

التقرانات ضمن جوف الفم

الدكتور محمد عادل اسماعيل*

الدكتورة فوز حسن**

سهى حج ابراهيم***

(تاريخ الإيداع 26 / 4 / 2007. قبل للنشر في 9 / 9 / 2007)

□ الملخص □

التقران هو كل آفة بيضاء في المخاطية تالية لشذوذ في عملية تقرن الابطيليوم. قد يكون التقران عبارة عن تظاهرة لمرض جلدي، أو ناتج عن تأثير عامل تخريشي خارجي. شملت الدراسة المرضى الذين لديهم آفات بيضاء فموية بغض النظر إن كانت شكايتهم الرئيسية، أو وجدت خلال الفحص السريري، وأجريت خزعة نسيجية لتأكيد التشخيص عند معظم المرضى. تضمنت الدراسة 48 مريضاً: 27 منهم من الذكور و 21 من الإناث. كان عدد مرضى الحزاز المسطح 25 مريضاً بنسبة 52.08%. وكانت النسبة أعلى عند الإناث منها عند الذكور حيث بلغ عدد الإناث 16 مريضة وبنسبة 64 %، وعدد الذكور 9 مرضى وبنسبة 36%. وقد قسم مرضى الحزاز الفموي إلى حزاز فموي معزول، وحزاز جلدي مخاطي. ومن بين مرضى الحزاز المعزول، كان هناك 4 مرضى عرضيين من أصل 6 مرضى، بالمقابل كان هناك 13 مريضاً عرضياً من أصل 19 مريضاً بالحزاز الجلدي المخاطي. وجدنا أن عدد المصابين بالسرطانة شائكة الخلايا، كان 9 مرضى أي بنسبة 18.75 % من العينة: 3 منهم ضمن جوف الفم، و 6 على باطن الشفة السفلية. وكان عدد المصابين بالطلوان 8 مرضى أي بنسبة 16.66 %، وكان عدد المدخنين منهم 6 أي بنسبة 75 %. واحتوت الدراسة على مريض مصاب بطلوان الفم المشعر (تم تحري إصابته بالايذز)، واحتوت أيضاً على مريضة مصابة بالذآب الحمامي (إصابة فموية).

الكلمات المفتاحية: التقران، الحزاز المسطح، الحزاز المسطح الفموي، الطلوان، الذآب الحمامي الفموي السرطانة شائكة الخلايا الفموية.

* أستاذ في قسم الأمراض الجلدية والزهرية - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.
** أستاذ مساعد في قسم الأمراض الجلدية والزهرية - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.
*** طالبة دراسات عليا في قسم الأمراض الجلدية والزهرية - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

Keratosi s in Oral Cavity

Dr. Mohamad Ismail*
Dr. Fouz Hassan**
Souha Haj Ibrahim ***¹

(Received 26 / 4 / 2007. Accepted 9/9/2007)

□ ABSTRACT □

Keratosi s is every white lesion in the mucosa, resulting from abnormality in keratinization process of the epithelium. It may be a manifestation of cutaneous disease or resulting from the effect of external irritant factor.

This study included patients with oral white lesions, whether found during routine clinical examination or it was their major complaint. In most patients a biopsy was done to verify the diagnosis.

Our study included 48 patients: 27 males and 21 females. The number of patients with lichen planus was 25 (52.08%). Females were most affected and their number was 16 (64%), while the number of males was 9 (36%).

The age of the most affected category was between 40 and 50 years. In oral lichen planus oral symptoms were found in 4 patient. And we found 13 patients with oral symptoms in 19 patients with dermato - oral lichen planus. The number of patients with squamous cell carcinoma was 9 (18.75%), 3 were in the oral cavity, while 6 were in the interior part of the lower lip. The number of patients with leucoplakia was 8 (16.66%), 6 were smokers (75%). The study included one patient with oral hairy leucoplakia. He was sent to investigation for AIDS. The study includes one female patient with lupus erythematous (oral lesions).

Keywords: Keratosi s, Lichen planus, Oral lichen planus, Leucoplakia, Oral squamous cell carcinoma, Oral lupus erythematous.

* Professor, Department of Dermatology and Venereal Diseases, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

** Associate Professor, Department of Dermatology and Venereal Diseases, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

*** Postgraduate Student, Dermatological And Venereal Department, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

المقدمة:

يشير تعبير التقران ضمن جوف الفم . من الناحية النظرية . إلى كل آفة بيضاء في المخاطيات تالية لشذوذ في عملية تقرن الابتليوم، وذلك على الرغم من أن الغشاء المخاطي الفموي، هو استمرارية مباشرة مع الجلد، ويتشارك معه في العديد من الخصائص، والوظائف، والمنشأ إلا أن بنيته النسيجية، تكون عديمة التقرن في الحالة الطبيعية، لكن هذه الآفات تكون عادة ناتجة عن آفة موضعية، وقد تكون علامة مبكرة لأدواء جهازية متضمنة الآفات الجلدية، كما قد تكون العرض الرئيسي. [1]

ومن الهام هنا التمييز بين التقران والطلوان الذي حصرت منظمة الصحة العالمية تعبيره على اللويحات البيضاء التي يساوي قطرها أو يتجاوز 0.5 سم، والذي لا ينمحي بالحك، ولا يدخل في أي مرض محدد، وغير ناتج عن عامل تخر يشي خارجي مباشر. [2]

- تأتي أهمية التقران بأنه قد يتم كشفه من قبل المريض، وقد يكون ذو أعراض شخصية مؤلمة، تستدعي الاستشارة، أو من قبل طبيب أثناء فحص عرضي لجوف الفم. [3]

ومن المفيد تسليط الضوء على هذه الآفة التي يمكن أن تنتج عن التدخين، أو بعض العادات السيئة، والتعويضات السنوية غير الصحيحة.

تقسم الأمراض المسببة للتقرانات ضمن جوف الفم إلى:

أ-جلادات: - حزاز مسطح

- ذأب حمامي

- صدادف

ب- تقرانات خمجية: - مبييضات مزمنة

- طلاوة مشعرة

ج- تقرانات خلقية ووراثية: - وحة إسفنجية بيضاء

- داء داربييه

د- تقرانات تخريشية:

- ميكانيكية المنشأ

- التهاب شفة ضيائي

- تقران من منشأ حراري

- تقران تبغي

- تقرانات حثلية وخبيثة

[4-5-6]

الدراسة العملية:

- أهمية الدراسة:

تعود أهمية الدراسة للأسباب التالية:

1- قلة الدراسات المتوفرة عن التقرانات ضمن جوف الفم.

- 2- أهمية معرفة شيوخ هذه الإصابات، ودراسة توزع كل مرض من الأمراض التي تسبب هذه التقرانات، ودراسة كل مرض على حدة من حيث توزعه حسب العمر والجنس.
- 3- إلقاء الضوء على هذه الأمراض التي غالباً ما تكون غير عرضية مع أنها قد تخفي مرضاً هاماً يؤدي علاجه المبكر إلى تحسين الإنذار فيه.
- 4- دراسة تأثير التدخين، والرض الفيزيائي، والكحول على حدوث هذه الآفات.
- 5- دراسة الطرق العلاجية المختلفة في تدبير هذه الأمراض.

هدف البحث:

دراسة تصنيفية سببية لمعرفة نسبة انتشار كل مرض من الأمراض المسببة لهذه التقرانات.

عينة البحث:

تم إجراء الدراسة على 48 مريضاً من المرضى المراجعين لقسم الأمراض الجلدية والزهرية بمشفى الأسد الجامعي باللاذقية خلال الفترة الممتدة من بداية شهر تشرين الأول 2005 حتى نهاية شهر تشرين الأول 2006، حيث شملت الدراسة جميع المرضى المراجعين الذين لديهم إصابة فموية بيضاء بغض النظر، إن كانت شكايتهم الرئيسية، أو تم كشفها بالفحص السريري.

طريقة البحث:

تمت متابعة المرضى من خلال استمارة خاصة بمريض التقران ضمن جوف الفم، دونت فيها المعلومات اعتماداً على الاستجواب الدقيق، والفحص السريري لجوف الفم، ولكامل الجسم في حال الشك بوجود مرض جلدي، أو داء جهازى، واخذ الخزعة، وإجراء الفحص النسيجي، والفحوص المخبرية المتممة في حال اقتضت الحاجة. وبعد الوصول إلى النتائج الكاملة، تم إرسال المرضى الذين تستدعي إصابتهم لإجراء الجراحات اللازمة، أو أعطي المرضى ذوو الإصابة الجلدية المعمة العلاج المناسب.

وكان حجم العينة 48 مريضاً: عدد الذكور منهم 27 مريضاً وعدد الإناث 21 مريضة وتمت دراسة كل آفة على حدة بما تضمن توزع الذكور والإناث، والتوزع حسب العمر، والعلاقة مع العيوب السنية، والتدخين والكحول.

النتائج والمناقشة:

توزع المرضى المدروسون على الأمراض المسببة للتقرانات، والتي شملتها الدراسة كما يلي:

الجدول رقم (1) يبين توزع المرضى في الدراسة على الأمراض المسببة:

اسم المرض	عدد المرضى	النسبة
الحزاز المسطح الفموي	25	52.08%
السرطانة شائكة الخلايا	9	18.75%
الطلوان	8	16.66%
الذآب الحمامي	1	2.08%
الثآليل	2	4.16%
ورم ليفي	2	4.16%
طلوان فم مشعر	1	2.08%
المجموع	48	100%

نلاحظ في الجدول السابق أن أكثر الأسباب المؤدية للتقرانات ضمن جوف الفم، هو الحزاز المسطح بنسبة 52.08% ثم يتلوه السرطان شائك الخلايا بنسبة 18.75%، وكان الذأب الحمامي، وطلوان الفم المشعر أقلها انتشاراً.

الحزاز المسطح الفموي:

كان عدد المرضى المصابين به 25 مريضاً منهم 9 ذكور و 16 إناث، وذلك بنسبة 36%، 64% على التوالي، وبنسبة ذكور: إناث 1: 1.77.

الجدول رقم (2) يبين توزيع مرضى الحزاز المسطح حسب الجنس

جنس	عدد المرضى	نسبة مئوية
ذكر	9	36%
أنثى	16	64%
	25	100%

كما أن معظم الدراسات الأخرى، تحدد نسبة إصابة الإناث إلى الذكور ب 1-2: 1 ومن هذه الدراسات دراسة Eisen D [2002] 3]، والتي أظهرت أن نسبة إصابة الإناث هي 75%. وبالمقارنة مع الدراسات المحلية، فإن الدراسة المجراة في جامعة دمشق للدكتور وسيم سرور 2003 كانت النسبة فيها 66%.

كما أن الحزاز المسطح، يصيب كل الأعمار، وقد أظهرت دراستنا توزيع المرضى على الفئات العمرية التالية مع توزيعها حسب الجنس:

الجدول رقم (3) يبين توزيع مرضى الحزاز المسطح حسب العمر والجنس

فئة عمرية	عدد المرضى	النسبة	إناث	النسبة	ذكور	النسبة
20-30 سنة	4	16%	2	8%	2	8%
31-40 سنة	4	16%	3	12%	1	4%
41-50 سنة	7	28%	4	16%	3	12%
51-60 سنة	6	24%	4	16%	2	8%
< 60 سنة	4	16%	3	12%	1	4%
المجموع	25	100%	16	64%	9	36%

ونجد مما سبق أن أقل عدد من المصابين، كان في الفئات العمرية الصغيرة نسبياً (20-30 سنة) (31-40 سنة)، والكبيرة نسبياً (<60 سنة).

وكان أكبر عدد من الإصابات في الفئة العمرية (41-50 سنة).

وبالنسبة للدراسات الأخرى فإن Scully C [1]، وجد أن النسبة الأعلى هي الفئة العمرية 51-60 سنة هي الأكثر إصابة، وفي دراسة د.سرور 2003 كانت الفئة العمرية 31-40 سنة، بينما كانت في دراستنا بين هذين العمرين.

أما بالنسبة لوجود إصابات جلدية مرافقة للإصابة الفموية فقد وجدنا أنه:
توجد إصابة جلدية فموية عند 19 مريضاً وبنسبة 76%
وتوجد إصابة فموية فقط عند 6 مرضى وبنسبة 24 %
كما أن تواجد الأعراض عند المرضى كان متفاوتاً فقد وجدت:
الأعراض عند 4 مرضى لديهم إصابة فموية، وبنسبة 66.7 %
و 13 مريضاً لديهم إصابة جلدية فموية وبنسبة 68.4 %
وغابت الأعراض عند مريضين لديهم إصابة فموية وبنسبة 33.3 %
ولدى 6 مرضى لديهم إصابة جلدية فموية وبنسبة 31.6 %

وحسب الدراسات العالمية، فإن نتائجنا توافقت مع دراسة Eisen D 2002 [3]، والتي أكدت أن معظم المرضى يكونون عرضيين، لكن النتائج تباينت مع الدراسة المحلية د.سرور 2003 [7] في حالة الإصابة الفموية المعزولة.

وقد تم إجراء فحوصات دموية عامة للمرضى المصابين بالحزاز المسطح الفموي، كما أُجري لبعضهم فحص العامل الاسترالي، وكان سلبياً عند من أجروه. وذلك بعد وجود عدة دراسات، تشير إلى ارتباط التهاب الكبد البائي مع الحزاز المسطح الفموي كدراسة 1990 Gruppo في إيطاليا، والتي أشارت إلى وجود زيادة في حدوثهما معا لكن ذلك لم يؤكد بعد كما في دراسة Eisen D 2002 [3]، والتي لم تجد أي ترافق بين التهاب الكبد B-C .
وذلك مع أننا من المجتمعات التي يشيع فيها العامل الاسترالي بشكل متوسط 1-5 % حسب منظمة الصحة العالمية، والتي قسمت المجتمعات إلى 3 أقسام:

مجموعة أولى: ذات شيوع خفيف > 1% أمريكا الشمالية_أوروبا الغربية.

مجموعة ثانية: ذات شيوع متوسط 1-5 % اليابان - شرق أقصى - سورية.

مجموعة ثالثة: ذات شيوع عالي < 5% إفريقيا - جنوب شرق آسيا.

حسب دراسة د.محمد عماد اسمير 1993 [8]، فإن نسبة إيجابية العامل الاسترالي في العينة العشوائية في المجتمع كانت 3.6 % أيضاً.

لقد تم إجراء مسح للمرضى من الناحية السنوية، وكان عدد المرضى الذين توجد لديهم حشوات سنوية 12 مريضاً وبنسبة 48%، وذلك يتوافق مع ما أكدته الدراسات العالمية حول العوامل المؤهبة، أو تلك التي تزيد من احتمالية الإصابة بالحزاز المسطح الفموي كدراسة Eisen D 2002 ودراسة Laeijendecker R, Dekker SK, Burger PM, Mulder PG, Van Joost T, Neumann MH 2004 [9] .

السرطانة شائكة الخلايا:

بلغ عدد المصابين بالسرطانة شائكة الخلايا في دراستنا 9 مرضى:

3 إناث و 6 ذكور. وكان مكان الإصابة 3 ضمن جوف الفم و 6 على باطن الشفة السفلية.

وقد كان كل المرضى تقريباً من المدخنين حالياً، أو من المدخنين لفترات طويلة سابقاً.

الجدول رقم (4) يبين توزع مرضى السرطانة شائكة الخلايا حسب توضع الإصابة والجنس والتدخين

عدد المرضى	ذكور	إناث	المدخنين
3	2	1	2
6	4	2	6

وتتوافق نسبة إصابة المدخنين مع الدراسات العالمية التي أكدت أهمية التدخين كعامل مؤهب للإصابة كدراسة Francis B. Quinn، SAM J. CUNNINGHAM 2002 [10]. وقد وجدنا في دراستنا أن أكثر المواقع إصابة، هي باطن الشفة السفلية، وبنسبة أعلى من الدراسات العالمية كالدراسة السابقة، ويعزى ذلك لطبيعة عمل هؤلاء المرضى، وتعرضهم الشديد، والمديد لأشعة الشمس.

الطلوان:

بلغ عدد المرضى المصابين بالطلوان في دراستنا 8 مرضى من أصل 48 مريضاً بنسبة 16.66 % وكان توزعهم حسب الجنس كما يلي:

الجدول رقم (5) يبين توزع مرضى الطلوان حسب الجنس

النسبة المئوية	عدد المرضى	الجنس
75%	6	ذكر
25%	2	أنثى
100%	8	المجموع

وتشير النتائج السابقة إلى أن نسبة إصابة الذكور أعلى من الإناث على الرغم من ارتفاع هذه النسبة عند الإناث تدريجياً بسبب انتشار التدخين بينهن. وذلك يتوافق مع الدراسات العالمية والمحلية كدراسة Crispian Scully et al 2005 [1] ودراسة د.سرور 2003 [7].

كما أن أعمار المرضى كانت فتية نوعاً ما، وتراوحت الأعمار بين 20-60 سنة، وكانت أكثر فئة عمرية إصابة في دراستنا هي بين 30-40 سنة، وهذا ما لا يتوافق مع دراسة Bork, et al 1993، أو دراسة د. سرور 2003، وللتين ذكرنا أن الفئة العمرية الأكثر إصابة هي 41-50 سنة.

كما بلغ عدد المرضى المصابين بالطلوان والمدخنين - في دراستنا - 6 مرضى وبنسبة 75% وقد كانوا : 2 إناث و 4 ذكور ،

وهذا ما يطابق ما أكدت عليه معظم الدراسات الأخرى مثل:

Crispian Scully 2005 [1] بأن نسبة إصابة المدخنين بالطلوان أعلى بكثير من غير المدخنين، وأن التدخين يعتبر سبباً أساسياً للطلوان الفموي.

طلوان الفم المشعر:

كان لدينا مريض واحد في دراستنا، أكدت الخزعة إصابته بهذا المرض، وقد كانت قصة المريض مضللة نوعاً ما، وأجرى اختبارات الاليدز، وأكد سلبيتها دون أن نتأكد نحن منها، وذلك بسبب سفر المريض المتواصل، وانقطاعه عن مراجعة العيادة الجلدية.

مع العلم أن المرض ليس محصوراً بالخمج ب HIV حيث إنه ممكن الحدوث عند مثبطي المناعة حيث يجب البحث دوماً عن فيروس EBV.

الذآب الحمامي:

لقد تم الكشف عن حالة وحيدة عند مريضة مصابة بالذآب القرصي على شكل تفران أبيض ضمن جوف الفم، وقد تم كشفه بشكل عرضي أثناء فحص المريضة، حيث لم يترافق بأي أعراض شخصية، وأنها كانت تراجع بنوية اشتدادية للذآب القرصي.

الاستنتاجات والتوصيات:

الاستنتاجات:

في ضوء النتائج السابقة نجد:

- 1- ارتفاع نسبة الإصابة بالحزاز المسطح بنسبة توافق الدراسات العالمية.
- 2- ارتفاع نسبة المصابين بالحزاز المسطح الفموي، والذين لديهم حشوات سنينة متعددة.
- 3- ارتفاع نسبة الإصابة بالسرطانة شائكة الخلايا مقارنة بالدراسات العالمية والمحلية، وذلك نظراً للظروف المناخية للمنطقة الساحلية.
- 4- ارتفاع نسبة الإصابة بالطلوان وخاصة عند الإناث والمدخنين.

التوصيات:

- 1- التوعية الصحية بشأن مراجعة طبيب الجلدية بالتعاون مع طبيب الأسنان عند ملاحظة أي تبدل في المخاطية الفموية نظراً لأن أي تبدل ممكن أن يخفي مرضاً جهازياً أو خبائثة.
- 2- توعية الطبقة العاملة تحت أشعة الشمس إلى ضرورة إجراء وقاية من الشمس للوجه ككل وخاصة الشفتين.
- 3- توعية المدخنين، والتأكيد على الآثار السلبية للتدخين على الجسم ككل، وعلى المخاطية الفموية بشكل خاص.
- 4- يجب ألا تغفل البحث عن فيروس HIV في حال الشك بالطلوان الفموي المشعر.

المراجع:

- 1- NAGAO, T. ; IKEDA, N. ; FUCANO, H. et al. *Incidence rates for oral leukoplakia and lichen planus in a Japanese population*. Journal of Oral Pathology & Medicine, 34:9, 2005, 532-539 .
- 2- OLIVER, R.J. ; DEARING, J. ; HINDLE, I. *Oral cancer in young adults: report of three cases and review of the literature*. British Dental Journal , VOLUME 188, NO. 7, APRIL 8 2000 .
- 3- EISEN, D. *The clinical features, Malignant Potential, and systemic Associations of Oral Lichen Planus: A study of 723 patients*. J Am Acad Dermatol USA, 46:207-214, 2002, 3-27.
- 4-BOISNIC, S. ; TOVARU, S. ; PASCAL, F. et al. *conduite a tenir devant une keratose de la cavite buccale*. Ann. Dermatol. Venereol. france, 119, 1992, 315-320.
- 5- GANDOLFO, S.; TOGLIATTO, M. ; CARROZZO, M. et al. *Oral lupus erythematosus. Description and analysis of 11 cases*. Minerva Stomatol. Italy, 49(1-2), Jan-Feb 2000, 35-40.
- 6- SCHEPMAN, K.P. ; BEZEMER, P.D. ; VAN DER MEIJ, E.H. et al. *Tobacco usage in relation to the anatomical site of oral leukoplakia*. Oral Diseases. Volume 7 Issue 1, January 2001, 25-27.
- 7- سرور، وسيم. *دراسة آفات الفم البيضاء*. رسالة ماجستير، قسم الأمراض الجلدية والزهرية، بإشراف د. صالح داؤود، جامعة دمشق، 2003، 63.
- 8- اسمير، محمد عماد. *دراسة نسبة ايجابية العامل الاسترالي في سورية*. رسالة ماجستير، قسم الطب المخبري، جامعة دمشق، 1993، 33.
- 9- LAEIJENDECKER, R. ; DEKKER, S.K. ; BURGER, P.M. et al. *Archives of Dermatology*. 140(12), 2004, 1434-1438.
- 10- BOWERS,K. *Oral blistering diseases*. Clinics in Dermatology. Volume 18, Issue 5, 513-523.