

مركز تعريب العلوم الصحية

ACMLS – دولة الكويت



البهاق



تأليف : د. إبراهيم الصياد

مراجعة : مركز تعريب العلوم الصحية

سلسلة الثقافة الصحية

المحتويات

ج	تقديم الأمين العام
هـ	تقديم الأمين العام المساعد
ز	المؤلف في سطور
ط	مقدمة المؤلف
1	الفصل الأول : البُهاق
9	الفصل الثاني : التشخيص التفريقي للبُهاق
19	الفصل الثالث : الآثار النفسية للبُهاق على المريض
23	الفصل الرابع : علاج البُهاق
43	المراجع

تقديم الأمين العام

تسعى سلسلة الثقافة الصحية، والتي تصدر عن مركز تعريب العلوم الصحية منذ نشأتها، إلى تزويد القارئ المثقف غير المتخصص، بالمعلومة الصحية المفيدة والمبسطة في وقت واحد، ومع توالي إصدارات السلسلة، نزداد ثقة واقتناعاً بحاجة المواطنين العرب لكتب صحية ثقافية مبسطة.

والكتاب الذي بين أيدينا - البُهاق - خصصناه لتناول مرض البُهاق الذي يشيع حدوثه بين مختلف الأجناس، حيث إنه مرض جلدي مزمن وغير معدي وليس ضاراً بالصحة، وهو من الأمراض الخاصة بالجهاز المناعي للجسم، وتشكل نسبة الإصابة به حوالي 1-2٪ من نسبة البشر.

وهذا الكتاب من تأليف طبيب استشاري في الأمراض الجلدية، ومزود بالكثير من الصور الملونة التي تساعد على معرفة طبيعة وتشخيص مرض البُهاق، وقد قُسِّم الكتاب إلى أربعة فصول، فبدأ الفصل الأول بالتحدث عن آلية حدوث البُهاق ومعدل انتشاره وأماكن الإصابة ومن ثم أنواع البُهاق، ثم تطرق الفصل الثاني إلى التشخيص التفريقي للبُهاق وهو جميع البقع البيضاء التي يمكن أن تشبه البُهاق، وتناول الفصل الثالث الآثار النفسية للبُهاق على المريض، وأخيراً تحدث الفصل الرابع عن علاج البُهاق وكيفية اختيار العلاج المناسب للمريض، واختتم المؤلف الكتاب بقائمة المراجع التي استند إليها في تأليف الكتاب.

ونسأل الله أن تعم الفائدة بهذا الكتاب للجميع مهتمين وأمهات وآباء، كما نتمنى موفور الصحة والعافية لجميع قرائنا في جميع أنحاء الوطن العربي.

والله ولي التوفيق،،

الدكتور عبدالرحمن عبدالله العوضي

الأمين العام

لمركز تعريب العلوم الصحية

تقديم الأمين العام المساعد

تهتم المجتمعات المتحضرة بثقافة القراءة والاطلاع، وينتهز الفرد في هذه المجتمعات أية فرصة متاحة ليمارس القراءة وتعميق الفهم وتنشيط الذاكرة سواء كان ذلك في المنزل أو القطار أو الطائرة أو في أي مكان عام. لذلك لا نستغرب أن الكثير من الكتب تصدر بحجم الجيب من أجل تسهيل قراءتها ونقلها في جيب القارئ من مكان لآخر.

هذا الشغف تجاه القراءة لم يأت من فراغ أو بالصدفة وإنما هو نتاج طبيعي للتربية الأسرية والمدرسية والجامعية حيث تجعل القراءة والاطلاع والاستزادة من الثقافة ركناً أساسياً من عمليات تشكّل الشخصية وترسيخ حبها للقراءة والبحث. وبديهي أن الثقافة لاتعني التخصص العلمي، فالثقافة رغم تعدد تعريفاتها إلا أنها تعني المعرفة بإنجازات البشر في ميادين الحياة المختلفة، فهي التاريخ والأعراف والقيم والعادات والتطلعات وغيرها لدرجة أن مفهوم الثقافة أصبح قريب من مفهوم الحضارة.

اهتمامنا بالثقافة الصحية نابع من أهمية نشر الوعي الصحي عند الناس، وتفعيل دور الفرد في الرعاية الصحية، وتقديم المعرفة له لكي يكون متفهماً لمسؤولياته تجاه صحته، وعنايته بها.. لذلك فالإصدارات الثقافية الصحية للمركز كثيرة ومتنوعة، وتتناول قضايا عامة كثيرة تصب في اهتمامات القارئ.. وأملنا في النهاية أن تكون هذه الإصدارات الثقافية مفيدة ومحقة لما يتمناه المركز من أهداف تصب في تعزيز مكانة العلم والثقافة، وخاصة دور اللغة العربية في توصيل المعرفة بلغة سهلة مبسطة ومفهومة عند القارئ.

والله ولي التوفيق،،

الدكتور يعقوب أحمد الشراح

الأمين العام المساعد

لمركز تعريب العلوم الصحية

المؤلف في سطور

* د. إبراهيم عبد الحميد الصياد

- * حصل على بكالوريوس الطب والجراحة، جامعة القاهرة عام 1960.
- * حصل على دكتوراه الأمراض المهنية عام 1967.
- * حصل على دكتوراه الأمراض الجلدية عام 1971.
- * عمل بهيئة تدريس جامعات القاهرة والأزهر وأستاذاً منتدباً بجامعة الملك عبدالعزيز وجامعة الكويت.
- * يعمل حالياً مستشاراً بوزارة الصحة بدولة الكويت.



مقدمة المؤلف

قد يتساءل البعض ما البرص، وما البُهَاق؟ وماذا يعني طبيب الأمراض الجلدية بالبُهَاق؟ أسئلة كثيرة تدور في أذهان الناس، وفي الوقت الراهن اختلف أطباء الجلدية في كثير من المجتمعات عند استخدامهم لهذه الكلمات، وفضل كثير منهم استخدام كلمة بُهَاق تعبيراً عما عُرف أصلاً بالبرص، وذلك لما للكلمة برص من وصمة عار في كثير من المجتمعات المحافظة.

وكلمة أبرص كما جاءت في أحد المعاجم «البرص بياض يظهر في ظاهر البدن، ووزنها برص فهو أبرص، وأبرصه الله»، وفهمنا لكلمة برص أنها ما يُسمى بـ (Vitiligo) وهو بياض في الجلد ناتج عن فقدان المادة الصبغية أو فقدان خلايا الجلد الصبغية المنتجة لهذه المادة، وهو مرض غير معدٍ يصيب حوالي 1-2٪ من سكان العالم، وهو ناتج عن خلل في الجهاز المناعي (Autoimmune disease) حيث تحارب فيه خلايا المناعة الذاتية خلايا الجلد الصبغية أو المادة الصبغية المنتجة منها، ويُعتَبَر هذا المرض وراثياً حيث له القابلية للانتقال وراثياً كما ينتقل مرض السكر، والأرجية (الحساسية).

إن أسمى السمات التي يمكن أن يتمتع بها الإنسان المريض بالبُهَاق هي الاعتماد على الله تعالى في مواجهة تجارب الحياة في السراء والضراء، في الصحة والمرض، فجبَّارنا ضعيف إذا اعتمد على قوته الذاتية فقط، وضعيفنا جبار إذا ما استند إلى قوة الله العزيز القدير، وأرجو أن أكون قد وفقت في كتابي هذا، وأن يكون الكتاب مفيداً لكل من يقرأه.

وفقنا الله لخدمة لغتنا العربية ولخدمة الوطن العربي.

الدكتور إبراهيم الصياد



الفصل الأول

البهاق

البهاق نوع من فقدان صبغة الجلد المكتسب يؤدي إلى ابيضاض لون البشرة. ومصطلح البهاق (Vitiligo) مشتق من الكلمة اللاتينية (Vitellus) ويعني البقع البيضاء على سطح الجلد ومن أسمائه الشائعة باللغة العربية (البرص).

آلية حدوث البهاق:

يحدث البهاق بسبب فقدان أو نقص المادة الملونة للجلد (الميلانين) نتيجة تدمير أو خمول الخلايا الميلانينية التي تنتج صبغة الميلانين. هذه الخلايا توجد بشكل طبيعي في الجلد وبصيلات الشعر وفي التيه الغشائي للأذن الداخلية وكل هذه المناطق قد تنخفض فيها نسبة الميلانين في حالة البهاق.

معدل انتشار البهاق:

يتراوح انتشار البهاق بين 1-2٪ من مجموع السكان ونصفهم يظهر فيه البهاق قبل سن العشرين (ما بين العاشرة إلى الثلاثين) ويندر ظهوره لأول مرة في مرحلة الطفولة أو الشيخوخة وفي 30٪ من الحالات يوجد المرض في أفراد آخرين من الأسرة. ويلاحظ انتشار نسبة أكثر بين ذوي البشرة السمراء، ولا يكون ملحوظاً بشكل واضح بين ذوي البشرة الشقراء.

أماكن الإصابة:

تتركز الإصابة في مناطق معينة أهمها ثنايا الجسم وخاصة الإبطين والمنطقة التناسلية وحول فتحات الجسم (العينين والأنف والفم والحلمة والسرة وفتحة الشرج)، وكذلك في الوجه وظهر اليدين وباطن اليدين والقدمين والرأس وقد يصيب

الأغشية المخاطية والشففتين، كما يصيب أماكن الاحتكاك مثل الكوع والركبة. وهناك نوع من البهاق يقتصر على الشفتين وأطراف الأصابع (الشكل 1).



(الشكل 1): بهاق أطراف الأصابع

أنواع البهاق من ناحية توزيع الإصابة على الجسم:

ينقسم البهاق إلى نوعين رئيسيين:

أ - النوع المقطعي أو القسيمي: ويصيب مقطعاً أو قسيمة محددة من قسيمات الجسم وهذا النوع يشكل حوالي ربع الحالات ويصيب صغار السن ويكتمل انتشاره بسرعة خلال عام واحد ولا يرتبط بمناطق الاحتكاك أو الجوانب المناعية ولا يكون الشعر فيه ملوناً بل يفقد الشعر لونه وهذا من أسباب صعوبة علاج هذا النوع (الشكل 2).



(الشكل 2): البهاق المقطعي

ب - البهاق المنتشر أو غير المقطعي: ويصيب ثلاثة أرباع الحالات وقد يستمر في التوسع والانتشار طوال العمر ويظهر في أماكن الاحتكاك ويرتبط بالأمراض المناعية (الشكل 3).



(الشكل 3): البهاق المنتشر

بهاق الطفولة:

يكون بهاق الأطفال عادة من النوع المقطعي وقد يرتبط بمشكلات في جهاز المناعة أو الغدد الصماء ويكون فيه عنصر الوراثة شائعاً بحيث يشيب شعرهم مبكراً وتكون استجابة هذا النوع للعلاج الضوئي غير مرضية.

الأمراض المصاحبة للبهاق:

عادة لا يعاني مريض البهاق بالضرورة من أمراض أخرى ولكن في بعض الحالات التي يكون للبهاق فيها جذور في جهاز المناعة، فقد يصاحب البهاق أمراضاً أخرى مثل الثعلبة وقصور الغدة الدرقية أو زيادة نشاطها أو فقر الدم الخبيث (فقر الدم الوبيل) أو مرض أديسون (قصور الغدة المجاورة للكلية أو القصور الكظري الأولي) أو مرض السكر المعتمد على الأنسولين أو أمراض أخرى في المناعة الذاتية.

نظريات حدوث البُهاق:

سبب البُهاق غير معروف على وجه اليقين ولكن هناك عدة نظريات افترضها العلماء نتيجة لمشاهدتهم في بعض الحالات ومنها:

أ - النظرية المناعية: حيث يحدث خلل في الجهاز المناعي (الذي يفترض أن يحمي الخلايا الميلانينية) ينتج عنه أن تموت هذه الخلايا أو تفقد وظيفتها.

ب - النظرية العصبية: بعض الإفرازات الكيميائية من الأعصاب تدمر الخلايا الميلانينية أو توقف إنتاجها من مادة الميلانين.

ج - انتحار ذاتي للخلايا الميلانينية: حيث تقوم بعض المواد الوسيطة في تكوين الميلانين بتدمير الخلايا الميلانينية قبل أن يكتمل تكوين الميلانين.

د - النظرية الوراثية: حيث تحمل الخلايا الميلانينية منذ خلقتها عيوباً ذاتية توقف نموها أو تمنعها من إنتاج الميلانين.

وقد اتفقت الآراء على أنه لا توجد نظرية واحدة يمكنها بمفردها تفسير حدوث البهاق ويميل الخبراء إلى اعتبار آلية حدوث البُهاق عملية مركبة تتداخل فيها أسباب كثيرة قد يكون من بينها النظريات المذكورة آنفاً.

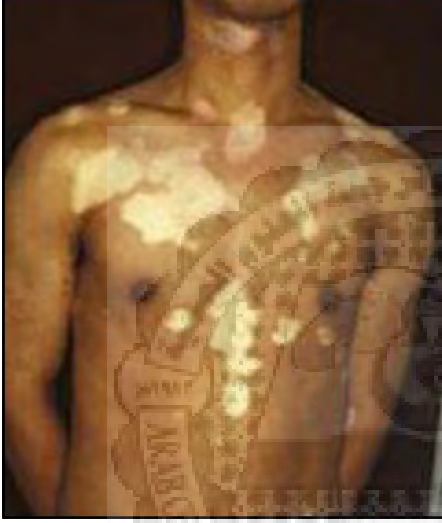
العوامل المثيرة لانتشار البُهاق:

قد يتزايد حجم بقع البُهاق أو تظهر بقع جديدة نتيجة للعوامل التالية:

- الجروح والإصابات.
- التعرض للشمس شديدة الحرارة.
- العوامل والصدمات النفسية.
- الإصابة بالمرض البدني العام.
- الحمل.
- طفح دوائي ينتج عنه احمرارية شاملة في الجسم يعقبها ظهور البُهاق.

أشكال خاصة للبهاق:

- **البهاق ثلاثي الألوان:** عند ذوي البشرة السمراء قد تتخذ بقع البهاق شكلاً مميزاً بحيث تختفي صبغة الجلد تماماً في وسط البقعة ويتكون حولها منطقة ناقصة الصبغة (أولاً يختفي لون الجلد تماماً وإنما يقل قليلاً)، ويحيط بهذه المنطقة جلد طبيعي محتفظ بصبغته (الشكل 4).



(الشكل 4): بهاق ثلاثي الألوان

- **البهاق المحتقن:** يظهر في حوالي 5٪ من الحالات احتقان وتورم عند حافة بقع البهاق مصحوباً بشعور بالحكة (الشكل 5).



(الشكل 5): البهاق محتقن الحافة

- **الشمط :** وهو فقدان المادة الصبغية من الأهداب أو من مناطق محدودة من فروة الرأس وهذا النوع يحدث عادة مع البهاق المقطعي.

- **البهاق المخاطي:** ويكون محصوراً في داخل الغشاء المخاطي للفم وقد يصحبه بهاق عند فتحات الأعضاء التناسلية والشرج.

- **بهاق السبيل العنبي:** وهو يصيب الغلالة الوعائية للمقلة عند 40% من مرضى البهاق حيث تقل صبغة الميلانين في هذا السبيل داخل العين وقد يصحب ذلك التهاب العنابية أو التهاب القرنية والجسم الهدبي أو التهاب المشيمية والشبكية، وهناك مرض أكثر شيوعاً في الهنود الآسيويين والأمريكيين يُسمى متلازمة (فوجت كويانا جي هارادا) حيث يكون البهاق مصحوباً بالتهاب العنابية واضرابات في الجهاز العصبي وضعف عصب السمع.

كيف يتطور البهاق:

قد يبدأ البهاق بزوال جزئي لصبغة الجلد، وإذا كان الشخص ذا بشرة شقراء فإنه لا يلاحظ بداية الحالة، ولكن في فصل الصيف تؤثر أشعة الشمس على الجلد الطبيعي فيزداد لونه اسمراراً، بينما تظل بقع البهاق دون تأثر وعندئذ يتبين الفرق بين البقع المصابة بالبهاق والبقع التي ازداد لونها بأشعة الشمس وتكون هذه نقطة البداية. أما ذوو البشرة السمراء فإنهم يلاحظون البهاق في أي وقت بمجرد ظهوره.

وقد تكون مبادئ البهاق غير ملحوظة إلى أن يتعرض الشخص لصدمة عصبية، وعندئذ تحدث زيادة في شدة البهاق وهنا يصير ملحوظاً للمرة الأولى فيظن الشخص أن البهاق نتج عن الصدمة العصبية مع أنه في واقع الحال كان موجوداً بشكل جزئي قبل ذلك أي قبل حدوث الصدمة أو المرض.

والحقيقة أن مسيرة المرض لا يمكن التنبؤ بها فقد يظهر بسرعة في أماكن محددة ثم يتوقف انتشاره ثم يعاود الانتشار بعد فترة تطول أو تقصر وخاصة إذا تعرض الشخص لصدمة نفسية أو مرض، وقد تتكرر هذه الدورات بلا نهاية ولكن ليس من المرجح أن يستعيد الجلد لونه بشكل تلقائي، ولكن قد يستمر انتشار البهاق حتى يغطي معظم أجزاء الجسم ويصير لون الجلد واحداً. ويمكن التفريق

بين الشخص المصاب بالبهاق الشامل والشخص الأمهق [المهق (ALbinism)]
(المصاب بالمهق الوراثي) حيث إن الأمهق يفقد لون الجلد والشعر وقزحية العين.

وعادة تكون حافة البقعة المصابة بالبهاق داكنة بشكل أكثر من الجلد الطبيعي المحيط بها. وهذه الخصائص تساعد الطبيب في التفرقة بين بقع البهاق عند بدء ظهوره وبين الوحيمات البيضاء والشامات الباهتة التي لا تكون محاطة بلون داكن أو أحمر، حيث إن الوحيمات والشامات لا يشترط أن تظهر وقت الولادة وإنما قد تظهر بعد الولادة بشهور أو سنوات وعندئذ قد يظن الأهل أن الطفل أصيب بالبهاق مع أنها شامة متأخرة الظهور. وهنا يجدر بنا أن نميز بين البهاق وبين البقع البيضاء الأخرى التي تظهر على الجلد.





الفصل الثاني

التشخيص التفريقي للبهاق

يوضح هذا الفصل الأمراض الأخرى التي تتسبب في ظهور بقع بيضاء على الجلد يمكن أن تشبه البهاق، وكان لزاماً علينا أن نبين تلك الأمراض لما لها من أهمية بالغة للتفريق بينها وبين البهاق، وسوف نسرد في السطور التالية تلك الأمراض:

البقع البيضاء التي يمكن أن تشبه البهاق:

اللمع (Piebaldism):

مرض وراثي خلقي جلدي يتسم بفقد محصور للخلايا الميلانينية ويظهر على شكل خصلة بيضاء من الشعر في مقدمة الرأس مصحوباً ببقع ناقصة التصبغ في أماكن متفرقة على سطح الجلد في الجذع والأطراف. واحتمالات وراثية هذه الحالة في الذرية عالية الحدوث.



(الشكل 6): اللمع

مرض نقص الميلانين (إيتو) (Hypomelanosis of Ito):

تظهر فيه بقع نقص التصبغ بشكل حلزوني دائري أو على شكل خطوط. وقد يظهر عند الولادة أو في مرحلة الطفولة.



(الشكل 7): مرض نقص الميلانين (إيتو)

التصلب الحدبي (Tuberous Sclerosis):

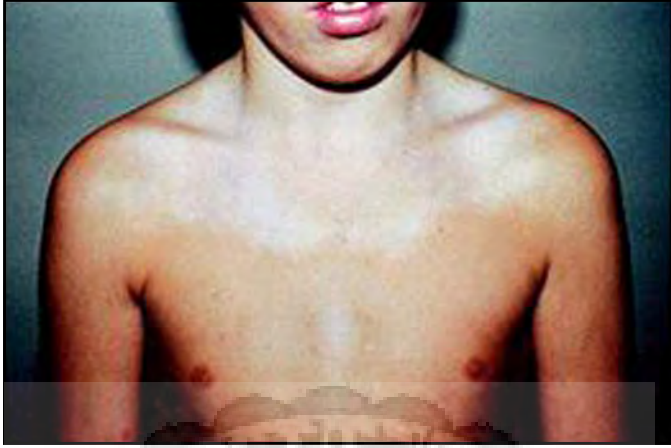
مرض وراثي يصيب الجلد والأعضاء الداخلية حيث يصيب الجهاز العصبي مسبباً نوبات الصرع ويؤثر على العين والقلب والأسنان والكبد والكلية. يظهر المرض في الجلد على شكل أورام ليفية صغيرة في الوجه وبقع ناقصة التصبغ على الجلد قد يصل عددها إلى 100 بقعة.



(الشكل 8): الجلد في التصلب الحدبي

النخالية البيضاء (Pityriasis alba):

حالة شائعة في الأطفال وخاصة ذوي الجلد الجاف الذين يعانون من الاستعداد الوراثي للحساسية وتظهر على شكل بقع ناقصة التصبغ غير محددة المعالم وأحياناً بها قشور خفيفة. وتكثر البقع على الوجه والرقبة والكتفين والذراعين وتزداد وضوحاً في الصيف عندما يتلون الجلد الطبيعي حولها وخاصة بعد الاستحمام والتعرض للشمس.



(الشكل 9): النخالية البيضاء

السَّعْفَةُ المبرقشة (Tinea versicolor):

عدوى بفطر الخميرة تسبب بقعاً بنية اللون أو باهتة على الصدر والظهر والرقبة وهي تُعالج بسهولة ولكن يتكرر ظهورها في الصيف.



(الشكل 10):

السَّعْفَةُ المبرقشة

الذئبة الحمامية (الحمراء) (Lupus erythematosus):

مرض مناعي يصيب الجلد ومختلف الأعضاء الحيوية وخاصة الكلى والقلب، ويكون مصحوباً بالحمى وآلام في المفاصل وتغيرات في الدم. أهم أعراضه على الجلد هي طفح وردي اللون على الوجنتين والأنف. وهناك نوع يصيب الجلد فقط يسمى الذئبة الحمامية القرصية ويكون مصحوباً بالحساسية للضوء مثل النوع العمومي، ولكنه يترك ندباً متليفة بيضاء اللون على سطح الجلد تشبه البهاق.

الوحمة زائلة الصباغ (Nevus depigmentosus):

بقعة باهتة اللون تظهر عند الولادة وتختلف عن البهاق في أنها لا تكون محاطة بهالة داكنة حولها.



(الشكل 11): وحمة زائلة الصباغ

الوحمة فقيرة الدم (Nevus anemicus):

حالة خلقية تظهر عند الولادة على شكل بقعة ناقصة التصبغ حافظتها غير منتظمة ومحاطة ببقع أخرى أصغر منها وعادة تظهر على صدر الفتيات ولا تسبب أعراضاً ولا يتغير حجمها مع تقدم العمر. إذا رسمنا خطأً على الجلد فإنه يسبب احمراراً حولها أما جلد الوحمة فيظل باهتاً.



(الشكل 12): وحمة فقيرة الدم

نقص الميلانين قطري الشكل مجهول السبب (Idiopathic guttate hypomelanosis)

حالة حميدة مكتسبة غير معروفة السبب تظهر عادة على الساقين وقد تمتد إلى الذراعين وأعلى الظهر وتظهر على شكل بقع صغيرة يبلغ قطرها من ملليمتر إلى ثلاثة ملليمترات ولونها باهت عن الجلد المحيط بها.



(الشكل 13): نقص الميلانين قطري الشكل مجهول السبب

تصلب الجلد (Scleroderma):

مرض من أمراض المناعة الذاتية يسبب تصلب الجلد وخاصة في الأصابع والوجه حيث يصير الأنف مدبباً يشبه منقار الطائر. ويصاب الجلد بنقص أو زيادة في التصبغ ويتأثر الجهاز الهضمي والتنفسي والقلب والمسالك البولية والتناسلية ويكون التيبس في المفاصل عائقاً لحركة المريض.



(الشكل 14): تصلب الجلد

ساركويد (Sarcoidosis):

مرض يسبب أوراماً حبيبية في الجلد والرئتين والعين والكبد والغدد اللمفاوية، وقد يصيب أعضاء أخرى، أما في الجلد فإنه يسبب تغيرات في اللون وأوراماً حبيبية أو تقرحات أو أشكالاً متعددة من الطفح الجلدي.



(الشكل 15): ساركويد

الوحمة الهالية (Halo nevus):

توجد فيها وحمة سوداء محاطة بهالة زائلة الصباغ.

الحزاز المتصلب والضموري

:(Linchen sclerosus et atrophicus)

يسبب ضموراً مع تصلب في الجلد على شكل لويحات بيضاء اللون ويكثر في الأعضاء التناسلية وقد يؤدي إلى السرطان.



(الشكل 16): حزاز متصلب وضموري

الفطار الفطرائي (Mycosis fungides):

هو نوع من سرطان الخلايا التائية اللمفاوية يبدأ في الجلد ثم يصيب الأعضاء الداخلية وله أشكال متعددة وقد يبدأ ظهوره على شكل بقع بيضاء تشبه البهاق.

العدوى اللولبية (Treponemal infection):

تشمل مجموعة من العدوى بالجراثيم اللولبية وأهمها الزهري وهي تتخذ أشكالاً متعددة وقد يظهر على الجلد طفح باهت اللون يشبه البهاق.

الجذام (leprosy):

في أحد أنواعه وهو الجذام الدرني يظهر المرض على شكل بقع بيضاء في الجلد يفقد فيها المريض الإحساس باللمس وهذه الصفة تميزه عن البهاق.

نقص التصبغ بعد الالتهاب

:(Post inflammatory hypopigmentation)

بعد التهابات الجلد قد يزيد التصبغ وقد ينقص وهذه الحالة يمكن معرفتها بالتاريخ المرضي.

نقص التصبغ بعد حقن الستيرويد

:(Hypomelanosis after steroid injection)

بعد حقن الكورتيزون في العضل ينخسف الجلد ويزول لونه عدة شهور ثم يعود لحالته.



الفصل الثالث

الآثار النفسية للبهاق على المريض

تختلف الآثار النفسية للبهاق في مراحل العمر المختلفة للمريض:

البهاق في مرحلة الطفولة:

الطفل دون سن الرابعة لا يكاد يدرك أبعاد حالته، وقد يبدأ انتباهه للحالة بعد كلمة غير مسؤولة يسمعها، أو ملاحظة غير لائقة من طفل آخر يشير فيها إلى المرض بصورة تنقص من كرامة الطفل، وعندئذ يستشعر الطفل حالته ويهتم بها. هذا الشعور يمكن للأسرة أن تتدراكه حيث إن سعادة الطفل في هذا السن المبكر تعتمد على درجة الحنان الأسري، فكلما أحس الطفل أنه محبوب من المقربين له ويتمتع بمعاملة طيبة فإنه يشعر بالأمان ويسهل عندئذ امتصاص كلمة عابرة أو إشارة سخيفة إلى مظهره.

في مرحلة ما بين الخامسة والعاشرة من العمر يتعرض الطفل لأوساط اجتماعية إضافية، لكن يظل المحور الرئيسي المؤثر على نفسيته هو الأسرة. وهناك أمور سطحية تؤثر في نظرة الأطفال المحيطين به، وعلى الأسرة أن تتفهم هذه الأمور وتتداركها، فمع بدء ذهابه للمدرسة يجب أن تهتم الأسرة بأن يكون ملبسه جميلاً ومقبولاً وجذاباً بحيث يكون مظهره العام هو أول ما يجذب انتباه الأطفال الآخرين. ومن الناحية السلوكية يجب تعويده على أن يكون محبوباً ولطيفاً ومألوفاً وعذب الحديث ومؤدباً في التعامل مع الآخرين وهذه الصفات الطيبة ستحدد أسلوب تعامل الآخرين معه في بداية التعارف، وتكون هي العنصر المؤثر في العلاقة بحيث عندما يكتشف الأطفال الآخرون حالة البهاق فإنها ستكون إلى حد كبير غير مؤثرة.

وقبل التحاق الطفل بالمدرسة على الوالدين أن يتوقعوا احتمالات تعرضه لمواقف تضايقه، وعلى ذلك فمن الواجب تأهيله لهذه المواقف بإفهامه أن الأطفال الآخرين يجهلون طبيعة البهاق وقد يتوجهون له بأسئلة، وهذا لا يعني تقليلاً من شأنه وإنما من قبيل حب الاستطلاع وسيكون دورك أن تشرح لهم أن شيب الرأس

نوع من البهاق وأنه ليس مرضاً وإنما تغير في لون الجلد وبذلك يكون دور الطفل شارحاً لزملائه وليس منفعلاً من أسئلتهم.

وحتى لو كان الطفل ناجحاً في الرد على استفسارات زملائه ونظراتهم فهذا لا يمنع أنه سيعود إلى المنزل متوتراً حتى ولو أخفى مظاهر التوتر، وعلى ذلك يجب استقباله في المنزل عند عودته من المدرسة بدرجة كبيرة من الترحيب والمعانقة والتقبيل لامتناس أي رواسب نفسية مما تعرض له في المدرسة.

وعلى الأسرة أن تكون على صلة بالمدرسة وتلتقي بالمدرس المختص وتناقش معه الاحتمالات التي قد يتعرض لها الطفل وتطلب من المدرس أن يقوم بمسؤوليته التربوية، وذلك بأن يكون موضحاً ومعلماً للتلاميذ عن طبيعة الحالة عند إثارة النقاش حولها ولا يجوز أن يتجاهل الموضوع أو يعاقب الطفل الذي يثيره أو يلقي بملاحظات عابرة بل يتولى تثقيفه ويسعى إلى أن يكتسب تعاطفه وتفهمه لحالة الطفل المصاب بالمرض. إلى جانب ذلك على المدرس أن يهتم بتشجيع الطفل ومساعدته على تنمية هواياته ومهاراته ويشيد بإنجازاته أمام التلاميذ بحيث يغطي هذا الجانب على موضوع البهاق.

البهاق في مراحل الدراسة المختلفة:

تتميز مرحلة المراهقة باهتمام الطفل بمظهره عما إذا كان نحيفاً أم بديناً أو كان أنفه كبيراً أو غير جميل، وبالطبع يُعتبر البهاق من الحالات التي تعرض التلميذ لنظرات أو تعليقات، وهذا كله يستلزم الاهتمام بصورة أكبر بالمبادئ التي كانت متبعة في مرحلة الطفولة وتشمل:

أ - الحنان والتعاطف داخل الأسرة.

ب - تنمية المهارات والمواهب التي يتميز بها والقيام بتشجيعه والثناء عليه في كل مناسبة.

ج - الاهتمام بمظهره وسلوكه واختيار الملابس التي لا تُظهر المرض، وتعويده على حسن تعامله مع الآخرين بحيث يكتسب شعبية بين أقرانه بدرجة تغطي على صورته كمريض بالبهاق.

د - التواصل مع المدرسين وحثهم على القيام بدورهم التربوي في التثقيف وليس الانفعال عند تعرض الطالب المصاب لتعليقات غير لائقة.

هـ - تشجيع الطالب على العلاج في حدود وقته المتاح لأن ذلك يعطيه الأمل في الشفاء حتى ولو لم تظهر نتائج سريعة للعلاج.

و - تجنب أنواع الرياضة التي تكشف عن أماكن الإصابة داخل الجسم للوقاية من النظرات والتعليقات ومحاولة تنمية شخصيته بأساليب ووسائل مختلفة تكسبه الثقة في نفسه.

وصمة البهاق:

في كثير من المجتمعات يُعتبر البهاق وصمة في حق الشخص الذي يعاني منه، في الهند مثلاً تعتبر بعض المجموعات أن مريض البهاق به مس من الشيطان وعلى ذلك فإن الفتاة التي تعاني منه لا يقبل عليها الأزواج لأن أسرة الزوج لا تتقبل دخولها منزلهم.

وكان البهاق وصمة تعيب المصاب به عند بني إسرائيل وقد أشاعوا أن سيدنا موسى عليه السلام كان مصاباً بالبهاق لأنه كان دائماً يستتر ولا يكشف عن جسمه. ورد في صحيح البخاري قال:

«حدثني إسحاق بن إبراهيم حدثنا روح بن عبادة حدثنا عوف عن الحسن ومحمد وخلاس عن أبي هريرة أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال (إن موسى كان رجلاً حياً ستيراً لا يُرى من جلده شيء استحياءً منه فآذاه من آذاه من بني إسرائيل فقالوا ما يستتر هذا التستر إلا من عيب بجلده إما برص أو أدرة وإما آفة وأن الله أراد أن يبرئه مما قالوا لموسى فخلاً يوماً وحده فوضع ثيابه على الحجر ثم اغتسل فلما فرغ أقبل إلى ثيابه ليأخذها وأن الحجر عدا بثوبه فأخذ موسى عصاه وطلب الحجر فجعل يقول ثوبي حجر ثوبي حجر حتى انتهى إلى ملأ من بني إسرائيل فرأوه عرياناً أحسن ما خلق الله، وأبرأه مما يقولون وقام الحجر فأخذ ثوبه فلبسه وطفق بالحجر ضرباً بالعصا فوالله إن بالحجر لندباً من أثر ضربه ثلاثاً أو أربعاً أو خمساً فذلك قوله تعالى: [يا أيها الذين آمنوا لا تكونوا كالذين آذوا موسى فبرأه الله مما قالوا وكان عند الله وحيها]».

وقد ورد في مُسنَد أحمد عن بهز وحسن بن موسى قالاً حدثنا حماد حدثنا قتادة عن أنس قال «كان رسول الله صلى الله عليه وسلم يقول: اللهم إني أعوذ بك من البرص والجنون والجذام ومن سيئ الأسقام».

علاقة مريض البهاق بالطبيب:

كثير من الأطباء يتعاملون مع المريض على أنه حالة ضمن مئات الحالات التي يتعاملون معها، ويمرور الزمن يقل إدراك الطبيب بما يعتمل في نفس المريض من مشاعر القلق المصاحبة للمرض. وما من شك أن كل مريض بالبهاق يحمل في نفسه كثيراً من التساؤلات:

أ - هل سينتشر البهاق أم يختفي أم سيتوقف انتشاره عند هذا الحد؟

ب - هل سينتقل للذرية، وما احتمالات انتقاله؟

ج - هل يؤدي إلى سرطان الجلد في الأماكن المعرضة للشمس؟

د - هل صحيح أن كل وسائل العلاج لها مضاعفات، وما هي؟

ومن واجب الطبيب أن يقدر هذه المشاعر ويعطي المريض من اهتمامه وتعاطفه ما يوفر له الرد الشافي والصريح على هذه الهواجس. وتتزايد مسؤولية الطبيب إذا كان المريض أصلاً ذا شخصية حساسة أو انطوائية أو خجولة قبل ظهور المرض، وعندما يظهر عليه البهاق فإنه قد يتعرض لموقف يستمع فيه إلى تعليق غير مسؤول أو نظرة استغرابية فيكون هذا الموقف هو القشة التي تقصم ظهر البعير فيدخل في حالة الاكتئاب، ويتزايد شعوره بالوصمة وينعكس ذلك على جهازه المناعي الذي يؤثر على انتشار المرض.

بعض الأطباء يتجاهلون الرد على أسئلة المريض بدافع الاستعجال أو الانشغال وقد يدفعهم محاولة إنهاء المناقشة بأن يقولوا للمريض (احمد ربك أنك لست مصاباً بالسرطان وإنما مجرد تغير في لون الجلد لا يؤثر على عمرك أو سلامة أعضائك).

وهذا الرد غير مناسب لأن المريض يعاني من القلق ولديه صعوبة في التواصل مع المجتمع ويتجنب الظهور في المناسبات الاجتماعية وكلها عناصر تؤثر في نوعية الحياة والاستمتاع بها. وأقدر الناس على مساعدة المريض على اجتياز هذه الأزمة النفسية هو الطبيب إذا أعطى المريض قدراً كافياً من وقته واهتمامه وتعامل معه كجسد وروح وكحالة مرضية ونفس إنسانية واستشعر الحديث الشريف: «من فرج عن مؤمن كربة من كرب الدنيا فرج الله عنه بها كربة من كربات يوم القيامة».

الفصل الرابع

علاج البُهاق

من الشخص المؤهل للعلاج ؟

لا يستطيع أي طبيب أن يعطي ضماناً مؤكداً لأي مريض بتمام الشفاء من البهاق ولا يجوز لأي طبيب أن يغرس اليأس في نفس أي مريض لأن اليأس من الشفاء يعوق عملية العلاج وقد يؤدي إلى انتشار المرض.

إذا كان الوضع كذلك فما الداعي للعلاج إذا كان لا يؤدي للشفاء الكامل؟

الرد على ذلك يحمل عنصراً شرعياً وعنصراً طبياً. أما العنصر الشرعي فهو أمر رسول الله صلى الله عليه وسلم بالتداوي (يا عباد الله تداووا، إن الله تعالى لم يخلق داءً إلا جعل له دواءً، عِلْمُهُ من عِلْمِهِ وَجْهُهُ من جْهَلِهِ). وحيث إنه عليه الصلاة والسلام يقول (إن الله جميل يحب الجمال) فإن من ابتلى بمرض يشوه مظهره عليه أن يسعى للعلاج بهدف أن يعود مظهره إلى الحالة التي خلقه الله عليها.

أما العنصر الطبي فإنه من حسن الحظ أن العلاج فعال في منطقة الوجه أكثر من غيره من مناطق الجسم، وبما أن الوجه هو مرآة الجسم المكشوفة فإن علاج الوجه وعودة اللون الطبيعي إليه يريح نفس المريض حيث إن باقي أجزاء الجسم يمكن تغطيتها.

نخلص من ذلك إلى أن الطبيب والمريض عليهما بذل الجهد من أجل العلاج والشفاء من الله تعالى.

التنبؤ بنتيجة العلاج :

بناءً على الخبرة الطبية المتراكمة يتوقع الأطباء أن تكون استفادة المريض من

العلاج أكثر عند توفر الظروف التالية:

1 - صغار السن: من المتوقع أن تكون خلايا الميلانين عندهم ما زالت سليمة وقابلة للتنشيط بالعلاج. ولذلك يُنصح الوالدان بعدم تأجيل العلاج دون مبرر، ومع ذلك يُفضل أن يكون الطفل فوق سن العاشرة لأن عملية العلاج تحتاج إلى صبر وعزيمة من المريض، والطفل الصغير أقل إدراكاً وتقديراً لضرورة العلاج وفائدته.

2 - أن يكون المريض صحيحاً مُعافى: فإذا كان يعاني من حساسية الضوء فلن يستفيد بالعلاج الذي يعتمد على تنشيط خلايا الميلانين بتعريضها للضوء، وإذا كان المريض يعاني من أمراض مصاحبة للبهاق وخاصة تلك المرتبطة بالبهاق مثل أمراض الغدة الدرقية فيجب علاجها بالتوازي مع علاج البهاق.

3 - إذا كان المريض قد تجاوز سن العشرين: فيُفضل ألا يكون قد مر على إصابته بالبهاق أكثر من خمس سنوات كي تكون خلايا الميلانين قابلة للتنشيط.

4 - المرأة الحامل تؤجل علاجها إلى ما بعد الولادة: ولا يجوز الإرضاع مع تعاطي العلاج الضوئي الكيميائي (البوفا).

5 - تختلف استفادة مناطق الجسم المختلفة: فالوجه والذراعان والساق والجذع يتلونان أسرع وأفضل من اليدين. وحيث إن تلون الجلد يكون بتنشيط خلايا الميلانين المخترنة في مستودعها التخليدي وهو غلاف بصيلات الشعر فإن تلون الجلد في الأماكن ذات الشعر الغزير يكون أفضل، أما المناطق الخالية من الشعر أو التي بها شعر أبيض خالٍ من اللون فاستفادتها ضئيلة. وعادة يبدأ التلون حول الشعرة مباشرة ثم يمتد من مركز الشعرة إلى المنطقة المحيطة بها وتستغرق هذه العملية 6-12 شهراً (الشكل 17).



(الشكل 17): تلون حول بصيلات الشعر

آلية تلون الجلد بالعلاج:

يحدث التلون حول بصيلات الشعر أو من حافة بقعة البهاق أو بشكل منتشر على سطحها أو بهذه الطرق مجتمعة.

وتعتمد طريقة حدوث التلون على نوع العلاج، فعند استخدام العلاج الضوئي الكيميائي (بؤفا) يحدث التلون أساساً حول بصيلات الشعر حيث يقوم الضوء بتنشيط الخلايا الميلانينية في غلاف البصيلات وحتى إذا كانت هذه الخلايا خاملة فإن خلايا البشرة تفرز مواداً تنشط هذه الخلايا وتدفعها لإنتاج الميلانين. أما إذا استخدمنا مركبات الكورتيزون، فإن التلون يكون منتشرأً غير أنه يكون أقل ثباتاً بحيث يزول بعد فترة وإذا استخدمنا دهانات فيتامين D₃ فإن التلون يحدث من الحافة وينتشر إلى وسط البقعة ولذلك يُفضل استخدام عدة وسائل علاجية في وقت واحد حتى نستفيد من كل آليات التلون.

- وعلى ذلك يكون مصدر الحصول على حبيبات الميلانين من ثلاثة مصادر:
- أ - المستودع الرئيسي للخلايا الميلانينية هو في البصيلة وقمع الشعرة ولكنها غالباً تكون خالية من حبيبات الميلانين، لذلك فإن الهدف من العلاج هو تنشيط هذه الخلايا لاستعادة محتواها الطبيعي من الميلانين.
 - ب - تحريك الخلايا الميلانينية الموجودة في الجلد المحيط بالبقع البيضاء كي تدخل إلى منطقة البهاق وتثبت فيها حبيبات الميلانين وتلونها.
 - ج - إذا لم يكن قد مضى عليه سنوات طويلة فإن بقع البهاق قد تحتوي على بعض الخلايا الميلانينية التي مازالت سليمة، وهذه يتولى العلاج تنشيطها وتحويلها من خلايا خاملة إلى خلايا نشطة تنتج حبيبات الميلانين.

اختيار العلاج المناسب للمريض:

تختلف الاستجابة للعلاج من مريض إلى آخر، لذلك تُوضع لكل شخص خطة للعلاج الأنسب له. ويعتمد اختيار العلاج على عناصر متعددة منها:

- 1 - عمر المريض.

- 2 - مكان البهاق في الجسم ودرجة انتشاره ومساحات البقع البيضاء.
- 3 - الحالة الصحية العامة للمريض وخاصة ما يتعلق بالعين والمعدة والدم ولون البشرة وتحملها للضوء والعلاج الضوئي (وذلك بقياس أقل قوة إشعاع تسبب احمراراً في الجلد بعد التعرض لها).
- 4 - يجب أن يدرك المريض قبل البدء في العلاجات المختلفة طريقة كل منها والوقت الذي تستغرقه والمضاعفات المحتملة وطرق الوقاية منها والنتيجة المتوقعة، فمثلاً عند علاج بقعة البهاق بأي وسيلة علاجية فلا نتوقع أن يزيد التلون في كل بقعة عن 3-6 ملليمتر بعد علاج متواصل لمدة عام وإذا كان العلاج باستخدام الأشعة فوق البنفسجية سواء من التعرض للشمس أو أجهزة العلاج الضوئي، فإن المريض سيشعر بعد أسبوعين أو ثلاثة بأن البهاق صار أكثر وضوحاً وذلك لأن الجلد السليم المحيط ببقع البهاق يتلون بسهولة أكثر من بقع البهاق التي ليست بها خلايا ميلانينية نشطة، فيصير الفرق واضحاً بين بقع البهاق وما حولها، ولكن مع استمرار العلاج تبدأ بقع البهاق في التلون ويتحسن منظرها.
- 5 - يجب أن تتوفر للمريض الظروف المواتية لمواصلة العلاج وخاصة إذا كان سيستخدم العلاج الضوئي، حيث يلزمه الوقت الكافي لجلسات علاج متكررة على مدى سنوات وهذا يستدعي أن تكون الظروف المادية وظروف العمل وغيرها لا تتعارض مع الانتظام في الجلسات.
- 6 - من المتوقع عند العلاج بالجرعة المناسبة من الإشعاع الضوئي أن يبدأ الوجه في الاستجابة بعد 25 جلسة، أما على الجسم فإذا كان البهاق على شكل بقع متناثرة، فإن الاستجابة تحتاج إلى 100 جلسة، أما إذا كان البهاق شاملاً يغطي الجسم فيلزمه 200 جلسة للاستجابة.
- 7 - إذا حدث أثناء استمرار العلاج أن ظهرت بقع جديدة للبهاق فإن ذلك يعني فشل العلاج ويجب إعادة النظر في أسلوبه والطريقة المتبعة له.
- 8 - إذا تواصلت استجابة المريض للعلاج فيجب الاستمرار فيه حتى تلون جميع بقع البهاق على سطح الجلد حيث إن المريض إذا انقطع عن العلاج قبل تمام شفاء كل سطح الجلد، فإن ذلك يكون مدعاة إلى انتكاس الحالة وعودة ظهور البهاق من جديد.

9 - بياض الشعر من العلامات التي لا تبشر بنتائج طيبة للعلاج وعادة يبدأ البياض في شعر الرأس ثم يمتد إلى الحاجبين وينتشر بعد ذلك إلى سائر أجزاء الجسم.

الفحوصات التي تُجرى قبل بدء العلاج:

- 1 - العد الدموي الكامل لاكتشاف فقر الدم وخاصة فقر الدم الخبيث.
- 2 - كيمياء الدم وخاصة لاكتشاف الداء السكري.
- 3 - أبحاث الغدد الصماء وخاصة وظائف الغدة الدرقية وقد يلزم فحص وظائف الغدة الكظرية عند الاشتباه في مرض أديسون.
- 4 - فحص الجلد بالأشعة فوق البنفسجية في غرفة مظلمة (ويُعرف باسم ضوء وود) حيث إن هذا الضوء يزيد من وضوح بقع البهاق وخاصة إذا لم تكن ملحوظة بشكل جيد عند ذوي البشرة الشقراء ويصعب اكتشافها بالعين المجردة وخاصة في مناطق ثنايا الجسم وحول الفتحات (الشكل رقم 18).



(الشكل 18): الفحص بضوء وود

وبينما تتوافر بدائل عديدة لعلاج البهاق، فإن الحالات الأخرى غير البهاق التي تسبب بقعاً بيضاء على سطح الجلد يصعب علاجها بنفس وسائل علاج البهاق.

وعلى سبيل المثال: فإن حالات اللمع لا تستجيب إلا لزراعة الخلايا الميلانينية من جلد الشخص الطبيعي إلى المنطقة البيضاء، أما حالات المهق الجلدي العيني والوحمة زائلة الصباغ ومرض إيتو والتصلب الحدبي فلا يمكن تلوينها، والوسيلة المتاحة هي تغطيتها لأغراض تجميلية. أما حالات نقص صبغة الجلد كما يحدث في حالات خلل الأيض (التمثيل الغذائي) مثل بيلة الفينيل كتيون وحالات نقص السيلينيوم والنحاس فإنها تستجيب أحياناً لإعطاء المريض العناصر الغذائية الناقصة في جسمه.

العوامل التي تؤثر على فعالية علاج البهاق:

- 1 - عمر المريض.
- 2 - درجة انتشار المرض على سطح الجسم.
- 3 - معدل نشاط المرض هل ثابت أم أنه مستمر في الانتشار والتوسع.
- 4 - نوع لون الجلد (حيث يُقسّم لون الجلد إلى 6 درجات أولها الأشقر الفاتح وآخرها الأسود الزنجي الداكن).
- 5 - مدى صبر المريض وإصراره على مواصلة العلاج.

طرق علاج البهاق:

أولاً: العلاج بالكورتيزون

(أ) دهانات الكورتيزون الموضعية:

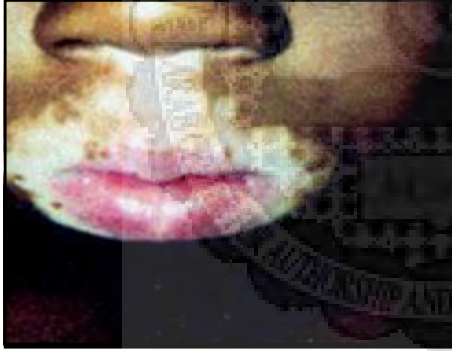
تُصنّف مركبات الستيرويد الموضعية إلى ستة مستويات في القوة فالنوع الأول أكثر فعالية وأكثرها أثراً جانبية والنوع السادس أقلها أثراً وأقلها مضاعفات.

ودهانات الكورتيزون لها مزايا متعددة في علاج البهاق منها:

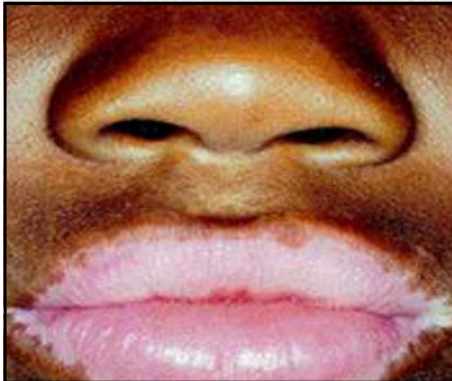
- 1 - سهولة الاستخدام وخاصة في المنزل.
- 2 - رخيصة ويتيسر الحصول عليها.
- 3 - يمكن استخدامها لكل الأعمار أما العلاج الضوئي فلا يُستخدم للأطفال.

وهذه الدهانات أكثر فاعلية في الوجه والكوع والركبة والأجزاء العليا من الأطراف أي في أعلى الذراعين وأعلى الفخذين، أما نهايات الأطراف كاليدين والقدمين فهي أقل استجابة لها، وعموماً يستجيب ذوو البشرة السمراء أكثر من ذوي البشرة الشقراء.

وتكون الفائدة أوضح في حالات البقع صغيرة الحجم أو البقع المصحوبة بعنصر التهابي في الجلد، حتى ولو لم يكن التهاب الجلد شديد الوضوح ومع ذلك فإن فاعلية العلاج بالكورتيزون الموضعي تُعتبر متوسطة (الشكل 19).



(الشكل 19): نتيجة العلاج بدهان الكورتيزون



وفي إحدى التجارب العلاجية استُخدمت دهانات الكورتيزون متوسطة القوة على حالات البهاق المنتشر في مساحة أقل من 20٪ من مسطح الجلد وكانت النتيجة أن 55٪ من الحالات استجابت بنسبة 75٪ وقد أُجريت مقارنة استخدام دهان الكورتيزون عالي القوة بمفرده على الجلد في نصف الحالات، بينما استُخدم لنصف الحالات الآخر علاج بحبوب السورالين يتبعه تعرض لأشعة الشمس وكانت نتائج دهان الكورتيزون بمفرده أفضل حيث انتشر التلون بنسبة أكثر من 50٪ من سطح الجلد في 68٪ من الحالات، بينما حدث التلون بالشمس والحبوب معاً في 17٪ من الحالات فقط.

الآثار الجانبية لدهانات الكورتيزون:

ينتج عن استخدام دهانات الكورتيزون لفترات طويلة آثار جانبية منها ضمور الجلد بحيث يقل سمكه ويصبح رقيقاً، كما تضمر الأدمة فتظهر خطوط باهتة وخاصة في المناطق التي يسهل فيها امتصاص الكورتيزون مثل ثنايا الإبطين وبين الفخذين والجفون.

ومن الآثار الجانبية تمدد الشعيرات الدموية على سطح الجلد فتبدو متفرعة كفروع الأشجار كما تحدث زيادة في نمو الشعر في مناطق الدهان وظهور حب الشباب في الوجه والصدر، وإذا دهنت مساحة واسعة من جلد الأطفال فإن الكورتيزون يمتص ويؤثر على المحور النخامي الكظري.

وسائل تقليل الآثار الجانبية لدهانات الكورتيزون:

- 1 - عند استخدامه للأطفال لا نستخدم النوع القوي ولكن نستخدم النوع متوسط القوة وعلى مساحات محدودة.
- 2 - لتقليل الامتصاص من الجلد نتجنب الثنايا والوجه والمنطقة التناسلية.
- 3 - استخدام الدهان بصفة دورية بحيث نستخدم النوع القوي لمدة 6-8 أسابيع فقط ثم نوقفه ونستخدم بعد ذلك النوع الخفيف. وهناك طريقة دورية أخرى وهي أن نستخدم النوع القوي يومين في الأسبوع ونستخدم النوع الضعيف باقي أيام الأسبوع، وإذا استخدمت دهانات الكورتيزون على الوجه فيجب أن تكون

بحذر شديد وبعيداً عن منطقة العين لأنها قد تمتص وتصل إلى العين وتسبب ارتفاعاً في ضغط العين، كما نجربها أولاً على منطقة أخرى مثل الكوع أو الركبة ولا نستخدمها على الوجه إلا إذا ظهرت فاعليتها في هذه المناطق الأخرى. وحتى بعد ذلك يُفضل أن نبدأ بدهن كمية قليلة على منطقة محدودة من الوجه ويكون الدهان من النوع الخفيف ولا ندهن باقي مناطق الوجه إلا إذا تأكدنا من الحصول على نتيجة علاجية طيبة في منطقة تجربة الدهان.

(ب) تعاطي الكورتيزون بالطريق الداخلي:

تعاطي الكورتيزون عن طريق الفم أو الحقن له آثار جانبية أكثر خطورة من الدهان ولذلك لا يُستخدم إلا في الحالات النادرة التي يكون فيها البهاق سريع الانتشار وبعد أن نتمكن من وقف انتشاره نقلل الجرعة بالتدريج (إذا كان قد استُعمل لمدة طويلة) أو نقللها فجأة (إذا كانت الجرعة قليلة ولفترة قصيرة). ولتقليل الآثار الجانبية قد نستخدم طريقة الومضات أو الدفعات المتقطعة بحيث نعطي جرعة عالية من الكورتيزون بالفم مرة واحدة كل أسبوع لمدة ثلاثة أو أربعة أسابيع ثم نستكمل العلاج بوسيلة أخرى غير الكورتيزون بالفم.

ثانياً: بدائل الكورتيزون الموضعي (المعدلات المناعية):

هذه المركبات ظهرت حديثاً كدهانات موضعية لها تأثير منظم للمناعة بحيث تقوم بتأثير الكورتيزون دون أن تكون لها آثاره الجانبية الموضعية، ولذلك يفضل استخدامها للوجه كبديل أكثر أماناً من الكورتيزون، كما يتعذر استخدامها لكل الجسم لأنها غالية الثمن وأقل فاعلية من الكورتيزون القوي وقد تُستخدم بالإضافة إلى العلاج الضوئي لزيادة فاعليتها.

ثالثاً: العلاج الضوئي:

يُعتبر العلاج الضوئي حجر الزاوية في علاج البهاق ومن بعده العديد من الأمراض الجلدية وغير الجلدية، وينقسم العلاج الضوئي إلى العلاج الضوئي باستخدام السورالين، وبدون استخدام السورالين، والعلاج الضوئي الموضعي.

* العلاج الضوئي باستخدام السورالين

تاريخ العلاج الضوئي وتطوره:

بدأ العلاج الضوئي لمرضى البهاق عام 1948 عندما اكتشف العالم المصري الدكتور عبد المنعم المفتي أستاذ الأمراض الجلدية بكلية الطب جامعة القاهرة أن تعاطي خلاصة بذور نبات الخلّة المحتوية على مادة (سورالين) يجعل الخلايا الميلانينية في الجسم قادرة على امتصاص الأشعة فوق البنفسجية من أشعة الشمس ويحدث داخل هذه الخلايا تفاعل ضوئي (بالأشعة) وكيميائي (بمادة السورالين) ينتج عنه تحريض هذه الخلايا على إنتاج الميلانين.

وقد بدأ هذا العلاج بأن يتناول المريض خلاصة هذا النبات على شكل حبوب أسماها (ميلادينين)، وبعد ساعتين من تناولها تكون قد انتشرت في مختلف أجزاء الجسم وعندئذ يتعرض المريض لأشعة الشمس غير الحارقة (أي في الصباح الباكر أو قبيل الغروب) فتقوم الموجه الطويلة من الأشعة فوق البنفسجية (الموجة أ) بتنشيط مادة سورالين وتعرض الخلايا الميلانينية على إنتاج الميلانين. ونظراً لأن مادة سورالين، مهيجة للمعدة وقد تسبب

القيء والغثيان فلا بد من تعاطيها بعد تناول الطعام للتقليل من تأثيرها على غشاء المعدة. (الشكل 20).



(الشكل 20): نتيجة علاج بؤفا

واستمرت طريقة العلاج بالاعتماد على ضوء الشمس حتى عام 1970 حيث تم تطوير أجهزة للعلاج الضوئي تحتوي على العديد من مصابيح النيون المغطاة بمرشح معين يسمح بانبعاث الأشعة (فوق البنفسجية أ) فقط منها ويحجز الأشعة (فوق البنفسجية ب)، وهذه الطريقة هي المعروفة باسم (بؤفا). وكان ذلك مدعاة إلى التقليل من احتقان الجلد أو احتراقه بسبب الأشعة (ب).

وبعد ذلك أمكن إعداد أجهزة تحجز الأشعة (أ) ويخرج منها الأشعة (ب) فقط، وهذه أيضاً لها تأثير علاجي بدون تناول حبوب (سورالين). وحيث إنها حارقة بدرجة أكبر بكثير من الأشعة (أ) فإن وقت التعرض لها يبدأ بأقل من دقيقة ويتزايد بدرجة ضئيلة بعكس العلاج الضوئي الكيميائي (بؤفا)، والذي يشمل كلاً من حبوب سورالين ثم التعرض للأشعة فوق البنفسجية (أ) حيث تكون الجلسة أطول بكثير من الأشعة (ب) وتصل لعدة دقائق.

وفي عام 1977 حدث تطور هام وهو إنتاج أجهزة علاج ضوئي تنتج الأشعة (ب) التي يبلغ طول موجتها (280-320 نانومتر) ثم تمر هذه الأشعة على مرشح يحجز كل الموجات ويسمح بمرور حزمة ضيقة تحتوي على موجة واحدة من الأشعة (ب) طولها 311 نانومتر فقط، وتبين أن هذه الأشعة المسماة (الأشعة فوق البنفسجية ب ذات الموجه الضيقة) تقوم بنفس فعالية الموجة (ب) دون أن يكون لها نفس الآثار الجانبية كما تقوم بدور العلاج الضوئي الكيميائي (بؤفا)، ولكن مع وقت أقل من التعرض ودون تعاطي حبوب سورالين ذات الآثار المهيجة للمعدة. وامتدت استخدامات العلاج الضوئي بأنواعه الثلاثة لتشمل علاج الصدفية، ومرض الفطار الفطرائي، وهو نوع من سرطان الخلايا اللمفاوية التائية ومرض شبيه الصدفية وغيرها.

ومع تطور علم فيزياء الضوء أمكن تطوير أجهزة قياس تنبعث منها موجات (أ)، (ب)، ذات الحزمة الضيقة وذلك بقوة متفاوتة الجرعة واستُخدمت هذه الأجهزة في قياس أقل جرعة تسبب الاحمرار على جلد المريض، وبذلك يمكن تحديد جرعة البدء في العلاج والتي تتزايد مع تواصل العلاج بنسبة 10-20٪ حتى يصل المريض إلى الجرعة الفعالة علاجياً حتى تمام الاستفادة المستهدفة من العلاج الضوئي.

مشكلات العلاج الضوئي:

1 - عدم استخدام الجرعة العلاجية المناسبة لجلد المريض، فإما أن تكون منخفضة وغير فعالة أو تكون عالية وحارقة، وهذا يحدث في العيادات التي لا يتوفر فيها إمكانيات تحديد الجرعة المناسبة.

2 - الوقت والجهد اللازمين لهذا العلاج فمثلاً لا يستطيع الطبيب أن يتبين ما إذا كان العلاج فعالاً أم بلا نتيجة إلا بعد 3-4 أشهر من بدء العلاج، وإذا بدأ التلون في الظهور فإن بقعة البهاق التي يبلغ قطرها 3 سم تحتاج إلى 12-18 شهراً حتى تتلون.

3 - يختلف الناس في استجابتهم للعلاج الضوئي على ثلاثة أشكال:

أ - نوع يصبح جلده أحمر اللون وبعد ذلك يبدأ في التلون.
ب - نوع يحتقن جلده ولا يتلون.

ج - نوع يحتقن جلده بشدة إلى درجة الاحتراق دون أن يتلون.

4 - أثناء جلسات العلاج الضوئي بأنواعه المختلفة لابد من حماية العين بنظارات واقية (من نوع معين يحجز كل الأشعة فوق البنفسجية) وتغطية الأعضاء التناسلية.

5 - بعد جلسات العلاج الضوئي الكيميائي (بؤفا) يتجنب المريض التعرض للشمس ويلتزم بلبس نظارة واقية من الأشعة فوق البنفسجية لمدة 24 ساعة، لتجنب التعرض لجرعات إضافية، حيث إن تأثير حبوب سورالين يظل فعالاً في جسمه طوال اليوم، ويؤدي إلى امتصاص جرعات إضافية من الأشعة الشمسية قد تؤدي إلى احتراق الجلد.

6 - العلاج الضوئي له تأثير مثبط للخلايا التائية اللمفاوية وهو بذلك يتشابه مع تأثير دهان الكورتيزون، بحيث إن استخدامهما معاً يؤدي إلى تقوية تأثير العلاج إلى ثلاثة أضعاف ولكن على الجانب الآخر، فإن أدوية تثبيط المناعة المستخدمة في علاج الصدفية تزيد من إمكانية تولد السرطان نتيجة للعلاج الضوئي، لذلك لا يستخدمان لنفس المريض. والمعروف أن الأشعة فوق البنفسجية تولد سرطان الجلد بعد فترة طويلة لذلك تتخذ إجراءات وقائية لهذا الغرض منها:

أ - احتساب الجرعة الإشعاعية التراكمية التي تعرض لها المريض طوال مدة علاجه مع وضع ضوابط للجرعة الشاملة لا يجوز تخطيها وخاصة عند ذوي البشرة الشقراء.

ب - متابعة فحص المريض لاكتشاف أي زوائد جلدية متقرنة تكون مقدمة لتولد سرطان الجلد وإزالتها قبل أن تتحول إلى الوضع الخبيث.

ج - استخدام دهانات الوقاية من الضوء للأماكن المكشوفة من الجلد بعد جلسة العلاج.

د - تجنب العلاج الضوئي الكيميائي للأطفال دون الثانية عشرة (رغم أنه أكثر فعالية في الأطفال) وذلك حيث إن فرصة تكون السرطان فيما تبقى من العمر تكون أكثر.

الإجراءات التي تُتخذ للمريض قبل بدء العلاج الضوئي:

1 - العد الدموي الكامل مع تحليل شامل لكيمياء الدم وخاصة وظائف الكبد واختبار مرض الذئبة الحمامية.

2 - فحص العين للتأكد من سلامة الشبكية وعدم وجود أي عتامات في العدسة (المياه البيضاء).

3 - استبيان التاريخ المرضي للتأكد من عدم التعرض لعلاج إشعاعي من قبل أو ظهور سرطان في الجلد.

4 - حالة المعدة تكون طبيعية وتحمل حبوب سورالين.

* العلاج الضوئي العام دون استخدام السورالين وهو على نوعين:

1 - العلاج بالأشعة فوق البنفسجية ب:

قبل العلاج يحدد مختبر فيزياء الضوء الجرعة التي يبدأ بها العلاج ثم تتزايد بعد ذلك بالتدريج، وهذا العلاج له بعض استخدامات العلاج الضوئي الكيميائي (بؤفا) ولكنه ليس العلاج الأمثل للبهاق.

2 - العلاج بالأشعة فوق البنفسجية (ب) ذات الحزمة الضيقة:

وهو أفضل بكثير من (بؤفا)، حيث إنه أقل ضرراً ولا يستلزم تعاطي حبوب سورالين ويمكن استخدامه للأطفال فوق سن الثانية من العمر، وعندئذ يمكن زيادة

فعاليته بأن يُستَخدم معه دهانات المنظمات المناعية التي تُستَخدم كبداية لدهانات الكورتيزون. وكأي علاج ضوئي عام على الجسم يجب حماية العين بنظارات خاصة وكذلك الأعضاء التناسلية ومتابعة فحص الجلد. فبعد ستة أشهر من بدء العلاج يتبين وجود استجابة أم لا، وفي حالة الاستجابة يستمر العلاج حتى تكمل 12 شهراً وبعدها نوقف العلاج لفترة راحة قدرها ثلاثة أشهر حتى نقلل من الجرعة التراكمية السنوية ثم نعود للعلاج ونستمر حتى 24 شهراً ثم نتوقف (الشكل 21).



(الشكل 21): نتيجة العلاج بالأشعة فوق البنفسجية ذات الحزمة الضيقة

* العلاج الضوئي الموضعي:

ويُستَخدم لعلاج بقع البهاق المحدودة وهو على نوعين:

- 1 - البوفا الموضعية: في الحالات محدودة الانتشار (أقل من 2% من سطح الجسم) أو الحالات التي لا تتحمل العلاج العام يُدهن الجلد بمحلول مُخَفَّف من دهان سورالين بتركيز واحد في ألف في المائة وبعد نصف ساعة يتعرض الشخص للشمس أو للأشعة فوق البنفسجية (أ). ويمتاز هذا العلاج بأنه لا يسبب

الأعراض الجانبية لحبوب سورالين (قيء وغثيان وحكة وإعياء) ولكن لا يستخدم أكثر من مرة أو مرتين في الأسبوع مع تجنب وضعه على الجلد السليم على حافة البهاق لأنه يسبب هالة سوداء في مكان الدهان، ولكن إذا زاد التعرض للضوء عن حد معين فإنه يُسبب فقاعات كحروق الدرجة الثانية.

2 - ليزر اكرزيمر: وهو في الحقيقة ليس من أشعة الليزر كما يدل عليه اسمه، ولكنه أحد موجات الأشعة فوق البنفسجية (ب) طولها 308 نانومتر، ويصدر عنه إشعاع محدود المساحة يناسب علاج البقع المحدودة ولا يحتاج إلى استخدام سورالين موضعياً أو بالفم.

رابعاً: العلاج المشترك بالدهان الموضعي والإشعاع الضوئي:

وهو على نوعين:

1 - استخدام الأشعة فوق البنفسجية ذات الموجة الضيقة بعد دهان الجلد بدهان من المعدلات المناعية من بدائل دهانات الكورتيزون. وقد تبين أن النتائج أفضل من استخدام أي من الطريقتين بمفردها.

2 - استخدام الأشعة فوق البنفسجية بعد دهان فيتامين D₃ هذا الدهان يُستخدم أساساً في علاج الصدفية، ولكن عند استخدامه قبل التعرض للأشعة فإنه يفيد في علاج البهاق محدود الانتشار ويعطي نتائج أفضل من أي العلاجين منفرداً.

خامساً: العلاج بدهان سودوكاتالين:

يُستخدم على شكل دهان يُدلك بشدة على الجلد المصاب بالبهاق حيث إنه يتكون من مادة هلامية تحتوي على كريات صغيرة تنفجر بالضغط والتدليك الشديد وبه إحدى الخمائر (سودوكاتالين) التي تساعد على تنشيط الخلايا الميلانينية، وخاصة بعد التعرض للضوء. وهذا العلاج ليس له آثار جانبية ويستخدم في الأطفال ولكن نتائجه ليست بفعالية الوسائل العلاجية الأخرى.

سادساً: العلاج بمادة فينيل ألانين:

استخدم لفترة محدودة ثم تبين أنه غير فعال وحالياً لا يستخدم في العلاج.

سابعاً: المكملات الغذائية كعامل مساعد في العلاج:

كثير من الأبحاث العلمية تشير إلى فائدة علاجية لعناصر الفيتامينات والأملاح المعدنية سواء استخدمت بمفردها أو بالتوازي مع التعرض لضوء الشمس. ومن هذه العناصر مكونات فيتامين B المركب (وتشمل فيتامين B₁₂ وحمض الفوليك وحمض البانتوثينيك المعروف بفيتامين B₅) وكذلك عنصر الزنك وعنصر بارأ أمينو حمض البنزويك (المعروف باسم بابا)، وعنصر النحاس الذي يرتبط بإنزيم التايروزيناز وهو العامل المساعد في تكوين الميلانين. ومع أن الأبحاث التي تشير إلى هذه النتائج أُجريت على أعداد قليلة من المرضى بحيث لا تُعتبر من ناحية علم الإحصاء ذات دلالة مؤكدة إلا أن هناك بعض الاعتبارات التي تشجع على تعاطي هذه العناصر ومنها:

- 1 - توافر كثير من المستحضرات المحتوية على مجموعات الفيتامينات والمعادن بكمية تكفي لاحتياجات الجسم في اليوم الواحد في كل حبة، ويتعاطها الكثيرون دون أن تُسجل لها أضرار وعلى ذلك فليس هناك مانع من أن يتناولها مريض البهاق.
- 2 - عنصر الزنك من العناصر الهامة التي تساعد على تنظيم مناعة الجسم وكثير من الأطباء يوصون باستخدامه لمرض البهاق.
- 3 - مع المعروف أن نقص التغذية المؤدي إلى نقص الزنك والنحاس في الجسم يؤدي إلى بهامة لون الشعر؛ لذا يبدو من المقبول تعاطي هذه العناصر في حالات البهاق.

ثامناً: إزالة ما تبقى من الصبغة في حالات البهاق المنتشر:

في حالات البهاق المنتشر في 80٪ من سطح الجلد أو المستعصى علاجه بالتلوين يمكن مناقشة المريض عن فكرة إزالة اللون الطبيعي عما تبقى من الجلد؛ ليكون المريض على بيئة بالمخاطر والمحاذير الناتجة عن هذا الدواء.

- 1 - سيصير الجلد شديد البياض بحيث قد يحترق عند التعرض للشمس ويكون معرضاً لسرطان الجلد على المدى الطويل.
- 2 - زوال اللون يكون دائماً بحيث إنه إذا اكتُشِفَ علاج جديد للبهاق فلن يتاح للمريض الاستفادة به لأن خلايا الميلانين تم تدميرها بعلاج إزالة اللون.
- 3 - دهان إزالة اللون يصعب الحصول عليه ولا يتوفر إلا في مراكز محدودة.
- 4 - قد يسبب الدهان حساسية تماسية بعد عدة مرات من ملاسته للجلد وقد تظهر هذه الحساسية على شكل التهاب في الجلد الطبيعي بعيداً عن مكان استخدام الدهان؛ مما يستدعي علاج هذا الالتهاب بمركبات الكورتيزون. ومن هنا يجب إجراء اختبار حساسية بالدهان قبل بدء استخدامه.
- 5 - المناطق التي يصعب تلوينها مثل ظهر اليدين يصعب أيضاً إزالة لونها لذلك يُعطى الدهان في هذه الأماكن بضماد غازل ليساعد على امتصاص المادة المبيضة وزيادة تأثيرها.
- 6 - لا يُستخدَم الدهان ليلاً خوفاً من أن يلمس المريض وجهه وعينيه بيده أثناء النوم.
- 7 - قد يؤدي الدهان إلى نتيجة عكسية بحيث تظهر بقع داكنة على الوجه أو في أماكن منتشرة من الجسم (الشكل 22).



(الشكل 22): رد فعل عكسي لدهان
إزالة اللون

طريقة إزالة اللون بدهان بينوكوين: (أحادي أثير بنزيل هيدروكينون)

- 1 - نبدأ بوضع الدهان على بقعة محددة مرة كل يوم لمدة أسبوع فإذا لم يحدث التهاب نستخدمه مرتين يومياً.
- 2 - عادة يُستَخدم الدهان بتركيز 20٪ فإذا لم يتحمّله المريض يُخَفَّف إلى 10٪ أو 5٪.
- 3 - نبدأ بمساحة محدودة من الجلد لنقلل من امتصاص الدهان وعادة نبدأ بأحد الذراعين ونستمر في الدهان لشهرين أو ثلاثة مع مقارنة صورة للذراع قبل وبعد العلاج لتقييم النتيجة. فإذا ظهر تحسن نستمر في الدهان حتى زوال اللون بعد ذلك ننتقل إلى الوجه وبعده إلى الرجلين. إذا كانت النتيجة مرضية فإن كثيراً من المرضى يكتفون بذلك ويتركون الظهر والبطن، وذلك لأن العلاج مجهد وطويل الأمد (قد يصل إلى أربع سنوات) كما أن الامتصاص من جلد البطن أسهل من الأطراف لذا يهتمون بالأجزاء التي قد تنكشف كالوجه والأطراف.
- 4 - بعد انتهاء إزالة اللون يجب الابتعاد عن الشمس المباشرة ووضع دهانات واقية من الضوء على الأماكن المكشوفة، حتى لو لم يتعرض الشخص للشمس المباشرة.
- 5 - هذا الدهان لا يصلح لتبييض البقع الداكنة من الجلد مثل كلف الخدين لأنه قد يسبب زوال اللون تماماً.

تاسعاً: تغطية بقع البهاق لإخفاء اللون:

إذا كانت بقع البهاق محدودة الانتشار وفي أماكن مكشوفة من الجلد، ولم يفلح معها العلاج بإعادة لون الجلد، فإن تغطية الجلد بدهان مؤقت قد يكون مناسباً لحماية المريض من آثار الوصمة التي يسببها له البهاق والتي تسبب له آثاراً نفسية واجتماعية سيئة. وتعتمد هذه الدهانات على مواد كيميائية غير ضارة، منها ثاني هيدروكسي أسيتون. وهذه الدهانات تزول بغسلها بالماء ولذا تُستَخدم قبل مواجهة الآخرين ولابد للمريض أن يختار اللون بنفسه ويجربه على جلده حتى يصل إلى اللون الذي يكون قريباً - بقدر الإمكان - من لون الجلد الطبيعي (الشكل رقم 23).



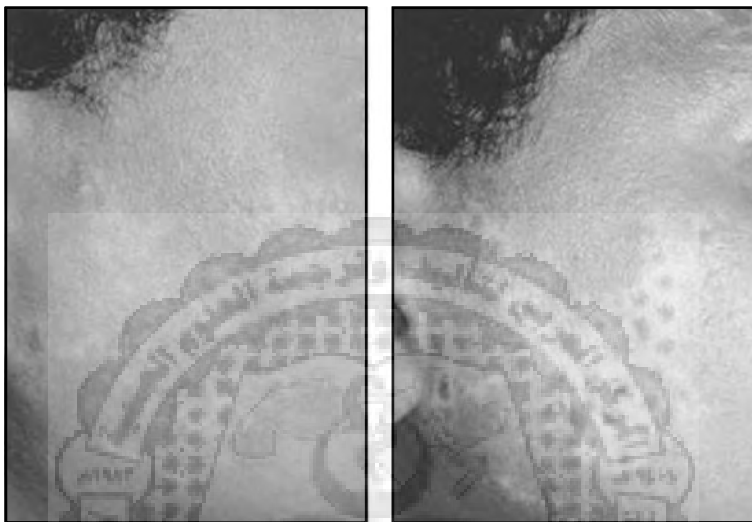
(الشكل 23): تغطية البهاق بدهانات تجميلية بلون الجلد

عاشراً: العلاج الجراحي للبهاق: (الشكل رقم 24)

يُستخدم العلاج الجراحي لبقع البهاق صغيرة المساحة التي لا تستجيب لأساليب العلاج الأخرى مثل الشفة والأصابع والأماكن الخالية من الشعر، ويستخدم لأنواع أخرى من برص الجلد مثل اللع والوحمة الهالية، وفقد لون الجلد بعد الحروق والجروح والالتهاب. وبالنسبة للبهاق فلا بد أن يكون مستقراً بمعنى أن حجم بقعة البهاق ثابت خلال السنة السابقة للجراحة (ويرى البعض أن يكون الحجم ثابتاً لمدة سنتين أو ثلاث سنوات). وتبلغ نسبة النجاح 95% في البهاق البؤري والقطعي أما الأصابع فالنتائج غير مرضية بكل وسائل العلاج.

ومع ذلك فلا بد من إجراء تجربة على بقعة صغيرة للتأكد من عدم حدوث رد فعل عكسي حيث إنه في بعض الحالات النادرة يحدث بعد عملية الزرع بشهرين أو ثلاثة أن ينتشر البهاق في مكان الزرع، وهذا ما يسمى بظاهرة (كوبنر)، وعملية الزرع تختلف بنوع الأنسجة التي تُزرع في مكان البهاق فقد نأخذ جلدًا كامل السُمك أو نأخذ خلايا ميلانينية نحصل عليها بتكوين نقطة من المصل بالشفط من سطح الجلد أو نأخذ خلايا ميلانينية من البشرة على شكل معلق خلايا مزروعة أو من غلاف الشعر المحتوي على خلايا ميلانينية.

ويتم زرع الغريسة بحجم 2-1 ملليمتر على مسافة 3-4 ملليمتر وبعد 3-6 أشهر ينتشر التلون في مساحة تبلغ 16-25 مرة أكبر من حجم الغريسة، وفي فترة ما بعد العملية يجب حمايتها من الشمس.



(ب)

(أ)

(الشكل 24): العلاج الجراحي بزرع الخلايا الميلانينية



المراجع

References

- 1 - J. V. Schaffer and J. L. Bologna The treatment of hypopigmentation in children: Clinics in Dermatology,(2003) 21:4. 296-310.
- 2 - A.M. El Mofty, A preliminary clinical report on the treatment of leucoderma with Ammi majus Linn. J Egypt Med Assoc 31 (1948), pp. 651-660.
- 3- M.D. Njoo, J.D. Bos and W. Westerhof, Treatment of generalized vitiligo in children with narrow-band (TL-01) UVB radiation therapy. J Am Acad Dermatol 42 (2000), pp. 243-245.
- 4 - R.M. Halder and C.M. Young, New and emerging therapies for vitiligo. Dermatol Clin 18 (2000), pp. 79-89.
- 5 - J.L. Bologna, K. Lapia and S. Somma, Depigmentation therapy. Dermatol Ther 14 (2001), pp. 29-34
- 6 - M.I. Herane. Vitiligo and leukoderma in children Clinics in Dermatology Volume 21, Issue 4 July-August 2003, Pages 283- 295.
- 7 - J.Porter,The psychological effects of vitiligo: response to impaired appearance. In: S.K. Hann and J.J. Nordlund, Editors, Vitiligo: a monograph on the basic and clinical science, Blackwell Science Ltd, Oxford (2000), pp. 97-100.

في هذا الكتاب



البُهاق مرض غامض منتشر على مستوى العالم، حيث يصيب 1-2٪ من سكان العالم، وفي 30-40٪ من الحالات يكون أحد أفراد الأسرة مصاباً بنفس المرض، مما يعني أن العامل الوراثي قد يكون أحد الأسباب.

ونحاول في هذا الكتاب تعريف القارئ

بمرض البُهاق، حيث إنه أحد الأمراض الجلدية

الشائعة عند كل الأجناس، فالبُهاق هو نوع من فقدان صبغة الجلد المكتسبة يؤدي إلى ابيضاض لون البشرة، ويحدث بسبب فقدان أو نقص المادة الملونة للجلد نتيجة تدمير أو خمول الخلايا الميلانينية التي تنتج صبغة الميلانين، هذه الخلايا توجد بشكل طبيعي في الجلد وبصيلات الشعر وجميع هذه المناطق يمكن أن تنخفض فيها نسبة الميلانين في حالة البُهاق. وقد ناقشنا في موضوعنا هذا نظريات حدوث البُهاق حيث إن سبب البُهاق غير معروف على وجه اليقين ولكن هناك عدة نظريات افترضها العلماء نتيجة لمشاهدتهم في بعض الحالات، كما تعرضنا للعوامل المثيرة لانتشار البُهاق وكيف يمكن أن يتطور البُهاق، وفي إحدى فصول الكتاب تطرقنا إلى العامل النفسي عند مرضى البُهاق والآثار النفسية للبُهاق على المريض، وذلك لما للحالة النفسية من تأثير هام على المريض حيث إن البُهاق في كثير من المجتمعات يُعتبر وصمة في حق الشخص الذي يعاني منه، ولقد اختتمنا هذا الكتاب بالتحدث عن علاج البُهاق ومن الشخص المؤهل للعلاج وكيفية التنبؤ بنتيجة العلاج وآلية تلون الجلد بالعلاج، بالإضافة إلى اختيار العلاج المناسب للمريض والفحوصات التي تُجرى قبل بدء العلاج.

ونسأل الله العلي القدير أن يكون هذا الكتاب نافعا للقراء الأعزاء مهما كانت

سويتهم العلمية راجين أن يطبقوا ما فيه من نصائح ويعلموها لأفراد أسرهم وأحبابهم لتكون الفائدة عامة.