

بِسْمِ اللَّهِ الْفَوْر

ضایعات خوش خیم حفره دهان

Designed by:

HR.MOZAFFARI, DDS, MSc,

Associate Professor of Oral Medicine,

Kermanshah Dental School

ضایعات خوش خیم حفره دهان

۱-تنوعات نرمال

۲-ضایعات خوش خیم بافت نرم

تنوعات نرمال

- توروسها
- ضخیم شدن موضعی وندولار لته چسبنده
- مجرای استتسن
- پاپیهای جامی شکل زبان
- واریس زیر زبانی















هایپر پلازی التهابی/واکنشی بافت نرم

- گستره وسیع از افزایش رشدندولار
- بافت: فیبروز تا نسج گرانولاسیون طیف
- این تنوع بافتی در مشخصه بالینی منعکس میشود
- اندازه: کوچک تا بزرگ بسته به شدت واکنش و نوع پاسخ
- اتیولوژی: ترومای دنچر، جرم، اورهنگ، گاز گرفتگی، هورمونها
- نمای کلینیکی: تورم، زخم، ضایعات ارغوانی و قرمز
- خوردگی استخوان زیرین بندرت

فیبروما

- افزایش رشد پایه دار یا بدون پایه با قاعده پهن
- در هر سطحی از مخاط ممکن اما گونه شایع ترین محل است ضمناً شایع ترین تومور دهان است
- معمولاً کمتر از ۱ سانتیمتر به ندرت بزرگتر از ۱ سانتیمتر
- دارای سطح صاف هم‌رنگ بافت مجاور
- در دهه ۴ و ۶ شایع
- زائده فرنال نوع شایعی از هیپرپلازی فیبرو متصل به فرنوم است

فیبروما - هیستولوژی

- توده ندولراز بافت همبند با پوشش اپیتلیومی
- بافت همبند معملا متراکم و کلاژنه است

درمان و پیش آگهی فیبروما

- جراحی اکسیژنال
- حذف عامل تحریکی
- لیزر
- عود بسیار نادر







ژانت سل فیروما

- ضایعه ندولار مشابه فیروما
- تفاوت از نظر بافت شناسی از سایر فیروماها وجودسلولهای ستاره ای شکل و چند هسته ای
- از نظر رنگ کمی پر رنگتر از فیروما
- اتیولوژی ژانت سل فیروما نا شناخته است

سندرمهای دارای فیبروماهای متعدد

- سندرم نتوپلاسما ها و هامارتوماهای متعدد (سندرم Cowden)
- توبروز اسکلوزیس

سندرم cowden

- ارثی است وبصورت اتوزومال غالب انتقال می یابد
- پاپول های متعدد روی لب و لثه
- پاپیلوماتوز (فیبروماتوزیس خوش خیم) در گونه، کام، حلق و اروفارنژیال به صورت قلوه سنگی دیده می شود
- زبان به صورت سنگ ریزه مانند و شیار دار است
- ندولهای پاپیلوماتوز متعدد روی پوست اطراف دهان، چشم، و اطراف بینی مشاهده می شود
- ندولهای پاپیلوماتوز متعدد همراه با لیپوما همانژیوما، نروما، و تیلیگو، لکهای شیر قهوه در پوست
- هامارتوز، خطر ابتلا به کارسینوم پستان و تیروئید

توبروز اسکروزیس

- ارثی
- صرع، عقب ماندگی ذهنی با هاماتوز گلیال، ادنوم سباسه
- نقایص مینایی هیپو پلاستیک در ۴۰ تا ۱۰۰ درصد
- رابدومیوما در قلب
- هامارتوم در کلیه، کبد، آدرنال، پانکراس و فک



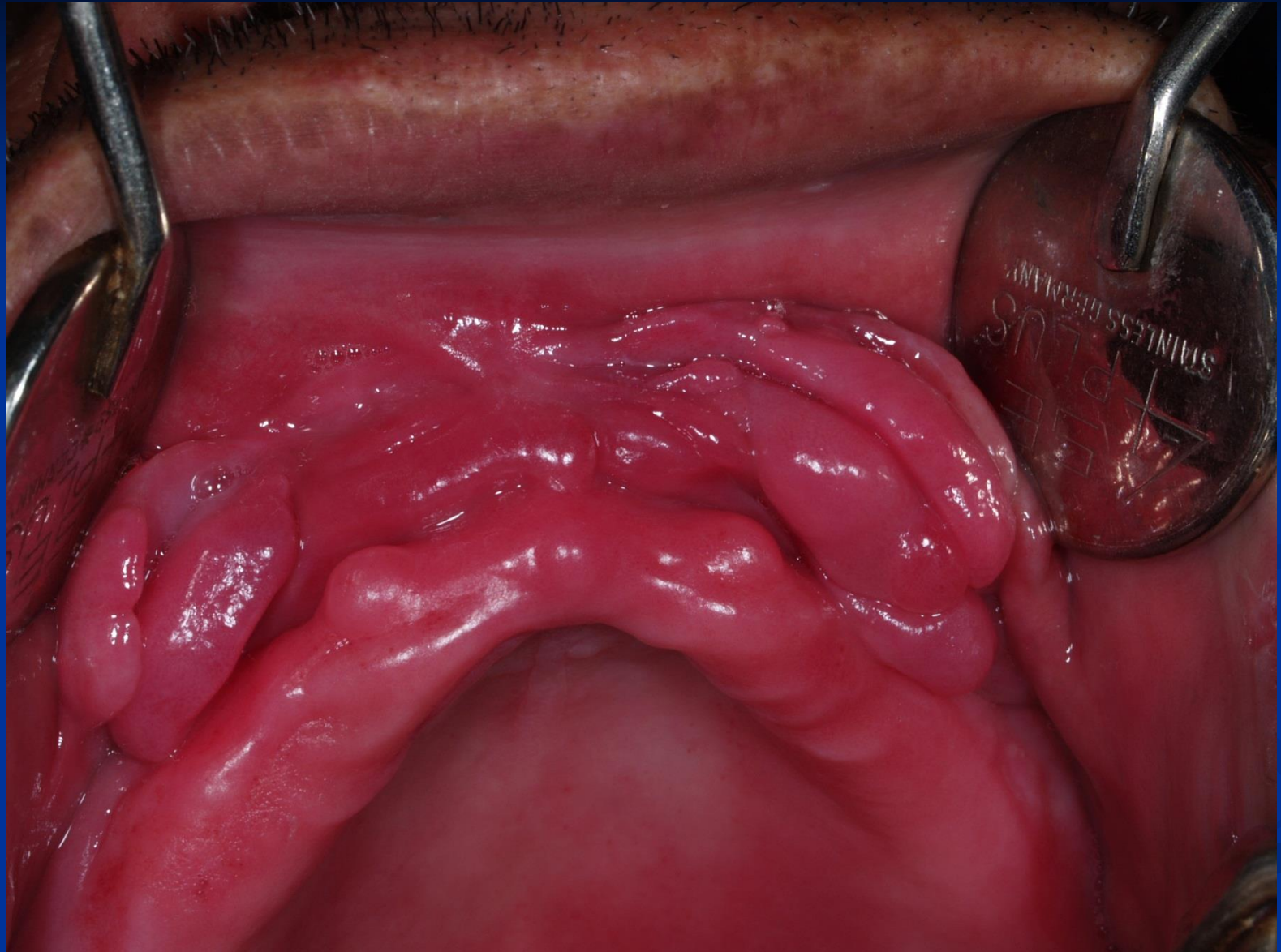
اپولیس فیشر اتوم

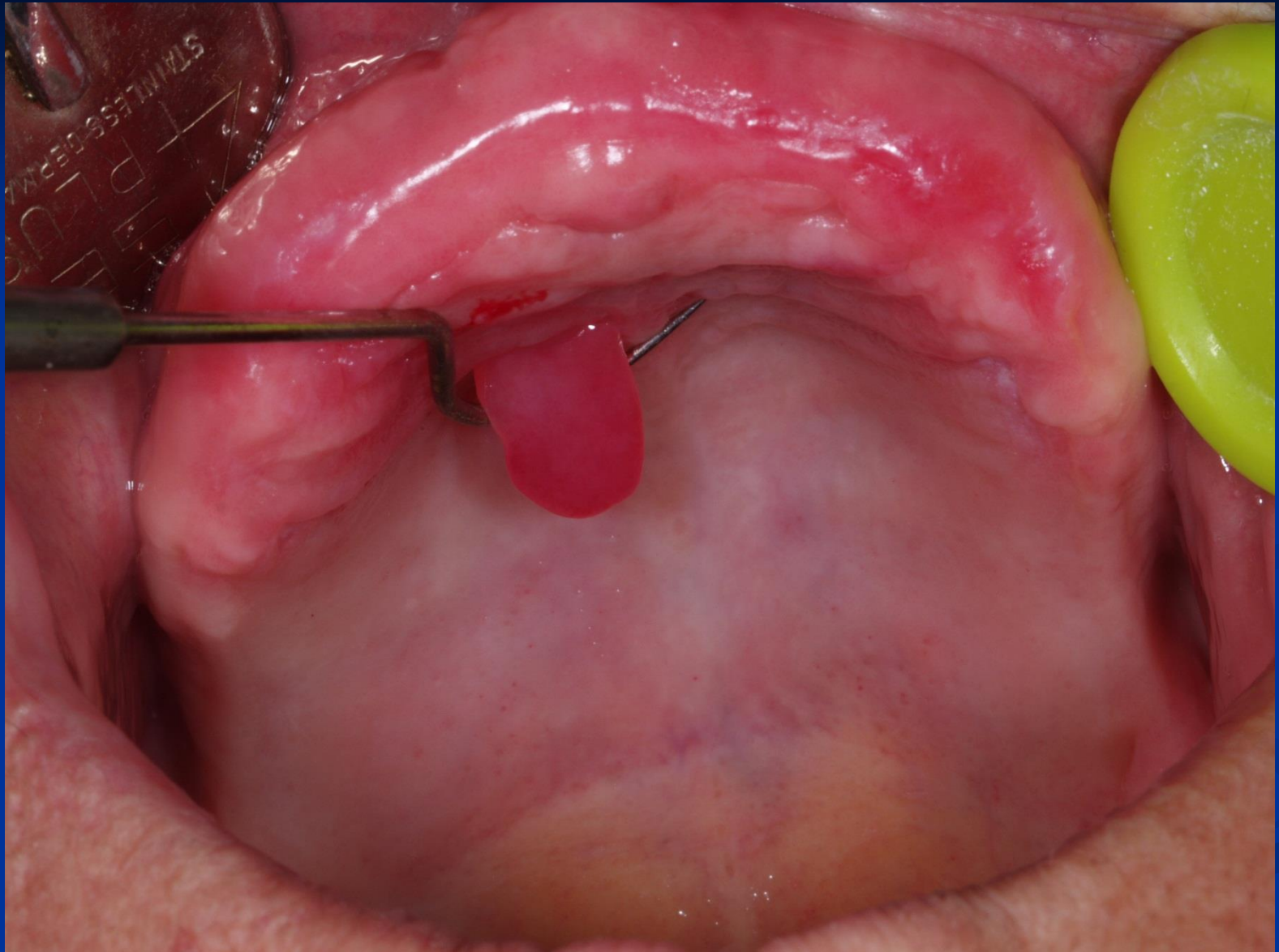
- ا-ف ضایعه التهابی واکنشی مرتبط با دنچر نا مناسب
- از نظر بافتی شبیه فیبروما
- بعد برداشت دنچر کم می شود
- بیشتر در بالغین، بیشتر در قدام فکین
- هیپرپلازی فیبروی مشابه اپولیس پولیپ فیبرو اپیتلیال یا فیبرومای شبه برگ در کام
- درمان: جراحی، لیزر، تعویض یا ریلاین دنچر
- پیش آگهی: خوب

















پولیپ پالپ یا پالپیت هیپرپلاستیک مزمن

- تکثیر بافت همبند پالپ
- پولیپ قارچی شکل پالپ
- غیر حساس بدلیل مقدار کم فیبر عصبی
- در اثر جویدن اپیتلیوم سطحی کراتینیزه است
- اتیولوژی: پوسیدگی دندان
- درمان: اندو یا جراحی کنتر اوریسی





هایپرپلازی اپیلاری التهابی

- در پاسخ به تحریک مزمن دنجری
- در وسط کام سخت
- در ۳ تا ۴ درصد دنجریها
- پاتوژنز: نا مشخص ولی با عفونت قارچی مزمن مرتبط
- قرمز مخملی همراه تورم و برجستگی با تحریک خونریزی
- پتانسیل بد خیمی ندارد
- درمان: ضد قارچ، جراحی، الکتروسرجری، کرایوتراپی، لیزر







پیوژنیک گرانولوما

- یک ندول خونریزی دهنده اغلب روی لثه
- عدم حذف عامل تحریکی عود زیاد
- اتیولوژی: جرم، مواد غذایی، اورهنگ
- هیستولوژی: بافت اندوتلیال تکثیر شونده با حداقل کلاژن
- بر خلاف نام ترشح چرک ندارد
- رنگ: قرمز تا ارغوانی
- سطح: صاف
- قوام: نرم

درمان پیوژنیک گرانولوما

■ جراحی اکسیژنال

■ کورت کافی

■ لیزر



تشخیص‌های افتراقی پیورژنیک

- اپولیس حاملگی
- همانژیما
- ژانت سل گرانولومای محیطی
- سارکوم کاپوزی

سمنتوفاینگ فیروما

- فقط در پایی بین دندانی دیده می شود
- بافت: شواهدی از کلسیفیکاسیون در زمینه استرومای پر از سلول فیرو بلاستیک
- در نوجوانان و بالغین
- سطح: صاف
- رنگ: صورتی کم رنگ تا قرمز
- قوام: لاستیکی تا سفت



درمان سمنتفاینگ فیبرومای محیطی

■ جراحی

■ همراه با کورتاژ و برداشت استخوان

پریفرا ل اوسیفاینگ فیبروما

- از هر نظر شبیه پریفرا ل سمنتوفاینگ فیبروما
- تفاوت در منشا بافتی که استخوان است
- رنگ صورتی، قوام لاستیکی تا استخوانی،
- درمان: جراحی تهاجمی



ژانت سل گرانولومای محیطی

- ضایعه محیطی اگزوفیتیک، منحصر را روی لثه
- به صورت مرکزی در استخوانهای فک، صورت، جمجمه
- نوع محیطی ۵ برابر مرکزی است
- رنگ: قرمز تا ارغوانی مایل به ابی
- سلولهای غالب فیرو بلاست ، استئوبلاست، استئوکلاست
- بیشتر زنان، بیشتر مندیبل، در هر سنی
- درمان: جراحی

ندولار فاسئیتیس

- پرولیفراسیون غیر نئوپلاستیک بافت همبند است
- معمولاً روی تنه یا اندامهای انتهایی بالغین جوان
- به صورت ندول با رشد سریع
- نوع دهانی در تمامی سنین بیشتر در دهه ۴ و ۶
- محل شایع گونه و اغلب اگزوفیتیک با رشد متغیر
- سلولهای غالب میوفیبروبلاست می باشد

میوزیت پرولیفراتیو و میوزیت فوکال

- ضایعات عضلانی اسکلتی هستند
- موارد نادر در عضلات زبان و گردن و فک گزارش شده
- یک ضایعه واکنشی فیبروبلاستیک در فیبرهای عضلانی است



افزایش حجم لنه

■ معمولاً شرایط التهابی مانند، بهداشت ضعیف، گیر غذای، تنفس دهانی

■ شرایط سیستمیک مانند: تغییر ا هورمونی، داروها، انفلتراسیون تومورها

■ واژه های مترادف هایپرتروفی (افزایش اندازه سلول) هایپرپلازی (افزایش تعداد سلولها)، ادم، پر خونی عروقی، انفلتراسیون سلولهای التهابی

افزایش حجم لثه التهابی



■ تجمع پلاک

■ جرم بالای لثه

■ گیر غذایی

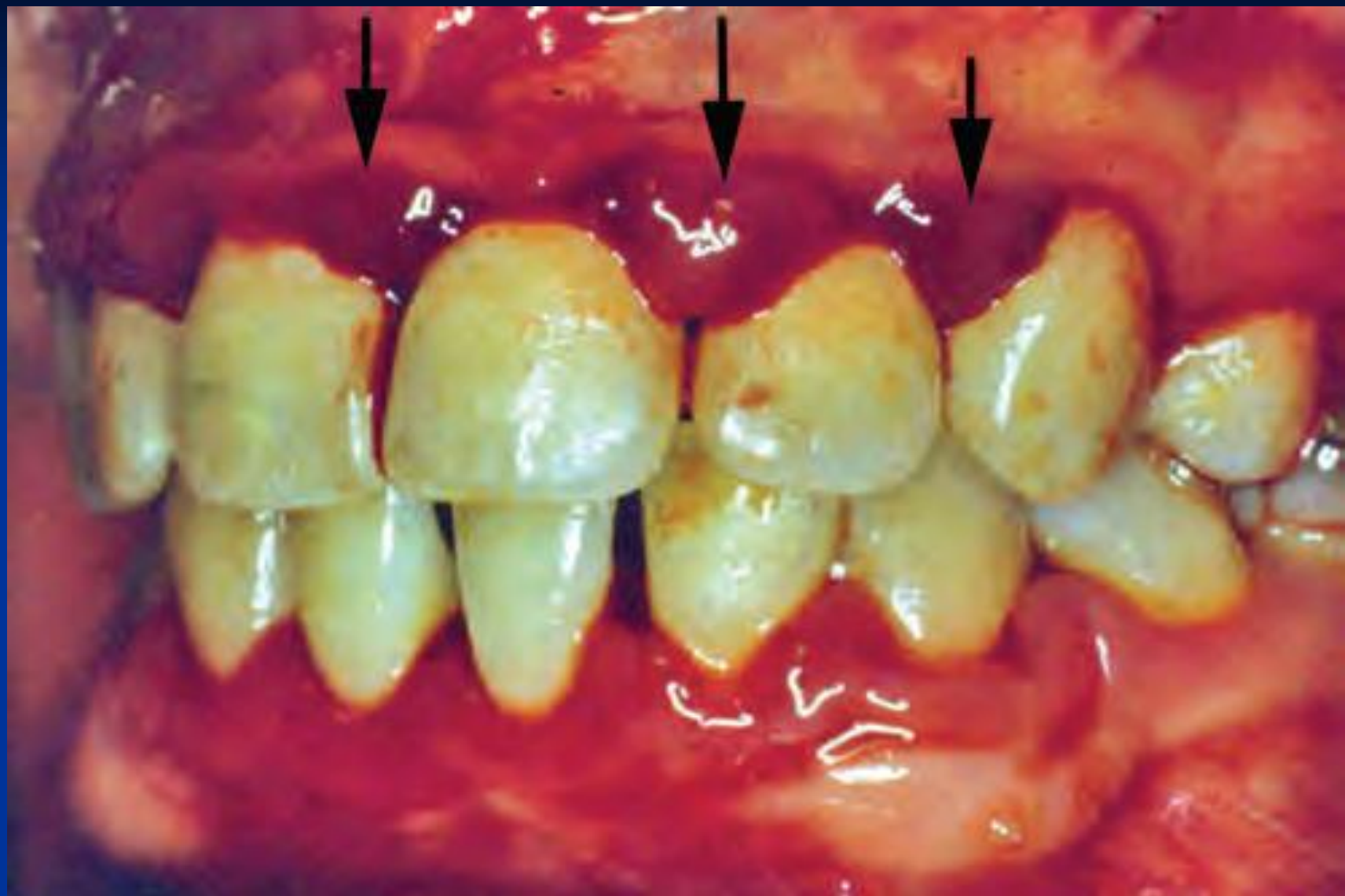
■ اختلال در سنتز کلاژن مثل کمبود ویتامین C

■ فاکتورهای تشدیدکننده: پلاک اورتودنسی، تنفس

دهانی، هورمون

■ باکمترین تحریک خونریزی

■ التهاب لثه عمدتاً در ناحیه قدامی در ارتباط با تنفس دهانی



درمان افزایش حجم لثه

- بهداشت مناسب
- حذف تمامی فاکتورهای موضعی و سیستمیک
- دبریدمان، جرمگیری، پولیش، اصلاح ترمیمی، ترمیم پوسیدگی، اصلاح گیر غذایی،
- پیگیری منظم
- در موارد مقاوم تجویز انتی میکروبیال موضعی و سیستمیک
- جراحی

افزایش حجم لته ناشی از دارو

- داروهای ضد صرع (فنی توئین)، سیکلوسپورین، بلوک کننده‌های کانل کلسیم،
- گسترش التهاب وابسته به دوره، دوز، کیفیت بهداشت، فاکتورهای محیطی و ژنتیکی دارد
- تاثیر دارو بوسیله اختلال در سیتوکاینها و فاکتورهای رشد
- افزایش لته در اثر فنیتوین شیوع بیشتری دارد
- ۵۰ درصد بیمارانیکه بیش از ۳ ماه فنی توئین استفاده کنند

ادامه افزایش حجم لثه ناشی از دارو

- ضد تشنجهای مثل والپروئک اسید، فنو باربیتال، ویکاباترین بندرت افزایش حجم لثه میدهد
- سیکلوسپورین در ۲۵ تا ۳۰ درصد جوانان و ۷۰٪ کودکان
- نفیدیپین و دیلتیازوم از بلوک کنندگان مسئول ۵ تا ۲۰٪ موارد
- همچنین داروهای وراپامیل، فلودیپین و آملودیپین نیز افزایش

درمان افزایش حجم لثه ناشی از دارو

- رعایت بهداشت
- قطع داروی مصرفی
- جایگزین دارو (تاکریلیموس سرکوبگر ایمنی بجای سکلوپیرین)
- جراحی
- لیزر



■ سیکوسپورین



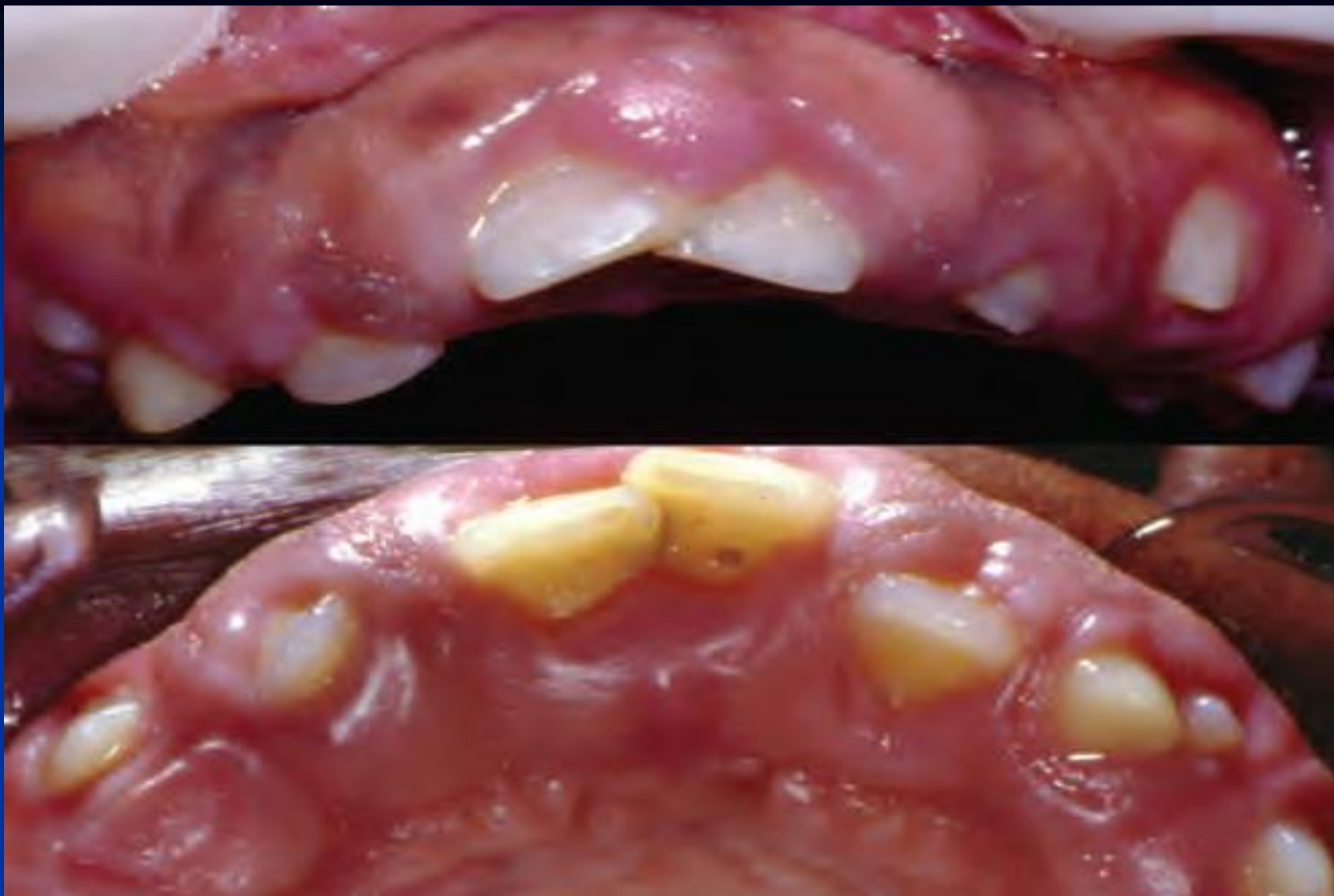






فیبروماتوز ارثی لثه

- ارثی با دو الگوی وراثتی اتوزومال غالب و مغلوب
- یک موتاسیون ارثی در ژن $SOS1$
- ممکن زمان تولد یا تنها با رویش دندانهای شیری یا دائمی
- جابجای دندان، باقی ماندن زیاد از حد شیری، دیاستم
- تاج دندان ممکن پوشیده مشکل در جویدن، صحبت، زیبایی
- بافت: بافت فیبروزه با استرومای بسیار کلاژنه



فیبوماتوز ارثی

سایر عوامل افزایش دهنده حجم لنه

- مبتلایان به لوسمی حاد میلوژنیک بخصوص (m4,m5)
- نرو فیبروماتوزیس ۱
- گرانولوماتوز و گنر
- سارکوئیدوز
- بیماری کرون
- آمیلوئیدوزیس اولیه
- سارکوم کاپوزی
- آکرومگالی و لنفوما

لوسمی



تومورهای خوش خیم بافت نرم

منشأ از بافت فیبروز، اپی تلیالی، بافت چربی، اعصاب
و عضلات دارند

انواع:

- ۱- تومورهای اپی تلیالی
- ۲- ضایعت عروقی و لنفاوی (تکثیرهای هامارتوزی)
- ۳- ضایعات نرولوژیک
- ۴- تومورهای عضلانی

تومورهای اپی تلیالی

- ویروسها می توانند در ایجاد چندین نوع این تومورها نقش
- نقش پاپیلوما ویروس انسانی مهمتر است
- بیش از ۱۲۰ نوع HPV وجود دارد که ۲۵ نوع در ضایعات دهان ایفای نقش می کنند
- در اسکواموس پاپیلوما در ۵۰٪ موارد HPV6 و ۱۱ دیده شده
- در اسکواموس سل کارسینوما در ۲۷-۴۷٪ موارد HPV ۱۶ و ۱۸ و ۳۱ و ۳۳ و ۳۵ یافت شده
- زگیل پوستی با HPV2,57 در ارتباط است
- کوندیلوما آکومیناتوم با HPV6,11 مرتبطه

انواع تومورهای اپی تلیالی

- اسکواموس پاپیلومای دهانی
- زگیل یا وروکاولگاریس
- کوندیلوما آکومیناتوم
- فوکال اپی تلیال هیپرپلازی (Heck Disease)
- مولوسکوم کنتاژیوزوم (Molluscum contagiosum)
- کراتو آکانتوما

اسکواموس پاپیلوما (پاپیلوما)

- شایع ترین تومور اپتلیالی دهان
 - معمولاً در دهه ۳ تا ۵
 - اغلب به صورت توده کوچک زیر ۱ سانتی متر
 - در کام، زبان، لب دیده شده
 - رنگ: سفید تا صورتی
 - سطح: چین دار، چروک خورده،
 - اتیولوژی: ۵۰٪ ویروس HPV6,11
 - درمان: جراحی معمولی، لیزر، مواظب ذرات پخش شده
- HPV





زگیل معمولی یا وروکو و لگاریس

- هیپریپلازی کانونی خوش خیم اپی تلیوم سنگفرشی مطبق
- یک یا چند ویروس پاپیلوما ی انسانی ۲ و ۴ و ۶ و ۴۰ یافت شده
- مسری
- بندرت در دهان یافت می شود و معمولا روی لب
- معمولا پوست دستها درگیر می شود
- معمولا پاپول بدون درد با سطح زبر سنگریزهای شکل
- ضایعات پوستی، صورتی، زرد، یا سفید ولی دهانی همیشه سفید
- معمولا کمتر از ۵ میلیمتر
- درمان: اسید سالیسیلیک موضعی؛ کرایو تراپی، لیزر
- در عود پوستی تزریق بلئومایسین به داخل ضایعه یا ۵-فلورو اوراسیل به داخل ضایعه

کندیلوما آکومیناتوم (زگیل مقربتی)

- تکثیر سلول در نواحی تناسلی، مقعد، دهان و حنجره
- انواع ۵۴، ۵۳، ۱۱، ۶، ۲ تشخیص داده شده
- کندیلوما یک بیماری مقربتی است ۲۰% STD ها را شامل
- معمولا در نوجوانان و جوانان اما در هر سنی
- ضایعات دهانی بیشتر در لیبیال، کام نرم، فرنوم زبانی دیده
- به صورت یک توده بر جسته بدون نوک
- کمی بزرگتر از پاپیلوما ۱ تا ۱/۵ سانتی متر
- درمان: جراحی، لیزر

فوکال ایتلیال هایپر پلازی Heck disease

- تعداد زیادی پاپول نرم با حدود مشخص در دهان مشخص
- بیشتر HPV 13.32.75 در ضایعه دیده شده
- پاپیلوماتوز فلورید دهان در بیماران ایدزی دیده می شود
- پاپیلوماتوزهای فلورید پوستی در بیماری ایکتیوزیس هیستریکس و سندرم داون دیده می شود

ضایعات عروقی

- همانژیوما
- مالفورماسیونهای عروقی
- سندرومهای آنژیوماتوز
- لنفانژیوم
- تومور گلو موس (گلومانژیوما)

همانژیوما

- همانژیوماهای سر و گردن چند هفته بعد از تولد ظاهر
- هیپر پلازی سلولهای اندوتلیال عروق هستند
- در بسیاری به اشکال پیچیده همراه با تلائماتوزی باقی مانده
- بافت چربی در ۴۰ تا ۵۰٪ بیماران دیده می شود
- در تمامی نواحی سر گردن به اشکال مختلف: سطحی، عمقی، کوچک و بزرگ توصیف شده
- معمولاً منفرد ولی متعدد نیز دیده شده

ادامه همانژیوما

- ضایعات کوچک در تشخیص افتراقی پیوژنیک و واریس سیاهرگی
- همانژیوما ممکن بصورت کاپیلری (سطحی) و کاورنو (عمقی)
- با افزایش سن پسرقت می کند نیمه تا ۵ سالگی ۹۰ درصد تا ۹ سالگی
- درمان: تزریق کورتون، تزریق وین کریستین، لیزر

مالفورماسیونهای عروقی

- رشد تدریجی ممکن در بدو تولد باشد
- هیپر تروفی نه هیپرپلازی
- نوع مرکزی با تومورهای استئولیتیک و شبه کیست در تشخیص افتراقی است
- ممکن شریانی یا وریدی باشد
- نوع شریانی و وریدی ممکن نرم سفت، ضرباندار و گرم باشد
- دیاسکوپي مثبت است

ادامه مالفورماسیونهای عروقی

- برای بیوبسی ضایعات عروقی باید مراقب بود زیرا؟
- ۱- این ضایعات تمایل به خونریزی غیر قابل کنترل دارند
- ۲- حدود نامشخص دارند تنها قسمت کوچکی از آنها در دهان دیده می شود، آنژیوگرافی، CT, MRI برای محل دقیق آناتومیک ضروریست
- درمان: آمبولیزاسیون درون شریان سوپر سلکتیو، اسکلوترایی، رادیو ترایی و یا جراحی، جراحی لیزر

سندرومهای آنژیوماتوز

■ تعدادی از سندرومها در ارتباط با مالفورماسیونهای عروقی هستند که شامل سندرومهای:

Osler-weber-Rendu ■

Hereditary hemorrhagic telangiectasia ■

Bannayan-Zonana ■

Sturge-weber ■

Klippel-Trenaunay ■

Von-Hippel-lindau ■

Maffucci,s ■

لنفانژیوم

- یک مالفورماسیون لنفاوی است شبیه عروقی
- محل شایع خارج دهانی گردن بویژه مثلث خلفی
- محل شایع داخل دهانی زبان است
- ۸۰ تا ۹۰ درصد در دو سال اول زندگی بوجود آمده و علت مهم ایجاد ماکروگلوژی مادر زادی هستند
- از نظر بالینی لنفانژیوما توده‌های از بافت نرم بدون درد با رشد آهسته هستند
- اغلب بدون حدود مشخص اناتومیک ظاهر می‌شوند

ادامه لنفانژیوما

- لنفانژیومهای داخل استخوانی هم گزارش شده اند
- لنفانژیومهای بزرگ ممکن است در مسیر راه هوایی و عروق خونی تهدید کننده حیات باشد
- لنفانژیومی به گردن گسترش یافته باشد سیستم هیگروما
- تشخیص افتراقی لنفانژیوم زبان: همانژیوم، هایپوتیرویدیسم م زادی، مونگولیسم، آمیلوئیدوزیس، نوروفیبروماتوزیس، هایپر تروفی عضلانی زبان و بیماریهای ذخیره های مانند سندرم هارلرو بیماری ذخیره گلیکوژن

تشخیص و درمان لنفانژیوما

- از نظر بالینی از یک گلوستیت موضعی تا یک ضایعه تبییک با سطح خوشه ای یا سنگریزه ای pebbly متفاوت است
- درمان لنفانژیوم به وسیله تعیین نوع، محل اناتومیک، و میزان گسترش به ساختارهای اطراف مشخص می شود
- معمولترین جراحی است
- اسکروترایی (با ماد کموتراییک مانند پیکابینیل picabinil یا اتانول) پیکابینیل (مخلوطی از نوعی استریتوکوک باپنیسیلین جی پتاسیوم است)
- عود دارد

تومور گلوموس (گلومانژیوما)

- یک آبنورمالیتی غیر معمول که بصورت ندول بدون کپسول دردناک کوچک تکامل می یابد
- گلوموس تکثیر سلولهای پری سیتیک تغیر شکل یافته عضلات صاف که آناستاموز شریانی-وریدی (glomus) در آن یافت می شود
- به دلیل نمای متمایز هیستولوژیک ممکن کاتکول آمین ترشح کند
- در دهان نادر ولی میتواند در اطراف جسم کاروتید و عصب واگ رخ
- تومور گلوموس در جسم کاروتیدی تواند توده گردنی تحت عنوان paraganglioma یا chemodectoma ایجاد کند

ضایعات نورولوژیک

- تروماتیک نوروما
- نوروماهای مخاط دهان و سندرم نئوپلاسمای اندوکراین متعدد MEN
- نوروما کیسولدار نردبانی
- نوروفیبروما و شوانوما
- نوروفیبروماتوزیس
- تومور گرانولار سل
- تومور نوروکتودرمال ملانوتیک نوزادان

تروماتیک نوروما

- تومور واقعی نیست بلکه تکثیری از بافت عصبی محیطی به علت آسیب است
- بافت عصبی درون یک غلاف از سلولهای شوان و فیبر قرار
- وقتی غلاف آسیب ببیند محل آسیب دیده به صورت توده تکثیر می یابد
- اغلب در بالغین، اغلب در دناک، اغلب در ناحیه سوراخ چانه
- در دهان به علت تزریق، جراحی، وسایر علل ضربه رخ
- تشخیص بر اساس بیوبسی و درمان جراحی است

نورومای مخاط دهان و سندرم نئوپلازی اندوکرین

متعدد Multiple endocrin neoplasia

- گروهی از اختلالات هستند که به وسیله تومورها و هایپرپلازی بافت‌های نورو اندوکرین مشخص می‌شوند
- MEN2 یا سندروم نورومای مخاطی با فنوتیپ کارسینوم مدولاری تیروئید، فئوکروموسیتوما و نورومای بافت دهان بروز می‌کند
- تشخیص نوروماهای دهان ممکن قبل از سایر موارد سندرم
- کنترل بیماری: تیروئیدکتومی کامل پیشگیرانه قبل از ۴ سالگی

نورومای کیسولدار نردبانی Palisaded Encapsulated Neruma(PEN)

- یک تومور خوش خیم اعصاب محیطی است
- از نظر بالینی و هیستولوژیک شبیه نوروفیبروما و شوانوما است بارنگ آمیزی ایمنو هیستوشیمی افتراق داده می شود
- منفرد و در بالغین بیشتر دیده میشود بر خلاف MEN که متعدد بود
- درمان: جراحی محتاطانه است

نوروفیروما و شوانوما

- تومورهای خوش خیم مشتق از بافت‌های پوشاننده اعصاب مثل سلول‌های شوان و فیرو بلاستها
- از نظر بالینی شبیه به همد
- زبان شایع‌ترین محل
- در هر سنی می‌توانند رخ دهند
- درمان: جراحی بطور کلی عود ندارند

نوروفیبروماتوزیس

- نام دیگر نوروفیبروماتوز ۱ یا بیماری ون ریکلین هاوزن است
- به صورت اتوزوال غالب منتقل می شود
- لکه های روشن روی پوست، کک و مک زیر بغل، تومورهای خوش خیم در هر قسمتی از بدن از علائم آن است
- نوروفیبروماتهای دهانی نمای شایع بیماریست به صورت پلکسی فرم
- این بیماران در خطر ابتلا به بدخیمیهای غلاف عصب محیطی، لوسمی و رابدومیوسارکوما هستند

تومور گرانولار سل Granular Cell Tumor

■ یک تومور خوش خیم

■ منشا پیشنهادی سلولهای شوان

■ اغلب روی زبان و مخاط گونه و لب و بعد کام، لثه و کف دهان

■ به صورت ندول غیر زخمی و بدون درد ظاهر میشود

■ در بالغین و تمایل به جنس مونث رخ می دهد

■ درمان جراحی محافظه کارانه و عود نمی کند

تومور نورواکتودرمال ملانوتیک نوزردان

- یک تومور خوشخیم در کودکان تازه به دنیا آمده ایجاد
- تقریباً همیشه در طولسال اول زندگی ایجاد می شود
- منشأی ان سلولهای نورال کرست است
- اغلب در ماگزیلا وپس از ان در جمجمه، مندیبل و مغز رخ
- ممکن همراه پیگمنتاسیون ابی-سیاه باشد در ان ملانین وجود دارد
- مقدار بالای وانیلیل مندلیک اسید ادراری در بیشتر بیماران
- درمان: جراحی محافظه کارانه

لیپوما

- به صورت توده زرد رنگ همراه با سطح نازکی از اپیتلیوم قابل مشاهده است
- اکثرا بالای ۴۰ سال و در گونه و زبان دیده می شود
- چندین نوع میکروسکوپی دارد بسته بافت ترکیبی: فیبرولیپوما، آنژیولیپوما، میگز و ئیدالیپوما، لیپومای دوکی شکل، لیپومای پلئومورفیک
- درمان: جراحی عود ندارد بجز لیپومای داخل عضلانی

تومورهای عضلات

■ در دهان نادرند

■ رابدومیوما یک تومور خوش خیم عضلات مخطط است که روی زبان گزارش شده

■ لیومیومای عروقی تومور خوش خیم سلولهای عضلانی صاف و اندوتلیوم عروق است که گاهی در دهان دیده شده

■ درمان: جراحی موضعی عود نادر

با تشکر از توجه شما

