

أمراض الغدد اللعابية

Diseases of the Salivary Glands (Sialadenitis)

Dr. Ali Khalil

PhD in Oral and Maxillofacial Surgery

Professor Emeritus, and Chairman, Department of Oral and

Maxillofacial Surgery

Faculty of Dentistry

Manara University



جَامِعَةُ
الْمَنَارَةِ
MANARA UNIVERSITY

المقدمة Intraduction

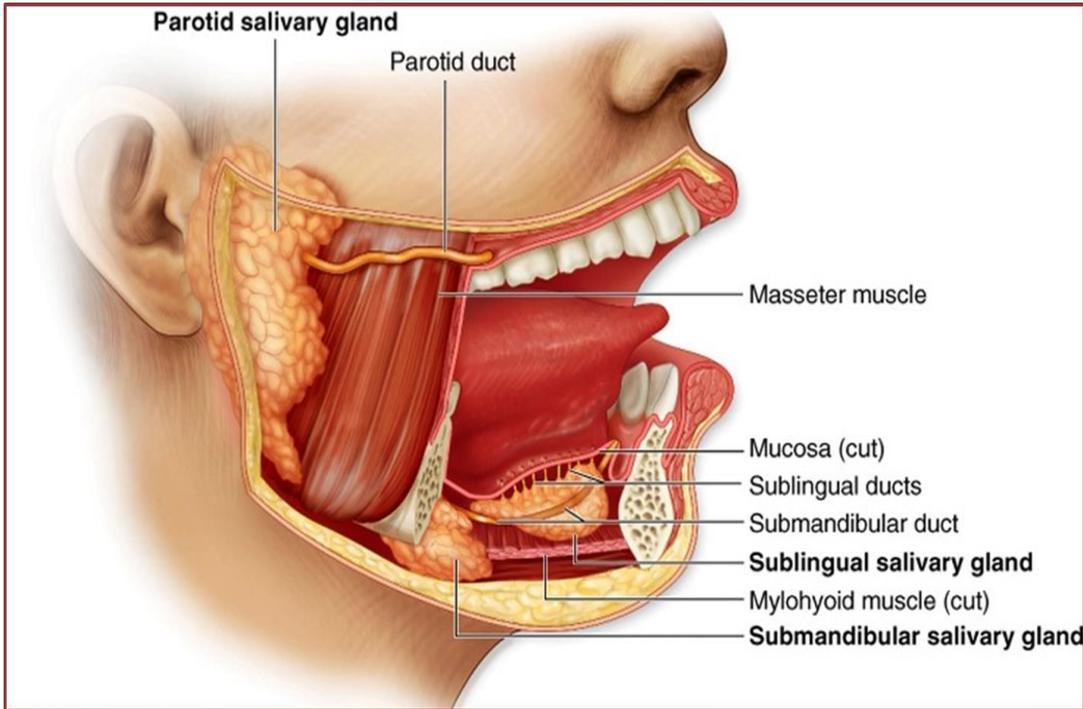
- تُشكّل الغدد اللعابية مجموعة خاصة من الغدد الموجودة في الجسم البشري وتتوضع بجوار الحفرة الفموية أو في داخلها.

- تؤدي مجموعة من الوظائف أهمها الإفراز الخارجي لللعاب.

- تنتج الغدد اللعابية سائل مصلي مخاطي يُسمى اللعاب تطرحه عبر الأفتية المفرغة إلى داخل الحفرة الفموية.

- يؤمن اللعاب ترطيب وتزليق الطعام وأيضاً ترطيب الغشاء المخاطي الفموي والبلعومي.

- يحتوي اللعاب على مجموعة من البروتينات والأنزيمات التي تساعد على هضم الطعام وتملك خصائص مضادة للبكتيريا.



الغدد اللعابية Salivary Glands

• تُقسم الغدد اللعابية إلى مجموعتين:

■ **Major Salivary Gland** الغدد اللعابية الرئيسية وهي ثلاثة أزواج.

✓ **Parotid Gland** الغدة النكفية

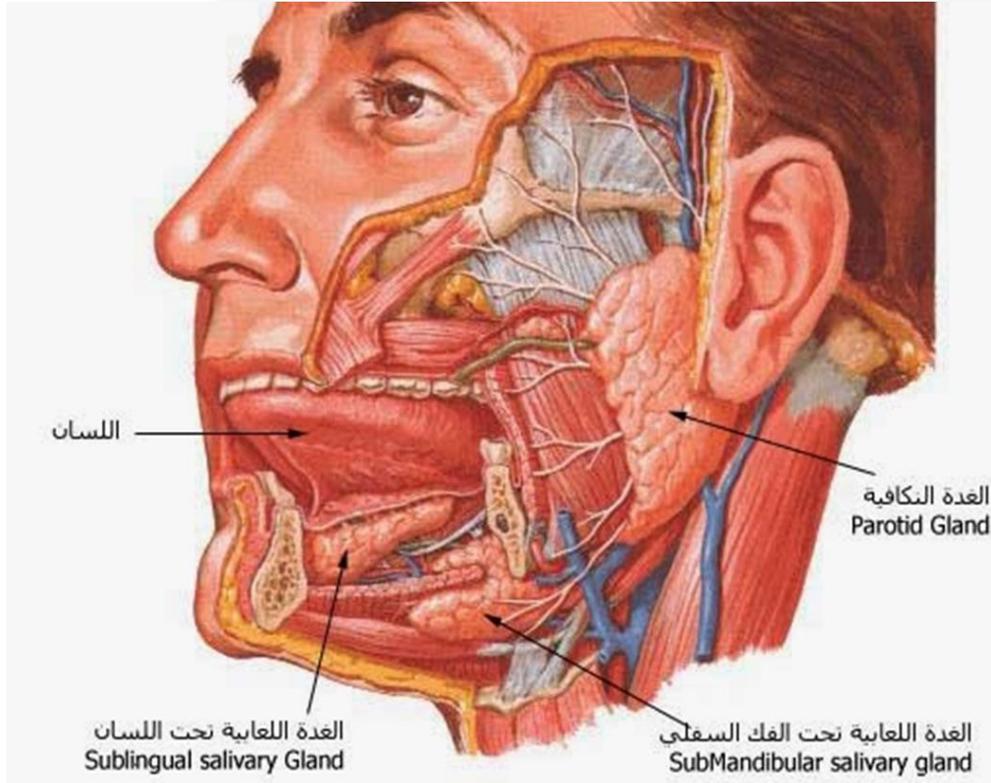
✓ **Submandibular Gland** الغدة تحت الفك

✓ **Sublingual Gland** الغدة تحت اللسانية

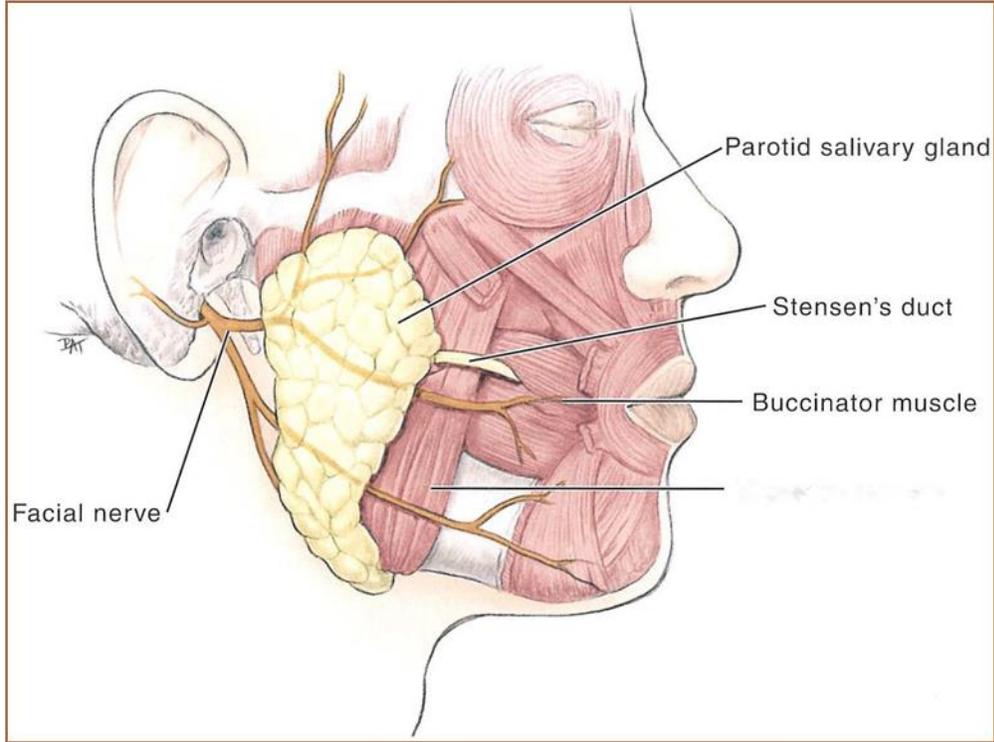
■ **Minor Gland** الغدد اللعابية الصغيرة

■ تتوضع في الغشاء المخاطي داخل الفم.

■ كما تُصنّف الغدد اللعابية من حيث نوع المُفرز اللعابي إلى غدد مصلية و غدد مخاطية الإفراز.

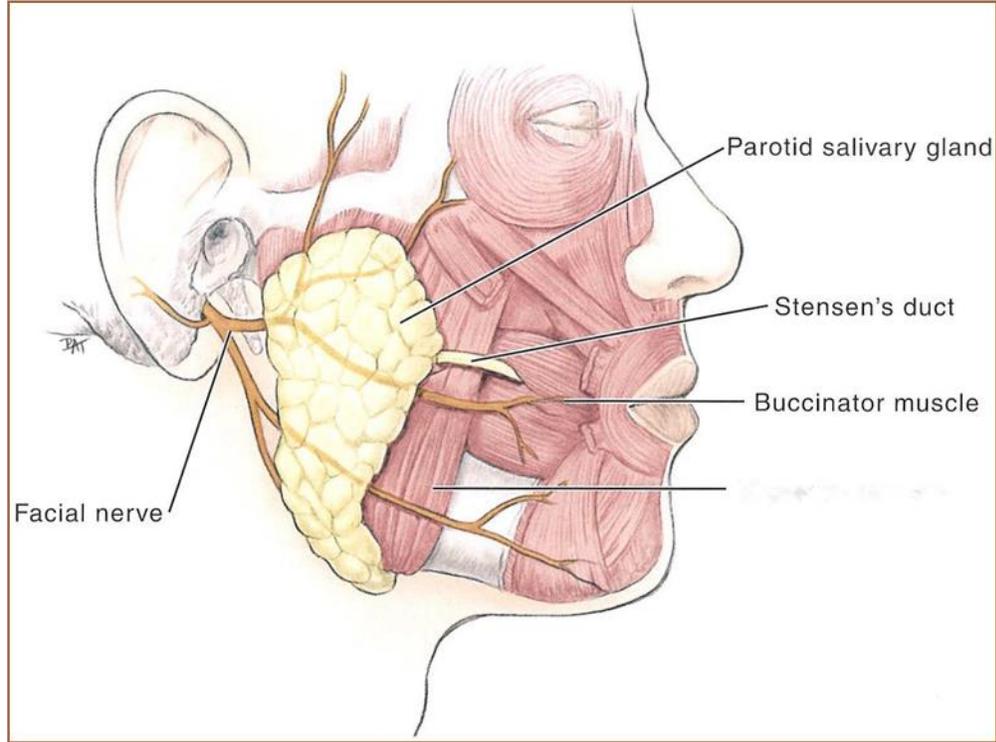


الغدة النكفية Parotid Gland



- هي أكبر الغدد اللعابية وزنها حوالي 25غ.
- تحتل المرتبة الثانية من حيث كمية الإفراز اللعابي (حوالي 25%).
- تتوضع بشكل سطحي على الوجه الخلفي للعضلة الماضغة والشعبة الصاعدة من الفك السفلي.
- تمتد نحو الخلف إلى النابت الخشائي على الوجه الخلفي للعضلة القصية الترقوية الخشائية وعلى طول الحافة الخلفية للفك السفلي إلى المسافة الجناحية الفكية.

الغدة النكفية Parotid Gland

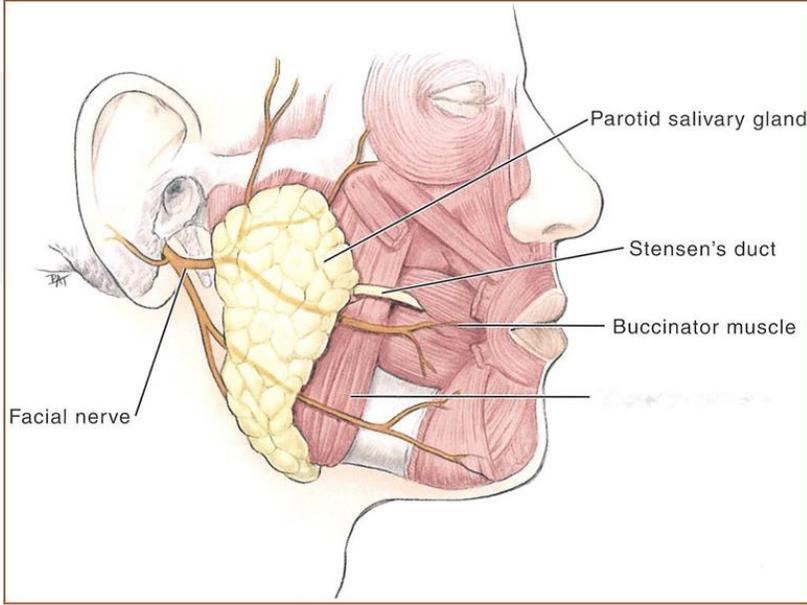


- تخترق فروع العصب الوجهي (القحفي السابع) Facial N الغدة وتقسّمها إلى فصوص سطحية وعميقة.

- تجتمع القنوات الصغيرة الواردة من مختلف الفصوص لتشكل القناة الأساسية للغدة النكفية (قناة ستنسون Stenson duct).

- يتراوح قطر قناة ستنسون بين 1-3 ملم وطولها 6 سم.

الغدة النكفية Parotid Gland



- تتوضع قناة ستنسون بعد خروجها من الغدة على السطح الخارجي للعضلة الماضغة في منتصفها.
- تتعطف بشكل حاد عند الحافة الأمامية للعضلة الماضغة وتخترق ألياف العضل المبوقة.
- تتفتح في المخاطية الفموية في الدهليز العلوي مقابل الرحي الثانية العلوية في الحليمة النكفية.
- في بعض الأحيان يمكن أن تُصادف قناة أخرى إضافية بموازية قناة ستنسون.
- الغدة النكفية مصلية الإفراز.
- تتلقى تعصيبها من العصب اللساني البلعومي عن طريق العصب الأذني الصدغي .



Submandibular Gland الغدة تحت الفكية

• تأتي في المركز الثاني من حيث الحجم.

• وزنها حوالي 7 غ.

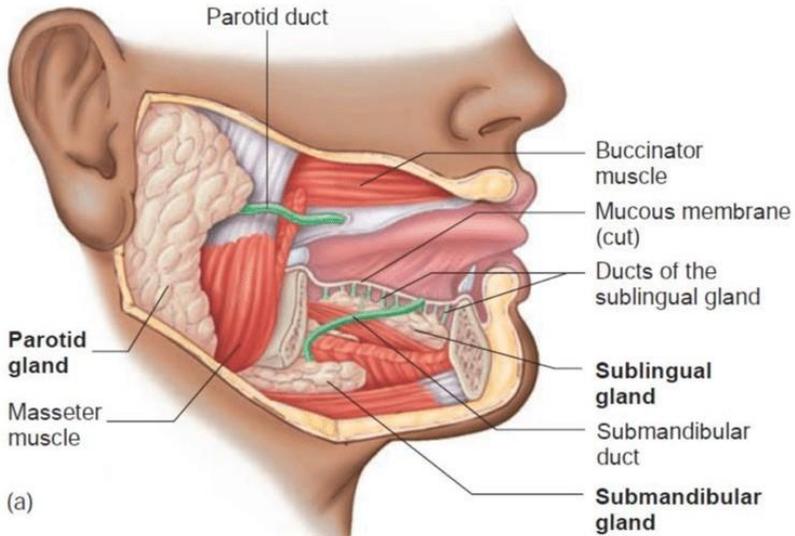
• تحتل المرتبة الأولى من حيث كمية الإفراز اللعابي (حوالي 70%).

• تتوضع في المثلث تحت الفكي السفلي، أسفل ووحشي العضلة الضرسية اللامية وضمن مسكن خاص على شكل تجويف على السطح الداخلي للفك السفلي.

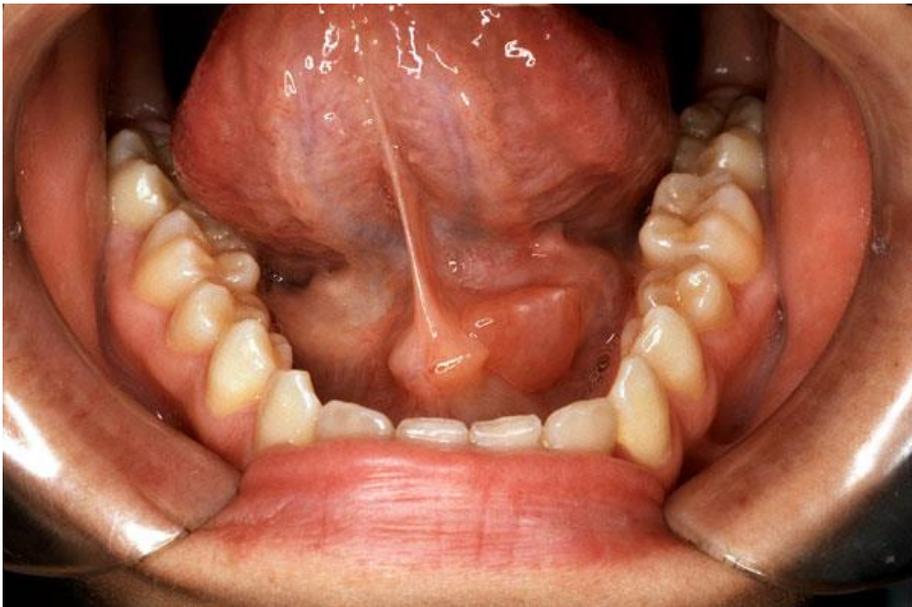
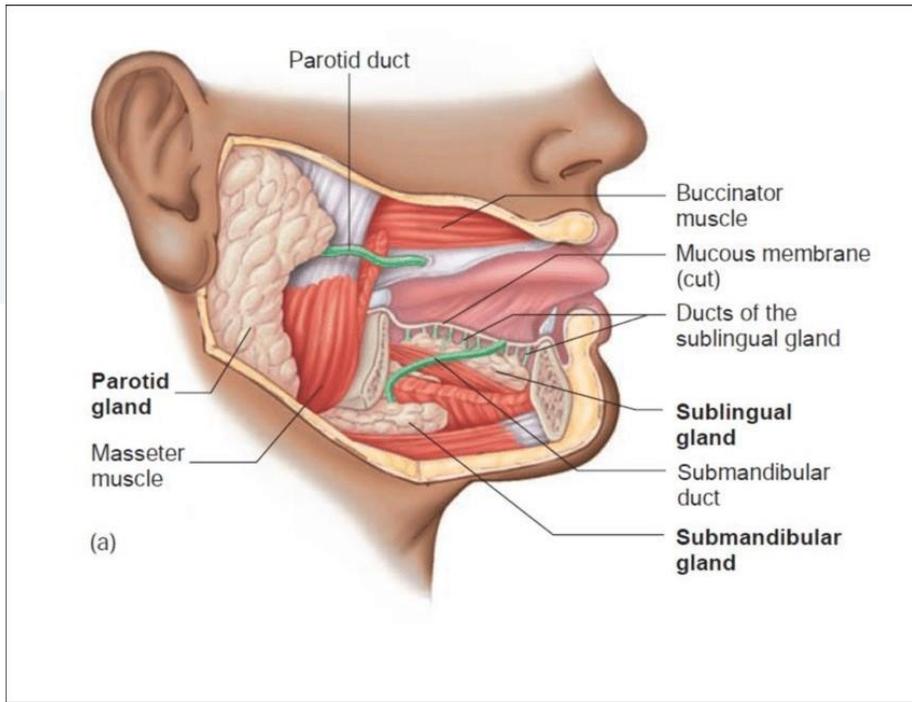
• الجزء الخلفي من الغدة تحت الفكية يلتف قليلاً حول الحافة الخلفية للعضلة الضرسية اللامية وتخرج منه القناة الرئيسية للغدة والتي تدعى **قناة وارنون Warton duct**.

• يبلغ قطر القناة 2-4 ملم وطولها 5 سم.

• الغدة تحت الفك مخاطية الإفراز.

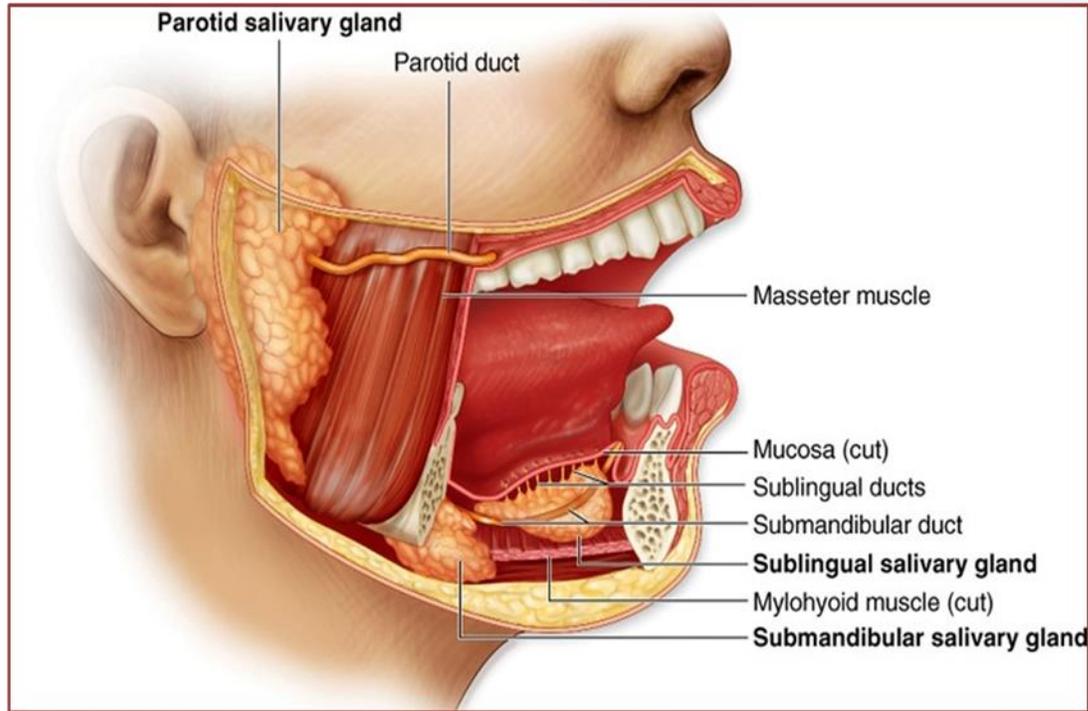


الغدة تحت الفكية Submandibular Gland



- تسير قناة وارتون إلى الأعلى والأمام على السطح العلوي للعضلة الضرسية اللامية في المسافة تحت اللسانية بجوار العصب اللساني.
- تنفتح على الغشاء المخاطي المُغطي لقاع الفم بجوار الخط المتوسط في الحليمة تحت اللسان.
- تُشكل الفُتحة إرتفاعاً (قنزعة) أعلى بقليل من مستوى المخاطية.
- الهدف من ذلك هو منع التدفق بالإتجاه الرجعي لللعاب والسوائل والجراثيم عبر القناة إلى الغدة لا سيما أن الغدة أخفض من القناة ومن فتحتها.

الغدة تحت اللسانية Sublingual gland

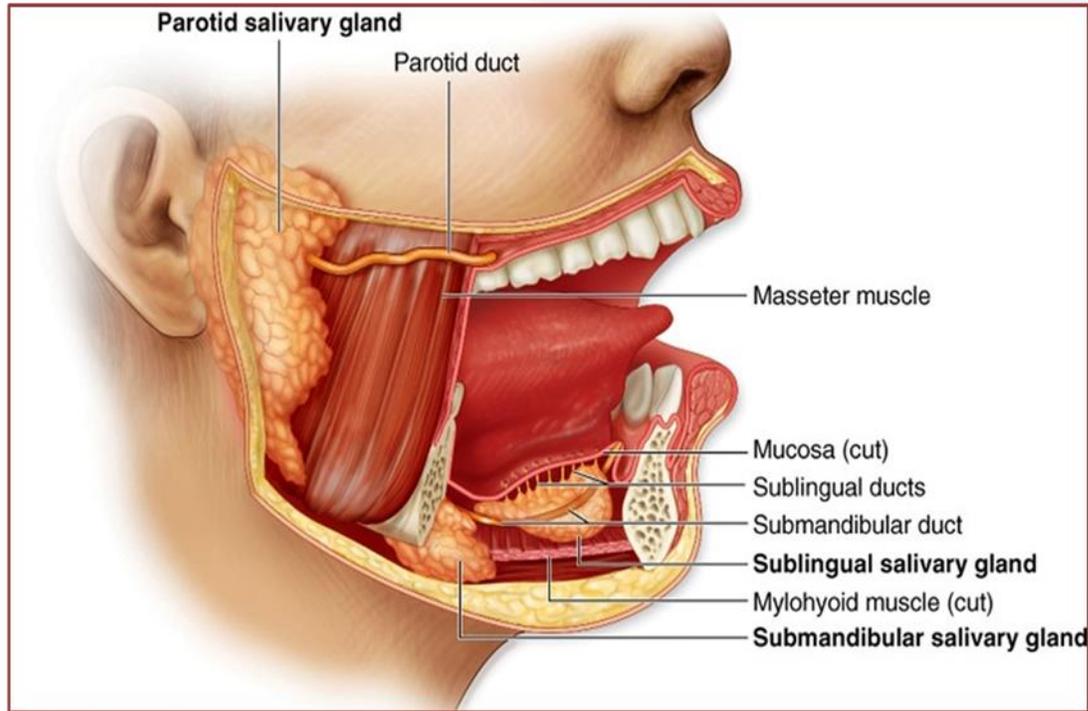


- هي أصغر الغدد اللعابية الكبيرة، يبلغ وزنها 3 غ.
- وأقل الغدد اللعابية إفرازاً (تُنتج حوالي 3-4 % من اللعاب).

• تتوضع على السطح العلوي للعضلة الضرسية الالامية في المنطقة الأمامية من قاع الفم وتتفصل عنه بواسطة الغشاء المخاطي المغطى لها.

- لها عدد كبير من الأوعية المفرغة والتي تدعى **أقنية ريفينوس Rivinus** وقد تتجمع هذه القنوات مشكلة قناة رئيسية واحدة تدعى قناة **بارثولين Bartholine duct**

Sublingual gland الغدة تحت اللسانية



• تتفتح قناة بارثولالين على قمة الطية تحت اللسانية ومشكلة أيضاً قنطرة من المخاطية بجوار فتحة قناة وارثون في الحليمة تحت اللسان.

• في بعض الأحيان، قد تتحد مع قناة وارثون وتتفتح معها عبر فوهة واحدة.

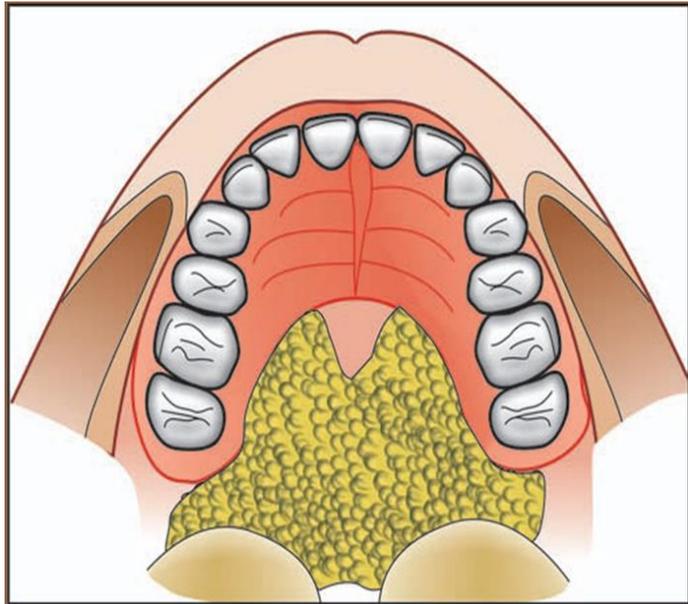
• هذه الغدة مختلطة (مصلية مخاطية).

• تتلقى الغدة تحت الفك والغدة تحت اللسانية التعصيب من العصب الوجهي عبر العقدة تحت الفك عن طريق عصب حبل الطبل.

الغدد اللعابية الصغيرة Minor Salivary Glands



- Lingual minor glands:
 - Anterior: mixed
 - Middle: serous
 - Posterior: mucous
- Buccal: mixed
- Palatine: mucous
- Labial: mixed



- عددها كبير، يتجاوز 800 غدة تتوزع في الغشاء المخاطي الفموي ماعدا اللثة الملتصقة والثلاث الأمامي من قبة الحنك الصلب والثلاث الأمامي لظهر اللسان.
- تُساهم في إنتاج 1-2% فقط من اللعاب.
- تقسم إلى المجموعات التالية:
 - الغدد اللعابية الشفوية Labial glands غدد مختلطة.
 - الغدد اللعابية الدهليزية Buccal glands غدد مختلطة تغلب عليها الصفة المخاطية.
 - الغدد الحنكية Palatine Gland مخاطية صرفة.
 - الغدد اللسانية Lingual gland وهي مختلطة (مخاطية مصلية).

اللعاب Saliva

- اللعاب سائل يحوي بروتينات وانزيمات وشوارد مُختلفة لها وظائف متعددة.
- تُنتج الغدة اللعابية حوالي 1000-1500 مل من اللعاب في اليوم.
- يكون مستوى التدفق اللعابي في حده الأعلى أثناء تناول الوجبات.
- يساهم اللعاب في التنظيف، التزليق، الهضم والحفاظ على سلامة النسيج الفموية.
- قوام اللعاب؛ عالي اللزوجة في الغدة تحت اللسانية تتبعها الغدة تحت الفك وأخيراً الغدة النكفية.
- يختلف تركيب اللعاب وقوامه من غدة إلى أخرى حيث أن تركيز الشوارد في لعاب الغدة النكفية أعلى منه في لعاب الغدة تحت الفك ما عدا شوارد الكالسيوم حيث يكون أعلى مرتين من تركيزه في الغدة النكفية.
- يحتوي اللعاب على:
 - ✓ بروتينات وانزيمات حالة للنشويات (الاميلاز).
 - ✓ الهيموغلوبينات، الليزوزومات اللاكتوفيرين، البيروكسيداز اللعابي، الهستامين.
 - ✓ وهي انزيمات تُساهم في عملية الهضم (تفكيك الشحوم) وتملك خواص مضادة للبكتيريا.

الوسائل التشخيصية

**DIAGNOSTIC
MODALITIES**

القصة المرضية والفحص السريري

Medical History & Clinical Examination

- كما هو الحال في أكثر الحالات المرضية؛ يبدأ فحص المريض بمعرفة تاريخ المرض، مسيره وتطوره والشكاوى والأعراض المرافقة.
- الفحص السريري العياني للوجه حيث يتم التركيز على المظهر الخارجي لوجه المريض من حيث وجود عدم تناظر ناتج عن تورم وحيد أو ثنائي الجانب.
- امتداد هذا التورم وحجمه وانتشاره إلى مناطق مجاورة.
- شكل التورم: فص واحد أو متعدد الفصوص، حدود واضحة أو غير ذلك، وجود التقرحات أو غيرها على سطح الورم.
- قوام التورم (قاسي، طري، متموج).
- لون الجلد المغطى للورم (طبيعي، شاحب، إبيضاض، إحمرار، إزرقاق).
- يكون للمقارنة (بين جهتي الوجه) دور هام في تحديد ماهية الإصابة (إذا كانت أحادية الجانب).

الفحص بالجس

■ الغدة النكفية:

- يتم جس الغدة بقمحة الأصابع وبشكل دائري في منطقة الغدة والنسج المجاورة.
- يساعد الجس على تحديد حجم الورم وطبيعته وقوامه (مؤلف من عقد متعددة أو عقدة واحدة).
- يجب فحص المفرز اللعابي حيث يقرب خد المريض وتجفف فوهة قناة ستنسون بقطعة من الشاش.
- في بعض الحالات وخاصة الإنسدادية قد لا نحصل على أي مفرزات.



**Where Saliva
Comes Out**

(Stensen's Duct)



■ الغدة تحت الفك



- في الحالة الطبيعية أو الإصابات الصغيرة (التهاب مزمن - أورام صغيرة) فإن جس الغدة تحت الفك من خارج الفم لا يعطي نتيجة.
- لذلك تُجس الغدة من داخل الفم حيث يُطلب من المريض أن يحني رأسه إلى الأسفل قليلاً ويتم الضغط على الجلد في المنطقة تحت الفكية بجوار منطقة ارتكاز العضلة الماضغة بالسبابة والوسطى مما يؤدي إلى دفع النسيج نحو الأعلى في قاع الفم.
- بواسطة أصابع اليد الأخرى تجس الغدة مقابل الرحي الأولى والثانية السفليتين (Bimanual Palpation).
- كما يتم فحص وجود الإفراز اللعابي من فتحة قناة الغدة وذلك برفع اللسان نحو الأعلى وتجفيف الحليمة تحت اللسان ثم نُجري تمسيد للغدة وقناتها من الخلف باتجاه الأمام.

■ الغدة تحت اللسان

• في حال وجود التهاب أو تورم في الغدة تحت اللسان فإنه يظهر بوضوح في قاع الفم نظراً لتوضع الغدة بشكل سطحي تحت الغشاء المخاطي.

• يمكن جسها وتحديد حجم الإصابة عن طريق رفع نسيج قاع الفم نحو الأعلى وذلك بالضغط على الجلد في المنطقة تحت الذقنية.

• في بعض الحالات تتوضع الأورام في القسم السفلي من الغدة تحت اللسان، حيث تخترق العضلة الضرسية اللامية وبالتالي يمكن جس الغدة من خارج الفم في المنطقة تحت الذقنية (بعض الحالات يبرز التورم واضحاً في هذه المنطقة).

■ **الغدة اللعابية الصغيرة: تظهر إصابتها واضحة على الغشاء المخاطي الفموي ويمكن جسها لتحديد شكل الإصابة.**

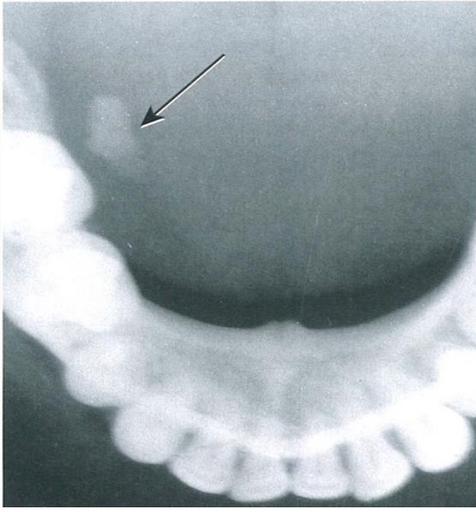


الفحص الشعاعي Radiographic examination

➤ التصوير الشعاعي البسيط

■ الصور الذروية Periapical R

- الهدف منه تقييم بعض إصابات الغدد اللعابية مثل اندخال الأجسام الأجنبية أو الحصيات اللعابية.
- مع العلم أن حوالي 40 % من حصيات الغدة النكفية و 20 % من حصيات الغدة تحت الفكية غير ظليلة على الأشعة ويتطلب تشخيصها وتحديد موقعها إجراء تصوير شعاعي ظليل.
- يشمل التصوير الشعاعي البسيط الأشكال التالية:
- تُستخدم لكشف موقع وحجم الحصيات اللعابية في قناة ستنتسون ومقدمة الغدة النكفية.
- يتم ذلك عن طريق وضع فلم الأشعة في دهليز الفم العلوي ودفعه إلى الخلف ومن ثم توجيه الأشعة عمودية عليه من خارج الفم.
- كما يمكن استخدامها لفحص حصيات الغدد اللعابية الصغيرة وذلك بوضع الفلم في المكان المناسب.



■ الصور الإطباقية Occlusal R

- تُستخدم للكشف عن الحصيات في الغدد تحت الفكية أو تحت اللسانية أو الأذنية المفرغة لها.
- تعتمد على وضع فلم إطباق بين أسنان الفكين وتوجيه الأشعة عليه.

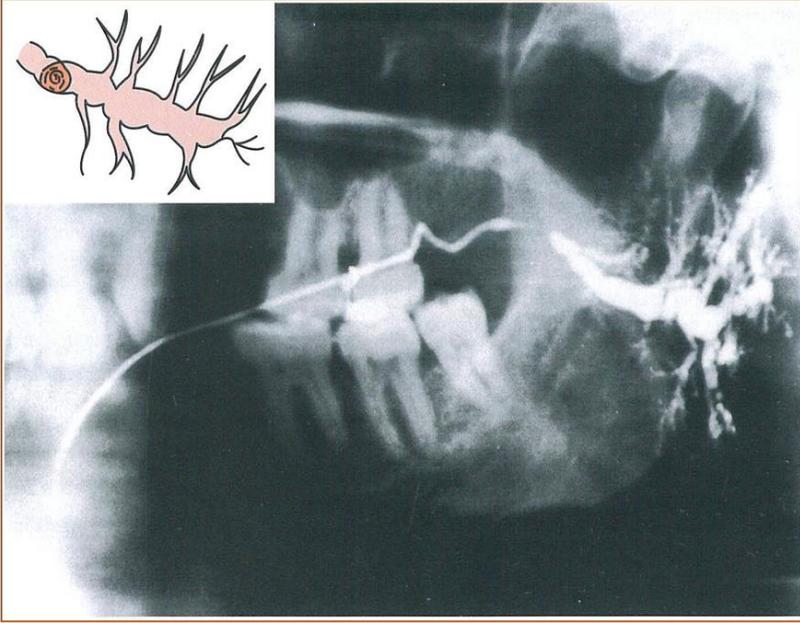
- يتم توجيه الأشعة من المنطقة تحت الذقنية ويمكن تعديل محور الأشعة تبعاً للمكان المراد تصويره.

■ الصور البانورامية Panoramic R

- تُستخدم لكشف الحصيات في الغدة النكفية والغدة تحت الفكية وقناتها (خاصةً في حال التوضع الخلفي للحصاة).



السيالوغرافيا Sialography

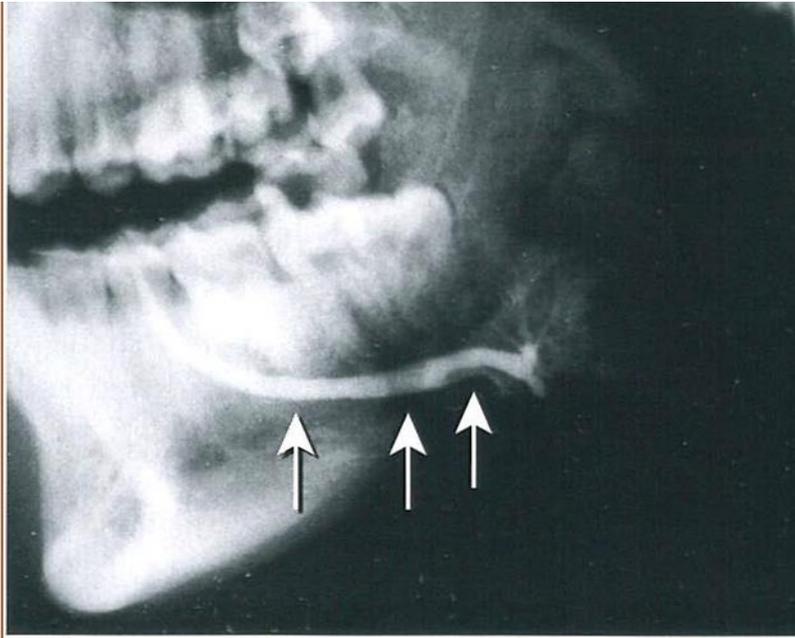


- السيالوغرافيا Sialography (التصوير الظليل للغدد اللعابية) هي التصوير الشعاعي للغدة بعد حقن المحاليل الظليلة إليها عبر قنواتها.

- تعطي هذه التقنية معلومات دقيقة عن شكل الإصابة وحجمها وانتشارها في جسم الغدة وتأثيرها على النسيج الغدي.

- تحديد مكان الحصيات في الأقنية أو جسم الغدة.

- بالإضافة إلى الدور التشخيصي فإن السيالوغرافيا يمكن استخدامها كوسيلة علاج، حيث تساعد على توسيع الأقنية أو إزالة السدادات المخاطية وبقايا النسيج المتموتة داخل القناة.



المواد المستخدمة للحقن من أجل التصوير الظليل

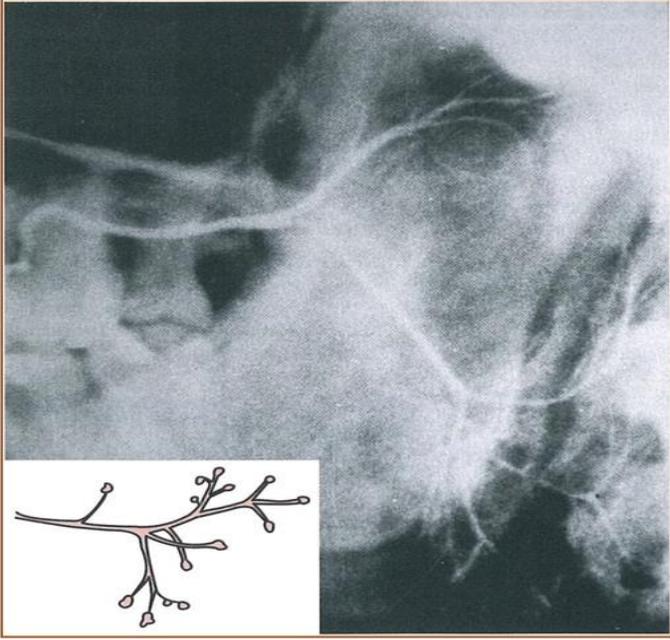
تحتوي هذه المواد على مستوى تركيز عالي من اليود 25 - 40 % وهو الذي يؤمن الظلالية على الأشعة.

- مواد منحلة في الماء Water Saluble
- قليلة اللزوجة، سهلة الحقن وقابلة للاختلاط مع المفرزات العابية.
- سهولة تصريفها عبر القناة أو امتصاصها إلى داخل الجسم وطرحها عبر الكلى.
- عدم إثارتها للتحسس.
- يتم حقن 1-2 سم³ منها داخل القناة بواسطة سيرنج بلاستيكي مُحمّل عليه إبرة كليلية ومحددة الطول، حيث تُدخل في القناة بعمق كافي.
- مواد زيتية الأساس Oil Based غير منحلة في الماء.
- لزوجة، يتطلب حقنها تطبيق ضغط لتنساب باتجاه الأقنية الدقيقة مما يسبب ألم للمريض كما أنها تُزال بشكل سيئ من الأقنية الدقيقة.
- تسبب إعاقة قنوية وقد تؤدي إلى تنخر الجزء الموافق من النسيج الغدي.
- لا تمتص ولذلك قد تؤدي إلى مضاعفات خطيرة في الغدة.
- أصبحت قليلة الاستخدام.

تقنية إجراء السيالوغرافيا Sialography

- بعد الحقن مباشرة تبدأ عملية التصوير الشعاعي حيث تقسم السيالوغرافيا إلى ثلاث أطوار وذلك حسب الوقت الذي مضى بعد الحقن:
- **الطور القتيوي:** يحدث بعد الحقن مباشرة ويسمح بالظهور الواضح للأقنية الرئيسية.
- **الطور العنبي:** والذي يبدأ بعد أن يصبح النظام القتيوي ممتلئاً وتنتشر المادة الظليلة إلى برانشيم الغدة والعنبات.
- **طور الإخلاء:** وفيه تحدث عملية تصريف المادة الظليلة وامتصاصها أو طرحها.
- يدل هذا الطور على سلامة وظائف الإفراز في الغدة وإطراح المادة الظليلة.
- حيث أن بقاء المادة الظليلة داخل جسم الغدة أو القنية لأكثر من خمس دقائق يعتبر غير طبيعي.
- تُسمى الصورة الشعاعية التي نحصل عليها بهذه الطريقة السيالوغراما Sialograma.

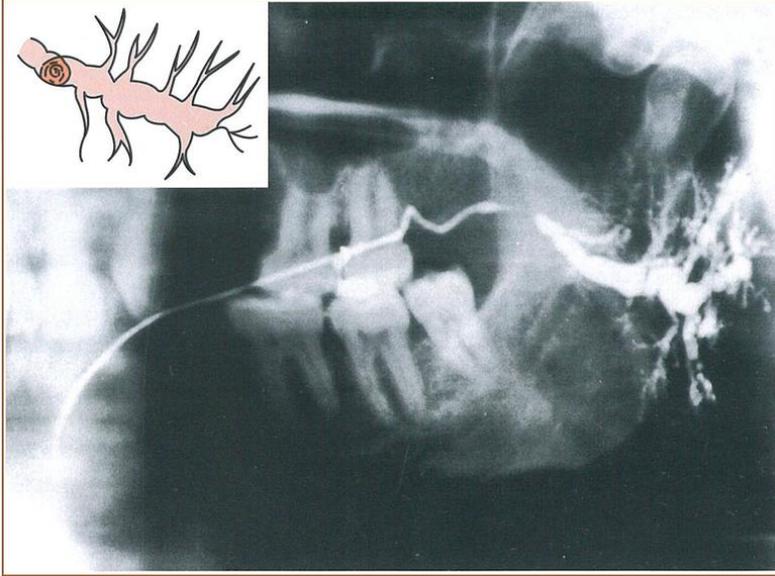
المظاهر الشعاعية على Sialography



- في الحالة الطبيعية تظهر القناة الرئيسية على شكل خط متجانس بعرض واحد مستمر.
- يتفرع إلى القنوات الثانوية والنهائية باتجاه برانشيم الغدة.
- يظهر برانشيم الغدة على شكل:
 - ✓ سحابة بيضاء مثلثية الشكل في الغدة النكفية.
 - ✓ مخمس أو سدس الشكل في الغدة تحت الفك منتظم الظلالية محدد الفصوص.



بعض المظاهر المرضية الأساسية على ال Sialograma



• انقطاع في الظلالية داخل القناة: يدل على وجود حصاة في هذه المنطقة والتي تبدو شافة على الأشعة مقارنة مع المادة الظليلة.

• توسع في القناة المُفرغة وتضييقها في أماكن مختلفة (نموذج حبل السجق): يدل على الإلتهاب المزمن في القناة المُفرغة.

• الورم الغدي المختلط: حيث تظهر المادة الظليلة على شكل أصابع اليد التي تحيط بالكرة Ball in hand.

• جُزُر غير واضحة الحدود، تمزق الأقتية والبرانشيم وانتشار المادة بشكل عشوائي يدل على الأورام الخبيثة.

التصوير الطبقي المحوسب CT- Scan



- يُستخدم التصوير الطبقي المحوسب بشكل كبير بالرغم من أنه يحتاج إلى مقدار كبير من الأشعة.
- يعطي معلومات دقيقة عن الآفات الضخامية (الأورام والأكياس) في الغدد اللعابية.
- كما يُظهر بوضوح حصيات الغدد اللعابية خصوصاً في الغدة تحت الفك.
- يُفضل حقن مواد ظليلة عند المسح ب CT-Scan
- يُظهر حدود النسيج الرخوة.

التصوير بالرنين المغناطيسي MRI



- يؤمن مستوى عالي في الدقة ويتفوق على جميع الطرق الأخرى في تحديد التفاصيل في النسيج الرخوة وخاصة الأورام.
- يتميز بعدم تعريض المريض للأشعة أو لحقن المواد الظليلة.
- من سيئاته؛ عدم تحمل المريض الوقت الطويل للتصوير داخل حجرة مغلقة ومُظلمة.
- كما أنه غالي الثمن.

المسح بالنظائر المشعة والتصوير الومضاني Salivary Scintigraphy

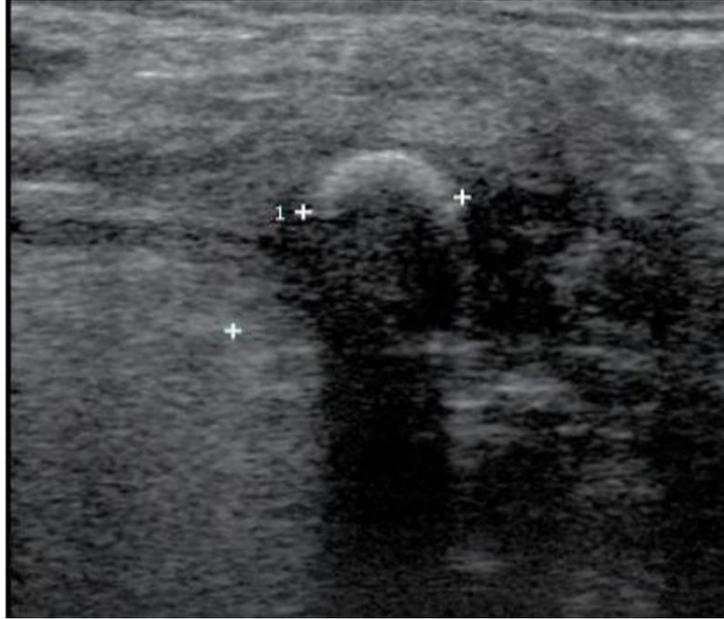
• تُستخدم في هذه التقنية النظائر المشعة مثل التكنيتيوم TC 99 m والتي تُحقن في الوريد وتنتشر في كافة أنحاء الجسم.

• حيث أن النسيج المصاب بالالتهاب الحاد تمتص النظائر بشكل أكبر والمصابة بالالتهاب المزمن بشكل أقل من الطبيعي.

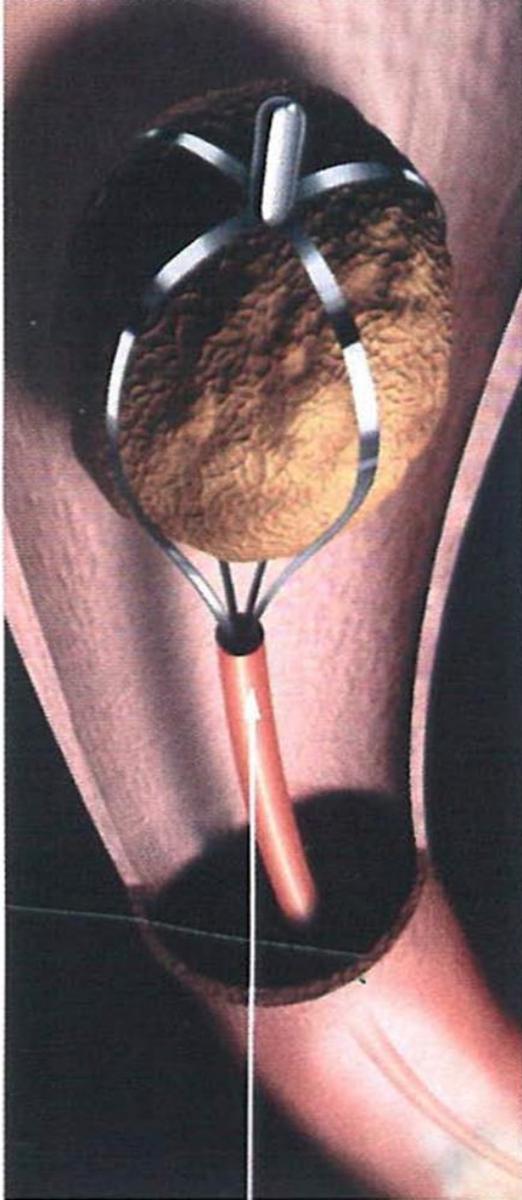
• يُعتمد على هذه الخاصية لتحديد تركيز النظائر في النسيج عن طريق إجراء التصوير الشعاعي الومضاني لها.

• غير أن هذه التقنية أصبحت قليلة الاستخدام نظراً لسوء تفاصيل الصور الملتقطة.

• الحاجة إلى فتح الوريد وحقن مواد مشعة ناهيك عن تعريض المريض للأشعة السينية.

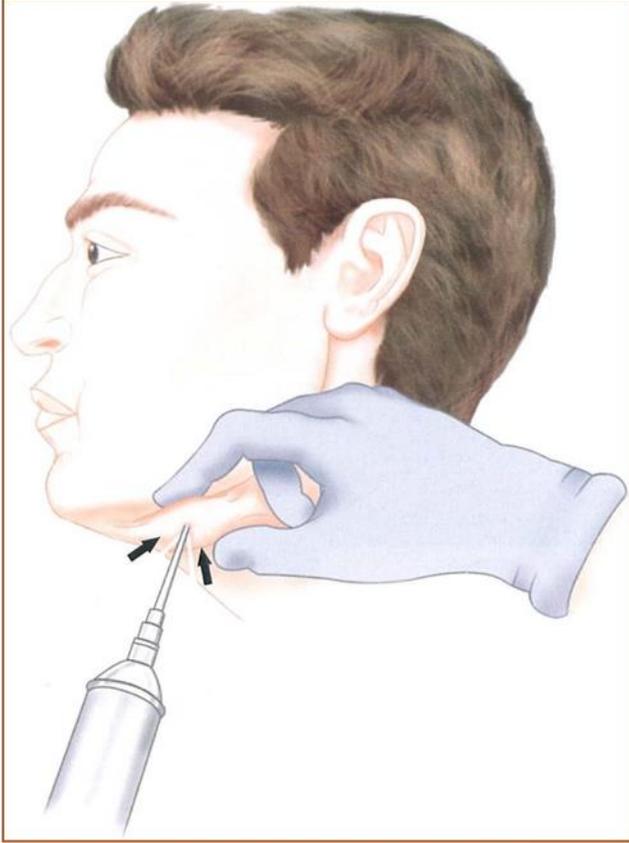


التنظير Sialoendoscopy



- تعتمد طريقة التنظير على إدخال كاميرا خاصة صغيرة مع مصدر للضوء عبر فوهة القناة المفرغة والتقدم بها حتى البرانشيم الغدي.
- يُظهر التنظير وبوضوح التضيّقات المختلفة في النظام القنيوي بالإضافة على السدادات المخاطية، التكلسات والحصيات.
- يُستخدم **Endoscopy** أيضاً في أخذ الخزعات من جسم الغدة أو الآفة.
- يُستخدم **علاجياً** في توسيع القُنَيَات أو نزع وإزالة السدادات المخاطية والحصيات صغيرة الحجم من برانشيم الغدة أو القُنَيَة.
- كما يُستخدم في العلاج الجراحي لإزالة الغدة أو الأورام الحميدة في الغدة.

الخزعة والبيزل Biopsy & Aspiration



- الخزعات Biopsy: تعتمد على أخذ جزء من الغدة أو الآفة أو كامل الغدة والآفة (الخزعة الإستئصالية) وإجراء الفحص النسيجي عليها.
- البيزل Aspiration يعتمد على استخدام سيرنكات وإبر كبيرة الحجم وبعد التخدير الموضعي تُدخل الإبرة إلى داخل الآفة.
- يُستخدم المكبس لخلق ضغط منخفض داخل المحقنة ويُسحب محتوى النسيج إلى داخل السيرنك.
- يتم سحب الإبرة وإعادة إدخالها في جهات مُختلفة من الآفة.
- بعد نزع الإبرة من النسيج يُفرغ محتواها على سلايد ويُجري عليها الفحص النسيجي .
- هذه التقنيات تعطي تفاصيل دقيقة عن طبيعة الآفة (حميدة - خبيثة) وتحديد نوعها النسيجي.

انتانات الغدد اللعابية

**SALIVARY
GLAND
INFECTIONS**

انتانات الغدد اللعابية

SALIVARY GLAND INFECTIONS

- تُصاب الغدد اللعابية بالانتانات الحادة أو المزمنة في مختلف الأعمار وقد تكون ناتجة عن سبب عضوي أو انسدادى.
- يتطور الانتان بسبب اندخال الجراثيم إلى الغدد، غالباً عن طريق الأقنية المفرغة.
- حيث أن الحفرة الفموية مليئة بالجراثيم المتعايشة في حالة توازن مع الجهاز المناعي للجسم.
- تشارك في إثارة انتان الغدد اللعابية طائفةً من الجراثيم الهوائية واللاهوائية، الفيروسات، الفطريات وعضويات نوعية مثل عصيات السل، الفطر الشعاعي.
- لكن الأكثر شيوعاً في انتانات الغدد اللعابية هي المكورات العنقودية القيحية *Staphylococcus aureus* والتي تستعمر حول فتحات الأقنية اللعابية وعندما تصبح الظروف متاحة (نقصان التدفق اللعابي بسبب الإعاقة أو التجفاف) تتدخل هذه الجراثيم (تدفق رجعي) داخل الأقنية إلى الغدد فيحدث الانتان .

Acute Sialadenitis التهاب الغدد اللعابية الحاد



- قد تُصاب الغدد اللعابية الكبيرة أو الصغيرة بالتهاب الحاد.
- ينتج كما ذكرنا سابقاً عن اندخال الجراثيم إلى الغدة اللعابية سواء عن طريق قناتها أو بطرق أخرى مثل: بعد الجراحة، انتشار الإنتان من المناطق المجاورة، الإصابات الرضية وغيرها.
- قد يكون جرثومي أو فيروسي.
- تُصاب الغدد اللعابية بالانتانات التالي:

التهاب الغدد اللعابية الحاد الوبائي epidemic Parotitis

• يُسمى أيضاً النكاف (أبو كعب).

• التهاب فيروسي حاد يصيب الغدد اللعابية الكبيرة وخاصة الغدة النكفية وبشكل نادر الغدد تحت الفكية أو تحت اللسانية.

• يصاب به الأطفال بشكل عام ولكن قد يصيب البالغين وخاصة النساء.

• يُشاهد في الوقت الحاضر على شكل إصابات جائية وبائية أو معزولة،

تصيب التجمعات المغلقة وخاصة رياض الأطفال والمدارس.

• الإصابة بهذا المرض تكون عن طريق الانتقال المباشر للفيروس

من الشخص المصاب إلى آخر عن طريق التماس المباشر أو

استخدام أدوات المريض الملوثة بالفيروس.

• فترة الحضانة قصيرة 2-3 يوم تظهر بعدها العلامات السريرية.



بحسب شدة العلامات السريرية ومسير الالتهاب نميز ثلاث أشكال:

الشكل البسيط

- العلامات السريرية ظاهرة بشكل خفيف.
- حرارة الجسم طبيعية.
- انتباج وتضخم الغدد النكفية ولكنه غير مؤلم.
- من فتحة القناة المفرغة يسيل لعاب طبيعي وقد تكون الإصابة أحادية الجانب.
- تزول العلامات والانتباج خلال اسبوع واحد.

الشكل متوسط الخطورة

- ارتفاع بسيط في حرارة الجسم 38، وجفاف الفم.
- انتباج مؤلم في إحدى الغدد اللعابية النكفية وبعد 1-2 يوم تتضمن إليها الغدة الأخرى.
- إفراز اللعاب بشكل عام منخفض.
- بعد 3-4 أيام تبدأ الأعراض بالتراجع.

□ الشكل عالي الخطورة

- بعد انتباج الغدة النكفية كما هو في الشكل المتوسط يبدأ الالتهاب في الانتشار إلى النسيج المجاورة ليشمل كامل الخد وجزء من الرقبة.
- قد ينتشر إلى الغدد تحت الفكية وتحت اللسانية وعندها يشمل المنطقة تحت اللسانية والمنطقة تحت الفكية وكامل الرقبة.
- الانتباج في منطقة الغدد مؤلم، الجلد فوقه متوتر الغشاء المخاطي حول فتحات الغدد مُحمر.
- الأقيية يمكن جسها وتأخذ شكل الحبل وقد تترافق مع صعوبة في فتح الفم.



□ الشكل عالي الخطورة



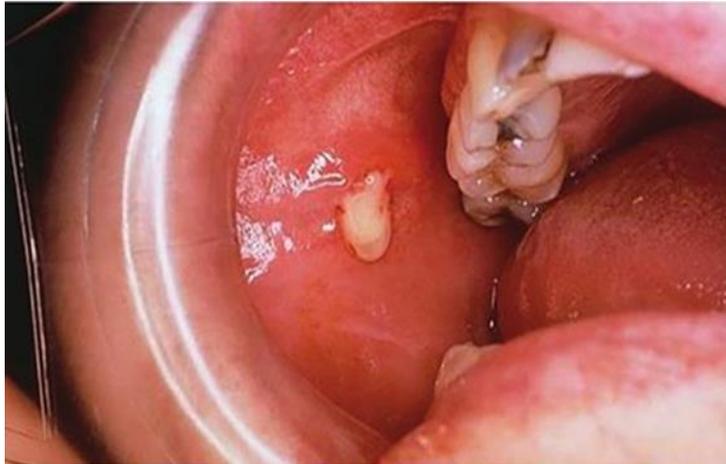
• الإفراز اللعابي ضعيف أو معدوم وقد يلاحظ خروج القيح عندما يتحول الإلتهاب إلى الخمج القيحي التموتي .

• حرارة الجسم قد تصل إلى 40 درجة.

• بعد 3- 4 أيام تبدأ الأعراض بالتراجع ولكن قد يحصل تشكل للخراجات في مناطق مختلفة أو قد تتطور اختلاطات خطيرة مثل التهاب السحايا، التهاب الدماغ، شلل الأعصاب القحفية والشوكية...

• من الاختلاطات التي تصيب الذكور التهاب الخصية والذي قد يؤدي إلى العقم.

• جميع هذه الأشكال وفي أغلب الأحيان تنتهي بالشفاء ولكن سجلت بعض حالات الوفاة الناتجة عن الاختلاطات.



علاج التهاب الغدد اللعابية الحاد الوبائي

- تشخيص التهاب الغدد اللعابية الوبائي في مراحله الأولى، يُساعد في الوقاية من تطور الاختلاطات.
- يعتمد التشخيص بشكل أساسي على العلامات السريرية ويتأكد بعزل الفيروس من المفرزات اللعابية.
- المعالجة تكون عرضية من خلال العناية بالمريض، الريحيم السريري (الوقاية من الاختلاطات).
- يجب عزل المريض لمدة 7-10 أيام .
- في الحالات البسيطة يمكن استخدام الكمادات الدافئة في اليوم الثاني أو الثالث.
- في حال انتشار الانتان إلى النسيج المجاورة وتشكل الخراجات يجب التداخل جراحياً عليها وتفجيرها.
- استخدام المعالجات الدوائية وفق البروتوكول المتبع في معالجة الإلتهاب.
- في حال تطور اختلاطات عامة يجب مشاركة الاختصاصات ذات الصلة بالمعالجات.
- الجدير ذكره أنه يوجد لهذا المرض لقاح يُعطى في سن الطفولة أو في حال وجود جائحة في منطقة ما .

التهاب الغدد اللعابية الحاد الجرثومي

Bacterial Sialadenitis

- أكثر ما تصاب به الغدة النكفية ولكن قد تصاب به الغدد الأخرى الكبيرة أو الصغيرة.

- تنتشر الجراثيم إلى الغدد النكفية بشكل مباشر عبر الأوعية إلى داخل الغدة (الطرق الأكثر انتشاراً)، أو انتقال الإنتان من المناطق المجاورة عن طريق الدم والسائل اللمفي.

- تشارك في إثارة الإنتان مجموعة من الجراثيم: العنقوديات، المكورات الرئوية والعصيات المعوية.

- سريراً، يشبه إلى حد كبير التهاب الغدد اللعابية الحاد البائي (الشكل عالي الخطورة).

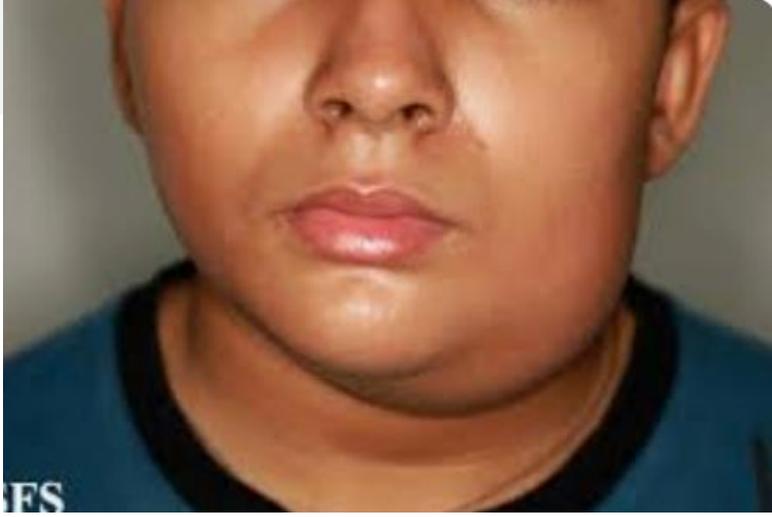


الاعراض السريرية

- يبدأ المرض بالظهور السريع للعلامات حيث تبدأ الإصابة في غدة نكفية واحدة لتنتشر بسرعة إلى الغدة الأخرى.
- العلامات الأولى للإصابة هي حس الألم المترافق مع فتح الفم أو مع تدوير الرأس في إحدى الإتجاهات.
- بعدها يصبح الألم دائم في الغدة المصابة مع تطور وظهور الانتباج الذي ينتشر إلى الرقبة، المنطقة تحت الفك، وخلف الفك السفلي.
- بالجس يتحدد تورم قاسي القوام وموالم في حدود موضع الغدة.
- خلال فترة 2-3 يوم يبدأ نسيج الغدة بالتخرّ والتموت وتشكل الخراجات في النسيج المجاورة للغدة.



الالتهاب الحاد الجرثومي في الغدة تحت الفك وتحت اللسان



- عندما تكون الإصابة في الغدة تحت الفكية يشكو المريض من الألم عند البلع.
- الانتباج يكون في المنطقة تحت الفكية وتحت الذقنية وينتشر إلى القسم العلوي من الرقبة.
- يمكن جس الغدة بشكل جيد في الميزابة تحت اللسانية بجانب الأرحاء السفلية.
- أما عندما تكون الغدة تحت اللسانية هي المصابة فإن الألم يترافق مع حركة اللسان.
- الانتباج يتوضع تحت الغشاء المخاطي المغطي لقاع الفم مؤدياً إلى بروز وارتفاع في الطيات تحت اللسانية.
- الغشاء المخاطي المغطي لقاع الفم يصبح متورماً ورمادي اللون ويتخرب بسرعة مؤدياً إلى تدفق القيح تلقائياً في الفم.

معالجة التهاب الغدد اللعابية الحاد الجرثومي

- في المرحلة الأولى من الالتهاب ومن أجل السيطرة على المظاهر الالتهابية ومنع انتشارها يمكن تسريب الصادات الحيوية (المعدة للحقن) إلى الغدة المصابة عبر قناتها (Streptomycine 100000 i. n. أو Penicilline 1000000 i.n.).
- تسريب المخدرات الموضعية إلى داخل الغدة (Lidocaine 0.5% 1ml).
- الإحصار الحقلي للغدة بالمخدرات الموضعية والصادات الحيوية حيث يسرب المحلول بجوار الغدة من جميع الاتجاهات.
- يستخدم الشق (التفجير) الجراحي المبكر للغدة (خاصةً عند المرضى ضعيفي المناعة) من أجل السيطرة على الإنتان ومنع انتشاره على كامل النسيج الغدي وتخريبه.
- الشق الجراحي في حال تشكل القيح داخل محفظة الغدة مع غسلها بمضادات العفونة وتجريف النسيج المتموتة.
- استخدام وسائل المعالجة الفيزيائية مثل الكمادات الساخنة والليزر الحيوي.

التهاب الغدد اللعابية المزمن Chronic Sialadenitis

- تصاب الغدد اللعابية بالالتهاب المزمن ويكون في أغلب الأحيان مجهول السبب.
- الفرضيات تشير إلى أسباب اعاقية (حصيات، سدادات مخاطية، تضيق في القناة).
- قد يكون للأمراض العامة التي يُعاني منها المريض دوراً في تطور الالتهاب المزمن.
- أكثر ما تصاب به الغدة النكفية تليها الغدد تحت الفكية، تحت اللسانية، الغدد اللعابية الصغيرة.
- يُصنّف الالتهاب المزمن إلى ثلاث أشكال:
 - الالتهاب المزمن الخلالي Chronic interstitialis sialadenitis
 - الالتهاب البرانشيمي المزمن Chronic parenchymatosus sialadenitis
 - التهاب الأقنية اللعابية المزمن Chronic sialodochitis

Chronic Sialadenitis التهاب الغدد اللعابية المزمن



حوول الغدد اللعابية التتخري Necrotizing sialometaplasia

• يُسمى أيضاً الإستحالة اللعابية النخرة ويصنّفه الكثير من الباحثين ضمن إصابات الغدد اللعابية التهابية المنشأ.

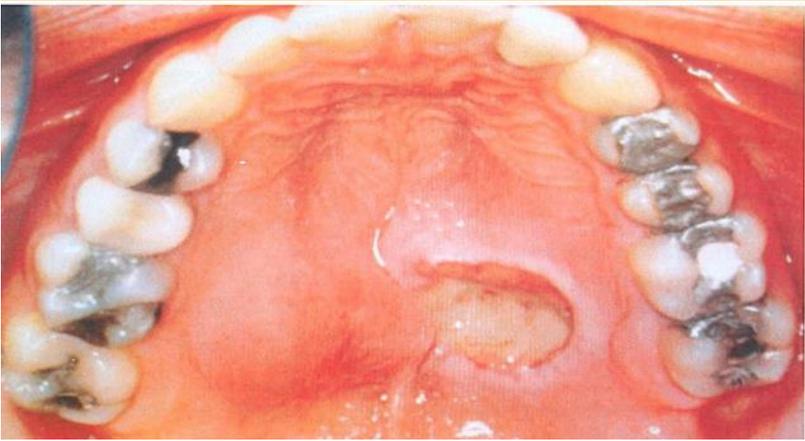
• تُصيب عادةً الغدد اللعابية الصغيرة في قبة الحنك ويمكن أن تصيب الغدد اللعابية الصغيرة الأخرى، نادراً الغدة النكفية.

• سبب الحوول اللعابي التتخري غير واضح ويعتقد أنه ناتج عن الخلل في التروية الدموية للمنطقة التي تتعرض للرضوض الناتجة عن:

✓ حقن كمية كبيرة من المخدر الموضعي مع تراكيز عالية من المادة المقبضة الوعائية في قبة الحنك.

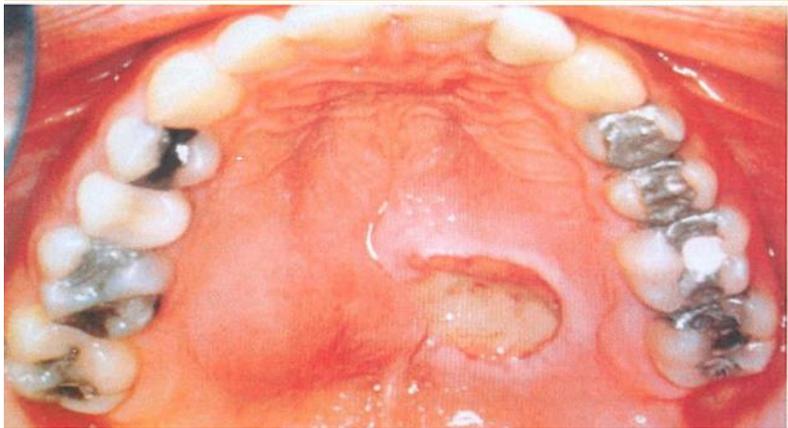
✓ أمراض الأوعية الدموية كالتصلب، التدخين المفرط والسكري.

✓ الضغط الذي تطبقه الأجهزة التعويضية المتحركة.



حوول الغدد اللعابية التتخري Necrotizing sialometaplasia

- تكون الإصابة على شكل تقرحات عميقة كبيرة الحجم جانب الخط المتوسط لقبة الحنك الصلب والرخو وتصل أبعادها إلى 4 cm.
- لهذه الإصابة أهمية كبيرة ويجب تشخيصها بشكل دقيق لأنها تشبه في شكلها السريري السرطان الشائك الخلايا أو السرطان المشبه بالبشرة.
- حيث أن الخطأ في تشخيصها يؤدي إلى عمل جراحي كبير لإستئصالها وهو غير ضروري.
- يتم تأكيد التشخيص بأخذ خزعة شقية وإجراء الفحص النسيجي.
- حوول الغدة اللعابية التتخري، عادةً يشفى لوحده بعد إزالة السبب في غضون 6-10 أسابيع ولا يتطلب أي تدخل جراحي.



التحصي اللعابي Sialolithiasis

- هو تشكل الحصيات داخل الغدد اللعابية أو الأقينية المفرغة.
- هو أكثر أمراض الغدد اللعابية انتشاراً ويشكل 50% منها.
- تقدر الإحصائيات إصابة 12 من أصل 100 من السكان البالغين بهذا المرض ويصاب به الذكور بنسبة الضعف من الإناث وتكون ذروة الإصابة في أعمار 30- 50 سنة.
- نادراً ما يصاب به الأطفال ولكن وجدت بعض الحالات في أعمار 3-15 سنة.
- تتشكل الحصيات اللعابية في 80% من الحالات في الغدة تحت الفك أو قناتها، 6% في الغدة النكفية، و2% في الغدة تحت اللسان والباقي يحصل في الغدد اللعابية الصغيرة.
- إن النسبة العالية لتشكل الحصيات في الغدة تحت الفك أو قناتها عائد إلى:
 - ✓ تركيز الكالسيوم في مفرز الغدة فهو أعلى بمرتين مما هو في مفرز الغدة النكفية.
 - ✓ القلوية العالية لللعاب الغدة تحت الفك.

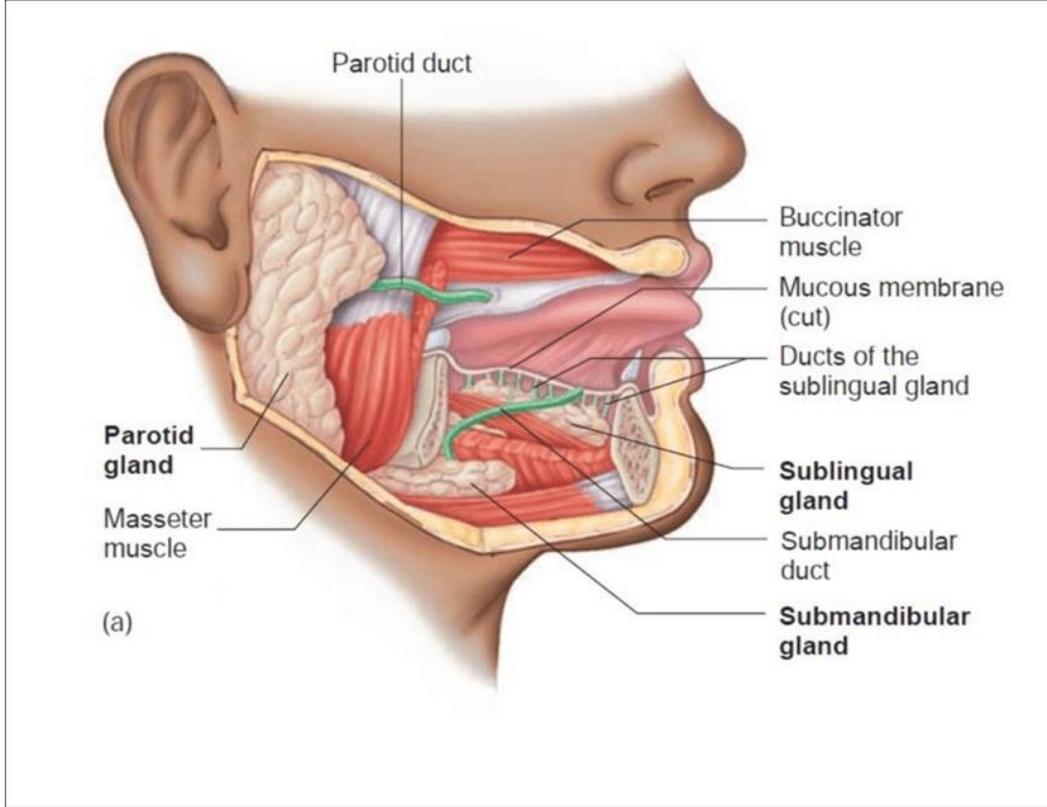
العوامل التشريحية المُساعدة على تشكّل الحصىات في الغدة تحت الفك أو قناتها

✓ تتوضع قناة وارطون أعلى من مستوى الغدة، حيث تتفرع القناة من الوجه الخلفي العلوي للغدة وتتجه نحو الأعلى والأمام (أي عكس الجاذبية الأرضية).

✓ قناة وارطون طويلة نسبياً (أي أن لها مسير طويل).

✓ تملك قناة وارطون في مسيرها منحنيان حادان الأول على الحافة الخلفية للعضلة الضرسية اللامية والثاني بجوار فتحة القناة في قاع الفم.

✓ فتحة القناة أصغر من قطر القناة (أي تضيق القناة قبل نهايتها لمنع التدفق العكسي لللعاب والجراثيم وغيرها ...).



الحصيات في الغدة تحت الفك أو قناتها

- هذه العوامل تجعل اللعاب يتدفق ببطء مما يساهم في ترسب العناصر المحمولة مع اللعاب مثل الشوارد المعدنية، المَخاط، المواد البروتينية والحطام الخلوي (الناجمة عن الالتهابات المزمنة) في هذه الإلتواءات.
- مع مرور الزمن يؤدي تراكم هذه المواد إلى تشكل سدادة داخل لمعة القناة والتي قد تكون رخوة (مخاطية) أو صلبة (حصاة) والتي تستمر في الكبر لتغلق لمعة القناة وأحياناً إلى إنتفاخ القناة وبروزها في قاع الفم.
- كما لا بد من الإشارة إلى أن تشكل الحصيات اللعابية غير مرتبط مع الشذوذات الجهازية لإستقلاب الكالسيوم كما لا يوجد ترابط بين المياه العسرة (الكلسية) والحصيات اللعابية.

الأعراض الأساسية للتحصي اللعابي

• تختلف الأعراض السريرية للتحصي اللعابي بحسب حجم الحصاة وموقعها، حيث تشكل إعاقة لمرور اللعاب في القناة وخروجه إلى الحفرة الفموية.

• الحصيات الصغيرة داخل جسم الغدة أو في القناة والتي لا تسبب إغلاق كامل للقناة قد تبقى بدون أعراض وتكتشف بالصدفة.

• عندما يصبح حجم الحصاة كبيراً بالقدر الذي يؤدي إلى إغلاق جزئي للقناة أو إعاقة تدفق اللعاب قد تبدأ الأعراض بالظهور على شكل انتباج مفاجئ ومؤلم، في أغلب الأحيان عند تناول وجبات الطعام، والذي يزول تدريجياً بعد تناول الوجبة بساعتين.



الأعراض الأساسية للتحصي اللعابي

- يتكرر ذلك ولكن بشكل غير منتظم إذ ليس من الضروري أن يحدث الإنتباج مع كل وجبة.
- عندما يصبح حجم الحصاة كبيراً مع إغلاق كامل للقناة يتطور انتباج كبير في الغدة مع ألم حاد يأخذ شكلاً قولنجياً ولا يزول الانتباج بعد الوجبة.
- في بعض الحالات من الإغلاق الجزئي أو الكامل وبسبب الركودة اللعابية داخل القناة قد يحدث الإنتان الحاد في القناة أو الغدة.
- إن الإغلاق طويل الأمد مع غياب الإنتان قد يؤدي إلى ضمور الغدة مترافقاً مع نقص في الوظيفة الإفرازية وفي النهاية تليف الغدة بالكامل.
- في الحالات البسيطة وعندما تكون الحصيات صغيرة فقد تندفع مع اللعاب إلى فوهة القناة وتخرج من تلقاء ذاتها أو تعلق عند الفوهة ويمكن جسها ومشاهدتها.

يعتمد تشخيص الحصيات اللعابية على

- القصة المرضية: حيث أن الألم والانتباج في غدة معينة أوقات الطعام أو تناول العصائر المحرّضة لإفراز اللعاب **يشكل عاملاً أساسياً وخاصاً بالحصيات اللعابية.**
- الفحص السريري :
 - ✓ يسبب الإغلاق التام ألماً وتورماً مستمراً في الغدة والذي يمكن تحديده بالجبس.
 - ✓ غياب المفرز اللعابي أو رؤية النز القيحي من فتحة القناة.
 - ✓ جس القناة المُفرغة في قاع الفم من الخلف إلى الأمام للغدة تحت الفك قد يكشف عن وجود حصاة.
 - ✓ الجس الحذر داخل الفموي حول فوهة قناة ستنتسون قد يكشف عن وجود حصاة.
 - ✓ حصيات الجزء الخلفي من القناة غير قابلة للجبس.
 - ✓ في الغدد اللعابية الصغيرة، عادةً ما تكون في المخاطية الخدية أو الشفة العلوية أو السفلية على شكل عقدة ثابتة قاسية القوام على شكل الورم.

معالجة التحصي اللعابي

■ في الغدة تحت الفك أو قناتها

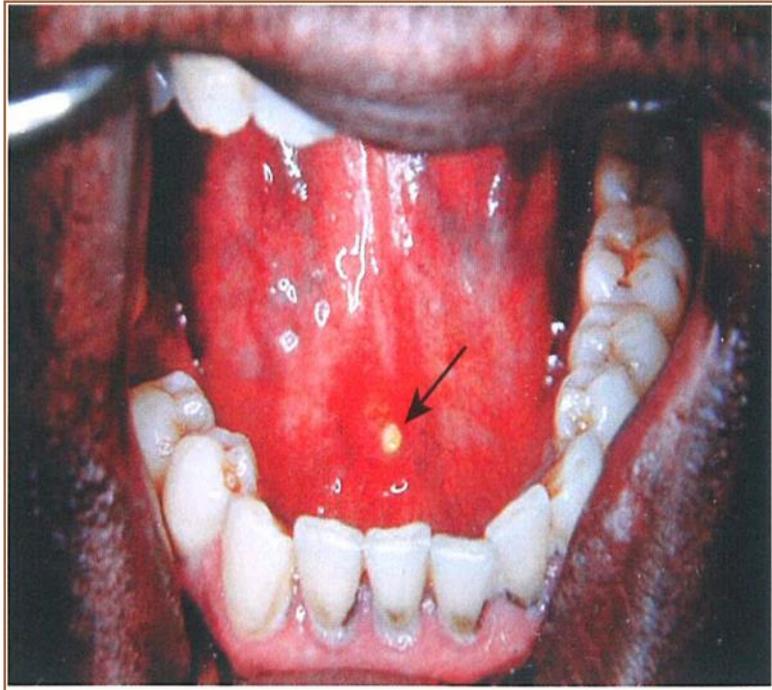
- يعتمد تدبير الحصيات في الغدة تحت الفك أو قناتها على الفترة الزمنية للإصابة، تكرار العلامات، حجم الحصاة **والأكثر أهمية موقع الحصاة.**

• حيث تصنف الحصيات في قناة الغدة تحت الفك إلى:

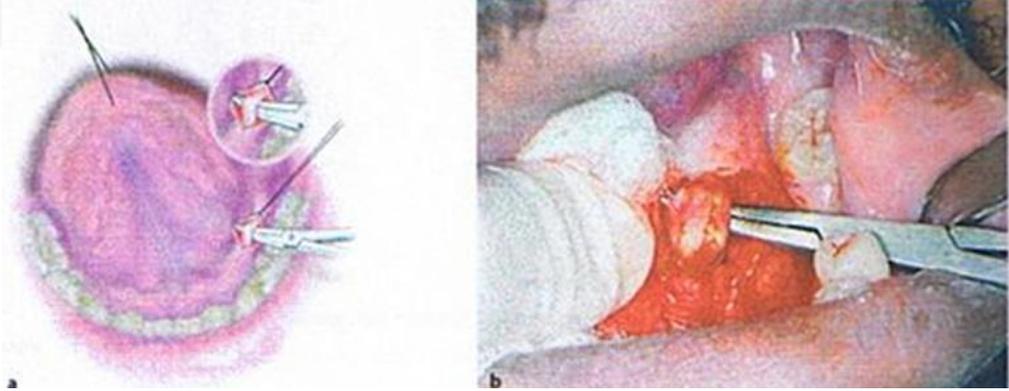
- ✓ خلفية أو أمامية بالنسبة إلى الخط المستعرض الواصل بين الأرحاء الأولى السفلية.

■ الحصيات الأمامية:

- **الحصيات صغيرة الحجم** يمكن إزالتها بالتمسيد اليدوي للقناة من الخلف إلى الأمام بعد وضع قطبة خلف الحصاة مباشرة، تشمل الغشاء المخاطي والقناة، وذلك لمنع دفع الحصاة نحو الخلف أثناء التمسيد.



• الحصيات الكبيرة والتي لا يمكن إخراجها عبر فوهة القناة يتم استئصالها جراحياً على الشكل التالي:



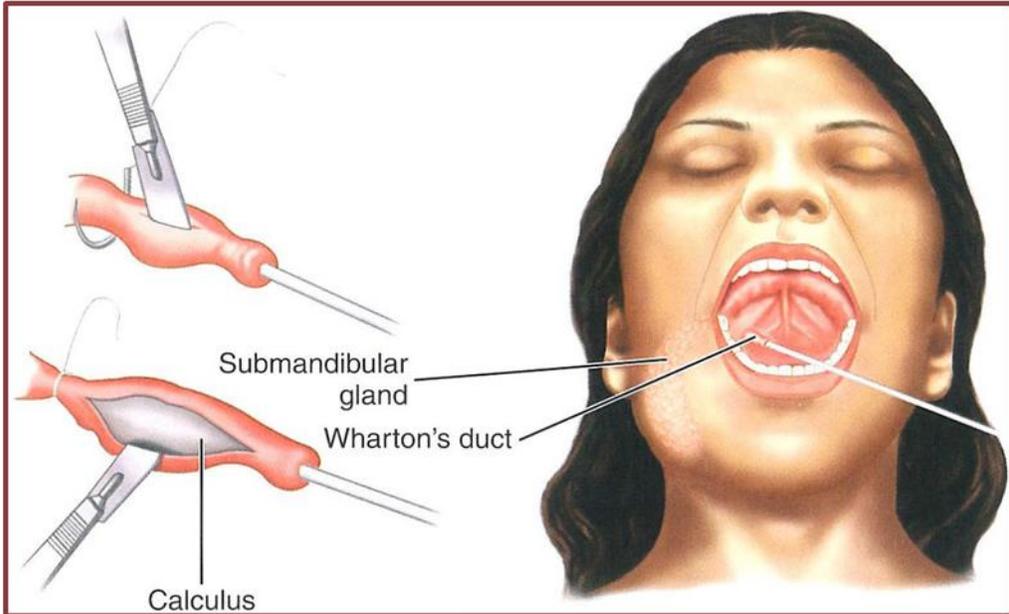
✓ الضغط على المنطقة تحت الفك لرفع نسيج قاع الفم نحو الأعلى .

✓ بعد جس الحصاة وتحديد موقعها بشكل جيد يتم وضع قطبة خلف الحصاة لمنع اندفاعها نحو الخلف أثناء العمل الجراحي.

✓ من ثم إدخال موقف نرف معقوف عبر الغشاء المخاطي تحت القناة ورفعها باتجاه الأعلى.

✓ إجراء شق على الغشاء المخاطي فوق الحصاة مباشرة يشمل السطح العلوي للقناة بشكل يتوافق مع مجرى القناة.

✓ لتسهيل هذا العمل وتنفيذه بدقة يمكن إدخال أنبوب قثطرة من فوهة القناة حتى مكان توضع الحصاة.



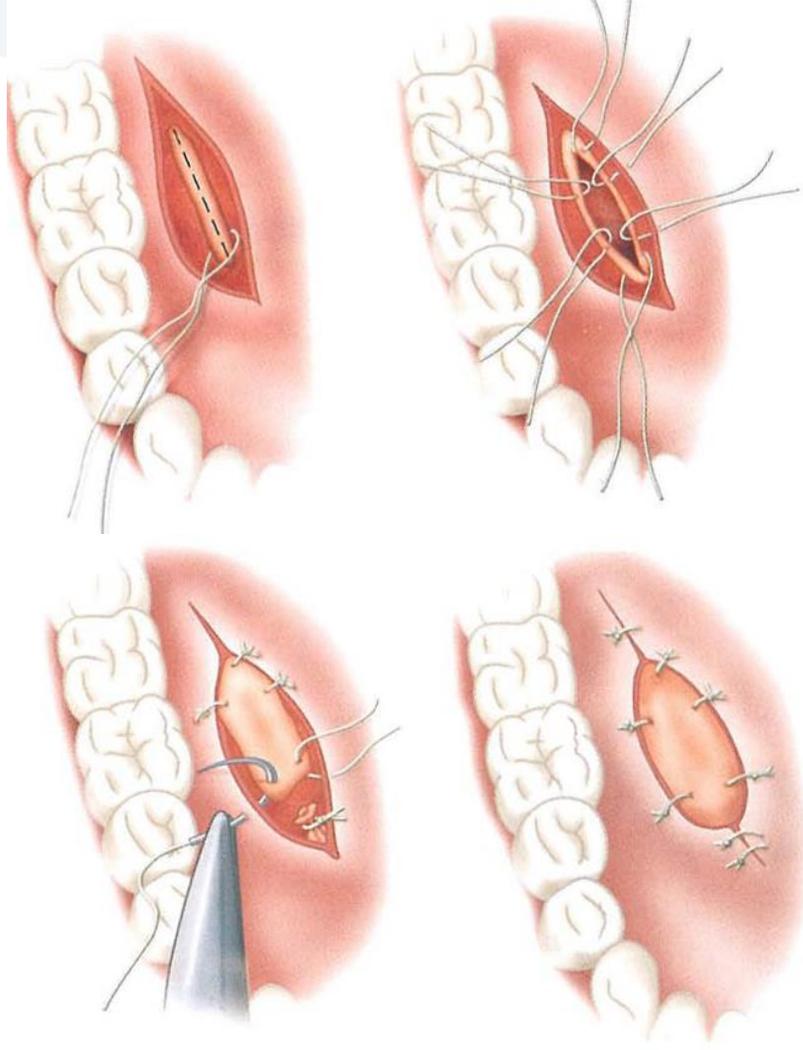
✓ بعد ظهور الحصاة يتم إخراجها بواسطة ملقط أو مجرفة جراحية.
قد نلاحظ وجود القيح مكان توضع الحصاة كما يحدث في أغلب الأحيان تدفق للعباب.

✓ غسل المنطقة بمضادات العفونة.

✓ خياطة الجرح بحيث تخاط حواف القناة مع الغشاء المخاطي المغطي لها من جهة إلى الحواف الأخرى من الجهة المقابلة.

✓ لتسهيل عملية الخياطة وجعلها آمنة بحيث لا تؤدي إلى انغلاق القناة أو تضيقها يمكن إدخال أنبوب قثطرة جديد في القناة وخياطة الحواف فوقه كما يمكن الإبقاء عليه لمدة 48 ساعة.

✓ الحصيات اللعابية الخلفية القريبة من الغدة أو المتوضعة داخل الغدة فإنه يتم فيها استئصال الغدة بالكامل جراحياً وتحت التخدير العام.



الحصيات في الغدة النكفية

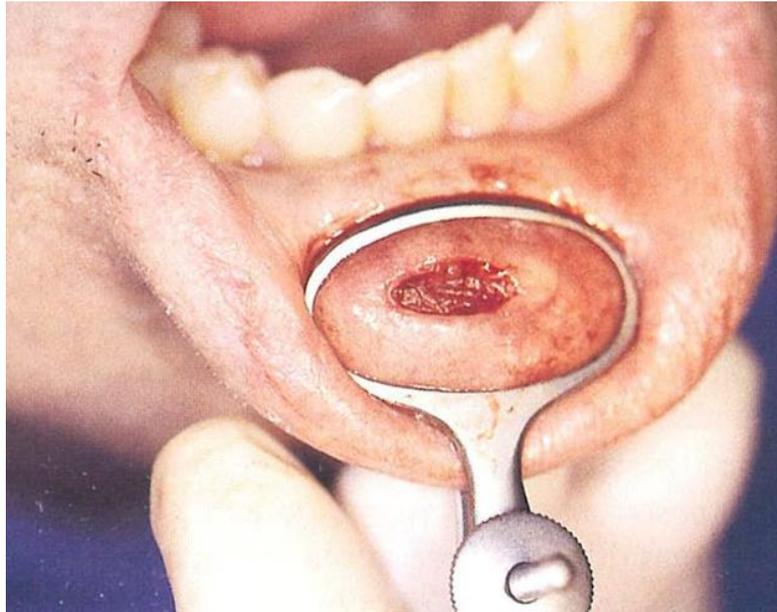
- أقل شيوعاً في الغدة النكفية وقناتها.
 - تتوضع الحصاة في الثلث الوحشي من قناة ستنسون ويمكن أن تُستأصل بعد توسيع فوهة القناة.
 - عندما تكون أكثر عمقاً فقد تتطلب التداخل الجراحي من داخل الفم .
 - عندما تتوضع الحصاة في الغدة يتم استئصال الحصاة جراحياً مع الفص السطحي من الغدة بالتداخل من خارج الفم .
 - أما الغدة تحت اللسان والغدد اللعابية الصغيرة، وفي حال تشكل الحصيات فيها فإنه يتم استئصال الغدة بالكامل مع الحصيات.
- يمكن استئصال الحصيات بالقثطرة
- Therapeutie sialendoscopy**
- عندما تكون الحصاة كبيرة (قطرها أكبر من قطر القناة) أو الحصيات داخل الغدد يمكن أن يتم تفتيتها بواسطة الأمواج الصادمة
- .Shock wave treatment**
- من ثم يتم إخراجها بالتمسيد أو بالقثطرة.
- تفتيت الحصاة بالأمواج الصادمة هي عبارة عن أمواج فوق صوتية تُستخدم منذ زمن لمعالجة التحصي الكلوي.

الأكياس المخاطية mucocele



- تتشكل الأكياس المخاطية نتيجة الإصابات الرضية للأقنية المفرغة وأكثر ما تصاب بها الأقنية اللعابية الصغيرة وخاصة في منطقة الشفة السفلية ومنطقة الدهليز الفموي.
- السبب هو عض الشفه الشائع وخاصةً عند الأطفال.
- إصابة الغدد أو الأقنية المفرغة يؤدي إلى تدفق اللعاب تحت الغشاء المخاطي السطحي وتشكّل كيس كاذب (من دون بطانة بشروية حقيقية).
- يحتوي الكيس على لعاب لزج وثخين.
- يظهر على شكل حويصلة بارزة فوق الغشاء المخاطي مملوءة بسائل مخاطي شفاف أو رمادي مزرق.

معالجة الأكياس المخاطية Mucocele



• أغلب هذه الحويصلات تُشفى تلقائياً وذلك عن طريق تمزق الغشاء المخاطي المُغطي لها وخروج اللعاب المُتجمع فيها.

• في الحالات التي يتكرر فيها تشكّل الأكياس المخاطية في نفس المنطقة، يتم استئصالها جراحياً وإرسال العينة مع الغدة المسببة للتقييم النسيجي.

• الاستئصال الجراحي بالمشروط التقليدي عن طريق إجراء شق دائري أو شقين مغزليين حول الآفة ومن ثم استئصالها.

• يمكن الاستئصال بالليزر عن طريق التبخير.

الورم الكيسي تحت اللساني (الورم الضفدعي) Ranula

• هو الآفة الأكثر شيوعاً للغدة تحت اللسان والتي يمكن إعتبارها Mucocele الغدة تحت اللسانية وله نوعان :

• البسيط Simple ranula عندما تنحصر الكيسة في منطقة الغدة والذي يظهر على شكل انتفاخ بارز في مخاطية قاع الفم تحت اللسان.

• الغارق Plugging ranula عندما تمتد الكيسة مخترقة العضلة الضرسية اللامية إلى المسافة تحت الفك أو إلى العنق.

• يتشكل الورم الضفدعي إما عن الإحتباس المخاطي في النظام القتيوي للغدة تحت اللسان أو تسرب اللعاب كنتيجة للتمزق القتيوي.

• قد يصل هذا الورم إلى حجم كبير لأن المخاطية المغطية له مرنة وكذلك وجود النسيج الرخوة والمسافات في قاع الفم.



معالجة الورم الضفدعي

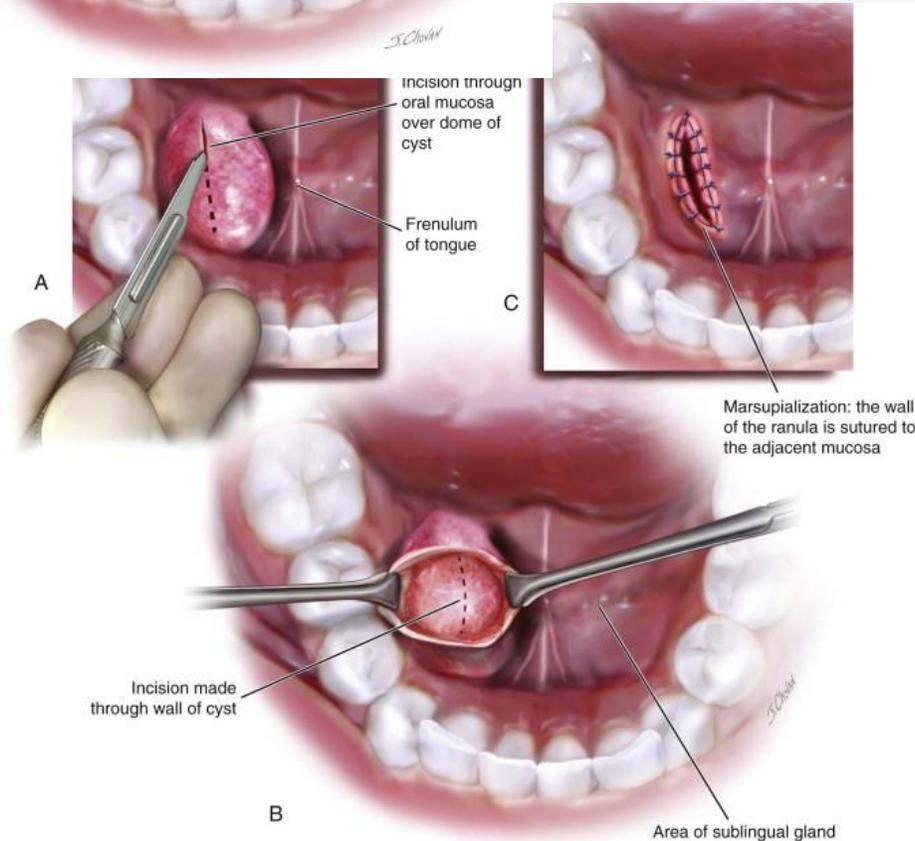
• المعالجة الأساسية للورم الضفدعي هي الاستئصال الكامل للورم والغدة تحت اللسان.

• يتم ذلك عن طريق التداخل الجراحي من داخل الفم.

• في حالة الورم الفارق المنتشر عبر العضلة الضرسية اللامية يتم المشاركة مع المدخل خارج الفموي.

• أما المعالجة العادية والأكثر شيوعاً للكيس الضفدعي البسيط فهي التكوية Marsupialization.

• تعتمد التكوية على إجراء شق عبر مخاطية قاع الفم على طول الجدار العلوي للكيس الضفدعي ومن ثم خياطة جدران الورم إلى المخاطية لقاع الفم حيث يتم الشفاء بالمقصد الثاني .



تَنَازِرُ سَجْوَعَرِينِ SJOGREN'S SYNDROME



- مرض يصيب الغدد ذات الإفراز الخارجي (الدمعية، اللعابية، العرقية، الدهنية) مؤدياً إلى نقص في مفرزات هذه الغدد.

- السبب في حدوث هذا المرض غير معروف مع العلم أنه يبدي تظاهرات مناعية ذاتية.

- يُعتقد بأن الجراثيم، اضطرابات الغدد الصم واضطرابات الجهاز العصبي الذاتي تلعب دوراً أساسياً في تطور الإصابة.

- يوجد نوعان من تنادر سجوغيرين:

- **SS الأولي (تنادر Sicca):** يتميز بجفاف في الفم والتهاب القرنية والملتحمة الجاف (العين الجافة)

Keratoconjunctivitis sicca



تتاذر سجوغرين SJOGREN'S SYNDROME



- SS الثانوي: يضم بالإضافة إلى SS الأولي مجموعة من الاضطرابات مثل التهاب المفاصل الرثياني، الذئبة الحمراء، ثعلبة الجلد الجهازية وبعض الاضطرابات المناعية الأخرى.

- SS الثانوي هو الأكثر شيوعاً يصيب الإناث بنسبة عالية مقارنة مع الرجال 9-1.

- غالبية الإصابات 80% منها تحصل في أعمار متقدمة (العقد السادس فما فوق).

- إن التظاهرات اللعابية والعينية في هذا التتاذر عائد إلى تشكل نسيج ليفي مكان النسيج الغدي الطبيعي مما يؤدي إلى نقص في مفرزات الغدد اللعابية والدمعية.



اورام الغدد اللعابية Salivary Gland Tumors

• تصيب الغدد اللعابية الكبيرة والصغيرة وقد تكون حميدة أو خبيثة.

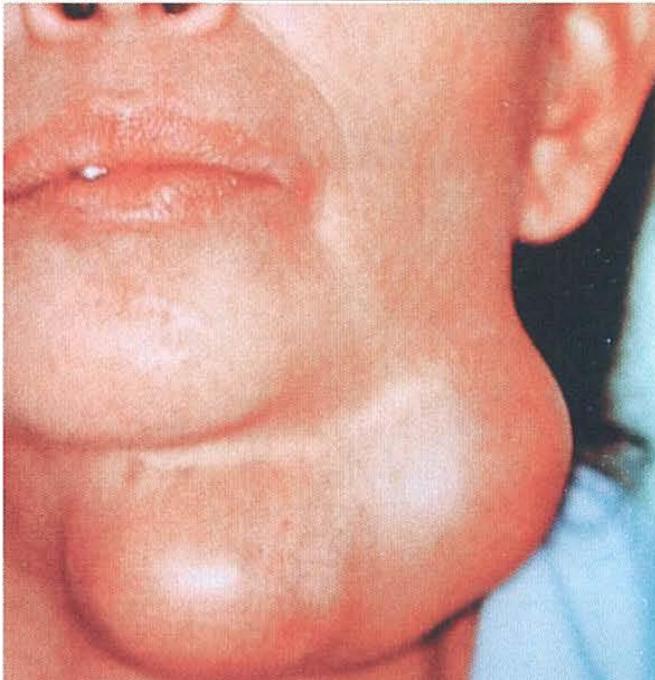
□ **الاورام الحميدة Benign Tumors:**

▪ **الورم الغدي المتعدد الأشكال (الورم الحميد المُختلط) Pleomorphic Adenoma (Benign Mixed tumor).**

- يشكل هذا الورم أكثر من 50% من الاورام و 90% من الاورام الحميدة للغدد اللعابية.
- يمكن أن يصيب الغدد الكبيرة والصغيرة وعادةً ما يصيب الغدة النكفية.
- ينشأ من الخلايا الظهارية العضلية للغدة اللعابية.
- يتشكل الورم من انماط نسيجية مختلفة ويحتوي على عناصر من النسيج الظهاري والضام والعضلي ولذلك سُمي بالورم المتعدد الأشكال أو المختلط.
- غالبية الآفات تظهر بين العقدتين الرابع والسادس وأكثر شيوعاً لدى النساء.

الأعراض السريرية للورم الغدي المتعدد الأشكال

- يبدأ الورم على شكل عقدة صغيرة غير مؤلمة إما عند زاوية الفك أو تحت شحمة الأذن.
- يزداد حجمها ببطء وبشكل متقطع.
- يكون الورم واضح ومُحدد الحواف، ذو قوام صلب.
- الجلد فوقه طبيعي اللون.
- الورم مُتحرك بسهولة وغير مُثبت مع النسيج الواقعة تحته، أو إلى الجلد المُتوضع فوقه.
- يمكن أن ينمو الورم إلى حجم كبير جداً من دون حدوث تقرح أو تخرب في الأنسجة الواقعة فوقه.
- غير مؤلم بالجم ولا يترافق مع شلل وجهي.



الأعراض السريرية للورم الغدي المتعدد الأشكال

• الورم الغدي متعدد الأشكال داخل الفموي، الذي يُصيب الغدد اللعابية الصغيرة على قبة الحنك يُلاحظ بشكل مُبكر نظراً لصعوبة المضغ والكلام.....

• يظهر على شكل عقدة صغيرة غير مؤلمة يزداد حجمها ببطء وبشكل متقطع.

• يكون الورم واضح ومُحدد الحواف، ذو قوام صلب، الغشاء المخاطي فوقه طبيعي اللون.

• يبدو ثابتاً على العظم المُتوضع تحته لكنه لا يغزو العظم.

• يجب التفريق بين الورم الغدي متعدد الأشكال والأورام الحميدة الأخرى وعن فرط تنسج العقد اللمفية.

• بالرغم من الأعراض الحميدة سابقة الذكر، فإن تأكيد التشخيص يكن عن طريق الخزعة.



□ الأورام الخبيثة Malignant Tumors

- الأورام الخبيثة يمكن ان تصيب الغدد اللعابية الكبيرة والصغيرة.
- عادةً تظهر الأورام الخبيثة عند الكهول بين 50 - 60 سنة.
- يمكن ان تظهر بعض الأورام الخبيثة في مجموعات عمرية اصغر.
- يمكن أن يصيب الأطفال أيضاً.
- الأورام الخبيثة الشائعة في الغدد اللعابية هي: السرطان المخاطي البشري، السرطان الكيسي الغدي، الورم المختلط الخبيث، السرطان عُنَيبي الخلايا.
- أكثر الأورام الخبيثة شيوعاً هو السرطان المَخاطي البشري.

السرطان المُخاطي البشري Mucoepidermoid Carcinoma



Figure 7. Malignant parotid gland tumor with fixation and inflammation of the overlying skin.

- هذا الورم الخبيث للغدة اللعابية معروف بتنوع نشاطه الحيوي وسلوكه.
- يحدث بتوزيع متساوٍ بين الذكور والإناث.
- تم تصنيف السرطان المخاطي البشري حسب سلوكه إلى درجات **منخفضة و متوسطة و عالية**.
- الورم من الدرجة المنخفضة يسلك سلوك الورم الحميد مع انذار جيد جداً.
- بينما الورم من الدرجة العالية يكون سلوكه عدوانياً جداً.

المظاهر السريرية للسرطان المخاطي البشري



- تعتمد المظاهر السريرية على درجة الورم.
- السرطان منخفض الدرجة ينمو ببطء على شكل تورم غير مؤلم في الغدة النكفية أو أي غدة لعابية كبيرة أخرى أو في الغدد اللعابية الصغيرة.
- داخل الفم يمكن أن يتطور في الغدد اللعابية الصغيرة في قبة الحنك، المخاطية الشدقية، اللسان أو المنطقة خلف الأرحاء.



المظاهر السريرية للسرطان المخاطي البشري



- الورم من الدرجة العالية ينمو بسرعة.
- قد يسبب الألم، التقرح، الشلل الوجهي.
- تخرب موضعي وانتقالات إلى العقد اللمفية المجاورة.
- في مراحل لاحقة قد يسبب انتقالات بعيدة إلى الرئة، العظم والدماغ.
- من الشائع للسرطان المخاطي البشري أن يخضع لتتكس كيسي بالتالي يحاكي القيلة المخاطية سريريا.
- التشخيص يجب ان يُثبت بالخزعة.





The end