

العنوان:	الوحدات الوعائية عند الأطفال
المؤلف الرئيسي:	عبده، ماجدة محمد خير
مؤلفين آخرين:	داود، صالح(مشرّف)
التاريخ الميلادي:	2002
موقع:	دمشق
الصفحات:	1 - 70
رقم MD:	574105
نوع المحتوى:	رسائل جامعية
اللغة:	Arabic
الدرجة العلمية:	رسالة ماجستير
الجامعة:	جامعة دمشق
الكلية:	كلية الطب البشري
الدولة:	سوريا
قواعد المعلومات:	Dissertations
مواضيع:	طب الأطفال، الوحدات الوعائية ، التشخيص
رابط:	<a href="http://search.mandumah.com/Record/574105">http://search.mandumah.com/Record/574105</a>

الدكتورة  
ماجدة محمد خير عبده

# الوجعيات الوعائية عند الأطفال

## *Vascular Naive in Children*

بحث علمي أُعد لنيل شهادة الدراسات العليا (الماجستير)  
في قسم الأمراض الجلدية والزهرية - جامعة دمشق

إشراف  
الأستاذ الدكتور: صالح داود

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

**وَقُلْ رَبِّيَ زِدْنِيْ عِلْمًا**

صَدَقَ اللّٰهُ الْعَظِيْمُ

## إهداء

إلى كل الأيدي التي تعطي وتدأب لترسم الابتسامة على وجوه الأطفال....  
إلى وطني..... أرضي..... عائلتي  
رموز عزّي ومعنى وجودي.....  
إلى كل من يحبني.....

ماجدة

## كلمة شكر

كما قطرة الماء تسعدُ بانتمائها لنبيح معطاء، تفخر نفسي وأنا أقول بأنتي من تلاميذ أستاذٍ عظيم نهلنا من علمه ومعرفته وأخلاقه.... أستاذنا الكبير، الأستاذ الدكتور صالح داود الذي أعطى وما يزال الكثير من علمه وعمله، وتعلمنا منه أسرار النجاح والازدهار....

كل الشكر والامتنان لأستاذي الفاضل الأستاذ الدكتور صالح داود الذي مدَّ لي يد العون والرعاية على كل الأوجه، وتفضَّل بالإشراف على هذا البحث والذي تمَّ بتوجيهاته وإرشاداته.

كل الشكر أيضاً للأستاذ الدكتور هاني مرتضى رئيس جامعة دمشق لتفضله بمناقشة هذا البحث....

وجزيل الشكر للدكتور نضال حمادي لتفضله بالمشاركة بمناقشة البحث وكان الأخ الناصح أثناء فترة دراستي....

شكراً وبصدقٍ ومحبة لكل من قدم لي العون والمساعدة لأنجز عملي المتواضع.....

ماجدة

**I – الدراسة النظرية :**

أولاً : لحة تاريخية

ثانياً : التصنيف

ثالثاً : الوحات الوعاؤومية :

أ - تعريف

ب - المرادفات و التصنيف

ج - الأمراض

د - التشريح المرضي

هـ - المظاهر السريرية

و - المضاعفات

ز - المعالجة

ح - آفات مشاهمة .

رابعاً : التشوهات الوعائية :

أ - التشوهات الوعائية الشعرية

ب - التشوهات الوعائية الوريدية

ج - التشوهات الوعائية المختلطة

خامساً : التقرانات الوعائية

## II - الدراسة العملية :

١ - المرضى و طريقة الدراسة

٢ - معدل الحدوث السنوي

٣ - تصنيف المرضى

٤ - دراسة تفصيلية لمرضى الوجحات الوعائزومية :

الدراسة السريرية :

أ - التوزع حسب الجنس

ب - التوزع حسب العمر

ج - التوزع حسب بدء الإصابة

د - التوزع حسب موضع الإصابة

هـ - التوزع حسب الحجم البدئي للإصابة

و - التوزع حسب طور الإصابة

ز - الأعراض و العلامات المرافقة

ح - الحمل و الولادة

ط - التطور الروحي الحركي

ي - السوابق العائلية

الدراسة المخبرية

الدراسة الشعاعية

الدراسة النسيجية

الدراسة العلاجية

٥ - المناقشة

٦ - الخلاصة

٧ - المراجع

## I - الدراسة النظرية

### أولاً : نظرة تاريخية :

منذ أكثر من مائة عام تُعتبر الوحاحات الخلوية و العلامات الوعائية الولادية أشيع التشوهات الجلدية الخلقية عند الأطفال.

بالنسبة للعلامات الوعائية الولادية و التي هي موضوع بحثنا ، تعتبر الوحمة الوعائوية ( وحة الفريز ) أشيع هذه العلامات و قد أكدت الدراسات الأولية مثل دراسة **Duncan ١٩٨٨** . بأن الوحمة الوعائوية ليست آفة تشوئية و إنما أصلها عبارة عن نسيج مولد للأوعية **Vasoformative (١)** .

بين **Jacobs** عام ١٩٥٧ بأن الوحمة الوعائوية قد لا تظهر منذ الولادة و إنما تتطور لاحقاً بعد تطور أفتية وعائية و زيادة جريان الدم إلى نسيج غير طبيعي موجود أصلاً ، و أن حجم الوحمة يعتمد بشكل كبير على حجم النسيج المولد ( ٢ ) ، أيضاً هناك دراسات عديدة أظهرت بأنه من المحتمل أن تكون الوحمة الوعائوية من الأورام العالوية **Hamartomas** و من تلك الدراسات دراسة **Kaplan ١٩٧٧ (٣)** .

و قد حاول العديد من الباحثين وضع تصنيف للوحاحات الوعائية عند الأطفال مع مواجهة صعوبات كثيرة و ذلك بسبب نقص التوافق بين الموجودات السريرية و النسيجية حيث يمكن وجود نمطين نسيجين في ذات الآفة أو عند مريض بآفات متعددة ، كذلك فقد تختلف الإصابة الجلدية عن التشوهات الوعائية الحشوية المرافقة ، هذا و سيتم عرض تصنيف الوحاحات الوعائية بشكل مفصل لاحقاً .

و قد أجريت دراسات كثيرة لتفسير آلية حدوث الوحاحات الوعائية و التي ما تزال غير واضحة حتى الآن و من أهم تلك الدراسات نذكر:

#### • دراسة **Butterworth** و **Stearn** عام ١٩٦٢ :

التي أظهرت زيادة نسبة الإصابة بالوحاحات الوعائية عند مرضى الأذواء العصبية الجلدية و مرضى جفاف الجلد المصطبغ و عند الأطفال المصابين بتشوهات ولادية ناتجة عن إعطاء التاليدوميد للأم الحامل ( ٤ ) .

#### • دراسة **Selmanowitz** عام ١٩٦٨ :

و التي أظهرت زيادة نسبة الإصابة عند مرضى تثلث الصبغي **Trisomy D (٥)** .

• أكد **Cherry** وزملاؤه عام ١٩٦٩ وجود آفات شبيهة بالوعائومات عند الأطفال المصابين بفيروسات **ECHO (٦)** . بعد ذلك وضعت عدة نظريات لتفسير آلية حدوث الوحاحات الوعائية وأهمها علاقتها مع الخداج و سيذكر ذلك بالتفصيل فيما بعد .

أما بالنسبة لمعدل حدوث الوحاحات الوعائية فهي أشيع الآفات الجلدية الولادية عند الأطفال كما ذكرنا في البداية ، و من الدراسات السابقة التي تظهر ذلك دراسة أجريت بين عامي ١٩٦٩ - ١٩٧٠ في مشفى الأطفال بولاية كولومبيا في الولايات المتحدة الأمريكية حيث تم استئصال ١١٠ آفات جلدية عند الأطفال و كانت ٣٦ حالة منها أي بنسبة ٣٣ ٪ وحاحات وعائية مقارنة مع ٢٠ ٪ وحاحات خلوية و ١٢ ٪ تآليل شائعة و نسب متوية أقل من ذلك بكثير للآفات الجلدية الأخرى كالأورام الشحمية أو الكيسات البشرية ( ٧ ) .



بالنسبة لسير و إنذار الوحمات الوعائية فقد أكد **Duncan ١٨٨٨** حدوث التراجع العفوي على الوحمات الوعازومية خاصةً ، بعد ذلك تعددت الدراسات التي توافقت نتائجها مع دراسة **Duncan** وأهمها :  
دراسة **Lister ١٩٣٨ (٨)** و **Jacob ١٩٥٧ (٢)** .

و في عام ١٩٦٣ أكد كل من **Phelan** و **Grace** حدوث التراجع العفوي على غالبية حالات الوحمات الوعازومية التي تمت متابعتها لفترة أكثر من ثلاث سنوات ( ٩ ) .

أيضاً لاحظ **Museles** و **Margileth** عام ١٩٦٥ نفس النتائج تقريباً حيث درس أكثر من مائتي حالة وحة وعازومية ( وحة الفريز ) بفترة الطفولة الباكرة و تمت متابعة الحالات أكثر من سنتين و كانت نسبة التراجع العفوي أكثر من ٧٥ ٪ .  
بعمر ثلاث سنوات ( ١٠ ) .

و في دراسة **Horan** و **Turner** أيضاً في نفس العام توافقت دراستهما مع الدراسة السابقة ( ١١ ) .  
بالرغم من ذلك تبقى بعض الحالات الخاصة بحاجة لمعالجة و قد أظهرت دراسة مشفى الأطفال بولاية كولومبيا بين عامي ١٩٥٩ - ١٩٧١ التي تمت على ٢٨٨ طفل مصابين بـ ٤٢٧ حالة تشوه وعائي جلدي تطوري و كانت نتائجها كما يلي ( ٧ ) :

عدد الحالات	نوع الإصابة
٢٩٠	وحمات وعازومية <b>Angiomatus Nevus</b>
٤٢	وحمات وعازومية شعرية - كهفية <b>Mixed Capillary cavernous H.</b>
٣٠	وعازوم كهفي <b>Cavernous Hemangioma</b>
٢٦	وحمات عنكبوتية <b>Spider Nevus</b>
١٢	وحمات شعلية <b>Portwine stain</b>
٨	وعازوم دموي لمفاوي <b>Hemolymphangioma</b>
٦	متلازمة سترج وير <b>Sturge - Weber Sy.</b>
٤	توسع وعائي ضخامي <b>Hemangiectatic Hypertrophy</b>
٣	وعازوم لمفاوي كيسي <b>Cystic Lymphangioma</b>
٣	تصلب حدي <b>Tuberous Sclerosis</b>
٢	ترقق شبكي ولادي <b>Livido Reticularis</b>
١	وعازوم عرطل مع نقص صفيحات <b>Giant Hemangioma with Thrombocytopenia</b>

و أظهرت هذه الدراسة بأن ٢ ٪ فقط من الحالات تطلبت معالجة فعالة و أن تلك الحالات القليلة تعرضت لاختلاطات أكثر من الحالات التي أجريت فيها المعالجة المحافظة .

أكدت نفس الدراسة بأن أغلبية حالات الوحمات الوعائية قد تم تشخيصها سريرياً و حالات قليلة جداً ( ٤ ٪ ) قد احتاجت لإجراء خزعة نسيجية لتأكيد التشخيص .

## ثانياً: التصنيف :

كما ذكرنا في البداية كانت هناك محاولات عديدة لوضع تصنيف عملي للوحات الوعائية عند الأطفال و ذلك منذ أكثر من خمسين عاماً ، و قد أجمعت كل المحاولات على وضع التصنيف اعتماداً على أرضية سريرية بشكل رئيسي و مع ذلك استخدمت عدة أسماء مترادفة لوصف متغيرات متعددة .

• و منذ عام ١٩٦٨ اعتمد تصنيف Mulliken ( ١٢ ) الذي قسم التشوهات الوعائية الولادية إلى خمس مجموعات رئيسية هي :

١ - الوحات الشعرية :

\* تراجع عفوي : بقعة السلمون - الترقق الشبكي - الوحة العنكبوتية

\* بدون تراجع : الوحة الشعلية - توسع الشعريات الوراثي - الحبيوم المقيح .

٢ - الوحات الوعازومية :

\* التوتية ( الفريز )

\* الكهفية ( العميقة )

\* المختلطة

\* الوعازوم البطاني

\* متلازمة كاسباخ - ميريت .

٣ - وحات وعائية جلدية مع وعازومات جهازية :

\* الوعازومات المتعددة الولادية و المكتسبة

\* الأدوات العداسية ( ستيرج - وير ، فون - هيل ... ) .

٤ - وحات وعائية مع أورام وعائية جلدية :

\* كلييل - تيرينوني وير

\* الوعازوم التؤلوي

\* التقرانات الوعائية

\* الغرن الوعائي

٥ - الوعازومات اللمفية :

\* البسيط

\* المحدد

\* الكيسي

\* المنتشر

- فيما بعد تم تعديل هذا التصنيف عام ١٩٨٥ بشكل كبير حيث أُلغيت بعض التسميات مثل الوحمة الوعاظومية الكهفية و اعتبرت غمطاً عميقاً للوحمة التوتية ( ١٣ ) ، و تم أيضاً التفريق بين التشوهات الوعائية حسب النمط الوعائي المسيطر و قسمت إلى : - شعرية - وريدية - مختلطة - لمفاوية.
- كذلك تم فصل التقرانات الوعائية في مجموعة خاصة و استبعدت عن التصنيف الأورام الوعائية التشوية مثل الغرن الوعائي و الوعاظوم البطاني .
- أما في **Habif** ( ١٤ ) فقد صنفت الآفات الوعائية الولادية اعتماداً على القصة المرضية و الفحص الفيزيائي تحت مجموعتين رئيسيتين و مُيز بينهما حسب عدة صفات كما يلي:

التشوهات الوعائية	الوعاظومات	زمن الحدوث
٩٩ ٪ تشاهد منذ الولادة	٤٠ ٪ منذ الولادة أغلبها خلال السنة الأولى	
شائعة على الأطراف	شائعة على الوجه	التوضع
غير واضحة الحدود	واضحة الحدود	المظهر
لا تبدي أي تغير بل تنمو مع نمو الطفل	طور تكاثري سريع ثم تراجع بطيء	السير السريري
وريدي غالباً يمكن مشاركة وريدية ، شعرية ، شريانية ، لمفاوية	شرياني غالباً	النمط الوعائي
تكاثري بطاني طبيعي وعدد الخلايا البدنية طبيعي	طور تكاثري : فرط تصنيع بطاني طور تراجع ، تليف ، ارتشاح شحمي ، نقص خلوية ، نقص الخلايا البدنية	التشريح المرضي

- وفي عام ١٩٩٢ قسم تصنيف Mulliken المعدل ( ١٥ ) الوحات الوعائية عند الأطفال إلى ثلاث مجموعات رئيسية هي :

١ - الوحات الوعائية Angiomatous Naevi

٢ - التشوهات الوعائية Vascular Malformations

أ . الشعرية : - بقعة السلمون

- الوحة الشعلية ( وحة الصباغ الأحمر )

- الوحة الفقرمية

ب . المختلطة : - الوحة الوعائية الشبكية

- متلازمة ديفري فان - بوغرت

- متلازمة كلييل - ترينوني باركر ووير

ج . الوريدية : - متلازمة الوحة الزرقاء المطاطية

- متلازمة مافوسي

- التشوهات الوريدية النطاقية

- داء غورهام

د . متلازمات تشوهات وعائية: - متلازمة بانايان زونانا

متعددة - متلازمة ريلي سميث

- التشوهات الوعائية العصبية الجلدية الوراثية

هـ . التشوهات الوعائية اللمفاوية .

٣ - التقرانات الوعائية Angiokeratomas

أ . التقران الوعائي المحدد

ب . التقران الوعائي لميللي

ج . التقران الوعائي الحطاطي الوحيد

د . التقران الوعائي على الصفن و الفرج .

و هذا التصنيف هو ما سيتم اعتماده خلال بحثنا بالفصيل .

أ - التعريف :

عبارة عن أورام وعائية تطورية سليمة تظهر غالباً خلال الأشهر الأولى من الحياة و هي ذات طور بدئي تكاثري ثم فترة كمون ثم طور تراجعى بشكل وصفي .

ب - المرادفات و التصنيف :

- الأورام الوعائية الشعرية و الكهفية ( ١٣ ، ١٥ ، ١٦ ، ١٧ ) .
- الوعاؤوم التوي ( ١٤ ، ١٦ ، ١٨ ، ١٩ ) .
- الوحمة التوتية ( وحمة الفريز ) .
- الوحمة الوعاؤومية Navus Vasculosus ( ١٨ ) .

كما ذكرنا في البداية بأن هناك اختلافاً واضحاً حول تصنيف و تسمية الاضطرابات الوعائية التطورية :

- مصطلح وعاءوم يجب أن يقتصر على الأورام التكاثرية بالأصل حيث يمكن أن تتواجد هذه الأورام عند الأطفال الأكبر سناً أو عند الكهول ( مثال : الحبيوم الشعري ( المقيح ) ، فرط التصنع الوعائي اللمفاوي مع فرط الحمضات ) .
  - أما مصطلح الوحمة الوعاؤومية فيفضل استخدامه لوصف النمط التطوري من الوعاؤوم و الذي يظهر في الطفولة المبكرة و سمي سابقاً الوحمة التوتية أو وحمة الفريز ( ٨ ، ١٠ ، ١٢ ، ١٣ ، ١٤ ) أو الوعاؤوم التوي بالرغم من أنه ليس لكل تلك الآفات شكلاً مشابهاً لتوت الأرض ( الفريز ) .
  - استخدم أيضاً مصطلح الوحمة الشعرية أو الوعاؤوم الشعري لوصف الوحات الوعاؤومية و بالرغم من أنه صحيح و مقبول إلا أن استخدامه الخاطئ لوصف أنماط بقعة السلمون أو الوحمة الشعالية يُجذب عدم استخدامه في كلتا الحالتين .
  - أما مصطلح الوعاؤومات الكهفية ( ٢ ، ٣ ، ٧ ، ٩ ، ١٠ ، ١١ ، ١٢ ) الذي استخدم سابقاً لوصف الأشكال العميقة من الوحمة الوعاؤومية فيجب استبعاده أيضاً حيث أن الوعاؤوم الكهفي الحقيقي يشاهد منذ الولادة ويزداد حجمه مع نمو الطفل دون زيادة الحجم السريعة كما في الوحمة التوتية ولا يتراجع عفويّاً ، ويتألف نسيجياً من أوعية وريدية غالباً عميقة التوضع و يمكن مشاهدة نواشير شريانية وريدية ( ٢٠ ، ١٨ ) .
  - أما الوحات الوعائية المتعددة عند الوليد فقد استخدمت عدة مصطلحات لوصفها مثل :
    - داء الوعاؤومات المنتشر عند الوليد ( ٢١ ) .
    - الوعاؤومات المنتشرة الطفحية ( ٢٢ ) .
    - الوعاؤومات الدخنية ( ٢٣ ) .
- وتوافق هذه الحالات غالباً مع وعاءومات جهازية و حينها يفضل تسميتها داء الوعاؤومات الطفحية المنتشرة عند الوليد ( ١٥ ) .

حتى الآن ما تزال آلية حدوث الوحجات الوعاؤومية غير واضحة و كما ذكرنا بأن عدة دراسات منذ مائة عام تقريبا حاولت تفسير هذه الآلية و منها الدراسات التي اقترحت بأن الوحمة الوعاؤومية تظهر عندما تفشل جزر جنينية نسيجية مولدة للأوعية في تكوين اتصال طبيعي مع بقية الجهاز الوعائي ( ٣ ، ٨ ، ١٢ ، ٢٠ ) .  
و اقترح أيضا وجود إمراضية مشتركة مع التكاثر الوعائي الليفي خلف العدسة المشاهد عند الولدان الخدج الذين أعطوا معالجة بالأوكسجين و يعتمد ذلك بشكل غير مباشر على معدل الحدوث العالي للوحجات الوعاؤومية عند أولئك الأطفال، ( ١٩ ، ٢٤ ، ٢٥ ) .

- بين عامي ١٩٨٠ - ١٩٨٧ اقترحت دراسات Folkman و زملائه بأن البطانة الوعائية الشعرية لها قابلية لتطوير أوعية جديدة تحت تأثير عوامل خاصة هي العوامل المولدة للأوعية Angiogenic Factors ، و من المحتمل بأن الخلايا البطانية نفسها قابلة لإفراز مثل تلك العوامل مثلما يحدث في أنواع أخرى من الأورام ( ٢٦ ) .  
و يمكن لأنماط أخرى من الخلايا أن تلعب دور المساعد في التكاثر البطاني و تعتبر الخلية البدينة Mast Cell مرشحاً قوياً لمثل هذا الدور ( ٢٧ ، ٢٨ ) حيث توجد هذه الخلية بأعداد كبيرة خلال التطور التكاثري للوحمة الوعاؤومية و ذلك حسب دراسة Mulliken و Glowacki عام ١٩٨٢ ( ٢٩ ) .
- يمكن أيضاً للهرمونات الستيرويدية الداخلية المنشأ أن تلعب دوراً هاماً في نمو الوحجات الوعاؤومية و ذلك ما حاول إثباته كل من Sasaki و زملائه عام ١٩٨٤ حيث أكدوا زيادة مستويات هرمون ١٧ - بيتا استراديول في المصل و زيادة مستوياته النسيجية عند مرضى الوحجات الوعاؤومية التكاثرية ( ٣٠ ) .
- أما الدراسات الحديثة فتحاول التركيز على أنماط خلوية غير الخلية البدينة و منها دراسة تشخيصية علاجية أجريت في قسم الجراحة ، المركز الطبي بواشنطن و نشرت عام ١٩٩٦ و هدفها هو إثبات وجود تعبير زائد للبروتين الجاذب للوحيدات Monocyte Chemoattractant Protein ١ - m RNA وذلك في خلايا الوحجات الوعاؤومية و التشوهات الوعائية ، و كانت النتيجة :  
وجود زيادة ملحوظة في التعبير عن الـ MCP - ١ m RNA في الخلايا العضلية الملساء الوعائية ( ألفا - أكتين ) و البالعات الخالية HAM٥٦<sup>+</sup> لكل العينات من الوحجات الوعاؤومية بطور التكاثر بينما لم يلاحظ أي تعبير للبروتين نفسه في ٩ من أصل ١٠ عينات وعاؤومات في طور التراجع أو في عينات التشوهات الوعائية ، و ذلك يتوافق مع الارتشاح الشديد للوحمة الوعاؤومية بالبالعات خلال طور التكاثر و نقص الارتشاح في طور التراجع أو في خلايا التشوهات الوعائية .  
أيضا تبين هذه الدراسة نقص التعبير عن البروتين نفسه في الخلايا العضلية الملساء الوعائية البشرية المزروعة بعد معاملتها بـ الديكساميثازون و الانترفيرون ألفا و بالتالي :  
الستيرويدات القشرية يمكن أن تفيد في حوالي ٥٠ ٪ من الحالات إذا أعطيت خلال التطور التكاثري للوحمة بينما لا تعطي أية فائدة في طور التراجع أو في حالات التشوهات الوعائية .
- أما الانترفيرون ألفا فيؤدي لتراجع واضح في الوحمة الوعاؤومية المعقدة على الستيرويدات القشرية و يبدو أن التأثير المفيد لكلا العلاجين خلال التطور التكاثري للوحمة هو بسبب تثبيط إنتاج الـ MCP - ١ و بالتالي إنقاص تدفق البالعات المكونة للأوعية ( ٣١ ) .

#### د - التشريح المرضي :

في الطور الباكر تظهر كتلة صلبة من الخلايا البطانية المتكاثرة و بينها لمعات قليلة أو بدون لمعات ، و بدون تعدد بأشكال النوى مع القليل جداً من الأشكال الانقسامية ( ٢٠ ) .  
أما في الطور التكاثري تظهر بشكل واضح لمعات وعائية شعرية محاطة بخلايا بطانية منتفخة ( خووية الشكل ) . و تظهر تلوينات الشبكين أن كل مجموعة من الخلايا البطانية محاطة بطبقة رقيقة من ألياف الشبكين .  
أما تلوين PAS فيدي تتخن الغشاء القاعدي للخلايا البطانية اغيطة باللمعة و التي تكون بشكل شق يتسع تدريجياً ( ٢٩ ، ٣٢ ) .

تظهر أيضاً أعداد هائلة من الخلايا البدنية بين اللمعات الوعائية و تدريجياً تصبح الوحمة أكثر انتظاما و تتألف من فصوص واضحة مفصولة بمواجز ليفية تحوي ضمنها الأوعية الأم المغذية و الناضجة .  
أما في طور التراجع و الذي يبدأ غالباً بعد عمر سنتين يتضاءل عدد القنوات الوعائية و يزداد قطر اللمعات مع تسطح البطانة اغيطة مما يعطي المظهر الكهفي للآفة و الذي يجب ألا يخلط مع الوعاؤوم الكهفي الوريدي الحقيقي الذي ذكر سابقاً . تحدث أيضاً زيادة تطورية عفوية للنسيج الضام و الشحمي داخل و بين الفصوص الوعائية و تدريجياً تحل الألياف الضامة محل اللمعات الوعائية و ينقص الارتشاح الخلوي المشاهد سابقاً ( بالبالعات و الخلايا البدنية ) بشكل شديد و ذلك ما يتوافق مع المظهر السريري لتراجع الوحمة حيث تترك مكانها تدريجياً نسيجاً ليفياً بلون الجلد .

أما موقع الآفة فيختلف حسب الحالة حيث أغلب الآفات السطحية تكون محصورة في الأدمة الخليمية و تحت الخليمية بينما يمكن للآفات العميقة أن تمتد حتى النسيج الشحمي تحت الجلد و هي ما كانت تدعى سابقاً الوعاؤومات الكهفية بشكل خاطئ .

و بالمنهج الإلكتروني : تبدي الآفات في الطور التكاثري خلايا بطانية عالية الفعالية ذات غشاء قاعدي متعدد الطبقات و يلاحظ وجود زغيبات الخلايا البدنية على طول جدار الوعاء موازية للغشاء القاعدي ( ٣٣ ) ، أما في الطور التراجعي فتلاحظ علامات الأيض الوعائي .

من الدراسات الحديثة التي أجريت باستخدام المنهج الإلكتروني الماسح لإيضاح البنية التركيبية ثلاثية الأبعاد للآفات الجلدية الوعائية السليمة و الخبيثة دراسة في اليابان نشرت ١٩٩٥ و بينت وجود توسعات بالونية غير طبيعية مكان الشبكة الوعائية الطبيعية للجلد أو تراكيب كية أو أوعية حبيبية الشكل و ذلك حسب طبيعة الآفة الجلدية الوعائية المدروسة ( وحة وعاؤومية وعاؤوم كهفي ، تشوهات وعائية ، غرن وعائي ) ( ٣٤ ) .

أما التشريح المرضي للآفات الصغيرة الحجم من داء الوعاؤومات المتعددة فهو مماثل تقريباً له في الوحمة الوعاؤومية المفردة ( ٢٠ ، ٣٣ ، ٣٥ ) .

الوبائيات :

اعتبرت اللوحات الوعاظومية و ما تزال الأورام الأكثر شيوعاً في الطفولة و بشكل عام يبلغ معدل انتشارها حوالي ١ - ٣ ٪ بعد الأيام الأولى من الولادة و حوالي ١٠ ٪ في نهاية السنة الأولى و بشكل نادر جداً قد تظهر اللوحة الوعاظومية النموذجية للمرة الأولى خلال الكهولة .

و من الدراسات الإحصائية للوحات الوعاظومية دراسة أجراها كل من **Maleville - J** و زملائه بين عامي ١٩٧٥ - ١٩٨٢ و نشرت عام ١٩٨٥ ( ٣٦ ) ، و تمت على ٣٦٢ طفل لديهم ٤٦١ آفة وعائية ولادية :- ١١٠ منها نموذج وحة شعلية ( ٢٣ منها بقعة سلمون على الجبهة ) و ٣٥١ آفة عند ٢٨٢ طفل كانت نموذج وحة توبية ، فترة المتابعة ستين و النتائج كما يلي :

- نسبة الذكور / الإناث = ٩ / ١ - نسبة الخدج : ١٩ ٪

- نمط اللوحة : - سطحية ٢٥٣ حالة ( ٧٢ ٪ )

- عميقة ٣٥ حالة ( ١٠ ٪ )

- مختلطة ٦٣ حالة ( ١٨ ٪ )

- عدد الآفات عند نفس المريض : وحتين أو أكثر عند ١٢ ٪

- زمن البدء - منذ الولادة ٥٢ ٪

- خلال الشهر الأول ٣٥ ٪

- بعد الشهر الأول ١٣ ٪

- موقع الإصابة - رأس و عنق ٤٩ ٪

- جذع ٢١ ٪

- طرفين علويين ١٤,٥ ٪

- طرفين سفليين ١٢ ٪

- منطقة تناسلية ٣,٥ ٪

- و كان الحجم الأعظمي للآفة خلال فترة المتابعة :

< ٣ سم

١ - ٣ سم

> ١ سم

٢١ ٪

٤٣ ٪

٣٦ ٪

- و قد حدث الشفاء العفوي عند ٥٢ مريض ( ١٨,٤ ٪ )

سيء

جيد

ممتاز

١٥ ٪

٤١ ٪

٤٤ ٪

( و نسبة الشفاء العفوي منخفضة بسبب نقص فترة المتابعة )

- أما الاختلاطات البسيطة ( تقرح ، انتان ، نزف ) فقد شوهدت عند ١٢,٨ ٪ من الحالات .

- الحالات التي تطلبت معالجة فعالة : ٢ من أصل ٤ مرضى لديهم وعاظوم أخصي ، ٣ من

أصل ٣٠ مريض لديهم وعاظوم جفني ، ٣ من أصل ٣ مرضى لديهم إصابة حنجرية .



وقد ذُكر في **Habif** عام ١٩٩٠ ( ١٤ ) ، أن معدل انتشار **الوحمات الوعاؤومية** يتراوح بين ٦ - ٨ ٪ من الأطفال و نسبة الذكور / الإناث = ٣ / ١ .

و تؤكد دراسات عديدة ارتفاع معدل الحدوث عند الولدان الخدج و تزداد النسبة بتناسب عكسي مع وزن الولادة ( ٢٤ ، ٢٥ ، ٣٢ ) ، في إحدى الدراسات بلغت النسبة ١٣ ٪ خلال سنة و تختلف حسب وزن الولادة كما يلي: ١٦ ٪ عند الخدج بوزن ولادة أقل من ١٥٠٠ غ  
٢٣ ٪ عند الخدج بوزن ولادة أقل من ١٠٠٠ غ  
أما النسبة عند من هم بوزن < ١٥٠٠ غ فلا تختلف عنها عند الولدان الذين أموا الحمل .

أما دراسة **Powell** و **West** ١٩٨٧ ( ٢٥ ) فقد أظهرت أن معدل حدوث **الوحمات الوعاؤومية** عند الولدان الخدج يتناسب عكساً مع عمر الحمل حيث بلغت النسبة ٨ ٪ عند الولدان بعد الـ ٣٥ أسبوع ، ١١ ٪ بين ٣٠ - ٣٥ أسبوع و ١٩ ٪ بين ٢٥ - ٢٩ أسبوع .

و في دراسة **Clarren** و **Smith** ١٩٧٨ ( ٣٧ ) ، ظهر أن **الوحمات الوعاؤومية السطحية** و أحياناً المتعددة تحدث بتواتر عال عند المولودين بتلازمة **الطفل الكحولي Fetal Alcohol Syndrome** .

- الأعراض والعلامات:

تفضل أغلب الدراسات الحديثة تقسيم **الوحمات الوعاؤومية** حسب موقعها النسيجي إلى :

سطحية - عميقة - مختلطة

- **الوحمات السطحية** تشكل ٦٥ ٪ من الحالات تقريباً و تعرف باسم **وحمة الفريز ( التوتية )** اعتماداً على مظهرها السريري و تكون ظاهرة للعيان عادة بعد اليوم الأول من الولادة بشكل مساحة بقعية زائدة التروية أو شاحبة ، بعد ذلك يبدأ تطور وعاؤوم صغير الحجم مكثر بالأوعية في المنطقة البقعية و يزداد حجمه بسرعة و تمتلئ أوعيته و يظهر بشكل تورم واضح الحدود بيضوي أو مدور ، ذي لون قرمزي - أحمر ، سطحه أملس أو مفصص ، و بذلك تصبح الآفة ناضجة و تسمى **الوحمة الوعاؤومية** .  
- في أقل من ٢٠ ٪ من الحالات تكون **الوحمة** موجودة منذ الولادة و في بعض الحالات قد تظهر **الوحمة** على جلد طبيعي سابقاً .

- يمكن أن تظهر **الوحمة التوتية** في أي مكان من الجسم لكن بشكل عام ٦٠ ٪ منها تصيب الرأس و العنق و ٢٥ ٪ على الجذع (و المناطق المفضلة للإصابة هي المنطقة الأليوية حول الشرج عند الجنسين و الفرج عند الإناث ) ، و ١٥ ٪ على الأطراف .

- و في حوالي ٨٠ ٪ من الحالات تشاهد آفة وحيدة لكن قد تكون متعددة ، و نادراً ما تشاهد آفات بأعداد كبيرة عند نفس المريض و في هذه الحالات تكون **الوحمات** بقطر ٢ ملم - ٢ سم و قد يستمر ظهورها حتى السنة الثانية من عمر الطفل ( ٣٨ ) .

- يزداد حجم **الوحمة** عادة بسرعة خلال الأشهر الأولى من العمر و غالباً تصل للحجم الأقصى خلال ٣ - ٦ أشهر بعد ظهورها ، لكن قد تستمر زيادة الحجم بعد السنة الأولى و يتراوح القطر النهائي من بضعة مليمترات - ٢٥ سم أو أكثر ، في بعض الحالات النادرة قد تغطي **الوحمة** معظم أو كامل الطرف ( ١٤ ، ٧ ) .

- يمكن ملاحظة أوردة سطحية ضخمة تحت الجلد المجاور للآفة و عادة يكون هناك جزء عميق للوحمة التوتية إذا كانت كبيرة الحجم و تسمى هذه الآفات بـ الوحمة الوعاؤومية المختلطة و تشكل ٢٠ ٪ من الحالات ( ١٦ ، ٣٣ ، ٣٩ ) .

- أما الوحمة الوعاؤومية العميقة ( تحت الجلد ) فتشكل ١٥ ٪ من الحالات و تأخذ شكل كتلة طرية دافئة مدورة ، زرقاء مغطاة بجلد طبيعي لكن قد يلاحظ على سطحها توسعات شعرية متفرعة ، و تبدو الوحمة الوعاؤومية العميقة عادة كمحفظة الديدان bag of worms و من العلامات المفيدة لتفريقها عن بقية الأورام هي إمكانية ضغطها حتى نصف حجمها الأصلي و تعود إليه بسرعة بعد إزالة الضغط ، أيضاً تبدو هذه الآفات أكبر حجماً و أعمق عندما يبكي الطفل ( ٣٢ ) .

- السير و الإنذار :

يخضع تقريباً ١٠٠ ٪ من الوحمة الوعاؤومية للتراجع العفوي الذي يكون تاماً أو قرب تام في ٩٥ ٪ و ذلك ما أكدته الدراسات القديمة كما ذكرنا في البداية ( ٨ ، ٣٩ ) .  
يشفى بشكل عام حوالي ٣٠ ٪ من الوحمة بعمر ٤ سنوات و ٥٠ ٪ بعمر ٥ سنوات و ٧٥ ٪ بعمر ٧ سنوات ( ٤٠ ، ٤١ ) .

- و عادة لا يتأثر الشفاء المبكر للوحمة بحجمها أو موقعها أو عدد الآفات الموجودة أو عمر البدء و لكن الآفات التي تفشل عادة بمحدوث تراجع تام هي آفات الأنف و الأذنين و الشفتين .  
و من جهة أخرى تترافق بداية الشفاء بشكل مبكر مع سرعة شفاء أكبر و نتائج جمالية عالية و بالعكس تترافق البداية المتأخرة للشفاء مع تراجع غير تام للوحمة .

أما النظرية التي تقول بأن التقرح يسرع بداية التراجع فلا يوجد إثبات قوي يدعمها .  
- يبدأ تراجع الوحمة بتليفيها و ظهور مساحات زهرية رمادية في مركز سطحها يزداد حجمها تدريجياً و تمتد نحو المحيط ، و بعد نهاية التراجع تبدو منطقة الآفة طبيعية أو تبدي ضموراً و توسع شعريات و ذلك أكثر شيوعاً .

و في بعض المناطق الخاصة كالشفتين و الأجنان تترك الوحمة بعد التراجع جيداً من الأوعية المتراجعة على جلد ضموري مهتل .

- الآفات التي تصاب بالتقرح تترك ندبات مصفرة اللون غالباً ، أما الآفات على الفروة فتشفى عادة بدون خاصة ندبية إلا إذا اختلطت بالتقرح .

١ - التقرح :

يحدث بشكل خاص على الآفات في المناطق الشرجية التناسلية و بالتالي قد يسبب عسر تبول أو ألم عند التغوط .  
و قد يحدث التقرح أيضاً على الآفات في المناطق المعرضة للرضوض كالأذنين و الأنف أو الشفتين و حينها قد ينتج عنه ضياع مادي دائم في الأنسجة و بالتالي قد تحدث جدوع سريعة .  
و قد يختلط التقرح بالانتان و النز القويحي الذي يتطلب معالجة خاصة ، أو يختلط بزوف متكررة و يتبع التقرح عادةً حدوث التندب و غالباً ما يترك مكانه ندبات مصفرة اللون ( ١٤ ، ١٥ ، ١٨ )

٢ - النزف :

أكثر شيوعاً من التقرح و عادةً يكون بكميات قليلة و يستجيب للضغط المؤقت ، لكن قد يحيف الأهل في بعض الحالات حيث يكون غزيراً أو يستمر لعدة ساعات و يتطلب حينها نقل الطفل للمشفى للارقاء .  
و نادراً ما يكون النزف شديداً بحيث يصاب الأهل بالذعر من إمكانية نزوب دم الطفل إذا كان بعيداً عن أعينهم خاصة أثناء النوم ، و في جميع الحالات يجب الانتباه لوسادة الطفل حيث يعطي تلوثها بالدم تأكيداً على حدوث النزف ( ١٥ ) .

٣ - الخمج :

يمكن حدوث الخمج الثانوي كاختلاط للتقرح أو بعد أي تداخل على الوحمة ، و نادراً ما يؤدي ذلك لحدوث انتان دم مع عواقب وخيمة على الطفل و أكثر الجرائم خطورة في هذه الحالة هي العقديات A لذلك : يجب الانتباه لإمكانية ظهور علامات انتان الدم في كل حالات تقرح الوحمة الوعاؤومية و تدبيرها بشكل مبكر ( ٤٢ ) .

٤ - السرطن :

لا يحدث التحول الخيبي مطلقاً على حساب الوحمة الوعاؤومية و مع ذلك قد تشخص الوحمة بشكل خاطئ على أنها ورم وعائي خبيث حقيقي ( خاصة إذا كانت من النموذج العميق ) مثل الوعاؤوم البطاني الخيبي أو الوعاؤوم ذو الخلايا المحيطة الخيبي ( ٤٣ ) .

٥ - قصور القلب :

قد يؤدي هروب حجوم كبيرة من الدم عبر وحة وعاءومية عملاقة إلى قصور قلبي ذي نتاج عالي و يحدث هذا الاختلاط عادةً بحالة الوحمة الوعاؤومية المتعددة المترافقة مع وعاءوم كبدي ( ٤٤ ) .

## ٦ - الوعاؤومات الجهازية :

يمكن حدوث وعاؤومات حشوية مع أو بدون وجود وحام وعاؤومية جلدية مرافقة ، و عادة تترافق هذه الوعاؤومات مع النمط الصغير المتعدد للوحام الوعاؤومية .

و تكتشف الوعاؤومات الحشوية عادة في كلٍّ من الكبد ، السيل المعدي المعوي، الطحال ، البنكرياس ، الكظرين ، الرتين ، القلب ، العضلات الهيكلية ، الغدد اللعابية ، الكلتيين ، المثانة ، الخصيتين ، التيموس ، الدرق ، العظام ، السحايا ، الدماغ و العين (٧ ، ٣٥ ، ٤٥ ، ٤٦ ، ٤٧ ) إذا كانت الآفات الحشوية متعددة تكون نسبة الوفيات عالية و تحدث الوفاة خلال الأشهر الأولى من الحياة ، و السبب الأشيع للوفاة هو قصور القلب عالي النتاج و الذي ينتج غالباً عن الشنت الشرياني - الوريدي في الكبد أو الرتين ( ٢٢ ، ٤٤ ، ٤٧ ) .  
أما المضاعفات الأخرى للآفات الحشوية فهي :

متلازمة كاسباخ - ميريت ، الاختلاجات ، الترف المعوي ، اليرقان الانسدادي .

لذلك ينصح بإجراء استقصاءات معينة عند كل رضيع لديه وحام وعاؤومية متعددة و ذلك بوجود دليل سريري على وجود الآفات الجهازية أو بعدمه و تتضمن هذه الاستقصاءات :

- تعداد دم كامل مع الصفيحات ، فحص بول و راسب و تحري الدم الخفي في البراز لنفي الترف .

- صورة صدر شعاعية لتقدير حجم القلب ، ايكو للكبد و غيره من الاستقصاءات المناسبة ( ٤٨ ) ، و من هذه الاستقصاءات التصوير بالمرنان MRI و ذلك لكشف وجود وعاؤومات جهازية و مراقبة تراجعها بعد المعالجة ( ٤٩ ) .

## ٧ - متلازمة كاسباخ ميريت : متلازمة الوعاؤوم - الترف

يعتبر اعتلال التخثر الاستهلاكي اختلاطاً غير شائع لكنه وصفي للوحام الوعاؤومية ، و يحدث الترف في هذه المتلازمة نتيجة تكسد الصفيحات و استهلاك عوامل التخثر ضمن السرير الوعائي للوحمة و بالتالي يؤدي تفعيل النظام الحال للخثرة إلى اعتلال تخثر استهلاكي يتم فيه زيادة استهلاك عوامل التخثر و الصفيحات بالتوازن مع زيادة إنتاجهما ( ٥٠ ، ٥١ ) .  
و يمكن إثبات حدوث تفعيل النظام الحال للفيرين بوجود منتجات تدرك الفيرين FDP في الدوران و قد يحدث التخثر المنتشر داخل الأوعية DIC بعد أي إجراء جراحي على الوحمة مؤدياً لنتائج وخيمة ( ٧ ، ٥٢ ) .

أما الأغماط المؤدية لتلازمة كاسباخ ميريت فهي عادة وحة وعازومية وحيدة ، عميقة ، و كبيرة الحجم لكن قد تحدث على حساب الآفات الأصغر أو الأقل عمقاً ، و أغلب المواضع التي يحدث فيها الاختلاط هي الجذع ، العنق ، و الأجزاء الدانية من الأطراف ، و بشكل أقل شيوعاً يحدث على الرأس ( ٧ ، ١٤ ، ٥١ ، ٥٢ ) .

و تشاهد عادة اللوحات الوعاظومية المسؤولة عن متلازمة كاسباخ - ميريت منذ الولادة بينما يبدو اعتلال التخثر واضحاً خلال الأسابيع الأولى من الحياة غالباً ، و تسبق بداية الاعتلال التخثري بحدوث نزف حول و داخل الوحة نفسها مما يؤدي لزيادة حجمها ، جسوء ، و إيلام بالجلس مع وجود تكدم سطحي ، و قد تؤدي الزيادة السريعة في حجم الوعاظوم إلى حدوث ضغط خطير على التراكيب الحيوية المجاورة خاصة إذا كانت الآفة في المنطقة الرأسية الرقبية .

قد يحدث الترف الحشوي في عدة مواضع و يترافق بنسبة وفيات عالية قد تصل حتى ٤٠ ٪ من الحالات و قد يسبق حدوث الترف في بعض الحالات بإجراء جراحي على الوحة نفسها أو على أي منطقة أخرى من الجسم بالرغم من أن الفحوص الدموية التخثرية المنجزة قبل العمل الجراحي كانت طبيعية في بعض الحالات ( ٥٢ ، ٥٣ ) .

#### ٨ - ضعف الرؤية :

يمكن للوحات الوعاظومية على حساب الأجفان أن تؤثر على الرؤية بعدة طرق هي :

- الغطش الانسدادي الذي قد يحدث إذا غطت الآفة خط الرؤية بشكل مباشر و قد يؤدي إغلاق العين لبضعة أيام فقط خلال السنة الأولى من العمر إلى حدوث هذا الاختلاط لذلك يجب اعتبار انسداد خط الرؤية بوحمة وعازومية جفنية حالة إسعافية ( ١٤ ، ١٦ ، ١٩ ، ٥٤ ) .
- الانحراف حتى في حالة عدم انسداد خط الرؤية و ذلك ربما بسبب ضغط الآفة المباشر على القرنية .

لذلك مهما كانت الطريقة المختارة لمعالجة الوحة الوعاظومية الجفنية فيجب تغطية العين السليمة و ذلك للتخفيف من حدوث الغطش أو الانحراف في العين المصابة.

#### ٩ - انسداد الخرى التنفسي :

يمكن للوحات الوعاظومية في العنق أن تمتد لمنطقة تحت الزمار و بالتالي قد يحدث انسداد الخرى التنفسي العلوي المهدد للحياة و الذي قد يحدث فجأة خلال فترة وجيزة بعد زيادة حجم سريعة للوحة أو حدوث نزف ضمنها و قد يحتاج خزع رغامي إسعافي لكن غالباً ما يحدث لدى أولئك الرضع صرير حنجري بين الأسبوع السادس و الثامن .

لذلك فأي شك بوجود وحة وعازومية تحت الزمار هو استطباب لإجراء صورة شعاعية بسيطة للعنق و من ثم تنظير حنجرة .

أما إصابة الأنف خلال فترة الوليد بالوحمات الوعاظومية فقد تؤدي لإعاقة التنفس أيضاً و ذلك لعدم قدرته على التنفس الفموي لكن غالباً يحدث الانسداد تدريجياً بشكل يسمح للوليد بالتكيف و مع ذلك فعدم القدرة على التنفس الأنفي قد يعيق المص و بالتالي التغذية عند الرضيع .  
١٠ - إعاقة الرضاعة :

قد تحدث في حالات الوحمات الوعاظومية داخل الفم أو تلك المعيقة للتنفس الأنفي كما ذكرنا .  
١١ - انسداد مجرى السمع الخارجي :

يمكن للوحمات على حساب صيوان الأذن أن تسد القناة السمعية و بالرغم من أن ذلك قد يعيق السمع على المدى القريب إلا أنه لا يؤثر عادة على تطور الوظيفة الطبيعية للأذن على المدى البعيد .

أما الانسداد ثنائي الجانب بعد عمر سنة فقد يؤثر على تطور النطق الطبيعي لكن ذلك نادراً جداً .  
١٢ - تشوه العظام :

قد يحدث تشوه عظمي خفيف نتيجة الضغط المباشر للوحمة ( الضغط على القحف ) ، و بشكل نادر جداً قد تخرض الوحمات الوعاظومية الكبيرة الحجم في الوجه حدوث فرط تنمي لعظام الوجه أو لغضروف الأذن ( ٣٢ ) .

### ٣ - المعالجة :

التدبير الأمثل للوحمات الوعاظومية بغياب الاختلاطات أو عدم وجود عائق جمالي هو المراقبة و متابعة الحالة بشكل دوري ، و من المفيد جداً اطلاع الأهل على صور فوتوغرافية متتالية لحالات مشابهة يتم من خلالها تأكيد حدوث التراجع العفوي على الوحمات الوعاظومية بشكل عام و بالتالي طمأنة الأهل و تخفيف مخاوفهم من زيادة حجم الوحمة عند طفلهم ( ٧ ، ١٣ ، ١٤ ، ١٥ ) .  
مع ذلك يجب الانتباه لسرعة تطور الوحمات الوعاظومية خلال الطور التكاثري و مراقبة الحالات التي ما زالت تزداد حجماً و خاصة إذا كانت قريبة أو على حساب بعض المواقع الخاصة التي ذكرت سابقاً .

و لا يلجأ عادة إلى التداخل العلاجي حتى استقرار حجم الوحمة تماماً و مع ذلك فالتأخر في المعالجة قد يقلل من فرص العلاج الناجح .

و حتى الآفات الصغيرة الحجم قد تترك أثراً جمالياً غير مستحب في بعض الأماكن مثل ذروة الأنف و الأثر النفسي الذي قد يخلقه ذلك يبرر التداخل العلاجي الباكر لمثل هذه الآفات .

كذلك تصبح المعالجة واجبة في حالات: الوحمات الوعاظومية التي تهدد بحدوث ضياع مادي نسيجي بسبب تقرحها ( على الأنف أو الأذن ) أو التي قد تؤدي لانسداد مجرى التنفس أو إعاقة الرضاعة ، أو لإعاقة جمالية شديدة ، أو تؤثر على التراكيب الهامة مثل الأجفان ، هذا ويجب :

- دراسة كل حالة من الوحمات الوعاظومية بشكل منفصل و مقارنة فوائدها و أضرار كل من الخيارات العلاجية المتاحة لها و أهم تلك الخيارات تذكر :

## ١- الستيروئيدات الجهازية :

و هي المعالجة المختارة لأغلبية الحالات لكنها تكون فعالة فقط إذا بدأت المعالجة خلال الطور التكاثري للوحمة أما إذا وصلت الآفة للاستقرار فتصح الستيروئيدات الجهازية القموية ذات تأثير ضئيل عليها ( ١٣ ، ١٤ ، ١٥ ، ٣١ ) و بشكل عام :  
يجب البدء بإعطاء الستيروئيدات القموية حين ظهور أول علامة لقصور القلب أو الانسداد التنفسي أو متلازمة كاسباخ ميريت لدى طفل مصاب بوحمة وعازومية ( ١٤ ، ٤٤ ، ٥٠ ، ٥٥ ) .

يعطى البريدنيزولون عادة بجرعة يومية بين ٢ - ٤ ملغ / كغ من الوزن و ذلك لمدة ٤ - ٨ أسابيع ثم يخفض تدريجياً خلال عدة أسابيع ، و يمكن اتباع نظام المعالجة المتناوبة لكنها أقل فعالية إذا اتبعت منذ بداية العلاج ( ٥٦ ) .

إذا لم تلاحظ أية استجابة خلال ٣ - ٤ أسابيع فيجب إيقاف المعالجة لكن قد تحدث زيادة حجم إضافية إذا أوقفت المعالجة بشكل سريع، و قد يلجأ لشوط علاجي إضافي في حالات النكس ( ١٤ ) و عادة ما تحدث استجابة جيدة في ٦٠ ٪ من الحالات إذا بدأت المعالجة بشكل باكر و يتحمل الأطفال المعالجة بشكل جيد عادة و لا تلاحظ إلا بعض التأثيرات الجانبية العارضة .

أما آلية تأثير الستيروئيدات الجهازية في إنقاص حجم الوحمة الوعازومية فما تزال غير واضحة و من النظريات التي تحاول تفسيرها :

- الستيروئيدات تزيد حساسية الأوعية الدقيقة تجاه المواد المقبضة للأوعية و بالتالي تعيق

التكاثر البطاني ( ٥٧ ) .

- يبدو أن للستيروئيدات الجهازية تأثيراً مباشراً على التكاثر البطاني حيث أُثبت أنها تنشط

تكون الأوعية بوجود الهيارين و منتجاته . ( ٥٨ ) .

- يرتبط جزئ الستيروئيدات بمستقبلات الستيرويد ضمن الوحمة الوعازومية المتكاثرة و

ذلك قد يبطئ ارتباطها مع الـ ١٧ - بيتا استراديول و الذي يلاحظ نقص

مستوياته في الدوران بشكل واضح بعد المعالجة بالستيروئيدات الجهازية

( ٣١ ) .

- كما ذكرنا سابقاً قد يكون التأثير المفيد للستيروئيدات على الطور التكاثري للوحمة

بسبب تثبيط إنتاج البروتين الجاذب للبالعات MCP١ التي تعتبر مكونة

للأوعية ( ٣١ ) .

## ٢ - حقن الستيرويدات داخل الآفة :

يمكن أن يؤدي حقن الستيرويدات داخل الوحة الوعاظومية إلى إنقاص حجمها بشكل سريع وغالباً ما تستخدم هذه المعالجة لآفات الأوجفان ( ١٤ ، ٥٤ ، ٥٩ ) .

يتم عادة حقن التريامسينولون ٤٠ ملغ / ١ مل أو ٦ ملغ / ١ مل من محلول مماثل من بيتاميتازون صوديوم فوسفات و بيتاميتازون آسيتات ( ١٤ ) و تكرر المعالجة ٢ - ٣ مرات بفاصل ٦ أسابيع تقريباً .

و إن نسبة فشل هذه الطريقة هي حوالي ٣٠ ٪ و قد يحدث تثبيط كظري مؤقت بعدها ، أما الاختلاطات المرضية فنادرة لكن قد يحدث انصمام الشريان الشبكي المركزي أو إصابة كرة العين نفسها ، هذا و يمكن استخدام طريقة الحقن داخل الآفة لمعالجة الوحوات الوعاظومية في مواضع أخرى غير الأوجفان ( ٦٠ ) .

## ٣ - الستيرويدات الموضعية تحت ضماد كيم :

اقترحت بعض الدراسات بأن الستيرويدات الموضعية القوية تحت ضماد كيم يمكن أن تفيد في معالجة بعض حالات الوحوات الوعاظومية الخاصة ( ٦١ ) .

## ٤ - المعالجة الشعاعية :

لا ينصح بها عادة إلا في حالات الوحوات الوعاظومات الكبدية عندما تفشل باقي الطرق العلاجية ، أما في معالجة الوحوات الوعاظومية الجلدية فهناك شك بنتائجها بالإضافة لحدوث عقابيل سيئة على الأمد البعيد مثل :

- انصمام الشريان السباتي .
  - اضطراب نمو العظام و فرط تصنيع الأنسجة الرخوة كالندي .
  - حدوث الساد بعد معالجة آفات الأوجفان .
  - زيادة خطر حدوث الخباثات خاصة الغرن ( الساركوم ) الوعائي أو السرطانة الشائكة على حساب الوحة الوعاظومية المشعة .
- و قد تتطور آفات ورمية على حساب العظام ، الندي ، الدرق و الأنسجة الرخوة ( ٦٢ ، ٦٣ ) .



## ٥ - حقن المواد المصلبة :

يمكن أن يؤدي حقن الخاليل المصلبة إلى إنقاص حجم الوحمة الوعاؤومية العميقة و من هذه الخاليل :  
- ستيرات الصوديوم بنسبة ٣٠ %  
- ميتو - ايتانول أمين أولات ٥ %  
- محلول سكري ٣٠ %  
- محلول ملحي مشبع .

و يتم الحقن باستخدام إبرة رفيعة و يحقن ٥,٥ - ٥ مل بفواصل شهرية، و قد تم الحصول على نتائج ممتازة في بعض الحالات ( ٦٤ ) و يعتبر المغزيوم المعدني مادة مصلبة فعالة حيث أن زرقة داخل الوحمة الوعاؤومية ذات التطور السريع يمكن أن يكون فعالاً (٦٥).

## ٦ - المعالجة بالبرودة :

يمكن أن تؤدي لإعطاء نتائج ممتازة في العديد من حالات الوحمة الوعاؤومية خاصة السطحية و الصغيرة الحجم لكن هناك إمكانية حدوث التندب في بعض الحالات (٦٦،٧، ٦٧).  
٧ - المعالجة بالليزر :

يمكن أن تكون فعالة في المرحلة البقعية أو بداية المرحلة اللويحية للوحمة و ذلك

باستخدام الليزر الصباغي النابض ٥٨٥ نانومتر ( ٦٨ ) .

و يمكن أيضاً إجراء استئصال لبقايا الوحمة عند الكهول بواسطة الليزر CO<sub>2</sub> و خاصة الآفات الفموية ( ٦٩ ) .

نوع آخر لليزر استخدم لمعالجة الوحمة الوعاؤومية هو Nd : YAG ليزر و الذي يعطي إصداراً في المجال القريب من الأشعة تحت الحمراء و يؤدي لتختير ضوئي حتى عمق اسم ، و قد عولجت به وحمة وعاؤومية تامة التطور بنجاح و درجة تندب أقل من الليزر CO<sub>2</sub> ( ٧٠ ) ، و يمكن أن يتبع ذلك بإجراء حقن الستيروئيدات داخل الآفة، و حديثاً تم تطوير مشرطاً ليزرياً Nd : YAG ذلك فآفة مدورة تسمح بإجراء استئصال للوحمة مع ارقاء ممتاز ( ٧١ ، ٧٢ ) .

## ٨ - الاستئصال الجراحي :

يستطب عادة لإزالة الشيات الجلدية الندبية المتبقية بعد التراجع العفوي للوحمة

الوعاؤومية كبيرة الحجم ، و يمكن أن يستطب أيضاً في بعض الحالات الخاصة من التطور الباكر لتراجع الوحمة الوعاؤومية مثال :

آفات الأبقان التي تحتاج لمعالجة فعالة و لم تستجب بشكل كاف للستيروئيدات الجهازية أو حقن ضمن الآفة .

و تستطب الجراحة التصنيعية أيضاً في حالات حدوث ضياع للأنسجة خلال التطور التكاثري خاصة للآفات الواسعة على الوجه حيث يؤدي تقرحها إلى فقدان أجزاء من الأنف و الشفتين أو الأذنين .