

اضطرابات تراكيب معينة في الجلد

الغدد (الدهنية) الزهمية والعرقية - العد، العد الوري

Sebaceous and Sweat glands-Acne, Rosacea and other Disorders

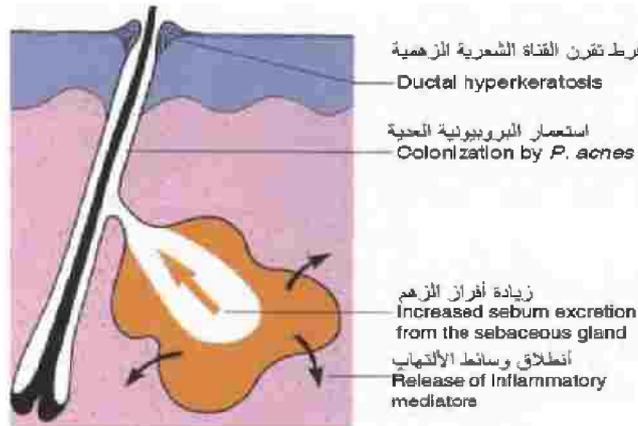
العد (حب الشباب)

Acne

هو التهاب مزمن في الوحدات الشعرية الزهمية ينتج عنه زؤان، حطاطات، بشور، أكياس وندبات. ويؤثر غالباً على كل المراهقين. يؤثر العد على الجنسين بشكل متساوٍ، لكنه يميل إلى التأثير على النساء في وقت مبكر عن الرجال بالرغم من أن سن ذروة التأثير بالعد هو الثامنة عشر في كل من الجنسين وينتج العد من:

- زيادة إفراز الزهم - المث - (البشرة الدهنية).
- فرط تفرن القناة الشعرية الزهمية وتشكل الزؤان.
- استعمار القناة الشعرية الزهمية بالبروبيونية العدية.
- انطلاق وسائط الالتهاب (بما في ذلك السيتوكين).

في العد، تظهر الوحدات الشعرية الدهنية الحساسة لهرمون الأندروجين فرط استجابة تؤدي إلى زيادة إفراز الزهم. وتعمل عوامل في الزهم على تكوين الزؤان، ثم تبدأ البروبيونية العدية في إحداث التهابات من خلال المتوسطات الكيميائية مثل الإنزيمات (مثل الليياز) والبروستاجلاندين (الشكل رقم ١).



الشكل رقم (١). استعراض للمسببات المرضية لحب الشباب.

الاستعلان السريري

وتكون الزؤان إما مفتوحة (الرؤوس السوداء: المسام المتوسعة المسدودة بكتل سوداء مكونة من كراتين محتوي على ميلانين) وإما مغلقة (الرؤوس البيضاء: كحطاطات صغيرة بلون الكريم على شكل قبة) وتظهر في حوالي سن الثانية عشر وتتطور إلى حطاطات النهائية (الشكل رقم ٢) بثرات أو الأكياس (الشكل رقم ٣) وتتضمن مواقع الإصابة - الوجه والكتفين والظهر وأعلى الصدر والتي تحتوي على العديد من الغدد الزهمية. وتعتمد شدة العد على حجم ونوع الآفة، حيث تعتبر الأكياس هي الآفة الأكثر تدميراً.

وعادة ما يستمر العد حتى أوائل سن العشرينات، وقد يستمر المرض في عدد قليل من المرضى، ولاسيما النساء حتى العقد الخامس من العمر. وقد يتبع التئام الجروح ظهور ندبات خصوصاً الناتجة، عن الأكياس أو الخراجات وقد تكون هذه الندبات تقاطعية أو ضمورية (الشكل رقم ٤) أو جدرية. ويمكن رؤية العديد من أنواع العد وهي:

- العد المسحوج acne excoriee: وهو يحدث بسبب التفريغ اليدوي للعد ويؤثر على النساء الشابات المكتئبات أو الموسوسات.
- العد الكلوري المنشأ chloracne: ويحدث بسبب السمية الجهازية لبعض المواد الكيميائية الصناعية المهلجنة العطرية.
- العد المكعب acne conglobate: ويظهر فيه كتلة من الخراريج المخترقة والمصحوبة بنواسير مع حدوث تندب.
- مستحضرات التجميل: حيث يحفز دهن الشعر ومستحضرات التجميل على ظهور العد الحطاطي و الزؤاني (ويمكن رؤية هذا النوع بشكل أساسي في الولايات المتحدة الأمريكية).
- العد بسبب الأدوية: حيث يتسبب في حدوثه الستيرويدات الجهازية، والإنترودوجينات والستيرويدات الموضعية.
- العد في الرضع: ويوجد معظمه في الاطفال الرضع الذكور والسبب غير معروف.
- العد بسبب عوامل فيزيائية: ويحدث بسبب انسداد المسام في المنطقة المطبقة مثل الجزء الخلفي من الكرسي المتحرك أو على ذقن عازي الكمان.



الشكل رقم (٢). حب الشباب (العد) الحطاطي البثرى على الذقن مع ظهور بعض الرؤوس البيضاء.



الشكل رقم (٣). حب الشباب (العد) البثرى الكيسي على الوجه.



الشكل رقم (٤). حب الشباب (العد) المنتدب على الظهر.

المضاعفات والتشخيص التفريقي

ومما لاشك فيه أن العد يتسبب في حدوث مضاعفات هامة، منها الشعور بالإحراج والانسحاب الاجتماعي والاكنتاب، والتي يمكن أن تتحسن مع العلاج الفعال. ويترافق العد الخاطف acne fulminants الشديد والنادر - والتي يمكن رؤيتها في الذكور الشباب مع الحمى، والتهاب المفاصل والتهاب الأوعية الدموية. وقد يؤدي العلاج الطويل المدى بالمضادات الحيوية إلى التهاب الجريبات السلبي الجرام gram- negative folliculitis.

وعادة ما يمكن التفريق بين العد الوردي والعد، (انظر أدناه) ويكون التهاب الجريبات البكتيري أكثر حدة من العد ولكن ربما يمكن للثنين أن يتصاحبا.

التدابير العلاجية

يعتمد العلاج على نوع وحجم العد وعلى حالة المريض النفسية. وغالباً ما يكون المريض قد استخدم الكريمات المتاح أخذها بدون وصفة. ويكون العلاج الموضعي كافياً في حالة العد الخفيف، ويتم استخدام الأدوية الجهازية في الحالات الأكثر شدة.

- بيروكسيد البنزويل (بان أوكسيل، بريفوكسيل) وهو عبارة عن كريم أو جل يوضع مرتين في اليوم، والذي يعمل على تقليل البروبيونية العديدة ولكنه قد يسبب حدوث تهيج، حساسية تلامسية ارجية أو يبيض الملابس.
- ترتينون (رتين أوكريم أو جل) ويكون جيداً في تقليل الكوميدون، لكنه قد يكون مهيجاً.
- المضادات الحيوية على سبيل المثال كليندا ميسين (دالاسين-تي)، إيرثروميسين وحده (ستيمايسين) أو مع الزنك (زيتيريت) أو بيروكسدايد البنزويل (بينزاميسين)، وتستخدم هذه المضادات الحيوية لعلاج العد الخفيف أو المتوسط الحدة.
- العلاجات الموضعية الأخرى على سبيل المثال، حمض أزيلايك، إيزوترتينون و الأدا بالين. وتستخدم المضادات الحيوية أو الريتينويد أو الهرمونات التي تعطى عن طريق الفم لعلاج العد المتوسط أو الشديد، العد المسحوج ومرضى الاكتئاب.
- فرط تقرن الأقية: الاستيطان الذي يقوم به حب الشباب البروبيوني - زيادة إفراز الدهن من الغدة الزهمية - انطلاق وسطاء الالتهاب.

المضادات الحيوية

إن خط الأدوية الأول بالنسبة للمضادات الحيوية الجهازية هو التتراسيكلين ٥٠٠ مجم (مرتين يومياً قبل الأكل بنصف ساعة مع شرب ماء) لمدة لا تقل عن أربعة أشهر. ويحظر تناول التتراسيكلين في الأطفال وخلال فترة الحمل. وقد يتسبب في حدوث داء المبيضة البيضاء أو تحسس الضوئي. ويعتبر كل من المينوسيكليين (مينوسين، أكتيمين، ١٠٠ مجم يومياً) والدوكسيسيكين (فيراميسين ١٠٠ مجم مره واحدة يومياً) من الأدوية البديلة للتتراسيكلين التي يتم امتصاصها بشكل أفضل.

أما الاختيار الثاني من المضادات الحيوية فهو إريثروميسين (٥٠٠ مجم مرتين يومياً) و تريميثوبريم. وينصح النساء اللاتي يتناولن حيوب منع الحمل عن طريق الفم مع استخدام المضادات الحيوية أنه إذا حدث إسهال، فإنه يجب استخدام وسائل منع حمل إضافية لبقية دورة الطمث.

مضادات الأندروجين

يتم استخدام مزيج من مضاد الأندروجين والإستروجين (كوسبيرندول، أسيتات سيبروتيرون ٢ مجم وإيثيلستراديول ٣٥ ميكروجراماً، داينيت) في الإناث (وليس الذكور) لعلاج العد المتوسط إلى الشديد الذي يكون مقاوماً للعلاج التقليدي. ومما لاشك فيه أن مضاد الأندروجين يقوم بتثبيط إنتاج الزهم. ويعطى الكوسبيرندول لمدة تتراوح من ٦ إلى ١٢ شهراً وهو أيضاً يعد وسيلة من وسائل منع الحمل.

الريتينويد

يعتبر إيزوترتينوين (روأكيوتان) - الذي يقلل من إفراز الزهم، ويشبط البريبويديه العديه وهو مضاد للالتهاب - علاجاً فعالاً للعد فهو يستخدم لعلاج العد، الحاد أو الذي لا يستجيب للعلاج التقليدي، أو في حالة ما إذا كان العد يعود للانتكاس بسرعة مرة أخرى عند إيقاف المضادات الحيوية. وعادة تستمر دورة العلاج أربعة أشهر (أو ستة أشهر أو أكثر.. المترجم) ويتطلب رصد وظائف الكبد ونسبة الدهون أثناء الصيام، ويعتبر إيزوترتينوين ماسخاً (بسبب تشوهات خلقية). ويجب على المرأة التي تتناول هذا العلاج ألا تكون حاملاً كما أنها تكون بحاجة إلى أخذ وسائل منع الحمل عن طريق الفم خلال فترة العلاج، ولمدة شهر قبل وبعد العلاج وتشتمل الآثار الجانبية الشائعة تشقق الشفاة، وجفاف الجلد، ونزيف الأنف، وفقدان الشعر، وآلاماً في العضلات.

علاجات أخرى

قد تتطلب أكياس العد الحقن بالترايمسينولون أيستونايد (سيترويد) أو الاستئصال أحياناً أو العلاج بالتبريد. ويمكن إزالة الكوميدونات باستخدام قلع أو مستخرج. كما أنه ليس للحمية الغذائية (الرجيم) أي تأثير على العد.

العد الوردي

Rosacea

يعتبر العد الوردي مرضاً التهابياً مزمناً يصيب الوجه ويتسم بحمامي (إحمرار الوجه) وظهور البثورات. ويعتبر سبب العد الوردي غير معروف. ونسجياً، يمكن رؤية توسع الأوعية الدموية الأدمية، وتضخم الغدة الزهمية وارتشاح الخلايا الملتهبة، ويكون معدل إفراز الزهم طبيعياً.

الاستعلان السريري

يصيب العد الوردي الجنسين من الرجال والنساء على حد سواء، وعلى الرغم من أنه يعد أكثر شيوعاً في منتصف العمر، إلا أنه يؤثر أيضاً على البالغين من الشباب وعلى المستين، وتكون الأعراض الأولية المبكرة هي

احمرار الوجه وظهور الحمامية، وتوسع الشعيرات، والحطاطات، والبثور (الشكل رقم ٥) وأحياناً تحدث الوذمة الليمفاوية rhinophyma في منطقة الحدود والأنف والجبين والذقن، أما المضاعفات فتكون عبارة عن حدوث تضخم في الغدد الزهمية والنسيج الضام في الأنف (الشكل رقم ٥) وإصابة العين أيضاً عن طريق الإصابة بالتهاب جفون العين أو التهاب الملتحمة.

ويساعد ضوء الشمس والاستيرويدات الموضعية على تفاقم الحالة. ويستمر مرض العد الوردي لسنوات، ولكنه عادة ما يستجيب للعلاج بشكل جيد. ويفتقر العد الوردي إلى الزئوان والتي توجد في حب الشباب كما أنه يصيب الفئة العمرية الأكبر سناً. وغالباً ما يصيب الوجه التهاب الجلد التلامسي، طفح حساسية الضوء، الالتهاب الجلدي الدهني والذئبة الحمامية، ولكن هذه الأمراض تكون إما أكثر حدة وإما حرشفية (قشرية) وإما ليس فيها بشور.



الشكل رقم (٥). العد الوردي مع فيمة الأنف في امرأة مصابة. وعادة ما تؤثر فيمة الأنف أيضاً على الرجال.

التدابير العلاجية

موضعيًا، قد يكون كريم ميترويندازول ٠.٧٥٪ (روزكس) مرتين يوميًا، علاجاً مفيداً، وإذا كان هذا غير فاعل، فإن العلاج المعتاد يكون هو التتراسيكلين الذي يؤخذ عن طريق الفم، في البداية ١ جم يومياً والتقليل إلى ٢٥٠ مجم يومياً بعد بضعة أسابيع قليلة، ويستمر لمدة تتراوح من ٢ إلى ٣ أشهر. ويعتبر الإريثروميسين هو البديل، وغالباً ما تكون هناك حاجة إلى تكرار العلاج. ويمكن استخدام أيزوتريتينون لكنه أقل فعالية مقارنة بفعالته في علاج حب الشباب، وتكون الجراحة التجميلية مطلوبة لفيمة الأنف.

الاضطرابات الأخرى

Other Disorders

الالتهاب الجلدي المحيط بالفم perioral dermatitis: وهو يتميز بوجود حطاطات وبثور قد تحدث حول فم وذقن المرأة التي استخدمت الستيرويدات الموضعية. وسوف تبرا مع وقف العلاج بالستيرويد واستخدام التتراسيكلين عن طريق الفم.

التهاب الغدد العرقية القيحي Hidradenitis suppurativa: وهو عبارة عن حالة التهاب مزمنة غير مريحة تصيب قمع جريبات الشعر في مناطق الغدد العرقية المفترزة في الإبطين والأربية والعجان. وينتج عن ذلك حدوث عقيدات، خراجات، تكيسات، جيوب وتندبات ويكون العلاج باستخدام المطهرات الموضعية، و فترات علاج طويلة بالمضادات الحيوية الجهازية والريتنيوئيد أو الاستئصال الجراحي. وقد يوجد حب الشباب الكروي الشكل.

فرط التعرق (العرق الزائد) hyperhidrosis: والذي يحدث بسبب فرط نشاط الغدة العرقية المفترزة، وهو عادة ما يكون نتيجة لعوامل عاطفية. ويكون العلاج باستخدام ٢٠٪ كلوريد الألومنيوم في الكحول (أنيدرول فورت، دريكولر) وغالباً ما يكون فعالاً. ويعتبر العلاج عن طريق حقن البوتوكس علاجاً جديداً.

اضطرابات الغدد الزهمية/ المفترزة:

العد (حب الشباب): ويحدث بسبب زيادة إفراز الغدة الزهمية مع تشكل الزؤان، بكتيريا حب الشباب البريوني والالتهاب.

الاستعلان السريري: زؤان، بثور، كيسات، تندبات، يمكن رؤيتها على الوجه والصدر والجذع.

العلاج: يشتمل العلاج الموضعي على البنزويل بيركسايد وترتينوين. ويشتمل العلاج الجهازية على المضادات الحيوية على سبيل المثال التتراسيكلين أو الإريثروميسين، كوسبيرندول وأيزوترتينوين.

العد الوردي: يؤثر على الأفراد الذين هم في منتصف العمر أو المسنين. وغالباً ما يبدأ بالثج.

الاستعلان السريري: حمامية الوجه، توسع الشعيرات وبثرات وفيمة الأنف والتهاب الملتحمة.

العلاج: كريم ميترونيدازول الموضعي ٧٥.٠٪ بجانب التتراسيكلين الذي يؤخذ عن طريق الفم.

التهاب الغدد العرقية القيحي:

الاستعلان السريري: عقيدات مزمنة أو خراجات في الإبطين والأربية؛ مما يؤدي إلى حدوث تندب.

العلاج: المطهرات الموضعية، وبالطبع فترة علاج طويلة بالمضادات الحيوية عن طريق الفم أو الريتنيوئيد والاستئصال.

اضطرابات الشعر

Disorders of Hair

فقدان الشعر (الثعلبة)

Hair Loss (Alopecia)

مما لاشك فيه أن تقسيم الثعلبة إلى موضعية أو منتشرة ومنتدبة أو غير منتدبة- يساعد في تسهيل عملية التشخيص (الجدول رقم ١).

الجدول رقم (١). أسباب سقوط الشعر .

أنواع سقوط الشعر	الأسباب
المنتشر/غير المنتدب	نمط ذكوري/أندروجيني وراثي، القصور الدرقي، القصور النخامي، القصور الكظري، الأدوية، نقص الحديد، تساقط الشعر الكربي وتساقط الشعر المتنامي، الثعلبة البقعية المنتشرة.
الموضعي / غير المنتدب	الثعلبة البقعية، السعفة، ثعلبة الرضوح، شد الشعر، الزهري الثانوي.
المنتدب (الموضعي / المنتشر)	حروق، إشعاع، هريس نطاقي، شهدة، الزهري الثالسي، ذئبة حمامية، حَزَاؤُ مُسَطَّح.

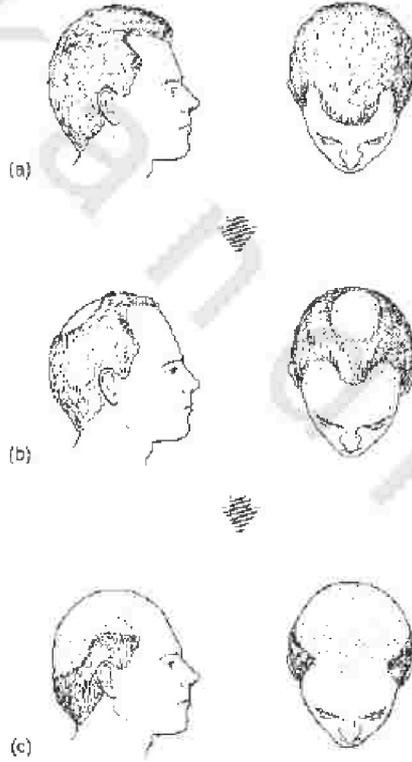
الثعلبة المنتشرة غير المنتدبة Diffuse non-scarring

مع الإصابة بالثعلبة المنتشرة غير المنتدبة، عادة ما يلاحظ المرضى سقوط أعداد مفرطة من الشعر على الوسادة، ومع الفرشاة أو المشط، وبعد غسيل الشعر. وتظهر فروة الرأس انخفاضاً متشراً في كثافة الشعر والأسباب موضحة أدناه.

النمط الذكوري (الثعلبة ذكورية الشكل) Male pattern (androgenetic)

يعتبر صلع النمط الذكوري وراثياً (نمط الوراثة بالضبط غير معروف) معتمداً على الأندروجين. على

مدى عدة دورات يصغر حجم الجريبات الحساسة للأندرجين ويتحول الشعر من الشعر الانتهائي إلى الشعر الزغبي، ويتأثر الذكور من العقد الثاني وحتى العقد السابع حيث تصل نسبة الإصابة إلى حوالي ٨٠٪. ويحدث الصلع النمطي أيضاً في النساء، ويكون معظمهن طبيعيين هرمونياً. ويصبح المرض أكثر وضوحاً بعد انقطاع الطمث ويوجد في حوالي ٧٠٪ من النساء اللاتي بلغت أعمارهن ثمانين عاماً من العمر. وفي الرجال، يكون انحسار الصلع بين الصدغين متبوعاً بالصلع التاجي وهو النموذج المعتاد (الشكل رقم ١)، ويمكن أن يظهر ذلك في النساء، ولكنه يظهر بشكل أكثر شيوعاً على شكل قله منتشرة في كثافة الشعر. وفي الغالب، ليس هناك علاج مطلوب ولكن إذا تأكد واتضح المرض؛ فإن المينوكسيديل الموضعي (ريجايين) يحدث بعض الاستجابة في ثلث الحالات، ويمكن للفيناستريد أن يساعد.



الشكل رقم (١). نمط الصلع في الرجال: يبدأ فقدان الشعر بالانحسار بين الصدغين: (a) الإصابة في منطقة التاج (b) إلى الشكل الأكثر حدة (c) حيث لا يوجد سوى شعر حدوي (يشبه حدوة الحصان) يمتد من الأذنين إلى مؤخرة الرأس.

الثعلبة المرتبطة باضطرابات الغدد الصماء والتغذية

غالباً ما تحدث اضطرابات في الغدد الصماء مع حدوث فقدان للشعر، ويمكن لقلّة نشاط الغدة الدرقية والغدة النخامية أو الغدة الكظرية أن تسبب الثعلبة المنتشرة، كما يؤدي إلى حدوث ذلك أيضاً فرط نشاط الدرقية.

الأورام التي تفرز الأندروجين في النساء تحدث صلماً نمطياً ذكورياً مع صفات ذكرية. ومما لا شك فيه أن سوء التغذية يحد على جعل الشعر جافاً وهشاً، والذي يصبح شاحباً أو أحمر في داء كواشيوركور kwashiorkor (نقص البروتين) ويمكن ملاحظة تساقط الشعر المنتشر مع حالات نقص عنصري الحديد والزنك.

تساقط الشعر الكربي Telogen effluvium

عادة لا تكون بصيالات الشعر في طور معين، ولكن إذا تزامنت في طور الراحة (Telogen) فإنها سوف يلقي بها بانسجام بعد مدة حوالي ثلاثة أشهر. ويمكن أن يكون هذا التساقط استجابة لارتفاع في درجة الحرارة أو الولادة أو الجراحة أو نتيجة تفاعلات دوائية أو غير ذلك من الإجهاد.

الثعلبة الناجمة عن تناول الأدوية

قد يتبع التوقف المفاجئ للنمو (تساقط الشعر المتنامي) Anagen effluvium ابتلاع السموم مثل الثاليوم، ولكن عادة ينجم عن تناول الأدوية على سبيل المثال مع الأدوية السامة للخلايا (وخاصة السيكلوفوسفاميد)، الهيبارين، ورفارين، كاربيمازول، كولشيسين وفيتامين أ.

الثعلبة الموضعية غير المتندبة Localized non-scarring

ينشأ فقدان الشعر المرقع من مجموعة متنوعة من الأسباب كما هو مبين أدناه.

الثعلبة البقعية Alopecia areata

تعتبر الثعلبة البقعية حالة شائعة، مرتبطة باضطرابات ذاتية المناعة والتي يقف فيها طور التنامي مبكراً. وبشكل عام، تبدأ هذه الثعلبة البقعية في العقد الثاني أو الثالث توجد في شكل بقع صلعية محددة المعالم غير ملتهبة على فروة الرأس. وتكون الشعرة على شكل علامة التعجب و تبتري بمجرد اقترابها من فروة الرأس. ويمكن أيضاً أن يتأثر الحاجبان واللحية، وقد يظهر على الأظافر الانطباع. وبالطبع، لا يمكن التنبؤ بمسار المرض، وقد تكبر رقع الصلع تدريجياً ولكن بالنسبة للنوبه الأول تكون عودة النمو الشعر (غالباً في البداية بالشعر الأبيض) هي الطبيعية (الشكل رقم ٢). ويعتبر كل من حدوث المرض قبل البلوغ والإصابة الشديدة (وخاصة الجزء الخلفي من فروة الرأس) والتأب علامات غير جيدة. وفي بعض الأحيان، يمكن رؤية حالات من الثعلبة الكاملة لفروة الرأس (الكاملة) Totalis أو سقوط جميع شعر البدن (الشاملة) Universalis. ونادراً ما تحدث ثعلبة منتشرة في فروة الرأس.

يعتمد العلاج على مدى الانتشار: فإذا كان موضعياً، يعد النمو التلقائي أمراً محتملاً وقد يساعد حقن الستيرويد في الآفة (على سبيل المثال، الثرايمسيتونون أسيتونايد) على تسريع ذلك. أما إذا كان الصلع منتشرًا بشكل سريع، فإن العلاج حينئذ يكون أقل نجاحاً. ويكون العلاج المناعي التماسي من خلال استخدام ديفينسيبيرون المحسّن فعلاً، ولكنه غير متاح على نطاق واسع. وغالباً ما تكون الباروكات ضرورية.



الشكل رقم (٢). الثعلبة البقعية تظهر بعض علامات التعجب (١) في شكل الشعر ونمو الشعر الأبيض.

العدوى

يمكن أن تؤدي عدوى سعفة فروة الرأس إلى سقوط الشعر بشكل رقععي كما هو موضح أدناه ويتسبب داء الزهري الثانوي في حدوث ثعلبة رقعية.

الرضوح والشد

مما لاشك فيه أن فرك أو شد الشعر باستمرار يمكن أن يؤدي إلى سقوط الشعر. ويمكن لشد الشعر باستخدام بكرات ضيقة أو سحب الشعر ولفه على شكل كعكة، أن يتسبب في حدوث ثعلبة على حافتي الشعر. كما أن فرد الشعر، وتبييضه وتويجه الدائم يؤدي إلى تلف ساق الشعرة وبلتالي إلى تكسره بسهولة.

الثعلبة المتدبه المنتشرة / الموضعية Localized/diffuse scarring alopecia

في الثعلبة المتدبه، يتم تدمير جريبات الشعر، وهذه الحالة يمكن أن تنتج عن :

• الحروق أو الإشعاع: حيث تؤدي الحروق الحرارية أو الكيميائية إلى حدوث ندبات في فروة الرأس، كذلك قد يسبب الإشعاع السيني حدوث تلك الندبات، وقد كان يستخدم في الماضي لعلاج سعفة فروة الرأس.

• العدوى: قد يترك الهريس النطاقي في القطاع الجلدي الأول للعصب ثلاثي التوائم، الشهدة (انظر أدناه) والزهري الثالثي، ندوباً على فروة الرأس.

• الحزاز المسطح/الذئبة الحمامية:

ويمكن ملاحظة ثعلبة تنديبة، بجانب حمامي، وتقشر وتغيرات جريبية، عندما تؤثر تلك الظروف على فروة الرأس (الشكل رقم ٣) وقد تصيب أفات هذه الأمراض أماكن أخرى. وتكون الاستيرويدات الموضعية أو التي تحضن في الآفة أو العلاجات الجهازية هي العلاجات التي يتم وصفها.

• الثعلبة الكاذبة Pseudopelade

تصف الثعلبة الكاذبة ثعلبة تنديبة والتي تمثل مرحلة النهاية للعملية الالتهابية التدميرية مجهولة السبب، أو غير محددة السبب التي تحدث في فروة الرأس.

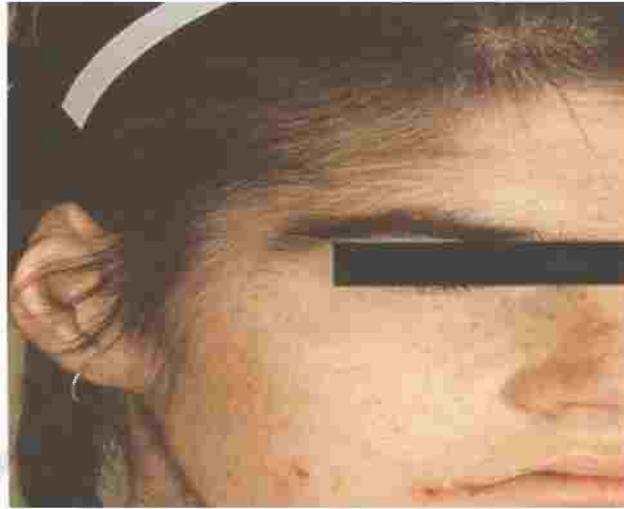


الشكل رقم (٣). الثعلبة الندية التي تحدث بسبب الذئبة الحمامية القرصية الشكل، التي تصيب فروة الرأس بحمامية وتحسف.

الشعر المفرط (الشعرانية وفرط الإشعار)

Excess Hair (Hirsutism & Hypertrichosis)

يعتبر داء الشعرانية Hirsutism عبارة عن نمو الشعر الطرفي بنمط ذكوري في الإناث، ويعتبر فرط الإشعار hypertrichosis عبارة عن نمو مفرط للشعر الطرفي في توزيع غير أندروجيني. وفي كثير من الأحيان، تعتبر الشعرانية داءً عنصرياً (يصيب عرقاً معيناً من البشر) أو داءً مجهول السبب، وهو يمثل حساسية زائدة في الجريبات تجاه الأندروجين (الجدول رقم ٢). وفي الحقيقة، لا يوجد سوى أعداد قليلة والتي يرجع السبب فيها إلى زيادة إفراز الهرمون الذكري، بالرغم من أنه من المهم التعرف على مثل هذه الحالات ويعتبر داء فرط الإشعار أقل شيوعاً وعادة ما يحدث بسبب التأثير الجهازى (الجدول رقم ٣). تعتبر الشعرانية مجهولة السبب أمراً شائعاً جداً، وتوجد مع نمو الشعر في منطقة الذقن، وحول الحلمات وفي غط العانة الذكورية. وكثيراً ما تسبب القلق، حتى ولو كانت معتدلة ويجب استبعاد سمات التذكر مثل كبر البظر، ونمط الصلع الذكوري و عمق الصوت. وفي فرط الإشعار يظهر الشعر الطرفي الرقيق على الوجه، الأطراف والجذع (الشكل رقم ٤) وهو في الغالب يكون بسبب الأدوية. فالنساء الذين لديهم الدورة الشهرية (الطمث) عادية وليس لديهم أي علامات للتذكر Virilizing features، يكون من غير المحتمل أن يكون لديهم سبب كبير متعلق بالغدد الصماء للإصابة بالشعرانية. ولكن مع ذلك، هناك حاجة إلى الفحص إذا ما كانت هذه الأعراض موجودة. وغالباً ما يكون العلاج غير مرضٍ. وفي الواقع، يعتبر العلاج الكهربائي مضيعة للوقت بالنسبة للمناطق الكبيرة، ويعتبر كل من التشميع والحلاقة والتبييض طرقاً أخرى. وتعتبر إزالة الشعر بالليزر الآن من الطرق المتاحة والمنتشرة على نطاق واسع، وأحياناً ما يكون العلاج مفيداً عن طريق استخدام مضادات الأندروجين (سيبروترون استينات) وعادة مع الإيثيليسترايول. ويعتبر كريم إيفلورنيثين كريماً فعالاً لشعر الوجه. ويتطلب داء فرط الأشعار الفحص لمعرفة السبب الكامن وراء هذا المرض.



الشكل رقم (٤). فرط الإشعار بسبب ابتلاع دواء المينوكسيديل.

الجدول رقم (٢). أسباب الشعرانية.

النوع	المثال
النخامية	ضخامة النهايات (العرطلة)
الكظرية	متلازمة كوشينج الكظرية ، الأورام التذكريه ، تضخم الغدة الكظرية الخلقى.
مبيض	تكيس المبايض ، الأورام التذكريه
علاجي المنشأ	الأندروجينات والبروجستوجين
مجهول السبب	فرط الحساسية للأندروجينات

الجدول رقم (٣). أسباب فرط الإشعار.

النوع	المثال
موضعي	وحمة ميلانية الخلايا ، ذيل حيواني (يرتبط بالسنتنة المشقوقة الخفية) ندبات مزمنة أو التهابات مزمنة.
عام	سوء التغذية عند الأطفال ، القلق العصبي ، البرفيرية الجلدية الأجلة ، الحباثة الدفينة ، والأدوية ومنها على سبيل المثال : المينوكسيديل ، فينيتوين وسيكلوسبورين.

اضطرابات أخرى

Other Disorder

عيوب ساق الشعر : وهي نادرة، وعادة تكون مورثة، وتؤدي عيوب ساق الشعر (على سبيل المثال تعجر الشعر monilethrix) إلى شعر متقصف يكون هشاً، معجر، ويبدو غير طبيعي.

قشرة الرأس Dandruff: وهي حالة تقشير فسيولوجية مبالغ فيها من فروة الرأس. وتظهر أكثر الأشكال الحادة مع التهاب الجلد المني لفروة الرأس. وقد تسبب الصدفية تقشر و ثعلبة موضعية أحياناً.

سعفة الرأس Tinea capitis: وهي عادة ما تصيب الأطفال. ويرد ذكر اسماء الجراثيم الشائعة المسببة لهذا المرض والعلاج الذي ينصح به. وتسبب الأنواع المولعة بالبشر في إحداث مناطق متقشرة محددة مع التهاب طفيف أما عدوى الأنواع المولعة بالحيوانات مثل الشعرويه الثائلولييه تؤدي الى انتفاخات ملتهبة مستنقعية بشرية والتي تعرف باسم الشهدة وقد ينتج عن ذلك تندب كما تسبب الإصابة بداء الشعرويه الشونلاينية حدوث قراع - ثعلبة مزمنة متعلبة متندبة.

اضطرابات الشعر الشائعة

- الصلع الذكوري النمط: وهو السبب الأكثر شيوعاً لسقوط الشعر، وإذا كان العلاج ضرورياً أو لازماً، فقد يساعد المينوكسيديل الموضعي أو فيناسترايد الذي يؤخذ عن طريق الفم في ذلك.
- الثعلبة البقعية: شائعة، وقد تظهر بقع الصلع المحددة شعراً على شكل علامة التعجب (1)، وتشفى الحالات التي تعالج مبكراً بشكل تلقائي.
- الثعلبة المتندبة: وتحتاج إلى بحث لمعرفة الأسباب الكامنة وراثتها.
- الشعرانيه: وفي كثير من الأحيان تكون مجهولة السبب، ولكن يكون البحث أو الفحص مطلوباً بالنسبة لإفراز الإندروجين إذا ما كان هناك عدم انتظام في الدورة الشهرية أو إذا كان هناك أي علامات تذكيرية.

اضطرابات الأظافر

Disorders of Nails

الأمراض الخلقية

Congenital

هناك عدد من الأمراض الخلقية النادرة التي يمكن أن تؤثر على الأظافر. ففي متلازمة الظفر-الرضفة nail-patella syndrome، تكون الأظافر (والرضفات) غائبة أو بدائية. وفي داء "ثخن الأظافر الخلقى" pachyonychia congenital تكون الأظافر سميكة وملونه منذ الولادة. ويعتبر حثل الأظافر سمة من سمات انحلال البشرة الفقاعي الخثلي. وتتسم الأظافر المضربية Racket nails بقصر وصغر واتساع ظفر الإبهام، وهي تعد من أكثر عيوب الأظافر الخلقية شيوعاً. وغالباً ما تورث كصفة صبغية جسدية سائدة، كما أنها أكثر شيوعاً في النساء.

الرضوح

Trauma

عادة ما تسبب الرضوح، لاسيما من الرياضة، تشوهات في الأظافر وعادة ما يحدث ورم دموي تحت الظفر subungual haematoma عندما يصاب الظفر كأن يغلق باب على أظفر اليد مثلاً أو عندما يتم الوقوف فوق اظفر القدم أو استئصاله. ولكن يجب الأخذ في الاعتبار باحتمال حدوث الورم الميلانيني الخبيث تحت الظفر. ويمكن للرضح أن يحفز حدوث النزوف الشظوية splinter haemorrhages. وعلى الرغم من أنها تحدث أيضاً مع الشغاف المعدية. وتسهم الأحذية السيئة غير المناسبة في حدوث ظفر أصبع القدم الناشب Ingrowing toenails كما تؤهب الرضوحات المزمنة حدوث إنعقاف الأظافر onychogryphosis والذي يصيب أصابع القدم الكبيرة ويجعلها سميكة وتنمو مثل القرن. ويمكن للرضوحات أيضاً أن تحفز عملية حدوث انفكك الأظافر (أي انفصال الظفر عن سرير الظفر) كما أن الرضح المستمر لأظفر الإبهام سوف يؤدي إلى حدوث (حثل عادة الكشط) habit-tic dystrophy مع يروزات وأخاديد معترضة. وتعتبر الشكوى من الأظافر الهشة من الشكاوى الشائعة، وهي تحدث عادة بسبب التعرض المتكرر لمواد النظافة والمياه، على الرغم من أن كلاً من نقص الحديد، وكسل الغدة الدرقية ونقص التروية الدموية في الأطراف تعتبر أيضاً أسباباً أخرى لهشاشة الأظافر.

الجلادات

Dermatoses

عادة ما تصاب الأظافر في الأمراض الجلدية (الشكلان رقم ١ و ٢) وبالتالي يتم تقييمها بشكل روتيني ضمن فحص الجلد، وترد التفاصيل في (الجدول رقم ١)، ويوضح (الجدول رقم ٢) التشخيص التفريقي لهذه التغييرات. ويتم علاج هذه التغييرات من خلال علاج الأمراض الجلدية المرتبطة بها و مما لا شك فيه أن يكون للأهتمام بالأيدي أهمية خاصة.



الشكل رقم (١). صدفة الأظافر. ويكون كل من الأنطباع، انفكالك الأظافر، وتبدل لون الأظافر باللون البني من الأعراض الظاهرة.



الشكل رقم (٢). الثعلبة البقعية، حيث يمكن رؤية الأنطباع كشتبالي في الأظافر.

الجدول رقم (١). إصابة الأظافر بالجلادات الشائعة.

الجلاد	التغيرات التي تطرأ على الأظافر
الثعلبة البقعية	انطباع رقيق، وخشونة في سطح الظفر
داء دارية	حروف طولانية، صدعات مثلثية في حافة الظفر البعيدة.
الحزاز مسطح	صفحة ظفر رقيقة، ثلم طولاني، التصاق بين طية الظفر البعيدة وفرش الظفر (الظفرة)، فقدان كامل.
الصدفية	انطباع، سماكة الظفر (سميك)، انفكالك الظفر (انفصال الظفر عن فرش الظفر)، تبدل لون الظفر باللون البني، فرط تقرن تحت الظفر.

الجدول رقم (٢). التشخيص التفريقي لتغيرات الأظافر في الجلادات وفي الأمراض الجهازية.

التغيير	وصف الظفر	التشخيص التفريقي
خطوط بو	حروف مستعرضة	أي مرض جهازى حاد يؤثر على نمو التسيج الخلوي للظفر
أظافر هشة	انكسار الأظافر بسهولة عادة عند الحافة البعيدة	تأثير الماء والمطهرات، الرطوبة أو نقص الحرارة، قصور الدرقية نقص التروية الإصبعية.
تغيير اللون	أشرطة مستعرضة سوداء	الأدوية السامة للخلايا
	أزرق	زراق، مضادات الملاريا، ورم دموي
	أزرق أخضر	عدوى الزائفة
	بني	العدوى الفطرية، تلون من دخان السجائر كورويبرومازين، الذهب، داء أديسون
	لطخات بنية ذات بقع زيتية	الصدفية
	تلم طولاني بني	وحمة الخلية الميلانينية ورم ميلانيني خبيث، داء أديسون.
	أتلام حمراء "نزوف شظوية"	التهاب الشغاف المعدني، رضوح
	بقع بيضاء	رضوخ في مطرس الظفر (وليس نقص في الكالسيوم)
	أشرطة مستعرضة بيضاء	تسمم معدني (فلزي) ثقيل.
	نصف الأظافر ملون باللون الأبيض والنصف الآخر ذو لون بني	فشل كلوي مزمن
	أبيض (ويش)	نقص ألبومين الدم (على سبيل المثال، المرتبط بتشمع الكبد)
	أصفر	الصدفية، الإصابات الفطرية، يرقان، تتراسيكلين
	متلازمة الأظافر الصفراء (الشكل رقم ٥)	النزح الليفى المعيب وقد يحدث انصباب جنبي
	التعجر	فقدان الزوايا بين طية الظفر وصفيحة الظفر، طرف الظفر يكون بصلي الشكل والشعور بأن مطرس الظفر إسفنجي.

تابع الجدول رقم (٢).

التغيير	وصف الظفر	التشخيص التفريقي
تقعر الأظافر	انخفاض صفيحة الظفر على شكل ملعقة	أنيميا نقص الحديد، وأيضاً حزاز مسطح والتعرض المتكرر للمطهرات
توسع شعيرات طية الأظافر	شعيرات متوسعة وحمامية عند طية الظفر	اضطرابات النسيج الضام بما في ذلك التصلب المجموعي والذئبة الحمامية المجموعية والتهاب الجلد و العضلات.
انفكاك الظفر	انفكاك الظفر من فراش الظفر	الصدفية، الإصابات الفطرية، الرضوح، التسمم الدرقي، تتراسيكلين (انفكاك الظفر الضوئي المتشأ).
الانطباع	حيث يمكن رؤية انطباعات خشنة أو ناعمة رقيقة في سرير الظفر	الصدفية، الإكزيما، الثعلبة البقعية، حزاز مسطح
رسم الحرف	مستعرض (عبر الظفر) طولي (فوق/تحت)	خطوط بو(انظر أعلاه)، إكزيما، صدفية، حثل الحك، الداحس المزمن. الحزاز المسطح، داء دارية.

العدوى

Infections

قد تصيب العدوى البكتيرية أو الفطرية طيات الأظافر (داحس) أو الأظافر نفسها.

فطار الأظافر (سعفة الأظافر) (Onychomycosis (Tinea Unguim)

تتزايد العدوى الفطرية للأظافر (فطار الأظافر) مع تقدم العمر و بينما تندر إصابة الأطفال . وتكون أظافر القدمين وخاصة الأظفر الأكبر مصاباً أكثر من أظافر اليدين وعادة ما تبدأ تلك العملية في حافة الظفر البعيدة وتمتد بشكل قريب لتصيب الظفر بأكمله (الشكل رقم ٣). وينفصل الظفر من سرير الظفر (انفكاك الأظافر) وتصبح صفيحة الظفر سميقة متفتتة وصفراء ويحدث فرط تقرن تحت الظفر وقد يصاب العديد -ليس الكل - من أظافر القدمين وغالباً ما تتصاحب مع سعفة القدم. وإذا كانت أصابع الأيدي مصابة فإنه يمكن رؤية عدوى الشعروية الحمراء في اليدين. ويكون العلاج بالتريينافين الذي يؤخذ عن طريق الفم (لاميزيل) أو الإيتراكونازول (سبورانوكس) .



الشكل رقم (٣). إصابة أظافر اليد الفطرية: تكون الأظافر سميكة، مفتتة ومتبدلة اللون، ولا تصاب الأظافر المجاورة. وعادة ما تكون الفطريات الجلدية، داء المبيضات البيضاء وأحياناً، العفن مثل المخزولية أو المقشبية القدرات- من الأسباب التي تؤدي إلى حدوث هذا المرض.

الدااحس المزمن Chronic paronychia

غالباً ما يمكن رؤية الدااحس المزمن في أظافر اليد الذي يحدث بسبب المبيضات البيضاء في العمال الذين تكون أيديهم دائماً رطبة، حيث تكون جليدة الظفر مفقودة، كما تصبح طية الظفر متورمة ومنتفخة (الشكل رقم ٤). وقد يؤدي الضغط الخفيف إلى أن يخرج القيح من الظفر. وتصبح صفيحة الظفر غير طبيعية ومشوهة. وقد تكون البكتيريا سالبة الجرام مشاركة في مسببات المرض وتجعل الأظافر ذات لون أخضر مزرق. وتتجه التدابير العلاجية نحو الحفاظ على الأيدي جافة، واستخدام الإيميدازول في صورة لوشن أو كريم لطيات الأظافر مرتين يومياً أو استخدام الإيتراكونازول والذي يؤخذ عن طريق الفم لمدة ١٤ يوم.



الشكل رقم (٤). المبيضات البيضاء هي السبب الأكثر شيوعاً للدااحس المزمن. وتكون طية الظفر ملتهبة ومنتفخة ويكون الظفر ذو أحرف مستعرضة (بالعرض).

الدااحس الحاد Acute paronychia

عادة ما يكون الدااحس الحاد بكتيري وغالباً ما يكون السبب في حدوثه هو المكورات العنقودية. وفي هذه الحالة، يتطلب العلاج تناول الفلوكلوكساسيللين أو الإرثروميسين عن طريق الفم.

أورام الأظافر

Tumours

تعتبر أورام الظفر وفرش الظفر نادرة، ولكن ليس من غير المؤلف أن نرى أوراماً حميدة حول طية الظفر، والأمثلة التي تشمل كلا النوعين واردة فيما يلي:

• **الثآليل الفيروسية viral warts**: تعتبر الثآليل المحيطة بالظفر شائعة ويكون علاجها مشابهاً للعلاج الخاص بأي ثآليل موجودة في مكان آخر.

• **الأورام الليفية المحيطة بالظفر periungual fibroma**: وهذه يمكن رؤيتها في المرضى المصابين بالتصلب الحدبي، وتظهر في سن البلوغ أو بعده.

• **الأكياس المخاطية myxoid(mucous) cysts**: وتظهر الأكياس متاخمة لطية الظفر الدانية عادة على أصابع اليد، في صورة حطاطات متموجة شبه شفافة تحتوي على مادة هلامية نظيفة، والتي ربما تكون قد نشأت من طيات الغشاء الزليلي. ويكون العلاج عن طريق العلاج بالتبريد، الحقن بالترياميسنولن أسيتونايد (أسترويد) أو الاستئصال الجراحي.

• **الورم الميلانيني الخبيث malignant mealnoma**: يجب استثناء الورم الميلانيني الخبيث الموجود تحت الظفر عن طريق الاختزاع إذا ظهرت خطوط مصطبغة طولية وتطورت في الظفر. وقد يكون الورم الميلانيني الخبيث بالأطراف عديم الميلانين، ويمكن أن يشبه الورم الحبيبي المقيح أو حتى الداحس المزمن. وتتطلب أي آفة شاذة أو متفرجة حول طية الظفر خزعة لاستثناء الورم الميلانيني الخبيث.



الشكل رقم (٥). متلازمة الأظافر الصفراء. تنمو الأظافر ببطء شديد، ويكون التصريف الليمفاوي غير طبيعي، وقد تحدث انصبابات جنبية.

الأمراض الجهازية

Systemic Disease

وكثيراً ما تشير التغيرات التي تطرأ على الأظافر إلى وجود اضطراب طبي كامن وراثيها. ويعرض الجدول رقم

(٢) بعض من ذلك.

اضطرابات الأظافر

- مشاكل الأظافر الخلقية، وهي نادرة الحدوث باستثناء الأظافر المضربية.
- رضوح الرياضة، وغالباً ما تؤدي إلى الورم الدموي تحت الظفر، إنعقاف الأظافر، أو انفكك الظفر.
- الجلادات الشائعة على سبيل المثال الصدفية، الحزاز المسطح والإكزيما، وتحدث تغييرات مميزة بالظفر.
- العدوى الفطرية للأصابع الكبيرة للقدمين، وتكون شائعة وخاصة في كبار السن، ويتم وصف الترينافين أو الإيتراكونازول لأخذه عن طريق الفم إذا لزم الأمر.
- الداحس المزمن لأصابع اليدين، وهو يحدث بسبب المبيضضة البيضاء. ويكون العلاج المقترح هو العناية الجيدة بالجلد، الإيميدازول الموضعي أو الإيتراكونازول الذي يؤخذ عن طريق الفم.
- الداحس الحاد، ويكون عادةً بكتيريًا: ويتم إعطاء المضادات الحيوية.
- الأمراض الجهازية، وهي قد تسبب تغييرات في الأظافر تساعد على التشخيص.
- الميلانوما الخبيثة لفرش الظفر، ويجب وضعها في الاعتبار بجانب أي تصبغ تحت الظفر أو تدمير للظفر.

أمراض الأوعية الدموية والليمفاوية

Vascular and Lymphatic Diseases

اضطرابات الأوعية الدموية

Blood Vessel Disorders

الحمامية Erythema

والحمامية عبارة عن احمرار في الجلد وعادة ما يرجع ذلك إلى اتساع الأوعية الدموية (الجدول رقم ١) وهي قد تكون موضعية على سبيل المثال مع الحمل أو أمراض الكبد (على راحتي اليد)، مرض الطفح الدوائي الثابت وعدوى (مثل داء لايم) أو معممة كما هو الحال مع طفح الأدوية، الحمامية السامة (على سبيل المثال، الطفح الظاهر الفيروسي) وأمراض النسيج الضام.

الجدول رقم (١). تصنيف اضطرابات الأوعية الدموية والاضطرابات الليفية.

الآفات الناتجة	العملية	الوعاء الدموي
حمامية، شح، توسع الشعيرات الشرى، الوذمة الفرغرية، التهاب الشعيرات تزرق شبكي، شرث، ظاهرة رينود التهاب الأوعية، الحمامية الحروورية.	توسع (و/أو التدفق المتزايد) تدفق السائل البراني (خارج الخلوي) خروج الدم من الأوعية انخفاض تدفق الدم تلف الالتهاب	الأوعية الدموية الصغيرة
نقص التروية وتقرح التهاب الأوعية	تصلب الأوعية الدموية، داء بورغر التهاب	الشرايين
خثار، تغيرات الجلد، تقرح بحيرة وريدية	التهاب، انخفاض التدفق، اضطرابات التخثر توسع الشعيرات	الأوردة
وذمة لمفية (أولية) وذمة لمفية (ثانوية) التهاب الأوعية اللمفية.	نقص التنسج الخلقي الإحصار (الانسداد)، التهاب عدوى	الليمفيات

الثج (الإحمرار) Flushing

وهو عبارة عن حمامية تحدث بسبب توسع في الأوعية الدموية، والأسباب هي:

- فسيولوجية (استجابة تلقائية للعاطفة، الحرارة أو التمرين)
- الأياس (انقطاع الطمث) (هرمونياً، غالباً ما يصاحبه التعرق الزائد).
- الأطعمة (مثل التوابل (ذوقية)، الكحول، (المرتبط بالألدهيد).
- الأدوية (مببطات تحويل الإنزيم المحوّل للأنجيو تينسين، مضادات هيدروكسي تربتامين-5، نيفيديين).
- العد الوردي (الآلية غير معروفة).
- المتلازمة السرطاوية (السيراتونين).
- ورم القوائم (كاتيكولامين).

ويعتبر الثج مرضاً شائعاً ومنتشراً، ويصيب الوجه والعنق والجذع. وعادة ما يكون حميداً. وعند حدوث الثج فجأة و حدوث أعراض جهازية مصاحبة (مثل الإسهال أو الإغماء) فإنه يجب استبعاد احتمال المتلازمة السرطاوية أو ورم القوائم. وبالنسبة للعلاج، فإنه يجب أولاً علاج الأسباب؛ على سبيل المثال الابتعاد عن التوابل أو الكحول. وقد يتحسن الثج الفسيولوجي مع جرعة صغيرة من البروبانولول.

توسع الشعيرات Telangiectasia

يعتبر توسع الشعيرات توسعاً مرئياً للأوردة الصغيرة تحت سطح الجلد أو توسع لشريان في الوحمة

العنكبوتية (الشكل رقم ١) ويكون السبب فيه:

- خلقي (مثل توسع الشعيرات النزفية الوراثية).
- ضمور الجلد (الاستيرويدات الموضعية، شيخوخة الجلد، والالتهاب الجلد الأشعاعي)
- الإستروجين الزائد (مثل أمراض الكبد والحمل "حبوب منع الحمل")
- مرض النسيج الضام (التصلب الجهازى، الذئبة الحمامية، التهاب الجلد والعضلات).
- الوردية (على الوجه).
- المرض الوردي (الجزء الأسفل من الساق).

وتعتبر الوحامات العنكبوتية المتفرقة شائعة وغير ذات أهمية تذكر، ولكن قد يتزايد عددها مع الحمل ومع

أمراض الكبد. ويمكن رؤية البحيرة الوريدية المكتسبة كتوسع وريدي على الشفة السفلى للمستين. وتتم معالجة توسع الشعيرات باستخدام إبرة كي رقيقة، أو الليزر.



الشكل رقم (١). وحمة عنكبوتية على خد طفل.

الفرغرية Purpura

- وهي عبارة عن تلون الجلد باللون الأزرق البني بسبب تسرب الكريات الحمراء (الشكل رقم ٢). وهي تنتج من مجموعة متنوعة من الآليات :
- عيوب في جدار الأوعية.
 - التهاب الأوعية الدموية (مثلا المعقدات المناعية) ووجود البارابروتين في الدم (مثل الجلوبيولينات البردية في الدم).
 - العدوى (مثل عدوى أو أتان الدم بالمكورات السحائية).
 - ارتفاع ضغط الأوعية الدموية (مثل الأمراض الوريدية).
 - الداعم الأدمي (الضعيف) المعيب :
 - الضمور الجلدي (الشيخوخة ، والأستيرويدات ومرض مثل الحزاز المتصلب).
 - الإستقربوط (نقص فيتامين سي).
 - عيوب التخثر :
 - نقص عامل التخثر المكتسب (مثل تخثر الدم داخل الأوعية المنتشر) أو الموروث.
 - مضاد التخثر (هيبارين ، وارفارين).
 - قلة الصفائح الدموية لأي سبب.
 - اعتلال وظائف الصفائح الدموية .
 - الفرغرية المصطبغة مجهولة السبب.
- وتكون الحبرات عبارة عن نقط فرغرية صغيرة في حين أن الكدمات تكون أكبر حجماً. وغالباً ما يمكن رؤية

الفرغرية في كبار السن أو في أولئك الذين يتعاطون الأستيرويدات. وتتطور من تلقاء نفسها أو بعد رضوح طفيفه. ويمكن رؤية الفرغرية المصطبغة المجهولة السبب كأفات نقطية بنية (شعريات دموية) على الساقين. وفي الغالب، لا يوجد علاج محدد، ويتم علاج الأسباب الكامنة وراء المرض، مثل اضطرابات الدم أو التهاب الأوعية الدموية حسب الضرورة.



الشكل رقم (٢). الفرغرية في مريض يعاني من قلة الصفيحات الدموية.

ظاهرة رينود Raynauds phenomenon

تتميز ظاهرة رينود بتضيق الأنتيايبي للشرايين الإصبعية. وعادة ما يستثار عن طريق البرد - الذي تتحول فيه للشرايين الإصبعية إلى اللون الأبيض (بسبب إفقار الأوكسجين)، ثم الأزرق الزراقي (التي تحدث بسبب توسع الشعريات مع ركود تدفق الدم) ومن ثم أحمر (بسبب تدفق الدم). وعندما لا يوجد سبب فإنه يسمى بداء رينود، وتشتمل العوامل المسببة لظاهرة رينود على:

- انسداد الشرايين: تصلب الشرايين وداء بورغر.
 - مرض التسيج الضام: التصلب الجهازى (بما في ذلك متلازمة كريست) و الذئبة الحمامية الجهازية.
 - متلازمة فرط اللزوجة: كثرة الكريات الحمراء وجود الجلوبيولينات البردية في الدم.
 - عيوب الجهاز العصبي: تكهف النخاع، اعتلال الأعصاب الطرفية.
 - تضيق الأوعية الانعكاسي: مع استخدام الأدوات الهزازة.
 - السموم/العقاقير: الشقراوي، كلوريد الفينيل، محصرات البيتا.
- وغالباً ما تصيب ظاهرة رينود النساء. وربما تكون مقدمة لمرض التسيج الضام؛ لذا ينبغي أن تظل اليد دافئة ومحمية بعيداً عن البرد كما يجب التوقف عن التدخين، وقد تساعد حاصرات قنوات الكالسيوم (نيفيديين مثلاً) أو نافتيديروفوريل. وفي الحالات المقاومة، يتم استخدام حقن البروستاسيكلين.

التزرق الشبكي (التشبك ذو اللون الأزرق) *Livedo reticularis*

إن التزرق الشبكي عبارة عن زرقة مزخرفة مرمرية في الجلد؛ وذلك بسبب انخفاض تدفق الدم في الشريان، عادة في النساء. وتكون الأسباب وراء هذه الحالة كما يلي:

- فسيولوجية أي بفعل البرد.
 - التهاب الأوعية بسبب مرض النسيج الضام على سبيل المثال الذئبة الحمامية الجهازية والتهاب عقدة الحفاصة الشعرية.
 - فرط اللزوجة بسبب وجود الجلوبيولينات البردية في الدم أو كثرة الكريات الحمراء.
 - متلازمة سنيدون التي تتكون من الالتهاب الوعائي الكالخ مع المرض الدماغى الوعائى مع الأجسام المضادة الدوارة للشحومات الفسفورية .
- وتعطي التزرق الشبكي الذي يحدث بفعل البرد شكل شبكة مبقعة على الفخذين الخارجيين للأطفال وهي قابلة للانعكاس وتتكون التشبكات الزرقاء الثابتة (الشكل رقم ٣) بسبب التهاب الأوعية الدموية وهي تتطلب الفحص. ويهدف العلاج إلى معالجة الأسباب الكامنة وراثها.



الشكل رقم (٣). التشبكات الزرقاء: وفي هذه الحالة، ترتبط بالذئبة الحمامية الجهازية.

الحمامية الحرورية *Erythema ab Igne*

إن الحمامية الحرورية عبارة عن حمامية شبكية مصطبغة (الشكل رقم ٤) تحدث بسبب الأضرار الناجمة عن الحرارة ويمكن رؤيتها على سيقان كبار السن الذين يجلسون أمام نيران مفتوحة، أو مع استخدام الكمادات الحارة.

الشُرث Chilblains

إن الشُرث عبارة عن تورمات بنفسجيه-ورديه مؤلمة ملتهبة توجد على أصابع اليدين، القدمين أو الأذنين وهي تظهر نتيجة للبرد. وتنتج تورمات الأصابع من فرط تضيق الشرايين والأوردة الصغيرة تحت الجلد بفعل البرد. وهي تحدث في فصل الشتاء وعادة ما تؤثر على النساء. وينصح باللبس الدافئ والمسكن الدافئ. وقد يساعد تناول نيفيديين عن طريق الفم.



الشكل رقم (٤). الحمامية الحوروية على الجزء الخارجي الأعلى لحافة الظنوب لشخص جالس أمام النار.

الإضطرابات اللمفية**Lymphatic Disorders****الوذمة اللمفية Lymphoedema**

الوذمة اللمفية هي عبارة عن وذمة، غالباً ما تكون لأحد الأطراف، بسبب عدم كفاية التصريف الليمفاوي، وقد تكون الحالة أولية أو ثانوية. وتكون الوذمة اللمفية الأولية نتيجة لعيب تطوري خلقي. أما الأسباب الثانوية فتشتمل على:

- العدوى المتكررة - التهاب الأوعية الليمفاوية.
- الانسداد - داء الفيلاريات والأورام.
- الدمار - الجراحة والعلاج بالإشعاع.

وتوجد الوذمة اللمفية الأولية في مرحلة المراهقة ويمكن أن تتبع عدوى. وعادة ما يصاب أسفل الساقين. وفي الوذمة اللمفية المزمنة تكون الوذمة غير منتظمة ومتليقة، ويحدث فرط تقرن للبشرة (الشكل رقم ٥) ويوضح تصوير الأوعية اللمفية أو التصوير الومضاني المشع للأوعية اللمفية العيب الحاصل.

ويكون الطرف الذي يعاني من الإصابة بالوذمة اللمفية معرضاً لخطر العدوى المتكرره (خاصة الحمرة)، وتكون الوقاية طويلة الأمد عن طريق استخدام (فينوكسي ميثيل البنسلين) والذي يؤخذ عن طريق الفم. ويمكن للتمارين الرياضية، الضغط والتدليك أن تساعد في علاج الوذمة. ونادراً ما يفيد القيام بإعادة التشكيل الجراحي.



الشكل رقم (٥). وذمة ليفية مزمنة للساقين مع ورم حليمي

التهاب الأوعية اللمفية Lymphangitis

يعرف مرض التهاب الأوعية اللمفية على أنه إصابة الأوعية اللمفية بعدوى عادة بسبب البكتيريا العقدية، ويظهر كخط أحمر يمتد إلى أعلى الطرف، عادة من بقعة عدوى طرفية. ويكون الدخول إلى المستشفى أمراً ضرورياً. ويكون العلاج باستخدام المضادات الحيوية المناسبة عن طريق الوريد على سبيل المثال (بنزيل بنسيلين).

أمراض الأوعية الدموية و اللمفية

- الحمامية: ويمكن أن تكون موضعية مثل الراحة الكبدية، أو معممة مثل الحمامية السامة.
- الشح: وعادة ما يكون فسيولوجياً (عاطفياً) ونادراً ما يكون متلازمة سرطاوية أو الورم القاتم.
- توسع الشعيرات: ويمكن رؤيته عادة مع ضمور الجلد، ولكن يمكن أن تنتج بعض الآفات مع فرط الأستروجين أو مرض النسيج الضام، ويكون العلاج عن طريق الليزر أو الكي
- الفرورية: ويكون سببها هو عيوب في جدار الأوعية، أو دعم الأدمة أو آلية تخثر الدم أو قد يكون مجهول السبب، ويتم علاج الأسباب الكامنة وراءها.
- التشيك ذو اللون الأزرق: فسيولوجي أو بسبب فرط اللزوجة أو اضطرابات النسيج الضام.
- الشرث: يصف عملية تثليج أو شرث أصابع اليدين وأصابع القدمين وكذلك الأذنين بفعل.
- ظاهرة رينود: تضيق الشرايين الطرفية مع تغير في اللون.
- الوذمة اللمفية: وهي تنتج من غياب أو تلف يلحق بالعدد اللمفية وتمنع المضادات الحيوية والوقاية طويلة المدى تكرر الإصابة في الحالات المزمنة.

تقرحات الساق

Leg Ulcers

تؤثر تقرحات الساق على ١٪ من البالغين، وتمثل حوالي ١٪ من الحالات المعالجة في عيادات الأمراض الجلدية، وتكون الإصابة بتقرحات الساق شائعة بحوالي الضعف في النساء مقارنة بالرجال، وهي تشكل عبئاً كبيراً على الخدمات الصحية، ويكون عادة نصف الحالات بسبب مرض في الأوردة، والعُشر بسبب مرض في الشرايين، والربع مختلط بسبب مرض في الشرايين والأوردة، بينما يكون الجزء المتبقي نتيجة لأسباب نادرة الحدوث.

أمراض الأوردة

Venous Disease

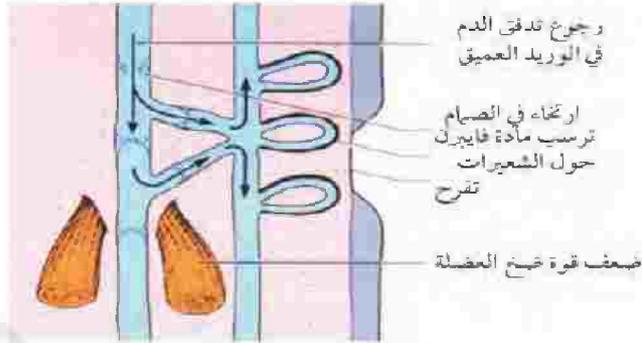
يؤدي التلف الذي يلحق بالجهاز الوريدي إلى تغير صباغي في الساق وإكزيما ووذمة، وتليف، وتقرح.

السبببات الممرضة

يتصل الجهاز الوريدي السطحي منخفض الضغط بالأوردة العميقة ذات الضغط المرتفع من خلال الأوردة الثابتة. ويعتمد تدفق الدم على عمل العضلات المحيطة بها وعلى سلامة الصمامات. ويؤدي قصور الصمام والذي يكون أحياناً خلقياً وأحياناً أخرى بسبب الضرر الناجم عن الجلطة أو العدوى والذي يؤدي إلى ارتفاع الضغط الهيدروليكي والقدرة النافذية للشعيرات الدموية (الشكل رقم ١). وترسب الفبرين على شكل كفة محيطة بالشعيرات والتي تؤثر على التغذية الدموية وتؤدي إلى وقوع المرض.

الأستعلان السريري

عادة ما يبدأ المرض الوريدي في منتصف العمر ويستمر فيما بعد خلال بقية العمر، ويكون أكثر شيوعاً بين النساء كما يكون المصابون بالسمنة والتخثر الوريدي على استعداد للإصابة بالمرض. وغالباً ما يكون هناك إصابة أيضاً بالدوالي الوريدية، ولكن حدوث ذلك ليس ضرورياً. وتتطور المتلازمة من خلال عدة مراحل:



الشكل رقم (١). مسببات التقرح الوريدي.

- الشعور بالثقل والوذمة: من الأعراض المبكرة حيث يكون هناك شعور بأن الساق ثقيلة ومنتفخة.
- تغير اللون: حيث تترسب البوائغ الدموية البنية الناتجة عن ترسب خلايا الدم الحمراء خارج الأوعية، ويحدث توسع للشعيرات وندوب بيضاء (الضمور الأبيض) في الكاحل (الشكل رقم ٢).



الشكل رقم (٢). ضمور أبيض مع تندب أبيض وترسب للبوائغ الدموية.

- الإكزيما: تحدث الأكزيما الركودية عادةً وتصبح أكثر تعقيداً في الغالب بسبب الالتهاب الجلدي التماسي الأرجي أو التهيجي.
- التصلب الشحمي الجلدي lipodermatosclerosis: حيث يؤدي تليف الجلد وطبقة ما تحت الجلد حول الكاحل إلى جساوة شديدة.
- التقرح، وغالباً ما يتبع رضوح بسيطة وعادة ما يؤثر على الكعب الأنسي وإلى حد أقل على الكعب الوحشي (الشكل رقم ٣) ويمكن للتقرحات المهملة أن تتوسع وتطوق الجزء الأسفل من الساق. وفي البداية، تكون القرحات الوريدية احتقانية، ولكن في ظل الظروف المواتية فإنها تكون حبيبية وتدخل في مرحلة الالتئام والتي تنمو فيها البشرة من الجانبين، ويبدأ تكون جزر الخلايا الظهارية في الوسط ويكون الشفاء بطيئاً دائماً، وغالباً ما يأخذ عدة شهور كما أن بعض التقرحات الكبيرة لا تشفى.



الشكل رقم (٣). قرحة وريدية على الجانب الوحشي للكعب.

• ما بعد انتهاء قرحة الساق: قد تؤدي التليقات إلى كاحل متصلب نحيل.

التشخيص التفريقي والمضاعفات

يمكن أن تميز القرحة الوريدية عن القرحة الأخرى الجدول رقم (١) من خلال التاريخ المرضي، المكان وعلامات أخرى. وفي الحقيقة، تكون القرحة الشريانية عميقة، مؤلمة وغنغرينيه وتكون على الأقدام أو في منتصف الساق. وتعتبر مضاعفات القرحة الوريدية شائعة وتشتمل على ما يلي:

الجدول رقم (١). أسباب تقرح الساق.

النوع	الحالة
المرض الوريدي	الصمامات التالفة (على سبيل المثال)، تخثر الأوردة العميقة، اضطرابات التخثر، عدم الكفاءة الخلقية للصمام.
المرض الشرياني	تصلب الشرايين، داء بورغر، التهاب الشرايين العقدي.
مرض الأوعية الصغيرة	السكري، التهاب الشرايين الروماتويدي، التهاب الشعيرات، فقر الدم المنجلي، فرط ضغط الدم.
العدوى	السل، قرحة بورولي، الورم الفطري، الزهري.
اعتلال الأعصاب	السكري، الجذام، الزهري، تكهف النخاع
تكون الورم	سرطانة الخلايا الحرشفية، ساركومة كابوزي، الورم الميلانيني الخبيث.
الرضوح	الإصابة المباشرة، الحادة
مجهول	تقيح الجلد الغنغريني، البلى الجيوي الشحماني.

• العدوى : دائماً ما تقوم البكتيريا باستعمار القرحة ، وتكون المضادات الحيوية مطلوبة وضرورية فقط للعدوى الواضحة والتي قد يدل عليها كل من الإفرازات القيحية ، والتقدم السريع لحافة القرحة ، والتهاب الهلل أو أثنان الدم.

• الوذمة اللمفية : يكون التصريف الليمفاوي ضعيفاً في الساقين مع التقرحات الوريدية المزمنة ، والذي قد يؤدي إلى الوذمة.

• إكزيما التماس (التهاب الجلد التماسي) : كثيراً ما تتطور الحساسية التماسية للأدوية الموضعية والضمادات وخصوصاً الحساسية للأنولين ، النيومسين والمطاط والمواد الحافظة ، ويمكن أن يشبه التهاب الجلد التماسي الأرجي الإكزيما الوريدية ، ويشتهب فيها في حالة ما إذا كان هناك انتشار ثانوي عام. وفي الحقيقة ، قد تكون بعض العلاجات الموضعية وإفرازات القرحة نفسها مهيجة.

• التغير الحبيث : نادراً ما يتطور سرطانة الخلية الحرشفية في قرحة الساق.

التدابير العلاجية

في الواقع ، يكون علاج قرحة الساق طويل الأمد وعادة ما يكون التقدم بطيئاً. ويشمل الفحص الأولي فحص النبضات الطرفية وتقييم العوامل المساهمة ، مثل السمنة وفقر الدم وفشل القلب والتهاب المفاصل. وتعتبر فحص دوبلر لاستبعاد أمراض الشرايين ضروري عندما يتم استخدام الضمادات الضاغطة. وتشتمل أنواع العلاج على ما يلي :

• الضمادات الضاغطة : وهي تقلل من الوذمة وتساعد الرجيع الوريدي ، ويتم لف الضمادات من أصابع القدمين حتى الركبة. ويفضل أن تكون الضمادات ذاتية اللصق (مثل كوبان) وتترك لمدة من ٢ إلى ٧ أيام. وتستخدم تقنية الضمادة ذات الأربع طبقات طبقة من الصوف الخاص بتقويم العظام (مثل سوفتكس) ، والكريب التقليدي (مثل سيتوكريب) ، وضمادة مطاطية (مثل إيلست) وضمادة مطاطية تماسكية (مثل كوبان) وتُحول أمراض الشرايين دون الضمادات الضاغطة ، وبمجرد أن تلتئم القرحة ، فإن الضغط من أصابع القدم حتى الركبة يحافظ على رجوع الدم الوريدي.

• رفع الساق ، ممارسة الرياضة ونظام حمية غذائية : يوصي بعض الأطباء بالراحة مع رفع الساق ، ويتم التشجيع على المشي وكذلك اتباع نظام حمية غذائية للأفراد الذين يعانون من السمنة المفرطة وأيضاً تمارين الكاثل للحفاظ على حركة المفصل.

• العلاج الموضعي : يبين الجدول رقم (٢) ما يجب أن يستخدم ، وكما تتم معالجة الإكزيما الوريدية باستخدام أستيرويدات ضعيفة إلى متوسطة القوة أو المطربات.

- العلاج عن طريق الفم: مما لاشك فيه أن تسكين الألم يعد أمراً ضرورياً، لذا فإنه يتم إعطاء مدرات للبول لوذمة القلب ومضادات حيوية لعلاج عدوى ظاهرة. وقد يساعد الأسترويد، مثل ستانوزولول (سترومبا) في التصلب الشحمي الجلدي، ولكن الآثار الجانبية (مثل احتباس السوائل واليرقان) تحد من استخدامه. كما يقلل الأوكسبروتين (باروفين) من نفاذية الشعيرات مما يخفف من الوذمة.
- الجراحة: قد تمنع الجراحة حدوث المشاكل في المرضى الأصغر سناً، ولكن نادراً ما يكون هناك قدرة على إجراء العمليات الجراحية لكبار السن، كما أن عمليات ترقيع الجلد المشطور أو الترقيع باستخدام المقرض (من الفخذ) ذات فائدة محدودة. ومع ذلك، تعتبر الزراعة التجريبية للخلايا الكيراتينية "مكافئ الجلد" لاستخدامها كرقعة، من الجراحات الواعدة التي تعطي تخفيفاً سريعاً للألام.

أمراض الشرايين

Arterial Disease

يمكن لإفقار الأوكسجين (نقص تروية الأوكسجين) الذي يصيب الجزء الأسفل من الساق و التقرح أن يكونا نتيجة الأمراض التي تصيب الشرايين. ويظهر إفقار الأوكسجين بصورة عرج و برودة في القدم وسقوط للشعر، حثل في أطراف أصابع القدمين، وزرقة داكنة وقد تحدث قرحات عميقة حادة على الأقدام أو في منتصف حرف الظنوب (الشكل رقم ٤) وتكون النبضات في الساقين غائبة أو منخفضة. ويعتبر داء بورغر - الذي يمكن رؤيته في المدخنين من الذكور الشباب، هو شكل شديد من أمراض الشرايين. وفي الواقع، يقوم فحص دوبلر وأشعة تصوير الأوعية بتحديد الآفات الشريانية المناسبة لعمليات إعادة البناء الوعائي أو الرأب الوعائي ولا ينصح باستخدام الضمادات الضاغطة.



الشكل رقم (٤). قرحة شريانية على الجانب الظهري من القدم.

الأسباب الأخرى لتقرحات الساق

Other Causes of Leg Ulceration

تبدأ تقرحات الالتهابات الوعائية vasculitic ulcers كبرفيرية ولكنها تصبح نخزية ومخرومه (الجدول رقم ٢). كما تحدث التقرحات الاعتلالية العصبية على الأقدام Neuropathic ulcers (الشكل رقم ٥) بسبب الأمراض العصبية وتعتبر قرحة بورولي والالتهابات الفطرية العميقة أسباب مهمة لتقرحات الساق في المناطق الاستوائية.

الجدول رقم (٢) العلاج الموضعي للتقرحات الوريدية.

نوع الجرح	دور التضميد	أمثلة التضميد	جودة التضميد
جاف، نخزي، أسود، أصفر، متخثر	<ul style="list-style-type: none"> حسب الرطوبة وخاصة إذا كان الجرح جافاً 	<ul style="list-style-type: none"> الماء الملحي الفسيولوجي على سبيل المثال 	<ul style="list-style-type: none"> قد يكون استخدام المنظفات المهيجة ضاراً. ويمكن إزالة بواقي الحطام والتضميد بواسطة الماء الملحي الفسيولوجي.
متخثر الزائد، إمكانية امتصاص الرائحة خاصة هذا كان الجرح رطباً	<ul style="list-style-type: none"> إزالة امتصاص السائل، إمكانية التخثر الزائد، إمكانية امتصاص الرائحة خاصة هذا كان الجرح رطباً ذو نشاط مضاد للبكتريا 	<ul style="list-style-type: none"> المائي الغرواني كومفيل جرانوفلكس دويرم إكسترا التضميد الممتص للرائحة مثل أكيسورب القضي ٢٠٠ العلاج اليرقي في الحالات المناسبة (انظر ص) 	<ul style="list-style-type: none"> طبقة ماصة على غشاء منفذ للبخار حيث يساعد الأطباق على ترطيب و تنضير الجروح المتخثرة أو النخزية و تعزيز التحبيب صماد ماص للرائحة لكن قد يحبس البكتريا يحتاج للتغيير اليومي أو أقل من ذلك وفقاً لما تمليه الاستجابة السريرية.
		<ul style="list-style-type: none"> الرغوة على سبيل المثال، ألفاين أو لايفوم إكسترا تول منخفض الأتصاق مثل باراتول أو يونيتول 	<ul style="list-style-type: none"> مفيد لفرط الحبيبات الناتج من التضميد المطبق أو المسدود كما قد يستخدم كتضميد ثانوي، أو يستخدم كطبقة و جبهة تحت تضميد ثانوي وعموماً لا يوصي بتضميدات تول المشربة بالدواء

تابع الجدول رقم (٢) .

نوع الجرح	دور التضميد	أمثلة التضميد	جودة التضميد
ظيف، نضحي تحبيبي	امتصاص السوائل، عزل الحرارة لإعطاء درجة حرارة مثالية لالتئام الجروح، إمكانية امتصاص الرائحة، إمكانية النشاط المضاد للميكروبات، تعد ظروف الأس الهيدروجيني PH مثالية لالتئام الجروح.	الجلينات، على سبيل المثال كالتوستات سوريسان أو سي سورب	عالي الامتصاص، مناسب للجروح النضحية الشديدة. ليس للجروح الجافة أو الخشابة.
جاف، قليل التنضح، مندمل (تشكيل النسيج الظهاري)	حبس الرطوبة، ذو التصاق منخفض، ذو عزل حراري	هلامه مائية على سبيل المثال، أكوافورم، إنترازيت أو لودوسورب.	تأخذ المادة عديمة الشكل التماسكية شكل الجرح، تحتاج تضميد ثانوي، ترطب الجروح الجافة.



الشكل رقم (٥). قرحة نخزية إعتيالية عصبية على جانب القدم.

قرحات الساق

التقرحات الوريدية

- تنشأ من ارتفاع ضغط الدم الوريدي.
- تظهر مع تغير في لون الجلد، إكزيما وتليف.
- تحدث في الكعب الأنسي أو الوحشي.
- تتطلب ضمادات ضاغطة بعد عمل فحص دوبلر.
- قد توجد مع أمراض الشرايين.
- قد تصبح معقدة بسبب الحساسية التماسية.

التقرحات الشريانية

- ترتبط بغيرها من أعراض وعلامات نقص/فقر التروية في الساق.
- تحدث على الأقدام أو في وسط حرف الظنبوب.
- عادة ما تكون عميقة ومؤلمة.
- يمنع استخدام الضمادات الضاغطة.

أسباب أخرى

- التهاب الأوعية الدموية، الرضوح لطرف مصاب باعتلال عصبي وبعض أنواع العدوى الأخرى أيضاً يمكن أن تسبب تقرح الساق.

التصبغ Pigmentation

ينتج لون الجلد من مزيج من صبغة الميلانين ، وأوكسيهيموجلوبين (في الدم) ، والكاروتين في (طبقة الجلد السميكة والدهون ما تحت الجلد). وتشيع الإصابة بالأمراض الصبغية ، وتكون من الأمور المقلقة خاصة لأصحاب البشرة الداكنة. وتحدث اضطرابات التصبغ في الخلايا الميلانينية بشكل رئيسي ، وسيتم ذكر الأسباب الأخرى حين تكون مرتبطة.

نقص التصبغ Hypopigmentation

قد يكون نقص الصبغة عاماً أو لطخياً. فيحدث نقص التصبغ العام في البرص ، وبيلة الفينيل كيتون ، وقصور الغدة النخامية ، أما نقص التصبغ اللطخي فيلاحظ في البهاق ، بعد الإصابة بالالتهاب ، نتيجة التعرض لبعض الكيماويات ومع أنواع محددة من العدوى (انظر الجدول رقم ١).

الجدول رقم (١). أسباب نقص التصبغ.

المسبب	مثال
كيميائي	مجموعة الفينول البديلة ، الهيدروكينون.
الغدد الصماء	قصور النخامية.
جيني	المهق ، بيلة الفينيل كيتون ، تَصَلُّبُ حَدِيٍّ ، لَمَع (مَرَضٌ جِلْدِيٌّ خَلْقِيٌّ يَتَسَمَّ بِفَقْدِ مَحْصُورٍ لِلْخَلَايَا الْمِيلَانِيَّةِ).
عدوى	الجذام ، داء العليقي ، التُّخَالِيَّةُ الْمُرْقَشَةُ.
عقب الالتهاب	بعد العلاج بالتبريد ، الإكزيما ، الصدفية ، الفَشِيَّةُ ، النخالة البيضاء.
أسباب أخرى	البهاق ، الحَزَائِزُ الْمُتَصَلِّبُ ، الوحمة البهالية ، الندب.

البهاق Vitiligo

عبارة عن اضطراب مكتسب مجهول السبب يظهر بقعاً غير حرشفية بيضاء. وتُرجح مصاحبة البهاق لفقر الدم الوبيل، وأمراض الغدة الدرقية، ومرض أديسون أن ذاتية المناعة سبب من مسببات بعض الحالات. وقد يعطي حوالي ٣٠٪ من المرضى تاريخاً عائلياً لهذا الاضطراب. وتدل تسيجيات المرض على فقدان الخلايا الميلانينية في الجلد المصاب.

الاستعلان السريري

يؤثر البهاق على ١٪ من تعداد السكان، ويظهر في جميع الأجناس، ويكون أكثر إثارة للمشاكل لدى أصحاب البشرة الداكنة، ويتنشر بين الجنسين بتساو، وقد يجعل الإصابة يجرح ما أو حرق شمس الإصابة بالمرض، حيث عادة ما تحدث الأصابة بين سن العاشرة وسن الثلاثين. وغالباً ما تكون البقع البيضاء محددة المعالم متناظرة (انظر الشكل رقم ١). وكثيراً ما يتأثر اليدين، والرسغان، والركبتان، والعنق، والمناطق المحيطة بالفتحات (كالفم). وأحياناً ما يكون البهاق قطعياً (على سبيل المثال على منطقة الذراع)، أو عاماً أو شاملاً ولا يمكن التنبؤ بمسار المرض؛ فقد تظل المناطق المصابة ثابتة، أو تنتشر، أو يعاد تصبغها (ولا يحدث هذا بشكل كثير). فلدى أصحاب البشرة الفاتحة، قد لا يُميز البهاق إلا في فصل الصيف، عندما يسمر لون المناطق غير المصابة بالبهاق نتيجة التعرض لأشعة الشمس.



الشكل رقم (١). البهاق. في هذه الحالة، هناك إصابة متناظرة للسواعد لدى مريض ذي جلد مصطبغ.

التشخيص التفريقي

وعادة ما يكون نقص التصبغ بعد الالتهابات مصحوب بتغيرات جلدية أخرى.

(انظر الجدول رقم ١)، وفي حالة بياض الجلد الناتج عن المواد الكيماوية، ينبغي أن نتقصى عن تاريخ التعرض للمواد الكيميائية الفينولية. وعادة ما تكون بقع الجذام ناقصة التصبغ قليلة الأحساس (مخدرة).

التدابير العلاجية

لا تسفر المعالجة عن أي نتائج مرضية، حيث تتطلب مستحضرات التجميل صبراً ومهارة في استخدامها ودهنها، وتساعد كريمات الوقاية من أشعة الشمس المريض فاتح اللون بتقليل اسمرار وتباين المناطق غير المصابة بالبهاق. أما في حالة المرضى أصحاب البشرة الداكنة، أحيانا ما تحفز الستيرويدات الموضعية القوية عودة التصبغ. وأحيانا ما يساعد العلاج بإشعاع الأشعة فوق البنفسجية بـ UVB أو علاج السورالين و الأشعة فوق البنفسجية الف UVA أو تناول السورالين بالفم والتعرض للأشعة فوق البنفسجية في الضوء الطبيعي، برغم أن هذا العلاج قد يستغرق شهوراً، ونادراً ما تزال الصبغة المتبقية باستخدام أثير أحادي بنزول الهيدروكينون إذا اقترنت حالة البهاق إلى حالة البهاق العام وفشلت العلاجات الأخرى.

المهق Albinism

يعد المهق حالة صبغية جَسَدِيَّة متنتحية، وفيها تعجز الخلايا الميلانينية عن تصنيع الصبغة في البشرة، وبصلة الشعرة والعين. وهناك العديد من متلازمات المهق جميعها حالات صبغية جَسَدِيَّة متنتحية، تُظهر فقدان للصبغة في الجلد، الشعر، قزحية وشبكية العين. حيث تكون أعداد الخلايا الميلانينية طبيعية، لكن هناك فشلاً في إنتاج الجسيم الميلانيني ويرجع ذلك إلى عيب في الجين المتحكم في إنتاج التيروسيناز.

يعد المهق مرض غير شائع حيث يصيب (نسبة ١/٢٠٠٠٠)، ويكون تشخيصه واضح ومباشر. فيكون الجلد أبيض أو وردي، أما الشعر فأبيض، وينقص التصبغ في العين (انظر الشكل رقم ٢).



الشكل رقم (٢). المهق في مريض أفريقي كاريبي.

يعاني الشخص الأمهق من ضعف البصر، ورهاب الضوء، والرأرأة. nystagmus وقد يصطبغ جلد الشخص الأمهق "موجب للتايروسينز" اصطبغاً خفيفاً بالتقدم في العمر؛ ولذا يصبح جلد الأفارقة أصفر، ومنمناً. أما في المنطقة الاستوائية، يكون الشخص الأمهق عرضة لخطورة الإصابة بشيخوخة مبكرة في الجلد نتيجة للتعرض للضوء، والإصابة المبكرة لأورام الجلد خاصة سرطانية الخلايا الحشوية. ويعد الألتزام بتجنب التعرض لأشعة الشمس منذ الطفولة أمراً أساسياً. ومن الضروري ارتداء الملابس غير الشفافة، وارتداء قبعة واسعة الحواف بالإضافة إلى استخدام كريمات الوقاية من أشعة الشمس. وأصبح من الممكن حالياً تشخيص المرض قبل الولادة.

بييلة الفينيل كيتون Phenylketonuria

تعد حالة بييلة الفينيل كيتون عيباً خلقياً جسدياً صعباً متنجياً في الأيض، حيث يوجد نقص في هيدروكسيلاز الفينيلانين، الذي يحول الفينيلانين إلى التيروسين. فيتراكم الفينيلانين ومُستقلّبه، وتتلف خلايا المخ النامية. ويشيع المرض بنسبة (١/١٠٠٠٠) في المواليد. ويتم التعرف على بييلة الفينيل كيتون بعد الولادة عن طريق إجراء اختبارات الفحص الروتيني. وإذا لم تتم معالجته، يصاب المواليد بالتخلف العقلي، والكنع الرقصي choreoathetosis. يكون لدى المرضى شعر وجلد فاتحين اللون، ويرجع ذلك إلى تركيب الميلانين المعطوب. وتشيع الإصابة بالإكزيمة التأثية. ويمنع النظام الغذائي التي يحتوي على كميات منخفضة من مادة الفينيلانين، والذي يتم إتباعه في وقت مبكر، التلف العصبي.

فرط التصبغ

Hyperpigmentation

ينتج فرط التصبغ عن فرط إفراز الميلانين (الجدول رقم ٢)، ولكن أحياناً تُلون صبغات أخرى الجلد، على سبيل المثال، ترسب الحديد (مع الميلانين) في الداء الصبغي الدموي Haemochromatosis، وترسب الكاروتين (المسبب لتغير لون الجلد إلى اللون البرتقالي) نتيجة زيادة الكاروتين في الدم، ويرجع ذلك عادة إلى تناول الكثير من الجزر.

البقع الشمشية والنمش Freckles and lentigines

النمش هو بقع صغيرة ذات لون بني فاتح، يظهر نمطياً على الوجه، ويتحول للون الغامق عند التعرض لأشعة الشمس. وتعد البقع الشمشية أيضاً عبارة عن بقع بنية اللون لكنها متناثرة، ولا تتحول إلى لون غامق عند التعرض لأشعة الشمس. ففي النمش يوجد هناك أعداد طبيعية من الخلايا الميلانينية في الطبقة القاعدية ولكنها تحتوي على كمية زائدة من الميلانين. أما البقع الشمشية فتحتوي على عدد زائد من الخلايا الميلانينية. يشيع النمش خاصة في الأطفال ذوي الشعر الأحمر. قد تحدث البقع الشمشية في مرحلة الطفولة، ولكنها أكثر شيوعاً في كبار السن المعرضين لأشعة الشمس. ولا يتطلب النمش أي علاج بينما تستجيب البقع الشمشية للعلاج بالتبريد.

الجدول رقم (٢). أسباب فرط التصبغ .

السبب	مثال
عقاقير	الحساسات الضوئية، سُورالين، الإستروجين، فينوثيازين، الميثوسيكلين، الأمبودارون .
الغدد الصماء	مرض أديسون، متلازمة كوشينج، داء غريفز
جيني	عرقى، النمش، وُرامٌ ليفيٌّ عَصَبِيٌّ، متلازمة بيتز جيجرز.
أبيض	تَشْمَعٌ صَفْرَائِيٌّ، داء الصباغ الدموي، داء البرفريه
غذائي	وُجُودُ الكاروتين في الدَّم، سوء الامْتِصاص، سوءُ التَغْذِيَّة، مَرَضُ البِيلاغْرا.
عقب الالتهاب	الإكزيما، حَزَازٌ مُسَطَّحٌ، السْتيرويدات الجهازية، النشواني الحزازي.
أسباب أخرى	الشوَالِكُ الأَسْوَدُ، الوحمة، وَرَمٌ ميلانينيٌّ حَبِيثُ التَّصْبِغُ بالفِصَّة، الفشل الكلوي المزمن.

الكلف (Melasma (Chloasma)

الكلف عبارة عن تصبغ بقعي منطبع يصيب الوجه يحدث مع الحمل، أو يظهر لدى النساء اللاتي يتناولن أدوية منع الحمل عن طريق الفم. ويعد التصبغ ذات طبيعة متناظرة، وغالبا ما يظهر على الجبهة (انظر الشكل رقم ٣).



الشكل رقم (٣). كلف يؤثر على الوجنة ويسبب مشكلة تجميلية.

ويحفز الحمل الخلايا الميلانينية عامة، ويزيد الحمل أيضا تصبغ الحلمات ومنطقة أسفل البطن، وفي وحمامات الخلايا الميلانينية الحميدة الموجودة قبل الحمل. وقد يتحسن الكلف بشكل تلقائي. ويمكن أن يقلل الترتينوين الموضعي، أو حامض الأزليك، أو هيدروكينون من التصبغ. كما يمكن أن تساعد مستحضرات الوقاية من أشعة الشمس ومستحضرات التجميل في العلاج.

متلازمة بيتز جيجرز Peutz-Jeghers syndrome

متلازمة بيتز جيجرز هي حالة صبغية جسدية سائدة نادرة. ويظهر النمش فيها حول الشفتين (انظر الشكل رقم ٤)، وفي الغشاء المخاطي الشدقي والأصابع مصحوباً بسلائل polyps في الأمعاء الدقيقة. وقد تسبب السلائل إنغلاقاً intussusception ونادراً ما تخضع لتغير خبيث.



الشكل رقم (٤). متلازمة بيتز جيجرز تظهر بقع نمشيه حول الفم.

مرض أديسون Addison's disease

يتميز مرض أديسون بقصور الغدة الكظرية مع الإنتاج الزائد من هرمون الغدة النخامية المنمي لقشر الكظر (ACTH). وترجع علامات الجلد إلى الإنتاج الزائد من هرمون الغدة النخامية المنمي لقشر الكظر، والذي يحفز تكون الميلانين. وقد يكون التصبغ عاماً أو يقتصر على الغشاء المخاطي الشدقي (انظر الشكل رقم ٥).



الشكل رقم (٥). مرض أديسون، مع فرط تصبغ في الغشاء المخاطي اللثوي والشفتي.

أو غَضْنُ الرَّاحَاتِ (خطوط راحة اليد)، أو الندبات، أو الثنايا، أو المناطق المعرضة للاحتكاك. ويلاحظ التصبغ الشبيه بتصبغ أديسون أيضاً في متلازمة كوشينج، وقرط الغدة الدرقيّة، والعرطلة.

التصبغ الذي يحفزته تعاطي العقاقير

قد يرجع التصبغ الذي يحفزته تعاطي العقاقير إلى تحفيز تكون الميلانين أو ترسب الدواء في الجلد، ولكن غالباً لا يمكن فهم هذه الآلية جيداً (انظر الجدول رقم (٣)).

ومن العقاقير الشائعة الأميودرون، والفينوثيازين، والميثوسيكلين، وليس من النادر أن تحفز هذه العقاقير التصبغ. الجدول رقم (٣). التصبغ الذي يحفزته تعاطي العقاقير .

الدواء	التأثير
أميودرون	تصبغ أزرق رمادي على المناطق المكشوفة
بليوميسين	تصبغ منتشر، غالباً ثنائي: متعلق بالثنية.
بوسلفان	صبغة بنية اللون منتشرة.
كلوروكين	تصبغ أزرق رمادي على الوجه والأذرع.
كلوربرومازين	صبغة رمادية إردوازية على المناطق المعرضة للشمس.
كلوفازيمين	صبغ أحمر وأسود.
ميراسين	(عقار مترسب) أصفر اللون.
ميثوسيكلين	صبغة سوداء مزرقة على الندب أو المناطق المعرضة لأشعة الشمس.
سورالين	محسس ضوئي جهازي أو موضعي (مستحضرات تجميل).

اضطرابات التصبغ

- البهاق: عام، ذاتي المناعة، يقع ناقصة الصبغة محددة تحديداً تاماً.
- المهق: نادر الحدوث، متنحي صبغي جسدي، فية نقص لصبغة الجلد والعين، من الضروري فية الالتزام بتجنب أشعة الشمس، تحاشياً لخطر الإصابة بسرطان الجلد.
- بيلة الفينيل كيتون: حالة صبغية جسدية متنحية، نتيجة عيب في الإنزيم، مسبباً جلد وشعر فاتح اللون.
- النمش: يقع بنية اللون تعمق مع التعرض لأشعة الشمس، فيها عدد طبيعي من الخلايا الصبغية.
- البقع النمشية: يقع بنية اللون، فيها زيادة في عدد الخلايا الصبغية.
- متلازمة بوينز جيجرز: اضطراب صبغي جسدي سائد فية شامات حول الفم وسلاتل معوية.
- الكلف: تصبغ وجهي، يتعلق بالحمل، وحبوب منع الحمل.
- مرض أديسون: تحفيز الهرمون الموجّه لقشر الكظر لتكون ميلانين في الأغشية المخاطية والثنايا.
- التصبغ الذي يحفزته تعاطي العقاقير: يرجع إلى ترسب الصبغة أو تحفيز تكون الميلانين.