دار المنظومة
DAR ALMANDUMAH
الرواد في قواعد المعلومات العربية

العنوان:	دراسة إحصائية وسريرية للوحمات الجلدية
المؤلف الرئيسي:	سلمان، رنا
مؤلفين آخرين:	إشخانيان، سيلوا، دندشلي، أنور(مشرف)
التاريخ الميلادي:	2004
موقع:	حلب
الصفحات:	1 - 56
رقم MD:	575757
نوع المحتوى:	رسائل جامعية
اللغة:	Arabic
الدرجة العلمية:	رسالة ماجستير
الجامعة:	جامعة حلب
الكلية:	كلية الطب
الدولة:	سوريا
قواعد المعلومات:	Dissertations
مواضيع:	الأمراض الجلدية ، الوحمات الجلدية ، تشخيص الأمراض ، العلاج
رابط:	http://search.mandumah.com/Record/575757

© 2020 دار المنظومة. جميع الحقوق محفوظة.
هذه المادة متاحة بناء على الإتفاق الموقع مع أصحاب حقوق النشر، علما أن جميع حقوق النشر محفوظة. يمكنك تحميل أو طباعة هذه المادة للاستخدام الشخصي فقط، ويمنع النسخ أو التحويل أو النشر عبر أي وسيلة (مثل مواقع الانترنت أو البريد الالكتروني) دون تصريح خطي من أصحاب حقوق النشر أو دار المنظومة.

جامعة حلب
كلية الطب البشري
قسم الأمراض الجلدية والزهرية

دراسة إحصائية وسريرية للوحمات الجلدية

بحث علمي أعد لنيل شهادة الدراسات العليا
في الأمراض الجلدية والزهرية

إعداد:

الدكتورة رنا سلمان

إشراف:

د. أنور دندشلي
أستاذ مساعد في قسم الأمراض الجلدية والزهرية
كلية الطب-جامعة حلب

د. سيلوا إشخانيان
أستاذ مساعد في قسم الأمراض الجلدية والزهرية
كلية الطب-جامعة حلب

٢٠٠٤ م
١٤٢٥ هـ

" شـــهادة "

أشهد بأن العمل الموصوف في هذه الرسالة هو نتيجة بحث قامت به المرشحة **الدكتورة رنا ســـلمان** طالبة الدراسات العليا فـــي **قســـم الأمـــراض الجلديـــة والزهرية** في كلية الطب بجامعة حلب بإشراف **الدكتور أنور دندشلي** الأســـتاذ المساعد في قسم الأمراض الجلدية والدكتورة سيلوا إشخانيان الأستاذ المساعد في قسم الأمراض الجلدية في كلية الطب بجامعة حلب.

وأي رجوع إلى بحث آخر في هذا الموضوع موثق في النص.

المرشحة:

د. رنا سلمان

المشرف:

د. أنور دندشلي	**د. سيلوا إشخانيان**
أستاذ مساعد في قسم الأمراض الجلدية والزهرية	أستاذ مساعد في قسم الأمراض الجلدية والزهرية

" تصريـح "

أصرح بأن هذا البحث:

"دراسة إحصائية وسريرية للوحمات الجلدية"

لمْ يَسبُق أنْ قُبِلَ لأي شهادة ولا هو مُقدَّم حالياً للحُصولِ على شَهادةٍ أُخرى.

المرشحة

الدكتورة رنا سلمان

نُوقِشتْ هذِهِ الرسالةُ بتاريخ: / / ٢٠٠٤ م
وأُجيزت

المشرف على الرسالة:

د. أنور دندشلي أستاذ مساعد في قسم الأمراض الجلدية والزهرية

د. سيلوا إشخانيان أستاذ مساعد في قسم الأمراض الجلدية والزهرية

كلمة شكر

لا يدلي وأنا على أعتاب مرحلة جديدة هي الأدق

والأصعب من أن أتوجه بالشكر إلى أساتذتي

الكرام الذين أعطوني من علمهم بصدق وأدوا

رسالتهم بأمانة.

وأخص بالشكر: أ.م.د. أنور دندشلي

وأ.م.د. سيلوا إشخانيان لتفضلهما بالإشراف

على هذا البحث

د. رنا سلمان

الفهرس

الموضوع	رقم الصفحة
المقدمة	١
الباب الأول:	٢
الدراسةالنظرية	٢
١- تعريف الوحمات	٢
٢- تصنيف الوحمات	٢
٢-١. الوحمات العضوانية	٢
٢-١-١.الوحمات الظهارية	٢
٢-١-١-١. الوحمات البشروية	٢
٢-١-١-٢. وحمات الغدد الزهمية	٣
٢-١-١-٣. وحمات الغدد العرقية	٤
٢-١-١-٤. وحمات الأشعار	٤
٢-١-١-٥.الوحمة الزؤانية	٤
٢-١-٢. وحمات النسيج الضام	٥
٢-١-٢-١.وحمة النسيج الضام القطنية العجزية	٥
٢-١-٢-٢. وحمة النسيج الضام العقيدية الكبيرة المنتشرة	٥
٢-١-٢-٣. الوحمة المرنة	٥
٢-١-٢-٤. الورم المرن الشبابي	٥
٢-١-٢-٥. الوحمة الشحمومية السطحية	٦
٢ -١-٣. الوحمات الوعائية	٦
٢-١-٣-١. الوحمة الشعلية	٦
٢-١-٣-٢. الوحمة العنكبوتية	٦
٢-١-٣-٣. الوحمة الفقرمية	٧
٢-١-٣-٤. الوحمة الوعائية المختلطة	٧
٢-٢. الوحمات الصباغية	٧
٢-٢-١. الشامة	٧
٢-٢-٢. آفات الأغشية المخاطية الميلانية	٨
٢-٢-٣. الوحمة الميلانية المكتسبة	٨

٢-٢-٣-١. وحمة الخلايا المغزلية والظهرانية ٩
٢-٢-٣-٢. وحمة الخلايا المغزلية المصطبغة لريد ١٠
٢-٢-٣-٣. الوحمة الهالية ١١
٢-٢-٣-٤. الوحمة الشامية المنقطة ١١
٢-٢-٤. الوحمة الميلانية الأدمية ١٢
٢-٢-٤-١. البقعة المنغولية ١٢
٢-٢-٤-٢. وحمة أوتا ١٢
٢-٢-٤-٣. وحمة إيتو ١٢
٢-٢-٤-٤. الوحمة الزرقاء ١٢
٢-٢-٥. الوحمة المركبة ١٣
٢-٢-٦. الوحمة الميلانية الخلقية ١٤
٢-٢-٧. الوحمة غير النموذجية ١٥
٣- التنظير الجلدي ١٨
٣-١. لمحة عن التنظير الجلدي ١٨
٣-٢.أهمية التنظير الجلدي ١٨
٣-٣.الأدوات ١٨
٣-٤.الطرق التشخيصية باستخدام تقنية التنظير الجلدي ١٨
الباب الثاني ٢٢
الدراسة العملية ٢٢
الفصل الأول ٢٢
١- أهمية البحث ٢٢
٢- هدف البحث ٢٢
٣- مادة البحث ٢٣
٤- طريقة البحث ٢٣
الفصل الثاني ٢٦
النتائج والمناقشة ٢٦
١.أنماط الوحمات الجلدية ٢٦
٢.توزيع الوحمات الميلانية حسب العمر والجنس ٢٦
٣. العلاقة مع النمط اللوني ٢٨

٤.العلاقة مع التعرض للشمس ٢٩
٥. توزيع الوحمات الميلانية حسب الموقع التشريحي ٣١
٦. الدراسة النسيجية ٣٢
٧. تصنيف أسباب استئصال الوحمات الميلانية ٣٦
٨. الدراسة بمنظار الجلد ٣٨
الفصل الثالث ٤٢
الدراسة المقارنة ٤٢
الباب الثالث ٥٢
خلاصة البحث ٥٢
المراجع ٥٤

فهرس الجداول

رقم الجدول	الموضوع	رقم الصفحة
١	يبين معايير التنظير الجلدي بطريقة النموذج التحليلي للتفريق بين الآفات الميلانية الحميدة والخبيثة	١٩
٢	يبين العدد الوسطي للوحمات الميلانية عند الفرد حسب الفئات العمرية والجنس	٢٧
٣	يبين النمط اللوني للجلد حسب Fitzpatrick	٢٨
٤	يبين العدد الوسطي للوحمات الميلانية عند الفرد حسب النمط اللوني	٢٨
٥	يبين العدد الوسطي للوحمات الميلانية لدى الأشخاص مع اختلاف تعرضهم لأشعة الشمس	٢٩
٦	يبين توزع الوحمات الميلانية حسب الموقع التشريحي عند كل من الذكور والإناث	٣١
٧	يبين الأنماط النسيجية للوحمات الميلانية المستأصلة	٣٤
٨	يبين أسباب استئصال الوحمات الميلانية	٣٦
٩	يبين المقارنة بين الموجودات بمنظار الجلد والمعطيات النسيجية للوحمات الميلانية	٣٨
١٠	يبين المقارنة بين دراستنا ودراسة Mackie بالنسبة لقيم الوحمات الميلانية الوسطية لدى الجنسين وذلك في العقد الأول والثاني والثالث	٤٣
١١	يبين المقارنة بين دراستنا والدراسات العالمية بالنسبة للعلاقة بين العدد الوسطي للوحمات الميلانية والجنس	٤٤
١٢	يبين المقارنة بين دراستنا والدراسات العالمية بالنسبة للعلاقة بين عدد الوحمات الميلانية الوسطي لدى الفرد والتعرض الشمسي	٤٦
١٣	يبين المقارنة بين دراستنا والدراسات العالمية بالنسبة للعلاقة بين عدد الوحمات الميلانية الوسطي والنمط اللوني لدى الأفراد	٤٦
١٤	يبين المقارنة بين دراستنا والدراسات العالمية بالنسبة للعلاقة بين العدد الوسطي للوحمات الميلانية مع الموقع التشريحي	٤٨
١٥	يبين المقارنة بين دراستنا والدراسات العالمية بالنسبة للاختلاف في توزع الوحمات الميلانية بين الذكور والإناث	٤٩
١٦	يبين المقارنة بين الموجودات التنظيرية للوحمات الخلقية في دراستنا مع الدراسات العالمية	٥٠
١٧	يبين المقارنة بين نسبة الوحمات عسيرة التصنع المشخصة نسيجياً في دراستنا مع نسبتها في الدراسات العالمية	٥١

فهرس المخططات البيانية

رقم المخطط	الموضوع	رقم الصفحة
١	يبين العدد الوسطي للوحمات الميلانية عند الفرد حسب الفئات العمرية والجنس	٢٧
٢	يبين العدد الوسطي للوحمات الميلانية عند الفرد حسب النمط اللوني	٢٩
٣	يبين العدد الوسطي للوحمات الميلانية لدى الأشخاص مع اختلاف تعرضهم لأشعة الشمس	٣٠
٤	يبين توزع الوحمات الميلانية حسب الموقع التشريحي عند كل من الذكور والإناث	٣١
٥	يبين نتائج الدراسة النسيجية للوحمات الميلانية المستأصلة	٣٤
٦	يبين أسباب استئصال الوحمات الميلانية	٣٦

مقدمة:

لم يتم التوصل حتى الوقت الحاضر إلى تعريف مقبول فيما يخص أمر الوحمات.

وهي تعرف على أنها شذوذ في بنية أو تركيب الجلد الخلوي وتكون عادةً خلقية ولكن يتأخر أحياناً ظهورها حتى الطفولة أو بداية الشباب أو بعد ذلك.

تكتسب الوحمات الميلانية أهمية خاصة نظراً لأن سرطاناً جلدياً خطيراً (الميلانوم الخبيث) يمكن أن ينشأ انطلاقاً من وحمة موجودة سابقاً .

وبما أن دراسات متعددة اقترحت دور ضوء الشمس في تكوين الوحمات الميلانية وتطوير الميلانوم الخبيث ،وحيث أن سوريا بلداً مشمساً (فصل الصيف طويل)ويتنوع سكانها في أنماطهم اللونية فإننا سنركز في هذه الدراسة على الوحمات الميلانية من حيث عددها وتوزعها التشريحي وعلاقتها بالتعرض الشمسي و النمط اللوني وجنس الفرد ،بالإضافة إلى نمطها النسيجي والعلامات الملاحظة عند دراستها بمنظار الجلد ومناقشة النتائج للوصول إلى التوصيات الصحيحة بما يخدم الصحة العامة للفرد.

الباب الأول

الدراسة النظرية

١.تعريف الوحمات:

عرّف الوحمات على أنها شذوذ في بنية أو تركيب الجلد الخلوي وتكون عادة خلقية ولكن يتأخر أحياناً ظهورها حتى الطفولة أو بداية الشباب أو بعد ذلك.

لقد أقتُرح أن يتضمن هذا التعريف شرطاً أساسياً وهو أنه يجب أن تحدد الآفات بوساطة وراثة مزيقة Genetic mosaicism وقد تم إثبات هذه الوراثة في بعض الوحمات

٢. تصنيف الوحمات: تختلف تصانيف الوحمات الجلدية حسب المراجع:

٢-١. الوحمات العضوانية:

هي عبارة عن تشوهات ولادية تنجم عن الاضطراب الموضع في نسب البنى الجلدية السوية، الحدود غير واضحة بينها وبين الأورام الحميدة ذات البنى العضوانية وقد يحدث توضع شدفي أو خطي أو مجموعي في كل الوحمات العضوانية.

٢-١-١. الوحمات الظهارية:

٢-١-١-١. الوحمات البشروية:

هذه الوحمات ولادية أو تتطور في سن الطفولة وتتألف من تنشؤات حليمومية ذات حدود واضحة قد تكون منعزلة أو على شكل مجموعات، وهي ذات تقران سطحي على درجات مختلفة، ويمكن تمييز الأشكال السريرية تبعاً لمدى الورام الحليمي وفرط التقرن والتفاعل الإلتهابي والمظاهر النسيجية المرافقة.

- الوحمة البشروية الحليمومية الطرية:

هذه الوحمة محددة عادة في نواح صغيرة وهي بلون الجلد أو مائلة للرمادي وتشبه من الناحية السريرية التقران المثي الحليمومي وتتميز نسيجياً بوجود شواك وورام حليمي وفرط تقرن سوي.

- الوحمة الثؤلولية:

وتتظاهر سريرياً على شكل سطح قاسٍ تقرني شبيه بالثؤلول ذو لون بني متسخ (الوحمة البشروية القاسية).

نسيجياً: يوجد فرط تقرن سوي كما توجد أحياناً بؤر عامودية من خطل التقـــرن ضـــمن التشكلات الصفيحية للطبقة المتقرنة.

- الوحمة الثؤلولية وحيدة الجانب: يأخذ هذا الشكل وحيد الجانب (نادراً ثنائي الجانـــب) توزعاً خطياً غريباً، نطاقياً بشكل جزئي.

نسيجياً: يوجد فرط تقرن حال للبشرة.

- الوحمة البشروية الثؤلولية الخطية الالتهابية ILVEN: تظهر هذه الوحمة في سن الطفولة وكثيراً ما تزداد حجماً بشكل تدريجي وأحياناً تصبح معممة وتتميز بوجود آفات ثابتـــة حاكة، حمامية وسفية أو حطاطية تقرنية صدافية الشكل ويبـــدي ســـطحها علامـــات التهاب واضح كما لوحظ ترافقها مع اضطرابات عظمية وعصبية مركزية.

نسيجياً: شواك وورام حليمي وفرط تقرن وخطل تقرن ووجـــود رشـــاحة باللمفاويـــات وبالمنسجات في الأدمة العلوية.

السير: تكبر الوحمات البشروية ببطء أثناء الحياة أحياناً ولا يحدث في العادة تراجع عفوي.

التدبير: يمكن التخلص من الوحمات البشروية المزعجة بواسطة الاستئصال أو السنفرة العميقة أو بالقطاع الجلدي Dermatome حيث يجرى القطع على شكل شـــرائح خـــلال عـــدة جلسات.

٢-١-١-٢. وحمات الغدد الزهمية:

- الوحمة الزهمية: هي عبارة عن تشوه وحماني وترافق بزيادة واضحة في فصيصات الغـــدد الزهمية.

سريرياً: تصيب الوحمات الزهمية فروة الرأس بشكل انتقائي ومفضل وتبدو على شكل بقعة ولادية مسطحة مرتفعة قليلاً، طرية ومرنة وذات سطح لماع ولـــون أصـــفر ســـطحها ذو أخاديد، ناعم حليمومي قليلاً، ويكون تقرنياً في بعض الأحيان وقد تأخذ أشكالاً خطيـــةً أو معممة.

نسيجياً: يتكون المظهر النموذجي من فصيصات الغدد الزهمية الناضجة في الأقسام العلويـــة والمتوسطة من الأدمة وكذلك تتزايد البنى الظهارية من حيث العدد مثـــل الغـــدد المفتـــرزة والجريبات الشعرية المجهضة أو البشرة الشواكية الورامية الحليمية مفرطة التنسج .

الإنذار: حدوث السرطانة قاعدية الخلايا كثير نسبياً في الوحمات الزهمية (في ٣٠% من الحالات) وقد تترافق الوحمة الزهمية مع اضطرابات في الجهاز العصبي المركزي وتشوهات في الهيكل العظمي.

التدبير: يجب استئصال الوحمة في سني اليفع الباكرة على الأكثر بسبب إمكانية حصول الأورام وفيما عدا ذلك فهي تحتاج إلى المراقبة المنتظمة.

- الوحمة العدية: هنا تُظهر مناطق محددة من الجلد غير متناظرة آفات نموذجية من العد الشائع على جلد سليم أو تكون على شكل مناطق مصابة بعد أكثر شدة من المحيط، لا تصبح الآفات واضحة حتى سن المراهقة.

٢-١-١-٣. وحمات الغدد العرقية:

هي تشوهات وحمانية تترافق مع زيادة الغدد العرقية.

- وحمة الغدد العرقية الناتحة:

آفة نادرة تتكون سريرياً من آفات بيضاء قد يحرض فيها حدوث فرط التعرق في نواحٍ موضعة وهي تشخص نسيجياً.

- وحمة الغدد العرقية المفترزة:

آفة لا تحدث كحالة مستقلة، تشاهد تجمعات موضعة من الغدد المفترزة مترافقة مع وحمات ظهارية وخاصة منها الوحمة الزهمية.

٢-١-١-٤. وحمات الأشعار:

هي تشوهات وحمانية مع زيادة الجريبات الشعرية.

- وحمات الأشعار النقية:

هي نادرة جداً وتتظاهر على شكل تكدسات من الأشعار الطويلة في ناحية موضعة وكثيراً ما تظهر مشتركة مع الوحمات وحمية الخلايا على شكل وحمة مصطبغة وحمية الخلايا ومشعرة وأحياناً تترافق مع الوحمات الظهارية أو الوحمات الزهمية.

- وحمة الأشعار الصوفية:

وهوتعبير يُستعمل لوصف بؤر محددة في فروة الرأس يكون الشعر فيها مجعداً كما هو لدى السود وتظهر عادة لدى اليافعين وغالباً ما تكون مترقية.

٢-١-١-٥. الوحمة الزؤانية:

تتألف من فوهات جريبية متوسعة مملوءة بسدادات كيراتينية تشبه الزؤان تأخذ شكل خطي أو

شكل دوامات تغطي أحياناً مساحات واسعة من الوجه و الجذع والأطراف وتمتد أحياناً الآفات من الجلد المشعر إلى الراحتين والأخمصين التي لا تحوي على جريبات شعرية زهمية.
تتواجد أحياناً عند الولادة ولكنها غالباً تظهر خلال الطفولة أو المراهقة وقد افتـــرض أنهـــا ذات أصل شعري زهمي.
نسيجياً: جريبات متوسعة تحتوي على كيراتين مصفح.

٢-١-٢. وحمات النسيج الضام:

هي عبارة عن تشوهات خلقية في الأديم المتوسط مع زيادة محددة في بنى النسيج الضام.

٢-١-٢-١. وحمة النسيج الضام القطنية العجزية:

وتدعى كذلك وحمة حجر الرصيف.

سريرياً: هي عبارة عن بقع مسطحة، مرتفعة قليلاً بلون الجلد أو ضاربة للبياض على شكل حجر الرصيف أو عبارة عن عقيدات تتوضع في الناحية القطنية العجزية وقد تكون هذه الآفات علـــى شكل مجموعات أو تكون خطية أو معممة في توزعها وكثيراً ما تكون وحمـــة النســـيج الضـــام تظاهرة مرافقة للغدوم الزهمي أو داء برينكل.

نسيجياً: زيادة في النسيج الضام المغرائي الكثيف التوزع.

التدبير: الاستئصال هو الحل الوحيد.

٢-١-٢-٢. وحمة النسيج الضام العقيدية الكبيرة المنتشرة:

وهو نموذج نادر جداً وتصف هذه التسمية الصورة السريرية لهذه الوحمة ويمكن تأكيد التشخيص بالخزعة.

٢-١-٢-٣. الوحمة المرنة:

تظهر هذه الوحمة النادرة عادة في الناحية الصدرية وتكون متعددة وتتألف من حطاطات صـــفراء ضاربة للبياض أو آفات مسطحة أكبر حجماً.

نسيجياً: يوجد زيادة في النسيج المرن وكثيراً ما تزداد الألياف المغرائية أيضاً.

٢-١-٢-٤. الورم المرن الشبابي:

وهو الشكل المنتشر لوحمة النسيج الضام.

سريرياً: يتظاهر على شكل لويحات طرية بيضاء مصفرة مسطحة ومرتفعة قليلاً تتطـــور خـــلال بضعة أشهر إما في سن الطفولة أو في باكورة الشباب، وهي آفات محصورة في ناحية الثدي أو

منتشرة وخاصة في ناحية البطن والإليتين والفخذين حيث تكون متناظرة أو موزعة في مجموعات.
نسيجياً: يوجد زيادة في عدد وحجم الألياف المرنة في الأدمة دون ارتشاح التهابي.
السير: ليس هناك أي ميل باتجاه الخباثة.

٢-١-٢-٥. الوحمة الشحمومية السطحية:

هي تشوه وحمائي مع زيادة موضعة في النسيج الشحمي.
سريرياً: قد تظهر منذ الولادة وتتوضع عادة في الناحية القطنية أو الإليوية وتتألف من حطاطات طرية بلون الجلد أو صفراء أو عقيدات مسطحة ناعمة ذات سطح ثؤلولي.
نسيجياً: توجد فصيصيات من النسيج السوي في الأدمة العلوية.

٢-١-٣. الوحمات الوعائية:

٢-١-٣-١. الوحمة الشعلية:

سريرياً: لويحات واضحة الحدود بلون أحمر نبيذي أو بنفسجي ولادية أو تتطور باكراً وهي تزول بالضغط وكثيراً ما تأخذ أشكالاً غريبة يتراوح قياسها بين عدة مليمترات إلى مساحات كبيرة تغطي أجزاء من الجسم تكبر هذه الوحمات عادة مع ازدياد حجم الطفل المصاب ولكنها لا تبدي أبداً نمواً عفوياً أو ميلاً للتراجع.
الوحمات الشعلية المتناظرة : قد تظهر هذه الآفة في بعض الأحيان بشكل عائلي وهي تتوضع في خطوط الانغلاق المضغية مثال منتصف الجبهة، فوهتي الأنف، العجز، تكون ألوانها حمراء داكنة وإنذارها حسن حيث أنه ٧٠-٨٠% منه يتراجع عفوياً خلال الأشهر أو السنوات الأولى من العمر.
وحمة أونا – بولتيزر في مؤخرة العنق: تبدو كبقعة وحيدة – نبيذية اللون على النقرة وتعرف ببقعة السلمون لا تبدي أي ميل للتراجع.
الوحمة متوسعة الشعريات: تبدو على شكل شبكة كثيفة من الشعريات المتوسعة الرقيقة والكبيرة وكثيراً ما تتوضع على الوجه وهي لا تبدي أي نمو فعلي.
نسيجياً: توجد شعريات دموية متوسعة في أسفل الأدمة.

٢-١-٣-٢. الوحمة العنكبوتية:

هي آفة تشير إلى تشكلات صغيرة وجديدة وهي ليست بوحمة حقيقية.

٢-١-٣-٣. الوحمة الفقرمية:

تتظاهر سريرياً على شكل بقعة ذات شكل غير منتظم حدودها واضحة جداً ولونها أبيض وهي لا تحمر لدى فرك الجلد وتشير الدراسات إلى عدم وجود نقص أو انعدام تنسج في الأوعية الدموية الجلدية وبأن الأوعية الدموية السطحية موجودة في الحقيقة في الوحمة الفقرمية إلا أنها تبدي حساسية زائدة داخلية المنشأ تجاه الكاتيكولامينات يؤدي إعطاء العناصر الحاصرة للمستقبلات- ألفا إلى احمرار الوحمة.

٢- ١-٣-٣. الوحمة الوعائية المختلطة:

هي عبارة عن اشتراك نادر بين الوحمة متوسعة الشعيرات والوحمة الفقرمية وقد تحدث مع متلازمات ولادية أخرى.

سريرياً: تتواجد الآفات منذ الولادة أو أنها تلاحظ فيما بعد أثناء الطفولة وأحياناً تُرى في سن الكهولة تكون على شكل بقع متوسعة الشعيرات مع بقع بيضاء فقرمية وكلتاهما ذات حدود واضحة لكنها غير منتظمة وتتواجد في ناحية واحدة من الجسم ممزوجة بعضها مع بعض.

نسيجياً: تكون الأوعية سوية في السنوات الباكرة أما فيما بعد فتتميز المكونتان إما بوجود توسع وعائي أو تقبص وعائي دائمين.

٢-٢. الوحمات الصباغية:

٢-٢-١. الشامة:

هي عبارة عن بقعة بنية تنشأ كنتيجة للعدد الزائد من الخلايا الميلانية عند الوصل البشروي الأدمي بدون دليل على تكاثر هذه الخلايا الميلانية باتجاه الأدمة.

التشريح المرضي: يوجد زيادة خطية في عدد الخلايا الميلانية على طول الوصل البشروي الأدمي، يوجد ميلانين زائد ضمن البشرة والطبقة القرنية وتكون بالعات الميلانين غزيرة في الجسم الحليمي ويمكن أن تتطاول الحليمات.

سريرياً: تكون الشامة عبارة عن منطقة بقعية ذات تصبغ بني أو بني مسود غالباً دائرية أو متعددة الحلقات يتراوح قطرها بين ٢-٣ ملم ونادراً ما يتجاوز قطر الشامات التي تتشكل من تلاقي الحلقات المتجاورة ٥ ملم، يمكن أن يتواجد توسف خفيف على السطح ولكن لا تتغير علامات الجلد، يكون التصبغ منتظماً ما عدا عند الحافة حيث يمكن أن يتداخل مع الجلد السليم،يمكن أن تُصاب أي منطقة من الجلد والوصل الجلدي المخاطي أو الملتحمة.

تظهر الشامات عادة خلال الطفولة ويمكن أن تزداد في العدد خلال العقد الثاني والثالث ونـــادراً ما تطفح بغزارة أو تصادف بأعداد كبيرة، يمكن أن يفتح لونها أو تختفي في غضون سنوات.

بالرغم من أن أقساماً من الآفات المصطبغة المسطحة عند الأطفال يمكن أن تتطور بشكل انتقـــالي من الشامة إلى الوحمة الوصلية فإن الأغلبية العظمى من الشامات تبقى مستقرة أو تختفي بشـــكل عفوي خلال حياة البالغ.

التدبير لا تحتاج إلى معالجة.

٢-٢-٢. آفات الأغشية المخاطية الميلانية:

يمكن أن تتطور آفات ميلانية بقعية كبيرة نسبياً على المخاطية الفموية أو مخاطية الأعضاء التناسلية ويمكن لهذه الآفات أن تتوسع جانبياً بشكل بطيء لتبلغ عدة سنتيمترات قطراً مع حافة وحشـــية غير منتظمة بشكل كبير يكون التصبغ منتظماً نسبياً.

إن النقطة الأساسية التي تخص هذه الآفات هي الحقيقة بأن ميلانوم الأغشية المخاطية التناسلية أو الفموية المتطور والباكر يمكن أن يبدو حميداً بشكل خادع وبالتالي فإن التشـــخيص النســـيجي يكون أساسياً.

التشريح المرضي:

يوجد زيادة واضحة في الميلانين ضمن خلايا الطبقة القاعدية مع تسربه إلى الأدمة مما ينتج بالعات محملة بالصباغ يكون تعداد الخلايا الميلانية نسبياً طبيعي مع زيادة خطية بسيطة لكن دون فعالية وصلية.

سريرياً: عبارة عن مناطق بقعية كبيرة بنية ذات تصبغ بني أو رمادي منتظم وتختلط سريرياً مـــع ميلانوم الشامة الخبيثة أو ميلانوم الأغشية المخاطية لكن يُظهر الميلانوم غالباً مركب مرتفع مـــع عدم انتظام في الصباغ وعدم نموذجية واضحة.

التدبير: لا تحتاج إلى معالجة وذلك إذا استبعدت الخزعة الشقية الميلانوم الخبيث.

٢-٢-٣. الوحمة الميلانية المكتسبة:

وتسمى بالخال أو الوحمة وحمية الخلايا أو الوحمة حلوية الخلايا.

هي تجمع حميد للخلايا الميلانية الوحمية تنشأ كنتيجة لتكاثر الخلايا الميلانية عند الوصل البشروي الأدمي، يمكن أن تبقى جميعها في تماس مع الطبقة القاعدية (الوحمة الوصلية) أو قد تنفصل عـــن الطبقة القاعدية وتتوضع ضمن الأدمة (الوحمات المركبة وداخل الأدمية).

الآلية والحدوث: الوحمات الميلانية شائعة عالمياً وتظهر الأغلبية العظمى بعد الولادة.

التشريح المرضي:

خلال الطفولة تُظهر أكثر من ٩٠% من الوحمات تكاثر خلايا ميلانية عند الوصل البشروي الأدمي لتشكل تجمعات صغيرة من الخلايا وتشغل كلاً من البشرة المغطية والحليمات المستبطنة، تكون سيتوبلاسما الخلايا غزيرة وتحتوي على الميلانين، تدعى هذه الوحمة بالوحمة الوصلية.

تصادف المرحلة التالية عندما تهاجر بعض هذه الخلايا الميلانية خلال الأدمة حيث تشكل أعشاشاً وأعمدةً من الخلايا وهنا تظهر الخلايا الميلانية تكاثراً وصلياً وخلايا أدمية فتدعى وحمة مركبة، تتراكم الخلايا الأدمية في الجسم الحليمي وتمتد بشكل أكثر عمقاً حول ملحقات الجلد والحزم الوعائية العصبية.

تستمر الخلايا الأكثر سطحية (نوع A) بإنتاج الملانين الذي يؤخذ من قبل بالعات الميلانين في اللحمة، تكون الخلايا الأكثر عمقاً (نوع B) أصغر وتحتوي بشكل خاص على الميلانين بالإضافة إلى التيروزيناز وPremelanosomes وتنتظم كشريط أو أعمدة مشجرة في الأدمة الأعمق عندها تصبح الخلايا مغزلية الشكل (نوع C) إذا توقفت الخلايا الميلانية عن التكاثر وعادت البشرة المغطية إلى الطبيعي تصبح الوحمة داخل أدمية.

سريرياً: للوحمات الميلانية المكتسبة مجال واسع من التظاهر السريري يتواجد الصباغ غالباً وليس بشكل ثابت تكون معظم الآفات صغيرة نسبياً.

التدبير: لا تكون الأغلبية العظمى من الوحمات آفات قبل خبيثة لذلك فهي لا تحتاج إلى الاستئصال لأسباب طبية بالرغم من أن بعضها قد يحتاج للاستئصال الموضعي لأسباب تجميلية.

٢-٢-٣-١. وحمة الخلايا المغزلية والظهرانية:

وتدعى أيضاً وحمة سبيتز Spitz، الميلانوم الشبابي.

عبارة عن وحمة مركبة تُرى بشكل أشيع لدى الأطفال ولديها مظاهر تشريحية مرضية مميزة مما يجعل تفريقها النسيجي عن الميلانوم الخبيث صعباً جداً.

الحدوث: تظهر خلال العقدين الأولين وتصبح أندر مع تقدم العمر، يُصاب كلا الجنسين.

أظهرت إحدى الدراسات الكبرى أنها تشكل أقل من ١% من الوحمات الميلانية لدى الأطفال.

التشريح المرضي: ٥٩٢٩٢١

هي وحمة مركبة ويوجد غالباً درجة من شواك بشروي يغطي الخلايا الوحمية، تنفصل غالباً الخلايا الميلانية عند الوصل البشروي الأدمي بشق، يمكن أن تكون الخلايا الوحمانية إما مغزلية الشكل وتتوضع في الأدمة على شكل حزم متداخلة أو ظهرانية وتنتظم ضمن مجموعات مع

خلايا وحمانية عملاقة ومتعددة النوى بينها يمكن أن تصادف أشكال انقسامية ولكن لا ترى أشكال شاذة.

تكون الأشكال الانقسامية نادرة ضمن الخلايا الوحمانية الأعمق ووجودها يجب أن ينبه المراقب إلى احتمال أن تكون الآفة ميلانوم، تظهر الخلايا الوحمانية الأكثر عمقاً بعض الدرجات من النضج وهي عادة أصغر من تلك التي تُشاهد عند الوصل البشروي الأدمي، تتوسع الأوعية الأدمية ويمكن أن تكون اللحمة متوذمة وترتشح باللمفاويات نادراً ما يكون الميلانين غزيراً ويمكن أن يكون غائباً.

سريرياً: تظهر الآفة في الطفولة الباكرة كعقدة بنية حمراء أو مائلة للأحمر مدورة قاسية يمكن أن تُظهر نسبة ضئيلة منها هالة محيطية، يعزى اللون الأحمر إلى توعية زائدة ويمكن للآفة أن تبيض بالضغط أو بالمعاينة بالشفوفية التي تُظهر درجة منخفضة من صباغ ميلانيني حقيقي.

تنمو الآفة بسرعة خلال فترة ٣-٦ أشهر ويمكن أن تصل إلى قطر ١-٢ سم يمكن أن يبقى السطح ناعماً مع بشرة رقيقة هشة مما يسبب نزفاً وتجلباً بعد أذية صغيرة.

إن المكان الأشيع لوحمة Spitz هو الوجه خاصة الوجنتين والساقين ولكن يمكن أن تُصاب الأماكن الأخرى.

يمكن للوحمة أن تبقى مستقرة لسنوات وذلك بعد نمو سريع بدئي.

التدبير: يحتاج إلى الاستئصال الموضعي مع حافة أمان ضيقة ١-٢ ملم من الجلد السليم لتأكيد التشخيص السريري ولقد سجل النكس الموضعي بعد الاستئصال.

٢-٢-٣-٢. وحمة الخلايا المغزلية المصطبغة لريد:

عبارة عن وحمة مصطبغة بشدة تكون وصلية بشكل مسيطر تعتبر من قبل البعض أنها نوع من وحمة سبيتز أكثر من كينونة مستقلة، يمكن أن تختلط سريرياً ونسيجياً مع الميلانوم الخبيث.

سريرياً: معظم المرضى الذين ذكروا كانوا شابات ووجدت الآفات في معظم الحالات على الفخذين كانت الآفات مصطبغة بشكل شديد وهي عبارة عن عقيدات بنية غامقة أو سوداء وغالباً معزولة.

التدبير: يجب أن تُستأصل الآفة مع حافة أمان ضيقة للتشخيص النسيجي.

٢-٢-٣-٣. الوحمة الهالية:

وتدعى كذلك وحمة ساتون.

وهي وحمة ميلانية تُحاط بهالة ناقصة التصبغ من الجلد السليم.

الحدوث: هي وحمة شائعة نسبياً خاصة لدى الأطفال الكبار والمراهقين اليافعين تكون متعددة غالباً وجدت أضداد دورانية للميلانين لدى نسبة من مرضى هذه الآفات ولكن لم يثبت بعد دورها بتطوير الهالة وغياب الوحمة التالي.

التشريح المرضي:

هذه الآفات هي أنواع من الوحمات الميلانية المركبة حيث تظهر في وقت ظهور الهالة رشاحة لمفاوية كثيفة تختلط مع خلايا وحمانية داخل أدمية. إن استخدام أضداد بروتين S_{100} و $NKIC_3$ سوف يظهر نقصاً في الخلايا الميلانية البشروية في منطقة الهالة.

سريرياً: تمتلك الآفة مظهراً وتطوراً مميزين:

تظهر هالة ناقصة التصبغ حول وحمة ميلانية موجودة سابقاً، تتوضح هذه الهالة خلال أشهر الصيف عندما تسمر بقية البشرة.

يكون الظهر المكان الأكثر شيوعاً يمكن أن تطور وحمات متعددة هالات في نفس الوقت بينما تبقى وحمات مجاورة غير متغيرة خلال الأشهر القليلة التالية، تختفي الوحمة المركزية بشكل تدريجي تاركة بقعة من الجلد غير المصطبغ تستمر لعدة سنوات ثم تصطبغ لتعود إلى لونها الطبيعي، تُظهر الخزعة اختفاء كل آثار الوحمة الأصلية.

التدبير: يُنصح بتطمين المريض أكثر من استئصال الآفة خاصة إذا كانت الآفات متعددة.

يجب أن يحذّر المريض من أن المناطق ناقصة التصبغ سوف تحترق بأشعة الشمس بشكل سيء بسبب نقص الخلايا الميلانية ويجب أن يستخدم واقياً شمسياً.

٢-٢-٣-٤. الوحمة الشامية المنقطة:

يُفضل هذا المصطلح على مصطلح الوحمة البقعية والذي يختلط غالباً مع وحمة بيكر التي هي عبارة عن تكاثر غير ميلانيني.

التشريح المرضي: يُظهر منطقة شامية كبيرة مع وحمات مركبة فردية متراكبة فوقها.

سريرياً: هي كينونة نادرة يمكن أن يصل قطرها إلى عدة سنتيمترات وهي سريرياً تجمع بين مركب شامي بقعي مسطح غالباً لونه أغمق من لون الجلد المحيط مع آفات مركزية تشبه الشامة أغمق لوناً بالإضافة إلى هذه الملامح يوجد مناطق مرتفعة ذات لون بني غامق.

التدبير: ذُكرت التقارير حدوث تغيير خبيث في هذه الآفات لذلك يُقترح الاستئصال الموضعي عندما يكون ذلك عملياً ولكن عندما تغطي الآفة منطقة كبيرة فإنه من العملية أكثر تصوير الآفة للمراقبة المستقبلية ويجب أن تُستأصل فقط عند وجود علامات للنمو أو التغير.

٢-٢-٤. الوحمة الميلانية الأدمية:

تنشأ من خلايا ميلانية أدمية التي أصبحت محتجزة في الأدمة خلال حياة الجنين و لم تصل مطلقاً إلى مكانها الطبيعي في الطبقة القاعدية.

٢-٢-٤-١. البقعة المنغولية:

سريرياً: عبارة عن تبدل في لون الجلد فتبدو بلون رمادي ضارب للزرقة فوق ناحية العجز والناحية البعيدة من الظهر تكون البقعة موجودة عند الولادة عادة ثم تتراجع حول سن البلوغ، تشاهد بنسبة ٩٠-١٠٠% عند المنغوليين وتشاهد أحياناً عند العرق الأبيض.

التشريح المرضي:

غالباً ما تُشاهد خلايا ميلانية محملة بالميلانين ذات شكل نجمي أو مغزلي في الأدمة الوسطى دون تفاعل التهابي.

التدبير: المعالجة غير ضرورية.

٢-٢-٤-٢. وحمة أوتا Ota:

سريرياً: تكاد هذه الوحمة تقتصر على العروق الشرقية وتندر جداً عند العرق الأبيض وهي بقع ذات لون أسود ضارب للزرقة تشبه البقعة المنغولية وهي وحيدة الجانب وتظهر على مسار الفرعين الأول والثاني من العصب مثلث التوائم مع تصبغ بني ضارب للسواد في الناحية العينية (الملتحمة، القزحية) وقد تحدث آفات حطاطية أو عقيدية صغيرة في هذه الناحية أيضاً من النادر أن تتطور هذه الوحمة إلى ميلانوم خبيث.

التدبير: لا حاجة للمعالجة ويمكن استخدام المموهات أو الليزر إذا لزم الأمر.

٢-٢-٤-٣. وحمة إيتو Ito:

تتوضع هذه الوحمة في ناحية الكتف والناحية العليا من الصدر، تشاهد بشكل رئيسي عند اليابانيين وفيما عدا ذلك فإنها تتوافق مع البقعة المنغولية، تستمر هذه الوحمة دون أن تتبدل ولا خوف من حدوث ميلانوم خبيث في هذه الوحمات.

٢-٢-٤-٤. الوحمة الزرقاء:

هي منطقة من تصبغ أدمي أزرق مسود ينتج عن تجمع شاذ لخلايا ميلانية حميدة منتجة للصباغ.

الحدوث: شائعة نسبياً وتكون نسبتها عند الإناث بالنسبة إلى الذكور ٢,٥ إلى ١..

التشريح المرضي: يوجد نوعان: الآفات الكلاسيكية والوحمة الزرقاء الخلوية النادرة.

في النوع الشائع أو الكلاسيكي تتوضع الخلايا الميلانية ثنائية القطب أو المتغصنة بشكل مفرد أو بشكل مجموعات ضمن الأدمة تميل لأن تكون غزيرة ضمن الأدمة السفلية وغالباً تتمركز حول الملحقات أو الأوعية أو الأعصاب يمكن أن تصاب الأنسجة الأعمق، تكون الخلايا الميلانية غير واضحة نسبياً وتحتوي على حبيبات ناعمة من الميلانين المنتشر في السيتوبلاسما، توجد أعداد متنوعة من بالعات الميلانين التي تكون فيها حبيبات الميلانين ثخينة ومتجمعة بشكل متقارب.

يتكون النمط الخلوي من عناصر مماثلة مثل النوع العادي بالإضافة إلى جزر من خلايا أكبر تنتظم بشكل شبيه بالعصب يمكن أن تكون الوحمة الزرقاء وحمة مركبة.

سريرياً: هي منطقة زرقاء قليلة الارتفاع عادة ناعمة السطح وتكون غالباً عقيدية، يمكن أن تتواجد في أي مكان ولكن تُرى غالباً على الأطراف خاصة ظهر اليدين والقدمين والردفين والوجه ويمكن أن تنشأ قبل الولادة ولكن تظهر غالباً عند البلوغ، يكون النمط المتطور نادراً كذلك التحول للخباثة يكون نادراً.

التدبير: لا حاجة للمعالجة.

٢-٢-٥. الوحمة المركبة:

هي وحمة ميلانية تتشكل من اجتماع خلايا وحمية مشتقة من الأدمة والبشرة.

التشريح المرضي: المظهر النسيجي الأساسي هو وجود فعالية وصلية خفيفة الدرجة عند الوصل البشروي الأدمي مع وجود خلايا متغصنة ثنائية القطب شديدة التصبغ مميزة للوحمة الزرقاء.

سريرياً: تكون الوحمة عادة كبيرة نسبياً وتتكون من مركب بني فاتح (رملي) ومركب أزرق مسود ويمكن أن تحوي حافة غير منتظمة، هذه الثلاثية في الملامح تعني بأنها يمكن أن تختلط بشكل متكرر مع الميلانوم الخبيث الباكر.

التدبير: تكون الخزعة الشقية والفحص النسيجي ضرورياً لتأكيد التشخيص السريري واستبعاد الميلانوم الخبيث.

٢-٢-٦. الوحمة الميلانية الخلقية:

الحدوث: يمتلك ١% من حديثي الولادة وحمة خلقية ميلانية مؤكدة تشريحياً مرضياً بالإضافة لذلك يوجد تحت نوع من الوحمات يتطور في السنوات الخمس الأولى من الحياة ولا تتواجد عند الولادة وهي تمتلك ملامح نسيجية وسريرية تتوافق مع الوحمات الخلقية أكثر منها مع الوحمات المكتسبة يُشار إلى هذه الوحمات بالوحمات ذات النمط الخلقي أو ذات الظهور المبكر

تُقسم إلى الوحمات الصغيرة حيث يكون قطرها الأكبر أقل من ١,٥ سم والوحمات متوسطة الحجم التي يتراوح قطرها بين ١,٥- ٢٠ سم والوحمات العملاقة والتي يكون قطرها أكبر من ٢٠ سم.

تكون الأغلبية العظمى من الوحمات الخلقية صغيرة بالرغم من أن الدراسات تظهر وجود علاقة خاصة مع التحول للخباثة للوحمات الخلقية الضخمة بشكل أساسي.

نسيجياً: إن الملامح النسيجية المميزة للوحمة الخلقية الميلانية هي وجود عدد متزايد من الخلايا الميلانية في الطبقة القاعدية بنموذج مشابه للشامة مع أدمة حليمية خالية نسبياً من الخلايا وتجمعات من الخلايا الوحمية الأدمية في المناطق السفلية من الأدمة وهذا يتباين مع المركب داخل الأدمي للوحمات الميلانية المكتسبة حيث يتواجد هنا القسم الأكبر من الخلايا الوحمية داخل الأدمية ضمن الأدمة الحليمية، لا تتواجد الخلايا الوحمية في الوحمات الخلقية فقط حول ملحقات الجلد ولكن ترتشح ضمنها ويُعتبر وجود هذه الخلايا في ملحقات الجلد علامة خاصة نسبياً للآفات الخلقية.

سريرياً: يمكن أن تكون الوحمات الخلقية عند الولادة عبارة عن آفات بقعية فاتحة اللون والتي قد تكبر ويغمق لونها وتطور شعراً نهائياً فيها خلال فترة سنوات.

تنمو الوحمات الخلقية صغيرة أو متوسطة الحجم بسرعة أقل من سرعة نمو الرضيع وبالتالي فإن سطحها يصبح أقل نسبياً ولكنها تغمق عادة مع العمر ويمكن أن تطور شعراً نهائياً ثخيناً، يوجد غالباً زيادة واضحة في كل من الصباغ ونمو الشعر عند البلوغ.

تكون وحمة ثوب السباحة أو الوحمة الضخمة النادرة ظاهرة مباشرة بعد الولادة وتسبب قلقاً للأهل يكون أسفل الظهر هو المكان الشائع للإصابة. يمكن أن تُصاب نسبة كبيرة من سطح جسم الرضيع ويمكن أن تتواجد كذلك أعداد كبيرة من الوحمات الخلقية الأصغر ضمن جلد الرضيع، عندما يكبر الرضيع يمكن أن يصبح سطح الوحمة مجعداً أو ثؤلولياً ويمكن أن تتطور عقيدات ضمن الوحمة الكبرى.

يميل المركب الشعري الذي يتواجد في ٩٥% من الآفات لأن يصبح أكثر بروزاً في الطفولة المتأخرة ولكن تتوقف الوحمة عند هذه المرحلة عن الثخانة ويمكن أن تصبح أفتح لوناً.

يمكن أن تتواجد اضطرابات مرافقة مثل إصابة السحايا، شوك مشقوق- قيلة سحائية عندما تتواجد الوحمة على العمود الفقري كذلك يمكن أن تحدث ضخامة أو ضمور للبنيات الأعمق للطرف المصاب.

يمكن أن تتواجد الأورام العابية الأخرى مثل وحمات وعائية – شحمومات – داء فون ريكلن هاوزن لدى مرضى الوحمات الخلقية الكبيرة.

التدبير:

بما أن احتمال الخباثة في الوحمات الخلقية العملاقة هو حوالي ٤-٦% وبما أن هذه التغيرات الخبيثة تظهر في ٥% من الحالات قبل سن البلوغ على عكس الوحمات الخلقية الصغيرة التي تظهر فيها التغيرات الخبيثة غالباً بعد سن البلوغ. لذلك تكون الإزالة الوقائية للوحمات الخلقية العملاقة مبررة عندما تكون هذه الإزالة عملية (ممكنة)، وهنا يمكن اللجوء إلى الجراحة والتي تكون عملية صعبة.

يوجد طريقتان الأولى هي الكشط Shaving للوحمة في مرحلة الرضيع ويُفضل ذلك خلال الأسبوع الأول والثانية هي التطعيم حيث تستخدم ممددات الأنسجة للحصول على البشرة اللازمة لاستخدامها كطعم ذاتي لتغطية النقص الناجم عن إزالة الوحمة الميلانية الضخمة.

أما في حالة الوحمات الخلقية صغيرة ومتوسطة الحجم والتي تكون خطورة التغيرات الخبيثة فيها قليلة ولكنها أكثر من تلك التي تتواجد في الوحمات المكتسبة فإنه يُنصح بمراقبة الطفل حتى يبلغ عمر ١٠- ١٢ سنة وتُستأصل الوحمة قبل ذلك فقط عند وجود نمو غير متوقع أو تغيرات أخرى تشير إلى التحول الخبيث، عندما يبلغ الطفل هذا العمر ويصبح قادراً على تحمل التخدير الموضعي يمكن اللجوء إلى الاستئصال الموضعي للوحمة كإجراء تجميلي ولإزالة أي خطورة مستقبلية محتملة للتحول للخباثة.

٢-٢-٣. الوحمة غير النموذجية:

وتعرف أيضاً بمتلازمة الوحمة عسيرة التصنع.

وهي وحمة ميلانية غالباً مركبة وتُكتشف بالفحص النسيجي بوجود عدم نموذجية بنائية (فرط تنسج ميلانيني شامي أو جسور للأعشاش الوصلية وتطاول بؤري للقنازع البشروية) وعدم نموذجية للخلايا الوحمية.

يمكن أن تُرى هذه الوحمات لدى المرضى ضمن تجمعات عائلية أو متفرقة.

تكون هذه الوحمة في التجمعات العائلية عامل خطورة كبير للميلانوم كذلك تظهر هذه التجمعات المتفرقة كواسم فردي للخطورة المتزايدة لتطور الميلانوم الخبيث إما على الوحمة نفسها أو على الجلد السليم.