

در مراقبت‌های اولیه باید شناخت

بیماری‌های شایع زبان

ترجمه: دکتر حسام جهان‌دیده

اگرچه معاینه زبان کار دشواری نیست، بیماری‌های زبان می‌توانند از لحاظ تشخیصی و درمانی برای پزشک چالش‌برانگیز باشند. شناسایی و تشخیص این اختلالات نیازمند اخذ شرح حال کامل شامل زمان شروع و طول مدت علائم، علایم پیش‌درآمد و سابقه مصرف دخانیات و الکل است. معاینه زبان از لحاظ شکل ظاهری و ارزیابی دقیق لنفادنوپاتی‌ها نیز اهمیت دارد. زبان جغرافیایی، زبان شقاق‌دار و زبان مویی شایع‌ترین مشکلات زبان هستند که نیازی به درمان ندارند. گلوستیت رومبویید میانی معمولاً با عفونت کاندیدایی همراهی دارد و به داروهای ضد قارچ موضعی پاسخ می‌دهد. گلوستیت آتروفیک اغلب با کمبود تغذیه‌ای زمینه‌ای آهن، اسید فولیک، ویتامین B12، نیاسین یا ریبوفلاوین ارتباط دارد و با اصلاح اختلال زمینه‌ای برطرف می‌گردد. لکوپلاکی مویی دهان می‌تواند نشانه‌ای از نقص ایمنی زمینه‌ای باشد که به وسیله ویروس اپشتاین-بار ایجاد و به کمک داروهای ضد ویروس خوراکی درمان می‌شود. در مورد توده‌های زبان معمولاً انجام بیوپسی برای افتراق ضایعات خوش‌خیم (مثل تومور سلول گرانولار، فیبروم و کیست‌های لنفوایبی‌تلیال) از لکوپلاکی پیش‌بدخیم یا کارسینوم سلول سنگفرشی (SCC) ضروری است. سندرم دهان سوزان^(۱) اغلب زبان را نیز درگیر می‌کند و در کارآزمایی‌های شاهددار به درمان با آلفا-لیپوئیک اسید، کلونازپام و درمان شناختی-رفتاری پاسخ داده است. کارآزمایی‌های متعدد همچنین حاکی از تاثیر تاییدشده درمان جراحی زبان بنددار (tongue-tie یا آنکیلوگلوسی) در مقایسه با آموزش به تنهایی، در به حداقل رساندن میزان موفقیت در تغذیه با شیر مادر بوده‌اند. ضایعات زبانی با اتیولوژی نامشخص، ممکن است نیازمند بیوپسی یا ارجاع به متخصص گوش، حلق و بینی، جراح سر و گردن یا دندانپزشک با تجربه در زمینه پاتولوژی‌های دهان باشند.

مقدمه

اختلالات سطح زبان

گلوستیت رومبویید میانی

مشخصه گلوستیت رومبویید میانی یک ضایعه پلاک‌مانند مسطح، براق، اریماتوز، با حاشیه مشخص و بدون علامت در خط وسط سطح دورسال زبان است (شکل ۱). مردان ۳ برابر بیشتر از زنان به این اختلال مبتلا می‌شوند. بیشتر مبتلایان بدون علامت هستند اما ممکن است سوزش یا خارش داشته باشند. گلوستیت رومبویید میانی به طور شایع با عفونت کاندیدایی همراهی دارد و به داروهای ضدقارچ (مثل نیستاتین، فلوکونازول و کلوتریمازول) که به صورت سوسپانسیون یا قرص تجویز می‌شوند، پاسخ می‌دهد.

شناسایی و تشخیص اختلالات زبان نیازمند معاینه این عضو از لحاظ شکل ظاهری و اخذ شرح حال کامل درباره زمان شروع و طول مدت علائم، علایم پیش‌درآمد و سابقه مصرف دخانیات و الکل هستند. معاینه کامل سر و گردن همراه با ارزیابی دقیق از لحاظ وجود لنفادنوپاتی ضروری است.

بر اساس بررسی پیمایشی ملی ارزیابی سلامت و تغذیه، شیوع مقطعی ضایعات زبان در بزرگسالان ایالات متحده ۱۵/۵٪ است. شیوع ضایعات زبان در بیمارانی که از دندان مصنوعی یا دخانیات استفاده می‌کنند، بیشتر است. شایع‌ترین اختلالات زبان به ترتیب شامل زبان جغرافیایی، زبان شقاق‌دار و زبان مویی هستند. در جدول ۱ اختلالات شایع زبان به صورت خلاصه آورده شده‌اند.

1. burning mouth syndrome

جدول ۱. ضایعات دهانی.

ضایعه	تظاهرات بالینی	درمان	ملاحظات
گلوپیت رومبوئید میانی	پلاک لوزی شکل با سطح صاف، براق، اریتماتو و دارای حاشیه مشخص؛ معمولاً بدون علامت است اما ممکن است احساس سوزش یا خارش وجود داشته باشد؛ در خط وسط در سطح دوسال دیده می شود	داروهای ضدقارچ موضعی	اغلب با عفونت کاندیدیایی همراهی دارد
گلوپیت آتروفیک	دارای سطح صاف و براق با زمینه قرمز یا صورتی	درمان کمبودهای تغذیه‌ای یا سایر اختلالات زمینه‌ای	ناشی از بیماری زمینه‌ای، داروها یا کمبودهای تغذیه‌ای (مانند آهن، اسید فولیک، ویتامین B12، ریبوفلاوین و نیاسین)
زبان شقاق دار	شیارهای عمیق روی زبان، در صورت وجود التهاب یا گیر کردن مواد غذایی ممکن است بوی بد و تغییر رنگ ایجاد شود	معمولاً نیاز به درمان ندارد، مسواک زدن ملایم در صورت وجود التهاب علامت‌دار توصیه می شود	همراهی با نشانگان داون، پسوریازیس، نشانگان شوگرن، نشانگان ملکرسون- روزنتال و زبان جغرافیایی
زبان جغرافیایی	پچ‌های بدون پوشش روی سطح دوسال زبان که به وسیله یک حاشیه مضرس برآمده و با تغییر رنگ مختصر احاطه شده است	نیازی به درمان وجود ندارد اما ژل‌های استروئیدی موضعی یا دهان‌شویه آنتی‌هیستامین می‌تواند حساسیت زبان را کاهش دهد	همراهی با زبان شقاق‌دار، همراهی معکوس با سیگار کشیدن
زبان مویی	هیپرتروفی پاپی‌های نخ‌شکل، تغییر رنگ زبان (سفید، قهوه‌ای روشن، سیاه)	نیازی به درمان وجود ندارد اما مسواک زدن ملایم یا خراشاندن سطح زبان می‌تواند مفید باشد	همراهی با مصرف دخانیات، بهداشت دهانی ضعیف و مصرف آنتی‌بیوتیک
لکوپلاکی مویی دهان	ضایعات سفید مویی شکل روی لبه جانبی زبان	داروهای ضدویروس	سوار شدن عفونت ویروس ایشتاین-بار، همراهی با نقص ایمنی و عفونت HIV
لیکن پلان	به صورت الگوی مشبک سفید توری‌مانند روی سطح دوسال زبان یا زخم‌های اریتماتوی کم‌عمق پراکنده تظاهر می‌یابد	در صورت بدون علامت بودن نیازی به درمان ندارد، برای ضایعات زخمی علامت‌دار می‌توان از استروئیدهای موضعی استفاده کرد	مدنظر داشتن ارزیابی و درمان عفونت کاندیدیایی همزمان، برای تشخیص قطعی لیکن پلان نیاز به بیوپسی وجود دارد
لینه‌آ آلبا	خط سفید ظریف ناشی از ضخیم شدن اپی‌تلیوم روی لبه‌های جانبی زبان	نیازی به درمان ندارد	به علت وارد آمدن ترومای ناشی از جویدن به لبه‌های جانبی زبان ایجاد می‌شود
لکوپلاکی	پچ یا پلاک سفید چسبنده	تحت نظر گرفتن دقیق، بیوپسی برای رد کردن بدخیمی	همراهی قوی با مصرف سیگار، با این حال در صورت بروز در افراد غیرسیگاری پتانسیل بدخیمی بیشتری دارد
کارسینوم سلول سنگفرشی (SCC)	پچ یا پلاک ضخیم سفید یا قرمز؛ ممکن است به صورت ندولار یا زخمی ظاهر شود؛ معمولاً در قسمت‌های جانبی زبان	اکسیژیون جراحی، پرتودرمانی	همراهی با مصرف سیگار و الکل و سن بالا
پاپیلوم	ضایعه منفرد مجزا و پایه‌دار با برآمدگی‌های انگشتی شکل	اکسیژیون جراحی یا تخریب با لیزر	همراهی با عفونت ویروس پاپیلوم انسانی نوع ۶ یا ۱۱
زبان سوزان	درد روزانه که در طی روز شدیدتر می‌شود، زبان ظاهر طبیعی دارد	اسید آلفا - لیپوئیک، کلونازپام، درمان شناختی - رفتاری، درمان اختلالات زمینه‌ای	اختلالات سیستمیک یا موضعی زمینه‌ای (مانند کمبودهای تغذیه‌ای، اختلالات غدد درون‌ریز، کاهش ترشح بزاق، عفونت، واکنش آلرژیک) باید رد شوند
زبان بنددار (آنکیلوگلوسی)	کوتاهی فرنولوم باعث محدودیت در بیرون آوردن زبان می‌شود، اختلال در تغذیه با شیر مادر	قطع فرنولوم به وسیله جراحی در شیرخوارانی که دچار اختلال در تغذیه با شیر مادر هستند	همراهی با اشکال در تغذیه با شیر مادر از جمله درد نوک سینه
ماکروگلوسی	بزرگی زبان همراه با کنگره کنگره شدن لبه‌های جانبی زبان	درمان اختلالات زمینه‌ای	همراهی با اختلالات زمینه‌ای مختلف

توصیه‌های کلیدی برای طبابت

رتبه‌بندی شواهد	توصیه بالینی
B	لیکن پلان زخمی‌شونده را می‌توان به کمک استروئیدهای موضعی مانند کلوتازول یا خمیر دندان فلوسینوناید درمان کرد.
C	برخی لکوپلاکی‌های دهانی می‌توانند بدخیم شوند. از این رو بیوپسی و بررسی میکروسکوپی این ضایعات باید مدنظر باشد.
B	تنها اسید آلفا - لیپوئیک، کلونازپام و درمان شناختی - رفتاری در کاهش علائم زبان سوزان موثر بوده‌اند
B	فرنولکتومی یک رویکرد موثر در آن دسته از شیرخواران مبتلا به زبان بنددار (آنکیلوگلوسی) است که دچار اشکال در تغذیه با شیر مادر هستند.

A: شواهد بیمارمحور با کیفیت مطلوب؛ B: شواهد بیمارمحور غیرقطعی با کیفیت محدود؛ C: اجماع، شواهد بیماری‌محور، طبابت رایج، عقیده صاحب‌نظران یا مجموعه موارد بالینی.



شکل ۱. گلووسیت رومبویید میانی. با آزمون خراشیدن ناحیه ملتهب می‌توان عفونت کاندیدایی را تایید نمود.

زبان شقاق‌دار

در مبتلایان به زبان شقاق‌دار (شکل ۲)، عمیق شدن فیزیولوژیک شیارهای طبیعی زبان باعث ایجاد شکاف‌هایی در سطح زبان می‌شود. این اختلال معمولاً با افزایش سن ایجاد می‌شود و نیازی به درمان ندارد مگر اینکه گیر افتادن مواد غذایی و باکتری‌ها باعث ایجاد التهاب در این شکاف‌ها شود. مسواک زدن ملایم زبان در بیماران دارای التهاب علامت‌دار سودمند است. زبان شقاق‌دار با نشانگان داون، آکرومگالی، پسونیازیس و نشانگان شوگران همراهی دارد. نشانگان ملکرسون - روزنتال یک اختلال نادر با اتیولوژی نامشخص است که مشخصه آن تریاد شقاق‌دار شدن شدید زبان، ادم راجعه دهان و صورت و فلج عصب فاسیال است.

زبان جغرافیایی

زبان جغرافیایی (شکل ۳) که با عنوان گلووسیت مهاجر خوش‌خیم یا اریتم میگرانس نیز شناخته می‌شود، ۱۴٪-۱٪ از جمعیت ایالات متحده را مبتلا می‌سازد و اتیولوژی نامشخصی دارد. اگرچه پژوهش‌های قبلی حاکی از همراهی این اختلال با دیابت، پسونیازیس، درماتیت سبوریه و اتوپیی بوده‌اند، بررسی اخیر داده‌های جمعیتی از بیماران آمریکایی این یافته‌ها را تایید نکرده است. شیوع این اختلال در افراد سفیدپوست و سیاه‌پوست در مقایسه با آمریکایی‌های مکزیکی‌تبار بیشتر است. این بیماری با زبان شقاق‌دار همراهی مثبت و با سیگار کشیدن همراهی معکوس دارد.

در مبتلایان به زبان جغرافیایی در سطح دورسال زبان نواحی آتروفی پاپی‌ها نمای مسطحی پیدا می‌کند که به وسیله حاشیه‌های برآمده مضرس احاطه شده است. نواحی آتروفی به صورت خودبه‌خود بهبود می‌یابند و ضایعه در قسمت دیگری از زبان ایجاد می‌شود. بنابراین زبان ظاهری چندرنگ و ناهمگون پیدا می‌کند. این ضایعه خوش‌خیم و محدود به یک ناحیه است و معمولاً جز

ابتلا به کاندیدا می‌تواند به وسیله آزمون خراش (scraping) یا کشت تایید شود.

سایر سطوح زبان مشخصاً سالم و بدون درگیری هستند. با این حال وجود التهاب در کام می‌تواند نشان‌دهنده نقص ایمنی باشد و از این رو عفونت با ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) در این موارد باید مد نظر قرار گیرد.

گلووسیت آتروفیک

گلووسیت آتروفیک به علت داشتن نمای مسطح و براق در یک زمینه قرمز یا صورتی تحت عنوان زبان مسطح نیز نامیده می‌شود. نمای مسطح زبان در این اختلال ناشی از آتروفی پاپی‌های نخ‌شکل (filiform) است. گلووسیت آتروفیک در اصل تظاهراتی از سایر علل زمینه‌ای به شمار می‌آید (جدول ۲) و ارزیابی تشخیصی کامل را ضروری می‌سازد. کمبود تغذیه‌ای آهن، اسید فولیک، ویتامین B12، ریوفلاوین و نیاسین، علل شایع این اختلال به شمار می‌روند. سایر اتیولوژی‌ها شامل عفونت‌های سیستمیک (مانند سیفیلیس)، عفونت‌های موضعی (مانند کاندیدا)، آمیلوییدوز، بیماری سلیاک، سوءتغذیه پروتئین - کالری و گزرستومی ناشی از برخی داروها و نشانگان شوگران هستند.

گلووسیت آتروفیک ناشی از کمبود تغذیه‌ای اغلب باعث احساس درد در زبان می‌شود. درمان مشتمل بر جایگزینی کمبود مواد تغذیه‌ای یا درمان اختلال زمینه‌ای است.

کمبود تغذیه‌ای آهن، اسید فولیک، ویتامین B12، ریوفلاوین و نیاسین، از علل شایع گلووسیت آتروفیک به شمار می‌روند.

جدول ۲. اختلالات دارای همراهی با گلوستیت.

آمیویدوز	آمی و خیم
بیماری سلیاک	سوءتغذیه پروتئین - کالری
محرک‌های شیمیایی	سارکوبیدوز
واکنش‌های دارویی	نشانگان شوگرن
عفونت‌های موضعی (خصوصاً کاندیداز)	عفونت‌های سیستمیک (مثل سیفلیس)
کمبودهای تغذیه‌ای (به عنوان مثال آهن،	بیماری‌های وزیکولی-اروزیو (مانند پمفگوبید،
اسید فولیک، ویتامین B۱۲، ریوفلاوین،	پمفیکوس ولگاریس، اریتم مولتی‌فرم، نشانگان
نیاسین)	استیونس-جانسون)

زبان مویی بیشتر در سیگاری‌ها و افرادی که بهداشت دهانی پایینی دارند و نیز در افرادی که مدت زمان طولانی آنتی‌بیوتیک مصرف می‌کنند دیده می‌شود.

لکوپلاکی مویی دهان

لکوپلاکی مویی دهان (شکل ۵) از لحاظ محل بروز و نیز همراهی با نقص ایمنی با زبان مویی تفاوت دارد. مشخصه این اختلال، ضایعات سفیدرنگ با ظاهر مویی هستند که در لبه‌های جانبی زبان در یک یا هر دو سمت واقع شده‌اند. این ضایعات ناشی از عفونت

با ویروس اپشتاین-بار هستند. در صورتی که لکوپلاکی مویی دهان در غیاب یک اختلال شناخته‌شده ایجادکننده نقص ایمنی ایجاد گردد، انجام آزمایش HIV باید مد نظر قرار گیرد. می‌توان داروهای ضد ویروس مانند آسیکلوویر (با دوز ۸۰۰ میلی‌گرم پنج بار در روز) یا گانسیکلوویر (با دوز ۱۰۰ میلی‌گرم سه بار در روز) را برای مدت ۱-۳ هفته تجویز کرد؛ هر چند عود بیماری شایع است.

لیکن پلان

لیکن پلان یک اختلال ایمنولوژیک است که پوست یا سطوح مخاطی مانند دهان و زبان را درگیر می‌کند (شکل ۶). دو شکل از لیکن پلان توصیف شده است: الگوی مشبک سفید تورمانند که مخاط بوکال و زبان را درگیر می‌کند و شکل اروزیو (erosive) که به صورت زخم‌های سطحی تظاهر می‌یابد. کاندیدا می‌تواند به صورت همزمان با لیکن پلان وجود داشته باشد و در این صورت درمان با داروهای ضد قارچ ضروری است. لیکن پلان مشبک نیازی به درمان ندارد. لیکن پلان زخمی‌شونده را می‌توان به کمک استروئیدهای موضعی مثل خمیر دندان فلوکسینوناید یا ژل کلوتازول که روزی دو

اطمینان‌بخشی به درمان دیگری نیاز ندارد. ممکن است برخی مبتلایان نسبت به غذاهای داغ یا ادویه‌دار حساسیت داشته باشند. ژل‌های استروئیدی موضعی (مانند خمیر دندان تریامسینولون) و دهان‌شویه‌های آنتی‌هیستامینی (به عنوان مثال الگزیر دیفن‌هیدرامین ۱۲/۵ میلی‌گرم در ۵ سی‌سی که به نسبت ۱ به ۴ با آب رقیق شده باشد) می‌توانند حساسیت زبان را کاهش دهند.

زبان مویی

تجمع کراتین اضافی روی پایی‌های نخی‌شکل سطح دورسال زبان باعث ایجاد رشته‌های طویلی می‌شود که ظاهر مو را تقلید می‌کنند. رنگ زبان می‌تواند از سفید یا قهوه‌ای روشن تا سیاه متغیر باشد. رنگ‌های تیره‌تر ناشی از گیر افتادن دبری‌ها و باکتری‌ها در رشته‌های طویل هستند (شکل ۴). این پدیده بیشتر در سیگاری‌ها و افرادی که بهداشت دهانی پایینی دارند دیده می‌شود. زبان مویی همچنین با مصرف برخی آنتی‌بیوتیک‌های خاص همراهی دارد. بیشتر بیماران بدون علامت هستند اما برخی از آنها دچار بوی بد دهان یا اختلال در چشایی می‌شوند. این اختلال نیازی به درمان ندارد اما دبریدمان ملایم روزانه با یک پاک‌کننده زبان یا مسواک نرم می‌تواند بافت کراتینیزه را از بین ببرد.



شکل ۳. زبان جغرافیایی. حدود کاملاً مشخص منطقه دچار التهاب، مشخصه این ضایعه است.



شکل ۲. زبان شقاق دار. ممکن است گیر افتادن مواد غذایی و باکتری‌ها در این شیارها باعث التهاب موضعی شود. تغییرات زبان جغرافیایی نیز قابل مشاهده هستند.



شکل ۵. لکوپلاکی مویی دهان. قرار گرفتن روی ناحیه جانبی زبان این ضایعه را از زبان مویی افتراق می دهد. در صورت شک به SCC بیوپسی ضروری است.



شکل ۴. زبان مویی. تغییر رنگ تیره ضایعه ناشی از به دام افتادن دبری ها و باکتری ها است که به علت سیگار کشیدن و پیدایش بد دهان تشدید می شود.

یکی از ضایعات شایع حفره دهان است که معمولا در محل خط چفت شدن دندانها و به صورت یک ناحیه افزایش ضخامت موضعی که معمولا گنبدی شکل، صورتی و دارای سطح صاف است تظاهر می یابد. این ضایعه به علت تجمع بافت همبند کلاژنی متراکم در محل تحریک مزمن ایجاد می گردد. از آنجایی که افتراق این ضایعه از سایر نئوپلاسمها می تواند دشوار باشد، بیوپسی اکسیژونال اندیکاسیون دارد. ترومای مزمن همچنین می تواند باعث ایجاد گرانولوم پیوژن در محل فیبروم تروماتیک شود.

لکوپلاکی و اریتروپلاکی

لکوپلاکی یک پچ یا پلاک چسبنده است که می تواند روی زبان ایجاد شود. اریتروپلاکی ضایعه مشابهی است که رنگ قرمز دارد. ضایعاتی که نمای ترکیبی سفید با نقاط قرمز رنگ دارند با عنوان اریترولکوپلاکی شناخته می شوند. تمام این ضایعات پتانسیل پیش بدخیمی دارند و از این رو بیوپسی و بررسی میکروسکوپی آنها توصیه می گردد. احتمال پیش بدخیمی در اریتروپلاکی و اریترولکوپلاکی بیشتر است. پتانسیل پیش بدخیمی لکوپلاکی با افزایش سن، اندازه و تعداد ضایعات افزایش می یابد. این خطر همچنین در زنها و افرادی که ضایعات آنها روی زبان یا کف دهان واقع شده یا نمای غیریکنواخت یا نقطه نقطه دارد بیشتر است. شایع ترین عامل واجد همراهی با لکوپلاکی مصرف دخانیات است و پس از قطع مصرف دخانیات ممکن است این ضایعات به صورت خودبه خود برطرف شوند.

کارسینوم سلول سنگفرشی (SCC)

عوامل خطرزای SCC شامل سن بالا و مصرف دخانیات و الکل هستند. ضایعات SCC داخل دهان معمولا سطح جانبی زبان را درگیر می کنند (شکل ۸).

بار به مدت ۲-۳ هفته استفاده شود، درمان نمود. در صورت شک به تشخیص، بیوپسی اندیکاسیون دارد.

لینه آ آلبا

لینه آ آلبا به صورت یک خط سفید ظریف که ناشی از افزایش ضخامت اپی تلیوم به دنبال ترومای خفیف مکرر ناشی از جویدن است، تظاهر پیدا می کند. اگرچه این ضایعه معمولا روی مخاط بوکال ایجاد می گردد، ممکن است روی لبه های زبان در دو سمت نیز ایجاد شود. لینه آ آلبا یک ضایعه خوش خیم است و نیازی به درمان ندارد.

توده های زبان

تومور سلول گرانولار

تومور سلول گرانولار به صورت ضایعاتی کوچک، منفرد، سفت و بدون درد می تواند در هر جایی از بدن تظاهر پیدا کند. بیش از نیمی از موارد در حفره دهان ایجاد می شوند و تا یک سوم از موارد دورسوم زبان را درگیر می کنند. برخلاف SCC که یک نمای خشن یا زخمی دارد، تومور سلول گرانولار دارای سطحی صاف است. این تومورها پس از سن ۳۰ سالگی و در زنان شایع تر هستند. بیوپسی برای تایید تشخیص ضروری است. به ندرت این ضایعه به شکل بدخیم تبدیل می شود که در این حالت اکسیژون وسیع موضعی باید انجام گیرد.

لکوپلاکی و اریتروپلاکی

پتانسیل پیش بدخیمی

دارند و از این رو

بیوپسی و بررسی

میکروسکوپی

آنها، خصوصا

اریتروپلاکی توصیه

می گردد.

فیبروم تروماتیک

فیبروم تروماتیک (شکل ۷)

عوامل خطر زای SCC شامل سن بالا و مصرف دخانیات و الکل هستند. ضایعات SCC داخل دهان معمولاً سطح جانبی زبان را درگیر می‌کنند، لذا انجام بیوپسی از ضایعات مشکوک ضروری است.

کیست‌های لنفوای تلیال
کیست‌های لنفوای تلیال ندول‌های زرد رنگی هستند که در سطح و تترال زبان، محل لوزه‌ها یا کف دهان ایجاد می‌گردند. این ضایعات خوش‌خیم هستند و به نظر می‌رسد که ناشی از گیر افتادن اپی‌تلیوم بزاقی در تجمعات لنفوئید در حین آمبریونز باشند. بیوپسی برای تایید تشخیص ضروری است.

پاپیلوم

پاپیلوم سنگفرشی یکی از ضایعات نسبتاً شایع‌تر دهانی است که در تقریباً ۱٪ از بزرگسالان مشاهده می‌شود. این ضایعه معمولاً با عفونت با ویروس پاپیلوما‌ی انسانی (HPV) نوع ۶ یا ۱۱ همراهی دارد. پاپیلوم‌ها معمولاً به صورت ضایعات منفرد، مجزا و پایه‌دار با برآمدگی‌های انگشتی شکل ظاهر می‌یابند. درمان مشتمل بر اکسیژون جراحی یا تخریب ضایعه به کمک لیزر است.

زبان سوزان

حس سوزش زبان می‌تواند به صورت یک نشانگان اولیه یا به صورت ثانویه به اختلالاتی که باعث از بین رفتن پوشش سطح طبیعی زبان می‌شوند (مثل عفونت کاندیدیایی یا کمبود ویتامین‌ها) ظاهر یابد. زبان سوزان اتیولوژی ناشناخته‌ای دارد و به نظر می‌رسد زنان را ۷ برابر بیشتر از مردان مبتلا می‌سازد. میزان شیوع این اختلال از ۱۵٪ - ۰/۷٪ متغیر است. بیماران معمولاً شروع ناگهانی احساس سوزش را به صورت سوختن زبان در مواجهه با مواد داغ توصیف می‌کنند که دفعات آن در طی روز افزایش می‌یابد. زبان در این افراد اغلب ظاهری طبیعی دارد. این اختلال خوش‌خیم است و معمولاً پس از سال‌ها به صورت خودبه‌خود بهبود می‌یابد. تنها اسید آلفا-لیپوئیک، کلونازپام و درمان شناختی-رفتاری در کارآزمایی‌های شاهددار در کاهش علائم این بیماری موثر بوده‌اند. در موارد مقاوم، رویکردی مشابه با رویکردهای مورد استفاده در مورد سایر دردهای نورالژیک مزمن می‌تواند سودمند باشد.

اختلالات آناتومیکی زبان

زبان بنددار (آنکیلوگلوسی)

زبان بنددار که با عنوان آنکیلوگلوسی نیز شناخته می‌شود، یک اختلال مادرزادی است که به علت کوتاهی غیرطبیعی فنولوم



شکل ۶. لیکن پلان اتیولوژی این اختلال ناشناخته است. با این حال باید برای رد عفونت کاندیدیایی آزمون خراشیدن انجام شود. بیوپسی می‌تواند در تایید تشخیص کمک کننده باشد.

بیماران مبتلا به SCC داخل دهان که سن کمتر از ۴۰ سال دارند اغلب فاقد عوامل خطرزا هستند. در ابتدا ضایعات به صورت یک افزایش ضخامت مختصر روی یک قاعده قرمز یا سفید ایجاد می‌گردند. این روند می‌تواند به ایجاد حالت ندولاریته یا زخم‌شدگی منجر شود و درد و احساس ناراحتی را به دنبال داشته باشد. بیوپسی برای تایید تشخیص ضروری است و امکان درمان پیش از گسترش وسیع موضعی را فراهم می‌کند. درمان معمولاً مشتمل بر جراحی و پرتودرمانی است.

ندول تیروئید زبانی

تقریباً ۹۰٪ از موارد بافت تیروئید نابجا در محل دورسوم زبان یافت می‌شود. این ضایعه معمولاً به صورت توده‌ای ندولار با سطح صاف که در خط وسط در قسمت خلفی سطح دورسال زبان واقع شده است، ظاهر می‌یابد. وجود تیروئید زبانی نشان‌دهنده عدم نزول بافت تیروئید حین مراحل نمو است. تا ۷۰٪ از بیماران دارای تیروئید زبانی دچار هیپوتیروئیدی هستند. برخی بیماران از احساس وجود توده یا اشکال در بلع شکایت دارند. علائم در دوره‌های افزایش نیاز متابولیک مانند نوجوانی یا بارداری شایع‌تر هستند. در صورت وجود هیپوتیروئیدی، جایگزینی هورمون‌های تیروئید می‌تواند باعث کاهش اندازه تیروئید زبانی و بهبود علائم انسدادی گردد.

اکسیژون جراحی اغلب برای بیماران دارای تیروئید زبانی با کارکرد طبیعی تیروئید توصیه می‌شود؛ با این حال این اقدام ممکن است جایگزینی هورمون‌های تیروئید را پس از عمل جراحی اجتناب‌ناپذیر کند زیرا تیروئید زبانی معمولاً تنها بافت تیروئیدی دارای کارکرد در این بیماران است.



شکل ۸. کارسینوم سلول سنگفرشی (SCC). فقدان هاله اریتماتو و خشن بودن سطح این ضایعه به افتراق آن از زخم آفتی کمک می‌کند.



شکل ۷. فیبروم تروماتیک. بیوپسی برای افتراق دادن این ضایعه از سایر نئوپلاسم‌ها ضروری است.

ماکروگلوسی به عنوان نشانه‌ای از یک اختلال زمینه‌ای و انجام آزمون‌های تشخیصی به صورت متمرکز و هدفمند و از جمله بیوپسی، نکته‌ای حایز اهمیت است. درمان باید بر اساس علت زمینه‌ای تعیین شود.

ارجاع

می‌توان بیماران مبتلا به ضایعات زبانی بدون اتیولوژی مشخص را به متخصص گوش، حلق و بینی، جراح سر و گردن یا دندانپزشک باتجربه در زمینه پاتولوژی دهان ارجاع نمود. ■

زبان ایجاد می‌شود و در بیرون آوردن کامل زبان محدودیت ایجاد می‌کند. در گذشته تصور می‌شد که زبان بنددار به ندرت باعث ایجاد اشکالات تغذیه‌ای می‌شود. با این حال افزایش محبوبیت تغذیه با شیر مادر که در مقایسه با تغذیه با شیشه نیاز به کار دهانی بیشتری توسط شیرخوار دارد، این تصور را زیر سوال برده است. کارآزمایی‌های تصادفی شده متعدد نشان داده‌اند که در شیرخواران دارای زبان بنددار و مشکلات تغذیه با شیر مادر، فنولوکتومی نسبت به آموزش و حمایت از شیردهی به تنهایی برتری دارد.

ماکروگلوسی

ماکروگلوسی به معنی بزرگی غیرطبیعی زبان در مقایسه با دهان و فک‌ها است. معاینه افراد مبتلا، اغلب کنگره‌کنگره شدن لب‌های جانبی زبان را در نتیجه فشرده شدن در مقابل دندان‌ها نشان می‌دهد. ماکروگلوسی با نشانگان داون، هیپوتیروئیدی، سل، سارکوییدوز، آمیلوئیدوز، میلوم مولتیپل، نوروفیبروماتوز، عفونت‌ها (مانند سیفلیس) و آنژیوادم یا واکنش آلرژیک همراهی دارد. مد نظر داشتن

ماکروگلوسی با نشانگان داون، هیپوتیروئیدی، سل، سارکوییدوز، آمیلوئیدوز، میلوم مولتیپل، نوروفیبروماتوز، عفونت‌ها (مانند سیفلیس) و آنژیوادم یا واکنش آلرژیک همراهی دارد.

منبع:

Reamy BV, et al. Common tongue conditions in primary care. *American Family Physician* March 1, 2010; 81: 627-34.