

البرودة. وقد أجريت معالجة حشوية صحيحة بالكومبوزيت للأسنان ١١ و ٢١ في مجال الحد القاطع بعد تعرضها في عام ٢٠٠٨ لصدمة في مجال الأسنان الأمامية وإصابة النسيج الصلب للأسنان. ولم يتعرض المريض لمعالجة تقويمية. أظهرت الصورة البانورامية التي قمنا بها حالة موافقة لعمر المريض للأسنان مع وجود براعم سنية في منطقة الأسنان ١٨، ٢٨، ٣٨ و ٤٨ (الصورة ٢).

نصحنا المريض بعد التنظيف الموضعي (التنظيف المحترف للأسنان والغسل بمحلول الكلورهيكسيدين بتركيز ٠,٢٪) بمتابعة الغسل بمحلول الكلورهيكسيدين ومراجعة طبيب أطفال لإجراء تحليل دم. ولم يظهر الفحص في المراجعة اللاحقة أي تحسن في أعراض اللثة الموضعية (الصورة ٣). وقد أظهر تحليل الدم إرتفاع قيم البروتين الإرتكاسي (CRP) C وإنخفاض معدل الحديد.

بعد إستبعاد وجود عوامل موضعية ومع استمرار شكوى المريض كان هناك شك بوجود أسباب مرضية نظمية وراء التغيرات اللثوية. لذلك تم تحويل المريض إلى مستشفى طب الأطفال واليافاعين في المستشفى الجامعي في

مترافق بآلام وصعوبة في تناول الأغذية قبل حوالي ١٢ شهر. وأفاد المريض بتعرضه لتورمات متقطعة مترافقة بالآلم وتآكلات خاصة في لثة أسنان الفك العلوي، تؤدي لإعاقة تناول الأغذية وتنظيف الفم.

أظهر الفحص السريري الغياب الكلي للترقظ اللثوي للمناطق المصابة وإنتفاخ سدلي للحليمة بين الأسنان ١١ و ٢١ خاصة. وكان أعماق السبر في الحدود الطبيعية ولم يظهر الفحص أي نزيف سبري (الصورة ١). لم تظهر الأسنان ١٣ حتى ٢٣ أي تخلخل أو تحسس عند النقر وتجاوبت بشكل إيجابي مع فحص

في شهر نوفمبر عام ٢٠١٥ جاء مريض فتي بعمر ١٥ سنة بمرافقة والدته بناء على تحويل من قبل طبيب الأسرة إلى العيادة العامة لمستشفى الجراحة السنية والغرس في جامعة فرانكفورت للكشف عن سبب مظاهر طفحية في اللثة في المنطقة ١٧ و ١٢. وأفاد المريض بعدم إصابته بأمراض عامة أو تناوله لأدوية. ولم يظهر التشخيص المرضي العائلي السابق للمريض أي أدلة على إضطرابات وراثية. حسب إفادة الأم كان لون الجلد الشاحب والوزن المنخفض للمريض (مؤشر كتلة الجسم ١٦,٧) معروفتان منذ زمن طويل لدى المريض، وقد تعرض المريض حسب الإفادة لمرض لثوي



الشكل ٢: صورة طبقية بانورامية تظهر براعم الأسنان ١٨، ٢٨، ٣٨ و ٤٨، عاتيمة في منطقة الأسنان ١١ و ٢١ نتيجة وجود حشوات بلاستيكية وكذلك مسار طبيعي ملائم للعمر للحافة العرفية العظمية



الشكل ١: نتائج الكشف داخل الفم عند أول زيارة للمريض مع تغير واضح دهليزي في اللثة (احمرار، تآكل، وزمة) في المنطقة ١٣ حتى ٢٣. المناطق الأخرى للغشاء المخاطب الفموي كانت غير مصابة.

SUMMARY

ORAL MANIFESTATION OF CROHN'S DISEASE

Nonspecific findings in the oral mucosa of the young patient presented here, for which no local cause was identified, contributed to the interdisciplinary interven-

tion that revealed Crohn's disease, which was hitherto undiagnosed. This case illustrates the important role played by the dentist in interdisciplinary collaboration

when there are pathological findings in the oral cavity.

Bien Air
Dental

إكتشف نخبة التقنية السويسرية



SWISS MADE

**IDS
2017**

VISIT US !
21-25 March 2017 - Cologne, Germany
Hall 10.1 – Stand H050 J051

Bien-Air Dental SA
Länggasse 60 Case postale 2500 Bienne 6, Switzerland
Tél. +41 (0)32 344 64 64 Fax +41 (0)32 344 64 91 dental@bienair.com

فرانكفورت. وأدت الفحوص الموسعة التي أجريت بشكل مستقر (تصوير مقطعي بالرنين المغنطيسي، مخبر، تنظير القولون، خزعة) إلى تشخيص متلازمة كرون Morbus Crohn مع إصابة الفم والمنطقة المحيطة بالشرح والمعوي الغليظ. بعد ذلك بقي المريض تحت المعالجة والعناية المنتظمة لمستشفى الأطفال في المستشفى الجامعي في فرانكفورت. وقد بدأت الأعراض داخل الفم والشكاوى المرافقة لها بالتراجع تحت المعالجة بتناول غذاء محدد خاص بمتلازمة كرون وإعطاء المريض دواء الكبت المناعي Aziathropin.

المناقشة

متلازمة كرون

يقصد بمتلازمة كرون مرض مترافق بنوبات مزمنة التهابية قد تصيب أي منطقة من جهاز الهضم أو الفم أو الشرج. وتصيب النوبات بالدرجة الأولى اللغائفي النهائي والأمعاء الغليظة مع إصابة كل الطبقات الجدارية وذروة مرضية بين العقد الثاني والرابع من العمر. يبدأ المرض بتشنجات مؤلمة في البطن مع إسهالات مترافقة بعناصر دموية ومخاطية، مع ارتفاع في الحرارة، وإحساس بالضعف العام وخسارة في الوزن. وفي الحالة المعنية هنا ظهر لدى المريض عرض مرضي واحد من الأعراض المذكورة. وظهر المسار النموذجي للمرض من حيث التناوب بين حالات الهدأة والسورة لدى المريض بشكل خاص في التغيرات المرضية المتناوبة للثة.

بالرغم من التظاهر السريري بالدرجة الأولى في مجال الأمعاء تعتبر متلازمة كرون مرضاً نظمياً يمكن أن يترافق بشكاوى خارج الأمعاء في الجلد (تقيح الجلد) والعينين (التهاب العنابية) وكذلك أعراض مفصلية (التهاب المفاصل، التهاب الفقار). ومن بين الأعراض في مجال الأغشية المخاطية تقرحات والقلاع والشقوق وأفات تقرحية أو إستسقاءية والتهابات حبيبية قد تترافق عند انتقالها إلى طبقات أعمق من النسيج مع تشكل خراج أو ناسور أو ثقوب. ويمكن أن تترافق الأعراض المذكورة مع أمراض الجهاز الهضمي أو بشكل مستقل عنها. من بين التغيرات المحتملة في القيم الطبيعية للدم ارتفاع مؤشرات الإلتهاب (CRP) أو انخفاض قيمة حمض الفوليك والحديد وفيتامين B12. في الحالة المعنية هنا اعتبرت القيم المتغيرة بشكل طفيف في التحاليل الدموية غير مرضية في البداية.

يمكن أن تكون الظواهر المرضية في الأغشية المخاطية في الفم سابقة لظهور متلازمة كرون (في البداية من دون مشاركة معوية)، كما يمكن أن تترافق مع مظاهر سريرية مرضية متعددة بشكل تقرحات أو قلاع أو إنتفاخ الشفتين أو تشكل الشقوق في الشفتين أو اللسان. ويجدر التنويه هنا إلى أهمية دور فحص الغشاء المخاطي للفم في إطار التشخيص الروتيني الطبي السني لدى المرضى الذين يعانون من أمراض معوية.

لم يتم حتى اليوم توضيح سببه متلازمة كرون بشكل أكيد. ومن بين الأسباب التي تذكر في الدراسات العوامل البيئية، والعوامل الوراثية نتيجة التظاهرات المتكررة في العائلة الواحدة والإستعدادات المناعية (ردود تحسس مفرط من الأنماط III و IV). ويتم التشخيص بالإستناد إلى مجموعة من كشافات السيرة المرضية والفحوص



الشكل ٤: بعد بدء المعالجة الدوائية تراجعت الزوائد اللثوية في المنطقة ١٣ حتى ٢٣. وتظهر في منطقة الأسنان ١٢ حتى ٢١ عوارض خفيفة دون مشاركة عناصر تآكلية.



الشكل ٣: نتائج لثوية عند المراقبة التالية مع تزايد واضح في الزوائد - هذه المرة دون تغيرات تآكلية، ومنحصرة كالمرّة السابقة في المنطقة الدهليزية للفك العلوي.

كرون بالإستناد إلى الظواهر المرضية الفموية فقط، خاصة إذا سبقت هذه الأعراض التظاهرات المرضية المعوية أو لم ترافق تشخيصها أي أعراض معوية مرضية.

الخلاصة

أدت النتائج غير النوعية في الغشاء المخاطي الفموي للمريض المذكور في هذه الحالة، والتي لم يتم كشف أسباب موضعية محددة لها، ومن خلال مشاركة إختصاصات متعددة في التشخيص إلى كشف وجود متلازمة كرون، التي لم يسبق تشخيصها حتى تلك اللحظة لدى المريض. تظهر هذه الحالة الدور المهم الذي يقوم به طبيب الأسنان في إطار التشخيص المرضي بالتعاون مع الإختصاصات المختلفة.

المؤلفون

Seymur Gurbanov

طبيب أسنان

Oskana Petruchin

Dr. med. dent.

Georg-Hubertus Nentwig

Prof. Dr. med. med.

مستشفى الجراحة السنية والغرس

مركز طب الفم والأسنان والفكين (Caroliun)

المستشفى الجامعي في فرانكفورت

Theodor-Stern-Kai 7/Haus 29

60590 Frankfurt a. M., Germany

E-Mail: petruchin@med.uni-frankfurt.de

فيتامين ب١٢. ويمكن أن تشير حالات القلاع المتكسبة إلى وجود مرض نظمي مما يستدعي إجراء الكشف المتعدد الإختصاصات لأسبابها. قد تكون الإنتفاخات في مجال الشفاه تعبيراً عن رد فعل تحسسي أو تظهر - خاصة عند ترافقها بشقوق في اللسان - كعرض على وجود متلازمة ميلكيرسون - روزنتال. تنتمي هذه المتلازمة المؤلفّة من شلل العصب الوجهي وإنتفاخ الشفاه واللسان ذي الثنيات إلى مجموعة الأمراض الحبيبية الوجهية الفموية، وهي تظهر علاقة وثيقة مع متلازمة كرون وكذلك مع التهاب الشفة الحبيبي.

يمكن أن يرجع انتفاخ اللثة إلى اسباب متعددة بدءاً من التهاب اللثة نتيجة تشكل اللويحات أي التهاب اللثة الجرثومي المنشأ وحتى الزوائد الناجمة عن الأدوية كتناول Ciclosporin A أو Nifedipin أو Phenytoin. هذه العوامل المخرضة ترافق غالباً مع تشكل زوائد مختلفة. أما التغيرات الموضعية فيمكن إرجاعها غالباً إلى عوامل موضعية مثل التنفس من الفم أو حمل أجهزة التقويم. عدى ذلك فإن التأثيرات المناعية، كتلك التي تطرأ خلال الحمل، أو الأمراض النظامية كأبيضاض الدم من بين الأسباب المحتملة لظهور الزوائد اللثوية.

عدى متلازمة كرون يعتبر التهاب القولون التقرحي من الأمراض الإلتهابية المزمنة للأمعاء المشابهة في أسبابها. ويمكن أن ترافق هذه الأمراض أيضاً مع عوارض فموية مشابهة لتلك المرافقة لمتلازمة كرون، ومن بين هذه الأعراض بشكل خاص القلاع والتقرحات في الغشاء المخاطي للفم. يصعب تشخيص متلازمة

السريية والشعاعية والتنظيرية مع أخذ عينات نسيجية. وتظهر نتائج خزعات الأغشية المخاطية في الأمعاء أو الفم التهاب نسج شبه ظهارية غير جينية غير حبيبية. وتهدف معالجة هذا المرض غير القابل للشفاء بشكل مبدئي إلى تخفيف الأعراض بمساعدة إجراءات موضعية كأستعمال المراهم المخدرة الموضعية أو الحاوية على الكورتيزون في حالة الإصابات الفموية المنعزلة أو بالمعالجة النظامية بأدوية كبح المناعة (Azathioprin, Methotrexat, Cyclosporin) في حال وجود عوارض معوية. ويجب أن تتم المعالجة في البداية بشكل محافظ بإستعمال الأدوية المذكورة أو الحميات الغذائية، في حين يصبح في كثير من الحالات من الضروري مع تقدم المرض القيام بمدخلات جراحية في الامعاء.

التشخيص التفريقي

تتعدد أشكال الأعراض التي يمكن أن تصيب الغشاء المخاطي للفم في متلازمة كرون. ومن بين الظواهر الفموية تغيرات حزازية طولانية، وإنتفاخات الشفاه واللثة وكذلك الآفات القلاعية أو التقرحية. ويمكن أن ترافق مثل هذه العوارض مع أمراض نظمية أخرى أو تظهر بشكل مستقل عن أي مرض خاص.

يمكن أن تكون التآكلات السطحية في الغشاء المخاطي للفم والتي تأخذ أشكال تتراوح من القلاع المجهرى وحتى التقرحات الكبيرة المساحة والعميقة إشارة إلى وجود مرض أساسي مثل متلازمة بهجت أو قلة العدلات الدورية. كما يمكن أن تكون من العوارض الجلدية المرافقة لنقص الحديد أو الزنك أو