

כיבים בחלל הפה - אבחנה מبدלת

כיבים ברקמות חלל הפה הנם מצב נפוץ אך יכולים להוות סימן למגוון רחב של מחלות

ד"ר גלית אלמחנינו, ד"ר יהודה צדיק, ד"ר רקפת צ'רנינסקי

אנמנזה

כמו כל תהליך אבחוני אחר, גם אבחנה של כיבים בחלל הפה מבוססת על אנמנזה. להלן נושאים מרכזיים אליהם צריך הרופא להתייחס בעת ברור של כיב בחלל הפה:³

1. **רקע רפואי:** כולל גיל, בריאות כללית ונטילת תרופות. כיבים בחלל הפה יכולים להוות ביטוי מקומי של מצבים מערכתיים שונים או תופעת לוואי של תרופות. יש לשאול את המטופל על אלרגיה (לתרופות, למתכות ולחומרים דנטאליים שונים), על גורמי סיכון לסרטן הפה (עישון, אלכוהול, חשיפה לשמש בנגעים של שפה, היסטוריה של גידולים במקומות אחרים בגוף, הסטוריה משפחתית של מחלות ממאירות), על חסרים תזונתיים (ברזל, ויטמין B12, חומצה פולית) והרגלי תזונה (לדוגמא צמחונית, אי סבילות לגלוטן, תת משקל). יש חשיבות להסטוריה דנטאלית (כגון ביצוע טיפול שיניים טרם הופעת הכיב, שחזורים לקויים או פצע לחץ מתחת לתותבת).
2. **אישיות, עקה (Stress), הרגלים:** יש לשלול

אבחנה מבודלת של כיבים בחלל הפה הינה רחבה. מופע דומה יכול לנבוע ממגוון סיבות ולכן האבחנה המבודלת הקלינית מהווה אתגר ברפואת שיניים. מצבים מערכתיים שונים או ממאירות יכולים להתבטא ככיב בחלל הפה. מטרת סקירה זו היא להציג לרופא השיניים הכללי את הגורמים העיקריים להופעת כיבים בחלל הפה ולסייע בתהליך האבחון.

הגדרה

"כיב" (Ulcer) הינו מצב פתולוגי של אובדן מלוא עובי שכבת האפיתל עם חשיפה של רקמת החיבור. אובדן חלקי בלבד של רקמת האפיתל יקרא ארוזיה (Erosion).¹

אפידמיולוגיה

כיבים בחלל הפה נפוצים למדי, כאשר בכל רגע נתון ישנו כיב אחד לפחות בחלל הפה בכ-4 אחוזים מאוכלוסיית ארה"ב, וכרבע מהאוכלוסייה הכללית סובלת מ"אפטות" מעת לעת.²

טבלה 1. סיבות להופעת כיבים חבלתיים

סוג החבלה	דוגמאות
חבלה מכאנית	<ul style="list-style-type: none"> • התקנים דנטאליים שיקומיים או אורתודונטיים (כגון: וו של תותבת, סמך בטיפול אורתודונטי) • תלוליות שיניים חדות • שחזורים לקויים • פגיעה היאטרונגית (כגון: מיכשור רטטורי, גליל צמר גפן) • חבלה עצמית (כגון: הרגל נשיכה)
כייח	<ul style="list-style-type: none"> • תרמי (כגון: כוויית פיצה, מזון שחומם במיקרוגל) • קור • כימית (הנחה מקומית בפה, כגון: אלכוהול, אספירין, קוקאין) • חשמלי (כגון: ילדים שלועסים ומוצצים כבל חשמלי) • היאטרונגי (כגון: דקינס, etching) • ריבוי הקאות (אנוקסיה, בולימיה) • גרוגריטיצה של תוכן קיבה חומצי (Gastro Esophageal Reflux) • קרינה (מוקחיטיס בטיפול כנגד ממאירות)

טבלה 2. זיהומים העלולים לגרום לכיבים בחלל הפה

הגורם המזוהה	שם המופע הקליני	ביטוי קליני עיקרי
נגיפים Herpes viruses	הרפס ראשוני Primary Herpetic Gingivostomatitis	מתבטא כדלקת חניכיים ולאחר 2-3 ימים נראים כיבים מכוסי פסואודומברנה צהובה שיכולים להתאחד בכל חלל הפה ונגעים דמייים בשפתיים. ביטויים נוספים כוללים חום, הרגשה כללית רעה, הגדלת קישריות לימפה, קשיי בליעה וריח רע מחלל הפה. מופיע לרוב בילדים או מבוגרים צעירים
	הרפס חוזר בשפה Recurrent Herpes labialis	ההאקטיביצה בשפתיים-פרודרום הכולל עקצוצים, ותוך כמה שעות מופיעות שלפוחיות צהובות שהופכות לגלד דמי סמוך לזרמייליון, עד לריפוי מלא תוך מספר ימים
	הרפס חוזר בחלל הפה Recurrent - Intra oral Herpes	ההאקטיביצה אינטרא אורלית הנוטה להתבטא במספר כיבים קטנים מאוד וכואבים, ברירת מקורנת
	זוסטר VZV (Herpes zoster)	הדבקה ראשונית בנגיף ה-VZV, מתבטא כאבעבועות רוח. לאחר תקופה לטנטית של עשרות שנים בד"כ. תיתכן ההאקטיביצה של נגיף ה-VZV המתבטא כהרפס זוסטר, לרוב באנשים מבוגרים ומדוכאי חיסון. מספר כיבים קטנים כואבים, בפיזור חד צד דרמטומלי של אחד או יותר מסעיפי העצב הטריגמינלי. סיבוך: Post Hepatic Neuralgia - כאב נירופטי כרוני
נגיפים Coxsackie virus	Herpangina	מחלה המתבטאת בעיקר בילדים ונגרמת ע"י Coxsackie type 1-6A. מתאפיינת בשלפוחיות וכיבים באזורי הלוע, בעיקר החך הרך והעינבל, המלווים בחום, כאבי גרון וקשיי בליעה
	מחלת הפה והגניים Hand Foot and Mouth Disease	מחלה המתבטאת בעיקר ילדים, נגרמת ע"י Coxsackie type 16A. מתאפיינת בשלפוחיות וכיבים בחלל הפה ועל פני כפות הידיים והרגליים, המלווים בחום והרגשה כללית רעה
נגיפים HIV		יכול להתבטא בכיבים אורליים גדולים עמוקים, המעריבים רירית וסטיבולרית ופריניאלית ויכולים להוות ביטוי ראשון למחלה. הכיבים יכולים להיות כרוניים ועמידים לטיפול. יש לציין כי באופן כללי לנשאי HIV שיכחות גבוהה של כיבים בחלל הפה, בעיקר נגעי הרפס חוזרים, שחפת ודלקת אפטותית חוזרת
חיידקים	שחפת - Tuberculosis Mycobacterium tuberculosis	יתבטא במופיעו הראשוני והמשני בכיב בודד כרוני, קשה למישוש, עם שוליים בלתי סדירים, לרוב בלשון
	עגבת - Syphilis Treponema Pallidum	עגבת ראשונית מתבטאת ב-Chancres: כיב עם שוליים מורמים, הנוטה להופיע על איברי המין, עור וחלל הפה. עגבת משנית מתבטאת בתסמינים מערכתיים שונים כולל כיבים וטלאים (patches) בעור ובריריות, ועגבת שלישונית יכולה להתבטא ב-gumma- נגע נודולרי כיבי בחך או בלשון, עם סיכון גבוה לקרצינומה של תאי הקשקש. תחלואה בשלבים מתקדמים של עגבת נדירה כיום בגלל טיפול יעיל בשלבים מוקדמים יותר
פטרייתים	Deep Fungi Histoplasmosis, Blastomycosis	גורמים לכיבים כרוניים ברירית חלל הפה, לרוב במדוכאי חיסון

הרגל נשיכה כרונית של ריריות הפה והשפתיים או פציעה עצמית ע"י שימוש באביזרים שונים על ידי המטופל. גם למקצועו של המטופל יכולה להיות השלכה ואף להרגלים, לחשיפה לחומרים שונים ולמתח תלוי עיסוק (סטודנטים בתקופת בחינות, לדוגמא).

3. היסטוריה של הנגע: מתי הופיע הנגע לראשונה, כמה זמן קיים הנגע הנוכחי, התנהגות הנגע (האם "בא והולך", האם משנה את מיקומו, גודלו או צבעו) ומידת הכאב הנלווה לנגע.

בדיקה קלינית

בבדיקה אקסטרא-אורלית יש לתת דגש למעורבות של מערכות נוספות בגוף ולקיזמן של קשריות לימפה מוגדלות באזור צווארי.

תיאור הכיב צריך לכלול את מספר הכיבים, מיקומו וקוטרו של הכיב, צורת הכיב (עגולה או אירגולרית), צבעו של בסיס הכיב (צהוב, אדום), גבולות הכיב (מורמים, מודלקים) וכן אם קיימת קשיות במישוש.

סיווג כיבים על פי התנהגות קלינית

1. כיב בודד לעומת כיבים מרובים: כיב בודד (לדוגמא כיב חבלתי, ממאירות, שחפת) לעומת כיבים מרובים (לדוגמא זיהומים נגיפיים, מחלות עור וריריות).

2. מופע חד לעומת מופע כרוני: מופע חד (acute) של כיב מוגדר כזה הקיים עד 2-3 שבועות.^{4,2} דוגמאות למופע חד כוללות כיב חבלתי חד, זיהומים נגיפיים ואפטות, ואילו דוגמאות למופע כרוני כוללות כיב חבלתי כרוני, זיהומים חיידקיים מסויימים, מחלות עור וריריות וממאירות.

3. תסמינים נלווים: חום, הרגשה כללית רעה, חולשה והגדלת קישריות לימפה צוואריות יכולים לרמז על מחלה זיהומית. כיבים או נגעים באתרים נוספים בגוף (עור, קרקפת, עיניים, גניטליה) יכולים לרמז על מחלה מערכתית. כיבים קטנים בידיים יכולים לכוון לזיהום נגיפי. תסמינים גסטרואינטסטינליים (שלשולים, צואה דמית וכאבי בטן) יכולים לרמז על מחלות מעי דלקתיות.

4. מספר התקפים: התקף ראשון (לדוגמא כיב חבלתי, הרפס ראשוני) או התקפים חוזרים (לדוגמא דלקת אפטותית חוזרת, מחלות עור וריריות, מחלות מערכתיות).

5. כאב: כיב כואב (לדוגמא זיהומים נגיפיים, אפטות) לעומת כיב שאינו כואב (לדוגמא זיהומים חיידקיים כגון עגבת ושחפת, ממאירות בשלביה הראשונים).

6. מיקום הנגע: יכול לסייע לאבחנה. לנגעים חוזרים של הרפס, לדוגמא, נטייה להופיע בריריות מקורנות (חניכיים וחך קשה) בעוד שאפטות מופיעות לרוב בריריות שאינן מקורנות. יש לשים

מחלות כיביות על רקע הפרעות של מערכת החיסון

Recurrent Aphthous - RAS

Stomatitis - תסמונת אפטוטית חוזרת

הכיב הלא חבלתי החוזר הנפוץ ביותר בחלל הפה. ניתן לסווג את הכיבים ל-3 קבוצות הנבדלות במראה ובמהלך הקליני: קטנים - Minor aphthae (85% מכלל האפטות, קוטר עד 1 ס"מ, ריפוי עד שבועיים ללא צלקת; תמונה 6), גדולים - Major aphthae (10 אחוזים מכלל האפטות, קוטר מעל 1 ס"מ, ריפוי שבועות עד חודשים, עם צלקת; תמונה 7) ודמויי-הרפס - Herpetiform aphthae (5 אחוזים מכלל

הגורם הזיהומי העיקרי המתבטא בכיבים. זיהומים בנגיפים ממשפחת ה-Herpes (כגון: HSV, VZV) ומשפחת ה-Coxsackie מתבטאים קלינית ככיבים חדים⁹ (תמונות 3-5). למרות שבקרב אנשים בריאים ברוב המקרים הריפוי הנו ספונטני, רצוי להמשיך ברור אצל רופא מומחה לצורך אבחנה חד משמעית ומניעת סיבוכי מחלה אצל החולה או מניעת הדבקה בקרב הסובבים אותו הנמנים על קבוצות סיכון (כגון נשים בהריון או מטופלים במצב של דיכוי חיסוני). זיהומים חיידקיים וזיהומים פטרייתיים חוזרניים נטים להתבטא ככיבים כרוניים, קשים במישוש המחקים במראה הקליני קרצינומה של תאי הקשקש.

טבלה 3. מחלות עיקריות הקשורות עם נגעים אפטוטים*

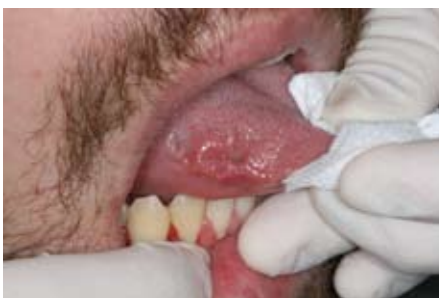
קבוצת מחלות	שם המחלה	ביטוי קליני עיקרי
מחלות ראוטולוגיות	Behçet's disease	דלקת בדופן כלי הדם (Systemic Vasculitis) המאופיינת באפטות בריריות הפה ובאברי המין, נגעים עוריים, דלקות עיניים, דלקות מפרקים, אירועים של קרישת יתר ופגיעה אפשית במערכת העצבים המרכזית ¹⁰
	Reactive Arthritis (Reiter's)	פצעים בחלל הפה (כיבים דמויי אפטות ו-Stomatitis), דלקת עיניים (Conjunctivitis), כאבי מפרקים (Arthritis) ודלקת של השופכה (Urethritis)
מחלות גסטרואינטסטינליות	SLE (Systemic Lupus Erythematosus)	מחלת רקמת חיבור אוטואימונית המתבטאת בפגיעה רב-מערכתית: בעור (Malar rash, Discoid rash), בפרקים (Arthritis), פגיעה כלייתית, הפרעות נוירולוגיות, הפרעות המטולוגיות
	Inflammatory Bowel Disease (IBD): Ulcerative colitis, Crohn disease	תסמינים גסטרואינטסטינליים (שלשולים, צואה דמית כאבי בטן, אובדן משקל), יכולים להתבטא ב-OFG (Orofacial Granulomatosis) - נפיחות בשפתיים או בפנים.
מחלות המטולוגיות	Celiac	רגישות לרכיב הגלוטן שבקמח, תסמינים גסטרואינטסטינליים (שלשולים, כאבי בטן, אובדן משקל)
	Leukemias	יכולה להתבטא באנמיה, נטייה לדמם, זיהומים חוזרים וכיבים בפה. יתכנו גם חניכיים חיוורות מוגדלות ונטייה לדמם
רקע לא ידוע	PFAPA (Periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, cervical adenitis)	מופיע בילדים כאירועי אפטות חוזרים, חום, דלקת גרון והגדלת קישריות לימפה צוואריות

* מצבים מערכתיים נדירים יותר הקשורים בנגעים אפטוטים וכוללים: Magic Syndrome (Mouth & Genital ulcers with inflamed cartilage), Sweet's syndrome (Neutrophilic Dermatitis), Cyclic Neutropenia

כיב חבלתי



תמונה 2. כיב חבלתי מסטה פסאודומברנה לבנה בחיך, על רקע חיךך ממושך עם מיכשור אורתודונטי ("Nance button")



תמונה 1. כיב חבלתי כרוני בלשון, עם שוליים מורמים ובלתי סדירים על רקע נשיכה

גש על אתרים בסיכון גבוה לפתח נגעים ממאירים וטרומם ממאירים (כגון צד ובטן הלשון, רצפת הפה והחך הרך). כללים אלה אינם מתקיימים תמיד (במדוכאי חיסון, לדוגמה). בסקירה זו נתייחס לאוכלוסייה שאינה מדוכאת חיסון.

סיבות להופעת כיבים בחלל הפה

קיימים סיווגים שונים לכיבים בחלל הפה: כיבים חדים לעומת כיבים כרוניים⁵, כיבים על רקע גידולי לעומת כיבים שאינם גידוליים², כיבים ממקור מקומי לעומת כיבים ממקור מערכתית⁶. בסקירה זו נדון בכיבים על פי האטיולוגיה.

כיב חבלתי (Traumatic ulcer)

הכיב הנפוץ בריריות חלל הפה. סיבות להופעת כיבים חבלתיים מפורטות בטבלה 1. ניתן להפריד בין הכיבים עפ"י משך זמן קיומם, כלומר, כיבים חבלתיים חדים וכרוניים.

כיב חבלתי חד (Acute)

המופע הקליני של כיב חבלתי חד הוא של כיב שטוח כואב, מכוסה לעיתים בפסאודומברנה לבנה לבנה עם הילה אדומה וגבול מוגדר, בעוד שבכוויה מתקבלת ארוזיה או כיב במראה פחות מוגדר. יש לאתר את גורמי החבלה ולהסירם ולעקוב אחר ריפוי מלא של הנגע תוך כשבוע-שבועיים. הריפוי לרוב ללא צלקת.

כיב חבלתי כרוני (תמונות 1, 2)

כיב שאינו נרפא תוך 2-3 שבועות. מופע קליני של אזור מרכזי שקוע עם שוליים מורמים, יתכן ריפוי על ידי צלקת. בשל המופע הכרוני והמראה הקליני היכול לחקות קרצינומה של תאי הקשקש SCC (Squamous cell carcinoma) יש לקחת דגימת רקמה לבדיקה פתולוגית.

מצבים נוספים ונדירים יותר נגרמים על פי

השערה על רקע חבלתי

Traumatic Ulcerative Granuloma with Eosinophilia: כיב חבלתי כרוני שאינו מתרפא. לא כואב. מופיע לרוב בלשון, אך יתכן גם באתרים אחרים. שמו ניתן לו עקב המראה ההיסטולוגי שכולל תסנין אאווינופילי⁷.

Necrotizing Sialometaplasia: כיב עמוק, לרוב בחיך הקשה, הנובע מנמק על רקע איסכמי של בלוטות הרוק הקטנות בחך. יכול להיווצר עקב זריקה או עקירה באזור⁸.

זיהומים

חלל הפה חשוף לזיהומים שונים המפורטים בטבלה 2. מבין החיידקים, הנגיפים והפטרייות השכיחים בחלל הפה, זיהומים נגיפיים הם

כיבים על רקע זיהום גניפי



תמונה 4. זיהום בגניף VZV, מופע חד צדדי של כיבים בחיך, לשון ושפה תחתונה (סעיף מקטילרי ומנימולרי של העצב הטריגמינלי) בחולה עם Malignant thymoma-1 Myasthenia gravis לאחר כימותרפיה



תמונה 3. זיהום הרפטי חוזר בחיך הקשה המתבטא כמספר כיבים קטנים נימון ואיחוד כיבים לנגעים גדולים יותר משמאל במטופל בריא



האפטות, עשרות כיבים בקוטר 1-2 מ"מ, מתרפא עד חודש, ללא צלקת). יש לציין שלמרות שמם, לכיבים אלה לא נמצא קשר לזיהום הרפטי³.

קיימת חשיבות לזהות מצבים מערכתיים הקשורים בנגעים דמויי אפטה ולהפנות להמשך בירור על ידי מומחה לרפואת הפה (תמונת 9,8). טבלה 3 מציגה את המצבים העיקריים בהם הכיבים בחלל הפה הינם חלק מביטוי המחלה. סקירה מקיפה על דלקת אפטוטית חוזרת נגישה ניתן למצוא באתר כתב העת Dental (<http://thedental.co.il/Article.aspx?subject=1&itemID=117>).

(Erythema Multiforme) EM

תגובת רגישות יתר המתבטאת בפגיעה בעור ובריאות, נוטה להופיע בעשור 2-4. המנגנון הפתוגנטי אינו מובן דיו אך קשור לחשיפה לגורמים מזהמים (כגון נגיפי הרפס, מיקופלסמה) או לחשיפה לתרופות. הביטוי בחלל הפה כולל אודם וכיבים שטוחים, בלתי סדירים, בגדלים שונים וכן קרוסטות דמיות בשפתיים (תמונה 10). בנוסף יתכנו נגעים בעור - פריחה ונגעים שלפוחתיים, כאשר סימן פתוגנומי בעור הינו "נגע מטרה" - Target lesion.

המחלה מתאפיינת במהלך מהיר יחסית של התפתחות הנגעים-כמספר ימים ומופיעה לרוב לאחר או במקביל לזיהום בהרפס סימפלקס. ישנן מספר צורות של המחלה, בטווח שבין קלה שחולפת ספונטנית לבין קשה הדורשת אשפוז, התערבות טיפולית וחשש לתמותה⁴:

1. Minor EM - המערכת את העור (עד 10 אחוזים משטח פני העור⁴) וסוג אחד של רירית: חלל הפה, רירית הקונג'טיבה או גניטליה. יכול להיות אפיוזי או חוזר.
2. Major EM - Stevens-Johnson syndrome - מעורבות של העור (עד 10 אחוזים משטח פני העור⁴) ולפחות שתי ריריות נוספות. מעורבות עיניים יכולה לגרום לסיבוך עד עיוורון.

3. Toxic Epidermal Necrolysis (TEN) - Lyell's syndrome) - מעורבות עורית של למעלה מ-30 אחוז פני שטח העור⁴. זהו מצב מסכן חיים המחייב טיפול תחת אישפוז, בר"כ ביחידה לטיפול בכוויות.
4. Chronic - מופע נדיר המתמיד למעלה מחודש.

תופעות לוואי לטיפול תרופתי

תרופות יכולות לגרום לכיבים על ידי יצירת כוויה מקומית בגלל מגע ישיר עם הרירית או במגוון מנגנונים אחרים³. בין התרופות העיקריות ניתן למנות: כימותרפיה כנגד גידולים ממאירים, ביספוספונטים, חוסמי קולטני β ונוגדי דלקת שאינם סטרואידים (NSAIDs) כגון אספירין¹¹.



תמונה 5. מחלת הפה והגפיים המתבטאת כמקבץ כיבים קטנים בענבל, בקשתות הפרינקט ובחלק הונטרלי של הלשון, ובריבי שלפוחיות קטנות, חלקן מפוצצות ביד



תסמונת אפטוטית חוזרת (Recurrent Aphthous Stomatitis) RAS



תמונה 7. אפטה מסוג Major מסטה בפסאודומברתה עם שוליים מורמים, ברירת בוקלית. דיסטלית לה, אפטה נוספת, בתהליך ריפוי



תמונה 6. אפטה מסוג Minor, עגולה עם שוליים אחידים מסטה בפסאודומברתה ברירת בוקלית

מחלות וזיקולאולצרטיביות - Vesiculoulcerative disease

מחלות עור וירידיות יכולות להתבטא בחלל הפה בארוזיות וכיבים, חלקם כתוצאה מהתפוצצות שלפוחיות. המחלות העיקריות הנמנות על קבוצה זו:

1. PV (Pemphigus Vulgaris) - מחלה אוטואימונית כרונית המתבטאת בנגעים שלפוחיתיים בעור ובריירות. המחלה נוטה להופיע בעשורים הרביעי והחמישי, ונפוצה יותר באוכלוסייה היהודית. במעל מחצית המקרים הנגעים הראשונים מופיעים בחלל הפה^{12,4}. PV מתאפיינת בהופעת שלפוחיות בתוך שכבות האפיתל¹². השלפוחיות נוטות להתפוצץ, בהותירן כיבים עם קרקעית נקרוטית והילה אדומה. כיבים על רקע מחלת הפמפיגוס יהיו לרוב בעלי שוליים בלתי סדירים ופעמים רבות יחלו באזורים האחוריים של חלל הפה (תמונה 11). המטופל ידווח כי הכיבים קיימים זמן רב יחסית ויתכן אף מספר שבועות ללא ריפוי.

2. Mucous membrane pemphigoid: מחלה אוטואימונית כרונית וזיקולובולוזית, הפוגעת בעשורים 6-8, פי שתיים בנשים¹³. שייכת לקבוצת מחלות (sub) IMSEBD (Immune-mediated sub) (epithelial blistering diseases) - בהם נוצרים נוגדים עצמיים תת-אפיתליאליים כנגד מרכיבים מממברנה הבולית. בחלל הפה יראו כיבים או ארוזיות בעיקר בחניכיים (תמונה 12) ובחיך ולעיתים ניתן יהיה גם לראות שלפוחיות עם נוזל צלול או דמי. תיתכן גם מעורבות של העור, רירית העין וירידיות מעורבות הנשימה והעיכול העליונות⁸.

3. Oral lichen planus: Erosive lichen planus הינה מחלת עור וירידיות, הפוגעת ב-1-2 אחוזים מהאוכלוסייה המבוגרת. המחלה יכולה להתבטא בעור, בריירות הפה, בריירות הגניטליה, בקרקפת ובציפורניים¹⁴. לליכן פלנוס מספר צורות הופעה קליניות (רטיקולרי, אריטמטוטי פלאק) ואם יש הופעת כיב או ארוזיה סוג המחלה ייקרא

מחלות כיביות על רקע מערכת



תמונה 8. Behçet's disease: תפרחת עורית אריטמטוטית מלווה בגרד ואפטות בחלל הפה

תמונה 9. Neutopenic ulcer: כיב בלשון על רקע נייטרופניה בחולה עם לימפומה לאחר כימותרפיה



Erythema Multiforme



תמונה 10. ארוזיות ממושטות בבטן הלשון בזמן הופעת אריתמה מולטיפורמה, וביטוי ע"י ארוזיות וגלדים גם בשפה

מחלות וזיקולאולצרטיביות - Vesiculoulcerative disease



תמונה 13. Erosive lichen planus: כיב מכוסה בפסאודומברנה צהובה בלשון, סביבו איזורים ליכנואידיים לבנים אופייניים ל-Oral lichen planus

תמונה 12. חניכיים בוקליות עם ארוזיה המכוסה באפיתל מתקלף ובסמוך לשן 33 שלפוחיות שטרם התפוצצו אצל חולת Mucous membrane pemphigoid

תמונה 11. כיב שטחי, בעל שוליים בלתי סדירים בחיך הרך, סטימן ראשוני אצל חולה PV (Pemphigus Vulgaris)

קרצינומה של תאי הקשקש (SCC) בשפה ובלשון



תמונה 15. כיב שטחי בגודל כ-10 מ"מ עם מראה בלתי אחיד בשפה תחתונה שאובחן כ-SCC

תמונה 14. קרצינומה של תאי הקשקש במטופל בן 27 - כיב כרוני (קיים למעלה מחודש) עם שוליים בלתי סדירים, מורמים וקשים למישוש

מקור התמונות:

תמונות 1, 2, 6, 13 - המחלקה לרפואת הפה, המרכז לרפואת שיניים, חיל הרפואה, צה"ל, תל השומר
תמונות 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15 - המחלקה לרפואת הפה, הפקולטה לרפואת שיניים, הרסה עין כרם, ירושלים

לרופא מומחה להמשך בירור, עד לקבלת אבחנה וטיפול מתאים.

ד"ר גלית אלמוחנינו, המחלקה לרפואת הפה,

הפקולטה לרפואת שיניים של האוניברסיטה העברית והדסה, ירושלים והמחלקה לרפואת הפה, המרכז לרפואת שיניים, חיל הרפואה, צה"ל, תל השומר
ד"ר יהודה צדיק, המחלקה לרפואת הפה, הפקולטה לרפואת שיניים של האוניברסיטה העברית והדסה, ירושלים והמחלקה לרפואת הפה, המרכז לרפואת שיניים, חיל הרפואה, צה"ל, תל השומר
ד"ר רקפת צ'רנינסקי, המחלקה לרפואת הפה, הפקולטה לרפואת שיניים של האוניברסיטה העברית והדסה, ירושלים

אלכוהול, גיל מבוגר¹. בהינתן סימנים אלה יש להפנות את המטופל מיידית להמשך בירור, אבחנה וטיפול.

סיכום

כיבים ברקמות חלל הפה הנם מצב נפוץ אך יכולים להיות סימן למגוון רחב של מחלות. על רופא השיניים להכיר את המחלות השונות העלולות להתבטא ככיב בחלל הפה. הרופא המטפל צריך לבצע הערכה קלינית מלאה על מנת לאתר את הגורם ולשלול מצבים מערכתיים שונים או ממאירים. יש לוודא ריפוי מלא של הכיב בפרק זמן סביר (עד שבועיים) וככל מקרה של כיב המעלה חשד לממאירות או למחלה אחרת יש להפנות

ארוזיבי (שלפוחי ומכוייב). המופע הארוזיבי הינו סימפטומטי (מלווה בשריפה, כאב) וכולל כיבים אשר בהיקפם ניתן להתרשם לעיתים מהמראה הקלאסי של הרישיתית הלבנה (תמונה 13). הופעת כיבים יכולה להיות ממושכת, מספר שבועות או חודשים ולעיתים יהיה ריפוי ספונטני. נגעי המחלה והכיבים יכולים להופיע בכל מקום בחלל הפה.

קיימים דיווחים סותרים בספרות לגבי פוטנציאל להתמרה ממארת של ליכן פלנט, והוא מוערך בעד אחוז אחד ל-5 שנים¹⁵⁻¹⁷. בשנת 2005 הגדיר ארגון הבריאות העולמי (WHO) את ליכן פלנט כמצב טרום ממאיר המחייב מעקב.

מחלות ממאירות של חלל הפה

כיב בודד כרוני שאינו חולף תוך 3-5 שבועות מחשיד לקיומו של מצב ממאיר ברקמת חלל הפה (תמונות 14, 15)¹. הממאירות הנפוצה ביותר בחלל הפה הינה SCC - קרצינומה של תאי הקשקש. סוגים אחרים של גידולים ממאירים יכולים להתבטא כגושים, אך גם ככיבים בחלל הפה כגון: לימפומה, גידולי בלוטות רוק קטנות, גידולים ממקור הסינוס המקסילרי, גידולי רקמת חיבור וגרוות⁸.

קרצינומה של תאי הקשקש נוטה לפגוע בגברים מעל גיל 50, אולם שיעור הנשים והמבוגרים הצעירים מצוי במגמת עלייה¹⁸⁻²⁰. קיים קשר בין סרטן זה לבין הרגלי עישון, צריכת אלכוהול, אכילה מועטה של פירות וירקות, גורמים גנטיים והדבקה בנגיף הפפילומה האנושי (HPV)²¹. סימנים קליניים שמעלים חשד לקיומו של כיב ממאיר כוללים: ניתן למצוא העדר גורם מערתי, היסטוריה של נגע טרום-ממאיר או ממאיר קודם באזור וקיומם של גורמי סיכון ברקע (עישון,

.....(רשימה ביבליוגרפית).....

- Greenberg MS, Glick M, Ship JA. Burket's oral medicine. 11th edition. Hamilton: BC Decker. 2008.
- Paleri V, Staines K, Sloan P, Douglas A, Wilson J. Evaluation of oral ulceration in primary care. BMJ. 2010;340:c2639.
- Scully C. Oral and maxillofacial medicine. 2nd edition. Edinburgh, UK: Elsevier. 2008.
- Muñoz-Corcuera M, Esparza-Gómez G, González-Moles MA, Bascones-Martínez A. Oral ulcers: clinical aspects. A tool for dermatologists. Part I. Acute ulcers. Clin Exp Dermatol. 2009;34:289-94.
- Muñoz-Corcuera M, Esparza-Gómez G, González-Moles MA, Bascones-Martínez A. Oral ulcers: clinical aspects. A tool for dermatologists. Part II. Chronic ulcers. Clin Exp Dermatol. 2009;34:456-61.
- Fauci A, Braunwald E, Kasper D. Harrison's Principles of Internal Medicine. 17th edition. The McGraw-Hill Companies, Inc. 2008.
- Hirshberg A, Amariglio N, Akris S, Yahalom R, Rosenbaum H, Okon E, Kaplan I. Traumatic ulcerative granuloma with stromal eosinophilia: a reactive lesion of the oral mucosa. Am J Clin Pathol 2006;126:522-9.
- Neville BD, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and maxillofacial pathology. 3rd edition. St. Louis, MO: Saunders. 2009.
- McCullough MJ, Savage NW. Oral viral infections and the therapeutic use of antiviral agents in dentistry. Aust Dent J. 2005;50:S31-5.
- Almozniño G, Ben-Chetrit E. Infliximab for the treatment of resistant oral ulcers in Behçet's disease: a case report and review of the literature. Clin Exp Rheumatol. 2007;25:S99-102.
- Scully C, Bagan JV. Adverse drug reactions in the orofacial region. Crit Rev Oral Biol Med. 2004;15:221-39.

- Black M, Mignogna MD, Scully C. Mucosal diseases series II: Pemphigus vulgaris. Oral Dis. 2005;11:119-30.
- Bagan J, Muzio LL, Scully C. Mucosal diseases series III: Mucous membrane pemphigoid. Oral Dis. 2005;11:197-218.
- Eisen D, Carrozzo M, Bagan JV, Thongprasom K. Mucosal diseases series V: Oral lichen planus: clinical features and management. Oral Dis. 2005;11:338-49.
- Lodi G, Scully C, Carrozzo M, Griffiths M, Sugerman PB, Thongprasom K. Current controversies in oral lichen planus: report of an international consensus meeting. Part 2. Clinical management and malignant transformation. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2005;100:164-78.
- Gonzalez-Moles MA, Scully C, Gil-Montoya JA. Oral lichen planus: controversies surrounding malignant transformation. Oral Dis 2008;14:229-43.
- Gorsky M, Epstein JB. Oral lichen planus: malignant transformation and human papilloma virus: a review of potential clinical implications. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2011;111:461-4.
- Curado MP, Hashibe M. Recent changes in the epidemiology of head and neck cancer. Curr Opin Oncol. 2009;21:194-200.
- Zini A, Czerninski R, Sgan-Cohen HD. Oral cancer over four decades: epidemiology, trends, histology, and survival by anatomical sites. J Oral Pathol Med. 2010;39:299-305.
- Soudry E, Preis M, Hod R, Hamzany Y, Hadar T, Bahar G, Strenov Y, Shpitzer T. Squamous cell carcinoma of the oral tongue in patients younger than 30 years: clinicopathologic features and outcome. Clin Otolaryngol 2010;35:307-12.
- Bachar G, Hod R, Goldstein DP, Irish JC, Gullane PJ, Brown D, Gilbert RW, Hadar T, Feinmesser R, Shpitzer T. Outcome of oral tongue squamous cell carcinoma in patients with and without known risk factors. Oral Oncol 2011;47:45-50.