

اهمیت تظاهرات مخاطی در درماتوزها

دکتر حمید ثابتي - دکتر عبدالخالق محبت آئين *

خلاصه: لبها و مخاط دهان در تعداد نسبتاً زیادی از درماتوزها دچار ضایعه میشوند که مهمترین آنها عبارتند از:

لوپوس اریتماتو، لیکن پلان، اریتم مولتی فرم، و پمفیگوس. اریتم مولتی فرم و پمفیگوس دو بیماری هستند که در آنها بیش از درماتوزهای دیگر مخاطی پوستی، ضایعات پوستی و دهانی همزمان باهم دیده میشوند و حتی در بعضی موارد ممکنست تنها دهان مبتلا گردد. غالباً تشخیص افتراقی بین ضایعات آفتی و اریتم مولتی فرم مشکل است. بیماران پمفیگوسی ممکنست ضایعات دهانی نشان ماهها و حتی سالها مقدم بر ضایعات پوستی ظاهر شود. در چنین مواردی استکه متخصصان آگاه گوش و گلو بینی و دندان پزشکی به تشخیص زودرس بیماری کمک می کنند و بیمار را نزد درماتولوژیست میفرستند.

لیکن پلان: غالباً از نظر مخاطی دهان را دچار مینماید که در اکثر موارد بالکوپلازی اشتباه میشود و حتی تظاهرات لیکن پلان ممکنست منحصرأ دهانی باشد، در چنین مواردی بیماران برای اولین بار اغلب توسط متخصصان گوش و گلو و بینی و یا دندانپزشکان دیده میشوند. نمای ضایعات اولیه برای يك چشم ورزیده کاملاً مشخص است. پلاکها یا لکه های کوچک که در ابتدای ظهورشان یکنواخت و یکدست نمی باشند بلکه يك نمای رشته ای و شبکه ای سفید رنگ دارند. علائم دیگری وجود ندارند و اگر باشد کاملاً خفیف هستند، ولی ممکنست برای خود بیمار ایجاد دلواپسی بنماید. بتدریج که بیماری پیشرفت میکند، ضایعات منظره شبکه ای خود را از دست داده، یکنواخت و یکدست میشوند که ممکنست بعضی موارد این پلاکها کاملاً سطح وسیعی را اشغال کنند. سطح های مخاطی گونه ها بیش از هر جای دیگر دچار میشوند ولی

* دانشکده پزشکی رازی - تهران.

مجله نظام پزشکی

سال چهارم، شماره ۱، صفحه ۱۸، ۱۳۵۳

ممکنست ضایعات در لبها و سطح خلفی زبان نیز دیده شوند. چنانچه از لحاظ بالینی تردیدی در کار باشد بیوپسی بهسولت قضیه را روشن خواهد کرد (ولی البته نه همیشه). درمان لیکن پلان غالباً رضایتبخش نیست و این کیفیت بخصوص درمواد ضایعات دهانی صادق تر است.

لوپوس اریتماتو: ضایعات مخاطی لوپوس اریتماتو اغلب در دهان دیده میشود. در لوپوس اریتماتوی مزمن لکه های مخاطی معمولاً کوچک بوده بایک کناره سفید و يك مرکز آماسیده فرو رفته. در لوپوس اریتماتوی نوع سیستمیک ضایعات دهانی منتشر تر بوده و يك منظره «خشمگین» داشته و اغلب همراه با خارش است.

هرپس ها: ضایعات دهانی هرپس سیمپلکس شایع نمیشد ولی وجود دارد. هرپس زوستر ممکنست دهان را مبتلا کند که در این صورت ضایعات يك طرفی هستند.

تظاهرات دهانی بیماریهای سیستمیک

واکنش های آلرژیکهای آتوپیک ممکنست بصورت تورمهای کهری لبها و زبان دیده شوند. این کیفیت ممکنست زیاد بوده و در اثر گسترش بطرف گلو و حنجره ایجاد ناراحتی هایی بنماید، در چنین مواردی استکه درمانهای فوری از قبیل آدرنالین، آنتی هیستامین ها و مشتقات کورتیزون را موجب میگردد.

تظاهرات دهانی بیماریهای خونی

ضایعات دهانی مربوط به بیماریهای خونی فرق العاده متعدد و متغیر میباشد و عبارتند از گلو سیت تحلیل رونده خفیف یا شدید در کم خونیهای اولیه یا ثانویه، ورم حاد لثه در آنمی آپلاستیک،

وزخمی شونده. در تمام موارد، ضایعات وزیکولر و طاولی تقریباً در یک سوم موارد ورم ملتحمه که گاهی اوقات همراه بادلمه میباشد نیز دیده میشود. نکته مهم در مورد تمام ضایعات دهانی درماتوزها اینست که ضایعات اولیه بزودی تغییر شکل داده و زخمی میشوند. از این قرار ضایعات مشروح در فوق در مراحل اولیه، ارزش تشخیص پاتوگنومونیک دارند و از همین ضایعات است که برای بیوپسی باید انتخاب نمود.

تومورهای خوش خیم و بدخیم دهان: این تومورها بسیار شایع هستند همچنین کیستهای ناشی از غدد مخاطی فراوانند که بیشتر در نتیجه احتباس ترشحات غددی میباشد. این کیستهای احتباسی اکثراً در روی لبها دیده میشوند ولی ممکنست در روی زبان و مخاط دهانی نیز دیده شوند. سرعت بزرگ میشوند و از لحاظ اندازه از چند میلیمتر تا یک یا دو سانتیمتر میرسند. ماهیت کیست بودن آنها از روی مدور و منظم بودن آنها و همچنین از روی منظره نیمه شفاف بودن آنها معلوم میشود. درمانشان آسان است و بهترین درمان اینست که کیست را با بی-حسی موضعی باز نمود و بآدامی محتوی آنرا خالی کرد. متعاقب آن ضایعه بآسانی ترمیم میگردد.

در بین تومورهای خوش خیم دهانی اپولیسیها که از پریوست استخوان گونه در نواحی لثهها بوجود میآیند کاملاً شایع هستند. این تومورها ممکنست فیبرو یا گرانولر باشد و ممکن است هیچ درمانی لازم نباشد ولی در صورت احتیاج یک برش جراحی بآن خاتمه میدهد. تومورهای نوئید از اشکال همانژیوم، بطور نسبی شایعند. فیبرومهایی از انواع مختلف نیز شایع هستند که اغلب در زبان میباشند ولی همچنین در مخاط دهان، لبها و سقفکام هم دیده میشوند.

اپتیلیومای اسپینوسلولر بطور فوق العاده ای در دهان شایع است و همانند بروز آن در پوست، خیلی بندرت از نواحی که کاملاً سالم بوده اند سرچشمه میگردد.

لکوپلازی ضایعه ای همانند کراتوز پیری پوست است، گرچه در لوکوپلازی واکنش آماسی سلولی ممکنست لااقل در ابتدای امر بر ضایعه هیپرکراتوزی برتری داشته باشد.

در این مرحله از لوکوپلازی میتوان با زبین بردن عامل تحریک کننده ای که موجب واکنش لوکوپلازی شده است مخاط را کاملاً بحال طبیعی برگرداند. تشخیص افتراقی میکروسکپی لوکوپلازی ولیکن پلان ممکن است گاهی حتی برای یک آسیب شناس باتجربه مشکل باشد. موقعیکه ضایعه لوکوپلازی بخوبی مستقر شده است لکه های لوکوپلازی بخودی خود از بین نرفته و احتمالاً لازمست که آنها را از بین برد. شایعترین علت لوکوپلازی لبها و حفره دهان

تغییرات هیپرتروفیک در لوسمی. در مراحل آخر آنمی آپلاستیک و لوسمی، دفاع بافتی مخاط دهان در برابر عفونتها مطلقاً از بین میرود و نتیجتاً زخمهای بسیار مخربی پیدا میشود و این کیفیت غالباً ایجاد مشکلات تغذیه ای در این بیماران میکند. ضایعات دهانی پلاگر مشخص میباشد: زبان معمولاً متورم و برنگ قرمز روشن است جوشها و زخمهای متعدد حلق و دهان ممکنست دیده شود و مشابه همین ضایعات در معاینه داخل معده (گاستروسکپی) ممکنست در مخاط معده دیده شود. عفونتهای عمومی دستگاهها تقریباً بی استثناء در دهان ضایعاتی ایجاد میکند بطوریکه میتوان گفت یک بیماری مزمن وجود ندارد که ضایعات مخاط دهانی ایجاد نکند. گرچه ارتباط دادن این ضایعات با بیماری عمومی (سیستمیک) اصلی کاملاً قطعی نیست.

واکنش های دارویی

همانند پوست تقریباً هر نوع دارویی ممکنست ضایعات گوناگونی از قبیل خارش، کهیر و تغییرات آماسی یا هیپرتروفیک در دهان ایجاد کند، بطوریکه بیمارانی که دارای ضایعات دهانی غیر قابل توجه هستند همیشه باید از لحاظ حساسیت دارویی مورد تحقیق قرار گیرند. فنل فتالین ایجاد ضایعات رنگی ثابت میکند که آماس دار بوده گاهی اوقات در ابتدای شروع طاولی میباشد. واکنشهای دهان در برابر یدورها و برومورها در گذشته بطور فراوانتری دیده میشدند. داروهای ضد میکربی، واکنشهای دهانی متنوعی ایجاد میکنند ولی این ضایعات با داروهای جدید تر که بیشتر محلول میباشند کمتر دیده میشود. البته پی سی لین از جمله داروهایی است که بطور روزافزونی ایجاد واکنشهای مخاطی و پوستی مینماید. آنتی بیوتیکهای با طیف وسیع مانند تتراسیکلین ها تولید تغییرات آماسی گوناگونی میکنند که مکانیسم پیدایش آنها بخوبی قابل توجه نیست، از آنجمله پیدایش زبان سیاه مودار که تفسیرهای متفاوتی برای توجه این مکانیسم پیشنهاد شده است که عبارتند از: حساسیت واقعی، بهم خوردن فلور میکربی دهان و قسمتهای دیگر جهاز هاضمه که در نتیجه آن اختلالی در جذب ویتامینها و دیگر مواد غذائی اصلی ایجاد میشود. یکی از ضایعات مشخص واکنشهای دارویی دهانی عبارتست از ورم لثه هیپرتروفیک که در ۵۰٪ از بیمارانی که داروهای ضد صرع دریافت میکنند دیده میشود. در چنین بیمارانی بنظر میرسد که یک رابطه مستقیم بین مقدار دارو و شدت ضایعه وجود دارد، بطوریکه با کم کردن دارو شدت ضایعات هیپرپلاستیک نیز کمتر میشود.

اریتیم مولتی فرم: ضایعات دهانی در اریتیم مولتی فرم عبارتند از لکه های غشائی خاکستری رنگ و استوماتیت های خونریزی دهنده

عبارتست از سیگار کشیدن، بیش از اندازه در معرض نور آفتاب قرار گرفتن (درمورد لبها)، تحریکات مزمن ناشی از دندانهای ناجور و دندانهای مصنوعی و تحریکات تصادفی و یاعادت ناشی از گاز گرفتن نسوج نرم دهان. بعلاوه لکوپلازی ممکنست در نواحی آزارهای قدیمی که در آنها نسوج التیامی پیدا شده است دیده شود مثل پیدایش لکوپلازی بر روی ضایعات پلاک موکوی دوره دوم سیفیلیس. لکوپلازی در شکل مستقر شده اش با سانی تشخیص داده میشود. لکههای لکوپلازی دارای اندازههای مختلف اند، حدودشان کاملاً واضح و بطور مشخصی مایل بسفید هستند و از مخاط مجاور خود برجسته ترند. بمحض آنکه لکوپلازی تشخیص داده شد باید شرح بالینی بسیار دقیقی از آن تهیه نمود و حتی اگر ممکنست عکسی از ضایعه برداشت، تا در آینده بتوان هر نوع تغییری را بخوبی مشاهده نمود. تمام لکههای لکوپلازی را باید از بین برد و در مواردی که پلاک لکوپلازی کوچکترین اثر زخم و یا شقاق پیدا کند حتماً

بلافاصله باید بیوپسی انجام گیرد و متعاقب آن درمان لازم انجام شود. سایر ضایعات مختلف دهان: مخاط دهان در معرض بروز انواع مختلف دیگر ضایعات علامت دار یا بی علامت نیز میباشد. در اینجا لازمست از رابطه روانی-تنی (پسیکوسوماتیک) که در ایجاد ضایعات دهانی مؤثر است سخنی بمیان آید که شایعترین آن عبارتست از کانسرو فوبی (ترس از سرطان).

ضایعات منحصرأ دندانی مخاط دهان فوق العاده متنوع و شایعند و از بحث ما خارج اند. بیماری فوردیس (غدد سباسه آپرانت) آنقدر شایع است که تقریباً باید آنرا فیزیولوژیک محسوب داشت. گو اینکه گاهی اوقات مواردی هستند که ایجاد علائم بالینی میکنند. خشکی دهان (گزروسیتومیا) در بین بالغینی که درمان با اشعه ایکس شده اند کاملاً شایع است و ممکنست در اثر تغییر فلور میکربی دهان موجب پیدایش ضایعات ثانویه ای از قبیل مونیلیا بشوند.

REFERENCES.

- 1- Allen, A. C. The skin, a clinicopathologic treatise, ed. 2, New York 1967, Grune and Stratton, Inc.
- 2- Lever, W.F.: Histopathology of the skin, ed. 3, Philadelphia 1961, J. B. LIPPINCOTT CO.
- 3- Montgomery, H.: Dermatopathology, vols. I and 2, New York, 1967, Hoeber Medical Division, Harper and Row, Publishers Shklar, G., and McCarthy, P. L.: The oral lesions of lichen planus, oral surg. 14: 164-181, 1961.
- 4- Harvey A. M. Schulman, L. E., Tumulty, P. A. et al.: Systemic lupus erythematosus: Review of the literature and clinical analysis of 138 cases, Medicine (Balt.) 33: 291-437, 1954.
- 5- Gorlin, R. J. and Pindborg, J. J.: Syndromes of the head and neck, New York, 1964, McGraw-Hill Book Co.
- 6- Ackerman, L. V., and McGavran, M. H.: Proliferating benign and malignant epithelial lesions of the oral cavity, J. Oral Surg. 16: 400-413, 1958.
- 7- Carone, A. Frank; The year Book of pathology and clinical pathology, 1974. year book medical publishers. 35 East wacker drive. Chicago.
- 8- William, G. Shafer et al. A textbook of oral Pathology. 3rd edition. W.B. Saunders Co. Philadelphia 1974.
- 9- Robbins and Angell: Basic pathology. W.B. Saunders Co. Philadelphia. 1974.