

العنوان:	دراسة ميدانية لواقع الوحات الصباغية
المؤلف الرئيسي:	محمد، منال صلاح الدين
مؤلفين آخرين:	إسماعيل، محمد عادل زكي محمد، حسن، فوز(مشرف)
التاريخ الميلادي:	2002
موقع:	اللاذقية
الصفحات:	1 - 43
رقم MD:	583692
نوع المحتوى:	رسائل جامعية
اللغة:	Arabic
الدرجة العلمية:	رسالة ماجستير
الجامعة:	جامعة تشرين
الكلية:	كلية الطب البشري
الدولة:	سوريا
قواعد المعلومات:	Dissertations
مواضيع:	الامراض الجلدية، الوحات
رابط:	http://search.mandumah.com/Record/583692

جامعة تشرين
كلية الطب البشري
قسم الأمراض الجلدية والزهرية

دراسة ميدانية لواقع الوحمات الصباغية

بحث علمي أعد لنيل شهادة الماجستير في الأمراض الجلدية والزهرية

المشارك بالإشراف

الدكتورة

فوز حسن

بإشراف

الأستاذ الدكتور

محمد عادل اسماعيل

إعداد

الدكتورة منال صلاح الدين محمد

أولاً : الدراسة النظرية

وتتضمن:

مقدمة

- ١- الخلايا القتامينية (الملانوية).
- ٢- وحات الخلايا الوحمية وحات الخلايا الملانوية.
- ٣- الملانوما الجلدية الخبيثة.
- ٤- منظار الجلد.

مقدمة:

الوحمات الصباغية هي آفات شائعة، غير مؤذية، وسليمة عادة. لكنها تكتسب أهمية خاصة نظرا لأن سرطان جلدي خطير (الورم القتاميني الخبيث)، يمكن أن ينشأ انطلاقا من وحمه موجودة سابقا.

١- الخلايا القتامينية (الملانية) Melanocytes :

١-١ لمحة جنينية Overview in embryology :

تتميز الخلايا الملانية بأنه على الرغم من انتشارها الواسع فإن جميعها ينشأ من القنزعة العصبية Neural crest. تنشق القنزعة العصبية من الوريقة الجنينية الخارجية حيث تهاجر خلايا ظهارية عصبية معينة من الثلم العصبي Neural groove، قبيل التحام الطيات العصبية Neural folds التي تعطي الأنبوب العصبي Neural tube، لتشكل مجموعة من الخلايا هي خلايا القنزعة العصبية Neural crest. تمثل خلايا القنزعة العصبية خط من الخلايا متعددة الإمكانات والتي تنتشر على نطاق واسع في كافة أرجاء المضغة لتصبح مجموعة واسعة من الخلايا العالية التمايز (خلايا ملانية، خلايا شوان، خلايا A PUD)

يحدث تصنيع الملانين ضمن الجسيمات الملانية على الرأس في الجزء الثاني من الشهر الثالث، وفي الشهر الرابع في المناطق الأخرى من الجسم. (٢,١)

١-٢ لمحة نسيجية Histology :

يمكن أن تتواجد الخلايا الملانية في أي نسيج تقريبا، ولكنها أكثر شيوعا في البشرة الجلدية، أجرة الأشعار، الأدمة، العين، حول الأوعية الدموية، الأعصاب المحيطية، السلسلة الودية، وفي بطانة الجوف العام coleomic cavity. كما تتواجد أيضا في السحايا الرقيقة Lepto meninges والأذن الداخلية.

الخلايا الملانية في البشرة هي خلايا مدورة ذات استطالات طويلة متغصنة تتوضع بشكل رئيسي ضمن طبقة الخلايا القاعدية منحشرة فيما بينها.

لانتقيم الخلايا الملانية جسور وصل مع الخلايا المقرنة المجاورة، وتمتد استطالاتها المتعددة المتغصنة عبر الطبقتين السفليتين من البشرة .

يتم نقل الملانين بواسطة الاستطالات المتغصنة من الخلايا الملانية إلى الخلايا المقرنة القاعدية. وبما أن ١٠% فقط تقريبا من الخلايا في الطبقة القاعدية هي خلايا ملانية، فإن كل خلية ملانية تزود العديد من الخلايا المقرنة بالملانين مشكلة معها وحدة ملانية بشرية

An Epidermal Melanin unit على الرغم من أن عدد وحدات الميلانين البشرية الفعالة تختلف بشكل معتبر في المناطق المختلفة من الجسم فإن عدد الخلايا المقترنة المخدوم بواسطة الخلايا الميلانية يبقى ثابتا.

تزود الخلية الميلانية الواحدة الجسيمات الميلانية إلى مجموعة من حوالي ٣٦ خلية مقترنة قد يظهر التلوين بالهيماتوكسيلين أيوزين عند الأشخاص ذوي البشرة الفاتحة انعدام حبيبات الميلانين في الطبقة القاعدية أو بضع حبيبات فقط بينما في الأشخاص ذوي البشرة الداكنة، وخصوصا الأشخاص من أصل إفريقي، تكون حبيبات الميلانين موجودة في الطبقة القاعدية وفي كل مكان من البشرة بما في ذلك الطبقة المتقرنة، وفي بعض الحالات في الأدمة العليا ضمن البالعات الكبيرة المسماة ببالعات الميلانين Melanophages وبالتالي تكون معرفة الخلفية العرقية والمكان المختار من الجسم عوامل حاسمة في تمييز التبدلات السوية عن الأمراض الفعلية. (٣)

١. ٢ - ١ - الكيمياء المناعية النسيجية Immunohisto chemistry :

• البروتين S-100 : كثيرا ما يتم الكشف عن الخلايا الميلانية بواسطة أضداد البروتين - S-100 هذا البروتين الذي عزل بالأصل من خلاصة الدماغ البقرية يكون موجودا في العديد من الخلايا بما فيها تلك العصبية أو الميلانية الأصل. تحوي العديد من الخلايا غير الميلانية والبالعات المتخصصة على البروتين S-100 .
في البشرة الجلدية عند الإنسان، تكون فقط الخلايا الميلانية التي تميل للتوضع ضمن الطبقة القاعدية، وخلايا لانغرهانس التي تكون أجسامها الخلوية في الأغلب ضمن منتصف البشرة حاوية على البروتين.

• البروتين HMB- 45 : وهو مستضد هيولي في خلايا:

١-معظم، ولكن ليس كل ، الأورام الخبيثة.

٢-المكونات الوصلية لمعظم الوحمات.

٣-المكونات الأدمية لبعض الوحمات.

قد يكون ايجابيا في الخلايا الميلانية المضغية والخلايا الميلانية المفعلة ولكنه سلبي عموما في الخلايا الميلانية السوية المرتاحة.

• التيروسيناز Tyrosinase : وتكشف الأجسام الضدية المستخدمة هنا عن بروتينات مشابهة من حيث البنية للبروتين HMB-45 وتدعى اختصارا TRP1 وTRP2 وهي تتعلق بالجسيمات الميلانية. تفيد ايجابية هذا التلوين في تأكيد الطبيعة الميلانية للورم.

• MART1 / melan -A : وهو واسم جديد للتمايز الملاني كشف حديثا وقد تم تمييزه كمستضد على خلايا الملانوما بواسطة اللمفاويات التائية السامة للخلايا.

ينتمي هذا المستضد لزمرة المستضدات النوعية النسيجية tissue – specific: Antigen حيث تتشارك الخلايا الورمية ونظائرها السوية غير المتحولة باحتوائها على هذا المستضد. إن ال Melan A – هو موضع اهتمام السريريين اليوم باعتباره هدف محتمل للعلاج المناعي وذو صلة بالمرشحين المرضيين باعتباره واسم تشخيصي جديد. (٣)

١-٣- التبدلات الناحية Regional variations:

يختلف توزيع الخلايا الميلانية البشرية في الأجزاء المختلفة من الجسم لكنه يكون ثابتا إلى حد بعيد لأي منطقة مفردة. هناك كثافة أعظمية في الوجه والمناطق التناسلية. لا يوجد فرق هام في كثافة توزيع الخلايا الميلانية لأي منطقة مأخوذة من الجلد بين ذوي البشرة السمراء وذوي البشرة الفاتحة. تكون الخلايا الميلانية عند الفئة الأولى ارتكاسية بشكل كبير ومتجانس، بينما تكون متغايرة الارتكاس عند الفئة الثانية. بالإضافة لذلك، يحوي جلد الأمريكيين الأفارقة على خلايا ملانية أكبر ومتغصنة بشكل أكثر مما هي في الجلد الأبيض. قد تتأثر التبدلات الناحية لعدد وشكل الخلايا الميلانية أيضا بعوامل بيئية مثل التعرض للشمس، فبعد تعرض وحيد عند البيض للأشعة فوق البنفسجية، وعند فحصه بتفاعل ال DOPA لم يبد أي ازدياد في الكثافة العددية للخلية الميلانية ولكنه أظهر بالفعل زيادة في الفعالية الوظيفية وفي حجم الجسيمات الميلانية الموجودة. على كل حال، يتسبب التعرض المتكرر للأشعة فوق البنفسجية في زيادة كثافة الخلايا الميلانية الإيجابية لل DOPA وأيضا في زيادة حجمها وفعاليتها الوظيفية، وهكذا أظهر فحص الجلد المكشوف عادة لأشعة الشمس والجلد المستور من مواقع تشريرية متجاورة، مثل الوجه الأنسي والوحشي للطرف العلوي، تركيز أعلى بمرتين للخلايا الميلانية في الجلد المكشوف.

يحدث نقص في عدد الخلايا الميلانية مع العمر حيث تنقص كثافة الخلايا الميلانية بنسبة

٦-٨ % في كل عقد من العمر. (٣،٢)

١-٤- البنية والوظيفة التخصصية: S pecialized Structure & Function

١- تصنيع الميلانين

٢- نقل الميلانين

وفيما يلي يمكن أن نصل إلى أن الفروق في لون الجلد المصطبغ عرقيا بشكل شديد تعزى إلى العوامل الخمسة التالية:

١- يكون إنتاج الجسيمات الميلانية في الخلايا الميلانية أكبر.

٢- كل من هذه الجسيمات الميلانية يبدي درجة أعلى من التملن Melanization .

٣- تكون الجسيمات الميلانية أكبر وبالتالي: ٤ - تنتشر بدرجة أكبر في الخلايا المقترنة

٥- يكون معدل تحلل الجسيمات الميلانية أبطأ.

تجدر الإشارة إلى أن لون جلد الفرد يعزى لعدد من العوامل على رأسها الصبغ الجلدي المسمى بالملائين بالإضافة إلى:

-وجود الهيموغلوبين المؤكسج في السرير الوعائي الأدمي.

-الكاروتين.

-الأصبغة الداخلية: البيروبين والهيموزيدرين.

-معادن معينة. (٢،١)

٢- وحمات الخلايا الوحمية ووحامات الخلايا الميلانية:

N evocytic And Melanocytic Nevi

تتألف الوحامات المصطبغة، من خلايا ملانية أو من خلايا وحمية، تنشأ الخلايا الميلانية من العرف العصبي الجنيني وتهاجر إلى البشرة فالأدمة، السحايا الرقيقة، والشبكية... وفي الجلد يفقد عدد كبير منها تغصناته، ويدخل الأدمة ليصبح خلايا وحمية، وهكذا فإن كافة الخلايا الوحمية هي خلايا ملانية فقدت تغصناتها فتكون مدورة أو مغزلية الشكل، وتتميز بتوضعها على شكل عناقيد أو أعشاش. ومن هنا فإنه يجب التخلي عن كلمة خلية وحمية naevocyte بسبب أنها تستدعي التفكير بخلية مستقلة، في حين أنها خلية ملانية تتطور في شروط خاصة. (٢)

٢-١- وحمات الخلايا الميلانية: M melanocytic nevi

٢. ١-١- آفات الخلايا الميلانية البشرية: E pidermal Melanocytic Lesions

٢. ١. ١- الوحمة البقعية (المرقطة): Nevus spilus

الوحمة البقعية هي بقعة مصطبغة بلون بني فاتح قد تكون مرقطة ببقع أصغر وأعمق. تشاهد غالبا على الجذع والأطراف السفلية وتكون متغايرة القطر (صغيرة أو كبيرة) وعندما تكون كبيرة فقد تتبع توزعا شديدا segmental ولا تتجاوز عادة الخط الناصف ويدعى هذا الشكل بالتمط النطاقي.

قد تصاب عدة مواقع لدى نفس الشخص، وقد تكون موجودة بالترافق مع الوحمة الشعلية وهنا تدعى الحالة باسم الداء العدسي المصطبغ الوعائي.

نسيجيا: تبدي الأرضية المصطبغة المسطحة للوحمة فرط تصبغ بالخلايا القاعدية أي زيادة في الميلانين دون زيادة في عدد الخلايا الميلانية ودون تشكل أعشاش لخلايا وحمية، لكن تحوي عادة الترقطات الأقدم على خلايا وحمية. وبناء عليه يمكن للميلانوما أن ينشأ في أماكن هذه الترقطات. على أية حال لا تقتضي هذه الامكانية استئصال الوحمة البقعية لأنه كما تبين أعلاه من النادر أن تحتوي على خلايا وحمية وحتى لو احتوتها فإن امكانية التحول إلى ملانوما مستبعدة.

لقد وجد أن إزالة الوحمة البقعية بواسطة ليزر رولبي Q-Switched هي طريقة فعالة. (٤)

٢. ١. ١- الشامة البسيطة L entigo simPlex

قد تظهر هذه البقع السوداء أو البنية المدورة الواضحة الحدود في أي مكان على سطح الجسم أو في المخاطية، بشكل إفرادي أو متعدد. تنشأ الآفات عادة في سن الطفولة، ولكن قد تظهر في أي عمر، وهي لا تفرق عن وحة الموصل. ليس هناك انتقاء للأماكن المعرضة للضياء. نسيجياً: تبدي زيادة في عدد الخلايا الميلانية، زيادة الميلانين في تلك الخلايا وفي الخلايا المقرنة القاعدية.

لا يوجد معالجة مستطبة لأنه ليس لتلك الشامات قابلية للاستحالة. (١ ، ٤)

٢ . ١ . ١ - ٣ - الشامات الشيخوخية Senile Lentigines Clentigo Senilis :

كثيراً ما تدعى باسم (البقع الكبدية). وهي بقع سليمة مفرطة التصبغ منفصلة، تتوضع في الأماكن المعرضة لأشعة الشمس عند الأشخاص الذين يتعرضون للشمس لمدة طويلة لذا يعد ظهر اليدين والجبهة من الأماكن الإنتقائية. تظهر عند الأعمار المتوسطة أو المسنين وقد تظهر في عمر مبكر أكثر عند الأشخاص ذوي الشعر الأحمر والجلد الفاتح خاصة ذوي التعرض الزائد للشمس.

نسيجياً: كما في الشامات البسيطة.

قد ترافق الشامات الشيخوخية مع: بقع ناقصة الصباغ، فرغرية شيخوخية، وتبدلات تنكسية سفعية مزمنة في الجلد.

إن تطبيق النتروجين السائل بشكل خفيف وبواسطة حامل ذو رأس قطني هو معالجة ممتازة لهذه الآفات ذات الأهمية الجمالية فقط. كما أن ليزر الأروغون والليزر الصباغية قصيرة النبضة فعالة في معالجة الشامات، لكن قد تنكس أحياناً بعد المعالجة كشامة خبيثة أو كملانوم الشامات الخبيثة. لذلك يجب تنبيه المريض لضرورة المراجعة لإعادة الفحص إذا ظهر التصبغ. المقاربات الوقائية: أهمها استخدام واقيات الشمس وعدم التعرض الزائد لأشعة الشمس. يمكن استعمال الرهيمات المبيضة الحاوية على الهيدروكينون ٤ - ٥% لعدة أشهر حيث تؤدي لتراجع مؤقت باللون ويمكن إعادة استعمالها حسب الضرورة. كما أن تطبيق المقشرات الكيميائية هي خيارات علاجية أخرى أيضاً .

إن الأشخاص الذين يتلقون معالجة ب (P UVA) قد تتطور لديهم شامات مستمرة والتي قد توجد فيها شذوذ خلوي وذلك على مواقع محمية بشكل طبيعي من ضوء الشمس (كالقضيبي مثلاً) الأمر نفسه يحدث في حال التعرض المفرد لجرعة عالية من التشعيع كحادث عرضي لكن هنا تظهر الشامات على الجلد المعرض. (٤ ، ٥)

٢ . ١ . ١ - ٤ - متلازمة الشامات المتعددة Multiple Lentiginos Syndrom

قد تترافق الشامات المتعددة المنتشرة مع عدد من العلامات مشكلة متلازمة تورث بصفة سائدة. تكون الشامات بشكل بقع بنية غامقة بقطر ١-٥ ملم مع رجحان توزيعها على الجذع، وقد تصاب المناطق الأخرى مثل الراحيتين والأخمصين، ومخاطبة الفم، والمناطق التناسلية والفروة. تظهر الآفة بعد الولادة بمدة قصيرة وتأخذ منظرا مرقطا مميزا ودعيت الحالة بمتلازمة (ليوبارد Leopard) وهي تضم ما يلي: الشامات، شذوذات تخطيط كهربائية القلب، شذوذات عينية، تضيق رئوي، شذوذات أعضاء التناسل، تأخر نمو، وصم. (٤،١)

٢ . ١ . ١ - ٥ - شوكوم ملاني: Melano ACAnthoma

آفة نادرة جدا، وهي ورم سليم بشروي للخلايا الملانية، يظهر على الرأس، يشبه سريرييا التقران المثي المصطبغ أو السرطانة القاعدية الخلايا المصطبغة، وهو سريع السير. يتألف نسيجيا من خلايا متقرنة وخلايا ملانية كبيرة متغصنة مملوءة بالصباغ. الشوكوم الملاني الغموي هو أيضا تكاثر ذو نمطين من الخلايا الملانية والظهارية وعلى أية حال يبدو أنه آفة ارتكاسية يحدث في الفم، خاصة عند النساء السود، البدء سريع والشفاء العفوي نموذجي. (٤)

٢ . ١ . ١ - ٦ - وحة بيكر : Becker's Nevus

تعرف ايضا باسم الوحة البشرية المصطبغة المشعرة أو الوحة البقعية المتأخرة، وهي "ملان وفرط أشعار مترافقان، كما أنها ذات توزع وحمي وحيد الجانب" ويمكن أن تكون ثنائية الجانب في حالات نادرة فتعطي منظر الصدر المشعر بشدة. تظهر في العقد الثاني أو الثالث من العمر بخاصة عند الرجال.

تبدو أولا بقع سفعية أو بلون القهوة بحليب على الظهر أو العضد، وبعد عدة سنوات تنمو أشعار طويلة غامقة في المنطقة المصطبغة. تكون التبدلات النسيجية طفيفة والشئ الهام أن الآفة لا تحوي خلايا وحمية ولذا فهي غير قابلة للاستحالة الخبيثة. (٤،٥)

٢ . ١ . ٢ - آفات الخلايا الملانية الأدمية: Dermal Melanocytic Lesions

قد تكون الخلايا الملانية موجودة عند الولادة في الجزء الأدمي من جلد فروة الرأس وظاهر اليدين والعجز. وتغيب هذه الخلايا عادة بعد الولادة بفترة قصيرة.

٢ . ١ . ٢ - البقعة المنغولية: Mongolian Spot

هي بقعة رمادية مزرقة يتراوح قطرها من ٢-٨ سم. تصيب بشكل وصفي منطقة العجز عند الوليد في ٨٠% من الحالات، بخاصة الشرقيين والأوروبيين الجنوبيين، لكنها قد تتوضع في أماكن أخرى. تتواجد بكثرة عند المنغوليين.

وهي تغيب أثناء الطفولة ومن النادر أن تبقى حتى سن الكهولة (البقعة المنغولية المستمرة).
قد يشاهد عدة بقع في آن واحد مع انتشار واسع دعت هذه الحالة باسم الملان الأدمي المعمم
أو الأورام العابية ملانية الخلايا الأدمية.

قد تترافق مع الوحمة الشعلية ويطلق على الحالة اسم الداء العدسي الوعائي المصطبغ.
نسيجيا: تبدي البقعة المنغولية خلايا ملانية أدمية، متطاولة موزعة بين حزم الكولاجين.(٤،١)
٢ . ١ . ٢-٢-٢ - وحة أوتا : Nevus of Ota :

(داء الخلايا الملانية العيني الجلدي) (Oculo dermal Melanocytosis)

توجد عادة منذ الولادة ولكن يمكن أن تظهر بوقت متأخر. قد تصاب الملتحمة والجلد حول
العين المعصب بالشعبتين الأولى والثانية للعصب ثلاثي التوائم، كما قد تصاب الصلبة
العضلات العينية، الشحم خلف الصلبة، السمحاق، مخاطية الفم. تظهر على الجلد بقع بنيّة،
رمادية، أو سوداء مزرقة، تنمو تدريجيا ببطء وتغمق. وهي تستمر مدى الحياة. تحدث أكثر
عند الإناث (٨٠% من الحالات) وتكون ثنائية الجانب في ٥% من الحالات. تعتبر آفة
سليمة ونادرا ما يحدث ملانوم خبيث على هذه الوحمة وفي حال حدوثه فالموقع الأكثر شيوعا
له هو المشيمية.

نسيجيا: خلايا ملانية أدمية متفصنة منتشرة في الأدمة.(٥،٤)

٢ . ١ . ٢-٢-٣ - وحة ايتو : Nevus of Ito :

لها المظهر نفسه لوحمة أوتا إلا أنها تتوضع في منطقة توزع العصب فوق الترقوة الخلفي
والعصب العضدي الجلدي الوحشي لتشمل الكتف وجانب العنق والمنطقة فوق الترقوة. إن
استخدام ليزر رولبي Q switched في معالجتها يعطي نتائج فعالة ومثيرة.(٤)

٢ . ١ . ٢-٢-٤ - الوحمة الزرقاء : BLUE Nevus :

لها نموذجان مميزان هما: الوحمة الزرقاء لجاداسون تيش tiech والوحمة الزرقاء الخلوية
نادرا ما يحدثان كأفة خلقية، أو طفحية أو منتشرة، أو كأفات عائلية عديدة، أو نسيجيا كوحمة
مركبة.

أ- الوحمة الزرقاء لجاداسون تيش : Blue Nevus of Jadassohn - tieche

تدعى أيضا بالوحمة الزرقاء الشائعة، وهي عقيدة قاسية زرقاء تبدأ باكرا أثناء الحياة. تنمو
ببطء ونادرا ما تتجاوز ٢-٦ ملم قطرا. تكون الآفة عادة مفردة ونادرا متعددة، وتحدث غالبا
على الأطراف العلوية (ظهر اليدين) والقدمين والذراعين والوجه والاليتين.
نسيجيا: تبدو الخلايا الملانية الأدمية والخلايا الليفية وبلاعم الملانين مزداة.

ب- الوحمة الزرقاء الخلوية: Cellular Blue Nevus :

هي عقيدة قاسية كبيرة زرقاء أو سوداء مزرقة تتوضع بصورة رئيسية على الاليتين والمنطقة العجزية العصبية، توجد غالبا منذ الولادة. يكون الورم العقيدي فصيصيا ومحددا جيدا. تصاب النساء أكثر من الرجال ب ٢,٥ مرة. نسيجيا: يشاهد بالإضافة إلى الخلايا الملانية التغصنية المصطبغة العميقة، يلاحظ وجود جزر خلوية من خلايا مغزلية كبيرة تحوي القليل من الصباغ.

ج- الوحمة الزرقاء الخبيثة: M alignant Blue Nevus

تستحيل فقط الوحمة الزرقاء الخلوية ولكن هذه الاستحالة نادرة. سريريا: يلاحظ زيادة الحجم المفاجيء والتقرح. نسيجيا: تعدد أشكال النوى، غزو عناقيد من الخلايا الخبيثة للأدمة العميقة والنسيج الشحمي، لا يوجد فعالية موصلية في الوحمة الزرقاء الخبيثة. لقد كان الاستئصال هو الخط الأساسي في معالجة الوحمة الزرقاء، حاليا سجلت نتائج ناجحة باستخدام ليزر رولبي Q switched معالجة الشكل الخبيث هي تماما كما في معالجة الملائنوما الخبيثة.

د- الوحمة الزرقاء الظهارانية: Epitheloid B N

أفة موصوفة حديثا، تعتبر هامة نظرا لترافقها مع مجموعة من العلامات لتشكل متلازمة تتضمن مخاطومات، تصبغ جلدي مبقع، فرط فعالية صماوية، وشوانومات. تحدث الوحومات الزرقاء هنا على الأطراف والجذع وأقل من ذلك على الرأس والعنق، وأحيانا تكون عديدة وتصطبغ بشكل غامق، وبقطر أقل من اسم. نسيجيا: آفات أدمية تبدي نمطين من الخلايا الملانية، الأول: خلايا مصطبغة بكثافة، فصيصية مغزلية، والثاني خلايا قليلة الاصطباغ، مضلعة ومغزلية. (٥،٤)

٢. ٢- آفات الخلايا الوحمية: N evocytic Lesions :

الخلية الوحمية الوصفية هي خلية بيضوية أو مكعبة، ذات هيولى متجانسة ومحددة بشكل واضح ونواة كبيرة، مدورة أو بيضوية، شاحبة وحويصلية. ولكن تبدي الخلايا الوحمية تعدد في مظهرها: ففي الأدمة العليا تبدو كخلايا ظهارية بينما في الأدمة العميقة قد تشبه المنسجات أو الأورمات الليفية أو خلايا شوان.

٢. ٢-١- الوحومات الخلوية: Cellular Nevi :

تعرف أيضا باسم الشاممة الشائعة ووحمة الخلوية الوحمية. -الحدوث والانتشار: إن هذه الوحمة ليست ثابتة إنما عبر مراحل نضج متسلسلة. تبدأ بالظهور في السنوات الأولى من الحياة، ويزداد عددها على طول العقدتين إلى الثلاثة الأولى من العمر. حيث أن أكبر عدد من الوحومات يشاهد بين عمر ٢٠ - ٢٥ سنة حيث يكون

متوسط العدد ٤٠ وحة، ثم تتسطح الآفات وتشعب ويقل عددها تدريجياً حتى تغيب تماماً بعمر ٩٠ سنة. (٦،٤)

-العلاقة مع التعرض للشمس، للجنس، للعرق:

يبدو أن التعرض للشمس يزيد عدد الوحات في الجلد المعرض. كما أن معظم الوحات تتوضع في المناطق المكشوفة وهي أقل شيوعاً في المناطق المغطاة (كالإيتين) ما عدا في حالة متلازمة الوحة عسيرة التصبغ.

يكون عدد الوحات عند البيض أكثر منه عند السود. كذلك فإن الوحات عند السود تميل للتوضع على الراحيتين، الأخمصين، الملتحمة، وسرير الظفر أي يمكن مشاهدتها بهذه التوضعات عند السود أكثر من البيض.

تميل الوحات عند الإناث للتوضع على النهايات خاصة الساقين، بينما تفضل الجذع عند الذكور.

تحدث الوحات في الملتحمة بنسبة ١ % وتكون وحات الغشاء المخاطي وسرير الظفر غير اعتيادية لدى كل المرضى تقريباً. (٧،٤)

-المظاهر السريرية والنسجية:

الوامة الوصلية هي بقعة بنية مسطحة غير مشعرة يتراوح قطرها من (١-٦ ملم) قد تأخذ المظهر النموذجي الهدفي. تحدث على أي موقع من الجسم، وتعتبر الوحات المتوضعة على الراحيتين والأخمصين والصفن وحات وصلية.

قد توجد الوحات الوصلية عند الولادة، لكنها تظهر عادة في عمر (٣-١٨) سنة وتصبح بعض هذه الوحات الوصلية بعمر البلوغ وحات مركبة أو أدمية. على أية حال فقد تستمر بشكل وحات وصلية أو تتطور لمركبة أو أدمية. تبقى الوامة الوصلية عادة مسطحة إلى أن تمتد الخلايا الوحمية إلى الأدمة، حيث تسمى عندها بالوامة المركبة أي (وصلية + أدمية).

فيما بعد يتوقف التكاثر الوصلي وتصبح الخلايا الوحمية مفصولة عن البشرة بشريط من النسيج الضام فتتشكل عندئذ الوامة داخل الأدمة (الأدمية) وهذا النمط يوجد عادة لدى متوسطي العمر. تأخذ الوحات المركبة والأدمية أشكال قبية، أو لاطئة، أو ثولولية، أو بشكل حطاطات ناعمة مع أو بدون أشعار وهي تأخذ اللون اللحمي أو البني.

تتميز *الوامة الوصلية بوجود أعشاش الخلايا الوحمية في المستويات السفلى للبشرة.

*الوامة المركبة تتميز بوجود ما يعرف بالفعالية الوصلية (أعشاش الخلايا الملانينية

في الأجزاء السفلية للبشرة)

إضافة لكونها تملك البنية الخاصة بالوامة الخلوية في الأدمة.

-التدبير:

تدبير الوحمات هو أمر مربك: إذا أزيلت كل الوحمات فإنه سوف يتم منع الآلاف الميلانومات ولكن هذا غير وارد ومستحيل.

-الوحمات المكتسبة: عددها كبيرة جدا بعكس الوحمات الخلقية. يجب إزالتها إذا أبدت علامات التحول للخباثة، أو إذا كان المريض يرغب بإزالتها لأسباب تجميلية.

-وحمات خط العنق أو الخط الزناري أو مناطق أخرى والتي تكون فيها الوحمة عرضة للتخريش يمكن استئصالها لإراحة المريض من التخريش والرض المتكرر.

-الوحمات على الفروة المشعرة تعتبر غير شائعة، يجب استئصالها إذا كانت لانموذجية خاصة وأنه من غير العملي أن نراقبها.

-وحمات الأغشية المخاطية: إذا وجدت أفة مصطبغة مفردة في الغشاء المخاطي الفموي أو المهبلي يجب إجراء خزعة استئصالية، ذلك لأن الوحمات غير شائعة في هذه المناطق كما أن مراقبتها صعبة.

-وحمات مطرق الظفر: تؤدي وحمات مطرق الظفر لانتاج شريط ظفري مصطبغ ولكن يمكن أن نشاهد هذا الشريط أيضا في حال تفعيل الخلايا الملانينية وبشكل مستقل عن وجود الوحمات أو الميلانوما. علامة هتشنسون للاصطبغ فوق الطبقة الظفرية والتي تعتبر كمؤشر للميلانوما. يصعب تمييزها أحيانا عن تصبغ الجليدة الرقيقة المغطية وطية الظفر الدانية، إن خزعة شريط مصطبغ طولاني مكتسب لدى بالغ يصيب فقط ظفرا وحيدا ضرورية لتأكيد التشخيص.

إن ميلانوما مطرق الظفر عند طفل هو استثنائي ولا ينصح بالخزعة الروتينية لهذه الحالات.
-وحمات الملتحمة: يمكن للوحمات أن توجد في الملتحمة، وقد نكتفي بمراقبتها الدورية إذا كانت موجودة منذ الطفولة ولم تبد أي دليل على النمو.

يجب وضع الشك في الميلانوما إذا حدثت الوحمات الملتحمة في الملتحمة الجفنية أو قبو الملتحمة، أو إذا امتدت إلى القرنية، أو إذا وجد انسداد قنوي أو دماغ أو إذا لوحظ وجود شبكة من الأوعية الدموية في الوحمة. (٥،٤)

٢ . ٢ . ٢ - الوحمة وحمية الخلايا الولادية: Congenital Nevocytic Nevus:

٢ . ٢ . ٢ . ١ - الوحمة المصطبغة العملاقة: Giant Pigmented Nevus

تدعى أيضا الوحمة العملاقة المشعرة، وحمية لباس الحمام على الجذع. وهي عبارة عن وحمية صباغية مميزة تتوضع بكثرة على الجذع تتصف بلطخة كبيرة مصطبغة بشدة، ومشعرة يتخللها لطخات صغيرة ومتناثرة أكثر اصطبغا، قد يكون الجلد متسكما وتؤلوليا يؤدي ميلها للتوضع في قطاع جلدي إلى أخذها شكلا مميزا في أكثر الحالات. يعتبر الجذع من أماكنها

المفضلة بخاصة القسم العلوي والسفلي من الظهر. تكون الوحمة العملاقة المشعرة موجودة منذ الولادة وقد تستمر بالنمو عدة سنين.

إن نسبة حدوث الميلانوم الخبيث من الوحومات المصطبغة الخلقية العملاقة هي ٣-٧ % وإن ٤٠% من الميلانوم الخبيث المشاهد عند الأطفال ينشأ على وحة خلقية كبيرة.

عندما تتوضع هذه الوحمة على الرأس أو العنق قد تترافق بملان خلوي سحائي، ويختلط أحيانا بموه رأس أو ميلانوم خبيث في السحايا الرقيقة.

نسيجيا: تتضمن الوحومات العرطلة نموذجيا خلايا وحمية في الثلثين السفليين من الأدمة أحيانا يمتد إلى النسيج تحت الجلد.

التدبير:

ينصح بالاستئصال الجراحي الكامل للوحمة المصطبغة العملاقة وإعادة التغطية بطعوم ذاتية. مع العلم أن هذا الإجراء لا يزيل خطورة تطور الميلانوما في السحايا الرقيقة عند مرضى الملان الخلوي السحائي، وهكذا فإن هؤلاء الأطفال يحملون إنذار سيء لذا يجب أخذ قرار حكيم لتجنبهم التداخل الجراحي المكلف. ولكن وفي الوقت نفسه فإن الاستئصال الجراحي سيزيل منطقة كبيرة من الجلد المصاب وسيوفر المتابعة الحثيثة. إن المتابعة العصبية ضرورية حيث قد تؤدي للكشف المبكر لميلانوما الدماغ القابل للاستئصال. وأخيرا فإن بعض الآفات تكون غير قابلة للاستئصال لأنها كبيرة أو تصيب مناطق حساسة وظيفيا.

مقاربات بديلة للعلاج: أهمها سنفرة الجلد، الكشط والإزالة بالليزر، وهي تقنيات مصممة لتقليل الخلايا الوحمية وتقليل خطورة حدوث الميلانوما وتحسين المظهر الجمالي لهذه الآفات العرطلة. مع العلم أن ثلثي الميلانومات الناشئة في وحات خلقية تظهر في مواقع غير بشرية. أخيرا ننوه إلى ضرورة إجراء الفحوص الجلدية المتكررة طويلة الحياة. (٤،٥)

٢. ٢. ٢ - الوحمة وحمية الخلايا الولادية الصغيرة والمتوسطة:

Small And Medium Congenital Nevocytic Nevus

-تعريف: تعرف الوحمة وحمية الخلايا الخلقية الصغيرة على أنها أقل من ١,٥ سم في قطرها الأعظمي. وتقيس الآفات متوسطة الحجم أكثر من ١,٥ سم وأقل من ٢٠ سم.

-الحدوث: توجد لدى حوالي ١ % من الولادات ، وتكون مشعرة في نصف الحالات.

-نسيجيا: مشابهة للوحومات المكتسبة ولكنها عادة تملك إصابة أعمق.

-التدبير:

من المتداول في المجتمع الامكانية الكبيرة لحدوث الميلانوما في هذه الآفات الولادية.

في حالة الآفات التي تصيب مواقع غير قابلة للاستئصال، أو تلك التي تبدي مظاهر غير اعتيادية لكنها موجودة في مواقع يمكن مراقبتها بسهولة من قبل المريض، في هذه الحالات يمكن أن نكتفي بالمراقبة طويلة الحياة.

ينصح بالاستئصال في حالة الآفات الموجودة في الفروة المشعرة، أو تلك ذات الأهمية من الناحية الجمالية أو الوحات ذات المظاهر السريرية غير الاعتيادية والتي يتجاوز قطرها ٥،٤ سم. (٩،٤)

٢.٢.٣ - الوحمة عسيرة التصنع: Dysplastic Nevus :

وصف كلارك وآخرون عام ١٩٧٨ عائلات مصابة بوححات غير اعتيادية وميلانومات عديدة وسميت هذه الحالة باسم متلازمة وحمة B-K (عائلة B وعائلة K) إن المصطلح الأكثر قبولاً هو الوحمة عسيرة التصنع.

المرضى المصابون بالوحمة عسيرة التصنع والذين لديهم أقرباء لديهم وححات عسيرة التصنع أو ميلانوما، يكون لديهم انذار أسوأ لتطور الميلانوما. وقد قدر الباحثون أن النسبة تبلغ ٥٠% خلال كامل الحياة (نسبة الخطورة).

قد تحدث الوحات عسيرة التصنع بشكل شائع أيضاً لدى مرضى دون قصة شخصية أو عائلية، وتعتبر الوحات عسيرة التصنع المنعزلة شائعة تماماً حيث سوجدت عند ٥% - ٢٠% من مجموعات سكانية متعددة.

بالتالي يمكن القول أن الوحات عسيرة التصنع قد تظهر على شكل:

-آفات وحيدة منعزلة.

-آفات متعددة متلازمة الوحمة سيئة التنسج الوراثية (DNS) .

-آفات متعددة في حالات منعزلة: متلازمة الوحات سيئة التنسج اللاوراثية.

تبدو أهمية هذه الوحمة من خلال:

١-تحتاج لأن يتم تمييزها عن الميلانوما في بعض الحالات.

٢-تتطلب الحصول على قصة دقيقة وتدعو للشك بأفراد العائلة بالنسبة لوجود الوحات عسيرة التصنع لديهم أو الميلانوما.

٣-تضيف عامل خطورة آخر للأهبة للميلانوما، بالمشاركة مع موجودات أخرى مثل التعداد الكامل للوحدات، نمط الجلد، لون العيون، قصة حروق الشمس.

إن التعريف الدقيق للوحمة سيئة التنسج سريريا، حالياً، يشمل مايلي:

١-وجود مركبة بقعية Macular بالإضافة إلى مركبة حطاطية Papular في الآفة والتي تعطي

مظهر سطح مجعد Pebbly .

٢-حجم كبير، يتجاوز ٥ ملم

-المظاهر النسيجية النموذجية:

فرط تصنع خلوي ملاني مع تطاول الاستطالات البشرية، خلايا ملانية مغزلية وخلايا بشرانية منتظمة بشكل أفقي ومجموعة بشكل أعشاش. كما نلاحظ لانموذجية خلوية تكون موجودة عادة ولكنها ليست أساسية للتشخيص. (٨،٥،٤)

٢. ٢-٤ - الوحمة الهالية: Halo Nevus:

تعرف أيضا باسم وحة (سوتون)، البهاق حول الوحمان، الوضح المكتسب الناخذ. تتصف هذه الوحمة بوحمة مضطبعة محاطة بمنطقة زائلة اللون. الوحمة عادة من النوع المركب أو داخل الأدمة مع منطقة زائلة الصباغ متراكزة حوافها منتظمة ومقتطعة. قد تكون وحيدة أو متعددة وتتوضع غالبا على الجذع. تظهر الآفات في العقد الثاني.

يقترح بعضهم أن الآلية الإراضية في حدوثها هو الرفض المناعي للملانيين أو للملانوم البادئ في الوحمة. ليس لحدوث الوحمة الهالية صلة بالبهاق رغم تشاركها معه في عدة حالات. المصابون بالوحمات الهالية لديهم أضداد موجهة للخلايا الملانية ومناعة متواسطة بالخلايا باتجاه خلايا الملانوما.

على الرغم من أن الوحمة الخلوية هي أكثر الأورام المحاطة بالهالة الوضحية مشاهدة، إلا أنه هنالك عدة آفات قد تحاط بمنطقة من الوضح، نذكر منها الوحمة الزرقاء، الليفوم العصبي، الوحمة العصبية، الوحمة ذات الخلايا المغزلية والخلايا الظهارانية، والملانوم الخبيث. نسيجيا: قد يشاهد في الهالة الوضحية خلايا ملانية إيجابية الدوبا لاملانية، في ماعدا ذلك لا يوجد تبدلات شاذة، أما في الآفة المركزية فتشكل الخلايا الوحمية وحة مركبة أو داخل الأدمة.

المعالجة: لاينصح بمعالجة الوحمة الهالية. من المعروف أن الوحمة قد تمتد في المحيط وأن الوحمة المركزية قد تزول تلقائيا مع الوقت. لا يؤدي استئصال الوحمة المركزية إلى إعادة تصبغ المنطقة الزائلة الصباغ. يعتقد أن المنطقة الوضحية قد تبقى زائلة اللون لفترة غير معروفة ولكن إعادة التصبغ ستحدث فيما بعد.

إن الفحص المخاطي الجلدي الدقيق ضروري عند تشخيص الوحمة الهالية وذلك لنفي ميلانوما مرافق. (٥،٤)

٢. ٢-٥ - الوحمة ذات الخلايا البالونية: B alloon Cell Nevus:

الوحمة ذات الخلايا البالونية هي وحة مضطبعة يتراوح حجمها بين ١-٥مم، تحدث غالبا على الرأس، الرقبة، الجذع، وأحيانا في أماكن أخرى مثل العضدين والقدمين، لا يمكن تفريق الآفات سريريا عن الوحمات الشائعة المصطبغة أو غير المصطبغة.

تتألف الآفات نسيجيا من خلايا حويصلية خاصة تبدو رغوية مؤلفة خلايا كبيرة متعددة الأضلاع بالونية، كما توجد إلى جانبها الخلايا الوحمية. تشكل نوعي الخلايا أعشاشا في البشرة والأدمة.

لا تعد هذه الوحمات ذات قدرة كامنة للخبيث، ومعالجتها هي تلك المتبعة لمعالجة الوحمات الأخرى. يوجد ملانوم الخلايا البالونية ولكن تكون الخلايا فيه متعددة الأشكال نواها أكبر، هيولاها قليلة ويمكن مشاهدة انقسامات شاذة. (٤)

٢. ٢. ٦ - الملانوم الشبابي الحميد : Benign Juvenile Melanoma :

المرادفات: وحة (سبيتز Spitz)، الملانوم الشبابي، وحة الخلية المغزلية. المظاهر السريرية: يبدو سريريا بشكل عقيدة قاسية مدورة، سطحها مرتفع، أملس، وسفي قليلا، مشعرة، لونها مميز وردي أو أحمر أرجواني. يحدث غالبا خلال العقد الأول من العمر، مع أنها تحدث في عمر البلوغ في حوالي ٣/١ الحالات.

الشكل النموذجي هو حطاطة قاسية وردية ثابتة متوضعة على الوجه بخاصة الوجنة بقطر ٣-١٠ ملم، إن النمط المصطبغ لوحمة سبيتز يتوضع عادة على الطرفين السفليين. نادرا ما تشخص وحة سبيتز عند الأشخاص ذوي لون الجلد الغامق.

الشكل العديد والطفحي: قليلا ما تشاهد هذه الوحة بشكل آفات عديدة، لكنها تحدث أحيانا بشكل آفات مجتمعة بشكل عنقودي عند الأطفال والبالغين.

نسيجيا: يعتقد بأن الملانوم الشبابي الحميد هو أحد أشكال الوحة المركبة، تبدو الخلايا الوحمية متعددة الأشكال فهي غالبا مغزلية الشكل وفي حالات أقل شيوعا متعددة الأضلاع (ظهارانية) قد يشاهد خلايا عملاقة هيولاها حمضية ونواتها كبيرة. وقلمما تشاهد الخلايا العملاقة متعددة النوى، تبدو هذه الخلايا بشكل ظاهر وواضح لأنها تحاط بوزمة شديدة.

تشاهد الكريات الحمضية مع البنى المستدقة الليفية (أجسام كامينو) لدى ٦٠ - ٨٥ % من وحمات سبيتز. يمكن أيضا أن تشاهد في الميلانوما بنسبة ١٢ % وفي الوحمات المركبة بنسبة ٨ % ولكنها تكون أقل عدد وأصغر حجما منها في وحمات سبيتز.

التشخيص التفريقي: الحبيبوم المقيح، اللشمانيا، ورم الخلايا البدنية، الميلانوما.

المعالجة: يجب استئصال وحة سبيتز بشكل كامل وفحصها نسيجيا. ينصح بالاستئصال الكامل لتجنب الخلط بينها وبين الميلانوما لدى حدوث النكس غير المرجح. (١،٤،٥)

٣-الملائوما الجلدية الخبيثة:

:Cutaneous Malignant Melanoma

٣.١- التعريف والحدوث: Definition and incidence

يعتبر الملائوما أخطر الأورام الجلدية ويشكل ٥% من أورام الجلد الخبيثة، و ١% من كل الخباثات. ٥٠ - ٨٠% من الحالات تنشأ انطلاقاً من خلايا ملانينية بشروية. يبدأ عادة كتكاثر لخلايا ملانينية شاذة ضمن البشرة والتي تمتد إلى الأدمة والنسيج تحت الجلد ومن هذه الأمكنة يمكن ان يعطى نقائل بعيدة.

- ٢٠ - ٥٠% من الحالات التي تنشأ من خلايا وحمية وهذه الأخيرة غالباً ما تكون وحمات ولادية أو مثدونة أو وصلية ونادراً جداً وحمات أدمية أو وحة زرقاء.
- نسبة حدوث الملائوما قبل البلوغ قليلة جداً ١% ثم يبدأ التواتر بالزيادة بعمر ٢٠ سنة والذروة ٤٠-٥٠ سنة ليتناقص بعد ذلك.(٥،١)

٣.٢- الأشكال السريرية:

١-ملائوما الشامة الخبيثة Lentiyo Maligna Melanoma

٢-الملائوم ذو الانتشار السطحي Superficial Spreading Melanoma

٣-ملائوم شامات النهايات A cro Lentiginous Melanoma

٤-الملائوم العقيدي Nodular Melanoma

٣.٣- عوامل الخطورة للاصابة بالملائوم الخبيث: (Risk Factors)

تشير الدلائل الحالية إلى أن الورم الملانيني الجلدي الخبيث يعزى إلى تآثر عوامل النمط الظاهري والعوامل البيئية.

٤٣١٦٢٥

عوامل النمط الظاهري P henotypic risk factors :

تشمل خصائص النمط الظاهري التي تترافق مع ازدياد خطر حدوث الملائوما مايلي:

١-العدد الكلي للوحمات العادية (أكثر من ٥٠ وحة أو تساوي ٢ملم قطراً)

٢-وجود وحمات شاذة سريريا (وحمات سيئة التنسج)

٣-العمر: هو أيضا عامل خطر هام يعمل بشكل مترق على نحو متواصل في ملائوم الشامة الخبيثة، بالمقابل يعمل بصورة أكثر تعقيدا بالنسبة للملائوما سطحية الانتشار والملائوما العقيدية.

٤-قصة عائلية أو شخصية للملائوما.

٥-البشرة الفاتحة Fair skin ، الشعر الأشقر أو الأحمر، النمشات Freckles .

٦- الحساسية للشمس، فالجلد الذي يحترق بسهولة ولا يكتسب السمرة إلا بصعوبة هو عامل خطر أيضا.

٧-الوحمات الخلقية.(٥)

العوامل البيئية Environmental factors :

١-التعرض للإشعاع فوق البنفسجي الطبيعي Exposure to natural u.v irradiation .

هناك أدلة وافرة من الدراسات الوبائية تشير إلى أن الأشعة فوق البنفسجية المشتقة من الشمس تتسبب في زيادة حدوث السرطانة قاعدية الخلايا والسرطانة شائكة الخلايا والمelanoma الخبيثة للجلد. تعتمد درجة الخطر على:

١-نمط الأشعة فوق البنفسجية.

٢-شدة التعرض.

٣-كمية المعطف الواقي الممتص للضوء من الملانين في الجلد.

يمكن تقسيم الأشعة فوق البنفسجية إلى ثلاث مراتب تبعا لطول الموجة:

- الأشعة فوق البنفسجية A : U.V.A (٣٢٠ - ٤٠٠ نانومتر)
- الأشعة فوق البنفسجية B : U.V.B (٢٨٠ - ٣٢٠ نانومتر)
- الأشعة فوق البنفسجية C : U.V.C (٢٠٠ - ٢٨٠ نانومتر)

من بين هذه الثلاث يعتقد بأن الأشعة فوق البنفسجية B هي المسؤولة عن إحداث سرطانات الجلد.

تشير الدراسات إلى أن التعرض الحاد للشمس لبشرة لا تتأقلم جنينيا بشكل جيد مع التعرض للشمس عامل خطر هام. مثل: العيش في مناخ مشمس ، قصة تعرض حاد للشمس في فترات الاستحمام، قصة عوارض حروق شمس بعمر أقل من ٢٠ عاما.

لقد ربطت ٩ دراسات من أصل ١١ دراسة حرق الشمس مع خطر melanoma.

يلعب الصباغ دورا واقيا، فالسود الذين يعيشون نمط حياة مماثل للبيض في نفس المنطقة الجغرافية لديهم حدوث أقل بنسبة أكبر بكثير من جيرانهم البيض.

هذا التعرض الحاد المتقطع للشمس بالإضافة للوحمات الملانية كعوامل خطورة تخص بدرجة أكبر melanoma سطحية الانتشار والمelanoma العقيدية، أما التعرض المتراكم الكلي المزمّن المستمر للشمس فيخص بدرجة أكبر melanoma الشامة الخبيثة.(٥،٧)

٢-الهجرة: Migration :

تشير الدراسات التي أجريت على العمر عند الهجرة من أوروبا إلى مناخ مشمس أكثر كأستراليا إلى أن التعرض للأشعة فوق البنفسجية الحادة بعمر مبكر قد يكون عامل هام بشكل

خاص، فمقارنة المولودين أصلا في أستراليا مع أولئك الذين وصلوا إليها بعمر أكبر من ٥ سنوات تشير إلى حدوث أعلى للملانوما عند مجموعة المولودين الأصليين. (٢،٥)

٣-- استخدام مصادر الأشعة فوق البنفسجية الصناعية: Use of U.V Sources :

تتهم العديد من الدراسات حاليا الأسرة الشمسية والمصابيح الشمسية على أنها عامل خطر طفيف ولكن ذو أهمية موحية أن الأشعة فوق البنفسجية الصناعية الطويلة الموجة قد تلعب دورا في إحداث الملانوما بالإضافة إلى التعرض لضوء الشمس الطبيعي. قد تختلط هذه الدراسات على كل حال مع حقيقة أن هؤلاء الذين يستخدمون الأسرة الشمسية هم أنفسهم أيضا الذين يقضون أوقاتا طويلة محاولين اكتساب السمرة في ضوء الشمس الطبيعي.

٤-العوامل الهرمونية: Hormonal factors :

أجريت دراسات عديدة لبيان ما إذا كان استخدام مانعات الحمل الفموية عامل خطر بالنسبة للملانوما عند النساء، وتوصي الدلائل المتراكمة حاليا أن لا ترافق هام، ولكن قد يكون من المحتمل وجود علاقة ضعيفة بين الاستعمال المديد، خلال فترة أكثر من ١٠ سنوات، وخطر الملانومات.

٥-تجب الإشارة إلى نمطين من الأدوية الوراثية على جانب كبير من الأهمية رغم ندرتهما الأول: الملانوما العائلية حيث يصل الخطر العمري عند أفراد مثل هذه العائلات إلى ١٠٠% الثاني: جفاف الجلد المصطبغ حيث يزداد خطر حدوث الملانوما إلى ٢٠٠٠ ضعف مقارنة مع مرضى نفس العمر. (٥)

٣. ٤- التشخيص السريري للملانوما: C inical Diagnosis :

هناك نظامان مبسطان يساعدان في التشخيص السريري للملانوما بواسطة الفحص بالعين المجردة.

• نظام المعايير التشخيصية الذي يستخدم الأحرف الأبجدية الإنكليزية الأربعة الأولى ويدعى بمعايير " ABCD " حيث :

Asymmetry : A: غياب التناظر: نصف الآفة لا يوافق نصفها الآخر في الشكل أو التوزيع اللوني.

Lesional Bander irregularity : B : عدم انتظام حواف الآفة، تميل الآفة لأن تكون ذات حواف مشرشرة كأنها خريطة لجزيرة صغيرة.

Lesional color Vriegation : C : تعدد الألوان ضمن الآفة: يكون سطح متعدد الألوان وقد يحوي ظلال من اللون الأسمر، البني، الأسود المزرق، الأبيض الرمادي وتبدلات أخرى.

Lesional Diameter : D : قطر الآفة: يكون عموما أكبر من ٦ ملم على الرغم من أن بعض الملانومات تكون أصغر من ذلك.

• قائمة Glasgow ذات نقاط الفحص السبعة: وتقسّم إلى ٣ معايير كبرى و ٤ معالم صغرى هي:

-المعالم الكبرى: التبدل في الحجم، التبدل في الشكل، التبدل في اللون.
-المعالم الصغرى: قطر أكبر من ٦ ملم، الالتهاب، النز أو النزف، حكة خفيفة أو تغير في الاحساس.

لقد افترض أن أية آفة تملك واحدا من المعالم الكبرى عند البالغ يجب أن توضع إزالتها موضع الجذ، وأن وجود أي معالم صغرى إضافية وخصوصا الحكة، يعزز الاشتباه السريري. (١،٥،٤)

٣. ٥ - الميلانوما على وحة موجودة سابقا:

Melanoma arising in a Pre-existing nevus

إن غالبية الميلانومات تنشأ على جلد طبيعي من قبل، ولكن يبدو أن هناك دليلا سريريا وتشريحيًا مرضيا على أن نسبة منها تنشأ على وحات سليمة، والتي قد تكون عادية، خلقية أو شاذة (عسيرة التصنع)، وقد وصف ترافق الوحات وحمية الخلايا مع الميلانوما منذ أكثر من ١٦٠ عاما. يقودنا هذا بالتالي إلى دراسة إمكانية الخباثة في كل نمط من هذه الوحات.

٣. ٥. ١ - الميلانوما الناشئة ضمن وحة عادية سابقا:

Melanoma arising in pre-existing banal nevus

تشير الدراسات الوبائية التي أجريت في كل من كندا، استراليا، المملكة المتحدة على الوحات الملانية في الفترة ١٩٨٥ - ١٩٩٤ إلى أن التوزيع التشريحي للوحدات الملانية المكتسبة والاختلاف في هذا التوزيع بين الجنسين يقابل ذلك في الميلانوما، بمعنى أن الوحات الملانية تكون أكثر شيوعا على الأطراف السفلية عند الإناث وعلى الظهر عند الذكور مما يدل على أن العوامل المسؤولة عن نشوء الميلانومات والوحدات الملانية متشابهة.

توحي الدراسات السريرية- التشريحية المرضية المشتركة بأنه حتى ٥٠% من الميلانومات قد تنشأ على وحات صغيرة موجودة سابقا، وأن ذلك قد يكون أكثر شيوعا عند الشبان. على كل حال: البالغ الأبيض المتوسط العمر من الذكور أو الإناث لديه ٢٠-٤٠ وحة عادية على سطح الجلد، ولذلك ينصح بالضرورة أن الغالبية العظمى من الوحات العادية المكتسبة تكون فعلا آفات سليمة غير مترقية والتي تنطم مع مرور الوقت. بالتالي ليس هناك مبرر للاستئصال الوقائي أو الروتيني للوحدات العادية الصغيرة اللاعرضية.

لقد قيل في الماضي أن الوحات العادية على الأخصمين والراحتين تجب إزالتها بسبب الخطر الأكبر للتحويل الخبيث للوحدات في هذه المواقع. لكن ذلك لم يثبت بواسطة دراسات الحدوث النسبي للوحدات والميلانوما على هذه المواقع. معظم أطباء الجلد يأخذون بعين

الاعتبار الاستئصال الوقائي للوحمات في مواقع الاحتكاك المتكرر مثل منطقة اللحية ولكن لا يوجد دليل حتى هنا يبرر الوقاية من الميلانوما. حيث يرجح عدم وجود استحالة خبيثة في الخلايا الوحمية الموجودة سابقا في الوحمة الخلوية، ولكن يرجح وجود بيئة موجودة ضمن الوحمة الخلوية مناسبة لحدوث ميلانوما خبيثة. (٥،٤)

٣ . ٥ . ٢ - الميلانوما والوحمات الخلقية

Melanoma & congenital nevi

لقد وصف خطر التحول الخبيث في حالة الوحمات الخلقية بشكل رئيسي وحتى اليوم بالتوافق مع النمط العرطل الذي يكسو أو يحمم الجذع Giant bathing trunk nevi أو Garment type nevi وقد وصفت دراسات من عدد من وحدات الجراحة الترميمية خلال العشرين سنة الماضية خطر التحول الخبيث بين ٢ % - ٢٨ % والخطر الوسطي من الدراسات المتراكمة من هذا النوع هو حوالي ١٢ % من شبه المؤكد أن هذا الرقم مبالغ فيه نظرا لتدوين الحالات التي تخضع لتحول خبيث من هذه الآفات وإغفال تدوين تلك التي لاتخضع لتحول خبيث يعتبر البعض أن أفضل دراسة حتى اليوم في هذا المجال هي دراسة L orentzen ورفاقه عام ١٩٧٧ والذي أجرى دراسة راجعة على ١٥٠ مريض لديهم وحمات خلقية كبيرة واستمرت المتابعة مدة ٦٠ عاما من خلال سجلات الأورام في الدول الاسكندنافية. أوحى هذه الدراسة بأن الخطر العمري التراكمي للتحول الخبيث لمثل هذه الآفة هو بحدود ٤ % . كما أظهرت دراسات أخرى سريرية عدم وجود أي دليل على نقائل بعد سنوات من المتابعة بعد التشخيص النسيجي لميلانوما ضمن وحة عرطلة، وأظهرت أن حدوث مشابهاة نسيجية للميلانوما في الوحمات العرطلة شائع نسبيا خصوصا في تلك التي يتم خزعاها بعد فترة قصيرة من الولادة.

لقد تكرر الاهتمام على نحو ملحوظ في السنوات الأخيرة على الوحمات الولادية الأصغر وإمكانية ترافقها مع التحول الخبيث. (٥،٤)

أجرى Rhodes ورفاقه دراسة على ٢٤٣ ميلانوما ووجدوا في هذه المجموعة أن ١٩ % من الحالات أظهرت دليلا على نشوئها من وحة خلقية صغيرة موجودة سابقا. هذا الرقم عال، وإذا تأكد، يكون دليلا قويا يوحى بأن الاستئصال الجراحي لهذه الآفات الخلقية الصغيرة كإجراء وقائي يكون مبررا. (٩)

٣ . ٥ . ٣ - الميلانوما والوحمات الشاذة سريريا:

Clinically atypical nevi & Melanoma

تمت مناقشة هذا الموضوع سابقا عند الحديث عن الوحمة عسيرة التصنع، ولكن يمكن القول أنه يجب اعتبار وجود وحمات شاذة سريريا علامة لخطر يزداد أكثر فأكثر كالتالي:

- في حال عدم وجود قصة عائلية أو شخصية لملانوما أو لوحات عديدة عند عائلة المريض يزداد الخطر بازدياد عدد الوحامات (بنسبة ١٠ أضعاف تقريبا)
- في حال وجود قصة عائلية يزداد الخطر ليصبح بنسبة أكثر من ٥٠ ضعف. (٥،٤)

٤- منظار الجلد Dermatoscope :

- هو عبارة عن جهاز مزود بعدسة مكبرة بمعدل ١٠ أضعاف، ومنبع ضوئي يوضع على سطح الآفة بعد مسحها بمادة زيتية (زيت الأرز) التي تطبق لتركيز الضوء المنبعث من المنبع ومنع تبعثره. يمكن بواسطتها فحص الآفات المصطبغة حيث يمكن مشاهدة انتشار الميلانين في البشرة والقسم السطحي للأدمة بتفاصيله الكبيرة.

- يجري تنظيف الجلد على الوحومات والآفات الميلانية المشتبه بها فقط، وليس له نوعية عالية في تشخيص الميلانوما لكنه على الأقل يمكن أن ينفي الأورام المصطبغة الأخرى غير الميلانية (التقران المئي - الوعاؤوم ...)

- حالياً: يستخدم التنظير للتمييز بين الآفات ذات المنشأ الملانيني عن غير الميلانية، أما بالنسبة للتمييز بين الوحومات اللانموجية والميلانوم الباكر فلم يصبح بعد إجراء روتيني.

- تعطي هذه التقنية إذا استخدمت بأيدي خبيرة حساسية بمعدل ٩٢ % ونوعية بمعدل ٧١ % لكن تبقى الخزعة والتشريح المرضي المقياس النظامي لتشخيص الميلانوم الباكرة. (٥،٤)

التعابير المستخدمة لوصف الآفات الميلانية بتقنية منظار الجلد موضحة كما هو في الجدول التالي: