المرجع في الأمراض الجلدية

Textbook of Dermatology

المحتويات

الطبعة الأولى

حقوق النشر والطبع والتوزيع محفوظة 2003

©مركز تعريب العلوم الصحية - ACMLS

ردمك : ISBN 99906-31-26-3

ص. ب. 5225 الصفاة - رمز بريدي 13053دولة الكويت

تليفون : 965-5338610/1/2 + فاكس : 965-5338618/9+

مركز تعريب العلوم الصحية
جامعة دمشق

المرجع في الأمراض الجلدية

تأليف : د. صالح داود و د. عبدالرحمن قادري

سلسلة المناهج الطبية العربية

بسم الله الرحمن الرحيم

المحتويات

تقديم الأمين العام : ..... جـ

المؤلفان : ..... د

مقدمة المؤلفين : ..... ز

الفصل الأول : خصائص الجلد وتركيبه - فحص المريض الجلدي وتشخيص الأمراض الجلدية..... 1

الفصل الثاني : الأمراض الجلدية الطفيلية بالديدان والحيوانات الأوالي 39

الفصل الثالث : الأمراض الفطرية 59

الفصل الرابع : عدوى الجلد الجرثومية والساركوئيد 89

الفصل الخامس : العدوى الڤيروسية 119

الفصل السادس : الأمراض المنتقلة بالجنس 147

الفصل السابع : الأمراض الجلدية الناجمة عن عوامل آلية وفيزيائية وكيميائية ومفتعلة..... 181

الفصل الثامن : الشرى والتفاعلات الدوائية 211

الفصل التاسع : التهاب الجلد والإكزيمة والحكاكات والحكات 229

الفصل العاشر : اضطرابات تصبغ الميلانين 261

الفصل الحادي عشر : جلادات اضطرابات التقرن 275

الفصل الثاني عشر : الجُلاَدات الحطاطية والحمامية الوسفية 289

الفصل الثالث عشر : الجُلادات الفقاعية 313

الفصل الرابع عشر : جُلادات النسيج الضام 331
الفصل الخامس عشر : الأدواء الوعائية الجلدية والاضطرابات النزفية 355
الفصل السادس عشر : أمراض الجريبات الزهمية والغدد العرقية الناتحة والمفترزة 375
الفصل السابع عشر : آفات الأشعار والأظفار 391
الفصل الثامن عشر : آفات الأغشية المخاطية 415
الفصل التاسع عشر : الجلد والأجهزة الأخرى 433
الفصل العشرون : أورام الجلد 449
الفصل الحادي والعشرون : الأدوية والمعالجات الجلدية 481

تقديم الأمين العام

لمركز تعريب العلوم الصحية

يسعى مركز تعريب العلوم الصحية لتحقيق هدف أسمى هو تعريب التعليم الطبي والصحي في الجامعات العربية. وفي سبيل تحقيق هذا الهدف. يقوم المركز بنشر الكتب الدراسية الطبية والكتب المنهجية المساعدة والمعاجم الطبية المتخصصة باللغة العربية.

ويعتبر مشروع المناهج الطبية العربية خطوة هامة في سبيل تحقيق هذا الهدف المنشود. ومن بين الكتب التي وقع عليها الاختيار لضمها لمشروع المناهج الطبية العربية، كتاب «المرجع في الأمراض الجلدية»، وقد اختار المركز هذا الكتاب لنشره بالتعاون مع جامعة دمشق، وذلك لأن الكتاب يركز بصورة مبسطة ولغة واضحة على الأمراض الجلدية المنتشرة في بلداننا العربية، مع ذكر الأسس العلمية للتشخيص، والتي يدعمها عدد كبير من الصور الملونة التي تجعل من دراسة تخصص الأمراض الجلدية علماً مشوقاً لكل من طالب الطب والطبيب الممارس.

نرجو أن يستفيد من الكتاب كل من يقرأه، وأن يكون لبنه جديدة في صرح تعريب التعليم الطبي.

والله ولي التوفيق،

الدكتور عبد الرحمن عبدالله العوضي
الأمين العام
لمركز تعريب العلوم الصحية

مقدمة المؤلفين

عندما قرر مركز تعريب العلوم الصحية في جامعة الدول العربية، اعتماد كتابنا «الأمراض الجلدية والزهرية» ليكون الكتاب المختار لتدريس مادة طب الجلد في الجامعات العربية باللغة العربية، قمنا بتبديل المصطلحات الواردة فيه بالمصطلحات الجديدة؛ كما جاءت في المعجم الطبي الموحد الجديد الذي صدر عام 2000، وقمت بتعديل أو إضافة أو حذف بعض الفقرات مع تصحيح الأخطاء الواردة، وذلك بما يتلاءم مع المستجدات الحديثة.

نرجو من الله العلي القدير أن نكون قد وفقنا لخدمة طلابنا وأطبائنا في الوطن العربي الكبير وأن يجدوا فيه الفائدة المرجوة.

والله ولي التوفيق.

الدكتور صالح علي دواود

الدكتور عبدالرحمن خليل قادري

المـــؤلـــف

الدكتور عبدالرحمن خليل قادري

* ولد في حي القدم الشريف بدمشق، سوريا، عام 1937.

* منح لقب دكتور في الطب البشري من جامعة دمشق عام 1965.

* حاز على شهادة الاختصاص في الأمراض الجلدية والتناسلية، من ألمانيا الاتحادية عام 1970.

* تم تعيينه مدرساً بوزارة التعليم العالي السورية، التي انتدبته لتدريس مادة الأمراض الجلدية والزهرية بجامعة دمشق، و لايزال قائماً على رأس عمله.

المـــؤلـــف

الدكتور صالح علي داود

* انتسب إلى كلية الطب ـ جامعة دمشق عام 1958 وتخرج منها عام 1965.

* حصل على اختصاص الأمراض الجلدية والزهرية ودرجة Ph.D عام 1970.

* عين مدرساً في قسم الجلدية والزهرية ـ جامعة دمشق بداية عام 1971 وأستاذاً مساعداً عام 1976، ثم أستاذاً عام 1981.

* عيّن رئيساً لقسم الأمراض الجلدية والزهرية عام 1983 وما يزال على رأس عمله حتى تاريخه.

* نشر ما يزيد عن 50 بحثاً في المجلات المحلية والدولية.

* شارك وألف عدة كتب في طب الجلد لتدريسها في كلية الطب وطب الأسنان والتمريض.

* ترجم عدة كتب وأطالس في طب الجلد.

* حاز على جائزة الكويت للتقدم العلمي عام 1997.

الفصل الأول

خصائص الجلد وتركيبه

فحص المريض الجلدي وتشخيص الأمراض الجلدية

خصائص الجلد العامة وتركيبه:

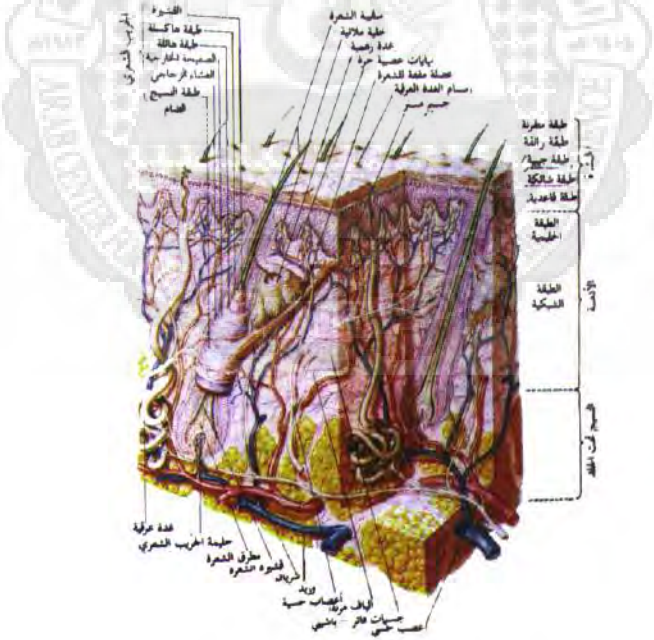
يحيط الجلد بالعضوية ويغلفها، وبهذا يقيها من العوامل الخارجية المؤذية، وهو مسؤول عن وظائف فيزيولوجية ومناعية كثيرة ذات أهمية كبيرة في الدفاع عن الجسم، حيث لا حياة بدون الجلد .

الجلد عضو معقد التركيب ويعد الأوسع في العضوية، يزن 3 - 4 كجم أي 6 - 7 ٪ من وزن الجسم، وتبلغ مساحته 2 م^2 تقريباً . يقوم الجلد بتركيبه المتميز، حائلاً دون دخول المواد الخارجية المؤذية له، والمواد الكيميائية والعوامل الممرضة، ويبقي على الماء والبروتينات في الجسم . وينظم الجلد حرارة العضوية ويدفع عنها غائلة الأذيات الخارجية . والجلد عضو حسي يلتقط الإحساسات بأشكالها وينقلها إلى الجملة العصبية وله أهمية نفسية واجتماعية، وفيه فتنة الجمال ومسحته، وأي عيب فيه يضر بصحة الإنسان النفسية والاجتماعية. والجلد عضو مهم في الجهاز المناعي . كل هذا يدعو للقول أن الجلد ليس وعاءً حاوياً يحتوي العضوية فقط، وإنما هو عضو فاعل مضطلع بأعباء ووظائف كثيرة لا يمكن العيش بدونه، ومنفعل بأوامر ونظم العضوية عامة وذلك للبقاء على قيد الحياة .

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

تختلف سماكة الجلد بين منطقة وأخرى، فهو سميك في أخمص القدم ورقيق في الأجفان . يتألف الجلد من ثلاث طبقات من الأعلى إلى الأسفل، البشرة، الأدمة ويربط البشرة بالأدمة الموصل ـ البشروي الأدمي، وتأتي تحت الأدمة الطبقة تحت الأدمة (السبلة الشحمية)، وللجلد لواحق هي الأشعار والأظفار والغدد العرقية والزهمية (شكل 1-1).

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



الشكل 1-1: مقطع عام يبين تركيب الجلد.

المنشأ الجنيني للجلد:

تنشأ مكونات الجلد من الأديم الظاهر، والأديم المتوسط . وتنشأ البشرة والمكونات الظهارية من الأديم الظاهر، بينما تنشأ مكونات اللحمة المتوسطة للأدمة من الأديم المتوسط. تبدأ في الحياة الجنينية أولى ملامح الجلد في نهاية الشهر الأول من عمر الجنين، حيث يغطى جلده بطبقة من الخلايا الظهارية المكعبة، وتتشكل طبقة ثانية من الخلايا الظهارية في نهاية الأسبوع الرابع - إلى السادس من الحمل، وتسمى الطبقة الخارجية، الطبقة المحيطة بالأدمة (Periderm) والداخلية هي الطبقة القاعدية. تتوسف الطبقة المحيطة بالأدمة والتي هي بتماس مع السائل السلوي، بشكل تدريجي لتغيب في الأسبوع 21 من عمر الحمل .

تبدأ طبقة متوسطة بالتشكل بين الطبقة المحيطة بالأدمة والطبقة القاعدية في الأسبوع 11، ويطلق على الطبقة القاعدية أيضاً الطبقة المنتشة (Stratum germinativum) وهي تتكاثر وتنقسم باستمرار مدى الحياة .

تتمايز الطبقة المتوسطة في الأسبوع الأول إلى عدة طبقات، الشائكة (Spinous)، الحبيبية (Granular) والمتقرنة (Cornified layer).

يبدأ الموصل البشروي - الأدمي بالظهور بالأشهر الثلاثة الأولى من عمر الجنين، وتتكامل عناصره في نهاية الشهر الرابع . تهاجر خلايا العرف العصبي (Neural crest) في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل إلى البشرة وتشكل الأرومة الميلانينية وربما خلايا «ميركل» أيضاً، ويمكن التعرف عليها بالملونات الخاصة في الأسبوع العاشر إلى الحادي عشر .

تتواجد خلايا «لانجرهانس» المشتقة من نقي العظم في البشرة في الأسبوع السابع وتظهر عليها واصمات مستضدات HLA-DR و CDI في الأسبوع الثاني عشر، وتظهر فيها حبيبات «بيربيك» في الأسبوع العاشر .

يبدأ جريب الشعرة في الظهور في جلد الجنين في الأسبوع التاسع وتتشكل غالبية الجريبات في الشهر الخامس، وأن أول ظهور الشعر والذي يُدعى الزغب (Lanugo) هو في الأسبوع الثاني عشر ويتساقط قبل الولادة . تتشكل العضلات

الناصبة للشعر خلال الأشهر الستة الأولى من الحمل، وتتواجد الغدد الرهمية الناضجة في الوجه في الشهر السادس من الحمل، أما الغدد العرقية الناتجة فتظهر في الأسبوع العاشر إلى الرابع عشر .

تبدأ الأدمة بالتشكل في الأسبوع 5 - 7 من الحياة الرحمية ولا يمكن تمييزها عن السبلة الشحمية، ويظهر الكلاجين واضحاً في الأدمة في الأسبوع 8 - 9، وتصبح الأدمة ليفية أكثر منها خلوية في الأسبوع 10 - 12 وتتشكل فيها الأوعية الدموية والأعصاب . يبدأ تشكل النسيج الشحمي في الشهر الرابع إلى الخامس من الحياة الرحمية، ويتشكل الشحم الرمادي والأبيض . ولابد من الإشارة إلى أن الخلايا الشحمية هي من منشأ اللحمة المتوسطة ويتوضع بين فصيصاتها نسيج حاجزي تخترقه الأوعية الدموية واللمفية والأعصاب.

تركيب الجلد:

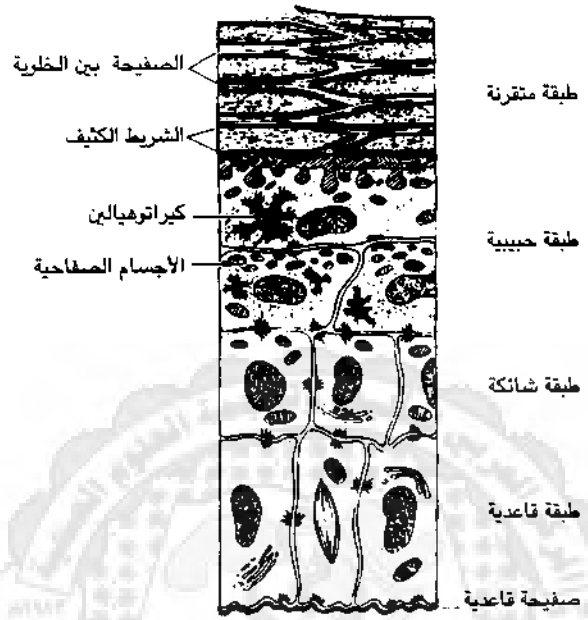
البشرة (Epidermis):

تشكل البشرة بتركيبها المعقد، وظيفة ذات أهمية كبيرة في الجلد، والطبقة المتقرنة على سطحها، والتي هي نتاج عمليات كيميائية حيوية تقع هذه العمليات ضمن طبقات البشرة وبخاصة مادة الكيراتين والفلاجرين (Filaggrin).

ويبدو أن الوظيفة الأهم للخلايا الكيراتينية (Keratinocytes) هي تشكيل طبقة الخلايا المتقرنة وكيراتينها، وإن أي عيب أو خلل في تطور الخلايا المتقرنة أو تشكل الكيراتين يقود إلى أمراض جلدية واضطرابات في وظيفة البشرة . وتعتمد وظيفة الجلد الوقائية من العوامل المؤذية، على ارتباط البشرة الوثيق بالأدمة أيضاً.

تتألف البشرة من أربع طبقات وهي من الأسفل إلى الأعلى :

الطبقة القاعدية، الطبقة الشائكة، الطبقة الحبيبية وطبقة الخلايا المتقرنة، إضافة إلى طبقة خاصة هي الطبقة الصافية التي توجد في الراحتين والأخمصين فقط (شكل 1-2).



الشكل 1-2: طبقات البشرة وتمايزها.

الطبقة القاعدية (Basal Layer) : وتتألف من صف واحد من الخلايا وقد تكون من 1 - 3 صفوف في الجلد الأجرد، والخلايا القاعدية مكعبة أو مستطيلة الشكل، تحتوي هذه الخلايا على نوى كبيرة بيضوية وهيولى أسسة أكثر مما تكون هي عليه الحال في الخلايا البنات، والطبقة القاعدية لا تتوضع عادة على خط مستقيم وإنما تأخذ شكل انخفاضات وارتفاعات وتملأ الأدمة التي تعرف بالأدمة الحليمية، وتسمى الانخفاضات البشروية بالأعراف .

تنقسم خلايا الطبقة القاعدية باستمرار لتعويض الخلايا المتوسفة، ويستغرق تغيير خلايا البشرة 12 - 14 يوماً . وتتحكم بنمو وانقسام الخلايا القاعدية مجموعة عوامل داخل وخارج خلوية منها، عامل نمو البشرة، ڤيتامين "A"، وعوامل النمو والهرمونات . وتقع بين الخلايا القاعدية، الخلايا الميلانينية التي تصنع الميلانين حيث يهب الجلد لونه الطبيعي .

الطبقة الشائكة (Spinous Layer) : تقع فوق الطبقة القاعدية وتتألف من4 - 6 صفوف من الخلايا، وتصل أكثر من ذلك في القنازع، خلاياها مضلعة، لها استطالات هيولية فيما بينها تشبه الأشواك وتصل بينها الجسيمات الرابطة، تتسطح هذه الخلايا ويقل الماء فيها كلما ارتفعت نحو الأعلى، تتواجد بين خلايا هذه الطبقة خلايا «لانجرهانس» والخلايا الغصينية التي تلعب دوراً هاماً في المناعة الآجلة ورفض الطعم .

الطبقة الحبيبية (Granular Layer) : تقع فوق الطبقة الشائكة وتحت المتقرنة وتتألف من خلايا مقرنة مملوءة بحبيبات الكيراتوهيالين، نواتها شاحبة، وتتألف من اثنتين إلى ثلاث طبقات من الخلايا . تتدرك العضيات في خلاياها والبروتينات الخلوية تدريجياً، وتحتوي الأجسام الصفاحية (Lamellar bodies) أو ما يسمى أيضاً بأجسام «أودلاند»، وتلعب دوراً في عملية التقرن، حيث تلقي محتواها من الشحم في الأفضية بين الخلايا معززة دور الجلد دارئاً للأذيات ومساعدة على ربط هذه الخلايا مع خلايا الطبقة المتقرنة .

تحتوي حبيبات الكيراتوهيالين فيها على بروتين الفلاجرين الذي يؤدي إلى تكتل خيوط الكيراتين، ويحفز تشكل الغلاف المتقرن بوساطة الإنزيم المعتمد على الكالسيوم والترانس كلوتاميناز .

الطبقة الصافية (الرائقة) (Stratum Lucidum):وتتألف من صف واحد أو صفين من الخلايا الصافية النيرة وتقع بين الطبقة الحبيبية والمتقرنة ولا توجد إلا في الراحتين والأخمصين . ليس في خلاياها نوى وتحتوي حبيبات الإيلدين (Eleidin) وهي مرحلة تطور من مادة الكيراتوهيالين .

الطبقة المتقرنة (Stratum Corneum): وتختلف سماكتها بين منطقة وأخرى من الجلد فهي أقل ثخانة في الأجفان وأثخن في الراحتين والأخمصين، وتتألف من خلايا مسطحة، عديدة السطوح، تتطابق فوق بعضها كالقرميد، غير منواة وليس فيها عضيات خلوية وتتألف هيولاها من مادة القرنين .

تتوسف خلاياها باستمرار وبشكل غير مرئي، إلا في الحالات المرضية .

* **التقرن (Keratinization)** :

يعد تشكل الكيراتين وأليافه من أهم وظائف الخلايا المقرنة . والكيراتين بحد ذاته مؤلف من حوالي 20 مادة بروتينية خيطية، وكتلة جزيئية تتراوح بين 40 - 70 . يصنف الكيراتين إلى شكلين رئيسين، تبعاً لتركيبه المتساري التكهرب (Isoelectric) وحموضته وقلويته.

تُركب الطبقة القاعدية غير المتميزة، الكيراتين 5 و 14 وتُركب الخلايا الشائكة المتميزة والطبقة الحبيبية الكيراتين 1 و 10 . يجتمع زوج من الكيراتين ويؤلف مركب خيطي، ويشكل مع توبولين (Tubulin) والاكتين (Actin)، هيكل الخلايا المقرنة بأبعادها الثلاثة محافظاً على هيكلية هذه الخلايا .

يتشكل الكيراتين الحامضي والأسسي بكميات متعادلة داخل الخلايا البشروية. تؤدي زوجية الكيراتينات إلى تشكل مثنويات حلزونية . تلتف حول بعضها بعضاً ومربوطة إلى بعضها بشدة بتآثرات مائية ، وتنضم مثنويات الكيراتين إلى بعضها لتشكل رباعيات والتي هي طلائع تشكيل خيوط الكيراتين. ومما يجدر ذكره أن أية عيوب في جينية الكيراتين تؤدي إلى أمراض جلدية منها انحلالات البشرة الفقاعية.

الفلاجرين (Filagrin) : هو بروتين هابطي وزنه 26 - 48 كيلودالتون يتواجد في الطبقة المتقرنة، ويكون في الطبقة الحبيبية على هيئة طليعة فلاجرين غير فعال وظيفياً ويوزن أكثر من 500 كدالتون، ويتألف من بروتين غير ذواب ومن 10 - 12 وحدة مكررة من الفلاجرين. يرتبط الفلاجرين مع كيراتين الخيوط المتوسطة (Intermediate Filaments) ويؤدي إلى تجمعات خيطية منتظمة، تتطور فيما بعد إلى خيوط الكيراتين المتوازية وذلك خلال مراحل تمايز البشرة، ويتم ذلك في أسفل الطبقة المتقرنة . يتدرك الفلاجرين في النهاية إلى أحماض أمينية ليلعب دوراً مهماً في المحافظة على رطوبة الطبقة المتقرنة .

الخلايا الميلانينية (Melanocytes) : تنشأ الخلايا الميلانينية من القناة العصبية حيث تهاجر أرومة الخلايا الميلانينية (Melanoblasts) من العرف العصبي إلى هدفها في الجلد بين خلايا الطبقة القاعدية . تقدر كثافتها في الطبقة الظهارية داخل

جريب الشعرة 1000 - 1500 خلية/ملم^2. تتم عملية انقسام هذه الخلايا بتأثير عوامل مختلفة منها الأشعة فوق البنفسجية وعوامل التهابية. تكون كثافة الخلايا الميلانينية في الجلد، واحدة لكل 36 خلية مقرنة وهذا ما يسمى الوحدة الميلانينية البشروية .ولا يوجد اختلاف من حيث عدد الخلايا الميلانينية بالعروق المختلفة، ولكن الاختلاف يقع في حجم الجسيمات الميلانينية وما تحتويه من صباغ الميلانين وذلك بين العرق الأبيض والأسود وكذلك في فعالية إنزيم التيروزيناز .

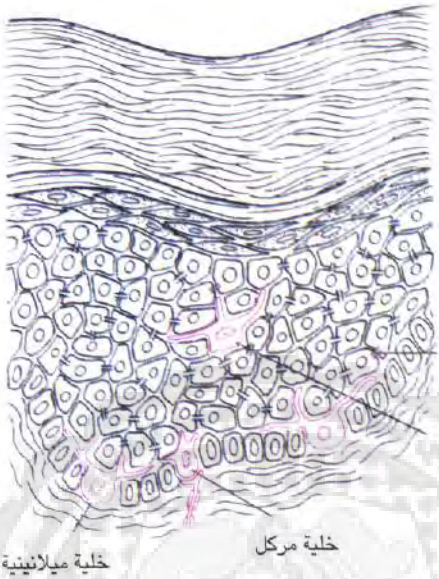
للخلايا الميلانينية استطالات تدخل بين الخلايا المقرنة، تحتوي هذه الاستطالات على الجسيمات الميلانينية حيث تنتقل إلى الخلايا المقرنة المجاورة للخلية الميلانينية عن طريق بلعمة نهايات الاستطالات من قبل الخلايا المقرنة (شكل 1- 3).

يعود لون الجلد الأسود لزيادة إنتاج الميلانين وتوزعه، وتكون جسيمات الميلانينية في الجلد الأسود كبيرة وكثيفة، بينما تكون أصغر وأقل كثافة وأقل عدداً في الجلد الأبيض. وتتدرك جسيمات الميلانينية قبل أن تصل إلى الطبقات العليا من البشرة . وهكذا يمتص الجلد الأسود الأشعة فوق البنفسجية أكثر من الجلد الأبيض . ويملك عامل وقاية شمسي درجة 5 تقريباً وسنعود إلى تركيب الميلانين في بحث أمراض اضطرابات صباغ الجلد .

خلايا «لانجرهانس» (Langerhans cells) : وهي خلايا غصينية جلدية تشتق من نقي العظم وهي الخلية الأهم في تحضير المستضدات وذات قدرة خفيفة على البلعمة . تتواجد في البشرة وتتصف بنمط ظاهري مناعي (CD1a + S - 100) (Immunophenotype) وتحتوي حبيبات «بيربيك» . تنتشر خلايا «لانجرهانس» والخلايا الغصينية بين الخلايا المقرنة وتكون كثافتها بين 350 - 800 في الملم^2. تحل خلايا «لانجرهانس» الناشبة إلى العقد اللمفية الموافقة وتظهر مستقبلات:

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

تلعب خلايا «لانجرهانس» دوراً مهماً في التهاب الجلد التأتبي (Atopic dermatitis) ورفض الطعم وتعزى السرطانات الجلدية المتسببة بالأشعة فوق البنفسجية إلى نفاذ خلايا «لانجرهانس ».



الشكل 1-3: مقطع في البشرة يبين طبقات البشرة والخلايا الميلانينية ولانجرهانس.

الموصل البشروي - الأدمي (Dermo - Epidermal junction) :

(الغشاء القاعدي Basement Membrane):

الموصل البشروي الأدمي هو منطقة الغشاء القاعدي الذي يشكل سطحاً بينياً بين البشرة والأدمة، ويشمل هذا الموصل المستويات التالية : وهي مستوى داخل بشروي يتألف من القسم القاعدي من الخلايا القاعدية، ومن مستوى يبدو فارغاً يأتي مباشرة بعد القسم القاعدي من الخلايا القاعدية، يدعى الصفيحة الصافية (Lamina lucida) ، ومن مستوى كثيف يسمى الصفيحة الكثيفة (Lamina densa)، ومن منطقة تحت الصفيحة الكثيفة أو ما يسمى الصفيحة الشبكية .

ولكل من هذه المستويات خصائصه التركيبية والكيميا - حيوية والمستضدية الخاصة به، تم معرفتها بطرائق مختلفة.

يتألف القسم العلوي من الموصل البشروي الأدمي من الخلايا المقرنة القاعدية، وبخاصة أنصاف الجسيمات الرابطة، التي تربط الخلايا القاعدية بما تحتها، وتتوضع في هذا المستوى مستضدات شبيه الفقاع الفقاعي ,a6B4 intergrin BPAG1,2 وترتبط بأنصاف الجسيمات الرابطة في داخل الخلايا القاعدية الخيوط الموترة الكيراتينية التي تربط بين الخلايا القاعدية والموصل البشروي الأدمي .

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

تقع في الصفيحة الشبكية لييفات الإرساء التي تؤلف جسراً بين الصفيحة الكثيفة ولويحات الإرساء الواقعة في الأدمة الحليمية وتتألف هذه الليفات من الكلاجين VIIأما لويحات الإرساء فتتألف من الكلاجين IV، VIIواللامنين ـ1 ومن HsP(GHeparan وسلفات بروتيوجليكان) و C6SPG .

وللغشاء القاعدي بتركيبه المعقد وظائف مهمة أهمها التماسك بين البشرة والأدمة ويعمل كحاجز نصف نفوذ ويلعب دوراً في شفاء الجروح وتنظيم الهيكل الجلدي للخلايا القاعدية (شكل 1-4).

الأدمة (Dermis) :

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

تؤلف ألياف الكلاجين النسبة الأكبر في تركيب الأدمة، وتبدو مجهرياً على شكل ألياف قطرها 2 - 5 ميكرونات، تؤلف في الأدمة الحليمية شبكة دقيقة، بينما تؤلف حزماً كثيفة في الأدمة الشبكية . عُرف في الوقت الحاضر 23 13 نوعاً من الكلاجين 9 منها على الأقل توجد في جلد الإنسان وأهمها النوع 1 و3 ويؤلف النوع 1 نحو 80٪ من الأدمة حيث يلعب دوراً مهماً في إرساء البشرة للأدمة .

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

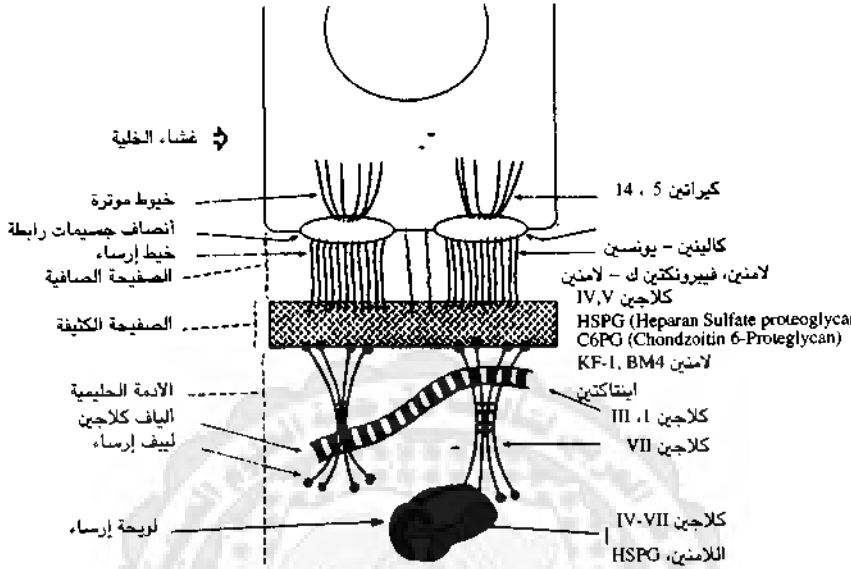
يؤلف النوع VII المكون الرئيسي لألياف الإرساء ويوجد تحت الصفيحة الصافية ويلعب دوراً في إرساء الموصل البشروي الأدمي إلى الأدمة الملاصقة .

تؤلف الألياف المرنة 3 ٪ من مكونات الأدمة تقريباً ويقيس قطرها 1-3 ميكروناً، وهي تُكسب الجلد مرونته، وسهولة تكيفه تجاه الضغط عليه، ويمكن تلوينها بملونات الفضة، الأورسئين، رزورسين - فوكسين حيث يميز منها ثلاثة أنواع هي : أوكسي تالان (Oxytalan) وإيلاونين (Elaunin) والألياف المرنة .

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

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

أما الخلايا التي تحتويها الأدمة فأهمها اللحمة المتوسطة (Mesenchymal) وأرومة ليفية والخلايا الليفية والخلايا الشحمية البيضاء والسمراء والخلايا حول الأوعية والخلايا الناسجة الثابتة (خلايا بالعة ثابتة) والبالعات الحرة ووحيدات النوى والخلايا البلازمية والبدينة واللمفية البائية والتائية واليوزينيات والأسسة والغصينية.



الشكل 1-4: الموصل البشروي الأدمي.

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

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

الأعصاب ومستقبلات الحس في الجلد : الجلد غني بالأعصاب الانتهائية وهي حسية وحركية، تؤلف ضفائر عصبية في السبلة الشحمية . هذا ويوجد اختلاف في تعصيب الجلد بين منطقة وأخرى حيث يكثر التعصيب في رؤوس الأصابع والقضيب والحلمة والبظر . وتنقل المستقبلات المختلفة حس اللمس، الضغط، الحارة، الألم من المحيط إلى الجهاز العصبي المركزي . وإن قسماً من التعصيب مستقل يؤلف الودي وجار الودي، وتعصيب الغدد العرقية والأوعية الدموية والعضلات المقفة للأشعار، وتلعب دوراً في التعرق وتضييق الأوعية وتوسيعها (شكل 1 - 5).

تكون مستقبلات الحس مستقبلات حرة أو تكون ممحفظة (Encapsulated). والنهايات العصبية الحرة ألياف عصبية صغيرة عديمة الميالين أو ميالينية موجودة في البشرة والأدمة الحليمية ولها شكل خاص في الجلد والأغشية المخاطية يسمى نهايات «ميركل»، وتوجد لويحات «هارشب» في الجريبات الشعرية وهي حساسة جداً لحس اللمس .

أما المستقبلات المحفظة فهي جسيمات «باتشيني» (Pacini) وجسيمات «ميسنر Meissner» «وروفيني Ruffini » و «كراوزه Krause» .

الشكل 1-5: تعصيب الجلد.

تتوضع جسيمات «باتشيني» في الأدمة وفي الطبقة تحت الأدمة وهي مستقبلات حس الضغط .

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

الطبقة الدهنية تحت الجلد (Subcutaneous Fat):

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

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

ملحقات الجلد

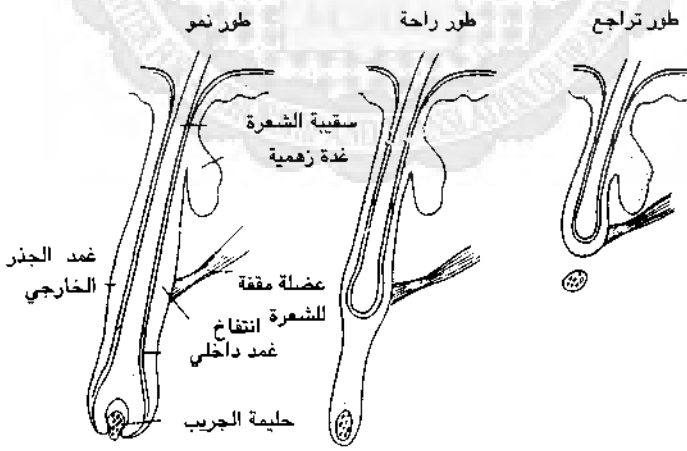
الأشعار:

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

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

تتألف ذروة نمو الأشعار في جريبات الأشعار من طور تنامي ويستغرق 2 - 8 سنوات أو طور تراجع يستغرق 1- 4 أشهر، وطور انتهائي يستغرق بضعة أسابيع، وينمو الشعر بمعدل 0.35 ملم/ يومياً (شكل 1- 6).

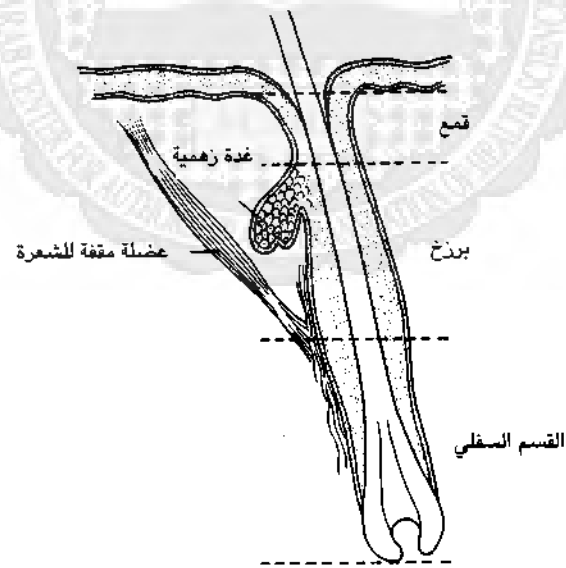
للشعرة قسم ظاهر يسمى سقيبة الشعرة، وقسم منطمر يسمى جذر الشعرة وينغرس الجذر في الجريب الشعري، وينتهي بانتفاخ يسمى بصلة الشعرة .



الشكل 1-6: أطوار نمو الشعرة.

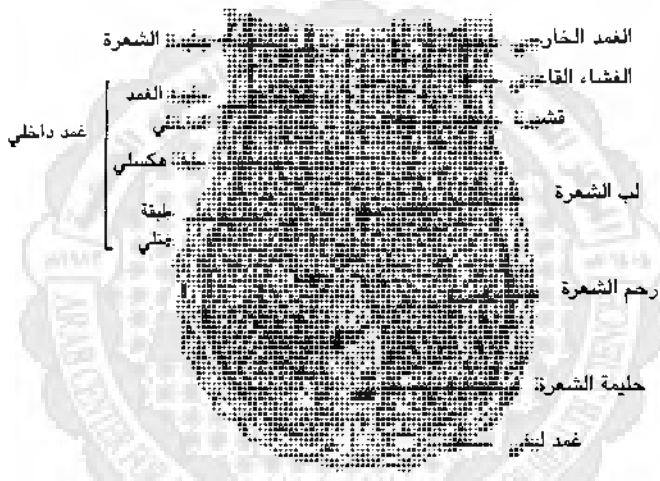
جريب الشعرة التواء على هيئة قفاز يغوص داخل الأدمة، يحتوي الشعرة، وتنفتح قناة الغدة الزهمية في ثلثه العلوي، وترتكز على الجريب العضلة المقفة للشعرة وهي عضلات ملساء ولكل شعرة عضلة خاصة بها . يبدي المقطع الطولاني للجريب ثلاث مناطق، هي منطقة القمع (Infundibulum) ويمتد من فوهة الجريب حتى فوهة الغدة الزهمية، ومنطقة البرزخ (Isthmus) وتمتد من فوهة الغدة الزهمية وحتى موضع ارتكاز العضلة المقفة للأشعار، والقسم السفلي (Inferior) ويمتد من موضع ارتكاز العضلة وحتى قاعدة الجريب . ويقسم القسم السفلي إلى قسم الجذع (Stem) وإلى البصلة . يتغير القسم السفلي من الجريب تبعاً لنمو الشعرة بينما تبقى الأقسام الأخرى ثابتة (شكل 1 - 7).

يبدي المقطع العرضي في الجريب في منطقته السفلى من الداخل إلى الخارج لب الشعرة (Medulla) ثم القشرة (Cortex) فالجليدة (Cuticle) فالغمد الداخلي (Inner sheath) والغمد الخارجي .



الشكل 1-7: جريب الشعرة.

ويتألف الغمد الداخلي من جليدة الغمد وطبقة هكسلي (Huxley) وطبقة هنلي (Henle). أما منطقة البصلة فتقسم إلى ثلاث طبقات، مطرس الشعرة (Matrix)، وفوق المطرس، وطبقة مولدة الكيراتين . تحتوي منطقة الرحم الخلايا المنتشة وخلايا ميلانينية كثيرة، والخلايا المنتشة تحتوي نوى مفرطة الانصباغ (Hyperchromic) وهيولى صغيرة وهي ذات قدرة عالية على الانقسام . تحيط بصلة الشعرة بحليمة الشعرة التي تحتوي أوعية دموية وألياف عصبية (شكل 1-8).



الشكل 1-8: مقطع في الشعرة.

الغدد الزهمية (Sebaceous Glands) :

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

تتطور الغدد الزهمية من خلايا غير متميزة تدعى الدرعية (Mantle)، وتتميز إلى فصيص أو عدة فصيصات. تفرز الغدد الزهمية الزهم (Sebum) بشكل مفترز، ويتألف من الشحم وحطام الخلايا، ويطري الزهم سقيبة الشعرة والبشرة، ويتركب من الجليسريدات الثلاثية وإسترات شمعية وسكوالين (Sequalene)، والكولسترول وإستراته .

الغدد المفترزة (Apocrine Glands):

تختلف الغدد المفترزة في منشئها ووظيفتها عن الغدد الناتحة، وتتواجد تحت الإبط والمنطقة الشرجية التناسلية ومجرى السمع الظاهر (الغدد الصملاخية) والأجفان (غدد «مول») .

ليس للغدد المفترزة أي دور في تنظيم الحرارة وهي ليست مفرزة للعرق. تبقى صغيرة قبل البلوغ ثم تتضخم بعده بتأثير هرموني . تتألف الغدة المفترزة من قناة ملتفة مفرزة موجودة في أسفل الأدمة أو في السبلة الشحمية، تتصل بقناة مستقيمة ويتألف القسم المفرز من طبقة واحدة من الخلايا، مفرزها ذو رائحة خاصة. تنفتح قناة الغدة في داخل جريب الشعرة .

الغدد العرقية الناتحة (Eccrine Glands):

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

الأظفار (Nails):

تؤلف صفيحة الظفر والنسج المحيطة بها الوحدة الظفرية (Nail Unit) ويتألف الظفر من صفيحة الظفر ومن جذر الظفر . وصفيحة الظفر وهي القسم الخارجي الظاهر من الظفر، يرتكز وجهها السفلي على الوجه الظهري لنهاية الأصبع في سرير الظفر، حافتها الأمامية حرة وهي التي تقلم، وتنغرس حوافها الجانبية والخلفية في الثنيات الظفرية . أما جذر الظفر وهو القسم الخلفي، ينغرس في الثنية الخلفية وفيه خلايا بشروية تعرف بمطرس الظفر تنشأ منها الخلايا المقرنة الظفرية في الصفيحة الظفرية ويكون الجزء الأبيض من الظفر والذي يسمى الهليل أمامه . يدعى الشريط الجلدي الضيق «فوق الظفر» (Eponychium) ويمتد من ثنية الظفر الخلفية ويحيط بالهليل . ينمو ظفر الإبهام وسطياً 0.10 - 0.12 ملم يومياً (شكل 1- 9).

الشكل 1-9: الوحدة الظفرية.

فيزيولوجية الجلد:

الجلد وعاء يحوي العضوية، يعكس حالها في الصحة والمرض، في الأتراح والأفراح، وهو بهجة للناظرين في حالة الصحة . وبقدر ما يجلب البهجة في النفس في حالة الصحة، بقدر ما يجلب الكرب والضيق في حالة المرض، وكم من بقعة صغيرة جلبت مآسي كبيرة في نفس صاحبها .

والجلد مرآة الجسم والنفس معاً وله دور كبير ووظائف عدة في حماية العضوية من الأذى .

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

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

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

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

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

وظيفة تركيب الزهم والڤيتامين D_3 : يقوم الجلد بتركيب الزهم وإفرازه عن طريق الغدد الزهمية، ويقوم بتركيب الڤيتامين D_3 مع تعرضه للأشعة فوق البنفسجية ولهذا الفيتامين دور مهم في تشكل العظام واستقلاب الكالسيوم .

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

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

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

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

دور الجلد في الوقاية من الأشعة فوق البنفسجية : تقوم الخلايا الميلانينية بتصنيع الميلانين الذي يقي الجسم من الأشعة فوق البنفسجية .

العناية بالجلد :

لاشك أن العناية بالصحة العامة هي الأساس المهم للعناية بصحة الجلد، وأن أي طارئ على الصحة العامة يصيب الجلد كما يصيب الأعضاء الأخرى . وما نقصده

هنا بالعناية بالجلد هو العناية بصحة الجلد للإبقاء عليه نضراً بعيداً عن المرض وتأخيراً للشيخوخة، وذلك بتلافي العوامل المؤذية، وهكذا تصبح العناية بالجلد جزءاً من العناية بالصحة العامة . ولابد من الإشارة إلى بعض الاختلافات بين الجلد الأبيض والأسمر والأسود من حيث احتوائها على مادة الميلانين، وكذلك بين الجلد المعرض للشمس والمغطى وبين جلود الناس في الأعمار المختلفة، ولابد من الانتباه إلى عادات الشعوب وطعامها، والعوامل البيئية والتي كلها تخلق عوامل تؤثر في جلود البشر .

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

إن وقاية الجلد من الأشعة فوق البنفسجية ضروري لتأخير الشيخوخة وذلك باللباس المناسب وباستعمال واقيات الضياء وبعامل وقاية شمسية لا يقل عن SPF = 15.

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

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

إن التقدم الحديث في صناعة مواد التجميل ومواد العناية بالوجه واليدين والجلد عامة، يتطلب حسن انتقائها واستعمالها بشكل علمي بعيداً عن الإفراط . إن رض الأشعار والتزيين الزائد على الحد يضر بالأشعار ويتطلب الاعتدال في تزيين الشعر وتصفيفه .

تشخيص الأمراض الجلدية:

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

يأخذ المرض الجلدي أطفاح تختلف باختلاف الأمراض الجلدية، ومعرفتها ضرورية كمعرفة أحرف اللغات، وتقود إلى تشخيص العديد من الأمراض الجلدية، لكننا من جانب آخر قد نحتاج إلى التعمق في دراسة طبقات الجلد وتغيراتها بواسطة المجهر، وكما أن لطب الجلد لغة خاصة في تظاهراته الإكلينيكية، كذلك للباثولوجيا الجلدية مصطلحات خاصة بها أيضاً، وحاجتنا للمختبر مهمة أيضاً في تشخيص الكثير من الأمراض الجلدية كما في فروع الطب الأخرى.

التشخيص الإكلينيكي للأمراض الجلدية:

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

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

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

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

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

تتوضع بعض الأمراض الجلدية في منطقة جلدية أو مناطق محدودة، وقد تنتشر الآفات لتشمل مساحات واسعة، أو تشمل الجلد كاملاً كالاحمرارات الجلدية (الحمامى)، وبالمقابل قد تكون طفحاً وحيداً .

وموقع المرض ذو أهمية كبيرة فالتهابات الجلد الضوئية مثلاً، تتوضع على المناطق المكشوفة من الجلد. ولتوضع الأطفاح أو تجمعها، أهمية فالهربس النطاقي يتوضع على مسير عصب في جهة واحدة والسعفة الجسدية آفاتها متحلقة . يمكن للأطفاح أن تتوضع على هيئة مجموعات أو تأخذ شكلاً خطياً أو منتثرة، يمكن أن تكون متناظرة أو في جانب واحد، وقد تتوضع على الجذع في أغلبها أو تتوضع على الأطراف، أو تميل إلى التوضع في مكان الرضوح كمرض الصدفية على سبيل المثال.

إن معرفة أنواع الأطفاح الأساسية كبيرة الأهمية ولابد من التعرف على شكل سطوحها، منبسطة أو مرتفعة، ملساء أم خشنة، وإلى ألوانها المختلفة فقد تكون حمراء أو صفراء أو زرقاء ..الخ.

ولا بد لنا من معرفة عناصر الأطفاح وهي :

عناصر الطفح الأساسية:

معرفة عناصر الطفح ذو أهمية كبيرة لوضع التشخيص وتدبير المرض . وما يزال بعضهم يصنفها إلى بدئية وثانوية، وتشمل البدئية منها، البقع، اللطخات، الحويصلات، الفقاعات، البثرات، اللويحات، العقيدات، الكيسات، أما الثانوية فتضم الوسوف، الجلبات، التآكلات، الشقوق والتقرحات، الندبات والضمورات، وهذ التصنيف ليس صحيحاً دوماً ولكذلك نفضل تسميتها بعناصر الطفح الأساسية (شكل 1-10) وهي :

البقع واللطخات ***(Macules and Patches)*** : وتعرف بأنها تغير في لون الجلد دون ارتفاع ملحوظ عن سطح الجلد، ومثالها بقع السعفة المبرقشة . يمكن للتغيرات

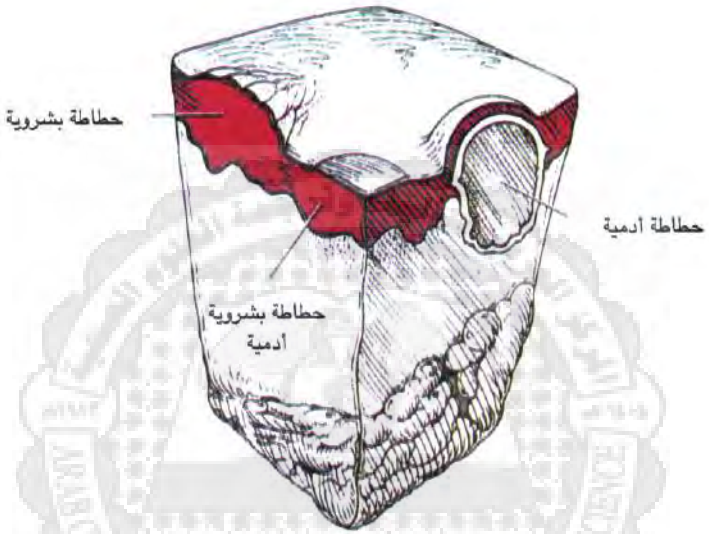
المرضية أن تكون في البشرة فقط كما في بقع البهاق أو في الأدمة كما في الحَبَرْ (Petechiae)، وقد تكون مختلطة بشروية وأدمية كما في البقع التالية للالتهاب، وتختلف ألوانها بين شكل وآخر، وبين منطقة وأخرى من الجلد في المرض الواحد وبحسب لون الجلد أيضاً .

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

الشكل 1-10: عناصر الطفح الأساسية.

الحطاطات (Papules) : الحطاطة تغير جلدي مرتفع عن سطح الجلد لا يحتوي سائلاً أو قيحاً، قطرها 1سم^3 على الأكثر، وتختلف أشكالها وأحجامها بحسب المرض، حيث قد تكون دائرية، أو مسررة، أو مضلعة، سطحها مقبب الشكل أو منبسطة، مقممة، أو حليمية، أو أصبعية الشكل . يمكن أن تكون ملساء أو متقرحة ومغطاة ببقايا الكيراتين . يمكن أن تكون بشروية كما في الثآليل وقد تكون حطاطات

جريبية كما في الحطاطات الجريبية . ويمكن أن تكون أدمية كما في الزهري الثانوي أو مختلطة كما في الحزاز المسطح (شكل 1-11). يمكن للحطاطات أن تكون في مسامات الغدد العرقية أو الغدد المفترزة أو بعيدة عن الملحقات .

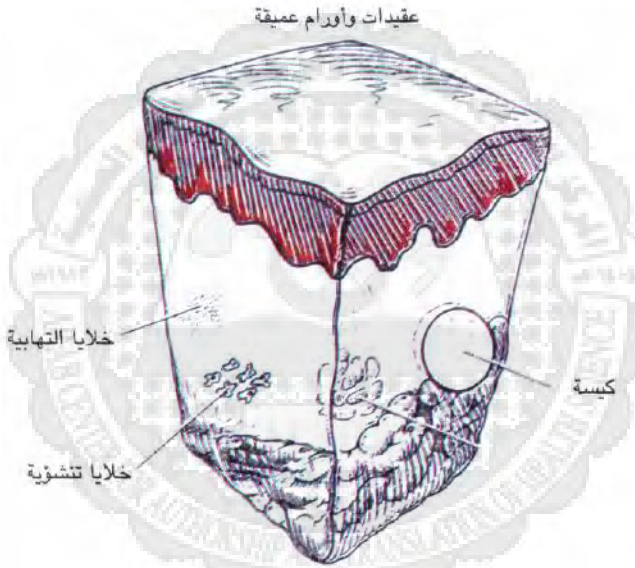


الشكل 1-11: أشكال الحطاطات.

اللويحات *(Plaques)* : اللويحات طفح أكبر من الحطاطات منبسطة وقد تكون أساسية بدئية أو تنجم عن اجتماع عدة حطاطات، وقد تكون كالحطاطات بشروية أو أدمية أو مختلطة، واللويحات مرتفعة في المحيط ومنخفضة في المركز كما في الذئبة الحمامية القرصاوية المزمنة أو تكون قبية الشكل كما في داء «سويت»، يمكن أن يكون سطحها أملس أو متآكلاً أو متجلباً ومن أمثلتها داء «بوين»، التقرانات الزهمية اللويحات الصفراء ، الحزاز البسيط المزمن، الذئبة الحمامية .

العقيدات والأورام *(Nodules and Tumors)* : العقيدة شكل قبي أو كروي صلب قطرها حتى 1سم . ومن الأمراض التي تتصف بالعقيدات، عقيدات اللمفومة

الكاذبة، الورم الليفي، الحمامى العقدة. أما الورم فطفح شبيه بالعقيدة قطره أكثر من 2 سم، ويصل الورم والعقيدة حتى النسيج الشحمي، وسطحها قد يكون أملساً أو مفرط التقرن أو متقرحاً. ومن الأورام السرطانية قاعدية الخلايا والحرشفية والسرطانة الانتقالية. ويجب أخذ الخزعة فيهما بالمشرط للوصول إلى الطبقة الشحمية حيث تصل الرشاحة الالتهابية الأدمة وحتى تحت الأدمة وقد تترافق بالتهاب أوعية (شكل 1 - 12) و (شكل 1-13).



الشكل 1-12: العقيدات والأورام.

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

الحويصلات والفقاعات (Vesicles and Bullae) : تتصف الحويصلات والفقاعات بأنها تحوي سائلاً مصلياً، ويمكن أن يكون نزفياً معكراً. قطر الحويصل أقل من 1سم، بينما الفقاعة أكبر من ذلك . والحويصل متوتر في أغلب الحالات بينما يمكن للفقاعة أن تكون متوترة أو رخوة .

وكلا الحويصل والفقاعة بدئيتان، لكنهما قد ينشآن على الحطاطات وتصبح حطاطية حويصلية . قد تكون الحويصلات والفقاعات بشروية كما في التهاب الجلد الأرجي التماسي الحاد أو في الفقاع الشائع، وقد تكون تحت بشروية كما في التهاب الجلد الهربسي الشكل وشبيه الفقاع الفقاعي.

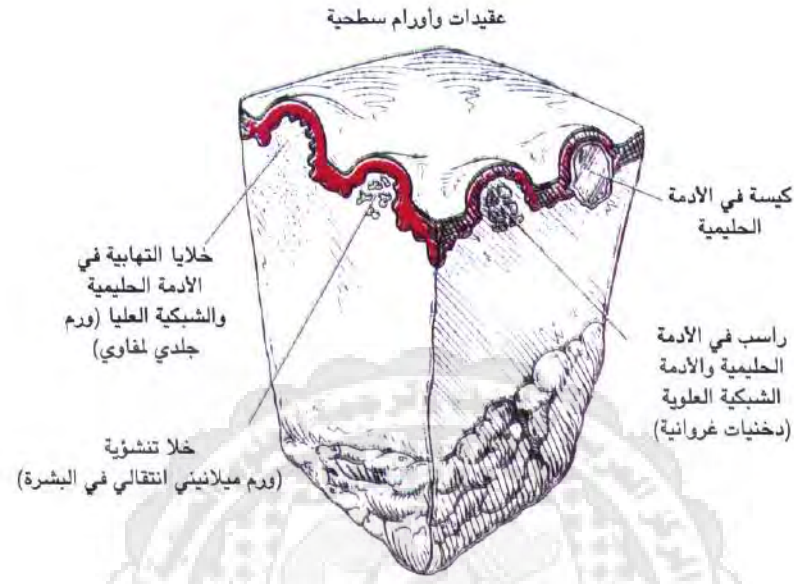
البثرات (Pustules) : تعرف البثرة بأنها طفح مرتفع عن سطح الجلد محتواها قيحي ينتج عن تجمع محدود من الكريات البيض العدلة أو تتشارك مع اليوزينيات وقد تكون البثرات جربية أو غير جربية، وتتسبب غالباً عن عوامل عدوائية ومن أمثلة البثرات الجربية، التهاب الجريبات الشعرية، العد البثري، أما غير الجربية فمنها الصدفية البثرية (شكل 1 - 14).

الوسوف (Scales) : الوسوف صفائح قرنية رقيقة . تنجم عن خلل في عملية التقرن الطبيعية. يمكن أن تعلو بعض الأطفاح الأولية كالبقع والحطاطات ويمكن أن تسقط عفوياً أو بالكشط، ومن الأمراض التي تصادف بها، الصدفية، التهاب الجلد الزهمي (شكل 1-15) (شكل 1-16).

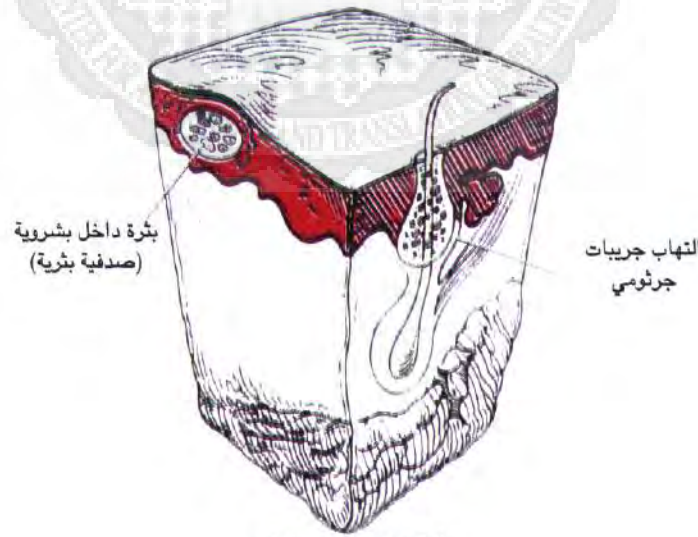
الجلبات(Crusts) : هي تجففات مصلية أو قيحية أو نزفية تحتوي الكريات البيض والحمر وحطام الخلايا المتقرنة، لونها أصفر أو أحمر أو أسود، وهي صفراء اللون في القوباء السارية وحمراء نزفية في الجلبات المغطية للقرحات والتآكلات (شكل 1-17).

التقرانات (Keratoses) : الآفات التقرانية بشروية وهي فرط تقرن كما في التقران الراحي الأخمصي والمسمار وتقرانات الطفل المصفح .

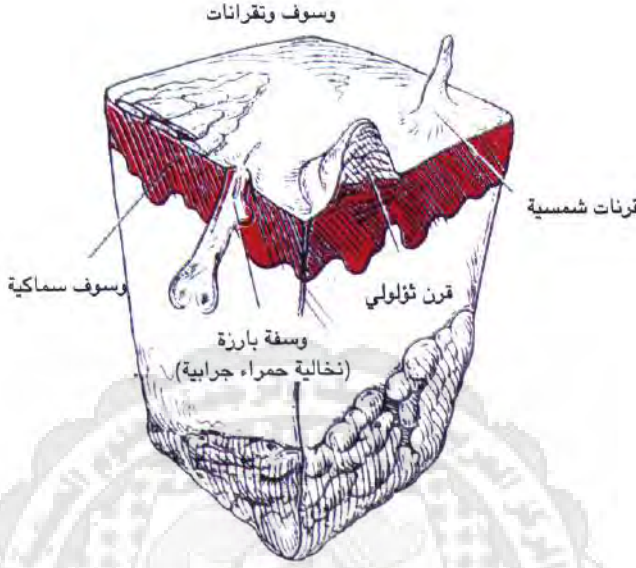
التآكلات (Erosions) : تعرف التآكلات بأنها ضياع بشروي جزئي أو كلي دون أن تمس الأدمة، وهي لا تترك أي أثر عادة بعد تراجعها، وتتلو انفقاء الفقاعات والحويصلات، كما في تآكلات فقاعات الفقاع الشائع والتآكلات الميكانيكية (شكل 1-18).



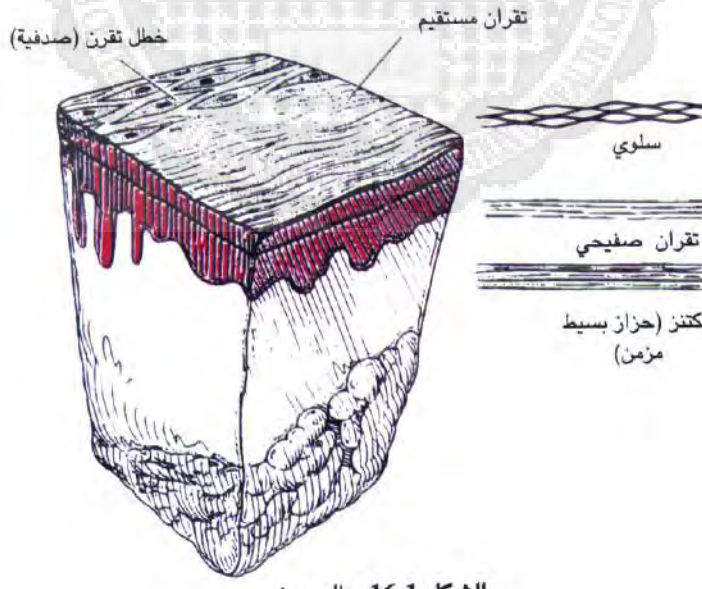
الشكل 1-13: العقيدات والأورام.



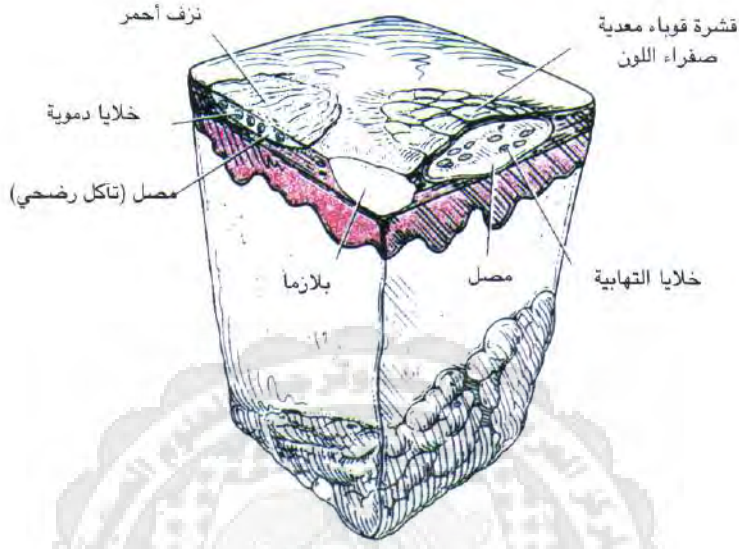
الشكل 1-14: البثرة.



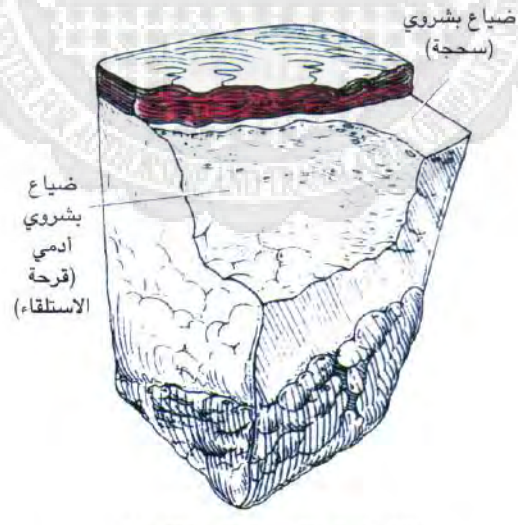
الشكل 1-15: الوسوف والتقرانات.



الشكل 1-16: الوسوف.



الشكل 1-17: الجلبات.



الشكل 1-18: التآكل والتقرحات.

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

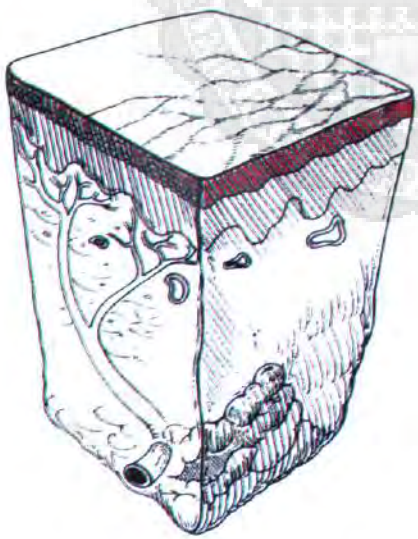
الندبات والضمورات (Scars and Atrophy) : والندبات هي الآثار التي تتركها القرحات أو الحروق والجروح والآفات المخربة الأخرى .

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

توسع الشعيرات (Telangiectasia) : وتنجم عن توسع الشعيرات الدموية كما في العد الوردي (شكل 1-19).

النَقْب (Burrow) :وهي أنفاق في الجلد مستقيمة أو متعرجة كما في نقوب الجرب .

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



الشكل 1-19: توسعات الشعيرات.

الفحوص المخبرية الخاصة في طب الجلد:

لا توجد حدود واضحة وصريحة في إجراء الفحوص المخبرية بين فروع الطب المختلفة وإنما تتداخل مع بعضها بعضاً، إذ قد يحتاج المريض الجلدي لإجراء فحوص دموية وكيميائية وحيوية وجرثومية وطفيلية وغيرها شأن الأمراض الأخرى . إذ لابد من إجراء فحوص مخبرية أو نسجية في بعض الأمراض الجلدية لوضع التشخيص الأكيد، وأضحى الطب الحديث يعتمد كثيراً على التقانات المختلفة وهي في ازدياد وتعقيد، وإذا كانت تفاعلات سلاسل البوليمراز واللطخة المناعية محدودة الإجراء في الوقت الحاضر، فقد تصبح قريباً من ضرورات التشخيص ومعالجة المرض وسنأتي على أهم التقصيات المخبرية في طب الجلد .

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

اختبار الرقعة (Patch Test) : يعتمد هذا الاستقصاء على كشف العامل المؤرج في التهابات الجلد الأرجية التماسية وتجرى بتطبيق المواد التي يشك بها وبكثافات مدروسة على ظهر المريض أو العضدين، وتقرأ النتائج بعد 48 - 72 - 96 ساعة أو بعد نصف ساعة لكشف السبب في الشرى التماسي .

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

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

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

تحري الفطريات المباشر وزرعها : يتم التحري عن الفطريات الجلدية بأخذ الوسوف

بآلة كليلة من محيط الآفة، أو تؤخذ الأشعار المصابة، أو برادة الأظفار، وتوضع على الصفيحة الزجاجية ويوضع عليها البوتاس الكاوي بنسبة 5- 20٪ وتغطى بصفيحة زجاجية وتسخن بلطف ثم تفحص بالمجهر . ولا يمكن تعيين نوع الفطر بهذه الطريقة. ويمكن اللجوء إلى الزرع على وسط سابورو وتقرأ النتيجة بعد 2- 6 أسابيع لمعرفة نوع الفطر المسبب ويمكن تحري المبيضات البيض والخمائر مباشرة أيضاً .

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

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

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

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

اللطخة المناعية (Immunoblotting) : وتجرى لمعرفة الوزن الجزيئي للأضداد والمستضدات في أمراض كثيرة ومنها شبيه الفقاع والهربس الحملي والفقاع الشائع وتعد دقيقة في وضع التشخيص الدقيق للأمراض الفقاعية وأمراض أخرى.

الباثولوجيا الجلدية والباثولوجيا المناعية:

التشخيص الخلوي : وتقوم على أخذ لطاخة من الآفة ودراسة الخلايا فيها كما في

مرض الفقاع الشائع والهربس البسيط والسرطانة قاعدية وحرشفية الخلايا وهي سهلة الإجراء وذات فائدة في تشخيص هذه الآفات .

الباثولوجيا الجلدية : للفحص الباثولوجي أهمية كبرى لوضع التشخيص في الأورام الجلدية أو للمساعدة على وضع تشخيص أمراض جلدية كثيرة . وتجرى الخزعة بعد إجراء التخدير الموضعي من المكان المناسب حيث يجب انتقاؤه بشكل جيد وبحسب المرض المشكوك به، وإن الخطأ في مكان أخذ الخزعة قد لا يفيد منها وقد يضطر الطبيب لإجراء أكثر من خزعة . ويختلف مكانها بحسب عمر الطفح وشكله وموقعه ونوعه . وتجرى الخزعة مع سائر الاحتياطات وكأي عمل جراحي بواسطة الخرّامة (الخازع) (Punch) أو الخزعة بالحلاقة (Shave biopsy) أو بالتجريف أو بالمشرط. يجب الانتباه للمعرضين للنزوف لأسباب مختلفة . توضع الخزعة المأخوذة في محلول الفورمالين بالدارئ الفوسفاتي بنسبة 10 ٪ وباهاء 7. وفي حالة المجهر الإلكتروني توضع في محلول جلوتا ـ ألدهيد . أما خزعة الباثولوجيا المناعية فترسل فوراً وتجمد في درجة لا تقل عادة عن – 70° وتحفظ لحين إجراء الوسم المناعي . وفي حال قطع الخزعة بالتجميد ترسل مباشرة وتجرى فيها المقاطع كما في جراحة موس. ولقد أضحت الباثولوجيا الجلدية في الوقت الراهن اختصاصاً دقيقاً يمارسه طبيب الجلدية .

الباثولوجيا المناعية (أو التألق المناعي) : واختباراته ذات قيمة كبيرة في وضع التشخيص الدقيق في الأمراض الفقاعية كالفقاع الشائع وشبيه الفقاع والذئبة الحمامية، وتستخدم فيه طريقة التألق المناعي المباشر، وتتم على الخزعة الحية غير المثبتة (إلا في حالات خاصة بسائل «متشل») . كما يمكن إجراء فصل الجلد بهذه الطريقة. وتكشف الأضداد المرتبطة بالمستضدات في النسج المدروسة . أما الطريقة غير المباشرة فتعتمد على كشف الأضداد الجوالة وتجرى تمديدات مختلفة على المصل وتستخدم فيها ركائز مري القردة أو ركائز أخرى. تكشف بطريقة الأضداد أحادية النسلة أنواع الخلايا التائية والبائية وكشف أضداد مميزة للأورام كالبروتين S-100 والدسمين (Desmine) وتستعمل فيها طريقة البيروكسيداز المناعية.

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

الوراثة الجزيئية والجلد : أدى التطور السريع في علم الوراثة الجزيئية إلى فهم الكثير من أسباب وإمراض بعض الأمراض الجلدية والتي كانت إلى وقت قريب غير مفهومة السببيات بشكل كامل، ويتوقع الباحثون الانتهاء من وضع الخارطة الجينية الكاملة للإنسان في الأعوام القليلة القادمة، بالإضافة إلى معرفة العيوب الجينية ومعالجتها بوضع الجين الصحيح مكان الجين المعيب أو غير الموجود. ونعتقد إن المعالجة الجينية ستكون ثورة حقيقية في الطب بوجه عام بالإضافة إلى طب الجلد وذلك بمطلع هذا القرن.

الفصل الثاني

الأمراض الجلدية الطفيلية بالديدان والحيوانات الأوالي ومفصليات الأرجل

تسبب بعض الديدان والأوالي ومفصليات الأرجل أمراضاً جلدية بعضها شائع في العالم وبعضها مستوطن في بعض البلدان. تصل الطفيليات إلى الجسم بطرائق مختلفة حيث يعيش بعضها في داخل الجسم ويؤدي إلى تفاعلات جلدية ومجموعية، وبعضها يصل الجلد مباشرة أو عن طريق حيوانات وسيطة وتسبب أمراضاً جلدية ومجموعية.

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

أمراض الديدان والحيوانات الأوالي:

داء هجرة اليرقات الجلدي (Cutaneous Larva Migrans):

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

تؤدي اليرقة إلى التهاب جلدي غير نوعي في مكان دخولها وبخاصة في منطقة اليد والقدمين والأليتين، أو تأخذ شكل طفح زاحف خطي بعرض 2-3 ملم وبطول عدة سنتمترات عليه حويصلات، قد يتقيح ثانوياً والمرض حاك. يشفى عفوياً خلال أسابيع إلى أشهر، ويعتمد التشخيص على شكل الطفح ويعالج بتطبيق تيبندازول.

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

داء الأميبات الجلدي (Cutaneous Amoebiasis):

يمكن أن تصيب الأميبة، عدا الأمعاء والكبد، الجلد حيث تؤدي إلى تقرحات ونواسير حول الشرج وفي منطقة الأليتين، وقد يصاب القضيب عند الشواذ.

وقد يسير المرض سيراً سريعاً ويؤدي إلى الموت. يجب تفريق الإصابة عن السرطانات القاعدية والتدرن الثؤلولي ويمكن كشف الأميبة من القرحات، وتعالج الآفات الجلدية بالميترونيدازول 800 مجم يومياً لمدة عشرة أيام عن الطريق العام، وتطبق المطهرات موضعياً.

داء الليشمانيات (Leishmaniasis):

تسبب مجموعة من طفيلي الليشمانية أدواء الليشمانيات، ويتواجد كل نوع من هذه الطفيليات في مناطق جغرافية معينة. تتشابه هذه الطفيليات شكلاً بعضها مع بعض، ولكن يمكن تمييزها عن بعضها نظير إنزيمي (Isoenzyme) وبتحليل الدنا (DNA) وبطريقة الأضداد أحادية النسيلة.

تسبب عدوى الليشمانية إصابات يتجاوز وقوعاتها 12 مليون إصابة في العالم، وتقدر منظمة الصحة العالمية الإصابات السنوية بنحو 400,000 إصابة جديدة، وتقدر الإصابات الخطيرة (الليشمانية المخاطية الجلدية والليشمانية الحشوية) التي قد تسبب الوفاة بأكثر من 75,000حالة سنوياً.

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

خصائص طفيلي الليشمانيات : طفيلي الليشمانيات من الحيوانات الأوالي من عائلة المثقبيات. ويكون عند الإنسان والحيوانات الثوية الأخرى في البالعات غير مسوط دائري أو بيضوي قطره 2-3 ميكرون، أما عند الناقل (ذبابة الرمل هي من أجناس الفواصد (Phlebotomus) أو (Luzomyia) فيكون مسوطاً، هذا ولا يمكن تفريق أنواع الطفيلي عن بعضها بعضاً بالمجهر الضوئي وإنما كما ذكرنا بالطرائق الحديثة. ولهذا يصنف طفيلي الليشمانية إلى طفيلي الليشمانية الكبيرة (Leishmania major)، والليشمانية المدارية (*L. tropica*) والليشمانية الإثيوبية والليشمانية الطفلية (*L. infantum*) والليشمانية الدونوفانية (L.donovani) وتسبب أدواء الليشمانية في العالم القديم، أما في العالم الجديد فتصنف إلى أشكال كثيرة منها الليشمانية البرازيلية والمكسيكية والأمازونية وغيرها.

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

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

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

الليشمانية الجلدية:

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

ينتشر المرض في بلدان حوض المتوسط ؛ أي في بلدان شمال أفريقيا والبلدان الأفريقية المجاورة لها وجنوب أوروبا، واليونان، وتركيا، وبلدان آسيا الوسطى، وباكستان، والهند، والبلاد العربية الآسيوية، وفي إيران. أما في سورية فلا تكاد منطقة تخلو حالياً من إصابات الليشمانية الجلدية.

المظاهر الإكلينيكية : يتشكل مكان لدغ ذبابة الرمل الأنثى وبعد دور حضانة يتراوح بين بضعة أيام وحتى 3 أشهر وأكثر أحياناً، طفح حطاطي صغير، على المناطق المكشوفة غالباً كالوجه والأطراف، لا يلبث أن يتطور بحسب نوع الطفيلي المسبب. الأشكال الإكلينيكية ليست معبرة دوما عن نوع الطفيلي المسبب. قد يكون الطفح وحيداً أو متعدداً (شكل 2-1).

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

تبدأ الليشمانية في هذا الشكل، بعقيدة صغيرة حمراء اللون، وتكبر لتصل إلى 2سم أو أكثر وذلك خلال عدة أسابيع وتصل حتى (3-6 سم)، وتتشكل في مركزها جلبة (Crust) ويكون محيط الآفة المرتشح أحمر فاتحاً وقد يتقرح. وقد تبقى حتى 6 أشهر وتشفى عادة لتترك ندبة مكانها. غير أنه قد تبقى بعض الحالات فعالة حتى أكثر من 24 شهراً وأكثر.

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

الشكل 2-1: (أ) ليشمانية متعددة على الوجه.

الليشمانية الجلدية المتسببة بالليشمانية المدارية (CL. caused by L. tropica):
وتشاهد في شمال القطر وإيران وتركيا وجنوب الاتحاد السوفييتي السابق. وهو الشكل الجاف أو المديني ودور الحضانة فيه أكثر من شهرين. والإنسان مستودعه الرئيسي، لكن وجد حديثاً أن الجرذان قد تكون مستودعه أيضاً. وحضانته أكثر من شهرين. تبدأ مكان اللدغ بعقيدة صغيرة حمراء بنفسجية لتصل خلال 6 أشهر إلى 1-2 سم، تكتسي بجلبة مسمارية شديدة العلوق وتتراجع عادة بعد سنة تقريباً.

الليشمانية الجلدية بطفيلي الليشمانية الطفلية (CL. caused by L. infantum):
ويتواجد هذا الشكل في بلدان حوض البحر الأبيض المتوسط بما فيها جنوب أوروبا كإسبانيا واليونان وإيطاليا. وتشبه في سيرها الليشمانية الجلدية بطفيلي الليشمانية الكبيرة ولكن مدة تطورها أقصر. ومستودع الطفيلي فيها هو الكلاب ولقد وجد في إسبانيا أن أكثر من 20٪ من الكلاب في المناطق الموبوءة لديها الطفيلي المسبب لهذا النمط وتصيب الأطفال وتؤدي إلى الليشمانية الحشوية وعند الكبار يمكن أن تكون جلدية دون إصابة حشوية.

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

الليشمانية الناكسة (L .recidivans): وتسمى أيضاً ذئبية الشكل. والعامل المسبب هو طفيلي الليشمانية المدارية وتشاهد مثل هذه الحالات في شمال سوريا. ويتصف هذا الشكل بتشكل درنات مكان الندبة القديمة، وفي محيطها وتشبه الذئبة الدرنية، ويمكن أن تتقرح أو تأخذ أشكالاً مختلفة وتستمر فترة طويلة لمدة سنوات وهي صعبة العلاج.

الليشمانية الجلدية المنتشرة (Diffuse CL.): وتعزى إلى طفيلي الليشمانية الأثيوبية. وتشاهد مثل هذه الآفات في العالم الجديد في أمريكا الجنوبية وأثيوبيا بعقيدة واحدة ومنها تنتشر موضعياً، وبمرور الوقت يشاهد العديد من العقيدات على الوجه والجذع وتشبه الجذام الورمي. والعقيدات لا تتقرح ولا تصيب الأحشاء الداخلية وهي غنية بالطفيلي وعلاجها صعب. ويرجح الباحثون أن هذا الشكل يكون بسبب عوز مناعي عند المضيف.

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

وفي المرحلة المزمنة تكون الرشاحة الأدمية **(Epidermal infiltrate)** عقيدية وتكون ورمية حبيبية ناسجة، سلية الشكل تحيط بها لمفاويات وخلايا بلازمية ويصعب كشف الطفيلي في هذه المرحلة. ويدخل معها بالتشخيص التفريقي في هذه الحالات الذئبة الشائعة والجذام الدرني وأحياناً وردية الوجه.

المناعة في الليشمانية : يمكن أن تكون الليشمانية ذات قطبين كبيرين مناعياً كما في الجذام، القطب الأول هو الليشمانية الجلدية، حيث يطور المضيف استجابة مناعية قوية والقطب الثاني الليشمانية الحشوية حيث المناعة ضعيفة وفي الوسط

الليشمانية المخاطية الجلدية والجلدية المنتشرة. والمناعة في الليشمانية متواسطة بالخلايا حيث تلعب البلاعم والخلايا التائية الدور المناعي وتلعب الخلايا التائية ونميطاتها الدور المهم في الشفاء العفوي، وتعزز مقاومة العضوية الخلايا التائية المؤازرة Th1ضد الطفيلي بينما تعاكسها هذا الفعل الخلايا المؤازرة Th2.

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

التشخيص : يسهل تشخيص الليشمانية الجلدية في المناطق المؤبوة عادة استناداً إلى العلامات الإكلينيكية، ويؤكد التشخيص بالفحص المباشر من محيط الآفة ويمكن اللجوء إلى الزرع على وسط NNN والخزعة. ويمكن اللجوء إلى الاختبارات المناعية كاختبار مقايسة الممتز المناعي المرتبط بالإنزيم (ELISA) ولكنها ما زالت قيد البحث والدراسة. ويمكن اللجوء إلى الأضداد أحادية النسيلة واختبار تفاعل سلسلة البوليمراز (PCR).

ونشير بإيجاز إلى الليشمانية المخاطية الجلدية والليشمانية الحشوية.

الليشمانية المخاطية الجلدية (Mucocutaneous L.):

أو ليشمانية العالم الجديد، وتشاهد بصورة رئيسة في أمريكا الجنوبية، وقد تكون في بعض حالاتها مهددة للحياة. تتصف بإصابتها للجلد والطرق التنفسية العليا والعامل المسبب هو الليشمانية البرازيلية والمكسيكية. ويختلف الناقل والمستودع في هذا الشكل عنه في الليشمانية الجلدية في العالم القديم، وهي مشوهة بشدة وخاصة في الأنف والبلعوم والحنجرة، ويمكن إذا لم تعالج أن تؤدي إلى الوفاة. ويتم تشخيصها غالباً استناداً للمجودات الإكلينيكية لصعوبة كشف الطفيلي من الآفات.

الليشمانية الحشوية (Visceral L.):

وتدعى أيضاً كالا ـ أزار (Kala- Azar) ويتواجد المرض في الهند والصين والمناطق الجنوبية من الاتحاد السوفيتي السابق وحوض البحر الأبيض المتوسط وأمريكا الجنوبية وبعض بلدان أفريقيا. والليشمانيات المسببة هي الليشمانية الدونوڤانية في أفريقيا والهند والليشمانية الطفلية في منطقة البحر الأبيض المتوسط والشاجاسية في أمريكا الجنوبية. ثوي هذه الطفيليات الكلاب والثعالب والقوارض والإنسان المصاب.

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

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

الشكل 2-1: (ب) ليشمانية على ظهر اليد.

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

معالجة الليشمانية:

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

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

تستعمل أملاح الأنتيمون حقناً عضلياً (كلوكانتيم والبنتوستام وتحتوي حبابة الكلوكانتيم 1.5 جم من الأنتيمون الخماسي في 5 مل وتعطى حقناً في العضل 10 مجم/كجم من وزن الجسم أي ما يقرب حبابتين إلى أربع يومياً لمدة أسبوعين - إلى شهر ومن مضادات الاستطباب الآفات القلبية والكلوية والكبدية. ومن المعالجات البديلة الألوبيرونول بمقدار 20 مجم/كجم ولمدة 15-30 يوماً.ويفيد الكيتوكونازول ومضادات الفطور الشبيهة في بعض الحالات. يجب عدم استعمال الريمفامبيسين في معالجة الليشمانية لأنه عقار مهم في معالجة التدرن. وتعالج الليشمانية الحشوية بحقن أملاح الأنتيمون ولمدة 21-30 يوماً. واللجوء إلى الجراحة واستئصال الليشمانية المفردة وارد أحياناً.

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

أمراض الحشرات

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

داء النغف (Myiasis):

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

أما النغف الجلدي فيشمل نغف الجروح والنغف الرملي، حيث تتطور اليرقات في الجلد. وقد تحتشر في الأنف والبلعوم، الجيوب، الحنجرة والعين أو حتى الجهاز البولي. وللنغف أنواع عديدة منها ذبابة المنزل، التي تضع بيوضها في الجروح والقروح وتتطور إلى يرقات حيث يمكن رؤية اليرقات المتحركة في داخلها. يؤدي احتشارها وبخاصة ما يقع منها في المناطق المكشوفة إلى تقيح الجروح والقرحات. أما النغف الرملي فيتطور خلال أيام ويأخذ شكلاً دملياً. توجد اليرقات في مركزه.

المعالجة : تتم المعالجة بإزالة اليرقات جراحياً وتغسل الجروح والقروح المحتشرة بالكلوروفوم بنسبة 15٪.

لدغ البق (Bed Bug Bites) :

بق الفراش حشرة موجودة في جميع أنحاء العالم. تعيش في الشقوق الخشبية

في المنزل. يلدغ ليلاً ويؤدي إلى حطاطات شروية. غالباً ما تأخذ شكلاً خطياً ويعالج بمضادات الحكة. ويجب القضاء على البق في المنزل باستعمال المبيدات المناسبة.

لدغ البراغيث (Flea Bites) :

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

القُمَال (Pediculosis (Phthiriasis)) :

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

قمل الرأس (P. capitis) :

يميل لون حشرة قمل الرأس إلى الرمادي وتقيس 2-4 ملم طولاً، تضع الأنثى البالغة 200 بيضة خلال بضعة أيام وتلصقها إلى سقيبات الأشعار وتنفقس بعد 8 أيام. يصيب الأطفال أكثر من البالغين ويساعد على انتشاره إهمال قواعد النظافة.

التظاهرات الإكلينيكية : حكة الرأس العرض الرئيسي للإصابة بقمل الرأس ويحدث تقيح ثانوي نتيجة الحكة الشديدة في الناحية القذالية (القفوية) والصدغية وهي من العلامات المنبئة عن الإصابة، وتتضخم العقد اللمفية في الرقبة والعنق نتيجة للتقيح، والحكة المخرشة للجلد. ويستدل عادة على الإصابة بوجود الصئبان العالق على سقيبات الشعر (شكل 2-2) وقد تكشف الحشرات أيضاً. وتفرق الصؤابة عن الوسفة بأن الأخيرة سهلة الانقلاع والسقوط، بعكس الصئبان الملتصق بالشعر.

المعالجة : يعالج المصاب بتطبيق الملاثيون 0.5 ٪ أو مركبات (Carbary) وتترك على الفروة لمدة 12 ساعة قبل غسلها، وثبتت فائدة بريمثرين (Permethrin) موضعياً. ويزال الصئبان بالخل الساخن أو يفرك الشعر بالكريمات التي تحتوي على حامض الفورميك (Formic acid). ولقد ذكر فائدة كوتريموكسازول (Cotrimoxazole) عن الطريق العام في معالجة قمل الرأس. تعالج التقيحات بالمضادات الحيوية المناسبة وتقضي الوقاية باتباع قواعد النظافة العامة ومعالجة أفراد الأسرة وغسل أغطية الرأس وأوجه الوادات وشراشف الفراش.

الشكل 2-2: الصؤابات على سقيبات شعر الرأس

قمل الجسد (P. corporis) :

قمل الجسد قليل المصادفة في الوقت الحاضر. يشبه قمل الجلد قمل الرأس ويعيش في ثنيات الثياب ويضع بيوضه فيها.

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

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

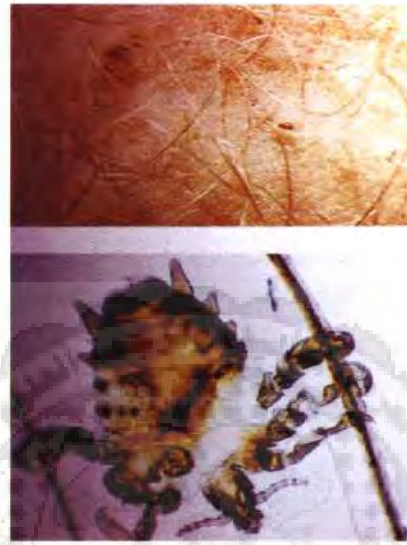
قمل العانة (Phthiriasis pubis) :

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

التظاهرات الإكلينيكية : يتوضع الطفيلي في فوهة الجراب الشعري، ويصعب نزعه. ويصيب منطقة العانة (شكل 2-3)، ويمكن أن يهاجر إلى مناطق أخرى كالبطن، الصدر، الإبط، الأجفان، الذقن. والحكة هي العرض الرئيسي، ويلاحظ بقع اردوازية في مناطق الإصابة، ونجد بقعاً متسخة على سروال المريض. تكون الإصابة عند الأطفال على الأجفان، وقد تصيب الفروة، وانتقال الإصابة عندهم عن طريق الأهل المصابين.

يجب التفتيش عن إصابات الأمراض المنقولة جنسياً الأخرى، كالزهري والسيلان والتهابات الإحليل الأخرى، إذا ما تبين أن الإصابة منقولة جنسياً.

المعالجة : تستعمل مبيدات القمل التي ذكرناها في معالجة قمال الرأس، وينصح بمعالجة كامل الجلد وتفضل المحاليل المائية لهذه المواد، ويجب إعادة المعالجة بعد أسبوع إلى عشرة أيام. تطبق المراهم الكثيفة ومنها القازلين على الأجفان مرتين يومياً لمدة عشرة أيام أو يطبق مرهم أكسيد الزئبق الأصفر أو مرهم فيزو ستجمين (Physostigmine)، والأخير قد يؤثر على حدقة العين، ويمكن تطبيق محلول الملاثيون المائي 0.5 ٪ أيضاً.



الشكل 2-3: قمل العانة وتوضعه في فوهات الجريبات.

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

يكثر الناموس في بلادنا في فصول الربيع والصيف وأوائل الخريف، ولهذا يعتبر لدغ الناموس من الآفات الشائعة في بلادنا، ينتمي الناموس إلى فصيلة البعوضيات التي تعيش على امتصاص دم الثوى.

يؤدي لدغ الناموس إلى ظهور انبتارات (حطاطات شروية) وذلك على المناطق المكشوفة والتي يطالها البعوض أثناء النوم وهي الوجه الأطراف، ويمكن أن تظهر بعض الحطاطات على منتصف الظهر أو منتصف البطن، ويمكن أن يتظاهر لدغ البعوض بطفح حويصلي - فقاعي على قاعدة حمامية في هذه المناطق، وقد تترك بقعاً مصطبغة أو ناقصة الصباغ في مكانها بعد تراجعها.

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

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

صنف العناكب (Arachnida) :

لزمرة العناكب زمر عديدة وما يهمنا منها هنا رتبة الحلم (Acari) والسوس (Mite) والتي تشمل القراد أيضاً.

الجَرَب البشري (Human Scabies) :

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

العامل المسبب : تسبب الجرب قارمة الجرب. وتقيس الأنثى 0.40 طولاً و 0.30 ملم عرضاً والذكر أصغر منها، ولها أربع أرجل تتوضع على وجهها البطني، لونها أبيض كريمي. تحفر الأنثى النفق في عمق الطبقة المتقرنة وتضع بيوضها فيه، وتنفقس بعد 3-4 أيام وتخرج منها اليرقات. تنمو وتتحول إلى حواري وبعدها حشرات كاملة. تفضل قارمة الجرب حفر أنفاقها بعيداً عن المناطق التي فيها كثافة زائدة من الأجربة.

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

أكثر ما يصيب المرض الأطفال والشباب ولكن يمكن أن يصيب الأعمار كافة. ويساعد على انتشار المرض الفقر وإهمال قواعد النظافة العامة والاكتظاظ السكاني. ينتقل المرض بالتماس الصميمي بين الإنسان المريض والسليم كالنوم في فراش واحد وقد ينتقل عن طريق الحوائج. ولا تستطيع قارمة الجرب العيش بعيداً عن الجسم أكثر من 3 أيام. هذا ويمكن العثور على قارمات جربية حية في غبار منزل المريض.

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

التظاهرات الإكلينيكية : دور الحضانة في الجرب 3-4 أسابيع وسطياً، ويتصف الجرب البشري بحكته الشديدة وتشتد الحكة ليلاً عندما يلجأ المصاب إلى فراشه ويغلب أن تكون عائلية.

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

ويتصف الجرب أيضاً بطفح الحطاطي الذي يتواجد على البطن، الخاصرتين، جذري الفخذين، العضو التناسلي عند الذكور (شكل 2-4)، المرفقين، الثدي عند الإناث، الإليتين، وقد يتواجد على الراحتين والأخمصين عند الصغار، وهي أهم التوضعات ولكنها قد توجد في المناطق الأخرى، وقد تأخذ الحطاطات أشكالاً

عقيدية تعلوها النقوب، يبقى الجرب فترة طويلة من الزمن إذا لم يعالج ويؤدي لمضاعفات داخلية أحياناً.

المضاعفات: يضاعف الجرب بالتأكزم، والتقبؤ الثانوي وقد تكون المضاعفتان شديدتين، وإذا ما طبقت الستيرويدات خطأ، غيرت من سير الجرب وتشبه بأمراض جلدية أخرى ويسمى الجرب المستتر (S. incognito).

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

المعالجة : تستعمل مواد كثيرة في معالجة الجرب، وقد كان يستعمل الكبريت وما يزال بنسبة 10٪ على شكل مرهم أو مع البارافين الأصفر ويستعمل بنسبة أقل عند الأطفال ولكنه أكثر أماناً من غيره عند الحوامل. تستعمل بنزوات البنزيل (Benzyl benzoate) بنسبة 25٪، دهناً كامل الجسم ما عدا الوجه مرة يومياً لمدة 3 أيام متتالية، وتخفف نسبته عند الأطفال. أما الملاثيون فيطبق بكثافة 0.5٪ ولمرة واحدة تكرر مرة أخرى بعد استراحة ثلاثة أيام، ويمنع تطبيقه عند الحوامل والأطفال الصغار، ويستعمل البرمثرين (Peremethrin) بنسبة 5٪ ولمرة واحدة وكذلك جاما هكسوكلورايد ولمرة واحدة أيضاً وللأخير تأثيرات سمية. أما تأثير الكروتاميتون فأقل من الأدوية الأخرى ويمكن استعماله عند الأطفال. ويستعمل حديثاً عقار إيفيرمكتين (Ivermectin) داخلاً في معالجة الجرب.

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

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

الجرب الحيواني : تسببه هامة الجرب الحيوانية، التي تصيب الحيوانات المنزلية وينتقل إلى الإنسان، ويؤدي إلى حطاطات شروية أو حطاطات حويصلية، تشبه الجرب البشري، ويشفى بالاغتسال العادي والابتعاد عن الحيوان المصاب.

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

الشكل 2-4: أ- الجرب.

القُرَاد (Tick) :

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

مرض لايم (Lyme's disease) :

يتسبب المرض عن نوع من البريميات اسمها البوريلية البورجدورفيرية، تنقله إلى الإنسان القراد - نوع اللبوديات والمرض موجود في أجزاء كثيرة من العالم وأخصها الولايات المتحدة وأوروبا. يبدأ المرض بالحمامى المزمنة الهاجرة (Erythema chronicum migrans) في مكان اللدغ وتأخذ شكل حلقة تتسع تدريجياً حتى تصل أكثر من 30 سم قطراً. تشفى في المركز وتتسع في المحيط، تتراجع إذا لم تعالج خلال أسابيع ثم تتعمم العدوى ويؤدي إلى التهاب مفاصل في 57٪ من الحالات، وإصابات عصبية مختلفة في 18٪ وإصابة العضلة القلبية في 10٪.

ومن الأطفاح الجلدية الأخرى الممكنة المصادفة حمامى وجنية، أطفاح لطخية حطاطية، شروية، التهاب أوعية شروي، التهاب سبلة حاجزي أو ورم لمفاوي.

أما التهاب جلد الأطراف المزمن المضمر (Acrodermatitis chronica atrophica) فظهوره متأخر، ويشك حديثاً بدور البوريليات في أمراض القشيعة (مورفيا) والحزاز التصلبي والضموري وبعض الأمراض الأخرى. يعالج داء لايم بالأموكسيسيللين أو دوكسي سيكلين أو الإرثروميسين وبعض المضادات الحيوية الأخرى.

الحيوانات البحرية:

يؤدي تماس السباحين والصيادين في البحار مع بعض الحيوانات البحرية إلى التهاب جلدي، ومنها ما يتواجد في البحر المتوسط أيضاً وهي قنديل البحر أو ما يسمى برجل الحرب البرتغالي، ويؤدي التماس معه إلى التهاب جلد خطي يشبه بضرب السياط بخاصة على الأطراف والجذع أو في الأماكن التي يمس الجلد، ويعالج بمسح وتدليك المنطقة المصابة بالخل فوراً مع نزع اللوامس بالملقط، وتعطى المسكنات ومضادات الهستامين، وقد نلجأ إلى الستيرويدات داخلاً في الحالات الواسعة والشديدة التي كنا نشاهدها وتشاهد أحياناً على شاطئنا(شكل 2-5). وفي البحر أيضاً حيوانات تؤدي إلى أذيات جلدية كالسمك الهلامي والمرجان وشقائق النعمان وغيرها.

شكل 2-5: التهاب جلد خطي ناتج عن تماس مع قنديل البحر.

الفصل الثالث

الأمراض الفطرية

Fungal Diseases

تتواجد الفطريات في الطبيعة إما متعايشة أو متطفلة، ويقدر عدد الفطريات التي يعرفها الإنسان نحو 120,000 نوع بعضها مفيد في الصناعة، وقليل منها ممرض للإنسان بشكل مباشر للجلد والأجهزة الأخرى، أو بشكل غير مباشر عن طريق ذيفاناتها المؤرجة. تزداد أهمية الفطريات في الوقت الحاضر، نظراً لتزايد استعمال كابتات المناعة في المعالجات. وبالتالي ازدياد الإصابة ببعض الأمراض الفطرية.

تصنيف الفطريات:

تصنف الفطريات تبعاً لخواصها المورفولوجية إلى أربعة أصناف 1 ـ الفطريات الاقترانية (Zycomycetes) 2 ـ القاعدية الدعامية (Basidiomycetes) 3 ـ الفطريات الزقية (Ascomycetes) 4 ـ الفطريات الناقصة (غير التامة) (Fungi imperfecti). يقدر عدد الفطريات الممرضة 50 نوعاً، تسبب أمراضاً مختلفة بعضها جلدي وبعضها حشوي أو الاثنان معاً.

وتميز من الناحية الطبية إلى : 1ـ فطور جلدية (Dermatophytes) منها الشعروية (Trichophyton)، (كالشعروية الحمراء (T. rubrum)، والذقنية T. (Mentagrophytes) والشونلانية والثؤلولية) والبويغاء (Microsporum) ومنها (الأودينية والكلبية والجبسية) . والبشروية (Epidermophyton) 2 ـ الخمائر وأهمها المبيضات البيض. 3– العفن.

المناعيات في الأمراض الفطرية : تعتمد العضوية في دفاعها ضد العدوى الفطرية على عاملين رئيسين، آلية مناعية وآلية غير مناعية، وتقوم الأولى، ضد الفطريات على عوامل مصلية، تثبط نمو الفطريات الجلدية، ولكن هذه العوامل غير واضحة بشكل كامل، ولكن يفترض أن ناقلة الحديد غير المشبعة ترتبط بالخوط، وتثبط بذلك نمو الفطر، ومن العوامل المفيدة في تثبيط نمو فطور السعفة الجازة، الأحماض الدهنية، حيث تتغير هذه الأحماض بعد البلوغ وتؤدي إلى الشفاء العفوي، وبالتالي ندرة إصابة البالغين بها. هذا ولقد وجد أن الفطريات الجلدية تشكل عامل انجذاب كيميائي، وتنشط بذلك البديل السبيل للمتممة، وبينت الأبحاث أن العدلات وبدرجة أقل، وحيدات النوى، لها تأثير قاتل لهذه الفطريات. ومن العوامل الدفاعية ذات الأهمية الكبيرة فرط الحساسية الآجل نموذج IV، حيث تلعب الخلايا T المؤازرة وخلايا «لانجرهانس»، وعامل تثبيط هجرة الكريات البيض واستجابات تحول الخلايا اللمفية للمضيف دوراً مهماً في هذا النموذج ضد الفطريات.

أما العوامل الدفاعية غير المناعية فتشمل سلامة البشرة وانقسام خلاياها المستمر، واحتواء الجلد على الأحماض الدهنية ذات الكربونات 7 - 9 - 11 - 13 عند البالغين، وكذلك العمر والجنس وعوامل عرقية واستقلابية وصماوية.

تشخيص الفطريات وآفاتها :

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

الفحص المباشر للفطريات :

ويتم بأخذ الوسوف من محيط الآفة، أو الأشعار المصابة أو برادة الوجه السفلي للأظفار المشتبه إصابتها، وتوضع هذه المواد المشتبهة على صفيحة زجاجية وتغطى

بساترة، ويقطر بعد ذلك محلول هيدرات البوتاسيوم بنسبة 15 ٪ تحت حافة الساترة. وتوضع المحضرات في علبة بتري مرطبة بورق نشاف مبلل لمدة ساعة ثم يتم تسخين الصفيحة بلطف دون غليان ويفحص المحضر مباشرة وتلاحظ الخيوط الفطرية أو الأبواغ، ويمكن الإسراع بالتحضير باستعمال DMSO بنسبة 40٪ ومن الممكن تلوين المحضرات بإضافة هيدروكسيد البوتاسيوم 15٪ إلى حبر باركر الأزرق 5-10٪ أو يلون بالباس PAS.

زرع الفطريات:

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

الاختبارات المناعية:

مازالت فائدتها محدودة في تشخيص الأمراض الفطرية.

الفحص باشعة «وود» :

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

الفطارات الجلدية (Dermatophytoses) :

وتسمى أمراضها بالسعفات ومنها، سعفة الرأس، سعفة الوجه، سعفة الذقن، سعفة الجسد، سعفة اليد، سعفة الأرفاغ، سعفة القدم، سعفة الأظفار والطفحات الفطرية. والفطريات المسببة هي أحد فطور ثلاثة زمر، الشعروية (Trichoplyton) والبويغاء (Microsporium)، والبشروية (Epidermophyton). وهذه الفطريات ولوعة بالكيراتين.

سعفة الرأس (Tinea Capitis) :

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

1 ـ فطور خارج الشعرة (Exothrix) ومنها :

أ ـ البويغاء، كالبويغاء الأودينية (*M. audouinii*) وهي (ولوعة بالبشر) (*Anthropophilic*) والبويغاء الكلبية (*M. canis*) ولوعة بالحيوان) والجبسية (*M. gypseum*) والصفراء (*M.fulvum*) ولوعة بالتربة) والحديدية (*M. ferrugineum*).

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

2 ـ الفطر محصور بالشعرة (داخل الشعرة Endothrix) :

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

وتختلف تواجد إصابات هذه الأنواع بين بلد وآخر. بعض هذه الفطريات يؤدي إلى التهاب في الجلد واضح وبعضها غير التهابي وسندرس الأشكال الإكلينيكية لسعفة الرأس وهي : سعفة الفروة (الجازة)، القراع، الشهدة.

سعفة الفروة (Scalp ringworm) أو السعفة الجازة:

تصيب الأطفال وتشفي عفوياً عند البلوغ، ونادراً ما تصيب الكبار وذلك بسبب تغير تركيب الزهم بعد البلوغ، والمرض شديد السراية، وتحصل العدوى بالتماس المباشر بين الأطفال أو باستعمال أغطية الرأس أو الأمشاط، وينتقل بعض أشكالها بالتماس مع الحيوانات. تأخذ السعفة الجازة بالبويغاء خارج الشعرة، شكل بقعة أشعارها مجزوزة، دائرية أو بيضوية، حدودها واضحة قدها بقد قطعة النقد

المعدنية (شكل 3-1)، يكون الجلد فيها التهابياً قليلاً وعليه وسوف دقيقة. قد تكون وحيدة وأحياناً متعددة، وقد تتصل مع بعضها،وتومض بتعريضها لأشعة «وود» بتألق أخضر ساطع.أما السعفة بالبويغاء الكلبية فمتعددة عادة وصغيرة، وقد تصيب عدا الرأس الجلد الأجرد.

أما السعفة بالفطريات داخل الشعرة (ذات الأبواغ الكبيرة) والتي تسببها الشعروية الجازة أو الشعروية البنفسجية وهي غير التهابية وتتصف بظهورها على شكل بقع متعددة صغيرة وسطحية وتترك الأشعار المجزوزة مكانها نقطاً سود (Black Dots). هذا الشكل محير أحياناً، قد يصعب تشخيصه بسبب صغر الآفات ولابد من احتمال هذه السعفات عند كل طفل على رأسه وسوف وحتى عند الكبار أحياناً.

الشكل 3-1: سعفة جازة.

تشخيص سعفة الفروة : يمكن الاستفادة من أشعة وود في فحص أشعار المنطقة المصابة، وتؤخذ الأشعار المصابة وتشفف بمحلول البوتاس الكاوي 10-15 ٪ وتفحص مباشرة وتكشف الفطريات داخل الشعرة أو خارجها ويمكن اللجوء إلى الزرع على وسط سابورو.

المعالجة : يمكن أن تشفى سعفة الفروة عفوياً عند البلوغ، وتشير بعض الدراسات الحديثة إلى إمكان شفاء الشعروية الجازة خلال سنة دون حصول البلوغ لكن لا يمكن انتظار هذا الشفاء العفوي وإنما تعطى المعالجة المجموعية بالجريزيوفولڤين بمقدار 1غ يومياً للبالغين أو بمقدار 10-20 مجم/كجم من وزن الأطفال ولمدة 4-8 أسابيع حتى يتم التحسن الإكلينيكي والمخبري. بالإضافة لمضادات الفطريات الخارجية ولابد من الانتباه للحيوانات المصابة ومعالجتها من قبل الطبيب البيطري إذا كانت الفطريات حيوانية.

السعفة القراعية (T. favus):

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

يتصف القراع النموذجي بتشكل قصيعات (التريسات Scutula) (شكل 3-2) حول الشعرة، والقصيعة صفراء اللون ناتجة عن خيطان الفطريات (Hyphae) وحطام الكيراتين في فوهة الجريب الشعري، يمكن أن تتحد القصيعات مع بعضها، ويختلف عددها بين حالة وأخرى، قد تكون قليلة في البداية، ولكن قد تمتد لتصيب كامل أشعار الفروة حيث تسقط كلها ما عدا أشعار قليلة. تتصف رائحة الفروة المصابة بأنها رائحة خاصة. يترك القراع ندبات وهي ذات دلالة على الإصابة بها.

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

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

المعالجة : كما هو الحال في معالجة سعفة الفروة وبالمقادير نفسها. أما في حالة إصابة الأظفار فتحتاج المعالجة إلى فترة أطول تصل حتى 6-12 شهراً أو أكثر بالجريزيوفولفين داخلاً وباستعمال مضادات الفطريات خارجاً ويمكن استعمال مضادات الفطريات الحديثة.

الشكل 3-2: القُرَاع.

الشهدة (Kerion) :

وهي إصابة فطرية شديدة تصيب الفروة (شكل 3-3)، ومن الفطريات المسببة البويغاء الكلبية والشعروية والذقنية والثؤلولية وجميعها حيوانية، وتنتقل إلى الإنسان بالتماس مع الحيوانات كالقطط والكلاب والعجول والخيل. تبدأ الشهدة ببقع احمرارية على الفروة، عليها بثرات، تجتمع بجانب بعضها بعضاً وتؤلف قرصاً شديد الالتهاب مرتفعاً عن سطح الجلد، قطره عدة سنتمترات ينز قيحاً حتى مع ضغط خفيف، وتزول الأشعار عليه. ويمكن أن تتظاهر بأكثر من قرص عند الطفل المصاب. تؤدي الإصابة إلى ضخامة عقد لمفية مجاورة، وتتأثر حالة الطفل المصاب، وتنجم الحالة الالتهابية كاستجابة لهذه الفطريات، ويمكن للجراثيم الموجودة على سطح الجلد أن تلعب دوراً في التقيح أيضاً. تبقى الشهدة لفترة

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

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

المعالجة : تعالج بمضادات الفطريات خارجاً وبخاصة مركبات الإيميدازول أو غيرها، ويعطى الجريزيوفولڤين داخلاً بالإضافة للمضادات الحيوية واسعة الطيف. وتضاف الستيرويدات بجرعات صغيرة أحياناً للتخفيف من شدة الالتهاب.

الشكل 3-3: شهدة في منطقة النقرة.

سعفة اللحية (T. barbae) :

تصيب الذقن والشارب عند البالغين ومن الفطريات المسببة في الأغلب الشعروية الذقنية والثؤلولية أو بأنواع أخرى كالكلبية والبنفسجية وغيرها، ويغلب أن يكون مصدر هذه الفطريات الحيوانات، وقد يكون الانتقال بواسطة الحلاقة. تتظاهر إكلينيكياً ببثرات على قاعدة حمامية مرتشحة غالباً، تجتمع بجانب بعضها بعضاً وتؤلف قرصاً يشبه شهدة الرأس، يمكن أن تأخذ أشكالاً خفيفة الشدة في بعض الحالات.

ويتم التشخيص استناداً للشكل الإكلينيكي والفحص الفطري المباشر وبالزرع، ويجب تفريق سعفة اللحية عن التينة الجرثومية والتهاب الجريبات الشعرية الجرثومي.

المعالجة : تعالج معالجة الشهدة نفسها.

سعفة الوجه (T. facie) :

تصيب الوجه الأجرد من الوجه بالفطريات الجلدية ومنها الشعروية الذقنية والحمراء والأودينية والكلبية وأنواع أخرى، وتأخذ أشكالاً شبيهة بالسعفة الجسدية المتحلقة (Circinate) مع محيط مرتفع ووسفي، وقد يشاهد في محيطها بثرات أو حويصلات، يمكن أن يصعب تشخيصها بعد معالجتها خطأ بالستيرويدات. يجب تفريقها عن آفات الذئبة الحمامية، وبخاصة آفات الذئبة القرصاوية، وعن التهاب الجلد الزهمي، وعن التقرانات الشمسية، ووردية الوجه، ويتم إثبات التشخيص بتحري الفطريات المباشر وبالزرع.

المعالجة : تطبق مضادات الفطريات خارجاً والجريزيوفولفين داخلاً ولفترة لا تقل عن 3 أسابيع.

سعفة الجسد (T. corporis) :

وتسمى أيضاً السعفة المتحلقة *(T. circinata)* ، وتصيب الجلد الأجرد ويمكن أن تسببها جميع الفطريات الجلدية وبخاصة الشعروية الحمراء والذقنية والكلبية. وتنتقل بالتماس المباشر مع المصاب أو مع الحيوانات أو بوساطة الثياب أو الفراش ويبدو أن للطقس الحار والرطب دوراً مساعداً على الإصابة بالمرض.

والأطفال أكثر عرضة للإصابة بالفطريات الحيوانية بتماسهم مع الحيوانات المصابة كالكلاب والقطط أو الحيوانات الأليفة الأخرى ويتراوح دور الحضانة بين 1-3 أسابيع.

تتظاهر بآفات دائرية ذات حدود واضحة ومرتفعة وسفية، وقد يشاهد عليه حويصلات أو بثرات (شكل 3-4)، تميل إلى التراجع في المركز وتتسع في المحيط. يمكن أن تكون وحيدة أو متعددة والآفة حاكة. وتغير المعالجة الخاطئة بالستيرويدات من شكلها وصفاتها المذكورة ومن سيرها.

يمكن أن تشاهد السعفة الجسدية في أي مكان من الجلد الأجرد، ويمكن أن تقلد الصدفية أو الإكزيمة النمية. ولقد شاهدنا مثل هذه الحالات ولدينا حالات غزت الفطريات فيها الجلد إلى ما تحته من النسج العميقة وحتى وصلت الدماغ لأسباب مناعية.

التشخيص والتشخيص التفريقي : يستند في تشخيص السعفة الجسدية إلى الشكل الإكليليكي المتحلق أو الدائري، ويثبت التشخيص بكشف الفطر مباشرة بالإضافة إلى الزرع، إذا احتاج الأمر ذلك.

الشكل 3-4: سعفة الجسد.

ويدخل في التشخيص التفريقي معها، الإكزيمة النمية، النخالية الوردية (بالأخص بقعة الطليعة)، الحمامى الحلقية، الورم الحبيبي الحلقي، نظير الصدفية اللويحي، ولكل من هذه الآفات خصائصه الإكلينيكية الخاصة والمميزة.

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

سعفة اليد (T. manuum) :

يمكن لأي فطر جلدي أن يسبب سعفة اليد وتتظاهر على ظهر اليد بالشكل نفسه الذي تتظاهر به سعفة الجسد عادة، أما تظاهرها على راحة اليد فيحتاج إلى شيء من التفصيل. أما الفطريات المسببة فهي على الأكثر الشعروية الحمراء، الذقنية البنفسجية وأحياناً الفطريات الحيوانية، ويمكن أن تترافق مع سعفة القدم وتهيئ لها غالباً المهن وعيوب اليد والدوران الدموي السيء.

تتظاهر إكلينيكياً في راحة اليد، وبخاصة في حالات الفطريات الشعروية بفرط تقرن في راحة اليد وبجهة واحدة في أغلب الحالات مع احمرار الراحة المحددة، مع وسوف وحويصلات على البقع المحمرة، ويمكن أن تتظاهر على هيئة خلل التعرق. يدخل في التشخيص التفريقي مع سعفة اليد، الأكزيمة مفرطة التقرن المتشققة، إكزيمة خلل التعرق، الصدفية الراحية الأخمصية والتفاعلات الطفحية الفطرية في اليدين.

التشخيص : يعتمد التشخيص على الشكل الإكلينيكي وكشف الفطريات المباشر وبالزرع.

المعالجة : تطبق مضادات الفطريات خارجاً ويعطى الجريزيوفولفين داخلاً وتعالج الفطارات المرافقة في الأظفار والقدمين كما سيأتي ذكره لاحقاً.

سعفة الأرفاغ (T. cruris) :

وكانت تسمى أيضاً بالإكزيمة الهامشية. وتعد منطقة الأرفاغ والمنطقة التناسلية عند البالغين منطقة الإصابة بها. ومن الفطريات المسببة في أغلب الحالات البشروية الندفية والشعروية الحمراء والذقنية وتصيب الذكور أكثر من الإناث وبنسبة كبيرة، ويعود السبب إلى عوامل عدة منها اللباس والنشاط الفيزيائي ويصادف المرض كثيراً في الصيف في البلدان الحارة ويتشارك بنسبة كبيرة مع الداء الفطري القدمي.

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

تتظاهر ببقع حمامية في جذر الفخذ الأنسي بجانب واحد أو بالجانبين (شكل 3-5)، تتسع هذه البقع تدريجياً وتلتقي مع بعضها، وتشكل سطحاً أحمر اللون ورديا، عليه وسوف وحدوده واضحة ومرتفعة عادة، ويمكن مشاهدة الحويصلات في المحيط. تسير الآفة سيراً ثابتاً، وقد تنتشر الإصابة إلى منطقة العانة وقد تصل إلى البطن ومنطقة الشرج وحتى الأليتين وقد يصاب جلد الصفن.

التشخيص والتشخيص التفريقي : يتم التشخيص بناء على الصورة الإكلينيكية ويثبت التشخيص بالفحص المجهري المباشر للفطور وبالزرع. يدخل في التشخيص التفريقي مع سعفة الأرفاغ، الوذح والأخير غير حاك ولا يأبه له المريض عادة، ويدخل في التشخيص التفريقي أيضاً المذح الجرثومي وداء القفاع النابت والتهاب الجلد التماسي من الألبسة وداء هيلي ـ هيلي والصدفية المقلوبة.

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

الشكل 3-5: سعفة الأرفاغ.

سعفة القدم (T. pedis) :

وتسمى أيضاً داء أقدام الرياضيين وهي آفات فطرية شائعة وتعد الأكثر شيوعاً بين السعفات ويرجع السبب إلى الحياة الحديثة بانتعال الأحذية لفترات طويلة يومياً، وبالتالي تعرض القدمين للرطوبة والحرارة فيها، بالإضافة إلى ارتياد المسابح والحمامات المشتركة وتأتي الشعروية الحمراء والذقنية والبشروية الندفية أكثر الفطريات المسببة لسعفة القدم (شكل 3-6).

الشكل 3-6: سعفة قدم.

تتظاهر إكلينيكياً بأربعة أشكال رئيسة، وقد يتراكب بعضها مع بعض :

الداء الفوتي المنحي : وهو الأكثر شيوعاً، يصيب الفوت الرابع والثالث، وقد تصاب الأفوات الأخرى. وإذا باعدنا أصابع القدم . نلاحظ ابيضاض الفوت وتعطنه بالإضافة إلى شقوق وتآكلات. تنتشر الإصابة إلى الوجه السفلي لأصابع القدم وتعتبر الرطوبة وفرط التعرق والحرارة من العوامل المساعدة للإصابة. وتجدر الإشارة إلى مشاركة بعض الجراثيم ومنها المكورات العنقودية والوتديات.

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

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

الشكل الحاد المتقرح : ويتصف بالتآكلات والتقرحات في الوجه السفلي والجانبي للأصابع ويختلط عادة بعدوى جرثومية سلبية الجرام. يمكن أن يترافق الشكلان الأخيران بالطفحة الفطرية، الشبيهة بخلل التعرق على اليدين والقدمين.ولابد من أن نذكر إمكانية ترافق سعفة الأظفار مع سعفة القدم.

التشخيص والتشخيص التفريقي : يعتمد تشخيص السعفة القدمية بأشكالها على الصورة الإكلينيكية وتحري الفطريات المباشر وبالزرع على وسط سابورو ويدخل في التشخيص التفريقي فرط التقران الراحي الأخمصي الكسبي، أو الورائي، التهاب الجلد التماسي، النخالية الحمراء الشعرية، داء «رايتر»، والصدفية البثرية.

المعالجة : يعتمد في الوقاية على رش البودرات التي تحتوي مضادات الفطريات ما بين الأصابع وعلى أخمص القدم، وانتعال الأحذية المفتوحة صيفاً، وتطبق أملاح الألنيوم موضعياً. تعالج السعفة القدمية بتطبيق مضادات الفطريات خارجاً وإعطاء الجريزيوفولفين داخلاً ولمدة 3 أشهر، وقد تضاف المضادات الحيوية داخلاً في حالات مشاركة العدوى الجرثومية والمطهرات المفيدة، ويمكن إعطاء مضادات الفطريات الحديثة داخلاً.

سعفة الأظفار (T. unguium) :

وتنتج عن عدوى صفيحة الظفر بالفطريات الجلدية المختلفة وأشيعها الشعروية الحمراء والذقنية والبشروية الفوتية، وقد تتشارك مع إصابة الرأس بالشعروية الجازة والبنفسجية والشونلانية. وتؤهب للإصابة الاضطرابات الدورانية والعمل في ظروف رطبة.

والمرض شائع، والرجال أكثر إصابة من النساء، والبالغين أكثر من الصغار، كثيراً ما تصاب أظفار أصابع القدم وأقل منها أظفار اليدين.

تبدأ العدوى بإصابة ظفر واحد وقد تمتد الإصابة لتشمل أظفار القدمين وحتى اليدين، والإصابة غير متناظرة عادة تبدأ الإصابة الظفرية ببقعة متغيرة اللون، بيضاء أو صفراء في النهاية الحرة للصفيحة الظفرية بالقرب من الطية الجانبية ثم تمتد الإصابة نحو قاعدة الظفر، ويمكن أن يتغير اللون ليصبح بنياً مسوداً، يصبح الظفر المصاب ثخيناً ويحدث تحته فرط تقرن (شكل 3-7)، ويمكن أن تتكسر الصفيحة الظفرية إلى أجزاء صغيرة وقد تنفصل صفيحة الظفر أحياناً، أو يصاب بالحثل الظفري. وتصبح التغيرات الظفرية في مرضى الإيدز سريعة وأكثر شدة، ويمكن أن تترافق السعفة الفطرية الظفرية مع السعفات الأخرى.

الشكل 3-7: سعفة الأظفار.

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

معالجة سعفات الأظفار : معالجة سعفات الأظفار صعبة ولا تستجيب بسهولة والمعالجات الخارجية غير مجدية. يعطى التربينافين داخلاً بمقدار 250 مجم مرة يومياً لمدة ثلاثة أشهر أو أقل أحياناً ونتائجه جيدة ولكنه غالي الثمن، ويفيد الإيتراكونازول داخلاً أيضاً.

أما المعالجة البديلة فهي إعطاء الجريزوفولڤين ولمدة تزيد على 6 أشهر، وقد يحتاج ظفر الإبهام حتى السنة إلى السنة والنصف. ويمكن حل الأظفار المصابة بمركبات اليوريا بالإضافة للمعالجة الداخلية بالجريزيوفولڤين.

الطفحة الفطرية:

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

الورم الحبيبي لماجوشي:

مرض نادر جداً، يتصف بتشكل نسيج حبيبي فطري ويأخذ إكلينيكياً شكل عقيدات تسببه الشعرويات ويعالج بمضادات الفطريات داخلاً.

معالجة الفطارات الجلدية بالفطريات الجلدية:

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

الأدوية الداخلية :

الجريزيوفولڤين (Griseofulvin) : مضاد فطري يستخلص من المكنسية الجريزيوفولڤينية. يفيد ضد الفطريات الجلدية ولا يفيد في النخالية المبرقشة أو

الآفات المتسببة بالمبيضات البيض أو الفطريات المجموعية العميقة وتركيبه الكيماوي ($C_{17}H_{17}C_1O_5$) أما الآلية التي يؤثر بها الجريزيوفولڤين فغير واضحة بشكل كامل لكنه موقف للنمو الفطري، وغير مبيد لها ويدخل في الكيراتين الجلدي، وبهذا يدخل إلى الخيوط الفطرية ويؤدي إلى تخربها ووقف نموها.

ويرى بعضهم أنه يدخل إلى الجهاز الأنبوبي الفطري ويؤدي بذلك إلى إعاقة الانقسام الخلوي الفطري،ويؤدي أيضاً إلى خاصة مضادة للالتهاب ومضادة للانجذاب الخلوي للعَدِلات، وتوضعه في طلائع الكيراتين يعيق نمو الفطريات ويبقى وسطاً غير مساعد لانقسامها. يمتص الجريزيوفولڤين بشكل جيد إذا ما أخذ مع الأحماض الدهنية ويساعد العرق أيضاً على تكثيفه في الطبقة المتقرنة. تتراوح الجرعة اليومية منه بين 10-15 مجم يومياً/مجم من وزن الجسم وتختلف الجرعة منه بين الشكل الدقيق والمستدق منه.ولابد من إعطائه الفترة الكافية حتى الشفاء الكامل وهذا يستدعي فترة علاجية تختلف بين سعفة وأخرى والعقار آمن بوجه عام.

ومن تأثيراته الجانبية الصداع، والاضطرابات المعدية، والمعوية، وهي عابرة عادة. ومن تأثيراته الجانبية أيضاً اضطرابات عصبية خاصة التهاب أعصاب وهي نادرة جداً. وذكر أيضاً تفاعل مفرط الحساسية كالشرى، الحمامي عديدة الأشكال، داء المصل، انحلال البشرة السمي، وتفاعل سمي ضوئي، ونقص الكريات البيض، بيلة بروتينية وأسطوانية. ويفاقم العقار الذئبة الحمامية المجموعية والبورفيرية الجلدية المتقطعة ويتداخل الدواء مع الباربيتوريات وينقص من تأثير الوارفيرين ومن مضادات استطبابه النسبية الأذية الكبدية، والمطلقة البورفيرية المتقطعة والكبدية والحمل.

الإميدازولات (Imidazoles): وهي مجموعة من العقاقير مضادة للفطريات ومنها كيتوكونازول، تيابندازول، ميكونازول، كلوتريمازول، إيكونازول، سولكانازول والجلوكونازول وهي واسعة الطيف تفيد ضد الفطريات بما فيها المبيضات البيض، وتفيد أيضاً ضد بعض الجراثيم، ويستعمل بعضها موضعياً وداخلاً وبعضها موضعياً فقط، ومنها الذي يستعمل بشكل واسع في الوقت الراهن، الكيتوكونازول والإيتراكونازول.

الكيتوكونازول : مضاد فطري واسع الطيف ويستعمل بدلاً عن الجريزيوفولفين بخاصة في الحالات المعندة، ويعطى بمقدار 200-400 مجم يومياً، ومن تأثيراته الجانبية الصداع والغثيان، ولكن التأثير الجانبي الأهم هو التهاب الكبد، ولهذا يجب معايرة إنزيم ناقلة الأمين الألانينية ALT شهرياً، وإذا ما تضاعف رقمها يجب إيقاف الدواء، وفي الجرعات العالية يثبط تركيب الأندروجين.

الإيتراكونازول (Itraconazole) : وهو المجانس الجديد للأزولات ويشبه الكيتوكونازول بفعاليته لكنه أقل سمية والجرعة اليومية 50-100 مجم. والعقار غالي الثمن.

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

مركبات الأليلامين (Allylamines): وهي مضادات فطرية تعمل على تثبيط إنزيم إيبوكسيداز السكوالين (Sequalene epoxidase) أثناء تشكل الغشاء الخلوي الفطري. ومنها تيربينافين (Terbinafine) ويعطى بمقدار 250 مجم يومياً وأهم استطباباته فطارات الأظفار، والنكس فيه أقل من مضادات الأظفار الأخرى، ويستعمل موضعياً أيضاً على شكل كريمات والعقار غالي الثمن.

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

الفطارات الجلدية بالخمائر:

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

داء المبيضات (Candidiasis):

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

داء المبيضات الفموي (Oral candidiasis) :

ويسمى أيضاً السلاق الفموي (Oral thrush) والمرض شائع عند حديثي الولادة المولودين من أمهات حاملة للمبيضات البيض في المهبل، ويتصف لديهم بظهور بقع بيضاء على مخاطية الفم وقبة الحنك وعلى اللسان، تشبه خثارة الحليب (شكل 3-8)، وعندما تزال يبقى مكانها بقع حمامية. يمكن أن تمتد في الحالات الشديدة لتشمل البلعوم والمري والرغامى والقصبات، وقد تختلط بالتآكلات، وبالتحري المباشر نجد خيطان كاذبة.

تأخذ الإصابة نتيجة تناول الصادات، داء مبيضات ضموري حاد، وتلاحظ إصابة اللسان بشكل واضح. وفي الأعمار الأكثر من 30 سنة تأخذ شكل داء المبيضات مفرط التصنع المزمن أو طلوان المبيضات، ويشاهد في باطن الخدين واللسان، ويصادف الشكل الضموري المزمن من داء المبيضات عند الدرد والذين لديهم تعويضات اصطناعية سنية، وقد تصيب المبيضات الفم نتيجة تطبيق الستيرويدات الموضعية الفموية لعلاج بعض أمراض الفم.

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

المعالجة : تتجه المعالجة بالتهاب الفم بالمبيضات إلى حذف الأسباب المهيئة وإعطاء النستاتين أو الأمفوتريسين B . عن طريق الفم، ويمكن تطبيق بنفسجية الجنطيان بنسبة 0.5٪ موضعياً أيضاً. ويمكن استعمال الإيميدازولات داخلاً.

الشكل 3-8: سُلاَق فموي.

التهاب المهبل والفرج بالمبيضات (Candida Vulvovaginitis):

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

وتشكو المريضة من حس حرقان وحكة، لابد من الانتباه إلى التشخيص التفريقي عن التهاب المهبل بالمشعرات أو العدوى بداء السيلان وبالمتدثرات.

يعالج التهاب المهبل بالمبيضات بتطبيق مركبات الإيميدازولات أو بالحبوب المهبلية،ويمكن تطبيق محلول بنفسجية الجنطيان، ويوصى باستعمال النستاتين عن طريق الفم لمعالجة المبيضات في جهاز الهضم ومعالجة الشريك الجنسي وإبعاد العوامل المهيئة.

التهاب الحشفة بالمبيضات (Candida Balanitis):

أكثر ما يصادف عند البدينين وعند المصابين بتضيق القلفة والسكريين ويتصف ببقع حمراء على القلفة مع وجود مادة بيضاء. ويمكن أن يترافق بتورم القلفة مع تآكلات فيها.

يؤكد التشخيص بكشف المبيضات مباشرة، ولابد من استبعاد الأسباب الأخرى من التهابات الحشفة، ويمكن إجراء خزعة عند الضرورة. يعالج بمغاطس برمنغنات البوتاسيوم أو بمحلول بنفسجية الجنطيان 0.5٪ أو بمراهم النستاتين أو الإيميدازول ومعالجة الأسباب المهيئة للإصابة.

التهاب حول الشرج بالمبيضات:

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

داء المبيضات الحفاظي (Napkin Candidiasis) :

والمرض شائع عند الولدان، وتهيء للإصابة به الحفاظات الحديثة الكتيمة.وتؤدي إلى التعطن واحمرار منطقة الحفاظ. يمكن أن يأخذ أحياناً منظر صدفية.

ويقوم التدبير على تهوية الطفل ما أمكن، وتطبيق مضادات المبيضات موضعياً، ويمكن إعطاؤها أيضاً عن طريق الفم إذا ما ترافق بداء المبيضات في جهاز الهضم.

المذح بالمبيضات (Candida Intertrigo) :

المذح بالمبيضات شائع عند البدينين والسكريين ومضعفي المناعة وفي الطقس الحار بسبب التعرق الغزير. يصيب الثنيات وأخصها تحت الثديين والمناطق التناسلية والأرفاغ والإبطين وطيات البطن. ويتصف المذح باحمرار في الثنية ذي سطحين متقابلين مع شق مركزي أحياناً وقد توجد وسوف محيطية. يفرق عن التهاب الجلد التماسي والصدفية المقلوبة. ويعالج بمعالجة الأسباب المهيئة ويوضع الكريمات المضادة للفطريات، وقد يفيد ذر مساحيق مضادات الفطريات ويمكن تطبيق سائل كاستلاني و محلول بنفسجية الجنطيان المائي 0.5٪.

الداء الفوتي بالطوقيات (بالمونيليا):

وهو شكل خاص للمذح بين الأفوات وتهيء له البدانة والسكري واستعمال الماء بكثرة وعدم تجفيف اليدين والقدمين جيداً بعد الغسل. يتوضع في الفوت الرابع في القدم عادة وقد يمتد للأفوات الأخرى وفي اليدين في الفوت الثالث والرابع، وذلك بسبب الوضعية التشريحية المساعدة لنمو الخمائر. ويتظاهر بتعطن أبيض في الأفوات مع شق مركزي، ويمكن لبعض الجراثيم أن تساهم في أمراضه ويعالج بحذف الأسباب المساعدة ومضادات الفطريات موضعياً.

التهاب الأظفار وما حولها بالمبيضات:

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

تتورم طية الظفر وتحمر ويؤدي الضغط عليها إلى الألم وقد يؤدي لخروج نقطة قيح من تحت الجليدة، وقد يصاب أكثر من محيط ظفر. أما الظفر المصاب بالمبيضات فيأخذ المنظر نفسه تقريباً في فطارات الأظفار بالفطريات الجلدية، وقد

يأخذ لوناً أسود مخضراً نتيجة تداخل جراثيم الزائفة الزنجارية (*Pseudomonas aeruginosa*) وتؤدي الإصابة إلى حثل ظفري. ولا بد من تفريق إصابة الأظفار بالمبيضات عنها في إصابة الأظفار بالفطريات الجلدية. وتفريق الإصابة ما حول الظفر بالمبيضات عن الإصابات الجرثومية.

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

داء المبيضات الحبيبي أو العقيدي في منطقة الحفاض:

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

داء المبيضات الجلدي المخاطي المزمن (Chronic Mucocutaneous Candidiasis):

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

الأورام الحبيبية بالمبيضات :

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

النخالية المبرقشة (Pityriasis versicolor) :

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

المرض شائع في البلدان المدارية وتحت المدارية. ويصيب كلا الجنسين وتندر إصابته للأطفال وفي الأعمار المتقدمة، وأكثر ما يصيب الشباب. تحتاج المالاسيزية إلى بيئة حارة رطبة غنية بالدهن لإمراضها. ويكثر المرض عند المصابين بداء «كوشينج» والمصابين بالعوز الغذائي، ويبدو أن للحمل ومانعات الحمل دوراً مهيئاً للإصابة، ولكنه دور غير واضح.

الموجودات الإكلينيكية : تتصف النخالية المبرقشة بظهور بقع محدودة لونها بني، أو قد تكون محمرة قليلاً أو وردية اللون، عليها وسوف خفيفة. إذا ما كشطت ظهرت الوسوف بشكل واضح وتسمى علامة ضربة الظفر.

تتراوح أقطارها في البدء من بضعة ملمترات ولتتسع لتأخذ أقطاراً كبيرة، وقد تلتقي مع بعضها لتغطي سطوحاً واسعة من الجلد. يمكن أن تقصر وتصبح البقع بيضاء اللون وتسمى في هذه الحالة النخالية المبرقشة القاصرة (شكل 3-9)، وتعزى هذه التغيرات إلى تثبيط إنزيم التروزيناز بوساطة الأحماض الدهنية (C9-C11 حمض الأزياليك) التي تفرزها الخمائر، وتثبيط الإنزيم يؤدي إلى تثبيط تشكل الميلانين.

إن أكثر التوضعات للنخالية المبرقشة هي الظهر، الصدر، البطن (شكل 3-10)، وقد تصاب المنطقة الأنسية والعضدين والفخذين.

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

الشكل 3-9: نخالية مبرقشة قاصرة.

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

المعالجة : تعتمد المعالجة على طرق كثيرة، منها تطبيق سلفيد السيلينوم 2.5٪ على المناطق المصابة ليلاً وغسلها صباحاً أو تطبيقه كل يومين وغسله بعد 5-10 دقائق ولمدة أسبوعين.

ولمنع النكس يمكن تطبيقه مرة أو مرتين شهرياً ولعدة أشهر. يمكن أيضاً استعمال الشامبوات التي تحوي بيرتنيوم الزنك أو الكيتوكونازول، ويمكن تطبيق مركبات الإيميدازول. تترك المعالجة بالكيتوكونازول أو الإيتراكونازول داخلاً للحالات المعندة.

الشكل 3-10: نخالية مبرقشة.

عداوى الفطريات العميقة (Deep fungal infections):

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

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

داء الشعيات (Actinomycosis) :

العامل المسبب ليس فطراً وإنما جراثيم تؤدي لأمراض معدية مزمنة في منطقة العنق والوجه، الحنجرة والبطن، وهي جراثيم لاهوائية إيجابية الجرام ولها أشكال تصيب الحيوانات. تنتقل من النباتات إلى الجلد المتسحج. يتظاهر الداء في الآفات الوجهية العنقية بتورم في القسم السفلي من الوجه أو العنق، صلب، ينتفخ ويتنوسر ولا يترافق بضخامة عقد لمفية (شكل3-11).

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

يعالج بالبنسللين الفموي 4-6 جم/يومياً حتى الشفاء الكامل ويمكن إعطاء التتراسكلين أو الإريثروميسين في حالات التحسس نحو البنسللين.

الشكل 3-11: داء الشُعَيّات.

داء النوكارديات (Nocardiosis):

مرض معدٍ مقيح حاد أو تحت حاد وأحياناً ورم حبيبي كسبي، تتم العدوى به من خلال الطريق التنفسي ويصيب الرئتين مع انتشار دموي إلى الدماغ وتسببه الجراثيم النوكاردية النجمية *(Nocardia asteroides)* وتتواجد في التربة ويترافق بأعراض وعلامات تنفسية ودماغية وأعراض عامة. ويمكن أن يتظاهر بنواسير جلدية.

يتم التشخيص بكشف هذه الجراثيم بالطريقة المباشرة أو بالزرع ويعالج بمركبات السلفا أو بعض المضادات الحيوية الأخرى.

الورم الفطري (Mycetoma):

ويسمى أيضاً بالقدم المادورية (Madura foot)، وينجم عن عوامل ممرضة مختلفة جرثومية أو فطرية، وهي مرض معدٍ مزمن يصيب القدم والأجزاء السفلية من الساق ويندر توضعه خارج هذه الأماكن. تصيب العدوى الجلد والنسيج الخلوي تحته، وقد يصيب العظام، ويؤدي إلى تشكل خراجات ونواسير مع تورم واضح في منطقة الإصابة، وتسببه عدد كبير من العوامل الممرضة مثل الشعيات، النوكارديات، المادورية الشعية، وفطور المادوريلا. وتشاهد أكثر الإصابات لدى العمال الزراعيين.

يتم التشخيص بزرع عينات من قيح النواسير، ويعالج بالبنسللين لفترة طويلة أو بالسلفوناميدات أو بمركبات التتراسيكلين. ويمكن إعطاء الكيتوكونازول، وقد لا تجدي المعالجة ويصبح البتر هو العلاج.

داء المستخفيات (Cryptococcosis) :

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

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

داء الفطار البرعمي (Blastomycosis) :

وتسببه الفطريات البرعمية الجلدية، ويشاهد في أمريكا وأفريقيا، وله أشكال إكلينيكية وهي شكل رئوي بدئي شبيه بالتدرن، وشكل جلدي مزمن ويتظاهر بحطاطات وعقيدات جلدية في أماكن مختلفة من الجلد. يشخص مخبرياً ويعالج بالأمفوتريسين B عن طريق الوريد.

داء النوسجات (Histoplasmosis) :

توجد النوسجات في التربة وروث الحيوانات. وتدخل عن طريق الرئتين، وتتواجد إصاباته في أمريكا الشمالية، وقد يصيب أعضاء كثيرة ويختلف سيره من حالة إلى أخرى، ويصيب الجلد على شكل أورام حبيبية ويعالج بالأمفوتريسين B.

داء الشعريات المبوغة (Sporotrichosis) :

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

الملامح الإكلينيكية : يأخذ داء الشعريات المبوغة أشكالاً عديدة منها، داء الشعريات المبوغة اللمفي الجلدي، ويعرف بالشكل الورمي الحبيبي (شكل 3-12). يبدأ بعد دور حضانة مدته 3 أسابيع، ويأخذ في البدء عقيدة جلدية أو ما تحت جلدية، يمكن أن تتقرح، ثم تظهر على مسير الأوعية اللمفية عقيدات متعددة. يمكن أن يأخذ أيضاً شكل طفح ثؤلولي يحاط بسواتل تشبه الليشمانية الجلدية أو تدرن الجلد.

أما الشكل المنتشر فيأخذ شكل آفة جلدية أو آفات منتشرة في الجلد أو الأعضاء الداخلية وذلك بالانتقال بالطريق الدموي، وتتظاهر على شكل عقيدات يمكن أن تتنوسر (Fistulate). وهكذا يمكن أن تقتصر الإصابة على الجلد والأغشية المخاطية أو تصيب الأحشاء فقط والأخير شكل نادر جداً.

يبنى التشخيص على الصورة الإكلينيكية وزرع الفطر، من القيح أو من رشافة العقيدات وتفيد الخزعة أيضاً في التشخيص.يدخل في التشخيص التفريقي معه الفطارات الجلدية الأخرى، الزهري الثالثي، تدرن الجلد الثؤلولي، الرعام، الجُلاّد البرومي.

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

الشكل 3-12: داء الشعريات المبوغة.

الفصل الرابع

أمراض الجلد الجـــرثومية المعدية والسـاركـوئيـد

سندرس في هذا الفصل تقيحات الجلد وأمراض المتفطرات المعدية، وألحقنا به دراسة الساركوئيد، رغم عدم صلته بالإصابة الجرثومية.

تقيــح الجلـد (Pyoderma)
(أمراض الجلد بالجراثيم المقيِّحَة)

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

1 ـ النبيت المقيم (Resident Flora) :

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

نذكر من جراثيم النبيت المقيم كلاً من الجراثيم إيجابية الجرام، ومن بينها الجراثيم العدية البروبيونية، الجراثيم العنقودية البشروية، (من زمرة العنقوديات سلبية الكواجولاز المخثرة) والجراثيم سلبية الجرام. هذا ويشكل النبيت المقيم إحدى الطرق الرئيسة في مقاومة العدوى (مبدأ التداخل الجرثومي Bacterial interference).

2 – النبيت المنقول بالهواء (Airborne Flora):

ويدعى بالنبيت العابر أيضاً ويمثل الزمرة الممرضة التي تلوث الجلد الطبيعي، حيث إنها تتكاثر وتتضاعف عليه. وأهم جراثيم النبيت المحمول بالهواء العنقوديات المذهبة إيجابية الكواجولاز (Coagulase positive)، والتي غالباً ما تنتقل للجلد من البلعوم الأنفي(حملة الجراثيم) والمكورات العقدية المقيحة (الحالة للدم بيتا زمرة A).

تدعى الجلادات الناجمة بشكل بدئي عن العوامل الممرضة المفوعة، بخاصة العقديات والعنقوديات، بتقيحات الجلد (عدوى الجلد بالجراثيم المقيحة)، أما عندما يحدث التقيح على أفة جلدية سابقة فيطلق عليه التقيح الثانوي مثل تقوبؤ الإكزيمة. هذا وإن العدوى الجرثومية قد تصيب كل من البشرة، ملحقات الجلد (الجريبات الشعرية الزهمية، الغدد العرقية)، الأدمة أو النسيج الخلوي تحت الجلد.

القوباء السارية (Impetigo Contagiosa):

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

القوباء السارية (غير الفقاعية) (Non-bullous impetigo)، والقوباء الفقاعية.

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

أ- القوباء السارية (غير الفقاعية) : تدعى أيضاً بالقوباء السارية ذات الحويصلات الصغيرة. تحدث القوباء ذات الحويصلات الصغيرة بالعقديات بشكل رئيسي بخاصة الزمرة "A" منها. وقد تكشف العنقوديات أحياناً. أما مصدر العدوى فيتم عن طريق الحاملين للجراثيم في منطقة البلعوم الأنفي وينتقل المرض بالتماس المباشر من شخص لآخر.

الموجودات الإكلينيكية : يصيب المرض أي جزء من الجسم (شكل 4-1)، لكن المناطق غير المستورة هي المناطق الانتقائية للمرض، حيث يتظاهر المرض ببقع حمراء صغيرة - يظهر عليها حويصلات رائقة ذات جدار رقيق يتمزق بسرعة ليخرج منه نضحة، لا تلبث أن تجف مشكلة جُلْبَة (Crust) صفراء عسلية. هذا وقد يستمر الداء إذا لم يعالج مدة طويلة يمكن أن يحدث خلالها التهاب كبيبات الكلى (التهاب الكلية القوبائي) والذي قد يشاهد عند 4٪ من المرضى.

شكل 4-1 : قوباء سارية على الوجه.

المعالجة : تزال الجلب بوضع ضمادات مطهرة، كما تساعد المعالجة الموضعية بالمراهم المضادة للجراثيم على شفاء الآفة، كما قد نستعين بالمعالجة المجموعية إضافةً للموضعية في معالجة القوباء عندما تكون منتشرة، حيث يعطى البنسللين عن طريق الفم وبالمقادير المناسبة لعمر المريض في العدوى بالعقديات أو العنقوديات الحساسة للبنسللين، وإذا شككنا بوجود عنقوديات مقاومة للبنسللين فعندها يجب استعمال مشتقات البنسللين المقاومة للبنسلليناز مثل الأوكساسللين أو الكلوكساسللين أو المضادات الحيوية الأخرى المناسبة.

ب ـ القوباء الفقاعية:

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

التظاهرات الإكلينيكية : تتظاهر بتشكل فقاعات رخوة على بقع حمامية، وعندما تتفجر الفقاعات فإنها تتكشف عن سطح احمراري متآكل ذي منظر رطب لا يلبث أن يستتر بجلب ذات كثافة أقل من الجلب التي تحدث في القوباء ذات الحويصلات الصغيرة.أما سير هذا الشكل من القوباء فلا يحدث فيه مضاعفات إلا إذا كان انتشار المرض واسعاً وترافق بتشكيل سطوح متآكلة و قد يؤدي ذلك إلى امتصاص الذيفانات (Toxins) السمية.

المستقبلية: لقد كان هذا المرض سابقاً يهدد حياة الولدان بنسبة 70٪ من الحالات أما في الوقت الحاضر فإن المعالجة بالمضادات الحيوية وتطهير الحبل السري وضع حد لحدوث تلك المضاعفة.

المعالجة : هي معالجة القوباء نفسها ذات الحويصلات الصغيرة.

متلازمة الجلد المسموط العنقودي

:Staphylococcal Scalded Skin Syndrome (SSSS)

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

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

تتظاهر هذه المتلازمة بطفح شبيه بطفح القرمزية. يبدأ الطفح حول الفوهات، ويمتد بسرعة، تكون علامة «نيكولسكي» إيجابية . ثم تظهر خلال 24-48 ساعة فقاعات كبيرة رخوة تتمزق بسهولة تاركةً سطوحاً بشروية حمراء متآكلة في جميع أنحاء الجسم، ويشبه هذا حرق الدرجة الثانية (شكل 4-2). ونادراً ما تصاب الأغشية المخاطية.

الباثولوجيا : تشاهد الشقوق البشروية منحلة الأشواك في أعلى البشرة ضمن الطبقة الحبيبية، ولا يشاهد نخر خلوي وبذلك يمكن تفريق هذه المتلازمة عن متلازمة «لايل» الناجمة عن تناول الدواء حيث تتشكل الشقوق والتنخر أسفل البشرة.

المعالجة : تقوم المعالجة المجموعية على إعطاء الصادات (بنسللين مقاوم للبنسليناز ـ الإريثروميسين ـ والسيفالوسبورين) وينتبه إلى اضطراب الأيونات وتعالج بالمعالجة المناسبة.

شكل 4-2 : متلازمة الجلد المسموط.

الإكثيمة (Ecthyma) :

الإكثيمة هي مرض معدٍ تقيحي يصيب الجلد، تبدأ ببثرة كبيرة لا تلبث أن تتقرح وتتغطى بجلبة سمراء. أما أكثر المناطق التي تتوضع عليها الإكثيمة فهي الأطراف السفلية (شكل 4-3) والفخذين والإليتين، وهي أعمق في الجلد منها في القوباء السارية. تنجم الإكثيمة كما في القوباء السارية عن المكورات العقدية أو العنقودية أو كليهما، ومن العوامل المؤهبة لهذا المرض عدم الاعتناء بالنظافة، وسوء التغذية. هذا وتشفى الآفة تاركةً ندبة خلفها عادة.

المعالجة : تقوم المعالجة على تنظيف الناحية المصابة وتطبيق مراهم المضادات الحيوية، إضافة لإعطاء المضادات الحيوية المناسبة داخلاً.

شكل 4-3 : الإكثيمة

التهاب الهلل (Cellulitis):

هو التهاب، قد يكون حاداً، تحت الحاد أو مزمناً، يصيب النسيج الضام، بخاصة النسيج الخلوي تحت الجلد، وينجم عن المكورات العقدية المقيحة، ويحدث

كمضاعفة لجرح أو تقرح أو آفة جلدية أخرى. هذا ولا يوجد هنالك ثمة تفريق واضح ما بين التهاب الهلل والحمرة، لكن الأخيرة تتصف بأنها أكثر سطحية، وحدودها تكون واضحة ومحددة عادة.

الموجودات الإكلينيكية : تعتمد الموجودات الإكلينيكية على مدة العدوى، كما وتتصف جميع الحالات باحمرار، وحساسية للألم، وانتفاخ، إضافة لانتشار حمامي (Erythema) حول الجرح أو التقرح مترافقة بحرارة ودعث. إن التفريق ما بين التهاب الهلل والحمرة لا يخلو من الصعوبة،كما ذكرنا، أما معالجته فهي نفس معالجة الحمرة.

الحمرة (Erysipelas)

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

التظاهرات الإكلينيكية : تبدأ العدوى بعد فترة حضانة تتراوح ما بين بضع ساعات إلى يومين من دخول الجراثيم عبر جرح في الجلد أو رض، حيث ينتشر الالتهاب عبر الأوعية اللمفاوية، وتتشكل بسرعة صفحة احمرارية موضعة، ذات حواف محددة (شكل 4-4)، كما تكون المنطقة المصابة حارة، إضافة لتورم مؤلم في العقد اللمفية، يسبق بدء المرض أعراض متقدمة تتجلى بدعث نوافض، صداع، حرارة عالية قد تصل إلى 40° إقياءات، وآلام مفصلية، كما يزداد عدد الكريات البيض. هذا وقد تحدث في الأشكال الشديدة من الحمرة إصابة وعائية تنجم عن الصمة (Embolus) وعدوى الدم.

المضاعفات: نذكر من المضاعفات بخاصة عند رجوع الحمرة، الفيل والذي ينجم عن انسداد الأوعية اللمفية بخاصة عند السكريين أو الذين يعانون من اضطرابات دورانية شريانية، كما نذكر من المضاعفات النادرة، التهاب القلب، التهاب الشغاف، التهاب التامور، التهاب كبيبات الكلى، والالتهاب الرئوي.

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

شكل 4-4 : الحُمْرَة.

التهاب الجريبات (Folliculitis) :

المرادفات : قوباء بوكار - التهاب فوهات الجريبات.

هو عدوى الجريبات الشعرية بالمكورات العنقودية المذهبة إيجابية الكواجولاز.

الموجودات الإكلينيكية : يتظاهر المرض ببثرات صغيرة تحيط بالأشعار، كما تحاط البثرات الصفراء نصف الكروية بهالة حمامية التهابية. هذا ويؤدي تمزق البثرات لتشكل جلبات بعد عدة أيام.

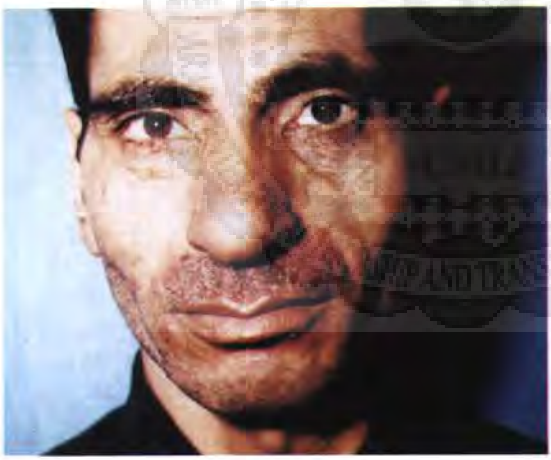
أما المناطق الانتقائية لهذه الآفة الشائعة عند الذكور فهي : الوجه، الفروة، الأطراف، والإبط. ومن العوامل المؤهبة لهذا الالتهاب : التعرق الشديد، والرطوبة والتعطن (كاستعمال ضمادات كتيمة) وتأذي المناعة الناجم عن المعالجة الموضعية بالستيرويدات القشرية.

المعالجة : تقوم المعالجة على تجفيف البثور بعوامل مجففة ومطهرات خارجية مثل البولي فينل بيروليدون أيودين. كما يجب الابتعاد عن تهييج الجلد كحكه أو تفريكه منعاً لانتشار العدوى ـ كما تعطى المضادات الحيوية في الحالات الشديدة.

التينة (Sycosis) :

هي عدوى تحت الحادة أو مزمنة لعمق الجراب، يظهر عند الذكور فقط وذلك بعد البلوغ، وينجم عن المكورات العنقودية المذهبة، وتظهر بخاصة على منطقة اللحية، الشفة العليا كما أنه يمكن أن يصيب منطقة العانة.

يبدأ المرض بحس حرق يعقبه احمرار مع وذمة وحطاطات وبثور تحيط بالأشعار (شكل 4-5) كما وقد تتلاقى الوذمات المحيطة بالجريبات محدثة لويحة مرصعة ببثور تشبه ثمرة التين.



شكل 4-5 : التينة العنقودية.

أما الأشعار المحاطة بالبثور فتصبح مخلخلة سهلة الاقتلاع. هذا ويؤدي تخرب الجريبات في الشكل الذئبي للتينة للتندب. كما قد تترافق الأشكال الشديدة لهذه الآفة بالتهاب حواف الأجفان والملتحمة. يجب تفريق التينة ذات المنشأ العنقودي عن التينة الفطرية.

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

التهاب الجريبات الكاذب (Pseudofollculitis):

هي آفة شائعة لدى الشباب بخاصة شباب العِرْق الأسود، وتتظاهر بحطاطات وبثور وأحياناً تندب، مع تشكلات جدرية وتصبغات كاذبة من جراء انغراز الأشعار القاسية والمجعدة مع تفاعل التهابي لجسم أجنبي (شكل 4 - 6). تؤدي الحلاقة الرطبة إلى حدوث ذروة حادة في الشعرة القاسية والمجعدة في اللحية وما تحت الفك والنقرة، حيث تنغرز تلك الأشعار وتنفذ عبر الجريب.

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

شكل 4 - 6 : التهاب الجريبات الكاذب.

الدمل (Furuncle) :

الدمل هو عدوى حادة نخرية عميقة، يصيب عادةً الجريب الشعري، بالمكورات العنقودية المذهبة إيجابية الكواجولاز.

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

يبدأ الدمل ببثرة صغيرة صفراء تتطور بسرعة إلى التهاب جريبات عميق والتهاب ما حول الجريبات (شكل 4-7) مؤدياً لتشكل تورم التهابي حمامي، مؤلم بالضغط، وبعد ذلك تتشكل جلبة مرض البثرة البدئية. يتصف الدمل بإيلامه بخاصةٍ عندما يتوضع على مناطق رقيقة اللحافات، كجلد الأنف، كما يترافق الدمل بحرارة موضعية.

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

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

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

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

أما معالجة الدمال أو الجمرة الحميدة فتقوم على نفي أو استبعاد وجود سكري أو أي سبب آخر مهيئ لهما. كما وتقوم على تطبيق المطهرات خارجياً واعطاء المضادات الحيوية مثل الإرثروميسين أو البنسللين المقاوم للبنسليناز كالكلوكساسيللين داخلياً.

شكل 4-7 : دمل.

التهاب الغدد العرقية القيحي (Hidradenitis Suppurativa) :

يعرف هذا الالتهاب باللغة العامية بعروسة الإبط، وهو التهاب مزمن نخري شبيه بالدمل، وينجم عن المكورات العنقودية المذهبة إيجابية الكواجولاز وأكثر ما يحدث تحت الإبطين (شكل 4-8)، الناحية المغبنية وحول الشرج وهي المناطق التي توجد بها الغدد العرقية المفترزة.

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

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

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

المعالجة : تقوم المعالجة الوقائية عن الامتناع من نتف الأشعار ورض المنطقة. أما المعالجة الشافية فتقوم على شق الخراج في حال تشكله وإعطاء المضادات الحيوية. كما قد تتحسن الحالة باعطاء الإيزوتريتنوين.

أما المعالجة الموضعية فتقوم على تطبيق المطهرات أو مراهم المضادات الحيوية.

شكل 8-4 : التهاب غدد عرقية تقيحي.

بعض الأمراض الناجمة عن الجراثيم الوتدية

Some Diseases Due To Corynebacterium

سنذكر باختصار بعضاً من الأمراض الجلدية الناجمة عن الجراثيم الوتدية.

الوذح (Erythrasma):

هو التهاب جلد الثنيات الجرثومي اللاعرضي الناجم عن الجراثيم الوتدية الدقيقة وهي جراثيم مولدة للبرفيرين، لذا تبدو الآفة حمراء متألقة بأشعة «وود». يتظاهر الوذح بلطخات وسفية جافة، بنية اللون، ذات حدود صريحة تتوضع على منطقة الثنيات التناسلية (شكل 4-9) الفخذية وتحت الإبطين وتحت الثديين ومنطقة السرة والمناطق ما بين أصابع القدم.

شكل 4-9 : وذح.

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

التشخيص التفريقي : يفرق الوذح عن كل من سعفة الأرفاغ، التهاب الجلد المثي، الصدفية المقلوبة، وداء المبيضات.

المعالجة : لم تعد المعالجة الشائعة باستعمال الإريثروميسين ضرورية في أغلب الأحيان بل يقتصر حالياً في معالجة الوذح على تطبيق مركبات الأزول، أو المضادات الحيوية الواسعة الطيف على شكل كريمات أو دهونات خارجياً.

الفطار الشعري الإبطي (Trichomycosis Axillaris) :

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

المعالجة : تتضمن المعالجة على الاستحمام اليومي بالصوابين المطهرة أو المطهرات الحمضية بالسيطرة على التعرق والتخلص السريع من هذه الحالة، إضافة لحلق أشعار المنطقة المصابة حيث يسرّع بالشفاء.

انحلال الطبقة القرنية المنقر (Pitted Keratolysis) :

هو عدوى في الطبقة السطحية للمناطق الحاملة لثقل الجسم في الأخمصين بالجراثيم الوتدية أو جراثيم أخرى مثل المجتلدة الكونغولية (*Dermatophilus congolensis*).

تكثر الإصابة بهذا المرض بين الرجال بخاصة الذين يعانون من فرط تعرق أخمصي خلال الطقس الحار الرطب، أو الذين يستعملون الأحذية الكتيمة (الأحذية المطاطية). وهو شائع الحدوث في المنطقة المدارية وما تحت المدارية.

التظاهرات الإكلينيكية : يشاهد غالباً فرط تعرق مع زرقة الأخمصين، حيث يصبح لون الطبقة المتقرنة أبيض، كما تتغطى هذه المنطقة البيضاء المتعطنة تدريجياً بتآكلات سطحية (قدها 1-3 مم) تتداخل مع بعضها محدثة سطوحاً تآكلية واسعة غير منتظمة.

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

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

أمراض المتفطرات (Mycobacterial Diseases) :

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

وهذه المتفطرات تتصف بمقاومتها للحمض والكحول، ليست لديها قابلية للحركة ولا تشكل أبواغاً، وتتلون بطريقة «تسيل ـ نلسن».

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

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

التظاهرات الإكلينيكية لتدرن الجلد :

يصنف تدرن الجلد تبعاً لشكل الآفة وللاستجابة المناعية للمضيف وكذلك طريق وصول العصيات التدرنية للجلد. وقد اتبعنا تصنيفاً يعتمد العامل الأخير وهو :

1 ـ التلقيح الخارجي ويشمل القَرْح الدرني، التدرن الثؤلولي، وبعض حالات الذئبة الشائعة.

2 ـ المصدر الداخلي ويشتمل الخنزرة وتدرن الفوهات.

3 ـ التدرن الدموي وينتشر إلى الجلد بالطريق الدموي ويضم التدرن الدخني الحاد أو الذئبة الشائعة والخراجات الدرنية الانتقالية.

4 ـ الطفحات الدرنية منها الطفحة الحطاطية النخرية الدرنية، الحزاز الخنزري والحمامى الجاسئة.

القَرْح الدرني (Tuberculous Chancre) :

يعد من الأشكال النادرة في الوقت الحاضر. وينتج القرح الدرني من دخول عصية التدرن في الجلد عند مريض لم يتعرض سابقاً لهذه العصية، وذلك عن طريق الختان، الوشم، التماس المباشر مع مريض مصاب بالتدرن وغيرها. ويبدأ القرح التدرني بحطاطة صغيرة قاعدتها نزفية مكان دخول العصية التدرنية، تتقرح بسرعة وتترافق بضخامة عقدية موافقة وبعد 3 - 6 أسابيع، يتندب القرح عفوياً، ونادراً ما يتطور إلى ذئبة درنية ولا حاجة عادة للمعالجة إلا إذا حدثت مضاعفات.

التدرن الثؤلولي (Warty Tuberculous) :

ينجم عن تلقيح بعصية التدرن عند شخص تعرض سابقاً لها، وتدخل من خلال جرح صغير أو أذية جلدية، ويصاب بهذا الشكل من التدرن القصابون، الأطباء البيطريون وعمال المسالخ والمزارعون أو العاملون الطبيون في المستشفيات. وقد يصيب جلد المصابين بالتدرن حيث تتلوث جلودهم بالبلغم. وأكثر ما يشاهد على

اليدين أو القدمين. والآفة وحيدة الجانب عادة، ويتصف بلويحة ثؤلولية الشكل، غير منتظمة الحدود يمكن أن تضمر في المركز وتحاط بمنطقة التهابية، ونادراً مايترافق بضخامة عقدية. يجب أخذ الخزعة عميقة نسبياً وتبدي آفات درنية دون تجبن مع فرط تنسج بشروي ظهاري وفرط تقرن شديد ونظير تقرن، ويدخل بالتشخيص التفريقي التآليل والجلاد البرومي والفطار البرعمي ويصعب كشف العصية الدرنية. وتكون المعالجة بمعالجة التدرن بشكل عام.

خنازير الجلد (التدرن الجلدي : Scrofuloderma) :

تنجم خنازير الجلد عن إصابة العقد اللمفية بعصية التدرن التي تأتي من منشأ داخلي عادة. يحدث تدرن الجلد عادةً في المنطقة تحت الفكية والعنق وفوق الترقوة (شكل 4 - 10)، وقد تظهر في مناطق أخرى إذا كان الانتقال العصوي عن طريق الدم. تتصف خنازير الجلد بعقدة أو عقد التهابية تحت الجلد، ثم تتقرح وتتنوسر، وتبقى التقرحات والنواسير لفترة طويلة، تفرغ نجيجاً قيحياً أو متجبناً، وعندما تتراجع تترك ندبات مشوهة تدل عليها. تعالج خنازير الجلد معالجة التدرن بوجه عام.

تدرن الفوهات (Orificial Tuberculous) :

يصيب الأغشية المخاطية للفوهات والجلد الذي حولها وذلك مكان طرح المفرزات الغنية بالعصيات التدرنية عند المصابين بتدرن داخلي، كما في جوف الفم والشفتين في التدرن الرئوي أو في صماخ الاحليل كما في تدرن الكلية والمستقيم والشرج والمناطق المحيطة في التدرن المعوي.

تبدأ الإصابة ببثرة تتقرح، وتكون التقرحات صغيرة وسطحية وشكلها غير منتظم، ثم تتسع، وتكون عادة مؤلمة وغنية بالعصيات حيث يمكن كشفها. وتبدي الخزعة موجودات غير نوعية وتشخيصها سهل فيما إذا عرفت الاصابة الداخلية. والمآل عادة سيء وتعالج معالجة التدرن.

الذئبة الشائعة (Lupus Vulgaris) :

تعد الذئبة الشائعة أكثر أشكال التدرن مشاهدة. وكان المرض شائعاً في الماضي ولكنه أصبح نادراً في جميع البلدان المتطورة، وأصبحت مشاهدته في بلادنا نادرة جداً في الوقت الحاضر، يصيب جميع الأعمار وأكثر ما يشاهد عند النساء، والداء مزمن يستمر لسنوات وعقود إذا لم يعالج. تصل العصية فيه إلى الجلد بعدة طرق بالطريق الدموي أو اللمفي عند المصابين بتدرن داخلي أو عن طريق التلقيح الخارجي، ومن العوامل المساعدة والمهيئة للاصابة، استعداد المريض.

وتعد أهم المناطق المعرضة للاصابة المناطق القاصية حيث يتناقص الدوران كما في الأنف والوجه (شكل 4 -11) إضافة للأذن، الأوجه الانبساطية من الأطراف والأليتين والثديين، ونادراً ما تصاب الأغشية المخاطية.

تبدأ الآفة بالدرنة وهي حطاطة صغيرة تكون فيها ظاهرة المسبار إيجابية، ويمكن أن تأخذ شكل لويحة على الأنف أو الخد. تتسع تدريجياً وتبدو الدرنات في محيطها، ولتترك ندبات في المركز. ويعطي ضغط الدرنات بصفيحة زجاجية منظر جلد التفاح. تأخذ الذئبة الشائعة أشكالاً أخرى منها الذئبة التقرحية، الذئبة الشائعة الثؤلولية والتقشرية. يمكن أن تنشأ سرطانة حرشفية الخلايا على ندبات الذئبة الشائعة. تتصف الذئبة الشائعة باثولوجياً بالأورام الحبيبية الدرنية المتوضعة في الأدمة مع تجبن مركزي وبندر مشاهدة العصيات التدرنية فيها وتعالج معالجة التدرن.

التدرن الدخني الحاد (Acute Miliary TB) :

وهو شكل نادر يشاهد عند الأطفال الصغار مثبطي المناعة عادة، أما بؤرة الإصابة الداخلية فهي السحايا أو في الرئتين ويتألف الطفح من عقيدات، حطاطات أو حويصلات وبثرات، تفاعل التوبركلين سلبي فيه عادة والعصيات فيها كثيرة.

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

شكل 4-10 : خنازير الجلد.

شكل 4-11 : ذئبة شائعة.

الطفحات الدرنية
The Tuberculide

من هذه الآفات الحزاز الخنزري والطفحة الدرنية الحطاطية النخرية والحمامى الجاسئة لبازان. وتعزى هذه الآفات إلى انتشار عصيات السل بالطريق الدموي عند مرضى ذوي مناعة عالية نسبياً. ولقد أمكن كشف العصيات الدرنية في آفات هذه الأشكال بوساطة تفاعل سلسلة البوليمراز (PCR) تستجيب هذه الآفات بسرعة للمعالجة الدرنية ويكون تفاعل التوبركلين فيها إيجابياً بشدة.

الحزاز الخنزري (Lichen Scrofulosorum) :

طفح نادر الأعراض، يتظاهر بحطاطات دقيقة مجتمعة تتحد مع بعضها وتشكل لويحات بقطر 0.5 - 3 سم والحطاطات مؤنفة جريبية لونها أصفر بني، أكثر توضعاتها على المناطق الجانبية من الجذع يمكن أن تشفى عفوياً.

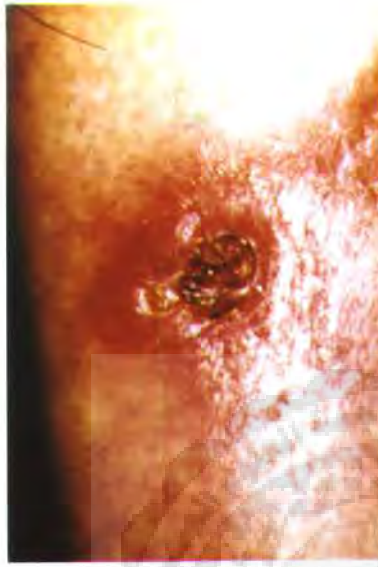
الطفحة الدرنية الحطاطية النخرية (Papulonecrotic tuberculid) :

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

الحمامى الجاسئة لبازان (Erythema induratum of Bazin) :

مرض مزمن يتظاهر بعقيدات التهابية عميقة صلبة، عند النساء في منتصف أعمارهن ويكون حجمها بحجم الحمصة إلى الكرزة (شكل 4-12). تكون طرية في مركزها. ويمكن أن تتقرح وقد تترافق بآفة سلية داخلية فعالة أو آفة كامنة، ويجب تفريقها عن التهابات السبلة الشحمية المختلفة وتعالج معالجة التدرن.

معالجة تدرن الجلد :



شكل 4- 12 : حمامى جاسئة لبازان

تقوم معالجة تدرن الجلد على المعالجة الرباعية بالأيزونيازيد والريمفامبيسين والبيرازيناميد والإيثامبيتول. يعطى الأيزونيازيد 300 مجم يومياً ولابد من إعطاء الثيتامين B_6 معه.

أما الريمفامبيسين فيعطى منه 450-600 مجم يومياً، ومن البيرازيناميد 1.5جم يومياً ومن ايثامبيتول 15 مجم/كجم وتعطى أربعة عقارات مدة شهرين ويستمر بإعطاء الأيزونيازيد والريمفامبيسين لمدة 4 أشهر أخرى وقد تستمر المعالجة بهما حتى تسعة أشهر. ويجب الانتباه للتأثيرات الجانبية لكل من هذه العقاقير.

الجـذام (Leprosy):

ويسمى أيضاً داء هانسن وهو مرض عدوائي مزمن تسببه المتفطرة الجذامية، ولقد كان المرض كثير الانتشار في جميع أرجاء المعمورة في القرون الوسطى، ومنها أوروبا ولكن المرض أخذ بالانحسار تدريجياً، ولكنه يتواجد حالياً في البلدان الاستوائية والقريبة منها، ويقدر عدد المصابين بنحو 12 مليون مصاب في العالم، غالبيتها في أفريقيا وأميركا الجنوبية والهند وجنوب شرق آسيا.

يصيب الجذام كل العروق والأعمار، لكن أكثر الأعمار إصابة العقدين الثاني والثالث، وتندر أن تصادف الإصابة تحت سن السنتين من العمر. ولقد بنيت بعض الدراسات الاستعداد الوراثي HLA - A9، HLA - B8 . يستغرق دور الحضانة في

الجذام وقتاً كبيراً يتراوح بين 2 - 30 سنة لكنه يبلغ وسطياً 5 سنوات، ولا يعرف كيفية انتقال الداء بشكل كامل،ويرجح أنه ينتقل عن طريق جهاز التنفس، وقد يكون أيضاً عن طريق الجلد المسحج، وتحتاج العدوى لوقت طويل من التماس مع المرضى.

تصنيف الجذام : يصنف الجذام تبعاً للناحية الإكلينيكية والهستوباثولوجية والمناعية إلى قطبين رئيسيين : الجذام الدرني والجذام الورمي. وبين هذين القطبين أشكال هي الجذام غير المحدد والجذام البين - بيني.

الجذام الدرني (Tuberculoid leprosy) :

يبدأ هذا الشكل ببقع حماميه وبقع عديمة الحس تميل إلى الشفاء المركزي مع نقص صباغ وضمور خفيف فيها، ويتراوح عددها بين واحدة وعدة بقع، وهي غير متناظرة حدودها واضحة (شكل 4-13) وقد تكون مرتفعة في محيطها. يمكن للأعصاب المحيطية أن تتضخم ويمكن جسها وبخاصة العصب الزندي في المرفق.

شكل 4-13 : جذام درني.

وتختلف شدة إصابة الأعصاب بين الجذام الدرني، حيث تكون الاصابة العصبية شديدة مقارنة مع الجذام الورمي. وتؤدي الإصابة العصبية إلى إصابة العضلات. وإن إصابة أعصاب الوجه تؤدي إلى خدر الوجه، انسدال الأجفان العلوية وجمود تعابير الوجه (السحنة الأنطونية).

وقد تتطور إصابة الأعصاب وبالتالي العضلات إلى ضمور الضرة وأخذ اليد وضعية المخلب، ويتعرض المصاب إلى قرحات ثاقبة (الداء الثاقب). تكون مناعة العضوية جيدة تجاه العصية الجذامية ولذلك يكون تفاعل متسودا إيجابياً (تفاعل اللبرومين). تكون العصيات في الآفات قليلة. وذكرت حالات من الجذام العصبي دون إصابة جلدية واضحة.

الجذام الورمي (Lepromatous Leprosy) :

تكون الأطفاح الجلدية متعددة، منتشرة، ومتناظرة غالباً، تتألف من بقع ولويحات حمامية أو ناقصة الصباغ وحطاطات وعقيدات (جذمومات) غير واضحة الحدود. تتوزع في المناطق الباردة من الجلد وتغيب عادة من المناطق الدافئة وتشكل على الوجه ما يسمى «الوجه الجذامي» وذلك من جراء الارتشاحات الجذامية والعقيدات على الوجه وصيوان الأذن (شكل 4-14)، كما يصاب جانبا الحاجبين بالحاصة، بينما تبقى أخاديد الوجه عادة سليمة، وقد تؤدي الإصابة بالجذام الورمي إلى تخرب الحاجز الأنفي، وانخماص قوس الأنف مما يؤدي ذلك إلى رعاف وصعوبة التنفس الأنفي، تصاب العينين أيضاً وتؤدي إلى ارتشاح الأجفان وإصابة الكرة العينية مما يؤدي إلى اضطراب الرؤية. تكون الإصابة العصبية أقل مما هي عليه في الجذام الدرني.

وتختلف آلية تخرب الأعصاب في هذا الشكل مما هو عليه في الجذام الدرني، حيث تكون كميات العصيات كثيرة جداً ويتأخر اضطراب الحس في الجذام الورمي ويكون متناظراً. يكون جلد المصابين جافاً، وبسبب كثرة العصيات عند المصاب تصاب الأجهزة الداخلية، ومنها العقد اللمفية والأغشية المخاطية والكبد والطحال والغدد الصماوية حيث تؤدي إلى أعراض بحسب العضو المصاب.

يوجد شكل منتشر من الجذام الورمي يسمى جذام «لوسيو» (Lucio) أما ظاهرة «لوسيو» فتتجلى بظهور فقاعات وتنخر جلدي يؤدي إلى تقرحات عميقة تتراجع تاركةً ندبات جادعة.

يكون لدى مرضى الجذام الورمي اضطراب مناعي شديد يشبه إلى حد ما ما يوجد لدى المصابين بعوز المناعة المكتسب، كما يوجد لديهم فرط جلوبولينات عديدة النسائل مؤدياً إلى إيجابية في الاختبارات المصلية والتهاب المفاصل الروماتويدي والذئبة الحمامية، كما تضطرب وظيفة البلاعم عندهم، حيث لا يمكن للبلاعم من قتل عصيات الجذام. وتعزى اضطراب هذه الوظيفة ووظيفة اللمفاويات إلى منتجات العصيات من الجليكوليبدات الفينولية ـ1 ومواد شحمية تؤثر في هذه الوظاف. هذا وتقل كمية السيتوكينات عند المصابين بالجذام الورمي مقارنة مع الدرني وكذلك، إنترلوكين 2 والإنترفيرون جاما في الأدمة.

الجذام البين ـ بيني (Borderline Leprosy) :

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

يتصف الجذام الدرني البين ـ بيني بأن المناعة فيه لا تضطرب، غير أن الأطفاح تشبه أطفاح الجذام الدرني، لكنها أكثر عدداً، مع توابع لها إضافة لأنها قد تكون متناظرة، وذات محيط ساعي (شكل 4-15).

أما الجذام البين ـ بيني فهو نادر وأطفاحه كثيرة وذات أشكال متعددة : تشبه بالجبن السويسري كما أنه يشبه في أعراضه حداً وسطاً بين القطبين الكبيرين.يكون تفاعل اللبرومين في الجذام البين ـ بيني الورمي سلبياً، كما ويتصف بكثرة أطفاحه وهي صغيرة عادة وعديدة الأشكال. كما أنه غني بالعصيات ولكن بدرجات أقل من الجذام الورمي.

شكل 4-14 : جذام ورمي.

شكل 4-15 : جذام بين – بيني

الجذام غير المحدد (Indeterminate leprosy) :

وهو شكل من الجذام الباكر يصيب غالباً الأطفال ولم تحدد فيه الحالة المناعية تجاه المرض وهو في مراحله الباكرة يتصف ببقعة ناقصة الصباغ أو حمامية قليلاً مع اضطراب حس خفيف فيها.

تفاعل اللبرومين :

يتم بحقن الأدمة بخلاصة عصيات الجذام المقتولة بالحرارة وتقرأ النتيجة بعد 3 - 4 أسابيع، ويكون إيجابياً في الجذام الدرني وسلبياً في الورمي وإيجابياً أو سلبياً في الجذام البين- بيني.

تفاعلات الجذام

تحدث عادةً في بدء المعالجة وتتضمن نمطين :

النمط الأول وأكثر ما يصادف في الجذام الورمي. تزداد فيه خلايا +CD4 وهو متواسط بالخلايا، أما النمط الثاني فيحدث كتفاعل «أرتوس» ويؤدي إلى التهاب أوعية بالمعقدات المناعية، كما ويؤدي إلى الحمامى العقدة الجذامية بالإضافة إلى الأعراض العامة. كما وتحدث ظاهرة «لوسيو» مع تقرحات نخرية، تشاهد في أمريكا اللاتينة.

الباثولوجيا:

تشاهد في الجذام الدرني تشكل أورام حبيبية ظهارية وقد تكون حول الأوعية والأعصاب في الجلد، كما تحاط برشاحة التهابية لمفية وتكون خلايا «لانجهانس» كثيرة والأعصاب متخربة أو متوذمة. أما في الجذام الورمي فتشاهد الخلايا الرغوية البلاعمية (فيرشوف) مع منطقة حرة تحت البشرة، وبتلوين المحضر بطريقة (Fite) تشاهد العصيات الجذامية بأعداد كبيرة، كما لا تكون الخزعة نوعية في الجذام غير المحدد.

التشخيص والتشخيص التفريقي في الجذام:

يحاكي الجذام أمراضاً كثيرة وإن وجود الآفات الجلدية والاضطرابات العصبية يجعلنا نفكر بالجذام في الأماكن التي يتواجد بها. ويؤكد التشخيص بوجود العصيات الجذامية أو الأورام الحبيبية في العصب. وتكشف العصيات في الخزعة ومن الأنف في الجذام الورمي.

ومن الأمراض التي تدخل في التشخيص التفريقي الساركوئيد، نخالية الوجه، النخالية المبرقشة، البهاق. عوز فيتامين B، الورم الحبيبي الحلقي، الذئبة الشائعة، ابيضاض الدم الجلدي والليشمانية الجلدية. ومما يجدر ذكره أنه ليس لتفاعل اللبرومين من قيمة في التشخيص التفريقي.

المعالجة :يعالج الجذام بالأدوية المضادة للجذام وهي الدابسون 100 مجم/يومياً والريمفامبيسين بمقدار 600 مجم شهرياً والكلوفازيمين بمقدار 50 مجم يومياً. هذا ويعطى العقاران الأول والثاني في الجذام قليل العصيات لمدة لاتقل عن ستة أشهر بينما يعطى في الجذام كثير العصيات العقاقير الثلاثة ولمدة 2 - 5 سنوات.

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

الساركوئيد (Sarcoidosis) :

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

والساركوئيد غير معروف السبب، ولكنه ينتج عن تفاعل ورمي حبيبي تجاه عامل مجهول. تتصف الاستجابة المناعية في الساركوئيد بنقص في فرط التحسس الآجل مع فرط تفعيل في المناعة الخلطية (Humoral) وإيجابية اختبار «كڤايم» (Kviem)،

وقد تنقص خلايا T الجوالة ويرتفع بوجه عام مستوى الإنزيم المحوّل للأنجيوتنسين (ACE) وارتفاع في كالسيوم الدم و/أو ارتفاع كالسيوم البول.

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

التظاهرات الجلدية للساركوئيد: يمكن أن نقسمها إلى تظاهرات نوعية وغير نوعية، وتبدي التظاهرات النوعية في الجلد الأورام الحبيبية النوعية غير المتجبنة، بينما لا تتصف التظاهرات غير النوعية بهذه التشكلات الأورام الحبيبية، كالحمامى العقدة وترافق أمراضاً أخرى.

تأخذ التظاهرات الجلدية للساركوئيد أشكالاً مختلفة، ويعد كل من الشكل الحطاطي (شكل 4-16) واللويحي الأكثر مشاهدة في التظاهرات النوعية. كما أن الحطاطات الصغيرة أكثر نوعية في الساركوئيد،وتشاهد على الرأس والعنق وحول العينين وفي الثلم الشفوي للأنف. أما لون تلك الأطفاح فحمراء مصفرة عادةً أو قرنفلية رمادية. وقد تكون ناقصة الصباغ في الجلود الداكنة، ويمكن أن تأخذ شكلاً حلقياً وسجلت حالات كانت فيها حزازنية الشكل.

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

تشخيص الساركوئيد : يعتمد تشخيص الساركوئيد على التظاهرات الجلدية والأعراض الداخلية والباثولوجيا لأعضاء المصابة بالإضافة إلى إيجابية تفاعل كفايم. يدخل في التشخيص التفريقي كل من الذئبة الشائعة، الزهري الثالثي، الجذام، الليشمانية الذئبية الشكل، واللمفومة الكاذبة وآفات جلدية ومجموعية كثيرة.

المعالجة : تعتمد المعالجة على إعطاء الستيرويدات المجموعية وقد تعطى مضادات الملاريا التركيبية أو الميثوتركسات أو الأزاثيوبرين أو السيكلوسبورين وذلك بحسب كل حالة.

شكل 4-16 : ساركوئيد.

الفصل الخامس

الأمراض الجلدية الفيروسية

تتكون الفيروسات بوجه عام من نوعين، الأولى وتتركب من الحمض النووي «رنا» (RNA) والثانية «دنا» (DNA). وتحمل فيهما المعلومات الكافية واللازمة لتكاثرها.

تتألف بنية الفيروس من فيريون (Virion)، ويشمل اللب الحمض النووي ومن القفيصة (Capsid)، وغلاف خارجي يحتوي مستضدات فيروسية.

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

وسندرس في هذا الفصل أخماج الفيروسات التالية:

الفيروسة الجدرية (Poxvirus) : ومن أمراضها الأرف، عقيدات الحلابين، الجدري، الوقس، جدري البقر.

الفيروسة الهربسية (Herpes Virus) : ومن أمراضها الهربس البسيط، الحماق، الهربس النطاقي، الفيروسات المضخمة للخلايا، فيروس إبشتاين ـ بار.

فيروسات الورام الحليمي وتسبب الثآليل. وسنترك بعض أمراض الفيروسات حيث تدرس في طب الأطفال والأمراض السارية.

تشخيص الأمراض الفيروسية:

يعتمد تشخيص الأمراض الفيروسية على الموجودات الإكلينيكية، ويمكن إثبات التشخيص بالتقانات المخبرية بالمجهر الومضاني والإلكتروني وبالاختبارات المناعية، وبعزل الفيروس وزرعه، وبالدراسات الهستوباثولوجية والخلوية، وكشفه بطريقة التهجين أو بتفاعل سلسلة البوليمراز (Polymerase Chain Reaction; PCR) ودراسة الجلوبلينات المناعية.

وسندرس فيما يلي أهم الأمراض الجلدية الفيروسية.

أمراض الفيروسات الجدرية:

وتتركب هذه الفيروسات من «الدنا» (DNA) ومن أمراضها:

الأرف (Orf) :

وتسببه الفيروسة الجدرانية (Parapoxvirus) يصيب الأغنام والماعز وينتقل منها إلى الإنسان بالتماس.

التظاهرات الإكلينيكية: يقدر دور الحضانة بين 5-6 أيام. يبدأ الأرف بحطاطة صغيرة حمراء مزرقة قليلاً ثم تتطور إلى عقيدة، مركزها أبيض ومحيطها محمر، مسررة في مركزها (شكل 5-1)، يتراوح قطرها بين 1- 2 سم أو أكثر من ذلك، يمكن أن تترافق بضخامة العقد اللمفية الموافقة، وهي مفردة عادة، وأكثر توضعات الأرف على ظهر الأصابع واليدين، ويتراجع الأرف عادة بعد 3 - 6 أسابيع ويترك مناعة.

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

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

المعالجة: تتراجع الآفات عفوياً وتعالج العدوى الثانوية بالمطهرات الموضعية.

شكل 5-1 : الأرف.

عقيدات الحلابين (Milker's nodules) :

وتسببها ڤيروسات تنتمي إلى زمرة الڤيروسات الجدرانية، وتنتقل إلى الإنسان من ضرع البقر وتتراوح فترة الحضانة بين 5 - 7 أيام، وتتظاهر بعقيدات نصف كروية وحيدة أو متعددة، تتوضع على يدي الحلابين، تكون بنية اللون أو مزرقة ضاربة للحمرة، يمكن أن تتنخر، تتراجع خلال أسبوعين ومعالجتها عرضية.

المليساء السارية (Mullescum Contagiosum):

يسببها ڤيروس المليساء السارية وهو ڤيروس إنساني لا يمكن زرعه في الأوساط الحية ويميز منه نوعان 1، 2 والأول مسبب لغالبية الحالات (97 ٪).

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

الموجودات الإكلينيكية: يتراوح دور الحضانة فيها من أسابيع إلى أشهر. تتظاهر المليساء السارية بحطاطات أو عقيدات صغيرة مسررة في مركزها، الجلد حولها سليم، تقيس 1 ملم في البداية (شكل 5-2)، وقد تصل 5 - 10 ملم خلال أسابيع من تطورها، لونها أبيض أو مصفر قليلاً أو زهري، وإذا ما ضغطت بالملقط خرجت منها مادة بيضاء اللون تحتوي جسيمات المليساء السارية وهي خلايا بشروية عديمة النواة معدية بالفيروس.

والطفح إما وحيد أو عديد، وقد يجتمع بعضها بجانب بعض وتشكل لويحة أو لويحات، ويمكن أن تنتشر على شكل دخني لدى المصابين بالمعمم أو المضعفين مناعياً بأسباب مختلفة، ويمكن أن تشاهد منها أشكال ضخمة وكبيرة.

إن أكثر نواحي الجلد تعرضاً للإصابة هي الوجه، العنق، الذراعان، الحفرتان الإبطيتان والمرفقان والناحية التناسلية. المليساء حاكة وقد تتقيح نتيجة الحكة، هذا ويمكن أن تتراجع خلال 6 - 9 أشهر أو أكثر، والمرض شائع ويصيب كل العروق.

الباثولوجيا: تأخذ المليساء السارية شكل ورم شوكي ظهاري، يتألف من فصيصات معزولة عن بعضها بوساطة نسيج ضام أدمي، تشاهد فيها الخلايا البشروية المصابة.

التشخيص: يسهل تشخيص المليساء السارية استناداً إلى شكلها الإكلينيكي، ويمكن اللجوء إلى الفحص الباثولوجي في بعض الحالات غير النموذجية. لتفريقها عن الحالات المماثلة.

المعالجة: يمكن عَصْر عناصر المليساء بالملقط بعد تطهيرها وتطهير الآفات وتطبيق المحاليل المطهرة ويمكن كيها بالأزوت السائل ونادراً ما نلجأ إلى تخثيرها ويمكن تخفيف الألم الحاصل بهذه المعالجات بتطبيق الكريمات المبنجة. وتذكر فائدة تطبيق إيميكيمود (Imiquimod) في معالجة المليساء السارية.

شكل 5-2 : مليساء سارية.

العدوى الناجمة عن الحليمات الهربسية:

تتصف الڤيروسات الهربسية بأنها تتركب من «دنا» (DNA) كبير نسبياً، وتتكاثر بشكل رئيسي داخل نوى الخلايا وتؤدي إلى تشكل مشتملات داخل نووية ولها أكثر من ستة أنواع منها ڤيروس الهربس البسيط 1، 2 وڤيروس الحماق ـ الهربسي النطاقي، والڤيروس المضخم للخلايا، وڤيروس إبشتاين ـ بار، وڤيروس الهربس البسيط الإنساني 6 و 8 .

الهربس البسيط (Herpes Simplex):

يسبب الهربس البسيط ڤيروس الهربس البسيط الإنساني وهو من أكثر الأمراض التي تصيب الإنسان وله نموذجان :1 ، 2 ويصيب الأول الوجه (شكل

3-5) والأغشية المخاطية للفم، والثاني تناسلي، مع بعض الاستثناءات. تنتقل من المصاب إلى السليم عن طريق المفرزات والتماس المباشر (نموذج 1) وعن طريق الاتصالات الجنسية (النموذج 2). وبعد الإصابة البدئية يكمن الڤيروس في العقد العصبية، ليحدث عدوى راجعة بين فترة وأخرى، يصيب النموذج 1 الأطفال بنسبة عالية تحت سن 5 سنوات. ويصيب النموذج 2 البالغين بوجه عام عن طريق الاتصالات الجنسية بأشكالها وحيدة الجنس أو متغايرته. ولكن قد يصيب النموذج 1 المنطقة التناسلية. هذا ويمكن أن ينتقل الڤيروس من الأم المصابة إلى الوليد أثناء الولادة وقد تكون الإصابة مميتة. تؤدي الإصابة في الشكلين إلى مناعة خلطية وخلوية ولكنها غير كافية لمنع الرجعة، ويزداد رجوع المرض نتيجة الضعف المناعي أو تناول كابتات المناعة أو الإصابة بالأمراض المضعفة للمناعة كما في الأيدز (المعمم) أو الأورام اللمفية.

شكل 5-3 : هربس بسيط على الوجه.

التظاهرات الإكلينيكية:

العدوى البدئية بڤيروس الهربس البسيط في الفم واللثة :

تعد العدوى البدئية بڤيروس الهربس البسيط ـ 1 ـ مرض الطفولة واليفعان وأكثر هذه الإصابات تقع بين السنة الأولى 5 سنوات. تبدأ الإصابة بترفع حروري مع

تشكل حويصلات وبتآكلات في باطن الفم، والشفتين، وعلى اللسان واللثة وسقف الحنك والبلعوم، تتضخم العقد اللمفية، ويصعب على المصاب مضغ الطعام. يتم إثبات التشخيص بزرع الفيروس، أو بكشف مستضد الفيروس، بوساطة الأضداد أحادية النسيلة أو بالتألق المناعي. وتدخل في التشخيص التفريقي مع العدوى البدئية في الأغشية المخاطية أمراض كثيرة، منها التهاب البلعوم بالعقديات، الدفتريا، القلاع، الفقاع الشائع والحمامى عديدة الأشكال.

الهربس البسيط الراجع في الوجه والفم:

الفيروس المسبب من النوع 1 عادة ويتشكل في العضوية أضداداً لهذا الفيروس الهربسي بعد الإصابة بالعدوى البدئية، لكنها غير كافية لمنع النكس. ويفترض أن أكثر من 85٪ من سكان العالم مصابون بالهربس البسيط الوجهي أو الفموي. ويتراوح عدد مرات الرجعة بين مرة إلى أربع مرات سنوياً. تبدأ الآفة الراجعة بحكة أو حس حرقان خفيفين في مكان ظهورها وبخاصة على الشفة، ثم يظهر احمرار عليه حويصلات مجتمعة بجانب بعضها، تجف الحويصلات بعد أيام وتغطى بجلبات وتتراجع الآفة بعد 8 ـ 9 أيام حيث تسقط الجلبات دون أن تترك علامة تذكر.

إن أكثر أماكن تظاهرات الهربس البسيط الراجع على الوجه، الشفتين، الأنف الوجنتين وتتشكل أضداد في العضوية معدلة للفيروس بعد الإصابة لكنها غير كافية لمنع الرجوع مستقبلاً. ومن العوامل المثيرة للرجعة أشعة الشمس، الرضوض الشفوية، الاضطرابات العاطفية، الحميات والدورة الشهرية.

يجب تفريق الهربس البسيط الشفوي (Herpes labialis) عن قرحات القلاع وعن الحمامى عديدة الأشكال، وفي جوف الفم عن القلاع والذي يتصف بأكثر من طفح في جوف الفم، بينما يؤدي طفح الهربس البسيط الفموي إلى تقرح وحيد عادة.

الهربس التناسلي البدئي (Primary Herpes Genitalis) :

يتلو اتصالاً جنسياً بنسبة 95٪ ودور الحضانة فيه 3 ـ 14 يوماً وذلك بعد اتصال جنسي مع شخص مصاب بهربس تناسلي فعال بالڤيروس الهربسي 2 وذلك بنسبة 80٪، وبالڤيروس الهربسي 1 بنسبة 20٪، ويعد الهربس التناسلي من أشيع مسببات التقرحات التناسلية المراجعة للعيادات الجلدية في المجتمعات الصناعية، أما في بلداننا العربية فليس لدينا إحصاء وثيق عن تواجدها لكنها ليست قليلة المشاهدة.

تبدأ الآفة بمجموعة حويصلات صغيرة على قاعدة حمامية، تنفجر لتترك مكانها تآكلاً وذلك خلال عدة أيام، ويمكن أن تكون أكثر من مجموعة حويصلات لتشمل مساحة واسعة في الناحية التناسلية. تتضخم العقد اللمفية الموافقة، وهي متحركة ويمكن أن تترافق بأعراض عامة وأعراض عصبية، وتغيرات في السائل الدماغي الشوكي، وقد تؤدي بعض حالاتها إلى صعوبة في التبول، وهذه الأعراض لا ترافق الهربس التناسلي الراجع عادة. تستمر العدوى لمدة 12-18 يوماً ثم تتراجع خلال أيام. أكثر توضعاته على العضو التناسلي عند الذكر وفي الفرج والشفرين الكبيرين والصغيرين، عنق الرحم والمهبل في الأنثى. ولقد تم عزل الڤيروس المسبب من البلعوم عند 11٪ من المصابين.

الهربس التناسلي الراجع (Recurrent Genital Herpes):

تتلو رجعة الإصابة البدئية بعد 4 ـ 8 أشهر، ويتراوح عدد مرات الرجعات بين 3 ـ 4 مرات في السنة أو أكثر أحياناً والتظاهرات الإكلينيكية في حالة الرجعة أخف أعراضاً وأقصر مدة بقاء منها في حالة العدوى البدئية، والأعراض العامة خفيفة إذا وجدت، والقرحة التي تتلو الطفح الحويصلي أصغر (شكل 5-4). هذا ويجب الانتباه إلى إمكانية انتقال الڤيروس إلى الوليد أثناء الولادة إذا كان الداء فعالاً، ويجب الامتناع عن الاتصالات الجنسية عند المصابين حتى شفاء الآفة تماماً. ويعد الهربس التناسلي عامل خطورة للإصابة بمرض المعمم (الإيدز).

شكل 5-4 : هربس تناسلي ناكس.

التهاب عنق الرحم بفيروس الهربس البسيط:

يعد الهربس البسيط بالفيروس 2 من أكثر العوامل التي تؤدي إلى تقرحات عنق الرحم وإصابته بالسرطان.

الهربس التناسلي البسيط عامل خطورة لمتلازمة عوز المناعة المكتسب:

لوحظ في السنوات العشر الأخيرة، حدوث زيادة ملحوظة في إصابات الهربس التناسلي عند إيجابي عوز المناعة المكتسب. ويستنتج من ذلك إمكان كون الهربس التناسلي عاملاً مساعداً للإصابة بالمعمم (الأيدز). ولهذا يمكن أن يقلل تدبير الهربس البسيط التناسلي من إمكان العدوى بالإيدز.

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

الداحس الهربسي (Herpes Whitlow):

وتظهر الإصابة على الأصابع أو اليدين ويمكن أن يصاب به العاملون في حقل الطب والأطباء بالتماس مع المرضى. يمكن أن يصاب المصارعون أو لاعبو بعض أنواع الرياضات بالهربس بالتماس أيضاً.

التهاب الملتحمة والقرنية بڤيروس الهربس البسيط:

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

الهربس البسيط الراجع والحمامى عديدة الأشكال :

تبدأ أطفاح الحمامى عديدة الأشكال في بعض أشكالها، بالظهور بعد الإصابة بالهربس البسيط 7 - 10 أيام .ويبدو أن الڤيروس يلعب دور مستضد في حدوث المرض المذكور.

الإكزيمة الهربسية:

تحدث الإكزيمة الهربسية كمضاعة للإكزيمة التأتبية أو لمرض «داريه» (Darier's disease) بڤيروس الهربس البسيط، وتتظاهر بانتشار الحويصلات المسررة مع أعراض عامة ويمكن أن تختلط بالتقيح الثانوي.

التهاب الدماغ والسحايا بڤيروس الهربس البسيط :

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

العدوى الهربسية عند حديثي الولادة:

قد يتعرض الوليد أثناء ولادته من أم مصابة بالهربس التناسلي الفعال وبعد فترة حضانة 3-6 أيام. ويحدث تعمم الڤيروس ويصاب بأعراض عامة والڤيروس المسبب نموذج 2 بنسبة كبيرة و 1 بنسبة قليلة والمآل سيء وقد يودي بحياة الوليد. وينصح بإجراء عملية قيصرية في حالة ثبات إصابة الأم بالهربس التناسلي الفعال عند الولادة أو قبلها بأيام. ويعالج المصاب بالأسكلوڤير وريدياً.

تشخيص الهربس البسيط:

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

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

زرع الفيروس: ويعد أهم الوسائل لإثبات التشخيص.

الأضداد أحادية النسيلة: والطريقة حساسة ونوعية وسريعة التحضير.

المعالجة: لا تحتاج حالات الهربس البسيط الخفيفة على الوجه لمعالجة، بل يكتفي بتطبيق المطهرات، ويطبق الأسكلوفير موضعياً. ويعطى عن الطريق العام في الحالات المتوسطة والشديدة، ويعطي عن طريق الفم 200 مجم كل 5 ساعات مدة عشرة أيام وخاصة في حالات الهربس التناسلي. وقد تعطى مقادير أعلى ولفترة أطول لمنع الرجعة في الحالات كثيرة الرجوع والمعاودة، ويعطى عن الطريق العام في الإكزيمة الهربسية وفي العدوى الهربسية عند الوليد وعند المضعفين مناعياً، عن طريق الوريد. وإذا ما ظهرت المقاومة يعطى عقار فوسكارنيت (Foscarnet) عن طريق الوريد. ومن الأدوية التي يذكر فائدتها تطبيق البرودة موضعياً. وللأسكلوفير عقاقير مشابهة منها سيدوفوفير وفاميسيكلوفير (Famiciclovir , Cidofovir). وتطبق سلفات الزنك وأدوية أخرى ولكنها بحاجة لدراسة أوسع.

تذكر فائدة إعطاء السيمتدين لتقوية الحالة المناعية عند المثبطين مناعياً.

الحماق والهربس النطاقي
(Varicella and Herpes Zoster)

يسبب فيروس الحماق - الهربس النطاقي، الحماق والهربس النطاقي وهو من عائلةالفيروسات الهربسية، والاختلاف بين المرضين يرجع إلى الثوي وليس للفيروس المسبب. ولهذا يعد الحماق التظاهرة البدئية للإصابة بهذا الفيروس عند شخص ليس لديه أضداد تجاهه. وتؤدي الإصابة بالحماق إلى مناعة دائمة، غير أن الفيروس يمكن أن يبقى هاجعاً في العقد العصبية، وعندما يفعل الفيروس الكامن بنقص المناعة، تحدث الإصابة بالهربس النطاقي. والحماق مرض الطفولة غالباً (شكل 5-5)، بينما الهربس النطاقي مرض البالغين والمتقدمين بالسن في أغلب الحالات، ويشار إلى حالة شبيهة بالحماق تحدث على شكل هربس نطاقي معمم عند المصابين بأمراض نقص المناعة مثل لمفومة «هودجكن» والمصابين بالإيدز أو عند الذين يعالجون بأدوية مثبطة للمناعة.

شكل 5-5 : حماق.

الحماق:

يصيب الحماق كافة الأعراق والأجناس، وتغلب إصابة الأطفال بعمر أقل من 10 سنوات، وقد يصيب البالغين ومضعفي المناعة، والمرض شديد السراية. وتؤدي الإصابة به إلى مناعة دائمة. تتم العدوى بالحماق عن طريق الرذاذ المنقول بالهواء، ودور الحضانة فيه 14-17 يوماً.

التظاهرات الإكلينيكية: يصاب الطفل بأعراض بادرية بعد دور الحضانة، وتتجلى بحمى خفيفة ودعث وهي أشد عند البالغين، ثم تظهر بقع حمامية في البداية على الجلد والأغشية المخاطية، وخلال ساعات تظهر عليها حويصلات أقطارها 1-3 ملم أو أكثر من ذلك، محتواها رائق في البداية، من صفاتها ظهورها على دفعات متتالية ولهذا نرى الطفح الحمامي بأعمار متفاوتة، وعندما ينتهي الدور الطفحي والمترافق بالترفع الحروري، يجف محتوى الحويصلات وتتجلب وتسقط دون أن تترك أثراً إلا في بعض الحالات القليلة، حيث تترك بعض الأطفاح ندبات. يتوضع الطفح على الجذع ويقل على الأطراف (بعكس الجدري). وتصاب الأغشية المخاطية في جوف الفم والأنف والبلعوم والحنجرة والمهبل وقد تصاب الملتحمة.

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

المضاعفات : تندر مضاعفات الداء عند الأطفال الأصحاء. ومن مضاعفات المرض التقيحات، والتهاب الرئة الجرثومي أو الڤيروسي، التهاب الدماغ ومتلازمة «ري» ومضاعفات كبدية، ومضاعفات عند الكبار ذات أهمية مستقبلية وكذلك عند المضعفين مناعياً. ويمكن احتمال حدوث تشوهات جنينية، إذا ما أصاب المرض الحامل خلال الثلث الأول من الحمل ولهذا يجب إبعاد المصابين عنها، إذا لم تكن قد أصيبت سابقاً.

المعالجة: تعطى مهدئات الحكة، ويعطى «الأسكلوفير» في الحالات الشديدة وتعالج المضاعفات بحسب كل حالة.

الهربس النطاقي:

التظاهرات الإكلينيكية: يتبادر الهربس النطاقي بالألم والمذل (Paresthesia) في القطاع المصاب وذلك لعدة أيام، وقد يتظاهر بالحكة أو حس الحرق وحتى الألم الشديد والثاقب، وقد يقلد ألم الاحتشاء، أو ألم القرحة الاثني عشرية، أو التهاب المرارة، أو الزائدة، أو ألم بعض الآفات الأخرى كانفتاق النواة اللبية وقد يؤدي لخطأ في التشخيص. ويمكن أن ترتفع حرارة المريض. وقد لا يتبادر المرض بأية أعراض. وتذكر الأدبيات الطبية حدوث حالات من الهربس النطاقي دون ظهور طفح.

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

يبدأ الطفح ببقع حمامية تمتد على مسير العصب المصاب ثم تظهر عليها الحويصلات الرائقة وتكون متوترة لؤلؤية، مفردة أو مجتمعة (شكل 5-6)، ثم يتوالى ظهور الحويصلات خلال أيام قليلة، ويتعكر محتوى الحويصلات، وتبدأ الحمامى بالتراجع والحويصلات بالجفاف، وتترك جلبات تسقط خلال أسبوعين إلى ثلاث، وقد يترك بعضها ندبات جدرية الشكل إذا كانت الآفات متنخرة، أو إذا أصيبت بالعدوى الثانوية، تدل على الإصابة. تعد الآلام العصبية من الأعراض المرافقة للهربس النطاقي، قد تكون خفيفة أو شديدة وقد تستمر بعد تراجع الطفح، وقد تتضخم العقد اللمفية الموافقة لمكان الإصابة. والشفاء يتم غالباً بعد 3-4 أسابيع إذا لم تصب الآفة بمضاعفات.

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

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

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

المضاعفات : من أهم مضاعفات الهربس النطاقي الألم العصبي بعد تراجع الداء ويحدث بنسبة 10 - 15 ٪ من الحالات، ويغلب حدوثه بعد سن 60 من العمر، ويندر قبل سن 40 من العمر وبخاصة الهربس النطاقي العيني. والألم صعب علاجه بعد حدوثه، وقد يكون شديداً ومضنياً. قد يؤدي في بعض الحالات إلى تموت المنطقة المصابة وبالتالي إلى تأخر الشفاء وتترك ندبة بعد تراجعها بخاصة عند المضعفين مناعياً. ويمكن للهربس النطاقي العيني أن يؤدي إلى مضاعفات عينية مختلفة قد تودي بالرؤية.

قد يصاب المثبطون مناعياً بأسباب مختلفة ومن ضمنها مرض الإيدز والخباثات، بتعمم الداء (الهربس النطاقي المعمم) وقد يختلط الطفح بالتقيح الثانوي،وقد يختلط الداء بالتهاب رئوي أو كبدي والتهاب مفاصل بالإضافة إلى اضطرابات عصبية أخرى.

الباثولوجيا: الباثولوجيا في الحماق والهربس النطاقي مشابه لما هو فيه في الهربس البسيط.

التشخيص: يسهل عادة تشخيص الهربس النطاقي، وقد يلتبس في البدء بالهربس البسيط. يمكن كشف الفيروس بالزرع ويمكن إثبات التشخيص أيضاً بطريقة الأضداد أحادية النسيلة.

المعالجة: تطبق الرفادات المبردة أو المطهرات الموضعية المناسبة في المرحلة

الحادة من الهربس النطاقي ويمكن إعطاء المضادات الحيوية في الحالات التي تضاعف بالتقيح. تعطى المسكنات المناسبة والڤيتامينات البائية (B_1, B_6, B_{12}). والغاية الأهم في العلاج هو منع المضاعفات وأهمها الألم العصبي التالي للإصابة بالهربس النطاقي.

وتفيد الدراسات الحديثة أن إعطاء الأسكلوڤير 800 مجم كل 5 ساعات لمدة 7 - 10 أيام للمصابين الذين تتجاوز أعمارهم 50 سنة، يخفف من المضاعفات، إذا أعطيت في بداية المرض ويعطى عن طريق الوريد عند المضعفين مناعياً، والنتائج الوقائية من الألم تتضارب حولها الآراء وكذلك الحال بالنسبة لإعطاء الستيرويدات داخلاً وبمقدار 40 مجم/يومياً، وقد تعطى الستيرويدات والأسكلوڤير في معالجة متلازم «رامزي - هانت».

أما معالجة الألم التالي للإصابة فهي صعبة وتعطى المهدئات ومنها كارباميزبين ودوكسيبن (Doxepine) ويمكن تطبيق كاسباسين (Capsacine) موضعياً، ومعالجات أخرى.

الوقاية من الهربس النطاقي: تجرى في الوقت الحاضر دراسات للوقاية من الهربس النطاقي ومضاعفاته عند البالغين بإعطائهم لقاح «أوكا» للحماق (Oka Varicalla Vaccine) والنتائج الأولية ذات فائدة. يمكن إعطاء جلوبلينات مناعية عند المضعفين مناعياً لوقايتهم من هذه العدوى ومن الحماق أيضاً.

شكل 5-6 : هربس نطاقي.

عدوى الفيروس المضخم للخلايا:

مرض شائع، وقد يبقى المريض حاملاً للفيروس دون أعراض وينتقل خلال الحياة الجنينية وعند الولادة وعن طريق الاتصالات الجنسية ونقل الدم والأعضاء، ويتظاهر بحمى وطفح حصبوي لطخي حطاطي، تبقى أياماً قليلة وقد يتظاهر جلدياً أيضاً بالشرى أو بالتهاب أوعية أو بالتقرحات، والتظاهرات الجلدية غير نوعية ويأخذ سيراً شديداً عند المضعفين مناعياً أو المصابين بالمعمم.

المعالجة: لا يحتاج المرض عادة إلى علاج وفي الحالات الشديدة يعطى جانسيكلوفير (Gancilovir).

فيروس إبشتاين - بار :

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

الأمراض المعدية الستة:

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

أمراض العدوى بڤيروسات الأورام الحليمية البشرية
Infections Caused by Human Papillomavirus

تمكن الباحثون حديثاً من تمييز أكثر من 70 نمطاً جينياً مختلفاً من الڤيروسات الحليمية الإنسانية وذلك بواسطة تقنية «الدنا» المأشوب (Recombinant DNA) وتقسم إلى ثلاثة أصناف : الأول، ويصيب الأغشية المخاطية ـ التناسلية ومنها الأنماط 6 - 11 - 16 - 18 - 31 - 33 وغيرها، والصنف الثاني غير تناسلي ومنها الأنماط 1 -2- 3 - 4 - 10 - 28 وغيرها، والثالث يسبب خلل تنسج البشرة الثؤلولي ومن ڤيروساته المسببة 5 - 8 - 9 - 12 - 14 - 15 وغيرها، غير أن النمط الواحد من هذه الڤيروسات قد يسبب أكثر من شكل إكلينيكي واحد.

ويجدر بالذكر أن بعض هذه الڤيروسات مسرطن كالڤيروسات 5، 8، 16،18. ويمكن كشف هذه الڤيروسات بواسطة تفاعل سلسلة البوليمراز (PCR) والفحوص الأخرى.

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

تصيب الثآليل الشائعة والمسطحة الأطفال كثيراً، ويلاحظ في الوقت الراهن زيادة الإصابة بالثآليل التناسلية أضعاف ما كانت عليه منذ 30 عاماً والتي يتم انتقالها عن طريق الاتصالات الجنسية.

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

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

التظاهرات الإكلينيكية: تقسم الثآليل إلى الثآليل الشائعة، الثآليل المسطحة (اليفعية)، الثآليل الأخمصية، الأورام اللقمية (الثآليل التناسلية)، الثآليل المخاطية وخلل تنسج البشرة الثؤلولي الشكل.

الثآليل الشائعة (Common Warts) :

تعد الأكثر شيوعاً بين الثآليل ومن الأنماط التي تسببها الفيروسات 1، 2 وأحياناً 4 وتظهر على شكل حطاطات صغيرة ثم تكبر وتصل 1 سم قطراً، وقد تتحد مع بعضها وتصبح أكبر من ذلك، سطحها شئز مفرط التقرن، لونها أصفر إلى رمادي، وتتراوح أعدادها بين الواحدة وحتى أعداد كبيرة. أكثر توضعاتها على ظهري اليدين والأصابع، والركبتين عند الصغار، ويمكن أن تصيب طيات الأظفار الجانبية وتحت حافة الظفر الأمامية وقد يؤدي لتشوه الظفر، هذا ويمكن أن تتوضع في أي منطقة من الجلد كالرأس، وظهر القدم، والأجفان، اللحية، الناحية التناسلية (شكل 5-7). قد تبقى دون تغير لأشهر أو سنوات، وقد يزداد عددها نتيجة للرضوح

شكل 5-7 :ثآليل شائعة.

الجلدية (الرضوض) (ظاهرة كوبنر Koebner's phenomenon) ويمكن أن تتراجع عفوياً خلال سنتين ولكن ليس ذلك بقاعدة. تتضمن الثآليل الشائعة شكلاً خاصاً هو الثآليل الخيطية، وتشاهد على الأجفان والذقن وبعضها يأخذ منظراً إصبعي الشكل.

الباثولوجيا: تتصف البشرة في الثآليل بالشواك والتحلم مع استطالات بشروية وترى في البشرة خلايا بالونية ويشاهد فرط تقرن مع نظير تقرن.

الثآليل المسطحة (Flat Warts) :

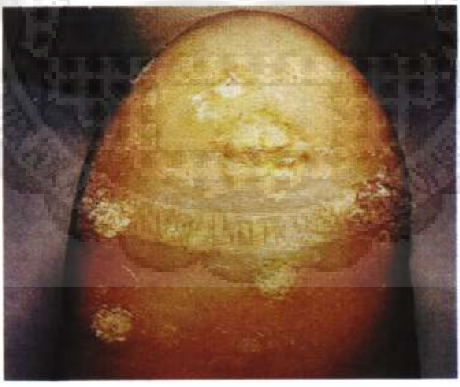
أكثر ما تصيب الأطفال واليافعين وهي قليلة المشاهدة عند البالغين، ومن الفيروسات المسببة 3 ، 10، وتتظاهر بحطاطات مسطحة مدورة أو بيضوية قطرها1 ـ 5 ملم تظهر على الأغلب على الوجه (شكل 5-8) وظهري اليدين، لونها بلون الجلد، أصفر رمادي أو مصطبغة أحياناً أو بنفسجية اللون ويتراوح أعدادها بين القليلة وحتى المئات وقد تأخذ توضعات خطية (ظاهرة «كوبنر»). يدخل في التشخيص التفريقي معها الحزاز المسطح والأورام الغدية العرقية

الثآليل الأخمصية (Plantar Warts) :

ومن الفيروسات المسببة 1 ـ 2 ـ 4، وتتوضع في أخمص القدمين وهي شبيهة بالثآليل الشائعة، ولكن توضعها الخاص يكسبها هذا الشكل الخاص (شكل 5- 9). وتغور عادة داخل الجلد على شكل مخروطي، وهي مؤلمة بالضغط، ويختلف عددها من واحدة إلى عدة عناصر وقد تأخذ أشكالاً مزيقة تبدو بأعداد كبيرة في الأخمصين ومنها ما هو كبير الحجم.

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

شكل 5-8 : ثآليل مسطحة يفعية.



شكل 5-9 : ثآليل أخمصية.

الورم اللقمي المؤنف (الثآليل التناسلية الشرجية)

(Condyloma acuminatum) :

من فيروسات الورم الحليمي المسببة لها 6 ، 11، 16، 31 ، 32، وتصيب المناطق التناسلية والأغشية المخاطية التناسلية وتنتقل كما أشرنا عن طريق الاتصالات الجنسية غالباً بعد مرور دور الحضانة 3 أشهر في المتوسط، تبدأ بحطاطات صغيرة لونها أحمر فاتح، ويزداد حجمها بالتدريج ومع تكاثرها تأخذ شكل زهرة القرنبيط، وقد تنتشر وتغطي الأعضاء التناسلية الخارجية وقد تمنع بذلك الولادة الطبيعية عند الحامل بسبب إغلاقها فوهة الفرج. ويمكن أن تتعطن في المناطق الرطبة وقد تنزف.

أكثر توضعاتها عند النساء، الشفران الكبيران والصغيران، ومدخل الفرج، وقد تشاهد داخل المهبل وفي عنق الرحم. وتشاهد عند الرجال في الثلم الإكليلاني والغشاء القلفي الداخلي وعلى الحشفة (شكل 5-10) وقد تتوضع في صماخ البول. يمكن أن تصيب منطقة الشرج (شكل 5-11) وفي داخل المستقيم عند كلا الجنسين ويمكن أن تشاهد في ناحية الأرفاغ أيضاً. يمكن أن تترافق هذه الثآليل بأمراض منقولة بالجنس أخرى ومنها مرض الإيدز.

شكل 5-10 : ثآليل تناسلية.

ولابد من الإشارة إلى أن بعض نميطات الڤيروسات المسببة للثآليل التناسلية يؤهب عنق الرحم للتسرطن أو لخلل تنسج فيه. وما الشكل العملاق من الورم اللقمي العملاق (بوشكه ـ لوڤنشتاين) إلا سرطانة حرشفية الخلايا ثؤلولية الشكل تتسبب بهذه الڤيروسات.

التشخيص التفريقي: يدخل في التشخيص التفريقي مع الأورام اللقمية المؤنفة، الأورام اللقمية الزهرية المنبسطة والتي يسببها الزهري وقد تتواجد معاً، والتفاعلات المصلية للزهري إيجابية في الأخيرة، ويجب تفريقها أيضاً عن الفقاع النابت.

شكل 5-11 : ثآليل حول الشرج.

الثآليل المخاطية (Mucosal Warts):

يمكن أن تصيب الثآليل الأغشية المخاطية للشفتين واللسان وباطن الخد (ومنها شكل خاص يشاهد في بعض الدول العربية ، مثل سوريا ويسمى فرط التنسج الظهاري البؤري وهو وراثي) ويمكن أن تصيب الحنجرة.

الثآليل وأمراض نقص المناعة :

يصاب المرضى معوزي المناعة بالثآليل كثيراً، ويمكن أن تنتشر بسبب عوز المناعة المتواسطة بالخلايا كما في حالات زرع الكلية ومرضى هودجكن وابيضاضات الدم وتشاهد عند المصابين المعمم بنسبة 5 ـ 27 ٪ من المرضى.

خلل تنسج البشرة الثؤلولي (لوفاندوفسكي - لوتز)

(Epidermodysplasia Verruciformis) :

مرض نادر المشاهدة يشاهد بشكل فردي أو عائلي ويورث بصفة جسمية صاغرة وتسببه فيروسات الأورام الحليمية 3 ، 10، 5، 8. ويتصف بظهور أطفاح شبيهة بالثآليل المسطحة المنتشرة، وببقع النخالية المبرقشة. يبدأ في الطفولة الباكرة ويصاب المرضى بالسرطانات الجلدية عند البلوغ أو بعده في ثلث الحالات. والمرض ذو أهمية كبيرة نظراً لأنه أول مرض ثبت فيه دور الفيروسات في التسرطن.

الأسباب والإمراض: خلل تنسج البشرة الثؤلولي، عديد العوامل والتي تتضمن الوراثة، فيروسات الأورام الحليمية المعدية وعوامل بيئية.

ويبدو أن الاستجابة المناعية تلعب دوراً مهماً في امراضه، ولقد لوحظ أن غالبية المرضى لديهم نقص في الخلايا التائية والخلايا المؤازرة واضطراب في الاستجابة المناعية بوجه عام. ويبدو أن للأشعة فوق البنفسجية دوراً في حدوث السرطانات باكراً لدى المصابين (شكل 5-12).

شكل 5-12 : خلل تنسج بشرة ثؤلولي مع استحالة سرطانية على الوجه.

التظاهرات الإكلينيكية: تظهر الأطفاح باكراً بعد الولادة أو في سن الطفولة وتأخذ شكل حطاطات مسطحة تنتشر على المناطق المكشوفة غالباً بعضها على شكل بقع النخالية المبرقشة أو الثآليل المسطحة، ومن الأورام التي تنشأ على أعقاب الداء، أورام حليمية سليمة والتقرانات الشمسية والسرطانات حرشفية الخلايا. ليس للمرض من علاج.

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

معالجة الثآليل :

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

حالات الطبقة المتقرنة: وتستخدم في الثآليل الشائعة عادة وفي معالجة الثآليل الأخمصية ويمكن تطبيق حمض الساليسليك وحمض اللاكتيك مع سواغ الكولوديون وبكثافة عالية ولفترة قد تمتد 8 ـ 12 أسبوعاً. يطبق 5 ـ فلوروبوراسيل مع حمض الساليسليك بنسبة 10٪ وتعطي نتائج جيدة.

البودوفيللين الكحولي: بنسبة 10ـ 25٪ ويفيد في الثآليل التناسلية ويعد مضاد استطباب في الحمل ولا يطبق على مساحات واسعة.

المعالجة بالبرودة (Cryotherapy): وتستعمل بشكل واسع حالياً ونتائجه عالية ويمكن استخدامه في جميع أنواع الثآليل باستعمال الأزوت السائل أو الثلج الفحمي ومن تأثيراتها الجانبية الألم.

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

حقن البليومايسين داخل الآفات: استخدمناها بنجاح في حالات كثيرة معندة على المعالجات الكلاسيكية وكانت النتائج ممتازة ولكن الطريقة لا تخلو من تأثيرات جانبية.

حمض الريتينويك: ويمكن تجربته في معالجة الثآليل المسطحة ولكن نتائجه بحسب خبرتنا ليست كبيرة.

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

الرتينويدات: ويمكن استعمالها داخلاً للوقاية من المضاعفات الورمية في خلل البشرة الثؤلولي.

الليزر: ويطبق الليزر بثاني أكسيد الكربون (CO_2) في كي بعض الثآليل المعندة، وتوجد معالجات وطرائق أخرى لا مجال لذكرها هنا.

فيروس المعم (الايدز): وسيدرس في بحث الأمراض المنقولة جنسياً.

متلازمة «جيانوتي ـ كروستي»:

تعد هذه المتلازمة استجابة جلدية للإصابة بعدوى فيروسية ومن هذه الفيروسات، فيروس التهاب الكبد "B" فيروس إبشتاين ـ بار، وكوكساكي 1 ـ 16،

ب4، 5 والڤيروسة الإيكوية (Ecovirus) وأنواع أخرى من الڤيروسات. أكثر ما يصيب الأطفال بين 6 أشهر ـ 12 سنة.

يتظاهر الداء بحطاطات حمراء اللون أكثر ما تتوضع على الطرفين السفليين والإليتين وفي الأوجه الباسطة للذراعين ثم الوجه، وقد يكون بعضها على الجذع، تقيس هذه الحطاطات بضعة ملليمترات قطراً وتختلف شدة الحكة بحسب الحالة، تتراجع الحالة بعد 2 ـ 8 أسابيع، بعضها يتوسف توسفاً خفيفاً. يمكن أن يترافق بضخامة عقد لمفية معممة، وفي حالات التهاب الكبد قد يظهر يرقان خفيف ، وقد يتضخم الكبد والطحال. ولا داعي لمعالجته عادة.

الفصل السادس

الأمراض المنقولة جنسياً

Sexually Transmitted Diseases (STDs)

تسمى هذه الأمراض أيضاً الأمراض الزهرية (Venereal Diseases) وهي مجموعة من الأمراض يغلب انتقالها من المصاب إلى السليم عن طريق الاتصالات الجنسية غير المشروعة، بعض هذه الأمراض في ازياد مضطرد في البلدان الصناعية وفي البلدان الفقيرة على حدٍ سواء، ومما يزيد من انتشارها الزيادة السكانية في المدن السياحية والعوامل الاقتصادية، ونزعة بعض الشباب للابتعاد عن المقاييس الأخلاقية التقليدية، والبغاء والجنوسية، ومانعات الحمل والحروب، والهجرات السكانية، وترك العلاقات الأسرية التقليدية، والإدمان.

هذه العوامل منفردة أو مجتمعة تساهم في انتقال هذه الأمراض، ولهذه الأمراض تأثير اجتماعي ونفسي واقتصادي خطير على الفرد والمجتمع، ومن هنا جاءت أهمية هذه الأمراض، والسعي للحد من انتشارها من قبل الدوائر الصحية.

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

الزهري (Syphilis) :

الزهري، داء مُعدٍ مزمن، تسببه اللولبية الشاحبة *(Treponema pallidum)*، يُشاهد في جميع أنحاء المعمورة، ينتقل عن طريق الاتصالات الجنسية، ولكن قد ينتقل عن طريق الدم، ومن الأم إلى وليدها وتندر العدوى المهنية. يمكن للزهري أن يؤدي إلى مضاعفات خطيرة إذا لم يعالج، ويقلد إكلينيكياً أمراضاً جلدية وداخلية كثيرة، وقد يترافق بأمراض أخرى منقولة جنسياً.

العامل المسبب:

العامل المسبب للزهري اللولبيات الشاحبة وتنتمي إلى زمرة الملتوياءات (Spirochaetales)، يصعب تفريقها عن أنواع اللولبيات الأخرى التي يسبب بعضها، البجل، البنتا، أو المتعايشة في الأغشية المخاطية، من الناحية الشكلية، تقيس طولاً 6-15 ميكرومتراً وعرضاً 0.15 ميكرومتراً، وهي لاهوائية وشكلها لولبي، ويتراوح عدد التواعتها بين 8-20 التواءً، تتحرك حول محورها حركات بطيئة تميزها عن اللولبيات الرمية، ولا يمكن زرعها في خارج الجسم الحي ولكن يمكن إكثارها في خصية الأرانب، وهي حساسة للجفاف وللحرارة وللصابون والمطهرات. يمكن كشفها من الآفات الزهرية الباكرة ومن بزالة العقد اللمفية، بالفحص بطريقة الساحة السوداء، ويمكن كشفها أيضاً بطريقة التألق المناعي المباشر.

إمراض الزهري:

تنتقل اللولبيات من المصاب إلى السليم عادةً عن طريق الاتصالات الجنسية بأشكالها، وبعد دور حضانة يتراوح بين 9-90 يوماً (وسطياً 3 أسابيع)، يتم دخولها إلى الأغشية المخاطية في هذه الحالة، ولكن يمكن أن تدخل الجلد من أي مكان آخر، ولابد في دخولها من تفرق اتصال في الظهارة المخاطية، ويحدث عن طريق الاتصالات الجنسية.

أما انتقال الزهري إلى الجنين من الأم المصابة، فيتم عبر المشيمة، ويمكن أن ينتقل الزهري عن طريق نقل الدم، ولا يتظاهر في هذه الحالة بدور القَرْح ولذا يسمى الزهري في هذه الحالة بالزهري مقطوع الرأس. تدخل اللولبيات إلى الأوعية اللمفية بعد بدء العدوى بسرعة وتتكاثر وتصل الأوعية الدموية. يحدث القرح الزهري بعد انتهاء دور الحضانة بتفاعل أرجي كاذب في مكان دخول اللولبيات. ويعد وجود اللولبيات في الدم (Treponematemia) في الحد الأعظمي بعد انتشار اللولبيات في جميع أنحاء الجسم، وتعد المناعة في الزهري متواسطة بالخلايا أكثر منها معتمدة على الأضداد الخلطية.

تصنيف الزهري غير المعالج والمكتسب:

الزهري الباكر: ويشمل أ ـ الزهري الأولي. ب ـ الزهري الثانوي. خلال فترة زمنية أقل من سنة واحدة من العدوى (قصد المعالجة).

الزهري الخافي (الكامن): ويشمل الخافي الباكر (أقل من سنتين) والخافي المتأخر بعد سنتين أو أكثر من العدوى بغاية تعقب العدوى، (وأقل أو أكثر من سنة للمعالجة).

الزهري المتأخر (الدور الثالث): ويتظاهر بالصمغة (Gumma) والإصابات الوعائية القلبية وإصابات الجهاز العصبي. ويُعد الزهري الباكر معدياً. وتقل العدوى في الأدوار الأخرى.

الزهري الأولي (Primary Syphilis) :

يبدأ القَرْح (Chancre) بعد انتهاء دور الحضانة الذي يمتد وسطياً 3 أسابيع كما ذكرنا. يتصف القَرْح النموذجي بالمؤتكل (Erosive) سطحي، بيضوي أو دائري (شكل 6-1)، صلب صلابة غضروف الأذن، لونه أحمر لحمي، قطره حوالي 1سم، غير مؤلم عادةً، إذا لم يضاعف بالعدوى الثانوية، يُحاط بحوبة محمرة، متمادٍ مع

محيطه، يترافق بضخامة عقد لمفية موافقة لتوضعه، والقرح النموذجي بصفاته هذه كلها لا تتواجد إلا في نصف الحالات. يمكن أن يصغر قطره حتى (1-3 ملم) أو يكبر أكثر من1 سم ويوصف بالقَرْح العملاق، وقد يكون غير صلب أو يغطى بجلبات ناتجة عن العدوى الثانوية، ويكون مؤلماً.

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

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

يترافق القَرْح بتضخم وإصابة العقد اللمفية الموافقة لنزح اللمف من القَرْح وتكون صلبة، يتحرك الجلد عليها ولا تتنوسر أو تحدث خراجات، وتبقى إذا لم يُعالج المرض أسابيع أو أشهراً.

أما القَرْح فيتراجع عادةً بعد 3-8 أسابيع ويترك في ثلث الحالات ندبة خفيفة تدل عليه. ولابد من الإشارة إلى إمكان حدوث القَرْح الزهري والقريح (القَرْح اللين Chancroid) معاً ويسمى القَرْح المشترك.

تشخيص الزهري الأولي: يعتمد تشخيص الزهري الأولي (القَرْح) على:

1 ـ التشخيص الإكلينيكي استناداً إلى القصة المرضية وعلى صفات القَرْح وترافقه بانتباج العقد اللمفية الموافقة لنزح اللمف.

2 ـ كشف اللولبيات الشاحبة بطريقة الساحة السوداء.

3 ـ التفاعلات المصلية حيث تصبح إيجابية عادة بعد 3 أسابيع من ظهور القَرْح.

يدخل في التشخيص التفريقي مع القَرْح أمراض كثيرة، تصيب المنطقة التناسلية، ومنها الرضوض، والقريح، والهربس التناسلي، والجرب، وسرطانة الحشفة، وتُفرق عن القَرْح الزهري بالصفات الأكلينيكية والمخبرية لكلٍ منها.

وفي عنق الرحم يدخل في التشخيص التفريقي، التآكلات وفي منطقة الشرج مع تشققات الشرج والسرطانة في منطقة الشرج والمستقيم، ويفرق في الشفتين وعلى اللوزتين، عن الآفات المشابهة التي تصيب هذه الأعضاء.

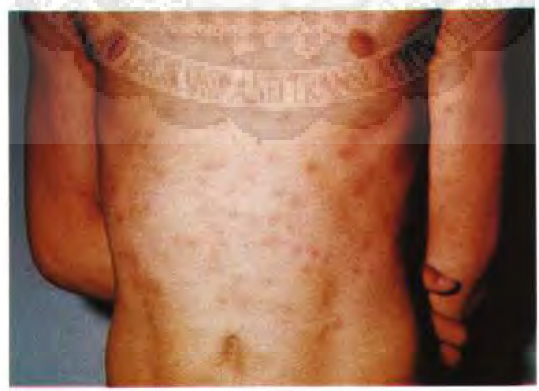
الزهري الثانوي (Secondary Syphilis) :

ويحدث الدور الثاني، إذا لم يُعالج الزهري الأولي بسبب تعمم العدوى، ولهذا يتعمم الطفح على الجلد والأغشية المخاطية وهو غير حاك وغير مؤلم ومتناظر. يبدأ الدور الثاني عادة بعد 8 أسابيع من التعرض للعدوى. ويصاب المريض بأعراض باكرة، صداع، حمى خفيفة، آلام مفصلية وعضلية واعتلال عقد لمفية معمم، وهي صغيرة عادة وأكثر ما تجس في العنق والناحية القفوية. تأخذ الأطفاح الزهرية أشكالاً مختلفة أبكرها الوردية الزهرية. وأطفاح الزهري الثانوي هي:

الوردية الزهرية (Roseola) : الوردية أبكر الأطفاح الزهري الثانوي وهي وحيدة الشكل، متناظرة، تتألف من بقع حمراء وردية اللون، بيضوية مدورة تقيس 2-3 مم قطراً أو أكبر بقليل وتتوضع على مسار خطوط الجلد وهي ليست حاكة أو وسفية يصعب أحياناً رؤيتها، ويلزم الطبيب إضاءة جيدة لرؤيتها، ويمكن أن تكون حصبوية

الشكل واضحة، أكثر ما تشاهد على الجذع (الخاصرتين وجانبي الجذع). تتعمم ضخامة الغدد اللمفية معها شأن أطفاح الدور الثاني (شكل 6-2). ويدخل معها في التشخيص التفريقي الحصبة، والحصبة الألمانية، والأطفاح الدوائية، والنخالية الوردية والأخيرة وسفية بعكس الوردية الزهرية.

شكل 6-1 : قَرْح زهري.



شكل 6-2 : وردية زهرية.

الطفح الحطاطي الزهري (الزهريات الحطاطية) (Papular Syphilis) : قد تأخذ شكل أطفاح بقعية حطاطية في البداية، تأخذ لوناً نحاسياً، مرتشحة ومحددة، قاسية وهي ليست حاكة أو مؤلمة، وإذا ضغطت برأس دبوس مدبب، يشكو المريض من ألم خفيف (علامة «أولندورف»).

وتتوضع على الجذع ونادراً على الأطراف والراحتين، ويمكن أن تشاهد على الوجه والرأس، وتتوضع في الثنيات وبخاصة في منطقة الشفرين الكبيرين والصغيرين وحول الشرج وثنيات الأرفاغ (شكل 6-3 أ و ب) وعلى القلفة، وبشكل أقل في الإبطين والسرة والصفن، وتتآكل في هذه المناطق وتتعطن ويؤدي ذلك إلى نموها وتسمى في هذه الحالة بالأورام اللقمية المنبسطة (Condylomata lata) (شكل 6-4)، وتكون غنية باللولبيات الشاحبة.

تتوضع الحطاطات الزهرية أحياناً في محيط شعر الرأس وبخاصة في المنطقة الجبهية والصدغية (إكليل فينوس)، ويمكن أن تتوضع الزهريات الحطاطية في منطقة التلم الأنفي الشفوي، والصوارين وتلتبس مع المذح في الصوارين، وتقلد بين أصابع القدم الآفات الفطرية.

ومن الحالات النادرة الحطاطات الزهرية الدخنية وتتوضع على هيئة مجموعات من الحطاطات الصغيرة على الجلد. ويدخل في التشخيص التفريقي مع الزهريات الحطاطية أمراضاً كثيرة كالصدفية والحزاز المسطح والتهاب الجلد الزهمي والعُدّ (Acne)، ولكن قد تتشارك مع الزهري. ويدخل في التشخيص التفريقي مع الورم اللقمي المنبسط، الورم اللقمي المؤنف والبواسير.

الزهري البثري والتقرحي (Pustular and Ulcerous Syphilis) : تتشكل بثرات في ذرى الحطاطات وتجف لتشكل فوقها جلبات، ويمكن لبعض الآفات الزهرية أن تتقرح وقد تكون التقرحات منتشرة، وتشاهد في الجلد والفم وانتشارها بسبب نقص مقاومة العضوية للعدوى ويسمى الزهري في هذه الحالة بالزهري الخبيث (Malignant syphilis) ومآله سيء، إذ قد يهدد الحياة ويترافق بأعراض عامة.

شكل 6-3 : أ- زهريات حطاطية.

شكل 6-3 : ب- زهريات حطاطية.

شكل 6-4 : أورام لقمية منبسطة.

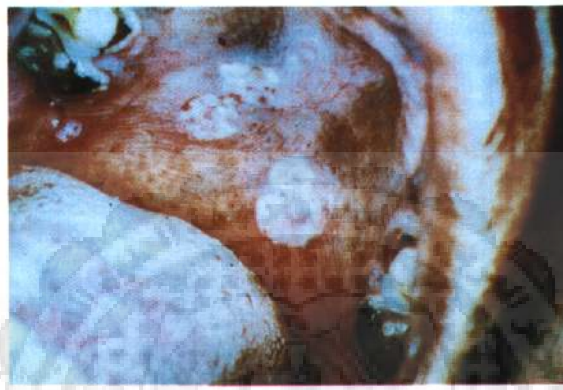
زهريات الأغشية المخاطية: تأخذ الزهريات الثانوية على الأغشية شكل بقع حمامية في سقف الحنك والوجه المخاطي للشفتين وباطن الخدين واللسان، ويمكن أن تتقرح أو تتعطن بسبب اللعاب وتصبح بيضاء، وهي غنية باللولبيات الشاحبة ومعدية بشدة. ويدخل معها بالتشخيص التفريقي القلاع والأمراض الفقاعية على الأغشية المخاطية وكذلك الحزاز المسطح المؤتكل والأطفاح الدوائية (شكل 6-5).

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

الثعلبة الزهرية (Syphilitic alopecia) : يحدث تساقط الأشعار في الزهري الثانوي ويكون تساقطاً بقعياً، وتكون هذه البقع منتشرة على الفروة وبشكل غير منتظم وتشبه بالشعر المأكول بالعث (شكل 6-6). ويحدث تساقط أشعار منتشر أيضاً. يجب تفريقها عن الثعلبة البقعية أو تساقط الأشعار لأسباب أخرى.

اضطرابات الصباغ الجلدي في الزهري: يحدث نقص أو زيادة صباغ الميلانين تالٍ للآفات الثانوية، وأكثر ما تشاهد على العنق. وقد يحدث بقع من نقص الصباغ على العنق (قلادة ڤينوس).

تشخيص الزهري الثانوي: يستند تشخيص الزهري الثانوي إلى الأطفاح الإكلينيكية التي ذكرناها بالإضافة إلى إيجابية التفاعلات المصلية. ويأتي الزهري الثانوي أمراضاً كثيرة كما ذكرنا.



شكل 6-5 : زهريات الأغشية المخاطية للفم.

شكل 6-6 : ثعلبة زهرية.

الزهري الخافي (الكامن) (Latent syphilis) :

قد يشفى الزهري عفوياً دون معالجة بنسبة تتراوح بين 30 ـ 60٪، وقد يحدث انتقال باكر إلى مرحلة الكمون التي قد تستمر عدة سنوات.

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

الزهري المتأخر [الزهري الثالثي] (Tertiary syphilis) :

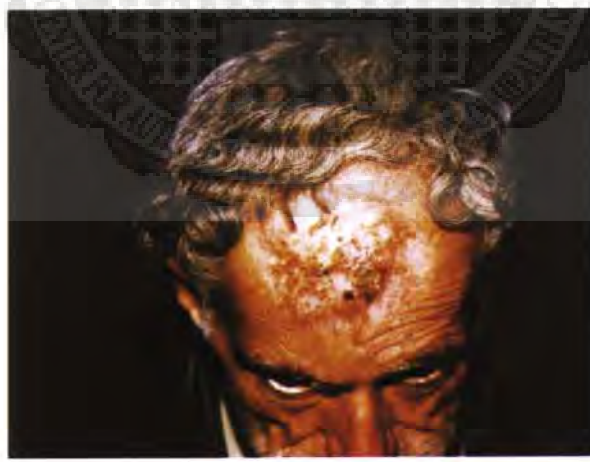
تبدأ تظاهرات الزهري الثالثي بعد فترة كمون طويلة قد تصل إلى 20 عاماً والتفاعلات المصلية قد تكون إيجابية أو سلبية، ويفضل اللجوء في هذه الحالات إلى التفاعلات النوعية TPHA و FTA/ABS وهي أكثر حساسية ونوعية من VDRL. يتظاهر بالآفات الجلدية التي قد تكون غير متناظرة، وتترك بعد تراجعها ندبات، ولا يمكن كشف اللولبيات فيها بطريقة الساحة السوداء.

يمكن للزهري الثالثي أن يصيب الأعضاء الداخلية، كالزهري العصبي ومنه التابس والخذل المعمم، والزهري القلبي الوعائي. يتظاهر الزهري الثالثي جلدياً بأحد الشكلين، الزهريات العقيدية أو بالصمغة (Gumma)، وتوجد أشكال وسط.

الزهريات العقيدية أو الدرنية: تأخذ شكل عقيدات مجتمعة أو متلاقية أو حلقية، وتكون حمراء بنية صلبة، أقطارها 3 - 5 ملم، قد تستر بوسوف، تشفى في المركز، وتترك ندبة مكانها، تتسع الآفة في المحيط حيث تؤدي إلى أشكال حلقية. يجب تفريق هذه الأشكال عن الساركوئيد والذئبة الشائعة؛ وللأخيرة صفاتها المعروفة. يغلب توضع هذه الزهريات على الذراعين، الظهر والوجه وسيرها أسرع من الذئبة الشائعة.

الصمغة: تعرف الصمغة الزهرية بأنها كتلة تحبب نسيجي زهري ينشأ في الأدمة والبشرة، ويتطور في جميع اتجاهات النسج المجاورة وحتى النسج العميقة تحت الأدمة. يكون الجلد فوقها أحمر أو بنياً محمراً، وقوامها قاسياً مطاطياً. تتقرح الصمغة في مركزها بعد أسابيع أو أشهر ويؤدي إلى قرحة بأقطار مختلفة. يترمم التقرح بعد عدة أسابيع أو أشهر تاركاً تخريباً نسجياً وندبة، والصمغة غير مؤلمة عادة (شكل 6-7).

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



شكل 6-7 : صمغة زهرية.

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

الزهري الخلقي (Congenital Syphilis) :

يحدث الزهري الخلقي بسبب انتقال الإصابة من الأم المصابة (غير المعالجة أو المعالجة معالجة ناقصة) إلى جنينها. وتحدث الإصابة بعد الشهر الخامس من الحمل، والمرض نادر الحدوث في الوقت الحاضر. يحدث انتقال اللولبيات عبر المشيمة تغيرات فيها، قد تؤدي إلى موت الجنين أو الإجهاض، أما إذا كانت الإصابة أقل شدة فقد يبقى على قيد الحياة، ويصاب عادة بالزهري الخلقي الباكر أو المتأخر. وتكون التفاعلات المصلية إيجابية عنده، وإذا كانت الإصابة باكرة في الحياة الجنينية، كانت التفاعلات من نوع الجلوبين المناعي 'M".

الزهري الخلقي الباكر: تبدأ الأعراض والعلامات في الظهور عادة في الأسبوع الثاني إلى الثامن. يمكن أن تكون الصورة وصفية للزهري الخلقي الباكر حيث يصاب الوليد بالزكام الزهري، وقد يكون وزن الوليد ناقصاً وجلده مجعداً، ويصاب بضخامة طحال وكبد وفقر دم والتهاب دماغ وموَه الرأس (Hydrocephalus) والتهاب عظم وغضروف. وتتصف الأطفاح الجلدية بأنها بقعية وحطاطية بثرية متجلبة تشبه أطفاح الدور الثاني في الزهري الكسبي، وقد تصاب الشفتان بشقوق عميقة. ويتظاهر الزهري الخلقي في بعض الحالات بالآفات الفقاعية وبخاصة على الراحتين والأخمصين والأطراف ويسمى الفقاع الزهري. وتكون الأطفاح غنية باللولبيات الشاحبة.

تشخيص الزهري الخلقي الباكر سهل عادة، ويمكن اثبات التشخيص بكشف اللولبيات الشاحبة وبالتفاعلات المصلية، ولكن يجب الانتباه إلى الأخيرة فقد تكون منقولة من الأم دون انتقال اللولبيات.

الزهري الخلقي الآجل: من سمات الزهري الخلقي الآجل، الأنف السرجي وأخاديد في الجلد حول الفم، وهي ندبات شعاعية الشكل تمتد من حواف وزوايا الشفتين، وقد تشاهد حول الشرج والفرج. بالإضافة إلى ثلاثي هوتشنسون وهي أسنان هوتشنسون، التهاب قرنية خلالي، صمم في الأذن الداخلية.

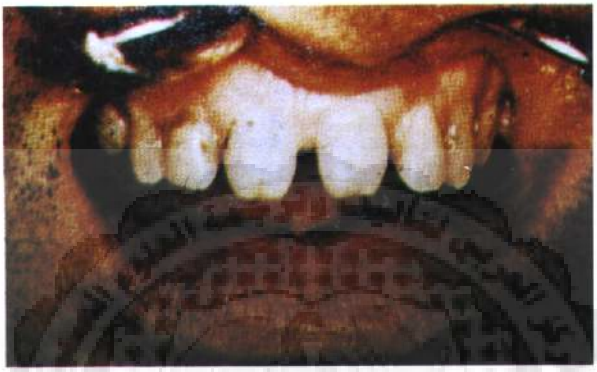
وتكون الأسنان مشوهة تأخذ منظر البراميل (شكل 6-8)، وقد تشاهد علامات أقل نوعية كالتهاب العظم والغضروف وتبدلات تنكسية في الغضروف والجبهة الأولبية، ومفاصل كلوتون وقد يأخذ عظم الظنبوب شكل نصلة السيف (شكل 6-9) وقد تصاب الترقوة بالانتباج وعلامات أخرى أقل أهمية. ولابد من القول أن هذه السمات قد تكون مفردة أو بعض منها.

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

التفاعلات المصلية في الزهري:

وتقسم إلى التفاعلات المصلية اللالولبية والتفاعلات المصلية اللولبية. وتدعى الأولى باختبارات المستضدات الشحمية وتعتمد على وجود الرواجن. ومن هذه التفاعلات اختبارات تثبيت المتممة حيث لم تعد تستعمل في الوقت الحاضر. وتفاعلات التحوصب ومنها اختبار الراجنة البلازمية السريع (RPR)، واختبار مخبر أبحاث الأمراض الزهرية (VDRL)، والتفاعلات المصلية غير اللولبية غير نوعية، فقد تكون إيجابية كاذبة في الملاريا والحمى التيفية وكثرة الوحيدات المعدية والحماق والالتهاب الرئوي والجذام وأمراض اضطرابات المناعة الذاتية، ومنها الذئبة الحمامية والتهاب المفاصل الروماتويدي. ومن ميزة هذه الاختبارات سهولة إجرائها. أما الختبارات اللولبية (النوعية)، ومنها اختبار امتصاص الأضداد اللولبية التألقي (FTA-ABS) أو الشكل المعدل 19 SIgM وهو أبكر التفاعلات ظهوراً وأكثرها أهمية لتقدير مدى نجاعة المعالجة، والاختبار اللولبي الثاني TPHA يعد ذا نوعية عالية ويصبح إيجابياً بعد 3-4 أسابيع من حدوث العدوى. أما اختبار سكون

اللولبيات TPI فهو صعب الإجراء. يجب إجراء اختبار لولبي واحد على الأقل في حالة دراسة السائل الدماغي الشوكي عدا الاختبارات اللانوعية VDRL و RPR ودراسته خلوياً والألبومين فيه أيضاً.



شكل 6-8 : أسنان «هوتشنسون »عند مصابة بالزهري الخلقي الآجل.

شكل 6-9 : عظم الظنبوب عند مريض مصاب بزهري خلقي آجل.

معالجة الزهري:

مازال البنسللين الدواء الأفضل والأنجع في معالجة الزهري في جميع مراحله لسهولة استعماله وقلة تأثيراته الجانبية ورخص ثمنه. يعطى حقناً عضلياً. ويجب المحافظة على كثافته الدموية بمقدار 0.30 وحدة بنسللين/ملم3 لمدة كافية للقضاء على اللولبيات والأنواع المفضلة من البنسللين في الوقت الراهن البنسللين بروكايين أو البنزاثين بنسللين المديد. ويعطى البنسللين كما يرى خبراء منظمة الصحة العالمية كما يلي: الزهري الأولي والثانوي والخافي حتى السنتين:

1 ـ 2.4 مليون وحدة بنسللين بنزاثين حقناً عضلياً (1.2 مليوناً في كل إلية) بوقت واحد.

2 ـ أو يعطى بنسللين بروكائين مائي بمقدار 600 ألف وحدة في حقنة عضلية واحدة يومياً لمدة عشرة أيام متتالية وذلك في الزهري الأولي والثانوي والخافي الذي لم تتجاوز مدة الإصابة بالعدوى سنتين.

إذا كان المريض متحسساً للبنسللين يعطى بدلاً عنه التتراسيكلين أو الإرثروميسين (باستثناء الإستولات) وبمقدار 500 مجم أربع مرات يومياً لمدة 15 يوماً عن طريق الفم، والإرثروميسين يمكن استعماله في الحمل.

أما في الزهري بعد سنتين من بدء العدوى فيعطى البنسللين بنزاثين بمقدار 2.4 مليون وحدة أسبوعياً لمدة 3 أسابيع .وتوصي بعض المدارس أكثر من ذلك، أو يعطى البروكايين بنسللين بمقدار 600 ألف وحدة يومياً لمدة 15 يوماً، ويعطى الأخير في معالجة الزهري العصبي أو الوعائي القلبي وبالجرعة اليومية نفسها لمدة 20 يوماً ولا يستعمل البنزاثين بنسللين. يعطى البنسللين البلوري G عند الأطفال حتى عمر السنتين بمقدار 50000 وحدة/كجم من وزن الجسم في حقنتين يومياً ولمدة عشرة أيام على الأقل، أويعطى البنسللين البروكاين بنفس الكمية والمدة. وإذا ما كان عمر الطفل أكثر من سنتين فيعالج بطريقة الزهري الكسبي نفسها باستثناء استعمال التتراسيكلين.

تفاعل «هركزهايمر - ياريش» : يحدث هذا التفاعل بعد 2-12 ساعة من حقن البنسللين، حيث ترتفع حرارة المريض، وتزداد أعراض الزهري وضوحاً، وقد يحدث تمزق الأنورزم. يعتقد أن سبب هذا التفاعل هو انحلال اللولبيات الفجائي. وينصح بعضهم بإعطاء كميات قليلة من الستيرويدات قبل بدء المعالجة للوقاية من حدوث التفاعل أو للتخفيف من شدته.

يجب متابعة المريض المعالج من الزهري لمدة سنة بعد انتهاء المعالجة وحتى السنتين في الشكل الخافي.

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

البجل (Begel):

هو داء لولبي تسببه اللولبيات البقعية (*T. carateum*). وهو لا ينتقل عن طريق الجنس وإنما عن طريق اللعاب. وكان الداء منتشراً في سوريا والعراق والسعودية في الخمسينات، ويبدو أن منظمة الصحة العالمية قد قضت على الداء في حينه. يسير الداء سيراً شبيهاً بالزهري ويعالج المعالجة نفسها ويوجد في إفريقيا وأمريكا الجنوبية، أمراض لولبية أخرى منها البنتا (Pinta) واليوز (الداء العليقي).

القريح (Chancroid):

يسمى القريح أيضاً بالقَرْح اللين. ويسبب هذا المرض عصيات دوكري (Ducreyi)، وينتقل غالباً عن طريق الاتصالات الجنسية. ويتظاهر بالقَرْحة أو القَرْحات المؤلمة مع انتباج العقد اللمفية الموافقة.

العامل المُمْرض: يسبب القريح العصية المستدمية للدوكري (*Haemophilus ducreyi*) وهي عصيات سلبية الجرام، وتلون بملون جيمزا أو بأزرق الميثيلين وتظهر على شكل عصيات ثنائية القطب وإيجابية الأكسيداز وسلبية الكاتالاز وتزرع على أوساط خاصة.

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

التظاهرات الإكلينيكية: يتم انتقال المرض عن طريق الاتصالات الجنسية وطور الحضانة فيه 3-7 أيام، يبدأ المرض بحطاطة محاطة بحمامى، وبعد يوم إلى يومين تصبح بثرة، تتقرح وتصبح القَرْحة مشرشرة (شكل 6-10)، قعرها أصفر رمادي، مؤلف من نسيج حبيبي ومحيط محمر، والقريح طري ومؤلم بالجس، ويأخذ أشكالاً مختلفة وأقطاراً ما بين 1مم - 2 سم، ويترافق باعتلال عقد لمفية، ويمكن لهذه العقد أن تنفتح بعد عدة أيام إلى أسبوعين وسطياً من ظهور القريح. يتوضع عادة على الحشفة، فوهة الإحليل وعلى الأعضاء التناسلية الخارجية عند المرأة. يمكن أن يترافق القَرْح مع القَرْح الزهري (القريح المختلط) وتتغير صفات القريح في هذه الحالات.

شكل 6-10 : قُرَيح.

التشخيص والتشخيص التفريقي: يعتمد التشخيص على القصة المرضية وصفات القريح وبالتحري عن عصية دوكري. ولابد من إجراء اختبارات الزهري واختبارات الإيدز. يدخل في التشخيص التفريقي القَرْح الزهري والهربس البسيط التناسلي أو القَرْحات التناسلية بأسباب أخرى.

المعالجة: يعطى سفترياكسون (Ceftriaxone) 250 مجم حقنة عضلية واحدة. أو الإريثروميسين 500 مجم عن طريق الفم 3 مرات يومياً لمدة أسبوع أو مركبات السلفا (تريمثيوبريم 80 مجم + سلفاميثوكسازول 400 مجم) قرصين يومياً لمدة 7-10 أيام والمعالجات المذكورة بحسب توصيات منظمة الصحة العالمية. أما المضادات الحيوية الأخرى فأقل تأثيراً وبعضها بحاجة لدراسة أوفر.

السيلان (Gonorrhea):

السيلان هو عدوى جرثومية، تصيب بشكل رئيسي الأغشية المخاطية البولية التناسلية، تسببه النيسرية البنية ومضاعفاته قد تكون خطيرة إذا لم تعالج وقد يؤدي إلى العقم، وانتقاله عن طريق الجنس. وقد ينتقل من الأم المصابة إلى وليدها (إصابة العين).

العامل الممرض: العامل الممرض لداءالسيلان هو المكورات البنية وهي سلبية الغرام، يمكن تلوينها بأزرق الميثيلين 1٪ أو بطريقة الجرام أو بالتألق المناعي. يمكن زرعها في أوساط خاصة وتحتاج معه إلى ثاني أكسيد الكربون (CO_2). والمكورات البنية ميالة لإصابة ظهارة الإحليل والمستقيم والملتحمة وعنق الرحم ويمكن أن تنتشر الإصابة إلى الغدد التناسلية.

الوبائيات: يعد السيلان من الأمراض المنقولة جنسياً الواسعة الانتشار. ويعد من الأمراض المعدية الأكثر مصادفة.

دور الحضانة: تمتد فترة حضانة المرض من 2 - 4 أيام وقد تطول أكثر من ذلك إلى 2 - 14 يوماً.

التظاهرات الإكلينيكية: يختلف سير المرض وأعراضه بين الذكور والإناث وقد يكون لا عرضياً عند الإناث.

السيلان عند الذكور:

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

يشكو المصاب من حس وخز وحرقان في الإحليل عند التبول في البدء ثم يخرج من فوهة الإحليل قيح أصفر أو أخضر ضارب للصفرة، وبكميات واضحة، وقد تكون الأعراض خفيفة. يبقى داء السيلان حاداً لمدة 2 -3 أسبوعاً ثم يخف ويتراجع خلال 4 - 6 أسابيع، ويدخل بعدها في مرحلة الإزمان إذا لم يعالج، حيث تقتصر الأعراض على النقطة الصباحية، هذا ولا بد من الإشارة إلى أن السيلان قد يترافق بعوامل ممرضة أخرى منقولة عن طريق الجنس.

المضاعفات: تنتشر الإصابة من الإحليل الأمامي إلى الإحليل الخلفي ويؤدي ذلك إلى إصابة غدد ليترية (Littré)، وتصاب البروستاتة بالسيلان والحويصلات المنوية، ويمكن أن يصاب البربخ بالتهاب سيلاني ويمكن أن تؤدي الإصابة إلى العقم.

السيلان عند الإناث:

يغلب حدوث الإصابة البدئية لديهن في الإحليل ويؤدي ذلك إلى نجيج خفيف في الإحليل مع حس بحرقان أو ألم أثناء التبول. وحس زحير أثناء إصابة المثانة وبعد 24 ساعة يصبح النجيج قيحياً، ويدخل طور الإزمان بعد 3 - 6 أسابيع ويمكن للسيلان البني عند الإناث ألا يكون عرضياً، ويشكل الطور المزمن خطورة بسبب العدوى، وفي السبيل التناسلي قد تصاب فوهات غدد بارثولين، ولا يصاب المهبل عادة عند النساء الشابات، ولكن يمكن أن يصاب عند الأطفال وكذلك عند المسنات والحوامل.

ويعتبر عنق الرحم أكثر الأماكن إصابة في العدوى البدئية بالمكورات البنية، وقد يصاب باطن الرحم أيضاً، وقد تصل الإصابة إلى النفير والمبيض ومحيطه وإلى التهاب الملحقات، ويمكن أن يؤدي إلى العقم.

داء السيلان خارج الأعضاء التناسلية :

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

ومن الإصابات خارج التناسلية أيضاً داء السيلان الفموي ـ البلعومي وذلك بالاتصالات الجنسية الشاذة، ويحصل احمرار وانتباج في مخاطية البلعوم وتشخيص الإصابة مخبرياً. يمكن للعين أن تصاب بداء السيلان عند الوليد، أثناء الولادة، وقد تؤدي الإصابة للعمى، ومن الإصابات التي قد يختلط بها داء السيلان المهمل، التهاب مفصل الركبة والتهاب شغاف القلب حيث تصل المكورات البنية عن طريق الدم. وقد تصل وتؤدي إلى التهاب ما حول الكبد.

تشخيص داء السيلان:

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

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

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

المعالجة :

ظهرت في السنوات الأخيرة مقاومة المكورات البنية للبنسللين في مناطق مختلفة من العالم كالولايات المتحدة والشرق الأقصى، ولكن ما يزال يستخدم البنسللين في المعالجة في بعض البلدان الأوروبية، حيث يعطى منه 4.8×10^6 وحدة بنسللين G - بروكايين في حقنة عضلية واحدة مع 1جم بروبنسيد عن طريق الفم.

ومن المعالجات الحديثة والفعالة جداً والتي توصي بها منظمة الصحة العالمية: يعطى سيفكسيم 400 جم بالفم في جرعة واحدة، أو سيفترياكسون 250 ملغ حقناً عضلياً في حقنة واحدة، أو سيبروفلوكساسين 500 جم بالفم في جرعة واحدة أو سبيكتينوميسين 2 جم حقناً عضلياً في حقنة واحدة. وإذا لم تتوافر هذه المعالجات توجد علاجات بديلة حيث يعطى تريموثيوبريم 80 مجم + سلفا ميتوكسازول 400 مجم، عشرة أقراص مرة واحدة يومياً لمدة ثلاثة أيام، وذلك إذا ثبتت فعاليته ضد داء السيلان، ومن المعالجات الأخرى الاموكسيسيللين 3.5 جم أو أمبيسللين بالإضافة إلى البروبنسيد.

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

التهابات الإحليل اللاسيلانية:

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

التهاب الإحليل بالمشعرات (Trichomonas Urethritis):

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

التظاهرات الإكلينيكية: إن أكثر الأعراض مصادفة لدى النساء وفي أكثر من نصف الحالات، هو ظهور مفرزات مهبلية صفراء، ذات رائحة كريهة، وقد تتظاهر بمفرزات حليبية مع عسرة تبول وحكة واحمرار وخزب في الفرج. أما عند الرجال فقد لا تكون عرضية في أغلب الحالات وقد تتظاهر بنجيج (Discharge) حليبي وعسرة تبول.

التشخيص: يمكن كشف المشعرات المسوطة بالفحص المباشر ويمكن اللجوء إلى الزرع أيضاً.

المعالجة: يعطى المترونيدازول بمقدار 250 مجم ثلاث مرات يومياً لمدة أسبوع أو 2جم فموياً وبجرعة واحدة، ولابد من معالجة الشرى الجنسي.

التهابات الإحليل بالمفطورات (Mycoplasma Urethritis):

المفطورات أحياء مجهرية لها أشكال منها المفطورات الإنسانية والمفطورات البولية الحالة للبولة، والمفطورات التناسلية، ولم يحدد بعد أي منها المسؤول عن التهابات الإحليل اللاسيلانية، وتتم في إحداث التهابات الإحليل اللاسيلاني، ويشكو المصاب من مفرزات بيضاء ويتم تشخيصها مخبرياً بالزرع أو بمعايرة الأضداد في المصل. وتعالج التهابات الإحليل المتسببة بها بالتتراسكلينات أو الإريثروميسين لمدة أسبوعين كما في معالجة التهابات الإحليل بالمتدثرات.

التهابات الإحليل بالمتدثرات الحثرية (Chlamydia Urethritis):

يعرف من المتدثرات 15 نوعاً مرقمة بالأحرف، بعضها يسبب التراخوما

(C,Ba,BA)، أما التهاب الإحليل فتسببه D-K وبعضها يسبب الورم الحبيبي اللمفي الزهري. والتهابات الإحليل بالمتدثرات إصاباتها كثيرة وتؤلف 15 20 ٪ من مرضى عيادات الأمراض المنقولة جنسياً، وهي أكثر الأمراض المنقولة جنسياً. دور الحضانة فيها 7 - 21 يوماً. وتتهم المتدثرات بأنها المسببة لداء رايتر.

العامل المسبب: المتدثرات الحثرية لها غشاء خلوي، تحتوي في هيولاها «دنا» DNA و «رنا» RNA وتحتاج لتكاثرها إلى وسط خلوي خاص.

التظاهرات الإكلينيكية عند الإناث: تؤدي الإصابة التناسلية عند الإناث إلى التهاب عنق الرحم، وتشبه التهابات عنق الرحم بأسباب أخرى، وقد لا تكون عرضية وبنسبة 30-50 ٪ من الحالات، وقد تتظاهر بمفرزات مخاطية رائقة، وقد تؤدي إلى التهاب باطن الرحم والتهابات حوضية وتعد الأخيرة من أهم المضاعفات، ومن المضاعفات أيضاً التهاب حول الكبد (Perihepatitis).

التظاهرات الإكلينيكية عند الذكور: تشبه أعراض التهابات الإحليل بالمتدثرات الحثرية، أعراض السيلان، حيث تتجلى بالتهاب إحليل، وهي أخف من أعراض السيلان عادة، ويؤدي إلى مضاعفات أهمها التهاب الإحليل بعد السيلاني، التهاب الأسهر، التهاب البربخ، التهاب البروستاتة، ويؤدي إلى التهاب المستقيم عند الجنوسيين. والمضاعفات الأهم هي العقم.

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

التشخيص: يمكن كشف المتدثرات في اللطاخة المأخوذة من المفرزات وذلك باستعمال الأضداد أحادية النسيلة الموسومة بالمواد المتألقة. أو بطريقة إليزا (ELISA). ويمكن زرعها على أوساط خاصة.

المعالجة: يعطى أوكسي التتراسكيلين بمقدار 500 مجم أربع مرات يومياً أو 100 مجم من دوكسي سيكلين مرتان يومياً، أو 500 مجم إرثروميسين أربع مرات يومياً، ولمدة تتراوح بين 7-21 يوماً. ولا تعطى مركبات التتراسكيلين للأطفال. ولابد من معالجة الشريك الجنسي والتحري عن الأمراض الأخرى المنقولة جنسياً.

التهابات الإحليل بأسباب أخرى:

تحدث التهابات الإحليل بالجراثيم الراكدة (Acinetobacter) وجراثيم الفيونيلا وتعالج بالتتراسيكلين. يمكن أن تحدث التهابات الإحليل بالعقديات والعنقوديات والكولونيات وتعالج بالمضادات الحيوية المناسبة. ومن الأسباب الأخرى المبيضات البيض، والڤيروسات أو بأسباب رضية. ويتصف داء رايتر بالتهاب إحليل والتهاب ملتحمة ومفاصل، وسيأتي بحثه في الآفات الحمامية والحمامية الوسفية.

الورم الحبيبي اللمفي الزهري (Lymphogranuloma Venereum):

ويسمى أيضاً الورم الحبيبي اللمفي، ينتقل عن طريق الاتصالات الجنسية وأكثر إصاباته تقع في المناطق المدارية وتحت المدارية، وتسببه المتدثرات L1,2,3، وتنتقل عند الرجال عن طريق القضيب ومنه إلى العقد اللمفية، بينما تدخل العضوية عند النساء عن طريق المهبل وعنق الرحم، وتنتقل بعدها إلى العقد اللمفية الحوضية والشرجية وفي منطقة المستقيم. ويعد هذا المرض شأن الأمراض الأخرى المنقولة جنسياً، ذا خطورة عالية لانتقال حمة عوز المناعة الإنسانية (الإيدز). دور الحضانة فيه (3 - 30 يوماً) ووسطياً أسبوعين.

التظاهرات الإكلينيكية: يمر المرض بمراحل ثلاث:

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

المرحلة الثانية: تنتشر المتدثرات بعد أسبوعين من ظهور الآفة البدئية عبر الأوعية اللمفية، وتصاب العقد اللمفية بالانتباج وحيدة الطرف غالباً ولكن قد تكون ثنائية، ويغلب أن تكون فوق الرباط المغبني ونادراً تحته، تلتصق العقد مع بعضها، وتصل أقطارها حتى 4 - 8 سم وتلتصق على الجلد، ولكنها متحركة على الأنسجة العميقة،

وتشكل خراجات كثيراً ما تتنوسر، وتتراجع النواسير لتترك مكانها ندبة. يمكن أن تترافق بأعراض عامة وأعراض مفصلية وآفات جلدية.

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

التشخيص: يستند في التشخيص إلى القصة الإكلينيكية ويثبت التشخيص باختبار التألق المناعي وبالزرع، ويجب تفريق المرض عن الأمراض المنقولة جنسياً التي تؤدي إلى تقرحات، وعن التدرن، واللمفومات، وسرطانات المستقيم والفيلارية.

المعالجة: يعطى في المرحلة الحادة من الداء التتراسكلين 2 - 3 جم يومياً لمدة أسبوعين على الأقل. يفيد الدوكسي سيكلين والإرثروميسين والريمفابيسين والسلفاميتوكسازول + تريميثوبريم.

الورم الحبيبي الإربي (Granuloma Inguinale):

يسمى الداء أيضاً بالداء الدونوفاني وتسببه الجرثومة المغمدة الحبيبية (*Calymmatobacterium granulomatis*) وتتلون بملون جرام وجيمزا ويتم انتقال الداء عن طريق الجنس بأشكاله، وقد ينتقل عن غير طريق الجنس في البيئات الفقيرة. ويشاهد الداء في المناطق المدارية وتحت المدارية. دور الحضانة فيه طويل يمتد إلى 8-12 أسبوعاً. يبدأ ببثرة واحدة أو أكثر تنفتح وتشكل قرحات تتحد مع بعضها وهي عادة طرية مرتفعة الحراف، وسطها ورم حبيبي أحمر اللون تنزف بسهولة، ويؤدي المرض إلى نابتات تشكل كتل ساعية تتسع وتشكل مناطق واسعة.

يمكن أن يؤدي المرض إلى مضاعفات كفيل القضيب والصفن أو الأشفار عند المرأة.

يشخص المرض بعزل الجرثومة المسببة، ويدخل في التشخيص التفريقي معه الورم اللقمي المنبسط، والفقاع التنبتي، ويعالج بمركبات التتراسكلين 500 مجم كل 6 ساعات ولمدة 10 - 30 يوماً أو بالسلفاميدات أو الإريثروميسين أو الجنتاميسين.

الأمراض المعدية الفيروسية المنقولة جنسياً

لقد أتينا إلى دراسة الهربس البسيط التناسلي وأمراض فيروسات الأورام الحليمية والمليساء السارية والفيروس المضخم للخلايا. وسندرس الأيدز (المعمم) ونشير بإيجاز إلى التهابات الكبد المنقولة جنسياً.

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

كشف فيروس عوز المناعة المكتسب البشري (HIV) العامل المسبب لمتلازمة عوز المناعة المكتسب (الإيدز) عام 1981 وقد ميز منه نوعان HIV - I و HIV - II ويتم انتقال الفيروس عن طريق الاتصالات الجنسية بأشكالها وعن طريق حقن المخدرات والحقن الملوثة ونقل الدم أو منتجاته ونقل الأعضاء، ويتم أيضاً انتقاله من الأم المصابة إلى الجنين، وعن طريق حليب الأم المصابة إلى جنينها. ولقد تبين أن الأمراض الأخرى المنقولة جنسياً تشكل عاملاً مهماً في انتقال هذا المرض كما ذكرنا.

العامل المسبب والأمراض: الفيروس المسبب للإيدز هو فيروس قهقري (Retrovirus) ينتمي إلى زمرة فيروسات HTLV مادته الوراثية: الرنا (RNA). عندما يدخل الجسم يلتصق باللمفيات المؤازرة بواسطة البروتين Gp120وبخلايا أخرى وذلك بالمستضد CD4 وتحمله هذه الخلايا على سطحها، ويدخل الخلية المضيفة حيث يتم انتساخ «الرنا » إلى «الدنا» بواسطة الإنزيم الفيروسي المنتسخ العكسي، ثم يدخل الدنا إلى مجين الخلية المضيفة ويبدأ بالتكاثر. يستهدف الفيروس بشكل رئيسي اللمفاويات CD4.

يؤدي تكاثر الفيروسات إلى خفض عدد الخلايا المؤازرة ويؤدي بالتالي إلى اضطراب مناعي في المناعة المتواسطة بالخلايا، مما يؤهب لتكاثر الجراثيم

والفيوسات، والعداوى الانتهازية، وتؤدي إلى أمراض في العضوية بانعدام المقاومة. تتأثر الخلايا البائية أو تفرز كميات كبيرة من الأضداد. يعدي فيروس عوز المناعة الإنساني أيضاً وحيدات النوى البلاعم وخلايا لانجرهانس ويؤدي ذلك إلى اضطراب في وظائفها وبالتالي اضطرابات وظائف الجلد المناعية عند جميع المرضى تقريباً. يتواجد الفيروس في الدم، نقي الفطام، العقد اللمفية، اللعاب، الدمع، السائل المنوي، ومفرزات عنق الرحم. ويتصف الفيروس بتبديل خصائص غشائه بسهولة.

فترة الكمون: قد تمتد فترة كمون الداء لعدة أشهر أو سنوات وقد تكون نتائج الاختبارات سلبية لمدة 2-3 أشهر وسطياً، ومن هنا تأتي خطورة نقل الدم في هذه المرحلة.

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

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

2ـ المرحلة اللاعرضية: تتصف باعتلال عقد لمفية.

3ـ المرحلة العرضية الباكرة: تتصف بأمراض معدية مزمنة.

4 ـ المرحلة العرضية المتأخرة: تكون الأعراض والأمراض المرافقة فيها شديدة والأمراض المعدية مهددة للحياة، وتتصف أيضاً بتكون الأورام، وفيها أيضاً مرحلة متقدمة يكون وضع المريض فيها صعباً جداً.

المرحلة الحادة: تكون هذه المرحلة تحت إكلينيكية في أغلب الحالات وغير عرضية ولهذا لا يشخص. أما الحالات العرضية فتتصف بأعراض شبيهة بأعراض الانفلونزا، داء كثرة وحيدات النوى، التهاب السحايا العقيم، اعتلال أعصاب. أما دور الحضانة منذ تعرض المريض للعدوى وبدء المرحلة الحادة، فهو 3-6 أسابيع. وتشمل هذه الأعراض الحمى، القشعريرة، الوسن، القمه، الآلام المفصلية، الصداع، الإسهال، الألم في البطن والأطفاح الجلدية، وتكون حمامية حطاطية تشبه أطفاح الأمراض الفيروسية.

يتم التشخيص في هذه المرحلة باختبار «إليزا» (ELISA)،عزل الڤيروس وكشفه، غير أن الأضداد لا تكون موجودة لفترة قد تصل حتى 6 أسابيع من بدء الطور الحاد.

المرحلة اللاعرضية: تتصف هذه المرحلة بأنها غير عرضية، باستثناء اعتلال عقد لمفية وصمم وأعراض عامة خفيفة، وتكون عدد الخلايا CD4 بحدود 500-750 /ملم3.

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

المرحلة العرضية المتلخرة: يقل عدد خلايا اللمفية CD4 عن 200-500 /ملم3 ويصاب المرضى في هذه المرحلة بالأمراض الانتهازية كالقرحات الهربسية المزمنة الناجمة عن ڤيروس الهربس البسيط أو إصابة البلعوم بالمبيضات وبتكون الأورام كساركومة « كابوزي».

المرحلة المتقدمة: وتتجلى المرحلة المتقدمة من المرض حيث تنقص خلايا CD4عن 50/ملم3. ويتعرض المرضى لأمراض معدية وتكوّن أمراض خطيرة.

الأمراض الجلدية والمخاطية المرافقة لعدوى الڤيروس العوز المناعي البشري:

تكوّن الورم (Neoplasia) : لوحظت زيادة ترافق الإصابة بڤيروس عوز المناعة مع ساركومة كابوزي (شكل 6 - 11)، سرطانة حرشفية الخلايا الشرجية المستقيمية، لمفومة بائية الخلايا اللاهودجكينية، واللمفومة البدئية في الجهاز العصبي المركزي. ومن غير المؤكد وقوعات السرطانات الجلدية اللاميلانينية ومرض هودجكن واللمفومات التائية الخلايا، ولكن يشار إلى تزايدها لدى المضعفين مناعياً بعدوى ڤيروس العوز المناعي البشري (HIV).

تتصف التكونات الورمية المرافقة لڤيروس عوز المناعة بوجه عام بأنها أكثر عدوانية، وبضعف استجابتها للمعالجة، وبأنها أكثر مراضة وتؤدي إلى الوفاة مقارنة مع غير المصابين. ولابد من الانتباه إلى التشخيص التفريقي بين ساركومة «كابوزي» الكلاسيكية والنموذج الأفريقي عن النموذج المرافق للإيدز.

شكل 6-11 : ساركومة «كابوزي» عند مصاب بالإيدز.

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

الأمراض المعدية الڤيروسية: أهمها ڤيروس الهربس البسيط بنوعيه 1، 2، ڤيروس الحماق ـ الهربس النطاقي، ڤيروس المليساء المعدية وڤيروسات الأورام الحليمية البشرية وڤيروس إبشتاين ـ بار المسبب للطلوان المشعر (شكل 6-12)، ولمفومة «بوركيت»، ولمفومة الجهاز العصبي المركزي وڤيروس التهاب الكبد B والڤيروس HTLV - 1 المسبب لابيضاض الدم تائي الخلايا عند البالغين.

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

الأمراض المعدية الفطرية والخمائرية: وهي أمراض عدوائية شائعة أيضاً ترافق الإيدز ومن أهمها الإصابات بالمبيضات البيض والتي تصيب الفم والبلعوم وجهاز الهضم. أما الفطور الجلدية فوجدت إصاباتها في 20٪ من المصابين بڤيروس العوز المناعي البشري في بعض الدراسات ومن أهم هذه الفطور الشعروية الحمراء والوبيغاء المسببة للنخالية المبرقشة. ومن الأمراض الفطرية الأخرى نذكر داء المستخفيات والنوسجات وداء الشعريات المبوغة.

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

العدوى بالأوالي: منها المتكيسة الجؤجؤية الكارينية والليشمانية وداء المقوسات.

الأمراض الجلدية الحطاطية الوسفية: تصل نسبة المصابين بالتهاب الجلد الزهمي حتى 50٪ من حالات عدوى ڤيروس العوز المناعي البشري، ومن الآفات الحمامية الحطاطية الوسفية الأخرى نذكر الصدفية، متلازمة «رايتر»، جفاف الجلد (السماك الكسبي) واحمرارات الجلد والتهاب الأجربة اليوزيني.

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

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

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

أمراض جلدية أخرى مرافقة لعدوى ڤيروس العوز المناعي البشري: يذكر منها البرفيرية الجلدية الآجلة والورم الحبيبي الحلقي.

التفاعلات الدوائية المرافقة: تزداد التفاعلات الدوائية عند المصابين بالإيدز وخاصة تجاه المضادات الحيوية والشائع منها السلفاميدات والأموكسيسللين.

الموجودات المخبرية: تقل الكريات البيض، وتقل الخلايا التائية والخلايا التائية المؤازرة، وتكون نسبة الخلايا التائية المؤازرة / إلى التائية الكابتة أقل من واحد في الدم المحيطي، وقد تزداد الجلوبولينات المناعية، ويمكن عزل الفيروس في المختبرات المختصة. ويجرى اختيار اليزا واختبار بقعة «وسترن» (Western blot) الأكثر نوعية وكذلك الومضان المناعي المباشر وقد يكون اختبار «إليزا» إيجابياً كاذباً في الذئبة الحمامية المجموعية وبعض أمراض المناعة الذاتية وقد يكون سلبياً كاذباً في بدء الداء كما ذكرنا.

شكل 6-12 : طلوان مشعر عند مصاب بالإيدز.

معالجة الإيدز :

لا توجد معالجة فعالة لهذا الوباء ومن الأدوية التي تجرب في معالجته الڤنبلاستين، الإنترفيرون، السوارين، وتبين بعض الفاعلية لعقار زيدوڤودين (Zidovudine) وتجرب في الوقت الحاضر معالجات مشتركة مع بعضها، والدراسات مستمرة لإيجاد عقار ولقاح ناجحين.

أمراض أخرى تنتقل جنسياً:

يمكن أن تنتقل بعض التهابات الكبد، A، B، Cجنسياً عدا الطرق الأخرى. وكذلك بعض الآفات الجرثومية كبعض أصناف السالمونيلا وبعض أشكال الآوالي.

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

الفصل السابع

الأمراض الجلدية الناجمة عن عوامل آلية وفيزيائية وكيميائية ومفتعلة

أمراض الجلد الآلية:

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

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

الثفن (Clavus):

ويسمى أيضاً مسمار (Corn)، والثفن كتلة مفرطة التقرن لها مركز، ينجم عن الضغط وبخاصة ضغط الأحذية الضيقة وهو شائع عند النساء بسبب لبس الأحذية الضيقة، ويكون الثفن مؤلماً عادة مما يعيق الحركة.

الثفن عبارة عن فرط تقرن موضع مخروطي، أصفر اللون وله مركز واضح يشبه السدادة (شكل 7-1)، وينجم عن ضغط الأحذية المستمر على السطح الظهري لأصابع القدم، وأكثر ما يشاهد على إصبع القدم الخامس، ولكن قد يصاب ظهر أصابع القدم الأخرى.

الثفن له أشكال أخرى تحدث على الأوجه الداخلية لأصابع القدم بسبب ضغط أصابع القدم على بعضها.

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

المعالجة: ينصح بانتقال الأحذية المناسبة واللينة ويطبق حمض الساليسليك مع الكولوديون بنسبة 20٪ أو أكثر، ويمكن التخفيف من الضغط الآلي بالحلقات الخاصة.ولا ينصح بالعمل الجراحي مطلقاً، وينصح في الأثفان الداخلية بإبعاد أصابع القدم عن بعضها.

شكل 7-1 : ثفن.

الشسن (Callus) :

الشسن كتلة مفرطة التقرن صفراء اللون ذات حدود واضحة، أكبر من الثفن وغير مؤلمة، تتوضع على الراحتين أو الأخمصين (شكل 7-2). تتوضع على الراحتين لدى عمال المهن اليدوية والرياضيين. تحدث في القدمين بسبب الأحذية غير المناسبة وأحياناً بسبب تشوهات القدم.

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

العقب الأسود (Black Heel) :

يتصف بتصبغ نقطي أو خطي أسود مزرق، يصيب العقب عند ممارسي الرياضة من الشباب، لقد ذكرناه لالتباسه مع الورم الميلانيني الخبيث، ولا داعي للمعالجة.

قرحة الاستلقاء (الناقبة) (Decubitus Ulcer):

تنجم قرحة الاستلقاء عن إقفار النسج نتيجة الضغط المستمر بالاستلقاء المديد على الإلية والورك والمنطقة القطنية العجزية، بخاصة لدى المسنين بعد الإصابة بحوادث كالكسور، أو نتيجة الإصابات العصبية كالشلل ولأسباب أخرى التي تجعل المريض مستلقياً لفترة طويلة. أكثر ما تلاحظ في مناطق الضغط أو سطوح الارتكاز، كالعقبين والمنطقة العجزية الحرقفية أو الإليتين (شكل 7-3).

وتبدأ بمنطقة حمراء مزرقة مع وذمة واضحة ثم تتنخر وتصبح قرحة مقتلعة عميقة قد تصل إلى اللفافات والأوتار وحتى العظام. وقد تضاعف بالألم الشديد والعدوى الثانوية.

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

شكل 7-2 : شسن.

شكل 7-3 : قرحة الاستلقاء.

الثعلبة الرضية (Traumatic alopecia) :

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

التهاب الجلد الرضي عند الأطفال :

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

الورم الحبيبي المتشقق (Granuloma Fissuratum) :

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

التنفط (Blistering):

تحدث النفاطات أو الفقاعات في القدمين بعد المشي الطويل، أو في اليدين نتيجة العمل أو اللعب بكرة المضرب أو غيرها، وتترك عادة دون فتح، وقد نلجأ إلى سحب محتواها بإبرة معقمة.

الآفات الجلدية الناجمة عن دخول أجسام غريبة في الجلد:

يمكن أن تدخل للجلد أجسام غريبة مثل أشواك الصبار ، أو مواد نباتية كالأوبار أو خشبية أو ذرات معادن مختلفة، أو مواد كيميائية، وذلك عَرَضاً، أثناء

العمل أو بالتماس معها، وبعضها يدخل عن طريق الحقن، أو مع اللقاحات وقد يؤدي بعضها إلى عدوى ثانوية، وبعضها يتأخر ظهوره ويؤدي إلى تشكل أورام حبيبية بالأجسام الغريبة، وبعضها الآخر يؤدي إلى تفاعلات أرجية نحو المواد الكيميائية المندخلة في الجلد.

وأخيراً نذكر القرحات التي تصيب المدمنين حيث يلاحظ تقرحات عندهم مكان الحقن. تعالج كل حالة من الحالات المذكورة باستخراج المادة أو بالاستئصال الجراحي، أو بتطبيق حمض الساليسليك أحياناً بنسبة 40٪.

الجُلَادات الناجمة عن الحرارة :

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

الحمامى الحرورية (حمامى الاصطلاء)

[Erythema caloricum] (Erythema Ab igne) :

تتصف بتوسع وعائي شبكي وأكثر ما تصيب الأوجه الأنسية للساقين (شكل 7-4) وأسفل الفخذين، وتنجم عن التعرض القريب لمنبع حراري (المدافئ العادية، والكهربائية) وقد تحدث مع تكرر وضع أوعية الماء الساخن على الجلد بقصد المعالجة، ما يشبه الحمامى الحرورية.

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

تزول الآفة عفوياً خلال أشهر في حالات التعرض الخفيف، لكن قد تبقى التصبغات لفترة أطول، وتقوم المعالجة على الابتعاد عن المنابع الحرارية المسببة ووضع المطريات.

الدخنية (Miliaria):

تنجم عن انسداد متفاوت العمق في الغدد العرقية، يؤدي بالتالي إلى انحباس العرق، ضمن الأقنية العرقية، يكون الانسداد سطحياً في الدخنية البلورية، ويشكل حويصلاً تحت الطبقة المتقرنة، أما في الدخنية الحمراء فيكون الانسداد نتيجة التقرن في القسم البشروي من القناة العرقية، وفي الدخنية العميقة يحدث تمزق القناة في مستوى الموصل البشروي الأدمي. يساعد على حدوث الدخنيات الحرارة العالية المصاحبة للرطوبة العالية.

الدخنية البلورية (M. crystalina) : وهي سطحية وتتصف بتشكل حويصلات رائقة ذات جدر قليلة الثخانة، تقيس من 1-2 ملم وهي غير عرضية وتشاهد على هيئة تجمعات أكثر ما تحدث على الظهر. تتمزق الحويصلات بسرعة.

الدخنية الحمراء (M. rubra): تسمى بالعامية الحرارة وأكثر ما تشاهد على الجسم في مناطق الاحتكاك بخاصة الجذع (شكل 7-5) والثنيات، وتأخذ شكل حطاطة صغيرة محمرة وبأعداد كبيرة. ويشكو المريض من حكة.

الدخنية العميقة (M. profunda): تتلو حالات الدخنية الحمراء المتكررة وتكون حويصلاتها عميقة وتقيس 1 - 3 ملم، وأكثر ما تشاهد على الجذع. والآفة غير حاكة عادة.يمكن للدخنيات أن تضاعف بالعدوى الثانوية.

المعالجة: تقوم المعالجة على تجنب العوامل المؤدية للتعرق الشديد، بوضع المريض في غرف معتدلة الحرارة، مع تخفيف الصوابين والمهيجات، ويذكر فائدة الڤيتامين C بمقدار 1 جم/ يومياً.

شكل 7-4 : حمامى حرورية.

شكل 7-5 : دخنية حمراء.

الجلادات الناجمة عن البرد:

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

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

التثليج (عضة البرد) (Frost Bite):

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

التظاهرات الإكلينيكية: أكثر ما يصاب: الأنف، أصابع القدمين، الأصابع، والأذنين وقد تصاب اليدان والقدمان والأطراف وكامل الجسم.

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

المعالجة: يجب تدفئة المريض بسرعة وبمغطس درجته 40-42° ولكن ليس بدرجات أعلى وتعطى الموسعات الوعائية.

قدم الغطس (Immersion Foot):

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

الشرث (chilblains) Perniosis:

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

من العوامل التي تلعب دوراً في أمراضه أيضاً: نقص التغذية، الأمراض المعدية، الاضطرابات الغدية والأمراض المجموعية.

التظاهرات الإكلينيكية: أكثر ما يصيب الأطفال ولكن قد يحدث في الأعمار الأخرى، يشاهد لدينا على الأكثر في أشهر الشتاء، وأوائل الربيع، حيث الرطوبة عالية مع البرد. ولا يشترط البرد الشديد لحدوثه، يصيب الأطفال والشابات المصابات بازرقاق النهايات واللواتي يعملن أو يتواجدن في العراء بطقس بارد ورطب.

تتجلى الإصابة بحمامى مزرقة وانتفاخ في الأصابع (شكل 7-6) وأصابع القدم، قد تظهر عليها فقاعات ويمكن أن تتقرح. قد تمتد الإصابة إلى الكعب والركبة وجوانب الفخذين وقد تصاب الأذنان والأنف كما يصاب القسم الوحشي للفخذين بخاصة عند راكبي الخيل، غالباً ما تقتصر الإصابة على الأصابع وأصابع القدم. يشكو المريض من حكة حارقة عندما يدخل فجأة إلى غرفة دافئة.

من أشكال الشرث الأخرى: الشرث الحطاطي (Papular) الشبيه بالحمامى عديدة الأشكال والشرث البثري (Pustular) والحلقي.

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

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

شكل 7-6 : شرث في أصابع اليدين.

زراق الأطراف (Acrocyanosis):

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

الزراق الاحمراري (Erythrocyanosis):

يمكن أن يرافق ازرقاق الأطراف، أكثر ما يشاهد عند الفتيات الصغيرات،

وتؤهب له البدانة واللبس القصير وهو عبارة عن زراق أطراف معمم مختلف الشدة مع شرث جريبي، وبقع محمرة منفصلة عن بعضها بعضاً، حيث يؤدي البرد إلى تخرب وعائي عند المصابين.

يدخل في التشخيص التفريقي مع الشرث؛ الحمامى العقدة، التهاب السبلة الشحمية. ليس له علاج مفيد، والوقاية من البرد أساسية مع إجراء الحمامات المتناوبة (الباردة والساخنة) وهناك معالجات فيزيائية.

الجلوبولينات البردية في الدم (Cryoglobulinemia):

وهي ترسب الجلوبولينات المناعية البردية في الدم المحيطي وهي أحادية النسيلة أو عديدتها وهي مركبة من الجلوبولين المناعي IgM مع IgG أو IgA . تتظاهر بالفرفرية، شرى البرد، ظاهرة «رينو» (Raynaud)، تزرق شبكي، وتقرحات في الساقين بعد التعرض للبرد، وقد ترافق أمراض النسيج الضام، التهاب المفاصل الروماتويدي، الجذام والتهاب الأوعية وبعض الأمراض الأخرى. ولقد وجدنا في دراسة قمنا بها وجود علاقة بين الجلوبولينات البردية والتهاب الأوعية والتهاب الكبد C.

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

الأذيات الجلدية الكيميائية:

الكي الكيميائي:

تُحدث بعض المواد الكيميائية أذيات جلدية حين تلامس الجلد، تتعلق شدة هذه الأذيات بكثافة المادة ونوعها، ويتعرض لهذه الأذيات عمال المعامل الكيميائية والأطفال في البيوت، وعلى رأس هذه المواد تأتي الأحماض التي تؤدي إلى أذيات جلدية تختلف باختلاف الحمض ودرجة كثافته.

تتراوح الإصابة بين التآكلات إلى التقرحات، ومن أهم الأحماض المحدثة: هي حمض الكبريتيك وحمض الهيدروكلوريك وأحماض أخرى تدخل في الصناعات المختلفة.

أما المواد ذات الأهمية أيضاً فهي القلويات وعلى رأسها الصودا الكاوية والبوتاس الكاوي والكلس وغيرها، تؤدي هذه المواد حين تلامس الجلد لحدوث تآكلات أو تقرحات عميقة وقد تؤدي إلى ندبات أو جدرات مشوهة وقد تحدد وظيفة العضو. تؤدي مواد كيميائية كثيرة جداً في الوقت الراهن إلى حدوث آفات جلدية تتراوح بين تهييج والتهاب الجلد الشديد بحسب نوع هذه المواد.

الآفات الجلدية الناجمة عن الغازات السامة :

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

الآفات الجلدية الناجمة عن الإشعاعات المؤينة والجلادات الضيائية:

الأمراض الجلدية الناجمة عن الإشعاعات المؤينة:

من الإشعاعات المؤينة أشعة جرينز (Grenz) وأشعة رونتجن وأشعة جاما الناجمة عن الكوبالت المشع، والراديوم وغيرها، والأكثر استعمالاً في الوقت الراهن أشعة جاما ورونتجن.

التهاب الجلد الإشعاعي الحاد (Acute radiodermatitis) :

يظهر بعد التعرض للأشعة بنحو 6-12 يوماً، ويتعلق بعوامل عديدة منها عيار الأشعة،والمنطقة المشعة ويتظاهر بدرجاته الخفيفة بحمامى حمراء، يتلوها تصبغ

نقطي منتشر، كما يخف إفراز الغدد الزهمية، ويحدث تساقط الأشعار بعد أسابيع ليعود إلى النمو بعد 4 - 12 أسبوعاً. وفي الدرجات المتوسطة والشديدة حيث تحدث حمامى التهابية مع وذمة ونفاطات وفقدان أشعار، يحدث تثبيط بالغدد الزهمية والعرقية. ويمكن أن تتطور في الحالات الشديدة إلى حدوث نخر في الأنسجة العميقة وحدوث تقرحات مؤلمة.

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

التهاب الجلد الإشعاعي الحاد:

يحدث التهاب الجلد الإشعاعي المزمن بعد فترة طويلة من التعرض للأشعة بسنتين أو أكثر ويظهر بعد تعرض متكرر للأشعة، ويحدث بتأثير تراكمي عند الأطباء المعالجين وفني الأشعة الذين يتعرضون كثيراً للأشعة دون حماية أنفسهم، ويتظاهر التهاب الجلد الإشعاعي المزمن بتصلب في الجلد المصاب مع توسع شعريات وضمور جلدي وضمور الملحقات مع بقع مفرطة التصبغ أو ناقصة التصبغ، وتصاب الأشعار ويمكن أن تتساقط، ويمكن لالتهاب الجلد أن يؤدي إلى تقرحات صعبة الشفاء وتقرانات شعاعية، ولابد من مراقبة المصابين بالتهاب الجلد الإشعاعي المزمن حيث من الشائع حدوث السرطانة القاعدية لديهم (شكل 7-7).

وتحدث عادة بعد مدة تصل إلى أكثر من 25 عاماً أو أكثر من التعرض للأشعة، ولقد شاهدنا إصابات كثيرة من السرطانات القاعدية على الفروة تالية للمعالجة بأشعة رونتجن لمعالجة الآفات الفطرية على الفروة، في الخمسينات وأوائل الستينات.

المعالجة: وقاية المريض من العوامل الخارجية وتطبيق المراهم المطرية ومراقبة المريض خوف حدوث التقرانات الشمسية والسرطانات الجلدية ومعالجة السرطانات المعالجة المناسبة في حال حدوثها.

شكل 7 - 7 : سرطانة قاعدية كمضاعفة لالتهاب الجلد الشعاعي المزمن.

الجلادات الضوئية (Photodermatoses):

تنجم الجلادات الضوئية بشكل رئيس عن التعرض للضوء بخاصة أشعة الشمس حيث يلعب الضوء الدور الأكبر في إمراضها، ومن هذه الآفات: حرق الشمس، الانسمام الضوئي، الأرج الضوئي، السرطانات، ويبدو أن هذه الآفات في تزايد في وقتنا الحاضر نظراً للتغيرات البيئية الحاصلة في الأرض ومحيطها ومنها ثقب الأوزون.

أما الإشعاعات الضوئية المسؤولة عن التفاعلات البيولوجية الضوئية والمؤدية للجلادات الضوئية فهي الأشعة فوق البنفسجية (A, B, C) والضوء المرئي والأشعة تحت الحمراء وإشعاعات أخرى، وسنركز في بحثنا على الأشعة فوق البنفسجية (UV).

تتراوح أطوال موجات الأشعة فوق البنفسجية – (C) بين 200-290 نانو متراً وهي لا تصل إلى الأرض عادة، حيث يمتصها الغلاف الجوي ولكن يمكن أن تنتج عن بعض أنواع المصابيح؛ الزينون (Xenon) والمصابيح الزئبقية، وعادة يحجبها زجاج النوافذ، وتعد مسرطنة بشدة وتخترق البشرة فقط.

أما الأشعة فوق البنفسجية – (B) فأطوال موجاتها يتراوح بين 290-320 نانو متراً ويصل جزء قليل منها إلى الأرض ولا تخترق الزجاج بينما تخترق الماء. تصل حتى الطبقة الحليمية من الجلد، وهي مسرطنة وتُحدث تأثيرات بيولوجية مهمة ودابغة للجلد.

أما الأشعة فوق البنفسجية – (A) وأطوال موجاتها يتراوح بين 320-400 نانو متراً ، ويصل إلى الأرض نحو 6.3٪ منها، وتقسم إلى الأشعة فوق البنفسجية A2 وأطوال موجاتها بين 320-340 نانومتراً، والأشعة فوق البنفسجية A1 أطوال موجتها بين 320-400 نانومتراً. وهي جزء من ضوء الشمس العادي، مصدرها أيضاً الأنابيب الصنعية التي تستعمل للمعالجة والتشخيص وهي مسرطنة بشكل خفيف مقارنة مع الأشعة B و C وتخترق الزجاج العادي وتصل حتى الأدمة وهي الأكثر أهمية في تفعيل المؤرجات الضوئية، أما بقية التفاعلات فتفعله الأشعة فوق البنفسجية B.

أما الضوء المرئي فيصل حتى الأدمة الشبكية وتحت الجلد وأطوال موجاته بين 400 - 800 نانو متراً ويخترق الزجاج، وهو غير مسرطن لكنه يدبغ الجلد.

تمتص طاقة الأشعة جزيئات تسمى حاملات الصباغ (Chromophores) وهي موجودة في الجلد داخلية المنشأ (الدنا DNA والميلانين) أو خارجية المنشأ (مواد كيميائية وأدوية محسسة ضوئياً) ويختلف طيف الامتصاص لكل حامل صباغ بحسب طول الموجات التي امتصها وبحسب ترتيبه الذري. يمكن أن يؤدي امتصاص الطاقة هذا وبشروط معينة إلى حدوث التهاب جلدي وذلك بعد عدة ساعات من التعرض للضوء وتتواسطه مواد مختلفة منها: اللوكوترينات. والالتهاب يكون سمياً ضوئياً أو أرجياً ضوئياً. وقد يحدث الدبغ الذي إما أن يكون عاجلاً أو آجلاً،ولابد من القول إن الأشعة فوق البنفسجية تؤثر في وظيفة خلايا لانجرهانس والخلايا اللمفاوية التائية والخلايا المقرنة كما تؤثر في تصنيع فيتامين "D".

أما التأثيرات المتأخرة للأشعة فتتجلى بظهور التجاعيد وحدوث المران الضوئي والسرطانات الجلدية التي تحدث بمشاركة العوامل البيئية والاستعداد العضوي.

أنماط الجلد:

تتعلق التفاعلات الحيوية الضوئية التي تصيب الجلد بنمط الجلد كالحمامى وحرق الشمس والتصبغ والنفاطات الضوئية والتفاعلات السمية الضوئية، بالإضافة إلى التأثيرات الآجلة: كالتقرانات الشمسية والسرطانات الجلدية، كل ما سبق يتعلق بنمط الجلد، وتصنف جلود البشر إلى 6 أنماط:

النمط 1، 2 بلون أبيض فاتح، العيون زرقاء، الشعر أشقر أو أحمر لديهم نمش عادة، وهؤلاء الناس مفرطون بالإصابة بالأذيات الضيائية.

النمط 3 ، 4 تكون قابلية الحرق لديهم أقل من النموذج 1 ، 2 بكثير.

النمط 5 وهم سكان البحر الأبيض المتوسط، وهم سمر.

النمط 6 ذوو التصبغ الشديد (الأفريقيون).

تصنيف الجُلَادات الضوئية:

لا يوجد تصنيف متفق عليه بشكل نهائي، وسنستعرض الجلادات الضوئية الآتية بإيجاز:

حرق الشمس: ينجم حرق الشمس عن الأشعة فوق البنفسجية (B) ويرتبط بنمط الجلد وبالظروف المناخية وبمدة التعرض للشمس أو للمنابع الضوئية الصناعية التي تنتج عن الأشعة فوق البنفسجية B، يحدث حرق الشمس بكثرة على شواطئ البحار صيفاً، وتختلف شدة الحرق حسب العوامل التالية: مدة التعرض، شدة ضوء الشمس، الوقت الذي تعرض له المصاب حيث تكون الأشعة فوق البنفسجية B على أشدها بين التاسعة صباحاً والثانية بعد الظهر.

يتظاهر حرق الشمس باحمرار شديد في المناطق المعرضة من الجلد مع خزب (Dropsy)، وقد تتشكل عليه حويصلات وفقاعات وذلك بحسب درجة وشدة حرق الشمس.

يتراجع عادة خلال أيام ويتوسف الجلد ويخف الاحمرار تدريجياً حتى الشفاء الكامل. يمكن لحرق الشمس أن يترافق بحس حرقان مختلف الشدة، وبأعراض عامة منها الحمى والدعث والإقياء والصداع.

مآله حسن ولكن يجب أن يفرق عن التفاعلات الضوئية السمية بالتتراسيكلين وبالأدوية الأخرى.

المعالجة: تعطى في الحروق الشديدة بالكورتيكوستيرويدات أو مضادات الالتهاب غير الستيرويدية كالإندوميثاسين والأسبرين داخلاً. وفي الحالات الخفيفة نكتفي بالمساحيق أو بالكورتيكوستيرويدات على شكل كريمات، ويمكن الاستفادة من مضادات الهستامين لتخفيف الألم.

التهاب الجلد الضوئي السُمّي والتهاب الجلد الضوئي الأرجي

(Phototoxic Dermatitis and Photoallergic Dermatitis):

ليس من السهل تفريق التفاعلات الضوئية السمية عن التفاعلات الضوئية الأرجية وذلك لتشابههما من الناحية الإكلينيكية والهستولوجية ، حتى أن الدواء الواحد يمكن أن يسبب تسمماً ضوئياً جلدياً أو أرجياً.

الانسمام الضوئي (Phototoxicity):

يحدث الانسمام الضوئي بوجود مادة محسسة ضوئياً في الجلد (دوائية غالباً) مع التعرض للضوء المرئي والأشعة فوق البنفسجية حيث تمتص المادة المحسسة الضوء، وتهيج الإلكترونات فيها وتؤدي إلى ذرة فردية أو ثلاثية مهيجة ،عندما تعود

هذه الإلكترونات إلى المدارات الداخلية (وضعها الطبيعي) تطلق طاقة تؤذي الخلية وعضياتها (Organelles) وتنطلق الوسائط الالتهابية. بعض حالات الانسمام الضوئي يعتمد على الأكسجين وبعضها بدون أكسجين.يظهر الطفح في المناطق المعرضة للضوء من الجلد كالوجه (شكل 7 - 8) والسبعة الصدرية والنقرة، ظهر اليدين، الأوجه الباسطة للذراعين والأوجه الأمامية للفخذين، وعادة يكون هناك حد فاصل بين المنطقة المصابة والسليمة. تتظاهر الآفة على شكل حمامى مع وذمة شبيهة بحرق الشمس، وقد تتشكل عليها فقاعات ووسوف، وعندما تزول الأسباب وتتراجع الآفات تترك تصبغاً يستمر لفترة طويلة، وتختلف هذه التصبغات بحسب نوع الدواء. يمكن أن يتظاهر الانسمام الضوئي ببعض الأدوية مثل التتراسيكلين، على شكل انحلال أظافر ضوئي، وبالبورفيرية الكاذبة عند تناول النابروكسين وأدوية أخرى. ومن الأدوية المتهمة بإحداث انسمام ضوئي: السورالينات، بعض أنواع المضادات الحيوية، مضادات الالتهاب غير الستيرويدية، حمض السالسليك، المدرات، الرتينويدات، مضادات الأورام، الأصبغة وأدوية أخرى.

التشخيص: يتم التشخيص بناء على القصة الإكلينيكية والتظاهرات الإكلينيكية.

المعالجة: يعالج معالجة حرق الشمس وبالامتناع عن تناول الأدوية المسببة إذا أمكن وعدم التعرض للشمس.

شكل 7-8 : انسمام ضوئي.

التهاب الجلد التعطري (Berloque Dermatitis):

هو شكل من الانسمام الضوئي، يتصف بفرط تصبغ منتشر أو على هيئة خطوط مكان وضع العطور والكولونيا التي تحتوي زيت البرجاموت وذلك على الوجه والعنق. هذا ويمكن أن يحدث التهاب جلد تعطري أيضاً باستعمال مساحيق التجميل ومعاجين الأسنان والحلاقة والمرذات وغيرها من مواد الزينة بما تحتويه من العطور. إذ يمكن أن تؤدي إلى حدوث فرط تصبغ على الوجه يشبه الكلف ويعالج بوقف العطور وبتطبيق مزيلات الصباغ.

الأرج الضوئي (Photoallergy):

يعتقد أن الأرج الضوئي يحدث بسبب فرط حساسية متواسطة بالخلايا حيث لابد من طاقة ضوئية لتشكيل أضداد ضوئية (Photoantibodies) تؤدي بدورها إلى استجابة مناعية وتؤدي الأشعة فوق البنفسجية إلى تحويل الدواء إلى مركب فعال مناعياً وذلك بطريقتين: الأولى يتفاعل الدواء مع الأشعة فوق البنفسجية مما يؤدي إلى منتج ضوئي (Photoproduct) مستقر يعمل كناشبة تقترن بجزيء حامل وتشكل مستضد كامل يؤدي إلى استجابة مناعية. والسلفانيلاميد تحدث الأرج الضوئي بهذا الطريق. أما الطريقة الثانية فتحدث بامتصاص الدواء للضوء ويؤدي هذا إلى مركب غير مستقر بحالة إثارة وهنا لابد من عودة الحالة إلى الوضع المستقر وبذلك تنطلق طاقة تؤدي إلى ارتباط الدواء مع بروتين حامل، وبالتالي ظهور مستضد كامل قابل لإحداث استجابة مناعية ومثال هذا الكلوربرومازين وكل المستضدات بالطريقتين، يحدث الأرج الضوئي بما يشبه التهاب الجلد الأرجي التماسي حيث يلتصق المستضد، بخلايا لانجرهانس التي تهاجر من الجلد إلى العقد اللمفية، لتفعل الخلايا التائية، حيث تتكاثر الأخيرة وتتمايز وتعود إلى الجلد مكان التعرض الضوئي، حيث تؤدي هناك لاستجابة التهابية وتزيل الخلايا المقترنة بالناشبة الضوئية. يحدث الأرج الضوئي بأي عمر والرجال أكثر إصابة من النساء، ويتظاهر بشكل طفح يتوضع غالباً على المناطق المعرضة للضوء، ومع تكرار الإصابة قد

تنتشر إلى الأماكن المستورة، وتتظاهر الإصابة بالإكزيمة الحادة أو تحت الحادة أو المزمنة، ويعود الجلد إلى وضعه الطبيعي بعد زوال الدواء المؤرج أو بعدم التعرض للشمس، إلا في حالة واحدة وهي التفاعل الضوئي الثابت (Persistent light reaction). هذا ويمكن أن يأخذ الأرج الضوئي في بعض الحالات ما يشبه شكل الحزاز المسطح.

ونذكر من المؤرجات الضوئية: مضادات الجراثيم الموضعية، بعض مضادات الفطور، العطور، واقيات الضوء، مضادات الالتهاب غير الستيرويدية، بعض النباتات، بعض الأدوية النفسية وأدوية أخرى.

التشخيص: يعتمد تشخيص الأرج الضوئي على القصة المرضية وإجراء الاختبارات الرقعية الضوئية والخزعة الهستولوجية.

المعالجة: تقوم المعالجة على الوقاية من الضوء بواقيات الضوء المناسبة وباستعمال الكورتيكوستيرويدات موضعياً، أو إعطائها عن الطريق العام في الحالات الشديدة والتوقف عن استعمال الدواء إذا أمكن.

أمراض جلدية ضوئية أخرى:

وهي أمراض جلدية يرجح أن تكون بآلية مناعية ومنها الطفح الضوئي عديد الأشكال والأكال السفعي، الحصاف وقسي الشكل، الشرى الشمسي، التهاب الجلد السفعي المزمن.

الطفح الضوئي متعدد الأشكال (Polymorphic light eruption) :

من الأمراض الشائعة ويتصف بأطفاح غير ندبية يسببه الضوء، تتألف من حطاطات حمامية حاكة، أو لويحات أو حويصلات في المناطق المعرضة للضوء وهي الوجه، العنق، السبعة الصدرية، أعلى الظهر، ظهر اليدين والساعدان.

المرض شائع عند النساء وبأعمار أقل من 30 عاماً، ويحدث بالربيع والصيف غالباً، وذلك بتأثير الأشعة فوق البنفسجية على شكل فرط حساسية أجل.

يعتمد تشخيصه على شكل أطفاح، ولابد من تفريقه عن الذئبة الحمامية، الحمامى عديدة الأشكال وتفيد الخزعة في التشخيص التفريقي.

يعالج بالوقاية من الضوء، بواقيات الضوء المناسبة ويمكن إعطاء مضادات الملاريا التركيبية داخلاً.

الحكاك السفعي (Actinic Prurigo) :

يتصف بأطفاح حطاطية عقيدية حاكة متسحجة، أكثر ما يصيب الأطفال في المناطق المعرضة للضياء وأقل في المناطق المستورة، يعالج بالوقاية من الشمس وتطبيق الكورتيكوستيرويدات. ويذكر فائدة تعريض المريض بكميات أصغرية للأشعة فوق البنفسجية B.

الحُصَاف الوقسي (Hydroa Vacciniformis) :

مرض نادر المشاهدة يحدث بالأشعة فوق البنفسجية وبخاصة في أشهر الصيف يبدأ في الطفولة ويستمر حتى البلوغ، حيث يزول. يتصف ببقع حمامية تتطور إلى حطاطات وحويصلات أو فقاعات متجلبة تترك بعد تراجعها ندبات تدل عليها، يمكن أن يترافق بأعراض عامة مع بدء حدوث النوبة (شكل 7-9). يكون البورفيرين في البول طبيعياً، كذلك أضداد SSA (RO) و SSA (B).

يعالج بالوقاية من الضوء بحاجبات الشمس ويمكن إعطاء مضادات الملاريا.

شكل 7-9 : الحُصَاف الوَقْسي.

الشرى الشمسي (Solar Urticaria) :

تحدث الأشعة فوق البنفسجية أو أشعة الشمس بدون/أو مع تناول بعض الأدوية المحرضة انتبارات شروية، يعالج هذا المرض بالوقاية من الضوء ومضادات الهستامين.

التهاب الجلد السفعي المزمن (Chronic Actinic Dermatitis)

يسمى أيضاً شبيه الشباك السفعي (Actinic Reticuloid) وهو مرض مزمن غير شائع، تحدثه الأشعة فوق البنفسجية في المناطق المعرضة للضياء. يأخذ شكل آفة إكزيمية مزمنة متخرزة حاكة بشدة (شكل 7-10)، يصب المسنين ويعالج بالوقاية من الضوء وتطبيق الكورتيكوستيرويدات خارجاً أو إعطائها داخلاً ويمكن أن تكون المعالجة "بالبوفا PUVA" * مفيدة.

الجُلاّدات الضوئية بسبب التعرض المزمن للضوء :

يؤدي التعرض المديد والمزمن لأشعة الشمس، بسبب العمل خارج المنزل لساعات عديدة، إلى تنكس في ألياف الأدمة وحدوث المران الشمسي، أو آفات ضوئية أخرى بسبب تراكم الأذى الضوئي خلال فترة طويلة من عمر المصاب، ومن هذه الأمراض: المران السافع، الجلد المعيني، التهاب الشفة الضوئي، التقران الشمسي، الدخنية الغروانية، جفاف الجلد المصطبغ، ويحدث الأخير بآلية وراثية.

تنكس النسيج المرن السفعي (Actinic Elastosis):

يسمى أيضاً المران الشمسي (Solar elastosis) وهو تنكس في الأدمة يحدث بسبب التعرض المديد لطيف مغناطيسي ضوئي (غالباً أشعة الشمس)، يتسبب عن أشعة الشمس، أو الأشعة تحت الحمراء، وبآلية تراكمية، لهذا يصادف في سن متقدمة لدى الذين يعملون ساعات طويلة خارج المنزل، في طقس مشمس، وقد يلعب في إمراضه إنزيم البروتياز التي تفرزه الخلايا البدينة والبلاعم والتي تسبب تنكساً في الألياف المرنة.

---

* (Psoralen plus ultraviolet A): السورالين مع الأشعة فوق البنفسجية A.

يصيب عادة الوجه بخاصة الجبهة والنقرة وظهر اليدين، ويتصف بتشكل شبكي بلون عاجي، يعالج وقائياً بواقيات الشمس ذات درجة وقاية لا تقل عن 15.

ويعد الجلد المعيني شكلاً خاصاً منه يظهر على النقرة عند المزارعين والبحارة والناس الذين يعملون لساعات طويلة تحت الشمس، ويندر حدوثه لدى النساء بسبب حماية النقرة بالشعر، ويتصف بثخانة جلد النقرة، وظهور أثلام عميقة واضحة، وتتم الوقاية منه بحاجبات الشمس.

أما تنكس النسيج المرن العقيدي الكيسي (متلازمة فافر ـ راكوشو) فيصيب كبار السن نتيجة التعرض المزمن للشمس، يتصف بظهور الزؤان المغلق والمفتوح الشبيه بالكيسات، والتجاعيد في منطقة الوجنتين، الصدغين، ظهر الأنف ويمكن أن تفيد فيه مادة التريتينوين والوقاية باستعمال دارئات الشمس.

التهاب الشفة السفعي (Actinic Cheilitis):

ينجم عن التعرض لأشعة الشمس وبخاصة عند العاملين بالعراء ذوي الجلد نمط 1و 2، والشفة السفلى أكثر إصابة، لأنها الأكثر تعرضاً للشمس عند المسنين، يتصف بجفاف في الشفة السفلى مع ظهور تشققات وسفية أو متجلبة، قد يحدث ضمور وتوسع شعريات، وقد يحصل عليها طلوان يستحيل إلى سرطانة حرشفية الخلايا، وتتم الوقاية بمطريات الشفة التي تحتوي على دارئات الشمس، وقد تحتاج إلى تطبيق 5 ـ فلوريوراسيل في الحالات المتوسطة أما في الحالات المعندة فيمكن استئصال القسم الأحمر من الشفة بالجراحة أو بالليزر.

التقران الشمسي (Solar Keratosis):

أو التقران السفعي أو الشيخي، ينجم التقران الشمسي عن التعرض للشمس في الأماكن المكشوفة من الجلد، وذلك بتأثير تراكمي خلال فترة طويلة من عمر المصاب وبخاصة ذوي الجلد الأبيض، ويمكن أن تحدث تغيرات شبيهة بالتقران الشمسي بتأثير الأشعة المؤيّنة، يتصف بوسوف بنية مصفرة جافة ملتصقة ترفع بصعوبة، تصبح متقرنة وأكثر كثافة، ويمكن أن يكون عدد الآفات بالعشرات على

الرأس الأصلع والجبهة (شكل 7-11) وظهري اليدين وهي محتملة التسرطن وقد تتحول إلى سرطانة حرشفية الخلايا، وتعالج بتطبيق 5 – فلورويوراسيل أو بتطبيق الآزوت السائل والأخير معالجة روتينية في قسم الأمراض الجلدية منذ عدة سنوات.

شكل 7-10 : التهاب الجلد السعفي.

شكل 7-11 : تقران شمسي.

الدُّخَيْنَة الفروانية (Colloid Milium):

وهي تغيرات تنكسية تؤدي إلى حطاطات صغيرة في الأماكن المعرضة للشمس، صفراء اللون بنية شفافة، تتجمع على شكل مجموعات غير منتظمة. تلاحظ على الوجه بخاصة حول الحجاج وعلى العنق وظهر اليدين وتعالج بتخريبها.

جفاف الجلد المصطبغ (Xeroderma Pigmentosum) :

مرض نادر المشاهدة نسبياً ينتقل بصفة جسمية صاغرة، ويتصف بحساسية ضوئية، وتصبغات، شيخوخة جلد مبكرة، تنشؤات، خلل في إصلاح الدنا (DNA) وله ثمانية أشكال.

السببيات: يصادف المرض في جميع بلاد العالم وينتقل بصفة جسمية صاغرة، ويصيب الإناث والذكور على حد سواء، يفترض أن مورثة جفاف الجلد نموذج ـ أ ـ تقع على الكروموسوم 9. يتصف المرض بتفاعل جلد غير سوي تجاه الأشعة فوق البنفسجية، إذ لا يتمكن المصاب من إصلاح ـ الدنا DNA ـ المخرب بالأشعة فوق البنفسجية، بسبب عيب في فعالية الإندونكليان، وبالتالي يتعرض المصاب في سن مبكرة لتكون الأورام الجلدية الخبيثة.

التظاهرات الإكلينيكية: يكون الجلد سليماً عند الولادة، وبعد عدة أشهر من الولادة يصاب بجفاف جلد مع بقع نمشية كثيرة العدد، على المناطق المكشوفة من الجلد وبخاصة في أشهر الصيف، ثم يصاب الجلد إلى جانب البقع النمشية، ببقع نقص تصبغ وبقع ضمورية وحمامية وتوسع شعريات (شكل 7-12)، وتظهر الأورام الحرشفية والقاعدية والورم الميلانيني الخبيث في سن مبكرة أقل من عشر سنوات في بلادنا على المناطق المعرضة للضوء وبخاصة الوجه، كما يتعرض المصاب لإصابات عينية أهمها رهاب الضوء، والتهاب الملتحمة، والشتور وإصابات عصبية في بعض أشكال الداء. يموت المرضى عادة في سن مبكرة.

التشخيص: يسهل تشخيص جفاف الجلد المصطبغ عادةً في الأشكال النموذجية، ويدخل في التشخيص التفريقي معه في الأشهر الأولى: النمش،

والمتلازمات الأخرى كالشُيّاخ (Progeria) وبعض أمراض الحساسية الضوئية، هذا ويمكن كشف الإصابة به أثناء الحمل.

المعالجة: حالما يولد الطفل المصاب يجب وقايته من أشعة الشمس وبمختلف الطرائق، ويسمح للمصابين بالخروج باكراً أو التجول ليلاً، ومراقبتهم مراقبة جيدة. ويجري استئصال الأورام في بداية تشكلها، وتعطى الرتينويدات لاتقاء تشكل الأورام.

أمراض جلدية أخرى تتأثر بالضوء :

يثير الضوء أمراضاً جلدية كثيرة، أو يلعب دوراً في حدوث بعضها ومن هذه الأمراض: العد، التهاب الجلد التاتبي، بعض الأمراض الفقاعية، الهربس البسيط، مرض «هارتنب»، الحزاز المسطح، بعض العداوى الفيروسية وبعض المتلازمات الوارثية التي يتأثر الجلد فيها بأشعة الشمس، وسنأتي على ذكر بعضها في فصولها الخاصة.

الأمراض المفتعلة (Factitial Diseases) :

التهاب الجلد المفتعل (F. Dermatitis) أو التهاب الجلد الخادع (الصنعي) [Artifact Dermatitis]:

يقصد بهذا المصطلح الآفات الجلدية التي يحدثها الإنسان لذاته لأسباب نفسية للتهرب من العمل، أو للحصول على تعويضات مادية، كما في التأمين ضد الحوادث. وتؤدي الحالة النفسية غير الطبيعية إلى إيذاء الذات من أجل لفت النظر أو لأسباب أخرى. والإناث أكثر إصابة من الذكور، وعادة في سن صغيرة، ولا تظهر الآفات عادة في الأماكن التي لا يمكن الوصول إليها كالظهر، وأكثر توضعاتها على الوجه (شكل 7-13) والأطراف والصدر.

شكل 7-12 : جفاف الجلد المصطبغ.

شكل 7-13 : التهاب جلد مفتعل على الوجه.

التظاهرات الإكلينيكية: يصعب عادة تشخيصها أو التعرف عليها بسبب تنوع أشكال هذه الأذيات المفتعلة والتغيرات الحاصلة بحسب الأداة المستعملة، فالفرك أو الكشط يؤدي إلى احمرار التهابي في الجلد، يتلوه تورم وتشكل تاكلات نازة، وقد تُحدث الآفات بلفائف التبغ والأدوات الحادة أو بأداة تؤدي إلى خدش ،وقد تطبق المواد الكيميائية، أو قد يحرض بعض المرضى آفات جلدية موجودة سابقاً لديهم (التهاب جلد أرجي تماسي) بتطبيق المادة المؤرجة التي عرفوها سابقاً وذلك لأهداف معينة، وقد يلجأ آخرون لحقن مواد داخل الجلد.

التشخيص: ليس سهلاً عادة، والمريض لا يساعد الطبيب على الكشف عن مرضه، ولكن يجب وضع التهاب الجلد الخادع بالحسبان عند مريض غير سوي من الناحية النفسية، وقد يفيد شكل الطفح في التفكير بهذا المرض، ويمكن استخدام الضمادات الكتيمة لتغطيتها حيث تشفى الآفة تحتها بشكل سريع.

المعالجة: معالجة الحالة النفسية.

الوذمة اللمفية المفتعلة :

وهي وذمة لمفية محدثة ذاتياً نتيجة الرضح بآلة كليلة (Blunt). وأكثر ما تشاهد على الأطراف ويصعب تشخيصها.

هوس نتف الشعر (Trichotillomania) :

أكثر ما يحدث عند الأطفال لأسباب نفسية وأكثر ما ينتف شعر الرأس (شكل 7-14)، ولكن يمكن أن تطال الأهداب أو الحواجب أو أشعار المناطق الأخرى، وبالفحص نجد الجلد طبيعياً والأشعار متفاوتة بالطول في المناطق المنتوفة، والمعالجة نفسية.

العُدّ التسحجي :

من الآفات التي يحدثها الفرد لأسباب نفسية أيضاً.

شكل 7-14 : هوس نتف الشعر.

الفصل الثامن

الشرى والتفاعلات الدوائية

Urticaria and Drug Reactions

قبل أن ندرس الشرى والتفاعلات الدوائية والتهاب الجلد والإكزيمة، لابد من التذكير بالتفاعلات الأرجية بإيجاز، وذلك لأن الكثير من أشكال هذه الأمراض يحدث بآلية أرجية بأحد أنماط هذه التفاعلات.

التفاعلات الأرجية (Allergic Reactions) :

نصنف هذه التفاعلات إلى أربعة أنماط :

النمط الأول :التفاعل التأقي (Anaphylactic Reaction): ومن الأمراض التي تحدث بآلية هذا النمط :الشرى الأرجي، الوذمة الوعائية الأرجية وبعض أنواع الحمامات العابرة، والتهاب الجلد التأتبي، الربو، وبعض الاضطرابات الهضمية والتأق (الصدمة).

في هذا التفاعل تكون المستضدات ثنائية التكافؤ ونذكر منها :الأدوية، بعض المواد الغذائية، مضافات الأطعمة، بروتينات غريبة.. الخ.

أما الأضداد فهي من نوع الجلوبلين المناعي IgE و IgG غير مثبتة للمتممة، ترتبط على سطح الخلايا البدينة والخلايا البيض الأسسة بواسطة المستضدات، حيث أن جزيء المستضد يرتبط بجزئين من الأضداد، وهذا يعني أن كمية ضئيلة من المستضدات كافية لبدء حدوث التفاعل.

تنطلق الوسائط في هذا التفاعل من الخلايا البدينة لدى شخص تعرّف سابقاً على المستضد وذلك بعد دقائق إلى ساعات قليلة، من أهم هذه الوسائط :الهستامين، الليوكوترين C_4و B_4 والبروستاجلاندين D_2، والعامل المفعِّل للصفيحات، عامل الانجذاب الكيماوي لليوزينيات والعَدِلات، والهيبارين وبعض الأنزيمات. وتحدث هذه الوسائط تفاعلات نسيجية تتجلى بالتوسعات الوعائية وزيادة النفوذية الوعائية وتقلص العضلات الملس والانجذاب الكيماوي لليوزينيات وتراكم الصفيحات.

النمط الثاني : التفاعل السام للخلايا (Cytotoxic Reaction) : ينجم عن تفاعل مستضد على سطح الخلية مع الأضداد من نوع IgG و IgM بواسطة المتممة، ويؤدي إلى تخريب الخلية، ويحدث عادة خلال ساعات من خلال تفعيل المتممة المستمر.

ومن المستضدات في هذا النمط بعض الأدوية. ومن الأمراض التي تحدث بآلية هذا النمط :فرفرية نقص الصفيحات، الذئبة الحمامية، الأمراض التفاعلية، التهاب الدرق المناعي الذاتي، فقر الدم الانحلالي الكسبي.. وغيرها.

النمط الثالث : تفاعل المركب المناعي وتفاعل آرتوس (Immune Complex and Arthus Reaction) :وينجم عن تشكيل مركبات مناعية، تترسب في الأوعية أو في الغشاء القاعدي وتقسم إلى تفاعل المركب المناعي وتفاعل آرتوس.

تفاعل المركب المناعي (داء المصل) : يظهر عادة بعد 5 أيام إلى 3 أسابيع عند شخص غير متحسس سابقاً للمستضد (بروتينات أجنبية، تمنيع، خلاصات خلوية طازجة، بنسللين مديد المفعول) وتتشكل أضداد من نوع IgA, IgM, IgG التي ترتبط مع المستضدات المرتبطة بالمتممة ويؤدي ذلك إلى حدوث معقدات مناعية، تؤدي بدورها إلى جذب العدلات وانطلاق إنزيمات حلولية وإلى التهاب حاد في الأوعية كاسر للكريات البيض. يتظاهر داء المصل (Serum sickness) بحمى وطفح شروي وألم في المفاصل والتهاب مصليات متعدد.

ظاهرة أرتوس :وتحدث بالآلية نفسها تقريباً وتؤدي إلى ترسب مثل هذه المركبات المناعية في الأوعية الدموية الصغيرة وإلى تكسر الكريات البيض، ويحدث بعد بضع دقائق وحتى ساعات وتحدث الظاهرة في التهاب الأوعية الكاسر للبيض الأرجي، التهاب كبيبات الكلية في الذئبة الحمامية المجموعية وفي الحمامى عديدة الأشكال.

النمط الرابع : التفاعلات المتواسطة بالخلايا (التفاعلات الأرجية الآجلة) :

وهذا النمط على عكس التفاعلات الثلاثة السابقة، هو تفاعل آجل ويحدث بعد التعرض للمستضد بساعات أو أيام، والمستضدات ذات وزن جزيئي منخفض عادة، تؤدي باتحادها مع البروتينات إلى تشكيل الناشبة كما في التهاب الجلد التماسي الأرجي والأرج الضوئي والاستجابة تجاه الجراثيم والفطريات والڤيروسات وفي رفض الطعوم.

الشرى (Urticaria) :

يتصف الشرى بظهور الطفح وتراجعه بسرعة، وهو طفح وحيد الشكل يتصف بالانتبارات (Wheals)، ويعد الشرى من الأمراض كثيرة الشيوع.

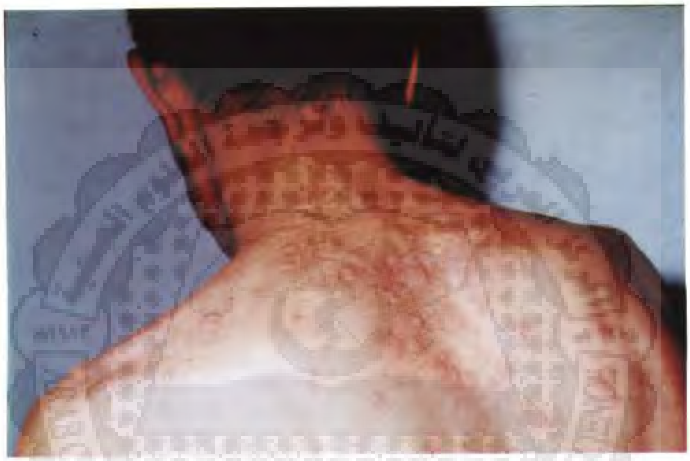
الأسباب والإمراض :

يحدث الطفح الشروي بسبب توسع وزيادة نفوذية الشعيرات الدموية، وبالتالي رشح مكونات البلازما إلى خارج الأوعية وذلك بتأثير مواد كثيرة أهمها الهستامين، ولكن وسائط أخرى يمكن أن تلعب الدور نفسه منها:البروستاجلاندين D_2 وليوكترين $B_4 / C_4 / D_4$ وعامل تفعيل الصفيحات وعامل الجذب الكيماوي وإنزيمات التربتاز والكيماز (Chymase) والبروتين الأساسي والببتيدات العصبية وغيرها.

هذه الوسائط تنتج من قبل الخلايا البدينة بشكل رئيسي وبعضها تنتجها الخلايا البطانية واليوزينية والأسسات والأعصاب وخلايا البشرة والبالعات.

وبتأثير مسببات عديدة يزول تحبب الخلايا البدينة، وينطلق الهستامين خارجها فتحدث الانتبارات الشروية (شكل 8-1).

إن غياب الشرى لبعض الوقت يكون ناتجاً عن إعادة تشكيل الحبيبات في الخلايا البدينة من جديد، أما الحكة فترتبط في الشرى بزيادة كثافة الهستامين في الانتبارات وفي الدم.



شكل 8-1 : شرى حاد.

يصنف الشرى إلى :

شرى حاد لا تستمر فيه النوبات أكثر من عدة أسابيع وسطياً أربعة أسابيع بتفاعل أرجي النمط (I).

شرى مزمن وتستمر فيه الحالة الشروية أكثر من شهرين. قد يستمر سنوات عديدة ويغلب أن يكون غير أرجي.

شرى مزمن متقطع يتصف بحدوث انتكاسات في نوبات الشرى بعد فترة تتجاوز 4 أسابيع.

يمكن أن يصنف الشرى أيضاً إلى :شرى أرجي نمط (I) وشرى غير أرجي.

مثيرات الشرى:

الأدوية : وهي كثيرة جداً منها :الكودين، الكوراري، الدكستران، المورفين بوليمكسين، الساليسيلات، الإندوميثاسين، البنزوات، البنسللين، وتلعب الساليسيلات والمواد المشابهة دوراً كبيراً في حدوث الشرى المزمن.

الأغذية : تتهم أطعمة كثيرة كمسبب للشرى وقد يكون ذلك بآلية أرجية أو غير أرجية كما في الأدوية، ومنها :السمك، البيض، الشوكولاته، المحار، الطماطم، الفريز، الحليب، الجبن، البهارات، كما تلعب مضافات الأطعمة دوراً مهماً في الشرى الحاد والمزمن على حد سواء منها :التارتارازين وأصبغة الآزو والبنزوات والسلفات ومضافات أخرى.

المواد المستنشقة : غبار الطلع، أبواغ العفن، الوسوف الحيوانية، غبار المنزل.

الأمراض المعدية : منها العدوى الجرثومية الموضعة في جهاز البول، والعدوى الفيروسية خاصة التي تصيب جهاز التنفس، والتهابات الكبد بالفيروسات A و B و C وعدوى المبيضات البيض، ووحيدات الخلية، والاحتشار بالديدان.

العوامل الفيزيائية : كالبرد والشمس والضغط والحرارة والماء.

مؤرجات حيوانية : سم النحل، الزنابير، قنديل البحر، لسع الحشرات.

أمراض مجموعية : منها الذئبة الحمامية المجموعية، اللمفومة، داء كثرة الكريات الحمر والتهابات الكبد الفيروسية والحساسية تجاه البروجسترون في بدء الدورة الطمثية لدى الإناث.

التظاهرات الإكلينيكية : تتألف الآفات البدئية في الشرى من الانتبارات وهي وذمة موضعة مرتفعة عن سطح الجلد، بيضاء اللون قرنفلية على قاعدة حمامية، يختلف حجمها ولونها من حالة لأخرى فقد يكون لونها ورديا أحمر أو أبيض أما حجمها فيتراوح بين رأس الدبوس إلى عدة سنتيمترات إلى حجم راحة اليد وقد تأخذ أشكالاً حلقية أو جغرافية، وفي الوذمة العرقية العصبية (وذمة كوينكه) يكون الانتبار عميقاً ويأخذ مساحة كبيرة ويكون بلون أحمر وردي أو قد يكون بلون الجلد الطبيعي.

يؤدي رشح البلازما مع الاحتكاك إلى ظهور فقاعات؛ فيسمى هنا الشرى الفقاعي وقد تكون الفقاعات نزفية أحياناً.

الشرى مرض حاك حكته شديدة، قد يترافق بإصابات شروية مجموعية مثل وذمة لسان المزمار والحنجرة التي تكون مهددة للحياة، وأحياناً قد تحدث آلام بطنية وإسهال وربو وآلام مفصلية.

تتشكل الانتبارات (Wheals) في الشرى بسرعة وتبقى فترة 20 دقيقة لكنها قد تبقى3 - 8 ساعات، أما إذا بقيت من 24 إلى 48 ساعة، فيسمى الشرى في هذه الحالة التهاب أوعية شروي نمط(III) وسنستعرض بإيجاز الحالات الخاصة من الشرى.

الأشكال الخاصة للشرى:

شرى التماس (Contact urticaria) :

يحدث نتيجة تماس الجلد مع مواد مخرشة، يتوضع الطفح عادة في مكان التماس ومن العوامل المحدثة لهذا الشرى :التماس مع قنديل البحر، ولدغ الحشرات والتماس مع السوس وبعض المؤرجات النباتية والغذائية والدوائية.

الشرى الفيزيائي ومن أشكاله :

كتوبية الجلد (Dermographism) : تحدث كتوبية الجلد بعد 15 - 20 ثانية من رض الجلد أو بالكتابة عليه بآلة كليلة (شكل 8-2)، ويبقى بعض الوقت ثم يزول ويحدث بنتيجة التوسع الوعائي التالي لانطلاق الهستامين.

وهي تختلف عن كتوبية الجلد البيضاء التي تحدث لدى التأتبيين بعدم ظهور التفاعل التبيغي وإنما يظهر تفاعل أبيض اللون.قد تستمر كتوبية الجلد لأشهر حتى سنوات، ولها شكل خاص هو الكتوبية الآجلة.

شرى الضغط *(Pressure Urticaria)* : تحدث فيه وذمة في النسيج تحت الجلد بعد ضغط قوي نسبياً، وذلك بعد 3 - 6 ساعات، وقد تستمر لفترة تمتد ليومين. يشبه شرى الضغط الوذمة العرقية العصبية ويمكن أن يترافق بالطفح الشروية.

شرى الشمس : بُحِثَ في آفات الضوء.

الشرى الكولينيي *(Cholinergic Urticaria)* : يحدث هذا النوع من الشرى بعد تعرض المصاب إلى حالات نفسية معينة كالمشكلات العاطفية والكَرْب (Stress)، وبعد إجراء جهد كالرض أو حمام ساخن ويظهر كاستجابة للآستيل كولين، ويبدو أن هذا النوع يحدث بآلية مناعية معتمداً على الجلوبلين المناعي IgE. أكثر ما يشاهد عند الفتيات والشباب، تكون فيه الانتبارات صغيرة نسبياً وبأقطار 1-3 ملم.

شرى الحرارة *(Heat Urticaria)* : وهو نادر ويحدث بتأثير الحرارة أو الدفء.

شرى الماء : مرض نادر، يحدث بعد تعرض الجسم للماء ويمكن أن يحدث الماء حكة الماء عند المستعدين.

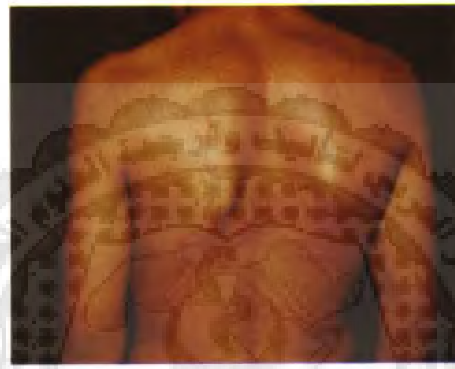
شرى البرد *(Cold Urticaria)* : أشيع أشكال الشرى الفيزيائي وتظهر الانتبارات بعد التعرض للبرد، يحدث بآلية النمط 1من التفاعلات الجلدية، حيث تطلق الخلايا البدينة الهستامين ومواد أخرى.

أكثر ما تظهر الانتبارات على المناطق المكشوفة من الجسم والمعرضة للبرد، يحدثه الهواء البارد أو الماء البارد، ويمكن للغطس في الماء البارد أن يودي بحياة الإنسان، يمكن كشفه بتطبيق اختبار كيس الجليد، يطبق على الظهر أو مكان آخر من الجلد، يمكن أن يترافق مع الجلوبلينات البردية.

الوذمة العرقية العصبية (وذمة كوينكه) (Angioneurotic Edema) :

الوذمة العرقية العصبية نوع من الشرى تكون فيه الإصابة في النسيج تحت الجلد تتصف بتورم محدود في الجلد ناتج عن الوذمة حتى في الطبقة الشحمية تحت الأدمة.

قد تحدث بنمط أرجي عاجل، وقد تترافق أو تتعاقب مع الشرى الحاد أو المزمن. يكون التورم محدوداً وعميقاً عجيني الملمس، يترافق بشد وتوتر في المنطقة المصابة أكثر المناطق إصابة :الشفتان (شكل 8-3)، الأجفان، الأعضاء التناسلية وقد يحدث الاختناق الحاد عندما تصاب الحنجرة واللسان.



شكل 8 - 2 : كتوبية الجلد.

شكل 8-3 : وذمة عرقية عصبية في الشفة العليا.

الوذمة العرقية الوراثية :

نادرة جداً تنتقل بصفة جسمية سائدة، تبدأ عادة في الطفولة وتتصف بعوز أو غياب مثبط C1 إستراز، وهو عبارة عن ألفا ـ جلوبلين. يترافق هذا الشكل مع أعراض عامة كالتعب والصداع وتوعك وإقياء ويمكن أن يصاب الجلد والأغشية المخاطية، أما الإصابة الحنجرية فهي الأخطر وقد تودي بحياة المصاب.

التهاب الأوعية الشروي (Urticarial Vasculitis) :

يتظاهر على شكل شرى مزمن متقطع لفترة زمنية طويلة، حيث يبقى الطفح لفترة لا تقل عن 12 - 24 ساعة أو أكثر، وتترافق فيه التظاهرات الجلدية مع التهاب مفاصل وآلام عضلية وبطنية ونادراً التهاب كبب وكلية، وترتفع فيه سرعة التثفل، ويزداد عدد الكريات البيض وتنقص المتممة C_3 ، C_4 ، C_5 في نصف الحالات مع إيجابية الأضداد المضادة للنوى والعامل الروماتويدي والجلوبلينات البردية أحياناً.

تشخيص الشرى :

يجب تفريق الشرى عن بعض الجلادات الأخرى الشبيهة :كالشرى الحطاطي أو لدغ الحشرات، وعن شبيه الفقاع الفقاعي والتهاب الجلد هربسي الشكل في بدئهما. وتولى الأهمية الكبرى لمعرفة سبب الشرى وهي غاية صعبة جداً. وتفيد معرفة القصة المرضية بالتفصيل ومعرفة الأدوية التي تناولها المريض قبل حدوث الشرى أو الطعام الذي تناوله المصاب الذي قد يكون سبباً أيضاً. ويمكن إجراء اختبار حذف المؤرجات واختبار التحريض واختبارات الحقن داخل الآفة، ويمكن للتحاليل الدموية أن تكون مفيدة أيضاً في معرفة العامل المسبب.

كذلك فإن فحص المريض من الناحية الداخلية إكلينيكياً ومخبرياً قد يكن مفيداً لمعرفة الأسباب الطفيلية أو الأمراض المجموعية الأخرى.

المعالجة:

إن أهم أولويات معالجة الشرى هو معرفة السبب والشكل الإكلينيكي. وبمعرفة السبب وإبعاده يمكن أن يتراجع الشرى عفوياً خلال فترة زمنية، لكن معرفة السبب ليس دوماً سهلاً وفي أكثر من نصف الحالات في الشرى المزمن يصعب معرفة العامل المسبب. ولابد من حذف الأطعمة التي تحتوي الأصبغة والمضافات الطعامية وإيقاف تناول الأدوية المسببة والاتقاء من العوامل الفيزيائية التي سببت الحالة.

وتعطى مضادات الهستامين الجيلين الأول والثاني مشاركة، والقصيرة والطويلة الأمد، وإن إضافة مضادات الهستامين H_2 ذات فائدة أحياناً.

يستطب إعطاء الكورتيكوستيرويدات داخلاً في داء المصل والصدمة التأقية ويجب تحاشيها في الأشكال الأخرى بوجه عام وبخاصة الشرى المزمن.

يعطى الأدرينالين محلول بتركيز 1/1000 تحت الجلد عادة في الوذمة العرقية العصبية المهددة للحياة ويمكن اللجوء إلى تنبيب الحنجرة أو خزع الرغامى (Tracheostomy) في حال حدوث وذمة الحنجرة والمريض بحاجة لإسعاف ومراقبة.

تعطى مركبات الهيدروكسيزين في معالجة الشرى الكوليني كما تعالج الوذمة الوعائية الوراثية معالجات خاصة. وقد يفيد الدابسون في بعض حالات الشرى.

الأطفاح الدوائية (Drug Eruptions) :

يمكن تعريف الأطفاح الدوائية بأنها التغيرات غير المرغوب بها التي تحدث على الجلد والأغشية المخاطية بعد تناول دواء ما بشكل نظامي، أو أنها تحدث كتأثير جانبي. تختلف نسبة حدوث التفاعلات الدوائية بين 1-20٪ وتختلف هذه التفاعلات الدوائية بين تفاعلات خفيفة وحتى سرطانية مميتة. أما نسب الوفيات فتكون بين 0.1 - 0.3 ٪.

أهم التفاعلات الدوائية وأكثرها شيوعاً هي الأطفاح الدوائية. وتختلف أشكال

الأطفاح الدوائية بحسب الدواء وعمر المريض وجنسه والوراثة وعوامل أخرى. تحاكي الأطفاح الدوائية أمراض جلدية كثيرة ولهذا تأخذ أهمية كبيرة في طب الجلد لأنها تدخل في التشخيص التفريقي مع أمراض جلدية كثيرة، ولابد لكل طبيب إلا أن يلم بالتفاعلات الدوائية للأدوية التي يصفها لمريضه، وسنأتي بإيجاز على أهمها.

آلية الطفح الدوائي (Mechanism of drug eruption) :

تحدث الأطفاح الدوائية نتيجة أرج مناعي دوائي والأشيع بآلية غير مناعية. وإن نسبة كبيرة من التفاعلات الدوائية يمكن التنبؤ بها، وبعضها لا يمكن التكهن بها ويمكن أن تكون بعوامل وراثية.

أما أسباب الطفح الدوائي فيمكن أن تكون ناتجة عن جرعة مفرطة أو جرعة متراكمة، أو بتأثيرات جانبية، أو نتيجة سمية آجلة أو تغيرات في النبيت الجلدي أو الأغشية المخاطية، أو بآلية التأثير الدوائي وبانزياح (Displacement) الدواء من البروتين الحامل. أو بآلية إنزيمية أو بآلية تأخير إطراح الدواء من الكلية أو بآليات استقلابية وخلوية، وبالتأثيرات الاشتدادية على المرض الجلدي وبآلية تأقية أو عدم تحمل. أما الأسباب المناعية فتحدث بحسب أحد الأنماط التي ذكرناها في مقدمة البحث.

التظاهرات الإكلينيكية : تأخذ الأطفاح الدوائية على الجلد أشكالاً إكلينيكية مختلفة، ويحدث الدواء الواحد العديد من الأشكال ولهذا يصعب تحديد نوع الدواء المسبب، وتتوزع الأطفاح الدوائية بشكل متناظر في الغالب ويمكن أن تترافق مع أعراض مجموعية.

الطفح الدوائي حصبوي الشكل : وهي شائعة وتحدث بعد 2-3 أيام من تناول الدواء، لكنها قد تتأخر حتى 3 أسابيع وتترافق بأعراض عامة كالحمى والحكة وارتفاع يوزينات الدم، والطفح الحصبوي، قد يكون قرمزي الشكل ومن الأدوية المحدثة لها :المسكنات مثل الأسبرين والمضادات الحيوية (شكل 8-4)، المنومات والأدوية النفسية وأملاح المعادن الثقيلة.

الشرى : يمكن أن تحدثه كما ذكرنا أدوية كثيرة منها المبنجات والمسكنات والمضادات الحيوية والهرمونات والملينات ومنتجات الدم وغيرها.

داء المصل : ويحدث بعد تناول الدواء بنحو 5 أيام إلى 3 أسابيع ويحدث بالنمط IIIكما ذكرنا، ومن الأدوية المتهمة، الأسبرين، البنسللين، ستروبتوميسين، السلفا الثيوبوراسيل ومركبات الجلوبلينات المناعية.

التهاب الجلد التقشري (Exfoliative Dermatitis) : وهو من الأمراض الخطيرة ويمكن أن يبدأ بطفح أو على شكل التهاب جلد إكزيمي يتطور إلى احمرار الجلد (أحمرية)، ومن أشيع أسبابه الدوائية، مركبات السلفا ومضادات الملاريا والمضادات الحيوية وأدوية أخرى عديدة كأدوية الصَرَع (شكل 8-5) وأملاح المعادن الثقيلة.

الطفح الدوائي الثابت (Fixed drug eruption) : ويسمى بالثابت نظراً لنكسه في المكان نفسه كلما تناول المريض الدواء نفسه. ولكن قد تزداد الأطفاح، وهو شائع يتصف ببقع ذات حدود واضحة حمراء وردية أو مصطبغة قليلاً، قد تعلوها فقاعة تتسجح، ويمكن أن تصادف في أية منطقة من مناطق الجلد لكن توضعاتها الأكثر انتقائية هي الحشفة، الشفتان (شكل 8-6 أ و ب)، الأطراف، تحدث غالباً بعد 30 دقيقة إلى 8 ساعات من تناول الدواء. إن الأدوية المحدثة للطفح الدوائي الثابت كثيرة من أهمها :التتراسيكلينات والسلفا والباربتيورات والفينول فثالين ومضادات الاختلاج ومضادات الالتهاب غير الستيرويدية وأدوية أخرى.

الطفح العُدّي الشكل : يشبه أطفاح العُدّ الشائع (Acne vulgaris) بدون زؤان ومن الأدوية المحدثة: ACTH، الكورتيكوستيرويدات، أملاح اليود والبروميدات ومانعات الحمل وبعض أنواع المضادات الحيوية.

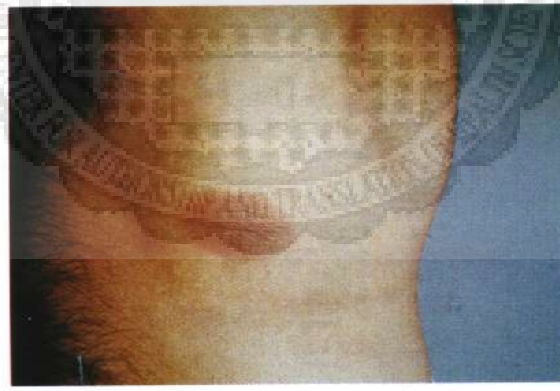
الطفح الإكزيمي (Eczematous Eruption) : وتتهم بإحداثه أدوية مختلفة عند أشخاص مستعدين لالتهاب الجلد التماسي عند تناولهم الدواء عن الطريق العام.

اللمفومات الكاذبة : من الأدوية المحدثة :مضادات الصَرَع.

شكل 8-4 : طفح دوائي حصبوي.

شكل 8 - 5 : طفح دوائي بالفينيتوين.

شكل 8-6 : أ- طفح دوائي ثابت.



شكل 8-6 : ب- طفح دوائي ثابت.

انحلال البشرة النخري السمي (Toxic epidermal necrolysis): ويسمى أيضاً متلازمة لايل، تحدث بعد تناول الدواء بساعات أو أيام.

يشكو المريض في البدء من حس حرقان مع طفح حصبوي، يترافق بأعراض عامة تشبه أعراض النزلة الوافدة، ثم تتسع الطفوح لتصبح بقعاً حمامية كبيرة، تتحول إلى نفاطات كبيرة، تتسحج بسرعة وتعطي المصاب مظهر الحرق الواسع أو «المريض المسلوق» (شكل 8-7) وتكون ظاهرة «نيكولسكي» إيجابية.

كما تصاب الأغشية المخاطية في هذا المرض، وقد تحدث التصاقات بسببها وتضطرب الأيونات، ومن أكثر الأدوية المسببة :البيرازلون، مضادات الصَرَع (الهيدانتوين، الكاربامازيبين، الفينوباربيتال)، مركبات السلفا، مضادات الاختلاج، الأدوية الروماتزمية، الألوبيرنول، وبعض أنواع المضادات الحيوية كالتتراسيكلينات. يدخل في التشخيص التفريقي مع المرض متلازمة الجلد المسموط بالعنقوديات (S.S.S.S) التي تسببه ذيفانات العنقوديات، وتفيد الخزعة بالتبريد للتمييز بين الحالتين، حيث نجد الانفصال البشروي تحت الطبقة المتقرنة في متلازمة الجلد المسموط بالعنقوديات، بينما يكون الانفصال أسفل البشرة في انحلال البشرة النخري السمي.

شكل 8-7 : متلازمة «لايل».

يعالج بالأسس نفسها المعتمدة في معالجة الحروق، كعزل المريض ومعالجة اضطراب الأيونات، كما تعطي المضادات الحيوية المناسبة، ويوجد خلاف حول فائدة الكورتيكوستيرويدات داخلاً.

المآل فيه خطير وتصل نسبة الوفيات حتى 20-30 ٪ من الحالات.

الأطفاح الفقاعية (Bullous eruptions) : وتتهم بعض الأدوية في إحداث الأطفاح الفقاعية، ومن الأدوية المحدثة للفقاع :الكابتوبريل، ريمفابيسين، الامبيسللين، البنسلامين. وتتهم أدوية أخرى في إحداث بعض الأمراض الفقاعية الأخرى، كما في الحمامى عديدة الأشكال، كما سيأتي ذكر ذلك في الفصل الخاص بالأمراض الفقاعية.

الطفح الحزازاني (Lichenoid eruption) : من الأدوية المتهمة الثيازيدات ومضادات الملاريا.

التفاعلات الناجمة عن استعمال الكورتيكوستيرويدات

وسنأتي على أهم التأثيرات الجانبية للستيرويدات:

الكورتيكوستيرويدات الموضعية : تعتمد التأثيرات الجانبية على قوة وفعالية هذه الأدوية الموضعية ومدة العلاج ونمطه وعلى الشكل الصيدلاني للدواء. من هذه التأثيرات :ضمور البشرة (شكل 8-8)، الفزر، شعرانية، التهاب أجربة شعرية، عُدّ ستيرويدي، التهاب جلد شبيه بالعُدّ الوردي، نقص تصبغ أو زيادته، توسع شعريات دموية، اضطراب شفاء الجروح، تغيرات في النبيت الجلدي، فعل ارتدادي كما في الصدفية. كما يمكن أن تحدث تأثيرات مجموعية إذا استخدمت لمساحات واسعة ولفترة طويلة أو عند استخدامها لدى الأطفال، لهذا لابد من حسن اختيار الستيروييد الموضعي وتجنب تأثيراته الجانبية ما أمكن.

شكل 8-8 : فزر بتأثيرات الكورتيكوستيرويدات المجموعية.

الكورتيكوستيرويدات المجموعية : يمكن أن تُحدث الكورتيكوستيرويدات المجموعية، أعراض داء كوشينج، انخفاض بوتاسيوم الدم، تخلخل العظام، الداء السكري، اضطراب في النمو، الزرق، العُدّ الستيرويدي، التهاب الأجربة، تفاقم الأمراض المعدية بخاصة التدرن، اضطرابات نفسية بالإضافة إلى التأثيرات الأخرى المجموعية المعروفة والتأثيرات الجلدية.

الأطفاح الدوائية الأخرى :

ومنها الأطفاح النزفية (شكل 8-9) ،والفرفريات ،والتهاب الأوعية، والحمامى عديدة الأشكال ،والأطفاح عُدّية الشكل، والحكة وتساقط الأشعار، وتفعيل بعض الأمراض الجلدية، ويحسن الرجوع إلى المراجع الخاصة لمعرفة الأدوية المحدثة.

تشخيص الأطفاح الدوائية:

ليس من السهل دوماً تشخيص الأطفاح الدوائية أو معرفة الدواء المسبب وذلك لكثرة تناول الأدوية، وتشابه الأطفاح المحدثة في الأدوية مع بعضها، إضافة إلى ذلك فإن الدواء الواحد يمكنه أن يحدث العديد من أشكال الأطفاح والتفاعلات الدوائية.

ويظل التشخيص أحياناً في قائمة الاحتمال، لهذا لابد من قصة مرضية مفصلة عن تناول الدواء أو الأدوية، وعن أي دواء يتناوله المريض بنفسه دون وصفة الطبيب.

ومن الاختبارات المركبة، اختبار إيقاف الدواء، اختبار تعريض المريض للدواء (قد يحمل خطورة) اختبار الرقعة، اختبار الامتصاص الأرجي (RAST)، اختبار تحول اللمفاويات.

المعالجة:

إن أهم علاج في معالجة الأطفاح الدوائية أو تفاعلاتها هو معرفة الدواء ومحاولة إيقافه، ولكن لا يمكن دوماً إيقاف بعض الأدوية نظراً لخطورة ذلك إلا بعد استشارة الطبيب المعالج، كي يتمكن من استبداله بأدوية أخرى بها، مغايرة لزمرتها الكيماوية. يكتفي في الحالات الخفيفة بإعطاء مضادات الهستامين أو تطبيق الكورتيكوستيرويدات الموضعية، وتعالج التهابات الأوعية واحمرار الجلد والشرى وغيرها بحسب المعالجات المذكورة في أبحاثها الخاصة. يعطي في حال الصدمة التأقية 0.5 مل من محلول الأدرينالين الألفي 1/1000 تحت الجلد، ويمكن إعطاء الكورتيكوستيروئيدات وريدياً أيضاً.

شكل 8-9 : فرفرية دوائية المنشأ.

الفصل التاسع

التهاب الجلد والإكزيمة والحكاكات والحكات

يعد التهاب الجلد والإكزيمة من أشيع أمراض الجلد ويقدر أن 15-25 ٪ من مرضى الجلد مصابون بالتهاب الجلد والإكزيمة.

إن مصطلح التهاب الجلد (Dermatitis) والإكزيمة (Eczema) مترادفان، وكل إكزيمة هي التهاب جلد، ولكن ليس بالضرورة كل التهاب جلد هو إكزيمة، ولكن لا يوجد اتفاق دولي حول هذين المصطلحين. ولا يوجد تصنيف عالمي موحد، وإنما يميل غالبية المؤلفين في الوقت الحاضر إلى استعمال مصطلح التهاب الجلد أكثر من استعمال مصطلح الإكزيمة.

يمكن تعريف التهاب الجلد (الإكزيمة) بانه حالة التهابية لا معدية تحدثها عوامل خارجية أو داخلية أو تضافر الاثنين معاً، تؤدي إلى تفاعل عدم تحمل في الجلد.

هذا ويمكن تقسيم التهاب الجلد بحسب تظاهراته الإكلينيكية إلى مرحلة حادة، (شكل 9-1) يكون الجلد فيها محمراً متوذماً وعليه حويصلات صغيرة وقد تنفتح وتصبح نازة ثم تصبح متجلبة، ويقابلها من الناحية الباثولوجية تسفنج (Spongiosis) وتشكل حويصلات بشروية، وحدوث وذمة بين الخلايا البشروية، مع انسلال خلايا التهابية إلى البشرة، ويحدث في الأدمة التهاب حاد مع توسع في الأوعية ورشاحة التهابية حولها. أما في الموحلة تحت الحادة فيخف النز وتتشكل الجلبات ويقل التحوصل ويقابله من الناحية الباثولوجية نقص في التسفنج والحويصلات مع ازدياد في الشواك وظهور نظير تقرن وفرط تقرن مع تطاول في الحليمات الأدمية.

أما في مرحلة الإزمان، فيميل الجلد للتحزز ، حيث يزداد فرط تقرن البشرة مع نظير تقرن موضع وزيادة واضحة في الشواك مع وضوح التغيرات الأدمية الالتهابية والوعائية.

لا تمر جميع أنواع التهابات الجلد بهذه المراحل نفسها دوماً وإنما قد تتداخل مع بعضها أو تتراجع وتتوسف إذا لم تزمن، وقد يحدث النكس فيها، وسنبحث في التهاب الجلد التماسي، التهاب الجلد الأرجي الضوئي (بحث في الفصل 7)، التهاب الجلد العدوائي، التهاب الجلد التأتبي، التهاب الجلد الزهمي، الإكزيمة اللازهمية، الإكزيمة النمية، النخالية البيضاء، الإكزيمة الركودية، الجُلاد الأخمصي اليفعي، والحزاز البسيط.

التهاب الجلد التماسي (Contact Dermatitis):

يشكل التهاب الجلد التماسي نسبة كبيرة من أمراض التهابات الجلد بوجه عام. وهو بازدياد مستمر في الوقت الحاضر بسبب تزايد المواد الكيميائية والملوثات البيئية التي يتعامل معها الإنسان. ويمكن لهذه المواد أن تؤدي إلى التهاب جلد تماسي مهيج، حيث تجري الحدثية الالتهابية الجلدية بآلية غير مناعية، أو يؤدي إلى التهاب جلد تماسي أرجي ويجري بآلية مناعية، وقد يكون التهاب الجلد في بدايته تهيجاً ويتحول بعد ذلك إلى التهاب جلد تماسي أرجي.

التهاب الجلد التماسي المهيّج (Irritant Contact Dermatitis) :

يعد التهاب الجلد التماسي المهيّج من أكثر الأمراض المهنية الجلدية شيوعاً وأكثر إصابته في اليدين (شكل 9-2) والأذرع وتختلف تظاهراته الإكلينيكية بين الاحمرار الخفيف وتقشب (Chapping) الجلد وظهور النفطات وحتى التقرحات الجلدية، وتحدث المواد الكيماوية المهيجة تفاعلات جلدية إذا كانت كثافتها كافية، وتعرض الجلد لها لفترة زمنية كافية أيضاً. وتعرف المادة المهيجة بأنها تحدث أذى

في الجلد بطريقة مباشرة وبآلية غير مناعية، والجلد المهيج أكثر قابلية للإصابة بالتهاب الجلد الأرجي. ومن هذه المواد القلويات القوية والأحماض والأملاح. تحدث غالبية حالات التهاب الجلد التماسي المهيج بعد تعرض مديد ومتكرر لمواد كيميائية معتدلة التهييج وتحت ظروف مختلفة مساعدة.

والتهاب الجلد التماسي المهيج المزمن المهني خير مثال على ذلك، حيث تلعب عوامل مختلفة في إمراضه، وتعتمد درجة التهاب الجلد المهيج التماسي على خصائص المادة المهيجة وباهاء (pH) هذه المادة وقابليتها للذوبان في الماء، وفعلها المنظف وشكلها الفيزيائي، غازية أو سائلة أو جامدة، بالإضافة إلى عوامل خاصة بالجلد المعرّض، منها مكان الجلد المصاب، درجة تعرقه أو جفافه وفعاليته الزهمية، لون الجلد، إصابة الجلد بأمراض جلدية أخرى.

أما العوامل البيئية المهمة في إمراض التهاب الجلد التماسي المهيج فهي :درجة حرارة الجو، الرطوبة وعوامل أخرى. ومن أهم العوامل المساعدة لتهييج الجلد التماسي هي الرطوبة المنخفضة، حيث تزداد نفوذية الطبقة المتقرنة للصوابين المخرشة والمنظفات والمذيبات وغيرها. يتعرض ذوو التربة التأتبية لالتهاب الجلد التماسي المهيج أكثر من غيرهم تحت ظروف بيئية مساعدة، ومما يجدر ذكره في هذا الخصوص هو المهيجات المحمولة بالهواء والتي تؤدي إلى التهاب جلد تماسي على الأكثر على الوجه، ومنطقة العنق، الصدر، الأذرع ومنها المذيبات، كالأمونيا، الفورمالدهيد، هباب الأسمنت والزجاج الليفي وغيره.

ولابد من أن نذكر أهم المهيجات وهي :الماء، منظفات الجلد، الزيوت المعدنية والزيوت الصناعية الأخرى، القلويات، الأحماض، المذيبات العضوية، المواد المؤكسدة، عوامل فيزيائية وكيميائية، النباتات والحيوانات والأدوية.

يؤدي التهاب الجلد المهيّج التماسي بوجود العوامل المساعدة إلى تغير في بهاء الجلد وتخرّب الطبقة المتقرنة التي تلعب دوراً مهماً في حماية الجلد.

شكل 9-1: إكزيمة حادة.

شكل 9-2: التهاب جلد مهيج في راحتي اليدين.

التظاهرات الجلدية لالتهاب الجلد المهيج التماسي

يمكن أن يكون التهاب الجلد المهيج التماسي :حاداً أو مزمناً.

التهاب الجلد التماسي المهيّج الحاد :يحدث بسبب تماس الجلد مع المادة المهيجة ويعتمد ذلك على تركيز المادة وخصائصها، والعوامل البنيوية للمصاب، والمنطقة المصابة من الجلد. وتختلف المدة بين التماس وظهور التهاب الجلد بين دقائق - نتيجة التعرض للأحماض أو القلويات - أو بين ساعات بمواد أخرى.

يبدأ عادة بحمامى في منطقة التماس الجلدي مع وذمة وقد تتشكل عليها حويصلات وحتى فقاعات يمكن أن تنفجر وتترك تاكلات قد تكون واسعة، وتتراجع الآفات بعد إزالة المادة المخرشة وتعتمد المعالجة على إبعاد المادة المهيجة، ويستطب تطبيق الستيرويدات الموضعية وحتى المجموعية فيها في الحالات الشديدة.

التهاب الجلد التماسي المهيّج المزمن :ينجم عن التهييج المستمر أو المتكرر تجاه مادة أو مواد مهيجة، وأكثر توضعاته على اليدين والساعدين ومن العوامل الرئيسة المسببة في بلادنا، المنظفات حيث تؤدي إلى التهاب جلد مهيج مزمن في الراحتين (إكزيمة اليد العاملة) تبدأ في راحة اليد اليمنى وتتجلى الإصابة باحمرار وجفاف الوجه الراحي للسلاميات الانتهائية. ومع استمرار التهييج اليومي ينتشر إلى راحة اليد مع ظهور التشققات عليها، وتختلف درجة الإصابة بين حالة وأخرى، ويبدو أن تحضير الأطعمة من الخضراوات يلعب دوراً إضافياً في حدوث المرض. وإن تعرض اليدين أو الساعدين لمواد أخرى مثل الإسمنت والبنزين والمواد الصناعية المختلفة يمكن أن يحدث التهاب جلد مهيج مزمن. وتختلف الصورة الإكلينيكية بين جفاف الجلد وحدوث الاحمرار الخفيف إلى تشكل حويصلي أحياناً والميل إلى التحزز في مناطق التماس.

يدخل في التشخيص التفريقي التهاب الجلد التماسي الأرجي والفطارات الجلدية والتهاب الجلد التأتبي.

المعالجة :الابتعاد ما أمكن عن التماس مع المواد المهيجة كالمنظفات واستعمال

القفازات القطنية تحت المطاطية أثناء القيام بالأعمال المنزلية أو المهنية الأخرى، وتستعمل المطريات المناسبة، ويمكن استعمال الستيرويدات القشرية لفترة قصيرة.

التهاب الجلد التماسي الأرجي (Allergic Contact Dermatitis):

التهاب الجلد التماسي الأرجي هو التهاب إكزيمي جلدي أو مخاطي ينتج عن التماس مع مادة أو مواد مؤرجة (تفاعل IV أرجي) ويمكن كشف هذه المادة بوساطة اختبار الرقعة. والمرض في تزايد مستمر بسبب التعرض للمواد الكيميائية المؤرجة. تشير بعض الدراسات الوبائية إلى أن التهاب الجلد بالتماس (تخريشي وأرجي) يقرب من 1.0 - 5.4٪ من جميع السكان وإن 7٪ من مراجعي العيادات الخارجية مصابون بالتهاب الجلد التماسي.

الإمراض :لابد من أن المصاب قد تعرف على المادة المؤرجة سابقاً وبخاصة عند أشخاص ذوي استعداد للإصابة. وتشير الدراسات إلى أن الأشخاص الذين لديهم HLA_3 , $HLAB_7$ أكثر قابلية للإصابة.

وتلعب عوامل موضعية كاضطراب القدرة الدارئة للجلد، أو جفاف الجلد أو تعطنه أو بوجود إكزيمة مهيجة، دوراً في تأهب الجلد للأرج ونفوذ المؤرج إلى البشرة. تبدأ حديثة التهاب الجلد التماسي الأرجي بتماس الجلد المستعد مع مادة مؤرجة وزنها الجزئي عادة صغير، مثل الكروم والنيكل وغيرهما. وتدخل البشرة على هيئة ناشبة ترتبط بالبروتينات لتصبح فعالة مناعياً لكن بعض المؤرجات تحتاج لتأثير ضوئي لتصبح فعالة.

تقتنص خلايا لانجرهانس البشروية هذه المواد وتؤثر فيها لتصبح جاهزة لتقديمها إلى الخلايا اللمفية التائية CD_{4+}، ويرتبط المستضد على خلايا لانجرهانس HLA-DR (صنف II) بينما يرتبط من الجهة الأخرى بـ CD_3.Ti الذي ترفعه خلايا T. تطلق بعد ذلك خلايا لانجرهانس الإنترلوكين I، وكذلك تطلقه الخلايا المقرنة، لتفعيل خلايا T وتطلق الأخيرة الإنترلوكين II والإنترفيرون، وهذه السيتوكينات هي المسؤولة عن الاستجابة المناعية أو التفاعلات المتواسطة بالخلايا.

يهاجر قسم من خلايا لانجرهانس الحاملة للمؤرج إلى العقد اللمفية وقسم منها يبقى في الجلد، وتؤدي إلى تكاثر الخلايا اللمفية T التي تحمل DR ، أو تتمايز إلى أنواع الخلايا التائية الأخرى التي تهاجر إلى الدم المحيطي والأنسجة وتكتمل العملية الالتهابية في الجلد بوساطة الوسائط المختلفة. بعد تعرض الجلد للمستأرجات، حيث تحدث الوذمة في البشرة وخروج الخلايا الالتهابية إلى البشرة وتسفنج في البشرة. وتلعب العوامل الوراثية أو سن المريض والعوز المناعي دوراً مهماً في هذه الحدثية.

التظاهرات الإكلينيكية :يُميز للمرض ثلاث مراحل :حادة، تحت حادة، مزمنة.

وتتصف المرحلة الحادة بظهور حمامى مع وذمة وظهور حطاطات وحويصلات، وانثقاب الحويصلات يؤدي إلى التهاب الجلد الناز، وفي المرحلة تحت الحادة تجف الحويصلات ويتوسف الجلد المصاب، وفي المرحلة المزمنة تخف الحمامى، أو تختفي ويتثخن الجلد المصاب (التحزز) وقد يصاب بالشقوق الجلدية. وتتعلق الحالة الإكلينيكية بمكان الإصابة الجلدية وبطبيعة المؤرج، كميته، مدة التماس، درجة فرط الحساسية نحوه.

إن أكثر توضعات التهاب الجلد التماسي الأرجي هي :اليدان ويغلب أن تكون التظاهرات الإكلينيكية تحت حادة وتتطور نحو الإزمان وتبدأ الإصابة على جانبي الأصابع وظهرها وتنتشر الإصابة إلى ظهر اليد وإلى المعصمين بحسب طبيعة التماس ومكان التماس. ويميل التهاب الجلد التماسي في القدم إلى الإزمان مع حدوث فرط التقرن والشقوق. وإن أمكنة توضع التهاب الجلد الأرجي التماسي الغالبة، هي الوجه والعين وتتظاهر باحمرار ووذمة حول العين، ونادراً ما تصاب فروة الرأس بالتهاب الجلد بالأصبغة (أصبغة الشعر)، ويصاب الوجه أكثر مما تصاب الفروة.

أما في الناحية التناسلية فيتظاهر التهاب الجلد بالاحمرار، والوذمة. وبوجه عام يشير مكان توضع التهاب الجلد الأرجي التماسي إلى نوع المؤرج المسبب، ولكن قد لا يبقى التهاب الجلد بمكان التماس فقط، إنما ينتشر إلى مناطق أخرى وإذا كان

شديداً قد يؤدي إلى احمرار الجلد، وذلك بالانتشار الدموي. هذا ويمكن أن يكون دخول المؤرج عن الطريق العام، أو عن طريق الوريد.

المستأرجات (Allergens) ومكان حدوث التهاب الجلد الأرجي التماسي:

هناك أكثر من 200 مادة كيميائية مؤرجة تحدث التهاب جلد تماسي أرجي ولكن أهمها المعادن، المطاط الأدوية التي تستعمل في المعالجات الموضعية، الألبسة، النباتات، والمواد المستعملة في اختبار الرقعة هي الأكثر إحداثاً لالتهاب الجلد :

النيكل:النيكل مستأرج رئيس لدى النساء وتحتويه المجوهرات التقليدية، بعض الألبسة، الأطواق، الساعات (شكل 9-3)، الأقراط، الأزرار المعدنية وعملياً 10٪ من النسوة مصابات بالتهاب الجلد الأرجي التماسي بالنيكل، وتظهر الإصابة مكان تماس هذه المواد مع الجلد، وقد يصل النيكل إلى العضوية عن طريق الغذاء.

الكروم :يحسس بأملاحه وبخاصة ملح سداسي الكروم، ومآل التهاب الجلد به سيء والإصابة مزمنة، أكثر ما تتظاهر الإصابة على اليدين عند عمال الإسمنت، حيث يحتوي الكروم ويمكن تخفيف انتشار الإصابة بإضافة كبريتات الحديد إليه. يوجد أيضاً الكروم في طلاء بعض الخلائط المعدنية، وفي بعض الصنعات المعدنية وفي التصوير، والطباعة والأصبغة، وفي دباغة الجلود ومواد أخرى.

المواد المطاطية :عند تصنيع المطاط يضاف إليه الكثير من المركبات والمضافات وذلك كي نحصل على مواصفات مناسبة، وتلعب المواد الأخيرة الدور المهم في إحداث التهاب الجلد الأرجي التماسي، وتلعب المواد التي تحتويها بعض الأحذية المطاطية والقفازات وبعض الألبسة دوراً مؤرجاً، كما تساعد الرطوبة والاحتكاك على تحرير المستأرجات من المطاط ويمكن كشف مستأرجات المطاط باختبار الرقعة، ومنها:خليط ثيورام (Thiuram Mix)، خليط المطاط الأسود وخليط ميركابتو وغيرها.

العطور ومواد التجميل :وتحتوي الكثير من المستأرجات كالمواد الحافظة والمواد المُطَرّية المختلفة (Fragrance Mix)، إسترات البارابين (Paraben) والأغوال الصوفية.

والتهاب الجلد الأرجي التماسي من العطور والمواد التجميلية، كثير الانتشار في الوقت الحاضر وأكثر ما يصيب الوجه وتحت الإبط والشفتين والأجفان والعنق (شكل 9-4).

صباغ الشعر :يحتوي على مادة ب ـ بارافنلين دياميين، وتتظاهر الإصابة بالتهاب الجلد على الأكثر على الوجه والأذنين (شكل9-5).

الفورمالدهيد :وتدخل في صناعة الأوراق الصحية وفي صناعة بعض أنواع الأنسجة وفي صناعات كثيرة أخرى.

الكوبالت :يتواجد في الإسمنت وفي الزيوت المعدنية وفي بعض الأصبغة وفي صناعة البلاستيك.

الأكريلات (Acrylate): وتوجد في الأظافر الاصطناعية والأطراف الصناعية وفي صناعة الراتنجات السينة.

الألبسة والأحذية: وتحتوي الأصبغة راتنج الفورمالدهيد أحياناً، والكروم في الأحذية، ومواد أخرى في الأحذية المطاطية.

الأدوية الموضعية: المستارجات فيها هي المواد الفعالة، كالنيوميسين مثلاً أو السواغات، وتؤلف نسبة كبيرة من التهابات الجلد التماسية الأرجية.

النباتات : تسبب بعض النباتات التهاب جلد مهيج وبعضها أرجي، وتختلف هذه النباتات من بلد إلى آخر، ومنها اللبلاب السام وأنواع السماق وزهرة الربيع ونباتات أخرى.

المستارجات المحمولة بالهواء : كما في غبار الأخشاب، الفورمالدهيد والمستأرجات الطيارة.ولابد من الإشارة إلى أن كل مهنة يتعرض العاملون بها إلى مستأرجات خاصة بها.

التشخيص :

يتطلب التشخيص استجواباً واسعاً لمعرفة المستارج المحدث لالتهاب الجلد

التماسي، ويفيد شكل التماس ومكانه أحياناً في معرفة المستأرج ولكن اختبار الرقعة هو الأكثر فائدة وأهمية في معرفة المستأرج أو المستأرجات المسببة.

الشكل 9-3: التهاب الجلد التماسي بالنيكل (الساعة).

الشكل 9-4: التهاب جلد تماسي على العنق بالعطور.

الشكل 9-5: التهاب جلد تماسي أرجي (صبغة الشعر).

معالجة التهاب الجلد الأرجي التماسي:

تقوم معالجة التهاب الجلد الأرجي التماسي على خطوط رئيسية، أهمها الابتعاد عن المستأرجات والوقاية منها، وهذا ليس سهلاً دوماً، وتطبيق الستيرويدات موضعياً على شكل كريمات أو مراهم، وتعطى مضادات الهستامين داخلاً لتخفيف الحكة، وقد تعطى الستيرويدات داخلاً في الحالات الشديدة ولابد من الانتباه إلى التحسس الدوائي الممكن حدوثه نتيجة تطبيق الأدوية على الجلد.

التهاب الجلد الأرجي الضوئي :وقد مر سابقاً.

التهاب الجلد العدوائي (Infective Dermatitis) :

ويسمى أيضاً الإكزيمة الجرثومية ويحدث بسبب الجراثيم أو منتجاتها، وتتصف باحمرار عليه حويصلات أحياناً، يحدث حول الجروح النازة أو القرحات وأهمها قرحات الساق، ويجب تميزها عن التهاب الجلد الدوائي التماسي، وتشاهد أيضاً على ظهر وجوانب الأصابع في القدمين. تقوم المعالجة على تطبيق المطهرات

المناسبة، وقد تكون برمنجنات البوتاسيوم هي الأفضل، وقد تعطى المضادات الحيوية عن الطريق العام في الحالات الشديدة.

التهاب الجلد المثي (Seborrheic Dermatitis) :

يعرف أيضاً بالإكزيمة المثية، وهو التهاب جلد مزمن يصيب الفروة والنواحي الغنية بالغدد الزهمية كالوجه والثنيات، ويصيب البالغين والأطفال حديثي الولادة. المرض شائع وإصابة الذكور أكثر من إصابة الإناث ويؤلف في بعض المجتمعات 1-3 ٪ من عموم الناس ويصب أكثر من 50٪ من مرضى الإيدز.

الإمراض : غير واضح بشكل نهائي، ويعتقد أن لزيادة إفراز الزهم دوراً في إمراضه، كما تفعل الأندروجينات الوالدية، نشاط الغدد الزهمية عند الوليد مع زيادة إنتاجها داخلاً لديه في الأشهر الأولى بعد ولادته.

غير أنه لا يوجد اختلاف في تركيب الزهم بين المصابين والطبيعين، وإن زيادة البويغاء البيضوية في التهاب الجلد المثي أدى إلى الاعتقاد بأنها تلعب دوراً في إمراضه، رغم أن ذلك غير مثبت بشكل قاطع لكن بعض الدلائل تشير إلى دورها في إمراضه :منها زيادة نسبها لدى المصابين بالتهاب الجلد المثي إيجابي ڤيروس العوز المناعي البشري (HIV)، والاستجابة الجزئية للمعالجة بمضادات هذه الخمائر. يمكن أن يصاب مرضى باركنسون بهذا المرض وكذلك بعض الأمراض الداخلية الأخرى، وهذا قد يشير إلى دور الجهاز العصبي المركزي في الإمراض أيضاً.

الباثولوجيا : الباثولوجيا في التهاب الجلد المثي غير وصفية حيث تبدو فيه قَسَمَة طبيعية وقسمة التهاب جلد مزمن، وتتصف بتقرن ونظير تقرن وشواك معتدل مع تسفنج يميزه عن الصدفية، تبدي الأدمة موجودات التهاب جلد مزمن معتدل.

التظاهرات الإكلينيكية : يصيب التهاب الجلد الدهني الفروة والوجه، منتصف الصدر والظهر والثنيات، ويتصف بآفات محمرة في هذه المناطق، مغطاة عادة بوسوف دهنية.

التهاب الجلد المثي عند حديثي الولادة:

وهو التهاب يصيب الفروة والثنيات عند الأطفال حديثي الولادة، خلال الأشهر الأولى من العمر عادة. تبين بعض الدراسات استعمار الجلد الكبير بالمبيضات البيض بنسبة 94٪، أكثر ما يصيب الناحية الجدارية ومنتصف الرأس ووسط الوجه والثنيات، العنق، الإبط، الشرج، والناحية التناسلية ومنطقة الحفاظ.

يتصف بوجود احمرار عليه وسوف، أو تحدث جلبات وسفية متراكبة أو تأخذ شكل قبعة المهد، وفي الثنيات يأخذ أشكالاً مذحية وتكون فيها مبيضات بيض. يأخذ بعض أشكاله ما يشبه البقع الصدفية ويسمى الصدفية الحفاظية وهي ليست بصدفية حقيقية إنما تتراجع باستثناء الصدفية الشائعة التي قد تصيب الطفل. يمكن لالتهاب الجلد المثي عند حديثي الولادة أن ينتشر ويؤدي إلى احمرار جلد يسمى احرار «ليز»، ويكون بسبب عوز C5 واضطرابات مناعية أخرى، ومآل التهاب الجلد المثني عند الوليد جسن بوجه عام.

التشخيص التفريقي: يجب أن يفرق عن التهاب الجلد التأتبي.

المعالجة: تقتصر المعالجة على تهوية الطفل ما أمكن، استعمال المطريات المناسبة، تطبيق مضادات الفطريات (مركبات الآزول أو النستاتين) ولا نميل إلى استخدام الستيرويدات عندهم عادة.

التهاب الجلد المثني عند البالغين:

يمكن تمييز عدة أشكال للمرض وهي حسب الأماكن:

الفروة: تلاحظ فيها وسوف (القشرة بالعامية) هي من التظاهرات الباكرة له، ويمكن أن يلاحظ احمرار وتوسف جلدي مع زيادة في الزهمية واضحة، قد تصيب مساحات متفاوتة من الرأس، وقد تمتد لتأخذ شكل إكليل يحيط بالأشعار يسمى الإكليل المثي (Corona seborrhaeica) (شكل 9-6)، ويتصف التهاب الجلد المثي خلف الأذن باحمرار مع وسوف وجلبات وشقوق، ويمكن أن يصاب صيوان الأذن ومجرى السمع الظاهر.

الوجه: يصاب الوجه وبخاصة الحاجبان والأنف والتلم الأنفي الوجني والذقن ويتصف باحمرار واضح الحدود مع وسوف دهنية، كما تصاب الأجفان بالتهاب الأجفان التقشري.

الجذع: تصادف بقع حمامية على الجذع في منتصف الصدر، وقد تلاحظ في منطقة الظهر بين الكتفين وتأخذ شكل بتلات الأزهار وهي وصفية عادة.

الثنيات: تصاب الثنيات بما يشبه المذح وتصاب أيضاً المناطق التناسلية ومنطقة الشرج ويصعب أحياناً تفريقها عن الصدفية المقلوبة، يمكن لالتهاب الجلد المثي أن ينتشر ويكون شديداً بسبب عوامل مختلفة منها عوز المناعة المكتسب.

السير: سيره مزمن، ناكس، يعتمد في التشخيص على وجود المث الزائد مع البقع الموصوفة في نواحي الإفراز الزهمي.

المعالجة :تستعمل في معالجة الفروة الشامبوات القطرانية أو التي تحتوي على الكيتوكونازول أو بيريتيون الزنك، أو سلفيد السيلنيوم، ويمكن استعمال الستيرويدات الخفيفة في إصابة الوجه، ويمكن تطبيق كريمات الكيتوكونازول، ويمكن تطبيق المعالجة بالأشعة B. أو الكيتوكونازول داخلاً في الحالات الشديدة.

الشكل 9-6: التهاب جلد مثي.

النخالية الأميانتية (Pityriasis amiantacea):

أو السعفة الأميانتية، تتصف بتراكم وسوف دهنية على الفروة، تشبه بقع الصدفية أو التهاب الجلد المثي، تشبه الأميانت (شكل 9-14)، تبقى الأشعار عادة طبيعية، وإذا ما رفعت الأشعار ارتفعت الوسوف الملتصقة بها. اليتها غير واضحة، ترافق في بعض الحالات الصدفية، الحزاز البسيط، التهاب الجلد المثي وتعالج بمراهم حمض السالسليك والشامبوات القطرانية أو التي تحتوي مركبات الإيميدازول.

الإكزيمة اللازهمية (Asteatotic Eczema):

تسمى أيضاً الإكزيمة المتشققة أو إكزيمة الشتاء، يعتقد أنها تحدث بسبب نقص في الشحوم على سطح الجلد، ويؤدي ذلك إلى فقدان الماء من الجلد بنسبة كبيرة، كما يلعب دوراً كل من السن والعوامل البيئية والطقس في الإمراض وتتظاهر الإصابة بجفاف على الأكثر على الساقين والأذرع واليدين مع تقشب (Chapping).

تعتمد المعالجة على الوقاية من العوامل الخارجية وارتداء الألبسة المناسبة واستعمال الصوابين غير المهيجة بالإضافة إلى المطريات والستيرويدات الخفيفة.

الإكزيمة القرصاوية (Discoid Eczema):

أو تسمى الإكزيمة النمية (Nummular Eczema)، تأخذ أشكالاً قرصاوية دائرية تشبه قطع النقود المعدنية، محدودة (شكل 9-7) وقد يكون الطفح وحيداً أو أكثر، تندر مشاهدتها لدى الأطفال.

الإمراض فيها غير واضح غالباً وبعضها قد يكون لعوامل تأتبية، وتستعمر بشكل كبير بالمكورات العنقودية التي قد تزيد من شدتها، وقد يكون للرضوح (الرضوض) وجفاف الجلد دور في الإمراض.

تتصف الآفات بالشكل الدائري أو البيضوي المحدد، عليه حويصلات تتآكل

وتأخذ شكل بقعة حمامية، عليها حويصلات نازة، يمكن أن يكون قطر الآفة من 1-5 سم أو أكثر مع تشكل جلبات أو وسوف متجلبة، وقد تشبه الآفات الفطرية. أكثر توضعاتها على الساقين والجذع وظهر اليدين، قد تبقى الإصابة لسنوات عديدة ما بين تراجع ونكس.

يدخل في التشخيص التفريقي معها الآفات الدائرية الشكل كالسعفات الفطرية، اللمفومات الجلدية التائية، النخالية البيضاء، بعض حالات الصدفية اللويحية.

تستعمل في معالجتها الستيرويدات القشرية والمحاليل المقبضة، ومعجونة القطران مع الستيرويدات وتعطى المضادات الحيوية حقناً في الحالات الشديدة.

إكزيمة خلل التعرق (Dyshidrotic Eczema) :

أو الفاقوع (Pompholyx) وهي شكل من الإكزيمة تصيب اليدين (شكل 9-8) والقدمين وحويصلاتها عادة كبيرة، وتؤلف 5-20 ٪ من كل حالات إكزيمة اليدين. السبب فيها غير واضح، وقد يكون للاستعداد الوراثي دور في الإمراض وليس للتأتب دور واضح في إمراضها، وقد يكون للتماس مع المعادن أو مع مواد مختلفة دور واضح في إمراضها، ويتهم النيكل سواء أكان موضعياً أم عن الطريق العام في حدوث بعض حالاتها، وقد تتشارك الآفة مع الداء الفطري القدمي، ويصعب إثبات دور الكَرْب (Stress) في إمراض هذا المرض، وقد تتلو تناول بعض الأدوية أو يفاقمها التدخين.

تشاهد الآفة في أي عمر، وتتصف بظهور مفاجئ لحويصلات رائقة على قاعدة سليمة، قد تأخذ منظراً فقاعياً في بعض الحالات الشديدة بخاصة في أخمص القدم. تتراجع الآفات عادة خلال أسابيع ولكنها ناكسة ولها شكل يتصف بوسوف كبيرة على الراحتين والأخمصين ويسمى التوسف الصفاحي الصيفي. يمكن أن تتقيح ثانوياً وتتوضع على اليدين والقدمين فقط. يجب نفي الآفات الفطرية والصدفية

البثرية، وليس للآفة علاقة مباشرة مع التعرق. تعالج بإبعاد السبب إذا أمكن معرفته والتحقق منه، وتستعمل مغاطس أسيتات الألمنيوم 10٪ أو مغاطس البرمنجنات 1/8000 وتعطى المضادات الحيوية حقناً في حال التقيحات الثانوية، وتطبق الستيرويدات خارجاً أو تعطى داخلاً في الحالات الشديدة.

الطفحة الفطرية: أتينا على ذكرها في بحث الفطارات الجلدية.

الشكل 9-7: إكزيمة قرصاوية.

الشكل 9-8 : إكزيمة خلل التعرق.

الجُلاَد اليفعي الأخمصي (Juvenile Plantar Dermatosis) :

وهو تفاعل جلدي التهابي مزمن يصيب الأطفال، قد يكون للتأتب وانتعال بعض أنواع الأحذية دور في حدوثه. أكثر ما تصاب به مقدمة الوجه الأخمصي لأصابع القدم وقد يصاب باقي أخمص القدم ورؤوس الأصابع، يصبح ملمس الجلد شبيهاً بملمس الورق مع وسوف خفيفة قد تظهر عليه تشققات ويعالج بالمطريات والوقاية من تهييج الجلد.

الإكزيمة التجانبية (Gravitation Eczema) :

تحدث هذه الإكزيمة بسبب فرط التوتر الوريدي وتسمى أيضاً الإكزيمة الركودية أو الوريدية، وتعد الدوالي العنصر الأهم في إحداثها ويعود سببها إلى زيادة تروية النسج أكثر من الركودة.

تحدث غالباً في أسفل الساق وهي نتيجة خثرة وريدية عميقة وذلك في أعمار متوسطة مع غلبة إصابة الإناث بسبب هرموني وحملي، وتترافق عادة بتظاهرات أخرى غير الإكزيمة منها فرط التوتر الوريدي، توسع الأوردة السطحية، وذمة، فرفرية، ترسب الهيموسيدرين، تصبغ منتشر على الساق، وتقرحات وضمورات بقعية (الضمور الأبيض). تتصف ببقع أكزيمية على هيئة سطوح حمامية وذمية فيها حويصلات تكون نازة وتتجلب وتتعرض للتهييج بالأدوية غير المناسبة. توجه المعالجة هنا إلى فرط التوتر الوريدي ومعالجة الإكزيمة بشكل عام.

إكزيمة اليدين:

تتعرض اليدان لمواد مختلفة في العمل والمنزل وكذلك للمهيجات والمؤرجات المختلفة ولابد من الإشارة إلى أنواع عديدة من الإكزيمة تتعرض لها اليدان أتينا على شرح بعضها ونكتفي بالإشارة إلى بعضها الآخر، ومن أهم هذه الأنواع إكزيمة خلل التعرق بأشكالها، الإكزيمة مفرطة التقرن الراحية وإكزيمة الخاتم وإكزيمة اليد العاملة، والإكزيمة القرصاوية وأنواع أخرى نادرة.

اختبار الرقعة (Patch test) :

يجرى اختبار الرقعة (شكل 9-9) وتوضع المواد المشكوك بها على ظهر المريض وتقرأ النتيجة بعد 48 و 72 و 96 ساعة، ويحدد بواسطتها المؤرج المسؤول عن الإكزيمة.

الشكل 9-9: اختبار الرقعة

التهاب الجلد التأتبي (Atopic dermatitis) :

وكان يسمى بأسماء مختلفة، منها الإكزيمة التأتبية، التهاب الجلد العصبي، الإكزيمة داخلية المنشأ وحكاك «بينيه» وغيرها.

يعرف التأتب بأنه استعداد وراثي للإصابة بالربو، أو حمى الكلأ، والتهاب الجلد التأتبي مع زيادة تشكيل أضداد الجلوبلين المناعي IgE (الراجنة) ويمكن تعريف التهاب الجلد التأتبي بأنه مرض مزمن ناكس حاك بشدة، وللمرض أرضية وراثية تأتبية أو سوابق تأتبية شخصية. إن تكرار وقوعات التهاب الجلد التأتبي نحو 2٪ من الأطفال، ويبدو أن الإصابات في تزايد بسبب الهجرة إلى المدينة وزيادة التلوث البيئي الكيميائي.

الإمراض :ما يزال السبب في التهاب الجلد التأتبي غير واضح ويبدو أن عوامل عديدة تتداخل في إمراضه وهي :

الوراثة :إن نسبة 70 ٪ على الأقل من المصابين بالتهاب الجلد التأتبي لديهم سوابق عائلية تأتبية كالربو، أو التهاب أنفي أرجي ويبد أن إنتاج الجلوبلين المناعي IgE يتم بإشراف جين، ويبدو أن المرض جينائي (Polygenic) تحدث الإصابة به مع عوامل بيئية مساعدة للإصابة.

الاضطرابات المناعية :إن أهم الاضطرابات المناعية الموجودة في التهاب الجلد التأتبي هي زيادة إنتاج الجلوبلين المناعي IgE والذي يكون بسبب اضطراب علاقة الخلايا التائية مع الخلايا البائية مع اضطراب المناعة الخلوية ونقص الخلايا التائية في الدم، وإن نسبة الخلايا المساعدة إلى الخلايا الكابتة هي أكبر مما هي عليه في الحالات الأرجية الأخرى، وتنقص عند هؤلاء المرضى استجابة اللمفاويات في الزجاج نحو المستضدات الجرثومية، ويفترض أن لدى هؤلاء المرضى نقصاً في الجلوبلين المناعي IgA في جدار الأمعاء مما يسمح بمرور المستضدات، ويشار إلى دور السيتوكينات في الإمراض وبخاصة الإنترلوكن ـ 4 ـ المسؤول عن إنتاج الجلوبلين المناعي IgE، ويبدو أيضاً أن عيباً موجوداً في وظيفة خلايا لانجرهانس وفي وظائف الكريات البيض وفي استقلاب الأحماض الدهنية. ولابد من الإشارة إلى قابلية إصابة المرضى بالعدوى وزيادة المكورات العنقودية على جلودهم وبالتالي دور مهم في الإمراض للمستضد الفوقي (Superantigen)، في إمراض التهاب الجلد التأتبي وبالرغم من الدراسات الكثيرة ما يزال المرض مجهول السبب.

الملامح الإكلينيكية :التهاب الجلد التأتبي مرض مزمن يصيب أي عمر وتختلف أشكال الآفات بحسب العمر، والمرض حاك بشدة ويبدأ عادة بعمر 2 - 6 أشهر في أغلب الحالات ولكن يمكن أن يبدأ بأي عمر، ويتصف بآفاته الحطاطية الحويصلية الإكزيمية، وبالتحزز والتسحجات وجفاف جلد وبالعدوى الثانوية.

ويمكن تقسيم المرض إلى :التهاب جلد تأتبي عند الرضع، التهاب جلد تأتبي عند الأطفال، التهاب جلد تأتبي عند البالغين.

التهاب الجلد التأتبي عند الرضع : تبدأ الإصابة الإكزيمية عادة على الوجه (شكل 9-10) ولكن يمكن أن تصاب مناطق أخرى، كالرأس وأكثر الأماكن إصابة من الوجه هي الخدان والفروة والجبهة، وتقف عادة عند مركز الوجه، وتتصف بالحمامى مع حطاطات وحويصلات حاكة بشدة تنز وتتجلب (Crust) عادة.

عندما يبدأ الطفل بالزحف يمكن أن تصاب الركبتان ويخف المرض أو يشتد بين فترة وأخرى مع حكة شديدة تمنع الطفل من النوم، ويميل الجلد للتقيح وتتضخم العقد اللمفية المجاورة. ويشفى نحو نصف الحالات بعمر السنة تقريباً وبعضها الآخر يدخل مرحلة التهاب الجلد التأتبي عند الأطفال.

التهاب الجلد التأتبي عند الأطفال :قد يبدأ التهاب الجلد التأتبي في هذه السن أو يكون استمراراً للإصابة عند الرضع. أكثر المناطق تعرضاً للإصابة هي الثنيات المرفقية (شكل 9-11)، المأبضية، العنق والمعصمان والرقبة وظهر اليدين والقدمين. تتصف الإصابة في هذه المناطق عادة بالتحزز ولكن قد تتغير أو تكون حادة أو نازة، قد تتقيح ثانوياً ويميل الجلد للجفاف وبخاصة في فصل الشتاء ويشكو الطفل من حكة شديدة ويلاحظ لدى بعضهم طية خفية إضافية على الجفن السفلي.

التهاب الجلد التأتبي عند البالغين :يأخذ التهاب الجلد التأتبي عند البالغين صورة مشابهة لما هو عليه عند الأطفال الكبار من حيث التحزز في الثنيات واليدين ويمكن أن يستمر لفترة طويلة، قد يترافق بحكة شرجية أو فرجية، وقد يحدث التهاب الجلد حول الفم، ويمكن أن تنتشر الإصابة إلى الظهر والكتفين وقد تتعمم وتؤدي إلى احمرار الجلد. قد يصاب المريض بالحكاك البسيط. يعاني اليافعون والبالغون من الحكة الشديدة كما هو الحال في مرحلة الطفولة.

الاضطرابات والمضاعفات المرافقة : يمكن أن يترافق التهاب الجلد التأتبي مع زكام الكلأ والربو. يتصف المصابون بالتهاب الجلد التأتبي بقابليتهم لحدوث التفاعلات الدوائية بخاصة النمط الثاني، كما يتعرض المصابون بالتهاب الجلد التأتبي للأمراض المعدية الجرثومية الثانوية والفيروسية بشكل كبير، وتؤدي المكورات العنقودية إلى تقوبؤ ثانوي. يضاعف التهاب الجلد التأتبي بفيروس الهربس البسيط

(الطفح الحماقي الشكل لكابوزي). ويتصف بطفح حويصلي منتشر يشبه آفات الحماق مع حمى.

يضاعف التهاب الجلد التأتبي أيضاً بالموت المفاجئ والثعلبة البقعية. يمكن للحالات الشديدة من التهاب الجلد التأتبي أن تؤدي إلى تأخر في نمو الطفل، ويمكن أن يصاب المرضى بالساد التأتبي أو القرنية المخروطية والتهاب الملتحمة والقرنية، ويتشارك الداء أحياناً بأمراض استقلابية وراثية مختلفة منها متلازمة فرط الجلوبولين المناعي IgE.

الشكل 9-10: التهاب الجلد التأتبي عند الرضع.

الشكل 9-11: التهاب الجلد التأتبي عند الأطفال.

المآل: يبدأ التهاب الجلد التأتبي عادة بعمر 2-6 أشهر وذلك بنسبة 75٪ ويمكن كما ذكرنا أن يبدأ في أي سن، ولابد من الإشارة إلى أن نسبة قليلة يستمر لديهم المرض حتى عمر 30 سنة بينما نسبة كبيرة تشفى عند البلوغ وتلعب عوامل كثيرة في تحديد المآل منها الإصابة لدى الأبوين أو وجود عوامل تأتبية وبنيوية وبيئية وأسرية.

التشخيص : ليس بالسهل دوماً تشخيص المرض ويعتمد في التشخيص على القصة الإكلينيكية وتوزع الآفات الإكزيمية والسوابق الشخصية والعائلية والتأتبية. هذا ولقد وجدت في الوقت الحاضر معايير تعتمد على الملامح الإكلينيكية والسوابق التأتبية لتشخيص المرض.

يدخل في التشخيص التفريقي مع التهاب الجلد التأتبي أمراض كثيرة منها التهاب الجلد المثي عند الرضع والحزاز البسيط عند البالغين والتهاب الجلد التماسي وبعض الأمراض الاستقلابية التي تترافق بإكزيمة تأتبية.

المعالجة : تحتاج معالجة التهاب الجلد التأتبي إلى صبر وأناة من قبل الطبيب وأهل الطفل، ويجب تفادي مهيجات الجلد من ألبسة وغبار المنزل والصوابين، وينصح بالمطريات وبمهدئات الحكة. كما يمنع المريض من التماس مع مرضى الهربس البسيط، لابد من توفير الراحة النفسية للأطفال المصابين في البيت والمدرسة، وما يزال تأثير الحمية بين أخذ ورد، ويمكن تجنب بعض المأكل كمضافات الأطعمة أو أطعمة أخرى يشك بضررها.

تطبق الستيرويدات الخفيفة عند الأطفال إذا لزم الأمر والأفضل استخدام المطريات وتعالج المضاعفات بحسب الحالة حيث تعطى المضادات الحيوية المحموعية في حالات التقيح وتعطى مضادات الهستامين من الجيل الأول، تعطى الستيرويدات داخلاً في الحالات الشديدة والسيكلوسبورين أحياناً، كما قد تستخدم المعالجة الكيميائية ـ الضوئية (البوفا PUVA).

ومما يجدر ذكره عدم استفادة بعض الحالات من المعالجة بالستيروئيدات القشرية الموضعية ويمكن تطبيق البديل عنها وهو مركب التاكروليموس بالإضافة إلى إعطاء المضادات الحيوية المناسبة.

الحزاز البسيط المزمن (Lichen Simplex chronicus):

يسمى أيضاً الحزاز المحصور، أو التهاب أعصاب الجلد المحصور، يتصف بلويحة أو لويحات يكون الجلد فيها متحززاً (شكل 9-12)، حيث يتصف بسماكته ووضوح الارتسامات الجلدية ويمكن ملاحظة وسوف تذكر بالصدفية أحياناً، والمرض حاك بشدة ويبدو أنه استجابة لتهيج وفرك الجلد.

تقع أكثر الحالات بين عمر 30-50 سنة لكن يمكن مشاهدته بأي عمر، يصيب النساء عادة أكثر من الرجال، أكثر توضعاته على النقرة والسطوح الباسطة للساعدين والركبتين وعنق القدم، يجب تمييزه عن التحزز الثانوي كما في الإكزيمة المتحززة والتهاب الجلد التأتبي المتحزز.

المعالجة :يجب أخذ الناحية النفسية في الحسبان إذا ما وجدت اضطرابات نفسية. يجب الإقلال من تهييج وتفريك الجلد بإعطاء مسكنات الحكة، وتعالج التقيحات الثانوية إذا وجدت، وتطبق الستيرويدات الموضعية.

النخالية البيضاء (Pityriasis Alba):

النخالية البيضاء مرض شائع مجهول السبب ويفترض أن سببه تأتبي كما يُفترض دور للضوء أو العوامل الغذائية، ذلك أن انتشاره أكثر في الريف من المدينة، كما أن إصابة الذكور أكثر من الإناث.

يصيب الأطفال بين عمر 3 - 16 سنة وتتصف الآفات ببقع بيضوية أو دائرية محمرة أو تكون بلون أحمر فاتح عليها وسوف خفيفة، تغيب الحمامى فيما بعد وتترك مكانها بقعاً بيضاء اللون تتأثر بالضياء (شكل 9-13). البقع عادة متعددة بين 5-20 بقعة وأقطارها 1/2 - 1 سم أو أكثر. أكثر توضعاتها على الوجه، وله أشكال تنتشر على الأطراف والجذع يدخل في التشخيص التفريقي، البهاق وتعالج بالمطريات.

الشكل 9-12: حزاز محصور.

الشكل 9-13: نخالية بيضاء.

الحزاز الشائك (Lichen Spinulosus):

آليته غير معروفة ويتصف بتجمع حطاطات جريبية دقيقة، تأخذ شكلاً بيضوياً وتتوضع في مناطق مختلفة من الجلد.

الحكاك (الأكال) (Prurigo):

نعني بالحكاك المرض الجلدي الذي يتصف بطفح حطاطية أو حطاطي شروي أو عقيدي حاك، والمصطلح فيه الكثير من التشويش بسبب عدم صلة أنواع الحكاك مع بعضها البعض.

الحكاك الحاد (Acute Prurigo) :

هو تفاعل جلدي تجاه لدغ الحشرات ويغلب مشاهدته في بلدنا في الصيف والخريف ينجم عن لدغ البعوض (شكل 9-14) أو السوس أو البراغيث، ويضيف بعض المؤلفين التحسس تجاه الأطعمة، لكن يغلب أن يكون سببه لدغ الحشرات بخاصة البعوض. يصيب الأطفال (2-8 سنوات) لكن قد يصيب الأطفال الكبار، والكبار الغرباء عن البلد. ينفي الأهل عادة التعرض للدغ الحشرات. يتظاهر بحطاطات أو حطاطات مع حويصلات وأحياناً فقاعات وذلك على المناطق المكشوفة من الجسم، تختلط عادة بالتقيح، وقد يلاحظ بعض الطفح القليل على البطن والظهر. تتكرر الإصابة صيفاً وتترك بقعاً مصطبغة أو ناقصة الصباغ، ويدخل بالتشخيص التفريقي معه الجرب والتهاب الجلد الهربسي الشكل.

يعالج بوقاية المصاب من اللدغ بالألبسة المناسبة وبالناموسية وتطبق المطهرات وتعطى مضادات الهستامين ويعالج التقيح بالمعالجة المناسبة.

الحكاك تحت الحاد (Subacute Prurigo) :

أكثر ما يصيب النساء متوسطات العمر، ولا يلعب لدغ الحشرات أي دور في إمراضه على خلاف الحكاك الحاد، والمصابات عُصابيات (Neurotics).

يتصف الحكاك بحطاطات شروية الشكل أو تسحجات على السطوح الباسطة للأطراف والظهر والجوانب الوحشية للفخذين، يمكن أن تترك بقعاً مصطبغة ولا تصيب الراحتين والأخمصين، ويجب أن يفرق الداء عن التهاب الجلد الهربسي الشكل، وحكاك الصيف وعن حكات الأمراض الداخلية. تعطى فيه مضادات الهستامين داخلاً.

الحكاك المزمن (Chronic Prurigo) :

يصيب الأطراف بشكل رئيسي ويصيب البالغين بين عمر 40-60 سنة، تشبه أطفاحه الشرى الحطاطي أو يتظاهر بعقيدات مسطحة التهابية، وقد يترك تصبغات، وقد يترافق مع داء هودجكن أو داء كثرة الحمر ويجب تفريقه عن التهاب الجلد الهربسي الشكل ويعالج بمضادات الهستامين ويمكن اللجوء إلى المهدئات أحياناً.

أكال «بينيه»:

وهو من تظاهرات التهاب الجلد التأتبي.

الشكل 9-14: حكاك حاد (لدغ الحشرات).

الأكال العقيدي (Nodular Prurgio) :

يتصف بوجود عقيدات حاكة بشدة، قد يترافق بطفح إكزيمي أيضاً. وذلك على السطوح الانبساطية للأطراف والسبب فيه غير واضح، قد يكون بسبب التربة النفسية أو بسبب تأتبي ويعالج بمهدئات الحكة ويمكن حقن الستيرويدات بداخل العقيدات ويذكر فائدة الثاليدومايد في معالجة هذا الأكال (يجب الانتباه إلى محاذيره) وقد تفيد المعالجة الكيميائية- الضوئية ويمكن أن نلجأ للمهدئات النفسية أحياناً.

الحكّـة (Pruritus) :

يصعب وضع تعريف دقيق للحكة، وأكثر معبر عنها هي الحكة نفسها والتي هي استجابة حركية عبر منعكس نخاعي لإحساس غير مريح يثير الرغبة بالحكة. تنقل المستقبلات الجلدية المختلفة إحساس الحكة والألم وهي النهايات العصبية الحرة في الجلد، وهي عديمة الميالين وذلك عبر الألياف Cالتي تدخل في القرن الظهري للمادة السنجابية للحبل الشوكي وتتصالب مع عصبونات ثانوية وتعبر إلى الجانب المقابل من المهاد النخاعي ثم إلى المهاد ثم إلى القشرة الدماغية. ومن الوسائط التي تثير الحكة الهستامين والببتيدات العصبية وبعض أنواع البروستاجلاندينات والعامل المُفَعِّل للصفيحات وعوامل أخرى.

الحكة المرافقة للأمراض الجلدية:

الحكة عرض مهم قد تكون خفيفة وقد تكون شديدة ومضنية ومعندة تمنع المريض من النوم وتجعله يائساً وسوداوياً.

غالبية الأمراض الجلدية حاكة، ولكن الحكة مختلفة الدرجة بين مرض وآخر فالنخالية الوردية حكتها خفيفة، وحكة التهاب الجلد التأتبي شديدة وكذلك الجَرَب، كما تختلف درجة الحكة بين شخص وآخر في المرض نفسه، وذلك لأسباب نفسية ومحيطية بيئية، كما أن تقويم درجة الحكة مهم في التشخيص.

تؤدي الحكة إلى تسحجات تختلف درجتها بحسب المرض ودرجة الحكة، وكذلك تؤدي إلى تصبغات وتحزز في مكان الحكة وقد تصبح الأظافر لماعة نتيجة لذلك. وقد تسبق الحكة بعض أمراض الجلد وفيما يلي نستعرض الحكات المعممة والحكات الموضعة.

الحكّات المعممة:

حكة القصور الكلوي :الحكة واحدة من أهم العلامات المرافقة للقصور الكلوي. تصيب 80٪ من مرضى قصور الكلية الموضوعين على الديلزة، ويكون الجلد لدى المصابين بالقصور الكلوي جافاً، والديلزة تفيد إلى حد ما في تخفيف الحكة أحياناً بإزالتها للعوامل التي تؤدي للحكة، ولكن العوامل التي تزيد من الحكة غير معروفة. وفائدة مضادات الهستامين في معالجتها قليلة.

وقد يكون لزيادة كثافة ڤيتامين A وهرمون الغدد جار الدرقية دور في حدوث هذه الحكة. تعالج الحكة في القصور الكلوي بتطبيق المطريات وقد يفيد استئصال الغدد جار الدرقية في بعض الحالات الخاصة، ويمكن معالجة الحالات المعندة بالأشعة فوق البنفسجية B وقد يفيد حقن مشتقات سيجناكاين (Cignacaine) وريدياً.

الحكة في الركود الصفراوي : تنجم الحكة عن ارتفاع الأملاح الصفراوية في المصل والجلد ويفيد الكولستيرامين في تخفيف هذه الأملاح وبالتالي تخف هذه الحكة، والتهابات الكبد من الأمراض التي تترافق بالحكة أيضاً، يفيد الكولستيرامين في معالجة حكة الركود الصفراوي ومضادات الهستامين أيضاً.

عوز الحديد :تعزى بعض حالات الحكة المعممة إلى عوز الحديد.

داء كثرة الكريات الحمر (Polycythemia) : يصاب مرضى داء كثرة الكريات الحمر بحكة الاستحمام بعد 15-60 دقيقة من الحمام، وتعزى إلى تجمع الصفيحات وإلى عوامل حاكة كالهستامين. وقد تسبق حكة الاستحمام المرض بسنوات ولا تفيد

مضادات الهستامين عادة في هذه الحكة وتذكر فائدة الأسبرين والمعالجة بالأشعة فوق البنفسجية B في تدبير هذه الحكة.

حكة الماء (Aquagenic Pruritus) :يمكن أن يؤدي الماء بغض النظر عن حرارته لحكة بعد الحمام وآلية هذه الحكة غير واضحة تماماً، ولا تعنو لمضادات الهستامين عادة. ويمكن الاستفادة من الأشعة فوق البنفسجية B أو إضافة بيكربونات الصوديوم إلى ماء الحمام.

الحكة المرافقة لأمراض الغدد الصم : يمكن للانسمام الدرقي أن يترافق بحكة معممة أو قد تكون محصورة في الناحية التناسلية بسبب زيادة نمو المبيضات البيض المرافق أيضاً. هذا ويساعد نقص نشاط الدرقية على زيادة نمو المبيضات أيضاً وبالتالي التسبب بالحكة وكذلك فإن جفاف الجلد يؤدي إلى الحكة، ويؤهب الداء السكري أيضاً للإصابة بالحكة بسبب الإصابة بالمبيضات.

الحكة المرافقة لتكون الأورام الخبيثة :يمكن أن تترافق بعض حالات الخباثات الحشوية والسرطانات الدموية مع الحكة وهذا يستدعي فحصاً طبياً شاملاً للتحري عن هذا السبب.

الحكة الشيخية : يتعرض الشيوخ في سن متقدمة للحكة الشيخية ويعتقد أنها تنتج عن ميل الجلد للجفاف بسبب تنكس الجلد وغدده. ولابد من نفي الأسباب الكثيرة الأخرى للحكة عند الشيوخ قبل وضع تشخيص الحكة الشيخية ومنها الأمراض الجلدية المختلفة والأمراض المجموعية، تعالج الحكة الشيخية بترطيب الجو الذي يعيش فيه المصاب وتطبيق المطريات على الجلد.

الحكة النفسية : ومنها رهاب الطفيليات حيث يتوهم المريض وجود طفيليات تدب على الجلد أو داخله وهذا عصاب نفسي، وقد يأتي المريض ببعض القشور أو الوسوف من جلده ليثبت ادعاءه. ويمكن للحكة النفسية أن تكون موضعة (تناسلية شرجية) أو معممة أيضاً. ويجب الانتباه لنفي الأسباب الكثيرة للحكة قبل وضع تشخيص الحكة النفسية التي تتصف بندوبها القليلة. منها استعمال المضادات الحيوية لفترة طويلة أو بسبب البواسير وتكون الأورام وغيرها.

الإجراءات الواجبة عند وجود حكة معممة :

يجب إجراء فحص إكلينيكي عام يتضمن فحصاً نسائياً ومساً شرجياً، تجرى دراسة مخبرية دموية تتضمن تعداداً عاماً وفحص براز لكشف الطفيليات، صورة صدر، فحص درق وكلية ووظائف الكبد، ويجب نفي التحسس الدوائي. قد تضطر لأخذ خزع نسجية وحتى ومضانية، كما يجب متابعة المرض وفي حال ظهور أية علامة جديدة يجب دراستها لكشف سبب داخلي أو جلدي محتمل لمعالجته المعالجة المناسبة.

الحكات الموضعة:

من أهمها الحكة الفرجية والحكة الشرجية والحكة الصفنية.

الحكة الفرجي (Vulvar) : تسببها أمراض وحالات كثيرة ويجب أن ندركها في التشخيص التفريقي ومنها الداء السكري والإصابات الكبدية والكلوية وقد تكون هناك أسباب نفسية أو توهم طفيليات أو إصابة بقمل العانة أو التهاب جلد تماسي مع الغائط، أو أمراض جلدية موضعية، فطرية، أو حزاز تصلبي ضموري، أو حزاز بسيط أو تكون أمراض خبيثة. وقد تكون الحكة الفرجية ناجمة عن التهابات تناسلية، والمعالجة تكون بحسب الحالة المسببة.

الحكة الشرجية(Anal) : يسببها أيضاً التهاب الجلد التماسي باستعمال الأوراق الصحية أحياناً أو الإصابة بالمبيضات البيض في الناحية التناسلية ومنطقة الشرج مما يسبب الحكة أيضاً، كما يؤدي الضهى (Amenorrhea) إلى حكة موضعة أو معممة أيضاً مرافقة للهبات الساخنة (Hot flashes) التي تتعرض لها المصابة ويمكن أن تترافق البواسير أو الأورام بالحكة الشرجية أيضاً.

الحكة الصفنية(Scrotal) :تحدث أيضاً بأسباب مختلفة منها الفطرية أو التهابات الجلد التماسي أو بالإصابة بالجرب، وقد تكون بأسباب نفسية أيضاً وتعالج بمعالجة السبب.

الفصل العاشر

اضطرابات تصبغ الميلانين

Disorders of Melanin Pigmentation

يعود لون الجلد الطبيعي إلى الهيموجلوبين، الكاروتين والميلانين فيه، ولكن الأهم فيها هو الميلانين الذي تصنعه الخلايا الميلانينية الموجودة في الجلد، وهي بنسبة خلية ميلانينية واحدة لكل 36 خلية مقرنة. تنقل الخلايا الميلانينية صباغ الميلانين بواسطة غصيناتها إلى الخلايا المقرنة. ويوجد اختلاف في كمية الميلانين وتركيبه في الجلد باختلاف العروق ومناطق الجلد، وتلعب العوامل الفيزيولوجية، والبيئية، والعوامل المرضية، دوراً في إنتاجه.

يقوم الميلانين بامتصاص الأشعة فوق البنفسجية ويحمي الخلايا المقرنة من جذور الأكسجين الحرة، ويقيها من التخرب. وتقوم الخلايا الميلانينية بالإضافة إلى تركيبها للميلانين بلعب دور في الاستتباب البشروي بإفرازها العديد من السيتوكينات واللمفوكينات.

يتم تصنيع الميلانين في الخلايا الميلانينية بواسطة إنزيم التيروزينار (وزنها الجزيئي 75 كيلو التون وجينها على الكروموسوم 11) التي تقلب حمض التيروزين إلى دوبا (DOPA) تم إلى دوباكينون، وبواسطة التيروزيناز أيضاً وتميماتها وعناصر معدنية يتحول دوبا كينون إلى دوبا كينون الأبيض ومن ثم الملون، وينقلب إلى 5، 6 ديهيدروكسي إندول ثم إلى إندول 5، 6 كينون - حمض الكاربوكسيليك ثم إيوميلانين (Eumelanin)، ولونه بني أو أسود ويتشكل بشكل مشابه مركب آخر هو فيوميلانين ولونه أصفر أو أحمر.

ولقد عرفت في الوقت الحاضر جينات الخلايا الميلانينية أو جينات منتجاتها وأن العيوب في هذه الجينات تؤدي إلى أمراض في صباغ الجلد. وسنستعرض بإيجاز أمراض نقص صباغ الجلد وزيادته.

أمراض نقص تصبغ الجلد:

من أهم أمراض نقص صباغ الجلد البهاق والمهق وأمراض أخرى.

البهاق (Vitiligo) :

البهاق مرض كسبي يتصف بزوال صباغ الجلد البؤري، بسبب فقدان الخلايا الميلانينية أو لاضطراب في وظيفتها، ويصيب بشكل رئيسي الخلايا الميلانينية البشروية داخل الجريب وبدرجة أقل الخلايا الميلانينية في بصلة الأشعار. مرض البهاق شائع ويصيب نحو 1٪ من مجموع السكان وحالاته العائلية 30٪.

السببيات والإمراض:

لم يعرف أو يحدد بعد العامل المسبب للبهاق، ولكن يفترض فيه دور العامل النفسي والرضوح الفيزيائية والحمل ومانعاته وتاثير الشمس بأشعتها فوق البنفسجية، ولم تثبت الدراسات دورها بشكل واضح حتى الآن. تقترح النظرية الوراثية انتقال البهاق عن طريق الوراثة وذلك بوراثة جينائية (Polygenic)، ولكن غالبية المرضى لا توجد في سوابقهم إصابة عائلية.

أما نظرية التخرب الذاتي فتفترض وجود عامل داخلي يؤدي إلى خلل في وظيفة الخلايا الميلانينية و/ أو موتها، وقد يكون هذا العامل إندول كينون أو غيره من المواد السامة لهذه الخلايا.

أما النظرية المناعية الذاتية في البهاق، فتعتمد على أن نسبة من مرضى البهاق

لديهم أمراض مناعة مرافقة كأمراض الدرق، فقر الدم الوبيل، الداء السكري من النمط 1 ـ 2، داء أديسون، الثعلبة البقعية، وقصور الدريقات المناعي. ولقد بينت الدراسات الحديثة وجود أضداد ذاتية نوعية في المصل نحو مستضدات على الخلايا الميلانينية، بالإضافة إلى زيغ في نميطات الخلايا التائية وكذلك في وظائفها، ووجد ضعف في استجابة الجلد المصاب تجاه المواد المحسسة. ومما يجدر ذكره حدوث البهاق في سياق الورم الميلانيني.

التظاهرات الإكلينيكية: يحدث البهاق في أي عمر من 2-40 سنة وقد يتأخر عن ذلك. يبدأ ببقعة أو بقع، بيضاء اللون، زائلة الصباغ، وتكون بيضاء كالثلج، حدودها واضحة (شكل 10-1 أ و ب)، وقد يكون محيطها جلداً بلون طبيعي أو مفرط الصباغ في بعض الحالات. يبدأ غالباً ببقعة واحدة، أو ببقع متعددة في الحالات الأقل، ويمكن أن يزداد عددها ومساحتها، حيث قد تتلاقى البقع وتصبح بقعاً أكبر وبمساحات مختلفة، وقد تبيض الأشعار فيها. هذا ويمكن للبقع أن تكون متناظرة أو متناثرة، وإن أكثر توضعاتها الوجه (حول العينين)، جلد المفاصل، ظهرا اليدين والساقين والناحية التناسلية، غير أنه قد يصيب أية منطقة من الجلد وحتى الأغشية المخاطية.

يختلف تطور وتزايد عدد البقع بحسب الحالة، فقد يكون متسارعاً، وقد يبقى مستقراً لسنوات، لتتشكل بقع جديدة، وينطبق ذلك على مساحتها وعددها. يمكن أن تتراجع بعض البقع وتشفى، ويبقى عدد البقع ومساحتها متبايناً بين مريض وآخر. يمكن تصنيف البهاق تبعاً لسعة البقع وانتشارها، إلى البهاق البؤري (Focal)، حيث يكون بقعة واحدة أو بقعاً محدودة العدد، وإلى البهاق القطعي (Segmental) والذي يتصف ببقعة أو بقع في منطقة محددة من الجلد، وإلى البهاق المنتشر (Diffuse)، والأخير الشكل الأشيع والأكثر مصادفة، ويتصف ببقع متناثرة في أرجاء مختلفة من الجلد. ويسمى البهاق شاملاً حيث يزيل صباغ الجلد كاملاً وهو نادر. يمكن أن تصاب الخلايا الميلانينية المتوضعة خارج الجلد كما في العين، حيث يمكن أن يصاب المريض بالتهاب العنبية ونقص تصبغ المشيمة والشبكية والقزحية والملتحمة، ويمكن أن يصاب المريض بالتهاب الشبكية الصباغي.

ذكرت حالات ترافق بنقص السمع لإصابته الخلايا الميلانينية في الأذن. وقد يترافق ببعض الأمراض المناعية الذاتية التي ذكرناها في السببيات والإمراض. لا يشكو المصاب من أعراض شخصية عادة ويشكو بعض المرضى من الحكة في بعض الحالات ونصادفها أحياناً.

شكل 10-1 : أ- بقع بهاق على الوجه.

شكل 10-1 : ب- بقع بهاق على الوجه الأمامي للساق.

الباثولوجيا: يتصف بقلة أو انعدام الخلايا الميلانينية في الجلد المصاب وكذلك انعدام الميلانين، وتكون الخلايا اللمفية قليلة وقريبة من الطبقة القاعدية.

التشخيص التفريقي: تدخل في التشخيص التفريقي أمراض كثيرة تتصف ببقع ناقصة الصباغ، كالنخالية المبرقشة القاصرة، المهق، نخالية الوجه البيضاء، الحزاز التصلبي والضموري، تصلب الجلد، الوحمة الفقرمية، بقع نقص التصبغ التالي للالتهاب، بقع نقص التصبغ المجهولة السبب، الجذام وأمراض أخرى. وتشخيص البهاق عادة سهل استناداً إلى خصائص البقع المذكورة، وقد تصادف صعوبات في بعض الحالات.

المعالجة: معالجة البهاق ليست سهلة، وتختلف الاستجابة بحسب الحالات وإن الحرج الذي يصيب المريض في بلادنا يدعونا إلى معالجة المريض للتخفيف من هذه الإساءة إلى جماله وتقسم هذه المعالجات إلى دوائية وجراحية.

المعالجة الدوائية: تهدف إلى إعادة صباغ بقع البهاق وذلك بتكاثر وهجرة الخلايا الميلانينية إلى هذه البقع، وهي تهاجر عادة بضعة ملمترات فقط، وحيث يكون معينها جريب الشعرة. ومن هذه المعالجات تطبيق الستيرويدات بدرجاتها 4- 5 وتطبق مرة واحدة يومياً لعدة أشهر ولا ينصح بتطبيق الستيرويدات القوية بسبب تأثيراتها الجانبية، ولا ينصح بالمعالجة بالستيرويدات المجموعية في العادة. رغم أن البعض ينصح بإعطائها بجرعات عالية.

المعالجة الضوئية والكيميا ـ ضوئية: وتنصح بتطبيقها في الحالات المنتشرة ويمكن إجراؤها بتطبيق مركبات السورالين (Psoralens) موضعياً أو عن الطريق العام ولا ينصح بإجراء هذه المعالجة للأعمار أقل من سن البلوغ، ويمكن تطبيق السورالينات موضعياً في الحالات المحدودة وتعريضها للشمس (ليس على الوجه) ويجب الحذر الشديد من حدوث حروق قد تكون شديدة أحياناً. يزال صباغ الجلد المتبقي في حالات البهاق الشامل.

المعالجة الجراحية: وهي حديثة نسبياً وتجرى في الحالات التي لا تستجيب للمعالجات الدوائية وفي البهاق المحدود ونتائجها محدودة والنكس وارد، وتجرى

الطعوم بالمخرمة (الخازعة) أو الطعوم الصغيرة أو الطعوم البشروية أو بوضع طعوم الخلايا الميلانينية المزروعة وغير ذلك من التقانات والنتائج متباينة بين دراسة وأخرى. ولا تخلو هذه المعالجة من تأثيرات جانبية. يمكن في بعض الحالات وشم منطقة الشفتين ولكن النكس وارد. يمكن تطبيق الموهات في الحالات التي لا تستجيب للمعالجات. ولابد من الانتباه للعامل النفسي عند المريض والتخفيف من قلقه بسبب آفته التي ينظر إليها نظرة غير عادلة من قبل المجتمع.

الوحمة الهالية (Halo Nevus) :

وتسمى وحمة سوتون أيضاً وتنجم عن تفاعل مناعي يؤدي إلى اضطراب في تشكل الميلانين وتخرب الخلايا الميلانينية في الوحمة الميلانينية وما حولها وتشاهد كثيراً عند مرضى البهاق. تتصف بهالة زائلة الصباغ حول وحمة ميلانينية (شكل 10-2) وكثيراً ما تشاهد عند الفتيان ومعالجتها غير ضرورية.

شكل 10-2 : وحمة ساتون.

متلازمة فوجت ـ كوياناجي (Vogt- Koyanagi syndrome):

تتصف هذه المتلازمة بالتهاب في العنبية مع خفة سمع وبهاق وثعلبة وشيب مبكر، وآليتها غير معروفة ولكن تتهم الأمراض المعدية الڤيروسية فيها.

المهق (Albinism):

المهق اضطراب موروث في تركيب الميلانين، يصيب الجلد والشعر والعينين. تكون الخلايا الميلانينية فيه عادة طبيعية ولكن العيب المورث يقع في إنزيم التيروزيناز والتي له دور مهم في تركيب الميلانين.

يتصف المهق الجلدي العيني بنقص ملان شامل ولادي، يصيب العين والجلد والشعر (شكل 10-3). يكون لون الشعر أبيض والعينان زرقاوين والجلد أبيض ناصع البياض. صنف في الماضي إلى إيجابي التيروزيناز وسلبي التيروزيناز. يصنف في الوقت الحاضر إلى عدة أشكال تبعاً لجين التيروزيناز والطفرة الحادثة فيه، ويتصف المرض بالرأرأة (Nystagmus) ورهاب الضوء (Photophobia) وتناقص حدة الرؤيا. وتختلف الأعراض والعلامات وشدتها بحسب كل شكل ويختلف نموذج الوراثة بحسب شكل المرض. يجب وقاية المصابين من أشعة الشمس خوف حدوث السرطانات مع تقدم العمر.

الشكل 10-3 : مهق.

اللَمَع (المهق الجزئي) (Piebaldness):

يورث بصفة جسمية سائدة تكون الخلايا الميلانينية ناقصة أو غائبة من مناطق الإصابة. يتظاهر بوضح ولادي ثابت، يظهر غالباً منذ الولادة ويتصف ببقع ناصلة الصباغ أقطارها 1-6 سم، تبقى ثابتة مدى الحياة، تتوضع على البطن، الذراع أو الفخذ، وتكون ثنائية الجانب، ويشاهد منها في العادة بؤرة واحدة على الحاجب مترافقة بخصلة بيضاء من الشعر وقد توجد فيها بقع مفرطة التصبغ داخل البقع ناقصة الصباغ. وتجرب في معالجته البوفا والطعوم الجلدية. والنتائج غير مُرْضِيَة دوماً.

نقص التصبغ التالي للالتهابات والعدوى وتكون الورم :

تترك بعض الأطفاح الجلدية نقصاً في صباغ الجلد بعد تراجعها ومن أمثلتها الصدفية، والساركوئيد والفطار الفطراني. تعد النخالية البيضاء من الأمراض الشائعة عند الأطفال كما ذكرنا في بحثها وتتصف ببقع بيضاء اللون على الوجه عليها وسوف ناعمة، قد تنتشر إلى أماكن أخرى. ومن الأمراض الأخرى التي يمكن أن تترافق ببقع بيضاء، النخالية الحزازية الشكل.

يمكن لبعض الأمراض المعدية أن يتشارك طفحها ببقع ناصلة اللون كالجذام حيث يكون الحس معدوماً فيها، على عكس بقع البهاق حيث يكون الحس فيها سليماً، وتقصر بقع النخالية المبرقشة وتؤدي إلى بقع بيضاء اللون وتسمى النخالية المبرقشة القاصرة ومن الأمراض المعدية أيضاً داء البنتا، والوضح في الزهري.

وقد تؤدي المعالجة بأشعة رونتغن والأذيات المندبة إلى بقع ناقصة الصباغ ويؤدي تطبيق بعض المواد الكيماوية على الجلد إلى نقص صباغ وكذلك بالتماس معها كما في صناعة المطاط.

نقص الميلانين النقطي المجهول السبب (Idiopathic Guttate Hypomelanosis) :

تتصف ببقع زائلة الصباغ، أقطارها بين 2-6 ملم، أكثر توضعاتها على المناطق

المعرضة للضوء في الطرفين السفليين والعلويين وأكثر ما تشاهد في سن بعد 40 سنة من العمر وتأتي أهميتها بوجوب تفريقها عن البهاق، وقد يفيد التبريد الخفيف بالأزوت السائل في تراجعها.

متلازمات أخرى تتظاهر ببقع ناقصة الصباغ:

نذكر من هذه المتلازمات متلازمة ڤاردنبرج (Wardenberg) التي تورث بصبغي جسدي سائد بنفوذية مختلفة ويتصف بعلامات اللَمَع وضخامة جذر الأنف، وخلل في تنسج الجمجمة وتلاقي في الحاجبين، وقزحية متغايرة اللون وصمم ولادي وابيضاض شعر مقدمة الرأس.

ومن هذه المتلازمات التي تتصف ببقع ناقصة صباغ مع اضطرابات أخرى مشاركة، متلازمة تيتز، متلازمة وولف ـ دولفيتز ـ الدوس، بيلة الفنيل كيتون، الوحمة ناقصة الصباغ، نقص ملان إيتو (Ito) والتصلب الحدبي.

أمراض فرط صباغ الجلد:

سنأتي على أهم هذه الأمراض شيوعاً ومنها الكلف والنمش وبعض المتلازمات التي تترافق مع فرط تصبغ، وسنترك بعضها الآخر حيث يمكن الاطلاع عليها في الكتب المرجعية الموسعة.

الكلف (Melasma) :

الكلف فرط ملان بني اللون كسبي، يصيب الوجه بشكل متناظر، تسببه عوامل عديدة بتأثير الشمس التي تعد العامل الأهم في إثارته.

السببيات والباثولوجيا: تثبت الدراسات فوق المجهرية زيادة نشاط وعدد الخلايا الميلانينية في بقع الكلف، حيث تبدو مفصصة وفيها كثير من الجسيمات الميلانينية.

ويعد السبب في غنى هذه الخلايا بالجسيمات الميلانينية، تناول مانعات الحمل، مستحضرات التجميل (بآلية انسمام ضوئي)، الوراثة، الاضطرابات الصماوية، عوامل عرقية وعوامل استقلابية والتغذية.

وتعد أشعة الشمس أهم العوامل في إحداثه ويؤيد ذلك كثرة الإصابة به في البلاد المشمسة وكذلك خلال فصل الصيف. ومن المعروف أن الأشعة فوق البنفسجية B (290 - 400) تزيد من فعالية الخلايا الميلانينية وبالتالي زيادة فرط التصبغ، ويؤيد ذلك التحسن في الكلف باستعمال واقيات الضوء ذات الوقاية الضوئية واسعة الطيف، والنكس في حال التعرض للشمس. غير أن الآلية التي يتم بها الكلف بشكل دقيق غير واضحة تماماً ولكن من المعروف أن البروجسترون والإستروجين يفعلان عملية التملن، وبالتالي هما المسؤولان عن حدوث الكلف في الحمل وبمانعات الحمل. لم تجد الدراسات ارتفاعاً في قيم (MSH) ولا في قيم (17) ـ كيتوستيرويد أو في الكورتيزول، غير أن بعض هذه الدراسات وجدت ارتفاعاً في الهرمون الملوتن وانخفاضاً في قيم الإستراديول وهذا يمكن أن يقدم دليلاً على اضطراب مبيضي. ولابد من الإشارة إلى دور العامل الوراثي في بعض حالات الكلف.

التظاهرات الإكلينيكية: يصيب الكلف النساء والفتيات العذارى وأكثر ما يصادف في المناطق المدارية وتحت المدارية ويصيب 50-70 ٪ من الحوامل و 8-29٪ من متناولات مانعات الحمل. يصيب الرجال بشكل نادر، يتصف الكلف بفرط تصبغ متناظر يصيب الجبهة، الصدغين، الخدين، الشفة العليا، ظهر الأنف، ويتجلى ببقع غير محدودة وغير منتظمة بنية اللون (شكل 10-4 أ و ب)، قد تتلاقى بشكل بقع كبيرة. يصنف إلى بشروي (بني اللون) وأدمي (أزرق ـ رمادي) ومختلط (بني ـ رمادي) وقد يكون لهذا التصنيف بعض الفائدة في المعالجة.

الباثولوجيا: يتوضع الميلانين بشكل رئيسي في الطبقة القاعدية والطبقات التي فوقها، وتزداد كثافة الميلانين في تغصنات الخلايا الميلانينية في الشكل البشروي، ونجد صباغ الميلانين في الأدمة بالإضافة إلى البشرة.

التشخيص التفريقي: يجب تفريق الكلف عن فرط التصبغ الدوائي وعن تملن «ريل» وتبكل الجلد لسيڤات، والحزاز المسطح المصطبغ، والتمغر خارجي، المنشأ والتهاب الجلد التماسي المصطبغ، والتصبغات التالية للالتهاب.

المعالجة: تقوم معالجة الكلف على إيقاف مانعات الحمل أو المعالجة ببعض الهرمونات إن أمكن ذلك. وعدم تطبيق المذوقات على الوجه وتعد الوقاية من الشمس ذات الأهمية الكبيرة باستعمال حاجبات الشمس ذات الوقاية العالية. يطبق الهيدروكينون وحده أو مشتركاً مع حامض الريتينويك والستيرويدات. يمكن تطبيق حامض ازياليك وهو ذو فائدة. يفيد تقشير الجلد بالمقشرات أو بالليزر الخاص الذي يفيد في معالجة التصبغات. يجب عدم معالجة الحامل إلا بعد الوضع ولعدة أشهر.

شكل 10-4 : أ- كلف.

شكل 10-4 : ب - كلف.

النمش (Ephelides (Freckles :

يصيب النمش ذوي الشعر الأحمر أو الأشقر ويورث بصبغي جسدي سائد.

الإمراض: يصبح النمش أكثر وضوحاً في الربيع والصيف وذلك بتأثير ا. ف. ب. التي تحث الخلايا الميلانينية على إنتاج الميلانين وعدد الخلايا في بقع النمش نفسه في الجلد الطبيعي وإنما تزداد فعاليتها عند المنمشين.

التظاهرات الإكلينيكية: يتصف النمش ببقع قطرها أقل من 0.5 سم عادة حدودها واضحة، لونها بني ضارب للصفرة، تختلف كثافتها بحسب الحالات وهي متناظرة في العادة (شكل 10-5). أكثر توضعاتها في منتصف الوجه، الساعد، العضد، الكتفين وأعلى الظهر في الأعمار الباكرة وتتراجع عادة مع تقدم العمر.

يمكن للنمش أن يكون من تظاهرات بعض المتلازمات كما في الورام الليفي العصبي، شياخ الجلد (البروجيريا)، متلازمة مونيهان.

المعالجة: ليس للنمش من معالجة سوى الوقاية من الشمس بالحاجبات المناسبة.

شكل 10-5 : نمش.

وحمة أوتا (Ota nevus) :

وهي أورام عابية للخلايا الميلانينية الأدمية يمكن أن تظهر مع الولادة أو تتأخر حتى الطفولة الباكرة أو البلوغ. تتصف ببقع ذات لون أسود ضارب للزرقة وهي وحيدة الجانب وتظهر على مسار العصب ثلاثي التوائم، مع تصبغ بني ضارب للسواد في الناحية الصدغية (الملتحمة، القزحية). ومعالجتها بالموهات وقد تكون معالجتها مفيدة بالليزر الخاص بالتصبغات.

متلازمة بويتز - ييجرز (Peutz - Jeghers Syndrome) :

مرض عائلي، يورث بصبغي جسدي سائد وتتصف ببقع نمشية الشكل لونها بين اللون البني إلى بني أسود وذلك في المناطق حول الفم والحجاج (شكل 10-6) والشفتين وقد تصادف في باطن الفم وظهر اليدين وذلك في الطفولة الباكرة. تترافق بسليلات معوية، يمكن أن تترافق بأعراض معوية بطنية.

تملن ريل (Riehl's Melanosis) :

عزي سابقاً في نهاية الحرب العالمية الأولى إلى سوء التغذية. ولكن يصنف في الوقت الحاضر مع التهاب الجلد الميلانيني الانسمامي أي التهاب جلد ضوئي بالتماس، بمواد التجميل. يتصف تملن «ريل» بتصبغ شبكي لونه بين الرمادي الفاتح إلى البني الغامق، توضعاته الرئيسية الجبهة، الصدغان، الخدان، الأوجه الجانبية للعنق ويعالج بحاجبات الشمس.

فرط التصبغ الدوائي:

يحدث فرط تصبغ في الجلد نتيجة تعرضه لبعض الأدوية، منها مضادات الملاريا، التتراسيكلينات، المعادن الثقيلة (أملاح الذهب)، بعض الأدوية المضادة للسرطان، كالسيكلوفوسفاميد والبليومايسين، والفينوثيازينات، والأميودارون والكلوفازيمين.

فرط التصبغ الثانوي التالي للالتهاب :

قد يحدث تصبغ بقعي أو لويحي بلون بني بعد حالات الالتهاب الجلدي كما في الحزاز المسطح والذئبة الحمامية القرصاوية والنشواني البقعي وأمراض أخرى.

فرط التصبغ الصماوي والعوزي :

وتشاهد في داء أديسون وفي الأورام المفرزة للهرمون الموجه لقشرة الكظر (ACTH) وفي الأورام الغُدّية وفي فرط تصنع نشاط الدرق في منطقة الحجاج.

تحدث تصبغات أيضاً في البلاجرا وعوز ڤيتامين "C" وحمض الفوليك وعوز ڤيتامين B_{12} وداء سوء الامتصاص.

الشكل 10-6 : متلازمة بويتز – ييجرز.

الفصل الحادي عشر

اضطرابات التقرن

Disorders of Keratinization

يؤدي عيب التقرن، الذي يحدث في اضطرابات التقرن، إلى تشكل طبقة قرنية شاذة إضافةً للتغيرات المورفولوجية الكبيرة التي قد يحدثها هذا العيب أحياناً.

إن أسباب اضطرابات التقرن غير معروفة عموماً، لكنه قد تتحدد وراثياً في العديد من الحالات التي تعرف بالجُلادات الوراثية، كما قد يكون سبب اضطرابات التقرن كسبياً أحياناً، أو عرضاً أو علامة لأمراض بدئية مختلفة.

هذا وينجم فرط التقرن (تسمك الطبقة المتقرنة) إما عن تسارع في تكون البشرة الذي يؤدي بدوره لتشكل الكثير من الخلايا المتقرنة، وهذا هو فرط التقرن التكاثري كما هو الحال في الصدفية مثلاً، أو عن تأذي عملية التوسف المؤدي لانفصال القليل من الخلايا المتقرنة عن سطح الجلد، وهذا ما يدعى بفرط التقرن الاحتباسي كما هو الحال في السُمَاك الشائع.

تقسم اضطرابات التقرن اعتماداً على الأماكن التي تصاب بها إلى مايلي:

- تقران منتشر
- تقران راحي أخمصي
- تقران جريبي
- تقران محدد لا يرتبط بالجريبات

التقران المنتشر (Diffuse Keratosis):

ويتضمن العديد من أشكال السماكات التي يمكن أن تتميز عن بعضها اعتماداً على الأسس الإكلينيكية، الوراثية، الباثولوجية، البنية المستدقة (Ultrastructure) والمميزات الكيميائية الحيوية في بعض الحالات.

يصاب كامل الجسم بتقرن شاذ في هذا النوع من التقران. هذا وسنذكر من هذا التقران المنتشر الوراثي، وببعض الإيجاز كلاً من زمرة السماك الشائع، زمرة السُمّاك الخلقي وزمرة السماك المكتسبة.

زمرة السُمّاك الشائع:

السماك الشائع (Ichthyosis Vulgaris):

السماك الشائع، حالة وراثية من التقرن الشاذ المعمم، الذي يأخذ درجات مختلفة الشدة، كما يتصف بوسوفه الجافة التي تلتصق بالجلد بثبات.

الإمراض: يعزى اضطراب التقرن في السماك الشائع إلى نقصٍ في انفصال الخلايا المتقرنة عن البشرة (فرط تقرن احتباسي)، ويبدو أن الخلل الأساسي فيه يكمن في تشكل كيراتوهيالين شاذ بكمية زهيدة جداً.

الباثولوجيا: ويبدي فرط تقرن سوي بين الجريبات إضافةً لغياب الطبقة الحبيبية.

التظاهرات الإكلينيكية: تتجلى التبدلات المتناظرة لهذا الداء جليةً بخاصةً على السطوح الباسطة للأطراف، وكامل الجذع لاسيما القسم السفلي منه، بينما تعف التبدلات عن الثنيات الكبيرة (الحفرة المابضية ـ الإبطية، المرفقية) (شكل 11-1).

يكون الجلد في هذا الداء جافاً لانعدام الزهم، ومترافقاً بوسوف ناعمة رقيقة ملتصقة على الأماكن الانتقائية التي ذكرناها، كما لاتصاب بهذا السماك المخاطيات. ينتقل هذا المرض وراثياً عن طريق صبغي جسدي سائد، ويبدأ ظهوره في نهاية السنة الأولى من العمر.

هذا وإن لهذا النوع من السماكات أشكالاً إكلينيكية متعددة، تفرق عن بعضها اعتماداً على وخامة التبدلات الجلدية الإكلينيكية. علماً بأن جميع تلك الأشكال تصيب الوجه والفروة حيث يبدو عليهما وسوف جافة ناعمة، كما قد تترافق الإصابة بحاصة منتشرة معتدلة الشدة، واشتداداً في الخطوط الجلدية للراحتين والأخمصين حيث تصبح أكثر عمقاً واتساعاً وعدداً، لذا فإن الجلد فيهما يبدو سميكاً لامعاً (سُمَاك اليد، سُمَاك القدم).

أما الأعراض الشخصية لهذا السماك فقليلة نسبياً، حيث تكون الحكة فيه خفيفة الشدة. هذا ويشتد هذا المرض شتاءً، كما يخف صيفاً، كما تخف بعض حالاته عند بلوغ المصاب سن الكهولة.

ومما يجدر ذكره هنا أن مرضى هذا الداء يكونون عرضة للتأكزم بسبب نقص مقاومة طبقاتهم المتقرنة، كما نشرت حوادث عن ترافق هذا السماك بإكزيمة تأتبية وإصابات عُينية تجلت بعتامات (Opacities) نجمت عن شذوذ في جزيء السدى العميق للقرنية.

شكل 11-1 : السُمَاك الشائع.

المعالجة: لقد أصبح ممكناً علاج السُمَاك بالإترتينيت (Etretinate) أما المعالجة الموضعية فتقوم على الحمامات الملحية (كلور الصوديوم الصناعي بنسبة 1٪ ـ 3٪) أو الاستحمام في البحر، والحمامات الزيتية، ذلك أن تلك الحمامات ترطب الطبقة المتقرنة بجلبها الماء والشحومات إليها، إضافةً للمعالجة بالمطريات والموسفات الخفيفة ومنها مركب اليوريا (Urea) بنسبة 10٪.

السماك المتنحي الصبغوي (X- chromosomal Recessive ichthyosis) :

المرادفات: السماك الشائع المتنحي، السماك الشائع المرتبط بالجنس.

هو شكل من السماك الشبيه بالسماك الشائع إكلينيكاً، وينتقل بصفة متنحية مرتبطة بالجنس، ولا يصيب إلا الذكور.

الإمراض: يتجلى الإمراض في هذا النوع من السُمَاك بفرط تقرن احتباسي، إضافة لأن الاختبارات الكيميائية الحيوية تبدي غياب فعالية الستيرويد سلفاتاز (Steroid sulphatase) والأريل سلفاتاز (Arylsulphatase E) في كل من البشرة والأورمات الليفية والكريات البيض، كما يكون تشكل الكيراتوهيالين سوياً، بينما يلاحظ نقص في عدد الجسيمات المتقرنة (Keratosome).

الباثولوجيا: يكون فرط التقرن بين الجريبات في الطبقة المتقرنة سوياً وتعادل سماكته عشرة أضعاف سماكته الطبيعية، إضافةً لكون الطبقة الحبيبية طبيعية.

التظاهرات الإكلينيكية: يشبه بتوضعاته السُمَاك الشائع، لكن وسوفه تكون أكبر وأعتم، كما أن هذا النوع من السُمَاك لا يعف عن إصابة الثنيات كما يغيب فيه كل من سماك اليدين و سماك القدمين إضافةً إلى أن هذا السماك لا يبدو ترافقه بالأهبة للتأتب، وظهور علامات المرض فيه منذ الولادة، وعدم ميل هذا المرض نحو التحسن عندما يكبر المريض.

المعالجة: المعالجة ملطفة، لكن استجابة هذا الداء لمعالجات السُمَاك الشائع ضعيفة نوعاً ما.

متلازمة ريفزوم (Refsum Syndrome) :

الإمراض: تنجم هذه المتلازمة عن شذوذ إنزيمي خلقي ينتقل بصبغي جسدي متنح، حيث يمنع هذا الإنزيم المعيب (هدروكسيلاز حمض الفيتانيك) من حدوث الاستقلاب الطبيعي للحمض الفيتاني في الطعام، مما يؤدي إلى تراكمه.

التظاهرات الإكلينيكية: تبدأ تظاهرات هذه المتلازمة في الطفولة الباكرة عادة حيث تحدث تبدلات إمراضية في كل من الجلد والعينين والأعصاب، أما التبدلات الجلدية فتشبه التبدلات التي يحدثها الشكل البسيط من السَمَاك الشائع، كما تتضمن الموجودات المجموعية كلاً من العمى الليلي، واضطرابات الرؤية الأخرى التي تترافق بالتهاب الشبكية الصباغي اللانموذجي، وفقد السمع العصبي الحسي، والتهاب الأعصاب المترقي المزمن مع شلول قاصية، وعلامات دماغية كالهَزَع.

المعالجة: ملطفة، وتتم كما في أشكال السماكات الأخرى، وتعطي الحمية الخالية من الكلوروفيل تحسناً لهذه المتلازمة.

زمرة السماك الخلقي:

ينتقل معظم هذه الزمرة من السماكات بالصبغيات الجسدية المتنحية وهي تضم أشكالاً عديدة من السماكات الخلقية نكتفي بذكر أهمها.

السماك الصفاحي (Lamellar ichthyosis) :

يندر حدوث هذا النوع من السماك الذي له شكلان أولهما ينتقل بالصبغي الجسدي المتنحي، بينما ينتقل ثانيهما بالصبغي الجسدي السائد.

التظاهرات الإكلينيكية: وصفت درجات مختلفة في شدتها لهذا السماك وهو يصيب دائماً وعلى وجه التقريب سائر أنحاء الجلد، والأطفال المصابون يولدون

عادةً وهم مغلفون بغشاء يشبه الكولوديون، الذي يختفي عادة بعد ثلاثة أسابيع مؤدياً إلى شفاء تام للحادثات، أو بتبدله إلى صورة نموذجية للسماك الخلقي. هذا وإن الطفل الكولوديوني يمثل متلازمة إكلينيكية ذات تأويلات عديدة، كما وصفت على أنها شكل آخر من السماكات في بعض الحالات.

المعالجة: وتعالج الحالات الخفيفة بالمطريات وحالات الطبقة المتقرنة كما في السماك الشائع. كما تحسن المعالجة بالريتينويدات عن طريق الفم المصابين بالسماك الصفاحي. وذكرت فائدة تطبيق الكالسيوبوتريول.

الجنين المصفح (Harlequine Fetus) :

ومن مترادفاته أيضاً السماك الخلقي المميت، السماك الخلقي نمط ريك الأول والورم القرني الخبيث.

الحدوث: يندر حدوثه، ومن المحتمل أنه ينتقل عن صبغي جسدي متنح، يمثل هذا المرض نمطاً وراثياً مميتاً من التقرن الشاذ، ويحتمل أن يحدث فيه تشكل الكيراتين بيتا مكان تشكل الكيراتين ألفا الطبيعي* .

التظاهرات الإكلينيكية: قد تكون هذه الظاهرة شكلاً أشد وخامة من الاضطراب الذي يتراءى بالطفل الكولوديوني، إذ يعتل الجلد بها ضمن الرحم فيصبح مشكلاً من صفائح سميكة كصفائح الدروع، مغطية الجسم بكامله.

وتكون الأذنان غائبتين أو رديمتين (Rudimentary)، مع شنف الشفتين وشتر خارجي في الأجفان وفي مخاطية الفم والناحية التناسلية. يفضي هذا الاضطراب عادةً إلى الاملاص أو الموت الباكر بعد الولادة (شكل 11-2).

---

* *يعد الكيراتين بيتا من المكونات السوية في جلد الطيور والزواحف.*

شكل 11-2 : الجنين المصفح.

زمرة السُمَاك المكتسبة:

أدواء السُمَاك المكتسبة الإعراضية (العرضية)

(Acquired Symptomatic Ichthyoses) :

التظاهرات الإكلينيكية: لايمكن تمييز هذه السماكات سريرياً أو باثولوجياً عن السماك الشائع، لكن قد تصاب ثنيات المفاصل الكبيرة بها، كما تترافق بحكة واضحة، ومن الأهمية استقصاء القصة المرضية والسوابق الأسرية لهذه الإصابة.

الأسباب: تحدث الآفات الجلدية سماكية الشكل هذه: كمتلازمات مواكبة للأورام في داء هودجكن، والفطار الفطراني - اللمفومات الخبيثة الأخرى، والسرطانات الحشوية. وكعرض مرافق للأمراض المعدية ومثالها الجذام، التدرن، الحمى التيفية والايدز. وفي الدنف، عوز الڤيتامينات (عوز ڤيتامين A)، والبلاجرا. ومن المعروف حدوث هذه السماكات في كل من الديال، وقصور الدرقية، واضطرابات التغذية العصبية، كما يمكن أن يثار حدوث هذه السماكات بالأدوية (كحمض النيكوتينيك).

أما الآفات سماكية الشكل التي تصيب المسنين والتي تعرف بالنخالية الشيخية أيضاً فهي فيزيولوجية غالباً وتعزى إلى نقص الزهم.

التقرانات الراحية والأخمصية (Palmar and plantar Keratoses) :

يعرف فرط التقران الراحي الأخمصي بأنه زيادة في ثخانة الطبقة المتقرنة في جلد الراحتين والأخمصين، وله أشكال مكتسبة وأشكال وراثية أما الأشكال المكتسبة فسببها أمراض جلدية مختلفة منها الصدفية، داء ريتر، النخالية الحمراء الشعرية، الإكزيمة، الحزاز المسطح، فطور القدم، والزهري، كما قد يحدث فرط تقرن مكتسب أحياناً في سن الإياس (تقرن سن الإياس)، كما قد يكون ظاهرة مرافقة لخباثة داخلية، ولتناول الزرنيخ (شكل 11-3).

أما الأشكال الوراثية فكثيرة ،وقد تشاهد بمفردها أو أنها تترافق بأمراض ومتلازمات أخرى، كما أن قسماً منها ينتقل عن طريق وراثة جسدية متنحية في حين أن البقية الأخرى منها إما أن تنتقل عن طريق وراثة جسدية سائدة، أو مرتبطة بالجنس.

شكل 11-3 : فرط تقران راحي أخمصي.

هذا وسنذكر وباختصار بعضاً من أهم التقرانات الراحية الأخمصية الأكثر مشاهدة وهي:

التقران الراحي الأخمصي المنتشر المحدد، داء توست ـ أونا :

التظاهرات الإكلينيكية: يبدأ هذا التقران الذي ينتقل بصبغي جسدي سائد في

السنة 2-5 من العمر. تكون آفات التقران هذه متناظرة، وتتألف من تسمك منتشر في الطبقة المتقرنة، وتبدو بلون شمعي مصفر، كما يحدد فرط التقران الراحي الأخمصي بهامش واضح، أحمر وردي اللون إضافة لترافقه بفرط تعرق غالباً.

أما المعالجة فتقوم على تطبيق حالات الطبقة المتقرنة وحالات القرنين مثل حمض الساليسليك بنسبة 5-10٪ خارجاً. وتعطى الرتينويدات داخلاً في الحالات الشديدة.

التقران الراحي والأخمصي النافذ (داء ميليدا):

(Keratosis Palmoplantaris Transgrediens) :

وصف هذا التقران في البداية في جزر الأدرياتيك (جزر ميليدا) لدى القربى، وتنتقل هذه الإصابة بوراثة جسدية متنحية.

التظاهرات الإكلينيكية: يبدأ هذا التقران في سن الإرضاع، حيث ينتشر التقران إلى ظهر اليدين، والقدمين، والبراجم، والساعدين، والساقين، كما يترافق هذا التقران بكل من قصر في الأصابع ، فرط تعرق، وتقران ما تحت الأظافر، إضافةً لوجود لويحات على المرفقين والركبتين توحي بالصدفية (شكل 11-4).

المعالجة: يمكن تجريب الاتريتينات داخلياً أما المعالجة الموضعية فتقوم على تطبيق التريتينون والكورتيكوستيرويدات موضعياً.

شكل 11-4 : داء ميليديا.

متلازمة بابيون ـ لوفيفر:

وتدعى أيضاً بفرط التقرن الراحي الأخمصي المترافق بتنكس دواعم الأسنان (Periodontosis)، ويعتقد أن الآفة وراثية تنتقل بوراثة جسدية متنحية.

التظاهرات الإكلينيكية: تتظاهر بفرط تقرن راحي أخمصي مع إصابة دواعم الأسنان في الطفولة عقب ظهور الأسنان الساقطة، إضافةً لفرط التعرق الذي يظهر مع فرط التقران الراحي الأخمصي في السنة الثانية أو الثالثة من العمر. هذا ويمتد هذا التقران إلى مناطق أخرى أيضاً حيث يشكل لويحات على المرفقين والركبتين ومنطقة وتر أخيل. علاوة على ذلك فإن هذه الإصابة تترافق بالتهاب لثة وبضمور سنخي مع فقدان الأسنان. قد تفيد المضادات الحيوية والريتينويدات في تحسين الآفة.

التقرانات الجريبية (Follicular Keratoses):

يتحدد التقران المتأذي في الجريبات الشعرية في هذا النوع من التقرانات وسندرس من هذه التقرانات كلاً من التقران الشعري والتقران الجريبي والنخالية الحمراء الشعرية.

تقران الجريبات الشعرية(Pilaris Keratosis) :وينجم عن اضطراب تقرن الجريبات الشعرية، حيث تصبح فوهاتها ممتلئة بسددات قرنية ترتفع فوق سطح الجلد. وتنتقل هذه الإصابة بوراثة جسدية سائدة مع نفوذية متغيرة. يبدأ هذا المرض في سن الطفولة ويزداد في الأعمار المتوسطة، ثم يغيب في الكهولة كما أنه يصيب بخاصة الفتيات الصغيرات.

التظاهرات الإكلينيكية: يتظاهر هذا التقران إكلينيكياً بحطاطات جريبية صغيرة، يبلغ قدها مقدار رأس الدبوس تقريباً، تكون فيها الأشعار منغرزة، والجلد جافاً قليلاً. أما أماكن توضعها فهي كل من السطوح الباسطة للعضدين، والسطوح الخارجية الوحشية للطرفين السفليين لاسيما الفخذين والناحية الأليوية.

هذا وإذا تبارز فرط التقرن شوكياً فوق مستوى الجلد بشكل ملحوظ، أدى لتسمية هذه الحالة بالتشوك (Spinulosism)، كما أنه ليس للتقران الشعري أعراض شخصية.

المعالجة: تستجيب هذه الحالة للمعالجة الموضعية بتطبيق حالات الطبقة المتقرنة كحمض الساليسليك بتركيز 3٪ في الفازلين الأبيض. ومركبات اليوريا والحمامات الزيتية وكريمات التريتينون بتراكيز منخفضة.

التقران الجريبي (Keratosis Follicularis):

يعد التقران الجريبي، الذي يدعى بداء داريه، شذوذ تقرن أسري يميل للتزايد مع تقدم العمر ويصيب الذكور أكثر من الإناث، وينتقل بصبغي جسدي سائد ذي نفوذية متبدلة. يقع الجين غير الطبيعي على الصبغي12 qوتكشف الباثولوجيا عن خلل تقرن. كما يشاهد في المخاطيات.

التظاهرات الإكلينيكية: يتظاهر التقران الجريبي بطفح حطاطي جريبي مفرط التقرن متقشر ومتسخ اللون، وقد تتجمع الأطفاح بجانب بعضها وتشكل لويحات، كما وقد تأخذ في الثنيات منظراً تنبتياً. أما التوضعات المتناظرة والمفضلة لهذا الداء فهي ذات التوضعات لالتهاب الجلد المثي والمذح، كما وقد يصيب الفروة والعنق غالباً. يمكن أن يترافق هذا التقران بفرط تقرن راحي أخمصي إضافةً لانقطاع الحروف في بصمات الأصابع وتشكل تثلمات صغيرة تعترض الأثلام، إضافة لحطاطات بيضاء اللون في سقف الحنك، وقد يصيب الأظافر ويؤدي لتشوهها (شكل 11-5).

الباثولوجيا: تتضمن العلامات النموذجية الباثولوجية لهذا الداء كلاً من خلل التقرن، وانحلال الأشواك فوق الطبقة القاعدية، وجوبات في البشرة.

المعالجة: تصعب معالجة هذا الداء، ويحتمل أن تتحسن الإصابة بتطبيق التريتينون موضعياً، كما يحتمل أن تحدث المعالجة المجموعية بالرتينويدات تحسناً أيضاً.

النخالية الحمراء الشعرية (Pityriasis Rubra Pilaris):

هي تقران جلدي حمامي وسفي نخالي الشكل ومزمن، ويعتقد أن هذه النخالية تنتقل بطراز الوراثة الجسدية السائدة. أما سببها فمجهول.

التظاهرات الإكلينيكية: تتظاهر هذه النخالية بحمامى وسفية نخالية الشكل يرافقها حطاطات تقرانية جريبية، تظهر في البدء على ظهر الأصابع واليدين وعلى السطوح الباسطة للأطراف أيضاً وعلى المناطق فوق المفاصل الكبيرة والصدر والبطن والمنطقة الأليوية. وللنخالية الحمراء الشعرية أشكال غير نموذجية صدفية الشكل أو سماكية وأشكال أخرى.

الباثولوجيا: تبدي البشرة شواكاً وأشرطة من فرط تقرن وجزراً بؤرية من نظير التقرن. وقد ترق الطبقة الحبيبية، كما يلاحظ تسفنج خفيف.

المعالجة: يمكن تطبيق المحاليل الحالة للطبقة المتقرنة تحت ضماد كتيم (البروبيلين جليكول وحمض اللاكتيك) ثم يليها تطبيق الكورتيكوستيروئيدات تحت ضماد كتيم أيضاً. يفيد أيضاً تطبيق الكالسيوبوتريول موضعياً، ويعطى ڤيتامين A داخلاً بمقدار 1×10^6 وحدة يومياً لمدة أسبوعين. ومن المعالجات الداخلية أيضاً الأسترتين والإيزوتريتينوين، ويذكر أيضاً فائدة البوڤاPUVA.

شكل 11-5 : التقران الجريبي «داء داريه».

الشكل 11-6 : (أ) النخالية الحمراء الشعرية.

الشكل 11-6 : (ب) النخالية الحمراء الشعرية.

الفصل الثاني عشر

الجلادات الحطاطية والحمامية الوسفية

Papulomatous and Erythematosquamous Dermatoses

نبحث في هذا الفصل الأمراض الشائعة من الجُلاَدات الحطاطية والحمامية الوسفية وهي الحزاز المسطح، بعض الأمراض الحزازية، الصدفية، داء رايتر، النخالية الوردية، زمرة نظائر الصدفية، والاحمرارات الجلدية. علماً بأنه ليس هنالك من صلة تربط ما بين هذه المجموعة المرضية سوى الناحية الشكلية. كما أن دراستها مع بعضها في فصلٍ واحد، ما هو إلا لتسهيل موضوع دراسة هذه الأمراض.

الحزاز المسطح (Lichen Planus):

الحزاز المسطح مرض حطاطي التهابي غير معد، حاك بشدة، يصيب الجلد والأغشية المخاطية، وذو سير مترقٍ تحت الحاد أو مزمن.

الحدوث: المرض شائع نسبياً ويصاب به نحو 1٪ من جميع المرضى المراجعين للعيادات الجلدية كما يصيب كلا الجنسين على حدٍ سواء، ويتظاهر في أكثر من ثلثي المرضى ما بين 20 و 60 سنة من العمر.

السببيات والإمراض: ما زال الحزاز المسطح مرضاً مجهول السبب، لكنه وضعت عدة نظريات لتفسير آليته الإمراضية، منها النظرية العدوائية والتي تعزوه

للعدوى بالڤيروسات ذلك لظهور المرض متناظراً، كما في الطفحة العدوائية، كما يتظاهر الحزاز المسطح مرافقاً لالتهاب الكبد بالڤيروس C في بعض الحالات، ومن هنا جاء الاستحسان بإجراء الوظائف الكبدية لبعض الحالات. أما النظرية العصبية فقد اقترحت عند مرضى الحزاز المسطح المصابين بتكهف النخاع، والتهاب الأعصاب المحيطي والشلل البصلي. كما اقترحت النظرية النفسية اعتماداً على القصة المرضية في بعض الحالات، ذلك لظهور الحزاز المسطح بعد صدمة نفسية شديدة. كما تعزو النظرية المناعية إلى اعتبار الحزاز المسطح ظاهرة مناعية باعتبار أنه يحدث مع الذئبة الحمامية، وتفاعل المضيف ضد الطعوم وبالاعتماد على الموجودات الباثولوجية والباثولوجية المناعية. إضافةً لذلك فإن الحزاز المسطح قد تثيره بعض الادوية أيضاً مثل مضادات الملاريا، أملاح الذهب، الأيزونيازيد. كما وعرف أن الحزاز المسطح قد يكون عائلياً، كما تبين حديثاً ترافق المرض مع - HLA A_3 و DR-1.

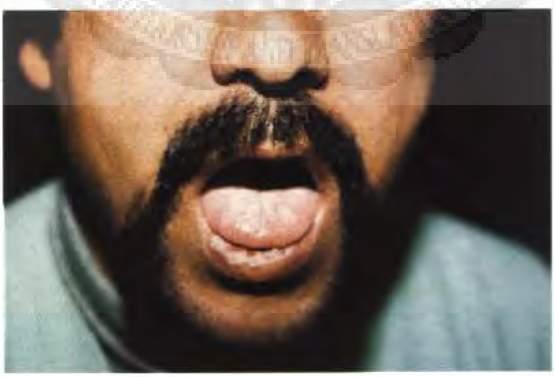
الباثولوجيا: يبدي الحزاز المسطح رشاحة التهابية كثيفة شريطية تحت البشرة. إضافة لملاحظة تنكس تميعي في الطبقة القاعدية من البشرة، كما تكون الطبقة المتقرنة مع البشرة الشواكية والمتسمكة قليلاً سوية التقرن (تقرناً سوياً) إضافةً لتسمك الطبقة الحبيبية.

التظاهرات الإكلينيكية: يتصف الحزاز المسطح بطفحه الحطاطي المتميز الذي يتظاهر بحطاطات صغيرة مضلعة ولماعة مرتفعة قليلاً عن سطح الجلد بنفسجية اللون قدها يتراوح ما بين 1-3 ملم، يشاهد على سطحها شبكة بيضاء حليبية تدعى بخطوط ويكهام (Wickham) وتعزى إلى تسمك محدد في طبقة الخلايا الحبيبية. وقد تتحد الحطاطات المتجاورة ببعضها فتشكل بؤرة ذات شكل مختلف.

أما المواضع الانتقائية لتوضع تلك الأطفاح فهي السطوح الانعطافية من مفاصل اليد والساعد والأقسام الجانبية من العنق، وكذلك تصيب الأليتين والعجز والناحية الشرجية التناسلية والقضيب والكاحل. وتندر إصابة الفروة والوجه والراحتين والأخمصين. علماً بأن الحزاز المسطح يؤدي إلى ثعلبة ندبية إذا ما أصاب الفروة (شكل 12-1).

هذا وكثيراً ما تحدث تبدلات في المخاطيات بنسبة 25٪ ـ 27٪ أثناء سير هذا المرض وهي ذات أهمية كبيرة في التشخيص، حيث تتوضع الإصابة على الوجه الباطن للخدين آخذةً أشكالاً شبكية غير منتظمة، كما قد تحدث آفات مشابهة على قبة الحنك والشفتين واللسان، كما قد تحدث تبدلات مشابهة في الناحية التناسلية والشرجية علماً بأنه قد يطرأ تآكلات وتقرحات واستحالات خبيثة على الأطفاح التي تتوضع على الأغشية المخاطية (شكل 12-2).

شكل 12-1 : الحزاز المسطح.



شكل 12-2 : حزاز مسطح على اللسان والشفة.

تصاب الأظفار بنسبة نحو 10٪ أثناء سير الحزاز المسطح وتتظاهر إصابتها بتنقرات صغيرة غير منتظمة وبتخطيطات طولانية وبتثلم وانشطار يصيب الصفيحة الظفرية، كما قد يحدث ضمور وحتى يصيب الأظافر إضافة إلى تقرانات تظهر تحت الصفيحة الظفرية.

يؤدي رض الجلد الخالي من الأطفاح عند مريض مصاب بحزاز مسطح بآلة كليلة إلى ظهور أطفاح حزازية مكان الرض وتسمى هذه الحادثة بظاهرة كوبنر.

الأشكال الإكلينيكية: هنالك أشكال إكلينيكية متعددة للحزاز المسطح تظهر نتيجة لتوضعاته الخاصة ومدة حدوثه، وتطوره البعيد أهمها: الحزاز المسطح الجريبي، الحزاز المسطح الضخامي، الحزاز المسطح الضموري، الحزاز المسطح الفقاعي، الحزاز المسطح السفعي،الحزاز المسطح الخطي، الحزاز المسطح المؤتكل التقرحي،الحزاز المسطح على الراحتين والأخمصين.

التشخيص والتشخيص التفريقي: يفرق الحزاز المسطح الطفحي عن الطفحية الزهرية وعن الصدفية النقطية، وذلك بأطفاح الحزاز الحطاطي النموذجي الحاك والتي يتواجد عليه خطوط ويكهام، كما يفرق الحزاز المسطح الجريبي عن الإكزيمة الجريبية. هذا ويجب أن يفرق الحزاز المسطح عن الأدواء الحطاطية الحزازية والأطفاح الحزازية المحدثة بالأدوية أو بمظهرات الأفلام الملونة.

أما في الفم فيجب تفريقه عن الطلاوان، الطلاوان المشعر الفموي في المرضى المصابين بالفيروس HIV، وبالبقع المخاطية للزهري الثانوي. كما يصعب أحياناً تفريق الذئبة الحمامية المؤتكلة في مخاطية الفم عن الحزاز المسطح المؤتكل الفموي.

المعالجة: ليس للحزاز المسطح علاج نوعي لكنه يمكن تطبيق مراهم ستيرويدية موضعياً ولكن لفترة قصيرة، كما تعطى في الحالات الشديدة الكورتيكوستيرويدات عن الطريق العام (20-40 مجم بريدنيزولون يومياً)، والتي يمكن حقنها داخل الآفة في بعض أشكال الحزاز المسطح الموضعية. كما ويمكن تخفيف الحكة بإعطاء مضادات الهستامين ويذكر بعضهم فائدة مشتقات الريتنويدات والبوڤا (PUVA) في بعض الحالات المنتشرة.

الأطفاح الحزازية الشكل (Lichenoid Eruptions) :

المرادفات: الطفوح الشبيهة بالحزاز.

تحدث كثير من الأدوية طفوحاً جلدية مشابهة للحزاز المسطح وحتى أنها تماثله، لكن إصابة المخاطيات غالباً ما تكون غائبة في هذه الأطفاح الحزازية. هذا وتظهر الآفات بعد أشهر من استعمال الدواء عادة. أما أهم الأدوية التي تؤدي لهذه الأطفاح فهي:

مضادات التهاب المفاصل (أملاح الذهب، البنسلامين)، مضادات الجذام (ثاني أمينو ثاني فينل السلفون)، مضادات الملاريا (الكلوروكين)، مضادات الذهان والمهدئات (فينوثيازين)، مضادات التدرن (P.A.S)، المضادات الحيوية (ستربتوميسين، تتراسيكلين)، المدرات (كلوروتيازيد)، كينيدين، ميثيل دوبا. إضافةً لذلك فإنه قد تحدث كاشفات الأفلام الملونة طفوحاً من نمط الحزاز المسطح.

الإمراض: إمراض هذه الأطفاح لا يزال مجهولاً، لكنه يحتمل أن يكون من التفاعل الرابع النمط الأرجي.

المعالجة: إيقاف الدواء. كما يتوافق علاج هذه الأطفاح مع علاجات الحزاز المسطح.

الصدفية الشائعة (Psoriasis Vulgaris) :

الصدفية مرض جلدي التهابي شائع ناكس، ذو سير مزمن، ويتظاهر بسطوح حمامية واضحة الحدود، وذات وسوف فضية لماعة.

الحدوث: تعد الصدفية أكثر الجلادات شيوعاً، إذ بلغت نسبة المصدوفين نحو 5-7٪ من مراجعي قسم الأمراض الجلدية بجامعة دمشق.

تلعب العوامل الجغرافية والعرقية دوراً مهماً في حدوث الصدفية، حيث أن هذا المرض أقل شيوعاً في كل من المناخ المداري والاستوائي مقارنةً مع شيوعه في

المناطق المعتدلة والباردة، وإن إصابته للعرق الأبيض أكثر شيوعاً من إصابته لكل من العرق الأسود والأصفر، كما أن الصدفية غير متواجدة عملياً عند الشعوب ذات الجلد الأحمر (الإسكيمو والهنود الحمر الأمريكيين).

السببيات والإمراض: تبدأ الصدفية عادةً في عمر يتراوح ما بين 10-20 سنة، لكنها قد تبدأ في سن تتراوح ما بين بضعة أشهر أو بسن السبعين. أما سبب هذا المرض فلا يزال مجهولاً ولقد وضعت عدة نظريات محاولةً شرح أمراضه أهمها:

النظرية الوراثية: من الواضح أن للوراثة تأثيراً بيناً في إحداث الصدفية، حيث أنه يوجد توافق بين التوائم وحيدة الزيجوت في هذا المرض في 90٪ من الحالات والذي يعد مؤشراً على تداخل العوامل الوراثية. كما أشارت الدراسات الحديثة إلى أن الصدفية قد تكون مرضاً عديد جيناتي. هذا وقد أعطت إحدى الدراسات بأن احتمال إصابة طفل بالصدفية تبلغ نحو 25٪ إذا كان أحد أبويه مصاباً بينما تبلغ نحو 60٪ ـ 70٪ إذا كان الأبوان مصدوفين.

أما دراسة التنميط النسجي فتشير إلى أن المستضد HLA - CW6 أكثر شيوعاً في المرضى الذين يصابون بالصدفية قبل سن الأربعين، كما لوحظت كثرة في زيادة الحدوث الأسري عند المرضى الذين لديهم هذا النوع من المستضدات، بينما يكثر حدوث المستضدات $HLA - CW_2$ و $HLA - B_{27}$ في المرضى الذين يتأخر لديهم ظهور المرض.

هذا ويحدث النمط $HLA - B_{27}$ في صدفية اعتلال المفاصل وفي الصدفية البثرية وفي أنماط مختلفة من التهاب المفاصل، والتهاب المفصل العجزي الحرقفي، وداء رايتر.

النظرية المناعية: لوحظ تأخر الحساسية بالتماس في الاختبارات الرقعية عند المرضى المصابين بالصدفية، وتواجد بعض اللمفاويات T في الدم المحيطي وفي الآفات أيضاً. كما تبين أنه من الممكن ترسب المعقد المناعي في الطبقة المتقرنة في المنطقة المصدوفة، وهو مسؤول عن تفعيل جملة المتممة، وعن الانجذاب الكيميائي للعدلات لاحقاً (خراجات "مونرو").

النظرية العدوائية: تعزى الصدفية أيضاً إلى فيروس أو لعدوى بالعقديات التي تتوضع في البلعوم عند الأطفال والتي قد تؤدي لإحداث الصدفية النقطية لديهم ويشار أيضاً إلى العوامل النفسية، حيث أن هنالك دالات تشير إلى أن شدة الصدفية يمكن أن تكون لها علاقة بالكَرْب (Stress) سابقاً للإصابة كما تتفاقم الصدفية في الأمراض المثبطة للمناعة مثل متلازمة عوز المناعة المكتسب (AIDS).

كما أن هنالك العديد من الأدوية التي قد تحرض على حدوث الصدفية أهمها الليثيوم، حاصرات بيتا ومضادات الملاريا.

كما يزداد تكاثر الخلايا البشروية وتمايزها ونقص الأدينوزين أحادي الفسفات الحلقي (cAMP) في الآفة الصدفية كما افترض أن سبب الجذب الكيمياوي للعدلات والذي يحدث ضمن الآفة الصدفية يرجع إلى عامل جاذب يتحرر ضمن الآفة، ذلك العامل الذي يشابه الـ لوكوترين B_4 (Leucotrien B_4) من الناحية الحيوية، والذي يؤدي إلى تشكيل الخراجات المجهرية للعدلات ضمن البشرة (خراجات مونرو).

الباثولوجيا: إن التبدلات النسجية للصدفية هي تبدلات مشخصة عادة، حيث نجد فيه الاستطالات البشروية عريضة كما تتسمك الطبقة الشائكة (الشواك)، إضافة لوجود فرط تقرن ونظير تقرن، أما الحليمات الأدمية فتبدو شامخة وتحتوي على أوعية متسعة وتشاهد رشاحة التهابية حولها مؤلفة من ناسجات ولمفاويات وعدلات كما تشاهد في الأدمة رشاحة بقعية شديدة حول الأوعية.

التظاهرات الإكلينيكية: تبدأ الآفات في الصدفية بشكل حطاطات حمامية جافة ووسفية، وهي مختلفة الأحجام، ومغطاة بوسوف فضية، كما وتزداد سعة الحطاطات الحمامية نتيجة لامتدادها المحيطي واتحادها مع بعضها، وتزداد سماكتها نتيجة تراكم الوسوف عليها.

هذا وتمر الصدفية بفترات من الهجوع والنكس، كما وقد تبقى أطفاحه قليلة ومحدودة أو قد تشمل معظم أنحاء الجلد. أما الأعراض الشخصية للمرض فشبه معدومة، لكنه قد يترافق بحكة معتدلة.

يتوضع طفح الصدفية عادة على السطوح الباسطة للأطراف بخاصة على المرفقين والركبتين بالإضافة للفروة والمنطقة القطنية، علماً بأن توضع الصدفية على الفروة لا يؤدي إلى ضياع أشعار.

إن الصدفية الشائعة يمكن أن تصيب أي منطقة من الجسم حيث أنه يمكن أن تتوضع في الثنيات وتدعى بالصدفية المقلوبة كما أنها قد تصيب الراحتين والأخمصين حيث تبدو بشكل بقع محمرة، ذات حدود واضحة يصعب تفريقها عن كل من الإكزيمة المتشققة مفرطة التقرن، وعن السعفة اليدوية القدمية.

تصاب الأظافر في الصدفية حيث تبلغ نسبة الإصابة 30-50٪ وتتجلى الإصابة الظفرية بتنقرات وانخفاضات ظفرية كما قد يصاب مهد الظفر أيضاً حيث يمكن أن تشاهد بقع صدفية صغيرة تحت الظفر، كما قد يحدث انفكاك ظفري أو انفصال الجزء القاصي من الظفر عن مهده. أما الأغشية المخاطية فلا تصاب بالصدفية إلا فيما ندر (شكل 12-3).

شكل 12-3 : أ – صدفية شائعة.

شكل 12-3 : ب – الصدفية

شكل 12-3 : جـ – الصدفية.

المورفولوجيا الإكلينيكية للطفح الصدفي:

يمكن تمييز أشكال الطفح الصدفي الشائع على أساس معدل قطر الآفات المنعزلة إلى:

الصدفية النقطية: أقطارها بضعة مليمترات.

الصدفية الجريبية: حيث يكون للطفح الصدفي علاقة بالجريبات الشعرية.

الصدفية النمية: بقع حلقية بحجم النقود.

الصدفية الجغرافية: تنجم عن نمو البقع الصدفية النمية آخذة شكل بقع كبيرة تشبه الخرائط الجغرافية.

ويمكن الإقرار بتشخيص الصدفية عند وجود الظواهر التالية للبقعة الصدفية:

ظاهرة الشمع: وتكشف هذه الظاهرة بكشط الوسوف المغطية للبقع الصدفية، حيث تنفصل بشكل فتات الشمع.

ظاهرة الجليدة (الوريقة المقتلعة): إذا استمر كشط الآفة بعد إزالة الوسوف، فإنه يصبح من الممكن إزالة صفيحة رطبة ملتصقة بالآفة، حيث أنها تمثل الطبقة السفلية من البشرة وهي ظاهرة نموذجية للصدفية وذات دلالة عظمى في تشخيص الصدفية.

ظاهرة النزف البؤري (ظاهرة اوسبتز): وتبدو على شكل نقط دموية صغيرة تنجم عن تآكل الأوعية في الحليمات الأدمية بعد إزالة طبقة الجلد الأخيرة.

هذا ويمكن إحداث طفح الصدفية في الجلد الطبيعي عند المصدوفين وذلك بعد رض الجلد بآلة كليلة وتسمى هذه الظاهرة ظاهرة «كوبنر»، وكذلك يمكن أن يحدث طفح الصدفية مكان جرح أو سحج أو لقاح.

كما وقد تأخذ الصدفية أشكالاً خاصة أهمها:

احمرار الجلد الصدفي (Psoriatic Erythroderma) : وهي شكل خاص من الصدفية وتحدث عند المصابين بنسبة 1٪ ـ 2٪، وتعرف بأنها صدفية تعم كامل الجلد. الذي يبدو محمراً بشكل شديد، وذا وسوف صدفية أو نخالية الشكل.

الصدفية البثرية (Pustular Psoriasis): وهي مرض بثري. وقد تنجم عن الصدفية الشائعة إذا ما ازدادت التبدلات الالتهابية. أما بثورها فتكون عقيمة. كما يمكن تمييز عدة أشكال لها أهمها:

الصدفية البثرية المعممة (نمط فون زومبوش): حيث تتعمم الأطفاح البثرية على كامل الجلد. كما يترافق بموجودات مجموعية من حمى وضعف ودعث. أما مآل هذا الشكل فسيء. كما يُحرَّض هذا النوع من الصدفية الأمراض المعدية، وبإيقاف الكورتيكوستيرويدات وبالأدوية (شكل 12-4).

الصدفية البثرية الراحية الأخمصية: وتتصف بأطفاح حمامية وسفية واضحة الحدود مترافقة ببثور.

القوباء هربسية الشكل (Impetigo herpetiformis) : وهو مرض بثري معمم، ينظر إليه كجُلاد حملي كما أن له علاقة بقصور الدُّرَيْقة وانخفاض كالسيوم الدم.

شكل 12-4 : صدفية بثرية.

صدفية اعتلال المفاصل (Psoriasis arthropathica) : يتصف هذا الشكل من الصدفية بحدوث متزامن بين الصدفية الشائعة والتهابات المفاصل التي تصيب المفاصل القاصية (بخاصة الأصابع وأصابع القدم). حيث تشاهد التبدلات المفصلية في نحو 5٪ ـ 7٪ من مرضى الصدفية الشائعة. ولقد أثبت سلبية التفاعلات المفصلية الروماتويدية في أكثر من 80٪ من مرضى الصدفية باعتلال المفاصل، ومن الشائع حدوث التهاب الفقار القسطي في مرض الصدفية باعتلال المفاصل (شكل 5-12).

التشخيص التفريقي: ينبغي تفريق الصدفية عن التهاب الجلد المثي والنخالية الوردية والحزاز المسطح والطفحة الزهرية صدفية الشكل، والذئبة الحمامية والنخالية الحمراء الشعرية وبعض أشكال نظائر الصدفية.

المعالجة: تختلف طرق المعالجة بحسب توضع الإصابة وشدتها وبحسب عمر المريض، وتكون المعالجة موضعية أو داخلية أو بالشكلين معاً.

المعالجة الموضعية: يغلب أن تكون المعالجة الموضعية بمفردها كافية للسيطرة على الصدفية والأدوية المتاحة لهذا الغرض كثيرة جداً، منها:

حالات الطبقة المتقرنة: مثل حمض الساليسليك بنسبة 3-5٪ مع القازلين أو مع سواغات أخرى، علماً بأنه يجب الانتباه إلى التأثيرات السمية التي تنجم عن امتصاص حمض الساليسليك عند العلاج.

المعالجة بالقطران: حيث تبين منذ فترة طويلة أن قطران الفحم الحجري الخام فعال في معالجة الصدفية وذلك بنسبة 2-6٪ مع القازلين الأصفر. كما ينصح المصدوفين بالقيام بإجراء الحمامات القطرانية.

الأنثرالين ويدعى بالديترانول: والذي يعمل على تثبيط تكاثر الخلايا بسبب تثبيطه تركيب الدنا (DNA) وهو دواء جيد في معالجة الصدفية وذلك بنسبة 0.5-2 ٪ مع القازلين لكن من مساوئه تصبغ الجلد والثياب.

الكورتيكوستيرويدات: وتطبق في بعض الحالات التي تكون فيها الأطفاح قليلة أما العامل الذي يحد من استعمالها فهو نكس الطفح الصدفي سريعاً بعد إيقافها.

مضامنات فيتامين D_3: وتستعمل في بعض الحالات التي تكون فيها الصدفية بمساحة غير كبيرة.

المعالجة الكيميا ـ ضوئية (PUVA) : (ويقوم على إعطاء المادة المحسسة للضوء 8 ميثوكسي سورالين 8) (MOP) عن طريق الفم (0.6-0.8 مجم/كجم) من الوزن ثم تعريض الجسم كاملاً أو جزئياً للأشعة فوق البنفسجية A بعد ساعتين من تناول السورالين بناءً على مدى انتشار الإصابة. ومن الضروري حماية العين خلال المعالجة ولمدة 24 ساعة التالية للعلاج وذلك لمنع حدوث السادّ (Cataract)، كما يجب حماية الصَفَن. ويمكن معالجتها بالأشعة فوق البنفسجية "B" ضيقة الحزمة أو مشركة مع الريتينويدات.

المعالجات المجموعية:

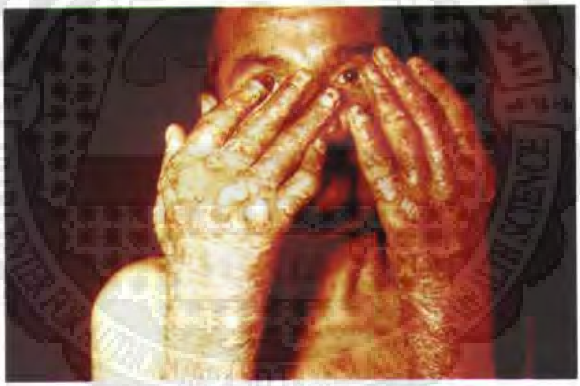
المضادات الحيوية: وتعطى للأطفال المصدوفين ، كما تعطى في الصدفية البثرية المعممة.

الريتينويدات: وتتصف بتأثيراتها الفعالة على الآفات الصدفية حيث تحدث تراجعاً في تكاثر البشرة. والريتينويدات مشوهة للأجنة، لذا يجب أن لا تعطى للحوامل كما يجب على النساء في سن الحمل أن يتناولن مانعات الحمل أثناء العلاج، ولمدة سنين بعد إيقاف العلاج تقريباً إذا ما رغبن بالحمل، كما يمكن مشاركة الريتينويدات مع البوڤا،وتدعى هذه المعالجة بـ "ري ـ بوڤا".

ولا يُنصح بتعاطيها (أي الريتينويدات) للإناث المتواجدات في طور النشاط التناسلي ذلك لأنها تتراكم في شحوم تحت الجلد وتؤدي لتشوهات جنينية بعد مدة أكثر من سنتين من إيقافها.

مثبطات المناعة: ونذكر منها الميثوتركسات (Methotrexate) ذلك المستحضر المضاد لحمض الفوليك وما ينتج عن ذلك من تثبيط لتركيب النوويدات البورينية وبالتالي تثبيط الدنا والانقسام الخلوي. لكن لهذا الدواء تأثيرات جانبية ومضادات استطباب كثيرة، لذلك يستحسن أن لا يعالج به إلا داخل المستشفى. ويمكن أن يعطى السيكلوسبورين بمقدار 3-5 مجم مع مراقبة جيدة.

ومن الأدوية الداخلية أيضاً الـ (tacrolimus، Mycophenolate mofetile) والهيدروكسي يوريا وثيوجوانين والسلفاسالازين، ويمكن مشاركة المعالجات الداخلية مع الخارجية وخاصة مع البوڤا أو الأشعة فوق البنفسجية. كما يعطي في الصدفية كل من ڤيتامين D_3 وزيت السمك.



شكل 12-5 : صدفية مفصلية.

داء «رايتر» (Reiter's disease):

يتصف داء رايتر بالتهاب مفاصل عديد غير تقيحي، يعقبه بعد أكثر من شهر عدوى بولية تناسلية سفلية أو معوية خاصةً عند اليفعان من الذكور الذين يحملون المستضد (HLA-27)، إضافةً لشيوع ترافق المرض مع التهاب عيني وتظاهرات جلدية مخاطية. علماً بأن هنالك إمكانية لظهور هذا المرض عند الأطفال.

أما أسباب هذا المرض فغير معروفة، ولكن تعزى لاستعداد نحو العدوى التي تصيب الإحليل والتي يأتي في مقدمتها المتدثرة الحثرية *Chlamydia trachomatis*، والمفطورات (Mycoplasma)، والشيجيلة الزحارية *Shigella dysenteriae*، السالمونيلا واليرسينية، إضافة لنظرية استجابة المضيف متعددة الجوانب لعوامل معدية مختلفة، المدعومة من كثرة مشاركة هذا الداء مع الإيدز (AIDS) المرتبط بالمستضد HLA - B27. ويمكن أن يكون الـ HLA - B27 مستقبلاً للمستضدات الجرثومية.

غالباً ما يظهر التهاب الإحليل بعد 4-20 يوماً من الاتصال الجنسي، كما يظهر التهاب المفاصل، الذي عادة ما يترافق مع التهاب الملتحمة، بعد حوالي 10-14 يوماً من التهاب الإحليل، أما إصابة الأغشية المخاطية والجلد التي تتراوح نسبتها ما بين 8-31٪، فتظهر عادةً بعد بدء الإصابة بالتهاب المفاصل والملتحمة بشهر.

هذا ويشبه الطفح الجلدي الطفح الذي يشاهد في التقرن الجلدي السيلاني (Keratoderma blenorrhagicum)، التي تتظاهر بحويصلات متعددة صغيرة صفراء تتمزق لتشكل قرحات سطحية.

هذا وتأخذ تلك الأطفاح آفات متحلقة عند توضعها على القضيب، كما وتصبح مفرطة التقرن أو جلبية بشدة توحي بالصدفية عند توضعها على أخمص القدمين واليدين.أما الإصابة بهذا المرض فتبدو على مخاطية الفم والحنك واللسان بتاكلات سطحية حمراء عديمة الألم.

المعالجة: لا توجد معالجة نوعية لهذا المرض، لكن المعالجة توجه نحو العوامل المعدية ونحو معالجة التهاب المفاصل بمضادات الالتهاب غير الستيرويدية وحقن المفاصل بها، ويمكن أن يعطى الميثوتركسات والأزوتوبرين داخلاً .

النخالية الوردية (Pityriasis Rosea) :

هي جُلاَد التهابي حاد تتظاهر بآفات حمامية وسفية متناظرة، تتوضع بخاصة على الجذع وتتصف بسيرها المحدود.

الأسباب والإمراض: تقدر نسبة الإصابة بالنخالية الوردية نحو 1٪ ـ 2٪ من مرضى العيادات الجلدية، وهي شائعة في أشهر الخريف والشتاء، أما سببها فغير واضح بشكل كامل، ولكن يشتبه بالمنشأ العدوائي وخاصة الفيروسات ومنها فيروس الهربس الإنساني 6، 7.

الباثولوجيا: يوجد تسفنج لمفي غير نوعي، كما يوجد هنالك شواك خفيف إضافة لنظير تقرن بؤري. كما يوجد رشاحة خفيفة حول الأوعية باللمفاويات في الأدمة.

التظاهرات الإكلينيكية: يبدأ الطفح ببقعة الطليعة وهي بقعة بيضوية حمامية ذات مركز منخفض تستره وسوف نخالية الشكل، يقدر قطرها ما بين 2-7سم، وغالباً ما تتوضع بقعة الطليعة على الجذع بخاصة على القسم العلوي منه. وبعد أيام أو أسابيع على ظهور البقعة يظهر الطفح النموذجي وذلك بشكل بقع بيضوية حمامية وسفية ذات شكل بيضوي تتوضع بشكل متناظر على الجذع وأسفل العنق والثلث العلوي من الساعدين. هذا وتكون البقع المذكورة أصغر من اللويحة الأولية، وذات وسوف مركزية في البداية. كما تتصف تلك البقع بتوافق محورها الطويل مع خطوط الجلد آخذةً بذلك شكل شجرة عيد الميلاد أو انسدال الستائر، أما الأعراض الشخصية فمعدومة غالباً، لكنه قد يشكو بعض المرضى من حكة وبخاصة من جراء العلاجات غير المناسبة. كما أنه نادراً ما ترتفع الحرارة ولا تصاب مخاطية الفم أثناء سير هذه النخالية (شكل 12-6). وللنخالية الوردية أشكال غير نموذجية نادرة.

السير (Course): تختفي الآفات عفوياً خلال 3-6 أسابيع وأحياناً تستمر لمدة شهرين أو أكثر والنكس نادر جداً.

التشخيص التفريقي: تلتبس النخالية الوردية مع السعفة الجسدية، الزهري الثانوي، الطفح الدوائي بخاصة بالمبرومات، الطفح الصدفي، ونظائر الصدفية، وعن الأشكال المثية نخالية الشكل.

المعالجة: عرضية من جراء التراجع العفوي، كما استعمل بعضهم جرعات منخفضة من الأشعة ما فوق البنفسجية. كما تعطى مضادات الهستامين في حال وجود حكة. كما وجدت فائدة قيمة بإضافة الزيوت إلى ماء الحمام.

شكل 12-6 : أ – نخالية وردية.
(لاحظ الطليعة ناحية البطن والجذع).

شكل 12-6 : ب– نخالية وردية.

شكل 12-6 : جـ- نخالية وردية.

مجموعة نظيرة الصدفية (Parapsoriasis Group):

وهي مجموعة من الجلادات المزمنة، التي ليس لها علاقة بالصدفية الشائعة كما أنها ليس لها علاقة ببعضها، أما تسميتها نظائر الصدفية فغير ملائمة لذا فقد أطلق على بعض هذه الأمراض حديثاً النخاليات الحزازية الشكل وهذه الأمراض هي:

النخالية الحزازية الشكل المزمنة (Pityriasis Lichenoides Chronica):

وتعرف بنظير الصدفية النقطية المزمنة، وهي مرض التهابي مزمن، يتصف ببقع حمامية حطاطية وسفية صغيرة ذات مظهر حزازي، وإذا ما حاولنا إزالة وسوف تلك البقع فإننا نجد تحتها جلداً طبيعياً.

يكثر إصابة الأطفال والبالغين بهذا المرض كما أنه لا يترافق بأعراض شخصانية ويميل بتوضعه على الجذع أما أسبابه فمجهولة لكنه يعتقد بأنه جلاد أرجي نحو العدوى، حيث أنه يشفى أحياناً عند شفاء البؤر العدوائية، أما باثولوجياً فيبدى هذا المرض ارتشاحاً حول الأوعية، كما يحدث في مركز الآفات الحديثة تسفنج وشواك خفيف ونظير تقرن.

المعالجة: من الأهمية بمكان علاج البؤر العدوائية، لذلك نلجأ لإعطاء جرعات عالية من البنسلين الفموي، كما ينصح بإعطاء التتراسيكلين والأريثروميسين.

أما موضعياً فينصح بتشعيع الجسم كاملاً بالأشعة فوق البنفسجية B (UVB) أو العلاج الضوئي الكيميائي الفموي (بوڤا).

النخالية الحزازية والحماقية الشكل الحادة :

(Pityriasis Lichenoides e Varioliformis Acuta) :

وتعرف أيضاً بنظيرة الصدفية النقطية الحادة أو متلازمة موشي ـ هابرمان: تتصف هذه النخالية ذات السير الحاد بأطفاح حمامية وسفية وحويصلية نزفية وحطاطية نخرية تشبه الحماق وتميل بالتوضع على الجذع، ثم تشفى تاركةً ندبات صغيرة.

أما أسباب هذا المرض فمجهولة لكنه قد ينجم عن التهاب أوعية نخري سطحي يثار بالأرج العدوائي أو بالڤيروسات أما أعراضه العامة فغائبة عادة غير أنه قد تترافق الإصابة بالحمى أحياناً.

كما يتوافق هذا المرض باثولوجياً مع موجودات النخالية الحزازية المزمنة، لكن التهاب الأوعية باللمفاويات يكون أكثر موجودات هذا المرض ظهوراً. كما أنه لا يمكن التنبؤ بسير الإصابة التي قد تشفى وسطياً خلال بضعة أسابيع كما قد تتحول الإصابة في حالات أخرى إلى نخالية حزازية الشكل مزمنة (شكل 12-7).

المعالجة: تقوم المعالجة المجموعية على مشاركة المضادات الحيوية واسعة الطيف مع جرعات قليلة من الكورتيكوستيرويدات.

أما المعالجة الموضعية فتقوم على تشعيع كامل الجسم بالأشعة فوق البنفسجية (UVB) أو المعالجة الضوئية الكيميائية الفموية (بوڤا).

شكل 12-7 : نخالية حزازية الشكل .

نظيرة الصدفية اللويحية (Parapsoriasis en Plaques) :

هنالك شكل لهذا المرض يأخذ سيراً سليماً يدعى نظير الصدفية اللويحي، النمط السليم صغير اللويحات، كما أن هنالك شكلين آخرين للمرض يتطوران إلى فطار فطراني وهما :نظيرة الصدفية اللويحية، النمط الالتهابي كبير اللويحات ونظيرة الصدفية اللويحية ـ النمط المبكل كبير اللويحات.

نظير الصدفية اللويحية ـ النمط السليم صغير اللويحات:

(Parapsoriasis en Plaques - Benign Small Plaque Type):

ويدعى هذا النمط بنظير الصدفية أصبعي الشكل وهو مرض التهابي مزمن يصيب الكهول من الذكور بشكل رئيسي ويتظاهر ببقع صغيرة وسفيه نخالية حمراء مصفرة أو وردية فاتحة اللون، مدورة أو بيضوية إلى أصبعية قطرها أقل من 5 ملم عادة وتساير بتوضعها أثلام الجلد، وتتوضع على الجذع والأطراف، كما تعف الإصابة عن الراحتين والأخمصين والوجه.

هذا وإذا ما دفعنا الآفة بإصبعين نجدها تنثني بما يشبه ورقة لفافة التبغ. كما يتصف هذا المرض بغياب الأعراض الشخصانية. أما باثولوجياً فإنه لا يوجد تبدلات نسجية نوعية لهذا الشكل.

المعالجة: إن المعالجة الستيرويدية أو المجموعية ذات تأثير مثبط للمُراضه فقط، كما يفيد التشعيع الشمسي أو بالأشعة فوق البنفسجية أو البوڤا في تحسين الآفة.

نظير الصدفية اللويحي - النمط الالتهابي كبير اللويحات:

(Parapsoriasis en Plaque - Large - Plaque inflammatory Type)

ومن مترادفاته نظير الصدفية اللويحي السابق للخباثة، وهو شكل نادر يميل لإصابة الذكور في أواسط العمر. ويبدأ عادة بلويحات التهابية كبيرة تتوزع بشكل غير منتظم وذات حدود واضحة.

تبدو اللويحات حمراء اللون ومختلفة في ارتشاحها ومغطاة بوسوف نخالية الشكل بينما تكون صفة الضمور الكاذب المتواجد في نظير الصدفية اللويحي ذي النمط السليم غائبة.

هذا وتأخذ هذه اللويحات بالارتشاح والتسمك فيما بعد مما يسهل تشخيص الفطار الفطراني.

يصاب بهذا المرض كل من الجذع والناحية الإليوية والأطراف أما الأعراض المهمة المرافقة لهذا المرض المزمن فيأتي في طليعتها الحكة التي تزداد شدتها مع سير الإصابة، هذا وتتوافق الباثولوجيا لهذا المرض مع الفطار الفطراني (شكل 12-8).

المعالجة: تحدث تأثيرات جيدة بمداواة هذا المرض بالمعالجة الضوئية الكيميائية (بوڤا). كما يطبق الخردل الآزوتي موضعياً في المراحل الأولية للفطار الفطراني.

شكل 12-8 : نظير الصدفية اللويحي.

نظير الصدفية اللويحي - النمط المبكل كبير اللويحات:

(Paropsoriasis en plaques- large plaque poikilodermatous Type)

هو جلاد التهابي مزمن يشبه نظير الصدفية اللويحي من النمط الالتهابي كبير اللويحات لكنها تتحول بعد سنوات إلى آفات جلدية مبكلة، حيث يحدث ضمور جلدي تظهر من خلاله الشعيريات المتوسعة إضافة لنقص وفرط في التصبغ الشبكي مما يذكرنا بتبكل الجلد الناجم عن التهاب الجلد الإشعاعي، ثم يظهر فيما بعد الارتشاح والمظهر النسجي الوصفي للفطار الفطراني. أما باثولوجياً فيُبدي تبدلات تشير للفطار الفطراني. كما أن معالجة هذا الشكل تشبه معالجة نظير الصدفية اللويحي النمط الالتهابي كبير اللويحات.

نظير التقرن المتغير (Parakeratosis Variegata):

ومن مترادفاته نظير الصدفية الحزازي لبروك وهو جلاد التهابي، مزمن نادر، يصيب القسم العلوي من الجسم. هذا وقد يكون سير هذا المرض سليماً كما يتحول إلى فطار فطراني خلال سنوات من سيره.

يتظاهر هذا الجلاد بشكل حطاطات حزازية خطية أو شبكية الشكل تميل للاتصال ببعضها، ومحاطة بشبكة من جلد سليم، كما أنها تترك في النهاية ضموراً شبكي الشكل. الحكة غائبة في هذا الجلاد. كما يشبه من الناحية الباثولوجية نظير الصدفية اللويحي من النمط المبكل كبير اللويحات. أما معالجته فتقوم على التشعيع بالأشعة ما فوق البنفسجية.

احمرار الجلد (Erythroderma):

ويسمى أيضاً التهاب الجلد التقشري ويطلق هذا المصطلح على أي مرض جلدي التهابي يصيب أكثر من 90٪ من الجلد حيث يحمر الجلد مع توسف مستمر.

السببيات والإمراض: قد ينجم احمرار الجلد من خلال تعمم الجلادات عند المرضى بسبب اضطرابات مناعية، أما الجلادات التي قد تؤدي لاحمرار الجلد عند الكهول فأهمها الإكزيمة، الإكزيمة التأتبية، الصدفية، والنخالية الحمراء الشعرية، الحزاز المسطح، الفقاع الورقي، شبيه الفقاع الفقاعي، الساركوئيد، الجرب النرويجي، ابيضاضات الدم اللمفاوية، لفومة الجلد الخبيثة ومتلازمة سيزاري. كما قد ينجم احمرار الجلد عن بعض الأدوية مثل السلفونواميدات، أدوية السكري، مركبات الذهب، الهيدانتوين، مضادات الملاريا وأدوية أخرى.

إضافة لذلك فإن هنالك احمرار جلد ذو أسباب مجهولة ويشكل نحو 5٪ ـ 10٪ وقد أطلق على هذه الاحمرارت، احمرارات نمط «ويلسون بروك»، كما أن أكثر الأسباب المؤدية لاحمرار الجلد عند الأطفال هي الاحمرار الخلقي (السماك الخلقي، الطفل الكولوديوني، احمرار الجلد سماكي الشكل) والاحمرارات الجلدية الناجمة عن انحلال البشرة النخري الانسمامي، احمرار الجلد في أدواء المبيضات المعمم واحمرار الجلد «ليز موسوس».

الباثولوجيا: يتوافق مع سبب احمرار الجلد المحتمل، وطوره. كما قد لا تكشف الباثولوجيا المظاهر المميزة للمرض المسبب، وبشكل عام فإن باثولوجيا احمرار

الجلد قد تُبدي تبدلات بشروية تسفنجية يعقبها نظير تقرن وشواك خفيف في الأشكال الحادة، كما يشاهد ارتشاح الهابي حول الأوعية، إضافة لوجود وذمة واضحة في الأدمة الحليمية.

التظاهرات الإكلينيكية: يتصف احمرار الجلد بحمامي متعممة مع وسوف، وعموماً فإن الجلد لا يحمر من الالتهاب فقط بل من الارتشاح والتسمك أيضاً، الذين يطرأن على الجلد. أما الأعراض العامة فتحدث بسبب التهاب الجلد المعمم واضطراب التقرن حيث تتضخم العقد البلغمية من جراء ذلك الالتهاب إضافة للحكة الشديدة التي قد تنتاب المريض. هذا ويؤدي توسع الأوعية الدموية وازدياد جريان الدم عبر الجلد إلى زيادة فقدان الحرارة والتي تترجم بشكل قشعريرة وإحساس بالبرد كما قد يؤدي ارتفاع البخر المائي للتجفاف. كما يفقد المريض كمية من البروتين مع الوسوف التي تتوسف من سطح الجسم وبمقدار 10جم/م^2 وتزداد هذه الأعراض والعلامات أو تنقص بحسب المرض المسبب.

هذا وتتردى الحالة العامة خلال سير احمرار الجلد المزمن، كما يموت بعض مرضى احمرار الجلد رغم العلاج، ويختلف المآل بحسب المرض المسبب.

المعالجة: تقوم المعالجة على العناية بالمريض وبالتمريض الحسن مع إعطائه السوائل والأيونات والبروتينات الكافية نظراً لكثرة فقدانها من خلال الجلد. تعطى المعالجات الأساسية بحسب السبب الذي أدى إلى احمرار الجلد. لاتعطى الكورتيكوستيرويدات مجموعياً في احمرار الجلد الصدفي بينما هي مستطبة إذا كان السبب التهاب الجلد التأتبي.

لابد من الانتباه لحرارة المريض وللعدوى الثانوية ولعدم تعرضه لقصور القلب، حيث يحتاج إلى مراقبة مستمرة. يمكن تطبيق المطريات غير المهيجة وقد يستطب تطبيق الستيرويدات موضعياً في بعض الحالات.

الفصل الثالث عشر

الجلادات الفقاعية

إن الجلادات الفقاعية التي تتظاهر بنفطات (Blisters) أمراض نادرة لكنها مهمة لأنها قد تكون العلامة الأولى التي تنم عن معضلة مرضية شديدة لكلٍ من الأطفال والكهول.

يمكن أن تنجم النفطات إما عن تمزق الأجسام الرابطة (Desmosomes) ما بين الخلايا المقَّرنة في البشرة مؤدية إلى فقاعة ضمن البشرة أو من جراء عطبٍ لمنطقة تحت الغشاء القاعدي مؤدياً إلى فقاعة تحت بشروية، وذلك نتيجة عيوب وراثية مختلفة، وهذا يشاهد بخاصة عند الأطفال. كما وان نشوء الفقاعات قد يكون مرده مناعة ذاتية.

التصنيف: يمكن أن تصنف الجُلاَدات الفقاعية إلى الزمر التالية:

- انحلال البشرة الوراثي.
- الأدواء الفقاعية.
- الأدواء شبيهة الفقاع.
- التهاب الجلد الهربسي الشكل.
- الجلاد الخطي .

انحلال البشرة الفقاعي الوراثي:

(Hereditary Epidermolysis bullosa)

يشمل انحلال البشرة الفقاعي مجموعة من الأدواء الوراثية المزمنة والتي تشترك جميعها في حدوث النفطات التي قد تنجم إما عن رضوض آلية طفيفة أو أنها تظهر بشكل عفوي، وتتوضع على الجلد أو على الأغشية المخاطية أحياناً، وتصنف إلى انحلال بشرة فقاعي بسيط الفقاعة فيها داخل بشروية، وانحلال بشرة موصلي تكون الفقاعة فيه في مستوى الطبقة الصافية، وانحلال بشرة فقاعي حثلي وأشكال أخرى نادرة، ولكل من هذه الزمر أشكال عديدة تنتقل بوراثة سائدة أو متنحية. وتشخص بناءً على الموجودات الإكلينيكية وبالمجهر الإلكتروني وبواسطة الكيمياء الجزيئية. هذا وسنتكلم باختصار عن دائين فقط من هذه الأدواء الأول بسيط وغير حثلي بينما الآخر حثلي.

انحلال البشرة الفقاعي البسيط:

يورث هذا الداء بصبغي جسدي سائد مع ميل لإصابة الذكور، وهو أشيع أفراد هذه المجموعة.

الإمراض: يؤدي رض آلي مثل الضغط أو الاحتكاك إلى تفعيل إنزيمات تقويضية تؤثر على خلايا البشرة وتسبب تحوصلاً فيها.

التظاهرات الإكلينيكية: تظهر الفقاعات في هذا الشكل من الانحلالات على أماكن الضغط وذلك منذ الولادة أو تتأخر حتى يبدأ الطفل بالزحف. أما الأماكن التي تظهر فيها تلك الفقاعات فهي اليدان، المرفقان، الركبتان، القدمان والعقب. هذا وتشفى الفقاعة بعد انبثاقها دون أن تترك ضموراً. أما الأشعار والأظافر والأسنان فتبقى طبيعية، كما أنه من النادر جداً أن تصاب مخاطية الفم. وله عدة أشكال إكلينيكية منها انحلال البشرة الفقاعي البسيط في اليدين والقدمين والهربسي الشكل ونموذج كوبنر.

الباثولوجيا: تلاحظ النفاطات داخل البشرة.

السير: يمكن أن يستمر الميل الأرثي لإحداث الفقاعات الرضية طوال العمر، لكنه غالباً ما يحدث التحسن عند البلوغ.

المعالجة:

المعالجة الموضعية: تقوم على فتح الفقاعات وتطهيرها، ويمكن تغطية التآكلات بالشاش الفازليني ووقاية التآكلات من العدى الثانوية ويمكن إعطاء الڤيتامين E داخلاً.

انحلال البشرة الفقاعي الحثلي المتنحي (Hallopeau - Siemens):

يتصف هذا النمط من انحلال البشرة الخلقي الشائع نسبياً، والذي يورث بصبغي جسدي متنح، بتظاهرات إكلينيكية مختلفة تؤدي إلى حثول في الجلد والأظفار.

الإمراض: قد ينجم هذا الداء في الأصل عن غياب ليفات الإرساء في منطقة الموصل البشروي الأدمي، أو أنه قد ينجم عن تفعيل عامل انحلال الكلاجين (إنزيم) الذي يؤدي إلى تدرك ليفات الإرساء والكلاجين.

التظاهرات الإكلينيكية: تحدث الفقاعات في هذا النمط من الانحلالات إما عفوية أو نتيجة الرضوح. يصبح الجلد جافاً وضامراً وبخاصة في أماكن الضغط في النهايات والألية، وذلك نتيجة حدوث التشكلات الفقاعية. كما تظهر أكياس بشروية (دخينات) في الأماكن التي تتراجع فيها الفقاعات. أما الأظفار فتنقلع أو تبدي حثولاً. كما تؤدي الفقاعات الجلدية إلى التصاق القزحية واليد المخلبية.

تصاب الأغشية المخاطية بنسبة 20٪ من الحالات حيث تلاحظ تآكلات وتقرحات إضافةً لندبات نتيجة ظهور الفقاعات في الفم والملتحمة والبلعوم والمريء (شكل 13-1).

الباثولوجيا: تظهر التشكلات الفقاعية تحت البشرة.

السير: يبدأ المرض في الطفولة الباكرة، ويؤدي إلى عجز خلال الحياة.

المآل: يوضع المآل بحذر، حيث يتحول الطلاوان والندبات اللذان يحدثان على الأغشية المخاطية والجلد إلى سرطانة حرشفية الخلايا.

المعالجة: المعالجة الموضعية، تقوم على الوقاية من العدوى الثانوية ومعالجتها.

المعالجة المجموعية: جُرِّب الڤيتامين E، كما وجدت فائدة بمعالجة هذا المرض بمثبط الكولجيناز ألا وهو الفينتوين (Phenytion). كما جربت الريتنويدات، والدابسون، والكلوروكين. والمرض بحاجة إلى عناية فائقة ومراقبة طبية مستمرة والمعالجة الجينية المستقبلية واعدة.

شكل 13-1 : انحلال البشرة الفقاعي الحثلي المنتحي.

الفقاع المزمن العائلي الحميد (Benign Familial Chronic Pemphigus) :

وسنتكلم عنه باختصار؛ وهو مرض فقاعي وحويصلي أسري نادر، يورث بصبغي جسدي سائد في الصبغي 3q، ليس له علاقة بالفقاع الشائع ويتوضع في المناطق التي يتوضع فيها المذح وهي: الوجه الوحشي للعنق، تحت الإبط، منطقة الأرفاغ أو حول الشرج.

الإمراض: يفترض أن الفقاع المزمن الأسري الحميد ما هو إلا شكل حويصلي من مرض داريه حيث يوجد في كلا المرضين انحلال أشواك، خلل تقرن. يبدو بالمجهر الالكتروني وجود خلل بتشكل الخيوط الموترة والجسيمات الرابطة، وفي تركيب المادة ما بين الخلايا في البشرة. لكن الدراسات الحديثة بينت أن كلاً من المرضين وحدة مستقلة

التظاهرات الإكلينيكية: يبدأ المرض عادةً في سن المراهقة أو في سن اليفع الباكر بظهور زمرة من الحويصلات عكرة المحتوى على سطح حمامي وذلك في المناطق التي تتعرض للاحتكاك (المناطق التي يتوضع فيها المذح). ثم لا تلبث أن تنفجر تلك الحويصلات تاركةً تسحجات جلبات تشبه الإكزيمة مع تشققات بشروية أما الأعراض التي يشتكي منها المريض فتتجلى بحس تهييج موضع وألم وحكة.

المعالجة: تعطى المضادات الحيوية موضعياً أو بالطريق العام، كما يمكن تجربة الستيرويدات موضعياً. علماً بأنه يجب الانتباه إلى عدوى المبيضات البيض التالي للمعالجة المديدة بالستيرويدات الموضعية.

الأدواء الفقاعية:

عرفت هذه الأدواء حديثاً بأنها زمرة من الأمراض الفقاعية المزمنة والتي تتصف باثولوجياً بانحلال أشواك البشرة المؤدي إلى تشكل الفقاعات. كما يرجح أن الأضداد الذاتية المتوضعة على سطح الخلايا هي المسؤولة عن انحلال الأشواك. علماً بأنه يمكن كشف تلك الأضداد بطريقة الومضان المباشر حيث تظهر متوضعةً في الأحياز ما بين الخلايا، كما أنه يمكن كشفها في الدم بطريقة الومضان المناعي غير المباشر.

تتصف هذه المجموعة من الأدواء الفقاعية بأنها لا تشفى عفوياً، وتتضمن ما يلي:

- الفقاع الشائع والتنبتي.
- الفقاع الورقي والحمامي.

- الفقاع IgA.

- الفقاع المرافق لتكون الأورام.

- الفقاع البرازيلي.

هذا وسنقصر التكلم عن أهم تلك الأشكال الفقاعية شيوعاً وهي الفقاع الشائع والفقاع التنبتي.

الفقاع الشائع (Pemphigus Vulgaris) :

الفقاع الشائع هو مرض فقاعي مزمن يتصف بظهور فقاعات تتوضع إما على جلد سليم أو على الأغشية المخاطية وهو مرض مميت إذا لم يعالج. وأكثر ما يصيب الأعمار مابين 30-60 سنة، ويعد من أمراض المناعة الذاتية.

الإمراض: مازالت أسباب المرض غير معروفة، لكنه يفترض أنه مرض مناعي ذاتي حيث يكشف الومضان المناعي المباشر أضداداً من نوع IgG والمستضدات المستهدفة هي (Desmoglen 3,1) وعوامل ما بين الخلايا المالبيجية. أما الومضان غير المباشر فيكشف أضداداً جوالة من نوع IgG لمستضدات ما بين الخلايا المالبيجية. هذا ويؤدي اتحاد الأضداد ـ المستضدات إلى انطلاق عامل يؤدي إلى انحلال أشواك فقاعي ما بين الخلايا المقرنة.

يمكن أن يحدث المرض نتيجة حدوث تفاعل مناعي ذاتي بعد تناول بعض الأدوية من أهمها البنسلامين – د (D - Penicillamine) والكابتوبريل (Captopril) وخافضات الضغط والريفامبيسين (Rifampicin). سجل تواجد الفقاع الشائع مع أمراض مناعية ذاتية أخرى أهمها الوهن العضلي الوبيل، الورم التوتي، الذئبة الحمامية وشبيه الفقاع الفقاعي.

يضاف إلى ذلك وجود أضداد شبيهة بأضداد الفقاع في كل من الحروق، متلازمة «لايل»، وفي التفاعلات الدوائية المحدثة ببعض الأدوية.

الباثولوجيا: يشاهد فيه انحلال أشواك (Acantholysis) الذي ينجم عن انفصال خلايا البشرة عن بعضها من جراء تفكك الجسيمات الرابطة ما بين الخلايا، والذي يؤدي إلى تشكل شقوق وفقاعات بشروية. أما الموجودات الأدمية العليا فغير وصفية وتبدي التهاباً خفيفاً. هذا ويمكن كشف الخلايا منحلة الأشواك ذات النوى الأسسة الكبيرة والمحاطة بخلايا نيرة بطريقة تزانك وذلك بإجراء لطاخة خلوية من قاعدة الفقاعة.

أما الباثولوجيا المناعية فتكشف توضع الجلوبولينات IgG والمتممة C_3 ما بين الخلايا المالبيجية للبشرة.

التظاهرات الإكلينيكية: كثيراً ما يبدأ الفقاع الشائع بشكل مخاتل وذلك بظهور تدريجي لفقاعات تتوضع على الأغشية المخاطية لكل من الفم والبلعوم والحنجرة، لا تلبث أن تتمزق مشكلة مكانها تآكلات ومناطق مسلوخة وذلك في 50٪ من الحالات. هذا ويمكن أن يبقى المرض موضعاً على الأغشية المخاطية مدة خمسة أشهر أو أكثر لتظهر بعد ذلك مرحلة الفقاعات المعممة عند معظم المرضى والتي تتصف بظهور فقاعات رخوة ذات محتوى مصلي تتوضع على جلد سليم ظاهراً حيث تبدأ بالظهور غالباً في منطقة السرة أو في الفروة والوجه والجذع، وأماكن الضغط، وفي المنطقة المغبنية وتحت الإبطين. ثم لا تلبث هذه الفقاعات أن تتمزق تاركةً مكانها تآكلات تغطى بالجُلَب.

وعندما يضغط جلد المصاب بالفقاع في المناطق التي يبدو فيها سليماً تتزحلق الطبقات العليا من البشرة بسهولة (ظاهرة نيكولسكي I) ، كما يؤدي ضغط ذرة الفقاعة إلى انسياب محتواها في البشرة (ظاهرة نيكولسكي II) ولا تحدث أي من هاتين الظاهرتين في أثناء تحسس المرض. علماً بأن هذا المرض غير حاك ولكن التآكلات قد تكون مؤلمة (شكل 13-2).

المآل: يعطى المآل بحذر ذلك أن المصابين بهذا المرض كانوا يموتون قبل اكتشاف الستيرويدات القشرية خلال 14 شهراً من بدء الإصابة. إضافةً لذلك فإنه يجب علينا أن نتوقع التأثيرات الجانبية للستيرويدات القشرية، التي توصف لهذا المرض بجرعات عالية.

التشخيص التفريقي: يجب تمييز الفقاع الشائع عن شبيه الفقاع الفقاعي، التهاب الجلد الهربسي الشكل، والأطفاح الفقاعية الانسمامية، الحمامى عديدة الأشكال وبعض الأمراض الفقاعية الأخرى.

المعالجة: لقد قللت المعالجة بالستيرويدات القشرية أو مشاركتها بكابتات المناعة نسبة الوفيات بهذا المرض لتنخفض حتى 5-15٪. تعطى الستيرويدات القشرية بجرعات عالية بغرض كبت تشكل الفقاعات ولإحداث هجوع الداء بسرعة، حيث تعطى في الحالات الشديدة من المرض جرعات عالية حتى 160 مجم أو أكثر من البريدنيزولون أو ما يعادله من الستيرويدات الأخرى يومياً وقد نحتاج للوصول إلى هجوع المرض مدة 4-8 أسابيع، ثم تخفض الجرعات بسرعة حتى تصل إلى جرعة صغرى تبقيه هاجعاً. هذا ويمكن التخفيف من جرعة الستيرويدات وذلك بمشاركتها بكابتات المناعة (الأزاثيوبرين: إميوران Imuran).

ومن العلاجات التي توصف أيضاً أملاح الذهب ـ فصادة البلازما (Plasmapheresis) أما المعالجة الموضعية فتهدف الوقاية من العدوى الثانوية، حيث تقوم على تطبيق الأصبغة أو المطهرات المناسبة، كما تعد مغاطس برمنجنات البوتاسيوم مفيدة أيضاً.

الفقاع التنبتي (Pemphigus Vegetans) :

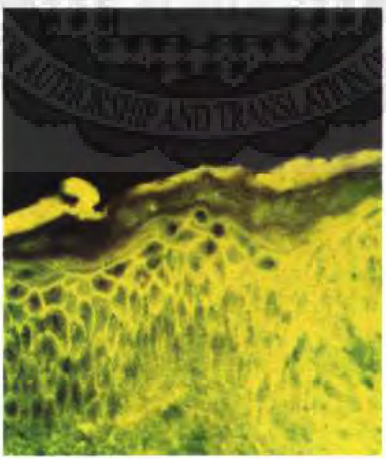
يعد الفقاع التبنتي شكلاً خاصاً من الفقاع الشائع. وهو يتصف باندفاعات حليمية متنبته عند مرضى لديهم مقاومة نسبية للمرض، ولقد ميز الباحثون لهذا الشكل من الفقاع نموذجين، الأول نموذج نيومان (Neomann) والثاني نموذج هالوبو (Hallopeau).

الفقاع التنبتي؛ نموذج نيومان: يتشكل هذا النموذج خلال سير الفقاع الشائع إما عفوياً أو أنه ينجم عن المعالجة بالستيرويدات القشرية. يبدأ غالباً بحويصلات وفقاعات تتمزق بسرعة مشكلة أورام حبيبية وحليمية مفرطة النمو تظهر بخاصة على الثنيات التي تصاب بالمذح كالصوارين، الطية الأنفية الشفوية، المناطق الفرجية والشرجية وفي الثنيات الإبطية والأرفاغ.

الفقاع التنبتي؛ نموذج هالوبو: يتصف هذا الشكل بسيره السليم، وبأن اندفاعاته بثرية وليست فقاعية، تلك البثرات التي تترافق مع تكاثر حليمي متثالل على قاعدة من البثرات والتآكلات.

معالجة الفقاع التنبتي: يعالج الفقاع التبني بنموذجية السابقين معالجة مجموعية كما في الفقاع الشائع، لكن نموذج هالوبو يحتاج إلى كميات معتدلة من الستيرويدات القشرية كافية لتحسينه.

شكل 13-2 :أ – الفقاع الشائع.



شكل 13-2 : ب – الفقاع الشائع – الومضان المناعي المباشر حيث يكشف توضع الـ IgG بين الخلايا المالبيجية.

الأمراض الشبيهة بالفقاع (Pemphigoid Diseases) :

تتضمن الأدواء الفقاعية العديد من الأدواء الشبيهة بالفقاع الشائع، والتي كانت لاتفرق عنه في السابق.

تبدي هذه الزمرة من الأدواء انفصالاً بشروياً أدمياً (الفقاعة تحت البشروية) بسبب الأضداد النوعية الموجهة ضد مكونات نوعية في الغشاء القاعدي، التي يمكن كشفها بكل من الومضان المباشر المباشر وغير المباشر.

وتضم هذه المجموعة المرضية :

- شبيه الفقاع الفقاعي.
- شبيه الفقاع الندبي.
- التهاب الجلد هربسي الشكل.

هذا وسنقتصر على بحث أهم أدواء هذه المجموعة ألا وهو شبيه الفقاع الفقاعي.

شبيه الفقاع الفقاعي (Bullous Pemphigoid):

هو مرض فقاعي مزمن، سليم نسبياً، سيره محدود، يصيب عادة المسنين بعد سن 60 ونادراً الأطفال (شبيه الفقاع اليفعي)، ويتصف بفقاعاته الكبيرة المتوترة التي تتوضع على قاعدة حمامية.

الإمراض: سبب هذا المرض غير واضح، لكن الدراسات تشير إلى أنه مرض مناعي ذاتي وذلك لوجود أضداد ذاتية مصلية موجهة ضد مستضدات في الغشاء القاعدي وزنها 230 و 180 كيلو دالتون كما أنه من المقبول حالياً أن حدوث الفقاعة الالتهابية تحت البشروية يتم نتيجة تفاعل الضد مع المستضد وبالتالي تفعيل جملة المتممة.

ومن الملاحظ أن شبيه الفقاع الفقاعي قد يكون من الأمراض المرافقة للأورام، كما يمكن أن يحدث من الأدوية كالسالزوسولفابيريدين، والبنسللين، والفروسيميد، والديازيبام. كما أنه قد يترافق مع أمراض مناعية ذاتية أخرى كالتهاب العضلات، الفقاع الشائع، التهاب الجلد هربسي الشكل ، الذئبة الحمامية المجموعية، وأدواء القولون التقرحي وأدواء أخرى.

التظاهرات الإكلينيكية: غالباً ما يبدأ هذا المرض بنفطات تتوضع بشكل متناظرعلى الأطراف، ثم لا يلبث أن يعم ذلك الطفح معظم أنحاء الجسم بشكل عام، لكنه يتوضع على ثنيات الأطراف وبخاصة منتصف البطن. علماً بأن الفقاعات غالباً ما تتوضع على قاعدة حمامية، كما تتصف بتوترها، واحتوائها على سائل مصلي قد يصبح مدمى بعد فترة، كما أنها لا تنفجر بسهولة كما في فقاعات مرض الفقاع.

أما الإصابة الفموية لهذا المرض فتكون أقل من إصابة داء الفقاع للفم كما أفاد معظم المرضى باشتداد مرضهم عندما تعرضوا للأشعة فوق البنفسجية. يمكن أن تكون علامة نيكولسكي I، إيجابية في محيط الفقاعة أما علامة نيكولسكي IIفهي إيجابية عادة، كما تبقى حالة المريض العامة حسنة. ومما يجدر ذكره هنا أن لشبيه الفقاع أشكالاً خاصة أهمها شبيه الفقاع الفقاعي الموضع الذي يتوضع بشكل متناظر في عدة أماكن من الجلد كالفروة أو الساقين (شكل 13-3).

شكل 13-3 : شبيه الفقاع الفقاعي.

الباثولوجيا: الفقاعة في هذا الداء تحت بشروية تحتوي مصلاً وليفات فيبرينية، وأعداداً من اليوزينيات. ويبين المجهر الإلكتروني حدوث الانفصال البشروي الأدمي في الصفيحة الصافية للموصل البشروي الأدمي.

أما خزعة الباثولوجيا المناعية فتكشف توضع الجلوبولينات المناعية بخاصة IgG، والمتممة C_3على الصفيحة الصافية بشكل خطي.

التشخيص التفريقي: يجب تفريقه عن الفقاع الشائع، التهاب الجلد هربسي الشكل، الحمامى عديدة الأشكال والطفح الدوائي عديد الأشكال.

المعالجة: تعطى الستيرويدات القشرية عن الطريق العام، وبمقادير أقل مما هي عليه في الفقاع الشائع ويكفي عادة 40-80 مجم من البريدنيزولون ،ويمكن إضافة كابتات المناعة (الأزاثيوبرين). وقد استعملت أيضاً السلفاميدات والسولفون (دابسون) كما استجابت بعض الحالات للمعالجة بكل من التتراسكلين والإريثروميسين مع النيكوتيناميد.

أما المعالجة الموضعية فتقوم على تطبيق المحاليل المطهرة خارجياً، كما تجرى للمريض حمامات يضاف إليها المطهرات.

التهاب الجلد هربسي الشكل (Dermatitis Herpetiformis) أو داء دورنج - بروك :

التهاب الجلد هربسي الشكل هو مرض مزمن راجع، حاك، حميد نسبياً، يتصف بأطفاح عديدة الأشكال التي تتوضع بشكل مجموعات متناظرة، كما يغلب ترافقه باعتلال أمعاء تحسسي نحو الغلوتين.

الحدوث: غالباً ما يحدث هذا المرض عند ذوي الأعمار الفتية (عادة ما بين سن 30-40 سنة) ويصيب الذكور أكثر من الإناث كما لا توجد دلائل على كونه مرضاً وراثياً، ولكن عامل التوافق النسجي HLA - B8 يتواجد عند المصابين بهذا المرض بنسبة 80٪ من الحالات.

الإمراض: أسباب الداء غير معروفة، لكن يشير ارتفاع عدد اليوزينيات في الدم والنسج إلى أنه تفاعل أرجي، بينما تشير الدراسات المناعية الحديثة إلى أنه مرض مناعي ذاتي. كما أن هنالك تحسساً للهالوجينات بخاصة يود البوتاسيوم لدى المصابين.

الباثولوجيا: نجد فقاعة تحت بشروية، دون وجود خلايا منحلة الأشواك، وتحتوي على العديد من العدلات إضافة لليوزينيات أما خزعة الومضان المناعي المباشر فتكشف ترسباً مكوناً من الجلوبولين المناعي IgA في ذرى الحليمات الأدمية والمتممة C_3 كما أن لتوضع IgA الحبيبي على الغشاء القاعدي قيمة كبيرة في تشخيص هذا الداء.

التظاهرات الإكلينيكية: يشتكي المرضى من حكة أو حرقان في مناطق الإصابات كما قد يؤدي التخديش الشديد إلى تسحجات، أما الأطفاح التي تظهر بشكل مجموعات متناظرة حطاطية، حمامية، حطاطية حويصلية، حويصلية أو فقاعية، أو انتبارات شروية فتتوضع على الكتفين، والمنطقة الأليوية، والفروة، والأوجه الباسطة للذراعين قرب المرفقين، والركبتين وأسفل الساقين، علماً بأن الحويصلات أكثر شيوعاً من الفقاعات، كما وقد نجد فقط تصبغاً وندبات تجتمع على الأماكن الانتقائية لتوضع فقاعات الداء. لاتصاب الأغشية المخاطية للفم في أغلب الحالات.

اعتلال الأمعاء التحسسي للجلوتين في التهاب الجلد هربسي الشكل:

يحدث اضطراب في مخاطية الصائم عند أكثر من 70٪ من حالات الداء، وهذه التغيرات شبيهة بتلك المشاهدة في الإسهال الدهني مجهول السبب. كما تزداد اليوزينيات في الدم المحيطي غالباً وفي سائل الفقاعات، إضافةً لتفاقم الاندفاعات باليود والذي يعد غير نوعي (شكل 13-4).

التشخيص لتفريقي: يجب تفريق التهاب الجلد هربسي الشكل عن كل من الحمامى عديدة الأشكال وشبيه الفقاع الفقاعي والداء البثري تحت الطبقة المتقرنة والإكزيمة التأتبية.

المعالجة المجموعية: يعطى السولفون داخلاً مع مراقبة المريض والانتباه إلى التأثيرات الجانبية الدموية للدواء الذي قد يؤدي إلى انحلال دم وبخاصة عند من لديهم عوز في إنزيم G6PD إضافةً لذلك فقد يفيد السولفابيردين. أما الستيرويدات

القشرية فتؤثر تأثيراً معتدلاً، كما تعطى مضادات الهستامين للتخفيف من الحكة. إن القوت الخالي من الجلوتين ضروري للمرضى الذين يبدون علامات اعتلال معوي.

المعالجة الموضعية: تهدف للتخفيف من الحكة والحرقان وتشمل دهونات الزنك ومطهرات، إضافة لحمامات تحتوي على مواد مطهرة أو قطرانية.

شكل 13-4 : التهاب جلد هربسي الشكل.

الجُلاَد الخطي (Linear IgA: Dermatosis IgA) :

ويسمى أيضاً المرض الفقاعي المزمن في الطفولة. يتظاهر هذا الجلاد باندفاعات فقاعية حاكة يشبه سريرياً التهاب الجلد هربسي الشكل أو شبيه الفقاع الفقاعي لكنه يتميز عنهما بترسب خطي IgA في الغشاء القاعدي، آخذاً شكلاً خطياً، ولا يترافق باعتلال أمعاء نحو الجلوتين. ويرجح أن الجلاد الخطي IgA هو شكل وسط أو مشترك بين شبيه الفقاع الفقاعي والتهاب الجلد هربسي الشكل، يمكن أن يستمر هذا المرض عدة سنوات. يصيب كافة الأعمار من سن الرضاعة وحتى سن متقدمة.

الباثولوجيا: فقاعات تحت بشروية وقد نجد خراجات مجهرية ضمن الحليمات.

أما خزعة الومضان المناعي المباشر فتكشف توضع IgA الخطي في منطقة الغشاء القاعدي مع مزيج من مكونات المتممة. كما أنه نادراً ما يظهر الومضان المناعي غير المباشر أضداد IgA جائلة في المصل ومضادة لمكونات غشاء الليف العضلي الأملس.

المعالجة: يستجيب في البداية للسولفون، وقد نحتاج إلى إشتراك السولفون مع الستيرويدات بكميات معتدلة.

الحمامى عديدة الأشكال (Erythema Multiforme) :

هي متلازمة ذات صفات إكلينيكية وتشريحية مرضية مميزة، وهي مرض شائع نسبياً، وناكس، ويتحدد بنفسه، إذا إن هجمته تستمر 3-6 أسابيع، كما أن لهذه الحمامى شكلين هما الشكل البسيط (الصغير والشائع)، والشكل الشديد (الكبير النادر).

الإمراض: إن الحمامى عديدة الأشكال مرض يرتكز على آلية مناعية، وهو من نمط التفاعل الجلدي الذي يثار بعدوى فيروسية (بخاصة فيروس الهربس البسيط)، المفطورات (Mycoplasmas)، عدوى جرثومية (العدوى بالعقديات)، عدوى فطرية (فطار كرواني، أدواء الشعيريات العميقة)، بعض الأدوية (السلفوناميدات)، والعديد من الأسباب الأخرى كأدواء الغراء، والتبدلات الهرمونية التي تحدث أثناء الحمل، وأشعة X إضافةً لحالات كثيرة لا يمكننا فيها من معرفة السبب الذي أدى لإثارة المرض.

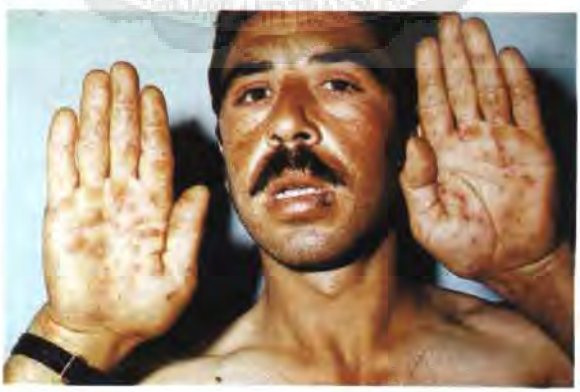
والحمامى عديدة الأشكال ما هي إلا طفح سريري وباثولوجي نموذجي، ينشأ عن حالة مفرطة الفعالية في الجلد، وقد نكشف وجود الجلوبولين المناعي ومكونات المتممة حول الأوعية بالومضان المناعي المباشر، كما ونشر ترافقها مع HLA- B15, 35, DR53.

الباثولوجيا: تبدو التبدلات الأولية على شكل توسعات وعائية مترافقة برشاحة حولها، كما يحدث تنكس زجاجي وفجوي في البشرة السفلية والغشاء القاعدي وذلك في مركز الآفات، إضافةً لأنه قد تصبح البشرة نخرية في الحالات الشديدة كما يشاهد انفصال تحت بشروي في الموصل البشروي الأدمي وخيطان فيبرينية في الفقاعة.

التظاهرات الإكلينيكية:

الشكل الصغير (الشكل البسيط): هو شكل سليم يصيب الجلد دائماً والمخاطيات، يظهر الطفح في هذا الشكل الحويصلي الفقاعي بشكل هجمات متتالية حيث تتظاهر في البدء بشكل بقع حمامية متناظرة، ذات حدود واضحة، سرعان ما تكتسب مظهراً شروياً، هذا ويكون مركز البقع مسطحاً بينما تبقى حوافها حمراء براقة، ثم تظهر بعد ذلك نفطة في مركزها مؤديةً لأخذها شكلاً هدفياً أو قزحياً. إضافةً لذلك فإنه قد تأخذ اطفاح هذا الشكل شكلاً بقعياً حطاطياً أو فقاعياً.

يتوضع الطفح وبشكل متناظر على ظهر اليدين والجوانب الباسطة للساعدين وقد يصاب المرفقان والركبتان وظهر القدم والوجه، كما يمكن أن تصاب الراحتان والأخمصان. إضافةً لأنه قد تبدو آفات التهابية تآكلية على مخاطية الفم والناحية التناسلية (شكل 13-5).



شكل 13-5 : الحمامى عديدة الأشكال (الشكل الصغير).

الشكل الكبير (متلازمة ستيفنز – جونسون): وهو شكل شديد وحاد جداً من الحمامى عديدة الأشكال والذي قد يكون مميتاً. يصيب هذا الشكل كبار الأطفال والبالغين الصغار من الذكور عادةً، كما ويظهر غالباً بعد عدوى رئوية بالمفطورات (ذات رئة غير نموذجية بدئية) أو بعد تناول بعض الأدوية. يرى البعض أنه قريب من متلازمة «لايل».

يصاب بهذا الشكل من الحمامى عدة أعضاء، كما تتقدم الإصابة أعراض عامة قبل أن يظهر الطفح الحويصلي الفقاعي على الجلد وباطن الفم (تآكلات واسعة) كما قد تمتد الإصابة إلى فوهة الأنف والبلعوم والحنجرة والمخاطيات التناسلية والشرج والإحليل.

تتورم الشفتان وتتشققان وتأخذان مظهراً مسوداً مدمى، بحيث يغدو فتح الفم لتناول الطعام مؤلماً، لذا فإنه قد تظهر علامات التجفاف بسبب صعوبة تناول الطعام.

هذا وتشاهد الإصابة العينية في هذا الشكل من الحمامى في أكثر من 90٪ من الحالات وتتجلى بالتهاب ملتحمة نزلي أو قيحي، كما قد تحدث التصاقات في الملتحمة مع التهاب قرنية وقزحية وعنبية قد تؤدي للعمى (شكل 13-6).

أما الموجودات العامة: فتتراءى بضعف وحمى وصداع، كما تعزى المضاعفات إلى الالتهاب الرئوي أو الإصابة الكلوية التي تترافق مع بيلة دموية، وإضافةً لذلك فقد يظهر قصور دوراني سمي في الأشكال الشديدة. هذا وقد تستمر هذه الحالة الشديدة 6 أسابيع.

المعالجة: لاتوجد معالجة نوعية للحمامى عديدة الأشكال بسبب تعدد الأسباب المحدثة ففي الشكل الصغير لهذه الحمامى تقتصر المعالجة على إراحة المريض من حس الحرق والحكة، كما تطبق المضادات الحيوية موضعياً في حال العدوى الثانوية.

أما معالجة النموذج الكبير فتقوم على الراحة في المشفى مع إعطاء المضادات الحيوية واسعة الطيف للوقاية من العدوى الثانوية. علماً بأنه لا يعطى البنسللين والأمبيسللين بسبب خطورة التفاعل الأرجي، كما ينصح بإعطاء الأسيكلوفير إذا ما وجدت إصابة بالهربس البسيط. إضافةً لذلك تعطى الستيرويدات داخلاً (مختلف حولها) كما يُنتبه إلى التمريض الجيد وتغذية المصاب وإعطائه السوائل، علماً بأنه قد تدعو الحاجة إلى التغذية غير الفموية مع إعطاء الأيونات عن طريق الوريد إضافةً لذلك يجب أن يستشار طبيب العينية على الفور إذا ما بدت أعراض عينية، كما تعالج الأطفاح الحمامية والنفاطية والسطوح المتآكلة في الفم بالمطهرات والمحاليل المناسبة ويفيد إعطاء الثاليدوميد في بعض حالات الرجعة.

شكل 13-6 : متلازمة ستيفنز – جونسون.

الفصل الرابع عشر

جُلاَدات النسيج الضام

يضم هذا الفصل أمراضاً مختلفة تشترك بوجود تغيرات في النسيج الضام، تلك التغيرات التي قد تكون كَمّية، مثل الضمور، أو كيفية وتتجلى بتغيرات في العناصر البنيوية، والخلايا، والمواد الاستنادية.

يمكن تقسيم الأمراض التي تصيب النسيج الضام الجلدي إلى ثلاث زمر رئيسية:

* شذوذات وراثية تؤثر في تشكل أو استقلاب النسيج الضام مثل متلازمة إهلر دانلوس، الورم الأصفر الكاذب المرن.
* اضطرابات استقلابية أو استحالية مكتسبة مثل المران الشمسي، وقد جاء ذكره سابقاً.
* الأمراض الوعائية الكلاجنية التي تتلف النسيج الضام نتيجة تفاعلات مناعية معقدة، لذا يطلق عليها اسم أمراض المناعة الذاتية مثل تصلبات الجلد، الذئبة الحمامية، والتهاب الجلد والعضل.

متلازمة إهلر دانلوس (Ehlers - Danlos - Syndrome) :

ويطلق على هذه المتلازمة أيضاً الجلد مفرط المرونة، وهي مجموعة اضطرابات في النسيج الضام محددة وراثياً، وذات أنماط متعددة تتشارك بأعراض رئيسة مثل فرط المرونة وهشاشة الجلد، مع ميله لتشكيل الندبات، فرط حركة المفاصل لاسيما الركبتين والأصابع. وقابلية الجلد للتعرض للمرض.

التظاهرات الإكلينيكية: تظهر معظم الإصابة في البنيات الغنية بالنسيج الضام كالجلد والعظم والأوعية الدموية من جراء تركيب كلاجين غير طبيعي، كما تؤدي الرضوض البسيطة، التي لا تؤذي الجلد السليم عادةً، إلى تمزق الأوعية والتئام بطيء للجروح.

ويشكل فرط بسوطية المفاصل، فرط مرونة الجلد، وقابلية الجلد للتعرض للمرض العلامات الرئيسة لهذه المتلازمة.

يبدأ المرض عادةً في سن الطفولة، كما تؤدي الأذيات الجلدية إلى نزوف شديدة بطيئة الارتشاف، أما المظاهر الإضافية الأخرى لهذه المتلازمة فأهمها فتوق النسيج الضام، تمزق خياطة الجروح، نقص التوتر العضلي، كما أنه من الشائع حدوث خلوع مفصلية (شكل 14-1).

المعالجة: معالجة هذه المتلازمة عرضية كما يجب تجنب رضح الجلد والمفاصل.

شكل 14-1 : متلازمة إهلر – دانلوس.

الورم الأصفر الكاذب المرن (Pseudoxanthoma Elasticum) :

هو آفة ناجمة عن عيب موروث في النسيج الضام، تصيب الجلد، العين، والجهاز القلبي الوعائي، وتتصف بتبدلات الجلد وذلك بظهور لطخات صغيرة محدودة، بلون أصفر أو قشدي، رخوة، في الأماكن كثيرة الحركة من الجلد، كما في جانبي العنق والإبطين والحيز أمام المرفق. وقد يبدو العنق ذا طيات عديدة يشبه عنق الدجاج.

أما التبدلات العينية فتتجلى بأتلام وعائية الشكل (Angioid streaks)، وقد تحدث نزوف في الشبكية وفي مشيمية العين.

علماً بأن هذه التبدلات العينية أكثر مصادفة من التبدلات الجلدية، لذا فإن معظم الحالات تكتشف من قبل أطباء العيون، كما يشاهد بفحص قعر العين شريط بني محمر واضح حول حليمة العصب البصري تتفرع منه أتلام لماعة تساير الأوعية إضافة لذلك فقد يشاهد نزوف ونضحات.

تشمل الإصابة الجهاز القلبي الوعائي، مع ميل متزايد للنزوف، حيث يصاب النسيج المرن في صمامات القلب والعضلة القلبية إضافةً لحدوث الذبحة الصدرية لدى المرضى الشباب، أما الإصابة الوعائية فتنجم عن تنكس النسيج الضام في الطبقة المتوسطة بجدر الأوعية، كما يكثر حدوث النزوف الهضمية والأقياء الدموية والرعاف (Epistaxis).

المعالجة: لا يوجد معالجة محدودة للآفة، ويجب الانتباه ومراقبة الآفات الوعائية ومعالجتها من قبل الاختصاصي، والمعالجة الجلدية هي عادةً جراحة رأبية.

تصلبات الجلد (Sclerodermas) :

هي أمراض مزمنة، مجهولة الأسباب، تتطور بعد مرحلة التهابية إلى صلابة قد تكون موضعة، أو معممة مع مشاركة الأعضاء الداخلية أو دون مشاركتها.

يمكن تقسيم تصلبات الجلد إلى نموذجين رئيسيين:

الأول: وهو تصلب الجلد الموضع أو القشيعة (Morphea) وتشمل الآفات اللويحية الموضعة، الخطية، والمعممة ولا يترافق هذا النموذج بظاهرة «رينو» أو إصابات مجموعية.

والنموذج الثاني: وهو التصلب المجموعي المترقي وفيه يصاب الجلد والأعضاء الداخلية بالتصلب، كما تتقدمه أو تصاحبه غالباً ظاهرة «رينو».

تصلب الجلد الموضع (Localized Sderoderma) أو القشيعة:

الوقوعات: تصاب النساء أكثر من الذكور بهذا التصلب، ويحدث بخاصة عند ذوي الأعمار ما بين 20-40 سنة.

السببيات والإمراض: غير معروفة، ولكن يمكن أن تكون بآلية مناعية ذاتية، كما اتهمت الرضوح، العوامل الوراثية، الهرمونية، الفيروسات، السموم، والعوامل العصبية والوعائية في إحداث المرض. وحديثاً أظهرت الدراسات إلى إمكان وجود دور لعدوى البورلية البورجدورفيرية *(Borrelia burgdorferi)* في بعض الحالات.

التظاهرات الإكلينيكية: تكون الآفة البدئية لهذا التصلب على شكل بقعة حمامية ثم تختفي الحمامى ليظهر في مركزها لويحة قاسية ذات لون أبيض مصفر أو عاجي ثم تأخذ صلابة الجلد بالازدياد وتلتصق بالأنسجة العميقة، كما تحاط بحمامى بنفسجية مزرقة تدعى الحلقة الليكية (Lialc ring) كما يشعر الفاحص بقساوة الجلد الفاقد مرونته عند قرصه ما بين السبابة والإبهام. هذا وتحدث الآفة مع الزمن ضموراً مع فقدان الأشعار والغدد الزهمية إضافة لفرط أو نقص في تصبغ مكان الآفة.

تكون الفحوصات المخبرية سوية عادةً مع إيجابية أضداد النوى أحياناً بخاصة في الشكل الخطي والمعمم لهذا التصلب الموضع.

يمكن تمييز عدة أشكال إكلينيكية لتصلب الجلد الموضع بناءً على حجم الإصابة ونوعها وعمقها وأهمها:

القشيعة: بقعة أو عدة بقع بيضاء مصفرة مبعثرة ذات سطح، يتراوح حجمها ما بين حجم الليرة السورية المعدنية وحتى راحة اليد (شكل 14-2).

القشيعة النقطية (Guttate Morphea) : يتصف هذا الشكل ببقع متعددة صغيرة ضامرة دائرية نقطية، وتحاط أحياناً بمحيط ليلكي يفيد في تفريقها عن الحزاز التصلبي الضموري، وأكثر ما تتوضع على الجزء العلوي من الصدر والعنق (شكل 14-3).

القشيعة المعممة: يتصف هذا الشكل من التصلب بعدد من الآفات التصلبية التي تتعمم وتنتشر مؤديةً إلى تحدد الحركة والتنفس، هذا وقد لوحظت علامات التصلب المجموعي المترقي في بعض حالات هذا الشكل من القشيعة لذا فإنه ينصح بمراقبة المصابين بهذا الشكل من التصلب حتى يمكن تقويم وضعهم لأن الانتقال إلى التصلب الجلدي المجموعي المترقي ممكن الحدوث في هذا المرض.

تصلب الجلد الخطي:

وهو آفة خطية تأخذ شكلاً شريطياً على الأطراف وقد تمتد على المفاصل كعصائب صلبة قاسية تحدد من حركتها. كما قد يحدث ضمور في العضل والعظام في المناطق المصابة عند الأطفال. هذا وإن لهذا الشكل من التصلب الخطي شكلاً خاصاً يدعى بتصلب الجلد على شكل ضربة السيف الذي يتوضع على المنطقة الجبهية ممتداً من منطقة ما بين الحاجبين إلى الفروة، حيث يؤدي إلى تشكيل حاصة ندبية دائمة، كما يشاهد في بعض الحالات ضمور انخسافي خطي يصيب العظم تحت منطقة الإصابة فيقود إلى تشكل مظهر شبيه بجرح ضربة السيف كما أن هنالك أشكالاً إكلينيكية أخرى لتصلب الجلد الموضع وهي:

الشكل الحمامي العقيدي، تصلب ما تحت الجلد (القشيعة العميقة) وتصلب الجلد الموضعي للفافات (شكل 14-4).

الباثولوجيا: تبدي البشرة ضموراً، كما تستحيل الألياف الكلاجينة كما يحل

النسيج الضام المتبدل محل النسيج الشحمي تحت الجلد. تتضيق الأوعية وتضمر الملحقات وتختفي الجريبات الشعرية والغدد الزهمية، وتسلم الألياف المرنة من الإصابة عادة، أما الخزعة المأخوذة في المراحل المبكرة فتبدي ارتشاحاً التهابياً لمفاوياً غزيراً يحيط بأوعية الأدمة مع توذم في الحزم الكلاجينية كما يحدث التهاب سبلة شحمية حاجزي في بعض الأحيان.

شكل 14-2 : القشيعة.

شكل 14-3 : القشيعة النقطية.

السير والمآل: تشير المعلومات المتوافرة أن متوسط فترة المرض 1.5-4 سنوات للقشيعة و 5 سنوات لتصلب الجلد الخطي. كما يمكن للمرض أن يترقى خلال عقود زمنية.

المضاعفات: المآل جيد مدى الحياة، كما أن هنالك إمكاناً لحدوث تشوهات وتحدد في حركة المفاصل (في الأشكال الخطية)، كما قد يحدث في بعض حالات القشيعة المعممة تحولها إلى تصلب جلد مجموعي مترقٍ.

التشخيص التفريقي: عن الحزاز التصلبي الضموري، الجذام والبهاق.

المعالجة:

المجموعية: وتقوم على إعطاء البنسللين كما ينصح باستعمال الفينيتوين في أشكال تصلب الجلد الخطي، ويمكن للأدوية المضادة للملاريا أن تفيد في بعض الحالات.

الموضعية: يمكن استعمال الستيرويدات القشرية على شكل مرهم، كما يوصى باستعمال مراهم الهيبارين. كما يجب عدم نسيان المعالجة الفيزيائية التي تقوم على التدليك والمعالجة بالحرارة، وذكرت فائدة الكالسيوبوتريول موضعياً.

تصلب الجلد المجموعي (Systemic sclerosis) :

هو مرض مجموعي ذو أسباب غير معروفة ويأخذ سيراً مزمناً، كما قد يؤدي للوفاة خلال بضع سنوات. يصيب النسيج الضام المتضمن أوعية دموية ويقود إلى تصلب منتشر في الجلد والأعضاء الداخلية، كما أنه غالباً ما تتقدمه متلازمة «رينو» (شكل 14-5).

الوقوعات: يصيب هذا المرض النساء أكثر من الرجال بنسبة 3/1 - 5/1 وتزداد نسبة حدوث المرض مع تقدم السن وهو نادر عند الأطفال. يترافق مع مستضد (HLA-B8).

شكل 14-4 : تصلب الجلد الخطي على هيئة ضرب السيف.

شكل 14-5 : تصلب الجلد المجموعي المترقي.

الإمراض: السبب غير معروف، أما العوامل الممكنة للمرض فهي الاستعداد الوراثي، اضطرابات النظم الوعائية، ظواهر مناعية خلطية وخلوية، اضطرابات تنظيم تركيب الكلاجين، لوحظ حدوث زيادة شذوذات في الصبغيات لدى أفراد أسر المرضى، وجود أضداد لمختلف المستضدات النووية، والعدوى الفيروسية كما يمكن للهيدروكربونيات المكلورة مثل كلور الفنيل أن تسبب متلازمة تصلب جلد.

التظاهرات الإكلينيكية: إن تصلب الجلد المجموعي المترقي هو مرض متعدد المورفولوجية لكن يمكن تميز الأشكال المختلفة التالية اعتماداً على التوضع البدئي:

- تصلب جلد النهايات (Acrosclerosis).
- تصلب الجلد المترقي المنتشر.
- متلازمة كريست (CREST syndrome).

تصلب الجلد الحشوي دون إصابة الجلد.

علماً بأن حدوث أشكال انتقالية متعددة يشير إلى أنها أشكال مختلفة لمرض واحد. كما أن هنالك تصانيف أخرى لتصلب الجلد المجموعي المترقي منها ما يعتمد على الإصابة الجلدية ومنها ما يعتمد على الباثولوجيا.

هذا وسنتكلم عن الأشكال الثلاثة الأولى لهذا التصلب المجموعي. وليكن معلوماً بأنه قد تسبق الإصابة بالأشكال المختلفة للتصلب المجموعي أعراض أولية غير نوعية مثل التعب، الصداع، ارتفاع بسيط في درجة الحرارة، أعراض اضطرابات المحركة الوعائية في نهايات الأطراف (ازرقاق الأطراف، الجلد المرمري) مع حساسية للبرد تؤدي غالباً إلى إثارة ظاهرة رينو التي تعد أكثر الأعراض الجلدية حدوثاً.

تصلب جلد النهايات (Acroscleroderma) :

يبدأ هذا الشكل في الأصابع، كما تحدث فيه ظاهرة رينو قبل أو مع حدوث وذمة عجينية القوام وتوذم خفيف في الأصابع (الطور الوذمي) وقد تتأثر القدمين أحياناً،

ثم يصبح الجلد مشدوداً ولامعاً شبيهاً بالشمع (الطور التصلبي). تتحدد حركة اليدين والقدمين بسبب الانكماش التصلبي. كما قد نشاهد نخرات صغيرة مؤلمة على رؤوس الأصابع وفوق المفاصل (نخرات عضة الفأر). وقد تتجدع (Mutilated) نهايات الأصابع في الحالات الوخيمة، كما تحدث أحياناً نزوف نقطية فوق الظفر (Eponychium). ومن مظاهر المرض أيضاً تحدد تعابير الوجه كما ويصبح الأنف مدبباً ويصغر الفم كما تتحدد حركته. وقد يمتد التصلب إلى الرقبة والجذع والنهايات وفي النهاية يغلف المريض جلد قاس متصلب كرداء الدرع.

تصلب الجلد الترقي المنتشر:

يتصف بحدوث وذمة صلبة تتوضع بشكل رئيس على الجذع (الطور الوذمي) وتنتشر إلى الأطراف ويمكن أن تقود إلى تصلب ضارب للبياض في كامل الجسم (الطور التصلبي). تشاهد أعراض «رينو» متأخرة وذلك عندما يصيب التصلب اليدين. وقد تشاهد أعراض التهاب المفاصل (نمط التهاب المفاصل الحمي)ومن الممكن لهذا الشكل من المرض أن يتداخل مع التهاب الجلد والعضل، والذئبة الحمامية. كما أن إنذاره غير جيد وقد ينتهي بالموت خلال 3-5 سنوات.

متلازمة كريست (CREST) :

هي اجتماع الكلاس وظاهرة رينو، مع نقص حركة المريء، وتصلب الأصابع، وتوسع الشعيرات. ومما يجدر ذكره هنا مشاهدة أضداد مضادة للقسيم المركزي في هذه المتلازمة.

أما الإصابات المجموعية الأخرى التي تصيب الأعضاء الداخلية في تصلب الجلد المجموعي الترقي فأهمها:

القناة الهضمية: تصاب القناة الهضمية في نحو 90٪ من حالات التصلب المجموع، وأكثرها عرضة للإصابة هر المري حيث يشاهد عند المريض عسرة بلع كما تصاب المعدة باللاحموضية مع تقرحات وتشنجات في مقدم البواب. أما الأمعاء الدقيقة والغليظة فتصاب بتوسعات وعائية، وتضيقات وعسر حركة.

الرئة: يشاهد غالباً تليف واسع. وتكون فحوص وظيفة الرئة مرضية في نحو 70٪ من الحالات، كما تحدث في المراحل المتقدمة أعراض ضيق نفسي.

القلب: يشاهد تليف عضلي منتشر، وقد تكون الإصابة القلبية ثانوية نتيجة تليف الرئة كما وقد يحدث التهاب التامور. تشاهد تبدلات بمخطط كهربائية القلب (ECG) في أكثر من 50٪ من الحالات.

الكلى: تعد الإصابة الكلوية سبباً في وفاة نحو 50٪ من مرضى تصلب الجلد المجموعي المترقي كما تتوضح التبدلات الكلوية بعد تشريح الجثة أكثر مما هو عليه الأمر في الفحص الإكلينيكي وتتألف من تليف الشرايين والشرينات داخل الفص - وحدوث الكلية الضامرة، والعلامة الإكلينيكية الأولى للإصابة الكلوية هي البيلة البروتينية.

الجهاز الحركي: يشاهد من خلال التصوير بالأشعة السينية للهيكل العظمي. انحلال العظام وتبكلها وتخلخلها، كما تصاب العضل حيث يشاهد ضعف وألم والتهاب عضلي ويوجد ألم مفاصل والتهاب الوتر مع غمده.

ومن الأعضاء الأخرى التي تصاب كلاً من الحنجرة والتي تتجلى إصابتها ببحة الصوت، العيون التي تصاب بالساد (Cataract) والأسنان التي يمكن أن تسقط من جراء تصلب النسيج الضام حولها.

الموجودات المخبرية: غير نوعية وتعتمد على حدة الالتهاب ومدى إصابة الأعضاء ترتفع سرعة التثفل وينقص البروتين الدموي، كما تحدث زيادة نسبية في الجاما جلوبولين،وغالباً ما يشاهد في الرحلان المناعي زيادة في الجلوبولينات المناعية IgG و IgM.

كما تكون أضداد المضادة للنوى إيجابية في أكثر من 90٪ من الحالات. أما العوامل الروماتويدية فتكون إيجابية لدى 20٪ - 35٪ من المرضى. وتشاهد نتائج إيجابية كاذبة في نحو 5٪ من الفحوص المصلية الزهرية غير النوعية.

الباثولوجيا: يماثل الصور الموصوفة لتصلب الجلد الموضعي.

السير والمآل: سير المرض في تصلب جلد النهايات أفضل منه في تصلب الجلد المنتشر الذي قد يأخذ في الأخير شكلاً خاطفاً التهابياً يقود إلى الموت خلال أشهر قليلة بسبب قصور قلبي أو كلوي. وبشكل عام، يكون سير المرض لدى الرجال أسوأ منه لدى النساء.

المعالجة: لا توجد معالجات نوعية بسبب غموض مسببات الإمراض. تستعمل الستيرويدات وموقفات التكاثر الخلوية داخلياً، كما يوصى بالبنسيلامين، الذي قد يوقف المرض في بداية الأشكال الالتهابية. ينصح باستعمال الموسعات الوعائية والمعالجات الفيزيائية. وقد تحتاج الإصابة في الأعضاء الداخلية إلى المعالجة العرضية المناسبة.

الذئبة الحمامية (Lupus Erythematosus) :

الذئبة الحمامية مرض التهابي يتظاهر بأشكال عديدة من المحتمل أن تكون جميعها جزءاً من طيف مرضي واحد. ومع أن هذه المجموعة من الأمراض تتميز بمظاهر مختلفة من المناعة الذاتية، إلا أن أسبابها لم تتوضح بعد. يمكن تقسيم الذئبة الحمامية إلى شكل موضع يصيب الجلد فقط ، ويدعى بالذئبة الحمامية الجلدية المزمنة أو القرصاوية المزمنة وإلى شكل معمم يصيب أي منطقة من مناطق الجسم ويدعى الذئبة الحمامية المجموعية، كما وصف شكل ثالث متوسط ما بين الشكلين السابقين أطلق عليه الذئبة الحمامية تحت الحادة.

الذئبة الحمامية القرصاوية (Discoid Lupus Erythematosus (DLE)):

جُلاَد التهابي ذو سير مزمن، وغالباً ما يتوضع على الوجنتين، الفروة، الأذنين، ويغلب حدوثه لدى النساء. كما يتحرض ويتفاقم بالتعرض للأشعة فوق البنفسجية.

السببيات والإمراض: مجهولة ويحتمل أنه مرض مناعي ذاتي، حيث يؤدي وجود عيب وراثي محدد إلى تركيب أضداد كثيرة موجهة ضد مكونات خلوية مختلفة إلى جانب التأهب الوراثي لكي تظهر الإصابة، لابد من تدخل عوامل خارجية أخرى كالرضح، والكرب، والضوء، والبرد والعدوى. كما اكتشفت زيادة في مستضد HLA - B8 لاسيما في النساء فوق سن الأربعين.

التظاهرات الإكلينيكية: يتوضع المرض عادة على الوجه (الخدود، الجبهة، الأنف) وغالباً ما يشبه توزعه الفراشة. كما قد تشاهد الآفات أيضاً على الأذن، وفروة الرأس، وعلى أعلى الصدر.

يبدأ المرض بظهور حطاطات أو لويحات حمامية مرتفعة ذات حدود واضحة مرتشحة عليها وسوف عالقة بشدة. تأخذ الآفات بالانتشار نحو المحيط آخذةً شكلاً قرصاوياً، كما قد تتداخل الآفات مع بعضها. هذا ويشاهد على الوجه الباطن للوسفة العالقة سدادات (Plugs) تقرانية مدببة، ناشئة من فوهة الجريب وهي وصفية في الذئبة الحمامية، تدعى بالوسوف المسمارية أو الظاهرة المسمارية (Tack Phenomenon) ومن العلامات المهمة في التشخيص أيضاً فرط الحس في مناطق الآفات.

هذا وتخلف البقع ضموراً مركزياً بعد انتشارها المحيطي، إضافةً لذلك فإنه قد يشاهد بقع ناقصة التصبغ، وأخرى مفرطة التصبغ، وتوسعات شعيرية مما يعطي هذا الجلاد منظراً شبيهاً بتبكل الجلد كما أن توضع الآفة على الفروة يؤدي إلى حاصة ندبية، كما قد تنشأ سرطانة حرشفية على ندبات هذا الجلاد بخاصة إذا ما أزمنت كثيراً (شكل 14-6).

الأغشية المخاطية: تصاب الأغشية المخاطية بهذا الشكل من الذئبة بنسبة 24٪ وغالباً ما يتأثر القسم الظاهر من الشفتين حيث يظهر تسمك وجفاف واحمرار وتقرحات سطحية مع جلب أحياناً. كما تحدث آفات مخاطية أنفية بنسبة 9٪. كما قد يظهر على الأغشية المخاطية الفموية والتناسلية والشرجية، حمامى وذمية مع تسمك ظهاري وآفات مبيضة بقعية أو شبكية وتآكلات مؤلمة أو تقرحات.

وهنالك أشكال ونماذج لهذا الشكل من الذئبة أهمها: الذئبة الحمامية المنتبجة، الذئبة الحمامية العميقة، الذئبة الحمامية الضخامية، والذئبة الشرثية. أما سير المرض فمزمن يستمر عدة سنوات إلى عقود.

الموجودات المخبرية: تشاهد في حالات متفرقة الأضداد المضادة للنوى وتوجد بنسبة 35٪، الأضداد المضادة للدنا DNA وتوجد بنسبة تتراوح ما بين 0٪ ـ 27٪ ـ نقص تعداد الكريات البيض وفقر دم ونقص الصفيحات الدموية ويحدث عند حوالي1/3 المرضى.الباثولوجيا: تكون البشرة ضامرة، يشاهد فرط تقرن سوى مع تقران جريبي، ويظهر تميع الطبقة القاعدية. تبدي الأدمة العليا وذمة كما تتوسع الأوعية الدموية واللمفية، كما تشاهد رشاحة كثيفة تحيط بأوعية الضفيرة السطحية والعميقة وبالملحقات أيضاً.

الباثولوجيا المناعية: يشاهد بالومضان المناعي المباشر في الخزعات المأخوذة من الجلد المصاب شريط من ترسبات حبيبية تشبه اللويحة مكونة من جلوبلينات مناعية (على الأغلب IgG وأيضاً IgM و IgA) بالإضافة إلى المتممة C_1، C_3 وذلك في منطقة الموصل البشروي ـ الأدمي.

شكل 14-6 : الذئبة الحمامية القرصاوية.

معالجة الذئبة الحمامية القرصاوية: يوصى بالوقاية من الشمس وباستعمال حاجبات الشمس، كما يوصى بشكل خاص بلبس ثياب مناسبة.

تطبق الستيرويدات خارجياً، كما ثبتت فائدة المعالجة القرية السطحية، علماً بأنه قد يفيد في الآفات الصغيرة حقنها داخل منطقة الإصابة بمعلق بلوري ممدد من التريامسينولون أستيويد.

أما المعالجة المجموعية فتقوم على إعطاء الأدوية المضادة للملاريا التي تثبت فائدتها بعد التأكد من عدم وجود عوز وراثي لنازعة هيدروجين الجلوكوز ـ 6 ـ فوسفات (G6PD)وبعد التأكد من صحة العيون لدى المريض وذلك بفحصه دورياً قبل المعالجة وأثناءها وبانتظام، خوفاً من إصابة العصب البصري. كما يفيد اعطاء الدابسون في هذا الشكل من الذئبة أو الكلوفازيمين والستيرويدات القشرية أو مثبطات المناعة.

الذئبة الحمامية الجلدية تحت الحادة:

(Subacute Cutaneous Lupus Erythematosus (SCLE)):

يمثل هذا الشكل من الذئبة نحو 9٪ من مجموع حالات الذئبة الحمامية، وهو شكل متوسط ما بين الشكلين القرصاوي والمجموعي، تغلب إصابته للنساء الشابات ويترافق بشكل كبير مع مستضد هلا HLA - DR3 - HLA - B8. يتصف بتعدد طفحهذ وتناظرها، والتي تتظاهر بشكل بقع حمامية مرتفعة تأخذ أشكالاً حلقية ـ مستديرة أو بيضوية، مغطاة أو غير مغطاة بوسوف تكون ملتصقة أو غير ملتصقة، إلا أنها تخلو من ظاهرة المسمار. كما قد تتحدد تلك البقع مع بعضها مشكلة أشكالاً متعددة الدوائر. وغالباً ما يشاهد فرط حس.

تميل آفات هذا الشكل من الذئبة غير الندبية بالظهور على المناطق المكشوفة من أعلى الجذع والأوجه الباسطة للذراعين، وظهر اليدين والأصابع، وعلى الرغم من أن الذئبة الحمامية الجلدية تحت الحادة تتصف بحساسية نحو الضياء، إلا أنه قليلاً

ما تتوضع على الوجه والفروة، كما قد تتواجد في بعض الحالات من هذا المرض أطفاح مترافقة مع تندب شبيهة بالتي تشاهد في الذئبة الحمامية القرصاوية.

وغالباً ما ينتاب المرضى المصابون بهذا الشكل من الذئبة تظاهرات مجموعية خفيفة لكن نصفهم فقط أبدوا أربعة إلى خمسة معايير من معايير الذئبة الحمامية المجموعية، كما ويلفت النظر وجود الأضداد المضادة للنوى في المصل لدى 70-80٪ من مرضى (SCLE) وتشاهد أضداد مضادة للمستضد الهيولى (RO/SSA) لدى أكثر من 60٪. كما تشاهد مركبات مناعية جوالة في الدم.

الباثولوجيا: تشبه التغيرات الباثولوجية المشاهدة في SCLE تلك المشاهدة في الذئبة الحمامية القرصاوية عدا اختلافها في الدرجة فقط.

معالجة الذئبة الحمامية الجلدية تحت الحادة: تشبه معالجة الذئبة الحمامية القرصاوية عدا أن الحالات التي لا تستجيب لمضادات الملاريا فإنها قد تستجيب لإعطاء الريتينويدات، كما قد يعطى السيكلوسبورين (Cyclosporin) في بعض الحالات.

الذئبة الحمامية المجموعية (Systemic Lupus Erythematosus (SLE):

مرض مجموعي التهابي، يصيب النسيج الضام ذا الأوعية ويتصف بترافقه بشذوذات مناعية، مع تغيرات إمراضية تصيب العديد من الأجهزة بخاصة الجلدية والمفصلية والوعائية.

الحدوث: تحدث الذئبة الحمامية لدى جميع السلالات ويغلب لدى السود أكثر من البيض، كما يصيب النساء أكثر من الرجال بنسبة 8/1 وذلك نحو سن الثلاثين من العمر.

الإمراض: لا يزال السبب مجهولاً، لكن هنالك ثمة دلائل تتهم العوامل التالية في إحداث هذا المرض.

العوامل الوراثية: عزيت الذئبة الحمامية المجموعية إلى عوامل وراثية وذلك بسبب حدوثه لدى توأمان متماثلان (Identical Twins) كما أن نسبة الإصابات الأسرية تبلغ فيه نحو 4٪ من جميع الحالات لهذا المرض.

كما يدعم النظرية الأرثية دراسة مستضدات التوافق النسجي حيث وجد المستضد HLA - B8 لدى القوقازيين المصابين بهذا المرض أما السود فيترافق المرض لديهم عادة مع المستضد HLA - A1 كما أن عوز عوامل المتممة (C5-9) شائع في الحالات العائلية.

المناعة الذاتية: تتواجد سلسلة من الأضداد الذاتية في هذا المرض، كما ينتج المرض عن تطور هذه الأضداد ضد مستضدات نسجية متنوعة. إضافةً لذلك فإنه قد شوهدت أضداد سامة للمفاويات لدى مرضى مصابين بالذئبة الحمامية المجموعية. كما توجد دلائل تشير إلى وجود عيب أو نقص في التخلص من الأضداد والمركبات المناعية لدى مرضى الذئبة الحمامية المجموعية. هذا وإن المركبات المناعية المترسبة في جدر الأوعية الجلدية وفي أعضاء مختلفة تنشط شلال المتممة فتقود إلى حدوث أعراض مرضية متنوعة كالتهاب الأوعية، التهاب الكلية، التهاب الشغاف، والتهاب المفاصل.

الآلية الڤيروسية: كشف المجهر الإلكتروني وجود بنيات أنبوبية تشبه الڤيروس المخاطاني (Paramyxovirus) في الخلايا البطانية.

العوامل الخارجية: نذكر منها الأشعة فوق البنفسجية (UVB - UVA)، الأدوية، الحمل، والكرب النفسي.

التظاهرات الإكلينيكية: تبدو التظاهرات الجلدية منذ بدء المرض عند 20٪ من المرضى لكنه عادةً كثيراً ما تتقدم التظاهرات المجموعية بخاصة المفصلية منها على الآفات الجلدية، كما قد تغيب التظاهرات الجلدية بنسبة 20٪ من حالات الذئبة الحمامية المجموعية خلال سيره.

أما تشخيص هذا الشكل من الذئبة فيبنى على وجود أربع علامات أو أكثر من

العلامات أو الأعراض التالية، والتي أقرتها الجمعية الأمريكية للأمراض الروماتويدية عام 1971 والتي نقحت أيضاً عام 1982، وهي:

1 ـ طفح خدي (Malar Rash): حمامى وجهية ثابتة.

2 – آفات قرصاوية، ندبات ضمورية.

3 – تحسس ضوئي.

4 – تقرحات في الفم أو البلعوم الأنفي (Rhinopharynx).

5– التهابات المفاصل.

6 – التهابات مصلية (التهاب الجنبة، التهاب تامور).

7 – اضطرابات كلوية: بيلة بروتينية (0.52 جم/يوم)، (اسطوانات خلوية).

8 – اضطرابات عصبية (نوبات seizures، ذهان Psychosis).

9 – اضطرابات دموية [فقر دم انحلالي ـ قلة البيض (4000 مل)، قلة اللمفاويات، قلة الصفيحات (100000مل).

10 – اضطرابات مناعية [خلايا(LE)، مضاد nDNA ، مضاد Sm أو اختبارات مصلية إيجابية كاذبة للزهري].

11 – أضداد مضادة للنوى.

وتبلغ حساسية ونوعية التشخيص بالاعتماد على المعايير السابقة 96٪ لكنه هنالك علامات إضافية أخرى أغفلتها الجمعية الأميركية للأمراض الروماتويدية في معيارها وهي: الحمى، ضخامة الكبد، ضخامة الطحال، أعراض بطنية خاصة وظاهرة «رينو».

التظاهرات الجلدية: وتتضمن على بقع حمامية خفيفة التوذم، ذات حدود غير واضحة، غير وسفية أو ضمورية تتوضع على الوجنتين (علامة الفراشة) ومناطق الصدر العارية والظهر.

كما قد تصاب بالحمامى راحات اليدين وأخمص القدمين مع تفضيل توضعها على الأصبع النهائية لليدين والقدمين. إضافة لذلك، فإنه تشاهد توسعات شعيرية وعائية على رؤوس الأصابع وطيات الأظفار.

هذا وقد تأخذ الأطفاح الجلدية لوناً قرمزي الشكل أو حصبوي الشكل أو متعدد الأشكال، كما قد تأخذ بعض الآفات الجلدية، منظر تبكل الجلد الوعائي الضموري (Poikiloderma atrophicans vasculare)، وذلك في المراحل المتأخرة من المرض. إضافة لذلك فقد يظهر أثناء سير الذئبة الحمامية المجموعية وبنسبة نحو 15٪ آفات قرصاوية محدودة متوافقة مع تندب ضموري كتلك التي تشاهد في الذئبة الحمامية القرصاوية (شكل 14-7).

أما إصابة الأغشية المخاطية الفموية فتتظاهر بحمامى وذمية حمراء - مزرقة، وتآكلات، وتقرحات ذات غطاء فيبريني. كما يشاهد تورم معمم في العقد اللمفاوية لدى 50٪ من الحالات.

شكل 14-7 : الذئبة الحمامية المجموعية.

تتضمن التظاهرات المجموعية للذئبة الحمامية المجموعية الإصابات التالية:

إصابة المفاصل: وتحدث بنسبة 94٪ من الحالات وتتظاهر بعلامات التهاب مفاصل حاد لاسيما المفاصل المحيطية.

إصابة عضلية: حيث تشاهد آلام عضلية والتهاب عضلات بنسبة 50٪ من الحالات.

إصابة كلوية: تشاهد من 50٪ من الحالات وقد تكون على شكل التهاب كلية بؤري، ومن الموجودات النموذجية أيضاً كل من البيلة البروتينية، كريات حمر، كريات بيضاء وأسطوانات. كما ينتهي هذا المرض المخاتل بقصور كلوي.

الإصابة القلبية: تشاهد بنسبة 30٪ ـ 50٪ من الحالات. هذا وفي إطار الإصابة العامة للأغشية المصلية فإن التهاب التامور هو الأكثر حدوثاً بالإضافة إلى التهاب عضلة القلب، كما يندر حدوث التهاب شغاف دسامي وجداري ثؤلولي الشكل لا جرثومي (متلازمة ليبمان ـ ساكس).

إصابة الأغشية المصلية: تتأثر الأغشية المصلية في أكثر من 30٪ من الحالات وتتظاهر الإصابة بشكل التهاب مصليات متعدد غير فيبريني أو نضحي (التهاب تامور، ذات جنب، التهاب صفاق).

إصابة الجملة العصبية المركزية: تشاهد تغيرات عصبية مرضية لدى 30٪ من الحالات وتتجلى بشكل نوبات عصبية أو ذهانات واعتلال عصبي يتناول الأعصاب المحيطية.

إصابة العينين: ويتظاهر بتوسع الأوعية الشبكية، التهاب وريد، التهاب ما حول الوريد، نزوف ونضح حول البقعة الشبكية، وقد يحدث التهاب عنبة والتهاب قرنية وضمور العصب البصري.

كما قد تحدث إصابة رئوية تتظاهر بذات رئة، أو تليف رئة. إصابة هضمية وتتجلى بضخامة كبد، طحال، إصابة السبيل المعدي المعوي، إصابة عظمية وتتجلى بنخر عظمي عقيم إضافة لحدوث حمى غير منتظمة، دعث، ضعف عام، فرفرية، أعراض «رينو»، فرفرية، زراق النهايات، والتهاب الوريد الخثري.

الموجودات المخبرية: تشاهد تغيرات دموية في 40٪ ـ 75٪ من الحالات وتبدو على شكل فقر دم ـ قلة الكريات البيضاء (< 4000/مل)،أو قلة الصفيحات

(<100000/مل) ترتفع دائماً سرعة التثفل وينقص الألبومين ـ ويزداد الجاما جلوبين كما يزداد IgG كما ينخفض مستوى المتممة (C_4, C_3، مجموع المتممة) كما تشاهد تفاعلات مصلية كاذبة للزهري.

أما فحص البول فيكشف وجود بيلة بروتينية أو دموية واسطوانات. كما تتصف الذئبة الحمامية المجموعية بوجود أعداد كبيرة من الأضداد الذاتية أهمها، أضداد مضادات النوى والتي هي أنواع مختلفة من الأضداد المضادة للنوى أهمها النموذج الغشائي (الحلقي).

أما الأضداد الموجهة للدنا (DNA) الواطن ثنائي الطاق، وأضداد المستضد (sm) فنوعية للذئبة الحمامية المجموعية. كما إن هنالك أضداداً مضادة للهيولى أهمها RO (SSA) وأضداد La (SSB). أما خلايا الذئبة الحمامية واختبار شريط الذئبة فيكونان إيجابيين في معظم الحالات.

الباثولوجيا: قد تكون التغيرات النسجية في الذئبة الحمامية المجموعية شديدة الشبه بالصورة الموجودة في الذئبة الحمامية المزمنة. وقد تبدي ملامح نضحية واضحة، كما أنه من الملامح الملفتة للنظر ثخانة الغشاء القاعدي، وغالباً ما نشاهد ونمة واضحة في أعلى الأدمة مع رشاحة لمفاوية تتوضع حول الأوعية واللواحق، كما قد يشاهد أيضاً التهاب وعائي كاسر للكريات البيض.

السير والمآل: قد يأخذ المرض سيراً خاطفاً إلا أنه على الأغلب ذو سير متقطع مع هدأة محدودة. أما المآل فيتحسن إذا ما اكتشف المرض مبكراً وعولج بالمركبات الحديثة بعد اكتشافه المبكر.

المعالجة :

للجموعية: لا يستغنى عن الستيرويدات القشرية في بداءات المعالجة كما قد يضاف كابتات المناعة مثل أزاثيوبرين بعد ثبات الحالة المرضية، كما يوصى أيضاً باستعمال الأسبرين في حال وجود أعراض مفصلية واضحة ويمكن الاستطباب أيضاً بالأدوية المضادة للملاريا.

الموضعية: تستعمل الستيرويدات القشرية وحاجبات الشمس (UVA-UVB) خارجياً.

التهاب الجلد والعضل (Dermatomyositis) :

هو مرض جهازي التهابي وخيم يصيب الجلد والهيكل العضلي، كما أنه نادراً ما يصيب أعضاء الأجهزة أخرى. وأنه غالباً ما تحدث أورام خبيثة لدى البالغين المصابين بالتهاب الجلد والعضل، إضافةً لأن المرض غالباً ما يحدث لدى الأطفال دون سن العاشرة ولدى البالغين بعمر 30-60 سنة.

السببيات والإمراض: المسببات مجهولة، لكن ترافقه مع الخباثة في كثير من الحالات يوحي بأن سببه مناعة ذاتية، كما وجد عوز في المتممة C2 لدى بعض حوادث الداء، إضافة لذلك فإنه شوهدت مكتنفات تشبه الفيروس في الخلايا العضلية والبطانية، كما صنف المرض مع ما يعى بأمراض الكلاجين (Collagenoses).

التظاهرات الإكلينيكية: تفضل الآفة إصابة الوجه بشكل متناظر لاسيما الأجفان العلوية وأعلى الصدر وأيضاً المرفقين، الركبتين وبراجم الأصابع (Knuckles) – علامة كوترون ، وطية وسرير الأظفار. أما إصابة الوجه فتتجلى ببقع حمامية حتى أرجوانية مبديةً وذمة خفيفة. كما يظهر في وقت مبكر توسع الشعيرات الدموية، علماً بأنه ليس نادراً أن تأخذ التظاهرات الجلدية شكل تبكل الجلد الوعائي الضموري. هذا وقد تتقدم الأطفاح الجلدية على الضعف العضلي بعدة أشهر.

أما إصابة الهيكل العضلي فتؤدي إلى ضعف عضلي (وهن عضلي مؤلم) مترق، ينتهي بضمور فيما بعد. علماً بأن المرض أول ما يصيب العضلات الدانية للأطراف (بحيث يتعذر على المريض تمشيط شعره) كما قد تصاب عضلات العنق الأمامية. هذا وتكون إصابة المري وعضلات داخل الأضلاع خطيرة وتقود إلى عسرة بلع وضيق التنفس.

وقد يحدث تكلس حول المفاصل وفي العضلات الدانية في كثير من الحوادث. ومن الأعراض المجموعية الأخرى اضطراب المحركة الوعائية (ظاهرة رينو) وحمى متقطعة ودعث وقَمَه وفقدان الوزن (شكل 14-8).

الباثولوجيا: تشبه التغيرات الباثولوجية في التهاب الجلد والعضل، تلك المشاهدة في الذئبة الحمامية، لكن الرشاحة هنا لا تتوضع حول الملحقات. أما التغيرات الباثولوجية الوصفية لالتهاب الجلد والعضل فتشاهد في العضلات حيث يفضل أخذ الخزعة العضلية من العضلة الدالية حيث يشاهد تخرّب واسع في ألياف العضلة ورشاحة التهابية، كما يشاهد تنكس ليفي عضلي.

الموجودات المخبرية: يغلب وجود بيلة البومينية ودموية في التهاب الجلد والعضل. كما يزداد انطراح الكرياتين في البول الذي يمكن استخدامه لمراقبة سير المرض.

قد ترتفع الكريات البيض وتزداد سرعة التثفل. ومن العوامل المهمة قياس نشاط الإنزيم ناقلة أمين الجلوتامات والأوكسالات (Glutamate-oxalate transaminase (GOT: والألدولاز وبخاصة الكرياتين فوسفوكيناز CPK حيث يعد ارتفاعهما مقياساً لواقع تخرب ألياف العضل أثناء مراحل نشاط المرض. يبدي مخطط كهربائية العضل (EMG) وجود رجفان وكمونات صغيرة متعددة الأطوار.

المآل: يمكن لتخرب العضل الواسع أن يقود إلى متلازمة الصدمة العضلية الكلوية مع قصور دوراني وكلوي، ينظر إلى الكلاس على أنه علامة لمآل جيد. ومع ذلك فإن معدل الوفيات يبلغ نحو 20٪ خلال السنتين الأوليين وغالباً ما تبقى بعد الشفاء شلول عضلية.

المعالجة: تعطى الستيرويدات القشرية داخلاً ويعتمد على الصورة الإكلينيكية لتقدير الجرعة التي تتراوح ما بين 60-120 مجم بريدينزولون، كما لا ينصح باستعمال الديكساميثازون أو التريامسينولون لأنها قد تحث على حدوث اعتلالات عضلية. كما يسمح التطبيق الإضافي لموقفات النمو الخلوي بإنقاص كمية الستيرويدات.

هذا وتفيد الأدوية المضادة للملاريا في تحسين التغيرات التبكلية الجلدية. أما استئصال الأورام المرافقة إذا ما وجدت فيؤدي إلى تراجع أعراض المرض.

شكل 14-8 : التهاب الجلد والعضل.

الفصل الخامس عشر

الأمراض الوعائية الجلدية

والاضطرابات النزفية

Cutaneous Vascular Diseases and Hemorrhagic Disorders

تصاب أوعية الجلد الدموية في معظم أمراض الجلد ولقد ورد ذكر بعض هذه الآفات في الأبحاث المتقدمة كالحمامى والشرى.. إلخ . وسيرد ذكر بعضها الآخر في بحوث لاحقة كالأورام الوعائية الدموية، لذا فسنسرد في هذا البحث الآفات الوعائية الأساسية التي تعالج العوامل الإمراضية للاضطرابات الوظيفية أو الالتهابية التي تصيب الشعيرات أو الشرينات أو الشرايين أو الأوردة.

توسع الشعيريات (Telangiectases) :

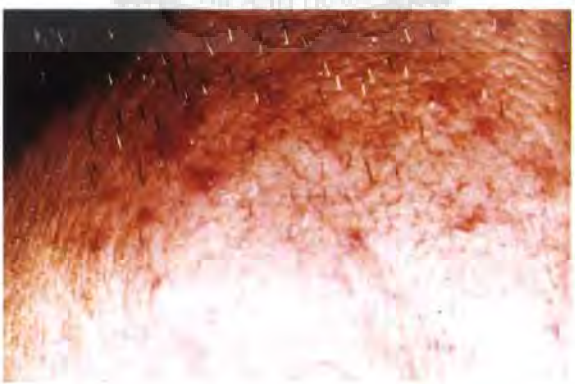
هو توسع دائم في الأوعية الدموية الصغيرة السطحية، وتبدو كخطوط رفيعة حمراء على سطح الجلد. يميز توسع الشعيريات إلى توسعات شعيرية أولية وثانوية (الأعراضية). أما التوسعات الشعيرية الأولية فقد تكون أساسية، ذلك أن هذه الإصابة تظهر دون سبب واضح، منتشرةً بشكل مترق، على شكل بقع تنتشر على الوجه والأطراف كما قد تترافق هذه التوسعات بالورم الوعائي العنكبوتي (العنكبوت الوعائي)، أو أن التوسعات الشعيرية الأولية تكون كعرض مرافق لعدد من

المتلازمات أهمها متلازمة بلوم (Bloom's syndrome)، متلازمة الرنح بتوسع الشعيريات، متلازمة توسع الشعيريات الوراثي النزفي، (داء رندو - أوسلر)، متلازمة رتموند وتومسون ومتلازمة كوكاين (Cockayne).

التوسعات الشعيرية الثانوية وتحدث بتأثيرات خارجية أو نتيجة للأمراض الجلدية (شكل 15-1):

توسع الشعيريات خارجية المنشأ: يؤدي التعرض الطويل والمديد للشمس والحر والرياح والحر إلى حدوث شعيريات متوسعة على الوجه بخاصة لدى المزارعين، والبحارة وأدلاء الجبال والطهاة، كما يبدو هذا التوسع أيضاً في حالات تبكل الجلد المكتسب بعد التشعيع بالأشعة السينية (التهاب جلد إشعاعي مزمن) أو بعد العلاج بالكورتيكوستيرويدات موضعياً ولفترات طويلة، كما قد تظهر على النهايات أيضاً إذا ما تعرضت للبرد المديد بخاصة الطرفين السفليين لدى النساء.

توسع الشعيريات كنتيجة لمرض: حيث يعد توسع الشعيريات صفة نموذجية للمرحلة الأخيرة في الجلادات التي تنتهي بالضمور والتصلب: كتصلب الجلد ومتلازمة كريست "CREST" والذئبة الحمامية، والتهاب الجلد والعضل، كما قد تترافق بعض الأمراض بترافقها بتوسع الشعيرات كما هو الحال في وردية الوجه، السرطانة قاعدية الخلايا، جفاف الجلد المصطبغ والبلى الحيوي الشحماني السكري.



شكل 15-1 : توسع شعيرات.

الاعتلالات الوعائية الوظيفية (Functional Angiopathies) :

تضم هذه الاعتلالات الوعائية الوظيفية جميع الاضطرابات المزمنة في الدوران النهائي، وتصيب الشرينات والشعيريات والوريدات.

ظاهرة «رينو» وداء «رينو»:

(Raynaud's Phenomenon and Raynaud's Disease)

ظاهرة رينو وداء رينو مختلفان ويجب تمييزهما استناداً لحالة الشرايين الأصبعية، ففي ظاهرة رينو تكون الشرايين الأصبعية سوية، ويحدث فقط تشنج وعائي. بينما في داء رينو تكون الشرايين الأصبعية مصابة، كما يعد داء رينو أيضاً ظاهرة رينو في غياب أي مرض مستبطن.

ظاهرة رينو: وتنجم عن تضيق متقطع في الشرايين الصغيرة والشرينات الأصبعية ناجمة عن تشنجها وتتجلى بشحوب (إقفار) فإزرقاق (اختناق موضعي)، فإحمرار (تبيغ موضعي). تدوم هذه الظاهرة دقائق لكنها إذا ما استمرت مدة طويلة، فإنه يحدث نخر سطحي نقطي على ذرى الأصابع، وقد يحدث تموت فيما بعد. أكثر ما تحدث ظاهرة رينو لدى النساء، بخاصة عند الإياس، وهي تثار بالبرد والانفعال والرضح، كما أنها ظاهرة ثانوية لأعداد كبيرة من الأمراض كأمراض النسيج الضام (تصلب الجلد المجموعي المترقي، الذئبة الحمامية، التهاب الجلد والعضل، التهاب المفاصل الروماتويدي، متلازمة سيوجرين والتهاب الشريان الصدغي)، الأمراض الوعائية (تصلب الشرايين، التهاب الوريد الوعائي الخثاري المسد، التهاب الشرايين العقد)، أمراض مختلفة للجملة العصبية أو الضلع الرقبية (متلازمة الأخمعية الأمامية)،الانسمامات منها ذيفانات فطرية، معادن ثقيلة، إرجوتية وبعض القصورات الكلوية، والكربوجلوبولينمية وبعض الأدوية وأمراض أخرى.

داء رينو: داء رينو هو اضطراب بدئي يتناول إصبعاً واحدة أو عدة أصابع كما يصيب أصابع القدم والمناطق القاصية من القدمين ويحدث في الشابات بشكل

رئيسي. أما سببه فمجهول واقترح كل من تبدلات الجهاز العصبي الودي، وحساسية الأوعية للبرد، ولزوجة الدم، كما أنه قد يرتبط بأذية الخلايا البطانية. يتصف داء رينو بهجمات من الشحوب (حيث تبدو الأصابع فيه بيضاء وقاسية من جراء التشنج الشرياني) والزُرَاق (تبيغ وريدي) والاحمرار (تبيغ شرياني).

هذا وتختلف مدة الهجمات وتكرارها من حالة إلى أخرى، بينما يحدث الألم الشديد في الطور التبيغي غالباً.

التشخيص: تكون الصورة الإكلينيكية لداء رينو أو ظاهرة رينو نموذجية، وغالباً ما يثار حدوث الإصابة بغمس اليد والساعد في الماء البارد (10° – 15°م) لفترة وجيزة، كما يجب أن تستبعد جميع الأسباب المؤدية إلى ظاهرة رينو، هذا وينصح بتصوير الأوعية أيضاً إذا ما توقعنا وجود تبدلات مرضية في الأوعية.

المعالجة: إن معالجة ظاهرة رينو تقوم على تقصي الأمراض المرافقة ومعالجتها. أما معالجة داء رينو فعرضية، وتعد الحماية الفعالة من التعرض للبرد وارتداء الثياب التي تبعث الدفء هي الطريقة العلاجية الأكثر أهمية. كما ينصح المريض بالإقلاع عن التدخين، وتجنب الرضح، وكذلك فإنه غالباً ما تفيد الإجراءات الفيزيائية كالحمات الحارة، والتدليك وحمامات البارافين. تعطى الموسعات الوعائية خلال الهجمات منها الرزربين، مثيل دوبا، نيفيدبين.

زُرَاق الأطراف (Acrocyanosis) :

هو تبدل لون زراقي يصيب الأقسام القاصية من الأطراف وذروة الأنف والخدين مع انخفاض درجة حرارة الجلد فيها، وتترافق بفرط تعرق. وغالباً ما يصيب النساء. تبدأ أعراض زراق النهايات عادةً منذ البلوغ ـ لكنها تختفي في العشرينات والثلاثينات عفوياً، كما تتفاقم الإصابة عند التعرض للبرد. أما سببه فيفترض وجود خلل في نظام الدوران الأصغري من منشأ عصبي مستقل، وأسري أحياناً. هذا ولا يشتكي المرضى من برودة اليدين والقدمين فقط بل يشتكون من شعور بالتنمل

المزعج أحياناً. علماً بأنه يجب أثناء وضع الإنذار أن يدخل في الحسبان أن الإصابة بهذا الزراق تعني زيادة القابلية للإصابة بالجلادات الأخرى، على مناطق الإصابة بالزراق، كالثآليل، والذئبة الشائعة، والذئبة الشرسية، والحمامى الجاسئة.

أما معالجة زراق الأطراف فتقوم على الوقاية من البرد وذلك بارتداء الملابس المناسبة، والمعالجة بالمبيغات كحمض النيكوتينيك. كما ينصح بالعلاج الفيزيائي بالتدليك (شكل 15-2).

شكل 15-2 : زراق الأطراف.

الجلد المرمري (Cutis Marmorata) :

مصطلح يطلق على الجلد الذي يشبه المرمر بسبب أوردته الزرقاء المتبقعة التي تأخذ شكلاً شبكياً. يشاهد على الطرفين السفليين عند الفتيات الصغيرات والنساء البدينات المتعرضات للبرد، كما توجد أعراض شخصانية مرافقة لهذا الجلد المرمري الذي يختفي بتقدم العمر.

يفرق الجلد المرمري عن التزرق العنقودي (Livedo - racemosa) ويعرف بالتزرق الشبكي أيضاً وهو اضطراب تزرقي يأخذ شكل شبكة نتيجة توسع

الوريدات الصغيرة وانسدادها نتيجة التبدلات الالتهابية التي تصيبها، علماً بأن هذا التزرق العنقودي ذا المنشأ الالتهابي يترافق بالعديد من الأمراض المجموعية أهمها التهاب الشرايين العقد، الذئبة الحمامية، والتهاب الجلد والعضلات) كما يفرق التهاب الجلد المرمري أيضاً عن التهاب الأوعية التزرقي (ويعرف أيضاً بالتزرق الشبكي ذي التقرح الصيفي حيث تتميز صورته الإكلينيكية باحتشاءات فرفرية بؤرية تصيب القدمين وأسفل الساقين مشكلة قرحات مؤلمة تشفى تاركة خلفها بقعاً ضمورية بيضاء تدعى بالضمور الأبيض).

وأخيراً فإن التهاب الجلد المرمري يفرق عن التزرق الشبكي والحروري (ويعرف بالحمامى الحرورية وينجم عن التعرض المديد لحرارة شديدة كالمواقد حيث يتظاهر بتصبغ شبكي على الجلد) كما ذكرنا سابقاً.

احمرار الأطراف المؤلم (Erythromelalgia) :

وهو تبيغ انتيابي يصيب أحد الأطراف ويتظاهر بألم شديد واحمرار في الجلد مع ارتفاع درجة حرارته. أما الألم فيحدث نتيجة ارتفاع حرارة الطرف، كما وأنه من غير المؤكد أن تكون هذه الشكاية بدئية، ذلك أنها تبدو كظاهرة ثانوية لكثير من الحالات التي أهمها كثرة الحمر الحقيقية، وأمراض الشرايين السادة، فرط التوتر الشرياني والاضطرابات العصبية والأدوية (نيفيديبين).

متلازمة الأقدام الحارقة (Burnig feet syndrome) :

هي جُلاد يتظاهر بإحساس نخر وحرق مؤلم جداً يصيب القدم حتى الكاحل ويحدث في الليل عادةً وعلى السرير الدافئ، وينجم عن اعتلال عصبي، كما أنه ظاهرة تترافق باضطرابات داخلية وعصبية مثل أمراض الكبد، التهاب ما حول الشرايين العقد، الداء السكري، التهاب العصب خلف المقلة والخزل البؤري، كما لوحظت هذه المتلازمة في حالات الكحولية.

الالتهاب الوعائي (Vasculitis) :

عرف التهاب الأوعية على أنه حديثة مرضية إكلينيكية تتصف بالالتهاب والتخثر في الأوعية الدموية، والذي يسود في بعض الأمراض. وقد يصيب الأوعية بأحجامها ونماذجها كاملة في أي عضو. أما تصنيف هذه الأفات فلا يزال صعباً وينقصه الوضوح لما يوجد بين التهابات الأوعية من تراكب والتباس في المصطلحات لكننا سنلجأ إلى التصنيف التالي:

التهاب الأوعية الناخر المجموعي: وسندرس منه وباختصار كل من التهاب الشرايين العقد (Polyarteritis Nodosa) ـ والتهاب الشرايين العقد الجلدي (Cutaneous Polyarteritis Nodosa).

التهاب الشرايين العقد: ومن مرادفاته أيضاً التهاب محيط الشريان العقد أو التهاب الشريان الشامل العقد. وهو التهاب أوعية نخري مجموعي نادر الحدوث يصيب الشرايين العضلية الصغيرة والمتوسطة أما أسبابه فغير معروفة لكنه قد يتلو استعمال السلفاميدات، كما أنه من المحتمل أن ينجم عن التهاب أوعية مفرط الحساسية، أو فرط حساسية تجاه العقديات، وفيروسات التهاب الكبد ـ B. يتظاهر هذا الداء بأعراض عامة، كالحمى ونقص الوزن وتسرع القلب، وأعراض عضوية أهمها الاعتلال الكلوي الذي يترافق بفرط توتر شرياني والتهاب عضلات والتهاب رئوي وآلام مفصلية وأعراض تاجية.

أما الآفات الجلدية التي قد تحدث بنسبة 20-30٪ من حالات هذا المرض الخطير فتتألف من حطاطات وعقيدات التهابية مزمنة غالباً ما تتقرح ومن تزرق عنقودي أيضاً. تكون العقيدات السابقة التي أكثر ما تتوضع على مسير الشرايين مؤلمة عفوياً وبالجس.أما إنذار هذا الداء فتعتمد على التبدلات الوعائية ومكانها. ومن الممكن حدوث سير صاعق يؤدي إلى موت سريع.

المعالجة: تقوم معالجة هذا الداء على إعطاء الكورتيكوستيرويدات بجرعات عالية (60-120 مجم)، بريدنيزون يومياً رغم قدرتها المتأصلة على إحداث الخثارات، كما تعد كابتات المناعة كالأزاثيوبرين ذات فائدة إضافية عند بعض المرضى.

التهاب الشرايين العقد الجلدي: ومن مترادفاته: التهاب محيط الشريان الجلدي العقد، وهو التهاب أوعية نخري يصيب الشرايين، ويتحدد هذا الالتهاب بالأوعية العضلية في الجلد دون أن يترافق بأعراض عامة: أما إكلينيكياً فيتظاهر على شكل بقع شبكية غالباً ما تظهر على الوجه الباسط للساقين وإضافة لبقع التزرق العنقودي فإنه يشاهد حطاطات أو عقيدات ملتهبة تميل للتنخر والتطور إلى قرحات شاذة غالباً. ولا يترافق هذا الداء بأعراض عامة، كما لا تكشف الفحوص الكاملة عن وجود أي مرض في الأعضاء الداخلية عادة.

الأسباب: مجهولة وقد اقترحت العدوى البؤرية في الإمراض. أما ماله فحسن لأنه يختفي خلال بضع سنوات.

المعالجة: تقوم المعالجة على تطبيق الستيرويدات الموضعية تحت ضمادات كتيمة إضافةً لإعطاء الستيرويدات المجموعية في الحالات الشديدة، كما ينصح بإعطاء كابتات المناعة عند وجود قرحات مؤلة مقاومة على العلاج الستيرويدي.

الالتهاب الوعائي الورمي الحبيبي (Granulomatous Vasculitis): أما مرادفه فهو التهاب الشرايين المجموعي بالخلايا العملاقة، وهو ورام حبيبي وعائي أو حول الوعائي، يصيب معظم الأعضاء والجلد أيضاً، واهم ما تشمل متلازماته كلاً من الورام الحبيبي لفاجنر ويدعى بالالتهاب الوعائي الحبيبي الخبيث وهو ورام حبيبي تحت الحاد غالباً، يترافق بالتهاب أوعية نخري ويصيب كلاً من السبيل التنفسي العلوي، والرئتين، والكليتن والجلد.

أما الورام الحبيبي الأرجي أو متلازمة شارج ـ شتراوس (Churg-Strauss) فهي متلازمة من التهابات الأوعية المجموعية تصيب الكهول بشكل رئيس وتتظاهر بالربو وفرط الإيوزينيات، والحمى والألم المفصلي وعلامات الداء الوعائي المسد. ويتصف التهاب الشريان الصدغي أو متلازمة هورتون بأنه مرض مجموعي يصيب الشرايين الكبيرة والمتوسطة وتسود إصابته الشرايين القحفية والصدغية.

أما الورام الحبيبي اللمفاني فهو التهاب أوعية نادر يترافق بخلايا لمفانية شاذة، ويبدو على شكل متلازمات تترافق غالباً بتبدلات تصيب بشكل خاص كلاً من الرئتين، الكليتين، الجهاز العصبي المركزي والجلد.

الالتهاب الوعائي الأرجي (Allergic Vasculitis) : ومن مرادفاته:

الالتهاب الوعائي، وهو التهاب الشرينات مفرط الحساسية الجلدي، التهاب الأوعية بالمعقدات المناعية، التهاب الأوعية الكاسر للكريات البيض.

إن التهاب الأوعية الأرجي مرض شائع نسبياً عند الجنسين. أما إمراضيته فتستند إلى التهاب الأوعية الصغيرة بالمعقدات المناعية، حيث تصاب فيه الأوردة عادة (التهاب الوريدات النخري)، كما يعد ترسب تلك المعقدات المناعية الدورانية في جدر الأوعية، التي يمكن إثباتها بالتألق المناعي ذا أهمية خاصة في إمراض هذا الداء.

أما من أهم المكونات المستضدية في المعقدات المناعية والتي تعد كأسباب في هذا الالتهاب فنذكر كلاً من المستضدات الڤيروسية (مستضدات التهاب الكبد B)، المستضدات الجرثومية (مستضدات العقديات)، المستضدات الذاتية (الدنا، الرنا والبروتينات النووية)، المستضدات الدوائية (الإنسولين، الكينيدين، فينل بوتازون، البنسللين). إن أهم الصفات الباثولوجية لهذا الالتهاب رؤية الرشاحة بالعدلات حول الأوعية، ورؤية رشاحة الأوعية المتنخرة ومحيطها بالترسبات الليفية إضافة لرؤية العلامة المميزة لهذا الالتهاب وهي الغبار النووي الناجم عن تكسر الكريات البيض. أما التظاهرات الإكلينيكية لهذا الالتهاب فأبرزها وجود الفرفرية المجسوسة الناجمة عن وجود حطاطات نزفية التهابية قد يتنخر مركزها أخيراً. كما تضم التظاهرات الأخرى لهذا الالتهاب آفات شروية (التهاب الأوعية الشروي) وآفات نزفية نخرية، ونمط عقيدي متعدد الأشكال (شكل 15-3).

المعالجة: وتقوم على استبعاد الأسباب، وإيقاف جميع الأدوية وعلاج العدوى. كما تعطى الستيرويدات مجموعياً وموضعياً.

شكل 15-3 : التهاب الأوعية الكاسر للبيض.

الفرفرية التآقية أو فرفرية هينوخ ـ شونلاين: وتعرف بالفرفرية الروماتويدية أيضاً وهي شكل خاص لالتهاب الأوعية الأرجي، وتتصف بفرفرية منقطة إضافة إلى ألم مفصلي، ألم بطني، ونزوف بولية وهضمية، وتصيب عادة أعماراً باكرة. أما الفرفرية فتظهر على الأسطح الباسطة للأطراف والإليتين كما تترافق بارتفاع الجلوبلين المناعي IgA في المصل وبتوضعاته في الجلد.

التهاب الأوعية المسد (Occlusive Vasculitis): يمثل التهاب الأوعية المسد أمراض الشرايين الانسدادية المزمنة وهو تعبير يطلق على تضيق الشرايين أو انسدادها التام بالتهاب المزمن و/ أو التنكس في جدر الأوعية. هذا ويعد كل من تصلب الشرايين وترافقه بالالتهاب الوعائي السكري من أهم الأسباب في هذا الانسداد. سنذكر من التهاب الأوعية المسدة كلاً من الحطاط الضموري الخبيث أو داء ديجوس والالتهاب الوعائي الخثاري المسد أو داء برجر (Buerger):

الحطاط الضموري الخبيث: ويعرف بالتهاب في بطانة الأوعية الجلدية، ويتجلى بحطاطات جلدية تصيب الجذع عادةً يتبعها ضمور مركزي بلون الخزف إضافةً لآلام بطنية ومغص وإقياءات دموية قد يتلوها الموت، وتنجم من احتشاءات الأمعاء وانثقابها.

الالتهاب الوعائي الخثاري المسد: ويعرف بالتهاب بطانة الشريان المسد أيضاً وهو مرض شرياني التهابي مسد يصيب الأطراف السفلية بخاصة عند الرجال الشباب ويبدو أن لكل من الإسراف في النيكوتين، الأمراض المعدية، الرضح، البرودة والتأهب الوراثي دوراً في إمراضية هذا الالتهاب.

هذا ويدخل في زمرة التهاب الأوعية المسد كل من الاعتلال الوعائي السكري، غنغرينة الجلد السطحية الهاجرة (Migratory Superficial Skin Gangrene).

الآفات الوعائية الوريدية:

وتكثر مشاهدتها على الطرفين السفليين حيث تصاب الأوردة المحيطية. أما أكثر آفاتها حدوثاً فهي: التهاب الوريد الخثاري (Thrombophlebitis)، الخثار الوريدي (Phlebothrombosis) ـ التهاب الوريد السطحي الشبيه بالحبل وشكله الخاص المدعو بداء موندور، الدوالي والقصور الوريدي المزمن في الساقين (تدرس هذه الآفات في اختصاصات أخرى).

التهاب الجلد الركودي (Stasis Dermatitis) :

ويتجلى بوذمة وتبقع احمراري وتصبغ بني فاتح أو مصفر قد يعقبه تقرح وذلك على الوجه الأنسي من الثلث السفلي للساقين، وينجم هذا الالتهاب عن قصور وريدي مزمن (شكل 15-4).

قرحة الساق :

وهي قرحة تتوضع أسفل الساق وتعزى إلى القصور الوريدي المزمن. تظهر هذه القرحة عقب الرضوح أو عقب الالتهاب (التهاب الوريد الخثاري الثاقب) كما تحدث عقب الركودة الدموية أو عقب الخثار نتيجة للركود والتليف والإقفار أو في الضمور الأبيض التقرحي.

شكل 15-4 : التهاب الجلد الركودي.

الآفات الوعائية اللمفية:

أما أهم المظاهر الإكلينيكية لهذه الآفات فهي الوذمة اللمفية .

الوذمة اللمفية (Lymphedema) : وهي وذمة مزمنة تنجم عن تورم النسج الرخوة من جراء تجمع كميات زائدة من اللمف وتتصف هذه الوذمة بأنها وذمة لا انطباعية (Non-pitting edema) وتقسم إلى:

الوذمة اللمفية الأولية أو الأساسية: ومنها حالات خلقية تنجم عن نقص أو قصور في الأوعية اللمفية وتظهر منذ الولادة متوضعةً على طرف واحد. أو على الطرفين وحالات وذمية لمفية باكرة (Praecox) وتشاهد عند الإناث ما بين أعمار التاسعة والخامسة والعشرين، وحالات آجلة كما في متلازمة الظفر الأصفر المترافقة بانصبابات جنبية.

الوذمة اللمفية الثانوية: وتشاهد تالية لانسداد في الأوعية اللمفية، تالية لاستئصال الثدي والداء النشواني البدني، أو تالية لحالات التهابية كما في الفيل البلدي والفيل الداري. هذا وقد تحدث تشكلات تؤلولية على الجلد في الوذمات اللمفية المزمنة.

الحمامى العقدة (Erythema Nodosum) :

طفح حمامي عقيدي يتوضع على السطوح الباسطة للساقين وأقل شيوعاً بتوضعه على الفخذين والساعدي، وهي مرض شائع كثيراً، يتصف بسيره الحاد وتراجعه خلال 3-6 أسابيع دون أن يترك ندبةً أو ضموراً. كما يصيب الإناث بخاصة البالغات منهن أكثر من الذكور أما إصابته للأطفال فغالباً ما يكون مترافقاً مع إصابة درنية.

الإمراض: الحمامى العقدة استجابة لعوامل محرضة عديدة، كما أنه لم يثبت بعد إذا كانت الحمامى العقدة مرضاً مناعياً حصراً إذ تترسب فيها المعقدات المناعية في الأوعية الدموية وفي الطبقة العميقة من الأدمة والنسيج الشحمي، أو أنها تفاعل أرجي من النمط الآجل. ويبدو أن للبروستاجلاندين دوراً في الإمراض ذلك أنه يؤدي إلى إطلاق الإحماض الدهنية نتيجة للتنخر الالتهابي للشحوم الذي يتجلى بإحداث الصفة الإكلينيكية من الطور الحاد للمرض.

السببيات: تنجم الحمامى العقدة عن عوامل مسببة عديدة ومختلفة نكتفي بذكر أهمها:

عدوى بالعقديات (عدوى الطرق التنفسية العلوية)، الساركويد، التدرن، العدوى باليرسينية (Yersinia) يعد الإسهال لمدة 3 أسابيع قبل بداية الحمامى العقدة مؤشراً على ذلك إضافة للاختبارات الجلدية الإيجابية وتفاعل التراص المثبتة) ، داء المقوسات (Toxoplasmosis)، وقد تحدث خلال سير الورم الحبيبي اللمفي الرفغي، عدوى فطرية عميقة، اعتلالات دموية، التهاب القولون التقرحي، داء كرون،

والخباثات الداخلية (ابيضاضات دم، داء هودجكن، أورام خبيثة) بالإضافة إلى الأدوية (أسبرين، سلفاميدات، مانعات الحمل الفموية)، والجذام.

التظاهرات الإكلينيكية: تتوافق أعراض الحمامى العقدة مع أسبابها، لكن أكثر الأعراض التي يشتكي منها المرضى هي: الدعث، الصداع، والترفع الحروري (ما بين 38 - 39 °) والآلام المفصلية، إضافة لظهور العقيدات المؤلمة الصلبة الحمراء المتناظرة ذات الحدود غير الواضحة والتي يتراوح حجمها مابين حبة البازلاء والكرزة الكبيرة، على الوجه الأمامي للساقين كما قد تظهر عقيدات مماثلة على الساعدين والناحية الألويوية. هذا وتتصف تلك العقديات بعدم تقرحها، وتراجعها دون أن تترك ضموراً أو ندبةً، كما أن نكسها ممكن الحدوث (شكل 15-5).

الباثولوجية: يلاحظ رشاحة التهابية لمفاوية حول الأوعية ونزف في الأدمة السفلى وفي حجب النسيج الشحمي مع وذمة وفبرين بارزين، إضافة لترافق ذلك بتفاعل حبيبي ثانوي.

التشخيص التفريقي: تفرق الحمامى العقدة عن كل من الحمامى الجاسئة، التهاب السبلة الشحمي والتهاب الأوعية العقيدي.

المعالجة: تقوم على الراحة ووصف المسكنات مثل الباراسيتامول مع إعطاء يودور البوتاسيوم 300-600 مجم يومياً ولمدة عدة أسابيع. كما تفيد الضمادات الرطبة خارجياً أيضاً.

شكل 15-5 : حمامى عقدة.

الاضطرابات النزفية (Haemorrhagic Disorders) :

تتصف الاضطرابات النزفية بالنزف سواء أكان داخل الأنسجة أو خارجها، هذا ويمكن تميز إحدى الآليات الثلاث المسببة لاضطرابات النزف.

اضطرابات الصفيحات: حيث يوجد هنالك اضطرابات كمية في الصفيحات، وعيوب كيفية فيها، ذلك أن النزف قد ينجم عن نقص في عددها أو عن اضطرابات في وظائفها.

اضطرابات التخثر (الكيفية والكمية): كما يمكن للنزف أن ينجم عن عوز أو عيوب وظيفية في عوامل التخثر أو عن وجود مواد مصلية مثبطة للتخثر أو منشطة لحل الفيبرين.

شذوذات الأوعية: وتعتمد على وجود اضطراب أخلَّ بسلامة الأوعية الدموية أو ناجم عن زيادة نفوذيتها على الرغم من وجود إرقاء سوي. أما الفرفرية فما هي إلا طفحة ناجمة عن نزف في الجلد أو الأغشية المخاطية من جراء نقص في عدد الصفيحات الدموية أو المترافقة باضطرابات في جدر الأوعية.

وتأخذ الفرفرية أشكالاً متعددة منها الحَبَر ويتراوح حجمها بين أقل من 3 ملم، والكدمات وتبدو بشكل لطخ مسطحة زرقاء أرجوانية من جراء نزف خلالي أعمق وأكثر اتساعاً (شكل 15-6).

شكل 15-6 : كدمات على الطرفين السفليين.

اضطرابات النزف المتعلقة بالصفيحات :

(Platelet Related Hemorrhagic Disorders):

هي اضطرابات نزفية ناجمة عن نقص واضح في عدد الصفيحات أو عن اضطراب كيفي في الصفيحات وغالباً ما يكون إنتاجها مترافقاً مع خلل وظيفة عملها. أما الاضطرابات النزفية أو الفرفرية الناجمة عن قلة الصفيحات فيعرف لها نموذج أساسي ونموذج مكتسب، ونموذج خثاري.

فالفرفرية بقلة الصفيحات الأساسية: تنجم عن آلية مناعية أو مناعية ذاتية كما أن لها شكلان حاد ومزمن، أما أضداد الصفيحات فموجودة في المصل وتتظاهر إكلينيكياً بفرفرية تتوضع على الأطراف والجزء العلوي من الصدر والعنق، كما قد تترافق بنزف في الأغشية المخاطية .

والفرفرية بقلة الصفيحات المكتسبة: وتنجم عن اضطرابات في إنتاج الصفيحات الذي يمكن أن يكون نتيجة نقص معدل الإنتاج من جراء تناول الأدوية كسامات الخلايا المستخدمة في المعالجة الكيميائية، أملاح الذهب، والسلفوناميد أو من استبدال أو ارتشاح النقي (سرطانة نقيلية، ابيضاض دم ورم لمفي) وتتظاهر أيضاً بكدمات وموات كما تترافق بفقر دم مختلف الأنواع.

أما الفرفرية بقلة الصفيحات الخثارية: التي تدعى بمتلازمة موسكوفيتش فهي داء فيروسي حاد، نادر، مميت في 30٪ من الحالات ويتميز بفرفرية قلة الصفيحات المترافق مع فقر دم انحلالي وأعراض عصبية.

اضطرابات التخثر (Coagulation Disorders) : وهي عوز خلقي يمكن أن توصف في معظم عوامل التخثر أهمها ما يلي: الناعور (الكلاسيكي، أ، ب) وداء كريستماس، خلل هاجمان، عوز العامل (XII) الثاني عشر، عوز العامل السابع VII، عوز العامل 13 (عامل تثبيت الفيبرين)، داء فون فيللي براند.

اضطرابات الإرقاء الوعائية (Vascular Disorders of Hemostasis) : وتنجم عن تخرب وعائي يرافقه زيادة نفوذية الأوعية لمكونات الدم ينجم عنها الميل للنزف

أما الأسباب المحتملة للتخرب الوعائي فمنها: نقص الفيتامينات ـ عوامل فيزيائية ـ التهاب ـ تفاعلات أرجية وشذوذات وعائية ولادية.

أما أهم الأمراض التي تدخل تحت هذه الزمرة من الاضطرابات فهي: البثع، متلازمة كاسباخ ميريت، الفرفرية الشيخية، والفرفرية الانتصابية.

الجُلاد الصباغي النزفي (Hemorrhagic Pigmentary Dermatoses) :

وهي اضطرابات تنجم بشكلٍ عام عن آليات إمراضية متشابهة. أما النزف فيحدث على أساس وجود تغيرات التهابية وعائية مزمنة. هذا وتتكون في النسيج الضام بعد تسرب الدم ترسبات الهيموسيدرين البنية المصفرة، كما يمكن أن نشاهد تفاعلاً جلدياً على شكل تبدلات إكزيمية.

الفرفرية الحلقية، بتوسع الشعريات «فرفرية ماجوشي» :

تعد الأدوية العوامل المسببة كما في الفرفرية الصباغية الترقية، هذا وتبدو الفرفرية الحَبَرية (Peticheal purpura) هنا بشكل متناظر على الساقين مع بقع من شعريات متوسطة حمراء اللون نقطية الشكل، كما تتحدد البقع من جراء نموها النابذ على شكل بؤر حلقية (شكل 15-7).

الفرفرية المصطبغة الترقية (شامبرج) :

وتدعى أيضاً بالتهاب الجلد المصطبغ الترقي وهو جلاد فرفري ناكس مترق ومزمن ينجم عن نزوف نقطية على شكل بؤر بنية، برتقالية، مصفرة تتوضع على الساقين، كما تتصف الحبرات هنا بأنها مبرقشة الحواف تشبه ورق الفلفل الحريف (شكل 15-8).

شكل 15-7 : فرفرية ماجوشي.

شكل 15-8 : فرفرية شامبرج.

التهاب الجلد الحزازي الفرفري المصطبغ (بلوم وكوجرو):

يدعى أيضاً بالتهاب الجلد الحزازي الفرفري والمصطبغ وهو جلاد نزفي يترافق مع حطاطات حزازية أكثر ما يتوضع على الساقين، وهو مرض كبار السن.

الفرفرية الشبيهة بالإكزيماتيد :

وتدعى بالفرفرية الحاكة أيضاً وهي جلاد حاك مصطبغ ومترق ذو وسوف نخالية الشكل تتوضع على الساقين بشكل مفضل، حيث تتظاهر بحَبَرات تشبه عضة البرغوث إضافة لبؤر متعددة شبيهة بالطفحة الإكزيمية (شكل 15-9).

معالجة الجُلاَدات الصباغية المترقية :

وتقوم على التخلص من حالات الاحتقان في الطرفين السفليين التي تعمل على إحداث الجلاد، كما وتعطى في الحالات الشديدة ستيرويدات قشرية بجرعات مخفضة.

شكل 15-9 : فرفرية شبيهة بالإكزيماتيد.

الفصل السادس عشر

أمراض الجريبات الزهمية والغدد العرقية الناتة والمفترزة

Diseases of Sebaceous Follicles Eccrine Sweat Glands and Apocrine Glands

أولاً – أمراض الجريبات الزهمية:

يختلف توزع الغدد الزهمية المنفرزة (Holocrine Sebaceous glands). في الجلد حيث يكثر تواجدها على الوجه بخاصة في ناحية الأنف والجبهة، وفي مجرى الأنن وناحية أعلى الصدر وعلى جوانب أعلى الذراعين، ويقل عددها في جوانب الجسم وفي المحيط حيث تنعدم كلية في الراحتين والأخمصين. هذا ويفرز الزهم من عنيبات الجريب الزهمي وهو سائل مصفر لزج يتكون من جليسيريدات وأحماض دهنية، وسكوالين.

أما من الناحية النوعية فلا يوجد هنالك أي اختلاف في تركيب الزهم حتى ما بين العروق.

هذا ويشارك الزهم في تشكيل الشحوم السطحية للجلد. كما يكون إفرازه مرتفعاً بعد الولادة وحتى الشهر 3-5 لكن إنتاجه ينخفض أثناء مرحلة الطفولة ثم يصبح أكثر غزارة قبل مرحلة البلوغ بسبب تأثير الأندروجينات.

المث (Seborrhea):

هو نشاط وظيفي في الغدد الزهمية يبدو إكلينيكياً بجلد زيتي لامع، حتى إذا ما مر أحد بإصبعه فوق الطيات الشفوية الأنفية فإنها تنزلق على طبقة من الزهم المشعور بدهنه إن سبب المث غير معروف لكن العامل الوراثي يلعب دوراً عظيم الأهمية، تتبعه التأثيرات الهرمونية المتعددة. ينبه التستوستيرون ومستقلباته عمل الغدة الزهمية، في حين أن الإستروجين يثبط إنتاج الزهم. كما يوقف إفراز الزهم مركب الإيزوتريتينون (حمض الريتنيويد ـ 13 المقرون). يظهر أن للعوامل الانفعالية أهمية في حدوث المث. كما قد يزداد إفراز المث قبل الطمث، إضافة لزيادة إفرازه بكثرة في داء باركنسون، والتهاب الدماغ الوسني.

هذا وهنالك علاقة هامة ما بين المث وأدواء جلدية متعددة مثل العُدّ ، ووردية الوجه حيث يعد المث عاملاً مهماً في أمراض تلك الأدواء. كما يقدم المث أرضية مهمة ملائمة للعديد من الجراثيم المرضة والفطور.

يوصى بمعالجة الجلد المثي بما في ذلك الرأس بالغسيل بالماء والصابون بشرط أن لا يبلغ ذلك حد الشطط لأن التغسيل الزائد قد يخرش الجلد، كما يفضل بعض المرضى استعمال المساحيق وبخاصة على الوجه، بالإضافة إلى مسحوق الكبريت للشعر الدهني.

توقف إفراز الزهم (Sebostasis) :

يؤدي توقف إفراز الزهم أو قلة إفرازه إلى جفاف الجلد والشعر، وهو أكثر مصادفة في الأطفال والمسنين، ويتأثر بالعوامل الوراثية (سُمَاك شائع) وبعوامل خارجية كالإقليم والعادات (كثره الاستحمام والإفراط في استعمال الصوابين)، كما يشاهد في التهاب الجلد التأتبي. هذا ونجد أن المصابين بانعدام الزهم يكونون أقل إصابة بكل من التقيحات والعُدّوى الفطرية الجلدية. كما يندر أن يعانون من الأمراض المثية كالعُدّ الشائع والتهاب الجلد المثي والعُدّ الوردي.

المعالجة: تقوم على تطبيق المراهم أو المستحلبات من نمط الماء في الزيت إضافةً إلى الإقلال من استعمال الصوابين وتجنب الاستحمامات المتكررة. كما تفيد زيوت الاستحمام الطبية التي تخدم في الحفاظ على زهم الجلد.

العُدّ (Acne) :

العُدّ الشائع (Acne Vulgaris):

وهو إصابة جلدية شائعة ومزمنة يحدث عند البلوغ ويكون على أشده ما بين 14-18، كما أنه كثيراً ما يتلاشى بعد سن العشرين. أما الأماكن المفضلة لتوضعه فهي الوجه والصدر والظهر حيث تكون فيها الجريبات الشعرية الزهمية ناشطة وإن العُدّ عامة أكثر حدوثاً في العرق الأبيض.

السببيات والإمراض: تلعب عوامل إمراضية متعددة دوراً في إحداث العُدّ مثل الوراثة، الزهم، الهرمونات، الجراثيم، التقران الجريبي، الاستجابة الجريبية. ومن المحتمل أن تلعب الآلية المناعية دوراً غير مباشر أيضاً.

الوراثة: يشاهد العُدّ بأشكاله الشديدة في أسر خاصة، وعند التوائم كما أنه إذا كان كل من الأب والأم قد أصيبا بالعُدّ فإن احتمال حدوث العُدّ عند أطفالهم يبلغ نسبة 50٪. علماً بأن الوراثة تتحكم أيضاً في فعالية الغدد الزهمية والمث.

الزهم: يعد إنتاج الزهم العامل الأكثر أهمية في العُدّ حيث يحدث المث عند معظم المصابين بالعُدّ، كما لا يظهر العُدّ عند المخصين وذلك لانعدام زهم الجلد لديهم.

الجراثيم: لبعض الجراثيم دور في آلية إمراض العُدّ حيث يوجد في الأجزاء الأكثر بعداً من الجريبات (الهوائية) أو في الزؤان مكورات معظمها من المكورات العنقودية البشروية والمكيرات (Micrococci) الأخرى التي تنتج إنزيم الليباز التي تلعب دوراً ممرضاً في العُدّ، كما تتواجد الجراثيم البربيونية العُدّية بشكل وفير وتنتج إنزيم الليباز أيضاً ذلك الإنزيم التي تؤثر في حل الزهم حيث أنها تؤثر في الجليسريدات الثلاثية وتحللها إلى أحماض دهنية حرة تعمل كمركبات محدثة للزؤان، كما أنها مواد سامة تساعد على تحويل الزؤان إلى حطاطات وبثور.

هذا ويعزى تأثير التتراسيكلينات إلى تثبيط نمو الجراثيم وإلى تأثيرها المباشر على إنتاج الليباز وبالتالي فإنها تثبط تشطر الأحماض الدهنية الحرة من الجليسيريدات الثلاثية.

الهرمونات: تسيطر الهرمونات الأندروجينية (التستوسيرون ومشتقاته وبخاصة دي هيدروإيبي أندروستيرون) على نمو عنيبات الغدد الدهنية وزيادة إنتاجها من الزهم حيث تمتلك الغدد الزهمية مستقبلات للأندروجين.

أما الإستروجينات فتعمل على تثبيط إنتاج الزهم، كما تحصر مضادات الأندروجين مستقبلات الأندروجين في الخلايا الزهمية. ولابد من الإشارة إلى زيادة فعالية إنزيم (5 α -reductase) التي تحول التستوستيرون إلى مستقلباته الأكثر فعالية.

اضطرابات التقرن: يعد ازدياد إنتاج الخلايا المتقرنة العلامة الأولى الملاحظة في العُدّ. أما الزؤان فيحدث من خلال التقرن المتوافق مع التكاثر والاحتباس ويبدو الزؤان بشكل رؤوس سوداء قد تحتوي الميلانين الناجم عن حطام الخلايا التقرنية. كما أنه قد يبدو بشكل زؤانات بيضاء غير واضحة الفوهات (مغلقة).

الفعالية الجريبية: يتفاعل القمع التحتي في الجريب الزهمي لدى مرضى العُدّ نحو العُدّيد من المنبهات الفيزيولوجية والتجريبية متجلياً بزيادة نتاج الخلايا المتقرنة. كما أن الفعالية الجريبية تكون مرتفعة بشكل جوهري عند مرضى العُدّ، وهذا ما يفسر عادةً سرعة تفاعل مرضى العُدّ نحو اضطراب التقرن والالتهاب.

التظاهرات الإكلينيكية: تختلف الأشكال الإكلينيكية للعد بشدتها وتعبيرها، كما تختلف من بضع زؤانات حتى تصل إلى تغيرات جلدية مهمة متجلية بتقرحات وخراجات وناسير.

هذا وقد ميزت ثلاثة أشكال للعد (زؤاني، بثري حطاطي، مكبب) إضافة للأشكال الخاصة الأخرى.

العُدّ الزؤاني (Acne Comidonica):

العُدّ من الدرجة I. غالباً ما يترافق هذا الشكل من العُدّ بالمث كما يبدأ أثناء البلوغ بزؤان مفتوح ومغلق يتوضع على الأنف أولاً ثم يظهر على الجبهة والوجنتين (شكل 16-1).

الشكل 16-1 : العد الزؤاني.

العُدّ البثري الحطاطي (Acne Papulopustulosa):

العُدّ من الدرجة II: وتتحول في هذا الشكل الزؤانات الملتهبة إلى حطاطات وبثور. وإذا ما ترقى الالتهاب في العمق تحدث عندئذ عقيدات دملية الشكل، قاسية ومؤلمة، وقد يأخذ هذا الشكل سيراً خفيفاً يتظاهر بالقليل من الحطاطات البثرية، كما قد يأخذ سيراً أكثر شدة فيتظاهر بالعُدّيد من الحطاطات والبثور والعقيدات.

العُدّ من الدرجة III: وهو أكثر أشكال العُدّ شدة ويصيب الذكور أكثر من الإناث، ويتشكل من زؤان وحطاطات وبثور مترافقة بجلبات نزفية إضافةً إلى كيسات وخراجات وجيوب متداخلة تؤدي إلى لجم مشوهة وندبات جدرية، يصيب هذا الشكل من العُدّ الوجه والظهر والصدر وأحياناً الإليتين، العضدين، الساعدين، الرقبة، فصوص الأذن وعلى مناطق أخرى من الجلد لا تصاب عادةً بالعُدّ.

الأشكال الخاصة: نذكر منها باختصار كلاً من العُدّ المقلوب. العُدّ الخاطف، العُدّ الآلي، العُدّ التماسي أو السمي والعُدّ التسحجي عند الفتيات الشابات.

العُدّ المقلوب: أكثر ما يشاهد عند الرجل، وهو عد مكبب يحدث بصورة معكوسة إذ لا تصاب المناطق التي تصاب عادةً بالعُدّ (الوجه، الصدر، الظهر)، بينما تتوضع الإصابة بشكل بارز عليمناطق الثنيات كمنطقة الأرفاغ وجبل العانة وتحت الإبطين (شكل 16-2).

الشكل 16-2 : العد المقلوب.

العُدّ الخاطف: هو مرض نادر، لكنه خطير، يبدأ في سن 13-16 سنة عند اليفعان من الذكور بشكل عد مكبب، يتصف بتطور مفاجئ جداً لتنخرات نزفية. كما يترافق بترفع حروري وكثرة الكريات البيض إضافة لازدياد سرعة التثفل، كما تتورم المفاصل.

العُدّ الآلي: حيث تساعد العوامل الآلية على تفاقم العُدّ الخفيف، إذ يحدث كل من الضغط والفرك في المناطق الملامسة لكلٍ من الحزام. قبات البدلات القاسية إلخ.. التهابات جريبية وزؤان ثانوي على تلك المناطق.

العُدّ التماسي أو السمي: يتداخل في إحداث هذه الآفة، التماس مع المركبات المحدثة للزؤان والتي يغلب أن تكون مهنية في الأصل ومن أشكاله الإكلينيكية الخفيفة كل من عُدّ مستحضرات التجميل وعد الزيوت.

عُدّ مستحضرات التجميل : يحدث عادةً بعد العمر المعتاد لظهور العُدّ حيث تغلب إصابة النساء فيه ما بين العمر 20-40 نتيجة استعمال مستحضرات التجميل مفرطة الدهن والمواد الأخرى المحدثة للزؤان.

عُدّ الزيوت: يحدث هذا العُدّ كل من زيوت التشحيم وسوائل التثقيب والزيوت الخام، وذلك عند الأشخاص المصابين بالمث. كما يجب أن يكون هنالك إما تماس مباشر بين هذه المركبات المحدثة للزؤان وما بين الجلد أو عن طريق الملابس الملوثة بتلك المركبات.

العُدّ النسجي عند الفتيات الشابات: وهنا تمثل الآفات العُدّية الكروب الذهنية لبعض المرضى الذين يكون معظمهن مضطربات النفوس. هذا ويحدث هذا العُدّ من جراء تسجح الآفات العُدّية الخفيفة بضغطها أو عصرها وقد تترك بعض التسجحات العميقة ندبات مكانها.

عد الوليد: يبدي بعض الأطفال زؤان مغلق منفرد، وبثور حطاطية عقب الولادة مباشرةً أو في الأسابيع الأولى من الحياة (عد الوليد) ويبدو أن أندروجين الأم يلعب دوراً في الإمراض. هذا وتتراجع هذه الحالات الخفيفة عفوياً خلال بضعة أشهر من الولادة.

معالجة العُدّ:

تهدف معالجة العُدّ تقصير سير وحدة المرض وتجنب حدوث التندب. هذا ولقد تغيرت معالجة العُدّ بشكل جوهري في الوقت الحاضر اعتماداً على الأساس الإمراضي: تُعدُ إزالة الزهم أو الحد من نضحه جزءاً أساسياً في المعالجة كما ينبغي أن يفهم المصاب إمكان استمرار الإصابة لفترة محدودة ووجوب المثابرة على معالجتها.

معالجة الزؤان: يعد التقشير (Peeling) بالمواد المقشرة الخفيفة مثل التريتنون (فيتامين A الحمضي، وحمض الريتينويك المقرون) وبيروكسيد البنزويل من أفضل الطرق في معالجة الزؤان.

كما إن هنالك طرائق فعالة تستخدم في استخراج الزؤان أيضاً، وتقوم على مشاركة تطبيق كمادات رطبة ثم استخدام نازع الزؤان في استخراج الزؤان في حين يمكن فتح الزؤان المغلق من قبل الطبيب.

معالجة العُدّ البثري الحطاطي: يعالج هذا الشكل من العُدّ بمحاليل المضادات الحيوية الموضعية وحدها مثل التتراسيكلين، الإرثيروميسين أو الكليندامايسين وتشرك أيضاً مع بنزوات البنزيل وذلك في الأشكال الخفيفة أما في الأشكال الشديدة فنضيف إلى المعالجة الموضعية إعطاء المضادات الحيوية مثل التتراسيكلينات أو الإريثروميسين أو الكليندامايسين عن طريق الفم.

هذا الشكل من العُدّ غير شائع، لكنه شكل شديد، يتصف بالعقيدات، مع تشكل نواسير، ويتصف تشكل الزؤان فيه مع ندبات مشوهة. معالجته صعبة، ومن خيارات المعالجة تناول المضادات الحيوية بمقادير عالية لفترة طويلة مشركة مع المعالجات الموضعية. يمكن معالجته عن الطريق العام بالإيزوتريتنوين بمقدار 1 مجم/كجم لمدة 4-6 أشهر وهي معالجة مثلى، وقد نحتاج لإشراكها مع المضادات الحيوية، ولا بد من الانتباه للتأثيرات الجانبية ومنها النفسية لهذا العقار.

معالجة العُدّ المقلوب والعُدّ الخاطف: تتبع معالجة العُدّ المكبب ذاتها، وتتطلب حالة هذا الشكل من العُدّ الإقامة في المشفى حيث قد يوصى بمعالجته جراحياً تلك الجراحة التي تقوم على استئصال المناطق المصابة من النسيج الشحمي تم الترميم بعد ذلك بالجراحة الرأبية.

ونذكر أخيراً معالجات خاصة للعد وتقوم على معالجته بالأشعة فوق البنفسجية وذلك بشروط خاصة، كما تقوم على معالجة الندبات التالية للعد بعد توقف العُدّ يحقن الكلاجين موضعياً أو بإجراء تسحيج الجلد (حَفّ الجلد Dermabrasion).

الآفات عُدّيّةَ الشكل:

تتجلى الآفات عدية الشكل بأطفاح حطاطية وبثرية شبيهة بأطفاح العُدّ، إلا أن

توضعها لا يقتصر على أماكن العُدّ الانتقائية، وعلى سن الفتوة والشباب، كما أن سيرها غالباً ما يكون حاداً أو تحت الحاد، وإنها تتحسس بسرعة بعد إيقاف الدواء، وفيما يلي بعض هذه الآفات (شكل 16-3).

العُدّ الدوائي: هنالك أدوية كثيرة جداً منها الخارجية ومنها الداخلية يمكن أن تحدث آفات عدية الشكل. هذا وسنذكر أهم الأدوية الخارجية والداخلية التي يمكن أن تؤدي إلى آفات عدية الشكل.

إن من أهم الأدوية الخارجية التي تؤدي إلى آفات عدية الشكل كل من الستيرويدات القشرية (العُدّ الستيرويدي) المركبات القطرانية والكلورية والمشتقات البترولية. كما نذكر من أهم الأدوية الداخلية المحدثة لآفات عدية الشكل كلاً من الستيرويدات، مركبات اليود والبروم (مهدئات، مقشعات، حبوب منومة) مشتقات الهيدانتوين، الفينوباربتيورات، ACTH، بعض موانع الحمل والڤيتامينات D_1، B_{12}، B_6، B_1 وبعض الأنواع من المضادات الحيوية المعدية (الريفامبيسين، التتراسيكلينات، الستربتوميسين) (شكل 16-4).

العُدّ الوردي (وردية الوجه) (Rosacea) :

مرض شائع مزمن نسبياً وهو أكثر مشاهدة عند النساء وفي سن تقع بين السن 20-40 سنة غالباً، ويتوضع عادةً في الوجه ويتظاهر بسطوح حمامية وآفات عدية الشكل وبتوسع في الشعيريات، ونادراً آفات حبيبية وذئبية الشكل ولها أشكال إكلينيكية مختلفة.

الإمراض: لا تعرف عوامل مسببة محددة للعد الوردي، غير أن هناك أسباباً متعددة متهمة في ذلك : كالاستعداد الوراثي وعلاقة هذا العُدّ بالأمراض المجموعية وبخاصة المعدية والمعوية، والملوية البوابية، واعتلال المرارة المزمن، والمث، والعوامل الصماوية (الإياس)، ارتفاع ضغط الدم الشرياني، الآفات الناجمة عن سوس الدويدة الجريبية، الحالات النفسية، بعض الأطعمة (البهار، الكحول، القهوة، الشاي)

الأدوية (ومنها الستيرويدات المفلورة موضعياً) هذا وتثير أشعة الشمس هذا المرض كما قد يترافق بآفات عينية بخاصة التهاب الملتحمة (شكل 16-5).

أما المعالجة فتقوم على تجنب جميع المهيجات الموضعية وعدم استعمال الستيرويدات موضعياً إضافةً إلى تجنب العوامل المسببة ما أمكن أما العلاج المفضل فهو التتراسكلين داخلاً ولفترة مديدة وقد تستعمل مركبات الميترونيدازول (0.75٪ ـ 2٪) موضعياً وداخلاً، وفي بعض الحالات يمكن استخدام إيزوتريتينوين داخلاً.

الشكل 16-3 : عُدّ ستيرويدي.

الشكل 16-4 : عد برومي.

فيمة الأنف: يحدث هذا الأنف المنتفخ عند بعض مرضى العُدّ الوردي نتيجة فرط تنسج مترقٍ في النسيج الضام، مع فرط تنسج الغدد الزهمية. وتشاهد عادةً في سن بعد الأربعين (شكل 16-6).

الشكل 16-5 : عد وردي

الشكل 16-6 : فيمة الأنف.

التهاب الجلد المحيط بالفم (Perioral Dermatitis):

هو التهاب مزمن مجهول السبب، يتظاهر بحطاطات حمراء، وبثرية تتوضع على سطح احمراري. أما الأماكن الانتقائية لتوضع هذه الآفة فهي: الطية الشفوية الأنفية، منطقة حول الفم ما عدا شريطاً ضيقاً يخلو من الأطفاح يقع حول الشفتين، ومنطقة الذقن. تترافق هذه الآفة بحكة عادةً، كما قد يشكو المصاب من حس وخز خفيف أو حس حرق. وأكثر ما يصاب بهذا المرض النساء في سن 20-30 سنة . هذا وقد افترضت في أسباب هذه الإصابة عوامل عديدة أهمها: مستحضرات التجميل، معاجين الأسنان المفلورة، الصوابين، الكورتيكوستيرويدات، العُدّوى بالمبيضات البيض، الجراثيم، التحسس لأشعة الشمس، مانعات الحمل الفموية وسوء الامتصاص، كما عد بعض المؤلفين أن التهاب الجلد المحيط بالفم ما هو إلا شكل مُجْهَض للعد الوردي.

المعالجة: تقوم على التوقف من استعمال المواد المخرشة وغسل الوجه بماء دافئ فقط وعدم استعمال مستحضرات التجميل بخاصة الدهنية منها. كما أن إعطاء التتراسيكلينات أو الإريثروميسين داخلياً يكون فعالاً في هذه الآفة.

ثانياً ـ آفات الغدد العرقية الناتحة والمفترزة

تنتشر الغدد العرقية في معظم أنحاء الجلد، وهي كثيرة العُدّد في الأخمصين والراحتين والجبهة، ويقدر عدد هذه الغدد بنحو اثنين إلى ثلاثة ملايين غدة.

إن أهم وظيفة لهذه الغدد هي تنظيم الحرارة، كما تتأثر الغدد العرقية الناتحة بحالات الكرب النفسي وحالات الألم والخوف والغضب مما قد يؤدي إلى فرط التعرق.

فرط التعرق (Hyperhidrosis):

يمكن أن يكون فرط وظيفة الغدد العرقية الناتحة المعمم أو الموضع عرضياً، كما في أمراض الغدد الصم المترافقة بفرط فعالية في النخامى أو الغدد الدرقية وفي

الداء السكري، وفي الحالات التي يحدث فيها زيادة إنتاج الكاتيكولامين كما في الصدمة، وفي نقص سكر الدم وورم القواتم.

ويحدث فرط التعرق العرضي أيضاً في أمراض عصبية تؤدي إلى أذية الطريق الودي ومثالها الضلع الرقبية وأذيات الحبل الشوكي، كما يمكن أن يكون فرط التعرق حقيقياً كما هو الحال في فرط التعرق الخلقي الذي هو فرط تعرق بنيوي للغدد العرقية الناتجة وفي أجزاء معينة من الجلد والذي يغلب حدوثه بخاصة عند البلوغ والذي يحدث بسبب توتر انفعالي ناجم عن الألم، أو الغضب، أو الرعب أو الخوف.

هذا ويمكن أن يكون فرط التعرق عاماً أو موضعاً كان يشاهد على الراحتين والأخمصين والإبطين وأحياناً الوجه (ذروة الأنف) ومنطقة ما حول الشرج. يحدث التعطين أحياناً نتيجة التعرق الزائد في المناطق المذحية، وقد يؤدي إلى التهابات جلد ثانوية (مذح، فطارات).

المعالجة: تقوم المعالجة الموضعية لفرط التعرق على الاستحمام المتكرر وارتداء الألبسة الفضفاضة القطنية، إضافةً إلى ارتداء الأحذية الجلدية المفضله عن المطاطية في فرط التعرق الأخمصي.

كما يدخل في نطاق المعالجة الموضعية ذر المساحيق المناسبة التي تؤدي إلى امتصاص الرطوبة، وتطبق الأدوية المضادة للتعرق التي تؤدي إلى انسداد الأقنية العرقية مثل الألدهيدات (فورمالدهيد، جلوتار ألدهيد) ـ حمض التانيك ـ والمحلول المائي لأملاح الألمنيوم هكساهيدروكلوريد 10-25 ٪ في سواغ ميتل السللوز والرحلان الأيوني.

أما المعالجة المجموعية فتقوم على قطع الودي (Sympathectomy) واستئصال الغدد العرقية أو إعطاء الأدوية المضادة للفعل الكوليني والتي تضم أملاح الأتروبين ومشتقاته، ويمكن حقن ذيفان العصيات الوشائقية في داخل الجلد تحت الإبط أو في اليدين.

نقص التعرق (Hypohidrosis):

قد يقل إفراغ العرق بالنسبة إلى الحد الطبيعي في الحالات التالية:

أمراض الدد الصماوية (داء أديسون، الوذمة المخاطية)، الآفات العصبية المحيطية أو المركزية (التصلب العُدّيد، إصابات الحبل الشوكي، التهاب الأعصاب العُدّيد بسبب الكحولية أو السكري والجذام)، الإصابات الميكانيكية للأقنية العرقية وذلك بالجلادات الالتهابية (صدفية، احمرارات الجلد، التهاب الجلد التأتبي، الدخنيات) الجلادات الوراثية (السُمَاكات)، التجفاف، الأدوية (الكيناكرين) وخلل التنسج المتعدد الأديمي الظاهري (كمتلازمة كريست سيمنس). وهي مرض يورث بصبغي صاغر مرتبط بالجنس يتجلى بنقص كبير في إفراز الغدد العرقية مع نقص في الأشعار وشذوذات نسبية ونقص الأسنان أو انعدامها.

آفات الغدد العرقية المفترزة :

تنتمي الغدد العرقية المفترزة إلى الوحدات الشعرية الزهمية وتتوضع هذه الغدد بخاصة في الإبطين، كما يزداد حجم هذه الغدد المفترزة وتتضح وظيفتها في سن البلوغ بتأثير العوامل الهرمونية، لذا فإنه لا تشاهد الاضطرابات أو الأدواء في هذه الغدد إلا عند البالغين.

هذا وسنذكر من آفات الغدد العرقية المفترزة كل مما يلي:

داء فوكس ـ فوردايس (Fox - Fordyce - Disease) : وهو جلاد مزمن يصيب النساء في نحو 90٪ من الحالات في سن 20-40 سنة ويسمى بالدخينة المفترزة أيضاً (Apocrine Miliaria) . ويبدو أن سببه يرجع إلى انسداد القناة المفرغة للغدد المفترزة. يتراجع هذا المرض عفوياً بعد سن الخمسين.

كما لوحظ تراجعه العفوي أثناء الحمل، ويتصف بظهور حطاطات حاكة بشدة، غير مترافقة بعلامات تهييج أو تحزز، كما تكون الأشعار في منطقة الإصابة هزيلة، وتتوضع في النواحي الغنية بالغدد المفترزة وبخاصة في الإبطين.

المعالجة: يعالج داء فوكس - فورديس موضعياً بالكورتيكوستيرويدات إما داخلياً فيعالج بمانعات الحمل وبخاصة المحتوية على مضادات الأندروجين، كأسيتات السيبروتيرون.

الصنان (Bromhidrosis) : وهو رائحة نفاذة تنجم عن تفكك عرق الغدة المفترزة، عديم الرائحة في الأصل، بوساطة المكورات وتدية الشكل (Coryneform cocci) إلى مركبات ذات رائحة تلك المركبات التي تنجم على الأرجح من تفكك الجزء الستيرويدي (الأندروجينات) لعرق الغدة المفترزة.

هذا ويؤدي سوء العناية الصحية إلى زيادة حدوث الصنان الذي يزول في الأعمار المتقدمة بسبب تراجع الغدد العرقية المفترزة.

المعالجة: تكون المعالجة موضعية فقط، حيث تغسل المنطقة المصابة عدة مرات في اليوم بالماء والصابون المزيل للرائحة، كما تبدل الثياب يومياً وتستعمل مزيلات الرائحة، كما يتصف محلول هكساهيدرات كلوريد الألمنيوم بفعالية كبيرة في هذه الحالة كما يعد حلق الشعر الإبطي من الإجراءات الصحية العملية.

التعرق الملون (Chromhidrosis): يحدث التعرق الملون عند بعض الأشخاص وفي مناطق جلدية محددة فقط. ويأخذ لوناً أصفر، أو أزرق، أو أخضر، أو أسود.

هذا وكثيراً ما يمتزج العرق الإبطي بأصبغة خارجية المنشأ ويحدث ذلك على سبيل المثال في الفطار الشعري الأحمري للإبط حيث تنتج الجراثيم أصبغة حمراء. وقد يحدث التعرق الملون على الوجه عند النساء الشابات بسبب وجود الغدد العرقية المفترزة الزائغة (Aberrant) . تعالج مثل هذه الحالات بالغسولات والمطهرات.

الفصل السابع عشر

أمراض الأشعار والأظفار

Diseases of the Hair and the Nails

للأشعار وظائف فيزيولوجية مهمة فهي تقوم بحماية الجلد من أشعة الشمس حيث تقي من تشكل التقران الشمسي والسرطانات الجلدية كما تقي أيضاً من الحر والبرد وتزيد من حساسية حس اللمس. وكثيراً ما يُراجع الطبيب من أجل تبدلات تحصل في الأشعار سواء من ناحية النمو، أو لفقدان الأشعار البقعي أو المنتشر، أو لتبدلات تطرأ على غمد الأشعار أو على لونها.

هذا وإن التبدلات الصريحة التي تصيب الأشعار، لفقدها الكامل أو نموها في أماكن غير مرغوب فيها بخاصة لدى النساء، تؤدي إلى اضطرابات نفسية شديدة.

دورة الشعرة (Hair cycle) :

تنمو الأشعار لدى الإنسان بشكل دوري وإن كل جريب شعري يعمل كوحدة مستقلة بذاتها، لذا فإن أشعار الإنسان لا تتبدل جميعها في زمن متواقت كما يحدث في معظم الحيوانات، بل يأخذ كل جريب شعري مراحله المتناوبة من نشاط وسكون على انفراد. هذا وتمر الشعرة بثلاث مراحل.

طور التنامي (Anagen) :وهي المرحلة التي تنمو فيها الشعرة حيث تنمو نحو 0.35 ملم يومياً وتستمر نحو 3 سنوات (1000 يوم) في أشعار فروة الرأس.

تكون الشعرة في هذه المرحلة من النمو ملتصقة بشدة بجذر الشعرة الذي يمتد عميقاً في الأدمة وفي النسيج الخلوي، ولا تسقط من نفسها، كما يكون نزعها مؤلماً.

طور التراجع (Catagen) : وهي مرحلة انتقالية تستمر أياماً فقط (7-14 يوماً) يتوقف في هذا الطور جميع نشاطات التكاثر، كما تتقرن البصلة ويبقى فيها عدد قليل من خلايا ظهارية غير متميزة، كما تتجه الشعرة نحو الأعلى باتجاه سطح الجلد.

الطور الانتهائي (Telogen) : تستمر هذه المرحلة نحو 3 أشهر (100 يوم) في أشعار فروة الإنسان. تأخذ في هذه المرحلة الطبقة الظهارية السابقة بالانكماش حتى تصل إلى مستوى العضلة الناصبة للشعرة ارتفاعاً، كما يحوي الجريب المنكمش على شعرة تشبه مضرب الطبل (شعرة نبوتية). وبعد انقضاء هذه المرحلة تسقط الشعرة من نفسها من جراء نمو أشعار جديدة أسفلها.

إن نسبة الأشعار لدى الشبان التي تكون في مرحلة التنامي تبلغ وسطياً 85٪، وإن نسبتها في مرحلة التراجع تبلغ 0.5-1٪ أما نسبتها في الطور الانتهائي فتبلغ 15٪ كما تختلف النسب السابقة بشدة في الحالات المرضية. يبلغ الفقد اليومي من أشعار الرأس نحو 70-100 شعرة من أشعار مرحلة الراحة هو أمر فيزيولوجي كما تقدر ما تتضمنه فروة الرأس من أشعار بنحو 100,000 شعرة . وتختلف المسيرة الزمنية لدورات الأشعار ونموها باختلاف مناطق الأشعار في الجسم فمثلاً تنخفض نسبة نمو أشعار الحاجبين اليومي (0.16 ملم) بينما تزداد نسبة نمو أشعار الذقن (0.38 ملم) كما أن أشعار الفروة تنمو بسرعة أكبر لدى الإناث مما هو لدى الذكور عكس أشعار الإبطين. إضافةً لذلك فإنه قد تبدل العوامل الفيزيولوجية المختلفة خارجياً أكانت أم داخلية في مسيرة دورة الأشعار أما الأمراض التي تصيب الأشعار فتصنف حسبما يلي:

تأذي الأشعار من منشأ خارجي: ينجم تأذي الأشعار من منشأ خارجي عن مسبب آلي يصيب جليدة الشعرة كما هو الحال عند الإكثار من استعمال الفرشاة أو التمشيط أو الغسل المتكرر بمنظفات تحل الدهن بشدة. كما يمكن أن تؤدي

الطرائق المستعملة لصبغ الشعر أو إزالة لونه، أو لإحداث تجعيدات دائمة إلى تأثر البنية المورفولوجية والكيميائية للأشعار. هذا ويتظاهر تأذي الأشعار بسبب خارجي بجفاف، ونقص لمعان وهشاشة غير طبيعية (تكسر الأشعار) والانشطار الطولي في النهاية الحرة للأشعار.

عيوب بنية الشعر: وتتضمن كلاً من تقصف الشعر العقد، تقصف الشعر المنغلف، تعقد الأشعار، الشعر الحلقي، الشعر المنفتل أو المبروم ، الشعر السبحي، متلازمة الشعر غير القابل للتمشيط، والشعر الصوفي.

شذوذات سقيبة الشعرة في الاضطرابات الاستقلابية :

حيث تبدو الأشعار، عند المصابين بسوء الامتصاص أو بمتلازمات نقص التغذية والدنف وفي التأثيرات السمية على المطرس وفي كثير من الاضطرابات الاستقلابية الأخرى، رقيقة مبعثرة وهشة.

شذوذات اضطراب لون الأشعار :

قد يكون خلل تلون الأشعار خلقياً أو ناجماً عن عوامل داخلية وخارجية. هذا ونذكر من أهم تبدلات لون الأشعار كلاً من الشيب، المهق، والبهاق.

شذوذات اضطراب نمو الأشعار :

وتتمثل بالأمراض الناجمة عن تبدل في كمية الأشعار أما زيادةً أو نقصاً. أما زيادة الأشعار فتتضمن كلاً من فرط الأشعار والزبب (الشعرانية).

فرط الأشعار: هو زيادة في نمو الأشعار مع تحول الشعر الوبري الناعم، عديم اللون، القصير، عديم اللب، إلى أشعار مصطبغة ثخينة وبطول الأشعار الانتهائية. أما أسباب فرط الأشعار فمتنوعة وغالباً ما تكون أسرية أو وراثية، كما قد يكون فرط الأشعار معمماً أو موضعياً.

الزيب أو كثرة الشعر (الشعرانية) (Hirsutism) : تتصف الشعرانية التي تظهر عند النساء والأطفال بظهور الأشعار في مناطق لا تظهر فيها عندهم عادةً. أما المناطق التي يظهر فيها الأشعار فهي المناطق التي تظهر فيها عند الذكور وهي الشفة العليا، الذقن، الخدان، الصدر الخط الأبيض للبطن، أعلى مثلث العانة، وفي الوركين والإبطين. يتحرض الزيب بالأندروجينات سواء بزيادتها أو بزيادة حساسية الجريب الشعري لها. ويمكن أن نميز للزيب حسب السبب الأشكال التالية (شكل 1-17):

الزيب العرضي: وينجم عن أسباب مبيضية وهي الأكثر شيوعاً كما هي الحال في متلازمة (Stein - Leventhal) (مبيض متعددة الكيسات) كما قد ينجم عن أسباب كظرية، أو نخامية أو مواكبة لورم خبيث.

الزيب المحدث بالأدوية: يمكن أن ينجم الزيب عن بعض الأدوية كالأندروجنيات والابتنائيات (Anabolics) ومشتقات البروجسترون وبعض حبوب مانعات الحمل ومستحضرات الأياس، والستيرويدات القشرية والهرمون الموجه لقشر الكظر (A.C.T.H).

الزيب الأساسي أو الغامض: ويشكل المجموعة الأكبر، وكثيراً ما يترافق بعد شائع ومث وفي هذا الشكل من الزيب تكون نسبة التستوستيرون أو دي هيدروإيبي أندروستيرون طبيعية أو قريباً منها.

كما يحدث الزيب في بعض المتلازمات النادرة لا مجال لذكرها هنا.

المعالجة: وتقوم على معالجة السبب، كما تعالج حالات الزيب الأساسي الخفيف بمضادات الأندروجين (السيبروتيرون). هذا ويمكن إزالة الأشعار الزائدة بصورة دائمة باستخدام التيار الكهربائي عالي التوتر أو التيار الغلفاني، وفي السنوات الأخيرة يتم إزالته بالليزر الخاص بإزالة الأشعار غير أنها ليست إزالة دائمة.

أما نقص الأشعار: فيتراوح ما بين خفة الأشعار أو انعدامها، كما أن فقد أو نقص الأشعار (أي ثعلبات) قد يكون شاملاً وينقسم إلى حالة حادة، مترقية، وخلقية أو أن نقص الأشعار قد يكون موضعاً وينقسم إلى ثعلبات غير ندبية وثعلبات ندبية.

شكل 17-1 : الزبب.

الثعلبة المنتشرة الحادة:

هنالك الكثير من الأسباب التي تؤدي إلى إسقاط سريع للأشعار وتقوم آلية ذلك على:

* تسريع مدة طور التنامي وتقصيرها ودخوله في طور التراجع والانتهاء بعد فترة قصيرة.

* إيقاف الدورة بنهي يصيب الأشعار في مرحلة نموها كما يحدث عقب المعالجات الكيميائية المضادة للتسرطن، تناول خلات التاليوم، والأشعة السينية والكولشيسين.

هذا وإن هذه الثعلبة مرعبة بالنسبة للمرضى الذين يفاجئون بهذا التساقط الشديد للأشعار، إنما تكون النتائج جيدة، ذلك أن هذا السقوط مؤقت إذ تعود الأشعار بعد الطور الانتهائي للنمو من جديد.

ومن أكثر الأسباب المؤدية إلى الثعلبة المنتشرة الحادة:

1- التداخلات الجراحية، الولادة.

2 - الصدمات العصبية النفسية الحادة.

3 - الحميات: الحمى التيفية، الحمرة، التهاب رئوي إلخ... ويبدأ التساقط هنا بعد شهرين وسطياً من العارض الحمي.

4- تناول بعض الأدوية مثل الهيبارين والكومارين.

5- التعرض لأشعة رونتجن.

6 - الزهري الثانوي الذي يؤدي إلى الثعلبة الخلالية.

7 - التخريش الموضعي بالشد أو باستعمال كاويات ومبسطات الأشعار.

8 - اضطرابات غدية صحية مختلفة، مثل قصور أو نشاط الغدة الدرقية.

الثعلبة الذكرية الأندروجينية الوراثية (Male pattern andtogentic alopecia) :

ومن مرادفاتها الصلع الهيبوقراطي والصلع من الطراز الذكري وتبدو هذه الثعلبة في أواخر العشرين وأوائل الثلاثين من العمر بتساقط أشعار تدريجي يتناول كلاً من منطقتي قمة الرأس والنواحي الجبهية الصدغية، كما يتراجع الخط الأمامي لمنبت الأشعار من كل من جانبيه مؤدياً إلى ازدياد عرض الجبهة. وفي النهاية يمكن لمعظم كامل فروة الرأس أن تصبح خالية من الأشعار.

هذا ولا يكون الجلد في المناطق الجرداء ضامراً بل يبدو رقيقاً، كما تبقى فوهات الجريبات في مكانها حاوية زغباً نحيلاً جداً، إضافةً لذلك فإن المناطق الصلعاء تكون زهمية بشكل واضح بسبب استمرار عمل الغدد الزهمية.

لا تزال مسببات هذه الثعلبة غير معروفة، لكنه من غير المشكوك فيه على أية حال دور العوامل الوراثية الأسرية، حيث ثبت أن الميل لحدوث الصلع المذكر تورث بالصبغي الجسدي السائد. وإضافة لذلك فإن ثعلبة الذكورة لها علاقة بالأندروجينات حيث أنها ترتبط بتنبيه أندروجيني كافٍ في عمر خاص للإنسان ويزداد لدى هؤلاء فعالية إنزيم 2 ، 5 ألفا ريديكتاز (2,5 α- reductase) .

هذا ولا يحدث الصلع عند الخصيان شريطة أن يتم اخصاؤهم قبل سن البلوغ. أما إذا ما عولجوا بالأندروجين فإن الصلع يمكن أن يحدث عندهم، وهذا يشير للارتباط الصميمي لكل من العوامل الوراثية والأندروجينية وعامل السن.

المآل: تظهر الثعلبة الأندروجينية في بعض الأسر بشكل مبكر جداً (مباشرةً بعد البلوغ) وتؤدي سريعاً إلى الصلع الكامل. أما إذا تطورت ببطء في العقد الرابع أو الخامس من الحياة فإن إنذارها يكون أفضل بكثير وتبقى محدودة. وإن الرجال الذين لا يصابون بفقد الأشعار الذكري حتى العقد الرابع أو الخامس من العمر، يغلب ألا يصابوا بالصلع.

المعالجة: من المهم معالجة المظاهر المرافقة لفقد الأشعار في الصلع كالمث الشديد وقشرة الرأس والاحمرار الالتهابي والحكة، معالجة محافظة وذلك ببعض الشامبوهات والمحاليل الموضعية. كما أن مستحضر المينوكسديل 2-5٪ خارجياً يمكن أن يوقف تطور الثعلبة لدى بعض المرضى المستجبين وذلك طالما استمر المريض في تطبيق العلاج، ويذكر فائدة دواء فيناستيريد (Finasteride) في معالجة هذا النوع من الثعلبة. كما قد يلجأ في معالجة الصلع إلى الجراحة التي تقوم على نقل غرسات صغيرة من الشعر بوساطة الخرامة (Punch) من المناطق الجانبية أو الخلفية للرأس وزرعها في المناطق الجرداء.

الثعلبة الذكرية الشكل الأنثوية :

إن الثعلبة الأندروجينية هي أقل شيوعاً ووضوحاً لدى النساء مما هي عليه عند

الرجال. تحدث الثعلبة الأندروجينية ذات الطراز الأنثوي لدى النساء، عندما يكون العامل الوراثي موجوداً، وفي الوقت نفسه، يكون ارتفاع مستوى الأندروجينات معتدلاً حيث تحدث خفة أشعار منتشرة عادة بين سن العشرين والأربعين بخاصة في منطقة الإكليل (التاج) على الفروة. ونادراً ما قد تصاب النساء بثعلبة أندروجينية ذات الطراز الذكري من جراء ازدياد صريح في مستوى الهرمونات الأندروجينية (المتلازمة الكظرية التناسلية، الأورام المنتجة للأندروجينات)، إضافة للاستعداد الوراثي الذي يكون لدى تلك المريضات. وتعالج بالسيبروتيرون أسيتات أو سبيرولاكتون.

الثعلبة الخلقية (Congenital Alopecia):

المرط (فقدان الأشعار) (Atrichia): قد يكون فقد الأشعار الخلقي معمماً (المرط الخلقي المنتشر) أو موضعاً (المرط الخلقي المحدد)، كما قد يكون الشكل المنتشر كخلل معزول أو كعلامة مشتركة مع عيوب خلقية أخرى كما خلل تنسج الأديم الظاهر أو في الشياخ (Progeria) (شكل 17-2).

الثعلبة المثلثية الخلقية (Alopecia Triangularis Congenitalis): وهي ثعلبة خلقية غير قابلة للعلاج تلاحظ في المنطقة الصدغية بشكل بؤرة مثلثية عادة، قاعدة المثلث هي خط الأشعار، قطرها من 2-4 سم تتوضع في المنطقة الجبهية الصدغية.

الثعلبة غير الندبية (Non Scarring Alopecia):

هي سقوط أشعار موقت في منطقة محددة من الفروة أو الذقن. ومن الأمراض التي تؤدي إلى الثعلبات البقعية غير الندبية نذكر:

ثعلبة الشد (Traction alopecia) : تحدث هذه الثعلبة من جراء الشد المستمر للأشعار، إضافةً لعقص الشعر بوساطة عصابة بشدة، ولف الأشعار بشدة.

ثعلبة الضغط (Pressure alopecia) : كثيراً ما تحدث هذه الثعلبة على المنطقة القفوية وذلك عند الرضع الذين يضطجعون على ظهورهم، كما يمكن لهذه لثعلبة أن تحدث عند المصابين بأمراض مزمنة بعد استراحة طويلة في الفراش بوضع واحد.

الثعلبة عقب الأمراض المعدية السطحية: وتحصل عقب تخريب سمي يصيب بصلة الجريبات الشعرية كما في القوباء السارية، والسعفات الجازة والطفح الزهري وغيرها. لا يتخرب الجريب في هذه الثعلبة لذا فإن الشعر يعود للإنبات من جديد خلال أسابيع.

ثعلبة هوس نتف الأشعار (Trichotillomania): وهي رغبة مرضية لنتف الأشعار، من منشأ نفسي، وهي شائعة لدى الأطفال تحت سن العاشرة. تتظاهر هذه الثعلبة إكلينيكياً ببقع محددة، مختلفة الأشكال والحجوم، وفي المنطقة التي تطالها اليد. هذا وتميز تلك البقع بوجود أشعار متقصفة باطوال مختلفة مع بقاء فروة الرأس سليمة، وكثيراً ما تترافق الآفة لدى الأطفال، مع أكل الشعر. والية هوس قضم الأظفار مشابه لذلك (شكل 17-3).

الثعلبة البقعية (Alopecia Areata) : وهي آفة شائعة ومعروفة من قبل العامة وبخاصة الحلاقين، والذين يعزونها خطأ على أنها معدية، كما أنها معروفة منذ القديم حيث وصفها سلسيوس (Celsius) قبل عشرين قرناً خلت.

وهي فقدان أشعار بؤري التهابي، عكوس عادةً، ويمكن أن تؤدي الثعلبة إلى فقد أشعار معمم وتبدلات ظفرية.

السببيات والإمراض: الثعلبة هي ثعلبة التهابية ناجمة عن تفاعل التهابي في منطقة بصلة وحليمة الشعرة الادمية. ولاتزال أسبابها مجهولة، لكنها عزيت لعدد من الأسباب هي:

البؤر العدوانية: كثيراً ما تترافق الثعلبة مع بؤر عدوى موضعة والتي كثيراً ما تكون سنية حيث تأخذ شكل ورم حبيبي ذروي الذي يعد شوكاً مخرشاً، هذا وإن علاج البؤر الأصلية قد يؤدي إلى شفاء الثعلبة.

الكرب الانفعالي (Emotional Stress): حيث نلاحظ الثعلبة في كثير من الأحيان أثر الرضوض النفسية أو الشدات الانفعالية، كما تشفى بعد زوال تلك الرضوض والشدات.

العامل الوراثي: يساند فكرة التأثير الوراثي وجود الثعلبة لدى بعض الأسر وترافقها مع بعض الأمراض الخلقية كمتلازمة فوخت كوياناجي (Vogt - Koyanagi).

عوامل مناعية: ويدعم هذا الرأي وجود التهاب باللمفاويات التائية في منطقة الجريب الشعري، إضافةً لترافق الثعلبة مع عدة أدواء مناعية الذات مثل التهاب الغدة الدرقية اللمفاوي المزمن (داء هاشيموتو)، فقر الدم الوبيل والبهاق والذئبة الحمامية.

عامل عوزي: يعد بعضهم أن العامل المسبب للثعلبة هو عوز كامن للزنك.

التظاهرات الإكلينيكية: تتصف الثعلبة بفقدان سريع وتام لأشعار بقعة أو عدة بقع، مدورة أو بيضاوية، واضحة الحدود بدون أن تترافق بأعراض شخصية، تظهر الثعلبة عادةً على الفروة، منطقة اللحية، الحاجبين، الأهداب، كما أنها نادراً ما تظهر في مناطق الجسم المشعرة الأخرى.

هذا وتلاحظ تبدلات ظفرية ثعلبية (أظفار منقطة، حثل أظفار، وبش الأظفار) في 20٪ من الحالات مما دعا لتسميتها بثعلبة الأظفار. يكون الجلد مكان البقع الثعلبية سليماً وغير ضامر، لكنه قد يأخذ لوناً عاجياً أو محمراً احمراراً التهابياً خفيفاً، كما تظهر عليه فوهات الأجربة بشكل واضح.

هذا وكثيراً ما يحيط بالبقعة الثعلبية أشعار متقصفة ذات رأس مدبب تشبه علامة التعجب تسمى الأشعار الثعلبية والتي لها دلالة كبيرة بالنسبة للإنذار ذلك إنها إذا ما سحبت بسهولة من محيط الآفة ودون ألم فإن ذلك يشير على أن الآفة مترقية. أما إذا كانت الأشعار عالقة بشدة فإن ميل الآفة للترقي والانتشار يكون خفيفاً.

شكل 17-2 : المرط.

شكل 17-3 : ثعلبة نتف الأشعار.

أشكال الثعلبة البقعية: قد تكون الثعلبة بقعة وحيدة أو بقعاً متعددة. كما قد تظهر الثعلبة في منطقة النقرة ثم تنتشر إلى الصدغين والجبهة مارةً فوق صيوان الأذنين مترافقة غالباً مع التأتب وتسمى الثعلبة الثعبانية (Ophiasis) كما قد تؤدي الثعلبة إلى فقدان شامل لأشعار الرأس وتدعى بالثعلبة الشاملة (Alopecia Universalis) أو قد تشمل كامل الأشعار بما في ذلك الحاجبين والأهداب واشعار العانة فتدعى هنا بالثعلبة الشاملة (Alopecia Totalis) (شكل 17-4) (شكل 17-5) (شكل 17-6).

السير والمآل: سير الثعلبة متبدل ولا يمكن تقديره. كما تبقى الهجمة الأولى أقل من ستة أشهر في ثلث الحالات، وأقل من سنة في نصف الحالات، كما أن 20-30٪ من الحالات لا تشفى لعدة سنوات. هذا وتكون الثعلبة لدى المصابين بالتأتب بخاصة الإكزيمة التأتبية معندة، وهذا صحيح وبخاصة في الأشكال الأخرى غير البقعية للثعلبة.

المعالجة: يجب التفتيش دوماً عن سبب محتمل ومعالجته (نخر سني، ورم حبيبي ذروي) وتهدئة المريض النفسية.

أما المعالجة الموضعية فتقوم على إحداث تبيغ في منطقة الثعلبة (أستيل كولين، مستحضرات حمض النيكوتينيك). كما ذكرت حوادث نجح فيها إحداث التهاب جلد تماسي أرجي موضعي بواسطة بعض المواد مثل دايفينسيبرون (Diphencyprone). وإحداث التهاب جلد انسمامي بوساطة الأنثرالين (ديترانول 0.1-1٪). كما تعالج موضعياً أيضاً بالستيرويدات القشرية والحقن البؤري ضمن الجلد بمعلق التريامسينولون ، ويمكن اللجوء أحياناً إلى البوفا.

الثعلبة الندبية (Scarring Alopecia) :

تنجم الثعلبة الندبية عن الحالات أو الأمراض الجلدية التي تؤدي للتندب ولتخرب الجريبات الشعرية وهي ثعلبة غير قابلة للتراجع، تتميز إكلينيكياً ببقع جلدية ضامرة مع غياب فوهات الجريبات الشعرية عليها، كما تتصف الثعلبة الضمورية عادةً بحدودها الواضحة.

شكل 17-4 : الثعلبة البقعية.

شكل 17-5 : الثعلبة الثعبانية.

أما أهم الأسباب المؤدية لهذه الثعلبات فسنذكر:

* الأمراض الجلدية التقرحية، وبعض العدوى الجرثومية كالدمامل، والجمرة الحميدة والفطارات العميقة (شهدة سلز، القرعة).

- الحروق (حرق الماء المغلي).

- الذئبة الحمامية القرصاوية.

الحزاز المسطح.

- تصلب الجلد الموضع بخاصة الشريطية منها التي تؤدي إلى تصلب وضمور خطي.

- **الثعلبة الكاذبة (Pseudo pelade)**: وهي بقع صغيرة ضامرة، فاقدة للأشعار، مزمنة وغير عكوسة، أسبابها مجهولة، وغالباً ما تتحدد تلك البقع بأشعار سليمة.

هذا ولا يوجد هنالك أي علاج لحالات الثعلبة الندبية، عدا مضادات الملاريا التي يمكن أن نصفها في بعض حالات الثعلبة الكاذبة، والجراحة التي يمكن أن تجر للأمراض الناجمة عن التقيحات العامة والثعلبات الندبية التي تنجم عن الحروق.

شكل 17-6 : الثعلبة الكلية.

أمراض الأظفار (Diseases of the Nails):

للظفر أهمية كبيرة من الناحية العملية والجمالية فهو يسمح بمسك الأشياء الدقيقة، وبإرضاء رغبة الحك.

أما من الناحية التشخيصية والعلاجية فإنه يشكل معضلة كبيرة ذلك أن الكثير من الأمراض الجلدية تتجلى على الظفر بمظاهر متشابهة، كما يتطلب علاج الظفر إذا ما وضع تشخيصه الصحيح وقتاً طويلاً نظراً لبطء نموه حيث ينمو الظفر نحو 0.9 ملم أسبوعياً، كما وتنمو أظفار اليدين بشكل أسرع من نمو أظفار القدمين. هذا وتزداد سرعة نمو الأظفار في عدد من الأمراض الجلدية كالصدفية مثلاً، بينما تتناقص في أمراض أخرى كالحزاز المسطح.

وسنأتي باختصار على ذكر أهم أمراض الأظفار وفق ما يلي:

أمراض الصفيحة الظفرية.

تغير لون الأظفار.

تبدلات الأظفار في الأمراض الجلدية والعامة.

عيوب الأظفار في الأمراض الوراثية.

أمراض الصفيحة الظفرية (Diseases of the Nail Plate) :

تشقق الظفر *(Onychoschizia)* : هو انشطار الصفيحة الظفرية إلى صفيحات مرصوفة أفقياً بدءاً من الحافة الدانية الحرة. يمثل ذلك الانشطار خللاً في التصاق طبقات الكيراتين، المحتمل كونه ناجماً عن التجفاف أما الأسباب المحتملة المؤدية إلى ذلك التشقق فهي العوامل الرضحية، الغسل المتكرر، واستعمال طلاء الأظفار.

تكسر الأظفار *(Onychorrhexis)* : يلاحظ في تكسر الظفر انعدام لمعان الظفر وتفتته بحيث يتناثر قطعاً، أو تنشطر حافته الحرة، وغالباً ما تنجم الآفة عن الإفراط الزائد في استعمال الصوابين القلوية، وغطس اليدين المديد بالماء والاستعمال المتكرر لمزيلات الطلاء. وقصور الدرقية وعوز الڤيتامين A و B والحديد.

انفكاك الأظفار ***(Onycholysis)***: كثيراً ما يحصل انفكاك جزئي للصفيحة الظفرية عن سرير الظفر، أما السقوط الكامل فهو نادر (سقوط الأظفار Onychomadesis). وغالباً ما يبدأ انفكاك الظفر بدءاً من الحافة الحرة في كل الحالات ويبدو الظفر في المنطقة المنفكة أبيض اللون. كما قد تتراكم بقايا كيراتينية في الحيز الحر بين الصفيحة الظفرية وسرير الظفر. وكثيراً ما يشاهد انفكاك الظفر لدى الأشخاص الذين يتعرضون للماء والصابون والمنظفات لفترات طويلة (ربات البيوت) (شكل 17-7).

حثل الأظفار ***(Onychodystrophy)*** : تعبير شامل لاضطرابات متنوعة كثيرة الحدوث تصيب الأظفار مثل ضمور الصفيحة الظفرية، وثخانتها، وتقعر الأظفار مع انشقاقها أما سبب هذا الحثل فقد يكون مجهول السبب (Id: opathic) أو أنه ينجم عن الثعلبة البقعية، الصدفية، الجلادات الالتهابية الأخرى، إضافة للحزاز المسطح.

تقعر الأظفار ***(Koilonychia)***: يدعى تقعر الأظفار أيضاً بالأظفار الملعقية حيث تكون فيه كامل الصفيحة الظفرية مقعرة. يصيب تقعر الأظفار عدة أظفار من الأصابع أو أصابع القدم ومن النادر أن يصيب كل الأظفار.وذكر أن الأظفار الملعقية ترافق غالباً فاقة الدم بعوز الحديد (إحدى علامات متلازمة بلومر فنسون)، كما أن هنالك أشكالاً من تقعر الأظفار تكون كمرض وراثي بالصبغي الجسدي السائد.

الأظفار التعجرية ***(Clubbing Nail)***: لا تحدث التغيرات في تعجر الأظفار على الأظافر فحسب، وإنما تصيب أيضاً السلاميات النهائية آخذةً شكل مضرب الطبل وقد وصفها أبقراط عند المصابين بالدبيلة (ذات الجنب القيحية Empyema) وغالباً ما يترافق التعجر مع أمراض الرئتين (تدرن، توسع القصبات) وكذلك في الاضطرابات القلبية الوعائية، كما يمكن للأصابع بشكل مضرب الطبل أن تكون وراثية.

انعقاف الأظفار ***(Onychogryphosis)***: ويسمى أيضاً بالظفر المخلبي، وهو تشوه ظفري يصيب عادة إصبع القدم الأول وقد يرجع بسببه إلى لبس الأحذية الضيقة، كما تضاف إلى ذلك عيوب أخرى في القدم كالإبهام الأروح (شكل 17-8).

حثل الأظفار الناصف ***(Median Nail dystrophy)***: يتألف هذا الاضطراب الظفري من انشطار طولاني أو تشكل نفق في الخط المتوسط للظفر. يحدث الانشطار على الجليدة ويستمر بالامتداد نحو الخارج مع نمو الظفر. وقد تكون الأسباب عيوباً خلقية أو رضحية أو بسبب التهاب مطرس الظفر (شكل 17-9).

شكل 17-7 : انفكاك الأظفار.

شكل 17-8 : انعقاف الأظفار.

تغير لون الأظفار (Nail discolorations):

الوبش (الأظفار البيضاء) (Leukonychia): إن أهم أشكال الوبش هي: الوبش النقطي والوبش الكامل. إن الوبش النقطي شائع لدى اليفعان. ولم يفسر بعدُ سبب هذه النقاط البيضاء وربما كان بسبب انحباس الهواء ضمن الصفيحة الظفرية. وتقوم معالجة الوبش النقطي على تجنب العوامل الآلية المسببة والمدخلات التزويقية ذات العلاقة بالجليدة. أما الوبش الكامل فيصيب جميع الأظفار وتورث هذه التبدلات بالصبغي الجسدي السائد.

تملن الأظفار (Melanonychia): تنجم التصبغات السوداء أو البنية للصفيحة الظفرية إما عن وحمة صباغية سليمة متوضعة في رحم الظفر، أو عن ورم ميلانيني، أو من جراء استعمال المعالجة الشعاعية المؤينة (شكل 7-10).

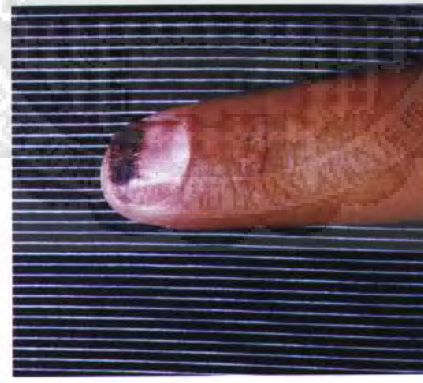
كما يحدث تصبغ أظفار اليدين مرافقاً لكل من داء أديسون، متلازمة بويتز - ييجرز، إضافة لحدوثه نتيجة تفاعل دوائي ينجم عن المركبات المضادة للملاريا والذهب هذا وقد يحدث تصبغ بني للأظفار من منشأ خارجي بسبب تشربها لبعض المواد مثل الأنثرالين، برمنجنات البوتاسيوم، نترات الفضة، مواد تحميض الأفلام، الرصاص المتضمن في بعض المراهم، ..إلخ.

أما التصبغ الأخضر المسود أو البني المسود والذي يشاهد في انفكاك الأظفار فينجم عن حبس الزائفة الزنجارية المولدة للون.

الأظفار الزرقاء (Blue Nails) : يبدي هليل أظفار الأباخس في التفضيض (Argyria) لوناً أزرق أردوازياً. كما يشاهد تغير لون الهليل للأزرق في التنكس الكبدي العدسي (داء ويلسون). وعلاوة على ذلك فقد يحدث التلون المزرق للأظفار بسبب الزراق (في القصور القلبي الوعائي) أو وجود الميتموجلوبين في الدم لدى المعالجين بالدابسون.

متلازمة الظفر الأصفر (Yellow Nails Syndrome) : تتألف هذه المتلازمة من تغير لون الظفر الذي يصبح أصفر ووذمة متوضعة على الكاحل، وانصباباً جنبياً.

شكل 17-9 : حثل الأظفار الناصف.



شكل 17-10 : تملن الأظفار.

تبدلات الأظفار في الأمراض الجلدية والعامة

Nail changes in Skin and General Diseases

ترافق كثيراً من الجلادات أو الأمراض العامة بتبدلات نموذجية في الأظفار تسبق أو تتلو أعراض المرض. هذا وسنبدأ بذكر أهم الجلادات المسببة لتشوهات الأظفار أولاً ثم بذكر تبدلات الأظفار التي تشاهد في سياق الأمراض العامة وأخيراً أمراض ما حول الظفر.

من أهم الجلادات المسببة لتشوهات ظفرية:

الإكزيمة (Eczema): كثيراً ما تحصل تبدلات في الأظفار نتيجة للإصابة بالإكزيمة حيث أنه عندما تصاب الطيات الدانية والجانبية ورحم الظفر بالإكزيمة، تحدث تشوهات الأظفار حيث يصبح سطحها غير منتظم مع خدوش وتنقرات وتفتت كما قد ينفك الظفر.

الصدفية (Psoriasis): وهي من أكثر الجلادات تشويهاً للأظفار، حيث تصاب الأظفار أثناء سير الصدفية بتنقطات صغيرة (تشبه واقي أصبع الخياطين)، انفكاك أظفار، حتل أظفار. كما وقد تتراكم مادة بيضاء مصفرة تحت حافة الظفر. كما يترافق التهاب جلد النهايات المستمر والمقيح والذي هو شكل خاص من الصدفية البثرية بتبدلات شديدة في الأظفار.

الحزاز المسطح (Licher planus) يجب أن لا نضع تشخيص الحزاز المسطح إلا بعد فحص الأظفار بسبب التبدلات التي يمكن أن تصيبها والتي تتراءى بهشاشة في الأظفار،خطوط طولية ومستعرضة، خشونة الأظفار وأخيراً فقد لظفر أو عدة أظفار.

الثعلبة البقعية (Alopecia areata): تنقرات دقيقة، أخدود طولاني، خشونة سطح الظفر، ابيضاض الأظفار، وانفكاك الأظفار.

انحلال البشرة الفقاعي الحثلي: يتطور خلال مسير هذه الآفة فقدان لبعض أو كل الأظفار إضافة لتخلف ندبات في سرير الظفر.

الفقاع الشائع والشبيه بالفقاع الفقاعي: قد تؤدي هذه الأمراض لفقدان الأظفار.

تبدلات الأظفار في الأمراض العامة:

داء ومتلازمة «رينو»: قد يحدث من جراء الاضطرابات الوعائية في هذه الآفة رقة وتفتت وتقصف في الأظفار.

تصلب الجلد المجموعي: حيث يؤدي تراجع وسادات ونهايات الأصابع في هذا الداء إلى انحناء القسم القاصي من الصفيحة الظفرية على شكل المخلب.

الأمراض الرئوية المزمنة: حيث يشاهد أثناء سيرها الأظفار الأبقراطية.

الأمراض المعدية المعوية: غالباً ما يغيب هليل الظفر في التشمعات الكبدية، وفي الذرب والتهاب القولون القرحي. كما تشاهد الأشرطة الضيقة المزدوجة البيضاء والموجودة بشكل مواز للهليل في التهاب الكبد الحاد وفي نقص البومين الدم.

الأمراض الكلوية: إن الأشرطة المزدوجة البيضاء في المتلازمة الكلائية، ومظهر الظفر المتناصف الاصطباغ هما علامتان مميزتان، وفي هذه الحالة نلاحظ ثمة منطقة دانية بيضاء كامدة لا يمكن فيها تميز الهليل ومنطقة قاصية حمراء تمتد شاملة نصف الظفر الآخر واصلة حتى الحافة الحرة.

عيوب الأظفار في الأمراض الوراثية (Nail Anomalis in inherited Diseases):

خلل التنسج الأديمي الظاهر (Ectodermal Dysplasia) : تكون الصفيحة الظفرية في الشكل عديم التعرق لهذه المتلازمة رقيقة بطيئة النمو وغالباً لا تمتد حتى نهاية الأصبع. كما قد تغيب الأظفار في كثير من حالاتها.

ثخن الأظفار الخلقي (Pachyonychia Congenita): وهو خلل تنسج وراثي في الأديم الظاهر يترافق بتسمك الأظفار بحيث تشبه المخلب إضافة إلى تقرانات خطية أو تقرانات تشبه الجزر، تصيب الراحتين والأخمصين كما تظهر تلك التقرنات على اللسان وفي زاويتي الفم.

متلازمة الظفر الرضفة (Nail Patella syndrome): تتشكل هذه المتلازمة من حثل أظفار يصيب بخاصة الإبهام مع لاتنسج في الرضفة أو نقص تنسج فيها، مع عيوب كلوية. تورث الآفة بالصبغي الجسدي السائد.

الظفرة الظفرية المنقلبة (Pterygium Inversum Unguis): آفة عائلية نادرة أكثر ماتصيب أظفار الأصابع، حيث يغيب الثلم الظفري، ويصبح النسيج تحت الظفري بارزاً وقد يغزو نهاية الأصابع .

أمراض ما حول الظفر :

قد يظهر حول الأظافر تكونات ورمية سليمة أو خبيثة تؤدي إلى تشوهها ونذكر منها الثآليل الشائعة، الورم الحبيبي المقيح، الأورام الليفية (ورم كونن في التصلب المعجر (الابيلويا)، كيسات مخاطية كاذبة، الورم الميلانيني، كما وقد تنشأ أورام كبية تحت الظفر. إنما أهم أمراض ما حول الظفر هي:

التهاب حول الظفر: وقد يكون جرثومياً (الداحس بالمكورات العنقودية) الذي يتصف بألم شديد، أو يكون خمائرياً، وكثيراً ما يصادف الالتهاب الخمائري لدى ربات البيوت ويتظاهر بانتباج التهابي حمامي يحيط بقاعدة الظفر.

أما علاجه فيحتاج للوقاية من التعطين واستعمال الأدوية المضادة للخمائر موضعياً (شكل 17-11).

شكل 17-11: التهاب ما حول الظفر الخمائري.

الفصل الثامن عشر

آفـــات الأغشـية المخاطـية

أمراض الشفتين وجوف الفم

Diseases of the Lips and Oral Cavity

للغشاء المخاطي الفموي صفات مشتركة مع الجلد بسبب منشئهما المشترك من الأديم الظاهر (Ectoderm)، ومن ناحية أخرى يختلف الغشاء المخاطي الفموي مورفولوجياً من جراء بنيته النسجية التي يغلب أن تكون عديمة التقرن في الحالات الطبيعية وذلك في المخاطية المبطنة، وتوجد على باطن الخدين والشفتين، وفي قاع الفم ،وتكون غير ملتصقة بالعظم من جراء وجود النسيج الضام تحتها . بينما تشاهد درجات متفاوتة من التقرن في المخاطية الاحتكاكية وتشاهد على اللثة والحنك القاسي وتكون فيها المخاطية شديدة الالتصاق بما تحتها من جراء غياب الطبقة تحت المخاطية، كما يختلف الغشاء المخاطي عن الجلد وظيفياً بسبب قدرة طبقته القاعدية الكبيرة على التجدد، وبسبب ترطيب سطحه المستمر باللعاب الذي يلعب دوراً مهماً في المحافظة على صحة الفم.

وسنقسم أمراض الشفتين وجوف الفم إلى:

- الجُلاَدات التي غالباً ما تظهر على الأغشية المخاطية للفم والشفتين.
- أمراض الشفتين.
- آفات الغشاء المخاطي للفم.
- آفات اللسان.

الجلادات التي غالباً ما تظهر على الأغشية المخاطية للفم والشفتين:

نعدد هذه الجلادات لأنها بحثت في الفصول السابقة لهذا الكتاب.

الجلادات الوراثية:

انحلال البشرة الوراثي بأشكاله، داء داريه، داء أوسلر.

أمراض الفيروسات:

الهربس البسيط، الهربس النطاقي، الحماق، الثآليل الشائعة، الطلوان الفموي المشعر (في العدوى بفيروس العوز المناعي البشري).

الأمراض العدوائية الجرثومية:

الزهري، التهاب اللوزتين السيلاني، داء الشعيات.

الأمراض الفطرية:

كما في داء المبيضات.

أمراض المناعة الذاتية:

الذئبة الحمامية، تصلب الجلد المجموعي، الفقاع الشائع، وشبيه الفقاع الندبي.

الآفات الأرجية:

طفوح دوائية ثابتة، حمامى عديدة الأشكال، الشرى، وذمة عرقية عصبية، والوذمة الوعائية لكوينكه (شكل 18-1).

الأورام الحميدة:

الورم الليفي، الورم العضلي الأملس، الورم الوعائي الدموي، الورم الوعائي اللمفاوي، والورم الحبيبي المقيح.

الأورام الخبيثة:

السرطانة حرشفية الخلايا، الورم الميلانيني الخبيث، والساركومة الوعائية.

شكل 18-1 : الوذمة الوعائية لكوينكه.

أمراض الشفتين (Diseases of the Lips):

الغدد الزهمية المنتبذة (داء فورداييس):

تتميز هذه الحالة بوجود غدد زهمية حرة على مخاطية الشفتين والغشاء المخاطي للفم كحالة فيزيولوجية. وهي ظاهرة عديمة الألم تبدو بحطاطات صغيرة صفراء متفرقة أو متجمعة.

الكيسة المخاطية الرضحية:

وهي كيسة انحباسية لغدد لعابية متمزقة تتظاهر إكلينيكياً بعقيدة مجسوسة تتطور خلال زمن قصير وتتوضع غالباً على الشفة السفلى.

التهاب الشفة الزاوي:

ويدعى أيضاً بالصماغ (Perleche) وهو التهاب ملتقى الشفتين قد يكون حاداً أو مزمناً. أما سبب هذا الالتهاب فهو المكورات العقدية أو المبيضات البيض وفقر الدم بعوز الحديد والتبدلات الفكية الناجمة عن الجبائر السنية سيئة التطبيق وعن الفقم وعوز الريبوفلافين. كما ويجب أن تفرق عن الزهريات الثانوية التي تتوضع على الصوارين بشكل حطاطة يقسمها ثلم ملتقى الصوارين إلى قسمين (شكل 18-2).

شكل 18-2 : الصماغ.

شق الشفة المتوسط:

يصيب غالباً الشفة السفلى ويتظاهر بشق في منتصف الشفة كثيراً ما يكون عميقاً ومؤلماً ونازفاً. وقد يكون لهذه الآفة علاقة باضطراب خلقي ولادي، بسبب عدم التحام شطري الشق عند الخط المتوسط.

التهابات الشفتين (Cheilitis):

يمكن أن نميز أشكالاً مختلفة لالتهابات الشفتين من جراء اختلاف مسبباتها وإمراضها.

التهاب الشفتين البسيط (Cheilitis Simplex):

يدل تعبير التهاب الشفتين التوسفي على حالة التهاب مزمن في الشفتين. أما الموجودات الإكلينيكية لهذا الالتهاب فتتراءى باحمرار وتآكلات وخشونة مع توسف أو شقوق تحدث على القسم الأرجواني للشفة.

أما أسباب هذا الالتهاب فمتنوعة نذكر منها العوامل الميكانيكية: عادة عض الشفتين وترطيبهما المستمر باللعاب والذي يؤدي إلى جعل الشفة جافة ومتشققة نتيجة حرمانها من الزهم (Defatting) والتبخر.

فيزيائية: التهاب الشفة الناجم عن البرد أو التعرض الشديد لأشعة الشمس.

أرجية: ونموذجها إكزيمة الشفتين الناجم عن انسمام ضوئي لمكونات حمرة الشفاة أو الأدوية المستعملة موضعياً. كما قد يكون التهاب الشفتين هنا مظهراً للإكزيمة التأتبية (شكل 18-3).

شكل 18-3 : التهاب الشفتين البسيط.

التهاب الشفتين السافع (الشمسي) (Actinic [solar] Cheilitis) :

قد يأخذ هذا الالتهاب شكلاً حاداً كما يحدث عند التعرض الصريح لأشعة الشمس حيث يتظاهر هذا الالتهاب بانتباج وذمي محمر ثم يحدث تحوصل بعد ذلك.

كما قد يأخذ هذا الالتهاب بانتباج وذمي محمر ثم يحدث تحوصل بعد ذلك. كما قد يأخذ هذا الالتهاب شكلاً مزمناً ويظهر بعد سنين من التعرض للشمس بخاصة لدى المزارعين والبحارة، حيث يتظاهر الالتهاب، في المنطقة الأرجوانية من الشفة، بضمور وأخيراً تقرانات محددة أو شاملة للجسم الأرجواني كافة، وإن الشعور بارتشاح مجسوس خفيف يوحي ببدء ظهور سرطانة الشفة الحرشفية الخلايا (شكل 18-4).

شكل 18-4 : التهاب الشفتين السافع.

الأشكال الغدية لالتهاب الشفتين (Glandular Forms of Cheilitis) :

وتنجم هذه الأشكال من التهابات الشفتين عن تبدلات التهابية في الغدد اللعابية المتوضعة في الشفتين: وهنالك شكلان لهذه الأشكال الالتهابية هما:

التهاب الشفتين الغدي البسيط: ويتظاهر بحطاطات صغيرة. حمراء بحجم الدبوس في مركزها فتحات صغيرة، يخرج منها قطرات مخاطية بالضغط وتتوضع على السطوح التماسية للشفتين بخاصة على الوجه الداخلي للشفة السفلى. كما تكون الشفاه دبقة أو رطبة تتورم في الحالات الحادة مؤدية إلى ضخامة الشفة، كما يمكن أن تجس الغدد اللعابية مثل حبات الخردق (شكل 18-5).

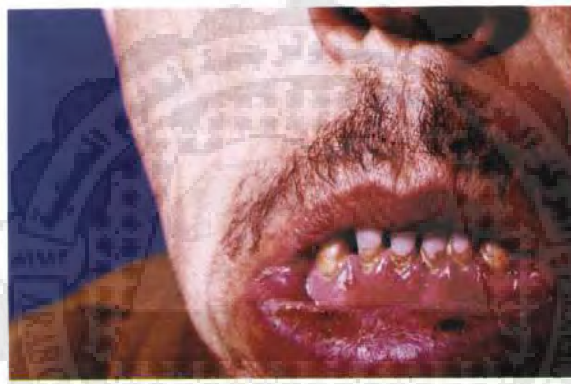
التهاب الشفتين الغدي الخراجي :ويدعى بالتهاب الشفتين لفولكمان ويتظاهر هذا الشكل المؤلم والالتهابي بتقرحات وتشكلات جلبية، كما يؤدي الضغط على الشفة إلى خروج القيح. ومما يجدر ذكره هنا أن التهاب الشفتين الغدي الخراجي هي حالة محتملة للتسرطن.

التهاب الشفة الضخامي الورمي الحبيبي:

هو انتباج مزمن في الشفة ناجم عن التهاب ورمي حبيبي مجهول السبب،

يصيب بخاصة الشفة العليا (شكل 18-6) . وهي آفة مجهولة السبب ليس لها علاقة بالتدرن أو بالساركوئيد وهي أيضاً من أحد أعراض متلازمة ملكرسون روزنتال. التي تتكون من:

- التهاب شفة ورمي حبيبي.
- خزل وجهي (لقوة).
- لسان صفني (متشقق).



شكل 18-5 : التهاب الشفتين الغدي البسيط.

شكل 18-6 : متلازمة ملكرسون روزنتال.

آفات الأغشية المخاطية للفم:

: (Disease of the Mucous Membranes of the Mouth)

تصاب الأغشية المخاطية لباطن الفم بتصبغات وحروق جلثانية وأورام وآفات فطرية والتهابية، وسوف نقوم على تغطية أهم تلك الآفات وذلك بشيء من الاختصار:

فرط تصبغ مخاطية الفم:

قد يترافق تصبغ مخاطية الفم مع داء أديسون، داء بازدو، متلازمة البرايت، متلازمة بويتز – ييجرز، وداء الأشواك الأسود كما قد تشاهد تصبغات على مخاطية الفم ناجمة عن الأدوية والمواد الكيماوية كمضادات الملاريا ومانعات الحمل والفضة والزئبق والبزموت والرصاص.

علماً بأنه قد تحدث بقع فموية بؤرية ذات لون أزرق مائل للبني وذلك بآلية الوشم بالملغم الناجم عن انغراس قطع صغيرة من الملغم داخل اللثة.

آفات الفم الجلثانية:

هي آفات سببها التيار الكهربائي الجلثاني في جوف الفم بسبب وجود أسنان اصطناعية وحشوات معدنية متباينة حيث تقوم تلك المعادن المتباينة مقام المساري (Electrodes) كما يقوم اللعاب مقام الوسط الناقل، مما يؤدي إلى شعور المريض بطعم قابض معدني وحس حرق ووخز كما تظهر على المخاطية لطخات رمادية أو بيضاء أو تآكلات أو تقرحات.

أورام باطن الفم: أهمها:

فرط التنسج الظهاري البؤري أو داء هيك (Heck) : وهو آفة سليمة تتظاهر بارتفاعات عقيدية لاطئة أو حطاطية طرية ذات لون أبيض على الغشاء المخاطي لباطن الفم. لم يعرف سبب هذا الداء لكن بعض الدراسات أيدت المنشأ الڤيروسي للآفة.

طلوان الأغشية المخاطية لباطن الفم: ويتظاهر ببقع بيضاء مفرطة التقرن تتوضع على الأغشية المخاطية. أما سبب الطلوان فقد يكون خلقياً أو وراثياً كما هو الحال في الوحمة المخاطية البيضاء (الوحمة الإسفنجية، وثخن الأظفار الخلقي) أو قد ينشأ عن تهيج موضعي كما في الزهري، الحزاز المسطح، الذئبة الحمامية، أو حالات تهيجية موضعية ومتكررة (أسنان شنزة، نافخي الزجاج) وعن التدخين ومما يجدر ذكره هنا الإقرار بأن نسبة الطلوانات التي تعد مقدمة للسرطان والتي تحولت لسرطانات في التجويف الفموي بلغت 30٪.

السرطانة حرشفية الخلايا: إن المكان الأكثر إصابة بهذه السرطانة هو الثلث الأمامي من اللسان وتنشأ غالباً على طلوان.

الورم الميلانيني الخبيث: الذي غالباً ما يحدث عند الطاعنين بالسن ويتصف بمآله الأسوأ من الأورام الميلانينية الخبيثة الجلدية، وذلك لأنه غالباً ما يشخّص إلا بعد أن يصبح أوراماً عميقة نافذة.

ساركومة كابوزي: تعد قبة الحنك وشراعه من الأمكنة المفضلة لتوضع هذه الساركومة التي كثرت مشاهدتها بتلك الأماكن في السنوات الأخيرة من جراء انتشار مرض الإيدز. ذلك أن هذه الساركومة قد تكون التظاهرة الوحيدة للعدوى بالڤيروس HIV لفترة من الوقت.

الفطارات الفموية: يصاب الفم بالأمراض العدوائية الفطرية العميقة والسطحية لكن أهم الفطارات التي تصيب الفم هي داء المبيضات (Candidiasis)الذي يعرف أيضاً بالسُلاَق والذي غالباً ما يصيب الرضّع، كما يشاهد أيضاً في كل الأعمار بخاصة لدى المصابين بأمراض مدنفة. وتتميز الإصابة عادةً بوجود أغشية كاذبة بيضاء اللون على سطح المحمر من الأغشية المخاطية.

التهاب الفم النيكوتيني (Stomatitis Nicotina) :ويعرف بالتقران الابيضاضي النيكوتني الحنكي أيضاً، وينجم عن القطران والحرارة في دخان التبغ ويتظاهر بحطاطات بيضاء مرصوفة في مركز كل منها نقطة حمراء تظهر على الحنك، أما علاجه فيقوم على الانقطاع عن التدخين.

التهابات الفم واللثة الحادة: هي التهابات حادة تصيب مخاطية الفم وهي ذات أسباب عديدة ومتنوعة أهمها: نقص العناية بصحة الفم، قلح الأسنان، التخريش السمي لدى المدمنين على تناول الكحول، والإفراط في التدخين، الزنبق، البزموت والانسمام بالرصاص، كما أنها كثيراً ما تنجم عن أرج تماسي وذلك من جراء الجبائر السنية والأدوية السنية كالمبنجات والمطهرات . كما تنجم عن استعمال كابتات المناعة أما التظاهرات الإكلينيكية لهذه الالتهابات فتتجلى بسطوح احمرارية ومنتبجة قد تتضمن على تاكلات وتقرحات شديدة وذلك في مخاطية الفم. كما قد يكون اللسان أيضاً وذمياً ويتجلى ذلك من الانطباع العميق لأثر الأسنان.

التهابات الفم التقرحية: وتدعى التهاب الفم لبلومر ـ فنسون أيضاً: وهي التهابات حادة تترافق بحرارة ودعث، ورائحة فم كريهة وألم، وتبدو مخاطية الفم واللثة فيها محمرة ومنتبجة إضافة إلى عدة من التقرحات المتفاوتة في العمق أما سببها فمتعضيات سميت بمتعضيات بلومر ـ فنسون وتشمل تلك المتعضيات خليطاً من بورلية فنسون ومن عصيات مغزلية سلبية الجرام.

الأمراض القلاعية: وتتضمن على ثلاثة أنماط هي:

القلاع الوحيد (Solitary Aphthae) :

يصيب هذا الشكل من القلاع الغشاء المخاطي الفموي ويتظاهر بأطفاح تقرحية واضحة الحدود، مؤلمة، يحيط بها حافة حمراء وبقطر 2-5 ملم، تغطى تلك التقرحات السطحية بغلالة مكونة من غشاء كاذب ليفي بلون أبيض مصفر، لا يمكن كشطه.

أما الأسباب الممكنة فهي: الأمراض العدوائية الحادة، الاضطرابات المعدية المعوية، والرضح الناجم عن العض أو الرضح السني (شكل 18-7).

القلاع المزمن الراجع (Chronic Recurrent Aphthae):

ويدعى بالقلاع الشائع أيضاً: وهو آفة ناكسة يظهر على مخاطية الفم ويستمر مدى عشرات السنين ويصيب النساء أكثر من الرجال. أما أسبابه فمجهولة. وقد

تردد كثيراً وجود عامل نفسي أو اضطرابات معدية معوية، تداخل عوامل بنيوية (من جراء نسبة الحدوث العائلية)، تأثيرات هرمونية (تفاقمه قبل الطمث) عوامل مناعية ومناعة ذاتية ذلك لأن الآفات تفسر كنتيجة لالتهاب أوعية بمعقد مناعي موضعي، حيث أمكن الكشف في الأوعية الدموية للآفة عن مكونات جلوبولينية مناعية ومتممة.

أما التظاهرات الإكلينيكية لهذا القلاع فتشبه التظاهرات الإكلينيكية للقلاع الوحيد عدا قلة عناصر طفحه الذي يظهر في كلمرة والتي تتكون غالباً من 2-4 عناصر.

المعالجة: الكي الموضعي بمحلول نترات الفضة، يوصى بمحلول التتراسيكلين 1-5٪ بالماء على أن يحفظ بالفم لمدة دقائق (غسولات فموية) مبنجات موضعية (ليدوكائين) ويمكن استعمال مضغوطات المص الستيرويدية. أما داخلياً فيوصى بالمعالجة بالدابسون.

داء بهجت (Behçhet's Disease) :

ويدعى بمتلازمة بهجت وهو مرض عام التهابي ومزمن، يشاهد بكثرة في بلاد شرقي المتوسط واليابان ويصيب الرجال 5-10 مرات أكثر من النساء. تبدأ الآفة عادةً في سن الشباب المبكر.

الإمراض: إمراض داء بهجت مجهول، لكنه نوقش ضمن الأسباب كل من المناعة الذاتية، والعدوى بالفيروسات أو تشارك الآليتين، كما نوقش بوجود تربة وراثية بزيادة نسبة حدوث المرض المترافق بنماذج خاصة من HLA.

التظاهرات الإكلينيكية: تتظاهر المتلازمة بهجمات متقطعة أو متزامنة لتقرحات تتوضع في 1 ـ الفم. 2 ـ والأعضاء التناسلية. 3 ـ إضافة لالتهاب العنبية (Uveitis) والتهاب القزحية والجسم الهدبي (Iridocyclitis) كما تتصاحب في المراحل الأخيرة بتقيح البيت الأمامي (Hypopyon).

إضافة إلى الأعراض الرئيسة الثلاثة السابقة قد يتطور في داء بهجت عدد من تظاهرات تصيب أعضاء أخرى منها.

التظاهرات الجلدية: الحمامى العقدة، التهاب الوريد الخثاري الهاجر، البثور العقيمة (بثور بهجت) (شكل 18-8).

تظاهرات الجهاز العصبي: أعراض جذع الدماغ، التهاب السحايا والدماغ، التهاب الدماغ والنخاع. هذا وإن لهذه الأعراض العصبية المرافقة لداء بهجت دلالة سيئة، ذلك أن نسبة الوفيات عند الذين تظهر لديهم عالية.

تظاهرات المفاصل: التهاب المفاصل سلبي الاختبار المصلي، آلام مفصلية مع احمرار وتورم.

تظاهرات الجهاز الوعائي: التهاب الوريد الخثاري (الأجوف العلوي) أنورزمات (الأورطي، شرايين الكليتين).

تظاهرات الجهاز البولي التناسلي: اعتلال كلوي، التهاب خصية، التهاب بربخ.

وإن العامل المشترك في كل ما سبق وبشكل واضح هو داء التهاب الأوعية الدموية.

المآل: يجب اعتبار داء بهجت خطر دائماً ويخشى بخاصة من العمى وافات الجهاز العصبي.

التشخيص: يساعد على التشخيص إجراء حقن نقطي لمحلول فيزيولوجي ملحي حيث يلاحظ مكان الحقن تشكل بثرة صغيرة أو رشاحة التهابية، كما قد يستعان بالمعايير التشخيصية التالية لإثبات التشخيص.

المعايير الرئيسة: القلاع، والتقرحات على مخاطية الفم والمخاطية التناسلية (القلاع ثنائي القطب) التهاب العنبية (Uveitis)، التهاب الأوعية الجلدية.

المعايير الثانوية: التهاب المفاصل، الأعراض المعدية المعوية، الأعراض العصبية، الآفات الوعائية (التهاب الأوردة الخثارى، الأنورزمات) زيادة نسبة الحدوث العائلي،

هذا ويلزم لإثبات التشخيص ثلاثة معايير رئيسة أو معياران رئيسان ومعياران ثانويان.

المعالجة: تقوم على إعطاء الستيرويدات القشرية وحدها أو مشركة مع كابتات المناعة وفي حالة وجود إصابة وعائية فمن الضروري إعطاء مضادات التخثر. كما ذكرت حوادث فردية تحسنت على إعطاء الليڤاميزول والكولشيسين.

شكل 18-7 : االقلاع الوحيد.

شكل 18-8 : داء بهجت.

آفات اللسان:

ألم اللسان البسيط (Glossodynia Simplex) :

يشكو بعض المرضى بخاصة النساء حوالي سن الإياس أو بعده والمصابات بحالة اكتئاب أو رهاب السرطان من ألم وحرق في اللسان. لا يشكل حس الحرق في اللسان مرضاً واضحاً بل هو تفاعل غامض لحالة موضعية، مجموعية و/أو نفسية. لذا فإن هذه الحالة تفسر على أنها تفاعل نفسي بدني أو تفاعل لاعتلال نفسي بخاصة إذا ما شوهدت خلال حالة اكتئاب أوبي (Involutional depression) كما يخلق الشعور المؤلم لدى المريض حالة من القلق الذي يتطور لديه إلى حالة رُهاب السرطان والتي يعزيها أيضاً لإعطاء أهمية كبيرة لأية تبدلات ولو طفيفة في اللسان.

أما بالفحص فلا نجد تبدلات واضحة في مخاطية اللسان بل قد نجد أحياناً تبدلات طفيفة كالتهاب احمراري خفيف في اللسان أو قد نجد بعض الأنواع المختلفة من المعادن الموجودة في الحشوات أو الجبائر السنيّة والتي تفسر لنا الأرج التماسي أو التيار الجلفاني اللذين قد يحرضان على حدوث الألم.

المعالجة: يجب إزالة الأسباب العضوية المعروفة، واستعمال المحاليل المبنجة قبل الوجبات كما يفيد إعطاء الأدوية النفسية المركنة، ومضادات الاكتئاب.

التهاب اللسان لموللر هنتر (Moeller - Hunter Glossitis) :

يحدث هذا الالتهاب بخاصة على ذروة اللسان وسطوحه الجانبية، حيث يبدو بشكل لطخات غير منتظمة ملساء ولماعة، شديدة الاحمرار واضحة الحدود تغيب أو ترق فيها الحليمات الخيطية، بينما تبدو الحليمات الكمئية منتبجة وتشبه الحويصلات.

يعد التهاب اللسان هذا علامة مبكرة ومرافقة لفقر الدم ذي الأرومة المضخمة (فقر الدم الوبيل Pernicious Anemia) أما المعالجة فتوجه إلى فقر الدم الخبيث.

اللسان الجغرافي (Geographic Tongue) :

يدعى اللسان الجغرافي باللسان المؤسف البقعي أيضاً، ويترافق في 40٪ من الحالات مع لسان متشقق، ويبدي سطح اللسان هنا مظهر خريطة واضحة الحدود مكونة من بقع حمراء ملساء، لامعة وبحجوم مختلفة كما يبدي محيط البقع غلالة أكثر بياضاً. هذا وتغير هذه البقع أو اللويحات مكانها وشكلها وحجمها من يوم لآخر. ومن هنا جاءت تسميتها باللويحات الهاجرة.

لا توجد أعراض ونادراً ما يشكو المريض من حس حرقة في اللسان بخاصة لدى تناول الأطعمة الحامضة أو الساخنة (شكل 18-9).

اللسان المشقق (Lingua Plicata):

يدعى اللسان المشقق باللسان الصفني أيضاً وهو حالة خلقية وأحياناً عائلية، حيث يكون اللسان ضخماً أكثر من المعتاد إضافةً لوجود أخاديد مثناة عميقة أو سطحية، تصطف عادةً بحيث يتشكل أخدود طولاني على طول الرفاء المتوسط للسان. يشاهد اللسان الصفني في متلازمة ميلكرسون روزنتال.

لا تسبب الحالة أية إزعاجات ولا حاجة فيها للعلاج (شكل 18-10).

شكل 18-9 : لسان جغرافي.

التهاب اللسان المعيني المتوسط (Glossitis Median Rhombica):

يعد التهاب اللسان المعيني المتوسط خللاً تطورياً يظهر حين بدء تكون الفرد، ويتظاهر هذا الخلل اللاعرضي صدفةً حيث يلاحظ على المحور الطولي في الثلث الخلفي والمتوسط لظهر اللسان بقعة معينة محدة يحيط بها غالباً أخدود هامشي الشكل، هذا ويتميز سطح تلك البقعة عن باقي سطح اللسان بلونها الأحمر أو الأبيض الطلواني كما أنه كثيراً ما تستعمرها المبيضات البيضاء.

اللسان المشعر الأسود (Black Hairy Tongue) :

هي آفة تتميز بفرط تقرنات خيطية كثيفة قد تصل طولها إلى 2 سم تغطي كامل سطح اللسان إنما يغلب وجودها في قسم اللسان المتوسط الخلفي، ويأخذ اللسان بذلك مظهراً مشعراً، كما يميل لون هذه التشكلات المتقرنة إلى الأسود. لا توجد أعراض شخصانية إلا أن المريض قد يشعر بطعمٍ مزعجٍ.

أما الأسباب المؤدية لهذه الآفة فكثيرة أهمها: الصادات المأخوذة عن الطريق العام أو عن الطريق الموضعي، ويكون السبب في هذه الحالة المبيضات البيض أو نتيجة لتنظيف الفم بغسولات تحتوي على بيربورات (Perborate) الصوديوم أو المواد الملونة، كما تلعب العناصر الملونة الموجودة في الخضار دوراً في إحداث هذه الحالة إضافةً إلى تخريش المخاطية المزمن بالتدخين، الاضطرابات الاستقلابية، الداء السكري، والأمراض العامة المترقية (شكل 18-11).

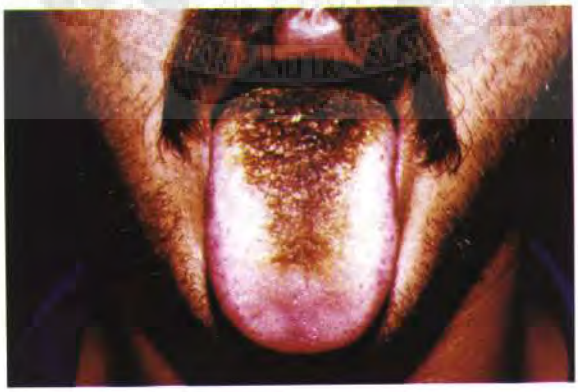
المعالجة: من المهم حك منتظم لسطح اللسان بواسطة فرشاة أسنان ليّنه كما يفيد مسح اللسان بمحلول التريتنوين (Tretinoin) 0.5٪ كما يجب تجنب العوامل الموضوعية المؤهبة مثل التدخين، واستعمال المضادات الحيوية.

طلوان اللسان المشعر (Hairy Leukoplakia of the Tongue) :

طلوان اللسان المشعر هي آفة ابيضاضية، نشاهد غالباً على أوجه اللسان

الجانبية وأحياناً على سطحه البطني، وتتظاهر بشكل لويحات مبيضة مرتفعة قليلاً أو حطاطات مسطحة سطحها متموج يشبه أسنان المشط، لا توجد أعراض شخصانية ويغلب وجودها عند المصابين بڤيروس H. I. V. وقد ذكر حديثاً وجود هذا الطلوان عند أشخاص موهني المناعة (شكل 18-12).

شكل 18-10 : لسان صفني.



شكل 18-11 : اللسان المشعر الأسود.

شكل 18-12 : طلوان على باطن الفم.

الفصل التاسع عشر

الجلـــد والأجهـــزة الأخـــرى

إن الآفات الجلدية، منها ما تقتصر الإصابة فيها على الجلد وملحقاته، ومنها ما تشمل الإصابة فيها الجلد وبعض الأجهزة الأخرى. وسنتناول في هذا البحث الآفات التي تشمل فيها الإصابة الجلد وبعض الأجهزة الأخرى والتي لم يرد ذكرها في أبحاث الكتاب الأخرى.

الآفات الاستقلابية:

نذكر منها:

الورم الأصفر (Xanthoma) :

وهي أورام تفاعلية (Reactive) مصفرة تنجم عن تسرب بروتينات المصل الشحمية، عبر جدران الأوعية إلى الجلد حيث تبتلعها البلاعم فيه مشكلة خلايا رغوية متفجية بغزارة (خلايا توتون العملاقة) هذا وسنذكر باختصار أهم الأورام الصفراء مشاهدةً بناءً على مظاهرها الإكلينيكية والمورفولوجية.

اللويحات الصفراء الجفنية (Xanthelasma Palpebrarum): وهو لويحات طرية مسطحة مصفرة، تحدث في أغلب الأحيان على الأجزاء الأنسية من الأجفان بخاصة عند النساء في أواسط العمر. ويمكن أن تكون مؤشراً على فرط بروتينات الدم الشحمية، وبخاصة فرط كوليسترول الدم العائلي. وتعالج هذه اللويحات جراحياً أو بالكي الكهربائي.

الورم الأصفر المسطح المنتشر (Xanthoma Planum Diffusum) : يتألف من مناطق من الجلد مسطحة تماماً مصفرة اللون تحدث بشكل رئيسي على الجذع. ويحدث هذا الشكل في المرضى المصابين بلمفومات خبيثة أو أورام نقوية متعددة، ويمكن أن تشير إلى زيادة بالبروتينات الشحمية ـ بيتا (LDL).

الورم الأصفر الحدبي (Xanthoma Tuberosum): يظهر طفحه عادةً بشكل متناظر على المرفقين واليدين والقدمين ووتري العرقوب على شكل لويحات مسطحة أو عقيدات صفراء والتي قد تصل لحجوم كبيرة. يترافق هذا النمط من الأورام الصفراء بمستويات متزايدة من البروتينات الشحمية ـ بيتا (LDLs) وهي واسمة لفرط كوليسترول الدم العائلي.

الورم الأصفر الطفحي (Xanthoma Eruptivum) : ويتظاهر بشكل أعداد كبيرة من الأورام الصفراء الحطاطية الطفحية والتي تتوضع بخاصة على المناطق الألوية والسطوح الباسطة للأطراف. يشير الورم الأصفر الطفحي لفرط الدقائق الكيلوسية بالدم أو فرط بروتينات الدم الشحمية قبل بيتا (VLDLs)، أي زيادة ثلاثيات جليسرين البلازما الخارجية أو داخلية المنشأ. وتكون البلازما عكرة كالحليب. وتوجد زيادة خطر حدوث التهاب البنكرياس (شكل 19-1).

شكل 19-1 : ورم أصفر طفحي.

البرفيريات (Porphyrias) :

البرفيريات أدواء خلقية أو مكتسبة، تتصف بتشكل كميات متزايدة من البرفيرينات أو طلائعها في الأنسجة والبول أو البراز من جراء عوز إنزيمي يؤدي إلى اضطرابات تصيب التركيب الحيوي للهيم. والبرفيرينات مواد محسسة للضوء حيث تؤدي الاضطرابات المتعلقة بها لأعراض سمية ضوئية في مناطق الجلد المعرضة للضوء ويمكن تصنيف البرفيريات كما يلي:

البرفيريات المكونة للحمر (Erythropoietic Porphyrias) وهي آفات وراثية نادرة ولها نوعان هما:

البرفيرية المكونة للكريات الحمر الخلقية (Congentital Erythropoietic Porphyria) : وتعرف بداء جونتر. وتتصف إكلينيكياً بطفح حويصلي وفقاعي في الأماكن المعرضة للضوء وبخاصة على حواف الأذنين كما تحدث خلال سير المرض ندبات جدرية الشكل وجدوع شديدة في آخر الأمر، مع فرط تصبغ ونقص تصبغ، وفرط شعرانية واحمرار بالأسنان بعد تعريضها للأشعة ما فوق البنفسجية طويلة الموجة، وذلك من جراء توضع البرفيرين فيها. كما تترافق هذه البرفيرية عادةً بفقر دم انحلالي وبضخامة طحال. أما البول فيأخذ لوناً أحمر، كما يبدي تألقاً أحمراً شديداً، كما يزداد انطراح اليوروبرفيرين Tفي البول، والكبروبرفيرين «أ» بشكل أقل وضوحاً كما تُظهر كريات الدم الحمراء تألقاً أحمر ثابتاً (شكل 19-2).

البروتوبرفيرية المكونة للكريات الحمر (Erythropoietic Protoporphyria) : يتصف هذا الداء بوجود تراكيز عالية من البروتوبرفيرين في الكريات الحمر ويبدأ عادةً في الطفولة. ويتظاهر بحكة وحمامى ووذمة وحويصلات مع تشكل جلبات وندبات على مناطق الجلد المعرضة للضوء.

أما احمرار الأسنان والتألق في الجلد فيكونان غائبين، أما فحوصات البول للبرفيرينات فسلبية عادةً، لكن يشاهد بالمجهر الومضاني تألقاً أحمراً برتقالياً في الكريات الحمر. تعالج بالواقيات من الضوء خارجياً وإعطاء البيتاكاروتين (100-300 مجم يومياً) داخلاً.

البرفيريات الكبدية (Hepatic Porphyrias): وهي أكثر مصادفة أما العيب في هذه البرفيريات فيكمن في الكبد بشكل رئيسي، إضافةً إلى أن الأعراض الجلدية التي تدل على زيادة الحساسية لضوء الشمس ليست دائماً موجودة في كل الحالات. وكثيراً ما يثار هذا النمط من البرفيريات، التي يحتمل فيها الأساس الوراثي، بعوامل خارجية (عوامل سمية، أدوية) وسنذكر من البرفيريات الكبدية.

البرفيرية الجلدية الآجلة (Porphyria Cutanea Tarda) : وهي اضطراب مزمن متعدد الأسباب يعزى لعوز نازعة كربوكسيل مولد البرفيرين III في خلايا الكبد وهو عوز قد يكون محدداً وراثياً لكنه يثار بعوامل ذات سمية كبدية كما في الكحولية، أمراض عدوائية، انسمامات والتهاب الكبد C.

عادةً ما تحدث التظاهرات الأولى لهذه البرفيرية بعد عمر 30 سنة، وهي تصيب الرجال أكثر من النساء بنسبة (2 : 1) أما أعراضها الجلدية فتتظاهر على الأماكن المكشوفة معتمدةً على الفصول (الربيع، الصيف) حيث تتشكل حويصلات وفقاعات يختلف حجمها ما بين 2مم و3سم، كما يؤدي ضغط الفقاعات لاتساعها (ظاهرة نيكولسكي II) إضافةً لذلك فإنه يلاحظ تندب يتضمن على دخينات. كما يلاحظ فرط اصطباغ بقعي أو نقصه مع اشتداد الغضون وفرط أشعار وزراق في الوجه.

تتميز هذه البرفيرية بلون البول البني وبإطراح زائد لليوروبرفيرينات III. وفرط حديد الدم أما المعالجة فتقوم على تجنب العوامل السمية (كحول، أدوية، مانعات حمل فموية) كما يوصى بالفصادة فيها، وإعطاء الكلوروكين بجرعات منخفضة (125 مجم أسبوعياً) لمدة 8-18 شهراً.

البرفيرية الحادة المتقطعة (Acute intermittent Porphyria) :وهي برفيرية تحدث بشكل حاد بخاصة عند النساء (4 : 1 تقريباً). وهي مرض وراثي جسدي سائد تؤدي عوامل مثيرة داخلية أو خارجية لإظهاره (كحول، أدوية أو بالدورة الطمثية لدى النساء).

هذا ونادراً ما تحدث هذه البرفيرية آفات جلدية فقط والتي تتظاهر عادةً بفرط اصطباغ خفيف على الأماكن المعرضة للشمس إضافةً إلى أعراض بطنية (هجمات ألم مغصي) في البطن وتظاهرات عصبية (اعتلال أعصاب محيطية).

البرفيرية المبرقشة (المتغيرة) (Variegate Porphyria) : تشترك هذه البرفيرية بعلامات إكلينيكية مع البرفيرية المتقطعة الحادة والبرفيرية الجلدية الآجلة، كما يمكن أن تثار بعوامل خارجية (أدوية، كحول) كما في البرفيرية المتقطعة الحادة.

الداء النشواني (Amyloidosis) :

وهو مجموعة من الأمراض غير الشائعة يحدث فيها ترسبات للمادة النشوانية (مواد بروتينية متجانسة) في الأنسجة تعيق وظيفتها الطبيعية. وحتى اليوم لا يوجد تصنيف عام وحيد مقبول لهذه الأدواء وتصنف إلى:

الداء النشواني المجموعي الأساسي: وينجم عن ترسبات مجموعية أساسية من المادة النشوانية بخاصة في اللحمة المتوسطة مع إصابة في الأعضاء الداخلية (كبد، الطريق المعدي، عضلة قلبية، كلية، جدران الأوعية الدموية، وفي الأعصاب المحيطية). أما الأعراض الجلدية فتشاهد في 30٪ من الحالات، وتتظاهر الأطفاح الجلدية النموذجية بحطاطات شمعية، شافة، بحجم رأس الدبوس، تتوضع بخاصة على الأجفان. أما النزوف الحبرية (Petechial) فتعد شائعة، كما يعد تشكل الفقاعات الرضيّة علامة تشخيصية مبكرة ومهمة إضافة لذلك فإنه قد يرتشح اللسان (ضخامة اللسان النشوانية).

الداء النشواني المجموعي الثانوي: ويتلو عادة أمراضاً تقيحية مزمنة (التهاب عظم ونقي مزمن، توسع القصبات) أو أمراض مشكلة لنواسير مزمنة (تدرن، زهري، جذام)، أو خلال سير الأمراض الالتهابية المزمنة ذات الطبيعة غير المعدية (التهاب مفاصل روماتويدي، التهاب قولون تقرحي..) أو في أمراض الكولاجين أو خلال سير الأورام الخبيثة.

يترافق هذا الداء عادةً بالمتلازمة الكلائية، مع ضخامة كبدية طحالية، كما ويعد مهماً في تشخيص هذا المرض إثبات وجود المادة النشوانية في خزعة المستقيم.

الأدواء النشوانية الجلدية الموضعة: يمكن أن تكشف المادة النشوانية في الجلد في هذه الأدواء دون وجود أي إصابة واضحة في الأعضاء الأخرى وله أشكال متعددة أهمها الشكل الحزازي العقيدي الضموري والبقعي.

الداء الموسيني (Mucinosis) :

تتصف الأدواء الموسينية أو الأدواء الجلدية المخاطية بترسب زائد لمادة الموسين في الجلد حيث توجد ملونات خاصة لكشف المواد المخاطية اعتماداً على بنيتها الكيميائية. هذا وهنالك نوعان من الأدواء الموسينية وهي: الأدواء الموسينية الأدمية والأدواء الموسينية الظهارية.

الأدواء الموسينية الأدمية: وتتصف بترسب زائد للمواد الأساسية بين الليفية اللحمية المتوسطية في النسيج الضام الأدمي ونذكر منها:

الوذمة المخاطية المنتشرة في قصور الدرقية والتي ترافق بجفاف في الجلد مع توذم لا يتوهد (Non-pitting) بالضغط مع اضطراب الأشعار.

الوذمة المخاطية المحددة في قصور الدرقية: وتتجلى بشكل تورمات ذات نمط فيلي محددة على الأطراف أو الأعضاء التناسلية.

الوذمة المخاطية المحددة بالانسمام الدرقي: وتنجم من ترسبات أدمية متناظرة أمام الظنبوب عند المرضى المصابين بفرط الدرقية.

متلازمة EMO: يمكن للمرضى المصابين بفرط الدرقية أن يبدو منهم بشكل متسلسل جحوظاً (Exophthalmus) ووذمة مخاطية أمام الظنبوب (Pretibial myxedema) واعتلالاً مفصلياً عظمياً ضخامياً(Hypertrophic Osteoarthropathy).

الداء الموسيني الحطاطي: ويبدو بطفح حطاطي (2-5مم) ذو مظهر حزازي أما الأماكن المفضلة لهذا الطفح فهي: الذراعان والجذع والفخذ.

الوذمة المخاطية التصلبية: وهي مرض مزمن يحدث فيه تغيرات جلدية فيلية، تصلب جلدي منتشر ومترق، وحطاطات حزازية.

الداء الموسيني الشبكي الحمامي: ويتظاهر بشكل شبكة من الحمامى على الصدر أو منتصف الظهر أو كليهما معاً.

الأدواء الموسينية الظهارية: وهي أدواء تتألف من ترسب مواد موسينية في جريبات الأشعار أو الغدد الزهمية أو البشرة ونذكر من تلك الأدواء:

الداء الموسيني الجريبي: والذي يدعى أيضاً بالحاصة الموسينية حيث يترسب المخاط ضمن الخلايا المتنكسة في الغدد الزهمية وغمد الشعر الخارجي.

ويتظاهر هذا الداء بلطخة أو أكثر، ذات حدود واضحة، مرتفعة ومتوذمة، وتتميز بتقران جرابي مؤنف، كما تميل تلك اللطخات لأن تفقد الأشعار ضمنها وتتوضع بخاصة على الوجه والفروة (شكل 19-3).

شكل 19-2 :داء جونتر.

شكل 19-3 : داء موسيني جريبي.

الأمراض المجموعية
أدواء كثرة المنسجات الجلدية الحميدة والخبيثة
Bengin and Malignant Cutaneous Histiocytoses

هنالك أورام جلدية حميدة وخبيثة تنشأ على حساب الخلية المنسجة، تلك الخلية المنتمية إلى جملة البلاعم الوحيدة النوى.

هذا وهنالك أورام جلدية حميدة وخبيثة كثيرة جداً تنتسب إلى كثرة المنسجات الجلدية لكننا سنقتصر على ذكر كلٍ من الورم الحبيبي الأصفر الشبابي الذي ينمي إلى كثرة المنسجات الحميدة وكثرة المنسجات مجهولة السبب، أو داء خلية لانجرهانس، الذي ينتمي إلى كثرة المنسجات الخبيثة.

الورم الحبيبي الأصفر اليفعي (Juvenile Xanthogranuloma) :

هو داء حميد يحدث في الطفولة الباكرة (مع الولادة أو يظهر خلال الأسابيع الأولى من الحياة) حيث تنشأ عقيدة أو أكثر ذات لون مصفر في الجلد بخاصة جلد الرأس، كما يمكن أن تظهر تلك العقيدات على الأغشية المخاطية للفم والعينين، هذا وقد ينحصر هذا الداء أحياناً بورم وحيد يصل حتى 2 سم قطراً، كما قد يأخذ شكلاً منتشراً. أما معالجة هذا الداء فلا ضرورة لها ذلك لأن حطاطاته أو عقيداته تتراجع بشكل عفوي خلال مدة تتراوح ما بين ستة أشهر إلى ثلاث سنوات.

كثرة المنسجات X (Histiocytosis X) :

تتضمن كثرة المنسجات Xثلاثة أدواء متماثلة أساسياً وهي: داء أبت ـ ليترر– سيوي (Abt Letterer Siwe)، وداء هاند ـ شوللر– كريستيان (Hand -Schüller - Christian) والورم الحبيبي اليوزيني (Eosinophilic Granuloma).

داء أبت - ليترر - سيوي: يحدث عند الأطفال عادةً ما بين السنتين الأولى والثانية من العمر. أما سببه فمجهول وقد تم افتراض عدوى فيروسية. كما يؤدي هذا الداء إلى الوفاة إذا لم يعالج.

إن العلامات النموذجية لهذا الداء هي: الحمى والضخامة الكبدية والطحالية واعتلال الغدد اللمفية المعمم، إضافةً للطفوح الجلدية التي تظهر بشكل حطاطات صغيرة مسطحة وصفراء وبنية اللون مع آفات جلبية أو حطاطية حويصلية وسفية وتبدلات تآكلية ندبية تشبه الإكزيمة الزهمية أو (لصقة الخردل) كما أن النزوف الحَبَرية غير نادرة أيضاً (شكل 19-4).

داء هاند - شوللر - كريستيان: أعراضه الجلدية التي تشاهد بنسبة 30٪ من الحالات تشبه الأعراض الجلدية السابقة. ويشاهد هذا المرض في الأطفال الأكبر سناً (الطفولة الباكرة) ويترافق بآفات عظمية (تتناول القحف بشكل خاص) وبالبوالة التفهة وبجحوظ العينين.

الورم الحبيبي اليوزيني: تكثر مشاهدته لدى الأطفال الأكبر سناً من الداء السابق وحتى يمكن مشاهدته في الكهول ويتوضع في العظم وبشكل أندر في الجلد أما مآله فجيد عادة، بسبب الهجوع العفوي الذي قد يشاهد خلال عدة سنوات، إلا أنه شوهدت عدة حالات انتهى سيرها بالوفاة.

شكل 19-4 : داء أبت – ليترر– سيوي.

الداء السكري (Diabetes Mellitus):

يتصف الداء السكري بمضاعفاته الجهازية المختلفة، وبخاصة مضاعفاته الوعائية التي غالباً ما تؤدي إلى أعراضه الجلدية، كما قد تعرض الإصابة بالداء السكري إلى عدوى جلدية وخمائرية، هذا وسنذكر أهم التظاهرات الجلدية المرافقة عادةً للداء السكري.

البلى الحيوي الشحماني (Necrobiosis Lipoidica) : يتظاهر البلى الحيوي الشحماني الذي كثيراً ما يرافق الداء السكري بلويحات، التهابية صفراء تتطور فيها مراكز ضمورية مصطبغة، تتوضع على الساقين (شكل 19-5).

شكل 19-5 : البلى الحيوي الشحماني.

اعتلال الجلد السكري (Diabetic dermopathy): يشاهد اعتلال الجلد السكري عند الرجال أكثر من النساء ويبدو بشكل حطاطات بيضوية حمراء غامقة، يبلغ قطر الحطاطة ما بين 0.5 - 1 سم وتتوضع على الساقين، كما تتطور تلك

الحطاطات تدريجياً مؤدية إلى توسف سطحها وإلى ترك ندبة بنية في نهاية تطورها. ويعد أعراض هذا الاعتلال نوعية في الإصابة بالسكري.

غنغرينة القدمين الرطبة (Wet gangrene of the foot) : تظاهرات متأخرة للداء السكري، علماً بأن الغنغرينة الجافة غالباً ما تنجم عن التصلبات الوعائية غير السكرية.

القرحة الثاقبة (Perforating Ulcer): وهي قرحة مستديرة ومخترمة وغير مؤلمة، وغالباً ما تتوضع على أخمص القدم وعلى أماكن الضغط الأخرى، وهي تنجم عن اعتلال عصبي قد يكون للداء السكري دور في إحداثه (شكل 19-6).

اضطرابات جلدية مختلفة: ترافق الإصابة بالداء السكري اضطرابات وتظاهرات جلدية مختلفة وكثيرة أهمها: الفقاعات السكرية، الحكة، الورم الأصفر الطفحي، داء ترسب الأصبغة الدموية (Hemochromatosis)، الداء السكري الشبهي، كما يؤهب الداء السكري للإصابة الجرثومية والخمائرية، هذا وقد ينجم عن المعالجة السكرية تفاعلات أرجية (للإنسولين) أو يحدث حثل شحمي.

شكل 19-6 : القرحة الثاقبة.

التظاهرات الجلدية لآفات الأجهزة الداخلية

آفات الغدد الصم ومنها:

آفات النخامى: يؤدي فرط نشاط النخامى إلى زيادة في تسمك الجلد والنسيج الخلوي (فرط زيادة هرمون النمو) كما يؤدي إلى زيادة التصبغات الميلانينية ونقص أشعار الجسم، أما قصور النخامى فيؤدي إلى نقص التصبغ مع ازدياد التحسس لأشعة الشمس.

آفات الدرقية: يبدو الجلد في فرط الدرقية حاراً أو رطباً من جراء زيادة التعرق، وقد تحدث حمامى على الراحتين، إضافة لظهور الوذمة المخاطية أمام الظنبوب ، أما قصور الدرقية فيؤدي إلى جفاف وتوسف وخفة أشعار الرأس مع فقدان القسم الوحشي من أشعار الحاجبين، كما قد يترافق التهاب الدرقية الهاشيموتي بالبهاق.

آفات الدريقة: يمكن أن تترافق أدواؤها الثانوية بالكلاس الجلدي ويعدوى المبيضات البيض.

آفات الكظر: يتصف المصاب بفرط الكورتيزونية بمتلازمة كوشينج، فرط أرجوانية مع فرز جلدية، شعرانية، ثعلبة ذكرية أندروجينية، طفح عدي الشكل، توسع الشعيريات والعدوى الفطرية بينما يؤدي نقص الكورتيزونية إلى فرط تصبغ جلدي (داء أديسون)، تساقط أشعار ما تحت الإبطين ومنطقة العانة.

آفات البنكرياس: إن التغيرات الجلدية المرافقة لآفات البنكرياس غير شائعة نذكر من تلك التغيرات الحمامى النخرية الهاجرة التي تحدث في الورم الجلوكاجوني (Glucagonoma) وهو ورم خلايا ألفا البنكرياسية. كما يحدث نزف جلدي بعد يوم إلى يومين من الاصابة بالتهاب البنكرياس.

الآفات الكبدية: غالباً ما تترافق الآفات المرارية الكبدية بتظاهرات جلدية غير

نوعية ذلك لأنها قد تظهر في أمراض أخرى، كما توجد هنالك علاقة واضحة ما بين درجة تلك التظاهرات وشدة الأذية الكبدية.

أما أهم تلك التظاهرات:

* الحكات وهي أكثر الأعراض الجلدية المرافقة لآفات كبدية، وغالباً ما تنجم عن انحباس الأملاح الصفراوية كما قد تترافق الحكة مع شرى في التهاب الكبد العدوائي بالفيروس Bو C.

* تبدلات صباغية، كاليرقان، وفرط التصبغ في التشمعات.

* بلاجرا، وتحدث عند المرضى المصابين بتشمع كبدي كحولي (شكل 19-7).

* تبدلات وعائية، كالعنكبوت الوعائية والحمامى الراحية في الأدواء الكبدية المزمنة، وطفح فرفري بخاصة على الساقين وينجم عن عوز عوامل التخثر أو عوز فيتامين K.

* تبدلات في الأظافر: تعجر الأظافر، حدوث الشرائط البيضاء في الأظافر (نقص ألبومين الدم) والهليل الأزرق (داء ويلسون).

شكل 19-7 : بلاجرا.

الآفات المعدية المعوية: تتعلق الأعراض الجلدية لهذه الآفات بنقص التغذية، سوء الامتصاص وأعطاب خلقية.

نذكر من تلك الآفات متلازمة (بويتز - ييجرز) المترافقة بشامات وسليلات معوية. وآفات ومتلازمات جلدية مترافقة بنزوف هضمية (الوحمة المطاطية الزرقاء، داء كرون، التهاب القولون التقرحي، داء أوسلر، داء الصفار الموهم، فرفرية هينوخ شونلاين). والتهاب جلد النهايات المعوي (عوز الزنك). والكواشيركور والسغل (شكل 19-8).

شكل 19-8 : التهاب جلد النهايات المعوي.

الآفات الكلوية: يترافق القصور الكلوي المزمن بالحكة الشديدة (تستجيب عادة للأشعة فوق البنفسجية وللديال)، كما يبدي مرضى زرع الكلية أعراض نقص المناعة، بسبب المعالجة المثبطة للمناعة. ومن المسلم به ما تؤدي إليه القوباء العقدية من التهاب كبيبات الكلى .

ونذكر في هذا المجال أعراضاً جلدية كوية مختلفة أهمها: التهاب الشرايين العقد، الذئبة الحمامية المجموعية، الورم الليفي العصبي، التقران الوعائي الجسمي المنتشر (فابري) ويتظاهر بتقرانات وعائية جلدية، ومذل. وتوضع الشحميات السكرية في الكليتين.

الآفات الدموية: منها الآفات الدموية الحميدة كفقر الدم ناقص الصباغ (الذي يترافق بشحوب، تقعر أظافر، التهاب اللسان)، كما يؤدي فقر الدم المنجلي إلى قرحات الساق. إضافة لترافق كثرة الصفيحات وكثرة الحمر مع نزوف جلدية واحمرار الأطراف المؤلم.

ومنها آفات دموية خبيثة كاللمفومات الجلدية الهدجكينية واللاهدجكينية وابيضاضات الدم والتي تؤدي لإحداث تظاهرات جلدية إما مباشرةً وذلك من خلال غزو الجلد بالخلايا الورمية التي تؤدي لتشكيل رشاحات أو عقيدات أو أورام أو تقرحات والتي تعد أساسية للمفومة خلايا T، أو أنها تؤدي لتظاهرات جلدية غير مباشرة تتجلى بتفاعلات جلدية غير نوعية وتتجلى بفرفريات، تصبغات، حكة، سماك كسبي، واحمرارات جلدية.

الجلد والخباثات الداخلية:

قد تكون الإصابة الجلدية هي الظاهرة الأولى لخباثة داخلية مهمة من ذلك ما يبدو من النقائل الجلدية لسرطانات داخلية غير معروفة (كأورام البروستاتة، أورام الرئة) أو تكون الآفة مواكبة لوجود خباثة داخلية كالشواك الأسود الجلدي، الذي يترافق بأشكال مختلفة من السرطانات الغدية في الأحشاء (على الأغلب في المعدة) وتقران النهايات المواكب للأورام (بازكس) والذي غالباً ما يترافق بسرطانة السبل التنفسية العليا، ومتلازمة الحمامى الملتفة الزاحفة (متلازمة Gammel) والتي غالباً ما تترافق مع سرطانة غدية (ثدي، رئتان، أمعاء) ومتلازمة ورم جلوكاجوني (Glucagonoma) التي تترافق بسرطانة البنكرياس.

كما أن هنالك متلازمات محددة وراثياً تترافق مع مكونات جلدية إضافةً لتأهب وراثي لظهور أورام داخلية نذكر منها متلازمة جاردنر التي تتصف بكيسات بشروية، أورام ليفية، أورام شحمية، سليلات غدية تتحول بشكل باكر إلى سرطانات قولونية.

ومتلازمة كاودن (Cowden's) وتتألف من أورام عابية متعددة تاخذ شكل حطاطات مليساء أو ثؤلولية مفرطة التقرن تكون على أشدها في أواسط الوجه ونهايات الأطراف إضافة لآفات حطاطية في الأغشية المخاطية الفموية، أورام شحمية، داء كيسي ليفي في الثدي، أورام غدية عرقية. تترافق هذه المتلازمة مع أورام خبيثة في الثدي والقولون والدرق.

متلازمة كوكين (Cokayne) وتتظاهر بالتهاب جلد ضوئي، صغر الرأس، غؤور العينين، حثل شحمي في الوجه وتاخر نمو وعلامات أخرى.

متلازمة هاول ـ إيڤانز (Howel - Evans) وتتصف بثفان وتقران راحي أخمصي، يترافق بسرطان مري.

متلازمة جورلين ـ جولتز (Gorlin - Goltz) وهي سرطانات قاعدية متعددة، شذوذات عظمية (كيسات في الفك السفلي، أضلاع مشقوقة، داء جنف حدابي)، وهدات من خلال التقرن في الراحتين والأخمصي.

الفصل العشرون

أورام الجلد

ينشأ العديد من الأورام والوحمات الجلدية من خلايا الجلد البشروية أو الأدمية، كذلك يمكن أن تتشكل الوحمات من خلايا الجلد وعناصره المختلفة أيضاً. وسنبدأ أولاً بذكر الأورام والوحمات الجلدية الحميدة ثم نأتي على ذكر الآفات الجلدية قبل السرطانية والآفات الجلدية ذات العلاقة بالأورام وبعدها نتكلم عن الأورام الجلدية الخبيثة.

الأورام والوحمات الجلدية الحميدة

الأورام والوحمات والكيسات البشروية الحميدة:

ينشأ العديد من الأورام والكيسات البشروية الحميدة بدءاً من البشرة ما بين الجريبات أو البشرة داخل الجريبات أو من الأقنية المتعلقة بالغدد العرقية، في حين تنشأ الوحمات البشروية إما عن أورام حليمية، وشواك، أو من تشوه وحماني ظهاري وسنذكر أمثلة عن الشائع من هذه الأورام والوحمات والكيسات الحميدة.

الأورام وسنذكر منها:

التقران المثي (Seborrheic Keratosis) :

ويقال له الثؤلول المثي أيضاً وهو آفة شائعة الحدوث في سن الشيخوخة عند الجنسين، وأكثر ما تشاهد على الجذع غير أنها يمكن أن تظهر على الوجه والرقبة،

وقد تكون هذه التقرانات المثية قليلة أو كثيرة العدد. وتتظاهر بحطاطات مسطحة بارزة قليلاً عن مستوى سطح الجلد وبلون أحمر لحمي أو أصفر فاتح كما أنها قد تأخذ لوناً بنياً وهي دهنية القوام حليمية المظهر تعالج بالتجريف أو بتطبيق غاز الآزوت السائل (لمدة 15-20 ثانية) (شكل 20-1).

الورم الظهاري الشعري (Trichoepithelioma) :

هو مرض عابي (Harmartoma) له علاقة وثيقة مع بقية الأورام العابية الأخرى (ورم أسطواني الخلايا) التي قد تتواجد عند المريض نفسه. ويتجلى بحطاطات وعقيدات صغيرة قاسية ومبعثرة، بشكل متناظر ومعتدل، وبلون لحمي أو أصفر ضارب للبياض، تتوضع على الوجه، بخاصة في زوايا العينين والطية الشفوية الأنفية. يبدأ هذا المرض الذي يكون أسرياً في العادة في سن الطفولة، مع نماء الحطاطات أثناء البلوغ.

تعالج الأورام المزعجة بالاستئصال أو المعالجة بالليزر.

الوحمات البشروية أو الظهارية:

وسنذكر منها كلاً من الوحمة الثؤلولية الشكل، الوحمة الزهمية والورم الغدي العرقي.

الوحمة الثؤلولية: وتتظاهر إكلينيكياً بتشكلات ثؤلولية قاسية مرتفعة عن سطح الجلد بلون بني متسخ، كما أنها قد تنتظم بشكل خطي وحيد الجانب مما دعا لتسميتها بالوحمة الثؤلولية وحيدة الجانب (شكل 20-2).

الوحمة الزهمية: وهي تشوه وحماني ظهاري تصيب فروة الرأس بشكل انتقائي ومفضل، تشاهد عادةً منذ الولادة بشكل بقعة مسطحة، مرتفعة قليلاً طرية وذات سطح لماع حليمي ملون أصفر، عديمة الأشعار وتترافق باثولوجياً بفصيصات الغدد الزهمية وتزايد الغدد المفترزة. ولقد ذكر إمكان حدوث تحولات خبيثة فيها مستقبلاً، لذلك ينصح باستئصالها باكراً (شكل 20-3).

الورم الغدي العرقي (Hidradenoma) : إن الورم الغدي العرقي هو ورم وحماني شائع يحدث عادةً عند النساء. وتوجد الأورام الغدية العرقية على شكلين إكلينيكيين وهما شكل متوضع حول الحجاج، حيث تتوضع بخاصة على الجفنين السفليين وتبدو بعقيدات تتراوح ما بين 1-2 ملم بلون الجلد، وشكل منتشر تظهر بأعداد ضخمة يشبه طفحه، الشكل المتوضع، ويتوضع على الأجفان ومقدمة العنق والصدر.

شكل 20-1 : تقران مثي.

شكل 20-2 : وحمة ثؤلولية.

شكل 20-3 : وحمة زهمية.

الكيسات (Cysts):

تتطور الكيسات ابتداءً من ظهارة تقرنية أو غدية، وتبدو بشكل أورام بيضوية محددة متحركة على العمق، تحتوي على جوف مبطن بجدار كيسي ظهاري وقد تكون ممتلئة بمادة سائلة أو هلامية أو جامدة، كما قد تكون الكيسات معزولة عن سطح الجلد أو مرتبطة بالبشرة بواسطة قناة ضيقة.

أما حجم الكيسة فيتراوح ما بين رأس الدبوس (الدخنيات) وحجم قبضة اليد (كيسات غمد الشعرة الخارجي)،وتنجم الكيسات إما عن انسداد الأقنية الجريبية (الكيسات البشروية) أو البنيات الغدية (الأورام الكيسية العرقية)، أو انزياح رضحي ظهاري (الكيسات الرضحية الظهارية) (شكل 20-4).

الأورام والوحمات الأدمية الحميدة

وهي كثيرة أيضاً أهمها:

الأورام والتنشؤات الليفية :

وتسمى الطغوات الجلدية (Skin tags) أو الزوائد الجلدية ، وهي تبدو إما على

شكل أورام صغيرة خيطية رخوة بلون الجلد وقد تكون مطوية عليه، يتراوح قدها مابين 3-5 ملم، تكثر في ناحية العنق وتحت الإبط بخاصة عند البدينين، أو أنها تبدو على شكل ورم أكبر حجماً قد يصل إلى حجم قبضة اليد ويشاهد على الجذع وعلى الأطراف يعالج كلا الشكلين بقطع الذنب وكي موضعه (شكل 20-5).

شكل 20-4 : كيسة غمد الشعرة.

شكل 20-5 : زوائد جلدية.

الورم الليفي الجلدي (Dermatofibroma):

ويدعى بالورم الليفي القاسي أيضاً وهو ورم تفاعلي يحدث بعد رضوح مجهرية أو بعد تليف عقيدي تحت البشرة علماً بأن هذا الورم غالباً ما يكون منفرداً ونادراً ما يزيد قده على 3 سم وهو ورم قاسي القوام مرتفع عن سطح الجلد وبلون ضارب للرمادي. أما معالجته فتقوم على الاستئصال الجراحي.

الأورام والوحمات الوعائية: وسنقتصر على ذكر الورم الحبيبي المقيّح من تلك الأورام، ثم نأتي على ذكر الوحمات الوعائية وبعض الوحمات الأدمية الأخرى.

الورم الحبيبي المقيَّح (Granuloma pyogenicum) :

وهو ورم وعائي شائع ومكتسب، حيث أنه يتشكل عادةً عقب وخز لذلك يشاهد كثيراً على الأصابع والقدم والوجه والشفتين والأغشية المخاطية، ويبدو بورم كروي الشكل، مسوق وقد يكون لاطئاً، سطحه أملس وبلون أحمر مزرق، سريع النزف والتشكل، ويغلب أن يكون وحيداً يبلغ قطره ما بين 0.5 - 2 سم.

ولقد شوهدت حالات من السواتل الوعائية الصغيرة ظهرت عقب استئصال الورم الحبيبي المقيح. يعالج بالتخثر الكهربائي (شكل 20-6).

شكل 20-6 : ورم حبيبي مقيح.

الوحمات الوعائية (Vascular Nevi) :

الوحمات الوعائية شائعة. تظهر وحدها أو مترافقة مع تشوهات أخرى وتضم كلاً من الوحمة الشعلية والأورام الوعائية.

الوحمة الخمرية اللون (الشعلية) (Nevus Flammeus) : ومن مترادفاتها الورم الوعائي الدموي المسطح والوحمة متوسعة الشعريات. تتظاهر هذه الوحمة بلويحات واضحة الحدود بلون أحمر خمري أو بنفسجي بعد الولادة بأيام، يتراوح قياسها ما بين عدة مليمترات إلى مساحات كبيرة تغطي أجزاء كبيرة من الجسم وهي تزول بالضغط ،ومن أشكالها كل من:

الوحمة الشعرية المتناظرة، وتتوضع في خطوط الانغلاق المضغية مثل منتصف الجبهة، فوهتي الأنف، العجز. وتظهر في بعض الأحيان بشكل أسري وتتراجع عفوياً بنسبة 70 - 80٪ خلال الأشهر أو السنوات الأولى من العمر.

الوحمة الشعرية القفوية وتدعى بوحمة أونا ـ بولتيزر أيضاً: من الشائع حدوث هذه الوحمة التي تبدو كبقعة حمراء خمرية على النقرة، وتتصف هذه الوحمة بأنها لا تبدي ميلاً للتراجع، كما وقد تظهر الوحمة الخمرية على أي مكان آخر من الجسم.

هذا وإن توضع الوحمة الخمرية على الوجه، وفي منطقة تعصيب العصب مثلث التوائم يشكل أحد مكونات متلازمة ستورج – ڤيبر (Sturge - Weber)، كما قد تكون هذه الوحمة عرضاً في بعض المتلازمات الوعائية الأخرى (شكل 20-7).

المعالجة: إن المعالجة القَرّية (Cryotherapy) السطحية الحذرة باستخدام ثلج ثاني أكسيد الكربون أو الآزوت السائل ذات فائدة محدودة. كما أن المعالجة بالليزر، بخاصة ـ ليزر الصباغ (Dye) ـ مناسبة، حيث أنها تعطي نتائج جيدة.

الأورام الوعائية الدموية: ويمكن أن تحدث هذه الأورام الحميدة في الجلد والأغشية المخاطية وفي أعضاء أخرى ونذكر منها:

الورم الوعائي التوتي: ويظهر عادة منذ الولادة باندفاع كروي الشكل بلون أحمر

ذي قوام طري ينضغط بسهولة، ويزداد حتى ياخذ شكلاً بارزاً كالتوتة لكنه بعد انقضاء أشهر أو سنوات قليلة فإن هذا الورم يبدأ بالتراجع إما عفوياً أو بالرضح. كما يمكن معالجة هذا الورم بزرقه بمركبات التراي أمسينولون (شكل 20-8).

الورم الوعائي الكهفي: وهو يتألف من كتل وعائية كبيرة تصيب أنسجة الجلد وما بجوارها، ويظهر مباشرة بعد الولادة أو خلال الأيام الأولى منها كما يكون نموه سريعاً خلال الأشهر الأولى من الحياة. يكون هذا الورم مدوراً أو مسطحاً عادة، بلون أحمر زاه أو أرجواني غامق، أسفنجي القوام. هذا وإن هذا الورم قابل للانضغاط بسهولة.

قد يكون هذا الورم الوعائي علامة تنبئ عن وجود أورام وعائية دموية داخلية خفية كما قد يكون عرضاً في متلازمات وعائية مختلفة (متلازمة كاسباخ ـ ميريت، الوحمة المجلية المطاطية الزرقاء، ومتلازمة مافوسي) (شكل 20-9). ويفضل تصنيف الأورام الوعائية حديثاً إلى سطحية وعميقة.

ومن الأورام والوحمات الأدمية الأخرى نذكر:

الأورام العصبية الليفية المتعددة: التي تشاهد في داء فون ريكلنجهاوزن (والذي يتميز بالبقع الصباغية النمشية واللوحية وبالأورام الليفية العصبية الصغيرة والكبيرة وبإصابات غير جلدية في الدماغ والعين والعظم وأماكن أخرى (شكل 2-10).

الورم العضلي (Myoma) : ومنها الورم العضلي الأملس الذي يتظاهر بشكل عقيدات أو أورام صغيرة مؤلمة عادة.

الورم الشحمي (Lipoma) : هي أورام في عمق الجلد مفصصة عادة ومتعددة وقد تكون وحيدة، معظمها صغير وعرضي ولا يتطلب معالجة، لكنها تعالج بالاستئصال الجراحي إذا ما أخذت حجماً كبيرا.

شكل 20-7 : وحمة خمرية اللون.

شكل 20-8 :ورم وعائى دموي.

شكل 20-9 : متلازمة مافوسي.

شكل 20-10 : متلازمة مافوسي.

الأورام والوحمات الميلانينية الحميدة:

تعرف هذه الوحمات على أنها تشوهات لاوراثية تنجم عن اضطراب في التطور الجنيني. كما وإنها قد تكون موجودة منذ الولادة (الوحمات الخلقية) أو قد تظهر فيما بعد أثناء الحياة (الوحمات المكتسبة)، هذا ويمكن أن نميز نوعين من الأورام والوحمات الميلانينية الحميدة هما: وحمات الخلايا الميلانينية، ووحمات الخلايا الوحمية.

وحمات الخلايا الميلانينية (Melanocytic nevi) :

تتميز هذه الوحمات بعدد كبير نسبياً من الخلايا الميلانينية التي تشتق من القنزعة العصبية وتهاجر إلى الجلد أثناء الحياة الجنينية لتتوضع بين الخلايا القاعدية، لكنه قد يحدث سوء في التشكل كأن تبقى بعض الخلايا الميلانينية في الأدمة، لدى هجرتها إلى البشرة، فتدعى بالخلايا الميلانينية الأدمية.

فمن الخلية الميلانينية البشروية ينشأ، بقع القهوة بحليب، وحمة بيكر، الوحمة المرقطة (Nevus Spilus)، الشامة البسيطة وداء الشامات.

ومن الخلية الميلانينية الأدمية ينشأ: البقعة المنغولية، كثرة الخلايا الميلانينية الأدمية المعمم (بقعة منغولية معممة) الوحمة الزرقاء، وحمة أوتا (Ota) وحمة أيتو (Ito) (شكل 20-11).

الشكل 20-11 : وحمة أوتا.

الوحمة وحمية الخلايا (Nevocytic Nevi):

الخلايا الوحمية هي خلايا ذات علاقة وثيقة بالخلايا الميلانية وتشتق مثلها من القنزعة العصبية وتتوضع بشكل أعشاش في الوصل الأدمي البشروي أو في الأدمة وهي قادرة على تصنيع الصباغ الميلانيني، وعلى عكس الخلايا الميلانينية التغصنية فإن الخلايا الوحمية دائرية الشكل ليس لها تغصنات.

ينشأ عن وحمات الخلايا الوحمية بحسب توضعها، كلٌ من وحمة الوصل، الوحمة الأدمية، الوحمة المركبة نمط بشروي أدمي، الوحمة مغزلية الخلايا، وحمة سبيتز (Spitz)، الوحمة المشعرة الخلقية أو وحمة لباس السباحة ، الوحمة مختلة التنسج ومتلازمات الوحمات مختلة التنسج وهي وحمات وحمية الخلايا، لانموذجية تظهر عادةً بعد سن البلوغ ونسبة تحولها للورم الميلانيني الخبيث عالية وهي تظهر إما على شكل آفات وحيدة منعزلة، أو بشكل آفات متعددة في متلازمة الوحمة مختلة التنسج الوراثية متلازمة الشامة B-K، أو بشكل آفات متعددة في حالات منعزلة متلازمة الوحمات مختلة التنسج اللاوراثية (شكل 20-12).

ومن المهم أن لا يحصل خطأ في وضع التشخيص الخاص بالوحمات وحمية الخلايا وذلك لأنها قد تلتبس بالورم الميلانيني الذي قد تتحول له بعض هذه الوحمات أيضاً. لكن القواعد التالية قد تفيد في وضع تقوم لتلك الوحمات. يندر حدوث الورم الميلانيني في الوحمات وحمية الخلايا قبل سن البلوغ.

الوحمات الصغيرة المصطبغة بلون أسود أو بني قاتم وغير المرتفعة عن سطح الجلد، والتي كثيراً ما تكون مزودة في العادة بأشعار ثخينة وتبدي فعالية وصلية، قد تتحول باتجاه الخباثة كما يجب استئصالها إذا مازاد حجمها على 0.5 سم.

وكمبدأ أساسي ، يجب عدم تعريض الوحمات وحمية الخلايا المصطبغة للتهييج المزمن كالاحتكاك بالملابس وتطبيق المواد الكاوية والنتف الآلي، أما المظاهر الإكلينيكية التي تدعو للاشتباه بالتبدلات الخبيثة فهي:

- زيادة في مساحة الوحمة أو ارتفاعها.

- زيادة كثافة الصباغ ، وبخاصة إذا لم يكن متجانساً.

- علامات التراجع البؤري.

- تشكيل هالة صباغية حول وحمة مصطبغة وحمية الخلايا مرتفعة قليلاً.

- وجود تفاعلات التهابية، أو حكة، أو تآكل أو نزف في الوحمات المصطبغة وحمية الخلايا.

شكل 20-12 : وحمة مشعرة خلقية.

الآفات الجلدية محتملة التسرطن
والآفات الجلدية ذات العلاقة بالأورام

يمكن تصنيف هذه الآفات في الزمر التالية:

الآفات الجلدية أو الجلادات محتملة التسرطن:

يدل مفهوم الجلادات محتملة التسرطن على بعض الجلادات التي كثيراً أو قليلاً ما تكون المنطلق لنشوء سرطانات بخاصة سرطانة حرشفية الخلايا.

هذا وهنالك جلادات محتملة التسرطن تتصف بأن تحولها للتسرطن يكون إجبارياً عاجلاً أو آجلاً بينما تتصف بقية هذه الزمرة من الجلادات بأن سيرها للتسرطن يكون اختيارياً وبمعنى آخر فإن تحولها للتسرطن يتم بنسب معينة.

الجلادات محتملة التسرطن الإجبارية (Obligate precanceroses):

تتصف هذه الآفات بأنها لا تظهر أي ميل للشفاء العفوي ولهذا السبب ينبغي علاجها. تتضمن هذه الآفات ما يلي:

داء بوين (Bowen's Disease) : وهو مرض التهابي مزمن ذو شكل صدافي أحياناً وينجم عن وجود سرطانة داخل بشروية (Carcinoma in stitu)، وقد يصيب أي جزء من الجلد بخاصة الجذع. علماً بأن السرطانات الحشوية شائعة أيضاً لدى مرضى بوين (شكل 20-13).

التنسج الأحمر لكيرا (Queyrat's Erythroplasis) : مرض شبيه بداء بوين يصيب الحشفة والقلفة والفرج والشرج ومن الشائع تحوله إلى سرطانة غازية حرشفية الخلايا كما هو الحال في داء بوين.

جفاف الجلد المصطبغ (Xeroderma pigmentosum) : هو شكل من أشكال الجُلادات الضوئية الذي يتضمن على اضطرابات وراثية في آليات ترميم الدنا (DNA) بعد الأذية الشعاعية ويتظاهر على المناطق المكشوفة بنقص تصبغ وفرط تصبغ، توسع شعريات، مران سافع، تقرانات سافعة تتحول إلى سرطانة حرشفية الخلايا.

الجلادات محتملة التسرطن الاختيارية (Facultative Precanceroses):

وهي أمراض جلدية يمكن أن تتطور خلال سيرها إلى سرطانة حرشفية الخلايا وتتضمن هذه الجلادات على:

الحالات الالتهابية المزمنة: نذكر منها كلاً من الطلوان (الذي يصيب بخاصة الفم من جراء التدخين أو التخريش المزمن لأسنان معيبة أو بدلة سنية) والالتهابات المزمنة مثل السرطانة الناسورية، قرحة الساق، الحزاز المسطح الضموري على المخاطيات، التهاب اللسان الخلالي الزهري والتهاب الحشفة والقلفة الناكس.

الحالات التنكسية المزمنة: نذكر منها التقران السافع (الضوئي) (Actinc Keratosis) تحدث التقرانات السافعة لدى ذوي الجلد الفاتح ، نموذج (I)، لدى تعرضهم للشمس لفترة زمنية طويلة. وتتوضع على الأماكن المكشوفة من الجلد عند ذوي الأعمار المتقدمة، وذلك بشكل بقع حمراء يتخللها توسع شعيري إضافة إلى تقرانات قاسية بنية متسخة.

وهي غالباً ما تتطور إلى سرطانة حرشفية الخلايا كما نذكر من الحالات التنكسية المزمنة كلاً من القرن الجلدي، الضمورات التصلبية، الندبات بخاصة ندبات الحروق. كما وتنشأ السرطانة الحرشفية على الندب الضمورية في كل من الذئبة الشائعة والذئبة الحمامية القرصاوية المزمنة والتهاب الجلد الشعاعي والتهاب جلد النهايات المزمن المضمر والحزاز التصلبي الضموري وانحلال البشرة الفقاعي الحثلي (شكل 20-14).

شكل 20-13 : داء بوين.

شكل 20-14 :القرن الجلدي.

الآفات الجلدية ذات العلاقة بالأورام، وتتضمن:

الآفات الجلدية المرافقة للأورام والخباثة:

وتتميز بمرافقتها لآفة خبيثة أخرى نذكر منها:

الشواك الأسود: ويبدو بشكل سطوح مصطبغة مرتشحة، ثؤلولية الشكل، تبدو في الثنيات غالباً وبخاصة الإبطية، وتترافق بأورام ليفية جلدية (زنمات)، كما يترافق هذا الشواك بسرطانات حشوية (كسرطانات جهاز الهضم) (شكل 20-15).

داء بوين: وقد سبق ذكره.

السرطانات الكاذبة (Pseudo canceroses):

يطلق مصطلح السرطانات الكاذبة على مجموعة واسعة من الأمراض التي قد يصعب تفريقها عن السرطانات الحقيقية وهذه السرطانات الكاذبة قد لا تكون مشابهة فقط للسرطانة حرشفية الخلايا لكنها أيضاً قد تؤدي لنشوء هذه السرطانة وأهم تلك السرطانات الكاذبة هي:

الورام الحليمي الجلدي السرطاوي (تنبتات مسطحة تحدث في جلادات ذات مظهر نسجي يماثل فرط التنسج الظهاروميّ الكاذب وقد يحدث هذا المرض في الجلد السليم أو كمرض ثانوي لجلادات أخرى مزمنة).

الورام الحليمي الفموي المزدهر (غالباً ما يصيب كبار السن ويحدث في التجويف الفموي على شكل مناطق من الطلوان المنتشر ينشأ عليه تنبات حليمية).

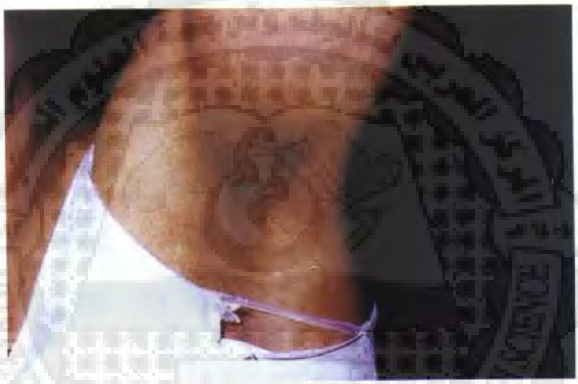
الورم اللقمي المؤنف العملاق: ورم بوشكه -لوفنشتاين (تنشؤ مع وجود خصائص السرطانة الثؤلولية) وهو سرطانة حرشفية الخلايا.

الورم الشائكي المتقرن (Kerato acanthoma) : وهو ورم سليم السير، خبيث المظهر (يشبه السرطانة الحرشفية)، تشكله وسيره سريعان ويبدو بشكل ورم محدود وتقرن مركزي يشبه العش ويكون عادةً وحيداً أو قد يكون متعدداً، يتراجع

عفوياً في بضعة أشهر (ستة أشهر عادة) وقد ذكرت بعض التقارير إمكان حدوث الاستحالة الخبيثة في حالات إفرادية (شكل 20-16).

الآفات الخبيثة ذات المظهر السليم المضلل :

كداء باجيت في الثدي وهو سرطانة تبدو بمظهر إكزيمي في البدء، وكالسرطانات داخل البشرة (داء بوين، التنسج الأحمري لكيرا) وتبدو بشكل بقع صدفية (شكل 20-17).



شكل 20-15 : الشواك الأسود.

شكل 20-16 : الورم الشائكي المتقرن.

شكل 20-17 : داء باجيت على الثدي.

الأورام الجلدية الخبيثة:

لوحظ زيادة في عدد المصابين بالأورام الجلدية الخبيثة خلال العشرين عاماً الفائتة وقد يكون مرد ذلك لزيادة مزاولة النشاطات خارج المنزل والمؤدية بالتالي للتعرض الزائد للاشعاعات الشمسية بخاصة الإشعاع فوق البنفسجي "B" (UVB) التي أخذت كميته التي تصل للأرض بالازدياد من جراء التناقص التدريجي لطبقة الأوزون، المتواجد في الجزء العلوي من الغلاف الجوي، والدارئ لهذا الإشعاع ولغيره من الإشعاعات الشمسية الأخرى الضارة. علماً بأن نقص الأوزون ناجم كما هو معروف عن عبث الإنسان بالبيئة، ذلك أن الأشعة فوق البنفسجية تؤدي إلى حدوث تغيرات في المادة الوراية (تحطم الدنا DNA في نوى الخلايا، وتبدل الحمض الريبي النووي المنقوص الأكسجين: الدنا DNA) وما ينتج عن ذلك من تخريبات غير قابلة للرجوع في كلٍ من الخلايا المتقرنة والميلانينية واللتين تتحولان إلى خلايا لا نموذجية.

يؤكد تشخيص الأورام الخبيثة بالفحوص التشريحية المرضية. وسندرس الأورام الجلدية الخبيثة ضمن الزمر التالية:

الأورام الظهارية الخبيثة (Malignant Epithelial Tumors) :

السرطانة قاعدية الخلايا (Basal Cell Carcinoma) ومن مرادفاتها الورم القاعدي (Basalioma):

تنشأ السرطانة قاعدية الخلايا من الخلايا القاعدية لكلٍ من البشرة وجريبات الأشعار وهي تنمو مع ارتشاح وتخريب موضعي للنسج. وهي ورم بطيء السير، يتطور دون أن يحدث انتقالات، وهي أكثر الأورام الجلدية السرطانية مصادفة، وأقلها خبثاً، وأكثر ما تظهر على المناطق المعرضة للضوء كالوجه (الأجزاء العلوية منه بشكل خاص) بخاصة عند ذوي الجلد الفاتح ذوي العيون الزرقاء، لا تصيب هذه السرطانة الأغشية المخاطية وهي نادرة لدى السود.

هذا ويمكن تميز أشكال إكلينيكية متنوعة وكثيرة لهذه السرطانة أهمها:

السرطانة قاعدية الخلايا البدئية: وتبدو كجسوء أبيض رمادي صغير مرصع بتوسعات شعيرية.

السرطانة قاعدية الخلايا المصمتة: وهي ورم عقيدي ذو مظهر زجاجي شمعي بقوام مكتنز صلب.

السرطانة قاعدية الخلايا المتقرحة: ومن مرادفاتها القرحة القارضة (Rodent Ulcer) ومن صفاتها: أنها تتطور نحو العمق لتصل النسيج العظمي (شكل 20-18).

السرطانة قاعدية الخلايا المصطبغة: ومن المهم أن تميز عن الورم الميلانيني الخبيث، والوحمة وحمية الخلايا المصطبغة.

السرطانة قاعدية الخلايا القشيعية الشكل: وهي ورم نادر أكثر ما يتوضع على الوجه.

السرطانة قاعدية الخلايا الكيسية: وهي ذات قوام طري نسبياً، وأكثر ما تتوضع على الأجفان أو الوجنتين.

السرطانة قاعدية الخلايا السطحية: وتدعى أيضاً بالسرطانة قاعدية الخلايا الباجيتانية.

متلازمة الوحمة قاعدية الخلايا (Basal Cell Nevus Syndrome): وهي مرض مجموعي وحماني وراثي جسدي سائد وتتظاهر بأورام قاعدية متعددة يصاحبها شذوذات عظمية (كيسات في الفك السفلي، أضلاع مشقوقة الخ..) وعينية (تباعد العينين) وعصبية (تكلس منجل المخ..الخ).

التشخيص التفريقي: يعتمد على الشكل الإكلينيكي وأهم ما يؤخذ في الحسبان كل من التقرانات المثية، داء بوين، التقرانات السفعية، السرطانة حرشفية الخلايا، والورم الميلانيني الخبيث في حالة السرطانة قاعدية الخلايا المصطبغة.

المعالجة: يتوقف العلاج على الشكل الإكلينيكي لهذه السرطانة، درجة انتشارها وعمر المريض ويتم حالياً معالجة السرطانة قاعدية الخلايا بأحد المعالجات التالية: الاستئصال الجراحي (وهو أشيع أشكال المعالجة)، جراحة موس (Mhos)، التخثير الكهربائي، المعالجة بالبرد (استخدام غاز الأزوت السائل)، والمداواة بالأشعة السينية (أشعة X).

شكل 20-18 : سرطانة قاعدية متقرحة.

السرطانة حرشفية الخلايا (Squamous cell Carcinoma) :

ومن مرادفاتها أيضاً السرطانة شوكية الخلايا، وهي ورم خبيث ذو منشأ ظهاري، غالباً ما تبدأ ضمن البشرة كسرطانة لابدة (في موضعها) ثم تترقى بعد فترة إلى ورم خبيث مرتشح حقيقي غازي (شكل 20-19).

تنمو هذه السرطانة بطريقة مخربة، وتنتقل بشكل رئيسي عن طريق الجهاز اللمفي، كما يتوضع معظمها على الأماكن المكشوفة من الجسم (بخاصة منتصف الوجه) والشفة السفلى والأغشية المخاطية. هذا وقد ينشأ هذا الورم على جلد سليم ظاهرياً، إلا أنه قد ينشأ عادةً على تقران ضوئي، قرن جلدي، داء بوين، طلوان، التهاب جلد شعاعي، وندبات قديمة كندبات الحروق، ندبات ضمورية كندبات الذئبة الشائعة أو الذئبة الحمامية. وتتصف هذه السرطانة بانها أسرع سيراً وأكثر خبثاً من السرطانة القاعدية الخلايا، كما أنها تنتقل أولاً إلى العقد اللمفية الناحية (Regional) وبعدها تنتقل إلى عقد أخرى بعيدة (شكل 20-20).

تبدأ هذه السرطانة في كثير من الأحيان على هيئة فرط تقرن ثؤلولي صغير ومرتفع قليلاً، بلون رمادي أو أصفر مائل للبني لا يستدعي الانتباه، وبعدها يترقى بسرعة حيث يحدث نخر تقرحي شديد فيه. علماً بأن هذه السرطانة لا تعف عن الأنسجة الرخوة، الغضروف أو العظام، كما تختلف هذه السرطانة بحسب درجة تميزها فكلما ازدادت الآفة خبثاً فإن ميلها نحو التمايز يقل.

المآل: يعتمد على توضع الورم وحجمه ودرجة تمايزه، والمآل سيء نسبياً في سرطان اللسان.

التشخيص التفريقي: ويشمل التقران السفعي (الشمسي)، الورم الشائكي المتقرن، داء بوين، السرطانة قاعدية الخلايا، التقرانات المثية، والورم الميلانيني الخبيث اللاميلانيني.

المعالجة: يجب أن تطبق بسرعة نظراً لخطورة الانتقالات.وتعد الخزعة الاستئصالية الواسعة هي العلاج المفضل، كما يمكن تطبيق المعالجة الشعاعية

أيضاً حينما لا يمكن إجراء العمل الجراحي بسبب تدهور حالة المريض أو لكبر سنه كما يمكن للسرطانات حرشفية الخلايا العصية على الجراحة، ويمكن بالنسبة للأورام التي لم تستأصل كاملة جراحياً كسرطانة القضيب والأورام الانتقالية أن تعالج مجموعياً بالأدوية الموقفة لنمو الخلايا.

الأورام البشروية الخبيثة الأخرى:

ونذكر منها السرطانة داخل البشرة كداء بوين والتنسج الأحمر لكيرا، الورم الظهاري الليفي (Pinkus) داء باجيت في الحلمة وداء باجيت خارج الثدي.

الأورام الأدمية الخبيثة ـ أورام الأنسجة الضامة:

وتشمل على الساركومات المختلفة التي تنشأ في الجلد ونكتفي بذكر بعضٍ منها:

الساركومة الليفية الجلدية الناشزة (الناتئة):

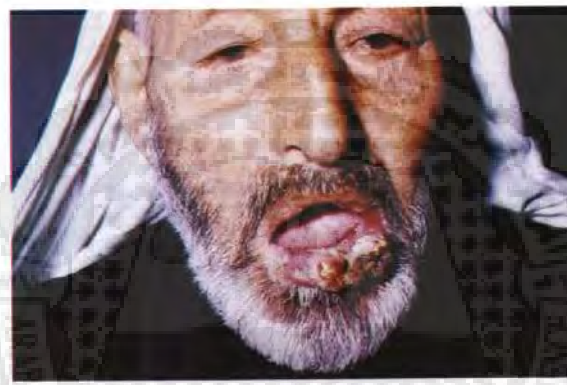
وهي ورم نسيج ضام جلدي، تحت جلدي، بطيئة النمو، توضعها الرئيسي على الجذع، وتتظاهر بلوحة جدرية قاسية تنتشر نحو المحيط وتبدو بلون احمراري مزرق تظهر عليها عقيدات ناشزة ومتعددة، ممتلئة القوام، كما يكون الورم متحركاً على العمق. يحدث غالباً عند البالغين، كما أن نكسه الموضعي شائع بعد الاستئصال الجراحي ونقائله نادرة (شكل 20-21).

ساركومة كابوزي:

هي تكاثر خبيث عديد البؤر تصيب الشعيرات الدموية وخلايا النسيج الضام حول الأوعية في الجلد والأحشاء الداخلي.

أما ساركومة كابوزي المدرسية التقليدية فتتظاهر ببقع جاسئة ذات لون بنفسجي مزرق تتوضع بشكل متناظر على القدمين. وتتصف بأنها لا ترافق بأعراض شخصية عادةً، كما أن نقائلها الحشوية قليلة.

هذا وتختلف هذه الساركومة المدرسية عن كل من ساركومة كابوزي المشاهدة عند المرضى المثبطين مناعياً وعن ساركومة كابوزي الوعائية المنتشرة في مرض الإيدز بأن هذين المرضين الآخرين يتميزان بإصابتهما المرضى في أعمار باكرة، وبسرعة تشكلهما وانتشارهما وتعددهما وإصابتهما للأغشية المخاطية لكلٍ من الفم والجهاز الهضمي، علماً بأن ساركومة كابوزي المشاهدة في الإيدز قد تكون التظاهرة الوحيدة لهذه العدوى بالڤيروس (HIV) لفترة من الوقت (شكل 20-22).



شكل 20-19 : سرطانة حرشفية الخلايا.

شكل 20-20 : سرطانة حرشفية الخلايا.

شكل 20-21 : ساركومة ليفية جلدية ناشزة.

شكل 20-22 : ساركومة كابوزي.

الورم الميلانيني الخبيث (Maliganant Melanoma):

يعد الورم الميلانيني الخبيث أحد أخبث الأورام التي تصيب الجلد والأغشية المخاطية. ذلك أن سلوك هذا الورم لا يتميز بغزوه الموضعي فحسب، بل بميله الباكر لإحداث نقائل لمفاوية و/ أو دموية المنشأ وما ينجم عن ذلك من نتائج مميتة.

أما نسبة حدوث هذا الورم فأقل بكثير من نسبة الحدوث في السرطانات الجلدية البشروية.

يصيب الورم الميلانيني الخبيث العرق الأبيض وهو نادر جداً لدى السود. كما أنه أكثر ما يظهر عند ذوي الأعمار المتوسطة وهو نادر قبل البلوغ كما تصاب النساء به بمقدار ضعفي الرجال ويمكن أن ينشأ في أي مكان من الجلد والمخاطيات في الفم والمخاطية التناسلية.

لم يتأكد دور العوامل الوراثية في حدوث هذا الورم غير أنه ثمة حالات أسرية من الورم الميلانيني الخبيث (1٪ ـ 7٪ من جميع مرضى الورم الميلانيني الخبيث).

والورم الميلانيني الخبيث الذي يصيب الجلد إما أن ينطلق من خلايا ملانية بشروية (نحو 10٪ ـ 25٪) أو أنه ينطلق من خلايا وحمية (20 ٪ ـ 50٪) وهي إما وحمات ولادية بخاصة العملاقة منها أو مثدونة أو وصلية، وأندر من ذلك بكثير انطلاقه من وحمات أدمية أو وحمة زرقاء.

وقد يكون مرد زيادة إصابة الورم الميلانيني للإناث يعود للدور الهرموني لديهن ويزداد الورم الميلانيني سوءاً أثناء الحمل.

الأشكال الإكلينيكية: يمكن تمييز الأشكال الإكلينيكية التالية من الورم الميلانيني الخبيث:

الورم الميلانيني النمشي الخبيث (Lentigo Maligna Melanoma) : ويمثل 5٪ من أشكال الأورام الميلانينية ويلاحظ بشكل ملحوظ لدى النساء المسنات ابتداء من نمشة خبيثة استمر وجودها لديهن عدة سنوات أو حتى عدة عقود.

أما إكلينيكياً فتظهر، على النمشة الخبيثة التي تتصف بلونها المتغاير والمتدرج من البني الفاتح حتى القاتم أو المسود، وذات الحواف غير المنتظمة، والمتواجدة بخاصة على الوجه، ارتشاحات أو عقيدات صغيرة سوداء أحياناً، فعندها سوف تترافق هذه المرحلة مع غزو الآفة عمقاً وبالتالي حدوث ورم ميلانيني خبيث غاز (شكل 20-23).

الورم الميلانيني السطحي المنتشر (Superficial Spreading Melanoma): يمثل 60-70٪ من الورم الميلانيني ويصادف لدى الأعمار المتوسطة (40-50 سنة) ويتوضع في أي مكان من الجسم إلا أنه يفضل الظهر لدى الرجال والساقين لدى الإناث ويتظاهر بشكل بقعة واضحة الحدود، ذات حواف قوسية أو عديدة الدوائر. يتراوح لونها غير المتجانس ما بين البني والأسود ولكن يرجح أن تأخذ اللون الرمادي واللون الأسود الضارب للزرقة مع مناطق حمراء.

تكون هذه البقعة مسطحة في البدء وذلك لأن هذا النمط من الورم الميلانيني ذو نمو أفقي، لكنه تبدأ حطاطات مرتشحة وعقيدات بالتشكل بعد هذه المرحلة موحية بأن الورم الميلانيني السطحي المنتشر أصبح يغزو عمقاً وعمودياً.

الورم الميلانيني العقيدي (Nodular Melanoma): يمثل 15-20٪ من الأورام الميلانينية، ويظهر بشكل عقيدة مرتشحة ذات لون بني أو أسود مقببة غالباً، كثيراً ما تنتهي بالتقرح والنزف. يتصف هذا الورم بغزوه المباشر للعمق، ويلاحظ بكثرة على الرأس والنقرة والصدر.

الورم الميلانيني النمشي الطرفي (Acrolentiginous Melanoma): ويمثل 5-15٪ من الأورام الميلانينية في العرق الأبيض. يظهر هذا الشكل من الورم الميلانيني على الراحتين والأخمصين بشكل خاص إضافةً لإصابته نهايات الأصابع وأصابع القدمين حيث يلاحظ حول الظفر أو تحته. وهو يتطور بدءاً من بقع صباغية تشبه الشامات وتتوضع في أماكن غير معرضة للضوء غالباً.

هذا ويتسع هذا الورم الميلانيني أفقياً في البدء لكنه لا يلبث أن يأخذ بالغزو

عمقاً. كما ويعد الورم الميلانيني المخاطي الذي يمثل 2٪ من الأورام الميلانينية والذي يصيب الفم والبلعوم والمهبل مطابقاً لهذا النوع من الأورام الميلانينية، لذا فقد دعي هذا النمط من الورم الميلانيني بنمشات النهايات الخبيث للأغشية المخاطية (شكل 20-24).

شكل 20-23 : الورم الميلانيني النمشي الخبيث.

شكل 20-24 : الورم الميلانيني النمشي الطرفي.

الورم الميلانيني الخبيثي عديم الميلانين ***(Amelanotic Malignant Melanoma)***:

يتصف هذا النمط من الورم الميلانيني بعدم احتوائه على صباغ ويتظاهر بشكل ورم حمامي أو وردي كثيراً ما يلتبس بالورم الحبيبي المقيح أو بالسرطانة حرشفية الخلايا. يتصف هذا النمط من الورم الميلانيني بأنه أشد عدوانيةً من الأورام الميلانينية المصطبغة لذا فإن مآله أسوأ. ولم يعرف بعد لماذا لا تنتج الخلايا الورمية فيه الميلانين. يؤكد تشخيص هذه الأورام بالفحص النسجي الذي يحسن أن يجرى على خزعة استئصالية كما ويعد حجم الورم وعمق الغزو من العوامل المهمة المحددة للإنذار.

المآل الباثولوجي: تصنف الآفات باثولوجياً حسبما يعرف بمستوى كلارك (Clark) إلى خمسة مستويات : فالمستوى الأول يتوافق مع الغزو داخل البشرة بينما المستوى الخامس يتوافق مع الغزو للنسيج تحت الجلد. كما تمكن «بريسلو» عام 1970 من وضع وسيلة أخرى لتقويم المآل أيضاً إضافةً لفائدتها في توجيه العلاج وذلك بحسب درجة الغزو الورمي.

ولقد وجد أن المآل يزداد سوءاً كلما ازداد الورم عمقاً ويعد المآل جيداً حين تكون سماكة الورم أقل من 0.75 ملم (شكل 20-25).

شكل 20-25 : نقائل ورم ميلانيني خبيث.

التشخيص التفريقي: يفرق الورم الميلانيني عن عدد من الآفات أهمها: السرطانة قاعدية الخلايا المصطبغة، التقران المثي، الوحمات المصطبغة، وبعض الأورام والآفات المطبغة الأخرى.

المعالجة: يجب أن تكون باكرة ما أمكن. هذا ولا يوجد في الوقت الحالي إجماع عام حول الإجراءات الأكثر ملاءمة في معالجة الأورام الميلانينية الخبيثة، لكن تعد الجراحة الإجراء الواجب القيام به في حالات الأورام الميلانينية الخبيثة بشكل عام. كما توجد معالجات كيميائية ومناعية ومعالجات أخرى متنوعة لحالات خاصة من هذه الأورام.

اللمفومات الجلدية الخبيثة (Malignant Cutaneous Lymphomas):

وتشمل على داء هودجكين، لمفومات لاهودجكينية جلدية ذات درجة خفيفة من الخباثة (لمفومات خلوية) وسوف نذكر منها كلاً من الفطار الفطراني ومتلازمة سيزاري، ولمفومات لاهودجكينية ذات درجة عالية من الخباثة وهي لمفومات أرومية، وسوف نضرب صفحاً عنها لأنه جاء ذكرها في أمراض الدم.

الفطار الفطراني (Mycosis Fungoides): (شكل 20-26) وهو داء مزمن، يترقى ببطء، ليس له سبب معروف، يبدأ في الجلد إلا أنه قد يصيب العقد اللمفية ونادراً الأعضاء الداخلية في المراحلة المتأخرة، كما أنه قد يأخذ سيراً قاتلاً. ينتمي هذا المرض إلى اللمفومات الجلدية الخبيثة تائية الخلايا ويمتد سيره البطئ فترة سنوات إلى عدة عقود، ويحدث عادةً بعد الأربعين من العمر كما أن نسبة حدوثه في الرجال أعلى من النساء.

الإمراض: سبب هذا الداء غير معروف وهنالك ما يوحي بمنشأ عدوائي (الڤيروس القهقري [Retrovirus]) كما يعتقد بعض المؤلفين أن الفطار الفطراني في المرحلة الباكرة هو في أكثره عبارة عن داء التهابي. ومن جهة أخرى فإن معظم المؤلفين يعدون أن الفطار الفطراني هو لمفومة جلدية خبيثة.

شكل 20-26 : الفطار الفطراني على الإليتين.

الموجودات الإكلينيكية: عرفت للداء ثلاث مراحل هي:

المرحلة قبيل الفطارية (مقدمة الفطار): وقد تدوم عدة سنوات ولا تكون وصفية لا إكلينيكياً ولا باثولوجياً وتتظاهر بأعراض تشبه الإكزيمة النمية والصدفية الشائعة ونظير الصدفية اللويحي أو الحزاز البسيط المزمن.

المرحلة الاشتدادية: ومرحلة الارتشاح، تأخذ فيه آفات المرحلة المقدمة للفطار بالارتشاح والامتداد، إضافةً لأنها يمكن أن تبدي احمراراً التهابياً أو تلوناً بنفسجياً محمراً. كما تظهر فيها الحكة. ومن الملحوظ أن البقع الارتشاحية الكبيرة تحتوي على جزيرات محددة بشكل واضح من جلد سليم.

المرحلة الورمية: تحدث هذه المرحلة بعد فترة مختلفة، وهي غالباً عدة سنوات. وعادةً ما يشاهد تطور الأورام ضمن البقع المرتشحة، هذا وقد تأخذ الأورام المتطورة التي قد تتقرح أشكالاً ونماذج مختلفة منها ما يشبه حبة الطماطم، أو ما يشبه الكمثة. كما يمكن أن تتشكل هذه الأورام وحدها أحياناً حيث لا يمر نشوء هذه الأورام بالمرحلتين الأوليين. هذا وتنتقل الإصابة بالفطار الفطراني في مراحله المتقدمة إلى العقد اللمفية عادةً وإلى الأحشاء (طحال، كبد، رئة، سبيل هضمي إلخ).

متلازمة سيزاري (Sezary syndrome) : وهي احمرار الجلد، تتصف بالحكة مع اعتلال عقد لمفية، ناجمة عن خلايا لمفاوية شاذة لها خواص الخلية التائية ولها بشكل رئيس النمط الشكلي للتائيات المساعدة وتشاهد هذه الخلايا في الجلد وفي الدم وأحياناً في نقي العظام وهذه المتلازمة نادرة الحدوث.

المعالجة: تقوم معالجة الفطار الفطراني في مراحله الباكرة على المعالجة الضوئية وعلى المعالجة الكيميائية الضوئية (البوفا:PUVA) والتطبيقات الموضعية لمضادات الانقسام مثل محلول الميكلوريثامين (Mechlorethamine) بينما تعطى في مراحله الورمية أشعة "X" أو علاج مجموعي كيماوي خطة (COPP) المؤلفة من سيكلوفوسفاميد، أونكوفين، فينكريستين.

الأورام المتوضعة في الجلد من منشأ غير جلدي:

وهي الأورام التي تنتقل إليه من أماكن أخرى، وهي إما أن تكون حميدة (كالورم البطاني الرحمي (Endometrioma) ،أو خبيثة حيث يغلب على هذه الأخيرة أن تكون أوراماً انتقالية. علماً بأن الأورام الخبيثة التي تنتقل للجلد تكون على نوعين فإما أن تنتقل إليه من الجوار (كما في سرطانات الثدي) أو تنتقل إليه من أماكن بعيدة (كما في نقائل الساركومات الحشوية المختلفة، ونقائل البروستاتة التي تبدأ في الأجهزة الداخلية) وقد تكون النقائل الجلدية أحياناً أول ظاهرة لورم خبيث داخلي يكتشف من خلالها.

الفصل الحادي والعشرون

الأدوية والمعالجات الجلدية

يستخدم الأطباء الجلديون في معالجة الأمراض الجلدية معالجات موضعية أو خارجية، ومعالجات جهازية أو داخلية ومعالجات فيزيائية وجراحية مختلفة وسوف نتكلم باختصار عن كل من تلك المعالجات.

الأدوية والمداواة الخارجية:

كثيراً ما تكون المعالجة الموضعية أو الأدوية الخارجية كافية بمفردها في معالجة الكثير من الجُلادات، لذا كان ضرورياً على الأطباء الإلمام بمفردات تلك الأدوية، واستطباباتها، تأثيراتها الدوائية والجانبية.

وتتألف معظم الأدوية الخارجية من مادة مؤثرة ومن أساس (سواغ حامل) وكلاهما مهم في المعالجة. وسنأتي على ذكرهما بشيء من الاختصار:

المادة المؤثرة:

وهي المادة أو المواد المؤثرة المنتخبة، وهي عديدة نذكر منها الكبريت، أكسيد الزنك، بنزوات البنزيل.. الخ.

السواغ:

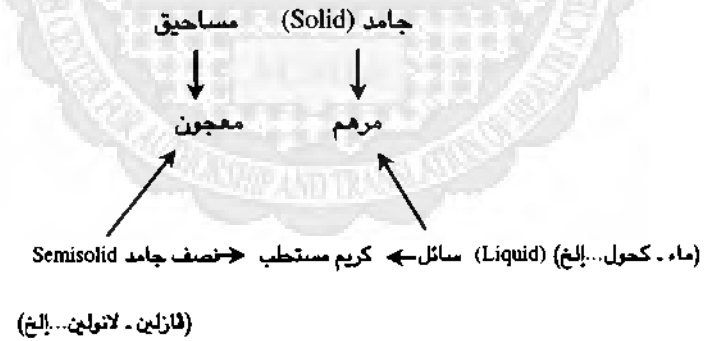
إن السواغ ليس بمادة عاطلة تضاف لملء الفراغ، بل هو مادة فعالة يمكن استخدامها بمفردها دون إضافة المادة المؤثرة عليها في المعالجة، كما هو الحال في

استخدام بعض المراهم كالڤازلين (Vaseline). علماً بأن للأساس الجلدي المنتقى بشكل صحيح فعلاً شافياً، وقد تكون في الوقت نفسه لبعض مكونات الأساس مستأرجات بالتماس. لذا كان من الضروري إجراء اختبار رقعي في الحالات الإفرادية لبيان إمكانات تحمل المريض للأساس، لذا فإنه لا يقل استخدام السواغ في معالجة أفة جلدية ما، أهمية عن انتخاب المادة المؤثرة.

يأخذ السواغ أحد الأشكال الرئيسة التالية وهي:

- شكل جامد (Solid): (المساحيق Powder).
- شكل نصف جامد(Semi - Liquid): منها ڤازلين، لانولين، إلخ.
- شكل سائل (Liquid) :ماء ومذيبات أخرى.

وقد يكون تركيب السواغ معقداً كأن يتكون من انضمام شكلين أو أكثر من أشكال السواغات الرئيسية السابقة، مؤدياً بذلك لتكوين جزء كبير من الأشكال الصيدلانية المتعددة مثل المواهم، والكريمات والمعاجين، كما في المخطط التالي:



المساحيق (Powders):

وهي جزيئات حبيبية جافة قابلة للتبعثر مثل الطلق (Talc)، أكسيد الزنك، الكاولين، كما قد يضاف إليها العديد من المواد الفعالة كالمضادات الحيوية ومضادات الفطريات.

التأثيرات الدوائية: للمساحيق تأثيرات مبردة، حافظة، مضادة للالتهاب، مضادة للاحتكاك، ومجففة للجلد من جراء سطوح تماسها الواسعة بالجلد ومن مقدرتها على امتصاص مقادير ضئيلة من المفرزات.

التأثيرات الجانبية: تكون المعالجة بالمساحيق غير فعالة في الحالات الجلدية المرتشحة وشديدة الالتهاب، كما يجب تجنبها في الجلادات المتآكلة النازة والمتجلبة بشدة، لأنها تؤدي لزيادة التجلب إضافةً لخطر حدوث عدوى ثانوية.

الاستطبابات: تطبق المساحيق في معالجة الطفحات الحمامية الحادة طالما لا نجد فيها ارتشاحاً ولا ترافقاً بآفات ثانوية.

الدَهُونات (Lotions):

تتكون الدهونات أو الدهونات المخفوقة (Shake lotion) من سائل يتعلق به مسحوق. أما السائل فقد يكون ماءً أو كحولاً.

هذا ويؤدي تبخر سائل الدهون بعد تطبيقه على الجلد إلى التصاق المادة الدوائية المؤثرة في سطح الجلد بشكل طبقة رقيقة، وبعبارة أخرى فإننا ننجح بلصق المسحوق على الجلد إذا ما استعنا بهذا الشكل الصيدلاني. كما وكثيراً ما يضاف الجليسرين إلى الدهون بغية جعل المسحوق أشد التصاقاً. نذكر من الدهونات المستعملة بكثرة في الأمراض الجلدية دهون الكالامين ويتركب من:

[كالامينا 15 – أكسيد الزنك 5 – الجليسرين 5 – الماء حتى 100]

Water to 100 – Glycerin 5 – Zinc oxide 5 – Calamine 15

التأثيرات الدوائية: للدهونات المخفوقة تأثيرات مبردة، مقبضة، مجففة، ومضادة للالتهاب السطحي.

التأثيرات الجانبية: إن الدهونات غير ملائمة في معالجة الآفات الجلدية المتجلبة والنازة.

الاستطبابات: يوصى بتطبيق الدهونات فترة قصيرة فقط عند المرضى ذوي الجلود الجافة. كما تطبق الدهونات في معالجة الجلادات الالتهابية السطحية الحادة وتحت الحادة (التهاب الجلد التماسي الحاد). إضافةً لذلك فإنه يستطب بها في تجفيف النفاطات الكبيرة (كخلل التعرق)، علماً بأن الدهونات المخفوقة تصلح لتكون أساساً في معالجة الجُلادات المثية والمذحية بسبب تأثيراتها المجففة.

المراهم (Ointments):

تتكون المراهم دوماً من أسس دهنية يُضاف إليها عنصر أو عدة عناصر دوائية مؤثرة. أما السواغ الدهني فقد يكون حيوانياً أو نباتياً أو معدنياً، لكن أكثر السواغات المستعملة هي الفازلين، اللانولين، البارافين، البولي إيثيلين جليكول، إضافة إلى المستحلبات المحبة للدهن (من نوع الماء في الزيت م/ز) التي كثر استعمالها في الوقت الحاضر لأنها تقي الجلد من المواد المحبة للماء.

التأثيرات الدوائية: تشكل المراهم الدهنية طبقة ساترة كتيمة على سطح الجلد، ذات خواص مدفئة حابسة للماء ومطرية للجلد. إضافةً لتأثيرها المشحم والمطري.

التأثيرات الجانبية: للمراهم ميل لزيادة فوعة الالتهاب في حالات التهابات الجلد الحادة، وإمكان خطرها لإحداث عدوى ثانوية من جراء تشكيلها غطاءً كتيماً إضافة لحبسها للمفرزات.

الاستطبابات: تستخدم المراهم في معالجة التهابات الجلد المزمنة منها الصدفية، الإكزيمة المزمنة، الحزاز المحصور وفي تطرية الوسوف والجلبات أو لتشحيم المرضى المصابين بانعدام الزهم.

الكريمات (Creams):

تطلق الكريمات على المراهم المتضمنة على الماء. ويتركب الكريم في الأساس من مستحلب من نمط الزيت في الماء (ز/م) مثل حليب البقر مثلاً حيث تكون قطيرات

الزيت أو الدهن موزعة في الماء ويدعى هذا النمط أيضاً بالمستحلب أو الكريم المحب للماء من جراء مقدرته الماصة للماء.

التأثيرات الدوائية: للكريمات تأثيرات مبردة ومضادة للالتهاب من جراء تحرر الماء (مبردة بالتبخر)، وهي تلتصق بالجلد الرطب وتنفذ بسرعة إليه، كما أنها قابلة للغسل بالماء.

التأثيرات الجانبية: للكريمات تأثيرات مجففة وذلك بسبب ميلها للتبخر، كما أنها تحرض على الجفاف والتوسف في حالات جفاف الجلد أو انعدام الزهم لذا فإنه يوصى بعدم استعمالها عند المصابين بانعدام الزهم وفي حالات جفاف الجلد مثل السُمَاك والتهاب الجلد التأتبي.

الاستطبابات: يوصى بتطبيق هذه الكريمات في الجلادات الالتهابية الحادة أو النازة وفي جميع حالات الإصابة بالمث.

أما الهلامات المائية (Hydrogels):

فما هي بالحقيقة سوى كريمات غنية بالماء وقابلة للانتفاخ به أيضاً، معطية أساساً مخاطياً. هذا وتتصف الهلامة المائية بتأثيرها المبرد، والمضاد للالتهاب السطحي، إضافةً لتأثيرها المضاد للحكة.

المعاجين (Pastes):

وهي مراهم تحتوي على كمية من المسحوق. أما مقدار المسحوق المكون لها فلا يقل عن 10٪، لذا فإنه يمكن أن نميز أصنافاً مختلفة من المعاجين استناداً إلى تركيز المسحوق فيها مما يؤدي لأن يكون بعضها طرياً وبعضها الآخر قاسياً. ومما يجدر ذكره هنا أن هنالك معاجين معيارية نذكر منها معجونة لاسار التي نستخدمها كثيراً في معالجة الأمراض الجلدية وذلك لفعلها المبرد والمضاد للالتهاب، والحافظ للحرارة. أما تركيب معجونة لاسار فهو:

[أكسيد الزنك – نشاء القمح 25.5 – بترولاتوم أبيض حتى 100]

Zinc oxide - Wheat starch a a 25.0 -White petrolatum to 100.0

الشرائط اللاصقة (Plasters):

وهي في الأساس مواد لدنة (Plastic) قابلة للالتصاق على الجلد، إضافةً لأنها محتوية على عناصر دوائية فعالة.

تتصف هذه الشرائط اللاصقة بتأثيراتها العميقة والمطرية، كما أنها كثيراً ما تؤدي إلى التهابات الجلد التماسي.

الضمادات الرطبة (Wet Dressing):

وتحضر بغمس قطع نظيفة من الشاش بمحاليل مائية مطهرة عادةً، ثم تطبق على المكان المراد معالجته. هذا ويجب أن تعصر قطع الشاش قبل تطبيقها كما يعاد غطسها بالمحلول كلما جفت.

أما المحاليل المستعملة لهذه الغاية فكثيرة جداً، نذكر منها محلول برمنجنات البوتاسيوم المائي بنسبة 8000/1 ومحلول نترات الفضة المائي بنسبة1000/1 ومحلول أسيتات الألمنيوم (محلول بورو Burrow) المخفف بنسبة 32/1.

يستطب بالضمادات الرطبة في معالجة التهابات الجلد الحادة وذلك لتأثيراتها المطهرة، المضادة للنتح، والمخففة للحكة.

الحمامات (Baths) :

ليس القصد من الحمامات هنا النظافة وإنما المداواة ويتم الحمام بإضافة مواد دوائية مثل مضادات الالتهاب، زيوت، مواد حالة للقرنين، مطهرات كبرمنجنات البوتاسيوم إلى مياه الحمام الدافئة.

وقد تكون الحمامات جزئية وتقوم على غطس جزء من الجسم كأن تقوم على غطس القدمين، اليدين، أو المقعد...الخ أو تكون شاملة للجسم كافة. يستطب بالحمامات الجزئية أو الكاملة لتنظيف التراكمات المرضية وإزالتها من الجلد وفي معالجة الآفات الجلدية الناتحة أو النازة.

الصبغات والمحاليل الجلدية

(Dermatological Tinctures and Solutions):

وتتركب من أساس (سواغ) ودواء جلدي، كما أن معظمها يكون على شكل محاليل لأدوية أو لخلاصات دوائية إضافةً إلى مذيب غولي أو مذيبات سائلة أخرى. تستعمل الصبغات عادةً في معالجة الآفات الجلدية الموضعة فقط وفي معالجة الثآليل.

نذكر من الصبغات صبغة البودوفيلين (Podophyllin)التي تستخدم في معالجة الورم اللقمي المؤنف ومن المحاليل نذكر محلول اليود ذو الخواص المطهرة. هذا وهنالك صبغات عديدة جداً لا مجال لذكرها.

الاستطبابات: تستخدم الصبغات والمحاليل الجلدية في معالجة الفطارات السطحية، الأكزيمة المزمنة، معالجة الثآليل وفي معالجة التقيحات الجلدية.

الورنيش (الطلاءات Varnish): وهي شكل خاص من الصبغات إلا أنها تنقلب بعد جفافها إلى طبقة رقيقة جداً (فِلْم Film).

تستعمل الطلاءات بخاصة في معالجة التقرانات الجلدية المحددة مثل الثآليل، الأثفان والأشسان وكمثال على الطلاءات نذكر الكولوديون الساليسيلي ويتركب:

- Salicylic acid	4	حمض الساليسليك
- Lactic acid	4	حمض اللاكتيك
- Collodion	to 16	كولوديون، حتى

الأدوية والمعالجات المجموعية أو الداخلية للجلادات:

قد لا تكفي الأدوية الخارجية وحدها في السيطرة والتغلب على بعض الجلادات وبالتالي شفائها، لذا فإننا نستعين في معالجة تلك الجلادات بالأدوية الداخلية أو المجموعية. أما الأدوية الداخلية التي توصف في معالجة الأدواء الجلدية والتي تعطى إما عن طريق الفم أو حقناً في العضل أو الوريد فهي أدوية ليست خاصة في معالجة الجلادات بل هي تلك الأدوية التي تستخدم أيضاً في معالجة الأدواء الباطنية. هذا وسنذكر أهم هذه الأدوية:

الكورتيكوستيرويدات:

لعل الكورتيكوستيروئيدات أهم الأدوية الداخلية التي تعطى في الطب الجلدي وذلك لأهميتها في معالجة أمراض الجلد الأرجية (الصدمة التأقية، الشرى الحاد، الوذمة العرقية العصبية) إضافة لأهميتها في معالجة جلادات عديدة أهمها أمراض المناعة الذاتية الفقاع، شبيه الفقاع الفقاعي، الذئبة الحمامية المجموعية، التهاب الجلد والعضل،التهاب ما حول الشريان العقد، وفي معالجة متلازمة «لايل» المحدثة دوائياً.

تتصف الكورتيكوستيرويدات بامتلاكها فعالية قوية مضادة للالتهاب حيث أنها تمنع تشكل البروستاجلاندين الذي يعد أهم العوامل الوسيطة في الالتهاب هذا ويتجلى تأثير الكورتيكوستيرويدات المضاد للالتهاب بوضوح في الجلد وذلك بتقبض الأوعية وتثبيط عمل كل من العدلات والبالعات واللمفاويات.

أما التأثيرات الجانبية المجموعية للكورتيكوستيرويدات فسوف نضرب صفحاً عنها لأنها وردت في بقية فروع الطب الأخرى (أدوية، باطنة) لذا فسنذكر فقط أهم تأثيراتها الجانبية الجلدية وهي: العُدّ الستيرويدي، الفرفرية الستيرويدية، الضمور، الشعرانية، الفزر الجلدية، أطفاح عدية الشكل، دمامل، عدوى المبيضات، عدوى أخرى تصيب الجسم مع اضطراب في شفاء الجروح.

وما يجدر ذكره بهذا الصدد أنه لتقليد نظم الإفراز الكظري يجب أن تعطى الجرعة الفموية الكاملة (أو الجرعة الكبرى في حال الجرعات المجزأة) بين الساعة

8-6 صباحاً، كما ينصح باستعمال الجرعات المتعاقبة (المتناوبة) في المعالجة الطويلة، وهذا يعني مضاعفة جرعة الستيرويد وإعطاءها مرة كل يومين.

المضادات الحيوية:

تلعب المضادات الحيوية كما هو معروف إما دوراً موقفاً لنمو الجراثيم أو قاتلاً لها. وكذلك فإن بعض المضادات الحيوية تملك فعالية ضد متعضيات عدوائية غير جرثومية مثل الفطريات.

تستعمل المضادات الحيوية لمعالج العدوى الجرثومية في الجلد والأغشية المخاطية، كما استعملت في حالات جلدية غير التهابية كما هو الحال في استعمال التتراسيكلين في معالجة العُدّ الوردي.

وسنكتفي هنا بذكر أهم المضادات الحيوية المستعملة جهازياً في معالجة الجلادات:

البنسلينات: وتستعمل في معالجة كلٍ من الزهري، السيلان، الحمرة، التهاب الجلد بالعقديات، التهاب جلد النهايات المزمن المضمر، الحمامى المزمنة الهاجرة، والبوريلية البورجدورفيرية المؤدية لحدوث اللمفومات الكاذبة.

التتراسيكلينات: وتأتي بعد البنسلينات من حيث تواتر الاستعمال، أما أهم استعمال لها في طب الجلد فهو استعمالها في معالجة كلٍ من العُدّ الشائع والعُدّ الوردي، وفي معالجة الزهري وذلك عندما يكون المصاب به متحسساً للبنسللين.

الإريثروميسين (Erthromycin) : ويستعمل في معالجة الأمراض المنقولة جنسياً لأنه الدواء البديل في معالجة الزهري إذا ما كان المريض مصاباً بأرجية للبنسلين، كما يستعمل في معالجة بعض أشكال التهاب الجلد وفي معالجة العُدّ الشائع.

الريفامبيسين (Rifampicin): ويستعمل في معالجة كلٍ من تدرن الجلد والجذام.

السلفوناميدات والسلفون: قد تستبدل المضادات الحيوية بالسلفوميدات من

جراء ازدياد المقاومة للمضادات الحيوية . كما أنه من الاستطبابات المهمة للسلفوناميدات استخدامها في معالجة القرح اللين، أما السلفون (دي أمينودي فنيل سلفون ـ دابسون (DDS)) ومشتقاته فيتصف بفعالية خاصة ضد المتفطرات وهو دواء مهم في معالجة كل أشكال الجذام إضافة لاستعماله في جلادات متنوعة مثل التهاب الجلد هربسي الشكل ، تقيح الجلد الغنغريني، التهاب الشفة الورمي الحبيبي لميشر.

مضادات الفطريات: وأهمها الجريزوفولفين، مشتقات الإيميدازول (Imidazole)، النستاتين والأمفوتريسين B.

مضادات الليشمانية: ونذكر منها أملاح الأنتيمون (الجلوكانتيم، والبنتوستام).

مضادات الهستامين: تؤثر مضادات الهستامين بشكل تنافسي في مستقبلات H_2 في الأوعية الدموية وفي العضلات الملساء وذلك بسبب التشابه الجزيئي مع الهستامين. يستطب بهذه المضادات في كلٍ من الأدواء الجلدية الارجية والحاكة، الشرى، والإكزيمة، إضافةً إلى أشكال أخرى من التأتب علماً بأن هذه الأدوية تعد فعالة عن طريق الفم إلا أنه تتوفر مستحضرات وريدية وعضلية منها، وذلك للاستعمال الإسعافي.

أما أهم التأثيرات الجانبية لهذه المضادات فأهمها التأثير المركن والذي يختلف تبعاً للدواء وللمريض بخاصة عند مشاركتها مع الكحول أو الأدوية النفسية حيث يزداد تأثيرها . إضافةً لذلك فإنها تملك تأثيرات جانبية مضادة لكلٍ من الفعل الكولينرجي، الأدرينالييني، وللسيروتونين.

هذا وقد تم حديثاً تطوير أدوية مضادة للهستامين (مثل: لوراتيدين وأستيميزول: Loratadine, Astemizole)، تتصف بأنها ذات تأثير مُرَكّن خفيف وذلك بسبب فشلها في عبور الحاجز الوعائي الدماغي. يجب على الطبيب أن يكون ملماً بشكل جيد بكل دواء من كل زمرة من الأدوية المضادة للهستامين، ذلك أنه قد يتطلب الأمر تغيير الدواء أو مشاركته بمضاد هستامين آخر، لذا فإنه يجب عليه أن يختار دواءً ينتمي إلى زمرة أخرى من مضادات الهستامين.

مضادات الملاريا: وهي أدوية مضادة للالتهاب أيضاً، وتستعمل في طب الجلد لمعالجة الذئبة الحمامية القرصاوية، الأدوية الجلدية الضوئية، وبمقادير منخفضة جداً في معالجة بعض أشكال البرفيرية (البرفيرية الجلدية الآجلة)، ويجب الانتباه إلى تأثيراتها الجانبية وأهمها اعتلال الشبكية.

موقفات التكاثر الخلوي وكابتات المناعة: يجب على الطبيب قبل أن يستعملها أن يكون ملماً بآلية تأثير هذه الأدوية وبتأثيراتها الجانبية.

أما أهم أدوية الموقفات والكابتات التي نستخدمها في طب الجلد فهي: 5 ـ فلوروبوراسيل (ويستخدم في معالجة التقرانات الضوئية، وبعض أشكال فرط تنسج الجلد) والميثوتركسات الدواء المضاد لحمض الفوليك ويستعمل في معالجة الفقاع وفي الأحمرية الصدفية والأشكال المعندة من الصدفية، والأزاثيوبرين (إميوران: Imuran) الذي يعتبر دواءً فعالاً كابتاً للمناعة وكثيراً ما نصفه في معالجة الفقاع وبعض أمراض المناعة الذاتية الأخرى، كما يمكننا أن نخفض جرعة الكورتيكوستيرويدات عند معالجة الأدواء الفقاعية والمناعية الذات بمشاركته معها.

الريتينويدات: وتشتق من ڤيتامين A الحمضي. يوجد في الوقت الحالي مستحضران من تلك الرتينويدات الأروماتية يستعملان جهازياً في معالجة بعض الأدواء الجلدية وهما إترتينات و 13 سيز حمض الريتينويك – 13 Cis - Retinoic) (Acid أما إترتينات الريتينويدات الأروماتية (Tigason) الأسيتريتين فتستطب في معالجة الأشكال المعندة للصدفية وفي الأحمرية الصدفية، والصدفية البثرية وفي اضطرابات التقرن والنخالية الحمراء الشعرية.

كما يستطب 13 سيز حمض الريتينويك في معالجة الأشكال المعندة من العُدّ بخاصة العد المكبب والعد الوردي البثري الشديد. لكنه يجب الانتباه للتأثيرات الجانبية العديدة للرتينويدات قبل وصفها ومنها التأثير الماسخ للجنين (Teratogenic).

مزيلات التحسس: هنالك طريقتان لإزالة تحسس الجسم تجاه بعض الأغذية والأدوية:

الطريقة النوعية: وتعتمد على إزالة التحسس بالمواد المحسسة ذاتها بعد معرفتها، ومن ثم تلقيح المصاب بحقن بكميات زهيدة ومتزايدة من خلاصة تلك المواد المحسسة.

الطريقة اللانوعية أو المعالجة المثيرة أو المحرضة: وتستهدف هذه الطريقة تقوية الوظائف المناعية للجسم باللجوء إلى حقن مواد دوائية، خلاصات جرثومية مضعفة أو أخلاط المريض ذاته وبمقادير متزايدة.

المعالجات الفيزيائية والجراحية :

يجابه الأطباء الجلديون يومياً إضافة للآفات الجلدية التي تشفى عن طريق المعالجات الدوائية العديد من الآفات التي ينصح بمعالجتها إما عن طريق الأقلمة أو أن معالجتها تتطلب اللجوء إلى طرائق فيزيائية أو جراحية.

المعالجات الفيزيائية:

المداواة بالمناخ (Climatotherapy):

تعد الإقامة في إقليم معين واسطة مهمة في معالجة العديد من الجلادات بخاصة لأولئك المصابين بجلادات عصبية أو نفسية المنشأ لأن من فوائدها تحسين نفسية المريض. أما أكثر المناطق التي ينصح بها فهما المناطق الجبلية والبحرية.

المناطق الجبلية: وتتصف بضغطها الهوائي المنخفض، وبهوائها النقي وشمسها الغنية بالإشعاعات فوق البنفسجية. هذا ويستطب بهذه المناطق في معالجة كلٍ من الصدفية، والتهاب الجلد التأتبي.

المناطق البحرية: وتتصف برطوبتها، واحتوائها على كميات لابأس بها من اليود والكلور، وبشمسها التي تقارب في إشعاعاتها تركيب الإشعاعات الشمسية الجبلية، وبمياهها الغنية بالكثير من الأملاح المعدنية.

علماً بأن طريقة المعالجة بهذه المناطق غالباً ما تتم عن طريق الاستحمام والاستشماس (ماء مالح + أشعة فوق بنفسجية). ينصح بهذا الإقليم في معالجة كل من الصدفية، نظائر الصدفية، والعد.

المعالجة بالبرد [المعالجة القرّية] (Cryotherapy):

تؤدي البرودة الشديدة لإحداث تجمد المسافات خارج الخلوية مشكلة وسطاً فائق التوتر، يؤثر في الاستقلاب الخلوي، ومسبباً تمزق الخلايا وموتها. ومن بين ما تضمنه الوسائل المستخدمة في هذا المجال:

ثلج ثاني أكسيد الكربون (Carbon Dioxide Snow) : تبلغ حرارة ثلج ثاني أكسيد الكربون - 79° تحت الصفر. ويلقى هذا الغاز المضغوط بأجهزة خاصة تطبق على الناحية المراد معالجتها لمدة تتراوح ما بين 6-60 ثانية وذلك تبعاً لنوع الآفة المراد معالجتها. وكثيراً ما نلجأ إلى مزج كرات الثلج الكربوني مع الأسيتون لزيادة التأثير المبرد لهذا الغاز.

يستعمل ثلج ثاني أكسيد الكربون في معالجة بعض الجلادات منها إتلاف بعض أشكال الليشمانية الجلدية، معالجة الثآليل المنبسطة الفتوية، الذئبة الحمامية القرصاوية، العد، والعد الوردي).

الآزوت السائل (Liquid Nitrogen): أما حرارته فتبلغ 195° تحت الصفر. يمكن تطبيق الآزوت السائل مباشرةً على الآفة الجلدية حيث يغمس حامل قطن في قارورة مملوءة بالآزوت السائل ويطبق بعدها على الآفة المراد معالجتها لمدة تتراوح مابين 3-50 ثانية وذلك تبعاً للآفة المراد معالجتها. علماً بانه يوجد هنالك أجهزة خاصة تسمح بزر الآزوت السائل مباشرةً على المكان المراد علاجه يمكن الاستعانة بها. أما أهم الجلادات التي نعالجها بالآزوت السائل فهي: الليشمانيا الجلدية، التقرانات المثية، الورم الحبيبي المقيح، الورم اللقمي المؤنف، المليساء السارية، ندبات العد الضخامي، التقرانات السفعية، وداء بوين.

الحرارة:

تستعمل الحرارة موضعياً في بعض الجلادات بغرض تنشيط التفاعلات الموضعية، أو من أجل تليينها وتميعها. أما آلية تأثيرها فتقوم على إحداث تبيغ فاعل، المساعدة على الامتصاص، زيادة الإمداد بالأكسجين عن طريق زيادة التروية الدموية، وتخفيف الألم. هذا وهنالك طرائق عديدة لتطبيق الحرارة موضعياً أهمها تلك التي نستعين بها بالمصابيح الكهربائية التي تصدر إشعاعات تحت الحمراء الحرارية.

يستطب بالإشعاعات الحرارية في معالجة الدمامل، الجمرة، الآلام العصبية، داء الشعرويات العميقة، والليشمانية الجلدية.

الكهرباء:

وهي أكثر الوسائل استخداماً في المعالجات الجلدية والتي تتم إما عن طريق الكهرلة أو عن طريق الجراحة الكهربائية الجلدية.

التحليل الكهربائي (Electrolysis) : ويلجأ فيها لاستخدام تيار مستمر حيث يغرز مهبطه على الجلد المراد علاجه بينما يمسك المريض المصعد بإحدى يديه.

يستخدم التحليل الكهربائي في معالجة الشعرانية حيث تخرب بواسطتها الأشعار بشكل دائم، كما تستخدم أيضاً لتخريب الشعيريات المتوسعة والوحمات العنكبوتية.

الجراحة الكهربائية (Electrosurgery) : ويستخدم هنا في الجراحة الكهربائية تيار متناوب عالي التوتر يعد كتيار مُنفذ (Diathermy) .

أما تخريب النسج فيتم بالجراحة الكهربائية عن طريق تحول الطاقة الكهربائية لحرارية من جراء مقاومة النسج. علماً بأنه تكون الطاقة المتجمعة عند المسرى المُرَكَّز كبيرة جداً بحيث يمكن بوساطتها صعق النسيج، تجفيفه ـ تخثيره، أو قطعه. هذا وتؤدي عملية تخثير النسيج إلى حدوث إرقاء فوري.

أما أكثر تطبيقات الجراحة الكهربائية استخداماً في طب الجلد فهو التخثير الكهربائي الذي يستطب به في معالجة كل من التقرانات السفعية، التقرانات المثية، الثآليل، الأورام الليفية الرخوة، الورم الحبيبي المقيح، اللويحات الصفراء، الشعيريات المتوسعة، الوحمات العنكبوتية، سرطانة الخلية القاعدية الصغيرة، إزالة الأشعار الزائدة غير المرغوب فيها.

الإشعاعات:

هنالك نوعان من الإشعاعات يستخدمان في معالجة الأمراض الجلدية وهما:

الإشعاعات غير المؤينة والتي هي إشعاعات كهرومغناطيسية ذات أطياف محددة وتضم كلاً من الطيف المرئي (الطيف الضوئي) والطيفان غير المرئيين [فوق البنفسجي UV، وتحت الحمراء IR (الطيوف جنبية الضوء)]. أما أكثر الإشعاعات غير المؤنية المستخدمة في معالجة الجلادات فنذكر منها كلاً من أشعة الليزر، والإشعاعين فوق البنفسجيين A و B.

المعالجة بالليزر:

تنجم كلمة Laser عن اختصار الكلمات التالية:Light amplification by stimulated emission of radiation أي تضخيم الضوء بالبث المنشط للإشعاع؛ حيث يؤدي إمرار كم ضوئي عبر ما يدعى بالوسط الفعال لليزر، ذلك الوسط الذي قد يكون صلباً كبلور الياقوت أو سائلاً كصباغ الرودامين أو غازياً كالآرجون أو ثاني أكسيد الكربون، إلى بث كم ضوئي إضافي له طول الموجة نفسه (بث منشط)، إضافةً لإنتاج ضوء الليزر المركز بوساطة عدسات خاصة ذات قدرات أكبر، إذ يمكن تخريب الجرانيت مثلاً بوساطة الضوء المركز لليزر CO_2.

هذا وتستخدم الليزرات في طب الجلد لمعالجة الأورام الوعائية السطحية، الشعيريات الوعائية المتوسطة، البحيرات الوريدية بليزر «الآرجون» أو ليزر الصباغ،

تخثير الأورام الجلدية السطحية مثل سرطانات الخلية القاعدية، داء بوين بليزر الـ YAG، كما تستخدم في معالجة الأورام الحليمية الفيروسية والورم اللمفي، الثآليل الشائعة، الحطاط البوغاني وذلك بليزر CO_2.

المعالجة بالأشعة فوق البنفسجية وهي:

وهي أشعة إما من نوع A (وطول موجتها مابين 400-320 نانو متر)، أو من نوع B (وطول موجتها مابين 320-290 نانو متر). تستخدم الأشعة فوق البنفسجية الصنعية، التي تصدر عن مصابيح خاصة، مثبتة إما ضمن حجيرة صغيرة، لتشعيع جزء من الجسم المراد معالجته، أو مثبتة ضمن حجرة كبيرة تشبه المحرس قف داخلها المريض لتشعيع كامل الجسم. علماً أن تلك المصابيح منها ما يصدر أشعة ما فوق البنفسجية من نوع A ، ومنها ما يصدر أشعة فوق البنفسجية من نوع B. كما وإن بعض الحجرات يتضمن على نوع واحد فقط من تلك المصابيح في حين يتضمن بعضها الآخر كلا النوعين معاً. هذا وتُزاد مدة التعرض للأشعة فوق البنفسجية تدريجياً وببطء في كل مرة تالية من مرات العلاج، كما ويجب على المريض ارتداء النظارات الكتيمة لهذه الإشعاعات عند المعالجة.

الاستطبابات: يستطب بالمعالجة بالأشعة فوق البنفسجية A في معالجة: الصدفية، نظير الصدفية، الإكزيمة التآتبية، البهاق، الفطار الفطراني، الحكة الكبدية، اليوريمية . كما ويستطب بالمعالجة بالأشعة فوق البنفسجية B في معالجة: الصدفية، نظائر الصدفية، النخالية الوردية والعد، إضافة لمعالجة أدواء جلدية أخرى.

المعالجة الكيميائية الضوئية (Photochemotherapy):

يقصد بهذه المعالجة استخدام الإشعاع فوق البنفسجي (UV) مع دواء محسس للضوء لإحداث تفاعل سمي ضوئي يمكن السيطرة عليه. أما الدواء المحسس فإما أن يطبق موضعياً، أو يعطى مجموعياً.

هذا ويقع الطيف الفعال لمعظم الأدوية المحسسة للضوء في المجال UVA، لذلك تستخدم في المعالجة الكيميائية الضوئية الأجهزة التي تصدر UVAحصراً أو بشكل غالب.

المعالجة بالإشعاعات المؤينة:

ونذكر من تلك الإشعاعات المعالجة بالأشعة السينية (X-Rays) وهي من المعالجات الأساسية والمهمة في معالجة بعض الأشكال الخاصة من السرطانات الجلدية الحرشفية والقاعدية، إضافةً لمعالجة اللمفومات الجلدية، وساركومة كابوزي والفطار الفطراني. كما تفيد في معالجة الجدرة بعد استئصالها جراحياً وفي معالجة الورم الوعائي الدموي .

المعالجة بالموجات فوق الصوتية:

تفيد المعالجة بالموجات فائقة الصوت ذات التأثير الاهتزازي العالي التي لا يمكن للأذن أن تتلقاها في معالجة كلٍ من تصلب الجلد المحدد (القشيعة) تصلب الجلد المنتشر، قرحات الساق ذات الحواف الضخامية المتليفة، والتقرحات الشعاعية.

المعالجات الجراحية :

تشكل الجراحة الجلدية جزءاً رئيساً لمعظم أعمال الأطباء الجلديين. أما أهم الأعمال الجراحية التي يقوم بها الجلديون تحت التخدير الموضعي فهي:

جراحة العُدّ:

وتقوم على فتح الخراجات مع تفريغ محتواها وعلى استخراج الزؤان بوساطة نازعة الزؤان.

الخزعة الجلدية:

ويتم أخذها بعد إجراء تخدير موضعي للآفة أو الورم المراد خزعهما ثم تؤخذ الخزعة إما بالمشرط العادي أو بالخرامة الخاص، الذي هو اسطوانة بقطر 2-8 ملم، والذي يطبق على الآفة أو الورم ثم يضغط عليه بشدة مع تحريكه حركة دورانية، فتقطع العينة المخزوعة على شكل دائرة يمسك بها بوساطة منقاش ثم تقص قاعدتها وتوضع في زجاجة صغيرة نظيفة، تحتوي على مثبت غالباً ما يكون الفورمالين، لترسل بعد ذلك للتشريح المرضي.

ومما يجب ذكره بهذا الصدد أن القيام بإجراء الخزعة ما هو إلا عملية جراحية صغرى يجب أن تراعى فيها شروط التعقيم والطهارة.

المعالجات الجراحية الجلدية الأخرى:

تراعى في هذه المعالجات الشروط الجراحية العامة والنواحي التجميلية والتصنيعية.

أما أهم المعالجات الجراحية التي يقوم بها الطبيب الجلدي فهي:

استئصال الأورام السليمة والخبيثة، استئصال الوحمات ومعالجة قرحات الساق الكبيرة بالطعوم، معالجة فيمة الأنف جراحياً، معالجة الندبات.

زرع الأشعار:

ويجري بنقل قطع جلدية صغيرة مع أجربتها الشعرية من المنطقة القفوية المشعرة إلى المنطقة المصلوعة بعد إجراء حفيرات صغيرة فيها بوساطة المثقاب لوضع تلك القطع الصغيرة المنقولة من المنطقة القفوية.تستخدم هذه الطريقة لمعالجة بعض حالات الصلع والحاصات الندبية الدائمة.

تسحيج الجلد:

ويتم بإحداث تآكل في الطبقات السطحية من الجلد بوساطة كاشطة ذات رؤوس كالفرشاة، وتدور بسرعة عالية.

تستخدم السنفرة في معالجة ندبات العد، حروق البارود (الناجمة عن الألعاب النارية) والوشوم (Tattoos)، إزالة الأورام الوعائية الليفية في داء برنجل (Pringle)، التقرانات المثية، والتقرانات السفعية إضافةً لاستخدامها في معالجة آفات اخرى لا مجال لذكرها.