



بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

In The Name Of Allah

۱۳۸۷ / ۱۷ / ۲۱

دانشگاه علوم پزشکی شیراز

دانشکده دندانپزشکی

پایان نامه جهت اخذ درجه دکترای دندانپزشکی

عنوان:

بررسی ضایعات ری اکتیو دهانی بر اساس تأکید بر دو
ضایعه پیوژنیک گرانولوما و هیپرپلازی
فیبروزه آماسی (Epulis Fissuratum)

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر عباسعلی پایدار

استادیار بخش آسیب شناسی فک و دهان و صورت و عضو هیئت مدیره انجمن دندانپزشکی

ایران شعبه استان فارس

۱۳۷۷ / ۱۷ / ۲۱

کتابخانه مرکزی دانشگاه شیراز
فردوسی شیراز

نگارش:

بیراز قوهستانی

تابستان ۱۳۷۹

۱ ۵۳۵۶۱

فرم ارزیابی پایان نامه :

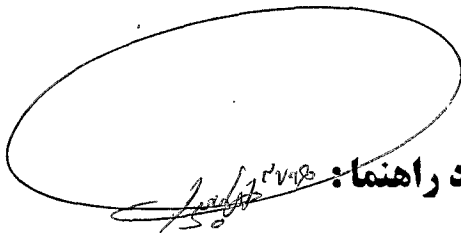
پایان نامه شماره : تحت عنوان (بررسی ضایعات

ری اکتیو دهانی بر اساس تأکید بر دو ضایعه پیوژنیک گرانولوما و هیپرپلازی

فیروزه آماسی) تهیه شده توسط : بیراز قوهستانی در تاریخ : ۱۳۷۹/۹/۱۱

در کمیته بررسی پایان نامه مطرح و با نمره : ۱۸٫۹ - درجه : ممتاز (بسیار عالی)

به تصویب رسید.



استاد راهنما:

جناب آقای دکتر عباسعلی پایدار ، استادیار بخش آسیب شناسی فک و دهان و صورت

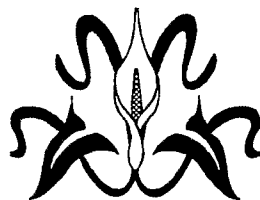
و عضو هیئت مدیره انجمن دندان پزشکی ایران شعبه استان فارس

هیأت داوران:



۱- دکتر ...
۲- ...
۳- ...

انجمن دندان پزشکی ایران
شعبه استان فارس

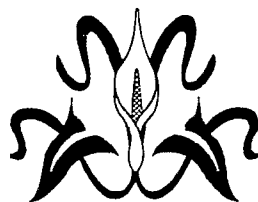
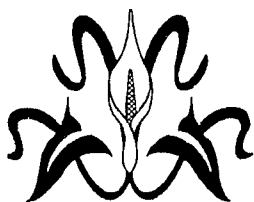


سپاسگزاری



با تشکر فراوان از استاد ارجمند، جناب آقای دکتر عباسعلی پایدار
که در تهیه و تدوین این پایان نامه راهنمای من بوده و از همکاری صمیمانه و
بی دریغشان بهره مند گشته‌ام و با تشکر از :

هیأت محترم داوران



تقديم به



روح پاک پدرم

به یاد مظلومیتش

و

به مادرم

به یاد رنجهایش

تقدیم به همسر عزیزم

به پاس مقاومت و ایثارش

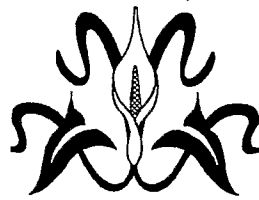
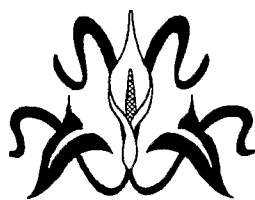
و تقدیم به :

دختران دلبندم ساناز و سولماز

که مایه امید برای فردایند

و تقدیم به

برادران بزرگوارم



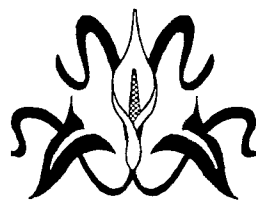
تقدیم به



همه همکلاسی‌های صمیمی و باصفای دوران تحصیل

خصوصاً "برادران عزیزم

آقایان شاهرخ قیصری، عزیزمحمد ارجمند، ناصر کمالی



همچنین لازم می‌دانم از مرکز نشر جام جم ، خصوصاً برادر عزیزم
آقای مهندس حسین یزدان‌پرست که در امر حروف‌چینی و تکثیر
این پایان‌نامه کمال همکاری را با اینجانب داشتند ، تشکر و سپاسگزاری
نمایم.

فهرست مندرجات

صفحه	عنوان
	فهرست عناوین
	فهرست جداول
	فهرست اشکال
۱	مقدمه
	فصل اول : طبقه‌بندی ضایعات ری اکتیو دهانی
۲	۱-۱- ضایعات همراه با زخم
۲	۱-۲- ضایعات برجسته زگیلی مانند دانه‌ای
۲	۱-۲-۱- هیپرپلازی پاییلاری کام
۳	۱-۲-۲- کندیلومای لاتوم
۳	۱-۲-۳- اسکواموس پاییلوما
۴	۱-۲-۴- کندیلومای اکومیناتوم
۴	۱-۳- ضایعات سفیدرنگ
۵	۱-۳-۱- هیپرکراتوز تحریکی و اصطحاکاکی
۵	۱-۳-۲- ضایعات سفید وابسته به استفاده از تنباکوی کشیدنی
۵	۱-۳-۳- استوماتیت نیکوتینی
۵	۱-۴- ضایعات آبی - قرمز
۵	۱-۴-۱- پیوژنیک گرانولوما و تومور حاملگی
۶	۱-۴-۲- ژانت سل گرانولومای محیطی
۶	۱-۴-۳- مدیان رومبوئید گلوستیس
۶	۱-۵- ضایعات بافت همبند
۶	۱-۵-۱- فیبرومای محیطی
۷	۱-۵-۲- هیپرپلازی سرتاسری لثه
۷	۱-۵-۳- فیبروما در اثر تروما
۸	۱-۵-۴- هیپرپلازی فیروزه آماسی (اپولیس فیشوراتم)

۸	..... ۱-۶ ضایعات لنفوئیدی
۸	..... ۱-۶-۱ هیپریپلازی لنفوئیدی
۹	..... ۱-۶-۲ هیپریپلازی آنژیولنفوئید همراه با ارتشاح ائوزینوفیل
۹	..... ۱-۷ بیماریهای غدد بزاقی
۹	..... ۱-۷-۱ پدیده خروج موکوس از مجاری غدد بزاقی فرعی
۹	..... ۱-۷-۲ کیست احتباسی موکوسی
۱۰	..... ۱-۷-۳ کیست احتباسی سینوس ماگزیلاری
۱۰	..... ۱-۷-۴ سیالومتاپلازی نکروزه
۱۰	..... ۱-۷-۵ ضایعات غدد بزاقی در اثر اشعه

فصل دوم: شیوع و اتیولوژی ضایعات ری اکتیو دهانی

۱۲	..... ۲-۱ فیبرومای تحریکی
۱۲	..... ۲-۲ پالاتال پاپیلوماتوز
۱۳	..... ۲-۳ اپولیس فیشوراتم
۱۳	..... ۲-۴ پیوژنیک گرانولوما و تومور حاملگی
۱۵	..... ۲-۵ ژانت سل گرانولومای محیطی

فصل سوم: تظاهرات کلینیکی ضایعات ری اکتیو دهانی

۱۹	..... ۳-۱ فیبرومای تحریکی
۲۰	..... ۳-۲ اپولیس فیشوراتم
۲۱	..... ۳-۳ پالاتال پاپیلوماتوز
۲۲	..... ۳-۴ پیوژنیک گرانولوما و تومور حاملگی
۲۳	..... ۳-۶ ژانت سل گرانولومای محیطی

فصل چهارم : تشخیص افتراقی ضایعات ری اکتیو دهانی

۲۵	۴-۱- فیبرومای تحریکی
۲۶	۴-۲- اپولیس فیشوراتم
۲۶	۴-۳- پالاتال پاپیلوماتوز
۲۷	۴-۴- پیوژنیک گرانولوما و تومور حاملگی
۲۸	۴-۵- ژانت سل گرانولومای محیطی

فصل پنجم : نمای هیستوپاتولوژیک ضایعات ری اکتیو دهانی

۲۹	۵-۱- فیبرومای تحریکی
۲۹	الف) فیبرومای کلسیفیه محیطی
۳۰	ب) (فیبرومای محیطی، با منشأ دندان)
۳۱	ج) (فیبرومای همراه با سلولهای غول آسا)
۳۱	۵-۲- اپولیس فیشوراتم
۳۲	۵-۳- پالاتال پاپیلوماتوز
۳۳	۵-۴- پیوژنیک گرانولوما و تومور حاملگی
۳۴	۵-۵- ژانت سل گرانولومای محیطی

فصل ششم : درمان و پیش آگهی ضایعات ری اکتیو دهانی

۳۶	۶-۱- اصول کلی درمان تومورها و دیسپلازیها و هیپرپلازیهای خوشخیم
۳۸	۶-۲- فیبرومای تحریکی
۳۹	۶-۳- اپولیس فیشوراتم
۴۰	۶-۴- پالاتال پاپیلوماتوز
۴۱	۶-۵- پیوژنیک گرانولوما و تومور حاملگی
۴۲	۶-۶- ژانت سل گرانولومای محیطی

فصل هفتم: بررسی ضایعات ری اکتیو دهانی بر اساس تأکید بر دو ضایعه پیوزنیک گرانولوما و هیپرپلازی فیروزه آماسی (Epulis Fissuratum)	۴۳
فصل هشتم: نتایج (Results)	۵۷
فصل نهم: بحث و بررسی (Discussion)	۶۰
فصل دهم: خلاصه (Summary)	۶۵
۱-۱- خلاصه فارسی	۶۵
۱-۲- خلاصه انگلیسی	۶۸
فصل یازدهم: چکیده (Conclusion)	۷۱
فصل دوازدهم: منابع (References)	۷۴

فهرست جداول

جدول	صفحه
جدول شماره (۱-۱): خلاصه انگلیسی کلیه مطالب مورد بحث در فصل اول	۱۱
جدول شماره (۱-۲): تقسیم‌بندی هیپرپلازی‌های شایع نسج همبندی مخاط دهان	۱۱
جدول شماره (۲-۱): بیماریهای شایع دهان که در دندانپزشکی بیوپسی شده است	۱۵
جدول شماره (۷-۱): گزارش میزان شیوع تومور حاملگی بر اساس نظرات محققین مختلف	۳۷
جدول شماره (۷-۲): درصد شیوع پیوژنیک گرانولوما در نواحی مختلف حفره دهان	۴۸
جدول شماره (۷-۳): نتیجه بررسی Mussali-NG و همکاران از لحاظ شیوع سنی و جنسی پیوژنیک گرانولومای دهانی	۴۸
جدول شماره (۷-۴): نتیجه بررسی Lawoyin-J.O و همکاران از لحاظ میزان شیوع پیوژنیک گرانولوما در قسمتهای مختلف فک بالا و پائین	۴۹
جدول شماره (۷-۵): تقسیم‌بندی ضایعات تومورال دهان	۵۲

فهرست اشکال

شکل	صفحه
شکل شماره (۳-۱): نمای کلینیکی فیبرومای تحریکی بر روی زبان	۲۰
شکل شماره (۳-۲): نمای کلینیکی اپولیس فیشوراتم در ناحیه لبی فک پائین	۲۱
شکل شماره (۳-۳): نمای کلینیکی پالاتال پایلوماتوز در کام سخت	۲۲
شکل شماره (۳-۴): نمای کلینیکی پیوژنیک گرانولوما در فضای بین دندانی فک پایین	۲۳
شکل شماره (۳-۵): نمای کلینیکی ژانت سل گرانولومای محیطی در فضای بین دندانی در فک پایین	۲۴
شکل شماره (۵-۱): نمای هیستوپاتولوژیک فیبرومای تحریکی بر روی زبان	۳۰
شکل شماره (۵-۲): نمای هیستوپاتولوژیک فیبرومای محیطی ادنتوژنیک به همراه جزایر ادنتوژنیک	۳۰
شکل شماره (۵-۳): نمای هیستوپاتولوژیک اپولیس فیشوراتم در سطح لبیال فک پایین	۳۲
شکل شماره (۵-۴): نمای هیستوپاتولوژیک پالاتال پایلوماتوز در کام سخت	۳۳
شکل شماره (۵-۵): نمای هیستوپاتولوژیک پیوژنیک گرانولوما در سطح قدام فک پایین	۳۴
شکل شماره (۵-۶): نمای هیستوپاتولوژیک ژانت سل گرانولومای محیطی در سطح زبانی فک پائین	۳۵

مقدمه :

دل گرچه در این بادیه بسیار شتافت یک موی ندانست ولی موی شکافت
تا بدانجا رسید دانش من که بدانم همی که نادانم

آسیب شناسی شما هر طور هست، پزشکی شما هم همانطور است. اسلر Olsler

آسیب شناسی فک و دهان یکی از علوم نوپایی است که به مطالعه فیزیوپاتولوژی، علل و سیر بیماریهای گوناگون فک و دهان و دندان پرداخته و توانایی ما را در برقراری ارتباط با آسیب شناسی بالینی (Clinical Pathology) دوچندان می سازد. بدیهی است که بدون بهره گیری از این دانش و تسلط بر پیشرفت های رایج آن، تشخیص، تعیین پیش آگهی و درمان بیماریهای فک و دهان و دندان اگر غیرممکن نباشد، فوق العاده مشکل خواهد بود. بدین ترتیب اهمیت و جایگاه آسیب شناسی فک و دهان در رشته دندان پزشکی روشن می شود. در این پایان نامه بنده جزء کوچکی از آسیب شناسی فک و دهان و صورت را که ضایعات ری اکتیو می باشد مورد بررسی قرار داده ام، چون فکر می کنم این ضایعات جزء ضایعات شایع دهان می باشند. این ضایعات تحت عنوان کلی Inflammatory Fibroses Hyperplasia (ضایعات هیپرپلاستیک فیبروزه آماسی) بیان می شوند. این ضایعات اغلب در پاسخ به آماس مزمن ایجاد می شوند. (نمای اصلی آماس مزمن به این صورت است که فرایندهای آماسی و ترمیم بطور همزمان صورت گرفته و نسج جوانه ای (Granulation Tissue) تشکیل می شود). اگر چه این ضایعات از نظر بافت شناسی و بالینی با اسامی متفاوتی تشخیص داده می شوند، ولی نکته حائز اهمیت این است که اساس و فرآیند بیماری و چگونگی پیدایش آن در اغلب این گونه ضایعات، علیرغم تنوع آنها واحد و یکسان می باشند. از نقطه نظر بافت شناسی، طیفی از تغییرات از آماس مزمن و نسج جوانه ای پرسلول تا توده های کلاژن متراکم بدون عروق و نسبتاً غیر آماسی وجود دارد. از نظر اتیولوژی (علت شناسی) بیشترین فاکتورهای اتیولوژیک این ضایعات ترومای مزمن می باشد. نظیر جرم، پروتز لث و نامناسب، بیرون زدگی پرکردگی دندان (Overhang)، گاز گرفتن، تیزی دندان، عادات غلط و... درمان اکثر ضایعات ری اکتیو (Reactive) جراحی از طریق برداشتن کل ضایعه می باشد و عود در این ضایعات بعد از درمان بندرت دیده می شود.

با توجه به اینکه ضایعات ری اکتیو فراوان می باشند، در این پایان نامه در فصل اول به کلیه ضایعات ری اکتیو اشاره شده است و در فصول بعدی ضایعاتی که شایع تر می باشند، مورد بررسی قرار گرفته اند.

در پایان از استاد عالیقدر و ارجمند، جناب آقای دکتر پایدار بخاطر زحمات فراوانی که جهت راهنمایی بنده کشیدند از صمیم قلب تشکر و قدردانی می کنم و امیدوارم که ایشان در تمام مراحل زندگی و در زیر سایه حضرت حق، موفق و پیروز و سرفراز باشند. والسلام

تابستان ۱۳۷۹

پیراز فوهستانی دانشجوی ترم ۱۲ دندان پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی شیراز

فصل اول

طبقه‌بندی ضایعات واکنشی (Reactive) دهانی

با توجه به شیوع ضایعات ری‌اکتیو دهانی در طول زمان، تقسیم‌بندی و طبقه‌بندی‌های فراوان و متفاوتی از این ضایعات ارائه گردیده است. گاهی این تقسیم‌بندی‌ها جامع و کامل بوده و تمام ضایعات را در بر گرفته و گاهی بر اساس عقیده و اعتقاد محقق دچار سردرگمی و پراکندگی در ضایعات گردیده است. با توجه به این موضوع چون کتابهای معتبر و Reference در این زمینه هر کدام تقسیم‌بندی‌های مختلفی را ارائه داده و طبقه‌بندی واحدی در ارتباط با این ضایعات وجود ندارد و هر روزه با پیشرفت علم و نتایج تحقیقات، این ضایعات، منشاء و اتیولوژی‌های جدیدی نیز پیدا می‌کنند، در این فصل سعی شده است که به اجمال به تمامی این ضایعات اشاره شود و در حقیقت گسترده‌ترین طبقه‌بندی را ارائه نماییم.

بر اساس کتاب Oral pathology-Clinicopathology-Correlation نوشته آقایان Regezi و Sciubba ضایعات ری‌اکتیو به اشکال زیر طبقه‌بندی می‌شود.

۱-۱- Ulcerative Condition (ضایعات همراه با زخم) :

مثال بارز این ضایعات زخم (Ulcer) می‌باشد. زخم‌های دهان اغلب متعاقب تروما (ضربه) ایجاد می‌شوند و شایع‌ترین علت‌های ایجاد زخم‌ها، گاز گرفتن لب، زبان و مخاط یا کال می‌باشد. و از عوامل دیگر ایجادکننده زخم، لبه تیز دندان، ترومای ناشی از مسواک زدن و زخم‌هایی که توسط عمل‌کننده (مثلاً زخم در اثر اعمال دندانپزشکی) بوجود می‌آید، می‌باشند. زخم‌های ناشی از تروما به آسانی توسط ظاهر کلینیکی و تاریخچه آنها شناسایی می‌شوند. این زخم‌ها معمولاً در صورتی که عامل محرک برداشته شود، در طی چند هفته بهبود پیدا می‌کنند. بطور کلی تمام زخم‌هایی که بیش از دو هفته از ایجاد آنها می‌گذرد و بهبود پیدا نکرده‌اند، می‌بایست بیوپسی گردند تا از جهت وجود بدخیمی‌ها یا عدم وجود آن اطمینان حاصل گردد.^(۱)

۱-۲- Verrucal Papillary Lesion's (ضایعات برجسته زگیل مانند دانه‌ای) :

ضایعات زیادی در این گروه قرار دارند، ولی شایع‌ترین ضایعات واکنشی که در این گروه قرار می‌گیرند، عبارتند از :

۱-۲-۱- هیپرپلازی پاپیلری کام (Palatal Papillomatose Hyperplasia) :

این ضایعه یک وضعیت کلینیکی کاملاً شناخته شده‌ای است که اتیولوژی ناشناخته‌ای دارد، ولی شرایطی را که احتمالاً باعث ایجاد این ضایعه می‌شوند، عبارتند از :

الف) دندان مصنوعی لق و نامناسب ،

ب) بهداشت بد دست دندان مصنوعی ،

ج) استفاده از دست دندان مصنوعی در طی ۲۴ ساعت .

از عواملی که به ایجاد ضایعه فوق کمک می کنند، کادیدوزیه مزمن می باشد. این ضایعه در اغلب موارد در کام سخت ظاهر می شود و در یک مورد از هر ده مورد افرادی که از یک وسیله پوشاننده کام استفاده می کنند، دیده می شود.

تأثیر دقیق کاندیدا در ایجاد ضایعه نامعلوم است. پالاتال پاپیلوماتوز (Palatalpapillomatosis) بعنوان یک هیپرپلازی آماسی در نظر گرفته می شود، که در اثر اصطحکاک دندان مصنوعی و بهداشت بد دهان ایجاد می شود. در این رابطه مواد داخل ساختمان دندان مصنوعی کامل مثل منومر که جزئی از ساختار اصلی دندان مصنوعی است، نیز به عنوان عامل مستعدکننده در نظر گرفته می شوند. (۱، ۲، ۳)

۲-۲-۱- کندیلوما لاتوم (Condylumalatum) :

این ضایعه از نظر کلینیکی مشابه هیپرپلازی پاییلاری کام می باشد و متعاقب سیفلیس ثانویه (Secondary Syphilis) ایجاد می شود. عامل آن تریپانوما پالیدوم (Trepanema pallidum) می باشد، و درمان آن ، پنی سیلین (Penicilline) است. پیش آگهی ضایعه فوق بعد از درمان خوب می باشد. از مشخصات عارضه فوق این است که بصورت ضایعه برجسته و اغلب در پوست و در نواحی اطراف دستگاه تناسلی و مقعدی ایجاد می شود. عارضه فوق در داخل دهان بصورت نرم، سرخ رنگ و معمولاً با سطح صاف و یا لبولار (Lobular) دیده می شود. از لحاظ میکروسکوپی، در اپی تلیوم پوششی مطبق سنگفرشی حالت اکانتوز همراه با ادم داخل و بین سلولی دیده می شود و ارتشاح پلاسماسل ها دور عروق ناحیه زیرمخاط (لامینا پروپریا) بدون ایجاد التهاب عروقی (واسکولیت) دیده می شود. (۳)

۳-۲-۱- اسکواموس پاپیلوما (Squamus Papilloma) :

اسکواموس پاپیلوما یک ضایعه برجسته خوش خیم می باشد که از نظر هیستوپاتولوژیک شامل اپی تلیوم سنگفرشی همراه با یک مرکز بافت همبندی می باشد. و از لحاظ کلینیکی نمای انگشتی شکل و گل کلمی دارد. بر اساس مطالعات جدید علت اساسی ضایعه فوق، ویروس پاپیلوما انسانی است. اندازه ضایعه در اغلب موارد زیر یک سانتی متر می باشد. اما ممکن است تا دو الی سه سانتی متر هم رشد کند. این ضایعه در همه گروههای سنی دیده می شود ولی در دهه سوم تا پنجم زندگی شایع تر است. ناحیه اصلی که ضایعه فوق در آن ایجاد می شود، محل اتصال کام نرم با کام سخت و زبان کوچک می باشد. سایر نواحی که ممکن است این ضایعه در آنجا ایجاد شود لب و زبان می باشد. درمان آن، برداشتن کل ضایعه (Excisional Surgery) و عود آن بسیار کم و قابل چشم پوشی است. (۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰)

۴-۲-۱- کندیلومای اکومیناتوم (Condyloma Acuminatum) :

این ضایعه تکثیر خوش خیم بافت اپی تلیوم مطبق سنگفرشی در اثر ویروس پاپیلومای انسانی می باشد. ضایعه فوق معمولاً در نواحی تناسلی ایجاد می گردد، اما در مخاط دهان نیز دیده می شود. راه انتقال این ضایعه، تماس جنسی است و از نظر بالینی مشابه پاپیلوما بصورت گل کلمی شکل می باشد. رنگ آن طیفی از صورتی تا سفید را شامل می شود و پایه آن از پاپیلوما بزرگتر است.

از نواحی شایع بروز ضایعه در مخاط دهان می توان به لب، زبان و کام اشاره کرد. این ضایعه بصورت خوشه ای شکل متعدد خود را نشان می دهد. و پس از درمان جراحی بدلیل منشأ آن عود بالا بی دارد. (۱۱)

۵-۲-۱- بیماری هک ("Heck disease" Focalepithelial Hyperplasia) :

این ضایعه پرولیفراسیون مخاط اپی تلیوم می باشد، که برای اولین بار در Navajo Indians دیده شد. اما امروز در سایر نقاط جهان نیز دیده می شود. علت اصلی ضایعه فوق نامعلوم است اما فاکتورهای ژنتیکی و ویروس پاپیلومای انسانی بعنوان عوامل اتیولوژیک مورد توجه محققین می باشند. این ضایعه بطور اختصاصی بصورت ندول های چندگانه در لب پایین، مخاط با گال و زبان دیده می شود. اغلب در کودکان دیده می شود و معمولاً خودبخود بهبود پیدا می کند ولی امکان پابدار ماندن ضایعه برای چندین سال هم وجود دارد. بیماری Heck معمولاً بدون علامت است و ندول ها از اندازه ته سنجاق تا پنج میلی متر متغیر می باشند. ندول ها در بیماری Heck بوسیله یک بافت پوششی مطبق سنگفرشی هیپرپلاستیک پوشیده شده اند. (۱۱)

۳-۱- ضایعات سفید رنگ (White Lesions) :

ضایعت ری اکتیو این گروه شامل موارد زیر می باشند :

۱-۳-۱- هیپرکراتوز تحریکی و اصطحاکاکی (Focal (Frictional) Hyperkeratosis) :

این عارضه یک ضایعه سفید رنگ می باشد، که اغلب تحت عنوان بالینی لکوپلاکیا تقسیم بندی می شود و از لکو پلاکیهای با علت نامعلوم (Un known) جدا می شود.

این ضایعه در اثر اصطحاک مداوم مخاط دهان یا پوست با یک جسم خارجی یا در مناطقی که تروما بطور مداوم و مزمن وجود دارد، ایجاد می گردد. مناطقی از دهان که این ضایعه در آن بیشتر دیده می شود عبارتند از: لب، دیوارهای طرفی زبان و مخاط با کال که در امتداد خط جونده (Biting line) می باشند. البته ضایعه فوق در ناحیه بدون دندان (Alveolar Ridge) هم ایجاد می شود. از نظر بافت شناسی، افزایش بافت کراتینیزه دیده می شود و در بافت همبند (Connective tissue) سلولهای آماسی، خصوصاً سلولهای آماسی مزمن افزایش حاصل می کنند. هیپرکراتوز اصطحاکاکی با

گرفتن تاریخچه از بیمار و معاینه و در مواردی بیوپسی (Biopsy) شناخته می‌شود. درمان آن قطع عادت بیمار و حذف ترومای مزمن موضعی به همراه رعایت اصول بهداشتی می‌باشد. (۳)

۳-۱-۳- سفید وابسته به استفاده از تنباکوی کشیدنی (White Lesions associated with smokers tobacco):

بین مصرف تنباکو و تغییرات بافت دهانی ارتباط واضحی وجود دارد که این مسأله در مورد انفیه (Snuff) که مشتقی از تنباکو است بیشتر صادق است. تغییرات مخاطی بصورت آماسی و کراتوز می‌باشد. در مورد مصرف انفیه (Snuff) یکی از عواملی که در ایجاد عوارض دهانی مؤثر است، PH آن می‌باشد (۹/۳ - ۸/۲). پس از دو سال مصرف تنباکو، امکان ایجاد لکوپلاکیا وجود دارد. ضایعات وابسته به مصرف تنباکو بیشتر در عمق وستیبول با کال و لبیال ایجاد می‌شوند و معمولاً بصورت چین خوردگی‌های سفیدرنگ و بدون علامت می‌باشد. از لحاظ هیستوپاتولوژیک پاراگراتوز خفیف تا متوسط دیده می‌شود. همچنین هیپرپلازی اپی‌تلیالی نیز دیده می‌شود. در صورت مصرف طولانی‌مدت تنباکو امکان ایجاد بدخیمی وجود دارد. خصوصاً امکان خطر تشکیل سرطان سلول سنگفرشی (S.C.C) و ورکوز کارسینوما در مصرف چندین ساله تنباکو وجود دارد. درمان عارضه فوق قطع عادت بیمار و در صورت شک به بدخیمی، انجام نمونه‌برداری (Biopsy) می‌باشد. (۳)

۳-۱-۳- استوماتیت نیکوتینی (Nicotinomatitis):

این ضایعه اغلب در افرادی که پیپ یا سیگار می‌کشند ایجاد و اغلب در کام سخت و کام نرم اتفاق می‌افتد. استوماتیت نیکوتینی یک تغییر مخاط دهان می‌باشد که در آن مدخل کانالهای غدد بزاقی فرعی گشاد و ملتهب می‌شوند. و اپی‌تلیوم پوشاننده آن دچار کراتینیتزاسیون بیش از حد می‌گردد. این ضایعه به شکل یک سری پاپولهای مدور یا مرکز فرورفته می‌باشد. در کشورهای غرب این ضایعه را پیش‌سرطانی نمی‌دانند ولی امکان ایجاد بدخیمی نباید از نظر دور باشد. تغییرات بسیار شدید در کام بیمارانی که سیگار را بطور معکوس (Reverse Smoking) وارد دهان می‌کنند دیده می‌شود. این عادت اخیر در هندوستان و بعضی مناطق دیگر دیده می‌شود و این افراد مستعد تشکیل دیس‌پلازی اپی‌تلیالی یا سرطان سلول سنگفرشی (S.C.C) دهان می‌باشند. (۱۱)

۴-۱- ضایعات آبی - قرمز (Red-blue Lesion's):

ضایعات واکنشی این گروه شامل موارد زیر است:

۴-۱-۱- گرانولوم پیوژنیک یا تومور جاملگی (Pyogenic Granuloma):

پیوژنیک گرانولوما یک شبه‌تومور شایع حفره دهان است که تغییرات بدخیمی ندارد. در مورد منشاء آن تصور می‌شد که توسط ارگانایسم‌های پیوژنیک (چرک‌زا) ایجاد می‌شود، ولی هم‌اکنون اعتقاد بر این است که این ضایعه به عفونت وابسته

نمی‌باشد. ضایعه فوق چنانچه در زمان حاملگی ایجاد شود، بنام تومور حاملگی (Pregnancy Tumour) شناخته می‌شود. و حداکثر شیوع آن در زنان، در سنین باروری (Fertility age) می‌باشد. و از اولین تا نهمین ماه حاملگی می‌تواند بروز کند. ولی این ضایعه اغلب در سه ماهه اول حاملگی دیده می‌شود. اندازه ضایعه به تدریج بزرگ می‌شود، ولی امکان اینکه بعد از زایمان اندازه آن کوچک شود وجود دارد. درمان ضایعه فوق جراحی می‌باشد ولی در صورتی که در زمان حاملگی برداشته شود، امکان خونریزی و عود آن بالا است که با فیبروزه شدن آن بعد از زایمان این معضل (خونریزی) به شدت کاهش می‌یابد. (۱، ۲، ۳)

۲-۴-۱- ژانتسل گرانولومای محیطی (Peripheral Giant Cell Granuloma) :

P.G.C.G یک ضایعه نسبتاً شایع و شبه‌تومور حفره دهان می‌باشد و در اثر تحریکات موضعی و تروما ایجاد می‌شود. در گذشته به ضایعه فوق Reparative Granuloma می‌گفتند، اما هرگونه ترمیمی در مورد این ضایعه مورد شک و تردید است. برطبق مطالعات Immunohistochemical نشان داده شده است که سلول‌های غول‌آسای داخل ضایعه (Giant Cells) طبیعت استئوکلاستیک (استخوان‌خواری) دارند. امکان اینکه یک Central G.C.G (ژانتسل گرانولومای مرکزی) کورتکس را سوراخ کرده و بصورت P.G.C.G بروز نماید وجود دارد. عوامل اتیولوژیک، خصوصیات هیستولوژیک و بالینی و درمان این ضایعه در فصول بعدی مورد بررسی قرار می‌گیرد. (۱، ۲، ۳)

۳-۴-۱- رومبوتید گلووسیتیس (Median Romboid Glositis) :

ضایعه فوق در سطح پشتی زبان (Dorsum of tongue) و در قدام پایپلاهای کاسه‌ای شکل (Circumvalate Papilla) دیده شده و هرمی شکل می‌باشد. در ناحیه مبتلا پایپلاهای نخی شکل (Filiform papilla) از بین رفته‌اند، ضایعه معمولاً سطح صافی دارد، اگر چه بصورت ندولی (Nodular) یا شیاردار نیز ممکن است دیده شود. ضایعه فوق برای مدتهای طولانی بعنوان یک-عارضه تکاملی در نظر گرفته می‌شد. ولی امروزه اعتقاد بر این است که عوامل متعدد و متفاوتی در ایجاد آن مؤثر می‌باشند. مثلاً کاندیدای مزمن موضعی در اغلب موارد دیده می‌شود که متعاقب مصرف داروهای ضدقارچ بهبود پیدا می‌کند. این امکان که عفونت کاندیدایی از سطح پشتی زبان در بیماران با M.R.G به کام منتقل شود وجود دارد. (۱۱)

۵-۱- ضایعات بافت همبند (Connective Tissue Lesions) :

ضایعات واکنشی این گروه عبارتند از :

۱-۵-۱- فیبرومای محیطی (Peripheral Fibroma) :

فیبروما یک تومور خوش خیم شایع حفره دهان است. این ضایعه یک هیپرپلازی بافت همبند در جواب به تحریکات مزمن موضعی و تروما (ضربه) می‌باشد. فیبرومای تحریکی از بافت همبند تحت مخاطی یا از بافت پرپودنتال منشأ می‌گیرد.