الأورام السليمة في الفكين

أولاً : الأورام السليمة ذات المنشأ السني في الفكين Odontogenic Tumors

يضم مصطلح الأورام السنية طيفاً واسعاً من الآفات المتنوعة والعوامل الجنينية هي التي تحدد وتقود التشكل للبنى السنية البشروية وذلك عبر التحكم وتنظيم سلسلة من التفاعل المتبادل بين العناصر البشروية والضامة والتي تحدث ابتداءً من الأسبوع الخامس والسادس للحياة الرحمية وتستمر حتى عمر الـ ١٦ سنة بعد الولادة.

التصنيف :

مرت عدة تصانيف مختلفة تطورت عبر أكثر من قرن تمت هذه التصانيف من قبل منظمة الصحة العالمية " WHO " والتي نشرت تصنيفاً عام ١٩٧١ ثم في عام ١٩٩٢ والذي وضعه مجموعة عالمية من المشرحين المرضيين للفم والوجه والفكين والذي اعتمد على نماذج جنينية استقرائية " بشري – ضام – مختلط " .

وهنا سنعتمد التصنيف التقليدي لهذه الآفات :

" بشري – ضام – مختلط ".

أ - الأورام البشروية بدون تحريض من قبل الميزانشيم

١- ورم مصورات الميناء Ameloblastoma

للأميلوبلاستوما تاريخ طويل فهو أكثر الآفات ذكراً من بين الآفات سنية المنشأ وهو يثير جدلاً مستمراً في الرأي بين المشرحين المرضيين والجراحين حول موقعه بين التنشؤات الورمية والتصرف الحيوي و المعالجة .

ويوصف هذا الورم على أنه سليم ولكنه ذو اجتياح موضعي مع ميل شديد للنكس وخباثة موضعية .

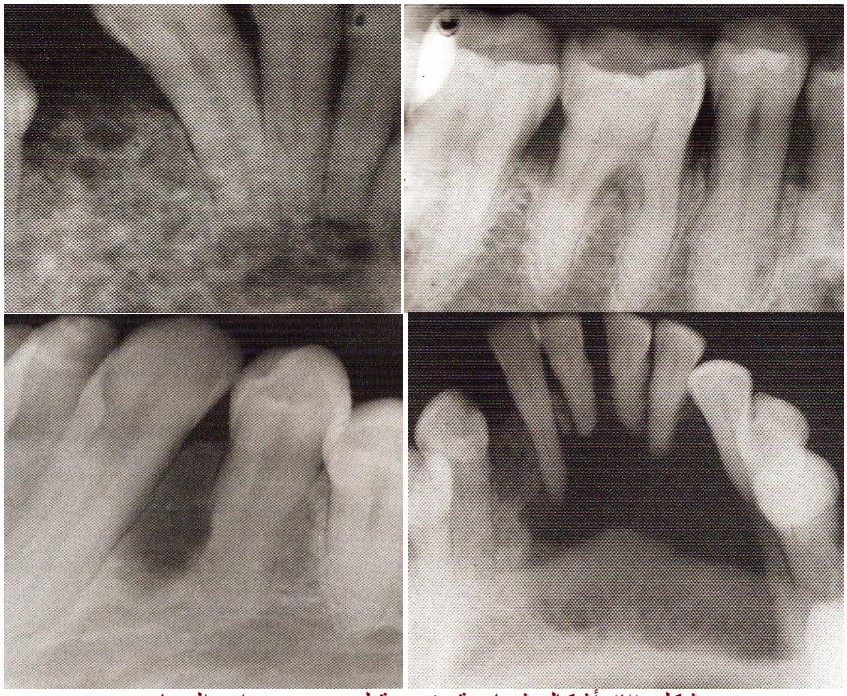
شكل (١) ورم مصورات الميناء محيطي

سريرياً:

- يشكل ١ % من كل أورام الفم .
- ٨٠% في الفك السفلي في منطقة الرحى الثالثة .
- والفك السفلي أكثر إصابة من الفك العلوي بنسبة حوالي ١ : ٤,٥
- وقد تحدث الآفة في كلا الفكين وفي أي مكان ولكن المواقع المفضلة هي في القسم الخلفي في الفك العلوي وفي منطقة خلف الأرحاء في الرأد في الفك السفلي .
- يتميز بحدوث تورم – تشوه في الفك والوجه أحياناً – انطمار الأسنان وميلانها .
- الألم عرض نادر مالم تسبب الآفة امتصاص في جذور الأسنان أو حركة في الأسنان .
- العمر الذي تظهر فيه دلائل سريرية على الآفة تكون ابتداءً من العقد الأول وحتى العقد السابع من العمر .

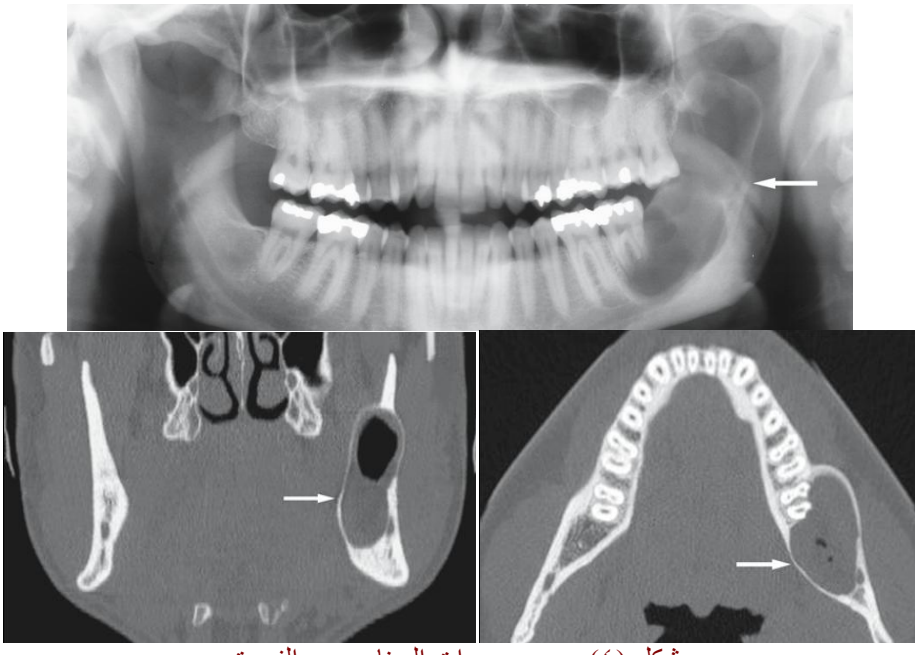
شعاعياً:

- يظهر الأميلوبلاستوما بشكل شاف على الأشعة وحيد أو متعدد الحجرات .
- حواف الآفة غالباً ما تكون واضحة مما يدل على التطور البطيء للآفة .
- وقد تحتوي الآفة أسناناً دائمة أو مؤقتة غير بازغة مما يعطيها مظهر الكيس التاجي
- تسبب امتصاصاً في الجذور وسوء توضع أو تغير وضع الأسنان .
- في الفك العلوي تمتد نحو الجيب الفكي ويحدث فيه تغيرات في الشفوفية الشعاعية إلى مظهر أكثر عتامة (ضبابي) .
- أحد أشكال الأميلوبلاستوما " وهو الأميلوبلاستوما المولد للنسيج الليفي Desmoplastic Ameloblastome يتواجد بشكل أكبر في المنطقة الأمامية للفك العلوي والسفلي ويظهر كآفة ظليلة بسبب كثافة النسج الضامة الموجودة فيه .

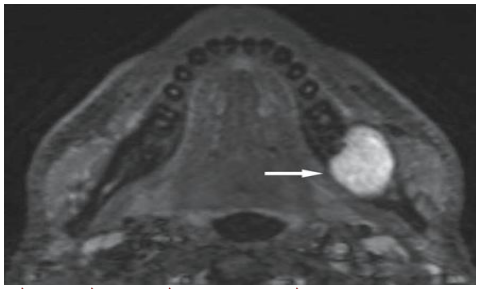


شكل (٢) أشكال شعاعية متنوعة لورم مصورات الميناء

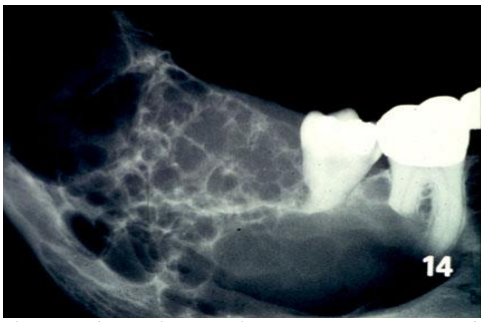
شكل (٣) ورم مصورات الميناء وحيد الفجوة على الفك السفلي مع امتصاص في جذور الأرحاء



شكل (٤) ورم مصورات الميناء وحيد الفجوة



شكل (٥) ورم مصورات الميناء وحيد الفجوة بالرنين المغناطيسي



شكل (٦) ورم مصورات الميناء على شكل عش النحل

- عدوانية التصرف الخبيث والانتقالات

تتوضع الانتقالات في أماكن مثل الجمجمة والفقرات العظمية والعقد اللمفاوية والعظم الحرقفي والأعضاء البعيدة كالطحال والكبد .

وعلى أي حال فإن الانتقالات إلى الرئتين هي الأكثر ذكراً فهي المواقع المفضلة وهناك سؤال يطرح نفسه دائماً عن الاستنشاق " التنفس " الذي يحدث أثناء العمل الجراحي وإمكانية حدوث الزرع .

المعالجة :

- الاستئصال الكامل " الاقتلاع " للأميلوبلاستوما + التجريف العظمي بالسنابل العظمية .
- القطع العظمي الجزئي والكامل.
- استئصال نصف الفك وقسم كبير منه في الآفات متعددة التجاويف الواسعة

نسب النكس :

- الآفات داخل العظمية المتعددة الكيسات ٥٥ % - ١٠٠ % .
- الآفات داخل العظمية وحيدة الكيسة ١٨ % - ٢٥ % .
- الآفات المحيطية " خارج العظمية نسبة النكس غير معروفة ولكنها تحدث " بعد التجريف ٩٠ % نكس في الفك السفلي ١٠٠ % في العلوي حسب دراسة Sehdev et al

- خصوصية الإصابة في الفك العلوي:

الأميلوبلاستوما في الفك العلوي أكثر خطورة لأن العظم أرق من ذلك في الفك السفلي حيث أن هذا العظم يبدي مقاومة أقل للانتشار .

وهذا الورم في الفك العلوي يميل لإصابة الجزء الخلفي من الفك العلوي وهو ينمو باتجاه الأعلى ليجتاح الممرات الأنفية الجيبية والحفرة الجناحية الفكية والحجاج والقحف والدماغ ولذلك فهو ذو إنذار سيء .

- هناك طرق علاجية أخرى متممة غير جراحية منها:

١- المعالجة الشعاعية

وهي تؤخر نمو الورم ونكسه وبعض المصادر ذكرت أن ورم مصورات الميناء مقاوم للأشعة بل وهناك خطر تحول خبيث

٢- المعالجة بمحلول كارنوي Carnoy's solution .

طبق Sampson/Rogrel 1999 هذه الطريقة على ٩ مرضى و لم تظهر لديهم حالات نكس .

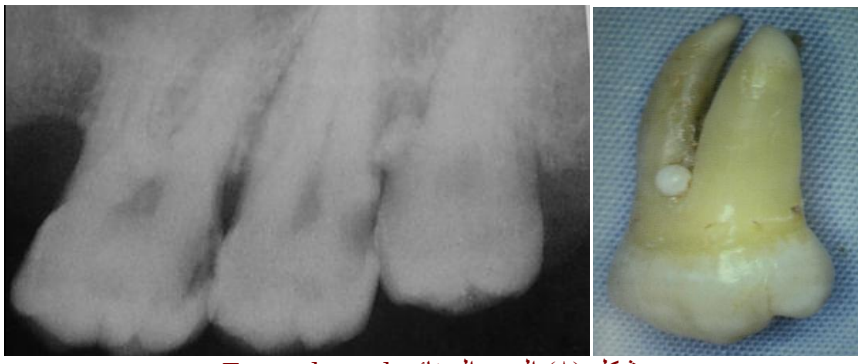
٣- الجراحة القرية أو بالتبريد Cryosurgery .

وهي تستخدم بالمشاركة مع الجراحة وقد ذكرت معالجة ٣٦ حالة نكست منها ١١ حالة كما حدثت ٤ حالات كسور مرضية .

٤- تطهير المنطقة بالليزر .
٢- ورم مصورات الميناء الغدي (أو الورم السني الغداني)
Adenoameloblastoma Tumor "AOT "
النتائج السريرية والجراحية أظهرت على أنه ورم سليم وليس عدوانياً في طبيعته .
كما يدعى بورم مصورات الميناء الغدي Adentoameloblastoma Tumor
- والورم الغداني ذو المصورات المينائية Ameloblastic Adenomatoid
- والأميلوبلاستومالغدية Glandular Ameloblastoma
- والأميلوبلاستومالغداني Adenomatoid Ameloblastoma
فكما تبين فقد وصفت هذه الآفة بشكل كبير في الأدب الطبي .
ولعل الاسم الأكثر قبولاً هو الورم السني الغداني Adenomatoid Odontogenic Tumor AOT
وهو مميز ببنى ذات قنيات فريدة وغريبة " غير مألوفة " أو بنى ذات شكل أنبوبي نسيجياً وعناصر سنية المنشأ ولكنها لا تحمل سمات الورم المصور للميناء .
سريرياً:
* هذا الورم يظهر سريرياً خلال أواخر العقد الثاني.
سجلت حالات في مجال بين ٤ إلى ٨٠ سنة .
* هناك ميل بسيط لإصابة الإناث أكثر من الذكور.
* ينشأ من المنحدر الخارجي غير الفعال للجراب السني .
* يشاهد غالباً في الفك العلوي والمنطقة الأمامية وعلى تماس مع سن منطمرة / غالباً رباعية/
شعاعياً :
هناك عدة مظاهر شعاعية يمكن أن تعتبر نموذجية ولكنها ليست واسمة . ويظهر بشكل آفة شافة على الأشعة وحيدة الحجرة ذات حدود واضحة أحياناً تحتوي سناً منطمراً.
المعالجة :
- الاستئصال الكامل (الاقتلاع أو الفصع) .
- بعد إجراء شريحة مخاطية واسعة وفتح مدخل عبر القشرة العظمية التي عادة تكون رقيقة وعلى امتداد واسع حتى نصل للمحفظة المحيطة بالورم .
- ولم توثق حالات عدوانية لهذا الورم ونادراً ما يحدث النكس بعد الاستئصال الكامل والتجريف
٣- الورم البشروي المتكلس ذو المنشأ السني (ورمCEOT (PINDBORG
Calcifying Epithelial Odontogenic Tumor
- وصف من قبل Pindborg عام ١٩٥٥
- نادر الحدوث وهو ذو صورة نسيجية شكلية مميزة .
- لم يذكر عدد كبير من الحالات في الأدب الطبي وهناك تضارب في الآراء حول السلوك الحيوي لهذا الورم .
سريرياً :
- هذا الورم يظهر في عمر بين ١٣و٨٠ سنة ووسطياً ٤٠سنة .
- يصيب الجنسين والفك السفلي أكثر إصابة من الفك العلوي بنسبة ١/٣
- يصيب الفكين ويظهر خصوصاً في منطقة الضواحك والأرحاء السفلية .
- وهذا الورم بطيء النمو وبدون علامات سريرية حتى يصل إلى كتلة كبيرة سريرياً أو أن يكتشف صدفة بالأشعة .
شعاعياً :
- الورم ذو حدود واضحة بشكل جيد وهناك تمازج بين الشفوفية والظلالية ويكون وحيد الحجرة وقد يكون مرتبطاً بسن منطمر .
- بشكل أقل تواتراً قد تكون الآفة متعددة الحجرات معطية منظر قرص العسل إضافة إلى عدم وضوح الحواف المحددة للورم .
المعالجة :
لا يعتبر التجريف أو الإخراج دفعة واحدة " الاقتلاع " خياراً في هذه المعالجة RsCD القطع الجزئي مع إبقاء استمرارية العظم وRcCD القطع الجزئي مع عدم إبقاء استمرارية العظم قد يكونان المفضلان لضمان حدوث الشفاء .
ذكرت نسبة نكس تصل إلى ١٥ %

٤- الورم الميناني أو Enaméloma (Enamel pearl)

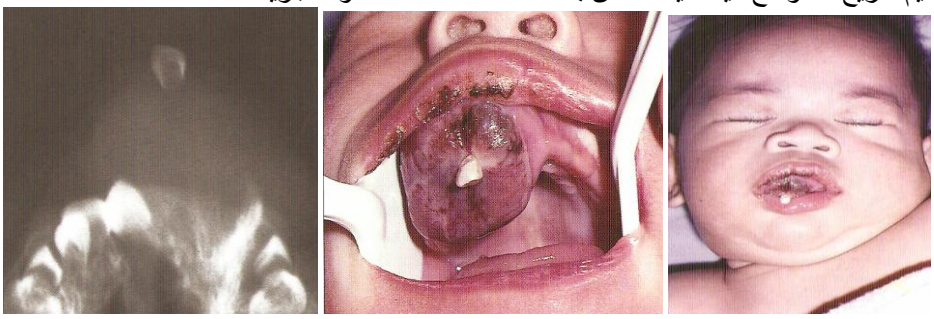
و هو عبارة عن نتوء صغير على سطح الجذر و بشكل نادر حول عنق السن أو قريب من تاج السن يتألف كعسرة تشكل و هو عبارة عن عقدة بحجم عدة مليمترات تعزى إلى إنتاج مهاجر للغطاء البشروي الميناني عند تشكل الأسنان الطبيعية



شكل (٨) الورم الميناني Enamel pearl

٥- ورم مصورات الميناء الصباغي Mélanotic progonoma
(Mélanotic Ectodermal Tumor)

* يتظاهر عند الرضع في الأسابيع والأشهر الأولى من العمر
* في المنطقة الأمامية غالباً في الفك العلوي وعند الإناث
* يؤدي إلى حدوث تورم كبير يسد فتحتي الأنف .
* يؤدي إلى تخرب عظمي كبير ويدفع البراعم السنية في المنطقة .
* ذو شكل قريب من أورام مصورات الميناء مع ذلك يجب اعتباره كوحدة مختلفة عن ورم مصورات الميناء
* يعتقد البعض أن هذا الورم يأتي من عناصر عصبية من الوريقة الظاهرة لذلك لم يعد يصنف مع ورم مصورات الميناء
* ورم سليم سريع النمو مع ميل قليل للنكس بعد الاستئصال الكامل أو التجريف الفعال



شكل (٩) ورم مصورات الميناء الصباغي

نسيجياً :

- يتشكل من فصوص بشروية صغيرة (مشبه بالخلايا المصورة للمينائية أو تشبه بنسيج غدي كاذب) مبعثرة في لحمة ليفية غزيرة.
- هذه الخلايا تشمل بعض النويّات غير المنتظمة والتي تكون محمّلة بالصباغ الميلانيني

العلاج:

- ٥ % من الحالات يحدث فيها انتقالات وأحياناً يحدث موت المريض .
- الجراحة هي الحل مع تجريف العقد اللمفاوية الناحية حسب رأي بعض الباحثين .
- الاستئصال الكامل ضروري للشفاء .
- أبدت المعالجة الكيميائية والشعاعية كونها غير فعاله في هذا الداء.

ب - الأورام البشروية والضامة (المختلطة)

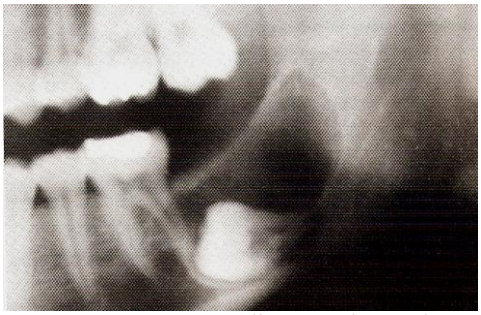
/أورام بشروية مع تحريض من الميزانشيم/:

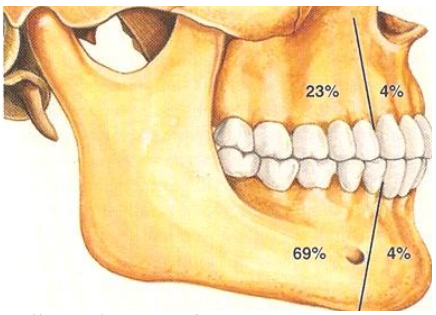
١- الورم الليفي ذو الخلايا المصورة للميناء Ameloblastic Fibroma

سريرياً :

- يصيب الأعمار الصغيرة من ١٠-٢٠ سنة ومن كلا الجنسين

- خصوصاً منطقة الضواحك والأرحاء السفلية .





شكل (١١) الورم الليفي ذو الخلايا المصورة للميناء

شعاعياً :

يتظاهر على شكل حفرة شافة على الأشعة واضحة الحدود ونلاحظ امتصاص في جذور الأسنان أحياناً . ويلتبس مع ورم مصورات الميناء .

العلاج :

الاستئصال الكامل – والنكس نادر الحدوث .

٢- الورم الليفي السني ذو الخلايا المصورة للميناء

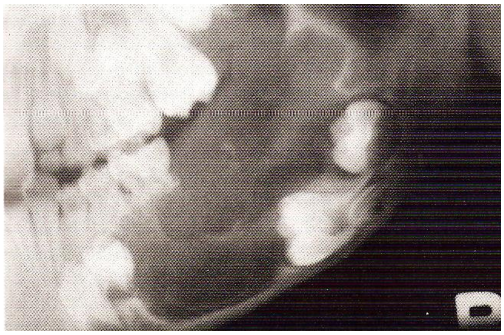
Ameloblastic Fibro- odontoma

سريرياً :

يشبه الورم السابق ويشاهد عند الذكور غالباً وفي منطقة الأرحاء السفلية والشعبة الصاعدة .

شعاعياً : غالباً وحيد الفجوة مع تكلسات واضحة ضمنها .

العلاج : الاستئصال الكامل والنكس نادر الحدوث



شكل (١٢) الورم الليفي السني ذو الخلايا المصورة للميناء Ameloblastic odontoma-fibro

٣- الورم السني ذو الخلايا المصورة للميناء

Ameloblastic Odontoma

سريرياً : * يشاهد عند الأطفال غالباً وفي الفك السفلي .

* ذو تطور عدواني ويميل للنكس .

شعاعياً : تجويف شاف على الأشعة يحتوي على كتل كبيرة من التكلسات وهو محاط بهالة شافة تدل على وجود المحفظة المحيطة بالورم .

العلاج : استئصال كامل وأحياناً تجريف وقطع عظمي .

شكل (١٣) الورم السني ذو الخلايا المصورة للميناء Ameloblastic Odontoma

٤- الأورام السنية المعقدة والمركبة

Complex Odontoma –compound Odontoma

*الورم السني يميز شعاعياً ونسيجياً في شكلين : الورم السني المركب

الورم السني المعقد

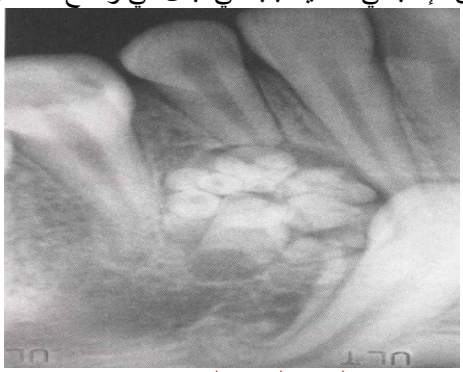
*Complex Odontoma Compound Odontoma وكلاهما شذوذ تام أو غير تام في تشكل السن بنسجه البشروية والميزانشيمية

*الورم السني المركب عادة يتألف من بنى متكلسة تشبه الأسنان أو أسنان صغيرة والورم السني المعقد هو توضع عشوائي وغير منتظم لبنى سنية متكلسة .

سريرياً:

يصيب الجنسين بين العقد الأول والسابع في المناطق الأمامية للفكين وأحياناً الخلفية وخصوصاً الفك السفلي وفي منطقة الأرحاء الثالثة .

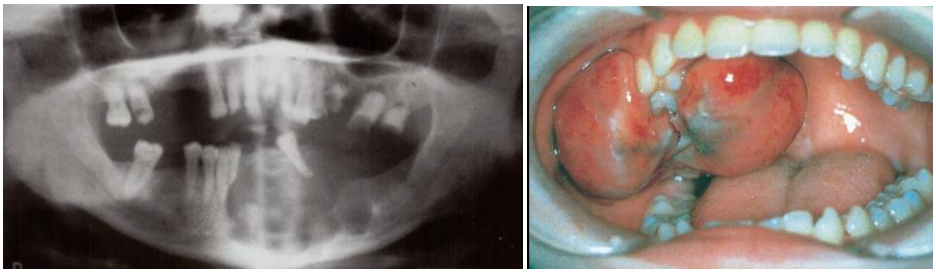
يؤدي أحياناً إلى انتفاخ كبير في عظم الفك والنسج المحيطة وتشوه في الوجه بالإضافة إلى حدوث تقرح في الغشاء المخاطي بسبب الرض الإطباقي كما يتسبب في تبدل في وضع الأسنان المجاورة .



الورم السني المركب

شكل (١٤) حالة سريرية لورم سني مركب

شعاعياً :
كتلة ظليلة على الأشعة بيضاء محاطة غالباً بهالة شافة على الأشعة تدل على وجود محفظة .
وأحياناً كتل متلاصقة على شكل وحدات سنية مشوهة .
العلاج :
- لا حاجة إذا كان حجمه صغيراً .
- على أي حال هناك عدة أسباب لإزالة الآفة :
١- حجم الورم كبير .
٢- المرضى الذي يهتمون بالتشخيص فور اعلامهم بوجود آفة .
٣- احتمال إعاقة بزوغ سن .
٤- في حال الاشتباه بآفات أخرى ظليلة شعاعياً كالورم الملاطي أو الآفات الكبرى التي تحوي تمازج بين الظلالية والشفوفية الشعاعية .
٥- الأورام العفلية ذات الخلايا المصورة للميناء Ameloblastic Sarcomas
تقسم إلى قسمين :
أ- الورم العفلي الليفي ذو الخلايا المصورة للميناء
Ameloblastic fibro- Sarcoma



على الفك السفلي الأيسر على الفك العلوي الأيمن
شكل (١٥) الورم العفلي الليفي ذو الخلايا المصورة للميناء

ب - الورم العفلي السني ذو الخلايا المصورة للميناء
Ameloblastic odnto- Sarcoma
ولهذين الورمين صفة واحدة هي التطور العدواني دون وجود شذوذات خلوية وهذه الصفة تميزهما عن الأورام الخبيثة .

ج – الأورام الضامة أو الميزانشيمية
١- الورم الليفي ذو المنشأ السني Odontogenic Fibroma
تصنف منظمة الصحة العالمية WHO الورم السني الليفي كورم سليم وهو ورم ضام نادر ويحتوي كميات متفاوتة من نسج بشروية غير نشيطة .
الورم الليفي السني قد يوجد داخل العظم " ورم ليفي سني مركزي " أو خارج العظم في اللثة " ورم ليفي سني محيطي " .
سريرياً:
- هذا الورم على الرغم من أن تصرفه السليم فهو مسؤول عن تخريب ذي شأن في النسج
- يصيب خصوصاً الأطفال ولكن وجدت حالات بين العمر من /١٤ ـ ٧٢/ سنة ووسطياً في عمر /٣٧/ سنة .
- ويبدو أن إصابته تغلب حدوثها عند النساء خاصة في الفك العلوي ومن المنطقة الأمامية حتى الرحى الأولى .
- معظم الآفات لا عرضية .
له شكلين :
- محيطي يلتبس مع البثعات .
- وشكل مركزي ضمن العظم .
شعاعياً :
- هذا الورم عادة شاف شعاعياً ومتعدد الحجرات كما أنه ممكن أن يكون وحيد الحجرة وأحياناً يحتوي على تقاطعات خفيفة .
- قد يبدو الورم محاطاً بشكل جيد بحدود ظليلة أو أنه قد لا نجد له حدود واضحة .

- قد يحدث امتصاص شديد للجذور أو تباعدها والكثير من الآفات الكبيرة كانت ذات علاقة بأرحاء ثالثة غير بازغة.

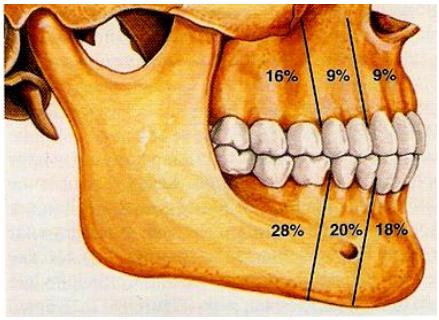
المعالجة :

- القطع العظمي يعتمد على الامتداد السريري والشعاعي والعناصر التشريحية المصابة لكل حالة ومعظم الآفة يمكن أن تعالج بالمشاركة بين الاستئصال الكامل " الفصع " والتجريف وبشكل نادر قد نحتاج إلى القطع العظمي الجزئي .
- كما أنه من الممكن في حالات نادرة جداً أن نجد علامات يبديها الورم الليفي السني على شكل ارتشاحات صغيرة مشابها لحالة الغرن الليفي Fibrosarcom لذلك فإن أي آفة يجب أن تفحص جيد .

٢- الورم المخاطي (مخاطوم) ذو المنشأ السني Odontogenic Myxoma

سريرياً :

- يشاهد في الفكين في سن العشرين .
- ذو نمو بطيء يترافق مع شذوذات في وضع الأسنان وتطورها ويصل إلى حجوم كبيرة محدثاً انثقاب في العظم وتقرحات في الغشاء المخاطي .



شعاعياً :

- فجوة كبيرة شافة على الأشعة تحتوي على تقاطعات ذات زوايا بدون استدارة .

العلاج :

- الاستئصال الكامل وأحياناً القطع العظمي الواسع وهو قليل النكس

٣- الاستحالة الملاطية العظمية :

تصنف حالياً مع الأورام الليفية العظمية ولم تعد تصنف ضمن الأورام ذات المنشأ السني تقسم إلى ثلاثة أقسام وهي :

أ- الاستحالة الملاطية حول الذروية Periapical Cemento Dysplasia

- تتجلى بإصابة العظم حول الذروي عند ذرى الأسنان الحية .
- تصيب خصوصاً الفك السفلي والمنطقة الأمامية .
- وهذه الآفة أكثر شيوعاً في النساء عند العرق الأسود وفي الأعمار المتوسطة .
- تمر هذه الآفة بثلاثة مراحل من التطور :

- شافة على الأشعة - مختلطة - ظليلة

- ليس لها أعراض سريرية واضحة وتكشف صدفة بالأشعة
- لا يوجد حاجة للمعالجة لأن ذلك سيؤي إلى ضرر في الحزم الوعائية العصبية المغذية للأسنان – المراقبة الشعاعية ضرورية

ب- الاستحالة الملاطية العظمية البؤرية Focal Cemento – osseous dysplasia

ذكرت هذه الآفة مؤخراً وهي الآفة الأشيع بين بقية الأشكال

- معظم الحالات ذكرت عند الإناث وعند العرق الأبيض
- المرضى في العقد الرابع والخامس من العمر
- تصيب المنطقة الخلفية من الفك السفلي غالباً

شعاعياً :

- صورة مختلطة بين الشفافية والظلالية

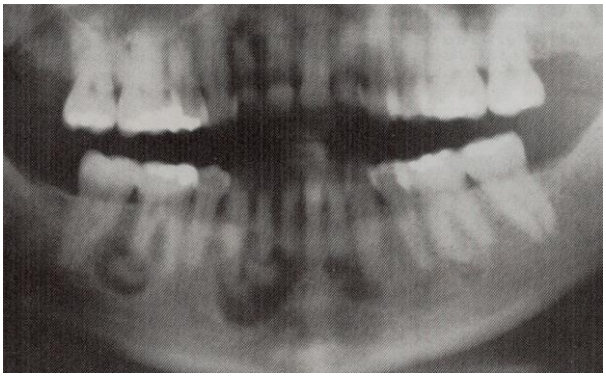
- لا تنكس بعد الاستئصال ولا تنفصل عن العظم بسهولة

ج- الاستحالة الملاطية العظمية المبرقشة:

Florid Cemento – osseous dysplasia

يعتبر بعض الباحثين أن هذه الآفة كالاستحالة الملاطية حول الذروية التي تغير نشاطها .

- معظم المرضى بالغين ومن الإناث والعرق الأسود .
- تتواجد الإصابات في الفكين وأحياناً في الجانبين
- الآفة ذات شكل مرقط أو منقط فيه تمازج بين الشفوفية والظلالية وعندما تنضج الآفة مع مرور الوقت نجد أن الظلالية هي السائدة وعلى شكل كتل متصلبة غير منتظمة منتشرة .
- أحياناً تعطي مظهراً مشابهاً لالتهاب العظم والنقي الذي يكون مرتبطاً بعلامات عامة وموضعية كالألم والتورم والنز القيحي وتشكل شظايا



شكل (١٩) الاستحالة العظمية الملاطية المبرقشة Florid Cemento – Osseous Dysplasia

٤ - ورم مصورات الملاط Cementoblastoma

- لقد وصف هذا الورم منذ زمن قديم على أنه ورم ضام في الفكين حيث ينتج تكلسات شبيهة بالملاط أو بالملاط العظمي .
- وهناك عدة تسميات لهذا الورم حسب اختلاف الآراء " الورم الملاطي ، الاستحالة الملاطية ، الاستحالة العظمية المبرقشة ، الورم الليفي المتعظم ملاطياً المتعدد ، الورم الملاطي العملاق ، الورم الليفي الملاطي (Fibrome Cementifiant) ، تصلب العظم والنقي المزمن "

سريرياً :

- هذا الورم يصيب بشكل متساوٍ الفك العلوي والسفلي وهو دائماً في منطقة الأرحاء والضواحك .
- معظم الحالات وجدت في العقد الثاني وترجح الإصابة عند الذكور.
- مؤلم عند الجس – قد يتطور لحجوم كبيرة ويكون معلقاً غالباً على جذر أحد الأسنان

شعاعياً :

الآفة تكون ككتلة متكلسة دائرية أو بيضوية واضحة الحدود ومحاطة بهالة شافة تدل على وجود محفظة والكتلة متصلة بجذر السن والذي قد يبدي امتصاصاً واضحاً .

المعالجة :

- السن المتصل بالآفة يكون ملتصقاً بها بشدة ويتوجب علينا قلع السن مع الآفة .
- هناك حالة مميزة ذكرت عن معالجة لبية للسن حيث حوفظ عليه واستؤصلت الآفة وقد توبعت الحالة حتى أربع سنوات وأبدت نجاحاً .
- الاستئصال الكامل " الاقتلاع " والتجريف يعتبر كافياً كمعالجة والنكس غير متوقع .

٥- الورم الملاطي العملاق Familial Gigantiform Cementoma

- يظهر بشكل كتل متعددة منتشرة في مستوى الفكين
- يتألف من ملاط غير خلوي متكلس بشدة ينمو ببطء ويحدث تورمات ضخمة في الفكين مع تقرحات في الغشاء المخاطي وحدوث التهابات عظمية وتشوهات كبيرة في الفكين
- يشاهد عند العرق الأسود خاصة ، يأخذ طابع عائلي وراثي ، ويتوقف نموه في سن البلوغ . يجب تمييزه عن فرط تصنع الملاط

شكل (٢١) ورم ملاطي عملاق ذو طابع عائلي منتشر في الفكين Familia Gigantiform Cementoma

المعالجة :

يكون حسب المرحلة التي وصل إليها الورم وعند الانتشار الواسع يعالج معالجة تعديلية تصحيحية وليس استئصالاً كاملاً .

٦- الورم العاجي Dentinoma

(الورم العاجي الليفي ذو الخلايا المصورة للميناء) Ameloblastic Fibrodentinoma

يتميز بتشكل العاج السني الطبيعي في النسيج الضام غير الناضج ويشاهد خاصة عند الشباب في منطقة الأرحاء السفلية وبتماس مع سن منطمرة وهو نادر الحدوث وعند الذكور أكثر من الإناث

شعاعياً :

له شكل قريب من الورم السني والورم الليفي السني ذو الخلايا المصورة للميناء على شكل حفرة تحتوي في مركزها تكثفات صلبة نقطية ، أحياناً تسبب الآفة تخربات عظمية .

٧- الورم شائك الخلايا ذو المنشأ السني أو الورم الحرشفي السني

Squamous Odontogenic Tumor SOT

سريرياً:

- يشاهد بين العقد الثاني والسابع ومعظم الحالات عند البالغين هي بين /١٩ – ٣٧/ سنة .
- يصيب الجنسين والفكين بنفس النسبة .
- بالنسبة للأعراض السريرية تتنوع بشكل كبير مع ظروف كل حالة .

شعاعياً :

- وحيد الفجوة أو متعدد الفجوات في الفكين يبدي شكلاً غير منتظم أو شبه دائري كمنطقة شافة على الأشعة مع حواف متصلبة ناعمة "رقيقة "
- بعض الآفات كيسية أو تكون مترافقة مع الأكياس لذلك قد تظهر الصورة الشعاعية ككيس تاجي أو حول ذروي .

المعالجة :

بالاستئصال الكامل للورم مع قطع العظم ويجب أن تحدد حسب امتداد الآفة شعاعياً وسريرياً

الخطوط العامة لمعالجة الأورام السليمة في الفكين

إحدى هذه المحاولات لتحديد مصطلحات استئصالية تطبيقية للآفات في العظم كانت لجهود Gold ومساعدوه .

وأفضل وصف لها هو كالآتي :

- الاقتلاع أو الاستئصال الكامل (الفصع) Enucleation
- التجريف Curettage
- التكوية Marsupialization
- إعادة التشكيل (جراحة تعديلية) Recontouring
- القطع الجزئي مع عدم إبقاء استمرارية العظم RcCD
- القطع الجزئي مع إبقاء استمرارية العظم RsCD

- إزالة التمفصل واستئصال نصف الفك Disarticulation

وفيما يلي بعض أنماط الإجراءات الجراحية المستخدمة لاستئصال أورام الفكين

- A. الاقتلاع و / أو التجريف :

وهو إزالة موضعية للآفة بواسطة أدوات تستخدم بالتماس المباشر مع الآفة . ويستخدم هذا الإجراء في الأنواع السليمة جداً من الآفات .

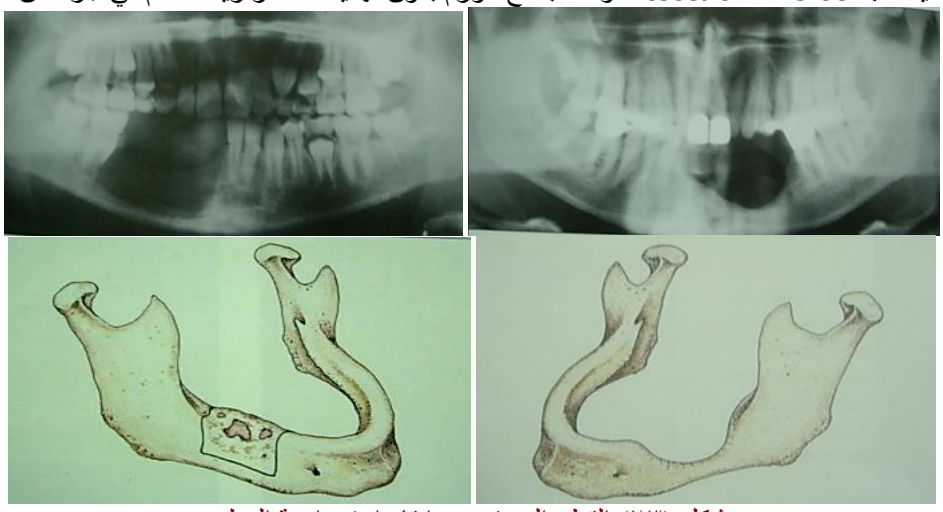
شكل (٢٢) الإقتلاع أو الاستئصال الكامل (الفصع) Enucleation

- B. القطع :

وهو إزالة الورم بإجراء قطع في النسج السليمة المحيطة بالورم ولذلك فإن إزالة الورم هنا تتم باستخدام الأدوات بدون التماس المباشر مع الآفة .

١– القطع الحفافي Marginal Resection " Segmental "

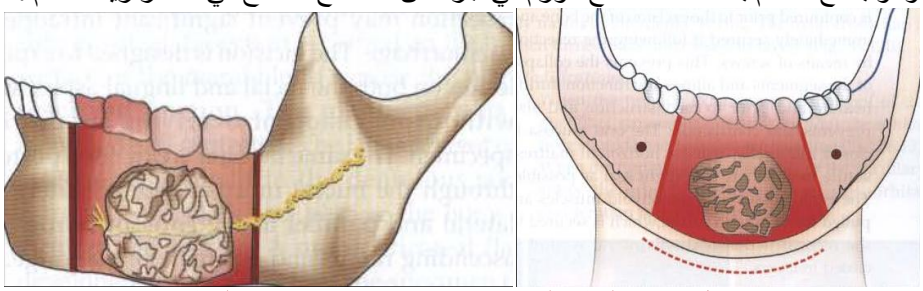
" يعرف أيضاً بـ Resection Enbloc وذلك بقطع الورم بدون تهديد لاستمرارية العظم في جزء من الفك .



شكل (٢٣) القطع الجزئي مع إبقاء استمرارية العظم

٢ – القطع الجزئي Partial Resection

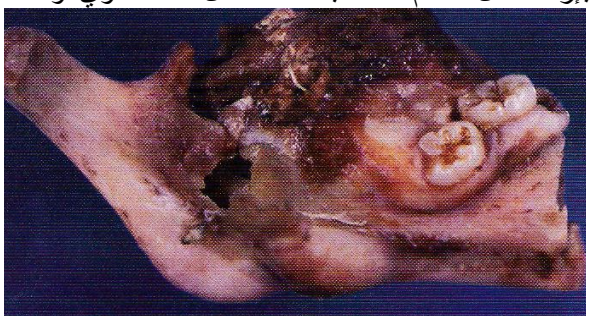
وهو بقطع العظم بكامل ثخانته مع الورم في جزء من الفك مع انقطاع في استمرارية العظم .



شكل (٢٤) القطع الجزئي مع عدم إبقاء استمرارية العظم

٣ – القطع الكامل Total Resection

وهو قطع الورم بإزالة كامل العظم المصاب " استئصال الفك العلوي أو استئصال نصف الفك السفلي "



شكل (٢٥) القطع الكامل لنصف الفك السفلي

ثانياً : الأورام وشبه الأورام السليمة ذات المنشأ غير السني في الفكين

أ – الأورام المشكلة للعظم Osteoformatrice Tumors

١- الورم العظمي Osteoma

- (شكل خاص) تناذر Gardner

٢- العرن والأحياد

- Exostoses

- Torus Palatinus

- Torus Mandibularis

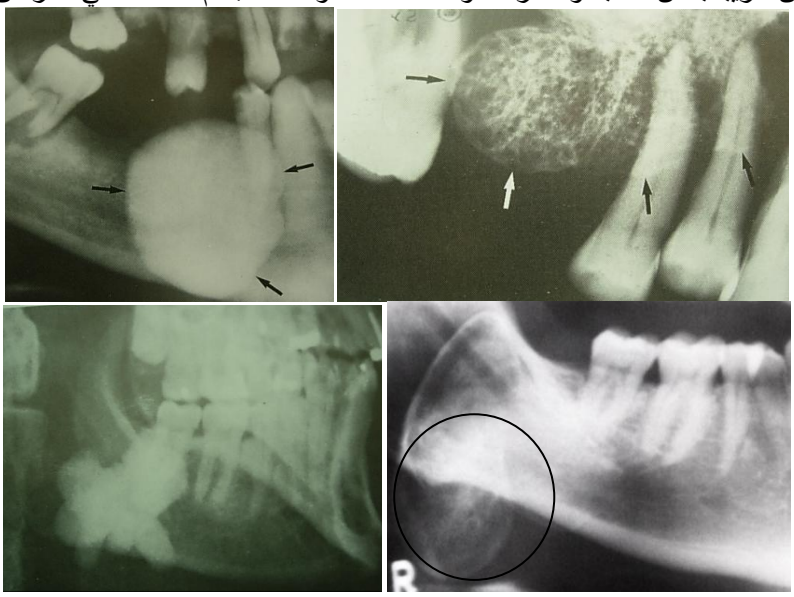
٣- ورم مصورات العظم Osteoblastoma

٤- الورم المشبه بالعظم أو العظماني Osteoma- osteoïd

١- الورم العظمي Osteoma :

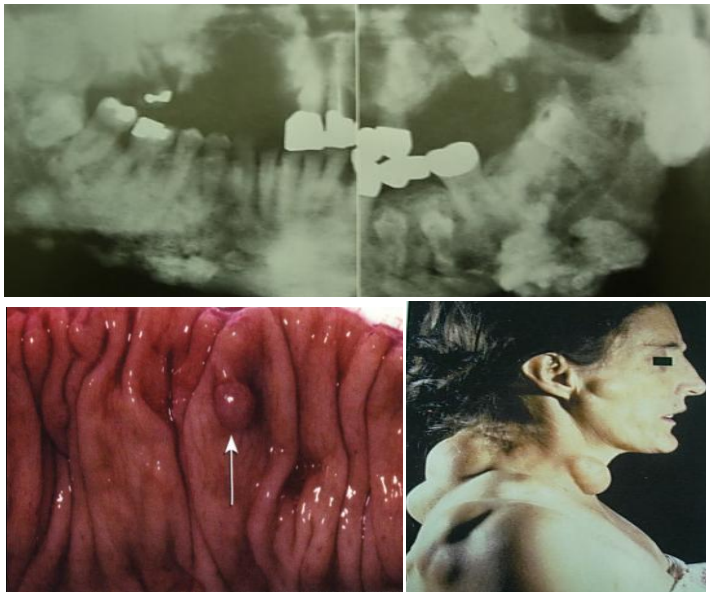
سريرياً :

- ورم سليم يصيب عظام الفكين والقحف وخصوصاً العظم الجبهي والغربالي ونادراً العظام الأخرى .
- له شكل محيطي (أورام عظمية سمحاقية) شكل مركزي (أورام عظمية داخلية)
- يكتشف بالصدفة إلا في حال كان كبيراً يحدث تشوهات في الفكين والوجه وتقرح في الغشاء المخاطي بسبب الرض .
- يصيب الجنسين تقريباً بنفس النسبة والعمر المتوسط ٤٠ سنة ومنطقة جسم الفك السفلي أكثر من بقية المناطق



شكل (٢٧) أورام عظمية Osteomas

- وجود أورام عظمية متعددة في الفكين أو المنطقة الحبيبية الحجاجية يستدعي تحريات عن امكانية وجود تناذر Gardner :



شكل (٢٨) تناذر Gardner أورام عظمية متعددة - بوليبات معوية- أكياس بشروية جلدية

- اضطراب موروث كصفة جسمية سائدة يتميز بشذوذات في تطور الوريقات الجنينية البدئية الثلاثة :
- (endoblaste) : بوليبات غدية في المجرى المعدي المعوي أحياناً تتسرطن
- (mesoblaste) أورام عظمية متعددة :
- (ectoblaste) أورام ليفية جلدية حشوية :
+ أكياس بشروية أو مشعرة في الجلد
+ أحياناً تغيرات نقص تصنعية في البشرة الصباغية للشبكية
+ شذوذات سنية (أسنان زائدة – منطمرة – أورام سنية) خصوصاً في زاوية الفك السفلي .

شعاعياً :

الأورام العظمية ظليلة على الأشعة وكثيفة وحيدة متجانسة ومعلقة بعنق على المحيط العظمي بسماكة متغايرة أو أن الورم في داخل العظم وبحواف واضحة بدون حدود كثيفة محيطية ومستقلة عن الأسنان .

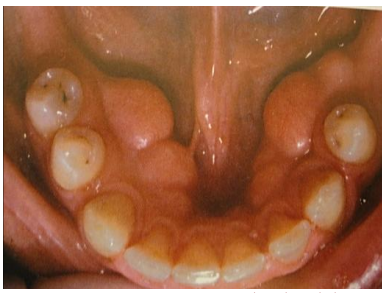
المعالجة :

للآفات الكبيرة والمشوهة أو التي تبدي أعراضاً كالألم والتهاب الجيوب والصداع والشذوذات العينية وتقرحات بالأغشية المخاطية .

الاستئصال الكامل والمعالجة المحافظة هي العلاج المناسب للأورام المركزية القطع العظمي لفصلها عن العظم القشري المرتبط بها في بعض الأحيان قد نحتاج إلى مدخل جراحي من خارج الفم . - النكس نادر

٢- الأعران والأحياد Tori and Exostoses(Exostoses- torus) :

المقصود هو ناميات عظمية ذات نمو محدود سببها مجهول رغم وجود دلائل على أنها قد تكون حالة موروثة وأحياناً ذات طابع عرقي لأنها شائعة نسبياً عند بعض الشعوب كالآسيويين ذوي المسحة شبه المنغولية وشعب الأسكيمو والأمريكين الأصليين . ويعتقد البعض أن هناك عوامل بيئية موضعية كزيادة القوى الماضغة عند بعض الأشخاص العصبيين .



أحياد الفك السفلي Torus Mandibulaires أحياد قبة الحنك Torus Palatins

شكل (٢٩) الأعران Exostoses

الأعران Exostoses :

سريرياً :

ناميات عظمية متعددة لا عرضية تتطور على طول المنطقة الدهليزية للعظم السنخي .

الأحياد الحنكية torus Palatinus:

نمو عظمي محدود على طول الخط المتوسط للحنك الصلب ، نادراً ما يتجاوز ٢ – ٣ سم مغطاة بغشاء مخاطي أملس – أكثر حدوثاً عند الإناث وفي عمر ٢٠ – ٣٠ سنة أحياناً يصاب الغشاء المخاطي المغطى بتقرحات رضية مؤلمة ونادراً ما يحدث التهاب عظم ونقي .

- على الفلم الإطباقي : نشاهد آفات ظليلة شعاعياً منتشرة ذات شكل عقدي أو مغزلي أو مفصص أو مسطح .

الأحياد في الفك السفلي torus Mandibularis :

عقيدات عظمية بطيئة النمو غير عرضية ، تنشأ من العظم القشري للمنطقة اللسانية للفك السفلي في منطقة الضواحك والأرحاء وفي معظمها ثنائية الجانب وتحت الخط الضرسي اللامي – لم يظهر أي ميل لجنس معين وذروة الإصابة في العقدين الثاني والثالث .

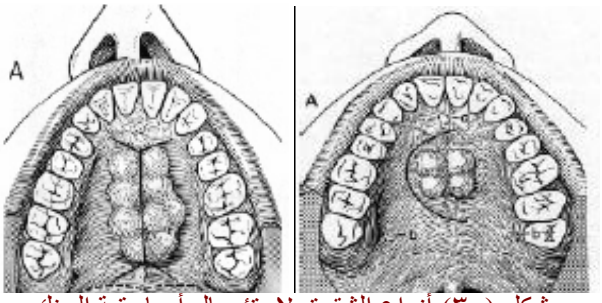
- على الفلم الإطباقي : تظهر كثافة عظمية متجانسة وذات استمرارية مع القشيرة اللسانية ومحطيها منتظم – نصف دائرية أو مفصصة .

المعالجة :

- غير ضرورية

-أحياناً الاستئصال يكون بدافع تعويضات وأحياناً أخرى حدوث تقرحات في الغشاء المخاطي بسبب رض اطباقي ماضغ .

- تزال الكتل العظمية بواسطة السنابل الجراحية وقاطعات العظم أو منشار العظم والنكس نادر الحدوث .



شكل (٣٠) أنواع الشقوق لاستئصال أحياد قبة الحنك

٣- ورم مصورات العظم Osteoblastoma

سريرياً :

- نادراً ما يصيب عظام الوجه والفكين والقحف (١% - ١٥%) والفك السفلي أكثر إصابة من العظام الوجهية الأخرى وخصوصاً المناطق الخلفية .
- المناطق الأكثر إصابة هي الفقرات والعظام الطويلة كالفخذ والعضد .
- الأطفال والمراهقين والأعمار دون الثلاثين أكثر إصابة والذكور أكثر إصابة من الإناث ١/٢ .
- الألم عرض شائع ولكنه لا يوجد ألم ليلي نوعي كما هو الحال في الأورام العفلية العظمية .
- يؤدي إلى حركة في الأسنان في مكان توضعه وتورم وتحدد في الصفائح القشرية العظمية أحياناً .
- حالياً معظم المؤلفين تميز ثلاثة أشكال حسب توضع الورم :
  + ورم مصورات العظم القشري .
  + الورم العظمي المشبه بالعظم أو العظماني العملاق أو ورم مصورات العظم السليم

+ ورم مصورات العظم السمحاقي .

شكل (٣١) ورم مصورات العظم Osteoblastoma

شعاعياً :

المظهر الشعاعي الأكثر تميزاً ذو موقع مركزي وهو عبارة عن فجوة محددة بشكل جيد يمكن أن تبلغ أحياناً (١٠) سم ، منقطة وأحياناً متكلسة بشكل متغاير . ويلتبس هذا الورم تشخيصياً مع الأورام العفلية العظمية (التي لها مظهر النار بالعشب المحترقة) وكذلك مع نظيره ذو المنشأ السني ورم مصورات الملاط .

المعالجة :

- الاستئصال الجراحي الكامل والتجريف عن طريق داخل الفم والنكس نادر الحدوث كما أنه نادراً ما يتحول إلى ورم خبيث خصوصاً في حالات النكس المتكرر .
- ذُكرت حالات نادرة عما يسمى ورم مصورات العظم العدواني الذي هو بين ورم مصورات العظم والغرن العظمي ويصيب الأعمار الأكبر وهو أكثر شيوعاً في إصابة الفقرات ويأخذ حجوماً أكبر .

٤- الورم العظمي العظماني (المشبه بالعظم) Osteoïde Osteoma

سريرياً :

- يمتلك نفس الخصائص التشريحية المرضية لورم مصورات العظم ولكن له خصائص سريرية وشعاعية خاصة فهو أكثر تواتراً بثلاث مرات ويقع عادة في القسم القشري للعظام الطويلة (الفخذ – الظنبوب) ويشاهد بشكل نادر في الفكين والفك السفلي أكثر إصابة من العلوي.
- يكتشف عادة بسبب آلام ليلية نوبية والتي تهدأ باستخدام الإسبرين وقد يسبق الألم التغيرات الشعاعية .

شعاعياً :

يتميز بتواجده في الأماكن تحت السمحاقية القشرية على شكل بؤرة مركزية من الإنحلال العظمي منقطة بتكثفات صغيرة ومحاطة بمنطقة تكثف عظمي محيطي .

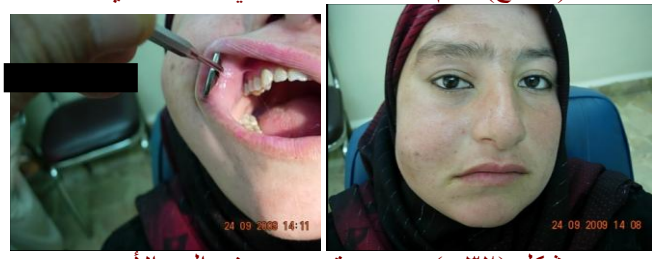
المعالجة :

بالاستئصال الكامل والتجريف لكامل الأعشاش والتي تكون أحياناً بأقطار لا تتعدى /١-٢/ ملم والتي تتألف من مادة شبيهة بالعظم (عظم غير ناضج) محمرة أو رمادية محاطة بعظم تصلبي رد فعلي .

شكل (٣٢-أ) الورم العظمي العظماني (المشبه بالعظم) Osteoma Osteoïde

شكل (٣٢-ب) استحالة ليفية للفك العلوي الايسر

شكل (٣٢-ج) ورم ذو خلايا عرطلة في الفك العلوي الأيمن



شكل (٣٢-د) ورم عرقي دموي في الخد الأيمن

ب – الأورام الغضروفية

١- الورم الغضروفي Chondroma

٢- الورم الغضروفي العظمي Exostose (OsteoChondroma)

٣- ورم مصورات الغضروف Chondroblastoma

٤- الورم الليفي الغضروفي المخاطي Chondromyxoïde Fibroma

١- الورم الغضروفي Chondroma :

سريرياً :

- هذا الورم هو خلل في التكوّن ويتركب من غضروف هيالييني ناضج أو من ليف غضروفي يدعى ورم غضروفي داخلي عندما يتطور في القسم النقيوي ، ويدعى ورم غضروفي خارجي عندما يكون خارج العظم القشري .

- نادر الحدوث في مستوى الفكين ويشاهد خصوصاً عند الذكور ويتوضع في المنطقة الأمامية العلوية وفي منطقة ارتفاق الذقن وجسم الفك السفلي واللقمة .
- يظهر على شكل تورم عظمي غير مؤلم ويتطور ببطء.

شعاعياً :

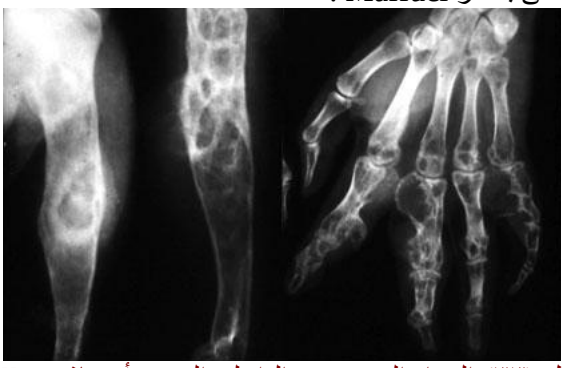
ليس لهذا الورم مظهر شعاعي مميز ويظهر على شكل بؤرة انحلالية عظمية أحياناً تأخذ شكل متعدد الحلقات وبدون تكثف عظمي محيطي . ويمكن مشاهدة تكثفات أو تقاطعات داخل الآفة تجعل الصورة غير متجانسة .

المعالجة :

- الاستئصال الجراحي الواسع أحياناً وذلك لاحتمال كون الورم الغضروفي خبيثاً حيث من الحكمة اعتبار كل ورم غضروفي في الفكين على أنه آفة ماقبل الغرن الغضروفي

في* داء أو الورام الغضروفي الداخلي المتعدد أو تناذر OLLIER (Enchonromatose Multiple أو Syndrome D, Ollier)

- مرض وراثي عائلي يظهر في السنة الثانية من الحياة وذلك على شكل ورام غضروفي داخلي منتشر في كل الهيكل العظمي وبشكل نادر في مستوى القحف والوجه ويلاحظ أيضاً أورام عرقية دموية خصوصاً فموية تتشارك معها محققة ما يسمى بتناذر Maffuci .



شكل (٣٣) الورام الغضروفي الداخلي المتعدد أو تناذرOllier

- إن حدوث أورام عفلية في هذه الحالة يجعل مستقبل المريض قاتماً .
- في حال إصابة اللقمة فالاستئصال الكامل للقمة هو المفضل .

٢- العرن الغضروفي العظمي أو الورم العظمي الغضروفي

Exostose (Osteochondroma)

سريرياً :

- ورم سليم يشاهد خصوصاً في مستوي مشاشات العظام الطويلة في عمر ٢٠ – ٣٠ سنة وعند الذكور أكثر قليلاً من الإناث .
- نادر الإصابة في الفكين والجيوب الفكية والاقواس الوجنية (المنطقة الخلفية للفك العلوي – لقمة الفك السفلي – النتوء المنقاري ...) حيث أن هناك ميل لإصابة الإناث أكثر قليلاً من الذكور وبعمر وسطي ٤٠ سنة .
- يتظاهر على شكل تورم ذي نمو بطيء يؤدي إلى اضطرابات وظيفية في الإطباق وحركات الفك السفلي إضافة إلى اضطرابات تجميلية وانحراف الذقن نمو الجهة السليمة وعدم التناظر الوجهي

شعاعياً :

- الأشعة تظهر بنيات عظمية فرط ضخامية غير نوعية .
- قد تكون الآفة معنقة وذات استمرارية مع القشرة العظمية المجاورة والعظم الإسفنجي الذي تحتها .
- القسم العظمي من الآفة يكون ظليلاً وجيد الوضوح ويبدي نموذجاً مركزياً حويجزياً
- القسم الغضروفي ذو مظهر سطحي وذو تمعدن أقل .

المعالجة :

- الاستئصال الجراحي الكامل والنكس قليل والتحول الخبيث ذو احتمال ضعيف .

ملاحظة : يجب تمييز فرط التصنع اللقمي عن هذا الورم الذي يلتبس معه كثيراً .

٣- ورم مصورات الغضروف : (Chondroblastoma)

سريرياً :

- يصيب بشكل عام مشاشات العظام الطويلة في مستوي الجزر الغضروفية غير الطبيعية ويشاهد بشكل نادر في مستوي لقمة الفك السفلي وعند الأشخاص الشباب أقل من ٢٥ سنة وخاصة عند الذكور .
- يتظاهر على شكل تورم غير مؤلم ذي تطور بطيء.

شعاعياً :

يتظاهر على شكل بؤرة انحلالية عظمية غير محددة بشكل جيد وأحياناً في داخلها تكلسات صغيرة .
المعالجة :
المعلومات عن هذا الورم قليلة - التجريف وأحياناً تطعيم عظمي وقد تترافق الحالة بكيس أم الدم وتتشارك الجراحة بالاستئصال مع الجراحة بالتبريد في هذه الحالة – النكس قليل .

٤- الورم الليفي الغضروفي المخاطي : Chondromyxoïd Fibroma
سريرياً :
- يبدو أن هذه الآفة كسابقتها تأتي من البقايا الغضروفية الجنينية .
- تصيب بشكل رئيسي الـ METAPHYSE (الكُردوس) في العظام الطويلة وخصوصاً في عمر ٢٠ – ٣٠ سنة والذكور بشكل خاص .
- يحدث تورماً مؤلماً ذا تطور بطيء .
- نادراً ما يشاهد في الفكين ويشاهد بشكل عام في الفك السفلي
- يلتبس مع الغرن الغضروفي .
شعاعياً :
المظهر الشعاعي غير نوعي وقد يلتبس مع أورام أخرى سنية أو غير سنية المنشأ وهو على شكل منطقة شافة شعاعياً وذات حواف متصلبة وقد نرى حويجزات . ونادراً ما نشاهد ظلالية في منطقة الورم
المعالجة :
استئصال جراحي واسع إلى حد ما للحصول على حواف طبيعية غير ورمية وقد يتطلب إجراء تطعيم في بعض الحالات الآفات الصغيرة تعالج بالتجريف والفصع

ج – الأورام الليفية (الآفات المشكلة لليف) Fibroma Fibroblastic lésions
١- الورم الليفي الرباطي Desmoïd Fibroma
(Desmoplastic Fibroma)
٢- داء التليف الجهازي العدواني Aggressive Fibromatosis
٣- الورم الليفي المتعظم Ossifyng Fibroma
٤- الاستحالة الليفية Fibrous Dysplasia

1- الورم الليفي الرباطي Desmoïd Fibroma
(أو الورم الليفي المكون للنسيج الليفي Desmoplastic Fibroma)
سريرياً :
- يشاهد عند الأطفال والمراهقين في العظام الطويلة والفقرات وعظام الحوض ويتوضع في ⅓ الحالات في زاوية الفك السفلي . ونادراً في الفك العلوي ويصيب الجنسين .
- تورم غير مؤلم يترافق بتبدل في وضع الأسنان .

شكل (٣٤) الورم الليفي الرباطي Desmoïd Fibroma

شعاعياً :
يظهر على شكل آفة انحلالية عظمية شافة وحيدة أو متعددة الحجرات يتشارك أحياناً مع امتصاص في جذور الأسنان المجاورة مع انتفاخ في القشيرات العظمية ويتطور الورم بشكل عام تحت السمحاق وقد يمتد ضمن العضلات محدثاً صريراً .
المعالجة :

- بالاستئصال الجراحي والتجريف وأحياناً القطع العظمي الجزئي وخصوصاً في حال انثقاب العظم القشري وإصابة النسج الرخوة .
- يتطور هذا الورم بسرعة والمعالجة أحياناً تتعقد وهناك نسبة نكس أحياناً تصل إلى ٢٥ % من الحالات .

ملاحظة :

حالياً وبسبب وجود الخلايا الصانعة لليف والتي تتمايز إلى خلايا صانعة للعضلات Myofibroblastes فإن هذا الورم يعتبر كنهج للتندب النقيوي المفرط (وليس ورماً حقيقياً) الناتج عن رض والذي ذكر غالباً في سوابق المريض .

٢- داء التليف العدواني (الوُرام الليفي العدواني) Aggressive Fibromatosis

عبارة عن شبه ورم مشكل لليف ذي تطور سليم وبدون نقائل .

سريرياً :

- يصيب الجنسين وبكافة الأعمار مع ذلك ٢٥% من المرض عمرهم أقل من ١٥ سنة (Fibromatose Aggressive Juvénile)
- مواقع الوُرام المفضلة هي اللفافات (FASCIAS) البطنية والرئوية ثم المناطق العنقية (الغدة تحت الفك – قاع الفم – اللسان) .
- وجوده في الفك السفلي نادر جداً ويتظاهر على شكل تورم عظمي غير مؤلم أحياناً ذي تطور سريع .

شكل (٣٥) داء التليف الجهازي العدواني Aggressive Fibromatosis

شعاعياً : بؤرةانحلالية عظمية غير ممدودة بشكل واضح .

المعالجة : الاستئصال الجراحي وأحياناً الاستئصال الواسع مع جزء من النسج الرخوة

٣- الاستحالة الليفية Fibrous Dysplasia :

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

سريرياً :

- تظهر الآفة في عمر الطفولة وتصبح بطيئة النمو في عمر المراهقة وتستقر بعد انتهاء النمو مع ذلك يمكن أن تعود فتنشط في بعض الحالات كالحمل وهناك ميل لإصابة الإناث .
- تحدث تشوهات عظمية منتشرة غير مؤلمة واضطرابات شكلية هامة .
- تحدث بعض العلامات الوظيفية : عند إصابتها مناطق الوجه العلوية (جحوظ العينين – نقص حدة الرؤية – وأحياناً العمى عند الضغط على العصب البصري) أحياناً طرش ونقص سمع عند غزوها العظم الصدغي والصخرة – اضطرابات في الإطباق وتبدلات في وضع الأسنان وامتصاص في الجذور وانطمار وحركة في الأسنان – التهاب جيوب انسدادي واضطراب في الشم .
- تشاهد في عظم واحد أو عدة عظام كالفخذ والمرفق والأضلاع والحوض وبشكل أقل في الفكين وخصوصاً في الفك العلوي وتؤدي أحياناً إلى كسور وتشوهات وقد تكون خطرة عندما تمتد إلى قاع الجمجمة .
- المرضى الذين لديهم تناذر Mccune ALBRIGHT (٢-٣% من حالات الاستحالة الليفية) لديهم إصابة متعددة في عدة عظام مع تصبغات جلدية واضطرابات في وظيفة الغدد الصم (بلوغ مبكر – اضطراب في النمو) وخصوصاً عند الإناث .
- عند إصابة عظم وحيد وخصوصاً أحد الفكين فيحدث تطور لتورم تدريجي يأخذ شكلاً مغزلياً أو إهليليجياً ليس له حدود مع العظم .

شكل (٣٦) الاستحالة الليفية Fibrous Dysplasia

شعاعياً :

يختلف المظهر الشعاعي حسب مرحلة تطور الآفة :

- نلاحظ منطقة الإصابة متضخمة ومزالة التكلس وأحياناً شافة في الآفات الحديثة أوالفتية ثم تأخذ اللحمة بإعطاء مظهر الزجاج المهشم ثم يظهر تدريجياً بعض البؤر الكثيفة المتجانسة أو المنقطة بطريقة غير منتظمة .
- الآفات المتطورة تكون كثيفة وأكثر تجانساً .
- ما يميز الاستحالة الليفية هو غياب الحدود مع العظم السليم بعكس الورم الليفي المتعظم ذي الحدود الواضحة مع ذلك هذا المعيار يفقد قيمته في حالات الاستحالة الليفية البدئية والقديمة أو المعالجة جراحياً مسبقاً - التصوير الطبقي والثلاثي الأبعاد ذو أهمية كبيرة لمعرفة امتداد هذه الآفة
- التصوير الومضائي (Scintigraphie) فحص حساس ولكنه غير نوعي في البحث عند الآفات المنتشرة المتعددة .

المعالجة :

- الجراحة التعديلية (Chirurgie Modulante) تكون مفضلة في حالات الاستحالة الليفية الكثيفة والمتعظمة (أي الناضجة) والمشوهة .
- المراقبة في حالات الآفات الصغيرة والغير ناضجة علماً أن معظم الآفات تستقر وذلك عند البلوغ ونهاية النمو كما ذكرنا ، مع ذلك الاستئصال الكامل والتجريف مستطب في حالة الانزعاج من هذه الآفات .
- المراقبة الدورية للإستحالات الليفية وخصوصاً التطورية والمتعددة البؤر العظمية (التي تصب عظام كثيرة) وذلك بسبب خطر التحولات الخبيثة إلى أورام عفلية خصوصاً عندما تتطور الآفة بسرعة مع وجود ألم .
- المعالجة الشعاعية غير مستطبة بل يمكن أن تلعب دوراً في تحول الآفة إلى خبيثة
- حالة خاصة عندما تصل الآفة إلى منطقة الحجاج وتضغط على العصب البصري فإن عملية التحرير للعصب ضرورية لتجنب الإصابة بالعمى .

٤- الورم الليفي المتعظم أو الورم العظمي المتليف Ossifyng Fibroma

الآلية الإمراضية غير معروفة ولكنه مذكور على أنه ورم سليم ينشأ من الخلايا غير المتمايزة الموجودة في النسج الرباطية حول السنية .

سريرياً :

- يصيب بشكل أساسي الفكين وخصوصاً الفك السفلي في منطقة الضواحك وهو ذو بؤرة وحيدة ويشاهد بشكل نادر في العظام الطويلة (الظنبوب – الشظية) وهناك ميل لإصابة الإناث .
- يلاحظ في عمر ٢٠ – ٣٠ سنة وذكر وجود ميل عائلي بشكل نادر .
- ذو تطور بطيء مع تبدل في وضع الأسنان وأحياناً امتصاص جذور وأحياناً علامات عينية كالجحوظ وعلامات جيبية أنفية .

كما أن هناك آلاماً عند زيادة الحجم بسبب الضغط على الأعصاب مع خدر ونمل بشكل نادر كذلك انثقاب العظم وحدوث تقرح أمران نادران .

شعاعياً :

الورم محدود بشكل جيد وبحجم معتدل نسبياً وحيد الحجرة غالباً أو متعدد الحجر ، شاف على الأشعة في مراحله الأولى وله شكل كيسي . رويداً رويداً يتنقط بتكثفات دقيقة تكبر مع الزمن وتصبح غير منتظمة في المركز ومنتظمة في المحيط ومحاطة بشكل جيد كالقوقعة حيث تشوه القشيرات العظمية الخارجية وفي مرحلة متقدمة أكثر فإن خيال الورم يصبح كثيفاً بشكل كامل والفحص الشعاعي المقطعي مطلوب في بعض الحالات .

المعالجة :

الاستئصال الكامل مع التجريف وذلك لإمكانية تسليخ الورم عن العظم السليم بعكس الاستحالة الليفية .
عند حدوث النكس فالاستئصال يجب أن يشمل المناطق السليمة حول الورمية (القطع العظمي) وأحياناً نستخدم الطعوم الحرقفية والضلعية .
- النكس يتراوح بين ١٠ – ٢٨ % عند إجراء الفصع .و ٥ % إذا كانت هناك قطع عظمي بعد الاستئصال

٥- الورم الليفي المتعظم الشبابي Fibrome Ossifiant Juvénile
وصف من قبل Johnson عام ١٩٥٢ يتميز عن الورم العظمي النموذجي بكونه أكثر عدوانية ويصيب الأعمار الصغيرة وفي أماكن تشريحية مختلفة وقد سمي أحياناً Desmo – Osteoblastome و Fibrome Osteoïde
سريرياً :
- يصيب الأعمار الصغيرة ، خلال العقد الثاني وهناك ميل أكثر لإصابة الذكور .
- المناطق الأكثر إصابة هي الجزء الأوسط والعلوي من الوجه (الفك العلوي – الحجاج – الجبهة والجيوب الغربالية والفكية) وبشكل أقل الفك السفلي ويحدث جحوظ في العينين ، اضطرابات رؤية – إعاقة أنفية – عدم تناظر وجهي .
- يتطور بسرعة ويأخذ امتداد كبير وخطير خصوصاً عند الامتداد إلى قاع الجمجمة .
شعاعياً :
المظهر الشعاعي قريب من الورم الليفي المتعظم النموذجي ويختلف حسب مرحلة التطور وتوضع الآفة ولكن التخربات العظمية أكبر في هذه الحالة . ونلاحظ شفوفية مع ظلالية تختلف حسب درجة تطور الآفة وتكلسها .
المعالجة :
- الاستئصال الجراحي الكامل مع التجريف أو القطع العظمي المحيطي في الآفات الصغيرة .
- أما في الآفات الناكسة والكبيرة فيجب إجراء القطع العظمي الجزئي أو الكامل وخصوصاً عند الاجتياح الورمي للمناطق الحساسة الحجاجية والقحفية .
- النكس /٣٠-٥٨ %/ ولم يذكر لهذا الورم انتقالات

شكل (٣٨) الورم الليفي المتعظم الشبابي

د – الأورام الحالة للعظم (غنية بالخلايا العرطلة)
Osteolytic Tumors (myeloplaxes)
١- الورم ذو الخلايا العرطلة Giant cell Tumor
٢- الورم الحبيبي المركزي (المرمم) ذو الخلايا العرطلة
Central Giant cell Granuloma
٣- الأورام السمراء لفرط نشاط نظائر الدرق
Brown Tumors of the hyperparathyroïde
٤- الملائكية Chérubism
١- الورم ذو الخلايا العرطلة : Giant cell Tumor
- يتوضع هذا الورم في مشاشات العظام الطويلة ونادر جداً في الفكين – يظهر في عمر /٢٠-٤٠/ سنة .
- التورم العظمي يُحدث آلاماً في بعض الأحيان
- الصورة الشعاعية : تظهر آفة انحلالية عظمية وحيدة أو متعددة التجاويف ويتطلب علاج الآفة استئصال جزء من العظم السليم المحيط بالآفة .

- يلاحظ في بعض الحالات تطوراً خبيثاً وكذلك النكس بعد المعالجة الجراحية .

شكل (٣٩) الورم ذو الخلايا العرطلة Giant cell Tumor

٢- الورم الحبيبي المركزي ذو الخلايا العرطلة Central Giant Cell Granuloma

وصف هذا الورم من قبل Jaffe تحت اسم الورم الحبيبي المرمم Reparator وذلك لكونه آفة سليمة تشاهد بكثرة وتظهر كمنهج مرمم إصلاحي أكثر من كونها نهج تخريبي ولكن بسبب عدم وجود رض أو التهاب في سوابق المريض في معظم الآفات فقد حذف تعبير مرمم أو إصلاحي .

سريرياً :

- يشاهد حصرياً في الفكين مع ذلك ذكرت حالات نادرة في عظام الوجه والعظام الصغيرة لليدين والقدمين .
- يشاهد في الفك السفلي أكثر من العلوي وخصوصاً في المنطقة الأمامية .
- يشاهد في كل الأعمار وخصوصاً بين /٢٠ – ٣٠/ سنة والإناث أكثر إصابة من الذكور ½ .
- التورم يحدث انتفاخاً في العظم مغطى بغشاء مخاطي مائل للرمادي ويشاهد حركة في الأسنان المجاورة .
- قد يحدث أحياناً انثقاب في القشرة العظمية وينمو بسرعة ويحدث ألم وامتصاص في جذور الأسنان ويدعى في هذه الحالات من قبل البعض بالنمط العدواني .

شعاعياً :

الورم يظهر على شكل حفرة شافة على الأشعة – واسعة ذات حدود واضحة مدورة أو مفصصة مع بعض التقاطعات الواضحة أو أحياناً ناعمة وقد يكون متعدد الحجر يعطي مظهر (عش النحل) وفي هذه الحالة يمكن أن يلتبس التشخيص مع ورم مصورات الميناء وقد تغيب بعض حدود الورم عند ثقبه القشيرة العظمية في النمط العدواني .

شكل (٤٠) الورم الحبيبي المركزي (المرمم) ذو الخلايا العرطلة

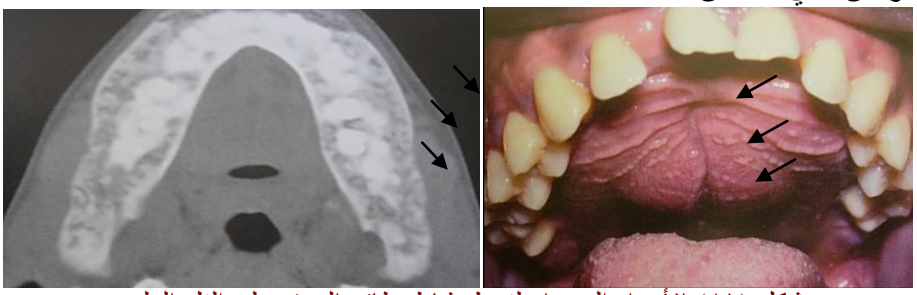
المعالجة :

- الاستئصال الكامل هو المعالجة المختارة في هذه الحالة ولكنه أحياناً صعب الإنجاز بسبب الالتصاق مع العظم ولذلك يجب إجراء التجريف العظمي حول الآفة
- أما في النمط العدواني فهناك ميل لحدوث النكس إثر المعالجة المحافظة ولذلك يجب إجراء القطع العظمي الجزئي أو الموسع .
- حقن الستيروئيدات القشرية ضمن الورم كمعالجة بديلة عن الجراحة
  Amcinolone Acetoride أعطى نسبة عالية من النكس مثل
  (Triamcinolone Solution) * ١ % (١مل) لكل /١/ سم من الورم أسبوعياً ولمدة /٦/ أسابيع .
- استخدام الكالسيتونين الصنعي أعطى نتائج جديرة بالاهتمام في معالجة النمط العدواني لمدة /١٢/ شهر تحت الجلد أو ارزاذ أنفي Salmon Calcitonin.

ملاحظة :

يجب الانتباه إلى تشابه المظاهر السريرية لهذه الآفة مع الأورام السمراء أو البنية الناتجة عن فرط نشاط نظائر الدرق ولذلك يجب اختبار مستويات الكالسيوم في المصل والفوسفات والهرمون نظير الدرق .

٣- الأورام السمراء (البنية) لفرط نشاط نظائر الدرق
Brown Tumops of the hyperparathyroïde
هذه الأورام تحدث بسبب نشاط غدة نظائر الدرق والتي يكون نشاطها لعدة أسباب :
فرط نشاط نظائر الدرق الأولي :
يحدث بسبب وجود :
+ ورم غدي Adenoma (٨٠ – ٩٠%) من الحالات .
+ ضخامة الغدة Hyperplasia (١٠ – ١٥%) من الحالات .
+ وجود سرطان غدي ٢% من الحالات Carcinoma



شكل (٤١) الأورام السمراء لفرط نشاط نظائر الدرق على الفك العلوي

- يتظاهر هذا النشاط الأولي خصوصاً عند النساء ويحدث عدة مظاهر :
١- التظاهرات العظمية :
مشهد مشابه للالتهاب العظمي الليفي الكيسي لـ Recklinghausen وكذلك الآلام العظمية التي تهدأ عند الراحة وتزداد عند المشي والوقوف إضافة إلى كسور تلقائية خصوصاً في العظام الطويلة والتي تلتحم بشكل رديء كما يلاحظ أورام عظمية على شكل نتوءات منتظمة ملتحمة من جسم العظم خصوصاً في الفكين وفي مرحلة متقدمة يلاحظ تشوهات بسبب انتفاخ العظام بواسطة هذه الأورام .
المظهر الشعاعي :
نلاحظ فجوات واسعة مع تقاطعات ناعمة وغير نوعية ولا يوجد حولها صفيحة قاسية .
٢- التظاهرات خارج العظمية :
تكون بشكل أساسي إصابة كلوية حيث نلاحظ بكثرة وجود حصيات كلوية وتحدث كولنجات كلوية وأحياناً بول مدمى والتهاب مجاري بولية – ويلاحظ القصور الكلوي عندما تطول فترة نشاط هذه الغدة ويلاحظ أيضاً بوال سكري كما يلاحظ تكلسات صغيرة وعديدة في البرانشيم الكلوي .
٣- علامات هضمية :
(فقد شهية – غثيان – إمساك – آلام شرسوفية وأحياناً قرحات معدية معوية) وأعراض قلبية (تسرع قلب – نوبات خوارج انقباض)
٤- علامات حيوية :
+ ارتفاع كالسيوم الدم (١٣٠ – ١٥٠ ملغ/ل)
+ ارتفاع كالسيوم البول
+ انخفاض فوسفور الدم (١٠-٢٠ ملغ/ل)
+ ارتفاع فوسفات البول .
+ ارتفاع نسبة خميرة الفوسفاتاز الكالين (Phosphatases Alcalines)
٥- كسور متعددة وتشوهات كبيرة تؤدي إلى النحول والضعف الكبير إضافة إلى نزف بولي ثم تؤدي إلى الموت .
٦- المعالجة الوحيدة الممكنة لفرط النشاط الأولي هي الاستئصال الجراحي للأورام المصابة بها الغدد نظيرة الدرق والتي توقف هذا التطور القاتل .
فرط نشاط نظائر الدرق الثانوي :
في أغلب الحالات فإن هذا النشاط يكون نتيجة لعوز الدم من الكالسيوم ويحدث ردة فعل هدفها إنقاذ التوازن الهرموني الفوسفوكالسيك وذلك بتحريك الإحتياطي المعدني للعظم ولذلك نلاحظه في :
١- الأمراض العظمية الناتجة عن عوز الكالسيوم والفوسفور وعوز فيتامين D مثل Osteomalacie (ترقق العظام) والكساح (Rachitisme) .

٢- في حالة القصور الكلوي المزمن خصوصاً عند الأطفال بسبب التقزم الكلوي
(Nanisme) الذي يتشارك مع ضمور في الكلية ومع آفات عظمية تشبه الكساح Rachitisme وتأخر في النمو وهذه الآفة نادرة عند البالغ . أيضاً خلال التهاب الكلية المزمن أو مرض الكيسات الكلوي .
٣- كاختلاط لـ تنقية الدم المديد Hemodialyse .

خلاصة :

إن المظاهر السريرية والشعاعية للأورام البنية في مستوى الفكين تتشابه مع الورم المركزي ذي الخلايا العرطلة والتشخيص التفريقي بينهما هو بقياس نسبة مستويات كالسيوم وفوسفات الدم والهرمون نظير الدرق .

كما أن العلاج يكون مشابهاً لعلاج الورم المركزي ذي الخلايا العرطلة إضافة إلى علاج السبب المؤدي لفرط نشاط نظائر الدرق كاستئصال الأورام التي تصيب هذه الغدة .

٤- الملائكية Cherubism

أو المرض الكيسي متعدد الفجوات العائلي للفكين

Maladie kystique multiloculaire des maxillaries

إصابة موروثة عائلياً كصفة جسمية تتميز بتبدل العظم الاسفنجي الطبيعي بنسيج ليفي نوعي يحتوي على كمية متغايرة من الخلايا العرطلة متعددة النوى .

سريرياً :

- تتميز بإصابة الذكور أكثر من الإناث بـ ١/٢ ، وتبدأ الإصابة بعمر من /١-٣/ سنوات ولم تسجل أية حالة عند الولادة .
- تتميز بفرط ضخامة تدريجية لزاوية الفك السفلي والشعبة الصاعدة ، والفك العلوي أقل إصابة ، وإذا حدثت تكون في منطقة الحدبة الفكية والمنطقة العلوية الأمامية .
- يحدث تطور وتوسع عظمي تدريجي ومنتظم خلال الطفولة ويستقر ويتوقف غالباً عند البلوغ أو مابعده بقليل بشكل كامل /٢٠-٣٠/ سنة .
- يحدث تشوهات وجهية نموذجية في المناطق الماضغة غير مؤلمة ولا تُحدث عجز عصبي وغالباً ثنائية الجانب وتعطي مظهر الملائكية التي هي رسوم الأطفال البريئين في عصر النهضة الأوربية على جدران الكنائس وفي حال إصابة الفك العلوي يحدث ضغط على كرة العين مما يؤدي إلى الحملقة ، وتنظر العين باتجاه الأعلى .
- يحدث سوء وضع في الأسنان وأحياناً سوء تشكل وحتى غياب بعض الأسنان ، وتشوهات وجهية واضطرابات وظيفية وتجميلية وأحياناً اعتلالات في العقد اللمفاوية .

شكل (٤٢) الملائكية من الدرجة الثالثة Cherubisme– III

شعاعياً:

صنفت الإصابة حسب شموليتها إلى صنف أول وثاني وثالث حيث تكون مقتصرة على طرفي الفك السفلي في الصنف الأول وتشمل كلا الفكين في الصنف الثالث .

نلاحظ تمدد في العظم القشري في عدة مناطق مع بؤر من الانحلال العظمي شافة على الأشعة أو مع شبكة من التقاطعات ناعمة أو كثيفة أحياناً ، غير منتظمة ، ونلاحظ احترام اللقم حتى في الآفات الكبيرة ، ونلاحظ على الأشعة هجرة بعض الأسنان وعدم تشكل بعضها في منطقة الأرحاء الثانية والثالثة السفلية .

في مستوى الجيوب الفكية نلاحظ أنها ممتلئة غالباً وانثقاب القشيرة العظمية وارد أحياناً

المعالجة :

الإحجام عن المعالجة هو القاعدة في معظم الحالات لأن هذه الآفة تتراجع عند البلوغ وأحياناً تختفي في عمر /٢٠-٣٠/ سنة .

مع ذلك فإن بعض الحالات تستوجب التدخل الجراحي سواء خلال مرحلة الطفولة أو في مرحلة البلوغ عند حدوث تشوهات عظمية كبيرة مزعجة وظيفياً وتجميلياً .

إن تجريف الآفة المشارك مع الجراحة التعديلية يبدو مُرضياً لمعظم المؤلفين ويجب أن يكون العمل الجراحي سريعاً ما أمكن وذلك للتقليل من الضياع الدموي الكبير عادة في هذه الحالة .

كما أن هناك اختلاطات للعمل الجراحي تتجلى بحدوث خدر ونمل في الأماكن المعصبة بمثلث التوائم إضافة إلى الكسور الرضية كما أنه يجب قلع الأسنان المتحركة أو سيئة الوضع خلال العملية .

المعالجة بالكالسيتونين مقترحة ولكنها تحتاج إلى مزيد من الأبحاث كما أن المعالجة الشعاعية لا تستطب في هذه الحالة

ملاحظة :

ذكرت بعض المصادر أن هناك علاقة بين الملائكية ومتلازمة Nooman-like حيث يبدي المريض مظاهر سريرية وشعاعية ونسيجية للملائكية وهي حالات نادرة ويظهر على المريض قامة قصيرة وعيوب قلبية وعائية – تخلف عقلي وسحنة وجه مميزة .

هـ – أورام أخرى سليمة

١- داء التنسج x – Histiocytosis

Langerhans Cell Histocytosis

٢- الأورام الوعائية والتشوهات الوعائية أو سوء التشكل الوعائي

Vascular Tumors and Vascular Malforations

٣- الأورام العصبية : Nerve Tumors

٤- الأورام العضلية :MYOMA

٥- الورم الشحمي : LIPOMA

٦- الورم العجائبي .

١- داء التنسج x – Histiocytosis

Langerhans Cell Histocytosis

تحت هذا الاسم تنضم ثلاثة تناذرات سريرية لها نفس الصفة النسيجية :

أ- الورم الحبيبي المحب للايوزين أو للحامض Eosinophilic Granuloma

ب- مرض Hand – Schûller – Christian .

ج- مرض Letterer – Siwe

تتميز الإصابة بتكاثر أو تضاعف في الخلايا اللانغرهانسية وهي شكل خاص من البالعات التي تولد في النخاع العظمي وتهاجر بشكل ثانوي في الجلد والأغشية المخاطية والعقد اللمفاوية وغدة التيموس (التوتة) دور هذه الخلايا المناعي معروف جيداً : فهي تثبت المستضدات (Antigènes) على أغشيتها وتنقلها على الخلايا المناعية القادرة ، بشكل إفرادي الخلايا اللنفاوية T .

الآلية الإمراضية لداء التنسج X متضارب الرأي حولها بين اعتبارها ورم حقيقي أو إصابة مناعية بسبب التحريض المفرط للخلايا اللانغرهانسية أو بسبب سوء وظيفة الخلايا اللنفاوية T المثبطة المناعة . وهناك بعض النظريات ترجح وجود سبب فيروسي .

شكل (٤٣) المجهر الإلكتروني : يظهر في هيولا الخلايا الناسجة أجسام Birbeck المميزة لخلية لانغرهانس

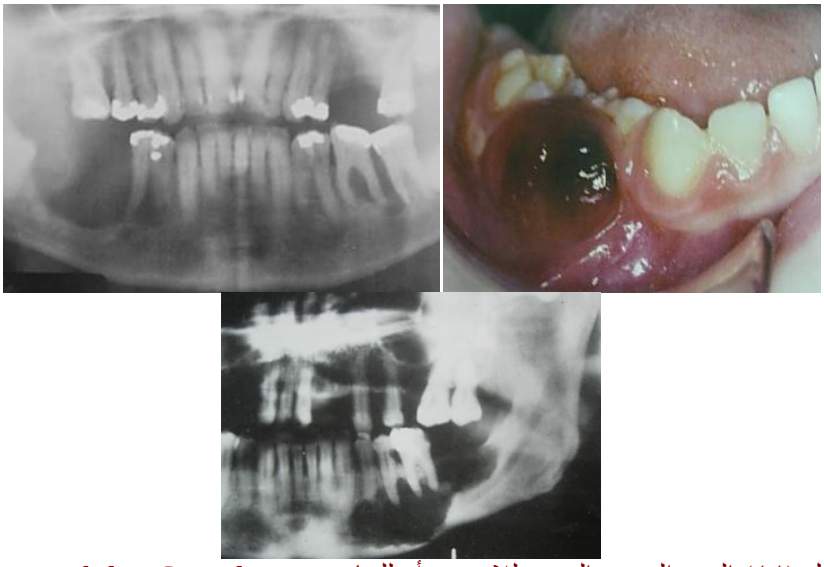
أ- الورم الحبيبي المحب للحامض أو الإيوزين : Eosinophilic Granuloma

سريرياً :

- يشاهد عند الذكور غالباً ويصيب المراهقين والبالغين الشباب قبل عمر الـ ٤٠ سنة
- يشاهد بشكل رئيسي في مستوى الجمجمة والأضلاع والحوض والعمود الفقري والعظام الطويلة وعظم الكتف .
- يشاهد في مستوي الفكين وخصوصاً الفك السفلي /٦٥%/ .
- التوضع السنخي يؤدي إلى حركة في الأسنان وأحياناً قلع ذاتي – تورم عظمي متقرح مؤلم أحياناً .

شعاعياً :

- الأشكال داخل العظمية تظهر حفيرة أو حفيرات متجانسة ذات حدود مفصصة وغير كثيفة . الأشكال المحيطية تخرب العظم السنخي على شكل وعاء (Cupule) حول جذور الأسنان التي تبقى حية وتظهر وكأنها طافية .
- يجب التفتيش دائماً عن توضعات أخرى في الهيكل العظمي وأحياناً الرئتين والعقد اللنفاوية والجلد إذا كان التطور سريعاً .



شكل (٤٤) الورم الحبيبي المحب للايوزين أو للحامض Eosinophilic Granuloma (Langerhans Cell Histiocytosis)

ب- مرض أو تناذر Hand – Schûller – Christian

سمي هذا الشكل بأسماء الذين وصفوا هذا الداء لأول مرة ويشاهد في عمر الطفولة (أصغر من ١٠ سنوات) يتميز بوجود سكري تفه (Insipide) وبجحوظ في العينين وبآفات حالة للعظم القحفي والإصابة ممكن أن تتصاحب بحفر من الانحلال العظمي (Géodes) في الفك السفلي مع تقرحات لثوية وحركة وخلع ذاتي في الأسنان ، كما يمكن أن نشاهد إصابات حشوية وجلدية .

ج- مرض أو تناذر : Letterer – Siwe

- يشاهد عند الرضع والأطفال الصغار يتصاحب بعلامات عامة شديدة (الحمى) ، تظاهرات جلدية ودموية (فقر دم - ضخامة عقد بلغمية - وضخامة كبد وطحال) وإصابة نقي العظام وهذه الإصابات قد تكون مميتة .
- في مستوي الفك العلوي فإن الانحلال العظمي يكون منتشراً .

المعالجة :

تختلف المعالجة حسب كون الآفة معزولة أو منتشرة ويفضل إجراء خزعة قبل العمل الجراحي .
- ففي حالة الورم الحبيبي المحب للحامض فإن الجراحة بالإستئصال الكامل مع التجريف الضاغط وقلع الأسنان في منطقة الآفة هو الحل الأفضل والنكس قليل . " ترك الجرح مفتوحاً " .
- في حالة الشكل المنتشر مع إصابات جهازية أخرى فقد جرّبت عدة وسائل للعلاج :
١- حقن السيتروتيدات ضمن الآفة أو إعطاؤها جهازياً .
٢- المعالجة بالأشعة .
٣- المعالجة الكيميائية وقد استخدمت عدة بروتوكولات .

Cyclophosphamide – Cytarabine – Daunomycin
Procarbazine – Mechlorethamine – Chlorabucil - Etoposide – Vincristine – Vinblastine - Methotrexate – Mercatopurine

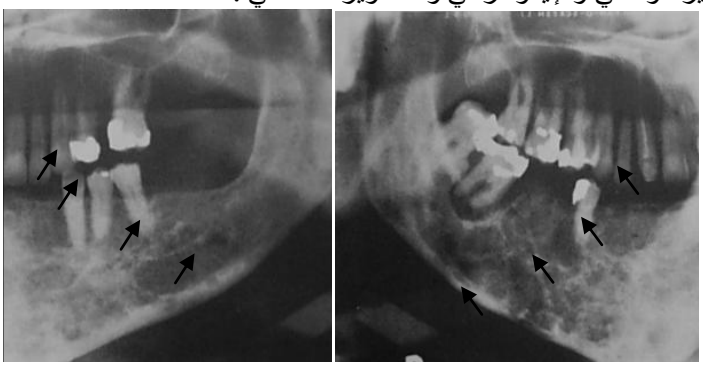
٢- الأورام الوعائية والتشوهات الوعائية أو سوء التشكل الوعائي
Vascular Tumors and Vascular Malformations
أ - الورم العرقي الدموي أو الوعائي الدموي : (Hémangioma)
ب - سوء التشكل الوعائي Vascalar Malformation (Angiodysplasie)
ج - كيس أم الدم Aneurysmal Cyst
د - الورم العرقي اللمفاويLymphangioma
أ - الورم العرقي الدموي أو الوعائي الدموي : (Hémangiome)

هو ورم حقيقي ينتج عن تنشوء ورمي وذلك بتكاثر الخلايا البطانية وتزايد عدد الخلايا الدقلية Mast Cell وهو الأكثر شيوعاً .

سريرياً :
- يوجد في كل الجسم وبشكل أكثر شيوعاً في منطقة الرأس ويصيب النسج السطحية أو العميقة وأحياناً كلاهما معاً ويشكل /٧%/ من مجمل أورام النسج الرخوة .
- يشخص غالباً في عمر الولادة والسنة الأولى من العمر والإناث أكثر من الذكور ١/٥ ويحدث نمو سريع في البداية ثم يتراجع وأحياناً يتوقف قبل البلوغ وهو ذو تدفق Debit ضعيف .
- في الشكل المركزي ضمن عظم الفكين نلاحظ : تبدل في وضع الأسنان وحركة مع نزوف لثوية متكررة حول أعناق الأسنان غالباً ليلية وأحياناً الوسادة مدماة صباحاً إضافة إلى الشعور بنبض الآفة عند الجس والحرارة الزائدة وحدوث هدير (Thrill) عند الإصغاء ووضع سماعة طبية رغم تدفقه الضعيف بعكس سوء التشكل الوعائي الشرياني ذي التدفق القوي والذي يبدي أعراض سريرية مشابهة للورم العرقي الدموي .

شعاعياً :

ليس هناك علائم شعاعية مميزة في الأشكال المركزية ونجد شفوفية عظمية ذات حواجز دقيقة تشبه أحياناً قرص العسل وأحياناً كالرسم المظلل بقلم الرصاص ويجب لإكمال التشخيص إجراء تصوير بالرنين المغناطيسي والتصوير الوعائي والإيكوغرافي والتصوير المقطعي .



شكل (٤٥) الورم العرقي الدموي Hemangioma

ب - سوء التشكل الوعائي : Malformation Vasculaire
(Angiodysplasie)

هو شذوذ في تشكل الأوعية الدموية أو اللمفاوية وليس ناتجاً عن شذوذ في البطانة الوعائية وهو أقل شيوعاً من الأورام العرقية الدموية ويصنف سوء التشكل الوعائي حسب نوع النسيج المشكل له :
شعري – وريدي – شرياني – لمفاوي – أو وريدي شرياني .

سريرياً :

- يمكن أن يوجد في كل مناطق الجسم والمنطقة الوجهية والفك السفلي أكثر إصابة فيها ١/٢ وحدوثه في العظام ٣٥% .
- موجود عند الولادة (ذو منشأ جنيني) وغالباً لا يشخص إلا في العقد الثاني من الحياة وغالباً يصيب الإناث أكثر من الذكور ١/٢ وقد يكون ذا منشأ مكتسب بعد الرضوض والإنتانات أو دورة هرمونية .

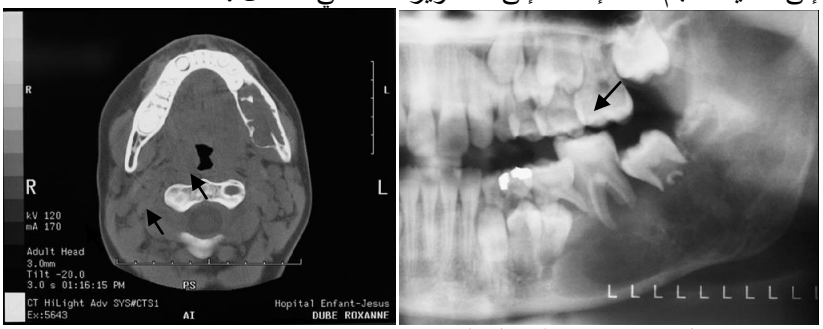
ينمو ببطئ وقد يزداد النمو بسبب بعض المحرضات السابقة ولكنه لا يتوقف ولا يتراجع بسبب نمو ناتج عن ديناميكية السوائل عبر الآفة وتشكل أوعية جانبية جديدة بعكس الورم العرقي الدموي الذي يتوقف نموه .

- قد يكون التدفق الدموي فيه ضعيف (شعري – وريدي – لمفاوي) وقد يكون قوياً (شرياني أو شرياني وريدي) .
- في الشكل المركزي ضمن العظم له أعراض مشابهة للورم العرقي الدموي ولكن بشكل أكثر وضوحاً والنزف الكارثي بعد قلع سن في منطقة الورم أشد خطورة . .

شعاعياً :

ليس له صورة شعاعية مميزة فالانحلال العظمي يشاهد غالباً وذو أشكال متغايرة فقد نجد حفرة شافة وحيدة ذات حدود مبهمة وأحياناً نجد مشهداً متعدداً والفجوات ذا حدود مفصصة وأحياناً تقاطعات خفيفة على شكل وردة شوكية متشععة من المركز إلى المحيط معطية مظهر الاستحالة الليفية فقد تبدو الآفة على شكل شفوفية شعاعية كفقاعات الصابون أو قرص العسل مع أسنان ممتصة الجذور أو متحركة وشذوذ في التوضع والشكل للأسنان المجاورة .

- الرنين المغاطيسي : يمكن أن يظهر امتداد الآفة وقد يحدد طبيعة التدفق ضمن الآفة .
- الإيكو الوعائي : يمكن أن يفرق بين الآفات ذات التدفق العالي والمنخفض
- التصوير الوعائي : هو الأكثر شيوعاً ويستخدم الشريان الفخذي ويحدد مقدار التدفق ضمن الآفة والتدفقات الرديفة إضافة إلى تحديد لحجم الآفة إضافة إلى التصوير المقطعي المكمل .



شكل (٤٦) سوء التشكل الوعائي Malformation Vascular

المعالجة للأورام الوعائية وسوء التشكل الوعائي :

شهدت معالجة سوء التشكل الوعائي ذات التدفق القوي تقدماً حقيقياً بسبب استخدام السد الاصطفائي (Embolisation) والمتشارك أو غير المتشارك مع الجراحة .
الاستطبابات العلاجية للأورام الدموية الوعائية صعبة الطرح ويجب أن تأخذ بالحسبان عدة معايير : العمر – والوضع النفسي للمريض – حجم الآفة وموقعها – تطورها – وخصائصها الحركية الدموية .
وهناك ظرفان يمكن أن يحدثا :

١- وضع اسعافي :
وهنا حدوث نزف غزير من سنخ أحد الأسنان أو من اللثة فيجب وضع ضماد ضاغط مع شريط أو مادة قابلة للامتصاص ومعالجة الاضطرابات الدموية الحركية إن حدثت وعمل مخطط لمعالجة شافية للورم الوعائي باستخدام التصوير الوعائي العملياتي وبعد تعليم كل الفروع المغذية بواسطة الطريق الفخذي عند المريض المثبت ، ويجب استخدام السد الاصطفائي الذي هو طريقة صعبة إلى حد ما ويجب أن يكون فعالاً حتى لا يحدث تموت في الجلد أو الأغشية المخاطية .
والمواد والجسيمات المستخدمة في السد الاصطفائي تختلف حسب التشوهات وحسب الجراحين وطريقتهم:
- قطع من الأم الجافية مجففة بالتبريد
- اسفنجات Spongel
Isobutyl Cyanoacrylate
- بالونات صغيرة قابلة للفصل Ivalon
– كما استخدمت العضلات من المريض نفسه
– دم متخثر ممزوج بحمض Epsilon–Amino Caproique
– كرات السيليكون
– ألياف الكولاجين
– وشائع فولاذية مع حزم قطنية.
ملاحظة :
إن الربط الشرياني أو ربط الفروع الأساسية المغذية للآفة محظّر قطعياً لأنه يسبب إعاقة كبيرة للسد الاصطفائي المستقبلي ولأنه يؤدي إلى خلق تفاغرات جديدة .
٢-خارج الوضع الإسعافي :
الاستطبابات العلاجية تبقى صعبة الطرح وتتبع المعايير التي ذكرت أعلاه والاستقصاءات الشعاعية (التصوير الوعائي الانتقائي – الرنين المغناطيسي مع حقن مواد ظليلة) تسمح بتحديد دقيق لنمط الآفة .
+ في حالة سوء التشكل الوعائي ذي التدفق المرتفع :
أ- الاتصالات الشريانية الوريدية : في معظم الحالات المعالجة تكون بوضع بالونة قابلة للانفصال في مكان الاتصال أو يمكن استخدام السد الاصطفائي . والجراحة تُحفظ للأشكال القليلة النفوذ بالطريقة داخل الوعائي .
ب- التشوهات الشريانية الوريدية : تطرح شكله أكثر صعوبة لأنه فعالية السد الانتقائي تتلاشى مع الزمن لذلك نلجأ إلى الجراحة والتي تكون نازفة بشكل كبير ويخف نزفها باستخدام السد الانتقائي قبل ٣ أيام . كما أنه يجب أن يكون التخدير العام خافض للضغط .
إن الضياع المادي العظمي غالباً ما يحدث عند هؤلاء المرضى الصغار عموماً ولذلك تستخدم الطعوم بشكل آني أو مؤخر قليلاً
- في حالة سوء التشكل الوعائي ذي التدفق الطبيعي أو المنخفض :
الأورام الوعائية الوريدية تكون قليلة الحساسية للسد الانتقائي الذي لا يسمح غالباً بالحصول إلاّ على تحسن سريري مؤقت ، لذلك يجب مشاركة السد الانتقائي بالإستصال الجراحي .
كما أن حقن المواد المصّلبة يمكن أن يحمل دعم علاجي لا يستهان به .
- الامتناع عن العلاج مع مراقبة سريرية وشعاعية يكون في حالة سوء التشكل الوعائي الغير معقد والمستقر وبدون أن يحدث مشاكل شكلية ووظيفية .
- عند الأطفال : يفضل إرجاء العمل الجراحي حتى نهاية النمو وذلك باستخدام السد الاصطفائي المتكرر إلا إذا دخل عامل تطوري غير محسوب .
الخلاصة :
- الورم الوعائي آفة وعائية منخفضة التدفق شائع الحدوث معظمها يتراجع عند البلوغ والجراحة مطلوبة فقط من أجل إصلاح العيوب الوظيفية والجمالية أو معالجة الآفات الغير متراجعة وفي بعض الحالات يمكن استخدام :

- السيتروتيدات (ضمن الآفة أو جهازياً) .
- الأنترفيرون ALFA – 2a في مرحلة الطفولة وقبل تراجع الآفة .
- الليزر (الأرغون) .
- أسواء التشكل الوعائية المنخفضة التدفق تعالج كالأورام الوعائية والعالية التدفق تعالج بالسد الانتقائي والجراحة .

طرق علاجية غير جراحية :

١- المعالجة بالمواد المصلبة Sclerotherapy :

استخدمت قديماً عدة أساليب منها :

- حقن سيروم ملحي بتركيز ٣٠ %
- حقن سيروم ملحي بتركيز ٦٠ %
- حقن الكحول بتركيز ٩٠ %
- حقن المغنيزيوم الذي يتأكسد في الداخل محرراً الهيدروجين المحرض على التليف ويمتص المغنيزيوم خلال ١٠ أسابيع .

هذه الطرق تحدث آلاماً شديدة إضافة إلى وذمات كبيرة .

ويستخدم أيضاً مصلبات متعددة :

- Ethibloc Sodium Moorhaute Ethanol
- Acetic Acid Phenol Ferric Salts Quinine
- Silver Sodium Citrate Urea Citric Acid Nitrale

٢- الجراحة القرّية (بالتبريد باستخدام الثلج الكربوني) : للآفات الصغيرة .

٣- المعالجة الشعاعية : غير مجدية كثيراً .

٤- التربيط داخل الآفة : Entralesion Ligation.

ج - كيس أم الدم Aneurysmal Cyst :

كيس عظمي سليم منتشر يتميز بوجود حفر داخل العظم وحيد أو متعدد التجاويف غير محاط ببشرة مبطنة (Endothelium) وذو محتوى دموي وقد عزل وسمي من قبل Jaffe , Lichtenstein عام ١٩٤٢ والآلية الإمراضية بكون هذا الكيس ذا منشأ رضي قد رفض حالياً وهناك نظريات حول كونها ظواهر نزفية أو اتصال شرياني وريدي أو اضطرابات أخرى دموية حركية .

سريرياً :

- يشكل ١-٤% من مجموع الأورام السليمة في العظام .
- يشاهد بشكل أساسي في العظام الطويلة ٦٠% وفي العظام القصيرة كالفقرات والعظام المسطحة (الحوض) . ووجوده في الفكين استثنائي (١-٢%) .
- يشاهد في عمر أقل من /٢٠/ سنة (٧٠ – ٨٥%) من الحالات وجسم وزاوية الفك أكثر إصابة من الفك العلوي وعند الإناث أكثر من الذكور .
- تورم عظمي غير مؤلم ذو تطور بطيء محدثاً عدم تناظر وجهي وتبدل في وضع الأسنان المجاورة التي تبقى حية وغير ممتصة الجذور ولا يحدث تشوش حسي .

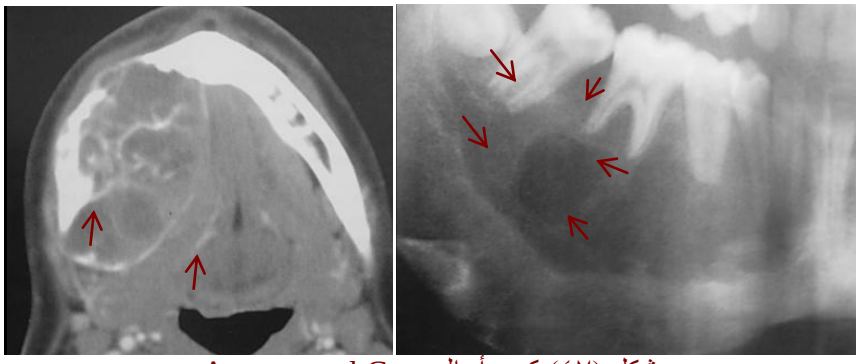
شعاعياً :

المظهر الشعاعي متغاير وهو غالباً شاف متعدد الحفر أو الحجيرات مع تقاطعات ناعمة أو مستديرة من التكثف العظمي وانتفاخ العظم المعتاد للقشيرة العظمية هو سبب تسميته . والتشخيص التفريقي الشعاعي يكون مع (الورم المخاطي – الورم ذو الخلايا العرطلة - الأورام الوعائية – الورم الحبيبي المحب للحامض وأورام أخرى حالة للعظم) .

المعالجة :

إن تطور هذا الكيس بطيء وأحياناً سريع وقد يسبب كسور مرضية والتحولات الخبيثة نادرة ويبدو أنها بسبب المعالجة الشعاعية .

التجريف الذي يتم بشروط جيدة هو معالجة جيدة مع نسبة نكس ضعيفة وأحياناً انجاز معالجة بالتبريد بعد الجراحة أمر جيد في حالة الآفة ممتدة وواسعة فالقطع العظمي الموسع هو المفضّل مع مراقبة شعاعية دورية .



شكل (٤٧) كيس أم الدمAneurysmal Cyst

د - الورم العرقي اللمفاوي lymphangioma :

ذكرت بعض المصادر وجود هذا الورم بشكل نادر جداً في عظم الفك السفلي حيث يتألف من تجمع من الحفر أو الجيوب اللمفاوية المتباعدة ذات الشكل الكيسي ويتم علاجها بالاستئصال الجراحي ، وذكرت مصادر أخرى أن هناك أوراماً عرقية لمفاوية صغيرة بقياس أقل من اسم تظهر على الحافة السنخية عند حديثي الولادة السود ٤% هذه الآفات كثيراً ما تحدث بشكل ثنائي الجانب على الفك السفلي وتشاهد عند الذكور أكثر من الإناث بنسبة ١/٢ معظم هذه الأورام الوعائية اللمفاوية السنخية ظاهرياً تتلاشى تلقائياً لأنها لم تلاحظ عند كبار السن .

٣- الأورام العصبية : Nerve Tumors

١- ورم غمد شوان السليم : Neurilemmoma (Schwannoma Benin)

٢- الورم الليفي العصبي : Neurofibroma

٣- الورم العصبي الرضي : Neuroma Traumatic

١- ورم غمد شوان السليم (Schwannome Benin) أو Neurilemmoma

وهو يشتق من المكونات العصبية للوريقة الخارجية للعصب وبدقة أكثر من خلية شوان .

سريرياً :

- يلاحظ في كل العمار وفي الجنسين مع ميل لإصابة الأعمار المتوسطة .
- يلاحظ في منطقة الرأس والعنق بنسبة (٢٥% - ٤٨%) واللسان أكثر المناطق إصابة وعندما يصيب الفك السفلي فإن المنطقة الخلفية هي أكثر إصابة . الفك العلوي نادر الإصابة .
- يحدث تورم عظمي معزول بدون عجز عصبي وليس له أعراض ألمية إلا نادراً وينمو ببطء .

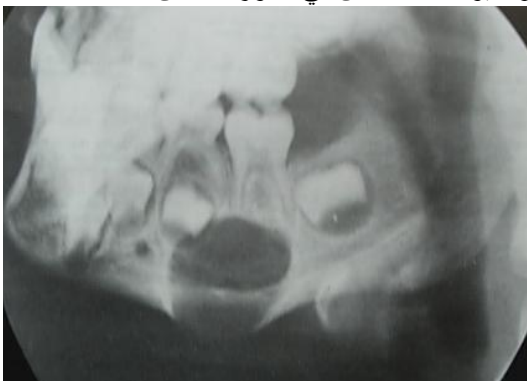
شعاعياً :

يتميز بوجود صورة شافة على الأشعة وحيدة الفجوة ومنتظمة الحواف في معظم الحالات وأحياناً متعددة الحجر . ويحدث كذلك امتصاص جذور الأسنان ومن النادر أن يشاهد مركز على القناة السنية السفلية ولكن هو يدفعها جانباً مع العصب

المعالجة :

الاستئصال الكامل سهل بسبب قوام الورم الممتلئ والأملس ذي اللون الصدفي مع الانتباه إلى تسليخه حتى لا تحدث رضاً للعصب . النكس نادر والإنذار جيد .

قد يحدث تحول نحو الخباثة لورم غمد شوان وفي هذه الحالة فنجد ألماً إضافة إلى خدر ونمل حدود غير واضحة للورم وتطور سريع ولا يوجد امتصاص في جذور الأسنان .



شكل (٤٨) ورم غمد شوان السليم (Schwannoma Benin)

٢- الورم الليفي العصبي Neurofibroma :
وهو أكثر الأورام العصبية المحيطية شيوعاً ويتألف من مزيج من خلايا شوان والخلايا الليفية المحيطة بالعصب .
سريرياً :
- أكثر شيوعاً عند البالغين والشباب .
- الخد واللسان أكثر المناطق إصابة وهو غير مؤلم وبطيء النمو وهو على شكل كتلة ملساء مختلفة الأحجام من مريض لآخر .
- الإصابة قد تكون مركزية في العظم وهي نادرة .
- قد تأخذ شكلاً عدوانياً عند مرضى Recklinghausen حيث نشاهد أورام عصبية ليفية (Neurofibromes) تصيب الجذوع العصبية الوجهية العنقية وتُحدث تغيرات شكلية وبنيوية عظمية .
شعاعياً :
- آفة شافة على الأشعة محدّدة بشكل جيد وحيدة أو متعددة الحجر .
المعالجة :
بالاستئصال الكامل والمتبوع أحياناً بالتجريف والنكس نادر

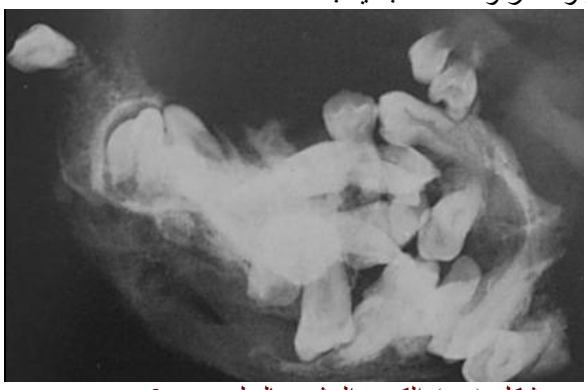
شكل (٤٩) الورم الليفي العصبي Neurofibroma

٣- الورم العصبي الرضي Neuroma Traumatic :
- ليس دوماً بالمعنى الحقيقي ويحدث كرد فعل على إصابة رضية للنسج العصبية كقلع سن أو أي رض جراحي أو غيره ويحدث تكاثر في النسج العصبية القريبة المرتبطة بالمركز العصبي وذلك كمحاولة لإعادة الاتصال مع الجزء البعيد أو الوحشي ويتكاثر المحور العصبي عن طريق أنبوب من خلايا شوان . وإن إعاقة هذا النهج من قبل النسج المغلفة للحزمة العصبية يؤدي إلى ظهور كتلة شبيهة بالورم .
- يحدث في أي عمر وغالباً يصيب متوسطي العمر وله ميل خفيفاً لإصابة الإناث – وهو مؤلم وقد يحدث حس نمل وحرقه وقد يحدث ألم متشعع – وقد يظهر على شكل عقيدات ملساء غير متقرحة عند إصابة مخاطية الفم .
- يظهر على شكل بؤرة انحلالية شافة على الأشعة في العظم .
- المعالجة بالاستئصال الجراحي مع جزء صغير من الحزمة العصبية التي نشأ على حسابها الورم لا ينكس بعد الاستئصال لكن ممكن أن يعود الألم في بعض الحالات

٤- الأورام العضلية : Myoma
١- الورم الليفي العضلي : Myofibroma
٢- الورم العضلي الأملس : Leiomyoma
٣- الورم العضلي المخطط : Rhabdomyoma

١-الورم الليفي العضلي : Myofibroma
ورم نادر سببه خلايا مغزلية تلك صفات خلايا عضلية وصفات الخلايا المصورة لليف والدراسة الكيميائية المناعية أبدت وجود الأكتين العضلي الأملس .
سريرياً :
- يشاهد في العقود الأربعة الأولى من العمر وذروة الإصابة في عمر /٢٧/ سنة .
- يتوضع في الفك السفلي خصوصاً ومن ثم في الشفاه والخد واللسان .
- غير مؤلم وأحياناً يتطور بسرعة .

شعاعياً :
إذا كانت الآفة ضمن العظم غالباً وحيدة الحجرة شافة على الأشعة ذات حدود أحياناً غير واضحة وقد يتظاهر بشكل متعدد الحجيرات .
المعالجة :
الاستئصال الجراحي وقد ينكس أحياناً .
٢- الورم العضلي الأملس : Leiomyoma
ورم سليم يحدث على حساب العضلات الملساء .
سريرياً :
- يحدث في كل الأعمار .
- أكثر شيوعاً في الرحم والجهاز الهضمي ونادر الحدوث في الحفرة الفموية ونادر جداً في العظم .
- ذو نمو بطيء غير عرضي وأحياناً مؤلم يتظاهر على شكل عقدة ثابتة .
شعاعياً :
يبدو كحفرة شافة وحيدة الحجرة إذا كان داخل العظم .
المعالجة :
الاستئصال الموضعي للورم وهو عادة لا ينكس .
٣- الورم العضلي المخطط : Rhabdomyoma
ورم يحدث في النسج الرخوة ويصيب العضلات المخططة وهو استثنائي في العظم ويجب تميزه عند فرط الضخامة العضلية خصوصاً في العضلات الماضغة .
كما يجب تمييزه عن الإصابة بالانحلال العظمي الحادث في مناطق الارتباطات العضلية الماضغة عند الإصابة بداء تصلب الأدمة (Scleroderma)
٥- الورم الشحمي Lipoma :
نادر في مستوى الهيكل العظمي ونادر جداً (استثنائي) في مستوى الفكين وهو يلتبس قبل الاستئصال مع أورام أخرى في الغشاء المخاطي سليمة .
ويتظاهر في الغالب في منطقة الخط المتوسط داخل أو خارج الفم وتحت اللسان وعلاجه بالاستئصال الجراحي مع إزالة المحفظة حوله ويصنف مع أورام النسج الرخوة .
٦- الورم العجائبي :
يسمى أيضاً الكيس المشبه بالجلد (Dermoid Cyst) حيث يشاهد في حالات نادرة في الفك السفلي ويحتوي على أسنان وشعر وأظافر وملحقات جلدية .



شكل (٥٠) الكيس المشبه بالجلد Dermoid cyst

الأورام الخبيثة في الحفرة الفموية

Malignant Tumors In The Oral Cavity

تعريف :

الورم : هو فرط تنسج في إحدى مناطق الجسم والورم إما أن يكون

سليم : وهو فرط تنسج نظامي حيث تشبه الخلايا المتكاثرة الخلايا الأصلية

خبيث : وهو فرط تنسج عشوائي حيث تختلف الخلايا المتكاثرة عن الخلايا الأصلية .

وبائيات Epidemiology :

تعد الأورام الخبيثة من أكثر الأمراض المسؤولة عن الوفيات فالإحصائيات في الولايات المتحدة الأمريكية تشير إلى أن أكثر الأمراض المسؤولة عن الوفيات هي السرطانات والأمراض القلبية

كان السرطان السبب في ٢٥% من مجمل الوفيات في أمريكا وفي كل يوم يموت ١٥٠٠ شخص في أمريكا

وتأتي السرطانات بالدرجة الثانية للوفاة بعد الأمراض القلبية .

طرق التشخيص والفحص :

عندما تكشف أي آفة فيجب علينا إجراء عدد من الفحوص الهامة لتحديدها وهي تتضمن:

١- التاريخ الصحي.

٢- تاريخ الحالة المرضية.

٣- الفحص السريري.

٤- الفحص الشعاعي.

٥- الفحوصات المخبرية.

٦- الخزعات من أجل الفحص النسيجي إن تطلَّب الأمر.

عندما تكتشف الآفة فعلى طبيب الأسنان أن يكون حذراً عندما يعلم المريض بها لأن بعض الكلمات مثل (ورم . آفة . تنشؤ . خزعة) تحمل مفهوم مخيف للمريض.

لذلك فعلى طبيب الأسنان أن يبعد الخوف عن المريض وذلك باستخدام كلمات لطيفة لأن معظم الآفات الفموية حميدية.

١)- التاريخ الطبي Health History :

إن أهم شيء عند فحص المريض هو الحالة الصحية العامة له. فالتقييم السريري واستشارة الاختصاصات الأخرى أمر ضروري لسببين:

١- وجود مرض عام عند المريض يمكن أن يؤثر ويتأثر بالمعالجة السنية لذلك يجب الانتباه إلى وجود الأمراض العامة (كالأمراض القلبية . الدرقية . الدموية....الخ).

٢- السبب الآخر هو أن هذه الآفة قد تكون تظاهر فموي لمرض جهازي لأن هنالك المئات من الأمراض الجهازية ذات التظاهرات الفموية مثال ذلك (عوز الفيتامينات).

٢) تاريخ الحالة المرضية:

يجب على الفاحص أن يسأل المريض هذه الأسئلة:

أ) منذ متى ظهرت هذه الآفة؟ لأن المدة يمكن أن تعطي معلومات عن طبيعة الآفة فعلى سبيل المثال الآفات التي لها عدة سنوات يمكن أن تكون ولادية .

ب) نسأل عن الحجم وسرعة النمو؟ فالنمو السريع خلال فترة قصيرة غالباً ما يدل على الخباثة بينما النمو البطيء يدل على أنها آفة حميدة.

ج) هل تغيرت الصفات السريرية للآفة؟ فالآفات التي بدأت حويصلية ثم تقرحت قد تدل على أنها إصابات حموية.

د) ما الأعراض التي رافقت الآفة؟ (ألم، نمل، خدر، تورم، فقدان حس الشم والذوق، طراوة).

إذا كان هنالك ألم فما طبيعته وما شدته. فالألم غالباً ما يترافق مع الآفات الملتهبة.

هـ) هل هنالك أية أعراض عامة؟ (حمى وغثيان وفقدان شهية) فالأمراض الفيروسية الجهازية كثيراً ما تسبب تظاهرات فموية.

الفحص السريري: وهو يتضمن:

١ – المشاهدة Inspection

٢ – الجس Palpation

٣ – القرع Percussion

٤ – الإصغاء Auscultation

فالمشاهدة والجس غالباً ما نستخدمهما في فحص الآفة في المنطقة الوجهية الفكية أما القرع فغالباً ما يستخدم لفحص بزوغ الأسنان أما الإصغاء فهو نادر ولا يستخدم إلا في الآفات الوعائية .

دائماً المشاهدة تسبق الجس لأن هنالك بعض الآفات الهشة سريعة التفتت.

يوجد بعض النقاط الهامة التي يجب أن ننتبه لها.:

١- الموقع التشريحي للآفة: حيث يمكن أن تتوضع على النسيج الظهاري أو العضلي أو العصبي أو العظمي أو الوعائي... لذلك على الفاحص أن يتحقق قدر الإمكان من النسج المصابة بالآفة. فعلى سبيل المثال إذا توضعت الآفة على ظهر اللسان فعلى طبيب الأسنان أن يتوقع مشاركة كلاً من

النسيج الظهاري والضام والعضلي. وبشكل مشابه إذا كان هنالك انتفاخ على السطح الداخلي للشفة السفلية فعلى طبيب الأسنان أن يتوقع أيضاً مشاركة الغدد اللعابية.

٢- الصفات الفيزيائية للآفة: كالانتفاخ . الانتباج.

٣- شكل وحجم الآفة.

٤- التأكد إذا كانت الآفة ذات توضع واحد أو أن لها عدة توضعات داخل الحفرة الفموية.

فالسرطانات نادراً ما تتوضع في عدة مناطق من الفم بينما الأمراض الفيروسية يمكن أن تصيب عدة أماكن.

٥- سطح الآفة يمكن أن يكون أملس أو مفصصاً أو محبباً.

٦- لون الآفة: فهو من الاعتبارات الهامة.

فالانتفاخ المزرق والذي يبيض أثناء الضغط يمكن أن يشير إلى وجود آفة ذات منشأ وعائي أما التي لا تبيض فيمكن أن تدل على وجود آفة محتوية على إفرزات مخاطية.

إن آفات الغشاء المخاطي القيتامينية (الصباغية) ذات إنذار أسوء من الآفات البيضاء.

بعض الآفات لها أكثر من لون واحد مثل الآفات الالتهابية.

٧- حدود الآفة (The sharpness of Boundaries of the lesion) هل هي ملتصقة مع النسج العميقة أم هي حرة الحركة فمعرفة حدودها يساعد على معرفة هل هي ملتصقة بالعظم أم بعيدة عن العظم أو مرتشحة فقط في النسج الرخوة.

٨- قوام الآفة عند الجس: فيمكن أن تكون رخوة كما في حالة الورم الشحمي أو متماسكة كما في الورم الليفي أو قاسية كما في الورم العظمي.

٩- وجود التموج: حيث نشعر عند الجس بالتموج فهذا يدل غالباً على وجود سائل. يتم الجس باستخدام إصبعين أحدهما يطبق الضغط والآخر يشعر بالأمواج المتنقلة.

١٠- وجود النبض: الإحساس بالنبض عند الجس يدل على وجود مكونات وعائية كثيرة. وهذا الأمر هام جداً في الآفات العظمية لأنه عند أخذ خزعه أو استئصال الآفات يحصل لدينا نزف صاعق يمكن في بعض الأحيان أن يهدد حياة المريض كما في الورم العرقي المركزي.

١١- فحص العقد اللمفاوية: يجب إجراء فحص العقد اللمفاوية قبل أخذ الخزعة لأنه في بعض الأحيان أخذ الخزعة يؤدي إلى التهاب العقد اللمفاوية لأن تضخم العقد اللمفاوية عند الالتهاب والخمج يأخذ شكلاً مغايراً عنه عند انتشار الأورام والسرطانات.

عند فحص العقد اللمفاوية يجب علينا الانتباه إلى خمسة أشياء:

- (Location) مكان توضع العقد اللمفاوية

– الحجم ويقدر هنا بالسنتيميترات

– التألم عند الجس (هل هي مؤلمة أم غير مؤلمة).

– درجة الثبات (هل هي ثابتة أم متحركة).

– القساوة (هل هي قاسية أم طرية).

كل منطقة تشريحية من الحفرة الفموية لها نظم متوقع من النزح اللمفاوي لأكثر من ٣٠٠ عقدة متوضعة في العنق .

تقسم العقد اللمفاوية العنقية إلى ٦ مستويات وذلك اعتماداً على البنى النسيجية.

المستوى ١ : العقد تحت الذقنية و العقد تحت الفكية .

المستوى ٢ : العقد اللمفاوية الوداجية العلوية .

المستوى ٣ : العقد اللمفاوية الوداجية المتوسطة.

المستوى ٤ : العقد اللمفاوية الوداجية السفلية .

المستوى ٥ : العقد اللمفاوية للمثلث الخلفي

المستوى ٦ : العقد أمام الرغامى، العقد جانب الرغامى(Paratracheal)، أمام الحنجرة (Prelaryngeal)

– الحركة عند جس العقد اللمفاوية يجب أن تكون بطيئة ولطيفة والأصابع تتحرك بحركات عمودية وأفقية مع حركات دورانية

الخزعات Biopsies :

الخزعة : هي نسج حية مستأصلة من أجل الفحوص النسيجية.

هنالك أربع طرق رئيسة لأخذ الخزعة داخل وحول المنطقة الفموية.

١- Oral cytology :

هنالك أسلوبان رئيسيان :

الأول : التقشير الخلويExfoliative Cytologic :

لفحص الخلايا الورمية و أول ما استخدم كإجراء تشخيصي للتحقق من وجود الخباثة في عنق الرحم ، وبالرغم من تأييد استخدامها في الحفرة الفموية ولكنها تستخدم كإجراء مساعد وليس بديلاً عن الخزعات الاستئصالية والشقية.

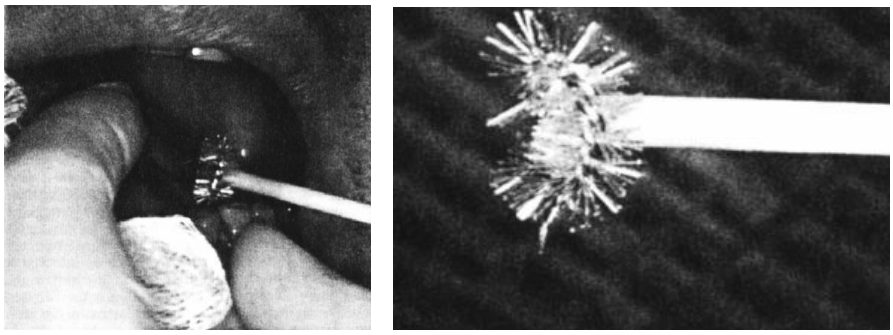
أثبتت الدراسات أن هذه الطريقة كثيراً ما تعطي نتائج سلبية خاطئة على عدم وجود الخلايا الورمية وخاصةً عندما يكون الاخصائي تنقصه الخبرة في فحص العينات.

شكل (١) التقشير الخلوي Exfoliative Cytologic

الثاني : خزعة الفرشاة الفموية Oral brush biopsy :

- يُستخدم هنا فرشاة خاصة لجمع الخلايا البشرية
- أثبتت الدراسات أن هذه الطريقة تتفوق على سابقتها.
- في أمريكا أثبتت الخزعة دقة عالية حيث بلغت نسبة الحساسية اتجاه الآفات السرطانية وقبيل السرطانية ما يزيد ٩٦% وذلك من خلال عينة بلغت ١٠٠٠ مريض موزعة على ٣٥ مركز طبي.
- طريقة أخذ الخزعة بالفرشاة الفموية(Technique)

توضع الفرشاة بتماس مع النسيج الظهاري للحفرة الفموية وتدار ٥ . ١٠ مرات بضغط ثابت .



شكل (٢) خزعة الفرشاة الفموية Oral Brush Biopsy

وبذلك يتم جمع الخلايا البشرية من ثلاث طبقات:

١) القاعدية ٢) المتوسطة ٣) السطحية

ثم تنقل المادة الخلوية إلى صفيحة زجاجية وتثبت ثم بعد جفافها ترسل إلى المخبر

هناك يقرر فيما إذا اخترقت الخزعة الغشاء القاعدي أم لا. فإذا لم تحتو على كافة الخلايا المشكلة للنسيج الظهاري فإنه يتوجب إعادة الخزعة.

أما إذا كانت العينة كافية فيوجد كمبيوتر مبرمج يفحص كافة أجزاء النسيج الظهاري لتحديد وجود الخباثة من عدمها.

بعد الفحص تصنف الخزعات إلى (٣) فئات:

١) سلبية ٢) إيجابية ٣) شاذة

١) النتيجة سلبية: تدل على عدم وجود أي شذوذ في النسيج الظهاري وهذه الآفات تحتاج إلى مراقبة مستمرة شأنها شأن الآفات السلمية المحددة من قبل التشريح المرضي.

٢) النتيجة الإيجابية: يوجد دليل واضح صريح على وجود إصابة النسيج الظهاري أو كارسينوما وهنا يجب أن نجري خزعة شقية وإرسالها إلى المشرح المرضي لمعرفة درجة ومرحلة الخباثة.

٣) النتيجة الشاذة: تدل على تحولات غير طبيعية في النسيج الظهاري. هذه الخلايا الشاذة تتولد غالباً من الآفات قبيل السرطانية أو السرطانية ولكن في بعض الأحيان تأتي من الأورام السليمة الملتهبة مثال (الحزاز المنبسط) لذلك فكل النتائج الشاذة يجب إحالتها إلى التشريح المرضي.

الاستطبابات Indications

١) المرضى المراقبين الذين لديهم تغيرات حادة في المخاطية مثال (الطلاوة . الحزاز المنبسط . الذين لديهم قصة سابقة عن سرطان فموي ويحتاجون إلى فترة مراقبة طويلة).

٢) الفائدة العظمى لهذه الطريقة أنها لا تحتاج إلى تخدير موضعي أو ناحي وسيكون النزف والانزعاج ضمن الحدود الدنيا وهي لا تحتاج إلا لبضع ثوانٍ من أجل إنجازها ولذلك يمكن استخدامها باستمرار بدلاً من الخزعات الشقية أو الاستئصالية.

ملاحظة : تستخدم خزعة الفرشاة كمشعر وليس بديلاً عن الخزعات التقليدية وذلك لأن العينة لا تحتوي على كمية نسج كافية .

سيئتها: أنها لا تعطي معلومات عن درجة ومرحلة الآفة لذلك فإن النتائج الإيجابية والشاذة تحتاج إلى خزعات شقية من أجل الفحص النسيجي.

٢- البزل (Aspiration Biopsy)

يستخدم هنا (إبرة + محقنة) لسحب مكونات الآفة..

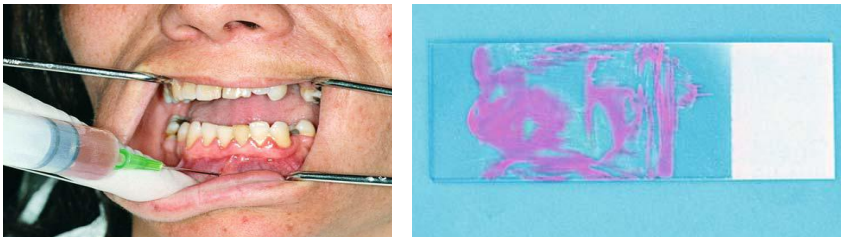
هنالك نموذجين رئيسين:

النموذج الأول: يستخدم لمعرفة إذا كانت الآفة تحتوي على سائل أو هواء.

النموذج الثاني: يستخدم لأخذ خزعة من أجل الفحص النسيجي ويتم أخذ الخزعة من قبل أخصائي التشريح المرضي وتدعى بالإبرة الدقيقة (Fine needle Aspiration)(FNA)

وتستخدم لفحص الكتل المتوضعة تحت الجلد أو تحت الغشاء المخاطي.

إن عدم احتواء الآفة على هواء أو سائل عند الرشف هذا يدل على أنها في الغالب ذات قوام صلب. فالرشف يعطينا معلومات هامة جداً عن طبيعتها.



شكل (٣) البزل Aspiration Biopsy

فالآفات الشافة على الأشعة في الفك والتي تحتوي على سائل قشي اللون(أصفر) عند الرشف هي في الأغلب آفات كيسية، أما إذا وجدنا قيح عند الرشف فهذا يدل على وجود التهاب أو إنتان (خراج)، أما إذا وجدنا هواء فهذا يدل على أننا دخلنا في جوف عظمي (جيب فكي) أما إذا وجدنا دماً فنحن أمام عدة خيارات ولكن أهمها التشوه الوعائي، ولكن بالمقابل هنالك آفات دموية أخرى يمكن أن تخرج منها دماً عند الرشف منها الأكياس الدموية العظمية (أم الدم) والورم الحبيبي ذو الخلايا العرطلة وغيرها.

الكتل المتموجة في النسج الرخوة يجب أن ترتشف لمعرفة محتوياتها قبل التداخل الجراحي.

أهم شيء هو أنه كل آفة شافة على الأشعة و متوضعة داخل عظم الفك يجب أن ترتشف قبل العمل الجراحي للتأكد من أنها ليست آفة دموية لأن الآفات الدموية يمكن أن تسبب أحياناً نزفاً دموياً مهدداً للحياة.

الاستطبابات Indications

١- كل الآفات التي يعتقد أنها تحتوي على سائل

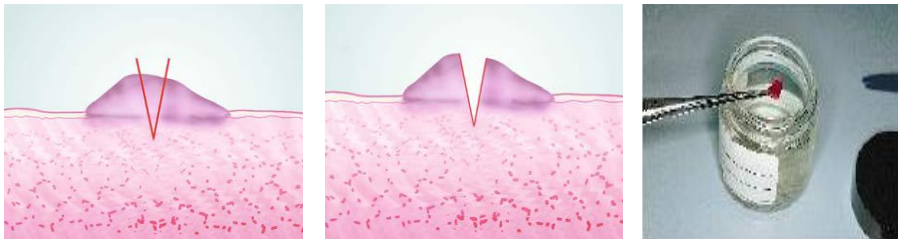
٢- كل الآفات العظمية قبل التداخل الجراحي

الطريقة Technique

- نحتاج إلى إبرة (gauge ٨) متصلة بمحقنة ٥ – ١٠ مل
- بعد تخدير المنطقة ندخل الإبرة إلى عمق الآفة ونجري الرشف قد نحتاج إلى تغيير مكان الإدخال وذلك للوصول إلى مركز الآفة.
- إذا كانت ثخانة الصفيحة القشرية المغطية للآفة رقيقة فهنا ندخل الإبرة بثابت في الصفيحة القشرية الرقيقة المغطية للآفة فتثقب الصفيحة أما إذا فشل هذا الإجراء فنجري شريحة مخاطية سمحاقية ثم نستخدم سنبلة لاختراق الصفيحة القشرية ثم ندخل الإبرة ضمن الثقب العظمي.

٣- الخزعة الشقية Incisional Biopsy:

هي شريحة تحتوي على عينة أو على جزء من الآفة، أما إذا كانت الآفة تحتوي على صفات متنوعة في عدة أماكن فهنا قد نحتاج إلى أخذ أكثر من عينة.



شكل (٤) الخزعة الشقية Incisional Biopsy

الاستطبابات Indications :

إذا كانت الآفة المفحوصة تبدي حجماً كبيراً أكثر من (١) سم وعندما نتوقع أن تبدي خباثة.

المبادئ Principles :

موقع الخزعة يجب أن يختار في المناطق التي تبدي تغيرات كبيرة ويجب أن تمتد الخزعة حتى تصل إلى النسج السليمة عند الحافة أو القاعدة أو الاثنان ويجب أن تكون كمية النسج السليمة كافية ونفس الأمر ينطبق على النسج المرضية (يجب أن تكون كافية).

من المفضل أن تكون الخزعة ضيقة وعميقة على أن تكون واسعة وسطحية لأن التغيرات السطحية تبدي اختلافاً كلياً عن التغيرات الحادثة في العمق.

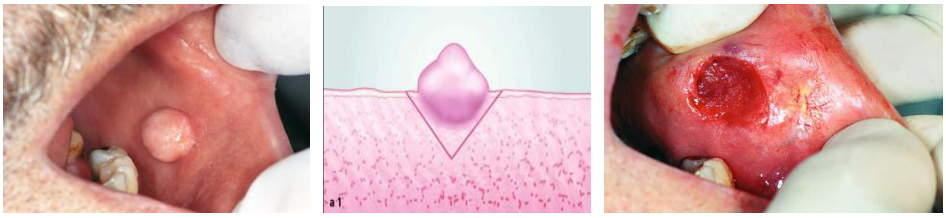
وكذلك يجب أن يكون الشق موازياً لمسار العصب أو الوريد أو الشريان لكي لا يصاب.

في الآفات التي تبدو سليمة يجب أن تشمل الخزعة الشقية ٣.٢ ملم من النسج السليمة المجاورة أما في الآفات التي تبدي ملامح خباثة فيجب أن تشمل الخزعة (٥) ملم من النسج السليمة المجاورة.

ويمكن أن نحتاج إلى أكثر من خزعة واحدة إذا كانت الآفة لها صفات متنوعة من منطقة إلى أخرى

٤- الخزعة الاستئصالية Excisional Biopsy :

يتم استئصال كامل الآفة مع كمية من النسج السليمة المجاورة لضمان الإزالة الكاملة وذلك خلال العمل الجراحي ثم إرسالها إلى المشرح المرضي.



شكل (٥) الخزعة الاستئصالية Excisional Biopsy

الاستطبابات Indication :

تستطب الخزعة عند وجود آفات صغيرة قطرها أقل من اسم وتبدي سلامة في مظهرها.

الآفات الصباغية والوعائية الصغيرة يجب أن تزال بشكل كامل .

المبادئ Principles :

– كامل الآفة مع ٢–٣ mm من النسج السليمة المجاورة

– تكنيك أخذ خزعة النسج الرخوة:

– خزعة النسج الرخوة هي خزعة يستطيع الممارس العام أن يجريها في عيادته فهي إجراء بسيط وغير مؤلم.

– يختلف التكنيك حسب حجم ونوع الآفة وموقعها التشريحي

الأدوات المطلوبة:

١) محقنة ٢) مشرط /شفرة ١٥/ ٣) مقص ذو رأس حاد

٤) ملقط نسج ٥) ملقط مرقئ ٦) ماصة

٧) حامل إبر + إبرة وخيط ٨) ١٠% فورمالين

بالإضافة إلى ما سبق هنالك أدوات إضافية لأخذ الخزعة في النسج القاسية:

١) قبضة + سنبلة جراحية ٢) محقنة + سيروم ٣) رافع سمحاق ٤) مجارف

أدوات الرشف: محقنة (٥–١٠ m)

إبرة (gauge 18)

التخدير:

يستخدم هنا التخدير الناحي عندما يكون ممكناً لأن المحلول المخدر يجب ألا يحقن داخل النسج المزالة لأنه يمكن أن يسبب تشوهاً في الخزعة.

تثبيت النسج:

إن الخزعة المجراة في النسج الرخوة مثل الشفة واللسان والحنك الرخو تجرى على نسج متحركة لذلك حتى يصبح الشق الجراحي أسهل نقوم بتثبيتها وذلك بأن يشد المساعد النسج بأصابعه على كلا الجانبين.

وهذه الطريقة تساعد في الوقت نفسه على السيطرة على النزف بالضغط على الشرايين

يمكن تأمين الثبات أيضاً باستخدام الخياطة العميقة للنسج بحيث تكون عميقة ضمن النسج وبعيدة عن مكان الخزعة .

الإرقاء:

علينا أن نتجنب استخدام الماصة الجراحية وذلك لأن الخزعة يمكن بسهولة أن ترتشف وتضيع ضمن الماصة. وفي هذه الحالة نستطيع استخدام ماصة ذات قدرة مص منخفضة.

الشق:

- نستخدم هنا مشرط حاد لشق النسج من أجل سلامة الخزعة يجب علينا أن لا نستخدم مشرط كهربائي لأنه يسبب تخريب في النسج المجاورة لمنطقة الشق وتخريب الملامح النسيجية للخزعة.
- يمكن أن نستخدم ليزر الكربون ولكن علينا أن ندرك أن هنالك منطقة صغيرة من التموت بالليزر ولكن الفائدة منه تمكن في السيطرة على النزف .
- علينا أيضاً أن نهتم بالعمق عند إجراء الخزعة فالجس يعطينا فكرة عن مدى عمق الآفة، ففي الخزعة الاستئصالية يجب أن يشمل الشق كامل عمق الآفة.

فالخزعات العميقة والضيقة أفضل للتشريح المرضي من الخزعات السطحية.

تحديد الحواف الجراحية (Identification of surgical margins) :

يتم تحديد حواف العينة من أجل التشريح المرضي وذلك باستخدام خيط من الحرير فإذا تبين أنه يوجد ورم متبقٍ فإن المشرح المرضي يستطيع أن يحدد جهة وجود هذا الورم وذلك من أجل الاستئصال الجراحي اللاحق.

العناية بالخزعة (Specimen care) :

يجب أن توضع النسج المستأصلة مباشرةً في سائل يحتوي على فورمالين ١٠% ويجب أن يساوي على الأقل ٢٠ مرة أكثر من حجم العينة الجراحية.

الخياطة (إغلاق الجرح) (surgical closure) :

بعد إزالة العينة يتم إغلاق الجرح. يتم تحرر الغشاء المخاطي عن النسج الواقعة تحته وذلك باستخدام مقص حاد الزوايا في المنطقة تحت المخاطية وتفصل الأنسجة بفتح وإغلاق المقص أما امتداد التسليخ فيعتمد على الموضع التشريحي وعلى حجم الجرح.

في الشفاه وقاع الفم والخدود والحنك الرخو يكون امتداد التسليخ يعادل عرض الجرح في جميع الاتجاهات وهذا يسهل تقريب النسج بدون شد.

ثم يخاط الجرح باستخدام الخيط الجراحي وهذا يحقق ما يدعى بالشفاء بالمقصد الأولي .

الشقوق البيضوية ذات الغشاء المخاطي المرتبط بشدة مثل قبة الحنك واللثة يمكن أن ندعها تشفى بالمقصد الثاني وذلك باستخدام ضماد لثوي مثال (voco pac)

حيث يمكن استخدام صفيحة اكريلية في جروح قبة الحنك وهذه الصفيحة تحمي الجرح والضماد وترتكز على الأسنان.

نظام TMN

يستخدم لتحديد المرحلة التي وصل إليها الورم اعتماداً على صفات محددة للورم الأولي.

T – ترمز للورم الأولي و امتداده الأعظمي مقدراً بالسنتيمتر.

N – ترمز إلى العقد اللمفاوية العنقية المصابة و قطرها و جهة الإصابة.

M – ترمز إلى الاستعمار البعيد

M0 – لايوجد استعمار بعيد.

M1 – انتقالات بعيدة.

من عيوب هذا النظام أنه لا يقدم معلومات عن ثخانة الورم .

فقد لوحظ أن الورم الذي ثخانته ٤–٥ ملم يقدم إنذار أسوء من الورم الأقل ثخانة بغض النظر عن قطر الورم أيT ، و بذلك فإن الثخانة لوحدها يمكن أن توضح لمإذا الآفة المتوضعة على اللثة الملتصقة و هي مثلاً T4 يمكن أن يكون إنذارها أفضل من تلك المتوضعة على قاع الفم و تكون مثلاً T2.

السرطانات الفموية Oral Cancer

يأتي السرطان الفموي في المرتبة السادسة من حيث كثرة الإصابة به و ذلك في كل أنحاء العالم ، فهو يشكل ما يعادل ٢٥% من كل الخباثات الموجودة في الهند ، أما في أمريكا فيشكل ٣–٥ % من مجموع الخباثات و هذا مايعادل ٤٠٠٠٠ إصابة جديدة سنوياً و ينتج عنها ١٢٠٠٠ حالة وفاة .

إن نسبة إصابة الذكور للإناث هي ١:٢ بينما كانت في منتصف القرن العشرين ١:٦ .

وغالبية سرطانات الرأس والعنق تتواجد في المرضى فوق ال٥٠ سنة من العمر .

فيما يلي جدول يوضح نسب كل نوع من سرطانات الحفرة الفموية حسب الإحصائيات الأمريكية:

السرطانات البشروية	%٩٠
السرطانات الضامة	%٤–١
سرطانات الغدد اللعابية	%٦
السرطانات المختلطة البشروية الضامة	أقل من ١%

أسباب السرطانات الفموية Eitology Of Oral Cancer

لا يعرف حتى الآن سبب واضح للسرطانات الفموية إلا أن هنالك عدة عوامل وجد بأنها تترافق مع حدوث السرطان وهي :

١– التثبيط المناعي Immunosuppresion

٢– الزهري Syphilis

٣– فقر الدم بنقص الحديد (تناذر بلومر– فنسان)

٤– الكحولية + التدخين + تشمع الكبد

٥– الوراثة

٦- الخمج الفموي

٧- التخريش المزمن

٨- عوز فيتامين ب المركب

٩- التهاب الشفة الزاوي أو الشعاعي

١٠- الفيروسات

أولاً : التثبيط المناعي Immunosuppresion :

ربما يكون التثبيط المناعي هو العنصر الأهم و الأكثر وضوحا المتعلق بالتطور النهائي لحدوث السرطان الفموي حيث تتعزز إمكانية حدوث الأورام عندما يحدث التثبيط المناعي بشكل طبيعي كما في الأورام اللمفية أو بشكل محرض كما في المرضى الذين يتناولون مثبطات المناعة نتيجة زرع الأعضاء .

لقد استخدمت العديد من العوامل المعززة للمناعة والتي ترفع مقاومة الجسم لتمكن المريض من السيطرة على الورم والحد من انتشاره .

إن أي تجاهل أو إجهاض في الآلية الدفاعية أو الجهاز المناعي للمضيف تؤدي إلى زيادة معتبرة في حدوث الأورام الخبيثة والمثال على ذلك ارتفاع نسبة حدوث ورم كابوزي العفلي عند مرضى الإيدز.

ثانياً : الزهري :

يعد الزهري عاملاً مؤهباً لحدوث السرطان البشري خاصة في اللسان ويعود ذلك إلى ميل الملتويات للتوضع في النسج العضلية الإرادية ولذلك تتواجد هذه العضويات بكميات كبيرة في اللسان خلال مرحلة الزهري الثانوي ، ونتيجة لذلك يحدث التهاب باطن الشرايين الذي يؤدي بدوره إلى ضمور واضح لكل من البشرة المغطية ونسج اللسان العضلية وهذا بدوره يؤدي إلى إزالة الغطاء الواقي للسان وتزول معه الحليمات الخيطية التي تعتبر أساسية في تأمين غطاء طبيعي واقٍ من المخرشات التي يصادفها اللسان بشكل طبيعي وبالتالي يحدث فرط تقرن Hyperkeratosis ويستبدل الغطاء الطبيعي للسان وفي النهاية يحدث سوء تقرن Diskeratotosis و بالتالي تحول خبيث في بعض الحالات .

إذا فاللسان الزهري المعرى هو أحد الآفات المهيئة للتحول إلى سرطان خاصة إذا استمر المريض بالتعرض للمخرشات الموضعية

ثالثاً : فقر الدم بنقص الحديد (تناذر بلومر- فنسان) :

يصيب تناذر بلومر – فنسان الإناث في الأعمار المتوسطة ويحدث فيه (عسر بلع + التهاب اللسان + تقعر الأظافر + التهاب الشفة الزاوي)

ويعد عوز الحديد هو السبب الرئيسي لهذا الداء وهناك أسباب أخرى مثل عوز الريبوفلافين .

ليس من المدهش مشاهدة نسبة كبيرة من السرطانات الفموية لدى المصابين بتناذر بلومر – فنسان

بسبب ضمور المخاطية و انخفاض قدرتها على مقاومة الالتهابات والمخرشات إلا أن الإعطاء المبكر للحديد سيزيد من إمكانية عودة المخاطية الفموية إلى وضعها الطبيعي.

أما في الحالات الطويلة الأمد فقد لا تستجيب لإعطاء الحديد ويحدث التحول الخبيث بالرغم من المعالجة الصحيحة .

إن ١٠% من المرضى تقريباً سيصابون بالسرطان البشري Squamous Carcinoma في مخاطية الفم أو البلعوم أو المري .

رابعاً : الكحولية + التدخين + تشمع الكبد :

لقد تبين وجود علاقة بين تناول الكحول الشديد ووجود نسبة عالية من السرطانات في الحفرة الفموية إلا أنه يجب الانتباه إلى أن معظم الكحوليين يدخنون التبغ أيضاً وبالتالي فإن الإشراك بين هذين الاثنين سيزيد من نسبة حدوث السرطان الفموي .

إن الذين يتناولون الكحول بشدة لديهم نفس نسبة خطورة الإصابة بالسرطان لدى مدخني التبغ الشديد مع تناول الكحول الشديد فتزداد إمكانية حدوث السرطان بشكل أكبر.

مازالت الآلية التي يقوم بها الكحول والتبغ في توليد السرطان غير معروفة إلا أن التحريات الأخيرة قد أثبتت بأن الكحول والتبغ يؤثر عن طريق تثبيط المناعة كما أن معظم مدمني الكحول يعانون من نقص غذائي خاصة فيتامين B وهذا يؤهب لحدوث السرطان .

كذلك فإن الكحولية تؤدي إلى زيادة نسبة تشمع الكبد فهناك دراسات عديدة ربطت بين التشمع الكبدي والسرطان الفموي وبالتالي تزداد لدى هؤلاء المرضى نسبة الإصابة بسرطان الفم وتكون فرص الحياة لديهم أقل .

وقد أوضحت الدراسات وجود علاقة كبيرة ما بين كارسينوما اللسان ٤٤% وكارسينوما الحنك واللوزات وقاع الفم ٥٩% وما بين التشمع الكبدي .

خامساً: العوامل الوراثية:

للعوامل الوراثية دور هام مع كل الخباثات، إن الميل لحدوث أورام معينة يتبع الوراثة بشكل مباشر وفي كثير من الأحيان كصفة مسيطرة متعلقة بالصبغيات العادية. وهناك أشخاص لديهم إمكانية زائدة لحدوث الأورام المحرضة بالأشعة الشمسية مثل الصباغ الشعاعي .

إن تأثير التشعيع الشمسي يعتمد على الطبيعة العرقية للشخص. إن القوقازيين لديهم النسبة الأكبر لحدوث الأورام المحرضة بالأشعة الشمسية بسبب اصطباغ الجلد الخفيف لديهم.

سادساً : الخمج الفموي:

على الرغم من أنه من الصعب تقييم تأثير الإنتان على الحفرة الفموية السليمة إلا أنه ٢١% من السرطانات يكون سببها الالتهابات الحادة وتكون هذه النسبة ٩% في البلدان المتقدمة حيث يكون لمنتجات تكاثر البكتريا بما فيها الذيفات الجرثومية تأثيرات مخرشة حيث تتشارك مع عوامل أخرى مثل التثبيط المناعي والعوز الغذائي والكحول وكل ذلك يزيد من إمكانية حدوث تشكلات خبيثة.

سابعاً : التخريش المزمن:

ويأتي من الأسنان المتهدمة والنخرة والأجهزة الصناعية. فالتخريش المزمن يؤدي إلى الإصابة بالتسرطن إذا لم نحذف المسبب لهذا التخريش.

ثامناً : عوز فيتامين(ب) المركب:

حيث يؤدي إلى ضمور الحليمات اللسانية وغيابها وهذا يؤدي إلى سهولة التأثر بالمخرشات.

تاسعاً: التهاب الشفة الزاوي أو الشعاعي :

وذلك نتيجة التعرض المديد للشمس.

عاشراً : الفيروسات:

هنالك ١٥% من السرطانات التي تصيب الإنسان تعزى إلى الفيروسات وفي الحقيقة فإن هذه النسبة تزيد لتقترب لأن تصبح ٣٠% حيث أنه مع مرور الوقت فإن المزيد من الفيروسات تعزل من الأورام.

الآفات قبيل السرطانية Premalignant Disease

تصنف ضمن الطلاوة البيضاء(Leukoplakia) والطلاوة الحمراء Erythroplakia).

- **الطلاوة البيضاء(Leukoplakia):**
  - هي عبارة عن بقع بيضاء لا تنسب لأي أفة أخرى من الناحية النسيجية.
  - لا تحك أو تنزع كما في السلاق لعدم وجود غشاء كاذب .
  - تحدد بشكل قاطع بالفحص السريري دون الحاجة للفحص النسيجي.

سريرياً: لاعرضية، بيضاء أو مائلة للبيضاء، مجعدة أو ملساء وقد تكون على شكل بقع وحيدة معزولة أو متعددة (Multifocal).

- مع مرور الزمن تصبح الطلاوة أكثر ثخانة وذلك في ٧٠% من الحالات.
- الحالات الشديدة منها تدعى الطلاوة الثؤلولية المتشعبة (Proliferative Verrucous Leukoplakia)

توضعها: أكثر المناطق إصابة هي الحافة القرمزية للشفة السفلية، المخاطية الخدية، اللثة، بالإضافة للسان وقاع الفم.

نسيجياً: تتميز الطلاوة بكل أشكالها من الناحية النسيجية بوجود فرط تقرن(Hyperkeratosis).

الأسباب المؤهبة: إلى الآن غير محددة تماماً ولكن هنالك عدة عوامل :

- التدخين : ٧٠% من المرضى المصابين بالطلاوة هم من المدخنين
- الكحول: له دور فعال إذا ما اشترك مع التدخين.
- الأشعة تحت البنفسجية نتيجة التعرض الطويل للأشعة الشمس وهذاأكثر ما يشاهد في الحافة القرمزية للشفة السفلية، وهنا تترافق الطلاوة مع التهاب الشفة الزاوي الشعاعي (Actinic Cheilitis)
- التخريش المزمن: ويأتي من الأسنان المتهدمة والنخرة والأجهزة الصناعية. فالتخريش المزمن يؤدي إلى الإصابة بالطلاوة إذا لم نحذف العامل المسبب.

ملاحظة : إن تحول الطلاوة البيضاء إلى Dysplasia Or Carcinoma مرتبط بشكل كبير في مكان توضعها (أكثر ما تكون خطرة إذا توضعت في قاع الفم أو اللسان)و عادات المرضى(كحول + دخان)

- **الطلاوة الحمراء(Erythroplakia)**

هي عبارة عن بقع حمراء لا تنسب لأي آفة أخرى من الناحيةالنسيجيةلا تحك أو تنزع

تعد آفة قبيل سرطانية أكثر خطورة من سابقتها و ذلك لأن معظمها تبدي (استحالة أو عسرة تصنع(Dysplasia) سرطان جائح (Carcinoma In Situ) سرطان موضع (Invasive Carcinoma) .

أظهرت الخزعات التي أجراها Shafer And Waldron أن ٥١% كانت سرطان شائك الخلايا الجائح (Invasive Scc) ، ٤٠% كانت سرطان موضع (Carcinoma In Situ)، ٩% كانت استحالة متوسطة إلى معتدلة (Mild To Moderate Dysplasia) .

توضعها : أكثر المناطق إصابة هو قاع الفم والمثلث خلف الرحوي .

سريرياً : بقع ذات لون أحمر فاتح و ذات حواف محددة بشكل واضح .

الأسباب المؤهبة: إلى الآن غير محددة تماماً ولكنها نفس الطلاوة البيضاء

معالجة الأفات قبيل السرطانية :

١- الاستئصال Excision

٢- الوقاية الكيميائية Chemoprevention

أظهرت الدراسات انه و لا واحدة من الطرق السابقة تؤمن الحماية الكافية من التحول إلى scc.(سرطان شائك الخلايا)

- **عوامل الوقاية الكيميائية:Chemoprevention**

استخدمت ٤ عوامل للوقاية الكيميائية و هي :

Retinoids(وهو الأفضل)- Green Tea – Beta Carotene –Bleomycin الشاي الأخضر)

حيث تعمل هذه العوامل على معاكسة و إيقاف الآفات قبيل السرطانية من التحول إلى سرطانات غازية.

وقد تبين أنه و لا واحد منها تمكن من تحقيق الهدف المنشود و هو منع التطور اللاحق إلى Scc و لكنها تعطي نسب أمان تصل إلى ٨٠%. وما تزال الدراسات جارية عليها .

- **الاستئصال الجراحي:** استخدم من أجل الآفات المثيرة للقلق.

كما استخدم ليزرCo_2 من أجل استئصال الآفات الأكثر امتداداً و ذلك لتخفيف الندبات التالية لاستئصال الجراحي التقليدي

فالآفات قبيل السرطانية التي تصيب مخاطية الفم مثل [(فرط التقرن (Hyperkeratosis) و التقرن (Keratosis) مع عسرة تصنع Dysplasia)] يمكن أن تخضع لإجراءات استئصالية محافظة.

فالجراحة تكون مستطبة عندما تكون الآفة بؤرية ومحددة الامتداد.

أما إذا كانت الآفة قبيل السرطانية ذات سطح واسع ومنتشرة ومتعددة البؤر فهنا يكون سطح الاستئصال الجراحي غير عملي و يكون التخثير بالليزر الطريقة الأكثر فاعلية لمعالجة هذه الآفة

يسمح للمريض بتناول السوائل في نفس اليوم وتعطى التعليمات للمحافظة على الصحة الفموية وذلك بالغسولات الفموية يفضل أن يكون الغسول الفموية متكون من ربع كأس من الماء الدافىء مع ملعقة شاي من الملح أو ملعقة شاي من بيكربونات الصوديوم

الحالات التي تعالج بالليزر:

١- الكارسينومات السطحية (الموضعة) (Superficial In Situ Carcinomas)

٢- الطلاوات ذات الامتداد الواسع

ولكنها لا تستخدم لمعالجة الكارسينومات المرتشحة أبداً.

حديثاً ظهرت طريقة جديدة لمعالجة الآفات قبيل السرطانية تدعى المعالجة الضوئية PDT (Photodynamic Therapy) والتي أخذت شعبيتها تزداد في معالجة الأفات المتعددة.

PDT تعتمد على حدوث تفاعلات معقدة غير مولدة للحرارة بين عوامل متحسسة Photosensitizing Agents (والتي تتركز في النسج المريضة) مع ضوء ذي أطوال موجية مختلفة ←حدوث تنخر Necrosis بسبب تشكل الأوكسجين الحر.

إن اعتماد PDT في معالجة الآفات قبيل السرطانية المتعددة يجب وضعها بالاعتبار قبل اللجوء لاستئصال أو الاجتثاث.

كما استخدمتPDT في معالجة الطلاوة المرتشحة وقد حققت بعض النجاح .

واستخدمت لمعالجة بعض SCC ذات T2 -T1 المتوضعة في الحفرة الفموية من قبل Copper And Colleagues وكان النجاح ٨٦% .

ويجري الآن محاولات لاستخدامها في معالجة الأورام الأكثر عمقاً.

بالرغم أن النجاحات كانت واعدة في معالجة الطلاوة و الكارسينومات الفموية فإنها ما تزال في إطار البحث و التحقيق.

أ- الأورام البشروية الخبيثة :

تشكل السرطانات شائكة الخلايا القسم الأكبر من السرطانات الفموية .

١- السرطانات البشروية شائكة الخلايا : Squamous Cell Carcinoma

أكثر ما يصيب السطوح الجانبية و السفلية للسان و قاع الفم ثم يأتي بالدرجة الثانية الحنك ، البلعوم الفموي والمخاطية الشدقية.

يشكل 90% من سرطانات الحفرة الفموية .

على الرغم من أنه يصيب الشفة السفلية أكثر من الشفة العلوية فإن سرطان الشفة العلوية والسفلية لايشكل أكثر من ١٠% من سرطانات الحفرة الفموية .

أسبابه :

- التبغ : يحتوي التبغ عدة عوامل مسرطنة فنتيجة المشاركة بينها+ الحرارة الناتجة عن التدخين←طفرات جينية في البشرة + الاستعداد الوراثي الموروث {المتمثل بالصبغيات(TP53، C-MYC)}←عدم انتظام و اضطراب في النمو الخلوي والوظيفة للخلايا البشرية .
- الكحولية : يساعد الكحول في انحلال المواد المسرطنة الموجودة في التبغ وتسهيل اختراقها للمخاطية .
- الفيروسات : فقط عزلت من SCC و خاصة HPV (Human Papilloma Virus) الفيروسات الحليمية البشرية.

٢- الأورام البشروية قاعدية الخلايا: Basal Cell Carcinoma

على الرغم من أنه سجل ما يعادل ٥٠٠،٠٠٠ إصابة به في أمريكا إلا أنه نادراً مايتوضع في الحفرة الفموية و غالباً مايتظاهر على شكل كتلة حمراء مرتفعة بشكل بسيط و لكن الشكل الأكثر مشاهدة هو على شكل متقرح.

إن السرطان قاعدي الخلايا غالباً مايتوضع في جلد الوجه و أكثر ما يصيب الشفة العلوية و فروة الرأس ويعد السبب الرئيس للإصابة هو التعرض لأشعة الشمس و لا فرق إذا كان هذا التعرض بشكل مستمر أو متقطع ، و هو آفة بطيئة النمو تصيب المرضى في العقد الخامس وتكون أكثر عدوانية عندما تصيب الأعمار الشابة .

شكل (٦) سرطان قاعدي الخلايا ناكس في الفك الايسر

ب – بعض الأورام الخبيثة الهامة(البشروية –الضامة –اللمفاوية – الوعائية):

١ – أورام النسج العضلية الخبيثة:

– الساركوما العضلية الملساء(Leiomyo Sarcoma):

أورام عضلية نادرة في المنطقة الفموية و ذلك لقلة توافر الألياف العضلية الملساء . وقد سجل حتى الآن فقط ٤٠حالة في الأدب الطبي أما أكثر المناطق إصابة فهو الرحم و القناة المعدية المعوية.

وهو يصيب النسج الرخوة و القاسية وخاصة للفك العلوي ، و تكون النسج المغطية له حمامية و نادراً ما تتقرح ، وهو من النوع العدواني حيث يعطي انتقالات بعيدة في ٣٩% من الحالات التي شخصت بشكل مبكر و خاصة إلى الرئتين

المعالجة:

عبارة عن الإستئصال الجذري وتكون نسبة حدوث النكس، بعد الجراحة ، عالية تصل إلى ٣٥% و لذلك لابد من اتباعها بمعالجة داعمة (كيميائية أو شعاعية).(٦)

– الغرن العضلي المخطط (Rhabdomyo Sarcoma)

يعد الأكثر حدوثاً وهو يتوضع في المرتبة الأولى في الحنك الرخو ثم يأتي بعد ذلك الحافة السنخية للفك العلوي بالدرجة الثانية ، أما في منطقة الرأس و العنق فإن الحجاج هو الموقع الأكثر إصابة يتلوه الحفر الأنفية.

وهو ينشأ على حساب الخلايا الميزانشيمية الغير متمايزة و ذلك لأن الألياف العضلية الهيكلية تعتبر خلايا دائمة لا تنقسم بعد الولادة .

المعالجة :

عندما يتم التشخيص و العلاج بشكل مبكر فإن ٨٠%من المرضى يعيشون لمدة ٥ أعوام .

تتألف المعالجة بشكل نموذجي من اسئصال جراحي موضعي يتلوها معالجة كيميائية، كما تستخدم المعالجة الشعاعية بعد الاستئصال الجراحي

٢- الورم الصباغي الخبيث (الملانوم) Melanoma:

وهو من الأورام الخبيثة بشروية المنشأ وهو أخطر الإصابات الورمية على الاطلاق لسرعة انتقاله إلى العقد اللمفاوية المجاورة.

يشكل تقريباً ٢% من مجموع السرطانات والسود والآسيويين يظهرون تأثراً أكبر بهذا الورم في المخاطية الفموية من البيض . وهو ينشأ من التحول الورمي للخلايا الورمية أو الخلايا الوحمية.

العلامات السريرية المرضية:

تظهر الآفة فوق عمر الخمسين وأكثر المناطق تعرضاً للإصابة بهذا الورم : الحنك الصلب – اللثة ثم الشفة وباطن الخد.

المعالجة:

جراحية بالاستئصال الواسع ويمكن استخدام المعالجة الكيماوية وأحياناً تستخدم المعالجة المناعية كمعالجة إضافية.

إن المعالجة الشعاعية لاتستخدم كعلاج أساسي ولكنها تلعب دوراً داعماً في تدبير هذه الآفة.

٣- غرن كابوزي Kaposis,S Sarcoma :

ورم خبيث ينشأ على حساب الخلايا البطانية للأوعية ويمكن أن يكون له عوامل مؤهبة وراثية– إنتانية – بيئية – مناعية .وله ثلاثة نماذج:

الأول: وصف عام ١٨٧٢ من قبل كابوزي ويشاهد عند المسنين من الرجال في منطقة حوض البحر الأبيض المتوسط. ويشاهد في هذا النموذج إصابة على شكل عقيدات بنية حمراء في جلد الأطراف السفلية بينما الآفات الفموية نادرة في هذا الشكل الكلاسيكي وهو ذو إنذار جيد.

الثاني: يحدث في افريقية كذلك الآفات الفموية نادرة في هذا الشكل وهو ذو نهج سريري طويل وإنذاره لا بأس به.

الثالث: يشاهد في مرض الإيدز والحالات الأخرى المترافقة بنقص المناعة ويصاب به الشباب .

الآفات الفموية وإصابة العقد اللمفاوية شائعة نسبياً في هذا النموذج كما أن النهج السريري سريع نسبياً وعدواني وإنذاره سيء. ويعتبر الحنك الموقع الأكثر شيوعاً للإصابة ويكون على شكل آفة مفردة أو متعددة لونها أحمر مزرق.

المعالجة:

شعاعية بجرعات منخفضة كما استعملت المعالجة الكيماوية من أجل الآفات الكبيرة والمتعددة التوضع.

٤- الغرن الليفي Fibro Sarcoma:

العلامات السريرية:

الغرن الليفي خباثة نادرة الحدوث في النسج الرخوة والعظم في منطقة الرأس والعنق. وعندما يحدث في العظم فإن الآفة نظرياً تتطور من السمحاق أو الأربطة حول السنية. وهو ينتج عن تكاثر مولدات الليف الخبيثة. والشباب هم أكثر إصابة به.

العلاج:

- يجري عادة قطع جراحي واسع بسبب صعوبة التحكم بالتطور الموضعي . والنكس شائع في هذا الورم والنقائل غالباً ما ترى.
- معدل البقية أو النجاة لخمس سنوات يتراوح بين ٣٠-٥٠%
- المرضى ذوو آفات النسج الرخوة أفضل إنذاراً من المرضى ذوي الآفات البدئية في العظم.

٥- الغرن الوعائي Angiosaracoma:

وهو ورم نادر الحدوث ينشأ من الخلايا البطانية للأوعية و الشكل السريري المرضي له مشابه لغرن كابوزي.الفروة هي المكان المعتاد لهذا الورم ولكن بعض الآفات سجلت في الجيب الفكي والحفرة الفموية.

لهذا الورم سير سريري عدواني وإنذار سيء.

٦- الغرن ذو المنشأ العصبي Neurogenic Sarcoma:

وهو عبارة عن خباثة نادرة تتطور عن ورم ليفي عصبي موجود سابقاً ، الخلايا المنشأ هي خلية شوان ومن المحتمل أن تكون الخلايا الأخرى من غمد العصب في العظم ينشأ على الأغلب من العصب الفكي السفلي ويظهر كاتساع في قناة الفك السفلي.

الألم والخدر ربما يرافق هذه الآفة.

العلاج:

- هو القطع الجراحي الواسع
- النكس يكون شائعاً والإنذار يعتمد على الظروف السريرية

٧- الغرن العظمي Osteo Sarcoma:

يشكل ٢٠% تقريباً من بين كل ال Sarcoma ويحدث في الفك السفلي تقريباً ٥% من الغرن العظمي . يسبق هذا الورم وجود شذوذات عظمية كداء باجيت – عسر التصنع الليفي – الورم الحبيبي الخلايا– العظموم الغضروفي المتعدد – احتشاء العظم – التهاب العظم المزمن.

وتبعاً لموقع الإصابة يمكن تصنيف الغرن العظمي إلى :

١- النموذج المألوف Conventional Type : ينشأ في الحفرة الفموية.

٢- الأورام المجاورة للقشيرة Juxtra Cortical Tumors: ينشأ من السطح حول السمحاق

٣- الغرن العظمي خارج الهيكلي Extra Skeletal Osteosarcoma : ينشأ في النسج الرخوة.

العلامات السريرية:

- النموذج المألوف Conventional Type : يصيب الفكين العلوي والسفلي في العقد الثاني من العمر .
- نسبة حدوث الغرن العظمي في الفك العلوي هي ٥١% وفي الفك السفلي ٤٩% ويظهر بشكل شائع مع تورم وألم موضعي وفي بعض الحالات يحدث تقلقل أو فقدان في الأسنان بالإضافة إلى الخدر الذي يعزى للعصب السنخي السفلي.
- في الفك العلوي تكون الأعراض السريرية مشابهة لكن الخدر يعزى إلى العصب تحت الحجاج السفلي ويشاهد رعاف وانسداد الأنف أو مشاكل عينية.
- المظهر الشعاعي للغرن العظمي المألوف داخل نقوي مختلف تماماً.
- الغرن العظمي المبكر يشخص بالاتساع الموضعي للمسافة الرباطية حول السنية لسد سن أو سنين.

العلاج:

أفضل علاج هو البضع الجذري للفك السفلي او العلوي مع معالجة شعاعية كيماوية من أجل النكس.

٨- الغرن الغضروفي Chondrosarcoma :

إن الغرن الغضروفي الذي ينشأ في الفكين نادرللغاية ويشكل ١% من الغرن الغضروفي في كل الجسم.

- نسبة حدوث هذا الغرن في الفك العلوي هي ٦٠% والفك السفلي ٤٠%
- في الفك العلوي أكثر ما يحدث في المنطقة الأمامية (منطقة الناب والرباعيات) والحنك أما في الفك السفلي أكثر ما يحدث في منطقة الضواحك والأرحاء- الارتفاق الذقني- الناتئ المنقاري- وأحياناً الناتئ اللقمي .
- أكثر ما يظهر هذا الورم في مرحلة البلوغ والأعمار المتقدمة. والعلامات الأكثر شيوعاً هي: التورم غير المؤلم وتمدد العظام المصابة ينتج عنه فقدان الأسنان والألم وعلامات أنفية وصداع في الرأس قد ينتج عن امتداد الغرن الغضروفي في الفك إلى البنى المجاورة.
- المظهر الشعاعي للغرن الغضروفي يتنوع من الشفافية الشعاعية وحيدة أو متعددة المسكن إلى آفات ظليلة منتشرة.

العلاج:

- الغرن الغضروفي مقاوم للأشعة لذلك يعتبر القطع الجراحي الجذري أو الموضعي هو المعالجة المختارة.
- أما النقائل فالأكثر شيوعاً تكون في الغرن العظمي ذي الدرجة العالية وهي غالباً إلى الرئة أو العظم.

٩- إيونغ ساركوما Ewing,S Sarcoma:

هو غرن الخلايا المدورة وهو مميت بدرجة عالية. أول ما وصف هذا الورم من قبل James Ewing عام ١٩٢١ .

سبب هذا الورم غير معروف وهو يشكل ٦% من الأورام الخبيثة في العظم و ٤% من حالات Ewing,S Sarcoma تحدث في عظام الرأس والعنق و ١% يحدث في الفكين.

وعندما يصيب الفكين فإن الشعبة الصاعدة للفك السفلي هي الموقع المختار مع بعض الحالات المسجلة على الفك العلوي.

تحدث الإصابة في العمر بين ٥-٣٠ سنة وفوق ال٦٠% من الحالات تصيب الذكور .

الألم والتورم هما العرضان الأكثر شيوعاً وفي حالة إصابة الفكين قد ينتج عن هذا الورم : تشوه الوجه – تدمير العظم السنخي – فقدان في الأسنان – تقرح المخاطية .

شعاعياً لايوجد في الفكين عامات خاصة والمظهر الأكثر تميزاً هو الشفافية الشعاعية على شكل الفم المتآكل (Mouth Eaten) المدمر في النقي وتنخر القشرة بالامتداد .

العلاج والإنذار:

- الطبيعة ذات الخباثة العالية لهذا الورم تعكس إعطاءه للنقائل وخاصة إلى الرئة والعظام الأخرى والعقد اللمفية.
- العلاج عبارة عن معالجة شعاعية وجراحية للسيطرة الموضعية والمعالجة الكيماوية من أجل السيطرة على النقائل المجهرية.

١٠- بوركت لمفوما Burkitt,S Lymphoma:

بوركت لمفوما هو درجة عالية من لمفوما لا هودجيكن وهو مستوطن في إفريقيا وتحدث في أمريكا الشمالية بشكل متقطع فقط .

أول من تعرف عليه Dennis burkitt في أوغندا عام ١٩٥٨ كغرن فكي وهو يحدث بكثرة عند الأطفال الإفريقيين والأعمار المصابة في إفريقيا تتراوح بين ٣-٨ سنوات مع سيطرة للذكور ١:٢

أما في أمريكا تكون الأعمار المصابة أكبر مما هو في إفريقيا وذروة حدوثها في عمر الـ١١ سنة ولايوجد اختيار لجنس معين.

الاختلاف الملحوظ بين الشكل المستوطن الأفريقي واللامستوطن الأمريكي للمفوما بوركت هو أنه مورثة الفيروس يمكن أن تشخص عند ٩٠% من الحالات الأفريقية و ١٠% من الحالات الأمريكية.

عندما يصاب الفكان فإن البؤرة الابتدائية تشاهد عادة في المنطقة الخلفية ويكون أكثر شيوعاً في الفك العلوي منه في الفك السفلي.

العلامات المعتادة المرافقة لآفات الفكين هي كتلة داخل فموية ممتدة وأسنان متقلقلة بالإضافة إلى وجود الألم والخدر أحياناً حيث يكون ألم أسنان وخدر في الشفة.

شعاعياً يوجد عظم ذو حواف مخربة سيئة على شكل Mouth Eaten والقشرة تكون ممتدة أو متنخرة (متآكلة) أو مثقوبة مع إصابة رخوة.

العلاج :

بوركت لمفوما أثبت بأنه حساس جداً للمعالجة الكيماوية لذلك فهو قابل للشفاء بشكل أساسي والأشكال الإفريقية والأمريكية أظهرت استجابة متشابهة تماماً للمعالجة الكيماوية ومعدل متشابه للنكس والبقاء.

١١- السرطان النقائلي Metastatic Carcinoma:

الخباثات الأكثر شيوعاً والتي تصيب العظام الهيكلية هي السرطان النقائلي وعلى أية حال فإن المرض النقائلي في الفكين هو غير اعتيادي . وتشكل ١% من النقائل الورمية الخبيثة لهذا الموقع.

النقائل إلى الفكين تكون غالباً من سرطان الثدي – الكلية – الرئة – الكولون – البروستات– والغدة الدرقية.

العلامات السريرية:

يصيب هذا السرطان الأعمار الكبيرة ويكون معدل العمر هو ٥٦ سنة.أما آلية الانتشار إلى الفكين فتكون عن طريق الدم Hematogenous من الأورام الحشوية البدئية أو نقائل من الرئة.

عند إصابة الفكين تكون زاوية وجسم الفك السفلي أكثر المناطق التي تغزوها النقائل ويحدث عادة ألم في العظم وفقدان في الأسنان – خدر في الشفة – تورم العظم – كتلة لثوية وكسر بيولوجي.

المظهر الشعاعي لمعظم الانتقالات في الفكين تكون ذات حواف ضعيفة تبدي شفوفية على الأشعة وغير نظامية و Mouth Eaten وتشوهات تمددية.

العلاج :

السرطان النقائلي إلى الفكين بحاجة إلى جهد كبير لتحديد الموقع الأولي ومرحلة ودرجة الإصابة.

البؤرة الوحيدة تعالج بالقطع الجراحي أو بالمعالجة الكيماوية.أما النقائل الهيكلية تعالج كمعالجة ملطفة.

معالجة الأورام الخبيثة في الحفرة الفموية:

تعالج بالاستئصال الجراحي أو المعالجة الشعاعية أو المعالجة الكيميائية أو المشاركة بين هذه النماذج وهذا يعتمد على عدة عوامل:

١) – التشخيص النسيجي

٢) – توضع السرطان

٣) – وجود انتقالات بعيدة ومرحلتها

٤) – حساسية الورم للمعالجة الشعاعية أو الكيميائية

٥) – العمر والحالة الصحية للمريض.

إذا كانت الآفة يمكن استئصالها بشكل كامل دون تشويه المريض فإن هذا ينجز وإذا كان هنالك انتقالات للعقد اللمفاوية فإن المعالجة الشعاعية يمكن أن تستطب قبل أو بعد الجراحة للقضاء على بؤر الخلايا السرطانية في المناطق المجاورة. أما إذا كان هنالك انتقالات جهازية واسعة للسرطان مثال اللمفويات التي لها حساسية عالية للمعالجة الكيميائية فهنا تستطب المعالجة الكيميائية مع أو بدون مشاركة الجراحة أو المعالجة الشعاعية.

الإجراءات قبل الجراحية Preoperative Care :

١- تأمين صحة فموية جيدة ومثالية.

٢- كل الأسنان العفنة يجب أن تقلع إما قبل العمل الجراحي أو خلاله وعلى كل حال يجب علينا ألا نقلع الأسنان المتوضعة داخل أو بجانب الورم سواءً كانت ثابتة أم متقلقة إلا بعد التأكد من إجراء الاستئصال الجراحي لأن قلعها يؤدي إلى تسهيل اجتياح تجاويفها السنخية من قبل الورم.

٣- إزالة القلح المتوضع على الأسنان لتجنب حصول اختلاطات (أخماج . التهابات) بعد العمل الجراحي.

٤- يجب تأجيل كامل المعالجات السنية الترميمية إلى ما بعد العمل الجراحي.

٥- علينا أن نأخذ طبعات للفكين قبل الجراحة إذا كنا نتوقع حدوث استئصال واسع لأحد الفكين وذلك من أجل صنع الجبائر، صفائح الحنكية، تعويضات صناعية.

٦- إذا كان المريض سوف يخضع لمعالجة شعاعية بعد العمل الجراحي فإنه يجب علينا أن نقلع الأسنان العفنة وإخضاع جميع الأسنان الحية لمعالجة فلورية.

التخدير:

إذا كان الورم صغيراً يمكن استخدام التخدير الناحي ولكن يفضل التخدير العام أما الأورام الكبيرة فحصراً التخدير العام يتم التخدير العام عن طريق التنبيب الأنفي الرغامي وليس الفموي الرغامي

وذلك لتحقيق سهولة التداخل على الحفرة الفموية. مع إعطاء المرخيات العضلية وذلك من أجل الحصول على استرخاءٍ كافيٍ.

أ- المعالجة الجراحية Surgical Management:

قطع الأنسجة الرخوة:

يمكن إنجاز الاستئصال باستخدام المشرط الكهربائي ،أو الليزر مثل ليزر Co2 أو المشرط العادي. والنتائج متماثلة في كل الطرق وإن كانت بعض التقارير قد أشارت إلى شفاء أفضل باستخدام الليزر.

قطع العظم:

يتم باستخدام السنابل العظمية الدائرية والشاقة إضافة إلى المناشير العظمية الكهربائية والعاملة أيضاً بالأمواج فوق الصوتية.

ويتم إجراء قطع في النسج السليمة المحيطة بالورم ولذلك فإن إزالة الورم هنا تتم باستخدام الأدوات بدون التماس المباشر مع الآفة .

١- القطع الحفافي Marginal Resection " Segmental " : " يعرف أيضاً بـ Enbloc Resection وذلك بقطع الورم بدون تهديد لاستمرارية العظم في جزء من الفك .

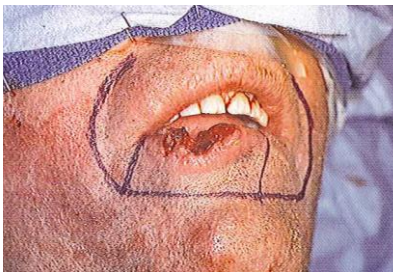
٢- القطع الجزئي Partial Resection : وهو بقطع العظم بكامل ثخانته مع الورم في جزء من الفك مع انقطاع في استمرارية العظم .

٣- القطع الكامل Total Resection : وهو قطع الورم بإزالة كامل العظم المصاب " استئصال الفك العلوي أو استئصال نصف الفك السفلي "

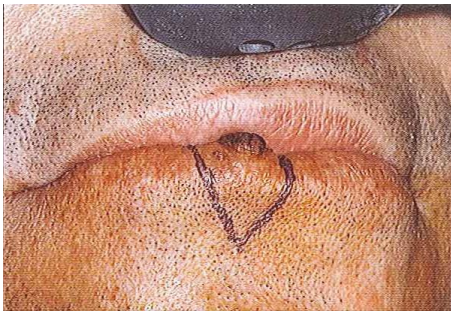
٤- القطع المدمج Composite Resection : وهو قطع الورم بإزالة العظم والنسج الرخوة المجاورة .

يتم عمل تجريف عنق وظيفي أو جذري لإزالة العقد اللمفاوية خوفاً من حدوث انتقالات ورمية إليها في أغلب حالات الأورام الخبيثة التي تصيب الحفرة الفموية.وقد نضطر أحياناً إلى إجراء خزع رغامى قبل إجراء عمليات استئصال بعض الأورام في الحفرة الفموية.

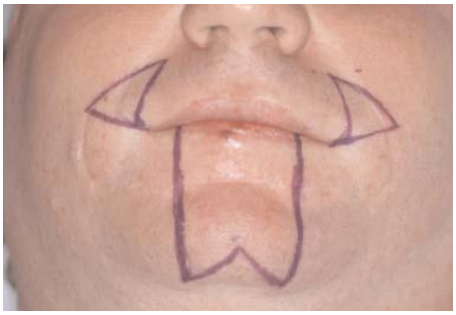
وهنالك عدد من المداخل الجراحية لتنفيذ استئصال الأورام في النسج الرخوة وعظام الفكين في منطقة الحفرة الفموية.



شكل (٧-أ) شريحة Karapandzic لاستئصال آفة سرطانية تشمل أكثر من ٤٠% من الشفة السفلية



شكل (٧-ب) شق على شكل حرف V مع حافة أمان نصف سم يشمل كامل عمق الشفة



شكل (٧-ج) شريحة Bernard لبناء الشفة السفلية بعد استئصال آفة سرطانية

- عبرالفم Per-oral :

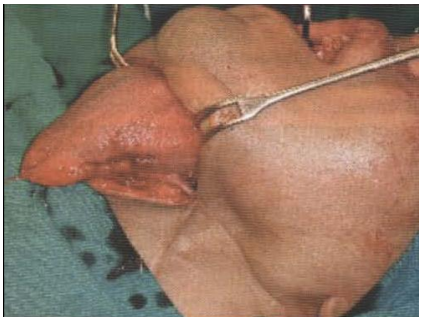
محدودة في الآفات الصغيرة المتوضعة في المنطقة الأمامية.

- شق الشفة lip split :

رفع شريحة خدية من أجل الآفات اللثوية الدهليزية المعقدة الخلفية ولإنجاز قطع الفك السفلي الحفافي marginal mandibuloectomy .

- طريقة النفق Pull through:

في آفات اللسان وقاع الفم خاصة عندما لا يمكن استئصال الحواف الخلفية من داخل الفم.حيث يتم قطع النسج بين الموقع البدئي والرقبي لتشكيل نفق بين الفم والرقبة ويدفع الورم عبر هذا النفق إلى الرقبة حيث يتم استئصاله.



شكل (٨) طريقة النفق لاستئصال ورم في قاعدة اللسان Pull Through

- خارج الفم Extra oral:

تستخدم في معالجة آفات الفك السفلي المركزية الشاملة أو المقتربة من حوافه العلوية والسفلية وفي حال إمكانية استئصال مثل هذه الآفات مع الإبقاء على هامش متين من الحافة السفلية للفك السفلي لتجنب كسر الفك.وينفذ خصوصاً في الاستئصال الجزئي للمنطقة الأمامية للفك السفلي لعمل شق ٢سم أسفل الحافة السفلية وبشكل موازي لها أو بعمل شق يوازي الحافة السفلية للفك السفلي ويقع تحتها بحوالي ٢سم ويصعد قليلاً بشكل موازٍ لزاوية الفك.

– في حالة التداخل على أورام الفك العلوي الكبيرة وخصوصاً عندما يتطلب العمل الجراحي استئصال قسم كبير من الفك العلوي يستطب في هذه الحالة شق welber – fergusson

شكل (٩) شق خارج الفم لاستئصال آفة سرطانية في المنطقة البلعومية الفموية

ب– المعالجة الشعاعية Radiotherapy

يقوم الإشعاع بتدمير وتفتيت الحمض النووي للخلايا الورمية، و بصفة عامة فالخلايا التي تنمو وتتكاثر بوتيرة سريعة، شأن الخلايا الورمية، هي أكثر حساسية تجاه مفعول الإشعاع و أشد تأثرا، و بطبيعة الحال، تتخذ تدابير وقائية أثناء المعالجة الإشعاعية، لتعرض أقل كمّ ممكن من الأنسجة و الأعضاء الطبيعية السليمة للإشعاع، و تتم عادة حمايتها باستخدام دروع واقية و بأنماط مختلفة، و بالرغم من مثل هذه الاحتياطات، إلا أن بعض الخلايا الطبيعية تتأثر بالإشعاع و إن كانت عموما قادرة على التعافي بحيوية أكبر، نظراً لمقدرتها على استخدام تقنيات الجسم الطبيعية لإصلاح و ترميم الأضرار الواقعة على الحمض النووي.

– أقسام المعالجة الشعاعية

تقسم المعالجات الشعاعية بشكل عام إلى ثلاثة أقسام:

١– المعالجة الشعاعية الخارجية External beam radiation therapy EBRT

أ – جهاز الأشعة السينية X(بطاقة ٥٠ كيلوفولت).

ب – جهاز الأشعة السينية X(بطاقة ٢٠٠–٣٠٠ كيلوفولت).

ج – جهاز الكوبالت(Co-60)

د – جهاز المسرع الخطي Linear Accelerator

٢– المعالجة بالزرعات المشعة (الكورية) Brachytherapy

بوضع المنبع المشع أو الزرعة المشعة ضمن كتلة الورم أو توضع ضمن الأجواف.ويستخدم في هذه الطريقة الإيريديوم ١٩٢

٣–المعالجة الاستقلابية:

يستفاد في هذا المجال من خاصية بعض الأنسجة الولوعة بنوع معين من العناصر المعدنية، فعند إصابة عضو معين بالسرطان، يعطى المريض العنصر المشع الذي يتركز بالنسيج المطلوب معالجته، بحيث تتولد فعالية شعاعية تتلف هذا الورم.

مثال:(اليود المشع ١٣١ – الذهب المشع ١٩٨– اليتريوم ٩٠)

تقييم الحالة الفموية قبل المعالجة الشعاعية

– كل الأسنان ذات الإنذار السيئ يجب أن تقلع .

– وفي حال وجود صعوبة في القلع لا نتوانى عن قلع السن جراحياً

– يجب التعامل مع الشرائح الجراحية بشكل غير راض وغير نازف

– يجب تغطية المريض بالصادات الحيوية وقائياً قبل إجراء الجراحة .

– يجب إزالة الرحى الثالثة المنحصرة قبل المعالجة الشعاعية خوفاً من احداثها التواج وتطويرها مركز للإنتان .

– الأرحاء المنطمرة لا تزال قبل المعالجة الشعاعية وذلك في حال عدم وجود أعراض ألمية صريحة لها

– يجب ترميم الأسنان النخرة و أفضل المواد للترميم هي الكومبوزيت والأملغم .

– تؤخر المعالجة الشعاعية ٣ أسابيع بعد القلع

تأثير الأشعة على الغشاء المخاطي الفموي:

– أول التغيرات البدئية حدوثاً خلال أسبوعين هي:

– ظهور غشاء مخاطي حمامي و التهاب الغشاء المخاطي الفموي مع أو بدون قرحات

– ألم وعسر بلع

– تفقد الحليمات الذوقية خصائصها في الإحساس الذوقي

– تنكس وتليف واستحالة الغدد اللعابية

– جفاف الفم Xerostomia

– يحصل نمو زائد للجراثيم الهوائية والفطور وخاصة المبيضات البيضاء

تأثير الأشعة على العظم :

تؤدي الأشعة إلى التنخر العظمي الشعاعي وذلك عند التعرض لإشعاع مقداره ٦٥٠٠ راد (٦٥غرى)(بالنسبة للفك السفلي) حيث:

- يتموت الغشاء المخاطي المغطي للعظم
- تقل التوعية العظمية ويصبح العظم متموتاً
- تظهر نتوءات سنخية حادة وبارزة وخاصة بعد القلع .
- الفك المعرض إلى أقل من ٤٨٠٠راد لاتحدث له الإصابة السابقة
- الفك السفلي أكثر تأثراً بالتنخر العظمي الشعاعي

ج- المعالجة الكيماوية Chemotherapy

هي استخدام عوامل كيميائية ذات سمية خاصة على الخلايا الورمية

الخلايا الأكثر تأثراً بالمعالجة الكيماوية :

- الخلايا الورمية
- المخاطية الهضمية
- نقي العظم
- الخلايا في طور التكاثر

استطبابات المعالجة الكيماوية :

١- المعالجة الأكثر فعالية لبعض الأورام مثل اللمفوما

٢- معالجة نوعية للسرطانات عالية الانتقالية مثل الساركوما العظمية

٣- تقليص كتلة الورم قبل الجراحة

٤- الحساسية للأشعة

٥- تخفيف الأورام الكبيرة جداً أو المؤلمة

بعض أدوية المعالجة الكيماوية :

- مضادات الاستقلاب مثل: (Methotrexate, 5-FU)
- الصادات الحيوية المضادة للأورام مثل:

(Doxorubicin, Adriamycin, Bleomycin, Mitomycin-C, Ifosfamide)

- أشباه القلويات Alkaloids
- نظائر النيكليوزيد Nucleoside analogues

اختلاطات المعالجة الكيماوية :

١- تنقص العوامل الكيميائية معدل الاستقلاب لخلايا الغشاء المخاطي الفموي بحيث تصاب بالضمور ويصبح رقيقاً حمامي الشكل مؤلماً بشدة مترافقاً مع قرحات مخاطية تشاهد على الأغلب على اللثة غير الملتصقة وبشكل نادر على اللثة الملتصقة

٢- فقدان الطعم

٣- التهاب الغشاء المخاطي Mucositis

٤- نزف وإنتان معتدل إلى شديد في اللثة .

٥- تزداد الفطور نتيجة اختلال في تركيب الفلورا الفموية .

٦- تتعطل وظيفة نقي العظام فيحدث قلة في الكريات البيضاء والصفيحات

٧- تعب و إرهاق.

٨- اعتلال عصبي ولمفاوي.

المرجع

كتاب جراحة الفم والفكين

كلية طب الأسنان

الدكتور محمد سبع العرب

الدكتور الياس كنج بطرس

مع التمنيات بالنجاح

د. اياد لفلوف