

اهمیت تظاهرات مخاطی در درماتوزها

مجله نظام پزشکی
سال چهارم، شماره ۱، صفحه ۱۸، ۱۳۵۳

دکتر حمید ثابتی - دکتر عبدالخالق محبت آئین *

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

لوپوس اریتماتو: ضایعات مخاطی لوپوس اریتماتو اغلب در دهان دیده می‌شود. در لوپوس اریتماتوی مزمن لکه‌های مخاطی عموماً کوچک بوده با ایک کناره سفید و یک مرکز آماسیده قروده. در لوپوس اریتماتوی نوع سیستمیک ضایعات دهانی منتشر تر بوده و یک منظره «خشمگین» داشته و اغلب همراه با خارش است.

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

تظاهرات دهانی بیماریهای سیستمیک واکنش‌های آлерژیهای آتوپیک ممکنست بصورت تورمهای کهیری 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، آنتی‌هیستامین‌ها و مشتقان کورتیزون را موجب می‌گردد.

تظاهرات دهانی بیماریهای خونی

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

خلاصه: لبها و مخاط دهان در تعداد نسبتاً زیادی از درماتوزها دچار ضایعه می‌شوند که مهمنترین آنها عبارتند از: لوپوس اریتماتو، لیکن پلان، اریتم مولتی فرم، پیمیگوس. اریتم مولتی فرم و پیمیگوس دو بیماری هستند که در آنها بیش از درما- توزه‌های 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 آفی و اریتم مولتی فرم مشکل است. بیماران پیمیگوسی ممکن است ضایعات دهانی شان ماهه‌ها و حتی سال‌ها مقدم بر ضایعات پوستی ظاهر شود. در چنین مواردی استکه متخصصان آگاه گوش و گلو و بینی و دندانپزشکی به تشخیص زور درس بیماری کمک می‌کنند و بیمار را نزد درماتولوژیست می‌فرستند.

لیکن پلان: غالباً از نظر مخاطی دهان را دچار مینماید که در اکثر موارد بالکوبلازی اشتباه می‌شود و حتی تظاهرات لیکن پلان ممکنست منحصر 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 ظهور رشان یکنواخت و یکدست نمی‌باشند بلکه یک نمای رشته‌ای و شبکه‌ای سفیدرنگ دارند. علامت دیگری وجود ندارند و اگر باشد کاملاً خفیف هستند، ولی ممکنست برای خود بیمار ایجاد دلوپسی بنماید. بتدریج که بیماری پیشرفت می‌کند، ضایعات منظره شبکه‌ای 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 طاولی و تقریباً دریک سوم موارد ورم ملتحمه که گاهی اوقات همراه با دالمه میباشد نیز دیده میشود. نکته مهم درمورد تمام ضایعات دهانی درماتوزها اینست که ضایعات اولیه بزودی تغییر شکل داده و رژمی میشوند. از این قرار ضایعات مشروطه در فوق در احوال اولیه، ارزش تشخیص پاتوگنومونیک دارند و از همین ضایعات است که برای بیوپسی باید انتخاب نمود.

تومورهای خوش خیم و بد خیم دهان: این تومورها بسیار شایع هستند همچنین کیستهای ناشی از ععدد مخاطی فراوانند که بیشتر در نتیجه احتیاک ترشحات غددی میباشند. این کیستهای احتیاکی اکثراً در روی لبها دیده میشوند ولی ممکنست در روی زبان و مخاط دهانی نیز دیده شوند. بسرعت 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 منتظره نیمه شفاف بودن آنها معلوم میشود. درمانشان آسان است و بهترین درمان اینست که کیست را با بی حسی موضعی باز نمود و با رامی محتوی آنرا خالی کرد. متعاقب آن ضایعه باسانی ترمیم میباشد.

درین تووهرهای خوش خیم دهانی اپولیس‌ها که از پریوست استخوان گونه درنواحی لثه‌ها بوجود میآیند کاملاً شایع هستند. این تومورها ممکنست فیبر یا گرافولو باشد و ممکن است هیج درمانی لازم نباشد ولی در صورت احتیاج بکبرش جراحی با آن خاتمه میدهد. تومورهای نووئید از اشکال همانزیوم، بطور نسبی شایعند. فیبر و مهایی از انواع مختلف نیز شایع هستند که اغلب در زبان میباشند ولی همچنین در مخاط دهان، لبها و سقف کام هم دیده میشوند.

اپتیلیومای اسپینوسلولر بطور فوق العاده‌ای در دهان شایع است و همانند بروز آن در پریست، خبلی بندوت از نواحی که کاملاً سالم بوده‌اند سرچشمه عیگیرد.

لکوبلازی ضایعه‌یی همانند کراتون‌پیری پریست است، گرچه در لوکوبلازی واکنش آمازی سلوی ممکنست لاقل در ابتدای امر بر ضایعه هیپر کراتوزی برتری داشته باشد.

در این مرحله اذ لوکوبلازی عیوان بازیین بردن عامل تحریک کننده ایکه موجب واکنش لوکوبلازی شده است مخاط را کاملاً بحال طبیعی برگرداند. تشخیص افتراقی هیکر سکپی لکوبلازی ولیکن بالان ممکن است گاهگاهی حتی برای ایک آسیب‌شناس با تجریبه مشکل باشد. موقعیکه ضایعه لکوبلازی بخوبی مستقر شده است لکدهای لکوبلازی بخودی خود ازین نرفوتو احتمالاً لازمت است آفهارا ازین برد. شایعترین علت لکوبلازی لبها و حفره دهان

تغییرات هیپر تروفیک در لوسومی. در مراحل آخر آنچه آپلاستیک و لوسومی، دفاع بافتی مخاط دهان در برابر عفونتها مطلقاً ازین میرود و تغییرات 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 بر نگ قرمز روش است جوش‌ها و زخم‌های متعدد حلق و دهان ممکنست دیده شود و مشابه همین ضایعات در معاینه داخل معده (گاستروسکوپی) ممکنست در مخاط معده دیده شود. عفونتها عمومی دستگاهها تقریباً بی استثناء در دهان ضایعاتی ایجاد میکند بطوریکه میتوان گفت یک بیماری مزمن وجود دارد که ضایعات مخاط دهانی ایجاد نکند. گرچه ارتباط دادن این ضایعات با بیماری عمومی (سیستمیک) اصلی کاملاً قطبی نیست.

واکنش‌های داروئی

همانند پرست تقریباً هر نوع داروئی ممکنست ضایعات گوناگونی از قبیل خارش، کهیر و تغییرات آمازی یا هیپر تروفیک در دهان ایجاد کند، بطوریکه بیمارانیکه دارای ضایعات دهانی غیرقابل توجیه هستند همیشه باید از لحاظ حساسیت داروئی مورد تحقیق قرار گیرند. فن‌فتالین ایجاد ضایعات رنگی ثابت میکند که آماز دار بوده گاهی اوقات در ابتدای شروع طاولی میباشد. واکنشهای دهان در برابر یدورها و برگ‌مودهای در گذشته بطور فراواتری دیده میشند. داروهای ضد میکریبی، واکنشهای دهانی متنوعی ایجاد میکنند ولی این ضایعات با داروهای جدیدتر که بیشتر محلول میباشند کمتر دیده میشود. البته پنی سیلین از جمله داروهای ایجاد بطور روزافزونی ایجاد واکنشهای مخاطی و پوستی مینماید. آنتی بیوتیکهای باطیف و سیع مانند تر اسیکلین هاتولید تغییرات آماز گوناگونی میکنند که مکانیسم پیدایش آنها بخوبی قابل توجیه نیست، از آنجمله پیدایش زبان سیاه مودار که تفسیرهای متفاوتی برای توجیه این مکانیسم پیشنهاد شده است که عبارتند از: حساسیت واقعی، بهم خوردن فلور میکری بی دهان و قسمتهای دیگر جهاز هاضمه که در نتیجه آن اختلالی در جذب و یتابمینهای دیگر مواد غذایی اصلی ایجاد میشود. یکی از ضایعات شخص واکنشهای دارویی دهانی عبارتست از ورم لته هیپر تروفیک که در ۵۰٪ از بیمارانی که داروهای ضد صرع دریافت میکنند دیده میشود. در چنین بیمارانی ب Fletcher میرسد که یک رابطه مستقیم بین مقدار دارو و شدت ضایعه وجود دارد، بطوریکه با کم کردن دارو شدت ضایعات هیپر پلاستیک نیز کمتر میشود.

از یتم مولتی فرم: ضایعات دهانی در اریتم مولتی فرم عبارتند از لکه‌های غشائی خاکستری رنگ و استوماتیت‌های خونریزی دهنه

بلافضلله 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 بیان آید که شایعترین آن عبارتست از کانسر و فوبی (ترس از سلطان).

ضایعات منحصر اندانی مخاط دهان فوق العاده متنوع و شایعندو از بحث ما خارج اند. بیماری فوردیس (غدد سپاسه آبرانت) آنقدر شایع است که تقریباً باید آنرا فیزیولوژیک محسوب داشت. گو اینکه گاهی اوقات مواردی هستند که ایجاد علائم بالینی میکنند. خشکی دهان (گزروستیومیا) درین بالغینی که درمان با شده ایکس شده اند کاملاً شایع است و ممکنست در اثر تغییر فلور میکربی دهان موجب پیدایش ضایعات ثانویه‌ای از قبیل موئیلیا بشوند.

عبدالستت از سیگار کشیدن، بیش از اندازه در معرض نور آفتاب فرار گرفتن (در مورد لبها)، تحریکات مزمن ناشی از دندان‌های ناجور و دندان‌های مصنوعی و تحریکات تصادفی و یا عادتی ناشی از گاز گرفتن نسوج نرم دهان. بعلاوه لکوپلازی ممکنست در فواحی 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 آسانی 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، تادر آینده بتوان هر نوع تغییر را بخوبی مشاهده نمود. تمام لکه‌های لکوپلازی را باید ازین بردو در مواردی که پلاک لکوپلازی کوچکترین اثر نرم و یا شفاف 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.