

## أمراض الشفاه واللسان واضطرابات التذوق والبخر (Diseases of the lips and tongue and disturbances of taste and halitosis)

معرفة ما إذا كانت هذه المشاكل مرتبطة بمتلازمة داون، وتساءل  
عما إذا كان العلاج ممكناً عن طريق الجراحة.

س ١: ما النصيحة التي ينبغي أن تعطىها لوالدة هذه  
الفتاة؟

س ٢: ما العوامل الأخرى التي يجب أن تؤخذ في الاعتبار  
عند علاج الأسنان لمريض متلازمة داون؟

### حالة (٦,٣)

حضر بستاني متقاعد يبلغ من العمر ٦٠ عاماً إلى  
عيادتك، يطلب عمل بدلات سنوية جديدة. وعند الفحص  
وجدت جلبة (تقشير) في شفته السفلى، وأوضح الجس مناطق  
من الثخن، وبعض الصلابة (الجُمود). ومع السؤال الدقيق،  
ذكر هذا الرجل أن شفته بدت هكذا في ٤-٥ سنوات  
الآخيرة، وأنها تصبح أكثر سوءاً في الجو البارد. وقد قام بوضع  
الفازلين (Vaseline) على الشفة السفلى.

س ١: كيف يمكنك معالجة هذه الحالة؟

س ٢: ما التشخيص التفريقي لحالة الشفاه؟

### حالات ذات مشاكل

### حالة (٦,١)

حضرت طالبة تبلغ من العمر ٢٠ عاماً إلى عيادة الجراحة  
الخاصة بك، وكانت تشكو من بُقع حمراء على لسانها،  
وتنتقل هذه البقع من منطقة إلى أخرى على اللسان، وكانت  
هذه البقع موجودة منذ عدة سنوات، ولكنها كانت بدون  
أعراض سابقاً، طالما أنها تتجنب الطعام المُتبل. ومؤخراً،  
لاحظت الفتاة أن لسانها متقرح بشكل دائم. وذكرت هذه  
الطالبة أيضاً أنها تشعر بالتعب طوال الوقت، وأنها تبدو إلى  
حد ما شاحبة.

س ١: كيف يمكنك معالجة هذه الحالة؟

### حالة (٦,٢)

حضرت بنت تبلغ من العمر ٧ سنوات، تعاني من  
متلازمة داون (Down's syndrome)، إلى عيادة الجراحة  
الخاصة بك؛ من أجل العناية الروتينية للأسنان. وكانت  
والدتها قلقة بسبب أن البنت لديها شق في وسط شفثها  
السفلى، كما أنها لاحظت أيضاً أن لسان ابنتها يبدو كبير  
الحجم جداً بالنسبة إلى حجم فمها. وأبدت الأم رغبتها في

## مقدمة

بالآفات الموضعية). وغالبًا يحضر المرضى المصابون بالورام الحبيبي الفموي الوجهي (orofacial granulomatosis) إلى عيادات طب الفم بتورم الشفاه، الذي يكون مشوهًا من الناحية الجمالية (الفصل الثاني عشر). وقد تظهر الوذمة الوعائية- سواء كانت ناتجة من تفاعلات الحساسية أو بدونها- في البداية مع تورم الشفاه، ويُخطئ فيها على أنها مشكلة فموية موضعية، مثل العدوى. وسيتم مناقشة الوذمة الوعائية بشكل إضافي في الفصل الرابع عشر.

### التهاب الشفة الزاوي (التهاب زوايا الفم، وتشقق الصور، والصمغ)

التهاب الشفة الزاوي- التهاب واحدة ( أو كل ) من زاويتي الفم- يعدُّ حالة شائعة نسبيًا. وقد تمت مناقشة علاقتها بعدوى المبيضات بشكل كامل في الفصل الرابع.

جدول (٦، ١). أسباب تورم الشفاه.

المُنتشر	الموضعي
الوذمة الوعائية (ناتجة عن تفاعل الحساسية أو بدونها)	القيلة المخاطية (mucocele)
الوذمة (رضح أو عدوى)	خراج الورم الدموي
الورم الحبيبي الفموي الوجهي	أورام الغدد اللعابية
مرض كرون	سرطان الخلايا القاعدية
الورم الوعائي	سرطان الخلايا الحرشفية
الورم الوعائي الليمفي	ورم شائكي مُتقرن

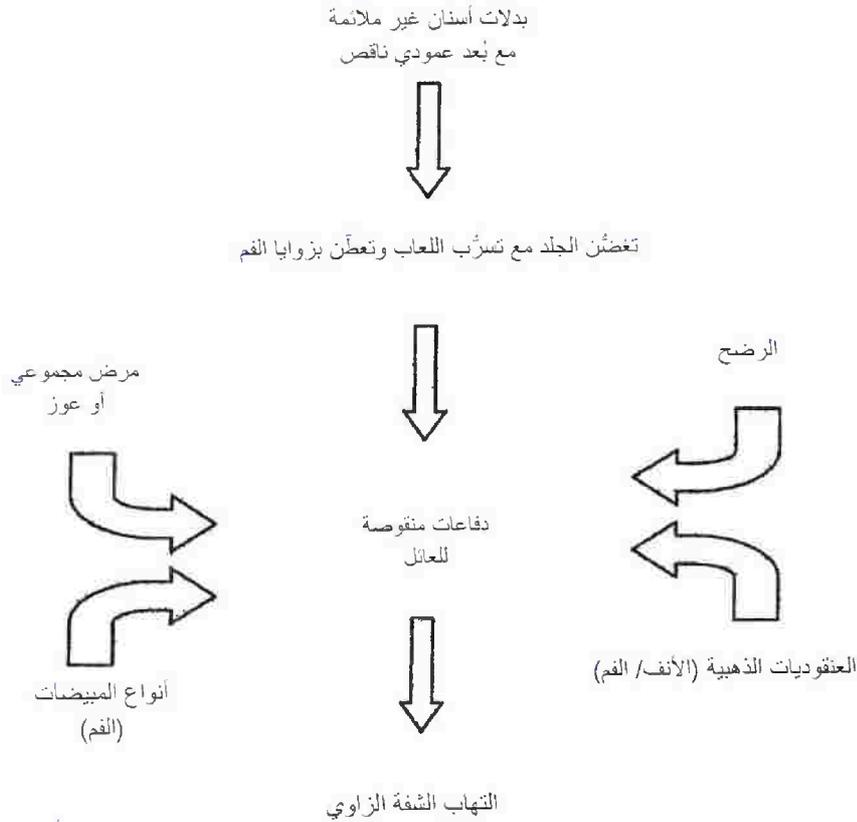
تستحق بعض الآفات التي تؤثر على الشفاه واللسان وصفًا منفصلاً. ومع أنّ العديد من الحالات التي تتضمن المخاطية الفموية، قد تؤثر بشكل عام أيضًا على الشفاه واللسان، إلا أن هناك حالات أخرى تُصاب فيها هذه البُنى بشكل نوعي. وقد يكون من الصعب تشخيص حالة المرضى مع هذه الشكاوى، وعلى وجه الخصوص، من الصعب التفريق بين الأعراض ذات الأساس الفسيولوجي، وتلك المُستحثة نفسيًا.

## أمراض الشفاه

تمثل الشفاه منطقة انتقالية بين الغشاء المخاطي الفموي وجلد الوجه، ومن ثم تُصاب في العمليات المرضية التي تُصيب كلا البُنى.

## تورم الشفاه

هناك تنوعٌ جدير بالاعتبار بين الأفراد والسلالات المختلفة في حجم الشفاه. وقد تكون تورمات الشفاه الشاذة منتشرة أو موضعية في منطقة محددة من الشفاه. والجدول (٦.١) يُلقي الضوء على بعض أسباب كلٍّ من تورم الشفاه الموضعي والمنتشر (يجب تشجيع القراء على مراجعة كتاب تدرّس علم أمراض الفم؛ للحصول على المزيد من المعلومات الخاصة



شكل (٦,١). العوامل المتضمنة في أمراض التهاب الشفة الزاوي. (مُعَدَّلَةٌ بتصريح من شكل (٢٦,١٣) في:

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

البيضاء (*C. albicans*) (شكل ٦,٢)، أو العنقودية الذهبية (*S. aureus*)، (أو كليهما)، وغيرها من البكتيريا، التي تتضمن العقديات بيتا المحللة للدم (B-hemolytic streptococci). وفي بعض الحالات، يكون التهاب الشفة الزاوي نتيجة حالة مجموعية مُستبطنة، أو عوز يُؤدي إلى دفاعات منقوصة للعائل (جدول ٦,٢). ولا بد من القيام بإجراء تشخيصي منهجي لهؤلاء المرضى (جدول ٦,٣)، وأن يُوجَّه العلاج بحسب نتائج الفحوصات (جدول ٦,٤). والمُعَالَجَةُ المُضَادَّةُ لِلْمِكْرُوبَاتِ لالتهاب الشفة الزاوي مُلَخَّصَةٌ في جدول (٦,٥). وتمت مناقشة المُعَالَجَةُ المُضَادَّةُ لِلْفَطْرِيَّاتِ بِالكَامِلِ في الفصل الرابع.

التهاب الشفة الزاوي هو حالة متعددة العوامل، وتشمل على عدد من العوامل المؤهِّبة الموضعية والمجموعية (شكل ٦,١).

التهاب الشفة الزاوي حالة متعددة العوامل، وتشمل عددًا من العوامل المؤهِّبة الموضعية والمجموعية.

وفي معظم الحالات تُصاب الطيَّات العميقة عند زوايا الفم بالرضح؛ نتيجة للترطيب المستمر باللعاب. وهذه الطيَّات الزاويَّة تظهر نتيجة للترتيب التشريحي، وفي العديد من الحالات، تكون نتيجة لبَدَلَاتِ الأَسْنَانِ غير المقبولة، خاصة ذات البعد العمودي الناقص. ويبي ذلك حدوث العدوى الثانوية بواسطة المبيضات

جدول (٦,٣). فحوصات المرضى المصابين بالتهاب الشفة الزاوي.

التاريخ: الأسئلة الأساسية:
اعتلال الصحة العام.
أمراض مجموعة معروفة.
أدوية مسببة لجفاف الفم.
العلاج بالمضادات الحيوية أو الستيرويدات.
التاريخ الاجتماعي متضمناً استخدام التبغ.
بدلات أسنان سيئة المطابقة.
ارتداء بدلات الأسنان ليلاً.
الإشعاع العلاجي.
الأدوية السامة للخلايا.
الفحص: قم بالفحص للكشف عن:
علامات فقر الدم.
تضخم العقد اللمفية.
تورم الغدد اللعابية.
داء المبيضات داخل الفم.
داء المبيضات الحماضويّ المُستحث بالبدلات السنّية.
الطلوان الصوّاريّ (داء المبيضات مُفرط التنسج المزمن).
جفاف الفم.
مظاهر الورم الحبيبي الفموي الوجهي.
بدلات أسنان سيئة الاطباق / بُعد عمودي ناقص.
فحوصات خاصة:
الأحياء الدقيقة.
أخذ العينات - التقنية ( لطاخة، مسحة، مضمضة فموية، حسب المتاح).
أخذ العينات - المكان (زوايا الفم، الحنك، السطح المطابق لبذلة الأسنان، المنخر الأمامي).
اختبارات الدم:
يُوصى بإجرائها إذا كان هناك اشتباه في وجود عامل مجموعي مستبطن، أو إذا فشلت التدابير العلاجية الموضعية في براء التهاب الشفة الزاوي.
عدّ الدم الكامل.
فيتامين ب ١٢ بالمصل والفيريتين، وفولات المصل، وفولات كرات الدم الحمراء (أو فولات الدم بالكامل).
غلكوكوز الدم.
اختبارات أخرى:
حسب ما يُوصى بها بعد عمل الفحوصات السريرية.



شكل (٦,٢). التهاب الشفة الزاوي مع وجود المبيضات.

وقد تؤدي الحالات القليلة الأخرى إلى شكل أكثر نوعية من التهاب الفم الزاوي. وعلى سبيل المثال، قد تظهر إكزيمة الوجه (التَّملة) (eczema) على زوايا الفم، وتُحاكي التهاب الشفة الزاوي البسيط. وفي هذه الحالة، يعتمد التشخيص بشكل كبير على التاريخ المرضي للمريض. ومن غير المحتمل أن يحضر المريض من البداية بإكزيمة أصابت زوايا الفم فقط. وتساعد الاستجابة السريعة لاستخدام الستيرويد الموضعي (مثل ١ في المائة كريم هيدروكورتيزون) على التأكد من التشخيص.

جدول (٦,٢). التهاب الشفة الزاوي بوصفه واصماً للمرض المجموعي.

فقر الدم.
عوز الحديد، أو فيتامين ب ١٢، أو الفولات.
الورم الحبيبي الفموي الوجهي (متضمناً مرض كرون).
عدوى فيروس العوز المناعي البشري (HIV).
داء السُّكري.
متلازمة شوغرين (والأسباب الأخرى لقصور الغدد اللعابية).

## شقوق الشفاه (Lip fissures)

تُرى التشقُّقات العمودية في الشفاه بشكل أقل شيوعاً عن التهاب الشفة الزاوي، ويكون الخط الناصف للشفة السفلى، أكثر الأماكن شيوعاً في الإصابة بالشقوق. وتكون هذه الشقوق غالباً مقاومة بشكل ملحوظ للعلاج التحفظي، وأحياناً يُؤيِّد الاستئصال الجراحي للآفات الأكثر مُقاومة. وتُصاب الغالبية العظمى من هذه الشقوق بالعدوى بالعنقوديات الذهبية، ويتكوَّن أكثر الأشكال المرضية للعلاج من إزالة العدوى الثانوية (باستخدام كريمات المضادات الحيوية الملائمة)، ويتبعه استخدام كريمات ستيرويدية. وبتابع مثل هذا النظام، يمكن حثُّ معظم تلك الشقوق على الالتئام - على الأقل - بشكل مؤقت. وقد يتطلَّب الأمر استخدام جرعة قصيرة من المضادات الحيوية المجموعية في بعض الحالات المُقاومة، ولكن يُوصى باستخدام الدواء الأمثل بعد عمل المزرعة، واختبار الحساسية للبكتيريا المُفترضة. وإذا كانت الأحياء السائدة المتضمنة هي المبيضات، وليس العنقوديات؛ فينبغي حينئذٍ تعديل العلاج بشكل ملائم. ومن أكثر أشكال العلاج نجاحاً، العمل بالعادة الأساسية، والذي يتمثَّل في إزالة العدوى الثانوية، ثم استخدام الستيرويد الموضعي. وتُظهر شقوق الشفة بتلك الطبيعة ميلاً ملحوظاً إلى الانتكاس، ويكون الشفاء الدائم غير مُحتمل. وتُرى شقوق الشفاه بشكل شائع في مرضى متلازمة داون على حد سواء مع التهاب الشفة الزاوي، ومن المحتمل أنها نتيجة للتنفُّس الفموي. وشقوق الشفاه أيضاً ملمح من ملامح الورام الحبيبي الفموي الوجهي (الفصل الثاني عشر).

تكون شقوق الشفاه المزمنة غالباً مُقاومة للعلاج التحفظي، وقد تنطلَّب معالجة جراحية.

## جدول (٦،٤). مُعالجة مرضى التهاب الشفة الزاوي.

إزالة العوامل الموضعية المُؤهبة:  
قم بفحص البِدلات السنينة، وحفظ نظافة البِدلات.  
قم بأمر المريض بترك البِدلات السنينة ليلاً.  
الإحالة لعلاج الأعواز المستبطنة أو المرض المجموعي.  
التزود بالمعالجة المضادة للميكروبات الملائمة (موضعية أو مجموعية) حسب ما يُوصى به، وفقاً لنتائج دراسة الأحياء الدقيقة، (انظر جدول ٦،٥).

## جدول (٦،٥). المُعالجة المضادة للميكروبات في التهاب الشفة الزاوي\*

المبيضات المعزولة:  
داخل الفم\*: مصائص نيستاتين (nystatin pastilles) أو أقراص المص أمفوتيريسين (amphotericin lozenges) (تُزيل المستودع الفموي للعدوى)  
زوايا الفم: مرهم نيستاتين  
العقديات الذهبية المعزولة  
زوايا الفم: كريم حمض الفوسيديك (fusidic acid)  
المنخر الأمامي: كريم ميوبروسين (mupirocin cream)،  
أو كريم حمض الفوسيديك  
العدوى الممزوجة:  
جيل أو كريم ميكونازول\*\*  
\* قد يكون فلوكانازول (fluconazole) المجموعي مطلوباً لعلاج التهاب الشفة الزاوي المقاوم للعلاج الموضعي أو للمرضى منقوصي المناعة.  
\* لحلول كلورهيكسيدين نشاط مضاد للبكتيريا ومضاد للفطريات، ويمكن استخدامه كمضمضة. وقد يثبِّط كلورهيكسيدين فعل نيستاتين جزئياً.  
\*\* يمكن أيضاً استخدام مايكونازول، إذا كانت الميكروبات المُسببة للعدوى غير معروفة، حيث إن له نشاطاً مضاداً للعنقوديات. ومايكونازول ليس بالدواء المُنتقى لعدوى المبيضات؛ بسبب تنوع الحساسية له، واحتمالية تطور المقاومة للأزول (azole).

وفي داء كرون يعدُّ التهاب الفم الزاوي مؤشراً تشخيصياً مهماً، عندما يرتبط بالواصمات الأخرى للمرض (الفصل الثاني عشر). ويتوازي ذلك مع وجود الشقوق الشرجية التي تُرى في هذه الحالة، وبالمثل تستجيب بسهولة للمعالجة بالستيرويد الموضعي.

**التهاب الشفة الأرجي (Allergic cheilitis)**

ظهارية، مع الترقى إلى سرطان في بعض الحالات. ويُلاحظ هذا بشكل دائم تقريباً في الشفة السفلى، التي يُطلق عليها شفة على المخاطر. ويحدث تقشير وصلابة لهوامش الشفاه، وتنتج الصلابة بشكل جزئي بسبب التفاعل التليفي للنسيج الضام (شكل ٦,٣). وتكون الخزعة ضرورية لعمل التقييم الكامل، حيث إن المظهر السريري وحده يكون دليلاً غير كافٍ على وجود التغيرات المُقلقة في الظهارة. وإذا وُجد في الخزعة ثَدَن خطير، فينبغي حينئذ الأخذ في الاعتبار استئصال منطقة هوامش الشفة، بواسطة عملية كشط الشفة، أو بالعلاج بالليزر، ويمكن أيضاً استخدام المُقشرات الكيميائية.

يمكن أن يؤدي التعرض الطويل لأشعة الشمس - سواء بسبب مهني أو للاستحمام - إلى الإصابة بالتهاب الشفاه الشبقي.



شكل (٦,٣). تفران شمسي في الشفة السفلى.



شكل (٦,٤). التهاب الشفة التقشري.

ربما ينتج تهيج الشفاه وتقشيرها من الأرجية التماسية، مع وجود تنوع واسع من المواد، وعلى وجه الخصوص، مكونات أحمر الشفاه. وقد تسبب المستحضرات الموضعية الأخرى المستخدمة على الشفاه، مثل مراهم الشفاه أو مرطباتها، ومعالجين الأسنان، وأحياناً الأطعمة في التهاب الشفاه الأرجي. وبشكل عام، يكون التهيج محصوراً على حافة الشفة، ولكنه قد يمتد فيما حولها، كما في حالة التهيج الشبيهة بالإكزيمة في الجلد المحيط بالفم. ويكون هذا الشكل من الأرجية التماسية غالباً صعباً في تشخيصه، ويتطلب أخذ تاريخ مرضي مفصّل. وعلى سبيل المثال، قد تنتج أرجية أحمر الشفاه من أقل كمية نُقلت عن طريق التقبيل، ومن ثمّ ربما تظل غير مشتبه فيها إطلاقاً. وفي بعض الحالات، قد ينتج التهيج من فعل أشعة الشمس على الشفاه. وقد لا يكون هذا هو التفاعل السّافع (الأكتيني) الأولي، ولكنه قد يكون ثانوياً لتأثير المواد المُحسّسة للضوء، مثل المواد الموجودة في أحمر الشفاه، والذي قد يُسبب عند أشخاص آخرين التهاب الشفة التماسي المباشر. وهذا إلى حد ما، يختلف عن التهاب الشفاه السفعي (الشبقي)، الذي قد يحدث لبعض المرضى الذين يعملون في ضوء الشمس الكامل لسنوات عديدة (انظر بالأسفل). وفي حالة التهاب الشفاه التماسي البسيط، يكون العلاج بتتبع المواد المُحسّسة وإزالتها. وقد يكون من الضروري إجراء اختبار الرقعة؛ للتأكد من المادة المولدة للأرجية المُفترضة. ويمكن الحصول على راحة مؤقتة باستخدام الستيرويدات الموضعية، ولكن لا ينبغي الاستمرار في استخدامها لمدد طويلة.

**التهاب الشفاه الشبقي (السفعي) (Actinic cheilitis) (تفران شمسي)**

يتبع عملية التعرض الطويل لأشعة الشمس - في الذكور بشكل سائد، وغالباً نتيجة العمل خارج المباني في الطقس المشمس - البدء في التهاب الشفاه، الذي قد يحدث فيه لانغمطية



شكل (٦,٥). التهاب الجلد المحيط بالفم في مريضة صغيرة.

### التهاب الجلد المحيط بالفم (Perioral dermatitis)

يُعدُّ التهاب الجلد المحيط بالفم حالة غير شائعة نسبياً، ومشكلة تشخيصية كبيرة، حيث يُرى المرضى من آنٍ لآخر في عيادة طب الفم للفحص. ويكون معظم المرضى تقريباً من الإناث البالغات الصغيرات دائماً، واللاتي يشتكين من طفح حُمامويّ في الجلد الوجهي حول الفم ( شكل ٦,٥). وفي بعض الحالات، وليس كلها، يكون هناك حطاطات. ويكون هناك أيضاً تاريخ مرضي من استخدام الكريمات الستيرويدية على الوجه في بعض المرضى، وهذا ليس دائماً. ويمكن أن يكون أيضاً التهاب الجلد المحيط بالفم ناتجاً عن الأرجية التماسية ( انظر التهاب الشفة الأرجي).

ويكون التشخيص سريراً بشكل أساسي، حيث إنّه لا يوجد تغييراتٍ مجموعة جديرة بالملاحظة. ويستجيب العديد من هؤلاء المرضى - حتى مع وجود الحطاطات - لنظام الجرعة الصغيرة طويلة المدى من تيتراسيكلين، حيث إن التهابه يشبه كثيراً ما يكون في حبّ الشباب. وبشكل متناقض، يستجيب بعض المرضى جيداً للكريمات الستيرويدية ذات الفاعلية المنخفضة، مثل ١ في المائة من الهيدروكورتيزون. ولا بد من توخي الحذر عند استخدام المستحضرات الستيرويدية الأكثر فاعلية في جميع حالات إصابة الجلد الوجهي؛ بسبب احتمال حدوث تغييرات ضمورية. وفي ضوء

### التهاب الشفة التقشري (Exfoliative cheilitis)

التهاب الشفة التقشري حالة غير شائعة، تُصيب فقط هوامش الشفاه، وتتميز بإنتاج كميات مُفرطة من الكيراتين. ويؤدي ذلك إلى تكوين حراشيف بنية اللون، ربما تتساقط تلقائياً، أو قد يقوم المريض بنزعها (شكل ٦,٤). وكان من المُترح أن هذه الحالة تُرى حصرياً في المرضى الإناث، ولكن مؤخراً سُجّلت حالات عديدة في المرضى الذكور. وتوضّح دراسة الأنسجة، أن هذه الآفة تتكوّن من فرط نظير التقرن البسيط، ولا يُعتقد أنها آفة محتملة الحباثة. ولا توجد خلفية مجموعة واضحة لهذه الحالة، ولكن يذكر بعض المرضى ارتباطاً مع التوتر النفسي، حيث إنّ درجة تكون الكيراتين تزداد في أوقات تزايد القلق. وكانت نتيجة كل الفحوصات المجموعية لهؤلاء المرضى سلبية، وأثبتت كل أشكال العلاج حتى الآن، أنها غير مفيدة. وقد تمت محاولة استخدام الستيرويدات الموضعية والمجموعية، والكي، والجراحة الباردة، والعديد من أشكال العلاج الأخرى بدون نجاح. وقد سُجّل أنّ المهدئات الخفيفة مفيدة في المرضى شديدي القلق، مع أنّ آلية هذه المهدئات غير واضحة. وتم أيضاً وصف الأدوية المضادة للاكتئاب للقليل من هذه الحالات بدرجة ما من النجاح. ومن خبرة مؤلفي الكتاب مع هذه الحالة، تبيّن أنّ الأفراد المصابين غالباً ما يكون لديهم اضطراب في الشخصية. ومن الصعب تحديد المدى الذي يصل إليه العنصر المُتسبب المُفترض.

ويميل معظم المرضى إلى نزع الجلد التقشري، وقد تكون هذه استجابة طبيعية في ظل تلك الظروف. وفي النهاية، يبدو أنّ هذه الحالة تبرا بشكل تلقائي، ولكن في حين وجودها، تكون كافية لكي تُسبب ضائقة كبيرة بالنسبة للمريض.

المبيضات مُفرط التنسج المزمن (الطلوان الناجم عن المبيضات)،  
فربما يؤدي العلاج المبكر باستخدام مضادات الفطريات إلى  
البرء، بينما يؤدي تأخير العلاج إلى تزايد ثدن الظهارة.

### أمراض اللسان

قد يُصاب اللسان مع المجال الواسع من أمراض المخاطية  
الفموية. وبعيداً عن إصابته في الحالات الفموية العمومية، فهناك  
آفات عديدة تكون خاصة تماماً باللسان. ويعتمد العديد منها  
على تغيرات الظهارة النوعية، التي تُغطي اللسان، خاصة  
الحُليمات الحَيْطِيَّة، ويبدو أنّ هذه البُنْيَات تكون على استعداد  
للتغيُّرات التي تحدث بواسطة الشذوذات المجموعية. وعلى سبيل  
المثال في فقر الدم (الذي قد تخضع فيه المخاطية الفموية بالكامل  
لبعض التغيرات)، وقد يكون الشذوذ الفموي السائد موجوداً  
في اللسان. وعند وجود آفة من أي نوع على اللسان، فقد  
يُلاحظها المريض سريعاً؛ بسبب حركة هذا العضو، وبسبب  
الإمداد الغني له بالنهايات العصبية الحسية. وهذا بالتأكيد ليس  
الحال دائماً، فهناك العديد من الآفات، مثل (التقرح الواسع  
الانتشار للحزاز المسطح الأكلالي الكبير)، التي يشكو فيها  
المريض من ألم أقل بكثير من المتوقع. إنّ أورام اللسان قد تنمو  
إلى حجم كبير، قبل أن تُؤدّي العدوى الثانوية إلى أعراض الألم  
(فقد يكون السرطان المبكر للسان غير مؤلم أبداً).

### الشذوذات النمائية وتنوعات التشكُّل

#### (Developmental abnormalities and morphological variations)

الشذوذات النمائية الخطيرة للسان نادرة، وعادة يكون  
التصاق اللسان (ankyloglossia) (ربط اللسان) (tongue tie)  
مرض خلقي، وقد يرتبط بصغر اللسان. وعلى عكس الرأي  
السائد، فلا يوجد دليل على أن التصاق اللسان يعوق  
الكلام، مع أنّ المرضى قد يجدون أن الحركة المُقيدة للسان،  
تعوق الفعل الحركي المُنظف للسان. ويُمكن أن يحدث تضخُّم

التنوع الواسع من المظاهر السريرية والاستجابة للمعالجة، فمن  
المحتمل أن يُمثّل التهاب الجلد المحيط بالفم نمطاً تفاعلياً، بدلاً  
من كونه كياناً منفرداً، وقد يتضمَّن أكثر من عملية سببية  
أساسية واحدة.

### إكزيمة اللعق (Lick eczema)

هذه حالة إضافية من التهاب الجلد المحيط بالفم، وغالباً  
تُسبب ارتباطاً في التشخيص. ويكون المرضى من الصغار،  
وغالباً الأطفال، ويشكون من منطقة محددة بدقة من الجلد  
الحرشفي المتتهيج حول الفم. وهذه الحالة، وكما يدل اسمها  
ضمناً، تكون نتيجة للعق، التي قد يُنكرها المريض بشدة،  
حتى وإن قام فعلياً بأداء فعل اللعق أثناء الفحص! ويكون  
العلاج بالتوقف عن هذه العادة. وإذا تحقَّق ذلك، فسرعان ما  
تتلاشى الآفة. وقد يكون من الصعب التخلص من مثل هذه  
العادة المتأصلة تماماً (وقد يكون المريض غير واعٍ بها بشكل  
تام). وغالباً ما يكون استخدام طَبِيقَة سهلة النزع - ذات حوافٍ  
خشنة أو حادة؛ لكي تعوق فعل اللسان - ناجحاً في العلاج.

### داء المبيضات بالشفاه (Cheilocandidosis)

سُجِّلت حالات عديدة، تكون فيها الشفاه مقرأً لعدوى  
المبيضات الكثيفة، كما سُجِّل حدوث هذه الآفات ثنائية  
الجانِب وبشكل سائد

على الشفة السفلى، حيث تظهر كمناطق حُبيبية متقرحة،  
ويمكن بحريّة عمل مزرعة للمبيضات البيضاء منها. وسُجِّل  
أيضاً حدوث هذه الحالة في المرضى الأصحاء بشكل عام،  
وهناك اقتراحات قوية من وجود شذوذ موضعي مُسبق، ربما  
يؤدي إلى عدوى المبيضات الثانوي، مثل التهيج الشمسي في  
بعض المرضى الأستراليين. ويرتبط التهاب الشفاه في بعض  
الحالات بداء المبيضات المزمن داخل الفم. وقد عدَّ العديد من  
المؤلفين أنّ هذه الآفات تمثّل عدوى المبيضات، التي تؤثر على  
طبقة الظهارة غير المستقرة في ذاتها، ومن المُقترح أنّه كما في داء



شكل (٦,٦). شقوق عميقة في اللسان في مريض مُصاب بداء المبيضات المخاطي الجلدي المزمن.

### اللسان المَطْلِي (Coated tongue)

لدى كل ألسنة الأفراد الطبيعيين غطاء يتكوّن من طبقة من المخاط ، وخلايا ظهارية متوسفة، وأحياء دقيقة، ومخلفات الخلايا. ويتم الحفاظ على هذا الغطاء إلى الحد الأدنى منه على اللسان في الأفراد الأصحاء؛ بسبب حركة اللسان مع جريان اللعاب السريع. ومع ذلك، فقد يختل هذا التوازن مع الاضطراب الطفيف في صحة الفرد، وربما يُصبح الغطاء كثيفاً جداً بسرعة. وقد يؤدي النقص في حركة اللسان- ربما بسبب معظم الآفات خفيفة الألم، أو اضطراب جريان اللعاب، أو الإفراط في تناول التبغ أو الكحول، أو التقلبات المعدية أو التنفسية، أو الحالات المحمومة- إلى زيادة تدريجية في غطاء اللسان بشكل كافٍ، لكي ينتج لويحات بيضاء أو ملونة. ويعتمد لون هذا الغطاء على عوامل متنوعة، منها استخدام التبغ والعادات الغذائية، وهذا اللون ذو أهمية تشخيصية ضئيلة جداً. وعلى أية حال، فقد يكون مثل هذا الغطاء بغيضاً للمريض، وربما تكون إزالته صعبة تماماً؛ لأنه يكون ملتصقاً بشدة باللسان في كثير من الأحيان. ويكون المرضى بالغي الاهتمام على وعي ذاتي، فيما يتعلق بغطاء اللسان الخاص بهم، ويحتاجون إلى الطمأنينة. وفي قليل من المرضى، يُصبح

في اللسان (macroglossia) في عدد من الحالات المجموعية، مثل قصور الدرقية الخَلْقِي (congenital hypothyroidism)، ومتلازمة داون، وضخامة النهايات (acromegaly)، والداء النشواني (amyloidosis).

### شقوق اللسان (Tongue fissures)

تتضمّن بنية اللسان العظمى الطبيعية وجود الشقوق، التي قد تُظهر تنوعاً في العدد، والعمق، والتنظيم. وهناك شك حول المدى الذي قد يتغيّر إليه طراز الشقوق أثناء عمليات المرض، ففي حالات قليلة- على سبيل المثال- في داء المبيضات المخاطي الجلدي المزمن، تظهر الشقوق بشكل مُبالغ فيه جداً، وتكون ذا شكل شاذ، لا بد معه الاعتبار على أنه جزء من التغيّر المرضي (شكل ٦,٦). وبشكل عام، فهناك دليل ضعيف على أنّ التغيّرات التي تحدث في طراز الشقوق، تنتج عن عمليات مرض بسيطة. ومع ذلك، فلا يوجد شك في أن الشقوق ذات الشكل والتوزيع الطبيعي، قد تؤدي دوراً في تعديل، أو حتى بدء العمليات المرضية، حيث إنّ حالات الركود اللاهوائي تكون موجودة في أعماق هذه البُنيات، وتعطي الفرصة للنمو البكتيري الانتقائي. وبناء على ذلك، فمن الشائع وجود عدوى سطحية وحالات مشابهة متركزة عند الشقوق وبجانبتها. وأيضاً فقد تكون الشقوق هي الجزء المُصاب الأول والأكثر شدة، في الحالة التي قد تُؤدّي إلى لسان متهيج وقارح. وربما يكون استخدام غسول الفم كلورهيكسيدين مفيداً للمرضى المصابين بلسان متشقّق ذي أعراض. إنّ ما يُطلق عليه لسان صَفَنِي الشكل، يعدّ تنوعاً شكلياً طبيعياً يحتوي على شقوق متعددة على ظهر اللسان. ويُعرف مظهر الهوامش غير المنتظمة للسان (غالبا يُقال: إنها تشبه حافة الفطيرة ذات القشرة) (pie-crust edge) باللسان المُقرّض (المُحزّز) (crenated tongue)، وقد يكون واحداً من ملامح صرير الأسنان (bruxism) عند بعض المرضى.

المناطق الصغيرة فقط في كل مرة على حدة؛ بسبب الإزعاج الناتج بعدئذ، وكانت النتائج طويلة المدى لهذا الكييميائي مُحبطة. وتم تأييد مصّ نواة خوخ جافة لعلاج اللسان الأشعر، ولكن يبدو فعلاً أنّ هذا الإجراء مُحتمل المخاطر! ويستخدم بعض المرضى المصابين بهذه الحالة مكشطات أو فرشاة لألسنتهم بشكل قوي، ولكن هذه المعالجات نادراً ما تكون فعالة.



شكل (٦.٧). لسان أشعر أسود.

### ضمور ظهارة اللسان

#### (Atrophy of the lingual epithelium)

وعلى الصعيد المقابل من تكاثر الحليمات الخيطية، التي تُرى في اللسان الأشعر، تحدث تغيّرات ضُمورية في حليمات اللسان في عدد من الأمراض العمومية، وعلى وجه الخصوص في الشذوذات الدموية، وشذوذات التغذية. وقد تكون التغيّرات الضمورية في الظهارة الفموية بشكل إجمالي، نتيجة لمجال واسع من الشذوذات، مثل (عوز الحديد، وفقر الدم ضخّم الأرومات (megaloblastic anaemias)، وأعواز التغذية متعددة الأنواع). وأحياناً توجد هذه التغيّرات الضمورية، ولكن ليس دائماً في الحليمات الخيطية، وربما يصبح سطح اللسان أحمر اللون وذا سطح لامع ومؤلم. ومن المقبول الآن، أنّ المدى الواسع من

اللسان المُطلي وسواساً. وغالباً يُؤيد التفريش القوى للسان، والآن أصبحت مكشطات اللسان متوفرة تجارياً. وقد وُجد أنّ استخدام هذه الأشياء، ييغضها المريض كثيراً. وقد يكون غسول الفم الفوّار، الذي يحتوي على حمض الأسكروبيك مُفيداً، خاصة إذا استخدمه المريض مع تفريش اللسان.

#### اللسان الأشعر (Hairy tongue)

في اللسان الأشعر، لا تتكوّن الآفة ببساطة من غطاء على سطح اللسان، ولكنها تمثّل استطالة للحليمات الخيطية، وغالباً تكون عدة أضعاف من طولها الأصلي. وتأخذ الحليمات مع هذه الاستطالة لوناً داكناً، ومن الشائع أن يكون أسود أو بنيّاً (شكل ٦.٧). وآلية تكوين هذا اللسان الأشعر الملون، ليست معروفة تماماً، ومن الواضح أنه يوجد العديد من العوامل البادئة له. وعلى سبيل المثال، غالباً ما يظهر اللسان الأشعر بعد جرعة من المعالجة بالمضادات الحيوية، وربما يزول سريعاً وتماًماً بعد إنهاء العلاج. وتظهر الألسنة الأخرى ذات الشعر بشكل تلقائي تماماً، ولا يوجد لها سبب أبداً، ومن المُبهم أيضاً معرفة مصدر التصبغ المتضمن فيه. والمُعتاد أن يُنسب هذا التصبغ إلى الأحياء الدقيقة المنتجة للصبغة، التي تنحصر في داخل الحليمات، ولكن لم يتم إيضاح هذه الأحياء الدقيقة أبداً. وفي الماضي، كان وجود اللسان الأشعر يرجع غالباً إلى عدوى المبيضات، ولكن لم يتم إيضاح أي ارتباط حقيقي بين داء المبيضات، وظهور الحليمات المطولة.

ويكون علاج اللسان الأشعر صعباً جداً، وغالباً تزول الحالات المرتبطة بالمعالجة بالمضادات الحيوية، عندما تنتهي فترة المُداواة، ولكن ليس دائماً. وقد يكون استخدام غسول الفم الفوّار والمُذيب للمخاط مفيداً في تقليل التهيج الثانوي للمرض، ومن ثم تُنتج حالة ملائمة للبرء من ذلك الشذوذ، ولكن قد تكون النتائج متنوعة أيضاً. وقد قام مؤلفو الكتاب باستخدام الكييميائي بمحضر ثلاثي كلور أسيتيك (trichloroacetic acid)، لعلاج اللسان الأشعر، وأمكن علاج

نتائج سلبية؛ مما يدفع إلى تصنيف الأعراض بأنها نفسية المنشأ. وربما يكون الحال كذلك في بعض المرضى، ولكن لا بد دائماً مراعاة وجود احتمال العادات المُحرّضة للتهيج في مثل هذه الحالات. وقد ذُكر ألم اللسان (glossodynia)، ومتلازمة الفم الحارق (burning mouth syndrome (BMS)) بالكامل في الفصل السابع عشر.

### التهيج الناتج عن رضح اللسان

#### (Traumatic irritation of the tongue)

إن حركة اللسان تجعله - بصفة خاصة - عُرضة للرضح، الذي ربما يكون حاداً، مثل (الناتج بعد كسر الأسنان المتسوّسة)، أو مزمنًا، مثل (الناتج عن إدخال عادة سلوكية، مثل حك اللسان على هوامش الأسنان الأمامية، أو بدلات الأسنان). وتتنوع الآفات الناتجة بشكل كبير من رقع حماموية طفيفة، غالباً تُرى على ذروة اللسان، إلى تقرح صريح. وتكون هذه التقرحات الرضحية مؤلمة للغاية، ومع وجود علاقة واضحة مع الحافة الحادة المشتبه فيها، فقد تظهر درجة من الصلابة نتيجة للتغيرات الالتهابية الموضعية مع ابيضاض الظهارة المحيطة؛ مما يثير الاشتباه الفوري حول الأورام الخبيثة. وقد وُضِحَ بإسهاب أنّ القرحة السطحية للسان، والمُحاطة بجوفٍ بيضاء؛ تكون دائماً حميدة، وذات منشأ رضحي. وأسهل طريقة للقضاء على هذه الشكوك، إزالة السن أو طَبِيقَة الأسنان المؤذية، أو التعامل معها بطريقة ما أخرى ملائمة لإزالة الرضح بالكامل. وتُشفى القرحة الرضحية سريعاً جداً، وفعالياً فقد يُتَوَقَّع اختفاء كل أثر لها في خلال أسبوع بعد إزالة المُهَيِّج. وإذا لم يحدث البرء في الوقت المُتَوَقَّع، فلا بد من النظر لآفة مع الاشتباه، وأخذ الخزعة. وهناك دليل ضعيف في آفات اللسان - كما هو الحال في المناطق الأخرى - على وجود علاقة بين الرضح الفيزيائي (المادي) والحبّاة، ولكن لا بد من أخذ هذا الاحتمال بشدة في الاعتبار.

الشذوذات العمومية، قد تكون المسؤولة عن إنتاج التغيرات الظهارية نفسها. وعلى العكس، فقد يحدث مجال واسع من العلامات والأعراض الفموية في المرضى المختلفين والمصابين بالحالة المرضية نفسها. ومع ذلك، فمن المؤكد أنه ينبغي على كل المرضى ذوي الألسنة المؤلمة، أو الحمراء، أو الخالية من الحليمات، أن يقوموا بإجراء اختبارات الدم المتضمنة تقييم فيريتين المصل، و١٢٠ في المصل، وفولات المصل، والغلوكون؛ لاستبعاد وجود أي عوز دموي مستبطن، أو مرض السكرى غير المُشخَّص.

وقد ينتج اللسان القارح بالتلازم مع العديد من الحالات العمومية، خاصة فقر الدم، وقصور الغدة اللعابية. وعلى سبيل المثال، في حالة التهاب المفصل الروماتويدي (rheumatoid arthritis)، ربما يوجد فقر دم نتيجة المرض المزمن، ومن المعتاد وجود لسان قارح أيضاً. وبالمثل ففي متلازمة شوغرين (Sjögren's syndrome)، التي يقلُّ فيها جريان اللعاب، قد يصبح اللسان جافاً، أو محمراً، أو مؤلماً (الفصل الثامن). ويوجد بعض المرضى الذين لا يمكن إيجاد سبب للتغيرات الضمورية لديهم. وقد يُعزى ضمور حليمات اللسان في المرضى المسنين إلى التغيرات العمرية، وليس من الواضح إلى أي مدى يُعَبَّرُ ذلك عن التغيرات المجموعية دون السريرية. وفي بعض الحالات التي يحدث فيها نزح حليمات اللسان، قد لا يعود التشكُّل الأصلي للظهارة اللسانية مع حدوث الشفاء. وعلى سبيل المثال، ففي الحزاز المسطح الأكالبي الكبير، ربما تتقرَّح منطقة كبيرة من اللسان. وعند الشفاء غالباً ما تكون الظهارة خالية بالفعل من الحليمات الخيطية، وتظهر كنسيج مسطح عديم الملامح.

وبالإضافة إلى هؤلاء المرضى المصابين بحالات مرَضِيَّة تم تمييزها، فهناك مجموعة أكثرهم من المرضى الإناث المُسنَّات، يعانون من إيلام وتقرُّح اللسان، ولا يظهر لديهم علامات واضحة تعلُّ تلك الأعراض. وقد تُسفر كل الاختبارات عن

نزع الحليمات مُميّزًا تمامًا مع ظهور المناطق المصابة على هيئة رقع حمراء مُحاطة بهوامش بيضاء. وتوزّع الرقع على سطح اللسان في نمط شبيه بالخريطة، (ومن ثم كان اسم اللسان الجغرافي) وتميل هذه الرقع إلى تغيير موضعها، مع انتقالها بشكلٍ واضح حول سطح اللسان، ومن ثم كان اسم الحمامي المهاجرة (أو التهاب اللسان المهاجر الحميد) (شكل ٦.٨). وربما يكون مظهر الآفات الشكوى الوحيدة للمريض، ولكن يشكو بعض المرضى من إيلام اللسان، خاصة عند تناول طعام ذي نكهات شديدة. وتبرهن هذه الحالة غالبًا على قلق المريض المفرط في ضوء مظهرها المدهش تمامًا، ويكون المدى العُمري للمرضى المصابين واسع جدًا. ومع الاعتقاد العام أن اللسان الجغرافي حالة تُصيب البالغين، إلا أن مؤلفي الكتاب قد شاهدوا مرضى في سن ٣ سنوات فأكثر. وتم تسجيل الارتباط بين اللسان الجغرافي ومرض الصدفية في عدد من الدراسات. كما أن هناك علاقة إضافية مُقترحة بين اللسان الجغرافي والشقوق العميقة في اللسان. ولا يوجد دليل واضح على ذلك، غير أنه ارتباط عشوائي بين حالتين شائعتين نسبيًا. ويُمكن أن تحدث الحمامي المهاجرة في أي مكان بالمخاطية الفموية، وقد تم تسجيل الإصابة بالحنك والمخاطية الشفوية.

وسبببات الحمامي المهاجرة غير معروفة، ونادرًا ما ترتبط بأي اضطراب مجموعي مستبطن، مع أنه في حالات عوز مقويات الدم، مثل فقر الدم، ربما يكون هناك زيادة في إيلام اللسان. ويكون التشخيص بشكل عام بسيطًا، حيث يعتمد على أساس المظهر المميز وسلوك الآفات، مع أنه قد يكون من الضروري أحيانًا رؤية المريض في أوقات متنوعة؛ للتأكد من الطبيعة المهاجرة للحالة.

والأمر الأكثر صعوبة في التشخيص، يتمثل في الأشكال ذات الطابع المزمن للتهيج اللساني، والنتيجة من العادات متعددة الأنواع، مثل (عض اللسان)، حيث إنها تُؤدي غالبًا إلى آفات فموية غير واضحة، ولكنها كثيرًا ما تسبب قدرًا كبيرًا من القلق للمريض. وفي مثل هذه الحالات، ربما يكون من الصعب تقرير ما إذا كان هناك أي عامل مجموعي مُتضمن في إنتاج الأعراض الموصوفة من قِبَل المريض، وقد يكون من الضروري إجراء سلسلة كاملة من فحوصات الدم، قبل الوصول إلى استنتاج، أن العادة هي العامل الوحيد المُتضمن. وبشكل خاص، فهناك عدد من المرضى يحدث لهم تهيج في ذروة اللسان، وغالبًا في المخاطية الشفوية السفلية؛ نتيجة تغير طفيف في تشكّل الأسنان الأمامية، ومثال ذلك عند الاستعاضة بالتاج، أو بإدراج بدلات سنينة استعاضية جزئية، وكثيرًا لا يتضح أي شدوذ مميّز في الترميم المُدرج لتعليل ذلك. ويدلل الحمامي الطفيف على كل من ذروة اللسان ومخاطية الشفة السفلى على حدوث الرضح، وغالبًا يكون من الصعب مساعدة مثل هؤلاء المرضى في غياب أي عيب يُمكن تمييزه في الترميم الموجود.

### تضخم الحليمات الورقية

#### (Enlargement of the foliate papillae)

تظهر الحليمات الورقية كعُقيدات وردية اللون ثنائية الجانب على جانبي اللسان، عند اتصال الثلثين الأماميين مع الثلث الخلفي. ويمكن أن تصبح متضخمة وملتهبة (التهاب الحليمات الورقية) (foliate papillitis)، وتُسبب التهابًا وألمًا للمريض. وربما يتسبب مظهرها في قلق المرضى الذين يجب تطمينهم بشكلٍ كافٍ.

#### اللسان الجغرافي (الحمامي المهاجرة، والتهاب اللسان المهاجر

#### الحميد) (Geographic tongue, erythema migrans, benign migratory glossitis)

نزع حليمات اللسان أيضًا مملح مُميز للحالة التي عادة ما تُوصف بأنها اللسان الجغرافي أو الحمامي المهاجرة. ويكون نمط

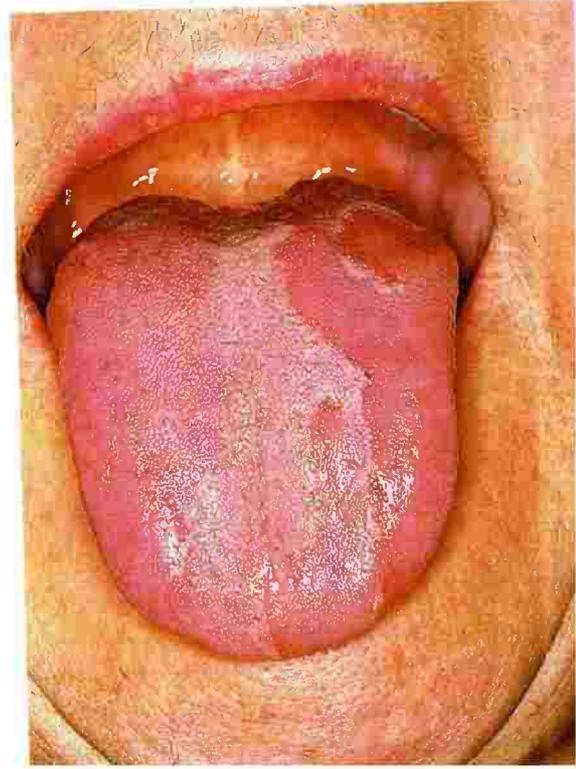
التي تهيّج ألسنتهم. وقد اقترحت بعض الهيئات استخدام إمدادات الزنك لعلاج اللسان الجغرافي، ولكن الدليل على كونه علاجاً فعالاً، يعدُّ أساساً من النواذر المروية.

### التهاب اللسان المعيني الناصف

#### (Median rhomboid glossitis)

قد يُصاب اللسان في عدوى المبيضات (الفصل الرابع). وبشكل خاص في العدوى المزمنة المترتبة على النقص المناعي، مثل (داء المبيضات المخاطي الجلدي الزمن)، أو في الأمراض المزمنة المسببة للضعف. وفي مثل هذه الحالات، قد لا يكون اللسان مُغطى بلويحات من غشاء المبيضات الكاذب فقط، ولكن قد يصبح أيضاً مُشققاً بعمق ومتليّف بشكل واضح. ويجب التركيز على أنّ داء المبيضات للسان- كما في التجويف الفموي بشكل عام- قد يكون إشارة جيدة للمرض المجموعي الدفين، مثل داء السكري، أو عوز الحديد. وعادة تُرى آفات التهاب اللسان الناصف السطحية في المرضى الأصحاء. ويكون موقعها بحسب تعريفها على الخط الناصف للسان، وفي مواقع متنوعة أمام الحليمات الكأسية مباشرة (حيث تُعرف الحالة باسم "التهاب اللسان المعيني الناصف"؛ بسبب الشكل المميز للآفة في هذا الموقع)، وبتجاه السطح الظهري الأمامي للسان. وقد كان يُعتقد لمدة طويلة، أنّ التهاب اللسان المعيني الناصف، يكون نتيجة شذوذ أثناء عملية نمو اللسان، وبطريقة ما ارتبط بموقع الحديبية المفردة المضغية للجنين (embryonic tuberculum impar). والآن تم التعرف إلى أنّ هذه الآفات تكون غالباً مرتبطة بوجود المبيضات.

ويظهر التهاب اللسان المعيني الناصف بوصفه منطقة منزوعة الحليمات على ظهر اللسان، وقد تظهر حمراء، أو بيضاء، أو صفراء اللون (شكل ٦.٩). وقد تكون المعالجة طويلة الأجل بعوامل مضادات الفطريات الموضعية، مثل مصائص نيساتين الفعالة في تقليل حجم الآفة، وحديثاً سُجّل نجاح العلاج باستخدام عوامل مضادات الفطريات المجموعية،



شكل (٦.٨). اللسان الجغرافي (الحمامي المهاجرة).

وإذا كان اللسان مصحوباً بأعراض، فحينئذ ينبغي القيام بعمل فحوصات الدم الملائمة؛ لإزالة أي عوز مستبطن للمقويات الدموية. وقد تكون الآفات في بعض المرضى أقل وضوحاً نوعاً ما، وبهوامش بيضاء محددة، وفي معظم الحالات، قد يوجد على الأقل مساحة صغيرة من الحدود البيضاء الفاصلة. وفي مرضى آخرين، قد تحدث الآفات بشكل أكثر سكوناً، أو في مكان منفرد، وقد يسبب هذا إرباكاً في التشخيص مع الآفات الرضحية. وهناك حالات قليلة من اللسان الجغرافي، لا يمكن تشخيصها نهائياً على الأساس السريري بمفرده. ونادراً ما تكون الخزعة ضرورية للتأكد من التشخيص، ولكن ينبغي أخذها في الاعتبار إذا كان هناك احتمال لأي مرض مؤذ. ولا يوجد هناك علاج ناجح معروف للسان الجغرافي المؤلم، ولكن غسول الفم المُسكّن، قد يساهم في إزالة الأعراض. ويتعلّم معظم المرضى تجنب المواد الغذائية

ومالح، ولكن يمكن أن تُعطي هذه الاختبارات نفسها معلومات قليلة؛ لأن حاسة التذوق ككل، تعتمد على مزيج من ارتباط حاسّي التذوق والرائحة.

### اضطرابات التذوق

خلل التذوق: إحساس غير لطيف أو متغير للتذوق.

فقد حاسة التذوق: فقدان كامل للتذوق.

نقص حاسة التذوق: إحساس مُختزل للتذوق.

والاضطرابات العصبية المتعلقة بإحساس التذوق نادرة للغاية، ولكنها قد تحدث في بعض الشذوذات العمومية للجهاز العصبي المركزي. إن الاضطراب العصبي الأكثر شيوعاً - نوعاً ما - (مع أنه ما زال نادراً)، هو ذلك الناتج عن الرضح الجراحي لحبل طبل الأذن (chorda tympani)، الذي يلي العمليات الجراحية في الأذن الوسطى. وإذا أُضطرب العصب، إما أثناء العملية الجراحية، وإما نتيجة الوذمة التالية للجراحة؛ فربما تنشأ منطقة من خلل التذوق على جانب اللسان، متوازية للتوزيع النهائي لحبل الطبل مع العصب اللساني. ويكون هناك فقدان مماثل في إحساس التذوق في قليل من المرضى المصابين بشلل بل (Bell's palsy) (الفصل الخامس عشر)، ويحدث هذا نتيجة اكتناف حبل الطبل على الجانب المصاب.

ويُمكن أن تؤثر المُداواة على حاسة التذوق، ومن الأدوية الشائع تضمّنها في ذلك، مضادات الروماتيزم، مثل (ألوبورينول) (allopurinol)، و(فيناييل بيوتازون) (phenylbutazone)، ومضادات المستقلب (antimetabolite)، مثل (ميثوتريكسات) (methotrexate). وقد سُجّل أنّ البنسيلامين (penicillamine) والكابتوبريل (captopril) (مُشط لإنزيم محول الأنجيوتنسين)؛ يُسببان اضطرابات في حاسة التذوق. ويمكن أن يُسبب ميترونيدازول (metronidazole) أيضاً مذاقاً غير لطيف. ويُمكن كذلك أن يُؤثر أي دواء يسبب جفاف الفم بشكل غير مباشر على تمييز التذوق.

مثل (فلوكونازول)، ولا تختفي كل الآفات بالكامل مع هذا العلاج. وينبغي التخلص من أي شك حول طبيعة الحالة، عن طريق أخذ الخزعة، ودراسة أمراض الأنسجة. وبشكل عام، يُمكن المظهر المميز، والموقع، وملمس الآفة من الوصول إلى تشخيص مبدئي موثوق به، مبني على أسس سريرية. ويجب على المرضى الذين يحضرون بهذه الآفة، القيام بإجراء اختبارات الدم؛ لاستثناء العوز المستبطن للمقويات الدموية أو داء السكرى. وقد يُرى أيضاً التهاب اللسان المعينى الناصف في المرضى المصابين بفيروس العوز المناعي البشري.



شكل (٦،٩). التهاب اللسان الناصف.

### اضطرابات التذوق والبَخر

#### اضطرابات التذوق (Disturbances of taste)

"نقص حاسة التذوق" (hypogeusia) إحساس ناقص للتذوق، و"فقد حاسة التذوق" (ageusia)، هو الفقد الكامل للتذوق. ويُعرف إحساس التذوق غير اللطيف أو المتغير "بخلل التذوق" (dysgeusia). والمرضى الذين يشكون من اضطرابات حاسة التذوق، هم من بين أكثر المرضى الذين يصعب علاجهم. وليس هناك أكثر من وصف المريض بنفسه لتمييز الحالة، وغالباً ما تكون الاختبارات القياسية غير مفيدة. وقد يتم عمل الاختبارات الفسيولوجية، لتحديد قدرة المريض على تمييز أحاسيس التذوق الأساسية من حلو، ومر، ولاذع،

كان هذا الوسواس هو السبب، أو أنه نتيجة منطقية لشكواهم ( انظر الفصل السابع عشر).

جدول (٦,٦). الحالات المرتبطة بتغيرات حاسة التذوق.

الحالات السنوية	الأمراض المجموعية
أمراض أنسجة حول الأسنان	بوليمية الدم (uraemia)
آفات التسوس	الاضطرابات العصبية، مثل (شلل بل، أو أورام المخ، أو ضرر بحبل الطبل)
تفريغ الجيوب السنوية	فقر الدم
حشوات سنوية ذات حوافٍ منقوصة	
السنخ الجاف	
الأعوز	
النراكيب المصاحبة	مثال: الزنك
الغدة اللعابية	
• قصور الغدة اللعابية	الأدوية
• التهاب الغدة اللعابية الجيوب	مثبط إنزيم محول الأنجيوتنسين، وأملاح الليثيوم، والذهب، وكاربامازول، وميترونيدازول، وبينيسيلامين، والأدوية المسببة لجفاف الفم.
• التهاب الجيوب الرئتين	
• الأمراض التنفسية المعدة	
• اضطراب الجزر المعدي المريئي	التدخين
	نفسية المنشأ
	ضعف الحس الفموي
	الهواس (التوهّم، والمُراق (الوسواس المرضي))

ويُمكن أن تكون تغيّرات التذوق واحدة من أعراض ضعف الحس الفموي. ومن أكثر المرضى صعوبة في المعالجة- من بين المرضى المصابين باضطرابات حاسة التذوق- هؤلاء المرضى الذين يرتدون بدلات سنوية حديثاً نوعاً ما، حيث تغطي بدلات الأسنان القليل فقط من براعم التذوق، وقطعاً

وأكثر سبب شائع لاضطراب إحساس التذوق أو التذوق الكريه في الفم، وجود عدوى قبيحية، والتي تكون عادة نتيجة أمراض أنسجة حول السن، أو عدوى في الأنف أو الجيوب الهوائية، أو نتيجة تفريغ من آفة، مثل كيس سني إنتاني. وقد يكون من الصعب جداً اكتشاف البؤرة المعدية، خاصة إذا كانت موجودة في مكان غير متاح إلى حد ما، مثل الغدد اللعابية. وينبغي دائماً أن يتضمن الفحص السريري عملية البحث الدقيق عن اللعاب الملوّث بالقيح من أي من الغدد اللعابية الكبيرة، وكذلك تقييم التصوير الشعاعي؛ للكشف عن وجود آفات مُصابة بالعدوى داخل العظم، أو التهاب الجيوب بالأسنان، وكذلك البؤر الخمجية المشابهة الممكنة.

إن هؤلاء المرضى لا يعانون من خلل حقيقي في إحساس التذوق، ولكن يعانون من العبء المزمن من وجود مادة غير طيبة التذوق بداخل التجويف الفموي.

يسرد جدول رقم (٦,٦) بعض الحالات التي قد تُسبب تغيّرات لحاسة التذوق أو فقدانها. وقد يحدث غياب حاسة الشم بشكل عابر؛ نتيجة عدوى بمجرى التنفس العلوي، أو بشكل مستديم نتيجة لتمزق عصب الشم، الذي يتبع إصابات الفك العلوي الوجهي أو إصابات الرأس، وسوف يؤدي غياب حاسة الشم إلى بعض الانخفاض في حاسة التذوق. ويمكن التوصل إلى السبب الدفين للتغير في حاسة التذوق عن طريق تاريخ المريض الطبي، وكذلك عن طريق فحص التجويف الفموي، ولكن يُنصح بالبحث عن عوز الزنك.

وينبغي إحالة المرضى الذين لديهم دليل على وجود نقائص بالأعصاب القحفية، أو الذين يذكرون أعراضاً عصبية، إلى تقييم الاختصاصي، وإلى التصوير الملائم. وبعد عمل كل هذه الفحوصات، يبقى مجموعة من المرضى لا يُكتشف عندهم أي شذوذ من أي نوع، مع استمرار شكواهم من وجود طعم غير محبب. وهؤلاء المرضى غالباً ما يكون لديهم وسواس، ولكن يكون من الصعب جداً تحديد ما إذا

نادرة للبخَر، ولكن ينبغي وضعها في الاعتبار (جدول ٦.٨).  
وتم تسجيل بعض الأدوية كمسببات للبخَر (جدول ٦.٩).  
وأكثر أشكال البخَر المُستحث من قِبل الأدوية، ما قد ينتج من  
نقص العناية بنظافة الفم المترتبة على جفاف الفم علاجي  
المنشأ (يُنَاقَش في الفصل الثامن).

مشكلة البخَر الوهمي، تُناقش بشكل إضافي في الفصل  
السابع عشر.

### مناقشة الحالات ذات المشاكل

#### مناقشة حالة (٦.١)

س١: كيف يمكنك معالجة هذه الحالة؟

يُوحى التاريخ المرضي بالحُمَامَى المهاجرة (اللسان  
الجغرافي). وسوف يُؤكِّد فحص اللسان هذا التشخيص،  
ويستثني الحالات المرضية الأخرى.

يُوحى التاريخ المرضي الحديث بزيادة التقرح باحتمالية وجود  
عامل مستوطن، مثل فقر الدم الناتج عن عوز الحديد، خاصة في  
ضوء تعب الفتاة المذكور. وينبغي سؤال هذه الفتاة أسئلة إضافية  
عن صحتها العامة، متضمنة أي أعراض معدية معوية، وكذلك  
التاريخ الدوائي. وتتضمن علامات فقر الدم الناجم عن عوز  
الحديد، شحوب الأغشية المخاطية، والتهاب الشفة الزاوي،  
والتهاب الفم القلاعِي الرَّاجِع، والتهاب اللسان، وداء المبيضات  
الفموي، وتقرُّح الأظافر (koilonychia).

وينبغي القيام بعمل اختبارات الدم، متضمنة تقييم لعدَّة  
الدم الكامل، وفيتامين ب١٢، بالمصل، وفولات كرات الدم  
الحمراء، وفولات المصل، وفيريتين المصل. وقد يكون من المهم  
أيضاً عمل مُقايِسة لزنك المصل. إنَّ فقر الدم الناجم عن عوز  
الحديد لدى طالبة، مع عدم وجود أي مرض معدي معوي  
واضح، يكون بشكل أكثر احتمالاً ناتج عن الفقد الحيضي  
المفرط، و/أو عن تغذية زهيدة. ويمكن إزالة أعراض اللسان

فنهايات عصب الشم لا تتأثر، ومع ذلك يشكو بعض هؤلاء  
المرضى من شذوذ، أو حتى فقدان كامل لحاسة التذوق.  
والتفسيرات لهذا غير مقنعة، ولكن يبدو أنَّ التنوع في الملمس  
بين الحنك غير المُغطى وبدلات الأسنان، يؤدي دوراً.

إنَّ مسؤولية طبيب الأسنان في مثل هذه الحالات وكما  
وُصف بالأعلى، هي إزالة أي أسباب موضعية عن طريق  
الفحص المُفصَّل. وحينئذ قد يحتاج المريض للإحالة للملائمة  
لإزالة الأسباب غير الفموية السنية. وإذا كان نتيجة الفحص  
سلبية، وإذا كان كل ما يتعلَّق بالفحص، يُؤكِّد على أنه لا  
توجد سببَات أنفية أو غيرها؛ فحينئذ تكون هناك مبررات  
ضعيفة لمحاولة العلاج. وقد يساعد غسول الفم على العلاج  
بشكل عرضي، وبشكل عام، يكون المريض القلق بشكل  
وسواسي فيما يخصُّ حاسة التذوق المستديمة، مُقاوماً بالكامل  
للعلاج الموضعي.

#### الْبَخَر (رائحة النفس الكريهة) (Halitosis)

هناك مشكلة وثيقة الصلة، ألا وهي البَخَر (النفس  
الكريه). وقد يحدث ذلك في الأصحاء، أو في المرضى المصابين  
بمرض فموي شديد، أو مرض عمومي. وغالباً هي مشكلة  
عابرة، ولكن إن لم تكن فإن ذلك يتطلَّب الفحوصات.  
وتنقسم أسباب البَخَر إلى أسباب موضعية (جدول ٦.٧)،  
ومجموعية (جدول ٦.٨)، ومُستحثة من قِبل الأدوية (جدول  
٦.٩). وسوف يكون لدى المرضى المدخنين، أو الذين يتناولون  
كمية كبيرة من الأطعمة التي تحتوي على ثوم، والمُبهرة بشدة،  
رائحة مميزة في أنفاسهم. وتتضمن الأسباب الموضعية للبخَر،  
صحة الفم السيئة، وأمراض أنسجة حول السن، أو الأمراض  
السنية المزمنة، ومشاكل الأنف والأذن والحنجرة، مثل التهاب  
الجيوب الأنفية، أو التهاب اللوزتين المزمن (جدول ٦.٧)،  
والأمراض المجموعية، مثل الفشل الكلوي أو الكبدِي،  
والأمراض التنفسية، ومرض السكرِي غير المنضبط علاجياً،  
والذي يؤدي إلى فرط كيتون الجسم (ketosis)؛ تعدُّ أسباباً

جدول (٦,٩). الأدوية التي قد تُنتج البَحر.

بارالدهيد (paraldehyde).
أيزوسوربيد ثنائي النترات (isosorbide dinitrate).
ثنائي السلفيرام (disulfiram).
الكحول.
الأدوية السامة للخلايا ( بشكل غير مباشر).
الأدوية المسببة لجفاف الفم (بطريقة غير مباشرة).

### مناقشة حالة (٦,٢)

س ١ : ما النصيحة التي ينبغي أن تعطىها لوالدة هذه الفتاة؟

س ٢ : ما العوامل الأخرى التي لا بد أن تؤخذ في الاعتبار عند علاج الأسنان لمريض مصاب بمتلازمة داون؟

تضخم اللسان (ضخامة اللسان) ملمحٌ مميزٌ جداً لمتلازمة داون. وقد يصبح اللسان متقرحاً نتيجة للرضح الإطباقى، وقد يُؤهب اللسان المتضخم مع التقاطر المستمر إلى حدوث التهاب الفم الزاوي في متلازمة داون، خاصة إذا كان هناك تنفس فموي. وينبغي القيام بعمل عينة للأحياء المجهرية، واستخدام عامل ملاتم مضاد للميكروبات. ومن الشائع عزل العنقوديات الذهبية من شقوق الشفاه، وقد تستجيب إلى فوسيدين (fucidin) الموضعي، مع إضافة مستحضر ستيريويدي منخفض الفاعلية. ومن الضروري رصد انتقال العنقوديات الذهبية عن طريق الأنف لتجنب إعادة العدوى. وتتطلب تشققات الشفاه المستديمة غالباً الاستئصال الجراحي، بالرغم من تأييد الجراحة القرية أيضاً. وعند الأخذ في الاعتبار الجراحة الانتقائية لمريض متلازمة داون، فينبغي القيام بعمل تقييم للمخاطر بالنسبة للتخدير، والاستعداد لالتهاب الشغاف الحُمجي (infective endocarditis) (انظر بالأسفل). وهناك العديد من العوامل التي يجب أخذها في الاعتبار عند القيام بعلاج الأسنان لمريض متلازمة داون، حيث تُوجد

الجغرافي" باستخدام مضمضة مُسكنة، مثل (بنزيدامين (benzylamine))، مع تجنب الأغذية "المُهيجة". وينبغي فحص أي عوز للمقويات الدموية، ومعالجته بشكل ملائم.

جدول (٦,٧). الأسباب الموضعية للبَحر.

الفم
نظافة فم سيئة.
التراكم الغذائي والركود.
أمراض أنسجة حول السن المزمنة.
التهاب اللثة الحاد التقرحي الناخر.
السنخ الجاف.
التهاب حوائط التاج.
إنتانات سنية مزمنة (chronic dental sepsis).
العدوى.
الأورام الخبيثة.
الترف.
الأنف والبلعوم.
التهاب البلعوم.
التهاب اللوزتين.
التهاب الجيوب الأنفية (تستيل أنفي خلفي) (postnasal drip).
الأورام الخبيثة.
الأجسام الغريبة.

جدول (٦,٨). الأمراض المجموعية المسببة للبَحر.

عدوى الجهاز التنفسي السفلي.
حمض كيتوني سكري.
الفشل الكلوي.
الفشل الكبدي.
الأمراض الحمومية (التجنف).

ويعُدُّ التهاب الشفاه السفعي حالة محتملة الحباثة، ويمكن أن تتحوَّل إلى سرطان الخلايا الحرشفية، وأن تكون عُدوانية تماماً بالمقارنة مع غيرها في هذا المكان. وفي حالات خلل التنسُّج الكبير، مع عدم وجود سرطان صريح؛ فإن استئصال حافة الشفة يعدُّ شكلاً من أشكال العلاج، حيث تُستصل حافة الشفاه تماماً، مع تقديم المخاطية الشفوية لتتصل بالجلد. ويُمكن أن يقدِّم أيضاً الاستئصال بالليزر نتائج جمالية جيدة، مع أقل مضاعفات تالية للجراحة. ويمكن استخدام التقشير الكيميائي بخامس الفلورويوراسيل (5-fluorouracil)، ولكنه قد يتسبَّب أحياناً في عدم الارتياح والالتهاب بشكل كبير، حتى يتم الالتئام. ولا بد من إعطاء النصيحة لكل المرضى المصابين بالتهاب الشفة السفعي، أو من يبدو عليهم دليل من ضرر الشمس في أي مكان على الجلد، بتجنُّب الشمس (إذا أمكن)، مع استخدام حاجبات الشمس (مراهم أو كريمات الشفاه)، ذات عامل حماية قوي ضد الشمس. ويمكن تشجيع الرجال المسنين على وجه الخصوص على ارتداء قبعات خارج المنزل، خاصة إذا كان لديهم شعر خفيف أو صُلَع. ويجب متابعة المرضى الذين تم تشخيصهم بوجود التهاب الشفة الشعاعي على أساس منتظم.

### مشروع

١- هناك تنوع كبير من غسول الفم المتوفر تجارياً لعلاج البَحْر (النفس الكريه). ما هي مكونات هذه المستحضرات؟ هل هناك أي دليل على أنها فعالة في علاج البَحْر؟

تشوهات قلبية خلقية في حوالي ٤٠ في المائة من الأطفال المصابين بمتلازمة داون، ومعظمها يمكن تصحيحه بنجاح عن طريق الجراحة. ولذلك فقد تكون هناك حاجة لاستخدام المضادات الحيوية الوقائية عند علاج الأسنان، التي من المحتمل أن تسبب تخرثم الدم (bacteraemia). والمشاكل المحتملة الأخرى بالنسبة لعلاج الأسنان، تتضمن زيادة الاستعداد للعدوى، وأمراض أنسجة حول السن. وربما يكون هناك تعاون وفهم متناقضين لمدى الحاجة إلى حفظ صحة الفم عند هؤلاء المرضى، ولكن يمكن علاج الغالبية العظمى من مرضى متلازمة داون بنجاح في مجال طب الأسنان الروتيني. وقد تم تسجيل معدل انتقال أعلى للتهاب الكبدي الوبائي ب في المرضى المقيمين في المعاهد التأهيلية.

### مناقشة حالة (٦،٣)

س١: كيف يمكنك معالجة هذه الحالة؟

س٢: ما هو التشخيص التفريقي لحالة الشفاه؟

إنَّ التشخيص الأكثر ترجيحاً لحالة الشفاه المزمنة لهذا المريض هو التهاب الشفة السفعي (الشعاعي) الناتج عن الضرر من أشعة الشمس كنتيجة لعمله خارج المباني. الإشعاع الشمسي بالأشعة فوق البنفسجية (UVB) هو الأكثر ضرراً وهو المسئول عن الضرر المحتمل الحباثة وأضرار تقدم العُمُر. ومن الهام فحص الوجه وفروة الرأس والأجزاء الأخرى من الجلد المعرضة للشمس لتشخيص التقران الشمسي خاصة في الأفراد ذوي الشعر الأشقر. الحالات الأخرى التي يجب أن تؤخذ في الاعتبار عند التشخيص التفريقي هي الحزاز المسطح والذئبة الحمامية. ومن المحتمل أيضاً التهاب الشفة الأرجي ولكنه أقل احتمالاً إلا إذا تراكم على وجود شفاه أصيبت فعلياً بأضرار الشمس. الحزعة تكون أساسية تعتمد المعالجة على فحص أمراض الأنسجة ودراستها، ودرجة الخلل في تنسُّج الظهارة.

## تورمات الوجه والرقبة (Swellings of the face and neck)

- التورم الوجهي (Facial swellings)
- التشخيص التفريقي (Differential diagnosis)
- تورمات في الرقبة (Swellings in the neck)
- تضخم العقد اللمفية العنقية (Cervical lymphadenopathy)
- التشخيص التفريقي (Differential diagnosis)
- فحص العقد اللمفية (Examination of the lymph nodes)
- الأسباب الالتهابية (Inflammatory causes)
- الأسباب الورمية لتضخم العقد اللمفية (Neoplastic causes of lymph node enlargement)