

الصداف

د. عبد الحليم رومية*

خديجة أسمر

□ ملخص □

الصداف مرض جلدي مزمن ناكس كثير الانتشار. يحدث في أي عمر ولدى الجنسين على السواء. يُتميز بلويحات حمامية وسفينة واضحة الحدود. يتوضع على القروة والنواتئ الانبساطية واماكن أخرى...

توجد أشكال أخرى فالتنوعات الشكلية شائعة في الصدف. ووفقاً للانذار هناك أشكال اعتيادية وهناك أشكال خطيرة قد تكون مهددة للحياة أو مشوهة.

العوامل المسببة لا تزال مجهولة والعلاج الشافي غير موجود حتى الآن. وقد عملت هذه الدراسة على معرفة معدل انتشار المرض وتمييز الأشكال السريرية المختلفة. حيث لاحظنا حالات شديدة تتطلب العلاج الجلدي بالثيفازون أو PUVA أو الميتوتروكسات.

* أشرف على هذا البحث الدكتور عبد الحليم رومية مدرس في قسم الأمراض الجلدية والزهرية بكلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية سورية. قامت بإعداد هذا البحث خديجة أسمر طالبة الدراسات العليا في قسم الأمراض الجلدية والزهرية بكلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية سورية.

الصداف مرض جلدي وناكس. كثير الانتشار. معدل انتشاره 1-3%.

يحدث في أي عمر، وخاصة في العقد الثاني والثالث. ولدى الجنسين على السواء. ويُميز بلويحات حمامية محدّدة جيداً مغطاة بوسوف بيضاء فضية.

وعندما تكشف الوسوف بانتظام، تتساقط على شكل فتات السُمع. وتظهر نقاط نزفية "علامة أوسبيتز".

اللويحات دائرية ويمكن أن تختلف في الحجم من صغيرة إلى ممتدة. وأحياناً تغطي كل الجسم أو معظمه.

وبشكل نموذجي يتوضع الصدف على النواتئ الانبساطية للمرفقين والركبتين ولكن يمكن أن يوجد في أماكن أخرى تشمل: الفروة - الجذع - الراحات - اللسان.... الخ.

مدة المرض يمكن أن تختلف من عدة أسابيع إلى طول الحياة ولا يمكن التكهّن بسيره. والتغيرات الشكلية شائعة.

يكون عادة تشخيص الصدف سريرياً ولكن أحياناً نحتاج إلى الخزعة التي تُميز بما يلي:

1- فرط قرن نظير قرني.

2- غياب الطبقة الحبيبية.

3- شواك.

4- نظائر انقسام متزايدة في الطبقة القاعدية.

5- تجمع العدلات في البشرة مشكلة ما يدعى خراجات "مونرو".

في الأدمة: هناك:

1- تحلم.

2- توسع الأوعية الشعرية.

3- رشاحة خلوية.

السيببات:

جمعت الكثير من المعلومات الحديثة فيما يتعلق بالكيمياء الحيوية والحالة المناعية والحوادث الحركية.

ويمكن أن توصف المعرفة الحديثة

كالتالي:

الاستعداد: مشتملاً الوراثة.

أثبتت الدراسات السكانية العديدة وجود التجمع العائلي بشكل ملحوظ.

قدم اكتشاف مستضدات الزمر النسيجية HLA زحماً هاماً لشرح الدور الوراثي في الصدف.

عموماً: يوجد تزايد للـ HLA B13 والـ HLA B17 في الصدف.

2- العوامل المثيرة:

آ- العوامل النفسية:

للشدة العاطفية أهمية كبيرة، وقد تكون بمثابة المقدح الذي يؤدي إلى إثارة الصدف وتأييده.

يوجد زيادة في تكاثر الخلايا البشرية.
ودورة حياة الخلية قصيرة جداً.

2- اضطرابات كيميائية حيوية:

تتناقص نسبة $\frac{AMP}{GMP}$ cylin cylic وهذا
يسبب زيادة الانقسام.

كذلك يوجد شذوذ في استقلاب
حمض الاراشيدونيك لتثبيط طريق السيكلد
او كسيما جيناز وتحويل استقلابه بطريق
الليوكوسي جيناز وهذا يؤدي إلى زيادة انتاج
الوسائط الالتهابية كالليكوترين.

بالإضافة إلى العوامل السابقة يوجد
زيادة في عديدات الأمين كالبيوتريسين
والسيرميدين والسيرمين. كذلك يوجد
اضطراب في البروتينات المنظمة لاستقلاب
الكالسيوم. هذه الموجودات تؤدي إلى زيادة
الانقسام.

3- الاضطرابات المناعية:

سجلت ترسبات من الغلوبولينات
المناعية والمتممة ومضادات IgG ومضادات
الطبقة القرنية والعامل المضاد للنوى في البشرة
الصدافية. هذه الحوادث يمكن أن تفعل المتممة
وتجذب عديدات النوى للآفة.

4- الاضطرابات الخلطية:

يوجد زيادة في IgE. IgA.
والبيتاغلوبيولين والgamma غلوبولين بينما يوجد
نقص في الالبومين.

ب- الرضوض:

كالخدش - الحك - العمليات
الجراحية... الخ.

من المعروف جيداً حدوث صدف
نمذجي بعد التأذي بـ 7-14 يوماً. وهذه
تدعى ظهرة كوميذ.

ج- الإنتانات:

كالإنتان العقدي الذي يثير صدفاً
نقطياً حاداً خاصة عند الأطفال وصغار
البالغين.

د- الأدوية:

مضادات الملاريا - حاصرات بيتا -
الليتيوم - الكورتيكوسيتروئيد بالطريق العام
وتعاطي الكحول.

هـ- العوامل الغدية الصماوية:

يمكن أن يحدث الصدف في سن
البلوغ وسن الضهبي.

وقد يثير الحمل او العلاج بجرعات
عالية من البروجسترون صدفاً بشرياً معممًا.

و- العوامل الاستقلابية: كنقص الكالسيوم.

3- الآلية المرضية وتشتمل على:

1- اضطرابات في الجلد الصدفي:

كذلك يمكن ملاحظة معقدات
مناعية حوّالة والعامل الروماتيزمي من نمط
IgG.

من جهة أخرى: هناك نقص
بالمفاويات T المثبطة مع النسبة
 $\frac{T \text{ helper}}{T \text{ suppressor}}$

5- عوامل فيروسية:

اقترحت فرضية الـRetrovirus من
بين العوامل المسببة وقد تكون مسؤولة عن
فرط التسنج.

مع كل هذه الاضطرابات الموجودة
في الصدف فإنه لا يزال مجهولاً ما هو البدئي
وما هو الثانوي في إحداث الآفة الصدفية.

6- المظاهر السريرية:

التغيرات الشكلية شائعة في الصدف.
على كل حال، هناك أشكال اعتيادية
وأشكال خطيرة.

وتصنيف الأنماط السريرية هو كما
يلي:

I- الأشكال الاعتيادية:

1- حسب المنظر:

1- أ- الصدف القطري:

حطاطات وسفية صغيرة تظهر غالباً
عند الأطفال وصغار البالغين بعد إلتان
العقديات.

المعالجة بالبنسلين.

1- ب- الصدف النمي:

هو الشكل الأكثر شيوعاً عبارة عن
لويحات مختلفة الأحجام تتوضع على الأطراف
والجذع.

1- ج- هناك أشكال أخرى كالصدف القرني
والصدف الفييلي... الخ.

2- حسب التوضع:

2- أ- صدف الفروة:

تتطور لويحات شديدة السماكة
وخاصة في الناحية القفوية.

لا يتأثر الشعر.

2- ب- صدف الثنايا:

لويحات منتشرة صدافية تحتفظ بلونها
وتحددها. ولكن لا تبدي الوسوف
النموزجية.

2- ج- صدف اليدين والقدمين:

في هذه المواضع قد يوجد الصدف
كصدف نموزجي أو بلويحات أقل تحمداً أو
يكون بثرياً.

2- د- صدف الأظافر:

تبدو الآفات على شكل تفقرات أو
فرط تقرن تحت الظفر أو انحلال الظفر أو
تبدلات لونية بالظفر.

2- هـ- إصابة المخاطية:

الآفات هنا قليلة الوسوف ولكن
لونها وتحددها الواضح ووجود آفات في
مكان آخر يدعم التشخيص.

II- الأشكال الخطيرة من الصدف:

1- الصدف البشري:

إن تجمع العدلات في البشرة يميز كل أنواع الصدف.

ونسيجياً: كل الصدف يكون بشرياً.

إن مصطلح الصدف البشري في الممارسة السريرية يحتفظ به لتلك الأشكال من المرض التي تظهر فيها بثور عيانية.

تصنيف الصدف البشري كما يلي:

1-1- الصدف البشري الموضع:

1-أ- الصدف الراجحي الأحمضي الزمن (لباربير).

هذه الحالة عبارة عن لويحات حمامية وسفية تنثر عليها بثور عقائم، تتوضع على الراجحين أو الأحمضين. وتحدث عند البالغين وهي نادرة عند الأطفال. وعادة تبدأ في العقد الخامس أو السادس وأحياناً أبكر.

1-أ- التهاب جلد النهايات "لهالوبو".

طفح مزمن بشوره عقائم. يحدث في البدء في رؤوس الأصابع ويميل إلى الامتداد موضعياً ببطء وعند البالغين قد يتطور بصدف بشري معمم. وهذه الحالة قد تشاهد عند الأطفال. وهي أكثر شيوعاً لدى الإناث.

1-ب- الصدف البشري المعمم لقون زام بوش:

وهو عبارة عن نمط شديد من الصدف. قد يحدث بشكل بدئي أو ثانوي لصداف شائع، وغالباً بعد إثارة.

وما ينذر بحدوث الطفح إحساس بالحرق ويصبح الجلد جافاً وحساساً تتبع هذه العلامات المنذرة بترفع حروري وتوعك شديد.

تطور الآفات الصدفية الموجودة سابقاً بثور دقيقة وتنشر لويحات من الحمامي والتبثر لتشمل الجلد غير المصاب سابقاً. تصاب الأظافر والمخاطية وقد يحدث الموت.

2- الصدف الأحمرري: وله شكلان:

2-أ- الشكل الأول:

عبارة عن صدف منتشر يشمل سطح الجلد كله أو معظمه وعادة توجد بعض المناطق من الجلد غير مصابة مع الاحتفاظ بالمميزات الصدفية.

الانذار جيد.

2-ب- الشكل الثاني:

عبارة عن صدف منتشر مع اصابة لكامل الجلد وغالباً تغيب مميزات المرض. الحالة شديدة وقد تحدث المضاعفات وأحياناً يحدث الموت.

3- اعتلال المفاصل الصدفية:

ليس خطيراً في كل الحالات.

الحالة عبارة عن التهاب مفاصل سلمي والعامل الريثاني.

والمظاهر السريرية كالتالي:

أ- آلام مفصلية:

شائعة عند مرضى الصدف وقد تكون معزولة. وفي هذه الحالة يكون من

1- الصدف الشائع وخاصة الصدف القطري.

2- الصدف الجريبي.

3- ظاهرة كوبنز: عند الأطفال هي أكثر تواتراً.

4- صدف الأحمصين والراحتين.

5- إصابة الأظافر.

6- صدف الحفاضات.

الأشكال الخطيرة عند الأطفال نادرة جداً.

مخطط الدراسة:

عملت هذه الدراسة على معرفة انتشار الصدف في مدينة اللاذقية وتصنيف الأشكال السريرية. واعتمدنا على فحص السكان في أماكن وبلغ العدد الكلي الاجمالي للأشخاص الذين فُحصوا (6530) وبأعمار تتراوح ما بين سنة - ستين سنة. وجدنا بين هذا العدد (81) حالة صدفية منها حسبنا معدل انتشار الصدف وكان 1,2%.

الصعب القول بأن الآلام المفصليّة مرافقة للصدف.

ب- التهاب المفاصل الصدفي الوحيد أو القليل:

وهي تبدي صورة التهاب مفاصل مع آلام مفصليّة شديدة.

هذه الحالة قد تتطور إلى التهاب مفاصل عديد.

ج- التهاب المفاصل العديد الصدفي:

هذا النمط مشابه جداً لالتهاب المفاصل الريثاني ولكنه غالباً أخف وطأة وغير متناظر مع غياب العقيدات تحت الجلدية.

د- التهاب المفاصل الصدفي المشوه:

هو شكل شديد من التهاب المفاصل وانتشاره متساو عند الذكور والاناث. ويشمل مفاصل صغيرة متعددة في اليدين - القدمين - الشوك وفي أماكن أخرى.

غالباً الصدف المرافق شديد ومنتشر ومقاوم على العلاج.

الأشكال البثرية والأحمرية شائعة.

أخيراً الصدف عند الأطفال:

عدد حالات الصدف	العدد الاجمالي للسكان	
81	6530	
1,2%	100%	النسبة المئوية

درسنا توزيع الآفات بحسب العمر. وحسبنا معدل الانتشار في كل عقد ولدى المسنين معاً

فكانت كالتالي:

العمر	عدد السكان	عدد حالات الصدف	النسبة المئوية
1-10 سنوات	1110	8	0,72%
11-20 سنة	1115	11	0,95%
21-30 سنة	1200	13	1,08%
31-40 سنة	1160	17	1,5%
41-50 سنة	1010	19	1,88%
51-60 سنة	900	13	1,4%

ثم حسبنا نسبة الآفات في كل جنس لوحده ووجدنا أن المرض يحدث لدى الجنسين بالتساوي:

العمر	عدد حالات الصدف	عدد اصابات الذكور	عدد اصابات الاناث	النسبة المئوية
1-10 سنوات	8	4	4	100%
				50%
11-20 سنة	11	5	6	100%
				45,5%
21-30 سنة	13	7	6	100%
				53,8%
31-40 سنة	17	8	9	100%
				47,1%
41-50 سنة	19	10	9	100%
				52,6%
51-60 سنة	13	6	7	100%
				46,2%

بعد ذلك درسنا بداية العمر الذي
ظهر فيه المرض ووجدنا أن هناك نسبة عالية
كذلك درسنا الأشكال السريرية
وصنفناها إلى أشكال اعتيادية وأشكال خطيرة
لحدوثه في العقدين الثاني والثالث.

بثري - صدف أحمرى - اعتلال المفاصل
الصدفي.

وحسبنا النسب المتوية لكل هذه
الموجودات.

لذلك وجدنا أنه على الرغم من كون
الصداف مرضاً جليدياً فإن انذاره جيد وإن لم
يكن كذلك في كل الحالات حيث أن
الأشكال الخطيرة يمكن أن تكون موجودة وأن
تكون مهددة للحياة.

وكانت نسبة الأشكال الاعتيادية 82,8%
وصنفت إلى:

1- أشكال حمامية وسفية: ظهرت على شكل
صدف نقطي أو صدف نمي أو أشكال
أخرى.

2- حسب التوضع: إصابة الفروة - الأظافر
- اليدين وأقدمين - الثنايا والمخاطيات.

كانت نسبة الأشكال الخطيرة
17,2% وقد صنفت هذه الأشكال إلى صدف

المراجع

- 1- ضحى مارتين 1988 - دراسة تطبيقية لمعالجة الصدف الشائع باستعمال لقاح الـ ب. س. ج، رسالة لنيل شهادة الدراسات العليا للأمراض الجلدية والزهريّة - جامعة دمشق.
- 2- د. مأمون الجلاد - صالح داوود - سهيل دياب - عبد الرحمن القادري - 1988 الأمراض الجلدية والزهريّة - دمشق.
- 3- E. Libouitz, D.S. Seidman, A. Laor, Y. Shpiro and Y. Epstein. Are Psoriatic patients at risk of heat intolerance. British Journal dermatology. 1991, vol. 124, No: 5, p. 439-442.
- 4- J. Schulze, G. Mahrele, G. K. Steflider. Topical cyclosporin A in Psoriasis. British Journal. Orm. 1990. Vol. 122 No:1, p. 113-114.
- 5- Van Joost T., Posjo, Heule, F., Meinardi MMHM, Low dose cyclosporin, in A in severe psoriasis. Year Book of Derm.. 1989, p. 319-230.
- 6- Arthur Rook.. D.S. Wilkinson, F.J., Gebling, R.H. Champion, J.L. Burton. Psoriasis. Text Book of Der..., 1986, p. 1469.
- 7- Hindryck P. Short duration Dithranal therapy of psoriasis Dermatology England 1983, No: 6, P. 304-306.
- 8- Modern Medicine, Psoriasis in men, Alcohol consumption is a risk factor- 1991 - Vol. 8, 4N, P. 103-104.
- 9- Ver Schoore, C. Kowalewski,... intra epidermal leakage of plasma proteins after Tape stripping of normal skin uninvolved psoriatic skin Bri. Jour. Derm. 1990- Vol. 122, No:3, p. 391-397.
- 10- Hüge H, Lorck D. Hla B27 in Psoriasis arthropathica DTSCHE. West - 1983, No: 36, p. 1403.
- 11- Gozzi. R, Dente. B. immunologic aspects of psoriasis - Chron Dermatol. 1985- Vol. 16, No: 1, p. 33-38 Italy.
- 12- Kürk. Cüoglu - F. Alaybeyi. Topical capsaicin for psoriasis. Brit. Jour. Derm. 1990, Vol. 13, No: 4, p. 540-550.
- 13- Peter - Bennett - Psoriasis a problem shared, The Practitioner, 1991, Vol. 235- No: 1500, p. 241-246.
- 14- Sheehan, Dare, M.J.D. Goodfield and N.R. Rowell, The effect of oral indomethacin on psoriasis treated with the Ingram regime. Brit. Journ. Derm., 1991, Vol. 125, No: 3, p. 253-255.
- 15- Maurice. P. D., Batten P.C. arachidonic acid metabolism in psoriasis Brit. Jour. Derm. 1986, Vol. 114, No: 1, p. 57-64.
- 16- Wolsko. H, Jablonska S. - Efficacy in severe psoriasis, results of double blind study and maintenance therapy in pustular psoriasis J. Amer Acad, Derm, 1983. Vol. 9, No: 6, p. 883-889.
- 17- De Pie, M. M. H.M, Meinardi and J. D. Bos. Analysis of side effects medium and low dose cyclosporin A maintenance therapy in psoriasis. Brit. Journ. Derm. 1990, Vol. 123, No: 3.

- 18-Domonkos A, Arnold H, Oddom R., psoriasis Andrew's disease: 1982, p. 262.
- 19-Wilfert, H., Hönigsmann, G.S. Teiner, and K. Wolff, treatment of psoriatic arthritis by extracorporeal photochemotherapy Brit. Jour. Derm. 122, No:2, p. 225-232.
- 20-Generalized pustular psoriasis in relation to withdrawal of cyclosporin Brit. Jour. Derm. 1990- Vol. 122, No: 5, p. 719.
- 21-Fitzpatrick Simon C. R., risk of carcinogenicity in patients with psoriasis treated with methotrexate and PUVA singly or in combination - J. Derm. Vol. 9, No: 3, p:467-469.

ة الفرنسية.

ABSTRACT

Psoriasis is a recurrent, chronic skin disease. It is more prevalent. It happens in any age, and at both sexes equally.

It is characterized by erythematous scaly plaques, with sharply demarcated. It affects on scalp and extensor prominences and elsewhere... Another forms are found, the morphological variations are common in psoriasis. According to prognosis: There are ordinary forms and severe forms which may be life - threatening or may mutilating.

The causative factors are still unknown, and the cure therapy is not present till today.

This study is made to know the rate prevalence of psoriasis in Latakia city, and to distinguish different clinical forms. We noticed severe conditions which require serious therapy by Tigoason, PUVA and Methotrexate.