

فرط النمو الالتهابي، والآفات النمائية والحميدة، وتصبغ مخاطية الفم (Inflammatory overgrowths, developmental and benign lesions, and pigmentation of the oral mucosa)

حالة (٩،٢)

تحضر سيدة عديمة الأسنان عمرها ٧٥ عاماً، من أجل استبدال بدلات الأسنان الكاملة لديها، حيث إن البدلات الموجودة عمرها ٢٠ عاماً، وسيئة التطابق. وفي الماضي كانت تعاني هذه المريضة من عدم الارتياح نوعاً ما، عندما كانت البدلات العلوية تتعمق في الأنسجة، ولكن في النهاية يهدأ ذلك كله. وفي وقت فحصك، كانت المرأة عديمة الأعراض. وكانت البدلات الموجودة قد تبدل لونها، وكانت الأسنان متآكلة بشدة. وأظهر كشف مخاطية الفم عن وجود آفة بالأنسجة الرخوة، تمتد بطول التلم الشدقي، مجاورة لمنطقة أحذوبة الفك العلوي الأيسر. وكانت مكونة من طيات متعددة من الأنسجة المخاطية، أي أنها "تبدو مفرطة التنسج".

س ١: ما التشخيص السريري الأكثر احتمالاً لحالة هذه السيدة؟

س ٢: كيف يمكنك معالجة هذه الآفة؟

حالات ذات مشاكل

حالة (٩،١)

حضر إلى عيادتك لطب الأسنان رجل قوقازي، يبلغ من العمر ٣٠ عاماً لأول مرة. وكان منزعاً من وجود لطخة مصطبغة، لاحظها في سقف الفم، ولا تُسبب له أي أعراض. ويبدو المريض صحيحاً، وذا صحة جيدة، ولا يأخذ أي علاج. وقد مات والده بسبب ورم ميلاني خبيث في الجلد، عندما كان المريض صغيراً. وقد أظهر الفحص وجود بقعة منعزلة صغيرة (قطرها ٣-٤ سم)، وبنيّة الصبغة على مخاطية الحنك، ويبدو باقي مخاطية الفم طبيعية تماماً، ولا يوجد أي عقد لمفية مجسوسة.

س ١: ما التشخيص التفريقي لهذه الآفة؟ وكيف يمكنك معالجة هذه الحالة؟

الورم اللثوي الليفي (Fibrous epulis)

يظهر الورم اللثوي الليفي إما ككتورم ذي ساق وإما بدون ساق (لاطئ) على اللثة، ويتكوّن أساساً من نسيج حبيبي شديد التليف. ومحتواه من الكولاجين يعطيه الملمس القوي والمطاطي، ولونه يكون عادةً وردياً شاحباً. وتعتمد درجة التليف على مرحلة نضج الورم اللثوي، فتكون الآفة في مراحلها المبكرة رخوة الملمس، ويوضّح مظهرها المرضي للأنسجة مجموعة متعددة من الخلايا. أما في الآفة طويلة الأمد، فربما يحدث تمدن بؤري، و/أو تكون للعظم. وقد يتبع الرضخ أو العدوى تغييرات التهابية حادة، وفي مثل هذه الحالات، قد يصبح الورم اللثوي ذا لون أحمر ومُتقرّح (شكل ٩.١).

الحبيبوم القيحي (Pyogenic granuloma) والورم اللثوي الحملي (Pregnancy epulis)

كلاهما أورام لثوية وعائية، ويظهران إكلينيكيًا كتورمات ذات لون أحمر أرجواني في اللثة. ويظهر الورم اللثوي الحملي متطابقاً من ناحية علم الأنسجة مع الحبيبوم القيحي، ويحدث أثناء فترة الحمل (انظر الفصل الثالث عشر). ويظل النسيج الحبيبي وعائياً وغير ناضج في كل من الحبيبوم القيحي والورم اللثوي الحملي. ويكون أكثر احمراراً في لونه عن الورم اللثوي الليفي الأصلي، ويميل إلى النزف بسهولة؛ بسبب ما يحتويه من أوعية دموية كثيرة.

الورم اللثوي عملاق الخلايا (Giant-cell epulis) (حبيبوم الخلايا العملاقة الطرفي) (Peripheral giant cell granuloma)

يكون النسيج الحبيبي في الورم اللثوي عملاق الخلايا ذات طبيعة عظمية المنشأ. وملحح الأنسجة السائد له، ظهور خلايا عملاقة متعددة النوى ومبعثرة في سدى مليء بالأوعية الدموية. وقد تصبح الآفة خلال فترة النضج أقل وعائية، وأكثر تليفاً، وربما تتضمن بعض مناطق من التكوينات العظمية. وفي شكلها غير الناضج، يكون هذا الورم اللثوي مميزاً بلونه الأحمر الأرجواني.

س٣: من الممكن عرضياً أن توجد آفة فموية أكثر شراسة بالطريقة نفسها، ما هي؟ وكيف يمكن تفريقها من الآفة الفموية الحميدة الأكثر شيوعاً؟

فرط النمو الالتهابي

ينبغي أن تُعالج كل أشكال النمو الجديدة للأنسجة الفموية بترقب، ويجب أن يتم الفحص عنها بشكل كامل. ويوجد بعض الحالات المعروفة جيداً، مثل (الورم الحبيبي (حبيبوم) لبدلات الأسنان)، التي يكون فيها التشخيص الإكلينيكي صحيحاً، وبالأخص في كل الحالات، ولكن يمكن أن يكون مظهرها مضللاً، ولا يمكن الجزم بها بقوة، حيث إن التأكيد المطلق لطبيعة أي آفة، يمكن الحصول عليه فقط بعد فحص الأنسجة ودراساتها.

الأورام اللثوية (Epulides)

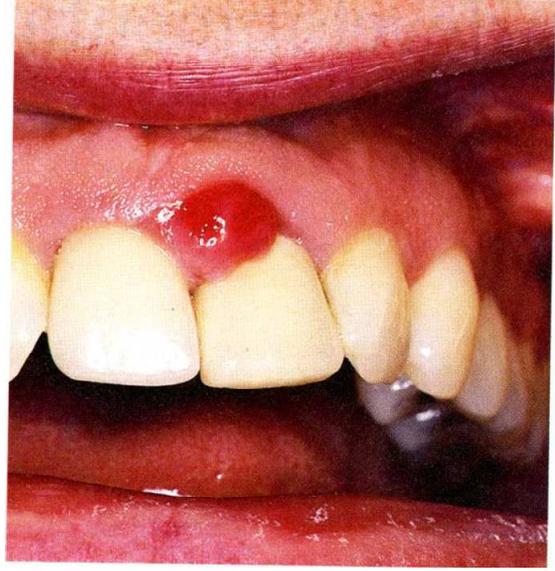
يُعرّف الورم اللثوي (epulis) والجمع أورام لثوية (epulides)، بأنه تورم للأنسجة الرخوية لحافة اللثة. ويُستخدم هذا المصطلح بصفة خاصة لوصف مدى من الآفات الالتهابية مفرطة التنسج، التي تنشأ في أنسجة حول السن، حيث إنه يُمثّل استجابة التهابية مبالغ فيها من أنسجة حول السن، مع أن مصدر التهيج لا يكون واضحاً دائماً. وتنشأ العملية الالتهابية في البداية في النسيج بين الأسنان، ويصاحبه غالباً فقد في حرف العظام السنخي، الذي قد يصبح شديداً في الحالات المتقدمة. وهناك ثلاثة أنواع من الشائع رؤيتها، وهي الورم اللثوي الليفي (fibrous epulis)، والحبيبوم القيحي (pyogenic granuloma) (الورم اللثوي الحملي) (pregnancy epulis)، والورم اللثوي عملاق الخلايا (giant-cell epulis) حيث إنها تعكس المراحل المختلفة من عمليات الالتهاب وارتشاف العظام. وتظهر معظم الأورام اللثوية بشكل أكثر شيوعاً في الإناث عن الذكور، وعادةً تحدث حول الأسنان التي أمام الأرحاء.

أورام، ولكن تكون الرجعة نتيجة فقط دوام الأسباب التي تؤدي إلى الاستجابة الشاذة الأولية. وستتم مناقشة التوقيت المناسب لاستئصال الورم اللثوي الحملي تفصيلاً في الفصل الثالث عشر.

ومع أن التشخيص السريري موثوق به، إلا أنه ينبغي دائماً التأكد منه عن طريق دراسة الأنسجة. وفي بعض الأحيان، قد يظهر الورم على شكل يُماثل الورم اللثوي البسيط، وفي المكان نفسه المحتمل حدوثه فيه. وينبغي تذكر أن حبيوم الخلايا العملاقة المركزي قد يقوم بتقرب العظم السنخي، ويظهر على شكل ورم لثوي، ومن ثم ينبغي عمل الفحوصات الملائمة (بما في ذلك اختبارات الدم، لتقييم كالسيوم البلازما، والفسفور، والفسفاتاز القلوي (alkaline phosphatase) لكل المرضى الذين يظهر عندهم أورام لثوية عملاقة الخلايا تم تأكيدها بواسطة دراسة الأنسجة؛ وذلك لاستبعاد إصابتهم بفرط الدريقيات (جنب الدرقية). وينبغي التنبيه على أن أي أعراض أو تاريخ مرضي سابق، قد يشير إلى الإصابة بفرط الدريقيات غير المُشخص، مثل (حصوة الكلى) (الفصل الثامن عشر).

السليلة الليفية الظهارية (Fibroepithelial polyp)

تشابه هذه الآفة في بنيتها مع الورم اللثوي الليفني مكتمل النمو، وتتكوّن أساساً من نسيج ندبي يظهر بوصفه استجابة لوجود رضح، مثل التهيج المتكرر الذي يُصيب المخاطية الخديّة أو الشفوية على امتداد المستوى الإطباقي للأسنان غالباً بسبب العضة. وتُرى عادة في البالغين، ولا يوجد تمييز جنسي فيها. وتظهر هذه الآفة إما على شكل تورم لاطئ (بدون ساق)، وإما تورم ذي ساق (شكل ٩.٢)، وهي خالية تماماً من الأعراض، إلا إذا تم رضحها ثانوياً. ويكون الحجم المعتاد لمثل هذه الآفة عند حضور المريض للعلاج حوالي اسم قطراً، ولكن في بعض الأحيان ترى الآفات طويلة الأجل أكبر من ذلك بكثير. ويكون لون هذه الآفة وردياً، ويتنوع نسيجها من الرخو إلى المطاطي، بحسب مدى نضج النسيج الليفني المتكوّن. وبما أن هذه الآفة عبارة عن كتلة تهيجية مبالغ فيها



شكل (٩،١). ورم لثوي ليفني إلى حد ما مبكر وغير ناضج.

الأورام اللثوية

ورم لثوي ليفني
أورام لثوية وعائية
الحبيوم الفَيحي
الورم اللثوي الحملي
ورم لثوي عملاق الخلايا (حبيوم الخلايا العملاقة الطرفي) (peripheral giant-cell granuloma)

التدبير العلاجي

يكون علاج كل هذه الأشكال من الأورام اللثوية بالاستئصال الموضعي، وغالباً يكون مصدر الآفة، النسيج بين الأسنان، وفي الحالات الأكثر تقدماً، قد يكون غشاء أنسجة حول السن مصاباً بشكل عميق تماماً. وإذا لم يكن الاستئصال كاملاً، فقد يحدث رجعة للآفة، ومع أنها لا تستدعي تقنيات الجراحة الجذرية، إلا أن الإزالة الأولية يجب أن تتضمن كل الأنسجة المصابة. ومع التعرّض للرجعات المتكررة، فقد يكون من الضروري أحياناً قلع الأسنان المجاورة؛ لضمان إزالة النسيج المُتسبب في رجعة الورم. وقد ترجع الأورام اللثوية على شكل

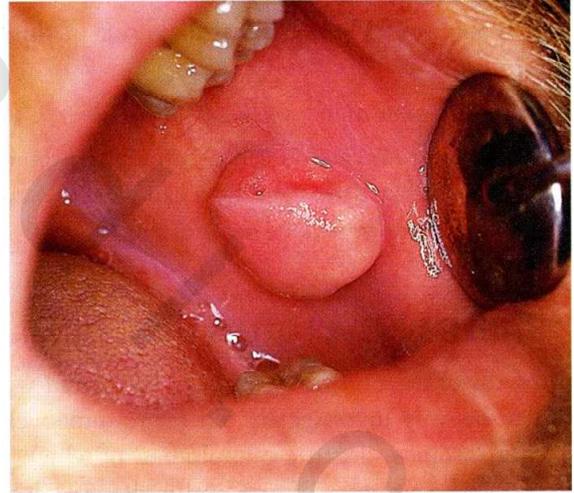
هو الحال في السليلة، ينتج هذا النسيج الندبي المتكاثر بعد عملية الرضح المزمّن. وينتج الشكل المشقق النموذجي لحبيوم بدلات الأسنان من التسنُّ الناتج عن حواف بدلات الأسنان (شكل ٩.٣). ونادراً ما تكون هذه الآفات مؤلمة، وغالباً لا تُسبب إلا متاعب قليلة بشكل يثير دهشة المريض. وهناك آفات أخرى عَرَضية تكون في الحقيقة كبيرة جداً، وذات طيات متعددة من النسيج المتكاثر. وحبيوم بدلات الأسنان، تعدُّ آفة حميدة، ويتم علاجها عن طريق الاستئصال البسيط، بعد إزالة بدلات الأسنان المتسببة في الأذى أو التشذيب الشديد له، بحيث يكون بعيداً عن المنطقة المصابة. وإزالة مصدر التهيج المزمّن يكون كافٍ في كثير من الحالات لتقليل حجم الآفة بشكل معقول في وقت قصير نسبياً؛ مما يجعل الاستئصال غير ضروري.

فرط التنسج الظهاري البؤري

(مرض هيك Heck's disease)

وُصفت هذه الحالة (تُعرف بمرض هيك)، بشكل مفصل في السنوات الأخيرة فقط. ويكون المرضى من الأطفال الأفريقيين السود، والإسكيمو، وجماعات الهنود الأمريكية بشكل سائد، مع أن حالات قليلة جداً قد ورد تسجيلها في الأوربيين البيض. وفي هذه الحالة، يظهر العديد من الآفات اللاطئة البارزة على الغشاء المخاطي الخدّي الشفوي، وتبقى المخاطية محتفظة بمظهرها الوردي الطبيعي نسبياً، ويكون نسيج الآفة رخوياً. ولا يكون هناك تقرحاً (إلا في حالة الرضح الثانوي)، وتكون هذه الآفات خالية من الألم تماماً. ومن ناحية علم الأنسجة، تظهر طبقة الظهارة التي تمتد فوق أدمة طبيعية نسبياً - مفرطة التنسج، مع وجود عدم انتظام خلوي مميز. وترتبط هذه الحالة بأنواع نوعية من فيروس الورم الحليمي البشري (human papillomavirus)، مع أن هناك اعتقاداً أيضاً أن هناك قاعدة جينية هي المسؤولة عن نسبة حدوثها العالي في المجموعات التي تم ذكرها في الأعلى، ولا يوجد لها علاج ضروري، حيث إنها حالة ذاتية التحديد، وتراجع تماماً بعد فترة متنوعة من الوقت.

ومزمنة من النسيج الندبي، فإن كل ما يتطلبه العلاج، أن يكون فقط بشكل تحفظي بالاستئصال إلى حدود الورم، أو إلى قاعدة ساق الورم. وسوف تحدث الرجعة فقط، إذا تكرر الرضح، وهذا غير شائع. وكما هو الحال مع كل حالات فرط نمو الأنسجة، فإن التشخيص المؤكّد مطلقاً، يكون فقط بعد إجراء فحص الأنسجة، مع أنه يمكن عمل التشخيص السريري بدرجة من الثقة إلى حد ما. وهناك تنوع سريري مثير للاهتمام، تتطور فيه الآفة الليفية الظهارية (يطلق عليه ورم ليفي ورقي)، يكون تحت حنك بدلات الأسنان العلوية. وفي مثل هذه الحالات، يكون الشكل الطبيعي للآفة مشوهاً ومسطحاً على هيئة قرص رفيع، يلائم الانخفاض الضحل الموجود في الحنك، ولكنه ما يزال محتفظاً بالساق، وقد يتم إزاحته إلى أسفل، حيث يشبه السديلة المعلقة.



شكل (٩،٢). سليلة ليفية ظهارية كبيرة في المخاطية الخدّية.

حبيوم بدلات الأسنان (ورم بدلات الأسنان الحبيبي)

(Denture granuloma)

هذه الآفة مشابهة جوهرياً للسليلة الليفية الظهارية، حيث إن العامل المهيج في هذه الحالة، يكون حواف بدلات الأسنان (الشّفير) (flange) المتجاوزة الامتداد أو السيئة التطابق. وكما

ووفقاً لدرجة توسع الأوعية الدموية الشاذة، فقد تظهر الآفة على شكل شبكة رقيقة من الشعيرات الدموية، أو على شكل تركيب عقدي أكثر وضوحاً، وعادة تكون مليئة بالدم الوريدي بطيء الحركة؛ ولذلك يكون لونها أزرق داكناً. وقد يُخطئ سريريًا في النمط المسامي (cavernous) مع الورم الميلاني، ولكن يمكن التفريق بينهما سريعاً، عن طريق ميلها إلى الابيضاض عند الضغط عليها، ويمكن رؤية ذلك عن طريق الضغط بشريحة زجاجية على سطحها. ولا بد من التشديد على أن الوحومات الوعائية، هي شذوذات نمائية ساكنة، وتكون عديمة الأعراض، ومن الأفضل تركها هادئة. وهناك وحة مشابهة، تشمل الأوعية اللمفاوية، وهي الورم الوعائي اللمفي (lymphangioma)، وتتكوّن من تجمّع من الأوعية اللمفاوية المتسعة، مع فراغات في سدّى النسيج الضام، وهي شديدة الشبه بالوحومات الوعائية في تركيبها. ومع أنها قد تظهر على أي جزء من المخاطية الفموية، إلا أنها تُرى بشكل شائع جداً على اللسان عن أي مكان آخر. وإذا كانت الآفة سطحية، فإنها تظهر بوصفها بنية بيضاء شفافة على المخاطية، وإذا كانت عميقة في مكانها، فإن السطح الممتد فوق اللسان يظهر رمادي اللون وعُقدياً، كما أنها أيضاً آفة عديمة الضرر تماماً.

وقد يكون هناك بعض المشاكل التي تتعلّق بالزئيف، نتيجة لحدوث رضح هذه الآفات، وقد يستدعي ذلك القيام بعملٍ ما، مع أن هذا النزف نادراً ما يصل إلى نسب خطيرة تحت هذه الظروف. وقد أُستخدمت الجراحة القرّية للتعامل مع هذا الموقف في الماضي، بالرغم من عدم خلوّها من بعض الصعوبات. وهناك مشاكل في حدوث وذمة اللسان بعد الجراحة القرّية، وقد أمدنا تطوّر مجال الليزر بإجابة عن هذه المشكلة. وإذا كان هناك أي شكّ حول طبيعة الآفة، هل هي ورم وعائي أم لا، فعندها يكون فحص الخزعة ضرورياً، وإن كانت آفات الأورام الوعائية غالباً تنزف بشكل غزير. ولا ينبغي أبداً أن تخضع آفة وعائية مشكوك فيها لأي شكل من أشكال الجراحة إلا في المستشفى.



شكل (٩,٣). ورم بدلات الأسنان الحبيبي في النلم الحُدّي السفلي.

الآفات النمائية

(Developmental lesions)

الأورام العائبيّة (Hamartomas)

الورم العائبيّ هو نسيج شاذ موضعي وغير مترقّ، ناتج من عيب أثناء النمو، كما أنه ليس التهابياً ولا ورمياً في طبيعته، حيث إنه من الممكن الالتباس بينه وبين أي من هاتين الحالتين، ومن ثم ينبغي وضعه في الاعتبار بالنسبة لهم. وعند ظهوره على الجلد أو الغشاء المخاطي، يُستخدم مصطلح الوحمة (naevus) غالباً، حتى وإن لم يكن هناك أي تضمّن للخلايا الوحمية (الخلايا الميلانية) (melanocytes) بأي طريقة. وفي مثل هذه الآفة، يكون هناك عامل منفرد هو السائد، سواء كان من الغشاء المخاطي، أم من الظهارة، أم من الأوعية الدموية، أم من أوعية اللمف.

الوحومات الورمية الوعائية (Angiomatous naevae)

تظهر هذه الأورام نتيجة الشذوذات النمائية لأي من المكونات اللمفاوية أو الوعائية للغشاء المخاطي. والوحومات الوعائية (الأورام الوعائية (haemangioma) آفات شائعة نسبياً تُصيب المخاطية الفموية، وتشبه "وسم الفراولة" على الجلد.

الآفات النمائية البيضاء

يوجد عدد من الآفات البيضاء المحددة جينياً بالمخاطية الفموية، والعديد منها مرتبط بآفات لأغشية مخاطية أخرى، أو على الجلد. وتتميز بوجود خلل في التقرن، وغالباً تُصنّف على أنها "تقران جيني" أو "جلادات جينية" في دراسات طب الجلد.

الوحمة الظهارية الفموية (وحمة إسفنجية بيضاء)

(White sponge naevus)

إن الآفة الأكثر شهرة التي تُصيب المخاطية الفموية وحدها، هي الوحمة الظهارية الفموية (وحمة إسفنجية بيضاء). ويُستخدم أيضاً اسم "التهاب الفم واللثة ذي الطيات البيضاء" إشارة إلى هذه الحالة، وكان الاستخدام الأول لهذا المصطلح عند وصف الآفة الفموية في حالة الشذوذات المتعددة، والتي تتضمن أغشية مخاطية أخرى. وتُستخدم هذه المصطلحات غالباً بشكل تبادلي، ومن المحتمل أن الحالات التي تُصيب المخاطية الفموية وحدها تُمثل تعبيراً غير كامل عن الشذوذ المخاطي الأكثر عمومية.

والوحمة الإسفنجية البيضاء تعدُّ شذوذاً موضعياً للنسيج النمائي، وهي ليست النهائية ولا ورمية. وتظهر الوحمة الإسفنجية البيضاء بوصفها آفة بيضاء ذات طيات في المخاطية الفموية، وقد تمتد حتى تصيب كل التجويف الفموي. وربما تظهر منذ الولادة، ولكن في بعض الحالات الخاصة، قد تصبح هذه الحالة واضحة فقط في مرحلة متقدمة من العمر. وقد كان هناك بعض الشك في الماضي عن الآلية الجينية الدقيقة المتضمنة في إنتاج هذه الآفة، ولكن الآن أصبح من الواضح أن هذه الحالة تُوضّح انتقالاً تقليدياً سائداً مميّزاً في بعض - وليس كل - المرضى. وفي الحالات الأخرى، لا يكون هناك تاريخ عائلي، ويظهر أن الحالة نشأت منعزلة. ولا يوجد مقترحات واردة على التحويل للسرطان في هذه الآفات، ويتم اعتبارها بشكل عام حميدة تماماً. ويُوضّح فحص الأنسجة للمخاطية الفموية المصابة، وجود ثابت للشواك مع نظير التقرن والوذمة

في داخل الخلايا. وما يُميز هذه الآفة - وأيضاً العديد من الآفات المشابهة في متلازمات المخاطية الأكثر تعقيداً - وجود العديد من الخلايا الكبيرة الصافية التي تمتد خلال الطبقة الشائكة، وعلى سطح طبقة الظهارة.

ثخن الأظافر الخلقى (Pachyongchia congenita)، خلل التقرن الحميد بداخل الظهارة (Benign intraepithelial dyskeratosis)، و خلل التقرن الخلقى (dyskeratosis congenita)

في ثخن الأظافر الخلقى - وهي حالة وراثية صبغية جسدية سائدة - ترتبط الآفات البيضاء بالمخاطية الفموية، ومخاطية المستقيم، مع تكوين ناقص لأظافر اليدين والقدمين. وفي خلل التقرن الحميد الوراثي بداخل الظهارة، يكون الشذوذ محدوداً فقط في الغشاء المخاطي الفموي والملتحمة، ولكن يُظهر فحص الأنسجة للآفات الفموية درجة من خلل التقرن، الذي قد يُعدُّ مُنذراً في الآفات الأخرى للمخاطية الفموية. إن هذه الحالة، كما يتضمن اسمها تظلُّ - بشكل أساسي - حميدة. ويتميز خلل التقرن الخلقى بفرط التقرن للأغشية المخاطية، ويشمل (التجويف الفموي)، مع أظافر حثليّة (dystrophic nails)، وتصبُّغ شاذ للجلد. وقد تمَّ تسجيل ملامح متعلقة بأنسجة حول السن لهذه الحالة.

الثَّفان (Tylosis)

تقرن الجلد الراحي الأحمصي

(Palmoplantar keratoderma)

في الخمسينيات أُكتشف ارتباط بين الآفات البيضاء للمخاطية الفموية، وسرطان المريء، والثَّفان (فرط تقرن راحة اليد وأخمص القدم). وفي هذا المثال من المتلازمة المخاطية الجلدية المعقد، تُشبه الآفات الفموية المميزة سريريّاً ونسجياً، تلك التي في طولان الفم (leukokeratosis). وهذه المتلازمة الأخيرة - مثل معظم المتلازمات الجلدية المخاطية الأخرى من هذا النمط - تنتقل بوصفها حالة سائدة. وحديثاً تم

القيام بهذا الإجراء بشكل ثابت، إذا كان هناك أي شك حول الطبيعة الحقيقية للآفة. ومن الأورام الشائع إصابتها للمخاطية الفموية، الورم الحليمي ذو الخلايا الحرشفية (squamous cell papilloma)، وهو ورم حميد، وسرطان الخلايا الحرشفية (squamous cell carcinoma)، وهو ورم خبيث (انظر الفصل العاشر). ويظل دور فيروس الورم الحليمي البشري (humanpapillomavirus) في نماء كل من هذين الورمين مجالاً للافتراضات. ويمكن أن يحدث عدد من أورام النسيج الضام، مثل (الورم الليفي، أو الورم الشحمي) في الفم، ولكنها تكون أقل شيوعاً.

الورم الحليمي ذو الخلايا الحرشفية

(Squamous cell papilloma)

هذا الورم الظهاري الحميد شائع نسبياً، وقد يظهر في أي مكان بالمخاطية الفموية، ولكنه يوجد بشكل أكثر شيوعاً عند اتصال الحنك الصلب مع الحنك الرخو. ويكون مظهره النمطي "شبيه بالقرنبيط"، كما إنه يكون ذا عنق، ولونه شاحب يتدرج من المخاطية الطبيعية إلى اللون الأبيض. وهو آفة غير مؤلمة، ومن النادر أن تتسبب في وجود أي مشكلة. ولم يتم وصف أي تحولات خبيثة في هذه الآفات، ومن هذا المنطلق، فإن الآفات الفموية تتصرف بشكل مختلف تماماً عن تلك التي في الأجزاء السفلية من السيل الهضمي، والتي يكون لديها ميل مؤكد تجاه التحولات الخبيثة.

ويكون علاج الورم الحليمي عن طريق الاستئصال الموضعي، ولا بد أن يكون الاستئصال واسعاً وعميقاً بشكل كافٍ، ليشمل أي خلايا شاذة قد تمتد وراء منطقة ساق الآفة. ولا يكفي قطع الساق ببساطة، حيث إن ذلك سيؤدي إلى رجوع الآفة. والإزالة باستخدام الليزر حلٌ بديل.

وتشابه التآليل الفيروسية المتعددة سريراً مع الورم الحليمي المعزل، وتحدث في الفم بشكل عرضي، أو بشكل أكثر شيوعاً على الشفاه وحولها. وتُصيب هذه التآليل الفيروسية الأطفال

القيام بعمل تحليل خاص بدراسة علاقة الترابط في هذه المتلازمة في عائلة كبيرة من مرضى الثُفان، ومن المحتمل تحديد مكان جين سرطان المريء في المستقبل القريب. ومن المحتمل وجود مدى واسع من مثل هذه الحالات، وحقيقة، فقد تم تسجيل أمثلة منعزلة بدرجات متفاوتة من الشذوذات المشتركة في الجلد والأغشية المخاطية بشكل متكرر. وحديثاً، أُعيد تعريف تصنيف تقرُّن الجلد الراجحي الأخمصي (palmoplantar keratoderma)، الذي يكون الثُفان فيه نمطاً واحداً. وتم اقتراح مصطلح خلل التنسج الأديمي الظاهر الراجحي الأخمصي (palmoplantar ectodermal dysplasia)؛ للتشديد على تراكم الأديم الظاهر المتعددة، والمصابة في بعض من نماذج تقرن الجلد الراجحي الأخمصي.

داء داريه (Darier's disease)

يُعرف أيضاً داء داريه بالتقران الجريبي (follicular keratosis)، وهو داء محدد جينياً. ويرى عادة للمرة الأولى في البالغين صغار السن، وبشكل عام يظهر على شكل حطاطة بُنية اللون ودهنية على الصدر والأكتاف، ويمكن أن يحدث توهُّد لجلد راحة اليد والأظافر. وتتاثر المخاطية الفموية في نسبة هائلة من الحالات، وعادة يظهر هذا المرض كآفات بيضاء متلاقية على المخاطية الخدّية، أو على الحنك.

الأورام الحميدة

(Benign neoplasms)

قد يُصاب الفم بأورام متعددة الأنواع، وبكلا النمطين: الأولي والثانوي. ومن الممكن وصف الملامح الإكلينيكية النمطية للعديد من هذه الآفات، ولكن لا بد من تذكُّر احتمالية حدوث الأشكال المضللة وغير النمطية أيضاً؛ مما قد يؤدي إلى خطأ في التشخيص. ويعتمد التشخيص النهائي لأي فرط في نمو الأنسجة كلياً على فحص الأنسجة، ولا بد من

مناقشة دور التبغ في إنماء الآفات محتملة الخباثة بالتفصيل في الفصل العاشر. وفي الأسفل، سيناقد التهاب الفم النيكوتيني الذي يرجع إلى تدخين الغليون.

التقرن الاحتكاكي (Frictional keratosis)

هناك عامل مهم في إنتاج الرقع البيضاء على المخاطية الفموية، وهو تأثير الرضح الميكانيكي. ومن المعروف جيداً، أن مثل هذا الرضح قد يكون له تنوع واسع من التأثيرات على المخاطية، بحسب الطبيعة الدقيقة للرضح، ومعدل الإصابة، واستجابة الفرد لها. وعندما يكون الرضح حاداً وموضعيًا، تتدمر طبقة الظهارة، ويظهر القرع. ولو كان الرضح أقل حدةً، وأقل موضعيةً؛ فسيكون هناك مدى من الاستجابات تعتمد على الحالات السريرية الدقيقة. وإذا كان التهيج ذا صفة مزمنة نسبياً وطفيفاً في حدته، فإن التغيير المُستحث الأساسي في المخاطية الفموية، سيكون شذوذاً في نمط التقرن، الذي لا بد أن يكون مرتبطاً معه درجة ما من التغيير في الخلايا الدفينة. ولا يوجد شك في وجود هذا التقرن الرضحي، وأن الغالبية العظمى منه تكون قابلة للعكس، وتختفي تماماً إذا تمت إزالة الرضح. وينبغي تذكُّر أن أكثر استجابة مخاطية تجاه الرضح، والتي غالباً ما تُرى في التجويف الفموي، هي حُبيوم بدلات الأسنان. والتغيير الجوهري في هذه الآفة تحديداً يحدث في مكونات النسيج الضام بالمخاطية أكثر من حدوثه في مكونات طبقة الظهارة.

التهاب الفم النيكوتيني (Nicotinic stomatitis)

(حنك مدخني الغليون pipe-smokers` palate)

يحدث التهاب الفم النيكوتيني، كما يتضمَّن اسمه في مدخني الغليون، وقد يظهر عرضياً في مدخني السجائر والسيجار. وملح النسيج المميز لهذه الحالة، يكون خليطاً من تغلُّظ الطبقة الشوكية بالظهارة وفرط التقرن، مع وجود تغيرات التهابية في الغدد المخاطية للحنك. ونتيجة لهذه التغيرات، يصبح الحنك أبيض اللون، ويبرز عدد من الحبيبات

غالباً، وذلك بسبب التلقيح الذاتي عن طريق عملية مضغ التآليل التي على اليدين. وقد وُصفت الإصابة بالمرض عن طريق الانتقال الجنسي بين الأماكن التناسلية والفموية. ويُمكن أن تُرى التآليل المنقولة جنسياً (ورم لقمي مؤنف condyloma acuminatum) على المخاطية الفموية، وتحدث بشكل مميز في المنطقة الشرجية التناسلية، وقد تكون مظهرًا من مظاهر الإصابة بعدوى فيروس العوز المناعي البشري (انظر الفصل الرابع). وقد وُصف عدد كبير من فيروسات الأورام الخليمية، ومن الممكن أن يتم تصنيف التآليل / الأورام الخليمية الفموية بطرائق متعددة. ومع ذلك - ومن أجل الأغراض العملية - يكون التقسيم واضحاً بين الآفات المنعزلة التي تكون بغير سببيات خمجية واضحة، وتلك التي تنتج عن طريق التلقيح. ويكون العلاج بالطريقة نفسها، مع أنه ينبغي نهي الأطفال المصابين عن عادة "مضغ الثؤلؤل". وتراجع التآليل الفيروسية بشكل عام تدريجياً بعد فترة قد تصل إلى سنة أو ما إلى ذلك.

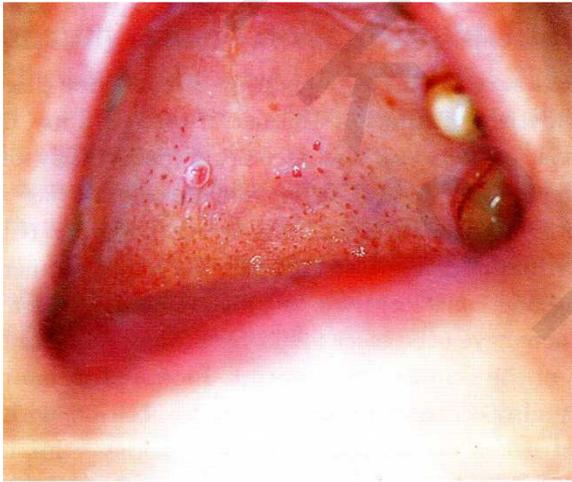
حالات حميدة متنوعة

(Miscellaneous benign conditions)

التقرن الرضحي (Traumatic keratosis)

يحدث التقرن الرضحي على المخاطية الفموية بوصفه استجابة موضعية تجاه الأسباب الفيزيائية، أو الميكانيكية، أو الكهربائية، أو الحرارية التي حدثت سابقاً، وهو قابل للعكس. ويمكن أن يتسبب الرضح الكيميائي الناتج عن المواد المسببة للتهيج، مثل الاستخدام الموضعي للأسبرين، إما في التقرح الفموي (انظر الفصل الخامس)، وإما في فرط التقرن الذي يظهر على شكل آفة بيضاء على المخاطية الفموية. ويميل أيضاً الأذى الكيميائي الحاد، مثل ابتلاع مادة كاوية أو حمضية إلى أن يكون سبباً للتقرح الفموي. وتنتج الآفات التي تُرى على المخاطية الفموية لمدخني السجائر، أو السيجار، أو الغليون من مزيج من الأذى الكيميائي والحراري. وسوف تتم

ومن ناحية دراسة الأنسجة، فقد وُصفت هذه الآفة بكونها خطلُ التقران (parakeratotic)، مع وجود خلايا متورمة كبيرة في الطبقات السطحية لطبقة الظهارة. وهذا المظهر القائم على دراسة الأنسجة مُوافق تماماً، مع ملاحظة إمكانية كشط السطح الغشائي الرمادي (الذي يتكوّن من خلايا وذمية سطحية) بسهولة، بعيداً عن المخاطية، تاركاً سطح سليم تماماً، ثم يكتسب مظهره الرمادي السطحي بسرعة مرة أخرى. ولا ترتبط الوذمة البيضاء بالظهارة اللاتمطية، ولا ينبغي عدّها آفة محتملة الخباثة.



شكل (٩،٤). تقران في حنك مُدخن.

تصبغ مخاطية الفم

(Pigmentation of the oral mucosa)

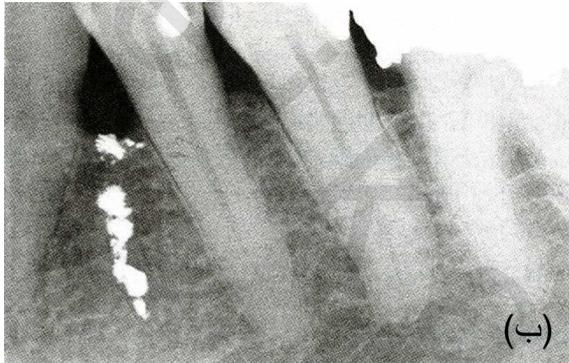
يمكن أن يحدث تصبغ المخاطية الفموية بوصفها نتيجة للتعرض البيئي أو المهني لأملاح المعادن الثقيلة، مثل الزنك، والرصاص، والزرنيق، وكان بعض هذه المواد يُستخدم في الماضي بوصفه عوامل علاجية لعدد من الأمراض، مثل الزُهري (السفلس). وبعد امتصاص هذه المعادن، فإنها تترسّب على هيئة سلفيدات معدنية (metallic sulphides)، وتظهر على شكل خط رمادي (أو أرزق/أسود) على طول اللثة الهامشية.

على السطح، وكلُّ منها يُمثّل موقع غدة مخاطية، ويُظهر كل منها - بشكل فردي - بقعة حمراء صغيرة في المركز تُميّز فتحة قناة الغُدّة (شكل ٩،٤). وفي الحالات المتقدمة، ربما تنهار الغدد المخاطية، لتكوّن قرحاً مزمنة كبيرة تماماً. وتظهر هذه الحالة عادة بشكل ملحوظ جداً على الحنك الصلب، مع احتمال إصابة الحنك الرخو أيضاً. ومن المقترح أن مكان الإصابة يعتمد على إسقاط دخان الغليون مباشرة على الحنك، وهذا ليس من السهل إثباته. ومع التعرّض المستمر والمزمن للعامل المهيج، فإن تحولات الخباثة ليست ملمحاً لهذه الآفة، التي لا تعدُّ محتملة الخباثة، ويكون العلاج موجهاً لإقناع المريض بالتوقف عن التدخين. وإذا حدث ذلك، فيمكن توقُّع زوال الآفة (غالباً بشكل كامل) بشكل معقول. وهناك فائدة إضافية للتوقُّف عن التدخين، وهي أن المخاطية الفموية لم تعد معرضة للمواد الكيميائية المسرطنة، التي قد تهيئ إلى نمو آفات محتملة الخباثة للسرطان في أي مكان آخر في الفم، أو في السبيل التنفسي الهضمي (aerodigestive tract).

ويجدر الإشارة إلى أن الوصف السابق لهذه الحالة ينطبق فقط على ما يُرى بشكل مميز في مدخني الغليون في أوروبا وأمريكا الشمالية. وقد وُصفت أيضاً آفات حنكية أخرى مُحرضة من قِبَل التبغ، حيث إنها تكون ذات مآل مختلف جداً (انظر الفصل العاشر - الآفات الحنكية المتعلقة بالتدخين العكسي).

الوذمة البيضاء (leukoedema)

الوذمة البيضاء اسم يُطلق على الغطاء الغشائي الرمادي الممتد على المخاطية الحُدّية، والذي يُوجد في نسبة عالية من المرضى. وهناك تقديرات متفرقة بشكل واسع حول حدوث هذه الحالة وأهميتها، وواحد من الصعوبات الناتجة عن ذلك، تعريف هذه الآفة. ولا يوجد شك في أن مثل هذه الغطاء الغشائي يظهر على المخاطية الشدقية لعدد كبير من المرضى، ويكون عديم الأعراض نهائياً، وذلك عند رؤيته في ظروف إضاءة كافية.



شكل (٩،٥). (أ) وشم الملمغم. (ب) صورة شعاعية توضّح بقايا الملمغم.

متلازمة بويتز- جيجرز (Peutz-Jegher syndrome): متلازمة صبغية جسدية سائدة، تشتمل على بقع ملاينية حول الفم وداخله، بالإضافة إلى داء السلائل المعوي (intestinal polyposis). وسريرياً، تظهر هذه المتلازمة على هيئة نمش متعدد، يحدث حول الأنف والعينين، وعلى الشفتين، والمخاطية الفموية. ويمكن أن يوجد داء السليلات المعوي في كل مكان على امتداد الأمعاء، وقد يؤدي إلى ظهور أعراض، مثل ألم البطن، أو قد يُسبب انسداداً معوياً، وعادة لا تصبغ هذه السليلات خبيثة.

متلازمة لوجيية - هينزيكر (Laugier- Hunziker syndrome) (تصبغ جلدي مخاطي عدسي الشكل، مجهول السبب): هي حالة نادرة يصبح فيها تصبغ الميلانين واسع الانتشار، ويصيب المخاطية الفموية والتناسلية، مع تصبغ طولي للأظافر.

أوشام الملمغم (Amalgam tattoos)

تظهر أوشام الملمغم نتيجة انطمار أجزاء من المعدن في المخاطية الفموية. وتظهر كآفات مصبغة منعزلة (ذات لون بني فاتح إلى أزرق داكن / أسود). وقد تكون أوشام الملمغم معتمة شعاعياً، وهذا ليس الحال دائماً (شكل ٩.٥). وتحدث عادة على أرضية الفم أو مخاطية السنخ بجوار حشوات الملمغم الموجودة، أو التي كانت موجودة مسبقاً. وقد تُرى أوشام الملمغم المميزة على اللثة المتصقة، الممتدة فوق الأسنان، التي تم استئصال قمتها وإغلاق قيمتها بإحكام باستخدام الملمغم.

ويمكن زرع بعض المواد الغريبة في المخاطية الفموية، مثل حصى الطريق، ويحضر أحياناً مرضى برسائل (غالباً تكون وقحة!) موشمة على المخاطية الشفوية لديهم.

التصبغ الملايني للمخاطية الفموية

(Melanotic pigmentation of oral mucosa)

توقفت أهمية التصبغ الفموي في اضطرابات الغدد الصماء، خاصة في داء آديسون (Addison's disease) في الفصل الثالث عشر وقد سُجّل ارتباط بين داء الملاينية (melanosis) الفموي (خاصة في الحنك الرخو)، والتدخين، والسرطانة قصبية المنشأ. وقد يحدث داء الملاينية الفموي في عدوى فيروس العوز المناعي البشري (الفصل الرابع). وربما يُحثُّ عدد من الأدوية أيضاً على التنبيه؛ لزيادة التصبغ، بما في ذلك موانع الحمل، ومضادات الملاريا، والمهدئات الكبرى. وهناك تقارير حديثة حول تسبب المينوسكلين (minocycline) في تصبغ الجلد والمخاطية الفموية. وقد يحدث أيضاً زيادة إنتاج الميلانين أحياناً بالتلازم مع الآفات الفموية في الحزاز المسطح، وفي الطلوان، ويكون هذا الإنتاج تفاعلياً، وليس له أهمية سريرية. وفي العديد من المرضى - خاصة ذوي الجلد الشديد التصبغ - قد يكون ذلك التصبغ طبيعياً تماماً. وقد يكون على شكل رقع أو منتشر، ودائماً تكون اللثة متضمنة تقريباً، حتى عندما يكون تصبغ الجلد قليلاً.

الأورام الميلانينية (الميلانوم) الفموية (Oral melanoma)

الأورام الميلانينية في داخل الفم، هي أورام فموية عالية الخباثة، وتحدث عادة على شكل بقع بُنية داكنة أو سوداء منعزلة على المخاطية الفموية. أما الأورام الميلانينية عديمة الميلانين (amelanotic melanomas)، فقد تظهر على شكل آفات حمراء. والأورام الميلانينية الفموية، أورام خبيثة نادرة، وتميل إلى الحدوث الحنك، وفي المراحل المبكرة قد تكون ذات أعراض. ويكون مظهرها عادة على شكل عقيدات أو آفات بقعية، وتكون متصلبة عند الجس، وتتقرح أخيراً وتتسبب في عدم الارتياح أو النزف. والتشخيص المبكر لأي آفة يُشبهه أن يكون ورماً ميلانياً خبيثاً، ويعد هذا أمراً جوهرياً، حيث تحدث النقائل إلى العقد اللمفية والأعضاء الأخرى (الرئتين، والكبد، والعظام) مبكراً، ويكون المآل للورم الميلاني الفموي سيئاً. ونادراً ما تُرى الميلانومات السطحية المنتشرة في الفم، وقد يكون مظهرها مميزاً تماماً (شكل ٩,٦).



شكل (٩,٦). ورم ميلاني فموي متقدم ومنتشر.

والتشخيص والعلاج المبكر للأورام الميلانينية الفموية الخبيثة أمر أساسي، حيث إنها تنتقل مبكراً إلى العقد اللمفية والأعضاء الأخرى.

والوعي بوجود آفة "الشبيهة بالميلانين"، التي تكون موضعية وعديمة الأعراض على المخاطية الفموية؛ قد تُسبب مشاكل كبيرة. ومثل هذه الآفة قد تكون حميدة تماماً وساكنة، وأيضاً قد تكون المراحل الأولية للورم الميلاني الخبيث لها مظهر تلك الآفات الحميدة نفسه. ويجب أن تكون الخطوة الأولى استبعاد إمكانية أنها وشم الملغم (انظر الأعلى).

والبقع الميلانينية مجهولة السبب شائعة نسبياً، وهي آفات حميدة للخلايا الميلانينية، تظهر على شكل بقع صغيرة بُنية اللون أو سوداء على المخاطية الفموية أو الشفتين. بينما تكون الوحومات الميلانينية الفموية أقل شيوعاً بكثير، وتنقسم إلى أنواع "موصلية"، و"مركبة"، و"بداخل المخاطية"، و"زرقاء". وينبغي استئصال الوحمة الفموية ميلانينية الخلايا والبقع الميلانينية؛ لتأكيد التشخيص خاصة؛ لنفي إمكانية وجود الورم الميلاني الخبيث. يلخص جدول (٩,١) أسباب التصبغ الميلاني في المخاطية الفموية.

جدول (٩,١). تصبغ المخاطية الفموية بالميلانين: الأسباب الأساسية.

عرقني
داء أديسون
مرض فيروس العوز المناعي البشري (HIV)
تفاعلي
الحزاز المسطح والطلوان
ذات علاقة بالأدوية
متلازمة بويتز - جيجرز
الآفات الميلانينية المنعزلة
البقع الميلانينية مجهولة السبب
الوحمة الميلانينية
الورم الميلاني (الميلانوم) الخبيث

مناقشة الحالات ذات المشاكل

مناقشة الحالة (٩, ١)

س ١ : ما التشخيص التفريقي لهذه الآفة؟ وكيف يمكنك معالجة هذه الحالة؟

من غير المعتاد وجود وشم الملغم في هذا المكان، مع أن مؤلفي الكتاب قد شاهدوا مثل هذه الحالات القليلة. ولا بد من إدراج الورم الميلاني الخبيث ضمن التشخيص التفريقي، أو احتمالية غَرَن كابوزي (Kaposi's sarcoma) المبكر. والتشخيص الأكثر احتمالاً لهذه الآفة المنعزلة، هو بقعة ميلانية مجهولة السبب، ويُوصى بأخذ خزعة استتصالية. وينبغي الترتيب للخزعة في أسرع وقت ممكن، خاصة في ظل وجود تاريخ مرضي في عائلة المريض.

مناقشة الحالة (٩, ٢):

س ١ : ما التشخيص السريري الأكثر احتمالاً لآفة هذه السيدة؟

من المحتمل أن تكون هذه الحالة ورم بدلات الأسنان الحبيبي، الناتج عن الرضح المزمن من الحواف الخدّية لبدلات الأسنان العلوية السيئة التطابق.

س ٢ : كيف يمكنك معالجة هذه الآفة؟

ينبغي تشذيب شفير بدلات الأسنان؛ حتى لا تستمر في رضح الغشاء المخاطي، كما ينبغي إثناء المريضة عن ارتداء بدلات الأسنان ليلاً. وقد يكون من الضروري القيام

بالاستئصال الجراحي للجزء المتبقي من النسيج مفرط التنسج، ولا ينبغي القيام بهذا، حتى يتم تقييم الاستجابة لبدلات الأسنان المعدّلة، كما ينبغي تزويد المريضة ببدلات أسنان جديدة على المدى البعيد.

س ٣ : قد تظهر عرضياً آفة فموية أكثر شراسة بطريقة ماثلة، ما هي؟ وكيف يمكن تفريقها عن الآفة الفموية الحميدة الأكثر شيوعاً؟

ربما يرتشح سرطان غار (جيب) (antrum) الفك العلوي إلى عظام الفك العلوي، وفي بعض الأحيان يظهر على شكل آفة تكاثرية في التلم الخدّي. وإذا ظهرت كتلة من النسيج في هذا المكان، في حالة عدم وجود دليل على الرضح من بدلات الأسنان؛ فينبغي أن يُنبّه الطبيب فوراً. وقد يُظهر أيضاً المرضى المصابون بسرطان جيب الفك العلوي أعراضاً أخرى، مثل الأنف المسدود، أو التفريغ الأنفي، أو الألم، أو المدّل على الخدين. ويمكن أن يظهر سرطان جيب الفك العلوي أيضاً كتورم في الحنك، ويميل إلى التقرح. ويُظهر التصوير الشعاعي عتامة في جيب الفك العلوي (الغار)، ويكون غالباً مع وجود تآكل لجدران الجيب الفكّي. وإذا كان هناك أي شك من أي نوع، فلا بد من أخذ خزعة من الآفة فوراً. وقد وُصف سرطان الجيب الفكّي في مجموعة معينة مُعرضة للخطر، كالعاملين في صناعات الأخشاب أو الأحذية، والأفراد الذين يستخدمون السعوط (العطوس) (snuff).

الآفات والحالات محتملة التسرطن

(Precancerous lesions and conditions)

سرطان الفم والتسرطن

(Oral carcinoma and carcinogenesis)

- آفات محتملة التسرطن (Precancerous lesions)
 - الطلوان (Leukoplakia)
 - الرقعة الحمراء (Erythroplakia)
 - الطلوان المبقع (Speckled leukoplakia)
 - الطلوان الناجم عن المبيضات المزمن مفرط التنسج (Chronic Candidal leukoplakia) (داء المبيضات المزمن مفرط التنسج)
 - الطلوان الناجم عن المبيضات المزمن مفرط التنسج (Chronic hyperplastic candidosis)
 - التحولات الخبيث للآفات محتملة التسرطن (Malignant transformation of precancerous lesions)
 - مُعالجة الآفات محتملة التسرطن (Management of precancerous lesions)
- حالات محتملة التسرطن (Precancerous conditions)
 - تليف تحت المخاطية الفموية (Oral submucous fibrosis)
 - عسر البلع الناجم عن قلة الحديد (Sideropenic dysphagia)
 - الحزاز المسطح (Lichen planus)
 - حالات أخرى محتملة التسرطن (Other precancerous conditions)
- سرطان الفم و التسرطن (Oral carcinoma and carcinogenesis)
 - العوامل السببية لسرطان الخلايا الحرشفية (Etiological factors for oral squamous cell carcinoma)
 - الملامح السريرية و تشخيص سرطان الخلايا الحرشفية الفموي (Clinical features and diagnosis of oral carcinoma)
 - أنظمة تصنيف المراحل لسرطان الفم (Staging systems for oral carcinoma)
 - التدبير العلاجي لسرطان الفم (The management of oral carcinoma)
 - الوقاية من سرطان الفم (Prevention of oral carcinoma)
 - سرطان الفم كمرض جيني (Oral carcinoma as a genetic disease)