

محتوى من /blog/venoest-eksem/

الإكزيما الوريدية والبقع البنية على الساقين: علامة تحذير مبكرة للدوالي



البقع البنية، الحكة، والجِلد الجاف المتقشر على الساق هي علامات كلاسيكية للإكزيما الوريدية (التهاب الجلد الركودي) - وهي تفاعل جلدي مع ارتفاع الضغط الوريدي طويل الأمد. تصيب هذه الحالة **ما يصل إلى 20% من مرضى القصور الوريدي المزمن** [1] وتُعد علامة تحذير مهمة: بدون علاج، يتطور لدى حوالي **1 من كل 3 مرضى قرحة وريدية** خلال 5 سنوات [2].

كيف تنشأ الإكزيما الوريدية؟



عند فشل الصمامات الوريدية، يجري الدم للخلف (ارتجاع) ويخلق ضغطاً مرتفعاً في أوردة الساق. ينتج عن ذلك:

1. **تسرب كريات الدم الحمراء** عبر جدار الشعيرات
2. **ترسبات الهيموسيدرين** - يصبغ حديد الهيموغلوبين الجلد بشكل دائم باللون البني
3. **التهاب مزمن** في النسيج تحت الجلد
4. **نقص أكسجين** في الجلد → سطح جاف، مثير للحكة، متقشر
5. **التليف** (lipodermatosclerosis) → جلد صلب منكمش حول الكاحل ("زجاجة شامبانيا مقلوبة")

الأعراض التي يجب معرفتها



العلامة	ماذا تعني
بقع بنية على الجانب الداخلي من الكاحل	هيموسيدرين - ضغط وريدي مرتفع مزمن
حكة وجلد جاف على الساق	إكزيما وريدية نشطة (C4a)
جلد متقشر أو راسخ	مرحلة التهابية
جلد صلب منكمش عند الكاحل	Lipodermatosclerosis (C4b) - خطر قرحة
مناطق بيضاء ندبية	Atrophie blanche - خطر قرحة مرتفع جداً
تورم في نهاية اليوم	تورم <u>الساقين</u> المصاحب

كيف يتم التمييز بين الإكزيما الوريدية وأمراض الجلد الأخرى

التشخيص	الموقع	السمات
الإكزيما الوريدية	الجانب الداخلي للكاحل/الساق	تصبغ بني، دوالي/وذمة مصاحبة
الإكزيما التماسية	حيث يلامس المسبب الجلد	حادة، حاكّة، قد تكون مع فقاعات
الإكزيما التأتبية	ثنيات المرفق، الركبة، العنق	تأثب شخصي/عائلي
التهاب النسيج الخلوي	حاد، أحادي الجانب	حمى، حرارة، احمرار شديد
نقص التروية الشرياني	الأصابع، ظهر القدم	ألم، جلد بارد، نبض ضعيف

الخط مع التهاب النسيج الخلوي شائع - الإكزيما الوريدية لا تُعالج بالمضادات الحيوية [3].

متى يجب مراجعة الطبيب؟

اتصل بطبيبك العام أو بجراح متخصص عند وجود:

- بقع بنية أو تغير لون على الساق
- جلد حاكّ متقشر لعدة أسابيع
- دوالي مرئية + تغيرات جلدية
- جلد صلب وقاس حول الكاحل
- قرحة وريدية سابقة
- ساقان ثقيلتان متعبتان أو شعيرات دموية مصاحبة

التشخيص

1. **التقييم السريري** وتصنيف (CEAP (C4a/C4b.
2. **الموجات فوق الصوتية دوبلر (Duplex)** - لرسم خريطة فشل الصمامات والارتجاع [4].
3. **مؤشر الكاحل-العضد (ABI)** قبل علاج الضغط.
4. **اختبار اللاصق** عند الاشتباه بحساسية تماسية ثانوية للكريمات أو الضمادات.

العلاج

1. علاج السبب الكامن - الشيء الوحيد الذي يوقف التطور:

- **العلاج بالليزر داخل الوريد (EVLA/EVLT)** للأوردة الرئيسية غير الكفؤة هو الخيار الأول.
- يقلل العلاج بشكل ملحوظ من الإكزيما، التورم، والقروح المتكررة [5].

2. الضغط - حجر الأساس للسيطرة على الأعراض:

- **جوارب ضغط** من الفئة II (23-32 مم زئبق) يومياً
- يتطلب ABI طبيعي

3. العلاج الموضعي للإكزيما الحادة:

- **مرطب** عدة مرات يومياً (بدون عطر)
- كريم ستيرويد متوسط القوة **قصير المدى** (1-2 أسبوع) عند الالتهاب النشط [6]
- **التوقف عن المناديل المبللة والصابون** على الساقين - استخدم مرطبات لطيفاً
- تجنب اللانولين والمنتجات المعطرة (مسببات حساسية تماسية شائعة)

4. نمط الحياة:

- ممارسة الرياضة يومياً → تنشيط مضخة عضلة الساق
- ارفع الساقين 15-20 دقيقة عدة مرات يومياً
- إنقاص الوزن عند BMI >25
- تجنب فترات طويلة من الوقوف/الجلوس

العلاج في Kirurgen.dk

نقدم فحص دوبلر و**العلاج بالليزر داخل الوريد (EVLA/EVLT)** ضمن نظام التأمين الصحي العام. العلاج المبكر يمنع التطور إلى **قرحة وريدية**. اقرأ أيضاً مقالاتنا عن **علاج الدوالي**، **الشعيرات الدموية** و**تورم الساقين والكاحلين**.

المراجع

Sundaresan S, Migden MR, Silapunt S. *Stasis dermatitis: pathophysiology, evaluation, and management*. Am J Clin Dermatol 2017;18(3):383-90.

- Robertson L, Lee AJ, Evans CJ, et al. *Incidence of chronic venous disease in the Edinburgh Vein .2*
.Study. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord 2013;1(1):59-67
- Weaver J, Billings SD. *Initial presentation of stasis dermatitis mimicking solitary lesions*. J Am .3
.Acad Dermatol 2009;61(6):1028-32
- Gloviczki P, et al. *The 2022 SVS/AVF/AVLS clinical practice guidelines for the management of .4*
.varicose veins. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord 2023;11(2):231-61
- Gohel MS, Heatley F, Liu X, et al. *Early endovenous ablation in venous ulceration (EVRA trial)*. N .5
.Engl J Med 2018;378(22):2105-14
- Nedorost ST. *Generalized dermatitis: a practical clinical approach*. Dermatol Ther .6
.2012;25(2):143-8