

تمدد الشعيرات الدموية في الساقين: الشعيرات العنكبوتية، توسع الشعيرات، والمرض الوريدي

الشبكات الوريدية الدقيقة ذات اللون الأحمر أو المزرق في الجلد تسمى تمدد الشعيرات الدموية أو توسع الشعيرات (teleangiectasies) (أوردة أصغر من 1 مم) والأوردة الشبكية (1-3 مم). هذه الحالة شائعة جداً - حيث تصيب ما يصل إلى **80% من النساء البالغات و50% من الرجال** - وغالباً ما تكون أول علامة سريرية على المرض الوريدي المزمن [1].

ما هو تمدد الشعيرات الدموية؟

تمدد الشعيرات الدموية هو توسع في الأوردة الصغيرة القريبة من سطح الجلد. على عكس ما قد يوحي به الاسم، لا يتعلق الأمر بتمزق أو نزيف - فالأوردة تكون متسعة ومرئية عبر الجلد فقط. تظهر عادة في الساقين والفخذين على شكل مجموعات أو شبكات، وقد تتخذ شكل "الأوردة العنكبوتية" (spider veins). في تصنيف CEAP، يُصنف تمدد الشعيرات الدموية ضمن **الدرجة C1** - وهي أول مرحلة سريرية للمرض الوريدي [2].

لماذا تحدث هذه الحالة؟

تنشأ هذه الحالة نتيجة لمزيج من العوامل التالية:

- **الاستعداد الوراثي** - وجود تاريخ عائلي للحالة لدى 60-80% من المصابين [3]
- **العوامل الهرمونية** - هرمونا الإستروجين والبروجسترون يضعفان جدار الوريد (أكثر شيوعاً لدى النساء، أثناء الحمل، ومع استخدام حبوب منع الحمل) [4]
- **ارتفاع الضغط الوريدي** الناتج عن خلل في وظيفة صمامات الأوردة الأكبر والأعمق
- **العمل الذي يتطلب الجلوس أو الوقوف لفترات طويلة**
- **زيادة الوزن**
- **التعرض للأشعة فوق البنفسجية** (على الفخذين والوجه)
- **العمر** - حيث يزداد معدل الانتشار بشكل خطي حتى سن 70 عاماً

لدى ما يصل إلى **25%** من المرضى الذين يعانون من تمدد الشعيرات الدموية، يوجد ارتجاع وريدي كامن في وريد أكبر هو المسبب للمشكلة [5].

متى تكون الحالة "تجميلية فقط" - ومتى تكون أكثر من ذلك؟

عادةً ما يكون تمدد الشعيرات الدموية بحد ذاته مزعجاً من الناحية التجميلية ولكنه غير خطير. ومع ذلك، يمكن أن يكون **نافذة تطل على مرض وريدي كامن**. يجب الانتباه إلى العلامات التالية:

- وجود أوردة ملتوية وواضحة على الفخذ أو الساق (دوالي الساقين، C2)
 - تورم حول الكاحلين في نهاية اليوم (C3) - انظر تورم الساقين والكاحلين
 - الشعور بثقل وتعب في الساقين
 - تشنجات في ريلة الساق أثناء الليل
 - حكة أو شعور بالحرقان حول الأوردة المتسعة
 - تغير لون الجلد إلى البني أو ظهور إكزيما (C4) - وهي علامات على ارتفاع ضغط الدم الوريدي المتقدم
- عند وجود هذه الأعراض، يجب إجراء **فحص الدوبلر بالموجات فوق الصوتية** قبل اللجوء إلى أي علاج تجميلي - وإلا فهناك خطر كبير لعودة الحالة بسرعة [6].

التشخيص والتقييم

- **الفحص السريري في وضع الوقوف** (للحصول على صورة كاملة للحالة، وليس في وضع الاستلقاء)
- **فحص الدوبلر بالموجات فوق الصوتية** في حال وجود أعراض مصاحبة أو دوالي مرئية
- تقييم الارتجاع الوريدي في الوريد الصافن الكبير (v. saphena magna)، والوريد الصافن الصغير (v. saphena parva)، والأوردة الثاقبة [6]

العلاج

1. **علاج الارتجاع الوريدي الكامن أولاً** إذا أظهر فحص الدوبلر بالموجات فوق الصوتية وجود ارتجاع في وريد رئيسي، فيجب إغلاق هذا الوريد - وإلا ستعود الشعيرات الدموية المتمددة للظهور. العلاج القياسي هو **العلاج بالليزر داخل الوريد (EVLT)**، والذي يحقق نسبة إغلاق تصل إلى 95% بعد 5 سنوات [7].
 2. **العلاج بالتصليب (العلاج بالحقن)** يتم حقن مادة سائلة أو رغوية (مثل sodium polidocanol أو tetradecyl sulfate) في الأوردة الصغيرة. يُعتبر هذا هو الخيار الأول لعلاج توسع الشعيرات والأوردة الشبكية:
- تحسن ملحوظ بنسبة 60-80% بعد 1-3 جلسات علاجية
 - أفضل الأدلة العلمية تدعم العلاج بالتصليب السائل للأوردة التي يقل قطرها عن 1 مم [8]

3. الليزر عبر الجلد (transkutan laser) يُستخدم عادةً للأوردة الدقيقة جداً (أقل من 0.5 مم) أو في المناطق التي يصعب فيها الحقن - مثل الكاحلين والوجه. غالباً ما يتم استخدامه بالاشتراك مع العلاج بالتصليب.

4. الإجراءات التحفظية

- الجوارب الضاغطة المتدرجة في حال وجود أعراض وريدية [9]
- الحماية من أشعة الشمس، التحكم في الوزن، وممارسة الرياضة
- تجنب الوقوف أو الجلوس في وضعية ثابتة لفترات طويلة

ما هي العلاجات التي لا يوجد دليل علمي على فعاليتها؟

- الكريمات التي تحتوي على كستناء الحصان أو فيتامين K أو التروكسيريوتين (troxerutin) **ليس لها أي تأثير موثق** على تمدد الشعيرات الدموية [10]
- المكملات الغذائية "الطبيعية" لا تمنع عودة الحالة إذا لم يتم علاج الارتجاع الوريدي الكامل

العلاج في عيادة Kirurgen.dk

نقوم في عيادتنا بالتشخيص باستخدام فحص الدوبلر بالموجات فوق الصوتية ونعالج دوالي الساقين الكامنة باستخدام الليزر داخل الوريد (EVLT) تحت تغطية التأمين الصحي العام. اقرأ أيضاً عن الدوالي (varicer) وعن ثقل وتعب الساقين.

المراجع

1. Rabe E, وآخرون. *Bonn Vein Study by the German Society of Phlebology: prevalence and risk factors of chronic venous disorders*. Phlebologie 2003;32:1-14.
2. Eklöf B, وآخرون. *Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: consensus statement*. J Vasc Surg 2004;40(6):1248-52.
3. Cornu-Thénard A, وآخرون. *Importance of the familial factor in varicose disease*. J Dermatol Surg Oncol 1994;20(5):318-26.
4. Ciardullo AV, وآخرون. *High endogenous estradiol is associated with increased venous distensibility and clinical evidence of varicose veins in menopausal women*. J Vasc Surg 2000;32(3):544-9.
5. Engelhorn CA, وآخرون. *Patterns of saphenous reflux in women with telangiectasias and reticular veins*. J Vasc Surg 2007;46(5):964-70.

6. Gloviczki P, وآخرون. *The 2022 SVS/AVF/AVLS clinical practice guidelines for the management of varicose veins*. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord 2023;11(2):231-61
7. Rasmussen LH, وآخرون. *Randomized clinical trial comparing endovenous laser ablation, radiofrequency ablation, foam sclerotherapy and surgical stripping for great saphenous varicose veins*. Br J Surg 2011;98(8):1079-87
8. Rabe E, وآخرون. *European guidelines for sclerotherapy in chronic venous disorders*. Phlebology. 2014;29(6):338-54
9. Lim CS, Davies AH. *Graduated compression stockings*. CMAJ 2014;186(10):E391-8
10. Martinez-Zapata MJ, وآخرون. *Phlebotonics for venous insufficiency*. Cochrane Database Syst Rev. 2020;11:CD003229