

ضایعات دهانی در بیماریهای پوستی شایع: مقاله مروری

تاریخ دریافت مقاله: ۹۸/۳/۷؛ تاریخ پذیرش: ۹۸/۷/۱۸

چکیده

پوست به عنوان بزرگترین ارگان بدن، تحت تاثیر بسیاری از عوامل خارجی و محیطی قرار می گیرد. در ضمن بسیاری از بیماریهای ارگانهای داخلی می تواند پوست را درگیر کند. پوست و حفره دهانی از ارتباط نزدیکی با هم برخوردارند. همانگونه که پوست با عوامل بیرونی متفاوت و گوناگونی روبروست، حفره دهانی و مخاط آن نیز با مواد شیمیایی مختلف، آنزیم ها و انواع میکروارگانیسم ها در تماس است. ضایعات دهانی در بیماریهای پوستی نیاز به توجه دقیق دارند چون ضایعات دهانی می توانند اولین و شاید تنها علامت بیماری پوستی باشند. در ضمن حضور این ضایعات بر روی کیفیت زندگی فرد و تغذیه او تاثیر گذار است.

اگرچه غشای مخاطی دهان و پوست در امتداد هم هستند ولی شرایط و طبیعت خاص حفره دهانی باعث پدیدار شدن یکسری خصوصیات و اعمال منحصر به فرد در این منطقه شده است. عوامل عفونی مختلف و بیماری های گوناگون پوستی منجر به ظهور ضایعات در دهان شده که البته شایعترین آنها عفونت با کاندیدا و لیکن پلان می باشد. بسیاری از ضایعات دهانی بدون تشخیص دقیق توسط پزشک به صورت علامتی یعنی درمان علائمی مثل درد سوزش و غیره در نظر گرفته شده و درمان میشود و افزایش آگاهی پزشکان در مورد تشخیص و درمان این ضایعات ضروری بنظر می رسد.

بنابراین در این مقاله تظاهرات دهانی بیماری های شایع پوستی را شرح می دهیم تا راهکاری برای تشخیص و درمان و جلوگیری از پیشرفت بیماری های مختلف که بعضی از آنها هم مهلک هستند، باشد.

کلمات کلیدی: ضایعات دهانی، بیماریهای پوستی، حفره دهان

نگار سجادیان^{۱*}، رحمت الله سلمانپور^۲

^۱ دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۲ استاد دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

* نویسنده مسئول:

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۰۹۱۲-۵۹۵۷۲۷۵

E-mail: nsajadian@tums.ac.ir

مقدمه

به طور کلی شناخته شده ترین و شایع ترین شکل بالینی نوع پاپولی شاخه شده و مشتقات آن است. ضایعات دهانی شایع لیکن پلان ضایعات سفید، مشبک، دوطرفه و اغلب بدون علامت هستند اگر چه زخم ممکن است تحریک و سوزش ایجاد کند. رگه های سفید به صورت شبکه توری مانند روی مخاط بوکال مشخص کننده بیماری هستند که می تواند روی حاشیه لته ها و لب ها نیز وجود داشته باشد. ضایعات زخمی در دهان شایع نیستند ولی بسیار حائز اهمیت از نظر بروز بدخیمی می باشند. زخم ها اغلب بزرگ و کمی برجسته یا فرورفته با حاشیه نامنظم بوده و مخاط اطراف آنها قرمز و براق می باشند. این ضایعات آنطور که تصور می شود دردناک نیستند ولی نیاز به پیگیری منظم و پایش بدخیمی دارند.^۱

پمفیگوس

لفظ پمفیگوس به گروهی از بیماری های تاوولی خود ایمنی پوست و غشاهای مخاطی اطلاق می شود که به علت از بین رفتن اتصالات بین سلولی، تاول های داخل اپیتلیوم ایجاد میشود. این بیماری به دو دسته بزرگ پمفیگوس ولگاریس و پمفیگوس فولیاسه طبقه بندی می شود.

شروع پمفیگوس ولگاریس در بیش از نیمی از بیماران با بروز ضایعات دهانی همراه است و ممکن است تظاهرات دهانی چندین ماه قبل از بروز ضایعات پوستی باشد و بعد از آن ضایعات تاوولی در پوست سراسر بدن اتفاق می افتد. تاول های پوستی شفافند ولی گاهی اوقات تاول های چرکی روی پوست سالم هم ظاهر میشوند. ضایعات بیشتر در صورت و مناطق تحت فشار، کشاله ران و زیر بغل هستند.^۲

تقریباً می توان گفت که ضایعات دهانی در پمفیگوس ولگاریس یک یافته شایع است و همیشه وجود دارد. وزیکول ها و تاول های سست و شکننده در هر جای مخاط دهان می توانند ظاهر شده و به سرعت پاره می شوند. بنابراین یافتن یک وزیکول یا تاول دست نخورده نسبتاً ناشایع است و به جای آن زخم های با حاشیه نامنظم و دردناک بیشتر در کام نرم و سخت، لب ها و مخاط بوکال، وجود دارند. سایر تظاهرات دهانی شامل سیالوره و کراست های قهوه ای و سیاه رنگ بر روی لبها می باشند. در موارد پیشرونده پمفیگوس

حفره دهانی شامل لب ها، لته، کام نرم، زبان و کف دهان می باشد. اپیتلیوم دهانی به گونه ای سازش یافته که می تواند رطوبت دائم، استرس های شیمیایی، مکانیکی، حرارتی و همچنین حضور میکروارگانیسم های گوناگون را بخوبی تحمل نماید. ضایعات دهانی شامل هر گونه تغییر غیر طبیعی و تورم در بافت دهان می باشد که این تغییرات می تواند بدنبال محرک های موضعی در محل یا متعاقب بیماری های سیستمیک و از جمله بعضی از بیماری های پوستی ایجاد شود.^۱ بیماری های پوستی در مطالعات مختلف با میزان بروز متفاوتی از ضایعات دهانی همراه هستند. گروه های مختلف بیماری های پوستی با ضایعات دهانی شامل لیکن پلان، بیماری های کولاژن واسکولار، عفونت ها و بیماری های التهابی عروقی یا واسکولیت، پمفیگوس و بیماری های تاوولی-وزیکولی و بیماری های متفرقه است.^۲

لیکن پلان

لیکن پلان یک بیماری پوستی است که با پاپول های متمایز و مشخص هم از نظر رنگ و شکل و هم از نظر مکان بروز و ظهور مشخص می گردد. پاپول ها چند ضلعی، پوسته دار، بنفش رنگ و خارش دار بوده و به طور مشخص روی سطوح فلکسور بدن، غشا های مخاطی و دستگاه تناسلی به صورت منفرد یا مجتمع دیده می شوند. این بیماری وقتی ظاهر می شود که سیستم ایمنی به سلول های پوست یا غشای مخاطی حمله می کند. در بیشتر موارد علت بیماری مشخص نیست و بیماری واگیردار نیست. بعضی عفونت ها مثل هپاتیت سی، تزریق واکسن و همچنین بعضی از مواد شیمیایی و بعضی از داروها می توانند باعث شروع این بیماری شوند.^۳

ضایعات دهانی بسیار شایع هستند (۳۰ تا ۴۰ درصد). مخاط بوکال و زبان شایع ترین مکان های درگیر در دهان هستند. آنها ممکن است قبل، همزمان یا بعد از بروز ضایعات در سایر مناطق بدن پدیدار گردند. چهار شکل بالینی برای ضایعات دهانی توصیف شده است که شامل ۱- ضایعات شاخی شده سفید به شکل پاپول به فرم های خطی، حلقوی، شبکه ای یا شبه پلاکی ۲- ضایعات تاوولی - وزیکولی، ۳- ضایعات زخمی و ۴- ضایعات آتروفی شده هستند.^۴

زخم های دهانی هستند که با شیوعی بین ۷ تا ۴۱ درصد اتفاق می افتند. این ضایعات به خصوص در کام و مخاطب بوکال یا لثه به خصوص در مرحله فعال بیماری ظاهر می شوند. عفونت کاندیدیایی به خصوص در افرادی که از کورتیکواستروئید برای درمان لوپوس استفاده می کنند بطور شایع دیده می شود.^{۱۰}

اسکلروز سیستمیک

اسکلروز سیستمیک، یک بیماری سیستمیک و مزمن می باشد که خود را با ضخیم شدن پوست به دلیل تجمع بیش از اندازه بافت همبندی نشان می دهد و به دو نوع محدود و منتشر طبقه بندی می شود. در این بیماری پوست نازکتر از پوست طبیعی است و اتصال پوست به ساختمانهای زیرین باعث می شود که ضخیم تر و سفت تر از حالت طبیعی به نظر برسد.

تظاهرات دهانی اسکلروز شامل تنگی و جمع شدن بافت نرم اطراف دهان، خشکی و محدودیت در باز کردن دهان و تغییر در بافت اطراف دهان و استخوان فک می باشد. خشکی دهان و تغییرات بافتی باعث افتادن دندان ها و متعاقب آن مشکلات تغذیه برای بیمار می شود. آتروفی غشای مخاطی دهان و سخت شدن و ثابت شدن مخاطب به بافتهای زیرین وجود دارد و زبان ممکن است سفت و دردناک شود.^{۱۱}

بیماری شوگرن

یک بیماری اتوایمیون با درگیری غدد ترشحی بخصوص غدد اشکی و بزاقی می باشد و بزاق دهان غلیظ، کم و موکویید شده که باعث ایجاد زبان خشک، قرمز، صاف و پوسته دار می شود. پوسیدگی دندانها اغلب شدید و پیشرونده هستند. عفونت مزمن کاندیدا در دهان و التهاب مکرر غدد بزاقی شایع هستند.^{۱۲}

عفونت‌ها

ویروس هرپس

این ویروس یک ویروس دارای دی ان ا دو رشته ای می باشد و اگرچه در ۸ شکل مختلف وجود دارند ولی هرپس نوع یک عامل بیشتر موارد عفونت های دهانی، چشم و ضایعات پوستی است.

ولگاریس، التهاب دسکواماتیو و زخم در لثه ظاهر می شود.^۶

ایدرومولیزیس بولوزا

این بیماری ارثی خود را با ظهور تاول بدنبال صدمات جزئی و کشش بر روی پوست نشان می دهد. تاول های راجعه، زخم و اسکار در مخاط دهانی و همچنین تنگ شدن حفره دهانی و ناتوانی در باز کردن دهان اتفاق می افتد. هیپوپلازی مینای دندان با ایجاد فرورفتگی سطوح دندانی نمایان می شود که متعاقب آن از دست رفتن دندان ها در دوران کودکی بدلیل پوسیدگی عارض می شود.^۷

بیماریهای کولاژن واسکلوز

لوپوس

بیماری لوپوس به دونوع دیسکوئید و سیستمیک تقسیم می شود. لوپوس دیسکوئید بیماری نسبتاً خوش خیم پوستی است که اغلب صورت را با لکه های پوسته دار و قرمز رنگ با اندازه های مختلف و با حاشیه های مشخص درگیر می کند که بعد از بهبودی تغییرات پیگمانتاسیون و آتروفی از خود به جا می گذارد. ضایعات مخاطی در تقریباً ۲۰ درصد بیماران لوپوس دیسکوئید مشاهده می شود.

ضایعات دهانی لوپوس دیسکوئید بیشتر در مخاطب لبیال، حاشیه ورمیلیون لبها و مخاط بوکال ظاهر می شوند. این ضایعات بصورت لکه های قرمز با مرکز فرورفته و زخم های سطحی در غشای سطح داخلی گونه ها، زبان و کام دیده می شود. ضایعات دهانی ممکن است مشابه لکوپلاکیا باشند.^۸

بیماری لوپوس سیستمیک یک بیماری اتوایمیون مزمن است که ارگان های مختلف مثل مغز، کلیه، قلب و عروق خونی و همچنین پوست را درگیر می کند. در حداقل ۱۳ درصد بیماران تظاهرات پوستی اولین تظاهر بالینی بوده و در حدود ۸۰ درصد بیماران در مرحله ای از بیماری دچار راش پوستی می شوند.

علائم پوستی در لوپوس سیستمیک شامل راش پروانه ای شکل، ضایعات ماکولو پاپولار با پوسته های ریز، حساسیت به نور و تورم بخصوص در ناحیه صورت می باشد. ضایعات مخاطی در تقریباً یک سوم از بیماران لوپوسی دیده می شود. شایعترین آنها

ویروس کوکساکسی و انترو ویروس اتفاق می افتد و با ظهور وزیکول‌هایی کوچک و خاکستری با حاشیه قرمز در کف دست و پا شروع می شود. وزیکولها در دهان در بخش قدامی یعنی کام، زبان، لثه و مخاط بوکال نمایان شده که بسرعت پاره و از خود زخم بجا می گذارد و بیمار تب و درد عضلانی دارد. در این حالت بیمار درد شدیدی در دهان دارد^{۱۴}.

ایدز

یک بیماری است که خود را با عفونت‌های فرصت طلب و بدخیمی‌هایی مثل کاپوسی سارکوما که نشانه تحلیل تدریجی سیستم ایمنی می باشد، نشان می دهد. عامل بیماری یک رترو ویروس با تمایل به سلول‌های لنفوسیتی است. علائم اولیه عفونت با ویروس شامل تب و علائم سیستمیک ملایم و ظهور ضایعات پوستی مشابه با سایر عفونتهای ویروسی می باشد. در این مرحله قرمزی و خشکی دهان، زخمهای دهانی و تورم غدد بزاقی و عفونت کاندیدیایی دهان نمایان می شود. تظاهرات پوستی ایدز مختلف بوده و شامل عفونتها و واکنشهای التهابی و سرطانها می باشد.

کاندیدیاز دهانی در تمام بیماران مبتلا به ایدز و در اکثریت افراد با تست مثبت اچ ای وی دیده می شود. همچنین عفونت مزمن با ویروس هرپس یافته شایعی در این بیماران است. لوکو پلاکیای مویی، عفونت با ویروس پاپیلوما ای انسانی و زخم‌های دهانی از دیگر تظاهرات دهانی این بیماری هستند. عفونت با عوامل سودوموناس و استاف باعث ایجاد زخم‌های دور دهانی شدید به همراه درد، خونریزی و ناتوانی در تغذیه می شود. گاهی اوقات کاپوسی سارکوما در دهان و روی کام ایجاد می شود که خود را بصورت پلاک‌ها و نودولهای قرمز نشان می دهد. سایر علائم شامل ظهور پتشی و ماکول‌های ملانوتیک و آفت، لنفوما و پری ادونتیت نکروزان در دهان و لبها می باشد^{۱۴}.

کاندیدا

کاندیدیاز عفونتی است که توسط قارچ کاندیدا آلبیکانس و یاسایر گونه‌های کاندیدا ایجاد می شود. عفونت محدود به پوست،

ضایعات دهانی شامل التهاب لثه و زبان و ضایعات مکرر زبانی، تبخال و فارنژیت می باشد. شایعترین علامت هرپس اولیه، ژینژیواستوماتیت است که خود را با علائم تب، درد عضلانی و آبریزش دهانی نشان می دهد و وزیکولهای متعدد و کوچک در داخل دهان و حلق و بافت دور لبها یا روی لثه نمایان می شوند و بعد از چند روز زخمهای کم عمق با یک غشای کاذب زرد رنگ از خود برجا می گذارند.

ویروس نهفته در بدن می تواند با عفونت راجعه و بصورت وزیکول‌های کوچک و دردناک بر روی کام سخت و لثه و زبان نمایان شده و منجر به زخم در این مناطق شود^{۱۳}.

ویروس واریسلا زوستر

این ویروس باعث ایجاد آبله مرغان و زونا می شود. آبله مرغان یک بیماری بشوری بسیار مسری و حاد با دوره نهفته ۱۴ تا ۱۷ روزه است و بعد از آن بروز راشهای عمومی و منتشر در سرتاسر بدن و توالی ضایعات از ماکول به پاپول و بعد به وزیکول و پوسچول و در نهایت تشکیل کیره می باشد. وزیکول‌های مشابه می توانند در داخل دهان بخصوص بر روی کام ظاهر شده و چون بسرعت پاره می شوند ممکن است بجای آنها زخم‌های کم عمق در داخل دهان و روی کام دیده شود^{۱۴}.

اولین تظاهر زوستر بصورت درد و بعد ظهور پاپولهای قرمز بصورت دسته ای در یک درماتوم خاص است که بسرعت به وزیکول تبدیل می شوند. ضایعات دهانی در صورت درگیری درماتوم‌های مربوطه ممکن است ظاهر شوند. در صورت درگیری شاخه ماگزیلاری عصب تری ژمینال، وزیکولهایی در روی زبان کوچک و لوزه‌ها ظاهر می شود و در صورت درگیری شاخه ماندیبولار، وزیکولها در بخش جلویی زبان و کف دهان و مخاط بوکال نمایان می شوند^{۱۴}.

بیماری دست، پا و دهان

این بیماری که بیشتر بچه‌ها را درگیر می کند بدلیل عفونت با

حلق ظاهر می‌شود. لکه‌های مخاطی در ابتدا بصورت پاپول‌های گرد و خاکستری هستند که بعداً بصورت زخم‌های سطحی به شکل آفت و بدون درد تا پلاک‌های خاکستری رنگ بزرگ بصورت زخم‌های به اصطلاح راه حلزونی در می‌آیند. این ضایعات بسیار مسری هستند.

در مرحله دیررس تظاهرات پوستی نادر هستند و خود را بصورت ندول‌های قرمز، سفت و برجسته روی سطوح اکستنسور بازو، پشت و صورت نشان می‌دهد و یا به صورت گومای پوستی تظاهر می‌کند که یک توده از بافت زیر پوستی بوده که در تمام جهات رشد می‌کند. ضایعات دهانی در این مرحله بصورت گوما بوده که به کام حمله نموده و باعث تخریب و ایجاد زخم در آن می‌شود. همچنین التهاب منتشر زبان و شقاق و نکروز در آن هم دیده می‌شود.

سیفیلیس مادرزادی ممکن است وقتی دندانهای دائمی بیرون می‌آیند خود را با ناهنجاری‌های دندانی مثل دندان هانتینگتون نشان دهد که بعلت نقص در نمو جوانه‌های دندانی دائمی، باعث ایجاد دفورمیتی در دندانهای پیشین بالا می‌شود. زخم‌های دهانی در این موارد نادر هستند.^{۱۶}

جذام

جذام یک بیماری مزمن عفونی بوده که خود را با درگیری پوست و اعصاب نشان می‌دهد و عامل آن باسیل مایکو باکتریوم لپرا می‌باشد. تظاهرات بالینی این بیماری متنوع بوده و در دهان ایجاد پاپول بر روی لبها و ندول بر روی کام، زبان کوچک، زبان و لثه می‌کند که می‌تواند منجر به سوراخ شدن کام بشود.^{۱۷}

واسکولیت‌ها

بیماری کاوازاکی

این بیماری بیشتر کودکان را گرفتار می‌کند. شروع آن حاد بوده و با ظهور راش‌های منتشر بر روی اندامها و تنه و همچنین با تورم و قرمزی دستها و پاها و متعاقباً پوسته ریزی خود را نمایان می‌سازد. تمام بافت‌های مخاطی از جمله ملتحمه قرمز هستند. در دهان لبها خشک و شقاق دار شده و زبان قرمز و پرزهای چشایی

ناخن، غشای مخاطی و دستگاه گوارش بوده ولی می‌تواند سیستمیک شده و سایر ارگانهای داخلی را درگیر نماید. کاندیدیاز پوستی مخاطی طیف وسیعی از تظاهرات بالینی دارد که عبارتند از:

۱- کاندیدیاز با غشای کاذب حاد یا مزمن (تراش دهانی) که بصورت غشای کاذب و سست دلمه بسته نمایان شده و با برداشتن این غشا زمینه قرمز رنگ باقی می‌ماند.

۲- کاندیدیاز آتروفیک حاد که درد قابل توجه در دهان و یک غشای مخاطی ملتهب، آتروفیک و برهنه ایجاد می‌کند که خصوصاً زبان در این حالت بیشترین مکان درگیر است.

۳- کاندیدیاز آتروفیک مزمن که با زخمهایی در مناطق اتکای دندان مصنوعی و یا وسایل ارتودنسی در کودکان مشخص می‌شود. غشاهای مخاطی درگیر قرمز و براق و آتروفیک می‌باشند.

۴- کاندیدیاز مزمن هیپر پلاستیک (لوکوپلاکی کاندیدیایی) که با حضور پلاک‌های سفید و نامنظم و پایدار در دهان نمایان می‌شود.

۵- التهاب گوشه لبها که با له شدگی، زخمی شدن و شقاق گوشه لب‌ها تظاهر می‌کند و یک عفونت کاندیدیای حقیقی می‌باشد.

۶- التهاب مدین رومبویید زبان که ایجاد یک منطقه فاقد زواید چشایی می‌کند که به صورت الماس مانند در پشت زبان نمایان می‌شود.^{۱۵}

سیفیلیس

یک بیماری عفونی مزمن و قابل انتقال از راه جنسی است که توسط تریپونما پالیدوم ایجاد می‌شود و دارای تظاهرات پوستی، دهانی، اسکلتی و احشایی می‌باشد. سیفیلیس اگر درمان نشود چهار مرحله را بصورت متوالی طی می‌کند که شامل مرحله اولیه، ثانویه، خفته و دیررس می‌باشد.

در مرحله اولیه زخم‌های تناسلی یا شانکر تیبیک و بزرگی غدد لنفاوی در ناحیه اینگوینال دیده می‌شود و زخم‌های سخت شده در لبها، زبان و لوزه‌ها ظاهر می‌شوند.

در مرحله ثانویه که بیماری مکرر فعال می‌شود، علائم پوستی، مخاطی و سیستمیک ظاهر می‌شوند که در اکثریت موارد یک راش ماکولار عمومی بدون خارش اتفاق می‌افتد. ضایعات دهانی در این مرحله به سه صورت کوندیلوما لاتا، لکه‌های مخاطی و التهاب

برجسته می شوند.^{۱۸}

اپیدرمولیزیس بولوزا که خود را با ضایعات تاولی وسیع و پوسته ریزی نشان می دهند بیشتر مربوط به حساسیت دارویی می‌باشند.^{۲۰} در اریتم مولتی فرم، ضایعات ممکن است به صورت وزیکول و زخم مخاط در دهان و ناحیه تناسلی نمایان شود، در حالی که در سندرم استیونس جانسون و توکسیک اپیدرمولیزیس بولوزا شروع بیماری حاد بوده و با علائم جسمانی و درگیری شدید پوستی به شکل ضایعات تاولی و خارش دار می باشد. درگیری مخاطی اغلب قابل توجه بوده و به صورت تاول های منتشر که بعد با ایجاد زخم و غشای خاکستری- سفیدبر روی آن است ظاهر می شود. سایر تظاهرات تشکیل دلمه های خونی بر روی مخاط دهان و لبها می باشد.

نتیجه گیری

بطور کلی تعدادی از بیماری های پوستی با ضایعات دهانی همراهی دارند که گاهی اوقات ممکن است تشخیص دقیق این ضایعات توسط پزشکان و دندانپزشکان بدلیل کمبود اطلاعات بطور صحیحی انجام نشود لذا آموزش این گروه از تیم پزشکی برای مراقبت بهتر از بیماران ضروری بنظر می رسد. اضافه بر این تظاهرات دهانی بیماریهای پوستی نیاز به توجه خاص دارند چون هم ممکن است بیماری مخاطره آمیز برای حیات مطرح باشد و هم اینکه می تواند بر کیفیت زندگی اجتماعی افراد و تغذیه و عملکرد آنها تاثیر منفی داشته باشد.

بیماری بهجت

بیماری بهجت یک بیماری چند سیستمی پیچیده بوده که از نظر بالینی با آفت های دهانی و حداقل دو مورد دیگر که شامل آفت تناسلی، التهاب پرده سینوویوم، التهاب پوسچولار عروق پوستی، التهاب شبکیه، التهاب مغز و پرده های مغزی مشخص می گردد. ضایعات پوستی بصورت پاپول، وزیکول، پوسچول، التهاب فولیکول مو و ضایعات شبه آکنه ای در این بیماران دیده می شود. یکی از مشخصات این بیماری پدیده پاترژنی (التهاب پوسچولار عروق خونی) می باشد.

آفت های راجعه دهانی در ۹۸ درصد بیماران دیده می شود که در ۳۰ تا ۷۰ درصد موارد اولین تظاهرات بیماری است. آفت های دهانی در بیماران بهجت مشابه سایر آفت های دهانی می باشد اگر چه ممکن است شدیدتر و وسیع تر بوده و به دفعات بیشتری اتفاق بیفتد. التهاب بافت دور دندان که به دلیل التهاب لته و همراه از بین رفتن بافت همبندی حمایت کننده اتفاق می افتد در بیماران دیده می شود.^{۱۹}

موارد متفرقه

اریتم مولتی فرم

این بیماری خود را با ضایعات تارگت که یا مربوط به عفونت بخصوص عفونت هرپس و یا مربوط به واکنش دارویی می باشد خود را نشان می دهد. سندرم استیونس جانسون و توکسیک

References

- Goncalves LM, Bezerra Junior JR, da Cruz MC. Clinical evaluation of oral lesions associated with dermatologic diseases. *Braz Ann Dermatol*;2009(84):585- 92.
- Keswani T, Venkatraman S, Rathore BS, et al. Prevalence of oral mucosal lesions in dermatologically diseased patients: A cross-sectional study in Meerut. *J Dent Res Rev*; 2014;1:81-5.
- Sugerman PB, Savage NW, Walsh LJ, et al. The pathogenesis of oral lichen planus. *Crit Rev Oral Biol Med*. 2002;13:350-65.
- Lavanya N, Jayanthi P, Rao OK, et al. An update on pathogenesis and treatment. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2011 May-Aug; 15(2): 127-132.
- Black M, Mignogna MD, Scully C. Pemphigus vulgaris. *Oral Dis*. 2005;11: 119-130.
- Dagistan S, Goregen M, Miloglu O, et al. Oral pemphigus vulgaris: a case report with review of the literature. *J Oral Sci*;2008;50: 359-362.
- ScheidtL, Sanabe M E, and Diniz MB. Oral Manifestations and Dental Management of Epidermolysis Bullosa Simplex. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2015 ; 8(3): 239-241.
- Ranginwala AM, Chalishazar MM, Panja P. Oral discoid lupus erythematosus: A study of twenty-one

- cases. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2012 ; 16(3): 368–373.
9. Hammoudeh M, Al-Momani A, Sarakbi H. Oral Manifestations of Systemic Lupus Erythematosus Patients in Qatar: A Pilot Study. *International Journal of Rheumatology.* Volume 2018, Article ID 6052326, 6.
9. Chi AC, Neville BW, Krayner J W, Gonsalves W C. Oral manifestations of systemic disease. *American Family Physician*; 2010; 82(11): 1381–1388.
10. Wood RE, Lee P. Analysis of the oral manifestations of systemic sclerosis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1988; 65: 172–178.
11. Soto-Rojas AE, Kraus A. The oral side of Sjogren syndrome. *Diagnosis and treatment.* *Arch Med Res.* 2002; 33: 95–106.
12. Santhosh B; Ravikumar R; Bangalore D.; et al. Oral infections of herpes simplex virus: symptoms, diagnosis, treatment and pathophysiology in periodontal disease. 2015; Volume 26(4): 138-142.
13. Van Heerden WFP. Oral manifestations of viral infections. *Official journal of the South African Academy of Family Practice/Primary Care* · 2014. 48(8):20-24.
14. Bendick C, Scheifele C, Reichart PA. Oral manifestations in 101 Cambodians with HIV and AIDS. *J Oral Pathol Med.* 2002; 31: 1–4.
15. Dreizen S. Oral candidiasis. *Am J Med.* 1984; 30: 28–33.
16. Holmes KK, Sparling PF, Stamm WE, et al (eds). *Sexually Transmitted Diseases.* New York: McGraw-Hill, 2008: 661–84.
17. Siddiqui R, Ansari MH, Khan MH , ET AL . Oral Manifestation of Leprosy: A Narrative Review. *Acta Scientific Dental Sciences.* 2019 ; 3 (2) ; 131-4.
18. Butler D, Hough D, Friedman S. Adult Kawasaki syndrome. *Arch Dermatol.* 1987; 123: 1356–61.
19. Main DMG, Chamberlain MA. Clinical differentiation of oral ulceration in Behçets disease. *Rheumatology,* 1992; 31(11): 767–770.
20. Hazin R, Ibrahimi OA, Hazin MI, Kimyai-Asadi A. Stevens–Johnson syndrome: pathogenesis, diagnosis, and management. *Ann Med.* 2008; 40: 129–38.
21. Huff JC, Weston WL, Tonnesen MG. Erythema multiforme: a critical review of characteristics, diagnostic criteria and causes. *J Am Acad Dermatol.* 1983; 8: 763–75.

Negar Sajjadian^{1*},
Rahmatolah Salmanpoor²

*1 Associate Professor of
Tehran University of
Medical Sciences, Tehran,
Iran*

*2 Professor of Shiraz
University of Medical
Sciences, Shiraz, Iran*

Oral Lesions in Common Dermatologic Disorders: A Review Article

Received: 28 May 2019 ; Accepted: 10 Oct. 2019

Abstract

Skin as the largest organ, is influenced by wide variety of environmental and external factors. In addition many internal diseases can involve skin. Oral cavity and skin have close contact with each other

Like skin which has contact with various external factors, oral cavity and its contents also has touch with different chemical agents, enzymes and diverse microorganisms. Oral lesions of dermatologic disorders need an exact attention because these oral lesions may be the sole and first presentation of skin diseases and the presence of these lesions may affect the quality of patient's life and nourishment

Although oral mucus membrane and skin are in direct continuity with each other ,but different condition of oral cavity causes specific characters and functions. Various infectious agents and different dermatologic disorders cause oral lesions and the most prevalent of these are candida infection and lichen planus. Many oral lesions are treated without specific and exact diagnosis by physician and symptoms like pain and pricking sensation and others are managed. so increasing diagnostic and therapeutic knowledge of these lesion is necessary.

So we explain the oral lesion of common dermatologic disorders in this article in order to facilitate diagnosis and prevention of progression of these disorder that some may be dangerous.

Keywords: Oral lesions, Dermatologic disorders, Oral cavity

***Corresponding Author:**
Associate Professor of Tehran
University of Medical Sciences,
Tehran, Iran

Tel: 0912-5957275
E-mail: nsajadian@tums.ac.ir