

اهمیت تظاهرات مخاطی در درماتوزها

دکتر حمید ثابتی - دکتر عبدالخالق محبت آئین *

مجله نظام پزشکی

شماره ۱، صفحه ۱۸، ۱۳۵۳

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

لوپوس اریتماتوز: ضایعات مخاطی لوپوس اریتماتوز اغلب در دهان دیده میشود. در لوپوس اریتماتوزی مزمن لکههای مخاطی معمولاً کوچک بوده بایک کناره سفید و یک مرکز آماسیده فرورفته. در لوپوس اریتماتوزی نوع سیستمیک ضایعات دهانی منتشر تر بوده و یک منظره «خشمگین» داشته و اغلب همراه باخارش است.

هرپسها: ضایعات دهانی هرپس سیمپلکس شایع نمیشود ولی وجود دارد. هرپس زوستر ممکنست دهان را مبتلا کند که در این صورت ضایعات یک طرفی هستند.

تظاهرات دهانی بیماریهای سیستمیک

واکنشهای آلرژیکهای آتوپیک ممکنست بصورت تورمهای کپیری لبها و زبان دیده شوند. این کیفیت ممکنست زیاد بوده و در اثر گسترش بطرف گلو و حنجره ایجاد ناراحتیهایی بنماید، در چنین مواردی استکه درمانهای فوری از قبیل آدرنالین، آنتی هیستامینها 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 خونیهایی اولیه یا ثانویه، ورم حاد لثه در آنمی آپلاستیک،

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

لوپوس اریتماتوز، 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 مولتیفرم مشکل است. بیماران پمفیگوسی ممکنست ضایعات دهان 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 یک چشم ورزیده کاملاً مشخص است. پلاکها یا لکههای کوچک که در ابتدای ظهورشان یکنواخت و یکدست نمی باشند بلکه یک 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. سطحهای مخاطی گونهها بیش از هر جای دیگر دچار میشوند ولی

* دانشکده پزشکی رازی - تهران.

وزخمی شونده. در تمام موارد، ضایعات وزیکولر و طاوولی و 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 اینستکه کیست را با بی‌حسی موضعی باز نمود و با آرامی محتوی آنرا خالی کرد. متعاقب آن ضایعه باسانی ترمیم مییابد.

در بین تومورهای خوش خیم دهانی اپولیس‌ها که از پر پوست استخوان گونه در نواحی لثه‌ها بوجود می‌آیند کاملاً شایع هستند. این تومورها ممکنست فیبرو یا گرانولولو 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.

اپیتلیوما اسپینوسلولر بطور فوق‌العاده‌ای در دهان شایع است و همانند بروز آن در پوست، خیلی بندرت از نواحی که کاملاً سالم بوده‌اند سرچشمه میگیرد.

لکوپلازی ضایعه‌یی 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 از بین بردن عامل تحریک کننده‌ایکه موجب واکنش لوکوپلازی شده است مخاط را کاملاً بحال طبیعی برگرداند. تشخیص افتراقی میکروسکپی لوکوپلازی ولیکن پلان ممکن است گاهی حتی برای یک آسیب‌شناس باتجربه مشکل باشد. موقعیکه ضایعه لوکوپلازی بخوبی مستقر شده است لکه‌های 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 تغذیه‌ای 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 بی‌استثناء 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.

واکنش‌های دارویی

همانند پوست تقریباً هر نوع دارویی ممکنست ضایعات گوناگونی از قبیل خارش، کهیر و تغییرات آماسی یا هیپرتروفیک در دهان ایجاد کند، بطوریکه بیمارانیکه دارای ضایعات دهانی غیر قابل توجه هستند همیشه باید از لحاظ حساسیت دارویی مورد تحقیق قرار گیرند. فنل‌فتالین ایجاد ضایعات رنگی ثابت میکند که آماس-دار بوده گاهی اوقات در ابتدای شروع طاوولی 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 میباشد کمتر دیده میشود. البته پی‌سیلین از جمله داروهایی است که بطور روزافزونی ایجاد واکنشهای مخاطی و پوستی مینماید. آنتی‌بیوتیکهای با طیف وسیع مانند تتراسیکلین‌ها 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، بیم خوردن فلور میکربی دهان و قسمت‌های دیگر جهاز هاضمه که در نتیجه آن اختلالی در جذب ویتامینها و دیگر مواد غذایی 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.

از یتیم مولتی فرم: ضایعات دهانی در اریتم مولتی فرم عبارتند از لکه‌های غشایی خاکستری رنگ و استوماتیت‌های خونریزی‌دهنده

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 آبرانت) 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.

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 باعادت ناشی از گاز گرفتن نسوج نرم دهان. بعلاوه لکوپلازی ممکنست در نواحی آزارهای قدیمی که در آنها نسوج التیامی پیداشده 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. لکه های لکوپلازی دارای اندازه های 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 لکه های لکوپلازی را باید از بین برد و در مواردی که پلاک لکوپلازی کوچکترین اثر زخم و یا شقاق پیدا کند حتماً

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.