المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية
أكمل - الكويت

الأمراض الجلدية في الأطفال

تأليف
الدكتورة عبير فوزي عبد الوهاب

مراجعة
د. عبد الرحمن عبد الله العوضي

سلسلة الثقافة الصحية

المحتويات

المؤلفة ـــ جـ
تقديم الأمين العام ـــ هـ
مقدمة المؤلفة ـــ ز

الفصل الأول: الأمراض الجلدية في الرضعّ ـــــــــــــــــــــــ 1

الفصل الثاني: العداوى الڤيروسية ـــــــــــــــــــــــــــــــ 13

الفصل الثالث: العداوى البكتيرية ـــــــــــــــــــــــــــــــ 25

الفصل الرابع: العداوى الفطرية ـــــــــــــــــــــــــــــــ 31

الفصل الخامس: الأمراض الطفيلية ـــــــــــــــــــــــــــــ 41

الفصل السادس: أمراض فرط التحسس ـــــــــــــــــــــــــــ 47

الفصل السابع: الصدفية (الصُداف) ـــــــــــــــــــــــــــــ 55

الفصل الثامن: البُهاق ـــ 59

الفصل التاسع: الأمراض الفقاعية ـــــــــــــــــــــــــــــــ 63

الفصل العاشر: الأمراض الجينية ـــــــــــــــــــــــــــــــ 69

المراجع ـــ 74

الفصل الأول
الأمراض الجلدية في الرضّع

الحمامى الوليدية [Erythema Neonatorum]

يعاني نسبة كبيرة من الرضّع قد تصل إلى 50٪ من الحمامى الوليدية. ويظهر بدرجات متفاوتة، و ذلك خلال الأيام الأولى بعد الولادة. في أغلب الحالات يظهر هذا الاحمرار في أول 48 ساعة من عمر المولود. تظهر الحمامى الوليدية على شكل بقع حمراء كبيرة، يتراوح عددها من واحدة أو اثنتين إلى المئات من هذه البقع. تتواجد هذه البقع بكثرة في الوجه و الجذع، و يمكن أن تمتد للأطراف و كل أجزاء الجسم ماعدا راحة اليد و أخمص القدم.

في الحالات الوخيمة قد تظهر حطاطات (Papules) شَرَوْية وبثرات خاصة على منطقة الظهر والإليتين، إلا أن الحالة العامة للرضيع لا تتأثر بهذا الطفح نهائياً، ويحدث شفاء تلقائي خلال ثلاثة أيام. لم تعرف أسباب هذه الحالة حتى الآن، ولم يثبت أن لها علاقة بالحليب الذي يتغذى عليه الطفل أو بالأدوية التي تنتقل من الأم إلى الطفل خلال فترة الحمل عن طريق المشيمة.

العلاج

لا تحتاج الحالة إلى علاج. ويجب طمأنة الأم على وليدها فقط.

الدخنية [Miliaria]

الدخنية هي حالة مرضية تنتج عن تجمع الإفرازات العرقية في القناة العرقية نتيجة لانسدادها في طبقة البشرة (Epidermis). هذا المرض منتشر في جميع الأعمار و لكنه يكثر في المواليد لأسباب مختلفة منها نقص نمو القناة العَرَقية، و عدم تعريض الرضّع للهواء حيث تحاول الأم دائماً الحفاظ على مولودها من الهواء و إبقائه في جو دافئ رطب.. و يساعد على ذلك أيضاً كثرة الملابس التي تلبسها الأم للمولود.

إكلينيكياً يوجد نوعان من الدخنية هما:

- الدخنية البلورية.
- الدخنية الحمراء.

الدخنية البلورية [Miliaria Crystalina]

هي الأكثر انتشاراً في المواليد، و تظهر على هيئة مجموعة من الكيسات الصغيرة رقيقة الجدار شفافة (ومن هنا أتى الاسم) ويحدث انسداد القناة العرقية في هذه الحالة عند الطبقة المتقرنة (Stratum Corneum) من البشرة. يتراوح قطرها من 1-2 ملليمتر ولا يصاحبها احمرار بالجلد. تنفجر هذه الكيسات خلال 24 ساعة من ظهورها ويعقبها توسف نخالي. تظهر الدخنية البلورية خلال أول أسبوعين بعد الولادة، وتتركز في منطقة الوجه والرقبة والجذع .

الدخنية الحمراء [Miliaria Rubra]

تظهر على شكل حطاطات حمراء وكيسات يتراوح قطرها من 1-4 ملليمتر وتحيط بها بقع حمراء. قد تتحول هذه الحطاطات إلى بثرات. يحدث انسداد القناة العرقية عند أي مستوى تحت الطبقة المتقرنة في البشرة.

يُرى هذا المرض بكثرة في الأطفال، خاصة المواليد حيث يتوزع بشكل متناظر في ثنايا الجلد، خاصة حول الرقبة والمنطقة الأَرْبِيّة ومنطقة الإبط. يمكن أيضاً أن يصيب الوجه والجذع وفروة الرأس. تحدث الدخنية الحمراء في المناطق المعرضة للاحتكاك بين الجلد والجلد، أو بين الجلد والملابس أو أغطية السرير المصنوعة من الألياف الصناعية. يصاحب ظهور الدخنية الحمراء الشعور بالضيق وعدم الارتياح وفي بعض الأحيان تصاحبها حكة بالجلد.

تختفي هذه الحالة تلقائياً خلال يومين أو ثلاثة أيام ولكن يمكن حدوث رجعة بسهولة وذلك نظراً لوجود نفس الظروف التي أدت لظهورها منذ البداية.

عـلاج الدخنية

عادة لا تحتاج الدخنية لعلاج وذلك لأنها تختفي تلقائياً ولكن يمكن وصف معلّق الكلامينا مرتين يومياً للسيطرة على حالة الحكة أو عدم الراحة التي قد تصاحب المرض.

قَرْف اللبن [Cradle Cap]

قَرْف اللبن هي حالة معروفة في المواليد حيث توجد حراشف (Scales) ملتصق بفروة الرأس. توجد هذه الحراشف بكثرة في منطقة قمة الرأس خلال الأسابيع الأولى من عمر الوليد. يُعتقد أن يكون هذه الحراشف بقايا الطلاء الدهني الذي يغطي جسم المولود لحظة الولادة، ولكن وُجدت بعض الحالات ظهرت فيها قَرْف اللبن بعد أن كانت فروة الرأس نظيفة تماماً ساعة الولادة، وفي هذه الحالة تمتد الحراشف للجبهة والصدغين وخلف صيوان الأذن وحتى ثنايا الرقبة ومنطقة الإبط والأربية، مما دعا الكثير من الأطباء لاعتبارها حالة لالتهاب الجلد المَثّي (Seborrheic Dermatitis).

العـــلاج

تعالج هذه الحراشف الملتصقة بفروة الرأس بغمرها بقليل من زيت الزيتون لفترة ثم يمشط الشعر بعد ذلك بخفة، ويجب مراعاة عدم شد الشعر لأن ذلك يؤدي لسقوطه. كما يمكن دهان بعض الكريمات النابذة للماء و ذلك مرتين يومياً.

التوسف الصفاحي في الولدان

[Lamellar Desquamation of the Newborn (Collodion Baby)]

هذا المرض الفريد قد يمثل الظاهرة الأولى لمرض السُماك (Ichthyosis) الذي قد يظهر في مراحل متقدمة من عمر الطفل، وقد يكون حالة مستقلة.

الصورة الإكلينيكية

ينزل الوليد من بطن أمه ملفوفاً بغشاء رقيق شفاف كالكيس، يظهر الجلد من تحته أحمر اللون (حمامى) والوجه مشدود ولا يتحرك. يجف هذا الغشاء خلال ساعات ويتشقق و يظهر وجه المولود بجلده المشدود وعينه بها شتر خارجي (Ectropion) وشنف بالشفاه وأنف مطموس وانفتال للأذن. بعد يوم أو يومين يتقشر هذا الغشاء إما على شكل صفيحات واسعة أو توسفات كبيرة ورفيعة. قد يرجع الجلد بعدها طبيعياً تماماً وقد تبدأ الأعراض النمطية لمرض السُماك بأنواعه المختلفة في الظهور.

تتراوح خطورة هذه الحالة من مجرد توسفات تنفصل عن جلد الوليد بعد يوم أو يومين دون أن تترك أي أثر إلى شد الجلد بإحكام خصوصاً على منطقة الجذع مما يعوق عملية التنفس.

مضاعفات المرض

* يعاني هؤلاء المواليد من خلل في تنظيم درجة حرارة الجسم.
* تزيد كمية المياه المفقودة عن طريق الجلد مما يعرض الوليد للإصابة بفشل كلوي مفاجئ وخلل دائم بالمخ إذا لم تُعوض السوائل المفقودة.
* في الحالات الخطيرة قد تحدث إعاقة لعملية التنفس كما يمكن أن يحدث التهاب في الجهاز التنفسي.
* يمكن أن يحدث إنتان دموي (Septicemia) نظراً لخلل وظيفة الحائل الجلدي.

العـلاج

* في الحالات البسيطة يمكن دهن كريمات مرطبة للجلد حتى تنفصل الحراشف بسهولة تاركة الجلد ناعماً بدون أثر.

* في الحالات الخطيرة يجب تفادي أسباب المضاعفات عن طريق دَهْن الجلد ببعض المراهم المحتوية على البرافين كل نصف ساعة بذلك نتجنب فقد السوائل. وتزيد حرية الحركة، كما يخف تَيَبُّس الجلد، وتقل إمكانية حدوث التهابات. يجب أيضاً وضع الوليد في حضّانة ذات درجة رطوبة عالية ويجب مراقبة درجة حرارته بشكل منتظم. في حالة حدوث خلل في نسبة السوائل داخل الجسم يجب تعويض السوائل المفقودة بالمحاليل الوريدية.

الالتهاب التهيجي الأولي لمنطقة الحفاض
[Primary Irritatant Napkin Dermatitis]

التهاب منطقة الحفاض يعد من أكثر الأمراض شيوعاً في الولدان غير أنه غير محدد السبب. وقد لوحظ أنه عند عدم استخدام الحفاض يصبح من النادر حدوث التهاب، من هنا اهتدى الأطباء إلى بعض العوامل التي قد تساعد على ظهور هذه الحالة ومنها:

* **الاحتكاك:** الاحتكاك المستمر بين جلد الوليد ومادة الحفاض التي غالباً ما تكون مصنوعة من ألياف صناعية أو معالجة ببعض المواد الكيميائية، قد يؤدي إلى حدوث هذا الالتهاب. خاصة أنه وُجد أن الأماكن الأكثر التهاباً في الجلد هي الأماكن المحدبة و المعرضة أكثر للاحتكاك.

* **البول:** إن الأمونيا الناتجة عن تحلل اليوريا الموجودة في البول بفعل البكتيريا يمكن أن يكون لها تأثير مهيّج على جلد الوليد خاصة في وجود العوامل الأخرى. كما وجد أنه عندما يزيد باهاء (pH) البول عن 8، يحدث التهاب بجلد الوليد وذلك لأنه عند هذه الدرجة يزداد نشاط الإنزيمات الموجودة بالبراز.

* **البراز:** من المعروف أن البراز البشري له تأثير مهيّج على الجلد، وبما أن براز الوليد يحتوي على كميات كبيرة من إنزيمات البروتياز أو الليباز البنكرياسية (Pancreatic Protease or Lipase)، فإن هذا يزيد من التأثير المهيّج خاصة في وجود عوامل أخرى مثل الباهاء (pH) وعدم سلامة وظيفة الجلد وغيرها. وُجد

أيضاً أن الولدان الذين يتناولون الحليب البقري كغذاء يحتوي برازهم على نسبة أكبر من البكتيريا المنتجة لإنزيمات البروتياز (Protease) وذلك مقارنة بالولدان الذين يرضعون رضاعة طبيعية.

* **الكائنات الدقيقة:** وُجد أن فطر المُبْيَضّة (Candida) الموجود في الأماكن الملتهبة عند الولدان المصابين بهذا المرض أكثر كمّاً منه في المواليد الأصحاء، بما لا يدع مجالاً للشك في أن هذا الفطر له علاقة وثيقة بشدة المرض.

* **المواد الكيميائية:** مثل تلك الموجودة في الصابون والمنظفات والمطهرات المستخدمة في تنظيف الحفاضات ـ خاصة إذا لم تُشْطَف بالماء جيداً ـ قد يكون لها دور في هذا المرض.

الصورة الإكلينيكية

يبدأ الالتهاب التهيجي لمنطقة الحفاض في الظهور عند الأسبوع الثالث من عمر الوليد على شكل احمرار بالجلد في المناطق الملتصقة بالحفاض، مثل الإليتين والأعضاء التناسلية ومنطقة العانة والجزء السفلي من البطن والجزء العلوي من الفخذين. وفي الحالات الأكثر تقدماً، تظهر كيسات سرعان ما تنفجر تاركة وراءها مناطق متآكلة وقرحاً جلدية قليلة العمق. قد يصاحب هذا المرض حرقه في البول أو احتباس خاصة في المواليد الذكور.

قد تتقدم الحالة أكثر ليصاحبها التهاب فطري (داء المُبْيَضّات) مما يؤدي لالتهاب ثنايا الجلد ويصبح اللون أكثر احمراراً وتظهر بعض البثور والحطاطات عند أطراف المنطقة المصابة.

قد تمثل هذه الحالة الظاهرة الأولى لبعض الأمراض الأخرى مثل الصدفية (الصُداف: Psoriasis) حيث تتكون طبقات من الحراشف فوق المنطقة المصابة أو مثل التهاب الجلد التَأتُّبي (Atopic Dermatitis) أو التهاب الجلد المثّي.

العـــلاج

يجب أن نضع نصب أعيننا العوامل المسببة لهذا المرض عند محاولة علاجه، حيث أن العلاج الدوائي وحده لا يكفي ويجب تجنب هذه الأسباب.

* يُستحسن استبدال الحفاض القطني العادي بالنَبُوذ (Disposable) كما يجب على الأم تغيير الحفاض بصفة مستمرة، وفي حالة استعمال الحفاض القطني يجب أن يغسل ويشطف جيداً، ويستحسن عدم إلباس الوليد ملابس داخلية من البلاستيك فوق الحفاض (حيث تستخدمه الأمهات لمنع التسرب).

* إن تغيير الحفاض بصفة مستمرة يساعد كثيراً في سرعة شفاء هذه الحالة، بل يمكن به تجنب حدوثها أصلاً. ومن المعروف أن الوليد يتبول حوالي 20 مرة خلال الـ 24 ساعة، وبالتالي يجب أن يغير الحفاض حوالي 7 مرات كل 24 ساعة، وذلك خـلال السنة الأولى من عـمـر الوليـد، أو على الأقل يجب أن تكشف الأم على الحفاض بمعدل كل ساعة لتتأكد من جفافه.

* يمكن دهان بعض المراهم المحتوية على الكورتيزون ضعيف القوة وغير المعالج بالفلور (Non-fluorinated) مثل الهيدروكورتيزون 1٪ حيث يؤدي إلى تحسن الحالة عند دَهْنه مرتين يومياً، كما أن إضافة المضادات الحيوية و مضادات الفطريات للكورتيزون يمكن أن يأتي بنتائج أفضل في الحالات المتقدمة.

* الحفاظ على منطقة الحفاض سليمة بشكل روتيني وذلك بغسلها جيداً ووضع بعض الكريمات المرطبة النابذة للماء بعد كل مرة يُغيّر فيها الحفاض، مثل تلك المحتوية على الزنك أو البرافين. يستحسن عدم استخدام بودرة التلك لأنها قد تؤدي إلى إثارة الجلد والتهابه.

المَذَح [Intertrigo]

المذح هو التهاب جلدي يقتصر على ثنايا الجلد، حيث تتأثر هذه المناطق بالاحتكاك بين طبقات الجلد المتقابلة و بدرجة الرطوبة العالية. السمنة وقلة النظافة يعتبران من العوامل المساعدة على ظهور هذا المرض.

الصورة الإكلينيكية

يظهر احمرار بشكل متناظر في ثنايا الجلد مثل الرقبة والإبط وفي الثنية بين الفخذ والمنطقة التناسلية والمذح بين الألوي (Intergluteal Cleft). يمكن أن تظهر بعض الدخنية في المناطق المصابة، كما يمكن حدوث التهابات بكتيرية أو فطرية في المناطق المصابة ـ مما يزيد من سوء الحالة وخطورتها، حيث يزداد الاحمرار والتقرح وتظهر البثور.

العـــلاج

تتحسن الحالات الخفيفة عند غسلها بالماء باستمرار مع وضع بعض الكريمات النابذة للماء بعد تجفيف المنطقة جيداً. يستحسن أيضاً الامتناع عن وضع بودرة التلك و ذلك لفعولها المهيّج للجلد.

في الحالات المتقدمة يمكن وضع المراهم المحتوية على الكورتيزون وحده أو مع مضادات الفطريات ومضادات البكتيريا وذلك في حالة الالتهاب الثانوي الفطري أو البكتيري. كما يمكن استعمال غسول برمنجنات البوتاسيوم المخفف (8000/1) وذلك في حالة تقرح الجلد.

القوباء الفقاعية [Bullous Impetigo]

القوباء الفقاعية مرض بكتيري يصيب الولدان كما يصيب الأطفال الأكبر سناً. البكتيريا العنقودية الذهبية *(Staphylococcus aurius)* هي البكتيريا المسببة لهذا المرض، خاصة أنواع العاثية 17 والعاثية 55 (Phage type).

الصورة الإكلينيكية

تظهر فقاعات صغيرة الحجم لها جدار شفاف رقيق، تحتوي على سائل شفاف في البداية، ولكن سرعان ما تكبر ويتحول السائل للون الأبيض، وبسرعة

تنفجر تاركة خلفها منطقة متآكلة. إذا أُهملت الحالة في المواليد تنتشر البكتيريا في الجسم كله، وقد تؤدي إلى التهاب رئوي أو التهاب في العظم.

شكل (1): القُوباء الفقاعية

(فقاعات كبيرة شفافة وأخرى منفجرة تاركة منطقة متآكلة)

العـــلاج

* يُعطى المريض مضادات حيوية مثل فلوكساسيللين أو ميثيسللين أو كيفالوسبورين بجرعات حسب وزن الجسم.
* كما يوصف محلول برمنجنات البوتاسيوم المخفف (8000/1) لمس الجلد المتآكل أربع أو خمس مرات يومياً.
* توصف مراهم تحتوي على مضادات حيوية مثل الجاراميسين.

متلازمة سَمْط الجلد العنقودية
[Staphylococcus Scalded Skin Syndrome]

تحدث هذه المتلازمة نتيجة إفراز بعض السموم التي تؤثر على الجلد من البكتيريا العنقودية الذهبية وخاصة العاثية من المجموعة 2 (Phage group II)، عندما يكون المريض مصاباً ببؤرة صديدية في أي مكان في جسده بعيداً عن الجلد مثل التهاب الأذن الوسطى البكتيري أو التهاب الحلق أو العين، تفرز هذه البكتيريا سموم تنتقل عبر الدم لتصل للجلد و تتسبب في هذا المرض.

الصورة الإكلينيكية

تظهر بقع صغيرة لونها أحمر برتقالي على جلد مريض يعاني من بؤرة صديدية في أي مكان آخر. تتوزع هذه البقع في الوجه والإبط والمنطقة الأربية (Groin)، ويشعر المريض بألم في الجلد وهذا الألم يعتبر علامة مميزة للمرض. كما تظهر جُلْبَات (Crusts) قوبية حول الأنف والفم يزداد الطفح تدريجيا ليصل إلى أقصى حد خلال 48 ساعة ليصبح متلاق وأكثر احمراراً و متورِّم، يصاحب الطفح ارتفاع درجة حرارة الوليد و حالة من الضيق. يتعافى المريض سريعاً عادة.

العـــلاج

أولاً: يجب الانتباه لدرجة حرارة الجسم وكمية السوائل المفقودة، و محاولة معادلتها عن طريق مخفضات الحرارة والمحاليل لتعويض السوائل المفقودة.

ثانياً: يجب إعطاء الوليد المضاد الحيوي المناسب مجموعياً (Systemic) مثل الفلوكزاسيللين أو الميثيسللين أو الكيفالوسبورين. في الحالات الخطيرة يجب إعطاء هذه المضادات الحيوية حقناً في الوريد.

التهاب السُرّة [Omphalitis]

تعتبر منطقة السرة في الولدان من المناطق الخصبة المناسبة لتكاثر البكتيريا، و لذلك جرت العادة على تنبيه الأم للعناية بها جيداً وخاصة خلال الأيام الأولى من عمر الوليد، وذلك بتطهيرها بالكحول والمضادات الحيوية مثل الكلوروهيكزيدين (بودرة).

في الحالات التي يُهمل فيها تنظيف وتطهير السرة تصاب ببعض الالتهابات البكتيرية التي قد تكون من الخطورة بحيث تنتقل البكتيريا للدم أو التجويف الصفاقي (البريتوني). ومن هنا يعتبر التهاب السرة أحد أهم الأسباب لزيادة نسبة وفيات المواليد في الدول غير المتقدمة. لذلك يجب العناية بمنطقة السرة منذ لحظة الولادة، وذلك باستخدام أدوات معقمة لقطع الحبل السري وربطه. كما يجب استعمال المطهر باستمرار حتى سقوط الجزء المتبقي منه.

أما في حالة حدوث التهاب يجب الإسراع بعرض الوليد على الطبيب المتخصص لإعطائه المضادات الحيوية المناسبة لنوع البكتيريا المسببة للالتهاب.

الزهري الوليدي [Congenital Syphilis]

الزهري مرض مزمن ومعدٍ ينتج عن الإصابة باللولبية الشاحبة *(Treponema pallidum)*. يصيب المرض جميع أجهزة الجسم خاصة الجهاز العصبي والجهاز القلبي الوعائي والجلد. عند الإصابة باللولبية الشاحبة قد يظهر المرض بعد فترة حضانة قصيرة، وقد يكمن لفترة طويلة قبل أن يظهر.

عندما تصاب الأم بمرض الزهري ينتقل إلى الجنين عبر المشيمة وقد يؤدي إلى سقوط الحمل أو موت الجنين في بطن أمه أو يولد مصاباً بالزهري. قد يظهر الطفح الجلدي وقت الولادة (40٪ من الحالات)، وقد لايظهر وقت الولادة ولكن يظهر بعد ذلك بأسابيع أو شهور أو حتى أعوام. إذا ظهر خلال العامين الأولين من عمر الطفل يكون معدياً أما إذا ظهرت أعراض المرض بعد ذلك فلا يسبب عدوى.

يكون الطفح على شكل حطاطات لونها أحمر مائل للبني. وفي 3٪ من الحالات يظهر طفح فقاعي، يتوزع في المنطقة التناسلية وحول الشرج وفي الوجه وراحة اليد وأخمص القدم، كما يصاحبه داحس (Paronychia) حول الأظافر، وقد تظهر حطاطات صغيرة دائرية الشكل رطبة تعرف بالبقع المخاطية (Moist Papules) في الفم والأسطح المخاطية الأخرى. كما تظهر لويحات ذات سطح خشن تعرف بالأورام اللقمية المسطحة (Condyloma Lata) في المنطقة التناسلية الشرجية أو عند زاوية الفم أو بين أصابع القدم.

ومن أهم العلامات المصاحبة للطفح الجلدي في المواليد المصابين بمرض الزهري تضخم الكبد والطحال والالتهاب الرئوي والتهاب الغشاء المخاطي المبطن للأنف.

التشخيص

* أخذ عينة من الآفة (Lesion) وعينة من العقد اللمفاوية ودراستها مجهرياً بدون صبغة بطريقة تشتيت الأشعة الضوئية (Dark Ground Examination).
* دراسة العينة باستخدام صبغات مثل الصبغة الفضية أو صبغة الجيمسا.
* دراسة العينة باستخدام المجهر الإلكتروني.
* كما يمكن تشخيص الحالة باستخدام طرق الإشعاع المناعي (Immunofluorescent Techniques).

العلاج

إعطاء البنسللين حقناً في العضل 50,000 وحدة لكل كيلوجرام من وزن الجسم من البنزاثين بنسللين مرة واحدة. أما في حالة إصابة الجهاز العصبي وحدوث تغيرات في السائل النخاعي الشوكي فيعطى المريض 50,000 وحدة لكل كيلوجرام من وزن الجسم يومياً من البروكين بنسللين في العضل لمدة عشرة أيام.

الفصل الثاني
العداوى الڤيروسية

المُلَيْساء المعدية [Molluscum Contagiosum]

ينتمي الڤيروس المسبب لمرض المليساء المعدية إلى مجموعة الڤيروسات الجُدَرّية (Poxviridae) ولكنه يختلف عنها في أنه لا يصيب حيوانات المختبر ولايمكن زراعته على مزرعة البيض (Egg Culture).

ينتشر هذا المرض في جميع أنحاء العالم و تنتقل العدوى عن طريق ملامسة شخص مصاب أو استخدام أدوات ملوثة بالڤيروس. لا تحدث هذه العدوى في الأطفال الذين تقل أعمارهم عن السنة، وقد يرجع ذلك لاكتسابهم مناعة ضده من الأم، أو يرجع لطول فترة حضانة الڤيروس في الجسم ـ والتي قد تصل إلى ستة أشهر. تزداد الإصابة بهذا الڤيروس في المناطق الحارة، حيث يرتدي الأطفال الملابس الخفيفة، مما يُسهل انتقال العدوى بالملامسة أو الاحتكاك، كما تلعب أحواض السباحة دوراً كبيراً في نقل العدوى.

الصورة الإكلينيكية

قُدّرت فترة حضانة الڤيروس من وقت دخوله للجلد وحتى ظهور الآفة (Lesion) من 14 يوم وحتى ستة أشهر. تظهر الآفة على شكل حطاطات كمثرية الشكل لامعة مُسررّة. تبدأ صغيرة قطرها حوالي 1 ملليمتر ثم تكبر تدريجياً على فترة طويلة، حيث تصل إلى 5-10 ملليمتر في حوالي 6-12 أسبوعاً، ونادراً ما تكبر عن هذا الحجم. يتراوح العدد من واحدة أو اثنتين إلى عدد كبير جداً، وقد تتجمع أكثر من واحدة في لويحة. تظهر هذه الحطاطات في أي مكان في الجسم ولكنها تكثر في الأماكن المكشوفة مثل الأطراف (حيث تنتقل العدوى).

العـــلاج

يجب أن يتنبه المريض إلى خطورة النزول إلى أحواض السباحة واستعمال أدوات الغير وممارسة الرياضات التي تتسم بالملامسة والاحتكاك، حيث أنها يمكن أن تنقل العدوى للغير.

المعالجة بالتبريد (المعالجة القَرَيّة: Cryotherapy) هي الطريقة المثلى لعلاج هذه الحالات، حيث تؤدي إلى تجمد الآفة. ويمكن تكرار الجلسات كل أسبوعين أو ثلاثة أسابيع حتى تختفي تماماً.

يمكن استعمال الكشط (Curettage) وإنفاذ الحرارة (Diathermy) خاصة مع الحطاطات كبيرة الحجم، كما يمكن عَصْر محتويات الحطاطات لإخراج المادة البيضاء المتواجدة بداخلها حيث أنها هي مصدر العدوى لأن الڤيروس يتكاثر بها.

كما يمكن مس الحطاطات بمادة الفينول أو نترات الفضة أو محلول اليود المركّز.

الهربس البسيط [Herpes Simplex]

يعرف الڤيروس المسبب لهذا المرض بالڤيروس الهربسي البشري (Herpes Virus Homonis) ويعتبر من أكثر الڤيروسات التي تصيب الإنسان في العالم وله نوعان: معروفان الأول الذي يصيب الوجه، والثاني يصيب المنطقة التناسلية.

من الأشياء المميزة لهذا الڤيروس كمونه في عقد الأعصاب الحسية بعد الإصابة به لأول مرة. وبعد كمونه لفترة طويلة من الوقت وفي ظل ظروف معينة، يعود لينشط فينتقل عبر الألياف العصبية للجلد والأغشية المخاطية حيث يتكاثر ويرجع المرض مرة أخرى (Recurrent).

تحدث العدوى نتيجة الملامسة المباشرة أو عن طريق قُطيرات من الإفرازات الحاملة للڤيروس (Droplet infection).

يحدث الهربس البسيط في المواليد والأطفال نتيجة الإصابة بالڤيروس من النوع الأول غالباً. أما النوع الثاني فينتشر أكثر بين الكبار، وذلك لأنه ينتقل بالاتصال الجنسي. ولكن بالرغم من ذلك وُجد تراكب في كثير من الحالات، حيث توجد الآفة في الوجه وبالبحث وُجد أن الڤيروس المسبب يكون من النوع الثاني، وبالعكس. كما يمكن أن ينتقل الڤيروس من الأم الحامل للجنين في حوالي 5٪ من الحالات. إذا أُصيبت الأم بالعدوى لأول مرة في الثلاثة أشهر الأخيرة من الحمل، يمكن أن ينزل الجنين مُبتسراً (خديجاً: Premature)، أما إذا تكررت الإصابة وقت الحمل فينتقل الڤيروس والأجسام المضادة له للجنين وبالتالي لا يتأثر بالمرض.

الصورة الإكلينيكية

الإصابة الأولية: يمكن أن ينتقل الڤيروس دون أن يحدث المرض (دون السريري: Subclinical)، أما في حالة حدوث المرض تظهر العدوى في الأطفال من سن 1-5 سنوات بعد فترة حضانة 4-5 أيام و يكون غالباً من النوع الأول. ترتفع درجة حرارة الطفل ويشعر بتوعك وعدم ارتياح، وبعدها يظهر التهاب بالفم ويصبح البلع مؤلم جداً، وتتورم اللثة وتحمر ويمكن أن تنزف بسهولة. تظهر كيسات على شكل لويحة بيضاء في اللسان والبلعوم واللهاة والأغشية المخاطية المبطنة للفم. تختفي بعد ذلك الكيسات لتترك خلفها قرحات مغطاة بغشاء أصفر اللون. تكبر العقد اللمفاوية الناحية (Regional) وتصبح مؤلمة. تنخفض درجة الحرارة بعد 3-5 أيام ويشفى المريض تماماً خلال أسبوعين.

الإصابة المتكررة والراجعة: تتكرر الحالة المرضية عندما يصاب المريض بأي مرض أخر يؤدي إلى ارتفاع درجة الحرارة أو إضعاف الجهاز المناعي، أو بعد التعرض للأشعة فوق البنفسجية، أو إجراء عمليات جراحية، أو بعد أي اضطراب نفسي، وقد لا يظهر سبب معين يؤدي لتكرار ظهور المرض.

في هذه الحالة تتكون الكيسات أصغر حجماً وتتجمع قريبة من بعضها ولاتظهر أية أعراض بنيوية (Constitutional) أخرى. يشعر المريض بحكة أو حرقان تظهر بعدها الكيسات على قاعدة حمراء من الجلد، وتختفي خلال 7-10 أيام دون أن تترك أثر. تحدث غالباً حول الفم والأنف، ولكن يمكن أن تظهر في أي مكان آخر من الجسم.

المضاعفات

* قد يصاحب المرض حمى وذُهان عضوي.

* يمكن أن يصيب العين مما يؤدي لالتهاب الملتحمة والقرنية أو قرحة تَغَصُنّية أو التهاب القزحية والجسم الهدبي (Iridocyclitis)، ولذلك ينصح بعرض الطفل على طبيب العيون.

* في الأطفال ذوي البشرة السمراء، قد يترك المرض بقعاً فاتحة اللون.

شكل (2) : الهربس البسيط (إصابة متكررة)

التشخيص

بالإضافة للشكل الإكلينيكي المعروف لهذه الحالة، يمكن زراعة السائل الموجود في الكيسات وتظهر النتيجة خلال 1-5 أيام. ويمكن التعرف على الڤيروس تحت المجهر الإلكتروني، كما يمكن اكتشاف الأجسام المضادة للڤيروس بالدم وخاصة في المرحلة الأولية.

العلاج

يمكن أن تشفى الحالات البسيطة تلقائياً بدون أي تدخل علاجي، ويمكن فقط وضع بعض المطهرات مثل محلول برمنجنات البوتاسيوم المخفف (8000/1).

أما في الحالات الخطيرة فيمكن أن نلجأ للعلاج المجموعي؛ مثل مضادات الڤيروسات مثل أسيكلوڤير (Acyclovir) ويؤخذ بجرعة 200 مجم خمس مرات

يومياً لمدة خمسة أيام، وفي الأطفال حديثي الولادة ينصح بإعطائهم 5 مجم لكل كيلوجرام من وزن الجسم كل 8 ساعات حقناً في الوريد. ويمكن مضاعفة الجرعة إذا اشتدت خطورة الحالة. كما أن المراهم الموضعية المحتوية على مضادات الڤيروسات يمكن أن تؤدي إلى تحسن الحالة.

الحُماق [Chickenpox]

الڤيروس الهربسي هو الڤيروس المسبب لهذا المرض، وهو منتشر عالمياً وينتقل عن طريق القطيرات، ويصيب جميع الأعمار خاصة الأطفال من سن سنتين وحتى عشر سنوات. يمكن للڤيروس أن يكمن في العقد العصبية الحسية لعدة سنوات ليظهر بعد ذلك على شكل الهربس النطاقي (Herpes Zoster) ـ والذي قلما يظهر في سن الطفولة، ولكن وُجدت حالات الهربس النطاقي بين الأطفال حديثي الولادة، وظهر أن الأم كانت مصابة بالحماق أثناء فترة الحمل. أما إذا أُصيبت الأم في الأيام القليلة قبل الولادة (2-4 أيام)، فينتقل الڤيروس إلى الوليد بدون الأجسام المضادة له والتي لم تتكون عند الأم بعد، وفي هذه الحالة يكون المرض شديد الخطورة حتى أنه يؤدي إلى الموت في 30 ٪ من المواليد.

الصورة الإكلينيكية

تتراوح فترة حضانة الڤيروس بين 14-17 يوماً، يليها ارتفاع طفيف في درجة الحرارة، ثم يظهر الطفح الجلدي على شكل بقع حمراء حصبية الشكل يتبعها ظهور حطاطات سرعان ما تتحول إلى كيسات شفافة، سرعان ما يتعكر لونها وتتحول إلى بثرات محاطة باحمرار في الجلد. بعد يومين لأربعة أيام تنفجر الكيسات وتتكون جُلْبة تجف ثم تنفصل تاركة خلفها منطقة منخفضة وردية اللون، ثم تشفى دون أن تترك أثراً. يبدأ الطفح في الجذع ثم الوجه وفروة الرأس ثم الأطراف ويقل تدريجياً كلما ابتعدنا عن مركز الجسم. تظهر مجموعات جديدة من الكيسات على مدار الأربعة أيام وقد تصاحبها حكة.

التشخيص

يعتمد أساساً على الصورة الإكلينيكية حيث الطفح الجابد (Centripetal) متعدد الأشكال وسريع الترقي من كيسات لجُلبات.
يمكن رؤية الڤيروس بالمجهر الإلكتروني من عينة السائل داخل الكيسات. كما يمكن اكتشاف الأجسام المضادة في الدم.

العـــلاج

في معظم الحالات لايحتاج المريض لعلاج حيث يشفى تلقائياً خلال فترة قصيرة، ولكن يمكن وضع بعض المطهرات الموضعية، كما يمكن وضع معلّق الكلامينا، أو تعاطي مضادات الهستامين في حالة وجود حكة.

الثؤلول [Verruca vulgaris-warts]

ڤيروس الورم الحليمي البشري (Human Papilloma Virus) هو الڤيروس المسبب لهذا المرض، وهو ڤيروس صغير جداً حيث يتراوح قطره بين 5-55 نانومتر. تؤدي الإصابة بهذا الڤيروس إلى تكاثر الخلايا الحرشفية الظهارية (Squamous Epithelial Cells) وتظهر على شكل ورم أو ثؤلول بالجلد. يوجد من هذا الڤيروس 55 نوعاً، بعضها يصيب أماكن معينة في الجسم مثل: (HPV-1): يصيب راحة اليد وأخمص القدم، (HPV -16): يصيب المناطق التناسلية، (HPV-11): يصيب الحنجرة والمناطق التناسلية.

الصورة الإكلينيكية

ينتقل الڤيروس للجسم بالملامسة المباشرة أو غير المباشرة، ولوحظ أن وجود جروح أو خدوش بسطح الجلد تساعد على دخول الڤيروس. تتراوح فترة حضانة الڤيروس من عدة أسابيع إلى سنة وقد تزيد.

تظهر الآفة على شكل حطاطة قوية (صلبة) لها سطح خشن قَرْني، ويتراوح حجمها من عدة ملليمترات إلى أكثر من 1 سنتيمتر في القطر. ويمكن أن تتجمع

أكثر من واحدة في كتلة كبيرة. تظهر عادة في منطقة الأصابع وظهر اليد والركبتين، ولكن يمكن أن تظهر في أي مكان بالجسم. قد تظهر واحدة أو أكثر، كما يمكن أن تظهر في مكان الجروح ولاتصاحبها عادة أية أعراض. يختفي هذا الثؤلول خلال سنتين في حوالي 65 ٪ من الحالات.

ثؤلول أخمص القدم (Plantar Wart): يظهر على شكل حطاطة صغيرة لامعة، ثم يكبر بشكل دائري، و تكون الطبقة القرنية على السطح خشنة وسميكة، في الأغلب تكون واحدة ولكن في حالات قليلة وُجدت أكثر من واحدة، وغالباً ما تكون في مناطق الضغط مثل الكعب ورؤوس عظام المشط. يصاحب هذا النوع من الثؤلول ألم ويعتبر من أهم الأعراض التي يشكو منها المرض.

الثؤلول المسطح (Verruca Plana): يظهر على شكل حطاطات ناعمة الملمس قليلة الارتفاع لها لون الجلد أو لون رمادي مائل للأصفر. وتكون الحطاطات دائرية الشكل يتراوح قطرها من1-5 ملليمتر غالباً تصيب الوجه وظهر اليد وغالباً تكون أكثر من واحدة، وقد يصل عددها إلى العشرات. يحدث تراجع لهذا النوع من الثؤلول ويصاحبه التهاب مما يؤدي إلى حدوث حكة واحمرار وتورم بالجلد، ويختفي تلقائياً خلال شهر.

الثؤلول خيطي (Filiform Wart): يحدث عادة للذكور أكثر من الإناث، و يصيب منطقة الوجه والرقبة أكثر، كما يمكن أن نراه في فروة الرأس. يظهر على شكل حطاطة رفيعة ومدببة، ويمكن أن تتواجد أكثر من واحدة متجمعين في شكل عنقودي.

العـــلاج

أولاً: يجب أن يعرف المريض أن هذا المرض يمكن أن يشفى تلقائياً، كما يجب أن يعرف طرق العدوى حتى لاينقل المرض للآخرين. في حالة الثؤلول الأخمصي يجب أن يغطى جيداً ببلاستر طبي مخصص لهذا النوع من الثؤلول قبل النزول إلى أحواض السباحة أو الحمامات العامة. في حالة الثؤلول حول الأظافر، غالباً يكون المريض معتاداً على قضم أظافره بأسنانه، فيجب أن يُنبَه إلى أن هذه العادة يمكن أن تؤدي إلى انتشار العدوى في الأماكن المجاورة،

ومن الأفضل في هذه الحالة لف الثؤلول والأظافر ببلاستر طبي حتى يتوقف المريض عن هذه العادة السيئة.

ثانياً: يمكن العلاج بوضع بعض المركبات المحتوية على حمض الساليسليك وحده أو مع بعض الأحماض الأخرى مثل حمض اللاكتيك والتي تساعد على تآكل الجلد في المنطقة المصابة. ويستمر العلاج لفترة ثلاثة أشهر ويعطي نتائج طيبة.

كما يمكن استعمال المكواة القريّة (Cryocautary) وهي كي بالتبريد باستخدام النتروجين السائل. تعطي هذه الطريقة نتائج مقبولة إلا أنها يمكن أن تكون مؤلمة في بعض الحالات.

كما يمكن استعمال الكي الحراري مع كشط الثؤلول، و هذه الطريقة تأتي بنتائج سريعة ومقبولة، ويمكن تفادي الألم المصاحب باستخدام مخدر موضعي. يمكن أيضاً استعمال الليزر لإزالة الثؤلول، كما يمكن حقن مادة الإنترفيرون موضعياً في الثؤلول.

الحصبة الألمانية [Rubella]

إن الحصبة الألمانية مرض منتشر على مستوى العالم كله، إلا إنه متوطن في بعض المناطق. ويظهر بشكل وبائي في أماكن أخرى. ينتقل المرض عن طريق النقيطات وتتراوح فترة الحضانة من 14 إلى 12 يوماً.

الصورة الإكلينيكية

قد يظهر الطفح الجلدي أولاً، وقد يسبقه ارتفاع في درجة الحرارة والشعور بالوعكة والصداع وتختفي هذه الأعراض مع ظهور الطفح. يظهر الطفح على شكل بقع وردية اللون متفرقة في البداية، ثم تتجمع مع بعضها، و تبدأ في الوجه ثم تنتشر إلى الجذع والأطراف. بعد نهاية اليوم الأول تبدأ البقع في الوجه في الاختفاء، أما البقع في الجذع فتتجمع بالقرب من بعضها ثم تختفي في اليوم الثالث والرابع. قد يصاحب الطفح الجلدي ظهور بقع حمراء غامقة على الحفّافْ (Soft Palate) و تَورّم في العقد اللمفاوية.

قد يصاب الطفل بالڤيروس ولايظهر عليه طفح جلدي. وتمثل هذه الحالة نسبة 40 ٪ من الحالات.

العـــلاج

أولاً: الوقاية: يجب أن يُطعم كل الأطفال ضد مرض الحصبة الألمانية وهو الروتين المُتّبع في معظم بلاد العالم خلال السنتين الأوليتين من عمر الطفل مع تطعيم الحصبة والغدة النكفية. ويجب تفادي جلوس الأطفال المصابين مع الحوامل وذلك لأن إصابة الأم الحامل يمكن أن تؤثر بشكل سيئ على الجنين.

ثانيـــــاً: تشفى الحالة تلقائياً خلال وقت قصير ولذلك لايستدعى المرض تناول أي علاج.

الحصبة [Measles]

ينتقل مرض الحصبة عن طريق النقيطات، حيث يتكاثر الڤيروس في الأنف والبلعوم والجزء العلوي من الجهاز التنفسي، ثم ينتشر بعد ذلك عن طريق الدم. قد تستمر فترة حضانة الڤيروس في الجسم إلى عشرة أيام.

الصورة الإكلينيكية

يبدأ المرض ببعض الأعراض مثل ارتفاع درجة الحرارة، والتوعك، ونزلة في الجزء العلوي من الجهاز التنفسي، واحتقان في ملتحمة العين. وفي بعض الأحيان خوف من الضوء (Photophobia).

في اليوم الثاني تظهر بقع صغيرة لونها أبيض مائل للأزرق محاطة بحلقة حمراء على الغشاء المخاطي الشدقي في مقابلة الأسنان الرَحّية (أو المولية) تعرف بنقاط كوبليك.

في الفترة من اليوم الثالث و حتى الخامس تستمر درجة الحرارة في الارتفاع وتزداد النزلة والحكة. يبدأ الطفح في الظهور من اليوم الرابع على الجبهة وخلف الأذن، وينتشر خلال 24 ساعة لبقية الوجه والجذع والأطراف. يكون الطفح في

البداية على شكل بقع حمراء ثم يتحول إلى حطاطات حمراء داكنة قد تتجمع مع بعضها. بعد ذلك يبدأ الطفح في الاختفاء من اليوم السادس وحتى العاشر.

تزداد حدة المرض وتظهر المضاعفات في الأطفال الصغار الذين يعانون من سوء التغذية والضعف العام. تتمثل المضاعفات في الإصابة بالالتهاب الرئوي والتهاب الأذن الوسطى والتهاب الدماغ.

العـــلاج

* يجب تطعيم كل الأطفال ضد الحصبة، وهذا الإجراء الوقائي متبع في أنحاء العالم.
* ينصح بالراحة التامة و الامتناع عن الذهاب للمدرسة حتى لاتنتقل العدوى، كما يمكن إعطاء خافضات الحرارة. عند حدوث التهاب بكتيري ثانوي ينصح بإعطاء مضاد حيوي مناسب. يمكن إعطاء المريض جلوبيولين مناعي بشري (Human Immune Globulin) خلال الخمسة أيام الأولى من المرض، يمكن بذلك تخفيف حدة المرض وتجنب المضاعفات.

النخالة الوردية [Pityriasis Rosea]

النخالة الوردية مرض يصيب الأطفال غالباً، سببه غير معروف حتى الآن. يتميز بصورته الإكلينيكية ولاتصاحبه أية أعراض أخرى ويشفى تلقائياً.

الصورة الإكلينيكية

يبدأ المرض بظهور حلقة بيضاوية وردية اللون مُغطاة بطبقة خفيفة من الحراشف تظهر في الجزء العلوي من الذراع أو على الفخذ أو الرقبة أو الجذع، تعرف هذه البقعة باللطخة النذيرة (Herald Patch) وتعتبر أول ظاهرة للمرض، يصل قطرها لنحو 2-5 سنتيمتر ثم تختفي ليظهر بعد ذلك بفترة ـ تتباين طولها من شخص لآخر ـ طفح جلدي حلقي الشكل مغطى بطبقة خفيفة من الحراشف. يتوزع الطفح غالباً في الجذع والرقبة والجزء الأعلى من الفخذ والذراع، غير أنه يمكن أن يظهر في بقية أجزاء الجسم، مثل الوجه وفروة الرأس والأطراف ـ ويسمى في هذه الحالة النخالة الوردية المعكوسة.

تبدأ الحلقات صغيرة ثم تكبر وتكثر على مدى عشرة أيام وتظهر في خطوط موازية لعظام القفص الصدري (الضلوع). تختفي البقع خلال 3-6 أسابيع في معظم الحالات أو شهرين في قليل من الحالات، حيث تختفي الحراشف ويتجعد الجلد ثم يعود لطبيعته.

العـــلاج

لايحتاج المرض لعلاج غالباً حيث أنه لا تصاحبه أعراض أخرى ويشفى تلقائياً. غير أنه وُجد أن المراهم المحتوية على الكورتيزون تساعد على سرعة الشفاء.

الفصل الثالث
العداوى البكتيرية

القوباء المُعدية [Impetigo Contagiosa]

التهاب بكتيري مُعدٍ يصيب الطبقات السطحية من الجلد، و يوجد منه نوعان الفقاعي وغير الفقاعي. البكتيريا العُنقودية (Staphylococcus) هي المسبب للقوباء الفقاعية (Bullous)، أما القوباء غير الفقاعية فتسببها البكتيريا العُنقودية أو العِقْدِيّة (Streptococcus) أو الاثنين معاً.

شكل (3) : قوباء غير فقاعية

(توجد جُلبات بنية اللون على الخد وعند الأنف)

الصورة الإكلينيكية

القوباء غير الفقاعية: تظهر الآفة الأولى على شكل كيسة صغيرة على قاعدة حمراء، سرعان ما تنفجر لتترك جُلبة لونها بني مصفر، ثم يبدأ المرض في الانتشار في المنطقة المحيطة، حيث تظهر الكيسات الصغيرة التي تترك وراءها الجُلبات التي تنفصل بعد فترة تاركة بقعة حمراء تختفي بدورها دون أن تترك نَدْبة مكانها. قد يؤدي إهمال الحالة إلى تورم العقد اللمفاوية وارتفاع درجة الحرارة. تظهر القوباء غير الفقاعية عادة في الوجه خاصة حول الأنف والفم، كما تظهر في الأطراف، غير أنها يمكن أن تظهر في أي مكان آخر. كما تظهر في فروة الرأس إذا كان الطفل مصاباً بالقمال. تشفى الحالة خلال أسبوعين أو ثلاثة وقد تطول.

القوباء الفقاعية: يبدأ المرض بكيسة صغيرة تكبر إلى أن يصل قطرها إلى 1-2 سنتيمتر، وتبقى لمدة 2-3 أيام. تمتلئ الفقاعة بسائل شفاف في البداية ثم يتعكر. تنفجر الفقاعة وتترك جُلْبَة بنية اللون، تتسع الآفة بشكل دائري ويبدأ مركزها في الشفاء مما ينتج عنه تكون حلقة. تظهر القوباء الفقاعية غالباً في الوجه ولكن يمكن أن تصيب أي مكان آخر في الجسم، ونادراً ما تؤدي إلى تَورّم العقد اللمفاوية.

المضاعفات

قد تنتشر البكتيريا للطبقات الأعمق من الجلد لتؤدي لحدوث التهاب هللي (Cellulitis)، وقد ينتشر عن طريق الدم ليؤدي للإصابة بالحمى القرمزية (Scarlet Fever) أو التهاب كبيبات الكلى الحاد.

العـــلاج

يمكن السيطرة على الحالات البسيطة والمحدودة بإعطاء مضاد حيوي موضعي مثل الجاراميسين أو التيراميسين أو الفيوسيدين، ومطهرات موضعية مثل برمنجنات البوتاسيوم المخفف 8000/1 أو الجنطيان. أما في حالة انتشار المرض وشدته ـ حيث تتورم العقد اللمفاوية ـ يجب إعطاء المريض المضاد الحيوي المناسب عن طريق الفم مثل الفلوكساسيللين أو الإريثروميسين أو الكيفالوسبورين بالإضافة للمضاد الحيوي الموضعي والمطهرات.

الإكثيمة [Ecthyma]

هي التهاب بكتيري يصيب الجلد ويتميز بتكون جُلبة سميكة ملتصقة بالجلد تخفي تحتها قرحة. البكتيريا العنقودية والعِقْدِية هي البكتيريا المسببة لهذا المرض، في أوروبا يصيب هذا المرض الأطفال فقط، أما في المناطق الحارة فيصيب الأطفال والكبار وذلك لعوامل من أهمها سوء التغذية وعدم النظافة.

الصورة الإكلينيكية

يبدأ المرض بظهور فقاعات صغيرة أو بثرات على قاعدة حمراء من الجلد سرعان ماتنفجر و تكون جلبة سميكة جافة. تكبر الآفة في الحجم وتصبح قاعدتها جاسِئة (Indurated) ومتورمة وحمراء. يمكن إزالة القشرة بصعوبة وعندئذٍ نرى قرحة صديدية غير محددة الشكل. يمكن أن تظهر الإكثيمة في منطقة الإليتين والفخذين والساقين، كما يمكن أن تظهر أكثر من واحدة. تشفى بعد عدة أسابيع تاركة خلفها ندبة بالجلد.

العـــلاج

يجب الاهتمام بالصحة العامة للمريض بإعطائه الغذاء المتوازن والاهتمام بنظافته. ويُعطى المضاد الحيوي المناسب عن طريق الفم مع استعمال المطهرات الموضعية.

الالتهاب الهللي والحُمرة [Cellulitis & Erysipelas]

هما حالة من التهاب النسيج الضام الرخو (Loose Connective Tissue): والالتهاب الهللي هو التهاب طبقة الدهن تحت الجلدية (Sub-Cutaneous Fat)، أما الحمرة فهي التهاب طبقة الأدمة (Dermis) والجزء العلوي من طبقة الدهن تحت الجلد، ويكون محدداً جيداً، أما الالتهاب الهللي فهو غير محدد الحافة. يمكن لأحدهما أن يؤدي للآخر، مما أدى إلى اعتبارهما مرضاً واحداً تقريباً، خاصة أن البكتيريا المتسببة في الاثنين واحدة وهي البكتيريا العُنقودية والعِقَدية في أغلب الحالات، والمكورّة الرئوية والمستدمية النزلية (H.influenzae). في بعض الحالات.

الصورة الإكلينيكية

احمرار بالجلد وتورّم يصاحبه ارتفاع درجة الحرارة الجلد المصاب وارتفاع درجة حرارة الجسم عموماً، وهي من أهم الأعراض لهذا المرض. إذا كانت المنطقة المصابة بالاحمرار محددة بشكل واضح ومرتفعة قليلاً، ويمكن أن تظهر بعض الكيسات على الحدود بين الجلد الطبيعي والجلد المريض، في هذه الحالة يمكن اعتبارها حالة حُمْرة، أما إذا كانت غير محددة فنطلق عليها التهاباً هلليا. ولكننا نرى الاثنين معاً في أغلب الحالات حيث يكون جزء من الآفة محدد الحافة والجزء الآخر غير محدد، كما يمكن أن تظهر كيسات دموية. دائماً يصاحب المرض تَورّم العقد اللمفاوية الناحيّة وتوعك وحالة من الضعف العام. أكثر المناطق المعرضة للإصابة هي الساق ثم الوجه.

في حالة إصابة الوجه الناتجة عن المستدمية النزلية تكون الإصابة على ناحية واحدة من الوجه وغالباً يصاحبها التهاب الأذن الوسطى، كما أن لون المنطقة المصابة يكون أحمر مائل للأزرق. نرى هذا اللون أيضاً عندما تكون الإصابة ناتجة عن المُكورّة الرئوية (Pneumococcus).

المضاعفات

إذا لم تعالج جيداً وبسرعة يمكن أن تؤدي إلى التهاب اللِفافَة(Fasciitis) الفاصلة بين الجلد والعضلات ـ والتهاب العضلات، أو قد يؤدي إلى الموت في حالة الأطفال حديثي الولادة.

التشخيص

عمل مزرعة لعينة من الدم وعمل مزرعة لعينات تؤخذ من الكيسات أو الأسطح المتقرحة. كما يمكن البحث عن الأجسام المضادة للبكتيريا في الدم. لكن الصورة الإكلينيكية تكون كافية دائماً لبدء العلاج .

العـــلاج

يجب أخذ المضادات الحيوية المناسبة حقناً بالوريد أو العضل وذلك لسرعة السيطرة على الحالة، كما يجب أن تستمر فترة العلاج لأسبوعين على الأقل. البنسللين هو أنسب الأنواع، يؤخذ كل ست ساعات حقناً بالوريد. وفي حالة وجود حساسية للبنسللين، يمكن أخذ إيريثروميسين.

الدُمَّل [(Fruncle (boil)]

هو التهاب حاد في بصيلات الشعر، غالباً التهاب ناخِر (Necrotic)، تسببه البكتيريا العُنقودية الذهبية. يظهر هذا الالتهاب خلال فترة البلوغ وما بعدها ونادراً مايحدث قبل ذلك.

الصورة الإكلينيكية

تظهر منطقة صغيرة ملتهبة حمراء مرتفعة عن سطح الجلد (عقدة) متصلة بالشعرة. وسرعان ماتتحول إلى بثرة، ثم تبدأ في التنخر، ثم ينفصل الجزء الناخر تاركاً بقعة لونها أحمر مائل للزرقة تترك بعد ذلك ندبة. قد يصاحبها ألم تتفاوت درجته من شخص لآخر وحسب المكان المصاب؛ مثلاً إذا ظهر هذا الدمل في صيوان الأذن يصاحبه ألم شديد. قد يختفي هذا الدمل بعد يومين وقد يستغرق أسبوعين أو ثلاثة ليختفي.

العـــلاج

يمكن الاكتفاء بالمضادات الحيوية الموضعية. لكن في حالة وجود أكثر من واحدة أو تجمعها في مجموعات كبيرة يجب تناول المضادات الحيوية مجموعياً.

يفضل تعاطي المضادات المقاومة لإنزيم البنسلّيناز الذي تفرزه البكتيريا لتقاوم المضادات الحيوية مثل الفلوكساسيللين.

إذا تكررت الحالة، يجب فحص المريض جيداً للبحث عن أي مرض آخر قد يؤدي لهذه الإصابة مثل الداء السكري.

الفصل الرابع
العداوى الفطرية

السَعْفَة [Tinea]

السعفة هي مرض جلدي ناتج عن إصابة الجلد بفطريات مرضية تعرف بفطريات الجلد (Dermatophytes). تهاجم هذه الفطريات الأجزاء المتقرنة من الجلد مثل الطبقة القرنية للجلد والشعر والأظافر. يتكون الفطر من مجموعة من الخلايا مرتبطة ببعضها مكونة خيوطاً (Hyphae)، وتتكاثر هذه الفطريات بتكوين أبواغ (Spores).

تشخيص الأمراض الفطرية

يمكن أخذ عينة من الفطريات الموجودة على الجلد عن طريق سحج الجلد المصاب لتجميع الحراشف، أو نزع الشعر المصاب، أو أخذ عينة من الطبقة المتقرنة تحت الظفر. يمكن بعد ذلك دراسة هذه العينات تحت المجهر بعد إضافة مادة هيدروكسيد البوتاسيوم بتركيز 20 ٪ لمدة 20 دقيقة لنرى الخيوط الفطرية والأبواغ. يمكن أيضاً زراعة هذه العينات على آجار سابورو (Sabouraud's Agar) وتظهر النتيجة بعد 3-14 يوماً. بعض هذه الفطريات تعطي إشعاع بلون معين عند رؤيتها من خلال زجاج وود (Wood's Glass) عند تعرضها للأشعة فوق البنفسجية (Wood's Light Examination). كما يمكن أخذ عينة من الجلد المصاب وصباغتها بصبغة معينة (PAS) لرؤية الفطريات.

سَعْفة الجسد أو السعفة المتحلقة
[Tinea Corporis or Tinea Cercinata]

تحدث هذه العدوى عندما ينتقل الفطر في صورته الخيطية أو البوغية لجلد الطفل من حيوان مصاب أو إنسان مصاب، وقد تنتقل عن طريق التربة. عندما يخترق الفطر الجلد يبدأ في الانتشار خلال الطبقة القرنية بشكل دائري خلال فترة الحضانة التي تتراوح بين أسبوع إلى ثلاثة أسابيع، يبدأ بعدها رد فعل الجسم لهذه الفطريات، مما يعطي الشكل الحلقي المعروف لهذا المرض.

الصورة الإكلينيكية

تحدث العدوى غالباً في المناطق المكشوفة من الجلد على شكل دائرة صغيرة مرتفعة الحافة نتيجة وجود حطاطات وبثرات وكيسات صغيرة الحجم. تبدأ الدائرة في الاتساع ويخلو مركزها من الفطريات. بذلك يظهر الجلد طبيعياً في المنتصف مما يعطي شكل الحلقة التي تتسع شيئاً فشيئاً، و تستمر لعدة أشهر قد تصل لسنة. يمكن أن تحدث عدوى جديدة في مركز الحلقة القديمة كما في الشكل (4). غالباً تظهر حلقة واحدة لكن عند ظهور أكثر من آفة (Lesion). قد يعطي هذا دليلاً على وجود ضعف أو خلل في مناعة الجسم.

شكل (4) : سعفة متحلقة

(نرى هنا حلقتين وتظهر الحافة النشطة (Active Edge))

العــلاج

يمكن استعمال مضادات الفطريات الموضعية مرتين يومياً مثل التيوكونازول أو الميكونازول.

سَعْفة الرأس [Tinea Capitis]

تحدث هذه العدوى نتيجة اختراق فطريات الجلد لشعر الرأس، وتختلف الصورة الإكلينيكية باختلاف الطريقة التي يخترق به الفطر للشعرة، ودرجة تأثيره عليها وعلى جلد الرأس.

شكل (5) : سعفة الرأس الحراشفية

(منطقة خالية من الشعر؛ ونرى حراشف خفيفة رمادية اللون)

سَعْفة الرأس الحراشفية [Scaly Ring Worm]

يخترق الفطر الشعرة المتقرنة عند منتصف البصيلة ثم تبدأ في الانتشار باتجاه فروة الرأس لتتوقف عند نقطة معينة تدعى خَمَل آدم (Adam's Fringe). يبدأ الفطر في الانتشار خارج الشعرة مكوناً مجموعات دائرية وحلزونية مرتبة بشكل عشوائي.

يظهر هذا المرض إكلينيكياً على صورة منطقة دائرية خالية من الشعر (حيث يتكسر الشعر و يتطاير) مغطاة بحراشف صغيرة رمادية اللون. تعطي هذه المنطقة إشعاعاً أحمر عند اختبارها بضوء «وود» (Wood's Light).

سَعْفة الرأس ذات النقطة السوداء [Black Dot Ring Worm]

يخترق الفطر بصيلة الشعر ويتكاثر بداخلها، ويؤدي ذلك إلى تحطيمها مما يجعلها تنكسر بموازاة فروة الرأس، تاركة نقطة صغيرة سوداء. تظهر إكلينيكياً على شكل منطقة دائرية خالية من الشعر، وبتدقيق النظر نجد بها نقط سوداء تدل على مكان تكسر الشعر. يمكن أن تظهر أيضاً بعض الحراشف.

الشُهْدَة [Kerion]

تحدث الإصابة بالفطريات الخيطية التي لاتخترق الشعرة، ولكنها تتكاثر على سطحها حيث تنتج أبواغ كبيرة الحجم مرتبة في سلاسل مستقيمة. ينتقل هذا الفطر غالباً من مصدر حيواني وينتج عن ذلك رد فعل التهابي شديد في الجلد. تظهر إكلينيكياً على شكل منطقة متورمة في فروة الرأس يسقط منها الشعر بسهولة ويخرج من مكانها سائل صديدي. يصاحب هذه الحالة تورم في العقد اللمفاوية.

يجب تفرقة هذه الحالة عن حالة الخُراج (Abscess)، حيث أن الأخير يكون أشد إيلاماً ولايمكن نزع الشعر عنه بسهولة ويصاحبه ارتفاع في درجة حرارة الجسم وحالة ضعف عام. تشفى الشهدة دون أن تترك ندبة بالجلد.

القراع [Favus]

في هذا النوع من السعفات، يخترق الفطر الخيطي الشعر ويؤدي لظهور

تجاويف هوائية كثيرة داخل الشعرة ولايمكن رؤية الأبواغ. لاتنكسر الشعرة كما يحدث في باقي السعفات بل تبقى ويمكن أن تستمر في الطول. يظهر القراع إكلينيكياً على شكل مجموعة من الجلبات صفراء اللون تشبه الجبن ولها رائحة مميزة (مثل رائحة الفأر)، تخترق الشعرة الجلبة من مركزها. قد تظهر في منطقة صغيرة وقد تكون من الشدة بحيث تغطي فروة الرأس كلها وذلك إذا أُهمل علاجها. يعطي هذا النوع من السعفة إشعاعاً أخضر مائل للرمادي عند فحصه بضوء «وود». عند شفاء هذه الحالة تترك ندبة بالجلد ولاينمو بها الشعر بعد ذلك أبداً ـ على عكس كل أنواع السعفات الأخرى التي لاتترك أثراً.

عـلاج سعفة الرأس

يجب تناول مضاد للفطريات بشكل مجموعي مثل الجريزيوفالڤين، قرص واحد لكل 10 كيلوجرام من وزن الجسم لمدة 6 إلى 8 أسابيع. ويجب متابعة وظائف الكبد أثناء فترة العلاج حيث أنه يؤثر على الكبد. ويمكن استعمال مضادات الفطريات الموضعية مع المجموعية.

يجب تنبيه الطفل والأم إلى أن هذا المرض مُعدٍ فيجب ألا يشاركه أحد في استخدام أدواته.

في حالة الشهدة يجب أخذ مضاد حيوي مثل السبتريم مجموعياً لمدة 10 أيام بالإضافة إلى مضادات الفطريات.

في حالة الشهدة والقراع يمكن استعمال مس الكاستيلاني مرتين يومياً.

سَعْفة الأرفاغ *[Tinea Cruris]*

سَعْفة الأرفاغ هي إصابة الجلد في المنطقة الأربية بفطريات الجلد. تكثر هذه العدوى في الكبار ولكن تظهر في الأطفال الذين يعانون من السمنة، خاصة في وجود جوٍ حار، كما أن ارتداء ملابس مبتلة لفترة طويلة مثل ملابس السباحة يساعد على حدوث المرض. يحدث أيضاً هذا المرض في الأطفال المصابين بالداء السكري.

الصورة الإكلينيكية

يحدث احمرار بالجلد المصاب تصاحبه حكة، وترتفع حافة المنطقة المصابة وتظهر بها حطاطات وبثرات و كيسات. تظهر عادة في الجزء العلوي من الفخذ وقد تمتد للإليتين ومنطقة العانة.

العـــلاج

يجب تجنب الأسباب التي تساعد على ظهور المرض، فيجب تقليل وزن الجسم وتجنب التواجد في الأجواء الحارة، وعدم ارتداء ملابس مبتلة لفترة طويلة. كما يجب عدم استعمال أدوات الغير لعدم نقل العدوى.

يمكن استعمال مضادات الفطريات الموضعية مرتين يومياً مثل ميكونازول وكلوتريمازول. كما يمكن استخدام مضادات الفطريات مجموعياً مثل ترِفينادين قرص يومياً لمدة 14 يوماً أو إيتراكونازول قرصين يومياً لمدة أسبوع أو فلوكونازول قرص كل أسبوع لمدة شهر.

سَعْفة القدم [Tinea Pedis]

هي الإصابة بفطريات الجلد في المنطقة بين أصابع القدم، وخاصة المسافة بين الإصبع الصغير والذي قبله. وقد تمتد لتصيب أخمص القدم. يظهر هذا المرض عند استعمال الماء بغزارة وعدم تجفيف هذه المنطقة باستمرار، كما يحدث عند الوضوء. كما أن زيادة العرق خاصة في المناطق الحارة يساعد على ظهور المرض، لذلك فإن ارتداء الشراب والحذاء لفترة طويلة يعتبر أحد العوامل المسببة للمرض.

الصورة الإكلينيكية

يبدأ المرض بظهور حراشف تصاحبها حكة بين الأصابع، خاصة المسافة الرابعة والثالثة، وعند إهمال الحالة تحدث تشققات بالجلد وتعطن (Maceration). قد نجد طبقة بيضاء تغطي الآفة، وذلك عند الإصابة بفطر المبيضات. في بعض الحالات يمكن أن نرى كيسات وفقاعات في أخمص القدم سرعان ماتنفجر تاركة حراشف، وقد يظهر فرط التقران (Hyperkeratosis).

العـــلاج

* أولاً: يجب تجنب العوامل المسببة والمساعدة لظهور المرض.
* ثانياً: يمكن استعمال مس الكاستيلاني مرتين يومياً مع كريم مضاد للفطريات.

الفطار الظفري [Onychomycosis]

هي إصابة الأظافر بفطريات الجلد.

الصورة الإكلينيكية

تبدأ الإصابة غالباً عند الحافة الحرة للظفر، ثم تمتد للداخل لتشمل الظفر كله، حيث تظهر خطوط صفراء وبنية اللون على الظفر، ويزداد سمكه وتبدأ بعض المناطق في التآكل، كما تتجمع مادة الكيراتين الهشة تحت الظفر. إذا تركت الحالة دون علاج يمكن أن يحدث تدمير كامل للظفر.

العـــلاج

يمكن استعمال مضادات الفطريات مثل الجريزيوفالڤين 12.5 مجم لكل كيلوجرام من وزن الجسم يومياً، وذلك لمدة سنة كاملة وقد تمتد لاثنتين عند إصابة أظافر القدم (يمكن تقليل المدة بإزالة الظفر جراحياً). كما يمكن استعمال الترفينادين قرص يومياً لمدة ستة أسابيع لأظافر اليد و 12 أسبوعاً لأظافر القدم، أو الإيتراكونازول قرص واحد يومياً لمدة ثلاثة أشهر، أو الفلوكونازول قرص واحد كل أسبوع لمدة ثمانية أشهر.

داء المبيضات [Candidiasis]

يحدث هذا المرض نتيجة الإصابة بالمبيضة البيضاء *(Candida albicans)* في الجلد والأغشية المخاطية. تكثر الإصابة بهذا المرض عند استعمال مضادات حيوية لفترة طويلة أو عند الإصابة بالداء السكري، حيث يقل النّبيتُ (Flora) البكتيري. كما يظهر عند وجود خلل في الجهاز المناعي.

الصورة الإكلينيكية

تظهر منطقة حمراء رطبة بالجلد تصاحبها حكة، وقد تظهر بعض البثرات الدامية التي تنفجر لتترك منطقة متآكلة. وتظهر حطاطات وبثرات متفرقة حول المنطقة المصابة. تحدث الإصابة في المنطقة الأربية ومنطقة الحفاض في المواليد. قد تحدث الإصابة في الفم على شكل بقع بيضاء رطبة تظهر على اللثة واللسان والغشاء المخاطي المبطن للفم. وقد تصيب زاوية الفم حيث يحمر لون الجلد وتغطيه الجُلبات.

التشخيص

أخذ مسحة من المنطقة المصابة ورؤيتها تحت المجهر، كما يمكن تجميع بعض الحراشف ورؤيتها بالمجهر بعد إضافة هيدروكسيد البوتاسيوم المخفف (20 ٪) لمدة 20 دقيقة. كما يمكن عمل مزرعة على آجار الساباورو وتظهر النتيجة خلال يومين أو ثلاثة أيام.

العـــلاج

يجب الاهتمام بالنظافة العامة واستعمال الملابس الداخلية القطنية. ويمكن استعمال مضادات الفطريات الموضعية مثل النيستاتين (2٪) أو الإيميدازول مرتين يومياً. في الحالات الخطيرة يمكن استعمال مضادات الفطريات مجموعياً. في حالة إصابة الفم يمكن استعمال معلق النيستاتين أربع مرات يومياً أو استعمال حبوب مُسْتَحلَبة من مادة النيستاتين (Nystatin).

النخالية المُبرقشة [Pityriasis Versicolor]

هي إصابة فطرية يكثر حدوثها في المناطق الحارة الرطبة، كما أنها تنتشر في كل العالم. تصيب الأطفال بشكل متكرر. تنتج عن تحول فطر الوبيغاء (Pityrosporum) الموجود على سطح الجلد كنُّبيت طبيعي، إلى نوع مرضي يُسمى الملاسيزية النخالية *(Malassezia furfur)* وذلك في وجود الرطوبة الكافية. هذا المرض غير مُعدٍ ولكن يمكن أن يظهر عند أكثر من فرد في الأسرة الواحدة، وذلك لوجود عوامل وراثية معينة تساعد على حدوث هذا التحول.

شكل (6) : النخالية المبرقشة

(بقع أفتح من لون الجلد تغطيها حراشف خفيفة)

الصورة الإكلينيكية

تظهر على شكل بقع صغيرة مغطاة بحراشف صغيرة. تنتشر في منطقة الجذع والكتفين والرقبة والوجه. قد تتجمع البقع الصغيرة لتكون بقعاً كبيرة. تكتسب هذه البقع لوناً أفتح قليلاً أو أغمق قليلاً من الجلد. ويتباين اللون من مريض إلى آخر من البني الخفيف إلى الوردي، وقد تميل إلى البياض. ومن هنا يأتي اسم المرض.

التشخيص

تعتبر الصورة المرضية مميزة للمرض. يمكن أخذ عينة من الحراشف ودراستها باستخدام المجهر بعد إضافة هيدروكسيد البوتاسيوم المخفف (20٪) لمدة 20 دقيقة. كما يمكن أن تعطي المناطق المصابة إشعاع أصفر اللون عند دراستها باستخدام ضوء «وود» (Wood's Light).

العـــلاج

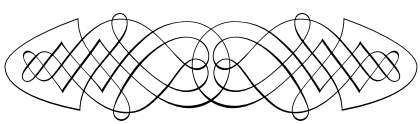
العلاج الموضعي مرتين يومياً، مثل:

- ثيوسلفات الصوديوم.
- سلفات السيلينيوم.
- بيثيون الزنك.
- مجموعة الإيميدازول مثل ميكونازول أو تيوكونازول أو غيرها.
- مجموعة الأليلامين مثل نافتيفين وتربينافين.

العلاج المجموعي:

- كيتوكونازول قرص يومياً لمدة عشرة أيام، ولكن له تأثير ضار بالكبد.
- إيتراكونازول قرص يومياً لمدة سبعة أيام.
- فلوكونازول قرصين مرة واحد تكرر بعد أسبوعين.

قد يترك المرض بعد علاجه بقعاً جلدية فاتحة اللون يمكن أن تعالج بعد ذلك باستخدام كريمات الكورتيزون أو جلسات الأشعة فوق البنفسجية.



الفصل الخامس
الأمراض الطفيلية

داء اللَيْشمانّيات [Leishmaniasis]

داء الليشمانيات هو المرض الناتج عن الإصابة بطفيل الليشمانية. يُقّسم هذا المرض إكلينيكياً إلى ثلاث مجموعات هي: ليشمانيا الجلد، وليشمانيا الجلد والأغشية المخاطية، والليشمانية الحشوية (أحشاء أو أعضاء).

الليشمانية هي طفيليات مُسَوَّطة (لها سوط)، تعيش جزء من حياتها داخل أمعاء ذبابة الرمل (الفاصدة : Sand Fly)، حيث تكون مغزلية الشكل ولها سوط رقيق وتسمى المُشَيِّقَة (Promastigote). تنتقل للإنسان أو الحيوان عندما يتعرض لوخز الفاصدة لتنتقل إلى طور آخر من أطوار حياتها داخل جسم الإنسان يعرف بالليشمانة (Amastigote) وتكون بيضاوية الشكل منكمشة السوط. يتكون هذا الطور داخل خلايا البلعمة (Macrophage) وينتقل إلى فاصدة أخرى بنفس الطريقة لتنقلها إلى كائن ثديي آخر وهكذا.

ويعتبر داء الليشمانيات من الأمراض المتوطنة في الشرق الأوسط وحوض البحر المتوسط، حيث توجد الليشمانيا المدارية والتي تؤدي إلى داء الليشمانيات الجلدي والجلدي المخاطي.

الصورة الإكلينيكية

تعتمد الصورة الإكلينيكية على رد الفعل المناعي للجسم تجاه الطفيل، حيث العلاقة عكسية، كلما ضعفت مناعة الجسم زاد انتشار المرض وأصبح مزمناً، وكلما قويت مناعة الجسم قل انتشار المرض وأصبح حاداً.
وتنقسم الصورة الإكلينيكية إلى:

داء الليشمانيات الجلدي الحاد [Acute Cutaneous Leishmaniasis]

تظهر عقدة (ورم) أو قرحة غير مؤلمة على الأماكن المكشوفة من الجسم (التي

تتعرض لوخز الحشرات). تظهر الآفة بعد فترة حضانة حوالي شهرين. تظل الآفة موجودة لفترة ثم تبدأ في الاختفاء بعد سنة أو سنتين تاركة ورائها ندبة منخفضة عن سطح الجلد.

داء الليشمانيات الجلدي المزمن [Chronic Cutaneous Leishmaniasis]

تظهر لويحة حمراء متقرحة، قد تكون واحدة أو أكثر، و تتواجد على الجلد لفترة أكثر من السنتين.

داء الليشمانيات الجلدي المنتشر[Diffuse Cutaneous Leishmaniasis]

تظهر هذه الصورة في مناطق إثيوبيا وكينيا وهي صورة مزمنة من المرض وتظهر على شكل عقد (أورام) كثيرة تنتشر في الجسم كله، وهي غير قابلة للتقرح.

التشخيص

التاريخ المرضي مهم جداً في حالة سفر المريض لمنطقة يتوطن فيها الطفيل. يمكن أخذ مسحة أو لطاخة (Smear) وصبغها بالجيمسا (Geimsa)، حيث يظهر الطور غير المُسوّط (الليشمانة: Amastigote) داخل خلايا البلعمة. كما يمكن أخذ عينة من الجلد ودراستها تحت المجهر بعد صبغها. يمكن أيضاً عمل اختبار الليشمانين وذلك بحق 0.1 مللي لتر من مُعلق مُحضّر من مزرعة اللّيشمانيات، ويظهر إيجابياً بعد 18-72 ساعة على شكل حطاطة حمراء. كما يمكن البحث عن الأجسام المضادة للطفيل بالدم.

العـــلاج

في الحالات البسيطة حيث يوجد عدد قليل من الآفات، يمكن إعطاء حقن موضعية من مادة ستيبوجلوكونات الصوديوم (بنتوستام) كل 15 يوم حتى تختفي الآفة. كما يمكن علاجها بالتبريد (Cryo) أو إزالتها جراحياً.
أما في الحالات المزمنة أو المنتشرة، فيمكن إعطاء مادة ستيبوجلوكونات الصوديوم مجموعياً، 10 مجم لكل كيلوجرام من وزن الجسم في اليوم لمدة 14 يوماً. كما يمكن إعطاء الريفامبيسين من 600 إلى 1200 مجم يومياً لمدة 15 يوماً.

الجَرَب [Scabies]

الجرب مرض مُعدٍ ينتشر بين الإنسان والحيوان سببه سوسة تُسمّى القارمة الجربية *(Sarcoptes scabiei)*، و هي بيضاوية الشكل ولا تُرى بالعين المجردة. يبلغ طول الأنثى منها ـ وهي المتسببة في العدوى ـ 0.4 ملليمتر و عرضها 0.3 ملليمتر. عندما تصل الأنثى المُلقحة لسطح الجلد تخترق الطبقة القرنية مكونة نقباً (Burrow) حيث تضع من 2-3 بيضات يومياً، وبعد 3-4 أيام يفقس البيض وتُكمل اليرقة دورة حياتها. تصل فترة حضانة السوسة ـ من وقت دخولها لوقت إحداثها المرض ـ 14 يوماً.

طريقة العدوى

تنتقل العدوى بالملامسة الجسدية اللّصيقة، كما تنتقل عن طريق الملابس وأغطية الأسرّة التي يستعملها شخصاً مصاباً بالمرض. لا تستطيع السوسة أن تحيا بعيداً عن الجسم الحي الذي تتطفل عليه إلا لأيام قليلة.

الصورة الإكلينيكية

تعتبر الحكة الشديدة خاصة بالمساء هي أهم أعراض المرض يصاحب الحكة ظهور النقب التي تكونها السوسة، وتكون على شكل خطوط رفيعة منحنية مرتفعة قليلاً عن سطح الجلد بشكل حرف (Ridge) رمادي اللون وذلك بسبب الفضلات التي تتركها السوسة. يصل طول هذه الخطوط حوالي 5 ملم وتنتهي بكيسة صغيرة تنتج عن رد الفعل المناعي للجسم . كما تظهر حطاطات كثيرة و خدوش بالجلد ـ ناتجة عن الحكة ـ وبثرات وبعض مظاهر الحساسية.

تتركز هذه الآفات في المسافة بين الأصابع وعلى الرسغين والجزء الزندي من الساعد والحفرة المِرفَقّية والمَأبِضيّة والإبط والبطن خاصة المنطقة حول السرّة والأعضاء التناسلية والأليتين.

في الأطفال حديثي الولادة تظهر الآفات في منطقة الرأس والرقبة وكف اليد وأخمص القدم، وتكثر الكيسات ويقل وجود النقب.

إذا انتقلت العدوى من حيوان مصاب، تظهر الصورة الإكلينيكية أكثر شدة، إلا أنها لا تنتقل من الشخص المصاب لشخص آخر ويمكن أن تشفى تلقائياً.

شكل (7) : الجَرَب [Scabies]

(يظهر النفق [النقب] الذي تكونه السوسة وبعض الحطاطات)

التشخيص

تكون الصورة الإكلينيكية كافية في كثير من الأحيان لتشخيص المرض، وعادة

يوجد أكثر من شخص مصاب في العائلة الواحدة. كما يجب أخذ التاريخ المرضي الذي يوضح عادة اختلاط المريض بشخص آخر كان مصاباً بالمرض.

كما يمكن رؤية الطفيل تحت المجهر عند إخراج محتويات النقب باستعمال إبرة رفيعة، ويمكن عمل اختبار السكابين الجلدي (Scabien Test) بحقن خلاصة السوسة في الجلد.

الوقاية من المرض

يجب عزل الحالات المصابة وعلاجها جيداً، كما يجب حَصْر الأفراد الذين خالطوهم خلال مدة أسبوعين قبل ظهور المرض وعلاجهم حتى ولو لم يظهر عليهم المرض وذلك لأنهم قد يكونون في فترة الحضانة.

يجب غسل كل متعلقات المريض من ملابس ومناشف وأغطية الأسرّة وغيرها بالماء المغلي للقضاء على السوسة. كما يمكن كي الملابس بمكواة ساخنة أو تجميعها ووضعها بعيداً عن متناول الأيدي لمدة أسبوع حتى تموت السوسة.

العـــلاج

يدهن مرهم الكبريت بتركيز 5 ٪ أو 10 ٪ على حسب عمر الطفل على الجسم كله وذلك بعد أخذ حمام دافئ ودعك الجسم جيداً بفرشاة أو ليفة خشنة، يدهن المرهم لمدة أربع ليالي متتالية. يمكن أيضاً استعمال مركبات الكروتا ميتون والبرومثرين بنفس الطريقة.

القُمال [Pediculosis]

القمل (Lice) حشرة طفيلية تصيب الأماكن المشعرة من الجسم. أنثى القمل بيضاوية الشكل، رمادية اللون، يبلغ طولها حوالي 3-4 ملليمتر. تبلغ دورة حياة القمل حوالي 40 يوماً، تضع الأنثى خلالها حوالي 300 بيضة، أي حوالي 7-10 بيضات يومياً. الصئبان أو بيض القمل بيضاوي الشكل و يلتصق بالشعرة بشدة. تأخذ البيضة حوالي 7 أيام لتفقس وتخرج الحوراوات التي تكبر لتصبح بعد ذلك قملاً.

طريقة العدوى

استعمال أدوات الشخص المصاب، خاصة الفرشاة أو المشط.

الصورة الإكلينيكية

يعاني الشخص المصاب من حكة بالرأس و خاصة الجزء الخلفي (القَذَالي) من الرأس والجزء الصدغي. عند فحص المريض يمكن رؤية القمل أو الصئبان التي تكون ملتصقة بشدة بالشعر. قد تؤدي كثرة الحكة بجلد الرأس لحدوث خدوش والتهاب صديدي مثل القوباء المعدية والتي يمكن أن يصاحبها تَوّرم بالعقد اللمفاوية القذالية.

قمل العانة [Phthirus pubis]

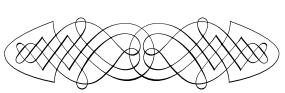
إصابة منطقة العانة بالقمل يمكن أن يحدث باستعمال الملابس الداخلية لشخص مصاب، كما يمكن أن ينتقل عن طريق المراحيض الملوثة.

كما يمكن أن يظهر القمل في منطقة الإبط وفي رموش العينين وذلك في الحالات التي تهمل العلاج والتي يتسم الأشخاص فيها بالقذارة و عدم النظافة.

العـــلاج

يمكن وضع مركب الجاما بنزين هكسا كلوريد 1 ٪ لمدة 10 دقائق على الشعر ثم يغسل و يكرر بعد أسبوع وذلك للقضاء على الحوراوات حديثة الفقس. كما يمكن استعمال مادة الكروتاميتون لمدة 24 ساعة أو البيريثيون وفي كل الحالات يجب تكرار العلاج بعد أسبوع.

يجب إزالة الصئبان المتبقية بمشط ضيق الأسنان. في حالة قمل العانة، يجب غسل الملابس الداخلية في ماء مغلي.



الفصل السادس
أمراض فرط التَحَسُّس

أمراض فرط التحسس (Hypersensitivity) هي الأمراض التي يحدث فيها رد فعل مناعي سريع لمادة ما بطريقة تؤدي إلى تدمير الخلايا و إحداث آفات مرضية مؤذية.

الشَرَى [Urticaria]

يتميز مرض الشرى بظهور طفح جلدي مؤقت على شكل احمرار وتورم بالجلد يعرف بالانتبار (Wheal) التي تظهر بأحجام مختلفة. تصاحب ذلك حكة شديدة، تستمر الحالة لفترات متباينة من بضع ساعات إلى بضعة أيام. وقد تستمر لأشهر في الحالات المزمنة. يحدث الشرى كنوع من رد الفعل المناعي عند دخول مُسْتَضد (Antigen) معين للجسم، ويؤدي ذلك إلى زيادة نفوذية الشعيرات الدموية والأوردة الصغيرة وخروج السوائل والبروتينات إلى الأنسجة. تفرز خلايا الجسم عدداً كبيراً من المواد التي تؤدي لحدوث تلك التغيرات مثل الهستامين. قد يكون هذا المستضد نوعاً معيناً من الأكل أو الدواء أو غيرها.

العوامل المسببة للشرى:

* **الأدوية:** مثل البنسللين والأسبرين وأدوية السلفا وغيرها.
* **الطعام:** مثل البيض والسمك والفراولة والحليب والمواد الحافظة والألوان المضافة للأغذية.
* **أشياء مستنشقة:** مثل غُبار المنازل والريش وطَلع القمح.
* **قد تكون بعض المُستضدات** داخلية وذلك عند وجود بؤرة صديدية ناتجة عن التهاب بكتيري في اللوزتين أو الجيوب الأنفية أو الجهاز التنفسي.
* كما أن **الكَرْب التنفسي (Respiratory Distress)** يمكن أن يكون أحد العوامل المسببة للشرى.
* **بعض العوامل الفيزيائية** مثل الحرارة أو البرد أو الضغط أو التعرض لأشعة الشمس يمكن أن تؤدي أيضاً لحدوث الشرى.

العـــلاج

يجب أولاً محـاولة معرفـة السبب المؤدي لظهـور الشـرى وتجنبـه. يمكن إعطاء المريض مضـادات الهسـتامين من الجيل الأول مثل الإيثانول آمين أو الفينوثيازين، حيث أن لها تـأثير مـهدئ أو منوم. كما يمكن اللجوء للجيل الثاني مثل الترفينادين واللوراتيدين التي ليس لها أي تأثير مهدئ.

في الحالات الشديدة يمكن إعطاء أقراص الكورتيزون .

الوَذَمَة الوعائية [Angioedema]

الوذمـة الوعـائيـة هي المرحلة تحت الحـادة (Subacute) من الشـرى. يحـدث التوَذَمْ (الورم) بمفرده أو مصاحباً للشرى، حيث تحدث نفس التغيرات الوعائية في طبقة الدهن تحت الجلد. تظهر الوذمة الوعائية في الشفاه أو في جفون العينين أو في الأعضـاء التناسلية، يمكن أيضـاً أن تحدث في الحنجـرة، وهنا قد تؤدي لحـالة اختناق. يمكن أن تستمر الوذمة الوعائية لمدة ساعة أو اثنتين وقد تستمر لثلاثة أيام. لا يصـاحب الوذمة الوعـائية حكة ولكن قد يصـاحبـها ارتفـاع في درجة الحـرارة أو زيادة الوزن وزيادة في اليـوزينيـات (Eosinophils) في الدم. يمكن عـلاج الوذمـة الوعـائيـة بنفس طرق عـلاج الشـرى، ولكن إذا شك الطبـيب في حدوث وذمة وعـائية بالحنجـرة، يجب إعطاء المريض حـقنة أدرينالـين ثم الكورتيـزون وذلك لمنع حـدوث اختناق.

الشَرَى الحُطاطي [Papular Urticaria]

الشرى الحطاطي هو مرض ينتشر في الأطفال حديثي الولادة والأطفال الأكبر سناً. يتميز بوجود حطاطات وكيسات يصاحبها حكة شديدة تؤدي لحدوث تَسَحُّجْ بالجلد. ينتج الشرى الحطاطي عن فرط التحسس للدغ الحشرات مثل البعوض. تظهر على الأطراف والأماكن المكشوفة من الجسم. يمكن أن تسؤ الحالة وتتطور لما يعرف باسم حُكاك هيبرا (Prurigo of Hebra)؛ حيث تنتشر الحطاطات في كل أجـزاء الجـسم ويصـاحـبـهـا تورم في العـقـد اللمـفـاوية، ويحـدث تحـزز بالجلد (Lichenification).

شكل (8) : الشرى الحطاطي
(حطاطات وكيسات شروية على ظهر اليد)

العـــلاج

يجب تجنب التعرض لِلَدغ الحشرات وذلك بمنع دخولها للمنازل عن طريق تركيب شبك في النوافذ ومداخل المنزل، أو بقتلها باستعمال مبيدات الحشرات. يمكن استعمال مراهم الكورتيزون موضعياً على الآفات. إذا كانت الحالة بسيطة يمكن وضع كورتيزون خفيف القوة مثل الهيدروكورتيزون، وإذا كانت الحالة شديدة يمكن وضع الكورتيزونات الأكثر قوة مثل الفلوميتازون بيفالات أو الدايفلوكورتولون ڤاليرات والكلوبيتازول دايبروبيونات في الحالات الأكثر شدة. كما يمكن تعاطي مضادات الهستامين للسيطرة على الحكة.

الإكزيمة [Eczema]

الإكزيمة هي رد فعل التهابي من الجلد لمجموعة كبيرة من العوامل الداخلية أو الخارجية التي تعمل بصورة منفردة أو مجتمعة.

الصورة الإكلينيكية

تبدأ الحالة الحادة بظهور بقع حمراء تتحول إلى حطاطات ثم كيسات. عندما تنفجر الكيسات تاركة الجلد ينز وتتكون جُلْبَة و حراشف يمكن اعتبار الحالة تحت حادة. بعدها يتحزز الجلد ويتشقق، وهنا تُعتبر الحالة مزمنة. تكون الحدود الخارجية للآفة غير واضحة ويصاحبها دائماً حكة شديدة.

الإكزيمة القُرْصِيّة [Discoid Eczema]

تتميز الإكزيمة القُرْصِيّة بوجود لويحة قُرصية الشكل أو بيضاوية لها حافة محددة. سبب الإكزيمة القُرْصِيّة غير معروف ولكن بعض الأطباء لاحظ كثرة حدوثها في حالات التَأتُّب (Atopy). تبدأ الإكزيمة القُرْصِيّة بظهور حطاطة صغيرة أو كيسة، تكبر بعد ذلك لتصبح لويحة بحجم العُملة المعدنية مكونة من عدد كبير من الكيسات الصغيرة المتجاورة على قاعدة حمراء. تنفجر بعد ذلك الكيسات لينز الجلد المصاب ويكون جُلْبة ثم حراشف لتترك في النهاية بقعة حراشفية جافة. تظهر الإكزيمة القُرْصِيّة على اليد أو الذراع أو الأطراف وقد تظهر على الجذع.

العـــلاج

يمكن وضع الكريمات المُرطبة والكريمات المحتوية على الكورتيزون مرتين يومياً وذلك في الحالات الحادة، أما الحالات المزمنة فيجب وضع الكورتيزون في صورة مرهم (Ointment).

النخالية البيضاء [Pityriasis Alba]

تعتبر النخالية البيضاء نوعاً من التهاب الجلد غير المحدد و غير معروف السبب. تحدث غالباً في الأطفال من سن ثلاث سنوات وحتى 16 سنة. تظهر إكلينيكياً بصورة بقع دائرية أو بيضاوية وأحياناً لويحة غير منتظمة الشكل لونها أحمر أو ورديا فاتحاً، مغطاة بالحراشف الصغيرة. يختفي الاحمرار بعد فترة وتبقى البقع بلون أفتح من لون الجلد. يختلف عدد هذه البقع من طفل لآخر من 4-5 بقع وقد يصل إلى عشرين بقعة أو أكثر ويتراوح قطرها من 0.5 سنتيمتر إلى 2

سنتيمتر. تظهر النخالية البيضاء في الوجه وخاصة حول الفم وعلى الخدين والذقن، وقد تظهر في 20 ٪ من الأطفال على الظهر والذراعين والعنق.

العـــلاج

يمكن القضاء على الحراشف باستعمال الكريمات المُرطبة، ولكن تبقى البقع فاتحة اللون هي المشكلة التي يصعُب علاجها. يمكن استعمال كريمات الكورتيزون خفيفة القوة مثل الهيدروكورتيزون 1٪.

الإكزيمة حول الفم [Peri Oral Eczema]

يتميز هذا النوع من الإكزيمة بالتهاب المنطقة حول الفم حيث تصبح رَطْبة ومُشققة. قد تحدث في الأطفال الذين يعانون من الالتهاب التأتبي وقد تكون ناتجة عن أرْجيّة (Allergy) لنوع معين من الطعام أو معجون الأسنان. وقد تحدث نتيجة بعض العادات السيئة مثل لعق الشفاه أو لعق الإبهام أو سَيْل اللُّعاب.

تنتشر هذه الإكزيمة عادة لمسافة حول الفم وتظهر بها الجلبات ويمكن أن يحدث بها التهاب بكتيري ثانوي.

العـــلاج

يمكن علاج هذه الحالة بمرهم كورتيزون مثل الهيدروكورتيزون 1٪، كما يمكن استعمال الكريمات المرطبة، كما يجب التوقف عن العادات السيئة التي قد تسبب هذه الإكزيمة.

احمرار الجلد [Erythroderma]

هي حالة التهاب مزمن بالجلد يصيب حوالي 90 ٪ من سطح الجسم. يتميز باحمرار الجلد وظهور حراشف تتقشر بسهولة. هناك العديد من الأمراض التي قد تؤدي إلى هذه الحالة؛ منها احمرار الجلد التأتبي، واحمرار الجلد السُماكي، ومرض لينر، ومرض كاوازاكي، والصدفية (الصُداف) وغيرها. تتلخص مضاعفات

هذه الحالة في انخفاض درجة حرارة الجسم وانخفاض نسبة البروتينات في الدم و حدوث تورم بالعقد اللمفاوية. يجب إدخال المريض المستشفى حيث يعالج بأقراص الكورتيزون بجرعة من 20-40 مجم يومياً.

التهاب الجلد التأتبي [Atopic Dermatitis]

هو مرض وراثي، حيث وُجد أن التاريخ المرضي للطفل المصاب يشير لوجود فرد في الأسرة (في 70 ٪من الحالات) مصاب بالتهاب تأتبي سواء بالجلد أو الصدر أو الأنف. يتميز التهاب الجلد التأتبي بوجود طفح إكزيمي تصاحبه حكة ويظهر بشكل متناظر خاصة في الثنايا، ويأتي بشكل متكرر. ويعاني 30 ٪ من أطفال العالم من هذا المرض.

الصورة الإكلينيكية

الإكزيمة الرضيعية [Infantile Eczema]

تظهر عند المواليد من سن شهرين وحتى سنتين من العمر على شكل بقعة حمراء متورمة مغطاة بكيسات سرعان ما تنفجر تاركة الجلد يَنِزّ و يكون جُلبة. تظهر غالباً على الخدّين وقد تنتشر للجبهة وتصاحبها حكة.

الأطفال من سن سنتين وحتى 12 سنة

يعانون من ظهور حطاطات مثيرة للحكة ولويحات متحزِّزة وتوجد في ثنايا الأطراف والرقبة. يأتي المرض بشكل متكرر ومزمن وقد تصيب الأسطح الباسطة (Extensor) أيضاً.

العـــلاج

يجب أن يلتزم المريض بالراحة التامة لمدة يومين أو لثلاثة أيام. كما يجب تَجَنُّب شرب الكولا والقهوة وارتداء الملابس المصنوعة من الصوف واستعمال الصابون، كما يجب تَجَنُّب التعرض للحر الشديد أو البرد الشديد، وتَجَنُّب المواد التي قد تؤدي لظهور هذا النوع من فرط التَحَسُّس.

شكل (9) : إكزيمة المواليد

(تظهر كيسات وجُلب على قاعد حمراء في الخدين بشكل متناظر)

يمكن استعمال كريمات الكورتيزون موضعياً مرتين يومياً مثل دايفلوكورتولون ڤاليرات أو بيتاميثازون دايبروبيونات أو هيدروكورتيزون 1٪ للوجه. كما يُنصح بإعطاء المريض مضادات الهستامين للسيطرة على الحكة. وفي الحالات الشديدة يمكن اللجوء لتعاطي الكورتيزون مجموعياً.

التهاب الجلد التَمَاسي [Contact Dematitis]

هو رد فعل التهابي ينتج عن ملامسة بعض المواد لسطح الجلد، ويوجد منه نوعان: التهاب الجلد التماسي المُهيِّج والتهاب الجلد التماسي الأرجي.

التهاب الجلد التماسي المُهيِّج [Irritant Contact Dermatitis]

يحدث التهاب الجلد نتيجة لتعرض المريض لمادة مُهيِّجة ـ غالباً كيميائية ـ مثل بعض الأحماض أو القلويات مثل الصابون أو المنظفات أو المواد المُبيّضة، أو بعض المعادن مثل النيكل ومبيدات الحشرات وغيرها. تحدث الإصابة إذا تعرض الجلد لأحد هذه المواد بتركيز كاف لمدة كافية. تؤدي هذه المواد إلى تدمير الجلد بشكل مباشر دون تدخل الجهاز المناعي.

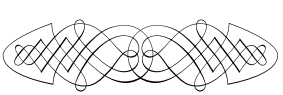
التهاب الجلد التماسي الأَرجي [Allergic Contact Dermatitis]

يحدث التهاب الجلد هنا نتيجة التعرض لمادة تثير الجهاز المناعي. قد لا تؤدي هذه المادة لإحداث المرض إذا تعرض لها أفراداً آخرين.

لا تظهر الأعراض عند تعرض الجلد لهذه المادة لأول مرة، حيث يحدث تحسيس (Sensetization) في مدة تتراوح بين 7-14 يوماً. عند تعرض الجلد لهذه المادة مرة أخرى بعد هذه الفترة، تبدأ أعراض الحساسية مثل الحكة وظهور كيسات وحطاطات حمراء. من المواد المسببة لهذه الحالة مادة المطّاط وطلاء الأحذية الأسود وبعض الكريمات وغيرها.

العـــلاج

يجب محاولة معرفة المادة المسببة للمرض و تجنب التعرض لها. ويمكن تعاطي مضادات الهستامين لعلاج الحكة. كما يمكن وضع مراهم الكورتيزون مرتين يومياً.



الفصل السابع
الصدفية (الصُداف)

الصدفية [الصداف: Psoriasis]

الصدفية (الصُداف) مرض مزمن يصيب حوالي 1-2 ٪ من أفراد المجتمع. يتميز المرض بفترات انتكاس وفترات هَدْأَة تحدث تلقائياً ولايمكن التنبؤ بها. الأسباب الحقيقية وراء ظهور المرض غير معروفة حتى الآن ولكن يوجد الكثير من العوامل التي تساعد على ظهوره. وُجد أن الأشخاص الحاملين لجينات معينة مثل الجينات (HLA-B13,-BW17, -CW6) يكونون أكثر تعرضاً للإصابة بالمرض وتحدث لهم الإصابة في وقت مبكر . كما وُجد أن المرضى يتحسنون خلال فصل الصيف وتحدث الانتكاسة غالباً خلال فصل الشتاء. كما وُجد أن تدهور الحالة النفسية للمريض قد يؤدي لسوء الحالة المرضية في 40 ٪ من المرضى.

شكل (10) : الصدفية (الصُداف)

(تظهر بقع مغطاة بحراشف كثيرة صدفية اللون عند منطقة الركبة)

الصورة الإكلينيكية

تظهر الآفة على شكل حطاطات حمراء ولويحات مغطاة بصفائح حراشفية صدفية اللون، تظهر بشكل متناظر وفي أي مكان بالجسم ولكن يكثر ظهورها في الأسطح الباسطة من الأطراف مثل المرفقين والركبتين ومنطقة العَجُز وفروة الرأس والأظافر. عند سَحْج الآفة بحافة شريحة من الزجاج يؤدي ذلك إلى إزالة الحراشف طبقة وراء الأخرى حتى يتبقى غشاء رقيق عند إزالته تظهر نقط صغيرة دامية ـ علامة أوسبيتز (Auspitz Sign) ـ ويعتبر هذا الاختبار مُميز للصدفية واسمه اختبار جراتاج (Grattage Test) وتظهر الآفة إكلينيكياً في أكثر من صورة منها:

* ***قَطْري الشكل (Guttate)***: حيث تكون الآفة عبارة عن حطاطات كلها صغيرة في حجم قطرة الماء.
* ***قُرصاوّي ـ قرصي الشكل (Discoid)***: حيث تكون الآفة لويحة قُرصيّة الشكل في حجم العملة المعدنية.
* ***جغرافي (Geographic)***: حيث تظهر آفة كبيرة لويحة غير محددة الشكل وتظهر عادة على الظهر.
* ***بُصَيْليّ (Follicular)***: حيث تظهر الآفة عند بصيلات الشعر وتظهر عادة على الجذع.
* ***مُحَمِّر للجلد (Erythrodermic)***: حيث يصاحبها احمرار الجلد في جميع أجزاء الجسم.
* ***ثنيوي (Flexural)***: حيث تصيب الصدفية ثنايا الجلد فقط مثل المنطقة الأَرْبيّة والإبط، ولاتغطيها الحراشف نتيجة للرطوبة والاحتكاك الدائم. وتُعتبر الحكة من العلامات المميزة لهذا النوع.
* ***صدفية فروة الرأس***: تظهر الآفة على شكل قُرْصيّ أو لُوَيحة بشكل طولي عند الخط الأمامي للشعر.
* ***صدفية راحة اليد وأخمص القدم***: يقتصر ظهور الآفة على هذه الأماكن فقط.
* ***صدفية الأظافر***: حيث يظهر على شكل تَوَهُّد (Pitting) أو خطوط أو أخاديد عَرْضية ويصاحبها فِطار ظفري (Onychomycosis).

* ***صدفية منطقة الحفاض:*** تظهر على شكل احمرار شديد له حدود خارجية واضحة ولاتوجد حراشف.

* ***الصدفية البَثَريّة المنتشرة (Generalized Pustular Psoriasis):*** حيث تظهر بثرات كثيرة في وجود الصدفية ويصاحبها ارتفاع في درجة الحرارة وتسوء الحالة العامة للمريض، ويصاحبها نقص الألبومين في الدم ونقص الكالسيوم، وقد تؤدي إلى فشل كُلوي حاد.

* ***التهاب جلد الأطراف البَثْري (Pustular Acrodermatitis):*** صدفية في الأطراف فقط (اليدين والقدمين) يصاحبها ظهور بثرات خاصةً في الأصابع.

تشخيص الصدفية

يمكن أن تقودنا الصورة الإكلينيكية إلى تشخيص الحالة بسهولة، خاصة بعد عمل اختبار جراتاج. يمكن أخذ عينة من الجلد ودراستها مجهرياً لمعرفة التغيرات التي تحدث في طبقات الجلد.

علاج الصدفية

وُجد أن تعاطي كميات من زيت السمك مع الأكل يساعد على تحسن الحالة، كما يجب تَجَنّب التعرض للضغط العصبي. في الحالات المحدودة يمكن دهن القازلين (كمرطب) أو مرهم حمض الساليسيلك أو القطران مثل ديرموتار (Dermotar) أما في الحالات الشديدة المنتشرة فيمكن استعمال أحدى الطرق التالية:

* ***طريقة جوكرمان:*** يدهن الجسم بقطران الفحم الخام ثلاث مرات يومياً، وبعد 24 ساعة يزال القطران بقطعة قطن مغمورة في الزيت ويتعرض المريض بعد ذلك للأشعة فوق البنفسجية.

* ***طريقة إنجرام:*** يدهن الجسم كله بالقطران ثم يزال ويتعرض المريض للأشعة فوق البنفسجية ثم يدهن الجسم بمعجون الأنثرالين.

- في حالة إصابة الوجه وثنايا الجلد وفروة الرأس يمكن استعمال مراهم الكورتيزون.
- في حالة إصابة الأظافر يمكن حقن الكورتيزون موضعياً.
- كما وُجد أن استعمال مرهم الكالسيبوتريول (فيتامين D) مرتين يومياً يساعد بشكل كبير في تحسُّن الحالة.
- العلاج المجموع (Systemic) في الحالات الخطيرة.
- يمكن تعاطي أقراص الكورتيزون في حالات الجُلاد الأحمر أو الحالات البثرية، كما يمكن تعاطي دواء الميثوتركسات (السام للخلايا) أيضاً في حالات الجُلاد الأحمر والحالات البثرية ولكن يجب عمل تحاليل كاملة لوظائف الكبد والكُلى ونسبة السكر بالدم.
- يمكن أيضاً استعمال طريقة البوڤا (PUVA) حيث تُعطي أقراص السورالين وبعد ساعتين يتعرض المريض للأشعة فوق البنفسجية (UVA) وتُكرر ثلاث مرات في الأسبوع.

الفصل الثامن
البهاق

البُهاق [Vitilligo]

البهاق مرض غامض منتشر على مستوى العالم، حيث يصيب 1٪ من سكان العالم. وفي 30-40 ٪ من الحالات يكون أحد أفراد الأسرة مصاباً بنفس المرض، مما يعني أن العامل الوراثي قد يكون أحد أسباب المرض.

كما توجد أكثر من نظرية لتفسير حدوثه مثل النظرية المبنية على كونه مرضاً منيعاً للذات (Autoimmune)، حيث وُجد في دماء بعض المرضى أجسام مضادة للخلايا الميلانينية (Melanocytes) في الجلد. وهناك نظرية أخرى تفترض التدمير الذاتي للخلايا الميلانينية حيث وُجد أن أسلاف الميلانين (المواد المكونة للميلانين) مثل الدوبا والدوباكروم يمكن أن تكون مواد سامة للخلايا الميلانينية نفسها. وافترضت نظرية أخرى أن النهايات العصبية تفرز بعض الناقلات العصبية التي يمكن أن يكون لها دور في تدمير الخلايا الميلانينية.

الصورة الإكلينيكية

يمكن أن يبدأ البهاق في أي سن، و لكنه في 50٪ من الحالات يبدأ قبل سن العشرين، وتتفاقم الحالة بمنتهى البطء .

تبدأ الحالة غالباً بظهور بقع غير ملونة (بيضاء كالحليب) صغيرة في المناطق المعرضة لأشعة الشمس مثل الوجه وظهر اليدين. كما يمكن أن تظهر البقع غير الملونة في المناطق الداكنة اللون في الجسم مثل الوجه و الإبط و المنطقة الأربية والمنطقة التناسلية. كما يمكن أن تظهر في المناطق المعرضة للاحتكاك مثل ظهر اليد والقدم و المرفقين والركبتين والكاحل.

قد يكون توزيع الآفة بشكل متناظر وقد تظهر على ناحية واحدة فقط من الجسم، وقد تصل الحالة لأن يصبح جلد الجسم كله غير ملون عدا بعض البقع الصغيرة الملونة.

يظل الشعر في المنطقة المصابة طبيعياً لفترة ثم يبدأ يفقد لونه الآخر ليصبح هو الآخر أبيض اللون. الحافة المحيطة بالبقع غير الملونة تكون غالباً أغمق لوناً من باقي الجلد. يمكن أن يحدث شفاء تلقائي في نسبة 10-20 ٪ من الحالات، غالباً في المناطق المعرضة لأشعة الشمس. تبدأ عودة اللون غالباً حول بصيلات الشعر.

شكل (11) : البهاق

(تظهر بقع كبيرة بيضاء تكاد تغطي الساق كله)

التشخيص

يمكن أخذ عينة من الجلد غير الملون ودراستها مجهرياً لنتأكد من عدم وجود خلايا ملونة بالمرة في المنطقة المصابة.

العـــلاج

يمكن استعمال السورالين مجموعياً، حيث يتعاطى المريض 0.3-0.6 مجم لكل كيلوجرام من وزن الجسم، ثم يتعرض للأشعة فوق البنفسجية (UVA) بعدها بساعتين أو لأشعة الشمس المباشرة. يكرر هذا العلاج ثلاث مرات أسبوعياً وتستمر فترة العلاج من ستة أشهر لثلاث سنوات.

كما يمكن استعمال السولارين كدهان موضعي ثم التعرض للأشعة فوق البنفسجية، ولكن وُجد أن هذه الطريقة قد تؤدي إلى حساسية شديدة بالجلد.

يمكن أيضاً استعمال مادة الخلين موضعياً قبل التعرض للأشعة فوق البنفسجية، يمكن أيضاً استعمال الكورتيزون موضعياً أو مجموعياً لمنع تفاقم الحالة.

عندما تكون الإصابة شاملة الجسم كله عدا بعض البقع الصغيرة يمكن تبييض هذه البقع باستخدام مركبات الهيدروكينون. كما يمكن زرع أجزاء صغيرة من الجلد السليم في المناطق المصابة حيث ينتشر اللون من الجلد السليم للجلد المحيط المصاب.

الفصل التاسع
الأمراض الفقاعية

الفقاعة هي (Bulla) تكون فجوة أو تجويف في طبقة البشرة (Epidermis) أو تحتها (Subepidermal). تمتلئ الفقاعة إما بسائل نسيجي أو دم أو بلازما الدم، كما توجد بها بعض الخلايا من البشرة و بعض الخلايا المناعية.

الجُلاد الفقاعي المزمن في الأطفال
[Chronic Bullous Dermatosis of Childhood]

هو مرض فقاعي يظهر في الأطفال من سن ثلاث إلى خمس سنوات ويستمر لبضع سنوات، و يختفي ذاتياً قبل سن البلوغ . تنشأ الفقاعة نتيجة تَكَوُّن أجسام مضادة لخلايا البشرة، تلتحم هذه الأجسام بالخلايا المضادة لها وينتج عن ذلك تدمير هذه الخلايا مما يُنشئ الفجوة أو التجويف المعروف بالفقاعة.

الصورة الإكلينيكية

تظهر كيسات وفقاعات صغيرة تصاحبها حكة خفيفة وأحياناً احمرار حول هذه الفقاعات. تتوزع هذه الفقاعات في المنطقة التناسلية والإليتين والفخذين والمنطقة حول الفم، كما تظهر في نسبة 40٪ من الحالات فقاعات على الغشاء المخاطي المبطن للفم . تتجمع هذه الفقاعات في شكل حلقي مُميز (Cluster of Jewell)، وعند اختفاءها تترك منطقة أغمق من لون الجلد الطبيعي.

التشخيص

يمكن تشخيص الحالة مبدئياً عند ظهور فقاعات صغيرة في طفل من 3-5 سنوات، تختفي لتظهر له فقاعات جديدة وتستمر هذه الحالة لفترة طويلة وتجمع هذه الفقاعات في شكل حلقي، يجب أخذ عينة من الجلد وفحصها مجهرياً حيث

يظهر التجويف تحت منطقة البشرة وتوجد به يوزينيات (Eosinophils) وخلايا عَدِلة (Neutrophils) ويمكن دراسة الإشعاع المناعي المباشر (Direct Immunoflorescence) حيث نجد الأجسام المضادة من نمط الجلوبلبين المناعي "A" (IgA) موجودة على شكل خطوط. كما يمكن اكتشاف الأجسام المضادة في الدم.

العلاج

يمكن السيطرة على ظهور الطفح باستعمال أقراص الدابسون بجرعة من 20-125 مجم ثلاث مرات يومياً حسب استجابة الحالة، كما يمكن استعمال السلفا بيريدين مجموعياً بجرعة 250 مجم ثلاث مرات يومياً.

انحلال البشرة الفقاعي [Epidermolysis Bullosa]

انحلال البشرة الفقاعي هو مرض وراثي يتميز بهشاشة الجلد والأغشية المخاطية ـ خاصة الفم والبلعوم ـ وتكون فقاعات بشكل متكرر بعد التعرض لرضُوح ميكانيكية بسيطة. تظهر هذه الفقاعات في الأماكن الأكثر تعرضاً للإصابات الميكانيكية البسيطة مثل الأطراف وتنتهي بتكوين ندبة مكانها.

يُقسّم الأطباء هذا المرض إلى ثلاث أقسام رئيسية. يندرج تحت كل قسم نوعان من المرض نوع محدود و نوع منتشر. ويندرج تحتهم أيضاً بعض الأشكال المتنوعة. يعتمد التقسيم الرئيسي على المستوى الذي يحدث عنده الانفصال وتكون الفقاعة.

انحلال البشرة الفقاعي البسيط [Epidermolysis Bullosa Simplex]

ينتقل هذا المرض من جيل لآخر بشكل سائد، أي أن الجين الحامل لصفة المرض ينتقل من أحد الوالدين ـ الذي يظهر عليه المرض ـ إلى نصف عدد المواليد. لايتأثر انتقال المرض بدرجة القرابة بين الوالدين؛ إذ أنه يكفي أن يكون أحد الوالدين مصاباً بالمرض لينقله لنصف عدد أولاده.

تحدث الطفرة في هذا المرض في الجين المسئول عن تكوين الكيراتين 5 و 14. تتكون الفقاعة داخل طبقة البشرة ويبدأ ظهور المرض في الأشهر الأولى من حياة المولود، إلا أنه يتحسن بشكل جيد على المدى الطويل. ولاتترك الفقاعة ندبة أو أثراً بالجلد. تظهر فقاعات صغيرة في اليد والقدم فقط وذلك عند حدوث احتكاك بسيط.

النوع المنتشر: يوجد منه أكثر من نوع مثل كِبَنْر (نسبةً لمكتشفه) حيث تكون الأطراف أكثر إصابة من الجذع ولايصيب كف اليد وأخمص القدم. أما النوع هربسي الشكل (داولِنجْ ميرا) فهو أكثر خطورة حيث تظهر فيه الفقاعات متجمعة خاصة على الجذع وفي الأغشية المخاطية وتزيد نسبة الوفيات في هذا النوع. أما في نوع أوجنا (نسبة لقرية في النرويج حيث ظهرت أول حالة) فتظهر الفقاعات دامية يصاحبها بقع حمراء بالجلد. ونوع آخر تصاحب ظهور الفقاعات فيه بقع فاتحة وأخرى غامقة في الجلد هو النوع المُتَبَقِّع.

انحلال البشرة الفقاعي المَوْصَلي [Junctional Epidermolysis Bullosa]

ينتقل هذا المرض من جيل لآخر بشكل مُتنح (صاغر: Recessive)، حيث يكون الوالدين حاملين للمرض (وقد لاتظهر عليهما أعراض المرض) و يظهر المرض في رُبع عدد المواليد.

يتأثر ظهور المرض بدرجة القرابة بين الوالدين، لأنه لايظهر إلا إذا اجتمع جينان غير طبيعيين على زوج متقابل من الكروموسومات (متماثل الألائل Homozygous) وُجد أن الطفرة هنا تحدث في الجين المسؤول عن تكوين مادتي الكالينين والنيسين وهما موجودتان في الصفيحة الصافية (Lamina Lucida) من منطقة الغشاء القاعدي (Basement Membrane Zone) للبشرة وبذلك تتكون الفقاعة في هذه المنطقة.

تتكون الفقاعات منذ اللحظة الأولى للولادة ويصاحبها تآكل بالجلد وتظهر جُلْبَات، وتختفي هذه الآفات تاركة ندبة ضامرة، وإذا أصابت الأظافر فإنها تؤدي لتدمير الأظافر تماماً. ويظهر هذا المرض إكلينيكياً في صورتين:

الصورة المحدودة: حيث تتركز الفقاعات في منطقة الإبط والرقبة والمنطقة التناسلية.

الصورة المنتشرة: ويوجد منها النوع الوخيم (Gravis) أو (هيرتز) وهو نوع يؤدي لوفاة الطفل خلال الأشهر الأولى من العُمر. ويتميز إكلينيكياً بوجود كميات غزيرة من النسيج الحُبيبي (Granulation Tissue) في منطقة حول الأنف والفم والعين والرقبة والجزء العلوي من الجذع. يؤدي هذا النوع إلى تدمير الجلد حيث تترك الفقاعات ندبات، إذا حدثت في فروة الرأس تؤدي إلى ظهور حاصة ندبية (Cicatricial Alopecia)، وفي العين تؤدي إلى ظهور شَتَرٌ خارجي (Ectropion).

كما يصاحبه ظهور فقر الدم . كما تحدث إصابة في الجهاز الهضمي والجهاز البولي التناسلي. أما النوع الثاني وهو النوع الخفيف (Mitis) فهو يختلف عن النوع الأول لعدم تكون نسيج حبيبي به، كما أنه لا يصيب أي جهاز آخر غير الجلد وهو غير مميت، و تخف حدته بتقدم السن.

انحلال البشرة الفقاعي الحَثْلي [Dystrophic Epidermolysis Bullosa]

تتكون الفقاعة في هذا المرض تحت طبقة البشرة، حيث يحدث الانفصال في الصفحة المعتمة (Lamina Densa) من منطقة الغشاء القاعدي. وقد وُجِدَ أن الطفرة تحدث هنا في الجين 7 المُكَوِّن لمادة الكولاجين. ويمكن ملاحظة وجود المرض منذ لحظة الولادة، لوجود فقاعات صغيرة وتآكل جلدي وتتكون جُلبات وتؤدي في النهاية إلى ندبات ضامرة. يتميز هذا المرض بوجود الدُخينات في مناطق التآكل الجلدي وعلى الجلد السليم. يحدث تدمير كامل للأظافر والأسنان.

ويظهر إكلينيكياً في صورتين:

الصورة المحدودة: وهذه الصورة تتوارث بشكل متنحٍ، وتظهر فيها الفقاعات في منطقة الإبط والرقبة وتصاحبها إصابة الفم والبلعوم.

الصورة المنتشرة: ويوجد منها نوعين:

* يُتوارث الثاني بشكل متنح و يعرف بـ هاليبو ـ سيمنز (نسبة إلى مكتشفيه) وتنتشر فيه الإصابة في الجلد كله والغشاء المخاطي المبطن للفم والأعضاء الأخرى. هذا النوع له آثار سيئة على المدى الطويل حيث يمكن أن تلتصق أصابع

اليد والقدم ويتكون نسيج ندبي لتصبح قبضة الطفل مثل الهرواة (Club-like Fist). ويحدث تدمير كامل للأظافر والأسنان واللثة و خاصة في فروة الرأس وضيق في البلعوم كما يصاحب ذلك فقر الدم وتأخر نمو الطفل.

* الثاني يُتوارث بشكل سائد (Dominant)حيث تنتشر الفقاعات في الجسم كله لكن لاتصاحبها إصابة أي عضو آخر غير الجلد ويتحسن المريض على المدى الطويل.

تشخيص انحلال البشرة الفقاعي

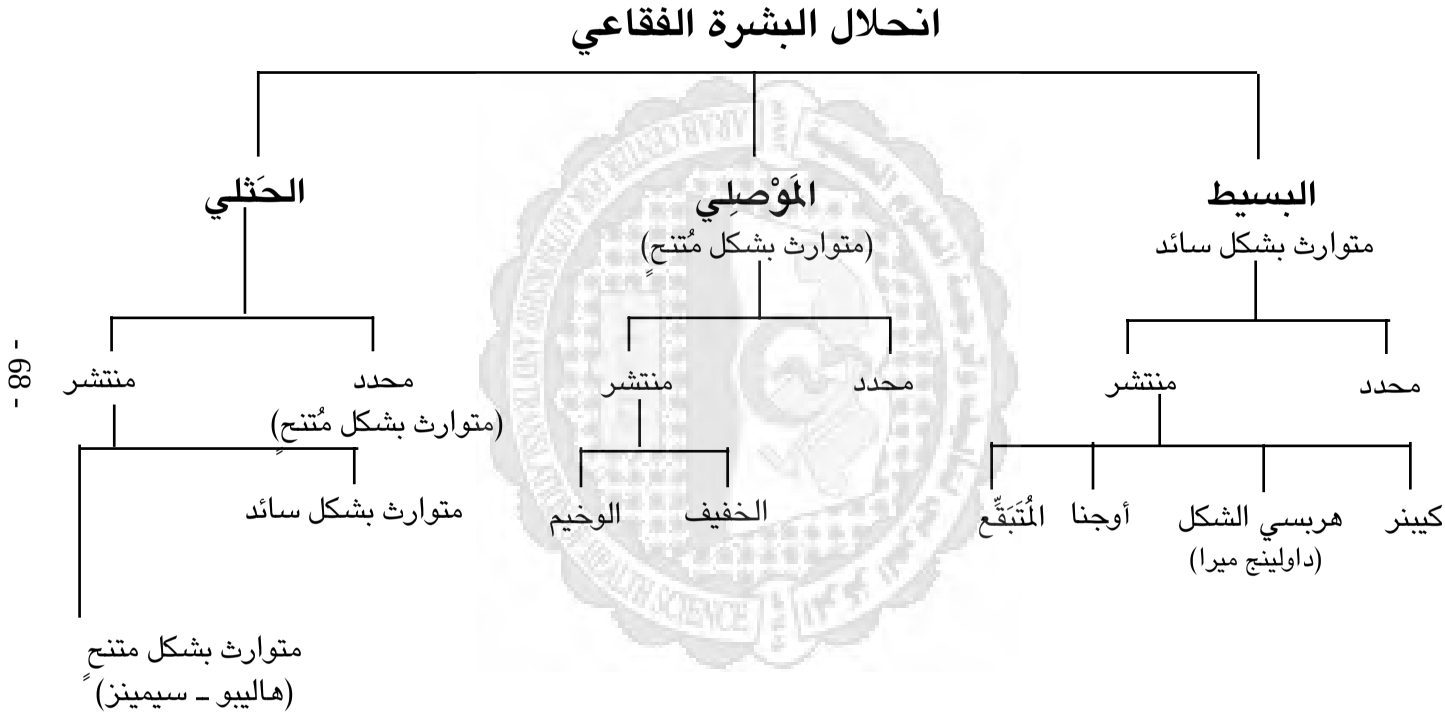
يعتمد التشخيص على أخذ التاريخ المرضي لعائلة المريض، وتاريخ بداية المرض، معرفة الصورة الإكلينيكية والأجزاء المصابة. وإذا ظهر ما يدل على إصابة أجهزة أخرى غير الجلد. يجب أخذ عينة من الجلد ودراستها تحت المجهر الإلكتروني لمعرفة المستوى الذي يحدث عنده الانفصال وحدوث الفقاعة. وكذلك دراسة العينة باستخدام الإشعاع المناعي والأجسام المضادة للغشاء القاعدي وذلك لمعرفة المستوى الذي تحدث عنده الفقاعة.

العلاج

يجب تجنب زواج الأقارب عند ظهور هذا المرض في الأسرة، كما يجب فحص الجنين خلال فترة الحمل إذا وجد الطبيب أن التاريخ المرضي للأسرة يشير إلى احتمال حدوث المرض، وذلك عن طريق إدخال منظار للجنين في بطن أمه وأخذ عينة ودراستها وذلك في خلال الفترة من 18-20 أسبوعاً.

عند ولادة طفل مصاب يجب أن تحاول الأم عدم تعريض الطفل لأي رُضُوح ولو بسيطة أو حتى احتكاك. كما يجب الاهتمام بتغذية الطفل التغذية السليمة، ويجب علاج أية التهابات بكتيرية ثانوية قد تصاحب المرض.

في حالة انحلال البشرة الفقاعي الحَثَلي، يمكن إعطاء المريض الفينيتوين حيث وُجد أنه يؤدي إلى تحسن الحالة نسبياً. وأخيراً يمكن التدخل جراحياً عند حدوث تشوهات.


انحلال البشرة الفقاعي
البسيط
متوارث بشكل سائد
المَوْصِلي
(متوارث بشكل مُتنحٍ)
الحَثلي
محدد
منتشر
محدد
منتشر
محدد
منتشر
كيبنر
هربسي الشكل
(داولينج ميرا)
أوجنا
المُتَبَقِّع
الخفيف
الوخيم
متوارث بشكل سائد
(متوارث بشكل مُتنحٍ)
متوارث بشكل متنحٍ
(هاليبو ـ سيمينز)

الفصل العاشر
الأمراض الجينية

السُماك [Ichthyosis]

السُماك هو أحد الأمراض الجينية المتوارثة الذي يتميز بوجود حراشف ظاهرة على سطح الجلد شبه قشور السمك. يظهر إكلينيكياً في أكثر من موضع.

السُماك الشائع [Ichthyosis Vulgaris]

هو مرض شائع يتوارث بشكل سائد. يبدأ ظهوره من 3-12 شهراً بعد الولادة، حيث تظهر توسفات صغيرة بيضاء لامعة تتوزع على الأجزاء الباسِطة من الأطراف ولاتظهر في الثنايا. تكمن الطفرة في عدم تكون مادة الفيلاجرين مما يؤدي لعدم سقوط الأجزاء الميتة من خلايا الجلد فتتجمع و تظهر على شكل حراشف. يصاحب هذه الحالة جُلاد تأتُّبي في 50 ٪ من الحالات. عادة تتحسن الحالة مع تقدم المريض في العمر.

السُماك المتنحي المرتبط بالكروموسوم الجنسي X [Recessive X-Linked Ichthyosis]

هذا النوع من السُماك غير شائع الحدوث ويتوارث بشكل متنح حيث يتواجد الجين على الكروموسوم X وبذلك يظهر المرض في الأولاد فقط. تبدأ الحالة قبل أن يكمل الوليد شهره الثالث. تظهر إكلينيكياً على صورة حراشف كبيرة داكنة اللون تلتصق بشدة بالجلد. يتوزع على الجذع والرقبة والثنايا، ولايصيب الوجه. يحدث الخلل هنا نتيجة عدم تكون إنزيمي الستيرويد سلفاتاز والأرايك سلفاتاز مما يؤدي إلى تجمع مادة سلفات الكوليسترول وهذا يؤدي إلى استمرار التصاق الخلايا القرنية بعضها ببعض فلا تنفصل بسهولة. وتكون هذه التوسفات الكبيرة الداكنة. يصاحب هذه الحالة عتامة في القرنية بنسبة 50٪ من الحالات.

شكل (12): السُماك المتنحي المرتبط بكروموسوم X
(تظهر حراشف كبيرة داكنة ملتصقة بالجلد)

احمرار الجلد الولادي الفقاعي السُماكي
[Bullous Congenital Ichthyosiform Erythroderma]

هو نوع نادر من السُماك يُتوارث بشكل سائد، ويبدأ منذ لحظة الولادة حيث يولد الجنين باحمرار يشمل الجلد كله وفقاعات. تتحسن الحالة بعد ذلك وتتكون توسفات سميكة بُنية اللون مُبَرَّقة تنتشر في الجسم كله وتتركز في الثنايا. يحدث الخلل هنا في زيادة سرعة دورة حياة خلايا الجلد فلا تستطيع الطبقة المتقرنة من الجلد أن تنفصل. عادة يتحسن هذا النوع مع التقدم في العمر.

احمرار الجلد الولادي السُماكي غير الفقاعي
[Non-Bullous Congenital Ichthyosiform Erythroderma]

هو نوع نادر من السُماك يُتوارث بشكل مُتنحٍ. يولد الجنين داخل كيس ويعرف

بالطفل الكولوديوني (Collodion Baby). يتقشر هذا الكيس بعد ذلك ويترك الجلد أحمر اللون وتظهر حراشف بيضاء خفيفة. قد تتحسن الحالة بعد ذلك.

السُماك الصُفاحي [Lamellar Ichthyosis]

هو نوع آخر نادر من السماك ويُتوارث بشكل مُتنحٍ. يولد الجنين في كيس وسرعان ما يتقشّر عن الجلد وتظهر حراشف سميكة، كَبيرة، داكنة اللون قد يصاحبه احمرار بالجلد. يظهر في الجسم كله بما فيه الوجه والثنايا. عادة لا تتحسن هذه الحالة.

علاج السُماك

يمكن إعطاء المريض بعض المراهم المرطبة المحتوية على اليوريا بنسبة 10٪ مثل الكارباميد. كما يمكن استعمال مراهم حمض الساليسليك بتركيز 3-6٪. كما يمكن استعمال الرتينويد مجموعياً مثل التيجازون 25 مجم ثلاث مرات يومياً.

جفاف الجلد المصطبغ [Xeroderma Pigmentosum]

هو مرض نادر الحدوث و يُورث بصفة متنحية، ويتمثل الخلل في عملية إصلاح غير طبيعية للحمض النووي الذي تُدّمر أشعة الشمس بعض أجزاءه. في الإنسان الطبيعي يتعرض الحمض النووي للخلية للتدمير عند تعرضه للأشعة فوق البنفسجية وتقوم الخلية بإصلاح ما تَدّمر منه بعملية استئصال وتصليح للجزء المُدَمّر من الحمض النووي. في الأطفال المصابين بمرض جفاف الجلد الصباغي تتم هذه العملية بشكل غير طبيعي وذلك لنقص إنزيم إندونيوكلياز الدنا (DNA Endonuclease). يعاني هؤلاء المرضى من حساسية للضوء وتكون أورام خبيثة بالجلد الأطفال في سن مبكر، كما يعانون من تغيرات في الجلد وشيخوخة مبكرة للجلد.

الصورة الإكلينيكية

يبدأ المرض في الطفولة المبكرة من سن سنة أو سنتين باحمرار الجلد

والتوسف، كما يظهر النمش في المناطق المعرضة للشمس . تستمر هذه الصورة لفترة ثم يبدأ الجلد في الضمور والتبقع حيث تظهر مناطق غامقة وأخرى فاتحة ويحدث تَوسُّع للشعيرات الدموية، مما يعرف بتَبَكُّل الجلد (Poikeloderma) ويحدث تقَرُّن شمسي (Solar Keratosis) في المناطق الحراشفية. عند النظر لهؤلاء الأطفال نأخذ انطباعاً بأنهم أكبر من عمرهم بكثير. عندما يصل الطفل لسن البلوغ غالباً يبدأ ظهور الأورام الخبيثة مثل الورم الشوكي القرني(Kerato Acanthoma)، وسرطان الخلية الحرشفية (Squamous Cell Carcinoma)، وسرطان الخلية القاعدية (Basal Cell Carcinoma)، والساركومة الليفية (Fibro Sarcoma) والورم الميلانيني الخبيث (Malignant Melanoma). تصاحب المرض الجلدي مرض بالعين مثل رُهاب الضوء والتهاب الملتحمة والتهاب القرنية وعتامة القرنية. كما قد يصاحبه بعض الأعراض العصبية.

شكل (13) : جفاف الجلدالمصطبغ

(توجد طبقة في الجلد على شكل نمش كما يوجد سرطان الخلية الحرشفية على الأنف، وتظهر العين متأثرة بشكل كبير)

علاج جُفاف الجلد المصطبغ

يجب حماية الطفل المصاب منذ الصغر من أشعة الشمس وذلك بتغطية جميع أجزاء جسمه باستمرار ووضع الكريمات المضادة للشمس. كما يمكن إعطائهم كميات كبيرة من الإيزورتينوين الذي يمكن أن يقلل نسبة حدوث الأورام الجلدية. عند حدوث أي ورم يجب إزالته جراحياً.

المراجع

References

* Rook, Wilkinson, Ebling (Textbook of Dermatology) 5th edition. Edited by R.H. Champion, J.L. Burton & F.J.G. Ebling. Volume I, II, III. Oxford, London 1992.
* Abdel Rahim Abdallah, Assem M. Farag. (An Atlas of Common Skin Diseases). Edited by Abdel Rahim Abdallah & Assem M. Farag. Al-Ahram press; Cairo 1991.
* Assem M. Farag (Perspectives in Dermatology & Andrology) 3rd edition. Edited by Assem M. Farag. Al-Ahram Press, Cairo 1995/1996.