

مقدمة:

الشفيتين هي أحد مكونات الحفرة الفموية التي تتعرض للإصابة الرضية والاصابة ببعض العوامل الحية (الجراثيم، الفيروسات، الفطريات)، كما يوجد العديد من الأمراض الجهازية التي تملك تظاهرات على الشفتين سوف نتطرق لها في محاضرتنا.

تملك الشفتين طبيعة خاصة إلى حد ما مقارنة بأجزاء الحفرة الفموية الأخرى وذلك بسبب طبيعتها النسيجية فبعض مراجع طب الجلد تصفها بأنصاف المخاطيات، وبسبب موقعها الذي يجعلها أكثر عرضةً للحوادث الرضية والعوامل الفيزيائية (أشعة الشمس، الحرارة، ...)، بالإضافة لبعدها عن اللعاب مما يغير طبيعة الفلورا والذي يغير من منهج الإصابة وبيروتوكول العلاج.

جنيئاً:

- تتشكل الشفة السفلية من نتوء الفك السفلي (المتشكل من القوس الغلصمية الأولى).
- تتشكل الشفة العلوية من نتوء الفك العلوي (المتشكل من القوس الغلصمية الأولى أيضاً).

نسيجياً:

- نسي المنطقة بين الوجه الداخلي للشفة والوجه الخارجي بالمنطقة الانتقالية التي تتألف من ظهارة مطبقة رصفية متقرنة ذات امتداد بشروي واسع ضمن الأدمة الخالية من الغدد اللعابية والعرقية والأجربة الشعرية، بينما تكون غنية بالأوعية الدموية مما يكسبها لونها الأحمر.
- الوجه الداخلي للشفة مبطن بظهارة مطبقة رصفية غير متقرنة.
- بينما يغطي الوجه الخارجي للشفة جلد رقيق يتألف من 3-5 طبقات خلوية، يحوي على عدد قليل من الخلايا الصباغية مقارنة مع جلد الوجه، ويحوي على غدد دهنية وعرقية وأجربة شعرية.

تشريحياً:

- تلتحم الشفتان في الوحشي بالصوار (زاوية الفم) Oral Commissures.
- يفصل الشفة العلوية عن الشدق الثلم الأنفي الشفوي Nasolabial Sulcus.

- يمتد في منتصف الشفة العلوية بدءاً من الحاجز الأنفي الأوسط ميزابة شفوية تدعى النثرة Philtrum، تتجه نحو الأسفل حيث تقسم الشفة إلى قسمين جانبيين وقسم متوسط، يتشكل لدينا قوس كيبويد Cupid's Bow يكون بشكل حرف M.
- يلاحظ في منتصف الوجه السفلي للشفة العلوية وجود الحديبة الشفوية العلوية Tuberculum of Superior Lip وهي أكثر وضوحاً لدى الاناث والأطفال.
- يفصل الشفة السفلية عن الذقن الثلم الذقني الشفوي Mentolabial sulcus.
- يلاحظ عند المسنين ظهور تلم موازي للثلم الأنفي الشفوي يدعى الثلم الشفوي الهامشي Labiomarginal sulcus وهو يفصل الشفة السفلية عن الشدق.
- تسمى منطقة التقاء الشفة مع الجلد بالحد القرمزي Vermillion border
- مكان التقاء الشفة مع المخاطية الشفوية أو التقاء الجزء الخارجي مع الداخلي بالشفة يسمى wet line ويوافق نقطة تماس الشفة العلوية مع السفلية.

التهابات الشفة:

(1) التهاب الشفة الغدي Cheilitis Glandularis:

- التهاب الشفة الغدي هو اضطراب التهابي مزمن نادر يصيب الشفة السفلى غالباً.
- السبب لا يزال غير معروف، العديد من الدراسات اقترحت العوامل المسببة مثل التغيرات الشعاعية والتدخين والصحة الفموية السيئة والوراثة.
- يؤثر في الغالب بالأفراد الذين تزيد أعمارهم عن 40 عامًا، على الرغم من أنه لوحظ أيضاً في المراهقين (احتمال إصابة الذكور أعلى).
- وهو ناتج عن تضخم والتهاب الغدد اللعابية الصغيرة.

سريرياً:

يتظاهر بتورم وانقلاب للشفة السفلى نحو الخارج وتكون فوهات الغدد اللعابية الصغيرة متوسعة وملتهبة، قد يؤدي الضغط على الشفة إلى خروج سائل شبيه بالمخاط، قد نلاحظ في بعض الحالات الأكثر شدة وجود سحجات وقشور وخراجات دقيقة، بينت بعض الدراسات قابلية تحوله إلى سرطان شائك الخلايا بنسبة 2-30%.

يصنف التهاب الشفة الغدي إلى 3 أشكال وفقاً لشدة المرض:

*الشكل البسيط (الأكثر شيوعاً)

*الشكل القيجي السطحي

*الشكل القيجي العميق

الشكلان الأخيران ناتجان عن عدوى جرثومية، وتكون العلامات والأعراض السريرية أكثر حدة. يعتقد أن الأنواع الثلاثة تمثل دورة مستمرة وتطور المرض إذا ترك الشكل البسيط دون علاج.

التشخيص التفريقي يتضمن:

- التهاب الشفة الحبيبي (يصيب كلا الشفتين عادةً)
- داء كرون (مظهر الحجارة المرصوفة في المخاطية الفموية)
- الساركويد (إصابة الاطفال – إصابة جهازية)
- الورم العرقي اللمفي (الضغط عليه لا ينتج مفرزات مخاطية)
- الوذمة الوعائية اللمفية (قصة مرضية للتعرض للمؤرج، انتباج منتشر يزول خلال 72 ساعة)

يعتمد التشخيص على السمات السريرية ولكن يجب تأكيده عن طريق الخزعة والفحص النسيجي المرضي اللاحق.

التدبير والعلاج والانداز:

يعتمد على تحديد العوامل المسببة واستبعادها، استعمال الستيروئيدات الموضعية والمضادات الحيوية (في حال التعرض للانداز)، وفي الحالة الأكثر شدة غير المستجيبة للعلاج نلجأ للجراحة التجميلية. اندازه جيد للشكل البسيط ومتوسط للشكلين القيجين.

(2) التهاب الشفة الحبيبي:

- حالة التهابية مزمنة نادرة تحدث بالية امراضية مجهولة، تصيب كلا الشفتين عادةً، يدعى أيضاً بالتهاب الشفة ل ميسر Miescher.

- يصيب الفئة العمرية الشابة من كلا الجنسين على حد سواء.
- قد يكون عرض من أعراض متلازمة ميلكرسون روزنتال التي تترافق بالإضافة لذلك مع شلل وجهي ولسان متشقق.

سريراً:

انتباج منتشر غير مؤلم يصيب كلا الشفتين عادةً (ولكن احتمال ان يصيب أحدها فقط). الجلد المحيط بالشفاه والمخاطية الفموية قد يكون طبيعي أو حمامي. قد يتشكل في سياق الامراضية حويصلات وتقرحات وندبات. غالباً ما تكون بدايته مفاجئة وينهج منهج الأزمان مع فترات تراجع وتفاقم، مما يؤدي بالنهاية لضخامة شفوية مستديمة وتصبح الشفاه قاسية القوام مطاطية.

التشخيص التفريقي يتضمن:

- التهاب الشفة الغدي (الضغط على الشفة يؤدي لخروج مفرزات مخاطية)
- متلازمة ميلكرسون روزنتال (تترافق مع شلل وجهي ولسان متشقق)
- داء كرون (مظهر الحجارة المرصوفة للمخاطية الفموية)
- الساركويد (اصابة الأطفال – اصابة جهازية)

ونعتمد على الفحص النسيجي المرضي لوضع التشخيص النهائي.

التدبير والعلاج والانداز:

استبعاد العوامل المسببة، واستعمال الستيروئيدات الموضعية (حقتاً ضمن الافة) وأهمها تريامسينولون، واستعمال التتراسكلين الفموي، في الحالات الشديدة نعطي كورتيكوستيروئيد جهازي مثل بريدنيزلون (20-30 ملغ/يومياً) لمدة (2-3) أسابيع مع مينوكلين (100-150 ملغ/يومياً) لمدة (1-2) شهر. في الحالات المعقدة على العلاج دوائي نلجأ للجراحة.

اندازه بشكل عام جيد.

(3) التهاب الشفة التوسفي Exfoliative Cheilitis:

- حالة التهابية مزمنة غير شائعة تتميز بتشقق وتقشر وتوسف مستمر للحافة القرمزية للشفة، وتصيب كلا الشفتين عادةً.
- أما أن تكون الاصابة بسيطة ناجمة عن التعرض للعوامل الخارجية مثل الحرارة، البرد، الرياح الجافة أو حرق الشمس، حيث تتراجع الحالة باستبعاد هذه العوامل واستعمال الكريمات المرطبة والواقية.
- اما ان تتجه الافة نحو الازمان عن طريق مص وعض الشفتين كتعبير عن اضطراب نفسي عند الاطفال والفتيات الشابات أو عن طريق اقتلاع القشور باليد وغيرها من الطرق الراضة، قد نشاهد هذه الحالة ايضاً لدى مرضى التنفس الفموي.
- قد يكون التهاب الشفة التوسفي مظهراً للاكزيما التأتبية.

سريراً:

احساس بالحرقنة وتوذم خفيف ثم تموضع للقشور السميقة التي يمكن أن تقتلع تاركه منطقة حمامية مؤلمة، يمكن أن تستعمر المنطقة ايضاً بالمبيضات البيض، بشكل عام في الحالات الخفيفة نلاحظ وجود جفاف مزمن في الشفتين وتندب على الحافة القرمزية للشفتين، في الحالات الأشد نلاحظ تشكل قشور سميقة وقد يصاب الجلد المحيط بالشفتين وتظهر عليه قشور حمامية، تمر الحالة بفترات تفاقم وتراجع مما يسبب مشكلة جمالية حقيقية لدى المريض/ة.

التشخيص التفريقي يتضمن:

- التهاب الشفة التماسي (قصة مرضية للتماس مع مؤرج)
- التهاب الشفة الضيائي (مهنة وتعرض مديد لأشعة الشمس)
- التهاب الجلد حول الفم (حمامى وحرقنة حول الفم توافق توضع اللسان)
- التهاب الشفة والجلد اللعقي. (حمامى وحرقنة توافق حركة اللسان)

يتم وضع التشخيص عادة بناءً على المعطيات السريرية، ولا داعي لفحوص متممة.

التدبير والعلاج والانداز:

تحديد العوامل المسببة واستبعادها، استعمال الواقيات والمرطبات في الحالات الخفيفة، في الحالات الأشد نلجأ للستيروئيدات الموضعية، قد تتطلب الحالة في بعض الأحيان لعلاج وتهدئة نفسية (إذا كانت الافة نفسية

المنشأ)، كما يفيد أيضاً الاستخدام الموضعي لمزيج التاكروليموس (بروتوبيك) 0.1 أو 0.03٪ مرتين في اليوم لمدة أسبوع أو أسبوعين، متبوعة لمدة أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع مرة واحدة، الانذار جيد.

4) التهاب الشفة التماسي (الاحتكاكي) Contact Cheilitis:

- هو تفاعل التهابي حاد في الشفتين ناجم عن التماس مع مادة كيميائية مخرشة أو مؤرجة.
- من المواد المسببة الشائعة هي أحمر الشفاه وبعض الأطعمة (الحامضيات- المانغو- الأرضي شوكي..)
- بالإضافة لمختلف المواد التي يستعملها طبيب الأسنان في سياق المعالجات المتنوعة.
- قد تقتصر الإصابة على الجزء القرمزي للشفاه أو تمتد حولها إلى الجلد المجاور.

سريراً:

قد يتشابه مع التهاب الشفة التوسفي أو تكون الاستجابة أكثر حدة فيحصل توذم وتحوصل. وذمة خفيفة وحمامى يلها تشكل قشور بنية سميكة يمكن أن تُقتلع. يمكن ان يذكر المريض احساس الحرقه وجفاف الشفاه وألم خفيف.

التشخيص التفريقية:

- التهاب الشفة التوسفي. (لا يوجد قصة مرضية للتعرض لمؤرج)
- التهاب الشفة بالخلايا البلازمية. (قد يترافق مع التهاب لثة بالخلايا البلازمية)
- التهاب الشفة اللعقي. (حمامى وحرقه توافق توضع اللسان)
- التهاب الشفة الضيائي. (مهنة وتعرض مديد لأشعة الشمس)

يعتمد التشخيص النهائي على القصة المرضية والمظهر السريري.

Patch Test أو ما يعرف باختبار التحسس ضروري لتحديد العامل المخرش.

التدبير والعلاج والانذار:

تحديد العامل المسبب واستبعاده في الحالات الخفيفة، وفي الحالات الأكثر شدة نلجأ للستيروئيدات الموضعية ومضادات الهيستامين.

الانذار جيد.

(5) التهاب الشفة الضيائي Actinic Cheilitis:

- آفة محتملة الخباثة (أي لها قابلية للتحويل الخبيث أو ما يعرف سابقاً بالأفات قبيل السرطانية) في الشفة ناجمة عن التعرض المديد لأشعة الشمس (الأشعة فوق البنفسجية)، تصاب الشفة السفلية أكثر ويقل شيوعه لدى النساء ربما بسبب الفعل الواقي لأحمر الشفاه.
- لها علاقة بالمهنة حيث نشاهدها أكثر شيوعاً في المهن التي تتطلب التعرض الطويل لأشعة الشمس مثل المزارعين والبحارة.
- تصيب عادة الأشخاص المتقدمين بالعمر فوق ال 50 عام.
- الحالة تظهر ببطء شديد لذلك قد لا ينتبه عليها المريض ولا تستدعي مخاوفه لكي يراجع الطبيب، تنهج نهج ناكس مزمن.

سريرياً:

في المرحلة المبكرة نلاحظ: حمامى معتدلة ووذمة تتبع بجفاف وتقشرات ناعمة (وسوف) في الشفة السفلية على الحافة القرمزية. مع تطور الآفة البشرية تصبح رقيقة ناعمة ذات تضارب لوني بين الرمادي والابيض مع وجود مناطق حمراء في الآفة وعقيدات بالغة في الصغر. وتصبح الشفاه جافة ومتشققة مع قشور، قد نشاهد حدوث تقرح الذي يدل على توجه الآفة نحو الخباثة.

التشخيص التفريقي:

- التهاب الشفة التماسي. (قصة مرضية لتماس مع مؤرج)
- التهاب الشفة التقشري. (يتوافق مع قشور وجفاف)
- التهاب الشفة الناجم عن التعرض للاشعاع. (قصة مرضية لعلاج شعاعي)
- الحزاز المسطح. (افات جلدية حاكة)
- الطلاوة البيضاء. (وحيدة ومعزولة)
- السرطان الشائك الخلايا. (مظاهر خباثة، تقدم ونمو سريع)

يعتمد التشخيص النهائي على القصة المرضية والمعطيات السريرية ولكن تبقى الخزعة ضرورية لتحديد احتمالية التحول الخبيث للآفة.

التدبير والعلاج والانداز:

يعتمد على ازالة الأعراض ومنع تقدم الافة من خلال تأمين الوقاية من الشمس، ويمكن استعمال
الستيروئيدات الموضعية والليزر CO2 وتطبيق الفلوراسيل الموضعي، في الحالات الشديدة نلجأ للاستئصال
الجراحي مع المتابعة الدورية للمريض.

الانداز متوسط.

(6) التهاب الشفة الزاوي Angular Cheilitis:

- هو التهاب شائع لزوايا الفم، قد يكون في البداية محدود بزوايا الفم وقد يمتد للملتقى المخاطي
الجلدي والجلد حول الفم في الحالات الشديدة، يدعى أيضاً بالصباغ Perleche.
- العوامل المسببة عديدة تشمل: نقص البعد العامودي (العامل الأشيع) - الرض الميكانيكي - العوز
الغذائي (الحديد - فيتامين B) - الانتان الجرثومي او الفطري - السكري غير المشخص - القصور
الكلوي المزمن يؤدي لفقر دم - داء كرون - الساركويد - متلازمة جوغرن - الايدز - فقر الدم
ضخم الأرومات - متلازمة بلومر فينسن.

سريرياً:

يتظاهر بمنطقة ثلاثية الزوايا محمرة متوذمة في جهة أو على الأغلب في الجهتين معاً وقد يتواجد شقوق مغطاة
بقشور ولويحات بيضاء، هذه القشور قد تكون سميكة وجافة ومصطبغة يتدفق اللعاب عادةً إلى المنطقة
المأوفة فتستعمر لاحقاً بالمبيضات البيض والجراثيم العقدية والعنقودية. يذكر المريض أنه يشعر بحس
الحرقة وجفاف الفم مما يدفعه لللعق المنطقة بلسانه مما يفاقم الحالة. الافة تمر بفترات هدوء وفترات
اشتداد.

التشخيص التفريقية:

- فقر الدم بعوز الحديد. (تحليل دم)
- فقر الدم بعوز فيتامين B2 الريبوفلافين. (تحليل دم)
- متلازمة عوز المناعة المكتسب AIDs. (انخفاض حاد في اللمفاويات)
- متلازمة بلومر فينسن. (لسان أحمر لماع)
- داء كرون. (منظر الحجارة المرصوفة)

نعمتد في وضع التشخيص لهذه الحالة عادة على المظهر السريري.

التدبير والعلاج والانداز:

تحديد السبب ومعالجته والتعويض عن حالات العوز، تطبيق مضادات الفطور والجراثيم موضعياً واستعمال الستيروئيدات الموضعية.

الانداز جيد.

(7) التهاب الشفة بالخلايا البلازمية Plasm cell Cheilitis:

- حالة التهابية غير شائعة تحدث بالية امراضية غير معروفة. تصيب الأفراد متوسطي العمر.
- قد تكون مرافقة لالتهاب اللثة بالخلايا البلازمية.
- السبب مجهول ومن المرجح ارتكاسات الحساسية الموضعية – الخلل في الخلايا البلازمية – معاجين الأسنان – الفلفل والتوابل.

سريرياً:

حمامى منتشرة ووذمة خفيفة للحافة القرمزية عادة في الشفة السفلية، قد يوجد افات مشابهة في اللثة وعلى اللسان. احساس بالحرقة يزداد عند استخدام معاجين الأسنان أو التوابل، وقد تصبح الشفة جافة مع تشقق وضمور وقد يتشكل التهاب شفة زاوي أيضاً. الافة عادة ناكسة رغم العلاج.

التشاخيص التفريقية:

- التهاب الشفة التماسي. (قصة تماس مع مؤرج)
- التهاب الشفة الضيائي. (مهنة تعرض مديد للشمس)
- داء المبيضات الحمامي. (يستجيب للعلاج بمضادات الفطور، المسحة تبدي خيوط فطرية)
- الطلاوة الحمراء. (مظاهر خبائة، تقرح)
- الحزاز المسطح. (افة جلدية حاكة)

نعمتد في التشخيص النهائي على الخزعة والفحص النسيجي المرضي.

التدبير والعلاج والانداز:

تحديد العوامل المسببة واستبعادها، ومعالجة الأعراض، استخدام الستيروئيدات الموضعية، وحقن الستيروئيد ضمن الافة.

الانداز جيد.

(8) التهاب الجلد الناجم عن لعق الشفة Licking Cheilitis and Dermatitis:

- هو تهيج مزمن سببه لعق الشفاه والجلد حول الفم باللسان، ويكثر عند الأطفال.
- تتراجع الحالة إذا قام المريض بإيقاف هذه العادة.

سريراً:

تبدو أعراضه في المناطق السابقة الذكر على شكل حمامى منتشرة تمتد لزوايا الفم والحواف القرمزية والجلد حول الفم مترافقة مع تقشر وتشقق وهذه الأعراض تكون مختلفة الشدة. العلامة الشائعة هنا الاحساس بالحرقة. قد تترافق الحالة مع جفاف بالفم.

التشخيص التفريقي:

- التهاب الجلد حول الفم. (حمامى وجفاف يتوافق مع توضع اللسان)
- التهاب الشفة التماسي. (قصة مرضية للتماس مع مؤرج)
- التهاب الشفة التوسفي. (وسوف وقشور)

يعتمد وضع التشخيص على القصة المرضية والمظاهر السريرية.

التدبير والعلاج والانداز:

إيقاف هذه العادة السيئة وتطبيق الستيروئيدات الموضعية.

الانداز جيد جداً.

(9) شق الشفة الناصف Median Lip Fissure:

- هو اضطراب نادر نسبياً يصيب القسم المتوسط من الشفة السفلية أو العلوية، بالية مرضية غير واضحة.
- له ميل للنكس والتعنيد، ونشأه لدى الذكور أكثر من الاناث.
- السبب غير واضح، تم اقتراح العديد من العوامل المؤهبة مثل الرض، التغيرات الحرارية والرياح الجافة، متلازمة داون، داء كرون، الايدز، الوراثة، التعرض المديد لأشعة الشمس وغيرها

سريراً:

شق عميق ذو حواف ملتتهبة عامودي دائماً في منتصف الشفة، غالباً ما يستعمر بالمبيضات البيض والبكتريا. الشعور بعدم الراحة والألم والنزف العفوي من الشق هي أعراض شائعة.

التشخيص التفريقي:

- الرض الميكانيكي او الحراري. (قصة مرضية)
- شق الشفة. (يتجاوز الحد القرمزي)
- مرض جهازى (داء كرون – ايدز ...)

نعمد في التشخيص عادة على الموجودات السريرية.

التدبير والعلاج والانداز:

معالجة الأعراض واستعمال الستيروئيدات الموضعية، نحتاج أيضاً لمضادات الفطور والبكتريا، نلجأ للجراحة التجميلية في الحالات الشديدة.
الانداز جيد.

(10) الوذمة الوعائية Angioedema:

- انتباج وذمي عابر يصيب النسيج الضام (الأدمة) والأنسجة تحت الجلد وتحت المخاطية، قد تمتد الاصابة إلى الجهاز الهضمي أو التنفسي وعندها تعتبر مهددة للحياة.
- للوذمة نمطان: وراثي (نادر) ومكتسب (شائع).
- النمط الوراثي يكون فيه نقص او خلل وظيفي في مثبط C1 استيراز.
- النمط المكتسب اما ان يكون مناعي او غير مناعي أو مجهول السبب.
- الشكل المكتسب يمكن أن يسبب بالأطعمة أو الأدوية أو اللاتانات أو خلل مناعي أو خباثات أو تخدير موضعي، في كثير من الحالات لا يمكن تحديد العامل المسبب، المؤرج يحدث رد فعل تحسسي متواسط بالغلوبيولين المناعية E وازالة حبيبات الخلايا البدنية مما يؤدي لتحرر الهيستامين والبراديكاين مما يسبب توسع الأوعية وزيادة النفوذية الوعائية واستهلاك الـ C4 من الجملة المتتممة وانخفاض مستوياته ضمن البلازما ولكن مستوى الـ C1 وC3 يبقى طبيعي.

سريريا:

له بداية مفاجئة، ويستمر عادةً من 24 إلى 72 ساعة، توذم عابر منتشر غير مؤلم رخو، تتشكل مناطق نسيجية متوسعة مثل حول العينين، الشفاه، اللسان، الأعضاء التناسلية، الأقدام، اليدين، والأفات نادراً ما تكون متناظرة. قد يمتد التورم للحنك الرخو، وفي الحالات التي تشمل الاصابة فيها الجهاز الهضمي تترافق مع ألم بطني حاد وتقيؤ، وعندما تمتد لجهاز التنفس فإنها تترافق بوذمة الحنجرة وانسداد الطرق التنفسية العليا وتهديد الحياة مما يستوجب نقل المريض للمشفى.

التشخيص التفريقية:

- التهاب الشفة الحبيبي. (تورم كل الشفتين ذو قوام مطاطي)
- التهاب الشفة الغدي. (الضغط على الشفة يؤدي لخروج مفرزات مخاطية)
- التهاب الشفة التماسي. (قصة التعرض لمؤرج)
- رض. (قصة مرضية)

نعتمد في التشخيص على القصة المرضية والموجودات السريرية، قد نلجأ لبعض الفحوص المتتممة كالفحوص النسيجية المرضية والفحوص المناعية.

التدبير والعلاج:

إبعاد العامل المسبب المشتبه به فوراً، إعطاء مضادات الهيستامين لمدة 4-5 أيام، وفي الحالات الأشد نلجأ للاستيروئيدات الجهازية، وحقن الابينفرين عضلياً، في حال المعرفة بقصة وذمة وراثية نعطي مثبطات الC1 استيراز.

لمعالجة الصدمة التأقية اسعافياً: نلجأ لقتطرة وريدية وإعطاء بدائل دموية، حقن الأدرينالين بمحلوله الألفي تحت الجلد (0.5-1) مل كل ساعة إلى ساعتين، وفي الحالات الأشد تهديداً للحياة نعطيه وريدياً 3مل من محلوله الممد عشر مرات (0.3 مل من المحلول الألفي). نعطي أيضاً التيوفلين (موسع قصبي) حقن وريدي وببطء، قد نلجأ أيضاً لتنبيب الحنجرة وإعطاء الأوكسيجين، ونعطي الهيدروكورتيزون وريدياً.

11) الوذمة اللمفية المسببة بالإشعاع Lymphedema due to Radiation:

- المعالجة الشعاعية للآفات الخبيثة التي تحدث في منطقة الفم والرأس والعنق تعتبر سبب في حدوثها.
- تتظاهر الأعراض بحمامى وتوذم غير مترافق مع ألم.
- التأثيرات الجانبية في المخاطية الفموية بعد التشعيع يعتمد على الجرعة والفترة المنقضية في المعالجة.
- يعتمد التشخيص على القصة المرضية والموجودات السريرية.

12. السرطان شانك الخلايا في الشفتين SCC Lips:

- يحدث عادة بين عمر (30-85) سنة، يصيب الذكور أكثر من الإناث.
- يصيب الشفة السفلية بنسبة أعلى بكثير من إصابته للشفة العلوية ولزوايا الفم.
- قد يسبق وجوده الطلاوة، ولكن ليس ذلك في جميع الحالات.
- السبب الحقيقي مجهول، ولكن يوجد الكثير من الأسباب المؤهبة:
- السبب الأشيع التدخين (الحرارة والرض والنواتج الكيميائية هي العوامل المؤثرة في فعل التدخين)، إهمال الصحة الفموية، التعرض المديد لأشعة الشمس، الجروح والرضوض المزمنة، الإفرنجي، عوز الفيتامينات والبروتينات.....

سريراً:

يبدو سرطان الشفة سريراً ذو صورة متباينة، في البدء تكون قرحة محدودة غير مؤلمة مغطاة بقشرة جافة لبعدها عن رطوبة الفم، وتكون غير منتظمة (ذات حواف مشرشرة) صلبة بالجم، وحينما تتقدم الافة تأخذ هيئة فوهة البركان أو تشكل كتلة ورمية بارزة نحو الخارج، قد تتطور الافة بشكل سريع وتأخذ شكل الفطر أو تبقى بسيطة بطيئة التطور، ويتميز سرطان الشفة ببطئ انتشاره واستعماره للعقد اللمفاوية (تحت الفك – تحت الذقن) الموافق لجهة توضع السرطان.

- ان انذار سرطان الشفة هو الأسلم من بين السرطانات الفموية، وذلك لأن المريض سرعان ما ينتبه اليه.
- تختلف طريقة العلاج باختلاف نوع السرطان، فاذا كان حجم الافة 1,5 سم أو أقل فيمكن علاجه جراحياً أو شعاعياً أو بالراديو.
- اما إذا كان حجم السرطان أكبر من ذلك عندها نلجأ لاستئصال الجراحي الواسع مع المعالجة الشعاعية وذلك بسبب امتداده الواسع واستعماره للعقد البلغمية.

نفضل دوماً الطريق الجراحي في العلاج وذلك لـ:

- المعالجة تكون أقصر مدة.
- اختلاطات وانزعاج المريض أقل بعد العملية.
- استطاع التعيين بالفحص النسيجي من أن الورم استؤصل بكامله تقريباً.

المصادر والمراجع:

- (1) حمامي، حسين 2003-2004 علم الجنين العام والخاص بالفم والأسنان، منشورات جامعة تشرين، ص (77، 78)
- (2) حسن، علي & أحمد، ميساء 2012-2013 تشريح الرأس والعنق، منشورات جامعة تشرين (ص 133، 134)
- (3) حمامي، حسين 2011-2012 علم النسيج الخاص بالفم والأسنان، منشورات جامعة تشرين، ص (317 – 322)
- (4) Scully,Crispian (2013) Oral and Maxillofacial medicine 3rd ed . Elsevier Ltd
- (5) Laskaris,George (2017) Color Atlas of Oral Diseases,Diagnosis and treatment 4th ed , Georg Thieme Verlag KG