

أكياس الفم

I- Non odontogenic cysts	I- أكياس تطورية لاسنية المنشأ :
1- Globulomaxillary cyst	1- الكيس الفكي العلوي الكريوي
2- Nasolabial cyst	2- الكيس الأنفي الشفوي .
3- Median mandibullary cyst	3- الكيس الفكي السفلي المتوسط
4- Nasopalatin canal cyst	4- كيس القناة الحنكية الأنفية
II- Soft tissue cysts of the neck	II- أكياس النسيج الرخوة في العنق :
1- Branchial cyst	1- الكيس الغلصمي
2- Dermoid cyst	2- الكيس المشبه بالجلد .
3- Thyroglossal tract cyst	3- كيس القناة الدرقية اللسانية
II- Pseudocysts	III - الأكياس الكاذبة :
1- Aneurysmal bone cyst .	1- كيس أم الدم العظمية
2- Traumatic(simple) bone cyst	2- كيس العظم الرضية
3- Static bone cyst .	3- أكياس العظم السكونية
4-Focal osteoporotic bone defect	4- حثل نقي العظم الانحلالي الموضع
IV- Odontogenic cysts	IV - الأكياس السنية المنشأ :
1- Radicular cyst (Periapical cyst)	1- الكيس الجذري (حول ذروي)
2- Dentigerous cyst	2- الكيس السني التاجي :
A- Eruption cyst	أ- الكيس البزوعي

3- Lateral peri-dental cyst	3- الكيس الحول سني الجانبي
4- Gingival cyst of the newborn	4- الكيس اللثوي (حديثي الولادة) الرضي
5- Odontogenic keratocyst	5- الكيس القرني السني المنشأ
6- Calcifying odontogenic cyst (C.O.C)	6- الكيس المتكلس السني المنشأ .

I- الأكياس التطورية اللا سنية المنشأ Non odontogenic cysts

1- كيسة الفك العلوي الكريوية Globulomaxillary cyst

اعتبرت كيسة الفك العلوي كيسة شقية تطورية وفقاً لنظرية تقول بانغماد الظهارية داخل خط الإغلاق الجنيني ثم حدوث التنكس الكيسي اللاحق . وقد بينت الدلائل التي ظهرت مؤخراً على أن هذا النوع من الكيسات قد يشق من ظهارية سنية المنشأ متوضعة بين القاطع الجانبي في الفك العلوي والناناب .

إن المبادئ الجنينية الحديثة تؤكد على أن التحام النواتئ الحنكية الثانوية هي الظرف الوحيد الذي يسمح بانفصال الظهارية السطحية والذي لا يتعلق تشريحياً بهذه الكيسة خاصة .

المظاهر السريرية :

تظهر هذه الكيسات شافة شعاعياً ومحددة الحواف وغالباً تؤدي إلى انحراف جذور القاطع الجانبي للفك العلوي والناناب . وبافتراض أن السن يكون حيوياً يجب أن تنفى الكيسات الجذرية أو الورم الحبيبي الذروي المتوضع بشكل شاذ . تختلف الأعراض من تلك التي تترافق مع بعض الكيسات الحول ذروية إلى عدم وجود أية أعراض سريرية.

التشريح المرضي النسيجي :

يمكن أن يختلف التركيب النسيجي من حالة إلى أخرى وبشكل عام يتألف الجدار من نسيج ضام ليفي يحتوي على بعض الغدد المخاطية ومرتشحا ببعض الخلايا الالتهابية من النوع المزمن (لمفاوية ومصورية) هذا الجدار يكون مبطناً ببشرة أسطوانية مهدبة مطبقة تطبقاً موهما .

الإنذار والعلاج :

العلاج هو استئصال الكيسة وتجريف العظم المحيط وإذا كان السن المحيط غير حي يجب إجراء معالجة لبية سنوية ملائمة وإن الاستئصال الجراحي للكيسة في الحالات التي يوجد فيها سن حي في الحقل الجراحي يمكن أن يحتم إجراء معالجة لبية قبل الجراحة لكي نتجنب المضاعفات بعد العملية .
تختلف معدلات النكس بشكل نسبي تبعاً للكيان النوعي المشخص نسيجياً فمثلاً الكيسة المتقرنة السنوية المنشأ لها قدرة كامنة على النكس بشكل ملحوظ أكثر من الكيسة الجذرية وإذا وجد ورم سني المنشأ مثل AOT أو ورم مخاطي سني المنشأ مرافق لها فإن الإنذار مختلف تماماً .

2- الكيسات الأنفية الشفوية Nasolabial cyst

كانت هذه الكيسات قد نُعت بشكل غير دقيق الكيسات الأنفية السنخية وهذا التعريف غير ملائم لأن الكيان ليس لكيسة حقيقية للفك العلوي وإنما كيسة أنسجة رخوة بدون إصابة السنخ ولذلك فإن من الأفضل أن تدعى الكيسة الشفوية الأنفية .
الأسباب والأمراض :

إن إمرضياتها غير واضحة على الرغم من أنها اعتبرت في الماضي بأنها تنشأ من اكتناف بشروي في موضع الالتحام بين المواضع الكروية للنواتئ الفكوية العلوية والأنفية الجانبية .
والإمرضيات الأكثر قبولاً حالياً فإنها تتعلق بالتطور من الموضع السفلي والأمامي للقناة الدمعية الأنفية .

لقد سُعر بأن هذه الكيسة تنشأ من بقايا من حبل الخلايا الصلبة الذي يَشكَل في النهاية الذيلية للقناة الدمعية الأنفية . هذا وإن الجزء الأمامي الأخفض للقناة الناضجة يمكن أن ينتج كيسة الأنسجة الرخوة هذه وإن حدوث الكيسات الشفوية الأنفية ثنائية الجانب يساهم في دعم هذه النظرية الخاصة للمنشأ التطوري .
المظاهر السريرية :

هذه الكيسة هي آفة نادرة ترتفع قمة حدوثها في العقد الرابع والخامس من العمر مع ميل لإصابة النساء بنسبة 4 إلى 1 . وإن العلامة السريرية الأساسية لها هي تورم الأنسجة الرخوة والذي يمكن أن يوجد في المنطقة النابية .

أحياناً يمكن أن يعاني المريض من عدم ارتياح أو من درجات بسيطة من الشعور بانسداد أنفي . يمكن أن توجد الكتلة داخل الفم في الثنية الشدقية المخاطية بقوام طري إلى عجيني . إذا تركت الكيسة بلا علاج فإنها ستستمر بالنمو بمعدل بطيء وأخيراً فإنها ستخرب جناح الأنف من الناحية الجانبية والعلوية .

شعاعياً : ينجم الامتصاص العظمي من الارتشاف الناجم عن الضغط على طول الواجهة الشفوية للفك العلوي الأمامي .

التشريح المرضي النسيجي :

يتألف جدار الكيسة من نسيج رخو ليفي ناضج مع كميات مختلفة من التوضعات الكولاجينية . أما البطانة الظهارية فهي من النمط الأسطواني المطبق طبقاً كاذباً مع أعداد ضخمة من خلايا كوبلك . ويمكن أن يوجد في قلة من الحالات بشرة شائكة مطبقة مع بشرة مكعبة .

التشخيص التفريقي :

يمكن أن توجد كيسة جذرية بالصدفة كتورم داخل الثنية المخاطية الشدقية ولن الاختبارات الحيوية للسن المتأخم تكون مساعدة في هذه الحالة ويمكن أن يوجد أيضاً وبشكل نادر الكيسات سنوية المنشأ من النمط الالتهابي بهذا الشكل . هذا ويجب نفي أورام الغدد اللعابية، الكيسات الجلدية، والكيسات الدهنية .

الإنذار والعلاج :

يتم التدبير بالاستئصال الجراحي ، وفي الحالات غير المختلطة فإن أعراضه المترافقة بهذا الإجراء قليلة والنكس غير متوقع .

3- كيسة الفك السفلي المتوسطة Median mandibullary cyst

اعتبرت هذه الكيسة فيما مضى كيسة شقية كما وجدت بالنسبة للكيسة الفكوية العلوية الكروية . ولن المور لهذا الاعتبار كان مبنياً على أساس حدوث انغماد بشروي ضمن الخط المتوسط للفك السفلي أثناء التحام النواتئ لكلا جانبي القوس الفكوية السفلية.ولقد لوحظت في هذه المنطقة كيسات جذرية ، وكيسات حول سنوية جانبية وكيسات قرنية سنوية المنشأ وكيسات متبقية . إن اكتشاف خلايا مخاطية وبشرات مهدبة في الكيسات الموجودة على الخط المتوسط للفك السفلي لا يستبعد المنشأ السني المنشأ لأن كلا الخلايا البشرية المهدبة وعناصر الخلايا المخاطية يمكن أن يوجد في الكيسات السنوية المنشأ في الفكين العلوي والسفلي .

4- كيسة القناة الأنفية الحنكية Nasopalatin canal cyst

يمكن أن تتوضع هذه الكيسة المعروفة أيضاً باسم كيسة القناة القاطعة داخل القناة الأنفية الحنكية أو داخل الأنسجة الرخوة الحنكية في نقطة انفتاح القناة (في هذا الموقع تدعى الكيسة بكيسة حليلة الحنك)

الاتجاه المتنامي الآن هو أن تعتبر كل الكيسات التطورية على الخط المتوسط للفك العلوي كيسات القناة الأنفية الحنكية وبهذه الوسيلة تشمل ما يدعى بالكيسة الحنكية المتوسطة .
يجب أن نفرق كيسة القناة الأنفية الحنكية عن الكيسة السنخية المتوسطة النادرة والتي تتواجد في النائي السنخي أمام القناة القاطعة هذه الكيسة تمثل كيسة سنخية المنشأ . من الممكن أن تكون هذه الكيسة كيسة بدئية المنشأ .

الأسباب والإمراضيات :

إن تطور كيسة القناة الأنفية الحنكية يتعلق بوجود بقايا بشروية للقنوات الحنكية الأنفية المزدوجة داخل القناة القاطعة . تتشكل القناة نتيجة لالتحام طليعة الفك العلوي مع النواتئ اليسرى واليمنى للحنك . يقع المخرج التشريحي للقناة إلى الخلف من الحليمة القاطعة .

إن السبب الأكيد لتشكل الكيسة هو تكاثر الخلايا البشرية من البقايا البشرية للقناة الحنكية الأنفية. بالإضافة إلى النظريات الإمراضية التي تتعلق بالإنتانات الجرثومية والرضوض التي تتبته تكاثر البقايا الظهارية .

لقد اقترح بأن وجود الغدد المخاطية داخل البطانة يمكن أن يرتبط بتشكيل الكيسة الثانوي كنتيجة لإفراز المخاطين ، وإن شكلاً مختلفاً ذو نسيج رخو من كيسة القناة الأنفية الحنكية وبشكل أقل شيوعاً هو كيسة الحليمة الحنكية، وإن آلية تطور الكيسة ضمن هذه المنطقة هي متشابهة في طبيعتها على الرغم من أن التنبيه الرضي للبقايا الظهارية له دور سببي أكثر احتمالاً في هذه الحالة .

المظاهر السريرية :

إن التورم المتناظر في المنطقة الأساسية من الخط المتوسط للحنك هو مميز لهذه الآفة . وفي الحالات التي تتشكل فيها كيسات حقيقية أكثر تشابهاً نلاحظ تورم الواجهة الشفوية للحافة السنخية للفك العلوي ، ومعظم الحالات تحدث بين العقدين الرابع والسادس . والرجال هم أكثر تأثراً من النساء وبنسبة 3 إلى 1 .

ومعظم الحالات لا عرضية ، وإن وجود العلاقة السريرية (كالورم) عادة يدعو للانتباه للآفة . الأعراض يمكن أن تتلو إبتان ثانوي وينتج عن ذلك تورم ملحوظ خلال وقت قصير . إن تشكل الجيوب ليس نادراً وتحدث عادة في الموضع الأكثر بروزاً من حليمة الحنك .

شعاعياً :

هذه الكيسة شافة على الأشعة ذات حواف محددة ويمكن أن تؤدي إلى انحراف في جذور الأسنان القاطعة لفك العلوي . إن الشوك الأنفي الأساسي غالباً مترابط فوق المظهر الشعاعي الشفاف ويتظاهر بشكل القلب المقلوب وهذا الشكل دائماً هو دليل على وجود الكيسة. أحياناً تكون الشفافية الشعاعية وحيدة الجانب أو علخالط المتوسط تشكل المظهر الواسم لتلك الكيسة.

التشريح المرضي النسيجي :

لقد لوحظت اختلافات شديدة في المظاهر المبطنة الظهارية لكيسة القناة الحنكية الأنفية البشرية تتراوح من رصفية مطبقة إلى مكعبة إلى أسطوانية مطبقة تطبق موهم . ويمكن في كثير من الحالات أن تلاحظ نوعين أو أكثر من البشرات . تلاحظ خلايا كوبلك بشكل غير نادر نسبة للنمط العمودي المطبق تطبق موهم (والذي يمكن أن يكون مهدباً) . وإن الاختلاف في البشرة المبطنة يعكس العلاقات العلوية والسفلية للقناة نفسها وقرب الكيسة من جوف الأنف من جهة وجوف الفم من جهة أخرى . وكبديل للتفسير التشريحي للاختلافات فإن الظهارية ذات القدرات الكامنة المتعددة تعطي منشأ الأنواع متعددة من ضمنها الظهارية المتقرنة الحرشفية المطبقة . إن مكان النسيج الضام للمحفظة الليفية يشمل شريينات صغيرة وتراكيب عصبية . وفي بعض الحالات يمكن أن تلاحظ حزم وعائية عصبية ظاهرة وهي تعكس وجود العصب الوتدي الحنكي والأوعية المرافقة والتي تسير بشكل طبيعي من خلال القناة القاطعة .

التشخيص التفريقي :

يجب أن نفرق هذه الكيسة عن الحبيوم حول ذروي وعن الكيسات سنية المنشأ من النمط الجذري . وهذا يتم ببساطة بتحديد هوية السن . ويجب تحديد فيما إذا كانت القناة طبيعية . بالإضافة لذلك يمكن أن تتواجد الكيسات الأساسية الناشئة من تنكس الأسنان الأنسية أو الأسنان الزائدة بشكل مشابه .

العلاج والإنذار :

العلاج المختار هو البضع الجراحي للكيسة وفي حالة الكيسات الضخمة يمكن أن يجرى التشيع قبل البضع .

III - الكيسات الكاذبة :

1- كيسة أم الدم العظمية Aneurysmal bone cyst

تصنف هذه الكيسة ككيسة كاذبة بسبب أنها تظهر شعاعياً كأفة مشبهة بالكيسة لكن مجهرياً ليس لها بشرة مبطننة . وهي تمثل آفة سليمة للعظم ويمكن أن تنشأ على الفك العلوي أو السفلي أو في العظام الأخرى . إن الحدوث في المنطقة القحفية أو الفك العلوية الوجهية هو تقريباً بنسبة 5% من الآفات العظمية . وتمثل هذه الكيسة 3% من الآفات العظمية في كل المواقع .

المسببات والإمراض Etiology and Pathogenesis :

على الرغم من أن الأمراض لكيسة أم الدم العظمية غامض فإنه يعتبر بشكل عام كمثل للارتكاس وليست ذات منشأ ورمي . وبشكل عام فإن تلك الآفة العظمية البدئية السابقة الذكر والغير مرتبطة بأي شيء يعتقد أنها تبدأ وعائية . ومن المحتمل أن يسبب التشوه الشرياني الوريدي تغير في للقوى الديناميكية وينتج عن ذلك آفة عظمية ثانوية أو كيسة عظمية أم دموية .

وبشكل أقل شيوعاً يمكن أن يزداد ترافق كيسة أم الدم العظمية مع الورم الليفي الغير متعظم non-ossifying fibroma والورم المصنع للغضروف chondroblastoma أو أورام دموية مركزية .

الصورة السريرية Clinical features :

يبدو نموذجياً أن عمر المجموعة التي لديها كيسة أم الدم العظمية هو تحت 30 سنة وتظهر قمة الحدوث في العقد الثاني من العمر . كما يوجد ميل بسيط لإصابة الإناث أكثر من الذكور . عندما يصاب الفك العلوي والسفلي تتأثر المناطق الأكثر خلفية بشكل أكبر وبشكل رئيسي مناطق الرحي . يوصف الألم في نصف الحالات تقريباً . كما أن التورم الصلب غير النابض هو علامة سريرية مألوفة . وبالإصغاء لا يسمع لغط ولكن بالجبس يمكن أن تلاحظ الفرقة . أما الصورة الشعاعية فتضم وجود تخريب أو انحلال عظمي ضمن الفك السفلي أو العلوي . ويمكن مشاهدة نموذج متعدد المساكن في بعض الحالات على الرغم من وجود شفافية شعاعية لمسكن واحد . وعادة يمكن مشاهدة حواف شاذة واهنة

مقارنة مع الحواف الناعمة للورم الكيسي السليم ذا المنشأ السني . وعندما تصاب المنطقة السنخية للفك السفلي أو العلوي يمكن أن يحدث إنزياح للأسنان مع أو بدون ارتشاف الجذر الخارجي المرافق .

التشريح المرضي النسيجي Histopathology :

يمكن مشاهدة أعداداً متنوعة من الخلايا العملاقة متعددة النوى مرتبطة بالفراغات الدموية الجيبية وذلك في سدى النسيج الضام الليفي . ولقد ثبتت بالدراسات الكيميائية النسيجية المناعية أن الفراغات الجيبية غير مبطنة بخلايا بطانية ولكنها مبطنة بخلايا مولدة لليف أو بالعات كبيرة عوضاً عن الخلايا البطانية .

يحتوي النسيج بين الوعائي أو العناصر الجيبية غالباً أعداداً ضخمة من الخلايا العملاقة متعددة النوى والعناصر المولدة لليف وكريات حمر متسربة وهيموسيدرين بشكل يذكر بالورم الحبيبي المركزي ذو الخلايا العملاقة كما يمكن أن يلاحظ تكون عظم جديد بشكل مماثل لما يظهر في الورم الليفي المصنع للعظم أو في عسرة التصنع الليفية .

وفي بعض الدرجات تترتب قنوات عظمية حول الفراغات الجيبية الأكبر مع ظهور كميات ضخمة من العظم . وهذا يظهر كارتكاس لتكاثر وعائي مع عناصر عظمية نامية بشكل واضح في دعم الشكل .

التشخيص التفريقي :

عندما تكون كيسية أم الدم العظمية موجودة في مؤخرة الفك السفلي فإن الميناؤوم Ameloblastoma هو تشخيص منطقي يوضع في التشخيص التفريقي السريري خاصة في الحالات التي تترافق مع مظهر متعدد المساكن .

وبشكل مشابه يمكن أن يكون تفريق الورم الحبيبي ذو الخلايا الضخمة المركزي شعاعياً مستحيلاً . كما يجب أن تستبعد أية آفة وعائية مركزية على الرغم أنه يمكن أن تستبعد بسماح لغط عادة بالإصغاء .

المعالجة والإنذار Treatment and Prognosis :

في الآفات الصغيرة نسبياً يمكن أن يكون التجريف الواسع شاف مع أن معدل الشفاء عالي لكيسة أم الدم العظمية يرافق هذا النوع من التدبير . ويستلزم التجريف الكافي للآفات الفكية السفلية الطريق خارج الفموي أو إضافة المعالجة القوية (بالتبريد) cryotherapy .

وعلى الرغم أن بعض الحالات تعالج شعاعياً لكن هذه المعالجة ليست مناسبة للنوع السليم من الآفات . وبسبب الشفاء الكامن فإن الفحص النسيجي للقطع المستأصلة يصبح ضرورياً .

2- كيسات العظم الرضية أو البسيطة Traumatic (simple) Bone Cyst :

ينقص كيسة العظم الرضية البطانة الظهارية ولا يمكن تصنيفها ضمن الأكياس الحقيقية . وتعيينها ككيسات كاذبة يتعلق بمظهرها الشعاعي الكيسي وتديبرها الجراحي العام . هذ الآفة غير شائعة تماماً في الفك السفلي والعلوي لكنها تتكرر نسبياً في العضد والعظام الطويلة الأخرى .

الإمراضية Pathogenesis :

الإمراضية لهذه الآفات ليست معروفة على الرغم من أن معظم الباحثين يعتقدون أنها تترافق مع حودث رضحية سابقة والادعاء لهذه الحالة يفترض أن الأورام الدموية المحدثة رضياً تتشكل ضمن الجزء داخل النخاعي من العظم ، وبالأحرى تتحطم الخثرة الناشئة وتغادر الكهف الفارغ ضمن العظم . وتحدث إعاقة ثانوية أو تبدل التصريف الوريدي أو اللمفي وعندما يصل جدار الكيسة حتى العظم القشري عندها يتوقف تمدد الآفة .

لقد اقترحت طرق خيارية لتطور الآفة وتضم هذه الطرق : التنكس الكيسي للورم البدئي في العظم (مثل الورم الحبيبي المركزي ذا الخلايا العرطلة) - اضطرابات استقلاب الكالسيوم والتتخر الإقفاري لنقي العظم . ومن الأهمية بمكان أنه في واحدة من السلاسل الكبيرة 80% من المرضى المصابين يقدمون دليلاً لرضح سابق في منطقة الإصابة .

الصورة السريرية Clinical Features :

لقد لوحظ أن معدل العمر لحدوث الآفة كبير ويمتد من 2.5 - 75 سنة مع قمة للتكرار ضمن العقد الثاني . ومعظم الدراسات تظهر ميل قوي للأشخاص تحت 40 سنة من العمر . كما لوحظ توزيع متساو بين الجنسين . والموقع الأكثر تكراراً لظهور الإصابة هو الفك السفلي مع توزيع متساوي للحالات في الجسم ومنطقة الفم . كما وصفت حالات نادرة للإصابة ثنائية الجانب . إن الموجودات السريرية في واحد من أربع حالات تقريباً تتضمن التورم أما الألم فهو عرض موجود في أقل من 10% من الحالات . وشعاعياً نشاهد منطقة محددة جيداً من الشفافية الشعاعية مع وجود شؤوذ ولكن مع حافة واضحة وهذا يشاهد عادة في القسم الخلفي من الفك السفلي .

وفي حالات عسرة التصنع العظمي المزخرفة "المتوردة" يوجد عدد غير متكافئ من الكيسات العظمية الرضحية المرافقة ولم يفهم سبب الترافق بين هاتين الحالتين . وانه من الهام أن نلاحظ أنه يوجد زيادة في الحدوث لهاتين الحالتين الموجودتين في النساء السمرارات فوق 30 سنة من العمر .

التشريح المرضي النسيجي Histopathology :

غالباً سوف نجد حد أدنى للامتداد في البنية الإجمالية على الرغم من أنه قد يوجد كهف كبير نسبياً عند العمل الجراح وأحياناً يمكن أن تحتوي الآفة على دم أو سائل مصلي مدمى والبطانة نفسها مركبة عادة من غشاء ليفي رفيع موهن أو من نسيج حبيبي .

عندما يفحص عنصر النسيج اللين نجده دقيق ويحتوي على تكتون وعائي ونسيج ضام ليفي دون وجود أي دليل لعنصر ظهاري . كما يمكن مشاهدة كريات حمراء متسربة وهيموسيدرين بالإضافة إلى خلايا متعددة النوى من النموذج الكاسر للعظم .

المعالجة والإنذار : Treatment and prognosis :

التدخل الجراحي إلى الجوف الكيسي يكون لمرة واحدة فقط. على السريري أن يعرف أن ميل الآفة للنزف هو عالي لذلك فيتعين عليه أن يميل إلى إغلاق المنطقة فقط . والترتيب التالي للكتلة أنه يتعين ان يرمم العظم مع فرصة قليلة للتكرار والنكس .

والنكس يحدث عادة عند الأشخاص الذين لديهم آفات متعددة ولدى المرضى الذين لديهم تلطخ مزرق على الخط العظمي عند الجراحة. ينتج هذا التلطخ عن تآكل تقشري ثانوي وهذا يدل على مستوى زائد من العداء السريري وميل إلى حدوث معدلات نكس عالية .

3- كيسة العظم المستقرة Static Bone Cyst :

كيسة العظم المستقرة تمثل ظهور كيسي على الفحص الشعاعي ولكن في الحقيقة لا تحوي بطانة ظهارية والمنشأ الحقيقي لها هو واحد من النقص التطوري للفك السفلي وثانوي ل :

- 1- احتجاز بارانشيم الغدة الدرقية خلال تطور الفك السفلي .
- 2- تسنن على طول الواجهة اللسانية من الفك السفلي متضمنة امتداد الغدة تحت الفك أحياناً يمكن ملاحظة هذه الحالة بالجانبين . ونادراً أمام منطقة الرحي الأولى من الفك السفلي هذه الآفة لا عرضية وغالباً ترى مصادفة على الصورة الشعاعية خارج الفموية حيث إن موقع وسعة كيسة العظم المستقرة مميزة وواضحة أساسياً . وعندما تشاهد فإنه نادراً ما يوجد تغير في حجمها ولهذا السبب هي من النموذج المستقر . ومع استخدام التقنيات التصويرية الشعاعية شاملة الرؤيا وخارج الفموية ارتفع التكرار المسجل لوجود مثل هذه الآفة .

الموجودات الشعاعية هي واحدة حيث أن الصورة الشعاعية تتجلى بشفاافية شعاعية محددة بشكل دقيق تحت مستوى القناة السنخية السفلية مع التهاب "تآكل" على الحافة السفلية للفك السفلي أمام زاوية الفك مباشرة وتحدد الآفة بخيال بيضوي دقيق ظليل على الأشعة . كما سجلت نواقص أخرى للسطح

القشري من الفك السفلي وإن يكن نادراً بالترافق ضمن الغدة النكفية على طول الجانب أو الواجهة الوجهية للفك السفلي .

ولقد سجل وجود غدة لعابية ككيسة عظم مستقرة في الفك العلوي . وعلى كل حال يمكن أن تظهر الآفات الكيسية في القسم الأمامي من الفك السفلي والتي تحوي على أنسجة غدية لعابية . ومن المحتمل أن يكون هذا تمثيل لكيسة القناة الأنفية الحنكية التي تحتوي على نسيج لغدة لعابية ضمن الجدار الكيسي .

إن الفحص المجهرى لحالة من هذه الحالات تظهر نموذجاً لنسيج طبيعي للغدة اللعابية تحت الفك وبسبب أن كيسة العظم المستقرة تشخص شعاعياً فلا ضرورة لإجراء الخزعة . وبشكل مشابه لا تتطلب معالجة .

IV - الكيسات السننية المنشأ :

1- كيسات جذر السن (كيسات حول ذروية) Peri-apical cyst:

كيسات جذر السن هي الأكثر شيوعاً وتشتق ظاهريتها من تكاثر بقايا الظهارية السننية ضمن الرباط حول السني وهي كيسات التهابية .

الأسباب الأولية الإمرضية :

كيسات جذر السن تتطور ضمن الحبيوم الحول ذروي المشار اليه سابقاً والحبيوم هو نسيج التهابي مزمن ضمن العظم في قمة السن وهو يتطور استجابة للموت في لب السن وإن تنبيه بقايا الظهارية يتعلق بالعملية الالتهابية ضمن هذا الحبيوم وتكاثر مكونات الظهارية مشكلة الخط المحدد للكيسة .

إن بقايا الحطام الخلوي يوجد ضمن منطقة لمعة الكيسة ويؤدي لزيادة الضغط الحلوي للكيسة ونتيجة لذلك يحدث عبور للسائل عبر الظهارية والنسيج الضام والتي تلعب دور غشاء نصف نفوذ وإن اتجاه ومعدل النفوذ يتحدد والتباين بين الضغط الحلوي للسائل ضمن الكيسة ودخول السائل للمعة الكيسة يؤدي للنمو الخارجي (زيادة حجم الكيسة) . وإن النمو الداخلي والخارجي للكيسة يساهمان في تخريب العظم كما أن البروستاغلاندين والمواد الأخرى الحالة للعظم والتي تفرز من الخلايا الالتهابية ومن المحتويات الخلوية حول منطقة الأذية لها تأثير مباشر على العظم .

إن السائل الموجود ضمن الكيسة يحتوي على بروتين مشتق أساساً من البلازما وإن التركيز المنخفض نسبياً للبروتينات غير المناعية يشير لغياب العبور الحر للسوائل عبر جدار الكيسة وإن وجود الغلوبولينات المناعية ضمن سائل الكيسة دليل على فهم تكون الكيسة حيث أن قسم منها يأتي من البلازما وإن العبور الحر لبروتينات البلازما كبيرة الجزيئات يتعلق بالنفوذية الوعائية وإن التأثير الاصطفائي (الغريالي) الناجم عن الكولاجين المنحل داخل محفظة الكيسة والتراكم الزائد للسائل يدعم النزح الوريدي للمفاوي غير المناسب لمحتويات جوف الكيسة .

الملامح السريرية :

تشكل كيسات جذر السن والكيسات المتعلقة بالبقايا السنية التي سنشرح فيما بعد . المجموعة الأكبر ضمن تصنيف الكيسات الفكية . فهي تمثل تقريباً ثلاثة أرباع مجموع الكيسات . تتواجد في ثلث أعمار العقد السادس ونادراً ما توجد في العقد الأول من العمر حتى في حال وجود أكياس أو أسنان غير حية والتي هي شائعة في هذا العمر . معظم الحالات تشاهد عند الذكور ومعظم الكيسات تتواجد في الفك العلوي وخاصة قسمة الأمامي وتكون معظم كيسات جذر السن غير عرضية وتكتشف صدفة أثناء التصوير الشعاعي الروتيني السني . إن معظم الكيسات لا تسبب تمدد عظمي وهذه الكيسات تفضل المنطقة الشفوية لتمتد نحوها وبالتعريف فإن وجود لب سني غير حي ضروري لوضع التشخيص السريري لهذه الكيسات .

التصوير الشعاعي :

لا توجد اختلافات مميزة بين الكيسة الجذرية وبين الحبيوم حول الذروي من الناحية الشعاعية وذلك عكس ما كان يعتقد في الماضي فإن تأكيد التشخيص يعتمد على وجود ظلال شعاعية رقيقة على مدار الأذية الشفافة للأشعة .

على أن الصورة الشعاعية تبدي شفافية دائرية الشكل أو بيضوية مع حافة مائلة ضيقة مجاورة لصفحة السن المندخل وهذا المحتوى الشعاعي يمكن ألا يظهر إن كانت الكيسة متوسعة . إن أقطار الكيسة تتراوح بين 5 مم أو أقل حتى عدة سننيمترات والغالبية تكون أقل من 1.5 سم في الكيسات المتطاولة يمكن أن نلاحظ وجود امتصاص جذري للسن المصاب .

التشريح المرضي :

الكيسة الجذرية محددة بظهارة بشروية مطبقة وعادة مفرطة التصنع تظهر حلقات تكاثرية وحولها نسيج ضام غني النوعية وتختلف التخانة الفعالة للخط في بعض المناطق ويمكن أن تختفي وتكون ضئيلة في مناطق أخرى أو تكون مكونة من عشرين طبقة أو أكثر .

كما يمكن أن نشاهد درجات مختلفة من الوذمة الخلائية وإن هجرة الخلايا الالتهابية عبر الظهارية هي الأكثر شيوعاً حيث نجد العديد من الخلايا كثيرة النوى المعتدلة مع بعض الخلايا للمفاوية . والنسيج الضام الداعم يمكن أن يكون مرتشح بشكل بؤري بتجمعات من الخلايا الالتهابية المختلطة وتكون المعتدلات هي المسيطرة باتجاه الظهارية أما في النسيج الضام فتسيطر الخلايا للمفاوية . كما نجد خلايا بلاسمية (مصبورية) ونجد تكلسات بؤرية وأورام كولسترولية وأوعية محتقنة كما نجد خلايا عرطلة من نوع (الجسم الأجنبي) بالقرب من بلورات الكولسترول ونجد حبيبات الهيموسدرين ضمن النسيج الضام .

كلاً من توضعات الهيموسدرين والكولسترول يظهر أنها تتعلق بانحلال كريات الدم الحمراء وبالنخر للخلايا المشاركة في العملية الالتهابية .

كما نجد تغيرات مجهرية لظهارية الكيسة تشمل وجود خلايا مخاطية أو مهدبة إن وجود خط تقرن سوي أو غير سوي غير شائع عادة ونجد في نسبة قليلة من الحالات أجسام هيالينية تدعى أجسام روشتن مثل هذه الأجسام توجد ضمن خط الظهارية وتأخذ شكل منحنى خفيف .

التصفح المركزي والتمعدن الأساسي قد يوجدان لكن معظم الكيسات تميل للتمعدن الحامضي وعلى كل حال فإن التغيرات التمعدينية الأساسية يمكن أن تمتد من المركز إلى المحيط . وأصل هذه الأجسام هو مثار جدل وإن بعض الاعتقادات تنسب هذه الأجسام إلى أصل دموي واعتقادات أخرى تنسبها إلى أصل سني معتمدة على التقرن أو مكونات الميناء السني .

التشخيص التفريقي :

شعاعياً :

- 1- الحبيبوم حول الذروي .
- 2- الندبة الجراحية حول ذروية .
- 3- الشفوفية حول الذروية في المنطقة الأمامية لفك السفلي يجب الأخذ بعين الاعتبار المرحلة الباكرة من عسرة التصنع الملاطي الحول أنفي .
- 4- الكيسات العظمية الرضية (في الأرباع الخلفية للفكين) .

5- آفات الخلايا العرطلة .

6- النقائل الورمية .

7- الأورام العظمية البدئية .

العلاج والإنذار :

إن الاستئصال الجيد للسن المعطوب وتجريف الظهارية لمنطقة القمة أفضل علاج ناجع لهذه الكيسات كما أن المعالجة اللبية للسن المترافقة باستئصال جيد لقمة السن لتحديد الآفة هام وطريقة التوخيف لتجريف الآفة الكيسية في حالات الكيسات الكبيرة فإن هذا التوخيف أثبت فائدة جيدة في هذا المجال (exteriorization) التوخيف فتح الآفة الكيسة وقلبها للسطح الخارجي) وهذه العملية تسمح بتخفيف الضغط حيث تسمح بانكماش الجوف الكيسي ويمكن أن نتبع هذه العملية بعملية أخرى وهي بضع الكيسة Spring enucleation واستئصال السن المعطوب . إن بقاء أجزاء من الكيسة يؤدي للنكس وتشكل كيسة جديدة . كما أن النمو المستمر للكيسة يمكن أن يسبب ضعف وتخريب لعظم الفك السفلي أو العلوي وعندها نحتاج لإصلاح العظم بالكامل .

2- الكيسات الجرابية السنية (الكيس التاجي) :

تمثل ثاني أشيع الكيسات . بالتعريف فهي كيسات سنية يجب أن تترافق بوجود التاج للسن الغير بازغ والكيسة التي تشمل تابع السن غير البازغ ترتبط بالسن على طول منطقة عنقه .

الآلية المرضية :

تحدث هذه الكيسات نتيجة لتراكم السائل بين بقايا الميناء وتاج السن التحتاني ون بقايا عضو الميناء تشكل واحد من السطوح عديمة التحديد للكيسة كما أن تاج السن الناضج يشكل السطوح الأخرى . إن الآلية المرضية تقترح وجود تنكس بدئي جزئي في عضو الميناء إن حدث ذلك فيمكن أن تتطور الكيسة بانفصال مكونات الميناء الظهارية وإن التنكس ضمن الميناء وخاصة في الشبكة النجمية في المرحلة الباكرة لتكون السن يمكن أن يترافق بنقص تصنع الميناء .

النظرية الأخيرة لا تأخذ بعين الاعتبار النقص في تصنيع الميناء المرافق للسن غير البازغ . وامتداد الكيسة الجرابية يتعلق بالزيادة الثانوية في الضغط الحلولي للسائل الكيسي بسبب مرور الخلايا الالتهابية والخلايا المتوسطة إلى داخل الكيسة كما هو الحال في الكيسات الجذرية . فإن زيادة الضغط الحلولي داخل الكيسة ينجم عن دخول السوائل لداخلها ويسبب نمو مركزي ثانوي ضمن الكيسة هناك تكاثر ظهاري معاوض مرافق لهذا النمو وهذا إجراء بطيء الحدوث .

الملاح السريرية :

أكثر الأماكن توضعاً بالنسبة للكيسات الجرابية هي الرحي الثالثة في الفك السفلي والعلوي وناب الفك العلوي ون معدل الإصابة أكثر حدوثاً يكون في العقد الثاني والثالث وعند الذكور أكثر من الإناث بعد /1-1.6/ .

الأعراض عادة غائبة عند تأخر بزوغ السن - هذه الكيسات تصل لحجم كبير نسبياً وأحياناً تترافق بامتداد عظمي وتؤهب للكسور العظمية المرضية بسبب تآكل قشرة العظم . وعند حدوث ترقق للقشرة العظمية فيمكن أن تنكسر القشرة العظمية عند الضغط الشديد عليها بالإصبع .

المظهر الشعاعي :

الكيسة السننية المنشأ ذات محيط شعاعي واضح عادة وحيدة الحجرة ، تكون مترافقة مع جذور أسنان غير بازغة . هذه الكيسة تدفع عادة الأسنان المجاورة مؤدية إلى انزياحها من مكانها . في الفك السفلي تتوضع الكيسة عادة في مكان الرحي الثالثة دافعة إياها إلى الأمام والخلف . وفي الفك العلوي تتوضع في منطقة الناب وتدفع بالسن حتى الجيب الفكي أو منطقة الحجاج ، وحتى منطقة الأنف . في بعض الحالات (50%) يشاهد حدوث امتصاص في نسيج السن المنطمة .

الدراسة المجهرية :النسيج الضام الداعم للكيس السنني يكون مبطن ببشرة رصفية مطبقة ، واللحمة (السدی) كون غروية . جدار الكيس الضام يكون مرتشحاً برشاحة التهابية ثانويةاً . من المؤكد أن نميز البشرة المبطنة للكيس التي تكون غير متقرنة .

في حوالي 25% من الأكياس السننية المتوضعة في الفك السفلي و50% من الأكياس السننية المتوضعة في الفك العلوي تكون مترافقة مع خلايا مخاطية وبشرة هدية ، ونادراً خلايا قرنية في حال وجود بعض مناطق التقرن في البشرة المبطنة نتيجة الاستحالة التي تصيب تلك البشرة يجب التفريق ما بين هذا النوع من الأكياس وما بين الكيس البشري السنني المتقرن .

التشخيص التفريقي :

التشخيص التفريقي الشعاعي للآفات حول السننية خاصة ذات الحجرة الوحيدة تكون في ورم مصورات الميناء ، حيث أنه من الممكن أن تكون هناك حالات استحالية لورم مصورات الميناء ناشئ على حساب ذلك الكيس .

في المقام الثاني يأتي الكيس البشري السنني المتقرن وورم مصورات الميناء الليفي الذي يصيب صغار السن والورم السنني القرني المنشأ (AOT) .

وأخيراً فإنه من المشاهد وجود ورم مصورات الميناء اللبني متشاركاً مع كيسة سنية المنشأ خاصة عند الأشخاص صغار السن في المنطقة الخلفية للفكين السفلي والعلوي معاً .

المعالجة :

في حالة تشارك الكيس مع سن غير بازغة يستحسن استئصال الكيسة ، وأحياناً يبزل الكيس لمعرفة مكوناته ثم يستأصل الكيس كاملاً في وقت لاحق . في حال عدم استئصال الكيس كاملاً يخشى من حدوث تحولات نحو لخبائة على حساب البشرة المبطنة له ، وهذه تكون غالباً من نوع أورام مصورات الميناء ونادراً من نوع السرطانة الشائكة الخلايا والأندر هو مشاهدة السرطانة البشرية المخاطية Mucoepidermoid .

من بين العلامات التشريحية التي تشير إلى إمكانية حدوث تحولات خبيثة في بشرة الأكياس السنية

:

- 1- فرط اصطبغ نوى الخلايا القاعدية في البشرة .
- 2- توضع الخلايا القاعدية ونواتنها بشكل عمودي على الغشاء القاعدي .
- 3- مشاهدة فجوات في هيولى الخلايا القاعدية غالباً بين النوى والغشاء القاعدي
- 4- اندخالات وتوسع المسافات بين الخلية في طبقات الخلايا البشرية .

أ - الكيس البزوعي :

الكيس البزوعي هو شكل من أشكال الكيس السني ويشاهد عند الأطفال ، ونادراً عند البالغين ، ينشأ هذا الكيس عن تراكم السوائل في المسافة الجريبية لبرعم السن .

سريراً :

إنتاج في النسيج الضام فوق منطقة السن البازغة عند بزل الكيس يشاهد احتوائها على سائل رائق وأحياناً مدمى نتيجة الرض الثانوي حيث أنه من المحتمل تشكل ورم دموي (Hematoma) . لا توجد أية معالجة لمثل تلك الأكياس لأنها غالباً تتلاشى وتزول تلقائياً دون أن تسبب أية اختلاطات .

3- الكيس حول السني الجانبي Lateral Periodontal Cyst :

تعريف :

الكيس حول السني الجانبي هو كيس غير متقرن وغير التهابي المنشأ ، وهو ينشأ من المنطقة

الجانبية من الجذر .

المنشأ والإمراضية :

يعتقد بأن هذا الكيس ينشأ على حساب بقايا خلايا خلايا مالاسييز المتواجدة في الأربطة الجانبية للسن وتنشأ بين الصفيحة السنية والنسج الضامة الداعمة وتتوضع بين بشرة الفم والصفيحة العظمية .
سريراً :

غالبية الأكياس حول السنية الجانبية والأكياس اللثوية عند البالغين تتوضع في الفك السفلي في منطقة الضواحك وأقل توضعاً في منطقة القواطع . يكون حجم تلك الأكياس عادة أقل من 1 سم . تصيب الأشخاص بين العقد الخامس والسادس وبأعمار تتراوح ما بين 20-85 سنة للأكياس حول سنية الجانبية والأشخاص ما بين 40-75 سنة بالنسبة للأكياس اللثوية للبالغين . تظهر تلك الأكياس سريراً على شكل انتباج كتلي صغير للنسيج الضام .

التشريح المرضي :

الأكياس حول السنية الجانبية والكيس اللثوي للبالغين تكون مبطنة ببشرة رصية غير متقرنة ، مع تجمعات لخلايا "نيرة" تستند هذه الخلايا على نسيج ضام غروي .

بعض هذه الأكياس تكون متعددة الأجواف تتوضع داخل النسيج العظمي فيطلق عليها (Botryoid odontogenic cyst) .

التشخيص التفريقي :

يجب تفريق الكيس حول السني الجانبي عن الأكياس المتشكلة ثانوياً بعد في سياق التهاب النسج حول السنية الشديدة وعن الأكياس البزوغية المتوضعة جانبياً . أما تفريق هذا الكيس عن الكيس اللثوي فيمكن في وجود بشرة لثوية (كيس مخاطية Mucocele) كذلك فحبيبات فوردايس التي يمكنها أن تشتبه بالأكياس حول السنية الجانبية .

المعالجة والإنذار :

المعالجة الجراحية بالتجريف الموضعي حيث أن مثل تلك الأكياس لا تميل إلى النكس ولكن من باب الاحتياط يجب أخذ الحذر والتأكد من سلامة جذر السن لأنه في بعض الأحيان يشاهد امتصاص لأنسجة الجذر .

4- الكيس اللثوي عند حديثي الولادة Gingival Cyst of the Newborn :

يطلق عليها أحياناً عقيدات تظهر على طول الخط اللثوي السنخي تنشأ على حساب الصفيحة السنية أو عضو الميناء أو الجزر البشرية المتواجدة في نسيج الرباط السنخي السنّي أو على حساب اندخال وانغراز البشرة اللثوية رضية المنشأ .

مجهرياً :

عبارة عن تشكل كيس يحتوي على القرنين يبطن ببشرة مطبقة رصفية لا تحتاج عادة إلى علاج لأنها تتراجع تلقائياً بعد ثلاثة أشهر . عند الكبار والبالغين قد يأخذ هذا الكيس حجماً كبيراً يشاهد سريرياً على شكل عقيدة بيضاء اللون تدعى بـ(لألى ابتشتاين) التي تتوضع في قبة الحنك .

5- الكيس القرني السني المنشأ :

مصطلح يطلق على كل كيسة تحتوي على مادة القرنين . يجب تفريقها عن الكيس الأولي الذي يتشكل عادة بفعل الاستحالة الكيسية والتميع الذي يصيب النسيج الشبكي النجمي الخاص بعضو المينا والذي يكون عادة بديلاً لأحد الأسنان .

المنشأ :

ينشأ على حساب الخلايا القاعدية الخاصة بوحمة الضلع المشقوق .

السريريات :

يصيب الأشخاص بالعقد الثاني والثالث . والفك السفلي هو أكثر إصابة في منطقة الرحي الثالثة .

شعاعياً :

كيسة ذات حدود ملساء وحيدة المسكن أو متعددة المساكن . قد تترافق مع أسنان منطمة .

مجهرياً :

جدار الكيس يتألف من نسيج ضام رخو مبطن ببشرة رصفية متقرنة حيث تكون الطبقات القاعدية مصطفة بشكل عمودي على المحيط بشكل ظاهر وواضح مع نوى قاعدية اللون التي تأخذ شكلاً موحداً . أما سطح الظهارية فهو متقرن يحتوي بعض الصفائح الورقية القرنية . محتوى الكيس يكون عادة مؤلف من مادة القرنين .

التشخيص التفريقي :

يجب تفريق مثل تلك الأكياس عن الأكياس الجذرية السنية أو ورم مصورات المينا ، أو النقائل لبعض أنواع السرطانات ، وورم مصورات المينا الليفي .

المعالجة والإنذار :

الاستئصال الجراحي الكامل مع تجريف العظم المحيط هو العلاج المفضل .

ولقد افترض بأن النكس يتعلق بالتكاثر الكيسي لطبقة الخلايا القاعدية البشرية الفموية المغطية . ولقد ذكرت أيضاً الأنواع الحيوية الحقيقية للبشرة الكيسية تبين أن المشعر الانقسامى للخلايا البشرية المبطنة للكيسة المتقرنة هو أكبر من ذلك المشعر المشاهد في أشكال أخرى للكيسات سنوية المنشأ وذلك بقيم تقارب تلك المشاهدة ضمن المركب البشري للميناؤوم أو الصفيحة السنوية النامية بشكل فعال . إن المتابعة هي جزء أساسي في تدبير هذه الآفة بحيث يمكن كشف الكيسات الناكسة مبكراً . إن معظم حالات النكس تصبح واضحة سريرياً خلال 5 سنوات من العلاج على الرغم من أنه في إحدى الدراسات الضخمة حُدّد النكس بعد 8 سنوات أو أكثر من العلاج البدي . إذا تركنا جانباً القدرة على النكس فإن التبدلات الورمية ممكنة ضمن الطبقة البشرية المبطنة لهذه الكيسة كما هو الحال في أنواع أخرى من الكيسات الفكية .

وقد أشارت الدراسات بأنه يوجد عند المرضى المصابين بكيسات تقرنية متعددة معدل أعلى من النكس من ذلك المشاهد في الكيسات التقرنية المفردة ، 35% و 10% على الترتيب وفي مثل هذه الحالات يجب نفي وجود تناذر سرطان الخلايا القاعدية الوجوداني وحوالي 7% من المرضى المصابين بكيسات تقرنية متعددة سنوية المنشأ هم مصابين أيضاً بهذا التناذر .

وبشكل مختصر يتصف تناذر سرطان الخلايا القاعدية الوجوداني بتشوهات جلدية تتضمن فرط تفران راحي أخصي ، سرطانات خلايا قاعدية متعددة ، وحببيات متعددة وتكلس أدمي . بالإضافة إلى مركب الكيسة التقرنية يمكن مشاهدة أضلاع مشقوقة بشكل شائع بالإضافة إلى تشوهات ولادية . ولقد ذكر حدوث كيس فكي سفلي خفيف وفي نسبة قليلة من الحالات يمكن مشاهدة سوء تشكل بنيوي وجهي .

تتضمن المظاهر جسر أنف عريض مع جبين منخفض وقمة الرأس بارزة وجحوظ العين وانزياح جانبي لحجاج العين ، و تتضمن التشوهات العصبية ورم الأرومات النخاعية ، عسر تصنع أو عدم تصنع الجسم الثفني ، تكلس منجل المخ وبشكل اقل شيوعاً تكلس منجل المخيخ .

6- الكيسات المتكلسة سنوية المنشأ :

لقد اتفق بشكل عام على أن هذه الآفة هي آفة تطورية سنوية المنشأ ولكن بسبب أنه قد أثبت بأن لها سلوك عدواني أحياناً فقد افترض البعض على أنها بدلاً عن ورم وهذا ما شجع على إطلاق تعبير ورم خلايا غوست (Ghost) السني المنشأ .

الأسباب والآلية المرضية :

لقد اعتقد بأن هذه الآفة مشتقة من بقايا ظهارية سنوية المنشأ داخل اللثة أو داخل الفك السفلي أو العلوي . يتوافق تقرن خلايا غوست (وهو المظهر المجهرى الوصفى للآفة) مع العنصر الظهاري للسنومات ، الميناؤومات ، AOTS السنومات الليفية الميناؤومية والأورام الليفية الميناؤومية . فيما لو أن هاتين الآفتين تمثلان آفتين غير متعلقتين ببعضهما تتطوران بآن واحد أو أنهما آفة واحدة مع تبدل في خلايا غوست فهذا مفتاح لسؤال وينتظر دراسة أعمق .

المظاهر السريرية :

يوجد نطاق عريض في العمر لهذه الكيسة مع قمة حدوث في العقد الثاني من العمر ولها ميل لإصابة الإناث . وأكثر من 70% منها تتوضع في الفك العلوي . وتقريباً ربع هذه الآفات توجد خارج العظم ككتل موضعية تصيب اللثة . وقسم من هذه الآفات يمكن أن تصيب العظم السنخي بشكل ثانوي بواسطة الارتشاف بالضغط .

شعاعياً :

يمكن أن توجد الكيسات المركزية داخل العظم كأفة لامعة شعاعية وحيدة المسكن أو متعددة المساكن ذات حواف محددة بشكل جيد ضمن الأماكن اللامعة شعاعياً يوجد تكلسات مبعثرة ذات حجم غير منتظم تعطي درجات مختلفة من العتمات . يمكن أن تُرى مثل هذه العتمات لنوع من نموذج الملح والفلل مع توزع متساوي ومنتشر .

عندما تُرى الكيسة مترافقة مع سنوم من النمط المعقد يمكن أن يشاهد تداخل وتمازج في المكونات العاتمة للكيسة والسنوم . يمكن أن يكون التوسع المرافق في العظم السنخي أو الأنسجة الرخوة في حالة الآفة خارج العظم هو الشكوى الأساسية في حوالي 50% من الحالات هناك نطاق عريض في الحجم من 1-8 سم وبقطر 3 سم وسطياً في إحدى الدراسات وإن غياب الإيلام والألم هو شيء مميز . وإن المدة الملاحظة عند معظم المرضى هي 6 أشهر أو أقل .

التشريح المرضي والنسجي :

توجد معظم الآفات على شكل ناميات متعددة الكيسات مخططة بشكل جيد ذات جدار من النسيج الضام الليفي الذي يحيط بلمعة مبطنة بظهارة سنوية المنشأ . في الآفات الأكثر صلابة يحجب التكاثر الشديد الظهاري داخل اللمعة أو يسوي اللمعة الكيسية ولذلك يظهر معنا انطباع ورم صلب . الطبقة الظهارية غير منتظمة وذات سماكة مختلفة .

البطانة تشبه تماماً نوع الظهارية المينائي . الظهارية القاعدية يمكن أن تكون بارزة تماماً بشكل موضعي وذات نوية مفرطة التصبغ وبنية مكعبة أو عمودية . وفوق الطبقة القاعدية يوجد خلايا ظهارية مرتبة بشكل مخلخل تحمل شبيهاً للشبكة النجمية لعضو الميناء .

إن المظهر المجهرى الوحيد والأكثر بروزاً للعنصر الظهاري ضمن الآفة هو ما يسمى خلايا غوبل والتي تتمازج غالباً داخل المناطق المشبهة بالشبكة النجمية . يمكن أن يلاحظ تدرج في التبدلات من الخلايا القاعدية إلى الخلايا الحاصلة مبدئياً لسيتوبلاسما متجانسة هيالينية والتي تصبح فيما بعد محبة للحامض بشكل شديد . النواة تخضع لانحلال نووي عندما يتطور التقرن .

ون الفحص الدقيق لعنصر الخلية غوست سوف يظهر خلايا فردية أو مجموعات من خلايا ذات تمعدن حثلي يتصف بوجود حبيبات دقيقة جداً محبة للأساس وهذه الحبيبات يمكن أن تزداد في الحجم والشدة وتشكل أخيراً في بعض الحالات صفائح كبيرة من مادة متكلسة .

وفي حالات أخرى يمكن أن يوجد كتل محبة للحامض غير منتظمة اعتبرت من قبل البعض نظيرة العاج ضمن البطانة الكيسية وفي جدار الأنسجة الضامة الليلية . أحياناً خلايا غوست يمكن أن تخترق البطانة الكيسية بحيث تصبح على اتصال مع المكون النسيجي لكيسة وتُظهر ارتكاس بخلية عرطلة لجسم أجنبي .

إن التقرن في خلية غوست ، التكلس الحثلي والارتكاس لجسم أجنبي هو أيضاً وصفي للآفات الجلدية المعروفة بالأورام الظهارية المتكلسة لمالهرب (pilomatrixoma (malherb) .

التشخيص التفريقي :

في المراحل المبكرة من التشكل يمكن أن تحتوي الكيسات قليلاً من التمعدن أو لا تحتوي أبداً ولذلك توجد كأشكال شبيهة بالكيسة مع لمعان شعاعي ويجب أن تفرق عن الكيسة العاجية ، الكيسة المتقرنة سنية المنشأ ، الميناؤوم وحيد الكيسة .

في المراحل المتأخرة من النمو عندما يوجد مظهر عتمات ولمعان شعاعي مختلط يجب أن تميز الآفة عن AOT ، السنوم المتمعدن جزئياً ، الورم الظهاري المتكلس سني المنشأ . كما ويمكن أن نضع السنوم الليفي الميناؤومي ضمن التشخيص التفريقي .

العلاج والإنذار :

عندما لا تترافق هذه الآفة مع آفات أخرى فإن القلع البسيط يعد علاجاً كافياً ويوجد خطر بسيط للنكس . وهذا بطريقة مماثلة يطبق في حالات ترافق هذه الآفة مع السنوم من النمط المعقد أو المركب .

أما إذا ترافقت مع الميناؤوم فعندئذٍ يجب أن تعالج كما لو أنها ميناؤوم مع أخذ الاعتبارات الملائمة لذلك الكيان الخاص .

الأورام سنية المنشأ ODONTOGENIC TUMORS

I – الأورام الظهارية :

- 1- الميناؤوم Ameloblastoma
- 2- الأورام الشائكة ذات المنشأ السني Squamous Odontogenic Tumor
- 3- الأورام الظهارية المتكلسة ذات المنشأ السني Calcifying epithelial odontogenic tumors
- 4- الورم السني ذو الخلايا الراققة Clear cell odontogenic Tumor
- 5- الورم الغداني ذو المنشأ السني (AOT) Adenomatoid odontogenic Tumor

II – أورام اللحمة المتوسطة (الميزانشيمية) Mesenchymal T. :

- 1- الورم المخاطي ذو المنشأ السني Myxoid odontogenic Tumor
- 2- الورم الليفي المركزي ذو المنشأ السني Central odontogenic fibroma
- 3- الورم الليفي الملاطي Cementifying fibroma
- 4- ورم الأرومة الملاطية Cementoblastoma
- 5- عسر تصنع الملاط الحول الذروية Periapical Cemental Dysplasia

III – الأورام المختلطة (الظهارية واللحمة المتوسطة) :

- 1- الورم السني (السنوم) Odontoma
- 2- الليفيوم المينائي الغدي (مصورات الميناء الليفي) Ameloblastic fibroma
- 3- الليفيوم السني المينائي Ameloblastic fibroadenoma

الأورام السنية المنشأ هي آفات تشتق من عناصر اللحمة المتوسطة أو الظهارية أو كلاهما ، وتلك هما الجزء المشكل للأسنان – forming apparatus that are part of the tooth ولذلك فهم

موجودون بشكل مطلق في الفك السفلي والفك العلوي (واللثة في حالات نادرة) . ويجب أن نعتبرها ضمن التشخيص التفريقي للآفات التي تصيب هذه الأماكن .

من أجل هذه الفئة ، فإن الأسباب والأمراضية غامضة بشكل كامل ولم يوضح أي سبب أو أي

محرّض لها

سريراً :

الأورام سنية المنشأ غير عرضية بشكل عام ، ولكنها يمكن أن تسبب تمدد الفك ، وحركة الأسنان وفقدان العظم – إن معرفة بعض الملامح النموذجية مثل العمر ، التوضع ، والمظهر الشعاعي لمختلف الأورام السنية المنشأ ، يمكن أن يفيدنا لدرجة كبيرة في وضع التشخيص . مثل الأورام في أي مكان آخر من الجسم ، فالأورام السنية المنشأ تميل لأن تقلد الخلايا أو النسيج الأصلي من الناحية المجهرية .

نسيجياً :

ربما تشبه الأنسجة الرخوة للمينا أو لب السن أو ربما تحوي عناصر نسيجية قاسية للمينا والسن والملاط أو كل هذه العناصر مختلطة . الآفات في هذه المجموعة تتراوح ما بين تكاثرات عابية إلى تنشآت خبيثة مع إمكانية حدوث النقائل .

إن إدراك وفهم السلوك الحيوي للأورام السنية المنشأ له أهمية جوهرية من أجل معالجة هؤلاء

المرضى .

تصانيف نسيجية متعددة قد طوّرت لتساعد على احتواء هذه المجموعة المعقدة من الآفات . أشيع

كل هذه الخطط هو تقسيم هذه الأورام حسب العناصر الظهارية المكونة للأورام السنية المنشأ .

وهكذا فهناك أورام سنية المنشأ من نمط اللحمية المتوسطة وهناك أيضاً تكاثرات من كلا النوعين

الظهاري واللحمية المتوسطة . وهناك صفوف واسعة من الأنماط المجهرية للآفات السنية المنشأ قد سجلت

على أية حال فقد ظهرت تباينات نسيجية لواحده من هذه المجموعات الورمية الرئيسية . لأن هذه التباينات

ليست مختلفة من الناحية الحيوية . وتمييزها ككيانات منفصلة يكون مربكاً ومعرقلاً وغير هام .

I- الأورام الظهارية :

1- الميناؤوم (ورم مصوات المينا) Ameloblastoma :

تاريخياً :

عرفت هذه الإصابة منذ أمد بعيد عبر السجلات المدونة العائدة لبدائيات القرن التاسع عشر ، من المحتمل أن نموها الثابت الموضعي في المنطقة الوجهية الفكوية العلوية وقدرتها على إحداث تشوه الوجه قبل أن تؤدي إلى الإضعاف الحقيقي هو المسؤول عن تمييزها .

يعزى نكس الميناؤوم خاصة بعد علاجه المحافظ إلى الحذر من هذه الآفة . ومنذ أن قدر السلوك الموضعي المخرب للميناؤوم فإن معدل النكس واحتمال الانتقالات بسيط ، فقد تركز الجدل حول الشكل الأمثل للمعالجة . وحالما تحددت تحت الأنماط التشريحية المرضية والسريرية فإن الأسس العلاجية طورت نسبياً لتحسن معدل الشفاء مع حد أدنى للمراضة .

ينشأ هذا الورم ضمن الفك السفلي أو العلوي من الظهارية المسؤولة عن تشكيل السن . ومن المحتمل أن المصادر الظهارية تتضمن العنصر المينائي . والبقايا ذات المنشأ السني تنقص الظهارية المينائية والبطانة الظهارية للكيسات السنية . وإن محرّض تشكل هذه التشوهات الورمية غير معروف تماماً .

الملاحح السريرية :

تصيب هذه الآفة البالغين وتسود في العقدين الرابع والخامس (كما في الجدول التالي) . وإن معدل العمر واسع جداً يمتد من اليقاعة الباكرة إلى الكهولة المتأخرة ، والعمر الحقيقي يشيع ما بين 35-45 سنة .

والحالات النادرة التي تصيب الأطفال تكون وحيدة الكيسة بشكل نموذجي وتظهر سريرياً ككيسة ذات منشأ سني ، إن ظهور هذه الورم غير مرتبط بالجنس . على الرغم من أن الميناؤوم يفضل منطقة الأضراس في الفك السفلي فإنه يمكن أن يظهر في أي مكان من الفك السفلي أو العلوي .

في الفك العلوي تصاب منطقة الأضراس بشكل أشيع من منطقة الناحية الأمامية . ونادراً ما تتواجد الميناؤومات المحيطية خارج العظمية في اللثة ، وتشاهد عند البالغين الكبار ما بين 40-60 من العمر ، حيث تنشأ من الظهارية العلوية وتبدي سيراً سريريا سليما غير عدواني . وبشكل عام فالآفات المحيطية لا تغزو العظم الذي تحتها وتتكس أحياناً .

عادةً ما تكون الميناؤومات لا عرضية وتكتشف إما خلال الفحص الشعاعي الروتيني ولما بامتدادها اللاعرضي إلى الفك ، ويمكن أن تكون حركات السن اللاعرضية العلامة الأولى .

يظهر الميناؤوم شعاعياً كأفة حالة للعظم ، ونموذجياً تظهر هذه الأورام في المنطقة الحاوية على السن من الفك . ويمكن أن تكون وحيدة الجوف أو متعددة الأجواف . وبما أنها بطيئة النمو فإن أجوافها

عادة محددة ومتصلبة بشكل جيد . في الحالات التي يحدث فيها عسرة تصنع رباطي في النسيج الضام المترافقة مع التكاثر الورمي فإن الحدود الشعاعية قليلة التمييز (هذا التنوع يميل لأن يحدث في الفك الأمامي) . معدل النمو البطيء عادة هو المسؤول عن حركة جذور السن ، ويمكن أن يظهر امتصاص في جذر السن مترافقاً مع نمو الميناؤوم لكنها ظاهرة غير شائعة .

التشريح المرضي النسيجي Histopathology :

وصف العديد من الأنماط النسيجية للميناؤوم ، فبعضها له نموذج نسيجي وحيد وللبعض الآخر كثير من النماذج النسيجية ضمن نفس الآفة .

يشيع في كل النماذج النسيجية استقطاب الخلايا حول الأعشاش التكاثرية في النموذج المشابه للخلايا المولدة للمينا من العنصر المينائي . وفي مركز التجمع الخلوي تنتظم بعض الخلايا التي تقلد الشبكة النجمية للعنصر المينائي وهناك صورة نموذجية أخرى هي تبرعم الخلايا الورمية من البؤر التنشؤية للنموذج الشبيه بتطور السن .

إن النموذج المجهري الأشيع هو النمط الجرابي ، ويتألف من جزء من الخلايا الورمية التي تقلد الجريب السني الطبيعي ، وإن التتسك الكيسي المركزي للجزر الجريبية يقود إلى ما يسمى الميناؤوم الكيسي .

أحياناً تنمو الخلايا الورمية لتعطي شبكة ظهارية تدعى الميناؤوم ذو الشكل الضفيري ، عندما تصبح الأجزاء المركزية من الجزر الورمية متطاولة فإن الصفة الشائكة والمغزلية تستعملان لتعبر عن الميناؤوم ذو الصفات المجهرية المتغيرة .

تميل بعض الأورام مجهرياً للشكل المشابه للسرطان الجلدي قاعدي الخلايا وبذلك تدعى الميناؤوم ذو الخلايا القاعدية .

وفي النموذج النسيجي الذي تميل فيه الخلايا الورمية المركزية لتشكّل الهيولى الحبيبية الواضحة تسمى الميناؤوم ذو الخلايا الحبيبية .

وعلى الرغم من أن أحد الاقتراحات التي سجلت تفيد أن هذا النموذج من الميناؤوم يمكن أن يكون أكثر عدوانية ، ويمكنه أن يعطي نكساً بمعدل أكبر .

وفي نموذج نسجي آخر تميل الخلايا فيه لتصبح رائقة الهيولى تشبه خلايا (غوست) مع بعض التمايز الشائكي ، حيث تدعى حينئذ بالميناؤوم ذو الخلايا الرائقة ، أو الميناؤوم ذو الخلايا الشائكة .

التفريق المجهري والتمايز النسجي بين مختلف أنواع وأنماط هذه الأورام له دلالة أكاديمية بحثية ولا يوجد هناك علاقة وطيدة بين الأنماط المجهرية المختلفة والسير السريري .
جدول يبين الملامح السريرية النموذجية للأورام سنية المنشأ الرئيسية

شعاعياً	التوضع المألوف	العمر الوسطي	الورم
صافي وغالباً متعدد المساكن	الفرع الرحوي للفك السفلي	40 سنة	الميناؤوم
صافي أو مع بؤر معتمة	الفرع الرحوي للفك السفلي	40 سنة	الورم الظهاري المتكلس ذو المنشأ السني
صافي أو مع بؤر معتمة	المنطقة الأمامية للفكين	18 سنة	الورم الغدوماني ذو المنشأ السني
صافي غالباً متعدد المساكن	أي منطقة	30 سنة	الورم المخاطي
ظليل (معتم) opaque	أي منطقة	18 سنة	السنوم
صافي مع بؤر ظليلة (عائمة)		40 سنة	الورم الليفي الملاطي cementifying fibroma
ظليل	مؤخرة الفك السفلي	25 سنة	ورم الأرومة الملاطية
صافي إلى مختلط إلى معتم	مقدمة الفك السفلي	40 سنة	عسر تصنع الملاط الحول نروية
صافي أو مع بؤر معتمة	الفرع الرحوي للفك السفلي	12 سنة	Ameloblastic fibroma and fibro-odontoma ورم مصورات الميناء الليفي

ونستطيع أن نميز نموذجين من نماذج الأميلوبلاستوما البسيطة :

1- الأصبم solid typ متعدد الأكياس Multicystic

2- أو وحيد الكيس or unicystic

هذين النوعين إنذارهما واحد ومعالجتهما واحدة حيث أن إنذارهما يختلف عن بقية الأنواع الأخرى ،
فهما ينكسان بنسبة 50-90% في حالة كون المعالجة الجراحية محافظة . وأغلب الأنواع وحيد الكيسة
تشاهد متشاركة في جدار كيسة سنية المنشأ .

النموذج الضفيري وحيد الكيسة *plexiform unicystic* ، يصيب الأشخاص اليافعان العقد الثاني
والثالث من العمر . والتوضع أغلبه في منطقة الرحي السفلية . نسبة النكس في هذا النوع تعادل 10%
بعد التجريف .

التشخيص التفريقي :

يعتمد على العمر ، التوضع ، الصورة الشعاعية ، ويفرق هذا النوع عن باقي الأكياس السنية المنشأ
، وعن الورم السني المنشأ المتكلس البشري ، والورم المخاطي السني المنشأ . وأما التشخيص التفريقي
بين هذا الورم والأكياس السنية المنشأ التي تتوافق بفرط تصنع بشروي شديد فيكون صعباً .

المعالجة والإنذار :

الاستئصال الجراحي بالتجريف الموضعي مع نسبة نكس 50-90% وأما الاستئصال الجراحي مع
التجريف الواسع فنسبة النكس 10% . لذلك تعتمد المعالجة على الحالة السريرية ، فورم مصورات الميناء
المحيطي يفي به التجريف البسيط بالمعالجة المحافظة الجراحية .

أما المعالجة الشعاعية فلها دور محدود جداً لأن أورام مصورات الميناء معددة على الأشعة والأنواع
الخبثية منها تنتقل إلى العقد اللمفية الموضعية ونادراً ما تنتقل إلى بقية الأحشاء خارج منطقة الرأس والعنق
وانذار هذه الأنواع الخبيثة هو سيء فنسبة الحياة لسنتين 40% .

2 - الأورام السنية المنشأ القرنية (الورم السني ذو الخلايا الشائكة):

تنشأ هذه الأورام على حساب بقايا مالاسيز ، تتوضع في كلا الفكين ، وفي المنطقة الأمامية للفك
العلوي والخلفية للفك السفلي ، ونادراً متعددة البؤر وتصيب الأشخاص بأعمار متقدمة العقد السابع .

شعاعياً : يظهر الورم على شكل كتلة ذات حدود واضحة مع جذر سن .

مجهرياً : تكاثر خلايا بشروية أسطوانية مع تمايز بشروي شائكي متوضعة على شكل كتل مختلفة
الأحجام .

المعالجة : تكون بالاستئصال الجراحي المحافظ .

3 - الورم السني البشري المتكلس (ورم بندبورغ) :

يصيب الأشخاص بين العقد الثاني والخامس . والفك السفلي أكثر إصابة وتتوضع في منطقة الرحي والنااب .

شعاعياً : يظهر الورم وحيد أو متعدد المساكن مع مظهر (قرص شمع النحل) و بؤر متكلسة ويكون مترافقاً مع سن.

مجهرياً : شرائط من خلايا ظهارية ذات أشكال وأحجام مختلفة مع بعض الأشكال الشذوية والانقسامات الهيولى أيزينية مع بعض الخلايا النيرة . يشاهد وجود بعض المناطق المصابة باستحالة نشوانية (أحمر كونغو إيجابي) وهي من المظاهر النموذجية والوصفية لهذا الورم .

التشخيص التفريقي :

التشخيص التفريقي الأول يكون مع الأكياس السنية المنشأ ، والورم السني المنشأ المتقرن ، وأورام مصورات الميناء ، والورم السني المنشأ الغداني ، وورم مصورات العظم .

المعالجة :

بما أن الورم ينتشر ببطء ويؤدي إلى الضغط على النسج المجاورة ، ونفاثله غير واردة ، لذلك فالمعالجة الجراحية المحافظة هي المستطبة . النكس أقل من 20% .

4 - الورم السني المنشأ ذا الخلايا النيرة . Clear cell odontogenic T:

هو ورم نادر الحدوث يصيب كلا الفكين والأشخاص بأعمار تقل عن 60 سنة وهو ورم غير محاط بمحفظة ، ينمو موضعياً . ويتألف من خلايا نيرة كبيرة الحجم تشبه بعض الأورام الخبيثة الأخرى كالسرطانة الكلوية ذات الخلايا النيرة .

5 - الورم السني المنشأ الغداني . Adenomatoid odontogenic T:

وهو يختلف بشكل واضح من الناحية السريرية والمجهرية والسلوكية عن الـ Ameloblastoma ، حتى أن بعض المؤلفين يصنفون هذه الآفة باعتبارها ورماً عجائبياً (عابياً) أكثر من كونها تنشؤ نسيجي .

الملامح السريرية :

يُشاهد الـ AOT في فترة معينة من العمر (بين 5 سنوات حتى 30 سنة) حيث تظهر معظم الحالات في العقد الثاني من العمر . وهو يصيب النساء بنسبة أعلى من الرجال .

تظهر معظم الحالات في القسم الأمامي من عظام الفك خاصةً القسم الأمامي من الفك العلوي ، وهي تترافق مع تيجان الأسنان المنحشرة . واعتباراً من هذه النقطة ، فإن النسيج الورمي يتكاثر ضمن لمعة الفراغ الشبيه بالكيسة المحاطة بمحفظة .

شعاعياً :

يظهر الـAOT كآفة أحادية المسكن محددة جيداً محيطة بتاج السن المنحشر . وبالتالي فإن هذه الأورام تظهر شعاعياً ، ولكن يمكن أن يشاهد في بعض المناطق المعتمدة منتشرة في أنحاء الورم وهي تعكس وجود جزر مينائية في النسيج الورمي ... وعندما تتواجد هذه الأورام بين الأسنان الأمامية يمكن أن تشاهد تشعب الجذور السنية .

التشريح المرضي :

يتألف النكاثر الظهاري من خلايا متعددة السطوح وخلايا مغزلية ، ويكون نموذج النسيج غالباً فصصي الشكل ولكن يمكن أن يظهر بشكل شبكي .

إن التراكيب الشبيهة بالأقنية أو المتجمعة بشكل وردي للخلايا الأسطوانية الظهارية تعطي الآفة ملامحها النسيجية المجهرية الوصفية ، تظهر مناطق المادة المينائية متقطعة عبر الآفة ، ويعطي عدد وحجم ودرجة تكلس هذه المناطق درجة وضوح الآفة شعاعياً .

التشخيص التفريقي :

يمكن أن يشمل عدة آفات منها الكيسة السنية المنشأ Dentigerous cyst بسبب كونها تترافق غالباً مع الأسنان المنحشرة ، كيسة الجذر الجانبي ، بسبب وقوعها أحياناً مجاورة لجذور الأسنان الأمامية ، الكيسة السنية المتكلسة ، يجب أن نأخذها بعين الاعتبار عند وجود مناطق معتمدة شعاعياً .

العلاج :

العلاج المحافظ (البضع enucleation) هو العلاج المفضل لهذه الآفة خاصةً أن الـAOT بشكل عام هو آفة محفظة سليمة غير ناكسة .

II - الأورام الميزانشيمية :

1 - الورم المخاطي السني :

يعتبر هذا الورم السني ميزانشيمياً في طبيعته وأصله ، وهو يشبه من الناحية المجهرية لب السن أو النسيج الضام الجريبي . يمكن استعمال عبارة "الورم المخاطي الليفي" عند وجود كيسات كبيرة نسبياً من

ألياف الكولاجين داخل الورم وهو تنشؤ سليم على الرغم من أنه يمكن أن ينتشر ويتطور ، ويمكن أن ينكس .

الملاح السريرية :

يظهر هذا الورم في فترة من العمر تمتد من 10-50 سنة وبشكل وسطي 30 سنة ، لا يوجد لهذا الورم ميل عرقي ، وهو يمكن أن يشاهد في أي مكان على الفك العلوي أو الفك السفلي .
شعاعياً :

يشاهد الورم دائماً ككثافة بيضاء لامعة وهو إما أن يكون محدد الحواف أو منتشر . وهو غالباً متعدد المساكن ويظهر بشكل نموذج "عش النحل" . يشكل التمدد القشري (أكثر من الانتقاب) والانزياح الجذري (أكثر من الامتصاص) قاعدة لهذا الورم .

التشريح المرضي :

يتألف الورم من نسيج ضام مخاطي رقيق خالي من الخلايا تقريباً . يمكن مشاهدة الخلايا الأرومية الليفية السليمة والأرومات الليفية العضلية مع كميات مختلفة من ألياف الكولاجين وألياف من عديدات السكاكر المخاطية .

تشاهد الجزر العظمية (التي تمثل الحويجزات المتبقية) والشعيرات منتشرةً خلال الآفة وتعتبر البقايا السنوية غير شائعة في هذا الورم ، لذا فإن غيابها يجب ألا ينفى التشخيص .

التشخيص التفريقي :

وهو مشابه لذلك الموصوف في ameloblastoma ، ولكن في هذا الورم يجب بشكل جدي الأخذ بعين الاعتبار "الورم الوعائي المركزي" عند مصادفة أشكال عش النحل . عندما نتعامل مع آفة مخاطية ناشئة في مركز الفك ، فمن المهم أن نعتبر مجهرياً أن اللب السنوي سليم وأن النسيج الضام الجريبي المحيط بالأسنان الناضجة أو غير الناضجة المنحشرة . وهذا النسيج الضام يمكن أن يكون جريبي مفرط التصنع ومخاطي في مظهره ، وهو يقلد بذلك التنشؤ النسيجي . تعتبر القصة المرضية والشعاعية من الأمور الهامة لتحديد تشخيص الأورام المخاطية السنوية .

العلاج :

يعتبر الاستئصال الجراحي هو المعالجة الأمثل . ويسبب القوام المرن للورم فإن التجريف يمكن أن يؤدي إلى إزالة غير كاملة له . كما أن غياب المحفظة يمكن أن يسبب النكس إذا عولج الورم بشكل محافظ جداً .

مع أن هذه الأورام تبدي بعض العدوانية مع نسبة متوسطة من النكس فإن الإنذار جيد جداً والمدخلات الجراحية المتكررة لا تسبب نمواً للورم أو حدوث انتقالات له .

2 - الورم الليفي السني المركزي :

يُعتبر هذا الورم النادر نسخة مطابقة مركزية عن الورم الليفي السني المحيطي . يُشاهد في جميع مراحل العمر وهو يوجد في كلا الفكين العلوي والسفلي ، وهو عبارة عن آفة ظاهرة شعاعياً ، وهو متعدد المساكن غالباً يسبب تمدد قشري .

التشخيص التفريقي السريري : مشابه لذلك المشاهد في ameloblastoma .

مجهرياً : يمكن أن نميز نمطين :

في النمط البسيط : تتألف الآفة من كتلة مؤلفة من نسيج ليفي ناضج يحوي على بعض البقايا الظهارية . في نمط (WHO) "نمط منظمة الصحة العالمية" : يحوي النسيج الضام الناضج على بقايا غزيرة ومواقع متكلسة يُنظر إليها على أنها عاج أو ملاط .

ولكن هذا التمييز المجهرى يعتبر تمييزاً نظرياً فمن ناحية السلوك السريري لا يوجد أي اختلاف بين النمطين .

المعالجة : تكون بالاستئصال الجراحي والنكس غير متوقع .

3 - الورم الليفي الملاطي :

من المستحيل أن يُميز عن الورم الليفي العظمي يمكن أن يُعتبر جزءاً من مجموعة الآفات الليفية المركزية الحاوية على مادة متكلسة . إن المظهر الوحيد الذي يمكن أن يميز النوعين هو التحديد المجهرى للملاط أو العظم داخل الورم . وهذا التمييز الذي هو لسوء الحظ غير موضوعي (شخصي subjective) يستخدم أجهزة تشخيصية حديثة . على كلٍ فإن التمييز يمكن أن يعتبر أساسياً في المسائل النظرية المدرسية .

الملاح السريرية :

يصادف غالباً عند الكهول (حول عمر الـ40 سنة) مع أنه يمكن أن يصادف في فترة من العمر واسعة نوعاً ما ، يميل للحدوث في الفك السفلي كما أنه أكثر شيوعاً عند النساء . يمكن أن يسبب حركة في الأسنان أو تمدد قشري .

شعاعياً :

يمكن أن يظهر بشكل ساطع شعاعياً ، أو ساطع مع مناطق عاتمة ، أو مناطق عاتمة منتشرة . فالمظهر الشعاعي يعتمد على حجم الجزر الملاطية ودرجة التكلس ويكون الورم محدداً بشكل جيد ومحاطاً بحافة صلبة .

التشريح المرضي :

تتميز هذه الأورام باللحمة الورمية الليفية السليمة ، تشاهد الخلوية بنسبة عالية ولكن الانقسام نادر . يظهر الملاط عادة بشكل جزر كروية أو بيضوية من مادة متكلسة محاطة غالباً بخلايا ملاطية محبة للحامض وبالأرومات الملاطية . تتوزع هذه الجزر الملاطية في الورم ويمكن أن تتحول لتشكيل كتل فصيصية ، ونادراً ما تشاهد الخلايا الالتهابية .

التشخيص التفريقي :

يتضمن الورم الأرومي ، الورم الليفي العظمي ، ذات العظم والنقي المزمنة ، عسر التصنع الليفي (الآفتين الأخيرتين هما أقل احتمالاً بسبب نقص التشابه الشعاعي) الورم الحبيبي المركزي ذو الخلايا العملاقة والأورام السننية مثل ameloblastoma والورم المخاطي السني يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار إذا كانت الآفة تظهر ساطعة (نيرة) نسبياً من الناحية الشعاعية .

المعالجة :

تم بالمعالجة المحافظة بسبب الطبيعة المميزة والمحددة جيداً للورم . (الفصع) والاستئصال يمكن أن يكونا شافيين . والنكس غير متوقع .

4 - الورم الأرومي الملاطي : (الورم الملاطي الحقيقي) Cementoblastoma

الملاح السريرية :

هو ورم نادر سليم من منشأ أرومي ملاطي وهو يحدث في العقدتين الثاني والثالث من العمر خاصة قبل سن الـ25 سنة . لا يملك أي ميل عرقي وهو يحدث في الفك السفلي بنسبة أكبر بكثير من الفك

العلوي في المناطق الخلفية بنسبة أكبر من المناطق الأمامية . يرافق عادةً جذر السن مع أن السن يبقى حياً . يمكن أن يسبب تمدد قشري وأحياناً ألم متقطع قليل الحدة .
شعاعياً :

عبارة عن آفة معتمة تحل محل الجذر السني . وهي محاطة غالباً بحلقة شفافة شعاعياً .

التشريح المرضي النسيجي :

تظهر هذه الآفة مجهرياً على شكل كوم من مادة شبيهة بالملاط متوضعة على شكل خطوط متعكسة متعددة تحصر فيما بينها نسيجاً مرناً جيد التوعية يحتوي على الخلايا المولدة للملاط والتي غالباً ما تكون عديدة وكبيرة ومفرطة الصباغ . كما تظهر أيضاً الخلايا الكاسرة للملاط.

التشخيص التفريقي :

إن المظهر الشعاعي الوصفي لهذه الآفة غالباً ما يكون مشخصاً . هناك بعض الآفات المعتمة (الظليلة شعاعياً) تملك بعض الصفات المشتركة مع هذا الورم منها (السنوم - ورم بانيات العظم - ذات النقي والعظم المصلب البؤري - فرط الملاطية) .

العلاج :

إن هذه الآفة لا يمكن أن تستأصل دون التضحية بالسن وذلك بسبب التلازم الوثيق بين هذا التنشؤ وبين الجذر السني . وإن فتح العظم مطلوب دائماً لاستئصال هذه الكتلة الواضحة الحدود .

III - الأورام المختلطة (الظهارية والمتوسطة) :

1 - السنوم odontoma :

السنوم هو ورم مختلط ذو منشأ سني لأنه مؤلف من نسيج من منشأ ظهاري ومتوسطي . وتكون هذه النسيج كاملة التمايز مؤدية إلى تشكل الميناء من قبل أرومات الميناء وتشكل السنين من قبل بانيات السن . لكن بالرغم من أن هذه النسيج والخلايا تبدو طبيعية فإن بناءها الهندسي مخرب . إن التنظيم غير الطبيعي لهذه النسيج الناضجة الطبيعية يؤدي بنا إلى الرأي بأن السنوم هو ورم عابي بدلاً من ورم تنشئي .

تأخذ هذه الآفات المتكلسة واحداً من هذين الشكلين :

1- يمكن أن تظهر كأسفل رديمية (أثرية) أو أسنان صغيرة جداً متعددة ، في هذه الحالة فإنها تُعرف بالسنوم المركب .

2- أو يمكن أن تظهر على شكل تكومات غير متبلورة من نسيج قاسٍ ، في هذه الحالة فإنها تعرف بالسنوم المعقد .

وكل فإن هذه الأورام هي الأكثر شيوعاً في الأورام ذات المنشأ السني .

الصفات السريرية :

السنوم هو آفة تصيب الأطفال وصغار البالغين ، ومعظمها تكتشف في العقد الثاني من الحياة . الفك العلوي يصاب أكثر بقليل من الفك السفلي وهناك أيضاً ميل للسنوم المركب لحدوثه في الأجزاء الأمامية من الفك وميل للسنوم المعقد لحدوثه في الأجزاء الخلفية من الفك. كما لا يوجد ميل كبير لأحد الجنسين .

العلامات السريرية التي تعكس وجود السنوم هو انحباس الأسنان الساقطة (اللبنية) أو السن المحصور أو الانتباج السخي ، هذه الآفات غالباً لا تحدث أعراض.

شعاعياً :

يظهر السنوم المركب ككتلة من الأسنان الناضجة (أحياناً عشرة) تتمحور في بؤرة واحدة . هذه البؤرة تكون عادة بين الجذور السنية أو فوق تاج السن المحصور (المحشور) . أما السنوم المعقد فإنه يظهر في نفس المناطق لكن ككتلة عاتمة شعاعياً متجانسة (غير متبلورة) والآفات المكتشفة خلال المراحل الباكرة لتطور الورم هي شفافة شطعياً بشكل رئيسي مع بؤر معتمة شعاعياً تمثل التكلس الباكر للميناء والسينن .

التشريح المرضي النسجي :

يشاهد داخل الآفة أشكال طبيعية من الميناء والعاج والملاط واللبن وغالباً ما يشاهد تفوق المكون المينائي مع الأعضاء المينائية المرافقة قبل مرحلة النضج النهائي للنسج الصلبة. وكما يسمى التقرن الخلوي الشبكي (الطيقي) يشاهد في الخلايا الظهارية للميناء لبعض السنومات وأهمية هذا المظهر المجهرى هو فقط ليشير على ميل الخلايا الظهارية للتقرن .

التشخيص التفريقي :

إن السنوم المركب له مظهر شعاعي مشخص ويظهر السنوم المعقد غالباً مظهراً شعاعياً نموذجياً وهو العتامة الصلبة والتشخيص التفريقي يتضمن آفات الفك العاتمة شعاعياً مثل ذات النقي والعظم المصلب البؤري - العظموم - عسر التصنع الملاطي حول القمي - الليفوم المعظم وورم بانيات الملاط .
العلاج :

إن السنوم لديه قدرة نمائية محدودة ، رغم ذلك فإن بعض الآفات المعقدة يمكن أن تسبب امتداداً عظيماً واسعاً . إن عملية الفصع (التجريف) هي عملية شافية والنكس ليس سبباً لمشكلة . لقد وصف نوع نادر يسمى السنوم الباني للميناء وهو بشكل أساسي ورم بانيات الميناء يحتوي على بؤر تمايزية نحو السنوم . والى أن نعرف المزيد عن سلوك هذه الآفة النادرة فإنها يجب أن تعالج على أنها ورم بانيات الميناء .

- ليفوم بانيات الميناء ameloblastic fibroma

- والورم السني الليفي الباني للميناء ameloblastic fibroodontoma :

تعتبر هاتين الآفتين نوعين لداء واحد . إن حدوث السنومات هو مميز للورم السني الليفي الباني للميناء وفيما عدا ذلك فإن الآفتين تملكان صفات متشابهة من حيث العمر والجنس والتوضع . كما أن السلوك الحيوي لكليهما متشابه .

كلاهما عبارة عن أورام مختلطة ذات منشأ سني مؤلفة من ظهارية تنشؤية ومتوسطة تنشؤية مع مركبات النسيج الرخو المتمثلة مجهرياً ويعتبر كلاهما أدواء تنشؤية سليمة ذات منشأ سني .

المظاهر السريرية :

تحدث هذه التنشؤات بشكل مسيطر في الأطفال وصغار البالغين . متوسط العمر هو 12 سنة تقريباً ، والحدود العمرية العليا يمكن أن تصل حتى 40 سنة وتعتبر الشعبة الرحوية للفك السفلي هي التوضع المفضل لهذه الآفات ، رغم إمكانية إصابة أي منطقة ، لا يوجد أي ميل أو نزوع لأحد الجنسين عن الآخر .

شعاعياً :

هذه الآفات محددة بشكل جيد ومحاطة عادة بهامش تصلبي ويمكن أن تكون وحيدة المسكن أو عديدة المساكن أو ممكن أن تكون مرافقة لتاج سن محشور وتظهر بؤرة عاتمة ضمن الورم السني الليفي الباني للميناء بسبب وجود السنوم .

تظهر هذه الآفة كآفة مركبة (عاتمة - شفافة) شعاعياً بينما الليفوم الباني للميناء فهو شفاف شعاعياً بشكل كامل .

التشريح المرضي النسيجي :

هذه الآفات هي مفصصة في أشكال عامة وغالباً ما تكون محاطة بمحفظة ليفية . والكتلة الورمية مؤلفة بشكل أساسي بنسيج ضام مخاطيني المظهر وإن غياب الكولاجين يعطي لهذا المكون شكلاً مماثلاً لللب السني .

وهناك حبال أو شرائط من الظهارية ذات المنشأ السني المتوزعة خلال النسيج الورمي . وعرض هذه الحبال هو عبارة عن حيفن من الخلايا وهذا مكون الظهاري يُقارن مجهرياً بالصفحة السنية التي تتكاثر من الظهارية الفموية في المراحل الباكرة للتطور السني .

في الورم الليفي السني الباني للملاط ، إن الخلايا في بؤرة أو أكثر تستمر في عملية التمايز وتنتج مادتي الميناء والسنين . ومن الممكن أن تكون في شكل السنوم المركب أو المعقد . ووجودها لا يغير من العلاج والإنذار .

التشخيص التفريقي :

التشخيص غالباً ما يكون واضحاً إذا كان العمر والتوضع والنموذج الشعاعي نموذجياً لهذه الآفات . وعندما تكون المظاهر السريرية خارج الحدود المعتادة فإن التشخيص التفريقي للليفوم الباني للملاط يجب أن يتضمن : ورم بانيات الملاط - المخاطوم ذات المنشأ السني - الكيسة القرنية ذات المنشأ السني - الحبيوم عرطل الخلية المركزي - داء كثرة المنسجات .

التشخيص التفريقي للورم السني الليفي الباني للملاط يتضمن الآفات ذات النماذج الشعاعية المختلطة مثل CEOT - الكيسة المكلسة ذات المنشأ السني - السنوم في مرحلة التطور و AOT .

مجهرياً :

هذه الآفات يجب أن تفرق عن الكيس الجريبي الليفي المفرط التصنع الذي فيه تكاثر بقايا ذات منشأ سني .

العلاج :

إن هذه الآفات تعالج بإجراءات جراحية محافظة مثل التجريف أو الاستئصال ذلك لأنها أورام محاطة بمحفظة وتفتقر إلى القدرة على الغزو والاجتياح . حالات النكس قد سجلت لكنها نادرة . وقد وصف نوع نادر خبيث في هذه الأورام ذات المنشأ السني يسمى الورم الليفي العضلي الباني للملاط وهو يظهر في الفك إما بشكل بدئي أو ثانوي .

أمراض الغدد اللعابية

I-آفات ارتكاسية Reactional lesionas

1-كيسة احتباسية مخاطية .

2- قبلة الجيب الفكي المخاطية .

3- الكيسة الاحتباسية الكاذبة للجيب الفكي Maxillary Sinus Retention Cyst and

Pseudocyst

4- الحؤول الغدي التنخري Necrotizing Sialometaplasia

5- أمراض الغدد اللعابية المسببة بالتشعيع (Radiation-Induced Salivary Gland

Pathology)

II - آفات انتانية Infectious lesions:

1- أمراض انتانية diseases Infectious

النكاف Mumps – التهاب الغدد بالحمة المضخمة للخلايا .

2- أمراض جرثومية Bacterial diseases.

3- الداء الغرناوي Sarcoidosis

III - أمراض استقلابية Metabolic diseases

IV- آفات مترافقة مع خلل مناعي Lesions associate with immunological disorders

1- الآفة البشروية للمفاوية Lymphoepithelial lesion

2- متلازمة سجوغرين Sjogren Syndrome

V - أورام سليمة Benign tumors:

- 1- الورم الغدي عديد الأشكال (المختلط)
Pleomorphic adenoma (Mixed tumor)
- 2- الورم الغدي البسيط
Simple adenoma (Monomorphic adenoma)
- 3- الورم الغدي اللعابي الحليمي Sialoadenoma papilliformis
- 4- الورم البشري العضلي Myoepithelioma

VI - أورام خبيثة Malignant tumors

- 1- السرطانة المخاطية الشائكة Mucoepidermoid tumors
- 2- السرطانة الغدانية الكيسية Adenoid cystic carcinoma
- 3- السرطانة عنبية الخلايا Acini cell Carcinoma
- 4- الورم الغدي المختلط الخبيث Carcinoma ex mixed T.
- 5- سرطانة الظهارية العضلية بين القنوية Intracanalicular myoepithelial carcinoma
- 6 - سرطانة الأفتية المفرغة Ductal carcinoma
- 7- سرطانة الأفتية اللعابية Salivary ductal carcinoma
- 8- السرطانة الغدية Adenocarcinoma
- 9 - السرطانة الشائكة للخلايا Squamous cell carcinoma

V - اورام السليمة :

تتطور كل الغدد اللعابية بالطريقة نفسها تبدأ ب بروز براعم من الأديم الظاهر المغطي للتجويف الفموي البدئي . تنمو هذه البراعم الصلبة عميقاً إلى اللعنة المتوسطة المجاورة حيث نجد صفيحة قاعدية تفصل الأديم الظاهر عن اللحمية المتوسطة ، ثم تحدث تداخلات نسيجية بين النسيج الظهاري والمتوسطي تسمح بحدوث خطوتين تطورتين كبيرتين : التمايز الخلوي والتمايز الشكلي . وفي الوقت نفسه تتطور القناة الرئيسية البدائية بين السطح والنهائية البرعمية .

تتميز هندسة الفصيصات حوالي الشهر الخامس من التطور الجنيني . ومع استمرار التفرعات تتمايز نهاية القنيات لتشكل الخلايا العنبية . إن التشكلات الحبيبية العنبية هي الوجود الأول للعناصر

الخلوية المسطحة ، والخلايا الظهارية العضلية myoepithelial التي تتشكل بين الخلايا العنابية والصفحة القاعدية المحيطة يختلف شكل هذه الخلايا من الخيطي إلى النجمي . وهي تفقد خلال تطورها الخيوطات العضلية المميزة وتبدو رائقة . أما منشأ الخلايا العضلية الظهارية فيعتقد الكثيرون أنها تنشأ من خلايا القنابات النهائية .

عناصر الأقفنية النهائية مسؤولة بشكل كامل عن تشكيل القنوات الفصيضية والقنابات Intercalated والعنابات والخلايا العضلية الظهارية . بينما تنشأ القنوات داخل الفصيضية وبين الفصيضية للجهاز المفرز من بقية خلايا السويقة المولدة .

هناك علاقة صميمة بين التشريح المجهرى والتكون الجنيني للغدد الظهارية وبين التكون النسيجي للأورام وتصنيف الأورام الظهارية للغدد اللعابية . توجد عدة أنظمة للتصنيف بالاعتماد على الشكل ، الصفات الخلوية والسلوك الحيوي . ليس هناك رأي عام حول الخلية التي تنشأ منها الأورام ، تقترح إحدى النظريات وجود خلايا جذعية أو خلايا مدخرة في جهاز الأقفنية اللعابية وهي المسؤولة عن إنتاج التنتشوات الجديدة ، وفي هذا الشكل هناك نوعان من الخلايا المدخرة المترافقة مع القنوات Intercalated والقنوات المفرزة ، وتحدث على هذين النوعين تحولات تنشوية تالية للتحريض المسرطن . ويعتقد أن هناك دوراً جديراً بالاهتمام للخلايا الظهارية العضلية ، ورغم أنها لا تعتبر الخلايا البدئية لأي من أورام الغدد اللعابية (عدا الظهاروم العضلي) فإن لها مشاركة هامة في كل من الورم المختلط ، السرطانة الغدية الكيسية ، سرطانة الأقفنية اللعابية ، والسرطانة الظهارية العضلية الناشئة من القناة intercalated .

يمكن أن ينشأ عدد كبير من الأورام في الغدد اللعابية سواء منها المزوجة (النكفية ، تحت الفكية أو تحت اللسانية) أو تلك المئات من الغدد اللعابية الصغيرة المتوضعة تحت مخاطية التجويف الفموي والبلعوم الفموي ، وتكون معظم الأورام اللعابية ناشئة من النسيج الظهاري من العنابات أو الأقفنية ، ولكن يمكن لها أن تنشأ على حساب عناصر النسيج الضام ولا سيما في الغدة النكفية .

إن نسبة الأورام الناشئة على حساب الغدد اللعابية الصغيرة قليلة نسبياً . أما الغدة النكفية التي تعتبر أكثر أماكن توضع أورام الغدد اللعابية فيمكن أن تصاب بالأورام السليمة والخيبيثة . وتكون الأورام في الغدد تحت الفكية والغدد اللعابية الصغيرة أميل لأن تكون خبيثة . فقد وجد أن نسبة الأورام الخبيثة العامة هي 25% في الغدد النكفية ، و50% في الغدد تحت الفكية و60-75% في الغدد اللعابية الصغيرة . أما الغدد تحت اللسانية فهي نادراً ما تصاب بالأورام ، ولكنها عندما تصاب بورم فهو تقريباً دائماً خبيث .

1- الورم الغدي عديد الأشكال (المختلط) :

الورم المختلط الحميد أو الغدوم عديد الأشكال هو أكثر الأورام شيوعاً في الغدد اللعابية الكبرى أو الصغرى والجدول التالي يشير الى التوضعات المختلفة في إحصائية أجريت على عدد من أورام الغدد اللعابية (الجدول 4-8) . تشير معظم الدراسات الكبرى إلى أنه يكون على حساب الغدد النكفية في 85% من الحالات وتحت الفك 8% والغدد الصغيرة داخل الفم 7% . ويلاحظ أن الأورام الناشئة داخل جوف الفم أكثر ما تتوضع على الحنك الصلب والرخو .

والجدول (4-8) : أورام الغدد اللعابية السليمة .

النمط	النكفية	تحت الفك	تحت اللسانية	الصغرى	المجموع
الورم المختلط الحميد	3196	266	0	346	3808
الغدوم الكيسي الحليمي اللمفاوي	431	6	0	0	437
الغدوم الحمض oncocytona	45	2	0	0	47
الغدومات وحيدة الشكل الأخرى	131	5	1	48	185
المجموع	3803	279	1	394	4477

يعود المنشأ النسيجي لهذه الآفة إلى تكاثر عفوي لأعداد مختلفة من الخلايا القنوية والعضلية الظهارية . ويفترض أن للخلايا العضلية دور هام في تحديد التركيب والمظهر الكلي للأورام المختلطة . وتشير معظم الدراسات إلى أن الأنماط الخلوية للأورام المختلطة تقع ضمن مجال واسع حدوده الخلايا الظهارية الصرفة من جهة ، وفي الجهة الأخرى الخلايا العضلية الظهارية الصرفة . وتقع بينهما خلايا أقل تطوراً مع عناصر وعضلية ظهارية معاً . وهناك من يفترض أن أصل هذه الأورام خلية واحدة لها القدرة على التمايز إلى خلايا ظهارية أو عضلية ظهارية .

المظاهر السريرية :

تصادف الأورام المختلطة في كل الأعمار ، وترتفع نسبتها في العقد الثاني ، وهي تزيد في النساء قليلاً عنها في الرجال . وتشكل هذه الأورام حوالي 50% من أورام الغدد اللعابية الصغيرة داخل الجوف الفموي . الأورام المختلطة متحركة عادة إلا إذا توضع في الحنك الصلب ، وهي تتظاهر كتورمات ثابتة غير مؤلمة ، وفي معظم الحالات لا تقترح المخاطية المغطية أكثر أماكن تصادفها داخل جوف الفم في الحنك ثم الشفة العلوية والشدق .

لا تحاط الأورام المختلطة داخل الفموية ، ولا سيما المصادفة في الحنك الصلب لمحفظة مميزة . تتظاهر الأورام المختلطة داخل الغدة تحت الفك على شكل كتل مرتشحة ويستحيل سريرياً تمييزها عن الأورام الخبيثة خلال المراحل الباكرة من النمو . كما قد يصعب تمييزها عن العقد اللعابية المتضخمة في المثالث تحت الفك .

في الغدد النكفية تكون الأورام المختلطة عادة غير مؤلمة ، ويستطيع الورم بعد مدة طويلة أن يحدث ضموراً بسبب ضغطه على عظم الفك السفلي . كما قد تشاهد هذه الأورام تحت زاوية الفك السفلي وأمام العضلة القترائية عندما تتوضع في الفص السفلي أو في ذيل الغدة النكفية .

يتراوح قطر الأورام المختلطة بين عدة ملمترات حتى عدة سنتمترات ، وقد تصل إلى حجوم كبيرة ولا سيما في الغدد الكبيرة (النكفية خاصة) . يكون الورم النموذجي مفصصاً ومحاطاً بمحفظة كاذبة من النسيج الضام تختلف في سماكتها ، وهي غالباً غير كاملة حيث يقع النسيج الورمي بتماس مباشر مع النسيج اللعابي المجاور في المناطق التي تغيب منها المحفظة .

التشريح المرضي النسيجي :

هناك طيف واسع للمظاهر المجهرية للأورام المختلطة ، وقد سمي (الغدوم عديد الأشكال) بسبب هذا التفاوت في الأشكال المجهرية في الورم نفسه . نلاحظ في ثلث الأورام المختلطة تقريباً أن نسبة النسيج الظهاري والمتوسطي متساوية وقد يترتب المركب الظهاري في عدة نماذج فقد يتوضع على شكل غدد أو عينيّات أو أشرطة أو صفائح صلبة . ومن حين لآخر قد يوجد تحولات ظهارية حؤولية إلى عناصر شائكة أو دهنية أو خلايا حمضة oncocytes ، ويزيد من التعقيد النسيجي للحمّة المكونة من خليط من النسيج المخاطانية ، الغضروفانية ، الزجاجية ، ونادراً الشحمية أو العظمية .

تصنيف الخلايا العضلية الظهارية إلى تعقيد النماذج المشاهدة في الأورام المختلطة السليمة ، فقد نجد شكلين لهذه الخلايا - الخلايا المصوّرانية والخلايا المغزلية ، تميل الخلايا المصوّرانية غالباً إلى التكس بينما الخلايا المغزلية المتجمعة تفضل أن تكون متوازية .

عند فحص النسيج الضام الليفي المضغوط المحيط بالورم (المحفظة الكاذبة) قد نصادف جزءاً من النسيج ضمنها أو ممتدة عبرها . وقد تظهر هذه الجزر كعقد سائلة Satellite ذات أبعاد مختلفة عن كتلة الورم الأصلية ، وعادة تظهر المقاطع المتسلسلة أن مثل هذه السوائل هي في الحقيقة نمو خارجي أو أقدام كاذبة متمادية مع كتلة الورم الأصلية .

ينتشابه المظهر النسيجي للورم المختلط في بعض الحالات مع الغدوم وحيد الشكل ، وفي حالات أخرى قد نشاهد نموذج سرطانية غدية كيسية . ويجب أن نبحت دوماً عما يشير إلى التحول الخبيث من وجود بؤر موضوعة من النخر ، الغزو ، الانقسامات الشاذة وفرط التتسكس الزجاجي .

المعالجة والإنذار :

المعالجة المثلى للورم المختلط السليم في الغدد اللعابية الصغيرة أو الكبيرة هي الاستئصال الجراحي . ولا ينصح بفصع enucleation الأورام المختلطة النكفية بسبب خطورة النكس و يتعقد موضوع استئصال أورام الغدد اللعابية النكفية بوجود العصب الوجهي ، فلا بد من الحفاظ على العصب الوجهي غير المصاب . وفي معظم الحالات تكون المعالجة المثلى هي استئصال النكفية السطحي مع الحفاظ على العصب الوجهي .

المعالجة المثلى في الغدة تحت الفك هي استئصال الغدة عندما يتوضع فيها ورم مختلط و كثيراً ما ترتشح أورام الغدد الصغيرة المتوضعة في قبة الحنك واللثة إلى سمحاق العظم مما يجعل استئصالها صعباً ، أما باقي الأورام داخل جوف الفم فهي أسهل استئصالاً ، ولكن يجب أن يمتد الاستئصال إلى النسيج المحفوظ بالمحفظة الكاذبة .

غالباً ما يحدث النكس عندما يكون الاستئصال البدني غير كاف مع وجود بؤر ورمية منتشرة متعددة . وقد تنتشر هذه الآفات الناكسة بشكل واسع ضمن منطقة الجراحة السابقة ، وقد نجدها مرافقة للنذبة الجراحية . يبدو أن نسبة النكس تعتمد على اكتمال المحفظة وأنماط الخلايا الورمية ودرجة الخلوية ، وأهم عامل في منع النكس هو الاستئصال الجراحي المناسب في الطور البدئي . يحافظ الورم الناكس في معظم الحالات على النمط النسيجي البدئي ، ولكن يزداد احتمال التحول الخبيث مع كل نكس ، كما يزداد احتمال التحول الخبيث إلى 25% من كل الأورام المختلطة السليمة إذا لم تعالج لفترة محددة من الزمن . ويزداد هذا الاحتمال إذا كانت المنطقة معالجة سابقاً بالأشعة .

2- الورم الغدي (الغدوم) وحيد الشكل Monomorphic adenoma

تصنف الغدومات وحيدة الأشكال لوحدها لأنها مؤلفة من خلايا ذات شكل واحد ولا تحتوي نسيجاً ضاماً . وفي تصنيفها قد تكون المخططات التصنيفية مبنية على النموذج النسيجي الكلي أو على أساس المنشأ النسيجي . وهي كلها تظهر النماذج الخلوية أو الهندسية التي قد تشاهد تحت مصطلح (الغدوم وحيد الشكل) وتصنف على النحو التالي:

تصنيف المنشأ النسيجي للغدوم وحيد الشكل :

آ - الأورام الناشئة من القنية الانتهازية :

1- الغدومات قاعدية للخلايا .

أ- الغدومات الصلدة .

ب- الغدومات الترابيقية الأنبوبية .

ج- الغدومات القنوية .

د - الغدومات الغشائية (الورم المضاهي للأدمة) .

ب - الأورام الناشئة من القناة الانتهازية أو المخططة :

1- الغدوم الذهني

2- الغدوم للمفاوي الذهني

ج - الأورام الناشئة من القناة المخططة

1- ورم الخلايا الحمضة

2- الغدوم الكيسي الحليمي للمفاوي

د - الأورام الناشئة من القناة المفرزة

1- الغدوم اللعابي حليمي الشكل / الحليموم القنوي المقلوب

الغدومات قاعدية للخلايا :

إن مجموعة الخلايا القاعدية أو القاعدانية هي أشيع الآفات الواقعة ضمن مجموعة الغدوم وحيد الشكل . وتقسم هذه الأورام بدورها إلى أنماط : صلبة ، ترابيقية - قنوية ، وغشائية (الورم المضاهي للأدمة) . في مجموعة الآفات القاعدانية هناك مشاركة بسيطة للخلايا العضلية الظهارية ودليل بسيط على تمايز لحمي أو حوؤل .

المظهر السريري :

تعتبر الغدة النكفية أكثر أماكن توضع الغدومات وحيدة الشكل . قد تصادف الغدومات قاعدية الخلايا في كل النسيج اللعابية ، إلا أنها تفضل بشكل خاص الغدد النكفية والغدد اللعابية الصغيرة في الشفة العليا . وهذا على عكس الأورام المختلطة التي تندر مصادفتها في الشفة العليا وتكثر في الحنك . الغدومات قاعدية الخلايا بشكل عام بطيئة النمو وغير مؤلمة وقد تصادف في أعمار تتراوح بين 35-80 سنة ، والمعدل الوسطي 60 سنة ، وهناك ارجحية نسبية للذكور .

غالباً ما توجد الأنواع القنوية والتريبيقية الأنبوبية في الشفة العليا ككتل حرة الحركة غير مؤلمة وغير ممضة . وهذه الأنواع نادراً ما تتوضع في الغدة النكفية ، وهي أكثر ما تصيب المرضى في العقد السابع من العمر وما بعده .

الغدوم الغشائي (الورم المضاهي للأدمة) يصادف في الغدة النكفية في 90% من الحالات ، ولم تسجل أية حالة في الغدد الصغيرة داخل الفموية . يتراوح قطرها الأعظمي بين 1-5 سم ، وهي تتظاهر كتورم لا عرضي في الغدد النكفية . وقد يتشارك مع أورام أخرى كأورام غدد ملحقات الجلد مثل الورم الإسطواني الأدمي ، (الظهاروم الشعري Eccrine spiradenoma)

التشريح المرضي النسيجي :

يساعد النمط وحيد الشكل مع غياب الحوول الغضروفي واللحمة المخاطانية Myxoid في تفريقه عن الورم المختلط السليم . في النوع الصلب تتوضع الخلايا القاعدانية على شكل جزر أو صفائح كسياج محيطي ، وتبدي بعض الخلايا المحيطية أشكالاً مكعبة أو اسطوانية قصيرة . الفعالية الانقسامية غير واضحة . والنوى منتظمة الشكل وهي دوماً قاعدية التلوين ، وبشكل عام تكون الهبولى قليلة المقدار .

تكون الأشكال القنوية والتريبيقية - الأنبوبية من الغدوم قاعدي الخلايا ذات أشكال محددة . ففي الشكل الأخير تتناوب الترابيق أو الحبال الصلبة للخلايا الظهارية مع عناصر قنوية أو أنبوبية مؤلفة من نمطين خلويين محددين . تبطن السطوح اللحمية للأقنية الصغيرة المتشكلة بخلايا مكعبة قليلة الهبولى . وتفصل هذه الخلايا المكعبة عناصر البطانة الظهارية عن اللحمة . غالباً ما تحاط الترابيق بغشاء قاعدي مسيطر أو متمسك . في النمط القنوي تشاهد فراغات قنوية رفيعة أو أقنية وقد تصبح كيسية أحياناً تتراوح الخلايا المبطنة للأقنية بين كونها مكعبة أو عمودية . قد تشاهد ضمن الفراغات الكيسية مواد محبة للحامض . اللحمة رخوة شاحبة الاصطباج تحوي شبكة وعائية منتشرة ولكن محددة مبطنة ببطانة أندوثليالية . يتشابه هذا النوع من الغدوم قاعدي الخلايا كثيراً مع السرطانة الغدية الكيسية ، التي يمكن أن

تميز عن الغدوم القنوي بأن الأشكال المصفوية ضمن السرطانة الغدية الكيسية تفقد نوعيتها في مناطق الكيسات الصغيرة .

نسيجياً يختلف الغدوم الغشائي عن الأنواع الأخرى بأنه عادة متعدد العقد ، وهو يحاط بمحفظة في 50% من الحالات . ينمو الورم بطريقة عقدية ، وتفصل العقد عن بعضها بنسيج غدي لعابي طبيعي . تتميز جزر مختلفة الأحجام من النسيج الورمي وتفصل عن بعضها بغشاء أو غلاف سميك زجاجي محب للحمض إيجابي لصبغة شيف (PAS) . كما تلاحظ أشكال قطيرية من مادة زجاجية ضمن المسافات بين الخلايا للجزر الورمية .

الورم الغدي الكيسي الحليمي اللمفاوي (ورم وارطون) Papillary cystadenoma lymphomatosum

يشكل الورم الغدي الكيسي الحليمي اللمفاوي أو ما يعرف بورم وارطون حوالي 7% من التشخيصات الظهارية للغدة اللعابية معظمها ضمن الغدة النكفية .

الآفات داخل الفم نادرة . الورم الغدي الكيسي الحليمي اللمفاوي يظهر بأنه ينشأ ضمن العقد اللمفاوية كنتيجة لانحباس عناصر الغدة اللعابية باكراً أثناء التطور وتدعى هذه النظرية بتعدد البؤر وببنية العقد اللمفاوية الطبيعية المحيطة في الأورام الباكرا والمتطورة .

الآفات داخل الفم يمكن أن تنشأ في منطقة فرط تصنع لمفاوي ارتكاسي ثانوي لالتهاب مزمن عندما ينشأ هذا الورم في النكفية يتظاهر ككتلة كيسية في القطب السفلي للغدة بجوار وخلف زاوية الفك السفلي . وفي هذا الوضع فإنه يشاهد قريب من الغدة تحت الفك ويمكن أن يعطي انطبعا بأن الآفة قد تتطور ضمن الغدة تحت الفك وليس ضمن الغدة النكفية .

يوجد انتقاء مميز للذكور في هذا الورم فنسبة إصابة الذكور إلى الإناث 1/5 في الدراسات القديمة . ولكن مؤخراً أظهرت الدراسات الكبيرة وجود توزع جنسين متقارب مع سيطرة قليلة للذكور .

السن الوسطي للحدوث عادة بين العقد الخامس والثامن وفي حال الإصابة الثنائية الجانب (2-8%) من الحالات فإن التشخيصات قد تكون متعددة ومتزامنة أو متغايرة الزمن .

تتميز هذه الآفة أيضاً بالتخطيط الومضاني للتكسيوم Tc99 فتظهر كعقدة حارة ، وهذا الورم ذو محفظة وسطح مفصص وأملس وحدود مدورة .

وعندما يفتح في الجوف الكيسي يمكن أن يلاحظ سائل لزج لين مجهراً تشاهد مسافات كيسية متعددة ذات حدود غير منتظمة تحوي تشخيصات حللمية مغطات بخلايا محبة للحمض عامودية (خلايا ورمية)

الخلايا المبطنة تدعم بخلايا مكعبة ذات نواة مركزية أحياناً يمكن أن يشاهد حوول شامل للخلايا المبطنة . في قاعدة الطبقة الخلوية المكعبة يفصل الغشاء القاعدي الظهارية عن اللحمية اللمفاوية المتوضعة تحتها . وتشاهد عادة بشكل نموذجي مراكز منتشرة ومسافات حبيبية يتعلق أساس التحبب السيتوبلاسمي بالمكونات الظهارية لوجود أعداد كبيرة من الميتوكوندريا ضمن البلاسما .

المكون اللمفاوي يتكون من لمفاويات بائية. أما حدوث النكس للآفة فإنه يعتقد بأن هذا النكس يمثل آفات بدئية ثانية . التحول الخبيث ضمن هذه الآفة نادر ولكن قد يتلو المعالجة الشعاعية لهذه المنطقة . كما أن نمط الخبث الذي ينشأ في معظم الحالات هو نمط سرطان شائك الخلايا مع حالات أقل من سرطان غدي أو سرطان مخاطي ظهاري .

3 - الورم الظهاري العضلي Myoepithelioma

هي أورام غدية لعابية سليمة تتكون بشكل كلي من خلايا ظهارية عضلية وعلى الرغم من المنشأ لظهاري لها فإن التعبير الوظيفي الشكلي للخلايا الورمية هو اقرب للعضلات الملساء . وهذا ينعكس أيضاً في الفعالية المناعية للميوسين والبروتين S -100 والكيراتين .

تنشأ معظم هذه الأورام ضمن الغدة النكفية وبشكل أقل في الغدة تحت الفك والغدد اللعابية الصغيرة داخل الفم . تظهر هذه الأورام سريريا ككتل غير مؤلمة محددة ضمن الغدة المصابة . تصيب كلا الجنسين وتظهر بين العقد الثالث والتاسع وسطياً في سن 53 سنة .

مجرياً :

تشكل هذه الآفات من عناقيد من خلايا مغزلية أو خلايا شبيهة بالبلازمية . تقريباً 70% من الحالات تحوي عناصر خلوية مغزلية و 20% تتكون من خلايا شبيهة بالبلازمية . يتراوح نمط النمو من آفات صلبة مع لحمية قليلة إلى آفات ذات عناصر مخاطية أو شبيهة بالمخاط مبعثرة بين الخلايا الظهارية العضلية .

من ناحية الدراسة ما فوق البنوية يشاهد صفيحة قاعدية رقيقة بين الخلايا الورمية واللحمية الداعمة . مركزياً تنظم مادة خيطية أو ليفية ضمن الخلايا المغزلية موازية للمحور الطولي للخلية تعطي تشابه للخلايا العضلية الملساء والخط المشبه بالخلايا البلاسمية من هذا الورم حيث تبدو الخيوط مبعثرة بشكل عشوائي .

علاج هذه الآفة السليمة بالاستئصال الجراحي المحافظ للآفات التي تنشأ من الغدد اللعابية الصغيرة مع حافة من النسيج الطبيعي المجاور .
يستطب استئصال النكفية السطحي في حال إصابة الغدد النكفية والإنذار ممتاز والنكس غير متوقع .

VI- الأورام الخبيثة :

1- السرطانة المخاطية المشبهة بالبشروي (الشائكي) Mucoepidermoid car.

لهذا النوع من الأورام ميل للاجتياح وإعطاء نقائل بعيدة .

بشكل عام يصنف هذا النوع من الأورام ضمن مجموعة الأورام ذات الخباثة القليلة وهو نوع من أنواع السرطانات الشائكة الخلايا التي تفرز خلاياها المخاطين هذه الخلايا تنشأ من الخلايا تنشأ من الخلايا داخل وحول الفصيصة وفي خلايا الألفية للغدد اللعابية ، ويعتقد بأن هذه الخلايا تنشأ من تمايز الخلايا الشائكة تمايزاً مخاطياً هذه المادة المخاطية الورمية يحتوي على بروتينات سكرية مع حمض المخاطين وسلفات المخاطين .

المظاهر السريرية :

يصيب هذا النوع من الأورام الغدة النكفية بنسبة 60-90% جدول رقم () وتعادل نسبة حدوثه نسبة من 6-9% من جميع أورام الغدد اللعابية و34% من خباثات الغدد اللعابية النكفية و20% من خباثات غدة تحت الفك و29% من خباثات الغدة تحت اللسان وهذا النوع يشبه في صورته الشعاعية ورم مصورات الميناء ، ويصيب الأشخاص ما بين العقد الثالث والخامس من العمر ولكنه يصيب أيضاً الأطفال .

الأنواع ذات الخباثة المنخفضة تشاهد سريرياً بشكل يشبه الورم الغدي متعدد الأشكال السليم وتنتظر على شكل كتلة بطيئة النمو غير مؤلمة ، وغير محاطة بمحفظة بشكل كامل وغالباً تحتوي على بؤر كيسية ممتلئة بمادة المخاطين .

الأنواع ذات الخباثة العالية تنتظر على شكل كتلة سريعة النمو مؤلمة ، مع تقرح في السطح مع اجتياح واضح للنهايات العصبية ، وشعاعياً نشاهد :

الجدول التالي يبين توزيع أورام الغدد اللعابية الخبيثة .

نوع الورم	النكفة	تحت الفك	تحت اللسان	غدد صغيرة
السرطانة المخاطية المشبهة بالبشرية (الشائكة)	%64	%8	%11	%27
السرطانة المشبهة بالغدية الكيسية	%25	%20	%1	%54
السرطانة عنبية الخلايا	%85	%03	%3	%9
الورم المختلط الخبيث	%68	%14	-	%18
السرطانة الغدية	%52	%9	-	%39
السرطانة شائكة الخلايا	%74	%20	%1	%5
غيرها	%52	%15	-	%33

كأفات نيرة تتمدد وتتوضع في منطقة الضواك وقبل منطقة الضواك . شعاعياً يجب فصلها عن الحبيوم ذو الخلايا العرطلة ، وعن الأكياس السنية ، وورم مصورات الميناء ameloblastoma والأورام ذات المنشأ السني الأخرى .

الامراضية النسيجية :

السرطان المخاطي المشبه بالبشري غالباً كروي ومحاط بشكل جيد بمحفظة وأحياناً يمكن أن يكون محاط بمحفظة جزئياً ، تظهر الآفة بشكل نموذجي ارتشاح في النسيج المجاورة . يمكن ملاحظة نمط نمو صلب في بعض الأورام على الرغم أن التشكيلات الكيسية تعتبر مظهراً شائعاً ، خاصة في الآفات منخفضة درجة الخباثة .

معظم الأورام المخاطية المشبهة بالبشرة قليلة التمايز تتألف من خلايا مفرزة للمخاط تحيط بتشكلات كيسية دقيقة غالباً مع اختلاط في بنيتها المجهرية بعناصر خلوية بشرية شائكة .

الخلايا الحاوية على مخاطين تتميز بوجود مخاط خلوي والذي يمكن إظهاره بتلوين بالـ PAS

وإيجابية ميوسيكارمين Mucicarmine .

التحام الأكياس الصغيرة بفراغات كيسية كبيرة يعتبر علامة مميزة للخباثات قليلة الدرجة .

يمكن لهذه الأكياس أن تباعد النسيج المحيطة بها وتمزق وتسمح بخروج المخاط إلى النسيج المحيط مع حدوث استجابة التهابية ارتكاسية مرافقة .

في الأورام قليلة درجة الخباثة تترافق غالباً بغزو ورمي منخفض المستوى .

الخباثات عالية الدرجة تتصف بمستويات مختلفة من الارتشاح الموضعي والغزو . تشاهد عناقيد الخلايا الورمية أكثر صلابة مع وجود تشكيلات كيسية أقل وكذلك خلايا مخاطية أقل . تشاهد أعداد أكبر من الخلايا الجلدانية ولعناصر المتوسطة على حساب العناصر الخلوية المخاطية الأكثر تمايزاً . أما اختلافات الأشكال الخلوية كفرط التصبغ النووي ، وأشكال الانقسامات الشاذة يمكن مشاهدتها ضمن الأورام متوسطة وعالية الدرجة .

في الكثير من الأورام المخاطية المشبهة بالبشرورية العالية التمايز معظم الآفة تشبه سرطانة الخلايا الحرفشية مع وجود أعداد قليلة من الخلايا المخاطية .

في الآفات ذات الدرجة العالية الارتشاح بشكل حبال وأشرطة من الخلايا يمكن ملاحظته بعيداً عن الورم البدئي . نمط ونسبة العناصر المخاطية الجلدانية في البؤر النقيية يمكن أن لا تشبه الآفة البدئية . يمكن مشاهدة زيادة خلوية على حساب نوع معين ، أما الخلايا المخاطية أو الجلدانية فتشكل المكون الأكبر

ويسبب التركيب النسيجي المختلف للسرطانات المخاطية المشبهة بالبشرورية فإنه يمكن أن تتراوح الصورة المجهرية من توسع كيسي قنوي سليم والمنشأ تطوري أو التهابي مع وجود مظاهر حؤولية إلى أشكال مختلفة من السرطان تشمل السرطان شائكي الخلايا إلى الآفات ذات الصفة عالية الدرجة .

الإنذار والمعالجة :

أهمية الإنذار يمكن أن نعزيها إلى الدرجات النسيجية للخبثة إبتداءً من الخباثة المنخفضة إلى العالية . وبشكل مميز تتبع السرطانات المخاطية قليلة الخباثة سير سريري سليم يشبه ذلك المشاهد في الورم المختلط السليم . وعلى كل حال شوهدت عدة أمثلة من الآفات قليلة الدرجة التي أعطت نقائل واسعة وكانت قاتلة .

التأكيد السريري لغزو السرطانات عالية الدرجة واضحة خلال الخمس سنوات الأولى بعد المعالجة البدئية مع وجود نقائل محلية أو بعيدة في 60% من الحالات .

إن حدوث النقائل للعقد اللمفية الرقبية من السرطانات المخاطية المشبهة بالبشرورية للغدة النكفية (الآفات قليلة الدرجة) وصلت إلى 44% من الحالات .

إذا أخذنا جميع المرضى المصابون بالسرطان المخاطي المشبه بالبشروي معاً فإن معدل البقيا لمدة 5 سنوات يصل 90% من الحالات .

أما بالنسبة للآفات عالية الدرجة فتصل معدلات البقيا إلى 40% تقريباً وذلك في دراستين كبيرتين . في فترات متابعة وصلت حتى 51 عام كان معدل الشفاء للسرطانات ذات الخباثة المنخفضة قد وصلت حتى 98% مقابل 25% للسرطان المخاطي المشبه بالبشروي في الدرجة الأعلى للخباثة . علاج الخباثات البدئية جراحي . وللسرطانات ذات الدرجة الأعلى جراحي مع معالجة شعاعية بعد الإستئصال الجراحي .

أما إجراء استئصال العقد البلغمية الرقبية الجذري فنادراً ما يجري في الآفات الصغيرة ذات الخباثات قليلة الدرجة أما الأورام عالية سنحتاج لهذا النوع من المعالجة بالتأكيد .

2 - السرطانة الغدانية الكيسية

أو السرطان الغداني الكيسي هذا الشكل من السرطان الغدي مميز ويستحق تفريقه عن الأشكال الأخرى للنتشوات الغدية بسبب المظهر المجهرى ، والخواص السلوكية ، ومعدل النكس الموضعي العالي، والانتشار الجهازى .

يعتقد أن منشأ السرطان الغداني الكيسي من القناة الإضافية وذلك من الخلايا الحافظة لها . وإن التمايز يعتقد بأنه يكون على طول خط الخلايا للقناة الإضافية .

المظاهر السريرية :

تشكل هذه الآفة ما يقارب 23% من سرطانات الغدد اللعابية حيث أنها تعتبر من أكثر خباثات الغدد اللعابية شيوعاً والمشاهدة في الغدد اللعابية الصغيرة داخل الفم والغدد تحت الفك وشكل تقريباً 1/3 الخباثات التي تحدث ضمن الغدد تحت اللسان .

وتعتبر الغدد اللعابية الصغيرة بما فيها تلك الموجودة في السبيل الجيبي الأنفي أكثر المناطق إصابة حيث تشكل 50-70% من كل الحالات المسجلة من السرطان الغدي الكيسي في منطقة الرأس والعنق . أما في الغدد اللعابية الكبرى فتعتبر الغدة النكفية الأكثر إصابة .

ويصاب الأشخاص بين العقدتين الخامس والسابع، ولا يوجد ميل نحو جنس معين على الرغم من ملاحظة إصابة النساء أكثر بقليل بالنسبة للآفات التي تنشأ من الغدد تحت الفك في الغدد اللعابية الكبرى المظهر السريري غالباً ما يكون كتلة وحيدة الفصيصة قاسية بالجمس ويمكن أن تترافق بألم أو مضض هذه الآفات تتصف عادة بمعدل نمو بطيء .

يحدث الغزو العظمي بشكل متكرر وفي البداية تكون التغيرات الشعاعية بسبب الارتشاح في الفراغات النخوية .

إن الانتشار البعيد للرئتين أكثر شيوعاً من النقائل للعقد اللمفية المحيطة .
مما يدعو للاهتمام بين الغزو الورمي للفراغات حول العصبية وغالباً ما يتظاهر الورم بشكل جيد في مكان غير مكان المرض السريري الأساسي .

من المظاهر الشائعة للآفات داخل الفموية وخاصة تلك التي تنشأ على شراع الحنك حدوث تقرح المخاطية الساترة ، وهي نقطة تستعمل عادة لتمييز هذه الآفات سريرياً عن الورم المختلط الحميد الأكثر شيوعاً .

المظاهر النسيجية :

المظاهر النسيجية والمجهرية للسرطان الغدي الكيسي تتصف بعدة نماذج منها الشكل الغريالي أو الاسطواني أو الأنبوبي أو النمط الصلب . وقد تشاهد هذا الأنماط متشاركة مع بعضها البعض .
وجود مناطق التخر الخلوي يمكن أن تشير إلى شكل آخر أكثر سوءاً للمرضى وهناك عوامل أكثر أهمية فيما يتعلق بميل تطور المرض تشمل حجم الآفة البدئية ، الموقع التشريحي، ووجود نقائل عند التشخيص .

الشذوذات النووية تكون غائبة أو قليلة ونشاط الانقسام المنصفي عادة قليل المشاهدة والتكثف الكروماتيني يشاهد غالباً في معظم الخلايا .

المظهر المميز لهذا التنشؤ يرتبط بتشكيل فراغات كيسيية كاذبة تحتوي على مواد لا خلوية مختلفة تتألف هذه المادة بشكل رئيسي من عديدات السكار الـمخاطية .

يمكن أن تشكل الخلايا العضلية الظهارية جزء صغير من المكون الخلوي للسرطان المشبه بالغدي الكيسي .

وإحدى المظاهر المجهرية المميزة وجود غزو حول عصبي أو داخل عصبي .

العلاج والإنذار :

بغض النظر عن مكان الآفة البدئية تعتبر الجراحة العلاج الاختياري لعلاج السرطانات الغدية الكيسية وعندما تصاب الغدد النكفية يستطب إجراء استئصال واسع للغدد النكفية السطحية أو استئصال فص سطحي وعميق .

في الغدة النكفية يوجد جدال بالنسبة لترك أو رفع العصب الوجهي ويوصى معظم الباحثين القطع فقط في الحالات التي يحيط بها الورم بالعصب أو بغزوه .

العلاج الأفضل إجراء استئصال واسع داخل الفم مع رفع العظم الواقع تحت الآفة .

الاستئصال الجراحي الجذري يستعمل بكثرة للحصول على حواف جراحية خالية من الورم .

أما المعالجة الشعاعية بعد الجراحة فأظهرت نتائج مشجعة ولها دور في علاج أو تدبير النكس . حالياً تعتبر المعالجة الكيماوية غير مفيدة للتدبير الطويل . على كل حال أظهرت المعالجة الكيماوية بأدوية متعددة بعض النتائج المقنعة في تدبير النقائل. ويجب عدم الحكم على إنذار السرطان الغدي الكبيسي بمعدل بقاء لمدة خمس سنوات بل لمدة 15-20 سنة .

معدلات البقايا لمدة خمس سنوات تعادل 70% ولمدة 15 سنة فقط 10% .

إن الأنماط الناكسة غالباً تتعلق بامتداد موضعي محلي للنقائل البعيدة عن الآفة البدنية والمشاهدة في حوالي 40% من كل الحالات .

إن إصابة العقد اللمفية المنطقية أقل شيوعاً من النقائل البعيدة الناتجة عن الانتشار الوعائي أو الدموي . والانتقالات إلى الرئتين اشيوع من الانتقالات إلى العقد البلغمية المنطقية بحوالي 3 مرات .

3 - سرطانة الخلايا العنابية :

هو تنسؤ مميز ينشأ على حساب الغدة اللعابية الكبيرة (الرئيسة) وخاصة الغدة النكفية .

إن المنشأ المقترح لهذا السرطان هو الخلية المدخرة داخل القناة intercalated على الرغم من وجود سبب يجعلنا نصدق acinic cell نفسها تمتلك كمونية الحوؤل التنسؤية عند البالغين .

المظهر السريري :

قد يتواجد هذا السرطان في كل المجموعات العمرية بما فيها الأطفال مع ذروة حدوث حوالي العقدين الخامس والسادس كما أنه لا يصيب عرق معين .

إن هذه الآفة تمثل 14% من كل أورام الغدة النكفية و 9% من سرطانات الغدد اللعابية بشكل كلي في كل الأماكن .

هناك مظهر غير مألوف وهو تكرار الإصابة ثنائية الطرف للغدة النكفية في حوالي 3% من الحالات .

إن معظم الحالات تتطور في الفص السطحي والفص السفلي للغدة النكفية وقد سجلت حالات قليلة جداً في الغدد اللعابية الصغيرة والغدد تحت الفك السفلي. أما داخل جوف الفم فإن معظم الحالات تحدث

في الحنك والمخاطية الفموية . ون هذا السرطان يتظاهر عادة بشكل آفات قطرها أقل من 3 سم بطيئة النمو . والألم هو عرض متكرر الظهور رغم أنه لا يدل على الإنذار . والفاصل الزمني بين الظهور البدئي للكتلة والمعالجة تختلف من 6 أشهر إلى 5 سنوات في حوالي نصف الحالات يكون الانطباع السريري هو أن الآفة سليمة .

التشريح المرضي النسيجي :

على الأقل فإن ثلث حالات هذا السرطان يكون نمط النمو فيه كيبسيماً ويمكن ملاحظته .ومن المظاهر المميزة وجود فصيصات كبيرة أو أعشاش من الخلايا الورمية مع لحمة متدخلة . إن ترتيب الخلايا التنشؤية مختلف تماماً مع عدة أنماط غير واضحة وبشكل عام فإن الخلايا مرتبة في كتل صلبة بحواف مندفة أو كليلية (غير ظاهرة) . والنمط القاسي (الصلد) للنمو هو الأشيع يتبعه مباشراً النمط الترابيقي وفي الأشكال الأخرى : الشكل الكيسي الصغير والشكل الكيسي الحليمي والشكل الجريبي .

أما النمط الخلوي الأكثر سيطرة هو الخلايا الجيدة التمايز الحاوي على حبيبات سيتوبلازمية ، مختلفة من شكل منتشر بشكل خفيف أو شكل ضخم وخشن والحبيبات تكون إيجابية الـ PAS ومشابة لتلك الموجودة في الخلايا العنابية الطبيعية ون الخلايا من نمط الخلايا المدخرة داخل القناة intercalated duct تشاهد في حوالي ثلث الحالات .

أما الخلايا الغير النوعية والخلايا الفارغة فتشاهد تقريباً في ربع الحالات .

إن العديد من هذه السرطانات يظهر من حين لآخر عناصر خلوية راتقة clear .

من الناحية الفوق البنيوية تعكس خلايا هذا الورم عناصر طبيعية مع تراكم كبير في الشبكة الأندوبلازمية الخشنة وجهاز غولجي جيد التطور مع تشكل حبيبات إفرازية وإن الحبيبات تبدي النضج حالما تقترب من القسم الفمي للسيتوبلازما وعندها تلتحم كلياً مع الغشاء البلازمي وتفقد محتوياتها بعملية تدعى الخروج الخلوي exocytosis .

المعالجة والإنذار :

إن الجراحة هي المعالجة المفضلة وبشكل عام هذا السرطان نادراً ما يعطي نقائل مع أنه شديد النكس موضعياً .

وقد قدرت معدلات الحياة (البقيا) 89% لمدة 5 سنوات و56% لمدة 20 سنة وهذا يشير لطبيعته

ذات الخباثة القليلة .

إن النقائل للعقد اللمفية المنطقية يحدث في حوالي 10% بينما النقائل البعيدة فتحدث في 15% من الحالات .

4 - الورم المختلط الخبيث :

استخدمت عبارة الورم المختلط السرطاني Ex- mixed tumours بشكل متبادل مع الورم المختلط الخبيث على الرغم من أن كل واحدة من هذه العبارات تمثل كيان تشريحي مرضي نسيجي مختلف . لهذا الغرض فإن اطلاق مصطلح carcinoma ex mixed تمثل خباثة ظاهرية في ورم مختلط ما موجود سابقاً حيث أن بعض البقايا يمكن التعرف عليها وعندما تتواجد الانتقالات فإن المكون الخبيث هو الذي يعطي النقائل وهذا أكثر شيوعاً من ذلك المسمى الورم المختلط الخبيث . حيث يتميز مجهرياً (نسيجياً) كورم مختلط سليم وأنه بعد عدة حالات نكس أصيب باستحالة خبيثة على حساب المكون البشري الغدي .

المظاهر السريرية :

ينشأ هذا الورم عادة من الورم المختلط الحميد المعروف بوجوده لعدة سنوات أو ينشأ من الورم المختلط الحميد الذي حدث فيه العديد من النكس على عدة سنوات . إن الخباثة التي تحدث داخل الورم السليم سابقاً يتم إنتاجها من خلال النمو السريع للورم . حوالي 68% من الورم المختلط EX الخبيث والأورام الخبيثة المختلطة الأخرى توجد في الغدة النكفية . و18% منها تصادف في الغدد اللعابية الصغيرة داخل الفم . تحدث الإصابة الخبيثة في الأعمار المتقدمة حوالي 60 سنة . أما تلك التي تصيب الشباب بأعمار 20 سنة فتكون أوراًماً مختلطة سليمة .

أعراض الشك بالخباثة :

تتضمن التصاق الكتلة المحيطة أو المخاطية المغطية . أو تقرح جلدي أو إصابة العقد اللمفية المنطقية .

التشريح المرضي النسيجي :

حواف الورم EX المختلط السرطاني والأورام المختلطة الخبيثة تكون محددة بشكل جيد بالرغم من وجود مناطق مرتشحة . يمكن ملاحظة تنخر مع نزف بمناطق التمدن حيث تظهر معظم مناطق الخباثة مثل الورم الغدي أو السرطان غير المميز أو كلاهما .

من الشائع أن تلاحظ الصورة النسيجية للورم المختلط السليم مع مناطق صغيرة من التبدلات السرطانية .

يمكن أن توجد بشكل قليل السرطانة غير الغازية أو السرطانة الموضعة ضمن الورم المختلط السليم . وعندما توجد التوضعات الانتقالية فإنها تشابه الآفة البدئية التي نشأت على حسابها . ويمكن أن تتواجد نماذج عضروفية ضمن التوضعات الانتقالية بشكل تشابه به بنية الورم البدئي .

العلاج والإنذار :

العلاج جراحي حصراً . حيث أن المرضى الذين لديهم إصابة عقد لمفاوية رقبية يجب أن تجرى لهم جراحة عنق جذرية .

يبقى النكس الموضعي مشكلة في حوالي نصف المرضى الذين لديهم إصابة نكفية بدئية وفي 75% من المرضى المصابين بأورام الغدد اللعابية الصغيرة أو تحت الفكية . وفي 10% من الحالات تقريباً توجد مع إصابة لمفاوية غير مسيطر عليها .

وتقريباً الثلث يظهرون نقائل لأماكن بعيدة عادةً للعظام والرئتين . حددت معدلات الشفاء لـ 5 سنوات 24% و لـ 10 سنوات 24% و لـ 15 سنة 19% .

6 - سرطانة الأقينية المفرغة Terminal duct carcinoma :

حتى وقت قريب صنف العديد من أورام الغدد اللعابية على أنها أورام غدية لعدم وجود تصنيف أفضل من ذلك .

ولن كارسينوما الأقينية المفرغة (الكارسينوما الفصيضية) التي عزلت عن البقية نتيجة خصائصها السريرية والنسجية . وتعتبر سرطانة الأقينية المفرغة ذات خباثة منخفضة مع سير بطيء وال نقائل قليلة الخطورة ويعتقد بأن مصدر الورم هو الجزء القريب من قناة الغدة اللعابية وتسهم كل من الظهارية العضلية ومكونات القناة في نمو هذا المرض . في بعض المناطق فإن هذا الورم يشبه بقية الأورام الغدية التي تنشأ من نفس المصدر (من جهاز الخلايا المدخرة Inter calated) .

سريرياً : عمر الإصابة يكون بين العقيدين 5 و8 والعمر المتوسط 59 سنة ولا يوجد جنس مفضل على الآخر من حيث الإصابة .

تكون الإصابة في الغدد الإصابة وقبة الحنك هي المكان المفصل للإصابة وتبدو بشكل ورم صلب مرتفع غير متفرح ذو عقيدات متضخمة (منتفخة) غير مؤلمة عادة يكون بمختلف الأحجام إلا أنه عادة ذو قطر 4.1 سم .

ذو سير بطيء يستمر من عدة شهور حتى سنتين قبل وضع التشخيص والمعالجة لا توجد إصابات عصبية .

التشريح المرضي :

إن غياب المحفظة و الشكل المفصص يميزان هذا الورم عن غيره من الأورام الأخرى، ويتكون الورم من مجموعات من خلايا متجانسة ذات نوى رقيقة بارزة وسيتوبلازما ضئيلة تتجمع هذه الخلايا في فصيصات أو على أعشاش .

في المحيط تكون بشكل أنبوبي حيث تكون مبطنة بصف وحيد من الخلايا فتأخذ شكل غريالي وبذلك تشبه الكارسيوما الغدية كيبسية . وتتظم الخلايا المغزلية للورم في حواجز وحبال رفيعة حيث تمثل مشاركة الخلايا الظهارية العضلية وتؤكد بأن خلايا الأبقنية المفرغة هي أصل هذه الأورام وقد يشاهد وجود تجمعات من الخلايا متحدة المركز حول الأوعية الدموية والأعصاب . فالنموذج حول الأعصاب ينمو بصورة مشابهة للورم الغدي الكيبسي وفي الأخير توجد جنوع عصبية كبيرة . بينما الورم الغدي للأبقنية المفرغة يصيب بصورة رئيسية الأعصاب الصغيرة مكونات ظهارية والظهارية العضلية مبعثرة في لحمة قد تكون هياينية أو مخاطية هياينية حامضية مندرجة اللون ويغيب التنخر والانقسام الفتيلي .

سرطانة القنوات المفرغة

النسبة المئوية	العدد	التوضع
32%	39	قبة الحنك
13%	8	مخاطية الخد
10%	6	الشفة العليا
6%	4	Retromolar
3%	2	قاعدة اللسان
3%	2	الدرز الجناحي الحنكي
1.5%	1	مخاطية الفك العلوي

%1.5	1	ناتئ الفك السفلي
------	---	------------------

العلاج والإنذار :

إن السير البطيء وتأخر الانقسام يجعل الاستئصال الجراحي هو العلاج المفضل وحتى هذا الوقت لم تؤكد نتائج وفعالية العلاج الشعاعي .
الانتقالات العصبية لا تغير من إنذار هذا الورم .

في بعض الحالات النادرة والتي تحدث فيها انتقالات للعقد اللمفاوية فإن الجراحة مستطبة .
إن إنذار هذه الخباثة القليلة الدرجة جيد بشكل عام على الرغم من أن المتابعة طويلة الأمد يجب أن تشكل جزء من تدبير المريض .

8- السرطانة الغدية :

يعتبر بالتعريف كل خباثة تنشأ من ظهارية القناة اللعابية أو ضمن العقد اللعابية من منشأ ظهاري سرطاناً عقدياً .

وعلى كل يستعمل هذا التعبير بشكل اقل شيوعاً كموجودات تشخيصية محددة لأن معظم أنظمة التصنيف قد قللت من هذه المجموعة المعقدة من النتوءات إلى موجودات منفصلة يمكن تعريف هذه الموجودات حسب بنيتها وكذلك حسب سلوكها .

بعد التعرف على سرطانة القناة الانتهازية وسرطانة القناة اللعابية والسرطان الظهاري العضلي فإن المجموعة المتبقية من الأورام الخبيثة للغدد اللعابية والتي لا تملك تشكياً معيناً يمكن تصنيفها كسرطانات غدية ، وضمن هذه المجموعة توجد أمثلة نادرة من السرطانات الغير متميزة ، السرطانة الغدية العصبية ، السرطانة الصغيرة الخلايا والسرطانة الغدية الحليمية المفزة .

ويمكن للأورام عالية الخباثة كمثل سرطانات القناة اللعابية والسرطانات المخاطية الجلدية أن تملك مظاهر متشابهة ولكنها يمكن أن تملك عناصر مجهرية أخرى تسمح بتشخيصها .
من الناحية المجهرية تختلف السرطانات الغير متميزة من صلدة إلى غربالية مع أنواع خلوية تتراوح من مغزلية إلى دائرة صغيرة .

ولا تزال سرطانة الخلايا الصغيرة وعلى الرغم من الاقتراح بأنها من منشأ الطبقة الخارجية العصبية بحاجة لإظهار امتلاكه مكونات حبيبية إفرازية عصبية مناسبة لوضع هذا التشخيص .

الآفات ذات اللونين الأزرق والأحمر (الآفات الحمراء المزرقّة)

الآفات الارتكاسية Reactive lesions

آ- الحبيبومات المقيحة Pyogenic granuloma

الإمراضية :

تمثل هذه الآفات تفاعل التهابي في النسيج الرخو تجاه فرط استثماره بمرض معروف أو رض ويظهر بشكل كتل حمراء سببه فرط التصنيع الحبيبي الغني بالشعيرات الدموية.

أما تعبير الآفة المقيحة فهو غير صحيح إلى حد ما حيث أن الآفة التقيحة تنتج قيح بينما هذا النوع من الآفات هو ورم من الأنسجة الحبيبية كما تعني كلمة حبيبوم .

المظاهر السريرية : غالباً ما ترى هذه الآفات على اللثة وغالباً ما تكون بسبب حصابة أو جسم أجنبي في الشق اللثوي ولن التبدلات الهرمونية في البلوغ والحمل قد تساهم في تبدل الترميم الارتكاسي في اللثة ليعطي مثل هذه الآفات . وقد يتعذر مشاهدة الحبيبوم المقيح في المناطق الأخرى من الفم ولكنها قد تشاهد في مناطق الرض المتكرر كالشفة السفلى وتجويف الفم واللسان .

يأخذ الحبيبوم المقيح غالباً اللون الأحمر ولكنه يتقرح أحياناً بسبب الرض الثانوي وبذلك يتلون بالأصفر بسبب الغشاء الليفي وقد تكون هذه الآفات معنقة أو عريضة لاطئة وتتراوح بالحجم بين عدة ميليمترات إلى عدة سنتيمترات . وقد تشاهد في أي عمر ويغلب ظهورها عند الإناث أكثر من الرجال .

التشريح المرضي النسجي :

مجهرياً :

تتألف هذه الآفات من كتل مفصصة من نسيج حبيبي مصاب بفرط التصنع بالإضافة لبعض التقرحات التي تعبر عن نضوج عملية ترميم النسيج الضام .

سريرياً :

هذه الآفات يجب أن تفرق عن الورم الحبيبي ذا الخلايا العرطلة الذي يظهر أيضاً على شكل كتلة لثوية . الورم الليفي المحيطي أيضاً ممكن أخذه بعين الاعتبار ، والخزعة هي التي تؤكد التشخيص .

العلاج :

الورم الحبيبي المقيح يجب أن يستأصل جراحياً ، وفي الآفات اللثوية عملية الاستئصال سوف تتضمن رفع الأنسجة الضامة المجاورة كذلك إستئصال العوامل التي أدت الى حدوث تلك الآفة ونكس الآفة يعود ويعتقد أنه ناتج عن عدم الاستئصال الكامل أو الفشل برفع العوامل الرضية أو الأذية للمنطقة .

ب- الورم الحبيبي المحيطي ذا الخلايا العرطلة (Peripheral Giant Cell Granuloma (PGCG) الآلية الامراضية :

نسيبياً غير شائع ، فرط التصنع في النسيج الضامة مسؤول عن اذية النسيج اللثوية وهي واحدة من آفات فرط التصنع الشائعة في الغشاء المخاطي القموي.
الملاحح السريرية :

يشاهد هذا الورم في اللثة على وجه الحصر عادة في المناطق بين الطاحن الدائم والقاطع ومن المحتمل أن ينشأ من الرباط ما حول السن أو السمحاق ويسبب تلف ، وإعادة بناء الامتصاص العظمي.
والورم ذا الخلايا العرطلة نموذجياً يظهر ككتلة حمراء إلى زرقاء التقرح الثانوي ناتج عن الرضوض ومن الممكن أن يأخذ لونا موضعي مصفر بسبب تشكل التخر الفيبريني مكان البشرة المتقرحة . قطر هذه الآفات بمعظمها حوالي 1 سم ومن الممكن أن تحدث في أي عمر وهي أكثر تكراراً عند النساء من الذكور .
نسيجياً :

النسيج الحبيبية المفرطة التصنع عنصر اساسي في ورم الخلايا العرطلة الحبيبي حيث يتبعثر هذا النسيج خارج الفصوص الحبيبية لنسج الكتلة بعيداً عن نوى الخلايا العرطلة أما الدراسة المجهرية الالكترونية والمناعية النسيجية فأظهرت بأن الخلايا العرطلة شكل من أشكال الخلايا البالعة الكبيرة التي تنشأ من التحام الأغشية البلازمية للبالعات الناسجة المتجاورة والمتوضعة بجانب بعضها البعض وبرهنت تلك الدراسات المناعية النسيجية الكيماوية أن تلك الخلايا تكون ايجابية التلوين بالالفا أنتي كيموتريسين وعلى الرغم من ذلك فالخلايا العرطلة تظهر غير وظيفية في البلعمة وامتصاص العظم . جزء من العظم المتبدل أساسياً من الممكن مشاهدته في هذه الآفات هذا التواجد يكون بدون علامات سريرية ، أو أعداد مختلفة من الخلايا الالتهابية في الالتهابات المزمنة كالمعدلات تظهر وتتواجد في القاعدة المتقرحة .
التشخيص التفريقي :

بشكل عام هذه الآفات يجب أن تفرق عن الورم الحبيبي المقيح .

العلاج :

الاستئصال الجراحي هو العلاج المفضل للورم الحبيبي ذا الخلايا العرطلة، مع رفع العوامل الموضعية المسببة والنكس غير شائع .

ج- التهاب اللسان المعيني المتوسط Median Rhomboid Glossitis

الآلية الامراضية :

اعتقد لأول مرة بأنه شذوذ خلقي يتعلق باستمرار للخط اللساني المتوسط يعرف بتضاعف الحديدية. هذه الآفة الآن تتعلق بالتهاب مزمن بالمبيضات البيض.

الملامح السريرية :

تتميز هذه الآفة عادة بإحمرار ظهر اللسان المعيني أو على شكل آفة بيضوية على الخط المتوسط الظهري للسان بالضبط من الأمام إلى محيط الحليمات وهذه الآفة من الممكن أحياناً أن تكون مؤلمة بشكل متوسط على الرغم من ذلك فمعظمها لا عرضي.

الدراسة النسيجية :

أظهرت فرط تصنع ظهاري واضح بشكل بصلي على شكل سلسلة شبكية من الأوعية الممزوجة بفطور المبيضات ومن الممكن عادة أن تتواجد في مستويات أعلى من النسيج الظهاري على شكل رباط سميك من النسيج الهيايني الضام الذي يفصل الظهارية عن النسيج العميقة .

التشخيص :

تشخيص التهاب اللسان المعيني واضح من المظاهر السريرية

العلاج :

بشكل عام لا يوجد علاج هام لالتهاب اللسان المعيني. ولكن إذا كانت الآفة مؤلمة فالمعالجة تكون عرضية.

3- آفات ورمية Neoplasms

أ-الصفائح الحمراء Erythroplakia

الآلية الامراضية :

الصفائح الحمراء مصطلح سريري يشير لبقع حمراء في الطبقة الغشائية المخاطية وهذا لا يشير لتشخيص مجهري معين إنما يشاهد عسرة تصنع شديدة والسبب الرئيس لهذه الآفات غير معروف . وبشكل عام تعد العوامل المسببة للصفائح الحمراء مماثلة للعوامل المسؤولة عن سرطان الفم لذلك فالتبغ

يلعب دور هام في التسبب في كثير من هذه الآفات كذلك الكحول والعوامل الاغذائية والتخريش المزمن وعوامل أخرى كذلك تلعب دورا ما في المساهمة في إحداث هذه الآفة.

الملاحح السريرية :

الصفائح الحمراء أقل مشاهدة من الطلوان الأبيض ولكنها تعد اشد خطورة بسبب النسبة العالية من الخبث المترافقة معها وتظهر الآفة على شكل بقعة حمراء مع حواف واضحة ومن الممكن مشاهدتها في أي منطقة فموية وبشكل أكبر في أرض الفم . المكان الثاني الأكثر شيوعاً في المنطقة خلف الثنايا ومتوسط العمر بين 50-70 سنة وعادة لا تظهر ميل لجنس معين .

هذه الصفائح الحمراء تكون عادة طرية اللمس ويمكن مشاهدة أو استشعار بعض الارتشاحات خاصة في الحالات وبعض الآفات الغازية .

الدراسة النسيجية :

في حوالي 90% من الصفائح الحمراء يظهر على الأقل سوء تصنع وفي حوالي النصف يشاهد وجود سرطان شائك الخلايا وفي حوالي 40% عسرة تصنع شديدة .

التشخيص التفريقي :

الملاحح السريرية للبقع الحمراء من الممكن أن تلتبس مع عدة آفات حمراء أخرى كحالات الكانديدا (الفطور الفموية) وكسرطان كابوسي و بقع الكدمات وبقع التفاعل التحسسي والشذوذات الوعائية . الصدف يمكن أن يؤخذ بعين الاعتبار في التشخيص التفريقي ولكن القصة السريرية والفحص الجيد يميزان في معظم الحالات هذه الآفات عن بعضها البعض ولكن الخزعة دائما تعطي التشخيص النهائي .

العلاج :

العلاج الناجع والشافي للبقع الحمراء هو الاستئصال الجراحي الكامل والأكثر أهمية الاستئصال الجراحي الواسع أكثر أهمية من الاستئصال الجراحي العميق خاصة في عسرة التصنع بسبب الطبيعة السطحية للآفة لكن وبسبب التغيرات الظهارية ممكن أن تمتد للأسفل للأقنية الغدية المفرزة وفي هذه الحالة يجب الاستئصال العميق للحواف والوقت اللازم لتحديد الانذار يمتد الى عدة سنوات .

الآفات البيضاء white lesions

أولاً - الآفات الوراثية : Hereditary conditions

- 1- الوذمة البيضاء leukoedema
- 2- الوحمة الاسفنجية البيضاء white sponge
- 3- خلل التقران داخل البشري الوراثي السليم Hereditary benign intra epithelial dyskeratosis
- 4- التقران الجريبي follicular keratosis

ثانياً - آفات ارتكاسية: Reactive lesions

- 1- فرط التقران الموضع focal hyperkeratosis
- 2- آفات بيضاء مترافقة مع تدخين التبغ
- White Lesions Associated with Smokeless Tobacco
- 3- التهاب الفم النيكوتيني Nicotine Stomatitis
- 4- التهاب الشفة الضيائي Solar Chelitis

ثالثاً - آفات بيضاء أخرى:

- 1- الطلوان البدئي مجهول السبب Idiopathic Leukoplakia
- 2- الطلوان المشعر Hairy leukoplakia
- 3- اللسان المشعر Hairy tongue
- 4- اللسان الجغرافي Geographic tongue
- 5- الحزاز المنبسط Lichen Planus

رابعاً - آفات بيضاء مصفرة غير بشروية:

- 1- مبيضات البيض Candidiasis
- 2- تليف ما تحت المخاطية Submucous fibrosis
- 3- حبيبات فوردايس Fordayces granules
- 4- هجرة النسيج للمفاوي Ectopic Lymyoid Tissue
- 5- الأكياس اللثوية Gingival Cysts

6- الحروق المخاطية Mucosal bruns

7- الورم الشحمي Lipoma

الآفات البيضاء

White lesion

اللطاخات البيضاء التي تظهر في المخاطية اللفموية تتظاهر بعدة خصائص وأغلبها يتظاهر

بسماعة وثخانة في الطبقة القرنية المسبب من الارتكاسات الرضية المزمنة :

1- التدخين .

2- خلل في الجينات .

3- أمراض المخاطيات .

4- أو من ارتكاسات التهابية .

معظم هذه الآفات ليس لها مسبب رئيس واضح ولكن حسب المعطيات السببية والإمراضية

والمجهرية نستطيع أن نميز الآفات السليمة عن الآفات الخبيثة .

وفي معظم الحالات فإن المعطيات السريرية (كنوع الآفة ومظهرها وزمن حدوثها ومدى مشاركتها مع

آفات جلدية خارج فموية) .

والمعطيات المخبرية (التحاليل الدموية – المصلية – أو الجرثومية) هذه المعطيات لها دور

كبير في وضع خطة المعالجة الناجعة .

تقسم الآفات البيضاء إلى أربعة مجموعات رئيسية :

I- الآفات الوراثية :

معظم الآفات البيضاء ذات المنشأ الوراثي تتميز بفرط تقران وصنفت ضمن هذه المجموعة

الآفات التي تكون مترافقة بخلل في الجين الناظم للتقران (genokeratosis) أو بشكل عام (

genodermatosis) بخلل في الجين المسؤول عن الاعتلالات الجلدية .

1- الودمة البيضاء :

المنشأ والسببيات :

حتى وقتنا هذا لم يظهر هناك سبب أو منشأ واضح للوذمة البيضاء وليس للتدخين أو للكحول أو للجراثيم الفموية أو لآفات الغدد اللعابية أو للعناية بالصحة الفموية أي دور ما في حدوث هذه الآفة .
السريريّات :

في معظم الحالات تكتشف صدفة أثناء الفحص الدوري لأنها تكون لاعرضية تتظاهر على شكل لطاخت بيضاء رمادية منتشرة على سطح المخاطية وقد تأخذ شكلاً مجعداً وقد تتقشر تاركة وراءها سطحاً متآكلاً .
وهي غالباً تكون ثنائية الجانب شاملة لمعظم الغشاء المخاطي الدهليزي .
مجهرياً :

يشاهد كثافة في الطبقة الشائكة مع فرط تقران و وذمة شديدة في خلايا الطبقة الشائكة التي تأخذ حجماً كبيراً مع نوى صغيرة وهيولى بيضاء شاحبة بيضاء .
الرشاحة الالتهابية في النسيج الضام تكون غير مشاهدة أو بعدها الأدنى .
التشخيص التفريقي :

أهم الآفات التي يجب تفريقها عن الوذمة البيضاء هي الطلوان، الوحمة الإسفنجية البيضاء سوء تقران الظهارية السليم الوراثي أما المعالجة فلا يوجد هناك حاجة إلى معالجة ما لأن الآفة لا عرضية بالإضافة إلى أنه لم يثبت حتى الآن حدوث تحول إلى طلوان أو إلى أية آفة خبيثة .

2- الوحمة الإسفنجية البيضاء (white sponge nevus)

هي آفة مرضية تنتقل بصفة قاهرة سببه خلل في الجين الناظم للتقران نموذج Keratin 4 و 13 .
السريريّات :

أفة بلون أبيض إلى رمادي غير عرضية ذات سماكة معتبرة تشاهد متوضعة في أي مكان في المخاطية الفموية وخاصة في منطقة باطن الخد بمستوى الاطباق وقد تكون ثنائية الجانب .
مجهرياً :

يشاهد سماكة في الطبقة الشائكة مع توذم وتكائر شديدين في تلك الخلايا مع فرط تقران حيث تشاهد الخلايا الشائكة كبيرة الحجم ذات هيولى كثيفة حيث تشاهد النواة محاطة بمنطقة ايوزينية (Prickle Cells).

التشخيص التفريقي :

يجب تفريق هذه الآفة عن خلل التقران داخل البشري الوراثي السليم ، الحزاز المنبسط.

المعالجة :

لا توجد معالج نوعية لأن الآفة غير عرضية وسليمة.

ثانياً - آفات ارتكاسية: Reactive lesions

1- فرط التقران الموضع focal hyperkeratosis

فرط التقران الموضع بشكل عام قد يصنفه البعض تحت مصطلح الطلوان I1 المنشأ الحكاكي ، يتوضع في مخاطية الشفه حواف اللسان ومخاطية الخد في منطقة الاطباق مجهريا : يشاهد وجود فرط تقران مع رشاحة التهابية في النسيج تحت البشري .
تشخيص الآفة يعتمد على المعطيات السريرية. والمعالجة تعتمد على استبعاد العوامل المخرشة.

2- آفات بيضاء مترافقة مع تدخين التبغ

White Lesions Associated with Smokeless Tobacco

إن مشاهدة مثل هذه الآفات تزداد يوماً بعد يوم بسبب زيادة إنتشار عادة التدخين حيث يعتقد بأن المعدل الوسطي لحدوثها بين المدخنين يصل الى 6.5%، وتزداد هذه النسبة بازدياد العمر وبالتالي بازدياد نسبة التعرض للتدخين ،حيث أن التبغ يحتوي على مواد قلبية ،هذه المواد تؤدي إلى حدوث فرط تقران في المخاطية الغير متقرنة.

إن التدخين يعد من أكثر الأسباب اتهاماً لحدوث اللطاخات البيضاء هذه اللطاخات التي تظهر لدى المدخنين في مخاطية الفم وبالأخص حول الأسنان حيث أن المخاطية نتيجة التخريش المستمر ونتيجة التعرض المستمر للتخريش المسبب من التبغ ترنشح بارتكاس التهابي مزمن وبالتالي تصاب بفرط التقران الذي يؤدي الى تغيرات هامة تتراوح من عسرة التصنع إلى التغيرات الخبيثة.

هذه التغيرات تتعلق بالمدة الزمنية للتعرض للتدخين وبأن هذه اللطاخات البيضاء لاتحدث إلا بعد سنتين من بدء التدخين.

السريرييات : تشاهد اللطاخات البيضاء هذه عادة في المناطق التي تعود المريض أن يضع السيجارة فيها أو في المخاطية المقابلة لهذا الموضع، وخاصة منطقة الفك السفلي، وتظهر على شكل لطاخة ذات سطح حبيبي أو مجعد، وف أغلب الأحيان تحاط بمنطقة حمراء اللون ،وهذه اللطاخات تكون غير عرضية وغالبا تكتشف أثناء الفحوص السنوية الروتينية.

تشريح مرضي : يشاهد وجود فرط تقران نظير تقرني مع مخاطية متوذمة وقد نشاهد فرط تصنع بشروي أو ضمور في بعض الأحيان مع وجود تقرحات هنا وهناك، بالإضافة إلى حدوث ارتكاس التهابي بسيط إلى متوسط الشدة. الارتاكات الالتهابية في الغدد اللعابية تشاهد عند المدخنين بنسبة 40 % وخاصة الغدد اللعابية الثانوية. ومن النادر حدوث آفات خبيث من عسرة تصنع متوسطة الى شديدة على حساب تلك الآفات.

المعالجة والانداز : تعتمد المعالجة على التخلي عن عادة التدخين وفي حال التخلي عن التدخين تزول معظم هذه الآفات. والخوف هو تحول هذه الآفات الى آفات خبيثة أو الى سرطانة مبرقة.

3- التهاب الفم النيكوتيني Nicotine Stomatitis

آفة شائعة عند مدخني السيكار والغليون Pipe ويتعلق حجمها وشدة حدوثها على كمية وتكرار التدخين كذلك فإن التدخين المعكوس يؤثر بشكل كبير على حدوث هذه الآفة.

السريريّات : معظم التوضعات تشاهد في مخاطية قبة الحنك تبدأ على شكل إحمرار في المخاطية لاتلبث الآفة أن تتقرن لتصبح بيضاء المظهر.

التشريح المرضي: التهاب الفم النيكوتيني يتظاهر عادة بسماكة في البشرة مع شواك متوسط ، الغدد اللعابية المتواجدة في تلك المنطقة تصاب بارتكاس التهابي شديد ، مع امكانية حدوث حوول شائكي الخلايا وفي نهاية المطاف يحدث التليف.

المعالجة والانداز : أفضل المعالجة الابتعاد عن التدخين وخاصة التدخين المعكوس (الذي يشاهد غالبا في الهند) لأن احتمال حدوث تغيرات وتحولات خبيثة تكون عالية.

ثالثاً - آفات بيضاء أخرى:

1- الطلوان البدي الغامض Idiopathic Leukoplakia

يطلق مصطلح الطلوان سريريا على كل لطاخة أو لويحة أو بقعة بيضاء اللون لاتنتزع بسهولة ولايمكن إزالتها بالمسح ولاتشبهه بخصائصها السريرية أية آفة أخرى في المخاطية الفموية. هذا التعريف يبعد في وصفه السريري كل الآفات التي تتظاهر سريريا بلون أبيض كما في الحزاز المنبسط ، والاستسقاء الأبيض ، ومبيضات البيض، والوحمة الاسفنجية البيضاء .

ومن الممكن أن تتشابه هذه الآفات البيضاء سريريا ولكن تفرق عن بعضها البعض بسهولة مجهريا. ونظرا لغياب العلامت المجهرية النوعية والوصفية للطلوان حيث أن الصورة المجهرية تتراوح ما بين آفات

التقران السليمة إلى السرطانة الحرشفية الخلايا (الشائكة الخلايا) المجتاحة. لذلك فإن الخزعة هي الوسيلة الوحيدة لوضع التشخيص الأكيد ، وخاصة للتأكد فيما إذا كانت الآفة حالة ما قبل السرطان أو آفة سرطانية خبيثة.

السبببات والامراضية : في معظم الحالات السبب الرئيس لهذه الآفة هو التدخين الذي يعد من أهم العوامل التي تساعد على حدوث هذه الآفة ، حيث أنها تتراجع تلقائيا بعد الاقلاع عنه، كذلك فإن هذه الآفة تترافق مع التهاب الفم النيكوتيني.

كما أن الاستعداد الوراثي والكحول يلعبان دورا مهما في إحداث الآفة ، كما أن لعوز الحديد وخاصة في حالات فقر الدم بعوز الحديد (متلازمة Plummer – Vinson) أيضا دوراً مهما في حدوث الآفة .

التحولات الخبيثة لهذه الآفة تختلف ما بين منطقة وأخرى أو حالة وأخرى وتتراوح ما بين 1% - 17 % ولكن في المتوسط تتراوح ما بين 4-5%.

السريريات : تصيب الآفة الأشخاص بأعمار متوسط في العقد الرابع وفي الوقت الحاضر وحيث أن طلاب المدارس تدخنون بأعمار مبكرة فلقد بدأت تشاهد هذه الآفات بأعمار مبكرة وعند الإناث . معظم التوضعات تشاهد في حواف اللسان على مستوى الاطباق ومخاطية الفك السفلي والشفة السفلية أكثر تعرضا للإصابة من مخاطية الفك العلوي. أما قبة الحنك وأرض وقاع الفم والمناطق خلف الرجي هي المناطق الأقل إصابة .

الاستحالة الخبيثة نحو السرطانة شائكة الخلايا أو السرطانة داخل البشرة او عسرة التصنع لاتحدث بشكل متساو في كل الأماكن والجدول التالي يبين نسبة التحولات الخبيثة للطلوان حسب مناطق توضع الاصابة.

التوضع	النسبة المئوية لترافق الآفة مع عسرة تصنع أو سرطانة (كارسينوما) %
قاع الفم	43%
حواف وظهر اللسان	24%
الشفة السفلى	24%
قبة الحنك	19%

مخاطية الفم	17%
مخاطية الفك العلوي والسفلي (الميزاب)	15%
مناطق خلف الرحي	12%

وقد تترافق الآفة الطلوانية مع تشققات أو تحلمات أو تحبب في السطح أو سماكة مخاطة بحواف حمراء اللون .

أما نوع الطلوان الحليمي المتكاثر Proliferative verrucous leukoplakia فهو نوع خاص مؤلف من فرط التقران البسيط المتحلم، والذي يكون منشؤه الإصابة بالحمة الراشحة الحليمومية الانسانية HPV حيث أن امكانية تحوله إلى كارسينوما حليمية تعادل 15%.

الصورة المجهرية: تتراوح الصورة المجهرية ما بين عسرة التقران إلى السرطانة الشائكة الخلايا مروراً بعسرة التقران وعسرة التصنع وكشافة الطبقة الشائكة والسرطانة داخل البشرة.

حيث أن آفات عسرة التصنع تختلف باختلاف الخلل المشاهد في خلايا الطبقة البشرية من شذوذات نووية إلى انقسامات لتقسم إلى عسرة تصنع خفيفة ،ومتوسطة وشديدة.

تتضمن هذه التغيرات 1- اختلافات التطبيق في الخلايا 2- فرطة تصنع وتكاثر الخلايا القاعدية 3- ظهور عدد من الانقسامات الشاذة 4- الشذوذات النووية 5- فرط اصطياب النوى 6- اختلاف النسبة النووية الهيولية 7- ظهور النويات الكبيرة ضمن النوى 8- تغير التطبيق الطبيعي للخلايا 9- تناقص أشواك الوصل بين الخلايا 10 - ظهور خلايا ذات تفرن افرادي ضمن الطبقة الشائكة.

مصطلح السرطانة داخل البشرة Carcinoma in situ يطلق على الحالات التي يشاهد فيها تغيرات على مستوى كافة طبقات الخلايا في البشرة.

أما تطور الآفة من عسرة تصنع إلى كارسينوما شائكة الخلايا فلم يمكن وضع أسس لهذا الطور بشكل واضح ويعتقد بأن السرطانة داخل البشرة هي آفة غير ردودة حتى بعد زوال العامل أو العوامل المسببة. وبشكل عام فكل السرطانات شائكة الخلايا للمخاطية الفموية ومخاطيات الجهاز التنفسي تمر بمراحل عسرة التصنع قبل أن تصبح سرطانة غازية أو سرطانة مجتاحة إما اجتياحاً مجهرياً أو اجتياحاً نظامياً، والاجتياح المجهري هو مرور الخلايا الخبية عبر الغشاء القاعدي لمسافة لا تتجاوز الـ 2مم.

التشخيص التفريقي : تدخل ضمن التشخيص التفريقية الفطور السطحية التي تصيب المخاطي (مبيضات البيض) ، الحزاز المنبسط ، الآفات الوراثية البيضاء ، الحمى عديدة الأشكال ، فرط التقران المرافق للتدخين ، اللسان الجغرافي.

المعالجة والانداز: في حال غياب مظاهر الانموذجية المجهرية فالمراقبة السريرية وأخذ خزعة من الآفة هو الحل الأمثل ومن ثم محاولة ابعاد جميع الأسباب التي أدت الى حدوث هذه الآفة. أما في الحالات الأخرى التي يشاهد فيها بعض التغيرات المجهرية للخلايا فإن المستطب هو الاستئصال إما بالجراحة القرية (Cryosurgery) أو بالجراحة الكهربائية (Electrosurgery) وبعد ذلك يلجأ الى تطعيم المنطقة بطعوم بشروية.

2- الطلوان المشعر Hairy leukoplakia

السبببات والامراضية : عام 1981 سجلت أول الحالات للطلوان المشعر متوضعة في حواف اللسان عند ذكور شواذ جنسيا حيث صنف في حينه على أنها نوع خاص من أنواع الطلوان الذي يصيب الأشخاص الممخوجين بالحمة الراشحة (HIV) المسببة لمرض عوز المناعة المكتسب (السيدا (الايدز)) كذلك وجدت الحمة الراشحة EBV (ايبشتاين بار) مترافقة وخامجة لجميع المرضى المصابين بالطلوان المشعر .

الصورة السريرية : تختلف الصورة السريرية ما بين حالة وأخرى ولكن جميعها تشترك في أن الآفة تكون ذات حدود واضحة ، عبارة عن لطاخة أو لويحة بيضاء اللون متحلمة مع بعض النتبتات الدقيقة تكون إما ثنائية الجانب أم في جهة واحدة. تصيب خاصة حواف اللسان.

الصورة المجهرية : الخصائص النوعية والوصفية للطلوان المشعر هو فرط التقران الشديد مع وجود العلائم المجهرية لاصابة الخلايا بالحمة الراشحة كما يشاهد وجود الفطور المتراكمة على سطح البشرة.

التشخيص التفريقي : (differential diagnosis)

التشخيص التفريقي السريري للطلوان الأبيض المشعر leakoplakia hairy هو الطلوان الأبيض الأساسي المجهول السبب الأكثر شيوعاً والطلوان الابيض المترافق مع استعمال التبغ ، كذلك فالحزاز المنبسط Lichen planus يدخل في التشخيص التفريقي و داء مبيضات البيض ، والارتكاس القرني المترافق بتفاعلات كهربائية كيميوية .

المعالجة والإنذار Treatment and prognosis:

ليس هنالك معالجة نوعية لظلوان اللسان الأبيض المشعر بالرغم من أن هنالك سير معين لهذا التشخيص كي يثبت بملامحه السريرية .

إلا أن هنالك دراسات حديثة تشير لترافق 10% من مجموع الأشخاص المصابين بالظلاوان الأبيض المشعر مع داء نقص المناعة المكتسب AIDS بنفس الوقت .

بالإضافة الى 18% من الأشخاص المصابين بالظلاوان المشعر يتطور ليهم الإيدز خلال 8 أشهر

إن إمكانية تطور الإيدز عند الأشخاص المصابين بداء الظلاوان المشعر تساوي تقريباً 50% خلال 16 شهر وتصل الى 80% بعد مضي 30 شهر من تشخيص الظلاوان المشعر .

3- اللسان المشعر Hairy tongue

الامراضية Pathogenesis

بالرغم من أن اللسان المشعر بشكل عام مجهول السبب إلا أن هنالك عوامل مسببة (مرضية) عديدة .

كاستخدام الصادات واسعة الطيف مثل البنسلين والسيترينويدات الجهازية التي تكون صفة مميزة في القصة السريرية للمرضى المصابين باللسان المشعر بالإضافة لاستعمال الغسولات الفموية بالماء الأوكسجيني - والمركبات التي تحتوي بيروكسيد الهيدروجين - وطرطرات الصوديوم - وكارباميد البيروكسيد كلها ترد أيضاً كعوامل مسببة لهذه الحالة .

اللسان المشعر يمكن أن يرى أيضاً عند الأشخاص المدخنين، وكذلك عند الأشخاص اللذين تعرضوا للمعالجة الشعاعية للأمراض الخبيثة لناعية العنق والرأس .

العامل الأولى الذي يسبب اللسان المشعر يعتقد أن له علاقة بتبدل الزمر الجرثومية المترافق مع نمو الفطور والجراثيم المحدثة للصباغ . وحافة اللسان في اللسان الأبيض المشعر هي الموصوفة وهي الأثر مشاهدة كذلك قد تحدث على السطح الظاهري للسان .

ولقد جرت محاولات كثيرة جداً لمحاولة زرع (استنبات) وتحديد هذه العضويات المتواجدة لكنها لم تعطي نتائج ثابتة .

العلامات السريرية clinical features

حافة وسطح اللسان هما المكان الأكثر حدوثاً وتوضعا للآفة ، والتبدلات العرضية السريرية لها علاقة بفرط ضخامة الحليمات الخيطية اللسانية المترافقة مع إعاقة النسبة الطبيعية للتوسف .
النتيجة تكون إنتاج سطح سميك متلبد مزروعاً (محبوكاً) بالجراثيم والفطور وحطام الخلايا وفضلات المواد الغذائية .

الفحص الدقيق يسمح بتحديد الحليمات الخيطية بشكل إفرادي تلك الحليمات الخيطية التي تكون طويلة عدة ميلليمترات وتميل نهايتها باتجاه الحواف الوحشية للسان .
الأعراض السريرية بشكل عام تكون صغيرة وقليلة بالرغم من أن امتداد الحليمات يصبح ضخماً فالدغدغة و حس الاهتزاز يمكن أن يشعر به اعتماداً على الحالات الموضعة والمختلطة بالجراثيم فلون للسان يتراوح بين الأبيض إلى الأحمر إلى البني الغامق أو الأسود

التشريح المرضي Histopathology

الفحص المجهرى لعينة الخزعة سوف تثبت وجود الحليمات الخيطية المتطاولة بسطح ملوث ببقايا العضويات الدقيقة والفطور والتقرن يمكن أن يمتد إلى الأجزاء المتوسطة من الطبقة الشائكة مع مظهر خفيف لفرط تصنع الخلايا القاعدية

التشخيص Diagnosis :

بما أن الملامح السريرية لهذه الآفة عادة متميزة تماماً إلا أن إثبات التشخيص بواسطة الخزعة يكون ضرورياً بالدراسات الخلوية أو بواسطة الاستنابات .

المعالجة الإنذار Treatment and prognosis

عند اخذ القصة المرضية الشخصية وتحديد العامل المسبب مثل الصادات أو الغسولات الفموية بالماء الاوكسجيني سوف تساعد على التشخيص فان إيقاف اخذ هذه العوامل سوف يؤدي إلى غياب هذه الحليمات المتطاولة خلال بضعة أسابيع

في الحالات التي يتعرض الأشخاص فيها للمعالجة الشعاعية والجينية والذين تعرضوا لعوامل مغيرة للفلورا الجرثومية الفموية تكون المعالجة صعبة ولكن نظافة اللسان والمحافظة على صحة الفم الشديدة الحساسية سوف يكون له بعض الفوائد في المعالجة، ووصف محلول بود فيليوم 1% يكون مفيداً في المعالجة كما يجب التأكيد للمرضى المصابين بان الحالة سليمة ويمكن ان تشفى تلقائياً .

4-اللسان الجغرافي : Geographic tongue

السببيات والآلية المرضية : Ethiology and pathogenesis

يعرف اللسان الجغرافي أيضا باسم الاحمرية الهاجرة أو التهاب اللسان السليم الهاجر وهي حالة مجهولة السبب وهناك نظريات حاولت ربط هذا المرض بالشدة النفسية والالتهابات الفطرية والجراثومية ولوحظ بأنه يترافق مع أمراض أخرى كالصدف والاكزيما الدهنية وتناذر رايت .

كما لوحظ اختلاف واضح في انتشار هذا المرض لدى المصابين ببنية مرضية والذين لديهم ربو أو التهاب الأنف التحسسي من جهة والأشخاص الذين يبدون ارتكاس الجلد للمحسسات من جهة أخرى كما وان مرضى البنية المرضية والمصابون باللسان الجغرافي غالبا ما يترافق لديهم وجود المستضد - HLA B15

المظاهر السريرية Clinical Features

يمكن أن يصادف عند 2% من سكان أمريكا ويصيب النساء اكثر بقليل من الرجال ويمكن أحيانا مشاهدته لدى الأولاد وتتميز هذه الحالة بمناطق من عدم التقرن مع التوسف الشديد للحليمات الخيطية مما يؤدي إلى أن هذه المناطق تصبح مؤلمة وذات حواف مرتفعة مع إطار ابيض أو اصفر مبيض وإذا راقبنا بقعة على مدار أيام أو أسابيع تلاحظ بأنها تميل للتوسع على سطح اللسان وإذا حدث الشفاء في بقعة فان ذلك يلاحظ أيضا في البقع المجاورة وان ترافق اللسان الجغرافي مع تشقق اللسان أمرا ملحوظا ولكن غير مفسر كما وان الأعراض في حالة الترافق تكون أوضح وهناك حالات نادرة لوحظ فيها شمولية الإصابة كقاعدة اللسان ومخاطية الفم واللثة .

وعند معظم المصابين تكون الحالة لا عرضية ولكن أحيانا وعند استعمال الأطعمة الحارة والمشروبات الكحولية فان المريض يمكن أن يعاني من التخریش والألم وكذلك عند الإفراط في التدخين كما أن شدة الأعراض تختلف من وقت لآخر وتعكس لنا شدة الإصابة

الفحص النسيجي Histopathology

يقل عدد الحليمات الخيطية وكذلك بروزها مع فرط تقرن وتشر شر محيط الإصابة وقريبا من مركز الإصابة يلاحظ منطقة احمرار وهجرة الخلايا البيض المحببة واللمفاويات ضمن الطبقة الظهارية حيث توجد الكريات البيض داخل الخراجات المجهرية القريبة من السطح كما ويلاحظ ارتشاح الطبقة المخاطية الخاصة بالخلايا الانتهايبية وبخاصة المعتدلات واللمفاويات وكذلك المصورية

التشخيص التفريقي differential diagnosis

يعتمد على المظهر السريري حيث أن اللسان الجغرافي يمكن تشخيصه بسهولة ونادرا ما يحتاج للزرعة وفي بعض الحالات التي يلتبس فيها التشخيص يمكن أن ندخل في التشخيص التفريقي :
الالتهابات بالمبيضات البيض، الطلوان، الحزاز المنبسط، وكذلك الحمامية .

العلاج والإنذار : treatment and prognosis

باعتبار أن الحالة عادة لا عرضية ويمكن أن تشفى تلقائيا لذلك لا حاجة للعلاج وكان أحيانا قد تستعمل مركبات قشر الكظر موضعيا وبخاصة التي تحتوي مضاد فطري أيضا كما يجب تطمين المريض بان الآفة سليمة وهذا ما يخفف شدة القلق لديه .

5- الحزاز المنبسط : Lichen planus

مرض مزمن يصيب الجلد والأغشية المخاطية و أول ما وصف سريريا من قبل العالم ويلسن عام 1869 ونسجيا من قبل ووبر وبيله عام 1906 .
ولقد وضعت عدة نظريات حول الآلية الامراضية وعلاقة المرض مع أمراض أخرى وتبدو أهميته من خلال ظهوره بأشكال مختلفة مما يؤدي لأخطاء في التشخيص وكذلك علاقته بالخبث .

الآلية المرضية : PATHOGENESIS

إن خلايا الطبقة القاعدية هي الخلايا التي تتأذى بهذه الإصابة والآلية مناعية تتوسطها خلايا لانغرهانس والخلايا للمفاوية نوع T وكذلك فان خلايا لانغرهانس والخلايا العرطلة هي التي تتعرف على المستضد IgE فتقدم المعلومات للمستضدية للخلية للمفاوية وبعد فترة تصبح الخلية للمفاوية ذات تأثير فعال على الخلايا القاعدية .

ولقد لوحظ مثل هذا التأثير المناعي في أمراض أخرى كالتهاب الجلد التحسسي وحيث ان خلايا لانغرهانس هي التي تتعرف على طبيعة المستضد سواء كانت مادة حيوية او دوائية وتتقدم هذه المعلومات إلى الخلايا للمفاوية المنجزية لمنطقة الإصابة بتأثير 1 - INTER LAUKIN وهذا بدوره يحرض الخلايا للمفاوية على إنتاج 2 - INTER LAUKIN وينشط الخلايا للمفاوية على التكاثر وان هذه الخلايا المنشطة ذات تأثير سمي على الخلايا القاعدية .

المظاهر السريرية :

يلاحظ عند الرجال والنساء بنسبة متساوية تقريبا وفي الأعمار المتوسطة ومن النادر أن يلاحظ لدى الأولاد كما وان للشدة النفسية تأثير سلبي على الإصابة وان التظاهرات الفموية للحزاز المنبسط تأخذ أشكالا متعددة ولكن الأكثر شيوعا هو الشكل الشبكي حيث يلاحظ خطوط من فرط التقرن متضافرة مع

بعضها البعض تسمى خطوط فيكهام - وهي اكثر ما تلاحظ على مخاطية الفم منها على اللسان وبدرجة اقل على اللثة والشفاه والحقيقة إن كل الأغشية المخاطية يمكن أن تبدى مظاهر الحزاز المنبسط ولكن بدرجة اقل منها في الفم وعادة هنا تكون الأعراض السريرية طفيفة ويتم تشخيصها عرضيا - أما الشكل الصفيحي PLAQUE. فانه يميل سريريا لان يظهر مشابها للوكوبلاكيا ويأخذ شكل بؤر متعددة الانتشار و أول ما يبدا بالظهور على السطح العلوي للسان ومخاطية الفم أما الشكل الضموري ATROPHIC فيمكن أن يظهر مترافقا مع الشكل الشبكي وان نسبة المناطق المتفرقة إلى المناطق الضامرة يختلف من منطقة لأخرى و أحيانا بنفس المنطقة من وقت لآخر وان هذا الشكل يمكن أن يشمل اللثة أيضا .

الحزاز المنبسط الضموري:

ويمثل عدة اضطرابات مؤثرة في اللثة على هامش مناطق الضمور يوجد عادة على شكل خطوط و اثلام متفرقة ضاربة إلى البياض تنتشر محيطيا وتجتمع مركزيا بالغشاء المخاطي وعندما تصاب كل اللثة تميل لان تحوي اضطرابات بقعية شاملة لكل اللثة على نمط متساو تقريبا واللثة المتصلة باللسان لا تصاب أو تكون إصابتها اقل شدة .

الشكل الضموري للحزاز المنبسط عادة عرضي عند مريض يشكو من حس حرق أو ألم في المنطقة المصابة .

في الأشكال الانتكالية للحزاز المنبسط يكون السطح عادة حبيبي وحمامي وقد ينزف أثناء التحريض والإثارة أو التحريض الميكانيكي واليدوي .واللويحات الليفية أو الأغشية الكاذبة تغطي المناطق حيث التآكل يكون خطر ويكون تطور المرض قوي الى حد ما مع تبدل نماذج المرض من أسبوع إلى آخر والفحص الدقيق يظهر بوضوح المكونات القرنية وعادة محيط موقع التآكل يشكل نسيج شبكي أو يشكل اثلام تقرنية شعاعية . إلا أن حجم الفقاعات والبثور تختلف من مليترات إلى عدة سنتمترات وبعض الفقاعات عادة تبقى فترة قصيرة وتترك بعض الأذية قرحة ذات سطح متأذ بشدة وبشكل شائع تشاهد الاذيات على الغشاء المخاطي للخد وخصوصاً القسم الخلفي والسفلي المجاور للرحى الثانية والثالثة وموقع شائع آخر للإصابة هي الجوانب الوحشية للسان و بشكل نادر توجد على اللثة والأجزاء الداخلية للشفاه والموقع الثاني يبدو أكثر تميزا للحزاز المنبسط الممرض دوائيا أو الارتكاسات الحزازية وعلى كل يمثل هذه الأمراض المختلفة بأن الفحص الدقيق غالبا يميز وجود التشكيلات الشبكية أو الأثلام القرنية والدراسات الأخيرة أكدت انتشار الإصابة بمبيضات البيض الفموية عند المرضى المصابين بالحزاز المنبسط الفموي بمعدل 50 %.

وقد أوجدت المعطيات أن حالات مشابهة يمكن أن يكون سببها خلل في المناعة الخلوية ويتميز الحزاز المنبسط على الجلد بوجود مزلعات صغيرة بنفسجية وبقاعات على السطوح وخصوصاً السطوح الإنبساطية .

الاختلافات السريرية هي وجود ضمور وبقاعات جريبية وأشكال خطية.

والإصابات الجلدية تلاحظ بمعدل 20 - 60 % عند المرضى المصابين بالحزاز المنبسط الفموي وعلى الرغم من أن التبدلات الفموية أكثر هدوءاً مع الوقت فمن الممكن ملاحظة إن الإصابة الجلدية المتناظرة سوف تأخذ لون شمعي وتبهت بشكل دوري .

التبدلات المرضية النسيجية :

المعايير المجهرية لمعظم الحزاز المنبسط تتضمن وجود فرط تفران سوي او فرط تفران مماثل على درجات مختلفة من تغلظ الطبقة الشائكة ، ويلاحظ محو عام او تقويض للطبقة الابتليالية المتصلة بالنسيج المتوسط مع انتشار قوي للخلايا اللمفاوية بشكل شريطي مواز للسطح .

وضمن الطبقة الابتليالية يشاهد وجود زيادة في عدد خلايا لانغرهانس (تحدد بواسطة الكيمياء النسيجية المناعية) وبشكل افتراضي يوجد زيادة في الأضداد الموجهة ضد الخلايا T اللمفاوية وتعزل خلايا ايزونية ببيضية تمثل نخر الخلايا التقترنية وتلاحظ عادة في مستوى الخلايا القاعدية على الرغم من أنها غير نوعية للحزاز المنبسط . والدراسة المناعية بالفلورسين تميز وجود تليف على طول منطقة الغشاء القاعدي من 90 - 100 % من الحالات . بينما دراسة الفلورولينات المناعية المتممة اقل شيوعاً من وجود التليف .

الدراسة المناعية بالفلورسين في هذه الأمراض غير نوعية وغير مشخصة حيث أن هذه النماذج قد ترى أيضاً في LE والحمامي العديدة الأشكال .

التشخيص التفريقي :

سريرياً أمراض أخرى ذات مركبات بيضاء أو تفرانات يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار مثل حالات المبيضات البيض الضمورية ، والطلوان والسرطان شائكي الخلايا ، والأذية الدوائية و الحمامي عديدة الأشكال DLE .

الإصابة بالحزاز المنبسط الضموري أو الاكالي الذي يصيب الاتصال اللثوي يجب أن يفرق عن الفقاع الندبي حيث أنه ذا مظهر سريري وسفي .

التشخيص التفريقي في مثل هذه الحالة يمكن أن يحدد بالدراسة المناعية بالفلورسين وبما أن الفقاخ النديبي ذو نموذج مشخص وحيث أن أجسام civate المنوه عنها سابقا غالبا تحوي على رواسب غلوبولينات مناعية ومشخصة نوعا ما في الحزاز المنبسط . وخطوط الفلوبولينات المناعية على طول منطقة الغشاء والقاعدي سوف تحدد الفقاخ النديبي .

المعالجة و الإنذار:

لا يوجد نظام محدد أو معالجة موضعية ناجعة في تدبير الحزاز المنبسط على الرغم من العديد من طرق المعالجة المعتمدة للسيطرة أو تحديد المرض فالكورتيكوستيروائيدات اكثر العقاقير استخداما في المعالجة و الحكمة من استخدامها هو مقدرتها على تطيف الالتهابات و الاستجابة المناعية. التطبيق الموضعي كحقن موضعية للستيروائيدات النظامي يستخدم في الإصابة الفموية على الرغم من أن هذا ليس استخدام روتيني ومؤخرا بدأ بتطبيق أضاد التقران بسبب تأثيره المناعي بشكل نظامي و موضعي كالفيتامين A المشابه (للرتينوئيد) الذي يفيد في ترتيب النسيج الشبكي القرني والصفحات المختلفة للحزاز المنبسط وزوال الآثام البيضاء يمكن تجنبها بالاستخدام الموضع للرتينوئيد على الرغم من أن تأثيرها قد يكون وقتي في الحالات الشديدة للحزاز المنبسط ودرجات مختلفة من النجاح.

4-آفات بيضاء مصفرة غير بشروية WHITE – YELLOW

1 - داء مبيضات البيض :

عبارة عن مصطلح يشتمل على مجموعة حالات من الإصابة الجلدية أو المخاطية بواسطة عامل شائع من أنواع الكانديدا من الفطور . أن الخمج الفموي الفطاري الأكثر شيوعا وبالرغم من المعدلات المتكررة من الصعب تحديدها بسبب انتشار العضويات المسببة في أجزاء واسعة من السكان . أن العلاقة بين الحالة التطفلية والإمراضية معقدة وقائمة على العوامل الموضعية لوحدها في بعض الحالات والعوامل الموضعية والجهازية في حالات أخرى . أن التظاهرات الفموية يمكن ان تكون حادة أو مزمنة مع درجات متنوعة من الحدة وهناك أنظمة واسعة من التصنيفات قد وضعت مشيرة إلى تعقيدات هذه الحالة إضافة للأشكال العديدة لهذه التظاهرات والعلاقة الداخلية بين العوامل الموضعية والجهازية . ولا ننسى هنا العلاقة الموجودة بين الطلوان، والكانديدا والسرطان ذو الخلايا الحشفية .

أنواع مبيضات البيض التي تسبب بعض الأدوية الممرضة هي C. ALLEICAN وبشكل اقل شيوعا C.PSEUDOTROLICOHIS -C. GLALERATA. C.GLALWRATA الأكثر شيوعا وتواجدا في التجويف الفموي لدى أشخاص أصحاء تماما . إن التحول أو الهرب من الحالة التعايشية إلى الحالة المرضية بواسطة هذه المتعضيات يتعلق بالعوامل الموضوعية و الجهازية والتي من الصعب جدا تحديدها عمليا .

هذا المتعضي يعتبر خميرة ثنائية من عائلة المستخفيات ويمكن أن يوجد في ثلاث أبعاد بيولوجية وشكلية .الشكل الخميري أو الانباتي للخلايا البيضية (أر ومات) تقيس 1.5 - 5 مبرونزما في القطر - أن الشكل الخلوي محدود (خيوط فطرية كاذبة) والشكل الطلاييدي والذي يتألف من أجسام خلية تقيس 17-7 مبرونزما في الفطر مع ثخانة RFROCTILE جدار نطوق .

في الحالة الايعاشية الخيوط الفطرية الكاذبة موجودة وتكون المقاومة لهذه المتعضيات في حالها الانباتية قد لوحظ داخل الفم وداخل المهبل وقد وجد علاقة بين الشريكين المتعضين المتعايشين مع عصيات البنى الحامضية .

- إن الخمج بهذا عادة سطحي ويصيب الوجه الخارجي للمخاطية الفموية او الجلد في المرضى فقاعيا أو الموهونين مثل مرضى الإيدز .

والخمج يمكن أن يمتد إلى الطرق الهضمية (كالتهاب المري بالكانديدا) والطرق التنفسية القصيبية أو أنظمة الأعضاء الأخرى .

إن الطبيعة الانتهازية لهذا المتعضي لوحظت في الأشكال المتوسطة المتكررة لهذا المرض تالية للمعالجة بالصادات الحيوية الجهازية لفترة قصيرة من اجل الانتانات الجرثومية البسيطة .

المظاهر السريرية :

المظاهر الفموية لهذا المرض متنوعة وان الشكل الأكثر شيوعا هو الشكل الغشائي الكاذب الحاد المعروف باسم القلاع وإن الشدة النفسية في الطفولة والتقدم بالعمر يتصفان بنوعين من الإصابات المتكررة وإن التقييمات لمعدل تكرار المرض هو اكثر من 5 % عند المواليد الجدد و5% من مرضى السرطان و 10 % لباقي المرضى البالغين الموهنين مناعيا . هذا الخمج شائع عند المرضى المعالجين بالإشعاع أو بالمعالجة الكيميائية في سياق اللوكيميا - الأورام الصلبة - بحوالي اكثر من نصف هؤلاء من مجموعة العمال و70% من الباقي مجموعة مصابة .

المعالجة :

المعالجة الجهازية يجب أن تعطى أهمية دقيقة ضد أو في مواجهة التأثيرات الجانبية الهامة الأخرى لالتهاب الشفة – وارتفاع أنزيمات الكبد المصلية و ثلاثيات الغليسيرين والمستخفيات .
في كثير من الحالات توجد أنسجة مهمة مصابة لذلك نجد أن استعمال أكثر من دواء واحد يكون مستتباً . وهناك تراكيب متنوعة من الستيروئيدات الجهازية ، وستيروئيدات نموذجية ، ومضادات النقرن retinoids يمكن أن تستخدم. و مهما تكن هذه الطرق ، فإن اتباعها يجب أن يكون من قبل و بواسطة أطباء ذوي خبرة او بواسطة مجموعة أطباء لديهم خبرة بتلك الأدوية .
و أخيرا فان السيطرة على الأشكال الحادة من الحزاز السطحي الأكالوي قد سجلت باستخدام dapson ودي امينوفينيل سلفون .

ومن المفترض أن يكون هذا العامل الخاص مساعدا في السيطرة على عملية توسط الخلايا للمفاوية في الحزاز السطحي بواسطة تعديل تحرر العوامل الالتهابية او الكيمائية من الخلايا الرئيسية أو المعتدلات .

بالرغم من وجود شك حول احتمالية الخبث للحزاز السطحي الفموي فقد ظهر بان المعدل العالي من الخلايا السرطانية الحرشفية الفموية ظهرت في مرضى الحزاز السطحي بمقارنته مع بقية السكان .
أن التكرار العملي للاستحالة الخبيثة ظهرت لتكون اكثر شيوعا في الأشكال الأكالوية والفموية . وإن حالة الحزاز السطحي تعتبر حالة مرافقة والمرضى يجب أن يراقبوا بفترات معينة وهذا يعتبر هام بشكل خاص للأشكال الأكالوية والفموية للمرضى وخاصة المدخنين منهم أو الكحوليين .

ولقد عرفت الكانديدا أيضا عند المصابين بالإيدز وهؤلاء يعتبرون لديهم عوامل خطر كبيرة . حيث تتصف الآفات الفموية بأنها بيضاء صفيحية طرية أو جيلاتينية أو عقيدية والتي تنمو مبتعدة عن المركز أو مندمجة . حيث تتكون الصفيحات من المتعضيات الفطرية ، وانقاص الكيراتين ، وخلايا التهابية مع خلاياظهارية متقشرة ، وجراثيم ، وألياف .

إن إزالة الصفيحات أو الأغشية الكاذبة بعيدا بواسطة راس القطن أو قطعة ما سوف يترك مكانه حمامة متأكلة ذات سطح متقرح.

بالرغم من أن آفات القلاع يمكن أن تتطور في أي موقع فهي تفضل الأماكن المتضمنة المخاطية الفموية (الوجنية) ومناطق المخاطية الفموية للبلعوم الفموي او الوجوه الوحشية لظهر اللسان .
وفي معظم الحالات لا يحدث تخريب للغشاء الكاذب وتكون الأعراض المرافقة قليلة .

وفي الأشكال الشديدة يعاني المرضى من آلام وحرقة وعسرة بلع ،و أن استمرار الالتهاب بالمبيضاء في الأغشية المخاطية الكاذبة يمكن أن يؤدي أخيرا إلى فقدان الأغشية الكاذبة نبة مع ظهور الآفة الحمراء الموضعة وتعرف عندئذ بالتهاب الكانديدا الحاد الفموي .ويمكن أن تشاهد عبر الوجه الظهري للسان بقع ناقصة الحليمات وناقصة الكيراتين . وفي الماضي كان الشكل الخاص من داء المبيضات يعرف على انه التهاب معدة دوائي واسعة الطيف أو تكرار استخدام الصادات الحيوية خفيفة الطيف يمكن أن يولد هذا الانتان. وعند التوقف عن إعطاء الصادات الحيوية وتقييم الحالة الصحية الفموية المناسبة سوف يؤدي ذلك إلى التحسن .

وبعكس الأشكال الغشائية الكاذبة الحادة فالأعراض الفموية للأشكال الفموية الحادة تكون ملاحظة جدا بسبب التآكل والالتهاب الشديدين .

إن الالتهاب الكانديدا المزمن غالبا يشاهد لدى الأشخاص الذين لديهم طقم اسنان صناعي. هذا الشكل الخاص يحدث في اكثر من 65% من الأشخاص كبار السن اللذين يلبسون طقم الأسنان الصناعي الكامل .

امتداد هذا الشكل من الكانديدا يعتمد على حالة المخاطية الفموية وتغطيتها بالجهاز الصناعي ويلاحظ ولع واضح ومتميز للمخاطية الحنكية بمقارنتها بالقوس السني الفكي وان هذا الشكل له خاصية التطور عند النساء اكثر منه عند الرجال المظهر السريري للالتهاب هو احمر نيرالسطح مخلي متبلور مع تقران قليل نسبيا وفي الأمثلة الحادة تشاهد الحويصلات الصغيرة المندمجة والتآكلات يمكن أن تشاهد

واكثر الأشكال مشاهدة عند الأشخاص اللذين يضعون بدلات سنوية ومصابين بالتهاب الفموي المزمن لديهم ثنيات عميقة في نقطة الالتقاء .

في مثل هذه الظروف التجمع البسيط لللعاب في ثنيات الجلد في زاوية نقطة الالتقاء وبالنتيجة تستعمر بالمتعضيات الفطرية عمليا الآفات مؤلمة بشكل متوسط تآكل ، ونقش .

التهاب الشفة الزاوي يمكن أيضا أن تشاهد في الأشخاص اللذين لديهم عادة لعب بشفتهم ويودعون كميات صغيرة من اللعاب في زاوية نقطة الالتقاء . ويظهر الجلد فيه تشققا ودرجة من التكون البني على قاعدة حمامية بسيطة هذه الحالة يمكن ان تكون منقطة في التهاب الجلد حول الفم والتي تظهر صفات اقل تقشرية ومنطقة أحادية من الجلد مصابة ما تصفه مباشرة بالوصلة القرزية الجلدية .

الانتانات بالمبيضات المزمنة كذلك قابل لتوليد استجابة النسيج لفرط التنسج عندما ما يحدث في منطقة خلف نقطة الالتقاء . أن الآفة مشابهة للطلاوة البيض ءء المبقعة وفي بعض القصانيف تعرف كطلاوة بيضاء كلنديدية .

أنها تحدث عند البالغين دون استعداد واضح للانتان بواسطة c.alpicon . وأنها تعرف عند بعض الأطباء كحالة قبل سرطانية .

الإصابة بالكانديدا مفرط التنسج يمكن أن يصيب اللسان كنمط يرجع إلى التهاب اللسان نصف المعيني .

انه عادة غير عرضي ويكتشف عادة ضمن الفحص الفموي الروتيني .
وتشاهد الآفة أمامية للحليمات حول الكاسية وبشكل معيني وتملك سطحاً أملس - عقيدي - أو مشقق - يمكن أن يكون قاسي قليلاً ويمكن أن يتدرج في اللون من الأبيض نحو الأحمر .
في الماضي هذه الحالة الخاصة كانت على كونها شذوذ تطوري اعتقدت أنها حدثت تالية لاستمرار تفاوت حديبات السان في التطور .

الانتانات الحديثة : أشارت إلى أن هذا أكثر تشابهاً بالشكل الضحامي للكانديدا أن الآفات الحليمية العقيدية للمخاطية البلاطية القاسية المسيطرة شوهدت بالقرب من بدلات الأسنان الفكية الكاملة وعلى الأقل استجابة .

2- الانتان بالخمائز المزمنة :

إن الحليمات مفرطة التنسج تتكون من عقيدات مستقلة بحيث تنتخب المحيط مشكلة زائدة تقيس 2-3 مم قطراً على قاعدة حمامية .

والأشكال الجلدية المخاطية لداء المبيضات عادة متعددة الأشكال ومتنوعة في مجموعة الأشخاص المصابين .

الشكل الموضع في الكانديدا الجلدية المخاطية يوصف بأنه قديم العهد واستمرار للكانديدا في مخاطية الفم - الأظافر - الجلد - ومخاطية المهبل هذا الشكل من الكانديدا غالباً مقدماً للمعالجة مع تراجع أو اختفاء مؤقت لمدة المرض تالي لاستخدام المعالجة بمضادات الفطور .

وكما في جميع أشكال الكانديدا الجلدية المخاطية المزمنة هذا الشكل يبدأ مبكراً في الحياة - وعادة ضمن بداية العقد الثاني .

بداية المرض كنمط غشائي كاذب ثم يتبع بإصابة جلدية وطفرية والتغيرات الظفرية تتدرج من إصابة بسيطة لظفر وحيد إلى تشويه حاد في جميع الأظافر .أما التغيرات الحبيبية الجلدية الثانوية تحدث في سرير الظفر كما تحدث في الآفات الجلدية المرافقة .والشكل العائلي الغير متلازم في الكانديدا يمكن أن تشاهد في حوالي 20% من الحالات بهيئة إصابة مخاطية جلدية . هذا الشكل من المرض ينتقل كنمط مستقل حسمي وحوالي 50% من هؤلاء المرضى لديهم اضطرابات في الغدد .وهذا الاضطراب الغدي يتألف عادة من نقص نشاط جارات الدرق ، داء اديسون – وكذلك نقص نشاط الدرق أو الداء السكري وفي الأشكال الأخرى من الالتهاب بالمبيضات العائلي المزمن الجلدي المخاطي يوجد ترافق مع نقص الحديد وغالبا دون علامات سريرية لفقر الدم والمرضى يمتصون الحديد بشكل طبيعي بالرغم من وجود استنزاف مزمن لمخازن الحديد ويعتقد انه ناجم لشذوذ وراثي محدد في استقلاب الحديد .

بالنتيجة فانه يوجد نقص ثانوي في نظام المناعة الخلوي والذي يؤدي للانتان الأكثر شيوعا بالمبيضات الفطرية .

انه يوجد أشكال أخرى من الالتهاب بالمبيضات الجلدي المخاطي العائلي والذي يملك شيوع شذوذات استقلاب الحديد وتغيرات في تمنيع الخلايا أحد الأشكال توصف بواسطة بداية متأخرة في الالتهاب بالمبيضات وعادة محدد للتجفيف الفموي ويشاهد ما بين 25 سنة من العمر .

إن النتيجة التالية للمرضى وبالرغم من القابلية للالتهاب بالكانديدا كما في الأشكال الأخرى للانتان – سوف تظهر زيادة في الفعالية للنسيج الظهاري والنسيج الضام لاختراق المتعضيات .

إن الثلاثية في الالتهاب بالمبيضات الجلدي المخاطي المزمن – التهاب المفاصل والورم التوتي – كان قد سجل عام 1968 حالات عديدة منذ ذلك الوقت والتهاب المفاصل عادة هو المظهر الأولي الذي يتبع الالتهاب الجلدي المخاطي وان حقيقة علاقة التيموس بنقص وظيفة الخلايا المناعية T غير مفسرة وان الخلايا اللمفاوية t المسلمة بشكل جيد يمكن أن تسيطر على إنتانات مبيضات البيض بواسطة تصنيع و إطلاق الليمفوكين والذي يعتبر مادة سجلت على أنها سم لهذا المعترض .

الشكل الالتهابي الكانديدا يظهر بشكل متزايد ومثبت ضمن الأشخاص المشبطين مناعيا خاصة المصابين HTV عوز المناعة المكتسب ومرضى الإيدز هذا الشكل من الكانديدا كان يوصف عادة في عام 1981 و الآن عرف بشكل جيد كونه واحد من أهم الانتانات المناسبة التي تصيب هؤلاء المجموعة .

الموجودات المخبرية :

الفحوصات المخبرية السريرية لهذا المعنضي تظهرانتقال جزء من الأغشية الكاذبة والتي تفرش على شريحة تحت المجهر وتتحل بواسطة 20 % بوتاسيوم هيدروكسيد ثم تفحص الشريحة نموذجيا .
الزرع المعياري والتصريفي لهذا المعنضي يمكن إنجازه بوسائط متنوعة متضمنة مرق سابور - دم أغار - أغار الشوفان .

والتعريف بالتالف المناعي يمكن ان يكون ضروريا في أشكال المرض .
الأساليب التقليدية للصفات المخبرية C.ALPICON والعينات الأخرى ترتبط بالتخمير الكاربي هيدازين والدراسات كما في الصفات المخبرية .

الصفات النسيجية :

الفحص النسيجي لأفات الأغشية الكاذبة للمبيضات تظهر تفاعل التهابي سطحي موضع مع تأكل أو تقرح في السطح .
التقرحات مغطاة بطبقة ثخينة من حطام الخلايا - ألياف - ظفرات التهابية وأعداد كبيرة من الخمائر .

في الانتانات السطحية - الفطور - محددة للطبقات السطحية للظهارية وفي الأشكال الأكثر حدة سوف تمتد بشكل أعمق ضمن الظهارية .

الإندخال بالمعدلات ضمن الظهارية وتشكيلات خراجية مجهرية سطحية تظهر بشكل نموذجي .
عناصر الخمائر يمكن أن تكون مفرز معروف ولوجيا بواسطة سلاسل من فضات الميتانين أو عامل شيف الحمضي الزمني .

الأشكال الفطرية المسيطرة في هذا الشكل الخاص من المرض هو الشكل الكاذب .
وهذا الشكل الكاذب يخترق الظهارية ويمكن أن يدخل الخلايا القرنية ليصبح طفيلي داخل الخلية .
إن الإثبات التجريبي يشير إلى أن أي من الانتان قادر على توليد ضخامة ظهارية - والتهاب الكانديدا المزمّن يمكن أن يعطي ارتفاع في الطلاوة البيضاء الفموية والأهمية لهذا الانتان تصبح واضحة .

في الواقع هذه يجب أن تعالج بحيث أنه لا يوجد إثبات بأن الالتهاب بالمبيضات المزمّن تعتبر حالة قبل سرطانية .

أنه من المعقول بأن الاحتياج الظهاري بهذه المعنضيات وكذلك الإدخالات يمكن أن تقدم تغيرات وزمية .

التشخيص التفريقي :

الانتانات بالمبيضات يجب أن تفرق عن الإصابات المتعددة الأخرى والمتضمنة أحادي مترافقة بحروق كيميائية وانتانا جرثومية سطحية واستعمار والتهاب المعدة الموائي والتقرحات الرضية والبقع المخاطية والسلفس .

عند وجود الشكل الضخامي الحاد في الآفات الحمراء الوحيدة للالتهاب الكانديدا عندها يجب أن

يكون

...

1- العوامل المؤهبة للانتان بالمبيضات البيض :

- عدم النضج المناعي في سن الرضاعة

- الاضطراب الغذائي

1- الداء السكري

2- نقص نشاط مجاورات الدرق

3- الحمل

المعالجة السنبروئيديّة الجهازيّة /نقص الأدرينالين /

- خبث متقدم

- سوء الامتصاص - نقص التغذية

- المعالجة الجهازيّة بالصادات الحيوية

- المعالجة الكيميائية للسرطان

- أشكال أخرى من الشبث المناعي (مثال - الإيدز)

Tabb3-4

2- تصنيف المبيضات البيض الفموية

- الشكل الحاد

1- الغشاء الكاذب

2- الضموري

- الشكل المزمن :

1- الضموري

2- الضخامي / مفرط التنسج

- الأشكال الجلدية المخاطية

1- الموضع (فموي - وجهي - - أظافر)

2- العائلي

3- مترافق بمتلازمة

العلاج والإنذار :

إن معظم أخماج الكانديدا يمكن أن تعالج وببساطة بتطبيق موضعي للنستاتين وعندما تكون طقم الأسنان dentave هي سبب الإصابة فإنه يمكن أن تستعمل النيساتين على شكل كريم للأنسجة المتأثرة وحتى للطقم ذاته وذلك لمنع تأثير التماس المستمر دوماً وللقضاء وعلى العضيات الفطرية الموجودة على طقم على مادة طقم الأسنان ذاته .

إن الانسحاب عن تنازل الصادات واسعة الطيف سيؤدي إلى تراجع الأخماج الفطرية كما أن المركبات الأوكسجين مثل هيدجين بيرو كسيد إذا استعملت بشكل مرافق فإن الانسحاب المواد سيسمح للفظور المعديّة الطبيعيّة بالتكاثر وزوال الأعراض الفطرية .

القلوتريمازول يمكن أن يوصف بشكل مناسب والتطبيق الموضعي للنسياتين أو القلوتريمازول يجب أن يستمر ما يقارب أسبوعاً واحداً بعد زوال أعراض المرض السريري .
في حالات الكانديدا الجلدية المخاطية المزمنة أو الفموية المتعلقة بانخفاض أولية المناعة فإن العلاقات الموضعة قد لا تكون فعالة .

في مثل هذه الحالات فإن إعطاء الأدوية جهازياً مثل أمغوتيرسين D ، كيتوكونازول ، فلوسيتوسين يمكن أن يكون ضرورياً .

ويجب الحيطه أثناء إعطائها ذلك أن فلوسايتوسين floctocine و الكيتوكونازول لها كيدية ويمكن أن تثبط تكون العام .

إن إنذار الإصابة الحادة المزمنة هو جيد على العموم ولكن بعض الأشخاص يبدون استعداداً خاصاً للإصابة مع ذلك يكون هنالك شفاء متقطع لدى استعمال مضادات الفطر جهازياً لديهم .

2- اللياف تحت المخاطية : Submucous fibrosis

الآلية المرضية :

السبب زيادة حساسية للمواد الغذائية مثل : التوابل - أو يكون السبب بعض العادات مثل : مضغ بذرة الفوفل (من النجليات) أو مضغ التبغ .

ولا ينكر أبدا الدور الهام للعوز الغذائي أو الفيتامين وإن الأبحاث التجريبية للتليف تحت المخاطي قد تقدمت ، فقد أوضحت دراسات المخابر أن العناصر المكونة لبذرة الفوفل تزيد تركيب الكولاجين وحيث أن سحب هذه المواد أدى إلى تحسن 70% من هؤلاء المصابين .

الخصائص السريرية :

يندر مشاهدة هذا المرض في أمريكا الشمالية لكن يلاحظ عموما الأشخاص المهاجرين من جنوب شرق آسيا أو من الهند هناك استعداد عرقي يلاحظ في الباكستانيين أو شعب بورمه مع حالات فردية لوحظت في جنوب الفيتنام والصين ونابولي .

هؤلاء المصابون تتراوح أعمارهم بين 20 – 40 سنة بالرغم من إمكانية رؤيته في الأعمار الكبر والأصغر .

التكيف تحت المخاطية يتظاهر على شكل آفات بيضاء مصغرة تسير سير مزمناً وهي تبدو نوعياً ضمن جوف الفم لكن أحيانا يمكن أن تمتد إلى البلعوم والمري إن التكيف تحت المخاطية يمكن أحيانا أن يسبقه أو يترافق مع تشكل أوعية جديدة ومع الزمن فإن المخاطية المتأثرة خاصة الحنك الرخو والمخاطية المنومة تفقد مرونتها مما ينتج عند ضرز وصعوبة أكل .

هذا الداء يترقى ويتطور من لويحة بيضاء سطحية في البداية تمتد إلى الأسفل حتى الجهاز العضلي .

التشريح المرضي :

إن الخصائص السريرية الأولية تتضمن إلى حد بعيد ظهارية رقيقة وضامرة بدرجات متفاوتة من سوء النسيج والجزء العلوي من الصحيفة الخاصة (IP) تغدو هياينية فقيرة بأوعية . الأزومات الليفة قليلة العدد مع التهاب مزمن من مرتشح يختلف في شدته قليلاً أو كبيراً .

التشخيص التفريقي :

يتضمن عددا قليلا من الحالات :

أن التليف تحت الظهارية بسبب شعاعي يمكن أن يسبب درجة من الضرر وضمور مخاطية رغم أنها ليست بشدة التليف (الألياف) تحت المخاطية .

التندب المخاطي الثانوي للحروق الكيماوية أو الكهربائية يمكن أن يسبب ضررا رغم أن النموذج الحقيقي الفعلي للتندبات المتعلقة بهذه الآفات من الممكن أن تكون أكثر انتشارا من تلك المرتبطة بالألياف تحت المخاطي .

العلاج والإنذار :

العلاج يتضمن تمارين شد وتمديد الآفة وحقن كورتيكوستيروئيدات داخل الآفة التدخل الجراحي يمكن أن يلجأ إليه .
كل طرق العلاج أثبتت أمالها فائدة قليلة في هذه الآفة اللاعكوسة .
إن الأهمية الأولية للياف تحت المخاطي ترتبط بكونها آفات قبل سرطانية وإن تطورها إلى سرطانات شائكة الخلايا قد لوحظ في أكثر من ثلث الحالات .
لقد لوحظ أن تنكس الأرومات الليفية وضمور الظهارية يشكل الأساسي الفيزيائي أثناء التحول والارتشاح إلى السرطان .
ويجب أن يحاول منع التبغ والعوامل الغذائية الممرضة التي لها دور في حدوث اللياف تحت المخاطية .

3- تحبب فورديس fordyce's granules

الآلية المرضية :

يتواجد في الغدد الدهنية المفترزة قيحاً أو في حال وجود نسج طبيعية في أماكن غير متوقّعه .

الخصائص السريرية :

متعددة وإن أكثر مواقعها (موقع تواجدها) هو المخاطية المبوقة (دهليز الفم) وباطن الشفة العليا

الآفة عموماً تنتشر بشكل متناسق لكن عدد الآفات المتواجدة في واحدة السطح هو أكثر في الرجال

منه في النساء .

أن سر ظهور هذه الآفات عموماً هو بعد البلوغ وإن عدد الآفات أقصى ما يبلغ بين 20-30 سنة

بالرغم من أن المساحات المصابة يمكن أن يزداد حتى سن ال 60 سنة .

هذه الآفة لا عرضية وغالباً صدفة من قبل المريض أو يكشفها الطبيب خلال فحص روتيني .

وإن نسبة تواجدها في الناس قد تصل إلى 8 % فيهم .

التشريح المرضي :

إن الحويصلات المتوضعة سطحياً من الغدد الدهنية ترى تماماً حول أو تجاور القنوات المفرغة .
القنوات ذاتها تتكون من كتلة كيراتينية ودهنية والغدد المتغايرة قيحاً متميزة جداً ووظيفته الخلايا
المفردة تظهر حبيبية وبشكل نسبي فالسيتوبلازما الراققة ترى مع النواة المتوصفة والتي تكون كثيفة في
كنهها .

وبعض النظر عن علاقة الغدد الدهنية بالشعر في الجلد فإنه يوجد تطابق حقيقي بين الغدد الفموية
مع تلك التي في الجلد .

التشخيص التفريقي :

أن مظهر وانتشار الغدد يمكن أحيانا أن يكون شاذاً لوجود مجموعات من الكانديدا لدى الإصابة
بها وبالمسح البسيط لسطح تحبب فورديس سوف لا ينتج عن اختفاؤها كما يحدث بالنسبة لمستعمرات
الكانديدا .

وهناك حالات عديدة جداً يكون لها شكل هذا التغيرات السابق .

الإنذار والعلاج :

لا علاج يوصف لهذه الحالة الخاصة ما دامت الغدد طبيعية سوية في جميع خصائصها وما دامت
لا تمارس أي تأثير .

5- أكياس اللثة : Gingival cysts

وهي من منشأ سني أو تنشأ وتتولد من النسيج المنشئة للسن وهي تحدث في البالغين كما يحدث
في الأطفال .

في الأطفال يمكن أن تعاود بشكل متكرر عند حديثي الولادة وخلال 3 أشهر فمن النادر ملاحظة
هذه الأكياس .

مراقبة هذه الأكياس بدءاً من الولادة فصاعداً يشير أن معظمها يزول عفويا أو تتمزق وتنتسف وقد
استخدمت مفهومات بشكل مترادف للتعبير عن حالة الكيسة اللثوية وبالرغم من هذان المفهومين كان
يهدفان أصلاً إلى تعيين الأكياس المختلفة في حديثي الولادة .

* أن مصطلح (Epsteins pearls) استعمل لتعيين الأكياس الملاحظة على طول الخط المتوسط
للحنك التي لا علاقة لها بتشكيل الأسنان .

* أن مصطلح عقيدات (Bohns ndules) يشير إلى الأكياس الملاحظة على طول الحواف السنخية والتي كان يعتقد أنها ترتبط بالغدد اللعابية .

الآلية والتشريح المرضي :

* إن الأكياس اللثوية في حديثي الولادة كان يعتقد أنها تنشأ من الصحيفة السنخية والأنسجة الخبيثة بين الأسبوع 10 – 12 من العمر تظهر وجود مقادير صغيرة من الكيراتين داخل عناصر الصفيحة السنخية . ونحو نهاية الأسبوع الثاني عشر من الحمل تتمزق الصفيحة السنخية مع وجود العديد من التجاوزات يدل على وجود أكياس مركزية وكيراتينية .

* الأكياس اللثوية عموما عديدة في الأجنة والأطفال ويزداد عددها نحو الأسبوع 22 من الحمل إلى أكياس الحنك المتوسط أو أعمدة ابشتاين كان يعتقد أنها تنتج عن الظهارية عند الوسط من منطقة التمام الحنك .

* الأكياس الظهارية الصغيرة المتضمنة خط منطقة الإلتصاق هي عبارة عن كيسات دقيقة تحوي كيراتين وعادة تتمزق مبكرا .

* أن دراسات التطور مفصلة أظهرت أن اقل من 20 من الأكياس الكيراتينية وسط الحنك لوحظت في أي جنين عند الأسبوع ال 14 الحلمي من غير أن يكون هناك ميل لزيادة العدد مع الزمن .

* إن مصدر الأكياس اللثوية عند البالغين من الممكن أنها تنشأ من الصفيحة السنخية وأن التغيرات الكيسية لهذه البقايا يمكن أن تنتج عنها أحيانا آفات عديدة وهناك اعتقاد عن السبب الرضي لسطح الظهارية اللثوية في نشوء هذه الأكياس .

الخصائص السريرية :

أن الأكياس اللثوية لدى حديثي الولادة تتظاهر على شكل عقيدات عريضة واسعة القاعدة بيضاء يقارب قطرها 2 ملم وان وجود واحد أو اكثر من الأكياس دليل على امتدادها على طول القنزعة السنخية . إن أكياس خط وسط الحنك من ناحية أخرى تمت على طول خط الوسط الحنك باقي ومنطقة التمام الحنك القاسي واللين وان نسبة الحدوث الإجمالية تقدر بنسبة 76% .

إن الأكياس اللثوية عند البالغين تحدث بشكل رئيسي في العقدتين الخامس والسادس وهي اكثر شيوعا على الفك العلوي والسفلي .

كما أن التطورات أو تطور الأكياس داخل لثوية في البالغين والأكياس بين سنوية الجانبية تطورها متشابه جدا من حيث توقعها الأكثر احتمالا - عمر الحدوث - السلوك السريري - والتظاهر الشكل الإجمالي .

إن الأكياس اللثوية عند البالغين عديمة الألم وتتمو ببطء والآفات ببطء تحدث في اللثة المتصلة بها وغالبا داخل الحليمات بين سنوية منقط - وبشكل نادر تكون بشكل آفات تتواجد على طول اللثة اللسانية .

إن منطقة أضرار الطواحن والأسنان ذات الحواف الحادة للفك العلوي هي مواقع التوضع الأكثر والظهارية تكون فوق حفر الأكياس ناعمة والآفة هذه يمكن أن تظهر بيضاء مصغرة أو تميل للأزرق . في حال امتداد الزمن بها وكبر حجمها فإنها يمكن أن تتصل من الأسفل مع القنزعة العظيمة تحت سنوية خاصة الناطق بين سنوية - في هذه الحالات يوجد غطاء رقيق شفاف يستدعي التعرية للوريقة العلوية للغطاء السنخي .

التشريح المرضي :

في الكيسات اللثوية عند حديثي الولادة فان التراكيب الكيسية تحت الظهارية تظهر انخفاض في الظهارية ضحل وسطي .

وان الطبقة القاعدية تتميز بأنها منبسطة ولكن على سطحها خلايا شائكة مفرطة التقرن تملأ اللحفة .

وان نقص العناصر الغذائية يلاحظ أحيانا داخل جوف الأكياس أما النوى فتميل أن تكون مفرطة الصباغ ولكن الخلايا وحيدة الشكل .

أما النسيج الضام المنبسط فيلتحم مع بعض الأكياس فيظهر على شكل لويحة أو بقعة ظهارية متمسكة وغالبا مع تغيرات خلوية واضحة ثم بشكل متكرر تتقرن خطوط الكيسات .

إن المجموعات الصلبة المصممة الصغيرة من الخلايا الظهارية يمكن أن ترى داخل الجدار الضام للكيسة أما العلاج .

العلاج :

لا علاج يوصف للأكياس الحنكية أو اللثوية عند حديثي الولادة ما دام التمزق يحدث عفويا بشكل مبكر أو يتأخر إلى بزوغ الأسنان .

أما عند البالغين فالعلاج جراحي النكس غير متوقع .

6- الحروق المخاطية : Mucosal Burns

الآلية المرضية :

إن الشكل الأكثر شيوعاً للحروق السطحية للمخاطية الفموية يتعلق ويتسبب بالتطبيق الموضعي للمواد الكيماوية مثل الأسبرين .

إن تطبيق العلاجات المنشطة للتجدد والتكاثر الخلوي أو حمض الفلوسفوريك أمر العلام – جيل – المستعمل من قبل أطباء الأسنان أو الاستعمال السيء الكثير لمحاليل الغرغرة الحاوية على الكحول يمكن أن يسبب حروقاً مشابهة .

الخصائص السريرية :

في حالات التعرض القصير لهذه العناصر المخرشة فإنه من الممكن حدوث متكرر للنسج أو على الأقل احمرار موضعي خفيف .

وعندما يكون تركيز هذه المواد المؤذية مرتفعاً وعندما تكون مدة التلامس أطول فإن احتمال مساحة التمثوت الخلوي يمكن أن تكون أوسع متظاهراً على شكل بقع أو حتى غشاء أبيض وحتى هذا الغشاء يكون النسيج حياً ومؤلماً ويمكن أن ينزف بسهولة لدى كشطه .

وينزعه بلطف فإن هذا الغشاء المبيض بكثرة سوف ينفصل عن النسيج الضام بحدة مؤلمة لتقريبه وحدث ألم وإيلام .

أما الحروق الحرارية فتلاحظ بكثرة في بعض الأنسجة المخاطية وخاصة ما يتعلق ويتسبب عن السوائل الحارة فمن المحتمل جداً أن تسبب حروقاً للسان أو الحنك الرخو .

مثل هذه الآفات تظهر محمرة أكثر مما تتظاهر على شكل بقع بيضاء (تنخر خلوي) والتي تتميز بها حروق المواد الكيماوية .

هناك شكل آخر للحروق الخطيرة هو الحروق الكهربائية خاصة للأطفال الذين يحصل معهم تماس مع الأسلاك الكهربائية فيحدث لديهم حروق أولية ، وهي غالباً متماثلة .

ينتج عن حروق الحوادث تأذي كبير للنسج يتبع غالباً بندوب وتناقص في حجم فتحة الفم .

إن سطح مثل هذه الآفات يميل أن يكون سحيقاً ممتدا للعنق داخل الأنسجة الضامة والعضلات

التشريح المرضي والعضلات :

في حالات الحروق الكيماوية والحرارية المتظاهرة سريريا بشكل واضح فإن الظهارية تنموت بسماعتها ويحدث لذلك نتحة ليفية واضحة والنسج الضامة تحتها يحدث فيها تفاعل التهابي شديد . فيها تفاعل التهابي شديد .

والحروق الكهربائية مخربة أكثر حيث أن التخرر يمتد للعمق وغالبا نحو العضلات .

التشخيص التفريقي :

إن القصة الدقيقة ووجود المواد المسببة لأذية النسج له دور كبير في تحديد التشخيص .
فمن بين العناصر العديدة (المواد المؤذية) والتي يمكن أن تسبب مثل هذه الآفات نجد الأسبرين المستعمل موضعيا لتخفيف ألم الأسنان .

وعندما لا يرد في استجواب المريض قصة تعاطي مواد كيماوية يمكنها أن تسبب حروقا أو تعاطي أطعمة حارة فإنه يجب أن يبحث عن وجود مواد لتطهير وتنظيف الفم والتي يؤدي استعمالها المستمر التراكمي مثل هذه الآفات .

وعادة تحدث نتحة ليفية فوق التقرح بعد حصول تفاعل حبيبي أو يتشكل غشاء كاذب في حال التهاب اللثة التقرحي التخرخي الحاد ANUG ويمكن أن يدخل في نطاق التشخيص التفريقي .

العلاج :

إن تدبير الحروق الكيماوية والحرارية والكهربائية مختلف جدا.
فالحرورية أو الكيماوية فيها نلجأ إلى معالجة موضعية عرضية مع أو بدون استعمال مسكنات جهازية حسب الضرورة .

والمعالجة الموضعية تتضمن هيدروكورتيزون أسبيئات مع أو بدون بنزوكائين كما أن تطبيق الموضعي لمحاليل مخدرة مثل : دي كلونين هيدروكلورايد 1 % (dgelone) يمكنه أيضا تخفيف الأعراض .

أما الحروق الكهربائية فتدبيرها يمكن أن يكون أكثر صعوبة ويساهم فيها كل من طبيب أسنان الأطفال أخصائوا الجراحات السطحية الواسعة وأحيانا و أحيانا جراحة التمثيل .

ويمكن أن يتطلب الضغط البسيط فوق المناطق المتأذية لمنع الانكماش المبكر للجروح الحاصلة بالصعق الكهربائي .

بعد الشفاء يمكن إجراء جراحات تجميلية بسبب إمكانية حدوث تندبات شديدة أو لفقدان (حدوث فقدان) واسع في الأنسجة .

الآفات المترافقة بتقرحات فموية Ulcerative conditions

تشكل الآفات التقرحية بعضاً من أكثر آفات النسيج الرخوة شيوعاً في الحفرة الفموية .وهي متنوعة الأشكال من الشكل الرضي البسيط الذي يشفى خلال عدة أيام إلى التقرح الخبيث الذي يهدد الحياة ، وتكون موضوعية صرفة أو يشكل جزءاً من آلية مرضية معقدة .

وتعريف القرحة : القرحة تظهر بوضوح نتيجة فقدان الظهارة بشكل تام لسبب ما . إن مصطلح تآكل يدل بشكل عام على تخريب سطحي ناتج عن فقدان الظهارة ، لأجل جميع الأهداف العملية فالتآكل والقرحة يمكن أن تستعمل أحدهما مكان الآخر . القرحة قد تسبق بحويصلات أو فقاعات وتكون عادة ذو حياة قصيرة داخل الفم . القرحات الحويصلية الفقاعية تكون مميزة للإصابات الفموية .

القصة المرضية التي تذكر بوجود الفقاعات قبل القرحات تكون ذات قيمة وتساعد في التشخيص التفريقي وتكون نوعية لمجموعة الأمراض الفقاعية الحويصلية . الآفات القرحية تصادف أو تشاهد عند المرضى المسنين .

الكثير من القرحات الفموية تمتلك صورة سريرية متشابهة وتستطيع التغير من شكل ارتكاسي إلى شكل ورمي . والتشخيص ذو أهمية ليس فقط لأجل المريض ولكن أيضاً لأجل الطبيب المعالج .

I - الآفات التقرحية الارتكاسية :

الأسباب :

القرحة يحتمل حدوثها بشكل كبير في النسيج الرخو بالإصابات الفموية ، أغلب القرحات تسبب بواسطة الإصابات الميكانيكية البسيطة والأسباب توضح بشكل أساسي من خلال القصة المرضية والصورة السريرية . أغلب القرحات تكون نتيجة الرضوض وتظهر بشكل عام في المناطق بين الأسنان وهي تظهر مثلاً على الشفة السفلى ، اللسان وعلى الأغشية المخاطية للخد .

القرحات المرضية قد تكون بسبب طقم الأسنان وقد تكون حادة أو مزمنة في بعض الحالات النادرة الآفات قد تكون مستحدثه ذاتياً وذلك من خلال سلوك غير طبيعي مرتبط بمشاكل نفسية والقرحات الفموية المرضية قد تكون نتيجة المعالجة الطبية للمرضى المسنين السنين وذلك بسبب هشاشة النسيج الرخو الفموي لديهم ، فالمعالجة

اليديوية أو بآلة ميكانيكية التي تتركز على النسيج الصلب تكون المسؤولة بشكل غير مباشر عادة عن إصابة النسيج الرخو .والمواد الكيميائية والأدوية قد تسبب القرحات الفموية وذلك بسبب قدرة الحموض أو الأسس على إحداث إثارة تحسسية ، فالأسبرين قد يكون سبباً رئيساً في إحداث القرحة بسبب استخدامه أثناء الألم السنّي ، وقد يكون السبب أيضاً الفينول وحمض الفوسفور ، والمساحيق الحبيوية التي قد تسبب أيضاً حدوث قرحات .

القرحات التالية للحروق تكون بسبب الأكل الساخن عادة في الفم وتتوضع عادة على الحنك .والاستعمال الطائش للمواد السنية الغامضة مثل الشمع ، الهيدروكوللوئيد ، ومواد أخرى .

ترى القرحات الفموية بشكل نموذجي خلال جلسات العلاج الشعاعي لسرطانات الرأس والعنق ففي تلك الخباثات (أعني سرطان شائك الخلايا) التي تحتاج لكميات كبيرة من الإشعاع حوالي 6000-7000 راد سوف تظهر القرحات الفموية وخاصة في الأنسجة التي يمر من خلالها الإشعاع . أما الخباثات التي يستعمل فيها جرعات أقل 4-5 آلاف راد كالمفومات فإن القرحات قد تحدث ولكنها تكون أقل شدة وأقصر بقاء . والقرحات الناتجة عن الإشعاع تستمر حتى بعد انتهاء العلاج الشعاعي بعدة أسابيع لتشفى بعدها دون حدوث أي ندبات .

المظاهر السريرية :

تبدي القرحات الارتكاسية الحادة في الغشاء المخاطي الفموي نفس الأعراض والعلائم السريرية التي تظهر في الالتهاب الحاد . فالآفات تتغطى بغشاء أبيض مصفر ومحاط بهالة حمامية وأن تتوع درجات الألم والإيلام فيها مرتبط بشدة هذه الآفات .

أما القرحات الارتكاسية المزمنة فتكون غير مؤلمة أو تسبب قليلاً من الألم . وهي مغطاة بغشاء أصفر ومحاطة بحواف مرتفعة من فرط التقرن ويعزى قساوتها إلى التندب وإلى ارتشاحها بالخلايا الالتهابية .

القرحات المزمنة لسليمة ذات المظهر المنذر بالسوء تترافق أحياناً مع إصابة في النسيج الرخوة تحتها ، هذه القرحات ذات الشكل البركاني والمعروفة باسم الحبيبومات الرضية Traumatic قد يصل قطرها إلى حوالي 1-2 سم وتتواجد عادة في اللسان ولكن قد نجدها في مخاطية الوجنة أو في الشفة وشفاؤها يستمر عدة أسابيع . وبعض القرحات المزمنة السليمة لها مظهر منذر بالسوء ، خاصة تلك التي ترى في الحنك العظمي ، تترافق عادة مع نتخرات للغدد اللعابية الثانوية وهذه الآفة تعرف باسم الحؤول اللعابي النخري وهي تشفى مع شفاء القرحات خلال عدة أسابيع .

المرضيات النسيجية : (التشريح المرضي)

نرى في القرحات الحادة فقدان للظهارية السطحية التي يحل محلها شبكة ليفينية تحتوي على عدلات متكسة ومحطمة . أما قاعدة القرحة فتحتوي على نسيج حبيبي ذو شعيرات متوسعة . يبدأ تجدد

الظهارية عادة من حواف القرحة بخلايا متكاثرة وساترة فوق النسيج الحبيبي القاعدي وتحت الطبقة الفيبرينية .

تبدي القرحة المزمدة قاعدة من نسيج حبيبي مع ندبة متواجدة في النسيج الأعمق وتجدد الظهارية هنا قد لا يحدث بسبب الرضح المستمر أو بسبب عوامل نسيجية موضعية غير مناسبة مثل نقص التروية الدموية . وتمتد الإصابة والالتهاب النسيجي في الحبيومات الرضحية إلى العضلات الهيكلية تحتها وتسيطر على المظهر النسيجي رشاحة مميزة من البلعميات والحمضات .

التشخيص :

في القرحة الارتكاسية الحادة العلاقة بين السبب والنتيجة لاتكون واضحة عادة بالفحص،ولكن القصة السريرية تساعدنا في التشخيص ، ويصبح التشخيص أكثر ارتياباً إذا ما تواجد غشاء اصطناعياً فوق القرحة .

وقد لا يتوضح سبب القرحة الارتكاسية المزمدة مما يجعل التشخيص السريري أكثر صعوبة وهنا لابد من وجود تشخيص تفريقي مع حالات أخرى تؤخذ بعين الاعتبار كالأخماج بمراحلها (السل ، الإفرنجي ، الخمج الفطري العميق) أو الخباثات . وإذا ما اعتقد أن سبب الآفة رضحي فإن مراقبتها ولمدة أسبوعين عادة تكفي لإثبات التشخيص . وإذا لم يحدث أي تغير في الآفة أو إذا ازداد قطرها فإنه يجب إجراء الخزعة لتعطينا الجواب الدقيق .

العلاج :

أغلب قرحة مخرطية الفم الارتكاسية تعالج ببساطة فقط بالمراقبة حيث تشفى تلقائياً أما إذا ما تواجد الألم فيمكن أن يفيد العلاج العرضي بالتراسيكولين أو النيستامين أو الدنفين هيدرامين هيدروكلوريد غسول أو كورتيكوستيرويد موضعي .

V - الأفات الورمية

1 - السرطانة قاعدية الخلايا (BCC) :

السبببات :

هو ورم خبيث شائع ينشأ من الخلايا القاعدية للجلد ولديه القدرة القليلة للانتقالات ، ولا يصيب الأغشية المخاطية وذا لون قرمزي .

إن الأشخاص المؤهبين للإصابة هم أولئك ذوي البشرات البيضاء ، والذين لديهم تعرض لفترة طويلة من الزمن لأشعة الشمس وكذلك من هم أعمارهم تزيد عن الـ 40 سنة .
والذين لديهم قصة تعرض لإشعاع جلدي أو لحروق ، والأشخاص الذين لديهم إحدى التناذرات الوراثية المتعددة المؤهبة ، ومن بين هؤلاء الأشخاص من هم مصابين بتناذر الوحمة الخلوية القاعدية المتعلقة بالمنطقة حول الفم . عند هؤلاء الأشخاص يمكن أن توجد كيسات متقرنة سنوية المنشأ ، والتشوهات الهيكلية ، والأورام السرطانية قاعدية الخلايا المتعددة . ولما للأشعة ما فوق البنفسجية من تأثير على آلية نشوء هذا الورم بشكل كبير ، فإن النسبة العظمى من السرطانات قاعدية الخلايا أكثر ما تشاهد على الأماكن المعرضة للشمس .

إن الأشخاص الذين تعرضوا للأشعة ما فوق البنفسجية وبشكل مزمن أو من هم يعيشون في مناطق معرضة للشمس بشكل دائم هم أكثر استعداداً للإصابة بالسرطان قاعدي الخلايا من الأفراد الآخرين غير المعرضين لأشعة الشمس .

المظاهر السريرية :

هو السرطان الأكثر شيوعاً لمنطقة الرأس والعنق . ون منطقة وسط الوجه (مثلث الأنف والشفة العليا) هي الأكثر إصابة بهذا السرطان ، وأكثر ما تشاهد هذه الآفات عند المسنين ، بشكل نموذجي في الأعمار بين (50-80) سنة . الرجال أكثر عرضة للإصابة من النساء ، وربما يكون ذلك للتأثير التراكمي لأشعة الشمس عند الرجال .

ومن لمعتقد ، بأن الاختلاف بالجنس سيصبح واحداً في هذا الزمن ، وذلك لأن النساء أصبحن متعرضات لأشعة ما فوق البنفسجية بنسبة مساوية لما يحدث عند الرجال .

يوجد السرطان القاعدي الخلايا بشكل كتلة أو على شكل عقيدات ناعمة لؤلؤية الشكل مع ظهور قشرة مغطية للسطح متسعة الجدران . وبنفس الوقت يكون مركز الآفة متقرحاً ومغطى القشرة .

وبما أن الآفة تستمر بالامتداد فإنها تؤدي إلى تآكل الأعضاء الحيوية القريبة منه بشكل بطيء ، وذلك لأن الورم يتطور ببطء ، ولكن ذو طبيعة هدامة ومستمرة بشكل موضعي .

ولذلك أطلق على B.C.C اسم (القرحة القاضمة) . وتشاهد أشكال سريرية أخرى للورم بشكل نادر . وتشمل الطبقات السطحية على شكل آفات مصطبغة دائرية يمكن أن يشبه الورم القتاميني أو التقران الدهني .

التشريح المرضي النسيجي :

مجهرياً :

تظهر معظم السرطانات قاعدية الخلايا على شكل أعشاش أو مجموعات وأعمدة من الخلايا القاعدية التي تنشأ من منطقة الخلايا القاعدية البشرية . والنوى تكون ذات شكل منتظم نسبياً ومصطبغة ، والخلايا الورمية حول محيط الأعشاش للخلايا الغازية تشكل سياجاً على شكل أعمدة . ولقد تم تمييز نماذج نسيجية أخرى متعددة للسرطان قاعدي الخلايا . النوع الصلد وهو الذي يكون من أعشاش مرتشحة صغيرة موجودة ضمن السدى STROMA الليفين . والنوع الصباغي (Pigmented) الذي يشاهد فيه توضع لصبغ الميلانين في الخلايا الورمية ، والنوع الشعري (Trichoepithelioma) الذي يحدث فيه تفرقن بألية مشابهة لما يحدث في الجريب الشعري . أما النوع المشبه بالغدي الكيسي (Adenoid cystic) فهو الذي يشاهد فيه الخلايا متوضعة على شكل أشباه غدد مع تكيس في بعضها . والنوع القاعدي الخلايا الحرشفي (Squamoid type) الذي يشاهد فيه بعض مناطق التفرقن .

التشخيص :

إن تشخيص السرطان قاعدي الخلايا غالباً واضح ومبني على المظاهر السريرية والخزعة غالباً تعطي التشخيص الأكيد .

المعالجة والإنذار :

هناك أنواع علاجية متعددة متاحة ، ويمكن التوقع بأنها ستؤدي لشفاء جيد . وتتضمن إجراءات جراحية مختلفة (الجراحة الباضعة القياسية) الجراحة القرية ، الجراحة الكهربائية ، الجراحة الموجهة مجهرياً (MOHS) والشعاعية .

إن طريقة المعالجة تعتمد على تجربة وتدريب المعالج ، وعلى حجم وتوضع الورم .

وبما أن السرطان قاعدي الخلايا عادة ذو نمو بطيء ونادر الانتقالات فإن الإنذار يصبح ممتازاً .

وبشكل واضح ، الآفة الأصغر هي ذات الإنذار الأفضل .

2 - السرطانة شائكة الخلايا (SCC) Squamous Cell Carcinoma :

أ - سرطان الحنك : والسرطان - الشائك الخلايا في الحنك - هو غالباً لا عرضي . فهو يتظاهر على شكل صفيحة حمراء أو بيضاء أو كتلة متقرحة . إن سرطان الحنك غالباً ما يشاهد في دول كالهند حيث العادة المنتشرة هناك هي عادة استنشاق دخان التبغ .

بينما السرطان الغدي غالباً ما يتظاهر على شكل كتل غير متقرحة والنقائل إلى العقد الرقبية أو

الآفات الكبيرة هي التي تحدد إنذار هذا الورم .

الشكل النسيجي :

معظم سرطانات الفم هي من النوع الشائكة الخلايا وهي غالباً متوسطة أو جيدة التمايز فالتجمعات المتقرنة غالباً تكون واضحة . إضافة لذلك نلاحظ اندخال التراكيب الخلوية التي تتوضع على شكل أعشاش صغيرة من الخلايا مفرطة الكروماتين . كما يلاحظ وبشكل كبير تنوع في عدد الانقسامات النووية الفتيلية المتعددة الأشكال وتنوعاً في كمية القرنين الموجودة .

وفي الأنواع القليلة أو الضعيفة التمايز يغيب القرنين أو يشاهد بكميات قليلة . ولكن يمكن تحديده بواسطة استخدام التقنية الكيميائية النسيجية المناعية التي تحدد مضادات القرنين الخفية . كما يلاحظ رشاحة التهابية واضحة تحيط بالخلايا الورمية الغازية مكون من (لمفويات - خلايا مصورية - بالعات) بأعداد كبيرة . وفي حالات نادرة يتظاهر السرطان شائكي الخلايا على شكل خلايا مغزلية متكاثرة وقد يختلط مع الأورام العفلية ، وهذا يسمى بالسرطان ذو الخلايا المغزلية الذي غالباً ما يتوضع على الطبقة الظهارية للشفة أو اللسان . وفي هذه الحالة لا بد من استخدام التقنية الكيميائية النسيجية المناعية لتحديد مضادات الكرتين في الخلايا الورمية . أما المجهر الإلكتروني فيستخدم في هذه الحالة لتحديد التراكيب مثل توتر الخيوط الصبغية ، والجسيمات الرابطة داخل الخلايا الظهارية .

* - السرطان الفموي - الشدقي الحليمي VERRUCOUS يتظاهر بخلايا ظهارية جيدة التمايز حيث قد تبدو مفرطة التنسج أكثر من كونها ورمية .

والشيء الأساسي في الطبقة الغازية هي الحواف المندفعة من الورم باتجاه التراكيب المحيطة بالورم . وغالباً ما نلاحظ بأن مقدمة الورم محاطة بخلايا لمفاوية ومصورية وبالعات ، التشخيص غالباً ، يعتمد بشكل اساسي على المظاهر المجهرية ولكن يجب النظر إلى التظاهرات السريرية .

التشخيص التفريق :

السرطان الشائك الخلايا النموذجي غالباً ما يتظاهر على شكل قرحة مزمنة لا تشفى وهنا يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار كل الآفات التي تتظاهر على شكل قرحات مزمنة . فكل قرحة مزمنة ، تشفى يجب اعتبارها خمجية حتى تثبت الخزعة العكس ويجب وضع الحالات التالية في التشخيص التفريقي .

1-السل .

2- الزهري .

3- التهابات فطرية عميقة .

4- رض مزمن (ناتج من أجهزة سنية) .

القصة السريرية مهمة جداً في التشخيص . والخزعة تثبت التشخيص .

العلاج :

بشكل عام أفضل علاج لسرطانات الفم هو الجراحة أو الأشعة أو كلاهما .

الأذيات الصغيرة بشكل عام تعالج جراحياً والمعالجة الشعاعية في الآفات الصغيرة تكون فقط

للحالات الناكسة وليس من المعتاد اللجوء للعلاج بالأشعة للآفات الصغيرة . والعوامل التي تحدد اللجوء

للمعالجة الشعاعية هي :

1[°] - مكان توضع الآفة .

2[°] - النوع النسيجي .

3[°] - الإمكانيات الموجودة .

4[°] - النماذج المحولة للعلاج .

5[°] - المهارات العلاجية .

أما الأذيات الكبيرة فغالباً ماتعالج جراحياً أولاً ثم تتبعها المعالجة الشعاعية .

-المعالجة الوقائية بتشعيع العنق أو تجريف العقد الرقبية للمفاوية فغالباً ما ينصح بها لاستئصال

الأنواع تحت السريرية أو النقائل الخفية .

أما العلاج الكيميائي فهو غير فعال حيث أن خلايا السرطان شائك الخلايا مقاوم للعلاج الكيميائي

وفي أحسن الحالات فإن العلاج الكيميائي يثبط الورم ولا يقضي عليه والأدوية المضادة للسرطان

تنقص حجم الورم وتؤخر انتشاره وهذا النوع من العلاج غير كافي للاعتماد عليه .وعندما تعتمد هذه

الطريقة من العلاج في علاج السرطان شائكي الخلايا فإنها تستخدم كعلاج ملطف وفي حالات معينة .

المعالجة الشعاعية (تنظيمها - مضاعفاتها) :

في الرأس والعنق المعالجة الشعاعية تستخدم بشكل عام في علاج سرطان شائك الخلايا

واللمفومات .

هذه المعالجة تبدو أكثر فعالية في الآفات جيدة التمايز . ولقد كان استخدام العلاج الشعاعية في

البدائية مسألة قابلة للنقاش حيث أن التقارير الأولية إدعت بالآفات السرطانات الفموية مقاومة للعلاج

الشعاعي ولكن إدخال بعض الأجهزة الحديثة غيرت هذه القناعة . والمقادير اللازمة لقتل الخلايا الخبيثة - الورمية ، تتراوح بين 4000-7000 راد وحتى تكون هذه الكمية محتملة من قبل المريض فيجب تجزئتها إلى 200 راد يومياً بفترة 4-6 أسابيع للورم الكلي بجرعة 4000-5000 لمفومات و 5000-7000 للسرطان الشائك الخلايا ويجب الانتباه إلى الآثار الجانبية للمعالجة الشعاعية .
وهذه الآثار هي :

- 1- التهاب الأغشية المخاطية الشعاعي وهو قابل للشفاء والتراجع يظهر بعد 1-12 أسبوع من العلاج ويتراجع بعد سبعة أسابيع من انتهاء العلاج .
- 2- التهاب الفم بالمبيضات البيض غالباً ما يترافق مع التهاب الأغشية المخاطية الشعاعي .
- 3- الأذية المستمرة والغير قابلة للتراجع غالباً ما تؤدي إلى درجة واضحة من جفاف الفم ، وجفاف الفم قابل للتراجع في الجرعات الخفيفة من المعالجة الشعاعية ولكن في الجرعات العالية فجفاف الفم غالباً هو الشكاية الأساسية في فترة بعد العلاج .
- وهذا الجفاف غالباً ما يتطور ويؤدي إلى نخور في أعناق الأسنان أو ما يسمى بالنخور الشعاعية .
وهذه يمكن انقاصها بواسطة العلاج الفموي الجيد من استعمال الـ Hygien الفموي .
- 4- الجلد المعرض لساحة التشعيع يعاني من اضطرابات أيضاً .
قد تكون مؤقتة في الجرعات الخفيفة ودائمة في الجرعات العالية مثل :
1- حمرة الجلد غالباً مؤقتة بعد العلاج .
2- توسع شعيرات والصخور الجلدي وهذه غالباً مستمرة .
3- الأذية الأكثر خطراً واختفاءً هي أذية العظام حيث تؤدي المعالجة الشعاعية إلى تنخر العظام حيث أن الأشعة لها تأثير مدمر على الخلايا العظمية وخاصة بانينات العظام .. حيث يؤدي هذا التأثير إلى تأخير قابلية الشفاء من هذا النخور أو الأذيات الأخرى كالكسور أو الرضوض
وهذا النخر العظمي الذي يحدث في عدة أماكن من العظم قد يشمل الفك السفلي كله والعامل الأساسي المسؤولة عن النخر العظمي هو كمية الأشعة التي تعرضت لها المنطقة العظمية .
والعوامل التي تزيد من هذه الأذيات النخرية في العظام والأسنان هي سوء التغذية والمرضى الكحوليين المزمنين .
وهناك نقطة يجب الانتباه إليها بعد المعالجة الشعاعية وهي تجنب قلع الأسنان بعد المعالجة الشعاعية وإذا كان القلع ضرورياً فيجب أن يكون لا رضي مع تغطية جيدة بالصادات .

والأفضل هو قلع الأسنان قبل بدء المعالجة الشعاعية لأن شفاء الأنسجة الرخوة قبل بدء المعالجة أفضل وينقص خطر عدم شفائها بعد المعالجة والأجهزة التعويضية السنية (الكاملة أو الجزئية) يمكن أن توضع في الفم دون صعوبة .

وجفاف الفم لا يسبب مشكلة كبيرة في وضع هذه البدلات واستمرار العلاج والعناية الفموية خلال وبعد فترة العلاج سوف تساعد على احتواء المضاعفات ووصفها عند الحد الأدنى .

المضاعفات الناتجة عن العلاج الشعاعي

مضاعفات مؤقتة	مضاعفات دائمة
قرحات مخاطية	جفاف الفم
ألم	نخور رقبة في الأسنان
نقص التدفق / غياب التدفق	تتخر عظمي
التهاب جلد	توسع شعيرات
حمرة	ضمور ظهاري
حاصة /جرعات خفيفة	حاصة /جرعات عالية

الإنذار :

الإنذار في السرطان شائك الخلايا الفموي يعتمد على النوع النسيجي grade وعلى المرحلة السريرية للورم stage .

والعوامل التي تساعد على تحديد الإنذار هو :

- 1-العمر .
- 2- الحالة العامة .
- 3- الجنس .
- 4- حالة الجهاز المناعي .
- 5- التوجه العقلي .

درجة الورم في الشكل المجهرية تعتمد على درجة تمايز خلايا الورم فالورم ذو الخلايا جيدة التمايز إنذارها أفضل من تلك ضعيفة التمايز .

والعامل الأكثر أهمية في تحديد الإنذار هو المرحلة السريرية للورم staging فوجود انتقال وحيد إلى العقد الليمفاوية ينقص معدل البقاء خمس سنوات بعد المعالجة إلى النصف .

فنسبة البقاء خمس سنوات لسرطان شائك الخلايا هي حوالي 40-50% وإذا كانت الأذية صغيرة ومتوسطة ترتفع نسبة البقاء لـ 5 سنوات إلى 70% وفي أذيات الشفة السفلى ترتفع إلى 80-90% .
 أما إذا ظهرت النقائل إلى العقد الرقبية خلال فترة التشخيص فنسبة البقية لـ خمس سنوات تنخفض إلى 20% . والنظام الرقمي الذي وضع يساعد في تحديد المراحل السريرية لسرطان الفم شائك الخلايا الذي يساعد على توحيد المعلومات الواردة من مختلف المراكز ووضعها بشكل يساعدنا في توجيه العلاج وتحديد الإنذار .

وهي يعرف بنظام TNM حيث : T ترمز لقياس حجم الورم البدئي .
 M تحديد الانتقالات البعيدة .
 N تقدير العقد للمفاوية التي انتقل إليها الورم .

TNM : 13-2	12-2 نظام TNM يقتحم مراحل
STAGING مراحل سريرية	سرطان شائك خلايا في الفم .
STAG I- T1NOMO مرحلة أولى	الورم T- TUMOR
STAG II- T2NOMO مرحلة ثانية	قطر الورم تحت 2 سم T1
STAG III- T3NOMO مرحلة ثالثة	قطر الورم 2-4 سم T2
T1N1MO	قطر الورم أكبر من 4 سم T3
T2N2MO	الورم ملتصق مع بقية التراكيب T4
T3N3MO	العقد N-NODE
IV- T1N2MO مرحلة رابعة	لا تجس عقد NO
T1N2MO	عقد أحادية الجانب مجسوسة N1
T2N2MO	عقد ثنائية الجانب في الجانبين N2
T3N2MO	عقد ثابتة مجسوسة N3
T1N3MO	نقائل M-METASTASIS
T2N3MO	لا يوجد نقائل بعيدة M5
T3N3MO	وجود دلائل نقائل شعاعية أو

هناك عامل آخر يلعب دوراً هاماً في الإنذار الشامل لمرضى السرطان الشائكي الخلايا في الجذ و الفم وهو وجود بؤرة أولية ثانية وهذه البؤرة ليسن نكساً أو انتشاراً للورم الأصلي ولكنها قد تكون أذية جديدة بتوضع جغرافي آخر في الجهاز الهضمي العلوي أو أي جهاز آخر .
فحوالي 10% من السرطان شائكي الخلايا في الفم يتطور عند الأشخاص الذين يكون عندهم أذية أولية في منطقة أخرى من الجسم . يحدث هذا في السنة الأولى أو الثانية لاكتشاف الورم .. ويبدو أن المساحة الواسعة للغشاء المخاطي التي تتعرض إلى نفس العوامل المؤثرة على الورم البدئي الأولي .

آفات النسيج الضام الليفي

1- الورم الحبيبي ذو الخلايا العرطلة المحيطي **Peripheral Giant Cell Granuloma** :

البعثة ذات الخلايا العرطلة **Giant Cell epulis**

الورم الحبيبي ذو لخلايا العرطلة المحيطي هو نمو شبه ورمي شائع نسبياً في الحفر الفموية ولا يتظاهر كورم حقيقي لكن كافة ارتكاسية نتيجة التخريش الموضعي أو الرض .
في السابق كان يطلق عليها اسم الورم الحبيبي ذو الخلايا العرطلة المحيطي (المرمم) لكن لا توجد بنى طبيعية ترميمية حقيقية .
تشير الدراسات الكيميائية النسيجية المناعية أن الخلايا العرطلة ضمن الآفة تظهر صفات الخلايا الكاسرة للعظم .

ويمتلك الورم الحبيبي ذو الخلايا العرطلة المحيطي صفات نسيجية قريبة ومماثلة للورم الحبيبي ذو الخلايا العرطلة المركزي .

الصفات السريرية والشعاعية **Clinical and radiographic Features** :

يحدث الورم الحبيبي ذو الخلايا العرطلة المحيطي بشكل حصري على اللثة أو الحواف السنخية الدرداء ويظهر بشكل كتلة عقيدية حمراء مزرقّة أو حمراء . ومعظم الآفات تكون أصغر من 2 سم بالقطر لكن أحياناً تشاهد آفات أكبر . الآفة قد تكون لاطئة أو معنقة وقد تصاب بالتقرح أو لا تصاب .
والمظهر السريري مشابه للورم الحبيبي المقيح بالرغم من أن الورم الحبيبي ذو الخلايا العرطلة المحيطي يكون زهري مزرق مقارنةً مع الورم الحبيبي المقيح الأحمر اللماع .

قد يتطور الورم الحبيبي ذو الخلايا العرطلة في أي عمر تقريباً لكن ذروة السيطرة تكون في العفدين الخامس والسادس من الحياة . تقريباً حوالي 60% من الحالات تحدث عند الإناث وقد يشاهد في المنطقة الأمامية أو الخلفية للثة أو المخاطية السنخية وعادةً يصيب الفك السفلي بشكل أكثر من الفك العلوي وبالرغم من أن الورم الحبيبي ذو الخلايا العرطلة يتطور ضمن النسيج الرخوة إلا أنه يشاهد أحياناً مترافق مع امتصاص العظم السنخي الواقع تحته أحياناً ، ومن الصعب تحديد فيما إذا كان الورم الحبيبي ذو الخلايا العرطلة محيطي أو مركزي عندما تكون الصفيحة القشرية متأكلة ضمن النسيج الرخوة اللثوية .

الصفات النسيجية Histopathologic Features :

يظهر الفحص المجهرى تكاثر الخلايا العرطلة متعددة النوى مع وجود خلايا ميزانثيمية مغزلية أو بيضوية منتفخة قد تحتوي الخلايا العرطلة عدة نوى وتمتلك بعض هذه الخلايا نوى حويصلة كبيرة ، البعض الآخر يظهر نوى غليظة صغيرة ، الأشكال الانقسامية شائعة نوعاً ما في الخلايا الميزانثيمية ، الصفة المميزة لهذا الورم وجود النزف الغزير والذي ينتج عنه غالباً ترسبات لصبغ الهيموزيدين خاصةً في محيط الآفة.

تكون المخاطية المغطية لسطح الآفة متقرحة في حوالي 5% من الحالات ، كما يلاحظ وجود منطقة كثيفة من النسيج الضام الليفي يفصل الخلايا العرطلة المتكاثرة عن السطح المخاطي ، مع ملاحظة وجود خلايا التهابية مزمنة وحادة مجاورة ومشاهدة مناطق من التشكل العظمي أو التكلسات .

المعالجة والإنذار Treatment and prognosis :

تتضمن معالجة الورم الحبيبي ذو الخلايا العرطلة المحيطي إجراء قطع جراحي موضعي يصل إلى العظم كما يجب تقليح وصقل جذور الأسنان المجاورة لإزالة مصدر النخر والتخريش وتقليل خطر حدوث النكس .

تم تسجيل نكس 10% من الحالات وبالتالي يجب إعادة الاستئصال الجراحي ، وفي حالات نادرة لا يتم تمييز الآفة عن حالات مشابهة مثلاً عند المرضى المصابين بفرط نشاط الدرق (الأورام البنينة الحالة لعظم المرتبطة مع هذا الاضطراب الغدي الصماوي) على أية حال الأورام البنينة لفرط نشاط الدرق تقلد الورم الحبيبي ذو الخلايا العرطلة المحيطي .

أورام النسيج الرخوة السليمة SOFT TISSUS TUMORS

- الورم الليفي ذو الخلايا العرطلة Giant cell fibroma

: Clinical Features

يظهر الورم الليفي ذو الخلايا العرطلة كعقد لاطئة أو معنقة لاعرضية . حجمها يكون أقل من 1 سم وغالباً يظهر سطح الكتلة بشكل حليمي . لذلك هذه الآفة قد تلتبس مع الورم الحليمي سريرياً بشكل خاطئ . وبالمقارنة مع الورم الليفي المخرش الشائع تظهر هذه الآفة عادةً في الأعمار الصغيرة وحوالي 60% من الحالات تشخص الآفة خلال العقود الثلاثة الأولى من الحياة ولها ميل خفيف لاصابة الإناث . تقريباً حوالي 50 % من الحالات تحدث على اللثة . وتصاب لثة الفك السفلي بمرتين أكثر من لثة الفك العلوي أيضاً للسان والحنك من المناطق الشائعة .

HISTOPATHOLOGIC FEATURES : الصفات النسيجية :

يظهر الفحص المجهرى للورم الليفي ذو الخلايا العرطلة كتلة من النسيج الضام الليفي الوعائي الذي يكون مرتب بشكل عشوائي . والصفة المميزة هو تواجد عدد كبير من الخلايا المصورة لليف النجمية متعددة النوى في النسيج الضام السطحي .
وعادةً يكون سطح الآفة مجعد وتكون البشرة المغطية ضامرة و رقيقة . ومع ذلك تبدو حواف البشرة طويلة ومتضيقه .

Treatment and prognosis : المعالجة والإنذار :

يعالج الورم الليفي ذو الخلايا العرطلة بالقطع الجراحي المحافظ والنكس نادر .

2 - الورم الليفي المتعظم المحيطي Peripheral ossifying Fibroma

(البثرة الليفية المتكلسة ، الورم الليفي المحيطي المتكلس ، الورم الحبيبي المصور لليف المتكلس

(

هو نمو لنوي شائع نسبياً حيث أنه يعتبر كرد فعل أكثر من كونه ورم . والعامل الإيمراضى لهذه الآفة غير مؤكد وبسبب التشابهات السريرية والنسجية لبعض الأورام الليفية المتعظمة المحيطة يعتقد بأنها تتطور كورم حبيبي مقيح بشكل أولي ثم تخضع بعد ذلك لنضج ليفي وحدثت نكس لاحق ، على أية حال ليست كل الأورام الليفية المتعظمة المحيطية تتطور بهذا الشكل .

في الماضي تم استخدام مصطلح الورم الليفي السني المحيطي والورم الليفي المحيطي كمترادف لكن يعتبر الورم الليفي السني المحيطي ككيان منفصل ومختلف ومع ذلك بالرغم من تشابه الأسماء يختلف الورم الليفي المتعظم المحيطي عن الورم الليفي المتعظم المركزي .

الصفات السريرية Clinical Features

يحدث الورم الليفي المتعظم المحيطي حصرياً على اللثة ويتواجد بشكل كتلة معنقة أو لاطئة وهي عادةً تتنبثق من الحليمة السنية الداخلية ، ويتراوح لونه من الزهري إلى الأحمر والسطح بشكل متكرر متقرح وليس بشكل دائم ويبدأ النمو غالباً بشكل آفة متقرحة وتميل الآفات القديمة لإظهار شفاء التقرح وسلامة السطح .

غالباً ما يتم اشتباه الآفات الحمراء المتقرحة بأنها أورام حبيبية مقيحة أما الآفات غير المتقرحة والزهرية فتكون مشابهة للورم الليفي المخرش .

معظم الآفات حجوماً أقل من 2 سم وأحياناً تحدث آفات كبيرة الحجم .

والورم الليفي المتعظم المحيطي هو آفة تصيب المراهقين واليافعين خصوصاً في أعمار تتراوح بين 10 – 19 سنة تقريباً 2 / 3 الحالات تحدث عند الإناث . وهناك ميل لإصابة الفك العلوي وهناك أكثر من 50% من جميع الحالات تحدث في المناطق الأمامية ، عادةً تكون هذه الأسنان غير مصابة وقد تكون هناك فقدان للأسنان المجاورة .

الصفات النسيجية Histopathologic Features

النموذج الأساسي المجهرى للورم الليفي المتعظم المحيطي هو أحد التكاثرات الليفية المرتبطة مع تشكل مناطق متمعدنة ومتكلسة وإذا كانت البشرة متقرحة فإن السطح يغطى بغشاء ليفي متقرح مع طبقة تحته من النسيج الحبيبي المركب الأعمق المصور لليف غالباً يكون خلوي وخصوصاً في مناطق التمعدن ، في بعض الحالات تكاثر مصورات الليف والتمعدن المرافق يشكل فقط مركب صغير من كتلة ضخمة تشابه الورم الليفي والورم الحبيبي المقيح ولن نموذج مركبات التمعدن متنوعة ويمكن أن تشمل العظم أو مواد شبه ملاطية .

يكون العظم متموج وذو طابع حاجزي (يشكل حواجز) ، وضمن الآفات القديمة يلاحظ عظم ناضج صفيحي مع وجود حواجز شبه عظمية غير متمعدنة ، وبصورة أقل يتم تشكل قطرات بيضوية من مواد شبه ملاطية . يتميز التكلس السيئ Dystrophic calcification بحبيبات متعددة أو كريات

صغيرة أو كبيرة أو بشكل كتل غير منتظمة من مواد متمعدنة ، هذا النمط يكون أكثر شيوعاً في الآفات المبكرة وغير المتفرحة .

أما في الآفات المتقدمة (القديمة) غير المتفرحة الليفية هي غالباً تظهر بشكل عظمي أو ملاطي جيد في بعض الحالات قد تتواجد بعض الخلايا العرطلة مترافقة مع المنتج المتمعدن .

المعالجة والإنذار Treatment and prognosis

المعالجة المختارة للورم الليفي المتعظم المحيطي هو الاستئصال الجراحي الموضعي مع إرسال العينة المأخوذة إلى التشريح المرضي كي تتم دراستها .

ويجب استئصال الكتلة حتى السمحاق لأن النكس وارد إذا سمحنا لقاعدة الورم بالبقاء . بالإضافة إلى أن الأسنان المجاورة يجب صقلها وتقليحها بشكل جيد لمنع التخريش المحتمل ، بالرغم من أن الاستئصال الجراحي يعقبه الشفاء إلا أنه هناك نسبة نكس تبلغ 16% .

الآفات والأورام العظمية

Bone lesions and tumors

I- آفات ارتكاسية Reactional lesions

1- آفات ليفية عظمية

سوء التصنع الليفي Fibrous dysplasia

أ - وحيد البؤرة Unifocal

ب- متعدد البؤر Multifocal

2- آفات سوء التصنع العظمي الملاطي Cemento-Osseous Dysplasia

أ-سوء التصنع العظمي الملاطي حول الذروي

Periapical Cemento-Osseous Dysplasia

ب- سوء التصنع العظمي الملاطي البؤري

Focal Cemento-Osseous Dysplasia

ج - سوء التصنع العظمي المفرور

Florid Osseous Dysplasia

د - الملائكية

II - أورام ليفية عظمية سليمة

1- الورم الليفي المتعظم Ossifying fibroma

2- الورم الليفي اللانوعي " Nonspecific fibroma "

3- الورم الليفي غير المتكلس (الغير متعظم)

" Nonossifying fibroma "

4- الورم الليفي اللدن **Desmoplastic Fibroma**

III - أورام العظام والغضاريف السليمة :

1- العظوم (الورم العظمي) Osteoma

2- الورم العظمي الأرومي (ورم مصورات العظم) Osteoblastoma

3- الورم المشبه بالعظم Osteoid Osteoma

4- الورم الغضروفي السليم (الغضروم) Chondroma

5- العرن العظمي Tori and exostoses

IV - أورام العظام والغضاريف الخبيثة :

1- العرن العظمي Osteosarcoma

2- العرن الغضروفي Chondrosarcoma

3- ورم إيونغ العفلي Ewing Sarcoma

I - آفات ارتكاسية **Reactional lesions**

1- آفات ليفية عظمية

سوء التصنع الليفي **Fibrous dysplasia**

وهي حالة يستبدل فيها العظم الإسفنجي الطبيعي وبشكل تدريجي بتكاثر نسيج ضام ليفي غير طبيعي.

النسج الميزانشيمية تحتوي كميات مختلفة من القالب العظمي الذي يظهر تبدل كامل وحدوث عظم منسوج فقط .

هذه الآفات قد تنتج آفات وحيدة أو متعددة البؤر والتي فيها بقية من العظم المتطور في مرحلة العظم المنسوج مع فشل في حدوث النضج و التطور إلى العظم صفائحي أو قاسي .
والنتيجة هي نسيج عظمية ليفية ذات تشكل ضعيف وبنية غير ملائمة .

السبب الرئيسي يبقى مجهولاً وهناك عدة نظريات مقترحة ومعظم النظريات تذكر أن سوء التنسج الليفي ينشأ كسوء تنسج لا ورمي وذلك بتغير فعالية الخلايا الميزانشيمية والتحكم في فعالية الخلايا العظمية .

في التحريات الأخيرة العديدة وصف وجود طفرة فعالة في الجينات عند المرضى المصابين بسوء التنسج الليفي و ذلك في " الجين GS " .
هذا التغير الجيني قد يغير التكاثر والتمايز للخلايا المصورة للعظم .
المظاهر السريرية :

هذه الآفة عادة لا عرضية وتسبب انتباج بطيء في العظم المصاب وقد يصيب عظم واحد أو عدة عظام .وسوء التنسج الليفي الذي يصيب عدة عظام غير شائع نسبياً وعلى أي حال فالتعدد من المرضى لديهم آفات في الجمجمة وعظام الوجه أو الفكين .المرضى الذين لديهم تناذر McCune Albright تظهر لديهم إصابة متعددة في عدة عظام ، و تصبغ جلدي قتاميني " كالحقوة " ، واضطرابات أو شذوذات صماوية .والبلوغ المبكر عند الإناث هو العرض الأكثر شيوعاً إثر الاضطراب الصماوي بالإضافة الى ضخامة الأطراف وفرط نشاط الدرق وفرط نشاط نظائر الدرق و Hyperprolactinemia

ارتباط وجود الأورام المخاطية للنسج الرخوة " عادة ضمن العضلات " بالإضافة إلى سوء التنسج الليفي يدعى هذا الأمر متلازمة Mazabraud Syndrome

سوء التنسج الليفي الذي يصيب عظم واحد هو الأكثر شيوعاً حيث يبلغ 80 % من الحالات " أي أنه أكثر من الذي يصيب العظام المتعددة ". وقد يصيب أي عظم في الجسم ولكنه أكثر تواتراً في الأضلاع والعظام الطويلة وعظام الحوض والفكين والجمجمة. أما الإصابة في الفك فتكون ذات إصابة لعظم وحيد وهو يحدث في الفك العلوي أكثر بين الفك السفلي والآفات في الفك العلوي تمتد إلى الوجنة والعظم الوتدي والجيوب الفكية وأرض الحجاج .

هذا النمط من سوء التنسج الليفي أشير إليه بسوء التنسج الليفي القحفي الوجهي . الفك المصاب يبدي عادة تضخم بطيء النمو وحيد الجهة والتورم اللاعرضي هو أمر نموذجي و عند امتداد الآفة يظهر لدينا عدم التناظر الوجهي وقد يكون هذا العرض هي الشكوى الأولية للمريض .

التورم ذو الشكل الاهليلجي أو المغزلي في الفك المصاب هو النتيجة الأشيع لتمدد الصفيحة القشرية الدهليزية ومع ندرة التمدد للصفحة اللسانية أو الحنكية للفك المصاب .

قد يحدث تغير توضع الأسنان وسوء إطباق وتداخل مع نماذج البزوغ الطبيعي للأسنان " خلل إطباق " بالإضافة إلى حركة الأسنان البازغة إلا أن هذا كله أمر غير شائع في هذه الإصابة . يحدث سوء التنسج الليفي خلال العقدين الأول والثاني من الحياة . ونادراً ما يظهر قبل وقت متأخر من الحياة " بشكل باكر " وربما يرجع ذلك إلى الطبيعة الغير العرضية والمضللة أو المخادعة لهذه الآفة .

يظهر سوء التنسج الليفي الذي يصيب عظماً وحيداً أنه متوزع بشكل متساو بين الجنسين ولكن المرضى المصابون بمتلازمة McCune Albright هم بشكل أكثر شيوعاً من الإناث . في بعض الحالات قد تبدي هذه الآفات منهجاً سريراً أكثر عدوانية منتجاً بذلك نمو سريع وألم وإعاقات أنفية وجحوظ العين .

المظهر الشعاعي لسوء التنسج الليفي متنوع ويمتد بين الشفوية الشعاعية إلى الظلالية الشعاعية الكثيفة

ولعل الوصف الكلاسيكي للآفة هو الظلالية الشعاعية المتجانسة مع عدد من الحواجز من العظم المنسوج المتفرق أو المقسم " مظهر الزجاج المهشم " .

هناك نموذج ثالث محتمل وهو كون الآفة شافة شعاعياً مع وجود بقع من ظلاليات شعاعية غير منتظمة مما يعطي مظهر مرقط أو مبقع كالملاحظ في داء باجيت .

هناك نمط آخر شعاعياً للآفة وهو مظهر العظم الذي يأخذ شكل بصمة الإصبع مع انزياح أو توضع القناة السنوية السفلية في الأعلى .

العلامة المشخصة المهمة لهذه الآفة هي التحدد السيء لحدود الآفة سريرياً وشعاعياً . حيث يظهر لدينا تمازج أو انسجام مع العظم السليم المحيط بالآفة وبالتالي لا يمكن إيجاد أي حواف عظمية محددة .

نسيجياً :

المظاهر النسيجية تتألف من تكاثر خلوي خفيف إلى متوسط من حزم نموذجية الشكل للخلايا المولدة للليف بخلفية كولاجينية ويوجد حواجز غير منتظمة الشكل من العظم المنسوج غير الناضج وذلك في النسيج الضامة الليفية

بعض الباحثين يرون أن هناك تناسباً متكافئاً بين الحواجز العظمية والقالب الليفي بالرغم من كون هذه النسبة متغيرة .

الحواجز العظمية غير النظامية و تكون غالباً أرق من الحواجز العظمية النقية الطبيعية وهي ناقصة التوجيه الوظيفي وغالباً تبدو كنسج متفرقة " غير مترابطة"

وبالرغم من كون القالب الضام الليفي متوسط الخلوية فإن سطح العظم المنسوج عادة يفشل في حصوله على خلايا مصورة للعظم على حوافه بحيث تكون واضحة وبشكل مشابه فإن فعالية الخلايا الكاسرة للعظم تكون غائبة عادة .

اتجاهات الألياف الكولاجينية قد تكون مشتتة أو عشوائية بشكل كامل وقد تكون أكثر انتظاماً بالرغم من أن التشكل العظمي الصفائحي غير متوقع عموماً إلا أن الآفات الناضجة والتي مضى عليها وقت والتي تصيب عظام الوجه والفكين تبدي كميات ذات شأن من العظم الصفائحي الناضج .

في بعض التقارير اختلط تطور سوء التصنع الليفي بتطور ثانوي لكيسات أم الدم العظمية .

المعالجة والإنذار :

حالما يحدد أن الآفة في الفك هي سوء تنسج ليفي فعلينا تحري بقية الهيكل العظمي .وهذه الآفة بطيئة النمو كما ذكرنا وقد يكون هذا الأمر مرتبط بفترة محددة كالنمو بعد حدوث البلوغ. الآفات الصغيرة قد تحتاج فقط إلى خزعة ومن ثم المتابعة أو المراقبة طويلة الأمد أما الآفات التي تسبب تغيرات في الوظيفة أو المظهر الجمالي يجب أن تعالج بإعادة الشكل عبر إعادة المحيط العظمي الطبيعي " تشذيب فقط " عن طريق المدخل عبر الفموي .

ويجب أن يتم هذا الإجراء بعد مرحلة النمو النشط أي في مرحلة استقرار وهجوع الآفة .أما القطع الجزئي للفك لإزالة كامل الآفة فهو أمر غير عملي وغير ضروري حيث الآفة لا تملك حواف محددة كما أن هذا الاضطرابات لا تملك طبيعة ورمية .

التحول إلى الخباثة موجود ولكن نادر بنسبة أقل من 1 % بعض التحريات ذكرت أن التحول للخباثة أكثر احتمالاً في حالة الإصابة المتعددة للعظام.والنمو السريع للآفة أو وجود الألم قد يشير إلى احتمالية التحول إلى الخباثة .

معظم الأورام العفوية التي نشأت من آفت موجودة سابقاً من أسوء التنسج الليفي عالية الدرجة ذات إنذار سيء .وقد تضمنت الساركومات بمجملها (العظمية والليفية والغضروفية والعضلية وأورام الخلايا الناسجة الليفية الخبيثة الأخرى عالية الدرجة.

النكس عادة يكون خلال 2-3 سنوات بنسبة تفوق 30 % وذلك يرجع لصعوبة تحديد امتداد الآفة بشكل كامل ((هذا في حال استخدام القطع الجزئي للفك كعلاج))وأحياناً قد يصيب سوء التصنع الليفي الحجاج وقد يؤدي عندها إلى جحوظ العين وبشكل نادر العمى وبالتالي فإن الاستئصال الجذري المبكر في هذه الحالة مستطب .

و نذكر أن التشعيع مضاد استطباب لاحتمال حدوث" استحالالات خبيثة " بعده.

- الملائكية :

وهي حالة موروثية نادرة تؤثر على الفكين وتتميز بتبدل العظم الطبيعي بتكاثر نسيج ليفي وعائي يحوي على خلايا عرطلة متعددة النوى .

مع تقدم المرض يظهر لدى كثير من المرضى تمدد ثنائي الجانب متناظر للعظام المصابة مما يؤدي لامتلاء الوجه المميز لهذه الحالة .

الوصف النموذجي لهذه الآفة هو الوجه الممتلئ المدور مع الضغط على أسفل الصلبة مما يؤدي للحمقة " نظر العيني للأعلى باتجاه السماء " مما يذكر بمظهر وجه الملائكة الأطفال البريثيين كما في رسومات عصر النهضة الأوربية .

هذا الاضطراب يورث كصفة جسمية سائدة حيث أن شجرة العائلة أظهرت أو برهنت إصابة في ثلاثة أجيال .

الإصابة 100 % عند الذكور و 50 % عند الإناث أي بنسبة 1/2 .

بعض الحالات قد تطورت بدون وجود قصة عائلية وهناك افتراض وجود أمثلة ناتجة عن طفرة عفوية أو تلقائية .

المظاهر السريرية :

تظهر الملائكية في مرحلة الطفولة ويميز المرضى في أعمار مختلفة ويعتمد ذلك بشكل كبير على درجة إصابة العظم وعلى مدى تطور المرض ومعظم الحالات قد اكتشفت في أعمار بين 2 - 7 سنوات بالرغم من أن بعض الحالات الشديدة قد تبدي مظاهر سريرية حتى قبل عمر السنة .

المظاهر المتوسطة لها المرض قد لا تظهر قبل عمر 10 - 12 سنة هذه المظاهر المتغيرة أو المتنوعة للمرض تنتج عن الوجود السريري للتمدد المتوسط وثنائي الجانب للمناطق الخلفية للفك السفلي وبشكل عام فإن الانتباغ يشمل كلا الفكين العلوي والسفلي .

وقد صنف مدى الإصابة وذلك :

(1) المرض يصيب طرفي الفك السفلي مع إصابة المرض للفروع " فروع الفك السفلي

"

(2) المرض يصيب طرفي الفك العلوي عند الحدبات الفكين بالإضافة للإصابة في

الفك السفلي

(3) الإصابة في كلا الفكين وتشمل المناطق الأمامية والخلفية

(4) عند إصابة اللقمة والناننتين المنقاريان " وهذا الأمر نادر "

الآفة غير مؤلمة ويحدث التمدد ببطء في المناطق المصابة في الفكين و قد يكون تمدد الوجه خفيف أو قد يسبب تغيراً معتبراً في الشكل .

التمدد العظمي صلب وثابت وهو غير محبب إثر الجس داخل الفموي .

الفك العلوي أقل تأثراً من الفك السفلي ويحدث تغير في الوجه مميز جداً عند إصابة الجزء

الأمامي من الفك العلوي

فإصابة هذا الجزء وتمدده يؤدي إلى شد الجلد والجفن السفلي أسفل الحجاج مما يكشف الجزء السفلي من الصلبة .

وهذا يؤدي إلى المظهر المحمق للمريض و قد يحدث سقوط الأسنان المؤقتة بشكل سابق لأوانه .

قد يتغير مكان الأسنان الدائمة في المنطقة الإصابة أو توضعها أو قد يحدث سوء تشكل أو

حتى غيابها .

إن نموذج البروغ المعاق والغير متوافق زمنياً سيؤدي إلى حدوث شذوذات إطباقية .

وقد ذكر أن اعتلال العقد للمفاوية الناحية هي من الموجودات الشائعة لدى مرضى الملائكية .

الآفات العظمية خارج الفكية نادرة .

الآفات الممتدة والحالة للعظم من الملائكية تكون جيدة التحدد ومتعددة الحجيرات وشفافة

شعاعياً والأقل شيوعاً هي الشفوفيات الشعاعية وحيدة الحجرة .

وهي تميز أنها ذات مظهر ثنائي الجانب ومتناظر وقد تكون الإصابة المكتشفة الصغيرة

وثنائية الجانب والمتعددة الحجرات والشفافة على الأشعة في القسم الخلفي للفك السفلي هي العلامة

الوحيدة للملائكية من الصنف الأول .

يمكن أن يحدث اختراق للصفحة القشرية ولكن الأمر قليل الحدوث .

نسيجياً:

المظاهر النسيجية تتألف من تكاثر خلوي خفيف الى متوسطة على شكل حزم نموذجية من

خلايا مولدة للليف ضمن لحمة كولاجينية و يوجد حواجز غير منتظمة الشكل من العظم المنسوج

غير الناضح و ذلك في النسيج الضامة الليفية

بعض الباحثين يرون أن هناك تناسبا متكافئاً بين الحواجز العظمية و القالب الليفي بالرغم من كون هذه النسب متغايرة.

الحواجز العظمية غير النظامية تكون غالباً أرق من الحواجز العظمية النقية الطبيعية و هي ناقصة

التوجيه الوظيفي و غالباً تبدو كنسج متفرقة (غير مترابطة).

و بالرغم من كون القالب الضام الليفي متوسط الخلوية فان سطح العظم المنسوج عادة يفشل في حصوله على خلايا مصورة للعظم على حوافه بحيث تكون واضحة و بشكل مشابه فان فعالية الخلايا الكاسرة للعظم تكون غائبة عادة.

اتجاهات الألياف الكولاجينية قد تكون مشتتة أو عشوائية بشكل كامل و قد تكون أكثر انتظاما بالرغم من ان التشكل العظمي الصفائحي غير متوقع عموماً الا أن الآفات الناضجة و التي مضى عليها وقت و التي تصيب عظام الوجه و الفكين تبدي كميات لا بأس بها من العظم الصفائحي الناضج

ذكرت حالات اختلط فيها تطور سوء التصنع الليفي بتطور ثانوي لكيسات أم الدم العظمية

المعالجة والإنذار :

درجة التقدم السريري للمرض هي التي تحدد عادة طريقة المعالجة .

العديد من الحالات أبدت تطوراً سريرياً منتظماً خلال فترة الطفولة و حيث تباطأت وحتى توقفت فعالية المرض في فترة البلوغ .

وأيضاً فإن سوء التشكل أو التشوه الشكلي قد يبقى وفي حالات أخرى فقد تتراجع وحتى أنها قد تختفي تماماً ويعود المحيط الطبيعي للعظام والوجه .

وعلى أي حال فهناك حالات من الملائكية أبدت فعالية تطويرية سريرياً حتى عند البالغين .

ولذلك فالخبرة تقول أن ننتظر ونراقب المرضى وأن توضع خطة المعالجة اعتماداً على فعالية المرض ووضعه بعد البلوغ

إذا استمر وجود الشذوذ الشكلي الجمالي والوظيفي بعد البلوغ فإن المعالجة الجراحية هنا مطلوبة وتكون بالتجريف المحافظ وإزالة الآفة مع إعادة الحدود الطبيعية للعظم جراحياً .
وقد يتطلب الأمر عدة مداخلات جراحية حتى نحصل على النتائج الوظيفية والتجميلية المطلوبة .

إن المعالجة أثناء فترة الطفولة مع كون الآفة ممتدة وسريعة النمو أمر صعب وهؤلاء الأطفال قد يتطور لديهم سوء شكل جمالي ووظيفي يؤدي إلى مشاكل طويلة الأمد عضوية ونفسية .
فالمعلومات متضاربة حول نتائج التداخل الجراحي خلال الطور الفعال ما قبل البلوغ للملائكية .

فبعض المؤلفين يذكرون أن هذا يؤدي إلى تكاثر وعودة نمو الآفة بل وحتى تسريع تطورها .
بينما يرفض آخرون فكرة تسريع تطور الآفة ويذكرون أن النتائج قد تكون مقبولة .

المعالجة الشعاعية لاستتطب في الملائكية

ذكرت علاقة بين وجود الملائكية ومتلازمة Nooman - like حيث يبدي المريض مظاهر سريرية وشعاعية ونسجية للملائكية .

وأيضاً يملك الخصائص المميزة أو الواسمة لمتلازمة "Nooman,s Syndrome" والتي تكون صفة جسمية سائدة مورثة .

وقد ذكر ذلك في حالات فردية " غير واسعة الانتشار " .

حيث نجد مظاهر متنوعة من الشذوذات السريرية بما فيها قامة قصيرة ، عيوب قلبية وعائية ، تخلف عقلي وسحنة وجه مميزة .

والمعالجة للآفات التي في الفكين هي تماماً كالملائكية .

II - الأورام الليفية العظمية السليمة

الورم الليفي للعظم (الورم الليفي الصرف) هو نمو نسيجي مركب من خلايا مصورة ليف ، وألياف غرائية مشتقة من النسيج المتوسط الميزا نشيمي أو من الخلايا المصورة لليف

الخاصة بالعظم . يعدُّ الورم الليفي الصّرف في العظم نادراً ، ولكن يمكن تمييز ثلاثة أنماط من الأورام الليفية على أساس الصورة المجهرية .

1- الورم الليفي المتعظم Ossifying fibroma

2- الورم الليفي اللانوعي " Nonspecific fibroma "

3- الورم الليفي غير المتكلس اللاعظمي المنشأ

" non ossifying Fibroma " non osteogenic

4- الورم الليفي اللدن أو المرن أو الرباطي

Desmoplastic Fibroma

لا يوجد للأورام الليفية ضمن العظم علامات سريرية أو شعاعية واسمة ، حتى بالفحص المجري يبقى صعباً أو مستحيلاً التمييز بين الورم الليفي اللانوعي والورم الليفي السني المنشأ ((وهو ورم سليم سني المنشأ)) لأن الفروق النسيجية المعتادة للتمييز بينهما قد تفقد ، ولكن الأهم من هذا كله هو التمييز بين الورم الليفي والورم العفلي الليفي Fibro Sarcoma "العرن الليفي " إذ من الممكن أن تشخص حالة ورم ليفي عدواني شديدة على أنها ورم عفلي ليفي ، أو العكس فيمكن أن تشخص حالة ورم ليفي عفلي حسنة التمايز على أنها ورم ليفي .

1- الورم الليفي المتعظم Ossifying fibroma

هو ورم سليم لكنه يعتبر كرد فعل أكثر من كونه ورم ويمكن أن يكون هذا الورم محيطياً أو مركزياً

أ- الورم الليفي المتعظم المحيطي peripheral ossifying fibroma: نمو لثوي شائع نسبياً يتفق معظم الباحثين على أنه

أفة ذات منشأ سني يمكن أن يصيب أي عمر لكنه أكثر شيوعاً عند الأطفال و الشباب اليافعين , تميل الأفة لاصابة الاناث, يصادف في كلا الفكين, لوحظ أن 80% من الافات تحدث في المنطقة الأمامية ما قبل الأرخاء,

الصفات السريرية

Clinical Features: يتواجد هذا الورم حصرياً على اللثة ويكون بشكل كتلة ذات عنيق

تغطيها مخاطية شبيهة بلون اللثة سطحها منقرح أحياناً, يستر سطح الورم بشرة رصفية مطبقة

غالبا ما تكون متقرحة ,تمتد الألوان من الزهري الى الأحمر معظم الأفات حجوما أقل من
حسم

المظاهر الشعاعية

Radiographic Features

لا تكشف الصورة الشعاعية معظم الحالات ما عدا تلك التي تضم تشكلات عظمية سطحية

المظاهر النسيجية

Microscopic Features

كتلة الورم تتركب من كتلة كثيفة من النسيج الضام الليفي التي تغزر فيها الخلايا المصورة
لليف,التوعية الدموية قليلة

يلاحظ أشكال متنوعة من التكلس قد يكون على شكل حجب متقاطعة أو متعددة من العظم أو
طلعية العظم وفي حالات أقل شيوعا يلاحظ وجود مادة كلسية نوعا ما من الملاط الخلوي

المعالجة والانذار

Treatment and Prognosis

يجب أن تستأصل الأفة جراحيا حتى السمحاق لأن النكس وارد ,يجب صقل الأسنان المجاورة
وتقليحها بشكل جيد,الأفة ناكسة وتتراوح نسبة النكس بين 16-20%

ب- الورم الليفي المتعظم المركزي

Central Ossifying Fibroma

ورم سليم ذو منشأ سني يشبه سريريا الورم الليفي الملاطي المركزي
يصيب أي عمر لكنه أكثر شيوعا عند اليافعين

يشاهد في كلا الفكين , له ميل لاصابة الفك السفلي ويميل لاصابة الاناث

ينمو الورم ببطء وتبدأ الأعراض بالظهور عند وضوح التورم وسوء توضع الأسنان

تكون الصفيحة القشرية للعظم سليمة بدرجات متباينة

المظاهر الشعاعية: يكون مظهر الأفة متنوعا حسب درجة الورم وتكون الأفة محاطة بارتكاس
عظمي و في المرحلة المبكرة تظهر كمنطقة شافة على الأشعة وعندما يبدأ العظم ضمن الورم
بالنضوج يشاهد ظلالية ضمن الورم حتى تصبح الأفة كتلة ظليلة

يكون سوء توضع الأسنان المجاورة للأفة علامة مرضية شائعة
المظاهر النسيجية: تتركب الأفة بشكل أساسي من ألياف كولاجينية تكون مرتبة على شكل حزم
تغزر فيها مصورات الليف الفتية، مع وجود حجب عظمية غير منتظمة صغيرة تشاهد ضمنها
الخلايا المصورة للعظم
المعالجة والانداز: تكمن المعالجة باستئصال الأفة جراحيا وهناك احتمال ضئيل للنكس

- أورام عظمية وغضروفية سليمة :

- 1- العظوم (الورم العظمي) Osteoma
- 2- الورم العظمي الأرومي (ورم مصورات العظم) Osteoblastoma
- 3- الورم المشبه بالعظم Osteoid Osteoma
- 4- الورم الغضروفي السليم (الغضروم) Chondroma
- 5- العرن العظمي (osteochondroma) Tori and exostoses

1- العظوم (الورم العظمي) Osteoma

الورم العظمي هو ورم غير شائع يتوضع في عظام الوجه وله ميل لاصابة الشباب وقد تمتد
الاصابة لتصيب الجيوب

الصورة الشعاعية تبدي مظهرا مشابها لمظهر كتلة عظمية كثيفة كتلة ظليلة على الأشعة واضحة
الحدود يصعب تمييزها عن بؤر التندب العظمي.

السير السريري لهذا الورم هو بطيء وهو غير مؤلم عادة ولا يؤدي لتمدد الصفائح الفكية القشرية.

الصورة المجهرية : يتألف الورم من نسيج عظمي كثيف أو اسفنجي وقد تشاهد بعض البؤر
الغضروفية ويمكن لهذا الورم ان يكون متعددا. وإن ترافق مع مرحلات معوية وتليف النسيج الضام
وكيسات بشروية دعي بمتلازمة غاردنر.

المعالجة والانداز : تتم المعالجة بالاستئصال الجراحي الكامل حين توضعها بالقرب من سطح
العظم السنخي وغالبا الورم غير ناكس ولايستحيل استحالة خبيثة.

- الورم العظمي الأرومي (ورم مصورات العظم) Osteoblastoma

ورم مصورات العظم هو ورم يصيب كلا الفكين وقد اطلق مصطلح الورم المشبه بالعظم العرطل Giant osteoid osteoma على الحالات التي بلغ حجمها عدة سنتيمترات وهذه الآفة هي سليمة ولكنها تتصف بألم شديد.

السبببات والامراضية: حتى الآن لايعرف سبب حدوث هذا الورم ولكن يعتقد بأن هذا الورم يترافق مع خلل صبغي يتجلى بتبادل مواقع في بعض الصبغيات الصورة السريرية : معظم التوضعات تحدث في الفقرات والعظام الطويلة، اما التوضعات الفكية فهي اقل مشاهدة وان توضع فانها تتوضع في الفك السفلي.يصيب الورم الشباب بأعمار مبكرة و90% من الحالات تصيب الاشخاص بعمر اقل من 30 سنة والذكور اكثر اصابة من الاناث بمعدل 1/2.

يتميز هذا الورم بأعراض سريرية مختلفة فالالم هو العلامة المميزة له كذلك الالم يشتد عند الضغط على المنطقة المصابه،ولكنه يسكن عند تناول الاسبيرين.

الصورة الشعاعية : يظهر الورم على شكل آفة حالة للعظم بقطر يتجاوز 2 سم على عكس الورم المشبه بالعظم الذي يكون قطره اقل من 2 سم ،يحاط بهالة من منطقة تصلب واضح.

الصورة المجهرية : يتألف الورم من تكاثر لصفائح مشبه بالعظم غير منتظمة مع نسيج ليفي موعى بشدة مع ترافقها مع تكاثر لخلايا عرطلة كاسرة للعظام.

المعالجة والانداز: المعالجة الجراحية بالاستئصال الكامل هي المستطبة في علاج مثل تلك الأورام والنكس بعد الاستئصال الكامل غير شائع.

تصبغات الأنسجة الفموية وحول الفموية

- الآفات السليمة التي منشؤها الخلية الميلانية

الخلايا المنتجة للميلانين (الخلايا الميلانية) منشؤها الجنيني من العرف العصبي ثم تشق طريقها إلى السطوح الظهارية (الابتليالية) وتتوضع بين الخلايا القاعدية . ثم تتعرض لتحولات

ضخمة لتصبح قرب كيراتينية حيث يحدث نقل الصباغ . حبيبات الصباغ المختزنة (الأجسام الميلانية) تنتج من قبل هذه الخلايا الميلانية (الخلايا المصنعة للصبغ) ، وهي لا تبقى عادة ضمن الخلايا نفسها لكن تنقل إلى الخلايا الكيراتينية المحيطة وأحياناً إلى البالعات المجاورة (الخلايا الناقلة للصبغ) . الضوء والهرمونات والمشاركة الوراثية تؤثر في كمية الصباغ المنتج .

تتواجد الخلايا الميلانية في خلايا المخاطية الفموية ولكنها لا تلاحظ بسبب أن مستوى إنتاجها للصبغ منخفض نسبياً وأن سيتوبلاسماها رقيقة ولا تصبغ بالملونات الروتينية العادية . وعندما تصبح فعالة في إنتاج الصباغ في نقطة محددة أو بشكل عام أو تتكاثر فإنها تكون مسؤولة عن مكونات مميزة مختلفة عديدة في الأغشية المخاطية الفموية تتدرج من الاصطبغ الفيزيولوجي إلى التشوهات الخبيثة .

النسبة الفيزيولوجية لكمية الخلايا الميلانية والخلايا الوحشية تكون مسؤولة أيضاً عن بعض الأورام السليمة (الوحمات) والآفات التنشؤية الخبيثة (الورم الميلاني - ميلانوما) . تكشف التغيرات الشكلية بين الخلايا الميلانية وتشمل الشكل البيضوي وتميل للعيش مع الخلايا المشابهة الأخرى . الخلايا الوحشية تحتوي نفس الأنزيم التيروسيناز كما في الخلايا الميلانية . وهذا الأنزيم هو المسؤول عن تحويل التيروسين إلى الميلانين . تصبغات الفم الميلانية تتدرج من اللون البني إلى الأسود فالأزرق حسب كمية الميلانين المنتجة وحسب عمق و توضع الصباغ . التصبغ السطحي يكون بني بينما الأعماق يكون بلون أسود إلى مزرق . اسوداد الآفة الكامنة (غير المنتشرة) والتي لم تحرض بواسطة العوامل المعروفة يقترح بأن تكون الخلايا الصباغية ذات إنتاج ميلانيني أكثر أو أنها تغزو النسيج الأعماق .

1 - الوحمات Nevi

الأسباب :

الوحمة عبارة عن مصطلح عام يمكن أن يشير لأي آفة خلوية أو نسيجية مختلفة مثل البشرة - الأوعية الدموية والخلايا الصباغية . وبشكل عام يستعمل مصطلح الوحمة بدون تعديل على

أنه آفة صباغية مركبة من خلايا وحمية . وهي أحياناً تسمى بشكل خاص الوحمة ذات الخلايا الوحامية أو الوحمة ذات الخلايا الميلانية .

الوحمات عبارة عن مجموعة من الخلايا الوحامية مشابهة من الناحية النسيجية للخلايا الميلانية ما عدا ميلها لتشكيل أعشاش ونقص التغصنات فيها . ومن الممكن أن تتواجد في البشرة الساترة أو في النسيج الضام الداعم أو في كليهما . ومنشأ الخلايا الوحامية غير معروف بشكل كامل . وكان قد افترض بأنها تنشأ من خلايا صباغية مهاجرة من العرف العصبي إلى البشرة الساترة والأدمة (تحت المخاطية) أو أنها تتطور من خلايا ميلانية خاملة تم تحويلها .

المظاهر السريرية :

الوحمة الجلدية هي آفة حطاطية مكتسبة شائعة تشاهد في عدد كبير من السكان ، وهي غالباً ما تظهر بعد الولادة بقليل أو خلال مرحلة الطفولة ، ويمكن أن تظهر في أي مكان . الوحمات داخل الفم إن لم تعتبر نادرة فهي غير شائعة ومن الممكن أن تحدث في أي عمر . وأغلب الآفات الفموية تتظاهر على شكل حطاطات مرتفعة وأحياناً لا تكون صباغية . وتتوضع غالباً في شراع الحنك العظمي . والأماكن الأقل تردداً هي مخاطية الخد - مخاطية الشفة - اللثة - الحافة السنخية - واللهاة .

الإمراضية النسيجية :

التصنيف يعتمد على مكان خلايا الوحمة فيما إذا كانت متوضعة على البشرة الساترة في منطقة اتصالها مع النسيج الضام (الوحمة الوصالية) أو في الأدمة (الوحمة داخل الأدمة) أو على شكل نطاق مشترك (وحمة مركبة) .

هناك خمسة أنماط من الوحمات :

أ- الوحمة الادمية (Intra dermal nevus) : وهي أكثر الوحمات الجلدية مشاهدة ، وقد تكون وحيدة أو متعددة، وتكون ملساء سطحية أو مرتفعة عن سطح الجلد ، وتبدو بلون بنية اللون أو غير مصطبغة ، وقد يبرز على سطحها بعض الأشعار .

مجهرياً : يشاهد وجود مجموعات كبيرة من الخلايا الوحمية (Nevic cells) وهي خلايا كبيرة الحجم بيضوية الشكل ذات نوى حويصلية وهيولى شاحبة، تجتمع مع بعضها على هيئة حبال أو حزم ، وقد تحتوي على حبيبات القتامين (الميلانين). الانقسامات تكون نادرة وقد يشاهد وجود بعض الخلايا العرطلة. هذه الخلايا تكون منفصلة عن البشرة الساترة بحزم غليظة من النسيج الضام بحيث انها لاتكون بتماس مباشر مع البشرة.

ب- **وحمة الاتصال (Junctional Nevus)**: تشبه من الوجهة السريرية الوحمة الأدمية ولكن الانذار يختلف، ولايمكن التفريق بينهما إلا بالدراسة النسجية ، حيث لاتشاهد هنا حزم من النسيج الضام يفصل بين البشرة والخلايا الوحمية.

ج - **الوحمة المركبة (Compound Nevus)**: تتألف من النموذجين السابقين ،الوحمة الأدمية ووحمة الاتصال حيث أنه يشاهد قسم من الوحمة يتألف من وحمة أدمية والقسم الآخر من وحمة الاتصال.

د- **الوحمة الزرقاء (Blue nevus)** : تنشأ من الوريقة الوسطى وتتركب من خلايا ذات شكل مغزلي تتواجد عميقاً داخل النسيج الضام (Melanoblasts) تحتوي على كميات كبيرة من صباغ الميلانين ،تتوضع على الاييتين والقدمين واليدين والوجه، تظهر غالبا منذ الولادة أو في الطفولة المبكرة. سريريا تبدو ملساء السطح ذات لون بني مائل للزرقة أو للأسود المزرق ، ذات حجم يتراوح ما بين عدة ملمترات الى عدة سنتيمترات حيث انها قد تأخذ مساحات واسعة من الجلد. توضعاتها الفموية نادرة. وإن توضعت فإنها تتوضع في الشفاه، اللثة ، قبة الحنك وشراعه.

هـ- **ورم الأطفال الصباغي (Juvenil Melanoma of Spitz)**: يصيب الأطفال ويشبه في مظهره المجهري الصورة المجهرية للأورام الصباغية الخبيثة التي تشاهد عند الكبار. ولكنه ذو مظهر مجهري سليم حيث لانشاهد فيه انقسامات شاذة بالاضافة إلى أنه لايتوضع في الحفرة الفموية.

المعالجة والانذار : في كل أنواع الوحومات ، الاستئصال الجراحي الكامل خاصة في تلك الوحومات التي تتعرض للتخريش المستمر أو الرض بالملابس أو تلك التي يتغير لونها وحجمها

أو عندما تتقرح. وكما هو معروف وحمامات الاتصال هي الأكثر قابلية للتسربن على عكس
وحمة الأدمة التي لا تتحول إلى آفة خبيثة.

التشخيص التفريقي :

الاعتبارات السريرية الأخرى التي يجب أن تتضمن في أي نمط من أنماط الوحمامات الفموية
هي البقع الميلانية والورم الميلاني Melanoma. الآفات التي لها منشأ وعائي يمكن أن تؤخذ
بعين الاعتبار والتي تتضمن الورم الدموي Hematoma والدوالي Varix والورم الوعائي
Hemangioma والآفتين الأخرتين فيهما الدم متواجد ضمن الجهاز الوعائي .

2- الأورام الميلانية Melanoma

ازدادت نسبة حدوث الورم الميلاني في الجلد في السنوات الماضية الأخيرة وأصبح يمثل حالياً
تقريباً 2% من مجموع السرطانات (ما عدا سرطانات الجلد) . ونسبة الوفيات المتعلقة
بالسرطانات الناتجة عن الورم الميلاني في الجلد حوالي 1-2% .

الورم الميلاني الجلدي شائع أكثر في المناخات الجنوبية من المناخات الشمالية وشائع أكثر
بكثير عند البيض من السود وعند الآسيويين. أما في توضع في الأغشية المخاطية الفموية فلا
يوجد اختلاف جغرافي والاختلافات العرقية التي تشاهد في الأورام الميلانية الجلدية لا تشاهد
هنا.

في الحقيقة السود والآسيويين يظهر أنهم يتأثرون بشكل أكبر بهذه السرطانات في الأغشية
المخاطية أكثر من البيض . الورم الميلاني ينشأ من التحول الورمي السرطاني للخلايا
الميلانية أو خلايا وحمة الاتصال الصباغية .

والعوامل المؤهبة لحدوث الآفة الجلدية تتضمن : كمية التعرض لأشعة الشمس (تزيد من نسبة
الخطورة) ودرجة التصبغ الطبيعي في الخلايا (تتقص من نسبة الخطورة) والآفات السابقة مثل
الوحمامات الوصلية .

أما داخل الفم فيعتبر وجود زيادة نسبة الميلانين Melanosis حادثة تسبق تطور الورم
الميلاني . هذه العملية الاصطباغية تمثل على الأغلب طور النمو الباكر لهذه الآفة . والآن
أصبح معروفاً بشكل جيد أن بعض أنواع الأورام الميلانية في الجلد والأغشية المخاطية يمكن

أن تظهر طور نمو سطحي طويل الأجل أو موضعي في الوصل بين البشرة والنسيج الضام قبل أن تدخل في طور النمو العمودي والارتشاحي .

السمات السريرية الإمبراضية :

الأورام الميلانية في الغشاء المخاطي للشفة أقل حدوثاً بكثير منها في الطرف المقابل من الجلد والأورام الميلانية الجلدية تحدث بشكل عام عند السكان الأصغر سناً من الآفات المخاطية التي غالباً ما تظهر في سن الخمسين . ولا يوجد ميل جنسي .

الأورام الميلانية الجلدية تحدث في الرأس والرقبة وغالباً في المناطق المعرضة للضياء . والآفات الفموية تحدث بشكل أكبر في شرع الحنك الصلب واللثة . ثم يتبع التوضع في الشفة والمخاطية الشدية .

ونماذج الاصطبغ التي تدل على الأورام الميلانية تتضمن مزيج مختلف من الألوان مثل البني والأسود والأزرق والأحمر بشكل غير متناسق وفجوات غير منتظمة . التعرف على أطوار النمو الأفقية والعمودية في الأورام الميلانية قد أدت إلى تصنيف جديد لهذه الآفات وإلى عدة مجموعات إمبراضية سريرية .

- الميلانوما Melanoma

Etiology المسببات :

لقد ازدادت نسبة حدوث الميلانومات في السنوات السابقة الأخيرة . وهي تشكل الآن ما يقارب 2% من جميع السرطانات (باستثناء سرطانات الجلد) . والميلانوما الجلدية أكثر شيوعاً في الأقاليم الشمالية من الكرة الأرضية وأكثر شيوعاً لدى البيض منها في السود .

تتضمن عوامل الخطورة :

التاريخ العائلي - المستوى المنخفض للصبغ الطبيعي - التعرض المزمّن لضوء الشمس والآفات المصبغة سابقة الظهور مثل : الوحمة الولادية - الوحمة سيئة التصبغ والنمش الخبيث .

ولكن معظم الميلانومات تتطور من وحة صباغية سليمة سابقة الظهور خصوصاً ما سبق ذكره .

ملاحح سريرية :

تنشأ ما يقارب 20% من الميلانومات في جلد الرأس والرقبة هناك تنوع في الطريقة التي يتم بها تصنيف الميلانومات : لقد تم تقسيم الآفات بشكل تقليدي إلى : سطحية الانتشار - عقدية - وأنماط النمش الخبيث Lentuga Maligina تستعمل مصطلحات مثل : "الميلانوما الموضعة" فرط التصبغ الاتصالي ميلاني الخلايا اللانمطي" تستعمل عادة لتدل أو تصف الآفات الوحمية الفيتامينية ضمن البشرة ولا تظهر أي دليل على الغزو .

الميلانوما المنتشرة سطحياً (SSM) هي تحت النمط Subtype الأكثر شيوعاً وتشكل 60% ثم تأتي الميلانوما العقدية 40% ثم 10% L.M .

تتطور الميلانوما المنتشرة السطحية S . S M عبر الجلد منتجة آفة غير منتظمة مسطحة نسبياً ذات لون مختلف الخلايا الورمية ذات الملاحح النووية اللانموجية توجد بشكل فردي وبأعشاش في البشرة وتمتد جانبياً من مركز الآفة تصنف مجهرياً طالما هي في هذا الطور ذو النمو المشع أو الأفقي المطول ميلانوما موضعة أو فرط تصبغ اتصالي لا نمودجي ويشار لطور النمو العمودي بظهور عناقيد الخلايا الورمية ضمن الأدمة .

تمتلك هذه الآفة كموناً أو ميلاً انتقالياً الذي يؤثر بوضوح على الإنذار .

تثمر المعالجة خلال الطور الموضع للنمو عن نتائج ممتازة لأن الخلايا الورمية لم تتغلغل إلى الأدمة .

الميلانوما العقدية - على العكس - تمتلك طوراً شاقولي النمو فقط ولهذا إنذارها أسوأ هذه الآفة كونها تنتشر بشكل أعمق مع نمط بناء عقدي السطح .حيث تتواجد الخلايا الورمية في البشرة والأدمة وقد تصبح متعرجة وقد تنمو بشكل سريع .

تحدث ميلانوما النمش الخبيث بشكل سائد في الجلد المعرض للشمس في الأشخاص الكبار تمتلك طور نمو موضع قد يستمر ما يقارب 25 إلى 30 سنة . ولكن يبقى اسمها النمش

الخبث طالما هي بهذا الطور ، وعندما تدخل إلى طور النمو العمودي حينها قد يشار لها على أنها ميلانوما النمش الخبيث .
سريراً :

تظهر هذه الآفة كبقعة مسطحة غير منتظمة التصبغ مع حواف غير محددة بوضوح يعتبر الإنذار ممتازاً طالما كانت الآفة في الطور الموضع .
المعالجة والإنذار :

يبقى الاستئصال المعالجة المختارة لجميع أنماط الميلانومات .
عموماً : يوصى بالاستئصال مع حواف أمان بها من أجل الآفات الرقيقة ويوصى بـ 2 إلى 3 سم كحواف امان للآفات الأثخن والإزالة الانتقائية للعقد اللمفية الناحية لا زالت مثار نقاش ولكن تحتمل إزالتها أكثر في الأورام الثخينة .
قد تضاف المعالجة الكيميائية والمعالجة المناعية والشعاعية إلى المعالجة بالحمية للسيطرة على الانتقالات والنكس الموضعي .

- أفضل مؤشر للإنذار هو العمق المجهرى لغزو الورم . الذي يمكن انجازه باستخدام مستويات (Clark) أو مقياس بريسلو حيث يقاس ثخن الآفة الأولية بميكروميتر العدسة العينية المجهرية من قمة الطبقة الحبيبية إلى أعماق خلية ورمية ومن الواضح كلما كان الورم أقل ثخانة كلما كان أفضل إنذاراً .

- التصبغات بسبب ترسبات خارجية المنشأ :

1 - الوشم بالأملمغم Amalgam tattoo focal argyrosis

المنشأ :

ينشأ الوشم بالأملمغم من الازدراع او الاندخال المرضي بجزيئات الأملمغم وهذه عادة تلي اقتلاع الأسنان أو تلي تحضير الأسنان المحشية بالأملمغم القديم .
المظاهر السريرية :

وهو أشيع تصبغ للغشاء المخاطي الفموي ، هذه الآفات توجد في الأنسجة الرخوة التي تكون على تماس مع الأسنان التي تحوي على خلائط الأملغم ، وأكثر الأماكن المتأثرة هي اللثة والغشاء المخاطي الفموي وسقف الحنك الصلب واللسان . العلامات السريرية للالتهاب نادراً ما تشاهد لأن الأملغم جيد التحمل من قبل الأنسجة الرخوة .

وتتظاهر على شكل آفات لطخية وبلون رمادي ولا تتغير مع الوقت . وإذا كان الأملغم بحجم كاف فإنه ممكن أن يظهر على الأنسجة الرخوة وعلى الصور الشعاعية .

البنية النسيجية :

بالمجهر تظهر جزيئات الأملغم بشكل نموذجي حول ألياف الكولاجين وحول الأوعية الدموية . قليل من اللمفاويات والبالعات يمكن أن تتواجد ما عدا الحالات التي تكون الجزيئات نسبياً كبيرة ، وتترافق مع خلايا متعددة النوى ، وعرطلة نوع جسم أجنبي .

الشخيص التفريقي :

يتشابه سريرياً مع الآفات المنتجة للميلانين ، في حال التوضع في اللثة أو سقف الحنك والتميز عن الوحامات والميلانوما المبكرة (لأن هذه أشيع الأماكن لتوضع هذه الآفات) يكون بالصورة الشعاعية ، بالقصة السريرية وكذلك المظهر الرمادي يساعد في التمييز بين الأملغم والميلانوما . وأي آفة أخرى مشكوك بها يجب أن يؤكد تشخيصها بالخزعة .