



ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Πίνακας 1. Ταξινόμηση παθολογικών καταστάσεων κεφαλής και τραχήλου

Αναπτυξιακές – Συγγενείς

Φλεγμονώδεις

Λοιμώξεις, αυτοάνοσες νόσοι και αντιδραστικές βλάβες

Νεοπλασματικές

Καλοήθειες και κακοήθειες

Συστηματικές

Στοματικές εκδηλώσεις συστηματικών και δερματικών νόσων

Τραυματικές

Οξείες και χρόνιες

Πίνακας 2. Στον παρακάτω πίνακα αναφέρονται πιθανές παθολογικές οντότητες που μπορούν να εμφανιστούν ενδοστοματικά ή εξωστοματικά κατά περιοχές εντόπισης, στις οποίες απαιτείται η λήψη βιοψίας

Πρόσωπο

- σμηγματογόνες κύστεις
- ινώματα
- λιπώματα
- αιμαγγειώματα
- νευρινώματα
- ρινοχειλικές κύστεις

Χείλη

- βλεννοκήλες
- ινώματα
- λευκές αλλοιώσεις
- ερπητικές αλλοιώσεις
- όγκοι των σιαλογόνων αδένων
- βασικοκυτταρικά καρκινώματα
- ακανθοκυτταρικά καρκινώματα
- αιμαγγειώματα

Ενδοστοματικός βλεννογόνος

- ινώματα
- κοκκιώματα
- αντιδραστικές αλλοιώσεις
- άφθες
- θηλώματα
- ερυθρές βλάβες
- λευκές βλάβες
- ενδοστοματικές αλλοιώσεις

από συστηματικά ή δερματικά νοσήματα

- εποουλίδες
- όγκοι σιαλογόνων αδένων
- αιμαγγειώματα

Γνάθοι

- περιακρορριζικά κοκκιώματα και κύστεις
- άλλες κύστεις των γνάθων
- οστεομυελίτιδες
- κεντρικά αιμαγγειώματα
- ινοστικές νόσοι
- γιγαντοκυτταρικές βλάβες
- αδαμαντινοβλαστώματα και άλλοι οδοντογενείς όγκοι
- νόσος Paget ή άλλες πρωτοπαθείς οστικές βλάβες

Υπερώα

- ινώματα
- θηλώματα
- κοκκιώματα
- τραυματικά έλκη
- όγκοι των σιαλογόνων αδένων
- νεκρωτική σιαλομεταπλασία
- λευκές βλάβες

Γλώσσα

- ινώματα
- τραυματικά έλκη
- κοκκιώματα
- θηλώματα
- λευκές βλάβες
- ακανθοκυτταρικά καρκινώματα
- αιμαγγειώματα
- κοκκιοκυτταρικά μυοβλαστώματα

Έδαφος του στόματος

- βατράχια
- σιαλόλιθοι
- καρκίνωμα in situ
- ακανθοκυτταρικά καρκινώματα
- λευκές και ερυθρές βλάβες
- αιμαγγειώματα

Τράχηλος

- λεμφαδενικές διογκώσεις
- όγκοι σιαλογόνων αδένων
- βραγχιακές κύστεις
- δερμοειδείς κύστεις
- κακοήθειες όγκοι
- τραχηλοπροσωπικές λοιμώξεις
- σαρκοειδωση
- φυματίωση

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΛΗΨΗΣ ΒΙΟΨΙΑΣ

Παρακάτω αναφέρονται βασικές αρχές που πρέπει να ακολουθούνται προκειμένου να γίνει σωστά μια βιοψία.

1. Τα ιστοτεμάχια που λαμβάνονται για να υποβληθούν σε ιστολογική εξέταση θα πρέπει να είναι αντιπροσωπευτικά της βλάβης

Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να αξιολογείται προσεκτικά η έκταση και η φύση της βλάβης και ότι η βιοψία θα πρέπει να λαμβάνεται από την πλέον αντιπροσωπευτική θέση της τελευταίας. Στην περίπτωση που γίνεται μερική βιοψία θα πρέπει το ιστοτεμάχιο να λαμβάνεται με τη μορφή λεπτού και σε βάθους σφηνοειδούς τεμαχίου και όχι με τη μορφή ευρείας και επιφανειακής εκτομής, διότι αν ληφθούν μόνο επιφανειακοί ιστοί είναι δυνατόν αυτοί να εμφανίζουν μόνο φλεγμονώδεις αντιδράσεις και να οδηγηθούμε σε ψευδώς αρνητικό αποτέλεσμα παρά την παρουσία κακοήθειας στη βλάβη. Εμφανώς νεκρωμένοι ιστοί θα πρέπει να αποφεύγονται διότι δεν έχουν καμιά διαγνωστική αξία.

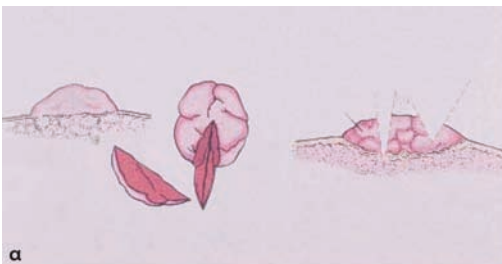
2. Όταν διενεργείται μερική βιοψία θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια να περιλαμβάνεται στην εκτομή και επαρκής μάζα φυσιολογικών ιστών

Αυτό θα διευκολύνει τον παθολογοανατόμο και θα του επιτρέψει να συγκρίνει τους παθολογικούς με τους φυσιολογικούς ιστούς κατά την ιστολογική εξέταση. Όταν διενεργείται εκτομή-βιοψία, πάντοτε θα πρέπει να περιλαμβάνεται στο παρασκεύασμα και μια ζώνη υγιών ιστών σε όλη την περιφέρεια της βλάβης (0,5-1 εκατοστού) (Εικ. 3α,β).

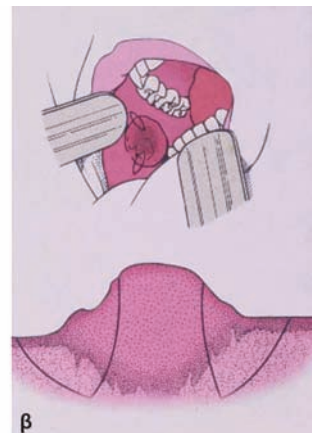
3. Οι χειρισμοί πρέπει να είναι πολύ προσεκτικοί γιατί η σύνθλιψη των ιστών προκαλεί αλλοίωση της ιστολογικής τους εικόνας

Όταν διενεργείται ολική ή μερική βιοψία, θα πρέπει το παρασκεύασμα να συγκρατείται με μια λεπτή χειρουργική λαβίδα προσεκτικά από το ένα του άκρο ή να τοποθετηθεί ράμμα μέσα στη μάζα του για να κρατείται σταθερά από αυτό και στη συνέχεια να γίνει η λήψη του. Η χρήση της χειρουργικής αναρρόφησης θα πρέπει να γίνεται με προσοχή και το ρύγχος της να βρίσκεται μακριά από το λαμβανόμενο ιστοτε-

εικόνα 3



α, β) Σχηματική παράσταση μερικής βιοψίας που περιλαμβάνει και υγιείς ιστούς.

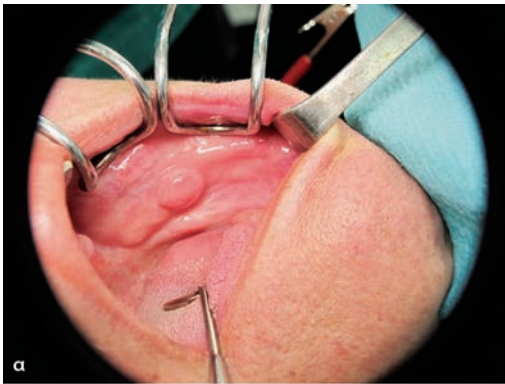


εικόνα 4



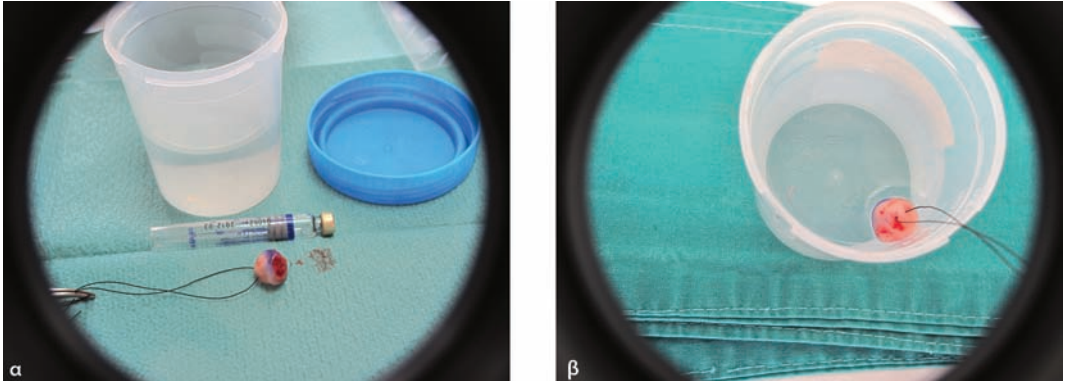
Ίλωμα αριστερής παρειάς.

εικόνα 5



Συγκράτηση του ογκιδίου με ράμμα-εκτομή.

εικόνα 6



α) Το ιστοτεμάχιο με το ράμμα συγκράτησης, **β)** Το ιστοτεμάχιο τοποθετείται στη φορμόλη.

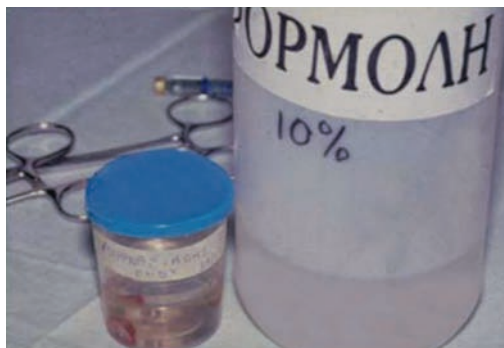
μάχιο διότι υπάρχει κίνδυνος αναρρόφησής του (Εικ. 4, 5, 6).

4. Να αποφευχθεί με κάθε τρόπο η ξήρανση του ιστοτεμαχίου

Το ιστοτεμάχιο θα πρέπει να τοποθετείται αμέσως μετά τη λήψη του σε φυσιολογικό ορό ή ακόμα καλύτερα σε διάλυμα φορμαλδεΐδης 10%, ενώ ο όγκος του διαλύματος θα πρέπει να είναι τουλάχιστον δεκαπλάσιος του όγκου του ιστοτεμαχίου (Εικ. 7, 8). Και αυτό γιατί, αν το

ιστοτεμάχιο αφυδατωθεί, επέρχεται κυτταρική παραμόρφωση που καθιστά την ιστολογική του εξέταση ανακριβή και αναξιόπιστη. Η φορμόλη μονιμοποιεί το παρασκεύασμα σχηματίζοντας μοριακές γέφυρες μεταξύ των πρωτεϊνών του ιστοτεμαχίου. Αν δεν συμβεί αυτό θα επέλθει μοιραία η αυτόλυση του ιστοτεμαχίου με αποτέλεσμα σε κάποιο χρονικό διάστημα να μην μπορεί αυτό να εξεταστεί ιστολογικά. Όλες οι ανοσοϊστοχημικές χρώσεις μπορούν να διενερ-

εικόνα 7



Φιαλίδιο με φορμόλη 10% στο οποίο τοποθετείται το παρασκεύασμα.

Θεσσαλονίκη

ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:**

Όνοματεπώνυμο Αριθμ. ιστορ.

Ηλικία Επάγγελμα

Διεύθυνση Τηλ.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ:
 Έλκος
 Όγκος
 Άλλη βλάβη

ΧΡΟΙΑ	ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ	ΣΥΣΤΑΣΗ	ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΒΑΣΗ
<input type="checkbox"/> Φυσιολογική	<input type="checkbox"/> Φυσιολογική	<input type="checkbox"/> Μαλακή	<input type="checkbox"/> Στεγνά προσφυόμενη
<input type="checkbox"/> Ερυθρή	<input type="checkbox"/> Εξηλωμένη	<input type="checkbox"/> Υπόσκληρη	<input type="checkbox"/> Ευκίνητη
<input type="checkbox"/> Λευκή	<input type="checkbox"/> Κοκκώδης	<input type="checkbox"/> Σκληρή	<input type="checkbox"/> Μισχωτή
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Κλυδάξουσα	<input type="checkbox"/> Άμυχη
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΕΝΤΟΠΙΣΗ:

ΜΕΓΕΘΟΣ: Διαστάσεις

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ Συμπτώματα:

.....

.....

Χρόνος πρώτης εμφάνισης

Εργαστηριακές πληροφορίες

.....

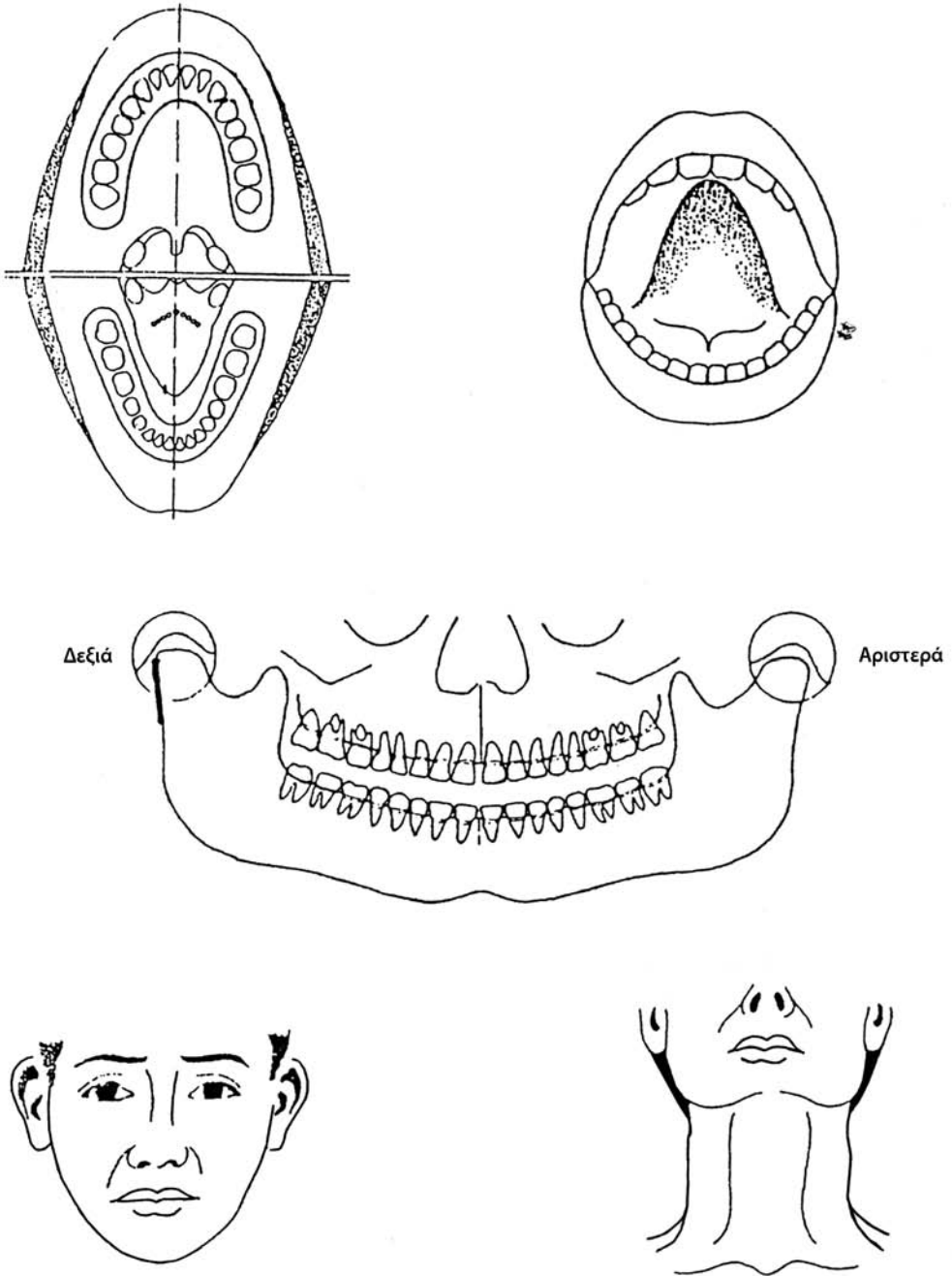
Πιθανή κλινική διάγνωση

ΑΠΟΣΤΕΛΛΟΜΕΝΟ ΥΛΙΚΟ:

 Μερική εξαίρεση
 Ολική εξαίρεση

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΙΑΤΡΟΥ

Παραπεμπτικό ιστολογικής εξέτασης (λεπτομερής περιγραφή όλων των στοιχείων).



Παραπεμπτικό που υποδεικνύεται με βέλη η εντόπιση των βλαβών.

γηθούν σε παρασκευάσμα που έχει μονιμοποιηθεί σε φορμόλη. Υπάρχουν μόνο δύο περιπτώσεις που το ιστοτεμάχιο δεν πρέπει να εμβυθιστεί σε φορμόλη, αλλά να γίνει άμεσα η κατάψυξή του. Η πρώτη περίπτωση είναι η λήψη ιστοτεμαχίου διεγχειρητικά για ταχεία βιοψία και η δεύτερη περίπτωση είναι η λήψη ιστοτεμαχίου προκειμένου να εξεταστεί με ανοσοφθορισμό όπως, π.χ., για τη διάγνωση πομοφοσαλιδώδων παθολογικών καταστάσεων του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας.

5. Πάντοτε το ιστοτεμάχιο θα πρέπει να συνοδεύεται από πληροφορίες για την ταυτότητα του ασθενούς, την ηλικία του, το φύλο και την καταγωγή του, την κλινική και ακτινογραφική εξέταση της βλάβης και τις πιθανές διαγνώσεις.

Ποιες πληροφορίες θα πρέπει να αποστέλλονται μαζί με το παρασκευάσμα

1. Δημογραφικά στοιχεία του ασθενούς.
2. Περιγραφή της κλινικής εμφάνισης του όγκου και πιθανή διάγνωση.

3. Εντόπιση του όγκου.
4. Σχέση του όγκου με αποκαταστάσεις (αμάλγαμα, γέφυρες κτλ.).
5. Φάρμακα που λαμβάνει ο ασθενής.
6. Ιατρικό ιστορικό του ασθενούς.
7. Συνήθειες όπως κάπνισμα και λήψη αλκοόλ (Εικ. 8, 9).

6. Αν υπάρχει υποψία κακοήθειας πάντοτε οι απεικονιστικές εξετάσεις πρέπει να προηγούνται της βιοψίας, διότι αν προηγηθούν οι χειρισμοί της βιοψίας θα αλλοιωθεί η εικόνα της πρωτοπαθούς βλάβης και ακόμα περισσότερο των επιχώριων λεμφαδένων λόγω της μετατραυματικής φλεγμονής

Στην περίπτωση αυτή είναι αδύνατον να συμπεράνει κανείς αν η διόγκωση των λεμφαδένων που γίνεται αντιληπτή απεικονιστικά οφείλεται σε περιοχική μετάσταση ή σε μετεγχειρητική φλεγμονή. Γενικά σε υποψία κακοήθειας η σωστότερη ενέργεια από τον κλινικό ή στοματολόγο είναι να παραπέμψει άμεσα τον ασθενή σε γναθοπροσωπικό χειρουργό (Εικ. 10).

εικόνα 10



Μαγνητική τομογραφία στην οποία φαίνεται η παρουσία διογκωμένου τραχηλικού λεμφαδένα.

Πίνακας 3. Σημαντικές επισημάνσεις κατά τη λήψη βιοψίας

ΝΑΙ	ΟΧΙ
<ul style="list-style-type: none"> ❑ Λαμβάνεται αντιπροσωπευτικό ιστοτεμάχιο όταν τελείται μερική βιοψία ❑ Απαιτείται η λήψη επαρκούς ποσότητας ιστών διότι όσο πιο μεγάλο είναι το ιστοτεμάχιο τόσο μεγαλύτερες πιθανότητες σωστής διάγνωσης από τον παθολογοανατόμο υπάρχουν ❑ Η λεπίδα του νυστεριού θα πρέπει πάντοτε να είναι καινούρια ❑ Προσεκτικός χειρισμός του ιστοτεμαχίου (αποφυγή σύνθλιψης, αποξήρανσης) ❑ Μερική βιοψία όλων των μεγάλων και ύποπτων αλλοιώσεων ❑ Πάντοτε γίνεται αναρρόφηση σε οστικές κοιλότητες πριν να επιχειρηθεί διάνοιξη για τη λήψη βιοψίας ❑ Πάντοτε αποστέλλονται τα ιστοτεμάχια σε παθολογοανατόμο με πείρα στην παθολογία του στόματος 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Αγγειακές βλάβες δεν θα πρέπει να υφίστανται μερική βιοψία ❑ Ενδοοστικές διαυγαστικές αλλοιώσεις δεν θα πρέπει να υφίστανται βιοψία εάν δεν προηγηθεί διαγνωστική αναρρόφηση ❑ Το τοπικό αναισθητικό δεν θα πρέπει να εγχύεται εγγύτερα του 1 εκ. από την αλλοίωση ❑ Να αποφεύγεται η λήψη του ιστοτεμαχίου με διαθερμικό μαχαίριδιό διότι παραμορφώνεται η μικροσκοπική του εικόνα ❑ Μελαγχρωματικές βλάβες δεν θα πρέπει να υφίστανται μερική βιοψία ❑ Όταν υπάρχει υποψία κακοήθειας, το βάθος της εκτομής δεν πρέπει να περιλαμβάνει και το περίστεο, διότι το περίστεο είναι ένας φυσικός φραγμός για τα καρκινικά κύτταρα

Στον παραπάνω πίνακα (Πίν. 3) αναφέρονται συνοπτικά τι επιτρέπεται και τι όχι προκειμένου να γίνει σωστά μια βιοψία.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΒΙΟΨΙΑΣ - ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

Οι ενδείξεις για τη λήψη βιοψίας από μια βλάβη στη στοματική και γναθοπροσωπική περιο-



Ελκωτική εξεργασία δεξιάς παρειάς.



Υπερκεράτωση-λευκοπλακία στην οπισθογόμφια περιοχή δεξιά.

χή είναι οι εξής:

- Οποιαδήποτε ενδοστοματική αλλοίωση επιμένει για περισσότερες από 2 εβδομάδες και δεν φαίνεται να σχετίζεται με σαφή αιτιολογικό παράγοντα (Εικ. 11)
- Οποιαδήποτε ενδοστοματική αλλοίωση δεν ανταποκρίνεται στη συντηρητική αντιμετώπιση μετά από 15 μέρες
- Εμμένουσες επιφανειακές υπερκερατωσικές βλάβες (Εικ. 12)
- Οποιαδήποτε ογκόμορφη βλάβη εξωφυτική ή ελκωτική είτε υποβλεννογόνια, ψηλαφού-

εικόνες 13 – 14

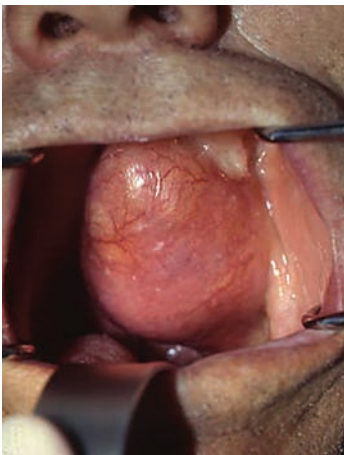


Εξωφυτική μορφή όγκου στο πλάγιο χείλος της γλώσσας.



Ελκωτική-υποβλεννογόνια αλλοίωση στην υπερώα.

εικόνες 15 – 16



Εκτεταμένο λίπωμα υπερώας. Διακρίνονται τα αγγεία από την υπερβολική πίεση του βλεννογόνου της υπερώας.



Οστεολυτική εξεργασία γωνίας-κλάδου-κορωνοειδούς απόφυσης της κάτω γνάθου (αδαμαντινοβλάστωμα).

μενη κάτω από φυσιολογικό βλεννογόνο (Εικ. 13, 14)

- Φλεγμονώδεις αλλοιώσεις άγνωστης αιτιολογίας που εμμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα
- Αλλοιώσεις που παρεμβάλλονται στις λειτουργίες της μάσησης, της κατάποσης και της ομιλίας (Εικ. 15)
- Ενδοοστικές αλλοιώσεις που δεν μπορούν να διαγνωσθούν με ασφάλεια με βάση τα

κλινικά και ακτινογραφικά τους χαρακτηριστικά (Εικ. 16)

- Οποιαδήποτε αλλοίωση έχει χαρακτήρες κακοήθειας. Τα χαρακτηριστικά που θέτουν υποψία κακοήθειας είναι τα εξής:
 - ερυθροπλακία: η αλλοίωση έχει ερυθρή ή κηλιδωτή χροιά
 - έλκος
 - διάρκεια: η αλλοίωση επιμένει για περισσότερο από 2 εβδομάδες

εικόνα 17



Ερυθροπλακία βλεννογόνου της παρειάς.

εικόνα 18



Έλκος στη μέση γραμμή της υπερώας.

- ταχύς ρυθμός αύξησης
- αιμορραγική διάθεση με ήπιους χειρισμούς
- σκληρία
- καθήλωση στους υποκειμένους ιστούς κατά την ψηλάφηση (Εικ. 17, 18).

ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΛΗΨΗΣ ΒΙΟΨΙΑΣ

Τα στάδια της τεχνικής για τη λήψη μιας βιοψίας από τη στοματική και γναθοπροσωπική περιοχή είναι τα ακόλουθα:

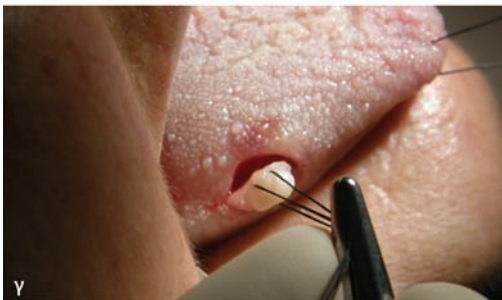
- Επιλογή της περιοχής από την οποία θα ληφθεί το ιστοτεμάχιο
- Προετοιμασία του χειρουργικού πεδίου-αντισηψία: εδώ θα πρέπει να επισημάνουμε ότι για την αντισηψία της στοματικής κοιλότητας μπορεί να χρησιμοποιηθεί διάλυμα

χλωρεξιδίνης 0,12-0,2%. Γενικά θα πρέπει να αποφεύγεται το διάλυμα ιωδιούχου ποβιδόνης (Betadine) διότι χρωματίζει τους ιστούς

- Διενέργεια τοπικής αναισθησίας
- Λήψη του ιστοτεμαχίου
- Εμβάπτιση του ιστοτεμαχίου σε μονιμοποιητικό παράγοντα
- Συρραφή του τραύματος όποτε χρειάζεται (Εικ. 19α,β,γ,δ).

Για να γίνει σωστά μια βιοψία, ο οδοντίατρος θα πρέπει να γνωρίζει τις πιθανές διαγνώσεις που αφορούν τη βλάβη από την οποία θα γίνει η λήψη της βιοψίας. Αυτή η διαδικασία καλείται διαφορική διάγνωση και προϋποθέτει τη λήψη ενός πληρέστατου ιστορικού, τη λεπτομερή κλινική εξέταση καθώς και τον ακτινολογικό και εργαστηριακό έλεγχο του ασθενούς.

εικόνα 19



Εκτομή-βιοψία μικρού ογκιδίου από το πλάγιο χείλος της γλώσσας.

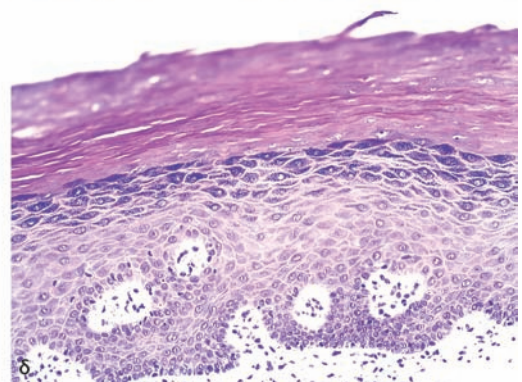
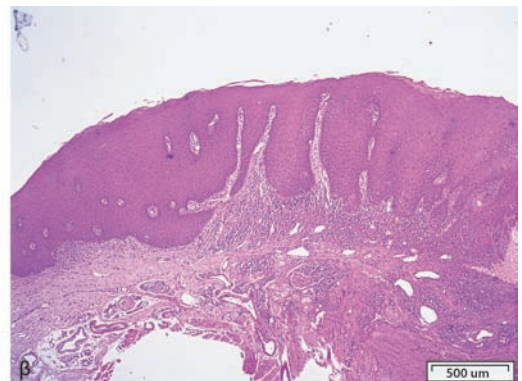
ΣΕ ΠΟΙΕΣ ΒΛΑΒΕΣ-ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΒΙΟΨΙΑ ΚΑΙ ΣΕ ΠΟΙΕΣ ΟΧΙ;

1. Λευκές και ερυθρές αλλοιώσεις

Ο σημαντικότερος λόγος που υποβάλλεται μια ενδοστοματική αλλοίωση σε βιοψία είναι φυσικά η επιβεβαίωση ή ο αποκλεισμός της παρουσίας κακοήθειας. Γενικά οι λευκές αλλοιώσεις μπορεί να αντιπροσωπεύουν περιοχές υπερκεράτωσης, ενώ οι ερυθρές αλλοιώσεις μπορεί να αντιπροσωπεύουν περιοχές χωρίς παρουσία κερατίνης. Μπορεί όμως τόσο οι λευκές αλλοιώ-

σεις (λευκοπλακία) όσο και οι ερυθρές (ερυθροπλακία) να αντιπροσωπεύουν περιοχές στις οποίες υπάρχει διαταραχή στην ωρίμανση των κυττάρων, δηλαδή περιοχές με δυσπλασία. Η εμφάνιση των αλλοιώσεων αυτών μπορεί να ποικίλλει, όμως κλινικά δεν είναι δυνατόν να διακριθεί ο καλοήθης ή κακοήθης χαρακτήρας μιας αλλοίωσης. Για τον λόγο αυτό χρειάζεται συνεκτίμηση και άλλων παραγόντων. Αν, για παράδειγμα, συνυπάρχει με την ενδοστοματική βλάβη διόγκωση των τραχηλικών λεμφαδένων που δεν μπορεί να αποδοθεί σε φλεγμονή, η σκέψη σαφώς κατευθύνεται προς κακοήθεια.

εικόνα 20



α) Λευκοπλακία στο πλάγιο χείλος της γλώσσας. **β)** Ιστολογική εικόνα λευκοπλακίας.
γ) Υπερκεράτωση. **δ)** Ιστολογική εικόνα.

Πίνακας 4. Διαφορική διάγνωση ερυθρών και λευκών αλλοιώσεων του βλεννογόνου του στόματος

Λευκές αλλοιώσεις	Ερυθρές αλλοιώσεις
Ουλώδης ιστός	Τραυματικές κηλίδες και διαβρώσεις
Θήλωμα	Ερυθρά έλκη ή έλκη με ερυθρά άλω
Λευκόδερμα	Κυτταρίτιδα
Επουλωμένο χημικό ή θερμικό έγκαυμα	Ερυθροπλακία
Υπερκεράτωση	Καρκίνωμα in situ
Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα	Σάρκωμα Karosi
Ακροχορδονώδες καρκίνωμα	Οξέα χημικά ή θερμικά εγκαύματα
Καντιντίαση	Ατροφική καντιντίαση
Λευκή τριχωτή γλώσσα	Στοματίτιδα από οδοντοστοιχία
Νικοτινική στοματίτιδα	Νικοτινική στοματίτιδα
Φυσαλιδώδεις νόσοι	Πρωτογενής έρπης
Ομαλός λειχήνας και λειχηνοειδείς αντιδράσεις	Διαβρωτικός ομαλός λειχήνας
Μεταναστευτική γλωσσίτιδα	Πολύμορφο ερύθημα
Νεκρωμένοι ιστοί	Ξηροστομία
	Μέση ρομβοειδής γλωσσίτιδα
	Πυογόνο κοκκίωμα

εικόνα 21



- α) Γεωγραφική γλώσσα.
 β) Ομαλός λειχήνας.
 γ) Πυογόνο κοκκίωμα γλώσσας.

Γενικά αν η αλλοίωση δεν μπορεί να αποδοθεί σε τραύμα ή σε λοίμωξη (καντιντίαση), απαιτείται βιοψία και παθολογοανατομική επιβεβαίωση της φύσης της. Αν ο κλινικός επιλέξει να αναμένει ένα χρονικό διάστημα, αυτό δεν πρέπει να είναι μεγαλύτερο από **6-10 μέρες**, διότι ο φυσιολογικός βλεννογόνος συνήθως αποκαθίσταται στο διάστημα αυτό (Εικ. 20α,β,γ,δ).

Στον Πίνακα 4 αναφέρεται η διαφοροδιάγνωση των λευκών και ερυθρών αλλοιώσεων του ενδοστοματικού βλεννογόνου (Εικ. 21α,β,γ).

2. Μελαγχρωματικές αλλοιώσεις

Γενικά οι μελαγχρωματικές αλλοιώσεις του βλεννογόνου του στόματος μπορεί να υποδηλώνουν κακοήθεια και να απειλούν τη ζωή του ασθενούς. Μπορεί βέβαια και να είναι απόλυτα καλοήθεις και να οφείλονται σε εναπόθεση αμαλάγατος στους μαλακούς ιστούς, σε φυλετική προδιάθεση ή να είναι συγγενείς σπίλοι (Εικ. 22α,β). Αν από το ιστορικό η αιτιολογία είναι σαφής, δεν απαιτείται βιοψία. Επίσης, βιοψία δεν απαιτείται όταν η μελανή αλλοίωση παραμένει αμετάβλητη τα τελευταία χρόνια. Συχνά η παρουσία μελανής αλλοίωσης στον βλεννογόνο αντιπροσωπεύει έναν συγγενή σπίλο, ο οποίος θα πρέπει να υποβληθεί σε εκτομή-βιοψία, διότι δεν υπάρχουν σαφή βιβλιογραφικά δεδομένα για τη δυνατότητα εξαλλαγής του σε κακόηθες μελάνωμα. Μελανές αλλοιώσεις που εμφανίζουν ερυθρή άλω, επιφανειακή εξέλκωση και αιμορραγία είναι ύποπτες για μελάνωμα. Στην περίπτωση αυτή λαμβάνεται μερική βιοψία για επιβεβαίωση της διάγνωσης.

3. Υποβλεννογόνιοι όγκοι μαλακών μοριών

Οι όγκοι αυτοί συνήθως ανακαλύπτονται τυχαία από τον ασθενή ή τον ιατρό κατά την ψηλάφηση ή διαπιστώνονται από τη διόγκωση που προκαλούν (Εικ. 23). Ο υπερκείμενος βλεννογόνος είναι συνήθως φυσιολογικός, αν και κάποιες φορές είναι δυνατόν να συνυπάρχουν

επιφανειακές εξελκώσεις στον βλεννογόνο λόγω πίεσης από την υποκείμενη διόγκωση. Πριν την οριστική βιοψία χρήσιμο στους όγκους που κλυδάζουν ή έχουν κυστική εμφάνιση στις απεικονιστικές εξετάσεις είναι να διενεργείται αναρρόφηση (Εικ. 24). Το υλικό που αναρροφάται (λέμφος, σάλιο, αίμα) δίνει περισσότερες πληροφορίες για τη φύση του όγκου και μπορεί στη συνέχεια να αποσταλλεί για κυτταρολογική και βακτηριολογική εξέταση. Ο οδοντίατρος δεν πρέπει να ξεχνάει ότι και οι όγκοι αυτοί μπορεί να απειλούν τη ζωή των ασθενών τους.

4. Οστικές αλλοιώσεις

Οστικές αλλοιώσεις συνήθως ανακαλύπτονται τυχαία σε ακτινογραφικό έλεγχο, ενώ κάποιες άλλες καθίστανται και κλινικά εμφανείς από την παραμόρφωση που προκαλούν. Συνήθως οι διογκώσεις των οστών που καθίστανται εμφανείς είναι συγγενούς-αναπτυξιακής αιτιολογίας, π.χ., εξοστώσεις ή οστεώματα. Η καλοήθεια δεν είναι πάντοτε ο κανόνας, διότι την ίδια εμφάνιση μπορεί να έχουν και κακοήθεις όγκοι. Οι κεντρικές ενδοοστικές αλλοιώσεις ανακαλύπτονται συνήθως σε ακτινογραφικό έλεγχο ως ακτινοδιαγαστικές ή ακτινοσκοιερές ή μεικτές αλλοιώσεις. Οι αλλοιώσεις αυτές, αν δεν μπορούν να αποδοθούν σε κάποιο σαφές αίτιο, π.χ., τραύμα ή χειρουργείο, πρέπει να υποβάλλονται σε βιοψία. Πάντοτε απαιτείται αναρρόφηση πριν τη βιοψία, διότι κανείς δεν μπορεί να αποκλείσει την παρουσία όγκου αγγειακής αιτιολογίας. Η διάνοιξη ενός τέτοιου όγκου μπορεί να προκαλέσει μεγάλη αιμορραγία, ακόμα και να απειλήσει τη ζωή του ασθενούς.

Πολύ συχνά προσέρχονται ασθενείς με περιακρορριζικές αλλοιώσεις. Η πλειοψηφία των αλλοιώσεων αυτών είναι φλεγμονώδους αιτιολογίας και χαρακτηρίζονται παθολογοανατομικά ως κύστες ή κοκκιώματα. Σπανιότερα μπορεί να πρόκειται για άλλου τύπου οδοντογενείς κύστες όπως κύστες του ρινουπερώιου πόρου