تظاهرات دهانی ایدز

مترجم: دکتر خسرو سهرابی*

هنگامی که نشانگان نارسائی اکتسابی دستگاه ایمنی یا ایدز[1] در سال ۱۹۸۱ تشخیص داده شد، چنین به نظر می‌رسید که این بیماری به کشور خاص یا گروه ویژه‌ای محدود می‌شود، در حالی که چنین تصوری حتی در آن سال واقعیت نداشت. تحقیقاتی که در سالهای اخیر انجام شده است در شناساندن اهمیت و وسعت همه‌گیری ایدز و ابعادجهانی آن نقش قابل توجهی داشته‌اند، به طوری که امروزه میلیونها انسان را بشدت تهدید می‌کند.

از اینرو در این مقاله برای بیشتر آگاه ساختن افرادی که بگونه‌ای با بهداشت دهان و دندان سرو کار دارند مروری بر شایعترین تظاهرات دهانی ایدز صورت گرفته تا در صورت برخورد با چنین علائمی، احتیاطات لازم بعمل آید.

امروزه در اکثر مجامع علمی به جای واژه "ایدز"، "عفونت ناشی از ویروس مختل کننده ایمنی در انسان" یا "عفونت HIV[2]" بکار میرود. ویروس مولد این عفونت یا HIV معمولا" از سه طریق عمده منتقل میشود: تماس جنسی، از طریق خون و در حین تولد.

مشخصات ویروس ایدز برای اولین بار در ماه مه ۱۹۸۳ بوسیله دانشمندان انستیتو پاستور فرانسه شرح داده شد. در اوایل سال ۱۹۸۴ دانشمندان انستیتوی ملی سرطان امریکا گزارش مبسوطی در باره این ویروس منتشر کردند. در سال ۱۹۸۵ در افریقای غربی ویروس جدیدی کشف شد. اخیرا" ویروس اصلی به HIV-1 و ویروس جدیدتر به

1. Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)

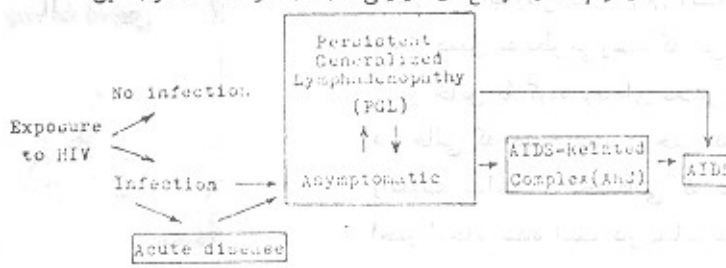
2. Human Immune - Deficiency Virus (HIV) Infection

* عضو هیئت علمی بخش اندودانتیکین دانشکده دندانپزشکی علوم پزشکی ایران

HIV - 2 معروف شده است .

بهر حال پس از تماس ویروس HIV با انسان عموما" فرد به این عفونت مبتلا میگردد البته گاهی اوقات ممکن است مبتلا نشود . در بین افرادی که ابتلا به این عفونت در آنها توسط آزمایشات سرولوژیک تائید میگردد . گروهی برای سالها هیچگونه علائمی از خود نشان نمی‌دهند یا بعبارتی Asymptomatic باقی می‌مانند .

دیاگرام شماتیک پاسخ‌های کلینیکی نسبت به‌عفونت HIV در بالغین



حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد از مبتلایان چند هفته تا چند ماه، بعد از عفونت اولیه، علائمی از یک بیماری حاد را نشان می‌دهند . این علائم عبارتند از تب، راش، تورم غدد لنفاوی همراه یا بدون منژیت آسپتیک و تغییرات خونی مشابه منونوکلئوز عفونی .

عده‌ای دیگر از مبتلایان به عفونت HIV ممکن است به یک لنف آدنوپاتی منتشر پایدار یا PGL[1] مبتلا گردند . البته بعضی از بیماران مبتلا به لنف آدنوپاتی منتشر پایدار ممکن است به حالت Asymptomatic تغییر شکل یابند و یا برعکس. همچنین بیماران با علائم حاد میتوانند مبتلا به لنف آدنوپاتی منتشر پایدار و یا بدون علامت گردند .

بهر حال هم بیماران مبتلا به لنف آدنوپاتی منتشر پایدار و هم بیماران بدون علامت ممکن است به مجموعه بیماریهای وابسته به ایدز یا ARC[2] گرفتار شوند .

از علائم عمده این مجموعه بیماریها میتوان به این عناوین اشاره نمود :

تب دراز مدت، کاهش وزن، اسهال طولانی، کاندیدیاز دهانی، Herpes Zoster متعدد پوستی و لکوپلاکیای مودار[3].

1. *Persistent Generalized Lymphadenopathy (PGL)*

2. *AIDS - Related Complex*

3. *Hairy Leukoplakia*

در نهایت اغلب بیماران مبتلا به مجموعه بیماریهای وابسته به ایدز دچار بیماری کشنده ایدز می‌گردند. بیماریهای شایع در ایدز عبارتند از سارکوم کاپوسی، B- Cell Lymphoma و عفونتهای فرصت طلب. نکته قابل ذکر این است که بیماران بدون علامت یا دارای لنف آدنوپاتی منتشر پایدار میتوانند به طور مستقیم مبتلا به ایدز گردند.

خلاصه مطالب ذکرشده را میتوان در دیاگرام شماتیک موجود در این مقاله مشاهده نمود.

قسمت اعظم حالت مرضی و تظاهرات همراه با عفونتHIV از اختلال دستگاه ایمنی ناشی میشود نه از اثر مستقیم ویروس ایدز.

این تظاهرات از یک سلسله تظاهرات آزار دهنده که کشنده نیستند تا خطرناکترین و مرگ بارترین عفونتها و تومورها متغیر است.

بهر حال عفونت با ویروس ایدز ممکن است در نهان پیشرفت کند و مزمن شود که در واقع ورود به مرحله عفونت مزمن، همان ابتلا به بیماری ایدز است، حال در زیر به شرح تظاهرات عمده دهانی که در طی ابتلا به بیماری ممکن است رخ دهند می‌پردازیم.

یکی از تظاهرات دهانی شایع در عفونت HIV، کاندیدیاز دهانی به انواع با غشاء کاذب، هیپرپلاستیک یا اریتماتو می‌باشد. طبق مطالعات انجام شده، کاندیدیاز با غشاء کاذب که معمولا" به آن برفک یا تراش نیز گفته میشود از شایعترین کاندیدیازهای دهانی در بیماران مبتلا به ایدز است.

کاندیدیاز با غشاء کاذب معمولا" در بیماران بدون عفونتHIV دارای سیر حادی می‌باشد در حالیکه در بیماران مبتلا به این عفونت ممکن است حتی تا ماهها به همان صورت وجود داشته باشد. معمولا" کاندیدیاز دهانی بصورت پلاکهای سفید رنگ و خمیری شکل بر روی مخاط دهان بوده که این پلاکها قابل کنده شدن میباشد و در اینصورت از خود یک سطح خونچکان به جای می‌گذراند. کاندیدیاز دهانی در بیماران مبتلا به عفونت HIVبیشتر بر روی مخاط کام و گونه تظاهر می‌کند. این نوع کاندیدیاز معمولا" به داروهای ضد قارچ موضعی مانند نیستاتین، آمفوتریسین B، کلوتریمازول و میکونازول جواب خوبی میدهد. مصرف Ketoconazol نیز که یک داروی ضد قارچ خوراکی است موءثر بوده اما ممکن است عوارض جانبی ناخواسته‌ای در بر داشته باشد.

شایعترین محل بروز کاندیدیاز هیپرپلاستیک عموما" قسمت‌های خلفی مخاط گونه است، ولی گاهی ممکن است بر روی مخاط کام نیز دیده شود. محل بروز کاندیدیاز

هیپرپلاستیک در بیماران مبتلا به عفونت HIV ، کاملا" با محل بروز آن در افراد معتاد به دخانیات متفاوت است. کاندیدیاز هیپر پلاستیک در این افراد معمولا" در مخاط گوشه لب، در حالیکه در بیماران مبتلا به عفونتHIVدر قسمتهای خلفی مخاط دهان است.

شایعترین محل بروز کاندیدیاز اریتماتو یا آتروفیک، مخاط کام و قسمت خلفی زبان است. معمولا" ضایعات اریتماتو بر خلاف نوع با غشاء کاذب بدون علامت بوده و نمونه‌های تهیه شده از آنها همیشه هایفا یا رشته‌های کاندیدا آلبیکانس قابل مشاهده میباشد. در اغلب موارد میزان بروز کاندیدیاز اریتماتو در بیماران مبتلا به ایدز بعد از کاندیدیاز با غشاء کاذب است.

cheilitis گوشه‌لب در بین افراد مسن که از دندان مصنوعی استفاده می‌کنند و ارتفاع عمودی صورت آنها کاهش یافته است، ضایعه‌ای است شایع ولی اگر چنین ضایعه‌ای در افراد جوانی‌که کمبود ویتامین B_{12} و آهن‌نداشته‌باشنددیده شود میتوان به عفونت HIV مشکوک شد.

Klein در بررسی که در سال ۱۹۸۴ انجام داد، نشان داد که ۵۹٪ بیماران مبتلا به عفونت HIV که دارای نسبت T_4 به T_8 معکوس، لنف آدنوپاتی و کاندیدیاز دهانی بودند، بعد از سه ماه مبتلا به ایدز گردیدند، در حالیکه هیچکدام از بیماران مبتلا به عفونتHIV که دارای نسبت T_4 به T_8 معکوس، لنف آدنوپاتی ولی بدون کاندیدیاز دهانی بودند حتی بعد از ۱۲ ماه به ایدز مبتلا نگشتند، با توجه به این مطالعه و مطالعات محققین دیگر، میتوان نتیجه گرفت که وجود یا عدم وجود کاندیدیاز دهانی در بیماران مبتلا به عفونتHIV، عامل تعیین کنندهٔ خوبی برای ارزیابی پیش آگهی بیماری خواهد بود.

از دیگر تظاهرات دهانی ایدز میتوان به ژنژیویت نکروز دهنده یا ANUG[1] اشاره نمود. بعد از جنگ جهانی دوم، شیوع ژنژیویت نکروز دهنده بسیار افزایش یافت اما در یکی دو دههٔ اخیر، شیوع آن در کشورهای صنعتی بطور چشم‌گیری کاهش یافته است. بهرحالANUG باید با مراقبتهای کافی دندانپزشکی از جمله پروفیلاکسی و مصرف دهان شویه‌های حاوی کلرهگزیدین بدقت کنترل و معالجه شود که البته در موارد شدید میتوان یک تا سه قرص مترونیدازول بصورت خوراکی تجویز نمود. یکی از

1. *Acute Necrotizing Ulcerative Gingivitis*

خصوصیات بارزANUG در عفونتهای HIV سیر سریع تشکیل سکستر است . برای جلوگیری از پیشرفت ضایعه درمان آن در زودترین مرحله ممکن امری بسیار ضروری است . همچنین تصور می‌شود که میکرو بیولوژی ضایعات کلاسیکANUG با ضایعاتANUG در عفونتهای HIV متفاوت باشد .

در ۱۰٪ بیماران مبتلا به ایدز ، زخمهای هرپتیک نیز گزارش گردیده است ، معمولا" ژنژیواستو ماتیت هرپتیک حاد در بیماران مبتلا به عفونت HIV ، بر خلاف نوع رایج آن دارای تظاهرات لثه‌ای بارزتری میباشد .

در سال ۱۹۸۴ ، Green Span اولین فردی بود که ضایعه‌ای را در بیماران مبتلا به عفونت HIV ، لکوپلاکیای مودار یا مواج نامگذاری نمود . این ضایعه Hairy Leukoplakia همیشه بر روی کناره‌های زبان ، معمولا" دو طرفه و اغلب بدون حدود واضح دیده میشود . رنگ ضایعه نیز همیشه سفید است . بندرت میتوان ساختمانهای مو مانند را در این ضایعات مشاهده نمود اما در بیشتر موارد سطح ضایعه بصورت مواج و شیاردار است . هنگامیکه ضایعه بیوپسی شود و یک برش عمودی در ناحیه شیاردار آن تهیه گردد نمائی شبیه به مو مشاهده میشود ، بدین جهت به این ضایعه لکوپلاکیای مودار اطلاق میشود .

مشخصات بارز هیستو لوژیک در لکوپلاکیای مودار عبارت است از :

نمای مو مانند در سطح ، هیپرپاراکراتوز مشخص ، هایفا یا رشته‌های متعدد کاندیدا در لایه‌های سطحی ، وجود لایه Koilocytes ، حد منظم بین لایه هیپرپاراکراتوز و Koilocytes هیپرپلازی اپی‌تلیوم و فقدان التهاب در لامینا پروپریا .

در سال ۱۹۸۶ نیز ، Green Span توانست بطریقه ایمونولوژیکی وجود ویروس Epstein Barr را در اپی‌تلیوم ضایعات لکوپلاکیای مودار ثابت نماید .

از آنجائیکه در اکثر موارد بیمار از ضایعه لکوپلاکیای مودار شکایتی ندارد یا از وجود آن مطلع نیست ، لذا همیشه کناره‌های زبان باید بطور دقیق مورد معاینه قرار گیرد ، همچنین تمام ضایعات سفید بر روی کناره‌های زبان باید بیوسپی شوند . معمولا" بیماران مبتلا به لکوپلاکیای مودار به Zidovudine , acyclovir پاسخ خوبی میدهند . البته گاهی اوقات خود ضایعه بتدریج بهبود می‌یابد .

اکثر مطالعات حاکی از آن است که تقریبا" حدود ۱۵٪ بیماران هموفیل با سرم مثبت (مبتلا به عفونت HIV)، دارای لکوپلاکیای مودار هستند در حالیکه هیچیک از بیماران هموفیل با سرم منفی دارای لکوپلاکیای مودار نمی‌باشند ، همچنین سیستم ایمنی در بیماران هموفیل با سرم مثبت که دارای لکوپلاکهای مودار هستند ، دچار اختلالات

بیشتری میباشد تا در بیماران هموفیل با سرم مثبت ولی بدون لکوپلاکهای مودار.

منحنی بدست آمده توسط Green Span در سال ۱۹۸۷ نشان دهندهٔ رابطه بین لکوپلاکیای مودار و احتمال ابتلا به ایدز است. منحنی حاکی از آن است که ۸۳٪ بیماران دارای لکوپلاکیای مودار که در لحظه تشخیص این ضایعه، مبتلا به ایدز نبودند بعد از گذشت ۳۱ ماه در آنها بیماری ایدز گزارش گردید. بنابر این وجود لکوپلاکیای مودار میتواند عامل خوبی در ارزیابی پیش‌آگهی ایدز محسوب گردد. البته بی‌شک مطالعات بیشتری باید صورت گیرد تا نتایج حاصل از مطالعه Green Span را به طور قطع تائید نماید.

بیماریهای دیگر که ممکن است دارای نمای کلینیکی شبیه به لکوپلاکیای مودار باشند عبارتند از: انواع تظاهرات لیکن پلان، لکوپلاکیای ایدیوپاتیک و کاندیدیاز. بنابراین با وجود چنین احتمالاتی در تشخیص افتراقی، بهتر است همیشه ضایعات سفید بر روی لبه‌های کناری زبان، بیوپسی شود.

نکته قابل تذکر این است که بیمار مبتلا به عفونتHIV با سرم مثبت ممکن است دارای بیش از یک ضایعه دهانی باشد. تا بحال گزارشات متعددی داده شده است که فرد مبتلا به ایدز بطور همزمان دارایANUG، کاندیدیاز اریتماتو و لکوپلاکیای مودار بوده است.

ضایعات دهانی سارکوم کاپوسی از دیگر تظاهراتی است که ممکن است در بیماران مبتلا به ایدز مشاهده گردد، ضایعات دهانی که بصورت لکه‌های متعددی دیده میشوند در مراحل اولیه برنگ قرمز و گاهی کمی متمایل به آبی می‌باشند. تقریبا" در ۲۰٪ از هموسکسوالهای مرد، سارکوم کاپوسی اولین تظاهر بیماری ایدز است. در اکثر بیماران سارکوم کاپوسی از روی پوست شروع میشود در حالیکه در بعضی بیماران ممکن است ابتدا بر روی مخاط دهان ظاهر گردد. ضایعات پوستی سارکوم کاپوسی در ایدز، بر خلاف ضایعات کلاسیک آن که بر روی پاها دیده میشود بیشتر بر روی تنه، دستها و سر و گردن است. بهر حال ضایعات پوستی و مخاطی آن بمرور زمان بزرگتر و تیره‌تر میگردد و بیشترین محل بروز آن در صورت، بر روی نوک بینی است.

اکثر ضایعات دهانی سارکوم کاپوسی بر روی کام است که گاهی اوقات این ضایعات ممکن است زخمی شوند. سارکوم کاپوسی در ایدز، بر خلاف نوع کلاسیک آن، بسرعت اعضای داخلی را نیز درگیر می‌سازد.

بعد از کام، لثه شایعترین محل برای بروز ضایعات دهانی سارکوم کاپوسی است.

بنظر میرسد منشاء این سارکوم سلولهای اندوتلیال باشد. نمای ویژه سارکوم کاپوسی در هم آمیخته شدن سلولهای خاردار با شبکه‌های عروقی ATYPICاست.

در پایان باید ذکر نمود، بیماران مبتلا به عفونت HIV دارای تمایل به بروزلنفوم بخصوص لنفوم منتشر غیر هوچکین نیز می‌باشند و از آنجائیکه این لنفوم دارای قدرت متاستاز بالائی است، میتواند برای بیمار خطرناک باشد.

مأخذ

J. Pindborg

Oral Manifestations of AIDS

Copen hagen, Denmark, WHO, 1988

کسی که دوروست زبانی شیرین ودلی تلخ دارد.

امام علی (ع)