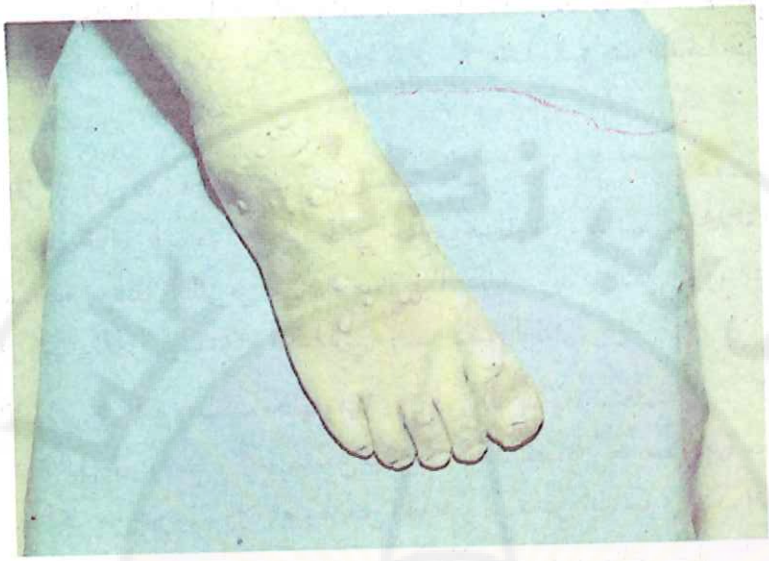
تنتقل الثآليل بالتماس المباشر وغير المباشر ، من خلال بشرة مؤوفة مسحجة أو بالرض . وتنتقل الثآليل الشائعة أيضاً عن طريق أحواض السباحة . وقد تساعد الحلاقة انتشار الثآليل على الذقن وتنتقل أيضاً عن طريق الاتصالات الجنسية . ويذكر انتقال فيروسات الثآليل عن طريق كيها باللايزر أو بالتخثير الكهربائي ويجب الانتباه لذلك .

الإمراض في الفيروسات الحليمومية : إن دور المناعة والاستعداد الوراثي للإصابة بفيروسات الثآليل غير واضح وكامل بشكل نهائي ، غير أن المصابين بعيوب مناعية معرضون للإصابة بها أكثر من غيرهم ، وإن العديد من الظواهر تويد دور المناعة في الإمراض ، وإن عدم نكسها قد يكون بواسطة المناعة الخلطية ، هذا ولا يشك بدور المناعة المتواسطة بالخلايا ودورها في الإصابة بالثآليل ، وتتحسن المناعة النوعية في حال تراجعها وشفائها .

التظاهرات السريرية : تقسم الثآليل إلى الثآليل الشائعة ، الثآليل الفتوية ، الثآليل الأخمصية ، اللقمومات المؤنفة (الثآليل التناسلية) ، الثآليل المخاطية وثدن البشرة ثؤلولي الشكل .

الثآليل الشائعة Common Warts

تعد الأكثر شيوعاً بين الثآليل ومن الأنماط التي تسببها الفيروسات ١ ، ٢ وأحياناً ٤ وتظهر على شكل حطاطات صغيرة ثم تكبر وتصل ١ سم قطراً ، وقد تتحد مع بعضها وتصبح أكبر من ذلك ، سطحها شئز مفرط التقرن ، لونها أصفر إلى رمادي ، وتتراوح أعدادها بين الواحدة وحتى أعداد كبيرة . أكثر توضعاتها على ظهري اليدين والأصابع ، والركبتين عند الصغار ، ويمكن أن تصيب طيات الأظفار الجانبية وتحت حافة الظفر الأمامية وقد يؤدي لتشوه الظفر ، هذا ويمكن أن تتوضع في أي منطقة من الجلد كالرأس ، وظهر القدم ، والأجفان ، اللحية ، الناحية التناسلية (شكل ٥-٧) . قد تبقى دون تغير لأشهر أو سنوات ، وقد يزداد عددها نتيجة للرضوح الجلدية (الرضوض) (ظاهرة كوبنر) ويمكن أن تتراجع عفوياً خلال سنتين ولكن ليس ذلك بقاعدة .



الشكل ٥-٧ : ثآليل شائعة



الشكل ٥-٨ : ثآليل منبسطة فتوية

تتضمن الثآليل الشائعة شكلاً خاصاً هو الثآليل الخيطية ، وتشاهد على الأجفان والذقن وبعضها يأخذ منظر أصبعي الشكل .

التشريح المرضي : تتصف البشرة في الثآليل بالشواك والتحلم مع استطالات بشروية وترى في البشرة خلايا بالونية ويشاهد فرط تقرن مع خطل تقرن .

الثآليل المنبسطة الفتوية Plane Warts

أكثر ما تصيب الأطفال واليافعين وهي قليلة المشاهدة عند البالغين ، ومن الفيروسات المسببة ٣ ، ١٠ ، وتتظاهر بحطاطات مسطحة مدورة أو بيضوية قطرها ١ ـ ٥ ملم تظهر على الأغلب على الوجه (شكل ٥ـ٨) وظهري اليدين ، لونها بلون الجلد ، أصفر رمادي أو مصطبغة أحياناً أو بنفسجية اللون ويتراوح أعدادها بين القليلة وحتى المئات وقد تأخذ توضعات خطية (ظاهرة كوبنر) . يدخل في التشخيص التفريقي معها الحزاز المسطح والأورام الغدية العرقية .

الثآليل الأخمصية Planter Warts

ومن الفيروسات المسببة ١ ـ ٢ ـ ٤ وتتوضع في أخمص القدمين وهي شبيهة بالثآليل الشائعة ، ولكن توضعها الخاص يكسبها هذا الشكل الخاص (شكل ٥ـ٩) . وتغور عادة داخل الجلد على شكل مخروطي ، وهي مؤلمة بالضغط ، ويختلف عددها من اندفاع واحد إلى



الشكل ٥ـ٩ : ثآليل أخمصية

عدة عناصر وقد تأخذ أشكالاً مريقة تبدو بأعداد كبيرة في الأخمصين ومنها ما هو كبير الحجم .

ويدخل في التشخيص التفريقي معها الأشنان والنزوف الصغيرة . يمكن للثاليل الأخمصية أن تبقى عدة سنوات دون تراجع .

اللقمومات المؤنفة (الثآليل التناسلية الشرجية) Condyloma acuminatum

من الفيروسات الحليمومية المسببة لها ٦ ، ١١ ، ١٦ ، ٣١ ، ٣٢ ، وتصيب المناطق التناسلية والأغشية المخاطية التناسلية وتنتقل كما أشرنا عن طريق الاتصالات الجنسية غالباً بعد مرور دور الحضانة ٣ ـ أشهر وسطياً ، تبدأ بحطاطات صغيرة لونها أحمر فاتح ، ويزداد حجمها بالتدريج ومع تكاثرها تأخذ شكل زهرة القرنبيط ، وقد تنتشر وتغطي الأعضاء التناسلية الخارجية وقد تمنع بذلك الولادة الطبيعية عند الحامل بسبب إغلاقها فوهة الفرج . ويمكن أن تتعطن في المناطق الرطبة وقد تنزف .

أكثر توضعاتها عند النساء ، الشفران الكبيران والصغيران ، ومدخل الفرج ، وقد تشاهد داخل المهبل وفي عنق الرحم . وتشاهد عند الرجال في الثلم الإكليلاني والغشاء القلفي الداخلي وعلى الحشفة (شكل ٥ـ١٠) وقد تتوضع في صماخ البول . يمكن أن تصيب منطقة الشرج (شكل ٥ـ١١) وفي داخل المستقيم عند كلا الجنسين ويمكن أن تشاهد في الناحية الأربية أيضاً . يمكن أن تترافق هذه الثآليل بأمراض منقولة بالجنس أخرى ومنها مرض الإيدز .

ولابد من الإشارة إلى أن بعض صنيفات الفيروسات المسببة للثآليل التناسلية يؤهب عنق الرحم للتسرطن أو لخلل تنسج فيه . وما الشكل العرطل من اللقموم العملاق (بوشكة ـ لوفنشتاين) إلا سرطانة شائكة الخلايا ثؤلولية الشكل تتسبب بهذه الفيروسات .

التشخيص التفريقي : يدخل في التشخيص التفريقي مع اللقمومات المؤنفة اللقمومات الأفرنجية المنبسطة والتي يسببها الأفرنجي وقد تتواجد معاً ، والتفاعلات المصلية للأفرنجي إيجابية في الأخيرة ، ويجب تفريقها أيضاً عن الفقاع النابت .

الثآليل المخاطية Mucosal Warts

يمكن أن تصيب الثآليل الأغشية المخاطية للشفتين واللسان وباطن الخد (ومنها شكل خاص يشاهد في بلادنا ويسمى فرط التنسج الظهاري البؤري وهو وراثي) ويمكن أن تصيب الحنجرة .

الثآليل وأمراض نقص المناعة

يصاب المرضى معوزي المناعة بالثآليل كثيراً ، ويمكن أن تنتشر بسبب عوز المناعة المتواسطة بالخلايا كما في حالات زرع الكلية ومرضى هودجكن وابيضاضات الدم وتشاهد عند المصابين بالمعسم بنسبة ٥ - ٢٧٪ من المرضى .

ثدن البشرة الثؤلولي الشكل (لوفاندوفسكي - لوتز)

Epidermodysplasia Verruciformis

مرض نادر المشاهدة يشاهد بشكل فردي أو عائلي ويورث بصفة جسمية صاغرة وتسببه الفيروسات الحليمومية ٣ ، ١٠ ، ٥ ، ٨ . ويتصف بظهور اندفاعات شبيهة بالثآليل الفتوية المنتشرة ، وبقع النخالية المبرقشة . يبدأ في الطفولة الباكرة ويصاب المرضى بالسرطانات الجلدية عند البلوغ أو بعده في ثلث الحالات . والمرض ذو أهمية كبيرة نظراً لأنه أول مرض ثبت فيه دور الفيروسات في التسرطن .

الأسباب والإمراض : ثدن البشرة الثؤلولي الشكل ، عديد العوامل والتي تتضمن الوراثة ، الفيروسات الحليمومية الخامجة وعوامل بيئية .

ويبدو أن الاستجابة المناعية تلعب دوراً مهماً في أمراضه ، ولقد لوحظ أن غالبية المرضى لديهم نقص في الخلايا التائية والخلايا المؤازرة واضطراب في الاستجابة المناعية بوجه عام . ويبدو أن للأشعة فوق البنفسجية دوراً في حدوث السرطانات باكراً لدى المصابين (شكل ٥-١٢) .

التظاهرات السريرية : تظهر الاندفاعات باكراً بعد الولادة أو في سن الطفولة وتأخذ شكل حطاطات مسطحة تنتشر على المناطق المكشوفة غالباً بعضها على شكل بقع النخالية المبرقشة أو الثآليل الفتوية ، ومن الأورام التي تنشأ على أعقاب الداء ، أورام حليمومية سليمة والتقرانات الضيائية والسرطانات شائكة الخلايا . ليس للمرض من علاج .

وقد تفيد الريتنوئيدات في الوقاية من حدوث الأورام ووقاية الأطفال المصابين من أشعة الشمس ضرورية .

معالجة الثآليل

يمكن لبعض الثآليل أن تتراجع عفوياً ويمكن أن يشفى بعضها بالإيحاء دون أن تترك أثراً



الشكل ٥-١٠ : ثآليل تناسلية



الشكل ٥-١١ : ثآليل حول الشرج



الشكل ٥-١٢ : ثدن بشرة ثولولي الشكل مع استحالة سرطانية

على الجلد ، ولهذا يجب اجتناب الطرائق العلاجية الراضة أو التي تترك مكانها ندبة ، ويجب أن ينبه المريض لاتخاذ الحيطة للحد من انتشار الآفات وإمكانية عدوى الآخرين ، من خلال المسابح والحوائج المشتركة والابتعاد عن الاتصالات الجنسية غير المشروعة . وتختلف طرائق المعالجة بحسب نوع الثآليل وعددها وتوضعها . ولابد من متابعة المرأة المصابة بالثآليل التناسلية خوف حدوث سرطانات عنق الرحم مستقبلاً . وسيصبح اللقاح الواقي من الثآليل التناسلية قيد التطبيق قريباً .

حالات القرنين : وتستخدم في الثآليل الشائعة عادة وفي معالجة الثآليل الأخمصية ويمكن تطبيق حمض الصفصاف وحمض اللبن مع سواغ الكولوديون وبكثافة عالية ولفترة قد تمتد ٨ ـ ١٢ أسبوعاً .

البودوفيللين الكحولي : بنسبة ١٠ ـ ٢٥٪ ويفيد في الثآليل التناسلية ويعد مضاد استطباب في الحمل ولا يطبق على مساحات واسعة .

المعالجة بالبرودة : وتستعمل بشكل واسع في قسم الجلدية ـ بجامعة دمشق ونتائجه عالية ويمكن استخدامه في جميع أنواع الثآليل باستعمال الآزوت السائل أو الثلج الفحمي ومن تأثيراتها الجانبية الألم .

المعالجة بالمحسسات الموضعية : عدلنا عن طريقة تطبيق DNCB لأنه يذكر أنها تساعد على التنشؤات ويمكن تطبيق DPC بدلاً عنها .

حقن البليومايسين داخل الآفات : استخدمناها بنجاح في حالات كثيرة معندة على المعالجات الكلاسيكية وكانت النتائج ممتازة ولكن الطريقة لا تخلو من تأثيرات جانبية . يطبق ٥ـ فلوروبوراسيل مع حمض الصفصاف بنسبة ١٠٪ ، وهي تعطي نتائج جيدة .

حمض ريتينوئيك : ويمكن تجربته في معالجة الثآليل الفتوية ولكن نتائجه بحسب خبرتنا ليست كبيرة .

الانترفيرون : يمكن حقن انترفيرون في داخل الآفات المعندة وكانت نتائجه لدينا جيدة ويمكن مشاركة المعالجة مع الكي بالبرودة ولكن ثمنه غال ويحد من استعماله ، ويترك للحالات المعندة .

الرتينوئيدات : ويمكن استعمالها داخلاً للوقاية من الاختلاطات الورمية في ثدن البشرة .

اللايزر : ويطبق اللايزر في كي بعض الثآليل المعندة ، وتوجد معالجات وطرائق أخرى لا مجال لذكرها .

فيروس المعمم (الإيدز) : وسيدرس في بحث الأمراض المنقولة جنسياً .

متلازمة كروستي ـ جيانوتي

تعد هذه المتلازمة استجابة جلدية للإصابة بخمج فيروسي ومن هذه الفيروسات ، فيروس التهاب الكبد « ب » فيروس ابشتاين ـ بار، وكوكساكي ١ ـ ١٦ ، ب٤ ، ٥ وايكوفيروس وأنواع أخرى من الفيروسات . أكثر ما يصيب الأطفال بين ٦ أشهر ـ ١٢ سنة .

يتظاهر الداء بحطاطات حمراء اللون أكثر ما تتوضع على الطرفين السفليين والإليتين وفي الأوجه الباسطة للذراعين ثم الوجه ، وقد يكون بعضها على الجذع ، تقيس هذه الحطاطات بضعة ملليمترات قطراً وتختلف شدة الحكة بحسب الحالة ، تتراجع الحالة بعد ٢ ـ ٨ أسابيع ، بعضها يتوسف توسيفاً خفيفاً . يمكن أن يترافق بضخامة عقد لمفية معممة ، وفي حالات التهاب الكبد قد يظهر يرقان خفيف وقد يتضخم الكبد والطحال . ولا داعي لمعالجته .

الفصل السادس

الأمراض المنقولة بالجنس

Sexually Transmitted Diseases (STDs)

تسمى هذه الأمراض أيضاً الأمراض الزهرية Venereal Diseases وهي مجموعة من الأمراض يغلب انتقالها من المصاب إلى السليم عن طريق الاتصالات الجنسية غير المشروعة ، بعض هذه الأمراض في ازياد مضطرد في البلدان الصناعية وفي البلدان الفقيرة على حدٍ سواء ، ومما يزيد من انتشارها الزيادة السكانية في المدن السياحية والعوامل الاقتصادية ، ونزعة بعض الشباب للابتعاد عن المقاييس الأخلاقية التقليدية ، والبغاء والجنوسية ، ومانعات الحمل والحروب ، والهجرات السكانية ، وترك العلاقات الأسرية التقليدية ، والإدمان . هذه العوامل منفردة أو مجتمعة تساهم في انتقال هذه الأمراض ، ولهذه الأمراض تأثير اجتماعي ونفسي واقتصادي خطير على الفرد والمجتمع ، ومن هنا جاءت أهمية هذه الأمراض ، والسعي للحد من انتشارها من قبل الدوائر الصحية .

لقد أتينا على ذكر بعض هذه الأمراض في فصولها الخاصة كالثآليل التناسلية والحلأ البسيط التناسلي وقمل العانة وذكرنا إمكانية انتقال الجرب والمليساء المعدية عن طريق الاتصالات الجنسية ، وسنأتي في هذا الفصل عل دراسة ، الأفرنجي ، السيلان البني ، التهابات الإحليل اللابنية ، المعمم (الإيدز) . وأمراض أخرى .

الأفرنجي (السفلس) Syphilis

الأفرنجي ، داء حمجي مُعدٍ مزمن ، تسببه اللولبيات الشاحبة Treponema Pallidum ، يُشاهد في جميع أنحاء المعمورة ، ينتقل عن طريق الاتصالات الجنسية ، ولكن قد ينتقل عن طريق الدم ، ومن الأم إلى وليدها وتندر العدوى المهنية . يمكن للإفرنجي أن يؤدي إلى اختلاطات خطيرة إذا لم يعالج ، ويقلد سريرياً أمراضاً جلدية وداخلية كثيرة ، وقد يترافق بأمراض أخرى منقولة عن طريق الجنس .

العامل المسبب : العامل المسبب للإفرنجي اللولبيات الشاحبة وتنتمي إلى زمرة

الملتويات Spirochaetales ، يصعب تفريقها عن أنواع اللولبيات الأخرى التي يسبب بعضها ، البجل ، البنتا ، أو المتعايشة في الأغشية المخاطية ، من الناحية الشكلية ، تقيس طولاً ٦ ـ ١٥ ميكرومتراً وعرضاً ٠,١٥ ميكرومتراً ، وهي لاهوائية وشكلها لولبي ، ويتراوح عدد التواءتها بين ٨ ـ ٢٠ التواءً ، تتحرك حول محورها حركات بطيئة تميزها عن اللولبيات الرمية ، ولا يمكن زرعها في الزجاج ولكن يمكن إكثارها في خصية الأرانب ، وهي حساسة للجفاف وللحرارة وللصابون والمطهرات . يمكن كشفها من الآفات الأفرنجية الباكرة ومن بزالة العقد اللمفية ، بالفحص بطريقة الساحة السوداء ، ويمكن كشفها أيضاً بطريقة التألق المناعي المباشر .

إمراض الأفرنجي : تنتقل اللولبيات من المصاب إلى السليم عادةً عن طريق الاتصالات الجنسية بأشكالها ، وبعد دور حضانة يتراوح بين ٩ ــ ٩٠ يوماً (وسطياً ٣ أسابيع) ، يتم دخولها إلى الأغشية المخاطية في هذه الحالة ، ولكن يمكن أن تدخل الجلد من أي مكان آخر ، ولابد في دخولها من تفرق اتصال في الظهارة المخاطية ، ويحدث عن طريق الاتصالات الجنسية . أما انتقال الأفرنجي إلى الجنين من الأم المصابة ، فيتم عبر المشيمية قبل الشهر الخامس من الحمل ، ويمكن أن ينتقل الأفرنجي عن طريق نقل الدم ، ولا ينظاهر في هذه الحالة بدور القرح ولذا يسمى الأفرنجي في هذه الحالة بالأفرنجي مقطوع الرأس .

تدخل اللولبيات إلى الأوعية اللمفية بعد بدء الخمج بسرعة وتتكاثر وتصل الأوعية الدموية . يحدث القرح الأفرنجي بعد انتهاء دور الحضانة بتفاعل أرجي كاذب في مكان دخول اللولبيات . ويعد حدوث لولبدمية Treponematacmia في الحد الأعظمي بعد انتشار اللولبيات في جميع أنحاء الجسم ، وتعد المناعة في الأفرنجي متواسطة بالخلايا أكثر منها معتمدة على الأضداد الخلطية .

تصنيف الأفرنجي غير المعالج والمكتسب

١ ـ **الأفرنجي الباكر** : ويشمل آ ـ الأفرنجي الأولي . ب ــ الأفرنجي الثانوي . خلال فترة زمنية أقل من سنة واحدة من العدوى (قصد المعالجة) .

٢ ـ **الأفرنجي الكامن** : ويشمل الكامن الباكر (أقل من سنتين) والكامن المتأخر بعد سنتين أو أكثر من العدوى بغاية تعقب العدوى ، (وأقل أو أكثر من سنة للمعالجة) .

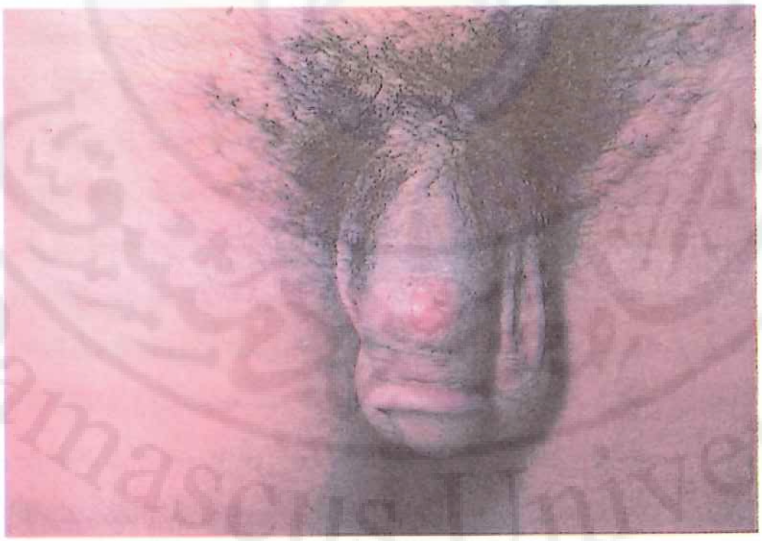
٣ ـ **الأفرنجي المتأخر (الدور الثالث)** : ويتظاهر بالصموغ والإصابات الوعائية

القلبية وإصابات الجهاز العصبي . ويُعد الأفرنجي الباكر معدياً . وتقل العدوى في الأدوار الأخرى .

الأفرنجي الأولي Primary Syphilis

يبدأ القرح chancre بعد انتهاء دور الحضانة الذي يمتد وسطياً ٣ أسابيع كما ذكرنا . يتصف القرح النموذجي بتآكل Erosive سطحي ، بيضوي أو دائري (شكل ٦-١) ، صلب صلابة غضروف الأذن ، لونه أحمر لحمي ، قطره حوالي ١سم ، غير مؤلم عادةً ، إذا لم يختلط بالخمج الثانوي ، يُحاط بحوبة محمرة ، متمادٍ مع محيطه ، يترافق بضخامة عقد لمفية موافقة لتوضعه ، والقرح النموذجي بصفاته هذه كلها لا تتواجد إلا في نصف الحالات . يمكن أن يصغر قطره حتى (١ - ٣ ملم) أو يكبر أكثر من١ سم ويوصف بالقرح العملاق ، وقد يكون غير صلب أو يغطى بجلبات ناتجة عن الخمج الثانوي ، ويكون مؤلماً .

يكون القرح وحيداً عادة ، وقد يتعدد القرح لتعدد أبواب دخول اللولبيات خلال دور الحضانة ، ويمكن أن يكون وذمياً جاسئاً وبخاصة عند النساء ، ينجم عن التفاعل الالتهابي في الأوعية اللمفية ويؤدي إلى تورم الأشفار ، ويمكن أن يوجد هذا الشكل عند الرجل في منطقة القلفة وأحياناً على الصفن .



الشكل ٦-١ : قرح افرنجي

يتوضع القرح عند الذكور على جسم القضيب وفي الثلم الحشفي القلفي ورأس القضيب ، وقد يتوضع في جذر القضيب ، ونادراً ما يُشاهد في ناحية العانة أو داخل الإحليل . يتوضع القرح في منطقة الشرج أو داخل القناة الشرجية عند الجنوسيين . أما عند النساء فقد يغفل بسبب توضعه على عنق الرحم ، ولهذا لا يُشخص الأفرنجي في هذه الحالات إلا في الدور الثاني ، يتوضع أيضاً على الشفرين الصغيرين والكبيرين وحول صماخ البول والبظر ، ويندر توضعه على جدار المهبل . أما توضعه خارج الأعضاء التناسلية ، فهي كما ذكرنا ، في منطقة الشرج أو في المستقيم (الجنوسيين) ، وعلى الغشاء المخاطي للفم والشفتين وقد يتوضع على إحدى اللوزتين أو اللثة ، ويندر توضعه على اللسان ، وذكر توضعه على حلمة الثدي عند النساء ، وأماكن أخرى غير شائعة كالأصابع والأباخس .

يترافق القرح بتضخم وإصابة العقد اللمفية الموافقة لنزح اللمف من القرح وتكون صلبة ، يتحرك الجلد عليها ولا تتنوسر أو تحدث خراجات ، وتبقى إذا لم يُعالج المرض أسابيع أو أشهراً . أما القرح فيتراجع عادةً بعد ٣ ـ ٨ أسابيع ويترك في ثلث الحالات ندبة خفيفة تدل عليه . ولابد من الإشارة إلى إمكان حدوث القرح الأفرنجي والقريح (القرح اللين) معاً ويسمى القرح المشترك .

تشخيص الأفرنجي الأولي : يعتمد تشخيص الأفرنجي الأولي (القرح) على:

١ ـ التشخيص السريري استناداً إلى القصة المرضية وعلى صفات القرح وترافقه بانتباج العقد اللمفية الموافقة لنزح اللمف .

٢ ـ كشف اللولبيات الشاحبة بطريقة الساحة السوداء .

٣ ـ التفاعلات المصلية حيث تصبح إيجابية عادة بعد ٣ أسابيع من ظهور القرح .

يدخل في التشخيص التفريقي مع القرح أمراض كثيرة ، تصيب المنطقة التناسلية ، ومنها الرضوض ، والقريح ، والحلأ التناسلي ، والجرب ، وسرطانة الحشفة ، وتُفرق عن القرح الأفرنجي بالصفات السريرية والمخبرية لكلٍ منها . وفي عنق الرحم يدخل في التشخيص التفريقي ، التآكلات وفي منطقة الشرج مع تشققات الشرج والسرطانة في منطقة الشرج والمستقيم ، ويفرق في الشفتين وعلى اللوزتين ، عن الآفات المشابهة التي تصيب هذه الأعضاء .

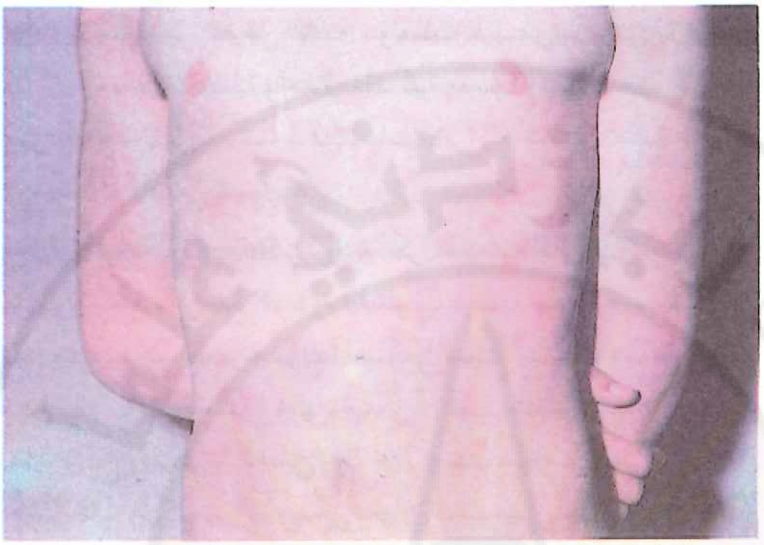
الأفرنجي الثانوي Secondary Syphilis

ويحدث الدور الثاني ، إذا لم يُعالج الأفرنجي الأولي بسبب تعمم الخمج ، ولهذا تتعمم

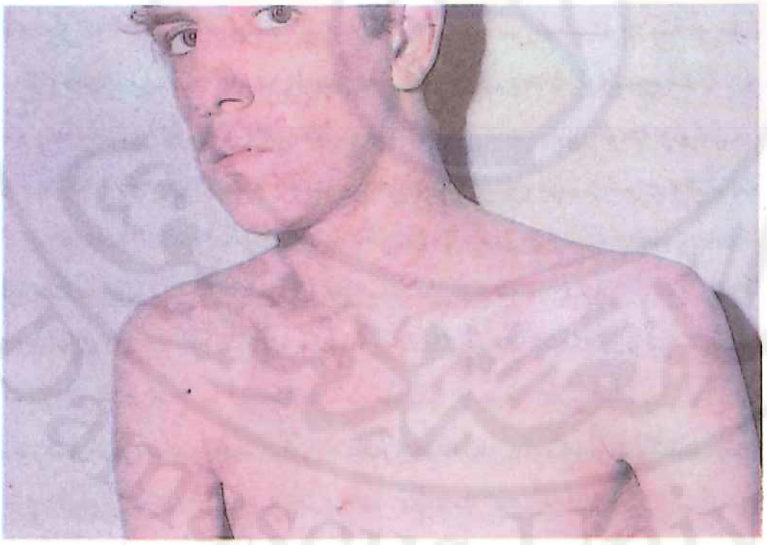
الاندفاعات على الجلد والأغشية المخاطية وهي غير حاكة وغير مؤلمة ومتناظرة . يبدأ الدور الثاني عادة بعد ٨ أسابيع من التعرض للخمج . ويصاب المريض بأعراض باكرة ، صداع ، حمى خفيفة ، آلام مفصلية وعضلية واعتلال عقد لمفية معمم ، وهي صغيرة عادة وأكثر ما تحس في العنق والناحية القفوية . تأخذ الطفحات الأفرنجية أشكالاً مختلفة أبكرها الوردية الأفرنجية . وطفحات الأفرنجي الثانوي هي :

الوردية الأفرنجية Roseola : الوردية أبكر اندفاعات الأفرنجي الثانوي وهي وحيدة الشكل ، متناظرة ، تتألف من بقع حمراء وردية اللون ، بيضوية مدورة تقيس ٢ ـ ٣ مم قطراً أو أكبر بقليل وتتوضع على مسار خطوط الجلد وهي ليست حاكة أو وسفية يصعب أحياناً رؤيتها ، ويلزم الطبيب إضاءة جيدة لرؤيتها ، ويمكن أن تكون حصبوية الشكل واضحة ، أكثر ما تشاهد على الجذع (الخاصرتين وجانبي الجذع) . تتعمم ضخامة الغدد اللمفية معها شأن اندفاعات الدور الثاني (شكل ٦ـ٢) . ويدخل معها في التشخيص التفريقي الحصبة ، والحصبة الألمانية ، والطفحات الدوائية ، والنخالية الوردية والأخيرة وسفية بعكس الوردية الأفرنجية .

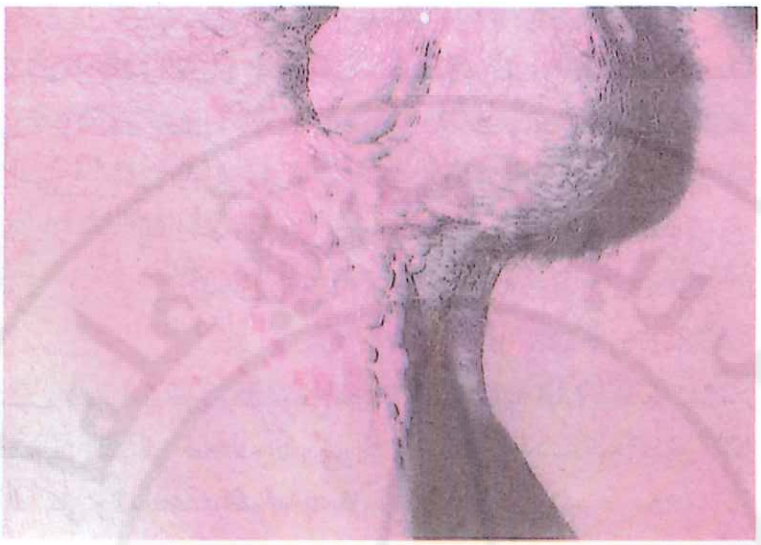
الأفرنجيات الحطاطية Papular Syphilid : قد تأخذ شكل طفوح بقعية حطاطية في البداية ، تأخذ لوناً نحاسياً ، مرتشحة ومحددة ، قاسية وهي ليست حاكة أو مؤلمة ، وإذا ضغطت برأس دبوس مدبب ، يشكو المريض من ألم خفيف (علامة أولندورف) . وتتوضع على الجذع ونادراً على الأطراف والراحتين ، ويمكن أن تشاهد على الوجه والرأس ، وتتوضع في الثنيات وبخاصة في منطقة الشفرين الكبيرين والصغيرين وحول الشرج والثنيات الأربية (شكل ٦ـ ٣ أ و ب) وعلى القلفة ، وبشكل أقل في الإبطين والسرة والصفن ، وتتآكل في هذه المناطق وتتعطن ويؤدي ذلك إلى نموها وتسمى في هذه الحالة باللقمومات المنبسطة Condylomata Lata (شكل ٦ـ٤) ، وتكون غنية باللولبيات الشاحبة . تتوضع الحطاطات الأفرنجية أحياناً في محيط شعر الرأس وبخاصة في المنطقة الجبهية والصدغية (إكليل فينوس) ، ويمكن أن تتوضع الأفرنجيات الحطاطية في منطقة التلم الأنفي الشفوي ، والصوارين وتلتبس مع المذح في الصوارين ، وتقلد بين الأباخس الآفات الفطرية . ومن الحالات النادرة الحطاطات الأفرنجية الدخنية وتتوضع على هيئة مجموعات من الحطاطات الصغيرة على الجلد . ويدخل في التشخيص التفريقي مع الأفرنجيات الحطاطية أمراضاً كثيرة كالصداف والحزاز المسطح والتهاب الجلد الزهمي والعد ، ولكن قد تتشارك مع الأفرنجي . ويدخل في



الشكل ٦-٢ : وردية افرنجية



الشكل ٦-٣ آ : افرنجيات حطاطية



الشكل ٦-٣ ب : افرنجيات حطاطية



الشكل ٦-٤ : لقمومات منبسطة

التشخيص التفريقي مع اللقموم المنبسط ، اللقموم المقمم والبواسير .

الأفرنجيات البثرية والتقرحية Pustular and Ulcerous Syphilis : تتشكل بثرات في ذرا الحطاطات وتجف لتشكل فوقها جلبات ، ويمكن لبعض الآفات الأفرنجية أن تتقرح وقد تكون التقرحات منتشرة ، وتشاهد في الجلد والفم وانتشارها بسبب نقص مقاومة العضوية للخمج ويسمى الأفرنجي في هذه الحالة بالأفرنجي الخبيث Malignant Syphilis وإنذاره سيء ، إذ قد يهدد الحياة ويترافق بأعراض عامة .

أفرنجيات الأغشية المخاطية : تأخذ الأفرنجيات الثانوية على الأغشية شكل بقع حمامية في سقف الحنك والوجه المخاطي للشفتين وباطن الخدين واللسان ، ويمكن أن تتقرح أو تتعطن بسبب اللعاب وتصبح بيضاء وهي غنية باللولبيات الشاحبة ، ومعدية بشدة . ويدخل معها بالتشخيص التفريقي القلاع والأمراض الفقاعية على الأغشية المخاطية وكذلك الحزاز المسطح التآكلي والاندفاعات الدوائية (شكل ٦ـ٥) .

يمكن أن تصاب اللوزتان والبلعوم (الذباح الأفرنجي) الذي يجب تفريقه عن التهاب اللوزتين أو عن الخناق الذي يصيب شراع الحنك واللهاة .

الحاصة الأفرنجية Syphilitic Alopecia : يحدث تساقط الأشعار في الأفرنجي الثانوي ويكون تساقطاً بقعياً ، وتكون هذه البقع منتشرة على الفروة وبشكل غير منتظم وتشبه بالشعر المأكول بالعث (شكل ٦ـ٦) . ويحدث تساقط أشعار منتشر أيضاً . يجب تفريقها عن الحاصة البقعية أو تساقط الأشعار بأسباب أخرى .

اضطرابات الصباغ الجلدي في الأفرنجي : يحدث نقص أو زيادة صباغ الملانين تال للآفات الثانوية ، وأكثر ما تشاهد على العنق . وقد يحدث بقع من نقص الصباغ على العنق (قلادة فينوس) .

تشخيص الأفرنجي الثانوي : يستند تشخيص الأفرنجي الثانوي إلى الاندفاعات السريرية التي ذكرناها بالإضافة إلى إيجابية التفاعلات المصلية . والأفرنجي الثانوي يقلد أمراضاً كثيرة كما ذكرنا .

الأفرنجي الكامن Latent syphilis

قد يشفى الأفرنجي عفوياً دون معالجة بنسبة تتراوح بين ٣٠ ـ ٦٠٪ ، وقد يحدث

انتقال باكر إلى مرحلة الكمون التي قد تستمر عدة سنوات .

تشخيص الأفرنجي الكامن : تغيب طفحات الأفرنجي في هذا الدور (الأولية أو الثانوية) ولا توجد علامات مرضية في السائل الدماغي الشوكي ، أو إصابة في الأبهر وتكون التفاعلات المصلية إيجابية . يجب تفريق الأفرنجي الكامن عن الأمراض التي تكون فيها التفاعلات المصلية الإيجابية كاذبة وعن أمراض اللولبيات الأخرى كالبجل .

الأفرنجي المتأخر (الدور الثالث Tertiary syphilis)

تبدأ تظاهرات الأفرنجي الثالثي بعد فترة كمون طويلة قد تصل إلى ٢٠ عاماً والتفاعلات المصلية قد تكون إيجابية أو سلبية ، ويفضل اللجوء في هذه الحالات إلى التفاعلات النوعية TPHA و FTA/ABS وهي أكثر حساسية ونوعية من VDRL . يتظاهر بالآفات الجلدية التي قد تكون غير متناظرة ، وتترك بعد تراجعها ندبات ، ولا يمكن كشف اللولبيات فيها بطريقة الساحة السوداء .

يمكن للإفرنجي الثالثي أن يصيب الأعضاء الداخلية ، كالأفرنجي العصبي ومنه التابس والخذل المعمم ، والأفرنجي القلبي الوعائي .

يتظاهر الأفرنجي الثالثي جلدياً بأحد الشكلين ، الأفرنجيات العقيدية أو بالصمغة Gumma ، وتوجد أشكال وسط .

الأفرنجيات العقيدية أو الدرنية : تأخذ شكل عقيدات مجتمعة أو متلاقية أو حلقية ، وتكون حمراء بنية صلبة ، أقطارها ٣ ـ ٥ ملم ، قد تستر بوسوف ، تشفى في المركز ، وتترك ندبة مكانها ، تتسع الآفة في المحيط حيث تؤدي إلى أشكال حلقية . يجب تفريق هذه الأشكال عن السركوئيد والذأب الشائع وللأخيرة صفاتها المعروفة . يغلب توضع هذه الأفرنجيات على الذراعين ، الظهر والوجه وسيرها أسرع من الذأب الشائع .

الصمغة : تعرف الصمغة الأفرنجية بأنها كتلة تحبب نسيجي أفرنجي ينشأ في الأدمة والبشرة ، ويتطور في جميع اتجاهات النسج المجاورة وحتى النسج العميقة تحت الأدمة . يكون الجلد فوقها أحمر أو بنياً محمراً ، وقوامها قاسياً مطاطياً . تتقرح الصمغة في مركزها بعد أسابيع أو أشهر ويؤدي إلى قرحة بأقطار مختلفة . يترمم التقرح بعد عدة أسابيع أو أشهر تاركاً تخريباً



الشكل ٦-٥ : افرنجيات الأغشية المخاطية للفم



الشكل ٦-٦ : حاصة افرنجية

نسجياً وندبة ، والصمغة غير مؤلمة عادة (شكل ٦ـ٧) .



الشكل ٦ـ٧ : صمغة افرنجية

تتوضع الصمغة في الجلد في الجبهة وفروة الرأس ، الشفتين ، الرقبة ، الأعضاء التناسلية أو الساقين وأي جزء آخر من الجلد . يغلب أن تكون الصمغة وحيدة وقد تتعدد . ويدخل في التشخيص التفريقي معها ، سل العقد اللمفية ، الحمامي الجاسئة لبازان ، داء الشعريات المبوغة ، اللمفوم الخبيث ، والتهاب السبلة الشحمية . يمكن أن تصيب الصمغة اللسان ، وقد يتظاهر الأفرنجي الثالثي في اللسان على شكل التهاب لسان خلالي سطحي أو عميق . ويمكن للأفرنجي الثالثي أن يتظاهر بالطلوان في باطن الفم .

إصابة الأفرنجي الثالثي للأعضاء الداخلية : يمكن أن تتشكل الصمغة في الأعضاء الداخلية كالكبد أو الرئتين أو الدماغ أو العين أو القلب أو الأبهر أو الأعضاء الأخرى . وقد يتظاهر الأفرنجي الثالثي في الجهاز العصبي ويؤدي إلى التابس والخزل العام .

الأفرنجي الولادي : Congenital Syphilis

يحدث الأفرنجي الولادي بسبب انتقال الإصابة من الأم المصابة (غير المعالجة أو المعالجة معالجة ناقصة) إلى جنينها وذلك قبل الشهر الخامس من الحمل ، والمرض نادر الحدوث في الوقت الحاضر . يحدث انتقال اللولبيات عبر المشيمة تغيرات فيها ، قد تؤدي إلى موت الجنين

أو الإجهاض ، أما إذا كانت الإصابة أقل شدة فقد يبقى على قيد الحياة ، ويصاب عادة بالأفرنجي الولادي الباكر أو المتأخر . وتكون التفاعلات المصلية إيجابية عنده ، وإذا كانت الإصابة باكرة في الحياة الجنينية ، كانت التفاعلات من نوع IgM .

الأفرنجي الولادي الباكر : تبدأ الأعراض والعلامات في الظهور عادة في الأسبوع الثاني إلى الثامن . يمكن أن تكون الصورة وصفية للأفرنجي الولادي الباكر حيث يصاب الوليد بالزكام الأفرنجي ، وقد يكون وزن الوليد ناقصاً وجلده مجعداً ، ويصاب بضخامة طحال وكبد وفقر دم والتهاب دماغ وموَه الرأس Hydrocephales والتهاب عظم وغضروف . وتتصف الاندفاعات الجلدية بأنها بقعية وحطاطية بثرية متجلبة تشبه اندفاعات الدور الثاني في الأفرنجي الكسبي ، وقد تصاب الشفتان بشقوق عميقة . ويتظاهر الأفرنجي الولادي في بعض الحالات بالآفات الفقاعية وبخاصة على الراحتين والأخمصي والأطراف ويسمى الفقاع الأفرنجي . وتكون الاندفاعات غنية باللولبيات الشاحبة . تشخيص الأفرنجي الولادي الباكر سهل عادة ، ويمكن اثبات التشخيص بكشف اللولبيات الشاحبة وبالتفاعلات المصلية ، ولكن يجب الانتباه إلى الأخيرة فقد تكون منقولة من الأم دون انتقال اللولبيات .

الأفرنجي الولادي الآجل : من سمات الأفرنجي الولادي الآجل ، الأنف السرجي وأخاديد في الجلد حول الفم ، وهي ندبات شعاعية الشكل تمتد من حواف وزوايا الشفتين ، وقد تشاهد حول الشرج والفرج . بالإضافة إلى ثلاثي هوتشنسون وهي أسنان هوتشنسون ، التهاب قرنية خلالي ، صمم في الأذن الداخلية . وتكون الأسنان مشوهة تأخذ منظر البراميل (شكل ٦-٨) ، وقد تشاهد علامات أقل نوعية كالتهاب العظم والغضروف وتبدلات تنكسية في الغضروف والجبهة الأولمبية ، ومفاصل كلوتون وقد يأخذ عظم الظنبوب شكل نصلة السيف (شكل ٦-٩) وقد تصاب الترقوة بالانتباج وعلامات أخرى أقل أهمية . ولابد من القول أن هذه السمات قد تكون مفردة أو بعض منها .

تشخيص الأفرنجي الولادي : يمكن كشف الأفرنجي الولادي الباكر بكشف اللولبيات الشاحبة ويمكن إجراء التفاعلات المصلية مع متابعة عياراتها .

التفاعلات المصلية في الأفرنجي

وتقسم إلى التفاعلات المصلية اللالولبية والتفاعلات المصلية اللولبية . وتدعى الأولى باختبارات المستضدات اللبيدية وتعتمد على وجود الراجنات . ومن هذه التفاعلات اختبارات

تثبيت المتممة حيث لم تعد تستعمل في الوقت الحاضر . وتفاعلات التحوحب ومنها اختبار الراجنة البلازمية السريع RPR ، واختبار مخبر أبحاث الأمراض الزهرية VDRL ، والتفاعلات المصلية غير اللولبية غير نوعية ، فقد تكون إيجابية كاذبة في البرداء والحمى التيفية وكثرة الوحيدات الخمجية والحماق وذات الرئة والجذام وأمراض اضطرابات المناعة الذاتية ، ومنها الذأب الحمامي والتهاب المفاصل الرثياني . ومن ميزة هذه الاختبارات سهولة إجرائها . أما الاختبارات اللولبية (النوعية) ، ومنها اختبار امتصاص الأضداد اللولبية التألقي FTA-ABS أو الشكل المعدل SIgM 19 وهو أبكر التفاعلات ظهوراً وأكثرها أهمية لتقدير مدى نجاعة المعالجة ، والاختبار اللولبي الثاني TPHA يعد ذا نوعية عالية ويصبح إيجابياً بعد ٣ ـ ٤ أسابيع من حدوث الخمج . أما اختبار سكون اللولبيات TPI فهو صعب الإجراء . يجب إجراء اختبار لولبي واحد على الأقل في حالة دراسة السائل الدماغي الشوكي عدا الاختبارات اللانوعية VDRL و RPR ودراسته خلوياً والألبومين فيه أيضاً .

معالجة الأفرنجي

مازال البنسلين الدواء الأفضل والأنجع في معالجة الأفرنجي في جميع مراحله لسهولة استعماله وقلة تأثيراته الجانبية ورخص ثمنه . يعطى حقناً عضلياً . ويجب المحافظة على كثافته الدموية بمقدار ٠,٠٣ وحدة بنسلين/ملم^3 لمدة كافية للقضاء على اللولبيات والأنواع المفضلة من البنسلين في الوقت الراهن البنسلين بروكائين أو البنزاتين بنسلين المديد . ويعطى البنسلين كما يرى خبراء منظمة الصحة العالمية كما يلي : الأفرنجي الأولي والثانوي والكامن حتى السنتين :

١ ـ ٢,٤ مليون وحدة بنسلين بنزاتين حقناً عضلياً (١,٢ مليوناً في كل إلية) بوقت واحد .

٢ ـ أو يعطى بنسلين بروكائين مائي بمقدار ٦٠٠ ألف في حقنة عضلية واحدة يومياً لمدة عشرة أيام متتالية وذلك في الأفرنجي الأولي والثانوي والكامن الذي لم تتجاوز مدة الإصابة بالخمج سنتين .

إذا كان المريض متحسساً للبنسلين يعطى بدلاً عنه التتراسكلين أو الارترومايسين (باستثناء الاستولات) وبمقدار ٥٠٠ ملغ أربع مرات يومياً لمدة ١٥ يوماً عن طريق الفم ، والارترومايسين يمكن استعماله في الحمل .



الشكل ٦-٨ : أسنان هوتشنسون عند مصابة بالأفرنجي الولادي الآجل



الشكل ٦-٩ : عظم الظنبوب عند مريض مصاب بأفرنجي ولادي آجل

أما في الأفريجي بعد سنتين من بدء الخمج فيعطى البنسلين بـنزاتين بمقدار ٢,٤ مليون وحدة أسبوعياً لمدة ٣ أسابيع وتوصي بعض المدارس أكثر من ذلك ، أو يعطى البروكائين بنسلين بمقدار ٦٠٠ ألف وحدة يومياً لمدة ١٥ يوماً ، ويعطى الأخير في معالجة الأفريجي العصبي أو الوعائي القلبي وبالجرعة اليومية نفسها لمدة ٢٠ يوماً ولا يستعمل البنزاتين بنسلين . يعطى البنسلين المبلر G عند الأطفال حتى عمر السنتين بمقدار ٥٠٠٠٠ وحدة/كغ من وزن الجسم في حقنتين يومياً ولمدة عشرة أيام على الأقل ، أويعطى البنسلين البروكائين بنفس الكمية والمدة . وإذا ما كان عمر الطفل أكثر من سنتين فيعالج بطريقة الأفريجي الكسبي نفسها باستثناء استعمال التتراسكلين .

تفاعل هركزهايمر ـ جاريش : يحدث هذا التفاعل بعد ٢ ـ ١٢ ساعة من حقن البنسلين ، حيث ترتفع حرارة المريض ، وتزداد أعراض الأفريجي وضوحاً ، وقد يحدث تمزق أم الدم . يعتقد أن سبب هذا التفاعل هو انحلال اللولبيات الفجائي . وينصح بعضهم بإعطاء كميات قليلة من الستروئيدات قبل بدء المعالجة للوقاية من حدوث التفاعل أو للتخفيف من شدته .

يجب متابعة المريض المعالج من الأفريجي لمدة سنة بعد انتهاء المعالجة وحتى السنتين في الشكل الكامن .

الأفريجي والإيدز : يتغير سير الأفريجي المرافق للإيدز ، حيث تزداد أعراض الأفريجي شدة ويتغير سيره العادي ، ويحتاج الأفريجي في هذه الحالات إلى معالجة ومتابعة أكبر .

البجل Begel

هو داء لولبي تسببه اللولبيات الملتوية T. Carateum . وهو لا ينتقل عن طريق الجنس وإنما عن طريق اللعاب . وكان الداء منتشر في الجزيرة السورية والعراق والسعودية في الخمسينات ، ويبدو أن منظمة الصحة العالمية قد قضت على الداء في حينه . يسير الداء سيراً شبيهاً بالأفريجي ويعالج المعالجة نفسها ويوجد في إفريقيا وأمريكا الجنوبية ، أمراض لولبية أخرى منها الـ Pinta واليوز (الداء العليقي) .

القريح Chancroid

يسمى القريح أيضاً بالقرح اللين . ويسبب هذا الخمج عصيات دوكري Ducreyi ،

وينتقل غالباً عن طريق الاتصالات الجنسية . ويتظاهر بالقرحة أو القرحات المؤلمة مع انتباج العقد اللمفية الموافقة .

العامل الممرض : يسبب القريح العصية المستدقة للدوكري Haemophilus Ducreyi وهي عصيات سلبية الغرام ، وتلون بملون غيمزا أو بأزرق الميتلين وتظهر على شكل عصيات ثنائية القطب وإيجابية الأوكسيداز وسلبية الكاتالاز وتزرع على أوساط خاصة .

الوبائيات : تشير الدراسات إلى أن أكثر تواجد الداء هو في البلدان النامية بخاصة في أفريقيا . ويرجح أن حالاته قليلة في بلدنا .

التظاهرات السريرية : يتم انتقال المرض عن طريق الاتصالات الجنسية ودور الحضانة فيه ٣ ـ ٧ أيام ، يبدأ المرض بحطاطة محاطة بحمامى ، وبعد يوم إلى يومين تصبح بثرة ، تتقرح وتصبح القرحة مشرشرة (شكل ٦ـ١٠) ، قعرها أصفر رمادي ، مؤلف من نسيج حبيبي ومحيط محمر ، والقريح طري ومؤلم بالجس ، ويأخذ أشكالاً مختلفة وأقطاراً ما بين ١مم ـ ٢ سم ، ويترافق باعتلال عقد لمفية ، ويمكن لهذه العقد أن تنفتح بعد عدة أيام إلى أسبوعين وسطياً من ظهور القريح . يتوضع عادة على الحشفة ، فوهة الإحليل وعلى الأعضاء التناسلية الخارجية عند المرأة . يمكن أن يترافق القرح مع القرح الأفرنجي (القريح المختلط) وتتغير صفات القريح في هذه الحالات .



الشكل ٦ـ١٠ : قريح

التشخيص والتشخيص التفريقي : يعتمد التشخيص على القصة المرضية وصفات القريح وبالتحري عن عصية دوكري . ولابد من إجراء اختبارات الأفرنجي واختبارات الإيلز . يدخل في التشخيص التفريقي القرح الأفرنجي والحلأ البسيط التناسلي أو القرحات التناسلية بأسباب أخرى .

المعالجة : يعطى سفترياكسون Ceftriaxone ٢٥٠ ملغ حقنة عضلية واحدة . أو الارترومايسين ٥٠٠ ملغ عن طريق الفم ٣ مرات يومياً لمدة أسبوع أو مركبات السولفا (تريمتوبريم ٨٠ ملغ + سلفامتوكسازول ٤٠٠ ملغ) قرصين يومياً لمدة ٧ ــ ١٠ أيام والمعالجات المذكورة بحسب توصيات منظمة الصحة العالمية . أما الصادات الأخرى فأقل تأثيراً وبعضها بحاجة لدراسة أوفر .

السيلان البني Gonorrhea

السيلان البني خمج جرثومي ، يصيب بشكل رئيسي الأغشية المخاطية البولية التناسلية ، تسببه النايسيريات البنية واختلاطاته قد تكون خطيرة إذا لم تعالج وقد يؤدي إلى العقم ، وانتقاله عن طريق الجنس . وقد ينتقل من الأم المصابة إلى وليدها (إصابة العين) .

العامل الممرض : العامل الممرض للسيلان البني هو المكورات البنية وهي سلبية الغرام ، يمكن تلوينها بأزرق الميتلين ١٪ أو بطريقة الغرام أو بالتألق المناعي . يمكن زرعها في أوساط خاصة وتحتاج معه إلى CO_2 . والمكورات البنية ميالة لإصابة ظهارة الإحليل والمستقيم والملتحمة وعنق الرحم ويمكن أن تنتشر الإصابة إلى الغدد التناسلية .

الوبائيات : يعد السيلان البني من الأمراض المنتقلة بالجنس الواسعة الانتشار . ويعد من أكثر الأمراض الخمجية مصادفة .

دور الحضانة : تمتد فترة حضانة المرض من ٢ ـ ٤ أيام وقد تطول أكثر من ذلك من ٢ ـ ١٤ يوماً .

التظاهرات السريرية : يختلف سير المرض وأعراضه بين الذكور والإناث وقد يكون لا عرضي عند الإناث .

السيلان البني عند الذكور

يصاب الجهاز البولي عند الذكور بصورة رئيسية في الطور الحاد ، ثم تنتقل الإصابة إلى الأعضاء التناسلية إذا لم يعالج .

يشكو المصاب من حس وخز وحرقان في الإحليل عند التبول في البدء ثم يخرج من فوهة الإحليل قيح أصفر أو أخضر ضارب للصفرة ، وبكميات واضحة ، وقد تكون الأعراض خفيفة . يبقى السيلان حاداً لمدة ٢ ـ ٣ أسبوعاً ثم يخف ويتراجع خلال ٤ ـ ٦ أسابيع ، ويدخل بعدها في مرحلة الازمان إذا لم يعالج ، حيث تقتصر الأعراض على النقطة الصباحية ، هذا ولا بد من الإشارة إلى أن السيلان البني قد يترافق بعوامل ممرضة أخرى منقولة عن طريق الجنس .

الاختلاطات : تنتشر الإصابة من الإحليل الأمامي إلى الإحليل الخلفي ويؤدي ذلك إلى إصابة غدد ليتر Littre ، وتصاب الموثة بالسيلان البني والحويصلات المنوية ، ويمكن أن يصاب البربخ بالتهاب سيلاني ويمكن أن تؤدي الإصابة إلى العقم .

السيلان البني عند الإناث

يغلب حدوث الإصابة البدئية لديهن في الإحليل ويؤدي ذلك إلى نجيج خفيف في الإحليل مع حس حرقان أو ألم أثناء التبول . وحس زحير أثناء إصابة المثانة وبعد ٢٤ ساعة يصبح النجيج قيحياً ، ويدخل طور الإزمان بعد ٣ ـ ٦ أسابيع ويمكن للسيلان البني عند الإناث ألا يكون عرضياً ، ويشكل الطور المزمن خطورة بسبب العدوى ، وفي السبيل التناسلي قد تصاب فوهات غدد بارتولان ، ولا يصاب المهبل عادة عند النساء الشابات ، ولكن يمكن أن يصاب عند الأطفال وكذلك عند المسنات والحوامل . ويعتبر عنق الرحم أكثر الأماكن إصابة في الخمج البدئي بالمكورات البنية ، وقد يصاب باطن الرحم أيضاً ، وقد تصل الإصابة إلى النفير والمبيض ومحيطه وإلى التهاب الملحقات ، ويمكن أن يؤدي إلى العقم .

السيلان البني خارج الأعضاء التناسلية

يحدث السيلان البني خارج الأعضاء التناسلية في المستقيم عند الجنوسيين ، ويمكن أن يشاهد عند النساء ويشكو المصاب من حكة ناتجة عن التهاب الشرج ، ويكون الغشاء المخاطي محمراً .

ومن الإصابات خارج التناسلية أيضاً السيلان الفموي ـ البلعومي وذلك بالاتصالات الجنسية الشاذة ، ويحصل احمرار وانتباج في مخاطية البلعوم وتشخيص الإصابة مخبرياً .

يمكن للعين أن تصاب بالسيلان البني عند الوليد ، أثناء الولادة ، وقد تؤدي الإصابة للعمى ، ومن الإصابات التي قد يختلط بها السيلان البني المهمل ، التهاب مفصل الركبة والتهاب شغاف القلب حيث تصل المكورات البنية عن طريق الدم . وقد تصل وتؤدي إلى التهاب ما حول الكبد .

تشخيص السيلان البني

يكون تشخيص السيلان البني بالقصة المرضية وبفحص بولي تناسلي جيد ، ولابد من التفكير بإمكانية مشاركة السيلان البني بأمراض منقولة بالجنس أخرى كالإيدز والأفرنجي والتهابات الإحليل بأسباب أخرى كالمتدثرات ويثبت التشخيص بالفحوص المخبرية الخاصة :

اللطاخة الإحليلية : يمنع المريض من التبول لعدة ساعات قبل أخذ العينة وتؤخذ المفرزات على الصفيحة الزجاجية وتثبت وتلون بالملونات التي تأخذها المكورات البنية .

الزرع : يمكن اللجوء إلى زرع من السوائل والمفرزات وذلك على الأوساط الخاصة .

المعالجة

ظهرت في السنوات الأخيرة مقاومة المكورات البنية للبنسلين في مناطق مختلفة من العالم كالولايات المتحدة والشرق الأقصى ، ولكن ما يزال يستخدم البنسلين في المعالجة في بعض البلدان الأوروبية ، حيث يعطى منه ٤,٨×١٠^{٦} وحدة بنسلين جـ- بروكائين في حقنة عضلية واحدة مع ١ غ بروبنسيد عن طريق الفم . ومن المعالجات الحديثة والفعالة جداً والتي توصي بها منظمة الصحة العالمية : يعطى سيفكسيم ٤٠٠ملغ بالفم في جرعة واحدة ، أو سيفترياكسون ٢٥٠ ملغ حقناً عضلياً في حقنة واحدة ، أو سيبروفلوكساسين ٥٠٠ ملغ بالفم في جرعة واحدة أو سبيكتينومايسين ٢ غ حقناً عضلياً في حقنة واحدة . وإذا لم تتوافر هذه المعالجات توجد علاجات بديلة حيث يعطى تريموثيوبريم ٨٠ملغ + سلفا ميتوكسازول ٤٠٠ ملغ ، عشرة أقراص مرة واحدة يومياً لمدة ثلاثة أيام ، وذلك إذا ثبتت فعاليته ضد السيلان ، ومن المعالجات الأخرى الاموكسيسيللين ٣,٥ غ أو أمبيسللين بالإضافة إلى البروبنسيد .

إن معالجة السيلان البني هذه غير مفيدة في معالجة التهابات الإحليل بالمتدثرات أو بالمشعرات أو معالجة الأفرنجي ، ولهذا يجب متابعة المريض بعد معالجة السيلان ومعالجة الآفات الجنسية المرافقة له ومعالجة القرين . أما معالجة الاختلاطات فتعالج بحسب كل حالة .

التهابات الإحليل اللابنية

تحدث التهابات الإحليل اللابنية ، عن مجموعة من الأحياء المجهرية ، ويمكن كما ذكرنا أن تترافق مع السيلان البني ، وتؤدي إلى التهابات إحليل حادة ومزمنة ، وتؤدي إلى اختلاطات لا تقل خطورة عن اختلاطات السيلان البني . ومن هذه الأمراض :

التهاب الإحليل بالمشعرات Trichomonas Urethritis

ينجم التهاب الإحليل بالمشعرات عن طريق الاتصالات الجنسية ، وتـؤدي إلى التهـاب إحليل .

التظاهرات السريرية : إن أكثر الأعراض مصادفة لدى النساء وفي أكثر من نصف الحالات ، هو ظهور مفرزات مهبليـة صفراء ، ذات رائحـة كريهـة ، وقـد تتظـاهر بمفـرزات حليبية مع عسرة تبول وحكة واحمـرار وخـزب في الفـرج . أمـا عنـد الرجـال فقـد لا تكـون عرضية في أغلب الحالات وقد تتظاهر بنجيج حليبي وعسرة تبول .

التشخيص : يمكن كشـف المشـعرات المسـوطة بـالفحص المباشـر ويمكـن اللجـوء إلى الزرع أيضاً .

المعالجة : يعطى المترونيدازول بمقدار ٢٥٠ ملغ ثلاث مرات يومياً لمدة أسبوع أو ٢ غ فموياً وبجرعة واحدة ، ولابد من معالجة الشريك الجنسي .

التهابات الإحليل بالمفطورات Mycoplasma Urethritis

المفطورات أحياء مجهرية لها أشكال منها المفطورات الإنسانية والمفطورات البولية الحالة للبولة ، والمفطورات التناسلية ، و لم يحدد بعد أي منها المسؤول عن التهابات الإحليل اللابنية ، وتتـم في إحـداث التهابـات الإحليـل اللابـني ، ويشـكو المصـاب مـن مفـرزات بيضـاء ويتـم تشخيصها مخبرياً بالزرع أو بمعايرة الأضداد في المصل . وتعالج التهابـات الإحليـل المتسـببة بهـا بالتتراسكلينات أو الاريتروماسين لمدة أسبوعين كما في معالجة التهابات الإحليل بالمتدثرات .

التهابات الإحليل بالمتدثرات الحثرية Chlamydia Urethritis

يعـرف مـن المتدثـرات ١٥ نوعـاً مرقمـة بـالأحرف ، بعضهـا يسـبب التراخومـا (C,Ba,BA) ، أما التهاب الإحليل فتسببه D-K وبعضهـا بسـبب الحبيبـوم اللمفـي الزهـري . والتهابات الإحليل بالمتدثرات إصاباتها كثيرة وتؤلف ١٥ ـ ٢٠٪ من مرض عيادات الأمراض المنقولة بالجنس ، وهي أكـثر الأمـراض المنقولـة جنسـياً . دور الحضانـة فيهـا ٧ ـ ٢١ يومـاً . وتتهم المتدثرات بأنها المسببة لداء رايتر .

العامل المسبب : المتدثرات الحثرية لها غشـاء خلـوي ، تحتـوي في هيولاهـا « دنـا » و « رنا » وتحتاج لتكاثرها إلى وسط خلوي خاص .

التظاهرات السريرية عند الإناث : تؤدي الإصابة التناسلية عند الإناث إلى التهاب عنق الرحم ، وتشبه التهابات عنق الرحم بأسباب أخرى ، وقد لا تكون عرضية وبنسبة ٣٠ - ٥٠٪ من الحالات ، وقد تتظاهر بمفرزات مخاطية رائقة ، وقد تؤدي إلى التهاب باطن الرحم والتهابات حوضية وتعد الأخيرة من أهم الاختلاطات ، ومن الاختلاطات أيضاً التهاب حول الكبد .

التظاهرات السريرية عند الذكور : تشبه أعراض التهابات الإحليل بالمتدثرات الحثرية ، أعراض السيلان البني ، حيث تتجلى بالتهاب إحليل ، وهي أخف من أعراض السيلان البني عادة ، ويؤدي إلى اختلاطات أهمها التهاب الإحليل بعيد السيلان ، التهاب الأسهر ، التهاب البربخ ، التهاب الموثة ، ويودي إلى التهاب مستقيم عند الجنوسيين . والاختلاط الأهم هو العقم .

الخمج عند الوليد : تنتقل الإصابة من الأم المصابة إلى الوليد أثناء ولادته . ويمكن أن تؤدي إلى التهاب رئة بالمتدثرات والتهاب الملتحمة .

التشخيص : يمكن كشف المتدثرات في اللطاخة المأخوذة من المفرزات وذلك باستعمال الأضداد وحيدة النسيلة الموسومة بالمواد المتألقة . أو بطريقة اليزا . ويمكن زرعها على أوساط خاصة .

المعالجة : يعطى أوكسي التتراسكلين بمقدار ٥٠٠ ملغ أربع مرات يومياً أو ١٠٠ ملغ من دوكسي سيكلين مرتان يومياً ، أو ٥٠٠ ملغ ارترومايسين أربع مرات يومياً ، ولمدة تتراوح بين ٧ - ٢١ يوماً . ولا تعطى مركبات التتراسكلين للأطفال . ولابد من معالجة الشريك الجنسي والتحري عن الأمراض المنقولة بالجنس الأخرى .

التهابات الإحليل بأسباب أخرى

تحدث التهابات الإحليل بالجراثيم العنبية Acinetobacter وجراثيم الفيونيلا وتعالج بالتتراسكلين . يمكن أن تحدث التهابات الإحليل بالعقديات والعنقوديات والكولونيات وتعالج بالصادات المناسبة . ومن الأسباب الأخرى المبيضات البيض ، والفيروسات أو بأسباب رضية . ويتصف داء رايتر بالتهاب إحليل والتهاب ملتحمة ومفاصل ، وسيأتي بحثه في الآفات الحمامية والحمامية الوسفية .

الحبيبوم اللمفي الزهري Lymphogranuloma Venereum

ويسمى الحبيبوم اللمفي أيضاً بالحبيبوم اللمفي المغبني ، ينتقل عن طريق الاتصالات الجنسية وأكثر إصاباته تقع في المناطق المدارية وتحت المدارية ، وتسببه المتدثرات L1,2,3 ، وتنتقل عند الرجال عن طريق القضيب ومنه إلى العقد اللمفية ، بينما تدخل العضوية عند النساء عن طريق المهبل وعنق الرحم ، وتنتقل بعدها إلى العقد اللمفية الحوضية والشرجية وفي منطقة المستقيم . ويعد هذا المرض شأن الأمراض المنقولة بالجنس الأخرى ، ذا خطورة عالية لانتقال حمة عوز المناعة الإنسانية (الإيدز) . دور الحضانة فيه (٣ ــ ٣٠ يوماً) ووسطياً أسبوعين .

التظاهرات السريرية : يمر المرض بمراحل ثلاث :

المرحلة الأولى : الآفة البدئية : وتظهر على شكل حطاطة لا تلبث أن تتحول إلى حطاطة حويصيلة أو بثرية ثم تتحول إلى قرحة سطحية تشبه القريح . تتوضع على الناحية التناسلية ، وقد تشاهد في الفم أو البلعوم نتيجة الشذوذ الجنسي ، والآفة البدئية غير مؤلمة ، وتتراجع خلال مدة قصيرة .

المرحلة الثانية : تنتشر المتدثرات بعد أسبوعين من ظهور الآفة البدئية عبر الأوعية اللمفية ، وتصاب العقد اللمفية بالانتباج وحيدة الطرف غالباً ولكن قد تكون ثنائية ، ويغلب أن تكون فوق الرباط المغبني ونادراً تحته ، تلتصق العقد مع بعضها ، وتصل أقطارها حتى ٤ ــ ٨ سم وتلتصق على الجلد ، ولكنها متحركة على الأنسجة العميقة ، وتشكل خراجات كثيراً ما تتنوسر ، وتتراجع النواسير لتترك مكانها ندبة . يمكن أن تترافق بأعراض عامة وأعراض مفصلية وآفات جلدية .

المرحلة الثالثة : تتطور الآفات إلى فيل فرجي تناسلي مستقيمي شرجي ، وتؤدي إلى تضيقات وتليف في السبيل التناسلي وفي المستقيم .

التشخيص : يستند في التشخيص إلى القصة السريرية ويثبت التشخيص باختبار التألق المناعي وبالزرع ، ويجب تفريق المرض عن الأمراض المنقولة بالجنس التي تؤدي إلى تقرحات ، وعن السل ، واللمفومات ، وسرطانات المستقيم والفيلاريا .

المعالجة : يعطى في المرحلة الحادة من الداء التتراسكلين ٢ ـ ٣ غ يومياً لمدة أسبوعين

على الأقل . يفيد الدوكسي سيكلين والارترومايسين والريمفابيسين والسولفاميتوكسازول + تريميثوبريم .

الحبيوم الاربي Granuloma Inguinale

يسمى الداء أيضاً بالداء الدونوفاني وتسببه الجرثومة Calymmatobacterium granulomatous وتتلون بملون غرام وغيمزا ويتم انتقال الداء عن طريق الجنس بأشكاله ، وقد ينتقل عن غير طريق الجنس في البيئات الفقيرة . ويشاهد الداء في المناطق المدارية وتحت المدارية . دور الحضانة فيه طويل يمتد إلى ٨ - ١٢ أسبوعاً . يبدأ ببثرة واحدة أو أكثر تنفتح وتشكل قرحات تتحد مع بعضها وهي عادة طرية مرتفعة الحواف ، وسطها حبيبومي أحمر اللون تنزف بسهولة ، ويؤدي المرض إلى نابتات تشكل كتل ساعية تتسع وتشكل مناطق واسعة . يمكن أن يؤدي المرض إلى اختلاطات كفيل القضيب والصفن أو الأشفار عند المرأة .

يشخص المرض بعزل الجرثومة المسببة ، ويدخل في التشخيص التفريقي معه اللقموم المنبسط ، الفقاع التنبيتي ويعالج بمركبات التتراسكلين ٥٠٠ مغ كل ٦ ساعات ولمدة ١٠ - ٣٠ يوماً أو بالسلفاميدات أو الاريترومايسين أو الجنتاميسين .

الأخماج الفيروسية المنقولة بالجنس

لقد أتينا إلى دراسة الحلأ البسيط التناسلي وأمراض الحمات الحليمومية والمليساء المعدية والفيروس المضخم للخلايا . وسندرس الإيدز (المعمم) ونشير بإيجاز إلى التهابات الكبد المنقولة عن طريق الجنس .

متلازمة عوز المناعة المكتسب (المعمم) Immunodeficiency Syndrome (AIDS)

كشف فيروس عوز المناعة المكتسب الإنساني HIV العامل المسبب لمتلازمة عوز المناعة المكتسب (الإيدز) عام ١٩٨١ وقد ميز منه نوعان HIV - 1 , HIV - 11 ويتم انتقال الفيروس عن طريق الاتصالات الجنسية بأشكالها وعن طريق حقن المخدرات والحقن الملوثة ونقل الدم أو منتجاته ونقل الأعضاء ، ويتم أيضاً انتقاله من الأم المصابة إلى الجنين ، وعن طريق حليب الأم المصابة إلى جنينها . ولقد تبين أن الأمراض المنقولة بالجنس الأخرى تشكل عاملاً مهماً في انتقال هذا المرض كما ذكرنا .

العامل المسبب والأمراض : الفيروس المسبب للمعمم هو فيروس خلفي Retrovirus

ينتمي إلى زمرة فيروسات HTLV مادته الوراثية RNA . عندما يدخل العضوية يلتصق باللمفيات المؤازرة بواسطة البروتين Gp120 وبخلايا أخرى وذلك بالمستضد CD4 وتحمله هذه الخلايا على سطحها ، ويدخل الخلية المضيفة حيث يتم انتساخ « الرنا » إلى « الدنا » بواسطة الأنظيم الفيروسي الانتساخ العكسي ، ثم يدخل الدنا إلى بحين الخلية المضيفة ويبدأ بالتكاثر . يستهدف الفيروس بشكل رئيسي اللمفاويات CD4 . يؤدي تكاثر الفيروسات إلى خفض عدد الخلايا المؤازرة ويؤدي بالتالي إلى اضطراب مناعي في المناعة المتواسطة بالخلايا ، مما يؤهب لتكاثر الجراثيم والفيروسات ، والخمائر الانتهازية ، وتؤدي إلى أمراض في العضوية بانعدام المقاومة . تتأثر الخلايا البائية أو تفرز كميات كبيرة من الأضداد . يخمج فيروس عوز المناعة الإنساني أيضاً وحيدات النوى البالعات وخلايا لانغرهانس ويؤدي ذلك إلى اضطراب في وظائفها وبالتالي اضطرابات وظائف الجلد المناعية في الجلد عند جميع المرضى تقريباً . يتواجد الفيروس في الدم ، نقي الفطام ، العقد اللمفية ، اللعاب ، الدمع ، السائل المنوي ، ومفرزات عنق الرحم . ويتصف الفيروس بتبديل خصائص غشائه بسهولة .

فترة الكمون : قد تمتد فترة كمون الداء لعدة أشهر أو سنوات وقد تكون نتائج الاختبارات سلبية لمدة ٢ ـ ٣ أشهر وسطياً ، ومن هنا تأتي خطورة نقل الدم في هذه المرحلة .

تصنيف الداء : تصنف متلازمة عوز المناعة المكتسبة إلى أربع مراحل :

١ ـ المرحلة الحادة : وتتصف أعراضها بأعراض شبيهة بأعراض داء كثرة وحيدات النوى .

٢ ـ المرحلة اللاعرضية : تتصف باعتلال عقد لمفية .

٣ ـ المرحلة العرضية الباكرة : تتصف بأحماج مزمنة .

٤ ـ المرحلة العرضية المتأخرة : تكون الأعراض والأمراض المرافقة فيها شديدة والأحماج مهددة للحياة ، وتتصف أيضاً بالتنشؤات الورمية ، وفيها أيضاً مرحلة متقدمة يكون وضع المريض فيها صعباً جداً .

المرحلة الحادة : تكون هذه المرحلة تحت سريرية في أغلب الحالات وغير عرضية ولهذا لا يشخص . أما الحالات العرضية فتتصف بأعراض شبيهة بأعراض الانفلونزا ، داء كثرة وحيدات النوى ، التهاب السحايا العقيم ، اعتلال أعصاب . أما دور الحضانة منذ تعرض

المريض للعدوى وبدء المرحلة الحادة ، فهو ٣ ـ ٦ أسابيع . وتشمل هذه الأعراض الحمى ، القشعريرة ، الوسن ، القمه ، الآلام المفصلية ، الصداع ، الإسهال ، الألم في البطن والاندفاعات الجلدية ، وتكون حمامية حطاطية تشبه اندفاعات الأمراض الفيروسية . يتم التشخيص في هذه المرحلة باختبار اليزا ، عزل الفيروس وكشفه ، غير أن الأضداد لا تكون موجودة لفترة قد تصل حتى ٦ أسابيع من بدء الطور الحاد .

المرحلة اللاعرضية : تتصف هذه المرحلة بأنها غير عرضية ، باستثناء اعتلال عقد لمفية وصمم وأعراض عامة خفيفة ، وتكون عدد الخلايا CD4 بحدود ٧٥٠ ـ ٥٠٠/ملم^{٣} .

المرحلة العرضية الباكرة : تنقص خلايا CD4 بشكل واضح ، وكذلك بعض الخلايا المناعية الأخرى ، وتشتد الأعراض العامة ، حيث يصاب المرضى بالحمى والتعرق الليلي والإسهال المزمن مع وهن وصداع وبدء تشكل الطلوان المشعر وإصابة الأغشية المخاطية بالمبيضات البيض .

المرحلة العرضية المتأخرة : يقل عدد خلايا اللمفية CD4 عن ٢٠٠ ـ ٥٠٠/ملم^{٣} ويصاب المرضى في هذه المرحلة بالأهماج الانتهازية كالقرحات الحلئية المزمنة الناجمة عن فيروس الحلأ البسيط أو إصابة البلعوم بالمبيضات وبالتنشؤات كورم كابوزي .



الشكل ٦ـ١١ : ساركوما كابوزي عند مصاب بالمعمم

المرحلة المتقدمة : وتتجلى المرحلة المتقدمة من المرض حيث تنقص خلايا CD4 عن ٥٠/ملم^{٣} . ويتعرض المرضى لأمراض خمجية وتنشؤات ورمية خطيرة .

الأمراض الجلدية والمخاطية المرافقة لخمج فيروس عوز المناعة الإنساني

التنشؤات Neoplasia : لوحظت زيادة ترافق الإصابة بفيروس عوز المناعة مع ورم كابوزي (شكل ٦ـ١١) ، سرطانة شائكة الخلايا الشرجية المستقيمية ، لمفوما بائية الخلايا اللاهودجكينية ، واللمفوم البدئي في الجهاز العصبي المركزي . ومن غير المؤكد وقوعات السرطانات الجلدية اللاملانية ومرض هودجكن واللمفومات التائية الخلايا ، ولكن يشار إلى تزايدها لدى المضعفين مناعياً بخمج فيروس عوز المناعة الإنساني . تتصف التنشؤات المرافقة لفيروس عوز المناعة بوجه عام بأنها أكثر عدوانية ، وبضعف استجابتها للمعالجة ، وبأنها أكثر مراضة وتؤدي إلى الوفاة مقارنة مع غير المخموجين . ولابد من الانتباه إلى التشخيص التفريقي بين كابوزي الكلاسيكي والنموذج الأفريقي عن النموذج المرافق للإيدز .

الأخماج : وتنجم عن الاضطرابات المناعية وهي شائعة ، والأخماج المرافقة غير مشخصة ولكنها توحي بالإصابة بالإيدز ، وبتطوره وتتصف بمقاومتها للمعالجة مقارنة مع غير المصابين بالإيدز ومنها :

الأخماج الفيروسية : أهمها فيروس الحلأ البسيط بنوعيه ١ ، ٢ ، فيروس الحماق ـ الحلأ النطاقي ، فيروس المليساء السارية والفيروسات الحليمومية الإنسانية والفيروس المضخم للخلايا المسبب للطلوان المشعر (شكل ٦ـ١٢) ، ولمفومابوركية ، ولمفوما الجهاز العصبي المركزي وفيروس التهاب الكبد ب والفيروس HTLV - 1 المسبب لابيضاض الدم تائي الخلايا عند البالغين .

الأخماج الجرثومية : وهي شائعة نتيجة نقص خلايا « ت » وقلة إنتاج السيتوكينات والبلعمة غير الطبيعية ، ومن أهم الأخماج الجرثومية أخماج المكورات العنقودية المذهبة والعقدية ، والمتفطرات والجراثيم الأخرى كالسلمونيلا والجراثيم المسببة للورم العصوي الوعائي واللولبيات الشاحبة وعصيات دوكري .

الأخماج الفطرية والخمائرية : وهي أخماج شائعة أيضاً ترافق الإيدز ومن أهمها الإصابات بالمبيضات البيض والتي تصيب الفم والبلعوم وجهاز الهضم . أما الفطور الجلدية فوجدت إصاباتها في ٢٠٪ من مخموجي فيروس عوز المناعة الإنساني في بعض الدراسات

ومن أهم هذه الفطور الشعروية الحمراء والوبيغاء المسببة للنخالية المبرقشة . ومن الأخماج الفطرية الأخرى نذكر دواء المستخفيات والمنوسجات والمبذرات .

الاحتشار بمفصليات الأرجل : ومن هذه الأمراض الجرب ، والإصابة بالدويدة الجريبية .

الأخماج بالأوالي : منها المتكيسة الكارينية والليشمانية وداء المقوسات .

الأمراض الجلدية الحطاطية الوسفية : تصل نسبة المصابين بالتهاب الجلد الزهمي حتى ٥٠٪ من حالات خمج فيروس عوز المناعة الإنساني ، ومن الآفات الحمامية الحطاطية الوسفية الأخرى نذكر الصداف ، متلازمة رايتر جفاف الجلد (السمك الكسبي) والأحمريات والتهاب الأجربة الحمضي .

الأمراض الوعائية : منها الفرفرية بنقص الصفيحات والتهابات الأوعية والورام الحبيبي اللمفاني .

التغيرات في الشعر والأظفار : يحدث تغيرات في الأظفار والأشعار ومن هذه التغيرات متلازمة الأظفار الصفر .

آفات الأغشية المخاطية : منها إصابة الفم ، البلعوم بالمبيضات البيض والإصابة بالحلأ البسيط وجفاف الأغشية المخاطية والطلوان المشعر وغيرها .

أمراض جلدية أخرى مرافقة لخمج فيروس عوز المناعة الإنساني : يذكر منها اليورفيرية الجلدية الآجلة والورم الحبيبي الحلقي .

التفاعلات الدوائية المرافقة : تزداد التفاعلات الدوائية عند المصابين بالإيدز وخاصة تجاه الصادات والشائع منها السولفاميدات والأموكسيسلين .

الموجودات المخبرية : تقل الكريات البيض ، وتقل الخلايا التائية والخلايا التائية المؤازرة ، وتكون نسبة الخلايا التائية المؤازرة / إلى التائية الكابتة أقل من واحد في الدم المحيطي ، وقد تزداد الغلوبولينات المناعية ، ويمكن عزل الفيروس في المخابر المختصة . ويجرى اختبار اليزا واختبار Western blot الأكثر نوعية وكذلك الومضان المناعي المباشر وقد يكون اليزا إيجابياً كاذباً في الذأب الحمامي الجهازي وبعض أمراض المناعة الذاتية وقد يكون سلبياً كاذباً في بدء الداء كما ذكرنا .



الشكل ٦-١٢ : طلوان مشعر عند مصاب بالايدز

معالجة الإيدز

لا توجد معالجة فعالة لهذا الوباء ومن الأدوية التي تجرب في معالجته الفنبلاستين ، الانترفيرون ، السوارين ، وتبين بعض الفاعلية لعقار Zidovu Dine وتجرب في الوقت الحاضر معالجات مشتركة مع بعضها ، والدراسات مستمرة لإيجاد عقار ولقاح ناجحين .

أمراض أخرى تنتقل عن طريق الجنس

يمكن أن تنتقل بعض التهابات الكبد ، أ ، ب ، جـ عن طريق الجنس عدا الطرق الأخرى . وكذلك بعض الآفات الجرثومية كبعض أصناف السالمونيلا وبعض أشكال الآوالي .

الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً : إن أفضل الطرائق وأهمها للوقاية من هذه الأمراض هي : الالتزام بالأخلاق الفاضلة ، ومعالجة الأمراض المنقولة جنسياً معالجة علمية للحد من انتشار هذه الأمراض وانتشار وباء الإيدز ، واستعمال الواقي الذكري ، ومكافحة الإدمان على المخدرات ، ومراقبة نقل الدم ومنتجاته .

الفصل السابع

الأمراض الجلدية الناجمة عن عوامل آلية وفيزيائية وكيماوية ومفتعلة

أمراض الجلد الآلية

يقاوم الجلد الطبيعي الأذيات الآلية ضمن حدود معينة ، تؤدي زيادتها عن هذا الحد إلى حدوث آفات جلدية ، وتلعب عدة عوامل دوراً في مقاومة العضوية للأذيات كالعمر والجنس والعوامل الوراثية ومكان توضعها وشدتها وشكلها .

ومن الأمراض التي تحدث بأسباب آلية : الثفن ، الأشسان ، العقب الأسود ، قرحة الاستلقاء ، الحاصة الرضية ، الحبيبوم المتشقق ، التنفط وغيرها .

الثفن Clavus

ويسمى أيضاً مسمار Corn ، والثفن كتلة مفرطة التقرن لها مركز ، ينجم عن الضغط



الشكل ١٠٧ : ثفن

وبخاصة ضغط الأحذية الضيقة وهو شائع عند النساء بسبب لبس الأحذية الضيقة ، ويكون الثفن مؤلماً عادة مما يعيق الحركة .

الثفن عبارة عن فرط تقرن موضع مخروطي ، أصفر اللون وله مركز واضح يشبه السدادة (شكل ٧-١) ، وينجم عن ضغط الأحذية المستمر على السطح الظهري للأباخس ، وأكثر ما يشاهد على الأبخس الخامس ، ولكن قد يصاب ظهر الأباخس الأخرى .

الثفن له أشكال أخرى تحدث على الأوجه الداخلية للأباخس بسبب ضغط الأباخس على بعضها .

التشخيص والتشخيص التفريقي : إن تشخيص الثفن عادة سهل ويدخل في التشخيص التفريقي معه الثآليل حيث تتصف الأخيرة بوجود النقاط البنية في مركزها . يفرق الثفن عن الشسن بعدم إيلام الأخير .

المعالجة : ينصح بانتقال الأحذية المناسبة واللينة ويطبق حمض الصفصاف مع الكولوديون بنسبة ٢٠٪ أو أكثر ، ويمكن التخفيف من الضغط الآلي بالحلقات الخاصة .

ولا ينصح بالعمل الجراحي مطلقاً ، وينصح في الأثفان الداخلية بإبعاد الأباخس عن بعضها .

الشسن Callus

الشسن كتلة مفرطة التقرن صفراء اللون ذات حدود واضحة ، أكبر من الثفن وغير مؤلمة ، تتوضع على الراحتين أو الأخمصين (شكل ٧-٢) . تتوضع على الراحتين لدى عمال المهن اليدوية والرياضيين .

تحدث في القدمين بسبب الأحذية غير المناسبة وأحياناً بسبب تشوهات القدم .

تساعد بعض المهن على تشكيل الأشسان حيث تشاهد عند عازفي القيثارة على لب الأصابع ، وفوق المفصل النهائي للإبهام عند الحلابين ، أو على مفصل الإبهام نتيجة مص الإبهام عند الأطفال . وفي بلادنا تشاهد على ظهر القدم بسبب عادات الجلوس على الأرض .تعالج الأشسان بحالات القرنين .

العقب الأسود Black Heel

يتصف بتصبغ نقطي أو خطي أسود مزرق ، يصيب العقب عند ممارسي الرياضة من



الشكل ٧ـ٢ : شسن



الشكل ٧ـ٣ : قرحة الاستلقاء

الشباب ، لقد ذكرناه لالتباسه مع الميلانوما الخبيثة ، ولا داعي للمعالجة .

قرحة الاستلقاء الناقبة Decubitus Ulcer

تنجم قرحة الاستلقاء عن إقفار النسج نتيجة الضغط المستمر بالاستلقاء المديد على الإلية والورك والمنطقة القطنية العجزية ، بخاصة لدى المسنين بعد الإصابة بحوادث كالكسور ، أو نتيجة الإصابات العصبية كالشلل ولأسباب أخرى التي تجعل المريض مستلقياً لفترة طويلة .

أكثر ما تلاحظ في مناطق الضغط أو سطوح الارتكاز ، كالعقبين والمنطقة العجزية الحرقفية أو الإليتين (شكل ٧ـ٣) . وتبدأ بمنطقة حمراء مزرقة مع وذمة واضحة ثم تتنخر وتصبح قرحة مقتلعة عميقة قد تصل إلى اللفافات والأوتار وحتى العظام . وقد تختلط بالألم الشديد والخمج الثانوي .

المعالجة : الوقاية من الأحماج واستعمال وسائل تخفيف الضغط كالوسادات والأسرة المائية ، وتغيير وضعية الاستلقاء بشكل متكرر والتمسيد اليدوي اللطيف . ويمكن استعمال اللاصق الذي يساعد على الترمم والوقاية من الخمج ، ومعالجة حالة المريض العامة .

الحاصة الرضية

تشاهد بخاصة عند الرضع على المنطقة القفوية (حاصة الوسادة) أو أسفل الساقين نتيجة احتكاك الجوارب ، ولا داعي للمعالجة .

التهاب الجلد الرضي عند الأطفال

يصيب الأطفال الصغار وأحياناً المراهقين ويتصف بظهور حطاطات صغيرة وقد تأخذ أحياناً شكلاً تولولياً ، تتوضع على المرفقين والركبتين وظهر اليدين وقد تنتشر إلى مناطق مجاورة . ويعزى سببها إلى الرضوض التي تحدث نتيجة اللعب بالرمل أو التزحلق أو تخريش السجاد ويعالج بمنع السبب .

الحبيبوم التشققي Granuloma Fissuratum

يحدث بسبب ضغط ذراع النظارات خلف الأذن ، ويتصف سريرياً بظهور عقيدة بارزة بجانب واحد مؤلمة ، بلون الجلد . يدخل في التشخيص التفريقي معه السرطانة قاعدية الخلايا ، يعالج بالستيروئيدات القشرية الموضعية وقد يحتاج إلى الاستئصال الجراحي .

التنفط Blistering

تحدث النفاطات أو الفقاعات في القدمين بعد المشي الطويل ، أو في اليدين نتيجة

العمل أو اللعب بكرة المضرب أو غيرها ، وتترك عادة دون فتح ، وقد نلجأ إلى سحب محتواها بإبرة معقمة .

الآفات الجلدية الناجمة عن دخول أجسام أجنبية في الجلد

يمكن أن تدخل للجلد أجسام أجنبية مثل أشواك الصبار ، أو مواد نباتية كالأوبار أو خشبية أو ذرات معادن مختلفة ، أو مواد كيميائية ، وذلك عرضاً ، أثناء العمل أو بالتماس معها ، وبعضها يدخل عن طريق الحقن ، أو مع اللقاحات وقد يؤدي بعضها إلى حمج ثانوي ، وبعضها يتأخر ظهوره ويؤدي إلى تشكل حبيبومات الأجسام الأجنبية ، وبعضها الآخر يؤدي إلى تفاعلات أرجية نحو المواد الكيمائية المندخلة في الجلد .

وأخيراً نذكر القرحات التي تصيب المدمنين حيث يلاحظ تقرحات عندهم مكان الحقن .

تعالج كل حالة من الحالات المذكورة باستخراج المادة أو بالاستئصال الجراحي ، أو بتطبيق حمض الصفصاف أحياناً بنسبة ٤٠٪ .

الجلادات الناجمة عن الحرارة

إن تعرض الجسم لحرارة مديدة أو شديدة أكثر من قدرة تحمله يؤدي إلى آفات جلدية يمكن أن تكون خفيفة ، تتجلى باحمرار الجلد وبزوال السبب يعود الجلد إلى وضعه الطبيعي . ولكن التعرض للحرارة الشديدة يؤدي للحرق بدرجاته الثلاث ، تتميز الحروق الكهربائية بعمقها وبطء التئامها وسنستعرض في آفات الحرارة : حمامى الاصطلاء والدخنيات .

حمامى الاصطلاء Erythema Ab igne

تتصف بتوسع وعائي شبكي وأكثر ما تصيب الأوجه الأنسية للساقين (شكل ٧ـ٤) وأسفل الفخذين ، وتنجم عن التعرض القريب لمنبع حراري (المدافئ العادية ، والكهربائية) وقد تحدث مع تكرر وضع أوعية الماء الساخن على الجلد بقصد المعالجة ، ما يشبه حمامى الاصطلاء .

تبدأ بالحمامى الشبكية الخفيفة ، ومع تكرر التعرض تصبح أكثر وضوحاً ، وقد يصبح الجلد مفرط التصبغ أو ضمورياً بحالات التعرض المزمن . ويمكن أن تتشكل سرطانة جلدية .

تزول الآفة عفوياً خلال أشهر في حالات التعرض الخفيف ، لكن قد تبقى التصبغات



الشكل ٧ـ٤ : حمامى الاصطلاء

لفترة أطول ، وتقوم المعالجة على الابتعاد عن المنابع الحرارية المسببة ووضع المطريات .

الدخنيات Miliaria

تنجم عن انسداد متفاوت العمق في الغدد العرقية ، يـؤدي بالتـالي إلى انحبـاس العـرق ، ضمن الأقنية العرقية ، يكون الانسداد سطحياً في الدخنية البلوريـة ، ويشـكل حويصـلاً تحـت الطبقة المتقرنة ، أما في الدخنية الحمراء فيكون الانسداد نتيجة التقرن في القسـم البشـروي مـن القناة العرقية ، وفي الدخنية العميقة يحدث تمزق القناة في مستوى الموصل البشروي الأدمي .

يساعد على حدوث الدخنيات الحرارة العالية المصاحبة للرطوبة العالية .

الدخنية البلورية M. Crystalina : وهي سطحية وتتصف بتشكل حويصلات رائقة ذات جدر قليلة الثخانة ، تقيس من ١ ـ ٢ ملم وهي غير عرضية وتشاهد على هيئـة تجمعـات أكثر ما تحدث على الظهر . تتمزق الحويصلات بسرعة .

الدخنية الحمراء M. Rubra : تسمى بالعامية الحرارة وأكثر ما تشـاهد علـى الجسـم في مناطق الاحتكاك بخاصة الجذع (شـكل ٧ـ٥) والثنيـات ، وتـأخذ شـكل حطاطـة صغـيرة محمرة وبأعداد كبيرة . ويشكو المريض من حكة .

الدخنيـة العميـقة M. Profunda : تتلو حـالات الدخنية الحمـراء المتكـررة وتكـون



الشكل ٧ـ٥ : دخنية حمراء

حويصلاتها عميقة وتقيس ١ ـ ٣ ملم ، وأكثر ما تشاهد على الجذع . والآفة غير حاكة عادة .

يمكن للدخنيات أن تختلط بالخمج الثانوي .

المعالجة : تقوم المعالجة على تجنب العوامل المؤدية للتعرق الشديد ، بوضع المريض في غرف معتدلة الحرارة ، مع تخفيف الصوابين والمخرشات ، ويذكر فائدة الفيتامين C بمقدار ١ غ/ يومياً .

الجلادات الناجمة عن البرد

يقي الإنسان نفسه من البرد بعوامل عدة أهمها زيادة إنتاج الحرارة ، وبالطبقة الدهنية تحت الأدمة وبتقبض الأوعية الجلدية للوقاية من الهدر الحراري ، وبالألبسة والاحتماء في المنازل ، ولظروف معينة غير مناسبة يصاب الإنسان بأذيات عديدة ناجمة عن البرد الشديد حيث لا يستطيع تحمله .

يؤدي البرد الشديد غير المتحمل إلى تجميد النسيج ويحدث انجماد خارج الخلايا وداخلها وبالتالي تغير في بروتينات الخلية ، وحسب شدة الأذية يكون تبدل حرارة العضو كما يحدث تقبض في الشرينات بتأثير البرد مباشرة أو بمنعكس ودي محدث بمستقبلات البرد ، كما تتأثر الوريدات حسب شدة التعرض له ومدته . ومن الأذيات المحدثة بالبرد :

الانجماد (عضة البرد) Frost Bite

يحدث الانجماد نتيجة تجمد النسج بسبب التعرض للبرد الشديد ، وإن التعرض لبضع ثوان للبرد قد تكون كافية لحدوث الانجماد ، وهناك عوامل مساعدة منها : الشيخوخة ، القصور الشرياني ، التدخين ، أمراض مهنية أخرى .

التظاهرات السريرية : أكثر ما يصاب : الأنف ، الأباخس ، الأصابع ، والأذنين وقد تصاب اليدان والقدمان والأطراف وكامل الجسم .

تصبح المناطق المصابة شاحبة ، وشمعية مع فقدان حس الألم ، يحدث شلل عضلي ، تتأذى الأعصاب وقد تتأثر حتى العظام ، وفي الحالات الخفيفة تحدث حمامى خفيفة بعد تدفئة الجسم ، وإذا كانت الأذية أشد تظهر نفاطات . يحدث في الحالات الشديدة من الانجماد نخر نسجي بعد فترة قصيرة من التعرض للبرد الأكثر شدة ، وتصبح الأقسام المصابة سوداء مزرقة قاسية عديمة الحس وقد يحدث نخر في الأنسجة المصابة .

المعالجة : يجب تدفئة المريض بسرعة وبمغطس درجته ٤٠°- ٤٢° ولكن ليس بدرجات أعلى وتعطى الموسعات الوعائية .

القدم الغاطسة Immersion Foot

ينجم عن التعرض المديد لبرودة معتدلة (الجنود في الخنادق) ولفترة أيام . ويؤهب لهذه الحالة التدخين وأمراض أخرى وعائية ، تتظاهر الإصابة بخدر في الأطراف مع وذمة وعدم تعرق ، وقد تحدث آفات شبيهة بآفات القدم الغاطسة عند انتعال الأحذية المطاطية لفترة طويلة حيث يبيض جلد القدمين ويتجعد .

الشرث (Perniosis (chilblains

الشرث هو تفاعل غير طبيعي تجاه البرد ، ويحدث ببرودة معتدلة أخفض قليلاً من حرارة الغرفة عند شخص لديه استعداد مع خلل في الدوران المحيطي .

من العوامل التي تلعب دوراً في أمراضه أيضاً : نقص التغذية ، الأحماج ، الاضطرابات الغدية والأمراض الجهازية .

التظاهرات السريرية : أكثر ما يصيب الأطفال ولكن قد يحدث في الأعمار الأخرى ، يشاهد لدينا على الأكثر في أشهر الشتاء ، وأوائل الربيع ، حيث الرطوبة عالية مع

البرد . ولا يشترط البرد الشديد لحدوثه ، يصيب الأطفال والشابات المصابات بازرقاق النهايات واللواتي يعملن أو يتواجدن في العراء بطقس بارد ورطب .

تتجلى الإصابة بحمامى مزرقة وانتفاخ في الأصابع (شكل ٧-٦) والأباخس ، قد تظهر عليها فقاعات ويمكن أن تتقرح . قد تمتد الإصابة إلى الكعب والركبة وجوانب الفخذين وقد تصاب الأذنان والأنف كما يصاب القسم الوحشي للفخذين بخاصة عند راكبي الخيل ، غالباً ما تقتصر الإصابة على الأصابع والأباخس . يشكو المريض من حكة حارقة عندما يدخل فجأة إلى غرفة دافئة .

من أشكال الشرث الأخرى : الشرث الحطاطي الشبيه بالحمامى عديدة الأشكال والشرث البثري والحلقي .

يشفى الشرث عفوياً بزوال السبب ويعود في السنة التالية إذا توفرت الشروط .

المعالجة : تقوم معالجة الشرث على الوقاية من البرد وبالتدثر بالألبسة المناسبة مع إجراء التمارين الرياضية عند المستعدين ، يعطى النيفيدين كموسع وعائي محيطي في الحالات الشديدة . يمكن أن يفيد التعرض للأشعة فوق البنفسجية ، وقد يفيد إجراء الحمامات متغايرة الحرارة ، ويمكن أن تطبق الستيروئيدات الموضعية أحياناً .

زراق النهايات Acrocyanosis

هو تغير في لون جلد اليدين والقدمين حيث تأخذ لوناً مزرقاً أو مبرقشاً ، وينجم عن تفاعل الأدوية من الشرينات والوريدات الجلدية تجاه البرد ، حيث تزداد لزوجة الدم ، وتحدث الإصابة عند المستعدين لها ، كما يجب التفتيش عندهم عن إمكانية إصابتهم بالتنشوءات النقوية ويعالج معالجة الشرث .

الزراق الاحمراري Erythrocyanosis

يمكن أن يرافق ازرقاق النهايات ، أكثر ما يشاهد عند الفتيات الصغيرات ، وتؤهب له البدانة واللبس القصير وهو عبارة عن زراق نهايات معمم مختلف الشدة مع شرث حريبي ، وبقع محمرة منفصلة عن بعضها بعضاً ، حيث يؤدي البرد إلى تخرب وعائي عند المصابين .

يدخل في التشخيص التفريقي مع الشرث ، الحمامي العقدة ، التهاب السبلة الشحمية . ليس له علاج مفيد ، والوقاية من البرد أساسية مع إجراء الحمامات المتناوبة



الشكل ٦-٧ : شرث في أصابع اليدين

(الباردة والساخنة) وهناك معالجات فيزيائية .

الغلوبولينميا الباردية Cryoglobulinemia

وهي ترسب الغلوبولينات المناعية الباردية في الدم المحيطي وهي وحيدة النسيلة أو عديدتها وهي مركبة من الغلوبولين IgM مع IgG أو IgA . تتظاهر بالفرفرية ، شرى البرد ، ظاهرة رينو ، تزرق شبكي ، وتقرحات في الساقين بعد التعرض للبرد ، وقد ترافق أمراض النسيج الضام ، التهاب المفاصل الرثياني ، الجذام والتهاب الأوعية وبعض الأمراض الأخرى . ولقد وجدنا في دراسة قمنا بها وجود علاقة بين الغلوبولينميا الباردية والتهاب الأوعية والتهاب الكبد C .

تعالج بمعالجة السبب وقد تعطى مضادات التخثر أو الستروئيدات . سنتعرض لآفات البرد الأخرى في أبحاثها الخاصة كظاهرة رينو والجلد المرمري وشرى البرد .

الأذيات الجلدية الكيميائية

الكي الكيميائي

تُحدث بعض المواد الكيميائية أذيات جلدية حين تلامس الجلد ، تتعلق شدة هذه الأذيات بكثافة المادة ونوعها ، ويتعرض لهذه الأذيات عمال المعامل الكيميائية والأطفال في

البيوت ، وعلى رأس هذه المواد تأتي الحموض التي تؤدي إلى أذيات جلدية تختلف باختلاف الحمض ودرجة كثافته .

تتراوح الإصابة بين التآكلات إلى التقرحات ، ومن أهم الحموض المحدثة : هي حمض الكبريت وحمض كلور الماء وحموض أخرى تدخل في الصناعات المختلفة .

أما المواد ذات الأهمية أيضاً فهي القلويات وعلى رأسها الصود الكاوي والبوتاس الكاوي والكلس وغيرها ، تؤدي هذه المواد حين تلامس الجلد لحدوث تآكلات أو تقرحات وخشكريشات وقد تؤدي إلى ندبات أو جدرات مشوهة وقد تحدد وظيفة العضو .

تؤدي مواد كيميائية كثيرة جداً في الوقت الراهن إلى حدوث آفات جلدية تتراوح بين التخريش والتهاب الجلد الشديد بحسب نوع هذه المواد .

الآفات الجلدية الناجمة عن الغازات السامة

تحدث الغازات السامة كغاز الخردل المستعمل في الحروب ، عند تماسها مع الجلد حمامى التهابية تظهر عليها نفاطات ، وتنفتح وتؤدي لتعرية الجلد وحدوث الأحماج ونفوذية هذه المواد سريعة جداً ولا يمكن التخلص منها إلا في الدقائق الأولى من تعرض الجنود لها .



الشكل ٧-٧ : سرطانة قاعدية كاختلاط لالتهاب الجلد الشعاعي المزمن

الآفات الجلدية الناجمة عن الإشعاعات المؤينة والجلادات الضيائية

الأمراض الجلدية الناجمة عن الإشعاعات المؤينة

من الإشعاعات المؤينة أشعة غرينز Grenz وأشعة رونتجن وأشعة غاما الناجمة عن الكوبالت المشع ، والراديوم وغيرها ، والأكثر استعمالاً في الوقت الراهن أشعة غاما ورونتجن .

التهاب الجلد الشعاعي الحاد Acute radiodermatitis :

يظهر بعد التعرض للأشعة بـ ٦ ـ ١٢ يوماً ، ويتعلق بعوامل عديدة منها عيار الأشعة والمنطقة المشعة ويتظاهر بدرجاته الخفيفة بحمامى حمراء ، يتلوها تصبغ نقطي منتشر كما يخف إفراز الغدد الزهمية ، ويحدث تساقط أشعار بعد أسابيع ليعود إلى النمو بعد ٤ ـ ١٢ أسبوعاً وفي الدرجات المتوسطة والشديدة حيث تحدث حمامى التهابية مع وذمة ونفاطات وفقدان أشعار ، ويحدث تثبيط بالغدد الزهمية والعرقية ويمكن أن تتطور في الحالات الشديدة إلى حدوث نخر في النسج العميقة وحدوث تقرحات مؤلمة .

المعالجة : يوقى المصاب من عوامل الطقس كالشمس والبرد ، وتطبيق ستيروئيدات خفيفة ومطريات .

التهاب الجلد الشعاعي المزمن

يحدث التهاب الجلد الشعاعي المزمن بعد فترة طويلة من التعرض للأشعة بسنتين أو أكثر ويظهر بعد تعرض متكرر للأشعة ، ويحدث بتأثير تراكمي عند الأطباء المعالجين والشعاعيين الذين يتعرضون كثيراً للأشعة دون حماية أنفسهم ، ويتظاهر التهاب الجلد الشعاعي المزمن بتصلب في الجلد المصاب مع توسع شعريات وضمور جلدي وضمور الملحقات مع بقع مفرطة التصبغ أو ناقصة التصبغ ، وتصاب الأشعار ويمكن أن تتساقط ، ويمكن لالتهاب الجلد أن يؤدي إلى تقرحات صعبة الشفاء وتقرانات شعاعية ، ولابد من مراقبة المصابين بالتهاب الجلد الشعاعي المزمن حيث من الشائع حدوث السرطانة القاعدية لديهم (شكل ٧ـ٧) .

وتحدث عادة بعد مدة تصل إلى أكثر من ٢٥ عاماً أو أكثر من التعرض للأشعة ، ولقد شاهدنا إصابات كثيرة من السرطانات القاعدية على الفروة تالية للمعالجة بأشعة رونتجن

لضمات الفروة في الخمسينات وأوائل الستينات .

المعالجة : وقاية المريض من العوامل الخارجية وتطبيق المراهم المطرية ومراقبة المريض خوف حدوث التقرانات الضيائية والسرطانات الجلدية ومعالجة السرطانات المعالجة المناسبة في حال حدوثها .

الجلادات الضيائية

Photodermatoses

تنجم الجلادات الضيائية بشكل رئيس عن التعرض للضوء بخاصة أشعة الشمس حيث يلعب الضياء الدور الأكبر في إمراضها ، ومن هذه الآفات : حرق الشمس ، الانسمام الضوئي ، الأرج الضوئي ، السرطانات ، ويبدو أن هذه الآفات في تزايد في وقتنا الحاضر نظراً للتغيرات البيئية الحاصلة في الأرض ومحيطها ومنها ثقب الأوزون .

أما الإشعاعات الضوئية المسؤولة عن التفاعلات البيولوجية الضوئية والمؤدية للجلادات الضوئية فهي الأشعة فوق البنفسجية (A, B, C) والضوء المرئي والأشعة تحت الحمراء وإشعاعات أخرى ، وسنركز في بحثنا على الأشعة فوق البنفسجية (أ.ف.ب) .

تتراوح أطوال موجات أ.ف.ب. ث. (C) بين ٢٠٠ ـ ٢٩٠ نانو متراً وهي لا تصل إلى الأرض عادة ، حيث يمتصها الغلاف الجوي ولكن يمكن أن تنتج عن بعض أنواع المصابيح الكسينون Xenon والمصابيح الزئبقية ، وعادة يحجبها زجاج النوافذ ، وتعد مسرطنة بشدة وتخترق البشرة فقط .

أما أ.ف.ب.ب (B) فأطوال موجاتها يتراوح بين ٢٩٠ ـ ٣٢٠ نانو متراً ويصل جزء قليل منها إلى الأرض ولا تخترق الزجاج بينما تخترق الماء . تصل حتى الطبقة الحليمية من الجلد ، وهي مسرطنة وتُحدث تأثيرات بيولوجية مهمة ودابغة للجلد .

أما أ.ف.ب. آ (A) وأطوال موجاتها يتراوح بين ٣٢٠ ـ ٤٠٠ نانو متراً فيصل إلى الأرض نحو ٦,٣٪ منها ، وتقسم إلى أ. ف. ب. آ، وأطوال موجتها بين ٣٢٠ ـ ٣٤٠ نانومتراً ، و أ. ف. ب. آ، وأطوال موجتها بين ٣٤٠ ـ ٤٠٠ نانومتراً . وهي جزء من ضوء الشمس العادي ، مصدرها أيضاً الأنابيب الصنعية التي تستعمل للمعالجة والتشخيص وهي مسرطنة بشكل خفيف مقارنة مع الأشعة ب و ث وتخترق الزجاج العادي وتصل حتى

الأدمة وهي الأكثر أهمية في تفعيل المؤرجات الضوئية ، أما بقية التفاعلات فتفعلها أ.ف.ب.ب.

أما الضوء المرئي فيصل حتى الأدمة الشبكية وتحت الجلد وأطوال موجاته بين ٤٠٠ ٨٠٠ نانو متر ويخترق الزجاج ، وهو غير مسرطن لكنه يدبغ الجلد .

تمتص طاقة الأشعة جزيئات تسمى حاملات الصباغ Chromopheres وهي موجودة في الجلد داخلية المنشأ (دنا ، الملانين) أو خارجية المنشأ (مواد كيميائية وأدوية محسسة ضيائياً) ويختلف طيف الامتصاص لكل حامل صباغ بحسب طول الموجات التي امتصها وبحسب ترتيبه الذري . يمكن أن يؤدي امتصاص الطاقة هذا وبشروط معينة إلى حدوث التهاب جلدي وذلك بعد عدة ساعات من التعرض للضياء وتتواسطه مواد مختلفة منها : الكوترينات . والالتهاب يكون سمياً ضيائياً أو أرجياً ضيائياً . وقد يحدث الدبغ الذي إما أن يكون عاجلاً أو آجلاً ،ولابد من القول إن الأشعة فوق البنفسجية تؤثر في وظيفة خلايا لانغرهانس والخلايا اللمفاوية التائية والخلايا المقرنة كما تؤثر في تصنيع فيتامين د .

أما التأثيرات المتأخرة للأشعة فتتجلى بظهور التجاعيد وحدوث المران الضيائي والسرطانات الجلدية التي تحدث بمشاركة العوامل البيئية والاستعداد العضوي .

أنماط الجلد

تتعلق التفاعلات الحيوية الضوئية التي تصيب الجلد بنمط الجلد كالحمامى وحرق الشمس والتصبغ والنفاطات الضوئية والتفاعلات السمية الضوئية ، بالإضافة إلى التأثيرات الآجلة : كالتقرانات الضيائية والسرطانات الجلدية ، كل ما سبق يتعلق بنمط الجلد ، وتصنف جلود البشر إلى ٦ أنماط :

النمط ١ ، ٢ بلون أبيض فاتح ، العيون زرقاء ، الشعر أشقر أو أحمر لديهم نمش عادة ، وهؤلاء الناس مفرطون بالإصابة بالأذيات الضيائية .

النمط ٣ ، ٤ تكون قابلية الحرق لديهم أقل من النموذج ١ ، ٢ بكثير .

النمط ٥ وهم سكان البحر الأبيض المتوسط وهم سمر .

النمط ٦ ذوو التصبغ الشديد (الأفريقيون) .

تصنيف الجلادات الضوئية

لا يوجد تصنيف متفق عليه بشكل نهائي ، وسنستعرض الجلادات الضوئية الآتية بإيجاز :

حرق الشمس

ينجم حرق الشمس عن أ.ف.ب.ب (B) ويرتبط بنمط الجلد وبالظروف المناخية وبمدة التعرض للشمس أو للمنابع الضوئية الصناعية التي تنتج عن أ.ف.ب ب ، يحدث حرق الشمس بكثرة على شواطئ البحار صيفاً ، وتختلف شدة الحرق حسب العوامل التالية : مدة التعرض ، شدة الضياء ، الوقت الذي تعرض له المصاب حيث تكون أ.ف.ب.ب على أشدها بين التاسعة صباحاً والثانية بعد الظهر .

يتظاهر حرق الشمس باحمرار شديد في المناطق المعرضة من الجلد مع خزب ، وقد تتشكل عليه حويصلات وفقاعات وذلك بحسب درجة وشدة حرق الشمس .

يتراجع عادة خلال أيام ويتوسف الجلد ويخف الاحمرار تدريجياً حتى الشفاء الكامل . يمكن لحرق الشمس أن يترافق بحس حرقان مختلف الشدة ، وبأعراض عامة منها الترفع الحروري والدعث والإقياء والصداع .

إنذاره حسن ولكن يجب أن يفرق عن التفاعلات الضيائية السمية بالتتراسكلين وبالأدوية الأخرى .



الشكل ٧-٨ : انسمام ضيائي

المعالجة : تعطى في الحروق الشديدة الستروئيدات القشرية أو مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية كالاندوميتاسين والأسبرين داخلاً . وفي الحالات الخفيفة نكتفي بالذرورات أو الستيروئيدات القشرية على شكل رهيمات ، ويمكن الاستفادة من مضادات الهستامين لتخفيف الألم .

التهاب الجلد الضوئي السمي والتهاب الجلد الضوئي الأرجي
phototoxic Dermatitis and Photoallergic Dernatitic

ليس من السهل تفريق التفاعلات الضيائية السمية عن التفاعلات الضيائية الأرجية وذلك لتشابههما من الناحية السريرية والنسجية وحتى أن الدواء الواحد يمكن أن يسبب تسمماً ضيائياً جلدياً أو أرجياً .

الانسمام الضيائي phototoxicity

يحدث الانسمام الضيائي بوجود مادة محسسة ضيائية في الجلد (دوائية غالباً) مع التعرض للضوء المرئي والأشعة فوق البنفسجية حيث تمتص المادة المحسسة الضوء ، وتهيج الإلكترونات فيها وتؤدي إلى ذرة فردية أو ثلاثية مهيجة وعندما تعود هذه الإلكترونات إلى المدارات الداخلية (وضعها الطبيعي) تطلق طاقة تؤذي الخلية وعضياتها organelles وتنطلق الوسائط الالتهابية . بعض حالات الانسمام الضوئي يعتمد على الأكسجين وبعضها بدون أكسجين .يظهر الاندفاع في المناطق المعرضة للضياء من الجلد كالوجه (شكل ٧ــ٨) والسبعة الصدرية والنقرة ، ظهر اليدين ، الأوجه الباسطة للذراعين والأوجه الأمامية للفخذين ، وعادة يكون هناك حد فاصل بين المنطقة المصابة والسليمة . تتظاهر الآفة على شكل حمامى مع وذمة شبيهة بحرق الشمس ، وقد تتشكل عليها فقاعات ووسوف ، وعندما تزول الأسباب وتتراجع الآفات تترك تصبغاً يستمر لفترة طويلة ، وتختلف هذه التصبغات بحسب نوع الدواء . يمكن أن يتظاهر الانسمام الضيائي ببعض الأدوية مثل التتراسكلين ، على شكل انحلال أظافر ضيائي ، وبالبورفيرية الكاذبة عند تناول النابروكسين وأدوية أخرى . ومن الأدوية المتهمة بإحداث انسمام ضيائي : البسورالينات ، بعض أنواع الصادات ، مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية ، حمض الصفصاف ، المدرات ، االرتينوئيدات ، مضادات التنشوء ، الأصبغة وأدوية أخرى .

التشخيص : يتم التشخيص بناء على القصة السريرية والتظاهرات السريرية .

المعالجة : يعالج معالجة حرق الشمس وبالامتناع عن تناول الأدوية المسببة إذا أمكن وعدم التعرض للشمس .

التهاب الجلد القلائدي Berloque Dermatitis

هو شكل من الانسمام الضيائي ، يتصف بفرط تصبغ منتشر أو على هيئة خطوط مكان وضع العطور والكولونيا التي تحتوي زيت البرغاموت وذلك على الوجه والعنق . هذا ويمكن أن يحدث التهاب جلد قلائدي أيضاً باستعمال المزوقات ومعاجين الأسنان والحلاقة والارذاذات وغيرها من مواد الزينة بما تحتويه من العطور . إذ يمكن أن تؤدي إلى حدوث فرط تصبغ على الوجه يشبه الكلف ويعالج بوقف العطور وبمزيلات الصباغ .

الأرج الضيائي Photoallergy

يعتقد أن الأرج الضيائي يحدث بسبب فرط حساسية متواسطة بالخلايا حيث لابد من طاقة ضيائية لتشكيل مستضدات ضوئية photoantibodies تؤدي بدورها إلى استجابة مناعية وتؤدي أ.ف.ب إلى تحويل الدواء إلى مركب فعال مناعياً وذلك بطريقتين : الأولى يتفاعل الدواء مع أ.ف.ب. مما يؤدي إلى منتج ضيائي photoproduct مستقر يعمل كناشبة تقترن بجزيء حامل وتشكل مستضد كامل يؤدي إلى استجابة مناعية . والسولفانيلاميد تحدث الأرج الضيائي بهذا الطريق . أما الطريقة الثانية فتحدث بامتصاص الدواء للضوء ويؤدي هذا إلى مركب غير مستقر بحالة إثارة وهنا لابد من عودة الحالة إلى الوضع المستقر وبذلك تنطلق طاقة تؤدي إلى ارتباط الدواء مع بروتين حامل ، وبالتالي ظهور مستضد كامل قابل لإحداث استجابة مناعية ومثال هذا الكلوربرومازين وكل المستضدات بالطريقتين ، تحدث الأرج الضيائي بما يشبه التهاب الجلد الأرجي بالتماس حيث يلتصق المستضد ، بخلايا لانغرهانس التي تهاجر من الجلد إلى العقد اللمفية ، لتفعل الخلايا التائية ، حيث تتكاثر الأخيرة وتتمايز وتعود إلى الجلد مكان التعرض الضيائي ، حيث تؤدي هناك لاستجابة التهابية وتزيل الخلايا المقترنة بالناشبة الضيائية . يحدث الأرج الضيائي بأي عمر والرجال أكثر إصابة من النساء ، ويتظاهر بشكل اندفاع يتوضع غالباً على المناطق المعرضة للضوء ، ومع تكرار الإصابة قد تنتشر إلى الأماكن المستورة ، وتتظاهر الإصابة بالإكزيمة الحادة أو تحت الحادة أو المزمنة ، ويعود الجلد إلى وضعه الطبيعي بعد زوال الدواء المؤرج أو بعدم التعرض للشمس ، إلا في حالة واحدة وهي التفاعل الضوئي الثابت Persistent light Reaction . هذا ويمكن أن

يأخذ الأرج الضيائي في بعض الحالات ما يشبه شكل الحزاز المسطح .

ونذكر من المورجات الضيائية : مضادات الجراثيم الموضعية ، بعض مضادات الفطور ، العطور ، واقيات الضياء ، مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية ، بعض النباتات ، بعض الأدوية النفسية وأدوية أخرى .

التشخيص : يعتمد تشخيص الأرج الضيائي على القصة المرضية وإجراء الاختبارات الرقعية الضيائية والخزعة النسجية .

المعالجة : تقوم المعالجة على الوقاية من الضياء بواقيات الضياء المناسبة وباستعمال الستيروئيدات القشرية موضعياً ، أو إعطائها عن الطريق العام في الحالات الشديدة والتوقف عن استعمال الدواء إذا أمكن .

أمراض جلدية ضيائية أخرى

وهي أمراض جلدية يرجح أن تكون بآلية مناعية ومنها الاندفاع الضيائي عديد الأشكال والأكال السفعي ، الحصاف وقسي الشكل ، الشرى الشمسي ، التهاب الجلد السفعي المزمن .

الاندفاع الضيائي عديد الأشكال Polymorphic light Eruption

من الأمراض الشائعة ويتصف باندفاعات غير ندبية يسببه الضياء ، تتألف من حطاطات حمامية حاكة ، أو لويحات أو حويصلات في المناطق المعرضة للضياء وهي الوجه ، العنق ، السبعة الصدرية ، أعلى الظهر ، ظهر اليدين والساعدان .

المرض شائع عند النساء وبأعمار أقل من ٣٠ عاماً ، ويحدث بالربيع والصيف غالباً ، وذلك بتأثير أ.ف.ب على شكل فرط حساسية آجل .

يعتمد تشخيصه على شكل الاندفاعات ، ولابد من تفريقه عن الذأب الحمامي ، الحمامى عديدة الأشكال وتفيد الخزعة في التشخيص التفريقي .

يعالج بالوقاية من الضياء ، بواقيات الضياء المناسبة ويمكن إعطاء مضادات الملاريا التركيبية داخلاً .

الأكال السفعي Actinc Prurigo

يتصف باندفاعات حطاطية عقيدية حاكة متسحجة ، أكثر ما يصيب الأطفال في المناطق المعرضة للضياء وأقل في المناطق المستورة ، يعالج بالوقاية من الشمس وتطبيق

الستيروئيدات . ويذكر فائدة تعريض المريض بكميات أصغرية للأشعة فوق البنفسجية ب .

الحصاف الوقسي الشكل Hydroa Vacciniformis

مرض نادر المشاهدة يحدث بالأشعة فوق البنفسجية وبخاصة في أشهر الصيف يبدأ في الطفولة ويستمر حتى البلوغ ، حيث يزول . يتصف ببقع حمامية تتطور إلى حطاطات وحويصلات أو فقاعات متجلبة تترك بعد تراجعها ندبات تدل عليها ، يمكن أن يترافق بأعراض عامة مع بدء حدوث النوبة (شكل ٧ـ٩) .

يكون البورفيرين في البول طبيعياً ، كذلك أضداد SSA (RO) و SSA B يعالج بالوقاية من الضياء بواقيات الشمس ويمكن إعطاء مضادات الملاريا .

الشرى الشمسي Solar Urticaria

تحدث أ.ف.ب أو أشعة الشمس بدون/أو مع تناول بعض الأدوية المحرضة انتبارات شروية ، يعالج هذا المرض بالوقاية من الضياء ومضادات الهستامين .

التهاب الجلد السفعي المزمن Chronic Actinic Dermatitis

يسمى أيضاً الشبكاني السفعي Actinic Reticuloid وهو مرض مزمن غير شائع ، تحدثه الأشعة فوق البنفسجية في المناطق المعرضة للضياء . يأخذ شكل آفة إكزيمية مزمنة متخرزة حاكة بشدة (شكل ٧ـ١٠) ، يصب المسنين ويعالج بالوقاية من الضياء وإعطاء الستيروئيدات خارجاً أو داخلاً ويمكن أن تكون المعالجة "بالبوفا" مفيدة .

الجلادات الضيائية بسبب التعرض المزمن للضياء

يؤدي التعرض المديد والمزمن لأشعة الشمس ، بسبب العمل خارج المنزل لساعات عديدة ، إلى تنكس في ألياف الأدمة وحدوث المران الشمسي ، أو آفات ضيائية أخرى بسبب تراكم الأذى الضيائي خلال فترة طويلة من عمر المصاب ، ومن هذه الأمراض : المران السافع ، الجلد المعيني ، التهاب الشفة الضيائي ، التقران الضيائي ، الدخنية الغروانية ، جفاف الجلد المصطبغ ، ويحدث الأخير بآلية وراثية .

المران السافع Actinic Elastosis

يسمى أيضاً المران الشمسي Solar. Elastosis وهو تنكس في الأدمة يحدث بسبب التعرض المديد لطيف مغناطيسي ضوئي (غالباً أشعة الشمس) ، يتسبب عن أشعة الشمس ،



الشكل ٧ـ٩ : الحصاف الوقسي الشكل



الشكل ٧ـ١٠ : التهاب جلد سفعي مزمن



الشكل ٧ـ١١ : تقران شمسي



الشكل ٧ـ١٢ : جفاف جلد مصطبغ

أو الأشعة تحت الحمراء ، وبآلية تراكمية ، لهذا يصادف في سن متقدمة لدى الذين يعملون ساعات طويلة خارج المنزل ، في طقس مشمس ، وقد تلعب في أمراضه خميرة البروتياز التي تفرزها الخلايا البدنية والبلاعم والتي تسبب تنكساً في الألياف المرنة .

يصيب عادة الوجه بخاصة الجبهة والنقرة وظهر اليدين ، ويتصف بتشكل شبكي بلون عاجي ، يعالج وقائياً بواقيات الشمس ذات درجة وقاية لا تقل عن ١٥ .

ويعد الجلد المعيني شكلاً خاصاً منه يظهر على النقرة عند المزارعين والبحارة والناس الذين يعملون ساعات طويلة تحت الشمس ، ويندر حدوثه لدى النساء بسبب حماية النقرة بالشعر ، ويتصف بثخانة جلد النقرة ، وظهور أثلام عميقة واضحة ، وتتم الوقاية منه بالدارئات .

أما المران العقيدي الكيسي (متلازمة فافر ـ راكوشو) فيصيب كبار السن نتيجة التعرض المزمن للشمس ، يتصف بظهور الزؤان المغلق والمفتوح الشبيه بالكبسات ، والتجاعيد في منطقة الوحنتين ، الصدغين ، ظهر الأنف ويمكن أن تفيد فيه مادة الرتينوئين والوقاية باستعمال دارئات الشمس .

التهاب الشفة السفعي Actinic Cheilitis

ينجم عن التعرض لأشعة الشمس وبخاصة عند العاملين بالعراء ذوي الجلد نمط ١ و ٢ ، والشفة السفلى أكثر إصابة ، لأنها الأكثر تعرضاً للشمس عند المسنين ، يتصف بجفاف في الشفة السفلى مع ظهور تشققات وسفية أو متجلبة ، قد يحدث ضمور وتوسع شعريات ، وقد يحصل عليها طلوان يستحيل إلى سرطانة شائكة الخلايا ، وتتم الوقاية بمطريات الشفة التي تحتوي على دارئات الشمس ، وقد تحتاج إلى تطبيق ٥ ـ فلوريوراسيل في الحالات المتوسطة أما في الحالات المعندة فيمكن استئصال القسم الأحمر من الشفة بالجراحة أو بالليزر .

التقران الشمسي Solar Keratosis

أو التقران السفعي أو الشيخي ، ينجم التقران الشمسي عن التعرض للشمس في الأماكن المكشوفة من الجلد ، وذلك بتأثير تراكمي خلال فترة طويلة من عمر المصاب وبخاصة ذوي الجلد الأبيض ، ويمكن أن تحدث تغيرات شبيهة بالتقران الشمسي بتأثير الأشعة المؤنية ، يتصف بوسوف بنية مصفرة جافة ملتصقة ترفع بصعوبة ، تصبح متقرنة وأكثر كثافة ، ويمكن

أن يكون عدد الآفات بالعشرات على الرأس الأصلع والجبهة (شكل ٧-١١) وظهري اليدين وهي قبيل سرطانية وقد تتحول إلى سرطانة شائكة الخلايا ، وتعالج بتطبيق ٥ فلورويوراسيل أو بتطبيق الآزوت السائل والأخير معالجة روتينية في قسم الأمراض الجلدية منذ عدة سنوات .

الدخنية الغروانية Colloid Millium

وهي تغيرات تنكسية تودي إلى حطاطات صغيرة في الأماكن المعرضة للشمس ، صفراء اللون بنية شفافة ، تتجمع على شكل مجموعات غير منتظمة . تلاحظ على الوجه بخاصة حول الحجاج وعلى العنق وظهر اليدين وتعالج بتخريبها .

جفاف الجلد المصطبغ Xeroderma Pigmentosum

مرض نادر المشاهدة نسبياً ينتقل بصفة جسمية صاغرة ، ويتصف بحساسية ضوئية ، وتصبغات ، شيخوخة جلد مبكرة ، تنشوات ، خلل في إصلاح « دنا » وله ثمانية أشكال .

السببيات : يصادف المرض في جميع بلاد العالم وينتقل بصفة جسمية صاغرة ، ويصيب الإناث والذكور على حد سواء ، يفترض أن مورثة جفاف الجلد نموذج ـ أ ـ تقع على الصبغي ٩ . يتصف المرض بتفاعل جلد غير سوي تجاه الأشعة فوق البنفسجية ، إذ لا يتمكن المصاب من إصلاح ـ الدنا ـ المخرب بالأشعة فوق البنفسجية ، بسبب عيب في فعالية الاندونكلياز ، وبالتالي يتعرض المصاب في سن مبكرة للتنشوات الجلدية الخبيثة .

التظاهرات السريرية : يكون الجلد سليماً عند الولادة ، وبعد عدة أشهر من الولادة يصاب بجفاف جلد مع بقع نمشية كثيرة العدد ، على المناطق المكشوفة من الجلد وبخاصة في أشهر الصيف ، ثم يصاب الجلد إلى جانب البقع النمشية ، ببقع نقص تصبغ وبقع ضمورية وحمامية وتوسع شعريات (شكل ٧-١٢) ، وتظهر الأورام الشائكة والقاعدية والميلانوما في سن مبكرة أقل من عشر سنوات في بلادنا على المناطق المعرضة للضياء وبخاصة الوجه ، كما يتعرض المصاب لإصابات عينية أهمها رهاب الضوء ، والتهاب الملتحمة ، والشتور وإصابات عصبية في بعض أشكال الداء . يموت المرضى عادة في سن مبكرة .

التشخيص : يسهل تشخيص جفاف الجلد المصطبغ عادةً في الأشكال النموذجية ، ويدخل في التشخيص التفريقي معه في الأشهر الأولى : النمش ، والمتلازمات الأخرى كالشياخ Progeria وبعض أمراض الحساسية الضوئية ، هذا ويمكن كشف الإصابة به أثناء الحمل .

المعالجة : حالما يولد الطفل المصاب يجب وقايته من أشعة الشمس وبمختلف الطرائق ، ويسمح للمصابين بالخروج باكراً أو التحول ليلاً ، ومراقبتهم مراقبة جيدة . ويجري استئصال الأورام في بداية تشكلها ، وتعطى الرتينوئيدات لاتقاء تشكل الأورام .

أمراض جلدية أخرى تتأثر بالضياء

يثير الضياء أمراضاً جلدية كثيرة ، أو يلعب دوراً في حدوث بعضها ومن هذه الأمراض : العد ، التهاب الجلد التأتبي ، بعض الأمراض الفقاعية ، الحلأ البسيط ، مرض هارتنب ، الحزاز المسطح ، بعض الأخماج الفيروسية وبعض المتلازمات الوارثية التي يتأثر الجلد فيها بأشعة الشمس ، وسنأتي على ذكر بعضها في فصولها الخاصة .

الأمراض الجلدية المفتعلة

Factitial Diseases

التهاب الجلد المفتعل F. Dermatitis أو الصنعي Artifact Dermatitis

يقصد بهذا المصطلح الآفات الجلدية التي يحدثها الإنسان لذاته لأسباب نفسية للتهرب من العمل ، أو للحصول على تعويضات مادية ، كما في التأمين ضد الحوادث وتؤدي الحالة النفسية غير الطبيعية إلى إيذاء الذات من أجل لفت النظر أو لأسباب أخرى . والإناث أكثر إصابة من الذكور ، وعادة في أعمار فتية ، ولا تظهر الآفات عادة في الأماكن التي لا يمكن الوصول إليها كالظهر ، وأكثر توضعاتها على الوجه (شكل ٧ـ١٣) والأطراف والصدر .

التظاهرات السريرية : يصعب عادة تشخيصها أو التعرف عليها بسبب تنوع أشكال هذه الأذيات المفتعلة والتغيرات الحاصلة بحسب الأداة المستعملة ، فالفرك أو الكشط يؤدي إلى احمرار التهابي في الجلد ، يتلوه تورم وتشكل تآكلات نازة ، وقد تُحدث الآفات بلفائف التبغ والأدوات الحادة أو بأداة تؤدي إلى خدش وقد تطبق المواد الكيميائية ، أو قد يحرض بعض المرضى آفات جلدية موجودة سابقاً لديهم (التهاب جلد أرجي بالتماس) بتطبيق المادة المؤرجة التي عرفوها سابقاً وذلك لأهداف معينة ، وقد يلجأ آخرون لحقن مواد داخل الجلد .

التشخيص : ليس سهلاً عادة ، والمريض لا يساعد الطبيب على الكشف عن مرضه ، ولكن يجب وضع التهاب الجلد الصنعي بالحسبان عند مريض غير سوي من الناحية النفسية ، وقد يفيد شكل الاندفاع في التفكير بهذا المرض ، ويمكن استخدام الضمادات الكتيمة لتغطيتها حيث تشفى الآفة تحتها بشكل سريع .



الشكل ٧-١٣ : التهاب جلد مفتعل على الوجه



الشكل ٧-١٤ : هوس نتف الأشعار

المعالجة : معالجة الحالة النفسية .

الوذمة اللمفية المفتعلة

وهي وذمة لمفية محدثة ذاتياً نتيجة الرضح بآلة كليلة . وأكثر ما تشاهد على الأطراف ويصعب تشخيصها .

هوس نتف الأشعار

أكثر ما يحدث عند الأطفال لأسباب نفسية وأكثر ما ينتف شعر الرأس (شكل ٧-١٤) ، ولكن يمكن أن تطال الأهداب أو الحواجب أو أشعار المناطق الأخرى ، وبالفحص نجد الجلد طبيعياً والأشعار متفاوتة بالطول في المناطق المنتوفة ، والمعالجة نفسية .

العد التسحجي

من الآفات التي يحدثها الفرد لأسباب نفسية أيضاً

الفصل الثامن

الشرى والتفاعلات الدوائية

Urticaria and Drug Reactions

قبل أن ندرس الشرى والتفاعلات الدوائية والتهاب الجلد والإكزيمة ، لابد من التذكير بالتفاعلات الأرجية بإيجاز ، وذلك لأن الكثير من أشكال هذه الأمراض يحدث بآلية أرجية بأحد أنماط هذه التفاعلات .

التفاعلات الأرجية Allergic Reactions

نصنف هذه التفاعلات إلى أربعة أنماط :

النمط الأول : النمط التأقي Anaphylactic Reaction : ومن الأمراض التي تحدث بآلية هذا النمط : الشرى الأرجي ، الوذمة الوعائية الأرجية وبعض أنواع الحمامات العابرة ، والتهاب الجلد التأتبي ، الربو ، وبعض الاضطرابات الهضمية والتأق (الصدمة) .

في هذا التفاعل تكون المستضدات ثنائية التكافؤ ونذكر منها : الأدوية ، بعض المواد الغذائية ، مضافات الأطعمة ، بروتينات غريبة .. الخ .

أما الأضداد فهي من نوع IgE و IgG غير مثبتة للمتممة ، ترتبط على سطح الخلايا البدينة والخلايا البيض الأسسة بواسطة المستضدات حيث أن جزيء المستضد يرتبط بجزئين من الأضداد ، وهذا يعني أن كمية ضئيلة من المستضدات كافية لبدء حدوث التفاعل .

تنطلق الوسائط في هذا التفاعل من الخلايا البدينة لدى شخص تعرف سابقاً على المستضد وذلك بعد دقائق إلى ساعات قليلة ، من أهم هذه الوسائط : الهستامين ، اللكوترين C_4 و B_4 والبروستاغلاندين D_2 ، والعامل المفعل للصفيحات ، عامل الانجذاب الكيماوي للحمضات والمعتدلات ، والهيبارين وبعض الخمائر . وتحدث هذه الوسائط تفاعلات نسيجية تتجلى بالتوسعات الوعائية وزيادة النفوذية الوعائية وتقلص العضلات الملس والانجذاب الكيماوي للحمضات وتراكم الصفيحات .

النمط الثاني : النمط السام للخلايا Cytotoxic Reaction : ينجم عن تفاعل مستضد على سطح الخلية مع الأضداد من نوع IgG و IgM بواسطة المتممة ، ويؤدي إلى تخريب الخلية ، ويحدث عادة خلال ساعات من خلال تفعيل المتممة المستمر .

ومن المستضدات في هذا النمط بعض الأدوية . ومن الأمراض التي تحدث بآلية هذا النمط : فرفرية نقص الصفيحات ، الذأب الحمامي ، الأمراض التفاعلية ، التهاب الدرق المناعي الذاتي ، فقر الدم الانحلالي الكسبي .. وغيرها .

النمط الثالث : تفاعل المعقد المناعي وتفاعل آرتوس Immune Complex and Arthus Reaction : وينجم عن تشكيل معقدات مناعية ، تترسب في الأوعية أو في الغشاء القاعدي وتقسم إلى تفاعل المعقد المناعي وتفاعل آرتوس .

أ ـ تفاعل المعقد المناعي (داء المصل) : يظهر عادة بعد ٥ أيام إلى ٣ أسابيع عند شخص غير متحسس سابقاً للمستضد (بروتينات أجنبية ، تمنيع ، خلاصات خلوية طازجة ، بنسلين مديد) وتتشكل أضداد من نوع IgA, IgM, IgG التي ترتبط مع المستضدات المرتبطة بالمتممة ويؤدي ذلك إلى حدوث معقدات مناعية ، تؤدي بدورها إلى جذب العدلات وانطلاق أنظيمات حلولية وإلى التهاب حاد في الأوعية كاسر للكريات البيض .

يتظاهر داء المصل بحمى وطفح شروري وألم في المفاصل والتهاب مصليات متعدد .

ب ـ ظاهرة آرتوس : وتحدث بالآلية نفسها تقريباً وتؤدي إلى ترسب مثل هذه المعقدات المناعية في الأوعية الدموية الصغيرة وإلى تكسر الكريات البيض ، ويحدث بعد بضع دقائق وحتى ساعات وتحدث الظاهرة في التهاب الأوعية الكاسر للبيض الأرجي ، التهاب كبيبات الكلية في الذأب الحمامي المجموعي وفي الحمامى عديدة الأشكال .

النمط الرابع : التفاعلات المتواسطة بالخلايا (التفاعلات الأرجية الآجلة) : وهذا النمط على عكس التفاعلات الثلاثة السابقة ، هو تفاعل آجل ويحدث بعد التعرض للمستضد بساعات أو أيام ، والمستضدات ذات وزن جزيئي منخفض عادة ، تؤدي باتحادها مع البروتينات إلى تشكيل الناشبة كما في التهاب الجلد بالتماس الأرجي والأرج الضوئي والاستجابة تجاه الجراثيم والفطور والفيروسات وفي رفض الطعوم .

الشرى

Urticaria

يتصف الشرى بظهور اندفاعاته وتراجعها بسرعة ، وهو طفح وحيد الشكل يتصف بالانتبارات Wheals ، ويعد الشرى من الأمراض كثيرة الشيوع .

الأسباب والإمراض : يحدث الاندفاع الشروي بسبب توسع وزيادة نفوذية الشعيرات الدموية ، وبالتالي رشح مكونات المصورة إلى خارج الأوعية وذلك بتأثير مواد كثيرة أهمها الهستامين ، ولكن وسائط أخرى يمكن أن تلعب الدور نفسه منها : البروستاغلاندين د٢ ولوكترين ب٤ / ث٤ / د٤ وعامل تفعيل الصفيحات وعامل الجذب الكيماوي وخمائر الترتباز والكيماز Chymase والبروتين الأساسي والببتيدات العصبية وغيرها .

هذه الوسائط تنتج من قبل الخلايا البدينة بشكل رئيسي وبعضها تنتجها الخلايا الاندوتيالية والحمضات والأسسات والأعصاب وخلايا البشرة والبالعات . وبتأثير مسببات عديدة يزول تحبب الخلايا البدينة ، وينطلق الهستامين خارجها فتحدث الانتبارات الشروية (شكل ٨ - ١) .



الشكل ٨-١ : شرى حاد

إن غياب الشرى لبعض الوقت يكون ناتجاً عن إعادة تشكيل الحبيبات في الخلايا البدينة من جديد ، أما الحكة فترتبط في الشرى بزيادة كثافة الهستامين في الانتبارات وفي الدم .

يصنف الشرى إلى

شرى حاد لا تستمر فيه النوبات أكثر من عدة أسابيع وسطياً أربعة أسابيع بتفاعل أرجي (النمط I) .

شرى مزمن وتستمر فيه الحالة الشروية أكثر من شهرين . قد يستمر سنوات عديدة ويغلب أن يكون غير أرجي .

شرى مزمن متقطع يتصف بحدوث انتكاسات في نوب الشرى بعد فترة تتجاوز ٤ أسابيع .

يمكن أن يصنف الشرى أيضاً إلى : شرى أرجي (نمط I) وشرى غير أرجي .

مثيرات الشرى

الأدوية : وهي كثيرة جداً منها : الكودئين ، الكورار ، الدكستران ، المورفين بوليمكسين ، الساليسيلات ، الاندومتياسين ، البنزوات ، البنسلين ، وتلعب الساليسيلات والمواد المشابهة دوراً كبيراً في حدوث الشرى المزمن .

الأغذية : تتهم أطعمة كثيرة كمسبب للشرى وقد يكون ذلك بآلية أرجية أو غير أرجية كما في الأدوية ، ومنها : السمك ، البيض ، الشوكولاته ، المحار ، البندورة ، الفريز ، الحليب ، الجبن ، البهارات ، كما تلعب مضافات الأطعمة دوراً مهماً في الشرى الحاد والمزمن على حد سواء منها : التارتازين وأصبغة الآزو والبنزوات والسولفيت ومضافات أخرى .

المواد المستنشقة : غبار الطلع ، أبواغ العفن ، الوسوف الحيوانية ، غبار المنزل .

الأخماج : منها الأخماج الجرثومية الموضعة في جهاز البول ، والأخماج الفيروسية خاصة التي تصيب جهاز التنفس ، والتهابات الكبد بالفيروسات آ ، ب ، ث وأخماج المبيضات البيض ، ووحيدات الخلية ، والاحتشار بالديدان .

العوامل الفيزيائية : كالبرد والشمس والضغط والحرارة والماء .

مؤرجات حيوانية : سم النحل ، الزنابير ، قنديل البحر ، لسع الحشرات .

أمراض جهازية : منها الذأب الحمامي المجموعي ، اللمفوما ، داء كثرة الكريات الحمر والتهابات الكبد الفيروسية والحساسية تجاه البروجسترون في بدء الدورة الطمثية لدى الإناث .

التظاهرات السريرية : تتألف الآفات البدئية في الشرى من الانتبارات وهي وذمة موضعة مرتفعة عن سطح الجلد ، بيضاء اللون قرنفلية على قاعدة حمامية ، يختلف حجمها ولونها من حالة لأخرى فقد يكون لونها ورديا أحمر أو أبيض أما حجمها فيتراوح بين رأس الدبوس إلى عدة سنتمترات إلى حجم راحة اليد .

وقد تأخذ أشكالاً حلقية أو جغرافية ، وفي الوذمة العرقية العصبية (وذمة كونيكة) يكون الانتبار عميقاً ويأخذ مساحة كبيرة ويكون بلون أحمر وردي أو قد يكون بلون الجلد الطبيعي .

يؤدي رشح المصورة مع الاحتكاك إلى ظهور فقاعات فيسمى هنا الشرى الفقاعي وقد تكون الفقاعات نزفية أحياناً .

الشرى مرض حاك حكته شديدة ، قد يترافق بإصابات شروية جهازية مثل وذمة لسان المزمار والحنجرة التي تكون مهددة للحياة ، وأحياناً قد تحدث آلام بطنية وإسهال وربو وآلام مفصلية .

تتشكل الانتبارات في الشرى بسرعة وتبقى فترة ٢٠ دقيقة لكنها قد تبقى ٣ ـ ٨ ساعات ، أما إذا بقيت من ٢٤ إلى ٤٨ ساعة ، فيسمى الشرى في هذه الحالة التهاب أوعية شروي (نمط III) وسنستعرض بإيجاز الحالات الخاصة من الشرى .

الأشكال الخاصة للشرى

شرى التماس

يحدث نتيجة تماس الجلد مع مواد مخرشة ، تتوضع الاندفاعات عادة في مكان التماس ومن العوامل المحدثة لهذا الشرى : التماس مع قنديل البحر ، ولسع الحشرات والتماس مع السوس وبعض المؤرجات النباتية والغذائية والدوائية .

الشرى الفيزيائي : ومن أشكاله :

كتوبية الجلد Dermographism : تحدث كتوبية الجلد بعد ١٥ ـ ٢٠ ثانية من رض الجلد أو بالكتابة عليه بآلة كليلة (شكل ٨ ـ ٢) ، ويبقى بعض الوقت ثم يزول ويحدث

بنتيجة التوسع الوعائي التالي لانطلاق الهستامين .



الشكل ٨-٢ : كتوبية الجلد

وهي تختلف عن كتوبية الجلد البيضاء التي تحدث لدى التأتبين بعدم ظهور التفاعل التبيغي وإنما يظهر تفاعل أبيض اللون .

قد تستمر كتوبية الجلد لأشهر حتى سنوات ، ولها شكل خاص هو الكتوبية الآجلة .

شرى الضغط Pressure Urticaria : تحدث فيه وذمة في النسيج تحت الجلد بعد ضغط قوي نسبياً ، وذلك بعد ٣ ـ ٦ ساعات ، وقد تستمر لفترة تمتد ليومين . يشبه شرى الضغط الوذمة العرقية العصبية ويمكن أن يترافق بالاندفاعات الشروية .

شرى الشمس : بحث في آفات الضياء .

الشرى الكولينرجي Cholinergic Urticaria : يحدث هذا النوع من الشرى بعد تعرض المصاب إلى حالات نفسية معينة كالمشكلات العاطفية والكرب Strese ، وبعد إجراء جهد كالرض أو حمام ساخن ويظهر كاستجابة للآستيل كولين ، ويبدو أن هذا النوع يحدث بآلية مناعية معتمداً على IgE . أكثر ما يشاهد عند الفتيات والشباب ، تكون فيه الانتبارات صغيرة نسبياً وبأقطار ١ ـ ٣ ملم .

شرى الحرارة Heat Urticaria : وهو نادر ويحدث بتأثير الحرارة أو الدفء .

شرى الماء : مرض نادر ، يحدث بعد تعرض الجسم للماء ويمكن أن يحدث الماء حكة الماء عند المستعدين .

شرى البرد Cold Urticaria : أشيع أشكال الشرى الفيزيائي وتظهر الانتبارات بعد التعرض للبرد ، يحدث بآلية النمط I من التفاعلات الجلدية ، حيث تطلق الخلايا البدينة الهستامين ومواد أخرى .

أكثر ما تظهر الانتبارات على المناطق المكشوفة من الجسم والمعرضة للبرد ، يحدثه الهواء البارد أو الماء البارد ، ويمكن للغطس في الماء البارد أن يودي بحياة الإنسان ، يمكن كشفه بتطبيق اختبار كيس الجليد ، يطبق على الظهر أو مكان آخر من الجلد ، يمكن أن يترافق مع الغلوبولينات القرية .

الوذمة العرقية العصبية (وذمة كوينكة) Angioneurotic Oedema

الوذمة العرقية العصبية نوع من الشرى تكون فيه الإصابة في النسيج تحت الجلد تتصف بتورم محدود في الجلد ناتج عن الوذمة حتى في الطبقة الشحمية تحت الأدمة .

قد تحدث بنمط أرجي عاجل ، وقد تترافق أو تتعاقب مع الشرى الحاد أو المزمن . يكون التورم محدوداً وعميقاً عجيني الملمس ، يترافق بشد وتوتر في المنطقة المصابة أكثر المناطق إصابة : الشفتان (شكل ٨ ـ ٣) ، الأجفان ، الأعضاء التناسلية وقد يحدث الاختناق الحاد عندما تصاب الحنجرة واللسان .



الشكل ٨-٣ : وذمة عرقية عصبية في الشفة العليا

الوذمة العرقية الوراثية

نادرة ... تنتقل بصفة جسمية سائدة ، تبدأ عادة في الطفولة وتتصف بعوز أو غياب مثبط C_1 استراز، وهو عبارة عن الفا ـ غلوبولين . يترافق هذا الشكل مع أعراض عامة كالتعب والصداع وتوعك وإقياء ويمكن أن يصاب الجلد والأغشية المخاطية ، أما الإصابة الحنجرية فهي الأخطر وقد تؤدي بحياة المصاب .

التهاب الأوعية الشروي Urticarial Vasculitis

يتظاهر على شكل شرى مزمن متقطع لفترة زمنية طويلة ، حيث تبقى الاندفاعات لفترة لا تقل عن ١٢ ـ ٢٤ ساعة أو أكثر ، وتترافق فيه التظاهرات الجلدية مع التهاب مفاصل وآلام عضلية وبطنية ونادراً التهاب كبب وكلية ، وترتفع فيه سرعة التثفل ، ويزداد عدد الكريات البيض وتنقص المتممة C_3 , C_4 , C_5 في نصف الحالات مع إيجابية الأضداد المضادة للنوى والعامل الرثواني والغلوبولينات القرية أحياناً .

تشخيص الشرى

يجب تفريق الشرى عن بعض الجلادات الأخرى الشبيهة : كالشرى الحطاطي أو لدغ الحشرات ، وعن الفقعاني الفقاعي والتهاب الجلد حلئي الشكل في بدئهما . وتولى الأهمية الكبرى لمعرفة سبب الشرى وهي غاية صعبة جداً . وتفيد معرفة القصة المرضية بالتفصيل ومعرفة الأدوية التي تناولها المريض قبل حدوث الشرى أو الطعام الذي تناوله المصاب الذي قد يكون سبباً أيضاً . ويمكن إجراء اختبار حذف المؤرجات واختبار التحريض واختبارات الحقن داخل الآفة ، ويمكن للتحاليل الدموية أن تكون مفيدة أيضاً في معرفة العامل المسبب .

كذلك فإن فحص المريض من الناحية الداخلية سريرياً ومخبرياً قد يكون مفيداً لمعرفة الأسباب الطفيلية أو الأمراض الجهازية الأخرى .

المعالجة

إن أهم أولويات معالجة الشرى هو معرفة السبب والشكل السريري . وبمعرفة السبب وإبعاده يمكن أن يتراجع الشرى عفوياً خلال فترة زمنية ، لكن معرفة السبب ليس دوماً سهلاً وفي أكثر من نصف الحالات في الشرى المزمن يصعب معرفة العامل المسبب . ولابد من حذف الأطعمة التي تحتوي الأصبغة والمضافات الطعامية وإيقاف تناول الأدوية المسببة والانتقاء من العوامل الفيزيائية التي سببت الحالة .

وتعطى مضادات الهستامين الجيلين الأول والثاني مشاركة ، والقصيرة والطويلة الأمد ، وإن إضافة مضادات الهستامين H_2 ذو فائدة أحياناً .

يستطب إعطاء الستيروئيدات داخلاً في داء المصل والصدمة التأقية ويجب تحاشيها في الأشكال الأخرى بوجه عام وبخاصة الشرى المزمن .

يعطى الأدرينالين محلول ١/١٠٠٠ تحت الجلد عادة في الوذمة العرقية العصبية المهددة للحياة ويمكن اللجوء إلى تنبيب الحنجرة أو خزع الرغامى في حال حدوث وذمة الحنجرة والمريض بحاجة لإسعاف ومراقبة .

تعطى مركبات الهيدروكسيزين في معالجة الشرى الكوليني كما تعالج الوذمة الوعائية الوراثية معالجات خاصة . وقد يفيد الدايسون في بعض حالات الشرى .

الطفوح الدوائية
Drug Eruptions

يمكن تعريف الطفوح الدوائية بأنها التغيرات غير المرغوب بها التي تحدث على الجلد والأغشية المخاطية بعد تناول دواء ما بشكل نظامي ، أو أنها تحدث كتأثير جانبي . تختلف نسبة حدوث التفاعلات الدوائية بين ١ ـ ٢٠٪ وتختلف هذه التفاعلات الدوائية بين تفاعلات خفيفة وحتى سرطانية مميتة . أما نسب الوفيات فتكون بين ٠,١ ـ ٠,٣٪ .

أهم التفاعلات الدوائية وأكثرها شيوعاً هي الاندفاعات الدوائية . وتختلف اشكال الاندفاعات الدوائية بحسب الدواء وعمر المريض وجنسه والوراثة وعوامل أخرى . تقلد الاندفاعات الدوائية أمراض جلدية كثيرة ولهذا تأخذ أهمية كبيرة في طب الجلد لأنها تدخل في التشخيص التفريقي مع أمراض جلدية كثيرة ، ولابد لكل طبيب أن يلم بالتفاعلات الدوائية للأدوية التي يصفها لمرضه ، وسنأتي بإيجاز على أهمها .

آلية الاندفاع الدوائي Mechanism of drug eruption

تحدث الاندفاعات الدوائية نتيجة أرج مناعي دوائي والأشيع بآلية غير مناعية . وإن نسبة كبيرة من التفاعلات الدوائية يمكن التنبؤ بها ، وبعضها لا يمكن التكهن بها ويمكن أن تكون بعوامل وراثية .

أما أسباب الاندفاع الدوائي فيمكن أن تكون ناتجة عن جرعة مفرطة أو جرعة

متراكمة ، أو بتأثيرات جانبية ، أو نتيجة سمية آجلة أو تغيرات في النبيت الجلدي أو الأغشية المخاطية ، أو بآلية التأثير الدوائي وبإنزياح الدواء من البروتين الحامل Displacement . أو بآلية أنظيمية أو بآلية تأخير إطراح الدواء من الكلية أو بآليات استقلابية وخلوية ، وبالتأثيرات الاشتدادية على المرض الجلدي وبآلية تأقية أو عدم تحمل . أما الأسباب المناعية فتحدث بحسب أحد الأنماط التي ذكرناها في مقدمة البحث .

التظاهرات السريرية : تأخذ الاندفاعات الدوائية على الجلد أشكالاً سريرية مختلفة ، ويحدث الدواء الواحد العديد من الأشكال ولهذا يصعب تحديد نوع الدواء المسبب ، وتتوزع الاندفاعات الدوائية بشكل متناظر في الغالب ويمكن أن تترافق مع أعراض جهازية .

الطفوح الدوائية الحصبوية الشكل : وهي شائعة وتحدث بعد ٢ ـ ٣ أيام من تناول الدواء ، لكنها قد تتأخر حتى ٣ أسابيع وتترافق بأعراض عامة كالحمى والحكة وارتفاع حمضات الدم ، والاندفاعات الحصبوية قد تكون قرمزية الشكل ومن الأدوية المحدثة لها : المسكنات مثل الأسبرين والصادات (شكل ٨ ـ ٤) ، المنومات والأدوية النفسية وأملاح المعادن الثقيلة .

الشرى : يمكن أن تحدثه كما ذكرنا أدوية كثيرة منها المبنجات والمسكنات والصادات والهرمونات والمليانات ومنتجات الدم وغيرها .

داء المصل : ويحدث بعد تناول الدواء بـ ٥ أيام إلى ٣ أسابيع ويحدث بالنمط III كما ذكرنا ، ومن الأدوية المتهمة ، الأسبرين ، البنسلين ، ستروبتومايسين ، السولفا التيوراسيل ومركبات الغلوبولينات المناعية .

التهاب الجلد التقشري Exfoliative Dermatitis : وهو من الأمراض الخطيرة ويمكن أن يبدأ باندفاع طفحي أو على شكل التهاب جلد أكزيمي يتطور إلى أحمرية ، ومن أشيع أسبابه الدوائية ، مركبات السولفا ومضادات الملاريا والصادات وأدوية أخرى عديدة كأدوية الصرع (شكل ٨ ـ ٥) وأملاح المعادن الثقيلة .

الاندفاع الدوائي الثابت Fixed drug eruption : ويسمى بالثابت نظراً لنكسه في المكان نفسه كلما تناول المريض الدواء نفسه . وقد تزداد الاندفاعات وهو شائع يتصف ببقع ذات حدود واضحة حمراء وردية أو مصطبغة قليلاً ، قد تعلوها فقاعة تتسجح ، ويمكن أن



الشكل ٨-٤ : طفح دوائي حصبوي



الشكل ٨-٥ :
اندفاع دوائي بالفينوتوئين

تصادف في أية منطقة من مناطق الجلد لكن توضعاتها الأكثر انتقائية هي الحشفة ، الشفتان (شكل ٨ ـ ٦ آ و ب) ، الأطراف ، تحدث غالباً بعد ٣٠ دقيقة إلى ٨ ساعات من تناول الدواء . إن الأدوية المحدثة للاندفاع الدوائي الثابت كثيرة من أهمها : التتراسكلينات والسولفا والباربتوريات والفينول فتالين ومضادات التشنج ومضادات الالتهاب غير الستروئيدية وأدوية أخرى .

الاندفاع العدي الشكل : يشبه اندفاعات العد الشائع بدون زؤان ومن الأدوية المحدثة : ACTH ، الستيروئيدات ، أملاح اليود والبروميدات ومانعات الحمل وبعض أنواع الصادات .

الاندفاع الإكزيمي Eczematouse Eruption : وتتهم بإحداثه أدوية مختلفة عند أشخاص مستعدين لالتهاب الجلد بالتماس عند تناولهم الدواء عن الطريق العام .

اللمفومات الكاذبة : من الأدوية المحدثة : مضادات الصرع .

انحلال البشرة النخري السمي Toxicepidermal nerolysis : وتسمى أيضاً متلازمة لايل ، تحدث بعد تناول الدواء بساعات أو أيام .

يشكو المريض في البدء من حس حرقان مع طفح حصبوي ، يترافق بأعراض عامة تشبه أعراض النزلة الوافدة ، ثم تتسع الطفوح لتصبح بقعاً حمامية كبيرة ، تتحول إلى نفاطات كبيرة ، تتسحج بسرعة وتعطي المصاب مظهر الحرق الواسع أو « المريض المسلوق » (شكل ٨ ـ ٧) وتكون ظاهرة نيكولسكي إيجابية . كما تصاب الأغشية المخاطية في هذا المرض ، وقد تحدث التصاقات بسببها وتضطرب الشوارد ، ومن أكثر الأدوية المسببة : البيرازولون ، مضادات الصرع (الهيدانتوئين الكاربامازيبين ، الفينوباربيتال) ، مركبات السلفا ، مضادات الاختلاج ، الأدوية الرئوية ، الألوبيرنول ، وبعض أنواع الصادات كالتتراسكلينات . يدخل في التشخيص التفريقي مع المرض متلازمة الجلد السمطي بالعنقوديات S.S.S.S التي تسببه ذيفانات العنقوديات ، وتفيد الخزعة بالتبريد للتمييز بين الحالتين ، حيث نجد الانفصال البشروي تحت الطبقة المتقرنة في متلازمة الجلد السمطي بالعنقوديات ، بينما يكون الانفصال أسفل البشرة في انحلال البشرة النخري السمي .

يعالج بالأسس نفسها المعتمدة في معالجة الحروق ، كعزل المريض ومعالجة اضطراب الشوارد ، كما تعطي الصادات المناسبة ، ويوجد خلاف حول فائدة الستيروئيدات داخلاً .

الإنذار فيه خطير وتصل نسبة الوفيات حتى ٢٠ ـ ٣٠٪ من الحالات .

الاندفاعات الفقاعية Bullous eruptions : وتتهم بعض الأدوية في إحداث الاندفاعات الفقاعية ، ومن الأدوية المحدثة للفقاع : الكابتوبريل ريمفابيسين ، الامبيسللين ، البنسلامين . وتتهم أدوية أخرى في إحداث بعض الأمراض الفقاعية الأخرى ، كما في الحمامى عديدة الأشكال كما سيأتي ذكر ذلك في الفصول الخاصة .

الاندفاعات الحزازانية Lichenoid eruption : من الأدوية المتهمة التيازيدات ومضادات الملاريا .

التفاعلات الناجمة عن استعمال الستيروئيدات

وسنأتي على أهم التأثيرات الجانبية للستيروئيدات .

الستيروئيدات الموضعية : تعتمد التأثيرات الجانبية على قوة وفعالية هذه الأدوية الموضعية ومدة العلاج ونمطه وعلى الشكل الصيدلاني للدواء . من هذه التأثيرات : ضمور البشرة (شكل ٨ ـ ٨) ، الفزر ، شعرانية ، التهاب أجربة شعرية ، عد ستيروئيدي ، التهاب جلد شبيه بالعد الوردي ، نقص تصبغ أو زيادته ، توسع شعريات دموية ، اضطراب شفاء الجروح ، تغيرات في النبيت الجلدي ، فعل ارتدادي كما في الصداف . كما يمكن أن تحدث تأثيرات جهازية إذا استخدمت لمساحات واسعة ولفترة طويلة أو عند استخدامها لدى الأطفال ، لهذا لابد من حسن اختيار الستيروئيد الموضعي وتجنب تأثيراته الجانبية ما أمكن .

الستيروئيدات الجهازية : يمكن أن تُحدث الستيروئيدات الجهازية ، أعراض داء كوشينغ ، انخفاض بوتاسيوم الدم ، تخلخل العظام ، داء سكري، اضطراب في النمو ، زرقاً ، العد الستيروئيدي ، التهاب أجربة ، تفاقم الأخماج بخاصة السل ، اضطرابات نفسية بالإضافة إلى التأثيرات الأخرى الجهازية المعروفة والتأثيرات الجلدية .

الاندفاعات الدوائية الأخرى : ومنها الطفوح النزفية (شكل ٨ ـ ٩) والفرفريات والتهاب الأوعية والحمامى عديدة الأشكال والاندفاعات عديمة الشكل والحكة وتساقط الأشعار وتفعيل بعض الأمراض الجلدية ، ويحسن الرجوع إلى المراجع الخاصة لمعرفة الأدوية المحدثة .

تشخيص الاندفاعات الدوائية

ليس من السهل دوماً تشخيص الطفوح الدوائية أو معرفة الدواء المسبب وذلك لكثرة



الشكل ٦٠٨ آ : الالتهاب دوالي ثالث



الشكل ٦٠٨ ب : الالتهاب دوالي ثالث



الشكل ٨-٧ :
متلازمة
لايل



الشكل ٨-٨ :
فوز بتأثيرات
الستيروئيدات
الجهازية



الشكل ٨-٩ :
فوفوزية
دوائية
المنشأ

تناول الأدوية وتشابه الطفوح المحدثة في الأدوية مع بعضها ، إضافة إلى ذلك فإن الدواء الواحد يمكنه أن يحدث العديد من أشكال الطفوح والتفاعلات الدوائية .

ويظل التشخيص أحياناً في قائمة الاحتمال ، لهذا لابد من قصة مرضية مفصلة عن تناول الدواء أو الأدوية ، وعن أي دواء يتناوله المريض بنفسه دون وصفة الطبيب .

ومن الاختبارات المعقدة ، اختبار إيقاف الدواء ، اختبار تعريض المريض للدواء (قد يحمل خطورة) الاختبارات الرقعية ، اختبار الامتصاص الأرجي RAST ، اختبار تحول اللمفاويات .

المعالجة

إن أهم علاج في معالجة الطفوح الدوائية أو تفاعلاتها هو معرفة الدواء ومحاولة إيقافه ، ولكن لا يمكن دوماً إيقاف بعض الأدوية نظراً لخطورة ذلك إلا بعد استشارة الطبيب المعالج ، كي يتمكن من استبداله بأدوية أخرى بها ، مغايرة لزمرتها الكيماوية . يكتفي في الحالات الخفيفة بإعطاء مضادات الهستامين أو تطبيق الستيروئيدات الموضعية ، وتعالج التهابات الأوعية والأحمريات والشرى وغيرها بحسب المعالجات المذكورة في أبحاثها الخاصة .

يعطي في حال الصدمة التأقية ٠,٥مل من محلول الأدرينالين الألفي ١/١٠٠٠ تحت الجلد ، ويمكن إعطاء الستيروئيدات وريدياً أيضاً .

الفصل التاسع

التهاب الجلد والإكزيمة والحكاكات والحكات

يعد التهاب الجلد والإكزيمة من أشيع أمراض الجلد ويقدر أن ١٥ ـ ٢٥٪ من مرضى الجلد مصابون بالتهاب الجلد والإكزيمة .

إن مصطلح التهاب الجلد Dermatitis والإكزيمة Eczema مترادفين ، وكل إكزيمة هي التهاب جلد ، ولكن ليس بالضرورة كل التهاب جلد هو إكزيمة ، ولكن لا يوجد اتفاق دولي حول هذين المصطلحين . ولا يوجد تصنيف عالمي موحد ، وإنما يميل غالبية المؤلفون في الوقت الحاضر إلى استعمال مصطلح التهاب الجلد أكثر من استعمال مصطلح الإكزيمة .

يمكن تعريف التهاب الجلد (الإكزيمة) بأنه حالة التهابية لاخمجية تحدثها عوامل خارجية أو داخلية أو تضافر الاثنين معاً ، تؤدي إلى تفاعل عدم تحمل في الجلد .

هذا ويمكن تقسيم التهاب الجلد بحسب تظاهراته السريرية إلى مرحلة حادة ، (شكل ٩ ـ ١) يكون الجلد فيها محمراً متوذماً وعليه حويصلات صغيرة وقد تنفتح وتصبح نازة ثم تصبح متجلبة ، ويقابلها من الناحية التشريحية المرضية سفاج Spongiosis وتشكل حويصلات بشروية ، وحدوث وذمة بين الخلايا البشروية ، مع انسلال خلايا التهابية إلى البشرة ، ويحدث في الأدمة التهاب حاد مع توسع في الأوعية ورشاحة التهابية حولها . أما في المرحلة تحت الحادة فيخف النز وتتشكل الجلبات ويقل التحوصل ويقابله من الناحية التشريحية المرضية نقص في السفاج والحويصلات مع ازدياد في الشواك وظهور خطل تقرن وفرط تقرن مع تطاول في الحليمات الأدمية .

أما في مرحلة الإزمان ، فيميل الجلد للتحزز حيث يزداد فرط تقرن البشرة مع خطل تقرن موضع وزيادة واضحة في الشواك مع وضوح التغيرات الأدمية الإلتهابية والوعائية .

لا تمر جميع أنواع التهابات الجلد بهذه المراحل نفسها دوماً وإنما قد تتداخل مع بعضها أو تتراجع وتتوسف إذا لم تزمن ، وقد يحدث النكس فيها ، وسنبحث في التهاب الجلد



الشكل ٩-١ : إكزيمة حادة

بالتماس ، التهاب الجلد الأرجي الضوئي (بحث في الفصل ٧) ، الإكزيمة الخمجية ، التهاب الجلد التأتبي ، التهاب الجلد الزهمي ، الإكزيمة اللازهمية ، الإكزيمة النمية ، النخالية البيضاء ، الإكزيمة الركودية ، الجلاد الأخمصي الفتوي ، والحزاز البسيط .

التهاب الجلد بالتماس (إكزيمة التماس)

Contact Dermatitis

يشكل التهاب الجلد بالتماس نسبة كبيرة من أمراض التهابات الجلد بوجه عام . وهو بازدياد مستمر في الوقت الحاضر بسبب تزايد المواد الكيميائية والملوثات البيئية التي يتعامل معها الإنسان . ويمكن لهذه المواد أن تؤدي إلى التهاب جلد بالتماس تخريشي ، حيث تجري الحدثية الالتهابية الجلدية بآلية غير مناعية ، أو يؤدي إلى التهاب جلد بالتماس أرجي ويجري بآلية مناعية ، وقد يكون التهاب الجلد في بدايته تخريشياً ويتحول بعد ذلك إلى التهاب جلد بالتماس أرجي .

التهاب الجلد بالتماس التخريشي Irritant Contact Dermatitis

يعد التهاب الجلد بالتماس التخريشي من أكثر الأمراض المهنية الجلدية شيوعاً وأكثر إصابته في اليدين (شكل ٩ - ٢) والأذرع وتختلف تظاهراته السريرية بين الاحمرار الخفيف



الشكل ٩-٢ : التهاب جلد تخريشي في راحتي اليد

وفلوح Chapping الجلد وظهور النفاطات وحتى التقرحات الجلدية ، وتحدث المواد الكيماوية المخرشة تفاعلات جلدية إذا كانت كثافتها كافية ، وتعرض الجلد لها لفترة زمنية كافية أيضاً . وتعرف المادة المخرشة بأنها تحدث أذى في الجلد بطريقة مباشرة وبآلية غير مناعية ، والجلد المخرش أكثر قابلية للإصابة بالتهاب الجلد الأرجي . ومن هذه المواد القلويات القوية والحموض والأملاح . تحدث غالبية حالات التهاب الجلد بالتماس التخريش بعد تعرض مديد ومتكرر لمواد كيميائية معتدلة التخريش وتحت ظروف مختلفة مساعدة .

والتهاب الجلد بالتماس التخريشي المزمن المهني خير مثال على ذلك ، حيث تلعب عوامل مختلفة في إمراضه ، وتعتمد درجة التهاب الجلد التخريشي بالتماس على خصائص المادة التخريشية وبهاء هذه المادة وقابليتها للذوبان في الماء ، وفعلها المنظف وشكلها الفيزيائي ، غازية أو سائلة أو جامدة ، بالإضافة إلى عوامل خاصة بالجلد المعرض ، منها مكان الجلد المصاب ، درجة تعرقه أو جفافه وفعاليته الزهمية ، لون الجلد ، إصابة الجلد بأمراض جلدية أخرى . أما العوامل البيئية المهمة في إمراض التهاب الجلد التماس التخريشي فهي : درجة حرارة الجو ، الرطوبة وعوامل أخرى . ومن أهم العوامل المساعدة لتخريش الجلد بالتماس هي الرطوبة المنخفضة ، حيث تزداد نفوذية الطبقة المتقرنة للصوابين المخرشة والمنظفات والمذيبات وغيرها . يتعرض ذوو التربة التأتبية لالتهاب الجلد بالتماس التخريشي أكثر من غيرهم تحت

ظروف بيئية مساعدة ، ومما يجدر ذكره هو المخرشات المحمولة بالهواء والتي تؤدي إلى التهاب جلد بالتماس على الأكثر على الوجه ، ومنطقة العنق ، الصدر ، الأذرع ومنها المذيبات ، كالأمونيا ، الفورمالدهيد ، هباب الأسمنت والزجاج الليفي وغيره .

ولابد من أن نذكر أهم المخرشات وهي : الماء ، منظفات الجلد، الزيوت المعدنية والزيوت الصناعية الأخرى ، القلويات ، الحموض ، المذيبات العضوية ، المواد المؤكسدة ، عوامل فيزيائية وكيميائية ، النباتات والحيوانات والأدوية .

يؤدي التهاب الجلد التخريشي بالتماس بوجود العوامل المساعدة إلى تغير في بهاء الجلد وتخرب الطبقة المتقرنة التي تلعب دوراً مهماً في حماية الجلد .

التظاهرات الجلدية لالتهاب الجلد التخريشي بالتماس

يمكن أن يكون التهاب الجلد التخريشي بالتماس : حاداً أو مزمناً .

التهاب الجلد بالتماس التخريشي الحاد : يحدث بسبب تماس الجلد مع المادة المخرشة ويعتمد ذلك على تركيز المادة وخصائصها ، والعوامل البنيوية للمصاب ، والمنطقة المصابة من الجلد . وتختلف المدة بين التماس وظهور التهاب الجلد بين دقائق ، نتيجة التعرض للحموض أو القلويات ، أو بين ساعات بمواد أخرى . يبدأ عادة بحمامى في منطقة التماس الجلدي مع وذمة وقد تتشكل عليها حويصلات وحتى فقاعات يمكن أن تنفجر وتترك تآكلات قد تكون واسعة ، وتتراجع الآفات بعد إزالة المادة المخرشة وتعتمد المعالجة على إبعاد المادة المخرشة ، ويستطب تطبيق الستيروئيدات الموضعية وحتى الجهازية فيها في الحالات الشديدة .

التهاب الجلد بالتماس التخريشي المزمن : ينجم عن التخريش المستمر أو المتكرر تجاه مادة أو مواد مخرشة ، وأكثر توضعاته على اليدين والساعدين ومن العوامل الرئيسة المسببة في بلادنا ، المنظفات حيث تؤدي إلى التهاب جلد تخريشي مزمن في الراحتين (إكزيمة اليد العاملة) تبدأ في راحة اليد اليمنى وتتجلى الإصابة باحمرار وجفاف الوجه الراحي للسلاميات الانتهائية . ومع استمرار التخريش اليومي ينتشر إلى راحة اليد مع ظهور التشققات عليها ، وتختلف درجة الإصابة بين حالة وأخرى ، ويبدو أن تحضير الأطعمة من الخضراوات يلعب دوراً إضافياً في حدوث المرض . وإن تعرض اليدين أو الساعدين لمواد أخرى مثل الإسمنت والبنزين والمواد الصناعية المختلفة يمكن أن يحدث التهاب جلد تخريشي مزمن . وتختلف الصورة السريرية بين جفاف الجلد وحدوث الاحمرار الخفيف إلى تشكل حويصلي أحياناً

والميل إلى التحزز في مناطق التماس .

يدخل في التشخيص التفريقي التهاب الجلد بالتماس الأرجي والفطارات الجلدية والتهاب الجلد التأتبي .

المعالجة : الابتعاد ما أمكن عن التماس مع المواد المخرشة كالمنظفات واستعمال القفازات القطنية تحت المطاطية أثناء القيام بالأعمال المنزلية أو المهنية الأخرى ، وتستعمل المطريات المناسبة ، ويمكن استعمال الستيروئيدات القشرية لفترة قصيرة .

التهاب الجلد بالتماس الأرجي Allergic Contact Dermatitis

التهاب الجلد بالتماس الأرجي هو التهاب إكزيمي جلدي أو مخاطي ينتج عن التماس مع مادة أو مواد مؤرجة (تفاعل IV أرجي) ويمكن كشف هذه المادة بوساطة الاختبارات الموضعية . والمرض في تزايد مستمر بسبب التعرض للمواد الكيميائية المؤرجة . تشير بعض الدراسات الوبائية إلى أن التهاب الجلد بالتماس (تخريشي وأرجي) يقرب من ١,٠ ــ ٥,٤٪ من جميع السكان وإن ٧٪ من مراجعي العيادات الخارجية مصابون بالتهاب الجلد بالتماس .

الإمراض : لابد من أن المصاب قد تعرف على المادة المؤرجة سابقاً وبخاصة عند أشخاص ذوي استعداد للإصابة . وتشير الدراسات إلى أن الأشخاص الذين لديهم , HLA_3 $HLAB_7$ أكثر قابلية للإصابة .

وتلعب عوامل موضعية كاضطراب القدرة الدارئة للجلد ، أو جفاف الجلد أو تعطنه أو بوجود إكزيمة تخريشية دوراً في تأهب الجلد للأرج ونفوذ المؤرج إلى البشرة . تبدأ حديثة التهاب الجلد بالتماس الأرجي بتماس الجلد المستعد مع مادة مؤرجة وزنها الجزئي عادة صغير ، مثل الكروم والنيكل وغيرهما . وتدخل البشرة على هيئة ناشبة ترتبط بالبروتينات لتصبح فعالة مناعياً لكن بعض المؤرجات تحتاج لتأثير ضوئي لتصبح فعالة .

تقتنص خلايا لانغرهانس البشروية هذه المواد وتؤثر فيها لتصبح جاهزة لتقديمها إلى الخلايا اللمفية التائية CD_{4+} ، ويرتبط المستضد على خلايا لانغرهانس HLA-DR (صنف II) بينما يرتبط من الجهة الأخرى بـ CD_3-Ti الذي ترفعه خلايا T . تطلق بعد ذلك خلايا لانغرهانس أنترلوكن I ، وكذلك تطلقه الخلايا المقرنة ، لتفعيل خلايا T وتطلق الأخيرة انترلوكين II والانترفيرون ، وهذه السيتوكينات هي المسؤولة عن الاستجابة المناعية أو التفاعلات المتواسطة بالخلايا . يهاجر قسم من خلايا لانغرهانس الحاملة للمؤرج إلى العقد

اللمفية وقسم منها يبقى في الجلد ، وتؤدي إلى تكاثر الخلايا اللمفية T التي تحمل DR ، أو تتمايز إلى أنواع الخلايا التائية الأخرى التي تهاجر إلى الدم المحيطي والأنسجة وتكتمل العملية الالتهابية في الجلد بوساطة الوسائط المختلفة . بعد تعرض الجلد للمستأرجات ، حيث تحدث الوذمة في البشرة وخروج الخلايا الالتهابية إلى البشرة وسفاج في البشرة . وتلعب العوامل الوراثية أو سن المريض والعوز المناعي دوراً مهماً في هذه الحدثية .

الملامح السريرية : يُميز للمرض ثلاث مراحل : حادة ، تحت حادة ، مزمنة .

وتتصف المرحلة الحادة بظهور حمامى مع وذمة وظهور حطاطات وحويصلات وانثقاب الحويصلات يؤدي إلى التهاب الجلد الناز ، وفي المرحلة تحت الحادة تجف الحويصلات ويتوسف الجلد المصاب ، وفي المرحلة المزمنة تخف الحمامى ، أو تختفي ويتشخن الجلد المصاب (التحزز) وقد يصاب بالشقوق الجلدية . وتتعلق الحالة السريرية بمكان الإصابة الجلدية وبطبيعة المؤرج ، كميته ، مدة التماس ، درجة فرط الحساسية نحوه . إن أكثر توضعات التهاب الجلد بالتماس الأرجي هي : اليدان ويغلب أن تكون التظاهرات السريرية تحت حادة وتتطور نحو الإزمان وتبدأ الإصابة على جانبي الأصابع وظهرها وتنتشر الإصابة إلى ظهر اليد وإلى المعصمين بحسب طبيعة التماس ومكان التماس ، ويميل التهاب الجلد بالتماس في القدم إلى الإزمان مع حدوث فرط التقرن والشقوق . وإن أمكنة توضع التهاب الجلد الأرجي بالتماس الغالبة ، هي الوجه والعين وتتظاهر باحمرار ووذمة حول العين ، ونادراً ما تصاب فروة الرأس بالتهاب الجلد بالأصبغة (أصبغة الشعر) ، ويصاب الوجه أكثر مما تصاب الفروة .

أما في الناحية التناسلية فيتظاهر التهاب الجلد بالاحمرار ، والوذمة . وبوجه عام يشير مكان توضع التهاب الجلد الأرجي بالتماس إلى نوع المؤرج المسبب ، ولكن قد لا يبقى التهاب الجلد بمكان التماس فقط ، إنما ينتشر إلى مناطق أخرى وإذا كان شديداً قد يؤدي إلى الأحمرية ، وذلك بالانتشار الدموي . هذا ويمكن أن يكون دخول المؤرج عن الطريق العام ، أو عن طريق الوريد .

المستأرجات ومكان حدوث التهاب الجلد الأرجي بالتماس

إن أكثر من ٢٠٠٠ مادة كيميائية مؤرجة تحدث التهاب جلد بالتماس أرجياً ولكن أهمها المعادن ، المطاط ، الأدوية التي تستعمل في المعالجات الموضعية ، الألبسة ، النباتات ، والمواد المستعملة في الاختبارات الرقعية هي الأكثر إحداثاً لالتهاب الجلد :

النيكل : النيكـل مستأرج رئيس لـدى النسـاء وتحتويـه المجوهـرات التقليديـة ، بعـض الألبسة ، الأطواق ، الساعات (شكل ٩ ـ ٣) ، الأقـراط ، الأزرار المعدنيـة وعمليـاً ١٠٪ مـن النسوة مصابات بالتهاب الجلد الأرجي بالتماس للنيكل ، وتظهـر الإصابـة مكـان تمـاس هـذه المواد مع الجلد ، وقد يصل النيكل إلى العضوية عن طريق الغذاء .

الكروم : يحسس بأملاحه وبخاصة ملـح سداسـي الكـروم ، وإنـذار التهـاب الجلـد بـه سيء والإصابة مزمنة ، أكثر ما تتظاهر الإصابة على اليدين عند عمال الإسمنت حيـث يحتـوي الكروم ويمكن تخفيف انتشار الإصابة بإضافة كبريتات الحديـد إليـه . يوجـد أيضـاً الكـروم في طـلاء بعـض الخلائـط المعدنيـة ، وفي بعـض الصناعـات المعدنيـة وفي التصويـر ، والطباعـة والأصبغة ، وفي دباغة الجلود ومواد أخرى .

المواد المطاطية : عند تصنيع المطاط يضاف إليه الكثير من المركبات والمضافات وذلـك كي نحصل على مواصفات مناسبة ، وتلعـب المـواد الأخيرة الـدور المهـم في إحـداث التهـاب الجلد الأرجي بالتماس ، وتلعب المواد التي تحتويها بعض الأحذية المطاطيـة والكفـوف وبعـض الألبسة دوراً مؤرجاً ، كما تسـاعد الرطوبـة والاحتكـاك على تحرير المؤرجـات مـن المطـاط ويمكن كشف مؤرجات المطاط بالاختبارات الرقعية ، ومنها : خليط تيورام thiuram mix ، خليط المطاط الأسود وخليط ميركابتو وغيرها .



الشكل ٩ـ٣ : إكزمة بالتماس بالنيكل (الساعة)

العطور ومواد التجميل : وتحتوي الكثير من المستأرجات كالمواد الحافظة والمواد المطرية المختلفة Fragranc Mix ، استرات الباربن Paraben والأغوال الصوفية . والتهاب الجلد الأرجي بالتماس من العطور والمواد التجميلية ، كثير الانتشار في الوقت الحاضر وأكثر ما يصيب الوجه وتحت الإبط والشفتين والأجفان والعنق (شكل ٩ ـ ٤) .

صباغ الشعر : يحتوي على مادة ب ـ بارافنلين ديامين ، وتتظاهر الإصابة بالتهاب الجلد على الأكثر على الوجه والأذنين (شكل ٩ ـ ٥) .

الفورمالدهيد : وتدخل في صناعة الأوراق الصحية وفي صناعة بعض أنواع الأنسجة وفي صناعات كثيرة أخرى .

الكوبالت : يتواجد في الإسمنت وفي الزيوت المعدنية وفي بعض الأصبغة وفي صناعة البلاستيك .

الأكريلات Acrylate : وتوجد في الأظافر الاصطناعية والأطراف الصناعية وفي صناعة الراتنجات السيئة .

الألبسة والأحذية : وتحتوي الأصبغة راتنج الفورمالدهيد أحياناً ، والكروم في الأحذية ، ومواد أخرى في الأحذية المطاطية .

الأدوية الموضعية : المستأرجات فيها هي المواد الفعالة ، كالنيومايسين مثلاً أو السواغات ، وتؤلف نسبة كبيرة من التهابات الجلد بالتماس الأرجية .

النباتات : تسبب بعض النباتات التهاب جلد تخريشي وبعضها أرجي ، وتختلف هذه النباتات من بلد إلى آخر ، ومنها اللبلاب السام وأنواع السماق وزهرة الربيع ونباتات أخرى .

المستأرجات المحمولة بالهواء : كما في غبار الأخشاب ـ الفورمالدهيد والمستأرجات الطيارة .

ولابد من الإشارة إلى أن كل مهنة يتعرض العاملون بها إلى مستأرجات خاصة بها .

التشخيص : يتطلب التشخيص استجواباً واسعاً لمعرفة المستأرج المحدث لالتهاب الجلد بالتماس ، ويفيد شكل التماس ومكانه أحياناً في معرفة المستأرج ولكن الاختبارات الرقعية هي الأكثر فائدة وأهمية في معرفة المستأرج أو المستأرجات المسببة .



الشكل ٩-٤ : التهاب جلد بالتماس على العنق بالعطور



الشكل ٩-٥ : التهاب جلد بالتماس أرجي (صبغة الشعر)

معالجة التهاب الجلد الأرجي بالتماس

تقوم معالجة التهاب الجلد الأرجي بالتماس على خطوط رئيسة أهمها الابتعاد عن المستأرحات والوقاية منها ، وهذا ليس سهلاً دوماً ، وتطبيق الستيروئيدات موضعياً على شكل كريمات أو مراهم ، وتعطى مضادات الهستامين داخلاً لتخفيف الحكة ، وقد تعطى الستيروئيدات داخلاً في الحالات الشديدة ولابد من الانتباه إلى التحسس الدوائي الممكن حدوثه نتيجة تطبيق الأدوية على الجلد .

التهاب الجلد الأرجي الضوئي : وقد مر سابقاً .

التهاب الجلد الخمجي Infective Dermatitis

ويسمى أيضاً الإكزيمة الجرثومية ويحدث بسبب الجراثيم أو منتجاتها ، وتتصف باحمرار عليه حويصلات أحياناً ، يحدث حول الجروح النازة أو القرحات وأهمها قرحات الساق ، ويجب تميزها عن التهاب الجلد الدوائي بالتماس ، وتشاهد أيضاً على ظهر وجوانب الأصابع في القدمين . تقوم المعالجة على تطبيق المطهرات المناسبة ، وقد تكون برمنغنات البوتاسيوم هي الأفضل ، وقد تعطى الصادات عن الطريق العام في الحالات الشديدة .

التهاب الجلد المثي Seborrheic Dermatitis

يعرف أيضاً بالإكزيمة المثية ، وهو التهاب جلد مزمن يصيب الفروة والنواحي الغنية بالغدد الزهمية كالوجه والثنيات يصيب البالغين والأطفال حديثي الولادة . المرض شائع وإصابة الذكور أكثر من إصابة الإناث ويؤلف في بعض المجتمعات ١ - ٣٪ من عموم الناس ويصب أكثر من ٥٠٪ من مرضى الأيدز .

الإمراض : غير واضح بشكل نهائي ، ويعتقد أن لزيادة إفراز الزهم دوراً في إمراضه ، كما تفعل الأندروجينات الوالدية ، نشاط الغدد الزهمية عند الوليد مع زيادة انتاجها داخلاً لديه في الأشهر الأولى بعد ولادته .

غير أنه لا يوجد اختلاف في تركيب الزهم بين المصابين والطبيعين ، وإن زيادة البويغاء البيضوية في التهاب الجلد المثي أدى إلى الاعتقاد بأنها تلعب دوراً في إمراضه ، رغم أن ذلك غير مثبت بشكل قاطع لكن بعض الدلائل تشير إلى دورها في إمراضه : منها زيادة نسبها لدى المصابين بالتهاب الجلد المثي إيجابي فيروس عوز المناعة المكتسب الإنساني ، والاستجابة

الجزئية للمعالجة بمضادات هذه الخمائر . يمكن أن يصاب مرضى باركنسون بهذا المرض وكذلك بعض الأمراض الداخلية الأخرى ، وهذا قد يشير إلى دور الجهاز العصبي المركزي في الإمراض أيضاً .

التشريح المرضي : التشريح المرضي لالتهاب الجلد المثي غير وصفي حيث تبدو فيه ملامح طبيعية وملامح التهاب جلد مزمن ، ويتصف بتقرن وخطل تقرن وشواك معتدل مع سفاج يميزه عن الصداف ، تبدي الأدمة موجودات التهاب جلد مزمن معتدل .

التظاهرات السريرية : يصيب التهاب الجلد الدهني الفروة والوجه ، منتصف الصدر والظهر والثنيات ، ويتصف بآفات محمرة في هذه المناطق ، مغطاة عادة بوسوف دهنية .

التهاب الجلد المثي عند حديثي الولادة

وهو التهاب يصيب الفروة والثنيات عند الأطفال حديثي الولادة ، خلال الأشهر الأولى من العمر عادة . تبين بعض الدراسات استعمار الجلد الكبير بالمبيضات البيض بنسبة ٩٤٪ ، أكثر ما يصيب الناحية الجدارية ومنتصف الرأس ووسط الوجه والثنيات ، العنق ، الإبط ، الشرج ، والناحية التناسلية ومنطقة الحفاض .

يتصف بوجود احمرار عليه وسوف ، أو تحدث جلبات وسفية متراكبة أو تأخذ شكل قبعة المهد ، وفي الثنيات يأخذ أشكالاً مذحية وتكون فيها مبيضات بيض . يأخذ بعض أشكاله ما يشبه البقع الصدافية ويسمى الصداف الحفاضي وهي ليست بصداف حقيقي إنما تتراجع باستثناء الصداف الشائع الذي قد يصيب الطفل . يمكن لالتهاب الجلد المثي عند حديثي الولادة أن ينتشر ويؤدي إلى أحمرية تسمى أحمرية لينر ، وقد تكون بسبب عوز C_5 واضطرابات مناعية أخرى ، وإنذار التهاب الجلد المثي عند الوليد حسن بوجه عام .

التشخيص التفريقي : يجب أن يفرق عن التهاب الجلد التأتبي .

المعالجة : تقتصر المعالجة على تهوية الطفل ما أمكن ، استعمال المطريات المناسبة ، تطبيق مضادات الخمائر (مركبات الآزول أو النستاتين) ولا نميل إلى استخدام الستيروئيدات عندهم .

التهاب الجلد المثي عند البالغين

يمكن تمييز عدة أشكال للمرض وهي حسب الأماكن :

الفروة : تلاحظ فيها وسوف (القشرة بالعامية) هي من التظاهرات الباكرة له ، ويمكن أن يلاحظ احمرار وتوسف جلدي مع زيادة في الزهمية واضحة، قد تصيب مساحات متفاوتة من الرأس ، وقد تمتد لتأخذ شكل اكليل يحيط بالأشعار سمي الإكليل المثي Corona Seborrhaeica (شكل ٩ - ٦) ، ويتصف التهاب الجلد المثي خلف الأذن باحمرار مع وسوف وجلبات وشقوق ، ويمكن أن يصاب صيوان الأذن ومجرى السمع الظاهر .

الوجه : يصاب الوجه وبخاصة الحاجبان والأنف والثلم الأنفي الوجني والذقن ويتصف باحمرار واضح الحدود مع وسوف دهنية ، كما تصاب الأجفان بالتهاب الأجفان التقشري .

الجذع : تصادف بقع حمامية على الجذع في منتصف الصدر ، وقد تلاحظ في منطقة الظهر بين الكتفين وتأخذ شكل بتلات الأزهار وهي وصفية عادة .

الثنيات : تصاب الثنيات بما يشبه المذح وتصاب أيضاً المناطق التناسلية ومنطقة الشرج ويصعب أحياناً تفريقها عن الصداف المقلوب ، يمكن لالتهاب الجلد المثي أن ينتشر ويكون شديداً بسبب عوامل مختلفة منها عوز المناعة المكتسب .

السير : سيره مزمن ، ناكس ، يُعتمد في التشخيص على وجود المث الزائد مع البقع الموصوفة في نواحي الإفراز الزهمي .

المعالجة : تستعمل في معالجة الفروة الشامبوات القطرانية أو التي تحتوي على الكيتوكونازول



الشكل ٩-٦ : التهاب جلد مثي

أو بيريتيون الزنك ، أو سولفيد السيلنيوم ، ويمكن استعمال الستيروئيدات الخفيفة في إصابة الوجه ، ويمكن تطبيق كريمات الكيتوكونازول ، ويمكن تطبيق المعالجة بالأشعة ب . أو الكيتوكونازول داخلاً في الحالات الشديدة .

الإكزيمة اللازهمية Asteatotic Eczema

تسمى أيضاً الإكزيمة التشققية أو إكزيمة الشتاء ، يعتقد أنها تحدث بسبب نقص في الشحوم على سطح الجلد ، ويؤدي ذلك إلى فقدان الماء من الجلد بنسبة كبيرة ، كما يلعب دوراً كل من السن والعوامل البيئية والطقس في الإمراض وتتظاهر الإصابة بجفاف على الأكثر على الساقين والأذرع واليدين مع فلوح chapping .

تعتمد المعالجة على الوقاية من العوامل الخارجية وارتداء الألبسة المناسبة واستعمال الصوابين غير المخرشة بالإضافة إلى المطريات والستيروئيدات الخفيفة .

الإكزيمة القريصية Discoid Eczema

أو تسمى الإكزيمة النمية Nummilar Eczema ، تأخذ أشكالاً دائرية تشبه قطع النقود المعدنية ، محدودة (شكل ٩ ـ ٧) وقد يكون الاندفاع وحيداً أو أكثر ، تندر مشاهدتها لدى الأطفال .



الشكل ٩ـ٧ : إكزيمة قرصية

الإمراض فيها غير واضح غالباً وبعضها قد يكون لعوامل تأتبية ، وتستعمر بشكل كبير بالمكورات العنقودية التي قد تزيد من شدتها ، وقد يكون للرضوض وجفاف الجلد دور في الإمراض .

تتصف الآفات بالشكل الدائري أو البيضوي المحدد ، عليه حويصلات تتآكل وتأخذ شكل بقعة حمامية ، عليها حويصلات نازة ، يمكن أن يكون قطر الآفة من ١ ـ ٥سم أو أكثر مع تشكل جلبات أو وسوف متجلبة ، وقد تشبه الآفات الفطرية . أكثر توضعاتها على الساقين والجذع وظهر اليدين ، قد تبقى الإصابة لسنوات عديدة ما بين تراجع ونكس . يدخل في التشخيص التفريقي معها الآفات الدائرية الشكل كالسعفات الفطرية ، اللمفومات T ، النخالية البيضاء ، بعض حالات الصداف اللويحي .

تستعمل في معالجتها الستيروئيدات القشرية والمحاليل المقبضة ، ومعجونة القطران مع الستيروئيدات وتعطى الصادات داخلاً في الحالات الشديدة .

إكزيمة خلل التعرق Dyshidrotic Eczema

أو الفقعان Pompholyx وهي شكل من الإكزيمة تصيب اليدين (شكل ٩ ـ ٨) والقدمين وحويصلاتها عادة كبيرة ، وتؤلف ٥ ـ ٢٠٪ من كل حالات إكزيمة اليدين . السبب فيها غير واضح ، وقد يكون للاستعداد الوراثي دور في الإمراض وليس للتأتب دور واضح في إمراضها ، وقد يكون للتماس مع المعادن أو مع مواد مختلفة دور واضح في إمراضها ، ويتهم النيكل سواء أكان موضعياً أم عن الطريق العام في حدوث بعض حالاتها ، وقد تتشارك الآفة مع الداء الفطري القدمي ، ويصعب إثبات دور الكرب في إمراض هذا المرض ، وقد تتلو تناول بعض الأدوية أو يفاقمها التدخين . تشاهد الآفة في أي عمر ، وتتصف بظهور مفاجئ لحويصلات رائقة على قاعدة سليمة ، قد تأخذ منظراً فقاعياً في بعض الحالات الشديدة بخاصة في أخمص القدم . تتراجع الآفات عادة خلال أسابيع ولكنها ناكسة ولها شكل يتصف بوسوف كبيرة على الراحتين والأخمصين ويسمى التوسف الصفاحي الصيفي . يمكن أن تتقيح ثانوياً وتتوضع على اليدين والقدمين فقط . يجب نفي الآفات الفطرية والصداف البثري ، وليس للآفة علاقة مباشرة مع التعرق . تعالج بإبعاد السبب إذا أمكن معرفته والتحقق منه ، وتستعمل مغاطس أستتات الألمنيوم ١٠٪ أو مغاطس البرمنغنات ١/٨٠٠٠ وتعطى المضادات الحيوية داخلاً في حال التقيحات الثانوية ، وتطبق الستيروئيدات

خارجاً أو تعطى داخلاً في الحالات الشديدة .

الطفحة الفطرية

أتينا على ذكرها في بحث الفطارات الجلدية .

الجلاد الفتوي الأخمصي Juvenile Plantar Dermatosis

وهو تفاعل جلدي التهابي مزمن يصيب الأطفال ، قد يكون للتأتب وانتعال بعض أنواع الأحذية دور في حدوثه . أكثر ما تصاب به مقدمة الوجه الأخمصي للأباخس وقد يصاب باقي أخمص القدم ورؤوس الأصابع ، يصبح ملمس الجلد شبيهاً بملمس الورق مع وسوف خفيفة وقد تظهر عليه تشققات ويعالج بالمطريات والوقاية من التخريش .

الإكزيمة الانجذابية Gravitation Eczema

تحدث هذه الإكزيمة بسبب فرط التوتر الوريدي وتسمى أيضاً الإكزيمة الركودية أو الوريدية ، وتعد الدوالي العنصر الأهم في إحداثها ويعود سببها إلى زيادة تروية النسج أكثر من الركودة .

تحدث غالباً في أسفل الساق وهي نتيجة خثرة وريدية عميقة وذلك في أعمار متوسطة مع غلبة إصابة الإناث بسبب هرموني وحملي ، وتترافق عادة بتظاهرات أخرى غير الإكزيمة منها فرط التوتر الوريدي ، توسع الأوردة السطحية ، وذمة ، فرفرية ، ترسب هيموزيدرين ، تصبغ منتشر على الساق ، وتقرحات وضمورات بقعية (الضمور الأبيض) .

تتصف ببقع أكزيمية على هيئة سطوح حمامية وذمية فيها حويصلات تكون نازة وتتحلب وتتعرض للتخريش بالأدوية غير المناسبة . توجه المعالجة هنا إلى فرط التوتر الوريدي ومعالجة الإكزيمة بشكل عام .

إكزيمة اليدين

تتعرض اليدان لمواد مختلفة في العمل والمنزل وكذلك للمخرشات والمؤرجات المختلفة ولابد من الإشارة إلى أنواع عديدة من الإكزيمة تتعرض لها اليدان أتينا على شرح بعضها ونكتفي بالإشارة إلى بعضها الآخر ، ومن أهم هذه الأنواع إكزيمة خلل التعرق بأشكالها ، الإكزيمة مفرطة التقرن الراحية وإكزيمة الخاتم وإكزيمة اليد العاملة ، الإكزيمة القريصية وأنواع أخرى نادرة .



الشكل ٩-٨ : إكزيمة خلل التعرق

الاختبارات الرقعية Patch test

تجرى الاختبارات الرقعية (شكل ٩ - ٩) وتوضع المواد المشكوك بها على ظهر المريض وتقرأ النتيجة بعد ٤٨ و ٧٢ و ٩٦ ساعة ، ويحدد بواسطتها المؤرج المسؤول عن الإكزيمة .



الشكل ٩-٩ : اختبارات الرقعة

التهاب الجلد التأتبي (الإكزيمة التأتبية) Atopic dermatitis

وكان يسمى بأسماء مختلفة ، منها التهاب الجلد العصبي ، الإكزيمة داخلية المنشأ وحكاك بينيه وغيرها .

يعرف التأتب بأنه استعداد وراثي للإصابة بالربو ، أو حمى الكلأ ، والتهاب الجلد التأتبي مع زيادة تشكيل أضداد IgE (الراجنة) ويمكن تعريف التهاب الجلد التأتبي بأنه مرض مزمن ناكس حاك بشدة ، وللمرض أرضية وراثية تأتبية أو سوابق تأتبية شخصية .

إن تكرار وقوعات التهاب الجلد التأتبي نحو ٢٪ من الأطفال ، ويبدو أن الإصابات في تزايد بسبب الهجرة إلى المدينة وزيادة التلوث البيئي الكيميائي .

الإمراض : ما يزال السبب في التهاب الجلد التأتبي غير واضح ويبدو أن عوامل عديدة تتداخل في إمراضه وهي :

الوراثة : إن نسبة ٧٠٪ على الأقل من المصابين بالتهاب الجلد التأتبي لديهم سوابق عائلية تأتبية كالربو ، أو التهاب أنفي أرجي ويبد أن إنتاج IgE يتم بإشراف ، جين ، ويبدو أن المرض عديد الجينات .

الاضطرابات المناعية : إن أهم الاضطرابات المناعية الموجودة في التهاب الجلد التأتبي هي زيادة إنتاج IgE والذي يكون بسبب اضطراب علاقة الخلايا التائية مع الخلايا البائية مع اضطراب المناعة الخلوية ونقص الخلايا التائية في الدم ، وإن نسبة الخلايا المساعدة إلى الخلايا الكابتة هي أكبر مما هي عليه في الحالات الأرجية الأخرى ، وتنقص عند هؤلاء المرضى استجابة اللمفاويات في الزجاج نحو المستضدات الجرثومية ، ويفترض أن لدى هؤلاء المرضى نقصاً في الغلوبولين IgA في جدار الأمعاء مما يسمح بمرور المستضدات ، ويشار إلى دور السيتوكينات في الإمراض وبخاصة الانترلوكن ـ ٤ ـ المسؤول عن إنتاج IgE ، ويبدو أيضاً أن عيباً موجوداً في وظيفة خلايا لانغرهانس وفي وظائف الكريات البيض وفي استقلاب الحموض الدسمة . ولابد من الإشارة إلى قابلية إصابة المرضى بالأحماج وزيادة المكورات العنقودية على جلودهم ، وبالرغم من الدراسات الكثيرة ما يزال المرض مجهول السبب .

السريريات : التهاب الجلد التأتبي مرض مزمن يصيب أي عمر وتختلف أشكال الآفات بحسب العمر ، والمرض حاك بشدة ويبدأ عادة بعمر ٢ ـ ٦ أشهر في أغلب الحالات

ولكن يمكن أن يبدأ بأي عمر ، ويتصف بآفاته الحطاطية الحويصلية الإكزيمية ، وبالتحزز والتسحجات وجفاف جلد والأخماج الثانوية .

ويمكن تقسيم المرض إلى : التهاب جلد تأتبي عند الرضع ، التهاب جلد تأتبي عند الأطفال ، التهاب جلد تأتبي عند البالغين .

التهاب الجلد التأتبي عند الرضع : تبدأ الإصابة الإكزيمية عادة على الوجه (شكل ٩ - ١٠) ولكن يمكن أن تصاب مناطق أخرى ، كالرأس وأكثر الأماكن إصابة من الوجه هي الخدان والفروة والجبهة ، وتقف عادة عند مركز الوجه ، وتتصف بالحمامى مع حطاطات وحويصلات حاكة بشدة تنز وتتجلب عادة . عندما يبدأ الطفل بالزحف يمكن أن تصاب الركبتان ويخف المرض أو يشتد بين فترة وأخرى مع حكة شديدة تمنع الطفل من النوم ، ويميل الجلد للتقيح وتتضخم العقد البلغمية المجاورة . ويشفى نحو نصف الحالات بعمر السنة تقريباً وبعضها الآخر يدخل مرحلة التهاب الجلد التأتبي عند الأطفال .

التهاب الجلد التأتبي عند الأطفال : قد يبدأ التهاب الجلد التأتبي في هذه السن أو يكون استمراراً للإصابة عند الرضع . أكثر المناطق تعرضاً للإصابة هي الثنيات المرفقية (شكل ٩ - ١١) ، المأبضية ، العنق والمعصمان والرقبة وظهر اليدين والقدمين . تتصف الإصابة في هذه المناطق عادة بالتحزز ولكن قد تتغير أو تكون حادة أو نازة ، قد تتقيح ثانوياً ويميل الجلد للجفاف وبخاصة في فصل الشتاء ويشكو الطفل من حكة شديدة ويلاحظ لدى بعضهم طية خفية إضافية على الجفن السفلي .

التهاب الجلد التأتبي عند البالغين : يأخذ التهاب الجلد التأتبي عند البالغين صورة مشابهة لما هو عليه عند الأطفال الكبار من حيث التحزز في الثنيات واليدين ويمكن أن يستمر لفترة طويلة ، قد يترافق بحكة شرجية أو فرجية ، وقد يحدث التهاب الجلد حول الفم ويمكن أن تنتشر الإصابة إلى الظهر والكتفين وقد تتعمم وتؤدي إلى أحمرية . قد يصاب المريض بالحكاك البسيط . يعاني اليافعون والبالغون من الحكة الشديدة كما هو الحال في مرحلة الطفولة .

الاضطرابات والاختلاطات المرافقة : يمكن أن يترافق التهاب الجلد التأتبي مع زكام العلف والربو . يتصف المصابون بالتهاب الجلد التأتبي بقابليتهم لحدوث التفاعلات الدوائية بخاصة النمط التأقاني ، كما يتعرض المصابون بالتهاب الجلد التأتبي للأخماج الثانوية الجرثومية

والفيروسية بشكل كبير ، وتؤدي المكورات العنقودية إلى تقوبؤ ثانوي . يختلط التهاب الجلد التأتبي بفيروس الحلأ البسيط (الاندفاع الحماقي الشكل لكابوزي) . ويتصف باندفاعات حويصلية منتشرة تشبه آفات الحماق مع ترفع حروري . يختلط التهاب الجلد التأتبي أيضاً بالموت المفاجئ والحاصة البقعية . يمكن للحالات الشديدة من التهاب الجلد التأتبي أن تؤدي إلى تأخر في نمو الطفل ، ويمكن أن يصاب المرضى بالساد التأتبي أو القرنية المخروطية والتهاب الملتحمة والقرنية ، ويتشارك الداء أحياناً بأمراض استقلابية وراثية مختلفة منها متلازمة فرط غلوبولين IgE .

الإنذار : يبدأ التهاب الجلد التأتبي عادة بعمر ٢ ـ ٦ أشهر وذلك بنسبة ٧٥٪ ويمكن كما ذكرنا أن يبدأ في أي سن ، ولابد من الإشارة إلى أن نسبة قليلة يستمر لديهم المرض حتى عمر ٣٠ سنة بينما نسبة كبيرة تشفى عند البلوغ وتلعب عوامل كثيرة في تحديد الإنذار منها الإصابة لدى الأبوين أو وجود عوامل تأتبية وبنيوية وبيئية وأسرية .

التشخيص : ليس بالسهل دوماً تشخيص المرض ويعتمد في التشخيص على القصة السريرية وتوزع الآفات الإكزيمية والسوابق الشخصية والعائلية والتأتبية . هذا ولقد وجدت في الوقت الحاضر ركائز تعتمد على السريريات والسوابق التأتبية لتشخيص المرض .

يدخل في التشخيص التفريقي مع التهاب الجلد التأتبي أمراض كثيرة منها التهاب الجلد المثي عند الرضع والحزاز البسيط عند البالغين والإكزيمة بالتماس وبعض الأمراض الاستقلابية التي تترافق بإكزيمة تأتبية .

المعالجة : تحتاج معالجة التهاب الجلد التأتبي إلى صبر وأناة من قبل الطبيب وأهل الطفل ، ويجب تفادي المخرشات من ألبسة وغبار المنزل والصوابين وينصح بالمطريات وبمهدئات الحكة . كما يمنع المريض من التماس مع مرضى الحلأ البسيط ، لابد من توفير الراحة النفسية للأطفال المصابين في البيت والمدرسة ، وما يزال تأثير الحمية بين أخذ ورد ، ويمكن تجنب بعض المآكل كمضافات الأطعمة أو أطعمة أخرى يشك بضررها .

تطبق الستيروئيدات الخفيفة عند الأطفال إذا لزم الأمر والأفضل استخدام المطريات وتعالج الاختلاطات بحسب الحالة حيث تعطى الصادات الجهازية في حالات التقيح وتعطى مضادات الهستامين الجيل الأول ، تعطى الستيروئيدات داخلاً في الحالات الشديدة والسيكلوسبورين أحياناً ، كما قد تستخدم المعالجة الكيميا ـ ضوئية (م.ك.ض) (البوفا) .



الشكل ٩-١٠ : التهاب جلد تأتبي عند الرضع



الشكل ٩-١١ : التهاب الجلد التأتبي - إصابة الثنيات



الشكل ٩-١٢ :
حزاز محصور



الشكل ٩-١٣ :
نخالية بيضاء



الشكل ٩-١٤ :
سعفة اميانتية

الحزاز البسيط Lichen Simplex

يسمى أيضاً الحزاز المحصور ، أو التهاب أعصاب الجلد المحصور ، يتصف بلويحة أو لويحات يكون الجلد فيها متحززاً (شكل ٩ ـ ١٢) ، حيث يتصف بسماكته ووضوح الارتسامات الجلدية ويمكن ملاحظة وسوف تذكر بالصداف أحياناً ، الجلاد حاك بشدة ويبدو أنه استجابة لتخريش وفرك الجلد .

تقع أكثر الحالات بين عمر ٣٠ ـ ٥٠ سنة لكن يمكن مشاهدته بأي عمر ، يصيب النساء عادة أكثر من الرجال ، أكثر توضعاته على النقرة والسطوح الباسطة للساعدين والركبتين وعنق القدم ، يجب تمييزه عن التحزز الثانوي كما في الإكزيمة المتحززة والتهاب الجلد التأتبي المتحزز .

المعالجة : يجب أخذ الناحية النفسية في الحسبان إذا ما وجدت اضطرابات نفسية . يجب الإقلال من تخريش وتفريك الجلد بإعطاء مسكنات الحكة ، وتعالج التقيحات الثانوية إذا وجدت ، وتطبق الستيروئيدات الموضعية .

النخالية البيضاء Pitriasis Alba

النخالية البيضاء مرض شائع مجهول السبب ويفترض أن سببه تأتبي كما يُفترض دور للضياء أو العوامل الغذائية ، ذلك أن انتشاره أكثر في الريف من المدينة ، كما أن إصابة الذكور أكثر من الإناث .

يصيب الأطفال بين عمر ٣ ـ ١٦ سنة وتتصف الآفات ببقع بيضوية أو دائرية محمرة أو تكون بلون أحمر فاتح عليها وسوف خفيفة ، تغيب الحمامى فيما بعد وتترك مكانها بقعاً بيضاء اللون تتأثر بالضياء (شكل ٩ ـ ١٣) . البقع عادة متعددة بين ٥ ـ ٢٠ بقعة وأقطارها ١/٢ ـ ١ سم أو أكثر . أكثر توضعاتها على الوجه ، وله أشكال تنتشر على الأطراف والجذع يدخل في التشخيص التفريقي ، البهق وتعالج بالمطريات .

الحزاز الشوكي Lichen Spinulosus

آليته غير معروفة ويتصف بتجمع حطاطات جرابية دقيقة ، تأخذ شكلاً بيضوياً وتتوضع في مناطق مختلفة من الجلد .

السعفة الاميانتية : Tinea amiantacea

أو النخالية الاميانتية ، تتصف بتراكم وسوف دهنية على الفروة ، تشبه بقع الصداف أو التهاب الجلد المثي ، تشبه الأميانت (شكل ٩ ـ ١٤)، تبقى الأشعار طبيعية ، وإذا ما رفعت

الأشعار ارتفعت الوسوف الملتصقة بها . آليتها غير واضحة تعالج بمراهم حمض الصفصاف والشامبوات القطرانية .

الحكاك (الأكال)

Prurigo

نعني بالحكاك المرض الجلدي الذي يتصف باندفاعات حطاطية أو حطاطية شروية أو عقيدية حاكة ، والمصطلح فيه الكثير من التشويش بسبب عدم صلة أنواع الحكاك مع بعضها البعض .

الحكاك الحاد Acute Prurigo

هو تفاعل جلدي تجاه لدغ الحشرات ويغلب مشاهدته في بلدنا في الصيف والخريف ينجم عن لدغ البعوض (شكل ٩ ـ ١٥) أو السوس أو البراغيث ، ويضيف بعض المؤلفين التحسس تجاه الأطعمة ، لكن يغلب أن يكون سببه لدغ الحشرات بخاصة البعوض . يصيب الأطفال (٢ ـ ٨ سنوات) لكن قد يصيب الأطفال الكبار ، والكبار الغرباء عن البلد . ينفي الأهل عادة التعرض للدغ الحشرات .

يتظاهر بحطاطات أو حطاطات مع حويصلات وأحياناً فقاعات وذلك على المناطق المكشوفة من الجسم ، تختلط عادة بالتقيح ، وقد تلاحظ بعض الاندفاعات القليلة على البطن والظهر .

تتكرر الإصابة صيفاً وتترك بقعاً مصطبغة أو ناقصة الصباغ ، ويدخل بالتشخيص التفريقي معه الجرب والتهاب الجلد الحلئي الشكل .

يعالج بوقاية المصاب من اللدغ بالألبسة المناسبة وبالناموسية وتطبق المطهرات وتعطى مضادات الهستامين ويعالج التقيح بالمعالجة المناسبة .

الحكاك تحت الحاد Subacute Purigo

أكثر ما يصيب النساء متوسطات العمر ، ولا يلعب لدغ الحشرات أي دور في إمراضه على خلاف الحكاك الحاد ، والمصابات عُصابيات .

يتصف الحكاك بحطاطات شروية الشكل أو تسحجات على السطوح الانبساطية



الشكل ٩-١٥ : حكاك حاد (لدغ الحشرات)

للأطراف والظهر والجوانب الوحشية للفخذين ، يمكن أن تترك بقعاً مصطبغة ولا تصيب الراحتين والأخمصين ، ويجب أن يفرق الداء عن التهاب الجلد الحلقي الشكل ، وحكاك الصيف وعن حكات الأمراض الداخلية تعطى مضادات الهستامين داخلاً .

الحكاك المزمن Chronic Purigo

يصيب الأطراف بشكل رئيسي ويصيب البالغين بين عمر ٤٠ ـ ٦٠ سنة تشبه اندفاعاته الشرى الحطاطي أو يتظاهر بعقيدات مسطحة التهابية ، وقد يترك تصبغات ، وقد يترافق مع داء هودجكن أو داء كثرة الحمر ويجب تفريقه عن التهاب الجلد الحلقي الشكل ويعالج بمضادات الهستامين ويمكن اللجوء إلى المهدئات أحياناً .

أكال بينيه

وهو من تظاهرات االتهاب الجلد التأتبي .

الأكال العقيدي Nodular Prurgio

يتصف بوجود عقيدات حاكة بشدة ، قد يترافق باندفاعات إكزيمية أيضاً . وذلك على السطوح الانبساطية للأطراف والسبب فيه غير واضح ، قد يكون بسبب التربة النفسية أو بسبب تأتبي ويعالج بمهدئات الحكة ويمكن حقن الستروئيدات بداخل العقيدات ويذكر فائدة

التاليدومايد في معالجة هذا الأكال (يجب الانتباه إلى محاذيره) وقد تفيد م.ك.ض ويمكن أن نلجأ للمهدئات النفسية أحياناً .

الحكـــة

Pruritus

يصعب وضع تعريف دقيق للحكة وأكثر معبر عنها هي الحكة نفسها والتي هي استجابة حركية عبر منعكس نخاعي ، لإحساس غير مريح يثير الرغبة بالحكة . تنقل المستقبلات الجلدية المختلفة إحساس الحكة والألم وهي النهايات العصبية الحرة في الجلد ، وهي عديمة النخاعين وذلك عبر الألياف C التي تدخل في القرن الظهري للمادة السنجابية للحبل الشوكي وتتصالب مع عصبونات ثانوية وتعبر إلى الجانب المقابل من المهاد النخاعي ثم إلى المهاد ثم إلى القشرة الدماغية . ومن الوسائط التي تثير الحكة الهستامين والببتيدات العصبية وبعض أنواع البروستاغلاندينات والعامل المفعل للصفيحات وعوامل أخرى .

الحكة المرافقة للأمراض الجلدية

الحكة عرض مهم قد تكون خفيفة وقد تكون شديدة ومضنية ومعندة تمنع المريض من النوم وتجعله يائساً وسوداوياً .

غالبية الأمراض الجلدية حاكة ، ولكن الحكة مختلفة الدرجة بين مرض وآخر فالنخالية الوردية حكتها خفيفة ، وحكة التهاب الجلد التأتبي شديدة وكذلك الجرب ، كما تختلف درجة الحكة بين شخص وآخر في المرض نفسه ، وذلك لأسباب نفسية ومحيطية بيئية ، كما أن تقويم درجة الحكة مهم في التشخيص . تؤدي الحكة إلى تسحجات تختلف درجتها بحسب المرض ودرجة الحكة ، وكذلك تؤدي إلى تصبغات وتحزز في مكان الحكة وقد تصبح الأظافر لماعة نتيجة لذلك . وقد تسبق الحكة بعض أمراض الجلد وفيما يلي نستعرض الحكات المعممة والحكات الموضعة .

الحكات المعممة

حكة القصور الكلوي : الحكة واحدة من أهم العلامات المرافقة للقصور الكلوي . تصيب ٨٠٪ من مرضى قصور الكلية الموضوعين على الديلزة ، ويكون الجلد لدى المصابين بالقصور الكلوي جافاً ، والديلزة تفيد إلى حد ما في تخفيف الحكة أحياناً بإزالتها للعوامل التي

تؤدي للحكة ، ولكن العوامل التي تزيد من الحكة غير معروفة . وفائدة مضادات الهستامين في معالجتها قليلة . وقد يكون لزيادة كثافة فيتامين آ وهرمون حارات الدرق دور في حدوث هذه الحكة . تعالج الحكة في القصور الكلوي بتطبيق المطريات وقد يفيد استئصال حارات الدرق في بعض الحالات الخاصة ، ويمكن معالجة الحالات المعندة بالأشعة فوق البنفسجية « ب » وقد يفيد حقن مشتقات Cignacaine وريدياً .

الحكة في الركود الصفراوي : تنجم الحكة عن ارتفاع الأملاح الصفراوية في المصل والجلد ويفيد الكولستيرامين في تخفيف هذه الأملاح وبالتالي تخف هذه الحكة ، والتهابات الكبد من الأمراض التي ترافق بالحكة أيضاً ، يفيد الكولستيرامين في معالجة حكة الركود الصفراوي ومضادات الهستامين أيضاً .

عوز الحديد : تعزى بعض حالات الحكة المعممة إلى عوز الحديد .

داء كثرة الكريات الحمر : يصاب مرضى داء كثرة الكريات الحمر بحكة الاستحمام بعد ١٥ ـ ٦٠ دقيقة من الحمام ، وتعزى إلى تجمع الصفيحات وإلى عوامل حاكة كالهستامين . وقد تسبق حكة الاستحمام المرض بسنوات ولا تفيد مضادات الهستامين عادة في هذه الحكة وتذكر فائدة الأسبرين والمعالجة بالأشعة فوق البنفسجية « ب » في تدبر هذه الحكة .

حكة الماء Aquagenic Pruritus : يمكن أن يؤدي الماء بغض النظر عن حرارته بحكة بعد الحمام وآلية هذه الحكة غير واضحة تماماً ، ولا تعنو لمضادات الهستامين عادة . ويمكن الاستفادة من الأشعة فوق البنفسجية « ب » أو إضافة بيكربونات الصوديوم إلى ماء الحمام .

الحكة المرافقة لأمراض الغدد الصم : يمكن للانسمام الدرقي أن يترافق بحكة معممة أو قد تكون محصورة في الناحية التناسلية بسبب زيادة نمو المبيضات البيض المرافق أيضاً . هذا ويساعد نقص نشاط الدرق على زيادة نمو المبيضات أيضاً وبالتالي التسبب بالحكة وكذلك فإن جفاف الجلد يؤدي إلى الحكة ، ويؤهب السكري أيضاً للإصابة بالحكة بسبب الإصابة بالمبيضات .

الحكة المرافقة للتنشؤات الخبيثة : يمكن أن ترافق بعض حالات الخباثات الحشوية والسرطانات الدموية مع الحكة وهذا يستدعي فحصاً طبياً شاملاً للتحري عن هذا السبب .

الحكة الشيخية : يتعرض الشيوخ في سن متقدمة للحكة الشيخية ويعتقد أنها تنتج عن ميل الجلد للجفاف بسبب تنكس الجلد وغدده . ولابد من نفي الأسباب الكثيرة الأخرى للحكة عند الشيوخ قبل وضع تشخيص الحكة الشيخية ومنها الأمراض الجلدية المختلفة والأمراض الجهازية ، تعالج الحكة الشيخية بترطيب الجو الذي يعيش فيه المصاب وتطبيق المطريات على الجلد .

الحكة النفسية : ومنها رهاب الطفيليات حيث يتوهم المريض وجود طفيليات تدب على الجلد أو داخله وهذا عصاب نفسي ، وقد يأتي المريض ببعض القشور أو الوسوف من جلده ليثبت ادعاءه .

ويمكن للحكة النفسية أن تكون موضعة (تناسلية شرجية) أو معممة أيضاً . ويجب الانتباه لنفي الأسباب الكثيرة للحكة قبل وضع تشخيص الحكة النفسية التي تتصف بنوبها القليلة . منها استعمال الصادات لفترة طويلة أو بسبب البواسير والتنشؤات وغيرها .

الإجراءات الواجبة عند وجود حكة معممة

يجب إجراء فحص سريري عام يتضمن فحصاً نسائياً ومساً شرجياً ، تجرى دراسة مخبرية دموية تتضمن تعداداً عاماً وفحص براز لكشف الطفيليات ، صورة صدر فحص درق وكلية ووظائف الكبد ، ويجب نفي التحسس الدوائي .

قد تضطر لأخذ خزعة نسجية وحتى ومضانية ، كما يجب متابعة المرض وفي حال ظهور أية علامة جديدة يجب دراستها لكشف سبب داخلي أو جلدي محتمل لمعالجته المعالجة المناسبة .

الحكات الموضعة

من أهمها الحكة الفرجية والحكة الشرجية والحكة الصفنية .

الحكة الفرجية : تسببها أمراض وحالات كثيرة ويجب أن ندركها في التشخيص التفريقي ومنها السكري والإصابات الكبدية والكلوية وقد تكون هناك أسباب نفسية أو توهم طفيليات أو إصابة بقمل العانة أو التهاب جلد بالتماس مع الغائط ، أو أمراض جلدية موضعية ، فطرية ، أو حزاز تصلبي ضموري ، أو حزاز بسيط أو تنشؤات خبيثة . وقد تكون الحكة الفرجية ناجمة عن التهابات تناسلية ، والمعالجة تكون بحسب الحالة المسببة .

الحكة الشرجية : يسببها أيضاً التهاب الجلد بالتماس باستعمال الأوراق الصحية أحياناً أو الإصابة بالمبيضات البيض في الناحية التناسلية ومنطقة الشرج مما يسبب الحكة أيضاً ، كما يؤدي الضهي إلى حكة موضعة أو معممة أيضاً مرافقة للهبات الساخنة التي تتعرض لها المصابة ويمكن أن تترافق البواسير أو الأورام بالحكة الشرجية أيضاً .

الحكة الصفنية : تحدث أيضاً بأسباب مختلفة منها الفطرية أو التهابات الجلد بالتماس أو بالإصابة بالجرب ، وقد تكون بأسباب نفسية أيضاً وتعالج بمعالجة السبب .

الفصل العاشر

اضطرابات تصبغ الملانين

Disorders of Melanin Pigmentation

يعود لون الجلد الطبيعي إلى الهيموغلوبين ، الكاروتين والملانين فيه ، ولكن الأهم فيها هو الملانين الذي تصنعه الخلايا الملانية الموجودة في الجلد ، وهي بنسبة خلية ملانية واحدة لكل ٣٦ خلية مقرنة . تنقل الخلايا الملانية صباغ الملانين بواسطة غصيناتها إلى الخلايا المقرنة . ويوجد اختلاف في كمية الملانين وتركيبه في الجلد باختلاف العروق ومناطق الجلد ، وتلعب العوامل الفيزيولوجية ، والبيئية ، والعوامل المرضية ، دوراً في إنتاجه . يقوم الملانين بامتصاص الأشعة فوق البنفسجية (ا ف ب) ويحمي الخلايا المقرنة من جذور الأكسجين الحرة ، ويقيها من التخرب . وتقوم الخلايا الملانية بالإضافة إلى تركيبها للملانين بلعب دور في الاستتباب البشروي بإفرازها العديد من السيتوكينات واللمفوكينات .

يتم تصنيع الملانين في الخلايا الملانية بواسطة خميرة التيروزينار (وزنها الجزئيي ٧٥ كدالتون وجينها على الكروموزوم ١١) التي تقلب حمض التيروزين إلى دوبا DOPA ثم إلى دوباكينون ، وبواسطة التيروزيناز أيضاً وتميماتها وعناصر معدنية يتحول دوبا كينون إلى دوبا كينون الأبيض ومن ثم الملون ، وينقلب إلى ٥ ، ٦ ديهيدروكسي اندول ثم إلى أندول ٥ ، ٦ كينون ـ حامض كاربوكسيليك ثم ايوميلانين Eumelanin ولونه بني أو أسود ويتشكل بشكل مشابه مركب آخر هو فيوميلانين ولونه أصفر أو أحمر .

ولقد عرفت في الوقت الحاضر جينات الخلايا الملانية أو جينات منتجاتها وأن العيوب في هذه الجينات تؤدي إلى أمراض في صباغ الجلد . وسنستعرض بإيجاز أمراض نقص صباغ الجلد وزيادته .

أمراض نقص تصبغ الجلد

من أهم أمراض نقص صباغ الجلد البهق والمهق وأمراض أخرى .

البهق Vitiligo

البهق مرض كسبي يتصف بزوال صباغ الجلد البوري ، بسبب فقدان الخلايا الملانية أو لاضطراب في وظيفتها ، ويصيب بشكل رئيسي الخلايا الملانية البشروية داخل الجريب وبدرجة أقل الخلايا الملانية في بصلة الأشعار . مرض البهق شائع ويقدر ١٪ من مجموع السكان وحالاته العائلية ٣٠٪ .

السببيات والإمراض : لم يعرف أو يحدد بعد العامل المسبب للبهق ، ولكن يفترض فيه دور العامل النفسي والرضوح الفيزيائية والحمل ومانعاته وتأثير الشمس بأشعتها فوق البنفسجية ، ولم تثبت الدراسات دورها بشكل واضح حتى الآن . تقترح النظرية الوراثية انتقال البهق عن طريق الوراثة وذلك بوراثة عديدة المورثات PolyGenic ، ولكن غالبية المرضى لا توجد في سوابقهم إصابة عائلية .

أما نظرية التخرب الذاتي فتفترض وجود عامل داخلي يؤدي إلى خلل في وظيفة الخلايا الملانية و/ أو موتها ، وقد يكون هذا العامل أندول كينون أو غيره من المواد السامة لهذه الخلايا .

أما النظرية المناعية الذاتية في البهق ، فتعتمد على أن نسبة من مرضى البهق لديهم أمراض مناعة مرافقة كأمراض الدرق ، فقر الدم الوخيم ، الداء السكري نموذج ١ ــ ٢ ، داء أديسون ، الحاصة البقعية ، وقصور الدريقات المناعي . ولقد بينت الدراسات الحديثة وجود أضداد ذاتية نوعية في المصل نحو مستضدات على الخلايا الملانية ، بالإضافة إلى زيغ في صنيفات الخلايا التائية وكذلك في وظائفها ، ووجد ضعف في استجابة الجلد المصاب تجاه المواد المحسسة . ومما يجدر ذكره حدوث البهق في سياق الميلانوم .

التظاهرات السريرية : يحدث البهق في أي عمر من ٢ ــ ٤٠ سنة وقد يتأخر عن ذلك . يبدأ ببقعة أو بقع ، بيضاء اللون ، زائلة الصباغ ، وتكون بيضاء كالثلج ، حدودها واضحة (شكل ١٠ ـ ١ أ و ب) ، وقد يكون محيطها جلداً بلون طبيعي أو مفرط الصباغ في بعض الحالات . يبدأ غالباً ببقعة واحدة ، أو ببقع متعددة في الحالات الأقل ، ويمكن أن يزداد



الشكل ١٠-١ آ : بقع بهق على الوجه



الشكل ١٠-١ ب : بقع بهق على الوجه الأمامي للساق

عددها ومساحتها ، حيث قد تتلاقى البقع وتصبح بقعاً أكبر وبمساحات مختلفة وقد تبيض الأشعار فيها . هذا ويمكن للبقع أن تكون متناظرة أو متناثرة ، وإن أكثر توضعاتها الوجه (حول العينين) ، جلد المفاصل ، ظهرا اليدين والساقين والناحية التناسلية ، غير أنه قد يصيب أية منطقة من الجلد وحتى الأغشية المخاطية . يختلف تطور وتزايد عدد البقع بحسب الحالة ، فقد يكون متسارعاً ، وقد يبقى مستقراً لسنوات ، لتتشكل بقع جديدة ، وينطبق ذلك على مساحتها وعددها . يمكن أن تتراجع بعض البقع وتشفى ، ويبقى عدد البقع ومساحتها متبايناً بين مريض وآخر . يمكن تصنيف البهق تبعاً لسعة البقع وانتشارها ، إلى البهق البؤري ، حيث يكون بقعة واحدة أو بقعاً محدودة العدد ، وإلى البهق القطعي Segmental والذي يتصف ببقعة أو بقع في منطقة محددة من الجلد ، وإلى البهق المنتشر ، والأخير الشكل الأشيع والأكثر مصادفة ، ويتصف ببقع متناثرة في أرجاء مختلفة من الجلد . ويسمى البهق شاملاً حيث يزيل صباغ الجلد كاملاً وهو نادر . يمكن أن تصاب الخلايا الملانية المتوضعة خارج الجلد كما في العين ، حيث يمكن أن يصاب المريض بالتهاب العنبية ونقص تصبغ المشيمة والشبكية والقزحية والملتحمة ، ويمكن أن يصاب المريض بالتهاب الشبكية الصباغي . ذكرت حالات ترافق بنقص السمع لإصابته الخلايا الملانية في الأذن . وقد يترافق ببعض الأمراض المناعية الذاتية التي ذكرناها في السببيات والإمراض . لا يشكو المصاب من أعراض شخصية عادة ويشكو بعض المرضى من الحكة في بعض الحالات ونصادفها أحياناً .

التشريح المرضي : يتصف بقلة أو انعدام الخلايا الملانية في الجلد المصاب وكذلك انعدام الملانين ، وتكون الخلايا اللمفية قليلة قريبة من الطبقة القاعدية .

التشخيص التفريقي : تدخل في التشخيص التفريقي أمراض كثيرة تتصف ببقع ناقصة الصباغ ، كالنخالية المبرقشة القاصرة ، المهق ، نخالية الوجه البيضاء ، الحزاز التصلبي والضموري ، صلابة الجلد ، الوحمة الفقرمية ، بقع نقص التصبغ التالي للالتهاب ، بقع نقص التصبغ الأساسية ، الجذام وأمراض أخرى . وتشخيص البهق عادة سهل استناداً إلى خصائص البقع المذكورة ، وقد تصادف صعوبات في بعض الحالات .

المعالجة : معالجة البهق ليست سهلة ، وتختلف الاستجابة بحسب الحالات وإن الحرج الذي يصيب المريض في بلادنا يدعونا إلى معالجة المريض للتخفيف من هذه الإساءة إلى جماليته وتقسم هذه المعالجات إلى دوائية وجراحية .

المعالجة الدوائية : تهدف إلى إعادة تصبيغ بقع البهق وذلك بتكاثر وهجرة الخلايا الملانية إلى هذه البقع ، وهي تهاجر عادة بضعة ملليمترات فقط ، وحيث يكون معينها جريب الشعرة . ومن هذه المعالجات تطبيق الستروئيدات بدرجاتها ٤ ـ ٥ وتطبق مرة واحدة يومياً لعدة أشهر ولا ينصح بتطبيق الستروئيدات القوية بسبب تأثيراتها الجانبية ، ولا ينصح بالمعالجة بالستروئيدات الجهازية في العادة .

المعالجة الضوئية والكيميا ـ ضوئية : وننصح بتطبيقها في الحالات المنتشرة ويمكن إجراؤها بتطبيق مركبات البسورالين موضعياً أو عن الطريق العام ولا ينصح بإجراء هذه المعالجة للأعمار أقل من سن البلوغ ، ويمكن تطبيق البسورالينات موضعياً في الحالات المحدودة وتعريضها للشمس (ليس على الوجه) ويجب الحذر الشديد من حدوث حروق قد تكون شديدة أحياناً .

يزال صباغ الجلد المتبقي في حالات البهق الشامل .

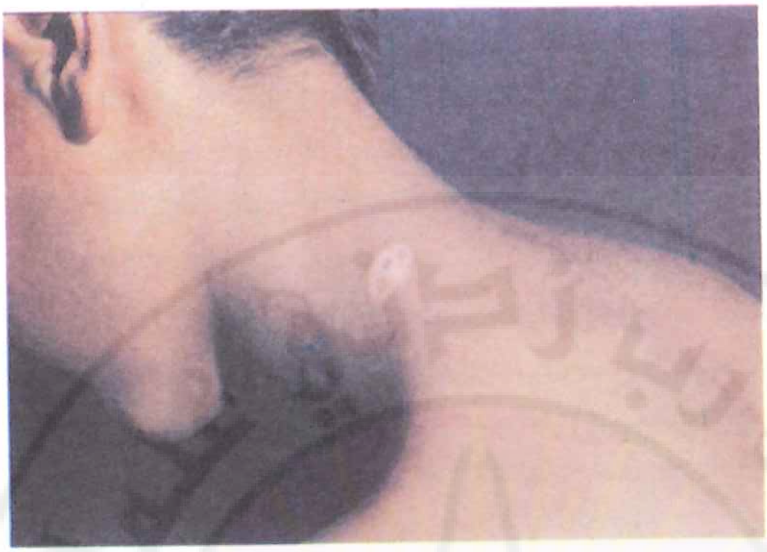
المعالجة الجراحية : وهي حديثة نسبياً وتجرى في الحالات التي لا تستجيب للمعالجات الدوائية وفي البهق المحدود ونتائجها محدودة والنكس وارد ، وتعتمد الطعوم بالخازع أو الطعوم الصغيرة أو الطعوم البشروية أو بوضع طعوم الخلايا الملانية المزروعة وغير ذلك من التقانات والنتائج متباينة بين دراسة وأخرى . ولا تخلو هذه المعالجة من تأثيرات جانبية . يمكن في بعض الحالات وشم منطقة الشفتين ولكن النكس وارد . يمكن تطبيق المموهات في الحالات التي لا تستجيب للمعالجات . ولابد من الانتباه للعامل النفسي عند المريض والتخفيف من قلقه بسبب آفته التي ينظر إليها نظرة غير عادلة من قبل المجتمع .

الوحمة الهالية Halo Nevus

وتسمى وحمة سوتون أيضاً وتنجم عن تفاعل مناعي يؤدي إلى اضطراب في تشكل الملانين وتخرب الخلايا الملانية في الوحمة الملانية وما حولها وتشاهد كثيراً عند مرضى البهق . تتصف بهالة زائلة الصباغ حول وحمة ملانية (شكل ١٠ ـ ٢) وكثيراً ما تشاهد عند الفتيان ومعالجتها غير ضرورية .

متلازمة فوكت ـ كوياناجي

تتصف هذه المتلازمة بالتهاب في العنبية مع خفة سمع وبهق وحاصة بقعية وشيب مبكر ، وآليتها غير معروفة ولكن تتهم الأخماج الفيروسية فيها .



الشكل ١٠-٢ :وحمة ساتون

المهق Albimismn

المهق اضطراب مورث في تركيب الملانين ، يصيب الجلد والشعر والعينين . تكون الخلايا الملانية فيه عادة طبيعية ولكن العيب المورث يقع في خميرة التيروزيناز والتي لها دور مهم في تركيب الملانين .

يتصف المهق الجلدي العيني بنقص ملان شامل ولادي ، يصيب العين والجلد والشعر (شكل ١٠ - ٣) . يكون لون الشعر أبيض والعينان زرقاوين والجلد أبيض ناصع البياض . صنف في الماضي إلى إيجابي التيروزيناز وسلبي التيروزيناز ، يصنف في الوقت الحاضر إلى عدة أشكال تبعاً لمورثة التيروزيناز والطفرة الحادثة فيها ، ويتصف المرض بالرأرأة ورهاب الضوء وتناقص حدة الرؤيا . وتختلف الأعراض والعلامات وشدتها بحسب كل شكل ويختلف نموذج الوراثة بحسب شكل المرض . يجب وقاية المصابين من أشعة الشمس خوف حدوث السرطانات مع تقدم العمر .

المهق الجزئي Pibaldism : يورث بصفة جسمية سائدة تكون الخلايا الملانية ناقصة أو غائبة من مناطق الإصابة . يتظاهر بوضح ولادي ثابت ، يظهر غالباً منذ الولادة ويتصف ببقع ناصلة الصباغ أقطارها ١ - ٦ سم ، تبقى ثابتة مدى الحياة ، تتوضع على البطن ، الذراع



الشكل ١٠-٣ : مهق

أو الفخذ ، وتكون ثنائية الجانب ، ويشاهد منها في العادة بؤرة واحدة على الحاجب مترافقة بخصلة بيضاء من الشعر وقد توجد فيها بقع مفرطة التصبغ داخل البقع ناقصة الصباغ . وتجرب في معالجته البوفا والطعوم الجلدية والنتائج غير مرضية دوماً .

نقص التصبغ التالي للالتهابات والأمراض والتنشؤات

تترك بعض الاندفاعات الجلدية نقصاً في صباغ الجلد بعد تراجعها ومن أمثلتها الصداف ، والسارکوئيد والفطار الفطراني . تعد النخالية البيضاء من الأمراض الشائعة عند الأطفال كما ذكرنا في بحثها وتتصف ببقع بيضاء اللون على الوجه عليها وسوف ناعمة ، قد تنتشر إلى أماكن أخرى . ومن الأمراض الأخرى التي يمكن أن ترافق ببقع بيضاء ، النخالية الحرازانية المزمنة .

يمكن لبعض الأمراض أن يتشارك اندفاعاتها ببقع ناصلة اللون كالجذام حيث يكون الحس معدوماً فيها ، على عكس بقع البهق حيث يكون الحس فيها سليماً ، وتقصر بقع النخالية المبرقشة وتؤدي إلى بقع بيضاء اللون وتسمى النخالية المبرقشة القاصرة ومن الأمراض الخمجية أيضاً داء البنتا ، والوضح في الإفرنجي .

وقد تؤدي المعالجة بأشعة رونتجن والأذيات المندبة إلى بقع ناقصة الصباغ ويؤدي

تطبيق بعض المواد الكيماوية على الجلد إلى نقص صباغ وكذلك بالتماس معها كما في صناعة المطاط .

نقص الملان النقطي الغامض Idiopathic Gruttate Hypomelanosis

تتصف ببقع زائلة الصباغ ، أقطارها بين ٢ ـ ٦ ملم ، أكثر توضعاتها على المناطق المعرضة للضوء في الطرفين السفليين والعلويين وأكثر ما تشاهد في سن بعد ٤٠ سنة من العمر وتأتي أهميتها بوجوب تفريقها عن البهق ، وقد يفيد التبريد الخفيف بالآزوت السائل في تراجعها .

متلازمات أخرى تتظاهر ببقع ناقصة الصباغ

نذكر من هذه المتلازمات متلازمة واردنبرغ التي تورث بصبغي جسدي سائد بنفوذية مختلفة ويتصف بعلامات مهق جزئي وضخامة جذر الأنف ، وخلل في تنسج الجمجمة وتلاقي في الحاجبين ، وقزحية متغايرة اللون وصمم ولادي وابيضاض شعر مقدمة الرأس .

ومن هذه المتلازمات التي تتصف ببقع ناقصة صباغ مع اضطرابات أخرى مشاركة ، متلازمة تيتز ، متلازمة وولف ـ دولفيتز ـ الدوس ، بيلة الفنيل كيتون ، الوحمة ناقصة الصباغ ، نقص ملان ايتو Ito والتصلب الحدبي .

أمراض فرط صباغ الجلد

سنأتي على أهم هذه الأمراض شيوعاً ومنها الكلف والنمش وبعض المتلازمات التي تترافق مع فرط تصبغ ، وسنترك بعضها الآخر حيث يمكن الإطلاع عليها في الكتب المرجعية الواسعة .

الكلف Melasma

الكلف فرط ملان بني اللون كسبي ، يصيب الوجه بشكل متناظر ، تسببه عوامل عديدة بتأثير الشمس التي تعد العامل الأهم في إثارته .

السببيات والإمراض : تثبت الدراسات فوق المجهرية زيادة نشاط وعدد الخلايا الملانية في بقع الكلف ، حيث تبدو مفصصة وفيها كثير من الملانوزومات الملانية . ويعد السبب في غنى هذه الخلايا بالملانوزومات ، تناول مانعات الحمل ، المذوقات (بآلية انسمام ضوئي) ، الوراثة ، الاضطرابات الصماوية ، عوامل عرقية وعوامل استقلابية والتغذية . وتعد أشعة الشمس أهم العوامل في إحداثه ويؤيد ذلك كثرة الإصابة به في البلاد المشمسة وكذلك

خلال فصل الصيف . ومن المعروف أن أ ف ب (٢٩٠ ـ ٤٠٠) تزيد من فعالية الخلايا الملانية وبالتالي زيادة فرط التصبغ ، ويؤيد ذلك التحسن في الكلف باستعمال واقيات الضياء ذات العامل الضوئي واسعة الطيف ، والنكس في حال التعرض للشمس . غير أن الآلية التي يتم بها الكلف بشكل دقيق غير واضحة تماماً ولكن من المعروف أن البروجسترون والاستروجين يفعلان عملية التملن ، وبالتالي هم المسؤولان عن حدوث الكلف في الحمل وبمانعات الحمل . لم تجد الدراسات ارتفاعاً في قيم MSH ولا في قيم IV ـ كيتوستروئيد أو في الكورتيزول ، غير أن بعض هذه الدراسات وجدت ارتفاعاً في الهرمون الملوتن وانخفاضاً في قيم الاستراديول وهذا يمكن أن يقدم دليلاً على اضطراب مبيضي . ولابد من الإشارة إلى دور العامل الوراثي في بعض حالات الكلف .

التظاهرات السريرية : يصيب الكلف النساء والفتيات العذارى وأكثر ما يصادف في المناطق المدارية وتحت المدارية ويصيب ٥٠ ـ ٧٠٪ من الحوامل و ٨ ـ ٢٩٪ من متناولات مانعات الحمل . يصيب الرجال بشكل نادر ، يتصف الكلف بفرط تصبغ متناظر يصيب الجبهة ، الصدغين ، الخدين ، الشفة العليا ، ظهر الأنف ، ويتجلى ببقع غير محدودة وغير منتظمة بنية اللون (شكل ١٠ ـ ٤ أ و ب) ، قد تتلاقى بشكل بقع كبيرة . يصنف إلى بشروي (بني اللون) وأدمي (أزرق ـ رمادي) ومختلط (بني ـ رمادي) وقد يكون لهذا التصنيف بعض الفائدة في المعالجة .

التشريح المرضي : يتوضع الملانين بشكل رئيسي في الطبقة القاعدية والطبقات التي فوقها ، وتزداد كثافة الملانين في تغضنات الخلايا الملانية في الشكل البشروي ، ونجد أصباغ الملانين في الأدمة بالإضافة إلى البشرة .

التشخيص التفريقي : يجب تفريق الكلف عن فرط التصبغ الدوائي وعن ملان ريل وتبرقش الجلد لسيفات والحزاز المسطح المصطبغ والمغرانية خارجية المنشأ والتهاب الجلد بالتماس المصطبغ والتصبغات التالية للالتهاب .

المعالجة : تقوم معالجة الكلف على إيقاف مانعات الحمل أو بعض الهرمونات إن أمكن ذلك . وعدم تطبيق المذوقات على الوجه وتعد الوقاية من الشمس ذات الأهمية الكبيرة باستعمال دارئات الشمس ذات الوقاية العالية . يطبق الهيدروكينون وحده أو مشتركاً مع حامض الريتونيك والستروئيدات . يمكن تطبيق حامض ازياليك (غير متوافر في أسواقنا في



الشكل ١٠-٤ آ : كلف



الشكل ١٠-٤ ب : كلف



الشكل ١٠-٥ : نمش



الشكل ١٠-٦ : متلازمة بوتز - جيكرز

الوقت الحاضر) وهو ذو فائدة . يفيد تقشير الجلد بالمقشرات أو باللايزر الذي يفيد في معالجة التصبغات . يجب عدم معالجة الحامل إلا بعد الوضع وامدة أشهر .

النمش (Ephelides (Freckles

يصيب النمش ذوي الشعر الأحمر أو الأشقر ويورث بصبغي جسدي سائد .

الإمراض : يصبح النمش أكثر وضوحاً في الربيع والصيف وذلك بتأثير ا. ف. ب. التي تحث الخلايا الملانية على إنتاج الملانين وعدد الخلايا في بقع النمش نفسه في الجلد الطبيعي وإنما تزداد فعاليتها عند المنمشين .

التظاهرات السريرية : يتصف النمش ببقع قطرها أقل من ٠,٥ سم عادة حدودها واضحة ، لونها بني ضارب للصفرة ، تختلف كثافتها بحسب الحالات وهي متناظرة في العادة (شكل ١٠ ــ ٥) . أكثر توضعاتها في منتصف الوجه ، الساعد ، العضد ، الكتفين وأعلى الظهر في الأعمار الباكرة وتتراجع عادة مع تقدم العمر .

يمكن للنمش أن يكون من تظاهرات بعض المتلازمات كما في الورم الليفي العصبي ، شياخ الجلد (البروجيريا) ، متلازمة مونيهان .

المعالجة : ليس للنمش من معالجة سوى الوقاية من الضياء بواقياته المناسبة .

وحمة أوتا Ota nevus

وهي أورام عابية للخلايا الملانية الأدمية يمكن أن تظهر مع الولادة أو تتأخر حتى الطفولة الباكرة أو البلوغ . تتصف ببقع ذات لون أسود ضارب للزرقة وهي وحيدة الجانب وتظهر على مسار العصب مثلث التوائم ، مع تصبغ بني ضارب للسواد في الناحية الصدغية (الملتحمة ، القزحية) . ومعالجتها بالموهات وقد تكون معالجتها مفيدة باللايزر الخاص بالتصبغات .

متلازمة بوتز ـ جيكرز Peutz - Jeghers Syndrome

مرض عائلي ، يورث بصبغي جسدي سائد وتتصف ببقع نمشية الشكل لونها بين اللون البني إلى بني أسود وذلك في المناطق حول الفم والحجاج (شكل ١٠ ــ ٦) والشفتين وقد تصادف في باطن الفم وظهر اليدين وذلك في الطفولة الباكرة . تترافق بسليلات معوية ، يمكن أن تترافق بأعراض معوية بطنية .

ملان ريل Riehl's Melanosis

عزي سابقاً في نهاية الحرب الكونية الأولى إلى سوء التغذية . ولكن يصنف في الوقت الحاضر مع التهاب الجلد الملاني الانسمامي أي التهاب جلد ضيائي بالتماس ، بمواد التجميل . يتصف ملان ريل بتصبغ شبكي لونه بين الرمادي الفاتح إلى البني الغامق ، توضعاته الرئيسية الجبهة ، الصدغان ، الخدان ، الأوجه الجانبية للعنق ويعالج بواقيات الضياء .

فرط التصبغ الدوائي

يحدث فرط تصبغ في الجلد نتيجة تعرضه لبعض الأدوية ، منها مضادات الملاريا ، التتراسكلينات ، المعادن الثقيلة (أملاح الذهب) بعض الأدوية المضادة للسرطان ، كالسيكلوفوسفاميد والبليومايسين ، والفينوتيازينات ، والأمينودارون والكلوفازيمين .

فرط التصبغ الثانوي التالي للالتهاب

قد يحدث تصبغ بقعي أو لويحي بلون بني بعد حالات الالتهاب الجلدي كما في الحزاز المسطح والذأب بالحمامى القريصي والنشواني البقعي وأمراض أخرى .

فرط التصبغ الصماوي والعوزي

وتشاهد في داء أديسون وفي الأورام المفرزة لهرمون ACTH وفي الأورام الغدية وفي فرط تصنع نشاط الدرق في منطقة الحنجاج .

تحدث تصبغات أيضاً في البلاغرا وعوز فيتامين C وحمض الفوليك وعوز فيتامين ب١٢ وداء سوء الامتصاص .

الفصل الحادي عشر

جلادات اضطرابات التقرن

Disorder of Keratinization

يؤدي عيب التقرن ، الذي يحدث في اضطرابات التقرن ، إلى تشكل طبقة قرنية شاذة إضافةً للتغيرات الشكليائية الكبيرة التي قد يحدثها هذا العيب أحياناً .

إن أسباب اضطرابات التقرن غير معروفة عموماً ، لكنه قد تتحدد وراثياً في العديد من الحالات التي تعرف بالجلادات الوراثية ، كما قد يكون سبب اضطرابات التقرن كسبياً أحياناً ، أو عرضاً أو علامة لأمراض بدئية مختلفة .

هذا وينجم فرط التقرن (تسمك الطبقة المتقرنة) إما عن تسارع في تكون البشرة الذي يؤدي بدوره لتشكل الكثير من الخلايا المتقرنة ، وهذا هو فرط التقرن التكاثري كما هو الحال في الصداف مثلاً ، أو عن تأذي حدثية التوسف المؤدي لانفصال القليل من الخلايا المتقرنة عن سطح الجلد ، وهذا ما يدعى بفرط التقرن الاحتباسي كما هو الحال في السماك الشائع .

تقسم التقرانات اعتماداً على الأماكن التي يحدث فيها اضطراب التقرن إلى مايلي :

١ً ـ تقران منتشر

٢ً ـ تقران راحي أخمصي

٣ً ـ تقران جريبي

٤ً ـ تقران محدد لا يرتبط بالجريبات

التقران المنتشر Diffuse Keratoses

ويتضمن العديد من أشكال السماكات التي يمكن أن تتميز عن بعضها اعتماداً على الأسس السريرية ـ الوراثية ـ النسجية المرضية ـ البنية المستدقة Ultrastrcture والمميزات

الكيميائية الحيوية في بعض الحالات .

يصاب كامل الجسم بتقرن شاذ في هذا النوع من التقران . هذا وسنذكر من هذا التقران المنتشر الوراثي وببعض الإيجاز كلاً من زمرة السماك الشائع ـ زمرة السماك الولادي وزمرة السماك المكتسبة .

زمرة السماك الشائع

١ـ السماك الشائع Ichtyosis Vulgaris

السماك الشائع ، حالة إرثية من التقرن الشاذ المعمم ، الذي يأخذ درجات مختلفة الشدة ، كما يتصف بوسوفه الجافة التي تلتصق بالجلد بثبات .

الإمراض : يعزى اضطراب التقرن في السماك الشائع إلى نقص في انفصال الخلايا المتقرنة عن البشرة (فرط تقرن احتباسي) ، ويبدو أن الخلل الأساسي فيه يكمن في تشكل كيراتوهيالين شاذ بكمية زهيدة جداً .

التشريح المرضي : ويبدي فرط تقرن سوي بين الجريبات إضافةً لغياب الطبقة الحبيبية .

التظاهرات السريرية : تتجلى التبدلات المتناظرة لهذا الداء جليةً بخاصةً على السطوح الباسطة للأطراف ، وكامل الجذع لاسيما القسم السفلي منه ، بينما تعف التبدلات عن الثنيات الكبيرة (الحفرة المأبضية ـ الإبطية ، المرفقية) (شكل ١١ ـ ١) .

يكون الجلد في هذا الداء جافاً لانعدام الزهم ، ومترافقاً بوسوف ناعمة رقيقة ملتصقة على الأماكن الانتقائية التي ذكرناها ، كما لاتصاب بهذا السماك المخاطيات . ينتقل هذا المرض إرثياً عن طريق صبغي جسدي سائد ، ويبدأ ظهوره في نهاية السنة الأولى من العمر .

هذا وإن لهذا النوع من السماكات أشكالاً سريرية متعددة ، تفرق عن بعضها اعتماداً على وخامة التبدلات الجلدية السريرية . علماً بأن جميع تلك الأشكال تصيب الوجه والفروة حيث يبدو عليهما وسوف جافة ناعمة ، كما قد ترافق الإصابة بحاصة منتشرة معتدلة الشدة ، واشتداداً في الخطوط الجلدية للراحتين والأخمصين حيث تصبح أكثر عمقاً واتساعاً وعدداً ، لذا فإن الجلد فيهما يبدو سميكاً لامعاً (سماك اليد ، سماك القدم) .

أما الأعراض الشخصانية لهذا السماك فقليلة نسبياً ، حيث تكون الحكة فيه خفيفة



الشكل ١١-١ : السماك الشائع

الشدة . هذا ويشتد هذا المرض شتاءً ، كما يخف صيفاً ، كما تخف بعض حالاته عند بلوغ المصاب سن الكهولة .

ومما يجدر ذكره هنا أن مرضى هذا الداء يكونون عرضة للتأزم بسبب نقص مقاومة طبقاتهم المتقرنة ، كما نشرت حوادث عن ترافق هذا السماك بإكزيمة تأتبية وإصابات عينية تجلت بعتامات opacities نجمت عن شواذات في جزئ السدى العميق للقرنية .

المعالجة : لقد أصبح ممكناً علاج السماك بالاترتينيت Etretinate أما المعالجة الموضعية فتقوم على الحمامات الملحية (كلور الصوديوم الصناعي بنسبة ١٪ ـ ٣٪) أو الاستحمام في البحر ، والحمامات الزيتية ، ذلك أن تلك الحمامات ترطب الطبقة المتقرنة بجلبها الماء والشحومات إليها ، إضافةً للمعالجة بالمطريات والموسفات الخفيفة ومنها مركب اليوريا Urea بنسبة ١٠٪ .

٢ ـ السماك الصاغر الصبغوي X- chromosomal Recessive chthyosis

المرادفات : السماك الشائع الصاغر ، السماك الشائع المرتبط بالجنس .

هو شكل من السماك الشبيه بالسماك الشائع سريرياً ، وينتقل بصفة صاغرة مرتبطة بالجنس ، ولا يصيب إلا الذكور .

الإمراض : يتجلى الإمراض في هذا النوع من السماك بفرط تقرن احتباسي ، إضافة

لأن الاختبارات الكيمياوية الحيوية تبدي غياب فعالية الستروئيد سلفاتاز Steroid sulfate والأريل سلفات Arylsulfate E في كل من البشرة والأورمات الليفية والكريات البيض ، كما يكون تشكل الكيراتوهيالين سوياً ، بينما يلاحظ نقص في عدد الجسيمات المتقرنة Keratosome * .

التشريح المرضي : يكون فرط التقرن بين الجريبات في الطبقة المتقرنة سوياً وتعادل سماكته عشرة أضعاف سماكته الطبيعية ، إضافةً لكون الطبقة الحبيبية طبيعية .

التظاهرات السريرية : يشبه بتوضعاته السماك الشائع ، لكن وسوفه تكون أكبر وأعتم ، كما أن هذا النوع من السماك لا يعف عن إصابة الثنيات كما يغيب فيه كل من « سماك اليدين » و « سماك القدمين » إضافةً إلى أن هذا السماك لا يبدو ترافقه بالأهبة للتأتب ، وظهور علامات المرض فيه منذ الولادة ، وعدم ميل هذا المرض نحو التحسن عندما يكبر المريض .

المعالجة : المعالجة ملطفة ، لكن استجابة هذا الداء لمعالجات السماك الشائع ضعيفة نوعاً ما .

٣ـ متلازمة ريفزوم Refsum Syndrome

الإمراض : تنجم هذه المتلازمة عن شذوذ إنظيمي ولادي ينتقل بصبغي جسدي صاغر ، حيث يمنع هذا الإنظيم المعيب (هدروكسيلاز حمض الفيتاني) من حدوث الاستقلاب الطبيعي للحمض الفيتاني في الطعام ، مما يؤدي إلى تراكمه .

التظاهرات السريرية : تبدأ تظاهرات هذه المتلازمة في الطفولة الباكرة عادة حيث تحدث تبدلات إمراضية في كل من الجلد والعينين والأعصاب ، أما التبدلات الجلدية فتشبه التبدلات التي يحدثها الشكل البسيط من السماك الشائع ، كما تتضمن الموجودات المجموعية كلاً من العمى الليلي ، واضطرابات الرؤية الأخرى التي ترافق بالتهاب الشبكية الصباغي اللانمطي ، وفقد السمع العصبي الحسي ، والتهاب الأعصاب المترقي المزمن مع شلول قاصية ، وعلامات دماغية كالهزع .

---

* هنالك نظرية مفادها أن للجسيمات المتقرنة دوراً في حدثية التوسف الطبيعي في الطبقة المتقرنة لذا فإن نقص شكل هذه الجسيمات ونكسها المتأخرين يفسران التأخر في انطراح الخلايا المتقرنة .

المعالجة : ملطفة ، وتتم كما في أشكال السماكات الأخرى ، وتعطي الحمية الخالية من الكلوروفيل تحسناً لهذه المتلازمة .

ب ـ زمرة السماك الولادي

ينتقل معظم هذه الزمرة من السماكات بالصبغيات الجسدية الصاغرة وهي تضم أشكالاً عديدة من السماكات الولادية نكتفي بذكر أهمها .

١ً ـ السماك الصفاحي Lamellar ichthosis

يندر حدوث هذا النوع من السماك الذي له شكلان أولهما ينتقل بالصبغي الجسدي الصاغر ، بينما ينتقل ثانيهما بالصبغي الجسدي السائد .

التظاهرات السريرية : وصفت درجات مختلفة في شدتها لهذا السماك وهو يصيب دائماً وعلى وجه التقريب سائر أنحاء الجلد ، والأطفال المصابون يولدون عادةً وهم مغلفون بغشاء يشبه الكولوديون ، الذي يختفي عادة بعد ثلاثة أسابيع مؤدياً إلى شفاء تام للحادثات ، أو بتبدله إلى صورة نموذجية للسماك الولادي . هذا وإن الطفل الكولوديوني يمثل متلازمة سريرية ذات تأويلات عديدة ، كما وصفت على أنها شكل آخر من السماكات في بعض الحالات .

المعالجة : وتتم بالسترويدات الموضعية ، كما يمكن المعالجة بالسترويدات الجهازية . كما تحسن المعالجة بحمض « الريتنوئيك المقرون » عن طريق الفم المصابين بالسماك الصفاحي .

٢ً ـ الجنين الهارج Harlequine Fetus

ومن مترادفاته أيضاً السماك الولادي المميت ، السماك الولادي نمط ريك الأول والقرنوم الخبيث .

الحدوث : يندر حدوثه ، ومن المحتمل أنه ينتقل عن صبغي جسدي صاغر ، يمثل هذا المرض نمطاً وراثياً مميتاً من التقرن الشاذ ، ويحتمل أن يحدث فيه تشكل الكيراتين بيتا مكان تشكل الكيراتين ألفا الطبيعي * .

---

* يعد الكيراتين بيتا من المكونات السوية في جلد الطيور والزواحف .

التظاهرات السريرية : قد تكون هذه الظاهرة شكلاً أشد وخامة من الاضطراب الذي يتراءى بالطفل الكولوديوني ، إذ يعتل الجلد بها ضمن الرحم فيصبح مشكلاً من صفائح سميكة كصفائح الدروع ، مغطية الجسم بكامله .

وتكون الأذنان غائبتين أو رديمتين (rudimentary) ، مع شنف الشفتين وشتر خارجي في الأجفان وفي مخاطية الفم والناحية التناسلية . يفضي هذا الاضطراب عادةً إلى الاملاص أو الموت الباكر بعد الولادة (شكل ١١ ـ ٢) .

جـ ـ زمرة السماك المكتسبة

أدواء السماك المكتسبة (العرضية) Acquired (Symptomatic) Ichthyoses

التظاهرات السريرية : لايمكن تمييز هذه السماكات سريرياً أو نسجياً عن السماك الشائع ، لكن قد تصاب ثنيات المفاصل الكبيرة بها ، كما تترافق بحكة واضحة ، ومن الأهمية استقصاء القصة المرضية والسوابق الأسرية لهذه الإصابة .

الأسباب : تحدث الآفات الجلدية سماكية الشكل هذه :

١ ـ كمتلازمات مواكبة للأورام في داء هودجكن ، والفطار الفطراني ـ اللمفومات الخبيثة الأخرى ، والسرطانات الحشوية .

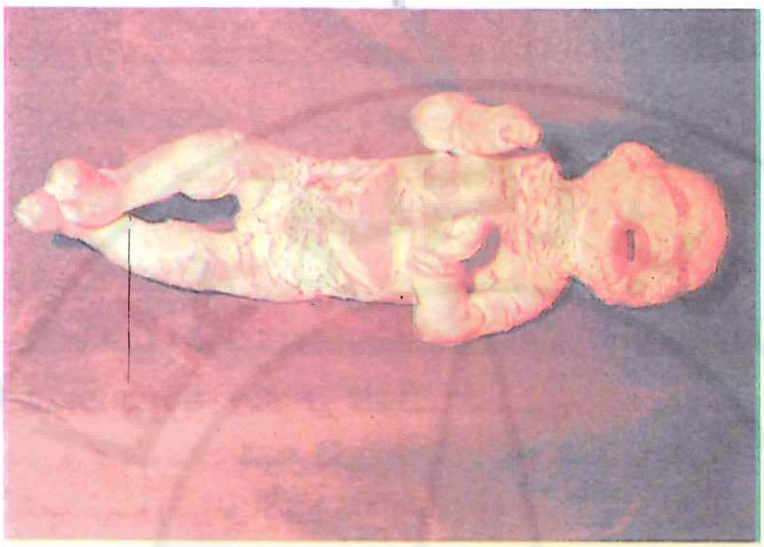
٢ ـ وكعرض مرافق للأمراض الخمجية ومثالها الجذام ـ التدرن ـ الحمى التيفية والايدز .

٣ ـ وفي الدنف ـ عوز الفيتامينات (عوز فيتامين آ) ـ والبلاغرا . ومن المعروف حدوث هذه السماكات في كل من الديال ـ وقصور الدرقية ـ واضطرابات التغذية العصبية ، كما يمكن أن يثار حدوث هذه السماكات،بالأدوية (كحمض النيكوتينيك) .

أما الآفات سماكية الشكل التي تصيب المسنين والتي تعرف بالنخالية الشيخية أيضاً فهي فيزيولوجية غالباً وتعزى إلى نقص الزهم .

التقرانات الراحية والأخمصية Palmar and plantar Keratoses

يعرف فرط التقران الراحي الأخمصي بأنه زيادة في ثخانة الطبقة المتقرنة في جلد الراحتين والأخمصين ، وله أشكال مكتسبة وأشكال وراثية أما الأشكال المكتسبة فسببها أمراض جلدية مختلفة منها الصداف ، داء ريتر ، النخالية الحمراء الجرابية ، الإكزيمة ، الحزاز



الشكل ١١-٢ : الجنين الفارج



الشكل ١١-٣ : فرط تقران راحي أخمصي

المسطح ، فطور القدم ، والإفرنجي ، كما قد يحدث فرط تقرن مكتسب أحياناً في سن اليأس (تقرن سن اليأس) ، كما قد يكون ظاهرة مرافقة لخباثة داخلية ، ولتناول الزرنيخ (شكل ١١ - ٣) .

أما الأشكال الوراثية فكثيرة وقد تشاهد بمفردها أو أنها تترافق بأمراض ومتلازمات أخرى ، كما أن قسماً منها ينتقل عن طريق صبغيات جسدية صاغرة في حين أن البقية الأخرى منها إما أن تنتقل عن طريق صبغيات جسدية سائدة ، أو مرتبطة بالجنس . هذا وسنذكر وباختصار بعضاً من أهم التقرانات الراحية الأحمصية مشاهدة وهي :

١ً ـ التقرن الراحي الأحمصي المنتشر المحدد ، داء توست ـ أونا

التظاهرات السريرية : يبدأ هذا التقران الذي ينتقل بصبغي جسدي سائد في السنة الأولى أو الثانية من العمر . تكون آفات التقران هذه متناظرة ، وتتألف من تسمك منتشر في الطبقة المتقرنة ، وتبدو بلون شمعي مصفر ، كما يحدد فرط التقران الراحي الأحمصي بهامش واضح ، أحمر وردي اللون إضافة لتزافقه بفرط تعرق غالباً .

أما المعالجة فتقوم على إعطاء الإيتريتنات داخلاً ، وحالات القرنين مثل حمض الصفاف بنسبة ٥ ـ ١٠٪ خارجاً .



الشكل ١١ـ٤: داء ميليا

٢ً ـ التقران الراحي والأخمصي النافذ « داء ميلدا »

Keratosis Palmoplantaris Transgrediens

وصف هذا التقران في البداية في جزر الأدرياتيك (جزر ميليدا) لدى القربى ، وتنتقل هذه الإصابة بصبغي جسدي صاغر .

التظاهرات السريرية : يبدأ هذا التقران في سن الإرضاع ، حيث ينتشر التقران إلى ظهر اليدين ، والقدمين ، والبراجم ، والساعدين ، والساقين ، كما يترافق هذا التقران بكل من قصر في الأصابع ـ فرط تعرق ـ وتقران ما تحت الأظافر ، إضافةً لوجود لويحات على المرفقين والركبتين توحي بالصداف (شكل ١١ ـ ٤) .

المعالجة : يمكن تجريب الاتريتينات داخلياً أما المعالجة الموضعية فتقوم على تطبيق التزيتينون والستيروئيدات موضعياً .

٣ً ـ متلازمة بابيلون ـ لوفيفر :

وتدعى أيضاً بفرط التقرن الراحي الأخمصي المترافق بالتهاب ما حول الأسنان ، ويعتقد أن الآفة وراثية تنتقل بصبغي جسدي سائد .

التظاهرات السريرية : تتظاهر بفرط تقرن راحي أخمصي مع إصابة حول الأسنان في الطفولة عقب ظهور الأسنان الساقطة ، إضافةً لفرط التعرق الذي يظهر مع فرط التقران الراحي الأخمصي في السنة الثانية أو الثالثة من العمر . هذا ويمتد هذا التقران إلى مناطق أخرى أيضاً حيث يشكل لويحات على المرفقين والركبتين ومنطقة وتر أشيل . علاوة على ذلك فإن هذه الإصابة تترافق بالتهاب لثة وبضمور سنخي مع فقدان الأسنان .

التقرانات الجريبية Follicular Keratoses

يتحدد التقران المتأذي في الجريبات الشعرية في هذا النوع من التقرانات وسندرس من هذه التقرانات كلاً من التقران الشعري والتقران الجريبي والنخالية الحمراء الجريبية .

التقران الشعري Keratosis Pilaris

وينجم عن اضطراب تقرن الجريبات الشعرية ، حيث تصبح فوهاتها ممتلئة بسددات قرنية ترتفع فوق سطح الجلد . هذا ومن المحتمل انتقال التأهب لهذه الإصابة بصبغي جسدي سائد . يبدأ هذا المرض في سن الطفولة ويزداد في الأعمار المتوسطة ، ثم يغيب في الكهولة

كما أنه يصيب بخاصة الفتيات الصغيرات .

التظاهرات السريرية : يتظاهر هذا التقران سريرياً بحطاطات حريبية صغيرة ، يبلغ قدها مقدار رأس الدبوس تقريباً ، تكون فيها الأشعار منغرزة ، والجلد جافاً قليلاً . أما أماكن توضعها فهي كل من السطوح الباسطة للعضدين ، والسطوح الخارجية الوحشية للطرفين السفليين لاسيما الفخذين والناحية الأليوية .

هذا وإذا تبارز فرط التقرن شوكياً فوق مستوى الجلد بشكل ملحوظ أدى لتسمية هذه الحالة بالتشوك Spinulosism ، كما أنه ليس للتقران الشعري أعراض شخصية .

المعالجة : تستجيب هذه الحالة للمعالجة الموضعية بتطبيق حالات القرنين كحمض الصفاف بتركيز ٣٪ في الوذلين الأبيض . ومركبات البولة والحمامات الزيتية ورهيمات الزيتينون بتراكيز منخفضة .

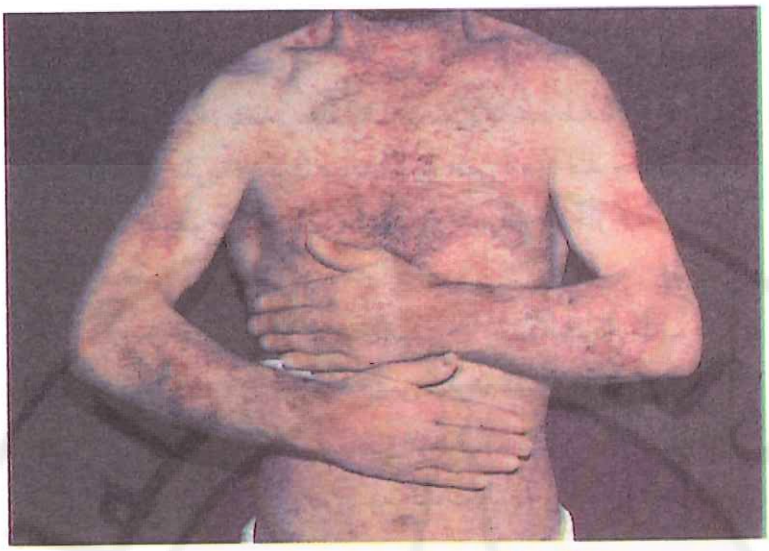
التقران الجريبي Keratosis Follicularis : (أو خلل التقران الجريبي)

يعد التقران الجريبي ، الذي يدعى بداء داريه ، شذوذ تقرن أسري يميل للتزايد مع تقدم العمر ويصيب الذكور أكثر من الإناث ، وينتقل بصبغي جسدي سائد ذي نفوذية متبدلة وتكشف نسجياته عن خلل تقرن . كما يشاهد في المخاطيات .

التظاهرات السريرية : يتظاهر التقران الجريبي باندفاعات حطاطية حريبية مفرطة التقرن متقشرة ومتسخة اللون ، وقد تتجمع بجانب بعضها وتشكل لويحات ، كما وقد تأخذ في الثنيات منظراً تنبتياً . أما التوضعات المتناظرة والمفضلة لهذا الداء فهي ذات التوضعات لالتهاب الجلد المثي والمذح ، كما وقد يصيب الفروة والعنق غالباً . يمكن أن يترافق هذا التقران بفرط تقرن راحي أخمصي إضافةً لانقطاع الحروف في بصمات الأصابع وتشكل تثلمات صغيرة تعترض الأثلام ، إضافة لحطاطات بيضاء اللون في سقف الحنك ، وقد يصيب الأظافر ويؤدي لتشوهها (شكل ١١ - ٥) .

التشريح المرضي : تتضمن العلامات النموذجية النسجية لهذا الداء كلاً من خلل التقرن ، وانحلال الأشواك فوق الطبقة القاعدية ، وحوبات في البشرة .

المعالجة : تصعب معالجة هذا الداء ، ويحتمل أن تتحسن الإصابة بتطبيق الزيتينون موضعياً ، كما يحتمل أن تحدث المعالجة الجهازية بالإيتريتينات تحسناً أيضاً



الشكل ١١-٥ : التقران الجريبي «داء داريه»

النخالية الحمراء الشعرية Pityriasis Rubra Pilaris

هي تقران جلدي حمامي وسفي نخالي الشكل ومزمن ، ويعتقد أن هذه النخالية تنتقل بطراز الوراثة الجسدية السائدة . أما سببها فمجهول .

التظاهرات السريرية : تتظاهر هذه النخالية بحمامى وسفية نخالية الشكل يرافقها حطاطات تقرانية جريبية ، تظهر في البدء على ظهر الأصابع واليدين وعلى السطوح الانبساطية للأطراف أيضاً وعلى المناطق فوق المفاصل الكبيرة والصدر والبطن والمنطقة الأليوية . وللنخالية الحمراء الشعرية أشكال غير نموذجية صدافية الشكل أو سماكية .

التشريح المرضي : تبدي البشرة شواكاً وأشرطة من فرط تقرن وجزراً بؤرية من خطل التقرن . وقد ترق الطبقة الحبيبية ، كما يلاحظ تسفنج خفيف .

المعالجة : يمكن العلاج جهازياً بحمض ١٣ سيز- ريتنوئيك أو بالإيتريتينيت كما ينصح مشاركة الستيروئيدات بالفيتامين T .

الفصل الثاني عشر

الجلادات الحطاطية والحمامية الوسفية

Papulomatous and Erythematosquamous Dermatos

نبحث في هذا الفصل الأمراض الشائعة من الجلادات الحطاطية والحمامية الوسفية وهي الحزاز المسطح ، بعض الأمراض الحزازنية ـ الصداف ـ داء رايتر ـ النخالية الوردية ـ زمرة نظائر الصداف ـ والأحمرية (احمرار الجلد) . علماً بأنه ليس هنالك من صلة تربط ما بين هذه المجموعة المرضية سوى الناحية الشكلية . كما أن دراستها مع بعضها في فصلٍ واحد ، ما هو إلا لتسهيل موضوع دراسة هذه الأمراض .

الحزاز المسطح Lichen Planus

الحزاز المسطح مرض حطاطي التهابي غير معد حاك بشدة ، يصيب الجلد والأغشية المخاطية ، وذو سير مترقٍ تحت الحاد أو مزمن .

الحدوث : المرض شائع نسبياً ويصاب به نحو ١٪ من جميع المرضى المعاودين إلى العيادات الجلدية كما يصيب كلا الجنسين على حدٍ سواء ، ويتظاهر في أكثر من ثلثي المرضى ما بين ٢٠ و ٦٠ سنة من العمر .

السببيات والإمراض : ما زال الحزاز المسطح مرضاً مجهول السبب ، لكنه وضعت عدة نظريات لتفسير آليته الإمراضية ، منها النظرية الخمجية والتي تعزوه للأخماج بالحمات الراشحة ذلك لظهور المرض متناظراً ، كما في الطفحية الخمجية ، كما يتظاهر الحزاز المسطح مرافقاً لالتهاب الكبد بالحمة الراشحة في بعض الحالات ، ومن هنا جاء الاستحسان بإجراء الوظائف الكبدية للأشخاص المصابين بالحزاز المسطح . أما النظرية العصبية فقد اقترحت عند مرضى الحزاز المسطح المصابين بتكهف النخاع ، والتهاب الأعصاب المحيطي والشلل البصلي . كما اقترحت النظرية النفسية اعتماداً على القصة المرضية في بعض الحالات ـ ذلك لظهور الحزاز المسطح بعد رض نفسي شديد . كما تعزو النظرية المناعية إلى اعتبار الحزاز

المسطح ظاهرة مناعية باعتبار أنه يحدث مع الذأب الحمامى ، وتفاعل المضيف ضد الطعوم وبالاعتماد على الموجودات النسجية والمناعية النسجية . إضافةً لذلك فإن الحزاز المسطح قد تثيره بعض الأدوية أيضاً مثل مضادات الملاريا ، أملاح الذهب ، الايزونيازيد . كما وعرف أن الحزاز المسطح قد يكون عائلياً ، كما تبين حديثاً ترافق المرض مع HLA - A_3 و DR-1.

التشريح المرضي : يبدي الحزاز المسطح رشاحة التهابية كثيفة شريطية تحت البشرة . إضافة لملاحظة تنكس تميعي في الطبقة القاعدية من البشرة ، كما تكون الطبقة المتقرنة مع البشرة الشواكية والمتسمكة قليلاً سوية التقرن (تقرناً سوياً) إضافةً لتمسك الطبقة الحبيبية .

التظاهرات السريرية : يتصف الحزاز المسطح باندفاعاته الحطاطية المتميزة التي تبدو بحطاطات صغيرة مضلعة ولماعة مرتفعة قليلاً عن سطح الجلد بنفسجية اللون قدها يتراوح ما بين ١ ــ ٣ ملم ، يشاهد على سطحها شبكة بيضاء حليبية تدعى بخطوط ويكهام Wickham وتعزى إلى تسمك محدد في طبقة الخلايا الحبيبية . وقد تتحد الحطاطات المتجاورة ببعضها فتشكل بؤرة ذات شكل مختلف .

أما المواضع الانتقائية لتوضع تلك الاندفاعات فهي السطوح الانعطافية من مفاصل اليد والساعد والأقسام الجانبية من العنق ، وكذلك تصيب الأليتين والعجز والناحية الشرجية التناسلية والقضيب والكاحل . وتندر إصابة الفروة والوجه والراحتين والأخمصين . علماً بأن الحزاز المسطح يؤدي إلى حاصات ندبية إذا ما أصاب الفروة (شكل ١٢ ـ ١) .

هذا وكثيراً ما تحدث تبدلات في المخاطيات بنسبة ٢٥٪ ـ ٢٧٪ أثناء سير هذا المرض وهي ذات أهمية كبيرة في التشخيص ، حيث تتوضع الإصابة على الوجه الباطن للخدين آخذةً أشكالاً شبكية غير منتظمة ، كما قد تحدث آفات مشابهة على قبة الحنك والشفتين واللسان ، كما قد تحدث تبدلات مشابهة في الناحية التناسلية والشرجية علماً بأنه قد يطرأ تآكلات وتقرحات واستحالات خبيثة على الاندفاعات التي تتوضع على الأغشية المخاطية (شكل ١٢ ـ ٢) .

تصاب الأظفار بنسبة نحو ١٠٪ أثناء سير الحزاز المسطح وتتظاهر إصابتها بتنقرات صغيرة غير منتظمة وبتخطيطات طولانية وبتثلم وانشطار يصيب الصفيحة الظفرية ، كما قد يحدث ضمور وحتى يصيب الأظافر إضافة إلى تقرانات تظهر تحت الصفيحة الظفرية .

يؤدي رض الجلد الخالي من الاندفاعات عند مريض مصاب بحزاز مسطح بآلية كلية

إلى ظهور اندفاعات حزازية مكان الرض وتسمى هذه الحادثة بظاهرة كوبنر .

الأشكال السريرية : هنالك أشكال سريرية متعددة للحزاز المسطح تظهر نتيجة لتوضعاته الخاصة ومدة حدوثه ، وتطوره البعيد أهمها :

١ ـ الحزاز المسطح الجريبي . ٢ ـ الحزاز المسطح الضخامي . ٣ ـ الحزاز المسطح الضموري . ٤ ـ الحزاز المسطح الفقاعي . ٥ ـ الحزاز المسطح السفعي . ٦ ـ الحزاز المسطح الخطي . ٧ ـ الحزاز المسطح الانتكالي التقرحي . ٨ ـ الحزاز المسطح على الراحتين والأخمصين .

التشخيص والتشخيص التفريقي : يفرق الحزاز المسطح الطفحي عن الطفحية الأفرنجية وعن الصداف النقطي ، وذلك باندفاعات الحزاز الحطاطية النموذجية الحاكة والتي يتواجد عليها خطوط ويكهام ، كما يفرق الحزاز المسطح الجريبي عن الأكزيمة الجريبية . هذا ويجب أن يفرق الحزاز المسطح عن الأدواء الحطاطية الحزازنية والطفوح الحزازنية المحدثة بالأدوية أو بمظهرات الأفلام الملونة .

أما في الفم فيجب تفريقه عن الطلاوان ـ الطلاوان الشعري الفموي في المرضى المخموجين بـ HIV ، وبالبقع المخاطية للإفرنجي الثانوي . كما يصعب أحياناً تفريق الذأب الحمامي التآكلي في مخاطية الفم عن الحزاز المسطح التآكلي الفموي .

المعالجة : ليس للحزاز المسطح علاج نوعي لكنه يمكن تطبيق مراهم ستيروئيدية موضعياً ولكن لفترة قصيرة ، كما تعطى في الحالات الشديدة الستيروئيدات القشرية عن الطريق العام (٢٠ ـ ٤٠ ملغ بريدنيزولون يومياً) ، والتي يمكن حقنها داخل الآفة في بعض أشكال الحزاز المسطح الموضعية . كما ويمكن تخفيف الحكة بإعطاء مضادات الهستامين ويذكر بعضهم فائدة مشتقات الريتنوئيدات و PUVA في بعض الحالات المنتشرة .

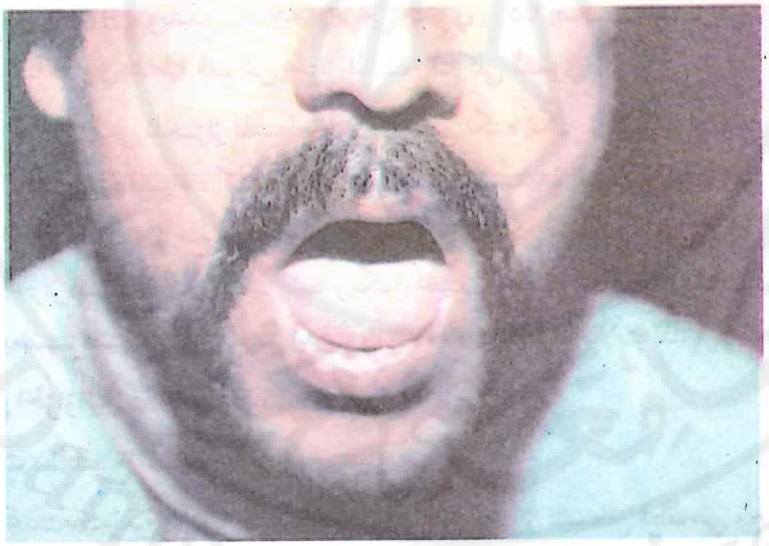
الطفوح الحزازانية Lichenoid Eruptions

المرادفات : الطفوح الشبيهة بالحزاز

تحدث كثير من الأدوية طفوحاً جلدية مشابهة للحزاز المسطح الطفحي وحتى أنها تماثله ، لكن إصابة المخاطيات غالباً ما تكون غائبة في هذه الطفوح الحزازانية . هذا وتظهر الآفات بعد أشهر من استعمال الدواء عادة . أما أهم الأدوية التي تؤدي لهذه الطفوح فهي :



الشكل ١٢-١ : الحزاز المسطح



الشكل ١٢-٢ : حزاز مسطح على اللسان والشفة

مضادات التهاب المفاصل (أملاح الذهب ، البنسلامين) ـ مضادات الجذام (ثاني أمينو ثاني فينل السلفون) ـ مضادات البرداء (الكلوروكين) ـ مضادات الذهان والمهدئات (فينوتيازين) ـ مضادات التدرن (P.A.S) ـ الصادات (ستربتوميسين ـ تتراسكلين) ـ المدرات (كلوروتيازيد) ـ كينيدين ـ ميتل دوبا . إضافةً لذلك فإنه قد تحدث كاشفات الأفلام الملونة طفوحاً من نمط الحزاز المسطح .

الإمراض : إمراض هذه الطفوح لا يزال مجهولاً ، لكنه يحتمل أن يكون من التفاعل الرابع النمط الأرجي .

المعالجة : إيقاف الدواء . كما يتوافق علاج هذه الطفوح مع علاجات الحزاز المسطح .

التهاب جلد النهايات الحطاطي الطفحي الطفلي

Acrodermatitis Papulosa Eruptive Infantilis

المرادفات : داء جيانوتي ـ كروستي :

مرض التهابي يصيب الأطفال ، ويحدثه الخمج بالتهاب الكبد ب ـ عادةً ويتميز بالثالوث السريري التالي :

الطفح الحطاطي الحزازاني ـ التهاب العقد اللمفية العديد ـ التهاب الكبد ب ـ واللايرقاني عموماً .

الإمراض : يصيب هذا الطفح الحاد الذكور غالباً في عمر ٢ ـ ٦ سنوات . ويفترض أن هذا المرض ينجم عن خمج بدئي بحمة التهاب الكبد ب ، كما أن باب دخول الحمة يكون عن طريق السبيل المعدي المعوي أو المخاطيات .

التظاهرات الجلدية : تبدو التظاهرات الجلدية على شكل هجمة واحدة حادة مكونة من حطاطات حمراء التهابية ، منتبجة حزازانية وغير حاكة ، تميل للتوضع على النهايات مثل الوجنتين ، الإليتين ، الأطراف ، كما أنها لا تصيب الثنيات المرفقية والمأبضية .

الموجودات المخبرية : يكشف وجود خلل في بروتين الدم التفاعلي (زيادة الغلوبولين ألفا ٢ ، بيتا ، وأخيراً غاما) ـ ارتفاع ناقلات الأمين المصلية ـ كما تكشف مستضدات حمة التهاب الكبد ب (Hb_s - Ag) في المصل .

السير : السير حسن عموماً حيث تشفى الآفات الجلدية عفوياً بعد ٢ ـ ٨ أسابيع .

المعالجة : المعالجة الجهازية عرضية ، أما الموضعية فتقوم على تطبيق دهون الزنك .

متلازمة الحطاطات الحويصلية على النهايات الطفلي

Infantile acrolocalized papulovesicular

كروستي وجيناتي ١٩٦٤ :

تبدو التظاهرات الجلدية في هذه المتلازمة مشابهة لتلك التي تحدث في التهاب جلد النهايات الحطاطي الطفحي الطفلي ، لكنها لا تترافق بالتهاب كبد حموي .

الإمراض : يحدث هذا المرض في الأطفال أيضاً . وتوجد كل من حمة أبشتاين ـ بار ، كوكساكي آ ـ ١٦ ، وحمة نظيرة النزلة الوافدة ب في غسولات الحنجرة والبراز في حالات خاصة . ولا يترافق حدوثه بإصابة كبدية .

التظاهرات السريرية : تبدو على شكل طفح حاد ومتناظر مكون من آفات حطاطية حويصلية جزئياً أو نزفية أحياناً ، وتتوضع على الوجنتين والأطراف ، والراحتين ، والأخمصين ، والحفرة المأبضية ، والمرفقين والجذع أحياناً ، وتعف الإصابة عن المخاطيات ، ولا تترافق باعتلال العقد اللمفية العديد ، أو بتبدلات كبدية .

السير : تشفى التظاهرات الجلدية خلال ٢ ـ ٣ أسابيع .

المعالجة : كمعالجة التهاب جلد النهايات الحطاطي الطفحي الطفلي .

الصداف الشائع Psoriasis Vulgaris

الصداف مرض جلدي التهابي شائع ناكس ، ذو سير مزمن ، ويتظاهر بسطوح حمامية واضحة الحدود ، وذات وسوف فضية لماعة .

الحدوث ، يعد الصداف أكثر الجلادات شيوعاً ، إذ بلغت نسبة المصدوفين نحو ٥ ـ ٧٪ من مراجعي قسم الأمراض الجلدية بجامعة دمشق .

تلعب العوامل الجغرافية والعرقية دوراً مهماً في حدوث الصداف ، حيث أن هذا المرض أقل شيوعاً في كل من المناخ المداري والاستوائي مقارنةً مع شيوعه في المناطق المعتدلة ، وإن إصابته للعرق الأبيض أكثر شيوعاً من إصابته لكل من العرق الأسود والأصفر ، كما أن

الصداف غير متواجد عملياً عند الشعوب ذات الجلد الأحمر (الاسكيموس والهنود الأمريكان) .

السببيات والإمراض : يبدأ الصداف عادةً في عمر يتراوح ما بين ١٠ ـ ٢٠ سنة ، لكنه قد يبدأ في سن تتراوح ما بين بضعة أشهر أو بسن السبعين . أما سبب هذا المرض فلا يزال مجهولاً ولقد وضعت عدة نظريات محاولةً شرح أمراضه أهمها :

١ ـ النظرية الأرثية : من الواضح أن للوراثة تأثيراً بيناً في إحداث الصداف ، حيث أنه يوجد توافق بين التوائم وحيدة الزيكوت في هذا المرض في ٩٠٪ من الحالات والذي يعد مؤشراً على تداخل العوامل الوراثية . كما أشارت الدراسات الحديثة إلى أن الصداف قد يكون مرضاً عديد المورثات . هذا وقد أعطت إحدى الدراسات بأن احتمال إصابة طفل بالصداف تبلغ نحو ٢٥٪ إذا كان أحد أبويه مصاباً بينما تبلغ نحو ٦٠٪ ـ ٧٠٪ إذا كان الأبوان مصدوفين .

أما دراسة التنميط النسجي فتشير إلى أن المستضد HLA - CW6 أكثر شيوعاً في المرضى الذين يصابون بالصداف قبل سن الأربعين ، كما لوحظت كثرة في زيادة الحدوث الأسري عند المرضى الذين لديهم هذا النوع من المستضدات ، بينما يكثر حدوث المستضدات HLA - CW_2 و HLA - B_{27} في المرضى الذين يتأخر لديهم ظهور المرض .

هذا ويحدث النمط HLA - B_{27} في صداف اعتلال المفاصل وفي الصداف البثرى وفي أنماط مختلفة من التهاب المفاصل ـ والتهاب المفصل العجزي الحرقفي ـ وداء رايتر .

٢ ـ النظرية المناعية : لوحظ تأخر الحساسية بالتماس في الاختبارات الرقعية عند المرضى المصدوفين ، وتواجد بعض اللمفاويات T في الدم المحيطي وفي الآفات أيضاً . كما تبين أنه من الممكن ترسب المعقد المناعي في الطبقة المتقرنة في المنطقة المؤوفة ، وهو مسؤول عن تفعيل جملة المتممة ، وعن الجذب الكيماوي للعدلات لاحقاً (خراجات مونرو) .

٣ ـ النظرية الخمجية : يعزى الصداف أيضاً إلى حمة راشحة أو لأخماج العقديات التي تتوضع في البلعوم عند الأطفال والتي قد تؤدي لإحداث الصداف النقطي لديهم ويشار أيضاً إلى **العوامل النفسية** ، حيث أن هنالك دالات تشير إلى أن شدة الصداف يمكن أن تكون لها

علاقة بشدات Stress سابقة كما **يتفاقم الصداف في الأمراض المضعفة للمناعة** مثل متلازمة عوز المناعة المكتسب Aids .

كما أن هنالك العديد من **الأدوية** التي قد تحرض على حدوث الصداف أهمها الليتوم ـ حاصرات بيتا ـ مضادات الملاريا .

كما يزداد تكاثر الخلايا البشروية وتمايزها ونقص cAMP في الآفة الصدافية كما افترض أن سبب الجذب الكيمياوي للعدلات والذي يحدث ضمن الآفة الصدافية يرجع إلى عامل جاذب يتحرر ضمن الآفة ، ذلك العامل الذي يشابه الـ لوكوترين Leucotrien B_4 * من الناحية الحيوية والذي يؤدي إلى تشكيل الخراجات المجهرية للعدلات ضمن البشرة (خراجات مونرو) .

التشريح المرضي : إن التبدلات النسجية للصداف هي تبدلات مشخصة عادة ، حيث نجد فيه الاستطالات البشروية عريضة كما تتسمك الطبقة الشائكة (الشواك) ، إضافة لوجود فرط تقرن وخطل تقرن ، أما الحليمات الأدمية فتبدو شامخة وتحتوي على أوعية متسعة وتشاهد رشاحة التهابية حولها مؤلفة من ناسجات ولمفاويات وعدلات كما تشاهد في الأدمة رشاحة بقعية شديدة حول الأوعية .

التظاهرات السريرية : تبدأ الآفات في الصداف بشكل حطاطات حمامية جافة ووسفية ، وهي مختلفة الأحجام ، ومغطاة بوسوف فضية ، كما وتزداد سعة الحطاطات الحمامية نتيجة لامتدادها المحيطي واتحادها مع بعضها ، وتزداد سماكتها نتيجة تراكم الوسوف عليها .

هذا ويمر الصداف بفترات من الهجوع والنكس ، كما وقد تبقى اندفاعاته قليلة ومحدودة أو قد تشمل معظم أنحاء الجلد . أما الأعراض الشخصية للمرض فشبه معدومة ، لكنه قد يترافق بحكة معتدلة .

تتوضع الاندفاعات الصدافية عادة على السطوح الانبساطية للأطراف بخاصة على المرفقين والركبتين بالإضافة للفروة والمنطقة القطنية ، علماً بأن توضع الصداف على الفروة لا

---

* مستقلب هيدروكسي ثنائي لحمض الارشيدوني .

يؤدي إلى ضياع أشعار . إن الصداف الشائع يمكن أن يصيب أي منطقة من الجسم حيث أنه يمكن أن يتوضع في الثنيات ويدعى **بالصداف المقلوب** كما أنه قد **يصيب الراحتين والأخمصين** حيث يبدو بشكل بقع محمرة ، ذات حدود واضحة يصعب تفريقها عن كل من الأكزيمة المتشققة مفرطة التقرن ، وعن السعفة اليدوية القدمية . تصاب **الأظافر** في الصداف حيث تبلغ نسبة الإصابة ٣٠ ـ ٥٠٪ وتتجلى الإصابة الظفرية بتنقرات وانخفاضات ظفرية كما قد يصاب سرير الظفر أيضاً حيث يمكن أن تشاهد بقع صدافية صغيرة تحت الظفر ، كما قد يحدث انفكاك ظفري أو انفصال الجزء القاصي من الظفر عن سريره .

أما الأغشية المخاطية فلا تصاب بالصداف إلا فيما ندر (شكل ١٢ ـ ٣) .

الشكلياء السريرية للطفوح الصدافية :

يمكن تمييز أشكال اندفاعات الصداف الشائع على أساس معدل قطر الآفات المنعزلة إلى :

الصداف النقطي : وتتراوح أقطار اندفاعاته بضعة مليمترات .

الصداف الجريبي : حيث يكون للاندفاعات الصدافية علاقة بالجريبات الشعرية .

الصداف النمي : بقع حلقية صدافية بحجم النقود .



الشكل ١٢ـ٣ : صداف شائع

الصداف الجغرافي : ينجم عن نمو البقع الصدافية النمية آخذاً شكل بقع كبيرة تشبه الخرائط الجغرافية .

ويمكن الإقرار بتشخيص الصداف عند وجود الظواهر التالية للبقعة الصدافية .

١ ـ ظاهرة الشمع : وتكشف هذه الظاهرة بكشط الوسوف المغطية للبقع الصدافية ، حيث تنفصل بشكل فتات الشمع .

٢ ـ ظاهرة الجليدة (الوريقة المقتلعة) : إذا استمر كشط الآفة بعد إزالة الوسوف ، فإنه يصبح من الممكن إزالة صفيحة رطبة ملتصقة بالآفة ، حيث أنها تمثل الطبقة السفلية من البشرة وهي ظاهرة نموذجية للصداف وذات دلالة عظمى في تشخيص الصداف .

٣ ـ ظاهرة النزف البؤري (ظاهرة أوسبتز) . وتبدو على شكل نقط دموية صغيرة تنجم عن تآكل الأوعية في الحليمات الأدمية بعد إزالة طبقة الجلد الأخيرة .

هذا ويمكن إحداث الاندفاع الصدافي في الجلد الطبيعي عند المصدوفين وذلك بعد رض الجلد بآلة كليلة وتسمى هذه الظاهرة **ظاهرة كوبنر** ، وكذلك يمكن أن تحدث الاندفاعات الصدافية مكان جرح أو سحجة أو لقاح .

كما وقد يأخذ الصداف أشكالاً خاصة أهمها :

١ً ـ الأحمرية (احمرار الجلد) الصدافية Psoriatic Erythroderma : وهي شكل خاص من الصداف وتحدث عند المصابين بنسبة ١٪ ـ ٢٪ ، وتعرف بأنها صداف يعم كامل الجلد . الذي يبدو محمراً بشكل شديد ، وذا وسوف صدافية أو نخالية الشكل .

٢ً ـ الصداف البثري Pustular Psoriasis : وهو مرض بثري . وقد ينجم عن الصداف الشائع إذا ما ازدادت التبدلات الالتهابية . أما بثوره فتكون عقيمة . كما يمكن تميز عدة أشكال له أهمها :

أ ـ الصداف البثري المعمم (نمط فون زومبوش) : حيث تتعمم الاندفاعات البثرية على كامل الجلد . كما يترافق بموجودات مجموعية من حمى وضعف ودعث . أما إنذار هذا الشكل فمحتفظ به . كما يُحرَّض هذا النوع من الصداف بالأحماج ، وبإيقاف الستروئيدات القشرية وبالأدوية (شكل ١٢ ـ ٤) .

ب ـ الصداف البثري الراحي الأخمصي : ويتصف باندفاعات حمامية وسفية واضحة

الحدود مترافقة ببثور .

جـ ـ القوباء حلئية الشكل Impetigo herpetiformis : وهو مرض بثري معمم ، ينظر إليه كجلاد حملي كما أن له علاقة بقصور الدُّرَيْقة وانخفاض كالسيوم الدم .

٣ً ـ صداف اعتلال المفاصل Psoriasis Arthropathica : يتصف هذا الشكل من الصداف بحدوث متزامن بين الصداف الشائع والتهابات المفاصل التي تصيب المفاصل القاصية (بخاصة الأصابع والأباخس) . حيث تشاهد التبدلات المفصلية في نحو ٥٪ ـ ٧٪ من مرضى الصداف الشائع . ولقد أثبت سلبية التفاعلات المفصلية الرثوانية في أكثر من ٨٠٪ من مرضى الصداف باعتلال المفاصل ، ومن الشائع حدوث التهاب الفقار القسطي في مرض الصداف باعتلال المفاصل (شكل ١٢ ـ ٥) .

التشخيص التفريقي : ينبغي تفريق الصداف عن التهاب الجلد المثي والنخالية الوردية والحزاز المسطح والطفحة الأفرنجية صدافية الشكل ، والذأب الحمامي والنخالية الحمراء الجرابية وبعض أشكال نظائر الصداف .

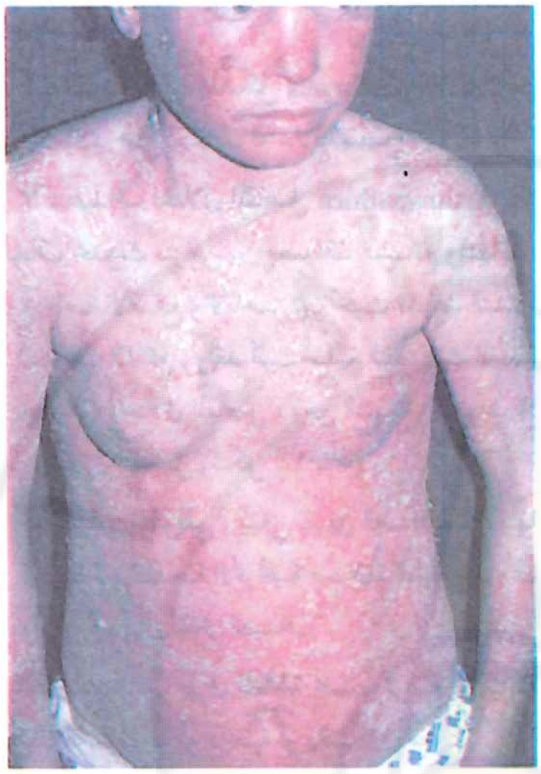
المعالجة : تختلف طرق المعالجة بحسب توضع الإصابة وشدتها وبحسب عمر المريض ، وتكون المعالجة موضعية أو داخلية أو بالشكلين معاً .

المعالجة الموضعية : يغلب أن تكون المعالجة الموضعية بمفردها كافية للسيطرة على الصداف والأدوية المتاحة لهذا الغرض كثيرة جداً منها .

١ً ـ حالات القرنين : مثل حمض الصفاف بنسبة ٣ ـ ٥٪ مع الوذلين أو مع سواغات أخرى علماً بأنه يجب الانتباه إلى التأثيرات السمية التي تنجم عن امتصاص حمض الصفاف عند العلاج .

٢ً ـ المعالجة بالقطران : حيث تبين منذ فترة طويلة أن قطران الفحم الحجري الخام فعال في معالجة الصداف وذلك بنسبة ٢ ـ ٦٪ مع الوذلين الأصفر . كما ينصح المصدوفين بالقيام بإجراء الحمامات القطرانية .

٣ً ـ الانترالين ويدعى بالديترانول : والذي يعمل على تثبيط تكاثر الخلايا بسبب تثبيطه تركيب الدنا DNA وهو دواء جيد في معالجة الصداف وذلك بنسبة ٠,٠٥ ـ ٢٪ مع الوذلين لكن من مساوئه تصبغ الجلد والثياب .



الشكل ١٢-٤ :
صداف بثري



الشكل ١٢-٥ : صداف مفصلي

٤ً ـ الستروئيدات القشرية : وتطبق في بعض الحالات التي تكون فيها الاندفاعات قليلة أما العامل الذي يحد من استعمالها فهو نكس الاندفاعات الصدافية سريعاً بعد إيقافها .

٥ً ـ مضاهئات فيتامين D_3 : وتستعمل في بعض الحالات التي تكون فيها الاندفاعات الصدافية قليلة .

٦ً ـ العلاج الضوئي الكيميائي (PUVA) : ويقوم على إعطاء المادة محسسة للضوء ٨ ميتوكسي بسورالين (8 - MOP) عن طريق الفم (٠,٦ ـ ٠،٨ ملغ/كغ) من الوزن ثم تعريض الجسم كاملاً أو جزئياً للأشعة ما فوق البنفسجية آ بعد ساعتين من تناول البسورالين بناءً على مدى انتشار الإصابة . ومن الضروري حماية العين خلال المعالجة ولمدة ٢٤ ساعة التالية للعلاج وذلك لمنع حدوث الساد ، كما يجب حماية الصفن .

المعالجات الجهازية

١ً ـ الصادات : وتعطى للأطفال المصدوفين كما تعطى في الصداف البثري المعمم .

٢ً ـ الريتينوئيدات : وتتصف بتأثيراتها الفعالة على الآفات الصدافية حيث تحدث تراجعاً في تكاثر البشرة . والريتينوئيدات مشوهة للأجنة ، لذا يجب أن لا تعطى للحوامل كما يجب على النساء في سن الحمل أن يتناولن مانعات الحمل أثناء العلاج ، ولمدة سنين بعد إيقاف العلاج تقريباً إذا ما رغبن بالحمل ، كما يمكن مشاركة الريتينوئيدات مع البوفا وتدعى هذه المعالجة بـ ري ـ بوفا .

أما من جهتنا فإننا لا ننصح بتعاطيها (أي الريتينوئيدات) للإناث المتواجدات في طور النشاط التناسلي ذلك لأنها تتراكم في شحوم ما تحت الجلد وتؤدي لتشوهات جينية بعد مدة أكثر من سنتين من إيقافها .

٣ً ـ مثبطات المناعة : ونذكر منها المتوتركسات Methotrexate ذلك المستحضر المضاد لحمض الفولي وما ينتج عن ذلك من تثبيط لتركيب النوويدات البورينية وبالتالي تثبيط الدنا والانقسام الخلوي . لكن لهذا الدواء تأثيرات جانبية ومضادات استطابية كثيرة ، لذلك يستحسن أن لا يعالج به إلا ضمن المشفى .

٤ً ـ كما يعطي في الصداف كل من فيتامين D_3 وزيت السمك .

داء رايتر Reiter disease

يتصف داء رايتر بالتهاب مفاصل عديد غير تقيحي ، يعقبه بعد أكثر من شهر خمج

بولي تناسلي سفلي أو معوي خاصةً عند اليفعان من الذكور الذين يحملون المستضد (HLA - 27) ، إضافةً لشيوع ترافق المرض مع التهاب عيني وتظاهرات جلدية مخاطية . علماً بأن هنالك إمكانية لظهور هذا المرض عند الأطفال.

أما أسباب هذا المرض فقد عزيت لاستعداد نحو الأخماج التي تصيب الإحليل والتي يأتي في مقدمتها المتدثرة الحثرية Chlamydiae Trachomatis ، والمفطورات اليورية Urea Plasma ، والشيغلا الزحارية Shigella-Dysenteriae ، إضافة لنظرية استجابة المضيف متعددة الجوانب لعوامل خمجية مختلفة ، المدعومة من كثرة مشاركة هذا الداء مع الإيدز AIDS المرتبط بالمستضد HLA - B27 .

غالباً ما يظهر التهاب الإحليل بعد ٤ ـ ٢٠ يوماً من الاتصال الجنسي ، كما يظهر التهاب المفاصل ، الذي عادة ما يترافق مع التهاب ملتحمة ، بعد حوالي ١٠ ـ ١٤ يوماً من التهاب الإحليل ، أما إصابة الأغشية المخاطية والجلد التي تتراوح نسبتها ما بين ٨ ـ ٣١٪ ، فتظهر عادةً بعد بدء الإصابة بالتهاب المفاصل والملتحمة بشهر .

هذا وتشبه الاندفاعات الجلدية ، الاندفاعات التي تشاهد في التقران الجلدي السيلاني Keratoderma blennorrhagicum ، التي تتظاهر بحويصلات متعددة صغيرة صفراء تتمزق لتشكل قرحات سطحية .

هذا وتأخذ تلك الاندفاعات آفات متحلقة عند توضعها على القضيب ، كما وتصبح مفرطة التقرن أو جلبية بشدة توحي بالصداف الوسخ عند توضعها على أخمص القدمين واليدين .

أما الإصابة بهذا المرض فتبدو على مخاطية الفم والحنك واللسان بتسحجات سطحية حمراء عديمة الألم .

المعالجة : لا توجد معالجة نوعية لهذا المرض ، لكن المعالجة توجه نحو العوامل الخمجية .

النخالية الوردية Pityriasis Rosea

هي جلاد التهابي حاد تتظاهر بآفات حمامية وسفية متناظرة ، تتوضع بخاصة على الجذع وتتصف بسيرها المحدود .

الأسباب والإمراض : تقدر نسبة الإصابة بالنخالية الوردية نحو ١٪ ـ ٢٪ من مرضى

العيادات الجلدية ، وهي شائعة في أشهر الخريف والشتاء ، أما سببها فغير معروف ، ولكن يشتبه بالمنشأ الخمجي .

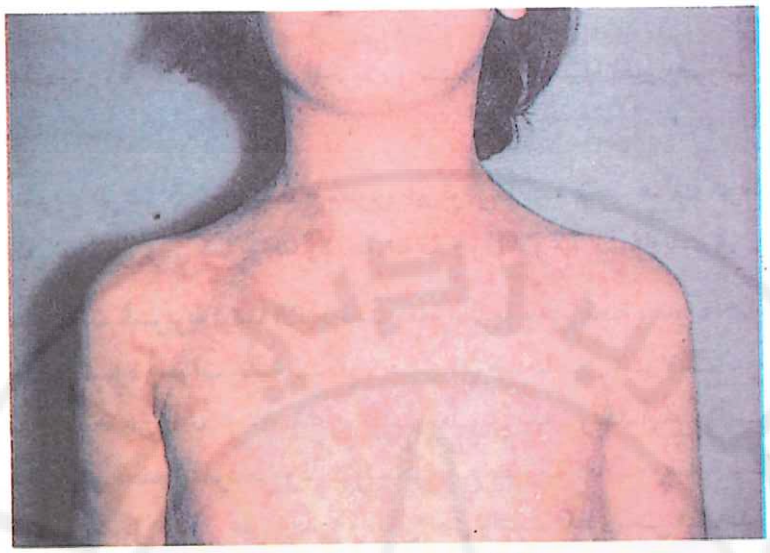
التشريح المرضي : يوجد تسفنج لمفاوي غير نوعي ، كما يوجد هنالك شواك خفيف إضافة لخطل تقرن بؤري . كما يوجد رشاحة خفيفة حول الأوعية باللمفاويات في الأدمة .

التظاهرات السريرية : تبدأ الاندفاعات ببقعة الطليعة وهي بقعة بيضوية حمامية ذات مركز منخفض تستره وسوف نخالية الشكل ، يقدر قطرها ما بين ٢ ـ ٧سم ، وغالباً ما تتوضع بقعة الطليعة على الجذع بخاصة على القسم العلوي منه . وبعد أيام أو أسابيع على ظهور البقعة يظهر الطفح النموذجي وذلك بشكل بقع بيضوية حمامية وسفية ذات شكل بيضوي تتوضع بشكل متناظر على الجذع وأسفل العنق والثلث العلوي من الساعدين . هذا وتكون البقع المذكورة أصغر من اللويحة الأولية ، وذات وسوف مركزية في البداية . كما تتصف تلك البقع بتوافق محورها الطويل مع خطوط الجلد آخذةً بذلك شكل شجرة عيد الميلاد أو انسدال الستائر ، أما الأعراض الشخصية فمعدومة غالباً ، لكنه قد يشكو بعض المرضى من حكة وبخاصة من جراء العلاجات غير المناسبة . كما أنه نادراً ما ترتفع الحرارة ولا تصاب مخاطية الفم أثناء سير هذه النخالية (شكل ١٢ ـ ٦) .

السير : تختفي الآفات عفوياً خلال ٣ ـ ٦ أسابيع وأحياناً تستمر لمدة شهرين أو أكثر والنكس نادر جداً .

التشخيص التفريقي : تلتبس النخالية الوردية مع السعف الجسدية ـ الأفرنجي الثانوي ـ الاندفاع الدوائي بخاصة بالمبرومات ـ الاندفاعات الصدافية ـ ونظائر الصداف ، وعن الأشكال المثية نخالية الشكل .

المعالجة : عرضية من جراء التراجع العفوي ، كما استعمل بعضهم جرعات منخفضة من الأشعة ما فوق البنفسجية . كما تعطى مضادات الهستامين في حال وجود حكة . وينصح المريض بالإقلال من الاستحمام بالماء والصابون توخياً لعدم تخريش الاندفاعات ، كما وجدت فائدة قيمة بإضافة الزيوت إلى ماء الحمام .



الشكل ١٢-٦ : نخالية وردية

زمرة نظائر الصداف Parapsoriasis Group

وهي مجموعة من الجلادات المزمنة ، التي ليس لها علاقة بالصداف الشائع كما أنها ليس لها علاقة ببعضها ، أما تسميتها نظائر الصداف فغير ملائمة لذا فقد أطلق على بعض هذه الأمراض حديثاً النخاليات الحزازانية وهذه الأمراض هي :

١ً ـ النخالية الحزازانية المزمنة Pityriasis Lichenoides

وكانت تعرف بنظير الصداف النقطي المزمن ، وهو مرض التهابي مزمن ، يتصف ببقع حمامية حطاطية وسفية صغيرة ذات مظهر حزازاني ، هذا وإذا ما حاولنا إزالة وسوف تلك البقع فإننا نجد تحتها جلداً طبيعياً . يكثر إصابة الأطفال والبالغين بهذا المرض كما أنه لا يترافق بأعراض شخصانية ويميل بتوضعه على الجذع أما أسبابه فمجهولة لكنه يعتقد بأنه جلاد أرجي نحو الأحماج ، حيث أنه يشفى أحياناً عند شفاء البؤر الخمجية ، أما تشريحياً مرضياً فيبدى هذا المرض ارتشاحاً حول الأوعية ، كما يحدث في مركز الآفات الحديثة تسفنج وشواك خفيف وخطل تقرن .

المعالجة : من الأهمية بمكان علاج البؤر الخمجية ، لذلك نلجأ لإعطاء جرعات عالية من البنسلين الفموي ، كما ينصح بإعطاء التتراسكلين والأريترومايسين . أما موضعياً فينصح

بتشعيع الجسم كاملاً بالأشعة ما فوق البنفسجية ب (UVB) أو العلاج الضوئي الكيمائي الفموي (بوفا) .

٢ ـ النخالية الحزازانية والحماقية الشكل الحادة

Pityriasis Lichenoides et Varioliformis Acuta

وتعرف أيضاً بنظير الصداف النقطي الحاد أو متلازمة موشي ـ هابرمان : تتصف هذه النخالية ذات السير الحاد باندفاعات حمامية وسفية وحويصلية نزفية وحطاطية نخرية تشبه الحماق وتميل بالتوضع على الجذع ، ثم تشفى تاركةً ندبات صغيرة . أما أسباب هذا المرض فمجهولة لكنه قد ينجم عن التهاب أوعية نخري سطحي يثار بالأرج الخمجي أو الأرج الدوائي أو بالحمات الراشحة أما أعراضه العامة فغائبة عادة غير أنه قد تترافق الإصابة بالحمى أحياناً . كما يتوافق هذا المرض تشريحياً مرضياً مع موجودات النخالية الحزازانية المزمنة لكن التهاب الأوعية باللمفاويات يكون أكثر موجودات هذا المرض ظهوراً . كما أنه لا يمكن التنبؤ بسير الإصابة التي قد تشفى وسطياً خلال بضعة أسابيع كما قد تتحول الإصابة في حالات أخرى إلى نخالية حزازانية مزمنة (شكل ١٢ - ٧) .



الشكل ١٢-٧ : نخالية حزازانية والحماقية الشكل

المعالجة : تقوم المعالجة الجهازية على مشاركة الصادات واسعة الطيف مع جرعات قليلة من الستيروئيدات القشرية . أما المعالجة الموضعية فتقوم على تشعيع كامل الجسم بالأشعة ما فوق البنفسجية (UVB) أو المعالجة الضوئية الكيميائية الفموية (بوفا) .

٣ ـ نظير الصداف اللويحي Parapsoriasis en Plaques

هنالك شكل لهذا المرض يأخذ سيراً سليماً يدعى نظير الصداف اللويحي ـ النمط السليم صغير اللويحات ، كما أن هنالك شكلين آخرين للمرض يتطوران إلى فطار فطراني وهما :

نظير الصداف اللويحي ـ النمط الالتهابي كبير اللويحات ونظير الصداف اللويحي ـ النمط المبكل كبير اللويحات .

أ ـ نظير الصداف اللويحي ـ النمط السليم صغير اللويحات Parapsoriasis en Plaques - Benign Small Plaque Type : ويدعى هذا النمط بنظير الصداف أصبعي الشكل وهو مرض التهابي مزمن يصيب الكهول من الذكور بشكل رئيسي ويتظاهر ببقع صغيرة وسفيه نخالية حمراء مصفرة أو وردية فاتحة اللون ، مدورة أو بيضوية إلى أصبعية قطرها أقل من ٥ ملم عادة وتساير بتوضعها أثلام الجلد ، وتتوضع على الجذع والأطراف ، كما تعف الإصابة عن الراحتين والأخمصين والوجه . هذا وإذا ما دفعنا الآفة بإصبعين نجدها تنثني بما يشبه ورقة لفافة التبغ . كما يتصف هذا المرض بغياب الأعراض الشخصانية . أما تشريحياً مرضياً فإنه لا يوجد تبدلات نسجية نوعية لهذا الشكل ، إضافةً لذلك فإنه قد يلاحظ علامات تتوافق مع الإكزيماتيد .

المعالجة : إن المعالجة الستروئيدية أو الجهازية ذات تأثير مثبط للمَّراضه فقط ، كما يفيد التشعيع الشمسي أو بالأشعة ما فوق البفسجية أو البوفا في تحسين الآفة .

ب ـ نظير الصداف اللويحي ـ النمط الالتهابي كبير اللويحات Parapsoriasis en Plaque - Large - Plaque inflammatory Type : ومن مترادفاته الصداف اللويحي السابق للخباثة ، وهو شكل نادر يميل لإصابة الذكور في أواسط العمر . ويبدأ عادة بلويحات التهابية كبيرة تتوزع بشكل غير منتظم وذات حدود واضحة . تبدو اللويحات حمراء اللون ومختلفة في ارتشاحها ومغطاة بوسوف نخالية الشكل بينما تكون صفة الضمور الكاذب المتواجد في نظير الصداف اللويحي ذي النمط السليم غائبة . هذا وتأخذ هذه اللويحات

بالارتشاح والتسمك فيما بعد مما يسهل تشخيص الفطار الفطراني . يصاب بهذا المرض كل من الجذع والناحية الإليوية والأطراف أما الأعراض المهمة المرافقة لهذا المرض المزمن فيأتي في طليعتها الحكة التي تزداد شدتها مع سير الإصابة ، هذا ويتوافق التشريح المرضي النسجي لهذا المرض مع الفطار الفطراني (شكل ١٢ - ٨) .

المعالجة : تحدث تأثيرات جيدة بمداواة هذا المرض بالمعالجة الضوئية الكيميائية بوفا . كما يطبق الخردل الآزوتي موضعياً في المراحل الأولية للفطار الفطراني .

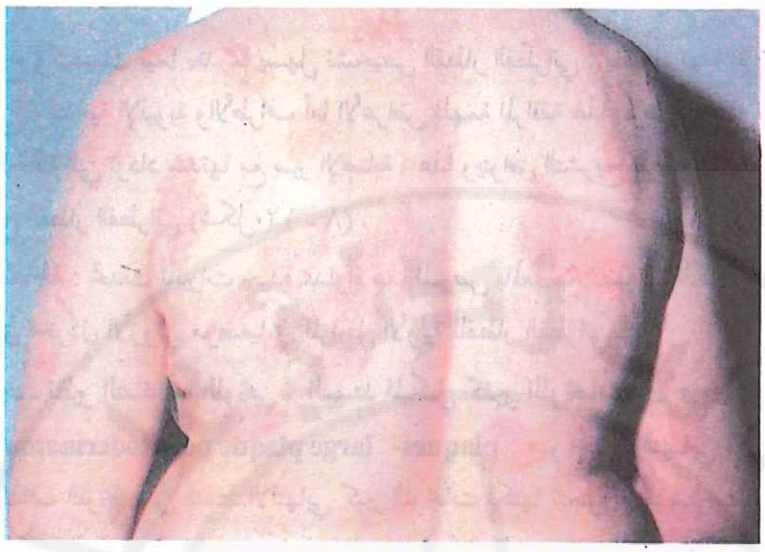
جـ - نظير الصداف اللويحي - النمط المبكل كثير اللويحات Paropsoriasis en plaques- large plaque poikilodermatous Type : هو جلاد التهابي مزمن يشبه نظير الصداف اللويحي من النمط الالتهابي كبير اللويحات لكنها تتحول بعد سنوات إلى آفات جلدية مبكلة حيث يحدث ضمور جلدي تظهر من خلاله الشعيريات المتوسعة إضافة لنقص وفرط في التصبغ الشبكي مما يذكرنا بتبكل الجلد الناجم عن التهاب الجلد الشعاعي ، ثم يظهر فيما بعد الارتشاح والمظهر النسجي الوصفي للفطار الفطراني . أما تشريحياً مرضياً فيُبدي تبدلات تشير للفطار الفطراني . كما أن معالجة هذا الشكل تشبه معالجة الصداف اللويحي النمط الالتهابي كبير اللويحات .

٤ - خطل التقرن المتغير Parakeratosis Variegata

ومن مترادفاته نظير الصداف الحزازاني لبروك وهو جلاد التهابي ، مزمن نادر ، يصيب القسم العلوي من الجسم . هذا وقد يكون سير هذا المرض سليماً كما يتحول إلى فطار فطراني خلال سنوات من سيره . يتظاهر هذا الجلاد بشكل خطاطات حزازنية خطية أو شبكية الشكل تميل للاتصال ببعضها ، ومحاطة بشبكة من جلد سليم ، كما أنها تترك في النهاية ضموراً شبكي الشكل . الحكة غائبة في هذا الجلاد . كما يشبه من الناحية التشريحية المرضية نظير الصداف اللويحي من النمط المبكل كبير اللويحات . أما معالجته فتقوم على التشعيع بالأشعة ما فوق البنفسجية .

الأحمرية (احمرار الجلد) Erythroderma

الأحمرية هي احمرار التهابي معمم مترافق مع توسف لكامل الجلد من الرأس إلى القدم .



الشكل ١٢-٨ : نظير الصداف اللويحي

السببيات : قد تنجم الأحمرية من خلال تعمم الجلادات عند المرضى بسبب اضطرابات مناعية ، أما الجلادات التي قد تؤدي للأحمرية عند الكهول فأهمها الإكزيمية ـ الإكزيمة التأتبية ـ الصداف ـ والنخالية الحمراء الشعرية ـ الحزاز المسطح ـ الفقاع الورقي ـ الجرب النروجي ـ ابيضاضات الدم اللمفاوية ـ لمفوما الجلد الخبيثة ـ ومتلازمة سيزاري . كما قد تنجم الأحمرية عن بعض الأدوية مثل السلفونواميدات ـ أدوية السكري ـ مركبات الذهب ـ الهيدانتوئين ـ مضادات الملاريا ، إضافة لذلك فإن هنالك أحمريات ذات أسباب مجهولة وتشكل نحو ٥٪ ـ ١٠٪ وقد أطلق على هذه الأحمريات ، أحمريات نمط ويلسون بروك ، كما أن أكثر الأسباب المؤدية للأحمريات عند الأطفال هي الأحمريات الولادية (السماك الولادي ـ الطفل الكولوديوني ـ الأحمرية سماكية الشكل) والأحمريات الناجمة عن انحلال البشرة النخري الانسمامي ـ الأحمرية في أدواء المبيضات المتعمم ـ أحمرية ليَزموسوس .

التشريح المرضي : يتوافق مع سبب الأحمرية المحتمل ، وطور الأحمرية . كما قد لا يكشف التشريح المرضي المظاهر المميزة للمرض المسبب ، وبشكل عام فإن التشريح المرضي للأحمرية قد يُبدي تبدلات بشروية تسفنجية يعقبها خطل تقرن وشواك خفيف في الأشكال الحادة ، كما يشاهد ارتشاح التهابي حول الأوعية ، إضافة لوجود وذمة واضحة في الأدمة الحليمية .

التظاهرات السريرية : يتصف احمرار الجلد بحمامى متعممة مع وسوف ، وعموماً فإن الجلد لا يحمر من الالتهاب فقط بل من الارتشاح والتسمك أيضاً اللذين يطرأن على الجلد . أما الأعراض العامة فتحدث بسبب التهاب الجلد المعمم واضطراب التقرن حيث تتضخم العقد البلغمية من جراء ذلك الالتهاب إضافة للحكة الشديدة التي قد تنتاب المريض . هذا ويؤدي توسع الأوعية الدموية وازدياد جريان الدم عبر الجلد إلى زيادة فقدان الحرارة والتي تترجم بشكل قشعريرة وإحساس بالبرد كما قد يؤدي ارتفاع البخر المائي للتجفاف . كما يفقد المريض كمية من البروتين مع الوسوف التي تتوسف من سطح الجسم وبمقدار ١٠ غ/م^{٢} .

هذا وتتزدى الحالة العامة خلال سير الأحمرية المزمنة ، كما يموت بعض مرضى الأحمريات رغم العلاج .

المعالجة : توجه المعالجة مباشرة نحو المرض الأساسي الذي أدى للأحمرية كما تعطى السوائل الكافية والسترويدات بجرعات عالية ، إضافة لوقاية المريض من الإنتان الثانوي . أما موضعياً فتقوم على ذر البودرة في سرير المريض ودهن جلده بدهون الزنك أو برهيماء سترويدية .

الفصل الثالث عشر

الجلادات الفقاعية

إن الجلادات الفقاعية التي تتظاهر بنفاطات Blisters نادرة ، لكنها مهمة لأنها قد تكون العلامة الأولى التي تنم عن معضلة شديدة لكلٍ من الأطفال والكهول .

يمكن أن تنجم النفاطات إما عن تمزق الأجسام الرابطة desmosomes ما بين الخلايا المقّرنة في البشرة مؤدية إلى فقاعة ضمن البشرة أو من جراء عطبٍ لمنطقة تحت الغشاء القاعدي مؤدياً إلى فقاعة تحت بشروية ، وذلك نتيجة عيوب وراثية مختلفة ، وهذا يشاهد بخاصة عند الأطفال . كما وأن نشوء الفقاعات قد يكون مرده مناعة ذاتية وهذا ما يصادف بخاصة عند الكهول .

التصنيف : يمكن أن تصنف الجلادات الفقاعية إلى الزمر التالية :

- انحلال البشرة الأرثي .
- الأدواء الفقاعية .
- الأدواء الفقاعانية .
- التهاب الجلد الحلئي .
- جلاد IGA .
- الجلادات الفقاعية المزمنة عند الأطفال .

انحلال البشرة الإرثي

Hereditary Epidermolyses

يشمل انحلال البشرة الفقاعي مجموعة من الأدواء الأرثية المزمنة والتي تشترك جميعها في إحداث النفاطات التي قد تنجم إما عن رضوض آلية طفيفة أو أنها تظهر بشكل عفوي ، وتتوضع على الجلد أو على الأغشية المخاطية أحياناً ، كما أن بعض هذه الأدواء مضمر ، حيث يُحدِث ضموراً عند التئامه ، بينما بعضها الآخر غير مضمر كما تختلف بعض الأشكال

لمضمرة وغير المضمرة في الطراز الأرثي الذي يكون سائداً في بعضها وصاغراً عند بعضها لآخر .

هذا وسنتكلم باختصار عن دائين فقط من هذه الأدواء الأول بسيط وغير مضمر بينما لآخر مضمر .

انحلال البشرة الفقاعي البسيط (Kobner)

يورث هذا الداء بصبغي جسدي سائد مع ميل لإصابة الذكور ، وهو أشيع هذه المجموعة .

الإمراض : يؤدي رض آلي مثل الضغط أو الاحتكاك إلى تفعيل إنظيمات تقويضية تؤثر على خلايا البشرة وتسبب تحوصل فيها .

التظاهرات السريرية : تظهر الفقاعات في هذا الشكل من الانحلالات على أماكن الضغط وذلك منذ الولادة أو تتأخر حتى يبدأ الطفل بالزحف . أما الأماكن التي تظهر فيها تلك الفقاعات فهي اليدان ـ المرفقان ـ الركبتان ـ القدمان ـ والعقبان . هذا وتشفى الفقاعة بعد انبثاقها دون أن تترك ضموراً . أما الأشعار والأظافر والأسنان فتبقى طبيعية ، كما أنه من النادر جداً أن تصاب مخاطية الفم .

التشريح المرضي : تلاحظ النفاطات داخل البشرة .

السير : يمكن أن يستمر الميل الأرثي لإحداث الفقاعات الرضية طوال العمر ، لكنه غالباً ما يحدث التحسن عند البلوغ .

المعالجة :

المعالجة الموضعية : تقوم على فتح الفقاعات وتطهيرها ، ويمكن تغطية التآكلات بالشاش الفازليني .

المعالجة الجهازية : يعطي الكلوروكين Chloroquine عن طريق الفم ، كما يجب مراقبة المريض خوفاً من التأثيرات الجانبية .

انحلال البشرة الفقاعي الحثلي الصاغر (Hallopeau - Siemens)

يتصف هذا النمط من انحلال البشرة الخلقي الشائع نسبياً ، والذي يورث بصبغي جسدي صاغر ، بتظاهرات سريرية مختلفة تؤدي إلى حثول في الجلد والأظفار .

الإمراض : قد ينجم هذا الداء في الأصل عن غياب لييفات الإرساء في منطقة الموصل البشروي الأدمي ، أو أنه قد ينجم عن تفعيل عامل انحلال الكلاجين (إنظيم ؟) الذي يؤدي إلى تدرك لييفات الإرساء والكلاجين .

التظاهرات السريرية : تحدث الفقاعات في هذا النمط من الانحلالات إما عفوية أو نتيجة الرضوح . يصبح الجلد جافاً وضامراً وبخاصة في أماكن الضغط في النهايات والألية ، وذلك نتيجة حدوث التشكلات الفقاعية . كما تظهر أكياس بشروية (دخينات) في الأماكن التي تتراجع فيها الفقاعات . أما الأظفار فتنقلع أو تبدي حثولاً . كما تؤدي التفقعات الجلدية إلى التصاق القزحية واليد المخلبية .

تصاب الأغشية المخاطية بنسبة ٢٠٪ من الحالات حيث تلاحظ تآكلات وتقرحات إضافةً لندبات نتيجة ظهور الفقاعات في الفم والملتحمة والبلعوم والمري (شكل ١٣ - ١) .

التشريح المرضي : تظهر التشكلات الفقاعية تحت البشرة .

السير : يبدأ المرض في الطفولة الباكرة ، ويؤدي إلى عجز خلال الحياة .

الإنذار : يوضع الإنذار بحذر ، حيث يتحول الطلاوان والندبات اللذان يحدثان على الأغشية المخاطية والجلد إلى سرطانة وسفية الخلايا .

المعالجة : المعالجة الموضعية ، تقوم على الوقاية من الأخماج الثانوية ومعالجتها .



الشكل ١٣-١ : انحلال البشرة الفقاعي الحثلي الصاغر

المعالجة الجهازية : جرب الفيتامين E ، كما وجدت فائدة بمعالجة هذا المرض بمثبط الكولجيناز ألا وهو الفينتوئين Phenytion . كما جربت الريتنوئيدات ، والدابسون ، والكلوروكين .

الفقاع المزمن الأسري الحميد Benign Familial Chronic Pemphigus

وسنتكلم عنه باختصار وهو مرض فقاعي وحويصلي أسري نادر ، يورث بصبغي جسدي سائد مع نفوذية جنية Gene متبدلة ، ليس له علاقة بالفقاع الشائع ويتوضع في المناطق التي يتوضع فيها المذح (الوجه الوحشي للعنق ، تحت الإبط ، المنطقة الأربية أو حول الشرج) .

الإمراض : يفترض أن الفقاع المزمن الأسري الحميد ما هو إلا شكل حويصلي من مرض داريه حيث يوجد في كلا المرضين انحلال أشواك ـ خلل تقرن . يبدو بالمجهر الالكتروني وجود خلل بتشكل الخيوط الموترة والجسيمات الرابطة ، وفي تركيب المادة ما بين الخلايا في البشرة .

التظاهرات السريرية : يبدأ المرض عادةً في سن المراهقة أو في سن اليفع الباكر بظهور زمرة من الحويصلات عكرة المحتوى على سطح حمامي وذلك في المناطق التي تتعرض للاحتكاك (المناطق التي يتوضع فيها المذح) . ثم لا تلبث أن تنفجر تلك الحويصلات تاركةً تسحجاتٍ وجلبات تشبه الأكزيمة مع تشققات بشروية أما الأعراض التي يشتكي منها المريض فتتجلى بحس تخريش موضع وألم وحكة .

المعالجة : تعطى الصادات موضعياً أو بالطريق العام ، كما يمكن تجربة الستروئيدات موضعياً . علماً بأنه يجب الانتباه إلى خمج المبيضات البيض التالي للمعالجة المديدة بالستروئيدات الموضعية .

الأدواء الفقاعية

عرفت هذه الأدواء حديثاً بأنها زمرة من الأمراض الفقاعية المزمنة والتي تتصف نسجياً بانحلال أشواك البشرة المؤدي إلى تشكل الفقاعات . كما يرجح أن الأضداد الذاتية المتوضعة على سطح الخلايا هي المسؤولة عن انحلال الأشواك . علماً بأنه يمكن كشف تلك الأضداد بطريقة الومضان المباشر حيث تظهر متوضعةً في الأحياز ما بين الخلايا ، كما أنه يمكن كشفها

(الأضداد) في الدم بطريقة الومضان المناعي غير المباشر .

تتصف هذه المجموعة من الأدواء الفقاعية بأنها لا تشفى عفوياً ، وتتضمن ما يلي :

١ً ـ الفقاع الشائع والتبنتي .

٢ً ـ الفقاع الورقي والحمامي .

٣ً ـ الفقاع البرازيلي .

هذا وسنقصر التكلم عن أهم تلك الأشكال الفقاعية شيوعاً وهي الفقاع الشائع والفقاع التبنتي .

الفقاع الشائع Pemphigus Vulgaris

الفقاع الشائع هو مرض فقاعي مزمن يتصف بظهور فقاعات تتوضع إما على جلد سليم أو على الأغشية المخاطية وهو مرض مميت إذا لم يعالج . وأكثر ما يصيب الأعمار مابين ٣٠ ـ ٦٠ ، ويعد من أمراض المناعة الذاتية .

الإمراض : مازالت أسباب المرض غير معروفة ، لكنه يفترض أنه مرض مناعي ذاتي حيث يكشف الومضان المناعي المباشر أضداداً من نوع IgG وعوامل ما بين الخلايا المالبيكية . أما الومضان غير المباشر فيكشف أضداداً جوالة من نوع IgG لمستضدات ما بين الخلايا المالبيكية . هذا ويؤدي اتحاد الأضداد ـ المستضدات إلى انطلاق عامل يؤدي إلى انحلال أشواك فقاعي ما بين الخلايا المقرنة .

يمكن أن يحدث المرض نتيجة حدوث تفاعل مناعي ذاتي بعد تناول بعض الأدوية من أهمها D - Penicillamine و Captopril ـ وخافضات الضغط ـ والـ Rifampcin سجل تواجد الفقاع الشائع مع أمراض مناعية ذاتية أخرى أهمها الوهن العضلي الوبيل ، الورم التوتي ـ الذأب الحمامي ـ والفقاعاني الفقاعي .

يضاف إلى ذلك وجود أضداد شبيهة بأضداد الفقاع في كل من الحروق ـ متلازمة لايل ـ وفي التفاعلات الدوائية المحدثة ببعض الأدوية .

التشريح المرضي النسجي : يشاهد فيه انحلال أشواك acantholysis الذي ينجم عن انفصال خلايا البشرة عن بعضها من جراء تفكك الجسيمات الرابطة ما بين الخلايا الذي يؤدي إلى تشكل شقوق وفقاعات بشروية . أما الموجودات الأدمية العليا فغير وصفية وتبدي

التهاباً خفيفاً . هذا ويمكن كشف الخلايا منحلة الأشواك ذات النوى الأسسة الكبيرة والمحاطة بخلايا نيرة بطريقة تزانك وذلك بإجراء لطاخة خلوية من قاعدة الفقاعة .

أما خزعة الومضان المناعي فتكشف توضع الغلوبولينات IgG ومكونات المتممة C_3 ما بين الخلايا المالبيكية للبشرة .

التظاهرات السريرية : كثيراً ما يبدأ الفقاع الشائع بشكل مخاتل وذلك بظهور تدريجي لفقاعات تتوضع على الأغشية المخاطية لكل من الفم والبلعوم والحنجرة ، لا تلبث أن تتمزق مشكلة مكانها ائتكالات ومناطق مسلوخة وذلك في ٥٠٪ من الحالات . هذا ويمكن أن يبقى المرض موضعاً على الأغشية المخاطية مدة خمسة أشهر أو أكثر لتظهر بعد ذلك مرحلة الفقاعات المعممة عند معظم المرضى والتي تتصف بظهور فقاعات رخوة ذات محتوى مصلي تتوضع على جلد سليم ظاهراً حيث تبدأ بالظهور غالباً في منطقة السرة أو في الفروة والوجه والجذع ـ وأماكن الضغط ـ وفي المنطقة المغبنية ـ وتحت الإبطين . ثم لا تلبث هذه الفقاعات أن تتمزق تاركةً مكانها تآكلات تغطى بالجلب .

وعندما يضغط جلد المصاب بالفقاع في المناطق التي يبدو فيها سليماً تتزحلق الطبقات العليا من البشرة بسهولة (ظاهرة نيكولسكي I) ، كما يؤدي ضغط ذرة الفقاعة إلى انسياب محتواها في البشرة (ظاهرة نيكولسكي II) **ولا تحدث أي من هاتين الظاهرتين في أثناء تحسس المرض .**

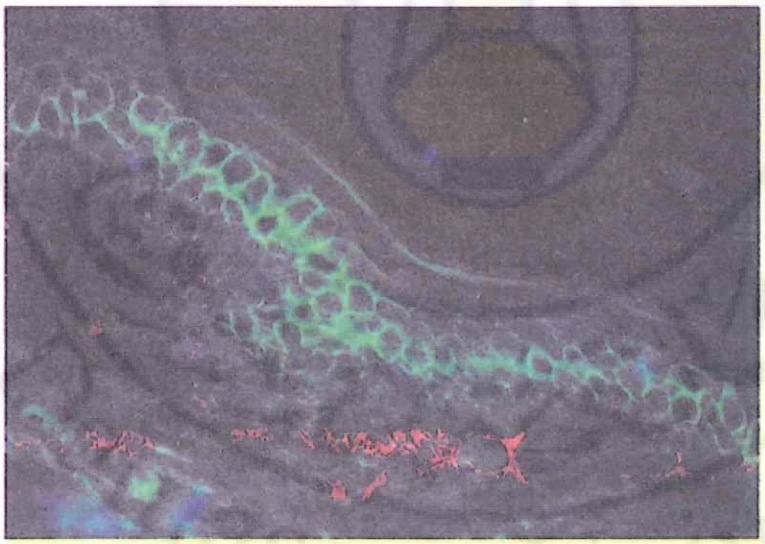
علماً بأن هذا المرض غير حاك ولكن التآكلات قد تكون مؤلمة (شكل ١٣ ـ ٢) .

الإنذار : يعطى الإنذار بحذر ذلك أن المصابين بهذا المرض كانوا يموتون قبل اكتشاف الستروئيدات القشرية خلال ١٤ شهراً من بدء الإصابة . إضافةً لذلك فإنه يجب علينا أن نتوقع التأثيرات الجانبية للستروئيدات القشرية ، التي توصف لهذا المرض بجرعات عالية .

التشخيص التفريقي : يجب تمييز الفقاع الشائع عن الفقاعاني الفقاعي ـ التهاب الجلد الحلئي الشكل ، والطفوح الفقاعية الانسمامية ، الحمامى عديدة الأشكال وبعض الأمراض الفقاعية الأخرى .



الشكل ١٣-٢ أ : الفقاع الشائع



الشكل ١٣-٢ب : الفقاع الشائع

المعالجة : قلت نسبة الوفيات بهذا المرض بنسبة ٥٠٪ بعد استعمال الستروئيدات القشرية وكابتات المناعة في معالجته . تعطى الستروئيدات القشرية بجرعات عالية بغرض كبت تشكل الفقاعات ولإحداث هجوع الداء بسرعة حيث تعطى في الحالات الشديدة من المرض جرعات عالية حتى ١٦٠ ملغ أو أكثر من البرنيدنيزولون أو ما يعادله من الستروئيدات الأخرى يومياً وقد نحتاج للوصول إلى هجوع المرض مدة ٤ ـ ٨ أسابيع ، ثم تخفض الجرعات بسرعة حتى تصل إلى جرعة صغرى تبقيه هاجعاً . هذا ويمكن التخفيف من جرعة الستروئيدات وذلك بمشاركتها بكابتات المناعة [الأزايتوبرين (إموران imuran)] .

ومن العلاجات التي توصف أيضاً أملاح الذهب ـ فصادة البلازما Plasmapheresis أما المعالجة الموضعية فتهدف الوقاية من الأخماج الثانوية ، حيث تقوم على تطبيق الأصبغة أو المطهرات المناسبة ، كما تعد مغاطس برمنغنات البوتاسيوم مفيدة أيضاً .

الفقاع التنبتي Pemphigus Vegetans

يعد الفقاع التبنتي شكلاً خاصاً من الفقاع الشائع . وهو يتصف باندفاعات حليمومية متنبته عند مرضى لديهم مقاومة نسبية للمرض ، ولقد ميز الباحثون لهذا الشكل من الفقاع نموذجين ، الأول نموذج نيومان Neomann والثاني نموذج هالوبو Hallopeau .

الفقاع التنبتي نموذج نيومان : يتشكل هذا النموذج خلال سير الفقاع الشائع إما عفوياً أو أنه ينجم عن المعالجة بالستروئيدات القشرية . يبدأ غالباً بحويصلات وفقاعات تتمزق بسرعة مشكلة حبيبومات ونموات حليمومية مفرطة النمو تظهر بخاصة على الثنيات التي تصاب بالمذح (الصوارين ـ الطية الأنفية الشفوية ـ المناطق الفرجية والشرجية ـ في الثنيات الإبطية والأربية) .

الفقاع التنبتي نموذج هالوبو : يتصف هذا الشكل بسيره السليم ، وبأن اندفاعاته بثرية وليست فقاعية ، تلك البثرات التي تتوافق مع تكاثر حليمومي متألل على قاعدة من البثرات والتآكلات .

معالجة الفقاع التنبتي : يعالج الفقاع التبنتي بنموذجية السابقين معالجة جهازية كما في الفقاع الشائع ، لكن نموذج هالوبو يحتاج إلى كميات معتدلة من الستروئيدات القشرية كافية لتحسينه .

الأدواء الفقاعانية

Pemphigoid Diseases

تتضمن الأدواء الفقاعانية العديد من الأدواء الشبيهة بالفقاع الشائع ، والتي كانت لا تفرق عنه في السابق ، لكنه قد أصبح معروفاً الآن أن هذه الأدواء لا تمت بصلة للأمراض الفقاعية .

تبدي هذه الزمرة من الأدواء انفصالاً بشروياً أدمياً (الفقاعة تحت بشروية) بسبب الأضداد النوعية الموجهة ضد مكونات نوعية في الغشاء القاعدي ، التي يمكن كشفها بكل من الومضان المباشر المباشر وغير المباشر . وتضم هذه المجموعة المرضية

- الفقاعاني الفقاعي .
- الفقاعاني الندبي .
- الحلأ الحملي .

هذا وسنقتصر على بحث أهم أدواء هذه المجموعة ألا وهو الفقاعاني الفقاعي .

الفقاعاني الفقاعي Bullous Pemphigoid

هو مرض فقاعي مزمن ، سليم نسبياً ، سيره محدود ، يصيب عادة المسنين بعد سن ٦٠ ونادراً الأطفال (الفقاعاني الفتوي) ، ويتصف بفقاعاته الكبيرة المتوترة التي تتوضع على قاعدة حمامية .

الإمراض : سبب هذا المرض غير واضح ، لكن الدراسات تشير إلى أنه مرض مناعي ذاتي وذلك لوجود أضداد ذاتية مصلية موجهة ضد منطقة الغشاء القاعدي كما أنه من المقبول حالياً أن حدوث الفقاعة الالتهابية تحت البشروية يتم نتيجة تفاعل الضد مع المستضد وبالتالي تفعيل جملة المتممة .

ومن الملاحظ أن الفقاعاني الفقاعي قد يكون من المتلازمات المواكبة للتنشوات ، كما يمكن أن يحدث الفقاعاني الفقاعي من قبل الأدوية كالسالزوسولفابيريدين ، والبنسلين ، والفورسيمايد ، والديازيبام . كما أنه قد يترافق مع أمراض مناعية ذاتية أخرى كالتهاب العضلات ـ الفقاع الشائع ـ التهاب الجلد الحلئي ـ الذأب الحمامى المجموعي ـ وأدواء القولون القرحي وأدواء أخرى) .

التظاهرات السريرية : غالباً ما يبدأ هذا المرض بنفاطات تتوضع بشكل متناظر على الأطراف ، ثم لا تلبث أن تعم تلك الاندفاعات معظم أنحاء الجسم بشكل عام ، لكنها تتوضع على ثنيات الأطراف وبخاصة منتصف البطن . علماً بأن الفقاعات غالباً ما تتوضع على قاعدة حمامية ، كما تتصف بتوترها ، واحتوائها على سائل مصلي قد يصبح مدمى بعد فترة ، كما أنها لا تنفجر بسهولة كما في فقاعات مرض الفقاع .

أما الإصابة الفموية لهذا المرض فتكون أقل من إصابة داء الفقاع للفم كما أفاد معظم المرضى باشتداد مرضهم عندما تعرضوا للأشعة ما فوق البنفسجية . يمكن أن تكون علامة نيكولسكي I ، إيجابية في محيط الفقاعة أما علامة نيكولسكي II فهي إيجابية عادة ، كما تبقى حالة المريض العامة حسنة . ومما يجدر ذكره هنا أن للفقاعاني أشكالاً خاصة أهمها **الفقاعاني الفقاعي الموضع** الذي يتوضع بشكل متناظر في عدة أماكن من الجلد كالفروة أو الساقين (شكل ١٣ ـ ٣) .

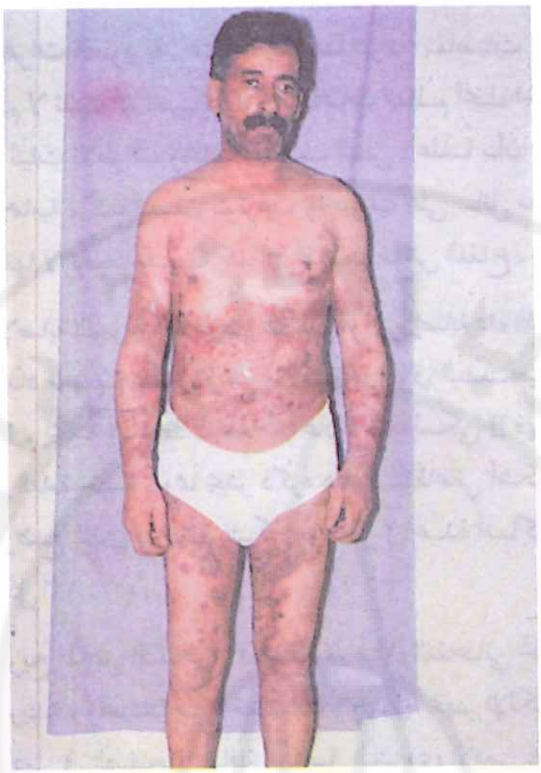
التشريح المرضي النسجي : الفقاعة في الداء الفقاعاني تحت بشروية تحتوي مصلاً وليفات فيبرينية ، وأعداداً من الحمضات . ويبين المجهر الإلكتروني حدوث الانفصال البشروي الأدمي في الصفيحة الصافية للموصل البشروي الأدمي .

أما خزعة الومضان المناعي فتكشف توضع الغلوبولينات المناعية بخاصة IgG ، والمتممة C_3 على الصفيحة الصافية بشكل خطي .

التشخيص التفريقي : يجب تفريق الفقاعاني عن الفقاع الشائع ـ التهاب الجلد حلئي الشكل ـ الحمامى عديدة الأشكال ـ والطفح الدوائي عديد الأشكال .

المعالجة : تعطى الستروئيدات القشرية عن الطريق العام ، وبمقادير أقل مما هي عليه في الفقاع الشائع ويكفي عادة ٤٠ ـ ٨٠ملغ من البريدنيزولون ويمكن إضافة كابتات المناعة (الأزاتيوبرين) . وقد استعملت أيضاً السولفاميدات والسولفون (دابسون) كما استجابت بعض الحالات للمعالجة بكل من التتراسكلين والإرتيرومايسين .

أما المعالجة الموضعية فتقوم على تطبق المحاليل المطهرة خارجياً ، كما تجرى للمريض حمامات يضاف إليها المطهرات .



الشكل ١٣-٣ :
الفقاعاني
الفقاعي

التهاب الجلد حلئي الشكل Dermatitis Herpetiformis أو داء دورنك - بروك

التهاب الجلد حلئي الشكل هو مرض مزمن ناكس ، حاك ، حميد نسبياً ، يتصف باندفاعاته عديدة الأشكال التي تتوضع بشكل مجموعات متناظرة ، كما يغلب ترافقه باعتلال أمعاء تحسسي نحو الغلوتين .

الحدوث : غالباً ما يحدث هذا المرض عند ذوي الأعمار الفتية (عادة ما بين سن ٣٠ - ٤٠ سنة) ويصيب الذكور أكثر من الإناث كما لا توجد دلائل على كونه مرضاً أرثياً ، ولكن عامل التوافق النسجي HLA - B8 يتواجد عند المصابين بهذا المرض بنسبة ٨٠٪ من الحالات .

الإمراض : أسباب الداء غير معروفة ، لكن يشير ارتفاع عدد الحمضات في الدم والنسج إلى أنه ارتكاس أرجي ، بينما تشير الدراسات المناعية الحديثة إلى أنه مرض مناعي ذاتي . كما أن هنالك تحسساً للهالوجينات بخاصة يود البوتاسيوم لدى المصابين .

التشريح المرضي النسجي : نجد بالتشريح المرضي ، فقاعة تحت بشروية ، دون وجود خلايا منحلة الأشواك ، وتحتوي على العديد من العدلات إضافة لحمضات أما خزعة الومضان المناعي المباشر فتكشف ترسباً مكوناً من الغلوبولين المناعي IgA في ذرى الحليمات الأدمية والمتممة C_3 كما أن لتوضع IgA الحبيبي على الغشاء القاعدي قيمة كبيرة في تشخيص هذا الداء .

التظاهرات السريرية : يشتكي المرضى من حكة أو حارقان في مناطق الإصابات كما قد يؤدي التخديش الشديد إلى تسحجات ، أما الاندفاعات التي تظهر بشكل مجموعات متناظرة حطاطية ، حمامية ، حطاطية حويصلية ، حويصلية أو فقاعية ، أو انتبارات شروية فتتوضع على الكتفين ، والمنطقة الأليوية ، والفروة ، والأوجه الباسطة للذراعين قرب المرفقين ، والركبتين وأسفل الساقين ، علماً بأن الحويصلات أكثر شيوعاً من الفقاعات ، كما وقد نجد فقط تصبغاً وندبات تجتمع على الأماكن الانتقائية لتوضع فقاعات الداء . لاتصاب الأغشية المخاطية للفم في أغلب الحالات .

اعتلال الأمعاء التحسسي للغلوتين في التهاب الجلد الحلئي

يحدث اضطراب في مخاطية الصائم عند أكثر من ٧٠٪ من حالات الداء ، وهذه التغيرات شبيهة بتلك المشاهدة في الإسهال الدهني الغامض . كما تزداد الحمضات في الدم



الشكل ١٣-٤ : التهاب جلد حلئي الشكل

المحيطي غالباً وفي سائل النفاطات ، إضافةً لتفاقم الاندفاعات باليود والذي يعد غير نوعي (شكل ١٣ - ٤) .

التشخيص التفريقي : يجب تفريق التهاب الجلد الحلقي عن كل من الحمامى عديدة الأشكال ـ الفقاعاني الفقاعي ـ الداء البثري تحت الطبقة المتقرنة والأكزيمة التأتبية .

المعالجة الجهازية : السولفون ، ومن الواجب مراقبة المريض والتأثيرات الجانبية الدموية للدواء الذي قد يؤدي إلى انحلال دم وبخاصة عند من لديهم عوز في خميرة G_6PD إضافةً لذلك فقد يفيد السولفابيردين . أما الستروئيدات القشرية فتؤثر تأثيراً معتدلاً ، كما تعطى مضادات الهستامين للتخفيف من الحكة . **إن القوت الخالي من الغلوتين ضروري للمرضى الذين يبدون علامات اعتلال معوي .**

المعالجة الموضعية : تهدف للتخفيف من الحكة والحرقان وتشمل دهونات الزنك ومطهرات ، إضافة لحمامات تحتوي على مواد مطهرة أو قطرانية .

الجلاد الخطي Linear IgA Dermatosis IgA

يتظاهر هذا الجلاد باندفاعات فقاعية حاكة يشبه سريرياً التهاب الجلد حلقي الشكل أو الفقاعاني الفقاعي لكنه يتميز عنهما بترسب IgA في الغشاء القاعدي ، آخذاً شكلاً خطياً ، ولا يترافق باعتلال أمعاء نحو الغلوتين . ويرجح أن الجلاد الخطي IgA هو شكل وسط أو مشترك بين الفقاعاني الفقاعي والتهاب الجلد حلقي الشكل الحدوث ، يمكن أن يستمر هذا المرض عدة سنوات .

التشريح المرضي النسجي : فقاعات تحت بشروية وقد نجد خراجات مجهرية ضمن الحليمات .

أما خزعة الومضان المناعي المباشر فتكشف توضع IgA الخطي في منطقة الغشاء القاعدي مع مزيج من مكونات المتممة . كما أنه نادراً ما يظهر الومضان المناعي غير المباشر أضداد IgA حائلة في المصل ومضادة لمكونات غشاء الليف العضلي الأملس .

المعالجة : يستجيب في البداية للسولفون ، والمعالجة المثلى هي إشتراك السولفون مع الستروئيدات بكميات قليلة .

الجلاد الفقاعي المزمن السليم عند الأطفال

Bengin Chronic Bullous Dermatosis in Children

هو مرض فقاعي مزمن غير وراثي يصيب الأطفال ، ويماثل الجلاد الخطي IgA في الطفولة ، كما تتطابق صورته السريرية مع صورة الفقاعاني الفقاعي عند الأحداث في بعض الحالات .

وبالرغم من أن الومضان المناعي يكشف توضع IgA بشكل خطي على طول الغشاء القاعدي ، إلا أنه لا يكشف الأضداد الفقاعية (IgA, IgG) في المصل .

يتضمن التشخيص التفريقي لهذا المرض كلاً من الفقاعاني الفقاعي عند الأحداث ، التهاب الجلد حلئي الشكل عند الأحداث ، والجلاد الخطي IgA .

الموجودات السريرية : يتصف هذا الجلاد بظهور اندفاعات حويصلية فقاعية مع الميل لإصابة المنطقة التناسلية .

الأعراض : حكة ، أو حكة حارقة وهو مرض ذو سير مزمن .

التشريح المرضي النسجي : تتوضع الفقاعات فيه تحت البشرة .

المعالجة : يعالج بالستروئيدات القشرية ، لكنه يفضل تجربة إعطاء الدابسون في البدء .

الحمامى متعددة الأشكال Erythema Multiforme

هي متلازمة ذات صفات سريرية وتشريحية مرضية مميزة ، وهي مرض شائع نسبياً ، وناكس ، ويتحدد بنفسه ، إذا إن هجمته تستمر ٣ ـ ٦ أسابيع ، كما أن لهذه الحمامى شكلين هما الشكل البسيط (الصغير والشائع) ، والشكل الشديد (الكبير النادر) .

الإمراض : إن الحمامى متعددة الأشكال مرض يرتكز على آلية مناعية ، وهو من نمط التفاعل الجلدي الذي يثار بأحماج فيروسية (بخاصة حمة الحلأ البسيط) ـ مفطورات Mycoplasmas ـ أحماج جرثومية (الأحماج بالعقديات) ـ أحماج فطرية (فطار كرواني ـ أدواء الشعيريات العميقة) ـ بعض الأدوية (السلفونواميدات) ـ والعديد من الأسباب الأخرى كأدواء الغراء ـ والتبدلات الهرمونية التي تحدث أثناء الحمل ـ وأشعة X إضافةً لحالات كثيرة لا يمكننا فيها من معرفة السبب الذي أدى لإثارة المرض .



الشكل ١٣-٥ : الحمامى المتعددة الأشكال (الشكل الصغير)



الشكل ١٣-٦ : متلازمة ستيفن جونسون

الإمراض : إن الحمامى متعددة الأشكال طفح سريري ونسجي نموذجي ، ينشأ عن حالة مفرطة الفعالية في الجلد ، وقد نكتشف وجود الغلوبولين المناعي ومكونات المتممة حول الأوعية وذلك بالومضان المناعي المباشر ، كما ونشر ترافقها مع HLA-B_{15} .

التشريح المرضي النسجي : تبدو التبدلات الأولية على شكل توسعات وعائية مترافقة برشاحة حولها ، كما يحدث تنكس زجاجي وفجوي في البشرة السفلية والغشاء القاعدي وذلك في مركز الآفات ، إضافةً لأنه قد تصبح البشرة نخرية في الحالات الشديدة كما يشاهد انفصال تحت بشروي في الموصل البشروي الأدمي وخيطان فيبرينية في الفقاعة .

التظاهرات السريرية :

أ ـ الشكل الصغير (الشكل البسيط) : هو شكل سليم يصيب الجلد دائماً والمخاطيات ، تظهر الاندفاعات في هذا الشكل الحويصلي الفقاعي بشكل هجمات متتالية حيث تتظاهر في البدء بشكل بقع حمامية متناظرة ، ذات حدود واضحة ، سرعان ما تكتسب مظهراً شروياً ، هذا ويكون مركز البقع مسطحاً بينما تبقى حوافها حمراء براقة ، ثم تظهر بعد ذلك نفاطة في مركزها مؤديةً لأخذها شكلاً هدفياً أو قزحياً . إضافةً لذلك فإنه قد تأخذ اندفاعات هذا الشكل شكلاً بقعياً حطاطياً أو فقاعياً .

تتوضع الاندفاعات وبشكل متناظر على ظهر اليدين والجوانب الباسطة للساعدين وقد يصاب المرفقان والركبتان وظهر القدم والوجه ، كما يمكن أن تصاب الراحتان والأخمصان . إضافةً لأنه قد تبدو آفات التهابية تآكلية على مخاطية الفم والناحية التناسلية (شكل ١٣ ـ ٥) .

ب ـ الشكل الكبير (متلازمة ستيفن جونسون) : وهو شكل شديد وحاد جداً من الحمامى متعددة الأشكال والذي قد يكون مميتاً . يصيب هذا الشكل كبار الأطفال والبالغين الصغار من الذكور عادةً ، كما ويظهر غالباً بعد جمج رئوي بالمفطورات (ذات رئة غير نموذجية بدئية) أو بعد تناول أحد الأدوية .

يصاب بهذا الشكل من الحمامى عدة أعضاء ، كما تتقدم الإصابة أعراض عامة قبل أن تظهر الاندفاعات الحويصلية الفقاعية على الجلد وباطن الفم (تآكلات واسعة) كما قد تمتد الإصابة إلى فوهة الأنف والبلعوم والحنجرة والمخاطيات التناسلية والشرج والاحليل .

تتوذم الشفتين وتتشققان وتأخذان مظهراً مسوداً مدمى ، بحيث يغدو فتح الفم لتناول

الطعام مؤلماً ، لذا فإنه قد تظهر علامات التجفاف بسبب صعوبة تناول الطعام .

هذا وتشاهد الإصابة العينية في هذا الشكل من الحمامى في أكثر من ٩٠٪ من الحالات وتتجلى بالتهاب ملتحمة نزلي أو قيحي ، كما قد تحدث التصاقات في الملتحمة مع التهاب قرنية وقزحية وعنبة قد تؤدي للعمى (شكل ١٣ ـ ٦) .

أما الموجودات العامة : فتتراءى بضعف وحمى وصداع ، كما تعزى المضاعفات إلى الالتهاب الرئوي أو الإصابة الكلوية التي تترافق مع بيلة دموية ، وإضافةً لذلك فقد يظهر قصور دوراني سمي في الأشكال الشديدة . هذا وقد تستمر هذه الحالة الشديدة ٦ أسابيع .

المعالجة : لاتوجد معالجة نوعية للحمامى متعددة الأشكال بسبب تعدد الأسباب المحدثة ففي الشكل الصغير لهذه الحمامى تقتصر المعالجة على إراحة المريض من حس الحرق والحكة ، كما تطبق المضادات الحيوية موضعياً في حال الخمج الثانوي .

أما معالجة النموذج الكبير فتقوم على الراحة في المشفى مع إعطاء الصادات واسعة الطيف للوقاية من الانتان الثانوي . علماً بأنه لا يعطى البنسلين والامبيسلين بسبب خطورة التفاعل الأرجي ، كما ينصح بإعطاء الأسيكلوفير إذا ما وجدت إصابة بالحلأ البسيط . إضافةً لذلك تعطى الستروئيدات داخلاً كما ينتبه إلى تغذية المصاب وإعطائه السوائل ، علماً بأنه قد تدعو الحاجة إلى التغذية غير الفموية مع إعطاء الشوارد عن طريق الوريد إضافةً لذلك فإنه يجب أن يستشار طبيب العينية على الفور إذا ما بدت أعراض عينية ، كما تعالج الطفوح الحمامية والنفاطية والسطوح المتآكلة في الفم بالمطهرات والمحاليل الملونة .

الفصل الرابع عشر

جلادات النسيج الضام

يضم هذا الفصل أمراضاً مختلفة تشترك بوجود تغيرات في النسيج الضام ، تلك التغيرات التي قد تكون كمية ، مثل الضمور ، أو كيفية وتتجلى بتغيرات في العناصر البنيوية ، والخلايا ، والمواد الاستنادية .

يمكن تقسيم الأمراض التي تصيب النسيج الضام الجلدي إلى ثلاث زمر رئيسية :

ـ شذوذات أرثية التي تؤثر في تشكل أو استقلاب النسيج الضام مثل متلازمة اهلر دانلوس ، الصفروم الكاذب المزن .

ـ اضطرابات استقلابية أو استحالية مكتسبة مثل المران الشمسي، وقد جاء ذكره سابقاً.

ـ الأمراض الوعائية الكلاجنية التي تتلف النسيج الضام نتيجة تفاعلات مناعية معقدة ، لذا يطلق عليها اسم أمراض المناعة الذاتية مثل تصلبات الجلد ـ الذأب الحمامي ـ والتهاب الجلد والعضل .

متلازمة اهلر دانلوس Ehlers - Danlos - Syndrome

ويطلق على هذه المتلازمة أيضاً الجلد مفرط المرونة ، وهي مجموعة اضطرابات في



الشكل ١٤ـ١ : متلازمة اهلر ـ دانلوس

النسيج الضام محدودة إرثياً ، وذات أنماط متعددة تتشارك بأعراض رئيسة مثل فرط التمطط وهشاشة الجلد ، مع ميله لتشكيل الندبات ـ فرط حركة المفاصل لاسيما الركبتين والأصابع ـ وقابلية الجلد للتعرض للمرض .

التظاهرات السريرية : تظهر معظم الإصابة في البنيات الغنية بالنسيج الضام كالجلد والعظم والأوعية الدموية من جراء تركيب كلاجين غير مناسب ـ كما تؤدي الرضوض البسيطة ، التي لا تؤذي الجلد السليم عادةً ، إلى تمزق الأوعية والتئام بطيء للجروح . هذا وتشكل فرط بسوطية المفاصل ـ فرط مرونة الجلد ـ وقابلية الجلد للتعرض للمرض العلامات الرئيسة لهذه المتلازمة .

يبدأ المرض عادةً في سن الطفولة ، كما تؤدي الأذيات الجلدية إلى نزوف شديدة بطيئة الارتشاف ، أما المظاهر الإضافية الأخرى لهذه المتلازمة فأهمها فتوق النسيج الضام ـ تمزق خياطة الجروح ـ نقص التوتر العضلي ـ كما أنه من الشائع حدوث خلوع مفصلية (شكل ١٤ ـ ١) .

المعالجة : معالجة هذه المتلازمة عرضية كما يجب تجنب رضح الجلد والمفاصل .

الصفروم الكاذب المرن Pseudoxanthoma Elasticum

هو آفة ناجمة عن عيب موروث في النسيج الضام ، تصيب الجلد ـ العين ـ والجهاز القلبي الوعائي ، وتتصف بتبدلات الجلد وذلك بظهور لطخات صغيرة محدودة ، بلون أصفر أو قشدي ، رخوة ، في الأماكن كثيرة الحركة من الجلد ، كما في جانبي العنق والإبطين والحيز أمام المرفق . وقد يبدو العنق ذا طيات عديدة يشبه عنق الدجاج .

أما التبدلات العينية فتتجلى بخطوط وعائية الشكل Angioid Streaks ، وقد تحدث نزوف في الشبكية وفي مشيمة العين .

ـ علماً بأن هذه التبدلات العينية أكثر مصادفة من التبدلات الجلدية ، لذا فإن معظم الحالات تكتشف من قبل أطباء العيون ـ كما يشاهد بفحص قعر العين شريط بني محمر واضح حول حليمة العصب البصري تتفرع منه أثلام لماعة تساير الأوعية إضافة لذلك فقد يشاهد نزوف ونضحات .

تشمل الإصابة **الجهاز القلبي الوعائي ، مع ميل متزايد للنزوف** ، حيث يصاب

النسيج المرن في صمامات القلب والعضلة القلبية إضافةً لحدوث الذبحة الصدرية لدى المرضى الشباب ، أما الإصابة الوعائية فتنجم عن تنكس النسيج الضام في الطبقة المتوسطة بجدر الأوعية ـ كما يكثر حدوث النزوف الهضمية والاقياء الدموي والرعاف .

المعالجة : لا يوجد معالجة محدودة للآفة ، والمعالجة الجلدية هي عادةً تجميلية .

تصلبات الجلد Sclerodermas

هي أمراض مزمنة ، مجهولة الأسباب ، تتطور بعد مرحلة التهابية إلى صلابة قد تكون موضعة ، أو معممة مع مشاركة الأعضاء الداخلية أو دون مشاركتها .

يمكن تقسيم تصلبات الجلد إلى نموذجين رئيسين :

١ ـ الأول : وهو تصلب الجلد الموضع أو **القشيعة Morphea** وتشمل الآفات اللويحية الموضعة ـ الخيطه ـ والمعممة ولا يترافق هذا النموذج بظاهرة رينو أو إصابات مجموعية .

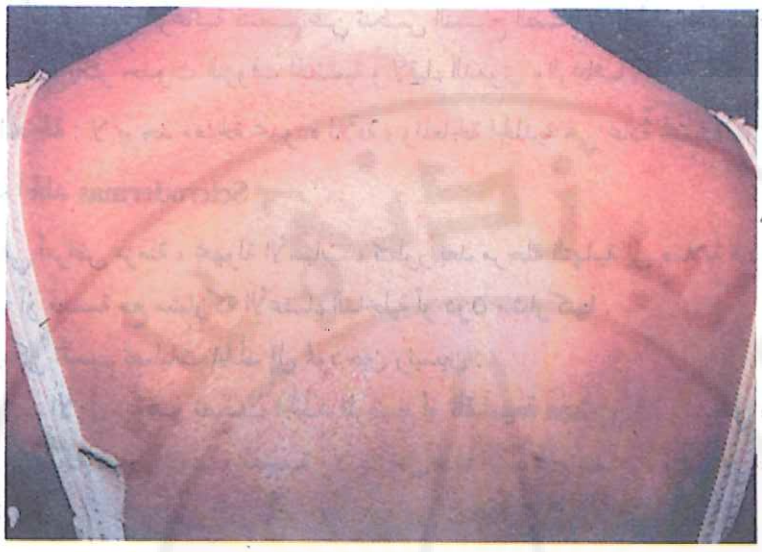
٢ ـ والنموذج الثاني : وهو التصلب المجموعي المترقي وفيه يصاب الجلد والأعضاء الداخلية بالتصلب ، كما تتقدمه أو تصاحبه غالباً ظاهرة رينو .

تصلب الجلد الموضع Localized Sderoderma أو القشيعة

الحدوث : تصاب النساء أكثر من الذكور بهذا التصلب ، ويحدث بخاصة عند ذوي الأعمار ما بين ٢٠ ـ ٤٠ سنة .

السببيات : غير معروفة ، ولكن يمكن أن تكون بآلية مناعية ذاتية ـ كما اتهمت الرضوح ـ العوامل الأرثية ـ الهرمونية ـ الفيروسات ـ السموم ـ والعوامل العصبية والوعائية في إحداث المرض . وحديثاً أظهرت الدراسات إلى إمكان وجود دور لخمج البورليا البورغدورفيرية Borrelia Burgdorferi في بعض الحالات .

التظاهرات السريرية : تكون الآفة البدئية لهذا التصلب على شكل بقعة حمامية ثم تختفي الحمامى ليظهر في مركزها لويحة قاسية ذات لون أبيض مصفر أو عاجي ثم تأخذ صلابة الجلد بالازدياد وتلتصق بالأنسجة العميقة ، كما تحاط بحمامى بنفسجية مزرقة تدعى الحلقة الليكية Lialc ring . كما يشعر الفاحص بقساوة الجلد الفاقد مرونته عند قرصه ما بين السبابة والإبهام .



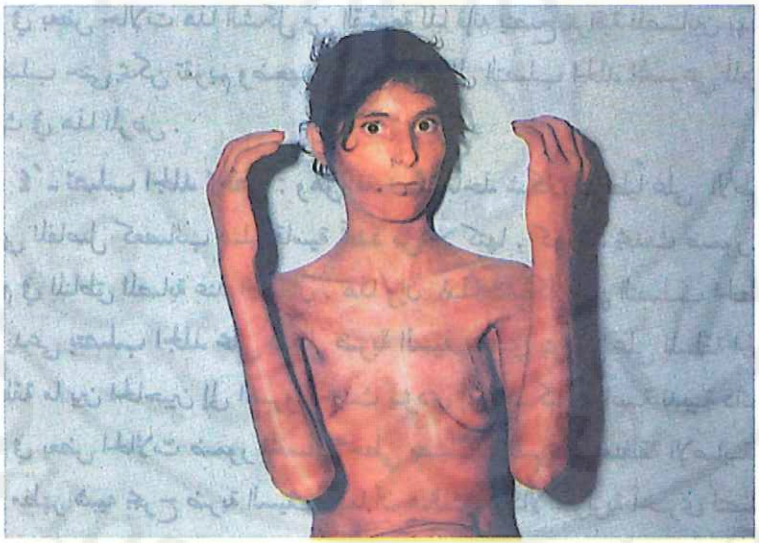
الشكل ١٤-٢ : القشيعة



الشكل ١٤-٣ : القشيعة النقطية



الشكل ١٤-٤ : تصلب الجلد الخطي



الشكل ١٤-٥ : تصلب الجلد المحموعي المترقي

هذا وتحدث الآفة مع الزمن ضموراً مع فقدان الأشعار والغدد الزهمية إضافة لفرط أو نقص في تصبغ مكان الآفة .

تكون الفحوصات المخبرية سوية عادةً مع إيجابية أضداد النوى أحياناً بخاصة في الشكل الخطي والمعمم لهذا التصلب الموضع .

يمكن تمييز عدة أشكال سريرية لتصلب الجلد الموضع بناءً على قد الإصابة ونوعها وعمقها وأهمها :

١ً ـ القشيعة : بقعة أو عدة بقع بيضاء مصفرة مبعثرة ذات سطح ، يتراوح حجمها ما بين حجم الليرة السورية الفضية وحتى راحة اليد (شكل ١٤ ـ ٢) .

٢ً ـ القشيعة النقطية Guttate Morphea : يتصف هذا الشكل ببقع متعددة صغيرة ضامرة دائرية نقطية ، وتحاط أحياناً بمحيط ليلكي يفيد في تفريقها عن الحزاز التصلبي الضموري ، وأكثر ما تتوضع على الجزء العلوي من الصدر والعنق (شكل ١٤ ـ ٣) .

٣ً ـ القشيعة المعممة : يتصف هذا الشكل من التصلب بعدد من الآفات التصلبية التي تتعمم وتنتشر مؤديةً إلى تحدد الحركة والتنفس ، هذا وقد لوحظت علامات التصلب الجهازي المترقي في بعض حالات هذا الشكل من القشيعة لذا فإنه ينصح بمراقبة المصابين بهذا الشكل من التصلب حتى يمكن تقويم وضعهم لأن الانتقال إلى التصلب الجلد المجموعي المترقي ممكن الحدوث في هذا المرض .

٤ً ـ تصلب الجلد الخطي : وهو آفة خطية تأخذ شكلاً شريطياً على الأطراف وقد تمتد على المفاصل كعصائب صلبة قاسية تحدد من حركتها . كما قد يحدث ضمور في العضل والعظام في المناطق المصابة عند الأطفال . هذا وإن لهذا الشكل من التصلب الخطي شكلاً خاصاً يدعى **بتصلب الجلد على شكل ضربة السيف** الذي يتوضع على المنطقة الجبهية ممتداً من منطقة ما بين الحاجبين إلى الفروة حيث يؤدي إلى تشكيل حاصة ندبية دائمة ، كما يشاهد في بعض الحالات ضمور انخسافي خطي يصيب العظم تحت منطقة الإصابة فيقود إلى تشكل مظهر شبيه بجرح ضربة السيف كما أن هنالك أشكالاً سريرية أخرى لتصلب الجلد الموضع وهي :

الشكل **الحمامي ـ العقيدي ـ تصلب ما تحت الجلد** (القشيعة العميقة) ـ **وتصلب**

الجلد الموضعي للفافات (شكل ١٤ ـ ٤) .

التشريح المرضي النسجي : تبدي البشرة ضموراً كما تستحيل الألياف الكلاجينة كما يحل النسيج الضام المتبدل محل النسيج الشحمي تحت الجلد . تتضيق الأوعية وتضمر الملحقات وتختفي الجريبات الشعرية والغدد الزهمية ، وتسلم الألياف المرنة من الإصابة عادةً أما الخزعة المأخوذة في المراحل المبكرة فتبدي ارتشاحاً التهابياً لمفاوياً غزيراً يحيط بأوعية الأدمة من توذم في الحزم الكلاجينية كما يحدث التهاب سبلة شحمية حاجزي في بعض الأحيان .

السير والإنذار : تشير المعلومات المتوافرة أن متوسط فترة المرض ١,٥ ـ ٤ سنوات للقشيعة و (٥) سنوات لتصلب الجلد الخطي . كما يمكن للمرض أن يترقى خلال عقود زمنية .

الاختلاطات : الإنذار جيد مدى الحياة ـ كما أن هنالك إمكاناً لحدوث تشوهات وتحدد في حركة المفاصل (في الأشكال الخطية) ، كما قد يحدث في بعض حالات القشيعة المعممة تحولها إلى تصلب جلد مجموعي مترق .

التشخيص التفريقي : عن الحزاز التصلبي الضموري ـ الجذام ـ البهق .

المعالجة :

الجهازية : وتقوم على إعطاء البنسلين كما ينصح باستعمال الفينيتوئين في أشكال تصلب الجلد الخطي ـ ويمكن للأدوية المضادة للبرداء أن تفيد في بعض الحالات .

الموضعية : يمكن استعمال الستروئيدات القشرية على شكل مرهم ، كما وصي باستعمال مراهم الهيبارين . كما يجب عدم نسيان المعالجة الفيزيائية التي تقوم على التدليك والمعالجة بالحرارة .

تصلب الجلد المجموعي المترقي Progressive Systemic Scleroderma

هو مرض مجموعي ذو أسباب غير معروفة ويأخذ سيراً مزمناً ، كما قد يؤدي للوفاة خلال بضع سنوات . يصيب النسيج الضام المتضمن أوعية دموية ويقود إلى تصلب منتشر في الجلد والأعضاء الداخلية ، كما أنه غالباً ما تتقدمه متلازمة رينو (شكل ١٤ ـ ٥) .

الحدوث : يصيب هذا المرض النساء أكثر من الرجال بنسبة ٣/١ ـ ٥/١ وتزداد نسبة حدوث المرض مع تقدم السن وهو نادر عند الأطفال . يترافق مع مستضد هلا (HLA-B8) .

الإمراض : السبب غير معروف ، أما العوامل الممكنة للمرض فهي ـ الاستعداد الأرثي ـ اضطرابات النظم الوعائية ـ ظواهر مناعية خلطية وخلوية ـ اضطرابات تنظيم تركيب الغلاجين ـ لوحظ حدوث زيادة شذوذات في الصبغيات لدى أفراد أسر المرضى ـ وجود أضداد لمختلف المستضدات النووية ـ والخمج الفيروسي كما يمكن للهدروكربونيات المكلورة مثل كلور الفنيل أن تسبب متلازمة تصلب جلد .

التظاهرات السريرية : إن تصلب الجلد المجموعي المترقي هو مرض متعدد الشكليات لكن يمكن تميز الأشكال المختلفة التالية اعتماداً على التوضع البدئي :

١ ـ تصلب النهايات Acrosclerosis .

٢ ـ تصلب الجلد المترقي المنتشر .

٣ ـ متلازمة كريست Crest syndrome .

٤ ـ تصلب الجلد الحشوي دون إصابة الجلد .

علماً بأن حدوث أشكال انتقالية متعددة يشير إلى أنها أشكال مختلفة لمرض واحد . كما أن هنالك تصانيف أخرى لتصلب الجلد المجموعي المترقي منها ما يعتمد على الإصابة الجلدية ومنها ما يعتمد على التشريح المرضي .

هذا وسنتكلم عن الأشكال الثلاثة الأولى لهذا التصلب المجموعي . وليكن معلوماً بأنه قد تتقدم الإصابة بالأشكال المختلفة للتصلب المجموعي أعراض أولية غير نوعية مثل التعب ـ الصداع ـ ارتفاع بسيط في درجة الحرارة ـ أعراض اضطرابات المحركة الوعائية في نهايات الأطراف (ازرقاق الأطراف ـ الجلد المرمري) مع حساسية للبرد تؤدي غالباً إلى إثارة ظاهرة رينو التي تعد أكثر الأعراض الجلدية حدوثاً .

١ ـ تصلب جلد الأطراف (تصلب النهايات) Acroscleroderma : يبدأ هذا الشكل في الأصابع ، كما تحدث فيه ظاهرة رينو قبل أو مع حدوث وذمة عجينية القوام وتوذم خفيف في الأصابع (الطور الوذمي) وقد تتأثر الأقدام أحياناً ، ثم يصبح الجلد مشدوداً ولامعاً شبيهاً بالشمع (الطور التصلبي) . تتحدد حركة اليدين والقدمين بسبب الانكماش التصلبي . كما قد نشاهد نخرات صغيرة مؤلمة على رؤوس الأصابع وفوق المفاصل (نخرات عضة الفأر) . وقد تتجدع Mutilated نهايات الأصابع في الحالات الوخيمة ، كما يحدث

أحياناً نزوف نقطية فوق الظفر Eponychium .ومن مظاهر المرض أيضاً تحدد تعابير الوجه كما ويصبح الأنف مدبباً ويصغر الفم كما تتحدد حركته . وقد يمتد التصلب إلى الرقبة والجذع والأطراف وفي النهاية يغلف المريض جلد قاس متصلب كرداء الدرع .

٢ ـ تصلب الجلد المترقي المنتشر : يتصف بحدوث وذمة صلبة تتوضع بشكل رئيس على الجذع (الطور الوذمي) وتنتشر إلى الأطراف ويمكن أن تقود إلى تصلب ضارب للبياض في كامل الجسم (الطور التصلبي) . تشاهد أعراض رينو متأخرة وذلك عندما يصيب التصلب اليدين . وقد تشاهد أعراض التهاب المفاصل (نمط التهاب المفاصل الحمي)ومن الممكن لهذا الشكل من المرض أن يتداخل مع التهاب الجلد والعضل ، والذأب الحمامي . كما أن إنذاره غير جيد وقد ينتهي بالموت خلال ٣ ـ ٥ سنوات .

متلازمة كريست Crest : هي اجتماع الكلاس وظاهرة رينو ، مع نقص حركة المري ـ وتصلب الأصابع ـ وتوسع الشعريات . ومما يجدر ذكره هنا مشاهدة أضداد مضادة للقسيم المركزي في هذه المتلازمة .

أما الإصابات الجهازية الأخرى التي تصيب الأعضاء الداخلية في تصلب الجلد المجموعي المترقي فأهمها :

١ً ـ القناة الهضمية : تصاب القناة الهضمية في نحو ٩٠٪ من حالات التصلب المجموعي ، وأكثرها عرضة للإصابة هو المري حيث يشاهد عند المريض عسرة بلع كما تصاب المعدة باللاحموضية مع تقرحات وتشنجات في مقدم البواب . أما الأمعاء الدقيقة والغليظة فتصاب بتوسعات وانية ، وتضيقات وعسر حركة .

٢ً ـ الرئة : يشاهد غالباً تليف واسع . وتكون فحوص وظيفة الرئة مرضية في نحو ٧٠٪ من الحالات ، كما تحدث في المراحل المتقدمة أعراض ضيق نفسي .

القلب : يشاهد تليف عضلي منتشر ، وقد تكون الإصابة القلبية ثانوية نتيجة تليف الرئة كما وقد يحدث التهاب تأمور . تشاهد تبدلات بمخطط كهربائية القلب في أكثر من ٥٠٪ من الحالات .

الكلى : تعد الإصابة الكلوية سبباً في وفاة نحو ٥٠٪ من مرضى تصلب الجلد المجموعي المترقي كما تتوضح التبدلات الكلوية بعد تشريح الجثة أكثر مما هو عليه الأمر في

الفحص السريري وتتألف من تليف الشرايين والشرينات داخل الفص ـ وحدوث الكلية الضامرة ، والعلامة السريرية الأولى للإصابة الكلوية هي البيلة البروتينية .

الجهاز الحركي : يشاهد من خلال التصوير بالأشعة السينية للهيكل العظمي . انحلال العظام وتبكلها وتخلخلها ، كما تصاب العضل حيث يشاهد ضعف وألم والتهاب عضلي ويوجد ألم مفاصل والتهاب الوتر مع غمده .

ومن الأعضاء الأخرى التي تصاب كلاً من **الحنجرة** والتي تتجلى إصابتها ببحة الصوت ، **العيون** التي تصاب بالساد **والأسنان** التي يمكن أن تسقط من جراء تصلب النسيج الضام حولها .

التظاهرات المخبرية : غير نوعية وتعتمد على حدة الالتهاب ومدى إصابة الأعضاء ترتفع سرعة التنفل وينقص البروتين الدموي ، كما تحدث زيادة نسبية في الغاما غلوبولين ، وغالباً ما يشاهد في الرحلان المناعي زيادة في الغلوبولينات المناعية IgG ، IgM .

كما تكون الأضداد المضادة للنوى إيجابية في أكثر من ٩٠٪ من الحالات . أما العوامل الرثيانية فتكون إيجابية لدى ٢٠٪ ـ ٣٥٪ من المرضى . وتشاهد نتائج إيجابية كاذبة في نحو ٥٪ من الفحوص المصلية الإفرنجية الأولية .

التشريح المرضي النسجي : يماثل الصور الموصوفة لتصلب الجلد الموضعي .

السير والإنذار : سير المرض في تصلب جلد الأطراف أفضل منه في تصلب الجلد المنتشر الذي قد يأخذ في الأخير شكلاً خاطفاً التهابياً يقود إلى الموت خلال أشهر قليلة بسبب قصور قلبي أو كلوي .

وبشكل عام يكون سير المرض لدى الرجال أسوأ منه لدى النساء .

المعالجة : لا توجد معالجات نوعية بسبب غموض مسببات الإمراض . تستعمل الستروئيدات وموقفات التكاثر الخلوية داخلياً ، كما يوصى بالبنسيلامين ـ الذي قد يوقف المرض في بداية الأشكال الالتهابية . ينصح باستعمال الموسعات الوعائية والمعالجات الفيزيائية .

الذأب الحمامي Lupus Erythematosus

الذأب الحمامي مرض التهابي يتظاهر بأشكال عديدة من المحتمل أن تكون جميعها جزءاً من طيف مرضي واحد . ومع أن هذه المجموعة من الأمراض تتميز بمظاهر مختلفة من التمنيع الذاتي ، إلا أن أسبابها لم تتوضح بعد . يمكن تقسيم الذأب الحمامي إلى شكل موضع يصيب الجلد فقط ويدعى **بالذأب الحمامي الجلدي المزمن أو القريصي المزمن** وإلى شكل معمم يصيب أي منطقة من مناطق الجسم ويدعى **الذأب الحمامي المجموعي** ، كما وصف شكل ثالث متوسط ما بين الشكلين السابقين أطلق عليه **الذأب الحمامي تحت الحاد** .

الذأب الحمامي القريصي Discoid Lupus Erythematosus (DLE)

جلاد التهابي ذو سير مزمن ، وغالباً ما يتوضع على الوجنتين ـ الفروة ـ الأذنين ـ ويغلب حدوثه لدى النساء . كما يتحرض ويتفاقم بالتعرض للأشعة ما فوق البنفسجية .

السببيات : مجهولة ويحتمل أنه مرض منيع الذات ، حيث يؤدي وجود عيب وراثي محدد إلى تركيب أضداد كثيرة موجهة ضد مكونات خلوية مختلفة وإلى جانب التأهب الوراثي ، ولكي تظهر الإصابة ، لابد من تدخل عوامل خارجية أخرى كالرضح ـ والكرب ـ والضوء ـ والبرد والأحماج . كما اكتشفت زيادة في مستضد هلا HLA - B8 لاسيما في النساء فوق سن الأربعين .

التظاهرات السريرية : يتوضع المرض عادة على الوجه (الخدود ـ الجبهة ـ الأنف) وغالباً ما يشبه توزعه الفراشة . كما قد تشاهد الآفات أيضاً على الأذن ، وفروة الرأس ، وعلى أعلى الصدر .

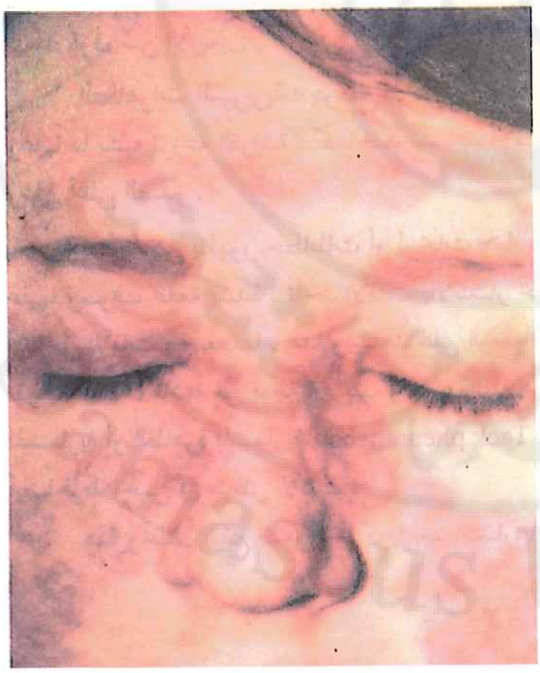
يبدأ المرض بظهور حطاطات أو لويحات حمامية مرتفعة ذات حدود واضحة مرتشحة عليها وسوف عالقة بشدة . تأخذ الآفات بالانتشار نحو المحيط آخذةً شكلاً قريصياً ، كما قد تتداخل الآفات مع بعضها . هذا ويشاهد على الوجه الباطن للوسفة العالقة سدادات Plugs تقرانية مدببة ، ناشئة من فوهة الجريب وهي وصفية هذا في الذأب الحمامي ، تدعى بالوسوف المسمارية أو الظاهرة المسمارية Tack phenomenon . ومن العلامات المهمة في التشخيص أيضاً فرط الحس في مناطق الآفات .

هذا وتخلف البقع ضموراً مركزياً بعد انتشارها المحيطي ، إضافةً لذلك فإنه قد يشاهد

بقع ناقصة التصبغ ، وأخرى مفرطة التصبغ ، وتوسعات شعيرية مما يعطي هذا الجلاد منظراً شبيهاً بتبكل الجلد كما أن توضع الآفة على الفروة يؤدي إلى حاصة ندبية ، كما قد تنشأ **سرطانة وسفية على ندبات هذا الجلاد** بخاصة إذا ما أزمنت كثيراً (شكل ١٤ ـ ٦) .

الأغشية المخاطية : تصاب الأغشية المخاطية بهذا الشكل من الذأب بنسبة ٢٤٪ وغالباً ما يتأثر القسم الظاهر من الشفتين حيث يظهر تسمك وجفاف واحمرار وتقرحات سطحية مع جلد أحياناً . كما تحدث آفات مخاطية أنفية بنسبة ٩٪ . كما قد يظهر على الأغشية المخاطية الفموية والتناسلية والشرجية ، حمامى وذمية مع تسمك ظهاري وآفات مبيضة بقعية أو شبكية وتآكلات مؤلمة أو تقرحات . هذا وهنالك أشكال ونماذج لهذا الشكل من الذأب أهمها : **الذأب الحمامي المنتبج ـ الذأب الحمامي العميق ـ الذأب الحمامي الضخامي والعميق ـ والذأب الشرثي** . أما سير المرض فمزمن يستمر عدة سنوات إلى عقود .

الموجودات المخبرية : تشاهد في حالات متفرقة الأضداد المضادة للنوى وتوجد بنسبة ٣٥٪ ـ الأضداد المضادة للدنا DNA وتوجد بنسبة تتراوح ما بين ٠٪ ـ ٢٧٪ ـ نقص تعداد الكريات البيض وفقر دم ونقص الصفيحات الدموية ويحدث عند حوالي ١/٣ المرضى .



الشكل ١٤ـ٦ :
الذأب الحمامي القريصي

التشريح المرضي النسجي : تكون البشرة ضامرة ـ يشاهد فرط تقرن سوى مع تقران جريبي ـ ويظهر تميع الطبقة القاعدية . تبدي الأدمة العليا وذمة كما تتوسع الأوعية الدموية واللمفية ، كما تشاهد رشاحة كثيفة تحيط بأوعية الضفيرة السطحية والعميقة وبالملحقات أيضاً .

التشريح المرضي المناعي : يشاهد بالومضان المناعي المباشر في الخزعات المأخوذة من الجلد المصاب شريط من ترسبات حبيبية تشبه اللويحة مكونة من غلوبلينات مناعية (على الأغلب IgG وأيضاً IgM و IgA) بالإضافة إلى المتممة C_1 ، C_3 وذلك في منطقة الموصل البشروي ـ الأدمي .

معالجة الذأب الحمامي القريصي : يوصى بالوقاية من الشمس وباستعمال دارئات الشمس ، كما يوصى بشكل خاص بلبس ثياب مناسبة .

تطبق الستروئيدات خارجياً ، كما ثبتت فائدة المعالجة القرية السطحية ، علماً بأنه قد يفيد في الآفات الصغيرة حقنها داخل منطقة الإصابة بمعلق بلوري ممدد من الترايامسينولون استيوئيد .

أما المعالجة الجهازية فتقوم على إعطاء الأدوية المضادة للملاريا التي تثبت فائدتها بعد التأكد من عدم وجود عوز وراثي لنازعة هيدروجين الغليكوز ـ ٦ ـ فوسفات (G6PD) وبعد التأكد من صحة العيون لدى المريض وذلك بفحصه دورياً قبل المعالجة وأثناءها وبانتظام ، خوفاً من إصابة العصب البصري . كما يفيد اعطاء الدابسون في هذا الشكل من الذأب .

الذأب الحمامي الجلدي تحت الحاد

Subacute Cutaneous Lupus Erythematosus (SCLE)

يمثل هذا الشكل من الذأب نحو ٩٪ من مجموع حالات الذأب الحمامي ، وهو شكل متوسط ما بين الشكلين القريصي والمجموعي ، تغلب إصابته للنساء الشابات ويترافق بشكل كبير مع مستضد هلا HLA - B8 - HLA - DR_3 . يتصف بتعدد اندفاعاته وتناظرها ، والتي تتظاهر بشكل بقع حمامية مرتفعة تأخذ أشكالاً حلقية ـ مستديرة أو بيضوية ، مغطاة أو غير مغطاة بوسوف تكون ملتصقة أو غير ملتصقة ، إلا أنها تخلو من ظاهرة المسمار . كما قد تتحدد تلك البقع مع بعضها مشكلة أشكالاً متعددة الدوائر . وغالباً ما يشاهد فرط حس . تميل

آفات هذا الشكل من الذأب **غير النديبة** بالظهور على المناطق المكشوفة من أعلى الجذع والأوجه الباسطة للذراعين ، وظهر اليدين والأصابع ، وعلى الرغم من أن الذأب الحمامي الجلدي تحت الحاد يتصف بحساسية نحو الضياء إلا أنه قليلاً ما يتوضع على الوجه والفروة ، كما قد تتواجد في بعض الحالات من هذا المرض اندفاعات مترافقة مع تندب شبيهة بالتي تشاهد في الذأب الحمامي القريصي . هذا وغالباً ما ينتاب المرضى المصابون بهذا الشكل من الذأب تظاهرات جهازية خفيفة لكن نصفهم فقط أبدوا أربعة إلى خمسة معايير من معايير الذأب الحمامي المجموعي ، كما ويلفت النظر وجود الأضداد المضادة للنوى في المصل لدى ٧٠ - ٨٠٪ من مرضى (SCLE) وتشاهد أضداد مضادة للمستضد الهيولى RO/SSA لدى أكثر من ٦٠٪ . كما تشاهد معقدات مناعية جوالة في الدم .

التشريح المرضي النسجي : تشبه التغيرات النسجية المشاهدة في SCLE تلك المشاهدة في الذأب الحمامي القريصي عدا اختلافها في الدرجة فقط .

معالجة الذأب الحمامي الجلدي تحت الحاد : تشبه معالجة الذأب الحمامي القريصي عدا أن الحالات التي لا تستجيب لمضادات الملاريا فإنها قد تستجيب لإعطاء الـ etretinate ، كما قد يعطى الـ cyclosporin في بعض الحالات .

الذأب الحمامي المجموعي Systemic Lupus Erythematosus (SLE)

مرض مجموعي التهابي ، يصيب النسيج الضام ذا الأوعية ويتصف بترافقه بشذوذات مناعية ، مع تغيرات إمراضية تصيب العديد من الأجهزة بخاصة الجلدية والمفصلية والوعائية .

الحدوث : يحدث الذأب الحمامي لدى جميع السلالات ويغلب لدى السود أكثر من البيض ، كما يصيب النساء أكثر من الرجال بنسبة ١/٨ وذلك نحو سن الثلاثين من العمر .

الإمراض : لا يزال السبب مجهولاً ، لكن هنالك ثمة دلائل تتهم العوامل التالية في إحداث هذا المرض .

العوامل الوراثية : عزي الذأب الحمامي المجموعي إلى عوامل وراثية وذلك بسبب حدوثه لدى التوأم المتماثلة identical Twins كما أن نسبة الإصابات الأسرية تبلغ فيه نحو ٤٪ من جميع الحالات لهذا المرض .

كما يدعم النظرية الأرثية دراسة مستضدات التوافق النسجي حيث وجد المستضد

هلا HLA - B8 لدى القوقازيين المصابين بهذا المرض أما السود فيترافق المرض لديهم عادة مع المستضد HLA - A1 كما أن عوز عوامل المتممة (C5-9) شائع في الحالات العائلية .

المناعة الذاتية : تتواجد سلسلة من الأضداد الذاتية في هذا المرض ، كما ينتج المرض عن تطور هذه الأضداد ضد مستضدات نسجية متنوعة . إضافةً لذلك فإنه قد شوهدت أضداد سامة للمفاويات لدى مرضى مصابين بالذأب الحمامي المجموعي . كما توجد دلائل تشير إلى وجود عيب أو نقص في التخلص من الأضداد والمعقدات المناعية لدى مرضى الذأب الحمامي المجموعي . هذا وإن المعقدات المناعية المترسبة في جدر الأوعية الجلدية وفي أعضاء مختلفة تنشط شلال المتممة فتقود إلى حدوث أعراض مرضية متنوعة كالتهاب الأوعية ـ التهاب الكلية ـ التهاب الشغاف ـ والتهاب المفاصل .

الآلية الحموية : كشف المجهر الإلكتروني وجود بنيات أنبوبية تشبه نظيرات الحمة المخاطية Paramyxovirus في الخلايا البطانية .

العوامل الخارجية : نذكر منها الأشعة ما فوق البنفسجية (UVB - UVA) ـ الأدوية ـ الحمل ـ والكرب النفسي .

التظاهرات السريرية : تبدو التظاهرات الجلدية منذ بدء المرض عند ٢٠٪ من المرضى لكنه عادةً كثيراً ما تتقدم التظاهرات الجهازية بخاصة المفصلية منها على الآفات الجلدية ، كما قد تغيب التظاهرات الجلدية بنسبة ٢٠٪ من حالات الذأب الجماعي المجموعي خلال سيره .

أما تشخيص هذا الشكل من الذأب فيبنى على وجود أربع علامات أو أكثر من العلامات أو الأعراض التالية ، والتي أقرتها الجمعية الأميركية الرثوية عام ١٩٧١ والتي نقحت أيضاً عام ١٩٨٢ ، وهي :

١ ـ طفح خدي (Malar - Rash) ـ حمامي وجهية ثابتة .

٢ ـ آفات قريصية ، ندبات ضمورية .

٣ ـ تحسس ضيائي .

٤ ـ تقرحات في الفم أو الخيشوم Rhinopharynx .

٥ ـ التهابات مصلية (التهاب جنب ـ التهاب تأمور) .

٧ ـ اضطرابات كلوية (بيلة بروتينية (٠,٥٢ غ/يوم) ، (اسطوانات خلوية) .

٨ ـ اضطرابات عصبية (نوبات seizures ، ذهان psychosis .

٩ ـ اضطرابات دموية [فقر دم انحلالي ـ قلة البيض ≥ ٤٠٠٠ مل ، قلة اللمفاويات ، قلة الصفيحات < ١٠٠٠٠٠ مل] .

١٠ ـ اضطرابات مناعية [خلايا (LE) ، مضاد nDNA * ، مضاد Sm أو اختبارات مصلية إيجابية كاذبة للأفرنجي] .

١١ ـ أضداد مضادة للنوى .

هذا وتبلغ حساسية ونوعية التشخيص بالاعتماد على المعايير السابقة ٩٦٪ لكنه هنالك علامات إضافية أخرى أغفلتها الجمعية الأميركية الرثوية في معيارها وهي : الحمى ـ ضخامة الكبد ـ ضخامة الطحال ـ أعراض بطنية خاصة ـ ظاهرة رينو .

التظاهرات الجلدية : وتتضمن على بقع حمامية خفيفة التوذم ، ذات حدود غير واضحة ، غير وسوفية أو ضمورية تتوضع على الوجنتين (علامة الفراشة) ومناطق الصدر العارية والظهر . كما قد تصاب بالحمامى راحات اليدين وأخمص القدمين مع تفضيل توضعها على الأصبع النهائية لليدين والقدمين ، إضافة لذلك فإنه تشاهد توسعات شعيرية وعائية على رؤوس الأصابع وطيات الأظفار .

هذا وقد تأخذ الاندفاعات الجلدية طفحاً قرمزي الشكل أو حصبوي الشكل أو متعدد الأشكال ، كما قد تأخذ بعض الآفات الجلدية ، منظر بترقش الجلد الوعائي الضموري Poikiloderma atrophicans vasculare ، وذلك في المراحل المتأخرة من المرض . إضافة لذلك فقد يظهر أثناء سير الذأب الحمامي المجموعي وبنسبة نحو ١٥٪ آفات قريصية محدودة متوافقة مع تندب ضموري كتلك التي تشاهد في الذأب الحمامي القريصي (شكل ١٤ ـ ٧) .

أما إصابة الأغشية المخاطية الفموية فتتظاهر بحمامى وذمية حمراء ـ مزرقة ، وتآكلات ، وتقرحات ذات غطاء فيبريني . كما يشاهد تورم معمم في العقد اللمفية لدى ٥٠٪ من الحالات .

تتضمن **التظاهرات الجهازية** للذأب الحمامي المجموعي الإصابات التالية :

---

* دنا ثنائي الطاق الواطن .



الشكل ١٤-٧ : الذأب الحمامي المجموعي

إصابة المفاصل : وتحدث بنسبة ٩٤٪ من الحالات وتتظاهر بعلامات التهاب مفاصل حاد لاسيما المفاصل المحيطية .

إصابة عضلية : حيث تشاهد آلام عضلية والتهاب عضلات بنسبة ٥٠٪ من الحالات .

إصابة كلوية : تشاهد من ٥٠٪ من الحالات وقد تكون على شكل التهاب كلية بؤري ـ ومن الموجودات النموذجية أيضاً كل من البيلة البروتينية ـ كريات حمر ـ كريات بيضاء ـ أسطوانات . كما ينتهي هذا المرض المخاتل بقصور كلوي .

الإصابة القلبية : تشاهد بنسبة ٣٠٪ ـ ٥٠٪ من الحالات . هذا وفي إطار الإصابة العامة للأغشية المصلية فإن التهاب التأمور هو الأكثر حدوثاً بالإضافة إلى التهاب عضلة القلب ، كما يندر حدوث التهاب شغاف دسامي وجداري ثؤلولي لا جرثومي (متلازمة ليبمان ـ ساكس) .

إصابة الأغشية المصلية : تتأثر الأغشية المصلية في أكثر من ٣٠٪ من الحالات وتتظاهر الإصابة بشكل التهاب مصليات متعدد غير فيبريني أو نضحي (التهاب تأمور ـ ذات جنب ـ التهاب صفاق) .

إصابة الجملة العصبية المركزية : تشاهد تغيرات عصبية مرضية لدى ٣٠٪ من

الحالات وتتجلى بشكل نوبات عصبية أو ذهانات واعتلال عصبي يتناول الأعصاب المحيطية .

إصابة العينين : ويتظاهر بتوسع الأوعية الشبكية ـ التهاب وريد ـ التهاب ما حول الوريد ـ نزوف ونضح حول البقعة الشبكية ـ وقد يحدث التهاب عنبة والتهاب قرنية وضمور العصب البصري .

كما قد تحدث **إصابة رئوية** تتظاهر بذات رئة ـ أو تليف رئة . **إصابة هضمية** وتتجلى بضخامة كبد ـ طحال ـ إصابة السبيل المعدي المعوي ـ **إصابة عظمية** وتتجلى بنخر عظمي عقيم إضافة لحدوث حمى غير منتظمة ـ دعث ـ ضعف عام ـ فرفرية ـ أعراض رينو ـ فرفرية ـ زراق النهايات ـ التهاب الوريد الخثري .

الموجودات المخبرية : تشاهد تغيرات دموية في ٤٠٪ ـ ٧٥٪ من الحالات وتبدو على شكل فقر دم ـ قلة الكريات البيضاء < ٤٠٠٠/مل) أو قلة الصفيحات <١٠٠٠٠٠/مل ترتفع دائماً سرعة التثفل وينقص الألبومين ـ ويزداد الغاما غلوبين كما يزداد IgG كما ينخفض مستوى المتممة (C_4, C_3 ، مجموع المتممة) كما تشاهد تفاعلات مصلية كاذبة للإفرنجي .

أما فحص البول فيكشف وجود بيلة بروتينية أو دموية وإسطوانات . كما يتصف الذأب الحمامي المجموعي بوجود أعداد كبيرة من الأضداد الذاتية أهمها ، أضداد مضادات النوى والتي هي أنواع مختلفة من الأضداد المضادة للنوى أهمها النموذج الغشائي (الحلقي) . أما الأضداد الموجهة للدنا DNA الواطن ثنائي الطاق ، وأضداد المستضد sm فنوعية للذأب الحمامي المجموعي . كما إن هنالك أضداداً مضادة للهيولى أهمها RO (SSA) وأضداد La (SSB) . أما خلايا الذأب الحمامي واختبار شريط الذأب فيكونان إيجابيين في معظم الحالات .

التشريح المرضي النسجي : قد تكون التغيرات النسجية في الذأب الحمامي المجموعي شديدة الشبه بالصورة الموجودة في الذأب الحمامي المزمن . وقد تبدي ملامح نضحية واضحة ، كما أنه من الملامح الملفتة للنظر ثخانة الغشاء القاعدي ، وغالباً ما نشاهد وذمة واضحة في أعلى الأدمة مع رشاحة لمفاوية تتوضع حول الأوعية واللواحق ، كما قد يشاهد أيضاً التهاب وعائي كاسر للكريات البيض .

السير والإنذار : قد يأخذ المرض سيراً خاطفاً إلا أنه على الأغلب ذو سير متقطع مع هدأة محدودة . أما الإنذار فيتحسن إذا ما اكتشف المرض مبكراً وعولج بالمركبات الحديثة بعد اكتشافه المبكر .

المعالجة

الجهازية : لا يستغنى عن الستروئيدات القشرية في بـداءات المعالجة كمـا قـد يضـاف كابتات المناعة مثل أزاتيوبرين بعد ثبات الحالة المرضية ، كما يوصى أيضاً باستعمال الأسـبرين في حال وجود أعراض مفصلية واضحة ويمكن الاستطباب أيضاً بالأدوية المضادة للبرداء .

الموضعيـة : تسـتعمل السـتروئيدات القشـرية والدارئـات الشـمية (UVA-UVB) خارجياً .

التهاب الجلد والعضل Dermatomyositis

هو مرض جهاز النهابي وخيـم يصيب الجلـد والهيكـل العضلي ، كمـا أنـه نـادراً مـا يصيب أعضاء الأجهـزة أخـرى . وأنـه غالبـاً مـا تحـدث أورام خبيثـة لـدى البـالغين المصـابين بالتهاب الجلد والعضل ، إضافةً لأن المرض غالباً ما يحـدث لـدى الأطفـال دون سـن العاشـرة ولدى البالغين بعمر ٣٠ ـ ٦٠ سنة .

المسببات والإمراض : المسببات مجهولة ، لكن ترافقه مع **الخباثة** في كثير من الحـالات يوحي بأن سببه **مناعة ذاتية** ، كما وجد **عوز في المتممـة** C_2 لـدى بعـض حـوادث الـداء ـ إضافة لذلك فإنه شوهدت مكتنفات **تشبه الحمة** في الخلايا العضليـة والبطانيـة ، كمـا صنـف المرض مع ما يدعى **بأمراض الكلاجين** collagenoses .

التظاهرات السريرية : تفضل الآفة إصابة الوجه بشكل متناظر لاسيما الأجفان العلوية وأعلى الصدر وأيضاً المرفقين ، الركبتين وبراجم الأصابع Knuckles (علامة كوترون) وطية وسرير الأظفار . أما إصابة الوجه فتتجلى ببقع حمامية حتى أرجوانية مبديةً وذمة خفيفة . كما يظهر في وقت مبكر توسع شعيريات علماً أنه ليس نادراً أن تأخذ التظـاهرات الجلديـة شـكل تبكل الجلد الوعائي الضموري . هذا وقد تتقدم الاندفاعـات الجلديـة علـى الضعـف العضلـي بعدة أشهر .

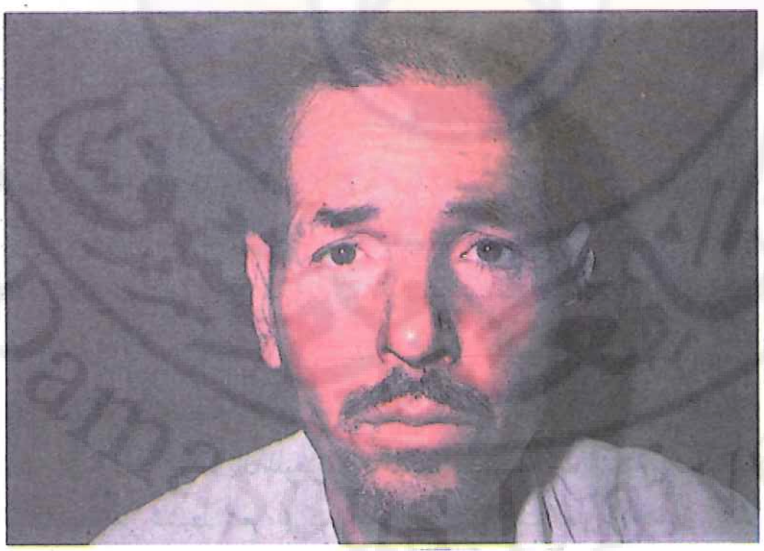
أما إصابة الهيكل العضلي فتـؤدي إلى ضعـف عضلـي (وهـن عضلـي مـؤلم) مـترق ، ينتهي بضمور فيما بعد . علماً بأن المرض أول ما يصيب العضلات الدانية للأطـراف (بحيـث يتعذر على المريض من تمشيط شعره) كما قد تصاب عضلات العنق الأماميـة . هـذا وتكـون إصابة المري وعضلات داخل الأضلاع خطيرة وتقود إلى عسرة بلع وضيق التنفس .

وقد يحدث تكلس حول المفاصل وفي العضلات الدانية في كثير من الحوادث . ومن الأعراض المجموعية الأخرى اضطراب المحركة الوعائية (ظاهرة رينو) وحمى متقطعة ودعث وقمه وفقدان الوزن (شكل ١٤ - ٨) .

التشريح المرضي النسجي : تشبه التغيرات التشريحية المرضية في التهاب الجلد والعضل ، تلك المشاهدة في الذأب الحمامي ، لكن الرشاحة هنا لا تتوضع حول الملحقات . أما التغيرات التشريحية المرضية الوصفية لالتهاب الجلد والعضل فتشاهد في العضلات حيث يفضل أخذ الخزعة العضلية من العضلة الدالية حيث يشاهد تخرب واسع في ألياف العضلة ورشاحة التهابية ، كما يشاهد تنكس ليفي عضلي .

الموجودات المخبرية : يغلب وجود بيلة البومينية ودموية في التهاب الجلد والعضل . كما يزداد انطراح الكرياتين في البول الذي يمكن استخدامه لمراقبة سير المرض .

قد ترتفع الكريات البيض وتزداد سرعة التثفل . ومن العوامل المهمة قياس نشاط الأنظيم Glutamate-oxalate transaminase GOT والألدولاز وبخاصة الكرياتين فوسفوكيناز CPK حيث يعد ارتفاعهما مقياساً لواقع تخرب ألياف العضل أثناء مراحل نشاط المرض . يبدي مخطط كهربائية العضل (EMG) وجود رجفان وكمونات صغيرة متعددة الأطوار .



الشكل ١٤-٨ : التهاب الجلد والعضل

الإنذار : يمكن لتخرب العضل الواسع أن يقود إلى متلازمة الصدمة العضلية الكلوية مع قصور دوراني وكلوي ، ينظر إلى الكلاس على أنه علامة لإنذار جيد . ومع ذلك فإن معدل الوفيات يبلغ نحو ٢٠٪ خلال السنتين الأوليين وغالباً ما تبقى بعد الشفاء شلول عضلية .

المعالجة : لا يستغنى عن استعمال الستروئيدات القشرية ويعتمد على الصورة السريرية لتقدير الجرعة التي تتراوح ما بين ٦٠ ـ ١٢٠ ملغ بريدينزولون ، كما لا ينصح باستعمال الديكساميتازون أو الترياميسينولون لأنها قد تحث على حدوث اعتلالات عضلية . كما يسمح التطبيق الإضافي لموقفات النمو الخلوي بإنقاص كمية الستروئيدات . هذا وتفيد الأدوية المضادة للبرداء في تحسين التغيرات التبكلية الجلدية . أما استئصال الأورام المرافقة إذا ما وجدت فيؤدي إلى تراجع أعراض المرض .

الفصل الخامس عشر

الأدواء الوعائية الجلدية والاضطرابات النزفية

Cutaneous Vascular Diseases and Haemorrhagic Disorders

تصاب أوعية الجلد الدموية في معظم أمراض الجلد ولقد ورد ذكر بعض هذه الآفات في الأبحاث المتقدمة (حمامي ـ شرى.. الخ) وسيرد ذكر بعضها الآخر في بحوث لاحقة (كالوعاؤومات الدموية) ، لذا فسنسرد في هذا البحث الآفات الوعائية الأساسية التي تعالج العوامل الإمراضية للاضطرابات الوظيفية أو الالتهابية التي تصيب الشعيرات أو الشرينات أو الشرايين أو الأوردة .

توسع الشعيريات Telangiectases

هو توسع دائم في الأوعية الدموية الصغيرة السطحية ، وتبدو كخطوط رفيعة حمراء على سطح الجلد .

يميز توسع الشعيريات إلى توسعات شعيرية أولية وثانوية (عرضية) .

١ً ـ أما التوسعات الشعيرية الأولية فقد تكون أساسية ، ذلك أن هذه الإصابة تظهر دون سبب واضح ، منتشرةً بشكل مترق ، على شكل بقع تنتشر على الوجه والأطراف كما قد تترافق هذه التوسعات بالوعاؤومات العنكبوتية (العنكبوت الوعائي) ، أو أن التوسعات الشعيرية الأولية تكون كعرض مرافق لعدد من المتلازمات أهمها متلازمة بلوم Bloom's syndrome ـ متلازمة الرنح بتوسع الشعيريات ـ متلازمة توسع الشعيريات الوراثي النزفي (داء رندو ـ أوسلر) ـ متلازمة رثموند وتومسون ـ متلازمة كوكاين Cockayne .

٢ً ـ التوسعات الشعيرية الثانوية (العرضية) وتحدث بتأثيرات خارجية أو نتيجة للأمراض الجلدية (شكل ١٥ ـ ١) .

أ ـ توسع الشعيريات خارجية المنشأ : يؤدي التعرض الطويل والمديد للشمس والحر

والرياح والحر إلى حدوث شعيريات متوسعة على الوجه بخاصة لدى المزارعين ، والبحارة وأدلاء الجبال والطهاة ، كما يبدو هذا التوسع أيضاً في حالات تبكل الجلد المكتسب بعد التشعيع بالأشعة السينية (التهاب جلد شعاعي مزمن) أو بعد العلاج بالستيروئيدات موضعياً ولفترات طويلة ـ كما قد تظهر على الأطراف أيضاً إذا ما تعرضت للبرد المديد بخاصة الأطراف السفلية لدى النساء .

ب ـ توسع الشعيريات كنتيجة لمرض : حيث يعد توسع الشعيريات صفة نموذجية للمرحلة الأخيرة في الجلادات التي تنتهي بالضمور والتصلب : كتصلب الجلد ومتلازمة كريست CREST والذأب الحمامي ، والتهاب الجلد والعضل ، كما قد تترافق بعض الأمراض بترافقها بتوسع الشعيرات كما هو الحال في وردية الوجه ـ السرطانة قاعدية الخلايا ـ جفاف الجلد المصطبغ ـ البلى الحيوي الشحمي السكري .

الاعتلالات الوعائية الوظيفية Functional Angiopathies

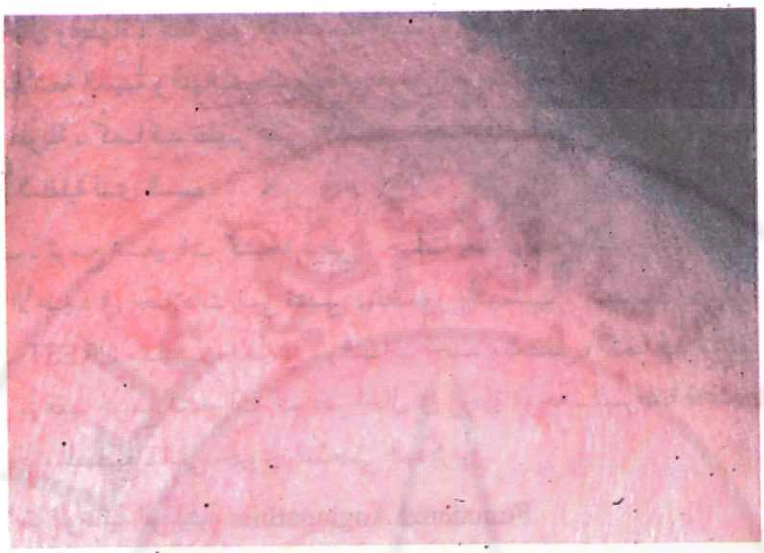
تضم هذه الاعتلالات الوعائية الوظيفية جميع الاضطرابات المزمنة في الدوران النهائي ، وتصيب الشرينات والشعيريات والوريدات .

ظاهرة رينو ، وداء رينو

RAYNAUD'S PHENOMENON AND RAYNAUD'S DISEASE

ظاهرة رينو وداء رينو مختلفان ويجب تمييزهما استناداً لحالة الشرايين الأصبعية ، ففي ظاهرة رينو تكون الشرايين الأصبعية سوية ، ويحدث فقط تشنج وعائي . بينما في داء رينو تكون الشرايين الأصبعية مصابة ، كما يعد داء رينو أيضاً ظاهرة رينو في غياب أي مرض مستبطن .

ظاهرة رينو : وتنجم عن تضيق متقطع في الشرايين الصغيرة والشرينات الأصبعية ناجمة عن تشنجها وتتجلى بشحوب (أقفار) فإزرقاق (اختناق موضعي) ، فإحمرار (تبيغ موضعي) . تدوم هذه الظاهرة دقائق لكنها إذا ما استمرت مدة طويلة ، فإنه يحدث نخر سطحي نقطي على ذرا الأصابع ، وقد يحدث تموت فيما بعد . أكثر ما تحدث ظاهرة رينو لدى النساء ، بخاصة عند الإياس ، وهي تثار بالبرد والانفعال والرضح ، كما أنها ظاهرة ثانوية لأعداد كبيرة من الأمراض [أمراض النسيج الضام (تصلب الجلد المجموعي المترقي ـ الذأب الحمامي ـ التهاب الجلد والعضل ـ التهاب المفاصل الرثواني) ـ الأمراض الوعائية (تصلب



الشكل ١٥-١ : توسع شعيرات



الشكل ١٥-٢ : زراق الأطراف

الشرايين ـ التهاب الوريد الوعائي الخثاري المسد ـ التهاب الشرايين العقد) ـ أمراض مختلفة للجملة العصبية أو الضلع الرقبية (متلازمة الأخمعية الأمامية) ـ الانسمامات (ذيفانات فطرية ـ معادن ثقيلة ـ ارغوتية) بعض القصورات الكلوية] .

داء رينو : داء رينو هو اضطراب بدئي يتناول إصبع واحدة أو عدة أصابع كما يصيب الأباخس والمناطق القاصية من القدمين ويحدث في الشابات بشكل رئيسي . أما سببه فمجهول واقترح كل من تبدلات الجهاز العصبي الودي ـ وحساسية الأوعية للبرد ، ولزوجة الدم ، كما أنه قد يرتبط بأذية الخلايا البطانية . يتصف داء رينو بهجمات من الشحوب (حيث تبدو الأصابع فيه بيضاء وقاسية من جراء التشنج الشرياني) والزراق (تبيغ وريدي) والاحمرار (تبيغ شرياني) .

هذا وتختلف مدة الهجمات وتكرارها من حالة إلى أخرى ، بينما يحدث الألم الشديد في الطور البتيغي غالباً .

التشخيص : تكون الصورة السريرية لداء رينو أو ظاهرة رينو نموذجية ، وغالباً ما يثار حدوث الإصابة بغمس اليد والساعد في الماء البارد (١٠° ـ ١٥°م) لفترة وجيزة ، كما يجب أن تستبعد جميع الأسباب المؤدية إلى ظاهرة رينو ، هذا وينصح بتصوير الأوعية أيضاً إذا ما توقعنا وجود تبدلات مرضية في الأوعية .

المعالجة : إن معالجة ظاهرة رينو تقوم على تقصي الأمراض المرافقة ومعالجتها. أما معالجة داء رينو فعرضية ، وتعد الحماية الفعالة من التعرض للبرد وارتداء الثياب التي تبعث الدفء هي الطريقة العلاجية الأكثر أهمية. كما ينصح المريض بالإقلاع عن التدخين، وتجنب الرضح، وكذلك فإنه غالباً ما تفيد الإجراءات الفيزيائية كالحمات الحارة، والتدليك وحمامات البارافين . تعطى الموسعات الوعائية خلال الهجمات (رزربين ـ ميتل دوبا ـ نيفيدبين) .

زراق الأطراف Acrocyanosis

هو تبدل لون زراقي يصيب الأقسام القاصية من الأطراف وذروة الأنف والخدين مع انخفاض درجة حرارة الجلد فيها ، وتترافق بفرط تعرق . وغالباً ما يصيب النساء . تبدأ أعراض زراق النهايات عادةً منذ البلوغ ـ لكنها تختفي في العشرينات والثلاثينات عفوياً ، كما تتفاقم الإصابة عند التعرض للبرد . أما سببه فيفترض وجود خلل في نظام الدوران الأصغري من منشأ

عصبي مستقل ، وأسري أحياناً . هذا ولا يشتكي المرضى من برودة اليدين والقدمين فقط بل يشتكون من شعور بالنمل المزعج أحياناً . علماً بأنه يجب ــ أثناء وضع الإنذار ــ أن يدخل في الحسبان أن الإصابة بهذا الزراق تعني زيادة القابلية للإصابة بالجلادات الأخرى ، على مناطق الإصابة بالزراق ، كالثآليل ـ والذأب الشائع ـ الذأب الشرسي ـ والحمامى الجاسئة .

أما معالجة زراق الأطراف فتقوم على الوقاية من البرد وذلك بارتداء الملابس المناسبة ، والمعالجة بالمبيغات كحمض النيكوتين . كما ينصح بالعلاج الفيزيائي بالتدليك (شكل ١٥ ــ ٢) .

الجلد المرمري Cutis Marmorata

مصطلح يطلق على الجلد الذي يشبه المرمر بسبب أوردته الزرقاء المتبقعة التي تأخذ شكلاً شبكياً . يشاهد على الطرفين السفليين عند الفتيات الصغيرات والنساء البدينات المتعرضات للبرد ، كما توجد أعراض شخصانية مرافقة لهذا الجلد المرمري الذي يختفي بتقدم العمر .

يفرق الجلد المرمري عن التزرق العنقودي Livedo - racemosa (ويعرف بالتزرق الشبكي أيضاً) وهو اضطراب تزرقي يأخذ شكل شبكة نتيجة توسع الوريدات الصغيرة وانسدادها نتيجة التبدلات الالتهابية التي تصيبها ، علماً بأن هذا التزرق العنقودي ذا المنشأ الالتهابي يترافق بالعديد من الأمراض المجموعية أهمها التهاب الشرايين العقد ـ الذأب الحمامي ـ والتهاب الجلد والعضلات) كما يفرق التهاب الجلد المرمري أيضاً عن التهاب الأوعية التزرقي (ويعرف أيضاً بالتزرق الشبكي ذي التقرح الصيفي حيث تتميز صورته السريرية باحتشاءات فرفرية بؤرية تصيب القدمين وأسفل الساقين مشكلة قرحات مؤلمة تشفى تاركة خلفها بقعاً ضمورية بيضاء تدعى بالضمور الأبيض) .

وأخيراً فإن التهاب الجلد المرمري يفرق عن التزرق الشبكي والحروري (ويعرف بحمامى الاصطلاء وينجم عن التعرض المديد لحرارة شديدة كالمواقد حيث يتظاهر بتصبغ شبكي على الجلد) .

احمرار الأطراف المؤلم Erythromelagia

وهو تبيغ انتيابي يصيب أحد الأطراف ويتظاهر بألم شديد واحمرار في الجلد مع

ارتفاع درجة حرارته . أما الألم فيحدث نتيجة ارتفاع حرارة الطرف ، كما وأنه من غير المؤكد أن تكون هذه الشكاية بدئية ، ذلك أنها تبدو كظاهرة ثانوية لكثير من الحالات التي أهمها كثرة الحمر الحقيقية ـ وأمراض الشرايين السادة ـ فرط التوتر الشرياني ـ الاضطرابات العصبية والأدوية (نيفيديين) .

متلازمة القدم الحارقة Burnig feet syndrome

هي جلاد يتظاهر بإحساس نخر وحرق مؤلم جداً يصيب القدم حتى الكاحل ويحدث في الليل عادةً وعلى السرير الدافئ ، وينجم عن اعتلال عصبي ، كما أنه ظاهرة تترافق باضطرابات داخلية وعصبية مثل أمراض الكبد ـ التهاب ما حول الشرايين العقد ـ الداء السكري ـ التهاب العصب خلف المقلة ـ الخزل البؤري ، كما لوحظت هذه المتلازمة في حالات الكحولية .

الآفات الوعائية الالتهابية Vasculitis

عرف التهاب الأوعية على أنه حديثة مرضية سريرية تتصف بالالتهاب والتخثر في الأوعية الدموية ، والذي يسود في بعض الأمراض . وقد يصيب الأوعية بأحجامها ونماذجها كاملة في أي عضو جهازي . أما تصنيف هذه الآفات فلا يزال صعباً وينقصه الوضوح لما يوجد بين التهابات الأوعية من تراكب والتباس في المصطلحات لكننا سنلجأ إلى التصنيف التالي :

١ ـ التهاب الأوعية الناخر المجموعي : وسندرس منه وباختصار كل من التهاب الشرايين العقد Polyarteritis Nodosa ـ والتهاب الشرايين العقد الجلدي Cutaneous Polyarteritis Nodosa .

أ ـ التهاب الشرايين العقد : ومن مرادفاته أيضاً التهاب محيط الشريان العقد أو التهاب الشريان الشامل العقد .

وهو التهاب أوعية نخزي مجموعي نادر الحدوث يصيب الشرايين العضلية الصغيرة والمتوسطة أما أسبابه فغير معروفة لكنه قد يتلو استعمال السلفاميدات ، كما أنه من المحتمل أن ينجم عن التهاب أوعية مفرط الحساسية ، أو فرط حساسية تجاه العقديات ، وحمات التهاب الكبد ـ ب . يتظاهر هذا الداء بأعراض عامة ، كالحمى ونقص الوزن وتسرع القلب ،

وأعراض عضوية أهمها الاعتلال الكلوي الذي يترافق بفرط توتر شرياني والتهاب عضلات وذات رئة وآلام مفصلية ـ وأعراض إكليلية . أما الآفات الجلدية التي قد تحدث بنسبة ٢٠ـ٣٠٪ من حالات هذا المرض الخطير فتتألف من حطاطات وعقيدات التهابية مزمنة غالباً ما تتقرح ومن تزرق عنقودي أيضاً . تكون العقيدات السابقة التي أكثر ما تتوضع على مسير الشرايين مؤلمة عفوياً وبالجس .أما إنذار هذا الداء فتعتمد على التبدلات الوعائية ومكانها . ومن الممكن حدوث سير صاعق يؤدي إلى موت سريع .

المعالجة : تقوم معالجة هذا الداء على إعطاء الستيروئيدات بجرعات عالية (٦٠ ـ ١٢٠ملغ ، بريدنيزون يومياً رغم قدرتها المتأصلة على إحداث الخثارات ، كما تعد كابتات المناعة كالازايتوبيوين ذات فائدة إضافية عند بعض المرضى

ب ـ التهاب الشرايين العقد الجلدي : ومن مترادفاته : التهاب محيط الشريان الجلدي العقد هو التهاب أوعية نخري يصيب الشرايين ، ويتحدد هذا الالتهاب بالأوعية العضلية في الجلد دون أن يترافق بأعراض عامة : أما سريرياً فيتظاهر على شكل بقع شبكية غالباً ما تظهر على الوجه الباسط للساقين وإضافة لبقع التزرق العنقودي فإنه يشاهد حطاطات أو عقيدات ملتهبة تميل للتنخر والتطور إلى قرحات شاذة غالباً . ولا يترافق هذا الداء بأعراض عامة ، كما لا تكشف الفحوص الكاملة عن وجود أي مرض في الأعضاء الداخلية .



الشكل ١٥ـ٣ : التهاب الأوعية الكاسر للبيض

الأسباب : مجهولة وقد اقترحت الأخماج البؤرية في الإمراض . أما إنذاره فحسن لأنه يختفي خلال بضع سنوات .

المعالجة : تقوم المعالجة على تطبيق الستروئيدات الموضعية تحت ضمادات كتيمة إضافةً لإعطاء الستروئيدات الجهازية في الحالات الشديدة ، كما ينصح بإعطاء كابتات المناعة عند وجود قرحات مؤلمة مقاومة على العلاج الستروئيدي .

٢ـ التهاب الأوعية الحبيبومي Granulomatous Vasculitis : أما مرادفه فهو التهاب الشرايين المجموعي بالخلايا العملاقة ، وهو ورام حبيبي وعائي أو حبول الوعائي ، يصيب معظم الأعضاء والجلد أيضاً ، وأهم ما تشمل متلازماته كلاً من **الورام الحبيبي لفاغنر** ـ [ويدعى بالالتهاب الوعائي الحبيبومي الخبيث وهو ورام حبيبي تحت الحاد غالباً ، يترافق بالتهاب أوعية نخري ويصيب كلاً من السبيل التنفسي العلوي ، والرئتين ـ والكليتين ـ والجلد] ، **والورام الحبيبي الأرجي** أو متلازمة شارج ـ ستراوس Churg-Strauss [وهو متلازمة من التهابات الأوعية المجموعية تصيب الكهول بشكل رئيس وتتظاهر بالربو وة رط الإيوزينيات ، والحمى والألم المفصلي وعلامات الداء الوعائي المسد] **والتهاب الشريان الصدغي** أو متلازمة هورتون [هو مرض مجموعي يصيب الشرايين الكبيرة والمتوسطة وتسود إصابته الشرايين القحفية والصدغية] **والورام الحبيبي اللمفاني** [وهو التهاب أوعية نادر يترافق بخلايا لمفانية شاذة ، ويبدو على شكل متلازمات تترافق غالباً بتبدلات تصيب بشكل خاص كلاً من الرئتين ـ الكليتين ـ الجهاز العصبي المركزي ـ والجلد] .

٣ـ التهاب الأوعية الأرجي Allergic Vasculitis : **ومن مرادفاته** : التهاب الأوعية (التهاب الشرينات) مفرط الحساسية الجلدي ، التهاب الأوعية بالمعقدات المناعية ، التهاب الأوعية الكاسر للكريات البيض .

إن التهاب الأوعية الأرجي مرض شائع نسبياً عند الجنسين . أما إمراضيته فتستند إلى التهاب الأوعية الصغيرة بالمعقدات المناعية ، حيث تصاب فيه الأوردة عادة (التهاب الوريدات النخري) ، كما يعد ترسب تلك المعقدات المناعية الدورانية في جدر الأوعية ، التي يمكن إثباتها بالتألق المناعي ذا أهمية خاصة في إمراض هذا الداء .

أما من أهم المكونات المستضدية في المعقدات المناعية والتي تعد كأسباب في هذا الالتهاب فنذكر كلاً من المستضدات الحموية (مستضدات التهاب الكبد ب) ـ المستضدات

الجرثومية (مستضدات العقديات) ـ المستضدات الذاتية (الدنا ـ الرنا والبروتينات النووية) ـ المستضدات الدوائية (الأنسولين ـ الكنيدين ـ فينل بوتازون ـ البنسلين) . إن أهم الصفات التشريحية المرضية النسجية لهذا الالتهاب رؤية الرشاحة بالعدلات حول الأوعية ـ ورؤية رشاحة الأوعية المتنخرة ومحيطها بالترسبات الليفية إضافة لرؤية العلامة المميزة لهذا الالتهاب وهي الغبار النووي الناجم عن تكسر الكريات البيض . أما التظاهرات السريرية لهذا الالتهاب فأبرزها وجود « الفرفرية المجسوسة » الناجمة عن وجود حطاطات نزفية التهابية قد يتنخر مركزها أخيراً . كما تضم التظاهرات الأخرى لهذا الالتهاب آفات شروية (التهاب الأوعية الشروي) وآفات نزفية نخرية ـ ونمط عقيدي متعدد الأشكال (شكل ١٥ ـ ٣) .

المعالجة : وتقوم على استبعاد الأسباب ، وإيقاف جميع الأدوية وعلاج الخمج . كما تعطى الستروئيدات جهازياً وموضعياً .

الفرفرية التآقية أو **فرفرية هيوخ ـ شونلاين** وتعرف بالفرفرية الرئوية أيضاً وهي شكل خاص لالتهاب الأوعية الأرجي وتتصف بفرفرية منقطة إضافة إلى ألم مفصلي ـ ألم بطني ـ ونزوف بولية وهضمية ، وتصيب عادة أعماراً باكرة . أما الفرفرية فتظهر على الوجود الانبساطية للأطراف والإليتين كما تترافق بارتفاع IgA في المصل وبتوضعاته في الجلد .

٤ـ التهاب الأوعية المسد Occlusive Vasculitis : يمثل التهاب الأوعية المسد أمراض الشرايين الانسدادية المزمنة وهو تعبير يطلق على تضيق الشرايين أو انسدادها التام بالتهاب المزمن و/ أو التنكس في جدر الأوعية . هذا ويعد كل من تصلب الشرايين وترافقه بالالتهاب الوعائي السكري من أهم الأسباب في هذا الانسداد .

سنذكر من التهاب الأوعية المسدة كلاً من الحطاط الضموري الخبيث أو داء ديغوس والالتهاب الوعائي الخثاري المسد أو داء برجر Buerger .

أ ـ الحطاط الضموري الخبيث : ويعرف بالتهاب في بطانة الأوعية الجلدية ، ويتجلى بحطاطات جلدية تصيب الجذع عادةً يتبعها ضمور مركزي بلون الخزف إضافةً لآلام بطنية ومغص وإقياءات دموية قد يتلوها الموت ، وتنجم من احتشاءات الأمعاء وانثقابها .

ب ـ الالتهاب الوعائي الخثاري المسد : ويعرف بالتهاب بطانة الشريان المسد أيضاً وهو مرض شرياني التهابي مسد يصيب الأطراف السفلية بخاصة عند الرجال الشباب ويبدو

أن لكل من الإسراف في النيكوتين ـ الخمج ـ الرضح ـ البرودة والتأهب الوراثي دوراً في إمراضية هذا الالتهاب . هذا ويدخل في زمرة التهاب الأوعية المسد كل من **الاعتلال الوعائي السكري ـ موات الجلد السطحي الهاجر** Migratory Superficial Skin Gangrene.

الآفات الوعائية الوريدية

وتكثر مشاهدتها على الطرفين السفليين حيث تصاب الأوردة المحيطية . أما أكثر آفاتها حدوثاً فهي : التهاب الوريد الخثاري Thrombophlebitis ـــ الخثار الوريدي phlebothrombosis ـ التهاب الوريد السطحي الشبيه بالحبل وشكله الخاص المدعو بداء موندور ـ الدوالي والقصور الوريدي المزمن في الساقين (هذه الآفات تدرس في أقسام أخرى) .

التهاب الجلد الركودي

ويتجلى بوذمة وتبقع احمراري وتصبغ بني فاتح أو مصفر قد يعقبه تقرح وذلك على الوجه الأنسي من الثلث السفلي للساقين ، وينجم هذا الالتهاب عن قصور وريدي مزمن (شكل ١٥ ـ ٤) .



الشكل ١٥ـ٤ : التهاب الجلد الركودي

قرحة الساق

وهي قرحة توضع أسفل الساق وتعزى إلى القصور الوريدي المزمن . تظهر هذه القرحة عقب الرضوح أو عقب الالتهاب (التهاب الوريد الخثاري الثاقب) كما تحدث عقب الركودة الدموية أو عقب الخثار نتيجة للركود والتليف والإقفار أو في الضمور الأبيض التقرحي .

الآفات الوعائية اللمفية

أما أهم المظاهر السريرية لهذه الآفات فهي الوذمة اللمفية

الوذمة اللمفية Lymphedema : وهي وذمة مزمنة تنجم عن تورم النسج الرخوة من جراء تجمع كميات زائدة من اللمف وتتصف هذه الوذمة بأنها وذمة لا انطباعية وتقسم إلى :

١ ـ الوذمة اللمفية الأولية أو الأساسية : ومنها حالات خلقية تنجم عن نقص أو قصور في الأوعية اللمفية وتظهر منذ الولادة متوضعةً على طرف واحد . أو على الطرفين وحالات **وذمية لمفية باكرة Praecox** وتشاهد عند الإناث ما بين أعمار التاسعة والخامسة والعشرين ، **وحالات آجلة** كما في متلازمة الظفر الأصفر المترافقة بانصبابات جنبية .

٢ ـ الوذمة اللمفية الثانوية : وتشاهد تالية لانسداد في الأوعية اللمفية ـــ تالية لاستئصال الثدي والداء النشواني البدئي ، أو تالية لحالات التهابية كما في الفيل البلدي والفيل المداري ـ . هذا وقد تحدث تشكلات تولولية على الجلد في الوذمات اللمفية المزمنة .

الحمامى العقدة Erythema Nodosum*

اندفاع حمامي عقيدي يتوضع على السطوح الباسطة للساقين وأقل شيوعاً بتوضعه على الفخذين والساعدين ، وهي مرض شائع كثيراً ، يتصف بسيره الحاد وتراجعه خلال ٣ ـ ٦ أسابيع دون أن يترك ندبةً أو ضموراً . كما يصيب الإناث بخاصة البالغات منهن أكثر من الذكور أما إصابته للأطفال فغالباً ما يكون مترافقاً مع إصابة درنية .

---

* لقد ألحقنا الحمامى العقدة ببحث الآفات الوعائية الإلتهابية وذلك لإصابة الأوعية الدموية ، بالحمامى العقدة ، بترسبات المعقدات المناعية .

الإمراض : الحمامى العقدة تفاعل أرجي عديد الأسباب ، كما أنه لم يثبت بعد إذا كانت الحمامى العقدة مرضاً مناعياً حصراً إذ تترسب فيها المعقدات المناعية في الأوعية الدموية وفي الطبقة العميقة من الأدمة والنسيج الشحمي ، أو أنها تفاعل أرجي من النمط المتأخر (التفاعل الرابع) . ويبدو أن للبروستاغلاندين دوراً في الإمراض ذلك أنه يؤدي إلى إطلاق الحموض الدسمة نتيجة للتنخر الالتهابي للشحوم الذي يتجلى بإحداث الصفحة السريرية من الطور الحاد للمرض .

السببيات : تنجم الحمامى العقدة عن عوامل مسببة عديدة ومختلفة نكتفي بذكر أهمها :

ـ **الأحماج** بالعقديات (أحماج الطرق التنفسية العلوية) ـ الغرناوية (متلازمة لوفغرين Löfgren ترافق الحمامى العقدة مع عقد لمفية متضخمة ثنائية الجانب للنقير) ـ التدرن (سير الخمج البدئي عند الأطفال) ـ الخمج باليرسينية Yersinia (يعد الإسهال لمدة ٣ أسابيع قبل بداية الحمامى العقدة مؤشراً على ذلك إضافة للاختبارات الجلدية الإيجابية وتفاعل التراص المثبتة) ـ داء المقوسات ـ وقد تحدث خلال سير الحبيبوم اللمفي الأربي ـ أحماج فطرية عميقة ـ اعتلالات دموية ـ التهاب كولون قرحي داء كروان والخباثات الداخلية (ابيضاض الدم داء هودجكن ـ أورام خبيثة) بالإضافة إلى الأدوية (أسبرين ـ سولفاميدات ـ مانعات الحمل الفموية) ، والجذام .

التظاهرات السريرية : تتوافق أعراض الحمامى العقدة مع أسبابها ، لكن أكثر الأعراض التي يشتكي منها المرضى هي : الدعث ـ الصداع ـ والترفع الحروري (ما بين ٣٨ ـ ٣٩°) والآلام المفصلية ، إضافة لظهور ، العقيدات المؤلمة الصلبة الحمراء المتناظرة ذات الحدود غير الواضحة والتي يتراوح حجمها مابين حبة البازلياء والكرزة الكبيرة ، على الوجه الأمامي للساقين كما قد تظهر عقيدات مماثلة على الساعدين والناحية الأليوية . هذا وتتصف تلك العقديات بعدم تقرحها ، وتراجعها دون أن تترك ضموراً أو ندبةً ، كما أن نكسها ممكن الحدوث (شكل ١٥ ـ ٥) .

التشريح المرضي : يلاحظ رشاحة التهابية لمفاوية حول الأوعية ونزف في الأدمة السفلى وفي حجب النسيج الشحمي مع وذمة وفبرين بارزين ، إضافة لترافق ذلك بتفاعل حبيبومي ثانوي .



الشكل ١٥-٥ : حمامى عقدة

التشخيص التفريقي : تفرق الحمامى العقدة عن كل من الحمامى الجاسئة ـ التهاب السبلة الشحمي ـ التهاب الأوعية العقيدي .

المعالجة : تقوم على الراحة ووصف المسكنات مثل السيتامول مع إعطاء يودور البوتاسيوم ٣٠٠ ـ ٦٠٠ ملغ يومياً ولمدة عدة أسابيع . كما تفيد الضمادات الرطبة خارجياً أيضاً .

الاضطرابات النزفية Haemorrhagic Disorders

تتصف الاضطرابات النزفية بالنزف سواء أكان داخل الأنسجة أو خارجها ، هذا ويمكن تميز إحدى الآليات الثلاث المسببة لاضطرابات النزف .

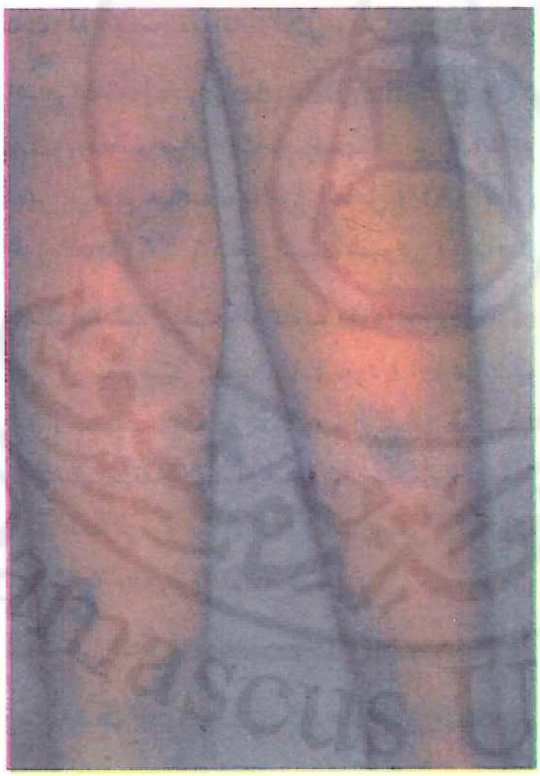
١ ـ اضطرابات الصفيحات : حيث يوجد هنالك اضطرابات كمية في الصفيحات ، وعيوب كيفية فيها ، ذلك أن النزف قد ينجم عن نقص في عددها أو عن اضطرابات في وظائفها .

٢ ـ اضطرابات التخثر (الكيفية والكمية) : كما يمكن للنزف أن ينجم عن عوز أو عيوب وظيفية في عوامل التخثر أو عن وجود مواد مصلية مثبطة للتخثر أو منشطة لحل الفيبرين .

٣ ـ شذوذات الأوعية : وتعتمد على وجود اضطراب أخلَّ بسلامة الأوعية الدموية أو ناجم عن زيادة نفوذيتها على الرغم من وجود إرقاء سوي . أما **الفرفرية** فما هي إلا طفحية ناجمة عن نزف في الجلد أو الأغشية المخاطية من جراء نقص في عدد الصفيحات الدموية المترافق مع اضطرابات في جدر الأوعية . هذا وتأخذ الفرفرية أشكالاً متعددة منها **الخَبَر** ويتراوح قدها بأقل من ٣ ملم ، **والكدمات** وتبدو بشكل لطخ مسطحة زرقاء أرجوانية من جراء نزف خلالي أعمق وأكثر اتساعاً (شكل ١٥ ـ ٦) .

اضطرابات النزف المتعلقة بالصفيحات Platelet Related Haemorrhagic Disorders

هي اضطرابات نزفية ناجمة عن نقص واضح في عدد الصفيحات (قلة الصفيحات) أو عن اضطراب كيفي في الصفيحات [غالباً ما يكون إنتاج الصفيحات مترافقاً مع خلل وظيفة عملها . أما الاضطرابات النزفية أو الفرفرية الناجمة عن قلة الصفيحات فيعرف لها نموذج أساسي ونموذج مكتسب ، ونموذج خثاري .



الشكل ١٥ـ٦ :
كدمات

فالفرفرية بقلة الصفيحات الأساسية (مناعية أو مناعية ذاتية) تنجم عن آلية مناعية أو مناعية ذاتية كما أن لها شكلين حاداً ومزمناً ، أما أضداد الصفيحات فموجودة في المصل وتتظاهر سريرياً بفرفرية تتوضع على الأطراف والجزء العلوي من الصدر والعنق ، كما وقد تترافق بنزف في الأغشية المخاطية .

والفرفرية بقلة الصفيحات المكتسب : وتنجم عن اضطرابات في إنتاج الصفيحات الذي يمكن أن يكون نتيجة نقص معدل الإنتاج من جراء تناول الأدوية (سامات الخلايا المستخدمة في المعالجة الكيماوية ـ أملاح الذهب ـ والسولفوناميد) أو من استبدال أو ارتشاح النقي (سرطانة نقيليه ، ابيضاض دم لمفوم خبيث) وتتظاهر بكدمات وموات كما تترافق بفقر دم مختلف الأنواع .

أما الفرفرية بقلة الصفيحات الخثارية : التي تدعى بمتلازمة موسكو ـ وفيتز فهي داء حموي حاد ، نادر ، مميت في ٣٠٪ من الحالات ويتميز بفرفرية قلة الصفيحات المترافق مع فقر دم انحلالي وأعراض عصبية .

اضطرابات التخثر Coagulation Disorders : وهي عوزات ولادية يمكن أن توصف في معظم عوامل التخثر أهمها ما يلي : **الناعور** (المدرسي ـ أ ـ ب) وداء **كريستماس** ـ خلل **هيجمان** ـ **عوز العامل (XII) الثاني عشر** ـ **عوز العامل السابع VII** ـ **عوز العامل ١٣** (عامل تثبيت الفيبرين) ـ **داء فون ويللي براند** .

اضطرابات الإرقاء الوعائية Vascular Disorders of Hemostasis : وتنجم عن تخرب وعائي يرافقه زيادة نفوذية الأوعية لمكونات الدم ينجم عنها الميل للنزف أما الأسباب المحتملة للتخرب الوعائي فمنها : نقص الفيتامينات ـ عوامل فيزيائية ـ التهاب ـ تفاعلات أرجية وشذوذات وعائية ولادية . أما أهم الأدواء التي تدخل تحت هذه الزمرة من الاضطرابات فهي : البشع ـ متلازمة كاسباخ ميريت ـ الفرفرية الشيخية ـ الفرفرية الانتصابية .

الجلاد الصباغي النزفي Hemorrhagic Pigmentary Dermatoses

وهي اضطرابات تنجم بشكلٍ عام عن آليات إمراضية متشابهة . أما النزف فيحدث على أساس وجود تغيرات التهابية وعائية مزمنة . هذا وتتكون في النسيج

الضام بعد تسرب الدم ترسبات الهيموسيدرين البنية ـ المصفرة ، كما يمكن أن نشاهد تفاعلاً جلدياً على شكل تبدلات إكزيمائية .

الفرفرية الحلقية ، بتوسع الشعريات « فرفرية ماجوشي »

تعد الأدوية العوامل المسببة كما في الفرفرية الصباغية المترقية ، هذا وتبدو الفرفرية الحَبَرية هنا بشكل متناظر على الساقين مع بقع من شعريات متوسطة حمراء اللون نقطية الشكل ، كما وتتحدد البقع من جراء نموها النابذ على شكل بؤر حلقية (شكل ١٥ ـ ٧) .

الفرفرية المصطبغة المترقية (شامبرغ)

وتدعى أيضاً بالتهاب الجلد المصطبغ المترقي وهو جلاد فرفري ناكس مترق ومزمن ينجم عن نزوف نقطية على شكل بؤر بنية ـ برتقالية ـ مصفرة تتوضع على الساقين ، كما تتصف الحبرات هنا بأنها مبرقشة الحواف (تشبه ورق الفلفل الحريف) (شكل ١٥ ـ ٨) .

التهاب الجلد الحزازاني الفرفري المصطبغ (بلوم وكوجرو)

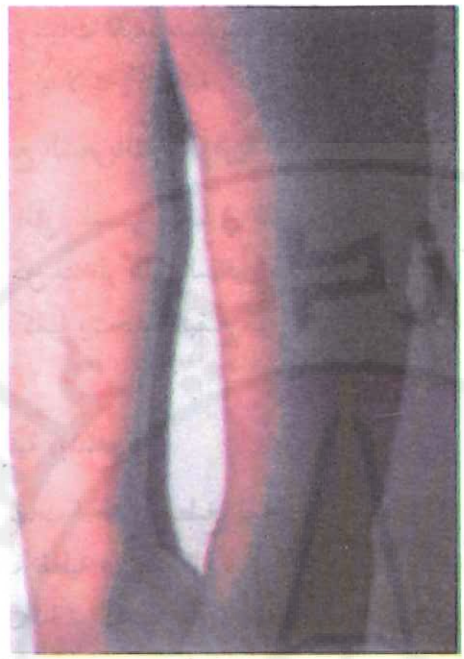
يدعى أيضاً بالتهاب الجلد الحزازاني الفرفري والمصطبغ وهو جلاد نزفي يترافق مع حطاطات حزازانية أكثر ما يتوضع على الساقين ، وهو مرض كبار السن .

الفرفرية الشبيهة بالإكزيماتيد

وتدعى بالفرفرية الحاكة أيضاً وهي جلاد حاك مصطبغ ومترق ذو وسوف نخالية الشكل تتوضع على الساقين بشكل مفضل ، حيث تتظاهر بحبرات تشبه عضة البرغوث إضافة لبؤر متعددة شبيهة بالطفح الإكزيماتي (شكل ١٥ ـ ٩) .

معالجة الجلادات الصباغية المترقية

وتقوم على التخلص من حالات الاحتقان في الطرفين السفليين التي تعمل على إحداث الجلاد ، كما وتعطى في الحالات الشديدة ستروئيدات قشرية بجرعات مخفضة .



الشكل ١٥-٧ : فرفرية ماجوشي



الشكل ١٥-٨ : فرفرية شامبرغ



الشكل ١٥-٩ : فرفرية شبيهة بالأكزمائيد

Damascus University

الفصل السادس عشر

أمراض الجريبات الزهمية
والغدد العرقية الناتحة والمفترزة

Diseases of Sebaceous Follicles
and Eccrine Sweat Glands and Apocrine Glands

أولاً ـ أمراض الجريبات الزهمية

يختلف توزع الغدد الزهمية المنفرزة Holocrine Sebaceous GL. في الجلد حيث يكثر تواجدها على الوجه بخاصة في ناحية الأنف والجبهة ، وفي مجرى الأذن وناحية أعلى الصدر وعلى جوانبي أعلى الذراعين ، ويقل عددها في جوانب الجسم وفي المحيط حيث تنعدم كلية في الراحتين والأخمصين . هذا ويفرز الزهم من عنيبات الجريب الزهمي وهو سائل مصفر لزج يتكون من غليسيريدات وحموض دسمة ، وسكوالين . أما من الناحية النوعية فلا يوجد هنالك أي اختلاف في تركيب الزهم حتى ما بين العروق . هذا ويشارك الزهم في تشكيل الشحوم السطحية للجلد . كما يكون إفراره مرتفعاً بعد الولادة وحتى الشهر ٣ ــ ٥ لكن إنتاجه ينخفض أثناء مرحلة الطفولة ثم يصبح أكثر غزارة قبل مرحلة البلوغ بسبب تأثير الاندروجينات .

فرط الإفراز الزهمي أو المث Seborrhea

هو نشاط وظيفي في الغدد الزهمية يبدو سريرياً بجلد زيتي لامع ، حتى إذا ما مر أحد بإصبعه فوق الطيات الشفوية الأنفية فإنها تنزلق على طبقة من الزهم المشعور بدهنه إن سبب المث غير معروف لكن **العامل الإرثي** يلعب دوراً عظيم الأهمية ، تتبعه **التأثيرات الهرمونية المتعددة** . ينبه التستوستيرون ومستقلباته عمل الغدة الزهمية في حين أن الاستروجين يثبط إنتاج الزهم . كما يوقف إفراز الزهم مركب الإيزوتريتينون (حمض الريتينوئيد ــ ١٣

المقرون) . يظهر أن **للعوامل الانفعالية** أهمية في حدوث المث . كما قد يزداد **إفراز المث قبل الطمث** ، إضافة لزيادة إفرازه بكثرة في **داء باركنسون** ، **والتهاب الدماغ الوسني** . هذا وهنالك علاقة هامة ما بين المث وأدواء جلدية متعددة مثل العد ووردية الوجه حيث يعد المث عاملاً مهماً في أمراض تلك الأدواء . كما يقدم المث أرضية مهمة ملائمة للعديد من الجراثيم الممرضة والفطور .

يوصى **بمعالجة الجلد** المثي بما في ذلك الرأس بالغسيل بالماء والصابون بشرط أن لا يبلغ ذلك حد الشطط لأن التغسيل الزائد قد يخرش الجلد ، كما يفضل بعض المرضى استعمال المساحيق وبخاصة على الوجه ، بالإضافة إلى مسحوق الكبريت للشعر الدهني .

توقف إفراز الزهم Sebostasis

يؤدي توقف إفراز الزهم أو قلة إفرازه إلى جفاف الجلد والشعر ، وهو أكثر مصادفة في الأطفال والمسنين ، ويتأثر بالعوامل الوراثية (سماك شائع) وبعوامل خارجية كالإقليم والعادات (كثره الاستحمام والإفراط في استعمال الصوابين) ، كما يشاهد في التهاب الجلد التأتبي . هذا ونجد أن المصابين بانعدام الزهم يكونون أقل إصابة بكل من التقيحات والأخماج الفطرية الجلدية . كما يندر أن يعانون من الأمراض المثية كالعد الشائع والتهاب الجلد المثي والعد الوردي .

المعالجة : تقوم على تطبيق المراهم أو المستحلبات من نمط الماء في الزيت إضافةً إلى الإقلال من استعمال الصوابين وتجنب الاستحمامات المتكررة . كما تفيد زيوت الاستحمام الطبية التي تخدم في الحفاظ على زهم الجلد .

العد ACNE

العد الشائع Acne Vulgaris

وهو إصابة جلدية شائعة ومزمنة يحدث عند البلوغ ويكون على أشده ما بين ١٤ ـ ١٨ ، كما أنه كثيراً ما يتلاشى بعد سن العشرين . أما الأماكن المفضلة لتوضعه فهي الوجه والصدر والظهر حيث تكون فيها الجريبات الشعرية الزهمية ناشطة وإن العد عامة أكثر حدوثاً في العرق الأبيض .

السببيات والإمراض : تلعب عوامل إمراضية متعددة دوراً في إحداث العد مثل

الوراثة ، الزهم ـ الهرمونات ـ الجراثيم ـ التقران الجريبي ـ الاستجابة الجريبية ومن المحتمل أن تلعب الآلية المناعية دوراً غير مباشر أيضاً .

الوراثة : يشاهد العد بأشكاله الشديدة في أسر خاصة ، وعند التوائم كما أنه إذا كان كل من الأب والأم قد أصيبا بالعد فإن احتمال حدوث العد عند أطفالهم يبلغ نسبة ٥٠٪ . علماً بأن الوراثة تتحكم أيضاً في فعالية الغدد الزهمية والمث .

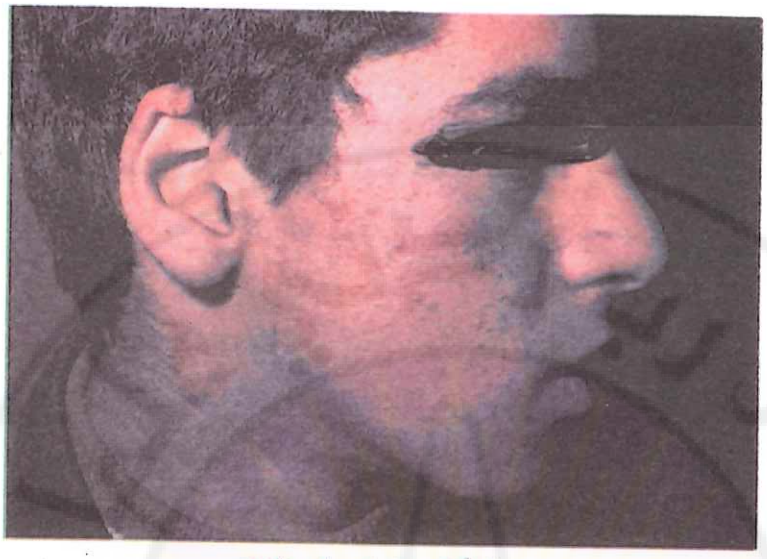
الزهم : يعد إنتاج الزهم العامل الأكثر أهمية في العد حيث يحدث المث عند معظم المصابين بالعد ، كما لا يظهر العد عند المخصين وذلك لانعدام زهم الجلد لديهم .

الجراثيم : لبعض الجراثيم دور في آلية إمراض العد حيث يوجد في الأجزاء الأكثر بعداً من الجريبات (الهوائية) أو في الزؤان مكورات معظمها من المكورات العنقودية البشروية والمكيرات Micrococci الأخرى التي تنتج خميرة الليباز التي تلعب دوراً ممرضاً في العد ، كما تتواجد الجراثيم البريونية العدية بشكل وفير وتنتج خميرة الليباز أيضاً تلك الخميرة التي تؤثر في حل الزهم حيث أنها تؤثر في الغليسريدات الثلاثية وتحللها إلى حموض دسمة حرة تعمل كمركبات محدثة للزؤوان ، كما أنها مواد سامة تساعد على تحويل الزؤان إلى حطاطات وبثور . هذا ويعزى تأثير التتراسيكينات إلى تثبيط نمو الجراثيم وإلى تأثيرها المباشر على إنتاج الليباز وبالتالي فإنها تثبط تشطر الحموض الدسمة الحرة من الغليسيريدات الثلاثية .

الهرمونات : تسيطر الهرمونات الأندروجينية (التستوسيرون ومشتقاته وبخاصة دي هيدروإيسي أندروستيرون) على نمو عنيبات الغدد الدهنية وزيادة إنتاجها من الزهم حيث تمتلك الغدد الزهمية مستقبلات للأندروجين . أما الأستروجينات فتعمل على تثبيط إنتاج الزهم ، كما تحصر مضادات الأندروجين مستقبلات الأندروجين في الخلايا الزهمية .

اضطرابات التقرن : يعد ازدياد إنتاج الخلايا المتقرنة العلامة الأولى الملاحظة في العد . أما الزؤوان فيحدث من خلال التقرن المتوافق مع التكاثر والاحتباس ويبدو الزؤان بشكل رؤوس سوداء قد تحتوي الملانين الناجم عن حطام الخلايا التقرنية . كما أنه قد يبدو بشكل زؤانات بيضاء غير واضحة الفوهات (مغلقة) .

الفعالية الجريبية : يتفاعل القمع التحتي في الجريب الزهمي لدى مرضى العد نحو العديد من المنبهات الفيزيولوجية والتجريبية متجلياً بزيادة نتاج الخلايا المتقرنة . كما أن الفعالية



الشكل ١٦-١ : العد الرؤاتي



الشكل ١٦-٢ : العد المقلوب

الجريبية تكون مرتفعة بشكل جوهري عند مرضى العد ، وهذا ما يفسر عادةً سرعة تفاعل مرضى العد نحو اضطراب التقرن والالتهاب .

المظاهر السريرية : تختلف الأشكال السريرية للعد بشدتها وتعبيرها ، كما تختلف من بضع زؤانات حتى تصل إلى تغيرات جلدية مهمة متحللة بتقرحات وخراجات وناسير .

هذا وقد ميزت ثلاثة أشكال للعد (زؤاني ـ بثري حطاطي ـ مكبب) إضافة للأشكال الخاصة الأخرى .

العد الزؤاني Acne Comidonica

العد من الدرجة I . غالباً ما يترافق هذا الشكل من العد بالمث كما يبدأ أثناء البلوغ بزؤان مفتوح ومغلق يتوضع على الأنف أولاً ثم يظهر على الجبهة والوجنتين (شكل ١٦ ـ ١) .

العد البثري الحطاطي Acne Papulopustulosa

العد من الدرجة II : وتتحول في هذا الشكل الزؤانات الملتهبة إلى حطاطات وبثور . وإذا ما ترقى الالتهاب في العمق تحدث عندئذ عقيدات دملية الشكل ، قاسية ومؤلمة ، وقد يأخذ هذا الشكل سيراً خفيفاً يتظاهر بالقليل من الحطاطات البثرية ، كما قد يأخذ سيراً أكثر شدة فيتظاهر بالعديد من الحطاطات والبثور والعقيدات .

العد من الدرجة III : وهو أكثر أشكال العد شدة ويصيب الذكور أكثر من الإناث ، ويتشكل من زؤان وحطاطات وبثور مترافقة بجلبات نزفية إضافةً إلى كيسات وخراجات وجيوب متداخلة تؤدي إلى لجم مشوهة وندبات جدرية ، يصيب هذا الشكل من العد الوجه والظهر والصدر وأحياناً الإليتين ، العضدين ـ الساعدين ـ الرقبة ـ فصوص الأذن وعلى مناطق أخرى من الجلد لا تصاب عادةً بالعد .

الأشكال الخاصة : نذكر منها باختصار كلاً من العد المقلوب . العد الخاطف ـ العد الآلي ـ العد التماسي أو السمي والعد التسحجي عند الفتيات الشابات .

العد المقلوب : أكثر ما يشاهد عند الرجل ، وهو عد مكبب يحدث بصورة معكوسة إذ لا تصاب المناطق التي تصاب عادةً بالعد (الوجه ، الصدر ، الظهر) ، بينما تتوضع الإصابة بشكل بارز على المناطق المذحية (الثنيات) كالمنطقة المغبنية وجل العانة وتحت الإبطين (شكل ١٦ ـ ٢) .

العد الخاطف : هو مرض نادر ، لكنه خطير ، يبدأ في سن ١٣ ـ ١٦ سنة عند اليفعان من الذكور بشكل عد مكبب ، يتصف بتطور مفاجئ جداً لتنخرات نزفية . كما يترافق بتزفع حروري وكثرة الكريات البيض إضافة لازدياد سرعة التثفل ، كما تتورم المفاصل .

العد الآلي : حيث تساعد العوامل الآلية على تفاقم العد الخفيف ، إذ يحدث كل من الضغط والفرك في المناطق الملامسة لكلٍ من الحزام . قبات البدلات القاسية الخ .. التهابات جريبية وزؤان ثانوي على تلك المناطق .

العد التماسي أو السمي : يتداخل في إحداث هذه الآفة ، التماس مع المركبات المحدثة للزؤان والتي يغلب أن تكون مهنية في الأصل ومن أشكاله السريرية الخفيفة كل من العد التزويقي وعد الزيوت .

عد المزوقات : يحدث عادةً بعد العمر المعتاد لظهور العد حيث تغلب إصابة النساء فيه ما بين العمر ٢٠ ـ ٤٠ نتيجة استعمال المزوقات مفرطة الدهن والمواد الأخرى المحدثة للزؤان .

عد الزيوت : يحدث هذا العد كل من زيوت التشحيم وسوائل التثقيب والزيوت الخام ، وذلك عند الأشخاص المصابين بالمث . كما يجب أن يكون هنالك إما تماس مباشر بين هذه المركبات المحدثة للزؤان وما بين الجلد أو عن طريق الملابس الملوثة بتلك المركبات .

العد التسحجي عند الفتيات الشابات : وهنا تمثل الآفات العدية الكروب الذهنية لبعض المرضى الذين يكون معظمهن مضطربات النفوس . هذا ويحدث هذا العد من جراء تسجح الآفات العدية الخفيفة بضغطها أو عصرها وقد تترك بعض التسحجات العميقة ندبات مكانها .

عد الوليد : يبدي بعض الأطفال زؤان مغلق منفرد ، وبشور حطاطية عقب الولادة مباشرةً أو في الأسابيع الأولى من الحياة (عد الوليد) ويبدو أن أندروجين الأم يلعب دوراً في الإمراض . هذا وتتراجع هذه الحالات الخفيفة عفوياً خلال بضعة أشهر من الولادة .

معالجة العد Acne Treatment

تهدف معالجة العد تقصير سير وحدة المرض وتجنب حدوث التندب . هذا ولقد تغيرت معالجة العد بشكل جوهري في الوقت الحاضر اعتماداً على الأساس الإمراضي : تُعدُ إزالة الزهم أو الحد من نضحه جزءاً أساسياً في المعالجة كما ينبغي أن يفهم المصاب إمكان

استمرار الإصابة لفترة محدودة ووجوب المثابرة على معالجتها .

معالجة الزؤان : يعد التقشير pell بـالمواد المقشرة الخفيفة مثل الـتريتنون (فيتـامين T الحـامضي ، وحمـض الريتوئـيني المقـرون) وبيروكسـيد البـنزويل مـن أفضـل الطـرق في معالجـة الزؤان . كما إن هنالك طرائق فعالة تستخدم في استخراج الزؤان أيضاً ، وتقوم على مشاركة تطبيق كمادات رطبة ثم استخدام نازع الزؤان في استخراج الزؤان في حين يمكن فتح الـزؤان المغلق من قبل الطبيب .

معالجة العد البثري الحطاطي : يعالج هذا الشكل من العد بمحاليل الصـادات الموضعيـة وحدها مثل التتراسيكلين ـ الارتيرومايسين أو الكليندامايسين وذلك في الأشـكال الخفيفـة أمـا في الأشكال الشديدة فنضيف إلى المعالجـة الموضعية إعطـاء الصـادات مثـل التتراسـيكلينات أو الأرتيرومايسين أو الكليندامايسين عن طريق الفم .

معالجة العد المكبب : قد تتطلب معالجة هذا الشكل من العد الإقامة في المشفى حيـث يعالج بالصادات ـ إضافة إلى السولفون ـ كما يوصى أيضاً بالمعالجة القرية والمعـاجين المقشرة ، كما قد تعطى النساء موانـع الحمـل المحتوية على الاسـتروجينات أو خـلات السـيبروتيرون . إضافةً للمعالجات المتقدمة النوعيـة الـتي تقـوم علـى إعطـاء الذكـور والسـيدات غـير الحوامـل الإيزوتريتنوين (حمض ريتوتنين ـ ١٣ المقرون) عن طريق الفم .

معالجة العد المقلوب والعد الخاطف : تتبع معالجة العد المكبب ذاتها ، وتتطلـب حالـة هذا الشكل من العد الإقامة في المشفى حيث قد يوصـى بمعالجتـه جراحيـاً تلـك الجراحـة الـتي تقوم على استئصال المناطق المصابة من النسيج الشحمي ثم الترميم بعد ذلك بالجراحة الرأبية .

ونذكر أخيراً معالجات خاصة للعد وتقوم على معالجته بالأشعة فوق البنفسجية وذلـك بشروط خاصة ، كما تقوم على معالجة الندبات التالية للعد بعد توقف العـد بحقـن الكلاجـين موضعياً أو بإجراء السنفرة (حف الجلد dermabrasion) .

الآفات عدية الشكل

تتجلى الآفات عدية الشكل باندفاعات حطاطية وبثرية شبيهة باندفاعات العد ، إلا أن توضعها لا يقتصر على أماكن العد الانتقالية ، وعلى سـن الفتـوة والشـباب ، كمـا أن سـيرها

غالباً ما يكون حاداً أو تحت الحاد ، وإنها تتحسس بسرعة بعد إيقاف الدواء ، وفيما يلي بعض هذه الآفات (شكل ١٦ ـ ٣) .

العد الدوائي : هنالك أدوية كثيرة جداً منها الخارجية ومنها الداخلية يمكن أن تحدث آفات عدية الشكل . هذا وسنذكر أهم الأدوية الخارجية والداخلية التي يمكن أن تؤدي إلى آفات عدية الشكل .

إن من أهم **الأدوية الخارجية** التي تؤدي إلى آفات عدية الشكل كل من **الستروئيدات القشرية** (العد الستروئيدي) المركبات **القطرانية والكلورية والمشتقات البترولية** . كما نذكر من أهم **الأدوية الداخلية** المحدثة لآفات عدية الشكل كلاً من **الستروئيدات** ـ مركبات **اليود والبروم** (مهدئات ـ مقشعات ـ حبوب منومة) ـ **مشتقات الهيدانتوئين** ـ **الفينوباربتيورات** ـ ACTH ـ بعض **موانع الحمل والفيتامينات** ب١ ، ب٦ ، ب١٢ ، د٢ وبعض الأنواع من **مضادات الأخماج** (الريفامبيسين ـ التتراسيكلينات ـ الستربتومايسين) (شكل ١٦ ـ ٤) .

العد الوردي (وردية الوجه) Rosacea

مرض شائع مزمن نسبياً وهو أكثر مشاهدة عند النساء وفي سن تقع بين الـ ٢٠ ـ ٤٠ سنة غالباً ، ويتوضع عادةً في الوجه ويتظاهر بسطوح حمامية وآفات عدية الشكل وبتوسع في الشعيريات ، ونادراً آفات حبيبومية وذأبية .

الإمراض : لا تعرف عوامل مسببة محددة للعد الوردي ، غير أن هناك أسباباً متعددة متهمة في ذلك : كالاستعداد الإرثي وعلاقة هذا العد بالأمراض المجموعية وبخاصة المعدية والمعوية ، واعتلال المرارة المزمن ، والمث ، والعوامل الصماوية (الأيلس) ، فرط التوتر الشرياني ـ الآفات الناجمة عن سوس الدويدة الجرابية ، الحالات النفسية ـ بعض الأطعمة (البهار ـ الكحول ـ القهوة ـ الشاي) الأدوية (ومنها الستروئيدات المفلورة موضعياً) هذا وتثير أشعة الشمس هذا المرض كما قد يترافق بآفات عينية بخاصة التهاب الملتحمة (شكل ١٦ ـ ٥) .

أما **المعالجة** فتقوم على تجنب جميع المخرشات الموضعية وعدم استعمال الستروئيدات موضعياً إضافةً إلى تجنب العوامل المسببة ما أمكن أما العلاج المفضل فهو التتراسكلين داخلاً ولفترة مديدة وقد تستعمل مركبات الميترونيدازول (٠,٧٥٪ ـ ٢٪) موضعياً .



الشكل ١٦-٣ : عد ستروليدي



الشكل ١٦-٤ : عد برومي



الشكل ١٦-٥ : عد وردي



الشكل ١٦-٦ : فيمة الأنف

فيمة الأنف : يحدث هذا الأنف المنتفخ عند بعض مرضى العد الوردي نتيجة فرط تنسج مترق في النسيج الضام ، مع فرط تنسج الغدد الزهمية . وتشاهد عادةً في سن بعد الأربعين (شكل ١٦ ـ ٦) .

التهاب جلد ما حول الفم Perioral Dermatitis

هو التهاب مزمن مجهول السبب ، يتظاهر بحطاطات حمراء ، وبثرية تتوضع على سطح احمراري . أما الأماكن الانتقائية لتوضع هذه الآفة فهي : الطية الشفوية الأنفية ، منطقة ما حول الفم ما عدا شريطاً ضيقاً يخلو من الاندفاعات يقع حول الشفتين ـ ومنطقة الذقن . تترافق هذه الآفة بحكة عادةً ، كما قد يشكو المصاب من حس وخز خفيف أو حس حرق . وأكثر ما يصاب بهذا المرض النساء في سن ٢٠ ـ ٣٠ . هذا وقد افترضت في أسباب هذه الإصابة عوامل عديدة أهمها : المزوقات ـ معاجين الأسنان المفلورة ـ الصوابين ـ الستيروئيدات القشرية ـ الخمج بالمبيضات البيضاء ـ الجراثيم ـ التحسس لأشعة الشمس ـ مانعات الحمل الفموية وسوء الامتصاص ، كما عد بعض المؤلفين أن التهاب الجلد حول الفم ما هو إلا شكل مجهض للعد الوردي .

المعالجة : تقوم على الوقف من استعمال المواد المحرشة وغسل الوجه بماء دافئ فقط وعدم استعمال المزوقات بخاصة الدهنية منها . كما أن إعطاء التتراسيكلينات أو الإريتروميسين داخلياً يكون فعالاً في هذه الآفة .

ثانياً ـ آفات الغدد العرقية والمفترزة

تنتشر الغدد العرقية في معظم أنحاء الجلد ، وهي كثيرة العدد في الأخمصين والراحتين والجبهة ، ويقدر عدد هذه الغدد نحو اثنين إلى ثلاثة ملايين غدة .

إن أهم وظيفة لهذه الغدد هي تنظيم الحرارة ، كما تتأثر الغدد العرقية الناتجة بحالات الكرب النفسي وحالات الألم والخوف والغضب مما قد يؤدي إلى فرط التعرق .

فرط التعرق Hyperhidrosis

يمكن أن يكون فرط وظيفة الغدد العرقية الناتجة المعمم أو الموضع عرضياً ، كما في أمراض الغدد الصم المترافقة بفرط فعالية في النخامى أو الغدد الدرقية وفي السكري ، وفي الحالات التي يحدث فيها زيادة إنتاج الكاتيكولامين كما في الصدمة ، وفي نقص سكر الدم

وورم القواتم . ويحدث فرط التعرق العرضي أيضاً في أمراض عصبية تؤدي إلى أذية الطريق الودي ومثالها الضلع الرقبية وأذيات الحبل الشوكي ، كما يمكن أن يكون فرط التعرق حقيقياً كما هو الحال في فرط التعرق الخلقي الذي هو فرط تعرق بنيوي للغدد العرقية الناتجة وفي أجزاء معينة من الجلد والذي يغلب حدوثه بخاصة عند البلوغ والذي يحدث بسبب توتر انفعالي ناجم عن الألم ، أو الغضب ، أو الرعب أو الخوف . هذا ويمكن أن يكون فرط التعرق عاماً أو موضعاً كأن يشاهد على الراحتين والأخمصين والإبطين وأحياناً الوجه (ذروة الأنف) ومنطقة ما حول الشرج . يحدث التعطين أحياناً نتيجة التعرق الزائد في المناطق المذحية ، وقد يؤدي إلى التهابات جلد ثانوية (مذح ـ فطارات) .

المعالجة : تقوم **المعالجة الموضعية** لفرط التعرق على الاستحمام المتكرر وارتداء الألبسة الفضفاضة القطنية ، إضافةً إلى ارتداء الأحذية الجلدية المفضله عن المطاطية في فرط التعرق الأخمصي . كما يدخل في نطاق المعالجة الموضعية ذر المساحيق المناسبة التي تؤدي إلى امتصاص الرطوبة ، وتطبق الأدوية المضادة للتعرق التي تؤدي إلى انسداد الأقنية العرقية مثل الألدهيدات (فورمالدهيد ، غلوتار ألدهيد) ـ حمض التنيك ـ والمحلول المائي لأملاح الألمنيوم هكساهيدروكلوريد ١٠ ـ ٢٥٪ في سواغ ميتل السللوز والرحلان الشاردي . أما **المعالجة الجهازية** فتقوم على قطع الودي ـ استئصال الغدد العرقية (استئصال الغدد العرقية الإبطية) أو إعطاء الأدوية المضادة للفصل الكوليني والتي تضم أملاح الأتروبين ومشتقاته .

نقص التعرق Hypohidrosis

قد يقل إفراغ العرق بالنسبة إلى الحد الطبيعي في الحالات التالية :

أمراض الغدد الصماوية (داء أديسون ـ الوذمة المخاطية) ـ الآفات العصبية المحيطية أو المركزية (التصلب العديد ، إصابات الحبل الشوكي ، التهاب الأعصاب العديد بسبب الكحولية أو السكري والجذام) ـ الإصابات الميكانيكية للأقنية العرقية وذلك بالجلادات الالتهابية (صداف ـ الأحمريات ـ التهاب الجلد التأتبي ـ الدخنيات) الجلادات الأرثية (السماكات) ـ التجفاف ـ الأدوية (الكيناكرين) وخلل التنسج المتعدد الأدمي الظاهري (كمتلازمة كريست سيمنس) . [وهي مرض يورث بصبغي صاغر مرتبط بالجنس يتجلى بنقص كبير في إفراز الغدد العرقية مع نقص في الأشعار وشذوذات نسبية نقص الأسنان أو انعدامها].

آفات الغدد العرقية المفترزة

تنتمي الغدد العرقية المفترزة إلى الوحدات الشعرية الزهمية وتتوضع هـذه الغـدد بخاصة في الإبطين ، كما يزداد حجم هذه الغدد المفترزة وتتضح وظيفتها في سن البلوغ بتأثير العوامل الهرمونية ، لذا فإنه لا تشـاهد الاضطرابـات أو الأدواء في هـذه الغـدد إلا عنـد البـالغين . هـذا وسنذكر من آفات الغدد العرقية المفترزة كل مما يلي :

داء فوكس ـ فوردايس Fox - Fordyce - Disease : وهـو جـلاد مزمـن يصيـب النساء في نحو ٩٠٪ مـن الحـالات في سـن ٢٠ ـ ٤٠ سـنة ويسـمى بالدخينـة المفـترزة أيضـاً Apocrine Miliaria . ويبدو أن سببه يرجع إلى انسداد القناة المفرغة للغدد المفـترزة . يـتراجع هذا المرض عفوياً بعد سن الخمسين .

كما لوحظ تراجعه العفوي أثناء الحمل ، ويتصف بظهـور حطاطـات حاكـة بشـدة ، غير مترافقة بعلامات تخريش أو تحزز ، كما تكون الأشعار في منطقة الإصابة هزيلة ، وتتوضع في النواحي الغنية بالغدد المفترزة وبخاصة في الإبطين .

المعالجة : يعالج داء فوكـس ـ فوردايس موضعياً بالسـتيروئيدات القشـرية إمـا داخليـاً فيعالج بمانعات الحمل وبخاصة المحتوية على مضادات الأندروجين ، كأسيتات السيبروتيرون .

الصنان Bromhidrosis : وهو رائحة نفاذة تنجم عن تفكك عـرق الغـدة المفـترزة ، عديـم الرائحـة في الأصـل ، بوسـاطة المكـورات وتديـة الشـكل Coryneform Cocci إلى مركبات ذات رائحة تلك المركبات التي تنجم على الأرجح مـن تفكـك الجـزء السـتيروئيدي (الأندروجينات) لعرق الغدة المفترزة .

هذا ويؤدي سوء العناية الصحية إلى زيـادة حـدوث الصنـان الـذي يـزول في الأعمـار المتقدمة بسبب تراجع الغدد العرقية المفترزة .

المعالجة : تكون المعالجة موضعية فقط ، حيث تغسل المنطقة المصابة عدة مرات في اليوم بالماء والصابون المزيل للرائحة ، كما تبـدل الثيـاب يومياً وتستعمل مزيـلات الرائحـة ، كمـا يتصف محلول هكساهيدرات كلوريد الألمنيوم بفعاليـة كبـيرة في هـذه الحالـة كمـا يعـد حلـق الشعر الإبطي من الإجراءات الصحية العملية .

تلون التعرق Chromhidrosis ومن مرادفاته العـرق الملـون : يحـدث التعـرق الملـون

عند بعض الأشخاص وفي مناطق جلدية محددة فقط . ويأخذ لوناً أصفر ، أو أزرق ، أو أخضر ، أو أسود . هذا وكثيراً ما يمتزج العرق الإبطي بأصبغة خارجية المنشأ ويحدث ذلك على سبيل المثال في الفطار الشعري الأحمري للإبط حيث تنتج الجراثيم أصبغة حمراء . وقد يحدث التعرق الملون على الوجه عند النساء الشابات بسبب وجود الغدد العرقية المفترزة الضاله Aberrant . تعالج مثل هذه الحالات بالغسولات والمطهرات .

الفصل السابع عشر

آفات الأشعار والأظفار

Diseases of the Hair and the Nails

للأشعار وظائف فيزيولوجية مهمة فهي تقوم بحماية الجلد من أشعة الشمس (التقران الضيائي والسرطانات الجلدية لدى الصلع) وتقي من الحر والبرد وتزيد حساسية حس اللمس . وكثيراً ما يُراجع الطبيب من أجل تبدلات تحصل في الأشعار سواء من ناحية النمو ، أو لفقدان الأشعار البقعي أو المنتشر ، أو لتبدلات تطرأ على غمد الأشعار أو على لونها . هذا وإن التبدلات الصريحة التي تصيب الأشعار ، لفقدها الكامل أو نموها في أماكن غير مرغوب فيها بخاصة لدى النساء ، تؤدي إلى اضطرابات نفسية شديدة .

دورة الأشعار Hair cycle

تنمو الأشعار لدى الإنسان بشكل دوري وإن كل جريب شعري يعمل كوحدة مستقلة بذاتها ، لذا فإن أشعار الإنسان لا تتبدل جميعها في زمن متواقت كما يحدث في معظم الحيوانات ، بل يأخذ كل جريب شعري مراحله المتناوبة من نشاط وسكون على انفراد . هذا وتمر الشعرة بثلاث مراحل (أطوار) .

١ً ـ مرحلة النمو Anagen : وهي المرحلة التي تنمو فيها الشعرة حيث أنها تنمو نحو ٠,٣٥ ملم يومياً وتستمر نحو ٣ سنوات (١٠٠٠ يوم) في أشعار فروة الرأس .

تكون الشعرة في هذه المرحلة من النمو ملتصقة بشدة بجذر الشعرة الذي يمتد عميقاً في الأدمة وفي النسيج الخلوي ، ولا تسقط من نفسها ، كما يكون نزعها مؤلماً .

٢ً ـ مرحلة التراجع Catagen : وهي مرحلة انتقالية تستمر أياماً فقط (٧ ـ ١٤ يوماً) يتوقف في هذا الطور جميع نشاطات التكاثر ، كما تتقرن البصلة ويبقى فيها عدد قليل من خلايا ظهارية غير متميزة ، كما تتجه الشعرة نحو الأعلى باتجاه سطح الجلد .

٣ً ـ مرحلة الراحة Telogen : تستمر هذه المرحلة نحو ٣ أشهر (١٠٠ يوم) في

أشعار فروة الإنسان . تأخذ في هذه المرحلة الطبقة الظهارية السابقة بالانكماش حتى تصل إلى مستوى العضلة الناصبة للشعرة ارتفاعاً ، كما يحوي الجريب المنكمش على شعرة تشبه مضرب الطبل (شعرة نبوتية) . وبعد انقضاء هذه المرحلة تسقط الشعرة من نفسها من جراء نمو أشعار جديدة أسفلها .

إن نسبة الأشعار لدى الشبان التي تكون في مرحلة النمو تبلغ وسطياً ٨٥٪ ، وإن نسبتها في مرحلة التراجع تبلغ ٠,٥ ـ ١٪ أما نسبتها في مرحلة الراحة فتبلغ ١٥٪ كما تختلف النسب السابقة بشدة في الحالات المرضية . يبلغ الفقد اليومي من أشعار الرأس نحو ٧٠ ـ ١٠٠ شعرة من أشعار مرحلة الراحة هو أمر فيزيولوجي كما تتقدر ما تتضمنه فروة الرأس من أشعار بنحو ١٠٠,٠٠٠ شعرة هذا وتختلف المسيرة الزمنية لدورات الأشعار ونموها باختلاف مناطق الأشعار في الجسم فمثلاً تنخفض نسبة نمو أشعار الحاجبين اليومي (٠,١٦ ملم) بينما تزداد نسبة نمو أشعار الذقن (٠,٣٨) كما أن أشعار الفروة تنمو بسرعة أكبر لدى الإناث مما هو لدى الذكور عكس أشعار الإبطين . إضافةً لذلك فإنه قد تبدل العوامل الفيزيولوجية المختلفة خارجياً أكانت أم داخلية في مسيرة دورة الأشعار أما الآفات التي تصيب الأشعار فتصنف حسبما يلي :

١ً ـ تأذي الأشعار من منشأ خارجي : ينجم تأذي الأشعار من منشأ خارجي عن مسبب آلي يصيب جليدة الشعرة كما هو الحال عند الإكثار من استعمال الفرشاة أو التمشيط أو الغسل المتكرر بمنظفات تحل الدهن بشدة . كما يمكن أن تؤدي الطرائق المستعملة لصبغ الشعر أو إزالة لونه ، أو لإحداث تجعيدات دائمة إلى تأثر البنية الشكلية والكيميائية للأشعار . هذا ويتظاهر تأذي الأشعار بسبب خارجي بجفاف ، ونقص لمعان وهشاشة غير طبيعية (تكسر الأشعار) والانشطار الطولي في النهاية الحرة للأشعار .

٢ً ـ عيوب بنية الشعر : وتتضمن كلاً من تقصف الشعر العقد ـ تقصف الشعر المنغلف ـ تعقد الأشعار ـ الشعر الحلقي ـ الشعر المنفتل (الشعر المبروم) ـ الشعر السبحي ـ متلازمة الشعر غير القابل للتمشيط ـ والشعر الصوفي .

شذوذات سقية الشعرة في الاضطرابات الاستقلابية

حيث تبدو الأشعار ، عند المصابين بسوء الامتصاص أو بمتلازمات نقص التغذية والدنف وفي التأثيرات السمية على رحم الشعرة وفي كثير من الاضطرابات الاستقلابية

الأخرى ، رقيقة مبعثرة وهشة .

شذوذات اضطراب لون الأشعار

قد يكون خلل تلون الأشعار ولادياً أو ناجماً عن عوامل داخلية وخارجية . هذا ونذكر من أهم تبدلات لون الأشعار كلاً من الشيب ـ المهق ـ والبهق .

شذوذات اضطراب نمو الأشعار

وتتمثل بالآفات الناجمة عن تبدل في كمية الأشعار أما زيادةً أو نقصاً . أما زيادة الأشعار فتتضمن كلاً من فرط الأشعار والزبب أو الشعرانية .

١ً ـ فرط الأشعار : هو زيادة في نمو الأشعار مع تحول الشعر الوبري الناعم ، عديم اللون ، القصير ، عديم اللب ، إلى أشعار مصطبغة ثخينة وبطول الأشعار الانتهائية . أما أسباب فرط الأشعار فمتنوعة وغالباً ما تكون أسرية أو وراثية ، كما قد يكون فرط الأشعار معمماً أو موضعاً .

٢ً ـ الزبب أو الشعرانية Hirsutism : تتصف الشعرانية التي تظهر عند النساء والأطفال بظهور الأشعار في مناطق لا تظهر فيها عندهم عادةً . أما المناطق التي يظهر فيها الأشعار فهي المناطق التي تظهر فيها عند الذكور وهي الشفة العليا ـ الذقن ـ الخدان ـ الصدر الخط الأبيض للبطن ـ أعلى مثلث العانة ـ وفي الوركين والإبطين . يتحرض الزبب بالأندروجينات سواء بزيادتها أو بزيادة حساسية الجريب الشعري لها . ويمكن أن نميز للزبب حسب السبب الأشكال التالية (شكل ١٧ ـ ١) :

الزبب العرضي : وينجم عن أسباب مبيضية وهي الأكثر شيوعاً كما هي الحال في متلازمة Stein - Leventhal (مبايض متعددة الكيسات) كما قد ينجم عن أسباب كظرية ـ أو نخامية ـ أو مواكبة لورم خبيث .

الزبب المحدث بالأدوية : يمكن أن ينجم الزبب عن بعض الأدوية كالأندروجينات والابتنائيات Anabolics ومشتقات البروجسترون وبعض حبوب مانعات الحمل ومستحضرات الأياس ، والستروئيدات القشرية والهرمون الموجه لقشر الكظر (A.C.T.H) .

الزبب الأساسي أو الغامض : ويشكل المجموعة الأكبر ، وكثيراً ما يترافق بعد شائع ومث وفي هذا الشكل من الزبب تكون نسبة التستسترون أودي هيدرو ايبي اندروسترون طبيعية أو قريباً منها .



الشكل ١٧-١ : الزبب

كما يحدث الزبب في بعض المتلازمات النادرة لا مجال لذكرها .

المعالجة : وتقوم على معالجة السبب ، كما تعالج حالات الزبب الأساسي الخفيف بمضادات الأندروجين (السيبروتيرون) . هذا ويمكن إزالة الأشعار الزائدة بصورة دائمة باستخدام التيار الكهربائي عالي التوتر أو التيار الغلفاني .

أما نقص الأشعار : فيتراوح ما بين خفة الأشعار أو انعدامها ، كما أن فقد أو نقص الأشعار (أي حاصات) قد يكون شاملاً وينقسم إلى حالة حادة ـ مترقية ـ وولادية أو أن نقص الأشعار قد يكون موضعاً وينقسم إلى حاصات غير ندبية وحاصات ندبية .

آ ـ الحاصة المنتشرة الحادة

هنالك الكثير من الأسباب التي تؤدي إلى إسقاط سريع للأشعار وتقوم آلية ذلك على :

١ ـ تسريع مدة طور النمو وتقصيرها ودخوله في طور التراجع والانتهاء بعد فترة قصيرة .

٢ ـ إيقاف الدورة بنهي يصيب الأشعار في مرحلة نموها كما يحدث عقب المعالجات الكيميائية المضادة للتسرطن ـ تناول خلات التاليوم ـ والأشعة السينية والكولشيسين .

هذا وإن هذه الحاصة مرعبة بالنسبة للمرضى الذين يفاجئون بهذا التساقط الشديد للأشعار ، إنما تكون النتائج جيدة ذلك أن هذا السقوط موقت إذ تعود الأشعار بعد فترة الراحة للنمو من جديد .

ومن أكثر الأسباب المؤدية إلى الحاصة المنتشرة الحادة :

١ ـ التداخلات الجراحية ـ الولادة .

٢ ـ الصدمات العصبية النفسية الحادة .

٣ ـ الحميات : الحمى التيفية ـ الحمرة ـ ذات رئة الخ ... ويبدأ التساقط هنا بعد شهرين وسطياً من العارض الحمي .

٤ ـ تناول بعض الأدوية مثل الهيبارين والكومارين .

٥ ـ التعرض للأشعة .

٦ ـ الأفرنجي الثانوي الذي يؤدي إلى الحاصة الخلالية .

٧ ـ التخريش الموضعي بالشد أو باستعمال كاويات ومبسطات الأشعار .

٨ ـ اضطرابات غدية صحية مختلفة ، مثل قصور أو نشاط الغدة الدرقية .

ب ـ الحاصة الذكرية الاندروجينية

ومن مرادفاتها الصلع الهيبوقراطي والصلع من الطراز الذكري وتبدو هذه الحاصة في أواخر العشرين وأوائل الثلاثين من العمر بتساقط أشعار تدريجي يتناول كلاً من منطقتي قمة الرأس والنواحي الجبهية الصدغية ، كما يتراجع الخط الأمامي لمنبت الأشعار من كل من جانبيه مؤدياً إلى ازدياد عرض الجبهة . وفي النهاية يمكن لمعظم كامل فروة الرأس أن تصبح خالية من الأشعار . هذا ولا يكون الجلد في المناطق الجرداء ضامراً بل يبدو رقيقاً ، كما تبقى فوهات الجريبات في مكانها حاوية زغباً نحيلاً جداً ، إضافةً لذلك فإن المناطق الصلعاء تكون زهمية بشكل واضح بسبب استمرار عمل الغدد الزهمية .

لا تزال مسببات هذه الحاصة غير معروفة ، لكنه من غير المشكوك فيه على أية حال دور **العوامل الإرثية الأسرية** ، حيث ثبت أن الميل لحدوث الصلع المذكر تورث بالصبغي الجسدي السائد . ولقد قال راتنر Rattner ، لكي تتجنب الحاصة عليك انتقاء سلفك بحذر ، وإضافة لذلك فإن حاصة الذكورة لها علاقة **بالأندروجينات** حيث أنها ترتبط بتنبيه

أندروجيني كافٍ في عمر خاص للإنسان . هذا ولا تحدث الصلعة عند الخصيان شريطة أن يتم اخصاؤهم قبل سن البلوغ . أما إذا ما عولجوا بالاندروجين فإن الصلعة يمكن أن تحدث عندهم ، وهذا يشير للارتباط الصميمي لكل من العوامل الوراثية والأندروجينية وعامل السن .

الإنذار : تظهر الحاصة الأندروجينية في بعض الأسر بشكل مبكر جداً (مباشرةً بعد البلوغ) وتؤدي سريعاً إلى الصلع الكامل . أما إذا تطورت ببطء في العقد الرابع أو الخامس من الحياة فإن إنذارها يكون أفضل بكثير وتبقى محدودة . وإن الرجال الذين لا يصابون بفقد الأشعار الذكري حتى العقد الرابع أو الخامس من العمر ، يغلب ألا يصابوا بالصلع .

المعالجة : من المهم معالجة المظاهر المرافقة لفقد الأشعار في الصلع كالمث الشديد وقشرة الرأس والاحمرار الالتهابي والحكة ، معالجة محافظة وذلك ببعض الشامبوهات والمحاليل الموضعية . كما أن مستحضر المنيوكسيديل (٢٪) خارجياً يمكن أن يوقف تطور الحاصة لدى بعض المرضى المستجبين وذلك طالما استمر المريض في تطبيق العلاج . كما قد يلجأ في معالجة الصلع إلى الجراحة التي تقوم على نقل غرسات صغيرة من الشعر بوساطة المخرمة (Punch) من المناطق الجانبية أو الخلفية للرأس وزرعها في المناطق الجرداء .

ج ـ الحاصة الأنثوية الأندروجينية

إن الحاصة الأندروجينية هي أقل شيوعاً ووضوحاً لدى النساء مما هي عليه عند الرجال . تحدث الحاصة الأندروجينية ذات الطراز الأنثوي لدى النساء ، عندما يكون العامل الوراثي موجوداً ، وفي الوقت نفسه ، يكون ارتفاع مستوى الأندروجينات معتدلاً حيث تحدث خفة أشعار منتشرة عادة بين سن العشرين والأربعين بخاصة في منطقة الإكليل (التاج) على الفروة . ونادراً ما قد تصاب النساء بحاصة أندروجينية ذات الطراز الذكري من جراء ازدياد صريح في مستوى الهرمونات الأندروجينية (المتلازمة الكظرية التناسلية ـ الأورام المنتجة للأندروجينات) ، إضافةً للاستعداد الارثي الذي يكون لدى تلك المريضات .

د ـ الحاصات الولادية Congenital Alopecia

المرط (فقدان الأشعار) Atrichia : قد يكون فقد الأشعار الولادي معمماً (المرط الولادي المنتشر) أو موضعاً (المرط الولادي المحدد) ، كما قد يكون الشكل المنتشر كخلل

معزول أو كعلامة مشتركة مع عيوب ولادية أخرى كما في ثدن (خلل تنسج) الأديم الظاهر أو في الشياخ Progeria (شكل ١٧ ـ ٢) .

الحاصة المثلثية الولادية Alopecia Triangularis Congenitalis : وهي حاصة ولادية غير قابلة للعلاج تلاحظ في المنطقة الصدغية بشكل بؤرة مثلثية عادة ، قاعدة المثلث هي خط الأشعار ، قطرها من ٢ ـ ٤سم تتوضع في المنطقة الجبهية الصدغية .



الشكل ١٧ـ٢ : المرط

الحاصات البقعية Alopecia Areata

تقسم الحاصات البقعية إلى غير ندبية وندبية .

الحاصات البقعية غير الندبية non Scarring Alopecia

هي سقوط أشعار موقت في منطقة محددة من الفروة أو الذقن . ومن الآفات التي تؤدي إلى الحاصات البقعية غير الندبية نذكر :

١ ـ **حاصة الشد Traction alopecia** : تحدث هذه الحاصة من جراء الشد المستمر للأشعار ، إضافةً لعقص الشعر بوساطة عصابة بشدة ، ولف الأشعار بشدة بوساطة حليقيات .

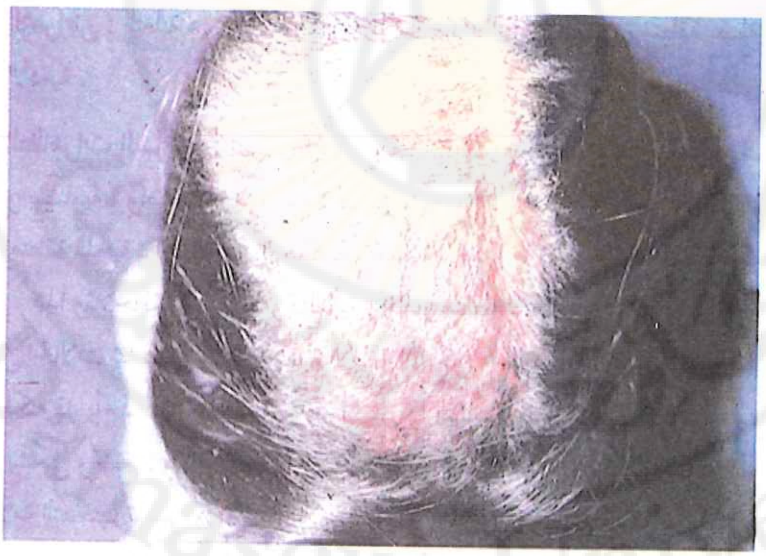
٢ ـ **حاصة الضغط Pressure alopecia** : كثيراً ما تحدث هذه الحاصة على المنطقة

القفوية وذلك عند الرضع الذين يضطجعون على ظهورهم ، كما يمكن لهذه الحاصة أن تحدث عند المصابين بأمراض مزمنة بعد استراحة طويلة في الفراش بوضع واحد .

٣ ـ الحاصة عقب الأشعاج السطحية : وتحصل عقب تخريب سمي يصيب بصلة الجريبات الشعرية كما في القوباء السارية ، والسعفات الجازة والاندفاعات الافرنجية وغيرها . لا يتخرب الجريب في هذه الحاصة لذا فإن الشعر يعود للانبات من جديد خلال أسابيع .

٤ ـ حاصة هوس نتف الأشعار Trichotillomania : وهي رغبة مرضية لنتف الأشعار ، من منشأ نفسي ، وهي شائعة لدى الأطفال تحت سن العاشرة . تتظاهر هذه الحاصة سريرياً ببقع محددة ، مختلفة الأشكال والحجوم ، وفي المنطقة التي تطالها اليد . هذا وتميز تلك البقع بوجود أشعار متقصفة بأطوال مختلفة مع بقاء فروة الرأس سليمة ، وكثيراً ما تترافق الآفة لدى الأطفال ، مع أكل الشعر . وآلية هوس نتف الأظفار مشابه لذلك (شكل ١٧ ـ ٣) .

٥ ـ الحاصة البقعية (الثعلبة) Alopecia Areata : وهي آفة شائعة ومعروفة من قبل العامة وبخاصة الحلاقين ، والذين يعزونها خطأ على أنها معدية ، كما أنها معروفة منذ القديم حيث وصفها سلزوس Celsus قبل عشرين قرناً خلت .



الشكل ١٧ـ٣ : حاصة نتف الأشعار

التعريف : هي فقدان أشعار بؤري التهابي ، عكوس عـادةً ، ويمكـن أن تـؤدي الثعلبـة إلى فقد أشعار معمم وتبدلات ظفرية .

السببيات : لاتزال أسباب الثعلبة مجهولة ، لكنه عزيت لعدد من الأسباب هي :

البؤر الخمجية : كثيراً ما تترافق الثعلبة مع بؤر خمجية موضعـة والـتي كثـيراً مـا تكـون سنية حيث تأخذ شـكل ورم حبيبي ذروي الـذي يعـد شـوكاً مخرشـاً هـذا وإن عـلاج البـؤر الأصلية قد يؤدي إلى شفاء الثعلبة .

الشدات الانفعالية Emotional Stress : حيث نلاحظ الثعلبة في كثير مـن الأحيـان أثر الرضوض النفسية أو الشدات الانفعالية ، كما تشفى بعد زوال تلك الرضوض والشدات .

العامل الوراثي : يساند فكرة التأثير الوراثي وجود الثعلبة لدى بعـض الأسـر وترافقهـا مع بعض الأمراض الولادية كمتلازمة فوخت كوياناجي Vogt - Koyanagi .

عوامل مناعية : ويدعم هذا الرأي وجود التهاب باللمفاويات التائية في منطقة الجريـب الشـعري ، إضافـةً لـترافق الثعلبـة مـع عـدة أدواء مناعيـة الـذات مثـل **التهـاب الغـدة الدرقيـة اللمفاوي المزمن** (داء هاشيموتو) ـ **فقر الدم الوبيل والبهق والذأب الحمامي** .

عامل عوزي : يعد بعضهم أن العامل المسبب للثعلبة هو عوز كامن للزنك .

الإمراض : الثعلبة هي حاصة التهابية ناجمة عن تفاعل التهابي في منطقة بصلة وحليـ ة الشعرة الأدمية .

التظاهرات السريرية : تتصف الثعلبة بفقـدان سـريع وتـام لأشـعار بقعـة أو عـدة بقـع ، مدورة أو بيضاوية ، واضحة الحدود بدون أن تترافق بأعراض شخصية ، تظهر الثعلبة عادةً على الفروة ـ منطقة اللحية ـ الحاجبين ـ الأهداب ـ كما أنها نادراً ما تظهر في مناطق الجسـم المشـعرة الأخرى . هذا وتلاحظ تبدلات ظفرية ثعلبية (أظفار منقطة ـ حثل أظفار ـ وبـش الأظفـار) في ٢٠٪ من الحالات مما دعا لتسميتها بثعلبة الأظفار . يكون الجلد مكان البقع الثعلبية سليماً وغـير ضامر ، لكنه قد يأخذ لوناً عاجياً أو محمراً احمراراً التهابياً خفيفاً ، كمـا تظهـر عليـه فوهـات الأجربة بشكل واضح . هذا وكثيراً ما يحيـط بالبقعـة الثعلبيـة أشـعار متقصفـة ذات رأس مدبـب تشبه علامة التعجب تسمى « الأشعار الثعلبية » والتي لها دلالة كبيرة بالنسبة للإنذار ذلـك إنهـا إذا ما سحبت بسهولة من محيط الآفة ودون ألم فـإن ذلـك يشـير علـى أن الآفـة مترقيـة . أمـا إذا

كانت الأشعار عالقة بشدة فإن ميل الآفة للترقي والانتشار يكون خفيفاً .

أشكال الحاصات البقعية : قد تكون الثعلبة بقعة وحيدة أو بقعاً متعددة (**الحاصة البقعية**) . كما قد تظهر الثعلبة في منطقة النقرة ثم تنتشر إلى الصدغين والجبهة مارةً فوق صيوان الأذنين مترافقة غالباً مع التأتب وتسمى **الثعلبة الثعبانية** ophiasis كما قد تؤدي الثعلبة إلى فقدان شامل لأشعار الرأس وتدعى **بالثعلبة الشاملة** Alopecia Universalis . أو قد تشمل كامل الأشعار بما في ذلك الحاجبين والأهداب وأشعار العانة فتدعى هنا **بالثعلبة الكلية** Alopecia Totalis (شكل ١٧ ـ ٤) (شكل ١٧ ـ ٥) (شكل ١٧ ـ ٦) .

السير والإنذار : سير الثعلبة متبدل ولا يمكن تقديره . كما تبقى الهجمة الأولى أقل من ستة أشهر في ثلث الحالات ، وأقل من سنة في نصف الحالات ، كما أن ٢٠ ـ ٣٠٪ من الحالات لا تشفى لعدة سنوات . هذا وتكون الثعلبة لدى المصابين بالتأتب بخاصة الإكزيمة التأتبية معندة ، وهذا صحيح وبخاصة في الأشكال الأخرى غير البقعية للثعلبة .

المعالجة : يجب التفتيش دوماً عن سبب محتمل ومعالجته (نخر سني ـ ورم حبيبي ذروى) وتهدئة المريض النفسية .

أما المعالجة الموضعية فتقوم على إحداث تبيغ في منطقة الثعلبة (استيل كولين ـ مستحضرات الحمض النيكوتيني) . كما ذكرت حوادث نجح فيها إحداث التهاب جلد تماسي أرجي موضعي بواسطة بعض المواد مثل Diphencyprone . وإحداث التهاب جلد انسمامي بوساطة الانترالين (ديترانول ٠,١ ـ ١٪) . كما تعالج موضعياً أيضاً بالستروئيدات القشرية والحقن البؤري ضمن الجلد بمعلق التريامسينولون .

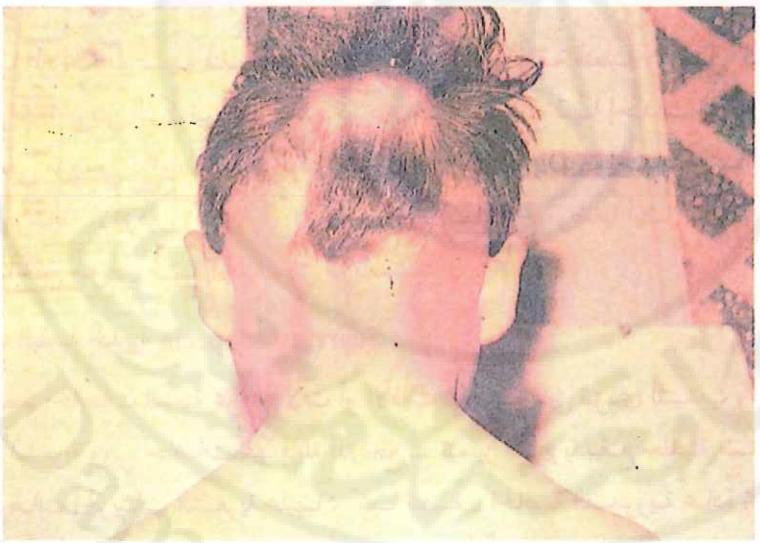
الحاصات البقعية الندبية Scarring Alopecia

تنجم الحاصات الندبية عن الحالات أو الآفات الجلدية التي تؤدي للتندب ولتخرب الجريبات الشعرية وهي حاصات غير قابلة للتراجع ـ تتميز سريرياً ببقع جلدية ضامرة مع غياب فوهات الجريبات الشعرية عليها ، كما تتصف الحاصة الضمورية عادةً بحدودها الواضحة . أما أهم الأسباب المؤدية لهذه الحاصات فسنذكر :

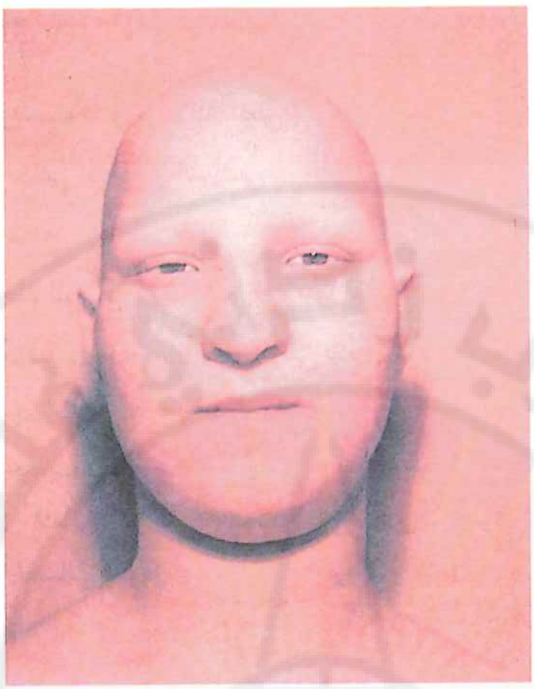
ـ **الآفات الجلدية التقرحية** ، وبعض الأخماج الجرثومية كالدمامل ـ والجمرة الخمية والفطارات العميقة (شهدة سلز ، القرعة) .



الشكل ١٧-٤ : الحاصة البقعية



الشكل ١٧-٥ : الحاصة الثعبانية



الشكل ١٧-٦ : الحاصة الكلية



الشكل ١٧-٧ : انفكاك الأظفار

- **الحروق والسموط** (حرق الماء المغلي) .
- **الذأب الحمامي المزمن أو القريصي** .
- **الخزاز المسطح** .
- **صلابة الجلد الموضعة** بخاصة الشريطية منها التي تؤدي إلى صلابة وضمور خطي .
- **الثعلبة الكاذبة Pseudo pelade** : وهي بقع صغيرة ضامرة ، فاقدة للأشعار ، مزمنة وغير عكوسة ، أسبابها مجهولة ، وغالباً ما تتحدد تلك البقع بأشعار سليمة .

هذا ولا يوجد هنالك أي علاج لحالات الحاصات النديةْ ، عدا مضادات البرداء التي يمكن أن نعطيها في الثعلبة الكاذبة ، والجراحة التي يمكن أن تجرى للآفات الناجمة عن التقيحات العامة والحاصات الندبية التي تنجم عن الحروق والسموط .

آفات الأظفار Diseases of the Nails

للظفر أهمية كبيرة من الناحية العملية والجمالية فهو يسمح بمسك الأشياء الدقيقة ، وبإرضاء رغبة الحك .

أما من الناحية التشخيصية والعلاجية فإنه يشكل معضلة كبيرة ذلك أن الكثير من الأمراض الجلدية تتجلى على الظفر بمظاهر متشابهة ، كما يتطلب علاج الظفر إذا ما وضع تشخيصه الصحيح وقتاً طويلاً نظراً لبطء نموه حيث ينمو الظفر نحو ٠,٩ ملم أسبوعياً ، كما وتنمو أظفار اليدين بشكل أسرع من نمو أظفار القدمين . هذا وتزداد سرعة نمو الأظفار في عدد من الأمراض الجلدية كالصداف مثلاً ، بينما تتناقص في آفات أخرى كالخزاز المسطح .

وسنأتي باختصار على ذكر أهم آفات الأظفار وفق ما يلي :

- آفات الصفيحة الظفرية .
- تغير لون الأظفار .
- تبدلات الأظفار في الآفات الجلدية والعامة .
- عيوب الأظفار في الآفات الوراثية .

آفات الصفيحة الظفرية Disease of the Nail Plate

انشقاق الظفر : onychoschizia : هو انشطار الصفيحة الظفرية إلى صفيحات

مرصوفة أفقياً بدءاً من الحافة الدانيـة الحـرة . يمثل ذلـك الانشـطار خللاً في التصاق طبقـات القراتين ، المحتمل كونه ناجماً عن التجفاف أمـا الأسباب المحتملـة المؤديـة إلى ذلـك الانشـقاق فهي العوامل الرضحية ـ الغسل المتكرر ـ استعمال طلاء الأظفار .

هشاشة الأظفـار onychorrhexis : يلاحـظ في هشاشـة الظفـر انعـدام لمعـان الظفـر وتفتته بحيث يتناثر قطعاً ، أو تنشطر حافته الحرة ، وغالباً ما تنجم الآفة عن الإفـراط الزائـد في استعمال الصوابين القلوية ، وغطس اليدين المديد بالماء والاستعمال المتكـرر لمزيـلات الطـلاء . وقصور الدرقية وعوز الفيتامين آ و ب والحديد .

انفكاك الأظفار onycholysis : كثيراً ما يحصل انفكاك جزئي للصفيحة الظفرية عـن سرير الظفر أما السقوط الكامل فهو نادر (سقوط الأظفـار onychomadesis) . وغالبـاً مـا يبدأ انفكاك الظفر بدءاً من الحافة الحرة في كل الحالات ويبدو الظفر في المنطقة المنفكـة أبيـض اللون . كما قد تتراكم بقايا قراتينية في الحيز الحر بين الصفيحة الظفرية وسرير الظفر . وكثـيراً ما يشاهد انفكاك الظفر لدى الأشخاص الذين يتعرضون للماء والصابون والمنظفـات لفـترات طويلة (ربات البيوت) (شكل ١٧ ـ ٧) .

حثل الأظفار onychodystrophy : تعبير شامل لاضطرابات متنوعة كثيرة الحدوث تصيب الأظفار مثل ضمور الصفيحة الظفرية ، وثخانتهـا ، وتقعـر الأظفـار مـع انشـقاقها أمـا سبب هذا الحثل فقد يكون غامضاً idopathic أو أنه ينجم عن الحاصة البقعيـة ـ الصـداف ـ الجلادات الالتهابية الأخرى ، إضافة للحزاز المسطح .

تقعر الأظفار Koilonychia : يدعى تقعر الأظفار أيضاً بالأظفار الملعقية حيث تكون فيه كامل الصفيحة الظفرية مقعرة . يصيب تقعر الأظفار عدة أظفار من الأصابع أو الأبـاخس ومن النادر أن يصيب كل الأظفار . وذكر أن الأظفـار الملعقيـة ترافـق غالبـاً فاقـة الـدم بعـوز الحديد (إحدى علامات متلازمة بلومرمتسون) ، كما أن هنالك أشـكالاً مـن تقعـر الأظفـار تكون كمرض وراثي بالصبغي الجسدي السائد .

الأظفـار التعجرية Clubbing Nail : لا تحـدث التغيرات في تعجـر الأظفـار علـى الأظافر فحسب ، وإنما تصيب أيضـاً السـلاميات النهائيـة آخـذةً شـكل مضـرب الطبـل وقـد وصفها أبقراط عند المصابين بالذُبيلة (ذات الجنب القيحيـة Empyema) . وغالبـاً مـا يـترافق التعجر مع آفات الرئتين (تدرن ـ توسع القصبات) وكذلك في الاضطرابـات القلبيـة الوعائيـة

كما يمكن للأصابع بشكل مضرب الطبل أن تكون وراثية .

انعقاف الأظفار Onychogryphosis : ويسمى أيضاً بالظفر المخلبي ، وهو تشوه ظفري يصيب عادة الأبخس الأول وقد يرجع بسببه إلى لبس الأحذية الضيقة ، كما تضاف إلى ذلك عيوب أخرى في القدم كالإبهام الأروح (شكل ١٧ - ٨) .

حثل الأظفار الناصف Mediana Nail dystrophy : يتألف هذا الاضطراب الظفري من انشطار طولاني أو تشكل نفق في الخط المتوسط للظفر . يحدث الانشطار على الجليدة ويستمر بالامتداد نحو الخارج مع نمو الظفر . وقد تكون الأسباب عيوباً ولادية أو رضحية أو بسبب التهاب مطرق الظفر (شكل ١٧ - ٩) .

تغير لون الأظفار Nail discolorations

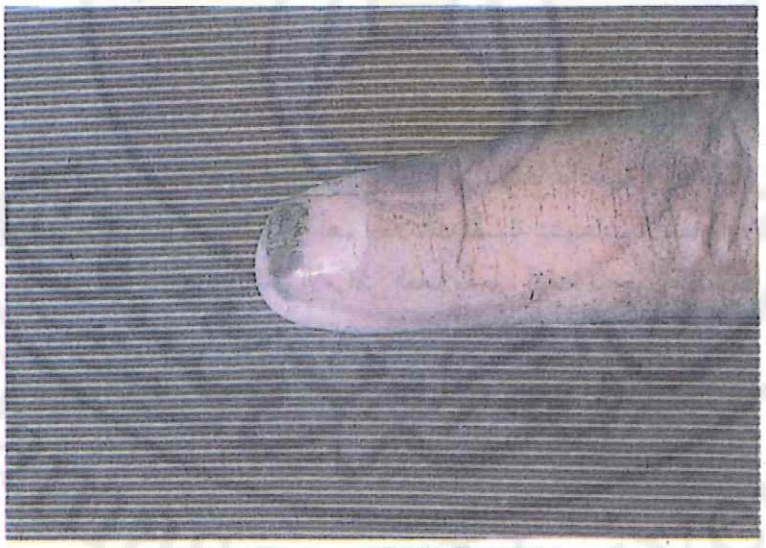
الوبش (الأظفار البيضاء) Leukonychia : إن أهم أشكال الوبش هي : الوبش النقطي والوبش الكامل . إن الوبش النقطي شائع لدى اليفعان . و لم يفسر بعدُ سبب هذه النقاط البيضاء وربما كان بسبب انحباس الهواء ضمن الصفيحة الظفرية . وتقوم معالجة الوبش النقطي على تجنب العوامل الآلية المسببة والمدخلات التزويقية ذات العلاقة بالجليدة . أما الوبش الكامل فيصيب جميع الأظفار وتورث هذه التبدلات بالصبغي الجسدي السائد .



الشكل ١٧-٨ : انعقاف الأظفار



الشكل ١٧-٩ : حتل الأظفار الناصف



الشكل ١٧-١٠ : تملن الأظفار

تملن الأظفار Melanonychia : تنجم التصبغات السوداء أو البنية للصفيحة الظفرية إما عن وحمة صباغية سليمة متوضعة في رحم الظفر ـ أو عن ملانوم ـ أو من جراء استعمال المعالجة الشعاعية المشردة (المؤنية) (شكل ١٧ ـ ١٠) .

كما يحدث تصبغ أظفار اليدين مرافقاً لكل من داء أديسون ـ متلازمة بوتز ـ زيكر ، إضافة لحدوثه نتيجة تفاعل دوائي ينجم عن المركبات المضادة للملاريا والذهب هذا وقد يحدث تصبغ بني للأظفار من منشأ خارجي بسبب تشربها لبعض المواد مثل الأنترالين ـ برمنغنات البوتاسيوم ـ نترات الفضة ـ مواد تحميض الأفلام ، الرصاص المتضمن في بعض المراهم ..الخ) . أما **التصبغ الأخضر المسود** أو البني المسود والذي يشاهد في انفكاك الأظفار فينجم عن حبس الزائفة الزنجارية المولدة للون .

الأظفار الزرقاء Blue Nails : يبدي هليل أظفار الأباخس في التفضيض Argyria لوناً أزرق أردوازياً . كما يشاهد تغير لون الهليل للأزرق في التنكس الكبدي العدسي (داء ويلسون) . وعلاوة على ذلك فقد يحدث التلون المزرق للأظفار بسبب الزراق (في القصور القلبي الوعائي) أو وجود الميتموغلوبين في الدم لدى المعالجين بالدابسون .

متلازمة الظفر الأصفر Yellow Nails Syndrome : تتألف هذه المتلازمة من تغير لون الظفر الذي يصبح أصفر ووذمة متوضعة على الكاحل ، وانصباباً جنبياً .

تبدلات الأظفار في الآفات الجلدية والعامة
Nail changes in Skin and General Diseases

تترافق كثيراً من الجلادات أو الأمراض العامة بتبدلات نموذجية في الأظفار تسبق أو تتلو أعراض المرض . هذا وسنبدأ بذكر أهم الجلادات المسببة لتشوهات الأظفار أولاً ثم بذكر تبدلات الأظفار التي تشاهد في سياق الأمراض العامة وأخيراً آفات ما حول الظفر .

أ ـ من أهم الجلادات المسببة لتشوهات ظفرية :

الأكزيمة : كثيراً ما تحصل تبدلات في الأظفار نتيجة للإصابة بالأكزيمة حيث أنه عندما تصاب الطيات الدانية والجانبية ورحم الظفر بالأكزيمة ، تحدث تشوهات الأظفار حيث يصبح سطحها غير منتظم مع خدوش وتنقرات وتفتت كما قد ينفك الظفر .

الصداف : وهو من أكثر الجلادات تشويهاً للأظفار ، حيث تصاب الأظفار أثناء سير

الصداف بتنقطات صغيرة (تشبه واقي أصبع الخياطين) ـ انفكاك أظفار ـ حثل أظفار ـ كما وقد تتراكم مادة بيضاء مصفرة تحت حافة الظفر . كما يترافق التهاب جلد النهايات المستمر والمقيح والذي هو شكل خاص من الصداف البثري بتبدلات شديدة في الأظفار .

الحزاز المسطح : يجب أن لا نضع تشخيص الحزاز المسطح إلا بعد فحص الأظفار بسبب التبدلات التي يمكن أن تصيبها والتي تتراءى بهشاشة في الأظفار ـ خطوط طولية ومستعرضة ـ خشونة الأظفار وأخيراً فقد لظفر أو عدة أظفار .

الحاصة البقعية (الثعلبية) : تنقرات دقيقة ـ أخدود طولاني ـ خشونة سطح الظفر ـ ابيضاض الأظفار ـ انفكاك الأظفار .

انحلال البشرة الفقاعي الحثلي : يتطور خلال مسير هذه الآفة فقدان لبعض أو كل الأظفار إضافة لتخلف ندبات في سرير الظفر .

الفقاع الشائع والفقاعاني الفقاعي : قد تودي هذه الآفات لفقدان الأظفار .

ب ـ تبدلات الأظفار في الأمراض العامة :

داء ومتلازمة رينو : قد يحدث من جراء الاضطرابات الوعائية في هذه الآفة رقة وتفتت وتقصف في الأظفار .

تصلب الجلد المجموعي : حيث يؤدي تراجع وسادات ونهايات الأصابع في هذا الداء إلى انحناء القسم القاصي من الصفيحة الظفرية على شكل المخلب .

الآفات الرئوية المزمنة : حيث يشاهد أثناء سيرها **الأظفار الأبقراطية** .

الآفات المعدية المعوية : غالباً ما يغيب هليل الظفر في التشمعات الكبدية ـ وفي الذرب والتهاب القولون القرحي . كما تشاهد الأشرطة الضيقة المزدوجة البيضاء والموجودة بشكل مواز للهليل في التهاب الكبد الحاد وفي نقص البومين الدم .

الآفات الكلوية : إن الأشرطة المزدوجة البيضاء في المتلازمة الكلائية ، ومظهر الظفر المتناصف الاصطباغ هما علامتان مميزتان ، وفي هذه الحالة نلاحظ لمة منطقة دانية بيضاء كامدة لا يمكن فيها تميز الهليل ومنطقة قاصية حمراء تمتد شاملة نصف الظفر الآخر واصلة حتى الحافة الحرة .

عيوب الأظفار في الآفات الوراثية

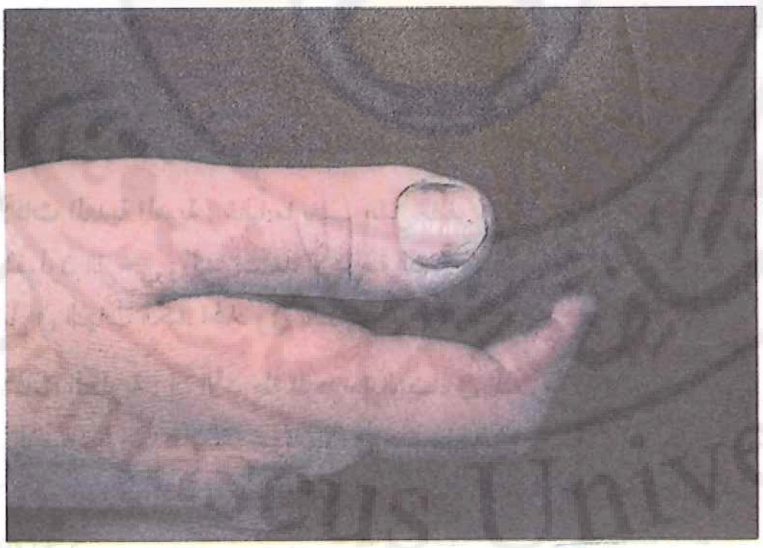
Nail Anomalis in inherited Diseases

ثدن الأديم الظاهر Ectodermal Dysplasia : تكون الصفيحة الظفرية في الشكل عديم التعرق لهذه المتلازمة رقيقة بطيئة النمو وغالباً لا تمتد حتى نهاية الأصبع . كما قد تغيب الأظفار في كثير من حالاتها .

ثخن الأظفار الولادي Pachyongchia Congenita : وهو خلل تنسج وراثي في الأديم الظاهر يترافق بتسمك الأظفار بحيث تشبه المخلب إضافة إلى تقرانات خطية أو تقرانات تشبه الجزر ، تصيب الراحتين والأخمصين كما تظهر تلك التقرنات على اللسان وفي زاويتي الفم .

متلازمة الظفر الرضفة Nail Patella syndrome : تتشكل هذه المتلازمة من خلل أظفار يصيب بخاصة الإبهام مع لاتنسج في الرضفة أو نقص تنسج فيها ، مع عيوب كلوية . تورث الآفة بالصبغي الجسدي السائد .

الظفرة الظفرية المنقلبة Pterygium Inversum Unguis : آفة عائلية نادرة أكثر ماتصيب أظفار الأصابع ، حيث يغيب الثلم الظفري ، ويصبح النسيج تحت الظفري بارزاً وقد يغزو نهاية الأصابع .



الشكل ١٧-١١ : التهاب ما حول الظفر الخمائري

جـ ـ آفات ما حول الظفر

قد يظهر حول الأظافر تنشوعات سليمة أو خبيثة تؤدي إلى تشوهها ونذكر منها الثآليل الشائعة ـ الحبيبوم المقيح ـ الأورام الليفية (ورم كونن في الابيلوما) ـ كيسات مخاطية كاذبة ـ ورم قتاميني ، كما وقد تنشأ أورام كبية تحت الظفر . إنما أهم آفات ما حول الظفر هي :

التهاب ما حول الظفر : وقد يكون جرثومياً (الداحس بالمكورات العنقودية) الذي يتصف بألم شديد ، أو يكون خمائرياً ، وكثيراً ما يصادف الالتهاب الخمائري لدى ربات البيوت ويتظاهر بانتباج التهابي حمامي يحيط بقاعدة الظفر . أما علاجه فيحتاج للوقاية من التعطين واستعمال الأدوية المضادة للخمائر موضعياً (شكل ١٧ ـ ١١) .

الفصل الثامن عشر

آفات الأغشية المخاطية

أمراض الشفتين وجوف الفم

Diseases of the Lips and Oral Cavity

للغشاء المخاطي الفموي صفات مشتركة مع الجلد بسبب منشئهما المشترك من الأديم الظاهر ، ومن ناحية أخرى يختلف الغشاء المخاطي الفموي شكليائياً من جراء بنيته النسجية التي يغلب أن تكون عديمة التقرن في الحالات الطبيعية وذلك في المخاطية المبطنة (وتوجد على باطن الخدين والشفتين وفي قاع الفم وتكون غير ملتصقة بالعظم من جراء وجود النسيج الضام تحتها) . بينما يشاهد درجات متفاوتة من التقرن في المخاطية الاحتكاكية (وتشاهد على اللثة والحنك القاسي وتكون فيها المخاطية شديدة الالتصاق بما تحتها من جراء غياب الطبقة ما تحت المخاطية) . كما يختلف الغشاء المخاطي عن الجلد وظيفياً بسبب قدرة طبقته القاعدية الكبيرة على التجدد ، وبسبب ترطيب سطحه المستمر باللعاب الذي يلعب دوراً مهماً في المحافظة على صحة الفم .

هذا وسنقسم أمراض الشفتين وجوف الفم إلى :

- الجلادات التي غالباً ما تظهر على الأغشية المخاطية للفم والشفتين .
- أمراض الشفتين .
- آفات الغشاء المخاطي للفم .
- آفات اللسان .

الجلادات التي غالباً ما تظهر على الأغشية المخاطية للفم والشفتين

سأكتفي بتعدد هذه الجلادات لأنها بحثت في الفصول السابقة لهذا الكتاب .

- **الجلادات الوراثية** : انحلال البشرة الوراثي بأشكاله ـ داء داريه ـ داء أوسلر .

ـ **أمراض الحمات** : الحلأ البسيط ، الحلأ النطافي ، الحماق ، التآليل الشائعة ، الطلوان الفموي المشعر (في الخمج بحمة الإيدز) .

ـ **الأنماج الجرثومية** : الإفرنجي ـ التهاب اللوزتين البني ـ داء الشعيات .

ـ **الأمراض الفطرية** : كما في داء المبيضات .

ـ **الآفات منيعة الذات** : كالذأب الحمامي ـ تصلب الجلد المجموعي المترقي ـ الفقاع الشائع ـ الفقاعاني الندبي .

الآفات الأرجية : اندفاعات دوائية ثابتة ـ حمامى عديدة الأشكال ـ شرى ـ وذمة عرقية عصبية ـ الوذمة الوعائية لكونيكة (شكل ١٨ ـ ١) .

الأورام السليمة : الليفوم ـ العضلوم الأملس ـ الوعاؤوم الدموي ـ الوعاؤوم اللمفي ـ الحبيبوم المقيح .

الأورام الخبيثة : السرطانة وسفية الخلايا ـ الملانوم الخبيث ـ الغرن الوعاؤومي ـ

أمراض الشفتين Diseases of the Lips

الغدد الزهمية المنبذة (داء فورداييس) : تتميز هذه الحالة بوجود غدد دهنية حرة على مخاطية الشفتين والغشاء المخاطي للفم كحالة فيزيولوجية . وهي ظاهرة عديمة الألم تبدو بحطاطات صغيرة صفراء متفرقة أو متجمعة .

الكيسة المخاطية الرضحية : وهي كيسة انحباسية لغدد لعابية متمزقة تتظاهر سريرياً بعقيدة مجسوسة تتطور خلال زمن قصير وتتوضع غالباً على الشفة السفلى .

التهاب الشفة الزاوي : ويدعى أيضاً بالصماغ Perleche : وهو التهاب ملتقى الشفتين قد يكون حاداً أو مزمناً . أما سبب هذا الالتهاب فهو المكورات العقدية أو المبيضات البيض وفقر الدم بعوز الحديد والتبدلات الفكية الناجمة عن الجبائر السنية سيئة التطبيق وعن الفقم ـ وعوز الريبوفلافين . كما ويجب أن تفرق عن الإفرنجيات الثانوية التي تتوضع على الصوارين بشكل حطاطة يقسمها ثلم ملتقى الصوارين إلى قسمين (شكل ١٨ ـ ٢) .

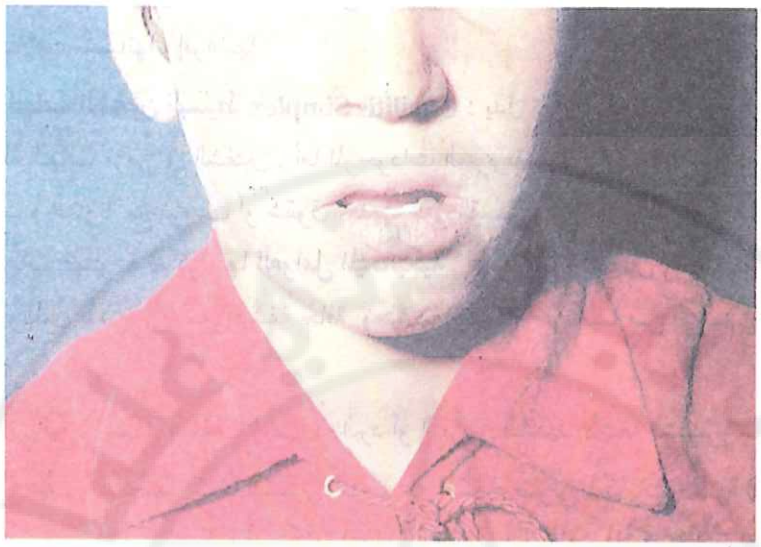
شق الشفة المتوسط : يصيب غالباً الشفة السفلى ويتظاهر بشق في منتصف الشفة كثيراً ما يكون عميقاً ومؤلماً ونازفاً . وقد يكون لهذه الآفة علاقة باضطراب خلقي ولادي ، بسبب عدم التحام شطري الشق عند الخط المتوسط .



الشكل ١٨-١ : الوذمة الوعائية لكونيكة



الشكل ١٨-٢ : الصماغ



الشكل ١٨-٣ : التهاب الشفتين البسيط



الشكل ١٨-٤ : التهاب الشفتين السافع

التهابات الشفتين Cheilitis : يمكن أن نميز أشكالاً مختلفة لالتهابات الشفتين من جراء اختلاف مسبباتها وإمراضها .

التهاب الشفتين البسيط Cheilitis Simplex : يدل تعبير التهاب الشفتين التوسفي على حالة التهاب مزمن في الشفتين . أما الموجودات السريرية لهذا الالتهاب فتتراءى باحمرار ـ وتآكلات وخشونة مع توسف أو شقوق تحدث على القسم الأرجواني للشفة . أما أسباب هذا الالتهاب فمتنوعة نذكر منها **العوامل الميكانيكية** : عادة عض الشفتين وترطيبهما المستمر باللعاب والذي يؤدي إلى جعل الشفة جافة ومتشققة نتيجة حرمانها من الزهم defatting والتبخر .

فيزيائية : التهاب الشفة الناجم عن البرد أو التعرض الشديد لأشعة الشمس .

أرجية : ونموذجها أكزيما الشفتين الناجم عن انسمام ضوئي لمكونات حمرة الشفاة أو الأدوية المستعملة موضعياً . كما قد يكون التهاب الشفتين هنا مظهراً للأكزيمة التأتبية (شكل ١٨ ـ ٣) .

التهاب الشفتين السافع (الشمي) Actinic (solar) Cheilitis : قد يأخذ هذا الالتهاب شكلاً حاداً كما يحدث عند التعرض الصريح لأشعة الشمس حيث يتظاهر هذا الالتهاب بانتباج وذمي محمر ثم يحدث تحوصل بعد ذلك .

كما قد يأخذ هذا الالتهاب بانتباج وذمي محمر ثم يحدث تحوصل بعد ذلك . كما قد يأخذ هذا الالتهاب شكلاً مزمناً ويظهر بعد سنين من التعرض للشمس بخاصة للوجه المزارعين والبحارة ، حيث يتظاهر الالتهاب ، في المنطقة الأرجوانية من الشفة ، بضمور وأخيراً تقرانات محددة أو شاملة للجسم الأرجواني كافة ، وإن الشعور بارتشاح محسوس خفيف يوحي ببدء ظهور سرطانة الشفة الوسفية الخلايا (شكل ١٨ ـ ٤) .

الأشكال الغدية لالتهاب الشفتين Glandular Forms of Cheilitis : وتنجم هذه الأشكال من التهابات الشفتين عن تبدلات التهابية في الغدد اللعابية المتوضعة في الشفتين : وهنالك شكلان لهذه الأشكال الالتهابية هما :

أ ـ التهاب الشفتين الغدي البسيط : ويتظاهر بحطاطات صغير . حمراء بحجم الدبوس في مركزها فتحات صغير ، يخرج منها قطرات مخاطية بالضغط وتتوضع على السطوح

التماسية للشفتين بخاصة على الوجه الداخلي للشفة السفلى . كما تكون الشفاه دبقة أو رطبة تتورم في الحالات الحادة مؤدية إلى ضخامة الشفة ، كما يمكن أن تجس الغدد اللعابية مثل حبات الخردق (شكل ١٨ ـ ٥) .

ب ـ التهاب الشفتين الغدي الخراجي : ويدعى بالتهاب الشفتين لفولكمان ويتظاهر هذا الشكل المؤلم والالتهابي بتقرحات وتشكلات جلبية ، كما يؤدي الضغط على الشفة إلى خروج القيح . ومما يجدر ذكره هنا أن التهاب الشفتين الغدي الخراجي هي حالة محتملة للتسرطن .

التهاب الشفة الضخامي الحبيبومي : هو انتباج مزمن في الشفة ناجم عن التهاب حبيبومي مجهول السبب ، يصيب بخاصة الشفة العليا (شكل ١٨ ـ ٦) . وهي آفة مجهولة السبب ليس لها علاقة بالسل أو بالغرناوية وهي أيضاً من أحد أعراض متلازمة ملكرسون روزنتال . التي تتكون من :

١ ـ التهاب شفة حبيبومي .

٢ ـ خزل وجهي (لقوة) .

٣ ـ لسان صفني (متشقق) .

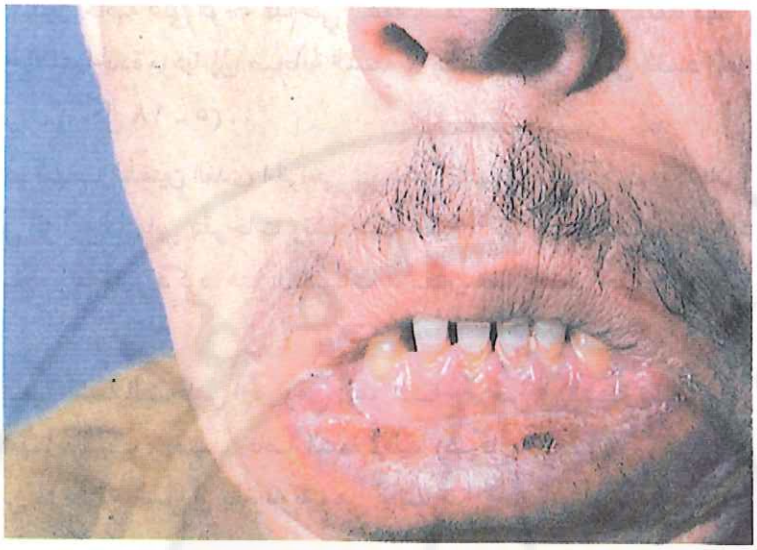
آفات الأغشية المخاطية للفم

Disease of the Mucous Membranes of the Mouth

تصاب الأغشية المخاطية لباطن الفم بتصبغات وحروق غلفانية وأورام وآفات فطرية والتهابية ، وسوف نقوم على تغطية أهم تلك الآفات وذلك بشيء من الاختصار :

فرط تصبغ مخاطية الفم : قد يترافق تصبغ مخاطية الفم مع داء أديسون ـ داء بازدو متلازمة البرايت ـ متلازمة بوتز زيكر ـ وداء الأشواك الأسود كما قد تشاهد تصبغات على مخاطية الفم ناجمة عن الأدوية والمواد الكيماوية كمضادات الملاريا ومانعات الحمل والفضة والزئبق والبزموت والرصاص . علماً بأنه قد تحدث بقع فموية بؤرية ذات لون أزرق مائل للبني وذلك بآلية الوشم بالملغم الناجم عن انغراس قطع صغيرة من الملغم داخل اللثة .

آفات الفم الغلفانية : هي آفات سببها التيار الكهربائي الغلفاني في جوف الفم بسبب



الشكل ١٨-٥ : التهاب الشفتين الغدي البسيط



الشكل ١٨-٦ : متلازمة ملكرسون روزنتال

وجود أسنان اصطناعية وحشوات معدنية متباينة حيث تقوم تلك المعادن المتباينة مقام المساري كما يقوم اللعاب مقام الوسط الناقل ، مما يؤدي إلى شعور المريض بطعم قابض معدني وحس حرق ووخز كما تظهر على المخاطية لطخات رمادية أو بيضاء أو تآكلات أو تقرحات .

أورام باطن الفم : أهمها :

١ ـ فرط التنسج الظهاري البؤري أو داء هيك Heck : وهو آفة سليمة تتظاهر بارتفاعات عقيدية لاطئة أو حطاطية طرية ذات لون أبيض على الغشاء المخاطي لباطن الفم . لم يعرف سبب هذا الداء لكن بعض الدراسات أيدت المنشأ الفيروسي للآفة .

٢ ـ طلوان الأغشية المخاطية لباطن الفم : ويتظاهر ببقع بيضاء مفرطة التقرن تتوضع على الأغشية المخاطية . أما سبب الطلوان فقد يكون ولادياً أو إرثياً كما هو الحال في الوحمة المخاطية البيضاء (الوحمة الإسفنجية ، وتحن الأظفار الولادي) أو قد ينشأ عن حدثيات تخريشية داخلية كالإفرنجي ـ الحزاز المسطح ـ الذأب الحمامي ـ أو حدثيات تخريشية موضعية ومتكررة (أسنان شنزة ـ نافخي الزجاج) وعن التدخين ومما يجدر ذكره هنا الإقرار بأن نسبة الطلوانات التي تعد مقدمة للسرطان والتي تحولت لسرطانات في التحويف الفموي بلغت ٣٠٪ .

٣ ـ السرطانة وسفية الخلايا : إن المكان الأكثر إصابة بهذه السرطانة هو الثلث الأمامي من اللسان وتنشأ غالباً على طلوان .

٤ ـ الملانوم الخبيث : الذي غالباً ما يحدث عند الطاعنين بالسن ويتصف بإنذاره الأسوأ من الملانومات الخبيثة الجلدية ، وذلك لأنه غالباً ما يشخص إلا بعد أن يصبح أوراماً عميقة نافذة .

٥ ـ غرن كابوزي : تعد قبة الحنك وشراعه من الأمكنة المفضلة لتوضع هذا الغرن الذي كثرت مشاهدته بتلك الأماكن في السنوات الأخيرة من جراء انتشار مرض الإيدز . ذلك أن هذا الغرن قد يكون التظاهرة الوحيدة للخمج بحمة HIV لفترة من الوقت .

الفطارات الفموية : يصاب الفم بالأخماج الفطرية العميقة والسطحية لكن أهم الفطارات التي تصيب الفم هي داء المبيضات Candidiasis الذي يعرف أيضاً بالسلاق والذي غالباً ما يصيب الرضع ، كما يشاهد أيضاً في كل الأعمار بخاصة لدى المصابين بأمراض

مدنفة . وتتميز الإصابة عادةً بوجود أغشية كاذبة بيضاء اللون على سطح المحمر من الأغشية المخاطية .

التهاب الفم النيكوتيني Stomatitis Nicotina : ويعرف بالتقران الابيضاضي النيكوتيني الحنكي أيضاً ، وينجم عن القطران والحرارة في دخان التبغ ويتظاهر بخطاطات بيضاء مرصوفة في مركز كل منها نقطة حمراء تظهر على الحنك ، أما علاجه فيقوم على الانقطاع عن التدخين .

التهابات الفم واللثة الحادة : هي التهابات حادة تصيب مخاطية الفم وهي ذات أسباب عديدة ومتنوعة أهمها : نقص العناية بصحة الفم ـ قلح الأسنان ـ التخريش السمي لدى المدمنين على تناول الغول (الكحول) ، والإفراط في التدخين ـ الزئبق ـ البزموت والانسمام بالرصاص ـ كما أنها كثيراً ما تنجم عن أرج تماسي وذلك من جراء الجبائر السنية والأدوية السنية كالمبنجات والمطهرات . كما تنجم عن استعمال كابتات المناعة أما التظاهرات السريرية لهذه الالتهابات فتتجلى بسطوح احمرارية ومنتبجة قد تتضمن على تآكلات وتقرحات شديدة وذلك في مخاطية الفم . كما قد يكون اللسان أيضاً وذمياً ويتجلى ذلك من الانطباع العميق لأثر الأسنان .

التهابات الفم التقرحية : وتدعى التهاب الفم لبلوت فنسان أيضاً : وهي التهابات حادة تترافق بحرارة ودعث ، ورائحة فم كريهة وألم ، وتبدو مخاطية الفم واللثة فيها محمرة ومنتبجة إضافة إلى عدة من التقرحات المتفاوتة في العمق أما سببها فمتعضيات سميت بمتعضيات بلوت ـ فنسان وتشمل تلك المتعضيات خليطاً من بورلية فنسان ومن عصيات مغزلية سلبية الغرام .

الأمراض القلاعية : وتتضمن على ثلاثة أنماط هي :

أ ـ القلاع الوحيد Solitary Aphtae

يصيب هذا الشكل من القلاع الغشاء المخاطي الفموي ويتظاهر باندفاعات تقرحية واضحة الحدود ، مؤلمة ، يحيط بها حافة حمراء وبقطر ٢ ـ ٥ ملم ، تغطى تلك التقرحات السطحية بغلالة مكونة من غشاء كاذب ليفي بلون أبيض مصفر ، لا يمكن كشطه . أما الأسباب الممكنة فهي : الأحماج الحادة ـ الاضطرابات المعدية المعوية ـ الرضح الناجم عن

العض أو الرضح السني (شكل ١٨ - ٧) .

ب ـ القلاع المزمن الراجع Chronic Recurrent Aphtae :

ويدعى بالقلاع الشائع أيضاً : وهو آفة ناكسة يظهر على مخاطية الفم ويستمر مدى عشرات السنين ويصيب النساء أكثر من الرجال . أما أسبابه فمجهولة . وقد تردد كثيراً وجود عامل نفسي أو اضطرابات معدية معوية ـ تداخل عوامل بنوية (من جراء نسبة الحدوث العائلية) ـ تأثيرات هرمونية (تفاقمه قبل الطمث) عوامل مناعية ومناعة ذاتية ذلك لأن الآفات تفسر كنتيجة لالتهاب أوعية بمعقد مناعي موضعي ، حيث أمكن الكشف في الأوعية الدموية للآفة عن مكونات غلوبولينية مناعية ومتممة . أما التظاهرات السريرية لهذا القلاع فتشبه التظاهرات السريرية للقلاع الوحيد عدا قلة عناصر اندفاعاته التي تظهر في كل مرة والتي تتكون غالباً من ٢ ـ ٤ عناصر .

المعالجة : الكي الموضعي بمحلول نترات الفضة ـ يوصى بمحلول التتراسكلين ١ ـ ٥٪ بالماء على أن يحفظ بالفم لمدة دقائق (غسولات فموية) مبنجات موضعية (ليدوكائين) ويمكن استعمال مضغوطات المص الستروئيدية . أما داخلياً فيوصى المعالجة بالذابسون .

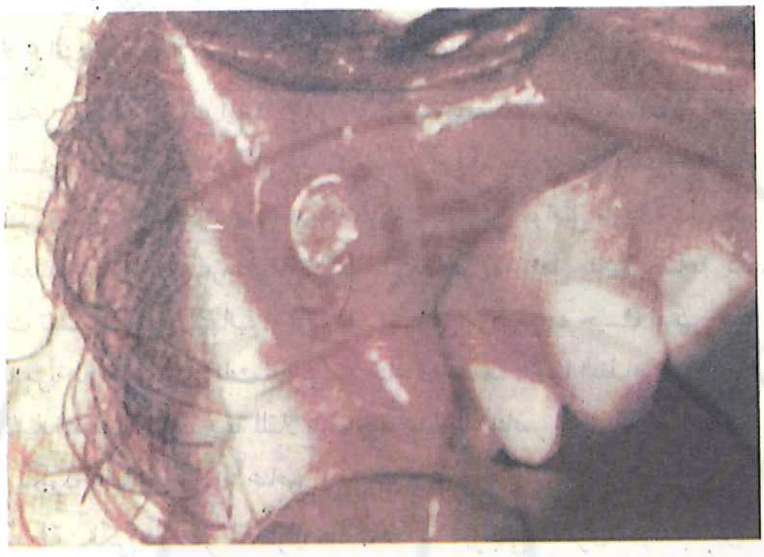
جـ ـ داء بهجت Behchet's Disease

ويدعى بمتلازمة بهجت أو القلاع ثنائي القطب وهو مرض عام التهابي ومزمن ، يشاهد بكثرة في بلاد شرقي المتوسط واليابان ويصيب الرجال ٥ ـ ١٠ مرات أكثر من النساء . تبدأ الآفة عادةً في سن الشباب المبكر .

الإمراض : إمراض داء بهجت مجهول ، لكنه نوقش ضمن الأسباب كل من المناعة الذاتية ، والخمج بالحمات الراشحة أو تشارك الأليتين ، كما نوقش بوجود تربة وراثية بزيادة نسبة حدوث المرض المترافق بنماذج خاصة من HLA .

التظاهرات السريرية : تتظاهر المتلازمة بهجمات متقطعة أو متزامنة لتقرحات تتوضع في ١ ـ الفم . ٢ ـ والأعضاء التناسلية . ٣ ـ إضافةً لالتهاب العنبة Uvitis والتهاب القزحية والهدبي iridocyclitis كما تتصاحب في المراحل الأخيرة بتقيح البيت الأمامي hypopyon .

إضافة إلى الأعراض الرئيسة الثلاثة السابقة قد يتطور في داء بهجت عدد من تظاهيرات تصيب أعضاء أخرى منها .



الشكل ١٨-٧ : القلاع الوحيد



الشكل ١٨-٨ : داء بهجت

١ ـ التظاهرات الجلدية : الحمامى العقدة ــ التهاب الوريد الخثاري الهاجر ، البثور العقيمة (بثور بهجت) (شكل ١٨ ـ ٨) .

٢ ـ تظاهرات الجهاز العصبي : أعراض جذع الدماغ ، التهاب السحايا والدماغ ، التهاب الدماغ والنخاع . هذا وإن لهذه الأعراض العصبية المرافقة لداء بهجت دلالة سيئة ، ذلك أن نسبة الوفيات عند الذين تظهر لديهم عالية .

٣ ـ تظاهرات المفاصل : التهاب المفاصل سلبي الاختبار المصلي ــ آلام مفصلية مع احمرار وتورم .

٤ ـ تظاهرات الجهاز الوعائي : التهاب الوريد الخثاري (الأجوف العلوي) أمهات دم (الأبهر ـ شرايين الكليتين) .

٥ ـ تظاهرات الجهاز البولي التناسلي : اعتلال كلوي ـ التهاب خصية ـ التهاب بربخ .

وإن العامل المشترك في كل ما سبق وبشكل واضح هو داء **التهاب الأوعية الدموية** .

الإنذار : يجب اعتبار داء بهجت خطر دائماً ويخشى بخاصة من العمى وآفات الجهاز العصبي .

التشخيص : يساعد على التشخيص إجراء حقن نقطي لمحلول فيزيولوجي ملحي حيث يلاحظ مكان الحقن تشكل بثرة صغيرة أو رشاحة التهابية ، كما قد يستعان بالمعايير التشخيصية التالية لإثبات التشخيص .

المعايير الرئيسة : القلاع ـ والتقرحات على مخاطية الفم والمخاطية التناسلية (القلاع ثنائي القطب) التهاب العنبة uvitis ، التهاب الأوعية الجلدية .

المعايير الثانوية : التهاب المفاصل ــ الأعراض المعدية المعوية ، الأعراض العصبية ، الآفات الوعائية (التهاب الأوردة الخثارى ، أمهات الدم) زيادة نسبة الحدوث العائلي ، هذا ويلزم لإثبات التشخيص **ثلاثة معايير رئيسة أو معياران رئيسان ومعياران ثانويان** .

المعالجة : تقوم على إعطاء الستيروئيدات القشرية وحدها أو مشركة مع كابتات المناعة وفي حالة وجود إصابة وعائية فمن الضروري إعطاء مضادات التخثر . كما ذكرت حوادث فردية تحسنت على إعطاء الليفاميزول والكولشيسين .

آفات اللسان

ألم اللسان البسيط Glossodynia Simplex

يشكو بعض المرضى بخاصة النساء حوالي سن الإياس أو بعده والمصابات بحالة اكتئاب أو رهاب السرطان من ألم وحرق في اللسان . لا يشكل حس الحرق في اللسان مرضاً واضحاً بل هو تفاعل غامض لحالة موضعية ، مجموعية و/أو نفسية . لذا فإن هذه الحالة تفسر على أنها تفاعل نفسي بدني أو تفاعل لاعتلال نفسي بخاصة إذا ما شوهدت خلال حالة اكتئاب أوبي (involutional depression) كما يخلق الشعور المؤلم لدى المريض حالة من القلق الذي يتطور لديه إلى حالة رهاب السرطان والتي يعزيها أيضاً لإعطاء أهمية كبيرة لأية تبدلات ولو زهيدة في اللسان .

أما بالفحص فلا نجد تبدلات واضحة في مخاطية اللسان بل قد نجد أحياناً تبدلات طفيفة كالتهاب احمراري خفيف في اللسان أو قد نجد بعض الأنواع المختلفة من المعادن الموجودة في الحشوات أو الجبائر السنيّة والتي تفسر لنا الأرج التماسي أو التيار الغلفاني اللذين قد يحرضان على حدوث الألم .

المعالجة : يجب إزالة الأسباب العضوية المعروفة ، واستعمال المحاليل المبنجة قبل الوجبات كما يفيد إعطاء الأدوية النفسية المركنة ، ومضادات الاكتئاب .

التهاب اللسان لموللر هنتر Moeller - Hunter Glossitis

يحدث هذا الالتهاب بخاصة على ذروة اللسان وسطوحه الجانبية ، حيث يبدو بشكل لطخات غير منتظمة ملساء ولماعة ، شديدة الاحمرار واضحة الحدود تغيب أو ترق فيها الحليمات الخيطية ، بينما تبدو الحليمات الكمئية منتبجة وتشبه الحويصلات .

يعد التهاب اللسان هذا علامة مبكرة ومرافقة لفقر الدم ذي الأرومة المضخمة (فقر الدم الخبيث Pernicious Anemia) . أما المعالجة فتوجه إلى فقر الدم الخبيث .

اللسان الجغرافي Geographic Tongue

يدعى اللسان الجغرافي باللسان المؤسف البقعي أيضاً ، ويترافق في ٤٠٪ من الحالات مع لسان متشقق ، ويبدي سطح اللسان هنا مظهر خريطة واضحة الحدود مكونة من بقع حمراء ملساء ، لامعة وبحجوم مختلفة كما يبدي محيط البقع غلالة أكثر بياضاً . هذا وتتغير هذه

البقع أو اللويحات مكانها وشكلها وحجمها من يوم لآخر . ومن هنا جاءت تسميتها باللويحات الهاجرة . لا توجد أعراض ونادراً ما يشكو المريض من حس حرقة في اللسان بخاصة لدى تناول الأطعمة الحامضة أو الساخنة (شكل ١٨ - ٩) .

اللسان المتشقق Lingua Plicata

يدعى اللسان المتشقق باللسان الصفني أيضاً وهو حالة ولادية وأحياناً عيلية ، حيث يكون اللسان ضخماً أكثر من المعتاد إضافةً لوجود أخاديد مثناة عميقة أو سطحية ، تصطف عادةً بحيث يتشكل أخدود طولاني على طول الرفاء المتوسط للسان . يشاهد اللسان الصفني في متلازمة ميلكيرسون روزنتال .

لا تسبب الحالة أية إزعاجات ولا حاجة فيها للعلاج (شكل ١٨ - ١٠) .

التهاب اللسان المعيني المتوسط Glossitis Mediana Rhombica

يعد التهاب اللسان المعيني المتوسط خللاً تطورياً يظهر حين بدء تكون الفرد ، ويتظاهر هذا الخلل اللاعرضي صدفةً حيث يلاحظ على المحور الطولي في الثلث الخلفي والمتوسط لظهر اللسان بقعة معينة محددة يحيط بها غالباً أخدود هامشي الشكل ، هذا ويتميز سطح تلك البقعة عن باقي سطح اللسان بلونها الأحمر أو الأبيض الطلواني كما أنه كثيراً ما تستعمرها المبيضات البيضاء .

اللسان المشعر الأسود Black Hairy Tongue

هي آفة تتميز بفرط تقرنات خيطية كثيفة قد تصل طولها إلى ٢ سم تغطي كامل سطح اللسان إنما يغلب وجودها في قسم اللسان المتوسط الخلفي ، ويأخذ اللسان بذلك مظهراً مشعراً ، كما يميل لون هذه التشكلات المتقرنة إلى الأسود . لا توجد أعراض شخصانية إلا أن المريض قد يشعر بطعمٍ مزعجٍ .

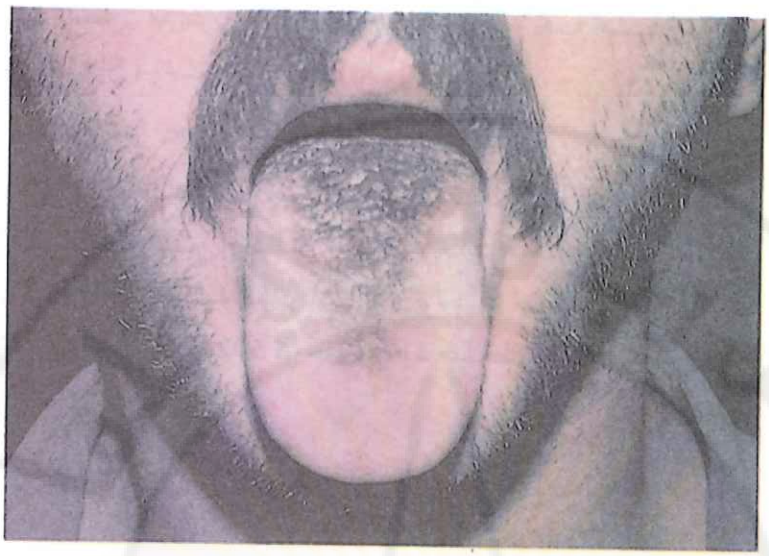
أما الأسباب المودية لهذه الآفة فكثيرة أهمها : الصادات المأخوذة عن الطريق العام أو عن الطريق الموضعي ، ويكون السبب في هذه الحالة المبيضات البيض أو نتيجة لتنظيف الفم بغسولات تحتوي على بيربورات Perborate الصوديوم أو المواد الملونة ، كما تلعب العناصر الملونة الموجودة في الخضار دوراً في إحداث هذه الحالة إضافةً إلى تخريش المخاطية المزمن بالتدخين - الاضطرابات الاستقلابية - السكري - والأمراض العامة المترقية (شكل ١٨ - ١١) .



الشكل ١٨-٩ : لسان جغرافي



الشكل ١٨-١٠ : لسان صفني



الشكل ١٨-١١ : اللسان المشعر الأسود



الشكل ١٨-١٢ : طلوان اللسان

المعالجة : من المهم حك منتظم لسطح اللسان بواسطة فرشاة أسنان ليّنه كما يفيد مسح اللسان بمحلول التريتنوين (Tretinoin) ٠,٥٪ . كما يجب تجنب العوامل الموضوعية المؤهبة مثل التدخين ، واستعمال الصادات الحيوية .

طلوان اللسان المشعر Hairy Leukoplakia Tongue

طلوان اللسان المشعر هي آفة ابيضاضية ، نشاهد غالباً على أوجه اللسان الجانبية وأحياناً على سطحه البطني ، وتتظاهر بشكل لويحات مبيضة مرتفعة قليلاً أو حطاطات مسطحة سطحها متموج يشبه أسنان المشط ، لا توجد أعراض شخصانية ويغلب وجودها عند المصابين بحمة H. I. V. وقد ذكر حديثاً وجود هذا الطلوان عند أشخاص مضعفي المناعة (شكل ١٨ - ١٢) .

الفصل التاسع عشر

الجلد والأجهزة الأخرى

إن الآفات الجلدية ، منها ما تقتصر الإصابة فيها على الجلد وملحقاته ، ومنها ما تشمل الإصابة فيها الجلد وبعض الأجهزة الأخرى . وسنتناول في هذا البحث الآفات التي تشمل فيها الإصابة الجلد وبعض الأجهزة الأخرى والتي لم يرد ذكرها في أبحاث الكتاب الأخرى .

أولاً : الآفات الاستقلابية

نذكر منها :

آ ـ الصفرومات Xanthomas

وهي أورام تفاعلية Reactive مصفرة تنجم عن تسرب بروتينات المصل الشحمية ، عبر جدران الأوعية إلى الجلد حيث تبتلعها البلاعم فيه مشكلة خلايا رغوية متفجية بغزارة (خلايا توتون العملاقة) هذا وسنذكر باختصار أهم الصفرومات مشاهدةً بناءً على مظاهرها السريرية والشكلية .

١ ـ اللويحات الصفراء الجفنية Xanthelasma Palpebrarum : وهو لويحات طرية مسطحة مصفرة ، تحدث في أغلب الأحيان على الأجزاء الأنسية من الأجفان بخاصة عند النساء في أواسط العمر . ويمكن أن تكون مؤشراً على فرط بروتينات الدم الشحمية ، وبخاصة فرط الكولسترولمية العائلي . هذا وتعالج هذه اللويحات جراحياً أو بالكي الكهربائي .

٢ ـ الصفروم المسطح المنتشر Xanthoma Planum Diffusum : يتألف من مناطق من الجلد مسطحة تماماً مصفرة اللون تحدث بشكل رئيسي على الجذع . ويحدث هذا الشكل في المرضى المصابين بلمفومات خبيثة أو نقيومات متعددة ، ويمكن أن تشير إلى زيادة بالبروتينات الشحمية ـ بيتا (LDL) .

٣ ـ الصفروم الحدبي Xanthoma Tuberosum : تظهر اندفاعاته عادةً بشكل

متناظر على المرفقين واليدين والقدمين ووتري العرقوب على شكل لويحات مسطحة أو عقيدات صفراء والتي قد تصل لحجوم كبيرة . يترافق هذا النمط من الصفرومات بمستويات متزايدة من البروتينات الشحمية - بيتا (LDLs) وهي واسمة لفرط الكولسترولمية العائلية .

٤ - **الصفروم الطفحي Xanthoma Eruptivum** : ويتظاهر بشكل أعداد كبيرة من الصفرومات الحطاطية الطفحية والتي تتوضع بخاصة على المناطق الألوية والسطوح الباسطة للأطراف. تشير هذه الصفرومات لفرط الدقائق الكيلوسية بالدم أو فرط بروتينات الدم الشحمية قبل بيتا (VLDLs) ، أي زيادة ثلاثيات غليسرين المصورة الخارجية أو داخلية المنشأ . وتكون المصورة عكرة كالحليب . وتوجد زيادة خطر حدوث التهاب المعثكلة (شكل ١٩ - ١) .

ب - البرفيريات PORPHYRIAS

البرفيريات أدواء خلقية أو مكتسبة ، تتصف بتشكل كميات متزايدة من البرفيريات أو طلائعها في الأنسجة والبول أو البراز من جراء عوازات أنظيمية تؤدي إلى اضطرابات تصيب التركيب الحيوي للهيم . والبرفيرنيات مواد محسسة للضوء حيث تؤدي الاضطرابات المتعلقة بها لأعراض سمية ضيائية في مناطق الجلد المعرضة للضياء ويمكن تصنيف البرفيريات كما يلي :

آ - **البرفيريات المكونة للحمر Erythropoietic Porphyrias** : وهي آفات وراثية نادرة ولها نوعان هما :



الشكل ١٩-١ : صفروم طفحي

١ ــ البرفيريــة المكونــة للحمــر الولاديــة Congentital Erythropoietic Porphyria : وتعرف بداء غونتر . وتتصف سريرياً باندفاعات حويصلية وفقاعية في الأماكن المعرضة للضياء وبخاصة على حواف الأذنين كما تحدث خلال سير المرض ندبات جدرية الشكل وجدوعٌ شديدة في آخر الأمر ، مع فرط تصبغ ونقص تصبغ ، وفرط شعرانية واحمرار بالأسنان بعد تعريضها للأشعة ما فوق البنفسجية طويلة الموجة ، وذلك من جراء توضع البرفيرين فيها . كما تترافق هذه البرفيرية عادةً بفقر دم انحلالي وبضخامة طحال . أما البول فيأخذ لوناً أحمر ، كما يبدي تألقاً أحمراً شديداً ، كما يزداد انطراح اليوروبرفيرين T في البول ، والكبرو فيرين آ بشكل أقل وضوحاً كما تُظهر كريات الدم الحمراء تألقاً أحمر ثابتاً (شكل ١٩ ـ ٢) .

٢ ـ البروتوبرفيرية المكونة للحمر Erythropoietic Protoporphgria : يتصف هذا الداء بوجود تراكيز عالية من البروتوبرفيرين في الكريات الحمر ويبدأ عادةً في الطفولة . ويتظاهر بحكة وحمامى وودمة وحويصلات مع تشكل جلبات وندبات على مناطق الجلد المعرضة للضياء . أما احمرار الأسنان والتألق في الجلد فيكونان غائبين ، أما فحوصات البول للبرفيرينات فسلبية عادةً ، لكن يشاهد بالمجهر الومضاني تألقاً أحمراً برتقالياً في الكريات الحمر. تعالج بالواقيات من الضياء خارجياً وإعطاء البتاكاروتين (١٠٠ ـ ٣٠٠ ملغ يومياً) داخلاً .



الشكل ١٩ـ٢ : داء غونتر

ب ـ البرفيريات الكبدية **Hepatic Porphyrias** : وهي أكثر مصادفة أما العيب في هذه البرفيريات فيكمن في الكبد بشكل رئيسي ، إضافةً إلى أن الأعراض الجلدية التي تدل على زيادة الحساسية لضوء الشمس ليست دائماً موجودة في كل الحالات . هذا وكثيراً ما يثار هذا النمط من البرفيريات ، التي يحتمل فيها الأساس الوراثي ، بعوامل خارجية (عوامل سمية ـ أدوية) وسنذكر من البرفيريات الكبدية .

١ ـ البرفيرية الجلدية الآجلة **Porphyria Cutanea Tarda** : وهي اضطراب مزمن متعدد الأسباب يعزى لعوز نازعة كربوكسيل مولد البرفيرين III في خلايا الكبد وهو عوز قد يكون محدداً وراثياً لكنه يثار بعوامل ذات سمية كبدية (كحول ـ أحماج ـ انسمامات) . عادةً ما تحدث التظاهرات الأولى لهذه البرفيرية بعد عمر ٣٠ سنة ، وهي تصيب الرجال أكثر من النساء بنسبة (١:٢) أما أعراضها الجلدية فتتظاهر على الأماكن المكشوفة معتمدةً على الفصول (الربيع ـ الصيف) حيث تتشكل حويصلات وفقاعات يختلف حجمها ما بين ٢مم و٣سم ، كما يؤدي ضغط الفقاعات لاتساعها (ظاهرة نيكولسكي II) إضافةً لذلك فإنه يلاحظ تندب يتضمن على دخينات . كما يلاحظ فرط اصطباغ بقعي أو نقصه مع اشتداد الغضون وفرط أشعار وزراق في الوجه .

تتميز هذه البرفيرية بلون البول البني وبإطراح زائد لليوروبرفيرينات III . وفرط حديد الدم أما المعالجة فتقوم على تجنب العوامل السمية (كحول ـ أدوية ـ مانعات حمل فموية) كما يوصى بالفصادة فيها ، وإعطاء الكوروكين بجرعات منخفضة (١٢٥ ملغ أسبوعياً) لمدة ٨ ـ ١٨ شهراً .

٢ ـ البرفيرية المتقطعة الحادة **Acut intermittent Porphyria** : وهي برفيرية تحدث بشكل حاد بخاصة عند النساء (١:٤ تقريباً) . وهي مرض وراثي جسدي سائد تؤدي عوامل مثيرة داخلية أو خارجية لإظهاره (كحول ـ أدوية أو بالدورة الطمثية لدى النساء) .

هذا ونادراً ما تحدث هذه البرفيرية آفات جلدية فقط والتي تتظاهر عادةً بفرط اصطباغ خفيف على الأماكن المعرضة للشمس إضافةً إلى أعراض بطنية (هجمات ألم مغصي في البطن وتظاهرات عصبية (اعتلال أعصاب محيطية) .

٣ ـ البرفيرية المتقلبة **Variegate Porphria** : تشترك هذه البرفيرية بعلامات

سريرية مع البرفيرية المتقطعة الحادة والبرفيرية الجلدية الآجلة ، كما يمكن أن تثار بعوامل خارجية (أدوية ـ كحول) كما في البرفيرية المتقطعة الحادة .

جـ ـ النشوانيات Amyloidosis

وهي مجموعة من الأمراض غير الشائعة يحدث فيها ترسبات للمادة النشوانية (مواد بروتينية متجانسة) في الأنسجة تعيق وظيفتها الطبيعية . هذا وحتى اليوم لا يوجد تصنيف عام وحيد مقبول لهذه الأدواء لكننا رأينا أن التصنيف المقبول من وجهة نظر الجلديين هو التصنيف التالي :

١ ـ الداء النشواني المجموعي الأساسي : وينجم عن ترسبات مجموعية أساسية من المادة النشوانية بخاصة في اللحمة المتوسطة مع إصابة في الأعضاء الداخلية (كبد ـ الطريق المعدي المعوي ـ عضلة قلبية ـ كلية ـ جدران الأوعية الدموية ـ وفي الأعصاب المحيطية) . أما الأعراض الجلدية فتشاهد في ٣٠٪ من الحالات ، وتتظاهر الاندفاعات الجلدية النموذجية بحطاطات شمعية ، شافة ، بحجم رأس الدبوس ، تتوضع بخاصة على الأجفان . أما النزوف الحبرية petechial فتعد شائعة ، كما يعد تشكل الفقاعات الرضيّة علامة تشخيصية مبكرة ومهمة إضافة لذلك فإنه قد يرتشح اللسان « ضخامة اللسان النشوانية » .

٢ ـ الداء النشواني المجموعي الثانوي : ويتلو عادة أمراضاً تقيحية مزمنة (التهاب عظم ونقي مزمن ، توسع القصبات) أو أمراض مشكلة لنواسير مزمنة (سل ، افرنجي ـ جذام) ، أو خلال سير الأمراض الالتهابية المزمنة ذات الطبيعة غير الخمجية (التهاب مفاصل رثواني ، التهاب قولون تقرحي ..) أو في أمراض الغراء أو خلال سير التنشؤات الخبيثة .

يترافق هذا الداء عادةً بالمتلازمة الكلائية ، مع ضخامة كبدية طحالية ، كما ويعد مهماً في تشخيص هذا المرض إثبات وجود المادة النشوانية في خزعة المستقيم .

٣ ـ الأدواء النشوانية الجلدية الموضعة : يمكن أن تكشف المادة النشوانية في الجلد في هذه الأدواء دون وجود أي إصابة واضحة في الأعضاء الأخرى وله أشكال متعددة أهمها (الحزازاني ـ العقيدي الضموري ـ البقعي) .

د ـ الموسينيات ـ المخاطينيات Mucinoses

تتصف الأدواء الموسينية أو الأدواء الجلدية المخاطية بترسب زائد لمدة الموسين في الجلد

(وتوجد تلوينات خاصة لكشف المواد المخاطية اعتماداً على بنيتها الكيميائية) . هذا وهنالك نوعان من الأدواء الموسينية وهي : الأدواء الموسينية الأدمية والأدواء الموسينية الظهارية .

١ ـ الأدواء الموسينية الأدمية : وتتصف بترسب زائد للمواد الأساسية بين الليفية اللحمية المتوسطية في النسيج الضام الأدمي ونذكر منها .

أ ـ الوذمة المخاطية المنتشرة في قصور الدرقية ، والتي تترافق بجفافٍ في الجلد مع تورم لا يتوهد بالضغط مع اضطراب الأشعار .

ب ـ الوذمة المخاطية المحددة في قصور الدرقية ، وتتجلى بشكل تورمات ذات نمط فيلي محددة على الأطراف أو الأعضاء التناسلية .

جـ ـ الوذمة المخاطية المحددة بالانسمام الدرقي : وتنجم من ترسبات أدمية متناظرة أمام الظنبوب عند المرضى المصابين بفرط الدرقية .

د ـ متلازمة EMO : يمكن للمرضى المصابين بفرط الدرقية أن يبدو منهم ـ بشكل متسلسل ـ جحوظاً Exophthalmus ووذمة مخاطية أمام الظنبوب pretibial muxedema واعتلالاً مفصلياً عظمياً ضخامياً Hypertrophic Osteoarthropathy .

هـ ـ الداء الموسيني الحطاطي : ويبدو باندفاعات حطاطية (٢ ـ ٥مم) ذات مظهر حزازاني أما الأماكن المفضلة لهذه الاندفاعات فهي : الذراعان والجذع والفخذ .

و ـ الوذمة المخاطية التصلبية : وهي مرض مزمن يحدث فيه تغيرات جلدية فيلية ـ تصلب جلدي منتشر ومترق ـ وحطاطات حزازانية .

ز ـ الداء الموسيني الشبكي الحمامي : ويتظاهر بشكل شبكة من الحمامى على الصدر أو منتصف الظهر أو كليهما معاً .

٢ ـ الأدواء الموسينية الظهارية : وهي أدواء تتألف من ترسب مواد مخاطانية في جريبات الأشعار أو الغدد الزهمية أو البشرة ونذكر من تلك الأدواء :

الداء الموسيني الجريبي : والذي يدعى أيضاً بالحاصة الموسينية حيث يترسب المخاط ضمن الخلايا المتنكسة في الغدد الزهمية وغمد الشعر الخارجي . ويتظاهر هذا الداء بلطخة أو أكثر ، ذات حدود واضحة ، مرتفعة ومتوذمة ، وتتميز بتقران جرابي مؤنف ، كما تميل تلك اللطخات لأن تفقد الأشعار ضمنها وتتوضع بخاصة على الوجه والفروة (شكل ١٩ ـ ٣) .



الشكل ١٩-٣ : داء موسيني جريبي

ثانياً : الآفات المجموعية الجهازية

وفيها :

أدواء كثيرة المنسجات الجلدية الحميدة والخبيثة

Bengin and Malignant Cutaneous Histiocytoses

هنالك أورام جلدية حميدة وخبيثة تنشأ على حساب الخلية المنسجة ، تلك الخلية المنتمية إلى جملة البلاعم الوحيدة النوى .

هذا وهنالك أورام جلدية حميدة وخبيثة كثيرة جداً تنتسب إلى كثرة المنسجات الجلدية لكننا سنقتصر على ذكر كلٍ من الحبيبوم الأصفر الشبابي الذي ينمي إلى كثرة المنسجات الحميدة وكثرة المنسجات مجهولة السبب أو داء خلية لانغرهانس الذي ينتمي إلى كثرة المنسجات الخبيثة .

١ ـ **الحبيبوم الأصفر الشبابي Juvenile Xanthogranuloma** : هو داء حميد يحدث في الطفولة الباكرة (مع الولادة أو يظهر خلال الأسابيع الأولى من الحياة) حيث تنشأ عقيدة أو أكثر ذات لون مصفر في الجلد بخاصة جلد الرأس ، كما يمكن أن تظهر تلك العقيدات على الأغشية المخاطية للفم والعينين ، هذا وقد ينحصر هذا الداء أحياناً بورم وحيد

يصل حتى ٢ سم قطراً ، كما قد يأخذ شكلاً منتشراً . أما معالجة هذا الداء فلا ضرورة لها ذلك لأن حطاطاته أو عقيداته تتراجع بشكل عفوي خلال مدة تتراوح ما بين ستة أشهر إلى ثلاث سنوات .

٢ ـ كثرة المنسجات مجهول السبب Histiocytosis x : تتضمن كثرة المنسجات X ثلاثة أدواء متماثلة أساسياً وهي : داء ابت ـ ليترسيوي abt letterer siwe ، وداء هاند ـ شـولر كريستيان Hand Schuller - Christian والحبـوم الموزيـني Eosinophilic Granuloma .

أ ـ داء ابت ـ ليترـ سيوي : يحدث عند الأطفال عادةً ما بين السنتين الأولى والثانية من العمر . أما سببه فمجهول وقد تم افتراض خمج حموي . كما يؤدي هذا الداء إلى الوفاة إذا لم يعالج .

إن العلامات النموذجية لهذا الداء هي : الحمى والضخامة الكبدية والطحالية واعتلال الغدد اللمفية المعمم ، إضافةً للاندفاعات الجلدية التي تظهر بشكل حطاطات صغيرة مسطحة وصفراء وبنية اللون مع آفات جُلبية أو حطاطية حويصلية وسفية وتبدلات تآكلية ندبية تشبه الإكزيمة الزهمية أو (لصقة الخردل) كما أن النزوف الحبرية غير نادرة أيضاً (شكل ١٩ ـ ٤) .



الشكل ١٩ـ٤ : داء ليترر سيوي

ب ـ داء هاند ـ شوللر ـ كريستيان : أعراضه الجلدية التي تشاهد بنسبة ٣٠٪ من الحالات تشبه الأعراض الجلدية السابقة . ويشاهد هذا المرض في الأطفال الأكبر سناً (الطفولة الباكرة) ويترافق بآفات عظمية (تتناول القحف بشكل خاص) وبالبوالة التفهة وبجحوظ العينين .

جـ الحبيبوم اليوزيني : تكثر مشاهدته لدى الأطفال الأكبر سناً من الداء السابق وحتى أننا يمكننا مشاهدته في الكهول ويتوضع في العظم وبشكل أندر في الجلد أما إنذاره فجيد عادة ، بسبب الهجوع العفوي الذي قد يشاهد خلال عدة سنوات ، إلا أنه شوهدت عدة حالات انتهى سيرها بالوفاة .

ب ـ الداء السكري Diabetes Mellitus

يتصف الداء السكري باختلاطاته الجهازية المختلفة ، وبخاصة اختلاطاته الوعائية التي غالباً ما تؤدي إلى أعراضه الجلدية ، كما قد تعرض الإصابة بالداء السكري إلى أخماج جلدية وحمائرية ، هذا وسنذكر أهم التظاهرات الجلدية المرافقة عادةً للداء السكري .

١ ـ البلى الفيزيولوجي الشحماني Necrobiosis Lipoidica : يتظاهر البلى الفيزيولوجي الشحماني الذي كثيراً ما يرافق الداء السكري بلويحات ، التهابية صفراء تتطور فيها مراكز ضمورية مصطبغة ، تتوضع على الساقين (شكل ١٩ ـ ٥) .

٢ ـ اعتلال الجلد السكري Diabetic dermopathy : يشاهد اعتلال الجلد السكري عند الرجال أكثر من النساء ويبدو بشكل حطاطات بيضوية حمراء غامقة ، يبلغ قطر الحطاطة ما بين ٠,٥ ـ ١ سم وتتوضع على الساقين ، كما تتطور تلك الحطاطات تدريجياً مؤدية إلى توسف سطحها وإلى ترك ندبة بنية في نهاية تطورها . هذا ويعد أعراض هذا الاعتلال نوعية في الإصابة بالسكري .

٣ ـ الموات الرطب للقدمين Wet gangrene of the foot : تظاهرات متأخرة للداء السكري ، علماً بأن التموتات الجافة غالباً ما تنجم عن التصلبات الوعائية غير السكرية .

٤ ـ القرحة الثاقبة Perforating Ulcers : وهي قرحة مستديرة ومخترمة وغير مؤلمة ، وغالباً ما تتوضع على أخمص القدم وعلى أماكن الضغط الأخرى ، وهي تنجم عن اعتلال عصبي قد يكون للداء السكري دور في إحداثه (شكل ١٩ ـ ٦) .



الشكل ١٩-٥ : البلى الفيزيولوجي الشحماني



الشكل ١٩-٦ : القرحة الثاقبة

٥ ـ **اضطرابات جلدية مختلفة Various Skin disorders** : ترافق الإصابة بالداء السكري اضطرابات وتظاهرات جلدية مختلفة وكثيرة أهمها : الفقاعات السكرية ـ الحكة ـ صفرونات اندفاعية ـ الصباغ الدموي Hemochromatosis ـ الداء السكري الشبهي ـ كما يؤهب الداء السكري للإصابة الجرثومية والخمائرية ، هذا وقد ينجم عن المعالجة السكرية ارتكاسات أرجية (للأنسولين) أو يحدث حثل شحمي .

ثالثاً : التظاهرات الجلدية لآفات الأجهزة الداخلية

أ ـ آفات الغدد الصم ومنها :

آ ـ آفات النخامى : يؤدي فرط نشاط النخامى إلى زيادة في تسمك الجلد والنسيج الخلوي (فرط زيادة هرمون النمو) كما يؤدي إلى زيادة التصبغات الملانية ونقص أشعار الجسم أما قصور النخامى فيؤدي إلى نقص التصبغ مع ازدياد التحسس لأشعة الشمس .

ب ـ آفات الدرقية : يبدو الجلد في فرط الدرقية حاراً أو رطباً من جراء زيادة التعرق ، وقد تحدث حمامى على الراحتين ، إضافةً لظهور الوذمة المخاطية أمام الظنبوب أما نقص الدرقية فيؤدي إلى جفافٍ وتوسفٍ وخفة أشعار الرأس مع فقدان القسم الوحشي من أشعار الحاجبين كما قد يترافق التهاب الدرقية الهاشيموتي بالبهاق .

ج ـ آفات الدريقة : يمكن أن تترافق أدواؤها الثانوية بالكلاس الجلدي وبخمج المبيضات البيض .

د ـ آفات الكظر : يتصف المصاب بفرط الكورتيزونية بمتلازمة كوشيغ ـ فرط أرجوانية مع فرز جلدية ـ شعرانية ـ حاصة من نمط الذكورة ـ اندفاعات عدية الشكل ـ توسع الشعيريات والأخماج الفطرية بينما يؤدي نقص الكورتيزونية إلى فرط تصبغ جلدي (داء أديسون) ـ تساقط أشعار ما تحت الإبطين ومنطقة العانة .

هـ ـ آفات المعثكلة : إن التغيرات الجلدية المرافقة لآفات المعثكلة غير شائعة نذكر من تلك التغيرات الحمامى النخرية الهاجرة التي تحدث في الغلوكاغونوما glucagonoma وهو ورم خلايا ألفا المعثكلية . كما يحدث نزف جلدي بعد يوم إلى يومين من الإصابة بالتهاب المعثكلة .

و ـ الآفات الكبدية : غالباً ما تترافق الآفات المرارية الكبدية بتظاهرات جلدية غير

نوعية ذلك لأنها قد تظهر في أمراض أخرى ، كما توجد هنالك علاقة واضحة ما بين درجة تلك التظاهرات وشدة الأذية الكبدية . أما أهم تلك التظاهرات :

١ً ـ الحكات وهي أكثر الأعراض الجلدية المرافقة لآفات كبدية ، وغالباً ما تنجم عن انحباس الأملاح الصفراوية كما قد تترافق الحكة مع شرى في التهاب الكبد الخمجي بالحمة B .

٢ً ـ تبدلات صباغية ، كالبرقان ، وفرط التصبغ في التشمعات .

٣ً ـ بلاغرا ، وتحدث عند المرضى المصابين بتشمع كبدي كحولي (شكل ١٩ ـ ٧) .

٤ً ـ تبدلات وعائية ، كالعنكبوت الوعائي والحمامى الراحية في الأدواء الكبدية المزمنة ، واندفاعات فرفرية بخاصة على الساقين وتنجم عن عوز عوامل التخثر أو عوز فيتامين K .

٥ً ـ تبدلات في الأظافر : تعجر الأظافر ـ حدوث الشرائط البيضاء في الأظافر (نقص البومين الدم) والهليل الأزرق (داء ويلسون) .

ز ـ **الآفات المعدية المعوية** : تتعلق الأعراض الجلدية لهذه الآفات بنقص التغذية ـ سوء الامتصاص وأعطاب خلقية . نذكر من تلك الآفات متلازمة (بوتز ـ جيكرز) المترافقة



الشكل ١٩ـ٧ : بلاغرا

بشامات وسـليلات معوية . وآفـات ومتلازمـات جلدية مترافقـة بـنزوف هضميـة (الوحمة المطاطية الزرقاء ـ داء كروان ، التهاب القولون القرحـي ـ داء أوسـلر ـ داء الصفـار الموهـم ـ فرفرية هينوخ شونلاين) . والتهاب جلد النهايات المعـوي (عـوز الزنـك) . والكواشيركور والسغل (شكل ١٩ ـ ٨) .

ح ـ **الآفات الكلوية** : يترافق القصور الكلوي المزمن بالحكة الشديدة (تستجيب عادة للأشعة ما فوق البنفسجية وللديال) ، كما يبدي مرضى اغتراس الكلية أعراض نقص المناعة ، بسبب المعالجة المثبطة للمناعة . ومن المسلم به ما تؤدي إليه القوباء العقدية من التهاب كبيبات الكلى ونذكر في هذا المجال أعراضاً جلدية كلويـة مختلفـة أهمهـا : التهـاب الشـرايين العقـدّ ـ الذأب الحمامي المجموعي ـ الورام الليفي العصبي ـ التقران الوعائي الجسـمي المنتشـر (فـابري) [تقرانات وعائية جلدية ـ ومذل . وتوضع الشحميات السكرية في الكليتين] .

ط ـ **الآفات الدموية** : منها الآفات الدموية السليمة كفقر الدم ناقص الصبـاغ (الـذي يترافق بشحوب ـ تقعر أظافر ـ التهاب اللسان) ، كما يـؤدي فقـر الـدم المنجلي إلى قرحـات الساق . إضافة لترافق كثرة الصفيحات وكـثرة الحمـر مـع نـزوف جلديـة واحمـرار الأطـراف المؤلم .



الشكل ١٩ـ٨ : التهاب جلد النهايات المعوي

ومنها آفات دموية خبيثة كاللمفومات الجلدية اللمفوخلوية واللاهدجكينية وابيضاضات الدم والتي تؤدي لإحداث تظاهرات جلدية إما مباشرةً وذلك من خلال غزو الجلد بالخلايا الورمية التي تؤدي لتشكيل رشاحات أو عقيدات أو أورام أو تقرحات والتي تعد أساسية للمفوما خلايا T ، أو أنها تؤدي لتظاهرات جلدية غير مباشرة تتجلى بارتكاسات جلدية غير نوعية وتبدو بفرفريات ـ تصبغات ـ حكة ـ سماك كسبي ـ واحمرارات جلدية .

رابعاً : الجلد والخباثات الداخلية

قد تكون الإصابة الجلدية هي الظاهرة الأولى لخباثة داخلية مهمة من ذلك ما يبدو من النقائل الجلدية لسرطانات داخلية غير معروفة (كأورام البروستات ، أورام الرئة) أو تكون الآفة مماكبة لوجود خباثة داخلية كالشواك الأسود الجلدي ـ الذي يترافق بأشكال مختلفة من السرطانات الغدية في الأحشاء (على الأغلب في المعدة) وتقران النهايات المواكب للأورام (بازكس) والذي غالباً ما يترافق بسرطانة السبل التنفسية العليا ـ ومتلازمة الحمامى الملتفة الزاحفة (متلازمة Gammel) والتي غالباً ما تترافق مع سرطانة غدية (ثدي ـ رئتان ـ أمعاء) ومتلازمة الغلوكاغونوم Glucagonoma التي تترافق بسرطانة المعثكلة .

كما أن هنالك متلازمات محددة أرثياً تترافق مع مكونات جلدية إضافةً لتأهب إرثي لظهور أورام داخلية نذكر منها متلازمة غاردنر (كيسات بشروية ـ ليفومات ـ شحومات ـ سلالات غدومية تتحول بشكل باكر إلى سرطانات قولونية) .

ومتلازمة كاودن Cowdens [أورام عابية متعددة (حطاطات مليساء أو تولولية مفرطة التقرن تكون على أشدها في أواسط الوجه ونهايات الأطراف إضافة لآفات حطاطية في الأغشية المخاطية الفموية ـ شحومات ـ داء كيسي ليفي ثَدْي ـ غدومات عرقية) . تترافق هذه المتلازمة مع أورام خبيثة في الثدي القولون ـ الدرق] .

ـ متلازمة كوكين Cokayne (التهاب جلد ضيائي ـ صغر الرأس ـ غؤور العينين ـ حثل شحمي في الوجه وتأخر نمو ..الخ) .

ـ متلازمة هاول ـ ايفنز Howel - Evans : [ثفان وتقران راحي أخمصي ، يترافق بسرطان مري .

ـ متلازمة غورلين ـ غولتز Gorlin - Goltz : [سرطانات قاعدية متعددة ـــ شذوذات عظمية (كيسات في الفك السفلي ، أضلاع مشقوقة ـــ داء جنف حدابي) ـــ وهدات من خلل التقرن في الراحتين والأخمصين].

Damascus University

الفصل العشرون

أورام الجلد

ينشأ العديد من الأورام والوحمات الجلدية من خلايا الجلد البشروية أو الأدمية ، كذلك يمكن أن تتشكل الوحمات من خلايا الجلد وعناصره المختلفة أيضاً . وسنبدأ أولاً بذكر الأورام والوحمات الجلدية السليمة ثم نأتي على ذكر الآفات الجلدية قبل السرطانية والآفات الجلدية ذات العلاقة بالأورام وبعدها نتكلم عن الأورام الجلدية الخبيثة .

أولاً : الأورام والوحمات الجلدية السليمة

أ ـ الأورام والوحمات والكيسات البشروية السليمة

ينشأ العديد من الأورام والكيسات البشروية السليمة بدءاً من البشرة ما بين الجريبات أو البشرة داخل الجريبات أو من الأقنية المتعلقة بالغدد العرقية في حين تنشأ الوحمات البشروية إما عن نموات حليمومية ، وشواك ، أو من تشوه وحماني ظهاري وسنذكر أمثلة عن الشائع من هذه الأورام والوحمات والكيسات السليمة .

الأورام وسنذكر منها :

التقران المثي Seborrheic Keratosis

ويقال له الثؤلول المثي أيضاً وهو آفة شائعة الحدوث في سن الشيخوخة عند الجنسين ، وأكثر ما تشاهد على الجذع غير أنها يمكن أن تظهر على الوجه والرقبة ، وقد تكون هذه التقرانات المثية قليلة أو كثيرة العدد . وتتظاهر بحطاطات مسطحة بارزة قليلاً عن مستوى سطح الجلد وبلون أحمر لحمي أو أصفر فاتح كما أنها قد تأخذ لوناً بنياً وهي دهنية القوام حليمومية المظهر تعالج بالتجريف أو بتطبيق غاز الآزوت السائل (لمدة ١٥ ــ ٢٠ ثانية) (شكل ٢٠ ـ ١) .



الشكل ٢٠-١ : تقران مثي

الظهاروم الشعري Trichoepithellioma

هو مرض عابي Harmartoma له علاقة وثيقة مع بقية الأورام العابية الأخرى (الأسطوانوم) التي قد تتواجد عند المريض نفسه . ويتجلى بحطاطات وعقيدات صغيرة قاسية ومبعثرة ، بشكل متناظر ومعتدل ، وبلون لحمي أو أصفر ضارب للبياض ، تتوضع على الوجه ، بخاصة في زوايا العينين والطية الشفوية الأنفية . يبدأ هذا المرض الذي يكون أسرياً في العادة في سن الطفولة ، مع نماء الحطاطات أثناء البلوغ .

تعالج الأورام المزعجة بالاستئصال أو المعالجة بالليزر .

الوحمات البشروية أو الظهارية

وسنذكر منها كلاً من الوحمة الثؤلولية ـ الوحمة الزهمية والغدوم العرقي .

الوحمة الثؤلولية : وتتظاهر سريرياً بتشكلات ثؤلولية قاسية مرتفعة عن سطح الجلد بلون بني متسبخ ، كما أنها قد تنتظم بشكل خطي وحيد الجانب مما دعا لتسميتها بالوحمة الثؤلولية وحيدة الجانب (شكل ٢٠ ـ ٢) .

الوحمة الزهمية : وهي تشوه وحماني ظهاري تصيب فروة الرأس بشكل انتقائي ومفضل ، تشاهد عادةً منذ الولادة بشكل بقعة مسطحة ، مرتفعة قليلاً طرية وذات سطح



الشكل ٢٠-٢ : وحمة ثؤلولية



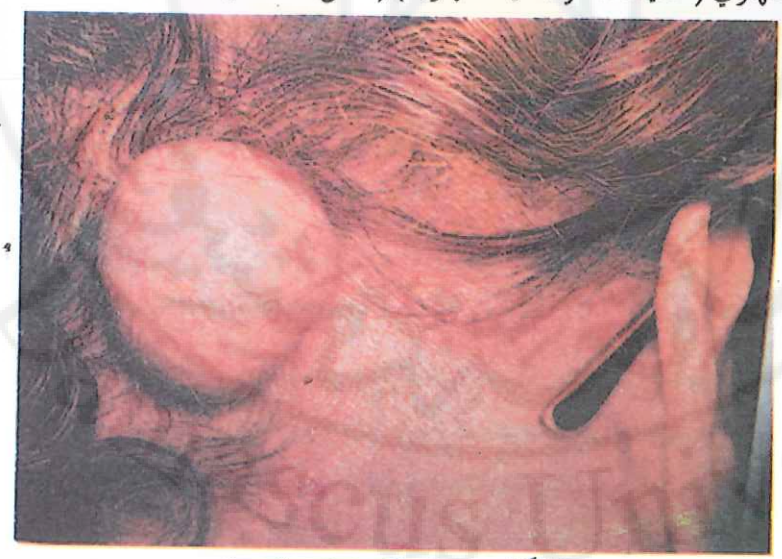
الشكل ٢٠-٣ : وحمة زهمية

لماع حليمومي ملون أصفر عديمة الأشعار وتترافق تشريحياً مرضياً بفصيصات الغدد الزهمية وتزايد الغدد المفترزة . ولقد ذكر إمكان حدوث تحولات خبيثة فيها مستقبلاً ، لذلك ينصح باستئصالها باكراً (شكل ٢٠ - ٣) .

الغدوم العرقي Hidraademoma : إن الغدوم العرقي هو ورم وحماني شائع يحدث عادةً عند النساء هذا وتوجد الغدومات العرقية على شكلين سريريين وهما شكل متوضع حول الحجاج ، حيث تتوضع بخاصة على الأجفان السفلية وتبدو بعقيدات تتراوح ما بين ١ - ٢ سم بلون الجلد ، وشكل منتشر تظهر بأعداد ضخمة تشبه اندفاعاته الشكل المتوضع وتتوضع على الأجفان ومقدمة العنق والصدر .

الكيسات Cysts

تتطور الكيسات ابتداءً من ظهارة تقرنية أو غدية ، وتبدو بشكل أورام بيضوية محددة متحركة على العمق ، تحتوي على جوف مبطن بجدار كيسي ظهاري وقد يكون ممتلئاً بمادة سائلة أو هلامية أو جامدة ، كما قد تكون الكيسيات معزولة عن سطح الجلد أو مرتبطة بالبشرة بواسطة قناة ضيقة . أما حجم الكيسية فيتراوح ما بين رأس الدبوس (الدخنيات) وحجم قبضة اليد (كيسات غمد الشعرة الخارجي) هذا وتنجم الكيسات إما عن انسداد الأقنية الجريبية (الكيسات البشروية) أو البنيات الغدية (الكيسومات العرقية) - أو انزياح رضحي ظهاري (الكيسات الرضحية الظهارية) (شكل ٢٠ - ٤) .



الشكل ٢٠-٤ : كيسة غمد الشعرة

ب ـ الأورام والوحمات الأدمية السليمة

وهي كثيرة أيضاً أهمها :

١ ـ الأورام والتنشؤات الليفية

وتسمى الزنمات أو الزوائد الجلدية وهي تبدو إما على شكل أورام صغيرة خيطية رخوة بلون الجلد وقد تكون مطوية عليه ، يتراوح قدها مابين ٣ ـ ٥ملم ـ تكثر في ناحية العنق وتحت الإبط بخاصة عند البدينين ، أو أنها تبدو على شكل ورم أكبر حجماً قد يطل إلى حجم قبضة اليد ويشاهد على الجذع وعلى الأطراف يعالج كلا الشكلين بقطع الذنب وكي موضعه (شكل ٢٠ ـ ٥) .



الشكل ٢٠ـ٥ : زنمات

٢ ـ الليفوم الجلدي Dermatofibroma

ويدعى بالليفوم القاسي أيضاً وهو ورم تفاعلي يحدث بعد رضوح مجهرية أو بعد تليف عقيدي تحت البشرة علماً بأن هذا الورم غالباً ما يكون منفرداً ونادراً ما يزيد قده على ٣ سم وهو ورم قاسي القوام مرتفع عن سطح الجلد وبلون ضارب للرمادي . أما معالجته فتقوم على الاستئصال الجراحي .

٣ ـ الأورام والوحمات الوعائية : هذا وسنقتصر على ذكر الحبيبوم المقيح من تلك الأورام ، ثم نأتي على ذكر الوحمات الوعائية وبعض الوحمات الأدمية الأخرى .

الحبيبوم المقيح granuloma pyogenicum

وهو ورم وعائي شائع ومكتسب ، حيث أنه يتشكل عادةً عقب وخز لذلك يشاهد كثيراً على الأصابع والقدم والوجه والشفتين والأغشية المخاطية ـ ويبدو بورم كروي الشكل ـ مسوق وقد يكون لاطفاً ، سطحه أملس وبلون أحمر مزرق ، سريع النزف والتشكل ، ويغلب أن يكون وحيداً يبلغ قطره ما بين ٠,٥ ـ ٢ سم . ولقد شوهدت حالات من السواتل الوعائية الصغيرة ظهرت عقب استئصال الحبيبوم المقيح . يعالج بالتخثر الكهربائي (شكل ٢٠ ـ ٦) .



الشكل ٢٠ـ٦ : حبيبوم مقيح

الوحمات الوعائية Vascular Nevi

الوحمات الوعائية شائعة . تظهر وحدها أو مترافقة مع تشوهات أخرى وتضم كلاً من الوحمة الشعلية والوعاؤومات الدموية .

أ ـ الوحمة الشعلية Neuus Flammueus : ومن مترادفاتها الوعاؤوم الدموي المسطح ، الوحمة متوسعة الشعريات . تتظاهر هذه الوحمة بلويحات واضحة الحدود بلون أحمر

نبيذي أو بنفسجي بعد الولادة بأيام ، يتراوح قياسها ما بين عدة مليمترات إلى مساحات كبيرة تغطي إجزاء كبيرة من الجسم وهي تزول بالضغط ومن أشكالها كل من :



الشكل ٢٠-٧ : وعاؤوم دموي مسطح

١ً ـ الوحمة الشعلية المتناظرة وتتوضع في خطوط الانغلاق المضغية مثل منتصف الجبهة ـ فوهتا الأنف ـ العجز وتظهر في بعض الأحيان بشكل أسري وتتراجع عفوياً بنسبة ٧٠ ـ ٨٠٪ خلال الأشهر أو السنوات الأولى من العمر .

٢ً ـ الوحمة الشعلية القفوية وتدعى بوحمة أونا ـ بولتيزر أيضاً : من الشائع حدوث هذه الوحمة التي تبدو كبقعة حمراء حمراء نبيذية على النقرة ، وتتصف هذه الوحمة بأنها لا تبدي ميلاً للتراجع ، كما وقد تظهر الوحمة الشعلية على أي مكان آخر من الجسم .

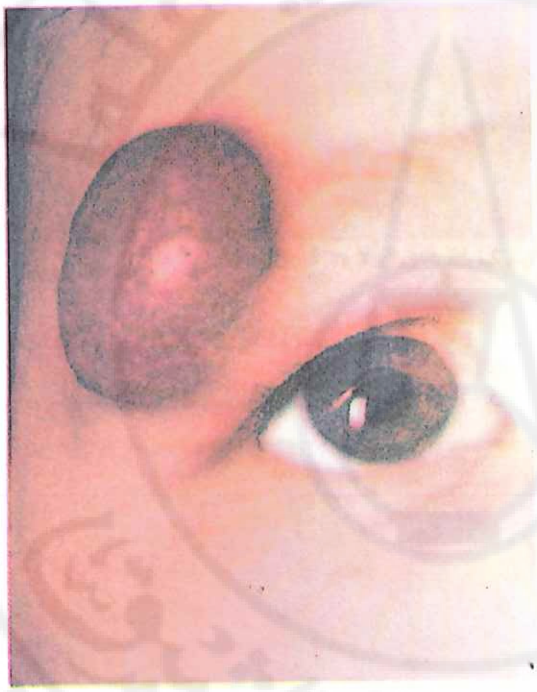
هذا وإن توضع الوحمة الشعلية على الوجه ، وفي منطقة تعصيب العصب مثلث التوائم يشكل أحد مكونات متلازمة ستورج ويبر Stuurge - Weber ، كما قد تكون هذه الوحمة عرضاً في بعض المتلازمات الوعائية الأخرى (شكل ٢٠ ـ ٧) .

المعالجة : إن المعالجة القرية السطحية الحذرة باستخدام ثلج ثاني أكسيد الكربون أو الآزوت السائل ، معالجة فعالة لكنها تتطلب الخبرة . كما أن المعالجة بالليزر ، بخاصة ـ ليزر الصباغ Dye ـ أرغون ليزر معالجة مناسبة ، حيث أنها تعطي نتائج جيدة . إلا أنها يجب أن لا

تجرى قبل البلوغ ، الذي قد يحدث بسبب التندب .

ب ـ الوعاؤومات الدموية ويمكن أن تحدث هذه الأورام الحميدة في الجلد والأغشية المخاطية وفي أعضاء أخرى ونذكر منها .

أ ـ الوعاؤوم الدموي التوتي ويظهر عادة منذ الولادة باندفاع كروي الشكل بلون أحمر ذي قوام طري ينضغط بسهولة ، ويزداد حتى يأخذ شكلاً بارزاً كالتوتة لكنه بعد انقضاء أشهر أو سنوات قليلة فإن هذا الورم يبدأ بالتراجع إما عفوياً أو بالرضح . كما يمكن معالجة هذا الورم بزرقه بمركبات الترياسينولون (شكل ٢٠ ـ ٨) .

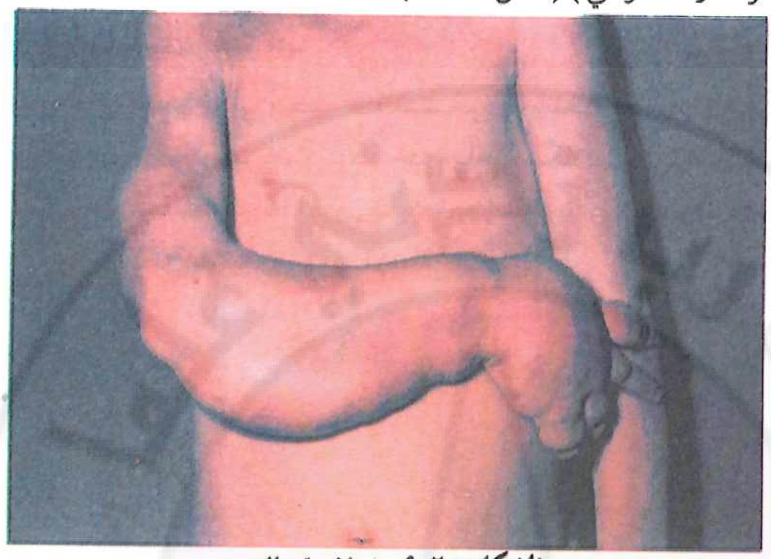


الشكل ٢٠ـ٨ :
وعاؤوم دموي توتي

٢ً ـ الوعاؤوم الدموي الكهفي : وهو يتألف من كتل وعائية كبيرة تصيب أنسجة الجلد وما بجوارها ، ويظهر مباشرة بعد الولادة أو خلال الأيام الأولى منها كما يكون نموه سريعاً خلال الأشهر الأولى من الحياة . يكون هذا الورم مدوراً أو مسطحاً عادة ، بلون أحمر زاه أو أرجواني غامق ، أسفنجي القوام . هذا وإن هذا الورم قابل للانضغاط بسهولة .

قد يكون هذا الوعاؤوم علامة تبنى من وجود وعاؤومات دموية داخلية خفية كما قد

يكون عرضاً في متلازمات وعائية مختلفة (متلازمة كاسباخ ـ ميريت ، الوحمة المحلية المطاطية الزرقاء ، ومتلازمة مافوسي) (شكل ٢٠ ـ ٩) .



الشكل ٢٠ـ٩ : متلازمة مافوسي

ومن **الأورام والوحمات الأدمية الأخرى** نذكر :

ـ **الورام العصبية الليفية المتعددة** : التي تشاهد في داء فون ريكلنهوزن (والذي يتميز



الشكل ٢٠ـ١٠ : داء فون ريكلنهوزن

بالبقع الصباغية النمشية واللوحية وبالأورام الليفية العصبية الصغيرة والكبيرة وبإصابات غير جلدية في الدماغ والعين والعظم وأماكن أخرى (شكل ٢٠ ـ ١٠) .

ـ **الأورام العضلية** :ومنها العضلوم الأملس الذي يتظاهر بشكل عقيدات أو أورام صغيرة مؤلمة عادة .

ـ **الأورام الشحمومية Lipomas** : هي أورام في عمق الجلد مفصصة عادة ومتعددة وقد تكون وحيدة ، معظمها صغير وعرضي ولا يتطلب معالجة ، لكنها تعالج بالاستئصال الجراحي إذا ما أخذت حجماً كبيراً .

جـ ـ الأورام والوحمات الملانية السليمة

تعرف هذه الوحمات على أنها تشوهات لاوراثية تنجم عن اضطراب في التطور الجنيني . كما وإنها قد تكون موجودة منذ الولادة (الوحمات الخلقية) أو قد تظهر فيما بعد أثناء الحياة (الوحمات المكتسبة) ، هذا ويمكن أن نميز نوعين من الأورام والوحمات الملانية السليمة هما : أ ـ وحمات الخلايا الصباغية . ب ـ ووحمات الخلايا الوحمية .

أ ـ وحمات الخلايا الصباغية Pigment cell Nevi

تتميز هذه الوحمات بعدد كبير نسبياً من الخلايا الميلانية التي تشتق من القنزعة العصبية وتهاجر إلى الجلد أثناء الحياة الجينية لتتوضع بين الخلايا القاعدية ، لكنه قد يحدث سوء في التشكل كأن تبقى بعض الخلايا الميلانية في الأدمة ، لدى هجرتها إلى البشرة ، فتدعى بالخلايا الميلانية الأدمية .

فمن الخلية الميلانية البشروية ينشأ ، بقع القهوة بحليب ـــ وحمة بيكر ـ الوحمة البقعية Nevus Spilus ـ الشامة البسيطة وداء الشامات .

ومن الخلية الملانية الأدمية ينشأ : البقعة المنغولية ـ كثرة الخلايا الملانية الأدمية المعمم (بقعة منغولية معممة) الوحمة الزرقاء ـ وحمة أوتا ota وحمة أيتو ito (شكل ٢٠ ـ ١١) .

ب ـ وحمات الخلايا الوحمية Nevocytic Nevi

الخلايا الوحمية هي خلايا ذات علاقة وثيقة بالخلايا الميلانية وتشتق مثلها من القنزعة العصبية وتتوضع بشكل أعشاش في الوصل الأدمي البشروي أو في الأدمة وهي قادرة على تصنيع الصباغ الملاني ، وعلى عكس الخلايا الملانية التغصنية فإن الخلايا الوحمية دائرية الشكل ليس لها تغصنات .



الشكل ٢٠-١١ : وحمة أوتا

ينشأ عن وحمات الخلايا الوحمية بحسب توضعها ، كلٌ من وحمة الوصل ـ الوحمة الأدمية ـ الوحمة المركبة (نمط بشروي أدمي) ـ الوحمة مغزلية الخلايا (وحمة سبيتز Spitz) ـ الوحمة المشعرة الولادية (وحمة لباس السباحة) ـ الوحمة مختلة التنسج ومتلازمات الوحمات مختلة التنسج [وهي وحمات وحمية الخلايا ، لانموذجية تظهر عادةً بعد سن البلوغ ونسبة تحولها للملانوم الخبيث عالية وهي تظهر إما على شكل آفات وحيدة منعزلة ، أو بشكل آفات متعددة في متلازمة الوحمة مختلة التنسج الوراثية (متلازمة الشامة B-K) ، أو بشكل آفات متعددة في حالات منعزلة (متلازمة الوحمات مختلة التنسج اللاوراثية)] (شكل ٢٠ ـ ١٢) .

ومن المهم أن لا يحصل خطأ في وضع التشخيص الخاص بالوحمات وحمية الخلايا وذلك لأنها قد تلتبس بالملانوم الخبيث الذي قد تتحول له بعض هذه الوحمات أيضاً . لكن القواعد التالية قد تفيد في وضع تقوم لتلك الوحمات .

١ً ـ يندر حدوث الملانوم الخبيث في الوحمات وحمية الخلايا قبل سن البلوغ .

٢ً ـ الوحمات الصغيرة المصطبغة بلون أسود أو بني قاتم وغير المرتفعة عن سطح الجلد ، والتي كثيراً ما تكون مزودةً في العادة بأشعار ثخينة وتبدي فعالية وصلية ، قد تتحول باتجاه الخباثة كما يجب استئصالها إذا مازاد حجمها على ٠,٥ سم .



الشكل ٢٠-١٢ : وحمة مشعرة ولادية

وكمبدأ أساسي يجب عدم تعريض الوحمات وحمية الخلايا المصطبغة للتخريش المزمن كالاحتكاك بالملابس وتطبيق المواد الكاوية والنتف الآلي ، أما المظاهر السريرية التي تدعو للاشتباه بالتبدلات الخبيثة فهي :

- زيادة في مساحة الوحمة أو ارتفاعها .
- زيادة كثافة الصباغ ، وبخاصة إذا لم يكن متجانساً .
- علامات التراجع البؤري .
- تشكيل هالة صباغية حول وحمة مصطبغة وحمية الخلايا مرتفعة قليلاً .
- وجود تفاعلات التهابية - أو حكة - أو تأكل أو نزف في الوحمات المصطبغة وحمية الخلايا .

ثانياً ـ الآفات الجلدية قبل السرطانية والآفات الجلدية ذات العلاقة بالأورام

يمكن تصنيف هذه الآفات في الزمر التالية :

آ ـ الآفات الجلدية أو الجلادات قبل السرطانية

يدل مفهوم الجلادات قبل السرطانية على بعض الجلادات التي كثيراً أو قليلاً ما تكون المنطلق لنشوء سرطانات بخاصة سرطانة وسفية الخلايا .

هذا وهنالك جلادات قبل سرطانية تتصف بأن تحولها للتسرطن يكون إجبارياً عاجلاً أو آجلاً بينما تتصف بقية هذه الزمرة من الجلادات بأن سيرها للتسرطن يكون اختيارياً وبمعنى آخر فإن تحولها للتسرطن يتم بنسب معينة .

الجلادات ما قبل التسرطن الإجبارية Obligate precanceroses

تتصف هذه الآفات بأنها لا تظهر أي ميل للشفاء العفوي ولهذا السبب ينبغي علاجها . تتضمن هذه الآفات ما يلي :

١ً ـ **داء بوفن Bowen's Disease** : وهو مرض التهابي مزمن ذو شكل صدافي أحياناً وينجم عن وجود سرطانة داخل بشروية Carcinoma in stitu ، وقد يصيب أي جزء من الجلد بخاصة الجذع . علماً بأن السرطانات الحشوية شائعة أيضاً لدى مرضى بوفن (شكل ٢٠ ـ ١٣) .



الشكل ٢٠ـ١٣ : داء بوفن

٢ـ أحمرية كيرات Erythroplasis Queyrat : مرض شبيه بداء بوفن يصيب الحشفة والقلفة والفرج والشرج ومن الشائع تحوله إلى سرطانة غازية وسفية الخلايا كما هو الحال في داء بوفن .

٣ـ جفاف الجلد المصطبغ Xeroderma pigmentosum : هو شكل من أشكال الجلادات الضيائية الذي يتضمن على اضطرابات وراثية في آليات ترميم الدنا DNA بعد الأذية الشعاعية ويتظاهر على المناطق المكشوفة بنقص تصبغ وفرط تصبغ ـ توسع شعريات ، مران سافع ، تقرانات سافعة تتحول إلى سرطانة وسفية الخلايا .

الجلادات ما قبل السرطانية الاختيارية Facultative Precanceroses

وهي أمراض جلدية يمكن أن تتطور خلال سيرها إلى سرطانة وسفية الخلايا وتتضمن هذه الجلادات على :

١ـ الحالات الالتهابية المزمنة : نذكر منها كلاً من الطلوان (الذي يصيب بخاصة الفم من جراء التدخين أو التخريش المزمن لأسنان معيبة أو بدلة سنية) والالتهابات المزمنة مثل السرطانة الناسورية ـ قرحة الساق ـ الحزاز المسطح الضموري على المخاطيات ـ التهاب اللسان الخلالي الإفرنجي والتهاب الحشفة والقلفة الناكس .

٢ـ الحالات التنكسية المزمنة : نذكر منها التقران السافع (الضيائي) Actinc Keratosis : تحدث التقرانات السافعة لدى ذوي الجلد الفاتح (نموذج I) لدى تعرضهم للشمس لفترة زمنية طويلة . وتتوضع على الأماكن المكشوفة من الجلد عند ذوي الأعمار المتقدمة ، وذلك بشكل بقع حمراء يتخللها توسع شعيري إضافة إلى تقرانات قاسية بنية متسخة . وهي غالباً ما تتطور إلى سرطانة وسفية الخلايا كما نذكر من الحالات التنكسية المزمنة كلاً من القرن الجلدي ـ الضمورات التصلبية ـ الندبات بخاصة ندبات الحروق . كما وتنشأ السرطانة الوسفية على الندب الضمورية في كل من الذأب الشائع والذأب الحمامي القريصي المزمن والتهاب الجلد الشعاعي والتهاب جلد النهايات المزمن المضمر والحزاز التصلبي الضموري وانحلال البشرة الفقاعي الحثلي (شكل ٢٠ ـ ١٤) .

ب ـ الآفات الجلدية ذات العلاقة بالأورام وتتضمن :

١ـ الآفات الجلدية المرافقة للأورام والخباثة

وتتميز بمرافقتها لآفة خبيثة أخرى نذكر منها :



الشكل ٢٠-١٤ : القرن الجلدي



الشكل ٢٠-١٥ : الشواك الأسود

الشواك الأسود : ويبدو بشكل سطوح مصطبغة مرتشحة ، ثؤلولية الشكل ، تبدو في الثنيات غالباً وبخاصة الإبطية ، وتترافق بليفومات جلدية (زمات) ، كما يترافق هذا الشواك بسرطانات حشوية (كسرطانات جهاز الهضم) (شكل ٢٠ ـ ١٥) .

داء بوفن وقد سبق ذكره .

٢ً ـ السرطانات الكاذبة Pseudo canceroses

يطلق مصطلح السرطانات الكاذبة على مجموعة واسعة من الأمراض التي قد يصعب تفريقها عن السرطانات الحقيقية وهذه السرطانات الكاذبة قد لا تكون مشابهة فقط للسرطانة وسفية الخلايا لكنها أيضاً قد تؤدي لنشوء هذه السرطانة وأهم تلك السرطانات الكاذبة هي :

الورام الحليمي الجلدي السرطاوي (تنبتات مسطحة تحدث في حلادات ذات مظهر نسجي يماثل فرط التنسج الظهاروميِ الكاذب وقد يحدث هذا المرض في الجلد السليم أو كمرض ثانوي لجلادات أخرى مزمنة) .

الورام الحليمومي الفموي المزدهر (غالباً ما يصيب كبار السن ويحدث في التحويف الفموي على شكل مناطق من الطلوان المنتشر ينشأ عليه تنبات حليمومية) .

اللقموم المؤنف العملاق : ورم بوشكه لوفنشتاين (تنشؤ مع وجود خصائص السرطانة الثؤلولية) .

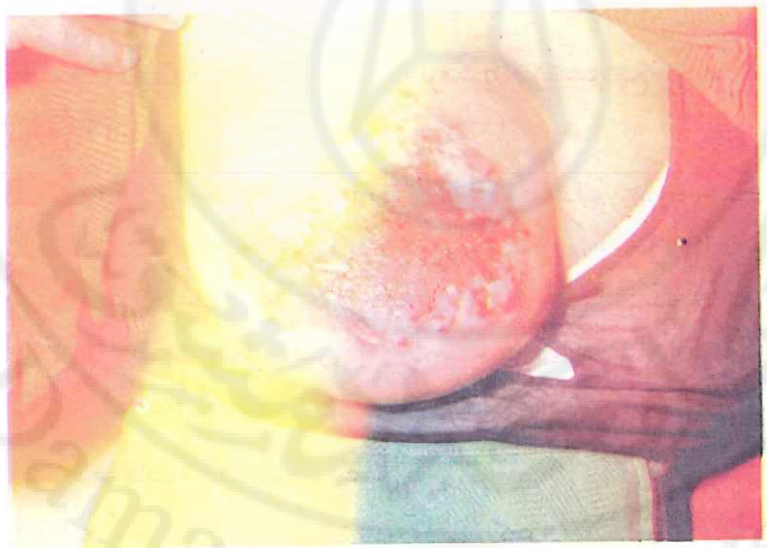
الشوكوم القرني Kerato acanthoma : وهو ورم سليم السير ، خبيث المظهر (يشبه السرطانة الوسفية) ، تشكله وسيره سريعان ويبدو بشكل ورم محدود وتقرن مركزي يشبه العش ويكون عادةً وحيداً أو قد يكون متعدداً ، يتراجع عفوياً في بضعة أشهر (ستة أشهر عادة) وقد ذكرت بعض التقارير إمكان حدوث الاستحالة الخبيثة في حالات افرادية (شكل ٢٠ ـ ١٦) .

٣ً ـ الآفات الخبيثة ذات المظهر السليم المضلل

كداء باجيت في الثدي وهو سرطانة تبدو بمظهر اكزيمائي في البدء ، وكالسرطانات داخل البشرة (داء بوفن ، فرط التنسج الأحمري لكويرات) وتبدو بشكل بقع صدافية (شكل ٢٠ ـ ١٧) .



الشكل ٢٠-١٦ : الشوكوم القرني



الشكل ٢٠-١٧ : داء باجيت

ثالثاً : الأورام الجلدية الخبيثة

لوحظ زيادة في عدد المصابين بالأورام الجلدية الخبيثة خلال العشرين عاماً الفائتة وقد يكون مرد ذلك لزيادة مزاولة النشاطات خارج المنزل والمؤدية بالتالي للتعرض الزائد للاشعاعات الشمسية بخاصة الإشعاع UVB التي أخذت كميته التي تصل للأرض بالازدياد من جراء التناقص التدريجي لطبقة الأوزون ، المتواجد في الجزء العلوي من الغلاف الجوي ، والدارئ لهذا الإشعاع ولغيره من الإشعاعات الشمسية الأخرى الضارة . علماً بأن نقص الأزون ناجم كما هو معروف عن عبث الإنسان بالبيئة ، ذلك أن الأشعة ما فوق البنفسجية تؤدي إلى حدوث تغيرات في المادة الوراثية (تحطم DNA في نوى الخلايا ، وتبدل الحمض الريبي النووي المنقوص الأوكسجين) وما ينتج عن ذلك من تخريبات غير قابلة للرجوع في كلٍ من الخلايا المتقرنة والميلانية واللتين تتحولان إلى خلايا لا نموذجية .

يؤكد تشخيص الأورام الخبيثة بالفحوص التشريحية المرضية . هذا وسندرس الأورام الجلدية الخبيثة ضمن الزمر التالية :

أ ـ الأورام الظهارية الخبيثة Malignant Epithelial Tumors :

١ ـ السرطانة قاعدية الخلايا Basal Cell Carcinoma ومن مرادفاتها القاعدوم Basalioma .

تنشأ السرطانة قاعدية الخلايا من الخلايا القاعدية لكلٍ من البشرة وجريبات الأشعار وهي تنمو مع ارتشاح وتخريب موضعي للنسج . وهي ورم بطيء السير ، يتطور دون أن يحدث انتقالات ، وهي أكثر الأورام الجلدية السرطانية مصادفة ، وأقلها خبثاً ، وأكثر ما تظهر على المناطق المعرضة للضياء كالوجه (الأجزاء العلوية منه بشكل خاص) بخاصة عند ذوي الجلد الفاتح ذوي العيون الزرقاء ، لا تصيب هذه السرطانة الأغشية المخاطية وهي نادرة لدى السود .

هذا ويمكن تميز أشكال سريرية متنوعة وكثيرة لهذه السرطانة أهمها :

السرطانة قاعدية الخلايا البدئية : وتبدو كجسوء أبيض رمادي صغير مرصع بتوسعات شعرية .

السرطانة قاعدية الخلايا المصمتة : وهي ورم عقيدي ذو مظهر زجاجي شمعي بقوام مكتنز صلب .

السرطانة قاعدية الخلايا المتقرحة : ومن مرادفاتها القرحة القارضة Rodent Ulcer ومن صفاتها : أنها تتطور نحو العمق لتصيب النسيج العظمي (شكل ٢٠ ـ ١٨) .



الشكل ٢٠ـ ١٨ : سرطانة قاعدية متقرحة

السرطانة قاعدية الخلايا المصطبغة : ومن المهم أن تميز عن الملانوم الخبيث ، والوحمة وحمية الخلايا المصطبغة .

السرطانة قاعدية الخلايا القشيعة الشكل : وهي ورم نادر أكثر ما يتوضع على الوجه .

السرطانة قاعدية الخلايا الكيسية : وهي ذات قوام طري نسبياً ، وأكثر ما تتوضع على الأجفان أو الوجنتين .

السرطانة قاعدية الخلايا السطحية : وتدعى أيضاً بالسرطانة قاعدية الخلايا الباجيتانية .

متلازمة الوحمة قاعدية الخلايا Basal Cell Nevus Syndrome : وهي مرض جهازي وحماني وراثي جسدي سائد وتتظاهر بأورام قاعدية متعددة يصاحبها شذوذات عظمية (كيسات في الفك السفلي ، أضلاع مشقوقة الخ ..) وعينية (تباعد العينين) وعصبية (تكلس منجل المخ ..الخ) .

التشخيص التفريقي : يعتمد على الشكل السريري وأهم ما يؤخذ في الحسبان كل من التقرانات المثية ـ داء بوفن ـ التقرانات السفعية ـ السرطانة شائكة الخلايا ـ والملانوم الخبيث في حالة السرطانة قاعدية الخلايا المصطبغة .

المعالجة : يتوقف العلاج على الشكل السريري لهذه السرطانة ـ درجة انتشارها وعمر المريض ويتم حالياً معالجة السرطانة قاعدية الخلايا بأحد المعالجات التالية : ١ً ـ الاستئصال الجراحي (وهو أشيع أشكال المعالجة) ـ الجراحة الكيميائية المعدلة لموس Mhos ـ التخثير الكهربائي ـ المعالجة القرية (استخدام غاز الأزوت السائل) ـ والمداواة بأشعة X .

٢ً ـ السرطانة وسفية الخلايا Squamous cell Carcinoma

ومن مرادفاتها أيضاً السرطانة شوكية الخلايا ، وهي ورم خبيث ذو منشأ ظهاري ، غالباً ما تبدأ ضمن البشرة كسرطانة لابدة (في موضعها) ثم تترقى بعد فترة إلى ورم خبيث مرتشح حقيقي غازي (شكل ٢٠ ـ ١٩) .

تنمو هذه السرطانة بطريقة مخربة ، وتنتقل بشكل رئيسي عن طريق الجهاز اللمفي ، كما يتوضع معظمها على الأماكن المكشوفة من الجسم (بخاصة منتصف الوجه) والشفة السفلى والأغشية المخاطية . هذا وقد ينشأ هذا الورم على جلد سليم ظاهرياً ، إلا أنه قد ينشأ عادةً على تقران ضيائي ـ قرن جلدي ـ داء بوفن ـ طلوان ـ التهاب جلد شعاعي ـ وندبات قديمة [ندبات حروق ـ ندبات ضمورية (ندبات الذأب الشائع أو الذأب الحمامي)] وتتصف هذه السرطانة بأنها أسرع سيراً وأكثر خبثاً من السرطانة القاعدية الخلايا ، كما أنها تنتقل أولاً إلى العقد اللمفية الناحيوية وبعدها تنتقل إلى عقد أخرى بعيدة (شكل ٢٠ ـ ٢٠) .

تبدأ هذه السرطانة في كثير من الأحيان على هيئة فرط تقرن ثؤلولي صغير ومرتفع قليلاً ، بلون رمادي أو أصفر مائل للبني لا يستدعي الانتباه ، وبعدها يترقى بسرعة حيث يحدث نخر تقرحي شديد فيه . علماً بأن هذه السرطانة لا تعف عن الأنسجة الرخوة ـ الغضروف أو العظام ، كما تختلف هذه السرطانة بحسب درجة تميزها فكلما ازدادت الآفة خبثاً فإن ميلها نحو التمايز يقل .

الإنذار : يعتمد على توضع الورم وحجمه ودرجة تمايزه ـ والإنذار سيء نسبياً في سرطان اللسان .



الشكل ٢٠-١٩ : سرطانة وسفية الخلايا



الشكل ٢٠-٢٠ : سرطانة وسفية الخلايا

التشخيص التفريقي : ويشمل التقران السفعي (الشمسي) ـ الشوكوم القرني ـ داء بوفن ـ السرطانة قاعدية الخلايا ـ التقرانات المثية ـ والملانوم الخبيث اللاملاني .

المعالجة : يجب أن تطبق بسرعة نظراً لخطورة الانتقالات . هذا وتعد الخزعة الاستئصالية الواسعة هي العلاج المفضل ، كما يمكن تطبيق المعالجة الشعاعية أيضاً حينما لا يمكن إجراء العمل الجراحي بسبب تدهور حالة المريض أو لكبر سنه كما يمكن للسرطانات وسفية الخلايا عَصيَّة الجراحة ، والأورام التي لم تستأصل كاملة جراحياً كسرطانة القضيب والأورام الانتقالية أن تعالج جهازياً بالأدوية الموقفة لنمو الخلايا .

٣ـ الأورام البشروية الخبيثة الأخرى

ونذكر منها السرطانة داخل البشرة (داء بوفن والتنسج الاحمري لكويرات) ـ الورم الظهاري الليفي (Pinkus) . داء باجيت في الحلمة وداء باجيت خارج الثدي .

ب ـ الأورام الأدمية الخبيثة ـ أورام الأنسجة الضامة

وتشمل على الأغران (الساركومات) المختلفة التي تنشأ في الجلد ونكتفي بذكر بعضٍ منها :

الغرن الليفي الجلدي الناشز (الناتئ)

وهو ورم نسيج ضام جلدي ـ تحت جلدي ، بطيء النمو ـ توضعه الرئيسي على الجذع ـ ويتظاهر بلوحة جدرية قاسية تنتشر نحو المحيط وتبدو بلون احمراري مزرق تظهر عليها عقيدات ناشزة ومتعددة ـ ممتلئة القوام ، كما يكون الورم متحركاً على العمق . يحدث غالباً عند البالغين ، كما أن نكسه الموضعي شائع بعد الاستئصال الجراحي ونقائله نادرة (شكل ٢٠ ـ ٢١) .

غرن كابوزي : هو تكاثر خبيث عديد البؤر يصيب الشعيرات الدموية وخلايا النسيج الضام حول الأوعية في الجلد والأحشاء الداخلية .

أما غرن كابوزي المدرسي التقليدي فيتظاهر ببقع جاسئة ذات لون بنفسجي مزرق تتوضع بشكل متناظر على القدمين . وتتصف بأنها لا تترافق بأعراض شخصية عادةً ، كما أن نقائلها الحشوية قليلة .

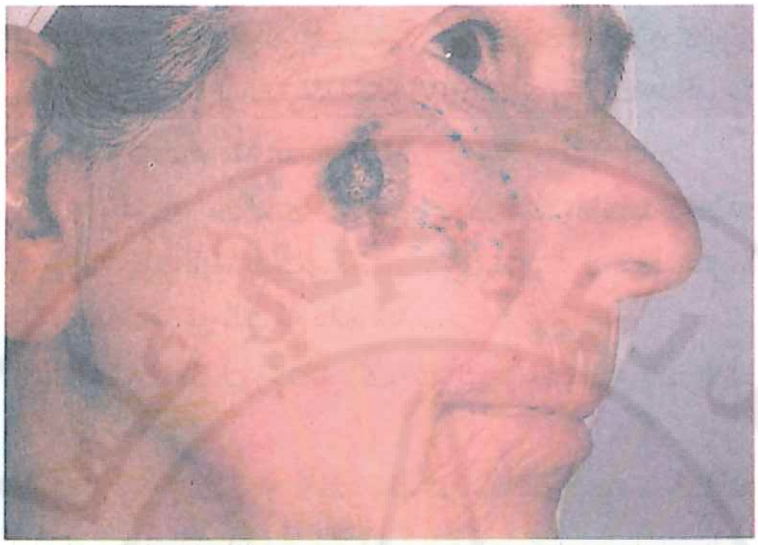
هذا ويختلف هذا الغرن المدرسي عن كلٍ من غرن كابوزي المشاهد عند المرضى المثبطين مناعياً وعن غرن كابوزي الوعائي المنتشر في مرض الإيدز بأن هذين المرضين الآخرين



الشكل ٢٠- ٢١ :الغرن الليفي الجلدي الناشز



الشكل ٢٠- ٢٢ : غرن كابوزي



الشكل ٢٠- ٢٣ : ملانوم الشامة الخبيثة



الشكل ٢٠- ٢٤ : ملانوم شامات النهايات

يتميزان بإصابتهما المرضى في أعمار باكرة ـ وبسرعة تشكلهما وانتشارهما وتعددهما وإصابتهما للأغشية المخاطية لكلٍ من الفم والجهاز الهضمي ـ علماً بأن غرن كابوزي المشاهد في الإيدز قد يكون التظاهرة الوحيدة لهذا الخمج (HIV) لفترة من الوقت (شكل ٢٠ ـ ٢٢) .

جـ الملانوم الخبيث Maliganant Melanoma

يعد الملانوم الخبيث أحد أخبث الأورام التي تصيب الجلد والأغشية المخاطية . ذلك أن سلوك هذا الورم لا يتميز بغزوه الموضعي فحسب ، بل بميله الباكر لإحداث نقائل لمفاوية و/ أو دموية المنشأ وما ينجم عن ذلك من نتائج مميتة .

أما نسبة حدوث هذا الورم فأقل بكثير من نسبة الحدوث في السرطانات الجلدية البشروية .

يصيب الملانوم الخبيث العرق الأبيض وهو نادر جداً لدى السود . كما أنه أكثر ما يظهر عند ذوي الأعمار المتوسطة وهو نادر قبل البلوغ كما تصاب النساء به بمقدار ضعفي الرجال ويمكن أن ينشأ في أي مكان من الجلد والمخاطيات (الفم ـ المخاطية التناسلية) .

لم يتأكد دور العوامل الوراثية في حدوث هذا الورم غير أنه ثمة حالات أسرية من الملانوم الخبيث (١٪ ـ ٧٪ من جميع مرضى الملانوم) .

هذا وإن الملانوم الذي يصيب الجلد إما أن ينطلق من خلايا ملانية بشروية (نحو ١٠٪ ـ ٢٥٪) أو أنه ينطلق من خلايا وحمية (٢٠ ٪ ـ ٥٠٪) وهي إما وحمات ولادية بخاصة العملاقة منها أو مثدونة أو وصلية ، وأندر من ذلك بكثير انطلاقه من وحمات أدمية أو وحمة زرقاء .

وقد يكون مرد زيادة إصابة الملانوم للإناث يعود للدور الهرموني لديهما (يزداد الملانوم سوءاً أثناء الحمل) .

الأشكال السريرية : يمكن تميز الأشكال السريرية التالية من الملانوم الخبيث :

١ ـ ملانوم الشامة الخبيثة (م.ش.خ) Lentigo Maligna Melanoma : ويمثل ٥٪ من أشكال الملانوم ويلاحظ بشكل ملحوظ لدى النساء المسنات ابتداء من شامة خبيثة استمر وجودها لديهن عدة سنوات أو حتى عدة عقود .

أما سريرياً فتظهر ، على الشامة الخبيثة التي تتصف بلونها المتغاير والمتدرج من البني

الفاتح حتى القاتم أو المسود ، وذات الحواف غير المنتظمة ، والمتواجدة بخاصة على الوجه ، ارتشاحات أو عقيدات صغيرة سوداء أحياناً ، فعندها سوف تترافق هذه المرحلة مع غزو الآفة عمقاً وبالتالي حدوث ملانوم خبيث غاز (شكل ٢٠ ـ ٢٣) .

٢ ـ الملانوم السطحي المنتشر (م س م) Superficial Spreading Melanoma :

يمثل ٦٠ ـ ٧٠٪ من الملانوما ويصادف لدى الأعمار المتوسطة (٤٠ ــ ٥٠ سنة) ويتوضع في أي مكان من الجسم إلا أنه يفضل الظهر لدى الرجال والساقين لدى الإناث ويتظاهر بشكل بقعة واضحة الحدود ، ذات حواف قوسية أو عديدة الدوائر . يتراوح لونها غير المتجانس ما بين البني والأسود ولكن يرجح أن تأخذ اللون الرمادي واللون الأسود الضارب للزرقة مع مناطق حمراء .

تكون هذه البقعة مسطحة في البدء وذلك لأن هذا النمط من الملانوم ذو نمو أفقي ، لكنه تبدأ حطاطات مرتشحة وعقيدات بالتشكل بعد هذه المرحلة موحية بأن الملانوم السطحي المنتشر أصبح يغزو عمقاً وعمودياً .

٣ ـ الملانوم العقيدي Nodular Melanoma : يمثل ١٥ ــ ٢٠٪ من الملانوم ، ويظهر بشكل عقيدة مرتشحة ذات لون بني أو أسود مقببة غالباً ، كثيراً ما تنتهي بالتقرح والنزف . يتصف هذا الورم بغزوه المباشر للعمق ، ويلاحظ بكثرة على الرأس والنقرة والصدر .

٤ ـ ملانوم شامات النهايات Acrolentiginous Melanoma : ويمثل ٥ ــ ١٥٪ من ملانومات العرق الأبيض . يظهر هذا الشكل من الملانوم على الراحتين والأخمصين بشكل خاص إضافةً لإصابته نهايات الأصابع والأباخس حيث يلاحظ حول الظفر أو تحته . وهو يتطور بدءاً من بقع صباغية تشبه الشامات وتتوضع في أماكن غير معرضة للضياء غالباً .

هذا ويتسع هذا الملانوم أفقياً في البدء لكنه لا يلبث أن يأخذ بالغزو عمقاً . كما ويعد ملانوم المخاطيات (ويمثل ٢٪ من الملانومات والذي يصيب الفم والبلعوم والمهبل) مطابقاً لهذا النوع من الأورام الملانية ، لذا فقد دعي هذا النمط من الملانوم بملانوم شامات النهايات الخبيث للأغشية المخاطية (شكل ٢٠ ـ ٢٤) .

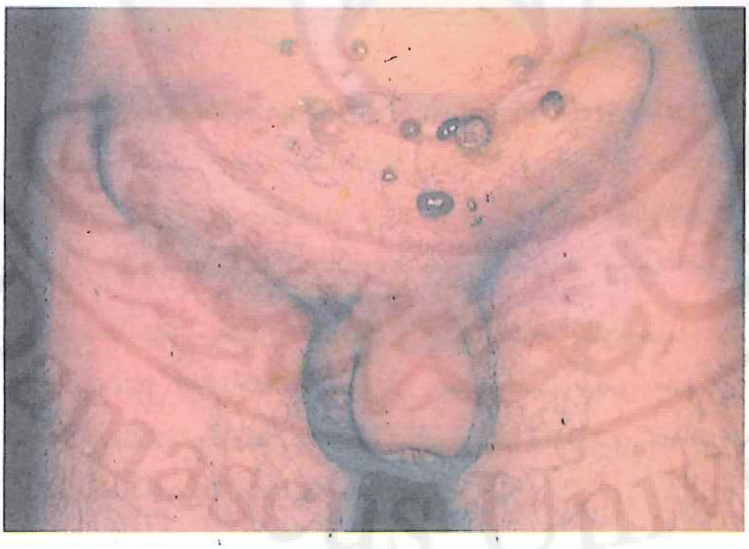
٥ ـ الملانوم الخبيث اللاملاني Amelanotic Malignant Melanoma : يتصف

هذا النمط من الملانوم بعدم احتوائه على صباغ ويتظاهر بشكل ورم حمامي أو وردي كثيراً ما يلتبس بالحبيبوم المقيح أو بالسرطانة وسفية الخلايا . يتصف هذا النمط من الملانوم بأنه أشد عدوانيةً من الملانومات المصطبغة لذا فإن إنذاره أسوأ . و لم يعرف بعد لماذا لا تنتج الخلايا الورمية فيه الملانين . يؤكد تشخيص هذه الأورام بالفحص النسجي الذي يحسن أن يجرى على خزعة استئصالية كما ويعد حجم الورم وعمق الغزو من العوامل المهمة المحددة للإنذار .

الإنذار النسجي : تصنف الآفات نسجياً حسبما يعرف بمستوى كلارك Clark إلى خمسة مستويات فالمستوى الأول يتوافق مع الغزو داخل البشرة بينما المستوى الخامس يتوافق مع الغزو للنسيج تحت الجلد . كما تمكن بريسلو عام ١٩٧٠ من وضع وسيلة أخرى لتقويم الإنذار أيضاً إضافةً لفائدتها في توجيه العلاج وذلك بحسب درجة الغزو الورمي . ولقد وجد أن الإنذار يزداد سوءاً كلما ازداد الورم عمقاً ويعد الإنذار جيداً حين تكون سماكة الورم أقل من ٠,٧٥ ملم (شكل ٢٠ ـ ٢٥) .

التشخيص التفريقي : يفرق الورم الملاني عن عددٍ من الآفات أهمها :

السرطانة قاعدية الخلايا المصطبغة ـ التقران المثي ـ الوحمات المصطبغة ــ وبعض الأورام والآفات المصطبغة الأخرى .



الشكل ٢٠ـ ٢٥ :انتقالات ملانومية

المعالجة : يجب أن تكون باكرة ما أمكن . هذا ولا يوجد في الوقت الحالي إجماع عام حول الإجراءات الأكثر ملاءمة في معالجة الملانومات الخبيثة ، لكن تعد الجراحة الإجراء الواجب القيام به في حالات الملانومات الخبيثة بشكل عام . كما توجد معالجات كيمياوية ومناعية ومعالجات أخرى متنوعة لحالات خاصة من هذه الأورام .

د ـ اللمفومات الجلدية الخبيثة Malignant Cutaneous Lymphomas

وتشمل على داء هودجكين ـ لمفومات لاهودجكينية جلدية ذات درجة خفيفة من الخباثة (لمفومات خلوية) [وسوف نذكر منها كلاً من الفطار الفطراني ـ ومتلازمة سيزاري] ـ ولمفومات لاهودجكينية ذات درجة عالية من الخباثة (لمفومات أرومية) وسوف نضرب صفحاً عنها لأنه جاء ذكرها في أمراض الدم .

الفطار الفطراني Mycosis Fungoides : وهو داء مزمن ، يترقى ببطء ، ليس له سبب معروف ، يبدأ في الجلد إلا أنه قد يصيب العقد اللمفية ونادراً الأعضاء الداخلية في المراحلة المتأخرة ، كما أنه قد يأخذ سيراً قاتلاً . ينتمي هذا المرض إلى اللمفومات الجلدية الخبيثة تائية النموذج ويمتد سيره البطئ فترة سنوات إلى عدة عقود ، ويحدث عادةً بعد الأربعين من العمر كما أن نسبة حدوثه في الرجال أعلى من النساء .

الإمراض : سبب هذا الداء غير معروف وهنالك ما يوحي بمنشأ حمجي (الحمة الخلفية) كما يعتقد بعض المؤلفين أن الفطار الفطراني في المرحلة الباكرة هو في أكثره عبارة عن داء التهابي . ومن جهة أخرى فإن معظم المؤلفين يعدون أن الفطار الفطراني هو لمفوما جلدية خبيثة .

الموجودات السريرية : عرفت للداء ثلاث مراحل هي :

١ ـ المرحلة قبيل الفطارية (مقدمة الفطار) : وقد تدوم عدة سنوات ولا تكون وصفية لا سريرياً ولا تشريحياً مرضياً وتتظاهر بأعراض تشبه الإكزيمة النمية والصداف الشائع ونظير الصداف اللويحي أو الحزاز البسيط المزمن .

٢ ـ المرحلة الاشتدادية : ومرحلة الارتشاح ، تأخذ فيه آفات المرحلة المقدمة للفطار بالارتشاح والامتداد ، إضافةً لأنها يمكن أن تبدي احمراراً التهابياً أو تلوناً بنفسجياً محمراً . كما تظهر فيها الحكة . هذا ومن الملحوظ أن البقع الارتشاحية الكبيرة تحتوي على جزيرات

محددة بشكل واضح من جلد سليم .

٣ ـ المرحلة الورمية : تحدث هذه المرحلة بعد فترة مختلفة ، وهي غالباً عدة سنوات . وعادةً ما يشاهد تطور الأورام ضمن البقع المرتشحة ، هذا وقد تأخذ الأورام المتطورة التي قد تتقرح أشكالاً ونماذج مختلفة منها ما يشبه حبة البندورة ، أو ما يشبه الكمثرى . كما يمكن أن تتشكل هذه الأورام وحدها أحياناً حيث لا يمر نشوء هذه الأورام بالمرحلتين الأوليين. هذا وتنتقل الإصابة بالفطار الفطراني في مراحله المتقدمة إلى العقد اللمفية عادةً وإلى الأحشاء (طحال ـ كبد ـ رئة ـ سبيل هضمي الخ) .

متلازمة سيزاري Sezary syndrome : وهي احمرية جلدية حاكة مع اعتلال عقد لمفية ، ناجمة عن خلايا لمفاوية شاذة لها خواص الخلية التائية ولها بشكل رئيس النمط الشكلي للتائيات المساعدة وتشاهد هذه الخلايا في الجلد وفي الدم وأحياناً في نقي العظام وهذه المتلازمة نادرة الحدوث .

المعالجة : تقوم معالجة الفطار الفطراني في مراحله الباكرة على المعالجة الضوئية (التعرض للشمس أو للأشعة ما فوق البنفسجية) وعلى المعالجة بالكيماضوئية (PUVA) والتطبيقات الموضعية لمضادات الانقسام مثل محلول الميكلوريتامين Mechlorethamine بينما تعطى في مراحله الورمية أشعة X أو علاج جهازي كيماوي (خطة Copp المؤلفة من سيكلوفوسفاميد ـ أونكوفين ـ فينكريستين) .

هـ ـ الأورام المتوضعة في الجلد من منشأ غير جلدي

وهي الأورام التي تنتقل إليه من أماكن أخرى ، وهي إما أن تكون سليمة (كالبطانوم الرحمي Endometrioma) أو خبيثة حيث يغلب على هذه الأخيرة أن تكون أوراماً انتقالية . علماً بأن الأورام الخبيثة التي تنتقل للجلد تكون على نوعين فإما أن تنتقل إليه من الجوار (كما في سرطانات الثدي) أو تنتقل إليه من أماكن بعيدة (كما في نقائل الأغران الحشوية المختلفة ، ونقائل البروستات التي تبدأ في الأجهزة الداخلية) هذا وقد تكون النقائل الجلدية أحياناً أول ظاهرة لورم خبيث داخلي يكتشف من خلالها .

الفصل الواحد والعشرون

الأدوية والمعالجات الجلدية

يستخدم الأطباء الجلديون في معالجة الأمراض الجلدية معالجات موضعية أو خارجية ، ومعالجات جهازية أو داخلية ومعالجات فيزيائية وجراحية مختلفة وسوف نتكلم باختصار عن كلٍ من تلك المعالجات .

أ ـ الأدوية والمداواة الخارجية

كثيراً ما تكون المعالجة الموضعية أو الأدوية الخارجية كافية بمفردها في معالجة الكثير من الجلادات ، لذا كان ضرورياً على الأطباء الإلمام بمفردات تلك الأدوية ـ استطباباتها ـ تأثيراتها الدوائية والجانبية .

هذا وتتألف معظم الأدوية الخارجية من مادة مؤثرة ومن أساس (سواغ حامل) وكلاهما مهم في المعالجة . وسنأتي على ذكرهما بشيء من الاختصار :

١ ـ المادة المؤثرة : وهي المادة أو المواد المؤثرة المنتخبة ، وهي عديدة نذكر منها الكبريت ـ أكسيد الزنك ـ بنزوءات البنزيل.. الخ .

٢ ـ السواغ : إن السواغ ليس بمادة عاطلة تضاف لملء الفراغ ، بل هو مادة فعالة يمكن استخدامها بمفردها دون إضافة المادة المؤثرة عليها في المعالجة ، كما هو الحال في استخدام بعض المراهم كالوذلين* Vaseline علماً بأن للأساس الجلدي المنتقى بشكلٍ صحيح فعلاً شافياً ، كما وقد تكون في الوقت نفسه لبعض مكونات الأساس مستأرجات بالتماس . لذا كان من الضروري إجراء اختبار رقعي في الحالات الإفرادية لبيان إمكانات تحمل المريض للأساس ، لذا فإنه لا يقل استخدام السواغ في معالجة آفة جلدية ما ، أهميةً عن انتخاب المادة المؤثرة .

---

* الوذلين : قد يسبب زيادة في الانقسام الخلوي ، وشواك بشروي .

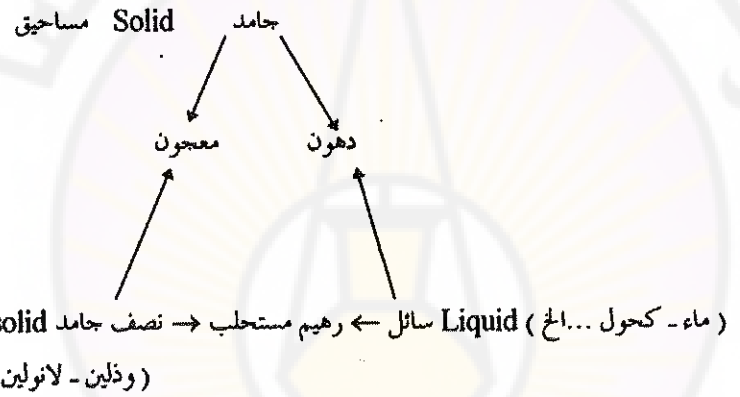
يأخذ السواغ أحد الأشكال الرئيسة التالية وهي :

١ ـ شكل جامد Solid (المساحيق Powder) .

٢ ـ شكل نصف جامد Semi - Liquid (وذلين ـ لانولين الخ) .

٣ ـ شكل سائل Liquid (ماء ـ محول ومذيبات أخرى) .

هذا وقد يكون تركيب السواغ معقداً كأن يتكون من انضمام شكلين أو أكثر من أشكال السواغات الرئيسية السابقة ، مؤدياً بذلك لتكوين جزء كبير من الأشكال الصيدلانية المتعددة مثل الدهونات ـ الرهيمات والمعاجين كما في الترسيم التالي :



١ ـ المساحيق Powders : وهي جزئيات حبيبية جافة قابلة للتبعثر مثل الطلق talc ـ أوكسيد الزنك ـ كاؤلين ـ كما قد يضاف إليها العديد من المواد الفعالة كالصادات ومضادات الفطور .

التأثيرات الدوائية : للمساحيق تأثيرات مبردة ـ حافظة ـ مضادة للالتهاب ـ مضادة للاحتكاك ـ ومخففة للجلد من جراء سطوح تماسها الواسعة بالجلد ومن مقدرتها على امتصاص مقادير ضئيلة من المفرزات .

التأثيرات الجانبية : تكون المعالجة بالمساحيق غير فعالة في الحالات الجلدية المرتشحة وشديدة الالتهاب ، كما يجب تجنبها في الجلادات المتآكلة النازة والمتحلبة بشدة ، لأنها تؤدي لزيادة التحلب إضافةً لخطر حدوث خمج ثانوي .

الاستطبابات : تطبق المساحيق في معالجة الطفحيات الحمامية الحادة طالما لا نجد فيها ارتشاحاً ولا ترافقاً بآفات ثانوية .

٢ ـ الدهونات Lotions : تتكون الدهونات أو الدهونات المخفوقة shake lotion من سائل يتعلق به مسحوق . أما السائل فقد يكون ماءً أو كحولاً .

هذا ويؤدي تبخر سائل الدهون بعد تطبيقه على الجلد إلى التصاق المادة الدوائية المؤثرة في سطح الجلد بشكل طبقة رقيقة ، وبعبارة أخرى فإننا ننجح بلصق المسحوق على الجلد إذا ما استعنا بهذا الشكل الصيدلاني . كما وكثيراً ما يضاف الغليسرين إلى الدهون بغية جعل المسحوق أشد التصاقاً . نذكر من الدهونات المستعملة بكثرة في الأمراض الجلدية دهون الكالامين ويتركب

RP	
calamine	15
Zinc oxide	5
Glycerin	5
Water	to 100

التأثيرات الدوائية : للدهونات المخفوقة تأثيرات مبردة ، مقبضة ، مجففة ، ومضادة للالتهاب السطحي .

التأثيرات الجانبية : إن الدهونات غير ملائمة في معالجة الآفات الجلدية المتجلبة والنازة .

الاستطبابات : يوصى بتطبيق الدهونات فترة قصيرة فقط عند المرضى ذوي الجلود الجافة . كما تطبق الدهونات في معالجة الجلادات الالتهابية السطحية الحادة وتحت الحادة (التهاب الجلد بالتماس الحاد) . إضافةً لذلك فإنه يستطب بها في تجفيف النفاطات الكبيرة (كخلل التعرق) ـ علماً بأن الدهونات المخفوقة تصلح لتكون أساساً في معالجة الجلادات المثية والمذحية بسبب تأثيراتها المجففة .

المراهم Ointments : تتكون المراهم دوماً من أسس دهنية يُضاف إليها عنصر أو عدة عناصر دوائية مؤثرة . أما السواغ الدهني فقد يكون حيوانياً أو نباتياً أو معدنياً ، لكن

أكثر السواغات المستعملة هي الوذلين ـ اللانولين ـ البارافين ـ البولي إيتلين غليكول ، إضافة إلى المستحلبات المحبة للدهن (من نوع الماء في الزيت م/ز) الذي كثر استعمالها في الوقت الحاضر لأنها تقي الجلد من المواد المحبة للماء .

التأثيرات الدوائية : تشكل المراهم الدهنية طبقة ساترة كتيمة على سطح الجلد ، ذات خواص مدفئة حابسة للماء ومطرية للجلد . إضافةً لتأثيرها المشحم والمطري .

التأثيرات الجانبية : للمراهم ميل لزيادة فوعة الالتهاب في حالات التهابات الجلد الحادة ، وإمكان خطرها لإحداث خمج ثانوي من جراء تشكيلها غطاءً كتيماً إضافة لحبسها للمفرزات .

الاستطبابات : تستخدم المراهم في معالجة التهابات الجلد المزمنة (صداف ـ إكزيمة مزمنة ـ حزاز محصور ...) وفي تطرية الوسوف والجلبات أو لتشحيم المرضى المصابين بانعدام الزهم .

الرهيمات Creams : تطلق الرهيمات على المراهم المتضمنة على الماء . ويتركب الرهيم في الأساس من مستحلب من نمط الزيت في الماء (ز/م) مثل حليب البقر مثلاً حيث تكون قطيرات الزيت أو الدهن موزعة في الماء ويدعى هذا النمط أيضاً بالمستحلب أو الرهيم المحب للماء من جراء مقدرته الماصة للماء .

التأثيرات الدوائية : للرهيمات تأثيرات مبردة ومضادة للالتهاب من جراء تحرر الماء (مبردة بالتبخر) ، وهي تلتصق بالجلد الرطب وتنفذ بسرعة إليه ، كما وأنها قابلة للغسل بالماء .

التأثيرات الجانبية : للرهيمات تأثيرات مجففة وذلك بسبب ميلها للتبخر ، كما أنها تحرض على الجفاف والتوسف في حالات جفاف الجلد أو انعدام الزهم لذا فإنه يوصى بعدم استعمالها عند المصابين بانعدام الزهم وفي حالات جفاف الجلد مثل السماك والتهاب الجلد التأتبي .

الاستطبابات : يوصى بتطبيق هذه الرهيمات في الحالات الالتهابية الحادة أو النازة وفي جميع حالات الإصابة بالمث .

أما الهلامات المائية Hydrogels فما هي بالحقيقة سوى رهيمات غنية بالماء وقابلة للانتفاخ به أيضاً ، معطية أساساً مخاطياً . هذا وتتصف الهلامة المائية بتأثيرها المبرد ، والمضاد للالتهاب السطحي ، إضافةً لتأثيرها المضاد للحكة .

المعاجين Pastes : وهي مراهم تحتوي على كمية من المسحوق . أما مقدار المسحوق المكون لها فلا يقل عن ١٠٪ ، لذا فإنه يمكن أن نميز أصنافاً مختلفة من المعاجين استناداً إلى تركيز المسحوق فيها مما يؤدي لأن يكون بعضها طرياً وبعضها الآخر قاسياً . ومما يجدر ذكره هنا أن هنالك معاجين معيارية نذكر منها معجونة لاسار التي نستخدمها كثيراً في معالجة الأمراض الجلدية وذلك لفعلها المبرد والمضاد للالتهاب ، والحافظ للحرارة . أما تركيب معجونة لاسار فهو :

RP. Zinc oxide

Wheat starch á á 25.0

White petrolatum to 100.0

الشرائط اللاصقة Plasters : وهي في الأساس مواد لدينية Plastic قابلة للالتصاق على الجلد ، إضافةً لأنها محتوية على عناصر دوائية فعالة .

تتصف هذه الشرائط اللاصقة بتأثيراتها العميقة والمطرية ، كما أنها كثيراً ما تؤدي إلى التهابات جلد بالتماس .

الضمادات الرطبة Wet Dressing : وتحضر بغمس قطع نظيفة من الشاش بمحاليل مائية مطهرة عادةً ، ثم تطبق على المكان المراد معالجته . هذا ويجب أن تعصر قطع الشاش قبل تطبيقها كما يعاد غطسها بالمحلول كلما جفت .

أما المحاليل المستعملة لهذه الغاية فكثيرة جداً ، نذكر منها محلول برمنغنات البوتاسيوم المائي بنسبة ١/٨٠٠٠ ومحلول نترات الفضة المائي بنسبة ١/١٠٠٠ ومحلول خلات الألمنيوم (محلول Burrow) المخفف بنسبة ١/٣٢ .

يستطب بالضمادات الرطبة في معالجة التهابات الجلد الحادة وذلك لتأثيراتها المطهرة ، المضادة للنتح ، والمخففة للحكة .

الحمامات Baths : ليس القصد من الحمامات هنا النظافة وإنما المداواة ويتم الحمام بإضافة مواد دوائية مثل مضادات الالتهاب ـ زيوت ـ مواد حالة للقرنين ـ مطهرات كبرمنغنات البوتاسيوم إلى مياه الحمام الدافئة .

هذا وقد تكون الحمامات جزئية وتقوم على غطس جزء من الجسم كأن تقوم على

غطس القدمين ـ اليدين ـ أو المقعد ...الخ أو تكون شاملة للجسم كافة .

يستطب بالحمامات الجزئية أو الكاملة لتنظيف التراكمات المرضية وإزالتها من الجلد وفي معالجة الآفات الجلدية الناتحة أو النازة .

الصبغات والمحاليل الجلدية Dermatological Tinctures and Solutions :

وتتركب من أساس (سواغ) ودواء جلدي ، كما أن معظمها يكون على شكل محاليل لأدوية أو لخلاصات دوائية إضافةً إلى مذيب غولي أو مذيبات سائلة أخرى . تستعمل الصبغات عادةً في معالجة الآفات الجلدية الموضعة فقط وفي معالجة الثآليل .

نذكر من الصبغات صبغة البودوفيلين Podophyllin التي تستخدم في معالجة اللقمومات المؤنفة ومن المحاليل نذكر محلول اليود ذو الخواص المطهرة . هذا وهنالك صبغات عديدة جداً لا مجال لذكرها .

الاستطبابات : تستخدم الصبغات والمحاليل الجلدية في معالجة الفطارات السطحية ـ الأكزيمة المزمنة ـ معالجة الثآليل وفي معالجة التقيحات الجلدية .

الطلاءات Varnishes : وهي شكل خاص من الصبغات إلا أنها تنقلب بعد جفافها إلى طبقة رقيقة جداً (فِلْم Film) .

تستعمل الطلاءات بخاصة في معالجة التقرانات الجلدية المحددة مثل الثآليل ـ الأثفان والأششان وكمثال على الطلاءات نذكر الكولوديون الصفافي ويتركب :

RP.	Salicylic acid	4
	Lactic acid	4
	Collodion	to 16

ب ـ الأدوية والمعالجات الجهازية أو الداخلية للجلادات

قد لا تكفي الأدوية الخارجية وحدها في السيطرة والتغلب على بعض الجلادات وبالتالي شفائها ، لذا فإننا نستعين في معالجة تلك الجلادات بالأدوية الداخلية أو الجهازية . أما الأدوية الداخلية التي توصف في معالجة الأدواء الجلدية والتي تعطى إما عن طريق الفم أو زرقاً في العضل أو الوريد فهي أدويةٌ ليست خاصة في معالجة الجلادات بل هي تلك الأدوية التي تستخدم أيضاً في معالجة الأدواء الباطنية . هذا وسنذكر أهم هذه الأدوية :

الستيروئيدات القشرية : لعل الستيروئيدات القشرية أهم الأدوية الداخلية التي تعطى في الطب الجلدي وذلك لأهميتها في معالجة أمراض الجلد الارجية (الصدمة التأقية ـ الشرى الحاد ـ الوذمة العرقية العصبية) إضافة لأهميتها في معالجة جلادات عديدة أهمها أمراض المناعة الذاتية (فقاع ـ فقاعاني فقاعي ـ ذآب حمامي بحموعي ـ التهاب الجلد والعضل ـ التهاب ما حول الشريان العقد) ، وفي معالجة متلازمة لايل المحدثة دوائياً .

تتصف الستيروئدات القشرية بامتلاكها فعالية قوية مضادة للالتهاب حيث أنها تمنع تشكل البروستاغلاندين الذي يعد أهم العوامل الوسيطة في الالتهاب هذا ويتجلى تأثير الستيروئيدات القشرية المضاد للالتهاب بوضوح في الجلد وذلك بتقبض الأوعية وتثبيط عمل كل من العدلات والبالعات واللمفاويات .

أما التأثيرات الجانبية الجهازية للستيروئيدات القشرية فسوف نضرب صفحاً عنها لأنها وردت في بقية فروع الطب الأخرى (أدوية ـ باطنة) لذا فسنذكر فقط أهم تأثيراتها الجانبية الجلدية وهي : العد الستيروئيدي ـ الفرفرية الستيروئيدية ـ الضمور ـ الشعرانية ـ الفزر الجلدية ـ اندفاعات عدية الشكل ـ دمامل ـ أخماج بالمبيضات ـ أخماج أخرى بالجسم مع اضطراب في شفاء الجروح .

وما يجدر ذكره بهذا الصدد أنه لتقليد نظم الإفراز الكظري يجب أن تعطى الجرعة الفموية الكاملة (أو الجرعة الكبرى في حال الجرعات المجزأة) بين الساعة ٦ ـ ٨ صباحاً ، كما ينصح باستعمال الجرعات المتعاقبة (المتناوبة) في المعالجة الطويلة ، وهذا يعني مضاعفة جرعة الستيروئيد وإعطاءها مرة كل يومين .

الصادات : تلعب الصادات كما هو معروف إما دوراً موقفاً لنمو الجراثيم أو قاتلاً لها . وكذلك فإن بعض الصادات تملك فعالية ضد متعضيات حمجية غير جرثومية مثل الفطور .

تستعمل الصادات لمعالجة الأخماج الجرثومية في الجلد والأغشية المخاطية ، كما استعملت في حالات جلدية غير التهابية كما هو الحال في استعمال التتراسكلين في معالجة العد الوردي .

وسنكتفي هنا بذكر أهم الصادات المستعملة جهازياً في معالجة الجلادات :

البنسلينات : وتستعمل في معالجة كلٍ من الأفرنجي ـ السيلان البني ـ الحمرة ـ التهاب الجلد بالعقديات ـ التهاب جلد النهايات المزمن المضمر ـ الحمامى المزمنة الهاجرة ـ وبوريليا بورغدورفيري المؤدية لحدوث اللمفومات الكاذبة .

التتراسكلينات : وتأتي بعد البنسلينات من حيث تواتر الاستعمال ، أما أهم استعمال لها في طب الجلد فهو استعمالها في معالجة كلٍ من العد الشائع والعد الوردي ـ وفي معالجة الأفرنجي وذلك عندما يكون المصاب به متحسساً للبنسلين .

الاريثرومايسين Erthromycin : ويستعمل في معالجة الأمراض الزهرية لأنه الدواء البديل في معالجة الأفرنجي إذا ما كان المريض مصاباً بأرجية للبنسلين ، كما يستعمل في معالجة بعض أشكال التهاب الجلد وفي معالجة العد الشائع .

الريفامبيسين Rifampicin : ويستعمل في معالجة كلٍ من سل الجلد والجذام .

السلفوناميدات والسلفون : قد تستبدل الصادات بالسلفوميدات من جراء ازدياد المقاومة للصادات . كما وأن من الاستطبابات المهمة للسلفوناميدات استخدامها في معالجة القرح اللين ، أما السلفون (دي أمينودي فنيل سلفون ـ دابسون DDS) ومشتقاته فيتصف بفعالية خاصة ضد المتفطرات (دواء مهم في معالجة كل أشكال الجذام) إضافةً لاستعماله في جلادات متنوعة مثل التهاب الحلئي الشكل ـ تقيح الجلد المواتي ـ التهاب الشفة الحبيبومي لميشر .

مضادات الفطور : وأهمها الغريزوفولفين ـ مشتقات الإيميدازول Imidazol ـ النستاتين والأمفوتربسين ب .

مضادات الليشمانيا : ونذكر منها أملاح الانتيموان (الغلوكانتيم ـ والبنتوستام) .

مضادات الهيستامين : تؤثر مضادات الهستامين بشكل تنافسي في مستقبلات H_1 في الأوعية الدموية وفي العضلات الملساء وذلك بسبب التشابه الجزيئي مع الهستامين . يستطب بهذه المضادات في كلٍ من الأدواء الجلدية الارجية والحاكة ـ الشرى ـ والإكزيمة ، إضافةً إلى أشكال أخرى من التأتب علماً بأن هذه الأدوية تعد فعالة عن طريق الفم إلا أنه تتوفر مستحضرات وريدية وعضلية منها ، وذلك للاستعمال الإسعافي .

أما أهم التأثيرات الجانبية لهذه المضادات فأهمها التأثير المركن والذي يختلف تبعاً للدواء

وللمريض بخاصة عند مشاركتها مع الكحول أو الأدوية النفسية حيث يزداد تأثيرها . إضافةً لذلك فإنها تملك تأثيرات جانبية مضادة لكلٍ من الفعل الكولينرجي ـ الأدرينالين ـ وللسيروتونين .

هذا وقد تم حديثاً تطوير أدوية مضادة للهيستامين (Astemizol, Terfenadine) ، تتصف بأنها ذات تأثير مركن خفيف وذلك بسبب فشلها في عبور الحاجز الوعائي الدماغي . يجب على الطبيب أن يكون ملماً بشكل جيد بكل دواء من كل زمرة من الأدوية المضادة للهيستامين ، ذلك أنه قد يتطلب الأمر تغيير الدواء أو مشاركته بمضاد هيستامين آخر ، لذا فإنه يجب عليه أن يختار دواءً ينتمي إلى زمرة أخرى من مضادات الهيستامين .

مضادات الملاريا : وهي أدوية مضادة للالتهاب أيضاً ، وتستعمل في طب الجلد لمعالجة الذأب الحمامي بخاصة الشكل القريصي ـ الأدوية الجلدية الضيائية ـ وبمقادير منخفضة جداً في معالجة بعض أشكال البرفيرية (البرفيرية الجلدية الآجلة) .

موقفات التكاثر الخلوي وكابتات المناعة : يجب على الطبيب قبل أن يستعملها أن يكون ملماً بآلية تأثير هذه الأدوية وبتأثيراتها الجانبية . أما أهم أدوية الموقفات والكابتات التي نستخدمها في طب الجلد فهي : ٥ ـ فلورويوراسيل (ويستخدم في معالجة التقرانات الضيائية ـ وبعض أشكال فرط تنسج الجلد) والميوتركسات الدواء المضاد للحمض الفولي ويستعمل في معالجة الفقاع وفي الأحمرية الصدافية والأشكال المعندة من الصداف . والأزاتيوبرين (Imuran) الذي يعتبر دواءً فعالاً كابتاً للمناعة وكثيراً ما نصفه في معالجة الفقاع وبعض أمراض المناعة الذاتية الأخرى ، كما يمكننا أن نخفض جرعة الستيروئيدات القشرية عند معالجة الأدواء الفقاعية والمناعية الذات بمشاركته معها .

الرتينوئيدات : وتشتق من فيتامين آ الحامضي . يوجد في الوقت الحالي مستحضران من تلك الرتينوئيدات العطرية يستعملان جهازياً في معالجة بعض الأدواء الجلدية وهما إترتينات ١٣ سيز حمض الريتنوئيك 13- Cis - Retinoic Acid أما إترتينات الرتينوئيدات العطرية (Tigason) فيستطب بها في معالجة الأشكال المعندة للصداف وفي الأحمرية الصدافية . الصداف البثري وفي اضطرابات التقرن والنخالية الحمراء الشعرية . كما ويستطب بـ ١٣ سيز حمض الرتينوئيك في معالجة الأشكال المعندة من العد بخاصة العد المكعب والعد الوردي البثري

الشديد . لكنه يجب الانتباه للتأثيرات الجانبية العديدة للرتينوئيدات قبل وصفها ومنها التأثير الماسخ للجنين .

مزيلات التحسس : هنالك طريقتان لإزالة تحسس العضوية تجاه بعض الأغذية والأدوية :

١ً ـ الطريقة النوعية : وتعتمد على إزالة التحسس بالمواد المحسسة ذاتها بعد معرفتها ، ومن ثم تلقيح المصاب بحقن بكميات زهيدة ومتزايدة من خلاصة تلك المواد المحسسة .

٢ً ـ الطرقة اللانوعية أو المعالجة المثيرة أو المحرضة : وتستهدف هذه الطريقة تقوية الوظائف المناعية للجسم باللجوء إلى حقن مواد دوائية ـ خلاصات جرثومية مضعفة أو أخلاط المريض ذاته وبمقادير متزايدة .

ج ـ المعالجات الفيزيائية والجراحية

يجابه الأطباء الجلديون يومياً إضافة للآفات الجلدية التي تشفى عن طريق المعالجات الدوائية العديد من الآفات التي ينصح بمعالجتها إما عن طريق الأقلمة أو أن معالجتها تتطلب اللجوء إلى طرائق فيزيائية أو جراحية .

١ً ـ المعالجات الفيزيائية :

آ ـ **المعالجة بالأقلمة Climatotherapy** : تعد الإقامة في إقليم معين واسطة مهمة في معالجة العديد من الجلادات بخاصة لأولئك المصابين بجلادات عصبية أو نفسية المنشأ لأن من فوائدها تحسين نفسية المريض . أما أكثر الأقاليم التي ينصح بها فهما الإقليمان الجبلي والبحري .

١ً ـ الإقليم الجبلي : يتصف الإقليم الجبلي بضغطه الهوائي المنخفض ، وبهوائه النقي وشمسه الغنية بالإشعاعات ما فوق البنفسجية . هذا ويستطب بهذا الإقليم في معالجة كلٍ من الصداف ، والتهاب الجلد التأتبي .

٢ً ـ الإقليم البحري : أما الإقليم البحري فيتصف برطوبته ، واحتوائه على كميات لابأس بها من اليود ـ والكلور ، وبشمسه التي تقارب في إشعاعاتها تركيب الإشعاعات الشمسية الجبلية ، ومياهه الغنية بالكثير من الأملاح المعدنية علماً بأن طريقة المعالجة بهذا الإقليم غالباً ما تتم عن طريق الاستحمام والأستشمس (ماء مالح + أشعة ما فوق

بنفسجية) . ينصح بهذا الإقليم في معالجة كلٍ من الصداف ـ نظائر الصداف ـ العد .

ب ـ المعالجة بالبرودة (المعالجة القريـة Cyotherapy) : تـؤدي الـبرودة الشـديدة لإحداث تجمد المسافات خارج الخلوية مشكلة وسطاً فائق التوتر ، يؤثر في الاستقلاب الخلوي ، ومسبباً تمزق الخلايا وموتها . ومن بين ما تضمنه الوسائل المستخدمة في هذا المجال :

١ ـ ثلج ثاني أكسيد الفحم Carbon Dioxide Snow) : تبلغ حرارة ثلج ثاني أكسيد الفحم ـ ٧٩° تحت الصفر . ويتلقى هـذا الغاز المضغوط بأجهزة خاصة تطبق على الناحية المراد معالجتها لمدة تتراوح ما بين ٦ ـ ٦٠ ثانية وذلك تبعاً لنوع الآفة المراد معالجتها . وكثيراً ما نلجأ إلى مزج كرات الثلج الفحمي مع الأسيتون لزيادة التأثير المبرد لهذا الغاز .

يستعمل ثلج ثاني أكسيد الفحم في معالجة بعض الجلادات (إتلاف بعض أشكال الليشمانيا الجلدية ـ معالجة الثآليل المنبسطة الفتوية ـ الذأب الحمامي القريصي ـ العد ـ والعد الوردي).

٢ ـ الآزوت السائل Liquid Nitrogen : أما حرارته فتبلغ ١٩٥° تحت الصفر . يمكن تطبيق الآزوت السائل مباشرةً على الآفة الجلدية حيث يغمس حامل قطن في قارورة مملوءة بالآزوت السائل ويطبق بعدها على الآفة المراد معالجتها لمدة تتراوح مابين ٣ ـ ٥٠ ثانية وذلك تبعاً للآفة المراد معالجتها . علماً بأنه يوجد هنالك أجهزة خاصة تسمح بزر الآزوت السائل مباشرةً على المكان المراد علاجه يمكن الاستعانة بها . أما أهم الجلادات التي نعالجها بالآزوت السائل فهي : الليشمانيا الجلدية ـ التقرانات المثية ـ الحبيوم المقيح ـ اللقموم المؤنف ـ المليساء السارية ـ ندبات العد الضخامي ـ التقرانات السعفية ـ داء بوفن .

جـ ـ الحرارة : تستعمل الحرارة موضعياً في بعض الجلادات بغرض تنشيط التفاعلات الموضعية ، أو من أجل تليينها وتميعها . أما آلية تأثيرها فتقوم على إحداث تبيغ فاعل ـ المساعدة على الامتصاص ـ زيادة الإمداد بالأكسجين عن طريق زيادة التروية الدموية ـ وتخفيف الألم . هذا وهنالك طرائق عديدة لتطبيق الحرارة موضعياً أهمها تلك التي نستعين بها بالمصابيح الكهربائية التي تصدر إشعاعات ما تحت الحمراء الحرارية .

يستطب بالإشعاعات الحرارية في معالجة الدمامل ـ الجمرة ـ الآلام العصبية ـ داء الشعرويات العميقة ـ والليشمانيا الجلدية .

د ـ الكهرباء : وهي أكثر الوسائل استخداماً في المعالجات الجلدية والتي تتم إما عن طريق الكهرلة أو عن طريق الجراحة الكهربائية الجلدية .

الكهرلة (التحليل الكهربائي Electrolysis) : ويلجأ فيها لاستخدام تيار مستمر حيث يغرز مهبطه على الجلد المراد علاجه بينما يمسك المريض المصعد بإحدى يديه .

تستخدم الكهرلة في معالجة الشعرانية حيث تخرب بواسطتها الأشعار بشكل دائم ، كما تستخدم أيضاً لتخريب الشعيريات المتوسعة والوحمات العنكبوتية .

الجراحة الكهربائية Electroscurgery : ويستخدم هنا في الجراحة الكهربائية تيار متناوب عالي التوتر يعد كتيار مُنفذ Diathermy . أما تخريب النسج فيتم بالجراحة الكهربائية عن طريق تحول الطاقة الكهربائية لحرارية من جراء مقاومة النسج . علماً بأنه تكون الطاقة المتجمعة عند المسرى المُرَكَّز كبيرة جداً بحيث يمكن بوساطتها صعق النسيج ـ تجفيفه ـ تخثيره ـ أو قطعه . هذا وتؤدي عملية تخثير النسيج إلى حدوث إرقاء فوري .

أما أكثر تطبيقات الجراحة الكهربائية استخداماً في طب الجلد فهو التخثير الكهربائي الذي يستطب به في معالجة كل من التقرانات السفعية ـ التقرانات المثية ـ الثآليل ـ الليفومات الرخوة ـ الحبيبوم المقيح ـ اللويحات الصفراء ـ الشعيريات المتوسعة ـ الوحمات العنكبوتية ـ سرطانة الخلية القاعدية الصغيرة ـ إزالة الأشعار الزائدة غير المرغوب فيها .

هـ ـ الإشعاعات : هنالك نوعان من الإشعاعات يستخدمان في معالجة الأمراض الجلدية وهما :

١ً ـ الإشعاعات غير المؤينة والتي هي إشعاعات كهرطيسية ذات أطياف محددة وتضم كلاً من الطيف المرئي (الطيف الضوئي) والطيفان غير المرئيين [فوق البنفسجي UV ، وتحت الحمراء IR (الطيوف جنبية الضوء)]. أما أكثر الإشعاعات غير المؤنية المستخدمة في معالجة الجلادات فنذكر منها كلاً من أشعة الليزر ، والإشعاعين ما فوق البنفسجيين A ، B .

المعالجة بالليزر : تنجم كلمة Laser عن اختصار الكلمات التالية :

Light amplification by stimulated emission of radiation

أي تضخيم الضوء بالبث المنشط للإشعاع ، حيث يؤدي إمرار كم * ضوئي عبر ما

* وهي أصغر مقدار من الطاقة يمكن أن يوجد مستقلاً .

يدعى بالوسط الفعال لليزر ، [ذلك الوسط الذي قد يكون صلباً (بلور اليساقوت) أو سائلاً (صباغ الرودامين) ، أو غازياً (الآرغون ـ ثاني أوكسيد الفحم)] إلى بث كم ضوئي إضافي له طول الموجة نفسه (بث منشط) ، إضافةً لإنتاج ضوء الليزر المركز بوساطة عدسات خاصة ذات قدرات أكبر ، إذ يمكن تخريب الغرانيت مثلاً بوساطة الضوء المركز الليزر CO_2 هذا وتستخدم الليزرات في طب الجلد لمعالجة الوعاؤومات الوعائية المنبسطة ـ الشعيريات الوعائية المتوسطة ـ البحيرات الوريدية (ليزر أرغون ـ ليزر الصباغ) ـ تخثير الأورام الجلدية السطحية مثل سرطانات الخلية القاعدية ـ داء بوفن (ليزر YAG) كما تستخدم في معالجة الحليمومات الحموية [اللقموم المونف ـ الثآليل الشائعة ـ الحطاط البوفاني (ليزر CO2)] .

المعالجة بالأشعة ما فوق البنفسجية وهي :

وهي أشعة إما من نوع أ (وطول موجتها مابين ٤٠٠ ـ ٣٢٠ نانو متر) ، أو من نوع ب (وطول موجتها مابين ٣٢٠ ـ ٢٩٠ نانو متر) . تستخدم الأشعة ما فوق البنفسجية الصنعية ، التي تصدر عن مصابيح خاصة ، مثبتة إما ضمن حجيرة صغيرة ، لتشعيع جزء من الجسم المراد معالجته ، أو مثبتة ضمن حجرة كبيرة تشبه المحرس يقف داخلها المريض لتشعيع كامل الجسم . علماً أن تلك المصابيح منها ما يصدر أشعة ما فوق البنفسجية من نوع أ ، ومنها ما يصدر أشعة ما فوق البنفسجية من نوع ب . كما وإن بعض الحجرات يتضمن على نوع واحد فقط من تلك المصابيح في حين يتضمن بعضها الآخر كلا النوعين معاً. هذا وتُزاد مدة التعرض للأشعة ما فوق البنفسجية تدريجياً وببطء في كل مرة تالية من مرات العلاج ، كما ويجب على المريض ارتداء النظارات الكتيمة لهذه الإشعاعات عند المعالجة .

الاستطبابات : يستطب بالمعالجة بالأشعة ما فوق البنفسجية أ في معالجة : الصداف ـ نظير الصداف ـ الإكزيمة التأتبية ـ البهق ـ الفطار الفطراني ـ الحكة (الكبدية ـ اليوريمية) . كما ويستطب بالمعالجة بالأشعة ما فوق البنفسجية ب في معالجة : الصداف ـ نظائر الصداف ـ النخالية الوردية والعد ، إضافة لمعالجة أدواء جلدية أخرى .

المعالجة الكيميائية الضوئية Photochemotherapy : يقصد بهذه المعالجة استخدام الإشعاع فوق البنفسجي UV مع دواء محسس للضوء لإحداث تفاعل سمي ضوئي يمكن السيطرة عليه . أما الدواء المحسس فإما أن يطبق موضعياً ، أو يعطى جهازياً . هذا ويقع الطيف الفعال لمعظم الأدوية المحسسة للضوء في المجال UVA ، لذلك تستخدم في المعالجة الكيميائية

الضوئية الأجهزة التي تصدر UVA حصراً أو بشكل غالب .

٢ً ـ المعالجة بالإشعاعات المؤينة : ونذكر من تلك الإشعاعات المعالجة بالأشعة السينية X-Rays وهي من المعالجات الأساسية والمهمة في معالجة بعض الأشكال الخاصة من السرطانات الجلدية الشائكة والقاعدية ، إضافةً لمعالجة اللمفومات الجلدية ، وغرن كابوزي والفطار الفطراني . كما تفيد في معالجة الجدرة بعد استئصالها جراحياً وفي معالجة الوعاؤوم الدموي الكهفي .

و ـ المعالجة بالأمواج ما فوق الصوتية : تفيد المعالجة بالأمواج فائقة الصوت ذات التأثير الاهتزازي العالي التي لا يمكن للأذن أن تتلقاها في معالجة كلٍ من تصلب الجلد المحدد (القشيعة) تصلب الجلد المنتشر ـ قرحات الساق ذات الحواف الضخامية المتليفة ، والتقرحات الشعاعية .

المعالجات الجراحية

تشكل الجراحة الجلدية جزءاً رئيساً لمعظم أعمال الأطباء الجلديين . أما أهم الأعمال الجراحية التي يقوم بها الجلديون تحت التخدير الموضعي فهي :

١ً ـ جراحة العد : وتقوم على فتح الخراجات مع تفريغ محتواها وعلى استخراج الزؤوان بوساطة نازعة الزؤوان .

٢ً ـ الخزعة الجلدية : ويتم أخذها بعد إجراء تخدير موضعي للآفة أو الورم المراد خزعهما ثم تؤخذ الخزعة إما بالمشرط العادي أو بالمثقب الخاص ، الذي هو اسطوانة بقطر ٢ ـ ٨ ملم ، والذي يطبق على الآفة أو الورم ثم يضغط عليه بشدة مع تحريكه حركة دورانية ، فتقطع العينة المخزوعة على شكل دائرة يمسك بها بوساطة منقاش ثم تقص قاعدتها وتوضع في زجاجة صغيرة نظيفة ، تحتوي على مثبت غالباً ما يكون الفورمالين ، لترسل بعد ذلك للتشريح المرضي .

ومما يجب ذكره بهذا الصدد أن القيام بإجراء الخزعة ما هو إلا عملية جراحية صغرى يجب أن تراعى فيها شروط التعقيم والطهارة .

٣ً ـ المعالجات الجراحية الجلدية الأخرى : تراعى في هذه المعالجات الشروط الجراحية العامة والنواحي التجميلية والتصنيعية . أما أهم المعالجات الجراحية التي يقوم بها الطبيب

الجلدي فهي :

استئصال الأورام السليمة والخبيثة ـ استئصال الوحمات ـ معالجة قرحات الساق الكبيرة بالطعوم ـ معالجة فيمة الأنف جراحياً ـ معالجة الندبات .

زرع الأشعار : ويجري بنقل قطع جلدية صغيرة مع أجربتها الشعرية من المنطقة القفوية المشعرة إلى المنطقة المصلوعة بعد إجراء حفيرات صغيرة فيها بوساطة المثقاب لوضع تلك القطع الصغيرة المنقولة من المنطقة القفوية .

تستخدم هذه الطريقة لمعالجة بعض حالات الصلع والحاصات الندبية الدائمة .

سنفرة الجلد : ويتم بإحداث تآكل في الطبقات السطحية من الجلد بوساطة كاشطة ذات رؤوس كالفرشاة ، وتدور بسرعة عالية .

تستخدم السنفرة في معالجة ندبات العد ـ حروق البارود (الناجمة عن الألعاب النارية) والوشوم ـ إزالة الوعاؤومات الليفية في داء برينغله Pringle ـ التقرانات الميتة ـ والتقرانات السعفية إضافةً لاستخدامها في معالجة آفات اخرى لا مجال لذكرها .

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

دليـــل المصطلحات

Damascus University

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

A

abscesses	خراجات (م : خُرَاجَة)
acantholysis	انحلال الأشواك
acanthoma	شوكوم
acanthosis	شواك
acarophobia	رهاب الحلم
acne	عد
acne conglobata	عد مكبب
acneiform	عدي الشكل
acrochordon	الزينبات الليفية ، زمة
acrocyanosis	زراق النهايات (الأطراف)
acrodermatitis	التهاب جلد النهايات (الأطراف)
acrodynia	وجع الأطراف (النهايات)
acrolentiginous	ملانوم شامات النهايات
acroscleroderma	تصلب جلد النهايات
actinic	سفعي ، سافع
actinomycosis	داء الشعيات
acyclovir	اسيكلوفير
adenoma	غلوم
AIDS	المعمم (الإيدز)
AIDS - related complex (ARC)	معقد مرتبط بالمعمم (الإيدز)

acute intermittent prophyria	البرفرية المتقطعة الحادة
albinism	مهق
albinoidism partialis	مهق جزئي
albinoidism oculocutaneous	مهق ، جلدي عيني
Albright's syndrome	متلازمة ألبرايت
allergens	مستأرجات
allergic	أرجي
allergic contact dermatitis	التهاب جلد أرجي بالتماس
allergic contact eczema	أكزيمة تماس أرجية
ALM (acrolentiginous melanoma)	م. ش. ن.(ملانوم شامات النهايات)
alopecia	حاصة
temporalis	ولادية
alopecia areata	حاصة بقعية
amelanosis	لا ملاني
amelanotic melanoma	الملانوم اللاملاني
American leishmaniasis	داء الليشمانيات الأميركي
amyloids(s)	نشواني
amyloidois	الداء النشواني
amyloidosis, systemic	الداء النشواني ، المجموعي
anagen phase, hair cycle	طور النمو ، دورة الشعرة
anaphylactic/ anaphylactoid	تأقية / تأقانية
androgenetic alopecia	الحاصة الأندروجينية
anesthetics/ anesthetizing drugs	مبنجات (مخدرات)/ أدوية مبنجة
anetoderma(s)	ضمور الجلد البقعي
angiocdema	وذمة وعائية
angiokeratoma	تقران وعائي (قرنوم وعائي)

angiokeratoma corporis	تقران وعائي (قرنوم وعائي)
angioma	وعاؤوم (ورم وعائي)
angiotropic-cell lymphoma	لمفوم الخلايا الكبيرة ذو الانحياز الوعائي
angular cheilitis	التهاب الشفة الزاوي
anhidrosis	اللاعرقية
anticholinergic substances	مواد مضادة ، للفعل الكوليني
antifugal drugs	أدوية مضادة للفطور
antihistamine	مضادات الهستامين
antiinflammatory drugs	مضادة للالتهاب
antimalarials	مضادات البرداء
antiperspirant drugs	أدوية مضادة للتعرق
antipruritic drugs	أدوية مضادة للحكة
aphthae	قلاع
aphth+osis Behcet	قلاع بهجت
aplasia cutis congenita	لا تنسج الجلد الولادي
apocrine	مفترزة
aquagenic urticaria	شرى الماء
argyria	تفضض
arsenic keratoses	تقرانات زرنيخية
arterial occlusive	داء شرياني مسد ، مزمن
arthritis	التهاب المفصل
arthropathia psoriatica	اعتلال المفصل الصدافي
asteatosis	انعدام الزهم
asteatotic eczema	أكزيمة انعدام الزهم
athlet's foot	[illegible] الرياضيين
atopic dermatitis	[illegible] الجلد التأتبي

atopy	التأتب
atrichia	الصلع (المرط)
atrophic	ضموري
atrophic blanche	الضمور الأبيض
atrophy/atrophies	ضمور/ضمورات
atypical	لا نمطي ، لا نموذجي
auricular nodule	عقيدة الأذن
Auspitz's phenomenon	ظاهرة أُسبتز
autoimmune diseases	أدواء المناعة الذاتية
avitaminoses	عوز فيتاميني

B

balanitis	التهاب الحشفة
balanoposthitis	التهاب الحشفة والقلفة
Bartholin's gland	غدة برتولين
epithelioma	ظهاروم
basal cell carcinoma	سرطانة الخلية القاعدية
basaloma	قاعدوم (ورم أو سرطان الخلية القاعدية)
Beau - Reil lines	خطوط بو - ريل
Becker's	بيكر
Behcet's disease	داء بهجت
Bejel	البجل
benign	الحميد
benzoyl peroxide	بنزويل بيروكساييد
benzyl benzoate	بنزوات البنزيل

berloque dermatitis	التهاب الجلد القلادي
Besnier - Boeck - Schaumann disease	داء بينيه ـ بيك ـ شومان
Besnier's prurigo	حكاك بينيه
beta - lipopteins	البروتينات الشحمية ـ بيتا
biopsy	الخزعة
bismuth	بزموت
B - K mole syndrome	متلازمة الخال (الشامة) ب. ك.
Blastomyces	الفطر البرعمي
blastomycosis - black	الفطار البرعمي ـ الأسود
blenorrhea	داء السيلان
blue nevus	الوحمة الزرقاء
blue-rubber-blue-nevus syndrome	متلازمة الوحمة المحلية المطاطية
body louse	قمل الجسد
Borrelia burgdorferi	بَوْرَلِيَة بورغ دورفيري
Bourneville-Pringle disease	داء بورنيفيل ـ برينغل
Bowen's disease	داء بوفن
bowenoid gential	الحطاط / الحطاطات التناسلية
Brocq,érythrose pigmentée péribuccale	بروك ، احمرار ما حول الفم التصبغي
angiolupoid	الذأباني الوعائي
bromhidrosis	الصنان
bromide acne	العد البرومي
bugs	بق
bullae	فقاعات
bullous	الفقاعي
bullous pemphigoid	الفقاعاني الفقاعي

sunburn	حرق شمس
burning feet syndrome	متلازمة القدم الحارقة
burning of the tongue (glossopyrosis)	حرق اللسان (حرقة اللسان)
Buschke - Löwenstein tumor	ورم بوشكيه ـ لوفنشتاين
butterfly rush	طفح الفراشة

C

café-au-lait spot	بقعة القهوة بالحليب
calcinosis	كلاس
calcium nodules, cutaneous	عقيدات كلسية ، جلدية
candida	المبيضات
candidiasis	داء المبيضات
canities	شيب ، وضح
carbon dioxide snow	ثاني أكسيد الكربون الثلجي
carbuncle	الجمرة (الحميدة)
carcinoid syndrome	متلازمة السرطاوي
carcinoma	سرطانة
carcinoma	السرطانة
catagen phase, hair cycle	طور الهبوط والتراجع أو التقويض ، دوره الشعره
cavernous hemangiomas	الوعاؤومات الدموية الكهفية
cellulr blue nevus	الوحمة الزرقاء الخلوية
cellulitis	التهاب الهلل
chancre	قرح
chancroid	قريح
Chédiak-Higashi syndrome	متلازمة شيدياق ـ هيغاشي
cheilitis	التهاب الشفة

chickenpox	حماق
chilbains	الشرث
chloasma	الكلف
cholinergic urticaria	شرى كولينرجي
chondrodermatitis nodularis chronica helicis	التهاب الجلد والغضروف العقيدي المزمن في حتار الأذن
chromhidrosis	تلون التعرق
cicatrical pemphigoid	الفقاعاني الندبي
cicatrices (scars)	الندبات
circumscribed	المحدد
circumscript myxoderma in hypothyroidism	الوذمة المخاطية المحددة في قصور الدرقية
clavus	ثفن
claw nail	ظفر مخلبي
climatotherapy	المعالجة بالمناخ
CLL (chronic lymphocytic leukemia)	ابيضاض لمفاوي مزمن
clubbed fingers	الأصابع المتعجرة
coagulation	التخثر
coal tar(s) -solution	قطران الفحم الحجري- محلول
coccidioidomycosis	الفطار الكرواني
Cockayne's syndrome	متلازمة كوكايين
collagen	الكلاجين، (المغراء)
coloration, nails	تلوين، الأظفار
colored sweat	عرق ملون
comedon	زوان
common	شائع

compact powder	بودرة / مسحوق مكتنز
condyloma acuminatum	اللقموم المؤنف
congelation	انجماد
congenital	الولادي
conidiophores	حاملات الغبيرات
connective tissue	النسيج الضام
contact dermatitis	التهاب الجلد التماسي
contact eczema	إكزيمة التماس
corn	ثفن، مسمار
corneocyte	الخلية القرنية
corticosteroid(s)	الستيروئيدات القشرية
corynebacteria	الوتديات
cosmetic acne	عد المزوقات
Cowden's syndrome	متلازمة كاودن
cowpox virus	حمة الوقس
coxsackie virus	حمة كوكساكي
crab louse	قُمَّل
creams	رهيمات / كريمات
CREST syndrome	متلازمة كريست
crooked nail	ظفر معقوف
Crosti's syndrome	متلازمة كروستي
crusted scabies	الجرب المتجلب
cryoglobulinemia	كريوغلوبولينمية (الغلوبلين القري الدموي)
cryosurgery	الجراحة القرية
cryptococcosis	داء المستخفيات
cylindroma	أسطوانوم

cyst(s)	كيسة (كيسات)
cystic	كيسي
cytostatic drugs	الأدوية الموقفة للنمو الخلوي
cytotoxic drugs	الأدوية السامة للخلايا
cytotoxic reaction, type II	التفاعل السام للخلايا ، نمط II

D

Dandruff (pityriasis simplex capillitii)	هِبْرِيَة (نخالية الأشعار البسيطة)
Darier's disease	داء داريه
deep thromboph-lebitis	التهاب الوريد الخثاري العميق
delusion of parasitosis	داء توهم الطفيليات
depigmemtation	زوال الصباغ
dermal	جلدي ، أدمي
dermatitis	التهاب الجلد
dermatofibroma	ليفوم جلدي
dermatofibrosarcoma protuberans	الغرن الليفي الجلدي الناشز (الحدبي)
dermatographia alba	كتوبية الجلد البيضاء
dermatohistopathology	التشريح النسجي المرضي الجلدي
dermatological	جلدي
dermatome	قطاع جلدي
dermatomycoses	فطار جلدي
dermatomyoistis	التهاب الجلد والعضلات
dermatophytes	الفطور الجلدية
dermatoses / dermatosis	جُلاد (ج : جلادات)
dermographism	كتوبية الجلد
desensitization	إزالة التحسس

desquamation	توسف
exfoliative	تقشري
diachylon ointment	مرهم لزقة الرصاص
diaper dermatitis	التهاب الجلد الحفاضي (التهاب الجلد الأمونيالي)
digtial mucoid cyst	الكيسة المخاطانية الأصبعية
discoid lupus erythematosus (DLE)	الذأب الحمامي القريصي (ذ. ح. ق.)
discoidal eczema	إكزيمة قريصية
disseminated	منتشر
DLE (discoid lupus erythematosus)	ذ. ح. ق. (ذأب حمامي قريصي)
DNA repair mechanism	آلية تصليح / ترميم الدنا
drug(s)	دواء (ج: أدوية)، عقار (ج: عقاقير)
drug eruptions	الإندفاعات الدوائية (الطفوح الدوائية)
drug reactions	التفاعلات الدوائية
drumstick fingers	أصابع مقرعة الطبل
Dubreuilh, circumscribed	دوبروي (الملان المحدد قبيل السرطان)
dyshidrosiform	على شكل خلل التعرق
dyshidrotic eczema	إكزيمة خلل التعرق
dyskeratosis	خلل التقرن

E

ecchymoses	كدمة
eccrine	ناتج، خارجي الإفراز
ecthyma	الإكتيمة (القوباء السوداء)
eczema	إكزيمة
eczematid - like purpura	الفرفرية الشبيهة بالإكزماتيد
Ehlers - Danlos syndrome	متلازمة أهلر ـ دانلوس

elastoma	مرنوم
elestoses / elastosis	مُران
electrocoagulation	تخثير كهربائي
electrodesiccation	تجفيف كهربائي
electrofulguration	الصعق الكهربائي
electrolysis	الكهرلة (الحل الكهربائي)
electrophoresis	الرحلان الكهربائي
electrosurgery	الجراحة الكهربائية
elephantiasis	داء الفيل
ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay)	إليزا (مقايسة الامتصاص المناعي المرتبط بالإنظيم)
endometriosis	انتباذ بطاني رحمي
epidermal	بشروي
epidermis	البشرة
epidermodysplasia verruciformis	خلل تنسج (ثدن) البشرة الثؤلولي
epidermolyses / epidermolysis	انحلال البشرة
epidermolysis bullosa acquisita	انحلال البشرة الفقاعي المكتسب
epidermolysis bullosa atrophicans	انحلال البشرة الفقاعي الضموري
epidermolysis bullosa dystrophica (pasini)	انحلال البشرة الفقاعي الحثلي (باسيني)
epidermolysis bullosa hereditaria	انحلال البشرة الفقاعي الوراثي
epidermolysis bullosa simplex	انحلال البشرة الفقاعي البسيط
Epidermophyton floccosum	الفطور البشروية الندفية
epiloia	أبيلويا
epithelial	ظهاري

epithelioma	ظهاروم
erosions	تآكلات (م: تآكل)
erosive lichen planus	الحزاز المسطح التآكلي
eruptive	طفحي
erysipelas	الحُمرة
erysipeloid	الحُمرانية
erythema(s)	الحُمَامى (ج: حُماميات)
erythema nodosum	الحمامى العقدة
erythema multiforme	الحمامى عديدة الأشكال
erythematob-ullous drug eruptions	الطفوح الدوائية الحمامية الفقاعية
erythematous	حمامي
erythermalgia	احمرار الأطراف المؤلم
erythrasmas	وذح
erythroderma	احمرار الجلد (أحمرية)
erythrodermia	احمرار الجلد (أحمرية)
erythropepatic protoporphyria	بروتوبرفيرية الكبدية الدموية
essential congenital lymphedema	الوذمة اللمفية الولادية الأساسية
etretinate (tegison, tigason)	إيتريتينت (تيغازون)
exanthem	طفحية، الطفح الظاهر
excoriations	تسحجات (م. تسحج)
exocytosis	تسرب خلوي
exogenous	خارجي المنشأ

F

factitial dermatitis	التهاب الجلد المفتعل

factor VII deficiency	عوز العامل السابع
factor XII deficiency	عوز العامل الثاني عشر
familial	عائلي
fascitis	التهاب اللفافة
fat	دسم ، دهن
fatty ointments	مراهم دهنية / شحمية
favus (ringworm)	قرعة (سعفة)
fetus, harlequin	الجنين، الهارج
fibroadenoma of the breast	الغدوم الليفي للثدي
fibroepithelioma	ظهاروم ليفي
fibroma	ليفوم
fibrosarcoma	غرن ليفي
fibroxanthoma, atypical	صفروم ليفي ، لا نموذجي
filiform verrucae vulgares	ثآليل شائعة خيطية الشكل
fistula(s)	ناسور (ج: نواسير)
fixed drug eruption	طفح دوائي ثابت
flea(s)	برغوث (ج: براغيث)
flies	ذُباب
flora of the skin, bacterial	نبيت الجلد، الجرثومي
florid oral papillomatosis	ورام حليمي فموي زهري
fluorescent treponemal antibody absorption (FTA-ABS) test	اختبار امتصاص أضداد اللولبيات التألقي
flushing	البيغ
follicles	جريبات
folluiculitis	التهاب الجريبات
Fordyce's glands	غدد فورادیس

Fox-Fordyce disease	داء فوكس - فورداييس
freckles/frecking	نمش
friction bullae	فقاعات بالإحتكاك
frictional lichenoid eruption	طفح حزازاني بالإحتكاك
furrowed tongue	اللسان الأخدودي
furuncle	دُمَّل
furunculosis	دُمَال

G

gangrene	موات
gangrenous inflammation penis	التهاب مواتي على القضيب
Gardner's syndrome	متلازمة غاردنر
gels	هلامات، (م : هلامة)
generalized	معمم
geographic psoriasis	صداف جغرافي
geographic tongue	لسان جغرافي
German measles	الحصبة الألمانية
Gianotti - Crosti disease	داء جيانوتي - كروستي
Gingiva	اللثة
Gingivitis	التهاب اللثة
ginginostomatitis	التهاب اللثه والفم
gland(s)	غدة (ج : غدد)
gland(s), sebaceous	غدة (ج : غدد) ، رهمية
gland(s) , sweat	غدة (ج : غدد) ، عرقية
glomus tumor	ورم كبي
glossitis	التهاب اللسان

gonorrhea	سيلان
gonorrheal	سيلاني
gout tophi	تُوَف النقرس
granular	الحبيبي
granuloma	حبيبوم
granuloma annulare	حبيبوم حلقي
granulomatosis	ورام حبيبي
granulomatous	حبيبومي
Gönther's disease	داء غونتر
guttate	نقطي

H

Hailey-Hailey disease	داء هيله ـ هيله
hair cycle	دورة الشعرة
hair follicle(s)	جريب (ج: جريبات) الشعرة
hair loss	ضياع / فقد الأشعار
hairy	شعري، مشعر
half - and - half nail	متناصف الأظفار
Hallopeau - Siemens syndrome	متلازمة هالوبو ـ سيمنس
Hand - Schüller - Christian disease	داء هاند ـ شوللر ـ كريستيان
harlequin fetus	الجنين الهارج
head louse	قمل الرأس
hemangioma	وعاؤوم دموي
hemangioma cavernosum	وعاؤوم دموي كهفي
hematogenous metastases	نقائل دموية المنشأ

hemophilia	الناعور
hepatoerythropoietic porphyria (HEP)	البرفيرية المكونة للدم الكبدية
hereditary angioedema	وذمة وعائية وراثية
herpes simplex	حلأ بسيط
Herxheimer's reaction	تفاعل هركزهايمر
hirsutism	زَبَبَ ، شعرانية
histiocytoma	ورم المنسجات
histiocytoses / histiocytosis	كثرة المنسجات
histoplasmosis	داء النوسجات
hives (wheals)	انتبارات
HSV	حـ حـ ب (حمة الحلأ البسيط)
HSV infection	حمج وحمة الحلأ البسيط
hydrogels	هلامات مائية
hydrophilic emulsions	مستحلبات أليفة للماء
hydrophobic ointments	مراهم كارهة للماء
hyperbetalipoproteinemia	فرط البروتينات الشحمية بيتا في الدم
hypercholesterolemia	فرط الكولسترولمية
hyperhidrosis	تَعْرَاق (فرط التعرق)
hyperkeratosis	فرط التقرن
hyperlipemia / hyperlipidemia	فرط دهن الدم ، فرط شحميات الدم
hyperlipidemic xanthomatoses	الورام الأصفر مفرط الشحميات الدموية
hyperlipoproteinemia(s)	فرط البروتينات الشحمية في الدم
hyperpigmentation	فرط التصبغ
hyperthyroidism, mucinoses	فرط الدرقية ، الداء الموسيني
hypertrichosis	فرط الأشعار
hypertriglyceridemia	فرط الغليسيريدات الثلاثية في الدم

hypertrophic lichen planus	الحزاز المسطح الضخامي
hypervitaminoses /hypervitaminosis	فرط الفيتامين
hypohidrosis	نقص التعرق
hypokeratosis	نقص التقرن
hypomelanosis	نقص الملانين
hypopigmentation	نقص الإنصباغ

I

ichthyoses/ ichthyosis	سماك
ichthyosis vulgaris	سماك شائع
idiopathic	غامض
IFT (indirect immunofluorescence test)	(اختبار الومضان المناعي غير المباشر)
IgA dermatosis, linear	جلاد IgA / الخطي
ILVEN (inflammatory linear verucous epidermal nevus)	الوحمة البشروية الثؤلولية الالتهابية الخطية
immune-complex vasculitis	التهاب الأوعية بالمعقدات المناعية
immunoblot assay (Western blot)	مقايسة البقعة المناعية (بقعة ويسترن)
immunosuppressive agents	العوامل المثبطة للمناعة
impetiginized herpes	حلأ متقوبىء
impetigo contagiosa	القوباء المعدية
indurated nodules	عقيدات جاسئة
infections	حمجي
infiltration	ارتشاح
ingrown nail	ظفر ناشب
intermittent porphyria, acute	برْفيرية متقطعة ، حادة
intertrigo	مَذَح

irritant	تحريشي . مهيج
itching	حك، حاك
Ito's nevus	حمة إيتو

J

junctional epidermolysis bullosa	انحلال بشرة فقاعي موضعي
junctional nevus	حمة الوصل

K

Kaposi's disease	داء كابوزي
Kasabach-Merritt syndrome	متلازمة كاسباخ - ميريت
Keloid	جدرة
keratinization	تقرن
keratinocytes	الخلايا القرنية
keratoacanthoma	الشوكوم القرني
keratoderma	تقرن الجلد السيلاني
keratoma	القرنوم ، القرن الجلدي
keratoses/ keratosis	تقران
parakeratosis variegata	خطل التقرن المتغير
keratosis, follicular/ follicularis	تقران ، جريبي
keratosis palmoplantaris	تقران راحي أخمصي
keratosis, seborrheic	تقران ، مثي
kerion celsi	شهدة سلز
knuckle pads	وسادات البراجم
Köbner's phenomenon	ظاهرة كوبنر
Koenen's tumors	أورام كونن

koilonychia	تقعر الأظافر
Kveim test	اختبار كفايم

L

lamellar	صفاحي
Langerhans cell(s)	خلية (ج : خلايا) لانغرهانس
lanugo hair	زغب ، شعر زغبي
lasers	اللازر، الليزر
late syphilis II	الإفرنجي الكامن II
LE (lupus erythematousus)	ذ ح (الذأب الحمامي)
Leiner's disease	داء لينير
leiomyoma	العضلوم الأملس
Leishmania	الليشمانية
leishmaniasis cutaneous	داء الليشمانيات الجلدية
leprosy	الجذام
- borderline	ـ الحدي (ثنائي الشكل)
- indetrminate	ـ غير المحدد
- lepromin reaction	ـ تفاعل الجذامين
leukocytoclastic vasculitis	التهاب أوعية كاسر للكريات البيض
leukoderma	وضح
leukonychia	وبش
leukoplakia	طلون
Lewandowsky-Lutz disease	داء ليفاندوفسكي ـ لوتز (ثدن / خلل
(epidermodysplasia verruciformis)	تنسج البشرة الثؤلولي)
lichen planus	الحزاز المسطح
lichen sclerosis et atrophicus (LSA)	الحزاز التصلبي والضموري

lichenification	التحزز
lightning injury	أذيات الضوء
linear	خطي
linguna	اللسان
lip	الشفة
lipid	شحميات
lipoma	شحموم
lips	شفاه (م : شفة)
liquefaction of the basal cells	إماعة الخلايا القاعدية
livedo racemosa	تزرق عنقودي
livedo reticularis	تزرق شبكي
Lofgren's syndrome	متلازمة لوفغرين
lotions (liquid emulsions)	دهونات (مستحلبات مائعة)
lues	الإفرنجي
lupoid	ذأبائي
lupus	الذأب
lupus/erythematosus (LE)	الذأب / الحمامي
lupus vulgaris	الذأب الشائع
Lyell's syndrome	متلازمة لايل
Lyme borreliosis	داء البورلية لليم
Lyme disease	داء ليم
lymph	اللمف
lymphadenitis	التهاب العقد اللمفية
lymphadenopathy	اعتلال العقد اللمفية
lymphadenosis cutis benigna	داء العقد اللمفية الجلدي السليم
lymphangioma	الوعاؤوم اللمفي

lymphangitis	التهاب الأوعية اللمفية
lymphedema	الوذمة اللمفية
lymphogranuloma inguinale	الحبيبوم اللمفي الأربي
lymphogranuloma venereum	الحبيبوم اللمفي الزهري
lymphoma(s)	لمفوم (ج: لمفومات)
lymphomatoid papulosis	الحطاط اللمفوماني

M

macroglossia	ضخامة اللسان
macular cutaneous amyloidosis	الداء النشواني الجلدي البقعي
macular drug eruption	طفح دوائي بقعي
maduromycosis	فطار مادورا
Mafucci's syndromc	متلازمة مافوسي
Majocchi's disease	داء ماجوشي
mal de melada	داء ميليدا
malformations	تشوهات
malignant	الخبيث
malignant lymphoma(s)	اللمفوم الخبيث (ج : لمفومات)
malignant melanoma	الملانوم الخبيث
size	القد
mast cell(s)	الخلية (ج : الخلايا) البدينة
mastocytoma, disseminated	ورم الخلايا البدينة ، المنتشر
melanin	الملانين
melanocytes	خلايا ملانية
melanosis	ملان
melasma	الكلف

Melkersson-Rosenthal syndrome	متلازمة ملكرسون ـ روزنتال
Merkel's cell(s)	خلية (خلايا) ميركل
Microsporum	البويغاء
migrating	الهاجر
milia	دخنية
miliara	الدخنية
miliary tuberculosis	التدرن الدخني
mite(s)	سوس
Moh's chemosurgery	الجراحة الكيميائية لموس
molluscum	المليساء المعدية
monilethrix	الشعر السبحي
moniliasis	داء المبيضات
monoclonal gammopathy	اعتلال غلوبوليني وحيد النسيلة
mononucleosis, infectious	كثرة الوحيدات ، الخمجية
morphea	القشيعة (المورفيا)
mosaic warts	الثآليل المزيقة
Moschcowitz's syndrome	متلازمة موسكوفيتز
mucinous papules	الحطاط الموسيني (المخاطيني)
mucocutaneous candidosis	داء المبيضات الجلدي المخاطي
mucosal	المخاطية
mucous	مخاطي
multiform erythema	الحمامى عديدة الأشكال
Mycobacterium tuberculosis	المتفطرة الدرنية
mycoplasma	المفطورة
mycoses/mycosis	فطار (ج : الفطارات)
mycosis fungoides	الفطار الفطراني

myiasis	النَغَف
myxedema	وذمة مخاطية

N

nail(s)	الظفر (ج: أظفار)
yellow nail syndrome	متلازمة الظفر الأصفر
napkin dermatitis	التهاب الجلد الحفاضي
necrobiosis lipoidica	البلى الفيزيولوجي الشحماني
Neisseria gonorrhoeae	النايسيرية البنية
seborrheic dermatitis	التهاب الجلد المثي
neurodermatitis/neurodermitis	الجلاد العصبي (التهاب الجلد العصبي)
neuroma	عصبوم
neutrophilic dermatosis, febrile, acute	الجلاد العدل ، الحمي ، الحاد
nevi / nevus	وحمات / وحمة
nit	صُؤابة (ج : صبان)
nocardiosis	داء النوركاردية
NMM (nodular malignant melanoma)	م خ ع (الملانوم الخبيث العقيدي)
nodular melanoma	الملانوم العقيدي
nongonococcal urethritis (NGU)	التهاب الإحليل اللابني
Norwegian scabies	الجرب النرويجي
nummular eczema	إكزيمة نمية

O

obligate precanceroses	مقدمات / سوابق السرطان الإجبارية
occupational	مهني

oculocutaneous	جلدي عيني
ointments	مراهم
onychographosis	انعقاف الأظفار
onycholysis	انفكاك ظفري
orf	أورف
organoid nevi	الوحمة العضوانية
oriental boil	حبة الشرق

P

panniculitis	التهاب السبلة الشحمية
panniculus adiposus	السبلة الشحمية
papillomatosis	الورام الحليمي
Papillon-Lefeèvre syndrome	متلازمة بابيلون ـ لوفيفر
papules	الحطاطات
papulonecrotic tuberculid	الطفحة الدرنية الحطاطية
papulosquamous syphilid	الطفحة الإفرنجية الحطاطية الوسفية
Paracoccidioides	نظير الكرواني
paraphimosis	جُلاَع
parapsoriasis en plaques	نظير الصداف اللويحي
paronychia	داحس
paronychial warts	ثآليل داحسية (حول الأظفار)
partial albinism	مهق جزئي
pediculosis	قمال
- capitis	ـ الرأس
- corporis seu vestimentorum	ـ الجسد أو الثياب
- pubis	ـ العانة

pelade, alopecia circumscripta	حاصة (ثعلبة) ، حاصة محددة/محوطة
pellagra	البلغرة / البلاغرا
pemphigoid	الفقاعاني
pemphigus	الفقاع
pemphigus vegetans	الفقاع التنبتي
perforating ulceration	التقرح الثاقب
perifolliculitis	التهاب حول الجريبات
perlèche	صماغ
perniones / perniosis	شرث
petrolatum (Vaseline)	وَذَلين (فازلين)
Peutz - Jeghers syndrome	متلازمة بوتز ـ جيكرز
pheomelanin	ملانين قاتم/فيوملانين
phlebitis	التهاب الوريد
phlebothrombosis	خثار وريدي
phorphyria(s)	البرفيرية (ج : الرفيريات)
photoallergies	المورجات الضوئية
photochemotherapy	المعالجة الكيميائية الضوئية
photocontact allergy	الأرج التماسي الضوئي
photodiagnostic procedures	إجراءات التشخيص الضوئي
phototesting, equipment	الإختبارات الضوئية: أجهزة
phototherapy	المعالجة الضوئية
phototoxic	سمي ضوئي
phrynoderma	الضفدعية، نقص الفيتامين أ
phthiriasis	قمال
phthirus pubis	قمل العانة
phyma	فيمة

piebaldism	رقطة، نصوع جزئي
pigmented	مصطبغ
pili	أشعار
pilotrixoma	ورم أم الشعرة
pityriasis	نخالية
pityriasis simplex	النخالية البسيطة
pityrosporum	الوبيغاء
plantar	أخمصي
plaques	اللويحات
PLEVA (pityriasis lichenoides et varioliforms acuta)	النخالية الحزازانية والحماقية الشكل الحادة
plummer - Vinson syndrome	متلازمة بلومر ـ فينسون
pneumocystis carinii	المتكيسات الرئوية لكاريني
poikiloderma	تبكل الجلد
poliosis	شياب / شيب باكر
polyarteritis nodosa	التهاب الشرايين العقد
polychondritis	التهاب الغضروف العديد
polymorphic/ polymorphus light eruption (PMLE)	الطفح الضوئي عديد الأشكال
porphyria(s)	البرفيرية (ج : البرفيريات)
powders	مساحيق (م : مسحوق) ذرورات (م : ذرور)
pox	جدري
precanceroses	مقدمة السرطان ، محتمل التسرطن
premalignant fibroepithelial tumor	الورم الظهاري الليفي السابق للخباثة
pressure alopecia, infantile	الحاصة الانضغاطية ، الطفلية
pressure urticaria	شرى بالضغط

pretibial myxedema	وذمة مخاطية أمام الظنبوب
progressive systemic scleroderma	تصلب الجلد المجموعي المترقي
protocoproporphyria, hereditary	بروتوكوبروبرفيرية ، الوراثية
prurigo	حكاك / أكال
prurigo simplex	حكاك بسيط
psoriasis	صداف
pseudolymphoma	لمفوم كاذب
pyoderma(s)	تقيح الجلد

Q

Quincke's edema	وذمة كونيكه

R

Raynaud's	رينو
reaction(s)	تفاعل
Dermographism	كتوبية الجلد
rhagades	فلوغ
rhinoscleroma	صلبوم الأنف
Rickettsia	ريكتسية
Riehl's melanosis	ملان ريل
RIP (radioimmu-noprecipitation assay)	مقايسة الترسيب المناعي الإشعاعي (م ت م ا)
RIST (radioimmunosorbent test)	اختبار الامتصاص المناعي الإشعاعي
RPRC (rapid plasma reagin card) test	اختبار بطاقة الرياجين البلاسمي السريع
rubella	حميراء، حصبة ألمانية

salicylic acid	حمض الصفصاف
sarcoidosis	غرناوية (ساركوئيد)
sarcoma	غرن
scabies	جرب
scabophobia	رهاب الجرب
scalds	سموط (م: سمط)
scale (squames)	وَسَف (وسوف ، حراشف)
scarlatina	قرمزي
scarlet fever	حمى قرمزية
scarring alopecia	حاصة ندبية
scarring pemphigoid / pemphigus	فقاعاني ندبي / فقاع
scars (cicatrices)	ندبات
schonlein - Henoch purpura	فرفرية هينوخ - شونلاين
SCLE (subacute cutaneous lupus erythematosus)	ذأب حمامي جلدي تحت الحاد
sclerema	صلدمة
sclerodactyly	تصلب الأصابع
scleroderma(s)	تصلب الجلد
scleromyxedema	وذمة مخاطية تصلبية
scrofuloderma	تدرن الجلد (الخنزرة)
scrotal tongue	لسان صفني
sebaceous gland	غدة زهمية
seborrhea	مث
seborrheic	مثي

sebum	زهم
senile	شيخي
Sézary syndrome	متلازمة سيزاري
skin	الجلد
skin disorders	اضطرابات الجلد
skin necroses	نخر الجلد
skin tuberculosis	تدرن الجلد
SLE (systemic lupus erythematosus)	ذ ح م (ذأب حمامي مجموعي)
smallpox	جدري
solar	شمسي
solitary aphthae	قلاع وحيد
solution(s)	محلول (ج: محاليل)
spirochetoses	أدواء الملتويات
Spitz'nevus	وحمة سبيتز
spongiosis	وذمة بشروية ، سُفاج
sporotrichosis	داء الشعريات المبوغة
squamous cell carcinoma	سرطانة وسفية الخلايا (شائكة)
SSM (superficial spreading melanoma)	ملانوم منتشر سطحي
SSSS (staphylococcal scalded - skin syndrome)	متلازمة الجلد السمطي
stomatitis	التهاب الفم
stratum	طبقة
Sturge - Weber syndrome	متلازمة ستورج - ويبر
sunburn	حرق شمسي
surgery	جراحة
Sutton nevus	وحمة سوتون

sweat urticaria	شرى العرق
Sweet's syndrome	متلازمة سويت
syndrome(s)	متلازمة (ج : متلازمات)
syphilis	أفربجي
syphilis, congenital	إفربجي ، ولادي
syphilitic	إفربجي
syringoma	ورم غدي عرقي (غدوم عرقي)
systemic	جهازي ، بجموعي

T

T - cell	خلية ت
tabes dorsalis	تابس ظهري
tanning	دبغ / التسفع
tar(s)	قطران
tattooing	وشم
telangiectasia	توسع الشعيريات
TEN (toxic epidermal necrolysis)	انحلال البشرة النخري السمي
test(s)	اختبار (ج : اختبارات)
thrombocytopenia	قلة الصفيحات
thrombocytopenic purpura	فرفرية بقلة الصفيحات
thrombocytosis	كثرة الصفيحات
thrombophlebitis	التهاب الوريد الخثاري
thrush	السلاق
tinctures	صبغة (ج: صبغات)
tinea pedis	السعفة القدمية
tissue	نسيج (ج : نسج)

tongue	اللسان
Touton giant cells	الخلايا العملاقة لتوتون
toxic	سمي ، سام
TPI (Terponema pallidum immobilization) test	اختبار تثبيت اللولبية الشاحبة
treponemal reactions	تفاعلات اللولبية
trichilemmal cysts	كيسات غمد الشعرة الخارجي
trichodiscoma	القرصوم الشعري
trichogram (hair root status)	مخطط الشعرة (حالة جذر الشعرة)
trichophytosis	داء الشَّعْرَويات (داء الفطور الشعروية)
Trichosporn	المبوغات الشعرية
trichotillomania	هوس النتف
tropical	مداري
tuberculin reaction	تفاعل السلين
tuberculoid leprosy	الجذام الدرني
tuberculosis	تدرن، سُل
tuberculous	تدرني ، سلي
chancre	قرح
type I (anaphylactic) reaction	نمط I تفاعل (تأقي)
type II (cytotoxic) reaction	نمط II تفاعل (سام للخلايا)
type III (immune - complex) reaction	نمط III تفاعل (المعقدات المناعية)
Tzank cells	خلايا تزانك

U

ulcer(s)	قرحة (ج: قرحات)

ulcerating basal cell carcinoma	سرطانة الخلية القاعدة التقرحية
ulcerative	تقرحي
ulcus molle	قرحة لينة
unguis	ظفر (ج : أظفار)
Unna - Thost disease	داء أونا ـ توست
Ureaplasma	يوريا بلاسما الحالة للبولة
urethritis	التهاب الإحليل
urtica	شرية (من شرى)
urticaria	الشرى
urticarial dermographism	كتوبية الجلد الشروية
UVA	الأشعة فوق البنفسجية آ (أ ف ب آ)
UVB	الأشعة فوق البنفسجية ب (أ ف ب ب)
UVC	الأشعة فوق البنفسجية ث (أ ف ب ث)

V

vaccinia virus	حمة الوقس
vaginal discharge	نجيج مهبلي
Trichomonas infection	أخماج المشعرة
varicella	الحماق
varicella - Zoster virus	حمة الحماق ـ النطاقي
varices	الدوالي
variola	الجدري
vascular	وعائي
vasculitis	التهاب الأوعية
vasculitis, allergic / allergica	التهاب الأوعية ، الأرجي

Vaseline (petrolatum)	فازلين (وذلين)
VDRL (venereal disease reserach labrotory) test	اختبار (مختبر أبحاث الأمراض الزهرية)
vegetating bullous pemphigoid	الفقاعاني الفقاعي التنبتي
verruca / verrucae	الثآليل
verrucous epidermal nevus, inflammatory linear (ILVEN)	الوحمة البشروية الالتهابية الخطية
vesicles	حويصلات
viruses	فيروسات (حمات راشحة)
vitiligo	بهق
vulvitis	التهاب الفرج

W

WaR (Wassermann reaction)	تفاعل واسرمان
wart(s)	ثولول (ج: ثآليل)
warty tuberculoses of the skin	تدرن الجلد الثولولي
water - in - oil emulsions	الماء في مستحلبات زيتية
Wegener's granulomatosis	الورام الحبيبي لفاغنر
wet dressing (s)	ضمادات رطبة
Wichham's striation phenomenon, lichen planus	ظاهرة التخطيط (الخطوط) لويكهام في الحزاز المسطح
Wood's lamp	لمبة وود
wooly hair	الشعر الصوفي

X

xanthelasma	اللويحة الصفراء
xanthoma(s)	الصفروم (ورم أصفر)
xanthomatoses / xanthomatosis	الورام الأصفر
X - linked ichthyosis	السماك الصاغر المرتبط بالجنس

Y

yaws	اليوز، الداء العليقي
yeasts	خمائر (م: خميرة)
zinc	الزنك

Z

zoster	نطاق

Damascus University

الفهرس

	الموضوع	الصفحة	المؤلف
الفصل الأول:	خصائص الجلد وتركيبه فحص المريض الجلدي وتشخيص الأمراض الجلدية	٥	أ. د. صالح داود
الفصل الثاني:	الأمراض الجلدية الطفيلية بالديدان والحيوانات الأوالي ومفصليات الأرجل	٣٨	〃 〃 〃
الفصل الثالث:	الأمراض الفطرية	٥٥	〃 〃 〃
الفصل الرابع:	أخماج الجلد الجرثومية والساركوئيد	٨١	〃 〃 〃
الفصل الخامس:	الأخماج الفيروسية	١٠٨	〃 〃 〃
الفصل السادس:	الأمراض المنقولة بالجنس	١٣١	〃 〃 〃
الفصل السابع :	الأمراض الجلدية الناجمة عن عوامل آلية وفيزيائية وكيماوية ومفتعلة	١٥٩	〃 〃 〃
الفصل الثامن:	الشرى والتفاعلات الدوائية	١٨٥	〃 〃 〃
الفصل التاسع:	التهاب الجلد والاكزيمة والحكاكات والحكات	٢٠١	〃 〃 〃
الفصل العاشر:	اضطرابات تصبغ الملانين	٢٢٩	〃 〃 〃
الفصل الحادي عشر:	جلادات اضطرابات التقرن	٢٤٢	د. عبد الرحمن القادري
الفصل الثاني عشر:	الجلادات الحطاطية والحمامية الوسفية	٢٥٣	〃 〃 〃

	الموضوع	الصفحة	المؤلف
الفصل الثالث عشر:	الجلادات الفقاعية	٢٧٤	د. عبد الرحمن القادري
الفصل الرابع عشر:	جلادات النسيج الضام	٢٩١	〃 〃 〃
الفصل الخامس عشر:	الأدواء الوعائية الجلدية والاضطرابات النزفية	٣١٢	〃 〃 〃
الفصل السادس عشر:	أمراض الجريبات الزهمية والغدد العرقية الناتحة والمفترزة	٣٣٠	〃 〃 〃
الفصل السابع عشر:	آفات الأشعار والأظفار	٣٤٤	〃 〃 〃
الفصل الثامن عشر:	آفات الأغشية المخاطية	٣٦٤	〃 〃 〃
الفصل التاسع عشر:	الجلد والأجهزة الأخرى	٣٨١	〃 〃 〃
الفصل العشرون:	أورام الجلد	٣٩٦	〃 〃 〃
الفصل الحادي والعشرون:	الأدوية والمعالجات الجلدية	٤٢٥	〃 〃 〃
دليل المصطلحات:		٤٤١	

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University


وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University