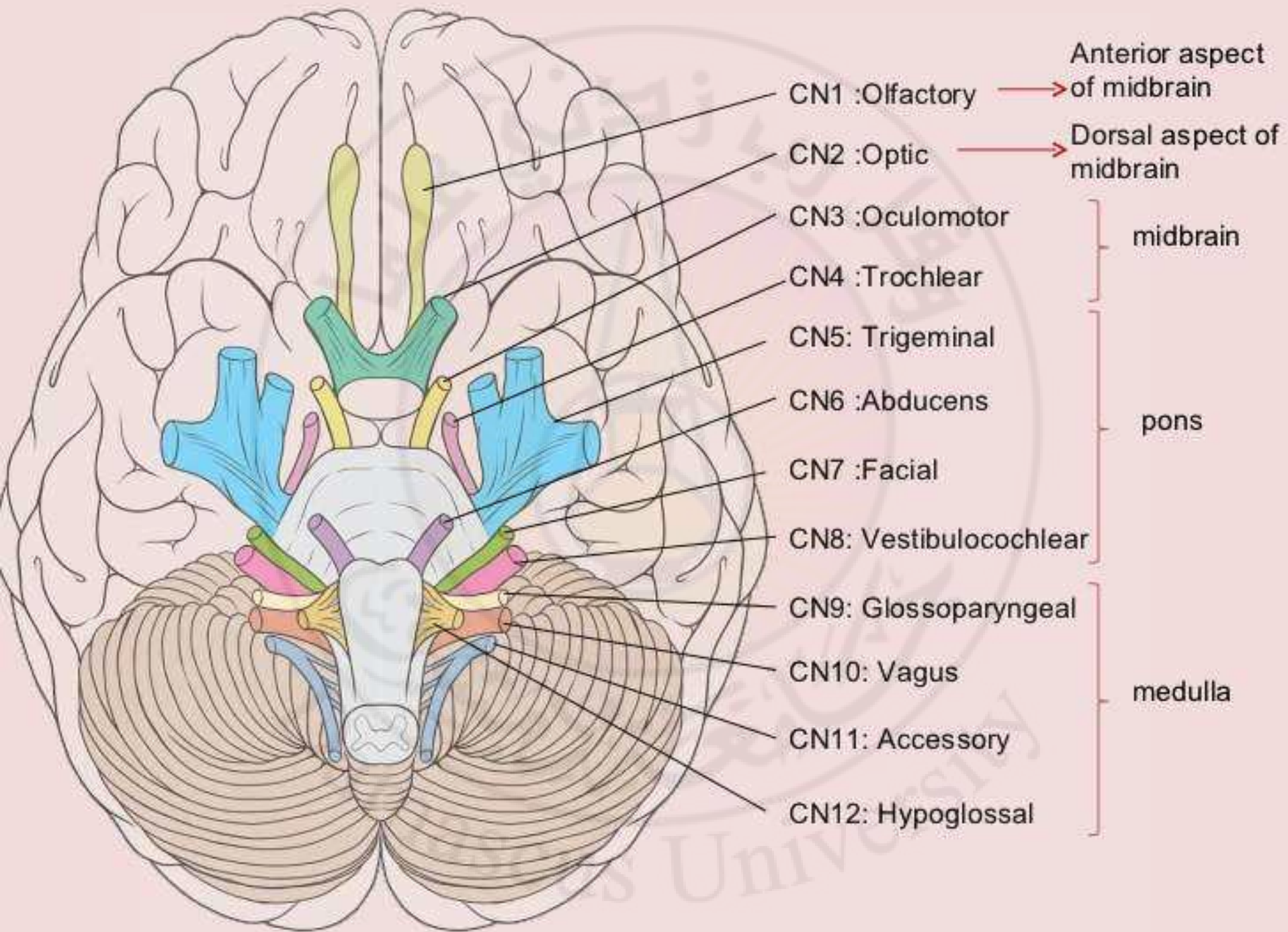
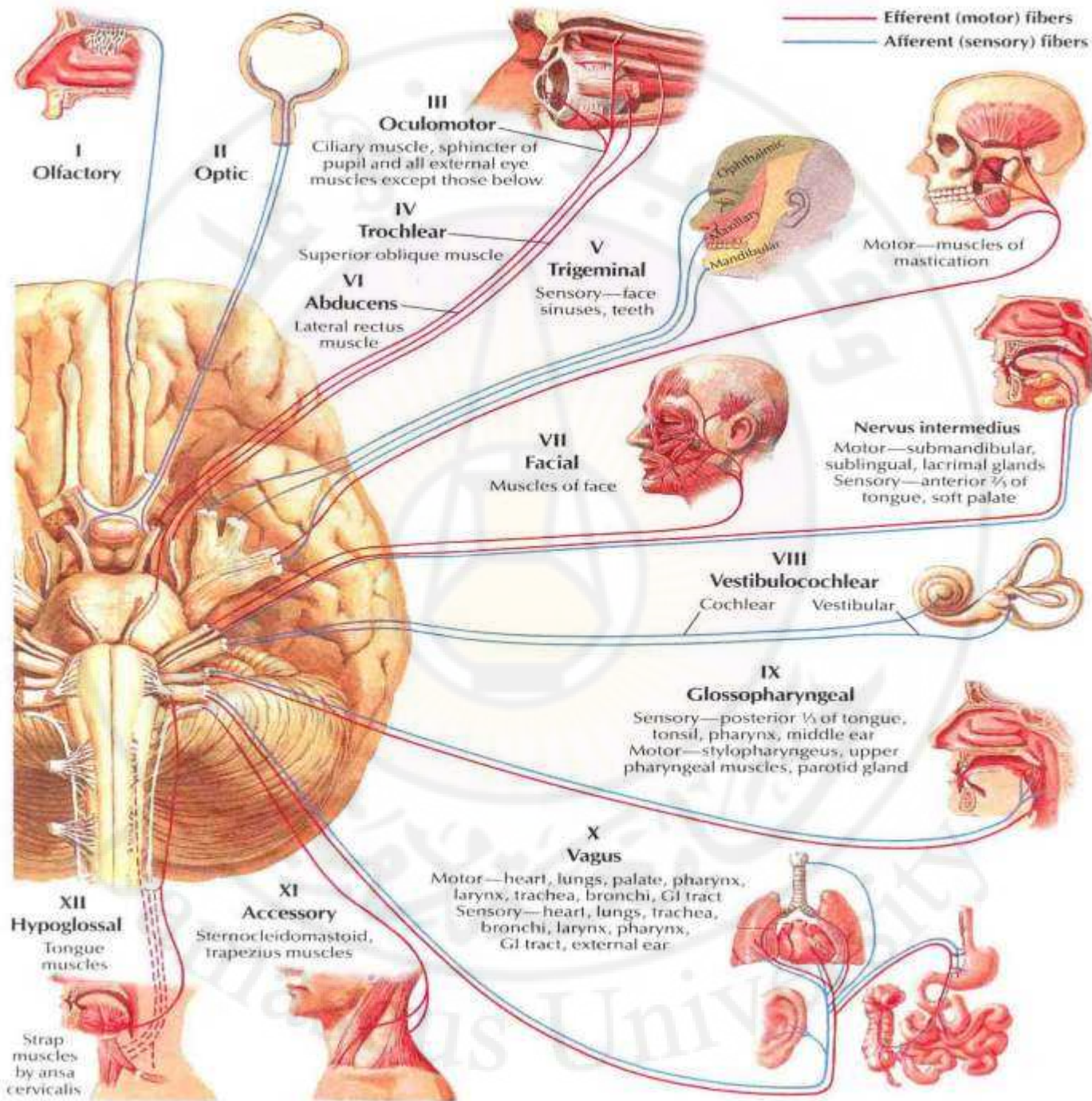
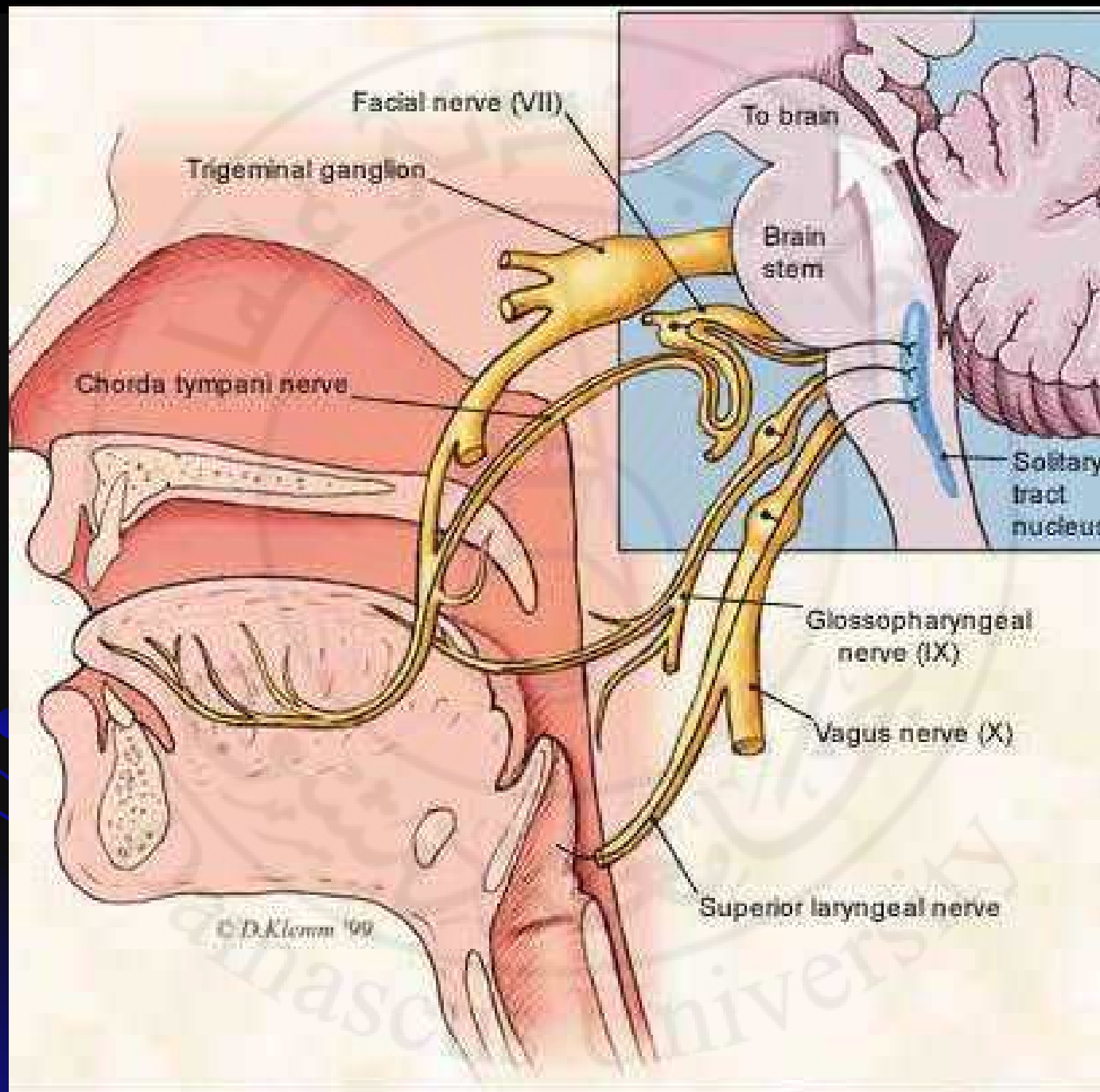


Cranial Nerves Examination

Dr.Abeer Ahmad Aljoujou
PhD. Oral Medicine

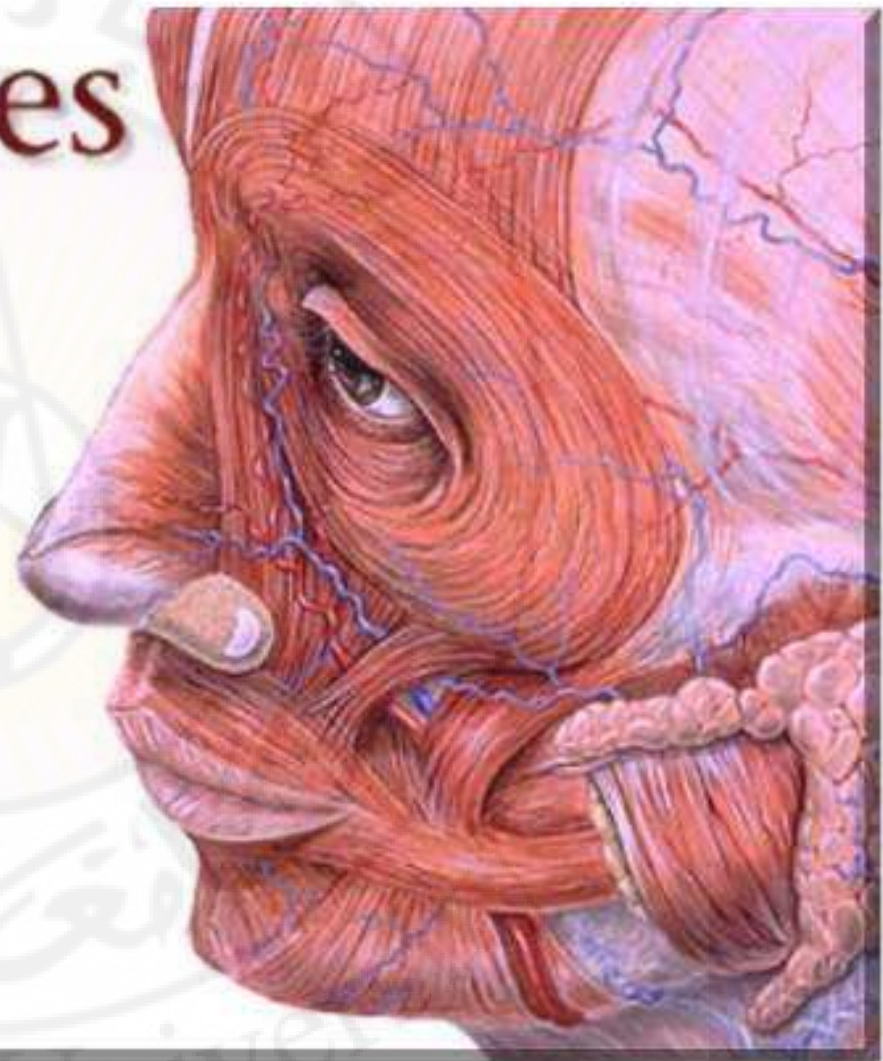






Cranial Nerves

- I Olfactory
- II Optic
- III Oculomotor
- IV Trochlear
- V Trigeminal
- VI Abducens
- VII Facial
- VIII Vestibulocochlear
- IX Glossopharyngeal
- X Vagus
- XI Accessory
- XII Hypoglossal

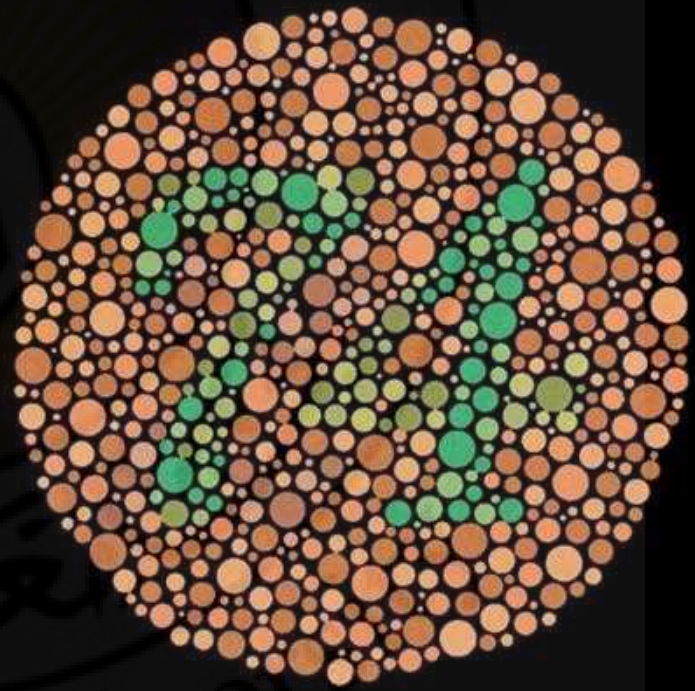


● شم البصير محرّكاً في عينه فبكى اشتياقاً لثلاثي التوأم ...
فتبعد الوجهي يسمع بلعه متجاهلاً شوك اللسان في الفم ..

- The following equipment is required for a cranial nerve examination:
- Handwash مطهر أيدي.
- Item with distinct odour (e.g. orange/lemon coffee, vinegar, etc) مادة عطرية.
- Cotton ball كرية قطنية.
- Pen torch مصباح ضوئي.
- Fundoscope المنظار العيني.
- Tuning fork الشوكة الرنانة.
- Neurological reflex hammer المطرقة العصبية.
- Snellen charts مخطط سنيلن لفحص الرؤية.



E	1	20/200
F P	2	20/100
T O Z	3	20/70
L P E D	4	20/50
P E C F D	5	20/40
E D F C Z P	6	20/30
F E L O P Z D	7	20/25
D E F P O T E C	8	20/20
L E F O D P C T	9	
F D P L T C E O	10	
P E Z O L C F T D	11	



Senellen Chart

Step 2

- Wash your hands, introduce yourself to the patient and clarify their identity. Explain the procedure and obtain consent.

Step 3 : Nerves Examination

1- The Olfactory nerve (CN I) is simply tested by offering something familiar for the patient to smell and identify, for example orange/lemon coffee, or vinegar.



2- The Optic nerve is tested in five ways:

- Acuity حدة البصر
- Colour تمييز الألوان
- Fields الحقل البصري
- Reflexes المنعكسات
- Fundoscopy منظار العين

Visual fields test in one pair of quadrants



Visual Reflexes



fundoscopy should be performed on both eyes.



- Oculomotor Nerve (CN III), Trochlear Nerve, Abducent Nerve (CN VI):

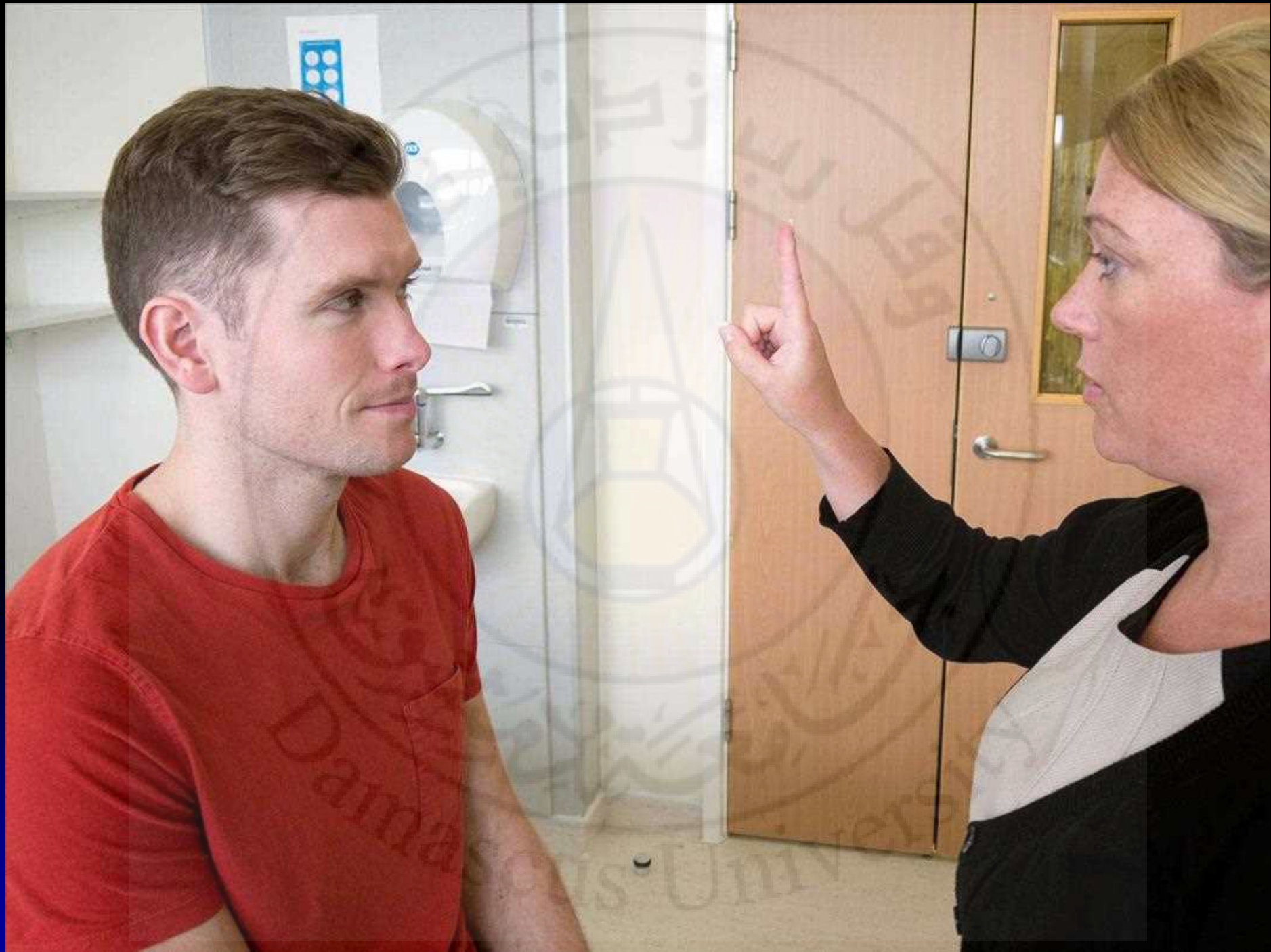
- They are involved in movements of the eye.

- العصب الثالث المحرك العيني : يفحص بالطلب من المريض بتحريك العين للأسفل والأعلى والأنسي وفحص المنعكس الحدقي.

- العصب الرابع البكري : يفحص بالطلب من المريض تحريك العين لأسفل والخارج.

- العصب السادس المبعد العيني : الحركة الجانبية للعين .

- حدوث تضاعف في الرؤية أو عجز عن تحريك العين أو الحول دليل على الإصابة .



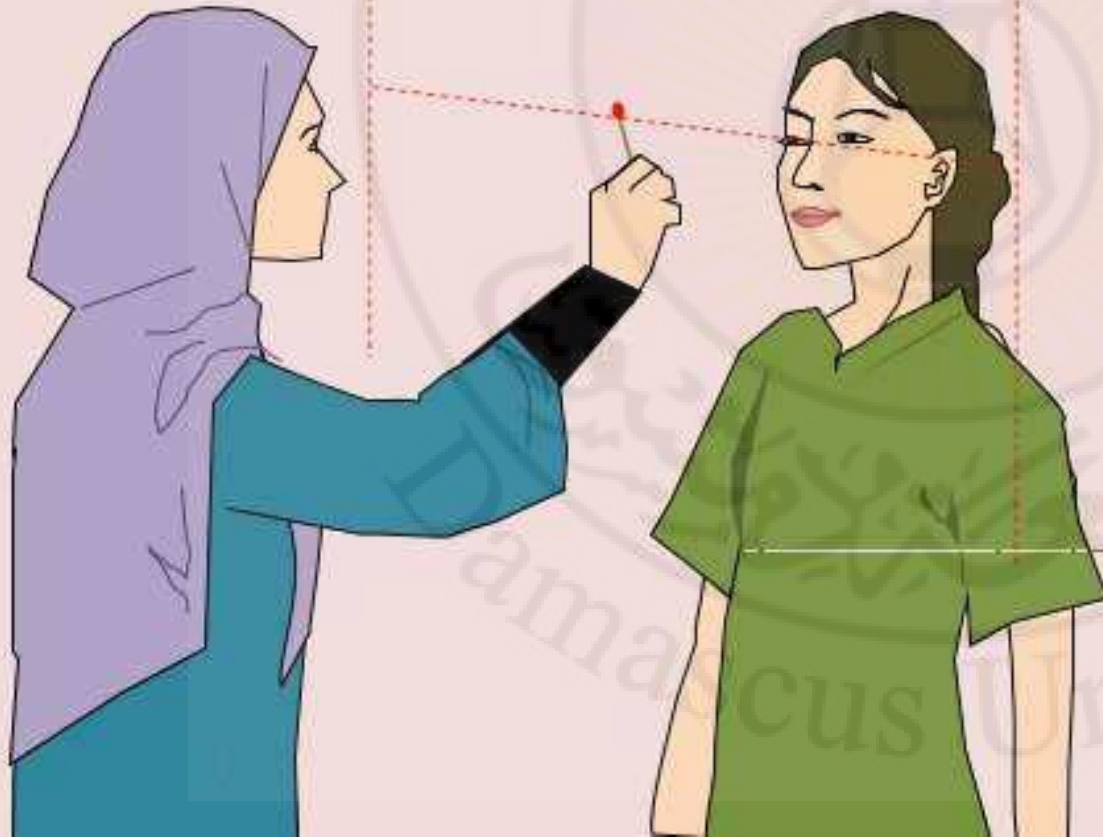
Extraocular movements

Without moving your head, follow the pin with your eye. Tell me if you see double

Assess for eye movement, diplopia [double vision] and nystagmus

Ask the patient to look laterally left and right, continue moving the finger to complete H pattern. Tell the patient to inform you if they see double images [diplopia]

Diplopia is an early sign of ocular muscle weakness



CN 3,4,6 Oculomotor, Trochlear, Abducens Nerve

Extraocular movements

3rd nerve palsy



Complete ptosis
Eye down and out
Dilated pupil which is not responsive to light and accommodation.

4th nerve palsy



Double vision going down stairs or reading books
Ask patient to turn the eye in and then to look down- may cause vertical hypertropia (pic)

6th nerve palsy



Failure of lateral movement
Nystagmus.

- Trigeminal Nerve (CN V) :

- The Trigeminal nerve (CN V) is involved in sensory supply to the face and motor supply to the muscles of mastication. There are 3 sensory branches of the trigeminal nerve: ophthalmic, maxillary and mandibular.

- يقيم العصب حسياً بحس اللمس الخفيف باستخدام لفافة قطنية تمرر على ٣ مناطق (حافة الفك، الوجنة، الجبهة) وأيضاً يمكن استخدام ألياف رقيقة قطنية تمس بلطف الملتحمة العينية كونها تعصب حركياً من هذا العصب.



- يقيم العصب مثلث التوائم حركياً بالطلب من المريض العض على الأسنان وجس وتحري العضلة الماضغة والصدغية.
- الطلب من المريض فتح الفم وتحريكه مع معاكسة الحركة.



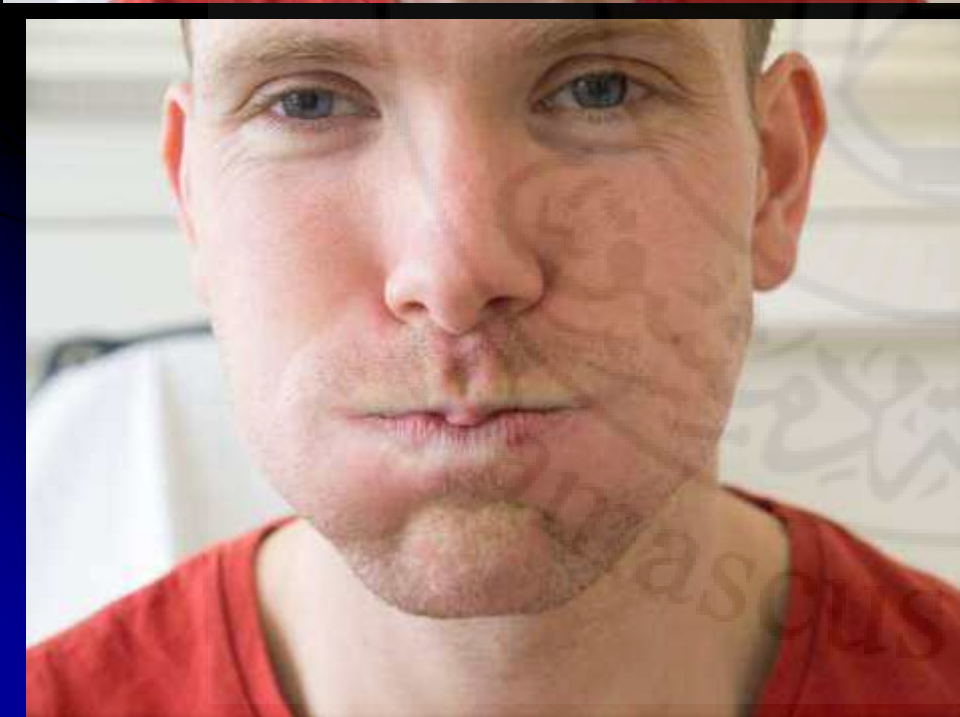
Jaw Jerk



● The Facial Nerve :

- يعصب حركياً عضلات الوجه التعبيرية وإفرازياً الغدد اللعابية تحت الفك وتحت اللسان والغدد الدمعية وحاسياً الثلثين الأماميين من اللسان.

- يفحص العصب بالطلب من المريض اجراء حركات تعبيرية كالابتسام والتقطيب ورفع الحاجبين التصفير وغيرها ...



- **The Vestibulocochlear Nerve** العصب الدهليزي القوقعي
 - The vestibulocochlear nerve provides innervation to the hearing apparatus of the ear and can be used to differentiate conductive and sensori-neural hearing loss using the Rinne and Weber tests.

- To carry out the **Rinne test**, place a sounding tuning fork on the patient's mastoid process and then next to their ear and ask which is louder. A normal patient will find the second position louder.
- To carry out the **Weber's test**, place the tuning fork base down in the centre of the patient's forehead and ask if it is louder in either ear. Normally it should be heard equally in both ears.



Rinne test

Weber's test



- **The Glossopharyngeal Nerve** البلعومي اللساني

-provides sensory supply to the palate. It can be tested with the gag reflex or by touching the arches of the pharynx.



The Vagus Nerve العصب المبهم

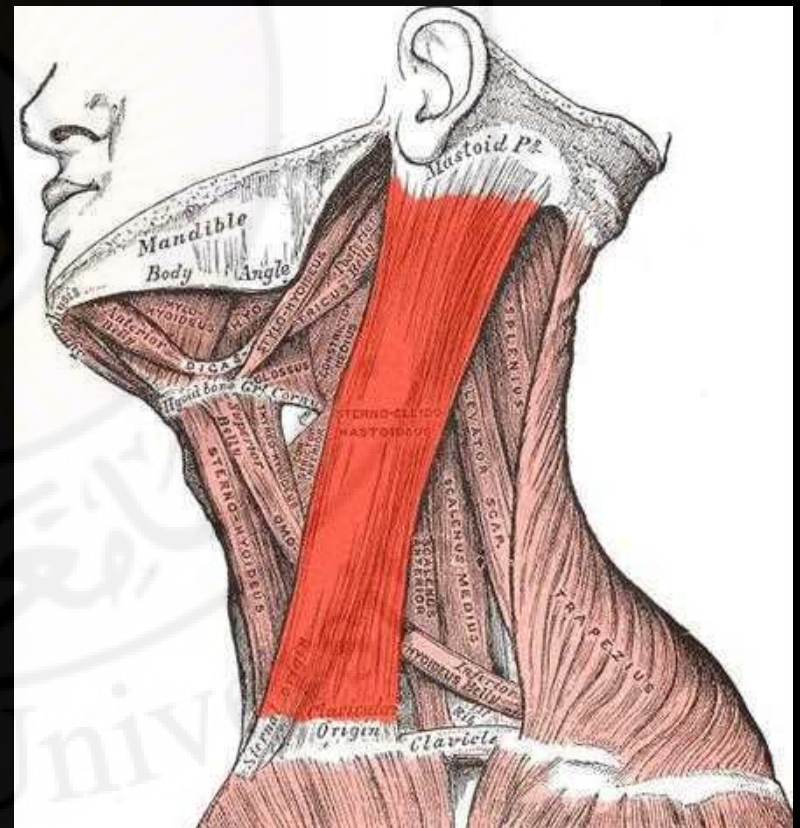
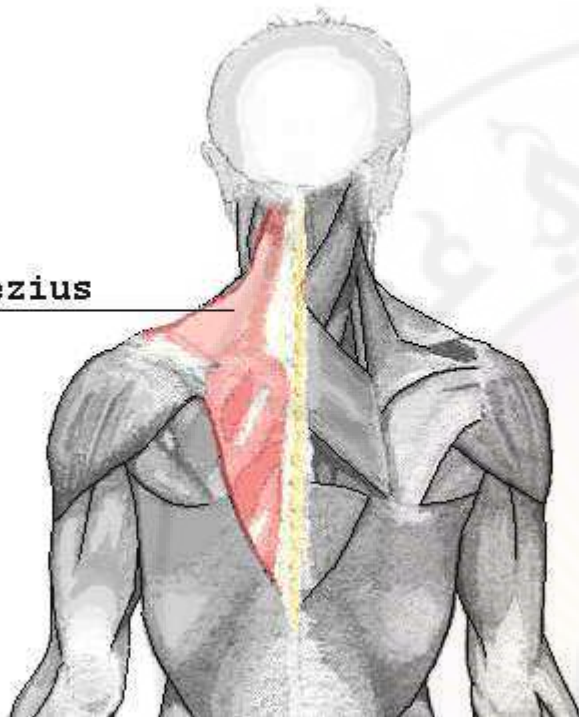
- The vagus nerve provides motor supply to the pharynx.
- Asking the patient to speak gives a good indication to the efficacy of the muscles. The **uvula** should be observed before and during the patient saying “aah”. Check that it lies centrally and does not deviate on movement.

اللاحق The Accessory Nerve

- يعصب حركياً العضلة القصية الترقوية الخشائية والعضلة شبه المنحرفة ، ويفحص بالطالب من المريض رفع الكتفين و وتدوير الوجه مع المقاومة .



Trapezius



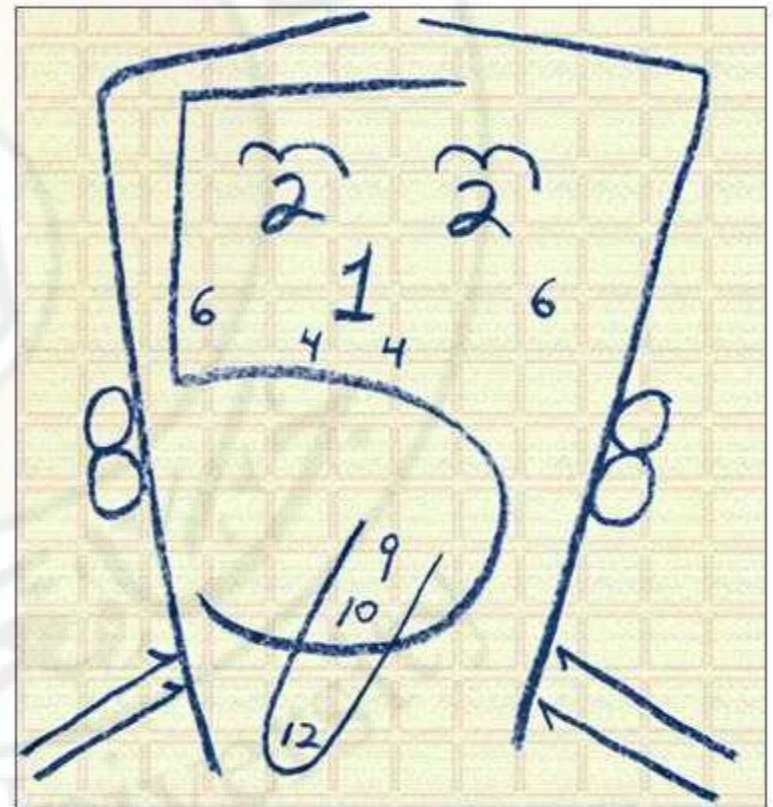
تحت اللساني The Hypoglossal Nerve

- يعصب حركياً عضلات اللسان ، ويفحص بالطلب من المريض اخراج اللسان من الفم وتحري حركته وسلامتها وملاحظة وجود انحراف لأي جهة أو ضعف في الحركة.



CRANIAL NERVE EXAMINATION

- Assessing **motor** and/or **sensory** function
- Can be a tough examination:
 - Requires patient cooperation
 - Communication skills are key
- Where is the lesion?



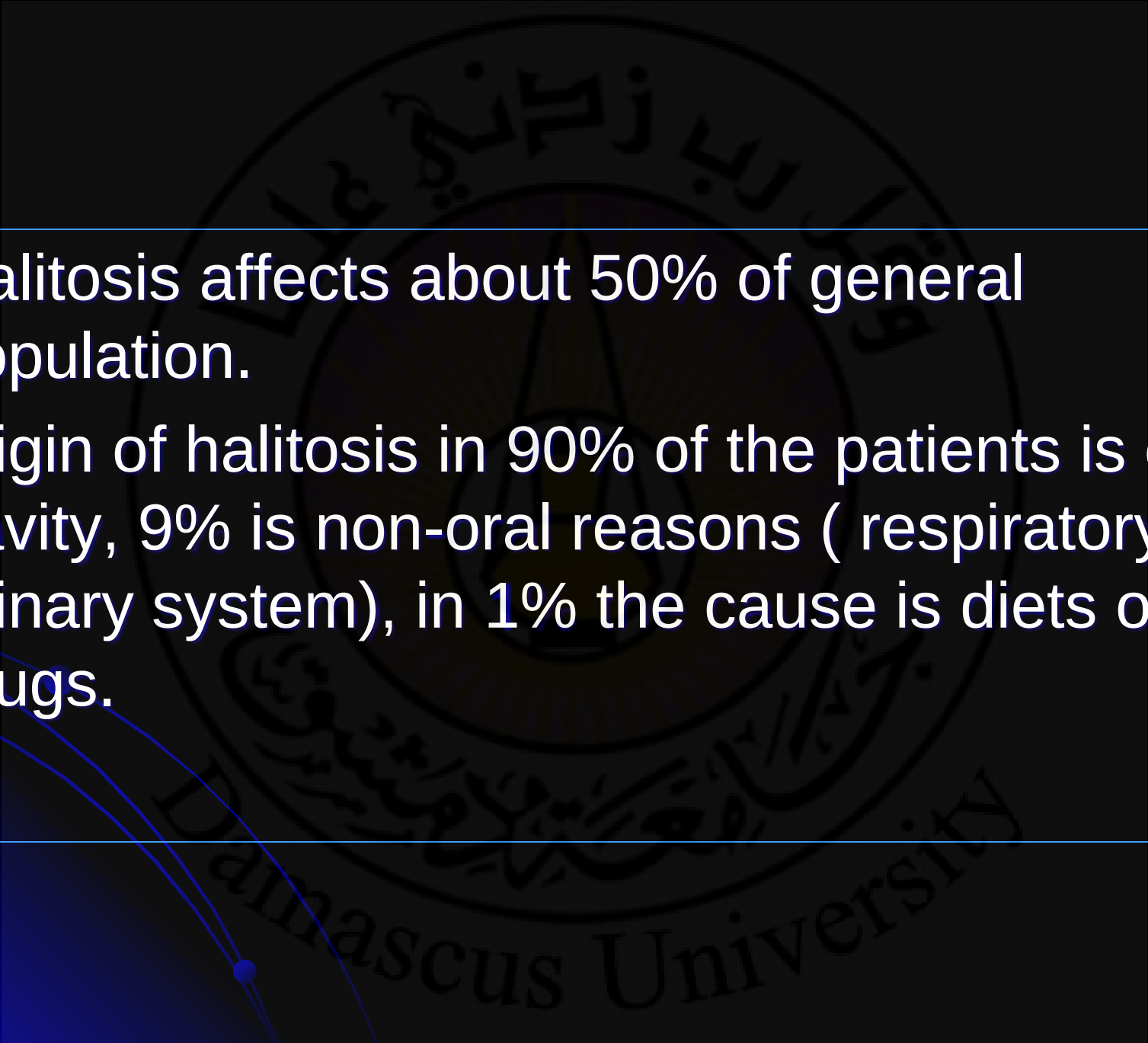


HALITOSIS



Dr. Abeer Ahmad Aljoujou
PhD. Oral Medicine

- Human breath is composed of highly complex substances with numerous variable odors which can generate unpleasant situations like halitosis.
- **Halitosis** is a Latin word which derived from halitus (breathed air), and osis (pathologic alteration), and it`s used to describe any disagreeable bad odor.
- It is common complaint for both genders and for all age groups.

- 
- Halitosis affects about 50% of general population.
 - origin of halitosis in 90% of the patients is oral cavity, 9% is non-oral reasons (respiratory or urinary system), in 1% the cause is diets or drugs.



التصنيف الياباني لبخر الفم ٢٠٠٢

● يصنف بخر الفم إلى:

- ١- بخر الفم الحقيقي genuine halitosis:
- بخر الفم الفيزيولوجي
- بخر الفم المرضي.
- ٢- بخر الفم الكاذب pseudo halitosis
- ٣- الرهاب أو الخوف من بخر الفم Halitophobia.

- بخر الفم الفيزيولوجي :

- يلاحظ من خلال رائحة الفم الصباحية.

- عند المدخنين.

- عند تناول أطعمة معينة.

- تناول بعض الأدوية.

التصنيف السبي الحديث ٢٠١٤

- Etiologic classification 2014:
 - 1- type 0: physiologic halitosis.
 - 2- type 1: oral.
 - 3- type 2 : airway.
 - 4- type 3: gastro-esophageal.
 - 5- type 4: subjective.



- بخر الفم المرضي يكون من منشأ فموي أو خارج فموي.
- ٩٠% من الأسباب تكون فموية.

العوامل المسببة

● ينجم بخر الفم عن الجزيئات الطيارة volatile molecules المتولدة عن أسباب مرضية أو غير مرضية فمويّاً أو خارج فمويّاً.

● الجزيئات الطيارة volatile molecules تضم:

- مركبات الكبريت
- حموض دسمة قصيرة السلسلة
- مكونات عطرية
- مركبات كحولية وفينولية
- مركبات تحوي النتروجين
- الكيتونات
- الأمينات

- ينتج بخر الفم في معظم الأحيان عن البكتريا (اللاهوائية) الموجودة بشكل طبيعي ضمن اللسان والبلعوم، التي تقوم بتحطيم البروتينات الموجودة في الأغذية والمخاط أو البلغم و الدم.
- حيث في حالات معينة تبدأ هذه البكتريا بتحطيم البروتين بمعدل عال جداً، فينتج عن تحلل البروتينات الحموض الأمينية ومنها Cysteine & Methionine وهي مركبات كبريتية ذات رائحة وطعم رديئين تدعى

● Volatile Sulfur Compounds **VSC**

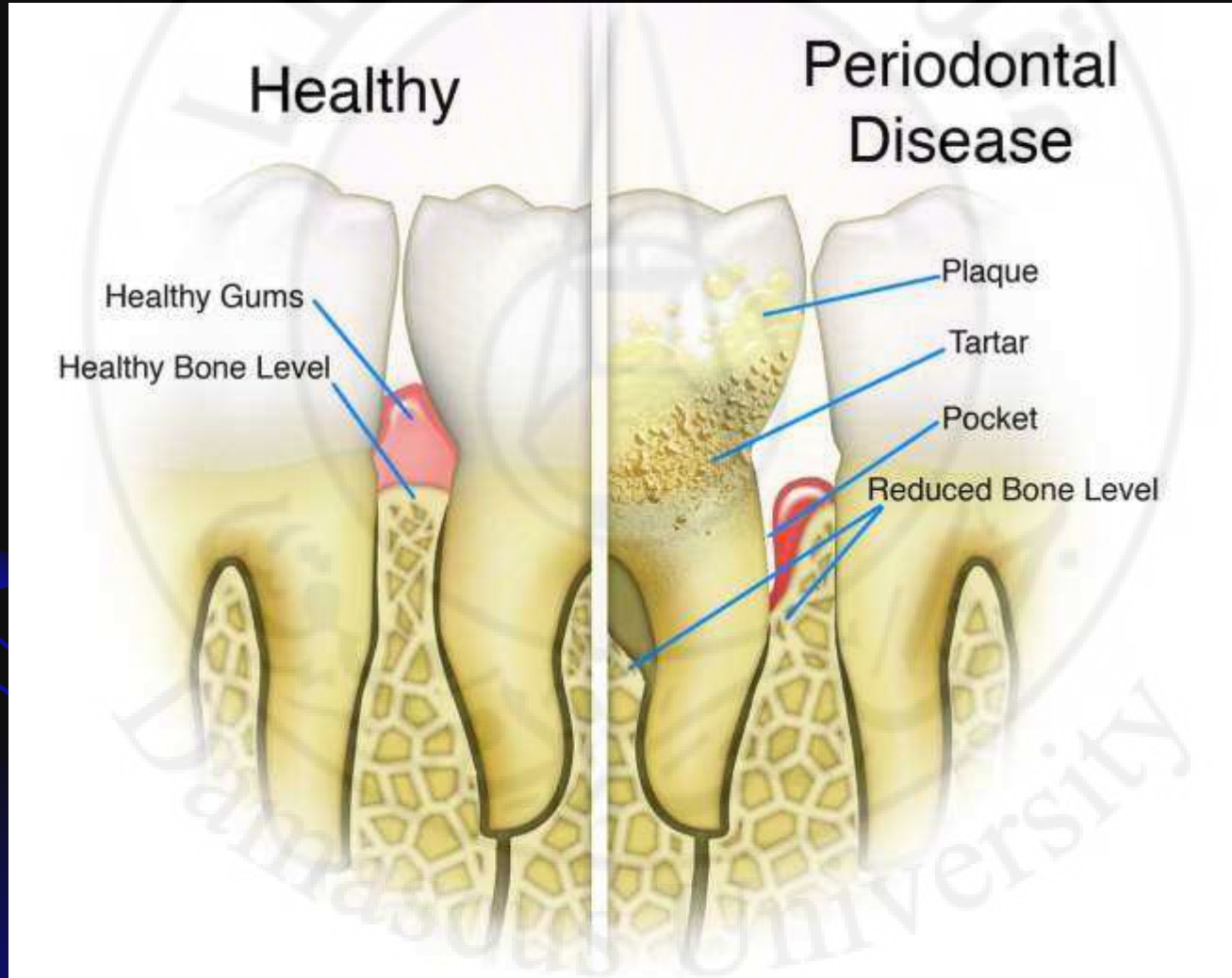
● volatile organic compounds **VOC**

● هذه المركبات مسؤولة عن بخر البخر فموي المنشأ.....

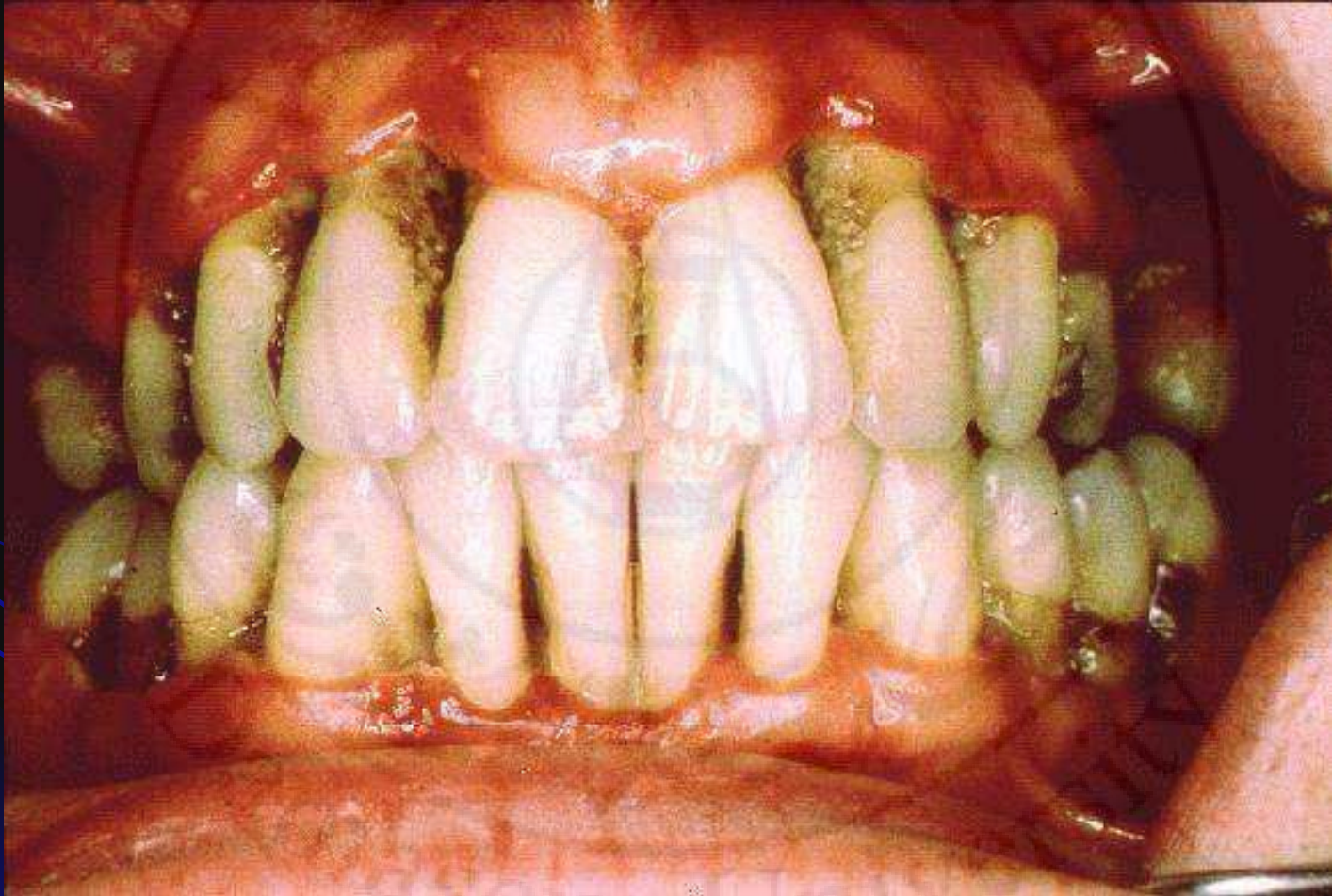
● ينجم بخر الفم غالباً عن فعالية البكتيريا الفموية اللاهوائية anaerobes في الحالات التالية :

- سوء العناية الفموية.
- التهابات اللثة (خاصة التهاب اللثة التخري).
- التهابات النسيج حول السنية.
- التواج.
- التهابات السنخ بعد القلع.
- التقرحات والتخثرات الفموية.
- السرطانات الفموية .
- الأسنان المتعفنة وتراكم الفضلات الطعامية تحت الجسور.
- فرو اللسان واللسان المشعر.

أمراض اللثة والنسج الداعمة

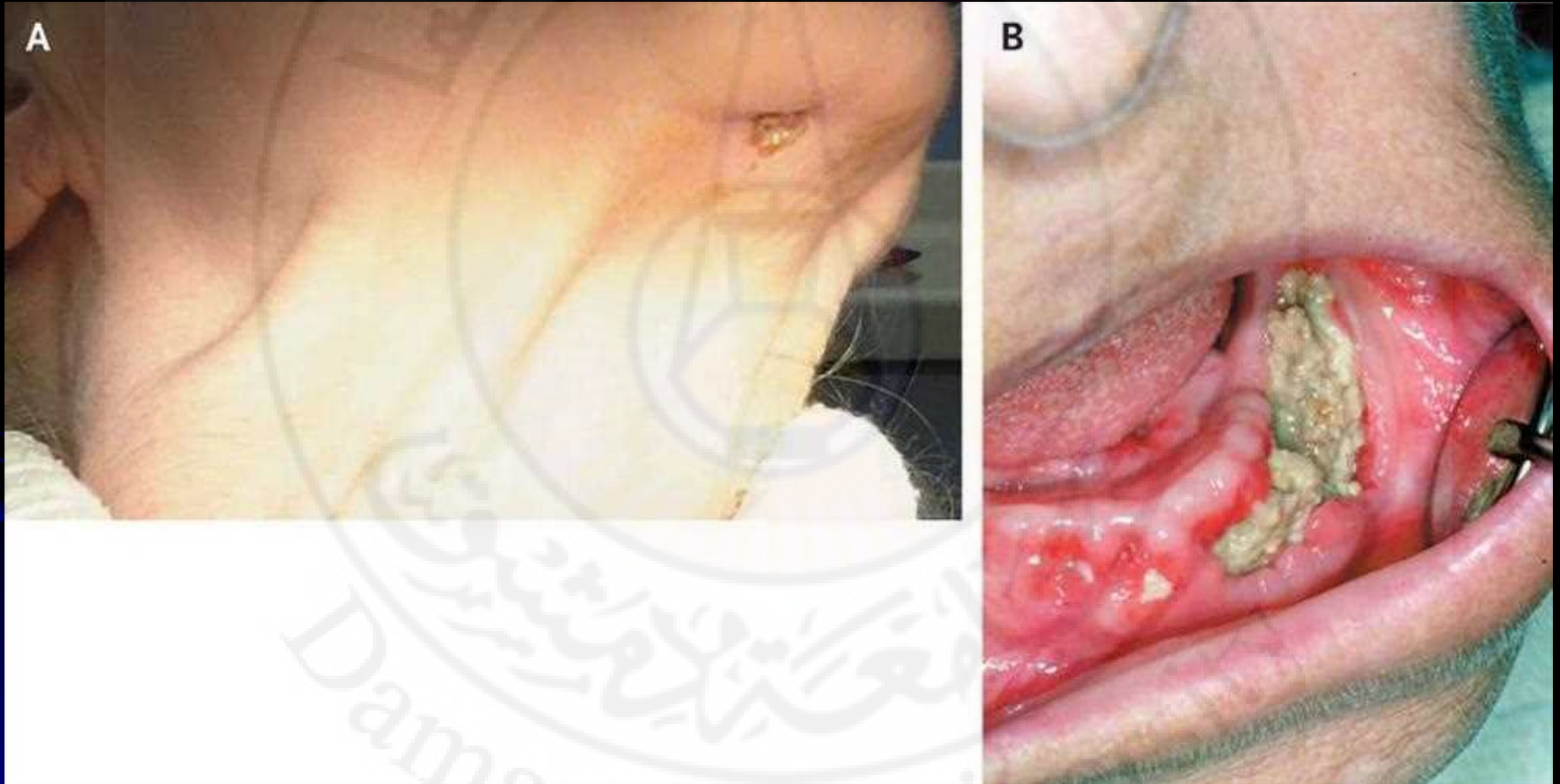


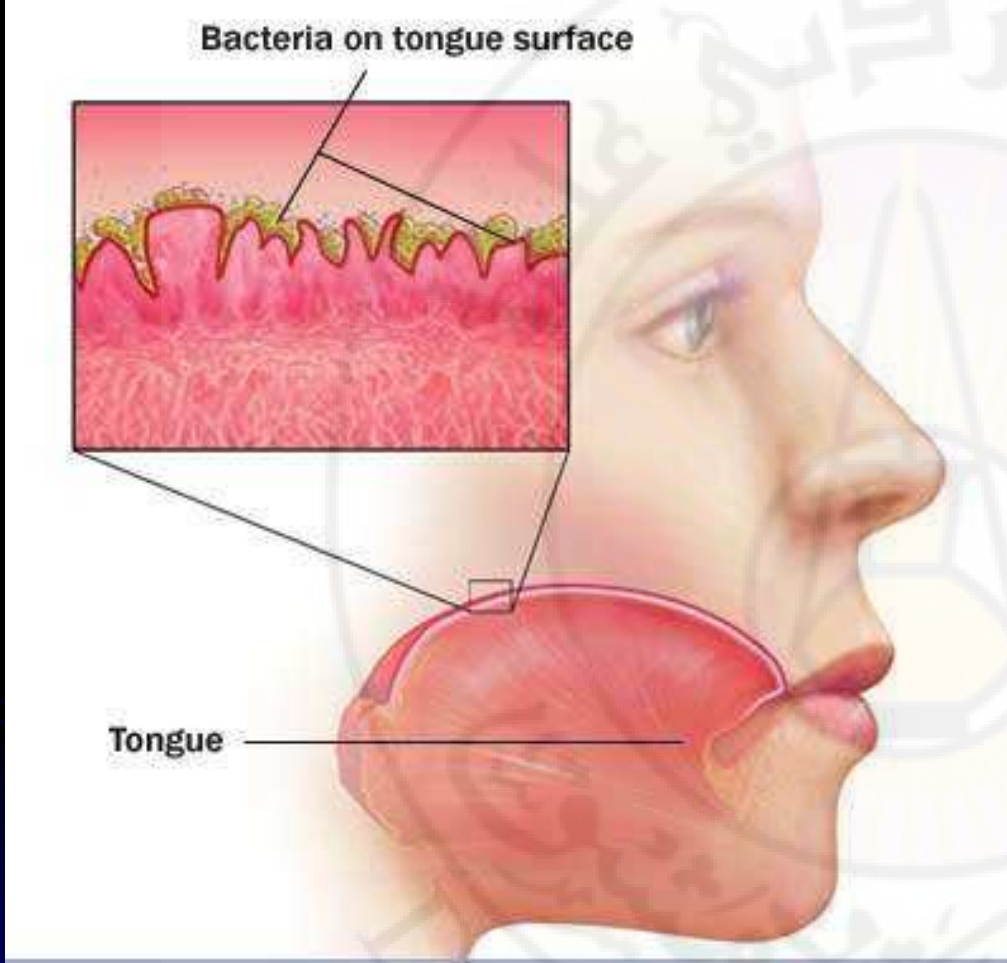
التهاب اللثة التموّني التقرحي





التنخرات والتعفنات الفموية





- يعتبر اللسان وخاصةً الجزء الخلفي منه المكان الأساسي لتواجد معظم الجراثيم المسؤولة عن بخر الفم، حيث تتوضع ضمن الحليمات اللسانية كونها جراثيم لاهوائية.

الأسباب خارج الفموية المترافقة مع بخر الفم

- وتشكل ١٠-٢٠ % من الأسباب.
- الأمراض المعدية المعوية.
- انتانات وسرطانات الجهاز التنفسي (خراجات الرئة، السل).
- التهاب الجيوب المزمن والتهاب اللوزات (الحصيات اللوزية).
- الفشل الكلوي والكبد.
- الداء السكري.
- التجفاف ونقص السوائل في الجسم.

Common Causes of Bad Breath

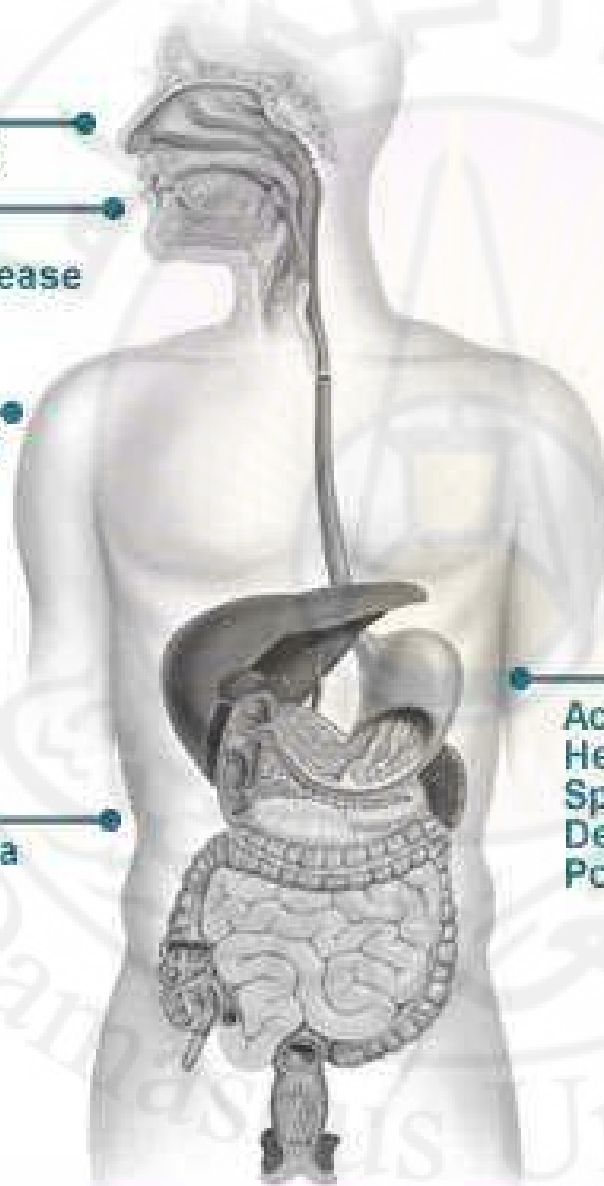
Sinus/Nasal Infections

Poor Dental Hygiene
Periodontal (Gum) Disease
Dry Mouth
Throat Infections

Respiratory Infections
Lung Disease
Smoking

Poor Intestinal Bacteria
Intestinal Infection
Diabetes
Liver Disease
Kidney Disease

Acid Reflux/GERD
Heartburn
Spicy/Rich Foods
Dehydration
Poor Diet



Foods that Eliminate BAD BREATH



**Mint &
Spearmint**



Ginger



Celery



**Citrus
Fruits**



Parsley



**Apple Cider
Vinegar**



**Guava
Leaves**



Cinnamon



**Cardamom
Seeds**



Avocado



Rosemary



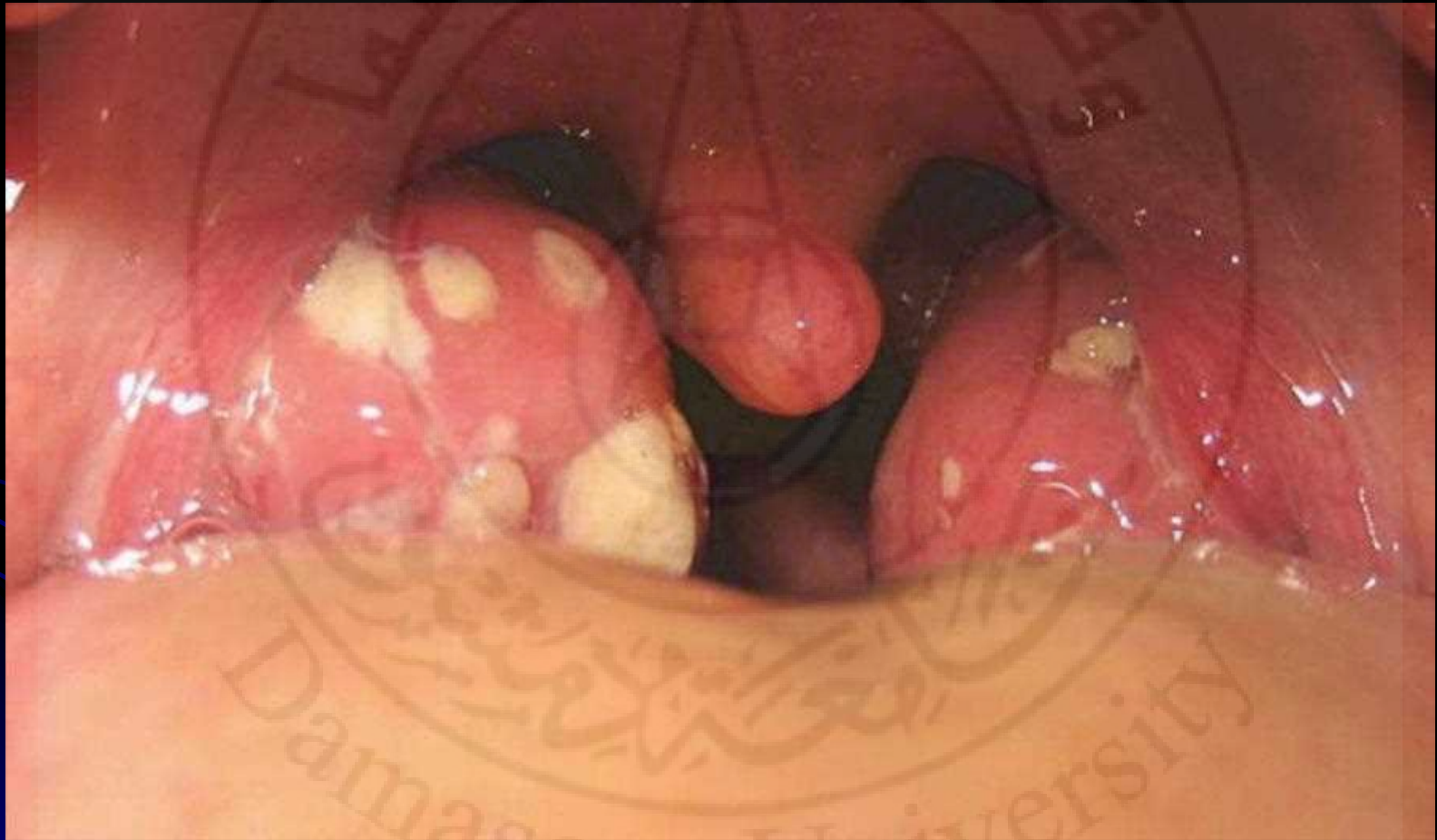
**Cumin
Seeds**



● الأدوية وبخر الفم:

- معظم الأدوية المعطاة لعلاج الأمراض المزمنة لها تأثيرات جانبية تتضمن اضطرابات الذوق وجفاف الفم وبخر الفم.
- من هذه الأدوية مضادات الكآبة وارتفاع الكولسترول ومضادات الهيستامين ومهدئات الخناق والذبحة الصدرية و أدوية ارتفاع الضغط وآلام الرأس النصفية (الشقيقة) وأدوية معالجة القرحة المعدية.

الحصىات اللوزية



الحصيات اللوزية



التشخيص

- ١- تحصيل القصة المرضية .
- ٢- الفحص السريري.
- ٣- تقييم بخر الفم سريرياً بفحص رائحة الفم والأنف، أو من خلال استخدام جهاز الـ Halimeter .





Figure 1 - Breath Alert™ (Tanita Corporation, Japan).



HOW TO CURE HALITOSIS

المعالجات

- ١- تثقيف المريض.
- ٢- معالجة السبب.
- ٣- الإقلاع عن التدخين.
- ٤- العناية الفموية .
- ٥- المحافظة على وجبات صحية منتظمة.
- ٦- تنظيف اللسان (كاشطات اللسان).
- ٧- استخدام المطهرات الفموية.

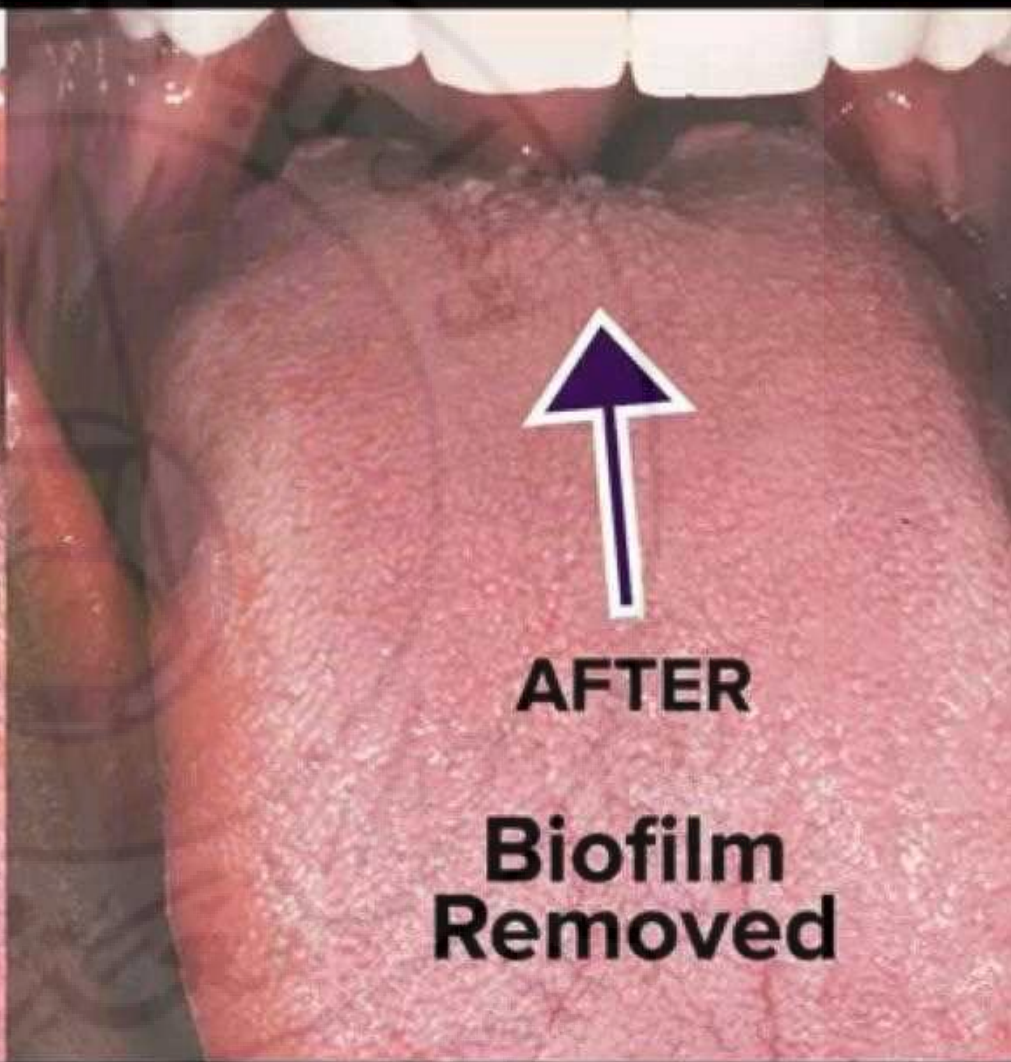
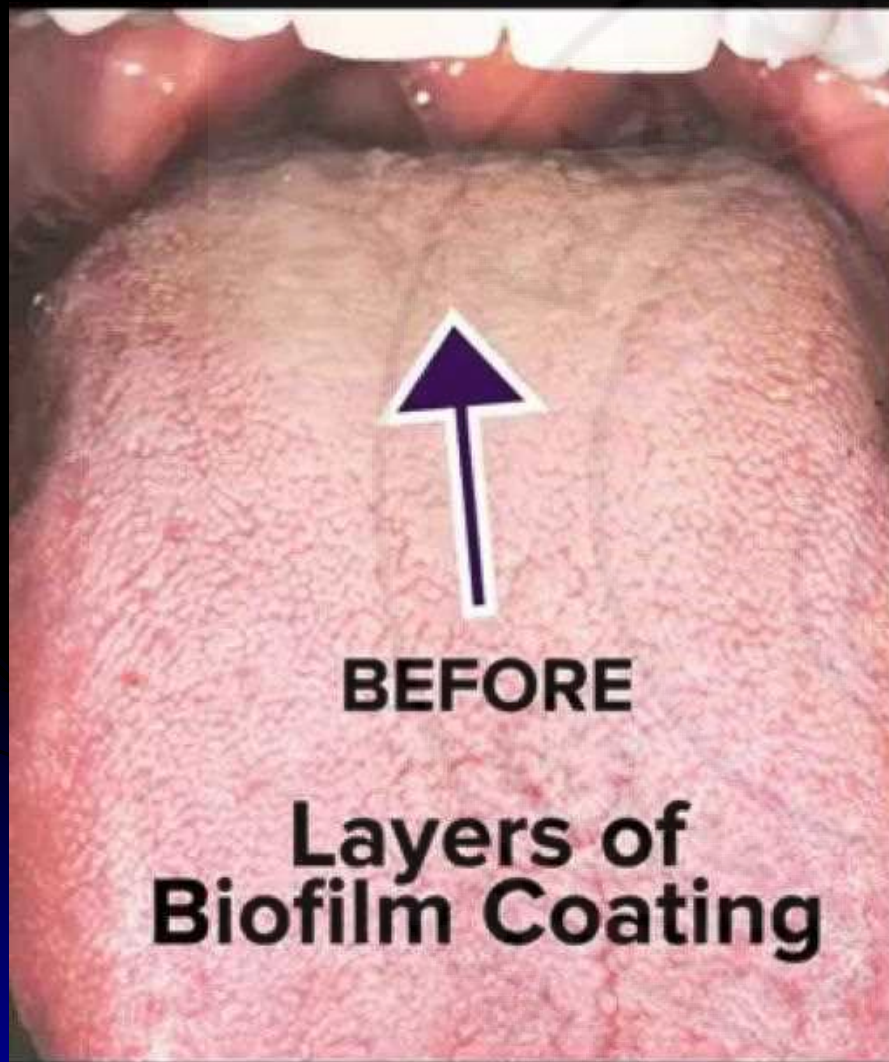


Animated-Teeth.com



© 2013 WMDS, Inc.

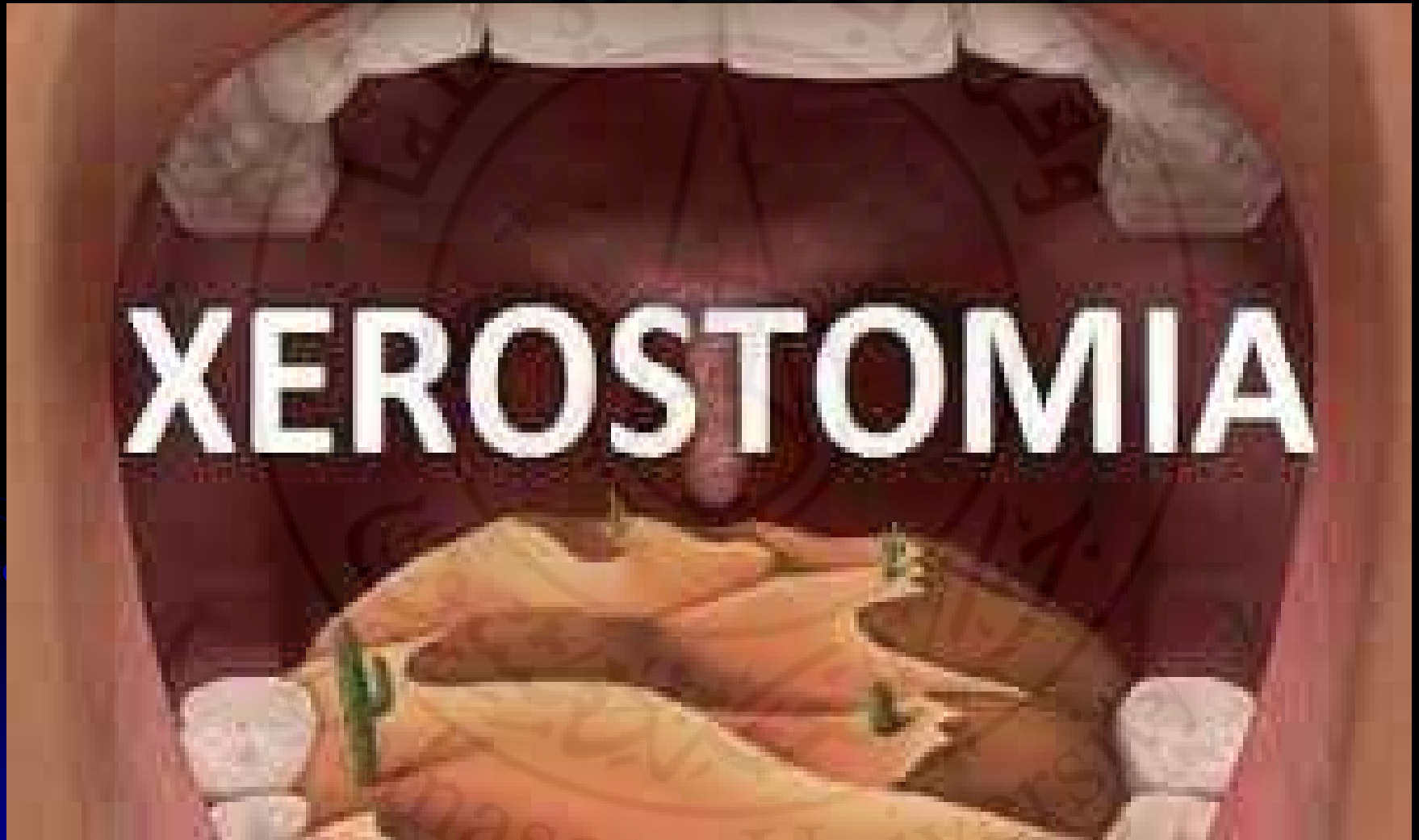
كاشطات اللسان







XEROSTOMIA



جفاف الفم

- عرض سريري إما أن يكون مؤقتاً ناجم عن فقر الدم، تناول أدوية معينة ، حصيات الغدد اللعابية، الأمراض الكلوية الردودة أو تغيرات هرمونية، نقص الإماهة .
- وقد يكون جفاف الفم دائماً يحدث مع التقدم بالعمر، متلازمة جوكرن، الأمراض الكلوية المزمنة و المعالجات الشعاعية.

DRUGS

**Psychosomatic/
Psychological**

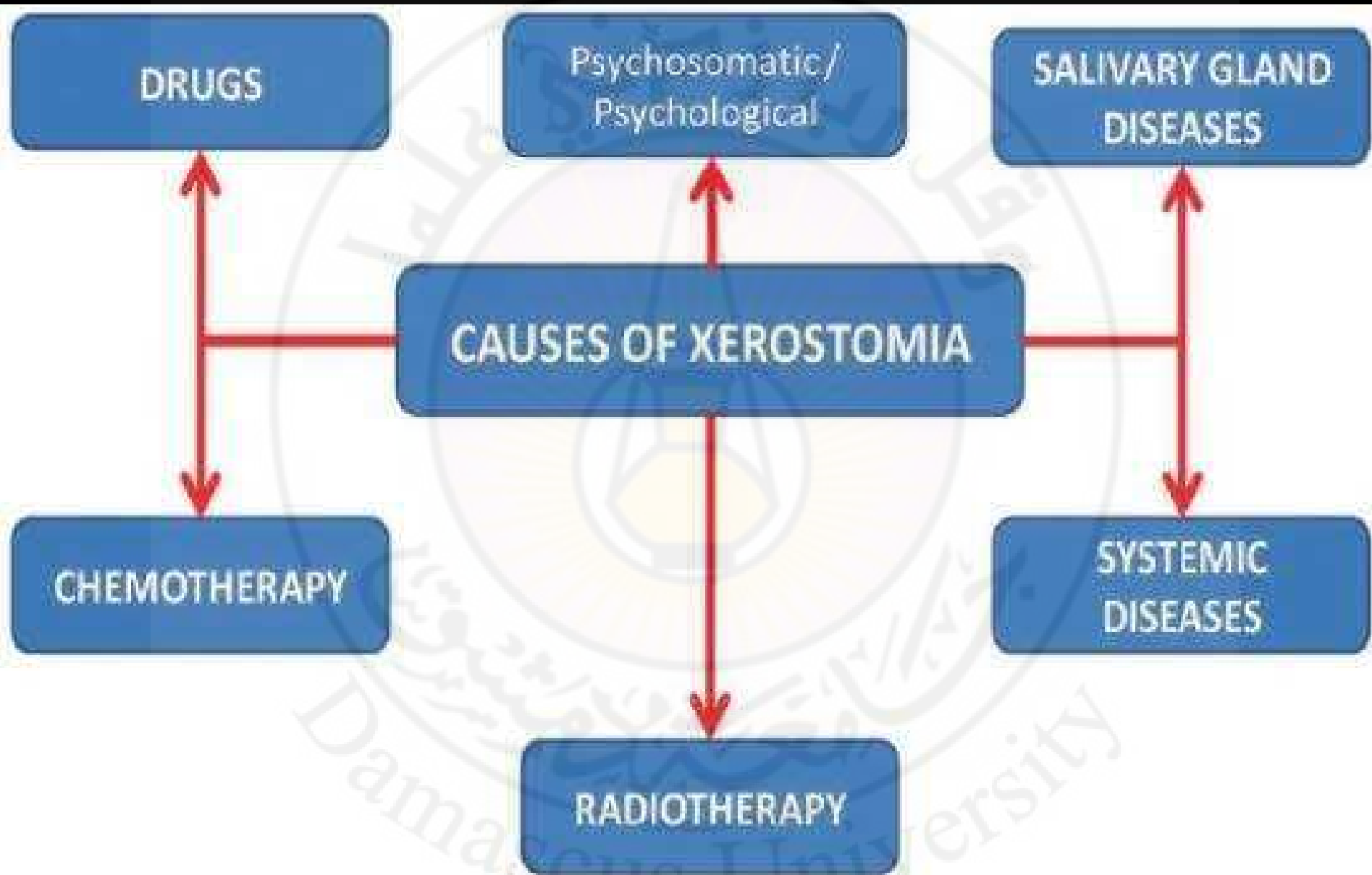
**SALIVARY GLAND
DISEASES**

CAUSES OF XEROSTOMIA

CHEMOTHERAPY

**SYSTEMIC
DISEASES**

RADIOTHERAPY



- نقص اللعاب يصعب عملية المضغ والبلع والكلام وينقص من التنظيف الذاتي و إزالة البقايا الطعمية عن الأسنان والغشاء المخاطي التي تكون الغذاء الرئيسي للبكتريا اللاهوائية المنتجة لـ VSC .

المظاهر و الأعراض الفموية المرافقة لجفاف الفم

- مخاطية جافة وباهتة، مع لسان متشقق .
- تشقق الشفاه والتهاب صوار الفم (التهاب الفم الزاوي)
- صعوبة الكلام.
- صعوبة المضغ وبالتالي التغير في العادات الغذائية وسوء التغذية.
- اضطرابات حس التذوق.
- عدم تحمل واضطراب ثبات التعويضات السنية.
- النخور السنية المعممة وخاصةً العنقية.
- التهابات الأنسجة الداعمة.
- إصابات انتانية فطرية متكررة.

● تدبير جفاف الفم:

١- تحريض الإفراز اللعابي الطبيعي:

- ميكانيكياً كالتفريش بالسواك.

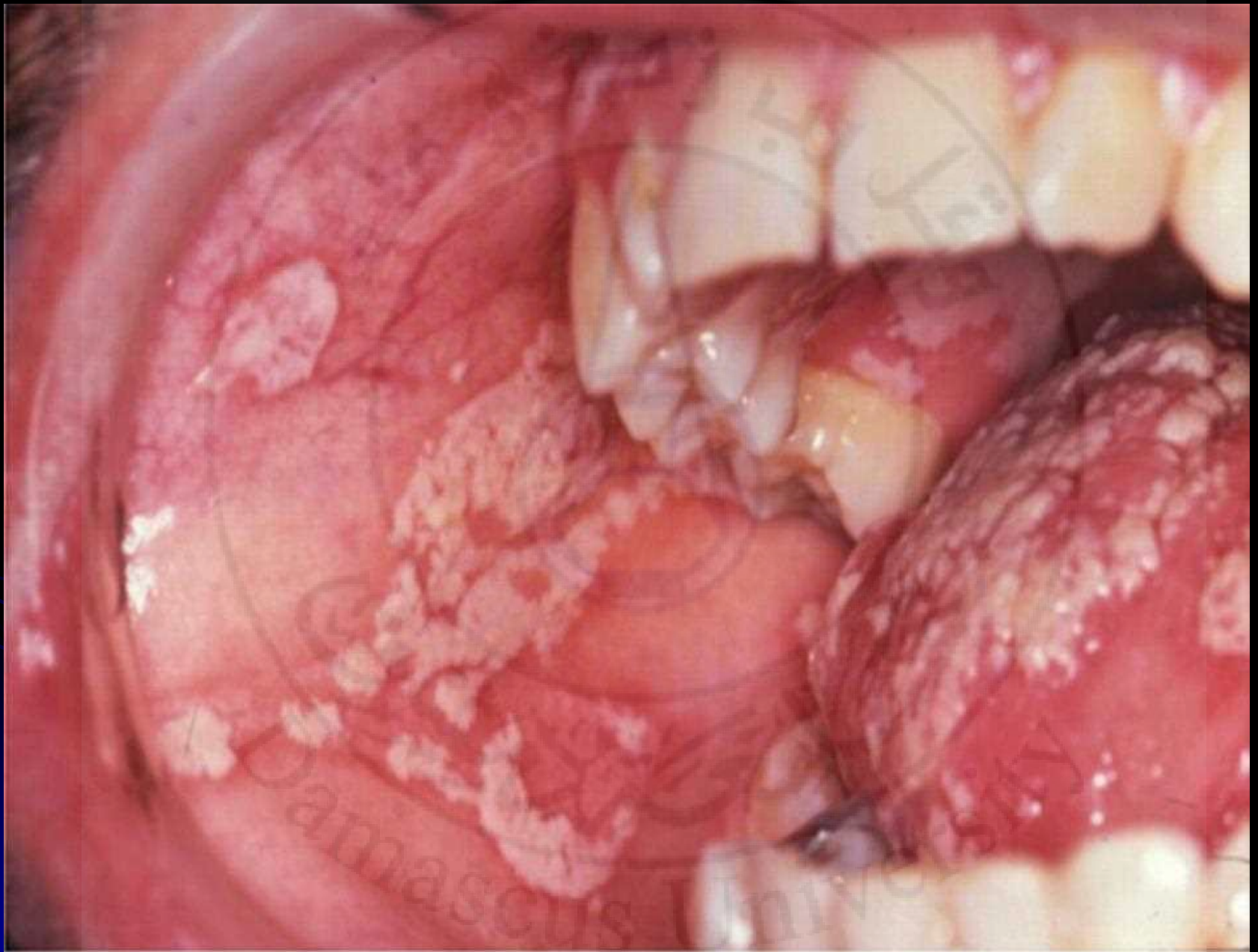
- كيميائياً: مص أقراص ملبسة خالية من السكر ذات طعم حلو أو مضغ العلكة الخالية من السكر.

٢- إعطاء مدرات اللعاب.

٣- اللعاب الصناعي : الذي من عيوبه عدم احتوائه على خمائر وغلوبولينات مناعية.

٤- الاكثار من شرب الماء وتناول الخضار والفواكه.





Oral lesion documentation

توصيف الآفات الفموية

Dr.Abeer Ahmad Aljoujou
PhD. Oral Medicine

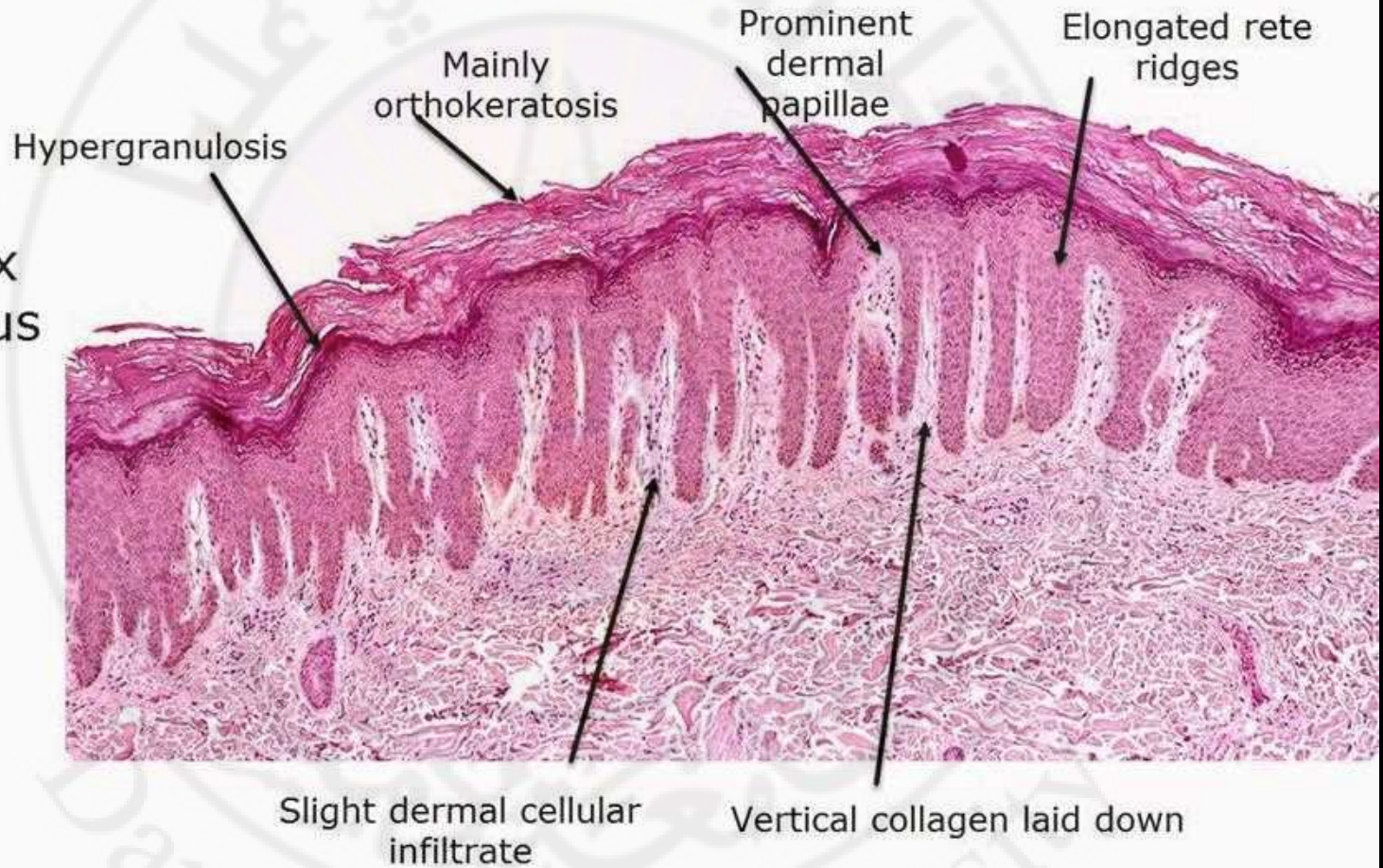
يحدد لون المخاطية الفموية :

- ١- تركيز وأقطار الأوعية الدموية ضمن الصفيحة الخاصة.
- ٢- درجة التقرن keratinisation.
- ٣- كمية وتركيز صبغ الميلانين في البشرة.
- ٤- سماكة البشرة المغطية.

لماذا قد تظهر المخاطية بلون أبيض؟

- ١- فرط تقرن hyper keratosis.
- ٢- الشواك Acanthosis.
- ٣- ارتشاح السوائل داخل وخارج الخلايا البشرية (التوذم)
eg: Leukoedea.
- ٤- تنخر البشرة الفموية (necrosis).
- ٥- الانتانات مثل الإصابات الفطرية.
- ٦- نقص أو فقر التروية الدموية في الصفيحة الخاصة.

Lichen Simplex Chronicus



لماذا قد تظهر المخاطية بلون أحمر ؟

- ١- ضمور البشرة المغطية Atrophy.
- ٢- زيادة التروية الوعائية الدموية أو زيادة حجم أقطار هذه الأوعية.
- ٣- النزف تحت المخاطية.
- ٤- زيادة تركيز كريات الدم الحمراء في الدم increased Hemoconcentration

Causes of Red Lesions

- 1- inflammatory التهابية.
- 2- reactive ردود فعل تحسسية.
- 3- vascular وعائية.
- 4- purpura . الفرفريات والنزف تحت المخاطية
- 5- neoplasms ورمية.
- 6- Atrophic/ erosive ضمورية أو تآكلية.

Lesion definition تعريف الآفة

- الآفة lesion: هي أي أذية أو تغير غير طبيعي في النسيج، تنتج عن الإصابة بمرض ما أو رض .
- اشتقت الكلمة من اللاتينية (laesio) والتي تعني أذية.

● تبدأ عملية التشخيص والتقييم للمريض بـ :

- تحصيل الشكوى الرئيسية من المريض
- تحصيل التاريخ الطبي (القصة المرضية العامة)
- تحصيل القصة المرضية الفموية
- الفحص السريري الشامل داخل الفموي وخارج الفموي
- الحصول على التشخيص التفريقي.
- الاستقصاءات الإضافية : كالتصوير الشعاعي داخل الفموي أو خارج الفموي ، التحاليل المخبرية ، الخزعات.
- التشخيص النهائي الدقيق.

The background of the slide features a large, faint watermark of the Damascus University logo. The logo is circular, with Arabic calligraphy around the top and bottom edges. In the center, there is a stylized representation of a building or a monument. The text "DAMASCUS UNIVERSITY" is written in English at the bottom of the circle.

توصيف الآفات الفموية

Documentation of Oral Lesions

Eight steps of documentation:

- خطوات توصيف وتوثيق الموجودات السريرية للآفات الفموية :

١- الموقع Location .

٢- التوزيع والتحديد للآفة Distribution and definition .

٣- الحجم size (آفة بحجم ٥ مم أو ممتدة واسعة الانتشار...) .

٤- الشكل shape (مدورة ، معينة الشكل...) .

٥- اللون color (آفة حمراء ، بيضاء ، بنية)

٦- قوام الآفة Consistency (طرية ، قاسية ، مماثلة للنسج الطبيعية)

٧- سطح الآفة Texture (ملمس خشن ، ناعم ، ثؤلولي ، مجعد...)

٨- تاريخ الآفة History (متى ظهرت ، السبب ، أعراض مرافقة..)

١- وصف الشكل السريري للآفة حسب المصطلحات العلمية.

٢- حجم وشكل الآفة: مدورة ، بيضوية، خطية، مرتفعة عن سطح المخاطية أو مسطحة، ذات حواف واضحة محددة أو أن حوافها غير منتظمة وغير محددة.

٣- لون الآفة: مائة للون المخاطية المجاورة ، بيضاء اللون أو حمراء، بنية اللون أو صفراء، سوداء أو مزرقة.

٤- شكل وطبيعة سطح الآفة: سطح أملس أو مجعد مموج (ثؤلوي أو حليمي) ، سطح مقترح، ضموري الشكل، أو فرط تصنعي أو تقرني .

٥- ثبات الآفة: الآفة متحركة أم ثابتة وملتصقة بالنسج أسفل منها ، مما يعطي فكرة عن علاقتها وتأثيرها بالنسج المجاورة.



Figure 2. A probe is used to measure the size of an oral lesion.





٦- طبيعة أو شكل ارتباط الآفة بالنسج أسفل منها هل هي لاطئة (ذات قاعدة واسعة) أم معنقة.

٧- قوام الآفة : طرية أو قاسية على الجس.

٨- عدد الآفات: مفردة أم متعددة.

٩-التناظر: الآفة أو الآفات وحيدة الجانب أو ثنائية الجانب.

١٠- موقع الآفة وعلاقتها بالبنى التشريحية والأسنان: (المواقع الخطرة)، القرب من الغدد اللعابية ، أو مثلاً موقعها من قناة الفك السفلي بالنسبة للآفات الشافة أو الظليلة على الأشعة في الفك السفلي.

الأشكال السريرية للآفات الفموية

- ١- آفة ضمورية atrophic: تظهر لماعة وتعبر عن ترقق في الغشاء المخاطي.
- ٢- الآفات الحمامية (حمامى) erythematous: تترقق في الغشاء المخاطي أو زيادة في التروية الدموية ضمن الصفيحة الخاصة.
- ٣- الفقاعة Bulla: تجويف محدد الحواف $< 0.5\text{cm}$ يحوي سائل رائق أو دموي، وهي أكبر من النفاطة blister المشابهة لها والأصغر حجماً.
- ٤- الحويصل vesicle: عبارة عن نفاطات صغيرة $< 0.5\text{cm}$ محددة الحواف ومملوءة بسائل رائق أو دموي أو قيحي.

٥- السحجات erosions: تبدو بلون أحمر وتعتبر عن أذية ضمن البشرة.

٦- الكدمات ecchymosis: منطقة نازفة تحت المخاطية > ٢ cm تتميز عن النمشات petechiae وهي مناطق نزوف أصغر

٧- الآفات المتصلبة indurated: القاسية على الجس وأهمها قرحات الـ SCC.

٨- آفة تقرنية Keratotic: بقع بيضاء ملتصقة ناتجة عن فرط تصنيع القرنين.

٩- البقعة macule: آفة صباغية مسطحة محددة الحواف كالنمشات.

١٠- العقيدة: nodule وتكون الآفة على شكل كتلة مرتفعة قاسية.

١١- آفة حليمية papillary: تتظاهر بعدة استطالات بشروية.

١٢- آفة غشائية كاذبة pseudomembrane: تراكمات بيضاء مصفرة على سطح الغشاء المخاطي قابلة للكشط ، مكونة من بقايا تنخرية.

١٣- القرحة ulcer: فقدان تام موضع في سماكة البشرة المغطية في الغشاء المخاطي وانكشاف النسيج الضام أسفل منها.

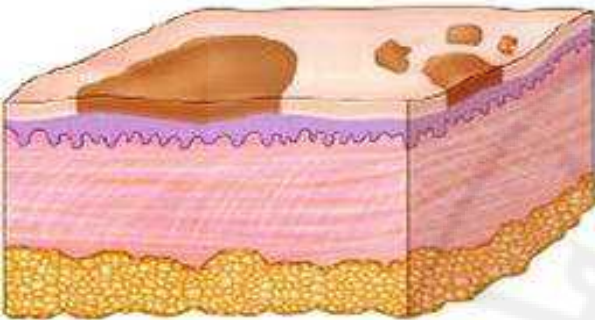
١٤- الآفات الثؤلولية verrucous: استطالات بشروية مستدقة.

١٥- آفة توسفية: desquamate: توسفات نتيجة انفصال
البشرة عن النسيج أسفل منها

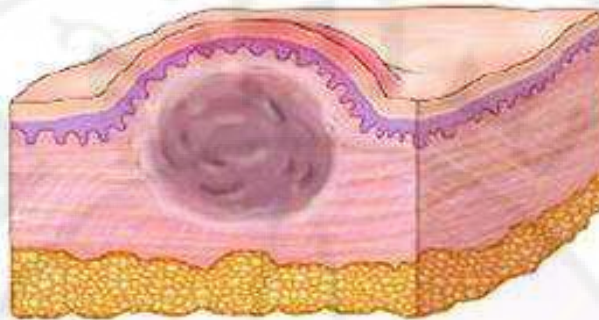
١٦- اللويحات plaque: آفات مرتفعة عن سطح الغشاء
المخاطي غير قابلة للكشط.

١٧- الحطاطة: papule: آفة محددة الحواف ومرتفعة عن
سطح المخاطية.

The Primary Lesions



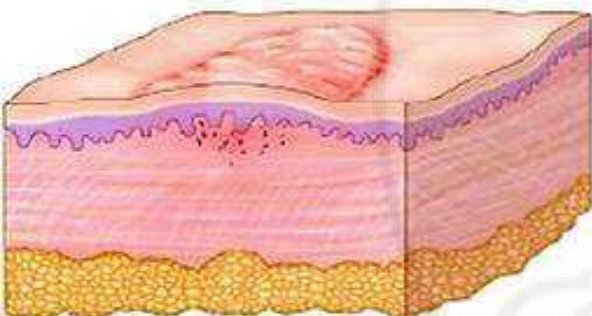
Macule and Patch



Tumor



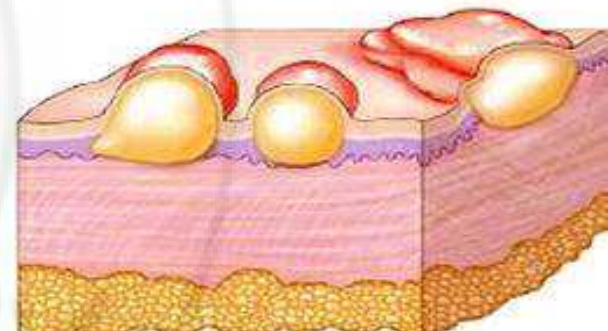
Papule



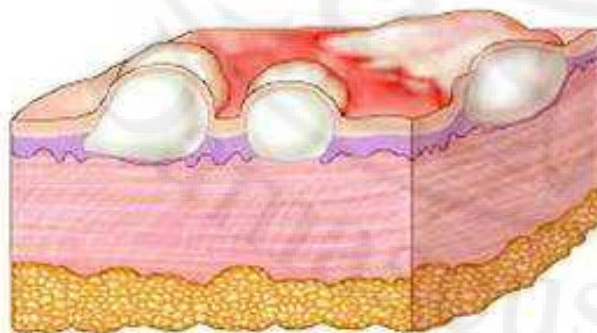
Plaque



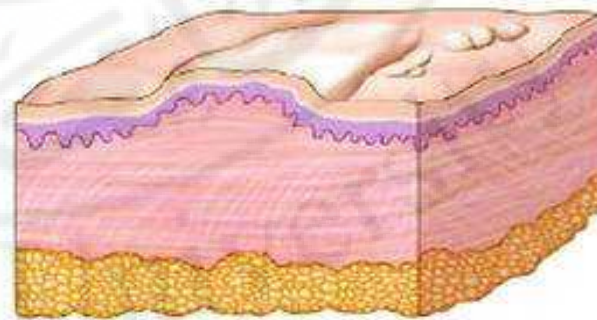
Nodule



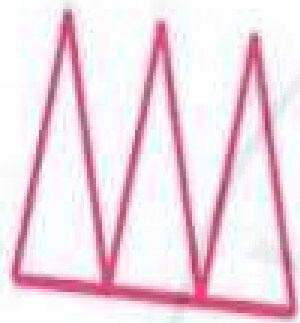
Vesicle and Bullae



Pustule



Wheal



Verruca

Upside down V



Condyloma

Sideways C



Papilloma

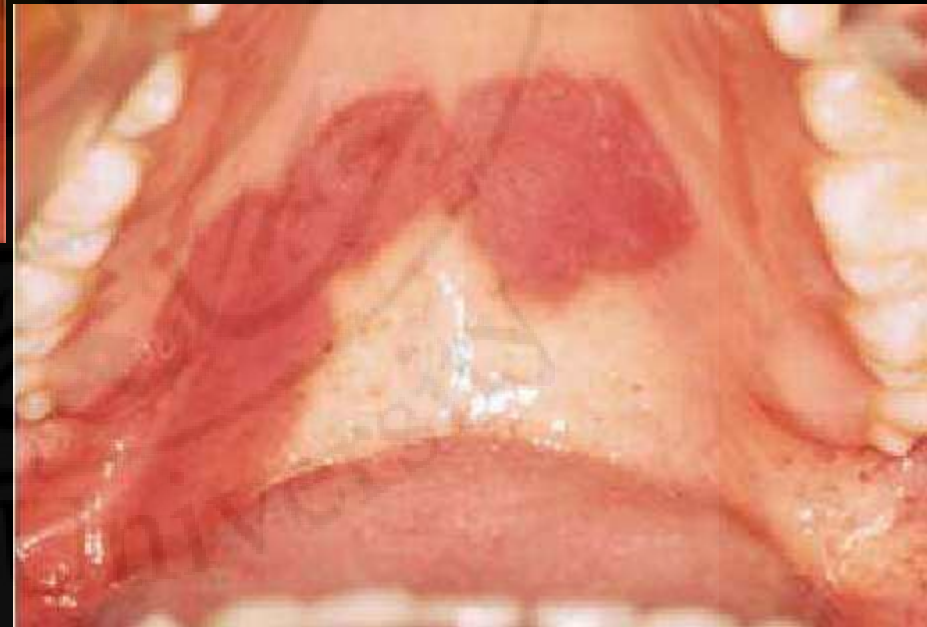
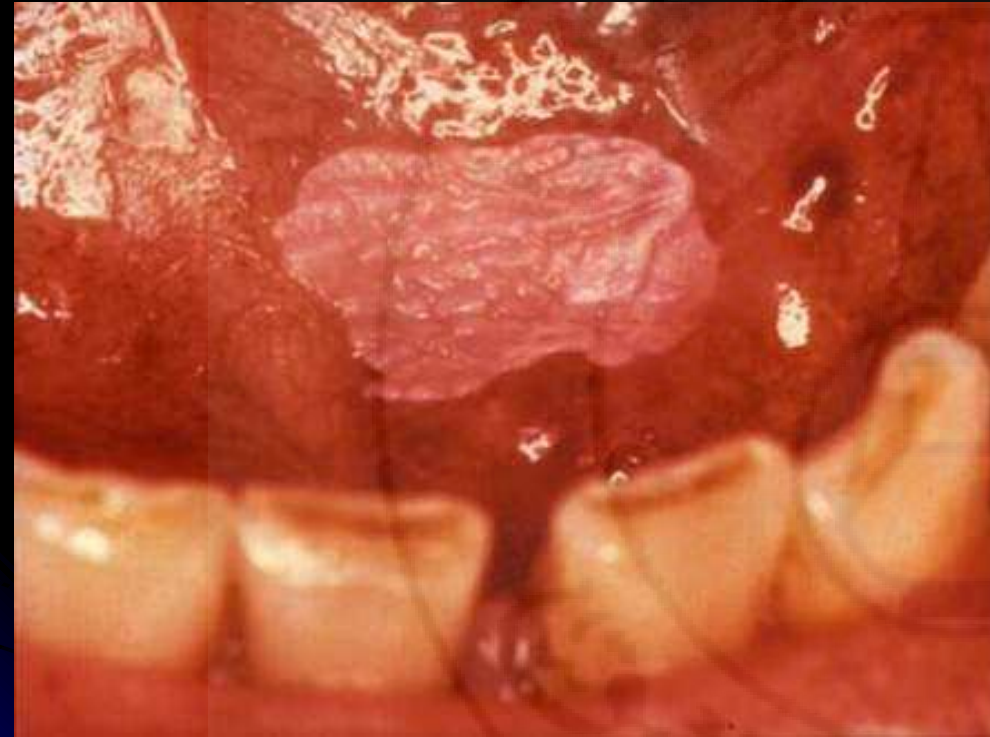
Pedunculated like P

See Online DDS MS FRCDC

A mnemonic for remembering the microscopic and clinical shapes of verruciform oral lesions:

- **Verruca vulgaris** is shaped like a series of inverted V's.
- **Condyloma acuminata** are shaped like a series of C's placed on their sides.
- **Papillomas** are pedunculated like the letter P.

لويحات بيضاء وحمراء



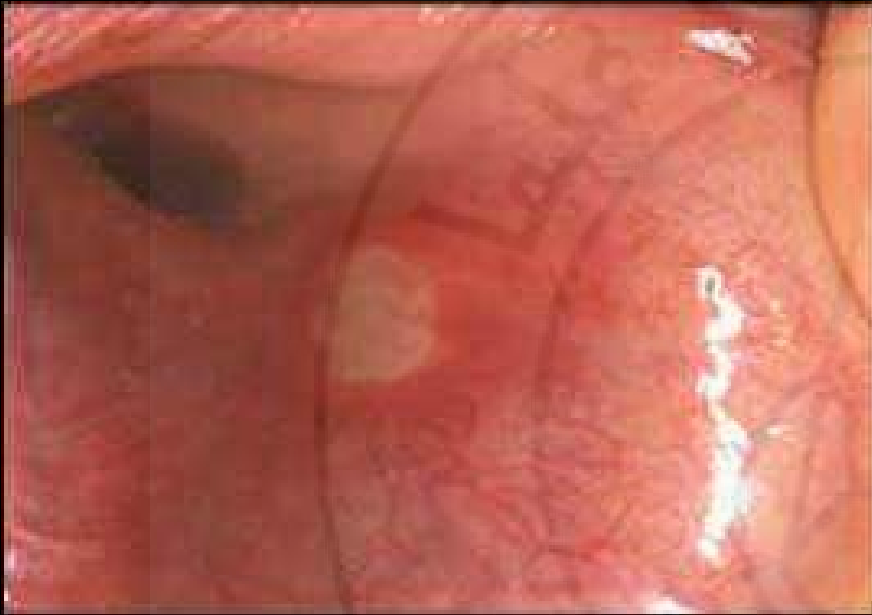
الحويصلات Vesicles



فقاعة



آفة تقرحية



Erosion

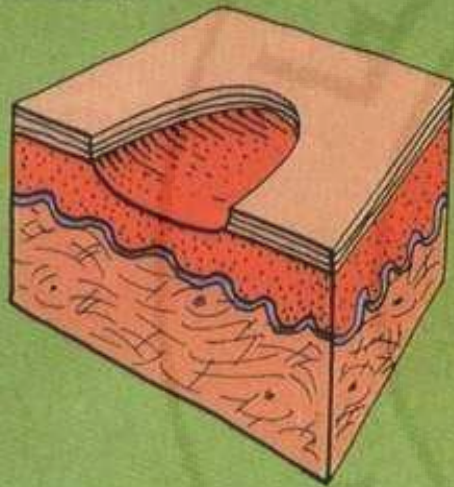


Fig. 1-3. Erosion. A denudation of epithelium above the basal cell layer.

Ulcer

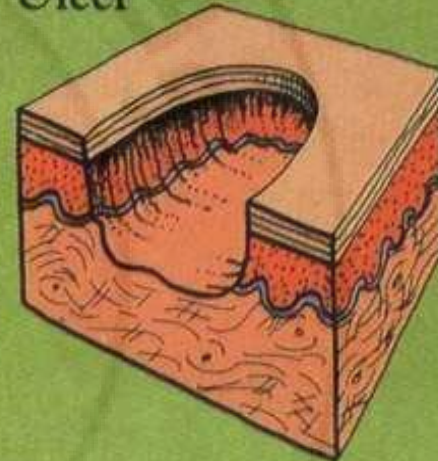
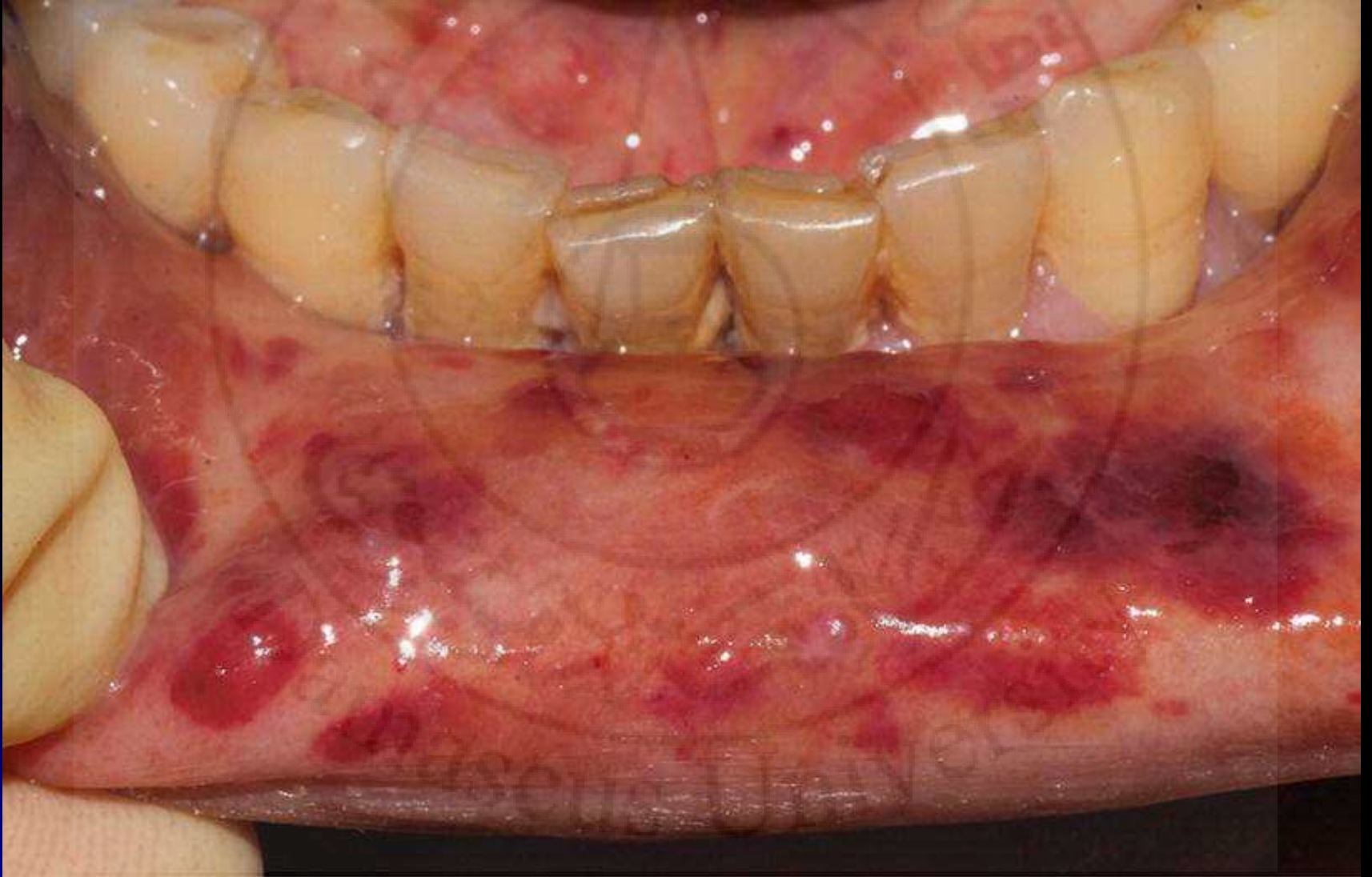


Fig. 1-4. Ulcer. A loss of epithelium that extends below the basal cell layer.

الكدمات والنمشات أو الفرغريات



آفة ذات سطح حليمي أو مجعد



آفة حمامية



آفة حمامية التهابية



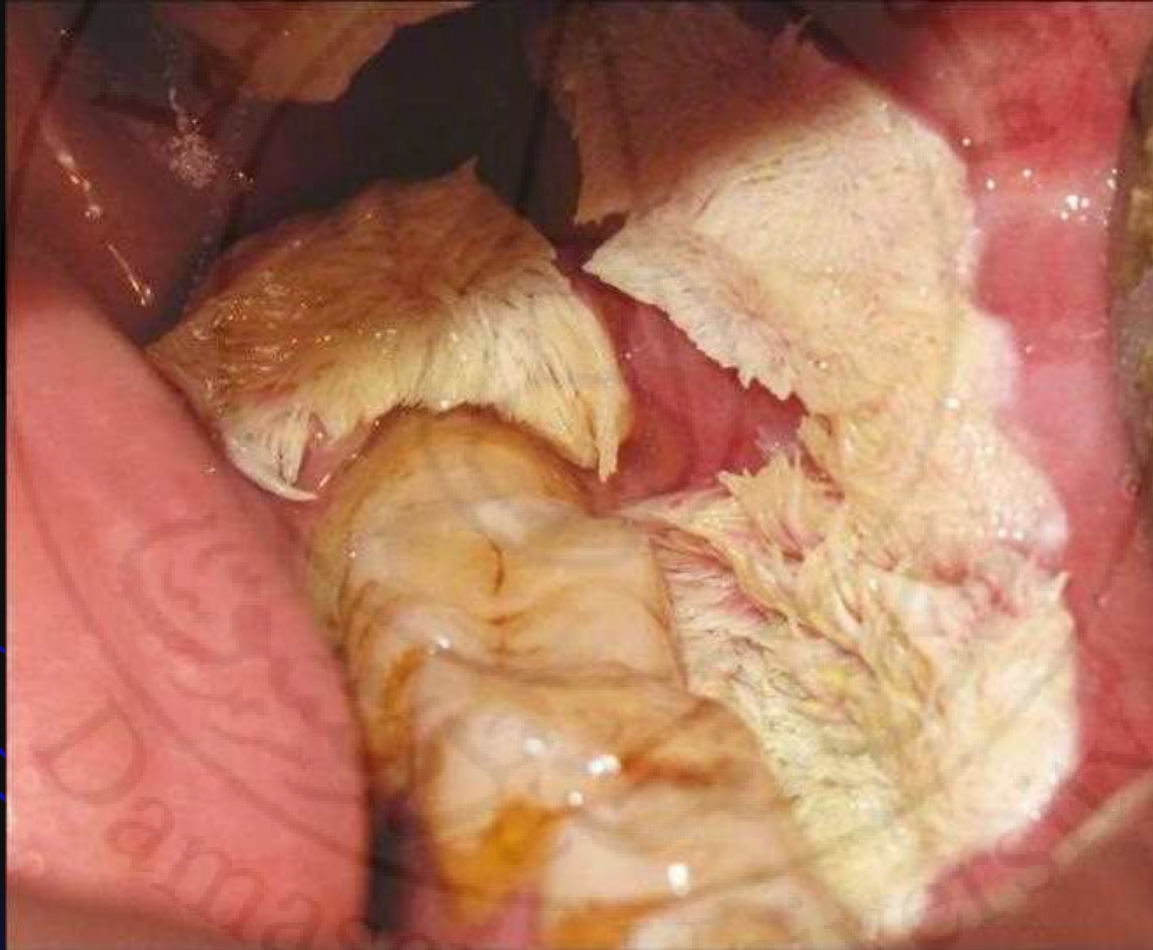
nodule آفة عقيدية



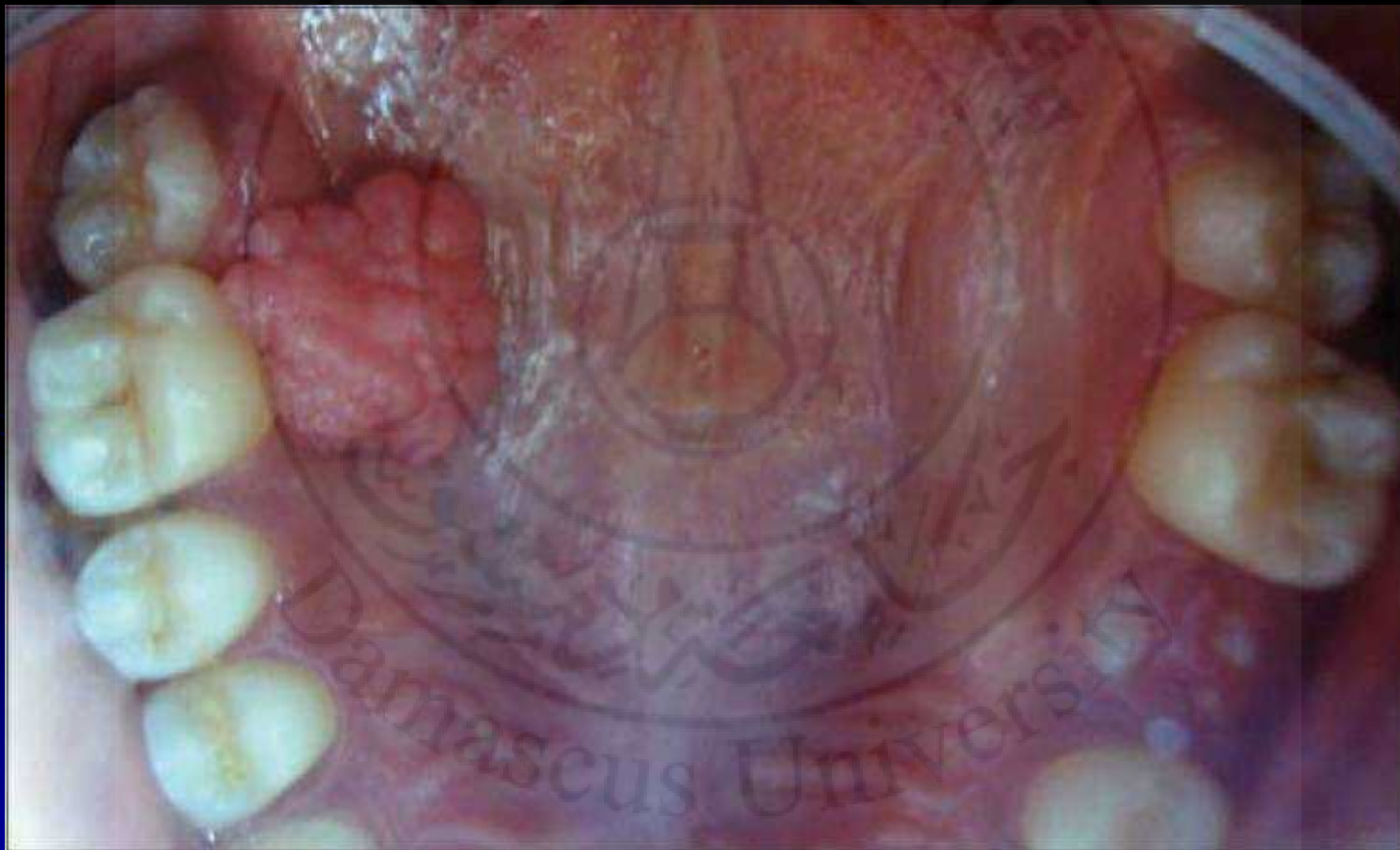
عقيدة حمامية



آفة ثُلُولِيَّة Verrucous carcinoma



آفة حلّيمية



آفة توسفية



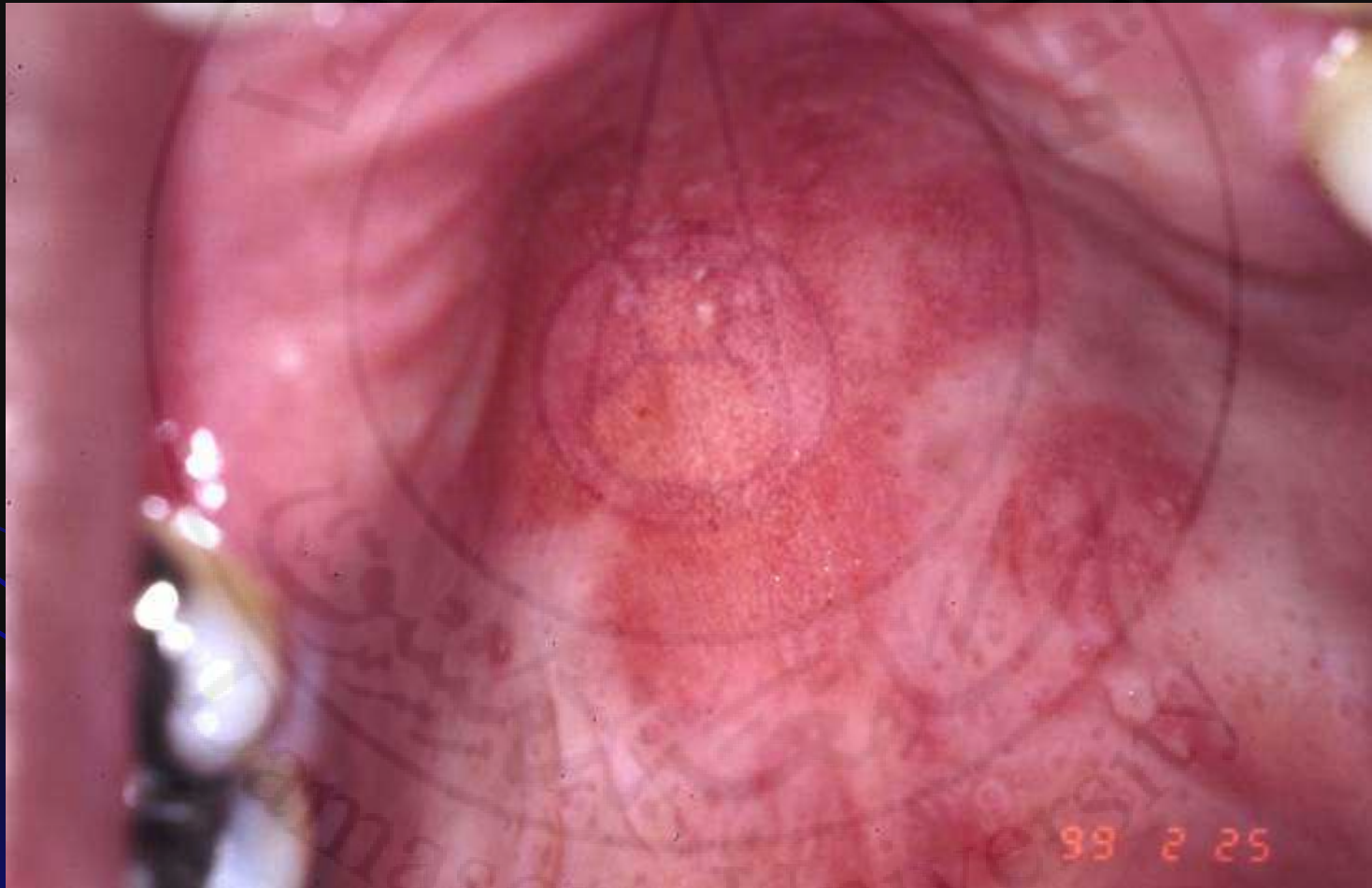
الوذمة البيضاء





Pseudomembranous Candidiasis

Erythematous Candidiasis



LIP DISORDERS

Dr. Abeer Ahmad Aljoujou

PhD. Oral Medicine

تصنف اضطرابات الشفاه إلى :

١- اضطرابات تطورية developmental

٢- التهابات الشفاه Chilitis

٣- سرطان الشفة carcinoma of lip

٤- حالات أخرى

اضطرابات الشفاه التطورية

- حفر الشفاه الخلقية أو النواسير congenital lip pits
- حفر الصوار commissural lip pits
- الشفة المضاعفة double lip
- شقوق الشفة وقبة الحنك cleft lip and palate

التهابات الشفاه Cheilitis

- التهاب الشفة الغدي glandular cheilitis
- التهاب الشفة الحبيبي granulomatous cheilitis
- التهاب الشفة الزاوي angular cheilitis
- التهاب الشفة بالتماس contact cheilitis
- التهاب الشفة التأتبي eczematous cheilitis
- التهاب الشفة السفعي actinic cheilitis
- التهاب الشفة التوسفي exfoliative cheilitis
- التهاب الشفة بالخلايا البلاسمية plasma cell cheilitis
- التهاب الشفة المسبب بالأدوية cheilitis due to drugs

حالات أخرى

- تقرحات الشفاه الناجمة عن الشريان المتوسع
lip ulcers due to caliber persistent artery
- تنكس الشفاه السفعي actinic Elastosis
- تشقق الشفاه chapping of lips

حفر الشفاه الخلقية أو النواسير congenital lip pits

- حالة وراثية تميل لإصابة الإناث ، تنجم عن فشل التحام الأثلام الشفوية خلال تطورها .
- تشاهد على الحافة القرمزية للشفة على جانبي الخط المتوسط وغالباً ما تصيب الشفة السفلى ، قد تكون أحادية الجانب أو ثنائية.
- تشاهد على شكل انخماص أو حفرة يتراوح قطرها بين ٣-٤ مم وقد تكون عميقة لتصل إلى ٢ سم عمقاً (حيث يلاحظ عند الضغط عليها خروج اللعاب نتيجة انفتاح الغدد اللعابية الصغيرة ضمنها).
- جراحي لتحسين المظهر التجميلي.



- قد تترافق نواسير الشفاه مع تناذر **Van der Woude`s syndrome** والذي يتظاهر بشق الشفة وشق قبة الحنك ونواسير الشفاه.

ومع تناذر **popliteal pterygium syndrome** الذي يتظاهر بشقوق في الشفة وقبة الحنك وأربطة تصل الفك العلوي مع الفك السفلي بالإضافة لتشوهات ولادية أخرى.

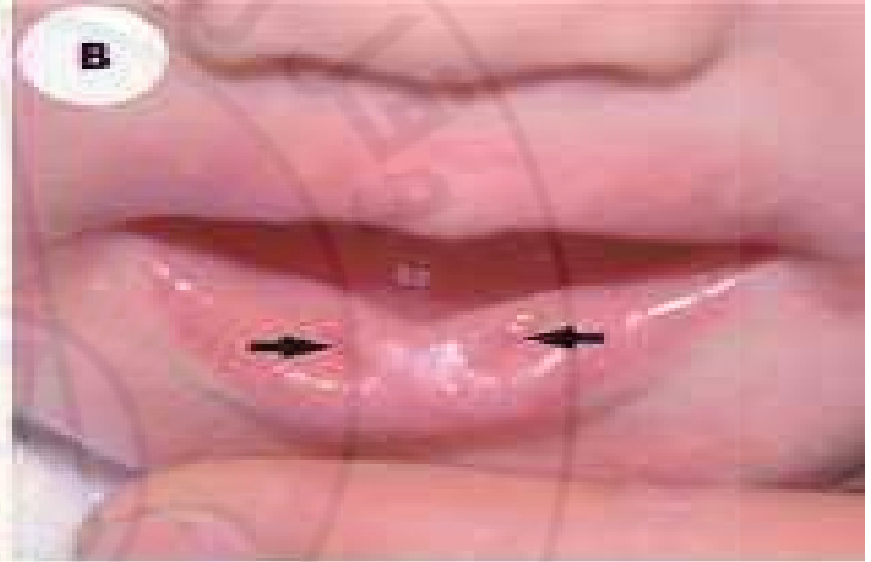


Congenital lip pits





popliteal pterygium syndrome



popliteal pterygium syndrome



Commissural lip pits

- تحدث نتيجة فشل الالتحام الطبيعي جنينياً بين نتوء الفك السفلي ونتوء الفك العلوي، وهو اضطراب يميل لإصابة الذكور.
- يظهر كانهماص أحادي أو ثنائي الجانب عند صوار الفم قد يصل عمقه لـ ٤ مم مما يؤدي لانفتاح بعض الغدد اللعابية الصغيرة ضمنه وتسرب اللعاب من هذه الشقوق ، والذي قد يؤهب للإصابة بالانتانات المتكررة.
- التدبير جراحي في الحالات العرضية .

Commissural lip pits



الشفة المضاعفة double lip

- اضطراب قد يكون وراثي أو مكتسب نتيجة الرض على الشفة ، يتميز بتكون طية من نسيج زائدة على سطح المخاطية الشفوية الداخلي .



- يميل لإصابة الشفة العلوية .
- التدبير : جراحي.



شقوق الشفة وقبة الحنك

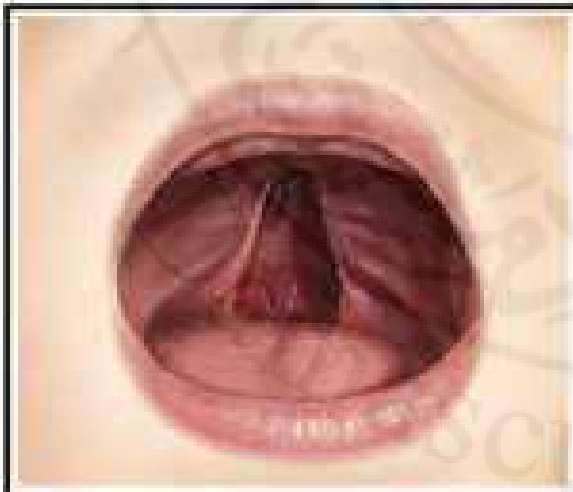
- اضطراب ولادي يتظاهر بشق يصيب الشفة العلوية نتيجة فشل التحام جزئي الشفة والذي قد يترافق مع شقوق قبة الحنك أيضاً.
- العوامل المسببة : الوراثة والعوز الغذائي عند الأم الحامل (عوز حمض الفوليك والريبوفلافين) ، عوامل بيئية كالانتانات بالإضافة للضغط النفسي والأذيات التي قد تصيب الأم أو خضوعها للعلاج بالستيروئيدات أو مضادات الاختلاج خلال الحمل وتناولها للكحول والتدخين أو تعرضها للسموم وعيوب نقص التروية الدموية الجنينية ويعتقد بدور البدانة و الداء السكري غير المضبوط كعوامل مؤهبة.
- تميل لإصابة الذكور ، والجانب الأيسر أكثر من الأيمن بنسبة ٧٠% ، وتترافق مع اضطرابات في عدد وشكل الأسنان في مكان الإصابة.



Cleft palate



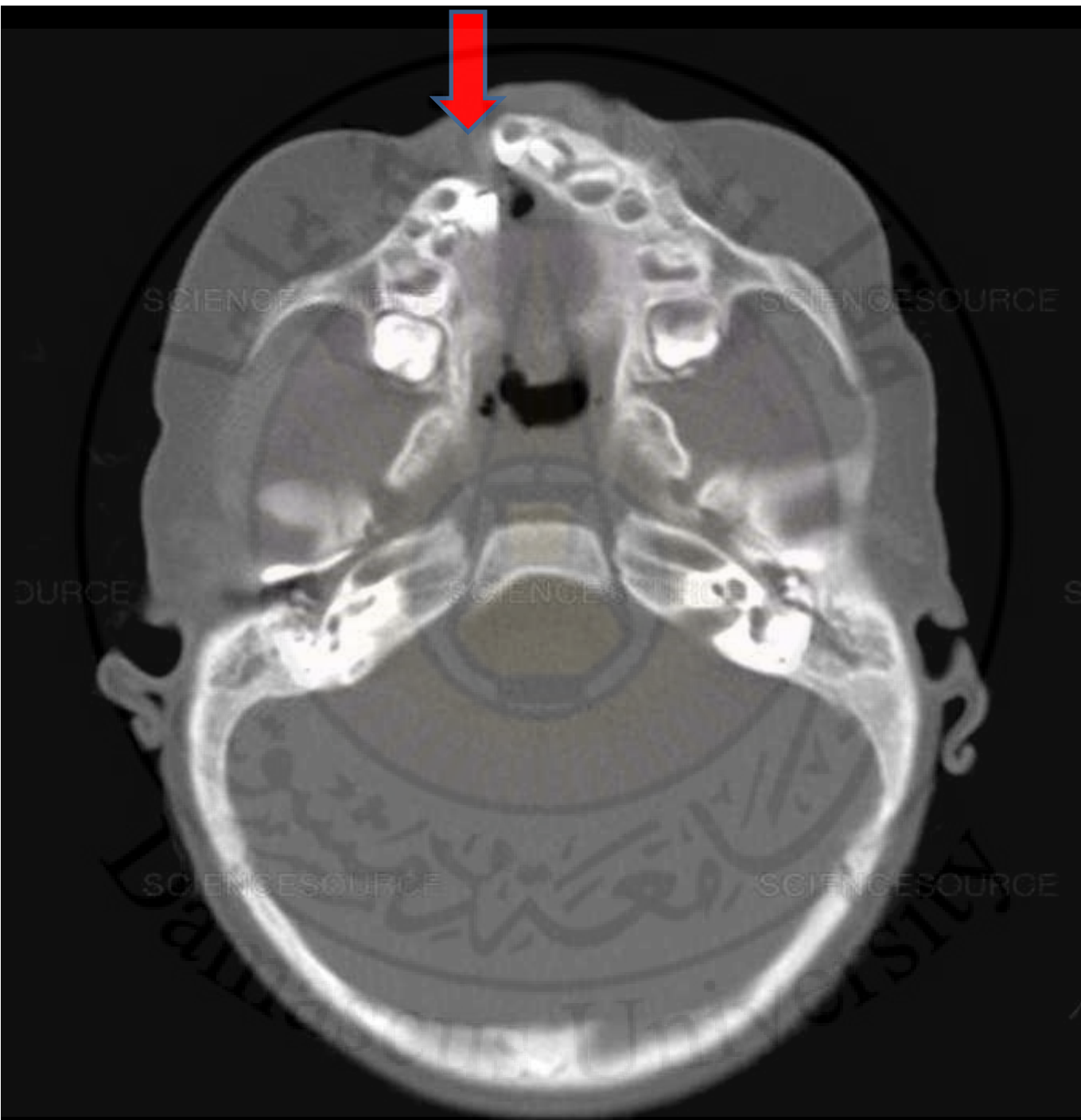
Cleft lip and cleft palate



- تترافق شقوق الشفة مع الأعراض التالية:
- صعوبة الأكل والبلع
- اضطرابات اللفظ
- سوء وظيفة الشم
- اضطرابات في حجم وشكل وعدد الأسنان الموافقة لمكان الإصابة.
- انتانات الأذن الوسطى المتكررة.

شق شفة وقبة حناك





• تدبير الشقوق:

- يتطلب فريق عمل من الأخصائيين ويضم : جراح تجميلي ، جراح الفم والوجه والفكين، جراح أذن أنف حنجرة، أخصائي تقويم أسنان ، طبيب أسنان عام، معالج للنطق، طبيب نفسي ومرشد اجتماعي، أخصائي تغذية، وطبيب أطفال.

التهابات الشفاه



التهاب الشفة الغدي glandular cheilitis

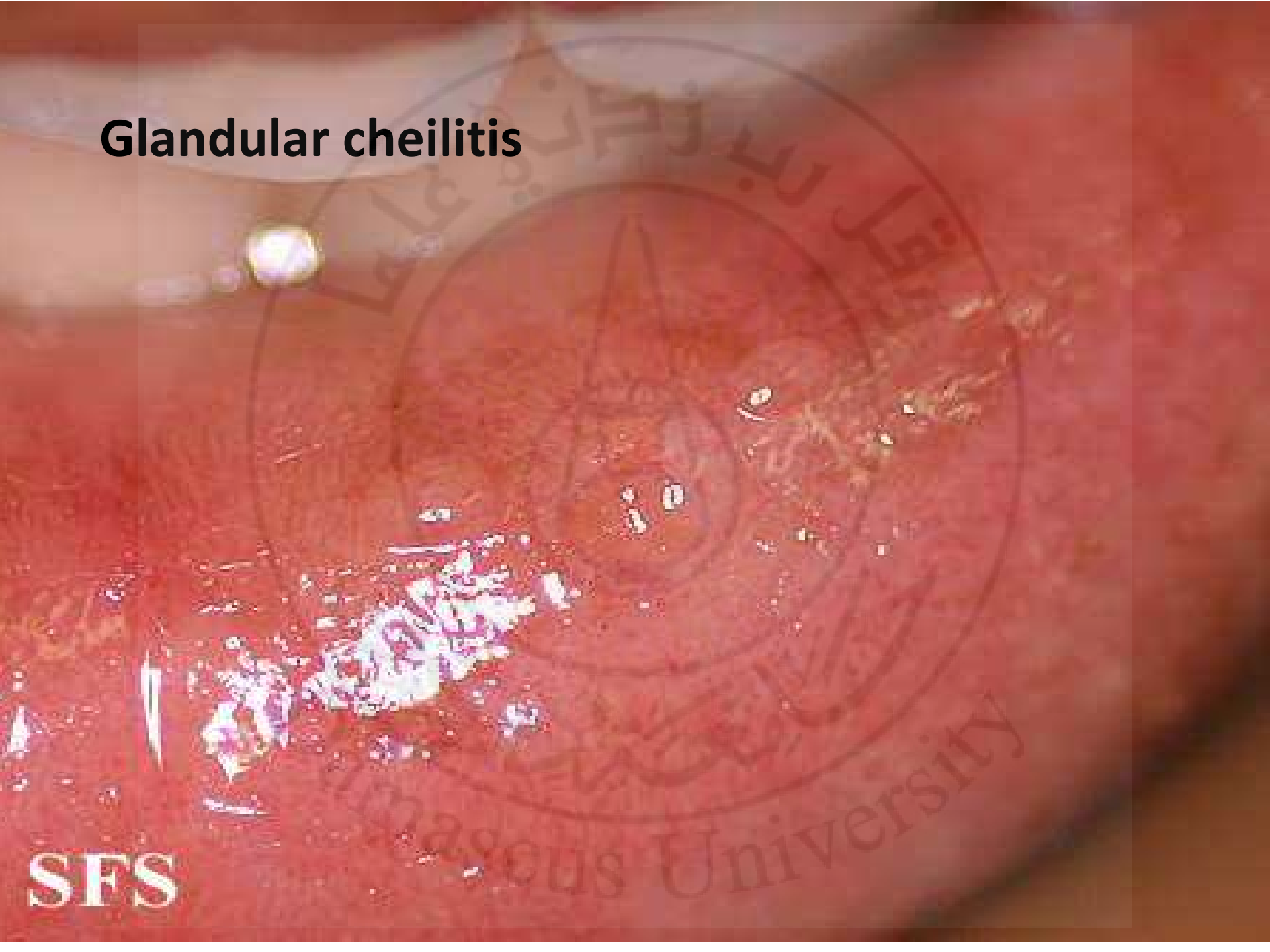
- يتميز بضخامة قاسية بالشفة مع انقلابها للخارج.
- العوامل المسببة: التعرض المزمن للشمس، عوامل وراثية عائلية ، التهاب الغدد اللعابية، عوامل بيئية كالتدخين والغبار.
- تصيب البالغين غالباً، وتميل لإصابة الشفة السفلية ، تترافق بضخامة الغدد اللعابية الشفوية وتصبح عقيدية مجسوسة وذات فوهات متورمة وملتهبة والتي لدى جسها يخرج مفرزات مخاطية لزجة.
- تعتبر من الحالات محتملة الخباثة.
- التدبير : جراحي.

Glandular cheilitis



SFS

Glandular cheilitis



SFS

Granulomatous Cheilitis

- يشبه سريراً التهاب الشفة الغدي.

- العوامل المسببة :

- عوامل موضعية : الانتانات الفموية أو السنية المزمنة، المواد المائلة والأجسام الأجنبية، التحسس من المواد التجميلية أو بعض الأغذية أو معاجين الأسنان والمضامض .

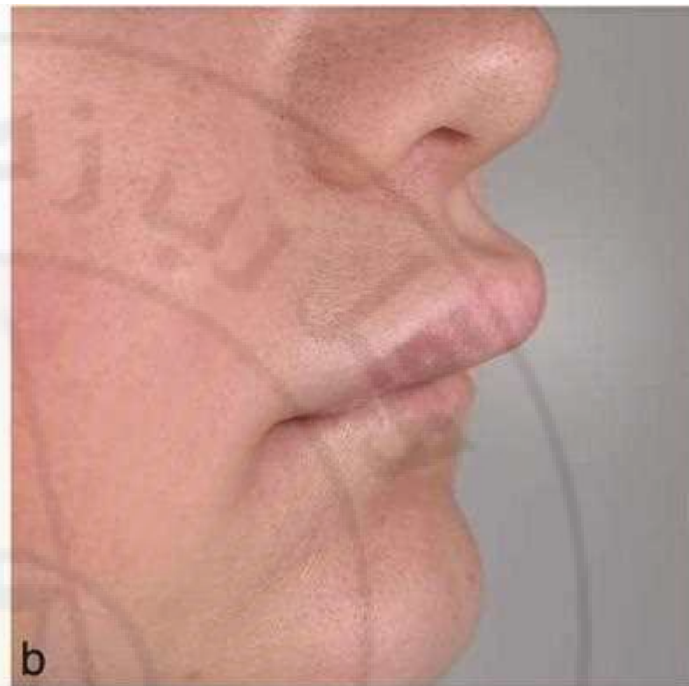
- عوامل جهازية: الأمراض الحبيبية المزمنة، داء كرون، الساركويد، والسل الفموي.



التهاب الشفة الحبيبي

التهاب الشفة الحبيبي

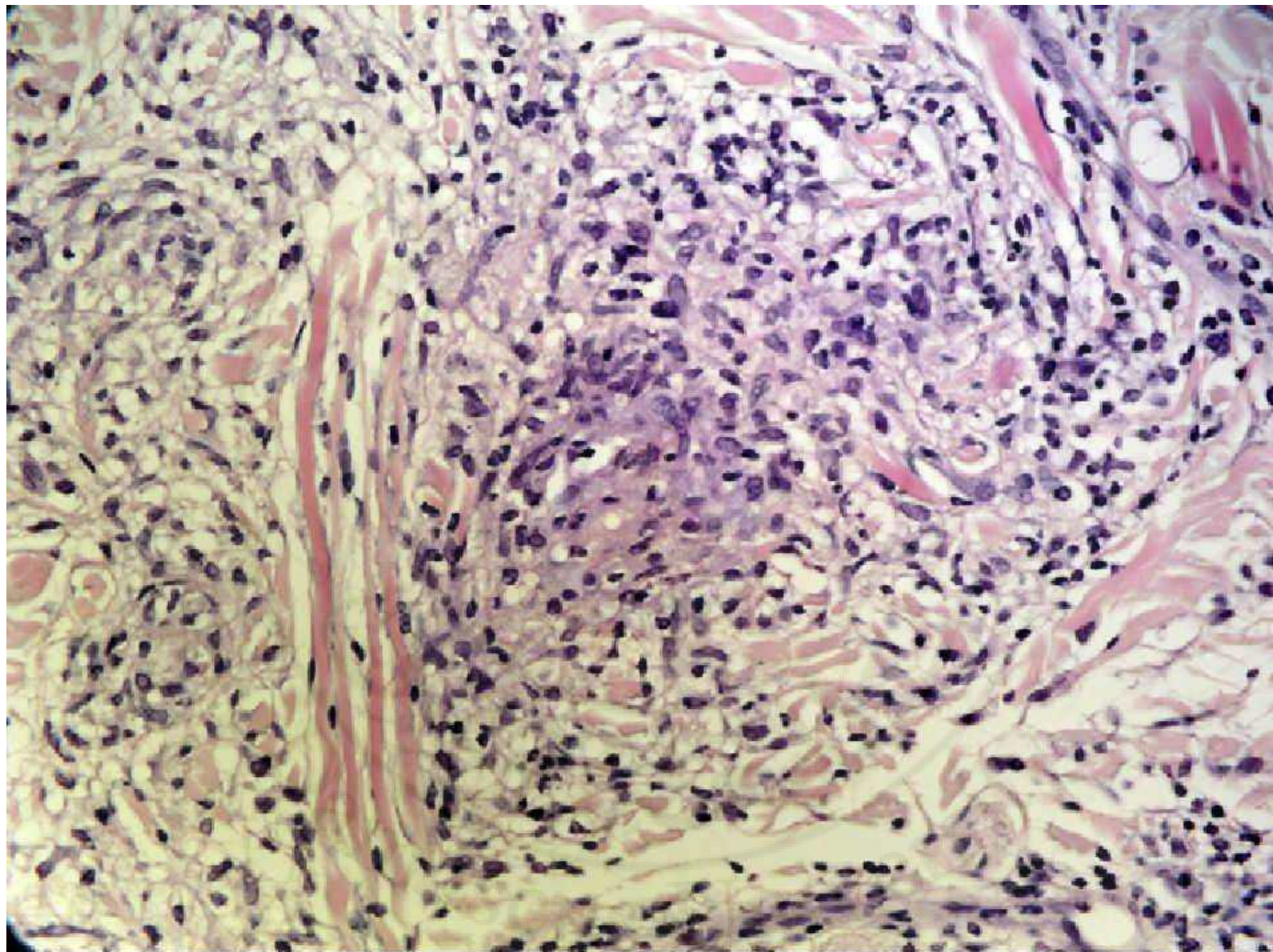




- يشاهد التهاب الشفة الحبيبي عند البالغين والأطفال، ويتظاهر كانتباج وتورم في الشفة خاصة الشفة السفلى وفي بعض الأحيان تترافق الحالة مع أعراض عامة كالصداع والحرارة وتشوش الرؤية.
- أحياناً تصاب الشفة المتورمة بالتشقق وتظهر عليها حويصلات وقشور .
- يكون التورم طري في البداية ثم يصبح قاسي ، ويكون الجلد المجاور سليم أو يظهر عيله حمامات.
- تترافق الإصابة أحياناً مع تناذر Melkersson Rosenthal وهو تناذر يترافق مع اعتلال حسي عصبي ولسان متشقق وشلل وجهي.

التشخيص التفريقي

- التهاب الشفة الغدي
- الوذمة العرقية
- الساركويد
- داء كرون
- الورم الوعائي اللمفاوي.



التدبير

- حقن الستيروئيدات (حقن الـ 0,1% triamcinolone أسبوعياً لمدة ٧-١٠ أسابيع)



التهاب الشفة الزاوي Angular Cheilitis

- التهاب صوار الفم ، ينجم عن :
 - عوامل انتانية (جرثومية أو فطرية أو فيروسية)
 - نقص البعد العمودي
 - الرضوض
 - العوز الغذائي : الريبوفلافين Vit B2 و حمض الفوليك وفقر الدم بعوز الحديد ، عوز البروتين الكلي.
 - أمراض جلدية : الالتهابات التأتبية
 - أسباب أخرى كقرط الإلعب، متلازمة داون، اللسان العرطل ، حفر الصوار .



Angular cheilitis





التهاب الشفة الزاوي / نتيجة نقص البعد العمودي



التهاب فيروسي

- يتظاهر التهاب الشفة الزاوي بـ : حمamy مثلثة الشكل عند زوايا الفم مع شعور بالتجفاف والحرق مع توذم المكان.
- تتطور الحمامات لشقوق مؤلمة وتقرحات قد تغطيها القشور.
- التدبير: معالجة السبب ، وإعطاء نظام علاجي لتعويض العوز الغذائي، ووصف مضادات الفطور (هلام أو كريم الميكونازول ويطبق ٣ مرات يومياً لمدة ١٠ أيام وتمدد لـ ١٤ في حال ترافق الإصابة مع التهاب فم فطري) أو المضادات الحيوية الموضعية (Fusidic acid ointment ويطبق يومياً ٤ مرات مدة أسبوع أو ١٠ أيام) أو المضادات الفيروسية (acyclovir ويطبق ٥ مرات يومياً لمدة خمس أيام) تبعاً للعامل الانتاني المسبب.

التهاب الشفة الأكريميائي Eczematous

- يصيب الشفة ثانوياً نتيجة الإصابة بالأكرزيميا التأتبية.
- وتعالج بتطبيق المرطبات والستيروئيدات الموضعية.



تهاب الشفة الأكريميائي



التهاب الشفاه بالتماس Contact Cheilitis

- التهاب الشفاه الناجم عن ردود فعل تجاه محرض كيميائي .
- الأسباب:
 - أحمر الشفاه
 - بعض الأدوية (صادات)
 - المضامض الفموية ومعاجين الأسنان
 - المواد السنية
 - بعض الأطعمة
- يصيب الحافة القرمزية للشفة ويمكن أن يمتد للجلد المجاور ويتظاهر كتخريش irritation مستمر مع احمرار و وذمة وقشور تغطي المنطقة.

Contact cheilitis



التهاب الشفة السفعي actinic cheilitis

- آفة قبيل سرطانية تتجم غالباً عن التعرض المزمن لأشعة الشمس ، ويغلب مشاهدتها عند المزارعين والعمال العمل الذين يعملون في الأماكن المشمسة الحارة والجافة وخاصة لدى ذوي البشرة الرقيقة والفاتحة .
- تميل الحالة لإصابة الذكور .

Actinic cheilitis التهاب الشفة السفعي



• المظاهر السريرية:

- غالباً ما تصاب الشفة السفلية لدى متوسطي الأعمار
- تبدأ الإصابة مبكراً باحمرار و وذمة في الشفة، ثم تصبح الشفاه جافة ومغطاة بالقشور والتي عند إزالتها تظهر نقط نازفة.
- ثم مع استمرار التعرض تصبح القشور أسمك ومتقرنة وتعاود التشكل عند إزالتها بعد عدة أيام.
- ثم تصبح البشرة سميقة مغطاة بلويحات بيضاء رمادية مع تشكل تشققات شاقولية وقشور وخاصة في الطقس البارد.
- تصبح الحواف القرمزية للشفة مبهمة وغير واضحة بينها وبين الجلد المجاور.
- قد تصاب الشفاه بسحجات سطحية وحويصلات وانتان ثانوي.
- وقد تتشكل عقيدات ثلولية الشكل مع وذمة والتهاب .

- علائم التحول للخبثية:

- ١- تقرحات على الشفاه
- ٢- بقع حمراء وبيضاء مع حدود قرمزية غير واضحة.
- ٣- آفات ضمورية معممة على الشفة مع تسمكات بيضاء.
- ٤- استمرار التقرن ووتشكل القشور.
- ٥- تصلب الشفة .

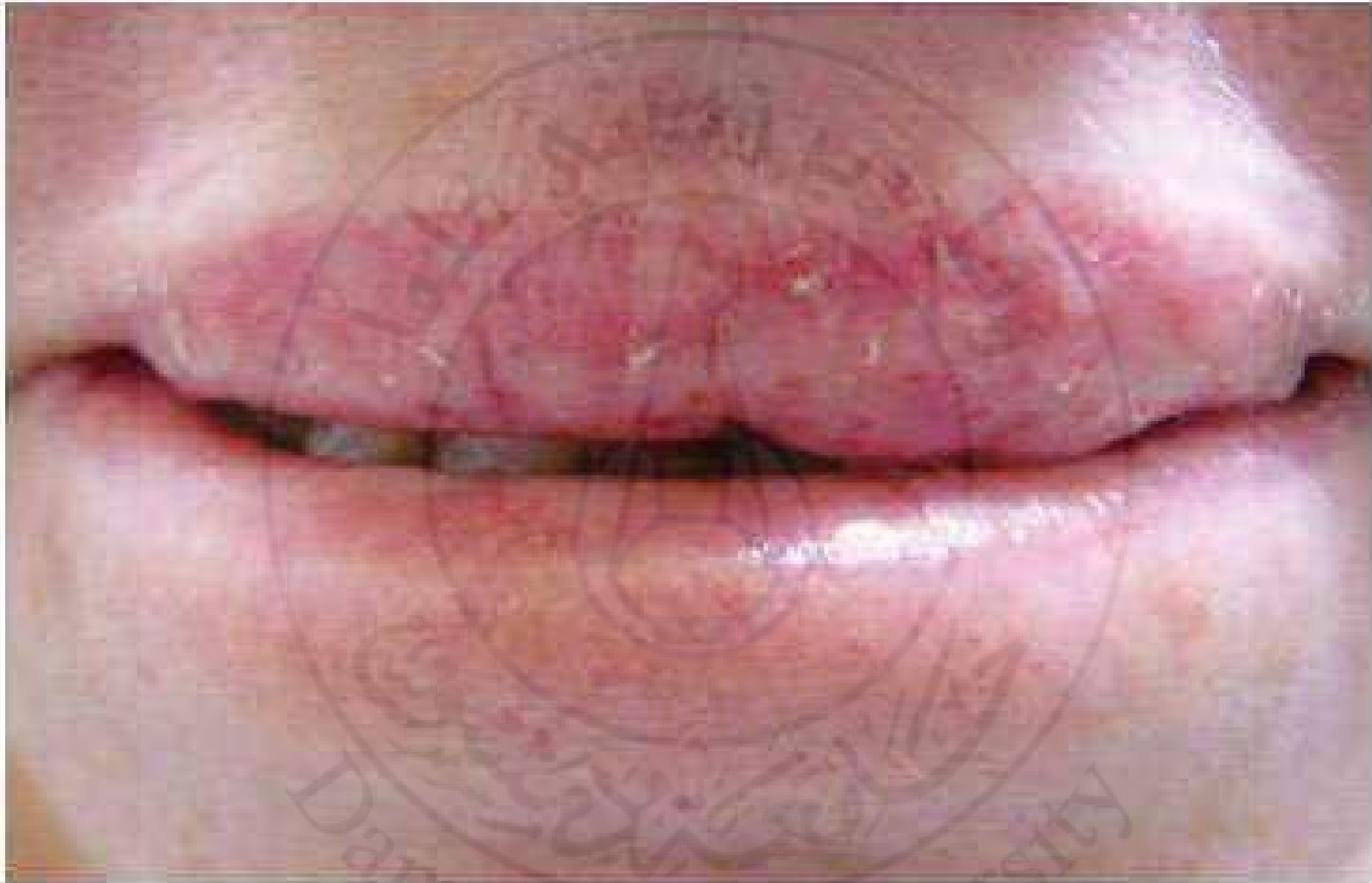


FIGURE 1: Actinic cheilitis: edema, exulceration and desquamation of the upper lip. Edema and loss of definition of the lower lip vermilion border



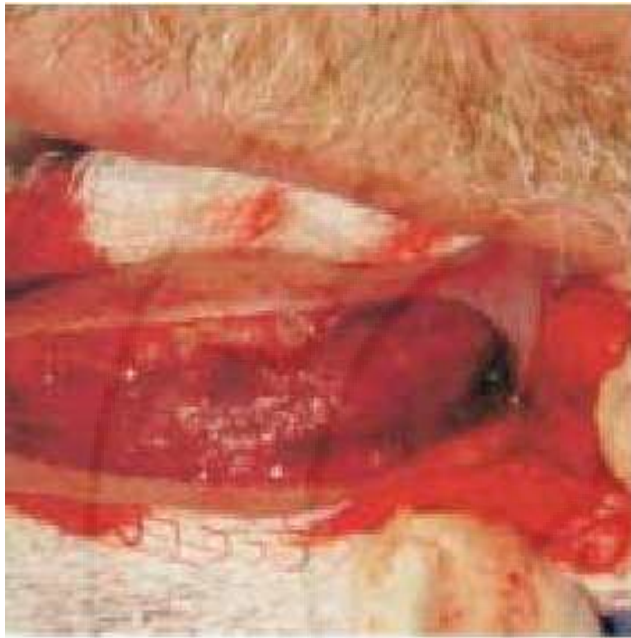


actinic cheilitis

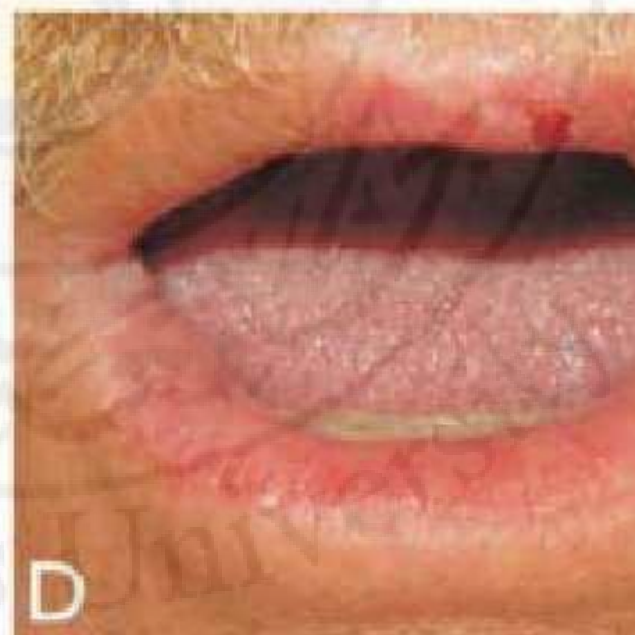


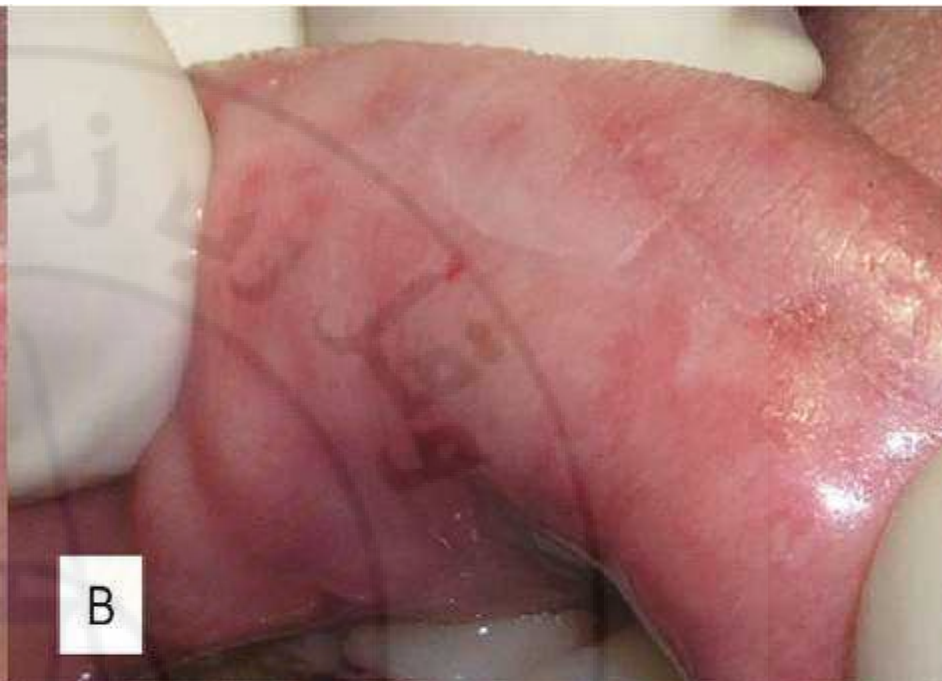
التدبير management

- ١- تطبيق كريم الـ 5% fluorouracil ثلاث مرات يومياً لمدة ١٠ أيام وهو من المعالجات الكيميائية المثبطة لتصنيع الـ DNA والذي يمتلك آثار جانبية كتقرح واحمرار وتخر الشفة والتي تشفى خلال ٣ أسابيع.
- ٢- المعالجة بالتبريد باستخدام الثلج الفحمي co2 snow أو الآزوت السائل لمعالجة الآفات القرنية السطحية.
- ٣- العلاج الجراحي vermilionectomy
- ٤- التقشير بالليزر Laser ablation
- ٥- التخثير الكهربائي electrodesiccation

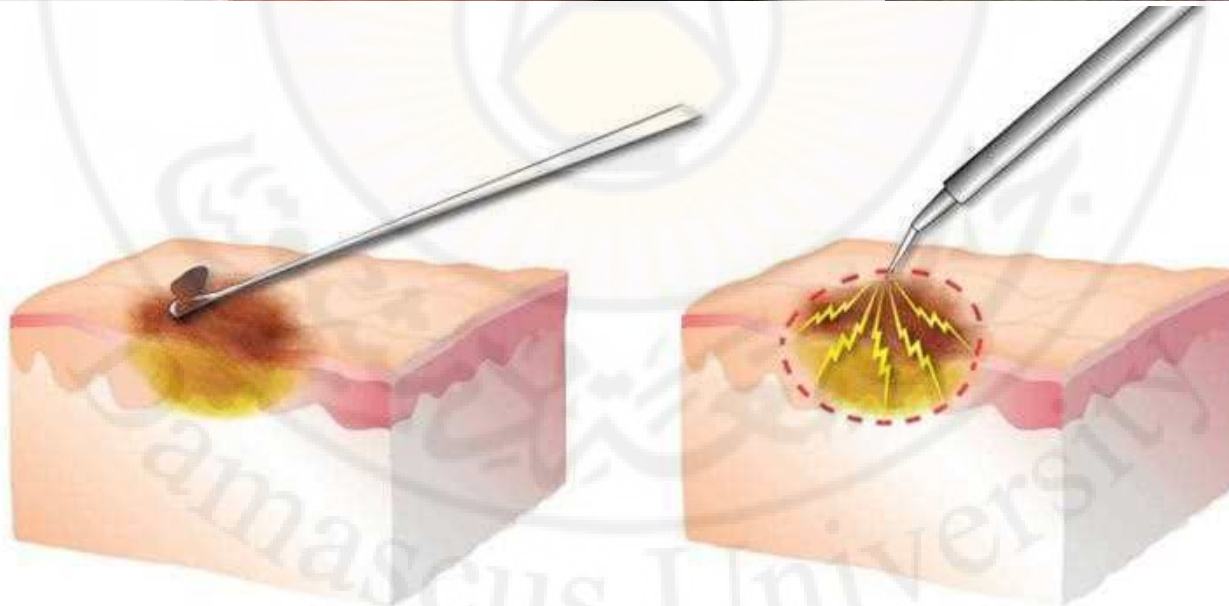
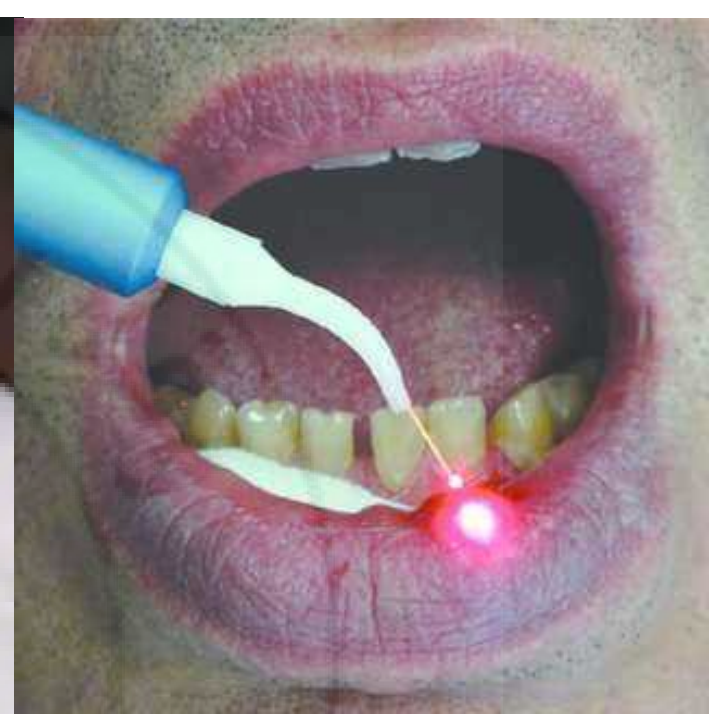


قطع الشفة





المعالجة بالتبريد



Curettage

Electrodessication

Exfoliative Cheilitis التهاب الشفة التوسفي

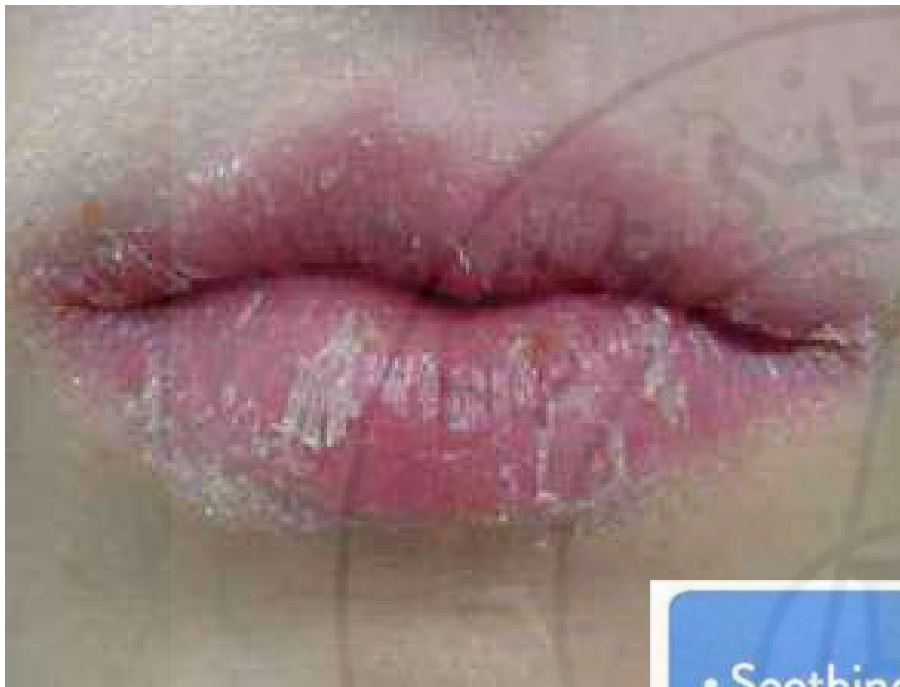
- التهاب مزمن سطحي يصيب الحافة القرمزية للشفاه ويتميز بتشكل مستمر للقشور والتوسفات .



- أسباب التهاب الشفة التوسفي :
- الرضوض المزمنة (نتيجة عادات شاذة : عض الشفاه)
- الاضطرابات النفسية.
- المظاهر السريرية:
- تشاهد الإصابة عند اليافعين، مع ميل لإصابة الإناث.
- يعاني المرضى من حس حرق وتخريش وتشكل للقشور تستمر لسنوات عديدة على الحافة القرمزية للشفة مع احتمال إصابة الجلد المحيط بالاحمرار .

• التدبير :

- طمأنة المريض
- تطبيق الستيروئيدات موضعياً hydrocortisone cream
- في الحالات المزمنة يمكن المشاركة بين الهيدروكورتيزون مع المضادات الفطرية antimycotic والمضادات الجرثومية antibacterial .
- تطبيق حمض الصفصاف مع كريمات مرطبة ومضادات جرثومية وفطرية.



- Soothing relief for skin irritations, rashes, redness & inflammation

MAXIMUM STRENGTH

Walgreens

Compare to Cortaid® Maximum Strength active ingredient!†

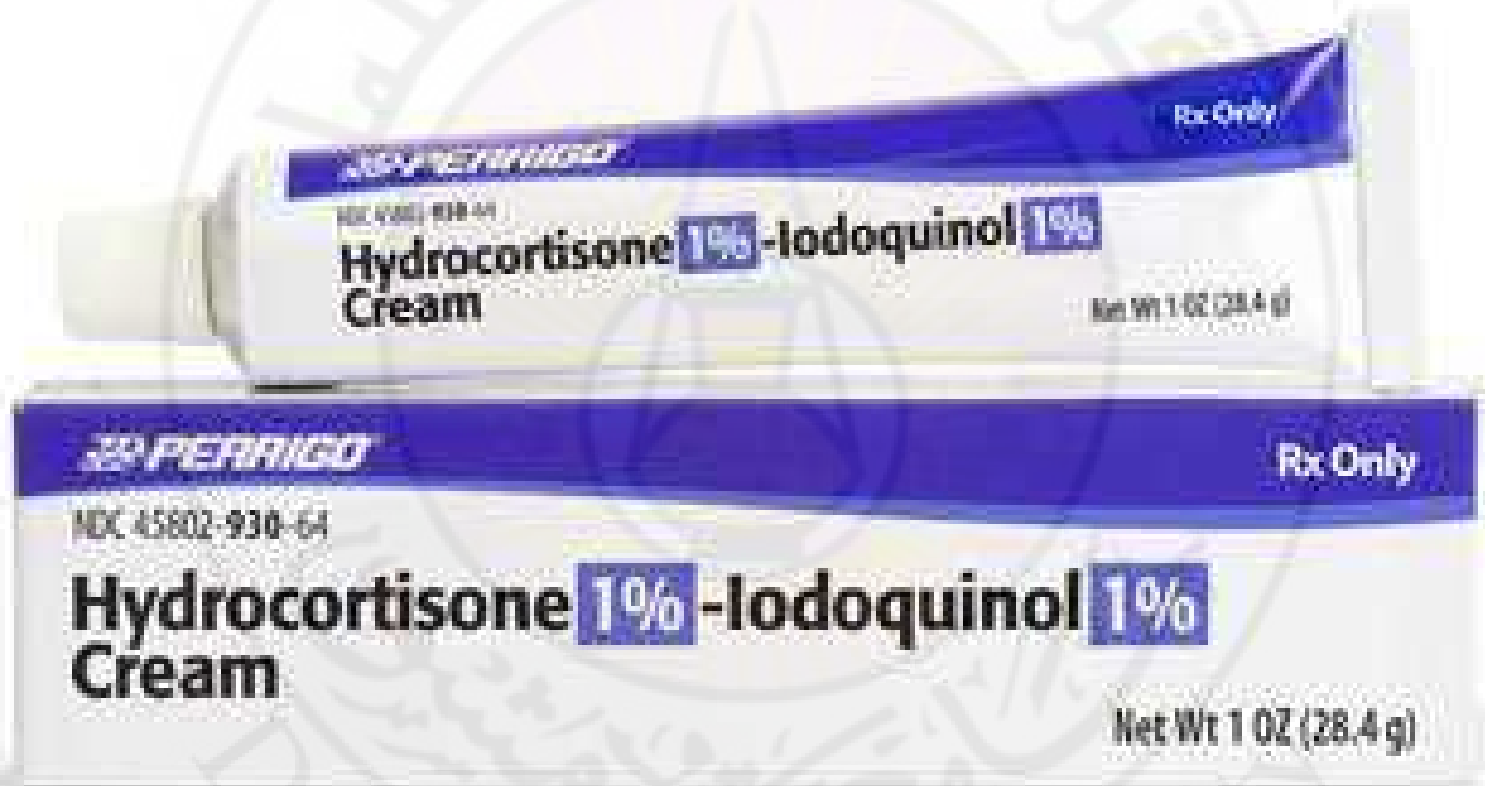
Hydrocortisone Cream

HYDROCORTISONE 1% /
ANTI-ITCH CREAM

Walgreens

NET WT 2 OZ (56 g)

المشاركة بين الهيدروكورتيزون والمضادات الجرثومية والفطري



التهاب الشفة المسبب بالخلايا البلاسمية

- حالة مرضية التهابية سليمة مجهولة السبب، تتظاهر بارتشاح كثيف لخلايا البلاسمية ضمن الغشاء المخاطي على مداخل الجسم.
- تصيب المناطق التناسلية، الشفاه والمخاطية الخدية، قبة الحنك، اللثة واللسان، اللهاة والحنجرة.
- تتظاهر سريرياً على شكل بقع حمامية محددة الحواف على الشفاه وخاصة عند الأعمار الكبيرة.
- يتم تأكيد التشخيص نسيجياً كون الموجودات السريرية غير وصفية.
- التدبير بتطبيق الستيروئيدات القشرية عالية الفعالية موضعياً أو حقن الـ triamcinolone ضمن الآفة.



التهاب الشفة المسبب بالأدوية



- قشور نزفية تصيب الشفة وغالباً ما ترافق الإصابة بتناذر ستيفن جونسون المحرض دوائياً .
- تنتج عن ردود فعل تحسسية أو تأثير مباشر للدواء .

سرطان الشفة lip cancer

- يعتبر السرطان شائك الخلايا هو الأشيع، ويميل لإصابة الذكور بالأعمار فوق ٤٠ سنة (متوسط الأعمار ٦١ سنة) وذوي البشرة الفاتحة مع قصة تعرض مزمن لأشعة الشمس.
- يصيب غالباً الشفة السفلية وعادة ما يسبق بالتهاب الشفة السفعي.
- يعاني المرضى في الحالات المتقدمة من عدم القدرة على إغلاق الشفاه وصعوبة الكلام و تناول الطعام مع الألم والنزف والخدر.



- يتظاهر سرطان الشفة بآفات تقرحية متصلبة قاسية أو عقيدية ثؤلولية السطح ، وفي الحالات المتقدمة غير المعالجة يحدث نمو اجتياحي تخريري للنسج مع تموت فيها.



- الانتشار :
- تميل سرطانات الشفة العلوية للانتشار metastasis أكثر من سرطانات الشفة السفلية.
- وغالباً ما ترتشح هذه السرطانات باتجاه العقد تحت الفك والعقد تحت الذقنية ثم باتجاه العقد الرقبية العميقة.
- تتمتع هذه السرطانات بإنذار جيد كونها تتكون من خلايا جيدة التمايز وبطيئة التطور وعادةً ما يتم تشخيصها في المراحل المبكرة .
- التدبير : جراحي.

Thank you for
listening



Oral Cancer I

Dr.Abeer Ahmad Aljoujou
PhD. Oral Medicine

Major Risk Factors for Oral Cancer are:



- Tobacco use
- Alcohol use
- Age over 40

Additional Risk Factors Linked To Oral Cancer Include:

- Exposure to UV radiation
- Human Papilloma Virus (HPV)
- Nutritional deficiencies
- Oral lichen planus
- Immuno-supression
- Syphilis
- Marijuana use
- Chronic irritation
- Chronic candidiasis

Potentially malignant states

1- erythroplasia

2- leukoplakia:

- proliferative verrucous leukoplakia
- sublingual leukoplakia
- candidal leukoplakia
- syphilitic leukoplakia

3- actinic cheilitis

4- lichenoid lesions

5- discoid lupus erythematosus

6- submucous fibrosis

candidal leukoplakia



Potentially malignant states

- 7- previous malignancy
- 8- immunosuppression
- 9- syphilitic glossitis.
- 10- dyskeratosis congenita (Zinsser-Engman-Cole syndrome : skin pigmentation, nail dystrophy, mucosal leukoplakia)
- 11- Paterson-Kelly syndrome(dysphagia; Plummer-Vinson syndrome)

Paterson-Kelly syndrome(dysphagia; Plummer-Vinson syndrome



Tobacco Use

- The risk of oral cancer increases with the
 - **amount** of tobacco used
 - and the **duration** of the habit.
- All tobacco types are associated with oral cancer, for example:
 - cigarettes
 - cigars
 - pipes
 - quid
 - snuff
 - chew

Tobacco Risks

- **90%** of patients with oral cancer use tobacco
- Smokers have **6 times** greater risk of developing oral cancer than nonsmokers.
- Tobacco users who regularly **use alcohol** are at greatest risk

Tobacco and Cancer Recurrence

According to the ACS (2004):

- **37%** of patients who smoke after a first oral cancer will develop another in the oropharyngeal area.

Cigars Not A Safer Alternative

- CDC reports cigar use among adolescents is **higher than smokeless tobacco**.
- Risk of **laryngeal**, oral or **esophageal** cancer is **4-10 times** higher than non smokers.
- Cigar smokers who inhale deeply are **6 times** more likely to die from oral cancer and **39 times** more likely to die from laryngeal cancer (ACS, 2004).

Alcohol And Oral Cancer

- **75 – 80%** of all patients with oral cancer drink alcohol frequently
- Alcohol may act as a solvent and allow carcinogens from tobacco to more easily enter oral tissues
- **A combination of both alcohol and tobacco provides the greatest risk of oral cancer.**

Age And Oral Cancer

- **95%** of oral cancers occur in individuals over age **40**, and the average age of diagnosis is in the 60s
- **Changes in biochemical and biophysical processing** occur in aging cells
- **Chemicals, viruses, hormones, nutrients, and physical irritants** further affect aging cells, and may contribute to the development of oral cancer

Race And Genetics

- **Link** unclear
- **African-Americans** have higher rates than other groups
- **Genetic factors** may be at work
- Differences in **lifestyles** and habits also have an impact
- Differences in
 - access to care,
 - tendency to seek medical and dental care.
 - education levels most likely contribute to higher rates of later diagnosis of oral cancer (Silverman, 1999)
- Mutation of the **p53 gene** under investigation (damage to cell's DNA, growth and division)

Gender And Oral Cancer

- Oral cancer occurs more than twice as often in males
- The ratio of male to female cases was 6:1 in 1950; today is about 2:1
- One reason for the reduced ratio is the enormous increase during the past 50 years in females who smoke

Ultraviolet Light & Lip Cancer

- UV exposure contributes to lip cancer
- Fair skinned individuals at higher risk
- 30% of lip cancers occur in those with prolonged exposure to sunlight
- Lip cancer decreasing due to lip balm w/ sun screen
- Lip cancer is also seen in pipe smokers at the site where the pipe stem is held
- Lip cancers readily seen
- More likely to be diagnosed at earlier, treatable stage

Diet And Oral Cancer

- **Nutritional deficiencies** implicated as risk factor
- **Diet low in fruits & vegetables** implicated in cancers of mouth, larynx, and esophagus
- **Diet low in vitamin A** has been linked to oral cancer in some studies
- **Iron deficiency** associated with Plummer-Vinson syndrome causes an elevated risk for squamous cell carcinoma of the esophagus, oropharynx and posterior mouth (Regezi & Scuibba, 1999).



Viruses

- Human papilloma virus (**HPV**) and herpes simplex (**HSV**) may play a role in oral cancer development
- **DNA** from Epstein-Barr, cytomegalovirus, herpes simplex, and HPV detected in oral cancer biopsies (NIDCR, 2004)

Oncogenic viruses

- Viruses implicated in human carcinogenesis include:
- Epstein-Bar virus :- Burkitt`s lymphoma.
- nasopharyngeal carcinoma.
- Human papillomaviruses: cervix cancer.
- Hepatitis B & C viruses: hepatocellular carcinoma.
- RNA retrovirus: T-cell leukaemia,lymphoma.

Immunosuppression

- Persons with AIDS and those undergoing immuno-supression for organ or bone marrow transplantation may be at increased risk for various oral, head, and neck malignancies (Neville, et al. 1995)
- AIDS patients usually develop Kaposi sarcoma and lymphoma, rather than squamous cell carcinoma (Sapp, Eversole, and Wysocki, 1997)

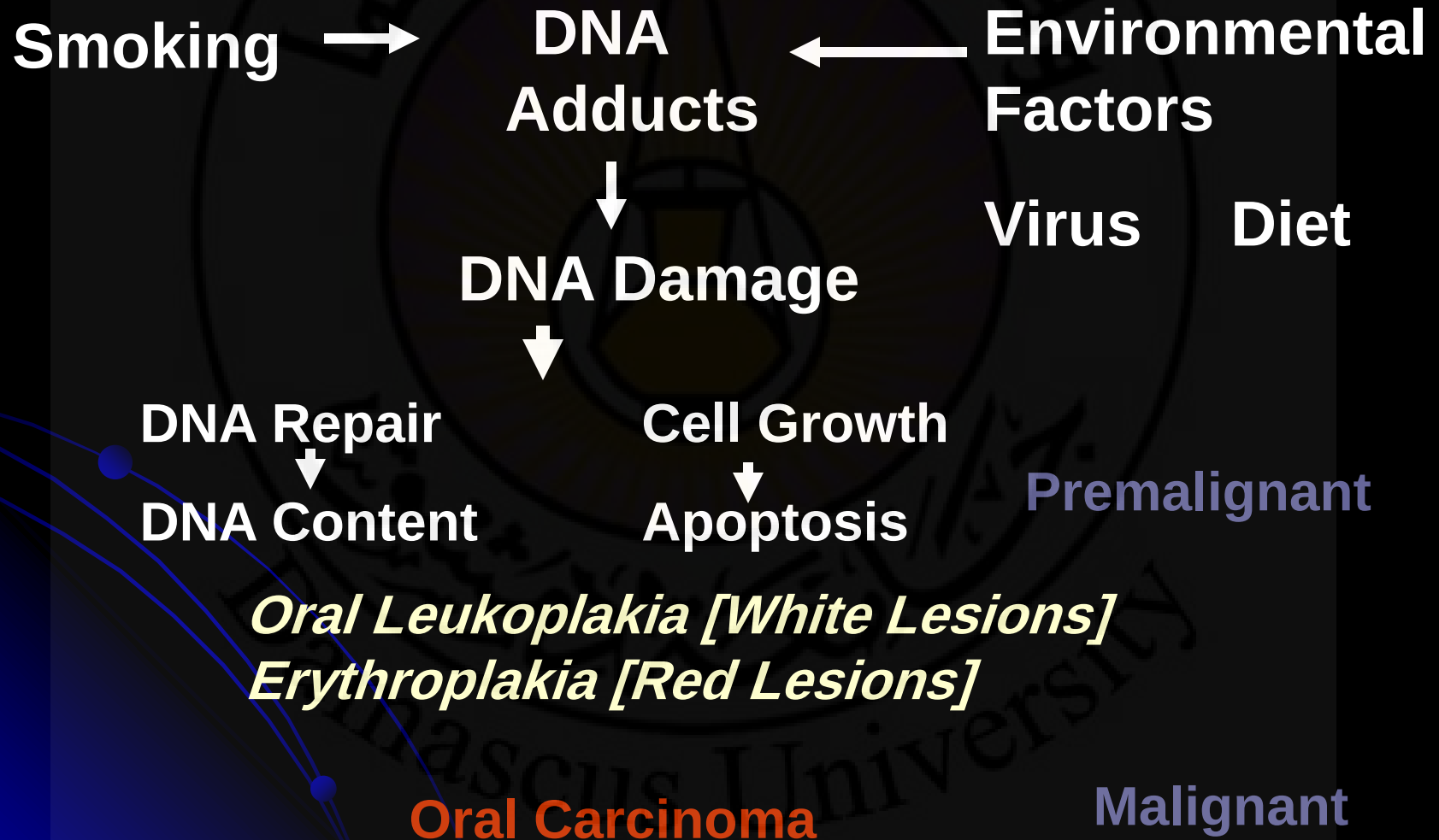
Chronic Irritation

- Irritation may be caused by ill-fitting dentures and broken teeth or fillings
- Chronic irritation does not *initiate* oral cancer, but it is possible it may hastens its progress
- The debate as to chronic irritation as a risk factor is ongoing

Candidiasis

- Chronic candidiasis has been implicated as a risk factor in oral cancer.
- Certain strains of *Candida Albicans* produce **nitrosamines**, which are carcinogenic.
- Definitive studies have not proven candidiasis infection to be a causative agent, but it may have the potential to promote the development of oral cancer.
- Candidiasis may be superimposed upon a preexisting leukoplakia.

Relationship Between Cell Events and Lesion Appearance



Prevention

- Discontinue smoking and alcohol consumption
- Head and neck examination
- Medical history
- Improve diet: fruits and vegetables

Other Factors that Play a Role in Prevention:

- Genetics
- Oral health
- Sexually transmitted infections

Oral Cancer Examinations

- Obtain annual oral cancer examinations after age 40
- Ask medical and dental providers for an annual examination

Nutrition

- Consume a diet high in fiber
- Consume enough folic acid, vitamins and minerals
- Eat at least five servings of fruits and vegetables daily
- Provide nutritional supplements for individuals unable to intake adequate quantities of food

Limit Sun Exposure

- To help prevent lip cancer:
 - Use lip balm containing sun screen
 - Use wide-brimmed hats
 - Avoid outdoor activities in midday when ultraviolet exposure is at its peak

Signs & Symptoms of oral cancers

- A sore or area in the mouth that does not heal after 2 weeks
- Persistent pain in the mouth
- Persistent lump or thickening in the cheek
- Sore throat or feeling that something is caught in the throat
- Difficulty chewing or swallowing
- Difficulty moving the jaw or tongue
- Voice changes

Additional Signs and Symptoms:

- Numbness in the tongue or other mouth area
- Swelling in the jaw that causes dentures to fit poorly or become uncomfortable
- Loosening of the teeth or pain around the teeth or jaw
- Lump or mass in the neck
- Weight loss (unexplained)
- Persistent bad breath

Summary

- Major risk factors are tobacco and alcohol
- Sun is a major risk factor for lip cancer
- Other factors contribute to a lesser extent, but studies are ongoing
- Prevention includes controlling tobacco and alcohol use, UV exposure, nutrition, and annual oral cancer exams
- Awareness of the common signs and symptoms is important for everyone

Cancer causing foods

(to cut your cancer risk in half)

- Genetically modified foods.
- Canned goods (BPA / **bisphenol-A**).
- Grilled red meat .
- Refined sugar (high fructose syrup-brown & white sugars).
- Salted, pickled and smoked foods (**nitrates**).
- Soda and carbonated beverages(**aspartame**)
- White flour (chlorine gas).
- Farmed fish.
- Hydrogenated oils.

Cancer protective and anticancer plants





Flaxseed oil



Green tea



Soybean



sesame seed



Fruits & vegetables

Cancer prevention recommendations

American Institute for cancer research

- Maintain a healthy weight.
- Move more.
- Eat well.
- Plant based diet.
- Reduce red meat, avoid processed meat.
- Cut down alcohol.
- Eat less salt & sugars.
- Don't smoke or chew tobacco.
- Don't use supplements.



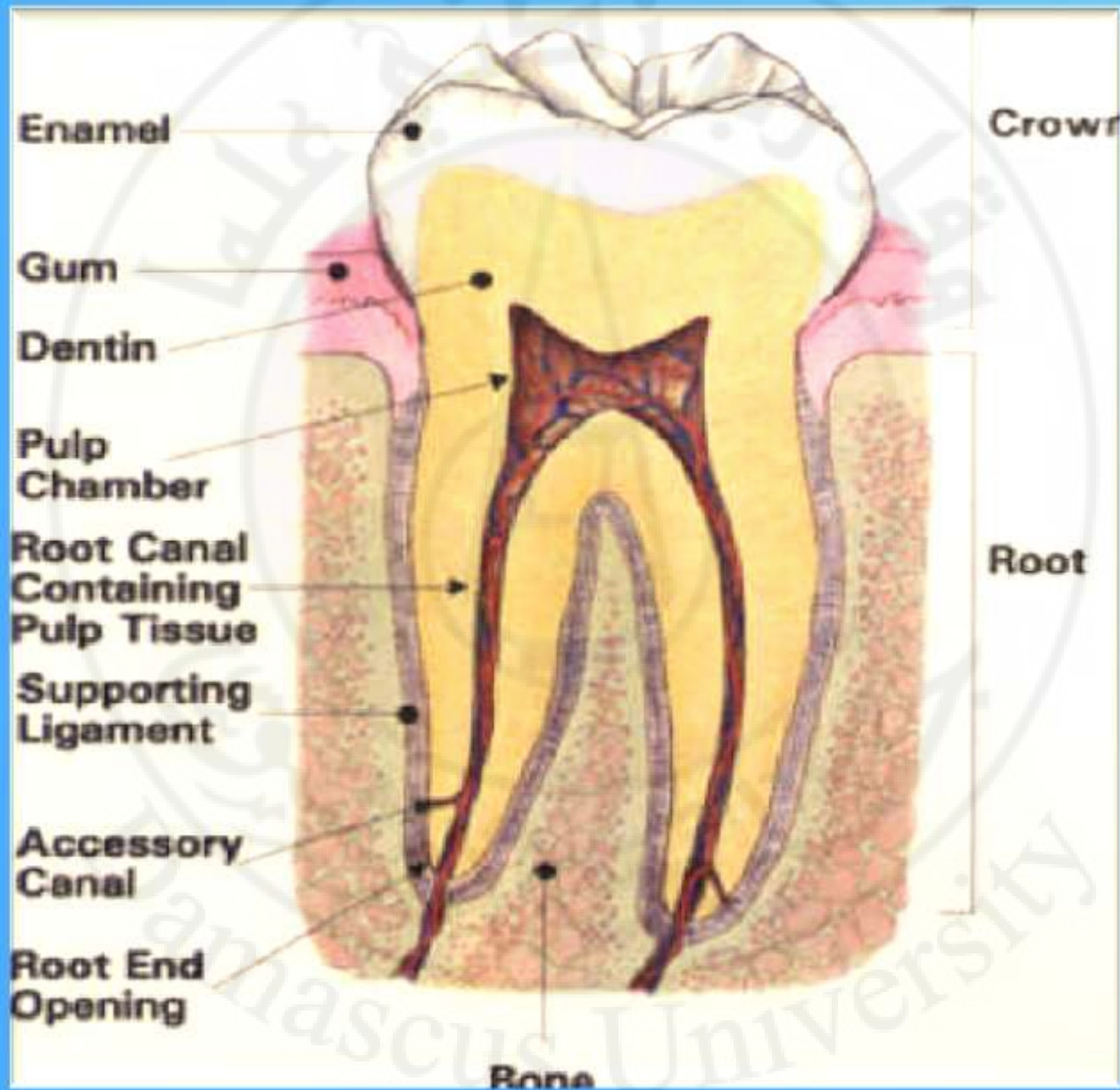
التهابات اللب

pulpitis



Dr. Abeer Ahmad Aljoujou
Oral Medicine – Damascus University

Dental pulp is a delicate specialized connective tissue located in the central portion of each tooth, containing thin-walled blood vessels and nerves enclosed within dentin.



Dental pulp

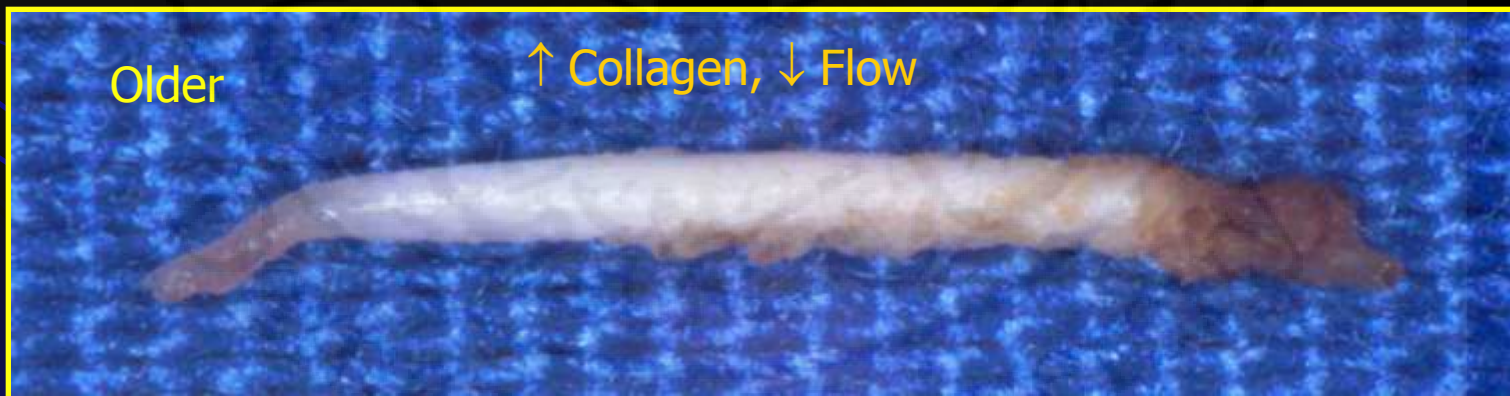


Damascus University

Apical foramina & Accessory canals



Age Changes in the Pulp



Reparative Dentin

العاج المرمم



التهابات اللب

جامعة دمشق
Damasus University

عامل مسبب
(أذية ؟؟؟؟)



رد فعل التهابي



توسع وعائي وزيادة في التدفق الدموي



انضغاط القلب السني



تموت القلب



التهاب لبي



أذية وعائية

العوامل المسببة لالتهابات اللب

- ١- **المثيرات الميكانيكية :** - الرضوض
- السحل والتآكل.
- تغيرات الضغط الجوي.
- ٢- **المثيرات الحرارية:** - ترميمات معدنية عميقة & واسعة.
- تحضير الأسنان.
- ٣- **المثيرات الكيميائية:** - بعض المواد السنية.
- ٤- **المثيرات الجرثومية:** - النخور السنية.

التهاب اللب الردود (احتقان اللب) reversible pulpitis

● الأعراض:

- ألم متوسط الشدة، مثار غير عفوي، يزول بزوال المحرض.
- يستجيب السن للمثيرات الحارة ولكنه يتأثر بالمثيرات الباردة بشكل أكبر.
- يستجيب للحامض والخلو.
- يستجيب اللب للفاحص الكهربائي بمستويات **منخفضة** عن السن الطبيعي.
- لا يستجيب للقرع؟؟؟؟؟

التهاب اللب الردود (احتقان اللب) reversible pulpitis

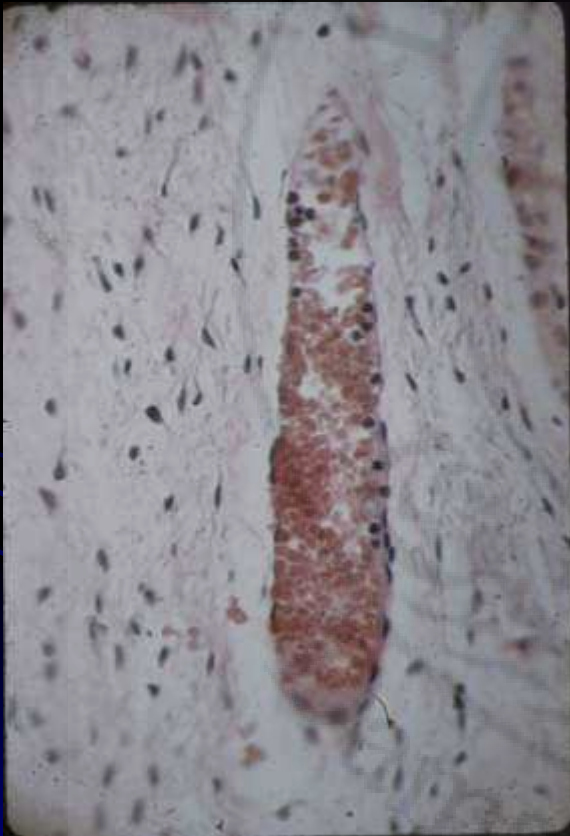
● نسيجياً:

- يلاحظ احتقان في الأوعية الدموية (الشرايين).
- رشاحة من خلايا التهابية.
- يمكن مشاهدة تشكّل العاج الثالثي المرمم .

● العلاج:

- إزالة المثبرات الموضعية.
- معالجة السن وإعطاء المسكنات .
- يكون الإنذار جيداً عند المعالجة المبكرة.

التهاب اللب الردود (احتقان اللب) reversible pulpitis



التهاب اللب غير الردود irreversible pulpitis

● في المراحل المبكرة تشمل الأعراض:

- الألم حاد وشديد، عفوي ومثار.
- يستمر الألم حتى بعد إزالة المحرض.
- يشتد الألم عندما يستلقي المريض (ألم ليلي).
- يثير الألم الحرارة والحلو والحامض.
- الألم متشع والمريض غير قادر على تحديد السن المتأذية.
- يستجيب السن للفاحص الكهربائي بدرجة منخفضة.

التهاب اللب غير الردود irreversible pulpitis

● في المراحل المتأخرة:

- يزداد الألم شدةً.
- تزيد المثيرات الحرارية من الألم بينما يمكن أن تسبب البرودة تخفيف الألم.
- يستجيب السن للفاحص الكهربائي بمستويات **أعلى** أو يتظاهر بدون استجابة.



التهاب اللب غير الردود irreversible pulpitis

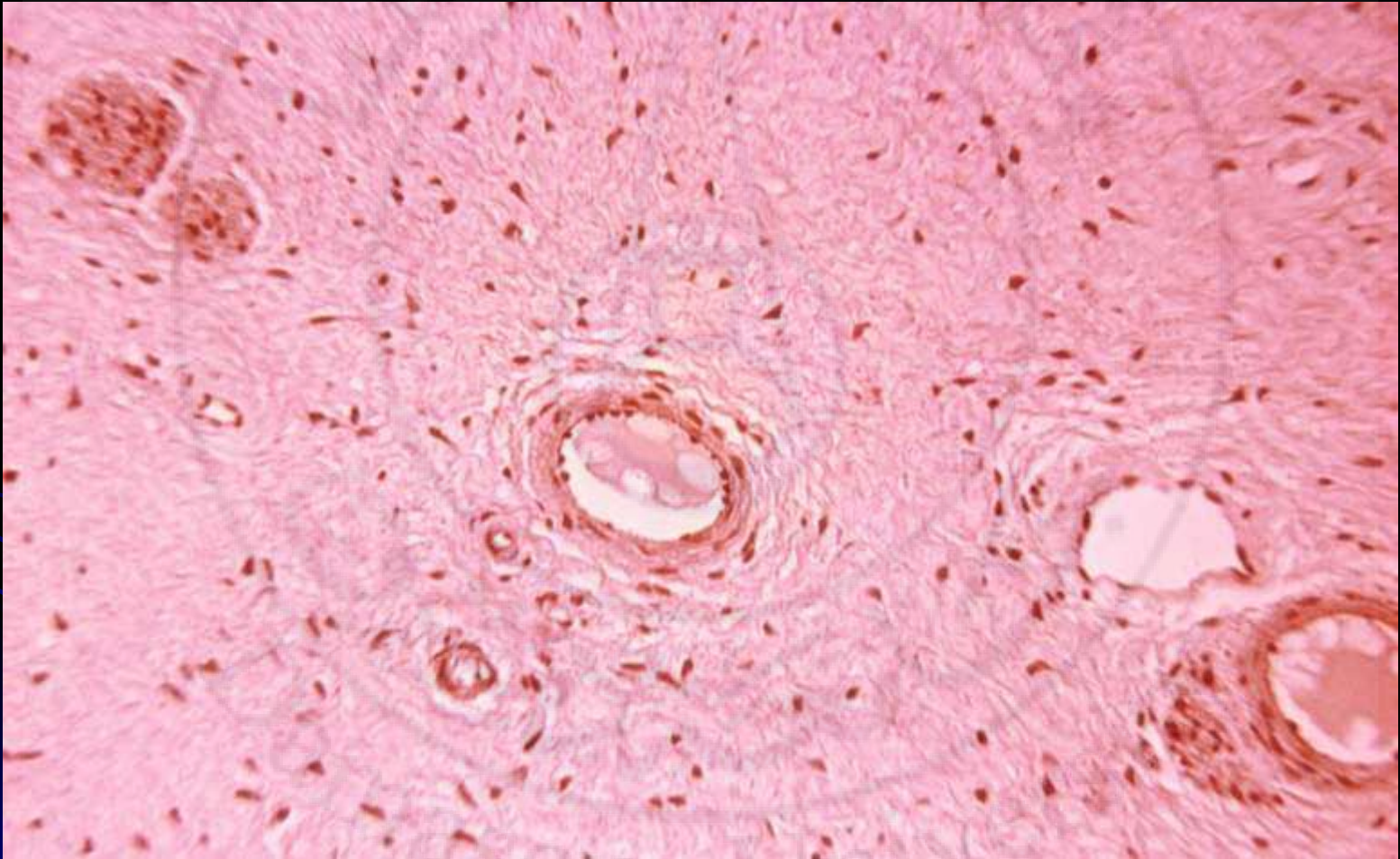
● نسيجياً:

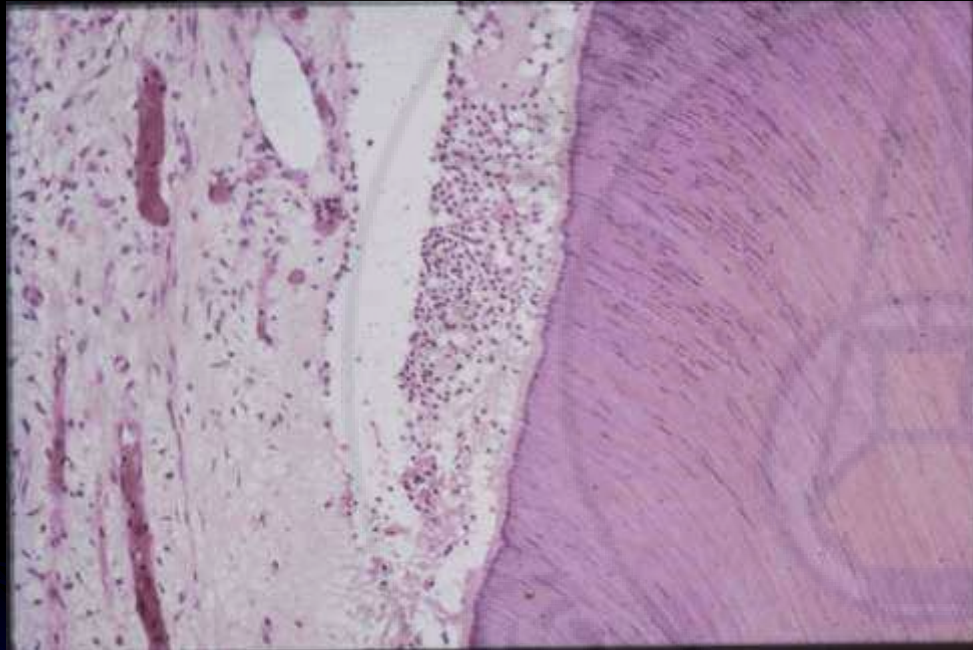
- احتقان الأوردة.
- مناطق تموت تحوي كريات الدم البيضاء محاطة بنسيج لبني متليف وخلايا بلاسمية ولمفاوية.

● المعالجة:

- إجراء المعالجة اللبية واستئصال اللب.

احتقان الأوردة في التهاب اللب غير الردود

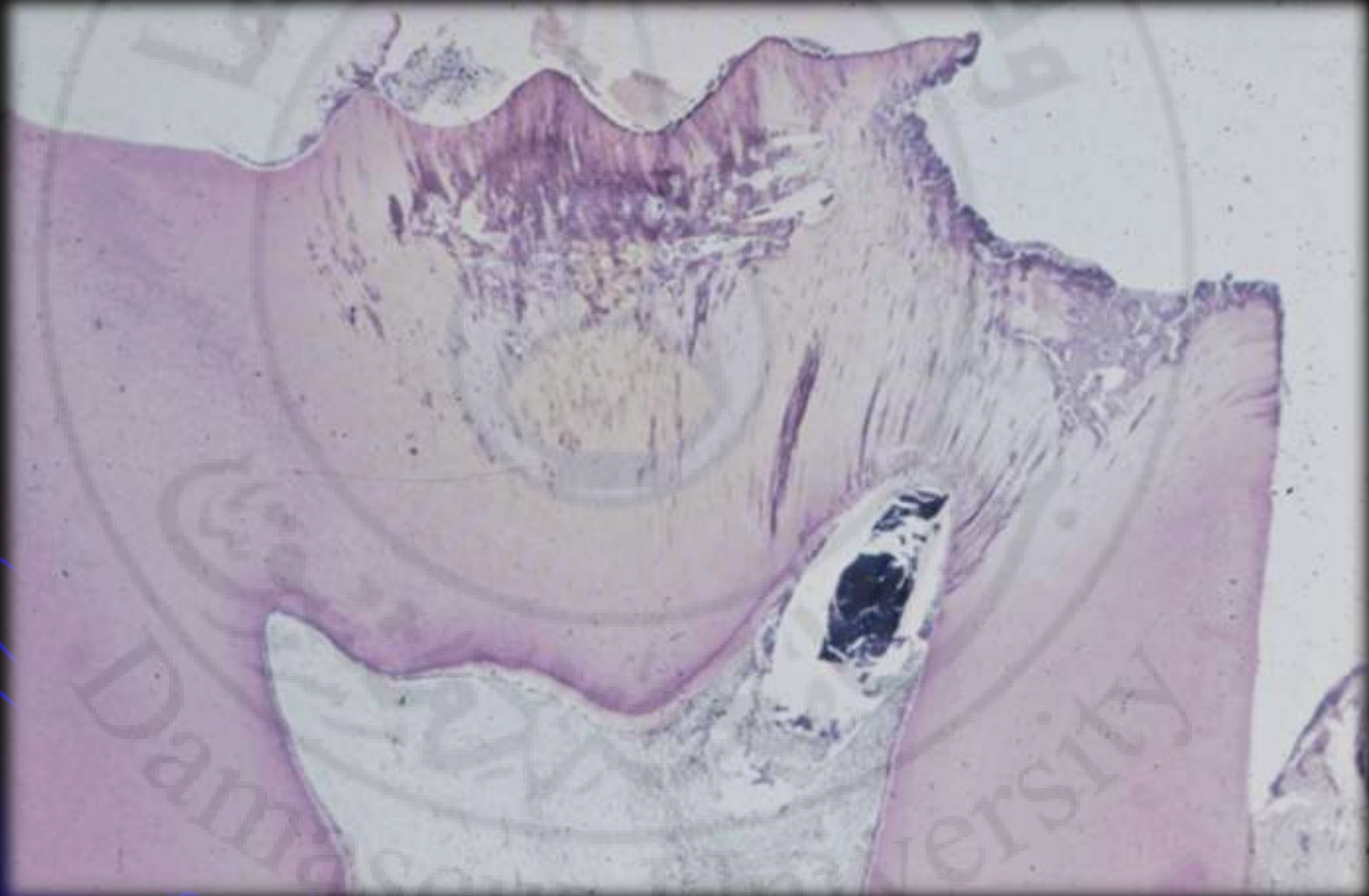




Irreversible chronic
pulpitis with
necrosis of pulp



التهاب لب مزمن غير ردود ونلاحظ تشكّل خراج ومنطقة
تموت عند القرن اللبي



التهاب اللب المزمن الضخامي

chronic hyperplastic pulpitis

- يسمى البوليبي اللبي pulp polyp .
- يشاهد عند الأطفال واليافعين.
- انكشاف لبى واسع (زوال السقف العاجي للحجرة اللبية).
- غالباً ما يشاهد على الأرحاء المؤقتة.
- لا يوجد أعراض.
- يحدث بشكل خاص عندما تكون الذرى مفتوحة لأنها تساعد على عدم تموت اللب الناتج عن الانضغاط الوريدي.

التهاب اللب المزمن الضخامي

chronic hyperplastic pulpitis



- نسيجياً: نسيج حبيبي يمكن أن يكون مغطى ببشرة شائكة مطبقة.
- المعالجة: استئصال اللب.



الورم الحبيبي حول الذروي periapical granuloma

- يشاهد على ذرى الأسنان غير الحية.
- يظهر بعد تطور الخراجات حول الذروية أو كآفة بدئية غير مسبقة بخراج.
- قد يتطور إلى أكياس حول ذروية.
- غير عرضي.
- لا يبدي السن المصاب حركة أو حساسية على القرع.
- لا يستجيب السن للاختبارات الحرارية أو الكهربائية.

الورم الحبيبي حول الذروي periapical granuloma

- **نسيجياً:** نسيج حبيبي ملتهب محاط بجدار من النسيج الضامة الليفية، وقد تشاهد بقايا ملاسيه وبعض من إبر الكولستروول مع مساحات ارتشاحية بكريات الدم الحمراء.
- **المعالجة:** - معالجة لبية مع مراقبة لمدة سنة أو سنتين.
- معالجة لبية مع عملية قطع الذروة.
- قلع السن المصاب وتجريف النسيج الذروي.

الورم الحبيبي حول الذروي periapical granuloma



الأكياس حول الذروية periapical cyst

- ينجم عن تأثير الالتهاب حول ذروة السن غير الحي على تحريض تكاثر البقايا البشروية الموجودة في المنطقة (بقايا ملاسيه).
- يتألف الكيس حول الذروي من جدار من النسيج الضامة الليفية مبطن بطبقة بشروية ويحوي سائل مع بعض البقايا الخلوية.
- تنمو ببطء ولا تصل لحجوم كبيرة.

الأكياس حول الذروية periapical cyst



- عدم تجريف النسيج حول
الذروية الالتهابية بعد قلع
السن يؤدي لتشكيل الأكياس
حول الذروية المتبقية .

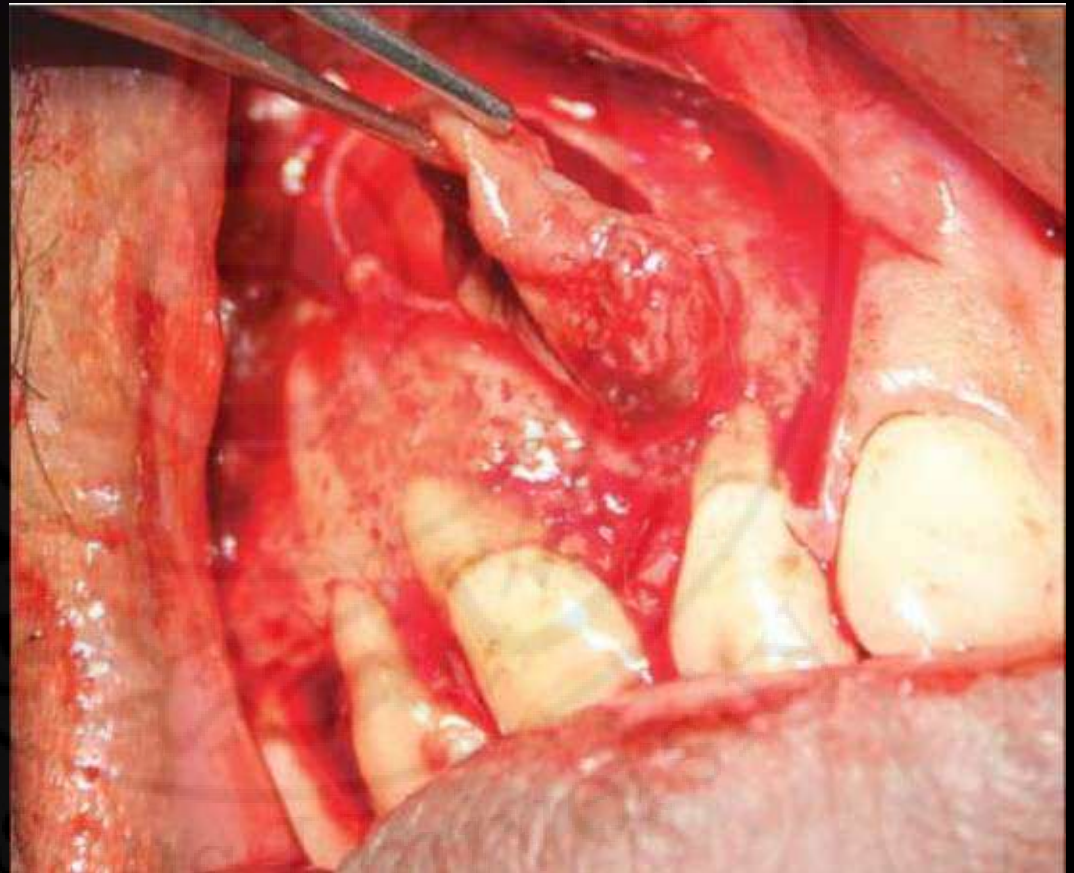
الأكياس حول الذروية periapical cyst



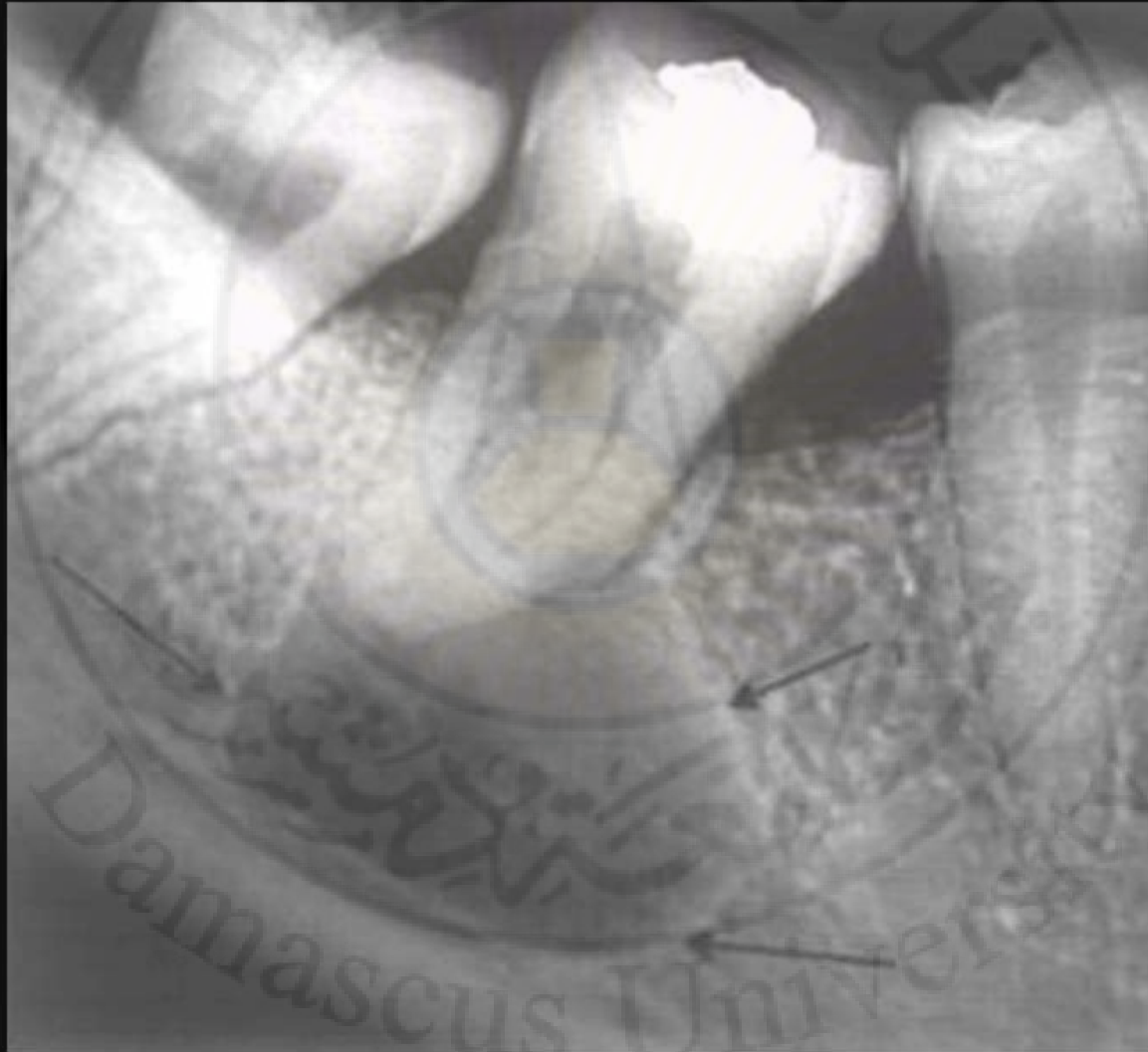
- الأعراض :
 - غير عرضية إلا إذا وصل الكيس إلى حجم كبير قد يلاحظ تورم وألم متوسط وحركة بالاسنان المجاورة.

الأكياس حول الذروية periapical cyst

- **شعاعياً :** تشبه الورم الحبيبي ولكنه غالباً أكبر وقد يشمل عدة أسنان.
- **المعالجة :** - تتم بطريقة معالجة الأورام الحبيبية نفسها.
- تستطب المعالجات الجراحية للأكياس بحجم فوق ٢ سم.



Periapical cyst





الخراجات حول الذروية periapical abscess

- أفات التهابية حادة.
- تصنف إلى عرضية أو لا عرضية حسب الموجودات السريرية.
- يصبح الخراج الذروي عرضياً بتراكم القيح ضمن السنخ.



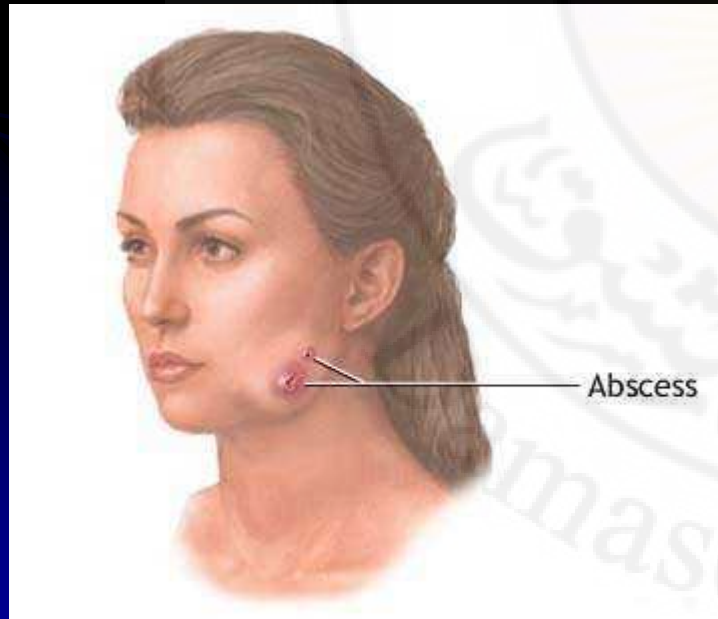
الخراجات حول الذروية periapical abscess

● **الأعراض:** - ألم عند لمس السن يزول بتطبيق ضغط على السن.

- يمكن أن يتفاقم الألم ويصبح السن حساس للقرع
- انتباج في النسيج المحيطة.

- قد يترافق مع أعراض عامة كآلام الرأس وتعب
حمى و قشعريرة.



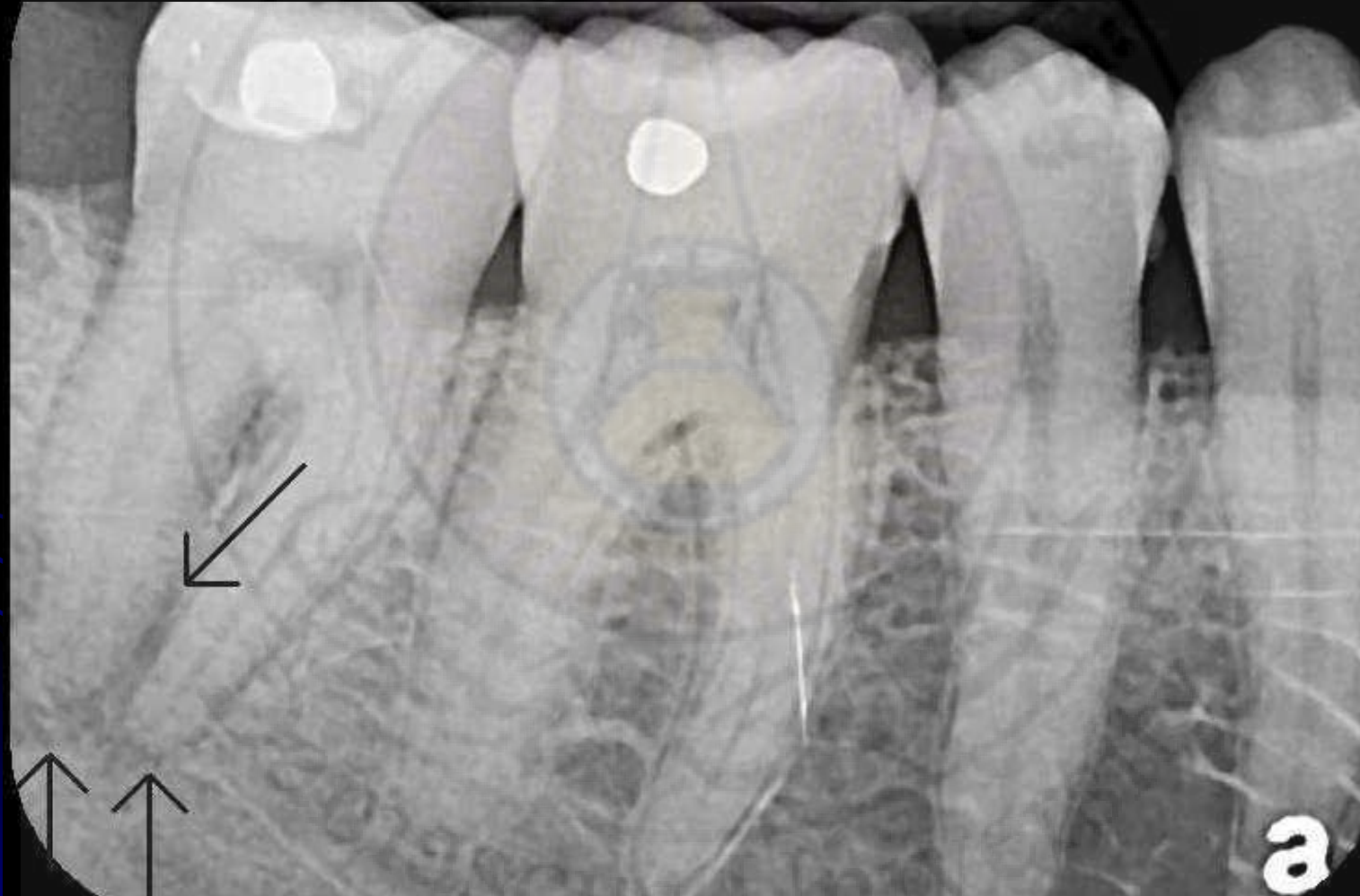


الخراجات حول الذروية periapical abscess



- شعاعياً: توسع في الرباط حول الذروي مع عدم وجود تغيرات شعاعية واضحة ، ولكن مع إزمان الحالة تبدأ المظاهر والتغيرات الشعاعية بالوضوح أكثر مع حدوث التخرّب العظمي.

خراج حول ذروي حاد يلاحظ التوسع الرباطي

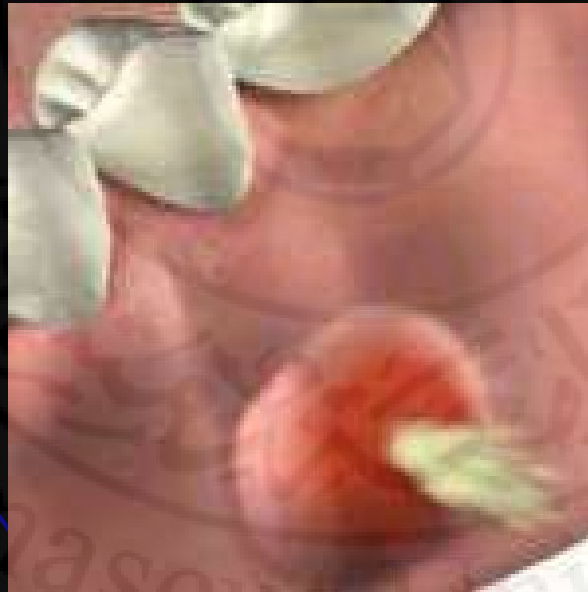


الخراجات حول الذروية periapical abscess

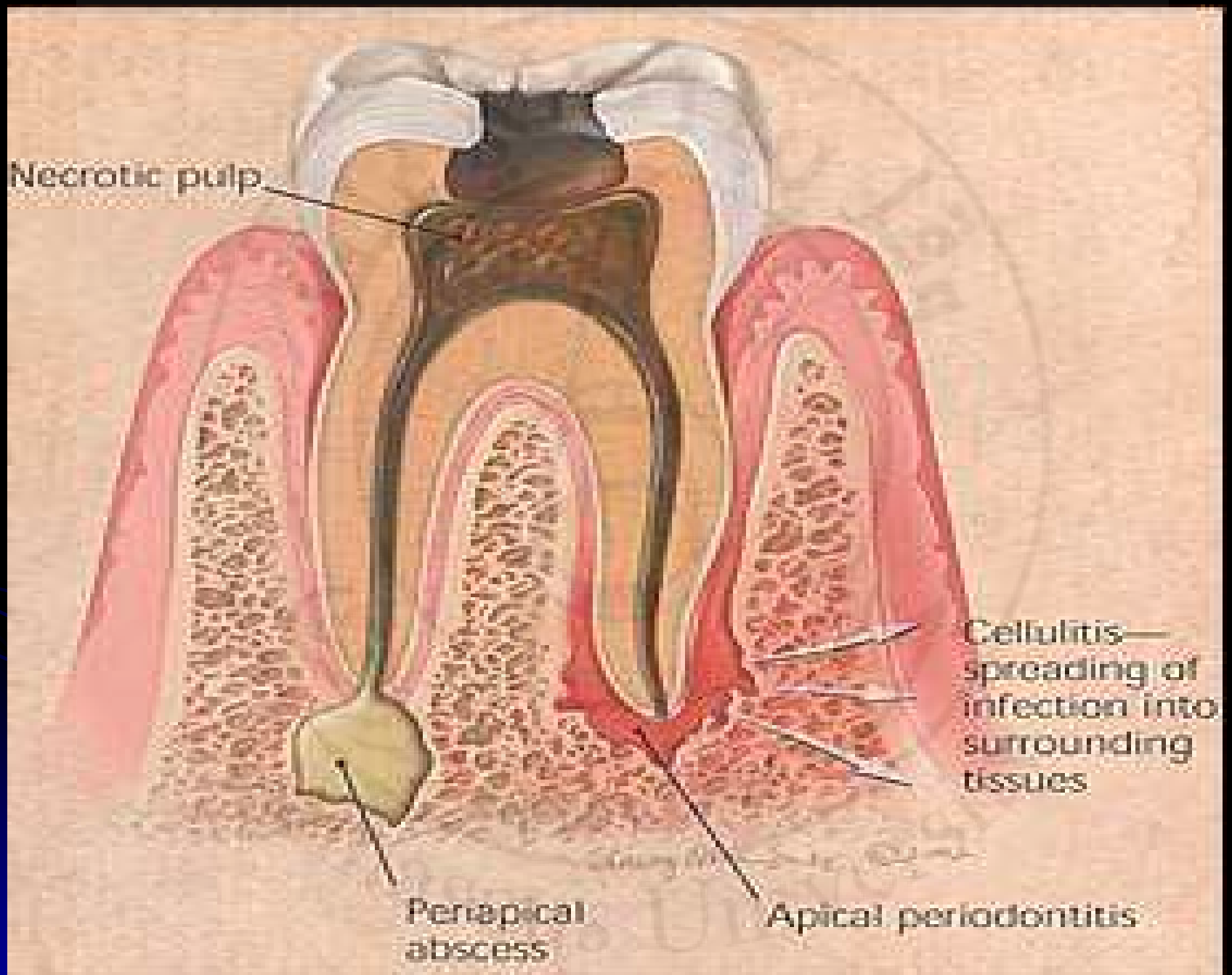
● الاختلاطات:

- انتشار القيح إلى المسافات النقيوية بعيداً عن ذروة السن مسبباً التهاب نقي العظم .
- قد تنتقب القشرة العظمية وينتشر القيح خلال النسيج الرخوة مسبباً التهاباً خلوياً.
- بعد تجمع القيح و إزمان الحالة قد يتشكل الناسور ويفرغ القيح إما داخل الفم أو عبر الجلد (ناسور جلدي).

- في بعض الأحيان يصعب تحديد السن المسبب للخراج فيتم إدخال قمع كوتا بركا ضمن الناسور وإجراء صورة شعاعية تساعد في تحديد السن السبب.







الخراجات حول الذروية periapical abscess

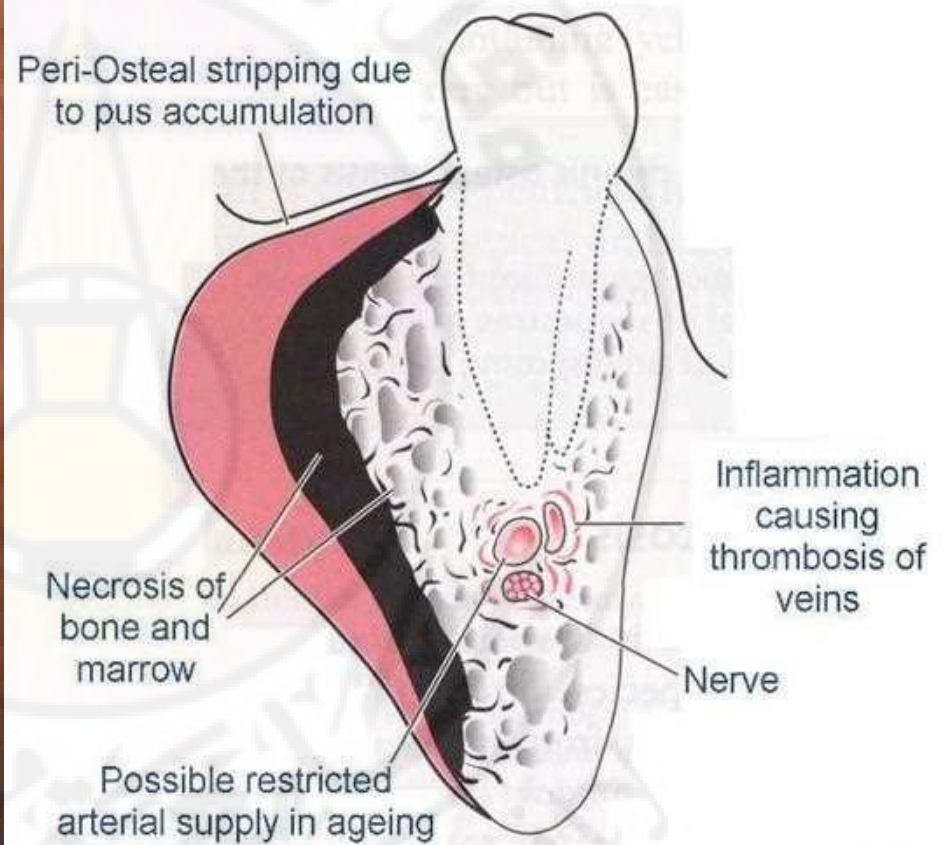
- **المعالجة:** - تصريف القيح وشق الخراج.
- تخفيف الإطباق على السن.
- إعطاء المسكنات والصادات الحيوية.
- قد نضطر في بعض الحالات المزمنة المترافقة مع تشكل ناسور إلى تجريف جراحي لإزالة مجرى الناسور.

التهاب نقي العظام osteomyelitis

- يحدث نتيجة انتشار الانتان ضمن المسافات النقيوية.
- غالباً ما يصيب الفك السفلي.
- من العوامل المؤهبة للإصابة:
 - الأمراض الجهازية المزمنة والمناعية، التدخين، الكحول، الايدز، الأمراض المسببة لنقص التروية العظمية.
 - يصنف إلى حاد ومزمن.

التهاب نقي العظام الحاد

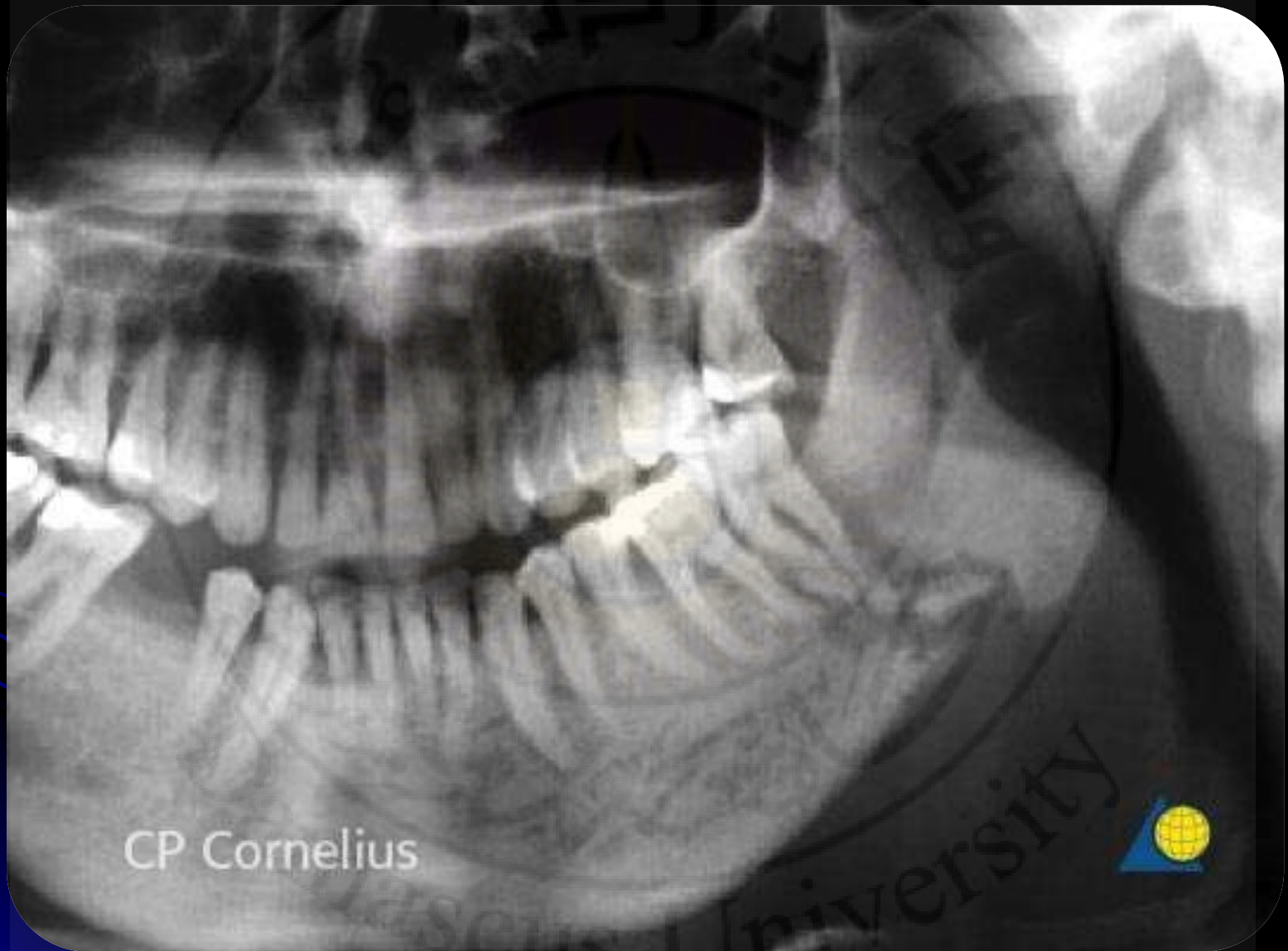
- يترافق مع حمى ونقص بالكريات الدموية البيضاء، والتهاب العقد اللمفية بالإضافة للألم والانتباج وحدوث تموت بالعظم وتشظيه.
- **شعاعياً:** شفافيات شعاعية بسيطة غير مشخصة.
- **المعالجة:** تصريف الخراج في حال وجوده وإعطاء الصادات وتتضمن البنسلين والكلنداميسين والجنتاميسين، دون الحاجة لتدخل جراحي.



Pathogenesis of Mandibular ***Osteomyelitis***

التهاب نقي العظام المزمن

- يحدث عندما تقود دفاعات الجسم إلى تشكيل نسيج حبيبي ندبي كثيف حول الانتان لمنع انتشاره والذي يعيق من جهة أخرى وصول الصادات للمنطقة والقضاء على الانتان.
- **الأعراض:** - ألم وانتباج.
- تشكل ناسور وتجمعات قيحية.
- تشظي عظمي.
- كسور بعظم الفك.
- فقدان الأسنان في المنطقة.



CP Cornelius



التهاب نقي العظام المزمن

- **المعالجة :** جراحية مع إعطاء الصادات وريدياً وبجرعات عالية ويتم إزالة النسيج المتموتة حتى الحصول على سطح عظمي نازف، وقد يحتاج المريض إلى طعوم عظمية.

التهاب السنخ الجاف

- بعد قلع السن يتشكل خثرة في مكان القلع ، تتعضى فيما بعد لتشكل نسيج حبيبي يستبدل مع الزمن بعظم ليفي قاس ثم بعظم ناضج .
- **تخرب الخثرة** يؤدي لتطور التهاب السنخ الجاف.
- العوامل المؤهبة: الرض، عوامل هرمونية (مانعات الحمل الهرمونية) ، الانتان، التدخين وعدم الإرواء الجيد أثناء العمل الجراحي.
- يلاحظ غالباً في الفك السفلي وعلى الأسنان الخلفية.

التهاب السنخ الجاف





التهاب السنخ الجاف

- يبدو السنخ جافاً وبلون رمادي.
- العظم حساس ومؤلم جداً.
- يمكن أن يحدث انتباج في المنطقة وارتكاس بالعقد اللمفاوية الناحية.
- **المعالجة:** إرواء السنخ وتطبيق ضماد من اليود والاولجينول حيث يتم تغيير الضماد يومياً ولمدة ٣ أيام أو حتى يخف ألم المريض.

وَشَكَرًا لِصَفَائِكُمْ



Oral ulcerative lesions

A close-up photograph of the tongue showing several oral ulcerative lesions. The lesions are characterized by white, irregular patches and ulcers on a red, inflamed background. A large, faint watermark of the Damascus University logo is visible in the center of the image.

Dr. Abeer Ahmad Aljoujou
PhD. Oral Medicine

- Oral ulcers are common entity in dental clinics, ranging from ulcers due to minor local trauma to significant disease such as bacterial, viral and fungal infections, malignancy and other systemic illness.
- Oral ulcers are diagnosed based on:
the patient`s history, clinical appearance, site, duration and frequency and the underlying systemic condition furthermore, histopathology also aids in definitive diagnosis.

- **Oral ulcer** is a loss or break in the continuation of surface epithelium or mucous membrane that extend into lamina propria.

Erosions & ulceration

Erosions

- Superficial breaches of the epithelium.
- Red appearance.
- Little damage to underlying lamina propria.

Ulceration

- Damage to both epithelium & lamina propria .
- Oedema.
- Red halo around the yellow or grey ulcer.

Erosion

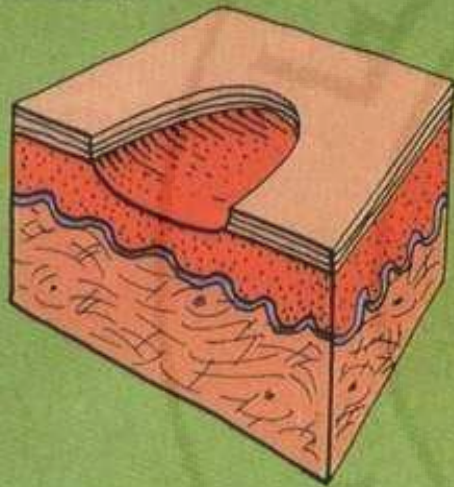


Fig. 1-3. Erosion. A denudation of epithelium above the basal cell layer.

Ulcer

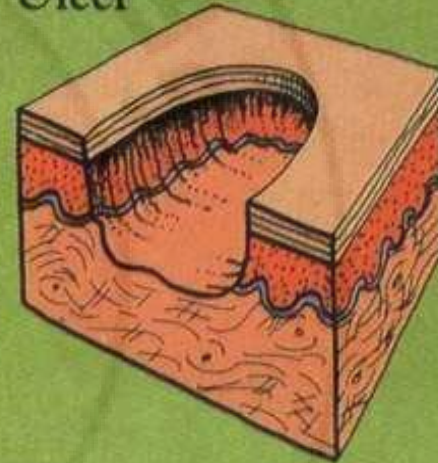
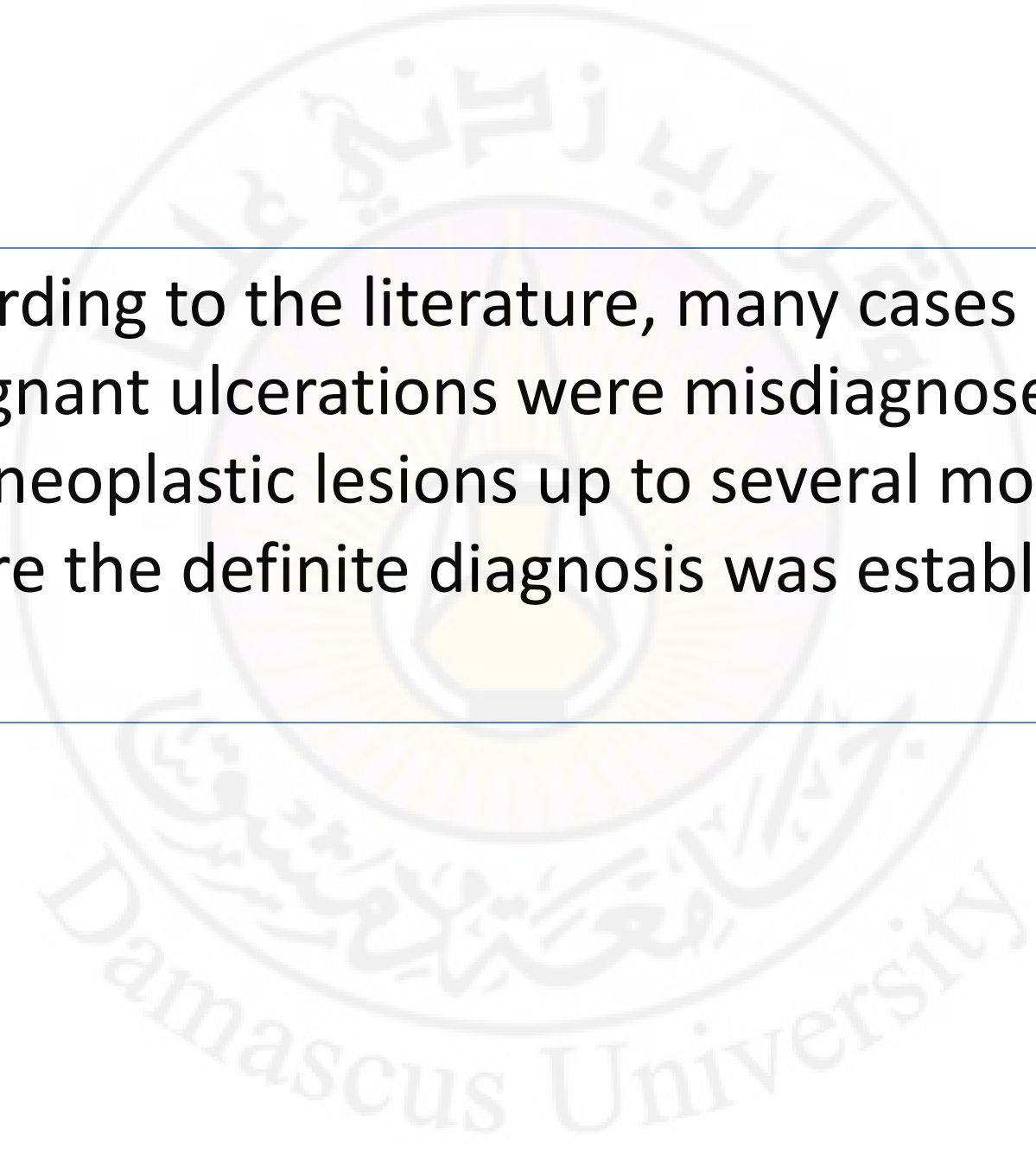


Fig. 1-4. Ulcer. A loss of epithelium that extends below the basal cell layer.

- oral ulcerative lesions were categorized into three major groups:
- acute, chronic, and recurrent ulcers.
- and into five subgroups:
 - solitary acute.
 - multiple acute.
 - solitary chronic.
 - multiple chronic.
 - solitary/multiple recurrent.
- based on the number and duration of lesions

- if an ulcerative lesion lasts for two weeks or longer, it is considered chronic; otherwise, it is regarded as an acute ulcer.
- Recurrent ulcers, on the other hand, present with a history of similar episodes with intermittent healing .
- The term *solitary* indicates the presence of a single ulcerative lesion whereas the term *multiple* describes the presence of several ulcerative lesions .

- 
- A large, faint watermark of the Damascus University seal is visible in the background. The seal is circular, featuring a central emblem with a sun-like symbol and Arabic calligraphy. The words "Damascus University" are written in English around the bottom half of the seal, and Arabic text is written around the top half.
- According to the literature, many cases of oral malignant ulcerations were misdiagnosed as non-neoplastic lesions up to several months before the definite diagnosis was established.

Oral ulcers features

- The most important feature is whether the ulcer is persistent for more than **2** weeks, which indicates chronic condition : trauma, neoplasia , infection, or skin diseases.



Oral ulcers features

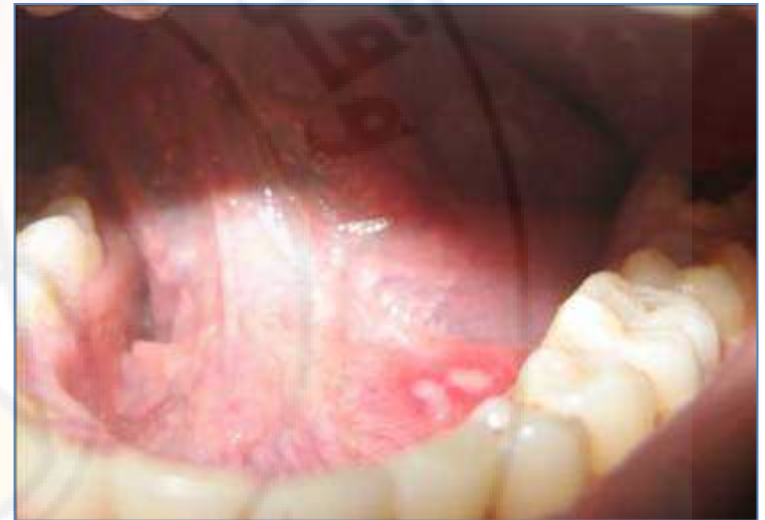
- An important feature is whether **one or more than one ulcer** is present, since malignant tumors usually cause a single lesion.
- A single ulcer persisting for more than **2 weeks** without signs of obvious healing must be taken seriously as it could be a neoplasm or chronic infection.

Oral ulcers features

- **Multiple persistent ulcers** are mainly caused by :
 - blood diseases: leukaemia.
 - infection or immune defect.
 - gastrointestinal disease.
 - skin diseases: LP, Pemphigus.

Oral ulcers features

- Multiple non-persistent ulcers can be caused by aphthae (ulcers heal spontaneously within 1 week to 1 month.





Oral ulcers features

- Erosions or ulcers on both sides at the commissures of the lips are usually called **angular cheilitis**, may be caused by trauma or infection.



- A useful phrase to remember the main causes of ulceration is :

So **M**any **L**aws **A**nd **D**irectives
systemic, **m**alignant, **l**ocal, **a**phthae, **d**rugs.

- The systemic causes are “ **b**igs “
Blood, **i**nfections, **g**astrointestinal & **s**kin
diseases.

Main causes of mouth ulcers

- 1- systemic diseases .
- 2- malignant neoplasms.
- 3- local causes.
- 4- aphthae.
- 5- drugs

1- systemic diseases

- **Blood disorders:**

1- anaemia فقر الدم.

2-hypereosinophilic syndrome تنادر كثرة الحمضات

3-leukaemias سرطان الدم.

4-neutropenia نقص العدلات

5-myelodysplastic syndroms سوء التنسج النخاعي

1- systemic diseases

- Infections:

1- viruses: - chickenpox جدري الماء.

- hand, foot & mouth disease.

- HIV.

- herpetic stomatitis:

Primary Herpetic Gingivo-stomatitis.

Herpes zoster infection

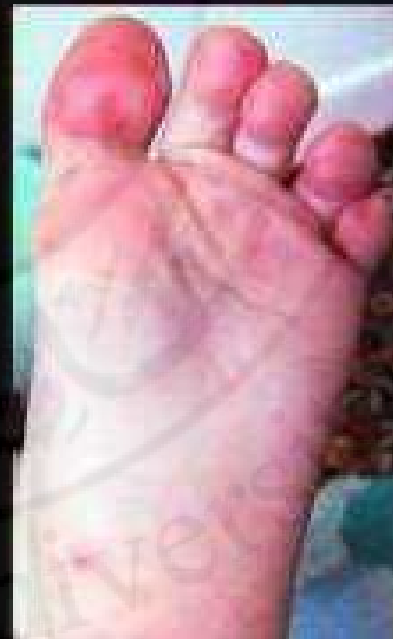
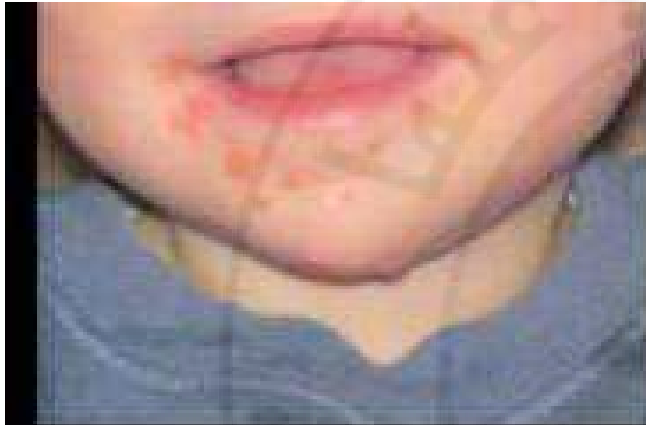
:A) Chicken Pox

A childhood disease characterized by:



- Mild systemic symptoms.
- Generalized pruritic eruption of maculopapular lesions that rapidly develop into vesicles on erythematous base.
- Oral vesicles that rapidly rupture giving ulcers.

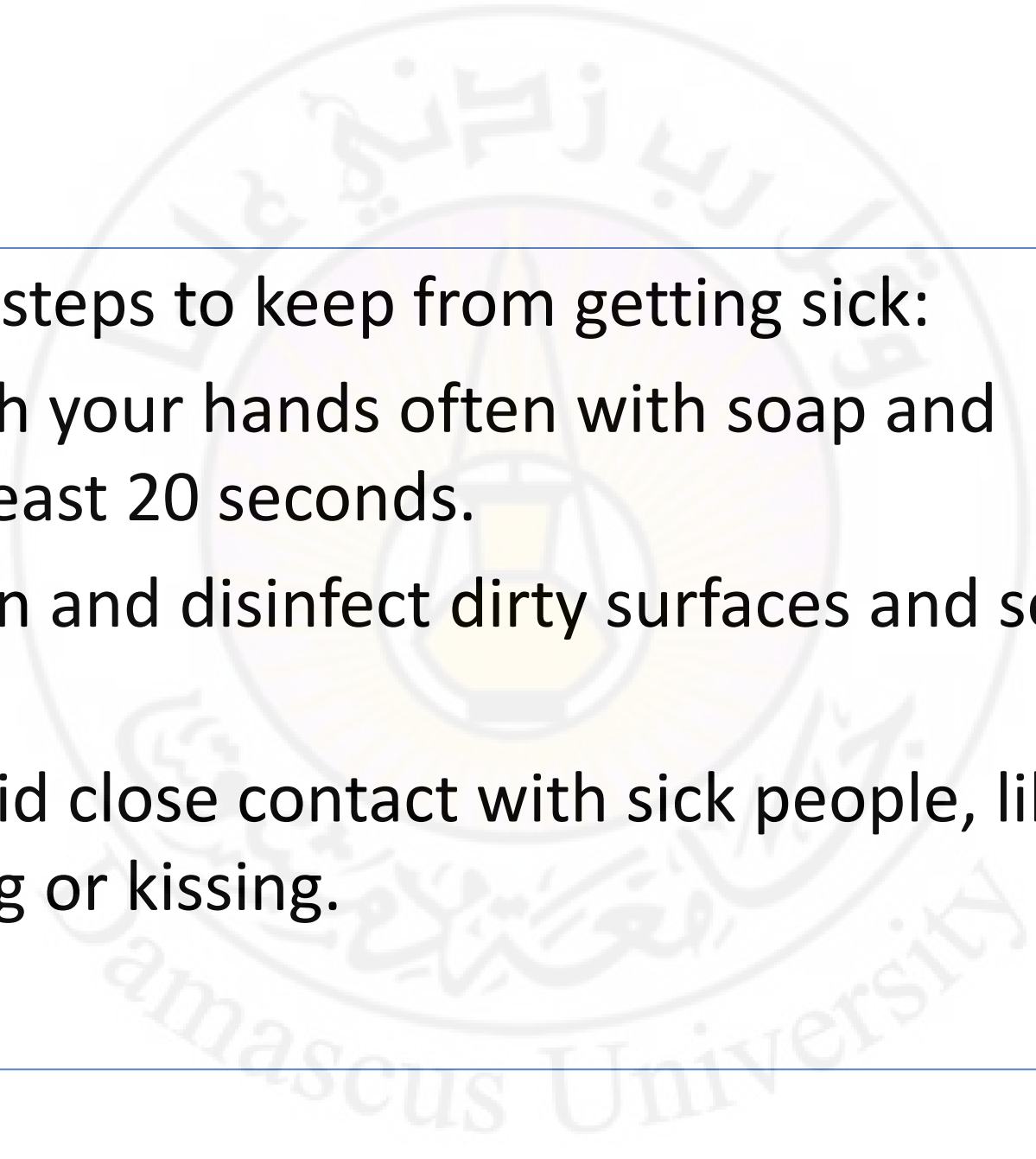
hand, foot & mouth disease



- Common in Young Children
- Hand, foot, and mouth disease is common in children under five years old, but anyone can get it.
- The illness is usually **not serious**, but it is **very contagious**. It spreads quickly at schools and day care centers.

- Symptoms can include:
 - Mouth sores
 - Skin rash of flat red spots that may blister
 - Fever
 - Sore throat
 - Loss of appetite
- Treat symptoms:

Most people do not need to see a doctor for hand, foot, and mouth disease. Treat the illness at home by relieving symptoms and making sure the sick person drinks enough fluids to stay hydrated.

- 
- A large, faint watermark of the Damascus University logo is centered in the background. It features a circular emblem with Arabic calligraphy and a central lamp, with the words "Damascus University" written in English at the bottom.
- Take steps to keep from getting sick:
 - 1- Wash your hands often with soap and water for at least 20 seconds.
 - 2- Clean and disinfect dirty surfaces and soiled items.
 - 3- Avoid close contact with sick people, like hugging or kissing.



Damascus University

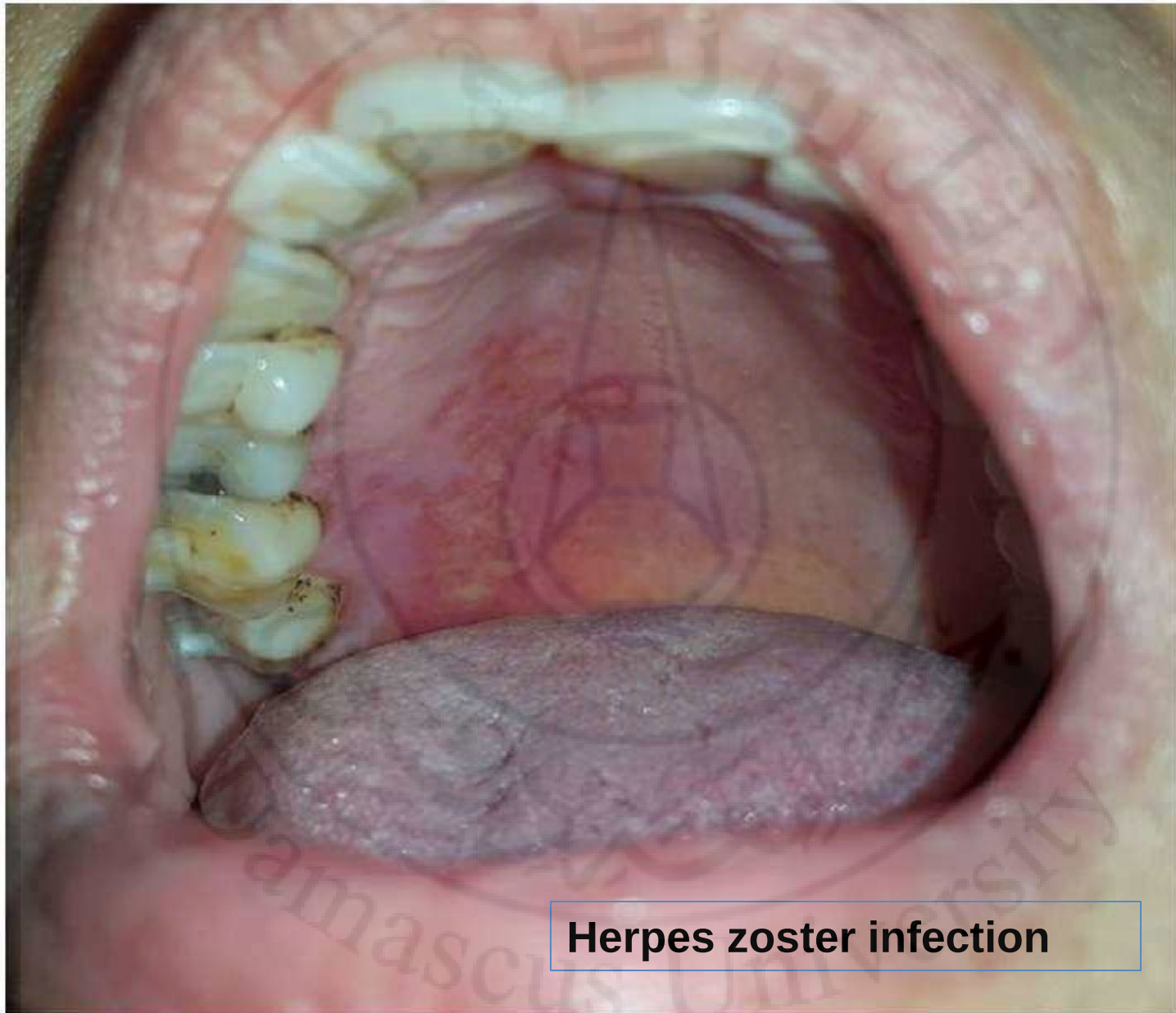
HIV





HSV-1





Herpes zoster infection

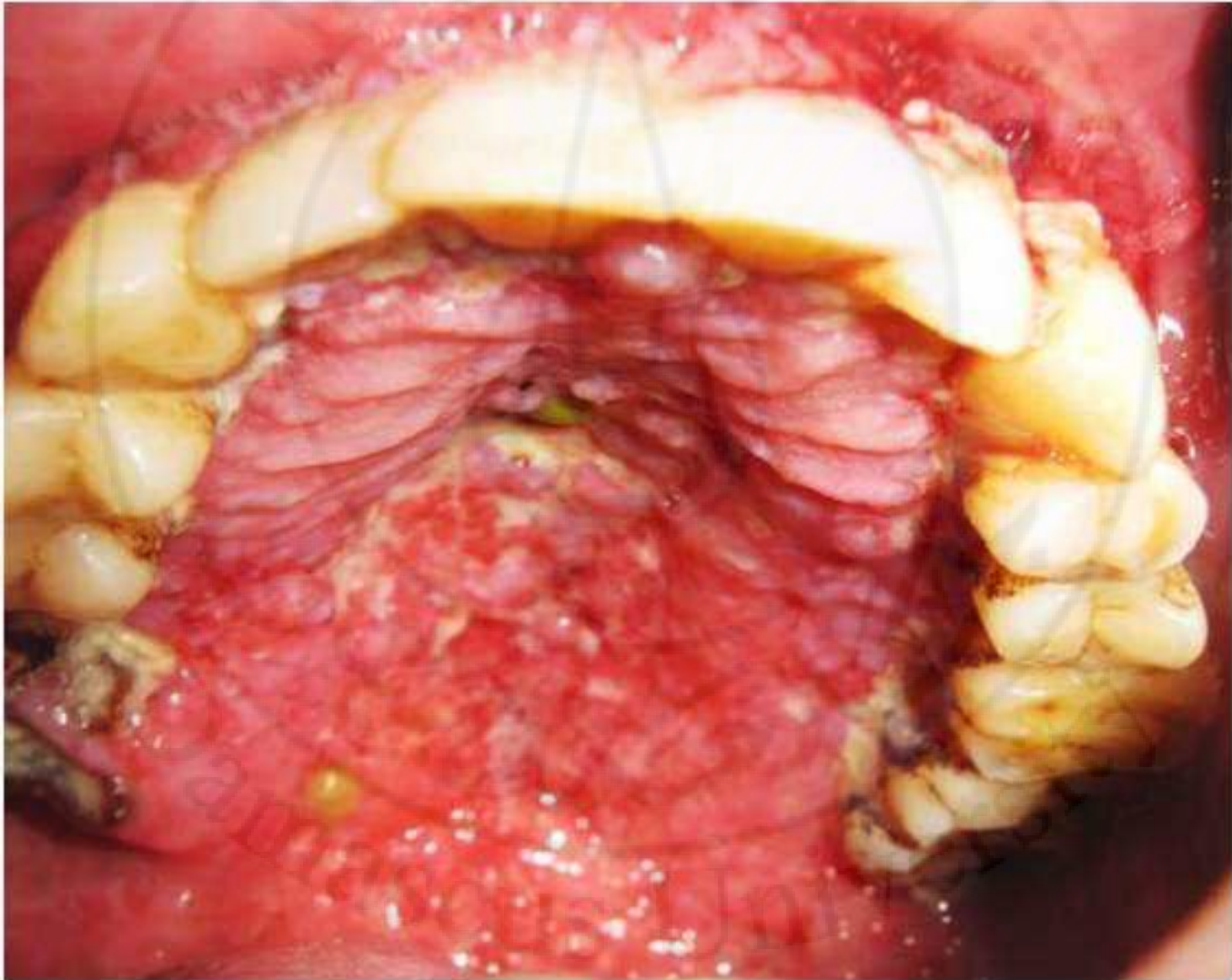
Herpes Zoster



1- systemic diseases

- 2- **bacteria**: - acute necrotizing gingivitis.
- syphilis.
- tuberculosis.
- 3- **fungi**: -blastomycosis الفطار البرعمي.
- histoplasmosis داء النوسجات.
- 4- **parasites**: - leishmaniasis.

Oral Leshmaniasis



Oral Leshmaniasis





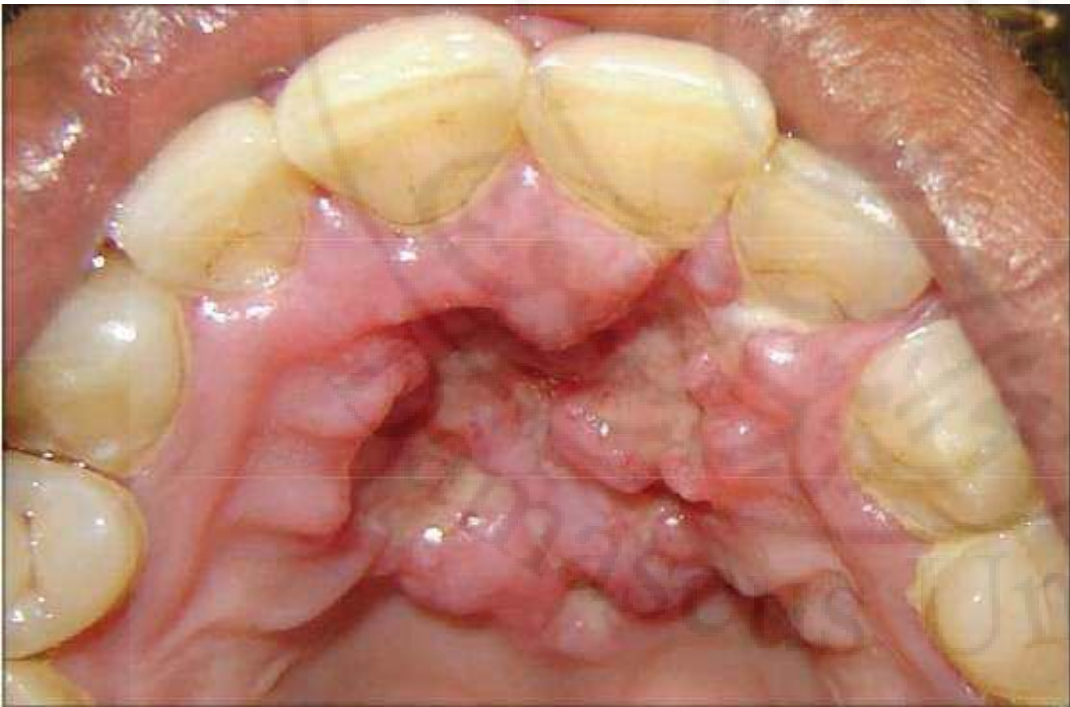
- **Tuberculosis** rarely affects oral mucosa,
The classic oral lesion presents as a **solitary ulcer** usually with an **undermined edge** most commonly on the tongue, followed by gingiva, floor of the mouth, palate, lips, and buccal mucosa. Meanwhile, it may be ragged and indurated and is often painful .The differential diagnosis of tuberculous ulcer includes: traumatic ulcer, syphilitic ulcer, and oral SCC

السل والحفرة الفموية

- نادراً ما يسبب السل آفات فموية ، والتي عند حدوثها غالباً ما تتظاهر على شكل قرحة وحيدة ذات حواف مشرشرة على سطح اللسان، يليه اللثة فقاع الفم ، وقبة الحنك والشفاه والمخاطية الخدية.
- صفات القرحة السلوية: وحيدة ذات حواف مشرشرة ومتشققة وسطح غير منتظم عقدي ، قاسية القوام ومؤلمة، لا تستجيب للمعالجات الموضعية، قد تعطي مظهر ثؤلولي.
- التشخيص التفريقي للقرحة السلوية يتضمن: القرحة الرضية، القرحة السرطانية، وقرحات السفلس.

- Tuberculosis lesions can be manifest as non-healing ulcers with nodules, fissures, verrucous proliferation, erythematous patches or plaques, indurated lesions or even as jaw lesions.
- The dorsal surface of the tongue is more commonly involved and appear as undermined edges and a yellow granular base with minimal induration is seen.

- آفات السل الفموي :
- قرحة سلية مخاطية.
- لويحات وبقع حمامية حمراء.
- آفات متصلبة قاسية .
- آفات عظمية (شفوفيات شعاعية).



القرحة السلية



- Primary syphilitic ulceration :It rarely affects the mouth and often remains undiagnosed because of its temporary duration. Almost one to three weeks after infection, it develops as a solitary ulcer usually on the lips or rarely on the tongue, pharynx, or tonsils. The ulceration is usually deep, with a red purple or brown base ragged rolled border, and usually an accompanying cervical lymphadenopathy. Traumatic ulceration and squamous cell carcinoma might be quite similar to syphilitic ulcers. Detailed history of sexual and social life style helps approach the diagnosis of primary syphilis

قرحات السفلس

- قرحات السفلس الأولية: تصيب الفم في المرحلة الأولية من السفلس أو الزهري وكثيراً ما تبقى غير مشخصة بسبب فترة ظهورها القصيرة والمؤقتة.
- تظهر عادةً بعد أسبوع إلى ٣ أسابيع من الإصابة بالعدوى .
- صفات القرحة الزهرية: قرحة وحيدة على المخاطية الشفوية وبشكل أقل على اللسان والبلعوم والسويقات البلعومية.
- القرحة عميقة وذات مركز أحمر بنفسجي أو بني وحواف غير منتظمة وتترافق غالباً مع اعتلال بالعقد اللمفاوية .
- التشخيص التفريقي يشمل القرحات السرطانية والرضية.

acute necrotizing gingivitis



Tuberculosis: typical ulcer on the dorsal surface of the tongue



syphilis



1- systemic diseases

- **Gastrointestinal diseases:**

- celiac disease الداء الزلاقي.
- Crohn`s disease داء كرون.
- ulcerative colitis التهاب الكولون القرصي.

- **Skin diseases:**

- erythema multiforme الحمى متعددة الأشكال.
- lichen planus الحزاز المنبسط.
- pemphigoid أمراض فقاعانية.
- pemphigus vulgaris الفقاع الشائع.

1- systemic diseases

- **Other systemic causes:**
 - rheumatic diseases . الأمراض الرثوانية
 - lupus erythematosus . الذئبة الحمامية
 - Behcet syndrome . داء بهجت
 - diabetes . الداء السكري

2- malignant neoplasms

- Carcinomas.
- Sarcomas.
- Lymphomas.

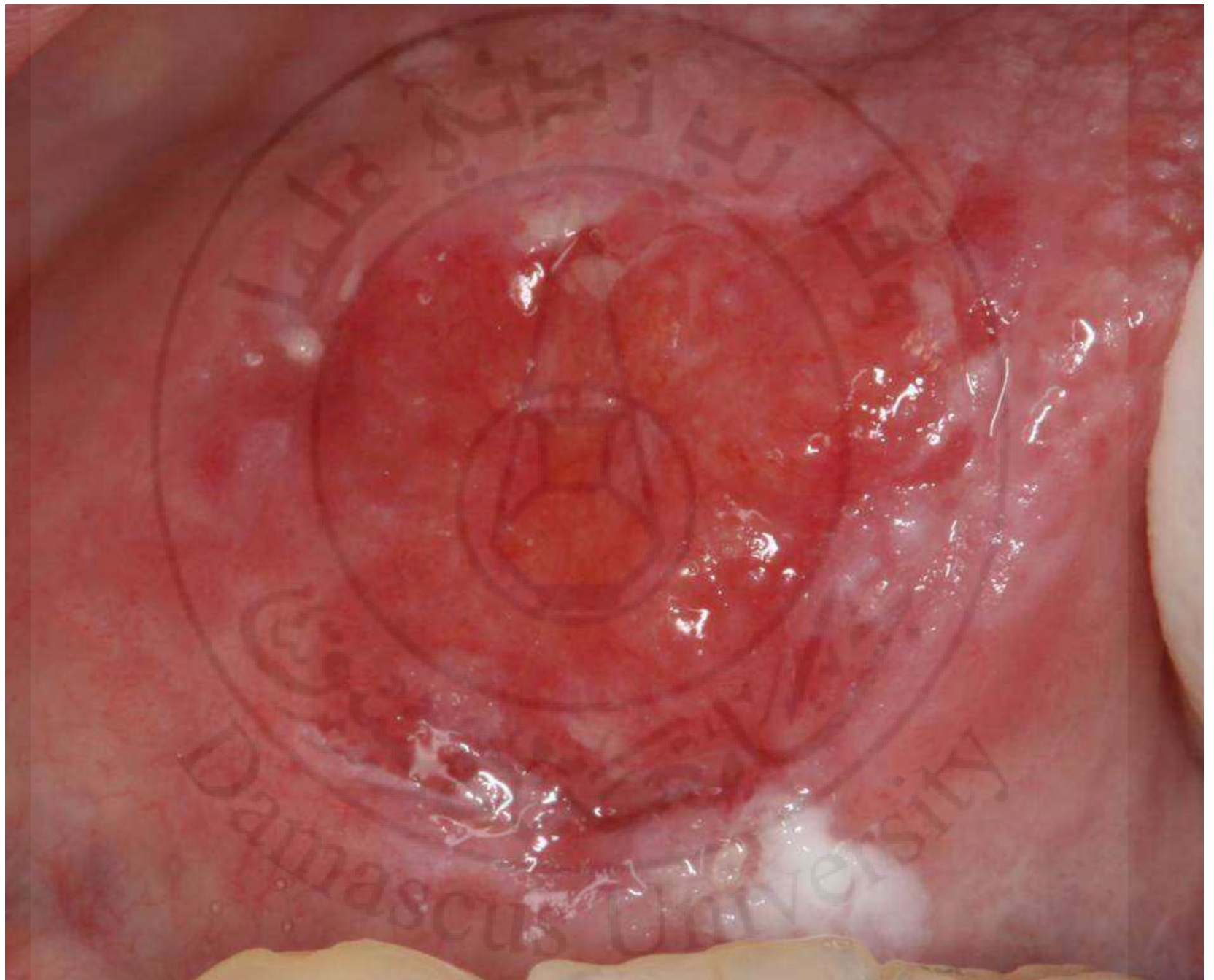
Squamous cell carcinoma



Ulcerated tumours







The background of the slide features a large, faint watermark of the Damascus University logo. The logo is circular, with Arabic calligraphy at the top and bottom, and the English text "Damascus University" at the bottom. In the center is a stylized sun or starburst design.

3- local causes

The background of the slide features a large, faint watermark of the Damascus University logo. The logo is circular, with the university's name in Arabic 'جامعة دمشق' at the top and 'Damascus University' at the bottom. In the center is a shield with a cross and a sun-like symbol.

- **Acute Solitary Ulcers** القرحات الحادة المفردة:

1- Traumatic Ulcer القرحات الرضية.

2- Necrotizing Sialometaplasia الحؤول اللعابي.

- **Acute Solitary Ulcers:**
- *Traumatic Ulcer*, **Traumatic injuries** of the oral mucosa are quite common. They are caused by mechanical damage (contact with sharp foodstuff; accidental biting during mastication, talking, or even sleeping) and **thermal, electrical,** or **chemical burns**. Traumatic ulcers are most common on the tongue, lips, and buccal mucosa.

• القرحات المفردة الحادة:

- القرحات الرضوية: وهي القرحات الأكثر شيوعاً في الحفرة الفموية ، تنتج عن الرضوض الميكانيكية (أطعمة بحواف قاسية، العض أثناء المضغ أو الكلام أو حتى أثناء النوم)، أو أنها تنتج عن الحروق الحرارية أو الكهربائية أو الكيميائية.
- أكثر ما تشاهد على اللسان ، الشفاه، والمخاطية الخدية.
- تستمر بالتظاهر لعدة أيام أو حتى عدة أسابيع، في حال استمرار العامل المخرش أو الراض.

- These lesions may persist for a few days or even several weeks, especially in the case of tongue ulcers due to repeated insults to the tissues .The borders of traumatic ulcers are usually slightly raised and reddish, with a yellowish-white necrotic pseudomembrane that can be readily wiped off .Ulcers on the lip vermilion usually have a crusted surface. Traumatic ulcers normally become painless within **three days** after the injury had been eliminated and, in most cases, heal within 10 days.

- تستمر القرحات الرضوية في الفم لعدة أيام أو عدة أسابيع خاصة في حال استمرار الرض أو الأذية.
- صفات القرحة الرضوية :
 - متوذمة مرتفعة قليلاً عن سطح المخاطية ، محاطة بهالة حمامية وذات مركز أو قعر أبيض مصفر (غشاء متنخر كاذب) .
 - تكون قرحات الحافة القرمزية للشفة مغطاة بالقشور.
 - يستمر الألم في القرحات الرضوية وسطياً لثلاثة أيام وتشفى خلال ١٠ أيام.

قرحة رضية



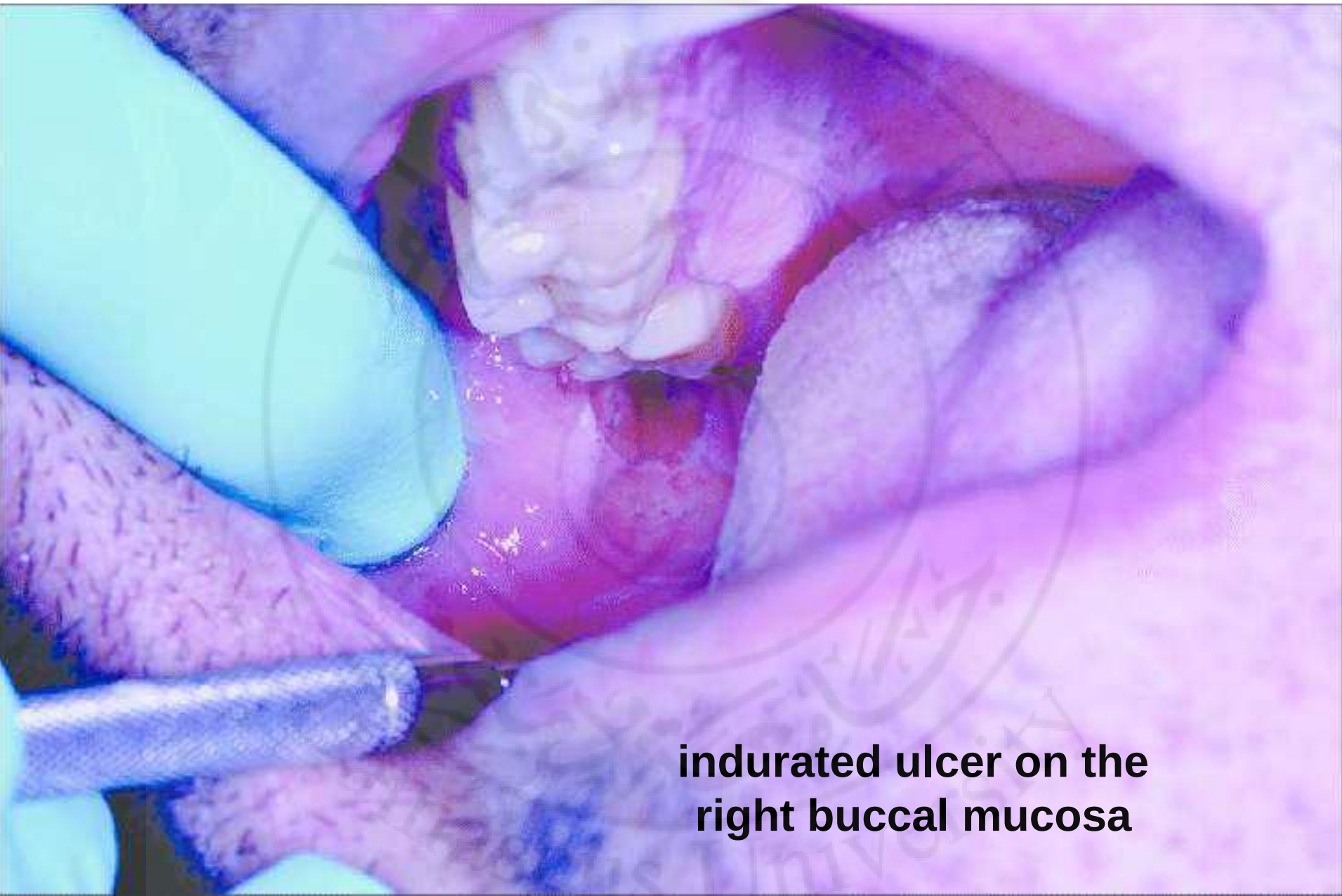
القرحات الإيوزينية

- **Eosinophilic ulcer** of the oral mucosa is considered to be a benign, reactive, and self-limiting lesion, with unclear pathogenesis, manifesting as a rapidly developing solitary ulcer.

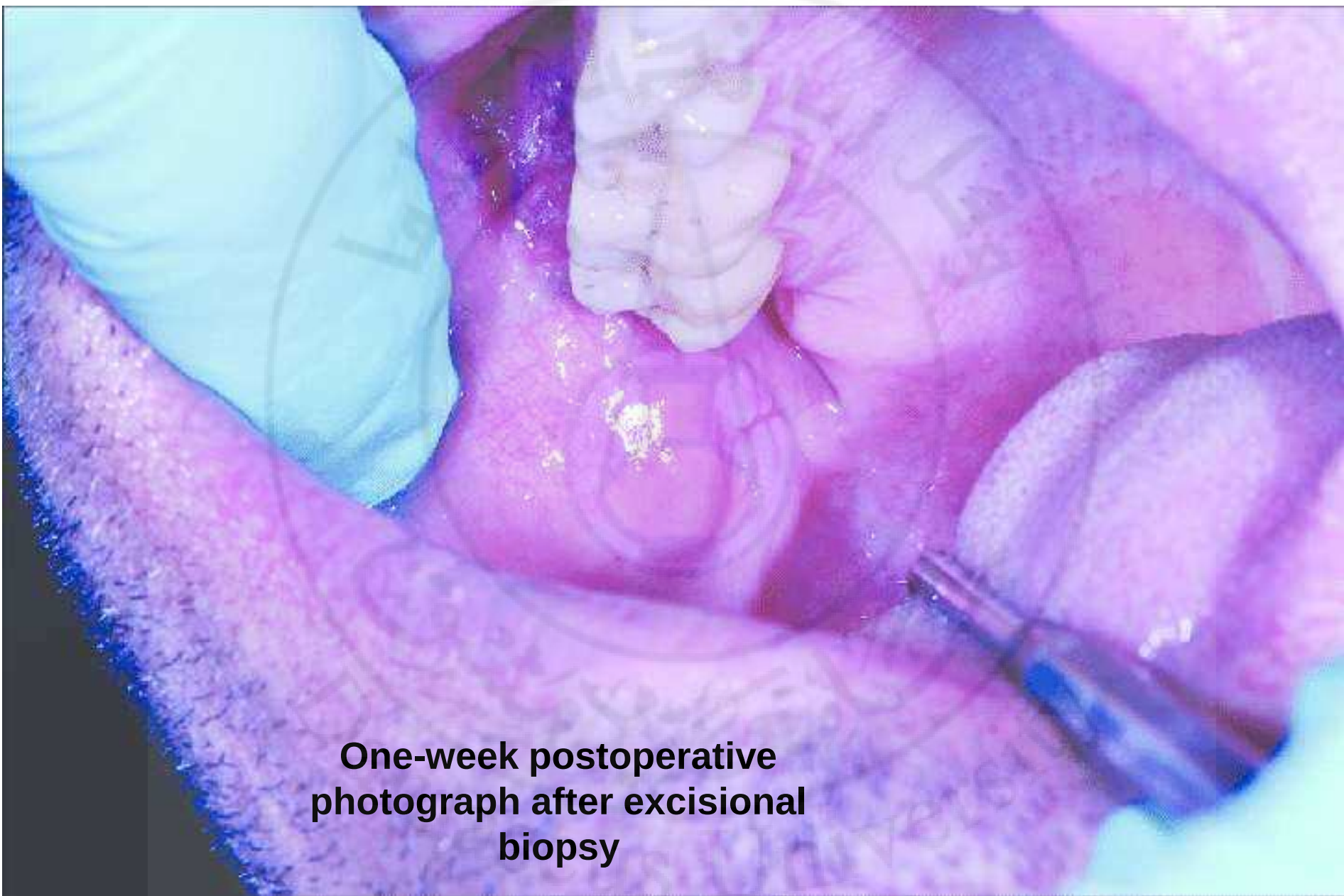
- حالة مرضية غير شائعة ، تشفى تلقائياً تتظاهر سريرياً كقرحة وحيدة مع حواف مرتفعة صلبة تصيب اللسان والمخاطية الخدية و الشفاه، قد تكون مؤلمة أو لا.
- العوامل المسببة غير واضحة وهي تشبه سريرياً القرحات السرطانية (لمفومات، SCC) ، القرحات الرضية ، القرحات السلية ، القرحة الزهرية.
- الموجودات النسيجية مميزة: ارتشاح التهابي لمفاوي غني بالحمضات (توصف بأنها قرحة رضية حبيبية مع لحمية من الخلايا الإيوزينية)
- قرحة عميقة والرشاحة عميقة الارتشاح بالنسج قد تشمل العضلات..

القرحات الإيوزينية

- معظم القرحات الفموية بأسبابها المختلفة لا تحوي الرشاحات الالتهابية نسيجياً على الحمضات ووجودها في هذا النمط من القرحات غير مفسر.
- قد يكون السبب تفاعل تحسسي لمواد معينة سمية كما أن الحمضات تتواجد ضمن آفات جلدية وهضمية مختلفة وترتبط غالباً بأسباب الحساسية أو الإصابة بالطفيليات أو تناول أدوية معينة أو نتيجة داء كثرة الحمضات الجهازية.
- تشفى القرحات تلقائياً أو بالعلاج الجراحي ويمكن أن يحدث النكس.

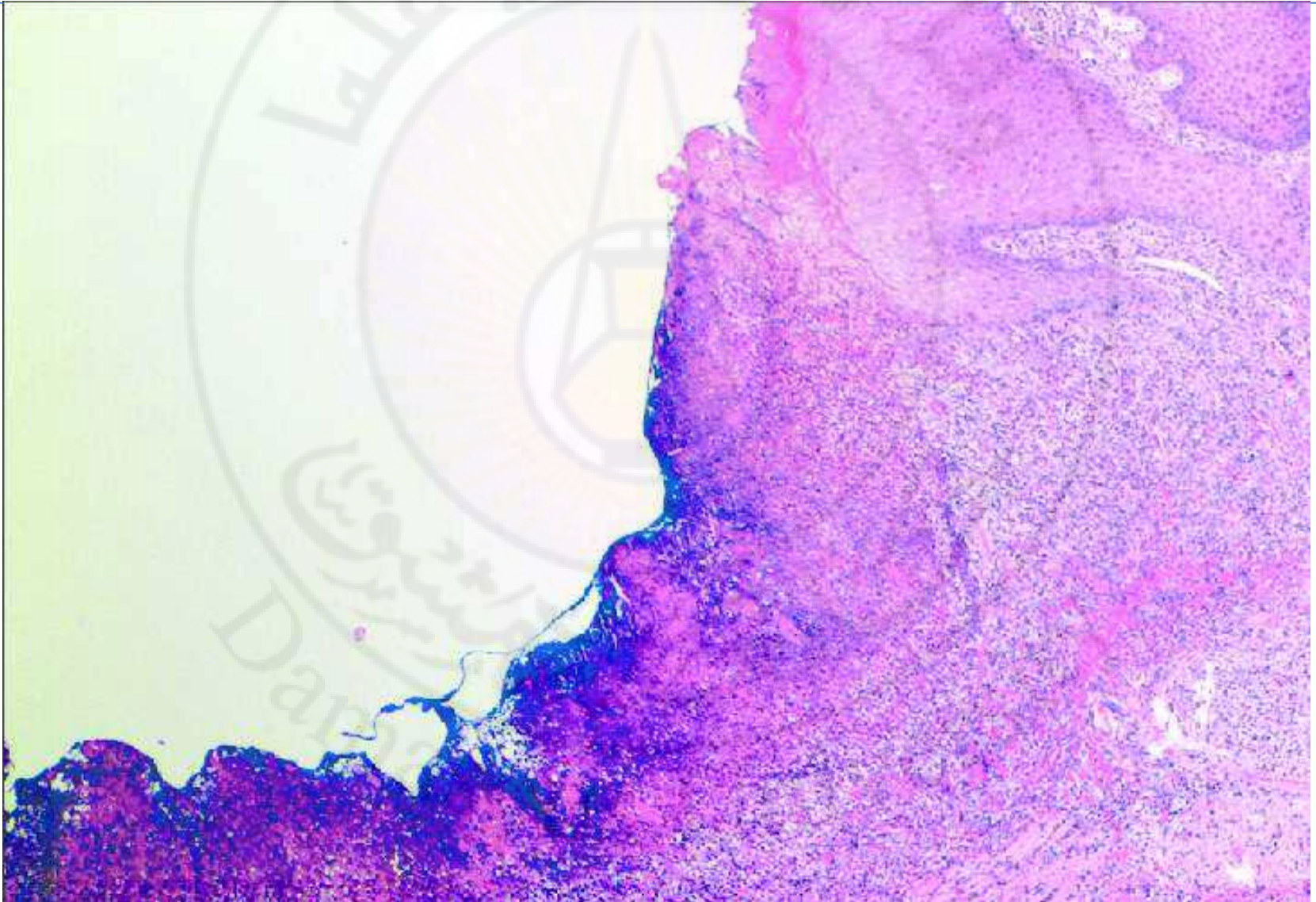


**indurated ulcer on the
right buccal mucosa**

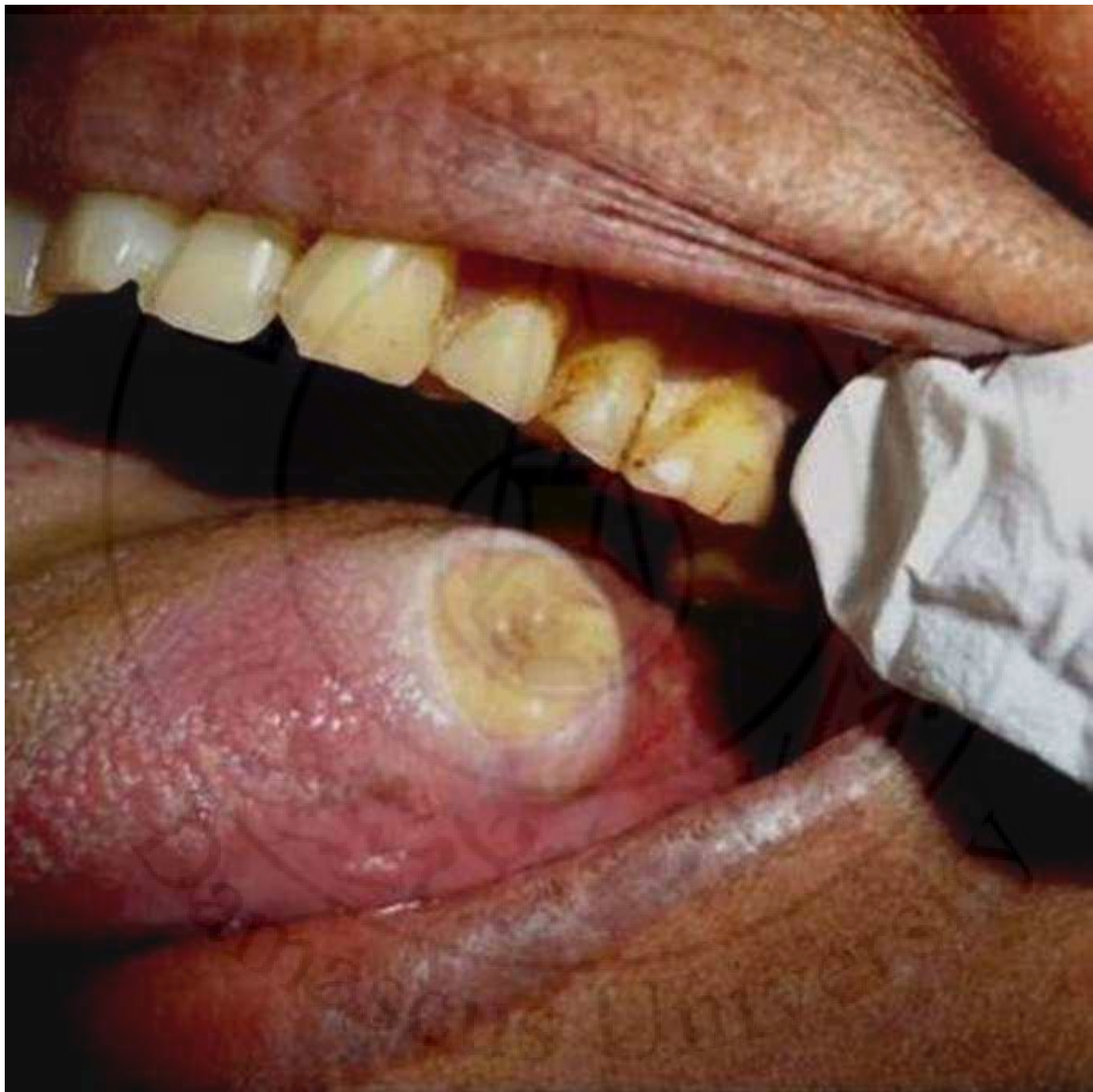


**One-week postoperative
photograph after excisional
biopsy**

Histopathological features presence of fibroprulent membrane and dense lymphocytic infiltrate (H and E)







- ***Necrotizing Sialometaplasia***: Necrotizing sialometaplasia (NS) is a self-limiting, benign, inflammatory disease of the salivary glands more frequently seen in middle-aged men. Although the main etiology is not clear; many authors believe that local infarction due to ischemia of the salivary tissue is the causative factor.
- a number of potential predisposing factors have been suggested :sharp direct local trauma (local anesthesia, and surgical procedures), use of ill-fitting dentures, violent or provoked vomiting (in patients with bulimia), upper respiratory infection, and radiotherapy.

الحؤول اللعابي التخري

- حالة مرضية سليمة تشفى تلقائياً تصيب الغدد اللعابية الصغيرة، وتميل لإصابة الذكور في الأعمار المتوسطة.
- العامل المسبب غير محدد بدقة ولكن يعتقد بكونها ناتجة عن تموت موضعي بسبب نقص أو انقطاع التروية الدموية عن المنطقة.
- يعتقد بدور العديد من العوامل المؤهبة :
 - أذية حادة في المنطقة كحقن التخدير الموضعي، أو الإجراءات الجراحية ، أجهزة صناعية سيئة الانطباق، غثيان أو إقياء متكرر عنيف، انتانات الطرق التنفسية العلوية والمعالجات الشعاعية.

الحؤول اللعابي





amascus University

- More than 75% of all cases occur on the posterior part of the palate, followed by the lower lip, retromolar pad, sublingual region, tongue, and larynx .The size of the lesion ranges from less than 1 cm to over 5 cm .The healing time of NS varies as well, showed a considerable improvement in healing process after 10 days. However, complete healing is usually observed only after five to seven weeks.

- تحدث معظم حالات التنخر اللعابي في الجزء الخلفي من قبة الحنك ثم الشفة السفلية ثم المثلث خلف الرحوي، المنطقة تحت اللسانية، اللسان.
- وقد يتراوح حجم الآفة بين ١ إلى ٥ سم.
- وقد يحتاج المريض من ١٠ أيام إلى ٥ أسابيع حتى تمام الشفاء.

3- local causes

- Trauma
- Burns: heat, cold, chemical, radiation

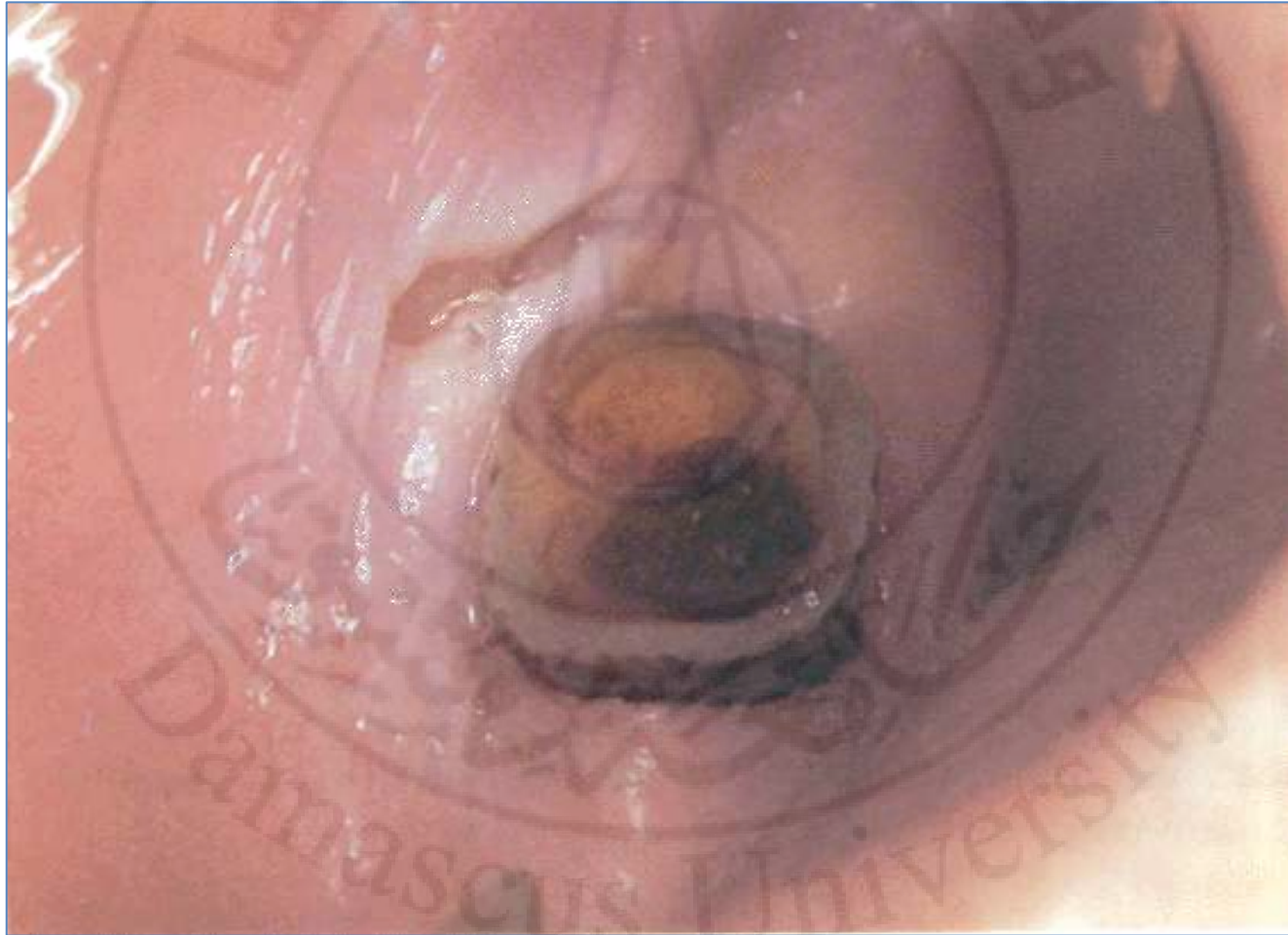


Cheek Biting

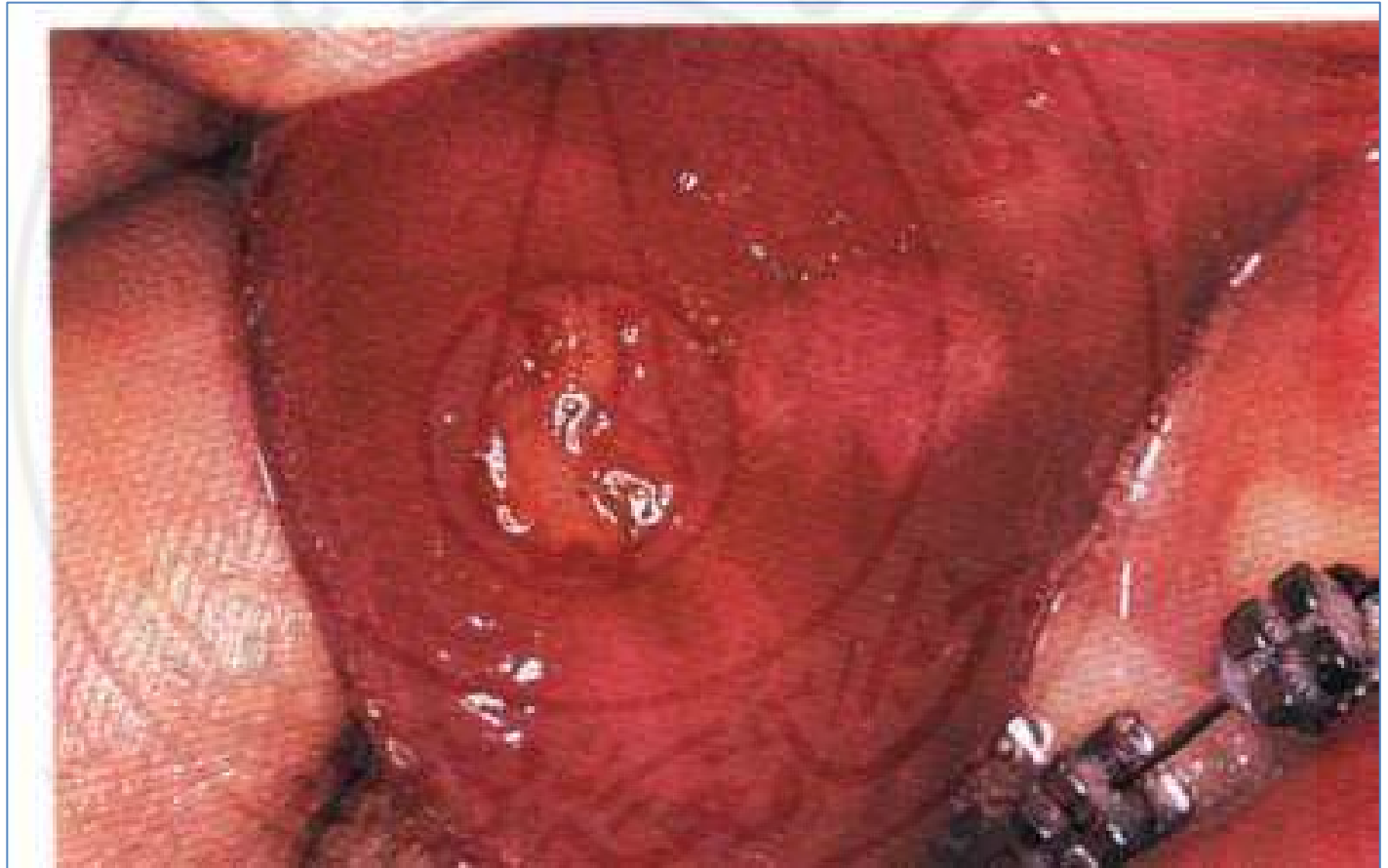
Chemical Burns



Abrasions from Teeth



trauma



Amman University

- Chemotherapy and radiation therapy overthrow the healthy balance of bacteria in the mouth and may lead to changes in the lining of the mouth and the salivary glands.
- These changes may cause mucositis manifest as multiple areas of painful mucosal erythema , ulcers & sloughing.

- تؤثر المعالجات السرطانية الكيميائية و الشعاعية في توازن الفلورا الفموية الطبيعية، مما يؤدي لتغيرات مرضية في الغشاء المخاطي الفموي والغدد اللعابية.
- تشمل التغيرات التهاب الأغشية المخاطية mucositis والذي يتظاهر على شكل حمات مخاطية مؤلمة، وتقرحات وتوسفات فموية .

irradiation



osteoradionecrosis

تنخر عظمي شعاعي



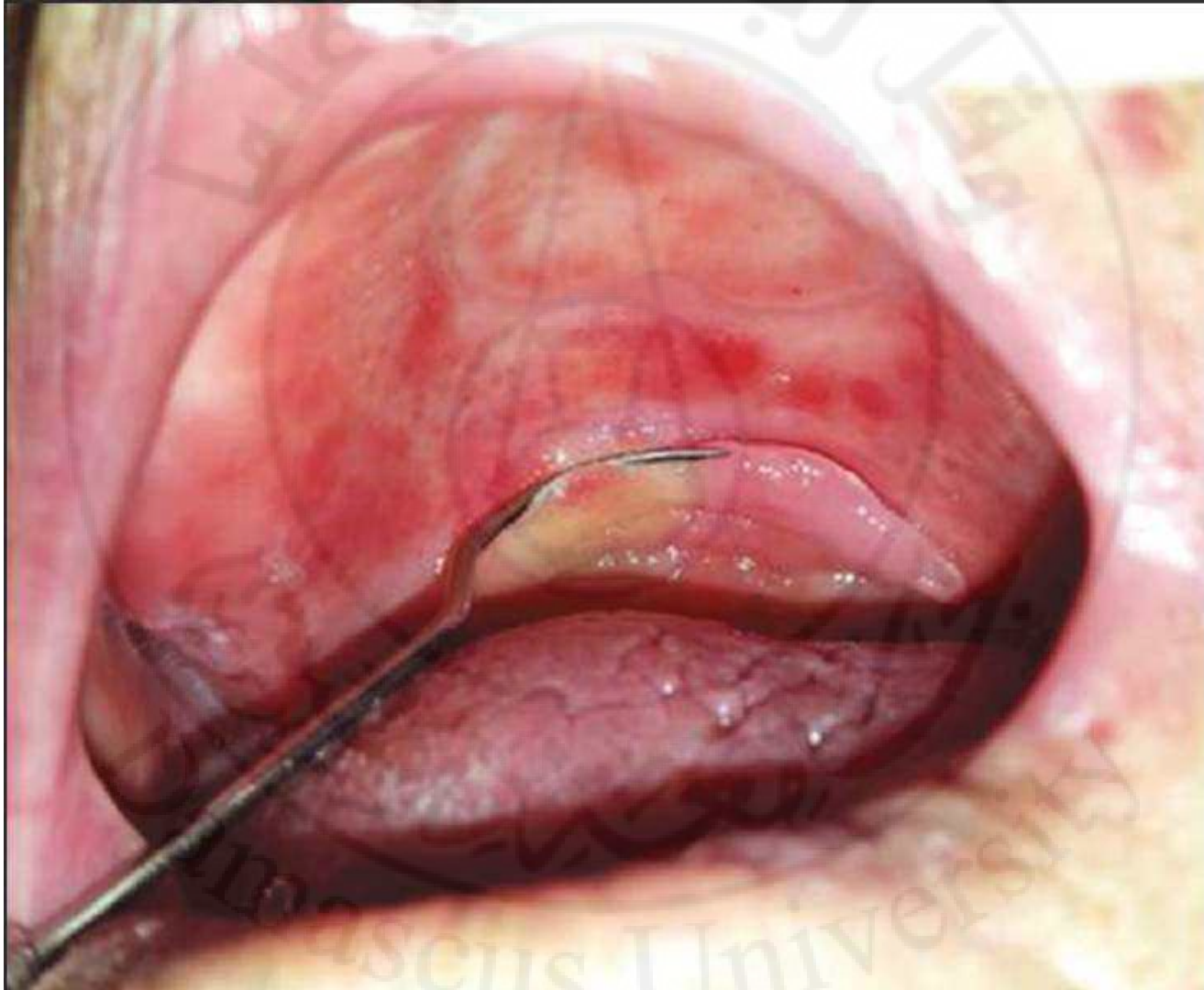
Epulis fissuratum

البثرة الشقية



Inflammatory fibrous hyperplasia or denture induced fibrous inflammatory hyperplasia or granuloma .

بثعة شقية



4- aphthous ulcers

القرحات القلاعية

- يبدو المرضى أصحاء شكلياً بشكل عام.
- أحياناً تترافق الإصابة وتزداد شدتها مع فقر الدم بعوز الحديد.



- تكون القرحات القلاعية (مفردة أو متعددة)
- تعد أشيع أمراض الفم الالتهابية شيوعاً وتتراوح نسب انتشارها بين الـ ٠,٥ % وحتى الـ ٧٥ % تبعاً للمجتمع المدروس.
- تميل لإصابة الإناث .
- تبدأ الهجمة الأولى عادةً في العقد الثاني من العمر .
- تبدأ الآفة عادةً بالتظاهر على شكل حس حرق موضع قبل ٢٤ إلى ٤٨ ساعة من ظهور التقرح
- صفات القرحة: قرحة مؤلمة مدورة أو بيضوية الشكل ذات حواف واضحة ومحاطة بهالات حمامية ، ذات مركز أبيض مصفر عبارة عن غشاء تتخري كاذب
- تصيب هذه القرحات المخاطية غير المتقرنة .

- **Recurrent Ulcers (Solitary/Multiple)**
- *Recurrent Aphthous Stomatitis*. Recurrent aphthous stomatitis (RAS) is the most common inflammatory disease of the oral mucosa with a global prevalence of 0.5% to 75% and female predilection .
- The first episode of RAS most frequently commences in the second decade of life. The lesions usually begin with prodromal burning sensation 2 to 48 hours before an ulcer appears .Oral aphthous ulcers typically occur as painful, symmetrically round fibrin-covered mucosal defects with an erythematous border and most commonly on nonkeratinized mucosa in healthy patients.

- Three clinical types of RAS have been identified: **minor-type** is smaller than 1 cm in diameter (usually 2-3 mm) and heals spontaneously in two weeks. This type constitutes 80–90% of all aphthous ulcers. **Major-type (Sutton ulcer)** is usually 1–3 cm in size, and lasts for 10 days to 6 weeks or even longer. More than 60% of Sutton ulcers heal with scarring. Major type accounts for about 10% of RAS. **Herpetiform aphthae** appears as very small (1-2 mm), extremely painful, and numerous ulcers (up to 100 lesions). About 32% of lesions heal with scarring.

Herpetiform aphthous ulcers



5- drug-induced ulceration

- حاصرات ببتا
- الموسعات القصبية المضادة للكولين
- مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية NSAIDs
- بعض المضادات الحيوية (المستخدمة لعلاج القرحة المعدية)
- مضادات الفيروسات القهقرية
- أدوية ارتفاع الضغط
- زمرة البيسفوسفونات
- منظمات السكر
- الأدوية السامة للخلايا

diagnosis

- Based mainly on the history & clinical features.
- Ulcers number, persistence, shape, edges, appearance.

diagnosis

- Features that might suggest a systemic background :
 - 1- extraoral features.
 - 2- an atypical history or ulcer behaviour : onset in later adult life, unresponsive to topical treatment.
 - 3- other oral lesions: hairy leukoplakia, gingival bleeding, petechiae.

investigations

- 1- blood tests.
- 2- microbiological & serological investigation.
- 3- biopsy.

★ management

- ١- يجب معالجة وإزالة العوامل المؤهبة للإصابة
- ٢- تدبير العوامل المسببة
- ٣- المحافظة على صحة فموية جيدة للوقاية من الانتان الثانوي
- ٤- وصف العلاج الدوائي المناسب للحالة وبالشكل الصيدلاني المناسب حسب العامل المسبب (مضامض كما في حال القرحات المتعددة ، الهلام أو الكريم مع لاصق فموي ، البخاخ، الأدوية الجهازية في حال كون القرحات شديدة الأعراض أو من منشأ جهازي)

- - في حال القرحات والالتهابات الناجمة عن المعالجات الشعاعية والكيميائية للسرطانات يفضل استعمال المضامض الفموية غير الكحولية (الملحية الأساس كمضامض البيكربونات)
- في حال القرحات الالتهابية أو منشأ مناعي ذاتي يفضل مضادات الالتهاب الستيروئيدية التي تتميز بفعالية عالية في علاج هذا النمط من القرحات .
- توصف مضامض الكلوهيكسيدات و مضامض مضادات الالتهاب الستيروئيدية في حالات القرحات الرضية والانتانية.



THANK YOU FOR LISTENING

جامعة دمشق
Damascus University

أكياس الحفرة الفموية

cysts of the oral cavity

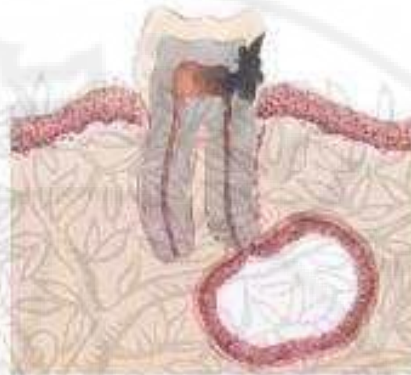
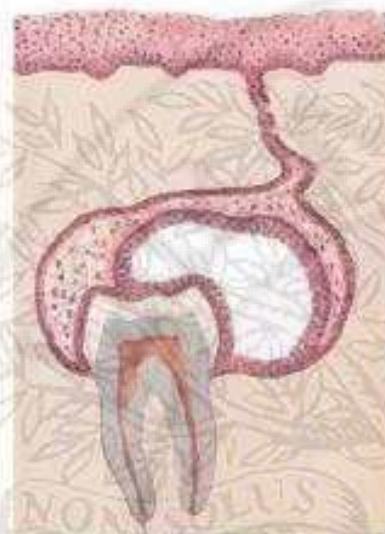
Dr.Abeer Ahmad Aljoujou
PhD. Oral Medicine

Damascus University

● تصنف أكياس الحفرة الفموية إلى :

أكياس سنية odontogenic cysts

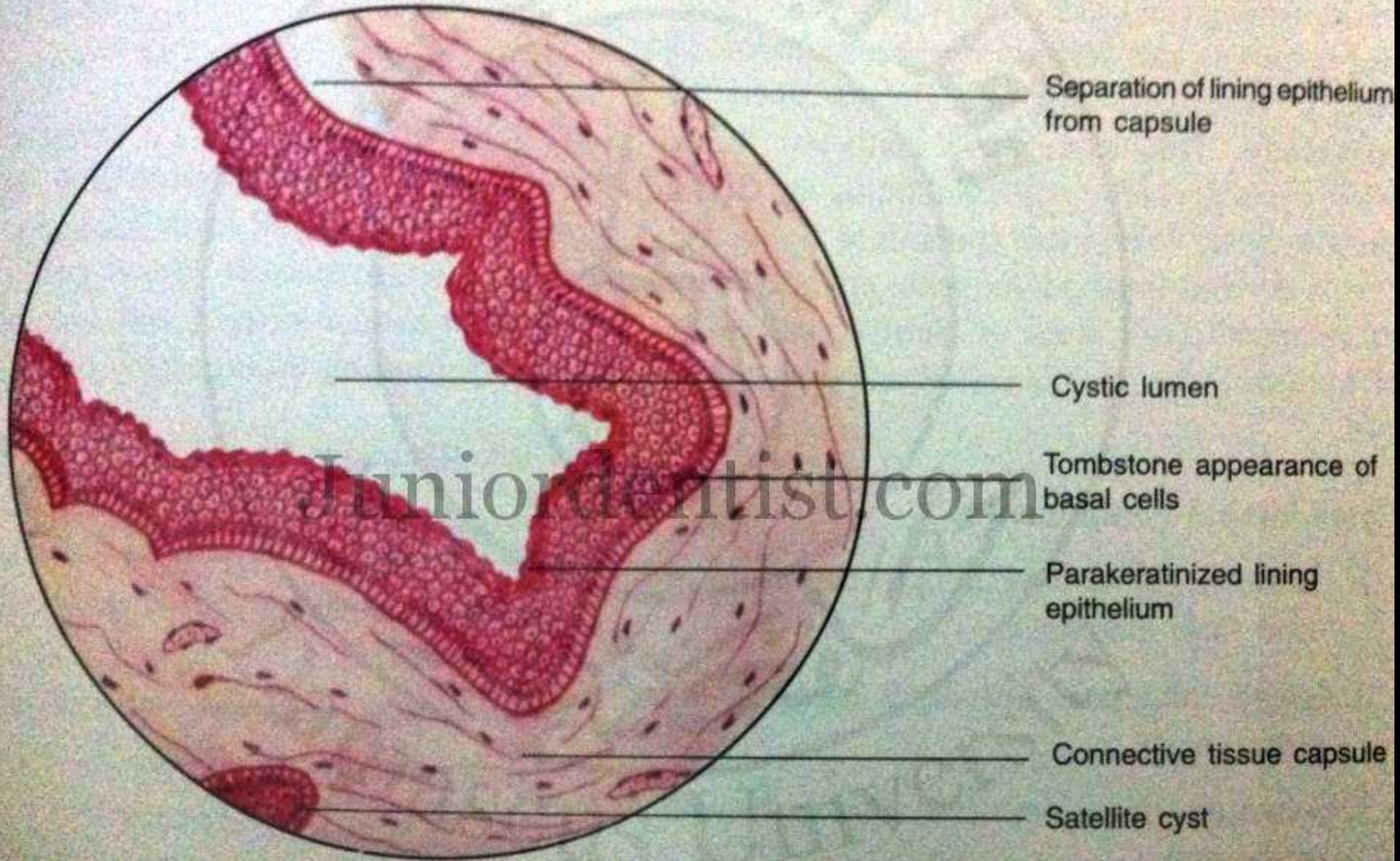
أكياس تطورية developmental cysts



F. Nees

ELAS

كيف تتطور الأكياس ???



الأوكياس السنية odontogenic cysts

- هي أكياس تشتق بطائنها من الظهارة التي تشارك في تطور الأسنان:

١- الأكياس المشتقة من بقايا ملاسيه.

٢- الأكياس المشتقة من ظهارة عضو الميناء المتبقية.

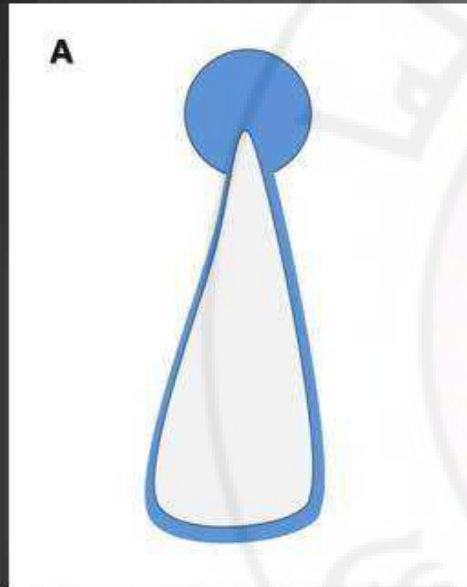
٣- الأكياس المشتقة من بقايا الصفيحة السنية.

الأوكياس السنية odontogenic cysts

١- الكيس حول الذروي: periapical cyst

- هو كيس سني يشتق من بقايا ملاسيه ويطلق عليه اسم الكيس الجذري radicular cyst.
- أكثر الأكياس مشاهدةً ويشكل أكثر من ٥٠% من الأكياس الفموية.
- يشاهد عند الثقبه الذروية للأسنان البازغة التي تأدت بنخر سني أو رض، أو عند ثقب الأقنية الثانوية الجذرية.

Periapical Lucency



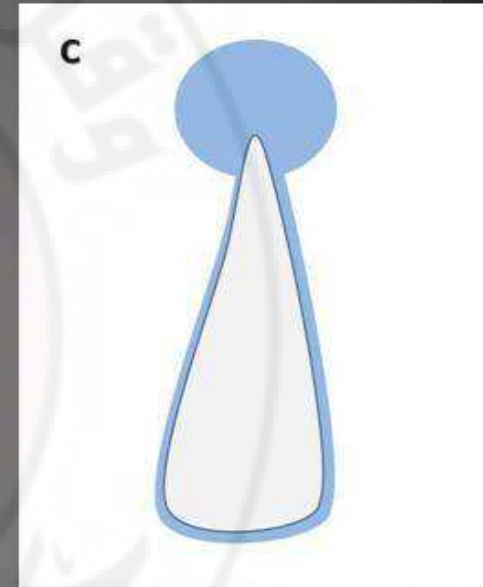
Apical granuloma

< 1.5 cm
corticated margin



Radicular cyst

> 1.5 cm
corticated margin



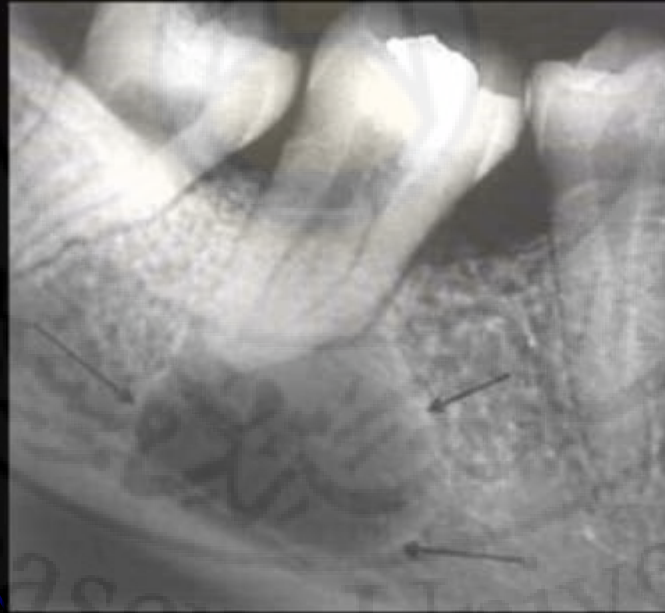
Abscess

less well defined
margin

١- الكيس حول الذروي

● شعاعياً:

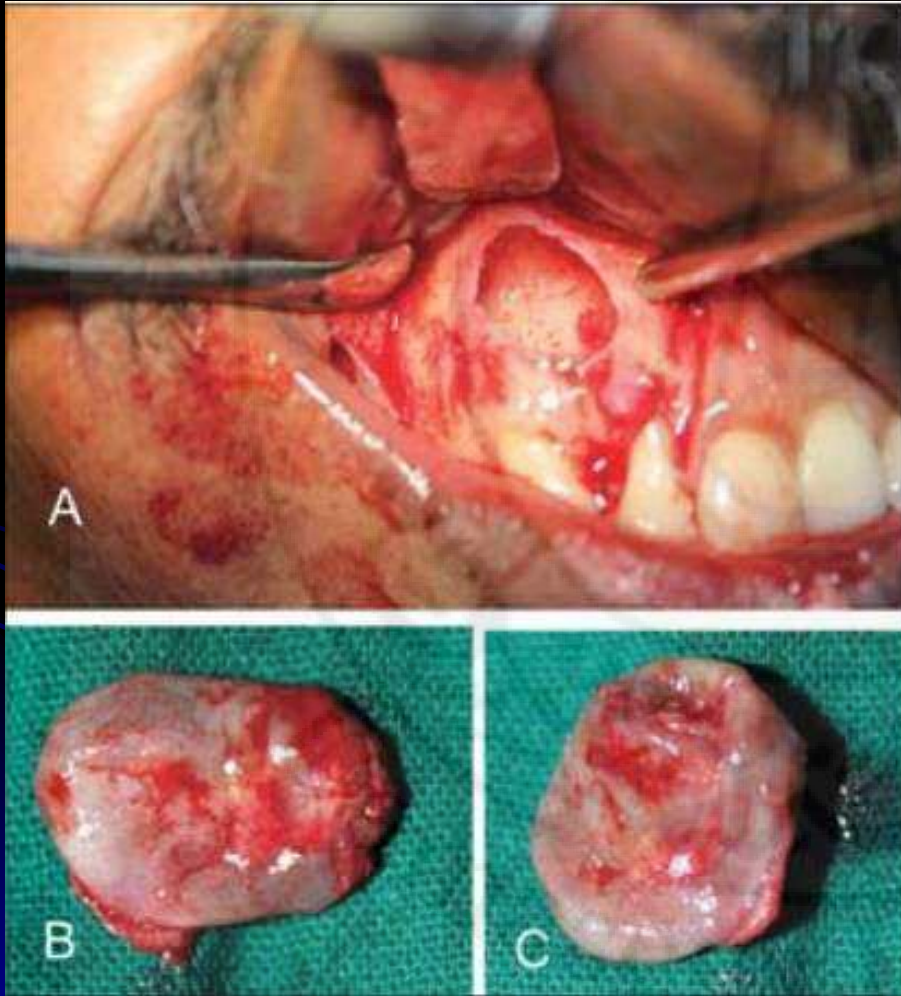
تظهر على شكل منطقة شافة مدورة واضحة الحدود على ذرى
الأسنان غير الحية.

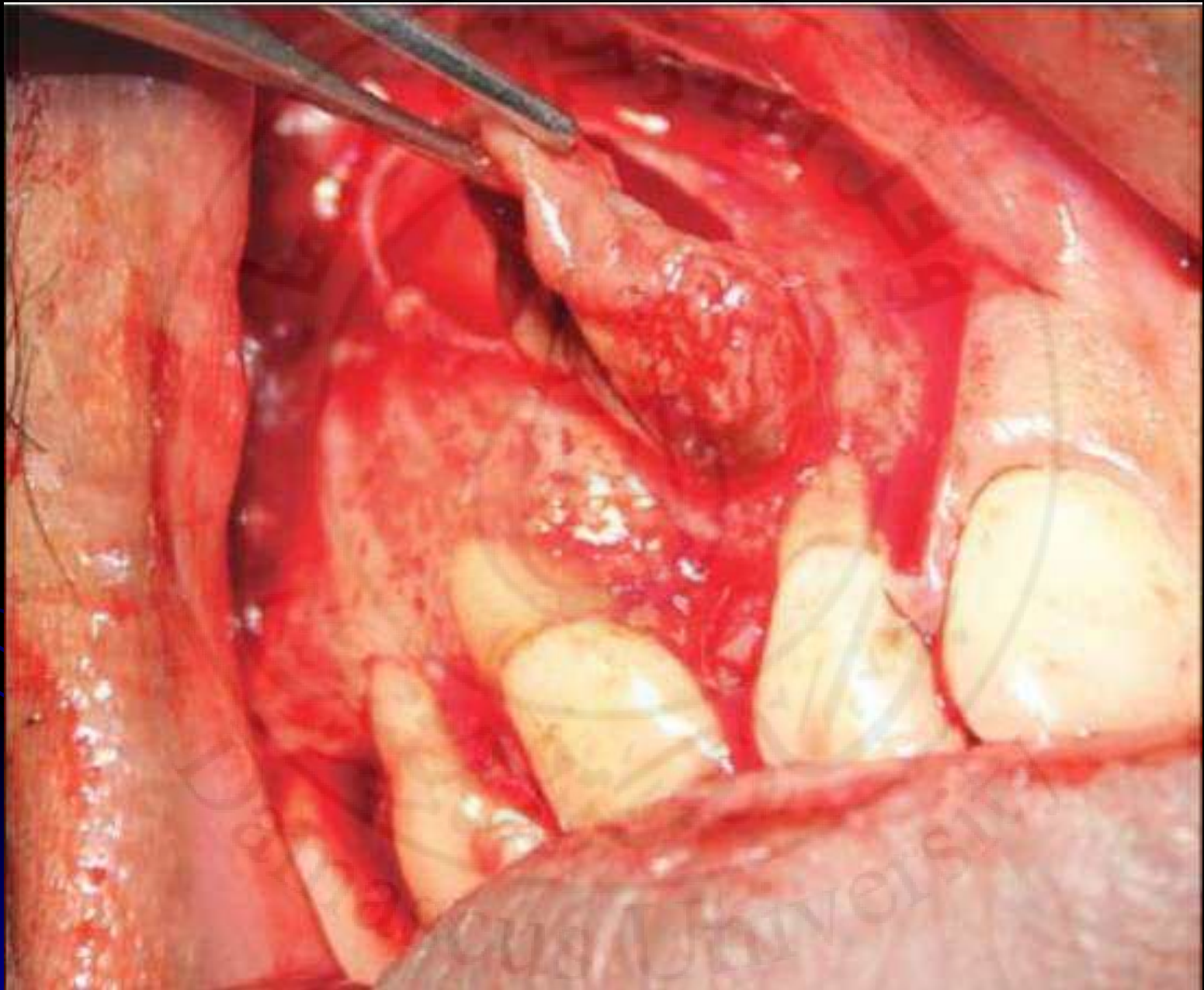


١- الكيس حول الذروي

● المعالجة :

- قلع الأسنان المسببة مع
استئصال الكيس
بشكل كامل أو
بإجراء المعالجة
اللبية للسن المسبب.





٢- الكيس السني dentigerous cyst

- يحيط الكيس السني بتاج السن غير البازغة (المنظمرة) .
- يرتبط غالباً بالأرحاء الثالثة العلوية أو السفلية أو بالأنياب العلوية.
- يشتق من الظهارة المينائية المتبقية .
- تبقى هذه الأكياس مرتبطة بالحافة العنقية للأسنان المسببة.
- تكون هذه الأكياس لا عرضية، ولكن قد تسبب ورماً خفيفاً والألم عندما تأخذ أحجاماً كبيرة أو عندما تلتهب .

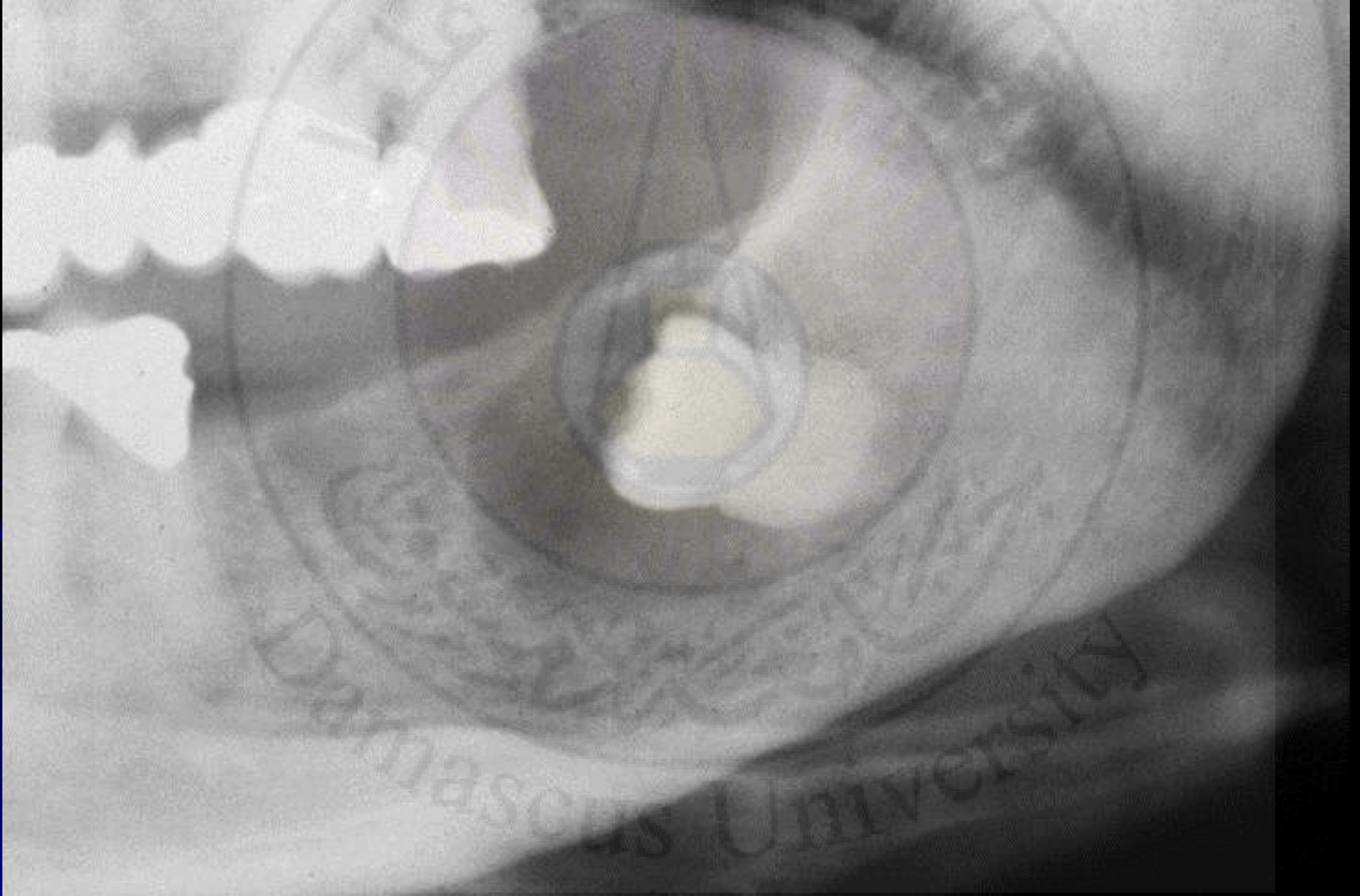
٢- الكيس السني dentigerous cyst

- شعاعياً: يبدو على شكل شفافية شعاعية تحيط بتيجان الأسنان غير البازغة.

- المعالجة: القلع الجراحي.



الكيس السني



٣- الكيس البزوعي eruption cyst

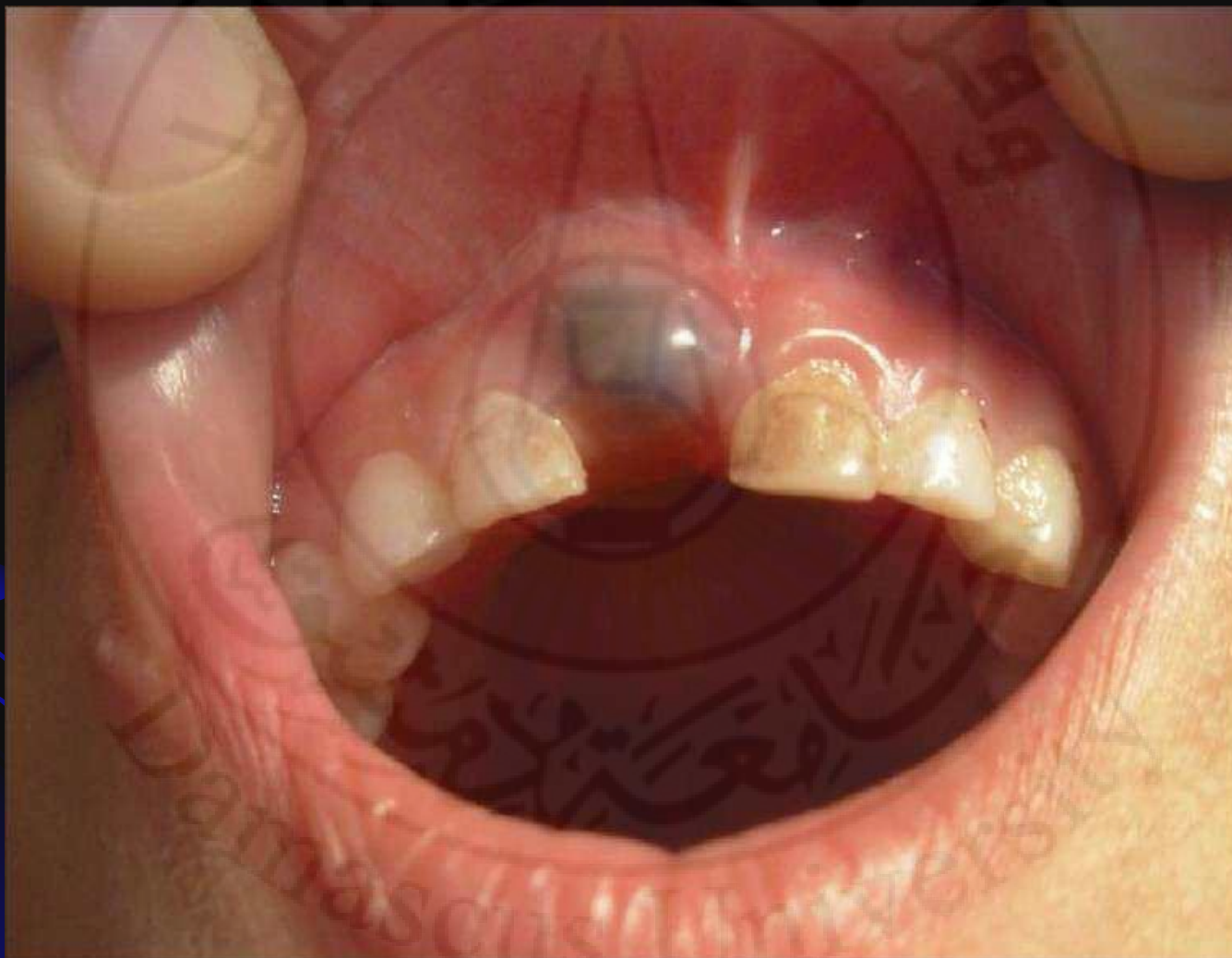
- يتطور في النسيج الرخوة للسنخ (خارج العظم) محيطاً بتاج السن البازغة، ويشترك من الظهارة المينائية المتبقية.
- يتظاهر سريرياً كورم متموج على الحافة السنخية، وربما يحدث النزف نتيجة الرضوض الاطباقية والمضغ.
- لا يوجد مظاهر شعاعية.
- لا يحتاج للمعالجة لأنه يتمزق تلقائياً نتيجة المضغ، ولكن في حال عدم تمزق هذه الأكياس يتم كشف تيجان الأسنان المسببة جراحياً مما يساعدها على البزوغ.

الكيس البزوقي



Umm Al-Qasbi University

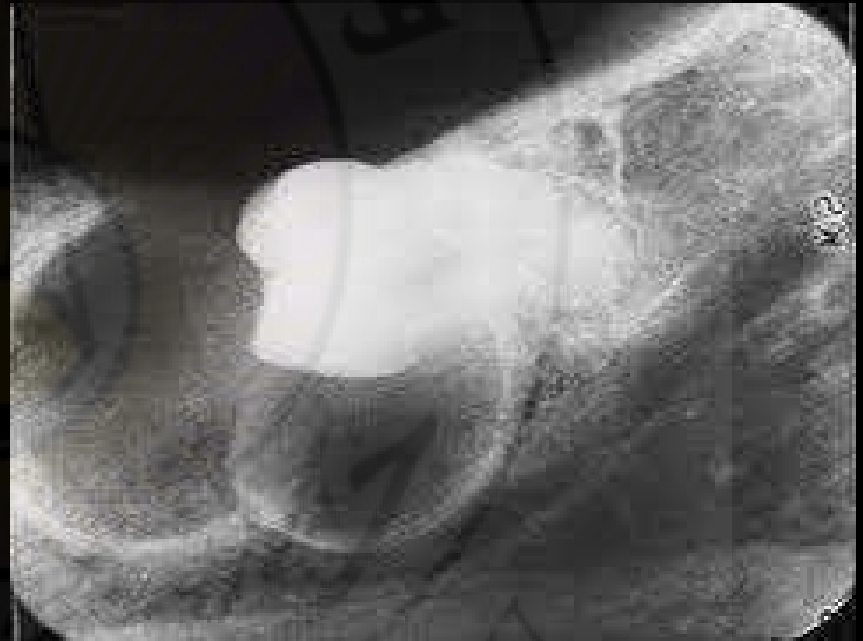
الكيس البزويغي



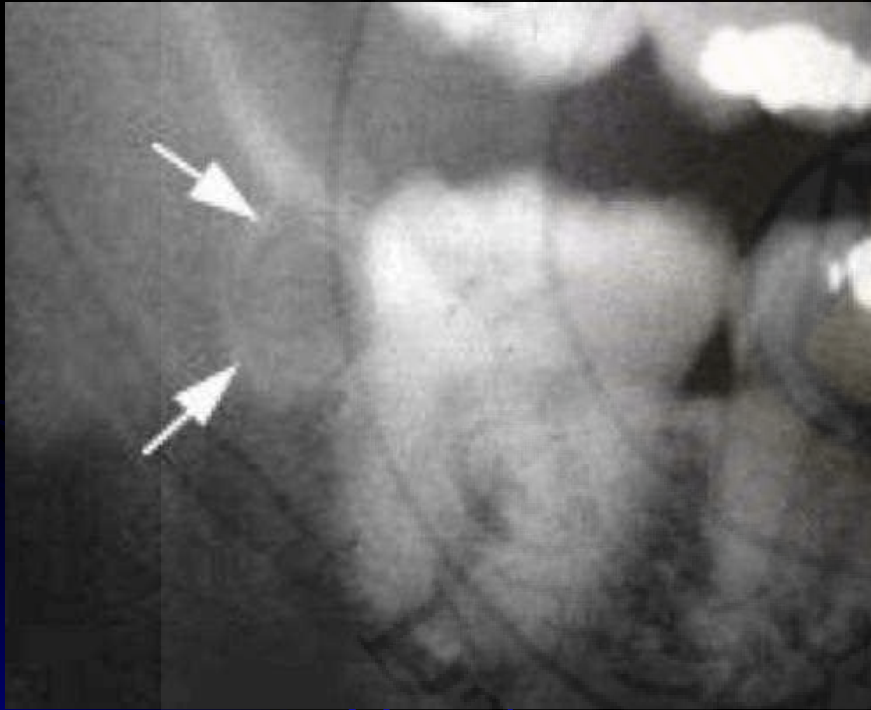
٤- الكيس حول السني parodontal cyst

- كيس سني المنشأ يشتق من الظهارة المينائية المتبقية يتوضع على الجانب الدهليزي والوحي للسن ، ويشاهد غالباً عند الأرحاء السفلية.
- يتطور على الأسنان البازغة جزئياً حيث تنحصر البقايا الطعامية والبكتيريا ضمن الميزاب اللثوي المحيط بالسن مما يؤدي لحدوث التهاب عميق وتضخم الجيب وتطور الكيس حول السني، وكمثال الأرحاء الثالثة السفلية المنحصرة ضمن الشعبة الصاعدة.

الكيس حول السني



الكيس حول السني



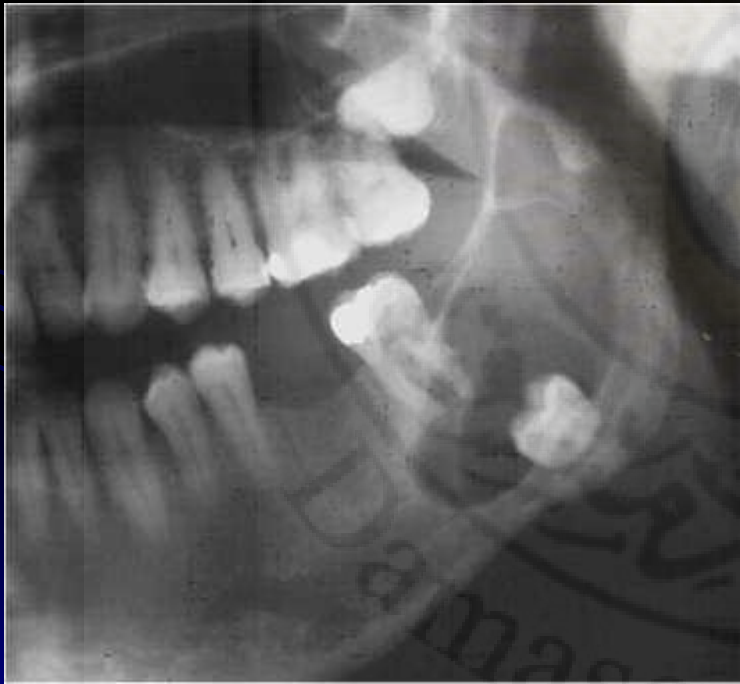
٥- الكيس القرني السني

Odontogenic kerato cyst

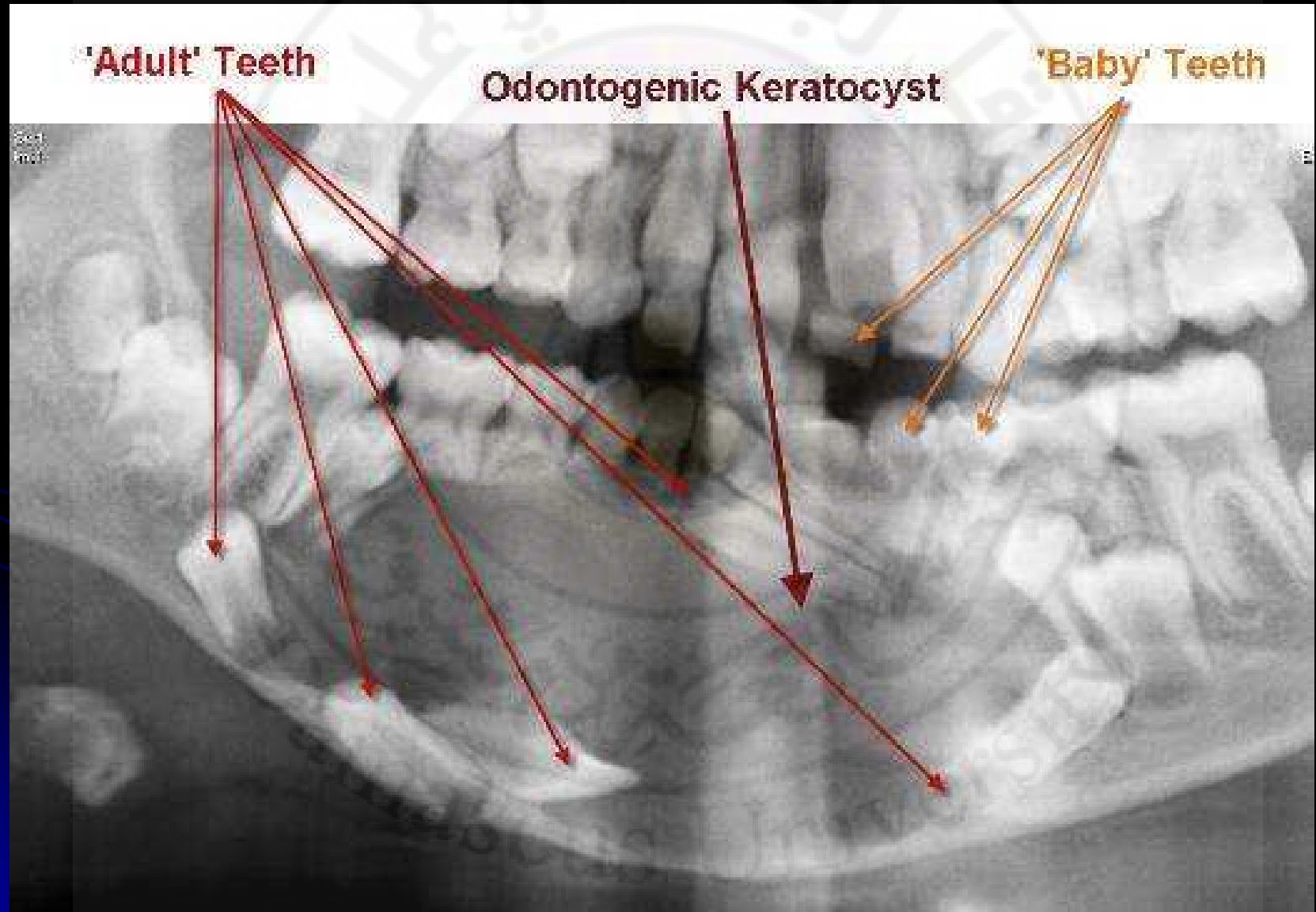
- يشتق من بقايا الصفيحة السنية dental lamina.
- يشاهد غالباً في جسم الفك السفلي الخلفي ومنطقة الرأ.
- قد يشاهد حول تيجان الأسنان غير البازغة.
- يمكن أن يأخذ أحجام كبيرة مسبباً تخریباً عظمياً كبيراً.
- يمتلك معدل نكس عال (٢٠-٦٠%) .
- تحدث في جميع الأعمار وتكون أكثر تكراراً في العقد ٢-٣ من العمر.

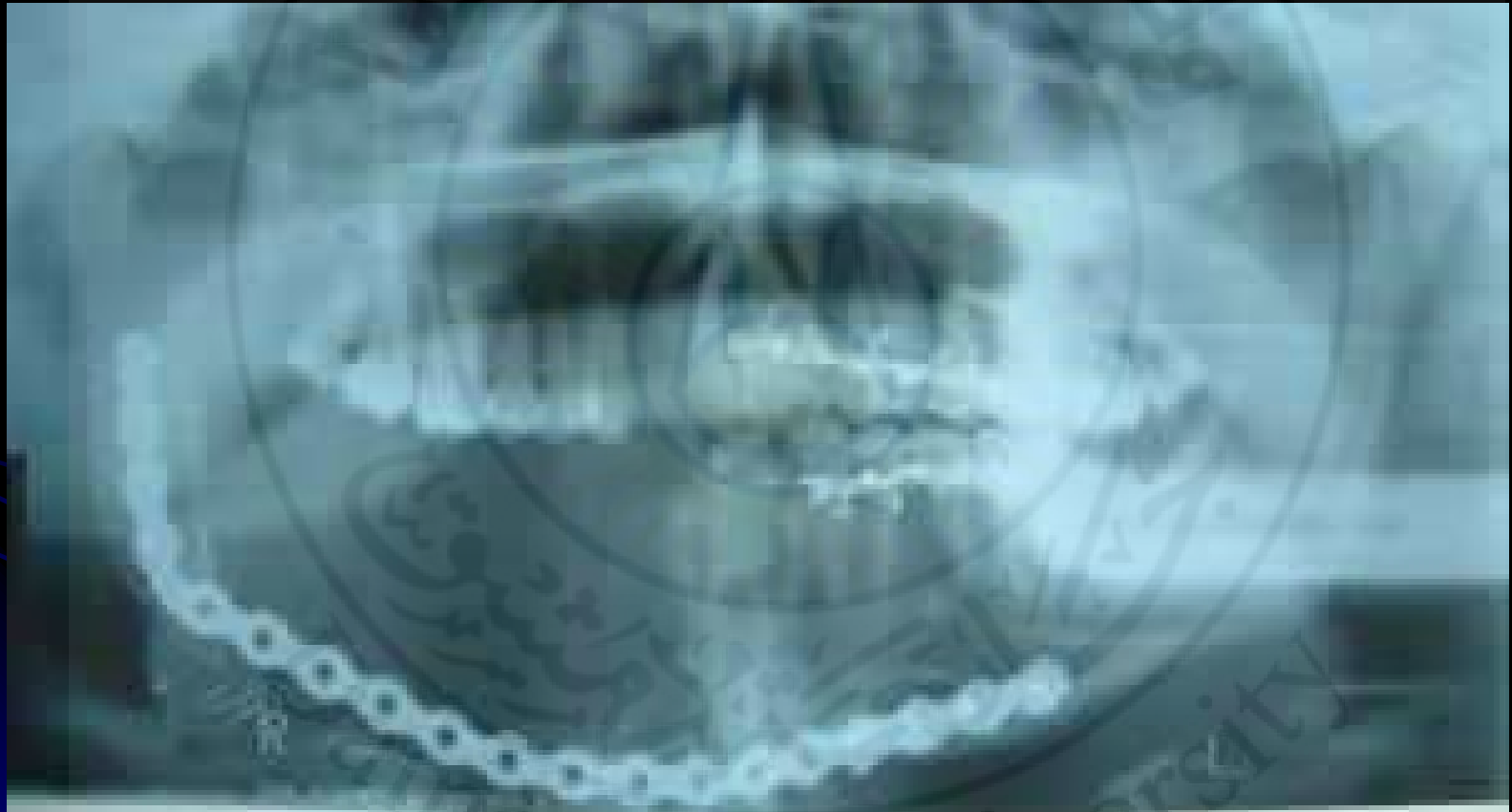
٥- الكيس القرني السني

- شعاعياً: آفة شافة شعاعياً وحيدة المسكن بحواف ناعمة أو آفة متعددة المساكن.
- المعالجة : الاستئصال الجراحي.



الكيس القرني السني

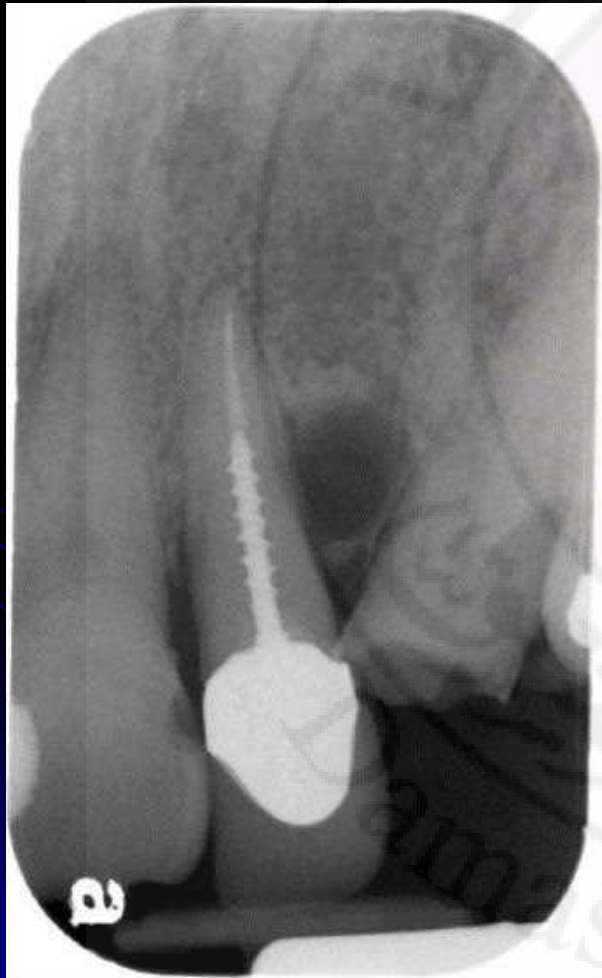




٦- الكيس حول السني الجانبي & الكيس اللثوي

- يشتقان من بقايا الصفيحة السنية .
- يتظاهران كآفات داخل عظمية وآفات خارج عظمية .
- يتطور الكيس حول السني الجانبي عادة كأفة وحيدة صغيرة شافة شعاعياً تتوضع بين جذور الأسنان الحية وغالباً بين الضاحكين السفليين وفي الفك العلوي بين الناب والقواطع.
- يتطور الكيس اللثوي كانتفاخ ضاغط مملوء بسائل على اللثة الشفوية للفك العلوي والسفلي في منطقة الضواحك والناب والقواطع.

الكيس حول السني الجانبي



الكيس اللثوي عند البالغين



٧- أكياس الصفيحة السنية لحديثي الولادة

- تشتق هذه الأكياس من بقايا الصفيحة السنية التي تبقى في النسيج الرخوة للفكين ، وتشاهد على الارتفاع السنخي للرضع حديثي الولادة كانتفاخ متعدد وصغير .
- لاتحتاج هذه الأكياس للمعالجة إذ سريعاً ما يتم امتصاصها وتراجعها تلقائياً.

أكياس الصفيحة السنية لحديثي الولادة



الأوكياس التطورية في المنطقة الفموية

جامعة دمشق
Damascus University

١- كيس القناة الأنفية الحنكية

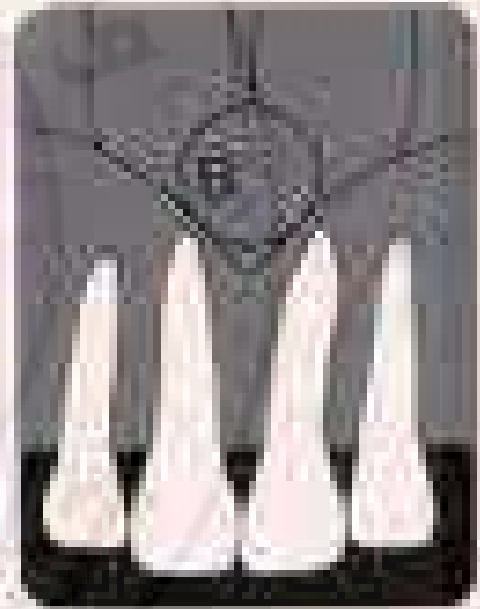
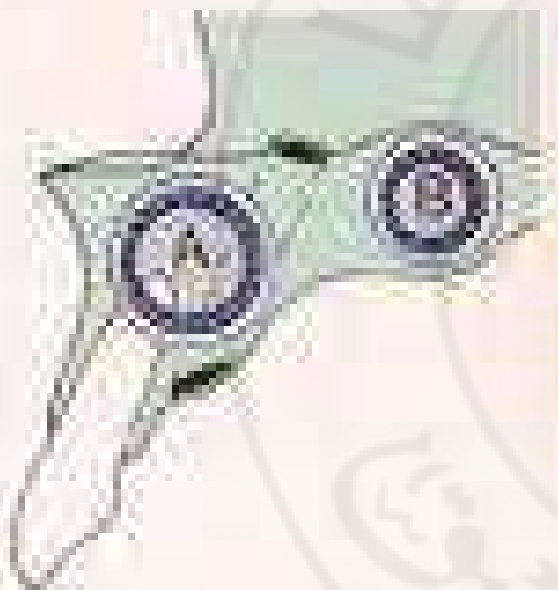
nasopalatine duct cyst

- يسمى أيضاً كيس القناة القاطعة، يشتق من بقايا جنينية في القناة الأنفية الحنكية.
- معظم هذه الأكياس آفات داخل عظمية، ولكن نسبة قليلة يمكن أن تتطور في النهاية السفلية للقناة القاطعة وخلال النسيج الرخوة للحنك الأمامي ويصطلح عندها تسميتها بأكياس الحليمة القاطعة.

كيس القناة الأنفية الحنكية

- شعاعياً: يبدو الكيس كآفة شافة مدورة واضحة الحدود أو تأخذ شكل القلب في منتصف مقدمة الفك العلوي بين جذور القواطع المركزية.
- أكياس الحليمة القاطعة لا تكون واضحة شعاعياً.
- تكون هذه الأكياس عديمة الأعراض وتكتشف خلال الفحص الشعاعي الروتيني ، إلا أنها قد تلتهب وتسبب الألم والضغط والانتباج.

Naso palatine duct cyst



Damascus University

كيس القناة الأنفية الحنكية



٢- الكيس الأنفي الشفوي nasolabial cyst

- يعرف أيضاً بالكيس الأنفي السنخي .
- حالة نادرة تحدث داخل النسيج الرخوة لدهليز الفك العلوي الأمامي تحت جناح الأنف وداخل الطية الأنفية الشفوية.
- يعتقد بأنه يشتق من بقايا القسم السفلي والامامي للقناة الأنفية الدمعية.
- تتظاهر على شكل انتباج غير مؤلم أحادي أو ثنائي الجانب يرافقه تسطح في الطية الأنفية الشفوية.
- تشاهد عند الأشخاص في العقد ٤-٥ من العمر وتصيب الإناث أكثر من الذكور بنسبة ٣:١.

الكيس الأنفي الشفوي

#51 Lesion: Nasolabial Cyst

Prevalence (# Lesions/1,000) = 0.0 for Males, 0.1 for Females, 0.07 Total



٣- الأكياس الظهارية اللمفية lymphoepithelial cysts

● آفات نادرة الحدوث وتضم :

١- **الكيس اللمفي الظهاري الفموي**: يتطور حيث يوجد نسيج لمفي خارج اللوزة نتيجة انغماد خلايا بشروية خلال النسيج اللمفاوي، غالباً ما تشاهد في قاع الفم الأمامي وحواف اللسان الخلفية، يتظاهر على شكل كتلة أو انتباج تحت مخاطي سطحي لا عرضي بلون أصفر مسمر بقطر أقل من ١ سم.

٢- **الكيس اللمفي الظهاري العنقي**: أو كيس الشق الخيشومي يحدث في القسم الجانبي من العنق كتورم غير مؤلم أمام العضلة القصية الترقوية الخشائية.

الكيس اللمفي الظهاري الفموي

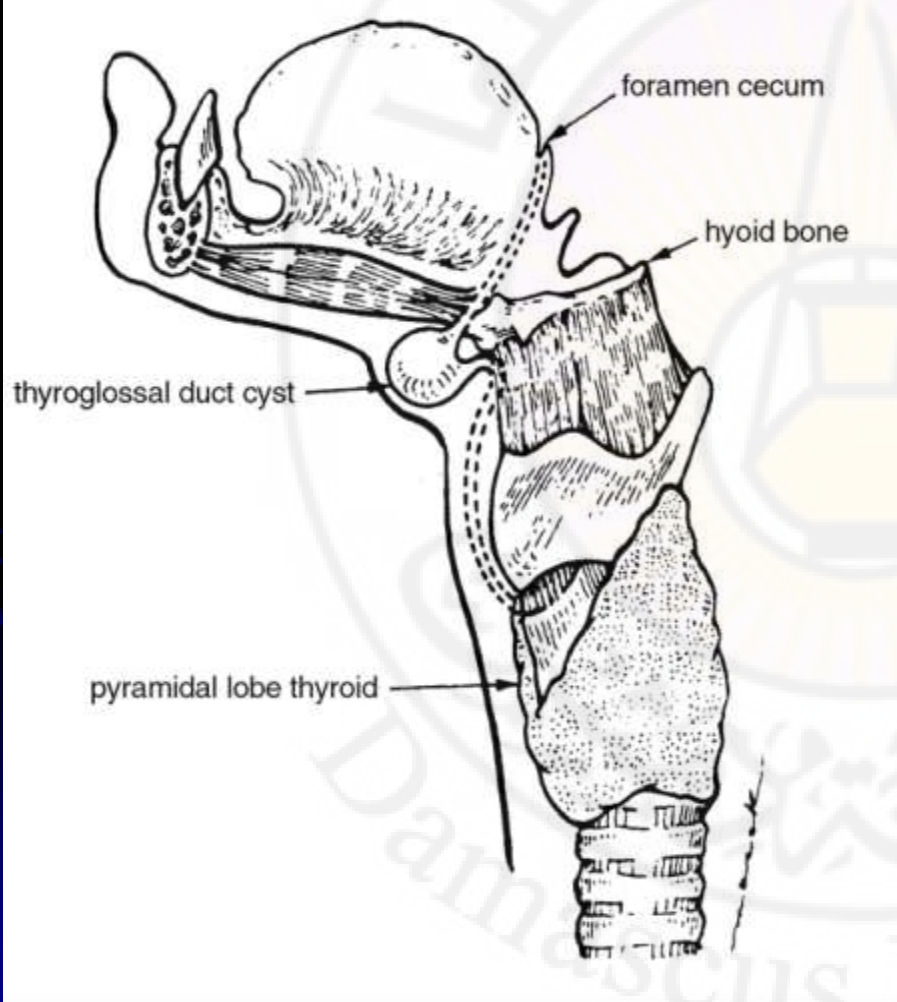


الكيس اللمفي الظهراني العنقي



Damascus University

٤- كيس القناة الدرقيّة اللسانية

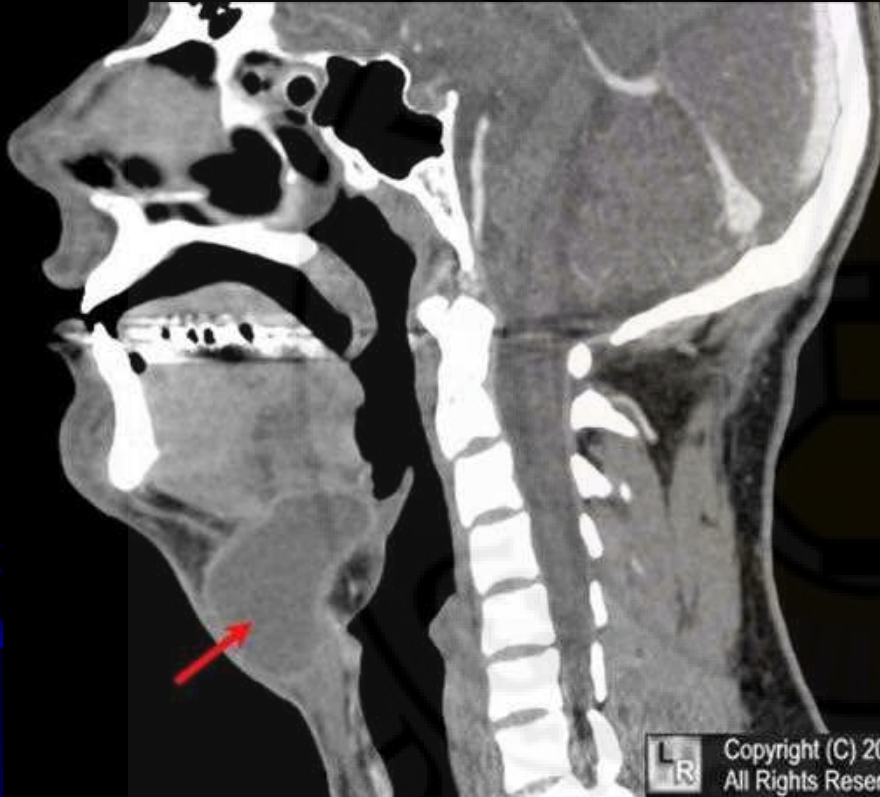


- يشتق من بقايا جنينية من القناة الدرقيّة اللسانية، التي تمتد من الثقب العوراء في منتصف اللسان إلى الغدة الدرقيّة.
- ٧٠-٨٠% من الحالات تظهر الأكياس تحت العظم اللامي.

كيس القناة الدرقيّة اللسانية

- تحدث عند الأطفال واليافعين وتتظاهر كتورم لا عرضي بطيء التطور متحرك في منتصف مقدمة العنق فوق الغدة الدرقيّة .
- نسبة قليلة من هذه الأكياس يمكن أن تتطور داخل اللسان مسببة عسر البلع وتتم المعالجة بالإستئصال الجراحي مع احتمال النكس.

كيس القناة الدرقيّة اللسانية



Copyright (C) 2006
All Rights Reserved

Damascus University

الأكياس من الظهارة المخاطية

الكيس الجراحي المهدب للفك العلوي :

- وهو كيس علاجي المنشأ يتطور نتيجة جراحة شملت الجيب الفكي (عادةً كالدويل-لوك) .
- تتطور الأكياس من بطانة الجيب الفكي التي غرست في عظم الفك العلوي في مكان المدخل الجراحي إلى الجيب.
- تظهر شعاعياً كآفة شافة واضحة الحدود مفصولة عن الجيب الفكي ، وتتضمن القصة المرضية غالباً جراحة سابقة للفك العلوي في موقع الكيس.

الكيس الجراحي المهدب للفك العلوي

