

ضایعات پیگمانته مخاط دهان / فصل ۶ برکت

۱- کدامیک از رنگ های زیر ارتباطی به هموسیدرین ندارد؟

- الف) قرمز
ب) آبی
ج) سیاه
د) قهوه ای

۲- منشاء کدامیک از پیگمانتاسیون های زیر با بقیه موارد متفاوت است؟

- الف) ماینوسایکلین
ب) زبان مودار
ج) Chrysiasis
د) پوتز جگرز

۳- علت پیگمانتاسیون ناشی از کدام دارو اگزوژن است؟

- الف) کلروکین
ب) ماینوسایکلین
ج) داروهای ضد بارداری خوراکی
د) تمام موارد

۴- علت پیگمانتاسیون موارد ذکر شده در کدامیک از گزینه های زیر مشابه یکدیگر است؟

- الف) زبان مودار، زبان سیاه
ب) پوتز جگرز، هموکروماتوزیس
ج) واسکولیت، هموراژی تلانژکتاتیک ارثی
د) کوشینگ، فیبروز زیرمخاطی دهانی

۵- علت ایجاد پیگمانتاسیون در واسکولیت کدام است؟ (بورد ۹۶)

- الف) التهابی
ب) هموسیدرین
ج) ملانین
د) عروقی

۶- رنگ کدامیک از ضایعات زیر، با سایر ضایعات مطرح شده متفاوت است؟

- الف) موکوسل
ب) موکوپیدرموئید کارسینوما
ج) لیومیومای عروقی
د) آسینیک سل کارسینوما

۷- کدامیک از عوامل زیر کنترل کننده رشد ملانوسیتیک هستند؟

- الف) ملانوزوم
ب) ملانین
ج) ملانوفور
د) کراتینوسیت

۸- تمام عبارات زیر صحیح است بجز:

- (الف) ملانوسیت در حفره دهان بعنوان scavenger برای حمایت از واسطه های سایتوتوکسیک عمل میکند.
 (ب) ملانوسیتها را نمیتوان بطور شایع در بیوپسی های دهان دید.
 (ج) کراتینوسیتها کنترل کننده رشد ملانوسیتها هستند.
 (د) ملانین توسط ملانوسیت و در ملانوزوم ساخته می شود.

۹- تست epiluminescence برای تشخیص کدامیک از موارد زیر بکار می رود؟

- (الف) تشخیص ضایعات خوش خیم از بدخیم فقط در پوست.
 (ب) تشخیص ضایعات ملانوتیک در قدام زبان
 (ج) تشخیص ضایعات خوش خیم از بدخیم در لب
 (د) تشخیص ضایعات ملانوتیک در کام نرم

۱۰- کدامیک از ضایعات زیر همتای پوستی ماکول ملانوتیک است؟

- (الف) افلیس
 (ب) ملانوآکانتوما
 (ج) خال مادرزادی
 (د) هیچکدام

۱۱- کدامیک از ضایعات زیر با تابش مزمن اشعه آفتاب در ارتباط است؟

- (الف) ماکول ملانوتیک
 (ب) افلیس
 (ج) ملانوآکانتوما
 (د) تمام موارد

۱۲- کدامیک از ضایعات زیر، فرمی از ملانوآکانتوم پوستی است؟

- (الف) ملانوآکانتوم مخاطی
 (ب) ملانوتیک ماکول
 (ج) سبورئیک کراتوزیس
 (د) ملانوسیتیک نووس

۱۳- محتملترین تشخیص ماکول پیگمانته دو سانتیمتری با رشد فزاینده در مخاط گونه خانمی ۲۷ ساله که دارای

حدود نامنظم و پیگمانتاسیون یکنواخت میباشد کدام است؟ (بورد ۹۶)

- (الف) ماکول ملانوتیک دهانی
 (ب) ملانوآکانتوما
 (ج) ملانوما
 (د) پیگمانتاسیون ناشی از دارو

۱۴- در نمای هیستوپاتولوژی کدامیک از ضایعات زیر افزایش تعداد ملانوسیت ها دیده می شود؟

- (الف) ملانواکانتوما
(ب) ملانوتیک ماکول
(ج) افلیس
(د) تمام موارد

۱۵- شیوع کدامیک از خال های زیر در دهان از سایر انواع ذکر شده بیشتر است؟

- (الف) خال کامپاند
(ب) خال آبی
(ج) خال سلولار
(د) خال مادرزادی

۱۶- کدامیک از موارد زیر در مورد سلول های ملانوسیت و سلول های نووس درست است؟

- (الف) سلول های نووس تمایل به دندریتیک بودن دارند.
(ب) سلول های نووس تمایل به خوشه ای قرار گرفتن دارند.
(ج) سلول های ملانوسیت توانایی مهاجرت به بافت زیرین را دارند.
(د) سلول های ملانوسیت حالت بیضوی و دوکی دارند.

۱۷- در سندرم ترنر کدامیک از انواع خال بیشتر دیده می شود؟

- (الف) Common
(ب) Blue
(ج) Congenital
(د) Atypical

۱۸- کدام عبارت در مورد خال آبی در مخاط دهان صحیح است؟

- (الف) نوع common آن شایع تر و مهاجم تر است.
(ب) نوع cellular آن شایعتر و بی ضرر تر است.
(ج) در نوع سلولار گزارشاتی از تبدیل به بدخیمی دیده شده است.
(د) خال آبی هم مانند خال اینتراموکوزال از ملانوسیت های لایه بازال مشتق شده است.

۱۹- تمام موارد زیر جزء ریسک فاکتورهای ملانوم پوستی هستند بجز:

- (الف) تاریخچه فامیلی ملانوما
(ب) تابش مزمن اشعه آفتاب
(ج) حضور خال های متعدد پوستی
(د) تمام موارد

۲۰- در مورد ملانوما کدام جمله صحیح است؟

- (الف) در مردان بالای ۴۰ سال نادر است.
 (ب) میزان بقای بیمار در صورت باردار بودن یا نبودن تفاوتی ندارد.
 (ج) میزان شیوع آن در سیاهپوستان بیشتر است.
 (د) میزان مرگ و میر آن در سفید پوستان بیشتر است.

۲۱- تمامی فاکتورهای زیر برای مطرح کردن ویژگی های ملانوما مناسب است بجز:

- (الف) قطر بیش از ۶ میلیمتر
 (ب) شدت رنگ
 (ج) تغییرات سطح
 (د) بوردن نامنظم

۲۲- در کدامیک از انواع کلینیکوپاتولوژی ملانوما تهاجم به بافت همبند و فاز رشد عمودی مشهود است؟

- (الف) سطحی
 (ب) لنتیگو
 (ج) آکرال
 (د) ندولار

۲۳- تمام موارد زیر نشانه ضعیف بودن پروگنوز در ملانوم پوستی است بجز:

- (الف) سن بالاتر از ۶۰ سال
 (ب) جنسیت مذکر
 (ج) ارتشاح لنفاوی شدید
 (د) نوروتروپیسم

۲۴- موتاسیون کدام ژن در ملانوم مخاطی به ندرت دیده می شود؟

- (الف) BRAF
 (ب) MC1R
 (ج) HRAS
 (د) MRAS

۲۵- کدامیک از معیارهای زیر برای تعیین پروگنوز ملانوم دهانی بکار می رود؟

- (الف) ضخامت بیشتر از ۶ میلیمتر
 (ب) تهاجم لنفوواسکولار
 (ج) قطر بیشتر از ۵ میلیمتر
 (د) نوروتروپیسم

۲۶- تمام موارد زیر به نفع متاستاتیک بودن ملانوما است بجز:

- (الف) حضور ضایعه در کام
 (ب) فقدان انتشار پاژتوئید
 (ج) آملانوتیک بودن
 (د) فقدان انتشار پاژتوئید

۲۷- کدامیک از داروهای زیر باند فیزیکی با ملانین ایجاد می کنند؟

- (الف) کلروپرومازین
(ب) سیکلوفسفامید
(ج) بوسولفان
(د) کوئیناکرین

۲۸- پیگمانتاسیون ایجاد شده ناشی از کدام دارو پایدار تر است؟

- (الف) کوئیناکرین
(ب) ماینوسایکلین
(ج) کتوکونازول
(د) ضدبارداری خوراکی

۲۹- تمام بیماری های زیرموجب ملانوزیس پوستی مخاطی می شوند بجز:

- (الف) ایدز
(ب) هموکروماتوزیس
(ج) کمبود ویتامین D
(د) هایپر تیروئیدیسم

۳۰- در passive smoking پیگمانتاسیون در کدام ناحیه ایجاد می شود؟

- (الف) کام نرم
(ب) مخاط باکال
(ج) لثه
(د) کف دهان

۳۱- کدام گزینه در مورد ملانوزیس سیگاری ها صحیح است؟

- (الف) ملانوزیس سیگاری ها یک وضعیت پیش بدخیم است.
(ب) ملانوزیس سیگاری ها با کانسره های مجاری گوارشی و تنفسی همراه است.
(ج) بیشتر سیگاری ها مبتلا به ملانوزیس می شوند.
(د) علت ایجاد ملانوزیس در سیگاری ها احتمالا حرارت ناشی از سیگار است.

۳۲- تمام موارد زیر جزء مناطق شایع درگیری در ملاسما است بجز:

- (الف) لب پایین
(ب) گونه
(ج) پیشانی
(د) چانه

۳۳- تمام موارد زیر در مورد ملاسما صحیح است بجز:

- (الف) برای توصیف هر فرم از ملانوزیس بکار می رود حتی اگر غیر هورمونی باشد.
(ب) افزایش استروژن به تنهایی یکی از دلایل ایجاد آن است.
(ج) ملاسما صرفا در زنان مشاهده می شود.
(د) هیپوتیروئیدیسم با ملاسما می تواند در ارتباط باشد.

پاسخنامه فصل ۳

۱- گزینه " ج " - بیماری‌های دهان، فک و صورت صفحه ۱۳۷

عوامل ایجاد رنگ در مخاط دهان یا اندوژن هستند و یا اگزوژن. مهمترین عوامل ایجاد رنگ های اندوژن شامل **هموگلوبین**، **هموسیدرین** و **ملانین** می باشند. رنگ های قرمز، آبی و قهوه ای غیر پایدار و موقتی مربوط به هموگلوبین و هموسیدرین می باشند و رنگ های قهوه ای یا سیاه مربوط به ملانین هستند.

۲- گزینه " د " - بیماری‌های دهان، فک و صورت صفحه ۱۳۸

پیگمانتاسیون ها یا دارای منبع اگزوژن و یا منبع اندوژن می باشند. در گزینه های ذکر شده بجز گزینه چهارم که دارای منبع اندوژن می باشد موارد دیگر دارای منبع اندوژن هستند. در جدول های ۱-۶ و ۲-۶ این موارد به تفصیل توضیح داده شده است. پیگمانتاسون های اندوژن عبارتند از: عروقی، خونریزی خارج عروقی، هموسیدرین، ملانین، بیلی روبین. پیگمانتاسیون های اگزوژن عبارتند از: فلزات، گرافیت، جوهر، باکتری، بعضی از داروها، مشتقات گیاهی

۳- گزینه " ب " - بیماری‌های دهان، فک و صورت صفحه ۱۳۷

همانطور که در جدول های ۱-۶ و ۲-۶ اشاره شده است. پیگمانتاسیون های ناشی از ماینوسایکلین اگزوژن هستند ولی سایر داروها اندوژن می باشند.

۴- گزینه " د "

۵- گزینه "ج" - بیماری‌های دهان، فک و صورت صفحه ۱۳۹

❖ توجه:

HHT و سندرم CREST منشاء عروقی دارند.

واسکولیت و هموکروماتوزیس منشاء خارج عروقی دارند

پوتز جگرز و Lugier Hunziker منشاء ملانین دارند

نوع پیگمانتاسیون	علت	
اندوژن	عروقی	اتیولوژی: تکاملی، دهامارتوماتوز، نئوپلاستیک، ژنتیک، اتوایمیون
		مثال: واریس، همانژیوما، لنفانژیوما، آنژیوسارکوما، سارکوم کاپوزی، HHT ، سندرم CREST
	خارج عروقی، هموسیدرین	اتیولوژی: تروما، ایدیوپاتیک، ژنتیک، التهابی، خودایمیون
		مثال: هماتوم، اکیموز، پورپورا، پتشی، واسکولیت ، هموکروماتوزیس
	ملانین	اتیولوژی: فیزیولوژیک، تکاملی، ایدیوپاتیک، نئوپلاستیک، واکنشی، داروها، هورمون ها، ژنتیک، اتوایمیون، عفونت
		ماکول ملانوتیک، افلیس، اکتینیک لنتیگو، خال ملانوسیتیک، ملانوم بدخیم، پیگمانتاسیون فیزیولوژیک، پیگمانتاسیون ناشی از کلروکین ، داروهای ضدبارداری ، خوراک، پیگمانتاسیون های لیکن پلان، ملانوزیس سیگاری ها، Lugier Hunziker، OSF، پوتز جگرز، نارسایی آدرنال، کوشینگ، HIV،
	بیلی روبین	اتیولوژی: تروما، الکلی، عفونت ، نئوپلازی، ژنتیک، اتوایمیون
		مثال: زردی (یرقان)
	فلز	اتیولوژی: یاتروژنیک، دارویی، محیطی
		مثال: آمالگام تاتو، chrysiasis، زبان سیاه، فلزات سنگین
اگزوژن	گرافیت / جوهر	اتیولوژی: تروما، خودخواسته، رسوم سنتی
		مثال: گرافیت تاتو
	باکتری	اتیولوژی: بهداشت ضعیف، آنتی بیوتیک ها
		مثال: زبان مودار
	دارو	مثال: ماینوسایکلین
	مشتقات گیاهی	اتیولوژی: خودخواسته، رسوم سنتی
		مثال: Orange mouth .Ornamental tattoo

۶- گزینه "ج" - بیماری‌های دهان، فک و صورت صفحه ۱۴۰

تقسیم بندی ضایعات دهان از نظر رنگ طبق جدول زیر است.

رنگ ضایعه	آبی - قرمز	آبی - بنفش	آبی	زرد
نام ضایعه	پیوژنیک گرانولوما پریفرال اسیفایینگ فیبروما پریفرال زانت سل گرانولوما لیومیومای عروقی کانسر متاستاتیک	لنفوما	موکوسل موکوپای درموئید کارسینوما آسینیک سل کارسینوما	گرانول های فوردایس لیپوما گرانولر سل تومور

۷- گزینه "د" - بیماری‌های دهان، فک و صورت صفحه ۱۴۰

کراتینوسیت ها، کنترل کننده رشد ملانوسیتیک می باشند

ملانوزوم: محل سنتز ملانین

۸- گزینه "الف" - بیماری‌های دهان، فک و صورت صفحه ۱۴۱

نقش ملانوسیت ها در حفره دهان مشخص نیست و نقشی که در گزینه الف ذکر شده است مربوط به نقش ملانوسیت ها در پوست است. ملانوسیتها را نمیتوان بطور شایع در بیوپسی های دهان دید مگر در گونه هایی بجز نژاد غیر قفقازی. ملانین توسط ملانوسیت و در ملانوزوم ساخته میشود.

۹- گزینه "ب" - بیماری‌های دهان، فک و صورت صفحه ۱۷۴ باکس

درماسکوپی یا **epiluminescence** برای تشخیص ضایعات ملانوتیک بکار می رود. اگرچه این روش برای پیگمانتاسیون ضایعات پوستی مطرح شده است اما برای ارزیابی پیگمانتاسیون های لبیال و قدام زبان نیز استفاده می شود. این تکنیک غیرتهاجمی با استفاده از یک میکروسکوپ گیره دستی وابسته به نور و غوطه ور در روغن بکار می رود. تکنیکی که برای افتراق ضایعات ملانوسیتیک از غیر ملانوسیتیک و خوش خیم از بدخیم بکار می رود: تکنیک پیشرفته بای نوکلئار استرئومیکروسکوپ است.

۱۰- گزینه "د" - بیماری‌های دهان، فک و صورت صفحه ۱۴۳ پاراگراف ۵

ماکول ملانوتیک دهانی، همتای پوستی ندارد.

۱۱- گزینه "ج" - بیماری‌های دهان، فک و صورت صفحه ۱۴۳ پاراگراف ۶

ماکول ملانوتیک ارتباطی با تابش آفتاب ندارد وافلیس هم با تابش حاد اشعه آفتاب مرتبط است و به همین دلیل در فصل بهار و تابستان پررنگ تر می شود.

۱۲- گزینه "ج" - بیماری‌های دهان، فک و صورت صفحه ۱۴۳

ملانواکانتوم پوستی و مخاطی به هیچ وجه همتای یکدیگر نیستند و تشابه آنها فقط در نامشان است. ملانواکانتوم پوستی در حقیقت فرمی از سبورئیک کراتوزیس است.

❖ توجه: ملانواکانتوم دهانی هیچ ارتباطی به سبورئیک کراتوزیس ندارد.

۱۳- گزینه "ب"

۱۴- گزینه "الف"

۱۵- گزینه "ب" - بیماری‌های دهان، فک و صورت صفحه ۱۴۵ پاراگراف آخر

بعد از خال اینتراموکوزال، شایعترین خال داخل دهانی، خال آبی است.

۱۶- گزینه "ب" - بیماری‌های دهان، فک و صورت صفحه ۱۴۶

سلول های ملانوسیت تمایل به دندریتیک بودن دارند در حالیکه سلول های نووس تمایل به گرد، بیضوی و یا دوکی بودن دارند. سلول های خال یا نووس تمایل به نزدیک بودن به یکدیگر و حتی خوشه ای قرار گرفتن دارند و توانایی مهاجرت به بافت های زیرین را نیز دارند.

۱۷- گزینه "الف" - بیماری‌های دهان، فک و صورت صفحه ۱۴۷ جدول

در سندرم familial atypical multiple mole melanoma : خال های آتیپیکال

در کمپلکس carney : خال اپی تلیوئید آبی

در سندرم ترنر و نونان: خال های Common

در ملانوزیس نوروکوتانتوس: خال های مادرزادی

۱۸- گزینه "ج" - بیماری‌های دهان، فک و صورت صفحه ۱۴۷

نوع common شایعتر و بی ضرر تر است و نوع cellular شیوع کمتری دارد ولی مهاجم تر است و گزارشاتی نیز مبنی بر تبدیل آن به بدخیمی وجود دارد. خال آبی برخلاف خال اینتراموکوزال از ملانوسیت های لایه بازال مشتق نشده است. در خال آبی ملانوسیت ها عمقی تر و در بافت همبند قرار دارند و عروق رنگ قهوه ای روی آن را مخفی کرده اند لذا دارای پس زمینه آبی می باشند.

۱۹- گزینه "ب" - بیماری‌های دهان، فک و صورت صفحه ۱۵۰

ریسک فاکتورهای ملانوم پوستی عبارتند از: دوره های متعدد از اکسپوزر حاد نور آفتاب بویژه در کودکی، ایمونوساپرشن، حضور خال های متعدد پوستی، تاریخچه فامیلی ملانوما.

۲۰- گزینه "ب" - بیماری‌های دهان، فک و صورت صفحه ۱۶۲ پاراگراف ۱

شیوع ملانوما بیشتر در مردان بالای ۴۵ سال است و در افراد زیر ۴۰ سال نادر است. بطور کلی شیوع ملانوما در مردان بیشتر است اما یکی از سرطان های شایع در زنان در دوره باروری است اما افزایش واضحی در دوران بارداری نداشته است و میزان بقا هم در زنان باردار و غیر باردار تفاوتی ندارد. ملانوم پوستی در سفیدپوستانی که در نواحی آفتابی زندگی می کنند شایع تر است اما میزان مرگ و میر در سیاهپوستان بیشتر است.

۲۱- گزینه "ب" - بیماری‌های دهان، فک و صورت صفحه ۱۴۲

شدت رنگ مهم نیست بلکه میزان تغییرات رنگ و یکدست نبودن رنگ ضایعه حائز اهمیت است. بطور کلی ویژگی های ملانوم پوستی بخوبی با ABCDE مطرح می شود

A: آسیمتری

B: نامنظم بودن بوردرها

C: تغییرات رنگ

D: قطر بیش از ۶ میلیمتر

E: ارزیابی تغییرات سطحی

۲۲- گزینه " د " - بیماری‌های دهان، فک و صورت صفحه ۱۵۱

در سه نوع اول رشد بصورت گسترش شعاعی، یعنی انتشار به اطراف و بصورت سطحی است که اگر پیش از تغییرات ندولار شناسایی شوند پروگنوز بهتری دارند. اما تغییرات ندولار، تغییرات شوم محسوب می شود و نشانه تهاجم به بافت همبند زیرین می باشد (فاز رشد عمودی) ملانوما ممکن است با گستره وسیعی از الگوهای هیستولوژیک همراه باشد و پروگنوز کلینیکی آن بستگی دارد به تعداد تغییرات میکروسکوپی قابل مشاهده.

۲۳- گزینه " ج " -

مواردی که موجب ضعیف بودن پروگنوز می شود: تغییرات زخمی در سطح، تهاجم به عروق یا لنف، نوروتروپیسم، شاخص میتوزی بالا، غیاب ارتشاح لنفاوی، محل تومور، سن بالای ۶۰ سال، مرد بودن، متاستاز ناحیه ای دوردست.

۲۴- گزینه " الف " -

۲۵- گزینه " ب " - بیماری‌های دهان، فک و صورت صفحه ۱۵۲

برای تعیین پروگنوز ملانوم دهانی فقط از دو معیار استفاده می شود: ضخامت بیشتر از ۵ میلی متر تومور و حضور تهاجم لنفوواسکولار. سایر معیارها برای ملانوم دهانی بی ارزش است.

۲۶- گزینه " الف " - بیماری‌های دهان، فک و صورت صفحه ۱۷۲

یافته هایی که بیشتر به نفع متاستاتیک بودن است عبارتند از: تاریخچه ملانوم قبلی، حضور در محلی بجز کام و لثه، آملانوتیک بودن، بعضی یافته های میکروسکوپی مثل فقدان فعالیت جانکشنال و فقدان انتشار پازتوئید.

پیگمانتاسیون های منفرد						
نام ضایعه	محل شایع	ژن مرتبط	افزایش ملانین	افزایش ملانوسیت	اثر تابش آفتاب	شکل بوردر ها
افلیس		MC۱R	دارد	ندارد	تشدید ضایعات	مشخص
ماکول ملانوتیک	لب پایین لثه	-	دارد	ندارد	اثری ندارد	نامنظم
ماکول ملانوتیک مادرزادی	زبان	-	دارد	ندارد	اثری ندارد	نامنظم
ملانوا آکانتومای دهانی	مخاط باکال	-	دارد	دارد	مرتبط با تابش مزمن	نامشخص
ملانوسیتیک نووس	کام سخت مخاط لببال لثه	BRAF NRAS HRAS	دارد	دارد	تشدید و تکامل ضایعه	مشخص
ملانومای مخاطی	مجرای سینونزال حفره دهان	CDkNA۲/P۱۶ CDk۴ BRAF NRAS HRAS MC۱R PTEN	دارد	دارد	اثر دارد	نا منظم
ملانومای دهانی	کام لثه ماگزila کرسر آلونول		دارد	دارد	اثر دارد	نامنظم

۲۷- گزینه " الف " - بیماری‌های دهان، فک و صورت صفحه ۱۷۵

داروهایی که باند فیزیکی با ملانین ایجاد می کنند عبارتند از: کلروکین و کلروپرومازین. داروهایی که باعث تغییرات ملانوزیس می شوند عبارتند از: آمیودارون، آمودیاکین، آزیدوتیمیدین، بلئومایسین، کلروکین، کلروپرومازین، کلوفازیمین، طلا، هیدروکسیکلروکین، هیدروکسی اوره، ایماتینیب، ایمی پرامین، کتوکونازول، مپاکرین، متاسیلین، متیل دوپا، ماینوسایکلین، پرمارین، کوئیناکرین، کوئینیدین

۲۸- گزینه "د" - بیماری‌های دهان، فک و صورت صفحه ۱۷۲

تغییرات ناشی از داروهای هورمونی از سایر تغییر رنگ ها پایدار تر است.

۲۹- گزینه "ج" - بیماری‌های دهان، فک و صورت صفحه ۱۳۷

بیماری ها و شرایطی که موجب ملانوزیس منتشر و مولتی فوکال یا ژنرالیزه پوستی مخاطی می شوند: فیزیولوژیک، دارویی، Lugier Hunziker، بعد از آماس، هورمونی، نارسایی آدرنال، کوشینگ، پرکاری تیروئید، سیروز صفراوی اولیه، هموکروماتوزیس (مراحل ابتدایی)، بیماری های ژنتیکی، کمبود ویتامین B۱۲، ایدز (مراحل انتهایی)، ملانوما

۳۰- گزینه "ج" - بیماری‌های دهان، فک و صورت صفحه ۱۴۰

محل های شایع ملانوزیس

در سیگاری ها عبارتند از: لثه وستیبولار قدام مندیبل و ماگزایلا، مخاط باکال، کناره های زبان، کام، کف دهان

در الکلی ها: کام نرم

در passive smocking : لثه

۳۱- گزینه "ب"

❖ توجه:

بیشتر سیگاری ها حتی heavy smocker ها دچار ملانوزیس نمی شوند.

ملانوزیس در سیگاری ها یک وضعیت پیش بدخیم نیست اما در الکلی ها با کانسره های مجاری گوارشی و تنفسی همراه است.

۳۲- گزینه "الف" - بیماری‌های دهان، فک و صورت صفحه ۱۵۸

محل های شایع درگیری در ملاسما عبارتند از: پیشانی، گونه، لب بالا، چانه

۳۳- گزینه "ج" - بیماری‌های دهان، فک و صورت صفحه ۱۵۸

اصطلاح ملاسما برای توصیف هر فرم از ملانوزیس بکار می رود اما بیشتر برای موارد هورمونال مثل بارداری و مصرف OCP در مناطق Sun exposure کاربرد دارد. هم بارداری و هم مصرف داروهای ضدبارداری خوراکی قادر به ایجاد ملانوزیس دهانی هستند. ملاسما اغلب در رابطه با ترکیب استروژن و پروژسترون است و معمولا استروژن به تنهایی نمی تواند عامل ایجاد آن باشد. ممکن است بتوان برای ملاسما یک زمینه ژنتیکی نیز قائل شد.

۳۴- گزینه "د"