

عدوى اللثة ومخاطبة الفم (Infections of the gingivae and oral mucosa)

طبي ذي صلة بالموضوع، وقد أظهر فحص خارج الفم، أنه لا يوجد تضخم في العقد الليمفية. بينما ظهرت المخاطية الفموية بداخل الفم شديدة الاحمرار، إضافة إلى وجود هناك رقطات بيضاء ممتدة على شراع الحنك، وكل من المخاطية الخديّة، وأمكن مسح هذه الرقطات بسهولة باستخدام منديل شاش. وقد قُمت بعمل التشخيص السريري على أنها مبيضات غشائية كاذبة، ولا يوجد أي شذوذات للمخاطية الفموية أو للثة.

س ١: كيف يمكنك معالجة هذا المريض؟

مقدمة

يمكن توضيح جزء كبير من الأحياء الدقيقة التي يُحتمل أن تسبب الأمراض في الفم الطبيعي، حيث يوجد العديد منها وبأعداد كبيرة إلى حد ما في الفم، وعلى العكس من ذلك، تُظهر المخاطية الفموية استعداداً منخفضاً بصورة ملحوظة تجاه العدوى الأولية. ومن المحتمل أن يكون ذلك بسبب - ولو جزئياً - فاعلية اللعاب الذي ربما يحتوي على عدد من المواد المضادة للبكتيريا، إذ يوجد الغلوبولين المناعي A (IgA) في اللعاب. وكما أن للغلوبولين المناعي A إمكانية التأثير المباشر على الأحياء الدقيقة في

حالات ذات مشاكل

حالة (٤,١)

تأتي سيدة عمرها ٢٨ عاماً إلى عيادتك لطب الأسنان؛ من أجل فحصها المعتاد كل ٦ أشهر، وقد لاحظت أن لديها آثار التثام "قرحة الزكام" (هربس الشفة) على شفتها السفلية. ومع التدقيق في سؤالها، ذكرت المريضة أنها تعاني من "قرح الزكام" كل ٢-٣ أشهر، وأنها قد أصبحت 'إزعاجاً حقيقياً، حيث إنها تُصاب بها بشكل خاص عند خروجها في الإجازات وتعرضها للشمس.

س ١: ما النصيحة التي ينبغي أن تعطيتها لهذه السيدة؟

س ٢: هل تُمثل الآفة الموجودة على شفتها خطراً بالنسبة لأعضاء فريق طب الأسنان؟

حالة (٤,٢)

يأتي رجل لديه أسنان كاملة، عمره ٢١ عاماً إلى عيادتك لطب الأسنان، ويشكو من احتقان بالفم والتهاب بالحلق منذ ٦ أسابيع. وقد نصحه الصيدلي أن يستخدم أقراص استحلاب مخدرة للحلق ومضمضة كلورهيكسيدين، ولكن هذا لم يساعده. ويبدو أنّ المريض بصحة جيدة ولم يذكر أي تاريخ

العقديات في التجويف الفموي، وربما يتوقع تأثره باضطراب العلاقة بين المُنتفع والعاثل، وذلك من خلال نَهجه بأسلوب مُمرض. ومن الواضح كذلك، أنه ربما تحدث العدوى العمومية للفم والبلعوم الفموي نتيجة لغزو المكورات خارجية المنشأ. وعلى العكس من هذا، فمن الواضح تماماً أن التهاب الفم الحقيقي بالعقديات غير موجود فعلياً، بالرغم من أنه حتى وقت قريب، كان مقبولاً بشكل عام، بوصفه كياناً سريريّاً منفصلاً. وربما نشأ الالتباس بسبب التشابه بين الأعراض التي تُنسب إلى التهاب الفم بالعقديات، وتلك التي تحدث بسبب العدوى الفيروسية الطفيفة. وتُوصف أعراض التهاب الفم بالعقديات بشكل عام باحمرار عمومي للمخاطية الفموية، إضافة إلى التهاب اللثة الملحوظ، والتهاب العقد اللمفية تحت الفك السفلي، مع درجة خفيفة من التوعك والحُمى.

العدوى البكتيرية

(Bacterial infections)

التهاب اللثة الحاد التقرحي الناخر

(Acute necrotizing ulcerative gingivitis)

كان التهاب اللثة الحاد التقرحي الناخر إلى عهد قريب شائعاً إلى حد ما، ولكنه حالياً أقل بكثير، خاصة في الدول النامية. وما زال يصيب المدخنين والمرضى منقوصي المناعة، خاصة هؤلاء المصابين بفيروس العوز المناعي البشري. وعندما يحدث تحطّم غير قابل للعكس لأنسجة حول السن، فحينئذٍ تُدعى هذه الحالة بمصطلح أكثر ملاءمة وهو "التهاب أنسجة حول السن الحاد التقرحي الناخر". وسوف يُستخدم مصطلح التهاب اللثة الحاد التقرحي الناخر طوال هذا الجزء، لوصف كلتا الحالتين. إنَّ السبب الدقيق لالتهاب اللثة الحاد التقرحي الناخر غير معروف، ولا يوجد شك، أنه في أثناء الإصابة الشديدة، يكون هناك تكاثر للملتويات والبكتيريا مغزلية الشكل، كما أن هناك أيضاً تكاثراً للعديد من اللاهوائية المجبرة غير المبوغة. ويُعتقد أن هذه

الفم، فقد يُكوّن أيضاً مركباً بين الغلوبولين المناعي والظهارة الفموية، فيعطيها غطاء سطحياً واقياً. وهناك أيضاً نشاط ميكانيكي واقٍ إضافي لللعاب، في أنه يساعد على جرف المواد الغريبة، بما فيها الأحياء الدقيقة من التجويف الفموي إلى المعدة، حيث تُدمر البكتيريا بالسوائل المعدية.

ولا تُمثّل هذه العوامل الموضعية أكثر من خطّ الدفاع الأول للمريض ضد غزو المُمرضات الكامنة، التي تعتمد في فاعليتها على سلامة الاستجابة المناعية، والاستجابات الوقائية العمومية الأخرى للعائل. ولكن إذا اضطرب التوازن بين العائل والأحياء الدقيقة المُنتفعة، عن طريق عامل ما أفسد الدفاعات المناعية للعائل، فحينئذٍ ربما تبدأ الأحياء الدقيقة الانتهازية في العمل بأسلوب مُمرض؛ وذلك نتيجة لزيادة أعدادها، التي تتجاوز الجرعة الصغرى المسببة للعدوى. ويُعتقد أنه بهذه الطريقة تنشأ حالات عديدة من المبيضات الفموية، والتهاب اللثة الحاد التقرحي الناخر. وبعيداً عن عدوى المخاطية الفموية، الناتجة من اضطراب العلاقة الطبيعية بين المُنتفع (المتعاش) والعائل، فهناك مجموعة أخرى، خاصة الفيروسية المنشأ، تُمثّل الاستجابة الأولى للمريض ضد العامل المُعدّي. وربما تكون هناك تغيّرات مناعية معقدة في المريض في بعض العدوى، مثل (عدوى الهربس الفموي الوجهي)، وهي مهمة جداً في فهم المساق السريري للمرض. وسوف تُناقش أهمية الأعواز المناعية الأولية والثانوية فيما يتعلّق بعدوى الفم في الفصل الرابع عشر.

إنَّ دور البكتيريا في تسويس الأسنان، والتهاب اللثة غير النوعي، والتهاب أنسجة حول السن؛ يقع خارج نطاق هذا الفصل، ولا بد أن يرجع القارئ للمراجع المتخصصة في هذه المواضيع.

وقد ذُكر التهاب الفم بالعقديات في الإصدارات السابقة من هذا الكتاب، ضمن العدوى البكتيرية التي من المحتمل أن تُصيب المخاطية الفموية. وهناك - بلا شك - مُستودع مليء من



شكل (٤,١). التهاب اللثة الحاد التقرحي الناخر موضحاً تحطُّم الحُلُمات اللثوية.

جدول (٤,١). الملامح السريرية لالتهاب اللثة الحاد التقرحي الناخر.

| |
|------------------------|
| تقرح ونزف في اللثة. |
| نخر الحُلُمات اللثوية. |
| بخر. |

العوامل المهيئة

غالباً ما يتم التشديد على تأثير صحة الفم الرديئة، بوصفها عاملاً مسبباً لبدء التهاب اللثة الحاد التقرحي الناخر، ولكن يجب الأخذ في الاعتبار، أن هناك بعض المُصابين يكون معيار صحة الفم لديهم بالمعايير الطبيعية جيداً. ويعدُّ تدخين التبغ والضغط النفسي أكثر العوامل غير المجموعية المهيئة للإصابة بالتهاب اللثة الحاد التقرحي الناخر، مع أنه ليس من السهل التعرفُ إلى كيفية عمل هذه العوامل. ويُسبب التبغ تضيقاً في الأوعية الدموية، ومن ثمَّ تقليل التروية الدموية للأنسجة، وزيادة الاستعداد للعدوى والضرر.

إنَّ تناقص مناعة العائل، أو إخماد الاستجابات المناعية؛ تعدُّ عواملٍ مجموعية مهمة مهيئة لالتهاب اللثة الحاد التقرحي الناخر، كما أن التهاب اللثة الناخر المزمن يكون مرتبطاً بعدوى فيروس العوز المناعي البشري.

العيذان ذات أهمية، ومن المُحتمل أن تكون أكثر خطورة من المتلويات. وبالرغم من وجود العديد من الافتراضات النظرية للسبب الدقيق لالتهاب اللثة الحاد التقرحي الناخر، إلا أن إزالة فرط نمو الأحياء الدقيقة من أجل الأغراض العملية، يكون متزامناً مع التراجع السريري للمرض.

العلامات السريرية

تتمثل العلامات السريرية لالتهاب اللثة الحاد التقرحي الناخر في تقرح ونزف للثة، مع ظهور قرح تُشبه فوهة البركان، وذلك نتيجة لنخر الحُلُمات اللثوية (شكل ٤,١)، وينتشر هذا التقرُّح بطول الحافة اللثوية، كما يظهر عند المرضى بخر ملحوظ ذو رائحة مميزة (جدول ٤,١). وأيضاً يكون هناك حمى وتوعك والتهاب في الغدد الليمفية في عدد قليل من مرضى التهاب اللثة الحاد التقرحي الناخر. ومعظم المرضى من الشباب - وبشكل معتاد- تكون حالتهم غير معقدة؛ لأن المريض في البداية يكون مُعافى تماماً.

ولابد من الاشتباه في الاضطراب المجموعي المستبطن لأي مريض، لا يمكن تحديد العوامل المهيئة لإصابته، وفي ضوء احتمالية وجود اعتلال في الدم في مثل هؤلاء المرضى، فلا بد من القيام بعمل فحوصات الدم. ويعدُّ الانتكاس من أعظم المشاكل السريرية عند معالجة التهاب اللثة الحاد التقرحي الناخر، ومن الواضح أنَّ المريض الذي يعاني من مشاكل صحية في الفم، أو المحيطات اللثوية المشوهة؛ قد يكون على استعداد للعدوى الناكسة؛ بسبب العوامل الموضعية، خاصة إذا كانت تلك العوامل المهيئة مستديمة.

التقرحي الناخر سريعاً للعلاج باستخدام البنسلين (penicillin)، وعدد من المضادات الحيوية الأخرى، ولكن يعد مترونيدازول الدواء الأمثل المعتاد. والجرعة التي تتكوّن من ٢٠٠ ملجم، ٣ مرات يومياً، لمدة ٣ أيام، تكون كافية في معظم الحالات؛ لتقليل الأعراض بشكل مفاجئ وملحوظ في غضون ٢٤ ساعة. وإذا لم يحدث الشفاء، فينبغي توقُّع وجود حالة مستبطنة، ومن ثمّ القيام بعمل الفحوصات المناسبة. وعند وصف مترونيدازول، يجب تحذير المرضى بتجنب الكحوليات. ويتشابه مترونيدازول في تأثيره مع ثنائي السلفيرام (disulfiram)، حيث إنه يقوم بإعاقة السبيل الاستقلابي الأيضي الطبيعي اللازم؛ للتخلص من الكحوليات. وإذا تناول المريض الكحول أثناء العلاج، فقد تنتج تأثيرات جانبية عند بعض المرضى، مثل الغثيان، وانخفاض ضغط الدم، واحمرار الوجه. والتأثيرات المسببة للمسخ/للتشوه، الناتجة عن تناول المترونيدازول مشكوك فيها، ومن ثمّ فلا يُنصح باستخدامه في أول الحمل. ويجب البدء في علاج أسجة حول السن، بمجرد زوال الطور الحاد، مع نصح المريض بالتوقف عن التدخين.

- مترونيدازول المضاد الحيوي الأمثل في المعالجة الأولية لالتهاب اللثة الحاد التقرحي الناخر.
- ينبغي تحذير المرضى بالألا يتناولوا الكحول أثناء تناول مترونيدازول.
- من الأفضل تجنّب مترونيدازول أثناء الحمل.

الزُهري (السفلس) (Syphilis)

الزُهري مرض ينتقل جنسياً، والبكتيريا المسببة للمرض، هي اللولبية الشاحبة (تريبونوما باليدام) (*Treponema pallidum*)، حيث تدخل الجسم عن طريق الأغشية المخاطية والسحجات (الكشطات) الدقيقة في الجلد. وهناك فكرة خاطئة منتشرة، وهي أنّ الزُهري مرض نادر، ولكنه عدوى شائعة في

ويُعدُّ انتشار العدوى عبر الحواف اللثوية في المرضى الأصحاء والمصابين بالتهاب اللثة الحاد التقرحي الناخر - إلى حد ما - نادراً. بينما في المرضى الضعاف؛ بسبب الأمراض الموهنة، فرمما تنتشر العدوى إلى الأنسجة المحيطة. ويمكن رؤية انتشار التهاب اللثة الحاد التقرحي الناخر لدى المرضى الضعاف المصابين بقارحة الفم (cancrum oris) (آكلة الفم) (noma)، وهي الآن فعلياً حالة غير معروفة في أوروبا.

تشخيص التهاب اللثة الحاد التقرحي الناخر

قد يتم التأكد من التشخيص السريري لالتهاب اللثة الحاد التقرحي الناخر من خلال إيضاح مركب المتوتيات المغزلية، في مسحة لثوية عميقة ملونة بصبغة غرام (Gram-stained). وتتضمّن البكتيريا المزروعة في التهاب اللثة الحاد التقرحي الناخر اللولبيات البكتيرية والمتحركة، والحالة للبروتين (تريبونوما و فينسينتاي، ودينتيكولا، وماكرودينشام) (*Treponema vincentii, denticola, macrodentium*) وبكتيريا سالبة الغرام (بريفوتيليا إنترميديا) (*Prevotella intermedia*)، وعصوانيات اللثة (بكتيريا غير متحركة سالبة الغرام) (*Poiphyromonas gingivalis*)، والمغزليات المنوية (*Fusobacterium nucleatum*).

التدبير العلاجي لالتهاب اللثة الحاد التقرحي الناخر

يتضمّن العلاج المبدئي لالتهاب اللثة الحاد التقرحي الناخر، ضبط اللويحة فوق اللثة، واستخدام مضاد حيوي مجموعي، مثل مترونيدازول (metronidazole)، كما ينبغي نُصح المدخنين أن يمتنعوا عن التدخين. ويشكو مرضى التهاب اللثة الحاد التقرحي الناخر بدرجات مختلفة من عدم الارتياح في اللثة، وفي معظم الحالات، لا يكون عملياً القيام بتقليل الأسنان وتلميعها في الزيارة الأولى. وينبغي عمل إنضار (إزالة الأنسجة الميتة) للأنسجة اللثوية برفق، ويُعطى المريض تعليمات باستخدام مضمضة كلورهيكسيدين (chlorhexidine)، مع محاولة تفريش الأسنان برفق. ويستجيب التهاب اللثة الحاد

مقرُّ القَرَح، أو حجمه، أو شكله، ومن ثمَّ، فهي مَعين واضح لكل من الوسائل المناسبة للتشخيص، وكذلك للمخاطرة الجديرة بالاعتبار لاختصاصي التشخيص غير المرتاب في خطورة الحالة، خاصة إذا لم يكن يرتدي القفازات. وفي وقت الإصابة بالآفة الأولية، يكون هناك تضخُّم غير موجه في العقد اللمفية العنقية، التي تُصيب مجموعات العقد اللمفية تحت الذقنية، وتحت الفك السفلي، وقبل صيوان الأذن وبعده، والقذالية، وهو ما يُطلق عليه "الطوق الزُّهر".

ويشير اختفاء الآفة الأولية عادة بعد فترة حوالي أسبوعين من بدء الإصابة، إلى الانتشار الواسع للأحياء الدقيقة، وبدء المرحلة الثانية من المرض، التي ربما تستمر لعدة سنوات. وتكون الأعراض الفموية، التي غالباً ما تُوصف أكثر في هذه المرحلة من المرض، عبارة عن لطخات مخاطية (تظهر كقرح رمادية بيضاء مغطاة بمخاطرة ثخينة)، وقرح على شكل "مسار الخبز" ومن ناحية ثانية، وفي ضوء الطبيعة المتقلبة لآفات الجلد الناتجة أثناء هذه المرحلة من المرض، فهناك - على الأقل - احتمال منطقي لوجود تنوع مماثل في شكل الآفات الفموية. وإذا كان الأمر كذلك، فهناك احتمالات قوية بأن ترحل قرح الزُّهري الثانوية غالباً بدون تشخيص، أو قد يُخطأ في تشخيصها على أنها بعض الآفات غير النوعية، والأقل أهمية من آفة قرح الزُّهري؛ ولهذا السبب يجب أن تكون الاختبارات المصلية للزُّهري جزءاً من فحوصات القرح الفموي، ذات المنشأ غير المعروف. وفي المرحلة الثانية، قد تصبح العقد اللمفية محسوسة للمرة الثانية، وعلى هيئة بُنْيَات غير مُوجَّهة ومتفرقة.

أما في المرحلة الثالثة من الزُّهري، فقد يحدث شكلان أساسيان من الإصابة الفموية، أولهما: الطلوان الزُّهري، وسوف يُناقش بالتفصيل في الفصل العاشر، مع باقي الطلوانات الأخرى. إن الطلوان الذي يُصيب كامل المخاطية الفموية - وبشكل خاص اللسان - يعدُّ مضاعفة مهمة تحدث

روسيا والشرق الأقصى، ويتزايد معدل حدوثه بشكل عالمي. وما زال تسجيل نشوب حالات جديدة في المملكة المتحدة مستمراً، وربما تُرى الآفات الفموية للزُّهري في عيادة طب الفم. والتشخيص المبكر للزُّهري، أمر بالغ الأهمية، حيث إنَّ التأثيرات طويلة المدى للزُّهري غير المُعالج تكون خطيرة، ومن المحتمل أن تُهدِّد الحياة.

الملامح السريرية للزُّهري



شكل (٤،٢). آفة أولية (قرح) للزُّهري في اللسان.

قد تظهر الآفات الأولية للزُّهري في أي جزء من المخاطية الفموية، ولا بد دائماً من أخذها في الاعتبار عند التشخيص التفريقي للقرح الفموي. وفي حالة الآفة التناسلية، تظهر الآفة الفموية الأولية (قرح) لاحقاً، بعد فترة ٢-٣ أسابيع من العدوى. وعادة ما يظهر القرح على هيئة تورم متصلب غير مؤلم، ذي لون أحمر قاتم، وسطح لامع (شكل ٤،٢)، ومنه يمكن عزل أعداد كبيرة من اللولبيات الشاحبة، وكذلك يمكن إيضاحها بواسطة ميكروسكوب مظلم الأرضية. وتوجد هذه القرحات نسبياً بشكل أكثر على الأنسجة الرخوة وغير المقيدة من اللسان، أو الخدين، أو الشفتين، ولكن عندما تصيب الحنك أو اللثة، فربما يتحوَّر شكلها المُميِّز، وقد تظهر كبنيات أكثر انتشاراً. وتكون العدوى الكثيفة للسطح أكيدة، مهما كان

تُعتبر اللولبيات الشاحبة الحاجز المشيمي، وتسبب الزُّهري الخُلقي في الجنين. وتظهر شذوذات الأسنان أساساً في التسنين الدائم؛ لأنَّ الأسنان المؤقتة (الساقطة)، تكون بشكل عام جيدة النماء أثناء غزو الملتويات لبراعم الأسنان. وتُصاب الأرحاء الأولى الدائمة (الأرحاء التوتية، أو أرحاء مون) (Moon's molars)، والقواطع المركزية العليا (قواطع هيتشينسون) (Hutchinson's incisors) عادة في الزُّهري الخُلقي (شكل ٤.٣).

تشخيص الزُّهري

يقوم تشخيص الزُّهري بشكل عام على أساس نتائج اختبارات المصل. ولا يمكن زراعة اللولبيات الشاحبة خارج الجسم، ولكن يتم توالدها في الحيوانات؛ للسماح بتحضير الأحياء الدقيقة؛ وذلك من أجل عمل اختبارات المصل. وتشمل اختبارات المصل الحالية، الاختبار العملي المرجعي لمرض الزُّهري، واختبار التراص الدموي للولبية الشاحبة، والاختبار التألقي لامتنصاص الأجسام المضادة للولبيات، واختبار تثبيث اللولبية الشاحبة (جدول ٤.٢).

علاج الزُّهري:

البنسلين هو العلاج الأمثل للزُّهري، حيث يُعطى بجرعات عالية. وتستمر مدة العلاج بالمضاد الحيوي في الزُّهري الأولي لمدة شهر واحد، بينما تستمر في الزُّهري المتأخر (أو الخاف) لمدة ١٢ أسبوعاً. ويمكن أن يُوصف إريثروميسين (erythromycin) أو تتراسيكلين (tetracycline) للمرضى ذوي الحساسية للبنسلين.

داء السيلان (Gonorrhoea)

الآفات الفموية الأولية الناتجة عن داء السيلان نادرة نسبياً، وتحدث نتيجة انتقال الأحياء الدقيقة النيسرية البنية (*Neisseria gonorrhoea*) بواسطة التماس المباشر للمخاطية.

في الحالات المُعالَجة بشكل غير كافٍ، أو الحالات غير المُعالَجة من مرض الزُّهري. وتلك الحالات تُرى الآن بشكل نادر جداً، بل والأخطر من كون الطلوان مضاعفة خطيرة، إمكانية حدوث التحول الخبيث. أما النوع الثاني من الإصابة الفموية في المرحلة الثالثة، فهو نداء "الصمغة"، وهي أساساً ورم خبيبي مزمن، غالباً ما يُصيب أنسجة الحنك، ثم ينهار أخيراً مع النتاج المُنتبق من عيب الأنسجة. ويُحتمل أن يُصاب المريض غير المُعالج في هذه المرحلة بآفات أخرى أكثر انتشاراً، خاصة في الجهاز العصبي، ومن السهل جداً إيضاح الأحياء الدقيقة، مثلما يحدث في المراحل المبكرة من المرض. وبالإضافة إلى ما تم وصفه بشكل شائع في الزُّهري المتقدم، فقد تمَّ أيضاً وصف عدد من التغيُّرات الفموية الأخرى، بما فيها التهاب اللسان المُليّف. و التهاب العظم والنقي الذي يُصيب الفك يعدُّ من المضاعفات النادرة أيضاً للزُّهري. وهناك مدى واسع ومحمّل من المظاهر السريرية للزُّهري الثالثي، وهذه الحقيقة تؤكد الحكمة من ضرورة اشتمال فحوصات الحالات الفموية غير المعتادة على الاختبارات السيولوجية (المصلية) للمرض. كما يُوصى بمُعالجة المرض، حتى ولو كان في سنٍ متقدمة عند تشخيص الحالة، وحتى ولو لم يكن لديه تأثيرات مجموعة واضحة. وفي الواقع، قد تكون الأعراض، مثل الالتباس الذهني، والتي ربما تُعزى إلى تغيُّرات الشخوخة، نتيجة عدوى الزُّهري، وربما تستجيب للعلاج بالمضاد الحيوي، حتى ولو في مرحلة متقدمة من المرض.



شكل (٤،٣). قواطع هيتشينسون في الزُّهري الخُلقي.

تشتمل الملامح السريرية للسيلان الفموي على آفات فموية، عبارة عن حويصلات حمراء متقرحة ومنتشرة، مع التهاب اللثة التقيحي، وربما تكون إصابة اللوزتين ملمحاً أيضاً.

ويتمد النوع المنتشر من السيلان عن طريق الدم، وقد يُصيب المخاطية الفموية بشكل عرضي، حيث إنّ المظاهر السائدة تكون على الجلد. وقد تم وصف القرُح، والآفات النازفة، والمظاهر الأخرى لفرط التحسس تجاه الأحياء الدقيقة المنتشرة. وسُجِّلَ قليل من المرضى الذين يعانون من التهاب المفصل السيلاني الحمجي في المفصل الفكّي الصدغي، حيث تكون الأعراض متشابهة مع تلك التي في الأنواع الأخرى من التهابات المفصل الحمجية، مثل الألم، والتورم، والضرز (الكزاز). ويعتمد التشخيص في معظم الحالات الموصوفة على الدراسة البكتيرية للسائل المسحوب من المفصل المصاب.

من المحتمل أن يظل السيلان في المنطقة الفموية الوجهية دون (تحت) التشخيص.

تشخيص السيلان

إن التأكيد من خلال علم الأحياء الدقيقة يعدُّ ضرورياً؛ للثبُت من الاشتباه السريري لمرض السيلان. فربما يُسفر فحص لطاخة ملونة بصبغة غرام من الآفات الفموية عن وجود مكورات مزدوجة سالبة الغرام (Gram-negative diplococci). وينبغي دائماً أخذ مسحات الأحياء الدقيقة؛ من أجل أغراض المزرعة والحساسية.

علاج السيلان

علاج السيلان- كما في السيلان البولي التناسلي- يكون بتناول جرعات كبيرة من المضادات الحيوية. وقد تم وصف أنظمة علاجية متنوعة، تتراوح من جرعة واحدة عالية، عن طريق الحُقن داخل العضل من بنسلين بروكاين، (procaine

جدول (٤،٢). اختبارات المصل الحالية المستخدمة لتشخيص الزُهري.

| الاختبار | الاختصار |
|--|----------|
| الاختبار المعلمي المرجعي لمرض الزُهري (Venereal Disease Reference Laboratory test) | VDRL |
| اختبار التراص الدموي للولبية الشاحبة (Treponema pallidum haemagglutination) assay) | TPHA |
| الاختبار التآلقي لامتناص الأجسام المضادة للولبيات (fluorescent Treponema antibody absorbed test) | FTA |
| اختبار تثبيت اللولبية الشاحبة (Treponema pallidum immobilization test) | TPI |

اللامح السريرية

تظهر الآفات بشكل سائد في البلعوم، وتتكوّن بشكل ثابت نتيجة التماس الجنسي الفموي التناسلي.

وقد تم وصف الاحمرار المنتثر، والآفات الفموية التقرحية، والتهاب اللوزتين، والتهاب اللثة التقيحي، وغيرها من المظاهر الفموية الأخرى. ومن تمّ التعرف إليهم من المرضى المصابين بآفات فموية، عدد قليل جداً بالنسبة للعدد الكبير المعروف بمعاناته من السيلان التناسلي. وتتوّع الاضطرابات المجموعية الموصوفة بأنها مرتبطة بالآفات الفموية، من أعراض حُمى طفيفة، إلى حُمى شديدة، وبالمثل فقد تم تسجيل تنوّع درجة عدم الارتياح الفموي للمريض، حيث يشكو بعض المرضى من صعوبة البلع، وربما يحدث تضخُّم للغدد الليمفية تحت الفك السفلي. ومن المحتمل ألا يُشتبه في طبيعة هذه العدوى من البداية عند القيام بعمل الفحص السريري، ولكنها تصبح واضحة فقط بعد الفحص البكتيري، وذلك في معظم الحالات. ويمكن أن يظلّ الوقوع الحقيقي لعدوى السيلان الفموي غير معروف؛ بسبب الطبيعة غير النوعية نسبياً للآفات.

تُصيب متلازمة رايتز صغار الذكور بشكل سائد، ويمكن أن تظهر على شكل التهاب المفاصل، والتهاب الإحليل، والتهاب العنبيّة، مع وجود آفات بقعية على راحة اليد، وأخص القدم. وقد تم تسجيل آفات فموية أيضاً، ومنها التهاب الفم المتحلّق.

السُّل (الدرن) (Tuberculosis)

يشمل جنس المتفطرة (*Myobacterium*) أنواعاً مُمرضة وغير مُمرضة. وتتساوى المتفطرة السُّلية (*M. tuberculosis*) والمتفطرة البقرية (*M. bovis*) في الأمراض بالنسبة للإنسان. والسُّل مرض متوطن، عالمي الانتشار، حيث إنّ حوالي ثلث سكان العالم مصابون بهذا المرض. وهناك طفرة جديدة من المرض التنفسي الرئوي مرتبطة بعوز المناعة، وسوء التغذية، وعدم الامتثال لأنظمة العلاج، خاصة كما في الظاهرة المرتبطة بالإيدز. والمساق المرضي، والملاح السريرية، والتشخيص، وعلاج السُّل الرئوي خارج نطاق هذا الكتاب.

وقد تحدث الإصابة الفموية الأولية للسُّل، وإن كانت نادرة؛ ولذلك ينبغي دائماً أن يُؤخذ السُّل في الاعتبار عند عمل التشخيص التفريقي للقرح الفموي. وتُصاب المخاطية الفموية بشكل أكثر شيوعاً، عن طريق إصابتها بالعدوى بشكل ثانوي بواسطة البلغم في حالات المرض الرئوي النشط. وغالباً ما تُصاب العقد اللمفية العنقية بالالتهاب السُّلي. وفي البداية، يتمّ جسّ العقد اللمفية المتضخمة، حيث تكون قاسية، ولكن متحركة. و يتكون الجيب و الخراج متأخراً، عندما تصبح الغدد اللمفية العنقية مثبّته (انظر الفصل السابع).

الملاح السريرية للسُّل الفموي

عادة ما تظهر الآفات الفموية للسُّل كتقرحات مؤلمة. والوصف التقليدي لقرحة السل، أنها آفة غير منتظمة بحواف مهدّمة الأساس، ومغطاة بـجُشارة (slough) رمادية اللون. وعادة ما يُصاب اللسان بالقرح، ولكن قد تُصاب مناطق أخرى من المخاطية الفموية، خاصة باتجاه الأجزاء الخلفية من

(penicillin)، أو أموكسيسيلين (amoxycillin) فموي، (أو أمبسيلين) (ampicillin)، إلى جرعات قصيرة من تتراسيكلين، أو كوتريموكسازول (co-trimoxazole) عن طريق الفم. وينبغي إحالة المريض إلى اختصاصي الطب التناسلي البولي؛ من أجل التقييم الكامل. وكما في حالة الأمراض المنقولة جنسياً، ينبغي تذكُّر أنّ المريض ربما يكتسب أكثر من عدوى واحدة في الوقت نفسه.

التهاب الإحليل غير النوعي (Non-specific urethritis)

من المحتمل أن يكون التهاب الإحليل غير النوعي، أكثر الأمراض الشائعة المنقولة جنسياً، وفي معظم الحالات، قد يتم عزل جنس المتدثرة (*Chlamydia species*) من الإحليل. وتشتمل الأعراض على إحساس بالحرقان عند التبول، وربما يكون هناك إخراج قيحي عند الذكور. وربما تكون عدوى المتدثرة عديمة الأعراض، خاصة في الإناث، وتكون اختبارات الأحياء الدقيقة ضرورية لتأكيد التشخيص. وغالبية الحالات تستجيب للمعالجة بتتراسيكلين بالجرعات الطبيعية، لمدة أسبوع أو أسبوعين، حتى مع عدم إيضاح أي أحياء دقيقة مُسببة. وتُرى متلازمة رايتز (Reiter's syndrome) بشكل سائد في صغار الذكور، وقد تتبع العدوى بالسليلان، أو المتدثرة، أو البكتيريا المعوية. وفي هذه المتلازمة، ربما يكون هناك التهاب في المفاصل - ولذلك فقد يُصاب المفصل الفكي الصدغي - والتهاب في الإحليل، والعنبيّة (أو التهاب الملتحمة)، مع وجود آفات بقعية على راحة اليد وأخص القدم. وتميل الآفات الفموية إلى أن تكون حمراء، وغالباً تُشبه الحمّامي المهاجرة ذات الحواف البيضاء. ويُوصف هذا المظهر بالتهاب الفم المتحلّق.

العدوى الفطرية

(Fungal infections)

داء المبيضات الفموية (Oral Candidosis)

المبيضات هي فطريات ذات توزيع واسع، وغالباً تُمَثَّل جزءاً من نبيت الأحياء الدقيقة المنتفع في جسم الإنسان. وقد تُظهر المسحات المأخوذة من الجلد، أو الأمعاء، أو المهبل، أو الفم للأفراد الأصحاء، وجود أنواع المبيضات، خاصة المبيضة البيضاء. ومعدل الاحتواء الفموي لأنواع المبيضات الفموية حوالي ٤٠ في المائة، في المواطنين الأصحاء. ويوضَّح جدول (٤.٣) أنواع المبيضات التي يتم عزلها من الآفات الفموية. والمبيضة البيضاء أكثرهم شيوعاً.

جدول (٤.٣) أنواع المبيضات الموجودة في داء المبيضات الفموي.

| |
|---|
| المبيضة البيضاء (<i>C. albicans</i>) * |
| المبيضة المدارية (<i>C. Tropicalis</i>) |
| المبيضة المدارية الكاذبة (<i>C. Pseudotropicalis</i>) |
| المبيضة الجرداء (<i>C. glabrata</i>) |
| المبيضة كروسي (<i>C. krusei</i>) |
| المبيضة المرطبة (<i>C. Parapilosis</i>) |
| * غالباً هي أكثر الأنواع المعزولة. |

العوامل المُهيئة لداء المبيضات الفموي

من المعروف منذ عهد بعيد، أن المرض الناتج عن تكاثر الأحياء الدقيقة، يعدُّ علامة على انخفاض المناعة، أو التغيرات الأيضية للمريض. ومن ثمَّ، ينبغي أن يؤدي ظهور داء المبيضات إلى البحث وراء السبب المستبطن. وقد تم وصف أهمية العوز المناعي الأولي والثانوي بالنسبة لعدوى المبيضات في الفصل الرابع عشر. ومما يجدر الإشارة إليه، أن الأعواز المناعية الأولية نادرة نسبياً، أما الأعواز الثانوية فأكثر شيوعاً.

الفم. ومما يجدر الإشارة إليه، أنه تم وصف آفات فموية قليلة، يكون مظهر السُّل في المخاطية الفموية مختلفاً تماماً عن القرح الموصوفة بالأعلى. وقد تم وصف تلك الآفات، التي تظهر على شكل رقعات بيضاء، أو آفات حُبيبية بالآفات الأولية، وكذلك وُصفت بالآفات الثانوية للعدوى الرئوية.

تشخيص السُّل الفموي

ينبغي الأخذ في الاعتبار منشأ السُّل، عند عمل التشخيص التفريقي للتفرح الفموي المستديم ذي السبب غير المعروفة. وبشكل ثابت، يتحدَّد التشخيص النهائي لمثل هذه الآفة، بعد القيام بعمل دراسة أمراض الأنسجة لنسيج الخزعة المثبت بالفورمالين، والذي يوضَّح وجود تورُّم حُبيبي غير مُتجبن. ومع ذلك، فقد يكون عدد العصيات الصامدة للحمض والكحول، الموجودة في نموذج الخزعة صغيراً، وقد يكون الكشف عن العصيات بواسطة تلوين تسيل- نلسن (Ziehi-Nielsen staining)، أو بواسطة طرائق التألُّق المناعي؛ صعباً. وربما نحتاج إلى أنسجة طازجة لعمل مزرعة للمتفطرة في مُستنبت لويستين (Lowstein medium)، وقد يستغرق هذا من ٦-٨ أسابيع. وإذا كان هناك اشتباه سريري في قرحة السُّل عند الحضور الأول للمريض، فحينئذ يُمكن أن تُقسَّم الخزعة المبدئية، ويُرسَل نصفها لعمل المزرعة.

التدبير العلاجي لمرض السُّل

ينبغي القيام بعمل الفحوصات الكاملة لمريض السُّل الفموي؛ للكشف عن الآفات الرئوية أو الآفات الأخرى، ومن المتوقَّع وجوب القيام بعمل بعض الإجراءات، مثل التصوير الشعاعي للصدر عند الوهلة الأولى من الاشتباه في المرض. ويعدُّ علاج السُّل خارج نطاق اختصاص طب الفم، وما ينبغي القيام به، إحالة المريض إلى طبيب الصدر (أو اختصاصي الأمراض المعدية). وينبغي التأكيد على أنَّ ازدياد الإصابة بالسُّل، يكون ذا صلة وثيقة بالمناطق الجغرافية المنتشر فيها الإصابة بوباء فيروس العوز المناعي البشري (HIV).

جدول (٤،٤). العوامل المهيمنة لداء المبيضات الفموي.

| العامل | الوصف |
|---------------------------|--|
| فسيولوجياً | تقدّم السن، والطفولة، والحمل. |
| رضح موضعي للنسيج | تجريح المخاطية، وطبقات الأسنان، وصحة فم رديئة. |
| المعالجة بالمضاد الحيوي | واسع المجال (موضعي أو مجموعي). |
| المعالجة بالكورتكوستيرويد | موضعي، ومجموعي، ومناشيق. |
| سوء التغذية | أعواز المقويات الدموية (هيماتينية)، ونظام غذائي يحتوي على كربوهيدرات عالية. |
| عيوب مناعية | الإيدز. |
| الاضطرابات الصمّاوية | السكّري، ومرض أديسون، وقصور الدرقية. |
| الأورام الحبيبية | ايضاضات الدم، وندرة المحبيبات. |
| قصور الغدة اللعابية | العلاج بالأشعة السينية (irradiation)، ومتلازمة شوغرين (Sjögren's syndrome)، والأدوية المسببة لجفاف الفم. |

الجدول (٤،٥) التشخيص المختبري لداء المبيضات الفموي.

| الآفة الفموية | الفحوصات* | | |
|--|-----------|-------|------------------|
| | مسحة | لطاخة | مضمضة خزعة فموية |
| غشائي كاذب | + | ± | + |
| حاموي | + | ± | + |
| مفرط التنسج | ± | ± | + |
| التهاب الشفة الزاوي | + | + | - |
| المبيضات المصاحبة لالتهاب الفم بالبدلة السنينة (الحنك والبدلة السنينة) | + | + | - |

* + مفيد، - غير ملائم، ± ربما يكون مفيداً

والحالات السريرية التي من الشائع أن تُؤدّي إلى انخفاض الدفاعات المناعية، ومن ثمّ إلى الإصابة بداء المبيضات الفموي، مُوضحة في جدول (٤،٤).

وينبغي أن نتذكّر أنّ بدء الإصابة بداء المبيضات في المريض البالغ، يُمثّل التغيّر الدالّ ضمناً على ضعف الدفاعات المناعية الطبيعية. ولا يدلّ ضمناً على العدوى بسلاسل أجنبية من المبيضات. وعلى الرغم من أنّ ما يتم شرحه بشكل كامل في السياق الحالي، هي الحالات الفموية المُصابة بالمبيضات، فلا بد من تذكّر أن آفات المبيضات، قد تتضمّن مناطق أخرى، وربما تصبح في الواقع واسعة الانتشار في قليل من المرضى الضعاف. وربما تتضمّن حالة الإنتان الدموي الناجم عن عدوى المبيضات في الدم، إصابة الرئتين، وعضلة القلب، والأعضاء الحيوية الأخرى، وهو مرض ذو مآل سيء جداً دائماً. ويعيداً عن من مثل هذه العدوى الواسعة الانتشار، فإن إصابة الجلد، وجريبات الشعر، والأظافر إلى حدّ ما، تكون شائعة. وقد يكون الرضح الموضعي للأنسجة عاملاً مهماً في التهيئة للإصابة بالمبيضات. وفي حالة دواحم المبيضات، تكون اضطرابات الجهاز الدوري ومرض السكّري، العاملين المهيمنين الشائعين. وهناك بعض الاختلاف في الآراء على ورود المبيضات في المهبل. كما قد أوضحت معظم الفحوصات حدوث منخفض نسبياً في المبيضات غير الحوامل، ولكن يحدث بشكل عالٍ (حوالي ٥٠ في المائة) في المبيضات الحوامل أثناء فترة الحمل المتقدم. ولا يتضح لدى كل المبيضات الدليل على العدوى السريرية، ولكن من الواضح أن هذه التجمعات المهبلية من المبيضات، تعمل كمستودع للعدوى، خاصة للأطفال حديثي الولادة.

وتوجد المبيضات البيضاء بشكل طبيعي في التجويف الفموي على هيئة خلايا تشبه الخمائر الكبيرة (الأبواغ البرعمية) إلى حدّ ما، وتستطيع أحياناً لتكوّن أنابيب برعمية (خيطان كاذبة).

التصنيف السريري لداء المبيضات الفموي

إنّ التواجد السريري لداء المبيضات الفموي متنوع. وقد ميّزَ التصنيف الأصلي بواسطة ليهنير (Lehner) في عام ١٩٦٠م، حيث قسّم داء المبيضات الفموي إلى مجموعتين رئيسيتين: حاد (غشائي كاذب وضموري)، ومزمن (ضموري ومفرط التنسج). وبالرغم من ذلك، فقد تم الاعتراف بأنّ هذا التصنيف الأصلي له قيود، وأن التصنيف المقبول حالياً (جدول ٤.٦)، هو ذلك المبني على أساس المصطلحات السريرية الوثيقة الصلة بالعدوى. وقد يكون داء المبيضات الغشائي الكاذب حاداً، ولكنه غالباً يكون "مزماً" و بصفة خاصة في منقوصي المناعة.

جدول (٤,٦). تصنيف داء المبيضات الفموي.

داء المبيضات العموي الأولي (مجموعة ١):

حاد : غشائي كاذب، وحُمَاموي.

مزمن: غشائي كاذب، وحُمَاموي، ومفرط التنسج.

الآفات المرتبطة بالمبيضات: التهاب الفم المُستحث بالبدلات السنية والمرتبطة بالمبيضات، والتهاب الشفة الزاوي، والتهاب اللسان المُعيني الناصف.

داء المبيضات العموي الثانوي (مجموعة ٢).

المظاهر الفموية لداء المبيضات المخاطي الجلدي الجموعي.

إنّ مُصطلح "الضموري" ليس مصطلحاً ملائماً تماماً في سياق داء المبيضات الفموي، حيث إنّ المخاطية ربما تظهر حمراء، إمّا للضمور، وإما لزيادة التروية الدموية، ومن الصعب عمل التفريق بينهما سريرياً. وربما يكون التهاب الشفة الزاوي، والتهاب الفم بالبدلة السنية، و"التهاب اللسان المُعيني الناصف"؛ نتيجة سببات بكتيرية وفطرية مشتركة، وعلى هذا فيتم تصنيفها، بوصفها آفات "مرتبطة بالمبيضات" وغالباً ما يكون لداء المبيضات المخاطية الجلدية الجموعية مظاهر فموية، وتُصنّف بأنها "مبيضات فموية ثانوية" (انظر جدول ٤.٦).

وفي الحالة غير النشطة للمبيضات، يكون شكل الخميرة هو السائد، ولكن عندما يحدث النشاط المرضي، يكون شكل الخيطان أكثر وضوحاً. ويمكن رؤية هذه الخيطان الكاذبة، ليس فقط سطحياً على المخاطية الفموية، ولكن أيضاً أثناء نفوذها في الظهارة، وحتى الطبقة الحبيبية. والآلية التي تُظهر بها المبيضات تأثيرها المرضي على الأنسجة غير معروف، على الرغم من إثبات إنتاج الأحياء الدقيقة للبروتياز والبروتينات خارج الخلية، وتلك البروتينات يمكن أن تستحث آفات الجلد في غياب هذه الأحياء.

الفحوصات المخبرية لتشخيص داء المبيضات الفموي

الفحوصات المخبرية الملائمة موجزة في (جدول ٤.٥)، وقد تمت مناقشتها بالفعل في الفصل الثاني. تُرطب المسحة بمحلول ملح معقم، إذا كان ذلك ضرورياً، ويُمسح بها بطول سطح الآفة، وتُوضع في مُستتبت نقل مناسب. وينبغي إرسال العينة في الحال إلى مُختبر علم الأحياء الدقيقة، لعمل الزرعة والحساسية. وقد تكون لطاخة الآفة أيضاً مفيدة، وتُستخدم وسادة رغوية في بعض المراكز لأخذ عينة الآفات الفموية؛ للكشف عن أنواع المبيضات. وسوف تكشف المضمضة الفموية باستخدام محلول ملح مزود بالفوسفات، عن وجود أنواع المبيضات، وأيضاً فإنها تُمدد الطبيب السريري بالتقدير الكمي لأعداد المبيضات. ويساعد هذا على التفريق بين عدوى التطاعم والعدوى الانتهازية. وخزعة طلوان الفم ضرورية، كما أنها سوف تُوضّح الآفات المرتبطة بالمبيضات، مثل داء المبيضات مُفرط التنسج المزمن (طلوان المبيضات).

وينبغي القيام بعمل الاختبارات المتعلقة بالدم، متضمنة عدّ الدم الكامل، وتقييم الفيريتين، وفيتامين ب١٢، والفولات بالمصل (وفولات الكرية الحمراء)، واختبار سكر الدم، لكل حالات داء المبيضات الفموي المستديم، خاصة إذا أُشبه في وجود حالة مجموعة مستبطنة. وسيتم مناقشة داء المبيضات الفموي المصاحب لعدوى فيروس العوز المناعي البشري لاحقاً في هذا الفصل.

ومنها مضادات التجلط، مثل (وارفارين (warfarin))،
وتيرفينادين (terfenadine)، وسيكلوسبورين (cyclosporin)،
والستاتينات (statins)، وسيسابرايد (cisapride)، وإستيميزول
(astemizole)، ومحلول كلورهيسيدين (chlorhexidine)،
الذي له تأثيرات مضادة للبكتيريا والمبيضات.

جدول (٤،٧). علاج داء المبيضات الفموي الأولي في المرضى منقوصي المناعة.

| المعالجة الموضعية | المعالجة المجموعية |
|---|----------------------------|
| داء المبيضات الغشائي الكاذب، الحُماموي مُفرط النسيج | |
| أقراص مص أمفوتيرييسين (١٠ ملجم) | فلوكونازول ٥٠-١٠٠ |
| أو مصائص نيساتين (١٠٠٠٠٠ وحدة) | ملجم يومياً لمدة ٢-٣ |
| تُداب ببطء في الفم بعد الوجبات، | أسابيع أو إتراكونازول |
| وتستخدم ٤ مرات يومياً، الجرعة المعتادة | (itraconazole) ١٥٠ |
| تكون من ١-٤ أسابيع. | ملجم يومياً لمدة أسبوعين. |
| التهاب العم المُستحث بالبدلة السنوية و المرتبط بالمبيضات * | |
| أمفوتيرييسين أو نيساتين (كما بالأعلى) - | أحياناً تكون المعالجة |
| قم بترع البدلات السنوية، إذا كان الامتثال | المجموعية مطلوبة (كما في |
| لللعلاج رديئاً، حيث توضع هُلامة | الأعلى). |
| مايكونازول على السطح الحنكي للبدلة | |
| السنوية ٤ مرات يومياً لمدة ١-٤ أسابيع. | |
| دهان مايكونازول ** | |
| مضمضة كلورهيكسيدين ٠.٠٢٪ ٤ | |
| مرات يومياً (لا تستخدمه مع نيساتين) | |
| التهاب الشمة الرومي المرتبط بالمبيضات * | |
| كريم نيساتين: يُوضع على زوايا الفم | قد تكون المعالجة المجموعية |
| ٣-٤ مرات يومياً، حتى يتم الشفاء إذا لم | مطلوبة. |
| يكن التقرير المكروبي متاحاً، أو في حالة | |
| العدوى الممزوجة***. | |
| يُوضع كريم (أو هُلامة) مايكونازول ٣- | |
| ٤ مرات يومياً على زوايا الفم. | |
| * يجب إزالة مستودعات المبيضات من داخل الفم في المرضى المصابين بالتهاب | |
| الشفة الزاوي، والتهاب الفم المُستحث بالبدلة السنوية. | |
| ** يُمكن أن يُوضع دهان مايكونازول (ديوميكوت ٥٠ ملجم/جم) على | |
| السطح المطابق للبدلة السنوية العلوية بعد التطهير والتجفيف الشامل - انظر | |
| تعليمات المصنّع. | |
| *** إذا تم عزل العقودية الذهبية (Staphylococcus aureus) فقط، فيتطلب | |
| ذلك استخدام كريم حمض الفيوسيديك (انظر جدول ٦،٥ لتفاصيل إضافية). | |

العوامل العلاجية المضادة للفطريات المستخدمة لعلاج داء المبيضات الفموي

العوامل الموضعية والمجموعية المضادة للفطريات المناسبة
لعلاج داء المبيضات الفموي مُوجزة في الجدول (٤،٧).

إن مواد البولين (polyene)، والنيساتين (nystatin)،
والأمفوتيرييسين ب (amphotericin B)، المضادة للفطريات،
تعدُّ مواد مؤكدة تماماً في علاج عدوى الفطريات، وإلى حد ما
تكون خالية من التأثيرات الجانبية، عندما تُستخدم موضعياً.
وهي متوفرة بأشكال مختلفة، مثل أقراص المص، والمصائص،
والكريمات، والمعلقات. وللأسف، يكون التزام المريض غالباً
غير كافي مع هذه المستحضرات، التي ربما تحتاج برهة كي
تذوب في الفم (على سبيل المثال، المصائص، وأقراص المص)،
كما أنها ذات مذاق "مميز". ومع ذلك، فإن مقاومة الأحياء
الدقيقة لمضادات الفطريات البولينية غير شائعة. والأزولات
(azoles) الجديدة لها خواص مفيدة جداً، على الرغم من أنَّ
مقاومة الأحياء الدقيقة لها شائعة جداً إلى حد ما، وربما
تُسبب مشكلة في المستقبل، خاصة في المرضى منقوصي
المناعة. (كل من مبيضات كروسي وجلابرانا مُقاومتان
لفلوكونازول (fluconazole)). أما العامل النشط موضعياً
ميكونازول (miconazole)، فمتوفر على هيئة هُلامة أو
كريم فموي. وبالإضافة إلى نشاطه المضاد للفطريات، فإن
له تأثيراً محدوداً بوصفه مضاداً للبكتيريا. والأزولات،
وإتراكونازول (itraconazole)، وفلوكونازول، وكيكوكونازول
(ketoconazole) ذوات الفعل المجموعي، لها قيمة في علاج
عدوى المبيضات العمومية والمجموعية. وقد يحدث تغيُّرات في
وظيفة الكبد، خاصة مع كيتوكونازول؛ ولذلك يجب مراقبة
المرضى الذين يتناولون هذه الأدوية بحرص شديد. وبشكل عام،
فإن المعالجة المجموعية غير ضرورية في الغالبية العظمى من المرضى
المُصابين بداء المبيضات الفموي، ولكن في بعض الحالات، مثل
داء المبيضات مُفرط التنسُّج الزمن، يصبح استخدام المعالجة
المجموعية واسع الانتشار، وأكثر فاعلية. وللأزولات تأثير (تأثير
متبادل) حراكي دوائي غير مرغوب فيه مع عدد من الأدوية،

هذا الغشاء الكاذب جانباً، ومن ثم يُمكن إزالة الطبقات الأكثر سطحية للظهارة، تاركة وراءها قاعدة حمراء نازفة. ويعدُّ هذا اختباراً سريرياً مبدئياً منطقياً لتمييز السُّلاق من الآفات البيضاء الأخرى للمخاطية، ويمكن التأكد منه أيضاً بواسطة أخذ لطاخة مباشرة من الآفة. ويُمكن تثبيتها بالتسخين الرقيق، وصبغها فوراً باستخدام كاشف شيف للحمض البيرويدي (periodic acid-Schiff reagent)، وتُحدَّد الخيطان بسهولة تحت الميكروسكوب. وينبغي أخذ المسحة وإرسالها إلى مُختبر علم الأحياء الدقيقة؛ لعمل المزرعة واختبار الحساسية.

وقد يُصاب أي من الأسطح المخاطية للفم بالسُّلاق، وربما الجدار البلعومي الخلفي أيضاً. وفي هذه الحالة الأخيرة، لا بد أن تُؤخذ الحالة بعناية بشكل خاص؛ لإمكانية امتدادها داخل المريء والقنطرة الهوائية، وقد تنتهي بحالة مُميتة. ومن المحتمل حدوث هذا فقط في المرضى الضعاف بشدة، على الرغم من أن الحالة الموجودة قبل امتداد الإصابة، قد لا تكون مُدركة مسبقاً. ويمكن أن يرتبط داء المبيضات الخنجري، ذو الشكل الأقل نشاطاً بالآفات الفموية عند قليل من المرضى، وقد يُلاحظ هذا في المرضى الذين يتناولون المضادات الحيوية، والذين يتناولون مستحضرات الستيرويد الفموية. وبشكل عام، فإنه يتم الشفاء من عدم الارتياح بالحنجرة والبلع، مع علاج الآفات الفموية.

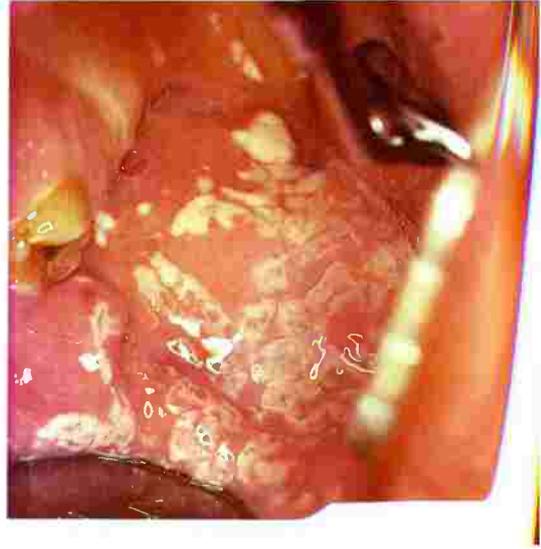
التدبير العلاجي:

علاج داء المبيضات الغشائي الكاذب مُلخَّص في جدول (٤,٧). ومن الواضح أن علاج الأعراض بمفردها، يكون غير كافٍ، ولا بد من اتِّخاذ الخطوات الملائمة لتحديد السبب المُؤهِّب. وفي بعض المرضى يكون العامل المُستبطن الأساسي مفهوماً، ويكون تحت الضبط المنطقي، ولكن في مرضى آخرين، خاصة المصابين بالإيدز، فقد يتم التعبير عن الطبيعة المُضعفة للحالة بوجود داء المبيضات المستمر بالفم. وفي مثل هذه الظروف، يكون من الضروري الحفاظ على العلاج طويل المدى

داء المبيضات الغشائي الكاذب

(Pseudomembranous candidosis)

كانت تُعرَّف هذه الحالة، وحتى وقت متأخر بشكل دارج "سُّلاق" (thrush)، وتقريباً كانت تُوصف دائماً بداء المبيضات الغشائي الكاذب "الحاد"، وذلك وفقاً لتصنيف الأصلي لليهنير، على الرغم من أن العديد من الآفات، تكون في طبيعتها مزمنة بشكل واضح. وقد أدَّى إعادة النظر في الآفات الفموية لداء المبيضات في الحالات المرتبطة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV)، والحالات الأخرى الكابتة للمناعة، إلى التخلي عن الاستخدام الروتيني لمصطلح "حاد". ويتكوَّن الغشاء الكاذب من شبكة من خيطان المبيضات، التي تحتوي على خلايا مُتوسِّقة، وأحياء دقيقة، وفبرين، وخلايا التهابية، وبقايا.



شكل (٤,٤). داء المبيضات الغشائي الكاذب (السُّلاق).

ويتمد هذا الغشاء الكاذب على سطح الأنسجة، وتغزو خيطان المبيضات سطحياً بداخل الظهارة؛ كي تزيد من إرسائها.

المظاهر السريرية:

سريرياً، تظهر الآفة كغطاء أبيض ثخين، أو سلسلة من الرقع البيضاء على النسيج المصاب (شكل ٤,٤). ويمكن مسح

التدبير العلاجي:

إن المعالجة الموضعية المضادة للفطريات (جدول ٤.٧)، عادة ما تكون فعّالة. وعادة ما يبرأ داء المبيضات الحُمَامَوِي، الناتج من المعالجة بالمضادات الحيوية بعد توقف الجرعة المحددة، مع أنّ هذا قد يأخذ بعض الوقت. ومن الحكمة إضافة علاج فموي مضاد للفطريات إلى النظام المتبع للمريض، ويكون معروفاً عنه أنه على استعداد لهذه الحالة، وكذلك بالنسبة للمرضى الذين يلزم وصف علاج إضافي من المضادات الحيوية لهم.

وبخبرة مؤلفي الكتاب، فإن أقلية من هؤلاء المرضى يظهر لديهم ألم اللسان المزمن (اللسان الحارق)، والذي يدوم حتى بعد إزالة عدوى المبيضات، على الرغم من ظهور المخاطية اللسانية في شكل طبيعي (انظر الفصل السابع عشر). وينبغي إعطاء تعليمات للمرضى الذين يستخدمون مناشق ستيرويدية بانتظام، أن يقوموا بمضغمة أفواههم بالماء بعد استخدام هذه المناشق. وربما يكون استخدام جهاز المفساح (المباعد) (spacer) ضرورياً مع استخدام المنشقة (الفصل الرابع عشر، شكل ١٤.٢)

داء المبيضات مُفرط التنسُّج (Hyperplastic candidosis)

يُعرف داء المبيضات مفرط التنسج المزمن أيضاً باسم طولان المبيضات، حيث إنه يرتبط بالعدوى المزمنة بأنواع المبيضات المختلفة، التي تُصيب المخاطية الفموية، وعادة ما تكون المبيضة البيضاء. ويُعدُّ هذا الشكل المزمن من داء المبيضات آفة محتملة الحُبَاة، وتحدث بكثرة في المرضى المدخنين. وهناك حالياً قدر كبير من الجدل بخصوص دور أنواع المبيضات في إنماء الأورام الظهارية، وستتم مناقشة الطبيعة المحتملة الحُبَاة طولان المبيضات بالكامل في الفصل العاشر.

الملامح السريرية

يظهر داء المبيضات مفرط التنسج المزمن تقليدياً، بوصفه رقعة بيضاء مثبتة على صواريّ الفم. وقد تُصاب المناطق الأخرى من الفم، خاصة الحنك، لكن قليلاً ما يُصاب اللسان. وسريرياً، تظهر الآفة (الآفات) ككويجات بيضاء مرتفعة وغير منتظمة، وربما تكون "مبقعة" أو عُقدية" في مظهرها. وغالباً ما

بمضاد الفطريات. وهناك أيضاً صعوبة خاصة في حالة المرضى المصابين بابيضاض الدم، أو الأمراض الورمية الأخرى، التي تحتاج إلى العلاج بالأدوية السامة للخلايا والأدوية الأخرى. وفي هذه الحالات، لا تميل فقط عملية المرض المستبطن، ولكن أيضاً تميل المعالجة للتأهب نحو داء المبيضات.

داء المبيضات الحُمَامَوِي (Erythematous candidosis)

يُمكن أن يكون داء المبيضات الحُمَامَوِي "حاداً أو مزمناً"، اعتماداً على مدة الآفات الفموية. وداء المبيضات الحُمَامَوِي الحاد عُرف سابقاً بداء "المبيضات الضموري الحاد" أو "الفم القارح الناجم عن المعالجة بالمضادات الحيوية"، وعادة ما يظهر نتيجة للعلاج الطبي بالمضادات الحيوية أو المستحضرات الستيرويدية. وهناك عدد هائل من المرضى (بالعين وأطفال)، يستخدمون الآن المناشق الستيرويدية لعلاج الأمراض الرئوية؛ مما قد يُؤهب لظهور، إمّا داء المبيضات الحُمَامَوِي، أو داء المبيضات الغشائي الكاذب (الفصل الرابع عشر).

المظاهر السريرية:

يشبه داء المبيضات الحُمَامَوِي الحاد داء "السُّلاق"، ولكن بدون الغشاء الكاذب الممتد فوقه. وسريرياً، تكون المخاطية المُصابة حمراء ومؤلمة. وفي الواقع، فهذا هو التنوع الوحيد لداء المبيضات الفموي، حيث يكون الألم وعدم الارتياح ملمحاً ملحوظاً. وتكون الظهارة رقيقة وضمورية، مع وجود خيطان المبيضات الراسخة سطحياً في الظهارة. وقد تتبع هذه الحالة داء السُّلاق، أو تكون متزامنة معه، أو ربما تحدث على أنها المظهر الوحيد لعدوى المبيضات. وكما تمت الإشارة إليه في الأعلى، فإنّ هذا الشكل من داء المبيضات يكون شائعاً في المرضى ذوي الوظيفة المناعية المنخفضة، كما في مرض الإيدز، وكذلك في المرضى الذين يتعرّضون لمعالجة مطوّلة بالمضادات الحيوية أو الستيرويدات. ومن غير الممكن دائماً، أن يتوقّف المرضى الذين يتناولون الستيرويدات عن العلاج، ومع الانخفاض المستمر أيضاً لمُقاومة الأنسجة للعدوى، يكون العلاج بالوسائل المعتادة غير فعال نسبياً.

المُستخدمة تكون قديمة. وبشكل شائع - ولكن ليس مقصوداً - تكون طبيقة الأسنان عبارة عن يدلة سنوية، وربما تُؤدي صُفيحة تقويم الأسنان إلى النتيجة نفسها.

الملامح السريرية

تتكوّن الصورة السريرية من احمرار ملحوظ في المخاطية الخنكية المغطاة بالطبيقة (لا تظهر المنطقة المسندة للبدلة السنوية المناظرة بالفك السفلي بأنها مُصابة)، وغالباً ما تكون بحافة محددة بوضوح (شكل ٤.٥). وإذا كان هناك منطقة تفريج بالبدلة السنوية، فربما تظهر المنطقة المناظرة لها على المخاطية الفموية على شكل نسيج أسفنجي، يبدو حُبيبيّاً، ومن ناحية أخرى، تكون المخاطية المصابة ملساء. وقد قدّم نيوتن (Newton) تصنيفاً لهذه الحالة: النمط ١: يتميز بوجود فرط الدم (التبيخ) النقطي الدبوسي على المخاطية الخنكية. النمط ٢: (النمط الأكثر شيوعاً) ويكون فيه الحُماموي المنتشر مقصوداً على منطقة البدلة السنوية. النمط ٣: ويحدث فيه تفاعل عُقدي مفرط التنسُّج بالمخاطية الخنكية (جدول ٤.٨).



شكل (٤.٥). التهاب الفم المُستحث بالبدلة السنوية، والمرتبط بداء المبيضات (داء المبيضات الحُماموي المزمن)، مُؤثراً على مناطق المخاطية المغطاة بالبدلة السنوية الجزئية.

يكون هناك دليل على وجود داء المبيضات الفموي في أي مكان آخر بالفم، خاصة على حنك المرضى الذين يرتدون البدلات السنوية الكاملة، و/أو المصابين بالتهاب الفم الزاوي.

التدبير العلاجي

يعتمد التشخيص النهائي على دراسة أمراض الأنسجة للخزعة، وتكون ضرورية للتأكد من وجود أنواع المبيضات؛ وللتحقُّق من درجة اللانمطية للظاهرة، إذا كان أي منها موجوداً. ويتضمّن التدبير العلاجي، إزالة الأسباب المُؤهبة، مثل التدخين، مع استخدام العلاج الملائم المضاد للفطريات، سواء كان موضعياً أو مجموعياً. وقد يتكوّن العلاج من جرعة مبدئية من فلوكونازول لمدة ٢-٣ أسابيع، مع المعالجة الموضوعية (انظر جدول ٤.٧)، وقد يكون استخدام هذه المعالجة مطلوباً على أساس مدة أطول من الوقت. ولا بد من الانتباه لحفظ نظافة البدلة السنوية، ومعالجة العوامل المُؤهبة الأخرى لداء المبيضات الفموي، سواء كانت موضعية أو مجموعية. وينبغي القيام بعمل الفحوصات المتعلقة بالدم، لفحص أي نقص في المقويات الدموية، مثل عوز الحديد، ومن المُوصي به كذلك، عمل اختبار غلوكوز الدم؛ لاستثناء مرض السُكري. ويُفضّل القيام باستئصال الآفات المستديمة أو ذات الدرجة المُؤثرة، من خلال التنسُّج (الشدن) بواسطة الليزر، ومن الضروري أيضاً عمل متابعة طويلة المدى.

التهاب الفم المُستحث بالبدلة السنوية والمُرتبط بالمبيضات

(Candida- associated, denture- induced stomatitis)

تعدُّ هذه الإصابة - إلى حد بعيد - الشكل الأكثر شيوعاً لداء المبيضات الفموي، والتي يُشار إليها أيضاً بداء المبيضات الحُماموي المزمن (أو بشكل دارج أكثر في الماضي "بالفم القارح الناجم عن البدلة السنوية". وهذه تسمية خاطئة؛ لأن الحالة تكون تقريباً غير مؤلمة). وهذا الشكل من التهاب الفم بالبدلة السنوية، يُمثّل النتيجة النهائية لعدوى المبيضات الثانوية للأنسجة المرضوحة بالطبيقة السنوية. ولا يعني هذا بالضرورة، أن البدلات السنوية رديئة المطابقة، مع أنّ معظم البدلات السنوية

جدول (٤,٨). تصنيف نيوتن لالتهاب الفم المُستحث بالبدلة السنية والمرتبطة بالمبيضات.

| النمط | الوصف |
|------------------------------------|--|
| ١ | فرط الدم النقطي الدبوسي. |
| *٢ | حُمَامَوِي منتشر، مقصور على الأسطح المطابقة للبدلة السنية. |
| ٣ | مظهر عُقْدِي للمخاطية الحنكية. |
| * أكثر ما يُرى من الأنماط الثلاثة. | |



شكل (٤,٦). التهاب الشفة الزاوي مع وجود المبيضات.

التهاب الشفة الزاوي المرتبط بالمبيضات

(Candida-associated angular cheilitis)

يظهر التهاب الشفة الزاوي كحُمَامَوِي وتشقُّق على زوايا الفم، وعادة فهو آفة مرتبطة بالمبيضات (شكل ٤,٦). وقد تمت مناقشة الأمراض، والمظهر السريري، والتدبير العلاجي لالتهاب الشفة الزاوي بشكل وافٍ في الفصل السادس. وعلاج التهاب الشفة الزاوي المرتبط بالمبيضات مُلخص في جدول (٦,٤ و ٦,٥).

ونادراً ما يكون هناك أي شكوى للتقرح من المريض، بالرغم من مظهر الحُمَامَوِي الشديد للأنسجة. ويُخطأ في تشخيص التهاب الفم المُستحث بالبدلة السنية، والمرتبطة بالمبيضات أحياناً على أنه تفاعل حساسية تجاه الراتين الأكريلي؛ بسبب توزيعه المحصور في المنطقة المسندة للبدلة السنية، وهي حالة نادرة نسبياً.

التدبير العلاجي

من الممكن عملياً عزل النمو الكثيف من المبيضات، عن طريق أخذ المسحات، أو عن طريق القيام بعمل التلقيح المباشر للمبيضات، المأخوذة من السطح المطابق للبدلة السنية المُصابة. وربما تعطي الأسطح المخاطية أيضاً نمواً خصباً من المبيضات، ونادراً ما يُوصى بأخذ الخزعة، ولكن يمكن عملها في الحالات المستديمة أو اللانمطية؛ وذلك لتأكيد التشخيص. وغالباً ما يُوصح فحص أمراض الأنسجة خيطان المبيضات القليلة الموجودة في داخل الظهارة.

وحيث إن هناك عاملين مساهمين لهذه الحالة (رضح الأنسجة والعدوى)، فلا بد أن يوجّه العلاج لكليهما؛ لتحقيق الإزالة السريعة للأعراض. ويُعدُّ حفظ نظافة البدلة السنية جزءاً مهماً من العلاج، وذلك مع إزالة الرضح، عن طريق اتخاذ إجراءات استعاضية مناسبة، كما أن استخدام مكيفات الأنسجة، يُعدُّ ذا قيمة خاصة بوصفه علاجاً مبدئياً. وقد يكون استخدام كريم مضاد للفطريات أو هُلامة ميكونازول (miconazole) على السطح المطابق للتطبيق، مساعداً مفيداً على العلاج، وكذلك يعمل على إسراع البرء للأنسجة غير الطبيعية (جدول ٤,٧). والتنظيف بعناية شديدة والمنتظم لكل أسطح البدلة السنية، يكون ذا أهمية عظيمة أيضاً. كما أن الدهان المُحتوي على ميكونازول متوفر الآن، ويُدهن به على السطح المطابق للبدلة السنية العلوية.

جدول (٤,٩). متلازمات داء المبيضات المخاطي الجلدي المزمن.

| النمط | الملاحظات |
|---|---|
| داء المبيضات المخاطي الجلدي المزمن العائلي | العقد الأول- داء المبيضات المستدم: الفم، والأظافر، والجلد. عوز الحديد. |
| داء المبيضات المخاطي الجلدي المزمن المنتشر (الورم الحبيبي الناجم عن المبيضات) | في الخمس سنوات الأولى- داء المبيضات المزمن: الفم، والأظافر، والجلد، والبلعوم، مع استعداد للعدوى البكتيرية. |
| متلازمة الاعتلال الصمّاوي الناجمة عن داء المبيضات | قصور الغدة الدرقية، وقصور قشرة الكظر، وداء المبيضات مفرط التنسج المزمن الطفيف، متضمناً إصابة الفم. |
| داء المبيضات | متلازمة الورم التوفي الناجم عن اضطرابات متعلقة بالدم. داء المبيضات الغشائي الكاذب أو مفرط التنسج: الفم، والجلد، والأظافر. |

* مأخوذ من باج وآخرين (١٩٩٩م)، أساسيات علم الأحياء الدقيقة لطلبة الأسنان. مطابع جامعة أكسفورد، أكسفورد.

Bagg, T. et al. (1999). *Essentials of microbiology for dental students*. Oxford University Press, Oxford.

التدبير العلاجي:

من الصعب علاج داء المبيضات المخاطي الجلدي المزمن، وفي العديد من الحالات، يمكن تقليل أنواع المبيضات، ولكن ليس إزالتها. وينبغي إزالة العوامل المؤهبة لداء المبيضات الفموي (انظر بالأعلى)، حيثما كان ممكناً. ويتكوّن العلاج من المعالجة المجموعية المضادة للفطريات طويلة المدى، مثل فلوكونازول، وقد يحتاج أن تُوصف بجرعات كبيرة عن المدى العلاجي الطبيعي. ومن الضروري القيام بعمل المراقبة المنتظمة لوظيفة الكبد.

التهاب اللسان المعيني الناصف

(Median rhomboid glossitis)

يُصنّف التهاب اللسان المعيني الناصف على أنه "آفة مرتبطة بالمبيضات"، ويظهر بشكل مميز بوصفه منطقة خالية من الحليمات على الخط الناصف لظهر اللسان، أمام الحليمات الكأسية مباشرة. وتظهر الآفة تقليدياً "معينة الشكل"، ومن هنا كان اسمها، وربما يكون سطحها أحمر أو أبيض أو أصفر في مظهرها. وسوف تُناقش هذه الآفة بشكل إضافي في الفصل السادس.

داء المبيضات الفموي الثانوي: متلازمات داء المبيضات

المخاطي الجلدي المزمن

(Secondary oral candidosis: chronic mucocutaneous candidosis syndromes)

بعيداً عن الأشكال الشائعة جداً من داء المبيضات الفموي، فهناك مجال آخر من الحالات، قد يحدث فيها داء المبيضات في التجويف الفموي، والجلد، والبنيات الأخرى، مثل أظافر الأصابع مع مشاركة من عمليات المرض العمومية الأخرى أو بدونها. وتُعرف هذه المجموعة من الحالات بشكل عام بداء المبيضات المخاطي الجلدي المزمن. ويمكن أن تكون الآفات الفموية في داء المبيضات المخاطي الجلدي المزمن في البداية على شكل السُّلاق، ولكنها في النهاية تُشبه آفات داء المبيضات مفرط التنسج المزمن. وقد تشمل الآفات الجلدية على آفات واسعة الانتشار ومُشوّهة للوجه وفروة الرأس، كما قد يحدث أيضاً آفات ورمية حُبيبية للشفاه، مشابهة لتلك التي تُصيب الجلد. وهناك مُتنوع- داء المبيضات المخاطي الجلدي المزمن العائلي- وهو مرض جيني يُنتقل بوصفه حالة صبغية جسدية مُتنحية. وفي متلازمة الاعتلال الصمّاوي بداء المبيضات (candidosis-endocrinopathy syndrome)، ترتبط لويحات المبيضات البيضاء في الفم وعدوى المبيضات في الأظافر باضطرابات الدُرقيّات أو الغدد الكظرية. وتصنّف متلازمات داء المبيضات المخاطي الجلدي المزمن مُوضَّح في الجدول (٤,٩).

جدول (٤، ١١). فيروسات هربس البشرية.

| |
|--|
| فيروس الهربس البسيط (نمط ١) |
| فيروس الهربس البسيط (نمط ٢) |
| فيروس النُطَاقِي الحُمَاقِي (نمط ٣) |
| فيروس إيبشتاين-بار (نمط ٤) |
| الفيروس المضخم للخلايا (Cytomegalovirus) (نمط ٥) |
| فيروسات هربس البشرية ٦، ٧، ٨* |
| *مرتبط بقرن كابوزي (Kaposi's sarcoma) |

عدوى فيروس الهربس البسيط

(Herpes simplex virus infections)

التهاب اللثة و الفم الهربسي الأولي

(Primary herpetic gingivostomatitis)

فيروس الهربس البسيط، هو فيروس الحمض النووي الريبسي المنقوص الأكسجين (د ن ا)، ويوجد منه مجموعتان رئيستان معروفتان في الإنسان، بالإضافة إلى عدد من الأنواع الانتقالية المعدلة قليلاً. ويُصيب الهربس البسيط نمط ١ المخاطية الفموية، والبلعوم، والجلد، بينما يُصيب الهربس البسيط نمط ٢ الأعضاء التناسلية بشكل سائد. ويبدو أنّ الآفات الناتجة في هذين النمطين من الفيروسات، تكون متماثلة، ولكن هناك اقتراحات ترى أن النتائج طويلة المدى للعدوى تكون مختلفة، حيث إنّ فيروس النمط ٢ يتم تضمّنه في إنتاج سرطان العنق، بينما يتم تضمّن فيروس النمط ١ في الغالبية العظمى من الآفات الفموية والوجهية.

ويعدُّ التهاب اللثة و الفم الهربسي الأولي العدوى الفيروسية الأكثر شيوعاً، التي تُصيب الفم، وتصيب المرضى في مجموعتين رئيسيتين من العُمُر، وهما الأطفال الصغار، وبالغون الصغار. وقد تكون العدوى دون السريري في أوائل الطفولة، وتكون فترة الحضانة حوالي ٥ أيام.

العدوى الفيروسية

(Viral infections)

قد يحدث عدد من العدوى الفيروسية في/أو حول الفم، والعديد منها يظهر كأفات حويصلية على المخاطية الفموية. وتُظهر الحويصلات اتجاهاً ملحوظاً نحو التحلُّل، ومن ثم إنتاج القُرَح.

وقد تمَّ مناقشة الاختبارات التشخيصية للعدوى الفيروسية بالفعل في الفصل الثاني. ويكون التشخيص المبدئي للعدوى الفيروسية عادة على أساس المظهر السريري. وتستغرق أنظمة زراعة الأنسجة على الأقل ٢٤ ساعة؛ للتأكد من وجود الفيروس، في حين تستغرق الاختبارات المصلية من ١٠-١٤ يوماً. ويوضِّح جدول (٤.١٠) الفيروسات الأساسية التي تصيب المنطقة الفموية والمحيطية بالفم. ومن بينها، يوجد ثلاثة فيروسات هربسية بشرية (جدول ٤.١١)، ويوجد حالياً ثمانية فيروسات هربسية بشرية (جدول ٤.١١)، وجميعها جُسيمات فيروسية مُغلّفة متعددة السطوح (icosahedral)، ذوات مجين (جينوم) الحمض النووي الريبسي المنقوص الأكسجين (د ن ا) (DNA genome) ثنائي الخيط.

وتملك الفيروسات الهربسية البشرية خاصية الخفاء (حيث تستطيع البقاء في طور السبات، وتصبح مستتشة فيما بعد). وقد يُختلف المرض السريري فيروسي السبب، اعتماداً على ما إذا كانت العدوى أولية أو ثانوية (وهذا ما يُدعى استنشاقاً).

جدول (٤.١٠). الفيروسات الأساسية التي تصيب المنطقة الفموية والمنطقة المحيطة بالفم.

| |
|--|
| فيروس الهربس البسيط (Herpes simplex virus) |
| الفيروس النُطَاقِي الحُمَاقِي (Varicella zoster virus) |
| فيروس إيبشتاين-بار (Epstein-Barr virus) |
| فيروسات كوكسكاي المجموعة A (Coxsackieviruses) Group A |
| الفيروس المخاطي (Paramyxoviruses) |
| فيروس الورم الحبيبي البشري (Human papilloma viruses) |

المظهر السريري

الآفات داخل الفم، فقد يكون هناك آفات في الشفتين والجلد حول الفم، والذي ربما يستبقي مظهراً حويصلياً بشكل أوضح بكثير؛ بسبب الثبات النسبي للجلد، مقارنة بالمخاطية الفموية. وفي حالات قليلة، قد تصبح العدوى الأولية واسعة الانتشار في كامل الجسم، ومن ثم قد يتبعها التهاب الدماغ، والتهاب السحايا، وحالات أخرى تهدد الحياة. وقد تمَّ تسجيل مثل هذه الحالات، التي من المحتمل أن تكون مُميتة - بشكل أساسي - في المرضى منقوصي المناعة.

ويكون الشفاء من الأعراض بطيئاً في الغالبية العظمى من الحالات غير المعالجة، حيث إنه يمتد إلى فترة تتراوح من ١٠-١٤ يوماً. ويتم تشخيص معظم حالات التهاب اللثة والفم الهربسي الأولي على أسس سريرية. ويمكن أن ينمو فيروس الهربس البسيط في منظومات زراعة أنسجة، ولكن هذا يستغرق على الأقل ٢٤ ساعة. كما يمكن أن تُستخدم دراسة الأمصال أيضاً؛ للكشف عن زيادة معيار ضد الغلوبولين المناعي E بين الطور الحاد و طور النقاهة، أو عن أزداد الغلوبولين المناعي M النوعية.

التدبير العلاجي

تكون المعالجة النوعية للعدوى الفيروسية بشكل عام غير مُرضية، ومن ثمَّ يتَّجه التدبير العلاجي إلى إزالة الأعراض بالإجراءات العامة الداعمة، مثل الراحة، وتناول السوائل، وأدوية مضاد الحمى/المسكنات. وبالنسبة للعدوى الفموية، فقد يُقلَّل استخدام مطهر، مثل (كلورهيكسيدين غلوكونات) أو تتراسيكلين غسول للفم، من العدوى الثانوية، وسوف يُقلل غسول الفم المسكن، مثل بنزيدامين (benzylamine) عدم الارتياح، خاصة عندما يأكل المريض. وربما تكون المسكنات ومضادات الحمى المجموعية مطلوبة أيضاً. وتكون عدوى فيروس الهربس البسيط في معظم المرضى المؤهلين مناعياً محدودة ذاتياً، وتستمر من ١٠-١٤ يوماً.

قد يُعطي المريض المصاب بالتهاب اللثة والفم الهربسي الأولي تاريخاً من التعرض الحديث لمريض مصاب بأفة هربسية. وتشمل الأعراض الأولية، توعك مع تعب، وألم عضلي عمومي ضعيف، وأحياناً التهاب في الحلق. وتكون العقد اللمفية تحت الفك السفلي في هذه المرحلة المبكرة غالباً متضخمة ومُوجعة. وقد يستمر طور البوادر لمدة يوم أو اثنين، ويتبعه ظهور آفات في الفم، وأحياناً حول الفم (شكل ٤.٧). وتتكوّن مجموعات من الحويصلات على المخاطية الفموية، ثم تتحلل سريعاً لتنتج قرحاً سطحية.



شكل (٤،٧). مريض يعاني من التهاب اللثة والفم الهربسي الأولي، مع اكتشاف الشفتين والجلد المحيط بالفم.

ومع أن الحويصلات قد تكون صغيرة نسبياً، إلا أن انهيار المجموعات المتلاقية، قد يؤدي إلى تكوين مناطق كبيرة من التقرح. ويتنوع توزيع الآفات، وقد يُصاب أي من الأسطح المخاطية الفموية. وبعيداً عن المناطق القارحة، فقد تكون كل المخاطية الفموية حمراء فاقعة ومتقرحة. وقد يكون هناك التهاب ملحوظ في اللثة، خاصة في الأطفال الصغار، ويشبه ذلك الالتهاب إلى حد كبير الالتهاب الموجود في ابيضاض الدم الحاد. ومن الواضح أن مثل هذا المظهر، يجب أن يُؤدِّي إلى عمل فحوصات عن التغيّرات المتعلقة بالدم. وبعيداً عن

عدوى الهربس البسيط الثانوي (الراجع)

Secondary (recurrent) herpes simplex infections

يكون هناك أرجحية حوالي ٣٠-٤٠ في المائة بعد البرء من عدوى الهربس الأولي نحو عودة الآفات الراجعة، بغض النظر عن شدة النوبة الأولية. ويكون المقرُّ المعتاد للآفة الراجعة على الشفتين أو قريب منها، ويُطلق عليها "هربس الشفة" أو "قرحة الزكام". ويُصاب الجلد، ومخاطية الأنف، والممر الأنفي بشكل أقل شيوعاً، ويُمكن أن يُصاب تقريباً أي مقر على الوجه بشكل عرضي. وتبقى المناطق المُصابة بشكلها نفسه في النوبات المتعاقبة في الشخص المريض. وقد تُستحث الانتكاسات بواسطة نطاق واسع من المنبهات، وتشمل ضوء الشمس، والرضح الميكانيكي، خاصة حالات الحُمى (febrile) الطفيفة، مثل الزكام. وقد تؤدي أيضاً العوامل الانفعالية دوراً في حثِّ الانتكاسات عند العديد من المرضى. وقد أمكن اكتشاف جزيئات فيروس الهربس البسيط في اللعاب في حوالي ٣٠ في المائة من المرضى المُصابين بقرحة الزكام.

المظهر السريري

قد يشعر المريض في دور البوادر للرجعة بدرجة طفيفة من التعب والتوعك، ويتبعها سريعاً فترة من التهيج والحكة فوق منطقة الشفة المُتضمّنة في الرجعة. وفي غضون ساعات قليلة، تظهر الحويصلات مُحاطة بمنطقة ذات حُماموي طفيف (في هذه المرحلة يكون المريض مُعدٍ بشكل كبير). وفي وقت قصير، تنفجر الحويصلات وتتكوّن الجُلبة، وعند هذه المرحلة يكون (تكوّن الجُلبة)، أحد عمليات الالتئام البطيء، الذي يستمر على مدى فترة حوالي ١٠ أيام، وأحياناً قد تؤخّر العدوى الثانوية عملية الالتئام، وتؤدي إلى إنتاج بثرات في المنطقة. ويحدث الالتئام بدون تَدب، وتعود المنطقة المُصابة بعد فترة قصيرة من الاحمرار إلى المرحلة الطبيعية بشكل واضح، وذلك حتى بدء الرجعة الجديدة. وقد يكون هذا بعد فترة أسابيع قليلة أو حتى أيام عند بعض الأفراد، وبشكل عام

يُوجّه التدبير العلاجي لمعظم العدوى الفيروسية التي تُصيب الفم إلى

إزالة الأعراض - الإجراءات الداعمة العامة، وتشمل:

- الراحة.
- السوائل.
- مضادات الحُمى / المسكنات (مجموعية).
- غسول فم مطهر/مسكن.

يعدُّ عقار أسيكلوفير (aciclovir) نشطاً ضد فيروسات الهربس، ولكنه لا يقضي عليها تماماً. ويُمكن أن يُستخدم من أجل العلاج المجموعي والموضعي لعدوى الهربس البسيط التي تصيب الجلد والأغشية المخاطية. والاستخدام الوقائي لأسيكلوفير، يكون مُبرراً في المرضى منقوصي المناعة؛ وذلك لمنع الإصابة بالعدوى، أو نكسة عدوى فيروس الهربس البسيط.

وتصبح المعالجة المجموعية المضادة للفيروسات ضرورية، إذا كان المريض منقوص المناعة، حيث إن هذه المجموعة من المرضى، تكون أكثر استعداداً للانتشار العام لفيروس الهربس البسيط، وفي هذه الحالات، قد يكون المظهر السريري للعدوى غير نمطي. ويعدُّ التهاب الفم الهربسي الحاد مثلاً للعدوى الأولية، مع أنّ المناعة اللاحقة، قد لا تكون مكتملة، ومن النادر جداً أن تتبع العدوى الأولية نوبة حادة ثانية، إلا إذا كان المريض منقوص المناعة. ومن ثمّ، فإنّ عدوى الهربس الناكسة داخل الفم، تكون نادرة في المريض المؤهل مناعياً، وقد تمّ وصف مجموعات من الحويصلات تكون محصورة في جزء من المخاطية الفموية فقط، وعلى وجه الخصوص، الحنك.

وإذا فشلت علامات وأعراض التهاب اللثة والفم الهربسي الأولي في التحسن بعد أسبوعين، فحينئذٍ يجب إحالة المريض لأخذ رأي الطبيب المختص لاستثناء اعتلال الدم والحالات المجموعية المستبطنة الأخرى.

والذي يتمتع بمناعة جزئية فقط ، وهناك موقف متوازي مع هذه الحالة ، وهو ما يحدث في الهربس البسيط الراجع. ويُعتقد أيضاً أن الفيروس النطاقي يظل خافياً في العقدة الحسية وثيقة الصلة بالإصابة ، ثم ينحدر تحت العصب عابراً إلى الجلد أو الغشاء المخاطي في حالة الاستنشاق.

الحُمَاق (جُدري الماء) (Chickenpox)

تظهر العدوى الأولية بالفيروس النطاقي الحُمَاق على هيئة الحُمَاق ، وهو مرض شائع في الطفولة. وله فترة حضانة من ١٤-٢١ يوماً ، يكون فيها المرضى مُعدّين. وتنتشر العدوى بالتماس المباشر أو عن طريق العدوى الرذاذية ، وتحدث أولاً في المجرى التنفسي العلوي.

المظهر السريري

قد تظهر الآفات الفموية على الخنك الصلب ، وعماد الخلق ، واللهاة قبل ظهور الطفح مباشرة ، وتكون على هيئة قرح صغيرة ذات هالة حمراء. ويظهر الطفح في البداية على شكل بُقع حطاطية وردية اللون ، ثم تتطور الآفة إلى حويصلات ذات جكة على الظهر ، والصدر ، والوجه ، وفروة الرأس. وتشتمل المظاهر السريرية الأخرى على التوعك ، والحُمى ، وتضخم العقد اللمفية. ويمكن أن يُصاب البالغون بشكل شديد تماماً. وتشتمل المضاعفات النادرة للحُمَاق ، التهاب الرئوي ، والتهاب الدماغ. ويكون العلاج بإزالة الأعراض ، ومن المهم للمريض أن يتجنّب الالتماس مع أي أفراد منقوصي المناعة.

الهربس النطاقي (Shingles)

يكون معظم المرضى المصابين بالهربس النطاقي في منتصف العمر أو أكبر سناً (٧٠ في المائة فوق سن ٥٠) ، ويمكن أن يحدث في مرضى أقل سناً من هذا بكثير ، وقد تم وصف حالات قليلة في الأطفال حديثي الولادة. وتشتمل العوامل المؤهبة التي تم اقتراحها على مجال واسع من الأمراض المُضعفة والكبت المناعي ، سواء كانت علاجية المنشأ ، أو ذات منشأ طبيعي الحدوث.

تكون الفترات بين الانتكاسات حوالي عدة شهور ، ويعتمد هذا إلى حد كبير على درجة تعرض المريض للمنبه المحدد والمتسبب في عملية العدوى.

التدبير العلاجي

لا يوجد تدبير علاجي متاح يعطي نتائج ملائمة ومنطقية ، تمنع الانتكاسات الإضافية بالكامل. وربما يمنع الاستخدام المبكر لكريم أسيكلوفير- كلما أمكن ، وعلى الأقل خمس مرات في اليوم في المراحل المبكرة- من تقدّم الآفة. وحالياً ربما يكون هذا الشكل الأكثر فاعلية ، والمقبول في علاج الهربس الراجع ، مع أنه لا توجد اقتراحات واقعية للحصول على الشفاء الدائم من خلال استخدامه. وهناك دواء مضاد للهريس ومُشابه له ، وهو بينسكليفير (penciclovir) ، حيث يمكن استخدامه موضعياً لعلاج قرح الزكام (هربس الشفة). والدواء الذي يُعطى في صورة غير فعالة كيميائياً (prodrug) لبينسكليفير هو فامسكليفير (famciclovir) ، وهو عامل مجموعي مضاد للفيروس ، ومُوصى به في علاج عدوى الفيروس النطاقي الحُمَاق والهربس التناسلي.

يجب تطبيق المعالجة الموضعية "لقرح الزكام" (هربس الشفة) في طور البوادر للآفة. وتتوفر كريمات أسيكلوفير وبينسكليفير للاستخدام الموضعي.

عدوى الفيروس النطاقي الحُمَاق

(Varicella zoster virus infections)

الفيروس النطاقي الحُمَاق ، هو فيروس الحمض النووي الريبي المنقوص الأكسجين (د ن ا) ، ويشبه شكلياً فيروس الهربس البسيط ، ويكون مسؤولاً عن مرضين غير متشابهين إطلاقاً في الإنسان ، وهما الحُمَاق ، والهربس النطاقي. وهناك دليل ضعيف على أن التماس مع أحد هذين المرضين ، يتسبب في ابتداء الآخر. والاحتمال الأكثر ، أن طفح مرض النطاقي يمثل استنشاقاً للفيروس في المريض المصاب بالعدوى مسبقاً ،

المظهر السريري

تندب ملحوظ، خاصة إذا اضطربت تلك الحويصلات، كما قد تظهر المضاعفة الرئيسة للحالة بعد تلاشي الطفح، وهي الألم العصبي التالي للهربس. وفي هذه الحالة، قد تُصاب المنطقة بالتخدير والمُذلّ والالام الشبيهة بألم العصب الثلاثي التوائم، وقد تستمر لمدة سنين، وأحياناً تُعاوَد الظهور من جديد بعد غياب مطول.

جدول (٤، ١٢) متلازمة رامسي هانت (Ramsay Hunt syndrome).

| |
|--|
| اكتشاف العصب الوجهي بالفيروس النطاقي الحُمَاقِي. |
| شلل العصب الوجهي (العصبون الحركي السفلي). |
| حويصلات في الصماخ السمعي الظاهر. |
| حويصلات على الحنك. |
| الأعراض الأخرى، مثل الدوخة وفقد حاسة التذوق، |

وحيثُتذ تكون حالة عَصَبِيَّة بشدة، وربما تفشل في الاستجابة لأي شكل من أشكال العلاج الطبي (انظر الفصل الخامس عشر). وفي قليل جداً من المرضى، قد يصبح العصب الوجهي مُصاباً أثناء نوبة استنشاق النطاقي، ومن المحتمل أنه يكون عن طريق العقدة الرُكبية (geniculate ganglion). وقد يحدث ضعف وجهي وفقد حاسة التذوق، وأعراض مثل الدوخة ناتجة من اضطراب التيه (labyrinthine) في الأذن. وتلك هي متلازمة رامسي هانت (جدول ٤.١٢). وتُرى الآفات الحويصلية في هذه الحالة غالباً على الحنك وحول الصماخ السمعي الظاهر. وفي معظم الحالات، تكون هذه الحالة محدودة ذاتياً، وتبرأ مع استرداد الوظيفة، وقد يكون هناك ضعف وجهي دائم عند بعض المرضى.

التدبير العلاجي

يُعالج الهربس النطاقي بجرعات كبيرة من أسيكلوفير (aciclovir) أو فامسيكلوفير (famciclovir) المجموعي، ويعدُّ هذا مهمماً، خاصة عندما يُصاب الفرع العيني من العصب

الآفة السطحية المميزة للفيروس النطاقي، هي الطفح الحويصلي في منطقة ما من توزيع العصب الحسي. والتوزيع الشبيه بالشريط على الجذع في الهربس النطاقي، أمر معروف تماماً؛ مما يعطي اسم (نطاقي، طوق) للفيروس. وعندما يُصيب الطفح العصب الثلاثي التوائم، فقد يُصاب الجلد الوجهي والمخاطية الفموية في المنطقة الحسية، ويُصاب العصب الثلاثي التوائم في حوالي ١٥ في المائة من الحالات. ويكون الفرع العيني من بين الفروع الثلاثة للعصب الثلاثي التوائم؛ غالباً الأكثر عُرضة للإصابة، وإن كان الفرعان الآخران شائعين أيضاً في إصابتهما. وعندما يصيب الاضطراب فرع واحد من العصب الثلاثي التوائم، فإن الفرع المُجاور أحياناً يصبح مصاباً، كما قد تُصاب الأعصاب العنقية أيضاً. والأعراض الأولية، ألم ومضض في المنطقة المُصابة، ويكون الإزعاج شديد القسوة عما يُواجه في عدوى فيروس الهربس البسيط. ويكون ألم البوادر للهربس النطاقي شديداً، وأحياناً يُخطأ في تشخيصه على أنه وجع السن. وقد يستمر طور البوادر لمدة ٢ أو ٣ أيام، ويتعاقب وراءه ظهور الحويصلات على هيئة طفح، وقد تكون متناثرة أو كثيفة جداً؛ لدرجة أنها تكون متلاقية تقريباً. وغالباً ما تظهر الحويصلات على مدى أيام، بدلاً من ظهورها في آن واحد، وقد تُصاب ثانوياً بالعدوى. وعندما يُصاب الفرع العيني من العصب الثلاثي التوائم، فربما يكون هناك تقرُّح بالقرنية، ويتطلَّب ذلك مُعالجة أكثر حذراً، لتفادي تكوين الندبة الدائمة. ويكون سلوك الحويصلات بداخل الفم مشابهاً كثيراً لما يحدث في عدوى الهربس البسيط، حيث تتحلل الحويصلات سريعاً مكونة القرح. وقد يُعطي التوزيع أحادي الجانب للآفات الفموية وانحصارها في منطقة الفرع المفرد من العصب الثلاثي التوائم دليلاً على طبيعة العدوى، ولكن لا يمكن الاعتماد على ذلك. وتتلاشى الحويصلات والتقرُّح الفموي بدون علاج على مدى فترة متنوعة من ٢ إلى ٤ أسابيع، وربما تطول. وقد تُكوِّن حويصلات الجلد قشرة صلبة، وربما يحدث

داء وحييدات النواة (Infectious mononucleosis)

هذه العدوى شائعة نسبياً، وتظهر الأعراض عادة عند البلوغ المبكر، وقد يعاني الأطفال من عدوى دون السريري. ويُؤكّد التشخيص عن طريق الاختبارات المعملية، التي ينبغي أن تشمل فيلم الدم، وتعداد الكريات البيضاء التفرقي. وأثناء الأطوار الحادة من العدوى، يظهر عند المرضى خلايا وحيدة النواة "لانمطية" (خلايا دونسي) (Dauncy cells)، ويكون هناك كثرة للمفاويات. وفي الماضي كان اختبار بول بونيل (Paul-Bunell test) يُستخدم من أجل الكشف عن الضد المغاير الموجود في مصل المريض، الذي يُسبب تراص الكريات الحمراء في أنسجة الغنم. وقد تم استبدال هذا الاختبار في معظم المعامل باختبار التراص بواسطة الشريحة، الذي يُسمى "أحادي البقعة".

المظهر السريري

المريض المصاب بحُمى في الغدة، يشعر أنه عليل ومصاب بحُمى وتضخم في العقد اللمفية، التي ربما تنتشر خلال الجسم بالكامل. وتتنوع شدة هذه الأعراض بشكل كبير جداً، وتمتد من نوبة صغيرة، ربما تمرُّ بشكل غير ملحوظ تماماً، إلى حالة تتطلب دخول المستشفى.

وفي المراحل المبكرة من هذه العدوى، قد يكون التهاب الحلق والتقرح الفموي مكدرًا جداً، ويكون التقرح غير نوعي تماماً، ولكنه قد يكون واسع الانتشار. وكما هو الحال في الظروف المشابهة، يكون العلاج بإزالة أعراض القرحة الفموية، باستخدام غسول الفم المضاد الحيوي؛ هو الإجراء الوحيد المفيد. وقد تُرى الحَبَرَات عند الموصل بين الحنك الصلب والرخو، وتكون مُعالجة هذه الحالة بإزالة الأعراض، وقد يكون الشفاء مطولاً جداً في الحالات الشديدة.

عدوى الفيروس الكوكسائية (Coxsackievirus infectios)

تنقسم هذه المجموعة من الفيروسات إلى الفيروسات الكوكسائية مجموعة A، والفيروسات الكوكسائية مجموعة B.

الثلاثي التوائم. وهناك بعض الأدلة على أنّ الاستخدام المبكر للمعالجة المجموعية المضادة للفيروس، قد تُقلل من المضاعفة التالية للعدوى، وهي ألم العصب التالي للهربس (الفصل الخامس عشر). ويُستخدم العلاج الموضعي في حالة الآفات الفموية، كما في التهاب الفم بالهربس البسيط (تتراسيكلين غسول الفم) على الأساس المنطقي نفسه، ومع نتائج مشابهة، ولو كانت أبطأ. وربما تكون واحدة من أكثر وظائف الطبيب السريري أهمية، الذي يُواجهه حالة من الهربس النطاقي؛ هي أن يكون على وعي باحتمالية إصابة القرنية، وأن يضع المريض تحت العناية الملائمة إذا ظهرت أي أعراض مهما كانت طفيفة.

ينبغي أن يُعالج الهربس النطاقي (خاصة إذا أصيب العصب الثلاثي التوائم) بأسرع ما يُمكن، بالمعالجة المجموعية المضادة للفيروس، مثل أسيكلوفير أو فامسيكلوفير.

عدوى فيروس إيبشتاين بار**(Epstein- Barr virus infection)**

يُؤدّي فيروس إيبشتاين بار جزءاً في أمراض عدد من الحالات التي تُصيب المنطقة الفموية الوجيهة، وتشمل كثرة وحييدات النواة (mononucleosis) (الحُمى العُقيدية) (glandular fever). إن فيروس إيبشتاين بار مكوّن للورم، كما أنه يرتبط بتكوين الأورام اللمفية الخبيثة (لقومة بيركت) (Burkitt's lymphoma) في إفريقيا، كما أنه مرتبط بالسرطانة الأنفية البلعومية، خاصة في جنوبي الصين. وقد تم مناقشة ارتباط فيروس إيبشتاين بار مع الطلوان الأشعر الفموي في المرضى منقوصي المناعة، خاصة هؤلاء المصابين بعدوى فيروس العوز المناعي البشري في فصل الإيدز.

جدول (٤، ١٣). الملامح السريرية لعدوى الفيروس الكوكسائية.

مرض اليد و القدم و الفم - الكوكسائية A ١٦ (لآخرين: A ، ٥ ، A

(١٠)

حوصلات/قُرح في داخل الفم.

طُفح بُقعي مع تحوُّصل على

السطح الراحي للأيدي

السطح الأمامي للأقدام

توعك

المدة: ٧ أيام.

وبائيات مصغرة

الذباح الهربسي - الكوكسائية A (معظم الأُمَاط)

التهاب الحلق وتوعك.

حوصلات/قُرح على الحنك والبلعوم.

المدة: ٣-٥ أيام.

الذباح الهربسي (Herpangina)

يحدث الذباح الهربسي بشكل سائد بعدوى الفيروسات الكوكسائية A، وهي عدوى طفيفة تُرى غالباً (ولكن ليس تماماً) في الأطفال، ويحدث الذباح على شكل وبائيات مُصغرة. ويشكو المريض من درجة متوسطة من التوعك والتهاب الحلق، بينما يكون هناك أحياناً درجة صغيرة من ضعف العضلات والألم أيضاً. وتظهر الآفات الحويصلية الصغيرة في الجزء الخلفي من الفم، وعلى وجه التحديد على الحنك الرخو، ولا تكون هذه الآفات مميزة للحالة بشكل خاص، ولكنها تشبه الآفات الأخرى المُستحثة بالفيروس، ويمكن تمييزها فقط بواسطة توزيعها النمطي، وهي حالة محددة ذاتياً. وتتلاشى الآفات بعد حوالي ٣-٥ أيام، وتكون المضاعفات نادرة للغاية.

وتكون فيروسات المجموعة A المسؤولة بشكل أساسي عن نوعين من العدوى، يُصيبان المنطقة الفموية البلعومية، وهما: "مرض اليد والقدم والفم"، ومرض الذباح الهربسي. وهما غير شائعين نسبياً، ولكنهما يميلان إلى أن يُحدثا كوبائيات مصغرة؛ لأنهما مُعديان بشدة. والفيروسات الافتراضية، والمظهر السريري، وعلاج تلك العدوى مُلخَّص في جدول (٤، ١٣). ويكون علاج كلا النوعين من العدوى بإزالة الأعراض.

مرض اليد و القدم و الفم

(Hand, foot, and mouth disease)

ينتج مرض اليد والقدم والفم (وهو مختلف عن "مرض القدم والفم") بواسطة الفيروس الكوكسائية مجموعة A، وعادةً نمط ١٦، بينما الأقل شيوعاً نمط: ٥ و ١٠. وقد حدث عدد من الوبائيات الصغيرة من هذه الحالة، وتم وصفها بالتفصيل. وقد أصابت إحدى هذه الوبائيات الصغيرة طلاب وأطباء المستشفى في مستشفى طب الأسنان. وتكوَّنت الآفات الفموية في هذا الوباء من قرح صغيرة نسبياً، تُشبه القرح القُلاعية الصغيرة، وكانت قليلة في العدد، ومُوزَّعة خلال المخاطية الفموية. إنَّ الآفات الفموية التي لوحظت بواسطة أحد مؤلفي الكتاب، وحدثت أيضاً في طاقم العاملين بمستشفى طب الأسنان، التي تم تأكيدها بواسطة مجال كامل من الفحوصات، كانت في الواقع مُكوَّنة من فقاعات تفتَّتت لاحقاً، لتنتج تآكلات على المخاطية، وكان الألم الناتج منها عابراً. وتكوَّنت آفات اليدين والقدمين من طُفح بُقعي أحمر اللون، وكل بُقعة تُحيط بشكل محدد بحويصلة عميقة المقعد. وكانت أعراض البنية الجسدية، التي تم مُعاناتها بالتجربة للمرضى، ذات طبيعة طفيفة، وتشمل توعكاً بسيطاً، مع أدنى ما يكون من الألم والإزعاج، وتزول الأعراض في حوالي أسبوع.

حطاطي، ولكنه يزول بعد أيام قليلة، ويُبَيِّ اختفاء هذا الطفح بعملية الشفاء. وهناك مضاعفات محتملة الخطورة ناتجة من العدوى بالحصبة في حالات قليلة، وتشمل التهاب الدماغ والالتهاب الرئوي. وتكون المعالجة بإزالة الأعراض، مع القيام بعمل التدابير العامة الملطفة. وقد تكون المضادات الحيوية مطلوبة لعلاج المضاعفات، مثل التهاب الأذن الثانوي، أو التهاب الرئوي.

عدوى فيروس الورم الحليمي البشري

(Human papillomavirus infections)

هناك أكثر من ١٠٠ من فيروسات الورم الحليمي البشري المختلفة، تستطيع أن تُسبب آفات ثؤلولية على الجلد والأغشية المخاطية. ويُرى الثؤلول الشائع (ثؤلول شائع) (verruca vulgaris) بشكل غالب على الجلد والمخاطية الفموية، ولا يمكن تمييزه عن الورم الحليمي ذي الخلايا الحُرشفية (squamous cell papilloma) (الفصل التاسع). والمظهر السريري عبارة عن آفة "شبيهة بالقرنبيط". وغالباً ما تكون الآفات التي بداخل الفم، أو تلك التي تصيب الشفاة ناتجة من التلقيح الذاتي، عن طريق القيام بعملية مضغ التآليل التي تكون على الأيدي. ومرض هيك (Heck's disease) مظهر فموي نادر لعدوى فيروس الورم الحليمي البشري في الفم، وستتم مناقشته في الفصل التاسع. وقد يحدث الثؤلول المنقول جنسياً (ورم لُقمي مُؤنّف) (condyloma acuminatum) في الفم، بوصفه نتيجة للمخالطة الجنسية الفموية التناسلية، ويظهر على شكل آفات حُلِمِيَّة وريدية اللون ورخوة، خاصة على الحنك واللسان. ويرتبط سرطان عنق الرحم بعدوى فيروس الورم الحليمي البشري.

فيروس العوز المناعي البشري و الإيدز

(Human immunodeficiency virus and AIDS)

فيروس العوز المناعي البشري، فيروس قهقري (retrovirus) مسؤول عن متلازمة العوز المناعي المكتسب

عدوى الفيروسه المخاطية (Paramyxovirus infections)

تشمل الفيروسه المخاطية فيروس النكاف، والفيروسه الحُصْبِيَّة التي تُسبب الحُصْبَة. وتقع هذه العدوى ضمن هذا الفصل؛ لأنَّ كلاً منهما له مظاهر فموية وجهية.

النكاف (Mumps)

يتميز النكاف بأنه تورم ثنائي الجانب للغدد النكفية، على الرغم من إمكانية حدوث تورم غُدِّي أحادي الجانب، ويكون إصابة الغدة التي تحت الفك السفلي أقل شيوعاً. وعادة ما تظهر قنوات الغدة اللعابية حمراء ومُلتَهَبَة، وأحياناً يذكر المرضى جفاف الفم. وقد يكون هناك ضَرْزاً، وتكون الغُد مُؤلمة للغاية، ومُوجعة عند اللمس. وتشمل مضاعفات النكاف، التهاب البنكرياس، والتهاب الدماغ، والتهاب الحُصْبِيَّة، والتهاب المبيض، والصَّمَم. وفيما يتعلق بكبار السن، فإنهم يكونون على خطر تطور المضاعفات. وتكون المعالجة بإزالة الأعراض، مع القيام بعمل التدابير العامة الملطفة (انظر الفصل الثامن).

النكاف

- فترة الحضانة: ١٤-٢١ يوماً.
- الانتقال: الإفرازات التنفسية واللعب.
- تضخم الغدة اللعابية، وعادة إصابة ثنائية الجانب للنكفية.
- ضَرْز.
- التشخيص: حسب المظهر السريري.

الحصبة (Measles)

عادة ما تظهر الحصبة بوصفها علة حُمِيَّة مجموعية، مع تفريغ أنفي في البداية (المرحلة النزلية). ويُقع كوبليك (Koplik's spots)، بُقع بيضاء مُزْرَقَة بحجم ثقب الإبرة، وحولها هالات حمراء قاتمة، تظهر على المخاطية الحُدِيَّة، وتختفي بعد ٣-٤ أيام. ثم يظهر بعدها طفح جلدي بُقعي

المرتبطة بالإيدز. وكان أزيدوثايميدين (azidothymidine) أول دواء مضاد للفيروس القهقري تم ترخيصه لعلاج فيروس العوز المناعي البشري وهو مُثبِّط لإنزيم البروتياز. وقد يتحسَّن المآل للمرضى مع تطبيق المعالجات الدوائية المتعددة. وتتكوَّن المعالجة الثلاثية من مزيج من الأدوية، يتضمَّن مُثبِّط البروتياز، مثل (أزيدوثايميدين)، ومُثبِّطات نُوكليوزيد إنزيم المُنتسخة العكسية، ومُثبِّطات لَانُوكليوزيد إنزيم المُنتسخة العكسية. وتكلفت تلك الأنظمة الدوائية عالية، ولا تستطيع دول العالم الثالث شراءها، كما أنه لم يثبت حتى الآن الفاعلية طويلة المدى لهذه الأدوية.

جدول (٤، ١٤). تصنيف مراحل عدوى فيروس العوز المناعي البشري.*

| المجموعة | الوصف |
|--|--|
| I | الاعتلال الناتج من نماء الأجسام المضادة في مصل الدم. |
| II | عدم الأعراض. |
| III | تضخم العقد الليمفية المستدم العمومي. |
| IVA | الداء البنيوي (الصحي). |
| IVB | المرض العصبي. |
| IVC | المرض الثانوي المعدني. |
| IVD | الأورام السرطانية الثانوية. |
| IVE | الحالات الأخرى. |
| * كما تم اقتراحه بواسطة مركز ضبط المرض، الولايات المتحدة الأمريكية (Center for Disease Control. USA) | |

المظاهر الفموية لعدوى فيروس العوز المناعي البشري:

إن المظاهر الفموية لعدوى فيروس العوز المناعي البشري ذات أهمية عظيمة، ويتم تصنيفها إلى مجموعتين: مجموعة ١، وتشمل الآفات الشائع ارتباطها بعدوى فيروس العوز المناعي البشري. وتشمل مجموعة ٢ الآفات الأقل شيوعاً في ارتباطها

(الإيدز). وقد عُزل الفيروس القهقري البشري الأول، وهو الفيروس الليمفي الغذائي للخلايا التائية البشرية نمط ١ (human T-cell lymphotropic virus type I) في عام ١٩٨٠م من مريض مصاب بابيضاض الدم بالخلايا التائية. وقد عُرفت المظاهر السريرية لعدوى فيروس العوز المناعي البشري أولاً في عام ١٩٨١م. وولد المنشأ للفيروس غير معروفة، مع أن هناك دليلاً افتراضياً قوياً إلى حد ما، بأن المركز الأولي للنشاط كان في إفريقيا الوسطى. وتُمثِّل عدوى فيروس العوز المناعي البشري مشكلة سريعة التوسُّع بشكل عالمي، مع أن التكهن حول انتشاره في هذه الظروف، يعدُّ عملية صعبة جداً، ولا يوجد أي درجة من التأكد حول أعداد المرضى في المستقبل. ويُعتقد حالياً أنَّ انتقال الفيروس يكون بشكل سائد عن طريق الدم، والنواتج الدموية، والمُني. ويحدث الانتقال في الفترة المحيطة بالولادة، والفترة التالية للولادة في حوالي ٢٠ في المائة من الرُضع المولودين لأمهات مُصابات بالعدوى.

وعملياً الأمراض المسببة للمرض المُستحث بعدوى فيروس العوز المناعي البشري مُعقَّدة، وخارج نطاق هذا الكتاب. والتأثير الأكثر أهمية للفيروس يتمثَّل في العدوى، وما ينتج عنها من تعطيل للخلايا المُعبَّرة عن عنقايد التمايز ٤ (CD4)، وهذه هي الخلايا التائية مفرطة التحسس من النمط المُساعد والآجل. والعدوى بالفيروس عملية بطيئة، وفي النهاية يكون جهاز المناعة للمضيف عاجزاً وظيفياً. وتم اقتراح تصنيف مراحل عدوى فيروس العوز المناعي البشري، وهو مُوضَّح في جدول (٤، ١٤).

إن معالجة المرضى المصابين بعدوى فيروس العوز المناعي البشري، عملية مُعقَّدة، ولكنها تتضمَّن العلاج المضاد للفيروس القهقري، وعلاج العدوى الانتهازية، مثل (داء المبيضات، وعدوى فيروس الهربس، وُلْتِكيسَة الرئويَّة الجُجُجِيَّة *(Pneumocystis carinii)*، والأورام الخبيثة

داء المبيضات في عدوى فيروس العوز المناعي البشري

كما تمت الإشارة إليه في هذا الفصل، أنه ينبغي دائماً الأخذ في الاعتبار، أن عدوى المبيضات الفموية دليل على صحة علية بشكل عام، وكذلك تعدُّ العلامة المبكرة الموجودة في حالة مريض الإيدز المبكر. أما العدوى الفموية الفيروسية، والفطرية، والبكتيرية الأخرى، فأقل احتمالاً بكثير، ولكنها تحدث. ومن ناحية أخرى، ينبغي أن يُوقظ حدوث عدوى المبيضات غير المبررة الاشتباه، خاصة عندما ترتبط العدوى بعلامات وأعراض مستديمة أخرى، مثل تضخم العقد الليمفية العمومي، والتوعك، والحُميات المتقطعة، وفقدان الوزن. وتم مناقشة داء المبيضات الفموية بالفعل في هذا الفصل، وسوف يُناقش التهاب الشفة الزاوي إضافياً في الفصل السادس. ويحدث داء المبيضات الحُمَاموي على نحو شائع في الأفراد المصابين بعدوى فيروس العوز المناعي البشري، ويصيب الحنك الصلب، والرخو، واللسان، والمخاطية الحُدّية. ويكون غالباً داء المبيضات الغشائي الكاذب مزمنًا، وقد يحدث التهاب الشفة الزاوي أيضاً.

الطلوان الأشعر و عدوى فيروس العوز المناعي البشري

تم وصف "الطلوان الأشعر" في عدد كبير من المرضى المصابين بعدوى فيروس العوز المناعي البشري. ويحدث المرض على الهوامش الجانبية من اللسان، ويكون له مظهر مطوي، أو مُموج، أو "أشعر"، وبشكل عام يكون عديم الأعراض. ومع أن المبيضات قد تكون مرتبطة بالآفة، إلا أنه لا يبدو أن تكون تلك الآفة هي "طلوان المبيضات"، أو داء المبيضات مفرط التنسُّج الزمن، كما سبق وصفه سابقاً في هذا الفصل. ويبدو أن الآفة تكون مرتبطة بفيروس إيبشتاين-بار (هربس، نمط ٤)، كما تم إيضاحه في كل من الدراسات الكيميائية النسيجية والمناعية. ومن المقترح أن الطلوان الأشعر يعدُّ مؤشراً سريريّاً قوياً للكبت المناعي في المرضى المصابين بفيروس العوز المناعي البشري، ويكون مُنبئاً عن حدوث الإيدز في نهاية

بالعدوى (جدول ٤.١٥). ويجدر الانتباه إلى ما يتعلّق بالتغيّرات التي قد تظهر في التجويف الفموي لمريض مصاب بعدوى فيروس العوز المناعي البشري، والتي لم يتم تشخيصها فيما بعد. وتعتمد التغيّرات الفموية المُحتملة على زيادة الاختزال في الترسُّد المناعي، الذي يظهر إما على هيئة عدوى أو أورام. ويعدُّ داء المبيضات العدوى الأكثر احتمالاً.

جدول (٤,١٥). المظاهر الفموية لعدوى فيروس العوز المناعي البشري.

الأمراض المرتبطة بشدة بعدوى فيروس العوز المناعي البشري:

داء المبيضات.

حُمَاموي.

غشائي كاذب.

الطلوان الأشعر.

أمراض أنسجة حول السن.

حُمَامي لثوي خطي.

التهاب اللثة التقرحي الناحر.

الالتهاب التقرحي الناحر للأنسجة حول السن.

عَرَن كابوزي.

ورم ليمفي.

آفات أقل شيوعاً في ارتباطها بعدوى فيروس العوز المناعي البشري:

عدوى المتفطرات.

التصبغ الملاني.

التهاب الفم الناحر (التقرحي).

مرض الغدة اللعابية الكيسي.

فرقرية قليلة الصفيحات (Thrombocytopenic purpura).

تقرح غير نوعي.

عدوى فيروسية تشمل الهربس البسيط، والهربس النطاقي، وعدوى

فيروس الورم الحبيبي البشري.



شكل (٤،٨). غَرَن كَابوزي في اللثة.

الورم الليمفي (Lymphoma)

ترتبط الليمفومة اللاهودجكينية (Non-Hodgkin's Lymphoma) بشكل شائع بعدوى فيروس العوز المناعي البشري، وقد تظهر بوصفها تَوَرماً أو آفة تقرحية في الفم.

وتشمل آفات المجموعة ٢، مدى واسع من العدوى الانتهازية (جدول ٤.١٢)، متضمنة الآفات المرتبطة بفيروس الورم الحليمي البشري، الذي قد يصيب التجويف الفموي. ويرتبط أيضاً تَوَرماً الغدد اللعابية، وجفاف الفم (الفصل الثامن)، والتصبغ الملانيني بعدوى فيروس العوز المناعي البشري.

مناقشة الحالات ذات المشاكل

مناقشة حالة (٤،١)

س ١: ما النصيحة التي ينبغي أن تعطى لهذه السيدة؟
يُمكن نُصح المريضة أن تستخدم مستحضراً موضعياً مضاداً للفيروس، مثل كريم أسيكلوفير أو بينسيكلوفير. ويجب أن يُوضع خمسة مرات يومياً بدايةً في مرحلة البوادر للآفة، وذلك عند شعورها لأول مرة بإحساس "وخز" في الشفاه. وفي الحالات المُقاومة للعلاج، أو عندما ترجع الآفات على فترات منتظمة؛ فحينئذ يكون وَصْف جرعة وقائية من أسيكلوفير المجموعي

الأمر. ولا يعني هذا أنه آفة ذات قدرة كبيرة على التحوُّل إلى آفة محتملة الخباثة، حيث إنه لم تُوصف حالات من التحوُّل الخبيث في الطلوان الأشعر حتى الآن.

مرض أنسجة حول السن في عدوى فيروس العوز المناعي البشري

تم وصف ثلاثة مظاهر لأنسجة حول السن في فيروس العوز المناعي البشري، وهي: الحُمامي اللثوي الخطي، ويظهر كشريط أحمر على اللثة الهامشية، ولا يرتبط بشكل خاص بصحة الفم الرديئة. ثم التهاب اللثة التقرحي الناخر المرتبط بالألم والنزف التلقائي، ثم التهاب التقرحي الناخر لأنسجة حول السن، ويخرب كما أنه يتقدّم بسرعة.

غَرَن كَابوزي (Kaposi's Sarcoma)

الورم الأكثر احتمالاً للحدوث في مريض الإيدز، هو غَرَن كَابوزي (شكل ٤.٨). والفم، وتحديدًا مخاطية الحنك الصلب، تعدُّ المقر الشائع لهذه الآفة، وهي في الحقيقة شكل من الليمفومة المنتشرة، فضلاً عن أن تكون ورماً منفصلاً. وتوصف الآفة على أنها آفة مُصطبغة وغير مؤلمة وعُقدوية قليلاً، مع مظهر تُسجي مميز بالمخاطية. وقبل التعرف إلى الإيدز، كان يُعتقد أنها آفة نادرة محصورة في المرضى المسنين ذوي المجموعات المتنوعة المحدودة عرقياً (شعوب البنتو، واليهود، والإيطاليين)، أو في المرضى الذين يتناولون معالجة كابتة للمناعة. ويُقال الآن: إنَّ ظهور غَرَن كَابوزي في أنواع أخرى من المرضى، يكون في الواقع واصماً للإيدز النشط. ويُعتقد أن الرجال اللواطيين أكثر عرضة للإصابة بغَرَن كَابوزي عن المجموعات الأخرى المُصابة بفيروس العوز المناعي البشري. ويُعتقد الآن أن فيروس الهريس ٨ (الفيروس الهريسي البشري -٨) له دور في سبببات هذا الغَرَن.

للعُدوى، وقد يتطوّر المريض حينئذٍ بأنه ضمن مجموعة الخطر لعدوى فيروس العوز المناعي البشري. وليس من الملائم دائماً في جراحة طب الأسنان، سؤال المرضى عن نهج حياتهم، أو الطريقة الجينية، ولكن قد يتمنى المريض لو يبوّح بسر هذه المعلومة. وينبغي أن يكون المرضى قادرين على مناقشة تاريخهم الطبي في خصوصية، ولا بد دائماً الأخذ بعين الاعتبار سرّية المعلومات من جانب كل طاقم مستشفى طب الأسنان.

وينبغي وصف مضادات موضعية أو مجموعة للفطريات، مثل (فلوكونازول) للمريض، في حين انتظار نتائج الأحياء المجهرية للعينة، وكذلك وصف غسول فم موضعي مسكن؛ لتقليل عدم الارتياح الفموي.

وينبغي نصّح المريض أن يحافظ على تناول السوائل، وأن يأكل أطعمة ليّنة، ومن الضروري كذلك القيام بعمل الفحوصات الإضافية، متضمنة مجال كامل من اختبارات الدم، والمتابعة في وحدة اختصاصي طب الفم (أو الجراحة الفموية). وقد يستلزم الأمر إجراء اختبارات فيروس العوز المناعي البشري للمريض، ولكن ينبغي عمل هذا فقط بعد الاستشارة المهنية، وهذا متاح عادة في قسم الطب التناسلي البولي.

مشاريع

١- يُؤدّي الانتشار الواسع، وغالباً الاستخدام غير الملائم للمضادات الحيوية، إلى ظهور البكتيريا المقاومة للمعالجة. ومن المعروف جداً أنّ المقاومة للمضادات الحيوية تنتقل من نوع من البكتيريا إلى آخر. اكتشف الوسائل المختلفة للتبادل الجيني في البكتيريا.

٢- ما الاختبارات المعملية المستخدمة حالياً لتشخيص عدوى فيروس العوز المناعي البشري؟ ولماذا يُوصى المرضى بالاستشارة المهنية قبل عمل اختبارات فيروس العوز المناعي البشري؟

(بخصوص الجرعة، انظر ورقة البيانات للمُصنّع)؛ مُبرراً. ويبدو أن التعرّض للشمس يهيئ للآفات عند هذه السيدة، ويجب أن يُستخدم مستحضر حاجب للأشعة الشمسية للشفاة، ويكون ذا درجة حماية عالية من الشمس. ومن الأصوب أن تُذكر المريضة أن قرح الزكام تكون مُعدية بشدة، ويجب أن تكون حذرة، وألا تشارك أعضاء العائلة الآخرين في المناشف، أو الأكواب، أو أدوات المائدة. ويكون هناك أيضاً خطر من الانتقال الفموي التناسلي أثناء النشاط الجنسي.

س ٢: هل تُمثّل الآفة الموجودة على شفتها خطراً بالنسبة لأعضاء فريق طب الأسنان؟

جدير بالاعتبار أنّ الدواجس الهربسية (herpetic whitlows)، كانت خطراً مهيناً للعاملين في الرعاية الصحية للأسنان قبل استخدام القفازات المُحصّنة، وتحدث الدواجس الهربسية نتيجة المخالطة مع مريض مُصاب بأفة هربسية على شفتيه. وقد يُلقح المرضى الذين يقومون بعض أطرافهم ذاتياً بفيروس الهريس البسيط الخاص بهم، وينتج عن ذلك إصابتهم بالداجس الهربسي، الذي يكون مؤلماً للغاية، ومن الصعب معالجته.

مناقشة حالة (٤،٢)

س ١: كيف يمكنك معالجة هذا المريض؟

ينبغي عليك أن تُخبر المريض عن عدواه بالمبيضات، وتوضّح له أنّه من المهام الفحص؛ من أجل معرفة السبب المستبطن، أو العامل المباشر. والاستجواب المُفصّل عن تاريخه الطبي وصحته العامة أساسي، مع التأكيد الخاص على المعالجة الحديثة بالمضادات الحيوية أو الستيرويدية (متضمناً المناشوق الستيرويدية المستخدمة من أجل علاج الربو). وقد يكون هناك تاريخ عائلي من داء السُكّري؛ ولذا ينبغي سؤال المريض أسئلة نوعية ذات علاقة بأعراض السُكّري. وفي هذه المرحلة، يمكن سؤال المريض عن معرفته لأي سبب يجعله على استعداد

التقرح الفموي (Oral ulceration)

- التقرح الرضحي (Traumatic ulceration)
 - السبببات
 - الملامح السريرية
 - التدبير العلاجي
- التهاب الفم القلاعي الراجع (Recurrent aphthous stomatitis)
 - الملامح السريرية
 - سبببات التهاب الفم القلاعي الراجع
 - دراسة أمراض الأنسجة و الأمراض المناعي لالتهاب الفم القلاعي الراجع
 - الحالات المجموعية والآفات الشبيهة بالتهاب الفم القلاعي الراجع
 - معالجة التهاب الفم القلاعي الراجع
- داء بهجت (Behçet's disease)