الفصل ٨

الآفات الفموية: التشخيص التفريقي وطرق الاختزاع

Oral Lesions: Differential Diagnosis and Biopsy Techniques

سي. جي. كوان
جي. جي. مارلي

- ينشأ العديد من الآفات الفموية الوجهية إما من الأنسجة الرخوة كالمخاطية أو تحت المخاطية وإما من الأنسجة الصلبة كالعظام أو البنى السنية.
- يستعين المرضى عادة في بداية مرضهم بالممارسين العاميين، ويتوجب على هؤلاء ملاحظة الاعتلالات الوظيفية والتشريحية والبدء الفوري في التشخيص التفريقي.
- تتطلب عملية التشخيص المعرفة بجميع الظواهر المرضية المحتملة، وكذلك القدرة على القيام بعملية الإقصاء التشخيصية الصحيحة بناء على:
  - o التاريخ المرضي والأعراض السريرية للآفة.
  - o الصفات السريرية للآفة بما في ذلك مكانها وتركيبتها ولونها وبنيتها التشريحية.
- يتطلب التشخيص الفحوص الخاصة، مثل التصوير الشعاعي والاختزاع.
- تحدد المعالجة بناء على ماهية التشخيص وطبيعة الأعراض المصاحبة، ومكان وحجم الآفة، وقد يتطلب الأمر في كثير من الأحوال إحالة المريض إلى طبيب مختص.

المعرفة المفترضة

يجدر بك في هذه المرحلة أن يكون لديك المعرفة العلمية، والكفاءة العملية في المجلات التالية:

- تشريح الوجه والفكين.
- المنخل الجراحي (انظر الفصل ٢).
- تصنيف الأورام ذات المنشأ السني والأكياس السنية المعتمدة من منظمة الصحة العالمية.
- الهيئة المرضية والصفات الشعاعية للعديد من الآفات الفموية.

إذا كنت تشك بمدى كفاءتك فيما سبق فننصحك بمراجعتها قبل الشروع في قراءة هذا الفصل، أو الاستعانة بمراجع مناسبة عند الحاجة إلى ذلك.

نتائج التعليم المقصودة

بنهاية هذا الفصل يمكنك الآتي:

١- اكتساب مهارة التشخيص التفريقي بناء على التاريخ المرضي، والأعراض، والموقع التشريحي، واللون، والبنية التركيبية للمرض.

٢- ترتيب الفحوص المطلوبة من تصوير شعاعي وغيره، وأخذ خزعات لتأكيد صحة التشخيص، والقيام بترتيب الإحالة لطبيب مختص إذا استدعى الأمر ذلك.

٣- وصف الطرق المختلفة لأخذ الخزعات وأساليب الفحص الأخرى.

٤- معرفة مبادئ العلاج، وعما إذا كان بمقدرتك القيام بذلك وإدراك أسباب التحويل إلى مركز متقدم.

٥- تقديم النصيحة للمريض إما بمفردك وإما بمصاحبة الطبيب الاختصاصي بشأن طبيعة المرض وآثاره، وأهمية العلاج، ونظام المتابعة.

نظرة عامة

يُكتشف العديد من الآفات الفموية للمرة الأولى من قبل المريض، أو الطبيب عند ملاحظة تغير في اللون، أو التركيب، أو حتى خلل في الأغشية المخاطية، وكذلك عند ظهور انتفاخ أو سوء تناظر في البنى الفموية الوجهية. وتميز الآفات الناشئة من العظم من خلال التغيرات الشعاعية المتعددة، فمنها ما هو شفيف للأشعة، ومنها ما هو معتم، وقد يبدو العظم متضخماً أو مضمحلاً، ويتضاءل حجم العظم في الغالب نتيجة تآكله (erosion) أو امتصاصه (resorption).

إن دقة التشخيص في هذه الحالات يقود إلى علاج واعد وفعال، ولذلك يبرز دور التاريخ المرضي الدقيق، والفحص السريري الشامل إضافة إلى نتائج الفحوصات الخاصة بما فيها التصوير الشعاعي والفحص النسيجي، والفحوص التشخيصية الأخرى، وسوف يُتطرق لاحقاً في هذا الفصل إلى كل أطياف الاختزاع الشائع استخدامها. ونظراً لأهمية بعض هذه الآفات، فإنه يحظر على الممارس العام أخذ الخزعة لآفة تبدو وكأنها ورم خبيث حتى لا يضطر إلى إبلاغ المريض بأخبار غير متوقعة ومؤلمة أحياناً بشأن نتيجة الفحص النسيجي، إضافة إلى ما يترتب على ذلك من مناقشة خيارات العلاج المتوفرة لمريض في الأصل في وضع نفسي لا يحسد عليه. وعلى ضوء هذا يتحتم تحويل المريض لطبيب مختص بأسرع ما يمكن (انظر الفصل ١٠)، على أن يشمل التحويل معلومات واضحة ومقتضبة عن المشكلة الطبية إضافة إلى مهاتفة الطبيب المختص مباشرة، أو الاتصال عن طريق الفاكس.

آفات الأنسجة الرخوة

التشخيص

تبدو آفات الأنسجة الفموية الرخوة رغم انتشارها عديمة الأعراض، وتنمو الكتل النسيجية ببطء وربما تشاهد للوهلة الأولى أثناء الفحص السريري ولا يعول على التاريخ الطبي بمفرده للوصول إلى التشخيص، وما الشعور بالألم إلا مؤشراً لإصابة الآفة بالالتهابات. ويظهر ذلك جلياً في التهابات الأكياس السنية (انظر الفصل التاسع)، أو إلى السلوك العدواني للآفة كما هي أورام الغدد اللعابية السرطانية (انظر الفصل ١٤). وعلى أية حال، فإن الفحص السريري هو الطريق الرئيس إلى التشخيص عن طريق المشاهدة، وتمييز اللون، وجس الآفة وتحسس تماسكها.

الموقع

يمثل الحنك الخلفي والثلث الجانبي من الحنك الصلب والشفة العليا الأماكن الأكثر تعرضاً لخطر أورام الغدد اللعابية الصغيرة، كما أن الشفة السفلي معرضة أكثر من غيرها لنشوء السليلة المخاطية (mucocele)، ويكثر ظهور السليلة الليفية الظهارية (fibroepithehial polyp) على الأسطح الداخلية للخد، وخصوصاً القريبة من الأسنان المفقودة.

اللون

يميز اللون ما بين السليلة الليفية الظهارية بلونها الوردي (الشكل٨,١) والورم الحليمي الفيروسي (viral papilloma) أو الثآليل ذات اللون الأبيض والشكل القرنابيطي (الشكل ٨,٢)، وتبدو الأكياس المخاطية في مجملها شفافة وتميل إلى الازرقاق (انظر الشكل ١٤,٧ و١٤,٨) بينما تظهر الأورام الوعائية والبحيرات الوريدية (venous lakes) بلون داكن الزرقة (الشكل ٨,٣)، وتأخذ الأورام الخبيثة المتقيحة (الشكل ٨,٤) والورم اللثوي ذو الخلايا العملاقة (الشكل٨,٥) اللون الأحمر الداكن.

الشكل (٨,١). سليلة ليفية ظهارية في المخاطية الخدية اليمنى.

الشكل (٨,٢). ورم حليمي فيروسي (ثولول).

الشكل (٨,٣). بحيرة وريدية تنكسية في الشفة العليا.

الشكل (٨,٤). ورم حبيبي متقيح.

الشكل (٨,٥). ورم حبيبي محيطي ذو الخلايا العملاقة في منطقة الضواحك السفلية.

العلاقة التشريحية وطبيعة قوام الآفات

تُميز الآفات الفموية بالإضافة إلى ماسبق ذكره بحسب درجة توضعها داخل الأنسجة وعلاقتها بالبنى التشريحية المجاورة، حيث يمكن التفريق بين الآفات السطحية كالسليلة الليفية الظهارية والورم الحليمي الفيروسي والورم اللثوي (epulides) من جهة والآفات تحت المخاطية من جهة أخرى. ويجسد أسلوب الجس بالأصابع السبيل إلى التفريق بين الانتفاخات المتفرقة والمنعزلة، والانتفاخات المنتشرة والمتمددة، وما إذ كانت متحررة أو ملتصقة بالبنى التشريحية العميقة، ويحتمل أن تكون الآفات المتصلبة تحت المخاطية إما ردود فعل كما هي العقد اللمفية وإما أورام تنشأ من الأنسجة في ذلك المستوى، مثل أورام الغدد اللعابية الصغرى وورم عمد الليف العصبي (neurilemmoma)، ويمكن اعتبار كل الانتفاخات المتصلبة تحت المخاطية ذات نزعة خبيثة حتى يثبت العكس بعد التحقق من هويتها.

التأثيرات البيئية

تلعب البيئة الداخلية للفم دوراً هاماً في نشوء الآفات وتؤثركذلك على نموها، فتبدو على سبيل المثال السليلة الليفية الظهارية في سقف الحنك كورم ليفي ورقي (leaf fibroma) وعندما تنشأ بجوار حواف التركيبات الصناعية (الشكل ١١,٥، ١١,٦) فإنها تبدو كفرط التنسج المحرض بالأجهزة السنية (denture induced hyperplasia). أما السلائل (polyps) المنبثقة من اللثة سواء اليافعة منها أو مكتملة النمو فتوصف على أنها ورم حبيبي متقيح (pyogenic granuloma)، وما الورم اللثوي الحملي (pregnancy epulis) إلا أحد أشكالها المختلفة. ويتميز هذا الورم بلونه الأحمر وملمسه الناعم وقابليته للنزف، وقد يشابه إلى حد ما الورم الحبيبي المحيطي ذا الخلايا العملاقة (peripheral giant cell granloma) إلا أن الأخير يبدو أرجواني اللون.

الآفات الوحيدة والمتعددة

تظهر معظم الآفات التي سبق ذكرها كانتفاخات وحيدة أو متفرقة، ولعل وجود الآفات المتعددة دليل هام على الاضطرابات الشاملة، حيث يرتبط ظهور السلائل والطغوات المخاطية (mucosal tags) بالإصابة بداء كرون الفموي (oral crohn's disease)، ويرتبط ظهور الأورام الحبيبية الوجهية (orofacial granulomatosis) والأورام الحليمية الفيروسية المتعددة كذلك بالإصابة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV).

الآفات البيضاء والحمراء والآفات الصباغية

على الرغم من كثرة مشاهدة اللطخات البيضاء (white patches) داخل الفم إلا أنها لا تشكل دائماً خطراً على صحة الإنسان وقد يصعب تقدير هذا الخطر في كثير من الحالات إن وجد وخصوصاً في غياب الفحص النسيجي، ولذلك يتوجب فحص جميع الآفات التي يشوبها الغموض وعلى أن يترك اتخاذ القرار فيما عدا ذلك لمن يملك خبرة واسعة في معالجة هذه الآفات. وسوف تُستعرض الآفات البيضاء والحمراء بشكل تفصيلي في الفصل ١٠ من هذا الكتاب (انظر الشكل ١٠,١ و ١٠,٢). أما الآفات الصباغية الفموية (pigmented lesions) فتتخذ ألواناً عدة، فمنها المزرق، والبني، وأسود اللون، وربما تظهر بأشكالٍ مختلفة كأن تكون مرتفعة، أو مسطحة، أو حبيبية الشكل، وقد تكون وحيدة أو متعددة الظهور. وتشمل الآفات البقعية ذات الظهور المنفرد الوشم الأملقمي (amalgam tattoo)

والوحمة الصباغية الحميدة (benign naevi)، أما الآفات البقعية المتعددة فتشمل التصبغ العرقي (racial deposits) وكذلك التصبغات الناتجة عن أضرار الالتهابات المزمنة للظهارة كما هو في الحزاز المسطح (lichen planus) والتملن المحرض بالتبغ (tobacco-induced melanosis)، وتأتي أهمية الاختزاع والفحص النسيجي لتأكيد هوية التشخيص كما هو معمول به للآفات البيضاء والحمراء. وقد ينذر ظهور تقرحات في هذه الآفات أو ظهور نزف أو تغير في الشكل والحجم إلى خطورتها كما هو الحال مع الطلوان (leudoplakia)، الذي يتطلب ضرورة الإحالة الفورية لطبيب مختص.

دواعي الاختزاع

تستدعي الضرورة الفحص النسيجي لكل الآفات العميقة تحت المخاطية، وخصوصاً إذا ما أثيرت الشكوك حول طبيعتها، أما الآفات التي يسهل تشخيصها سريرياً كالسليلة الليفية الظهارية، والورم الحليمي الفيروسي، والأكياس المخاطية فلا تتطلب في الغالب الاختزاع (biopsy) للوصول إلى التشخيص النهائي، ولكنها تستأصل كأحد خيارات العلاج، ومع ذلك يتحتم إرسالها للفحص النسيجي من أجل تأكيد صحة التشخيص.

علاج آفات الأنسجة الرخوة

النقاط العامة

يرتكز علاج الآفات أساساً على دقة التشخيص ومع ذلك، فقد لا يتطلب علاج الورم الحليمي الحرشفي (squamous papilloma) والأكياس المخاطية على سبيل المثال استئصال الآفة لبلوغ التشخيص النهائي، ولكن يكتفى بالفحص السريري، إلا أن هذا لا ينطبق على الآفات الصلبة والمتماسكة تحت المخاطية، والتي بحاجة إلى الاختزاع أكثر من غيرها. وقد لا يبرر التشخيص النسيجي لهذه الآفات الحميدة العلاج بقدر ما تبرره الأعراض ذات العلاقة. فمكان وحجم الآفة، وما إذا كانت مسببة للقلق أو يتوقع منها ذلك في المستقبل بحاجة إلى اهتمام أكبر، وربما الإحالة إلى طبيب مختص.

ملخص آفات الأنسجة الرخوة

- مفاتيح التشخيص هي الموقع واللون إضافة إلى تماسك الآفة وقوامها.
- الآفات السطحية والناعمة وردية اللون وقل ماتكون خطرة.
- يحتمل خباثة الآفات الصلبة والمتماسكة تحت المخاطية.
- تصنف الآفات الشفافة ذات اللون الأزرق أو الأحمر الداكن على أنها إما وعائية وإما آفة خلايا عملاقة.
- تعود الآفة الشفافة ذات اللون الأزرق غالباً إلى الأكياس اللعابية.
- تعالج السليلة الليفية الظهارية بالاختزاع الاستئصالي.
- يعالج الورم الحبيبي المحيطي ذو الخلايا العملاقة باستئصال الآفة وتجريف العظم، ومع ذلك يحتمل ارتباط هذه الآفة بعودة المرض من جديد.
- تنذر التقرحات والنزف في الآفات الفموية ذات اللون البني أو الأزرق الداكن إلى احتمال تحولها إلى ورم صباغي خبيث.

أما الآفات الصغيرة والحميدة فلا ضير من تركها كما هي بشرط ألا يزيد حجمها، أو أن تتسبب في ظهور أعراض، جديدة أو أن تؤثر سلبياً على شكل ووظيفة البنى الفموية الوجهية. وقد لا يغير مكان وحجم الآفة بشكل عام على أسلوب المعالجة ولكنهما يتطلبان الدقة في تقييم حالة المريض واختيار الطبيب المعالج ذي الخبرة في هذا المجال، حيث ترتبط الآفات تحت المخاطية التي يزيد حجمها عن ٢ سم بصعوبة في العلاج الجراحي نظراً لصعوبة الوصول إليها، واحتمال إصابة الأعصاب والأوعية الدموية المجاورة بالضرر، إضافة إلى صعوبة إصلاح العيوب الناتجة من الجراحة، وهنا تبدو الحاجة الماسة إلى طبيب يملك الخبرة في جراحة الأنسجة الرخوة، ومعالجة الاختلاطات أثناء وبعد الجراحة.

السليلة الليفية الظهارية والورم الحليمي الحرشفي والأورام اللثوية

تعالج الآفات الصغيرة، مثل السليلة الليفية الظهارية والورم الحليمي الحرشفي، والأورام اللثوية بالجراحة ويعد الاختزاع ضمن متطلبات العلاج (انظر لاحقاً)، ويستحسن أن يترافق العلاج مع إزالة العوامل المسببة والمحفزة، مثل مسببات الإصابات المزمنة في حالة السلائل أو الترسبات الجيرية في حالة الورم الحبيبي المقيح، ويعالج الورم الحبيبي المحيطي ذو الخلايا العملاقة كذلك بالجراحة بما في ذلك تجريف العظم تحت الآفة. وقد يؤجل علاج الورم اللثوي الحملي لبعد الولادة إلا إن كان حجمه كبيراً جداً ويسبب الضيق للمريض، علماً أن المحافظة على صحة الفم وتقليح الأسنان خلال فترة الحمل كفيل بتراجع نمو هذه الأورام، وحتى يحين موعد الجراحة بعد الولادة. وينصح بأن يترافق العلاج الجراحي لفرط التنسج المحرض بالأجهزة السنية مع التبطين (relining) المؤقت للتعويضات السنية (الفصل ١١) من أجل المحافظة على عمق وشكل الدهليز، وتفادي عودة الآفات مرة ثانية (النكس). ويستخدم الأسلوب نفسه لعلاج الورم الليفي الورقي إلا أن الآفة الأولى قد تكون متضخمة إلى حد يؤثر على البنى التشريحية المهمة في الفك السفلي كالعصب الذقني والعصب اللساني، وخصوصاً بعد اضمحلال عظم السنخ. وفي كلتا الحالتين يتوجب الحذر من الإضرار بهذه البنى التشريحية عند استئصال الأنسجة مفرطة التنسج (hyperplastic tissue) بإبقاء الجراحة سطحية ما أمكن ذلك، واستخدام التسليخ الكليل لتحرير الأنسجة الداخلية (انظر جزء الاختزاع).

الأكياس المخاطية

تضم مجموعة الأكياس المخاطية (mucous cysts) الكيس التسربية (extravasation cyst) وبدرجة أقل الكيس الاحتباسي (retention cyst) ويتميز الاثنان بانتفاخ ذي سطح مشدود ومزرق اللون ويظهر عادة في الشفة السفلى (انظر الشكل ١٤, ٧)، وسوف يتم استعراض هاتين الحالتين في الفصل ١٤.

الآفات الوعائية

يفضل تقسيم الآفات الوعائية (vaslular lesions) إلى مجموعتين: أولاهما الأورام الوعائية (haemangioma) الأقل شيوعاً، والتي قد تبدو متعددة ومتمددة الانتشار، وثانيتهما التشوهات الانحلالية الصغيرة (degenerative malformation) كدوالي أوعية الشفة (varicositis) التي تشاهد عادة في كبار السن (الشكل ٣, ٨). وتستدعي المجموعة الأولى تقييم الحالة بشكل شامل بما في ذلك

ملاحظة نوعها وموقعها وتمددها، ويتوجب إحالتها إلى مركز متخصص. أما إذا كان الورم كبيراً أو ممتداً إلى داخل العظم فيتحتم تأجيل التدخل الجراحي وكذلك قلع الأسنان لحين التحقق من نوع وحجم الورم الوعائي، وعلى النقيض فإن الآفات الصغيرة المتناثرة تستأصل جراحياً أو بواسطة المعالجة بالتبريد (cryotherapy)، وقد لا تخرج أسباب التدخل الجراحي عن أن تكون لأسباب جمالية، أو لمنع الآفات من التعرض لتكرار الإصابة والنزف.

الآفات الصلدة تحت المخاطية

يتحتم فحص كل الآفات الصلدة تحت المخاطية (submucosal solid lesions) بدقة لاحتمال أن يكون بعضها ورماً خبيثاً، ويختار العلاج على مبدأ التوازن ما بين الاختزاع الاقتطاعي (incisional biopsy) لتحديد هوية الآفة أو الاستئصال الكامل/ الاختزاع الاستئصالي (excisional biopsy) لتفادي الحاجة إلى جراحة أخرى ولمنع تسرب الخلايا السرطانية إلى الأنسجة المجاورة، ولعل الورم الغدي اللعابي متعدد الأشكال (pleomorphic salivary adenoma) خير مثال على ذلك. ويعتمد الخيار العلاجي أياً كان على عوامل عدة، منها موقع الآفة وحجمها، ومرئيات اختصاصي التصوير الشعاعي الطبقي، والرنين المغناطيسي. ويتوجب استئصال الآفات الصغيرة بعناية فائقة مستخدماً في ذلك التسليخ الكليل وليكن على يد طبيب ذي خبرة في جراحات الأنسجة الرخوة، وقد يتطلب استئصال الآفات من تحت الغشاء السمحاقي كما في الحنك إلى تغطية العيوب الناتجة بالضمادات لحين عودة بناء الأنسجة ذاتياً أو بإصلاحها بالشرائح والأطعمة المخاطية. وتزداد صعوبة استئصال هذه الآفات من الحنك الرخو، وخصوصاً إذا كانت عميقة داخل الأنسجة، وقد يزداد مع ذلك احتمال اختراق الحنك الرخو إلى الفراغ الأنفي.

تشخيص وعلاج آفات الأنسجة الصلبة

نظرة عامة

تنشأ الآفات الصلبة إما من الأنسجة السنية وإما من العظم، ويمتد طيف تشخيص هذه الآفات مابين الآفات النمائية كحيود الفك السفلي والحنك (tori) وكذلك الورم السني (odontoms) (انظر الشكل ٦, ٨ و ١٣, ١١ و ١٤, ١١) والأعران العظمية (exostoses) وصولاً إلى الآفات الحميدة النادرة ذات الانتشار الموضعي كالورم الليفي العظمي (ossifying fibroma) والورم الأرومي الميمائي (ameloblastoma) والورم الأرومي الملاطي (cementoblastama).

وبما أن هذه المجموعة من الآفات تبدو للقارئ بالغة التعقيد، فإن من الحكمة العودة إلى كتب علم الأمراض والأشعة للاطلاع على أنواعها المختلفة بمواصفاتها النسيجية والشعاعية. وتتميز الآفات الصلبة من الناحية العملية على أساس ظهورها، فالغالبية منها تبدو آفات وحيدة ومتفرقة، مثل الأورام السنية، وأورام مكونات السن (odontogenic tumors)، وشبيه الورم العظمي (ostomata). أما الآفات النادرة فتبدو كبيرة ومنتشرة، مثل عسر التشكل الليفي (fibrous dysplasia) وداء باجيت (Paget's disease) ومتلازمة غاردنر (Gardner's syndrome)، إضافة إلى الآفات ذات الظهور المتعدد مثل الآفات الملاطية المعظمة (cemento-ossifying lesions). وتلاحظ هذه الآفات في الغالب للوهلة الأولى كانتفاخات عظمية تحت المخاطية،

وفي مواضع أخرى تكتشف بمحض الصدفة خلال الفحص الشعاعي الاعتيادي.

ولعل تداخل أعراض وعلامات هذه الآفات بشكل كبير يبرز الأهمية الاعتبارية لمعطيات الفحص الشعاعي والفحص النسيجي للوصول إلى التشخيص النهائي. ومع ذلك، فإن لموقع الآفة دور كبير كذلك في عملية التشخيص لكون هذه الآفات تتشابه مع بعضها، بل وحتى مع بعض الأكياس في صورتها السريرية والشعاعية (انظر الفصل ٩). وكما هو الحال مع آفات الأنسجة الرخوة، فإن لهذه الآفات نظائر سرطانية قد تتشابه معها في الظهور، مثل ساركومة العظم (osteosarcoma) والأورام الثانوية (انظر لاحقاً).

الآفات السنية

تنشأ الآفات السنية (odontogenic lesions) من اختلال في أنسجة الأسنان الأولية، وتضم هذه المجموعة الورم السني الذي يعد ورماً عيبياً (hamertoma) ويقتصر تطوره على فترة النمو الطبيعية، مثله مثل الكتل النهائية، وكذلك الأورام الحميدة، والأورام ذات الانتشار الموضعي. وتبدو الآفات السنية وحيدة أو متفرقة وفي أغلب الأحيان واسعة الانتشار لتظهر شفافة للأشعة فيما يشبه الأكياس السنية شعاعياً (الفصل ٩)، وربما تظهر معتمة، وأحياناً بمزيج ما بين الشفافة والإعتام.

الأورام السنية

تكتشف الأورام العيبية (hamertomas) غالباً بالصدفة عند معاينة الصور الشعاعية للأسنان غير البازغة (الشكل ٦, ٨) وكذلك عند تحسس التكتلات العظمية على حافة السنخ. وتتميز هذه الآفات بتوقف نموها المبكر، وقد تسبب أحياناً آلاماً بدرجات مختلفة إذا ما تعرضت للعدوى، وتظهر في الصور الشعاعية كأجسام محددة ومعتمة ومحاطة بهامش شفيف للأشعة يشابه إلى حد ما حيز الأربطة الداعمة للسن. وبما أن هذه المجموعة تنقسم إلى أصناف عدة فإن من الحكمة العودة إلى كتب علم الأمراض لمراجعة تصنيفاتها المختلفة.

الشكل (٦, ٨). ورم سني يعتلي ناب مطمور ومرتبط بكيس سنية.

وتعتبر الأورام السنية (odontomes) أسناناً زائدة ومشوهة، وتحدد طبيعة هذه الآفات اختيار العلاج المناسب، فقد ينصح بإزالتها إذا أعاقت بزوغ الأسنان، أو شكلت حائلاً مانعاً لعلاج تقويم الأسنان، أو كانت عرضة للالتهابات. أما في غياب هذه المشاكل، أو إذا كان المريض يعاني من مشاكل طبية لاتسمح بالعلاج فالأولى تركها في مكانها دون أي تدخل جراحي.

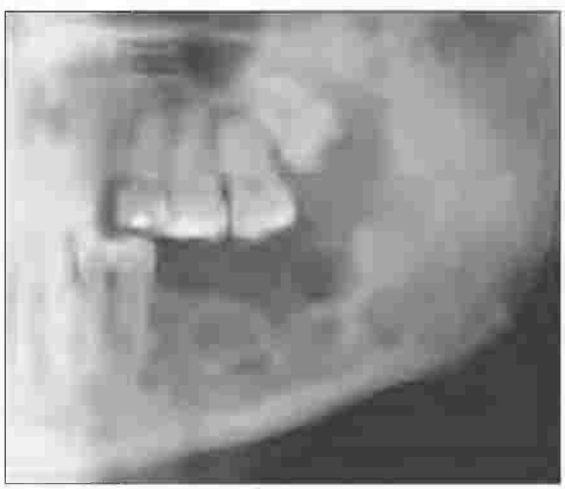
الأورام الحميدة سنية المنشأ ذات الانتشار الموضعي

تعتبر معظم أورام مكونات السن (odontogenic tumours) أوراماً حميدة، وتعتمد في ذلك بالضرورة على طبيعة الخلل الخلوي، وتتكون إما من أنسجة رخوة بالكامل كما هي الأكياس وإما أنسجة سنية صلبة ذات

عتامة شعاعية بدرجات مختلفة. وتتشابه أعراضها وعلاماتها مع الأورام السنية إلا أن نموها لايتوقف كما هو الحال مع بقية هذه الأورام. ويشكل استمرار النمو معضلة من الناحية العلاجية، إذ ينطلق العلاج مما تمليه الأعراض والعلامات المتشابهة أمام طيف واسع من السلوك السريري، فالأورام القابلة للنكس بنسبة عالية كالورم الأرومي الميتائي مثلاً عرضة للتحول السرطاني، وعلى الرغم من ضآلة هذا إلا أن العلاج قد يقتصر في حالات قليلة على الاستئصال التحفظي/ الفصع (enucleation) الذي يشمل الكشط (curettage) العميق لكل الحواف العظمية أو القطع المنهجي بالحواف العظمية السليمة (marginal resection). ويعود ذلك إلى تقدير خطورة النكس الموضعي أو الانتشار البعيد، وحجم الآفة وعلاقتها التشريحية بالبنى المجاورة. إن تشابه وتداخل الأعراض والعلامات السريرية والشعاعية بين الأكياس والأورام يفرض الحاجة إلى الوصول إلى التشخيص المرضي، وليكن عن طريق الفحص النسيجي قبل الشروع في العلاج الجراحي وخصوصاً إذا كانت الآفات كبيرة الحجم، وعندها يصبح الاختزاع الشقي أحد أساليب العملية الاستقصائية.

الورم الأرومي الميتائي

يعد الورم الأرومي الميتائي (ameloblastoma) الأكثر انتشاراً من بين كل أورام مكونات السن ويشمل هذا الأنواع السرطانية منها (راجع كتب علم الأمراض لمعرفة التصنيفات المختلفة)، ويبدو الورم دائماً شفيف للأشعة (الشكل ٨,٧) ويمكن أن يشوب تشخيصه بعض الإرباك إذا ما ظهر في زاوية الفك السفلي ليتشابه مع ما يسمى بالكيسة المتقرنة سنية المنشأ (odontogenic keratocyst) والكيسة الجرابية السنية (dentigerous cyst). وتبدو الأورام الصغيرة أحادية الحجرات (unilocular) إلا أن الكبيرة منها تأخذ شكلاً متعدد الحجرات (multilocular) بحدود واضحة المعالم مع مايصحب ذلك من امتصاص في العظم القشري (cortical bone) وجذور الأسنان المجاورة. وعلى الرغم من أن نمو هذه الأورام يعد هجومياً إلى حد ما إلا أنها نادراً ما تسبب الضرر بالحزمة الوعائية العصبية في الفك السفلي فيما عدا إزاحة العصب دون الإحساس بالخدر، وتعد هذه الظاهرة على النقيض مما يتوقع مع السرطان عظمي المنشأ (osteogenic malignancy) والأورام العظمية الخبيثة. إن العلاج المناسب لهذا الورم هو استئصاله مع جزء من الحواف العظمية السليمة (marginal resection)، ويمكن الاكتفاء بالاستئصال التحفظي للورم الأرومي الميتائي وحيد الحجرة كما هو المتبع مع الورم الليفي الأرومي الميتائي (ameloblastic fibroma)، وقد يعد أسلوب الفصع بمفرده كافياً كذلك مع ضرورة المتابعة بالتصوير الشعاعي لفترات قد تمتد لزمن بعيد لا يمكن تحديدها.



الشكل (٨,٧). ورم أرومي ميتائي.

الورم المخاطي سني المنشأ

يعد الورم المخاطي سني المنشأ (odontogenic myxoma) ورماً نادراً ويتشابه مع الورم الأورمي الميزنشي في الصورة الشعاعية، وقد يتميز إضافة إلى ذلك بالفقاقيع الصابونية. وبما أنه يميل إلى اختراق العظام المجاورة على نطاق واسع على الرغم من كونه ورماً حميداً، فإن استئصاله وكشطه بقوة كفيل بمنع انتكاسته، وقد يتطلب الأمر أحياناً قطعه مع الحواف العظمية.

الورم السني شبيه الغدي والورم الليفي سني المنشأ

يرتبط الورم السني شبيه الغدي (adenomatoid odntogenic tumour) والورم الليفي سني المنشأ (odontogenic fibroma) غير الشائعين بالأسنان غير البازغة، وتعد هذه أورماً حميدة، وينخفض معدل نكوسها بعد العلاج، وتتميز بظهور تكلسات صغيرة داخل الورم وتعالج تحفظياً بالفصع والكشط.

الورم الظهاري المتكلس سني المنشأ

يتخذ الورم الظهاري المتكلس سني المنشأ (calcifying epithelial odontogenic tumour) النادر أصلاً شكلاً شفيف للأشعة، ويظهر في منطقة الأرحاء من الفك السفلي، ويدل اسمه على احتوائه عناصر معتمة الشعاعية، وعلى غرار العديد من الأورام الأخرى سنية المنشأ، فإن له نظيراً خبيثاً ينتشر موضعياً داخل العظم بحدة، ويوصى بقطعة مع أجزاء من الحواف العظيمة.

الآفات الملاطية

يعتبر الورم الأرومي الملاطي (cementoblastoma) ورماً نادراً كذلك، ويتميز شعاعياً بعتامته الكثيفة غير المتجانسة، ومحيطه الشفيف للأشعة المتصل بفراغ دواعم الأسنان. ويرتبط هذا الورم غالباً بجذور الأرحاء والضواحك ذوات اللب السليم في الفك السفلي، وقد تظهر على جذور الأسنان علامات الامتصاص، وبعكس الكثير من الأورام الأخرى سنية المنشأ، فإن هذا الورم قد يسبب الشعور بالألم، وتعالج هذه الأورام الحميدة عادة بقلع الأسنان المجاورة إذا تطلب الأمر ذلك، ولا يعتقد في عودة الورم بعد علاجه. ومن الآفات الملاطية (cementifying lesions) الأخرى خلل التنسج العظمي الملاطي (cemento-osseous dysplasia) والذي يمثل نموذجاً آخر للورم الأرومي الملاطي، ويدل اسمه على طبيعته المختلطة وعدم خباثته ويظهر كآفات وحيدة أو متعددة مع تفاوت وراثي عائلي نادر (familial varient). ومن المهم ملاحظة ارتباطه بالنهايات القمية للأسنان ذات اللب السليم، ويبدو في مراحله الأولى شفيف للأشعة ليزداد تكلسة تدريجياً بالتزامن مع تقدم نضوجه؛ ولذلك يجب عدم الخلط بين هذه الآفة والأكياس السنية أو الأورام الخبيثة حول الذروية. ولصعوبة العلاج، فإن الشفاء الكامل من التنسج العظمي الملاطي قد يستدعي تدخلاً واسعاً بعكس المعتاد عمله للآفات التفاعلية، إذ أن محاولة قلع الأسنان فقط قد يتبعها إنتان ينتهي بتوشظ العظم ولذلك يكتفى بالمتابعة المنتظمة.

الآفات العظمية

يوجد على غرار الآفات سنية المنشأ العديد من الآفات العظمية (osseous lesions) ابتداءً من الأعران البسيطة والحيود إلى الأورام الليفية المعظمة الحميدة وانتهاءً بالأورام الخبيثة. وباستثناء الحيود فإن انتشار هذه الأورام أقل شيوعاً من الآفات سنية المنشأ، ولكنها تشترك مع الأخيرة في الصفات السريرية والشعاعية بما في ذلك انتفاخ الفك وإزاحة الأسنان وظهور مساحات

شفيفة للأشعة أو معتمة، أو خليط من الاثنين. ويبدو بعضها كالأورام الليفية المعظمة مثلاً بحدود واضحة وحواف قشرية بينما تظهر الآفات ذات الخلايا العملاقة واضحة التحديد وبلا حواف قشرية. أما امتصاص الجذور فيرتبط غالباً بالآفات ذات الطبيعة العدوانية، ولكنه قد يشاهد كذلك مع بعض الآفات الحميدة ذات الخلايا العملاقة، ولذلك تعتبر الصفات الشعاعية عوامل مهمة للوصول إلى التشخيص إلا أن الفحص النسيجي هو الحكم النهائي في تحديد طبيعة هذه الآفات.

تكتشف هذه الآفات بمحض الصدفة، وخصوصاً في الفك السفلي، وتبدو كتكتلات صغيرة ومتفرقة من العظم المتكلس داخل العظم الإسفنجي ولا ترتبط هذه التكتلات العظمية بجذور الأسنان وليس لها محيط شفيف للأشعة، وتسمى أحياناً بالترمم العظمي (enostois)، ويعتقد أنها تنشأ كرد فعل للالتهابات البطيئة، ويمكن اعتبارها في أحوال كثيرة ضمن النطاق الطبيعي، ولا يتوجب استئصالها. أما التكتلات الكبيرة الواسعة الانتشار كما هي في داء باجيت وعسر التشكل الليفي وورم زوايا الفك (cherubism) فتعتبر نادرة، وقد تتطلب عناية متخصصة في التشخيص والعلاج (انظر لاحقاً). وهناك آفات عظمية أخرى مثل التهاب العظم والنقي الحاد والمزمن، وساركومة العظم، والأورام السرطانية الثانوية كالورم النقوي (myeloma) والورم اللمفاوي (lymploma) والنقيلات السرطانية من سرطان الثدي، والقصبة الهوائية، والكلى، والبروستاتا، والغدة الدرقية، إضافة إلى ورم كثرة المنسجات الخبيثة وخلايا لانغرهانس (langerhans cell histocytosis)، وجميع هذه الآفات تظهر ضمن طيف واسع من الصفات السريرية والشعاعية التي سبق الإشارة إليها، ولذلك يجدر بالقارئ معرفة الأعراض والعلامات التي تضمنان إدراج هذه الأورام الخطرة ضمن قائمة التشخيص التفريقي (انظر لاحقاً). إلا أن تداخل هذه الأعراض والعلامات يجعل تشخيصها أحياناً عملية مثيرة ومعقدة؛ ولذلك نجد أن التشخيص يعتمد أساساً على الفحص النسيجي إضافة إلى بعض الفحوص الخاصة الأخرى، مثل فحص إنزيمات ومركبات العظم المخبري، والتصوير الشعاعي الطبقي، والتوسيم بالنظير المشع (bone scan). وبالنظر لطبيعة هذه الأورام وصعوبة اتخاذ قرار المعالجة والحاجة إلى المتابعة طويلة المدى يتحتم إحالة هؤلاء المرضى إلى طبيب مختص.

الحيود والأعران

تعد الحيود (tori) والأعران (exostoses) آفات شائعة، وتشاهد على نطاق واسع إما وحيدة وإما متعددة في منتصف قبة الحنك، أو على الناحية اللسانية للسنخ في منطقة الضواحك السفلية، ولكون هذه الآفات حميدة في طبيعتها، فقد لا تستدعي في كثير من الأحوال أي تدخل جراحي، وقد يقتصر ذلك على الحالات المعرضة للإصابات الرضية، وعندما تؤثر على ثبات التعويضات السنية (انظر الفصل ١١).

شبيه الورم العظمي والأورام الحميدة الأخرى

يعتبر شبيه الورم العظمي (osteomata) ورماً حميداً، ويتميز باستمرار نمائه ليظهر أخيراً كآفة طرفية تتطلب الاستئصال، وقد يبدو الورم متعدداً ومنسجماً مع صفات متلازمة غاردنر (Gardner's syndrome). يشاهد هذا الورم شعاعياً داخل العظم كجزيرة عظمية حائرة ومشابهة للآفات الملاطية. أما ورم بانيات العظم (osteoblastoma) فيعد أحد الأنواع النادرة ذات الكثافة

الشعاعية المتنوعة، وقد يشبه إلى حد ما الورم الأرومي الملاطي في كونه يسبب آلاماً مبرحة. ولعل العلاج الناجع للأورام كبيرة الحجم كالورم الليفي المعظم مثلاً هو استئصاله، وكشط حوافه العظمية إضافة إلى المتابعة طويلة المدى إذ إن انتكاسته واردة جداً.

الآفات ذات الخلايا العملاقة

تشمل مجموعة الآفات ذات الخلايا العملاقة (giant-cell lesions) عدداً من الأمراض ابتداءً بما لا يعد خبيثاً كالورم الحبيبي المحيط ذي الخلايا العملاقة (انظر لاحقاً) ونظائره الأساسية، إلى الآفات الشاملة المرتبطة بفرط الدريقات (hyperparathyrodism) وأخيراً إلى الأورام النادرة الحميدة منها والخبيثة. ويبدو الورم الحبيبي المحيط ذو الخلايا العملاقة ككتلة أنسجة رخوة تنشأ من داخل العظم، وتأخذ شكلاً شفيفاً للأشعة بحدود واضحة ولكن دون حواف قشرية، ولعل هذا يعود إلى دور آكلة العظم (osteoclast) التي تؤدي إلى امتصاص الأسنان المجاورة، ويؤكد التشخيص بوجود الخلايا العملاقة. ولتعذر تفريقه نسيجياً من الكتل المركزية العائدة إلى فرط الدريقات ينصح بقياس مستوى الكالسيوم والفوسفات وهرمون باراثورمون (parathormone) في الدم. تعالج هذه الآفة بنجاح بالاستئصال الموضعي، وكشط الحواف العظمية بأطراف واسعة، وإعادة بناء العظم إلى سابق عهده.

ورم زوايا الفك

يعد ورم زوايا الفك (cherubism) إحدى الحالات الوراثية التي تنتقل عن طريق الصفات السائدة، وتتميز هذه الآفة بانتفاخات وجهية متناظرة ثنائية الجانب تتكون أساساً من أنسجة ليفية وخلايا عملاقة، ويكثر ظهورها على نحو مميز في الطفولة المبكرة لدى الذكور، وقد تبدو هذه الآفة شعاعياً مشابهة للأكياس متعددة الحجرات، وتعالج غالباً بالأسلوب التحفظي، إذ إن هذه الآفات تختفي على الأرجح بالتزامن مع وصول الأنسجة العظمية إلى مرحلة البلوغ.

عسر التشكل الليفي

يستبدل العظم بالأنسجة الليفية العظمية في عسر التشكل الليفي (fibrous dysplasia) ولا يستدل من هذه التسمية على أنه ورم حقيقي، ولا تعرف كذلك مسبباته، إلا أن الدراسات الحديثة تشير إلى علاقته بطفرة جينية نشطة في وحدة الفا الثانوية للبروتين GNAS1، وتظهر هذه العلاقة بقوة في متلازمة ماكيين-أوبرايت (McCune-Albright syndrome)، وكذلك في عسر التشكل الليفي أحادي ومتعدد العظم.

تظهر هذه الآفة عادة في مقتبل الشباب، وتبدو كالانتفاخ وحيد الجانب في الفك العلوي، ولا تسبب ألماً، ويزداد حجمها في الغالب مع مرور الوقت، ويمكن أن تؤدي إلى تشوه الوجه وإلى سوء الإطباق، ويستحيل تحديد أطرافها بدقة سواء كان ذلك سريرياً أوشعاعياً لاندماجها بالعظم المحيط، ويمكنها سد الجيوب الهوائية إذا ما هاجمت الآفة الجيب الفكي. أما شعاعياً فتظهر الآفة حبيبية الشكل وبكثافة عظمية متوسطة، ويفقد العظم نمطه (trabcular pattern) ليغدو مثل الزجاج المغشى أو قشرة البرتقال. وعلى الرغم من سرعة نمو هذه الآفة إلا أنه ينصح بتأخير العلاج لحين توقف النمو الجسماني، وعندها يمكن إعادة ترميم العظام المصابة لأسباب جمالية. إن التدخل الجراحي خلال فترة النمو لايعدو أن يكون إلا عديم الجدوى ويبقى النكس أمراً حتمياً.

تمتد الإصابة بهذه الآفة إلى عظام عدة (polyostotic) وقد ترتبط في حالات نادرة وخصوصاً في

السيدات بتصبغ الجلد والبلوغ المبكر كما هي في متلازمة ماكيين- أولبرايت، وهناك احتمال ضئيل لظهور تغير ساركومي (sarcomatous) في هذا النوع من عسر التشكل الليفي أكثر من غيره.

داء باجيت

لا يعد داء باجيت (Paget's disease) مرضاً خبيثاً في حد ذاته، ويعتقد أن له مسببات فيروسية، ويصيب عادة كبار السن مبتدئاً بعظم واحد (monostotic) ليغدو بعد ذلك منتشراً في عظام عدة، وتعد الفقرات القطنية وعظام الجمجمة الأكثر إصابة، وخصوصاً عظمة القبة (calvarium) وتقل الإصابة في الفك العلوي بينما تتضاءل في الفك السفلي. يبدأ المرض بامتصاص في العظم لتبدو الآفة حينها أكثر دموية، وأخيراً يصبح العظم كثيفاً جداً، ويقاس نشاط المرض بمستوى قلوية فسفاتاز الدم (plasma alkaline phosphatase). ولداء باجيت أهمية في عيادة الأسنان، ففي المراحل الأولى من المرض يصعب قلع الأسنان نظراً لازدياد النزف، وقد تزداد الصعوبة في المراحل الأخيرة نتيجة لازدياد كثافة العظم وفرط الملاط (hypercementosis). ويعد ألم العظام المشكلة الكبرى كما أن المرضى قد يكونون عرضةً للفشل القلبي عالي النتاج (high-output cardiac failure) لازدياد جريان الدم إلى الآفات النشطة.

تظهر تشوهات العظام بوضوح خارج الفم وداخله، وقد تتأثر وظيفة التعويضات السنية بفعل تشوهات الأسناخ مما يحتم التدخل الجراحي، وقد يشمل علاج داء باجيت الكيميائي أدوية بسفوسفونيت ذات النزعة العالية في نشوء النخر العظمي الذي يصعب علاجه إن لم يكن في حقيقة الأمر ضرباً من المستحيل (انظر الفصل ٤).

الورم الوعائي

من النادر جداً وجود الورم الوعائي (haemangioma) داخل العظم، وإذا وجد فإنه يظهر كآفة وحيدة شفيفة للأشعة وبحجرات متعددة، ويشبه هذا الورم إلى حد ما الأكياس والآفات ذوات الخلايا العملاقة والأورام سنية المنشأ كالورم الأورمي الميناني؛ ولذلك يجب أخذه بعين الاعتبار عند القيام بالتشخيص التفريقي للآفات الفكية الكبيرة شفيفة الأشعة. ويستخدم أسلوب الرشف في محاولة لتأكيد التشخيص قبل الشروع في المعالجة الجراحية، وتأتي أهمية ذلك لتفادي النزف الخطر المرتبط بالأورام الوعائية عالية الدموية. أما وجود ورم وعائي في الأنسجة الرخوة وعلى مقربة من منطقة شفيفة للأشعة في الفك فيتطلب استخدام الفحوص الخاصة، مثل التصوير المقطعي، وتصوير الأوعية الدموية (angiography) لتحديد حجم الورم والأوعية الدموية المغذية. وتعالج هذه الأورام إما بطريقة المداخلة الشعاعية كالإصمام مثلاً (embolization) وإما بالاستئصال الجراحي التقليدي.

الأورام داخل العظم والسرطانات الأخرى

تعد سرطانة الخلايا الحرشفية (انظر الفصل ١٠) وأورام الغدد اللعابية (انظر الفصل ١٤) من أكثر الأمراض السرطانية شيوعاً داخل الفم، وقد تكون عظام الوجه كما هو الحال مع أي جزء من الهيكل العظمى مصدراً للسرطان الأولي، فالساركومة مثلاً تنشأ من العظم ومن الغضاريف. وقد تكون عظام الوجه كذلك مسرحاً للنقيلات السرطانية أو أمراض السرطان المجموعية، مثل الورم النقوي (myleoma) والورم اللمفاوي، وهناك مجموعات أخرى من الأمراض تتميز بتكاثر الخلايا المهيجة للمستضد (antigen presenting cell) مثل ورم

كثرة المنسجات الخبيثة وخلايا لانغرهانس، والتي لا تعد في حد ذاتها ورماً خبيثاً ولكنها تسلك مسلكه، وينصح القارئ بالعودة إلى كتب علم الأمراض؛ لكونها أكثر إسهاباً في هذا الموضوع.

يوفر التشخيص المبكر لمرض السرطان معالجة ناجحة؛ ولذلك يتوجب على الممارسين ملاحظة الأعراض والعلامات التي تدل على هذا المرض، فاجتياح وتدمير الأنسجة المجاورةعلامة بارزة لمرض السرطان، يضاف لهذا الانتفاخات المضطردة في النمو، والتي تظهر في فترات زمنية وجيزة وكذلك فقدان ثبات الأسنان وازاحتها من مكانها أحياناً، والشعور بعسر اللمس في المناطق المعصبة بالعصب الذقني والفروع الأخرى لعصب التوائم الثلاثي (trigeminal nerve). أما الصفات الشعاعية فتفسر بجلاء هذه التغيرات، وتتجلى في ظهور الحواف غير المنتظمة الشبيهة بأكل اللعثة (moth-eaten) كما يظهر ذلك في السركومة والنقيلات الثانوية، وقد تبدو الآفات محددة الأطراف، ولكنها بأسطح أشبه بالأسطح المثقوبة (punched-out)، وتظهر هذه الصفة غالباً في الورم النقوي المتعدد (multiple myeloma). وتغيب الحواف القشرية مع جميع هذه الأورام وتختلف الكثافة الشعاعية من شفيف للأشعة في الورم النقوي إلى كثافة مختلطة في ساركومة العظم ومعتمة في حالة النقيلات الثانوية لسرطان البروستاتا، علماً أن حواف آكل العثة المرتبط بكثافة شعاعية مختلطة يعد واحداً من علامات التهاب العظم والنقي، ونخر العظم الشعاعي المنشأ (osteoradionecrosis)، والنخر العظمي المصاحب لاستخدام أدوية بسفوسفونيت.

وتظهر أورام البلعوم الأنفي بمصاحبة تضخم العقد اللمفية العنقية غير المؤلم والصمم ثنائي الجانب (unilateral deafness) وعسر اللمس للعصب الذقني، وعصب الفك السفلي إضافة إلى الضرز المزمن المضطرد في الحدة كما هو الحال في متلازمة تروتر (trotter's syndrome). وتتطلب هذه الأورام، رغم انخفاض معدل انتشارها، التشخيص السريع والإحالة الفورية إلى التخصصات المناسبة، وخصوصاً إذا ما ساور الأطباء الشك في أي منها، بل إن سرعة الإحالة والاتصال بالأطباء ومناقشتهم غاية في الأهمية، وقد لايتحقق التشخيص أحياناً دون اللجوء إلى الفحص النسيجي والتصوير التشخيصي، ومع ذلك يحذر ألبتة القيام بعملية الاختزاع في العيادات العامة.

ملخص آفات الأنسجة الصلبة

- يجب استئصال الأورام السنية إذا تعرضت للعدوى أو أعاقت علاج الأسنان التقويمي.
- تتطلب الحيود والأعران الإزالة، وخصوصاً إذا كانت عرضة للاصابات الرضية أو إعاقة وظيفة أو بناء التعويضات السنية.
- يتم تشخيص الآفات العظمية بناء على مظهرها الشعاعي والفحص النسيجي، ويتطلب الورم الحقيقي الاستئصال.
- ينشأ الورم الوعائي أحياناً داخل العظم ويبدو شفيفاً للأشعة، ويجب أن يؤخذ بعين الاعتبار ضمن قائمة التشخيص التفريقي للآفات العظمية.
- تتضاءل نسبة الأورام السرطانية داخل العظم سواء الأورام الأولية أو الثانوية، وقد تتشابه في ظهورها مع أمراض أخرى.

الاختزاع

تُعرف عملية الاختزاع (biopsy) بأنها استئصال كامل أو جزئي للآفة لغرض فحصها مخبريا من أجل تحديد التشخيص النهائي. وعلى الرغم من أن نتائج هذه العملية كفيلة بإظهار التشخيص النهائي إلا أنها قد تبدو أحياناً مبهمة، وعند ذلك تظهر الحاجة إلى تقييم نتائج الفحص النسيجي أمام المعطيات السريرية.

طرق الاختزاع

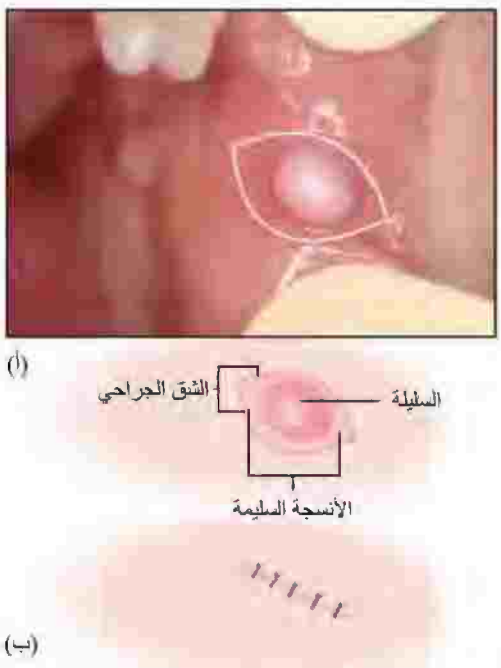
الخزعة الاستئصالية

يعد الاختزاع الاستئصالي (excisional biopsy) الطريقة المثالية لفحص الآفات السطحية الصغيرة التي يصغر قطرها عن ١ سم، ويستدل من شكلها على أنها آفات حميدة، وتجرى غالبية العمليات إن لم يكن مجملها تحت التخدير الموضعي: إن استبعاد التخدير الناحي لمثل هذه العمليات يتحتم أخذ كل الاحتياطات لتجنب حقن المخدر مباشرة في الآفة وذلك تفادياً لتلفها وعدم أهليتها للفحص النسيجي لاحقاً.

الاختزاع الاستئصالي للآفات السطحية

تستأصل الآفات السطحية السويقية (superfacial pedunculated lesions) مثل السليلة الليفية الظهارية، والورم الحليمي ذي الخلايا الحرشفية (squamous papilloma) بقطع السويقة من قاعدتها المخاطية، ويفضل بعض الجراحين استخدام الجراحة الكهربائية لاستئصال الورم الحليمي. أما الآفات الكبيرة اللاطئة (sessile) فتستأصل بشق بيضاوي الشكل يزيد بضعفين في الطول على الأقل عن عرض الآفة (الشكل ٨, ٨أ) وينفذ حول القاعدة بشفرة مقاس ١٥ وبمسافة تمتد من ١ – ٢ ملم داخل الأنسجة السليمة، ويتيح هذا التصميم من الشقوق الجراحية إغلاق الجرح (الشكل ٨, ٨ب) دون تشوهات آذان الكلب (dog-ears) ويقلل كذلك من الحاجة إلى وضع الخياطة تحت طائلة الشد.

تمسك العينة بخيط يثبت على أحد حرفي الشق البيضاوي؛ لتحريكها في كل الاتجاهات دون الحاجة إلى استخدام ملاقط الأنسجة وتعريض العينة للتلف خلال عملية التسليخ، وتستخدم الشفرات والمقصات لتحرير الخزعة، ويكتفي بالتسليخ الكليل للأنسجة العميقة؛ لتجنب الضرر بالأوعية الدموية والأعصاب القريبة (انظر التفصيل لاحقاً).



الشكل (٨, ٨). (أ) ينتج عن الاختزاع الاستئصالي للسليلة جرح بيضاوي الشكل. (ب) يقفل الجرح على شكل خط مستقيم دون بروز تشوهات آذن الكلب.

الاختزاع الاستئصالي للآفات تحت المخاطية

تعد عملية استئصال الآفات تحت المخاطية (submucosal lesions) أكثر تعقيداً مما يمكن تجربته مع

الآفات السطحية، وتتطلب العملية شق المخاطية على امتداد طول الآفة مع الأخذ في الاعتبار وجود البنى التشريحية المهمة، مثل القناة النكفية، والعصب الذقني، والعمل بعد ذلك للوصول إلى المستوى التشريحي للآفة. ولتفادي تلف الأنسجة المجاورة يفضل تصميم رسم تخطيطي للشق الجراحي المقترح قبل إعطاء التخدير الموضعي مستخدماً في ذلك القلم الجراحي.

تستأصل الآفات القريبة من السطح وخصوصاً ذوات المخاطية الرقيقة، مثل الكيس اللعابي بشق بيضاوي حول الآفة مع جزء من المخاطية السليمة لتفادي تمزق الأنسجة وانفجار الكيس، وتتطلب آفات قاع الفم والشفة السفلى عناية فائقة عند شق المخاطية بحيث لا يخترق الشق العينة أو يسبب الضرر للبنى التشريحية المجاورة. ويحدد المستوى التشريحي بعد ذلك بالتسليخ الحاد والكليل، ويفضل التسلخ حول الآفة لتفادي إصابة الأوعية الدموية والبنى العصبية مستخدماً مقصاً ذا نهاية كليلة يدفع داخل الأنسجة ومنقاريه مضمومين لبعضهما ليفتحا بعد ذلك بالتزامن مع إخراجهما من داخل الأنسجة، ويحقق هذا فصل الآفة من الأنسجة المجاورة بعيداً عن المستويات التشريحية الطبيعية، وتستمر العملية لحين إتمام فصل الآفة بالكامل ويستحسن الشروع في عملية التسليخ ابتداءً من المخاطية مباشرة أو من الأجزاء العلوية للآفة حتى لا يُفقد المستوى التشريحي المطلوب، ومن ثم الدوران حول الآفة من كل الاتجاهات، ولعل التسليخ الحاد باستخدام المشرط أو المقص الجراحي مطلوبٌ أحياناً لفصل العينة من قاعدتها، ويجب في هذه المرحلة ممارسة أقصى درجات الحذر لتجنب إصابة البنى التشريحية المهمة وتفادي ثقب العينة.

الاختزاع الاقتطاعي

يستخدم الاختزاع الاقتطاعي (incisional biopsy) لتشخيص الحالات التي يشك في خباثتها أو يعتقد في احتمال انتكاستها كالأورام السرطانية مثلاً، وكذلك الآفات التي يصعب استئصالها كاملة تحت التخدير الموضعي في زيارة واحدة نظراً لكبر حجمها أو لتعقيد تركيبتها، وتستخدم هذه الطريقة أيضاً للمرضى الذين لا يستطيعون طبياً احتمال تبعات الجراحة.

الاختزاع الاقتطاعي للآفات السطحية

تؤخذ العينات من الآفات المحتمل خباثتها من المناطق الأكثر إصابة، ويشترط أن تضم العينة في حوافها أجزاء من النسج السليمة حتى يمكن تفادي وقوع أي خدعة جراحية وحتى يتمكن اختصاصي الأمراض من تقدير درجة اختراق الورم للأنسجة الداخلية. تصمم العينة المستأصلة بشكل بيضاوي باستخدام التسليخ الحاد بالشفرات أوالمقصات الجراحية، ويجب أن تخترق الشقوق الجراحية النسج الضامة بعمق ٦ ملم تقريباً للآفات المخاطية كداء الطلوان مثلاً (الشكل ٨,٩)، وبعرض لا يقل عن ٤ ملم ليتيح أخذ مقاطع عدة من الشرائح النسيجية. ومن الضروري أخذ خزعات متفرقة للآفات واسعة الانتشار، وعلى أن توصف أماكن الخزعات من خلال رسم توضيحي لتوجيه اختصاصي الأمراض عند القيام بالفحص المجهري.

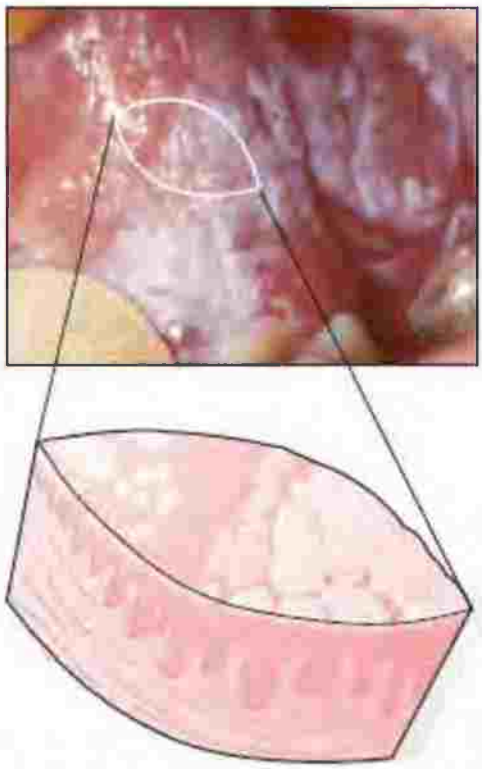
الاختزاع الاقتطاعي للآفات تحت المخاطية

يستخدم أسلوب الاختزاع الاقتطاعي للآفات الكبيرة وخصوصاً الحنكية منها، ونظراً لتضاعف الخطر مع هذا الأسلوب على الغدد الصغيرة والحاجة

إلى العناية بالمضاعفات المحتملة فإن الأولى ترك هذه المهمة لطبيب مختص.

إعادة إصلاح الأنسجة الرخوة

يتحقق الإرقاء (haemostasis) لمعظم الجروح بفعل الضغط على مكان الجراحة لفترة وجيزة وأحياناً بفعل الخياطة، ويمكن كذلك استخدام التخثير الكهربي (electrocoagulation) الذي يتطلب استخدامه الحذر في بعض المناطق كالشفة مثلاً لتفادي إصابة الأعصاب السطحية. أما الخيوط الجراحية فيتم اختيارها بحسب سماكة الأنسجة، حيث يشيع استخدام الخيوط القابلة للامتصاص مقاس ٣/٠ بإبرة قاطعة نصف دائرية بطول ٢٢ ملم لمعظم الحالات، ويستحسن استخدام الخيوط مقاس ٤/٠ للمخاطية الرقيقة في الناحية الداخلية للشفة وقاع الفم. ويتحتم شد الخيوط بشكل جيد لضم طرفي الجرح، ولكن دون إعاقة التروية الدموية، وإن حدث ذلك أمكن ملاحظته من خلال ابيضاض أطراف الجروح. أما الخياطة العميقة فتظهر الحاجة إليها عند خياطة عضلات اللسان، وتقل أهميتها عند خياطة قطوع الشفايف حتى لاتتضرر الغدد اللعابية الصغيرة وكذلك عند خياطة جروح قاع الفم لتفادي انسداد أوتضييق قنوات الغدة اللعابية تحت اللسان والغدة اللعابية تحت الفك. ويرتبط إقفال الجروح في قبة الحنك بدرجة من الصعوبة لاستحالة ضم أطراف الأنسجة المخاطية السمحاقية لبعضها ولذلك يلجأ في الغالب إلى تغطية الجرح بحشوة من الشاش المشبع بالمواد المرقئة أو بورنيش وايت هيد أو بالأغطية المخصصة لجراحة اللثة (periodontal wound dressing) ودعمها بصفيحة التئام، وقد يستحسن تغطية المناطق المعراة بشرائح مخاطية منقولة.



الشكل (٩,٨). يجب أن تتضمن الخزعة الاقتطاعية جزءاً من الأنسجة السليمة، وعلى أن تكون بحجم يسمح لاختصاصي الأمراض بفحص أطرافها وتحديد إصابتها أو خلوها من المرض، إضافة إلى إمكانية اقتطاع العديد من الشرائح عند الحاجة.

طرق الاختزاع الأخرى

خزعة المقارض

تعد خزعة المقارض (punch biopsy) نوعاً من أنواع الاختزاع الاقتطاعي، وتنفذ بمبضع دائري الشكل يسمح باختراق الآفة إلى العمق، ويشيع استخدام هذا الأسلوب في الجراحة الجلدية.

خزعة المثقب

يستخدم المثقب (trephines) لأخذ عينة من عمق الآفة سواء كانت أنسجتها رخوة أو عظمية، وتساهم هذه الطريقة بالإضافة إلى الحصول على عينة كافية من

المرض في المحافظة على القوام الهندسي للآفة، ويعد هذا الأسلوب مناسباً جداً للعينات التي يصعب الوصول إليها بالطريقة التقليدية.

خزعة سيتولوجية/ عينة الفحص الخلوي

يهدف هذا الأسلوب إلى جمع خلايا تمثل الآفة إما بواسطة الرشف بإبرة رفيعة (fine-needle aspiration-FNA) وإما باستخدام الكشط بفرشاة أو بماسحة لغرض فحص الخلايا التقشيرية تحت المجهر (exfoliative cytology). ويتطلب هذا الأسلوب عناية فائقة عند جمع العينة وعند تحضير الخلايا على شريحة مجهرية، ويفضل أن يقوم بها أطباء ذوو خبرة في هذا المجال. وعلى الرغم من أن هذا الأسلوب لايحافظ على القوام الهندسي للعينة إلا أنه يوفر الخزعة بأسلوب سريع وأقل عدوانية.

الخزعة الشفطية

يعتبر أسلوب رشف الخلايا بواسطة الإبر الرفيعة (aspiration biopsy) أسلوباً ناجحاً لجمع العينات من العقد اللمفية والغدد اللعابية في منطقة الرأس والرقبة، ويُستخدم لهذا الأسلوب جهاز شفط مكون من محقنة بحجم ١٠ – ٢٠ ملم وإبرة مقاس ٢١. يثبت جهاز الشفط على حامل مخصص ليضمن دخول الإبرة إلى الأنسجة بأمان ويبقيها تحت السيطرة، ويسمح بالشفط تحت كل الظروف. تدفع الإبرة أولاً إلى عمق مركز الكتلة المرضية، ويسحب بعد ذلك المدك (plunger) إلى الخارج، لتجميع عينة صغيرة من الأنسجة داخل الإبرة، وتعاود العملية مرات عديدة لحين الاكتفاء من جمع العينات. تثبت العينات بعد ذلك على شريحة مجهرية بعد نشرها بلطف، ونظراً لحساسية هذه الطريقة يتحتم أخذ الحيطة عند جمع العينات ويمكن الاستعانة بالتصوير فوق الصوتي (ultrasound navigation) لتأكيد وصول الإبرة إلى الآفة المراد فحصها.

المسحات الخلوية

تستخدم المسحات الخلوية (cytological smears) لجمع وفحص خلايا الطبقات السطحية للنسيج الظهاري، وخصوصاً غير المتقرن؛ وذلك لسهولة الحصول على عينة تحتوي على خلايا من الطبقات الأكثر عمقاً للنسيج الظهاري. وتستخدم هذه الطريقة كأسلوب مساند لأساليب الاختزاع الأخرى، وخصوصاً إذا ما تطلب الأمر مراقبة التحولات السرطانية في الآفات ذات الانتشار الواسع، ومع هذا فإن الفحص الخلوي يعد من قبل معظم اختصاصي الأمراض أسلوباً قاصراً في تشخيص الأورام السرطانية؛ ولذلك يتوجب القيام بالاختزاع التقليدي قبل الشروع في معالجة الأمراض السرطانية.

طرق الاختزاع

الاختزاع الاستئصالي: إزالة الآفة كاملة مع جزء من الأنسجة المجاورة السليمة بالعرض والعمق المطلوب ويستخدم هذا الأسلوب للآفات الصغيرة والآفات الحميدة.

الاختزاع الاقتطاعي: إزالة جزء من الآفة والأنسجة السليمة المجاورة لغرض التشخيص واختيار العلاج ويستخدم هذا الأسلوب للآفات الكبيرة والآفات المحتمل خبائثها.

الاختزاع بالمقارض: أخذ جزء من عمق الأنسجة المصابة، ولا يستخدم هذا الأسلوب داخل الفم إلا نادراً.

الاختزاع بالمثقاب: أخذ جزء من عمق الأنسجة العميقة.

الاختزاع بالشفط: رشف الخلايا بواسطة إبرة رفيعة من عمق الآفة ذات النزعة السرطانية، مثل العقد اللمفية العنقية، ويعتبر هذا الأسلوب بالغ الحساسية.

الاختزاع السيتولوجي (الخلوي): جمع الخلايا السطحية والخلايا الأقل عمقاً بواسطة الكشط.

الاهتمام بالعينة

تتحقق أهداف عملية الاختزاع بناء على تقديم الآفة كاملة أو جزء منها للفحص النسيجي، وهي في حالة جيدة وخالية من التلوث، ويتوجب غمسها مباشرة بعد الاستئصال في وسيط الفورمالين الطبيعي بتركيز ١٠٪. أما إذا تطلب الأمر إجراء اختبارات على الكيمياء الهيستولوجية المناعية (immunohistochemistry) كاختبار التألق المناعي مثلاً (immunofluorescence) فإن العينة تتطلب تحضيراً خاصاً في أقسام الأمراض الخاصة، وقد يفضل بعض اختصاصي الأمراض حفظ العينات كما هي في قطعة من الشاش مشبعة بالمحلول الفيزيولوجي لحين وصولها إلى المختبر بشرط ألا تزيد هذه الفترة عن ساعة واحدة، ويحكم نقل العينات في المملكة المتحدة على سبيل المثال أنظمة مشددة يتحتم الالتزام بها في كل الأحوال.

تعبئة نموذج طلب الفحص النسيجي

- معلومات المريض: الاسم، الجنس، العرق، العمر، العنوان، والتاريخ الطبي والاجتماعي.
- معلومات المرض: تاريخ المشكلة وأعراضها، الاختزاع السابق والمعالجة، ونتائج الفحص السريري بما في ذلك من علامات وحجم وشكل وموقع وقوام ولون الآفة.
- الفحوص الجرثومية، وفحص الدم، والفحص الإشعاعي.
- نوع الخزعة.
- عدد الخزعات السابقة.
- النموذج التوضيحي.
- التشخيص السريري.

يجب التأكد من كتابة اسم المريض، ورقمه، وتاريخ ميلاده على الحاوية التي تحتوي على العينة.

الاختزاع في العيادات العامة

يشترط للقيام بأخذ الخزعة أن يكون لدى الطبيب الكفاءة الجراحية والمقدرة على التعامل مع المشاكل والمضاعفات خلال وبعد العملية الجراحية، ويمكن للممارس العام استئصال الآفات السطحية والآفات الصغيرة تحت المخاطية. أما الآفات الصلبة التي يحتمل خباثتها فتتطلب الإحالة إلى أحد أقسام المستشفيات؛ وذلك لكون الاختزاع الاقتطاعي ما هو إلا وسيلة للتشخيص يأتي على إثرها الحاجة إلى متابعة الرعاية، وتفسير النتائج، ومشاورة المريض في أسلوب العلاج المقترح. وكما هو المتبع مع المعالجات الأخرى، فإن موافقة المريض الخطية للجراحة أمر بالغ الأهمية، ويتطلب هذا توضيحاً كاملاً لطبيعة المرض، وخطورته، وخيارات العلاج ومدى الاستفادة منها مقارنة بتجاهل العلاج. إن إحالة المريض إلى أطباء آخرين تتطلب إرفاق خطاب إحالة مقتضب، وفي حالة احتمال خباثة المرض يجب مهاتفة الطبيب المختص.

مبررات تحويل المريض إلى أطباء آخرين للاختزاع

- غياب المهارة المطلوبة أو انعدام الخبرة، وعدم توفر الأجهزة ووسيط النقل.
- التنبؤ بصعوبة أخذ عينة تمثل الآفة وصعوبة إصلاح وترميم الأنسجة بعد ذلك نتيجة موقع وحجم الآفة.
- تقدير حاجة الآفة لعناية خاصة ووسيط نقل مناسب كما هو الحال مع البثور (blistring) والفقاقيع (bullous) والآفات الوعائية.
- الاشتباه بخباثة الآفة.
- الشعور بالقلق تجاه المضاعفات المرضية وقدرة المريض على تحمل العملية الجراحية.

قراءات إضافية

Barnes L. (ed.) (2005) *Pathology and genetics of head and neck tumours*. IARC Press, Lyon, France.
Cawson R. A., Binnie W. H., Barrett A. W., Wright J. M. (2001) *Oral disease clinical and pathological correlations*, 3rd edn. Mosby, St Louis, MO, Chs. 6, 7, 8 & 10.
Kramer I. R. H., Pindborg J. J., Shear M. (1992) *Histological typing of odontogenic tumours*. Springer Verlag, Heidelberg, Germany.
Peterson L. J., Ellis E., Hupp J. R., Tucker M. R. (eds.) (1997) *Contemporary oral and maxillofacial surgery*, 3rd edn. Mosby, St Louis, MO, Ch. 23, pp. 512–532.
Waites E. (2002) *Essentials of dental radiography and radiology*, 3rd edn. Harcourt Health Sciences, Edinburgh.

التقييم الذاتي

١- يعاني مريض منذ ٦ أشهر من انتفاخ ناعم الملمس، وذي قوام متماسك، ويقدر قطر الانتفاخ بحوالي ٤ ملم، ويبدو لونه ورديّاً، ويلتصق على الناحية الخدية للثة الضواحك السفلية، ويعيق إلى حد ما نظافة المنطقة.

أ) ما التشخيص الأكثر احتمالاً؟

ب) كيف يمكنك معالجته؟

٢- يشتكي مريض ذكر يبلغ من العمر ٢٨ سنة من كتلة بيضاء ذات ملمس خشن ويبلغ حجمها ٥ ملم × ٥ ملم، وتقع على حافة اللسان الجانبية، ولم يطرأ عليها أي تغير منذ ٨ أشهر:

أ) كيف يمكن التأكيد من تشخيص هذه الحالة.

ب) صف أسلوب الفحص المطلوب لهذه الحالة؟

ج) ماذا يمكن عمله بالعينة؟

د) ما المعلومات التي ترغب في الحصول عليها من اختصاصي الأمراض؟

٣- أبدى أحد المرضى قلقاً من نشوء كتلة على اللسان فيما بين الثلثين الأوليين والثلث الأخير:

أ) ما المعلومات التي تود الحصول عليها من تاريخ الشكوى الحالية؟

ب) ما المعلومات التي تود الحصول عليها من الفحص السريري للآفة؟

ج) ما التشخيص الأكثر احتمالاً؟

٤- يبلغ مريض من العمر ٧٠ سنة، ويعاني من انتفاخ متصلب وردي اللون ودائري الشكل وبحجم ٢سم × ٢سم ويقع على منتصف قبة الحنك، ولم يسبب أية أعراض على مدى السنوات الماضية:

أ) ما التشخيص الراجح؟

ب) لماذا لا يمكن أن يكون ورماً غدياً لعابياً؟

ج) كيف يمكن معالجته؟

٥- اذكر الأهداف الرئيسة لتصميم الشقوق لأخذ عينة يشتبه في خباثتها؟

٦- ما الفحوصات الواجب القيام بها عند توقع وجود ورم وعائي؟

الإجابة في الملحق ب.