

الأمراض

الطفح

Eruptions

داء الصدفية Psoriasis - الوبائيات، الفيسيولوجيا المرضية والمظاهر السريرية

Eruptions: Epidemiology, Pathophysiology and Presentation

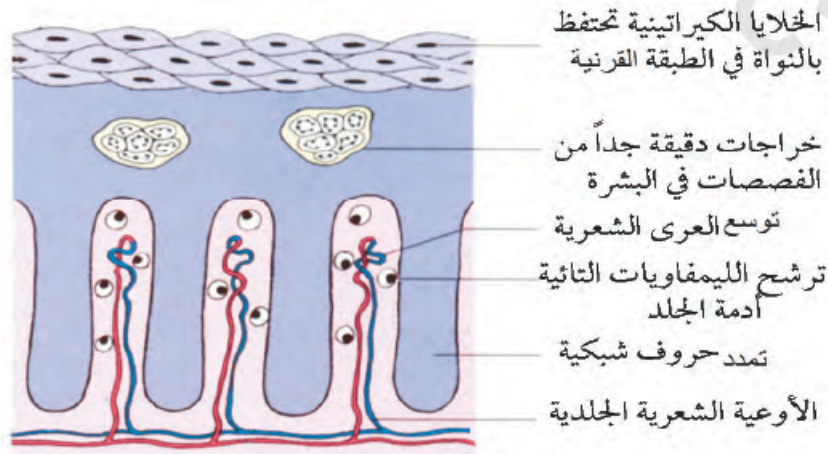
التعريف

الصدفية التهاب جلدي مزمن غير معددي يتسم بلويحات حُمَامِيَّة محدَّدة بشكل جيد و مغطاة بجراشف فضية اللون (انظر الشكل رقم ١).

الوبائيات

Epidemiology

تصيب الصدفية نسبة من ١,٥ إلى ٣٪ من سكان أوروبا وأمريكا الشمالية ولكنها أقل شيوعاً في كل من أفريقيا واليابان؛ وتصيب الجنسين على حد سواء. وربما تبدأ حالة المرض في أي مرحلة من مراحل العمر حتى في كبار السن. وتصل مرحلتي الذروة لبدائته فيما بين العقدين الثاني والثالث والعقد السادس. ويكون نادراً في الأطفال أقل من ثمانية أعوام.



الشكل رقم (١). التشريح المرضي النسيجي للصدفية.

السبببات الممرضه

Aetiopathogenesis

Genetics الورااثيات

تساعد العوامل الوراثية في ظهور الصدفية ، وقد تم اكتشاف الجينات المرشحة. ويكون عند ٣٥٪ من المرضى تاريخ عائلي للمرض وتظهر دراسات التوأمان المتطابقان تواتماً بنسبة ٦٤٪. ويوجد احتمال تصل نسبته إلى ١٤٪ أن تتم إصابة طفل أحد أبويه مصاب بالصدفية بيد أن هذه النسبة تزيد لتصل إلى ٤١٪ إذا كان كل من الأبوين مصاباً بالصدفية. كما أنه يوجد ترابط قوي مع مستضادات كرات الدم البيضاء البشرية Cw6 (HLAs) B13 و B17. ويعتقد أن العوامل البيئية تعمل على تحفيز وإثارة المرض في الأفراد شديدي القابلية.

الحرائك البشرية وعملية الأيض Epidermal kinetic & Metabolism

يتزايد عدد تدوير الخلايا البشرية سبعة أضعاف في حالة الإصابة بمرض الصدفية بسبب الزيادة في تكاثر الخلايا القاعدية و فوق القاعدية ؛ بيد أن زمن دورة الخلية لا يقل. ويبدو أن عوامل النمو خاصة عامل النمو المحمول ألفا (TNF-α) يتوسط تلك الأحداث. وتتمدد وتتوسع الضفيرة الشعرية الأدمية. كما وجد على الأقل ثمانية مواضع صبغية محتملة لمرض الصدف مثل PSOR1 في 6q21.3 .

العوامل المسببة Precipitating Factors

ولقد تم ربط عدد من العوامل المؤثرة في الاضطراب :

- ظاهرة كوينر: إن أي رضح للبشرة أو الأدمة مثل الخدوش أو الندبات الجراحية ، قد يسبب الصدفية في الجلد المتضرر (انظر الشكل رقم ٢).



الشكل رقم (٢). ظاهرة كوينر: ظهور مرض الصدفية في ندبة جراحية .

- العدوى: قد يسبب التهاب الحلق بالعقديات الصدفية القطروية .
- العقاقير: يمكن لكل من محصرات بيتا والليثيوم ومضادات الملاريا أن تجعل الصدفية أسوأ أو تتسبب هي في حدوث الصدفية.
- ضوء الشمس: يمكن أن يؤدي التعرض لضوء الشمس إلى تفاقم داء الصدفية في حوالي ٦٪ من المرضى على الرغم من أنه يمكن أن يكون له تأثير مفيد عند غالب المرضى.
- الضغط النفسي: من الصعب تقييم تلك الآثار كما أن معظم الأطباء السريريين يعتقدون أنها يمكن أن تؤدي إلى تفاقم مرض الصدفية.
- السجائر والكحول: حيث انها قد تجعل الصدفية أسوأ.

المرضيات

Pathology

تصبح البشرة أكثر كثافة وغلظة مع احتفاظ الخلايا الكيراتينية بنواتها (انظر الشكل رقم ١). كما أنه لا يكون هناك وجود للطبقة الحبيبية ويزداد تراكم الكيراتين بشكل كبير في الطبقة المتقرنة. وتستطيل وتمتد الأحرف الشبكية وترشح المفصصات في الطبقة المتقرنة حيث قد تُكون خراجات مجهرية. كما تتسع الشعيرات الدموية في الأدمة الحبيبية. كما ترشح الخلايا اللمفاوية النائية في آفات الصدفية المبكرة وربما لها دور أولي في العديد من التغيرات التي تحدث قبل الصدفية.



الشكل رقم (٣). اللويحات التحسفيه للصدفية على الركب.

الاستعلان السريري

Clinical Presentation

وتختلف حدة وشدة مرض الصدفية من كونها عادية إلى شديدة و مهددة لحياة المريض. وأيضاً يمتد ظهورها وسلوكها بشكل واسع من لويحات مزمنة التي يمكن تمييزها بسهولة وسرعة على المرافق إلى بثور حاده و متعممة . كما يمكن أن يلتبس مرض الصدفية مع بعض الأمراض الأخرى (انظر الجدول رقم ١). وتتضمن أنماط مرض الصدفية ما يلي:

- اللويحية.
- القطرية .
- صدفية الثنيات.
- الأشكال الموضعية المتمركزة.
- بشرية منتشرة بشكل عام.
- صدفية الأظافر.
- إحمرار الجلد .

الصدفية اللويحية plaque

تمثل اللويحات قرصية الشكل واضحة المعالم (انظر الشكل رقم ٣) والتي تظهر في المرفقين والركب ومفروق فروة الرأس أو العجز الشكل التقليدي للمرض (انظر أيضاً الشكل رقم ١).

الجدول رقم (١). التشخيصات التفريقية لداء الصدفية.

أنواع داء الصدفية	التشخيصات التفريقية
الصدفية اللويحية	الطفح الدوائي صدافي الشكل (نتيجة لحاصرات بيتا) حَزَازٌ مُسَطَّحٌ ضَخَامِيّ إِكْنِيْمَةٌ مُفْرِطَةُ التَّقَرُّنِ مرض رايتز
الصدفية الراحية الأخمصية	
صدفية فروة الرأس	الالتهاب الجلدي المثير
الصدفية القطرية	التُخَالِيَةُ الْوَرْدِيَّةُ
صدفية الثنيات	المبيضات في الثنيات
صدفية الأظافر	العدوى بفطريات الأظافر

وعادة ما تكون اللويحات حمراء ومغطاة بجراشيف بيضاء شمعية والتي إذا ما انفصلت ربما تترك نزفاً نقاطياً. وتنوع اللويحات في القطر من ٢ سنتيمتر إلى بضعة سنتيمترات ؛ وأحياناً تكون حكية.

الصدفية القطرية Guttate

وتعد الصدفيات القطرية عبارة عن طفح متناظر حاد لآفات تكون على شكل قطرات مع حراشف قليلة في المراحل المبكرة وعادة ما تكون على الجذع والأطراف . ويحدث هذا الشكل غالباً في المراهقين أو الشباب البالغين وربما يتبع التهاب الحلق بالعقديات (الشكل رقم ٤).



الشكل رقم (٤). الآفات القطرية للصدفية القطرية.

صدفية الثنيات Flexural

ويؤثر هذا التنوع للصدفية في الآباط والمناطق تحت الثدي والأربية والفالج الألوي (انظر الشكل رقم ٥). وتعتبر اللويحات ناعمة وغالباً ما تكون صقيلة لامعة. كما أنها غالباً ما توجد في الكبار.



الشكل رقم (٥). الاكتناف اللاتقري في صدفية الثنيات.

الأشكال الموضعية المتمركزة

ويمكن أيضاً أن تتجلى الصدفية في عدد من الأشكال الموضعية مثل :

- البثور الراحي الأخمصي palmopanter pustulosis ويتسم ببثرات عقيمة ملونة مابين الأصفر إلى البني على راحة اليدين وأخمص القدمين (الشكل رقم ٦). القليل من هؤلاء المرضى يكونون مصابين بالصدفية اللوحية

التقليدية في أماكن أخرى من الجسم. وهذا النوع شائع في النسوة في مرحلة منتصف العمر واللاتي هن من مدخني السجائر - ويتبع هذا المرض مساراً طويلاً.

- التهاب جلد الاطراف لهالبيو *acrodermatitis of hallopeau* وهو شكل بطيء التنامي وغير شائع من أشكال مرض الصدفية البشرية والتي تؤثر في الأصابع والأظافر (انظر ص ١٠٠ الشكل رقم ٣).
- صدفية فروة الرأس *scalp psoriasis* والتي ربما تكون المظهر الرئيس للمرض (انظر ص ١٠٠ الشكل رقم ٢). والتي ربما تلتبس مع قشرة الرأس ولكنها محددة المعالم بشكل أفضل وبصورة عامة أكثر تقشراً وحرشفة وحرصفها غليظة وسميكة.
- صدفية حفاظية *napkin psoriasis* وهي عبارة عن طفح صديفي الشكل واضح المعالم في منطقة حفاظة الأطفال و قليل من هؤلاء الأطفال يتطور معهم المرض فيما بعد ذلك ليتحول إلى صدفية حقيقية.



الشكل رقم (٦). البثور الكفّية الأخمصي: نوع الموضعي للصدفية على أخمص القدم.

صدفية بشرية عامة *Generalized Pustular*

تعتبر الصدفية البشرية العامة نادرة بيد أنها خطيرة وهي شكل من أشكال الصدفية الذي قد يهدد حياة المريض. وتظهر صفائح من البثور الصغيرة والصفراء العقيمة على الخلفية الحُماميه والتي ربما تنتشر بشكل سريع (الشكل رقم ٧). وغالباً ما تكون بداية المرض حادة. حيث أن المريض يكون في حالة غير طيبة ومصاب بالحمى والتوعك كما أنه بحاجة إلى دخول المستشفى.



الشكل رقم (٧). الصدفية البثرية المتعممة في المرضى كبار السن.

إصابة الأظافر Nail Involvement

وتؤثر الصدفية على النسيج الغشائي الغليظ الموجود في مطرس الظفر أو في سرير الظفر في ٢٥ إلى ٥٠ ٪ من الحالات (انظر الشكل رقم ٨). ويعتبر انطباع الظفر هو التغير الشائع والذي يتبعه انفكاك الظفر (وهو عبارة عن انفصال الحافة القاصية للظفر من سرير الظفر). كما يلاحظ بقع وردية أو زيتية في سرير الأظافر والتي غالباً ما تكون قريبة من انفكاك الأظفر. وغالباً ما يؤثر فرط التقرن تحت الأظفر من خلال تراكم الكراتين تحت الحافة القاصية من الظفر خصوصاً أظافر أصابع القدم. وترتبط التغيرات التي تحدث للأظافر بشكل متكرر بالاعتلال المفصلي في الصدفية. وغالباً ما يكون العلاج صعباً.



الشكل رقم (٨). اكتناف الأظافر في الصدفية: تقعر (جهة اليسار) وفرط التقرن تحت الظفر وانفكاك الظفر (جهة اليمين).

الصدفية

- تصيب الصدفية نسبة ١,٥ إلى ٣٪ من السكان.
- تعتبر الوراثة عديدة الجينات : ٣٥٪ من التاريخ العائلي.
- ولقد قام علم الوراثة بتحديد موضع جين الصدفية المحتمل مثل PSOR1 في مواضع على الصبغي 6q21.3.
- تعتبر ذروة ظهور المرض بين العقد الثاني والثالث وفي العقد السادس.
- يتزايد عدد الخلايا الكيراتينية التكاثرية سبعة أضعاف ولكن زمن دورة الخلية البشرية لا يقصر.
- المظاهر السريرية متنوعة : ويعد شكل اللويحات المزمنة والتي تؤثر على المرافق والركب والفروة هو الشائع.
- تتضمن العوامل المحفزة : عدوى البكتيريا العقدية والعقاقير وضوء الشمس والكحول والتدخين والضغط النفسي.
- يحدث اكتناف الأظافر بنسبه ٢٥ إلى ٥٠ ٪ من الحالات ومن الصعوبة علاجه.

المضاعفات

Complications

وربما تؤدي الإصابة بمرض الصدفية إلى مضاعفات مثل اعتلال المفاصل واحمرار الجلد وظاهرة كوينر (الشكل رقم ٢).

اعتلال المفاصل الصدفي Psoriatic Arthropathy

ويحدث التهاب المفاصل الصدفي بنسبة ٢٠ إلى ٣٠٪ في مرضى الصدفية خصوصا ذوي المرض الجلدي الشديد. كما أنه يصيب الجنسين على حدٍ سواء ويأخذ ثلاثة أشكال ألا وهي :

- التهاب المفاصل اللامتناظر: ويصاب عادة عدد قليل من المفاصل ببعض التآكلات مع عدم تأثر وظيفة المفاصل المصابة.

- التهاب المفاصل المتعدد التناظري: ويرتبط هذا الشكل بتآكلات مفصليه والتشوهات وفقدان لوظيفة المفاصل المصابة (الشكل رقم ١). كما أنه يتميز عن التهاب المفاصل الروماتويدي بأنه يؤثر إلى حد بعيد على المفاصل السلامية البعيدة ويكون تحليل العامل الروماتيزمي (اختبار روماتويد فاكثور) سالباً.

الصدفية المُحَمَّرة للجلد Erythodermic psoriasis

وتحتاج هذه الحالة إلى أن يتلقى المريض علاجه في المستشفى وغالباً ما يكون العلاج بالأدوية الجهازية. ولقد تم سرد تفاصيل علاج احمرار الجلد .



الشكل رقم (١). التهاب المفاصل التناظري المشوه الحاد المصاحب الصدفية المنتشرة.

التدابير العلاجية Management

وينبغي أن يتم تفسير الطبيعة غير المعدية للصدفية والطبيعة الانتكاسية بالإضافة إلى الحاجة المحتملة والمرجوة للعلاج طويل الأمد. ويعد المنهج التعاطفي مفيداً كما أن المرضى غالباً ما يحتاجون لدعم من مجموعة المساعدة الذاتية "جمعية مرضى الصدفية". كما أنه يتم تجهيز وتوفير العلاج ليناسب المتطلبات الخاصة للمرضى مع الأخذ في الحسبان نوع وامتداد المرض والعمر والخلفية الاجتماعية (انظر الجدول رقم ١).

العلاج الموضعي Topical therapy

من الطبيعي والمألوف أن يتم وصف الأدوية الموضعية على أنها خط العلاج الأول .
نظير فيتامين دال Vitamin D analogues : يعتبر كل من الكلسيوتريول (دوفونيكس) تاكليستول (كاراتودرم) وكلسيتريول (سيلكيس) نظراء فيتامين دال الاصطناعيين الموضعيين وهم يستخدمون في حالات الإصابة بالصدفية اللوحية المزمنة الخفيفة والمتوسطة. وهذه النظائر تقوم بتثبيط تكاثر وتوالد الخلايا كما أنها تقوم بتحفيز تفرق وتماييز الخلايا الكيراتينية والتي تعمل على تصحيح بعض التغيرات في تكاثر الخلايا البشرية في مرض الصدفية. ويكون تقبل المريض لها جيداً ؛ لأن هذه المستحضرات الطبية ليست لها رائحة أو لون كما أنه من السهل استخدامها كما أنها لا تحمل مخاطر ضمور الجلد والذي يحصل عند استخدام الستيرويد الموضعي . وربما يمثل تهيج الجلد مشكلة.

تعد فعاليتها مساوية لفعالية مع الأنثرايين أو الستيرويدات الموضعية. ومن المحتمل ارتفاع مستوى الكالسيوم في الدم في حالة ما إذا تم تجاوز الحد الأعلى للجرعة. ويمكن استخدام كريم كالسيوتريلول بنسبة تصل إلى ١٠٠ جرام في الأسبوع (٤٠٪ من سطح الجسم على أساس مرتين يومياً) وكذلك مرهم تاكلسيتول بنسبة تصل إلى ٣٥ جرام في الأسبوع (٢٠٪ من سطح الجسم مرة واحدة يومياً). ويسمح بدهان التاكلسيتول على فروة الرأس والوجه إلا أن الكالسيوتريلول يميل إلى تهيج الجلد. كما يتوفر الكالسيوتريلول كمستحضر لفروة الرأس. وغالباً ما تستخدم نظائر فيتامين دال كبداية للإستيرويد الموضعي، كما يمكن أن تستخدم بجانب العلاج عن طريق التعرض للأشعة فوق البنفسجية من النوع ب (UVB) أو مع علاج بالـ (PUVA) (وهو عبارة عن تناول أقراص السورالين ثم التعرض للأشعة فوق البنفسجية من النوع ألف UVA).

الأدوية الكورتيكوستيرويدية الموضعية Topical corticosteroids : تتميز الستيرويدات الموضعية بكونها نظيفة وغير مهيجة للجلد وسهلة الاستخدام. وفي مقابل ذلك ينبغي أن تتم الموازنة بين الآثار الجانبية، ومخاطر التسبب في شكل غير ثابت من أشكال الصدفية خاصة عند التوقف عن استخدام هذه العلاجات. وتعتبر الستيرويدات الموضعية هي العلاج الأفضل للوجه والأعضاء التناسلية والثنيات (ثنيات المفاصل) كما أنها مفيدة للويحات والقشور الصلبة الموجودة على الأيدي والأرجل وفروة الرأس. وينبغي ألا تستخدم الستيرويدات القوية في دهان الوجه على الرغم من أنه يمكن أن يتم استخدامها بتروي على راحة اليدين وأخمص القدمين. وفي أماكن أخرى تفي إلى حد ما الستيرويدات القوية بالغرض بشكل طبيعي. وينبغي أن تتم ملاحظة ومراقبة استخدامهم بكل حرص. وغالباً ما تفضل الكريمات عن المراهم. كما تتوفر اللوشن والهلام الخاصة بفروة الرأس.

مستحضرات القطران Coal tar preparation : لقد تم استخدام قطارات القطران (الفحم) لعدة عقود لعلاج الصدفية. إنها آمنة ويبدو أنها تتفاعل عن طريق تثبيط إنتاج الحمض النووي (الدي إن إيه DNA). ومن العيوب الأساسية للقطران هو أن له رائحة كريهة ويتسم بالقذارة. وعلى الرغم من هذا فإنه يمكن أن يكون مفيداً لرعاية المرضى داخل المستشفيات (رعاية المرضى المنومين) مثل أن يتم إضافته للأشعة فوق البنفسجية بـ UVB فيما يعرف بطريقة جوكيرمان Goeckermann regimen لمعالجة الصدفية. وتعتبر تلك المستحضرات مناسبة للصدفية اللويحية المزمنة أو الصدفية القطرورية بعد تحسن المرحلة الحادة.

الأنثرايين Dithranol (anthralin) : يعتبر الأنثرايين له تأثير مضاد للتفتل كما أنه مهيج ومثير للجلد الطبيعي. ولا يمكن استخدامه على الوجه أو الأعضاء التناسلية كما أنه يلون الجلد والشعر وأغطية الأسرة والملابس وأحواض الحمام (البانيو) باللون البني المحمر (القرمزي). أما بالنسبة للمريض الذي يتلقى علاجه في المستشفى فإن العلاج المعتاد هو معجون لزار (وهو عبارة عن معجون من الخارصين وحمض الساليسيليك حسب دستور الأدوية

البريطاني). كما أنه يستخدم بشكل مبدئي على لويحات الصدفية بنسبة ٠,١٪ والتي قد تزداد إلى أن تصل إلى ٢٪ إذا دعت الحاجة إلى ذلك.

كما يتم حماية الجلد المحيط بمستحضر ملطف مثل البرافين اللين الأبيض ويتم تغطية المنطقة المعالجة بشاش اسطواني. ويطلق على هذه التوليفة بجانب أخذ حمام قطران يومياً. والتعرض للأشعة فوق البنفسجية من النوع ب- وهو ما يسمى بطريقة انجرام Ingram regimen. وعادة ما تشفى الصدفية خلال ٣ أسابيع في معظم الحالات المرضية بهذا العلاج.

الجدول رقم (١). دليل علاج مرض الصدفية.

نوع الصدفية	اختيارات العلاج
اللويحية الثابتة	نظير فيتامين دي مع الستيرويد الموضعي ، الديثارانول ، والقطران الفحمي ، وتازاروتين ، والأشعة فوق البنفسجية باء الضيقة الحزمة
اللويحية المنتشرة	الأشعة فوق البنفسجية باء الضيقة الحزمة (مع مواد موضعية) ، السيكلوسبورن ، الميثوتركسات ، الأشعة فوق البنفسجية ألف (PUVA) ، استعمال الريتينويدات مع الأشعة فوق البنفسجية ألف (Re-PUVA) ، المواد البيولوجية
الصدفية القطرورية	الستيرويدات الموضعية (الخفيفة/المتوسطة) ، القطران الفحمي ، والأشعة فوق البنفسجية باء الضيقة الحزمة
الصدفيه الوجهية/صدفية الثنيات	الستيرويدات الموضعية (الخفيفة/المتوسطة) التاكلستول
الصدفية الراحية الأخمصية	الستيرويدات الموضعية (قوي المفعول) ، أسيتريتين ، الأشعة فوق البنفسجية ألف (PUVA) أو الريتينويدات مع الأشعة فوق البنفسجية ألف (Re-PUVA)
الشرية المتعممه/محمرة الجلد	الأسيتريتين ، الميثوتركسات سايكلوسبورين ، العلاجات البيولوجية

ويعد "نظام الاستخدام القصير" - short contact regimen والذي يتم فيه استخدام الديثرانول لمدة ٣٠ دقيقة كل يوم - كعلاج منزلي مناسب للمرضى المصابين بالصدفية القشرية السميكة الثابتة. كما يفضل أن يغسل الديثرانول في الحمام. كما أنه يعتبر مستحضرًا ملائمًا ومتوفرًا في تراكيز من ٠,١٪ إلى ٢٪.

الريتينايات الموضعية **Topical retinoids**: يعتبر التازاروتان (بتركيز ٠.٠٥٪ و ٠.١٪ جل زوراك) الريتينايلي الموضعي الفعال في علاج الصدفية القشرية المزمنة. بيد أنه ربما يهيج الجلد وغالباً ما يستخدم بديلاً للستيرويد الموضعي.

مستحضرات فروة الرأس والمواد الحاملة للقشور **Keratolytics & Scalp preparations** : ويمكن أن يتم معالجة صدفية راحة اليدين وأخمص القدمين مفرطة التقرن بـ ٥٪ من مرهم حمض الساليسيليك. وتستجيب صدفية فروة الرأس (الشكل رقم ٢) لـ ٣٪ من حمض الساليسيليك في كريم أساس (أحياناً بنسبة ٣٪ من الكبريت المرسب) والذي يستخدم بشكل يومي أو كل يومين أو ثلاثة كما أنه يستخدم في توليفة مع شامبو يحتوي على قطران (مثل الفوسيل وشامبو الكابسال وشامبو البولي تار والتي جيل T/Gel). كما أن المركب الزيتي لجوز الهند يساعد أيضاً في علاج قشرة فروة الرأس.



الشكل رقم (٢). اللويحات المتحسفة من الصدفية في فروة الرأس المصحوبة بفقدان الشعر في فروة الرأس .

العلاج الجهازى Systemic therapy

تتطلب الصدفية التي تهدد الحياة أو التي لا تستجيب للمعالجة الموضعية الكافية أو التي تعيق قدرة المريض على العمل (الشكل رقم ٣) علاجاً جهازياً. وينبغي أن توزن الفوائد في مقابل الآثار الجانبية. ويتم تبرير استخدام العقاقير المحتملة السمية بقدرتها على نقل حياة المريض من المحدودية والإعاقة الحادة إلى حياة طبيعية تقريباً. سوف يتم شرح المعالجة الضوئية والمعالجة الكيميائية الضوئية.



الشكل رقم (٣). يعتبر التهاب جلد الأطراف المُنتَمِر نوع من الصدفية. حيث تظهر الثغرات البثرية العقيمة في ثلاثة أصابع بجانب التهابهم.

الريتيناويات Retinoids : ويعد فيتامين إلف الاسيتريتين الاشتقاقي (النيوتيجاسون) على وجه الخصوص فعالاً في معالجة الصدفية البثرية وفي جعل القشور المفرطة التقرن رقيقة . وربما يتم استخدام الأسيتريتين مع الأدوية الموضعية أو مع الأشعة فوق البنفسجية من النوع ب أو الـ PUVA أو (Re-PUVA) وهي عبارة عن استخدام الـ ريتينويدات مع الأشعة فوق البنفسجية من النوع ألف (PUVA) عندئذ يمكن علاج أكثر سرعة لآفات الصدفية باستخدام جرعة إجمالية أقل من الأشعة فوق البنفسجية. قد تظهر الآثار الجانبية البسيطة على غالبية المرضى مثل جفاف الأغشية المخاطية والاحتكاك وتقشر الجلد. بينما تتضمن الآثار الجانبية الشديدة ، فرط التعظم واختبارات وظائف الكبد الشاذة وزيادة نسبة الدهون في الدم والإمساخ. وعملياً يحول الأخير دون استخدام الأسيتريتين (وهو عقار من مشتقات فيتامين ألف) للنساء اللاتي في سن الإنجاب. وعلى الرغم من أن الأسيترين يصل عمرة النصفى إلى خمسين يوماً- فأنه قد يتحول في بعض المرضى عن طريق عملية الأيض إلى إترتينات - الـ ريتينويد يأخذ سنتين حتى يخرج من الجسم ويتم التخلص منه.

سايكلوسبورين Cyclosporin : يعد السايكلوسبورين (النيورال) - وهو عبارة عن كابت للمناعة يستخدم على نطاق واسع ليمنع عملية رفض الجسم لنقل وزراعة الأعضاء - فعالاً في علاج الصدفية الحادة. ويعمل السايكلوسبورين عن طريق تثبيط اللمفيات التائية وإنتاج الإنترليوكين ٢ (IL-2) ويعد تسمم الكلية المعتمد على الجرعة المستخدمة أحد الأعراض الجانبية . يجب متابعة ضغط الدم ووظائف الكلى أثناء فترة العلاج. يحتمل العلاج بهذا العقار خطر الإصابة بسرطان الجلد أو لمفومة الجلد ؛ لذلك يجب تجنب العلاج بالأشعة فوق البنفسجية عند استخدام هذا العقار.

العلاج البيولوجي وأنواع العلاج الجهازى الأخرى Biologic agents & other systemic therapy

ويمكن للعقاقير الأخرى الكابتة للمناعة أن تتحكم في الصدفية بيد أنها ليست واسعة المفعول مثل الميثوتريكسات. وليس للهيدروكسيوريا تأثير على الكبد ولكن يمكنه تثبيط النمو الطبيعي لنقي العظم. وتعد إستيرات حمض الفورميك فعالة في بعض الحالات ، وتعد العلاجات البيولوجية مبدئية بالخير ولكنها باهظة الثمن.

معالجة الصدفية

غالباً ما تكون الآثار الجانبية من العوامل المحددة في علاج الصدفية.

عادة ما يمثل العلاج الموضعي الطريق الأول:

- *الستيرويدات*: شائعة وفعالة ولكن كن على حذر من الآثار الجانبية.
- *نظائر فيتامين دال*: نظيفة وفعالة ولكنها ربما تكون مهيجة ومثيرة للجلد.
- *القطران الفحمي*: آمن ولكنه يتسم بالقذارة وليس شائعاً ومشهوراً بالنسبة للمرضى.
- *الديثرانول*: فعال ومهيج للجلد وغير عملي إلى حد ما للاستخدام المنزلي.
- *المواد الحاملة للطبقات القرنية (للقتشور)*: وهي مفيدة في علاج مرض الفروة بجانب القطران أو الكبريت.
- *يستخدم العلاج الجهازى للصدفية الخطيرة أو الشديدة*:
- *الأشعة فوق البنفسجية ألف (PUVA)*: هو شائع ولكنه له مخاطر طويلة الأمد مثل الإصابة بسرطان الجلد.

- *الريتينايدات*: وهي جيدة في علاج الصدفية البثرية وفي Re-PUVA ؛ وهي ماسخة.
- *الميثوتريكسات*: وهو عقار جهازى مصنع بشكل جيد كما أنه سام للكبد.
- *السيكلوسبورين*: وهو فعال ولكنه من المحتمل أن يكون ساماً للكلى.
- *المواد البيولوجية*: تعتبر علاجات محددة الهدف ولكنها غالية.

الإكزيما – المبادئ الأساسية / التهاب الجلد التماسي

Eczema Basic Principles/Contact Dermatitis

الإكزيما هي حالة مرضية تُحدث التهاب جلدي غير معدٍ ويميزها الحكة والاحمرار والتقشر. وحرفياً يعني مصطلح الإكزيما "يغلي حتى الفوران" (باللغة اليونانية) وهو يصف بشكل جيد الطفح الحاد والذي قد تحدث فيه نفوط. وتمثل الإكزيما طراز تفاعلي لعدة أنواع من المنبهات والتي تم إدراك وفهم بعضاً منها بيد أن الكثير منها، غير معروف. ويعني كلٌّ من الإكزيما والالتهاب الجلد نفس الشيء وربما يتم استخدامهما بشكل تبادلي. وعلى الرغم من ذلك فبالنسبة للمرضى غالباً ما يعني مصطلح "التهاب الجلد" سبباً مهيناً وربما يتم استخدامه و تداوله في الدعوى القضائية والتعويضات.

التصنيف

ويعتبر هذا التصنيف الحالي للإكزيما غير واف، حيث إن التصنيف متضارب. وبالرغم من ذلك، فإنه من الصعب أن نقدم بديلاً مناسباً، لأن سببَيَّات معظم أنواع الإكزيمات غير معروفة. وربما يتم تمييز مختلف أنواع الإكزيمات عن طريق الشكل (المورفولوجيا) والمكان أو السبب. ويعد تقسيمها إلى داخلية المنشأ (طبقاً لكونها نتيجة لعوامل داخلية) وخارجية المنشأ (طبقاً لكونها نتيجة لعوامل تلامسية خارجية) - أمراً ملائماً (انظر الجدول رقم ١). وعلى الرغم من ذلك، ففي الممارسة الطبية الإكلينيكية غالباً ما تصبح تلك الاختلافات غير واضحة وكثيراً لا يمكن تصنيف الإكزيما. ويمكن عمل تقسيم آخر للإكزيما إلى حادة (كما في الشكل رقم ١) ومزمنة في العديد من الحالات طبقاً لشكل الطفح.

الجدول رقم (١). تصنيف الإكزيما.

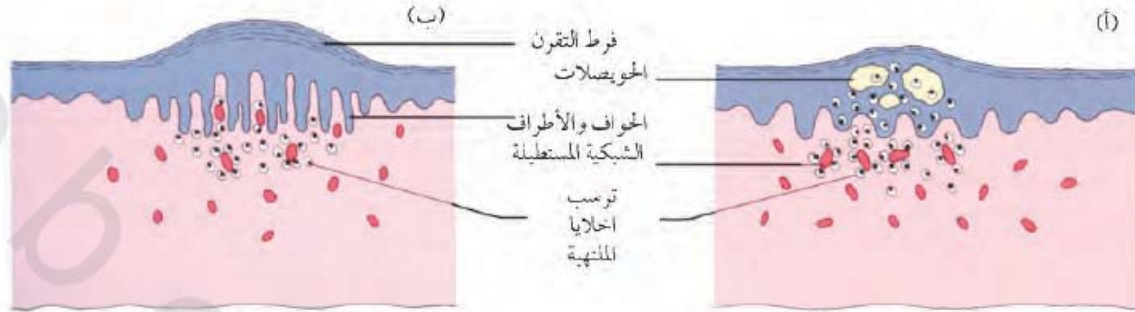
الأنواع	الصنف
تهيجية ، أرجية ، تفاعلية ضوئية	خارجية المنشأ (تلامسية)
تأتبية	داخلية المنشأ
دهنية	
قرصية الشكل	
وريدية (إكزيمة ركودية ، دواليه)	
فأقوع	
إكزيمة اللازهمية (إكزيما كراكلي)	الإكزيما غير المصنفة
الحزاز البسيط (التهاب الجلد العصبي) ، التهاب الجلد الإخمصي	
اليافعي	



الشكل رقم (١). التهابات الحادة (الإكزيما). ويلاحظ كلاً من الحماشي والوذمة بجانب حطاطات وأحياناً حويصلات أو نفوط كبيرة. ويتبع ذلك عملية النضج وتكون الجلبة. ويعد الطفح الجلدي مؤلماً ويدعو للحكة. وتنتج هذه الحالة من حساسية أرجية تماسية لكريم يستخدم موضعياً.

الإكزيما الحادة Acute Eczema

في حالة الإكزيما الحادة تؤدي الوذمة البشروية (السفنج) الى تفكك الخلايا الكيراتينية و تكوين الحويصلات البشروية (انظر الشكل رقم ١٢). كما تتوسع الأوعية الدموية الجلدية وتهاجم الخلايا الالتهابية الأدمة والبشرة.



الشكل رقم (٢). نسيجيات التهاب الجلد الحاد (a) والمزمن (b).

الإكزيما المزمنة Chronic Eczema

أما في الإكزيما المزمنة فتوجد كثافة في طبقة الخلايا الشائكة للبشرة (الشواك) والطبقة المتقرنة (فرط التقرن) بجانب احتباس النواة في بعض الخلايا في الطبقة المتقرنة (نظير التقرن) (انظر الشكل رقم ٣ب) وتمدد الألياف الشبكية كما تتوسع الأوعية الجلدية وتهاجم الخلايا وحيدة النواة الملتهبة الجلد.



الشكل رقم (٣). الالتهابات المزمنة (الاكزيما). يلاحظ تحزز وتحسف وتشقق الأيدي بسبب التعرض المتكرر للمهيجات. ولا يمكن استثناء التهاب الجلد التلامسي التحسسي من المظهر بمفرده.

التهاب الجلد التماسي

Contact Dermatitis

التعريف

تحدث التهابات الجلد هذه بسبب عامل خارجي المنشأ وغالباً ما يكون كيميائياً وهي تعرف بالالتهابات الجلدية التماسية. وتعتبر هذه الالتهابات شائعة ومنتشرة على وجه الخصوص في المنازل بين النساء (رياء المنازل) وفي مجال الصناعة حيث أنها سبب كبير في التغيب عن العمل.

السبببات الممرضة Aetiopathogenesis

تسبب المهيجات كثيراً من حالات الالتهاب التماسي أكثر من المستأرجات على الرغم من أن المظاهر الإكلينيكية غالباً ما تكون متشابهة. وغالباً ما توجد قابلية مورثة للتفاعل مع المهيجات. ويعد التهاب الجلد التحسسي الأرجي مثلاً لنوع الحساسية المفرطة IV .

تسبب المهيجات التهابات بعدة طرق مختلفة ولكن عادة ما تكون عن طريق التأثير الضار المباشر على الوظيفة الواقية للجلد. ومن أهم المهيجات ما يلي :

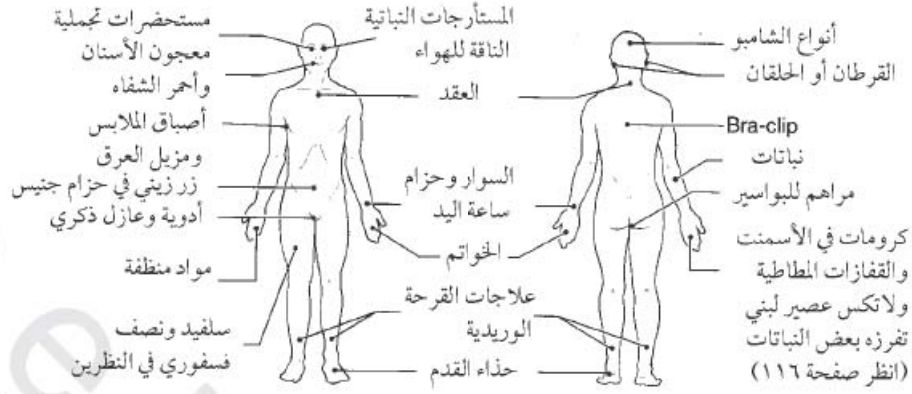
- الماء والسوائل الأخرى.
- الساحب (المواد الكاشطة) بمعنى التهيجية (الجزئية) الكسرية.
- المواد الكيميائية مثل الأحماض والقلويات.
- المذيبات والصابون والمنظفات.

وتحدث المهيجات القوية المسببة لنخر الخلايا البشرية تفاعلاً خلال ساعات ، ولكن في معظم الحالات يكون التأثير أكثر إزماناً. ويمكن أن يتضمن التعرض المتكرر والتراكمي لعدة شهور أو سنوات للماء والمواد الكاشطة والمواد الكيميائية التهابات جلدية وبشكل شائع في الأيدي. ويكون الأفراد الذين لهم تاريخ مرضي مع الإكزيما التأتبية أكثر قابلية للتحسس من المهيجات.

الاستعلان السريري Clinical presentation

ويمكن أن يؤثر الالتهاب التماسي على أي جزء من الجسم على الرغم من أن اليدين والوجه هي الأماكن الشائعة. ويوحي ظهور التهابات في مكان محدد (انظر الشكل رقم ٤) التماس مع أشياء معينة. فعلى سبيل المثال توحى الإكزيما الموجودة براحة يد امرأة لديها تاريخ تحسس من أقراط أذن رخيصة - برد فعل وحساسية شديدة للنیکل بسبب شريط ساعة اليد (انظر الشكل رقم ٥). وغالباً ما يكون التشخيص غير سهل ؛ لأن تاريخ التعرض للمهيج أو المحسس لا يكون دائماً جاهزاً. وتساعد معرفة وظيفة المريض وهواياته وتاريخه الماضي واستخدامه لمستحضرات التجميل والأدوية في وضع قائمة بالأسباب المحتملة والممكنة.

كما تعد الحساسية من النيكل هي أكثر الأرجيات التماسية شيوعاً والتي قد تؤثر في النساء بنسبة ١٠٪ وفي الرجال بنسبة ١٪. وعادة ما تتسبب في إكزيما في أماكن تماس الجلد مع المجوهرات أو المعادن وقد تحدث كالتهاب جلدي مهني السبب للذين يعملون في طلي النيكل أو الميكانيكيون .



الشكل رقم (٤). الإشارات لتوزيع التهاب الجلد التماسي.



الشكل رقم (٥). التهاب الجلد التماسي الأرجي من النيكل في رباط ساعة اليد.

الجدول رقم (٢). مصادر المستأرجات الشائعة.

المصدر	المستأرج
أسمت، جلد مدبوغ، دهان برنمر، مضاد التآكل	كرومات
صباغ، دهان، حبر، سبائك معدنية	الكوبالت
الصمغ، ملدن، شريط لاصق، الملمعات، الصاقلات	كولوفونيم
الفراء، البلاستيك، القولية (الحلي المعمارية)	راتينات إيبوكسية
مستحضرات تجميل، كريمات، صابون، مزيل للروائح، علاج بالعطر	روائح وعطور
المجوهرات، سحابات، الأحزمة، المقصات، أدوات	النيكل

تابع الجدول رقم (٢).

المستأرج	المصدر
بارافينيلين ثنائي الأمين	صبغ (الملابس، الشعر) الأحذية، معدل الألوان
النباتات	زهرة الربيع (بريمولا أبكونكا)، شريساثيمم، الثوم، سم اللبلاب / البلوط (أمريكا)
الحوافظ	مستحضرات التجميل، الكريمات والزيوت
المواد الكيميائية المطاطية	القفازات، الملابس الأحذية، الأقنعة، إطارات، واقيات جنسية (عوازل طبية)

لقد تم توضيح الموارد البيئية للمستأرجات الشائعة والمشهورة في الجدول رقم (٢). كما يمكن أيضاً للأدوية، ومستحضرات التجميل، أن تحدث تفاعلات تحسسية وأخرى تهيجية. وأحياناً تتعمم التهابات الجلد التماسية التآرجية عن طريق الانتشار التحسيسي الذاتي الثانوي. ويتسبب تنشيط الإشعة فوق بنفسجية للمواد الموضعية مثل واقيات الأشعة فوق البنفسجية أو بعض العطور السابق ذكرها- تفاعل ضوئي تحسيسي أرجي في الأماكن المعرضة للشمس.

التشخيص التفريقي Differential Diagnosis

ويجب أن يُميز التهاب الجلد التماسي في الأيدي من الإكزيما داخلية المنشأ والشرى التلامسي تجاه مادة اللاتكس وداء الصدفية والعدوى الفطرية. وربما يتشابه مرض التهاب الجلد التماسي الحاد في الوجه مع الودمة الوعائية أو الحمرة.

التدابير العلاجية Management

ليس التدبير العلاجي لمرض التهاب الجلد التماسي سهلاً دائماً بسبب العديد من العوامل المتداخلة غالباً والتي يمكن أن تتدخل في أي حالة. ويعتبر تحديد أي مُستأرج ضار أو مهيج هدفاً أساسياً. ويساعد اختبار فرط الحساسية في تحديد أي مستأرجات قد تسبب في التهاب - والذي يعتبر مفيداً بشكل خاص في التهابات الوجه والأيدي والأقدام. وتعد عملية إقصاء المستأرج الضار من البيئة أمراً مرغوباً فيه، وفي حالة ما إذا أمكن تحقيق ذلك، فإن التهابات تختفي. وعلى الرغم من ذلك فإنه يعتبر من الصعب أن نلغي كلياً ملامسة المستأرجات

الواسعة الانتشار والتي منها على سبيل المثال المعطرات أو الكولوفونيم. وعلى نحو مماثل غالباً ما يستحيل إقصاء المهيجات. وربما يكون بعض التلامس مع المهيجات أمراً حتمياً طبقاً لطبيعة المهنة إلا أنه غالباً ما يمكن أن يتم تحسين وضع الصحة المهنية. وينبغي أن يتم الحد من التلامس غير الضروري مع المهيجات ولبس الملابس الواقية (خاصة قفازات النتريل) واستخدام وسائل الغسيل والتجفيف الكافية. ولا تعتبر (الكريمات الحائلة) هي الإجابة عن هذا السؤال الصعب على الرغم من أنها تساعد في العناية بجلد الشخص المستخدم لها. وتساعد الستيرويدات الموضعية (القوية أو متوسطة القوة) في علاج الالتهابات التماسية الجلدية بيد أن إجراءات الوقاية هي الأهم.

التهاب الجلد التماسي

- تسبب العوامل المهيجة مختلفة الأنواع التهاباً جلدياً تماسياً أكثر من المستأرجات.
- في العديد من الحالات لا يمكن التمييز بين التهاب الجلد التماسي المهيج و التهاب الجلد التماسي الأرجي (التحسسي) أو الإكزيما الداخلية المنشأ بناءً على المورفولوجيا بمفردها.
- يكون التأبين وذوو الجلد الحساس أكثر عرضة لآثار المهيجات.
- يعتبر اختبار الرقعة مفيداً في التأكد من الإصابة بمرض الجلد التماسي الأرجي (التحسسي) وخاصة في الوجه والأيدي والأقدام. وربما نكون بحاجة أيضاً إلى اختبارات الغلوبولين المناعي والمعروف اختصاراً بـ IgE أو اختبار الوخز مثل لآتكس .
- المستأرجات الشائعة: النيكل، المواد الكيميائية المطاطة والروائح والكرومات والكوبالت والكلوفينوم والحوافظ والمستأرجات النباتية والبارافينيلين ثنائي الأمين.
- المهيجات الشائعة: الماء والمواد الكاشطة الاحتكاكية، والمواد الكيميائية وخاصة المواد القلوية والمذيبات والمواد الزيتية والمواد المنظفة والصابون ودرجة الرطوبة المنخفضة ودرجات الحرارة العالية.
- تعد عملية إقصاء المستأرجات والمهيجات والتخلص منهما أمراً مفيداً على الرغم من أن الوقاية هي الأمثل.

الإكزيما - الإكزيما التأتبية

Atopic Eczema

التعريف

تعد الإكزيما التأتبية التهاباً حكيماً مزمناً لبشرة و أدمة الجلد، وغالباً ما تكون متعلقة بالتاريخ الشخصي أو الخاص بالعائلة لمرض الربو والتهاب الأنف الأرجي والتهاب الملتحمة والإكزيما التأتبية. ويعد الحك الشديد للجلد والذي لا يمكن التحكم فيه أمراً بارزاً، ويتسم مسار المرض بالتذبذب

السبببات الممرضه Actiopathogenesis

يعتبر التآثب ميلا وراثيا و يصيب ١٥ إلى ٢٥٪ من السكان ولذلك الاصابه بواحد أو أكثر من الاضطرابات الجسدية المذكورة آنفاً وأيضاً وجود مستويات عليا من الأجسام المضادة للجلوبيولين المناعي المعروف اختصاراً بـ (IgE) خصوصاً للمستأرجات المستنشقة (مثل عثة الغبار المنزلي). ويبدو رد فعل الخلية التائية الليمفاوية المساعدة ٢ سائداً ومهيمناً على الخلايا الليمفاوية التائية المساعدة ١ وينتج عن ذلك شاكلة السيتوكين المنتجة للجلوبيولين المناعي (IgE). على الرغم من ان معدل الجلوبيولين المناعي يعتبر طبيعياً في ٢٠٪ من مرضى الإكزيما التأتبية. وهناك دليل على أنه ربما تكون مناعة الخلية الليمفاوية التائية المساعدة ١ - والموجهه ضد عثة الغبار المنزلي - مهمة في الإكزيما التأتبية ؛ على الرغم من أن السبب الأساسي لتلك العيوب المناعية مازال غير واضح.

معدل حدوث المرض

يصيب المرض نحو ١٢ إلى ١٥٪ من الأطفال الرضع . وعادة ما تبدأ خلال الأشهر الستة الأولى من حياة الطفل وعند بلوغ الطفل عامه الأول على الأرجح سوف يكون ٦٠٪ من هؤلاء مصابين بالإكزيما التأتبية. كما أن ثلثي المرضى لهم تاريخ عائلي بتآثب . ويحدث التحسن الطبي خلال ١٠ إلى ٢٠ سنة في ٤٠ إلى ٦٠٪ من المرضى على الرغم من أن بعضهم ينتكس وترتد حالته.

الاستعلان السريري

Clinical Presentation

ويختلف مظهر الإكزيما التأتبية اعتماداً على عمر المريض.

سن الرضاع

وتظهر لدى الأطفال إكزيما نضحية حوصلية حكية على الوجه (انظر الشكل رقم ١) والأيدي والأقدام، وغالباً ما تصاب بعدوى جرثومية ثانوية. وتستمر إصابة ما يقرب من نصف الأطفال المصابين بالإكزيما إلى ما بعد ثمانية عشر شهراً.

الطفولة

وبعد ثمانية عشر شهراً غالباً ما يتغير نمط الإصابة حيث تصيب الإكزيما الحفرة المابضيه والحفرة الرفضية والرقبة والرسغ والكاحل - (انظر الشكل رقم ٢ وأيضاً الشكل رقم ٣). وغالباً ما يظهر بالوجه حمام وثنايا تحت الحجاج . ويعتبر كل من التحرز والتسحج وجفاف الجلد اعراض شائعة ومنتشرة (انظر الشكل رقم ٤). وربما تزداد خطوط راحة اليد.



الشكل رقم (١). الإكزيما التأتبية في رضيع . تظهر عليه العدوى البكتيرية الثانوية.



الشكل رقم (٢). الإكزيما التأتبية في طفل ويظهر التسحج والتحزز في الرسغ.



الشكل رقم (٣). تظهر الإكزيما التأتبية في الحفرة الرضفية للفخذ في طفل.

ويحدث فرط التصبغ الذي يعقب الالتهاب في داكني البشرة. ويعتبر كلٌ من الكشط والاحتكاك واللذين يتسببان في معظم العلامات السريرية- مشكلة خاصة خلال الليل عندما يؤثران على النوم. ويمكن أن تحدث الصعوبات السلوكية كما يمكن لإكزيما الطفل أن تؤثر على حياة الأسرة. كما يمكن أن يسخر الأطفال الآخرون من

الأطفال المصابين بالإكزيما أو يتم رفضهم ونبذهم من زملائهم في المدرسة. وأحياناً تأخذ الإكزيما نمطاً معاكساً من خلال إصابة الجوانب الباسطة لكل من الركب والمرافق.



الشكل رقم (٤). إكزيما تائبية تحززيه وعقدية في وجه بالغ.

البالغون

يكون المظهر الشائع للمرض في البالغين هو وجود التهابات جلدية في اليدين والتي تتفاقم عن طريق المهيجات في شخص له تاريخ سابق ماض مع الإكزيما التائبية. وعلى الرغم من ذلك، فإن هناك عدداً قليلاً من البالغين مصابون بشكل شديد و مزمن من أشكال الإكزيما التائبية المتحززة والمتعممة (انظر الشكل رقم ٥) والتي ربما تؤثر على وظائفهم وأنشطتهم الاجتماعية. وغالباً ما تسبب الضغوط النفسية؛ مثل الامتحانات والمشاكل الزوجية - تفاقم المرض.



الشكل رقم (٥). النوع الجاف الحكي للإكزيما التائبية لاحظ فقدان الحواجب نتيجة الحك المستمر للوجه.

التشخيص التفريقي Differential Diagnosis

ربما أحيانا ما تتحول إكزيما التئبات الرضعية والتي تصيب الأطفال إلى النوع التأتبي ؛ ومن حين لآخر يكون تمييزها من مرض الجرب أمراً ضرورياً. ونادراً ما يحدث للأطفال المصابين بمتلازمات نقص المناعة (مثل متلازمة ويسكوت ألدريخ) أو هيستوسيتوسيز خلايا لانغرهانس (تورمات خلايا لانغرهانس) - طفحاً إكزيمياً.

الفحوصات Investigations

وكثيراً ما تكون اختبارات الوخز واختبار الجلوبيولين المناعي (IgE) للمستأرجات المستنشقة أو مستأرجات الطعام إيجابية على الرغم من أن العلاقة غالباً ما تكون غير واضحة ما لم يوجد تاريخ مثبت. ويكون المستوى الإجمالي للجلوبيولين المناعي (IgE) في الدم عالياً في ٨٠٪ من المرضى. ونادراً ما نحتاج إلى تلك الاختبارات لعمل التشخيص. وربما تكون المسحات لعمل مزرعة بكتيرية وفيرسية مفيدة أثناء تفاقم المرض.

المضاعفات Complications

- يتعرض مرضى الإكزيما التأتبية لعدة مضاعفات بعضها شائع وبعضها الآخر نادر ومنها ما يلي :
- العدوى البكتيرية : عادة ما تكون العدوى الثانوية بسبب البكتيريا العنقودية الذهبية (من خلال المستنضد الفوقي) سبباً في تفاقم المرض .
- العدوى الفيروسية : يكون لدى المرضى قابلية زائدة تجاه العدوى بالمليساء المعدية وربما تجاه التآليل الفيروسية.
- إكزيمة هربسية Eczema herpeticum : يوجد ميل لحدوث آفات واسعة الانتشار بالهرس البسيط (انظر الشكل رقم ٦).
- الماء الأبيض في العين cataract : وهو شكل خاص من أشكال الماء الأبيض (الكاتاراكت) يظهر بشكل غير متكرر في البالغين الصغار المصابين بالإكزيما التأتبية الشديدة.
- تأخر النمو : ربما يكون الأطفال المصابون بالإكزيما التأتبية الشديدة قصار القامة ؛ والسبب عادة ما يكون غير معروف.
- السمك الشائع Ichthyosis vulgaris : وهو شائع بكثرة في المرضى المصابين بالإكزيما التأتبية.

التدابير العلاجية Management

ينبغي أن تتم مناقشة إستراتيجية العلاج مع المريض والمعتنين به.



الشكل رقم (٦). إكزيمة هُرَيْسِيَّة. وهي عدوى الهُرَيْس البسيط تضاعف الإكزيمة التأتبية.

وتتضمن الإجراءات والتدابير العامة تفسيراً وشرحاً للاضطراب الجسدي وكيفية تعامل المريض والديه معه والتأكيد طوال الوقت على المآل الجيد للمرض. كما ينبغي أن يرتدي الطفل ملابس قطنية فضفاضة ويتجنب الصوف (لأنه من المهيجات) إضافة إلى الحرارة الزائدة. كما ينبغي أن تكون الأظافر قصيرة. كما تسبب الكلاب والقطط بتفاقم المرض عند بعض المرضى ويفضل إبعادهم عنهم. كما يعد تنظيف بيئة المنزل من عثة غبار المنزل أمراً صعباً. ويعتبر الإرشاد المهني أيضاً من الأمور المهمة. حيث ينبغي أن يتم تجنب الوظائف التي تستخدم فيها السوائل والمواد الرطبة (مثل التمريض والحلاقة والتنظيف) والمهن الصناعية التي يتم التعرض فيها للمواد الزيتية المهيجة. ويحصل بعض الذين يعانون من هذه المتاعب على دعم من الجمعيات مثل جمعية الإكزيمة الوطنية. وتعد الممرضات المتخصصات مهرة في إدارة التدابير العلاجية لمرضى الإكزيمة. ولقد تم تلخيص أنواع العلاجات المتخصصة في علاج الإكزيمة التأتبية في الجدول رقم (١).

الجدول رقم (١). علاج الإكزيما التأتبية.

العلاج	دواعي الاستعمال (أعراض المرض)
المُرطبات الستيرويدات الموضعية التاكروليموس الموضعي ضمادة القطران مُضادُّ الهستامين الذي يؤخذ عن طريق الفم مُضادُّ حَيَوِيّ يؤخذ عن طريق الفم نظام غذائي الأشعة فوق البنفسجية بـ٢ والسيكلوسبورين وأزاثيوبرين	غالبية أنواع الإكزيما ؛ السماك غالبية أنواع الإكزيما الإكزيما المقاومة للستيرويد الإكزيما المسحوجة والمتحززة الحكة عَدَوِيّ إضافيَّة بكتيرية حساسية للطعام / الإكزيما مقاومة للعلاج الإكزيما الشديدة و المقاومة للعلاج ، الإكزيما غير مستجيبة للعلاج الموضعي

العلاج الموضعي

Topical Therapy

مُرطبات للبشرة

وينبغي أن يتم استخدام المرطبات مثل الكريم المرطب المائي والمرهم المستحلب بانتظام على الجلد وكبدائل للصابون. وهذه المرطبات تعمل على ترطيب الجلد الجاف وتقلل من الرغبة في الكشط والسحج كما أنها تعمل على التخفيض من الحاجة إلى الستيرويدات الموضعية. وربما تساعد أيضاً مرطبات زيت الحمام في ذلك.

الستيرويدات الموضعية والتاكروليموس

والقاعدة هي وصف الستيرويد الأقل قوة على أن يكون فعالاً. وفي الأطفال يتم استخدام مرهم الهيدروكورتيزون بتركيز ١٪ مرتين يومياً وهذه الجرعة عادة ما تعتبر كافية (وبوجه عام تفضل المراهم على الكريمات لعلاج مرض الإكزيما). وأحياناً يكون من الضروري استخدام استرويد متوسط القوة لفترة قصيرة للأطفال لعلاج الإكزيما المقاومة للدواء وأيضاً لفترات ممتدة و طويلة في البالغين لعلاج الإكزيما المتوطنة والشديدة. ويعتبر كل من مرهم التاكروليموس (مرهم بروتوبيك بتركيز ٠,٠٣٪ للأطفال وللبالغين بتركيز ٠,١٪) وكريم بيميكروليموس (إليليدل ١٪) بدائل للستيرويدات وخاصة في معالجة الإكزيما التي تكون في الوجه وفي اليدين.

المضادات الحيوية الموضعية أو المطهرات

ربما يتم استخدام المطهرات الموضعية أو جرعة تستمر لمدة سبعة أيام من مضاد حيوي موضعي لعلاج الإكزيما المصحوبة بعدوى بضمه إلى منشط استرويدي (مثل كريم فوسبيت) أو منفصلاً (مثل الباكتروبان أو مرهم الفوسيديين).

القطران الفحمي ومعجون الإيكتامول

ويعتبر كل من القطران الفحمي ومعجون الإيكتامول (مضاد موضعي للعدوى) مفيدتين في علاج الإكزيما المتحززة أو الإكزيما المسحوجة كما أنهما يستخدمان عادة كضمادة طيبة غالقة طوال الليل (مثل كولتايسيت أو إيتشويسيت).

تقنية الأربطة المبللة : غالباً ما تستخدم الأربطة المبللة لفترة قصيرة في حالة الإصابة بالإكزيما النضحية.

العلاج الجهازى Systemic therapy

ويساعد مضاد الهستامين المهدئ مثل البروميثازين أو الأليميمازين والذي يتم إعطاؤه أثناء الليل - على تقليل الرغبة في الحك عند كل من الأطفال والبالغين. ويقتضي تفاقم الأكزيما المعديّة بشكل متكرر الاستخدام المتقطع أو تناول المتقطع الذي يكون على فترات متقطعة للمضاد الحيوي الذي يؤخذ عن طريق الفم وغالباً ما يتم اختيار الفلوكساسيلين لعلاج مثل هذه الحالات. وعادة ما تستدعي الإكزيما الهرسية إشارة دخول المريض للمستشفى مع العزل واستخدام دواء الأكسيكلوفير. كما تتم معالجة المرضى المصابين بالأشكال الشديدة والمقاومة للدواء من الإكزيما التأتبية باستخدام الأشعة فوق البنفسجية (أجهزة الناروباند اب) والآزايوبرين والسيكلوسبورين وهذه الأدوية تعطى في البداية لمدة ثمانية أسابيع.

المعالجة بالتداول الغذائي Dietary manipulation

بعض الأطفال المصابين بالإكزيما التأتبية يعطون تاريخاً مرضياً لتحسس بمستأرج غذائي (مثل شرى الفم عند التلامس مع الطعام أو أعراض معوية) ومن الواضح بأنه ينبغي أن يتم تجنب الطعام المضر؛ إلا أنه يتم استخدام العلاج باتباع نظام الحمية لأقلية معينة وهم الذين لا يستجيبون للعلاج التقليدي. وربما تكون هذه الأنظمة الغذائية خالية من حليب البقر أو البيض ويتم الإشراف عليها من قبل علماء التغذية لضمان عدم حصول أضرار تغذوية.

الإكزيما التأتبية

- تؤثر على ١٢ إلى ١٥٪ من الأطفال الرضع و يبدأ المرض قبل عمر سنة في ٦٠٪ من الحالات.
- إن علم أسباب المرض غير مفهوم جيداً ولكن الوظائف المناعية حدث بها ارتباك.
- الآثار التقليدية التي تكون في وجوه الأطفال ثم بعد ذلك في ثنيات الركب و المرافق.
- وتؤدي دورة الحكة والخدش إلى التحزز.
- غالباً ما يكون تفاقم المرض بسبب العدوى وعلى وجه الخصوص البكتيريا المكورة العنقودية.
- تستلزم المعالجة كلاً من المرطبات ، والستيرويدات الموضعية ، التاكروليموس وضمادة القطران ومضادات الهيستامين والمضادات الحيوية.

الإكزيما - الأشكال الأخرى

Eczema - Other Forms

وتعتبر الأنواع الرئيسة الأخرى للإكزيما هي الإكزيما الممثلة وقرصية الشكل والوريدية واللازهُمِيَّة والالتهابات الجلدية التي تصيب اليدين.

التهاب الجلد المني Seborrhoeic Dermatitis

وتكون الالتهابات الجلدية الممثلة مزمنة وحمراء وقشرية وعادة ما يؤثر الطفح الالتهابي على فروة الرأس وعلى الوجه (انظر الجدول رقم ١).

الجدول رقم (١). التشخيصات التفريقية للالتهابات الجلدية المني.

مكان الالتهاب الجلدي المني	التشخيصات التفريقية
الوجه	الصدفية والالتهاب الجلدي التماسي والعد الوردي
فروة الرأس	الصدفية والعدوى الفطرية
الجذع	الصدفية والنخالية المبرقشة والعدوى الفطرية

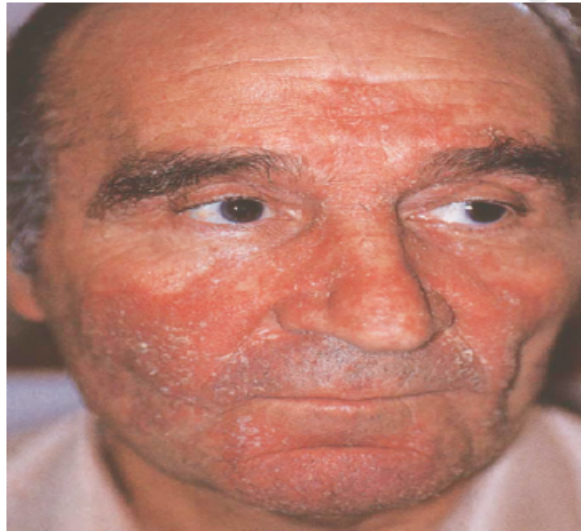
المسببات الممرضة

ويعد الإنتاج الدهني طبيعياً وعادياً بيد أن الطفح غالباً ما يحدث في مناطق الغدد الزهمية، مثل فروة الرأس والوجه والصدر. كما تعتبر العوامل الداخلية المنشأ والوراثية والنمو المبالغ فيه للخميرة المطاعمة المالايسيزيا (الوَيْغَاءُ البَيضَاوِيَّةُ سابقاً) عوامل داخلية في سبب و نشأة المرض . وتكون الحالة حادة في بعض المرضى المصابين بعدوى فيروس نقص المناعة البشرية (HIV).

الاستعلان السريري

وتوجد أربعة نماذج شائعة، ألا وهي:

- الإصابة الوجه وفروة الرأس.
- قشرة الرأس الزائدة بجانب الطفح الحمامي القشري الحكي والذي يؤثر على جوانب الأنف وحواف فروة الرأس والحواجب والأذنين (انظر الشكل رقم ١). وربما يحدث التهاب الجفن. وهو شائع بكثرة في صغار البالغين الذكور.
- ما يشبه بتلة الزهرة *petaloid*: رقعة قشرية جافة من الإكزيما على المنطقة أمام القص.
- التهاب الجريبات بفطر البتروسبورم *pityrosporum folliculitis*: وهو حدوث طفح جريبي حمامي بجانب وجود حطاطات أو بثور على الظهر (انظر الشكل رقم ٢).
- إكزيما الثنيات *flexural*: إصابة الآباط والأربية والمناطق ما تحت الثدي عن طريق المذح الرطب وغالباً ما تستعمر بشكل ثانوي عن طريق فُطْرِيَّات المبيضه البيضاء ويلاحظ هذا الطفح في الكبار (يجب أن لا يلبس مع الطفح الطفولي).



الشكل رقم (١). التهاب الجلد المي يظهر أثره على الوجه.



الشكل رقم (٢). يظهر أثر الالتهاب الجلدي المهي (نوع التهاب الجريبات المصابة بفطر البيتروسبورم) على الظهر.

التدابير العلاجية

تتطلب آفات فروة الرأس استخدام شامبو مضافاً إليه مادة طبية (مثل أن يحتوي على قطران فحمي، كبريتيد السليسيوم، كيتوكونازول) إما بمفرده أو بعد استخدام ٢٪ كبريت و ٢٪ حمض الساليسليك والذي يترك لعدة ساعات. وتستجيب الإصابة الوجهية والجزعي والثنيات للإيميدازول أو مضادات الميكروبات وغالباً ما يتم ضمه وإضافته لـ ١٪ من هيدروكورتيزون في قاعدة كريم أو مرهم (مثل داكلورت ومرهم فيوفورم هيدروكورتيزون). ويعتبر الإيتراكونازول فعالاً. وغالباً ما تكون الانتكاسات شائعة والمعالجة المتكررة ضرورية.

إكزيمة (نُمِيَّة) قرصية الشكل (Discoid (Nummular) Eczema

وتعتبر الإكزيما القرصية الشكل إكزيما ذات سبب غير معروف تتصف بكونها آفات على شكل أقراص تشبه العملة على الأطراف؛ كما أنها تؤثر على الرجال الكبار في السن أو متوسطي الأعمار (الشكل رقم ٣). وربما الأفراد الأصغر قد يكونون مصابين بالإكزيما التأتبية أيضاً.



الشكل رقم (٣). الإكزيما القرصية على الساقين.

الاستعلان السريري

وغالباً ما تكون آفات الإكزيما التي على شكل أقراص تشبه العملة - متناظرة ويمكن أن تكون حكية بشكل قوي. وربما تكون الإكزيما حويصلية أو مزمنة ومُتَحَزَّزة. وربما تزول أو تشفى الحالة منها خلال بضعة أسابيع قليلة؛ ولكنها تميل إلى الارتداد والرجوع. وتعتبر العدوى البكتيرية الثانوية شائعة.

التدابير العلاجية

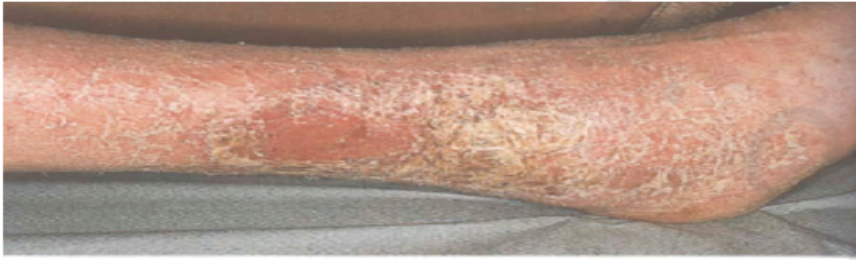
غالباً ما يمكن أن تشبه الحالة مع سعة الجسم والالتهاب الجلدي التماسي. ويعتبر الاسترويد الموضعي القوي و شديد القوة بالإضافة لمضادات الميكروبات أو المضادات الحيوية - مفيداً في العلاج .

الإكزيما الوريدية (الركودية) Venous (Stasis) Eczema

تؤثر الإكزيما الوريدية على الأطراف السفلى (الأرجل والسيقان) (انظر الشكل رقم ٤) وترتبط هذه الإكزيما بالمرض الوريدي المستبطن . ويزيد قصور الأوردة الثابتة العميقة من الضغط الهيدروستاتيكي في الأنابيب الشعرية الجلدية. ويعوق ترسيب الفبرين المحيط بالشعيرات الدموية انتشار الأكسجين مما يؤدي إلى حدوث بعض التغيرات الإكلينيكية.

الاستعلان السريري

معظم المصابين بهذا المرض من النساء متوسطي العمر أو من كبار السن. وتعتبر الضفירות الوريدية وتصبغ الهيموسيدرين حول الكاحل هي علامات مبكرة للمرض.



الشكل رقم (٤). الإكزيما الوريدية.

وتظهر الإكزيما أحياناً مع تليف في نسيج الأدمة والطبقة الشحمية (تصلبٌ شحميٌّ جلديٌّ) وتكون قرح. ويمكن أن يتسبب أَرَجٌ تَمَاسِيٌّ من دواء مستخدم بتعقيد الصورة.

التدابير العلاجية

يعد استخدام مرطب بمفرده أو بالإضافة لمرهم استيرويدي ضعيف أو متوسط القوة. وتعتبر الضمادات المشبعة

بالقطران (مثل الإيتشويست أو الكولت بيست) والتي تستخدم مرة واحدة أو مرتين أسبوعياً - مفيدة ونافعة خاصة عندما يتواجد القرخ. ويجب أن تتم معالجة المرض الوريدي أو القرحة على حدة .

التهاب جلد اليدين

Hand Dermatitis

ويعد مرض التهاب جلد اليدين منتشراً وغالباً ما تكون الحالة متكررة - التي تتنوع من كونها حادة وحويصلية إلى كونها مزمنة - مفرطة التقرن ومشققة. وتنتج الحالة عن أسباب وعوامل متعددة غالباً ما يتم تداخلها. وفي الأطفال غالباً ما تكون التهابات اليدين بسبب الإكزيما التأتبية. أما القابلية التأتبية فهي التي تقف خلف إصابة البالغين بالتهابات اليدين خاصة إذا حدثت بسبب التعرض المتكرر للمهيجات.

يجب استبعاد الأسباب التحسسية كما أن البالغين المصابين بالتهابات جلد اليدين بحاجة ضرورية إلى اختبار الرُّقعة . ويجب استثناء العدوى الفطرية عن طريق الفحص المجهرى والزراعة وخاصة في التهاب اليدين الأحادي الجانب ويجب فحص القدمين للتأكد من عدم وجود سَعْفَة القَدَم والتي قد تسبب التهاب اليدين مثل ظاهرة "id" ويعتبر مرضى التهاب جلد اليدين هم مرضى مصابون بالتهابات في اليدين متكررة و داخلية المنشأ وغالباً ما تتسم بحويصلات تشبه الساعو (نشا النخيل) على جوانب الأصابع وعلى راحات اليدين وأحياناً على أخمص القدمين.

الاستعلان السريري

وغالباً تظهر التهابات اليدين الجلدية على شكل إكزيما مزمنة ولكن ربما تظهر على أنها طفح حويصلي معروف بالفاقوع . وربما تشاهد الحويصلات في الإكزيما التأتبية أو الالتهابات الجلدية التماسية ولكن - في الفاقوع - عادة لا يوجد اضطراب مرتبط بها. وتكون البداية في البالغين الصغار وخاصة في الطقس الدافئ والتي تكون غالباً متكررة. ويمكن أن تقتصر الإصابة على حويصلات صغيرة جداً تصيب الأصابع أو أنها يمكن أن تكون كثيرة مع فقاعة تصيب اليد كاملة (انظر الشكل رقم ٥). ويعد بعض المرضى حساساً للنيكل.



الشكل رقم (٥). الفاقوع الحاد يصيب سطح راحة اليد لامرأة عندها حساسية للنيكل.

الجدول رقم (٢). إرشادات للعناية باليدين حتى لا تصابان بالتهابات جلد اليدين.

غسل اليدين
استخدم الماء الدافئ والصابون الذي ليست له رائحة ويجب تجنب ورق التواليت ومجففات الهواء الساخن ؛ وبدلاً من ذلك تستخدم منشفة قطنية جافة.
الوقاية
تجنب العمل المبلل إن أمكن وإن كان ولا بد فيفضل ارتد قفازات قطن تحت الفينيل أو قفازات النتريل أو ارتد قفازات في الطقس البارد وفي الأعمال التي فيها تعرض للغبار والأتربة.
الأدوية
استخدم المرطبات بانتظام خلال اليوم ؛ استخدم المراهم الستيرويد الموضعية مرتين يومياً.
تجنب لمس
الشامبو ومستحضرات الشعر والمواد المنظفة، المذيبات، مواد التلميع، خضروات معينة (مثل الطماطم، البطاطس) الفاكهة المقشرة (مثل البرتقال) واللحم المقطع غير المطبوخ.

التدابير العلاجية

يتطلب الفاقوع الحاد تصريف النفطات الكبيرة واستخدام الضمادات المبللة (مرة أو مرتين يومياً) (مثل الضمادات المغموسة في ٠,٠١٪ من برمنجنات البوتاسيوم المائي أو محلول بيروس من ٠,٦٥ أسيتات الألومنيوم المائي). وتعطى المضادات الحيوية الفموية إذا ظهرت عدوى بكتيرية. ويصف بعض أطباء الجلدية الستيرويدات ولكنها عادة ما تكون غير ضرورية. وما إن تهدأ المرحلة الحادة حتى يستخدم لوشن أو كريم ستيرويدي قوياً أو عالي القوة مع ارتداء قفازات قطن. وبالنسبة للحالات المزمنة أو تحت الحادة فتعتبر المرطبات والمراهم الستيرويديه مفيدة في تلك الحالات. ويلخص الجدول رقم ٢ بعض النصائح للمرضى المصابين بمرض التهاب اليدين الجلدي.

الإكزيمة اللازهمية (إكزيما كراكلي)

Asteatotic Eczema (Eczema craquele)

تعتبر الإكزيما اللازهمية إكزيما جافة مصحوبة بتشقق وتصدع الجلد وغالباً ما تؤثر على الأطراف في كبار السن (انظر الشكل رقم ٦). ويمكن أن يساهم الغسيل المفرط للمرضى في المؤسسات وطقس الشتاء الجاف وقصور الغدة الدرقية واستخدام مدرات البول في ظهور الإكزيما في الجلد الضامر في كبار السن. ويعتبر جلد الأطراف والجذع حُمَاماً وحكياً وجافاً ويظهر نموذج من التشقق مثل القرميد المرصوف. وغالباً ما يكفي استخدام المرطبات على الجلد أو مع الحمام لشفاء الحالة ولكن أحياناً يكون الستيرويد الخفيف ضرورياً.



الشكل رقم (٦). الإكزيما اللازهمية.

الإكزيما الأخرى

Other Eczemas

ونادراً ما تلاحظ أنواع أخرى من الإكزيما. وتتضمن تلك الأنواع الأخرى الحزاز البسيط المزمن والحزاز المخطط ، والجلاذ اليافعي الأخمصي ، وطفح حفاض الطفل.

الحزاز البسيط المزمن (التهاب الجلد العصبي) Lichen Simplex Chronicus (Neurodermatitis)

إن التهاب الجلد العصبي هو منطقة إكزيما متحيزة بسبب الحك المتكرر أو الكشط كاعتياد أو بسبب الضغط النفسي. ويحدث عادة على شكل لويحة مفردة على أسفل الساق وخلف الرقبة أو في العجان (الحكة الفرجية). وتكون العلامات الجلدية بالغة الأثر وربما يحدث تصبغ. وعلى وجه الخصوص يعتبر الآسيويون والصينيون أكثر عرضة لهذه الحالة. وأحياناً ينمو التحزُّز العقيدي والمعروف بالحكاك العقدي على الساق والساعد. وتعتبر مرطبات البشرة والستيرويدات الموضعية ومعجون القطران الضعيف وضمادات المشبعة بالقطران ركائز أساسية للعلاج.

الحزاز المخطط Lichen Striatus

وهي عبارة عن إكزيما خطية نادرة ، تختفي من تلقاء نفسها ، وتؤثر على الأطراف ، وتحدث في المراهقين.

الإكزيما

- التهاب الجلد الممّي: يؤثر بشكل شائع على الفروة والوجه. وتستجيب الإكزيما للكريمات المضادة للميكروبات والجراثيم / هيدروكورتيزون.
- الإكزيما القرصية: غالباً ما تظهر على أنها آفات على شكل عملات على أطراف الكبار ومتوسطي العمر. وتحسن الحالة بالستيرويدات الموضعية المتوسطة القوة.
- الإكزيما الوريدية: تتعلق بالمرض الوريدي. وتستجيب للمرطبات والستيرويدات الموضعية المتوسطة القوة.
- التهابات جلد اليدين: أسباب مختلطة ومتعددة ويتم تحديد المسببات عن طريق إقصاء الاحتمالات.
- الإكزيما اللازمية: تصيب إكزيما كرايلي جلد كبار السن. وتتم معالجتها بالمرطبات والستيرويدات الموضعية المتوسطة القوة.
- حَزَازٌ بَسِيطٌ مُزْمِنٌ: هي منطقة إكزيما متحززة تستثار عن طريق الكشط المتواصل وغالباً ما يوجد على خلفية الرقبة أو أسفل الرجل.
- الحَزَازُ المُنْخَطَطُ هو عبارة عن إكزيما خطية نادرة.

الطفح حزازي الشكل Lichenoid Eruptions

نناقش في هذا الفصل الحزاز المسطح و الاضطرابات الأخرى حزازية الشكل المتميزة بمحاطات لامعة مسطحة.

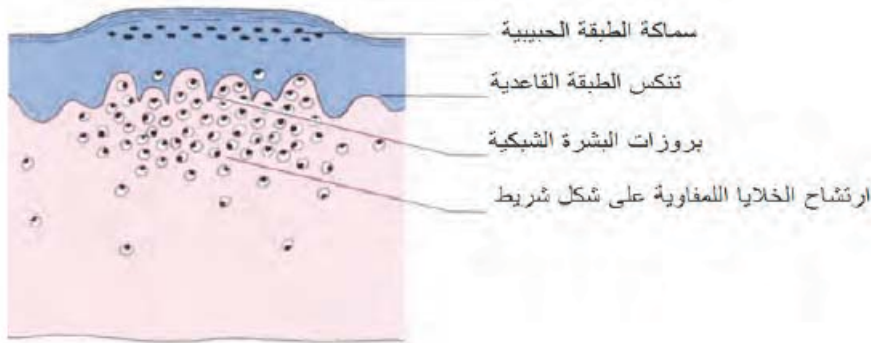
الحزاز المسطح Lichen Planus

يعتبر الحزاز المُسَطَّح مرضاً جلدياً شائعاً حكيماً حطاطياً يصيب الأسطح المثنية والأغشية المخاطية والأعضاء التناسلية.

السبب غير معروف ولكن يعتقد أن مرض الحزاز المُسَطَّح مناعي المنشأ تترسب فيه الخلايا التائية بالجلد ؛ ويترسب فيه الجلوبيولين المناعي (IgM) في الموصِل الأدمي البَشْرَوِيّ ؛ كما أن الطفح الحزازي ممكن ان يكون جزءاً من داء الطُعْم - حَيَال - الثَّوِيّ Graft-versus-host disease كما أن له ارتباطاً ببعض الأمراض ذاتية المناعة.

المرضيات

في الحزاز المُسَطَّح تكون الطبقة الحبيبية سميكة ، وتظهر الخلايا القاعدية التَنَكُّس التَمَيُّعِيّ وترشح الخلايا الليفاوية في أدمة الجلد العليا على شكل شريط (انظر الشكل رقم ١).



الشكل رقم (١). المرضيات النسيجية للحزاز المسطح.

الاستعلان السريري

تحدث ثلثا الحالات في المجموعات العمرية بين ٣٠ و ٦٠ عاماً. كما أنها غير شائعة في الأعمار الكبيرة أو الصغيرة جداً وتحدث في الجنسين على حد سواء. ويميل الحزاز المسطح إلى الظهور في البداية على الأطراف. وربما ينتشر الحزاز المسطح بسرعة ليصبح عاماً ومنتشراً خلال أربعة أسابيع ولكن الأشكال الموضعية أكثر شيوعاً وتتطور ببطء أكبر. وتكون الآفات النمطية بثور محددة الحواف متعددة الأضلاع أعلاها مسطح وتسبب حكة؛ تبلغ عدة ملليمترات وربما تظهر شبكة سطحية من الخطوط البيضاء الدقيقة (خُطوط ويكهام). وبصورة مبدئية تكون الحطاطات حمراء ولكنها تصبح تدريجياً بنفسجية اللون. (الشكل رقم ٢).



الشكل رقم (٢). الحطاطات البنفسجية النمطية للحزاز المسطح على الرسغ.

ويكون الطفح متماثلاً ويؤثر على:

- السواعد وراحتي اليدين.
- أسفل الساقين والأفخاذ.
- الأعضاء التناسلية والأغشية المخاطية.
- راحات اليدين وأخمص القدمين.

وتحدث إصابة الغشاء المخاطي - خاصة الغشاء المخاطي الفموي - فيما يربو على ثلثي الحالات وربما تظهر بدون وجود آفات الجلد (انظر الشكل رقم ٣). ويظهر الحزاز المسطح أيضاً ظاهرة كوبنر. ويوجد للحزاز أشكال متفاوتة مثل الحزاز الجريبي وغيرها (انظر أسفل). وفي غالبية الحالات تصبح الحطاطات مسطحة بعد أشهر قليلة تاركة اصطباغ، ولكن بعضها يصبح ضخامياً. ويشفى نصف المرضى في خلال تسعة أشهر ولكن ١٥٪ من المرضى يكون لديهم أعراض مستمرة حتى بعد ثمانية عشر شهراً. وحتى ٢٠٪ من الحالات تصاب بنوبة أخرى. وربما يلتبس الحزاز المسطح مع حالات أخرى؛ كما هو موضح في الجدول رقم (١).

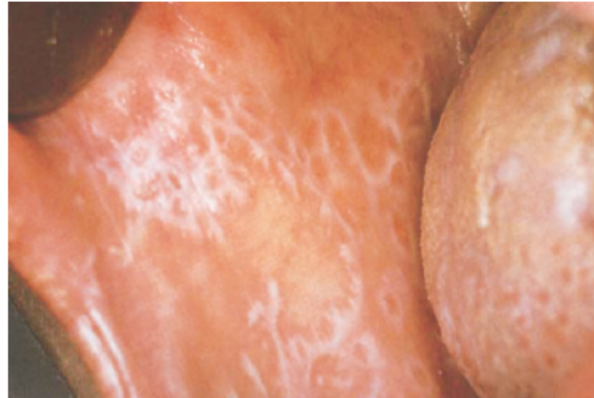
الجدول رقم (١). التشخيصات التفريقية: الحزاز المسطح.

أنواع الحزاز المسطح	التشخيصات التفريقية
متشعر أو عام	الطفح الدوائي الحزازي الصدفية قطرية الشكل النخالية الوردية اللائمة
تناسلي	الصدفية ؛ الجرب ، الحزاز المتصلب
ضخامي	الحزاز المسطح

الأشكال المتفاوتة للحزاز المسطح

ويوجد عدد من الأشكال المتفاوتة للحزاز المسطح وهي :

- الحلقي : يوجد في ١٠٪ من الحالات وهو شائع في حشفة القضيب.
- الضامر : نادر وربما يلاحظ مصاحباً لبعض الآفات المتضخمة.
- الفقاعي : قد تظهر البثور (النفطات) في الحزاز المسطح.
- الجريبي : ربما يحدث مع الحزاز المسطح النموذجي وقد يؤثر على فروة الرأس بمفردها (الصلع الندبي).
- الضخامي : تستمر اللويحات التُّلُولِيَّة على أسفل الساقين أو الأذرع لسنوات عديدة (الشكل رقم ٤).
- الأغشية المخاطية : ربما يتأثر أي سطح من أسطح الأغشية المخاطية بالآفات سواء مع وجود أو عدم وجود آفات في مكان آخر. وفي الفم ربما تمثل الآفات حساسية أَرَجِيَّة تَمَاسِيَّة للزئبق الموجود في الحَشْوَة المُلْعَمِيَّة للأسنان (انظر الشكل رقم ٣).



الشكل رقم (٣). الخطوط البيضاء (خطوط ويكام) على الغشاء المخاطي للشدق.



الجدول رقم (٤). يظهر الحزاز المسطح الضخامي قُرطُ التَّصَبُّغ.

المضاعفات

وربما تحدث مضاعفات للمصاب بالحزاز المسطح مثل :

- إصابة الأظافر: وتوجد في ١٠٪ من المرضى. ويعتبر الثلم الطولاني والانطباع قابل للتحسن ولكن يمكن للآفات الضامرة / الحُكَلِيَّة إحداث التندب أو فقدان دائم للأظافر.
- آفات فروة الرأس: ربما تكون جريبية ولكن الثعلبة كاذبة التندب pseudopelade تكون أكثر شيوعاً.
- التغير الخبيث: نادر جداً.

التدابير العلاجية

يتحسن مرض الحزاز المسطح من ذات نفسه في معظم المرضى. وعادة ما تُحدث الستيرويدات الموضعية المتوسطة الى العالية المفعول تحسن بالأعراض. ويتم علاج الآفات الفموية عن طريق معجون يحتوي على الستيرويد (مثل ادكورتيل ان اوراباس). ربما يحتاج الحزاز المسطح الضخامي إلى الستيرويدات الموضعية عالية المفعول ؛ وأحياناً تحت الإطباق (مع التغطية) ؛ أو حقن الستيرويد داخل الآفة. و تسوغ كل من آفات الجلد المنتشرة وآفات الغشاء المخاطي التقرحية أو ربما تمثل الأظافر المتندب تجربة البريدنيزولون الذي يؤخذ عن طريق الفم (على شكل جرعة من ١٠ إلى ٢٠ ملليجرام يومياً) لمدة تتراوح ما بين شهر إلى ثلاثة أشهر. ويعتبر الستيرويد عن طريق الفم طويل المدى علاج غير مقبول. وربما قد يساعد الـ اسيتيريتن أو السُورالين مع الأشعة فوق البنفسجية ألف (PUVA) في علاج الحالات صعبة العلاج.

الحزاز المتصلب Lichen sclerosus

وهو عبارة عن اضطراب غير شائع يتم تجسيده وتمثيله عن طريق آفات بيضاء ضامرة حزازية الشكل على الأعضاء التناسلية. وعلى الرغم من ارتباطه بالمناعة الذاتية ؛ إلا أن السبب مجهول.

المرضى

ربما تصبح البشرة سميقة أو رفيعة أو مفرطة التقرن. وتصبح أدمة الجلد العليا وذمية مع ترشح بضعة خلايا المصحوب بتنكس زجاجي للكولاجين و ترشح الخلايا اللمفاوية الادمه السفلى

الاستعلان السريري

يصيب الحزاز المتصلب النساء عشرة أضعاف إصابة للرجال. ويشيع في الأفراد متوسطي العمر، على الرغم من أنه قد يحدث في مرحلة الطفولة (يكون مآل الحالة أحسن). وتعد الآفات التناسلية ثابتة تقريباً، إلا أن يتم ملاحظة اكتناف الجذع أو الأذرع. ويصل قطر الآفات المفردة إلى عدة ملليمترات، وتكون ذات بياض خزي وضامرة قليلاً، والتي من الممكن أن تتجمع على شكل لوحيات متجعدة (الشكل رقم ٥). ويحدث فرط التقرن وتوسّع الشعيرات والفُرْفُرِيَّة وكذلك التنفط أحياناً. وتسبب الآفات المهبلية والشرجية حكة وآلاماً.



الشكل رقم (٥). الحزاز المتصلب على الفرج.

وتسبب الإصابة في الذكور التضيُّق الإحليليَّ والشَّيم (التهابُ الحَشَفَةِ الجُفافيُّ المُسَدِّ). وأحياناً توجد آفات في الفم. ويعتبر الحزاز المتصلب مزمنًا وعادة ما يكون دائماً في البالغين. وعلى الأرجح يكون الشفاء تلقائياً في سن البلوغ في حالات الطفولة.

التشخيص التفريقي

وربما تشبه إصابة الأعضاء التناسلية الأنثوية الحزاز البسيط المزمن ، داء بُوين ، وداء بَاجيت خارج الثدي .
وتشابه آفات الأعضاء التناسلية الذكورية الحزاز المُسطَّح والصدفية وبعض الأشكال المحتملة الخبثية والمتهبة من
التهاب الحشفة .

المضاعفات

ويحدث انكماش لفرج المرأة ويعتبر عسر الجماع مشكلة في الإناث ، ومن الممكن أن يواجه الذكور التهاب
الحشفة المتكرر وتقرح حشفة القضيب ، ونادرا ما تظهر سرطانة الخلايا الحرشفية في الآفات المتوطنة في كلا الجنسين .

التدابير العلاجية

لا تتطلب الآفات اللاتناسلية علاجاً ، أما بالنسبة لإصابة الأعضاء التناسلية الأنثوية فعادة يقوم الكريم
الستيرويدي متوسط أو عالي القوة بتخفيف حدة الحكّة ومنع التندب ، ويمنع استئصال الفرج في الحالات غير
المصحوبة بمضاعفات .

الجدول رقم (٢) . الأدوية المسببة للطفح الذي يشبه الحزاز المسطح .

نوع العمل	العقار
مضاد التهاب المفاصل	ذهب ، بنسيلامين ، أدوية مضادة للالتهابات الستيرويدية
مضاد حيوي	ستريبتوميسين ، تتراسيكلين
مُضاد المَلاريا	كلوروكين ، ميباكرين ، الكينين
مُضاد التَّدْرُن (مُضادُّ السُّل)	إيزونيازيد ، إيثامبوتول
دواء مدر للبول	الفروساميد الثايازاييد
مُثبِّط الإنزيم المحول للأنجيوتنسين	كابوتوبريل ، إنالابريل
مضاد الداء السكري	تولبوتاميد ، كلوربروباميد
مُضادُّ الدَّهَان	فينوثازين ، ليثيوم

ويكون علاج آفات الأعضاء التناسلية الذكورية بنفس الطريقة ، على الرغم من إجراء الختان في حالة ظهور
الشَّيْم (تَضْيِيقُ الفُوْهَةِ) . ويحتاج كلا الجنسين لمتابعة طويلة المدى ، وإجراء فحص لنسيج الجلد من أي منطقة مشتبّه
فيها .

الحزاز الساطع

Lichen Nitidus

يعتبر الحزاز الساطع طفحاً جلدياً غير شائع من حطاطات دقيقة لحمية اللون و أحادية الشكل ، ويعتبر سبب المرض مجهولاً ، وتظهر نسيجيات المرض الترشح اللمفاوي المنسجي ، والذي يُوسع حليلة أدمية واحدة. الاستعلان السريري والتدابير العلاجية

يكون الطفح غير مصحوب بأعراض ، وغالبا ما يلاحظ عن طريق الصدفة ، وعادة ما يصيب الأطفال أو صغار البالغين ، ومن الممكن أن يتجمع في شكل حطاطات موحدة الشكل بحجم رأس الدبوس ، وتظهر على الساعد ، القنصب ، البطن ، والأرداف. ويعتبر التشخيص التفريقي الرئيس هو الحزاز المسطح (والذي يمكن أن يوجد معه) وتقرن الجريبات الشعرية.

وعادة ما يكون العلاج غير ضروري حيث من الممكن أن يشفى الحزاز الساطع في غضون أسابيع أو يستمر لأجل غير مسمى.

طفح شبيه-الحزاز المسطح الدوائي

Lichen Planus-like Drug Eruption

يمكن للطفح المشابه للحزاز المسطح أن يعقب ابتلاع العقاقير المتعددة.

الاستعلان السريري

لوحظ الطفح شبيه الحزاز المسطح عند استخدام الذهب والعلاج بالمياكرين لسنوات عدة ، ويعتبر هذا الطفح عادة شديداً وأكثر تضخماً وتصبغاً في الغالب من الحزاز المسطح الحقيقي (الشكل رقم ٦) ، وتظهر صور النسيجيات عدداً كبيراً من الخلايا اليوزينية. وغالباً ما يكون الشفاء بعد انسحاب مفعول الدواء بطيئاً. ويسرد (الجدول رقم ٢) بعض من العقاقير المسؤولة.



الشكل رقم (٦). طفح حزازي الشكل ناتج عن عقار الكوينين.

الطفح خزازي الشكل

الحزاز المسطح: هو طفح شائع حطاطي حكي نسبياً والذي يتبدد في معظم الحالات خلال ١٨ شهراً.

الطفح الدوائي شبيه الحزاز المسطح: يشبه الحزاز المسطح ولكنه أكثر استدامة ولقد تم رؤيته —على سبيل المثال مع الكلوروكين والذهب والثيازيد .

الحزاز الساطع: وهو طفح نادر وغير مصحوب بأعراض للحطاطات الأحادية الشكل على البطن والأذرع والقضيب.

الحزاز المتصلب: وهو الأكثر شيوعاً في النساء ويؤثر بشكل متكرر على الأعضاء التناسلية. وربما يحدث انكماش للفرج. وتعد الستيرويدات الموضعية مفيدة. كما أن هناك خطراً من التغير الحبيث.

الطفح الجلدي الحطاطي الحرشفي

Papulosquamous Eruptions

يكون الطفح الجلدي الحطاطي الحرشفي مرتفعاً وعليه قشور وله حواف ومن أنواعه الصدفية والحزاز المسطح وأنواع أخرى مدرجة في الجدول رقم (١). ولا تدخل الإكزيما في هذه الأنواع ؛ لأنها عادة ليس لها حواف حادة. وهذه الأنواع من الطفح الجلدي ليست مرتبطة ببعضها من جهة أسباب الإصابة بها. ويتميز العديد من هذه الأنواع من الطفح الجلدي بوجود قشور رقيقة وتبدأ التسمية العلمية لمعظمها بالمقطع " pityriasis " والذي يعني "قشوراً تشبه النخالة".

الجدول رقم (١). أنواع الطفح الجلدي الحطاطي الحرشفي.

التهاب الجلد السطحي المزمن	النُّخَالِيَّةُ الحَمْرَاءُ الشَّعْرِيَّةُ
الطفح الدوائي	النُّخَالِيَّةُ المَبْرَقْشَةُ
الحَزَازُ مُسَطَّحٌ	الصدفية
النُّخَالِيَّةُ البَيضاء	داء ريتز
النُّخَالِيَّةُ الحَزَازِيَّةُ	الزُّهُرِيُّ الثَّانَوِيُّ
النُّخَالِيَّةُ الوَرْدِيَّةُ	الإصابة بسعفة الجسم (التينيا)

النخالية الوردية

Pityriasis Rosea

النخالية الوردية هي مرض حاد يشفى بشكل تلقائي ، وأحياناً قد يكون معداً في الأصل ؛ ويتميز بوجود لويحات وحطاطات قشرية ييضاوية الشكل التي تصيب منطقة الجذع بشكل أساسي.

الاستعلان السريري

في معظم المرضى ، يسبق حدوث الطفح الجلدي العام ظهور آفة واحدة قطرها من ٢ إلى ٥ سم ، وتعرف باسم "البقعة المنذرة" (الشكل رقم ١). وبعد عدة أيام ، تظهر لويحات كثيرة أصغر وتكون في منطقة الجذع بصفة

أساسية، ولكن قد تظهر أيضاً على العضد والفخذين. وتكون اللويحات الفردية بيضاوية ووردية اللون ولها "طوق" خارجي رقيق من القشور. وتتوزع بمحاذاة خطوط الضلوع مبتعدة عن العمود الفقري. ويكون الإحساس بالحكة خفيفاً أو متوسطاً. ويختفي الطفح الجلدي تلقائياً خلال من ٤ إلى ٨ أسابيع. وتكثر الإصابة به بين المراهقين و البالغين. وسبب الإصابة به غير معروف، ولكن هناك دلائل تشير إلى أن سبب الإصابة به هي عدوى.



الشكل رقم (١). النخالية الوردية، تظهر البقعة المنذرة على الجزء السفلي من البطن واللويحات التحسفيه البيضاوية المصاحبة لها.

التشخيص التفريقي والتدابير العلاجية

قد يحدث لبس مع الصدفة القطرانية والنخالية المبرقشة والزهري الثانوي. يجب إجراء اختبار مصلي للزهري في حالات التشكك في الإصابة به. ومرض النخالة الوردية لا يحتاج إلى علاج ولا يؤدي العلاج إلى سرعة الشفاء، على الرغم من أن الستيرويد الموضعي متوسط القوة قد يخفف من الحكة.

النخالية المبرقشة

Pityriasis Versicolor

النخالية المبرقشة مرض مزمن، وغالباً تكون عدوى فطرية غير مصحوبة بأعراض، وتتميز بتغيرات صبغية وتحدث في منطقة الجذع.

الاستعلان السريري

يحدث هذا المرض نتيجة الإفراط في النمو الأفطوري من خميرة الملاسيزية المطاعمة (المعروفة سابقاً باسم الوبيغاء البيضاوية) وتنتشر بصفة خاصة في الظروف الرطبة أو الاستوائية. في أوروبا يؤثر هذا المرض على

الشباب الصغار بشكل أساسي ويظهر في منطقة الجذع والأجزاء المجاورة من الأطراف (الشكل رقم ٢). في القوقازيين البيض، تظهر بقع قشرية دائرية أو بيضاوية بنية أو وردية اللون، ولكن في الجلود الملونة (tanned skin) أو في ذوي البشرة الداكنة، يحدث نقص التصبغ نتيجة لإطلاق الكائن الحي للأحماض ثنائية الكربوكسيل التي تمنع تكون الميلانين.

التشخيص التفريقي

تجب التفرقة بين هذا المرض والبهاق: فعادة يكون للنخالية المبرقشة قشور رقيقة، ويظهر شكل "العنب والموز" للجراثيم والخيوط القصيرة في الفحص المجهرى. وأحياناً تبدو النخالية الوردية وسفعة الجسد متشابهين.

التدابير العلاجية

يتضمن العلاج إما الاستخدام الموضعي لأحد مضادات الفطريات إيميدازول (مثل كانستين، أو كريم دكتارين) وإما استخدام شامبو سلفيد السيلينيوم (سلسن) بنسبة ٢,٥٪ ويوضع لمدة ٣٠ دقيقة أو شامبو كيتوكونازول (نيزورال) حيث يوضع لمدة ٣٠ دقيقة ثم يشطف (يستخدم ثلاث مرات أسبوعياً لمدة أسبوعين). ويعتبر إتراكونازول، ٢٠٠ ملجم يومياً لمدة ٧ أيام، فعالاً في الحالات المقاومة. ويعتبر تكرار الإصابة بالمرض أمراً شائعاً لذا يُنصح المرضى بأنه قد يكون من اللازم تكرار العلاج.



الشكل رقم (٢). النخالية المبرقشة على الصدر: البقع التحسفية البنية واضحة.

داء ريتر

Reiter Disease

يعتبر داء ريتر هو متلازمة من اعتلال المفاصل المتعدده والتهاب الإحليل والتهاب القرزية وطفح جلدي شبيه بالصدفية.

الاستعلان السريري والتدابير العلاجية

يؤثر داء ريتر غالباً على الذكور الذين لديهم النمط الجيني HLA-B27 ويحدث عادة بعد الإصابة بعدوى في الجهاز التناسلي البولي أو في الأمعاء. وغالباً تكون التغيرات التي تحدث في المفاصل والعيون شديدة. ومن تأثيراته على الجلد حدوث التهاب الحشفة واللويحات الشبيهة بالصدفية الحمراء المكسوة بالبثور والقشور على القدم (تقرن الجلد السيلاني).

لا تستجيب التغيرات الجلدية الشديدة للعلاج الموضعي وغالباً تحتاج إلى الميثوتريكسات أو الأسيتريتين.

التهاب الجلد السطحي المزمن

Chronic Superficial Dermatitis

يعتبر هذا المرض و الذي كان يعرف سابقاً باسم نظيرة الصدفية (تم تجنب هذا المصطلح)، عبارة عن التهاب جلدي مزمن غير شائع يكون في شكل لويحات صغيرة دائرية أو بيضاوية لونها وردي- بني مغطاة بقشور في منطقة الجذع. وهناك نوع مختلف تكون فيه اللويحات أكبر وقد يتطور إلى الفطار الفطرائي (ليمفومة الخلايا التائية الجلدية) أو يكون بهذا الشكل من البداية.

الاستعلان السريري

في التهاب الجلد السطحي المزمن، قد تظهر بقع قشرية على البطن أو الأرداف أو الفخذين (الشكل رقم ٣). تبدأ الإصابة به في مرحلة الشباب إلى منتصف العمر وتكون اللويحات بطيئة النمو. وقد يكون من الصعب التنبؤ بالحالات التي ستتحول إلى فطار فطرائي لأن التطور قد يستغرق سنوات عديدة، ولكن الآفات الحميدة تكون صغيرة وتشبه الإصبع، بينما اللويحات محتملة الخباثة تكون غير متماثلة وضمورية وقد يصحبها تبكل الجلد (التصبغ الشبكي، وتوسع الشعيرات، والضمور). قد يلزم أخذ جزء من نسيج الجسم لدراسته لمعرفة تغيرات الفطار الفطرائي، كما قد يلزم أخذ جزء من أي منطقة يحدث فيها تغيرات. وغالباً يكون المرض بطيء النمو وقد يستمر لسنوات عديدة.



الشكل رقم (٣). لويحات التهاب الجلد السطحي المزمن على ظهر رجل في منتصف العمر

التشخيص التفريقي والتدابير العلاجية

ربما يجب التفكير في الصدفية والإكزيما القرصية وسعفة الجسد عند التشخيص ، ولكن تتميز لويحات التهاب الجلد السطحي المزمن بثباتها. أحياناً يكون خط العلاج الأول باستخدام الستيرويدات الموضعية متوسطة القوة. وغالباً ما نحتاج إلى الأشعة فوق البنفسجية بـ (UVB) أو السورالين مع الأشعة فوق البنفسجية الف (PUVA) للنوع ذو اللويحات الأكبر. ويوصى بالمتابعة طويلة المدى للمرضى.

أنواع أخرى من النخالية

Other Pityriasis

من أنواع النخالية الأخرى :

- النُخَالِيَّةُ الحَزَازِيَّةُ *Pityriasis lichenoides* : طفح جلدي مزمن نادر الحدوث حيث يكون على قمة الحطاطات الصغيرة فيه قشرة واحدة رقيقة ويظهر في الأطراف والجذع. ويصاب به المراهقون والشباب وربما يكون بصورة حاد (الشكل رقم ٤) تركاً ندبات عند الإلتئام.
- النُخَالِيَّةُ الحَمْرَاءُ الشَّعْرِيَّ *pityriasis rubra pilaris* : طفح جلدي جريبي قشري نادر الحدوث ، قد يتطور إلى احمرار الجلد.
- النُخَالِيَّةُ البَيضاء *Pityriasis alba* : تصيب الأطفال و البالغين وتتميز بوجود بقع بيضاء ذات قشور رقيقة على الوجه والذراعين. ويظهر غالباً في المرضى التأتبيين.



الشكل رقم (٤). الثخاليّة الحزائية (النوع الحاد) في طفل.

الزهري الثانوي Secondary Syphilis

التعريف

الزهري الثانوي هو التهاب في الجلد والأغشية المخاطية يحدث نتيجة الاستجابة العامة للبكتريا الملتوية اللولبية الشاحبة . وقد ظهر الزهري مجدداً في السنوات الأخيرة.

الاستعلان السريري

تبدأ المرحلة الثانوية للزهري خلال فترة تتراوح من ٤ إلى ١٢ أسبوعاً بعد ظهور القرحة الأولية وتتكون من طفح جلدي وتَضَخُّم في العُقَد اللمفاوية والمصحوب بفتور عام. تتوزع البقع وردية أو نحاسية اللون، التي قد تتحول فيما بعد إلى حطاطات، بشكل متماثل على الجذع والأطراف ولا تتسبب الحكة (الشكل رقم ٥). والأنواع الدائرية هي الشائعة وتعتبر إصابة راحة اليد وباطن القدم أمراً مميزاً. ومن العلامات الأخرى الآفات الثؤلولية الرطبة (الورم اللقمي المسطح) في المنطقة الشرجية التناسلية، والتآكل الشدقي وقد يكون مقوَّساً (تقرحات مسار الحلزون) والثعلبة البقعية العامة وتكون آفات الأغشية المخاطية معدية. وتختفي آفات الزهري الثانوي تلقائياً خلال من ١ إلى ٣ أشهر بدون علاج.



الشكل رقم (٥). الزهري الثانوي. البقع والحطاطات النحاسية وحمراء اللون واضحة على الجذع.

التشخيص التفريقي والتدابير العلاجية

يجب الوضع في الحسبان النُخَالِيَّةُ الْوَرْدِيَّةُ والصدفية والطفح الدوائي وكثرة الوَحِيدَاتِ الْعَدَوَائِيَّةِ والحصبة الألمانية والحصبة عند التشخيص. ويكون اختبار المصل اللولبي إيجابياً في جميع المرضى المصابين بالزهري الثانوي. ويتم العلاج بِمُحَقِّنِ البنزِيل ينسَلِينِ بروكاين بالعضل. وأفضل من يتعامل مع المرضى المصابين بالزهري هم الأطباء المعتادون على علاج عدوى الجهاز التناسلي البولي.

الطفح الجلدي الحطاطي الحرشفي

- النُخَالِيَّةُ الْوَرْدِيَّةُ: هي طفح جلدي يشفى بشكل تلقائي، شائع إلى حد ما، يظهر في منطقة الجذع في الشباب. وتظهر اللويحات البيضاء القشرية بعد البقعة المنذرة. وقد تكون معدية في الأصل.
- النُخَالِيَّةُ الْمُبَرَّقَشَّةُ: هي طفح جلدي جذعي شائع يصيب الشباب الصغير، ويحدث بسبب المَلَأَسِيَّةِ، وهي خميرة مطاعمة. ويظهر غالباً في الصيف في شكل مناطق شاحبة بجوار الجلد الملون.
- متلازمة ريتز: وتؤثر عادة على الشباب الذكور بعد التعرض لإصابة في الجهاز التناسلي البولي أو الأمعاء. وتظهر آفات الجلد التقرانية مع تغيرات في العيون والمفاصل.
- التهاب الجلد السطحي المزمن: وهو طفح جلدي جذعي غير شائع ويظهر في مرحلة الشباب ومتنصف العمر. قد يمثل النوع ذو اللويحات الأكبر مرحلة مبكرة للمُفُومَةِ الْخَلَايَا التَّائِيَةِ الْجُلْدِيَّةِ.
- النُخَالِيَّةُ الْحَزَازِيَّةُ: هي طفح جلدي مزمن نادر على شكل حطاطات على قممها قشور تصيب الجذع والأطراف. وقد يترك النوع الحاد ندبات.
- الزهري الثانوي: هو طفح جلدي متماثل لا يسبب الحكّة مع آفات في الأغشية المخاطية وراحة اليد أو باطن القدم، بسبب عدوى اللولبية الشاحبة.

احمرار الجلد

Erythroderma

التعريف

يعرّف احمرار الجلد أو التهاب الجلد التقشري العام بأنه أي مرض جلدي التهابي يشمل جميع سطح الجلد أو جميعه تقريباً (أحياناً يكون أكثر من ٩٠٪). وهو مرحلة ثانوية ويمثل الانتشار العام لمرض جلدي أو مرض داخلي يصيب الجلد كله.

المرضيات

Pathology

تلعب مدة الالتهاب وشدة دوراً في تحديد دراسة الأنسجة أكبر من الدور الذي يلعبه السبب الأساسي للمرض. في حالة الطفح الجلدي الحاد، تكون وذمة طبقة البشرة والأدمة أمراً شائعاً ويوجد رشح التهابي. ويظهر في الآفات المزمنة امتداد الحواف الشبكية وزيادة في سماكة البشرة. وقد تظهر الليمفاويات غير العادية في الحالات التي تنتج عن اللمفومة وقد تلاحظ تغيرات محددة عند أخذ خزعة من نسيج آفة غمطيه لدراسته عندما تكون الصدفية أو احمرار الجلد سماكي الشكل أو النخالية الحمراء الشعرية هي السبب.

الاستعلان السريري

Clinical Presentation

احمرار الجلد أمر غير شائع لكنه مرض جلدي هام ؛ لأن تأثيراته على الجسم ككل قد تكون خطيرة.

الأعراض العامة والعلامات

General Symptoms and Signs

تعتبر بعض العلامات شائعة لدى كافة المصابين باحمرار الجلد أياً كان سببه. وتتضاعف نسبة انتشاره بين الرجال خاصة من هم في منتصف العمر وكبار السن. وغالباً تتطور الحالة فجأة خاصة إذا كانت مرتبطة باللوكميميا

أو الإكزيما. وقد ينتشر الحماامي البقعي بسرعة ليعم الجسم كله خلال من ١٢ إلى ٤٨ ساعة ويصحبه حمى وفتور ورعشة. وتظهر القشور خلال من ٢ إلى ٦ أيام بعد ذلك، وفي هذه المرحلة، يكون الجلد ساخناً ومحمراً وجافاً وسميكة بشكل واضح. وقد يشعر المريض بتهيج وألم في الجلد كما يشعر بالبرد. وقد يكون تقشر القشور كثيراً ومستمرًا. ويسقط شعر الرأس والجسم عند استمرار وجود احمرار الجلد لعدة أسابيع. يزداد سمك الأظافر وقد تسقط. كما قد تحدث تغيرات صبغية، بينما في ذوي الجلد الداكن يظهر نقص التصبغ. وتتأثر الصورة بحالة المريض العامة والسبب الأساسي للمرض. ومن أشهر أسباب احمرار الجلد الإكزيما والصدفية واللمفومة (الجدول رقم ١). بينما قد يكون نتيجة لأمراض جلدية أخرى ومنها الطفح الدوائي والنخالية الحمراء الشعرية. كما قد يساعد أخذ عينات متعددة من الجلد لدراساتها في التشخيص.

الجدول رقم (١). أسباب إحمرار الجلد ونسبة حدوثها.

السبب	نسبة حدوثه (%)
الإكزيما (الإكزيما التماسية، الإكزيما التأتبية، الإكزيما المنيه، الإكزيما غير مصنفة)	٤٠
الصدفية	٢٥
اللمفومة / ابيضاض الدم / متلازمة سيزاري	١٥
الطفح الدوائي	١٠
النخالية الحمراء الشعرية / احمرار الجلد سماكي الشكل	١
أمراض جلدية أخرى	١
غير شائع	٨

الإكزيما

قد تصبح الإكزيما التأتبية محمرة للجلد في أي سن. وينتشر احمرار الجلد الناتج من الإكزيما في كبار السن، وفي الذين لا يتم تصنيف الإكزيما فيهم. وغالبًا تكون الحكة شديدة.

الصدفية

في البداية، يشبه الطفح الصدفية التقليدية ولكن عند الوصول إلى مرحلة التقشير، تضيع الخصائص المميزة (الشكل رقم ١). قد يساهم إيقاف الستيرويدات الموضعية القوية أو الستيرويدات بالفم أو الطفح الدوائي العارض في الإسراع في حدوث الصدفية المحمرة للجلد. وأحيانًا تظهر بثرات جافة في حجم رأس الدبوس وقد تتطور الحالة إلى صدفية بثرية عامة.



الشكل رقم (١). صدفية محمرة للجلد.

اللمفومة/متلازمة سيزاري

قد تكون دراسة العينات النسيجية الأولية المأخوذة من الجلد غير مفيدة ، وقد يؤدي هذا إلى تأخير التشخيص ، ولكن احمرار الجلد العام وارتشاح الجلد والحكة الشديدة مؤشرات مفيدة . وغالبًا يكون تضخم العقد الليمفاوية واضحًا ولكن العقد ليست دائمًا مصابة بلمفومة. تصيب متلازمة سيزاري (الشكل رقم ٢) عادة الذكور كبار السن وتتميز بوجود لمفاويات تائية غير طبيعية بها نويات ملتوية كبيرة (خلايا سيزاري) في الدم والجلد. وقد تظل حالة المرضى مستقرة لعدة سنوات ثم تتدهور بسرعة.



الشكل رقم (٢). احمرار وارتشاح الجلد بسبب متلازمة سيزاري.

الطفح الدوائي

قد يصبح الطفح الدوائي الحاد، غالباً من النوع الحمامي السميّ أو حصبي الشكل، محمراً للجلد (الشكل رقم ٣). ومن أشهر الأدوية المسببة له الكربامازيبين والفنتوين والديليتايزيم والسيमितيدين والذهب والألوپورينول ومركبات السلفانوميد.



الشكل رقم (٣). رد فعل محمّر للجلد لعقار مضاد للالتهاب.

النُخَالِيَّةُ الحَمْرَاءُ الشَّعْرِيَّةُ

النخالية الحمراء الشعرية هي مرض غير معروف سببه ويبدأ في الكبار باحمرار وتقشر في فروة الرأس ويتطور ليغطي الأطراف والجذع (الشكل رقم ٤). وهو طفح جريبي وقد تكون هناك مناطق غير متأثرة. كما يحدث تقران في راحة اليد وتصبح سميكة ومصفرة (الشكل رقم ٥). ويؤدي العلاج باستخدام الأسيتريتين إلى السيطرة على الطفح. ويحدث الشفاء تلقائياً خلال من ١ إلى ٣ أعوام. وقد لوحظ حدوث انتكاسة في النوع الذي يصيب الأطفال.



الشكل رقم (٤). النخالية الحمراء الشعرية تؤثر على الأرجل.



(ب)

(أ)

الشكل رقم (٥). النخالية الحمراء الشعرية (أ) فرط تقران راحة اليد أصفر اللون، (ب) الآفات الجريبية التقليدية.

الأمراض الجلدية الأخرى

احمرار الجلد سماكي الشكل هو أحد أنواع السماك الوراثي الذي يظهر عند الميلاد أو في الطفولة المبكرة. قد يؤدي داء الطُعْم - حَيَال - الثَّوِي الحاد أو الجرب الشديد أو الفقاع المنتشر إلى الإصابة باحمرار الجلد. وفي ١٠٪ من حالات احمرار الجلد تقريباً، لا يوجد سبب للإصابة. ولكن يجب التفكير في احتمالية اللمفومة الكامنة.

المضاعفات

Complications

يرتبط احمرار الجلد بتغيرات فسيولوجية وأيضية قوية (الجدول رقم ٢). ومن مخاطره الإصابة بفشل القلب وانخفاض الحرارة خاصة في كبار السن، وقد تحدث أيضاً عدوى جلدية أو تنفسية أيضاً. والوذمة ثابتة ولا يمكن اعتبارها علامة لفشل القلب. وغالباً تزداد سرعة النبض. ويصعب تشخيص فشل القلب والعدوى. وتتلوث مزرعات الدم بسهولة بالنيت المجهرى الجلدي. وتضخم العقد الليمفية أمر شائع ولا يشير بالضرورة إلى اللمفومة. وفي فترة ما قبل استخدام الستيرويدات، كان احمرار الجلد مميّزًا لثلث الحالات، عادة بسبب فشل القلب أو العدوى.

الجدول رقم (٢). الفسيولوجيا المرضية لاحمرار الجلد.

المضاعفات السريرية	الفسيولوجيا المرضية
فشل القلب	زيادة تدفق الدم في الجلد زيادة حجم البلازما
الوذمة الجلدية	زيادة النفاذية الشعرية زيادة حجم البلازما نقص ألبومين الدم

تابع الجدول رقم (٢).

المضاعفات السريرية	الفسولوجيا المرضية
نقص ألبومين الدم	زيادة حجم البلازما قلة تصنيع الألبومين زيادة معدل الأيض فقد البروتينات في التقشر
الجفاف	زيادة فقد الماء عن طريق البشرة زيادة النفاذية الشعرية
ضعف التحكم في درجة الحرارة	الفقد الزائد للحرارة عدم القدرة على إفراز العرق
تَضَخُّمُ الْعُقَدِ اللَّمْفِيَّةِ المصاحب لِعُتْلَالِ الْجِلْدِ	الالتهاب والعدوى الجلدية

التدابير العلاجية

Management

يعتبر علاج المريض داخل المستشفى وتقديم الرعاية التمريضية الماهرة أمر إلزامي. ويتم تمرير المريض في غرفة دافئة مريحة عند درجة حرارة ثابتة (يفضل من ٣٠ إلى ٣٢ درجة مئوية)، بالإضافة إلى مراقبة النبض وضغط الدم ودرجة الحرارة وتوازن السوائل بانتظام. وأحياناً تستخدم الفراش المخففة للضغط. وتعتبر الكريمات المسكنة الملطفة والستيرويدات الموضعية في الركن الأساسي في العلاجات الموضعية وغالباً تكون كافية. وتكون الستيرويدات الجهازية منقذة للحياة في الحالات الشديدة. إن الحفاظ على ديناميكا الدم طبيعية والاهتمام بتوازن الكهرل (الأملح) والدعم الغذائي المناسب (خاصة فيما يتعلق بتقليل فقد البروتين) أمور هامة في حالات المرض الشديد. ويتم علاج فشل القلب وحالات العدوى العارضة حسب الحاجة.

احمرار الجلد

- طفح جلدي نادر الحدوث لكنه مميت، وغالباً يبدأ فجأة وينتشر في جميع أجزاء الجلد تقريباً.
- أشهر أسبابه: الإكزيما، والصدفية واللمفومة والطفح الدوائي.
- يتميز بجلد جاف ومتقشر أحمر ساخن وبه وذمة.
- من بين مضاعفاته فشل القلب وانخفاض الحرارة والعدوى وتَضَخُّمُ الْعُقَدِ اللَّمْفِيَّةِ.
- يجب علاج المريض داخل المستشفى مع الإشراف الدقيق.
- يتكون العلاج في المرحلة الأولية من المرطبات والستيرويدات الموضعية. وقد يلزم استخدام الستيرويدات الجهازية والعلاج الداعم الكامل في الحالات المهددة للحياة.

الأمراض الجلدية الضوئية

Photodermatoses

الأمراض الجلدية الضوئية - مجهولة السبب

Photodermatoses-idiopathic

الطفح الضوئي متعدد الأشكال Polymorphic Light Eruption

الطفح الضوئي متعدد الأشكال هو مرض جلدي غير معلوم السبب يتميز بوجود حطاطات حكيّة ولويحات وأحياناً بثرات تستمر لعدة أيام في المناطق المعرضة للضوء.

الاستعلان السريري

يعتبر الطفح الضوئي متعدد الأشكال أشهر الأمراض الجلدية الضوئية ، ويكون معدل الإصابة به في النساء ضعف الرجال. وتظهر الحطاطات المتشرية الحكيّة واللويحات والثرات على الجلد المعرض للضوء عادة بعد ٢٤ ساعة من التعرض للشمس أو الأشعة فوق البنفسجية الصناعية (الشكل رقم ١). ويبدأ في فصل الربيع وقد يستمر طوال الصيف. وتختلف درجة شدته.



الشكل رقم (١). طفح ضوئي متعدد الأشكال يؤثر على الجزء السفلي من السيقان.

التشخيص التفريقي والتدابير العلاجية

يجب أن يوضع في الحسبان الحساسية التماسية الأرجية الضوئية والحساسية الضوئية الناتجة عن الأدوية والذئبة الحمامية عند تشخيص الطفح الضوئي متعدد الأشكال. كما يعتبر خط العلاج الأول هو استخدام واقى الشمس والتدابير الوقائية. ويؤدي استخدام السورالين مع الأشعة فوق البنفسجية الف (PUVA) لفترة قصيرة في نهاية الربيع إلى "تصلب" الجلد وبالتالي يتمتع المريض بصيف خالي من المرض.

التهاب الجلد السفعي المزمن (الداء السفعي الشبيه بالشبّاك)

Chronic Actinic Dermatitis (Actinic Reticuloid)

التهاب الجلد السفعي المزمن هو مرض نادر تثيره الأشعة فوق البنفسجية و غير معروف السبب و يصيب الذكور في منتصف العمر ومرحلة الشيخوخة الذين تظهر لديهم لويحات التهاب الجلد السمكية على الجلد المعرض للشمس.

ومن جهة علم الأنسجة ، يكون ترشح الجلد بالخلايا اللمفاوية كثيف. وقد تكون بعض الخلايا اللمفاوية غير طبيعية وتدل على وجود اللمفومة (ومن هنا جاءت التسمية).

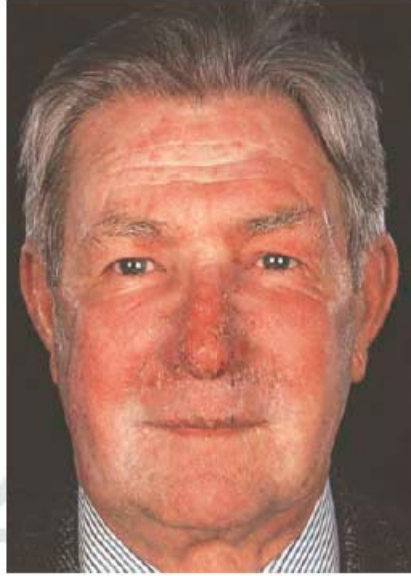
الاستعلان السريري

غالبًا يكون هناك تاريخ طويل من الالتهاب الجلدي المزمن الذي يتحول إلى التهاب جلدي ضوئي أو قد يكون التهاب الجلد التماسي الأرجي الضوئي موجودًا من البداية. وتتكون اللويحات المتحززة لالتهاب الجلد المزمن على المناطق المعرضة للضوء وغيرها وتزداد سوءًا في الصيف ، ولكن يكون الطفح الجلدي مستمرًا طوال العام (الشكل رقم ٢). يكون المرضى حساسين لموجات الأشعة فوق البنفسجية ألف و باء و غالبًا إلى الضوء المرئي أيضًا. كما قد يكون لديهم حساسية تماسية أو حساسية تماسية ضوئية للاكتونات التريينية النباتية (المستأرجات التي ينقلها الهواء) أو مستحضرات التجميل ، على الرغم من عدم وضوح علاقة هذه المستأرجات بالصورة العامة.

التشخيص التفريقي والتدابير العلاجية

قد يجب مراعاة التهاب الجلد التماسي الناتج عن العوامل المنقولة بالهواء أو الحساسية الضوئية الناتجة عن الأدوية ، ولكن عادة تكون هناك نسبة شك صغيرة في التشخيص. ويكون الاختبار الضوئي مفيداً .

يساعد تجنب الضوء واستخدام واقيات الشمس والستيرويدات الموضعية في علاج التهاب الجلد السفعي المزمن. وأحياناً ، قد يكون من الضروري استخدام الآزاثيوبرين أو السايكلوسبورين أو ميكوفينولات أو الستيرويدات الجهازية.



الشكل رقم (٢). التهاب الجلد السفغي المزمن في الأجزاء المعرضة للضوء من الوجه.

الشرى الشمسي والحكاك السفغي

Solar Urticaria and Actinic Prurigo

الشرى الشمسي والحكاك السفغي حالات نادرة الحدوث. في الشرى الشمسي، تظهر البثرات خلال دقائق من التعرض لضوء الشمس. ويجب التفرقة بين هذا المرض والبروتوثيريرية المكوّنة للحُمُر، خاصة في مرحلة الطفولة. يبدأ الحكاك السفغي في مرحلة الطفولة ويتميز بوجود الحطاطات والتسحج على المناطق المعرضة للشمس بصفة أساسية.

الأمراض الجلدية الضوئية – أسباب أخرى

Photodermatoses-other Causes

*الأمراض الوراثية

تُظهر بعض الأمراض الوراثية النادرة الحساسية الضوئية. فقد يكون هناك عدم استقرار في الكروموسومات (مثل متلازمة بلوم) أو خلل في إصلاح الحمض النووي (مثل جفاف الجلد المُصْطَبِغ).

*اضطرابات الأيض

أمراض البُرفيرية Porphyrrias

البُرفيرين هام جداً لتكوين الهيموجلوبين والميؤغلوبين والسيْتوكروم. وأمراض البُرفيرية نادرة وغالباً تكون اضطرابات أيضية وراثية، حيث يؤدي نقص أحد الإنزيمات المسؤولة عن تكوين البُرفيرين إلى تراكم المستقبلات

الوسيلة . يمكن اكتشاف المستقلبات في البول والبراز والدم وهي مسممة للجهاز العصبي وتسبب الحساسية الضوئية في الجلد.

من أهم أنواع البرفيرية الجلدية :

- البروتوبروفيرية المكوّنة للحُمُر *erythropoietic protoporphyria* : مرض وراثي سائد مرتبط بالصبغية الجسدية ويبدأ في مرحلة الطفولة ، وهو طفح منقط أحمر ومؤلم. يترك هذا المرض ندبات خفية ذات ثقوب على الأنف والأيدي.
- البرفيرية الجلدية الآجلة *porphyria cutanea tarda* : وهي أشهر أنواع البرفيرية ، وغالباً ما تكون مرتبطة بأمراض الكبد وأحياناً ترتبط بالكحول. وتترك البثرات المتكونة تحت البشرة بسبب الشمس والتي تكون في الوجه والأيدي (الشكل رقم ٣) ويكون الجلد ضعيفاً ومُشعراً وبه ندبات. ويجب تجنب تناول الكحول والأدوية التي تزيد الأمر سوءاً (مثلاً الإستروجينات). وقد يتم استخدام الفصد (سحب الدم الدوري) أو جرعة صغيرة من العلاج بالكلوروكين.
- البرفيرية المبرقشة *Variegate porphyria* : وهو مرض وراثي سائد مرتبط بالصبغية الجسدية ومنتشر في جنوب أفريقيا ، وتكون العلامات التي تظهر على الجلد مشابهة للبرفيرية الجلدية المتأخرة. ولكن النوبات الحادة المصحوبة بألم في البطن وأعراض نفسية وعصبية تشبه البرفيرية الحادة المتقطعة ، التي ليس لها أعراض جلدية.



الشكل رقم (٣). البرفيرية الجلدية المتأخرة. يمكن رؤية التغيرات على ظهر اليد.

البلاجرا Pellagra

قد يؤدي نقص فيتامين ب ٣ (حمض النيكوتينيك) إلى التهاب الجلد الحساسى الضوئى المصحوب بإسهال وخرف.

*الأمراض الضوئية بسبب الأدوية أو الكيماويات

بسبب الأدوية : قد تؤدي بعض الأدوية إلى حدوث طفح في المناطق المعرضة للضوء إما بسبب طبيعتها السامة (تبعاً للجرعة) وإما بسبب حساسية. وقد يكون الشكل الظاهري لهذا الطفح مشابهاً للإكزيما أو منفطاً (مثل غريزيوفولفين) أو صبغياً (مثل أميودارون) أو كحرق شمسي مبالغ فيه. وقد يحدث أنفكاً ظفريّ ضوئياً المنشأ ولكنه أمر نادر (مثل ما يحدث مع التتراسيكلين). أشهر الأدوية المسببة للحساسية الضوئية موضحة في الجدول رقم (١).

الجدول رقم (١). الأدوية المسببة للحساسية الضوئية.

أميودارون	مضادات الالتهاب غير الستيرويدي
مببطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين	نيفيديين
السيبروفلوكساسين	فينوثيازين
فوروسيميد	تتراسيكلين
حمض الناليديكسك	ثيازيد

بسبب الكيماويات المستخدمة موضعياً

من أشهر المسببات للحساسية الضوئية الموضعية (أي مسببات الحساسية) المواد الواقية من الشمس (مثل البينزوفينون) ومضادات الالتهاب غير الستيرويدية ومشتقات قطران الفحم والطور. عادة يكون التسمم الموضعي الضوئي (ذا آلية تهيجية) بسبب السورالين المشتق من النباتات، كما هو موجود على سبيل المثال في الجزر والكرفس والشمر والجزر الأبيض والفيجن وعشبة الخنزير العملاقة. يعرف التهاب الجلد الضوئي نباتي المنشأ بأنه التهاب جلدي ضوئي أريجى ناتج عن الحساسية الضوئية الموضعية للجلد من السورالين الناتج من النبات (الشكل رقم ٤). في التهاب الجلد العطري، يحدث تصبغ متفاوت، غالباً على جانبي الرقبة، نتيجة وضع العطور المحتوية على السورالين، مثل زيت البرغموت.



الشكل رقم (٤). التهاب الجلد الضوئي التأتبي المنشأ بسبب الفيجن. كان المريض يجمع النبات في ضوء الشمس وحدثت فقاعات شديدة. وطبيعة هذا المرض مسممة أي تهيجية أكثر منها تحسسية.

الأمراض الجلدية التي تتحسن بضوء الشمس أو تزداد سوءاً به

Dermatoses Improved or Worsened by Sunlight

تؤدي الأشعة فوق البنفسجية إلى تحسن بعد الحالات (الجدول رقم ٢) وتستخدم كعلاج في صورة ضوء الشمس العادي أو الأشعة فوق البنفسجية بـ أ أو الأشعة فوق البنفسجية الف مع السورالين. لكن لا تكون هذه الاستفادة واضحة في كل حالة، فعلى سبيل المثال، قد تؤدي الأشعة فوق البنفسجية إلى زيادة الصدفية أو الإكزيما التأتبية سوءاً. كما قد تؤدي الشمس إلى حدوث الصدفية. الشمس قد تؤدي إلى زيادة العديد من الأمراض الأخرى سوءاً، وهذه الأمراض موضحة في الجدول رقم (٢).

الجدول رقم (٢). الأمراض الجلدية التي تتحسن بضوء الشمس أو تزداد سوءاً به

الأمراض التي تتحسن	الأمراض التي تزداد سوءاً أو تُثار
حب الشباب (العد)	داء دارييه
الإكزيما التأتبية	الهرس البسيط
الفطار الفطرائي	الذئبة الحمامية
التخالية الوردية	البرفيرية
الصدفية	العد الوردي
الحكة اليوريمية	البهاق

الأمراض الجلدية الضوئية

- في الجلد العادي ، قد يسبب ضوء الشمس اسمراراً وحرقاً شمسياً وفي النهاية الشيخوخة الضوئية.
- من الأمراض الجلدية الضوئية مجهولة السبب والهامة. الطفح الضوئي متعدد الأشكال ، والتهاب الجلد السفعي المزمن (الداء السَّفْعِيُّ الشَّبِيهُ بالشُّبَاك) والشرى الشمسي.
- من بين الأمراض الجلدية التي تزداد سوءاً بأشعة الشمس داءُ داربيه والهريس البسيط والذَّبْتُبةُ الحُمَامِيَّةُ والبُرْفِيرِيَّةُ الجلدية والعُدُّ الورْدِيّ والبهاق.
- من بين الأمراض التي تتحسن بأشعة الشمس حب الشباب(العد) والإكزيما التأتبية والفطار الفطرائي والنخالية الوردية والصدفية وحكة الفشل الكلوي.
- من الأدوية التي تعتبر أسباباً شائعة لحدوث الحساسية الضوئية : التتراسيكلين والفينوثيرازين ومثبطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين ومضادات الالتهاب غير الستيرويدية والفوروسيميد والثيازيد.