الفصل الثاني عشر

المَرض المَعدي المَعوي
(Gastrointestinal disease)

حالة ذات مشكلة

حالة (١٢,١)

زارت مريضة تبلغ من العمر ٢٦ عامًا عيادتك لطب الأسنان للمرة الأولى، منذ انتقالها إلى الحي. وكانت تشكو من حرقان وتقرُّح في الفم. وقد أوضح تاريخها الطبي، أنه قد تم تشخيصها بواسطة طبيبها الممارس العام، على أنها تعاني من متلازمة القولون المتهيج، حيث إنها تأخذ أدوية مضادات التشنج لعلاجه، ولكن دون تأثير. وقد لاحَظَت مؤخرًا هجمات متزايدة من الإسهال الدموي والألم المَعدي، كما لاحظتَ أنها شاحبة ولديها تضخُّم في العقد اللِمفية العنقية، وكانت زوايا الفم مشققة. وكان هناك عدم انتظام ملحوظ في الغشاء المخاطي الخدِّي، مع وجود تقرُّح خطي. ولا يوجد أي علامات لالتهاب الفم القُلاعي، ولكنك لاحظت وجود جُذاذات نسيجية صغيرة في المنطقة خلف الأرحاء. والمريضة قلقة للغاية، وليس لديها طاقة للعمل، وشهيتها للطعام زهيدة، وقد فقدت أكثر من حجر [وحدة وزن في بريطانيا تساوي ١٤ باوندًا (٦,٣٥ كيلو جرامًا)] من وزنها خلال الشهرين الماضيين. وأخبرها طبيبها الممارس العام، أن مشاكلها في الأمعاء مرتبطة بالضغط النفسي، ووصف لها بعض الفيتامينات، وتريد أن تعرف السيدة لماذا نشأ عندها مؤخرًا تقرُّح في فمها.

س١ : هل من الممكن أن تكون الحالة الفموية لهذه السيدة لها علاقة بأعراضها المَعوية؟

س ٢ : ما هي أعراض متلازمة القولون المتهيج؟

س ٣ : كيف يمكنك مُعالجة هذه السيدة؟

مقدمة

قد تحدث الآفات الفموية في عدد من أمراض السبيل الهضمي، وفي القليل منها يكون هناك آفات فموية أَولية تُشبه تلك التي في المَعي السفلي، وفي كل الآفات تقريبًا، قد تُستحث الآفات الثانوية بواسطة عوامل، مثل سوء الامتصاص. وقد يؤدِّي، ليس فقط عملية المرض، ولكن أيضًا القطع الجراحي لأجزاء من المعي ؛ إلى هذه التغيُّرات الثانوية.

وبعض أمراض السبيل الهضمى تكون ذات أهمية، خاصة في مجال طب الفم، وسوف تناقش في الأسفل.

obeikandl.com

المرض البطني
(Coeliac disease)
(الاعتلال المعوي الناجم عن الحساسية للغلوتين)
(gluten-sensitive entropathy)

المرض البطني هو عدم التحمل الدائم للغليادين، وهو المكوِّن البروتيني للقمح، وهي حالة التهابية في السبيل الهضمي، وتستمر مدى الحياة، وتصيب المَعي الدقيق في الأفراد ذوي الاستعداد الجيني. ويتميَّز المرض البطني بسوء الامتصاص الناتج عن شذوذات في تشكُّل مخاطية المَعي الدقيق، كما يمكن عكس هذه التغيُّرات عن طريق سَحب الغلوتين من النظام الغذائي. وقد أُعطي الوصف المفصّل الأول للمرض البطني في الأطفال عام ١٨٨٧م. وتقليديًّا، يتميَّز المرض البطني بظهور الإسهال، وفقد الشهية، والهزال عند إدخال نظام الفطام الغذائي المحتوي على الغلوتين، مع وجود التأثيرات الثانوية لسوء الامتصاص، مثل فقر الدم. ويُعرف أيضًا المرض البطني "بالذَرَب البطني"(coeliac sprue)، ومن المثير للاهتمام أن كلمة "الذَرَب" مشتقة من الكلمة الهولندية للقرحة القُلاعية، ويدلُّ هذا على النسبة المرتفعة من المُعانين بالتقرح الفموي.

المرض البطني هو عدم التحمل للغليادين بشكل دائم.

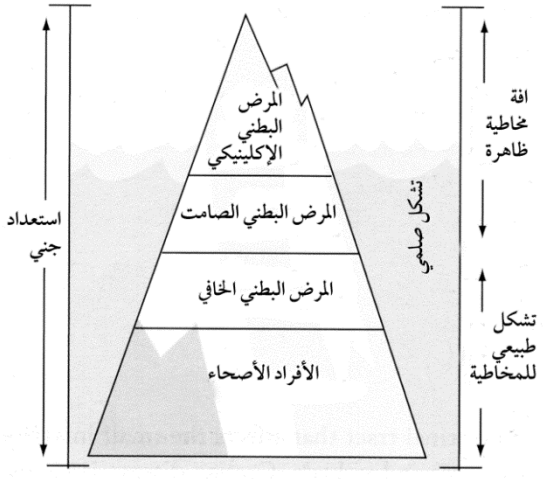
لم يكن معروفًا أن المنتج الغذائي المؤذي في المرض البطني- وحتى أواسط القرن العشرين- هو دقيق القمح. حيث يحدث تدمير للمخاطية المَعوية بشكل سائد، نتيجة جزء الغليادين الناتج من الغلوتين. ويوجد الغلوتين في القمح، والشيلم، والشعير، (وربما الشوفان).

في المرض البطني للبالغين، يكون الإسهال، وفقد الوزن، والضعف، هي العلامات والأعراض التقليدية.

ومنذ الثمانينيات أصبح النمط السريري للمرض البطني متغيرًا، ويكون غالبًا دون التشخيص، كما أصبح محل تقدير متزايد، وقد يصبح واضحًا أو مشخصًا في الأطفال أو البالغين، بعد الدخول الأول للغلوتين في النظام الغذائي بفترة طويلة. وفي أواخر التسعينيات، أدَّى هذا إلى مفهوم "الجبل الجليدي البطني" (شكل ١٢,١)، حيث يكون المصابون بالمرض السريري العلني عند القمة، ويتبعهم في الترتيب المصابون بالمرض البطني الصامت، ثم المصابون بالمرض البطني الخافي، ثم إن الأفراد الأصحاء قد يكونون على استعداد جيني للمرض.

وتظهر الخزعة المبرهنة على المرض البطني في المملكة المتحدة بنسبة ١ لكل ٢٠٠٠، بينما قد يصل حدوث المرض عند التحري عن المرض باستخدام واصمات، مثل أضداد ضد غمد الليف العصبي إلى ١ : ٣٠٠. وربما تكون المجموعة الأخيرة من المرضى المصابين بالمرض البطني، هم مجموع السكان المصابين بالقرح القُلاعية، مع عدم وجود أي أعراض مَعدية مَعوية عمومية أخرى (انظر الفصل الخامس).

ويكون ٥-١٠ في المائة تقريبًا من مرضى المرض البطني القريب من الدرجة الأولى مُصابين بالمرض. وهناك أيضًا ارتباط معروف بين المرض البطني وأمراض المناعة الذاتية الأخرى، مثل السكَّري المعتمد على الأنسولين. و٥-١٠ في المائة تقريبًا من المصابين بهذا النوع من السكَّري، سوف يكون لديهم أيضًا مرض بطني.

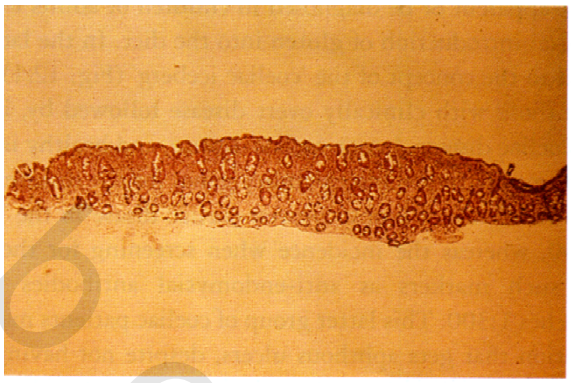


شكل (١٢,١). الجبل الجليدي البطني، ومدى الحساسية للغلوتين.

openkan.com

ويتطلَّب التشخيص النهائي للمرض البطني توضيحًا للشذوذات المخاطية المميزة في خزعات المَعي الدقيق (عادة يتم الحصول عليها عن طريق التنظير الداخلي). وتتضمَّن الآفة المبكرة ازدياد الارتشاح اللِمفاوي في الظِهارة، ثم في الصفيحة المخصوصة (lamina properia). ويحدث بعد ذلك فرط التنسج الخبيء، ويتبعه ظهور الضمور الزغابي. إن المظهر الحقيقي للضمور الزَغبيّ (المَكسو بالزَّغب) التام أو تحت التام، ليس ضمورًا زَغَبيًّا على الإطلاق، ولكنه في الحقيقة نتيجة ملء فرط التنسج الخبيء في الفراغات بين الزغابات (انظر شكل ١٢,٢). واختبارات الدم التي يمكن استخدامها خطًّا للفحوصات الأول في هؤلاء الأشخاص المشتبه في إصابتهم بالمرض البطني، أو التي يمكن استخدامها أدواتٍ للتحري؛ هي الغلوبولين المناعي (الأيج) A ضد الغليادين، والأيج A ضد ريتيكيولين (reticulin)، والأضداد الذاتية لغمد الليف العضلي (endomysial) للأيج A. ومع ذلك – وعن طريق التعريف – يعتمد التشخيص النهائي للمرض على المظهر المِجهري لخزعة المَعي الدقيق. ويُعرَّف الأفراد الذين تكون اختبارات الدم لديهم إيجابية، مع خزعات طبيعية بشكل أساسي، بأن لديهم مرضًا بطنيًّا خافيًا. ومن غير المؤكد نسبة هؤلاء الذين سوف يترقَّى المرض لديهم، ليطابق معايير التشخيص الكاملة للمرض البطني.

وسيمرُّ مرضى المرض البطني بهدأة سريرية للمرض على النظام الغذائي الخالي من الغلوتين، ولكنهم قد يحتاجون في البداية إلى مكملات الحديد والفولات؛ لتصحيح فقر الدم صغير/كبير الكريات، الناتج عن سوء الامتصاص. والتهاب الجلد الهربسي الشكل هو اضطراب جلدي يتميَّز بوجود النفطات (انظر الفصل الحادي عشر)، وهو المظهر التقليدي غير المَعدي المَعوي للمرض البطني. وكل من الآفة المَعوية والطفح يستجيبان للنظام الغذائي الخالي من الغلوتين. والتهاب الجلد الهربسي أكثر انتشارًا في المرضى البالغين المصابين بالمرض البطني، ويُرى في الأطفال بصعوبة شديدة.



شكل (١٢,٢). مظهر الأنسجة في الضمور الزَغبيّ (الصائم) لمريض مصاب بالمرض البطني.

أخذ عينة خزعة المَعي الدقيق شيء أساسي لتشخيص المرض البطني. ولا ينبغي أن يقوم التشخيص على أساس الأعراض، أو الاختبارات المَصلية (السيرولوجية) وحدها.

التهاب الجلد الهربسي الشكل هو المظهر التقليدي غير المَعدي المَعوي للمرض البطني.

المظاهر الفموية للمرض البطني

إن ارتباط التهاب الفم القُلاعي الراجع مع المرض البطني هو عملية موثقة، وقد أقرَّت الدراسات الأَولية المَعنيّة بهذه العلاقة أن نسبة الأفراد المصابين بالتهاب الفم القُلاعي الراجع مع المرض البطني، كانت حوالي ٢٥ في المائة. وأشارت الدراسات الحديثة أن النسبة أقل من ذلك بكثير، وأنه من المحتمل أن تكون أقل من ٥ في المائة.

قد يَظهر لدى البالغين المصابين بالمرض البطني غير المشخَّص التهاب الفم القُلاعي الراجع.

وقد يُؤدِّي سوء الامتصاص الناتج عن المرض البطني إلى عوز المقويات الدموية، خاصة الحديد وحمض الفوليك. كما قد يحضر مرضى المرض البطني بالتهاب الشفة الزاوي، أو التهاب

obeikandi.com

اللسان، أو التهاب الفم القُلاعي الراجع ؛ ولذلك يجب إجراء عدّ الدم الكامل، مع تحليل الدم للمرضى الذين يحضرون بهذه الحالات الفموية. ويُوصى بعمل الاختبارات المَصلية للأضداد، إذا كانت هناك أعراض مَعوية ترجِّح المرض البطني، أو إذا كان هناك دليل على سوء الامتصاص. وتخضع أهمية القيام بعمل اختبارات المَصل للمرضى المصابين بالتهاب الفم القُلاعي الراجع في غياب هذه الأعراض لعملية الجدال، ولكن في بعض الحالات، قد تكون القرح القُلاعية هي المظهر الوحيد للمرض. إن حساسية هذه الاختبارات ونوعيتها، ليست ١٠٠ في المائة، ويتطلَّب الأمر خزعة المَعي الدقيق لتشخيص المرض البطني. ومن المثير للاهتمام، أنه قد ينتبه أطباء الأسنان إلى احتمالية المرض البطني، عن طريق وجود عيوب بالميناء، مثل (نقص التنسج) على الأسنان الدائمة. ويُعتقد أن نقص تنسُّج ميناء الأسنان، يدلُّ على وجود المرض البطني، على الأقل في أول سنتين من الحياة، مع أنه قد يكون صامتًا سريريًّا.

قد يشتبه أطباء الأسنان في المرض البطني؛ بسبب وجود عيوب الميناء على الأسنان الدائمة، خاصة القواطع السفلية.

داء الأمعاء الالتهابي
(Inflammatory bowel disease)

داء الأمعاء الالتهابي حالة تستمر مدى الحياة، وتنتج من الالتهاب الشاذ للمخاطية المبطنة للسبيل الهضمي. والفئتان الرئيستان منه، هما داء كرون (Crohn`s disease)، الذي يمكن أن يصيب المَعي في أي مكان من الفم إلى الشرج، والتهاب القولون التقرحي الذي يحدث داخل القولون بشكل سائد.

المظاهر الفموية للمرض البطني

التقرح الفموي– التهاب الفم القُلاعي الراجع.
التهاب اللسان.
التهاب الشفة الزاوي.
نقص تنسج الميناء.

ولبعض الوقت كانت الإصابة الفموية مميزة في مرضى داء كرون، وبدرجة أقل في مرضى التهاب القولون التقرحي. وقد تسبق الآفات الفموية المرض المَعدي المَعوي أو تصاحبه، ويمكن أن تكون هي المقر الوحيد للإصابة.

داء كرون والتهاب القولون التقرحي، هما الشكلان الرئيسان لداء الأمعاء الالتهابي غير النوعي.

داء كرون (Crohn`s disease)

وُصف داء كرون لأول مرة في عام ١٩٣٢م، على أنه التهاب اللفائفي الناحي (regional ileitis)، الذي يعني التهابًا في اللفائفي. وقد تضمَّن البحث الأصلي وصفًا لالتهاب المخاطية، والتقرُّح العَرضي للمَعي المُصاب، وفرط تنسج العقد اللِمفية، الذي يؤدِّي إلى الوذمة الانسدادية، وإنتاج الآفات الورمية الحُبيبية. وبعد الوصف الأول للمرض بمدة قصيرة، أصبح واضحًا أنه ليس من الضروريّ أن يكون محصورًا على اللفائفي، ومنذ ذلك الوقت وُصفت الآفات في كل مكان طوال السبيل الهضمي. ويتنوَّع الترقي السريري للمرض جدًّا، ويكون ذا أطوار غير نشطة. وفي المراحل الأكثر عدوانية للمرض، قد يكون هناك ألم بطني، وإسهال، ووعكة، والتهاب في المَعي المُصاب، وقد يترقى المرض إلى إنتاج النواسير. وقد يكون هناك اعتلال في المفاصل، وأورام حُبيبية جلدية مرتبطة بالمرض، وكذلك مشاكل تنشأ من سوء الامتصاص. وأسباب المرض غير معروفة، ومن ثم فقد تم الاحتفاظ بالوصف المسمّى له. ويكون العلاج طبيًّا باستخدام الستيرويدات، وأزاثيوبرين (azathioprine) (وعوامل كبْت المناعة الأخرى)، وأمينوساليسيلات (aminosalicylates)، وإستراتيجيات العلاج بالنظام الغذائي، والمعالجة بالإعاضة ؛ لتصحيح سوء الامتصاص. وقد وُصف التدخل بالنظام الغذائي وحده بأنه فعَّال ومفضَّل، خاصة عند الأطفال، حيث يمكن تجنُّب استخدام الستيرويدات. وتكون الجراحة ضرورية في بعض الحالات، عندما يكون المرض مُقاومًا للعلاج الطبي.

obeikandl.com

داء كرون الفموي (Oral Crohn`s disease)

تم وصف الآفات الفموية في المرضى الذين يعانون من داء كرون، حيث تتشابه أنسجة تلك الآفات مع تلك الموجودة في أي مكان آخر في الأمعاء لأول مرة في عام ١٩٦٩م. وقد سُجِّلت الحالات الأُولى التي وصفت الآفات الفموية لداء كرون في غياب الآفات المَعدية المَعوية عام ١٩٧٣م. والملامح الفموية الوجهية لداء كرون موصوفة في الأسفل، وملخصة في جدول (١٢,١).

جدول (١٢,١). الملامح السريرية للورام الحُبيبي الفموي الوجهي– داء كرون الفموي.

تورُّم الشفتين والوجه*
جُذاذات مخاطية (mucosal tags) أو "ترصيف" (cobblestoning)
التقرح الفموي (التهاب الفم القُلاعي الراجع، والتهاب الفم القُلاعي غير الراجع).
التهاب الشفة الزاوي.
شقوق الشفة.
تضخم العقد اللِمفية المستديم.
الحُمامي المحيط بالفم وتحسف الجلد (scaling).
التهاب اللثة "بكامل عرض اللثة".

* اللسان المتشقق (لسان ذو ثنيات) والشلل الوجهي، ملمحان آخران لمتلازمة ملكيرسون– روزينثال (Melkerson-Rosenthal syndrome).

الوُرام الحُبيبي الفموي الوجهي (Orofacial granulomatosis)

على مدى العقد السابق، كان هناك اهتمام متزايد مُوجه نحو الاضطرابات الورمية الحُبيبية غير الخمجية للمنطقة الفموية الوجهية، والتي تشمل: داء كرون الفموي، والساركويد الفموي، وكذلك الكيانات السريرية المعروفة "بمتلازمة ملكيرسون – روزينثال" و "التهاب الشفة الورمي الحُبيبي لميشينار" (التهاب الشفة الورمي الحُبيبي).

وقد أُدخل مصطلح "الورام الحُبيبي الفموي الوجهي"، ليشمل تلك الاضطرابات، ووصف المتلازمة السريرية التي تظهر مع تورُّم الوجه أو الشفتين أو الأنسجة الفموية، بالتلازم مع الدليل النُسجي للالتهاب الورامي الحُبيبي غير المتجبن داخل هذه الأنسجة.

المظاهر السريرية للورام الحُبيبي الفموي الوجهي– داء كرون الفموي (جدول ١٢,١)

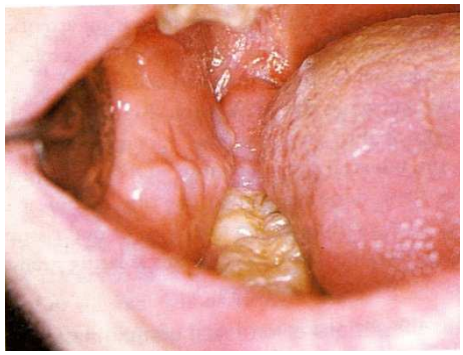
التورم الفموي الوجهي، خاصة الذي يتضمَّن الشفتين؛ يعدُّ السمة الأكثر ثباتًا للورام الحُبيبي الفموي الوجهي، وهو السبب الأكثر شيوعًا لحضور المرضى من أجل الفحوصات والعلاج. ويكون تورُّم الشفتين غير مؤلم، وله اتساق "مطاطي" قاسٍ، ويمكن أن يتضمَّن كلًّا من الشفة العلوية والسفلية بشكل فردي أو سويًّا، كما يمكن أن يكون أحادي الجانب أو ثنائيه. ويمكن أن تتورم الشفاه بشكل طفيف، أو أن تكون متضخمة بشكل واضح تمامًا؛ مما يُؤدِّي إلى تشوه جمالي شديد (شكل ١٢,٣). ويمكن أن يُصاب قاع الفم أحيانًا، كما يمكن أن يُصيب التورم الوجهي جانبًا أو كلا الجانبين من الوجه، وقد يتضمَّن الأنسجة المحيطة بالحجاج والذقن.

من الشائع رؤية شقوق الشفتين والتهاب الشفة الزاوي في الورام الحُبيبي الفموي الوجهي.

غالبًا يعطي المرضى تاريخًا من التورم الراجع أو المستديم في العُقد اللِمفية تحت الفك السفلي من مجموع العقد العنقية. وتُرى أيضًا شقوق عمودية مستديمة، وكذلك تقشيب (chapping) بالشفتين، مع التهاب الشفة الزاوي في الورام الحُبيبي الفموي الوجهي. وقد يكون هناك أيضًا حُمامي مستديم، وتحسف للأنسجة المحيطة بالفم. وتتشخَّن المخاطية الخدِّية، وتكون مطوية، معطية مظهرًا مضلعًا (corrugated)، أو مظهر "الترصيف" المميز (شكل ١٢,٤). وقد تُوجد جُذاذات مخاطية خاصة في المنطقة خلف الأرحاء.

obeikandi.com

شكل (١٢,٣). تورم واضح بِشدة للشفة السفلية في مريض مصاب بداء كرون المشخَّص، والذي يُصيب المَعي السفلي.



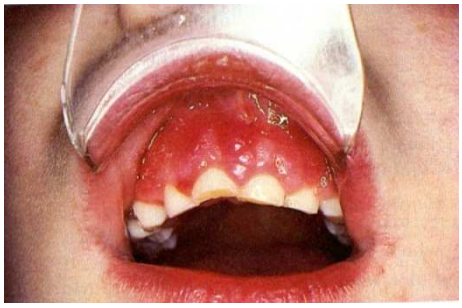
شكل (١٢,٤). مظهر مموج (مرصوف) للمخاطية الخدِّية في الورام الحُبيبي الفموي الوجهي.

قد يحضر المرضى بالتهاب الفم القُلاعي الراجع، وهذه الحالة شائعة في السكان بصفة عامة، وليست خاصة بالورام الحبيبي الفموي الوجهي (انظر الفصل الخامس). وتميل القرح الخطية المستديمة (التهاب الفم القُلاعي غير الراجع) أن تحدث في قاعدة طيات الأنسجة مفرطة التنسج، خاصة في الأتلام الخدِّية والشفوية، ويمكن أن تكون مؤلمة، خاصة عند الأكل. ويمكن أيضًا أن تصبح المخاطية الخدِّية السميكة (الثخينة) عُرضة للرضح على طول الحرف الإطباقي؛ مما يُؤدِّي إلى التقرُّح. ويكون هناك تضمُّن متكرر للثة في الورام الحُبيبي الفموي الوجهي، ويكون مُمَيزًا تمامًا من ذلك الذي يُرى في التهاب اللثة الالتهابي غير النوعي. وقد تظهر اللثة مفرطة التنسج ووذمية، ويمتد النسيج المُصاب عادة من اللثة الهامشية و حتى المخاطية غير المتقرنة بالتلم، نمط "الثخن الكامل" (شكل ١٢,٥).

ومن ناحية علم دراسة الأنسجة، تُرى الأورام الحُبيبية غير المتجبنة والظِهارانية (الشبيهة بالظِهارة) مع الخلايا العملاقة متعددة النوى أو بدونها، في حوالي ٩٠ في المائة من الحالات. ولا تظهر الأورام الحُبيبية دائمًا، وغيابها لا يستثنى التشخيص السريري للورام الحُبيبي الفموي الوجهي.

الورام الحُبيبي الفموي الوجهي منبئًا لوجود داء كرون

إن العلاقة المتبادلة بين داء كرون الفموي والورام الحُبيبي الفموي الوجهي، أمر مثير للجدل. وفي واحدة من الدراسات، كان هناك ١٠ في المائة من مجموع ٦٠ مريضًا بالورام الحُبيبي الفموي الوجهي لديهم دليل واضح لداء كرون، الذي يصيب الأمعاء. وقد ذكر كل المرضى الستة أعراضًا مَعدية مَعوية. وأوضحت دراسة أخرى التضمُّن المَعوي عديم الأعراض في ٣٧ في المائة من الذين حضروا بملامح الورام الحُبيبي الفموي الوجهي فقط. وقد سُجِّل انتشار المرض المَعوي عديم الأعراض في مرضى الورام الحُبيبي الفموي الوجهي ما بين ١٠ و ٥٠ في المائة في تسلسلات متنوعة. ومن الصعب التنبؤ في الحالات الفردية من الورام الحُبيبي الفموي الوجهي بإمكانية الظهور اللاحق لِداء كرون في أي مكان آخر في المَعي.



شكل (١٢,٥). مظهر اللثة في طفل مصاب بالورام الحُبيبي الفموي الوجهي.

Obeikandl.com

الورام الحُبيبي الفموي الوجهي والساركويد الفموي

يمكن أن يحضر المرضى الذين يعانون من الساركويد بورام حُبيبي فموي وجهي، ويظهر على هيئة تضخُّم العقد اللِمفية المَنطقية، أو تورم فموي وجهي، أو تضخم لثوي، أو جُذاذات الأنسجة. ويمكن أن تحدث الآفات الفموية أيضًا، بوصفها آفات مخاطية غير مؤلمة متعددة أو وحيدة، وتظهر كعُقيدات حمراء تُصيب اللثة، والشفتين، والحنك، والمخاطية الخدِّية. وقد يظهر تضمُّن الغدد اللعابية الكبيرة أحيانًا كتضخم مستديم غير مؤلم للغدة؛ مما يؤدي إلى نقصان الجريان اللعابي. وقد يظهر الساركويد كحالة "شبيهة بحالة شوغرين"، وإصابة اللسان في مرض الساركويد نادرة. إصابة الغدة النكفية، مع التهاب العنبية، والحُمَّى منخفضة الدرجة، هي سمات متلازمة هيرفورد (Heerfordt`s syndrome). وقد تَظهر الآفات المميزة للساركويد في الجلد، والعين، والسبيل التنفسي العلوي، وحينئذٍ تُؤكِّد التشخيص.

الورام الحُبيبي الفموي الوجهي: متلازمة ملكيرسون– روزينثال والتهاب الشفة الورمي الحُبيبي

يشمل مصطلح الورام الحُبيبي الفموي الوجهي متلازمة ملكيرسون– روزينثال، من حيث المظهر التقليدي، والأنواع قليلة الأعراض، وأحادية العَرض. والمظهر التقليدي لمتلازمة ملكيرسون - روزينثال، يتمثَّل في الوذمة الفموية الوجهية الراجعة، والشلل الوجهي الناكس، واللسان المتشقق. وقد تحدث هذه الأعراض في الوقت نفسه، أو على فترات من شهور أو سنين. وتصيب هذه المتلازمة النادرة كلا الجنسين بشكل متساوٍ، وتحدث بشكل أكثر شيوعًا في العِقد الثاني من الحياة. وتُشير معظم المراجعات لحالات متلازمة ملكيرسون - روزينثال إلى أن المرضى نادرًا ما يذكرون كل مكونات المتلازمة. وقد تُعرِّف إلى التعبير الناقص لمتلازمة ملكيرسون - روزينثال أن له أشكالاً أحادية العَرض، وقليلة الأعراض. والتورم الفموي الوجهي - خاصة للشفتين- يعدُّ العرض الأكثر أهمية والثابت لمتلازمة ملكيرسون - روزينثال، ويُوصف بأنه وذمة قاسية صلبة غير مؤلمة وغير حكية.

المظهر التقليدي لمتلازمة ملكيرسون– روزينثال، يتمثَّل في الوذمة الفموية الوجهية الراجعة (غالبًا تصيب الشفتين)، والشلل الوجهي

الشلل الوجهي الطرفي الراجع الذي يُرى في متلازمة ملكيرسون– روزينثال، يكون مفاجئًا في البداية بشكل مميز، ولا يمكن تمييزه من شلل بيل (Bell`s palsy). ويكون الشلل عادة أحادي الجانب، ويزول تلقائيًّا عند غالبية المرضى. ويبدو أن اللسان المتشقق (اللسان ذا الثنيات)، هو الملمح الأقل شيوعًا، والأقل أهمية لمتلازمة ملكيرسون– روزينثال. وقد سُجِّل عدد من الاضطرابات المصاحبة لمتلازمة ملكيرسون– روزينثال، وتتضمَّن مظاهر عصبية أخرى، وإصابات عينية، مثل التهاب القرنية، والتهاب الأعصاب خلف المقلة، والشَّفَع (ازدواج البَصر)، وشلل العضلة المستقيمة الإنسية.

وقد صف ميشر عام ١٩٤٥م حالة التورم المنتشر، المميز لإحدى الشفتين أو كلتيهما، والذي ربما يتبعه تضخم مستديم. وبدراسة الأنسجة، فإن التهاب الشفة الورمي الحُبيبي لميشر (Mieshcer`s granulomatous cheilitis)، يتميَّز بوجود تكدُسات من الأورام الحُبيبية غير المتجبنة، وقد يعدُّه بعضهم أنه شكل قليل الأعراض (أو أحادي العَرض) من متلازمة ملكيرسون– روزينثال. والتهاب الشفة الورمي الحُبيبي، يعدُّ العلامة الأكثر تواترًا للورام الحُبيبي الفموي الوجهي.

ومن ثم، فإن مصطلح الورام الحُبيبي الفموي الوجهي يشتمل على متلازمة ملكيرسون - روزينثال وأنواعها قليلة الأعراض، أو أحادية العَرض- مثل التهاب الشفة الورمي الحُبيبي- وكل ما هو مميز نُسجيًّا عن طريق وجود الورم الحُبيبي غير المتجبن في نماذج الخزعة الفموية الوجهية.

obeikandl.com

الورام الحُبيبي الفموي الوجهي: السببيات و الارتباطات الأخرى

مازالت سببيات الورام الحُبيبي الفموي الوجهي غير المتعلقة بالمرض المجموعي غير واضحة، ومع ذلك فإن الحساسية، والعدوى، والأسباب الوراثية جميعها تكون متضمنة مع العوامل الخمجية، مثل البيرة السكيراء (*Saccharomyces cerevisiae*) والبكتيريا المسببة لنظير السل (*Myobacterium paratuberculosis*)، و البكتيريا الشبيهة بالعطيفة (*Campylobacter- like bacteria*).

ويعدُّ التأتب (atopy) السريري أكثر انتشارًا في الورام الحُبيبي الفموي الوجهي. وتعمل الدراسات الحديثة على البحث عن ارتباط الورام الحُبيبي الفموي الوجهي مع "عدم تحمُّل" الأغذية النوعية، والمُضافات الغذائية، والمنكهات، ومكونات معاجين الأسنان. وقد ضُمِّن ألدهيد القرفة وبنزوات الصوديوم بشكل خاص في هذا المجال. وفي بعض التسلسلات، كان هناك استجابة سريرية لبعض أنظمة الغذاء الاستبعادية النوعية. ومازال غير معروف ما إذا كانت الحساسية تِجاه المضافات الغذائية، تعدُّ العامل الأَولي عند بعض مرضى الورام الحُبيبي الفموي الوجهي، أو هي عامل ثانوي متفاقم لبعض العمليات المستبطنة.

مُعالجة الورام الحُبيبي الفموي الوجهي

يجب القيام بفحص مرضى الورام الحُبيبي الفموي الوجهي بشكل ملائم، ليس فقط لتأكيد التشخيص، ولكن لتحديد العوامل المُحرِّضة، والعلامات، والأعراض المُوحية بالحالة المجموعية الدفينة، مثل داء كرون، أو الساركويد. وينبغي القيام بفحوصات الدم، وفحوصات الكيمياء الحيوية، متضمنة الواصمات الالتهابية، مع تقييم الإنزيم المحول للأنجيوتنسين، والتصوير الشعاعي للصدر. وينبغي القيام بأخذ خزعة المكان المُصاب (عادة المخاطية الشفوية، أو الخدَّية، وأحيانًا اللثة) بواسطة جرَّاح خبير. وقد يكون الورم الحُبيبي موجودًا فقط في العضلات الدفينة، ومن ثم يُنصح أن تمتد الخزعة بشكل عميق فيما وراء النسيج السطحي.

وتعتبر بعض الهيئات الصحية التقييم المَعدي المَعوي الكامل عن طريق تنظير المرئ والمعدة والاثني عشر، وتنظير اللفائف والقولون، والتصور الشعاعي للأمعاء الدقيقة؛ هو إجراء إجباري لكل مرضى الورام الحُبيبي الفموي الوجهي. ويجادل آخرون في أن هذه الفحوصات المحتملة الإزعاج، لا مبرر لها في كل حالات الورام الحُبيبي الفموي الوجهي، إلا إذا كان التاريخ المَرضي، أو الفحص السريري، أو الفحوصات التمهيدية، تُرجِّح بتضمِّن مَعدي مَعوي سفلي. ومن وجهة نظر مؤلفي الكتاب، ينبغي أن يُرى كل مرضى الورام الحُبيبي الفموي الوجهي بواسطة طبيب الجهاز الهضمي، والذي يمكنه أن يُقرِّر مدى ملائمة الفحوصات المَعدية المَعوية المستقبلية.

يسعى مرضى الورام الحُبيبي الفموي الوجهي غالبًا إلى علاج تورم الشفاه الذي يسبب الكرب والارتباك.

وفيما يتعلَّق بأهمية مرور كل مرضى الورام الحُبيبي الفموي الوجهي بعمل اختبار الرقعة؛ لتحديد الحساسية المحتملة تِجاه الأطعمة أو الإضافات الغذائية؛ فإن هذا يعدُّ مجالاً للجدل. وحتى الوقت الحاضر، لا يوجد دليل مقنع تمامًا عن الاستجابة السريرية لأنظمة الغذاء الاستبعادية، ولكن قد يكون هناك دور علاجي لتغيير النظام الغذائي عند بعض المرضى.

ويكون مستقبل المرض المتوقع لمرضى الورام الحُبيبي الفموي الوجهي متنوعًا، ويكون العلاج غالبًا غير مفيد. وعادة يسعى المرضى وآباؤهم للعلاج بسبب تورُّم الشفاه البشع، والذي يمكن أن يُسبِّب إرباكًا كبيرًا، وكربًا للأطفال والمراهقين. ويمكن أن يكون استخدام مقرر قصير من الستيرويدات المجموعية فعالاً في تقليل التورم، ويمكن أن تُختزل الجرعة تدريجيًّا على مدى عدة أسابيع، بحسب شِدة النوبة. ومع ذلك، يُمنَع استخدام الستيرويدات المجموعية

obeikandl.com

طويلة الأمد، خاصة عند الأطفال. ويمكن أن تُحقن الستيرويدات داخل الآفة في الشفتين أو الوجه، ولكن ينبغي إعطاء إحصار تخديري موضعي مسبقًا؛ لجعل الإجراء مقبولاً أكثر من جانب المرضى، وقد تكون هناك حاجة لتكرار إجراءات الحَقْن. وقد اُختبر عدد كبير من الأدوية المجموعية لعلاج الورام الحُبيبي الفموي الوجهي، وحقَّقت نجاحًا متنوعًا، وتشمل آزاثيوبرين (azathioprine)، وكلوفازيمين (clofazimine)، وهيدروكسي كلوروكوين (hydeoxychloroquine)، ودانازول (danazol)، وسَيكلوسبورين (ciclosporin)، وسيلازوسولفبيريدين (sulazosulfapyridine)، وثاليدوميد (thalidomide)، ومضادات المكروبات، مثل ميترونيدازول (metronidazole)، وكوتراي موكسازول (co-trimoxazole).

إن علاج الورام الحبيبي الفموي الوجهي غير مُرضٍ، وتكون الاستجابة للعلاج الدوائي مُحبطة.

جدول (١٢,٢). موجز الورام الحُبيبي الفموي الوجهي.

الورام الحُبيبي الفموي الوجهي، كيان سريري مرضي يصف الآفات الفموية الوجهية ذات الورم الحُبيبي غير المتجبن. وكمفهوم وحيد، فإنه يتضمَّن:
• مرضى مصابين بداء كرون المُشخَّص، وسينشأ عندهم لاحقًا داء كرون.
• مرضى مصابين بالساركويد الفموي.
• مرضى مُشخصين بأنهم مصابون بمتلازمة ملكيرسون—روزينثال، أو التهاب الشفة الورمي الحُبيبي.
• مجموعة صغيرة و متغايرة من المرضى مُصابين بمظاهر فموية وجهية من نوع تفاعلات فرط التحسس الآجل تِجاه الطعام، أو الإضافات الغذائية.

يمكن أن تكون الستيرويدات الموضعية، والمطهرات، وغسول الفم المسكن مفيدة في علاج التقرح الفموي المرتبط بالورام الحُبيبي الفموي الوجهي. وغالبًا تصبح التهاب الشفة الزاوي، وشقوق الشفاه مُصابة بالعدوى ثانويًّا، ولكن يمكن علاجها في العديد من الحالات بواسطة استخدام كريمات مضادات الفطريات، أو المضادات الحيوية، مثل نيساتين (nystatin)، وحمض الفيوسيديك (fusidic acid)، وميكونازول (miconazole)، حيث يُوصي علم الأحياء الدقيقة باستخدامهم. وقد يتطلَّب الأمر أيضًا استخدام كريمات الستيرويدات الموضعية، ومن الأفضل تجنُّب المستحضرات ذات الفاعلية العالية، خاصة على المدى الطويل. وسوف تستفيد الشفاه الجافة المقشبة عادة من الاستخدام المنتظم للمُطريات. والاختزال الجراحي لتورُّم الشفاه في الورام الحُبيبي الفموي الوجهي، لا يُوثق في فاعليته، ولا يُنصح به عادة.

تستلزم مُعالجة الورام الحُبيبي الفموي الوجهي منهاجًا متعدد الاختصاصات.

يحتاج الأطفال المصابون بالورام الحُبيبي الفموي الوجهي وآباؤهم إلى قدر كبير من الوقت والدعم من جانب الطبيب، الذي يكون كامل الإدراك والاطلاع على الحالة. والورام الحُبيبي الفموي الوجهي حالة معقدة، ويتطلَّب مُعالجة ذات منهاج متعدد الاختصاصات. ويمكن أن يُسبِّب التورم المستديم للشفاه والوجه، والتقرح الفموي المؤلم إرباكًا كبيرًا وكربًا للمرضى الأطفال والبالغين، فكلاهما يتطلَّب علاجًا تعاطفيًّا.

التهاب القولون التقرحي (Ulcerative colitis)

التهاب القولون التقرحي مرض يبدأ عادة في فترة الشباب البالغين، وتؤدي فيه التغيُّرات الالتهابية بالمخاطية القولونية وتحت المخاطية إلى تقرُّح واسع الانتشار. وقد يتعقَّد هذا التقرح بالنزيف والثقوب، وأحيانًا بالبدء النهائي للخباثة. ويكون الألم، والإسهال، والازعاج البطني المتعمم؛ هي الأعراض السائدة. وسببيات التهاب القولون التقرحي غير

openkan.com

واضحة، مع أنه يبدو واحدًا من "أمراض التحضر". ويكون علاج التهاب القولون التقرحي باستخدام سلفاسالازين (sulfasalazine) وبالستيرويدات، إما موضعيًّا (على هيئة فرازِج، أو حُقن شرجية)، وإما مجموعيًّا. وقد تكون الجراحة ضرورية، إذا فشل العلاج الطبي.

يمكن أن يُصيب داء كرون أي جزء من السبيل الهضمي، في حين أن التهاب القولون التقرحي يُصيب الأمعاء الغليظة فقط.

التهاب الفم وداء الأمعاء الالتهابي

التهاب الفم القيحي التنبُتي (Pyostomatitis vegetans)

التهاب الفم القيحي التنبُتي، هو اضطراب فموي نادر يرتبط بشكل ثابت مع داء الأمعاء الالتهابي المزمن. و هو واصمة بالغة النوعية لداء الأمعاء الالتهابي. وغالبًا تسبق الأعراض المَعوية الإصابة الفموية بِعدة شهور أو سنين. والتهاب الفم القيحي التنبُتي له تفضيل جنسي مع نسبة الذكور: الإناث ١:٣، ويمكن أن يُصيب كل الفئات العُمْرية، وهو المُناظِر الفموي لالتهاب الجلد القيحي التنبُتي. والآفات الفموية والجلدية متشابهة، وقد يُريان مجتمعتين أو منفصلتين.

التهاب الفم القيحي التنبُتي واصمة فموية مهمة لِداء الأمعاء الالتهابي.

شكل (١٢,٦).إصابة المخاطية الشفوية واللثة بالتهاب الفم القيحي التنبُتي في مريض مصاب بالتهاب القولون التقرحي.

والتهاب الفم القيحي التنبُتي له مظهر سريري متميِّز من الخراجات الدُخنيّة (military abscesses)، والآفات البثرية التي تُصيب المخاطية الفموية واللثة، والتي تصبح ثخينة وحماموية، وقد تظهر على شكل نوابت أو " حصوات الرصف". وغالبًا تتمزَّق الآفات البثرية، وتؤدِّي إلى التآكل والتقرح مع التشقق، في نمط يُوصف بأنه تقرُّح "مسار الحلزون". وتُصيب الآفات الفموية بشكل سائد المخاطية الشفوية، والخدِّية، واللثة الملتصقة الشفوية (شكل ١٢,٦)، مع إمكانية إصابة الحنك الصلب والرخو، والدهليز، ومنطقة اللوزتين أيضًا. وتكون ملامح الأنسجة لالتهاب الفم القيحي التنبُتي غالبًا مميزة، مع أنها ليست واصمة للمرض، حيث يتضح بها خراجات مجهرية داخل الظِهارة وتحتها، كما أنها تحتوي على أعداد كبيرة من اليوزينيات.

والمعالجة بالستيرويدات الموضعية ناجحة في علاج التهاب الفم القيحي التنبُتي، ولكن تحتاج العديد من الحالات إلى علاج مجموعي مع أزاثيوبرين (azthioprine) أو بدونه، أو سلفاميثوكسي بيريدازين (sulfamethoxypridazine). وقد يُؤدِّي علاج داء الأمعاء الالتهابي المُصاحب إلى تحسُّن في الآفات الفموية أيضًا. وعلى ضوء العلاقة الوطيدة لالتهاب الفم القيحي التنبُتي مع داء الأمعاء الالتهابي، فقد اُقترح أهمية عمل الفحوصات لكل مرضى داء الأمعاء، حتى في غياب الأعراض المَعدية المَعوية.

التهاب الفم القيحي الغنغريني (Pyostomatitis gangrenous)

تم تسجيل ارتباط الأشكال الأخرى من التهاب الفم مع داء الأمعاء الالتهابي، وتشمل القرح العميقة وغير المنتظمة، وتكون ذات رائحة، وبأحجام متفاوتة، مع هوامش ملتفة، وقاعدة رمادية ليفينية.

obeikandi.com

اضطراب الجَزر المَعدي المريئي

(Gastro-oesophageal reflux disorder)

يمرُّ الأفراد الأصحاء بتجربة الجَزر المَعدي المريئي بعد تناول الوجبة، وهذا بسبب ارتخاء المصرة المريئية السفلية. أما في مرضى اضطراب الجَزر المَعدي المريئي، فيحدث زيادة في تكرار الجَزر ومدته، ويحدث ضرر للمخاطية المريئية بواسطة قلس المكونات المَعدية. ونتيجة لذلك، يمكن أن يحدث التهاب المريء الجَزري، أو تقرُّح، أو تضيق، أو حؤول ظهاري (مريء باريت) (Barrett`s oesophagus). وتتضمَّن أعراض اضطراب الجَزر المَعدي المريئي، حرقان في القلب، وألم فوق المعدة، وقلس (ارتجاع) (regurgitation). وبعض المرضى "أصحاب الجَزر الصامت" (silent refluxers)، لا يكون لديهم أعراض. وتكون المعالجة الدوائية عادة ناجحة في اضطراب الجَزر المَعدي المريئي، وتتكوَّن من مضادات الحموضة البسيطة (أو عوامل التغطية)، أو محصرات مستقبلات جزئ الهيدروجين، مثل (سيميتيدين) (cimetedine)، الذي يُثبِّط إفراز الحمض المَعوي، أو مثبطات مضخة البروتون، مثل (أوميبرازول) (omeprazole)، الذي يُثبِّط إنتاج الحمض. ونادرًا ما يُوصى بعمل الجراحة، وقد يحتاج المرضى الذين ينشأ عندهم تضييقات في المرئ إلى توسيع بشكل دوري. وقد ينشأ عند مرضى اضطراب الجَزر المَعدي المريئي تآكلًا في الأسنان (انظر الفصل الثامن عشر)، خاصة في الجوانب الحنكية من الأسنان، وفي المرضى عديمي الأعراض، قد يكون هذا التآكل، الدليل الوحيد لاضطراب الجَزر المَعدي المريئي المَرضي. وقد يظهر عند المرضى الذين يمضغون المستحضرات المضادة للحموضة بشكل منتظم علامات من تآكل السن. وبعض مضادات الحموضة التي تحتوي على الجينات، يكون لها محتوى عالٍ من السكر، يُمكن أن يُؤهب إلى تسويس الأسنان. وأحيانًا يحضر المرضى بمظاهر فموية وجهية نتيجة عوز الحديد (الفصل الثالث عشر)، إذا كان هناك نزف من التقرحات المريئية.

ينبغي تقييم المرضى الذين يحضرون بتآكل سني حنكي؛ من أجل اكتشاف اضطراب الجَزر المَعدي المريئي.

مناقشة الحالة ذات المشكلة

حالة (١٢,١)

س١ : هل من الممكن أن تكون الحالة الفموية لهذه السيدة لها علاقة بأعراضها المَعوية؟

تُوحي العلامات الفموية الوجهية لهذه السيدة بالورام الحُبيبي الفموي الوجهي، الذي يمكن أن يكون مظهرًا لداء كرون. والأعراض المَعدية المَعوية التي تم تشخيصها سابقًا على أنها متلازمة القولون المتهيج، قد تكون أيضًا دليلاً على داء الأمعاء الالتهابي، خاصة داء كرون.

س٢ : ما هي أعراض متلازمة القولون المتهيج؟

متلازمة القولون المتهيج مرض مَعوي وظيفي، يذكر فيه المرضى درجات متغيرة من الألم البطني، والتمدد، والانتفاخ. ويكون الألم تقليديًّا في الحفرة الحرقفية اليسرى، وعادة تُزال هذه الأعراض بواسطة التبرز أو الأرياح. ويشكو المرضى غالبًا من الإمساك أو الإسهال، ويذكر العديد نشاطًا مَعويًّا متكررًا في الصباح، وتُصاب النساء أكثر من الرجال. وتكون العوامل النفسية مهمة، ويفاقم التوتر الأعراض غالبًا.

س٣ : كيف يمكنك مُعالجة هذه السيدة؟

إن الأولوية في هذه الحالة الخاصة لهذه السيدة، هي الإحالة بأسرع ما يمكن للفحص الكامل، بواسطة طبيب الجهاز الهضمي، لاستثناء داء الأمعاء الالتهابي، خاصة داء كرون. ومن المهم أن تكون على اتصال بطبيب المريضة، وتناقش شكوكك عن حالتها. ومن الأفضل أن تتم الإحالة إلى طبيب الجهاز الهضمي عن طريق الممارس العام للمريضة. وينبغي توضيح الموقف للمريضة التي يجب تطمينها،

obeikandi.com

وإعطاؤها المعالجة الموضعية الملائمة لالتهاب الشفة الزاوي وتقرح الفم. كما ينبغي إحالة المريضة إلى طبيب الفم؛ لكي يتأكَّد من تشخيصك، والتزود بالتشخيص النهائي. وبالتبادل، يمكن إحالة المريضة مباشرة إلى وحدة طب الفم، وسوف تقوم الوحدة بالترتيب لعمل الفحوصات الملائمة، بالتعاون مع قسم طب الجهاز الهضمي. ومن المهم أن يبقى الممارس العام مُقدرًا للموقف، حيث إن الحالة العامة لهذه السيدة، قد تتدهور في حين انتظارها لمواعيد الفحص.

مشروع

١- تَحدث السلائل المَعوية في عدد من المتلازمات، التي يكون لها مظاهر فموية وجهية. ناقش تلك الملامح، وقم بالتعليق حول ميلها للتغيُّرات الخبيثة.

obeikandl.com

الدم و التغذية، واضطرابات الغدد الصماء، وأمراض الكُلى

(Blood and nutrition, endocrine disturbances, and renal disease)

- اضطرابات الدم (Disorders of the blood)
  - فقر الدم (Anaemias)
  - العلامات و الأعراض الفموية الناتجة عن فقر الدم
  - التدبير العلاجي لمرضى فقر الدم و الأعواز الدموية
  - ابيضاض الدم (Leukaemia)
  - قلة الكريات البيضاء (Leukopenia)
  - متلازمات خلل التنسج النخاعي (Myelodysplastic syndromes)
  - شذوذات الصفائح الدموية (Platelet abnormalities)
  - انتقاء المرضي لعمل فحص الدم
  -
- اضطرابات التغذية (Disorders of nutrition)
  - الأعواز التغذوية (Nutritional deficiencies)
  - البثع (الإسقربوط) (Scurvy)
- اضطرابات الغدد الصماء (Endocrine disturbances)
  - التغيرات الصماوية الطبيعية
  - أمراض قشرة الكظر (Adrenocortical diseases)
  - أمراض الغدة الدرقية (Thyroid disease)
  - السكّري (Diabetes mellitus)
- أمراض الكُلى (Renal disease)
  - الفشل الكلوي المزمن (Chronic renal failure)
  - مرضى الكُلى الذين يخضعون للغسيل الكُلوي (الديال) (Dialysis)
  - مرضى زرع الكُلية (Renal transplant patients)

obeikandi.com