

الآفات اللثوية الالتهابية غير المسببة باللويحة

Non-plaque induced inflammatory gingival lesions

الدكتور: عز الدين الشراقي

لا يحدث الالتهاب اللثوي دائما نتيجة تجمع اللويحة على سطح السن. و يكون نتيجة أسباب متعددة مثل الجراثيم النوعية، انتان فيروسي أو فطري. كما تشاهد الآفات اللثوية لأسباب جينية كما في الورم الليفي اللثوي الوراثي، وقد تتظاهر الاعتلالات الجلدية المخاطية المتعددة كالتهاب لثوي، وكمثال رئيسي عن هذه الاعتلالات نذكر: الحزاز المنبسط، الفقاع الشائع، الحمامى متعددة الأشكال. و تشكل الآفات الأليرجية و الرضية أمثلة أخرى عن الالتهاب اللثوي غير المسببة باللويحة. أو قد تكون هذه الالتهابات مرافقة لعوامل جهازية والتفاعلات الالتهابية اللثوية غير المسببة باللويحة لها صفات سريرية مميزة (Holmstrup 1999)

الأمراض اللثوية لأسباب جرثومية نوعية

يحدث التهاب الفم واللثة الانتاني في حالات نادرة عند كل من الأشخاص الأصحاء و ناقصي المناعة عندما تتغلب الأسباب المرضية غير المتعلقة باللويحة على مقاومة المضيف البدئية. قد تحدث هذه الآفات لأسباب جرثومية وقد لا تكون مصاحبة لآفات في أي مكان من الجسم. و كمثال رئيسي عن هذه الآفات: الانتان بالنيسيريات، العقديات، المتقطرات، اللولبيات الشاحبة و جراثيم أخرى.

و تتظاهر هذه الافات اللثوية كتقرحات حمراء حادة مؤلمة و متوزمة، كتقرح غير عرضي، أو كلطخة مخاطية ، أو كالتهاب لثوي لا نمذجي غير تقرحي ملتهب بشدة.
يكشف الفحص الجرثومي للخزعة خلفية الافات.

الأمراض اللثوية لأسباب فيروسية: الانتانات الفيروسية الحلئية:

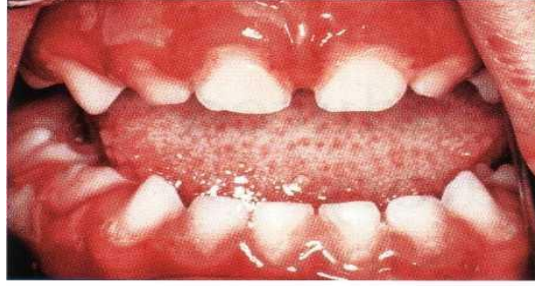
أهم هذه الفيروسات : فيروس الحلأ البسيط نمط ١ و ٢ ، و الفيروس النطاقي -الحمافي.
عادة تصيب هذ الفيروسات الانسان في مرحلة الطفولة و تسبب مرض فموي مخاطي يتبع بفترة كمون و أحيانا يعاد تنشيطها.
الحلأ البسيط نمط ١ (HSV-1) يسبب عادة تظاهرات فموية بينما يسبب الحلأ البسيط نمط ٢ (HSV-2) انتانات تناسلية بشكل رئيسي و أحيانا انتانات فموية. (Scully 1989)

التهاب اللثة والفم الحلئي البدئي:

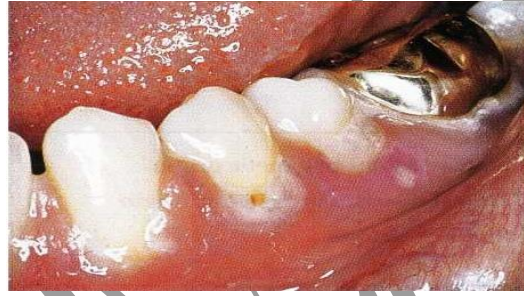
تعتبر انتانات الحلأ البسيط هي من بين الانتانات الفيروسية الأكثر شيوعا.
فيروس الحلأ البسيط هو فيروس DNA، وبعد أن يدخل البشرة المخاطية الفموية ينفذ الى النهايات العصبية و يصل الى العقدة مثلثة التوائم حيث يبقى ساكنا لعدة سنوات.
لفيروس الحلأ البسيط أحيانا دور في تكرار حدوث الحمامي متعددة الأشكال، و قد وجد فيروس الحلأ البسيط في حالات التهاب اللثة ، و التهاب اللثة التموتي الحاد، و التهاب النسج حول السنوية .
عندما يصاب الطفل عن طريق الأهل المصابين بالتهاب الشفة الحلئي الناكس يشخص خطأ أنه بزوغ أسنان.

في المجتمعات الصناعية تحدث الاصابة في الأعمار المتقدمة.

الاصابة البدئية بالحلأ قد تكون لا عرضية في الطفولة المبكرة ولكن ايضا قد تسبب التهاب فم ولثة شديد و التي تحدث غالبا في سن قبل المراهقة.



وتشمل الأعراض التهاب لثة شديد مؤلم مع احمرار، تقرحات مع نضحة ليفية مصلية و وذمة مع التهاب وبخر فم والم عند البلع



فترة الحضانة هي اسبوع واحد. الصفات المميزة هي تشكل حويصلات لا تلبث أن تنفجر و تلتحم مخلقة قرحات مغطاة بالفibrin ، وقد تحدث حمى و اعتلال عقد لمفية.



يحدث الشفاء بشكل عفوي بدون ندبة خلال ١٠-١٤ يوم . و يكون الأكل صعبا خلال هذه الفترة.



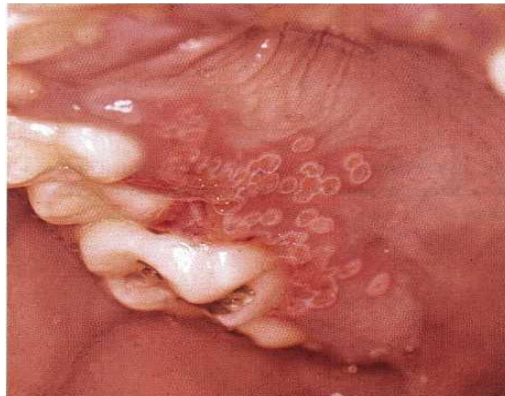
اعادة تنشيط الفيروس تسبب نكس الانتان وحدث ذلك عند ٢٠-٤٠% من الأشخاص المصابين بالانتان الأولي.

ويكون عادة بشكل التهاب شفة ولكن قد يكون داخل فموي ايضا، عادة تحدث الانتانات الناكسة أكثر من مرة في السنة في نفس الموقع على الحافة القرمزية أو عند اتصالها بالجلد حيث تكون النهايات العصبية بشكل عناقيد.

عوامل مختلفة تسبب اعادة تنشيط الفيروس الساكن و هي:

- الرض
- التعرض للأشعة فوق البنفسجية
- الحمى
- الطمث

يبقى الحلاً داخل الفموي الناكس لفترة أقل من الانتان الأولي و يكون بشكل عنقود من القرحة الصغيرة المؤلمة في اللثة المتقرنة و الحنك الصلب (Yura et al.1986)



يبنى التشخيص على القصة المرضية و العلامات السريرية مدعومة بعزل الفيروس (HSV) من الافة. ويتم عزل الفيروس من افات حويصلية سليمة.

تزداد خطورة الاصابة بالانتان عند مرضى نقص المناعة مثل مرضى الأيدز & (Holmstrup Westergaard 1998)

و تصاب اللثة أو أي مكان بالحلأ الناكس عند المرضى منقوصي المناعة، و تكون الاصابة شديدة و مهددة للحياة.

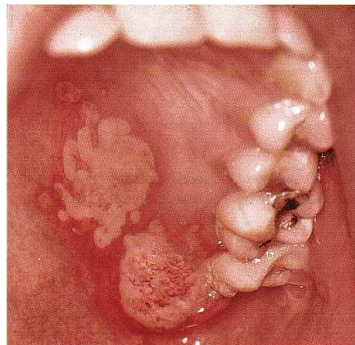
تشمل معالجة التهاب الفم و اللثة الحلأ ازالة اللويحة للحد من الاصابة الجرثومية الثانوية للنقرحات التي تؤخر شفائها، وينصح بالاستعمال الجهازى للأدوية المضادة للفيروس مثل acyclovir أو valacyclovir في الحالات الحادة و مرضى نقص المناعة

الحلأ النطاقي

يسبب الفيروس النطاقي الحماقي الحماق (جدري الماء) كاصابة أولية، ويحدث بشكل رئيسي عندالأطفال وهو مرض يتصف بتشكل حويصلات على مسار الأعصاب القحفية واعدة تنشيط الفيروس عند البالغين يسبب هربس نطاقي ويجب الشك فوراً بوجود HIV عند اصابة الشباب به (١٠% من المصابين بالايذز يصابون بهذا المرض) وهنا ندعوه انتاناً انتهازياً.

يترافق جدري الماء مع حمى و توعك و طفح جلدي بينما تكون الافات داخل الفموية عبارة عن قرحات صغيرة على اللسان و الحنك و اللثة (Miller1996, Scully et al.1998).

عند اصابة الفرع الثاني أو الثالث للعصب مثلث التوائم فان الافات الجلدية تترافق مع اصابة داخل فموية وقد تكون الافات داخل الفموية وحيدة (Eisenberg 1978).



تشمل الأعراض السريرية: الألم و حس وخز والتي قد يشعر المريض بها قبل حدوث الافة (Greenberg 1996) ، و يكون الألم المرافق شديداً، تبدأ الافة التي تشمل اللثة غالبا على شكل حويصلات و التي سرعان ما تنفجر مخلقة قرحات يغطيها الفيبرين تتدمج مع بعضها (Millar & Traulis 1994)

يسبب الانتان عند المرضى منقوصي المناعة بما فيهم مرضى الإيدز تهدم كبير في النسج ،تموت العظم السنخي و امراضية عالية

التشخيص يكون عادة واضح بسبب حدوث الافات وحيد الجانب المترافقة مع ألم شديد .

يحدث الشفاء عادة بعد ١-٢ اسبوع.

المعالجة: تشمل على:

غذاء طري أو سوائل

راحة

تقليل هادئ

مضامض كلورهيكسيدين

أدوية مضادة للفيروسات

الأمراض اللثوية الناتجة عن الفطور

تشمل اصابة المخاطية الفموية بالفطور العديد من الأمراض مثل داء الرشاشيات، الفطار البرعمي، داء المبيضات، الفطار الكرواني، داء المستخفيات، داء النوسجات، الفطار العفني، الفطار نظير الكرواني .

العديد من هذه الانتانات غير شائع و بعضها يتظاهر كالتهاب لثوي.

داء المبيضات: Candidosis

C . albicans الأكثر شيوعا وهي مطاعم طبيعي للحفرة الفموية ولكنها أيضا ممرض انتهازي.

نسبة انتشار C . albicans في الحفرة الفموية عند البالغين الأصحاء ٣-٤٨% (Scully 1995)

ان داء المبيضات هو أكثر انتانات الحفرة الفموية بالفطور و يحدث بشكل رئيسي بسبب C.albicans (Scully et al.1998) .

أسباب الإصابة بـ C . albicans :

- نقص دفاع المضيف
- نقص افراز اللعاب
- التدخين
- المعالجة بالستيروئيدات
- المعالجة بالصادات الحيوية واسعة الطيف



الصفات السريرية لالتهاب اللثة بالمبيضات: لثة ملتصقة حمرة تترافق مع سطح حبيبي .



مظاهر اصابة المخاطية الفموية: داء المبيضات ذو الغشاء الكاذب (السلاق عند حديثي الولادة) : على شكل بقع بيضاء التي يمكن كشطها بشاش أو أداة تاركة سطح نازف و ليس لهذا النمط أعراض رئيسية.



داء المبيضات الحمامي: تتواجد الافة في أي مكان من المخاطية الفموية

و تكون الافات حمراء تترافق عادة مع ألم يكون أحيانا شديدا.

داء المبيضات ذو النمط اللويحي: عبارة عن لويحات بيضاء لا يمكن ازلتها، لا يوجد عادة أعراض ، يصعب تمييزها سريريا عن الطلاوة.

داء المبيضات العقيدي : نادرا ما تصاب اللثة، عبارة عن عقيدات مرتفعة قليلا بيضاء أو حمراء.

تشمل المعالجة:

تطبيق مضادات الفطور مثل النيساتين، الأمفوتيريسين ب ، أو الميكونازول التي تستخدم بشكل موضعي أما في الحالات الشديدة تستخدم مضادات الفطور الجهازية مثل الفلوكونازول.

الحمامى اللثوية الخطية:

ينظر للحمامى اللثوية الخطية (LGE) على أنها تظاهر لثوي لكبت المناعة، يميز بوجود شريط حمامي خطي واضح محدود في اللثة الحرة.

**تتميز LGE :**

- وجود تفاوت بين شدة الالتهاب و مقدار اللويحة
 - لا يوجد دليل على تشكل جيوب أو فقدان في الارتباط
 - لا يستجيب بشكل جيد للتقليل أو زيادة العناية الفموية.
 - غياب النزف عند السبر
- أشارت بعض الدراسات الى أن نسبة انتشار التهاب اللثة الشريطي عند مرضى الايدز يبلغ ٠,٥ - ٤٩ % (Ceballos-Salobrena et al.1996, Robinson et al 1996) .

المعالجة

- تشمل على المعالجة التقليدية ومضامض الكلورهيكسيدين ٠,١٢% مرتين يوميا، أظهرت تحسن مهم بعد ٣ اشهر (Grassi et al.1989) .
- و في الحالات التي تكون فيها المبيضات هي سبب LGE اعتمادا على الزرع أو اللطخة فان المعالجة المضادة للفطور تكون كفيلا بزوال المظاهر السريرية (Winkler et al.1988).

الافات اللثوية الوراثية

الورم الليفي اللثوي الوراثي Hereditary gingival fibromatosis

يحدث فرط التنسج اللثوي (ضخامة لثوية ، ورم ليفي لثوي)

- كأثر جانبي للأدوية الجهازية مثل الفينوتئين،السيكلوسبورين، ديهيدروبريديين.

- وقد يحدث لسبب وراثي وعندها تسمى الافة الورم الليفي اللثوي الوراثي (HGF) ،وهي حالة غير شائعة تتميز بضخامة لثوية منتشرة قد تغطي كامل السطوح السنينة. وتتطور الافة حتى مع الازالة التامة للويحة .

HGF قد يكون مرض مستقل أو يكون جزء من تناذر مترافق مع مظاهر سريرية اخرى مثل فرط الأشعار، التخلف العقلي ،صرع ، فقد سمع ،تأخر نمو و شذوذ في الأطراف .

في معظم الحالات يتم انتقال المرض كصفة وراثية سائدة، ووصف في حالات اخرى انتقال المرض كصفة متنحية

المظهر السريري:

كتل كبيرة من نسيج ليفي ثابت، كثيف، مرن، غير حساس يغطي الحواف السنخية و يمتد ليغطي الأسنان مسببا جيوب كاذبة، ذو لون طبيعي أو أحمر في حالة الالتهاب

و اعتمادا على مقدار الضخامة اللثوية فان المرضى يعانون من مشاكل وظيفية و تجميلية، و قد تسبب الضخامة بروز في الشفاه.

HGF نادرا ما يتواجد عند الولادة و لكنه ربما يلاحظ في عمر مبكر، و ان تواجدت الضخامة قبل بزوغ الأسنان فان النسيج الليفي الكثيف يتداخل و قد يمنع البزوغ (Shafer et al.1983).



الآلية الامراضية:

اقترحت الدراسات أن إنتاج عامل النمو المحول بيتا ١ (TGF-beta 1) ينقص الفعالية الحالة للبروتين للأرومة الليفية و تحفز من جديد تراكم القالب خارج الخلوي (Coletal et al.1999) و حاليا تم تحديد موقع الجين المسؤول عن HGF على الصبغي ٢ (Hart et al.1998,Xiao et al.2000)

المعالجة:

جراحية ،عبر سلسلة من قطع اللثة و النكس واردة، وإذا كانت الضخامة كبيرة فان الشريحة المزاحة هي طريقة أفضل لازالة الجيوب الكاذبة و ذلك لتجنب كشف النسيج الضام عند قطع اللثة.

المرض اللثوي لسبب جهازي

الأمراض الجلدية المخاطية:

العديد من الأمراض الجلدية المخاطية لها تظاهرات لثوية ،أحيانا بشكل آفات توسفية أو قرحات. أهم هذه الأمراض: الحزاز المنبسط، شبيه الفقاع، الفقاع الشائع، الحمامى متعددة الأشكال و الذئبة الحمامية.

الحزاز المنبسط: Lichen planus

من أكثر الأمراض الجلدية المخاطية التي تتظاهر على اللثة شيوعا ،قد تحدث الإصابة الجلدية و الفموية المخاطية في آن واحد وقد تحدث كل منهما على حدا عند مرضى آخرين.

الإصابة الفموية لوحدها شائعة، و ترافق الآفات الجلدية مع الآفات الفموية يبلغ ٤٤-٥٠% (Andreasen 1968,Axel &Rundquist 1987) .

وقد يترافق مع إزعاج شديد مع احتمالية للخباثة وهي قضية خلافية (Holmstrup et al.1992) ومن الضروري تشخيص و معالجة المرضى و متابعتهم بفحوص فموية منتظمة (Holmstrup et al. 1988) .

يحدث المرض في أي عمر بالرغم من انه نادر الظهور في الطفولة (Scully et al.1994) .

تتميز الآفات الجلدية :

- بحطاطات حمراء مع خطوط بيضاء (خطوط فيكهام)
- الحكّة هي العرض الأساسي
- و أكثر مناطق الإصابة تكررًا هي مناطق الثنيات من الذراعين و الفخذ و العنق
- تختفي الآفات الجلدية بشكل عفوي بعد بضعة أشهر عكس الآفات الجلدية التي تبقى عادة لسنوات (Thorn et al.1988) .



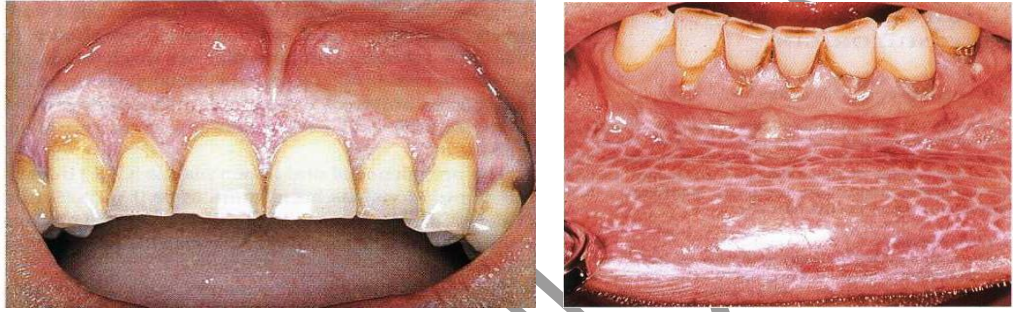
إن الحطاطات البيضاء و الخطوط البيضاء التي تشكل غالبًا نمط شبكي هي أكثر التظاهرات السريرية المميزة للمرض و تشكل قاعدة التشخيص السريري . أحيانا يشار إلى الآفات القرحية و الضمورية على أنها أكالة (RESS 1989) .

عادة لا تسبب الآفات الحطاطية ، الشبكية و اللويحية أعراض مهمة بينما تترافق الآفات الضمورية و القرحية بألم معتدل الى شديد وخاصة عند الأكل و إجراءات العناية الفموية.

OLP يستمر لعدة سنوات (Thorn et al.1988) ، وقد يصيب أي منطقة من المخاطية الفموية.

ملاحظة: OLP ذو النمط اللويحي يشبه الطلاوة البيضاء والذي قد يسبب خطأ تشخيصي.

و لا يزال السؤال مفتوح فيما اذا كان الحزاز المنبسط الفموي هو مجموعة من الأمراض المختلفة من الناحية السببية مع سمات سريرية و تشريحية شائعة، أو هو مرض يتميز بتفاعل فرط حساسية (النمط الرابع) تجاه مستضد في منطقة الغشاء القاعدي.



المعالجة:

- أهم جزء في التدبير العلاجي هو السيطرة على اللويحة، فقد أدى الى تحسن مهم عند العديد من المرضى (Holmstrup et al.1990)، حيث توصف إجراءات الصحة الفموية التي تهدف إلى الإزالة الفعالة الغير راضة للويحة للمرضى الذين يعانون من أعراض.

- في حالة الألم المستمر المترافق بشكل خاص مع الآفات الضمورية و النقرحية فان المعالجة المضادة للفطور تكون ضرورية إذا كانت هذه الآفات خمائية والتي تحدث بنسبة ٣٧% من حالات OLP

- و يجب استخدام الكورتيكوستيروئيد الموضعي ثلاث مرات يوميا لعدة أسابيع في الحالات المؤلمة التي لاتستجيب للمعالجة السابقة .

وفي هذه الحالات يكون النكس شائع، و تفضل المعالجة بفترات متقطعة على المعالجة المديدة.

نظير الفقاع: Pemphigoid

هو مجموعة من الأمراض التي تسبب فيها الأضداد الذاتية تجاه مكونات الغشاء القاعدي انفصال البشرة عن النسيج الضام.

يصيب شبيه الفقاع الفقاعي الجلد بشكل رئيسي ولكن قد تحدث الإصابة المخاطية الفموية (Brooke 1973 ,Hodge et al.1981)

يستخدم مصطلح شبيه فقاع الغشاء المخاطي الحميد (BMMP) عند إصابة الغشاء المخاطي لوحده. ويستخدم مصطلح شبيه الفقاع الندي لوصف المرض الفقاعي تحت البشري المحدود بالفم أو العيون و بشكل أقل المناطق المخاطية الأخرى. ويعتبر هذا المصطلح مشكوك فيه حيث أن الآفات الفموية لا تسبب تندب

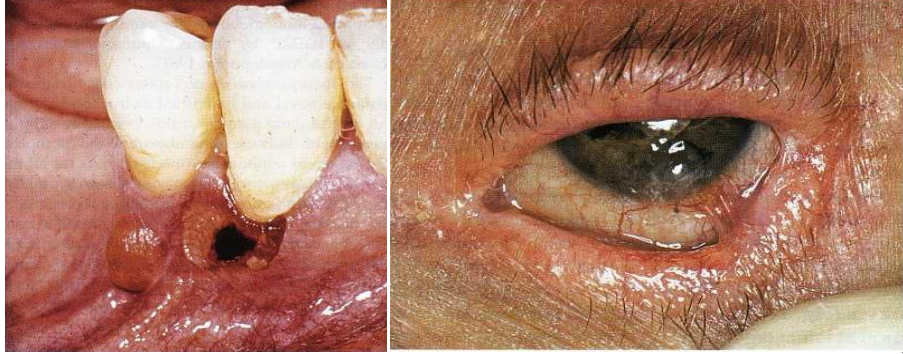
تصاب النساء بشكل رئيسي و يكون معدل الإصابة ٥٠ سنة أو أكثر (Shklar & McCarthy 1971) الإصابة الفموية في BMMP محتومة ، وتكون الحفرة الفموية عادة الموقع الأول للإصابة. و تصاب أي منطقة من المخاطية الفموية في BMMP ، ولكن العرض الرئيسي هو الآفات اللثوية التوسفية



قد تمتد التغيرات الالتهابية لتشمل كامل اللثة و قد تمتد لأكثر من الارتباط المخاطي اللثوي ، وحك اللثة قد يحدث تشكل فقاعة .

و يشار إليها علامة نيكولسكي ايجابية و تحدث بسبب تحطم اتصال البشرة بالنسيج الضام. تكون الفقاعات السليمة شفافة مائلة للصفرة أو قد تكون نازفة، عادة تتفجر الفقاعات بسرعة تاركة قرحات مغطاة بالفيبيرين .

الآفات العينية خطيرة حيث تشكل الندبة قد تسبب العمى (Williams 1984) .



المعالجة

تتألف من إزالة لا رضية للويحة و تعليمات السيطرة اليومية على اللويحة و الاستعمال اليومي للكلورهكسيدين و التطبيق الموضعي للكورتيكوستيروئيد عند الضرورة. تنقص إجراءات الصحة الفموية و السيطرة على الانتان من فعالية المرض و الأعراض السريرية ،وذلك من أجل كل الأمراض الالتهابية المزمنة للمخاطية الفموية. و بما أن المرض مزمن بطبيعته و لا مفر من تشكل فقاعات جديدة لذلك فان التطبيق الموضعي للكورتيكوستيروئيد بشكل مرهم يلفظ التفاعل الالتهابي.

الفقاع الشائع: Pemphigus vulgaris

الفقاع هو مجموعة من الأمراض المميزة بتشكل فقاعات داخل البشرة في الجلد و الأغشية المخاطية. ولكن الفقاع الشائع (PV) هو الشكل الأشيع و الأخطر (Barth & Yenning 1987) شعوب البحر الأبيض المتوسط أكثر إصابة بالفقاع الشائع و هذه دلالة على الخلفية الوراثية للمرض يحدث المرض في أي عمر و لكن يشاهد بشكل خاص في الأعمار المتوسطة أو في الكهولة. يبدي المرض تشكل منتشر للفقاعات التي غالبا ما تشمل مناطق واسعة من الجلد و إذا ترك المرض بدون معالجة فانه مهدد للحياة.

ومن الشائع أن يبدأ المرض داخل الفم مع تشكل فقاعات، وكثيرا ما تشاهد الآفات المخاطية الفموية التي تشمل اللثة .

الآفات المبكرة تشبه القرحة القلاعية، و في المراحل اللاحقة تشاهد التآكلات المنتشرة بشكل شائع



تظهر الإصابة اللثوية كآفات توسفية مؤلمة أو تآكلات أو تقرحات و التي هي بقايا الفقاعات الممزقة.

المعالجة

- الإحالة الفورية للمريض لطبيب جلدية أو داخلية لأن تأخر تشخيص المرض قد يكون مميتا
- المعالجة الجهازية بالكورتيكوستيروئيد
- معالجة موضعية تتألف من السيطرة على اللويحة و التنظيف المتبع في الأمراض المخاطية الفموية الالتهابية المزمنة.
- أحيانا تتطلب السيطرة على فعالية المرض تطبيق موضعي للكورتيكوستيروئيد .

الحمامى متعددة الأشكال: Erythema multiform

هو مرض حويصلي فقاعي حاد، أحيانا ناكس، يصيب الجلد و الأغشية المخاطية.

يسبق الآفات توعدك عام وتشمل هذه الآفات الجلد و المخاطية بدرجات مختلفة.

له شكلان :

- شكل صغير مع إصابة متوسطة

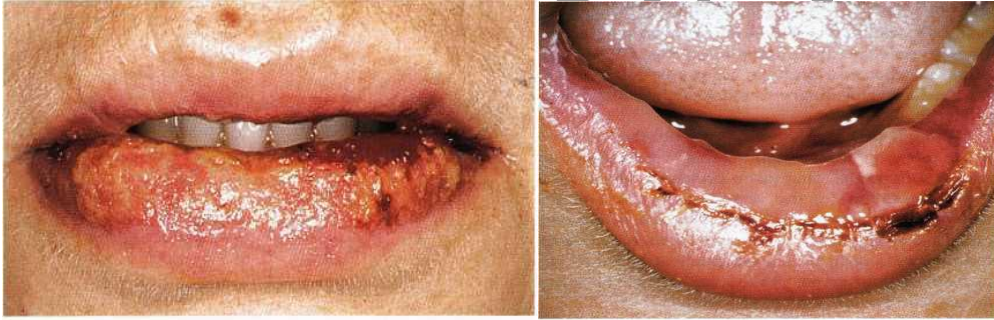
- شكل كبير (متلازمة ستيفن جونسون) منتشر حيث توجد إصابة فموية، عينية، تناسلية بالإضافة للآفات الجلدية .

و هو يختلف عن الأمراض الأخرى مثل متلازمة رايتز و بهجت و التي أيضا تصيب العيون ، المخاطية الفموية وغالبا الأعضاء التناسلية.

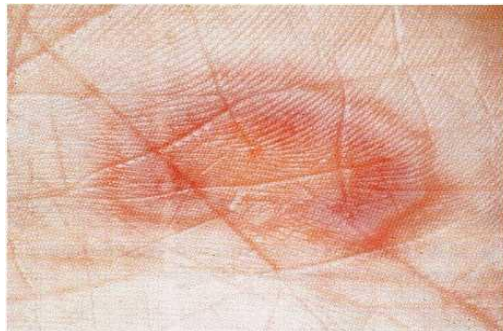
EM يحدث في أي عمر ولكن الأعمار الفتية هي الأكثر إصابة.

و قد تصاب المخاطية الفموية أو لا تصاب ، وتبلغ نسبة الإصابة الفموية ٢٥-٦٠% و أحيانا يكون الفم موقع الإصابة الوحيد.

تشمل الآفات الفموية على : شفاه متورمة مع تشكل قشرة كثيفة على الحافة الشفوية



الآفات الأساسية هي فقاعات تتمزق مخلفة قرحات مغطاة عادة بنضحة فيبرينية مائلة للصفرة تسمى أحيانا الغشاء الكاذب . وتشمل هذه الآفات المخاطية الشدقية و اللثة، قرحة فيبرينية على المخاطية الحنكية الآفات الجلدية مميزة بمظهر القرحية مع تشكل فقاعة مركزية محاطة بهالة شاحبة ضمن منطقة الحمامى. و قد تحدث آفات داخل فموية مشابهة ولكنها نادرة.



يشفى المرض ذاتيا و لكن النكس شائع و يحتاج شفاء الآفات عدة أسابيع (Fabbri & Panconesi)

الذئبة الحمامية: Lupus erythematosus

هي مجموعة من أمراض النسيج الضام المناعية الذاتية ، يتشكل فيها أضداد ذاتية لمكونات خلوية مختلفة مثل النوى، الغشاء السيتوبلازمي.

النساء أكثر إصابة من الرجال .

للذئبة الحمامية شكلين هما:

- القرصي (DLE) discoid LE

- الجهازى (SLE) systemic LE ، وقد تشمل الإصابة عدد من الأجهزة العضوية : الكلية، القلب، الجهاز العصبي المركزي ونقي العظم.

و تقدر نسبة انتشار LE ٠,٠٥% (Condemni 1987) .

DLE هو شكل مزمن خفيف ، و تشمل الإصابة الجلد و الأغشية المخاطية و أحيانا تصيب اللثة مثل بقية أجزاء المخاطية الفموية (Schiodt 1984) .

و تظهر الآفة النموذجية كمنطقة مركزية ضامرة مع نقاط بيضاء صغيرة محاطة بخط أبيض مشع رفيع مع توسع شعيرات محيطي ، و قد تنقرح الآفات أو لا تميز سريريا عن الطلاوة أو الحزاز المنبسط الفموي الضموري (Schiodt 1984)



يؤدي بعض المرضى آفات لثوية بنية ، وهي تأثير جانبي للأدوية المضادة للملاريا التي توصف للمرضى كجزء من العلاج .

يتطور الشكل القرصي عند ٨% من المرضى إلى الشكل الجهازى ، و تكون التقرحات هي علامة SLE ، و التي من ناحية أخرى تكون الآفات الفموية بنسبة ٢٥-٤٠% من المرضى (Schiodt 1984,Pisetsky 1986,Johnsson et al.1988) .

تكون الآفات الجلدية الخمرية اللون (بشكل الفراشة) حساسة للضوء ، تتوضع على جسر الأنف و الخدين يبقى الشكل الجهازى مهمت بسبب الاختلاطات الكلوية و الدموية و تكون الآفات الجلدية على الوجه و لكنها تمتد لتشمل كامل الجسم.

المعالجة:

كورتيكوستيروئيدات جهازية و صادات حيوية تكون مطلوبة في حالة SLE وأحيانا نحتاج لمعالجة موضعية في الآفات الفموية العرضية.

الأمراض الجلدية المخاطية المسببة بالأدوية:

Drug-induced mucocutaneous disorders

تبدى العديد من الأدوية تأثيرات عكسية على المخاطية الفموية ،مثل الضخامة اللثوية المرتبطة مع أدوية الفينوتئين، فالبروات الصوديوم (مضاد اختلاج)، السيكلوسبورين، الديهيدروبيردين ، إلى حد ما تعتمد هذه الآفات على اللويحة .

أنواع أخرى من الأدوية تسبب EM كما ذكر سابقا.

قد ترتبط أدوية أخرى عديدة مع تأثيرات عكسية تشمل آفات المخاطية الفموية ،مثل آزثيوبيرين الذي يستخدم في معالجة الأمراض المناعية الذاتية و الوقاية من رفض الأعضاء المزروعة.



آلية التأثير: تتم من خلال تثبيط تصنيع البورين مما يؤدي لكبت تصنيع البروتين و الحمض النووي و بالتالي تثبط الاستجابة المناعية بدرجات مختلفة. و سريعا تبدي النسخ المتكاثرة مثل نقي العظم، المخاطية الفموية و المعدية المعوية تأثيرات جانبية كالتهرجات مثلا التي قد تشمل اللثة .

و كأمثلة عن الأدوية التي تسبب التهاب فم ، الأدوية المضادة للأورام المستخدمة في المعالجة الكيميائية مثل الميثوثريكسات الذي يستخدم في معالجة اللوكيميا .

• و تشكل الآفات القرحية بوابة لدخول الجراثيم من الفم و بالتالي مصدر لانتانات جهازية خطيرة عند المرضى المكبوتين مناعيا.

• ويكون من الضروري عند هؤلاء المرضى :

- السيطرة على اللويحة

- استخدام المضامض الفموية (الكلورهيكسيدين ٠,١%)

- استخدام الصادات الحيوية الوقائية

التفاعلات الأرجية Allergic reactions

التظاهرات الأرجية في المخاطية الفموية غير شائعة. و قد تكون عدة آليات متورطة في الحساسية، و التي هي عبارة عن تفاعلات مناعية مبالغ فيها.

التفاعلات المخاطية الفموية إما أن تكون:

- من النمط الأول (النمط المباشر) و الذي يتوسطه IgE.

- أو غالبا من النمط الرابع (النمط المتأخر) ،تتوسطه الخلايا التائية T cell .

و تعود ندرة التحسس داخل الفموي إلى حقيقة أن التفاعل الأرجي في المخاطية الفموية يتطلب تراكيز عالية من المحسسات أكثر من الجلد أو السطوح الأخرى .

وتتضمن هذا المحاضرة التحسس تجاه المواد السنينة الترميمية، المعاجين السنينة، الغسولات الفموية و الطعام.

المواد السنينة الترميمية: تحدث التظاهرات التحسسية السريرية من النمط الرابع (التحسس بالتماس) بعد ١٢-٤٨ ساعة من التماس مع المواد

المحسسة والذي هو شرط أساسي لحدوث التفاعلات الأرجية .



تشمل المواد السنينة الترميمية المسببة للتفاعلات المخاطية الفموية:

الزئبق ، النيكل ، الذهب ، الزنك ، الكروم، البالاديوم ، الاكريل.

تشبه الآفات -التي تصيب أحيانا اللثة- الحزاز المنبسط الفموي سريريا ولذلك تدعى OLL أو الطلاوة الفموية و تكون بيضاء أو حمراء و أحيانا آفات تقرحية و لكن من المشاهدات التشخيصية الحاسمة هو شفاء الآفات بعد إزالة العامل المسبب. و يعطي اختبار اللطخة الإضافي المعلومات المساعدة .

تكون التظاهرات السريرية محدودة بمنطقة التماس مع المادة المخرشة ، و نتيجة استبدال هذه المادة يظهر التشخيص

التفاعلات تجاه مواد العناية الفموية ، العلكة و الطعام:

المعاجين السنية ، الغسولات الفموية و العلكة:

من النادر أن يحدث التحسس بالتماس بعد استخدام معاجين الأسنان (Sainio & Kanerva 1995, Skaare et al.1997)

أو استخدام الغسولات الفموية (Sainio & Kanerva 1995) .

المسؤول عن التفاعلات الأرجية هو إضافة المواد المنكهة مثل القرفة و الكافورون (Drake & Maibach 1976)

أو إضافة المواد الحافظة (Duffin & Cowan 1985) .

و قد تستخدم المواد المنكهة في العلكة مسببة شكل مشابه لالتهاب اللثة و الفم (Kerr et al.1971) .

تشمل الأعراض السريرية للتحسس:

لثة ملتهبة ، متوذمة، حمراء ويكون الالتهاب منتشر و حاد وأحيانا مع تقرحات أو ابيضاض

و قد تشمل تأثيرات مشابهة المخاطية الشدية والشفوية ومخاطية اللسان و قد يشاهد التهاب شفاه.

تشكل التظاهرات السريرية المميزة أساس التشخيص ،الذي يدعم بشفاء الآفات بعد التوقف عن استخدام العامل الحاوي على المواد المحسنة (Holmstrup 1999) .



الأطعمة: التفاعلات الأرجية المنسوبة للأطعمة إما أن تكون من النمط الأول أو الرابع.

وصف التفاعل من النمط الأول بعد تناول الفول السوداني أو بذور اليقطين .

و ترتبط الأرجية الطلعية مع بعض أنماط حساسية المخاطية الفموية ، ويكون عند أكثر من ٢٠% من مرضى الحساسية الفموية فرط حساسية تجاه الكيوي، الدراق ، التفاح، الكستنة والسلامي.

و يسبب الفلفل الأحمر التهاب لثة أو التهاب فم ولثة (Hedin et al.1994) .

تشفى الآفات بعد زوال العوامل المحسنة ، ويكون من الصعب عادة تحديد التشخيص.

التظاهرات اللثوية لحالات جهازية

الأمراض المعوية المعدية:

داء كرون:

يتميز داء كرون بارتشاحات حبيبية لجدار العرى اللغائفية الأخيرة و لكن قد يصاب أي جزء من السبيل المعدي المعوي.

الحفرة الفموية هي جزء من السبيل المعدي المعوي و من الممكن أن يحدث داء كرون في أي جزء من المستقيم إلى الشفاه.

لكن عدد التقارير عن الآفات التي تشمل النسج حول السنينة محدود و من المحتمل أنه يرتبط مع عادة العديد من الأطباء باستخدام مصطلح الآفات القلاعية لأي مرض تقرحي يصيب المخاطية الفموية.

تشبه الآفات الفموية كثيرا تلك التي تصيب الطريق المعوي ،كما تظهر بتنظير المستقيم (تقرحات غير منتظمة طويلة مع حواف مرتفعة مع مظهر مرصوف).

- عادة تظهر الآفات حول السنينة بعد أن يكون قد حدد التشخيص على أساس الإصابة المعوية، و لكن أحيانا تكون الآفات الفموية هي أول من يقود للتشخيص .



- ترتبط زيادة التخریب حول السني مع نقص وظيفة العدلات (Lamster et al.1982) .
- استخدم مصطلح الورم الحبيبي الفموي الوجهي كتشخيص مشترك لـ Crohn's disease ، Melkersson- Rosenthal syndrome ، sarcoidosis . و أيضا قد تتظاهر هذه الأمراض بأفات لثوية تتميز بتورم (Pindborg 1992) ، ساركويد ، و أحيانا بضخامة لثوية حبيبية حمراء حادة .

المعالجة:

- تطبيق مرهم قشراني مرة امرتين يوميا عند الألم

- عناية فموية دقيقة لإنقاص الالتهاب الثانوي للحفرة الفموية.

الأمراض الدموية

ابيضاض الدم Leukemia:

مرض دموي خبيث مع تكاثر وتطور غير طبيعي للكريات البيض و أسلافها في الدم و نقي العظم . و قد يصيب أي نوع من الكريات البيض (الكريات البيض مفصصة النواة، اللمفاويات أو وحيدات النوى) .

و في معظم حالات ابيضاض الدم ،تظهر الكريات البيض بشكل غير ناضج في المجرى الدموي ، و يسبب تكاثر الخلايا البيض على حساب الخلايا الدموية الطبيعية فشل نقي العظم و نقص في عدد الخلايا الدموية ، كعدم القدرة على إنتاج صفيحات دموية و خلايا دموية بيضاء وظيفية كافية ، وقد يحدث الموت نتيجة الإنتان أو النزف المرتبط بنقص العدلات و نقص الصفيحات.

التصنيف اعتمادا على:

١- سير المرض: حاد أو مزمن

٢- منشأ

ابيضاض الدم الحاد له سير جائح و يسبب الموت خلال ٦ أشهر عند عدم المعالجة ، و عمر المرضى عادة تحت ٢٠ سنة أو فوق ٦٠ سنة.

ابيضاض الدم المزمن اللمفاوي هو الأكثر شيوعا و يكون فيه فشل نقي العظم أقل و لكن الشفاء يكون بطئ و قد يستغرق سنوات عديدة، ويحدث عند البلوغ، عادة بعد عمر ٤٠ سنة.

حيث يرتفع عدد الخلايا المحببة المحيطة بشكل ملحوظ في الشكل المزمن، وقد يرتفع أو ينقص أو يبقى طبيعى في ابيضاض الدم الحاد (McKenna 2000) .

تشمل التظاهرات اللثوية في ابيضاض الدم:

- ضخامة معممة .

- التقرح

- فرورية .

- حمامى .

و تكون هذه التظاهرات أكثر شيوعا في الشكل الحاد منها في المزمن.



أحيانا تقود هذه المظاهر إلى تشخيص اللوكيميا ،حيث يبدي ٦٩% من مرضى ابيضاض الدم الحاد علامات فموية عند الفحص ، و عند ٣٣% من المرضى توجد ضخامة لثوية.

أما الأطفال المصابين باللوكيميا ، فان ١٠-١٧% فقط لديهم ضخامة لثوية (Curtis 1971, Michaud et al.1977)

الضخامة اللثوية المشاهدة عند مرضى ابيضاض الدم تكون غالبا نتيجة الالتهاب المسبب باللويحة، حيث تشفى هذه الضخامة عند السيطرة على اللويحة (Barrett 1984) ،و لكنها قد تكون نتيجة ارتشاحات خلايا الدم البيض بالرغم من أنها سمة غير شائعة (Barrett 1984) . والنزف اللثوي هو علامة شائعة عند مرضى اللوكيميا بسبب قلة الصفيحات الثانوي.

المعالجة:

تعد المعالجة حول السنينة عند مرضى اللوكيميا ضرورية ، وتهدف لإنقاص اللويحة التي تشكل مصدر للجراثيم و تخرب النسج حول السنينة ، سواء أثناء المرض وفترات المعالجة الكيميائية. حيث من المحتمل أن تتواجد في هذه الفترات الجراثيم الممرضة في اللويحة بشكل متزامن مع قلة المحببات عند هؤلاء المرضى .

و إن إنقاص الالتهاب حول السنيني قد يوقف النزف اللثوي .

و تعد السيطرة الكيميائية على اللويحة بالمشاركة مع التنضير الميكانيكي هي الطريقة الفعالة و المفضلة للمعالجة حول السنينة عند مرضى اللوكيميا (Holmstrup & Glick 2002) .

و تعطى الصادات الحيوية الوقائية بمشاركة قبل و بعد التنضير الميكانيكي.

و تشمل المعالجة حول السنينة دائما التعاون مع القسم الطبي أو أخصائي الدم لتنسيق معالجة المريض.

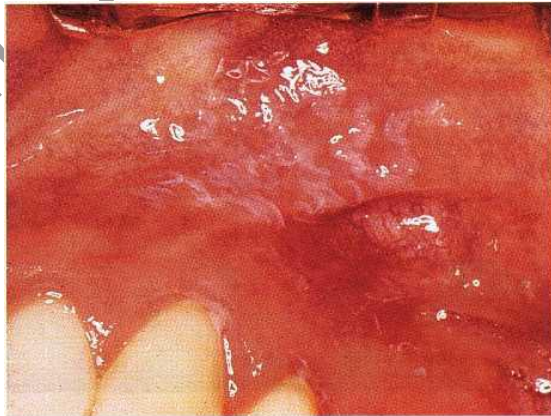
الآفات الرضية**الآذى الكيميائي:**

قد يسبب تخريش السطح بالمنتجات الكيميائية المختلفة ذات الخصائص السامة تفاعلات مخاطية بما فيها اللثوية ، و كأمثلة عن هذه التفاعلات:

- توسف المخاطية المسبب بالكورهيكسيدين
- حرق الأسبرين \ acetylsalicylic acid
- حرق الكوكايين
- التخريش بسبب المعاجين المنظفة
- الاستخدام الخاطئ للمواد الكاوية من قبل طبيب الأسنان، مثل البارافورم الدهيد الذي يستخدم في تحنيط اللب قد يسبب التهاب و تموت للنسج اللثوية إذا كان ختم الحفرة غير كافي.
- هذه الآفات عكوسة و تشفى بعد زوال التأثير السام.

التشخيص :

يعتمد على القصة المرضية و الموجودات السريرية.



الأذى الفيزيائي:

إجراءات الصحة الفموية غير المناسبة قد تكون مؤذية للنسج اللثوية، وتكون الاستجابة اللثوية تجاه الرضوض الفيزيائية المحدودة عبارة عن فرط تقرن مسببا ما يشبه الطلاوة البيضاء ، فرط تقرن احتكاكي. أما في حالة الرضوض القوية فالضرر يتراوح من تهتك لثوي سطحي إلى فقدان كبير في النسيج مسببا الانحسار اللثوي (Smukler & Landsberg 1984)



يساهم كل من معجون الأسنان الساحل، قوة التفريش الكبيرة و الحركة الأفقية لفرشاة الأسنان في الأذى اللثوي حتى عند المرضى اليافعين.

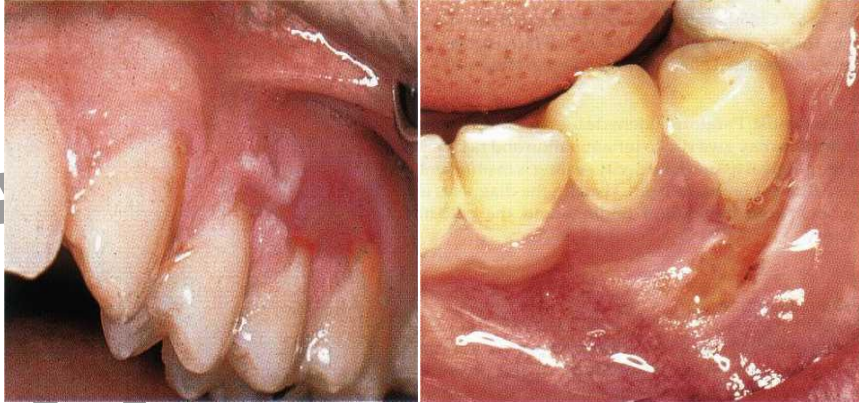
وتكون العلامات المميزة عند هؤلاء المرضى:

- صحة فموية جيدة جدا
- سحل سني عنقي
- عدم تأثر قمم الحليمات بين السنينة في موقع الأذى .

وقد أطلق مصطلح الآفة اللثوية التقرحية الرضية على هذا المرض (Axell & Koch 1982) .

و قد تسبب أيضا الخيوط السنينة تقرح و التهاب لثوي يصيب أولا قمة الحليمات بين السنينة ، و نسبة انتشارها غير معروف (Gillette & Van House 1980).

يعتبر الأذى الفيزيائي للنسيج اللثوية ذاتي المنشأ، و أحيانا يصطلح على هذه الآفات بالتهاب اللثة الصناعي .
و تظهر الآفات تقرح الحافة اللثوية و غالبا ترتبط مع انحسار.
مثل هذه الآفات تكون أكثر شيوعا عند الأطفال و اليافعين ، و النساء بنسبة الثلثين.
يسبب عادة خدش اللثة بالإصبع أو الظفر آفات و التي قد تكون نازفة.
و أحيانا تكون بسبب استخدام الأدوات (Pattison 1983) .
وغالبا يكون من الصعب تحديد التشخيص الدقيق اعتمادا على الموجودات السريرية و ربما من المستحيل
تمييز العامل المسبب.
الحروق الحرارية الشديدة للمخاطية الفموية نادرة و لكن الحروق الصغيرة و بشكل خاص نتيجة المشروبات
الساخنة تشاهد أحيانا .
و الموقع المفضل هو المخاطية الشفوية و الحنكية و لكن قد يصاب أي جزء من المخاطية الفموية (Colby
et al.1961) .



الأعراض السريرية:

تكون المنطقة المصابة بالأذى الحراري :

- مؤلمة

- حمامية

- أو على شكل سطح متخثر منسلخ
- و قد تتشكل الحويصلات
- و أحيانا تظهر الآفة كتقرح أو فرقرية أو تأكل .



الأسباب الشائعة:

القهوة الساخنة ، البييتزا ، الجبنة المذابة و من الأسباب الأخرى المعالجات السنية مثل التعامل الخاطئ مع المادة الطابعة الساخنة و الشمع الساخن و أدوات الكي (cautery) .

القصة المرضية مهمة للوصول للتشخيص الدقيق

الأجسام الأجنبية Foreign body reactions

يطلق مصطلح foreign body gingivitis على الالتهاب اللثوي المرتبط مع الأجسام الأجنبية

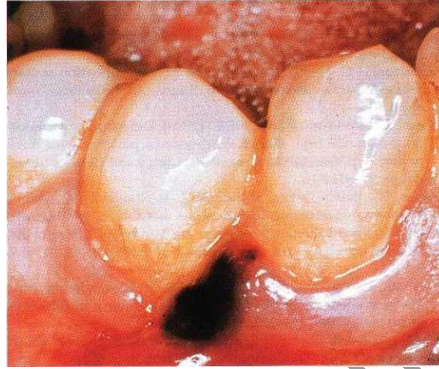
و أفضل مثال عليه هو وشم الأملغم (Buchner & Hansen 1980) .

و قد أظهرت الدراسات السريرية أن هذه الحالة تتظاهر كأفة مزمنة مؤلمة حمراء أو مشتركة حمراء بيضاء ، و كثيرا ما تشخص خطأ كحزاز منبسط (Gorden & Daley 1997) .

و قد أظهر التحليل أن منشأ معظم الأجسام الغريبة هو المواد السنية وعادة المواد الساحلة منها (Gorden & Daley) .

طرق دخول الأجسام الأجنبية إلى داخل النسيج:

- عن طريق تقرحات البشرة التي تسمح بدخول المواد الأجنبية داخل النسيج الضام اللثوي.
- أو عن طريق الأذى الذاتي المنشأ، وعلى سبيل المثال مضغ الأعواد أو نتيجة الوشم



و من غير المؤكد فيما إذا كان التفاعل الالتهابي في مثل هذه الحالات هو عبارة عن تفاعل أرجي أو نتيجة سمية الأجسام الأجنبية.....

تتمت المحاضرة

مع تمنياتنا بالتوفيق