

بیماری‌های دهان، فک و صورت

گردآورندگان:

دکتر میلاد صادقی

دکتر بهاره حسینی مه‌ور

دکتر لاله امینی

سرشتاسه	: صادقی، میلاد، ۱۳۶۸- گردآورنده
عنوان و نام پدیدآور	: درسامه بیماری‌های، فک و صورت (فالاس ۲۰۱۸)/گردآوری میلاد صادقی.
مشخصات نشر	: تهران: شایان نمودار، ۱۳۹۹-
مشخصات ظاهری	: ج: مصور، جدول؛ ۲۲ x ۲۹ س.م.
شابک	: ۹۶۴-۲۳۷۵۴۹-۳۹۷۸-
وضعیت فهرست نویسی	: فیپا
یادداشت	: کتاب حاضر بر گرفته از کتاب " Little and Falace's dental management of the medically compromised patient, 9th ed [2018] : الیف جیمز دبلیو. لیتل، کریگ اس. میلر، نلسون ال. رودوس است.
یادداشت	: عنوان دیگر: درسامه بیماری‌های دهان فک و صورت (فالاس ۲۰۱۸).
عنوان دیگر	: درسامه بیماری‌های دهان فک و صورت (فالاس ۲۰۱۸).
عنوان دیگر	: تدابیر دندانپزشکی در مبتلایان به بیماری‌های سیستمیک.
موضوع	: دهان -- بیماری‌ها
موضوع	: Mouth -- Diseases
موضوع	: بیماری‌ها -- تظاهرات دهانی
موضوع	: Oral manifestations of general diseases
موضوع	: بیماران -- درمان دندان
موضوع	: Sick -- Dental care
موضوع	: دندان -- بیماری‌ها
موضوع	: Teeth -- Diseases
موضوع	: بیماران مزمن -- درمان دندان
موضوع	: Chronically ill -- Dental care
شناسه افزوده	: لیتل، جیمز دبلیو، ۱۹۳۴ م- . تدابیر دندانپزشکی در مبتلایان به بیماری‌های سیستمیک
شناسه افزوده	: میلر، کریگ اس. تدابیر دندانپزشکی در مبتلایان به بیماری‌های سیستمیک
شناسه افزوده	: رودوس، نلسون ال. . تدابیر دندانپزشکی در مبتلایان به بیماری‌های سیستمیک
شناسه افزوده	: فالیس، دونالد، ۱۹۴۵ م- . تدابیر دندانپزشکی در مبتلایان به بیماری‌های سیستمیک
رده بندی کنگره	: ۸۱۵RC
رده بندی دیویی	: ۵۲۲/۶۱۷
شماره کتابشناسی ملی	: ۷۳۷۸۸۵۴
اطلاعات رکورد کتابشناسی	: فیپا

نام کتاب: درسامه تشخیص بیماری‌های دهان برکت ۲۰۱۵

گردآوری و تألیف: دکتر میلاد صادقی، دکتر بهاره حسینی محور، دکتر لاله امینی

ناشر: انتشارات شایان نمودار

مدیر تولید: مهندس علی خزعلی

حروف چینی و صفحه آرای: انتشارات شایان نمودار

طرح جلد: آتلیه طراحی شایان نمودار

نوبت چاپ: اول

شمارگان: ۱۰۰۰ جلد

تاریخ چاپ: بهار ۱۴۰۰

شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۲۳۷-۵۷۹-۰



شایان نمودار

دفتر مرکزی: تهران/ میدان فاطمی/ خیابان چهلستون/ خیابان دوم/ پلاک ۵۰/ بلوک B/ طبقه همکف/ تلفن: ۸۸۹۸۸۸۶۸



وب سایت: shayannemoodar.com



اینستاگرام: Shayannemoodar

(تمام حقوق برای ناشر محفوظ است. هیچ بخشی از این کتاب، بدون اجازه مکتوب ناشر، قابل تکثیر یا تولید مجدد به هیچ شکلی، از جمله چاپ، فتوکپی، انتشار الکترونیکی، فیلم و صدا نیست.

این اثر تحت پوشش قانون حمایت از مولفان و مصنفان ایران قرار دارد.)

به نام مهربان هستی بخش

کتابی که در اختیار شما گرامیان است، مجموعه مهمترین نکات، ترجمه و تلخیص کتاب **Burket's oral medicine** ویرایش دوازدهم (سال ۲۰۱۵) جهت آمادگی آزمون دستیاری، ارتقا و مورد می باشد. در این کتاب سعی شده است ضمن اینکه تمامی نکات برجسته، شکل ها و جداول مهم پوشش داده شود، خلاصه سازی مطالب نیز به صورت منسجم و هدفمند رعایت گردد تا داوطلبین و همکاران عزیز به هنگام خواندن آن از نظم ذهنی خوبی برخوردار شوند. نمونه سوالات آزمون های سال های گذشته در انتهای هر فصل، درجه بندی اهمیت فصول و مشخص کردن مطالب بر حسب ضریب رشته هدف، از مواردی است که در این کتاب مدنظر قرار گرفته شده است.

ضمناً بر خود لازم می دانیم از مدیریت محترم مؤسسه آوید جناب مهندس خزعلی و تمامی عزیزانی که در این مسیر یاری گر بنده بوده اند، تشکر و قدردانی کنیم .

لازم به ذکر است، با وجود دقت در نگارش درسنامه پیش رو، این مجموعه خالی از اشکال نبوده و صمیمانه از پیشنهادات و انتقادات سازنده شما عزیزان استقبال می کنیم.

ارادتمند شما

دکتر میلاد صادقی

دکتر بهاره حسینی محور

دکتر لاله امینی

فروردین ۱۴۰۰

به نام خدا

دوست عزیز

افتخار بزرگی نصیب ما شده تا در مسیر موفقیت در آزمون دستیاری دندانپزشکی در کنار شما باشیم. مهمترین ملاک موفقیت در آزمون برنامه‌ریزی دقیق و استفاده از منابع جامع و در عین حال خلاصه است تا امکان دوره چندباره آن را داشته باشید. در این درسنامه تلاش شده است ضمن انتقال دقیق متون رفرنس اصلی و حفظ یکپارچگی مطالب، تاکید بیشتری روی نکاتی که احتمال طرح سوال از آن در آزمون وجود دارد انجام گیرد. لطفاً در مطالعه این درسنامه علاوه بر گرفتن راهنمایی از مشاوران موسسه آوید، به نکات و پیشنهادهای ذیل دقت کنید:

۱- در ابتدای هر فصل سطح اهمیت مطالب با توجه به در نظر گرفتن ضریب هر درس برای داوطلبان و سوالات مطرح شده از فصل در ۱۰ سال گذشته به سه سطح A، B و C تقسیم شده است:

A: فصولی که تقریباً هر سال از آن سوال طرح شده است و نسبت حجم و دشواری مطالب فصل به تعداد سوالی که از آن در آزمون مطرح می‌شود به شکلیست که خواندن فصل برای همه داوطلبان و با هر انتخاب رشته‌ای مقرون به صرفه است. اگر وقت کمتری برای دوره این درس دارید پیشنهاد نمی‌شود این فصول جزء فصول حذفی قرار گیرد.

B: فصولی که تقریباً یک سال در میان از آن‌ها سوال مطرح می‌شود. نسبت حجم و دشواری مطالب به تعداد سوالی که از آن در آزمون مطرح می‌شود به شکلیست که خواندن آن به همه داوطلبان توصیه می‌شود ولی در اولویت بعدی نسبت به فصول سطح A قرار دارند. در صورت کمبود وقت، حذف این فصول فقط در صورت اجبار و کمبود شدید وقت و فقط پس از هماهنگی با مشاور انجام می‌شود.

C: فصولی که کمتر در سال‌های گذشته از آن‌ها سوال طرح شده است یا نسبت حجم و دشواری مطالب به تعداد سوالی که از آن در آزمون مطرح می‌شود به شکلیست که خواندن آن برای داوطلبانی که وقت دوره کمتری دارند مقرون به صرفه نیست. این بدین معنی نیست که حذف این فصول برای همه داوطلبان پیشنهاد می‌شود، ولی اگر درسی برای شما ضریب ۱ یا ۰/۵ داشته و به دلایلی فرصت کمتری برای دوره دارید با راهنمایی مشاور می‌توانید فصول حذفی را از این فصول انتخاب کنید.

دقت داشته باشید که همه فصول درسنامه مهم بوده و امکان طرح سوال از همه فصول وجود دارد و سطح بندی فوق برای کمک در مواردی انجام شده که برنامه مطالعه داوطلبان عزیز از برنامه موسسه عقب افتاده است.

۲- در هر فصل قسمتهایی وجود دارد که احتمال مطرح شدن سوال از آنها کم بوده یا میزان دشواری مطلب در سطحی است که صرف وقت برای مطالعه آنها به دوستانی پیشنهاد می‌شود که درس برای آنها ضریب ۲ یا ۳ دارد. این قسمت از متن با علامت (II/III+) مشخص شده‌اند.

۳- در هر فصل سوالات تالیفی و سوالات مطرح شده در آزمون‌های سال‌های گذشته آورده شده است. دقت کنید که این تست‌ها صرفاً برای کمک به یادگیری بهتر درسنامه طراحی شده‌اند و داوطلبان باید حتماً پس از هماهنگی با مشاور از سایر منابع تست برای آمادگی آزمون نیز استفاده کنند.

۴- پیشنهاد می‌کنیم از چند منبع یا درسنامه مختلف استفاده نکنید. متعهد هستیم که میزان انطباق سوالات آزمون با مطالب درسنامه اگر نه کامل، نزدیک به کامل است.

۵- فیلم آموزشی که همراه با درسنامه خدمت شما ارسال شده است برای کمک به درک مطالب کتاب و آشنایی با روش مطالعه صحیح درس است و استفاده از آن در دور اول مطالعه پیشنهاد می‌شود. هر چند مطالب درسنامه کامل بوده و محتوایی از درس برای ایجاد اجبار برای شما عزیزان در تهیه فیلم حذف نشده است.

بدون شک هیچ نگارشی فاقد اشتباه نیست. خواهشمندیم اگر هر مشکلی در متن پیش رو وجود دارد با بزرگواری به ما تذکر دهید تا بتوانیم نقص‌های احتمالی موجود را برطرف نماییم.

با آرزوی کامیابی

واحد آموزش و مشاوره آوید

فهرست مطالب

فصل ۱.....	۷
ضایعات زخمی، وزیکولوبولوز / فصل ۴ برکت.....	۷
فصل ۲.....	۷۳
ضایعات سفید و قرمز مخاط دهان / فصل ۵ برکت.....	۷۳
فصل ۳.....	۱۳۷
ضایعات پیگمانته مخاط دهان / فصل ۶ برکت.....	۱۳۷
فصل ۴.....	۱۸۷
ضایعات خوش خیم حفره دهان و فکین / فصل ۷ برکت.....	۱۸۷
فصل ۵.....	۲۲۳
بیماری های غدد بزاقی / فصل ۱۰ برکت.....	۲۲۳

ضایعات زخمی، وزیکولوبولوز / فصل ۴ برکت

(سطح اهمیت: A)

بسیاری از ضایعات زخمی یا وزیکولوبولوز دهان دارای تظاهر بالینی مشابه هستند اما با توجه به ۴ گروه زیر می توان سریعاً بیماری را طبقه بندی کرد:

- (۱) مدت زمان حضور ضایعات (ضایعات حاد یا مزمن)
- (۲) تاریخچه حضور ضایعات مشابه (ضایعات اولیه یا عود کننده)
- (۳) تعداد ضایعات موجود (منفرد یا متعدد)
- (۴) محل ضایعات

با توجه به چهار گروه طبقه بندی بالا ، به عنوان مثال اریتم مولتی فرم در گروه حاد متعدد و یا بیماری بهجت در گروه زخم های عود کننده دهانی طبقه بندی می شود.

اصطلاحات مهم در ضایعات پوستی و مخاط دهان که براساس نمای بالینی به صورت زیر طبقه بندی می شود:

۱- **ماکول:** ضایعات مسطح با **حدود مشخص** که به علت **تفاوت رنگ نسبت به پوست یا مخاط نرمال** قابل مشاهده است. ممکن است بدلیل افزایش خورسانی یا التهاب بصورت قرمز باشند یا بخاطر حضور ملانین، هموسیدرین و مواد خارجی پیگمانته (و محصولات حاصل از فروپاشی دارو ها در بدن) باشند. (مثال : **ماکول ملانوتیک دهانی**).



FIGURE 6-4 Melanotic macule of the lower labial mucosa.
(Courtesy of Dr. John Fantasia, North Shore-LIJ Health System, LIJMC, New Hyde Park, New York.)

- ۲- **پاپول**: ضایعاتی که نسبت به سطح پوست یا مخاط برجسته بوده و قطر آن کمتر از ۱cm هستند. (بعضی برای ضایعات دهانی قطر کمتر از ۰/۵ سانتی متر را مطرح کرده اند). سطح آنها ممکن است به **میزان کمی گنبدی شکل** یا صاف باشد. مثل **کاندیدایازیس هیپرپلاستیک** در دهان که اغلب به صورت پاپول های زرد/ سفید دیده می شود.
- ۳- **پلاک**: ضایعات برجسته که بزرگتر از ۱cm هستند (به عبارتی پاپول های بزرگ هستند).
- ۴- **ندول**: این ضایعات بصورت عمقی تر در داخل پوست یا مخاط قرار دارند و می توانند از پوست و مخاط برجسته تر باشند ولی بطور کلی عرض آنها در مقایسه با میزان برآمدگی آنها از سطح پوست یا مخاط بیشتر است و ساختار **گنبدی شکل (dome-shaped) مشخص** را ایجاد کنند. (مثل فیبروم تحریکی)



FIGURE 7-3 Irritation fibroma (traumatic fibroma). Patient reports a daily habit of biting this lesion for several months.

- ۵- **وزیکول**: تاول های برجسته حاوی مایع شفاف که قطر کمتر از ۱ سانتی متر دارند.



FIGURE 4-40 Intact vesicle of buccal mucosa in a patient with mucous membrane pemphigoid.

- ۶- **بول**: تاول های برجسته و حاوی مایع شفاف که قطر بیشتر از ۱ سانتی متر دارند. (به عبارتی **وزیکول بزرگ** است). (بعضی برای ضایعات دهانی قطر بیشتر از ۰/۵ سانتی متر را مطرح کرده اند).

۷- اروژن: ضایعات **قرمزی** که در اثر پارگی وزیکول یا بول، یا در اثر تروما، ایجاد می‌شوند و معمولاً در سطح پوست بصورت مرطوب دیده می‌شوند.

این ضایعات ممکن است در اثر نازک شدن یا آتروفی اپیتلیوم در بیماری‌های التهابی مثل لیکن پلان ایجاد شوند.

اروژن **نباید** با زخم که سطح آن با فیبرین پوشیده شده و زرد رنگ است اشتباه شود.

۸- پوستول: تاول‌ها یا ندول‌هایی که حاوی مواد چرکی می‌باشند و ظاهر آنها **زرد رنگ** است.

۹- زخم: ضایعاتی با حدود مشخص، اغلب کمی فرورفته همراه با نقص اپیتلیالی که با غشاء فیبرینی سفید - زرد پوشیده می‌شوند. (مثل زخم آفتی).

۱۰- پورپورا: تغییر رنگ‌های **قرمز تا ارغوانی** که بدلیل نشت خون از عروق به داخل بافت همبندی ایجاد می‌شوند.

این ضایعات در اثر فشار سفید نمی‌شوند (دیاسکوپي منفی) و براساس اندازه به

پتشی (کمتر از ۳/۰ سانتی‌متر)، پورپورا (۴/۰ تا ۹/۰ سانتی‌متر) یا اکیموز (بیشتر از ۱ سانتی‌متر) طبقه‌بندی می‌شوند.

تست (تألیفی)

ضایعات ابتدایی کدامیک بصورت پوستول می‌باشد؟

- | | |
|---------------------|---------------------------------|
| (۱) اریتم مولتی فرم | (۲) پمفیگوس وزتانس نوع هالوپینو |
| (۳) هرپانژین | (۴) ژنژیواستوماتیت هرپسی اولیه |

پاسخ: گزینه ۲

بیماری‌های دارای ضایعات حاد و متعدد

شامل:

- ✓ استوماتیت باکتریایی و ویروسی
- ✓ واکنش‌های افزایش حساسیت (اریتم مولتی فرم و استوماتیت آلرژیک تماسی)
- ✓ ضایعات ناشی از داروها (مثل شیمی درمانی سرطان‌ها)

عفونت ویروسی هرپس سیمپلکس (HSV):

خانواده ویروس‌های هرپس شامل ۸ ویروس مختلف است که در انسان بیماری‌زا هستند (و یک ویروس که میمون را مبتلا می‌کند). (جدول ۱-۴)

TABLE 4-1 Herpesviridae That Are Pathogenic in Humans			
Type of Human Herpesvirus (HHV)	Primary Infection	Recrudescent Lesions in Healthy Hosts	Recrudescent Lesions in Immunocompromised Hosts
Herpes simplex virus 1 (HHV-1)	Gingivostomatitis, keratoconjunctivitis, genital and skin lesions	Herpes labialis ("cold sores" "fever blisters"), intraoral ulcers, keratoconjunctivitis, genital and skin lesions	Ulcers at any mucocutaneous site, usually large and persistent; disseminated infection
Herpes simplex virus 2 (HHV-2)	Genital and skin lesions, gingivostomatitis, keratoconjunctivitis, neonatal infections, aseptic meningitis	Genital and skin lesions, gingivostomatitis, aseptic meningitis	Ulcers at any mucocutaneous site, usually large and persistent; disseminated infection
Varicella-zoster virus (HHV-3)	Varicella (chicken pox)	Zoster (shingles)	Disseminated infection
Cytomegalovirus (HHV-4)	Infectious mononucleosis, hepatitis, congenital disease		Retinitis, gastroenteritis, hepatitis, severe oral ulcers
Epstein-Barr virus (HHV-5)	Infectious mononucleosis-like, hepatitis, encephalitis		Hairy leukoplakia, lymphoproliferative disorders, mucocutaneous ulcers
HHV-6	Roseola infantum, otitis media, encephalitis		Fever, bone marrow suppression
HHV-7	Roseola infantum		
HHV-8	Infectious mononucleosis-like, febrile exanthema		Kaposi sarcoma, lymphoproliferative disorders, bone marrow suppression

چند نکته مهم جدول :

۱- سه مورد از عفونت اولیه HSV1 و HSV2 مشترک است :

- ژنژیواستوماتیت،
- کراتوکنژکتیویت
- ضایعات پوستی و تناسلی

ولی HSV2 می تواند به طور اولیه باعث **عفونت نوزادی و مننژیت آسپتیک** نیز بشود که در مورد HSV1 صادق نیست.

۲- HSV1 و HSV2 در بیماران با نقص ایمنی (ستون آخر جدول) ضایعات مشابهی ایجاد می کنند:

- زخم در هر ناحیه پوستی - مخاطی که معمولا بزرگ و مقاوم هستند
- عفونت فراگیر و منتشر (Disseminated infection)

۳- CMV (HHV4): عفونت اولیه آن شامل منونوکلئوز عفونی، هپاتیت و بیماری مادرزادی است .

در میزبان با ایمنی ضعیف **رتینیت (Retinitis)**، هپاتیت دستگاه گوارش و زخم های دهانی شدید ایجاد می کند.

۴- تبخال (Cold sore) از ضایعات عود کننده متعاقب ابتلا به HSV1 است.

۵- HHV5 یا ویروس اپشتین بار، در بیمار با ضعف ایمنی باعث:

- لکوپلاکیا مودار
- اختلالات لنفوپرولیفراتیو و
- زخم های پوستی مخاطی می کند.

۶- HHV6: در بیمار سالم باعث Otitis media و در بیمار با ضعف ایمنی ایجاد تب و ساپرس مغز استخوان می کند.

رمزگذاری تایپ های مختلف HHV	
انسفالیت	ویروس های شماره ۵۶
ضایعات لنفو پرولیفراتیو	ویروس های شماره ۵۸
Roseola Infantum	ویروس های شماره ۶۷
ساپرس مغز استخوان	ویروس های شماره ۶۸
مونو نوکلئوز عفونی	ویروس های شماره ۴۵۸

۷- **سارکوم کاپوسی** از عوارض ابتلای بیماران دچار نقص ایمنی به ویروس HHV8 است.

تست (ارتقا ۹۷)

همه ویروس های زیر علائم مونونوکلئوز عفونی یا شبیه آن را ایجاد می کنند بجز ... ؟

(۱) HHV 6

(۲) HHV 4

(۳) HHV 5

(۴) HHV 8

پاسخ: گزینه ۱

تست (تألیفی)

کدام دو عارضه می تواند توسط یک ویروس در افراد ایجاد شود؟

Otitis media – Hepatitis (۱)

Retinitis – Roseola Infantum (۲)

Febrile Exanthema – Bone marrow suppression (۳)

Herpes labialis – Aseptic Meningitis (۴)

پاسخ : گزینه ۲

HSV1

یک آلفا هرپس ویروس است.

بصورت کلی ویروس HSV1 موجب عفونت های بالای کمر می شود و عفونت های پائین کمر به علت HSV-2 ایجاد می شوند. اگرچه بخاطر تغییر در الگوی رفتارهای جنسی، کشت HSV-2 از ضایعات دهانی یا بالعکس غیرمعمول نیست. عفونت اولیه که از تماس ابتدایی با ویروس ایجاد می شود، حاصل تلقیح ترشحات عفونی در پوست، مخاط و چشم است.

ویروس در مسیر آکسون اعصاب حسی حرکت کرده و باعث ایجاد عفونت نهفته و مزمن در گانگلیون حسی (مانند گانگلیون تری ژمینال) می شود.

نهفتگی خارج نوروئی (مثل باقی ماندن HSV بصورت نهفته در سلول هایی غیر از سلول های عصبی مثل اپی تلیوم) می تواند در بروز ضایعات عودکننده نقش داشته باشد.

شایع ترین محل های عفونت، مخاط دهان، تناسلی و چشم است.

عفونت HSV قرنیه (Keratitis) یکی از دلایل اصلی نابینایی در جهان می باشد.

HSV-1 و HSV-2 هر دو می توانند ایجاد **Herpetic Whitlow** (عفونت انگشتان) از طریق تلقیح ویروس در یک نقطه بازشدگی روی پوست شوند (شکل ۱-۴). قبل از گسترش جهانی استفاده از دستکش، این بیماری خطر حرفه ای شایعی در بین دندانپزشکان بوده است. سایر عفونت های HSV-1 شامل:

- هرپس گلا دیاتوروم (عفونت پوستی شایع در بین کشتی گیران)،

- انسفالیت هرپسی،
- ازوفازیت ناشی از HSV،
- پنومونی ناشی از HSV،
- عفونت منتشر،
- عفونت نوزادی (neonatal infection) است.



FIGURE 4-1 Primary herpetic whitlow on the finger of a dentist.

HSV یک عامل اتیولوژیک مهم در اریتم مولتی فرم است. (که در ادامه مورد بحث قرار می گیرد).

HSV در مایع مغزی نخاعی (CSF) ۷۷ درصد از بیماران فلج Bell's یافت شده است.

درمان با داروهای ضد ویروس منجر به نتایج بهتری شده و این موضوع از دخیل بودن HSV در پاتوژنز فلج بل حمایت می کند. ویروس واریسلا زوستر (VZV) هم قویاً در توسعه فلج بل دخیل دانسته شده است.

ژنژیواستوماتیت اولیه

بیشتر موارد عفونت‌های اولیه HSV-1 تحت بالینی (subclinical) هستند و عموماً در کودکان و نوجوانان و بزرگسالان جوان اتفاق می‌افتد. دوره پرودرم و ویروسی ۱ تا ۳ روز بوده و شامل تب، کاهش اشتها، بی‌قراری و درد عضلات وجود دارد که ممکن است با سردرد و تهوع و استفراغ نیز همراه شود. درد دهانی منجر به کاهش مصرف غذا شده و بیماران ممکن است برای هیدراتاسیون نیازمند بستری شدن در بیمارستان باشند.

بیماری خود محدودشونده بوده و طی ۱۴-۱۰ روز (که برای عفونت‌های ویروسی معمول است) بهبود می یابد. چند روز پس از دوره پرودرم، قرمزی (اریتم) و خوشه‌هایی از وزیکول یا زخم در مناطق زیر پدیدار می‌شوند:

- مخاط کراتینیزه کام سخت، لثه چسبنده و سطح پشتی زبان

- مخاط غیرکراتینیزه لب ، مخاط باکال، سطح شکمی زبان و کام نرم (شکل ۴-۲)



FIGURE 4-2 Primary herpetic gingivostomatitis with extensive involvement of the keratinized tissues of the tongue dorsum and non-keratinized tissues of the ventral tongue and labial mucosa. Courtesy of Dr. Nathaniel Treister, Boston, MA.

وزیکول‌ها سریعاً پاره شده و زخم‌هایی را شکل می‌دهند که قطر ۵-۱ میلی‌متر داشته و سپس با پیوستن به یکدیگر زخم‌های بزرگتر با حاشیه کنگره‌دار و اریتم محیطی مشخص ایجاد می‌کنند. لثه اغلب اریتماتوز است و دهان شدیداً دردناک می‌باشد که باعث اشکال در غذاخوردن می‌شود. التهاب حلق (فارنژیت) ممکن است مشکلاتی در بلع ایجاد کند. عفونت HSV اولیه در بزرگسالان نیز الگوی مشابه دارد.

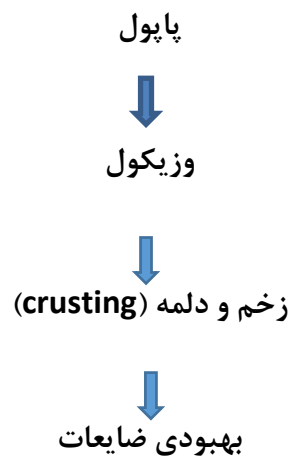
عفونت HSV دهانی راجعه (عود کننده):

فعال شدن مجدد HSV ممکن است باعث ریزش بدون علامت HSV (asymptomatic shedding) در بزاق و سایر ترشحات شود، که یک ریسک فاکتور مهم در انتقال بیماری می‌باشد و همچنین می‌تواند باعث ایجاد زخم شود. ریزش بدون علامت HSV با علائم سیستمیک همراه نیست و در ۱۰-۸٪ بیماران بعد از درمان دندانپزشکی رخ می‌دهد.

عبارت recrudescant HSV (عودکننده) باید درمورد زخم‌های واقعی به دلیل فعال سازی مجدد ویروس مورد استفاده قرار گیرد.

تب، اشعه ی ماوراء بنفش ، تروما، استرس و قاعدگی محرک های مهمی برای فعال شدن ویروس هستند. ایجاد مجدد HSV در لب‌ها، تحت عنوان هرپس لبیالی عود کننده (RHL) نامیده می‌شود که در ۲۰ تا ۴۰٪ جمعیت بزرگسالان جوان رخ می‌دهد و در ۵۰٪ موارد همراه با علائم پرودرمال (دوره پیش رس) خارش ، گزگز ، و یا سوزش همراه هستند.

ترتیب بروز ضایعات در RHL:



درد معمولاً فقط در ۲ روز اول وجود دارد.

بیمارانی که دوره پیش رس (علائم پرودرمال) را تجربه نمی کنند، دچار ضایعات HSV نهفته خارج عصبی در اپیتلیوم می شوند که به درمان های موضعی کمتر پاسخ می دهند.



FIGURE 4-4 Clustered vesicles of recrudescant herpes labialis on vermillion.

HSV عود کننده داخل دهانی (Recrudescant Intra oral HSV) در میزبان دارای سیستم ایمنی نرمال

در مخاط کراتینیزه کام سخت، لثه چسبنده و سطح پشتی زبان رخ می دهد.



FIGURE 4-5 Recrudescence intraoral herpes simplex virus infection in an immunocompetent patient with clusters of small coalescent ulcers on the keratinized palatal mucosa.

این ضایعات به شکل زخم های دردناک ۱ تا ۵ میلی متری منفرد یا خوشه ای با یک حاشیه اریتماتوز واضح تظاهر می یابند.

یک تظاهر شایع از درد در مخاط لثه طی ۱ تا ۲ روز بعد از جرمگیری و پروفیلاکسی یا سایر درمان های دندانپزشکی است که در بیشتر موارد به صورت زخم در مارژین لثه بروز می کند.

HSV در مبتلایان به نواقص سیستم ایمنی:

در بیماران مبتلا به نقص سیستم ایمنی (مثل افراد تحت شیمی درمانی، افرادی که پیوند عضو دریافت کرده اند و یا افراد مبتلا به سندرم نقص ایمنی اکتسابی) عفونت RIH ممکن است در هر ناحیه دهانی رخ دهد و ممکن است زخم هایی را تشکیل دهد که اندازه آن ها چندین سانتی متر است و در صورت عدم تشخیص یا عدم درمان چندین هفته یا ماه ها باقی بمانند.

جملات مهم عفونت RIH در بیماران مبتلا به نقص ایمنی
ممکن است زخم های دردناکی ایجاد شود که (در مقایسه با زخم در بیماران با سیستم ایمنی نرمال) بزرگتر باشند و در مخاط غیر کراتینیزه رخ دهد.
زخم های منفرد RIH که در مخاط غیرکراتینیزه رخ دهند از لحاظ کلینیکی از زخم آفتی عود کننده قابل افتراق نیستند. نمای ظاهری آن ها مختصراً فرورفته همراه با بوردر برآمده است.
حضور وزیکول های ۱ تا ۲ میلی متری یا زخم های اقماری در حاشیه زخم اصلی، یک علامت کمک کننده است.
یک مسئله ویژه در افراد با پیوند سلول های بنیادی مغز استخوان، دوباره فعال شدن HSV در تقریباً ۷۰٪ موارد است.

تشخیص افتراقی

- عفونت‌های کوکساکسی ویروس (خصوصاً بیماری دست، پا و دهان) ممکن است از ژنژیواستوماتیت هرپسی اولیه تقلید کنند ولی زخم‌ها عموماً بصورت خوشه‌ای (Clustered) **نبوده** و التهاب ژنرالیزه لثه معمولاً **حضور ندارد**.
- عفونت RIH در فرد با سیستم‌ایمنی نرمال در مخاط لثه ممکن است شبیه یک ناحیه موضعی ژنژیویت زخمی نکروزان (NUG) باشد ولی معمولاً یک علت مستعد کننده مثل تب یا درمان دندانپزشکی وجود دارد.

کشت ویروس HSV در RIH مثبت است
NUG معمولاً گسترده‌تر و منتشرتر از RIH است.

- افتراق RIH از آفت در افراد با نقص سیستم ایمنی بوسیله کشت و نمونه سیتولوژی امکان‌پذیر است.
- زخم‌هایی که از تروما به کام ایجاد می‌شوند (مثل Pizza burn) در تشخیص افتراقی با RIH قرار می‌گیرند.
- در افراد مبتلا به ضعف سیستم ایمنی، زخم‌های ثانویه به عفونت CMV، عفونت قارچی و نوتروپنی باید در افتراق با RIH در نظر گرفته شود. افتراق بین این بیماری‌ها توسط کشت، بیوپسی و آزمایش خون انجام می‌شود.

تشخیص آزمایشگاهی:

- جداسازی HSV با **کشت سلولی** (cell culture)، آزمایش **استاندارد طلائی** برای تشخیص می‌باشد.
- مزیت کشت به علت **اختصاصیت و حساسیت بالای** آن است و این که امکان کشت ویرونها، تعیین زیر گروه‌ها و تست حساسیت نسبت به داروی ضد ویروسی را می‌دهد.

معایب آن شامل:

- نیاز به تجهیزات تخصصی
- گران بودن
- نیاز به چندین روز زمان جهت ارائه نتیجه نهایی (وقت گیر بودن)
- وابسته بودن نتیجه به انتقال صحیح به محیط کشت
- مثبت نشدن نتیجه ضایعات در حال بهبودی با میزان بار ویروسی اندک.

ریزش بدون علامت ویروس در بزاق ممکن است در محیط کشت رشد کند و منجر به نتیجه **مثبت کاذب** شود.

اخیراً واکنش زنجیره پلیمرز (PCR = polymerase chain reaction) توانسته است آنتی ژن HSV را ۳ تا ۴ برابر بیشتر از کشت نشان دهد. همچنین نشان داده شده است که Real time PCR حساسیت و اختصاصیت بالایی دارد اما تست PCR گران بوده و فقط DNA (و نه همه ذرات عفونی) را شناسایی می کند بنابراین:

تست PCR مثبت برای HSV نشانگر عفونت فعال نیست.

در روش اسمیر HSV، نمونه ای که از بیس ضایعه با خراشیدن برداشته شده است را می توان با رنگ آمیزی Giemsa Wright (آماده سازی Tzanck) و یا رنگ papanicolaou برای نشان دادن سلول های ژانت چندهسته ای یا انکلوژیون های داخل هسته ای (که کاراکتریستیک بیماری هستند) در بررسی هیستوپاتولوژی مشخص نمود، اما این روش نمی تواند بین HSV و VZV افتراق دهد.

عفونت اولیه HSV با بالارفتن تیترا ایمونوگلوبولین M (IgM) همراه است که در عرض چند روز رخ می دهد.
چند هفته بعد افزایش دائم IgG جایگزین آن می شود که صرفاً نشان دهنده عفونت قبلی است و هیچ

تست آنتی ژن فلورسنت مستقیم (DIF) نسبت به سیتولوژی معمول دقیق تر است
(اما از کشت سلولی دقیق تر نیست).

محافظتی در برابر فعال شدن مجدد ویروس ایجاد نمی کند.

عفونت عود کننده همراه با افزایش تیترا IgG در سرم دوره حاد و نقاهت بیماری است.
ولی افزایش ۴ برابری آنتی بادی (معیاری که نشان دهنده عفونت فعال است) تنها در ۵٪ بیماران دیده می شود.

نکته: ارزیابی HSV-IgM برای اهداف تشخیصی قابل اعتماد نبوده و بطور کلی استفاده از سرولوژی جهت تشخیص عفونت عود کننده توصیه نمی شود.

ضایعات HSV **بیوپسی نمی شوند**، چون نمای بالینی و تاریخچه آن کاراکتریستیک (مشخصه) بیماری بوده و در صورت لزوم با کشت یا نمونه سیتولوژی تایید می شود. اگر در هر صورت برای ضایعه که HSV در تشخیص افتراقی آن مطرح است بیوپسی انجام شد، نمونه باید همواره باید اپی تلیوم مجاور زخم را شامل شود، چرا که اپیتلیوم دست نخورده برای تشخیص ضروری است.

Scraping (اسمیر سیتولوژی) یا بیوپسی ضایعات نشان دهنده سلول های اپی تلیالی ژانت چند هسته ای در حاشیه زخم است، هسته دارای شکل عادی بوده و نمای ground glass (شیشه مات) دارد.

خلاصه تشخیص آزمایشگاهی HSV
کشت سلولی (cell culture)، آزمایش استاندارد طلائی برای تشخیص HSV می باشد.
تست PCR مثبت برای HSV نشانگر عفونت فعال نیست.
اسمیر سیتولوژی نمی تواند بین HSV و VZV افتراق دهد.
افزایش ۴ برابری تیتراژ آنتی بادی IgG به عنوان معیاری برای نشان دادن عفونت فعال است.
ضایعات HSV بیوپسی نمی شوند.

درمان عفونت HSV اولیه:

درمان بر اساس کنترل درد، مراقبت های حمایتی و درمان قطعی است (جدول ۲-۴). از آنجایی که داروهای خانواده آسیکلوویر، ارزان، ایمن و در دسترس هستند، حتی برای درمان قطعی عفونت های اولیه مناسب هستند چرا که عفونت زائی و ریزش ویروس را کاهش می دهند. آسیکلوویر همانندسازی ویروس را مهار کرده و توسط آنزیم تیمیدین کیناز ویروس، فعال می شوند. (پس بر سلول های غیرآلوده با ویروس تأثیر کمی دارد).

استفاده از **آسیکلوویر ۱۵mg/kg، ۵ بار در روز در کودکان** مدت زمان تب و ریزش ویروس HSV و همچنین

دو آنزیم مهم:

- فصل ۴: تیمیدین کیناز ← فعال شدن آسیکلوویر جهت درمان عفونت HSV
- فصل ۵: لیپاز ← تسهیل نفوذ مخمر (yeast) به سلول های اپیتلیالی جهت عفونت زائی

پیشرفت ضایعات را کاهش می دهد، مصرف مواد غذایی را بهبود می بخشد و میزان نیاز به بستری شدن در بیمارستان را نیز کاهش می دهد.

والاسیکلوویر پیش داروی آسیکلوویر می‌باشد و فراهمی زیستی ۳ تا ۵ برابر آسیکلوویر دارد.

TABLE 4-2 Pain Management and Supportive Care Measures
<i>Pain Management</i>
2% viscous lidocaine (swish and spit out 5 mL 4–5 times/d)
Liquid diphenhydramine (swish and spit out 5 mL 4–5 times/d)
Combination of viscous lidocaine, diphenhydramine, and a covering agent (such as Kaopectate™ or Maalox™) in 1:1:1 ratio
0.1% dyclonine hydrochloride
Benzydamine
Systemic analgesia
<i>Supportive Care</i>
Hydration
Ice chips or popsicles
Soft bland diet
Antipyretics such as ibuprofen as needed (avoid aspirin products) ^a

تست (تالیفی)

کدام گزینه در مورد درمان عفونت HSV اولیه صحیح نیست؟

- (۱) استفاده از شربت دیفن هیدرامین به میزان ۴-۵ بار در روز توصیه می‌شود.
- (۲) دیکلونین هیدروکلراید و بنزیدآمین در کنترل درد موثر می‌باشند.
- (۳) در صورت نیاز می‌توان از ضد دردهای خانواده آسپرین و ایبوپروفن استفاده کرد.
- (۴) استفاده از Ice chips به عنوان یکی از روش‌های مراقب حمایتی می‌تواند مد نظر باشد.

پاسخ : گزینه ۳

درمان HSV راجعه:

هرپس لبی راجعه (RHL) را غالباً می‌توان با کاهش عوامل محرک مثل استفاده از عوامل ضد آفتاب کاهش داد. با وجود اینکه RHL خود محدودشونده است، استفاده از داروهای ضد ویروس موضعی، ریزش، عفونت زائی، درد، اندازه و مدت ضایعات را کاهش می‌دهد.

کرم آسیکلوویر ۵٪، کرم پن سیکلوویر ۱٪ و کرم دوکوزانول ۱۰٪

در صورتیکه ۵ تا ۸ بار در روز در **ابتدای** دوره پیش‌رس و شروع علائم استفاده شوند، مؤثر خواهند بود.