

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

درسنامه

بیماری های دهان، فک و صورت

— گردآوری و تألیف —

دکتر سیده آسیه رحیمی

(متخصص بیماری های دهان، فک و صورت)

دکتر سید جواد کیا

(عضو هیئت علمی دانشگاه)

دکتر خاطره خیراللهی

(عضو هیئت علمی دانشگاه)

دکتر وحید موسوی

(عضو گروه R&D ماهان)



ماهان
موسسه دندانپزشکی

www.dmahan.ir

فهرست:

- فصل ۱ برکت ۲۰۲۱: ضایعات زخمی و تاولی ۵
- فصل ۴ برکت ۲۰۲۱: ضایعات سفید و قرمز مخاط دهان ۶۵
- فصل ۵ برکت ۲۰۲۱: پیگمانتاسیون مخاط دهان ۱۲۳
- فصل ۶ برکت ۲۰۲۱: ضایعات خوش خیم حفره دهان و فکین ۱۵۷
- فصل ۹ برکت ۲۰۲۱: بیماری‌های غده بزاقی ۱۸۳
- فصل ۲ فالاس ۲۰۱۸: اندوکاردیت عفونی ۲۴۱
- فصل ۳ فالاس ۲۰۱۸: فشار خون ۲۴۷
- فصل ۴ فالاس ۲۰۱۸: بیماری ایسکمی قلب ۲۶۳
- فصل ۱۲ فالاس ۲۰۱۸: بیماری‌های کلیوی ۲۷۳
- فصل ۱۴ فالاس ۲۰۱۸: دیابت ملیتوس ۲۸۳
- فصل ۱۶ فالاس ۲۰۱۸: بیماری‌های تیروئید ۲۸۹
- فصل ۱۷ فالاس ۲۰۱۸: سلامت زنان ۳۱۵
- فصل ۲۴ فالاس ۲۰۱۸: بیماری‌های اکتسابی و خونریزی دهنده ۳۳۹



زخم‌های منفرد	زخم‌های مزمن پمفیگوس	متعدد زخم‌های عود کننده دهانی	زخم‌های حاد متعدد
۱. آسیب‌های تروماتیک ایجاد کننده زخم‌های منفرد	۱. پمفیگوس ولگاریس (PV) ۲. پمفیگوس پرائنوپلاستیک (PNP)	۱. استوماتیت آفتی راجعه (RAS) ۲. بیماری بهجت (سندرم بهجت)	۱. عفونت‌های ویروس هرپس سیمپلکس ۲. عفونت‌های ویروس واریسلا زوستر ۳. عفونت‌های سیتومگالو ویروس ۴. عفونت اپشتین بار ویروس ۵. عفونت‌های کوکساکسی ویروس ۶. بیماری دست، پا و دهان ۷. ژنژیویت و پریودنتیت زخمی نکروز شونده ۸. اریتم مولتی فرم ۹. سندروم استیون جانسون (SJS) و نکرولیز توکسیک اپیدرمال (TENs) ۱۰. استوماتیت پلاسما سلی و واکنش‌های افزایش حساسیت دهانی
۲. گرانولوم زخمی تروماتیک (زخم اتوزینوفیلیک زبان)	۱. پمفیگوئید بولوز ۲. پمفیگوئید غشای مخاطی (MMP) ۳. بیماری IgA خطی (LAD) ۴. اپیدرمولیز بولوز اکتسابی (EBA)		
۳. زخم‌های عفونی			

فصل ۱ برکت ۲۰۲۱

ضایعات زخمی و تاولی

زخم‌های متعدد

بسیاری از ضایعات زخمی یا تاولی در مخاط دهان، نمای کلینیکی مشابهی دارند. با توجه به نازکی مخاط دهان، ترومایی مختصر سبب پاره شدن تاول‌ها می‌شود و با به جا گذاشتن ناحیه قرمز سائیده شده و تشکیل غشا فیبرینی زرد بر روی سطح سایش یافته، یک زخم به وجود می‌آید. به همین دلیل ضایعات زخمی و تاولی که نمای کاراکتریستیک (اختصاصی) در پوست دارند (مانند تاول‌های سفت پمفیگوئید بولوز)، در داخل دهان فاقد نمای اختصاصی و ویژه هستند.

تاریخچه‌گیری دقیق با در نظر گرفتن جزئیات ← اطلاعات تشخیصی به اندازه معاینات بالینی فراهم می‌کند ← هدایت پزشک طی معاینه بالینی

نکته: ۴ دسته اطلاعات جهت طبقه‌بندی سریع بیماری و تشخیص ساده ضایعات لازم است :

- مدت زمان حضور ضایعات (حاد یا مزمن بودن ضایعه)
- سابقه وجود ضایعات مشابه در گذشته (اولیه یا راجعه بودن بیماری)
- تعداد ضایعات موجود (منفرد یا متعدد)
- محل ضایعات

مرور کامل سیستم‌های بدن هر بیمار شامل پرسش در مورد ضایعات موجود بر روی پوست، چشم، ناحیه تناسلی، حلق، بینی و رکتال و بررسی علائمی مانند تب، دردمفاصل، ضعف عضلات

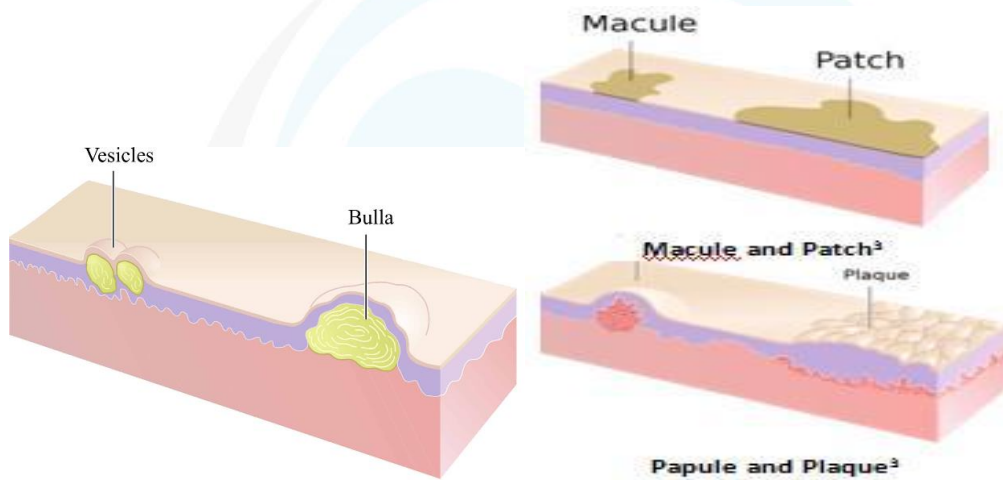


کلمات زیر جهت طبقه‌بندی و توصیف ماهیت ضایعات پوستی و مخاطی استفاده می‌شوند :

۱- ماکول ← مانند ماکول ملانوتیک دهانی، ضایعاتی صاف که به دلیل تفاوت رنگ از پوست یا مخاط مجاورشان متمایز هستند. می‌تواند به رنگ قرمز (به علت افزایش عروق خونی و التهاب) یا پیگمانته (به علت حضور ملانین، هموسیدرین و مواد خارجی مانند اجزای داروها) باشد.

۲- پاپول ← مانند ضایعات زرد و سفید در کاندیدای غشاء کاذب، ضایعات برجسته از سطح پوست یا مخاط با قطر کوچکتر از ۱ سانتی متر (گاهی برای ضایعات داخل دهانی قطر کمتر از ۰/۵ سانتی متر در نظر گرفته می‌شود). سطح برجستگی می‌تواند گنبدی یا صاف باشد.

۳- پلاک ← اساساً پاپول‌های بزرگ است. ضایعات برجسته سطحی با قطر بزرگ تر از ۱ سانتی متر.



۴- ندول ← مانند فیبرومای تحریکی، ضایعات تشکیل شونده در عمق مخاط. این ضایعات با تشکیل ساختار گنبدی مشخص از سطح مخاط برجسته می‌شوند.

۵- وزیکول ← تاول‌های کوچک محتوی مایع شفاف با قطر کمتر از ۱ سانتی متر

۶- بول ← تاول‌های برجسته محتوی مایع شفاف با قطر بزرگتر از ۱ سانتی متر

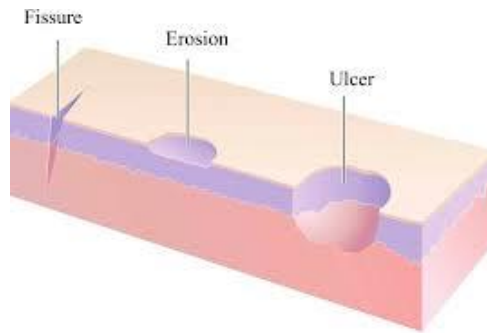
۷- اروژن ← نباید با زخم‌ها که پوشیده شده از غشای زرد فیبرینی هستند، اشتباه شود. اروژن ضایعات قرمز ناشی از پارگی وزیکول و بول و یا تروما است. عموماً روی سطح پوست مرطوب است. همچنین می‌تواند از نازک شدن و آتروفی اپی تلیوم در بیماری‌های التهابی مانند لیکن پلان ایجاد شود.

۸- پوستول ← تاولهای محتوی مواد چرکی و دارای نمای زرد رنگ.

۹- زخم‌ها ← مانند زخم آفتی، ضایعاتی با حدود مشخص، گاهی فرو رفته با یک نقص اپی تلیالی، پوشیده شده توسط غشای فیبرینی به رنگ سفید مایل به زرد.

۱۰- پورپورا ← تغییر رنگ‌های قرمز مایل به بنفش ناشی از نشت خون از عروق به داخل بافت همبنداست. در صورت وارد آوردن فشار بر روی ضایعات، سفید نمی‌شوند. نحوه افتراق پورپورا از پتشی و اکیموز بر اساس سایز آنها :

- پتشی : کوچکتر از ۰/۳ سانتی متر
- پورپورا : ۰/۹-۰/۴ سانتی متر
- اکیموز بزرگتر از ۱ سانتی متر



ضایعات حاد متعدد

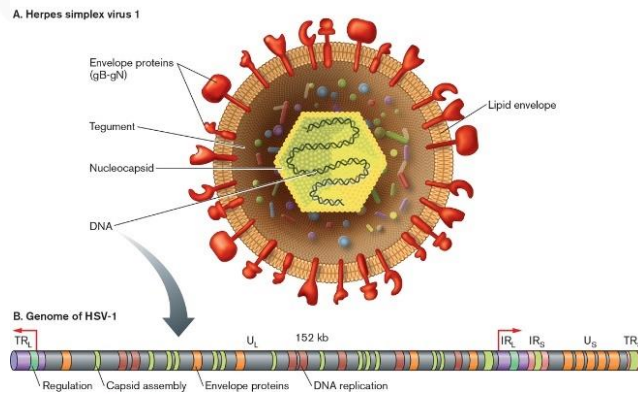
بیماری‌های اصلی ایجاد کننده زخم‌های متعدد حاد در دهان شامل:

- استوماتیت ویروسی و باکتریال
- واکنش‌های آلرژیک و افزایش حساسیت (به ویژه اریتم مولتی فرم و استوماتیت آلرژیک تماسی)
- ضایعات ناشی از داروها مانند شیمی درمانی برای سرطان‌ها

عفونت‌های ویروس هرپس سیمپلکس اتیولوژی و پاتوژنز

خانواده هرپس ویروس‌ها شامل هشت ویروس مختلف هستند و ساختاری مشترک دارند.

- ۱- هسته داخلی شامل ژنوم ویروس ۲ - نوکلئوکپسید چندوجهی ۳-Tegument (ماده چسبناک) ۴- پوشش خارجی لیپیدی در برگیرنده گلیکوپروتئین ویروسی که از غشای سلولی میزبان مشتق شده است.
- ۲- HSV یک α هرپس ویروس است و ۵۴ درصد بزرگسالان بین ۱۴ تا ۴۹ سال در آمریکا نسبت به آن سروپوزیتیو هستند.



عفونت‌های بالای کمر در اثر ۱- HSV و عفونت‌های زیر کمر توسط ۲- HSV ایجاد می‌شوند. با تغییر رفتارهای جنسی احتمال کشت ۲- HSV از ضایعات دهانی و بالعکس وجود دارد.

عفونت اولیه از طریق تماس با ترشحات عفونی آلوده به ویروس و تلقیح ویروس از راه مخاط، پوست و یا چشم ایجاد می‌شود. سپس ویروس در طول آکسون‌های اعصاب حسی حرکت می‌کند و یک عفونت مزمن نهفته در گانگلیون حسی (مانند گانگلیون تری ژمینال) ایجاد می‌شود.



ضایعات راجعه لبها به علت نهفته ماندن ویروس در سلول‌هایی غیر از سلول‌های عصبی، مانند اپیتلیوم ایجاد می‌شوند. مکانیسم ایجاد ضایعات راجعه HSV: فعال شدن مجدد ویروس در محل‌های نهفتگی و حرکت مرکزگرای (centripetal) آن به سمت سلول‌های اپی تلیالی پوست یا مخاط و آلوده کردن سلول‌های اپی تلیالی و ایجاد زخم و تاول‌های موضعی. شایع‌ترین محل‌های عفونت: مخاط دهان، مخاط تناسلی و چشم. عفونت HSV در قرنیه (کراتیت): یکی از علل عمده نابینایی در جهان می‌باشد.

نوع ویروس	عفونت اولیه	عفونت راجعه	ضایعات راجعه در میزبان با ایمنی مختل
هرپس ویروسی ۱	ژنژیواستوماتیت، کراتوکونژنکتیویت، ضایعات پوستی و ژنتیال	هرپس لبیالی (cold sores) زخم‌های داخل دهانی، کراتوکونژنکتیویت، ضایعات پوستی و ژنتیال	زخم‌های غیرمعمول در هر محل از پوست و مخاط که معمولاً بزرگ و مقاوم هستند عفونت منتشر
هرپس ویروسی ۲	ضایعات پوستی و ژنتیال، ژنژیواستوماتیت، کراتوکونژنکتیویت، عفونت‌های نوزادی، مننژیت آسپتیک	ضایعات پوستی و ژنتیال، ژنژیواستوماتیت، مننژیت آسپتیک	زخم‌های بزرگ و مقاوم و غیرمعمول در هر سطح پوستی مخاطی، عفونت منتشر
ویروس واریسلا زوستر	واریسلا (آبله مرغان)	زونا (shingles)	عفونت منتشر
ویروس سیتومگال	مونونوکلئوز عفونی، هپاتیت، بیماری مادرزادی		التهاب شبکیه، التهاب معده روده ای، هپاتیت، زخم‌های دهانی شدید
ویروس اپشتن بار	مونونوکلئوز عفونی، هپاتیت، آنسفالیت		لکوپلاکای موئی، بیماری‌های لنفوپرولیفراتیو زخم‌های پوستی مخاطی
ویروس هرپس ۶	Roseola infantun، التهاب گوش میانی، آنسفالیت		تب، سرکوب مغز استخوان
ویروس هرپس ۷	Roseola infantun،		
ویروس هرپس ۸	مونونوکلئوز عفونی، گزانتوم تب دار		سارکوم کاپوسی، بیماری‌های لنفوپرولیفراتیو، سرکوب مغز استخوان

herpes whitlow ← عفونت ناشی از ۱ - HSV یا ۲ - HSV در انگشتان، در شرایط تلقیح ویروس از مسیر یک گسیختگی در پوست انگشتان دست. در گذشته و پیش از رایج شدن استفاده از دستکش یک آسیب شغلی شایع در حرفه دندانپزشکی محسوب می‌شد. سایر عفونت‌های ناشی از ۱ - HSV: ۱ - هرپس گلا دیاتوروم (عفونت پوستی انتقال یابنده از طریق ورزش کشتی) ۲ - آنسفالیت هرپسی ۳ - ازوفازیت هرپسی ۴ - پنومونی ناشی از HSV ۵ - عفونت نئوناتال ۶ - عفونت منتشر

که نکته: نقش HSV در اریتم مولتی فرم: HSV به عنوان یک فاکتور اتیولوژیک مهم در اریتم مولتی فرم مطرح است.

نقش hsv در فلج bell: hsv در مایع اندونوریال ۷۷ درصد مبتلابان به فلج Bell یافت شده است. بروز نتایج مثبت در درمان فلج بل هنگام تجویز داورهای ضد ویروسی (مخصوصاً کورتیکواستروئیدها) در طی ۴۸ ساعت اول ← حمایت از نظریه تأثیر HSV در پاتوژنز فلج Bell



هر چند مطالعات اخیر نشان داده‌اند حدود ۶۰ درصد مبتلایان به فلج بل با HHV6 مرتبط بوده است و HSV تنها در ۱۳ درصد موارد نقش داشته است.

تظاهرات کلینیکی

ژنژیواستوماتیت اولیه

اکثر عفونت‌های اولیه HSV - ۱ تحت بالینی است و بروز آنها در کودکان، نوجوانان (بدون علامت بالینی عمده) سیر بیماری: یک دوره پیش‌رس به مدت یک تا سه روز به همراه تب، از دست دادن اشتها، ناخوشی و درد عضلانی. امکان همراهی این علائم با سردرد و تهوع، تغذیه نامناسب به علت وجود احساس درد در دهان، امکان نیاز به بستری شدن بیمار جهت آبرسانی. در افراد سالم خودمحدودشونده و مانند همه بیماری‌های ویروسی معمول، ضایعات طی ۱۰-۱۴ روز بر طرف می‌شوند.



سایر یافته‌های دهانی

چند روز بعد از علائم پرودرومال، بروز آریتم و زخم‌ها و تاول‌های خوشه‌ای در مخاط کراتینیزه کام سخت، لثه چسبیده و سطح دورسال (پشتی) و مخاط غیرکراتینیزه باکال، لیبیال، سطح شکمی زبان و کام نرم. پاره شدن سریع وزیکول‌ها و تشکیل زخم‌هایی به سایز ۱-۵mm و به هم پیوستن زخم‌ها و تشکیل زخم‌های بزرگتر با حاشیه کنگره‌ای و آریتم مشخص در اطراف آنها.

لثه غالباً آریتماتوز و دهان به شدت دردناک می‌شود ← ایجاد تداخل با غذا خوردن، فارنژیت سبب ایجاد اشکال در بلع می‌شود.

نکته: HSV اولیه در بالغین از الگوی مشابه ابتلا و سیر بیماری در کودکان تبعیت می‌کند.

عفونت دهانی (recrudescent) HSV راجعه

فعالیت مجدد ویروس HSV می‌تواند منجر به ریزش بدون علامت ویروس به داخل بزاق و سایر ترشحات شود که خود یک ریسک فاکتور عمده برای انتقال ویروس است و توانایی ایجاد زخم دارد.

ریزش بدون علامت HSV: فاقد علائم و نشانه‌های سیستمیک بوده و در ۱۰-۸ درصد بیماران دندانپزشکی رخ می‌دهد.

واژه مناسب برای ایجاد زخم به دنبال فعال شدن مجدد HSV: عودکننده (recrudescent).

فاکتورهای تحریک کننده فعالیت مجدد HSV: تب، اشعه ماوراء بنفش، تروما، استرس و قاعدگی می‌باشند.



فصل ۶ برکت ۲۰۲۱

ضایعات خوش خیم حفره دهان و فکین

واربازیون های نرمال

توروس / اگزوستوز

تجمعات لنفوئیدی فاقد کپسول

دانه های فوردایس

ضایعات خوش خیم بافت نرم

ضایعات التهابی / واکنشی برجسته بافت نرم

فیبروم تحریکی

هایپرپلازی التهابی فیبروز بافت نرم / اپولیس فیشراتوم

گرانولوم پیوژنیک و تومور بارداری

فیبرومای اسفیه و سمنتفیه محیطی

ژانت سل گرانولومای محیطی

ندولار فاسیایتیس

میوزیت پرولیفراتیو و میوزیت کانونی

افزایش حجم لته واکنشی

تومورهای خوش خیم بافت نرم

تومورهای اپلی تلیالی

آنومالیهای عروقی

ضایعات نوروزنیک

لیپوما

تومورهای عضله

ضایعات خوش خیم بافت سخت

ضایعات فیبرواسئوس خوش خیم

دیسپلازی فیبرو

فیبرومای اسفیه

دیسپلازی سمنتواسئوس

هیستئوسیتوزیس سلول لانگرهانس (هیستئوزیس X)

ضایعات ژانت سل استخوان

گرانولوم سلول ژانت مرکزی

کیست استخوانی آنوریسمال

چروبیسم

بیماری استخوانی پاژت (استئیت دفرمان)

کیستهای فکین و بافت نرم مجاور

کیستهای ادنتوژنیک

کیستهای غیر ادنتوژنیک

کیستهای کاذب



تومورهای ادنتوژنیک

تومورهای اپیتلیالی ادنتوژنیک

تومورهای ادنتوژنیک مزانشیمی

تومورهای ادنتورنیک میکسد

تومورهای غیرادنتوژنیک خوش خیم فکین

استئوماها و سندرم گاردنر

استئوبلاستوما و استئوئید استئوما

فیبرومای دسموپلاستیک

۱- کدام ضایعه در اثر ویروس پاپیلومای انسانی ایجاد نمی‌شود؟

- (۱) اسکواموس پاپیلوما
- (۲) فوکال اپی تلیال هایپرپلازی
- (۳) کندیلوما آکومیناتوم
- (۴) مولوسکوم کنتازیوزوم

۲- کدامیک از ضایعات التهابی فقط روی لثه ایجاد می‌شود؟

- (۱) Peripheral Giant Granuloma
- (۲) Pyogenic Granuloma
- (۳) Irritation Fibroma
- (۴) Proliferative Myositis

۳- ژنژیویت محدود به ناحیه قدام لثه‌ای در بیمار با بهداشت دهانی مطلوب، در کدام وضعیت مشاهده می‌شود؟

- (۱) مصرف دارو
- (۲) تنفس دهانی
- (۳) بارداری
- (۴) کمبود ویتامین C

۴- آقای ۶۳ ساله به دلیل تغییر رنگ کام سخت که اخیراً متوجه شده، مراجعه نموده است. در نمای بالینی، در سمت چپ کام یک پچ قهوه‌ای - سیاه با حدود نامنظم که در قسمت‌هایی دارای نقاط پیگمانته اقماری است. مشاهده شد. بیمار

سابقه بیماری خاص و یا مصرف داروی خاصی و یا سیگار نمی‌دهد. محتمل‌ترین تشخیص کدامست؟

- (۱) ملانوم مخاطی
- (۲) ملانواکانتوما
- (۳) خال ملاتوسیستی
- (۴) سارکوم کاپوزی

(کتاب ملی بیماری‌های دهان و فک و صورت)

۵- نمای بالینی کدام ضایعه برجسته می‌تواند مقلر یک ضایعه بدخیم باشد و بررسی میکروسکوپی بافت ضرورت دارد؟

- (۱) اسکواموس پاپیلوما
- (۲) آپولیس گرانولوماتوزوم
- (۳) ژانت سل گرانولوم محیطی
- (۴) موکوسل



۶- احتمال بروز افزایش حجم فیبروتیک لثه در مصرف کدام دارو کمتر است؟

- (۱) فنی توئین
- (۲) سیکلوسپورین
- (۳) دیلتیازم
- (۴) نفیدپین

۷- لنفانژیوما در زبان با تمام ضایعات در تشخیص افتراقی قرار می‌گیرد، بجز:

- (۱) شوانوما
- (۲) نوروفیروماتوزیس
- (۳) همانژیوما
- آملوئیدوزیس

بیشتر موارد ذکر شده در این فصل، نئوپلاسم واقعی نیستند و دلایل متعددی برای ایجاد آنها ذکر شده است. اگر درمان نشوند، بعضی از آنها می‌تواند منجر به تخریب و دفرمیتی وسیع شود اما بعضی از آنها ممکن است اثرات کمتری داشته باشند، هر چند عملکرد دهانی را مختل می‌کنند. یکی از موارد مهم در خصوص ضایعات خوش خیم حفره دهان و فک تعیین ماهیت خوش خیم آنها و افتراق آنها از نئوپلاسم‌های بدخیم تهدید کننده حیات می‌باشد. تعیین این موضوع با قطعیت توسط معاینه میکروسکوپی بافت برداشته شده، انجام گیرد. بیویسی قدمی مهم در تشخیص و کنترل این ضایعات است.

واریاسیون‌های نرمال

تغییرات و تنوعات ساختاری حفره دهان و فک گاهی با ضایعات پاتولوژیک اشتباه گرفته می‌شوند. اما معمولاً به راحتی تشخیص داده می‌شوند و بیوپسی به ندرت لازم است. تا زمانیکه تنوعات نرمال را نشناسیم، شناخت ناهنجاری مقدور نیست. مثال این تغییرات ساختاری: توروس‌ها، بزرگ شدن پایی مجرای استنسون، نقاط فوردایس و واریس‌های زیر زبانی در افراد مسن می‌باشد.

اگزوستوزها / توروس‌ها

اتیولوژی و پاتوژنز

به عنوان واریاسیون‌های ساختاری نرمال در نظر گرفته می‌شوند. اتیولوژی چندعاملی دارند. عامل اصلی، ژنتیک است. شواهد قوی در حمایت از اینکه عادات پارافانکشنال یا براکسیزم به عنوان علت ضایعه باشد، وجود ندارد. رشد توروسها و اگزوستوزها بسیار متغیر است. معمولاً در ابتدا دوره رشدی آرامی دارند و سپس رشد ناچیزی دارند؛ این الگوی رشد نشان می‌دهد که ضایعه ماهیت التهابی یا نئوپلاسمی ندارد.

اپیدمیولوژی

فراوانی متغیر از ۵ تا ۳۰٪ بسته به جوامع مختلف مطالعات کوچکتر که از گزارش شده است. در مطالعات کوچکتر که از کستهای دندان، برای ارزیابی توروس‌ها و اگزوستوزها استفاده شده است، فراوانی آن بیش از ۵۰٪ است شروع آن در هر سنی ممکن است اما بیشتر در دهه سوم و بروز آن بدون تمایل جنسیتی است.

نمای بالینی و بافت‌شناسی

اگزوستوزها به صورت افزایش حجم ندولار موضعی استخوان کورتیکال در میدلاین کام (توروس پالاتینوس)، و در سمت لینگوآل فک پایین (توروس مندیبولاریس)، و در سمت باکال سایر نقاط فکین (تصویر ۱-۶). بجز توروس پالاتینوس، سایر اگزوستوزها نمای دوطرفه دارند. معمولاً کوچک اند. به ندرت آنقدر بزرگ هستند که با عملکرد دهانی تداخل دارند. از نظر بافت‌شناسی، توروس‌ها شامل لایه‌هایی از استخوان متراکم کورتیکال که توسط پریوستوم و لایه اپی‌تلیوم با حداقل توسعه رت پگها پوشیده شده است.



تشخیص افتراقی

افتراق اگزوستوز در وجه باکال ماگزایلا و مندیبل از افزایش حجم ثانویه به بیماریهای استخوانی همانند فیبروز دیسپلازی و بیماری پاژه می‌بایست صورت گیرد.

درمان

درمان خاصی نیاز ندارند مگر هنگامی که مشکل مکانیکی در ساخت دنچر و تراماتیزه شدن بعلت وضعیت برجسته و لایه پوشاننده نازک، ایجاد شود که در نتیجه ممکن است زخم‌هایی در سطح آن ایجاد شود که دیر بهبود می‌یابد. در مواردی که ملاحظات مکانیکی وجود دارد، برداشت جراحی توروس انجام می‌شود.

تجمعات لنفوئیدی فاقد کپسول

اتیولوژی و پاتوژنز

جزئی از ساختارهای طبیعی در نظر گرفته می‌شوند، اما از لوزه‌های کامی و زبانی مجزا هستند. بخشی از حلقه والدایر هستند ممکن است با افزایش اندازه باشند که در نتیجه فرآیند خوش خیم (واکنشی) یا ناشی از نئوپلاسم‌های لنفوئیدی (لنفوماها) است

نمای بالینی

در قسمت خلفی طرفی زبان (تصویر ۲-۶)، چین لوزه‌های قدامی، کام نرم و سطح پشتی زبان واقع است. خصوصیات بافت شناسی بر پایه نمای بافت، نمای سلولی و ایمونولوژی توصیف شده است.



Figure 6-2 Right posterolateral tongue revealing a prominent foliate papilla region containing unencapsulated lymphoid aggregates. A similar presentation was seen on the left side.

تشخیص افتراقی

نمای بالینی آن ممکن است با بدخیمی اشتباه گرفته شود.

درمان

درمان خاصی لازم نیست، مگر اینکه که تجمعات به صورت یک طرفه باشند و بزرگ شدن پیش رونده داشته باشند که در این شرایط پیویسی جهت رد کردن (rule out) بدخیمی انجام می‌شود.



دانه‌های فوردایس

اتیولوژی و پاتوژنز

دند چربی نابجا هستند و مشخص نیست چرا در برخی از افراد وجود دارند. ارتباط بین افزایش چربی خون و دانه‌های فوردایس اثبات نشده است.

اپیدمیولوژی

شایع است و در ۸۰٪ بیماران دیده می‌شود.

نمای بالینی

شایع‌ترین مکان مخاط باکال و ورمیلیون لب است.

درمان

درمان خاصی نیاز ندارد. در بیمارانی که حساسیت زیادی بر دانه‌های فوردایس ورمیلیون لب دارند و زیباییشان مختل شده است، جراحی انجام می‌شود.

ضایعات خوش خیم بافت نرم

هایپرپلازی التهابی / واکنشی بافت نرم

واژه تومورهای التهابی / واکنشی بافت نرم برای توصیف دامنه وسیعی از ضایعات برجسته مخاط دهان که از نظر بافت شناسی نمای فیبروز التهابی و بافت جوانهای دارند استفاده می‌شود. اکثر این ضایعات به صورت محیطی در سطوح مخاط دهان رخ می‌دهند که ۱- در واکنش به ترومای ناشی از جویدن (از جمله ترومای ناشی از دنجر با تطابق نامناسب، گازگرفتن، یا تماس با دندان شکسته که نوک تیز دارد)؛ ۲- مرتبط با محرک‌های التهابی مزمن (مثل اورهنگ ترمیم، جرم)؛ ۳- بعضی ضایعات که با هورمون‌ها یا داروها مرتبط هستند تعداد و اندازه این ضایعات واکنشی هایپرپلاستیک، بسته به درجه التهاب و پاسخ ترمیمی، متغیر است ۱- بعضی ضایعات، به طور غالب از افزایش رشد سلول‌های اپیتلیالی و تنها اندکی استرومای بافت همبند تشکیل شده اند. ۲- بعضی ضایعات، فیبروماتوز هستند و لایه اپیتلیال پوشاننده نازک دارند و می‌توانند ویژگی‌های آنژیوماتوز، دسموپلاستیک (مملو از کلاژن)، یا فیبروبلاستیک نشان دهند. در بسیاری از ضایعات، نمونه‌هایی از این الگوهای بافت شناسی نشان داده شده اند.

بعضی از هایپرپلازیهای التهابی مثل بافت اسکار، با گذشت زمان، نمای بالغ و کمتر عروقی پیدا می‌کنند (کمرنگ و یا انعطاف کمتر هستند) و کلاژن بیشتر دارند (سفت تر و کوچک تر)، اما بعضی از هایپرپلازیها تا زمانیکه وجود دارند، پتانسیل پرولیفراتیو بالایی برای رشد آگروفیتیک و برجسته دارند. این تنوع نمای بافت شناسی، خود را به صورت گستره وسیعی از نمای بالینی در ضایعات هایپرپلازی التهابی بروز می‌دهد.

اگر در زمانیکه ضایعه برداشته شود، عامل محرک مزمن نیز، حذف شود، اکثریت ضایعات هایپرپلازی التهابی عود نخواهد داشت. بنابراین ماهیت خوش خیم این ضایعات اثبات می‌شود.

فیبروم تحریکی

اتیولوژی و پاتوژنز

به علت تروما مثل گاز گرفتن لب یا گونه ایجاد می‌شود