الفصل الثالث عشر

الدم والتغذية، واضطرابات الغدد الصماء، وأمراض الكُلى
(Blood and nutrition, endocrine disturbances, and renal disease)

حالات ذات مشاكل

حالة (١٣,١)

أخبرت امرأة عمرها ٤٠ عامًا طبيب أسنانها بتاريخ من النزف التلقائي من اللثة منذ شهرين، وأنها تنزف أيضًا بشدة أثناء تفريش الأسنان. وأصبح فمها ملتهبًا جدًّا في الأسبوعين أو الثلاثة أسابيع الماضية، كما تشكو من شعورها بالتعب، وأنها تبدو شاحبة اللون جدًّا. وبتضييق الأسئلة، ذكرت المريضة نوبات متكررة من التهاب الجيوب الأنفية وعدوى في الصدر، إضافة إلى ذلك فقد لاحظت أنها تميل إلى الإصابة بالكدمات بسهولة، وهي لا تأخذ أي أدوية.

س١: ما التشخيص الذي يجب استبعاده في حالة هذه السيدة؟ وما المظاهر الفموية الأخرى التي قد تجدها في هذه الحالة عند الفحص؟

س٢: كيف يمكنك مُعالجة هذه المرأة؟

حالة (١٣,٢)

حضر رجل عمره ٤٥ عامًا بتاريخ مَرضي من الفشل الكُلوي المزمن، وبألم شديد في الأسنان. وهو ليس من المرضى المنتظمين لعيادة الأسنان. وهذا السيد يخضع لعمل دِيال الدم (الغسيل الكُلوي) (haemodialysis) المنتظم، ولديه تحويلة شريانية وريدية مستقرة. ويبدو أنه مُتعب جدًّا، وجاء مباشرة من وحدة الغسيل الكلوي، حيث تناول فيها بعض المسكنات لألم الأسنان. وبالفحص كان هناك تسويس واضح في الرحى الأُولى في الفك العلوي، وكانت تتطلّب الخلع. ولا يوجد تورُّم في الأنسجة الرخوة المصاحبة، ولكنك لاحظت لويحات بيضاء على اللسان والمخاطية الخدِّية، وهذه اللويحات لا يمكن إزالتها، وذكر المريض أنها تظهر و تختفي.

س١: كيف يمكنك القيام بعمل التدبير العلاجي عند خلع الأسنان لهذا المريض المُعتل صحيًّا؟

س٢: ما التشخيص الأكثر احتمالاً للويحات البيضاء على المخاطية الفموية للمريض؟

openkandil.com

اضطرابات الدم

(Disorders of the blood)

من المعروف جيدًا أن آفات المخاطية الفموية قد تحدث لمرضى اضطرابات الدم. ويُوصف ظهور اللسان الملتهب أو التهاب الشفة الزاوي غالبًا في مرضى فقر الدم.

وحديثًا أصبح معروفًا أن مثل هذه الأعراض الفموية، قد تكون نتيجة تغيُّرات بسيطة نسبيًّا في حالة الدم، وقد تحدث مبكرًا في عملية المرض، حتى قبل التمكُّن من الكشف عن الشذوذات بواسطة فحص الدم البسيط؛ ولذلك فقد يعتمد التشخيص المبكر لاضطرابات الدم على إدراك أهمية الأعراض الفموية. وتعاني الغالبية العظمى من مرضى اضطرابات الدم من فقر الدم بأشكاله المتنوعة، ومن ثم يتركَّز الاهتمام الأكبر على هذه المجموعة من الحالات، ولابد من تذكُّر أن شذوذات مكونات الخلايا البيضاء والصفائح الدموية، قد تنعكس أيضًا على هيئة تغيُّرات الفموية.

فقر الدم (Anaemias)

السمة المميزة لفقر الدم، تتمثَّل في نقص مستوى الهيموجلوبين، الذي يكون مصحوبًا عادة بنقص في عدد الكريات الحمراء. والخلايا الحمراء (الكريات الحمراء)، هي الخلايا الجائلة المسؤولة أساسًا عن نقل الأكسجين إلى الأنسجة، بواسطة وسائل الهيموجلوبين التي تحتوي على مادة الحديد داخلها. وكرات الدم الحمراء عبارة عن أقراص منتظمة بشكل طبيعي ومقعرة الوجهين، ولكن إذا حدث اضطراب في تكوينها، فقد تصبح غير منتظمة تمامًا في الحجم والشكل، وغالبًا يكون عدم انتظامها علامة على اعتلال وظيفتها. ويُستحثُّ تكوين الكريات الحمراء داخل نقي العظم عن طريق عدد من العوامل الغذائية، وكذلك عن طريق عاملين ذوي أهمية قصوى، وهما فيتامين ب١٢، وحمض الفوليك. ويُمتص كل منهما من الأمعاء، ويجب أن يتواجدا بكميات متوازنة من أجل الإنتاج الطبيعي للكريات الحمراء، حتى في وجود حديد كافٍ ومتاح لتكوين الهيموجلوبين. ويُعرف حمض الحديد، وحمض الفوليك، وفيتامين ب١٢ بالمقويات الدموية، وهي ذات أهمية في تكوين الكريات الحمراء الطبيعية. ويعتمد امتصاصها على وجود مخاطية طبيعية في المَعي الدقيق، وخصوصًا على وجود العامل الداخلي، الذي يتم تكوينه في المخاطية المَعدية، والذي يجب أن يكون موجودًا قبل أن يحدث امتصاص لفيتامين ب١٢. أما إذا كان هناك شذوذات تؤدّي إلى فشل في تكوين العامل الداخلي، فلا يمكن امتصاص فيتامين ب١٢ من الأمعاء، ويجب أن يُستعاض عنه بالحَقْن. وسوف يؤثِّر نقص أي من فيتامين ب١٢، أو حمض الفوليك، أو العامل الداخلي على تكوين الخلايا الحمراء في نقي العظم. وتكون الكريات الحمراء التي يتم إنتاجها تحت هذه الظروف أكبر من الطبيعي (كبير الكريات)، وتكون وظيفتها مضطربة بشدة. وتُعرف الحالات السريرية الناتجة عن ذلك بفقر الدم الضخم الأرومات (megaloblastic anaemias).

فقر الدم الضخم الأرومات (Megaloblastic anaemias)

عوز فيتامين ب١٢ أو حمض الفوليك، يعدان أكثر الأسباب الشائعة لفقر الدم مع كبر الكريات. وفقر الدم الخبيث (pernicious anemia) ، هي حالة مناعة ذاتية تسبّب ضمورًا في المخاطية المَعدية (التهاب المَعدة الضموري)، وما يتبعه من فشل في إفراز العامل الداخلي، نتيجة وجود مضاد العامل الداخلي. وفي مرضى هذه الحالة، قد تُكتشف أضداد العامل الداخلي في الدم، وقد يحدث أيضًا متلازمات سوء الامتصاص الأكثر تعقيدًا، وتشمل الفشل، ليس فقط في امتصاص فيتامين ب١٢، ولكن أيضًا في امتصاص حمض الفوليك ومركبات الحديد. ويشير مصطلح فقر الدم الضخم (الأرومات) إلى تغيُّر في حجم خلايا النقي الأساسية وبنيانها، التي تُشتق منها الكريات الحمراء. أما الكريات الحمراء الكبيرة الجائلة المتكونة من هذه الخلايا الجذعية الشاذة، فتكون كريات

حمراء كبرى. وقد توجد خلايا حمراء جائلة كبيرة متشابهة في أنواع أخرى من فقر الدم، ولا تعتمد على شذوذات فيتامين ب١٢ / أيض حمض الفوليك (كما في بعض فقر الدم الناجم عن عوز الحديد) ؛ ولذلك يُمثِّل فقر الدم الضخم الكريات مجموعة منفصلة، وبالتأكيد لن تستجيب للعلاج بفيتامين ب١٢، أو حمض الفوليك. وتشتمل الأسباب الأخرى لعوز فيتامين ب١٢، وحمض الفوليك على سوء الامتصاص، وعوز النظام الغذائي. ويمكن أن يكون عوز الفولات نتيجة الأدوية، مثل (فنيتوين) (phenytoin)، أو نتيجة زيادة الاحتياجات الفسيولوجية أثناء الحمل.

ويتعقَّد الموقف لأنه في حالة الأعواز المتعددة، فإن الميل إلى صغر الكريات الحمراء، الناتج عن عوز الحديد، قد يُواجَه بالميل إلى كبر الكريات بواسطة عوز الفولات. وقد يكون الناتج حجم كرية وُسطى طبيعي (mean corpuscular volume) في مريض مصاب بكل من العوزين. وفي مثل هذه الظروف، سيكون نتيجة فحص تعداد الدم الروتيني طبيعيًّا. ومن المُؤكد أيضًا أن مرضى عوز الفولات أو فيتامين ب١٢، قد ينشأ عندهم علامات وأعراض فموية واضحة قبل تأثُّر الكريات الحمراء، وقبل أن ينشأ فقر الدم. ومرة أخرى، فهذه مناقشة لضرورة الفحص الدموي الكامل لهؤلاء المرضى. والمرضي الذين يظهر عندهم علامات فموية في مرحلة مبكرة من الشذوذ الدموي، يُمثّلون مجموعة مختارة ذات استجابة مخاطية حساسة غير معتادة تِجاه التغيُّرات الدموية.

فقر الدم الناجم عن عوز الحديد

(Iron deficiency anaemia)

السبب الأكثر شيوعًا لفقر الدم – غير الفشل في امتصاص فيتامين ب١٢ ، أو حمض الفوليك– هو عوز الحديد، الذي يُؤدِّي إلى تكوين غير كافٍ للهيموجلوبين. وقد يكون العوز إما نتيجة مدخول غير كافٍ للحديد، وإما نتيجة فقدان زائد للدم، كما في شذوذات الحيض، وإما نتيجة النزف المَعدي المَعوي. وفي فقر الدم الناجم عن عوز الحديد، تكون السمة الرئيسة الملحوظة، هي نقص تركيز الهيموجلوبين داخل الكريات الحمراء (ناقص الصبغيات). وتبدو الكريات الحمراء شاحبة تحت الفحص المجهري، وقد يكون هناك اختلافات في الشكل والحجم. وفي عوز الحديد، تكون الكريات الحمراء عادة صغيرة (صغر الكريات الحمراء). ومع ذلك، فقد لا يتنوَّع عدد الكريات الحمراء، لوحدة الحجوم، كثيرًا عن قيمتها الطبيعية ؛ ولذلك قد لا يعدُّ تعداد الكريات الحمراء اختبارًا تشخيصيًّا ذا أهمية خاصة في معظم الحالات.

وتكون النسبة الأكبر من محتوى الحديد الكلي للدم إلى حدٍّ ما ممزوجة على هيئة هيموجلوبين داخل خلايا الدم الحمراء. وجزء صغير منها يكون موجودًا في البلازما ومرتبطًا ببروتين نوعي، وهو ترانسفيرين (transferrin)، الذي يُعبِّر عن نقل الحديد المتاح المصنوع من مدخرات الجسم، لتعويض مفقودات الهيموجلوبين. وإذا أصبحت المخازن منهكة، فيكون هناك فترة خافية من عوز الحديد، يكون فيها تركيز الهيموجلوبين ضمن حدوده الطبيعية، وتكون الكريات الحمراء ذات حجم وشكل طبيعي، ولكن يُختزل تركيز حديد المصل. ويُعرف ذلك بقلة الحديد، وهو عوز الحديد الذي قد يُؤثِّر على الأنسجة، ويكون قادرًا على أن يُسبِّب الأعراض الفموية، ولكنه لا ينتج فقر الدم، حيث إن الهيموجلوبين يظلُّ غير متأثر. وعندما يُستنفد حديد المصل بهذه الطريقة، فإن درجة تشبُّع ترانسفيرين بالحديد، ستقلُّ بشكل واضح، ويمثّل هذا الأساس لاختبار ذي قيمة تشخيصية. وفي الحالات الأكثر تعقيدًا من عوز الحديد، قد يكون هناك أيضًا تناقص في الترانسيفرين الجائل، ومن ثم قد تظلّ درجة التشبع مرتفعة، بالرغم من قيمة حديد المصل المنخفضة. وكما تم التوضيح في الفصل الثاني، فإن اختبار مستويات فيريتين المصل، يعدُّ الآن المؤشر العام الأفضل لمخازن الحديد في الجسم.

obeikandl.com

ومراحل عوز الحديد ملخصة في جدول(١٣,١). ومن المتوقع أن تهبط مستويات فيريتين المصل- كمقياس لحالة حديد الجسم بشكل عام- خلال الثلاث مراحل. وقد تظهر الأعراض الفموية في المرحلتين الثانية والثالثة من هذه المراحل.

فقر الدم الانحلالي (Haemolytic anaemias)

هناك مجموعة إضافية من فقر الدم، وهي فقر الدم الانحلالي، التي يكون فيها الشذوذ الأساسي، هو زيادة نسبة تكسير الكريات الحمراء. وفي الحالات العادية، تدوم الخلايا الحمراء حوالي ١٠٠ يوم، ولكن في فقر الدم الانحلالي، قد يقلُّ عمرها إلى أيام قليلة فقط. وقد يكون فقر الدم الانحلالي نتيجة عيب داخلي، أو قد يكون مُكتسبًا، والسبب المهم- بالرغم من كونه غير شائع نسبيًّا- للشكل المكتسب من فقر الدم الانحلالي؛ يتمثَّل في تأثير بعض الأدوية (جدول ١٣,٢). إن فقر الدم الانحلالي الأكثر أهمية في مجال ممارسة طب الأسنان، هو فقر الدم المنجلي (sickle-cell anaemias)، بالرغم من أن هذه الحالة مختلفة نوعًا ما عن الآخرين محل الاعتبار، بأن أهميتها القصوى لطبيب الأسنان، ليست في إنتاج الآفات الفموية.

أمراض الخلايا المنجلية (Sickle-cell diseases)

أمراض الخلايا المنجلية، هي مجموعة من الحالات المحددة جينيًّا، تحتوي فيها الخلايا الحمراء على هيموجلوبين شاذ وهو هيموجلوبين S (HbS).

جدول (١٣,١). مراحل عوز الحديد.

١. عوز الحديد قبل الخاف، وتكون فيه مخازن الجسم مُستنفَدة من الحديد، ولكن يظلُّ الهيموجلوبين الجائل وفيريتين المصل ضمن حدودهما الطبيعية.
٢. عوز الحديد الخاف، وتكون فيه مخازن الجسم منهكة، ويقلّ فيريتين المصل، ويظل تركيز الهيموجلوبين غير متأثر.
٣. عوز الحديد الواضح، و يزداد فيه تناقص تركيز الهيموجلوبين، و يتم انتاج كريات حمراء صغيرة الحجم ناقصة التصبغ.

جدول (١٣,٢). العلامات والأعراض الفموية للأعواز الدموية.

التهاب اللسان:
لسان أملس خالٍ من الحليمات (عوز الحديد).
لسان بيء، بقري (عوز فيتامين ب١٢ والفولات).
داء المبيضات الفموي (يتضمَّن التهاب الشفة الزاوي).
سَوَرات من التهاب الفم القُلاعي الراجع.
متلازمة بلامر- فينسون (باترسون- كيلي) (عوز الحديد).

وعندما يفقد هيموجلوبين S الأكسجين، فإنه يمرُّ بتغيُّرات تنتج عنها تشوهات في الخلايا، وهذا هو التأثير المنجلي. ويُورّث الهيموجلوبين S بوصفه حالة صبغية جسدية متنحية، تكون منتشرة في أسلاف الأفارقة السود/الكاريبيين، وفي بعض العائلات من دول الشرق الأوسط والأقصى. وتُعرَف حالة الحامِل للمرض (والذي يرث فيه المريض الحالة من أحد الوالدين فقط) بالخَلّة المنجلية (sickle cell trait)، وهي إلى حدٍّ ما حالة شائعة أكثر. وفي هذه الصفة، تكون نسبة هموجلوبين S في الخلايا الحمراء منخفضة، ولا يحدث التمنجل تحت الظروف الطبيعية. ومع ذلك، فقد يحدث التمنجل في حالات توتر الأكسجين المنخفض، وإذا حدث هذا التغيُّر، فإن سعة حمل الأكسجين تقل في الدم بشكل هائل، مع ما يتبعه من عوز الأكسجين للمريض. ويكون فقر الدم المنجلي المُشخَّص تمامًا نتيجة وجود جينين من هيموجلوبين S، جين واحد من كل من الأبوين. وفي هذه الحالة، تكون نسبة هيموجلوبين S مرتفعة، ويحدث التمنجل تحت ظروف الجسم العادية. وفي هؤلاء المرضى تكون سعة حمل الأكسجين في الدم زهيدة، ويكون هناك اختلال في الجريان الوعائي الدموي، وينتج فقر الدم الانحلالي نتيجة الحياة القصيرة للكريات الحمراء الشاذة. وهذه حالة شديدة، وتظهر أعراض ضعف الصحة العام فيها بشكل واضح جدًّا، ومن غير المحتمل أن يحضر المريض لعلاج الأسنان وهو غير

obeikandl.com

مشخص. ولا توجد مثل هذه الضمانة في حالة الخلايا المنجلية، والطريقة الوحيدة للتعرف إلى هؤلاء المرضى، القيام بعمل اختبار عن وجود هيموجلوبين S. ولحسن الحظ ، فإن اختبار التحرّي المبدئي لهذه الحالة يكون بسيطًا نسبيًّا، ويمكن إجراؤه بسهولة في المختبر. ومن الصحيح أيضًا أن تقنيات التخدير الحديثة والمُصممة لتجنب – حتى الدرجات العابرة والصغيرة من نقص التأكسج– أقل احتمالاً في أن تتسبَّب في مشاكل لهؤلاء المرضى عما كان عليه الحال سابقًا.

وقد ذُكرت المظاهر الفموية الوجهية لفقر الدم المنجلي، وتشتمل على بروز في الفك العلوي والسفلي، وألم فموى وجهي. ويحدث هذا نتيجة فرط تنسج النقي، وتمدد فراغ النقي نتيجة فقر الدم الانحلالي طويل المدى. والتهاب العظم والنقي المخرب، يعدُّ مضاعفة معروفة لعدوى الأسنان في مرض الخلايا المنجلية. وقد ذُكِرت اعتلالات الأعصاب الطرفية المرتبطة بنوبات الخلايا المنجلية متضمنة تخدُّر العصب الذقني.

فقر الدم سَويّ الكُرَيَّات (Normocytic anaemia)

قد يكون فقر الدم سَويّ الكريات ثانويًّا للأمراض المجموعية، مثل البَثَع (الإسقربوط) (scurvy) (انظر في الأسفل)، أو مرتبطًا بنقي العظم اللاتنسجي الأَولي أو الثانوي وتكون الورم. ويمكن أن يحدث فقر الدم اللاتنسجي (aplastic anaemia) بواسطة عدد من الأدوية السَّامة للخلايا.

العلامات والأعراض الفموية الناتجة عن فقر الدم

قد يظهر مجال واسع من العلامات والأعراض الفموية لمرضى فقر الدم، ولكنها تكون نتيجة العوز المستبطن للحديد، أو فيتامين ب١٢، أو حمض الفوليك. ولكي يكون شحوب المخاطية ملحوظًا في الفم، فإن هيموجلوبين المريض يحتاج إلى أن يكون منخفضًا (< ٨ جم/ديسيلتر). وتظهر العلامات والأعراض الفموية نتيجة التغيُّرات الأساسية في أيض الخلايا الظِهارية الفموية، التي تكون عرضة بشكل خاص للتغيُّرات الطفيفة، في ظلِّ نوعية الإمداد الدموي. وهذه التغيُّرات تؤدِّي بدورها إلى شذوذات في بِنْية الخلية، وفي نمط التقرن للظِهارية الفموية، وغالبًا تكون النتيجة النهائية، هي الضمور. وبشكل خاص، يبدو أن هذا الضمور يُؤثّر على الحليمات الخيطية المعقدة الموجودة في اللسان، والتي قد تُفقد بالكامل تقريبًا. وتكون هذه التغيُّرات بكل تأكيد مقصورة على اللسان، وقد يحدث تقرُّح أو التهاب متعمم على كامل المخاطية الفموية. وبعيدًا عن هذا النوع من الأعراض، يكون مريض فقر الدم أو عوز الحديد الخافي عُرضة للعدوى، خاصة بالمبيضة البيضاء، وقد يُصاب بالتهاب الشفة الزاوي أو السلاق (thrush). وإضافة إلى هذه التغيُّرات، فقد يشكو المريض من اضطرابات في حاسة التذوق. ومن المفترض أن هذه الاضطرابات تحدث نتيجة ضمور ظِهارة اللسان، الناتجة عن اضطراب نهايات الأعصاب التحتية، وقد تمَّ ملاحظة مثل هذا الاضطراب أيضًا في التذوق في مرضى ذوي ظِهارة لسانية طبيعية بشكل واضح من الناحية السريرية. وقد وَصف عدد من التقارير نتائج فحوصات الآفات الفموية في مرضى فقر الدم، وأصبح جليًّا أنه لا توجد صلة واضحة بين الأعراض الفموية والسبب الرئيس. وقد يحدث اللسان القارح، واضطرابات التذوق، والتهاب الفم العمومي، وداء المبيضات، والتهاب الشفة الزاوي (شكل ١٣,١)، والتهاب اللثة، وسَورَة التهاب الفم القُلاعي الراجع في أي من هؤلاء المرضى (انظر جدول ١٣,٢).

وتُطبّق الاعتبارات نفسها بالنسبة لعوز الفولات وعوز فيتامين ب١٢. وقد وُضِّح في الأعلى أن الأعواز المبكرة جدًّا لأي من هذه العوامل، قد يتسبَّب في تغيُّرات بالمخاطية الفموية. وهذا بالتأكيد لا يرجع إلى فقر الدم الثانوي، حيث إنه قد لا يوجد شيء منها. والسبب الدقيق لهذه التغيُّرات غير معلوم.

وفي متلازمة بلامر– فينسون (Plummer-Vinson syndrome) (باترسون– كيلي) (Patterson-Kelly)، يحضر المرضى بعسر البلع، الذي يحدث بسبب شبكة المريء،

وبسبب فقر الدم الناجم عن عوز الحديد (ومن هنا تأتي التسمية: عسر البلع الناجم عن قلة الحديد) (sideropenic dysphagia) وكذلك بسبب التهاب اللسان.

شكل (١٣,١). التهاب الشفة الزاوي ثنائي الجانب، والتهاب فم عمومي في مريض مُصاب بفقر الدم الخبيث غير المنضبط.

وقد ينشأ أيضًا داء المبيضات الفموي، ويهيأ للتطور إلى سرطانة خلف الغضروف الحلقي وسرطان الفم (انظر الفصل العاشر أيضًا).

وقد نُوقشت العلاقة بين التهاب الفم القُلاعي الراجع والأمراض الباطنية في الفصل الخامس. ومن المقبول بشكل عام، أن التهاب الفم القُلاعي الراجع غير مرتبط بشكل مباشر بعوز الحديد (حيث إنه قد يحدث في الأمراض الباطنية)، ومع ذلك فقد يتفاقم التهاب الفم القُلاعي الراجع الموجود من قبل في حالة عوز الحديد. أما تعريف دور عوز الفولات أو فيتامين ب١٢، فأقل سهولة، حيث يستجيب بعض المرضى المُعتلِّين والمُصابين بالتهاب الفم القُلاعي الراجع بشكل فوري بالعلاج بالمُكمِّلات. بينما – وبشكل واضح تمامًا – يستجيب المصابون بالمرض البطني – وبشكل أَولي – للنظام الغذائي الخالي من الغلوتين. وعلى أي حال، فهذا العلاج يؤدِّي إلى تصحيح عملية سوء الامتصاص، واسترداد المعدلات المنقوصة؛ ولذلك فمن الصعب الإخبار عن الدور الذي يؤديه كل مكوِّن في عكس التهاب الفم القُلاعي الراجع.

وقد أُدخِل عامل إضافي غامض، وهو حقيقة وجود بعض المرضى ذوي الاضطرابات الدموية المتقدمة بدون تغيُّرات فموية. وقد لا يكون عند بعض المرضى– على سبيل المثال، مرضى فقر الدم الضخم الأرومات المتقدم، والناتج من عوزالفولات– شكوى بالفم، وقد تظهر المخاطية ضمن حدودها السريرية الطبيعية. وقد أصبح من المنطقي مراجعة الرأي المعروف منذ زمن طويل، بأن العلامات والأعراض الفموية الواضحة، قد تُعزى بشكل قاطع إلى أعواز الدم النوعية، بل إنها تؤيد وجهة النظر البديلة، بأنه قد يظهر مجال واسع من التغيُّرات الفموية من أي حالات خاضعة للمناقشة.

التدبير العلاجي لمرضى فقر الدم والأعواز الدموية

يُؤدِّي علاج العوز الدموي المستبطن إلى شفاء سريع، أو تحسُّن في الأعراض الفموية في الغالبية العظمى من المرضى السابق وصفهم.، ومع ذلك، فقد تكون الاستجابة بطيئة في مرضى عوز الحديد الخاف طويل المدى. ومثل هذا السلوك المُقاوِم معروف جدًّا، وقد يُشير إلى امتثال ناقص للدواء، أو امتصاص عليل لدى المريض تِجاه المعالجة بالتعويض.

ابيضاض الدم (Leukaemia)

يُمثِّل ابيضاض الدم تكاثرًا خبيثًا لخلايا الدم البيضاء، مستبدلاً بذلك نموها الطبيعي في نقي العظم. وقد تؤثر هذه العملية على أي سلالة من الخلايا البيضاء، والأشكال الأكثر اعتيادية، هي الخلايا اللمفاوية، والوحيدية، والنقوية، اعتمادًا على تضمّن أي شكل من اللمفاويات، أو وحيدات الخلية، أو الخلايا المحببة. ويَظهَر كل من هذه الأشكال لابيضاض الدم، إما في صورة حادة وإما في صورة مزمنة (انظر جدول ١٣,٣).

ومن الشائع أن تكون العلامات والأعراض الفموية، المؤشر الأول على وجود ابيضاض الدم، خاصة في الأنواع الحادة (انظر جدول ١٣,٤). وتكون اللثة غالبًا مُصابة بالتهاب اللثة المفرط التنسج، ويؤدي التهاب اللثة المفرط التنسج إلى لثة أسفنجية حمراء هشة تنزف تلقائيًّا، أو بعد الإصابة الطفيفة. وفي بعض الحالات القليلة، قد يكون فرط تنسُّج اللثة الطفيف، المؤشر الأول على ابيضاض الدم الحاد (شكل ١٣,٢).

openkan.com

جدول (١٣,٣). تصنيف ابيضاض الدم.

حاد	مزمن
أرومية لِمفاوية*	لِمفاوي
ليست أرومية لِمفاوية (الأورمات النقوية)**	نخاعي

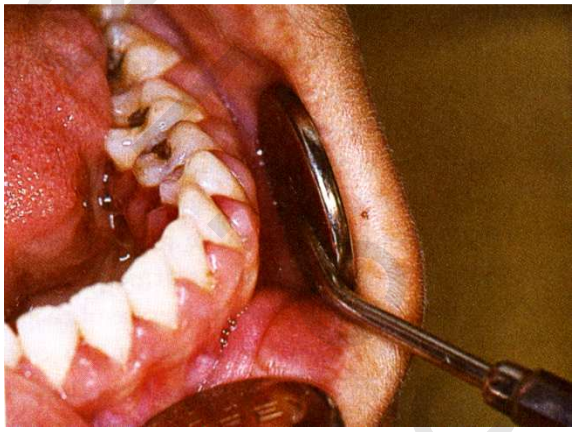
* أكثر ابيضاض الدم الحاد شيوعًا في الأطفال.

** أكثر ابيضاض الدم الحاد شيوعًا في البالغين.

جدول (١٣,٤). المظاهر الفموية الوجهية لابيضاض الدم الحاد*.

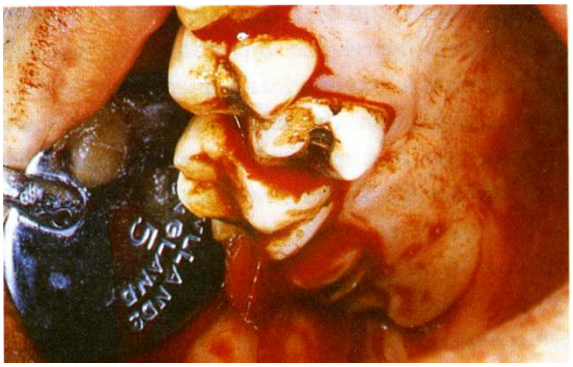
نزف تلقائي من اللثة (نقص في الصفائح الدموية).
فُرفُريَّة (purpura) وحبرات فموية.
تورم لثوي (ارتشاح ابيضاضي).
تقرح فموي (ترسبات ابيضاضية، وعدوى، وأعواز مقويات الدم).
تورم مخاطي وقلقلة (سقوط) في الأسنان (ترسبات ابيضاضية).
عدوى انتهازية (مثل الهربس، وداء المبيضات).
تضخم في العقدة اللِمفاوية.

*ملحوظة: قد ينتج عن العلاج الكيميائي لمعالجة ابيضاض الدم تأثيرات جانبية فموية.



شكل (١٣,٢). فرط تنسج اللثة الطفيف، المؤشر الأول للابيضاض الحاد النقوي الأورمات.

ومن المعروف في ابيضاض الدم وحيد الأورمات الحاد (acute monoblastic leukemia) (مجموعة فرعية من الابيضاض الحاد النقوي الأورمات) (acute myeloblastic leukemia)، أن الوحيدات ترتشح في أماكن الالتهاب، مثل اللثة. وفي الحالات الأكثر حِدة، قد لا تكون الطبيعة مفرطة التنسج للثة واضحة، وقد تظهر الحالة على هيئة نزف تلقائي من حوافي اللثة (الشكل ١٣,٣). وتكون اللثة على استعداد عالٍ للعدوى، ويكون التهاب اللثة الحاد التقرحي الثانوي شائعًا. ويحدث ذلك الاستعداد للعدوى أيضًا في الحالات المزمنة بشكل أكثر، بينما قد تتكوَّن الأعراض الفموية من هَجمات متكررة من التهاب اللثة الحاد التقرحي. وقد يحدث ذلك بدون أي تغيُّرات من فرط التنسج المذكور في الأعلى، ومن ثمَّ فقد يبدو أن فرط التنسج ليس عظيمًا في أهميته. وينبغي أن تُعالج الرجعات غير المبرَّرة أو المتكررة من التهاب اللثة الحاد التقرحي بتوجس، وأن يتم الترتيب لفحص الدم ؛ من أجل استبعاد احتمال وجود اعتلال في الدم. والملامح الفموية الوجهية لابيضاض الدم المزمن متشابهة لتلك التي في ابيضاض الدم الحاد، ولكنها غالبًا تكون أقل في لونها الوردي، وقد تظهر بطريقة خادعة. ويحدث في ابيضاض اللِمفاويات المزمن (chronic lymphocytic leukemia) تضمُّن للعقد اللِمفاوية، ويُرى أحيانًا ارتشاح ابيضاضي في الغدد اللعابية والدمعية.



شكل (١٣,٣). نزف تلقائي من الهوامش اللثوية في مرض ابيضاض الدم الحاد.

التقرح الفموي شائع جدًّا في الحالات الأكثر تقدمًا من ابيضاض الدم. والقُرح التي تنتج بواسطة انهيار الأنسجة الممتدة فوق خلايا الابيضاض المتراكمة، قد تكون كبيرة ومؤلمة، ومن

obeikandl.com

الصعب علاجها. أما المحافظة على نظافة الفم، فلها فائدة عظيمة في تقليل الأعراض الفموية المكدرة لدى هؤلاء المرضى. كما أن عوامل التغطية وغسول الفم المطهر، مفيدان أيضًا في تهدئة الأعراض المؤلمة خلال المراحل المتأخرة لهذا المرض.

قلة الكريات البيض (leukopenia)

تُمثِّل قلة الكريات البيض هبوطًا في محتوى الخلايا البيض في الدم. وقد تكون هذه الحالة تلقائية الحدوث، ولكنها أيضًا يمكن أن تحدث استجابة للعلاج الدوائي. وقد ارتبط كاربامازيبين (carbamazepine) بالتأثيرات الدموية الشديدة، بما في ذلك قلة الكريات البيض، وفقر الدم اللاتنسجي. وقد تحدث أيضًا قلة الكريات البيض، بوصفها مرحلة عابرة في تطور ابيضاض الدم، والأمراض الأخرى التي تصيب نخاع العظم. وقد تظهر أيضًا نتيجة اضطرابات المناعة الذاتية، كما في الذئبة الحُمامية المجموعية (systemic lupus erythematosus)، والعدوى الفيروسية، خاصة عدوى فيروس العوز المناعي البشري (HIV)/ فيروس إبيشتاين- بار (EBV).

ومع أنها ليست حالة شائعة بشكل خاص، إلا أن التقديم السريري الأكثر اعتيادية لها، يتمثَّل في ندرة المحببات (agranulocytosis). والذي يمثِّل نقصًا في عدد المحببات التي في النقي والجائلة في الدم، وتأثير ذلك زيادة استعداد المريض لعدوى من مختلف الأنواع. وفي حالة المخاطية الفموية، قد يؤدي ندرة المحببات إلى عدوى منتشرة وتقرح في كل أجزاء المخاطية، وقد لا تكون هذه التغيُّرات مختلفة عن تلك التي تحدث في ابيضاض الدم. والعملية السببية شيء واحد، وهو أن الوظيفة الوقائية لمحتوى خلايا الدم البيضاء تقل، وفي أحد الأسباب، يكون بواسطة الإنتاج المفرط للخلايا الشاذة، وفي السبب الآخر بواسطة الإنتاج غير الكافي من الخلايا الطبيعية.

وقد يحدث التهاب اللثة والتقرُّح الشبيه بالتهاب الفم القُلاعي الراجع في قلة العدلات الدورية (cyclic neutropenia)، وهي حالة نادرة ينقص فيها إنتاج العدلات بشكل متقطع أثناء نوبات قلة العدلات (انظر الفصل الخامس).

متلازمات خلل التنسج النخاعي (Myelodysplastic syndromes)

هذه مجموعة من اضطرابات الخلايا الجذعية، يحدث فيها كبت لواحد أو أكثر من خطوط إنتاج الخلية في نخاع العظم. وفي بعض الحالات، قد يؤدي هذا إلى فشل نخاع العظم، وفي بعضها الآخر يُؤدِّي إلى ابيضاض الدم. ومتلازمات خلل التنسج النخاعي أكثر شيوعًا في الذكور فوق سن ٦٠ عامًا من العُمْر، وقد تُكتشف في عيادة طب الفم، حينما يقوم المرضى بعمل التَحري الدموي الروتيني. وينبغي أن يُوحي تعداد الدم الشاذ في مريض مُسن باحتمالية إصابته بمتلازمة خلل التنسج النخاعي. وقد سُجِّل التقرح الفموي والارتشاح اللثوي في حالات قليلة.

شذوذات الصفائح الدموية (Platelet abnormalities)

عندما تقلُّ وظيفة الصفائح الدموية في الدم الجائل أو عددها، يكون هناك ميل لحدوث نزف تلقائي داخل الأنسجة. وقد يظهر هذا جيدًا بشكل أولي في صورة نزف حَبَري على المخاطية الفموية، وهذه في الواقع علامة معروفة جدًّا لقلة الصفائح الدموية المناعية (immune thrombocytopenia) المبكر. وفي الأنواع المختلفة من ابيضاضات الدم، يقلُّ كل من وظيفة الصفائح الدموية وأعدادها بصورة كبيرة، وقد يكون نزف المخاطية والجلد حينئذٍ، هو العلامة التحذيرية المبكرة. ويُنصح بإجراء تَحري دموي كامل، بما في ذلك عدد الصفائح الدموية لأي مريض مصاب بمناطق نزف غير مبرَّرة تصيب المخاطية الفموية. وينبغي تذكُّر أنه قد يحدث ذلك النزف العابر من هذا النوع على الحنك الرخو في المرضى المصابين بالبرد الشديد. وقد وُصفت النفَطات الدموية الفموية مجهولة السبب (بدون أي عوز دموي مصاحب) في الفصل الحادي عشر. ويمكن أن تنتج نفطات مماثلة مليئة بالدم في قلة الصفائح الدموية، خاصة على الحنك، مع أنها قد تحدث في أي مكان آخر على المخاطية الفموية.

انتقاء المرضى لعمل فحص الدم

يُمثِّل المرضى ذوو الأعراض الموصوفة في جدول (١٣,٥) نسبة مؤثرة من أولئك الذين يحالون إلى عيادة طب الفم من أجل الفحوصات، ونتيجة لذلك يجب عمل فحص دموي

obeikandl.com

كامل في كل هذه الحالات. ويكون تَحري الدم الروتيني المقبول- والذي يتكوَّن من عدّ كامل لخلايا الدم (الهيموجلوبين، والعدّ التفريقي للخلايا البيض، وتقييم الصفائح الدموية)، وفحص فيلم الدم- أحيانًا يكون غير كافٍ لتوضيح فقر الدم في مراحله المبكرة أو الخافية، ولكن من المهم توسيع الفحوصات الإضافية في المرضى المُنتقين (جدول ١٣,٥). وقد نُوقشت الحكمة من وراء ذلك بالفعل في الفصل الثاني وعندما يتم تقرير عمل فحوصات موسَّعة، فإن المخطط المناسب للفحوصات موضح في جدول (١٣,٦).

ومن الضروري عمل اختبارات إضافية أكثر تخصصًا لعمل تشخيص كامل لبعض المرضى المصابين، وقد نُوقش عدد من هذا في الفصل الثاني.

ومن الجوهري أن يتبع وجود بعض الشذوذات الدموية فحوصات مناسبة طبقًا للظروف السريرية.

جدول (١٣,٥). مرضى طب الفم الذين يجب إحالتهم لعمل فحص دموي موسَّع.

مرضى مصابون بالتهاب الفم القُلاعي الراجع.
مرضى ذوو فم قارح و/أو جاف بشكل مستديم.
مرضى مُصابون بآفات فموية، مع وجود تاريخ مَرضي لا نمطي، أو مُقاومة غير اعتيادية للعلاج.
مرضى يشكون من فم أو لسان قارح أو حارق، أو إحساس تذوق شاذ، مع عدم وجود تغيُّرات مخاطية ملحوظة.
كل المرضى المصابين بداء المبيضات المستديم الفموي أو الفموي الوجهي.
المرضى الذين يُظهرون شذوذات في الدم ظهرت عند التَحري المبدئي.

جدول (١٣,٦). الفحوصات الدموية لمرضى طب الفم.

• عدّ دم كامل وفحص فيلمي. وهذا هو إجراء التَحري الروتيني، ومنه يتَّضح فقر الدم الواضح عن طريق الاختلافات في شكل الخلايا الحمر، وانخفاض قيَم الهيموجلوبين. كما يُظهر أيضًا شذوذات الخلايا البيض والصفائح الدموية.
• تقدير فيريتين المصل كمؤشر لحالة حديد الجسم بالكامل. وقد حل هذا الاختبار محل اختبارات حديد المصل/ سعة الحديد الرابط/ التشبع، التي كانت تُستخدم سابقًا لهذا الغرض. وما تزال هذه المجموعة الأخيرة من الاختبارات تُستخدم في فحوصات حالات عوز الحديد المعقدة.
• تقييم فيتامين ب١٢ في المصل، وفولات المصل، وفولات الخلايا الحمر. وقد نُوقشت ضرورة إجراء تقييمات الفولات في الفصل الثاني.
• قياس سرعة تثقُّل الكريات الحمر بوصفها اختبارًا إضافيًّا يكون مفيدًا بوصفه دليلاً غير نوعي للعمليات المَرضية المستبطنة، مثل حالات الالتهاب المزمنة، أو تكوُّن الورم. وبالتبادل، قد يُستخدم قياس بروتين c التفاعلي، بوصفه علامة على المرض الموجود مسبقًا.

ولا تكون المعالجة البسيطة بالتعويض من أجل العوز مقبولة، إلا إذا تم عمل محاولات لتحديد السبب الدفين. ويلزم القول: إنه حتى بعد القيام بعمل الفحوصات الكاملة، فإنه يظلُّ عدد صغير من المرضى الذين يظهرون بأعراض فموية منسوبة إلى الأعواز؛ لغزًا تشخيصيًّا بلغة سببيات العوز.

اضطرابات التغذية

(Disorders of nutrition)

يتم الحفاظ على سلامة الغشاء المخاطي الفموي بواسطة مجموعة معقدة وواسعة النطاق من العوامل، بما في ذلك تلك التي تعتمد على التغذية الكافية. وقد نُوقشت أهمية أيض الحديد والعوامل المصاحبة سابقًا، وكذلك العلاقة بين الأمراض المَعدية المَعوية والتغذية.

الأعواز الغذائية (Nutritional deficiencies)

قد تم وصف مجال واسع من الحالات التي تعتمد على غياب بعض العوامل الغذائية النوعية أو نقصها، خاصة الفيتامينات سابقًا، ومع وجود بعض الاستثناءات، فنادرًا ما تُرى هذه الحالات النوعية الآن تحت الظروف الأوروبية، مع أن هذا قد يكون بعيدًا عن الواقع في مواقف أخرى. وينبغي تذكُّر أن العوز الغذائي قد يحدث بثلاث طرائق: (١) نتيجة

obeikandi.com

لنقص المدخول. (٢) نتيجة للامتصاص أو الأيض المنقوص. (٣) نتيجة لزيادة الإفراغ. والعلاقة بين فقر الدم الناجم عن عوز الحديد وهذه العوامل الثلاثة، تعدُّ مثالًا جيدًا وبسيطًا.

ويُصاب المرضى- الذين تتم رؤيتهم في عيادة طب الفم- بعوز الفولات، بسبب شكلٍ ما من سوء الامتصاص، أكثر من إصابتهم بسبب المدخول الزهيد. ومع ذلك، فينبغي تذكُّر أنه قد يتسبَّب مدخول الكحول العالي في انخفاض مستويات الفولات، كما قد تفعل بعض الأدوية، وبالأخص الفنيتوين (phenytoin). ويحدث عوز فيتامين ب١٢ نادرًا فقط، نتيجة للمدخول الغذائي السيئ، ومن ثم يُصيب عادة الأشخاص النباتيِّين المُتشدِّدين. وإجمالا، فإن المرضى الذين يتخذون أنظمة غذائية غير اعتيادية، يفعلون ذلك على أساس معلوم ومنطقي، وقد وُجد أن لديهم مناسب دموية مُرضية.

وحديثًا، هناك اهتمام كبير بدور عناصر التغذية الأخرى في سلامة المخاطية الفموية، وكذلك فإن مجموعة فيتامين ب المركب- من مجموع الفيتامينات- مع عدد آخر من العناصر زهيدة المقدار (خاصة الزنك)؛ تعدُّ موضوعًا للبحث. وقد فُحصت مستويات زنك المصل في المرضى المصابين بمتلازمة الفم الحارق واللسان الجغرافي، ولكن لا يوجد دليل مُقنع على أن عوز الزنك متضمن في إمراض هذه الحالات.

وقد وُضِّح سابقًا أنه قد تنتج تأثيرات ثانوية في المرضى المصابين بأعواز غذائية، والسائد بينها هو كبت الاستجابة المناعية الطبيعية، وقد وُصف ذلك في الفصل الرابع في حالة الأطفال منقوصي التغذية، والمصابين بقارحة الفم (cancrum oris). ونادرًا ما تكون الأعواز الغذائية المعتمدة على الأنظمة الغذائية المَعيبة حالات بسيطة، وينبغي عدُّ المريض الذي يعاني من أي عوز نوعي مرشحًا لفحص أكثر اكتمالاً لمعايير التغذية.

وهناك حالة خاصة، وهي حالة المريض القهمي، وهي أكثر شيوعًا- ولكن ليس حصريًّا- في الصغار والإناث. وقد يأتي هؤلاء المرضى إلى عيادة طب الفم، إما نتيجة لأعواز التغذية العامة، التي قد تُؤدِّي إلى التهاب الفم، أو بعض مشاكل المخاطية الأخرى، وإما نتيجة لتورم الغدة النكفية، التي تكون سِمة عند بعض المرضى. وتتم مناقشة تآكل الأسنان المُستحث من قِبل الأحماض، والذي قد يحدث في مرضى الشكل النهامي من فقد الشهية في الفصل السابع عشر.

البَثَع (الإسقربوط) (Scurvy)

البثع (عوز حمض الأسكوربيك) مرض غير شائع في أوروبا، ولكنه بالتأكيد معروف، وهو الحالة المعروفة الأكثر شيوعًا في ارتباطها بعوز فيتامين مفرد. ومع أن المرض يحدث غالبًا في المرضى المُسنين والمُهمَلين، إلا أن هناك حالات عرضية لأفراد أصغر سنًّا بكثير، يتخذون ذلك الشكل المقيَّد من النظام الغذائي، بحيث تَظهر العلامات الإكلينيكية لعوز حمض الأسكوربيك.

والعَرض الفموي السائد في عوز فيتامين ج الشديد، هو التهاب اللثة مفرط التنسج، حيث إن اللثة تصبح متورمة، وهشة، وذات لون أرجواني محمر. وتكون هناك جيوب كاذبة بشكل ملحوظ، وقد يؤدي هذا- سويًّا مع وجود نقص عام في مقاومة الأنسجة- إلى العدوى الثانوية، ومن ثم فقد ينتج التهاب لثوي حاد. وتشمل الأعراض العمومية، تعباً وتوعكاً. وهشاشة الشُعيرات الدموية سمة لهذه الحالة، وقد تُؤدِّي إلى ظهور النزف التلقائي والكدمات واسعة الانتشار، خاصة حول مناطق المفاصل.

ولا بد أن يتضمَّن فحص مثل ذلك المريض فحصًا للدم؛ بهدف استبعاد احتمال وجود مرض في الدم، حيث إن التشخيص التفريقي الأكثر أهمية، يكون من ابيضاض الدم. والتغيير الدموي الأساسي في البَثَع، يتمثَّل في وجود فقر الدم الثانوي. والوصول إلى التشخيص الإيجابي، يكون بواسطة الاختبارات المعملية للخلايا البيضاء، أو لمستويات حمض الأسكوربيك بالبلازما. ويُشتق الاختبار التشخيصي السريري المفيد من خلال استجابة الأعراض للجرعات العلاجية من

obeikandi.com

فيتامين ج ، تلك الاستجابة التي تحدث في خلال أيام قليلة ، وتكون مصحوبة باعتكاس مفاجئ وملحوظ لكل الأعراض.

وعلاج البَغَع مشكلة طبية عامة ، وأحيانًا يكون مشكلة اجتماعية. ومع أن إعطاء جرعة عالية من حمض الأسكوربيك (١ جرام يوميًّا) لمدة أيام قليلة ، قد يؤدي إلى تحسُّن في حالة المريض بشكل ملحوظ ؛ فيجب أن يكون التدبير العلاجي الإضافي أمرًا مهمًّا ، يتولاه ممارس الطب العام. ولابد من تصحيح ، ليس فقط حالة العوز نفسها ، ولكن أيضًا يجب تصحيح الحالات التي تؤدِّي إلى ظهورها. وينبغي تذكُّر أنه مع أن الأعراض الظاهرة قد تكون ناتجة من عوز حمض الأسكوربيك ، إلا أن هناك احتمالات أخرى من وجود أعواز غذائية متعددة.

البَغَع (عوز فيتامين ج) مرض نادر. وفي الحالات المتقدمة منه، قد يكون هناك التهاب لثوي ملحوظ ، مع وجود تورم أو نزف.

اضطرابات الغدد الصماء

(Endocrine disturbances):

بشكل عام ، فإن التغيُّرات التي تحدث في المخاطية الفموية بسبب الشذوذات الصماوية ، تكون غير شائعة. وربما تكون التغيُّرات الأكثر تواترًا الواردة ، هي التي ترجع إلى الاضطرابات الصماوية التي تحدث طبيعيًا ، خاصةً أثناء الحمل ، وفي سن اليأس (menopause). وتحدث تغيُّرات فموية قليلة موثَّقة في بعض المَرَضيّات الصماوية ، وسيتم شرحها في الأسفل. وينبغي تذكُّر أن اضطرابات الغدد الصماء عالية التعقيد ، وأنها غالبًا تتضمَّن عدد من الأجهزة ، بسبب آليات الارتجاع التي تحكم الجهاز الصماوي ككل ؛ ولذلك يكون من الصعب تحديد التأثير الدقيق للشذوذ الصماوي المُفرد على أية بنيان. والاضطرابات الصماوية التي تُصيب العظم والأسنان (العملقة ، وضخامة النهايات ، وفرط الدريقيات) مشروحة في الفصل الثامن عشر.

وفرط الدريقيات الناتجة من جراحة الغدة جارة الدرقية أو الغدة الدرقية ، ليس لها تأثيرات خاصة على الأنسجة الفموية الوجهية ، ولكنها تُؤدِّي إلى انخفاض كالسيوم المصل. والتكزز (tetany) مظهر سريري لانخفاض كالسيوم المصل ، ويمكن أيضًا أن يُصادَف التكزز في مرضى الأسنان المضطربين ومفرطي التنفُّس ، حيث يؤدِّي هذا إلى القُلاء (alkalosis) ، وتناقص الكالسيوم المتأين في البلازما.

التغييرات الصماوية الطبيعية

الحَمل (Pregnancy)

في أثناء الحَمل قد تفاقم التغيُّرات الهورمونية الموجودة الالتهاب اللثوي المزمن الموجود مسبقًا ، و الذي ربما كان خاليًا من الأعراض وغير ملحوظ سابقًا. ويكون التهاب اللثة الناتج على هيئة فرط تنسُّج بشكل أساسي ، مع أن تكاثر الأرومة الليفية يكون ضئيلاً جدًّا. والتكاثر الملحوظ هو تكاثر الشُعيرات الدموية ؛ مما يُؤدِّي إلى التلون الأرجواني النمطي للحليمات اللثوية (شكل ١٣,٤). وتميل هذه الحليمات إلى أن تكون هشة ، وقد تنزف مع أقل إصابة.

شكل (١٣,٤). التهاب اللثة الحَملي، موضحًا تكوّن الورم اللثوي الحَملي.

وقد يحدث ركود وعدوى ثانوية بسبب وجود الجيوب الكاذبة والنزف؛ مما قد يؤدِّي إلى البَخَر.

وأحيانًا تتضخَّم حليمة مفردة بشكل واضح، وتظهر كأنها ورم لثوي، وهذا ما يُسمَّى ورم لثوي حَملي (الفصل التاسع). وتكون السمات السريرية والتوقيت لحدوث هذه الآفات الحَملية كافية، لكي تعطي تشخيصًا افتراضيًّا قويًّا. وإذا كان هناك أي شك بخصوص طبيعة الحالة، فحينئذٍ يصبح من الضروري عمل الفحوصات الكاملة، متضمنة الخزعة الاستئصالية لأي فرط نمو مشكوك فيه. والحَمل في حد ذاته لا يمنع إجراء مثل تلك الخزعة، ولكن ينبغي تذكُّر أنه من المحتمل أن تكون الآفة وعائية للغاية، ومن المتوقع حدوث نزف غزير. وعمومًا، فإنه يكون من الأفضل- إذا تم عمل تشخيص موثوق فيه- تجنُّب الخزعة، حيث من المحتمل أن تتراجُع الحالة بشكل ملحوظ- إن لم يكن بشكل كامل- بعد الحَمل. ولم تُؤسَّس العلاقة بين التهاب الفم القُلاعي الراجع، والحَمل، ودورة الحيض حتى الآن.

وينبغي أن يتكوَّن العلاج أثناء الحَمل من تطبيق تدابير حفظ صحة الفم الصارمة، وهذا في حد ذاته يكون كافيًا لوقف ترقي التهاب اللثة. ومن غير المحتمل أن تؤدي تدابير حفظ صحة الفم وحدها إلى الشفاء الكامل للكتلة المنعزلة شبيهة الورم اللثوي، وقد يكون الاستئصال النهائي ضروريًّا.

سن اليأس (Menopause)

لا يوجد دليل حقيقي على أن التغيُّرات الهرمونية التي تحدث أثناء سن اليأس وبعده، تؤثر بشكل مباشر على المخاطية الفموية. إن مسألة الأعراض الفموية ذات الأنواع المختلفة، التي ليس لها سبب فيزيائي محدد أو شذوذ، مشروحة إضافيًّا في الفصل السابع عشر. وتميل تلك الأعراض إلى الحدوث عند النساء في سن اليأس.

أمراض قِشرة الكظر (Adrenocortical diseases)

داء أديسون (Addison`S disease)

يحدث داء أديسون نتيجة لنقص وظيفة قشرة الكظر بسبب الاضطراب المناعي الذاتي، ولكن مع سببيات أخرى محتملة. ونتيجة لهذا الاضطراب تختل الآلية الارتجاعية بين الغدتين الكظريتين والغدة النخامية، وينتج عن ذلك سلسلة واسعة النطاق من التغيُّرات الصماوية. والتغيُّر الفموي ذو الأهمية في داء أديسون، هو الصباغ المِلاني للمخاطية الفموية، الذي قد يتضمَّن مخاطية الخدّ، واللثة، والحنك. وينبغي تذكُّر أن هذا الشكل من التصبغ، تصبغ غير نوعي، وينبغي الأخذ في الاعتبار أن أقل ظهور لذلك التصبغ، يكون في مريض معروف مسبقًا أنه خالٍ من التصبغ. وآلية إنتاج المِلانين بهذه الطريقة ليست معروفة بشكل واضح. ومع أن الهورمون المنبه للمِلانين يُفرز بواسطة الغدة النخامية، إلا أن البدء الحقيقي للتصبغ قد يكون مرتبطًا بمستويات متنوعة من الهورمون الموجَّه لقِشرة الكُظر (adrenocorticotrophic hormone (ACTH)). وقد تحدث الإصابة بداء المبيضات الفموي أيضًا في داء أديسون الأكثر تطورًا. وارتباط التصبغ المِلاني الفموي بداء المبيضات دليل إضافي وملحوظ، من أجل الحثِّ على عمل الدراسات الصماوية. وفحوصات المريض المُشتبه في إصابته بداء أديسون مُوضَّحة في جدول (١٣,٧).

ومع أن داء أديسون سبب معروف جيدًا لتصبُّغ المخاطية الفموية، إلا أن من غير المعتاد تمامًا أن يُتعرَّف إلى هذا المرض بهذه الطريقة. وهناك عدة أسباب شائعة أكثر لتصبُّغ المِلانين، والتي تم الاهتمام بها في الفصل التاسع.

متلازمة كوشنغ (Cushing`s syndrome)

تحدث هذه المتلازمة نتيجة فرط وظيفة قشرة الكظر، بسبب الورم الغُدي النخامي الذي يفرز الهرمون الموجَّه لقِشرة الكظر (ACTH). ويمكن أن تؤدي المعالجة بكورتيكوستيرويد، و خاصة إذا طال وقتها، إلى تأثيرات فسيولوجية مشابهة لتلك التي في متلازمة كوشنغ (انظر الفصل الثاني).

openkandil.com

ورم القواتم (Phaeochromocytoma)

ولُب الغدة الكُظرية (adrenal medulla)

ورم القواتم ورم لُبّ الغدة الكُظرية، الذي يقوم بإفراز كاتيكولامينات (catecholamines). ومن الممكن أن يرتبط بالورام الليفي العصبي، ومتلازمة الورام الغُدي الصماوي المتعدد (نوع III). وينبغي أن يُنبّه وجود الورامات الليفية العصبية – في المخاطية الفموية أو الشفاه– الطبيب إلى الاحتمال النادر لوجود ورم القواتم.

أمراض الغدة الدرقية (Thyroid disease)

فرط الدرقية (Hyperthyroidism)

لا يبدو أن الإنتاج المفرط لهرمون الغدة الدرقية (فرط الدرقية) له تأثير مباشر على المخاطية الفموية، ولكنه قد يُسبِّب مشاكل عند علاج الأسنان. وقد يكون ممارسو طب الأسنان أول من يلاحظ المرضى ذوي جحوظ العينين، والمرضى المُثارين بشكل مفرط . ويذكر المرضى فقد الوزن، وقد يكون لديهم رعاش وخفقان بالقلب أيضًا. ويكون العلاج عادة بالأدوية، مثل كاربيمازول (carbimazole)، أو باستخدام اليود المشع (radioactive iodine). ونادرًا ما يتطلَّب الأمر استئصال الغدة الدرقية الجزئي، إلا إذا كانت الغُدة الدرقية تُسبِّب أعراضًا انضغاطية.

جدول (١٣,٧). فحوصات مريض التصبغ المِلاني الناتج من احتمالية داء أديسون.

استجابة كلوية عليلة للنظير التخليقي للهرمون الموجَّه لقِشرة الكُظر (ACTH) (اختبار سيناكثين) (Synacthen test)*
قياس كهارل المصل (↓ الصوديوم ، ↑ البوتاسيوم)**
قياس كورتيزول البلازما (↓) والهرمون الموجَّه لقِشرة الكُظر(ACTH) (↑)**
قياس ضغط الدم (↓ نقص ضغط الدم – خاصة الوضعي).
* الاختبار الحاسم لداء أديسون ** ربما يكون طبيعيًّا

قصور الدرقية (Hypothyroidism)

يكون قصور الدرقية في البالغين غالبًا بسبب مناعي ذاتي، وقد يحدث نتيجة للإزالة المفرطة للغدة الدرقية، من أجل علاج فرط الدرقية. ويظهر قصور الدرقية المكتسب (وذمة مخاطية) (myxoedema) على هيئة زيادة في الوزن، وعدم القدرة على تحمل البرد، وجلد جاف، وفقدان الشعر، مع تباطؤ للنشاط والعمليات الذهنية. ويرتبط قصور الدرقية بآلية مناعية عليلة، وقد تكون النتيجة، الإصابة بداء المبيضات. ويوجد غالبًا علاقة بين فقر الدم الخبيث وقصور الدرقية، ومن المحتمل أن يكون في العائلة إن لم يكن في الفرد.

ويتميَّز قصور الدرقية الخِلقي (الفدامة) بالقزامة والتخلف العقلي. وتشتمل العلامات الفموية الوجهية على تضخُّم اللسان (انظر الفصل السادس)، وتطوُّر وجهي معيب، مع تأخر بزوغ الأسنان.

السكَّري (Diabetes mellitus)

السكَّري اضطراب صماوي شائع، يحدث نتيجة لعوز الإنسولين (insulin)، أو المُقاوَمة للإنسولين .وهناك نوعان إكلينيكيان معروفان: سكَّري ذو بدء يفعي (يعتمد على الإنسولين، النوع ١)، وسكَّري ذو بدء نضجي (النوع ٢).

والسكَّري ليس له أعراض أو علامات فموية نوعية، ومع ذلك فيحتمل أن تصبح عمليات مرض أنسجة حول السن مبالغ فيها، بسبب النقص العام في مُقاومة العدوى عند مريض السكَّري (جدول ١٣,٨). ومن الشائع أن يحضر مريض غير مشخَّص بالسكَّري بمرض أنسجة حول السن المتقدم. وتكون أساسيات العلاج له ببساطة، هي نفسها التي تكون في علاج أنسجة حول السن في المرضى غير المصابين بالسكَّري. وفي هذا العلاج وكل العلاجات الأخرى، لابد أن يتذكَّر جرَّاح الأسنان دائمًا، أن مريض السكَّري يكون أكثر استعدادًا للعدوى من المرضى الطبيعيين. والحدوث المتكرر لداء

Opinkan.com

المبيضات الفموي في مرضى السكَّري نُوقش في الفصل الرابع. وقد يذكر المرضى غير المشخصين، أو ذوي الضبط العلاجي السيئ للسكَّري جفافًا في الفم، والذي يرجع إلى الجفاف الثانوي للبوال. وقد تتسبَّب الأدوية الفموية الخافضة لسكر الدم في تفاعلات دوائية حزازية الشكل، وأحيانًا يظهر المرضى بتورم في الغدد اللعابية (إلعاب). وقد يكون ألم اللسان (متلازمة الفم الحارق)، هي المظهر المبكر للسكَّري غير المشخص (الفصل السابع عشر).

جدول (١٣,٨). الملامح الفموية للسكري.

فم جاف.
صحة معتلَّة لأنسجة حول السن *
داء المبيضات الفموي.
ألم اللسان- متلازمة الفم الحارق.
تفاعلات الأدوية حزازية الشكل (الأدوية الفموية الخافضة لسكر الدم).
*تعتمد على حفظ صحة الفم.

وقد يكون لدى مريض السكَّري غير المشخص، أو المُعالج بشكل غير كافٍ؛ التهاب فم متعمم، وعلى وجه التحديد لسان قارح، ويحتمل -على الأقل- أن يكون جزئيًّا نتيجة الجفاف، وجزئيًّا نتيجة عدوى المبيضات. وينبغي التنبيه على احتمالية السكَّري الخافي من بين الأمراض الأخرى، في مريض مصاب بالتهاب لسان غير نوعي أو بالمبيضات. إن التاريخ العائلي للسكَّرى ذو أهمية خاصة. وقد يحدث اللسان القارح الناتج عن السكَّري مبكرًا في عملية المرض، كما في حالة اللسان القارح الناتج عن فقر الدم، وقبل أن تُمرر كميات أساسية من الغلوكوز في البول. ولكي نجهِّز إجراء تَحر كافٍ، فمن الضروري عمل تقدير لغلوكوز الدم في هؤلاء المرضى، ويُفضَّل أن يكون صائمًا، بدلاً من تحليل البول البسيط (انظر الفصل الثاني).

أمراض الكُلَى

(Renal disease)

لأمراض الكُلى أهمية كبيرة في طب الفم، وممارسات طب الأسنان العامة، حيث تحدث التغيُّرات الفموية، ليست فقط نتيجة للفشل الكُلوي المزمن، ولكن أيضًا نتيجة للعلاج الطبي لمرض الكُلى. وقد يحتاج التدبير لعلاج أسنان المرضى المصابين بمرض الكُلى أيضًا إلى تعديل لمنع المضاعفات.

الفشل الكُلَوي المزمن (Chronic renal failure)

الفشل الكُلوي المزمن يعني تدهور غير قابل للعكس في وظيفة الكُلى. وعندما يزداد كيراتنين البلازما بشكل مستديم عن ٣٠٠ ميكرو مول/ لتر (المدى الطبيعي من ٨٠- ١٢٠ ميكرو مول/ لتر)، يكون هناك تدهور مترقٍّ في وظيفة الكُلى، بصرف النظر عن السببيات. وعندما يصل كرياتنين البلازما إلى ١٠٠٠ ميكرو مول/ لتر، فسوف يكون الغسيل الكُلوي مطلوبًا. وتُقاس وظيفة الكُلى بواسطة سرعة الترشيح الكبيبي (سرعة الترشيح الكبيبي الطبيعي ١٢٠ مل/الدقيقة). ويؤدي الاختلال المتقدم في وظيفة الكليتين إلى إنماء المتلازمة السريرية لبولينية الدم.

المظاهر الفموية الوجهية للفشل الكُلوي المزمن

يُسبِّب الفشل الكلوي المزمن وبولينية الدم الناتجة عنه عددًا من التغيُّرات الفسيولوجية، التي يمكن أن تُسبِّب الأعراض الفموية (جدول ١٣,٩). وإضافة إلى ذلك، يمكن أن يُسبِّب المدخول المقيد للسوائل- كجزء من العلاج الطبي- جفاف الفم، وفي بعض المرضى، قد يُسبِّب عدوى الغُدد النكفية. ويحدث التهاب الفم اليوريمي في الفشل الكُلوي المزمن، إما على شكل تقرحات فموية واسعة الانتشار ومؤلمة (التهاب الفم اليُوريمي التقرحي)، وإما على شكل لويحات بيضاء تُصيب المخاطية الفموية.

osekanar.com

جدول (١٣,٩). المظاهر الفموية الوجهية للفشل الكلوي المزمن.

فم جاف.
تقرح مخاطي.
لويحات بكتيرية وفطرية.
شحوب المخاطية (فقر الدم).
الفُرفُرية الفموية.
لويحات بيضاء (التهاب الفم اليوريمي).
آفات الخلايا العملاقة- الآفات الحالّة للعظم في الفكين.

والأخيرة تكون خالية من الألم وعابرة، وبمجرد علاج الخلل الوظيفي الأيضي المستبطن، ترتد المخاطية الفموية إلى طبيعتها. وقد يكون شحوب المخاطية واضحًا في المرضى المصابين بفقر الدم، وقد تحدث الفُرفُرية أو النزف نتيجة لأعواز الصفائح الدموية. وغالبًا يكون داء المبيضات الفموي مشكلة، ويشارك في الأعراض الفموية عند مرضى الفشل الكُلوي المزمن.

وقد تحدث آفات الخلايا العملاقة في الفكين نتيجة لفرط الدريقيات الثانوي للفشل الكُلوي (أو الغسيل الكُلوي المطول)، ويُؤدي إلى الآفات الفموية، أو الآفات الحالّة للعظم. ويتم الآن علاج المرضى المصابين بالفشل الكُلوي المزمن باستخدام مكملات فيتامين د ألفا الهيدروكسية الفعولة، لمنع فرط الدريقيات الثانوي.

ويجب توخّي الحذر الشديد عند وصف الأدوية لمرضى الفشل الكُلوي، وأكثر الأدوية أمنًا في استخدامها، هي تلك التي يتم تأيضها بشكل أولي بواسطة الكبد. وتحتاج جرعات الأدوية الأخرى إلى التعديل؛ لكي تعوّض إفراغ الكُلى المتناقص.

مرضى الكُلى الذين يخضعون للغسيل الكُلوي (الديال)

عندما يصل المرضى إلى مرحلة الفشل الكُلوي، التي تكون فيها وظيفة الكلية غير كافية؛ يتم تقييمهم للغسيل الكُلوي (الدِيال) (dialysis). والدِيال الدموي تقنية يتم من خلالها إزالة السُّمية من دم المريض، عن طريق تمريره عبر ماكينة. ويُتاح الوصول إلى الدورة الدموية للمريض بواسطة تعديل تحويلة شريانية وريدية، عادة تكون على الساعد. ويتناول المرضى الذين يعانون الدِيال الدموي عقار الهيبارين (heparin)، ومن الأفضل تأجيل قلع الأسنان، حتى على الأقل ١٢ ساعة، فيما بعد الدِيال الدموي. والوقت الأمثل لإجراءات الأسنان، يكون من ١٢ – ٢٤ ساعة بعد الدِيال الدموي، حيث يكون المرضى أيضًا شديدي الإنهاك مباشرة بعد الدِيال. وقد تصبح التحويلات الشريانية الوريدية المستقرة مُصابة بالعدوى؛ ولذلك تنصح العديد من الهيئات بالوقاية، باستخدام المضادات الحيوية عند القيام بعمل إجراءات فموية سنية، من المحتمل أن ينتج عنها تجرثم في الدم في مرضى الدِيال. أما بشأن أولئك المصابين بالفشل الكُلوي المزمن، فيجب توخِّي الحذر عند وصف الأدوية لهم. وقد سُجِّل أن مرضى الدِيال الدموي لديهم معدل عالي من الإصابة بالالتهاب الكبدى الوبائي B، والالتهاب الكبدي C. و لذلك، يتم عمل الفحوصات لمرضى الدِيال بشكل منتظم من أجل الكشف عن الالتهاب الكبدي الوبائى B، خاصة بعد تفشي العدوى القاتل للالتهاب الكبدي الوبائي بين هيئة العلاج و كذلك المرضى في الوحدات الكُلوية. وينبغي تدشين الاحتياطات العالمية لضبط العدوى المتبادلة لكل مرضى الأسنان، بصرف النظر عن حالتهم الطبية أو حالة المخاطر لديهم.

جدول (١٣,١٠). تدابير علاج الأسنان لمرضى الدِيال الدموي: بعض الاعتبارات الهامة.

الإفراغ المنقوص للأدوية بواسطة الكلية.
الميل للنزف.
العلاج بالهيبارين قبل الدِيال.
استعداد التحويلات الشريانية الوريدية للإصابة بالعدوى.
فقر الدم.
زيادة الإصابة بالالتهاب الكبدى الوبائى B، والالتهاب الكبدي C.
فرط ضغط الدم.

التوقيت الأمثل لمريض الكُلى عند القيام بعلاج الأسنان، يكون من ١٢–٢٤ ساعة بعد الدِيال الدموي.

openkan.com

وهناك شكل بديل من الدِيال، وهو الديال الصِفاقي الجوّال المستمر (continuous ambulatory peritoneal dialysis)، الذي لا يتطلَّب دخول المستشفى. وينبغي علاج الأفراد الذين يتبعون الدِيال الصِفاقي الجوال المستمر، كمرضى الدِيال الدموي، ولا يوجد لديهم مشاكل مرتبطة بالتحويلات الشريانية الوريدية والعلاج بالهيبارين. ومع ذلك، فإن مرضى الدِيال الصِفاقي الجوال المستمر يكونون على مخاطر من التهاب الصِفاق (peritonitis).

مرضى زرع الكُلية

يَمنح زرع الكُلية– إما من جثة متطابقة الأنسجة، وإما من أحد من أهل المريض المقربين– الأمل الأفضل في حياة طبيعية، ومع ذلك ينطوي على مشاكل، وتكون المشاكل أساسًا بسبب التأثيرات الجانبية للأنظمة الكابتة للمناعة، التي تُعطى لمنع رفض الكُلية المزروعة (جدول ١٣,١١). وكانت الجرعات الكبيرة من كورتيكوستيرويد في الماضي، تؤدِّي إلى مشاكل عظيمة قصيرة وطويلة المدى (انظر الفصل الثالث). ويتعرَّض مرضى زرع الكُلية لعدد من مشاكل التدبير العلاجي السني والطبي.

ويُستخدم سَيكلوسبورين (ciclosporin) بشكل واسع في كل فروع جراحة الزرع حتى الآن، وبشكل متناقض، فهو عقار سام للكُلية. والنمو المفرط للثة، مضاعفة معروفة جدًّا لتناول سَيكلوسبورين (شكل ١٣,٥)، ويمكن أن يحدث أيضًا مع تناول محصرات قنوات الكالسيوم، مثل نيفيديبين (nifedipine)، الذي يمكن أن يُوصف لفرط ضغط الدم المصاحب في كل مرضى الكُلى (انظر الفصل الرابع عشر). وقد أوضحت الدراسات الحديثة أن فرط تنسُّج اللثة، الذي يسبق عملية زرع الكُلى ؛ يبدو أنه يزداد بالعلاج بسَيكلوسبورين، ويؤدي إلى فرط نمو شديد فيما بعد عملية الزرع.

وقد تسبِّب كابتات المناعة التي تُعطى لمنع رفض الأنسجة عددًا من المضاعفات الفموية، بما في ذلك ظهور اللويحات البكتيرية (أو المبيضات)، وداء المبيضات الفموي واسع الانتشار، وعدوى فيروس الهربس البسيط (ثانويًّا)، والاستعداد لعدوى الأسنان، والأقل شيوعًا الطلوان الأشعر. وقد تشبه الآفات التي تظهر على شكل لويحات سطحية على المخاطية الفموية داء المبيضات الغشائي الكاذب الحاد (السلاق)، ويمكن أن تُزال عند كشطها بِشدة. ومن المعروف الآن، أن الكائنات المُعدية، قد تكون بكتيرية، مثل (المكورات العنقودية، والعقديات، والقولونيات)، ولن تستجيب للمعالجة بمضاد الفطريات. وتنمو هذه اللويحات فعليًّا في مزرعة نقية، وفي الآفات الملتصقة والشبيهة باللويحة. ويعتمد علاج هذه الآفات على المزرعة، وحساسية البكتيريا الافتراضية. وهناك أيضًا تسجيل للحدوث المتزايد لسرطان الفم في مرضى الكُلى، الذين يتناولون الأدوية الكابتة للمناعة. وقد سُجِّل أيضًا السرطان الذي ينشأ من فرط النمو اللثوي المُستحث من قِبل سَيكلوسبورين.

جدول (١٣,١١). المضاعفات الفموية لزرع الكُلى.

فرط نمو لثوي مُحرض من قِبل الأدوية (فرط التنسج).
لويحات بكتيرية وفطرية.
زيادة حدوث الأورام الفموية الخبيثة (تم ذكرها).
داء المبيضات الفموي.
عدوى فيروس الهربس البسيط (ثانوي).

شكل (١٣,٥). فرط تنسج اللثة المُستحث من قِبل سَيكلوسبورين في مريض زرع كُلى.

obeikandi.com

وما يزال الجدل قائمًا حول وجوب إعطاء مرضى زراعة الكُلى غطاء واقيًا من المضادات الحيوية عند القيام بعمل الإجراءات الفموية السنية، التي من المحتمل أن ينتج عنها تجرثم في الدم. ومن الأساسي أن يكون طبيب الأسنان على اتصال بفريق المريض الخاص بزراعة الكُلى، وكثيرًا منهم ينصحون بإعطاء غطاء واقٍ من المضادات الحيوية. وينبغي تجنُّب المضادات المِكروبية والأدوية الأخرى، التي تكون محتملة السمية للكُلى المزروعة. ويجب القيام بكل المحاولات الممكنة؛ للمحافظة على هؤلاء المرضى بأسنان صحيحة، وخالية من العدوى.

مناقشة الحالات ذات المشاكل

مناقشة حالة (١٣,١)

س ١: ما التشخيص الذى يجب استبعاده في حالة هذه السيدة؟ وما المظاهر الفموية الأخرى التي قد تجدها في هذه الحالة عند الفحص؟

التشخيص الأكثر احتمالاً في حالة هذه السيدة، هو النوع الحاد من ابيضاض الدم. وإذا حضرت المريضة وهي تحت المداواة، فمن المهم الوضع في الاعتبار ندرة المحببات المُستحثة من قِبل الأدوية. وكل من الشحوب والتعب مظهران لعوز الحديد، كما أن تاريخ الاستعداد للعدوى الراجعة، قد يكون موافقًا مع ابيضاض الدم. وسوف يُهيئ عوز الصفائح الدموية الثانوي (قلة الصفائح الدموية) إلى الكَدْم التلقائي للجلد، والنزف من اللثة. والنزف اللثوي التلقائي، كما تم ذكره من هذه المريضة غير اعتيادي- حتى في هؤلاء المرضى ذوي المستوى المتدني من صحة الفم- ويُعزِّز هذا الشك السريري في ابيضاض الدم. والعلامات الفموية الأخرى التي يجب فحصها، تتضمَّن الفُرفُرية، والحبرات الفموية، وتورُّم اللثة، أو العدوى والتقرح الفموي، والتورم المخاطي، وكذلك وجود دليل على العدوى الانتهازية، مثل داء المبيضات (جدول ١٣,٤) وقد يكون هناك أيضًا تضخُّم للعقد اللِمفية العنقية، إما نتيجة لالتهاب العقد اللِمفية الثانوي للعدوى الفموية وإما نتيجة (الأقل شيوعًا) للارتشاح الابيضاضي.

س ٢: كيف يمكنك مُعالجة هذه السيدة؟

يجب إحالة هذه المريضة فورًا لعمل عدّ دم كامل، وإذا كان ذلك متوافقًا مع تشخيصك السريري لابيضاض الدم، فحينئذ لابد أن تُحال المريضة إلى اختصاصي الدمويات؛ من أجل الفحوصات الإضافية والعلاج المناسب. وكإجراء مؤقت، يجب إعطاء هذه المريضة العلاج الملائم لحالتها الفموية. وذكرت هذه السيدة تقرُّح الفم، والذي يمكن علاجه باستخدام غسول فم مسكِّن أو مطهر، خاصة إذا كان ضبط اللويحة متدنياً. وينبغي أن تُعالج عدوى المبيضات بالمداواة بمضاد الفطريات الموضعي الملائم. ويُفضَّل في هذه المرحلة تجنُّب استخدام المضادات الحيوية، حيث إنها قد تُعقد التدبير العلاجي الطبي للسيدة. وعلى الجانب الآخر، ينبغي إخبار اختصاصي الدمويات، إذا كانت هناك دليل للعدوى الفموية السنية، التي ربما تحتاج إلى علاج قبل بدء العلاج النهائي لابيضاض الدم. وإذا كان هناك حاجة لقلع الأسنان، فيجب أن يتم ذلك في المستشفى؛ خوفًا من المضاعفات المحتملة الخطورة، مثل النزف المفرط فيما بعد القلع.

مناقشة حالة (١٣,٢)

س ١: كيف يمكنك التدبير العلاجي عند خلع الأسنان لهذا المريض المُعتل صحيًّا؟

وينبغي عمل ترتيبات للمريض بخصوص خلع الأسنان، على الأقل ١٢ ساعة بعد الدِيال الدموي، حيث يكون احتمال مشاكل النزف المحتملة والمرتبطة بالعلاج بالهيبارين أقل (حياة النصف للهيبارين تتراوح ما بين ٤- ٦ ساعات). وينبغي عمل فحص حديث لعدّ الدم الكامل؛ لاستبعاد قلة الصفائح

الدموية. وإذا لم يوجد مراسم (بروتوكولات) محلية مؤسسة للوقاية بالمضادات الحيوية قبل الجراحة في مرضى الديال الدموي، فحينئذ ينبغي الاتصال بوحدة الكُلى الخاصة بالمريض؛ طلبًا للنصيحة. كما ينبغي أن يُستخدم

التخدير الموضعي الروتيني لهذا المريض. وبعد خلع الأسنان، يُنصح أن تتم خياطة السنخ و/أو غرز شاش مُرقئ (قاطع للنزف)، والتحقق من عدم وجود نزف تالٍ للجراحة. وهذا الإجراء الوقائي مهم، حيث إن المريض قد يكون لديه ميل للنزف بعد الخلع. وينبغي مراجعة المريض، وعمل الترتيبات للعناية المنتظمة بالأسنان.

س ٢: ما التشخيص الأكثر احتمالاً للويحات البيضاء على المخاطية الفموية للمريض؟

من المحتمل أن هذه اللويحات البيضاء العابرة تُمثِّل التهاب الفم اليوريمي، وهي لا تتطلَّب أي علاج. وإذا أمكن إزالة هذه اللويحات بالحك، فقد تكون هذه اللويحات ناتجة من الإصابة بداء المبيضات الفموي أو ناتجة من الإصابة بالعدوى البكتيرية، وفي حالة داء المبيضات يُعالج المريض بعامل مجموعي مضاد للفطريات، مثل (فلوكونازول) (fluconazole)، . وسوف يُحدد العلاج الأمثل بعد القيام بعمل المزرعة والحساسية للمِكروبات الافتراضية.

مشروع

ما الأدوية التي ينبغي تجنُّبها للمرضى الذين يخضعون للدِيال الدموي؟

obeikandl.com

العوز المناعي، وفرط التحسس، والمناعة الذاتية، والتفاعلات الفموية تجاه المعالجة الدوائية

(Immunodeficiency, hypersensitivity, autoimmunity, and oral reactions to drug therapy)

- العوز المناعي (Immunodeficiency)
- فرط التحسس (Hypersensitivity)
- الوذمة الوعائية (Angioedema)
- عوز مثبط إنزيم إستراز C1 (C1 estrase inhibitor deficiency)
- المناعة الذاتية (Autoimmunity)
- التفاعلات الفموية تِجاه المعالجة الدوائية (Oral reactions to drug therapy)
  - مدى التفاعلات المعاكسة (Spectrum of adverse reactions)
  - التفاعلات الفموية تِجاه المضادات الحيوية (Oral reactions to antibiotics)
  - التفاعلات الفموية تِجاه ستيرويدات (Oral reactions to steroids)
  - المعالجة الدوائية وأنسجة حول السن (Drug therapy and the periodontal tissues)
  - الطفح الدوائي الثابت (Fixed drug eruptions)

obeikandi.com