

## أورام الجلد

### الأورام الحميدة

#### Benign Tumors

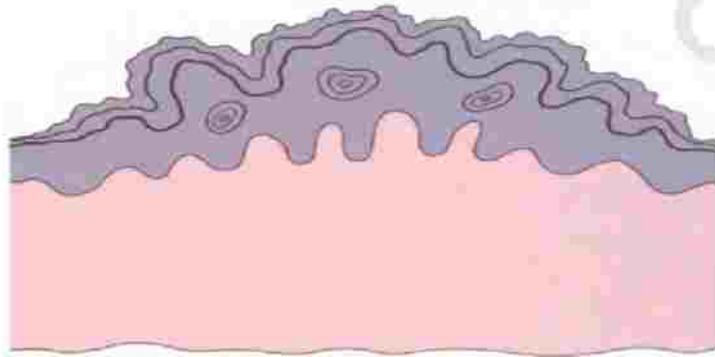
تعد أورام الجلد أوراماً شائعة، وتزايد حالات الإصابة بها في الدول الغربية. وتشكل معالجة أورام الجلد جزءاً ضخماً من ممارسات طب الجلد الحالية. وتعتبر العديد من أورام الجلد أوراماً حميدة وسوف توصف في هذا الفصل. وقد تم ذكر الثُؤلول الفيروسي، والتقران السَّقْعِيّ والوحمة في جزء آخر من الكتاب.

#### أورام البشرة الحميدة

#### Benign Epidermal Tumors

#### ثُؤلول مَثِّي (تَقْران مَثِّي): Seborrheic Wart

يعد الثُؤلول المَثِّي (التَقْران المَثِّي) شائع وعادة ما يكون ورماً حميداً مُصْطَبِغاً مكوناً من تكاثر خلايا كيراتينية قاعدية (انظر الشكل رقم ١). ويكون سبب هذا الحالة غير معروف، بالرغم من أنه قد يكون وحمائياً. ولا يعد وجود المَث (دهنية البشرة) مظهراً من المظاهر المصاحبة للثُؤلول المَثِّي.

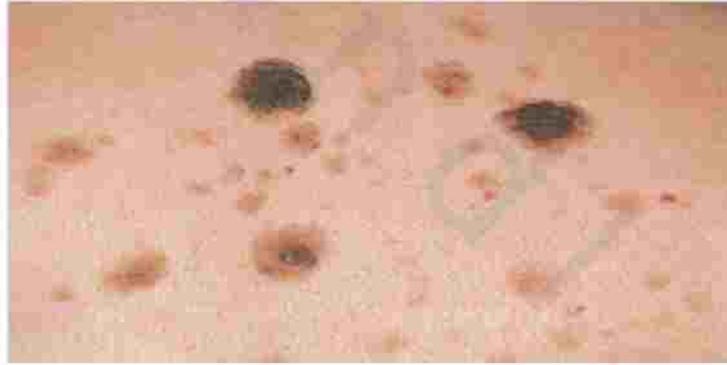


الشكل رقم (١). التشريح النسيجي للثُؤلول المَثِّي : يظهر فرط التقرن في البشرة ، بسبب تكاثر الخلايا القاعدية، المصحوب

بكيسات كيراتينية.

## الاستعلان السريري

- تتميز ثؤلولات المث بالمظاهر التالية :
- غالباً ما تكون متعددة (انظر الشكل رقم ٢) ، وأحياناً تكون منفردة.
- تؤثر على كبار ومتوسطي السن.
- يلاحظ معظمها على الجذع والوجه.
- تأخذ عموماً الشكل البيضاوي والدائري.
- تبدأ كحطاطات صغيرة ، غالباً ما تكون مصطبغة اصطبغا خفيفاً أو أصفر.
- قد تصبح عقيدات ثؤلوية مصطبغة اصطبغا داكناً يبلغ قطرها ١-٦ سنتيمترات.
- ويكون لها مظهر الشئ الملتصق على الجلد (stuck-on) مع وجود سدادات كيراتينية وحواف واضحة المعالم.



الشكل رقم (٢). ثؤلولات مثية واقعة على الجذع مع بقع كامبيل دي مورجان صغيرة.

## التشخيص التفريقي

عادة ما يكون التشخيص واضحاً من الفحص ومن تعدد الآفات. وأحياناً قد يشبه الثؤلول المثي الثقران السفحيّ، أو الوحمة الميلانينية ، أو سرطانية الخلية القاعدية المصطبغة ، أو الورم الميلانيني الخبيث.

## التدابير العلاجية

ويمكن معالجة الآفات المتعددة معالجة كافية باستخدام المعالجة بالتبريد بالتتروجين السائل. ومن أفضل الطرق لمعالجة الثؤلول المثي الشخين استخدام الكشط أو خزعة الحلاقة أو الكي باستخدام أجهزة الجراحة الكهربائية. وإذا كان هناك شك في التشخيص ، ينصح في هذه الحالة بالاستئصال وإجراء الفحص النسيجي.

## الطفوآت الجلديّة

## Skin Tags

تعتبر الطفوآت الجلدية سلاّئل مسوفة ظهاريّة ليفيّة حميدة ويبلغ طولها ملليمترات قليلة. وتشيع هذه الطفوآت بشكل رئيسي في الأفراد كبار ومتوسطي السن وتظهر في الرقبة، والأياط، والأزبيّة وأهداب العين (انظر الشكل رقم ٣). ويكون السبب مجهولاً، ولكن غالباً ما تصيب الأفراد البدناء. وأحياناً يخلط بين الطفوآت الجلدية وبين الوحمة الميلانيّة الصغيرة أو الثؤلولات المثية.



الشكل رقم (٣) الطفوآت الجلدية في الإبط.

تكون المعالجة، عادة للأسباب التجميلية، عن طريق قص السوفة بالمقص، أو قطعها بالمشروط الكهربائي (تحت تأثير المخدر الموضعي عند اللزوم)، أو استخدام المعالجة بالتبريد.

## الأكياس (بشرواني) البشرويّة

## Epidermal (Epidermoid) Cyst

تسمى أحياناً الأكياس البشروية، والتي عادة ما تظهر على الفروة، أو الوجه، أو الجذع، بالأكياس الزهميّة وهي تسمية خاطئة. وهي مليئة بالكراتين وتشتق من البشرة أو من غمد الجذع الخارجي لجريب الشعرة، في حالة الأكياس الشعرية. وهي أكياس صلبة، لونها مثل لون الجلد، ومتحركة ويصل قطرها عادة إلى ٣-١ سنتيمتر. وقد تحدث العدوى الجرثومية كمضاعفات للحالة. وبعد الاستئصال علاج يحدث به الشفاء.

## الدُّخَيْنَةُ

## Milium

تظهر الدخينة في الغالب في الوجه ، وتظهر نمطياً في صورة كيسات كيراتينية بيضاء صغيرة (ويبلغ طولها ١-٢ ملليمتر) حول جفون العين وعلى الحد العلوي. وتظهر غالباً في الأطفال ، وقد تظهر في أي سن. وأحياناً ، قد تظهر الدُّخَيْنَاتُ كجزء من الالتام بعد الإصابة بنفطة تحت البشرة ، على سبيل المثال ، في البُرْفِيرِيَّةِ الجِلْدِيَّةِ الآجِلَّةِ. ويمكن استخلاص كيسات الدخينات باستخدام الإبرة المعقمة.

## الأورام الجلدية الحميدة

## الْوَرَمُ اللَّيْفِيُّ الجِلْدِيُّ (وَرَمُ المُنْسِجَاتِ اللَّيْفِيِّ)

## Dermatofibroma (Fibrous Histiocytoma)

تعد الأورام الليفية الجلدية من العقيدات الجلدية الشائعة ، وعادة ما تكون عديمة الأعراض. وتظهر النسيجيات تكاثراً للخلايا النسيجية والأرومات الليفية ، مع ظهور تليف في الأدمة وفرط النسيج البشروي. وقد تحدث نتيجة رد فعل لعضة حشرة أو لأي رضح أخرى ، وعادة لا يوجد أي سبب الاستعلان السريري

يظهر الورم الليفي الجلدي عادة في صغار البالغين ، ويشيع ظهورها في النساء ، وتظهر بشكل رئيس في أسفل السيقان. وتكون عقيدات جلدية صلبة يبلغ قطرها ٥-١٠ ملليمترات وقد تكون مصطبغة (انظر الشكل رقم ٤). وتزيد في الحجم زيادة بطيئة ، بأي حال من الأحوال.



الشكل رقم (٤). وَرَمُ لَيْفِيٍّ جِلْدِيٍّ عَلَى السَّاقِ السُّفْلَى.

## التدابير العلاجية

وقد يخلط ما بين الورم الليفي المصطبغ والوَحْمَةُ المِيلَانِيَّةِ أو الورم الميلانيني الخبيث. وينصح باستئصال الآفات المشكوك في تشخيصها أو عند ظهور أعراض مزعجة.

### الْوَرَمُ الحَبِيبِيُّ المَقِيحُ Pyogenic Granuloma

يعد الورم الحبيبي المقيح عُقيدة ذات لون أحمر فاتح أو ذات جلبة دموية تتطور تطوراً سريعاً، ويخلط بينها وبين الورم الميلانيني الحبيث. هو ليس مُقِيحاً ولا متعلقاً بالورم الحبيبي، ولكنه ورم وعائى دموي شعيري مكتسب. الاستعلان السريري

يتصف الورم الحبيبي المقيح نمطياً بما يلي :

- يصيب مواقع الرضوح، على سبيل المثال: وخز الشوك
- يظهر بلون أحمر فاتح، وأحياناً يأخذ شكل سويقة أو عقيدة يتراوح قطرها ما بين ٥-١٠ ملليمترات وتنزف بسهولة (انظر الشكل رقم ٥).
- يزيد في الحجم زيادة سريعة بمرور ٢-٣ أسابيع.
- يظهر على أحد الأصابع (وأيضاً على الشفاه، والوجه، والقدم).
- يصيب البالغين والأطفال.



الشكل رقم (٥). ورم حبيبي مقيح على الإصبع .

#### التدابير العلاجية

من الأمور الضرورية إجراء عملية كَشْط أو كَي أو اسْتِئْصال. يرسل النسيج للفحص لاستبعاد الإصابة بالورم الميلانيني الحبيث. وفي بعض حالات يعاود الورم الحبيبي المقيح الظهور مرة أخرى بعد إجراء عملية الكشط.

#### الجُدْرَة

#### Keloid

تعد الجُدْرَة تكاثراً مفرطاً للنسيج الضام كاستجابة للإصابة برضوح في الجلد، وتختلف عن الندبة الضخامية، لأنها تمتد خارج حدود الجرح الأصلي. وتظهر الجُدْرَة الخصائص التالية :

- تظهر في شكل عقيدات ملساء صلبة وناشزة، أو في صورة لويحات (انظر الشكل رقم ٦).
- تظهر بشكل رئيسي على منطقة أعلى الظهر، والركبة، والصدر، وشحمة الأذن.
- تشيع الإصابة بها في ذوي البشرة السوداء.
- تبلغ معدلات الحدوث ذروتها في العقد الثاني والرابع من العمر.
- يتم العلاج باستخدام جيل السليكون الموضعي أو حقن الستيرويد (انظر الصفحة رقم ٦٦).



الشكل رقم (٦). الجذرات تظهر العقيدات على صدر المريض الذي له تاريخ الإصابة بالعد.

#### بقعة كامبيل دي مورجان

#### Campbell-de-morgan Spot

تعد بقعة كامبيل دي مورجان تكاثراً شعيرياً حميداً، ويشيع ظهورها في صورة حطاطات صغيرة ذات لون أحمر فاتح على الجذع في المرضى كبار السن ومتوسطي العمر (انظر الشكل رقم ٢). ويمكن إزالتها بالكلي إذا لزم الأمر.

#### أورام اللواحق الجلدية

تندر نسيباً الإصابة بأورام اللواحق الجلدية كأورام الغدد العرقية الناتجة والمفتزة، وجريب الشعرة والغدد الزهمية. أما من الناحية السريرية، فغالباً ما تظهر كعقيدات جلدية غير محددة ومن الصعب تشخيصها بدون إجراء استئصال وفحص نسيجي. وأحياناً تكون هذه الأورام خبيثة.

## الْوَرَمُ الشَّخِمِيُّ

## lipoma

تعد الأورام الشحمية أوراماً دهنية حميدة، وتظهر في صورة كتل لينة في النسيج الواقع تحت الجلد. وغالبا ما تكون متعددة، وتوجد عادة على الجذع، والرقبة، والأطراف العلوية. وأحيانا تكون مؤلمة. وفي حالات نادرة يكون هناك حاجة إلى الإزالة.

## الْتِهَابُ الغُضْرُوفِ وَالْجِلْدِ العُقَيْدِيُّ

## Chondrodermatitis Nodularis

لا يعد التهاب الغضروف والجلد العقيدي ورّما، ولكن يبدو في صورة عقيدة صغيرة مؤلمة على الحافة العلوية نصيوان الأذن، وتصيب عادة الرجال كبار السن. ويرجع سببها إلى التهاب في الغضروف، والذي قد يكون استجابة لتغيرات تنكسية في الأدمة حفزها التعرض المزمّن لأشعة الشمس. وغالبا ما يتم الخلط بينها وبين سرطانية الخلية القاعدية. ويعد الاستئصال علاجاً يحدث به الشفاء.

## الأورام الحميدة

الآفة	العمر الذي تحدث فيه الإصابة	المظاهر الرئيسية
البشرية تُولَدُ فَيُورَسِي	غالبا في الطفولة	عادة على اليد أو القدم (أنظر الصفحة رقم ١٨٩)
تَقْرَانُ سَفْعِي	كبار السن	المناطق المعرضة لأشعة الشمس (أنظر الصفحة رقم ٤٦٥) تقران، غالبا على الجذع أو الوجه
تُولَدُ مَتِي	كبار/متوسطي العمر	كيسات بيضاء، غالبا على الوجه
رُخَيِّنَات	الطفولة	على الأكثر على الوجه أو الفروة
أكياس البَشْرَةِ الطَّفَوَاتُ الجِلْدِيَّةُ	بعد الطفولة متوسطي/كبار السن	يظهر على الرقبة، والأُزْيَّة، والآباط

الأورام الحميدة

الأفة	العمر الذي تحدث فيه الإصابة	المظاهر الرئيسية
الجلدية (الأدمية) وَرَمٌ لَيْفِيٌّ جِلْدِيٌّ	البالغين (ذكور وإناث)	عقيدة، غالباً على الساق
وَحْمَةٌ المِيلَانِيَّةُ وَرَمٌ وَعَائِيٌّ كَرَزِيٌّ	المراهقين / البالغين متوسطي / كبار السن	بُقْعَةٌ أو حطاطة بنية اللون (ص) حطاطة حمراء صغيرة على الجذع
وَرَمٌ حَبِيبِيٌّ مُقَبَّحٌ جُدْرَةٌ	الأطفال / البالغين العقدين الثاني - الرابع	عقيدة حمراء، غ البأ على الإصبع الصدر/الرقبة، يؤثر على الأفارقة السود
وَرَمٌ شَحْبِيٌّ التَّهَابُ العُضْرُوفِيٌّ والجِلْدُ العُقَيْدِيٌّ	في أي عمر كبار العمر ومتوسطي العمر	ورم لين على الجذع أو الأطراف عقيدة على صيوان الأذن الأعلى في الذكور والإناث

## الوحمة

### Naevi

تعد الوحامات تكاثراً حميداً لواحد أو أكثر من الخلايا العادية المكونة للمجلد. وقد تظهر الوحامات عند الولادة أو قد تظهر فيما بعد. وتعد الوحامات الأكثر شيوعاً هي تلك الوحامات التي تحتوي على مجموعات حميدة من الخلايا الوحمة الميلانينية، ولكن توجد أنواع أخرى من الوحامات (انظر الجدول رقم ١).

الجدول رقم (١). تصنيف الوحامات.

المجموعة	المثال
الميلانينية	الخلقية الموصلية الأدمية المركبة سيتر الزرقاء البالية وحمة بيكر
الوعائية	وحمة مُصاحبة لخلل التَّسُّج لُطخة سَلْمُونِيَّة مَلَوْنٌ خَمْرِيٌّ التوت البري وَرَمٌ وَعَائِيٌّ كَهْفِيٌّ
البشوية النسيج الضام	وحمة مُثَالَّة تَصَلْبٌ حَدِّيٌّ .

### الوَحَمَاتُ المِيلَانِينِيَّةُ

#### Melanocytic Naevi

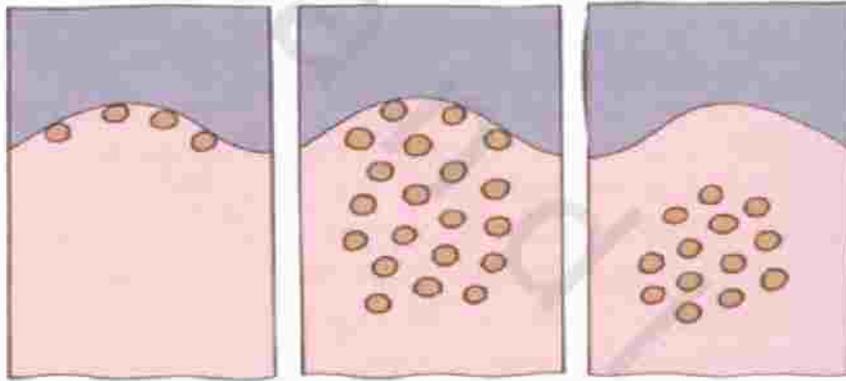
تشيع الإصابة بالوَحَمَاتِ المِيلَانِينِيَّةِ . وتظهر في معظم السلالة القوقازية ولكنها أقل انتشاراً في السلالة المنغولية، والأفارقة السود.

## السبببات الممرضه والمرضيات

يعتقد أن الخلايا الوحمة في الوحمة الميلانينية الخلية تأتي من الخلايا الميلانينية التي تهاجر إلى البشرة من العرف العصبى أثناء تطور الجنين. ولا يعرف السبب لتطور الوحمة، ولكن يبدو أنها صفة موروثية في العديد من العائلات.

وتحدد مواقع خلايا الوحمة داخل الأدمة نوع الوحمة (انظر الشكل رقم ١). فالوحمة الموصلية ذات عناقيد من الخلايا الوحمة على الموصيل الأدمى البشرى، أما الوحمة الأدمية ذات أعشاش من الخلايا الوحمة في الأدمة، أما الوحمة المركبة فتظهر كلا المكونين.

وينتج عن الخلايا الوحمة مادة الميلانين، وإذا كانت الخلايا غائرة في الأدمة، قد يعطي التأثير البصري الآفة اللون الأزرق، كما في الوحمة الزرقاء.



الأدمية

المركبة

الموصلية

الشكل رقم (١). أنواع الوحمة الميلانينية. يحدد موقع الخلايا الوحمة نوع الوحمة الميلانينية، سواء كانت الموصلة الأدمى البشرى أو في الأدمة، أو في كلا المكانين.

## الاستعلان السريري

الوحمة الخلقية هي الوحمة التي تظهر عند أو مباشرة بعد الولادة وهي تصيب ١-٣٪ من حديثي الولادة، ولكن تظهر أغلب هذه الوحمة خلال فترة الطفولة والمراهقة.

ويصل عدد هذه الوحمة إلى قمته في العقد الثالث من العمر؛ ومن ثم يقل بعد ذلك. على الرغم من أنه ليس من غير المعتاد ظهور بعض الوحمة بعد العقد الثالث، خصوصاً عند التعرض المفرط للشمس أو عند الحمل.

ويبلغ متوسط عدد الوحامات الميلانينية في الإنسان البالغ أبيض البشرة بين ٢٠-٥٠ وحة ميلانينية. وتتلخص الأنواع السريرية للوحامات الميلانينية بالتالي:

- **الوحامات الخلقية:** تظهر عند الولادة أو بعدها بقليل، وعادة ما يزيد حجمها عن ١ سنتيمتر، وتتنوع في اللون ما بين الأحمر والبني والأسود وغالبا ما تصبح ناشزة وملينة بالشعر. وقد تكون مشوهة كما يحدث في وحامات الجذع (وَحْمَةٌ عَمَلَاقَةٌ خَلْقِيَّةٌ مُصْطَبَعَةٌ) النادرة الحدوث، وهي تحمل خطورة مدى الحياة بمعدل يزيد عن ٥٪ للأصابة بالورم الميلانيني الخبيث.

- **الوحامات الموصلية *Junctional naevi*:** وهي بقع مسطحة، تتنوع في الحجم من ٢ إلى ١٠ ملليمترات، وتتنوع في اللون من الفاتح إلى البني الغامق (انظر الشكل رقم ٢). وعادة ما تكون دائرية أو بيضاوية الشكل وعادة تصيب راحة اليد وأخمص القدم والأعضاء التناسلية.



الشكل رقم (٢). وحامات متعددة موصلية (مركبة) على الساق السفلى.

- **الوحامات الأدمية *Intradermal naevi*:** تتميز الوحامات الأدمية بعقيدات أو حطاطات شبيهة بالقبة قد تكون ملونة أو لونها لون الجلد، وتظهر في الغالب على الوجه والرقبة.
- **الوحامات المركبة *Compound naevi*:** وعادة ما تكون الوحمة المركبة أقل من ١٠ ملليمتر في القطر، وذات سطح أملس كما تتنوع في درجة الاصطباغ (انظر الشكل رقم ٣). أما الآفات الأكبر حجماً قد تظهر مظهراً ثُولُولِيًّا أو مظهر دماغي الشكل. وقد تصيب أي جزء من الجلد.



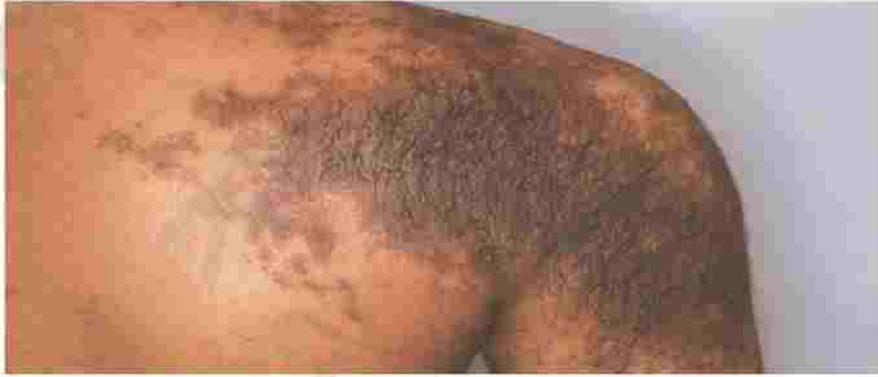
الشكل رقم (٣). الوحمة الميلانينية المركبة .

- **وَحْمَةٌ سبيتز *Spitz naevi*** : إن وحمه سبيتز هي عقيدة صلبة ، ذات لون بني ضارب للحمرة تظهر نمطياً على وجه الطفل أو ساقه. وقد يكون النمو المبدي لها نمواً سريعاً. وتوضح النسيجيات تكاثراً للخلايا الوحمية وتوسعاً للأوعية الدموية الجلدية .
- **الوحمات الزرقاء *Blue naevi*** : سمي هذا النوع بالوحمة الزرقاء بسبب لونه الأزرق الفولاذي ، وهي عادة منفردة وتكون أكثر شيوعاً على النهايات ، خاصة الأيدي والأقدام.
- **وَحْمَةٌ هَالِيَّة *halo naevi*** : تظهر الوحمات الهالية (أو وحمات ساتون) بشكل رئيسي على الجذع في الأطفال أو المراهقين ، وتمثل تدميراً من قبل جهاز المناعة في الجسم للخلايا الوحمية في أحد الوحمات. حيث تحيط هالة بيضاء بالوحمة السابقة التكون نتيجة انكماشها (انظر الشكل رقم ٤). وقد يرجع السبب في ذلك إلى هجوم خلايا المناعة الذاتية المضادة للخلايا الميلانينية. وقد تصاحب مرض البهاق. وغالباً ما تحدث هالات متعددة في نفس الوقت.



الشكل رقم (٤). وحمات هالية متعددة تظهر على ظهر أحد المراهقين .

- **وحمة بيكير *Beckers naevi***: هذا النوع نادر الحدوث وهي تحدث في الذكور البالغين كأفة وحيدة الجانب على الجذع العلوي أو الصدر (انظر الشكل رقم ٥). ويحدث فرط التصبغ في البداية، ثم تصبح بعد ذلك مليئة بالشعر ويكون هناك استعداد للإصابة بالعد. وقد تمثل تزيق *mosaicism*.
- **الوحمة المصحوبة بخلل التنسج *Dysplastic naevi*** تظهر الوحمة المصحوبة بخلل التنسج بعضاً من عدم الانتظام في الحدود وفي التصبغ.



الشكل رقم (٥). وحمة بيكير تظهر على كف رجل صغير السن .

#### التدابير العلاجية

خلال السنوات القليلة الماضية، أكدت الدعاية في وسائل الإعلام وحملات الصحة العامة على أهمية التشخيص المبكر للورم الميلانيني الخبيث. وقد أدى ذلك إلى المزيد من الوعي العام بأهمية التغيير في الآفات المصطبغة، وأصبح هناك تحويل للعديد من المرضى بسبب اهتمامهم بالوحمات الخاصة بهم. فأى تغيير يستحق اهتماماً جاداً. وقد تم سرد التشخيص التفريقي للوحمات الميلانينية الخلايا في الجدول رقم (٢). عادة يتم استئصال الوحمات للأسباب التالية :

- القلق بشأن الخباثة، على سبيل المثال الزيادة الأخيرة في الحجم أو الحركة.
  - مخاطرة متزايدة لحدوث التغيير الخبيث، على سبيل المثال في الوحمات الخلقية الضخمة.
  - أسباب تجميلية، على سبيل المثال الوحمات القبيحة المنظر، غالباً على الوجه والرقبة.
  - الالتهاب المتكرر، على سبيل المثال التهاب الجربيات الجرثومي، غالباً في وحمات الوجه المليئة بالشعر.
  - الرضوح المتكررة، على سبيل المثال الوحمة الواقعة على الظهر التي تعلق بأشرطة حمالات الصدر.
- ينبغي أن ترسل كل الوحمات المستأصلة لفحص النسيجية. أما بعض الوحمات الواضح أنها وحمات حميدة حديبية والتي تُزال لأسباب تجميلية فيمكن التعامل معها باستخدام طريقة الاستئصال بالخلقة.

الجدول رقم (٢). التشخيص التفريقي للوحمات البشرية.

الآفة	المظاهر المميزة
الشمس	يقع سمراء على المناطق المعرضة للشمس
الشمس الشامي	متعددة ، تحدث الإصابة بها في أواخر العمر
التقران المهي	يأخذ شكل الأشياء الملتصقة على السطح (stuck-on)، آفات ثالوية، قد تظهر سدادات كيراتينية، لكن يمكن الخلط بسهولة بينها وبين أمراض أخرى
الورم الوعائي الدموي	وعائي، وربما يظهر شيء من التصبغ
وَرَمٌ لِيْفِيٌّ جِلْدِيٌّ	على السيقان، عقيدات مرتفعة، صلبة ومصطبغة
سرطانية الخلية القاعدية المصطبغة	غالباً على الوجه، له حافة على شكل اللؤلؤ، تزداد في الحجم، يمكن أن تنفجر، وقد يتداخل معها بعض الأضرار الناتجة عن التعرض لضوء الشمس.
الوَرَمُ الميلانيني الخبيث	متغير اللون والحدود، قد يزيد في الحجم، وقد يلتهب، وقد ينزف وتصاحبه حكة

### الوحمة البشرية

#### Epidermal Naevi

تظهر الوحمة البشرية غالباً عند الولادة أو تنمو في مرحلة الطفولة المبكرة. وتكون ثالولوية، وغالباً ما تكون مصطبغة وخطية في معظم الأحيان (الشكل رقم ٦). ويبلغ طول معظمها القليل من السنتيمترات، ولكن قد تكون أطول من ذلك وتمتد على طول الطرف أو جانب الجذع. ويمكن استئصالها ولكن تشيع معاودة الإصابة بها. أما النوع الذي يصيب الفروة (الوَحْمَةُ الزُّهُمِيَّةُ) والتي تحمل خطورة التحول إلى ورم خبيث ينبغي أن يتم استئصالها.

### وحمة النسيج الضام

#### Connective Tissue Naevi

نادراً ما تحدث وحمة النسيج الضام. وتظهر في صورة حطاطات أو لويحات ملساء تتلون بلون الجلد، وقد تكون متعددة، ويظهر فحص النسيجيات وجود حزم الكولاجين الخشنة في الأدمة. وتعد الوحمة المرصوفة المحتوية على الكولاجين التي تتواجد في التَّصَلُّبِ الحَدِيثِيِّ (لَطْفَةُ حَرَّشَاء) مثال على ذلك.



الشكل رقم (٦). وحمة بشروية على الفخذ .

### الوحمات

- تعد الوحمات الميلانينية شائعة للغاية، وهي عادة متعددة، ومصطبغة، وحميدة. وتظهر خلال مرحلة الطفولة أو المراهقة. يعاني منها صغار البالغين من أصحاب البشرة البيضاء بين عمر ٢٠-٥٠ وتشمل الأنواع التالي:
- **الوحمة الخلقية:** التي تظهر في مرحلة الطفولة، وقد تكون ناشزة أو مليئة بالشعر وهي تحمل خطورة قليلة للتغيير الخبيث.
  - **الوحمة الموصلية:** هي بقع مسطحة، غالباً ما تكون دائرية الشكل أو بيضاوية الشكل. تظهر تظيماً على أخمص القدم، وراحتي اليد، أو الأجزاء التناسلية.
  - **الوحمة الأدمية:** تأخذ شكل القبة، وعادة تكون حطاطات تتلون بلون الجلد. وتُرى تظيماً على الوجه.
  - **الوحمة المركبة:** هي عقيدات أو حطاطات مصطبغة، وأحياناً تكون ثألوية أو مليئة بالشعر. ويظهر فحص النسيجات المكونات الموصلية والأدمية لها.
  - **وحمة سبيتر:** إن وحمة سبيتر هي عقيدة صلبة، ذات لون بني ضارب للحمرة تظهر تظيماً على وجه الطفل أو ساقه.
  - **الوحمات الزرقاء:** زرقاء بلون الفولاذ، ويرجع ذلك إلى مادة الميلانين الموجودة في الأدمة العميقة، عادة ما تكون مفردة وتكون على النهايات.
  - **الوَحْمَةُ البهائية:** تظهر الوحمات البهائية بيضاً في المكان الذي انحسرت فيه الصبغة؛ ويرجع ذلك إلى هجوم المناعة الذاتية، وتظهر في معظم الأحيان على الجذع.
  - **وحمة بيكير:** آفات مصطبغة ومليئة بالشعر على الجذع العلوي أو الصدر تحدث عادة في الذكور. وتظهر في مرحلة المراهقة.
  - **الوحمة البشرية:** تكون ثألوية، ومصطبغة وغالباً ما تكون خطية، عادة صغيرة أو ممتدة في بعض الأحيان. أما النوع الذي يصيب القروة (الوَحْمَةُ الزُهْمِيَّة) فهي تحمل خطورة التحول إلى ورم خبيث وينبغي استئصالها.
  - **وحمة النسيج الضام:** وتظهر في صورة حطاطات تتلون بلون الجلد مكونة من حزم الكولاجين الخشنة في الأدمة. وقد تحدث كوحمات مرصوفة (لَطْخَةٌ حَرِّشَاء) توجد في التَّصَلُّب الخَبِيْث.



## الورم الميلانيني الخبيث

### Malignant Melanoma

يعد الورم الميلانيني الخبيث وربما خبيثاً للخلايا الميلانينية، عادة ما ينشأ في البشرة. ويعد أخطر أورام الجلد الرئيسية القاتلة، وقد تزايد معدل الإصابة به في الثلاث عقود الأخيرة الماضية. وقد وجهت حملات التعليم الانتباه إلى الورم الميلانيني الخبيث، خاصة نظراً لعلاقته المفترضة بالتعرض لإشعاع الأشعة فوق البنفسجية المفرط. وقد تكون الوراثة مهمة فهناك ما يزيد عن ٥% من المرضى لديهم تاريخ عائلي للورم الميلانيني الخبيث.

#### الاستعلان السريري

تم التعرف على أربعة أنواع سريرية رئيسية. وقد تم وصفها فيما يلي:

#### الورم الميلانيني الخبيث المنتشر السطحي

##### Superficial Spreading Malignant Melanoma

يمثل هذا النوع ٥٠% من الحالات في بريطانيا، والأنثى أكثر عرضة لهذا النوع ويشيع ظهوره على الساق السفلي. ويعد هذا الورم ورماً بقعياً ويظهر تصبغاً متنوعاً، وغالباً ما يكون مصحوباً بالتقشر (الحسار الأفة) regression (الشكل رقم ١).



الشكل رقم (١). ورم ميلانيني منتشر سطحي.

## الْوَرْمُ المِيلَانِينِيُّ النَّمَشِيُّ الخَبِيثُ

## Lentigo Malignant Melanoma

يتطور الورم الميلانيني الخبيث في النَمَشَةِ الخبيثة الموجودة منذ حين (انظر الشكل رقم ٢ و ٣) ويشكل ١٥٪ من الحالات في المملكة المتحدة. تنشأ النمشة الخبيثة في الجلد الذي أضرته أشعة الشمس، غالباً على وجه شخص بالغ قضى سنوات عديدة في وظيفة ميدانية خارجية.



الشكل رقم (٢). نمشية خبيثة تظهر شكلاً خارجياً غير منتظم وتصيفاً.



الشكل رقم (٣). ورم ميلانيني نمشي بالنهايات خبيث.

## الْوَرْمُ المِيلَانِينِيُّ الخَبِيثُ النَّمَشِيُّ المصِيبُ للنهايات

## Acral lentiginous Malignant Melanoma

يشكل الورم النمشي بالنهايات (الأطراف) ١٠٪ من الحالات ببريطانيا، ولكنه يعد النوع الأكثر شيوعاً في أصحاب البشرة الداكنة. يؤثر الورم على راحات اليد، وأخمص القدم، وقراش الأظافر، وغالباً ما يشخص في مراحل متأخرة ينجو منها القليل من الأشخاص.

## الورم الميلانيني العقيدي الخبيث

## Nodular Malignant Melanoma

يصيب النوع العقيدي ٢٥٪ من المرضى البريطانيين؛ وهو يصيب الذكور أكثر ومن أكثر المناطق الإصابة الجذع. وفيه تنمو العقيدة المصبغة (انظر الشكل رقم ٤) نمواً سريعاً، وقد تتقرح.



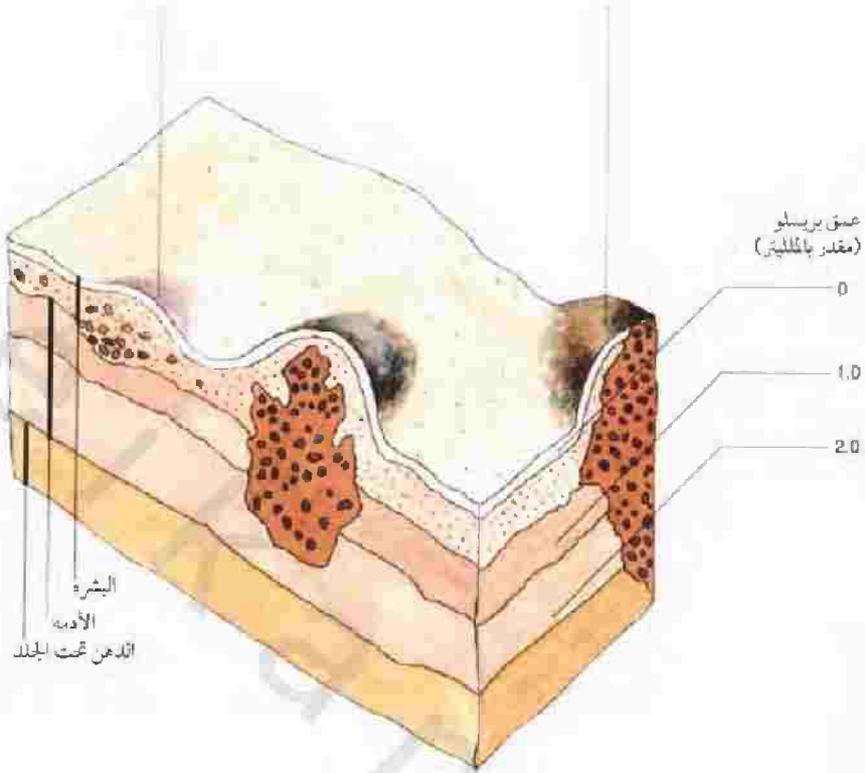
الشكل رقم (٤). ورم ميلانيني عقدي خبيث.

## الوبائيات

يصيب الورم الميلانيني الخبيث من ١٥-٢٠ لكل ١٠٠٠٠٠ نسمة كل عام في المملكة المتحدة. وقد ازداد معدل الإصابة هذا بمعدل ٧٪ كل عام، وقد ازداد بمعدل ثلاثة أضعاف في العقدين الماضيين. ويحدث في كل السلالات، ولكنه يعد على وجه الخصوص مشكلة تواجه السلالة القوقازية، حيث يزداد شيوع المرض كلما اقتربت مساكنهم من خط الاستواء. وفي المملكة المتحدة يتأثر النساء تأثراً مضاعفاً للرجال. وتميل الأورام الميلانينية العقدية والمنتشرة السطحية إلى الحدوث في الفئة التي تتراوح أعمارهم ما بين ٢٠ إلى ٦٠ عاماً، أما الأورام الميلانينية النمشية فتؤثر على الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن ٦٠ عاماً في معظم الأحيان. وفي الذكور يكون الظهور الأكثر إصابة أما في الإناث فتكون الساق السفلى أكثر إصابة (حيث تحدث نصف حالات الإصابة هناك).

## المراحل

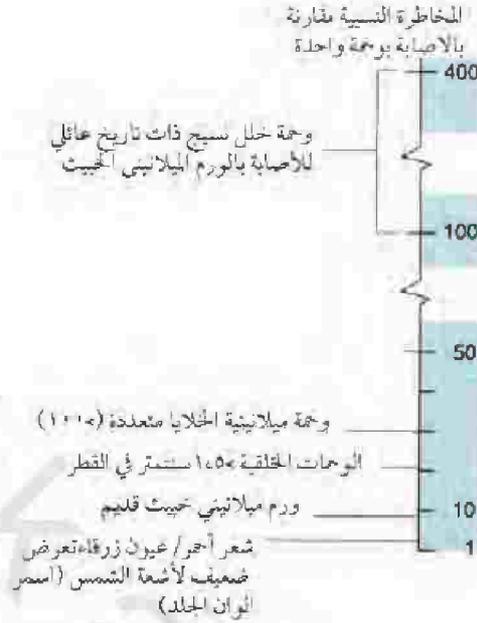
تتطور الأورام الميلانينية عادة، بالرغم من أنها غير ثابتة، خلال مرحلتين (انظر الشكل رقم ٥) المرحلة الأفقية والمرحلة العمودية، وقد يتطور الطور الأفقي لنمو الورم الميلانيني الخبيث داخل البشرة إلى مرحلة من الاكتناف الأدمي والنمو العمودي. ويتم تقييم الأمتداد الموضعي باستخدام طريقة بريسلو، وهي طريقة قياس المسافة بين طبقة الخلية الحبيبية وبين أعمق خلية ورم ميلانيني محددة ويقدر القياس بالمليمتر. وتعد النقيلات أمراً غير شائع في الأورام المقتصرة على البشرة.



الشكل رقم (٥). المراحل.

### السبب المرضية

يعد سبب الإصابة بالورم الميلانيني الخبيث سبباً غير معروف، ويعد التعرض القصير لكن الشديد والمتكرر لإشعاع للأشعة فوق البنفسجية قد يكون سبباً، على سبيل المثال: الإجازات التي يكون الهدف منها قضاء وقت في مكان مشمس. وقد تم توضيح العوامل الرئيسية للمخاطرة في الشكل رقم (٦). يُوضّح التاريخ الطبي وجود وحمات ميلانينية في موضع الورم الميلانيني قبل حدوثه في ٣٠٪ من حالات الورم الميلانيني الخبيث ولكن، باستثناء الوحمات المتعلقة أو المصحوبة بخلل التَّنسُّج أو الوحمات الخلقية (انظر الشكل رقم ٧)، تعد خطورة التغيير في الوحمات الميلانينية الخلايا الشائعة خطورة ضعيفة.



الشكل رقم (٩). عوامل المخاطرة الرئيسية: توضيح عوامل المخاطرة الرئيسية وعوامل المخاطرة الثانوية لتطور الورم الميلانيني الخبيث.



الشكل رقم (٧). ملازمة وُحْمَةٌ خَلَلِي التَّنَشُّج. تتميز هذه الحالة، التي قد تكون عائلية، بوجود عدد ضخم من وحمات خلل التنسج والوحمات اللانمطية والتي يزيد قطرها غالبا عن ٧ ملميمترات ذات حافة غير منتظمة وتصيغ متنوع. ويحمل الأفراد المتأثرون بهذه الحالة مخاطرة عالية للإصابة بالورم الميلانيني الخبيث. وينبغي على هؤلاء تجنب الشمس، وتتم ملاحظتهم عن كثب. وينبغي أن تتعامل الآفات المصطبغة المتغيرة أو المشكوك في تغييرها ليتم فحصها نسيجيا.

### التشخيص

قد تُرَجَّح أي من التغييرات التالية في إحدى الوحمات أو الآفات المصطبغة الإصابة بالورم الميلانيني الخبيث:

- الحجم: زيادة حديثة في الحجم.
- الشكل: عدم الانتظام في الشكل الخارجي.
- اللون: التنوع سواء أغمق أو أفتح.

- **الالتهاب**: قد يكون على الحافة .
- **الجلب**: وجود جلب نتيجة النضح أو الدم .
- **الحكة**: عرض شائع .
- يشمل التشخيص التفريقي للورم الميلانيني الخبيث ما يلي:
  - **الوحمات الميلانينية** .
  - **تقران مئي** .
  - **الورم الوعائي الدموي**.
  - **ورم ليفي جلدي** .
  - **سرطانية الخلية القاعدية المصطبغة**
  - **الورم النمشي الحميد** .

#### المآل Prognosis

يتعلق المآل بعمق الورم. ويمكن تقسيم الأورام إلى ثلاث مجموعات بناء على المآل: جيد (الثخانة > ١ ملليمتر)، متوسط (١-٤ ملليمتر)، وضعيف (< ٤ ملليمتر). معدلات النجاة لمدة خمس سنوات تقريباً:

> ١ ملليمتر ٩٥٪

٢-١ ملليمتر ٩٠٪

٤-٢,١ ملليمتر ٧٧٪

< ٤ ملليمتر ٦٥٪

للأمثلة على الأورام الشخينة والنحيفة (انظر الشكل رقم ٨ و ٩).



الشكل رقم (٨). ورم ميلانيني منتشر سطحي خبيث نحيف (٨, ٠) ملليمتر على طريقة بريسلو لقياس الثخانة) ذو مآل جيد.



الشكل رقم (٩). نمو ورم ميلانيني عقيدتي حبيث (١١ ملليمترأ على طريقة بريسلو لقياس الثخانة) داخل وحة خلقية ضخمة. مع تأثر عقيدات لمفية موضعية، هذا الورم ذو مآل ضعيف.

### التدابير العلاجية

التدابير العلاجية الأولى هي الاستئصال الجراحي. تتطلب الأورام التي تزيد ثخانتها عن ١ ملليمتر هامشاً بطول ١ سنتيمتر، أما تلك الأورام التي تبلغ ثخانتها ١-٢ ملليمتر تتطلب هامشاً بطول ٢ سنتيمتر، والأورام التي تزيد ثخانتها عن ذلك تتطلب تصفية بطول ٣ سنتيمترات. قد يكون الترقيع الجلدي ضروريا لإخفاء العيب. ومن الضروري إجراء المتابعة المنتظمة لاكتشاف أي معاودة إصابة، وهناك ثلاثة أنواع رئيسية لمعاودة الإصابة:

- الموضعية (الشكل رقم ١٠).
- اللمفية - سواء في العقد اللمفية الناحية أو في القنوات اللمفية النازحة من الورم إلى العقد.
- من خلال الدم إلى المواقع البعيدة.

ولا تعتبر الخزعة الاعتيادية للعقد اللمفاوية كإجراء تقليدي في الوقت الحاضر. وبعد استخدام المعالجة الإشعاعية ذو فائده محدود. وقد يزيد ألفا إنترفرون من معدلات النجاة مع المرضى الذين يعانون من الأورام التي يزيد حجم ثخانتها عن ١,٥ ملليمتر.



الشكل رقم (١٠). ورم ميلانيني معاود ناقص الميلانين: حيث تعد الحطاطات وردية اللون ورم معاود موجود على حافة موقع الاستئصال و الترقيع.

## الوقاية والتوعية العامة

يعد الورم الميلانيني الخبيث المبكر مرضاً يمكن شفاؤه، ولكن الآفات التخينة لها مآل ضعيف. ينبغي أن تشجع التوعية الصحية و الزيارات المبكرة للطبيب لفحص الآفات المصطبغة المتغيرة والحرص على عدم التعرض المفرط لأشعة الشمس، خاصة في الأفراد أصحاب الجلد الفاتح اللون أو أولئك الذين يعانون من العديد من الوحمة الميلانينية الخلايا. ومن أفضل النصائح التي قدمت في ذلك ما يلي:

- تجنب حرق الشمس .
- الإخبار المبكر عن أي تغيير في الوحمة .

## الورم الميلانيني الخبيث

- معدل الإصابة في المملكة المتحدة ١٥-٢٠ فرداً لكل ١٠٠٠٠٠٠ فرد في العام.
- نسبة إصابة الإناث إلى نسبة إصابة الذكور ٢:١ .
- يرتفع معدل الإصابة بنسبة ٧٪ كل عام وقد تضاعفت هذه النسبة في العقدين الماضيين.
- تتناسب معدلات الإصابة مع المدى الجغرافي، ويرجع ذلك لوجود تأثير لإشعاع الأشعة فوق البنفسجية.
- يتعلق المآل بشخانة الورم. وتعد الآفات المبكرة آفات قابلة للعلاج عن طريق الاستئصال الجراحي.

## الأورام البشرية الخبيثة

### Malignant Epidermal Tumors

تعتبر أورام الجلد الخبيثة من الأورام الأكثر شيوعاً خصوصاً في السلالات من أصحاب البشرة الفاتحة ، ويبدو أن الأشعة فوق البنفسجية تدخل في سببها هذه الأمراض. وقد قدرت معدلات الإصابة بسرطان الجلد غير الميلانيني في السلالات القوقازية بالولايات المتحدة الأمريكية بما يعادل إصابة ٢٣٠ فرداً لكل ١٠٠٠٠٠٠ فرد سنوياً بالمقارنة ٣ أفراد لكل ١٠٠٠٠٠٠ فرد للأفارقة الأمريكيين. وتعتبر غالبية أورام الجلد الخبيثة (انظر الجدول رقم ١) أوراماً بشرية في الأصل، مثل سرطانة الخلايا القاعدية، أو سَرَطَانَةُ الخَلايا الحَرَشَفِيَّةُ، أو الورم الميلانيني الخبيث. وتشيع الحالات البشراوية مُحْتَمَلَةً الخَبَائِثُ، و تكون أورام الأدمة الخبيثة نادرة نسبياً.

الجدول رقم (١). تصنيف أورام الجلد الخبيثة والحالات مُحْتَمَلَةً الخَبَائِثُ .

منشأ الخلية	الحالة المحتملة الخبيثة	الورم الخبيث
خَليَّةٌ كيراتينية	التقران السَّفْعِيُّ، في سرطانة الخلية الحَرَشَفِيَّةِ اللابدة	سرطانة الخلية القاعدية سرطانة الخلية الحَرَشَفِيَّةِ
خَليَّةٌ ميلانينية	وحمة مُصاحبة لَحَلَلِ التَّنَسُّجِ	ورم ميلانيني خبيث
الأرومات الليفية		ساركومة ليفية جلدية
خلية لغاوية		وَرَمٌ لَمْفِيٌّ
بطانية		ساركومة كَابُوزِي (السَّارِكُومَةُ التَّنَزُّيَّةُ المَجْهُولَةُ السَّبَبِ)
غير جلدية		نقائل ثانوية

## سرطانة الخلايا القاعدية

## Basal Cell Carcinoma

تعد سرطانة الخلايا القاعدية من أكثر أنواع سرطان الجلد شيوعاً ويلاحظ وجودها نمطياً على الوجه في الأشخاص كبار السن ومتوسطي العمر. وتنشأ من الخلايا القاعدية الكيراتينية في البشرة التي تغزو وتنتشر موضعياً، ولكن نادراً جداً ما تنتقل.

## السبببات الممرضة

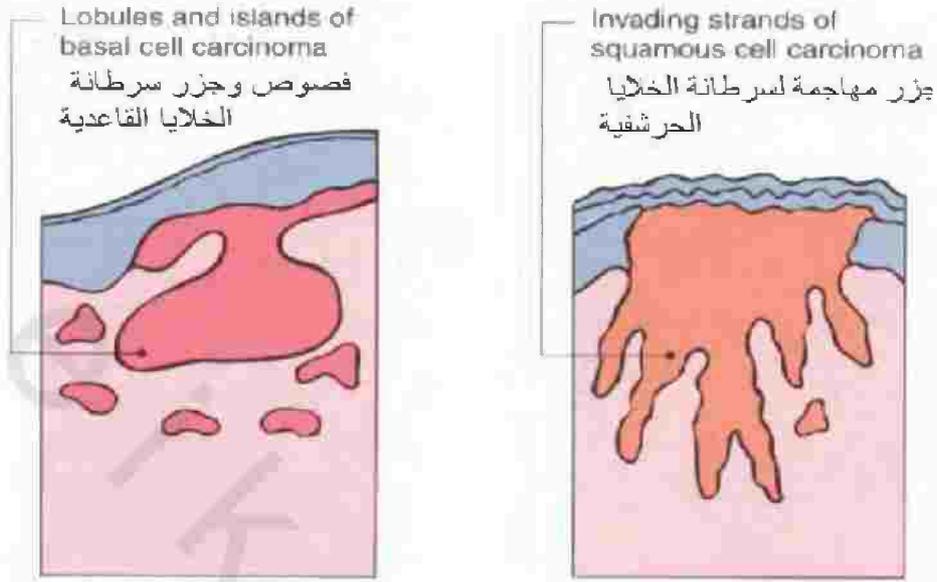
وقد يُحفز التحول الخبيث للخلايا القاعدية ما يلي:

- التعرض المستمر للأشعة فوق البنفسجية (حروق الشمس الحادة).
- ابتلاع الزرنيخ، على سبيل المثال في "المقويات" أو في مياه الشرب.
- أشعة إكس السينية والإشعاعات الأيونية الأخرى.
- التدب المزمن على سبيل المثال الحروق أو ندبات التطعيم.
- الاستعداد الوراثي، على سبيل المثال متلازمة وحمّة الخلايا القاعدية.

تعد سرطانة الخلايا القاعدية من أكثر أنواع السرطانات شيوعاً التي تصيب القوقازيين أصحاب الجلد الفاتح اللون الكلتية عندما يعيشون بالقرب من خط الاستواء، ويلاحظ الإصابة بها في الرجال أكثر من الإناث. وفي المملكة المتحدة، تصيب غالباً الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن ٤٠ عاماً. وبالرغم من ذلك، في أستراليا، قد تظهر على الأفراد في العقد الثالث.

## المرضيات

يتكون الورم تقليدياً من خلايا قاعدية موحدة في جزر محددة المعالم، التي تغزو الأدمة انتقالاتاً من البشرة كبراعم أو فصوص أو طيقان (انظر الشكل رقم ١).



الشكل رقم (١). التركيب النسيجي لسرطانة الخلية القاعدية وسرطانة الخلية الحرشفية.

### الاستعلان السريري

تصيب سرطانة الخلية القاعدية المناطق المعرضة للضوء بشكل أساسياً، ويشيع وجودها حول الأنف، واللحاح الداخلي (الزاوية الداخلية) لجفون العين، والأصداغ. وتنمو نمواً بطيئاً ولكن دون توقف، وتقوم بعملية غزو موضعي وقد تدمر الغضروف، والعظم، وتراكيب النسيج الرخو. وغالباً ما تظهر الآفة قبل عامين أو أكثر من طلب المريض للنصيحة الطبية. وهناك أربعة أنواع رئيسية من سرطانة الخلية القاعدية، وقد تصطبغ كل من هذه الأنواع في بعض الأحيان:

- **العقدي Nodular** : وهذا هو أكثر الأنواع شيوعاً، وعادة ما يبدأ كحطاطة صغيرة تتلون بلون الجلد والتي تُظهر توسع الشعيرات وحافة تلالؤية (انظر الشكل رقم ٢). وغالباً ما يظهر النخر المركزي ويترك قرحة صغيرة ذات جلبة ملتصقة. ويكون قطر معظم هذه الآفات أقل من ١ سنتيمتر، ولكن تنمو وتزداد طولاً إذا ظل المرض لسنوات.
- **الكيسي Cystic** : وتصبح هذه الآفات مشدودة وشفافة، وتُظهر مساحات تكيسية عند إجراء الفحص النسيجي.



الشكل رقم (٢). سرطانة الخلية القاعدية: تظهر الآفة الحافة المتلائلة النمطية، وتوسع الشعيرات والنخر المركزي.

- **مُتَعَدِّدُ المَرَاكِزِ Multicentric** : وغالباً ما تكون الأورام السطحية متعددة، وشبيهة باللويحات، ويبلغ قطرها عدة سنتيمترات، وأحياناً ما يلاحظ وجودها خاصة على الجذع (انظر الشكل رقم ٣). وتكون ذات حافة وغالباً ما تكون مصطبغة اصطباًغاً خفيفاً.



الشكل رقم (٣). سرطانة الخلية القاعدية (النوع السطحي مُتَعَدِّدُ البُؤَر). ويحدث هذا النوع عادة على الجذع. ويتأكد التشخيص بعمل الخزعة (الندبة مرئية).

- **القشعي Morphoeic** : وهذا نوع تندبي يشيع ظهوره على الوجه على الأكثر، وغالباً ما يظهر على شكل لويحات صفراء أو بيضاء شبيهة بالقشبيّة، والتي غالباً ما تكون منخفضة المركز.

## التشخيص التفريقي

يعتمد التشخيص التفريقي على كل من نوع، وتصبغ، ومكان سرطان الخلايا القاعدية:

- العقيدي / الكيسي : الوحمة الادميه المليساء المعدية الورم الشائكي المتقرن سرطانة الخلايا الحرفشية، فرط التنسج الزهمي (التكاثر الحميد للغدد الزهمية).
- المتعدد المراكز: إكزما قرصية الشكل، الصدفيه، سرطانة الخلايا الحرفشية اللابد.
- القشعيه: القشعية، الندبة.
- المصطيغ: الورم الميلانيني الخبيث، ثؤلول مئوث، الوحمة المركبة.

## التدابير العلاجية

تعتمد أفضل طرق علاج الورم على كل من حجم الورم، ومكانه ونوعه وعمر المريض. ومن الممكن اعتبار الاستئصال التام أفضل طرق العلاج، حيث إنه يسمح بفحص النسيج وبالتالي تحديد كفاءة الإزالة. وإذا اعتبرنا أن الاستئصال صعب أو غير ممكن، فيمكننا استخدام الخزعة الاقتطاعية (من أجل تأكيد التشخيص) وتناسب المعالجة الإشعاعية مع هؤلاء الذين تكون أعمارهم من ٦٠ عاماً فأكثر. ويعتبر الاستئصال الجراحي من أفضل الطرق لعلاج الأورام الكبيرة الموجودة حول منطقة العين والثنية الأنفية الشفوية، وخاصة إذا كانت من النوع القشعي. ويمكن استخدام الجراحة المجهرية لموهس، وغالباً ما تكون حواف (هوامش) تلك الأورام صعبة التحديد وربما تكون منتشرة. ويمكن في بعض الأحيان استخدام الكشط والكي لآفات الجذع أو الأطراف العلوية، وتعتبر جراحة التبريد أو الأميكومود الموضعي من الوسائل العلاجية المقبولة للآفات السطحية المتعددة على سبيل المثال على الجذع.

يبلغ معدل رجوع الورم في أغلب طرق العلاج حوالي ٥٪ في خلال خمس سنوات. وتعتبر المتابعة ضرورية وهامة للغاية، وخصوصاً إذا كان هناك شك في كفاءة العلاج.

## سرطانة الخلايا الحرفشية

## Squamous Cell Carcinoma

تعد سرطانة الخلايا الحرفشية ورماً خبيثاً، تنشأ من الخلايا الكيراتينية، والتي عادة ما تنشأ في مناطق الجلد التي أصابها الضرر نتيجة تعرضها للشمس. والتي تحدث بشكل أساسي في الأفراد ذوي البشرة البيضاء والذين تتعدى أعمارهم ٥٥ عاماً، وهي توجد في الذكور بنسبة أكبر ثلاث مرات، من الإناث، كما أنه يمكنها أن تنتقل.

## السيببات الممرضة

تنشأ سرطانة الخلايا الحرفشية من خلايا كيرتينية معتدلة. وتشمل العوامل المؤهبة على ذلك على:

- الضرر الضوئي (السعفي) المزمّن المتراكم الناتج عن التعرض للشمس طيلة العمر (انظر ص )؛ ويمكن اعتبار العلاج بالأشعة فوق البنفسجية والسورلين (يوبا) كعامل مؤهب آخر .
  - الأشعة إكس السينية أو أي إشعاعات أيونية أخرى ؛ الحرارة المشعة (على سبيل المثال، النار انظر الحمامي الحروري).
  - التفرح المزمّن والتندب (على سبيل المثال الحروق، الذئبة الشائعة أو الذئبة الحمامية القرصية).
  - التدخين الغليون والسيجار (والتي عادة لها صلة بأفات الشفاء).
  - المسرطنات الصناعية (على سبيل المثال، قطران الفحم، النفط).
  - فيروس الورم الحليمي البشري (الثولول) الفيروس و كبت المناعة، على سبيل المثال في مرضى زرع الكلى .
  - الجيني (على سبيل المثال المهق، جفاف الجلد المصطبغ).
- المرضيات

إن الخلايا الكريستينية الخبيثة والتي تحتفظ بالقدرة على إنتاج الكيراتين - تدمر الموصل البشري الأدمي، وتغزو الأدمة بشكل غير منتظم (الشكل رقم ١).

الاستعلان السريري

تنمو سرطانة الخلايا الحرشفية عادة في المناطق المعرضة للشمس مثل الوجه، الرقبة، والساعد أو اليد. ويمكن أن يبدأ الورم في تقران سعفي كحطاطة صغيرة، والذي إذا ترك فإنه يتقرح تدريجياً مكوناً جلبة. ولا ينتقل هذا النوع من سرطان الخلايا الحرشفية خارج الجلد بشكل شائع. بينما يتم النوع العقدي من سرطانة حرشفية الخلايا أحياناً كعقيدة، ويشكل غير دائم - على الجلد الذي أضرت به أشعة الشمس (الشكل رقم ٤).



الشكل رقم (٤). سرطان الخلايا الحرشفية. علي الصوان العلوي لأذن مريض مصاب بتضرر سعفي.

يختلف شكلها عن النوع الذي يبدأ في التقران السعفي، ويتم ملاحظة الأشكال المتقرحة الأكثر اضطراباً لسرطانة الخلايا الحرشفية بشكل متزايد على حافة القرحة (الشكل رقم ٥)، وفي الندب، وكذلك في مواضع أضرار الإشعاع. وينتقل الورم (حدوث النقيلة) في تلك الأورام بنسبة ١٠٪ أو أكثر.



الشكل رقم (٥). سرطانة الخلايا الحرشفية في الساق السفلية. حدث الورم في موضع ندبة طويلة الأمد.

#### التشخيص التفريقي

لا بد وأن نميز بين كل من سرطانة الخلايا الحرشفية والورم الشائك المتقرن، و التقران السعفي، وسرطان الخلايا القاعدية، وسرطانة الخلايا الحرشفية اللابدة، والورم الميلانيني الحبيث عديم الميلانين، والتقران الممشوث. كما أنه لا بد من الاستئصال أو أخذ خزعة اقتطاعية في كل حالة من أجل التأكد من التشخيص أو مدى كفاءة الاستئصال.

#### التدابير العلاجية

يعتبر الاستئصال الجراحي وسيلة العلاج الأفضل، حيث تتطلب الآفات الكبيرة رقعة جلدية. بالنسبة لكبار السن، فإنه يتم علاج سرطانة الخلايا الحرشفية الموجودة في الوجه أو فروة الرأس عن طريق المعالجة الإشعاعية (بعد الخزعة الاقتطاعية للتشخيص النسيجي) يتم فحص المرضى من أجل نقيلة العقد اللمفية أثناء الفحص السريري ثم يتم أخذ خزعة من العقد المشبه بها. ويتعلق المأل بمدى حجم وسمك الورم.

## أورام البشرة الخبيثة

- سرطانة الخلايا القاعدية (قرحة قارضة) كورم شائع يتم رؤيته غالباً في أوجه المرضى المسنين أو المرضى الذين يكونون في منتصف أعمارهم، هؤلاء الذين يتعرضون للشمس بشكل مفرط.
  - يعتبر مستفحلاً في المنطقة التي يصيبها، ولكنه غير متنقل.
  - يتم إزالته والشفاء منه بشكل أفضل عن طريق الاستئصال الجراحي مع حافة ملائمة.
  - قد يتم معالجته عن طريق المعالجة الإشعاعية، عن طريق الكشط والكبي، باستخدام جراحة التبريد أو استخدام العلاج الموضعي (الأميكومود) في المناطق التي تم التأكد من وجود الأورام بها باستخدام الخزعة.
- سرطانة الخلايا الحرشفية يتم رؤيتها غالباً في الأفراد ذوي البشرة البيضاء في المناطق المعرضة للشمس مصاحبة لعلامات التلف السعفي. وتحدث الأورام الأكثر اضطراباً وشراسة مع التندب المزمن. ويتم معالجة كافة الأنواع عن طريق الاستئصال الجراحي. ويتعلق المآل بسمك الورم.

## الاضطرابات البشرية محتملة الخباثة والأورام الجلدية الخبيثة

### Premalignant Epidermal Disorders

تحدث غالبية الحالات البشرية محتملة الخباثة في المناطق المعرضة لأشعة الشمس، ويبدو أن الأشعة فوق البنفسجية تلعب دوراً في حدوث المرض. كما تعتبر الأورام الجلدية المتعلقة بالأدمة نادرة، وتعد أكثر أنواعها شيوعاً الترسبات الثانوية، ساركومة كابوزي، أورام الأرومات الأدمية (مثل الساركومة الجلدية الليفية) وليمفوما الخلايا التائية الجلدية.

#### السَّرطَانَةُ حُرْشَفِيَّةُ الخَلايا اللَّابِدة (داءُ بُوَيْن)

##### In situ Squamous Cell Carcinoma

تعتبر السرطانة حرشفية الخلايا اللابدة شائعة وهي تحدث عادة في أسفل الساق في كبار السن من النساء، وتكون الآفات منفردة أو متعددة، وقد يؤهب التعرض المسبق للمركبات الأرسنيك (الزرنيخ) حدوث هذه الحالة. وهي تبدأ بصورة لويحات حرشفية وردية أو خفيفة الصبغة لا تتعدى بضعة سنتيمترات على أسفل الساق أو الجذع (الشكل رقم ١)، ويكون التحول إلى السرطانة حرشفية الخلايا العدوانية نادراً. ومن الممكن أن يشبه داء بوين الإكزيما القرصية أو الصدفية أو سرطانة الخلية القاعدية السطحية.



الشكل رقم (١). السَّرطَانَةُ حُرْشَفِيَّةُ الخَلايا اللَّابِدة على أسفل الساق.

وطبقاً لعلم للنسجيات تكون البشرة سميكة، وتكون الخلايا الكيراتينية شاذة وغير نمطية، ولكنها غير عدوانية. وبعد التثبيت من الفحص النسيجي يتم معالجة المنطقة المصابة بالتبريد، الكشط، الاستئصال، الفلورويوراسيل - ٥ الموضعي، وديكلوفيناك، إيميكيويمود أو المعالجة الضوئية الديناميكية).

### الورم الشائكي المتقرن

#### Keratoacanthoma

ينمو الورم الشائكي المتقرن بصورة سريعة وعادة ما يظهر على جلد الوجه أو الأذرع المعرض لأشعة الشمس (الشكل رقم ٢)، ولا ينظر إليه على أنه خبيث. وينمو الورم سريعاً خلال أسابيع قليلة إلى عقيدة التي تأخذ شكل قبة، حيث يصل قطره إلى سنتيمترين. وغالباً ما يكون هناك حشوة كيراتينية، والتي من الممكن أن تقع مخلفة أفتة (حفرة صغيرة محاطة بحافة مرتفعة)، ومن الممكن أن يحدث شفاء تلقائي غير أن ذلك يأخذ عدة أشهر، ويترك ندبا مؤلمة ومزعجة. وفقاً لعلم النسجيات، من الممكن أن يشبه الورم الشائكي المتقرن السرطانة حرشفية الخلايا، على الرغم من أنه يظهر تماثلاً أكثر. وبعد الاستئصال هو العلاج المفضل، ولكن الكشط والعلاج بالكي عادة ما يكون كافياً ومقبولاً. وإذا حدثت انتكاسة بعد الكشط، ينصح بالاستئصال.



الشكل رقم (٢). الورم الشائكي المتقرن على الوجه.

### لمفوما الخلايا التائية الجلدية

والتي تعرف اختصاراً بـ (CTCL: الفُطَارُ فُطْرَانِي)

#### Cutaneous T-Cell lymphoma ( Mycosis Fungoides)

تصف لمفوما الخلايا التائية الجلدية، الليمفومة التي تنمو على الجلد، على الرغم من أن أورام الخلايا التائية غير الجلدية غالباً ما تنتج ترسبات جلدية ثانوية، وتعتبر لمفوما الخلايا التائية الجلدية ورماً بطيئ النمو من الخلايا

اللمفاوية التائية موجبة CD4+ CD3+ التي قد تصبح جهازية فقط في مراحلها النهائية. عادة ما تطول فترة المرض ، على الرغم من أنها أحيانا تكون آخذة في التقدم بشكل سريع. ومن الممكن أن نشق بالتشخيص فقط بعد تكرار فحص نسيج الجلد، ويمكن النظر إلى لمفومة الخلايا التائية الجلدية على أنها تمر بأربع مراحل ، يمكن توضيحها فيما يلي:

- مرحلة اللطخة: توجد بقع حمامية حرشفية صغيرة بصورة نموذجية على الجذع، والتي من الممكن أن تشبه الإكزيما، كما أنها من الممكن أن تدوم لعشر سنوات أو أكثر، ويصبح الجلد ضموريا، ومصبوغاً، مع توسع في الشعيرات (تبكل الجلد) بين الحين والآخر.
- مرحلة اللويحات المرتشحة: عادة ما تنمو اللويحات على الجذع، ولكن أحيانا تنتشر على نحو واسع (الشكل رقم ٣) ، ومن الممكن أن تدوم هذه المرحلة لسنوات.
- مرحلة الورم: تتميز هذه المرحلة المتأخرة بالعقد الورمية أو التقرح داخل اللويحات، يحدث بقاء لمدة خمس سنوات على قيد الحياة في ٤٠-٦٥ ٪ من الحالات.



الشكل رقم (٣). تظهر لمفومة الخلايا التائية الجلدية اللويحات على الظهر والأذرع.

- المرض الجهازية: يعتبر إكتناف العقد اللمفاوية أو الأعضاء الداخلية من الأعراض المتأخرة. وتعتبر متلازمة سيزاري نوع من هذه المرحلة. ويعتبر العلاج الحالي غير شافٍ، ولكن يهدف إلى السيطرة على الليمفوما. وغالباً ما تتحسن آفات مرحلة البقع بجرعة معتدلة من الستيرويدات الموضعية أو العلاج بالأشعة فوق البنفسجية، وتتطلب معظم اللويحات المرتشحة السورالين بالإضافة إلى الأشعة فوق البنفسجية، والحردل النيتروجيني الموضعي، والرحلان الضوئي أو العلاج بالشعاع الإلكتروني. وتستجيب العقديات الموضعية أو الأورام للعلاج الإشعاعي التقليدي، ويساعد البيكساروتين الذي يؤخذ عن طريق الفم في علاج ٥٠ ٪ من الحالات.

**الاضطرابات البشروية محتملة الخباثة والأورام الجلدية الخبيثة**

- تعتبر السرطانة حرشفية الخلايا الالابدة حالة شائعة محتملة الخباثة تظهر في شكل لويحات متفلسة غالباً ما تكون على أسفل الساق أو الجذع، ويكون العلاج عن طريق العلاج بالتبريد، الاستئصال أو الفلورويوراسيل - ٥ الموضعي، أو ديكلوفيناك أو إيميكيموود.
- يعتبر الورم الشائكي المتقرن ورماً على شكل قبة ينمو بصورة سريعة على الوجه والذراع، والذي غالباً ما يظهر حشوة الكيراتين مركزيه . ويكون العلاج إما بالاستئصال وإما بالكشط.
- تعتبر لفومة الخلايا التائية الجلدية حالة غير شائعة تنتج عن الليمفاويات التائية الخبيثة. وتتطور من مرحلة اللطخات إلى مرحلة اللويحات الجاسية، ومن ثم إلى الأورام والإصابة الجهازية، ويشتمل العلاج على وسائل علاجية عديدة ويتطلب ذلك أسلوب فريق متخصص.