

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

۱۳۷۲۳۵



دانشگاه علوم پزشکی شیراز
دانشکده دندانپزشکی

پایان نامه جهت اخذ درجه دکترای عمومی دندانپزشکی

بررسی شیوع انواع پیگمانتاسیون های دهانی در مراجعین
بخش تشخیص دانشکده دندانپزشکی شیراز در بهار ۱۳۸۹

استاد راهنما :

دکتر جنان قبانچی

استادیار گروه تشخیص بیماری های دهان و دندان

استاد مشاور :

دکتر معصومه درویشی

نگارش :

سیما جوکار

شماره پایان نامه :

۱۲۸۲

پاییز ۱۳۸۹

۱۳۸۹/۹/۱۴

کتابخانه دانشگاه علوم پزشکی شیراز
فصلنامه دندانپزشکی

به نام خدا

ارزیابی پایان نامه

پایان نامه دکترای عمومی دندانپزشکی شماره ۱۲۸۲

تحت عنوان :

« بررسی شیوع پیگمانتاسیونهای دهانی در بیماران مراجعه کننده به بخش تشخیص دانشکده دندانپزشکی شیراز
در بهار ۱۳۸۹ »

با نگارش سیما جوکار در تاریخ ۱۹ / ۷ / ۱۳۸۹ با نمره و درجه مورد تایید قرار گرفت.

استاد راهنما : سرکار خانم دکتر جنان قیانچی

استاد مشاور: سرکار خانم دکتر معصومه درویشی

هیئت داوران :

جناب آقای دکتر داریوش امانت

سرکار خانم دکتر جنان قیانچی

سرکار خانم دکتر معصومه درویشی

جناب آقای دکتر اشکان محمودی

سرکار خانم دکتر آزاده اندیشه تدبیر

تقدیم به مادرم

مهربان فرشته‌ای که می‌بخشد و می‌بخشد و می‌بخشد...

تقدیم بہ پدرم

سنگ صبور و حامی ہمیشگی ام

پاس:

باسپاس فراوان از زحمات استاد عزیزم سرکار خانم دکتر جناب قانچی و شکر از حمایت های بی شائبه ی استاد

مهربانم سرکار خانم دکتر معصومه درویشی

فهرست شماره صفحه

مقدمه

- ۱ تعریف پیگمانتا سیون
- ۲ رنگدانه ها
- ۳ طبقه بندی ضایعات پیگمانته
- ۳ آمانگام تاتو
- ۴ خال رنگی
- ۵ ملانوتیک ماکول دهانی
- ۵ ملانوما
- ۶ پیگمانتاسیون فیزیولوژیک
- ۶ سندرم Peutz - jehers
- ۷ ملانوزیس سیگاری ها
- ۷ مصرف داروهای ضد مالاریا
- ۷ مصرف Minocycline
- ۷ بیماری آدیسون
- ۸ بیماری های پریدنتال
- ۸ هموکروماتوز
- ۸ عفونت HIV
- ۹ سارکوم کاپوسی
- ۹ پیگمانهای وابسته به فلزات سنگین
- ۱۰ همانژیوما
- ۱۱ واریکس
- ۱۱ تلائنکتازی ارثی خونریزی دهنده
- ۱۲ لیکن پلان پیگمانته

۱۲ اکی موز

۱۲ پتشی

۱۳ زبان مودار

فصل دوم

۱۴ مروری بر مقالات

فصل سوم

۲۰ روش تحقیق

فصل چهارم

۲۲ نتایج

فصل پنجم

۳۲ بحث و نتیجه گیری

۳۶ منابع و ماخذ

..... پیوست

چکیده

مقدمه : پیگمانتاسیون دهانی به تغییر رنگ مخاط دهانی که در اثر طیف گسترده ای از عوامل و شرایط ایجاد می شود اطلاق می گردد. عوامل داخلی و خارجی بسیاری در ایجاد پیگمانتاسیون موثرند. بیشتر پیگمانتاسیون ها با دخالت پنج رنگدانه اولیه ایجاد می شوند که شامل: Melanin, Melaniod, Oxyhemoglobin, Reduced hemoglobin, و Carotene می باشند. علت ایجاد سایر پیگمانتاسیون های با منشا داخلی را Bilirubin و Iron می دانند.

هدف: هدف از این مطالعه ، بررسی اپیدمیولوژی ضایعات رنگی دهانی در بیماران مراجعه کننده به بخش تشخیص دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز در ۳ ماهه ی بهار سال ۱۳۸۹ می باشد. دست یابی به ارتباط بین انواع ضایعات پیگمانته دهانی با، جنس، سن، آگاهی بیمار از وجود ضایعه در مخاط دهانی، مکان و سایز ضایعه ، کانونی یا پراکنده بودن پیگمانتاسیون ها و نیز ارزیابی تغییرات ضایعات در گذر زمان و نیز ارتباط با بیماریهای سیستمیک ، عادات بیمار (مثل سیگار کشیدن و غیره)، مصرف داروها، پرکردگی های دندانی درمحل ضایعه و حاملگی ، به عنوان اهداف ضمنی مطالعه مورد توجه قرار گرفت.

طرح مطالعه: ۳۶۰ بیمار ۱۰ تا ۵۰ ساله که جهت معاینات روتین دندانپزشکی به بخش تشخیص دانشکده ی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز مراجعه می کردند طی ۳ ماه (فروردین، اردیبهشت و خرداد ۸۹) جهت بررسی از نظر وجود ضایعات رنگی در مخاطات دهانی، مورد معاینه قرار گرفتند. انتخاب موارد به صورت معاینه ی کلیه ی بیماران پذیرش شده ی بخش ، با رضایت بیماران و بدون در نظر گرفتن ترتیب خاصی صورت گرفت. هر بیمار توسط یک متخصص تشخیص بیماریهای دهان و دندان و یک دانشجوی دندانپزشکی به عنوان دستیار، معاینه شد . clinical examination به کمک آبسلانگ درنور مناسب یونیت دندانپزشکی صورت گرفت که در آن کلیه سطوح مخاطی دهانی هر بیمار به طور دقیق مشاهده و بررسی شد . آنالیز آماری باکمک نرم افزار Spss صورت گرفت. تست آماری استفاده شده در این تحقیق chi square بود.

نتیجه گیری: در این تحقیق سعی ما بر بررسی اپیدمیولوژی انواع پیگمانتاسیون های مخاطی دهان در استان فارس با در نظر گرفتن دانشکده دندانپزشکی شیراز به عنوان جامعه آماری مطلوب بود. پیگمانتاسیون فیزیولوژیک شایعترین ضایعه پیگمانته دهانی گزارش شد و رابطه معنی داری بین سن و انواع پیگمانتاسیون ها به دست نیامد. همچنین در این مطالعه اکثر بیماران از وجود پیگمانتاسیون درمخاط دهانی خود بی اطلاع بودند. از آنجا که $\frac{1}{3}$ ملانومای دهانی از یک پیگمانتاسیون مخاط دهان منشا می گیرد آگاهی از وجود این ضایعات و لزوم پیگیری آنها، امری ضروری به نظر می رسد

فصل اول:

مقدمه

مقدمه

مخاط دهان در حالت سلامتی دارای رنگ صورتی است که از صورتی کمرنگ تا پررنگ متغیر است. تغییر رنگ، وابسته به اندازه، ضخامت اپیتلیوم و میزان اریتروسیت های موجود در عروق بافت همبند و نزدیکی و دوری آن ها از سطح است. در لایه اپیتلیال سلولهای ملانوسیت قرار گرفته اند که عمل حفاظت پوست و مخاط را به عهده دارند. میزان ملانین موجود در ملانوسیت ها و سلولهای اپیتلیال اطراف آن باعث تغییر رنگ تیره در مخاط و پوست می شود و در اقوام و نژادهای مختلف میزان پیگمان ملانین قابل مشاهده به صورت کلینیکی متفاوت است .

پیگمانتاسیون به تغییر رنگ مخاط دهانی یا Gingiva که در اثر طیف گسترده ای از عوامل و شرایط ایجاد می شود اطلاق می گردد.

عوامل داخلی و خارجی بسیاری در ایجاد پیگمانتاسیون موثرند. بیشتر پیگمانتاسیون ها با دخالت پنج رنگدانه اولیه ایجاد می شوند که شامل: Melanin، Melanoid، Oxyhemoglobin، Reduced hemoglobin و Carotene می باشند. علت ایجاد سایر پیگمانتاسیون های با منشا داخلی را Bilirubin و Iron می دانند. (1)

Melanin

ملانین یک رنگدانه قهوه ای غیر اشتقاقی از هموگلوبین است که از اصلی ترین عوامل داخلی ایجاد پیگمانتاسیون محسوب می شود. این رنگدانه توسط ملانوسیت ها تولید شده و در لایه بازال اپیتلیوم یافت می شود. ملانوسیت ها هسته گرد با غشای دوپل و سیتوپلاسم شفاف دارند و فاقد دسموزوم و صفحات اتصالی هستند و ملانین در سیتوپلاسم جمع می شود. تعداد ملانوسیت های مخاط باز تابی از تعداد آنها در پوست است. با این تفاوت که در مخاط، فعالیت این جزء کاهش یافته است . بسته به عمق آن در بافت، ملانین ممکن است رنگ آبی، خاکستری، یا سیاه را به مخاط بدهد تحریکات بسیاری می توانند سبب افزایش تولید ملانین در مخاط شوند. از آن جمله می توان به تروما، اثر هورمونها، رادیاسیون و مصرف داروها اشاره کرد.

در گرانولهای ملانین بر خلاف پره ملانین و ملانوزوم تیروزیناز فعالیتی ندارد. (2)

Melanoid

گرانولهای رنگدانه ملانوئید در Stratum lucidum و Stratum corneum پوست پراکنده اند. بیشتر تصور بر این بود که ملانوئید محصول کم رنگ شده ای از ملانین است ولی اخیراً نشان داده شده که این رابطه تقریباً متحمل نیست. ملانوئید یک رنگ زرد شفاف به پوست می دهد. (3)

Oxyhemoglobin and Reduced hemoglobin

هر دو رنگدانه هایی هستند که از رسوبات همدوسیدرین ایجاد می شوند. رنگ پوست تحت تأثیر مویرگها و شبکه های سیاهرگی موجود در آن قرار می گیرد. (3)

Carotene

کاروتن در لیپید Stratum lucidum و Stratum corneum منتشر است و رنگی زرد به پوست می دهد و در زنان در غلظت بیشتری نسبت به مردان می توان آن را یافت.

ضایعات پیگمانته دهانی منشا گوناگونی دارند. کلاسه بندی های مختلفی جهت تسهیل امر تشخیص انجام شده است. برخی مطالعات ضایعات را به دو گروه اصلی: ضایعات دارای منشاء داخلی و ضایعات با منشاء خارجی تقسیم می کنند. (2)

زیر گروه های ضایعات پیگمانته شامل موارد زیر است:

الف) پیگمانهای غیر توموری

ب) تومورهای پیگمانته غیر ملانینی یا ضایعات شبه توموری

ج) تومورهای خوش خیم ملانینی

د) ملانومای بدخیم

در برخی مطالعات، تقسیم بندی بر اساس منشا لوکال یا سیمتیک ضایعه صورت گرفته است. (1)

مشخصات کلینیکی

لته چسبنده بیشترین بافت پیگمانته داخل دهانی را تشکیل می دهد، شایعترین محل های ذکر شده دیگر شامل؛ پایی های لته، لته مارجینال و مخاط آلوئولار است.

تعداد کلی تولید کننده های ملانین در لته چسبنده حدوداً ۱۶ برابر بیشتر از لته آزاد است. شیوع پیگمانتاسیون های لته بیشتر در سمت لبیال لته گزارش شده و رنگ پیگمانها به قهوه ای تیره متمایل به مشکی، قهوه ای و زرد-قهوه ای روشن تقسیم بندی شده است. پیگمانتاسیون های ناشی از ملانین معمولاً تظاهر یک بیماری را ندارند و تنها شخص مبتلا را در مورد رنگ لته نگران می کنند. (3,4)

تشخیص افتراقی و کلاسه بندی ضایعات

تشخیص افتراقی عموماً بر اساس طبقه بندی زیر انجام می شود:

الف) پیگمانتاسیون های موضعی: آمالگام تاتو، گرافیت تاتو، خال، ملانوتیک ماکول، ملانواکانتوما، ملانوم بدخیم، سارکوم کاپوسی، وروسی فرم زانتوما.

ب) پیگمانتاسیون های فراگیر یا چند تایی:

ب-۱) پیگمانتاسیون فیزیولوژیک، سندرم Peutz- Jegher، سندرم laugier- Hunziker، پیگمانتاسیون های لکه ای، بیش فعالی غدد درون ریز و سندرم Carney

ب-۲) داروها: داروهای ضد ملاریا، داروهای ضد میکروبی، مینوسیکلین، Amiodarone، Zidovudine، Methyldopa، Contraceptive pills، Ketoconazole، در معرض فلزات سنگین قرار گرفتن (طلا، بسیموت، جیوه، نقره، مس ...)، سیگار و betel quid.

ب-۳) غدد درون ریز: بیماری آدیسون، سندرم آلبرایت، آکانتوز، حاملگی، پرکاری غده تیروئید

ب-۴) پیگمانهای متعاقب عفونت: بیماری های پریدنتال، تغییر رنگهای پس از جراحی.

ب-۵) دیگر عوامل: هموکروماتوز، نوروفیبروماتوز، بیماری ویلسون، تالاسمی، کیست رنگی لته و سوء تغذیه . (1)
برخی عوامل مهم در اینجا مورد بحث قرار می گیرند.

آمالگام تاتو

آمالگام تاتو یکی از شایعترین علل پیگمانتاسیون های داخل دهانی است که در معاینات به شکل یک ضایعه آبی-خاکستری صاف در اندازه های مختلف دیده می شود. محل غالب آن لته و مخاط آلوئولار است ولی گاهی می تواند کف دهان یا مخاط باکال را نیز درگیر کند.

علائمی از التهاب اطراف این ضایعه دیده نمی شود. در برخی موارد خصوصاً زمانی که تکه های آمالگام بزرگ اند می توان در کلیشه های رادیوگرافی آن را مشاهده کرد. تشخیص این ضایعه می تواند بر معاینات چشمی و یافته های رادیوگرافی استوار باشد. در مواردی که در تشخیص ضایعه شک وجود دارد بیوپسی و نمونه گیری می تواند به یافتن آمالگام در بافت همبند و تشخیص بهتر کمک کند. (5)

نیمی از ضایعات علائمی از خود نشان نمی دهند و در معاینات روتین دندانپزشکی کشف می شوند. گرافیت نیز می تواند طی جراحات وارده با مداد، به مخاط نفوذ کند. این ضایعات اغلب در بچه ها و در قسمت جلوی کام یافت می شوند. تاریخچه جراحی به تشخیص کمک می کند. در هر صورت نمونه گیری جهت رد کردن احتمال ملانوما پیشنهاد می شود. (5)

خال رنگی

خال رنگی از علل نادر ایجاد پیگمانتاسیون دهانی محسوب می شود، این خالها به هر دو رنگ قهوه ای یا آبی بروز می کند. از نظر بافت شناسی، خال تجمعی از سلولهای نووس در لایه بازال اپیتلیوم یا بافت همبند یا هر دوست. بر این اساس به خال های درون پوستی، درون مخاطی، ترکیبی و اتصالی تقسیم بندی می شوند. Junctional nevi صاف و به رنگ قهوه ای تیره دیده می شود که این به دلیل تکثیر در نوک رتریج ها و نزدیکی این تجمعات سلولی به سطح است. خال های درون مخاطی و compound nevi مشخصاً قهوه ای روشن اند. این خال ها به شکل ضایعات گنبدی دیده می-شوند.

Blue nevus تکثیری از ملانوسیت های پوستی در خلال بافت همبند و با فاصله ای از سطح اپیتلیوم است که این نمایی آبی به خال می بخشد.

خال های درون مخاطی شایعترند و به کرات در مخاط باکال دیده می شوند. Blue nevus دومین خال شایع مخاط است که بیشتر مواقع در کام یافت می شود. تشخیص خال آبی از ملانوما در مراحل اولیه به صورت کلینیکی سخت می نماید، خصوصاً در کام که مکان شایعی برای هردوست.

باینکه تبدیل خال رنگی به ملانوما با مدارک مکفی اثبات نشده، گمان آن می رود که خال ها ممکن است ضایعات پیش سرطانی ملانومای مخاطی را بروز دهند، بنابراین نمونه گیری از این ضایعات جهت معاینات و آزمایشات بافت شناسی توصیه می شود. (6)

ملانوتیک ملانوما دهانی

ملانوتیک ملانوما از میان ضایعات مخاطی به نسبت کمیاب و از این نظر قابل مقایسه با کک و مک های پوستی ناشی از افزایش موضعی تولید ملانین است.

این ضایعه به نامهایی چون *Lentigo, Melanosis, Ephelis* و *Labial lentigo* شناخته می شود. (6) ملانوتیک ماکول لبی، ضایعه خوش خیمی است که غالباً روی لب پائین دیده می شود. به همان ترتیب، ملانوتیک ماکول دهانی همان ضایعه اما درون حفره دهان است. محل شایع این ضایعه روی لثه است که پس از آن مخاط باکال و کام قرار دارند.

هر دو ضایعه (ملانوتیک ماکول لبی و دهانی) با افزایش مقدار ملانین، بدون افزایش تعداد ملانوسیت ها ایجاد می شوند. ملانوتیک ماکول ها اغلب قطری کمتر از ۱ سانتیمتر با حاشیه مشخص و لبه های صاف دارند. اکثراً به شکل ضایعات انفرادی بروز می کنند ولی گاهی ضایعات چند تایی نیز دیده شده است.

رنگ ضایعه یکنواخت است و ممکن است به رنگ قهوه ای روشن یا تیره باشد. ملانوتیک ماکول در زنان و نوجوانان بیشتر دیده شده و تبدیل به ملانوما در آن گزارش نشده است، با این وجود نمونه گیری معمولاً برای تأیید تشخیص و رد ملانوما نیاز است. خصوصاً برای ضایعاتی که کام را درگیر می کنند، یعنی جایی که شیوع ملانوما بدخیم را در آن داریم. (6)

ملانوما

ملانوما یک بدخیمی مربوط به ملانوسیت هاست. ملانوزومها در این سلولها حاوی آنزیم های لازم برای تبدیل آمینواسیدها به ملانین هستند. ملانوسیت در لایه بازال اپیتلیوم یافت می شوند. از نظر بافت شناسی، اپیتلیوم مخاطی که تعداد زیاد ملانوسیت و مقدار افزایش یافته ی ملانین دارد غیر طبیعی محسوب می شود، که ملانوما بدخیم معمولاً سبب افزایش هر دو به میزان مساوی می شود. این ضایعه معمولاً در افراد بالای ۴۰ سال رخ می دهد و شیوع آن در مردان بیشتر از زنان گزارش شده است. (1)

شایعترین محل برای ملانوما کام است که ۴۰ درصد موارد را شامل می شود. پس از آن لثه، که یک سوم موارد را تشکیل می دهد.

در معاینات، ملانوما را به صورت یک ضایعه بدون علامت با رشد آهسته به رنگ قهوه ای یا سیاه می بینیم که حاشیه های نامنظم دارد. یا به صورت توده سلولی که به سرعت بزرگ می شود و همراه با زخم، خونریزی، درد و شکستگی استخوان دیده می شود.

برخی از ملانوماهای دهانی فاقد رنگ اند (Amelanotic) با اینکه احتمال بروز این ضایعه کم است، در صورت ابتلا یک بیماری جدی و گاهاً کشنده محسوب می شود.

درمان ملانوما به صورت radical excisional با حاشیه امن است که عموماً این عمل به دلیل نزدیکی به ساختارهای حیاتی به خوبی و کامل انجام نمی شود.

رادیوتراپی و شیمی درمانی موثر نیستند. پروگنوز در نوع دهانی آن از نوع پوستی ضعیف تر است. بهترین راه بهبود بخشیدن به پروگنوز، تشخیص به موقع آن است. (6)

پیگمانتاسیون فیزیولوژیک

پیگمانتاسیون فیزیولوژیک مخاط دهانی که در آفریقا، آسیا و ساکنین مدیترانه شایع است بر اثر افزایش فعالیت ملانوسیت ها و به نسبت کمتر در اثر افزایش تعداد این سلولها ایجاد می شود. رنگ ضایعه از قهوه ای روشن تا تیره است. لته چسبنده شایعترین محل برای ظهور پیگمانتاسیون فیزیولوژیک محسوب میشود.

این ضایعه به صورت نواری دو طرفه با حواشی مشخص و به رنگ قهوه ای تیره، لته مارجینال را می پوشاند.

پیگمانتاسیون فیزیولوژیک در نواحی باکال، کام سخت، لب ها و زبان ممکن است به رنگ قهوه ای تیره مشاهده شود، اما حواشی واضح در آن کمتر به چشم می خورد.

این پیگمانتاسیون بدون علاومت می باشد و نیازی به درمان ندارد. (2)

سندرم Peutz-jeghers

این سندرم یک بیماری ژنتیکی در ارتباط با موتاسیون ژن LKB1 روی کروموزوم است که با ماکول های پوستی - مخاطی رنگی، پولیپ های مجاری گوارشی و افزایش خطر سرطان در بقیه ارگان ها مشخص می شود.

لکه های ملانوتیکی این سندرم مشخصاً کوچک و متعدد اند و اطراف لب می توان آنها را به وضوح یافت. این لکه های پوستی را می توان روی دست و پاها نیز دید.

این پیگمانتاسیون، خطر تبدیل به ملانوما را ندارد و نیازی به درمان آن نمی باشد. اما در هر صورت بیمار می بایست از جهت احتمال بدخیمی های گوارشی تحت نظر قرار گیرد. (3)

ملانوزیس سیگاری ها

این ضایعه یک پیگمانتاسیون خوش خیم دهانی است. مصرف تنباکو از عوامل ثابت شده ی ایجاد آن است. گفته می شود افزایش ملانین در سیگاری ها یک دفاع بیولوژیکی علیه مواد مضر تنباکو است. این پیگمانتاسیون با ماکول های متعدد قهوه ای با قطر کمتر از ۱ سانتیمتر مشخص می شود. مکان شایع آن لثه چسبنده لبیال و پایی های بین دندانی است. پیگمانتاسیون سیگاری ها در بین زنان و در دهه سوم زندگی بیشتر شیوع دارد. گفته می شود این به دلیل اثر افزایشی متقابل بین جنسیت و مصرف دخانیات است. ملانوزیس سیگاری ها معمولاً در ۳ ساله ی اول مصرف سیگار خود را نشان نمی دهد. نمونه گیری جهت بررسی سطح ضایعه و شدت پیگمانتاسیون یا به دنبال ایجاد ضایعه در مکانهای نامطلوب، توصیه می شود. (8)

مصرف داروهای ضد مالاریا

مصرف طولانی مدت یکسری داروهای ضد مالاریایی مثل Chlorquine, Quinacrine, Hydroxy chlorquine می تواند سبب ایجاد پیگمانتاسیون های دهانی شود. این پیگمانتاسیون خاکستری رنگ و شبیه به پیگمانتاسیون ایجاد شده در اثر silver arsphenamine است. (1)

مصرف Minocycline

مینوسایکلین یک تتراسایکلین سنتتیک است که عموماً در درمان آکنه استفاده می شود. تتراسایکلین سبب ایجاد پیگمانتاسیون های دندانی و استخوانی می شود و مینوسایکلین پیگمانتاسیون های بافت نرم را ایجاد می کند. این پیگمانتاسیون به صورت رسوبات قهوه ای ملانین در کام سخت، لثه، غشای موکوزی و زبان دیده می شود. (2)

بیماری آدیسون

این بیماری در اثر تخریب پیش رونده قشر آدرنال به صورت دو طرفه با عوامل اتوایمیون، عفونت ها یا بدخیمی ها ایجاد می شود. کمبود هورمونهای آدرنوکورتیکال در خون، تولید ACTH را توسط هیپوفیز قدامی تحریک می کند. افزایش

ACTH، هورمونهای تحریک کننده ملانوسیت ها را فعال می کند که منجر به ایجاد پیگمانتاسیون های پراکنده روی پوست و مخاط دهان می شود.

درگیری مخاط دهان به صورت پدیدار شدن لکه های قهوه ای روی لثه، مخاط باکال، کام و زبان است که ممکن است به پیگمانتاسیون فیزولوژیک شبیه باشد. (9)

نمونه گیری از ضایعات دهانی، آکانتوز با گرانولهای silver- positive را نشان می دهد. ملانین را می توان در لایه بازال یافت. (1)

بیماری های پریدنتال

مشکلات پریدنتال اغلب سبب تغییر رنگ مخاط می شوند. همچنین پیگمانتاسیون های دهانی در حضور ژنوتیپ بدتر می شوند، چراکه پریدنتیت سبب افزایش نفوذپذیری رگ ها می شود و نفوذ فلزات سنگین را به ناحیه تسهیل میکند. (1)

هموکروماتوز

هموکروماتوزیس یک بیماری مزمن محسوب می شود که با رسوب آهن «هموسیدرین و فریتین» در بافت های بدن مشخص می شود. پیگمانتاسیون ها در پوست یا مخاط و یا هر دو، یافت می شود.

در ۱۵ تا ۲۵ درصد بیماران مبتلا به هموکروماتوزیس پیگمانتاسیون های دهانی گزارش شده است. مخاط دهانی در این بیماری، پیگمان های قهوه ای - خاکستری پراکنده نشان می دهد.

محل شایع برای تظاهر این ضایعه روی لثه چسبده است. (1)

عفونت HIV

مبتلایان به ویروس HIV مستعد انواعی از عفونت ها هستند. یکی از این عفونت ها درگیری غدد آدرنال است که در نتیجه علائمی شبیه به بیماری آدسیون ایجاد می کند.

این بیماران هاپر پیگمانتاسیون شدیدی در پوست، ناخن و غشاء مخاطی دارند. در حقیقت اکثر این بیماران پیگمانتاسیون های متعددی را در نواحی مخاط باکال خود خواهند داشت. علاوه بر مخاط باکال، رنگدانه های ملانینی در لثه، کام و زبان نیز تجمع می یابند. (10)

ظاهر میکروسکوپی این نوع از ملانوز شبیه بقیه انواع ملانوزیس است.

در معاینات کلینیکی، پیگمانتاسیون های دهانی به شکل ماکول های قهوه ای یا قهوه ای تیره با حاشیه نامنظم دیده می شوند. (6)

سارکوم کاپوسی

سارکوم کاپوسی یک بدخیمی مولتی فوکال است که به طور غالب در عفونت با ویروس HIV و در فاز درگیری با ایدز دیده می شود.

HHV-8 که یکی از انواع ویروس هرپس محسوب می شود عامل آن به شمار می آید.

سارکوم کاپوسی در مخاط دهانی معمولاً در کام، لثه و زبان دیده می شود. در مراحل اولیه، ضایعه به صورت صاف یا برآمدگی کم، قهوه ای یا ارغوانی و اغلب دو طرفه دیده می شود. ضایعات پیشرفته به رنگ قرمز تیره تا پلاکهای ارغوانی یا ندول های دارای زخم فراوان نکروزه و همراه خونریزی دیده می شود.

بیوپسی جهت تشخیص قطعی ضایعه نیاز است. (6)

پیگمان های وابسته به فلزات سنگین

مقادیر افزایش یافته ی فلزات سنگین (جیوه، نقره، آرسنیک، طلا و ...) در خون، یکی از علل شناخته شده تغییر رنگ مخاطی است. در جوانان شایعترین علت این نوع پیگمان ها قرار گرفتن در معرض بخار این فلزات در محیط های کاری گزارش شده است.

در گذشته پروسه های درمانی با داروهای حاوی فلزات سنگین مثل داروهای حاوی آرسنیک برای درمان سفلیس، شایعترین علت این نوع پیگمانتاسیون شناخته می شد. در بچه ها در معرض آبهای آلوده قرار گرفتن یا استفاده از داروهای حاوی جیوه- نقره علت محسوب می شود.

این پیگمانتاسیون در حاشیه لثه به شکل خطوط آبی- سیاه دیده می شود و به نظر می رسد شدت آن به میزان درگیری التهای لثه مربوط است. (6)

بسته به نوع فلز، تعدادی علائم سیستمیک ممکن است بروز کند. تشخیص پیگمانهای دهانی در تشخیص به موقع و درمان مسمویت با فلزات کمک می کند. (1)

نوع دیگری از طبقه بندی برای ضایعات پیگمانته پیشنهاد شده که پس از ذکر آن به اختصار به توضیح چند مورد از آن می پردازیم.

در دسته بندی که در برکت (5th edition, 2003) از آن یاد شده، تغییر رنگ مخاط، ناشی از غشاء کاذب، افزایش کراتین و یا عروق خونی دانسته شده و از اثر رنگدانه های آندوژن و آگزوژن در ایجاد ضایعات رنگی نیز یاد شده. ضایعات بر این اساس به موارد زیر تقسیم میشوند:

ضایعات آبی-ارغوانی عروقی: همانژیوما- واریس- آنژیوسارکوما- کاپوزی سارکوما- تلائنژکتازی ارثی خونریزی دهنده.

ضایعات قهوه ای ملانینی شامل: کک و مک و ماکول ملانینی دهانی، خال نووس سل و blue nevi، ملانومای بدخیم، ملانوزیز وابسته به دارو، پیگمانهای فیزیولوژیک، پیگمانهای شیر قهوه ای، ملانوزیز سیگاری ها لیکن پلان پیگمانته، پیگمانهای اندوکرینی، ملانوزیز ناشی از HIV و سندرم پوتز جگرز
ضایعات قهوه ای خونی: اکی موز، پتشی، هموکروماتوز

پیگمانهای خاکستری- مشکی: شامل آمالگام تاتو، گرافیت تاتو، زبان مودار، پیگمانهای وابسته به فلزات سنگین می باشند. (10)

همانژیوما

این ضایعه به صورت پرالیفریشن شبه توموری کانال های عروقی در دوران کودکی رخ می دهد. در بالغین (بخصوص افراد مسن) این ضایعه به صورت واریس بروز می کند. همانژیومای کودکی، در پوست، مجمه و بافت همبندی غشاهای مخاطی وجود دارد. در ۸۵ درصد موارد، همانژیومای کودکی پس از بلوغ از بین می رود.
رنگ ضایعات متناسب با عمق ضایعه تغییر می کند. ضایعات کم عمق و مجاور اپی تلیوم، رنگ آبی- قرمز دارند هر چقدر ضایعه عمقی تر باشد رنگ آن به آبی تیره تر متمایل می شود.
قابل توجه است که ضایعات همانژیومایی داخل عضلانی هیچ گونه تظاهر سطحی ندارند.
ممکن است ضایعات همانژیومایی، ندولار، پهن، ماکولار یا به صورت patch های منتشر باشند.
اکثر ضایعات همانژیوما بر روی زبان و یا به صورت مولتی ندولار و به رنگ آبی- قرمز وجود دارد.