

درمان آفت:



آفت های ناحیه ی دهان یکی از شایع ترین انواع ضایعات دهانی می باشند که معمولاً به صورت ضایعات درناک عود شونده که در عرض ۷ تا ۱۴ روز التیام می یابند خود را نشان می دهند. شیوع آن در برخی مناطق همچون خاورمیانه و جنوب و شرق آسیا بیشتر می باشد. معمولاً این ضایعات در دوره ی نوجوانی به بعد ظهور پیدا میکند و در اطفال ناشایع می باشد. اغلب پس از شروع در نوجوانی تا جوانی و میانسالی ادامه می یابد و پس از آن با افزایش سن میزان بروز این ضایعات کاهش می یابد.

آفت های دهانی می توانند به شکل آفت های ساده یا آفت های کمپلکس بروز یابند. در آفت های ساده فرد تا چندین بار در سال ضایعات آفتی را تجربه می کند که معمولاً در خلال ۷ تا ۱۴ روز بهبود می یابد و تنها این ضایعات محدود به مخاط دهان می باشد. آفت های ساده شایع ترین فرم آفت می باشند. در آفت های کمپلکس، فرد ممکن است ضایعات دردناک، هم در داخل مخاط دهان و هم مخاط دستگاه تناسلی تجربه کند هرچند ضایعات دهانی شایعتر می باشد. معمولاً ضایعات ناشی از آفت کمپلکس، با تعداد بیشتر، اندازه ی بزرگتر و درد بیشتر بروز می یابد و اغلب تا ۶ هفته طول می کشد تا التیام یابد. برخی بیماران با آفت های کمپلکس ممکن است تقریباً در طول سال همواره این ضایعات دردناک را داشته باشند و دوره بی علامت را هرگز تجربه نکنند. در بیماران با آفت کمپلکس لازم است بیمار از لحاظ بیماری بهجت که یک بیماری اتوایمیون و با درگیری مخاطات دهان و ناحیه ی ژنیتال می باشد بررسی شود.

اگرچه پاتوژنز آفت های دهانی هنوز مشخص نشده است اما به نظر می رسد مولتی فاکتوریال باشد. به نظر می رسد که این ضایعات به علت واکنش بیش از حد سیستم ایمنی به مخاط دهان ایجاد می شود و در واقع ناشی از یک واکنش التهابی می باشد. فاکتورهای ژنتیکی در بروز این ضایعات نقش دارند چرا که افراد مبتلا به آفت معمولاً

سابقه‌ی خانوادگی مثبت در بستگان درجه‌ی اول خود دارند. اگرچه مصرف برخی مواد غذایی می‌تواند باعث تشدید ضایعات شوند اما به نظر نمی‌رسد که مصرف مواد غذایی خاصی با ایجاد ضایعات آفتی ارتباط داشته باشد. کمبود ویتامین‌ها و مینرال‌ها نیز به عنوان عاملی در ایجاد این ضایعات مطرح شده‌اند. خصوصاً به نظر می‌رسد که کمبود ویتامین B12 در این خصوص نقش داشته باشد. با این حال شواهد کافی به نفع اینکه استفاده از مکمل‌ها بتواند در پیشگیری و درمان ضایعات آفتی موثر باشد هنوز وجود ندارد. برخی مطالعات نیز حاکی از نقش عفونت، تروما و استرس‌های روحی-روانی در ایجاد این ضایعات می‌باشد.

از لحاظ تظاهرات بالینی آفت دهان به صورت ضایعات با اندازه‌ی کمتر از یک سانتی متر، دایره‌ای شکل و بیضوی با حاشیه‌ی اریماتوس^۱ و ملتهب و مرکز آگزوداتیو زرد رنگ می‌باشد. در برخی موارد این ضایعات ممکن است بزرگتر از یک سانتی متر و یا ضایعات کوچک متعدد کنار هم به شکل ضایعات هرپتی فرم^۲ خود را نشان دهد. در افراد با آفت کمپلکس ضایعات با سایز بیشتر از یک سانتی متر هم مشاهده می‌شود.

معمولاً ضایعات در عرض یک تا دو روز شروع شده، در عرض ۴ تا ۵ روز به حداکثر اندازه و شدت خود رسیده و در عرض ۷ تا ۱۴ روز التیام می‌یابد. در آفت کمپلکس ممکن است تا ۶ هفته التیام ضایعات ادامه یابد. افرادی که دچار عود ضایعات آفتی می‌شوند معمولاً قبل از ایجاد ضایعه، در قسمتی از مخاط دهان خود حس خاصی را تجربه می‌کنند که از طریق آن می‌توانند متوجه شوند که ضایعات آفتی در داخل مخاط دهان آنها در حال عود شدن می‌باشد و در این صورت می‌توانند درمان مناسب را سریع شروع کنند و از پیشرفت بیشتر ضایعات جلوگیری کنند.

تشخیص ضایعات آفتی داخل دهان معمولاً به صورت بالینی می‌باشد مگر در موارد شدید و با ظاهر آتیپیکال که ممکن است جهت تشخیص قطعی نیاز به بیوپسی باشد. درمان این ضایعات شامل کنترل درد، تسریع روند التیام ضایعات و کاهش عود این ضایعات می‌باشد. هرچند در حال حاضر هیچ درمان قطعی موضعی و سیستمیکی برای درمان آفت دهان وجود ندارد.

اولین قدم در جلوگیری از بروز این ضایعات، حفظ بهداشت دهان و دندان و جلوگیری از ایجاد تروما به مخاط دهان می‌باشد. استفاده از مسواک نرم، خمیردندان‌های مناسب و نخ دندان‌های پوشیده شده با موم باعث کاهش آسیب به مخاط دهان میشود. خمیر دندان‌های حاوی سدیم لوریل سولفات ممکن است باعث تشدید این ضایعات شوند لذا استفاده از خمیر دندان‌های فاقد سدیم لوریل سولفات شاید در برخی بیماران کمک کننده باشد. در صورت استفاده از دهان شویه، پیشنهاد به استفاده از دهان شویه‌های فاقد الکل که کمتر تحریک کننده هستند می‌شود. هرچند مواد غذایی علت ایجاد کننده‌ی ضایعات آفتی نمی‌باشد اما مصرف برخی غذاها می‌تواند باعث تشدید ضایعات آفتی شوند و لذا لازم است از مصرف آنها در زمان وجود ضایعات آفتی خودداری شود.

¹ Erythematous rim

² Herpetiform

برای کنترل درد از ژل لیدوکائین دهانی، سوسپانسیون AL-MG-S و نیز دهانشویه بنزیدآمین که اثرات ضد التهابی و بی‌حس‌کننده موضعی دارند می‌توان استفاده نمود. در مواردی که ضایعات شدید می‌باشد و ریسک ایجاد عفونت وجود دارد، استفاد از قرص‌های مکیدنی کلوتریمازول، سوسپانسیون خوراکی نیستاتین و دهانشویه‌ی کلرهگزیدین می‌تواند از ایجاد عفونت جلوگیری کند.

برای کنترل التهاب ضایعات در آفت‌های ساده استفاده از کورتیکواستروئیدهای موضعی با پایه دهانی^۳ همچون ژل تریامسینولون داخل دهانی کمک‌کننده می‌باشد. بهتر است قبل از قرار دادن ژل، ناحیه ضایعه توسط گاز تمیز و خشک شود و سپس لایه‌ی ضخیمی از کورتیکواستروئید موضعی در آن ناحیه قرار گیرد. بعد از استفاده، باید به فرد توضیح داد شود که از خوردن و آشامیدن تا نیم ساعت بعد خودداری کند. در برخی موارد می‌توان با استفاده از آمپول دگزامتازون غلظت 0.5 mg/5cc ایجاد نمود که باید به بیمار توصیه شود روزی ۳ تا ۴ بار غرغره کند و برای ۵ دقیقه در داخل دهان خود نگه داشته و سپس محلول را بیرون بریزد. از قورت دادن محلول باید خودداری شود.

برخی شواهد نشان می‌دهد که استفاده از تتراسایکلین‌ها به شکل موضعی همچون سوسپانسیون و ژل تتراسایکلین و داکسی‌سایکلین نیز به علت اثرات ضد التهابی آنها می‌تواند در کنترل درد و التیام سریعتر ضایعات کمک کند. سوسپانسیون یا خمیر سوکرافیت نیز می‌تواند با ایجاد پوشش خمیری بر روی ضایعات کمک‌کننده باشد.

افرادی که احتمالاً به علت کمبود ویتامین‌ها و مینرال‌ها دچار ضایعات آفتی می‌شوند ممکن است استفاده از مکمل‌های حاوی ویتامین و مینرال خصوصاً مکمل‌های حاوی ویتامین B12، فولیک اسید، زینک و آهن کمک‌کننده باشد. هر چند به نظر نمی‌رسد استفاده از این مکمل‌ها در افرادی که دچار کمبود این ویتامین‌ها نمی‌باشند کمک‌کننده باشد. هر چند در افرادی که دچار ضایعات آفتی مکرر می‌شوند ممکن است پزشک یک دوره استفاده از مکمل‌هایی همچون ویتامین B12 و فولیک اسید را در بیمار جهت کاهش عود و شدت ضایعات امتحان کند.

در موارد آفت دهانی ساده که به چنین درمان‌های موضعی پاسخ مناسبی نمی‌دهند، یک دوره ۷ تا ۱۴ روزه پردنیزولون خوراکی با دوز ۲۰ تا ۴۰ میلی گرم روزانه می‌تواند کمک‌کننده باشد. در موارد آفت کمپلکس نیز ممکن است اغلب نیاز به استفاده از پردنیزولون سیستمیک باشد. در بیمارانی که به دفعات دچار آفت‌های کمپلکس می‌شوند به علت نگرانی که در خصوص عوارض جانبی ناشی از استفاده مکرر از کورتیکواستروئیدهای سیستمیک وجود دارد، استفاده از داروهای دیگر با اثرات ضد التهابی به جای کورتیکواستروئیدهای سیستمیک می‌تواند کمک‌کننده باشد. کلشی‌سین با دوز ۰/۶ میلی گرم در روز شروع شده و در صورت نیاز به دوبار یا سه بار در روز افزایش می‌یابد.

داپسون نیز که دارای اثرات ضد التهابی می‌باشد می‌تواند به عنوان درمان جایگزین در آفت‌های کمپلکس استفاده شود که با دوز ۲۵ تا ۵۰ میلی گرم در روز شروع شده و در صورت نیاز و تحمل عوارض جانبی تا ۱۵۰ میلی گرم در روز افزایش می‌یابد. در برخی بیماران ممکن است از ترکیب کلشی‌سین و داپسون با هم استفاده شود.

³ Oral base

تالیدوماید داروی دیگری می‌باشد که به علت اثرات تعدیل کننده‌ی سیستم ایمنی^۴ می‌تواند در درمان آفت شدید استفاده شود. دوز معمول آن ۵۰ تا ۱۰۰ میلی‌گرم روزانه می‌باشد. هرچند به علت اثرات تراژون آن مصرف آن خصوصا در خانم‌هایی که در سن باروری هستند حتما تحت نظر پزشک و استفاده از روش ضدبارداری مناسب باید باشد.

مونته‌لوکاست که یک مهارکننده لوکوترین می‌باشد نیز ممکن است با دوز ۱۰ میلی‌گرم روزانه در کنترل درد و التیام ضایعات موثر باشد. داروی Apremilast که یک مهار کننده آنزیم فسفودی استراز^۵ می‌باشد و در درمان پسوریازیس جایگاه درمانی دارد نیز در برخی مطالعات در درمان ضایعات آفتی شدید مقاوم به درمان موثر بوده است. از درمان های دیگر با اثرات تعدیل کننده ی سیستم ایمنی می‌توان به پنتوکسی فیلین با دوز ۴۰۰ میلی‌گرم سه بار در روز نام برد.

در موارد مقاوم به درمان ممکن است از داروهای دیگر با اثر ایمونومودولاتوری همچون سیکلوسپورین و فراوده های بیولوژیک همچون مهارکننده های TNF- α همچون Infliximab, Adalimumab و Etanercept استفاده شود، اگرچه این درمان ها برای بیماران با ضایعات کمپلکس شدید مقاوم به درمان استفاده می شود. برخی مطالعات نیز نشان داده‌اند که لیزر درمانی می‌تواند در درمان ضایعات آفت کمپلکس موثر باشد.

در کل از نظر پروگنوز، آفت‌های دهانی ساده پروگنوز بسیار خوبی دارند و حتی بدون درمان نیز خود محدود شونده هستند. آفت‌های دهانی کمپلکس نیز معمولا با درمان دارویی و اقدامات غیر دارویی ذکر شده کنترل می شوند. هرچند در درصد کمی از بیماران این ضایعات شدید و مقاوم به درمان می‌باشد همانطور که در بالا اشاره شد ممکن است نیاز به تجویز داروهای ایمونومودولاتور می‌باشد که نگرانی در مورد عوارض آنها خصوصا در مصرف مکرر آنها می‌باشد، ضمن اینکه ضایعات آفتی شدید باعث تاثیر منفی بر کیفیت زندگی این بیماران می‌شود. اما نکته‌ی مثبتی که در مورد ضایعات آفتی چه به شکل ساده و چه به شکل کمپلکس وجود دارد این است که ضایعات آفتی با افزایش سن هم تعداد دفعات عود آنها و هم شدت ضایعات کاهش می‌یابد.

گردآوری مطالب:

دکتر پریا صادقیان امین (داروساز - کارشناس مرکز DPIC دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی همدان)

ویرایش علمی:

دکتر مریم مهرپویا (متخصص داروسازی بالینی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان)

⁴ immunomodulatory

⁵ Phosphodiesterase 4 inhibitor