

محتوى من /blog/lichen-sclerosus/

LICHEN SCLEROSUS



affect genital skin



smooth discolored skin patches



blotchy, wrinkled skin patches



itching



soreness or burning feeling



easy bruising



pain while peeing



painful intercourse



weak pee stream



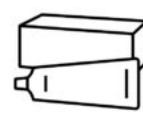
urine stream spraying



phimosis



bleeding, blistering or open sores



الحزاز المتصلب حول الشرج (LS)

الحزاز المتصلب (LS) هو مرض جلدي التهابي مزمن يصيب بشكل أساسي المناطق الشرجية التناسلية. يتسبب المرض في تغير تدريجي في الأنسجة الضامة في الجلد، مما يؤدي إلى الالتهاب، وتكون الندبات، وفقدان المرونة. على الرغم من أن الحزاز المتصلب معروف أكثر بإصابته للأعضاء التناسلية الخارجية (الفرج/القضيب)، فمن المهم الاعتراف بأنه يمكن أن يشمل أيضاً الجلد المحيط بفتحة الشرج (الحزاز المتصلب حول الشرج).

الحزاز المتصلب هو حالة حميدة ولكنها مزمنة. بدون علاج صحيح ومستمر، هناك خطر حدوث تغيرات تشريحية دائمة وفي حالات نادرة تطور تغيرات خلوية.

ما الذي يسبب الحزاز المتصلب؟

السبب الدقيق والمحفز للحزاز المتصلب لا يزال موضوعاً للبحث، ولكن أقوى النظريات تشير إلى أصل مناعي ذاتي مقترن بعوامل مهياة أخرى.

- **خلل في الجهاز المناعي (السبب الرئيسي):** ينتج الجهاز المناعي في الجسم أجساماً مضادة تهاجم عن طريق الخطأ خلايا الجلد الحساسة (الأرومات الليفية والخلايا الكيراتينية) في المناطق المصابة. يؤدي هذا إلى **سلسلة التهابية مزمنة**، ينتج عنها التسمك المميز، والندبات، والضمور (انكماش) في الجلد.
- **الارتباط الهرموني:** يظهر المرض بشكل أكثر تكراراً في الفترات التي تنخفض فيها مستويات الإستروجين (قبل البلوغ وبعد انقطاع الطمث عند النساء)، مما يشير إلى **حساسية هرمونية محتملة** في الأنسجة، رغم أن هذا ليس السبب الوحيد.
- **الاستعداد الوراثي:** تشير الملاحظات السريرية إلى احتمال وجود مكون وراثي، حيث يظهر المرض أحياناً لدى عدة أفراد من نفس العائلة أو بالارتباط مع أمراض مناعية ذاتية أخرى.
- **ملاحظة هامة: ليس معدياً: الحزاز المتصلب ليس عدوى** ولا يمكن بأي حال من الأحوال أن ينتقل عن طريق الاتصال الجنسي أو التلامس العادي.

أعراض الحزاز المتصلب حول الشرج

تتطور صورة الأعراض تدريجياً. وفي منطقة حول الشرج، غالباً ما يكون للأعراض تأثير كبير على جودة حياة المريض.

العرض	الوصف والنتيجة
الحكة (Pruritus)	أكثر الأعراض إزعاجاً. غالباً ما تكون الحكة شديدة، حارقة وتتفاقم عادةً في الليل، مما قد يؤدي إلى اضطراب النوم والوظيفة اليومية. الحك المستمر يمكن أن يفاقم الالتهاب ويسبب تشققات إضافية.
الألم وعدم الارتياح	يمكن أن يحدث الألم عند التبرز (التغوط) أو أثناء الراحة. ويرجع ذلك غالباً إلى شد الجلد، الشقوق الشرجية (تمزقات مؤلمة) ، أو العدوى الثانوية.
تغيرات الجلد المميزة	يكتسب الجلد مظهراً مبيضاً، باهتاً يشبه الورق الرقي (البرشمان) ويشعر المريض بأنه رقيق ومجعد (ضامر). في المراحل النشطة، يمكن رؤية احمرار وتورم (حمامي).
تكون الندبات والشد	يؤدي الالتهاب المزمن إلى تكوين أنسجة ندبية صلبة وليفية. في منطقة حول الشرج، يمكن أن يؤدي ذلك إلى فقدان المرونة وتضييق (صوار) بفتحة الشرج ، مما قد يسبب مشاكل في التبرز.

العرض	الوصف والنتيجة
الشقوق والقروح	الجلد الضامر والمشدود يكون هشاً للغاية. حتى التمدد الخفيف أو التجفيف يمكن أن يسبب شقوقاً وقروحاً مؤلمة يصعب التئامها.

التشخيص والفحص (الإجراء)

التشخيص الدقيق أمر بالغ الأهمية لبدء العلاج الصحيح واستبعاد أمراض الجلد الأخرى.

- **الفحص السريري:** يتم التشخيص في المقام الأول من قبل طبيب أو جراح ذو خبرة في الأمراض الجلدية الشرجية التناسلية. يركز الفحص على تحديد التغيرات البيضاء والضامرة النموذجية والندبات حول الشرج.
- **عينة من الأنسجة (خزعة) - المعيار الذهبي:** لضمان التشخيص واستبعاد التغيرات السابقة للتسرطن أو التغيرات الخبيثة، غالباً ما تكون الخزعة ضرورية.
- **الإجراء:** يتم إزالة قطعة صغيرة من الأنسجة تحت التخدير الموضعي وإرسالها للتحليل المجهرى. هذا إجراء سريع وبأقل قدر من التداخل.
- **الغرض:** تؤكد الخزعة العلامات النسيجية للحزاز المتصلب وتوفر الطمأنينة بأنها ليست حالة أخرى أكثر خطورة.

علاج الحزاز المتصلب حول الشرج (الاستراتيجية)

هدف العلاج هو **إخماد الالتهاب، واستعادة مرونة الجلد** وتقليل خطر حدوث مضاعفات طويلة الأمد. العلاج يكون مدى الحياة ويتطلب التزام المريض.

1. العلاج الموضعي بالستيرويد (العلاج الأساسي)

- **المستحضر: مستحضرات الستيرويد القوية** (غالباً *كلوبيتاسول بروبيونات* في شكل مرهم أو كريم) هي العلاج الأكثر فعالية والأولى.
- **آلية العمل:** تعمل الستيرويدات على تثبيط التفاعل المناعي الذاتي في الجلد بشكل ملحوظ، مما يقلل من الالتهاب والحكة وتكون الندبات.
- **خطة العلاج (مثال):**
 - **المرحلة المكثفة الأولية:** عادة 1-2 مرة يومياً لفترة تتراوح بين 4-12 أسبوعاً، حتى تتم السيطرة الكاملة على الأعراض.
 - **مرحلة الحفاظ:** عندما يستقر الجلد، يتم خفض الجرعة إلى 1-2 مرة أسبوعياً. **هذه المرحلة من الحفاظ بالغة الأهمية** لمنع الانتكاس وتكون الندبات.

2. العلاج التكميلي والداعم

- **المرطبات (كريمات الحماية):** استخدام الكريمات الغنية بالدهون أو **الفازلين النقي** أمر أساسي. هذه المواد تحافظ على ليونة الجلد ورطوبته وتعمل كحاجز يقلل من التهيج الناتج عن البراز والاحتكاك.
- **مثبطات الكالسينيورين:** يمكن استخدام كريمات مثل *تاكروليموس* أو *بيميكروليموس* كبديل للستيرويدات، خاصة في مرحلة الحفاظ، أو إذا كانت الستيرويدات لا تُحتمل أو ليس لها تأثير كافٍ.
- **النظافة والعناية:**
 - **تجنب المهيجات:** استخدم **الماء الفاتر وزيت الاستحمام اللطيف فقط** في المنطقة. يجب تجنب الصابون المعطر أو المناديل المبللة أو المنظفات القوية.
 - **التجفيف اللطيف:** تجنب فرك الجلد لتجفيفه. قم بالتريث بلطف أو استخدم مجفف شعر على درجة حرارة منخفضة.

3. التدخل الجراحي (عند حدوث مضاعفات)

الجراحة هي استثناء نادر وتستخدم فقط إذا تسبب المرض في مضاعفات خطيرة لا يمكن حلها طبياً.

- **علاج التضيق:** إذا أدت الندبات إلى تضيق ملحوظ في فتحة الشرج (**تضيق شرجي**)، فقد تكون هناك حاجة لتوسيع جراحي (رأب الشرج/بضع المصرة) لاستعادة وظيفة التبرز الطبيعية.
- **إزالة التغيرات الخلوية:** إذا أظهرت الخزعات المتكررة تغيرات خلوية شديدة ومستمرة (آفات ما قبل السرطان)، فإن الاستئصال الجراحي للأنسجة المصابة ضروري لمنع تطور سرطان الخلايا الحرشفية.

الآفاق طويلة الأمد والرعاية الذاتية

- **المتابعة مدى الحياة:** الحزاز المتصلب هو اضطراب مزمن، ويتطلب **اهتماماً مدى الحياة وعلاجاً وقائياً مستمراً**. الهدف هو إبقاء المرض في حالة خمول وبالتالي تحقيق خلو تام من الأعراض.
- **الفحص الدوري للأورام:** الزيادة الطفيفة، وإن كانت موجودة، في خطر تطور **سرطان الخلايا الحرشفية (سرطان الجلد)** في الأنسجة المصابة بالحزاز المتصلب المزمن تعني أن **الفحوصات الدورية (سنوية عادةً) لدى الجراح أو طبيب الجلد إلزامية** - حتى عندما لا تكون لديك أعراض.
- **المثابرة تؤتي ثمارها:** اتبع تعليمات الطبيب بدقة. قد يستغرق الأمر شهوراً لرؤية التأثير الكامل لعلاج الستيرويد، لكن المثابرة هي المفتاح لمنع الضرر الدائم.

قائمة المراجع: الحزاز المتصلب حول الشرج

1. الفيزيولوجيا المرضية والوبائيات

1. الفهم العام للحزاز المتصلب (الطبيعة المناعية الذاتية والمزمنة):

- **المصدر:** Kirtschig, G. (2016). Lichen Sclerosus-Looking Back and Moving Forward. *Acta Dermato-Venereologica*, 96(2), 149-156

• **الرابط:** [/https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26658925](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26658925)

- **يدعم:** وصف الحزاز المتصلب كمرض جلدي التهابي مزمن، وفرضية المناعة الذاتية، وأنه يؤدي إلى فقدان المرونة وتكون الندبات (الضمور/التليف).

2. ارتباط الحزاز المتصلب بأمراض المناعة الذاتية الأخرى والهرمونات:

- **المصدر:** Kreuter, A. (2018). Lichen sclerosus. *The Lancet*, 391(10118), 350-358

• **الرابط:** [/https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28993188](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28993188)

- **يدعم:** نظرية الأصل المناعي الذاتي، والاستعداد الوراثي المحتمل، والارتباط الهرموني الملحوظ (مثل انقطاع الطمث).

2. التشخيص والأعراض

3. الصورة السريرية، دور الخزعة والعرض في منطقة حول الشرج:

- **المصدر:** Meffert, J. J., & Crotty, K. (2020). Extragenital and anogenital lichen sclerosus: An update. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 83(2), 335-343

• **الرابط:** [/https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31336087](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31336087)

- **يدعم:** الأعراض (الحكة الشديدة، الألم، الشقوق) وتغيرات الجلد المميزة (مظهر أبيض يشبه الورق الرقي، ندبات). يؤكد المصدر أيضاً على أهمية **الخزعة** لتأكيد التشخيص واستبعاد الخباثة.

3. العلاج والمضاعفات

4. العلاج بالستيرويد الموضعي كخيار أول (كلوبيتاسول بروبونونات):

- **المصدر:** Kirtschig, G., Becker, K., Günthert, A., Jasaitiene, D., Neumann, C., Röcken, M., Rueff, F., & Stockfleth, E. (2015). S1-Guideline: Lichen sclerosus. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 13(10), 1076-1092

• **الرابط:** [/https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26458564](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26458564)

- **يدعم:** استراتيجية العلاج التي تؤكد أن الستيرويدات الموضعية القوية (مثل كلوبيتاسول بروبونونات) هي العلاج الأساسي والأكثر فعالية في كل من المرحلة المكثفة ومرحلة الحفاظ.

5. خطر تطور السرطان (سرطان الخلايا الحرشفية - SCC) والمراقبة:

- **المصدر:** Yesudian, P. D., & Sugunendran, H. (2019). Anogenital lichen sclerosus and its malignant potential. *Current Dermatology Reports*, 8(3), 195-203

- **الرابط:** [/https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32047879](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32047879)
- **يدعم:** الادعاء بزيادة خطر تطور **سرطان الخلايا الحرشفية** (Squamous Cell Carcinoma) في أنسجة الحزاز المتصلب المزمن، مما يستدعي مراقبة أورام دورية.
- 6. **التدخل الجراحي عند حدوث مضاعفات (التضييق/تضييق الشرج):**
- **المصدر:** Al-Daraji, W., & Singh, N. (2015). Perianal lichen sclerosis: a brief overview and update. *Pathology*, 47(7), 676-680
- **الرابط:** [/https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26620953](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26620953)
- **يدعم:** ضرورة التدخل الجراحي في الحالات النادرة التي تؤدي فيها الندبات إلى تضيق يحد من الوظيفة، مما يتطلب توسيعاً.