# أورام الجلـد

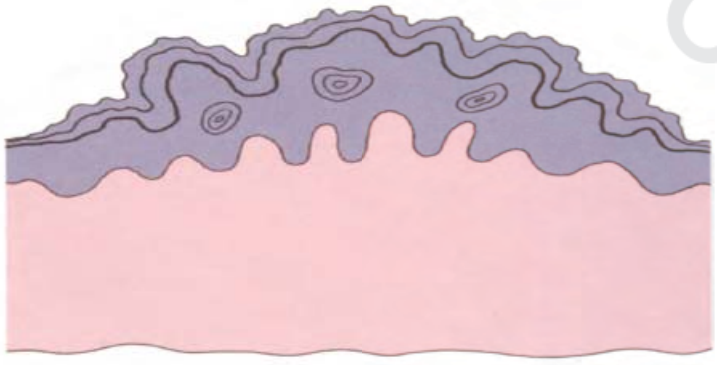
## الأورام الحميدة
## Benign Tumors

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

### أورام البشرة الحميدة
### Benign Epidermal Tumors

#### ثُؤْلولٌ مَثِّيّ (تَقْرانٌ مَثِّيّ): Seborrhoeic Wart

يعد الثُؤْلول المَثِّيّ (التَقْران المَثِّيّ) شائع وعادة ما يكون ورماً حميداً مُصْطَبِغاً مكوناً من تَكاثُر خَلايا كِيراتينِيَّة قاعدية (انظر الشكل رقم ١). ويكون سبب هذا الحالة غير معروف، بالرغم من أنه قد يكون وحمانيًّا. ولا يعد وجود المث (دهنية البشرة) مظهراً من المظاهرالمصاحبة للثؤلول المثي .



**الشكل رقم (١). التشريح النسيجي للثألول المثي : يظهر فرط التقرن في البشرة ، بسبب تكاثر الخلية القاعدية، المصحوب بكيسات كيراتينية.**

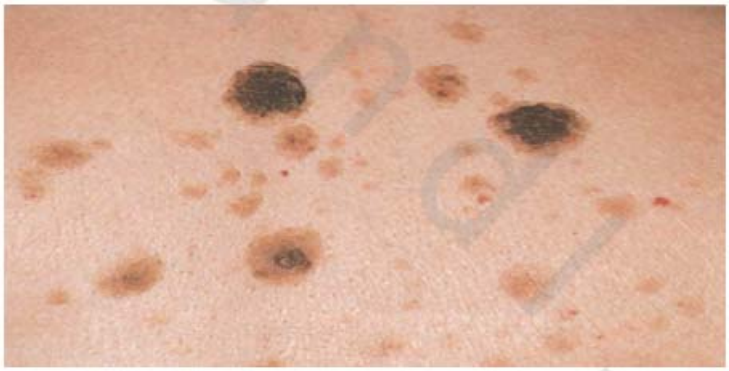


obeikandl.com

**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 عموما الشكل البيضاوي والدائري.
- تبدأ كحطاطات صغيرة، غالبا ما تكون مصطبغة اصطباغا خفيفا أو أصفر.
- قد تصبح عقيدات ثؤلولية مصطبغة اصطباغا داكنا يبلغ قطرها ١-٦ سنتيمترات.
- ويكون لها مظهرالشي الملصوق على الجلد (stuck-on) مع وجود سِدادَات كيراتينية وحواف واضحة المعالم.



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

**التَشْخيص التَفْريقِيّ**

عادة ما يكون التشخيص واضحاً من الفحص ومن تعدد الآفات. وأحيانا قد يشبه الثؤلول المثي التَقْران السَفْعِيّ، أو الوَحْمَة الميلانينيَّةُ، أو سرطانية الخلية القاعدية المصطبغة، أو الوَرَم الميلانينيّ الخبيث.

**التدابير العلاجية**

ويمكن معالجة الآفات المتعددة معالجة كافية باستخدام المُعالَجَة بالتبَرْيد بالنتروجين السائل. ومن أفضل الطرق لمعالجة الثؤلول المثي الثخين استخدام الكَشْط أو خزعة الحلاقة أو الكي باستخدام أجهزة الجراحة الكهربائية. وإذا كان هناك شك في التشخيص، ينصح في هذه الحالة بالاسْتِئْصال وإجراء الفحص النسيجي.

## الطَغْوَات الجِلْدِيَّة
## Skin Tags

تعتبر الطغوات الجلدية سَلاَئِلُ مسوقه ظِهَارِيّةٌ لِيفِيّة حَميدة ويبلغ طولها ملليمترات قليلة. وتشيع هذه الطغوات بشكل رئيسي في الأفراد كبار ومتوسطي السن وتظهر في الرقبة، والآباط، والأُرْبِيَّة وأهداب العين (انظر الشكل رقم ٣). ويكون السبب مجهولاً، ولكن غالباً ما تصيب الأفراد البدناء. وأحيانا يخلط بين الطغوات الجلدية وبين الوَحْمَة الميلانينيَّة الصغيرة أو الثؤلولات المثية.

**الشكل رقم( ٣) الطغوات الجلدية في الإبط.**

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

## الأكياس ( بَشْرَوَانِيّ) البَشْرَوِيّة
## Epidermal (Epidermoid) Cyst

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

## الدُخَيْنَة
## Milium

تظهر الدخينة في الغالب في الوجه، وتظهر نمطيا في صورة كيسات كيراتينية بيضاء صغيرة (ويبلغ طولها ١-٢ ملليمتر) حول جفون العين وعلى الخد العلوي. وتظهر غالبا في الأطفال، وقد تظهر في أي سن. وأحيانا، قد تظهر الدُخَيناتُ كجزء من الالتئام بعد الإصابة بنفطة تحت البشرة، على سبيل المثال، في البُرْفيرِيَّة الجِلْدِيَّة الآجِلَة. ويمكن استخلاص كيسات الدخينات باستخدام الإبرة المعقمة.

## الأورام الجلدية الحميدة

### الوَرَم الليفي الجِلْدِيّ (وَرَمُ المُنْسِجات الليفِيّ)
### Dermatofibroma (Fibrous Histiocytoma)

تعد الأورام الليفية الجلدية من العقيدات الجلدية الشائعة، وعادة ما تكون عَديمة الأَعْراض. وتظهر النسيجيات تكاثراً للخلايا النسيجية والأَورامِات الليفِيَّة، مع ظهور تليف في الأدمة وفرط التنسج 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 الساقان. 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). وَرَمٌ لِيفِيٌّ جِلْدِيّ على الساق السفلى.**

**التدابير العلاجية**

وقد يخلط ما بين الورم الليفي المصطبغ والوَحْمَة الميلانينيَّة أو الوَرَم الميلانينيّ الخبيث. وينصح باستئصال الآفات المشكوك في تشخيصها أو عند ظهور أعراض مزعجة.

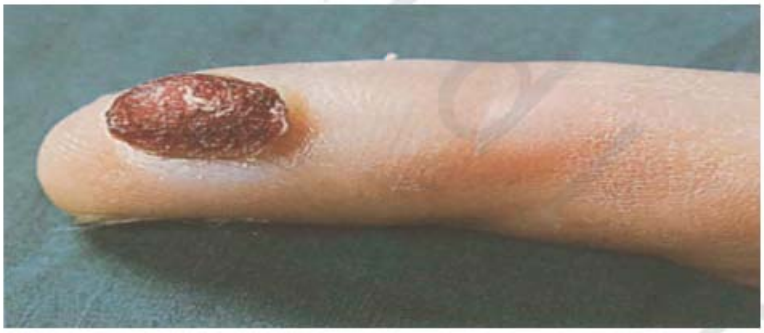
## الوَرَمُ الحُبَيبِيُّ المُقَيِّح
## Pyogenic Granuloma

يعد الورم الحبيبي المقيح عُقَيدة ذات لون أحمر فاتح أو ذات جلبة دموية تتطور تطوراً سريعاً، ويخلط بينها وبين الوَرَم الميلانيني الخَبيث. هو ليس مُقَيِّحاً ولا متعلقاً بالوَرَمِ الحُبَيبيّ، ولكنه ورم وعائيّ دموي شعيري مكتسب.

**الاستعلان السريري**

يتصف الورم الحبيبي المقيح نمطيا بما يلي:

- يصيب مواقع الرضوح، على سبيل المثال: وخز الشوك
- يظهر بلون أحمر فاتح، وأحيانا 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 (وأيضا 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 بالوَرَم الميلانيني الخَبيث. وفي بعض حالات يعاود الورم الحبيبي المقيح الظهورمرة أخرى بعد إجراء عملية الكشط.

## الجُدَرَة
## Keloid

تعد الجدرة تكاثراً مفرطاً للنسيج الضام كاستجابة للإصابة برضوح في الجلد، وتختلف عن النَدْبَة الضَخامِيَّة، لأنها تمتد خارج حدود الجرح الأصلي. وتظهر الجدرات 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). الجدرات تظهر العقيدات على صدر المريض الذي له تاريخ الإصابة بالعد.**

### بقعة كامبيل دي مورجان
### Campbell-de-morgan Spot

تعد بقع كامبيل دي مورجان تكاثراً شعيريًّا 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 بالكي إذا لزم الأمر.

### أورام اللواحق الجلدية

تندر نسبياً الإصابة بأورام اللواحق الجلدية كأورام الغدد العَرَقِيَّة الناتِحة والمفترزة، وجُرَيب الشَّعْرَة والغُدّد الزُهْمِيَّة. أما من الناحية السريرية، فغالباً ما تظهر كعقيدات جلدية غير محددة ومن الصعب تشخيصها بدون إجراء استئصال وفحص نسيجي. وأحياناً تكون هذه الأورام خبيثة.

## الوَرَمُ الشَحْمِيّ
**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. وأحياناً تكون مؤلمة. وفي حالات نادرة يكون هناك حاجة إلى الإزالة.

## الْتِهابُ الغُضْروفِ وَالجِلْدِ العُقَيدِيُّ
**Chondrodermatitis Nodularis**

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

**الأورام الحميدة**

| الآفة | العمر الذي تحدث فيه الإصابة | المظاهر الرئيسية |
|---|---|---|
| **البشروية** | | |
| ثُؤْلولٌ فَيْروسيّ | غالبا في الطفولة | عادة على اليد أو القدم (أنظر الصفحة رقم ١٨٩) |
| تَقْرانٌ سَفْعِيّ | كبار السن | المناطق المعرضة لأشعة الشمس (أنظر الصفحة رقم ٤٦٥) تقران، غالباً على الجذع أو الوجه |
| ثُؤْلولٌ مَنْيّ | كبار/متوسطي العمر | كيسات بيضاء، غالبا على الوجه |
| دُخَيْنات | الطفولة | على الأكثر على الوجه أو الفروة |
| أكياس البَشره الطَغْوَاتٌ الجِلْدِيَّة | بعد الطفولة متوسطي/كبار السن | يظهر على الرقبة، والأُرْبِيَّة، والآباط |

**الأورام الحميدة**

| الآفة | العمر الذي تحدث فيه الإصابة | المظاهر الرئيسية |
|---|---|---|
| **الجلدية** (الأدمية) | | |
| وَرَمٌ لِيفِيٌّ جِلْدِيّ | البالغين (ذكور وإناث) | عقيدة، غالباً على الساق |
| وَحْمَةٌ الميلانينيَّةُ | المراهقين / البالغين | بُقْعَة أو حطاطة بنية اللون (ص ) |
| وَرَمٌ وِعائِيٌّ كَرَزِيّ | متوسطي / كبار السن | حطاطة حمراء صغيرة على الجذع |
| وَرَمٌ حُبَيبِيٌّ مُقَيِّح | الأطفال / البالغين | عقيدة حمراء، غ البأً على الإصبع |
| جُدَرَة | العقدين الثاني- الرابع | الصدر/الرقبة، يؤثر على الأفارقة السود |
| وَرَمٌ شَحْمِيّ | في أي عمر | ورم لين على الجذع أو الأطراف |
| الْتِهابُ الغُضْروفِ وَالجِلْدِ العُقَيدِيُّ | كبار العمر ومتوسطي العمر | عقيدة على صيوان الأذن الأعلى في الذكور والإناث |

obeikandl.com

# الوحمـــة

## Naevi

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

**الجدول رقم (١). تصنيف الوحمات.**

| المجموعة | المثال |
|---|---|
| الميلانينية | الخلقية |
| | الموصلية |
| | الأدمية |
| | المركبة |
| | سبيتز |
| | الزرقاء |
| | الهالية |
| | وحمة بيكر |
| | وحمة مُصَاحِبة لخَلَلِ التَنَسُّج |
| الوعائية | لَطْخَةٌ سَلْمُونِيَّة |
| | مُلَوِّنٌ خَمْرِيّ |
| | التوت البري |
| | وَرَمٌ وِعائِيٌّ كَهْفِيّ |
| البشرويه | وحمة مُثَّالَلة |
| النسيج الضام | تَصَلُّبٌ حَدَبِيّ . |

### اَلوحْمَات الميلانينيَّةُ

### Melanocytic Naevi

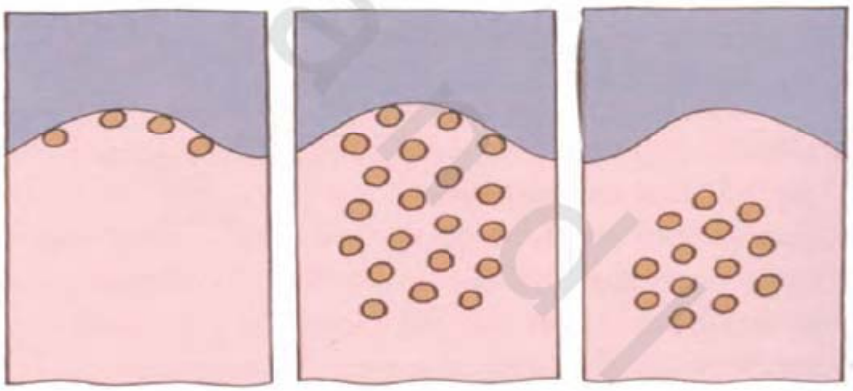
تشيع الإصابة بالوحمات الميلانينية . وتظهر في معظم السلالة القوقازية ولكنها أقل انتشاراً في السلالة المُنْغولِيّة، والأفارقة السود.

**السببيات الممرضه والمرضيات**

يعتقد أن الخلايا الوحمية في الوحمات الميلانينية الخلايا تأتي من الخَلايا الميلانينيَّة التي تهاجر إلى البشرة من العُرْفُ العَصَبِيُّ أثناء تطور الجنين. ولا يعرف السبب لتطور الوحمات، ولكن يبدو أنها صفة موروثة في العديد من العائلات.

وتحدد مواقع خلايا الوحمات داخل الأدمة نوع الوحمة (انظر الشكل رقم ١). فالوَحْمَةُ المَوْصِلِيَّة ا ذات عناقيد من الخلايا الوحمية على المَوصِلُ الأدمِيُّ البَشْرَوِيّ، أما الوحمة الأدمية ذات أعشاش من الخلايا الوحمية في الأدمة، أما الوحمات المركبة فتظهر كلا المكونين.

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



الموصلية المركبة الأدمية

**الشكل رقم (١). أنواع الوحمات الميلانينية. يحدد موقع الخلايا الوحمية نوع الوحمات الميلانينية ، سواء كانت المَوصِلُ الأدمي البَشْرَوِيّ أو في الأدمه، أو في كلا المكانين.**

**الاستعلان السريري**

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

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

ويبلغ متوسط عدد الوحمات الميلانينية في الإنسان البالغ أبيض البشرة بين ٢٠-٥٠ وحمة ميلانينيه. وتتلخص الأنواع السريرية للوحمات الميلانينية بالتالي:

- ***الوحمات الخلقية:*** *تظهر* عند الولادة أو بعدها بقليل، وعادة ما يزيد حجمها عن ١ سنتمتر، وتتنوع في اللون ما بين الأحمر والبني والأسود وغالبا ما تصبح ناشِزة ومليئة بالشعر. وقد تكون مشوهة كما يحدث في وحمات الجِذْع (وَحْمَةٌ عِمْلاَقَةٌ خِلْقِيَّةٌ مُصْطَبِغَة) النادرة الحدوث، وهي تحمل خطورة مدى الحياة بمعدل يزيد عن ٥٪ للأصابة بالوَرَم الميلانينيّ الخبيث.

- ***الوحمات 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 والأَعْضاءُ التَّناسُلِيَّة.

**الشكل رقم (٢). وحمات متعددة موصلية (ومركبة) على الساق السفلى.**

- ***الوحمات الأدمية*** ***Intradermal naevi*** : تتميز الوحمات الأدمية بعقيدات أو حطاطات شَبِيهَة بالقُبَّة قد تكون ملونة أو لونها لون الجلد، وتظهر في الغالب على الوجه والرقبة.
- ***الوحمات 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 ثُؤْلولِيًّا أو مظهر دماغي الشكل. وقد تصيب أي جزء من الجلد.

**الشكل رقم (٣). الوحمة الميلانينية المركبة .**

- ***وَحْمَةُ سبيتز Spitz naevi*** : إن وحمة سبيتز هي عقيدة صلبة، ذات لون بني ضارب للحمرة تظهر نمطيا على وجه الطفل أو ساقه. وقد يكون النمو المبدئي لها نموا سريعا. 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 شيوعا على النهايات، خاصة الأيدي والأقدام.
- ***وَحْمَةٌ هالِيَّة 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 كآفة 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 تَزَيُّق mosaicism.
- *الوحمة المُصحوبة بخَلَل التَنَسُّج Dysplastic naevi* تظهر الوحمة المصحوبة بخلل التنسخ بعضا من عدم الانتظام في الحدود وفي التصبغ.

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

**التدابير العلاجية**

خلال السنوات القليلة الماضية، أكدت الدعاية في وسائل الإعلام وحملات الصحة العامة على أهمية التشخيص المبكر للوَرَم الميلانينيّ الخبيث. وقد أدى ذلك إلى المزيد من الوعي العام بأهمية التغير في الآفات المصطبغة، وأصبح هناك تحويل للعديد من المرضى بسبب اهتمامهم بالوحمات الخاصة بهم . فأي تغيير يستحق اهتماماً جادًّا. 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 الحكة.
- **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 الْتِهاب الجُرَيبات 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 النسيجيات. أما بعض الوحمات الواضح أنها وحمات حميدة حدبية والتي تُزال لأسباب تجميلية فيمكن التعامل معها باستخدام طريقة الاستئصال بالحلاقة.

**الجدول رقم (٢). التشخيص التفريقي للوحمات البشروية.**

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

## الوحمة البشروية

**Epidermal Naevi**

تظهر الوحمة البشروية غالبا عند الولادة أو تنمو في مرحلة الطفولة المبكرة. وتكون ثائلوليه، 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 الزُهْمِيَّة) والتي تحمل خطورة التحول إلى ورم خبيث ينبغي أن يتم استئصالها.

## وحمة النسيج الضام

**Connective Tissue Naevi**

نادرا 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 الوحمات المرصوفة المحتويه على الكولاجين التي تتواجد في التَصَلُّبٌ الجَدَبِيّ (لَطْخَةٌ حَرْشاء) 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، غالبا ما تكون دائرية الشكل أو بيضاوية الشكل. تظهر نمطيا على أخمص القدم، وراحات اليد، أو الأَعْضاء التَّناسُلِيَّة.
- **الوحمة الآدمية:** تأخذ شكل القبة، وعادة تكون حطاطات تتلون بلون الجلد. وتُرى نمطيا على الوجه.
- **الوحمة المركبة:** هي عقيدات أو حطاطات مصطبغة، وأحيانا تكون ثألولية أو مليئة بالشعر. ويظهر فحص النسيجيات المكونات الموصلية والأدمية لها.
- ***وحمة سبيتز:*** إن وحمة سبيتز هي عقيدة صلبة، ذات لون بني ضارب للحمرة تظهر نمطيا على وجه الطفل أو ساقه.
- *الوحمات الزرقاء:* زرقاء بلون الفولاذ، ويرجع ذلك إلى مادة الميلانين الموجودة في الادمة العميقة، عادة ما تكون منفردة وتكون على النهايات.
- ***الوَحْمَة الهالِيَّة:*** تظهر الوحمات الهالية بيضاً في المكان الذي انحسرت فية 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 البشروية:** تكون ثألولية، ومصطبغة وغالباً ما تكون خطية، عادة صغيرة أو ممتدة في بعض الأحيان. أما النوع الذي يصيب الفروة (الوَحْمَة 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 حَرْشاء) توجد في التَصَلُّب الحَدَبِيّ.

obeikandl.com

# الورم الميلانيني الخبيث
# Malignant Melanoma

يعد الورم الميلانيني الخبيث ورماً 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 نظرا 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 سَريرِية رئيسية. وقد تم وصفها فيما يلي:

### الورم الميلانيني الخبيث المنتشر السطحي
### Superficial Spreading Malignant Melanoma

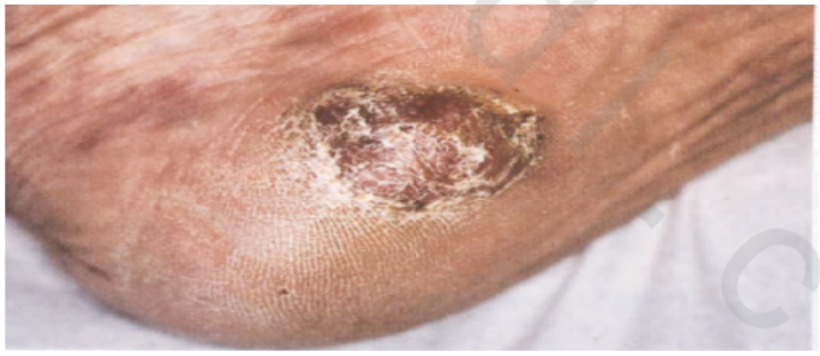
يمثل هذا النوع ٥٠٪ من الحالات في بريطانيا، والأناث أكثر عرضة لهذا النوع ويشيع ظهوره على الساق السفلي. ويعد هذا الورم ورماً بقعيًّا ويُظهر تصبغاً متنوعاً، وغالباً ما يكون مصحوباً بالتقهقر (انحسار الأفة) regression(الشكل رقم ١).

الشكل رقم (١). ورم ميلانيني منتشر سطحي.

## الوَرَمُ الميلانينيُّ النَمَشِيُّ الخَبيث
## Lentigo Malignant Melanoma

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

**الشكل رقم (٢). نمشية خبيثة تظهر شكلاً خارجيًّا غير منتظم وتصبغاً.**



**الشكل رقم (٣). وَرَمُ ميلانينيُّ نَمَشِيُّ بالنِّهايات خبيث.**

## الوَرَمُ الميلانينيُّ الخبيث النَّمَشِيُّ المصيب للنِّهايات
## 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، وفِراش الأظافر، وغالبا 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 الأصابة الجذع. وفية تنمو العقيدة المصطبغة (انظر الشكل رقم ٤) نمواً سريعاً، وقد تتقرح.

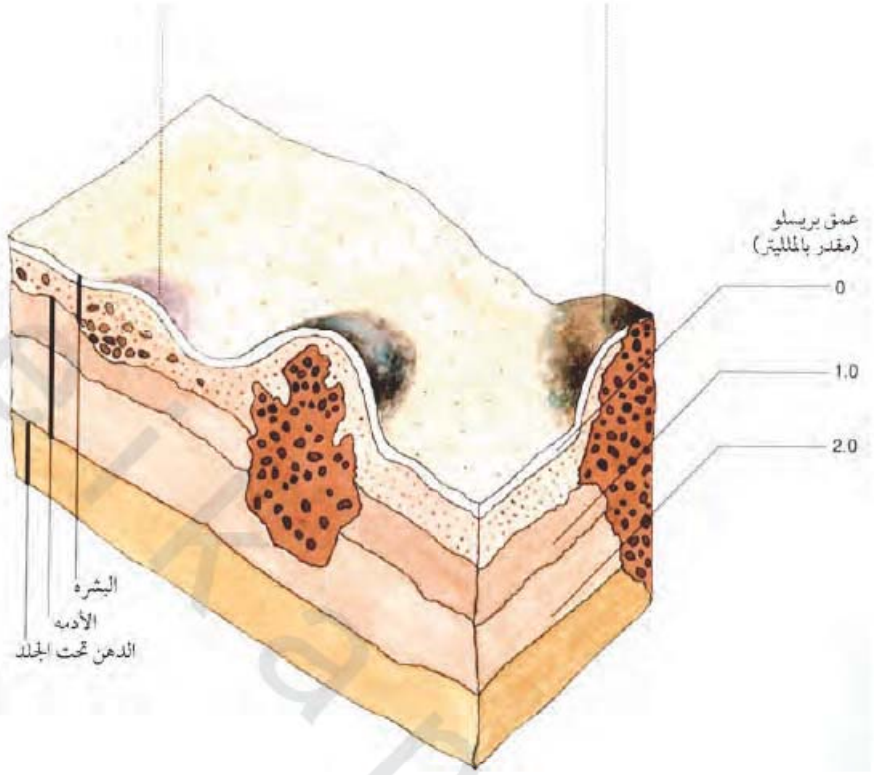
**الشكل رقم (٤). ورم ميلانيني عقدي خبيث.**

### الوَبائِيَّات

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 العقديين 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 عاما، أما الأورام الميلانينية النمشية فتؤثر على الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن ٦٠ عاما في معظم الأحيان. وفي الذكور يكون الظهرالأكثر إصابة أما في الإناث فتكون الساق السفلى أكثر أصابة (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 تقيم الأمتداد الموضعي باستخدام طريقة بريسلو، وهي طريقة قياس المسافة بين طبقة الخلية الحبيبية وبين أعمق خلية ورم ميلانيني محددة ويقدر القياس بالملليمتر. وتعد النَقِيْلَات أمرا غير شائع في الأورام المقتصرة على البشرة.

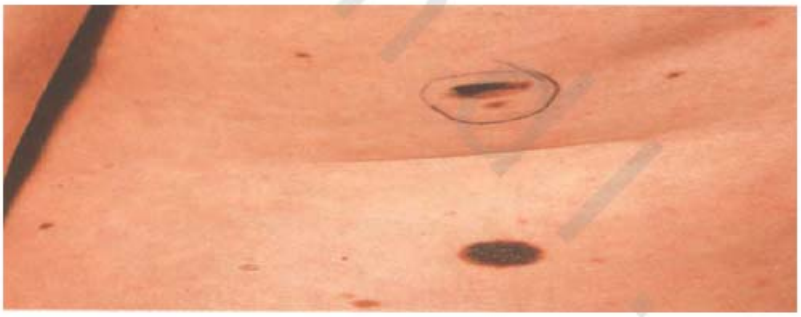



**الشكل رقم (٥). المراحل.**

### السببيات الممرضة

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

**الشكل رقم (٦). عوامل المخاطرة الرئيسية: توضيح عوامل المخاطرة الرئيسية وعوامل المخاطرة الثانوية لتطور الورم الميلانيني الخبيث.**



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

## التشخيص

قد تُرَجح 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 :

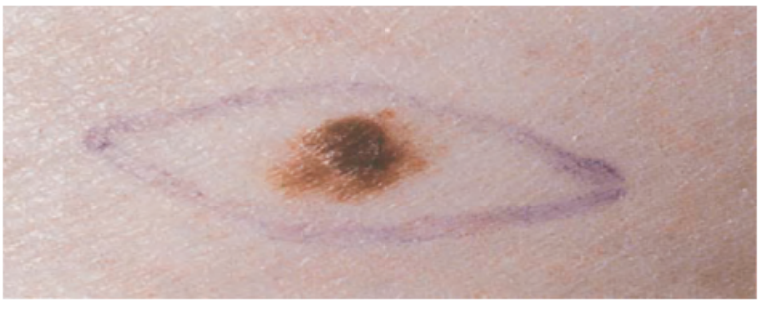
- الوحمات الميلانينية .
- تقران مثي .
- الورم الوعائي الدموي.
- وَرَمٌ لِيفِيٌّ جِلْدِيّ .
- سرطانية الخلية القاعدية المصطبغة
- الوَرَم النمشي الحميد .

**المَآل Prognosis**

يتعلق المآل بعمق الـورم. ويمكن تقسـيم الأورام إلى ثلاث مجموعـات بناء على المآل: جيد (الثخانـة < ١ ملليمتر)، متوسط (١-٤ ملليمتر)، وضعيف (>٤ ملليمتر). معدلات النجاة لمدة خمس سنوات تقريباً :

| | |
|---|---|
| < ١ ملليمتر | ٩٥٪ |
| ١-٢ ملليمتر | ٩٠٪ |
| ٢,١-٤ ملليمتر | ٧٧٪ |
| > ٤ ملليمتر | ٦٥٪ |

للأمثلة على الأورام الثخينة والنحيفة (انظر الشكلا رقما ٨ و ٩).



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

obeikandl.com

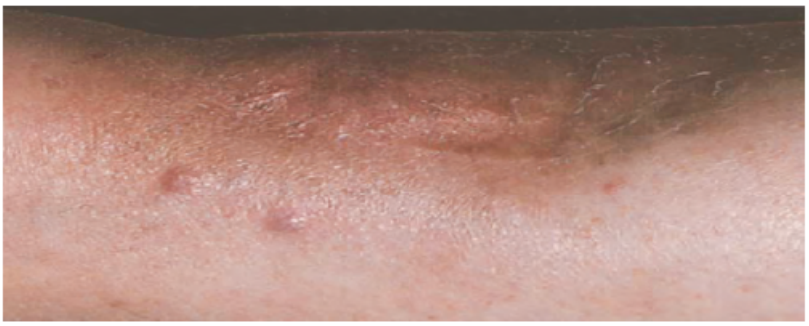
**الشكل رقم (٩). نمو ورم ميلانيني عقيدي خبيث (١١ ملليمتراً على طريقة بريسلو لقياس الثخانة) داخل وحمة خلقية ضخمة. مع تأثر عقيدات لمفية موضعية، هذا الورم ذو مآل ضعيف.**

## التدابير العلاجية

التدابير العلاجية الأولى هي الاستئصال الجراحي. تتطلب الأورام التي تزيد ثخانتها عن ١ ملليمتر هامشاً بطول ١ سنتمتر، أما تلك الأورام التي تبلغ ثخانتها ١-٢ ملليمتر تتطلب هامشاً بطول ٢ سنتمتر، والأورام التي تزيد ثخانتها عن ذلك تتطلب تصفية بطول ٣ سنتمترات. 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 للعُقْدَةٌ اللمفاوية كإجراء تقليدي في الوقت الحاضر. وبعد استخدام المُعالَجَةُ الإشْعاعِيَّة ذو فائده محدوده. وقد يزيد ألفا إنترفيرون 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 الأستئصال و الترقيع.**

**الوقاية والتوعية العامة**

يعد الورم الميلانيني الخبيث المبكر مرضاً يمكن شفاؤه، ولكن الآفات الثخينة 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 الوحمات 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 ١٠٠٠٠٠ فرد في العام.
- نسبة إصابة الإناث إلى نسبة إصابة الذكور ٢ : ١ .
- يرتفع معدل الإصابة بنسبة ٧٪ كل عام وقد تضاعفت هذه النسبة في العقديين الماضيين.
- تتناسب معدلات الإصابة مع المدى الجغرافي، ويرجح ذلك لوجود تأثير لإشعاع الأشعة فوق البنفسجية.
- يتعلق المآل بثخانة الورم. وتعد الآفات المبكرة آفات قابلة للعلاج عن طريق الاستئصال الجراحي.

obeikandl.com

## الأورام البشروية 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 سببيَّات هذه الأمراض. وقد قدرت معدلات الإصابة بسرطان الجلد غير الميلانيني في السلالات القوقازية بالولايات المتحدة الأمريكية بما يعادل إصابة ٢٣٠ فرداً لكل ١٠٠٠٠٠ فرد سنويًّا بالمقارنة ٣ أفراد لكل ١٠٠٠٠٠ فرد للأفارقة الأمريكيين. وتعتبر غالبية أورام الجلد الخبيثة (انظر الجدول رقم ١) أوراماً بشروية في الأصل، مثل سرطانة الخلايا القاعدية، أو سَرَطانَةُ الخَلايا الحَرْشَفيَّةُ، أو الورم الميلانيني الخبيث. وتشيع الحالات البشراوية مُحْتَمَلة الخَبائَة، و تكون أورام الأدمة الخبيثة نادرة نسبيًّا.

**الجدول رقم (١). تصنيف أورام الجلد الخبيثة والحالات مُحْتَمَلَة الخَبائَة .**

| منشأ الخلية | الحالة المحتملة الخبائة | الورم الخبيث |
|---|---|---|
| خَلِيَّةٌ كِيراتِينِيَّة | التقران السَّفْعِيُّ، في سرطانة الخلية الحرشفية اللابدة | سرطانة الخلية القاعدية<br>سرطانة الخلية الحرشفية |
| خَلِيَّةٌ ميلانينيَّة | وحمة مُصَاحِبة لخَلَلِ التَنَسُّج | ورم ميلانيني خبيث |
| الأورومات الليفيَّة | | ساركومةٌ لِيفِيَّةٌ جِلْدِيَّةٌ |
| خلية لمفاوية | | وَرَمٌ لِمْفِيّ |
| بطانية | | ساركومةُ كابُوزي (السَّاركومةُ النَّزْفِيَّةُ المَجْهولَةُ السَّبَب) |
| غير جلدية | | نقائل ثانوية |

## سَرَطانَةُ الخَلايا القاعِدِيَّة
## Basal Cell Carcinoma

تعد سرطانة الخلايا القاعدية من أكثر أنواع سرطان الجلد شيوعاً ويلاحظ وجودها نمطيا على الوجه في الأشخاص كبار السن ومتوسطي العمر. وتنشأ من الخَلايا القاعدية الكِيراتينِيَّة في البشرة التي تغزو و تنتشر موضعيًّا، ولكن نادرا جدا ما تنتقل.

### السببيات الممرضة

وقدُيحفز التحول الخبيث للخلايا القاعدية ما يلي:

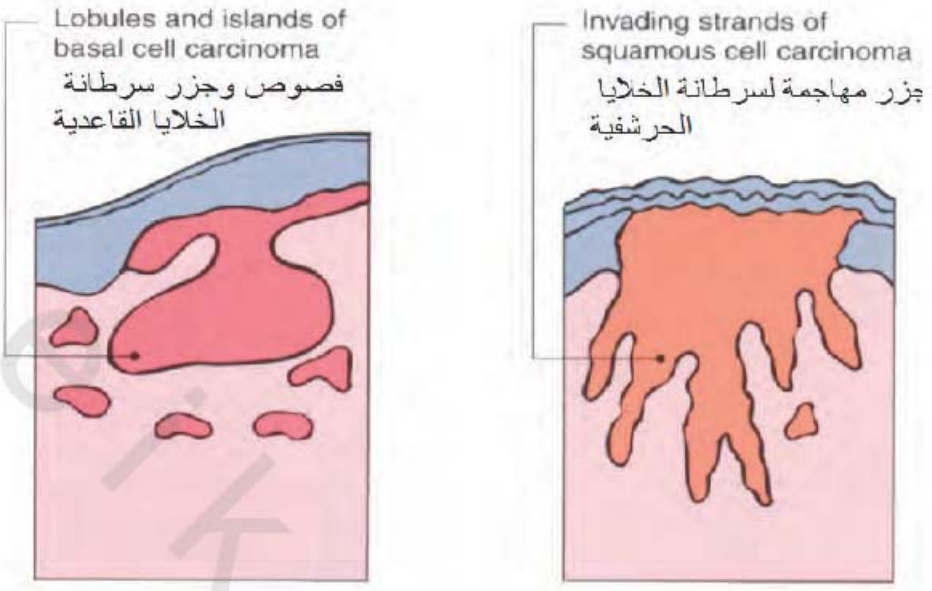
- التعرض المستمر للأشعة فوق البنفسجية (حروق الشمس الحادة).
- ابتلاع الزرنيخ، على سبيل المثال في "المقويات" أو في مياه الشرب .
- أشعه إكس السينية والإشعاعات الأيونية الأخرى.
- التندب المزمن على سبيل المثال الحروق أو ندبات التطعيم.
- الاستعداد الوراثي، على سبيل المثال مُتَلازِمَة وَحْمَةِ الخَلايَا القاعِدِيَّة.

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

### المرضيات

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

opeikanari.com




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

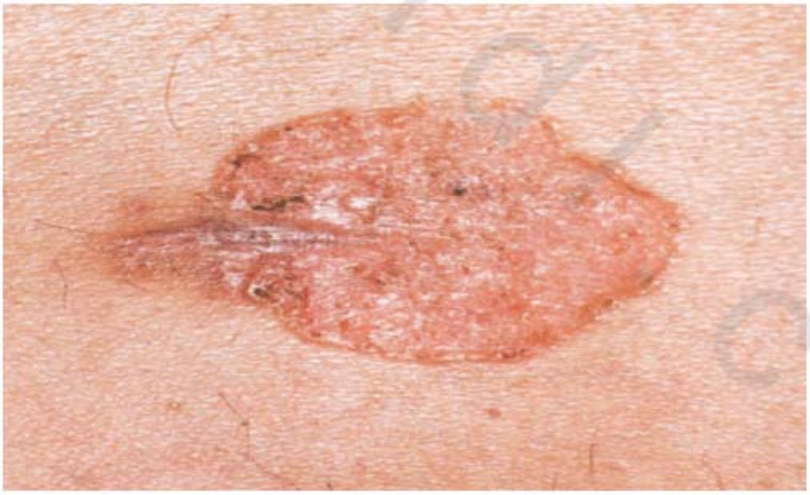
### الأستعلان السريري

تصيب سرطانة الخلية القاعدية المناطق المعرضة للضوء بشكل أساسيًّا، ويشيع وجودها حول الأنف، واللحاظ 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 تَوَسُّع الشُّعَيْرات وحافة تَلألُؤية (انظر الشكل رقم ٢). وغالبا ما يظهر النَخَر المَرْكَزِيّ ويترك قرحة صغيرة ذات جلبة ملتصقة. ويكون قطر معظم هذه الآفات أقل من ١ سنتيمتر، ولكن تنمو وتزداد طولا 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 المتلألئة النمطية، وتوسع الشعيرات والنخر المركزي.**

- ***مُتَعَدِّدُ المَراكِز Multicentric*** : وغالباً ما تكون الأورام السطحية متعددة، وشبيهة باللويحات، ويبلغ قطرها عدة سنتمترات، وأحياناً ما يلاحظ وجودها خاصة على الجذع (انظر الشكل رقم ٣). وتكون ذات حافة وغالباً ما تكون مصطبغة اصطباغاً 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 يظهرعلى شكل لويحات صفراء أو بيضاء شبيهة بالقُشَيْعَة، والتي غالباً ما تكون منخفضة المركز.

**التشخيص التفريقي**

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

- العقيدي / الكيسي: الوحمة الاديميه المليساء المعدية الورم الشائكي المتقرن سرطانة الخلايا الحرشفية، فرط التنسج الزهمي (التكاثر الحميد للغدد الزهمية).
- المتعدد المراكز: إكزيما قرصية الشكل، الصدفيه، سرطانة الخلايا الحرشفية اللابده.
- القشعيه: القشعية، الندبة.
- المصطبغ: الورم الميلانيني الخبيث، ثؤلول ممثوث، الوحمة المركبة.

**التدابير العلاجيه**

تعتمد أفضل طرق علاج الورم على كل من حجم الورم، ومكانه و نوعه 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) وتتناسب 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 القشيعي. ويمكن استخدام الجراحة المجهرية لموهس، وغالبا 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، وخصوصا إذا كان هناك شك في كفاءة العلاج.

## سرطانة الخلايا الحرشفية

**Squamous Cell Carcinoma**

تعد سرطانة الخلايا الحرشفية 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.

**السببيات الممرضة**

تنشأ سرطانة الخلايا الحرشفية من خلايا كريتينية معتدلة. وتشمل العوامل المؤهبة على ذلك على:

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

**المرضيات**

إن الخلايا الكريتينية الخبيثة والتي تحتفظ بالقدرة على إنتاج الكيراتين- تدمر الموصل البشروي الآدمي، 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 سفعي كحطاطة صغيرة ، والذي اذا ترك فإنه يتقرح تدريجيا مكونا جلبة. ولا ينتقل هذا النوع من سرطان الخلايا الحرشفية خارج الجلد بشكل شائع. بينما ينمو النوع العقدي من سرطانة حرشفية الخلايا أحيانا كعقيدة، وبشكل غير دائم- على الجلد الذي أضرت به أشعة الشمس (الشكل رقم ٤).

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

يختلف شكلها عن النوع الذي يبدأ في التقران السعفي، ويتم ملاحظة الأشكال المتقرحة الأكثر اضطرابا لسرطانة الخلايا الحرشفية بشكل متزايد على حافة القرح (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 طولية الأمد.**

**التشخيص التفريقي**

لا بد وأن نميز بين كلٍّ من سرطانة الخلايا الحرشفية والورم الشائك المتقرن، و التقران السفعي، وسرطان الخلايا القاعدية، وسرطانة الخلايا الحرشفية اللابدة، والورم الميلانيني الخبيث عديم الميلانين، والتقران الممثوث. كما أنة لابد 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 اخذ خزعه من العقد المشتبه 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 مستفحلا في المنطقة التي يصيبها، ولكنه غير متنقل.
  - يتم إزالته والشفاء منة بشكل أفضل عن طريق الاستئصال الجراحي مع حافة ملائمة.
  - قد يتم معالجته عن طريق المعالجة الإشعاعية، عن طريق الكشط والكي، باستخدام جراحة التبريد أو استخدام العلاج الموضعي (الأميكومود) في المناطق التي تم التأكد من وجود الأورام بها باستخدام الخزعة.
- سرطانة الخلايا الحرشفية يتم رؤيتها غالبا في الأفراد ذوي البشرة البيضاء في المناطق المعرضة للشمس مصاحبة لعلامات التلف السعفي. وتحدث الأورام الأكثر اضطرابا و شراسة مع التندب المزمن . ويتم معالجة كافة الأنواع عن طريق الاستئصال الجراحي. ويتعلق المآل بسمك الورم.

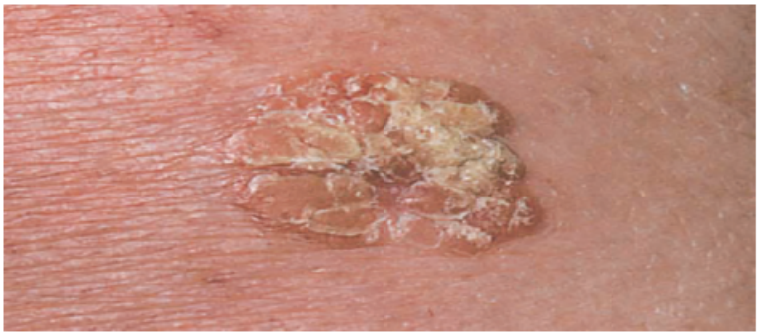
oberkandl.com

# الاضطرابات البشروية محتملة الخباثة والأورام الجلدية الخبيثة
## Premalignant Epidermal Disorders

تحدث غالبية الحالات البشروية 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 شيوعا الترسبات الثانوية، ساركومة كابُوزي، أورام الأرومات الأدمية (مثل الساركومة الجلدية الليفية) و ليمفوما الخلايا التائية الجلدية.

### السَرَطانَةُ حَرْشَفيَّةُ الخَلايا اللابدة (داءُ بُوِين)
### In situ Squamous Cell Carcinoma

تعتبرالسرطانة 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 الى السرطانة حرشفية الخلايا العدوانية نادراً. ومن الممكن أن يشبه داء بوين الإكزيما القرصية أو الصدفية أو سرطانة الخلية القاعدية السطحية.



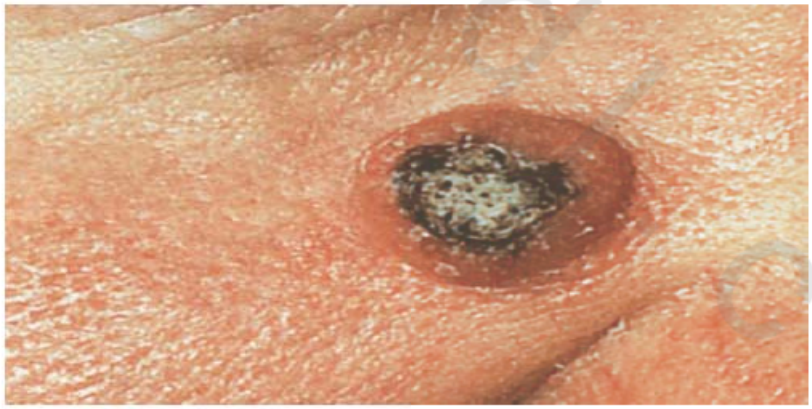
الشكل رقم (١). السَرَطانَة حَرْشَفيَّةُ الخَلايا اللابدة على أسفل الساق.

وطبقاً لعلم للنسيجيات تكون البشرة سميكة، وتكون الخلايا الكيراتينية شاذة وغير نمطية، ولكنها غير عدوانية. وبعد التثبت من الفحص النسيجي يتم معالجة المنطقة المصابة بالتبريد، الكشط، الاستئصال، الفلورويوراسيل- ٥ الموضعي، وديكلُوفيناك ، ايميكويمود أو المعالجه الضوئيه الديناميكيه).

## الوَرَمُ الشَائكِيُّ المُتَقَرِّن

**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 الى عقيدة التي تأخذ شكل قبة، حيث يصل قطره إلى سنتيمترين. وغالباً ما يكون هناك حشوة كيراتينة، والتي من الممكن أن تقع مخلفة أُقْنَة (حفرةٌ صغيرة محاطة بحافة مرتفعة)، ومن الممكن أن يحدث شفاء تلقائي غير أن ذلك يأخذ عدة أشهر، ويترك ندبا مؤلمة ومزعجة. وفقا لعلم النسيجيات ، من الممكن أن يشبه الورم الشائكي المتقرن السرطانة حرشفية الخلايا، على الرغم من أنه يظهر تماثلاً أكثر. ويعد 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: الفُطارُ فُطْرانِيّ)

**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 بطيء النمو من الخلايا

اللمفاويه التائية موجبة CD3+ CD4+ 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 نثق 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 الورميه أو التقرح داخل اللويحات، يحدث بقاء لمدة خمس سنوات على قيد الحياة في ٤٠- ٦٥ ٪ من الحالات.

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

- **المرض الجهازي:** يعتبر إكتناف العقد اللمفاوية أو الأعضاء الداخلية من الأعراض المتأخرة . وتعتبر متلازمة سيزارى نوع من هذه المرحلة.

ويعتبر العلاج الحالي غير شافٍ، ولكن يهدف إلى السيطرة على الليمفوما. وغالباً ما تتحسن آفات مرحلة البقع بجرعة معتدلة من الاستيرويدات الموضعية أوالعلاج بالأشعة فوق البنفسجية، وتتطلب معظم اللويحات المرتشحة السورالين بالإضافة إلى الأشعة فوق البنفسجية، والخردل 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 السَرَطانَة حَرْشَفيَّةُ الخَلايا اللابدة 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 دِيكلُوفِيناك أو إيميكويمود.

• يعتبر الورم الشائكي المتقرن ورماً على شكل قبة ينمو بصورة سريعة على الوجه والذراع، والذي غالبا ما يظهر حشوة الكيراتين مركزيه . ويكون العلاج إما بالاستئصال وإما بالكشط.

• تعتبر لمفومة 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.

obeikandl.com