

Oral and Maxillofacial Surgery
Salivary Glands الغدد اللعابية

Consultant...PHD

Dr. Sameer Ozzo

Oral and Maxillofacial Surgeon

الغدد اللعابية Salivary Glands

تعتبر الغدد اللعابية غدداً خارجية الإفراز حيث تقوم بطرح منتجاتها الإفرازية داخل الحفرة الفموية عبر أقينتها المفرغة, وهي غدد هامة جداً حيث يساهم مفرزها اللعابي في وظائف هامة عديدة كالمضغ والبلع والهضم والكلام وغيرها.

البنية النسيجية:

تتألف الغدد اللعابية من:

1- **نسيج ضام** حول الغدة يشكل محفظة الغدة (Capsule) التي تصدر منها حجب ضامة تمتد داخل الغدة مقسمة إياها إلى فصوص (Lobes) وهذه إلى فصيصات (Lobules), بالإضافة إلى **الأقنية المفرغة** والأوعية الدموية واللمفاوية والأعصاب الخاصة بالغدة.

2- **جهاز قنيوي** مؤلف من تفرعات شجرية الشكل متتالية بالحجم تتماهى مع الأجزاء الانتهائية المفرزة في الغدة.

3- **الخلايا الغدية** التي تتوضع في الأجزاء الانتهائية من الغدة بالإضافة إلى مجموعة من الأنابيب والأسناخ.

وهناك /3/ أنواع للعنبات الغدية:

- **الخلايا المخاطية** Mucous Cells : تفرز مادة المخاطين اللزجة.

- **الخلايا المصلية** Serous Cells : تفرز سائل مائي أميني.

- **مختلطة Mixed**: تحوي كل من الخلايا المخاطية والمصلية.

● الأقنية Ducts:

يتشكل الجهاز القنيوي في الغدد اللعابية من اتحاد الأقنية الصغيرة في قناة واحدة ذات قطر أكبر لتصب

في القناة اللعابية المفرغة الرئيسية

تختلف المفرزات المخاطية عن المصلية وذلك بناحيتين:

أولاً: إن المنتجات المخاطية تمتلك فعالية أنزيمية ضعيفة وبالتالي فإن فوائدها تنحصر فقط في تسهيل

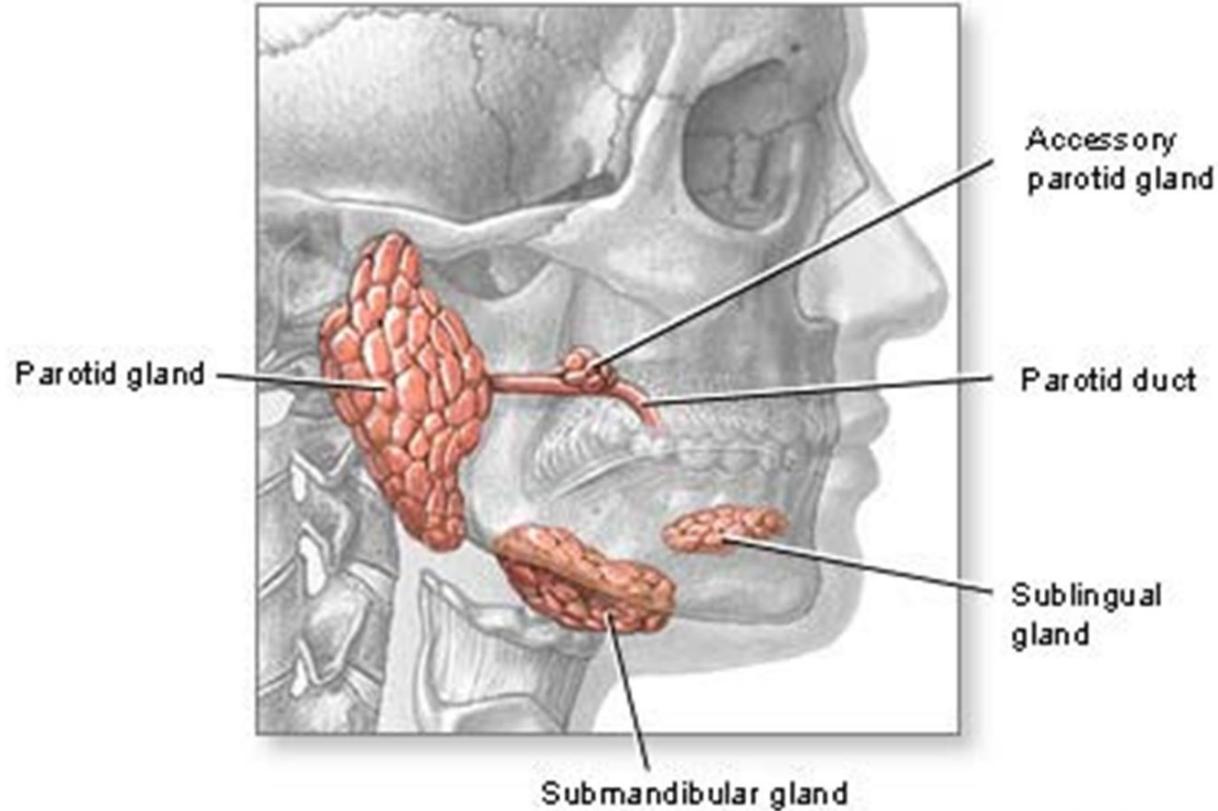
انزلاق اللقمة الطعامية وترطيب النسيج الفموية المخاطية.

ثانياً: إن نسبة السكريات المندخلة مع البروتينات المصنوعة في الخلايا المخاطية أكبر منها في المصلية.

تصنيف الغدد اللعابية:

يمكن تقسيم الغدد اللعابية إلى مجموعتين:

- الغدد اللعابية الكبيرة: وتتألف من الغدد النكفية, تحت الفك, تحت اللسان.
- الغدد اللعابية الصغيرة: وتشكل 600-1000 غدة صغيرة موزعة في الطريق الهضمي التنفسي العلوي.



الغدة النكفية Parotid Gland:

وهي الأكبر بين الغدد الكبيرة المزدوجة، وزنها مختلف وفي المتوسط يبلغ (25) غ , و تحوي على عنبات مصلية صرفة، ويحتل حجم اللعاب المفرز من النكفة موقعاً متوسطاً بالنسبة لكمية اللعاب المفرزة من كافة الغدد.

* الموقع والمجاورات:

- تقع الغدة النكفية تحت القوس الوجنية، وتحت الصماخ السمعي الظاهر وأمامه، وعلى العضلة الماضغة.
- كما تقع نهايتها السفلية (أي الذروة) خلف زاوية الفك السفلي وتحتها، ومما يبرر حدوث آلام أثناء المضغ في التهاب النكفة الفيروسي (النكاف).
- * الغدة النكفية اللاحقة: تتوضع هذه الغدة الإضافية بين القوس الوجنية في الأعلى والقناة النكفية في الأسفل.
- * العصب الوجهي: يدخل الغدة من وجهها الخلفي وينقسم داخل الغدة إلى فروع تشكل الضفيرة النكفية.
- * القناة النكفية parotid duct أوقناة ستينون، طولها نحو 5 سم ولها قطر ثابت نحو 1,5 سم ، تخرج من الحافة الأمامية للغدة لتمر على سطح العضلة الماضغة بصورة معترضة حتى تصل حافتها الأمامية ، ثم تلتف وتخترق الجسم الشحمي الشدقي (الوسادة الشحمية الشدقية) وتنتفح على دهليز الفم مقابل الرحي الثانية العلوية ويمكن لهذه الفتحة أن تكون معلمة ب بروز يسمى الحليمة النكفية.

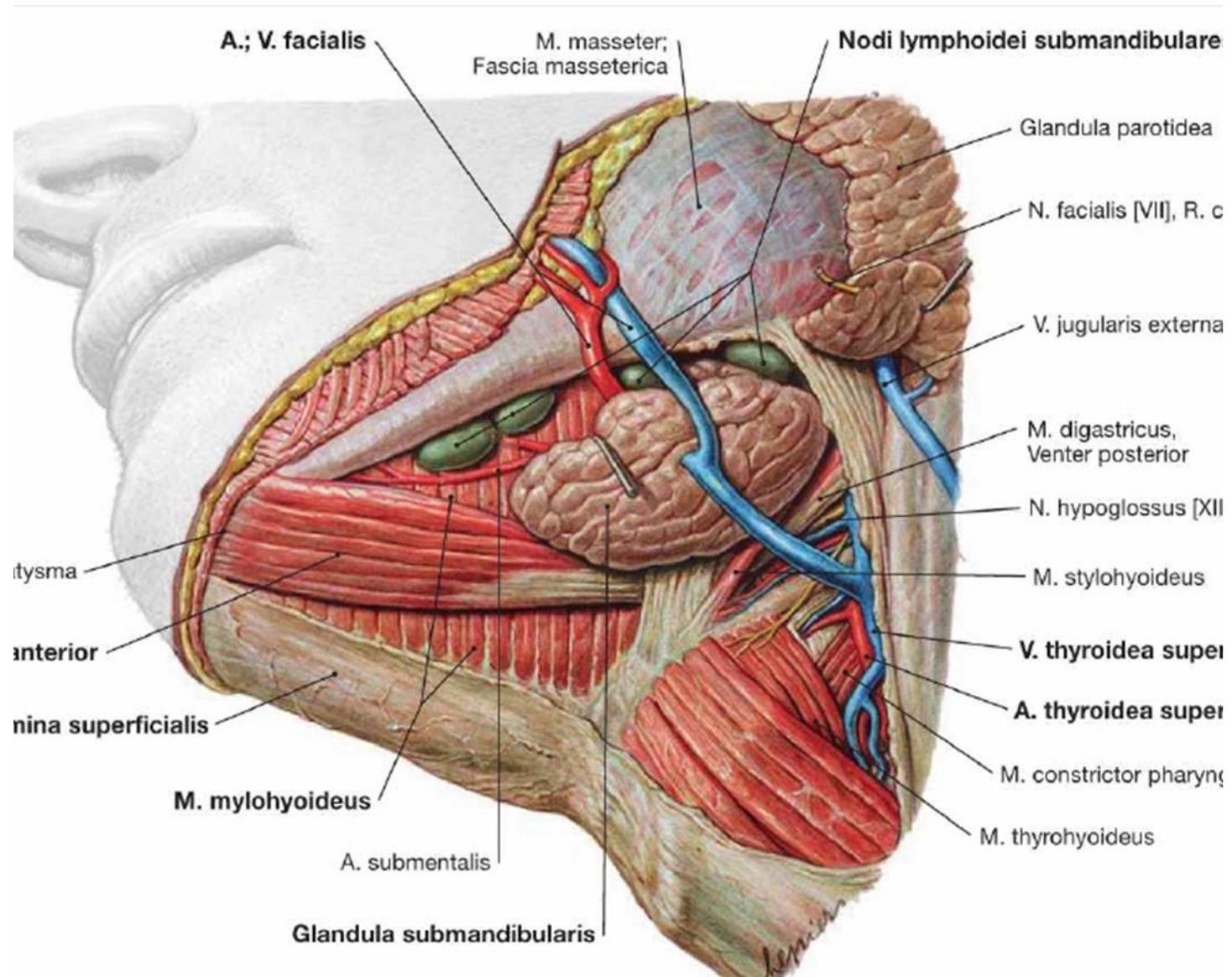
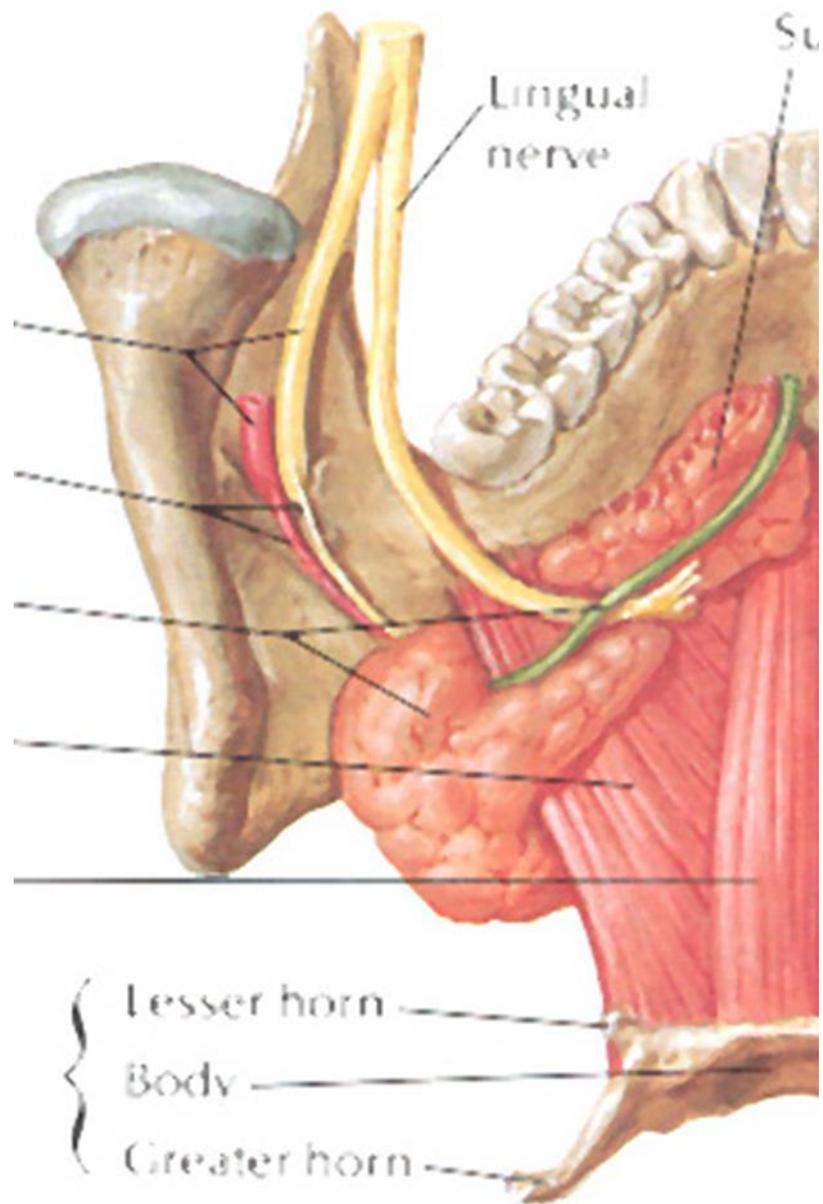
الغدة تحت الفك السفلي Submandibular Gland

وهي إحدى الغدد اللعابية الكبيرة الثلاث وهي غدة مزدوجة ذات إفراز مصلي مخاطي مع سيطرة السائل المصلي، حجمها تقريباً نصف حجم النكفة، تزن 10-15 غ، وهي بحجم اللوزة تقريباً، ويغلب عليها العنبات المصلية، وتعتبر هذه الغدة المفرزة الأكبر كمية لعاب في الحالة الطبيعية .

* **الموقع والمجاورات:** تتألف هذه الغدة من قسم سطحي أو سفلي كبير (أو الجسم) ومن قسم عميق أو علوي صغير، يتمادى هذان القسمان حول الحافة الخلفية للعضلة الضرسية اللامية.

* **القناة تحت الفكي السفلي Submandibular duct:** أو قناة وارطون Warton، طولها نحو 5 سم ولها قطر متغير حوالي 1.5-3.5 مم، قنواتها أطول مما هي عليه في النكفة ومتعرجة ، تبدأ من القسم العميق للغدة تحت الفكي، تصل إلى النهاية السفلية للجام اللسان فتغير استقامتها وتتحد مع قناة الجهة المقابلة وتتجه للأمام لمسافة 2-3 مم لتتفتح على جوف الفم.

تتفتح القناة على جوف الفم بثقوب (عددها من 1-3) واقعة في الحليمة تحت اللسانية الكائنة على جانب لجام اللسان. جدار القناة أثن من جدار قناة الغدة النكفية.



الغدة تحت اللسانية sublingual Gland

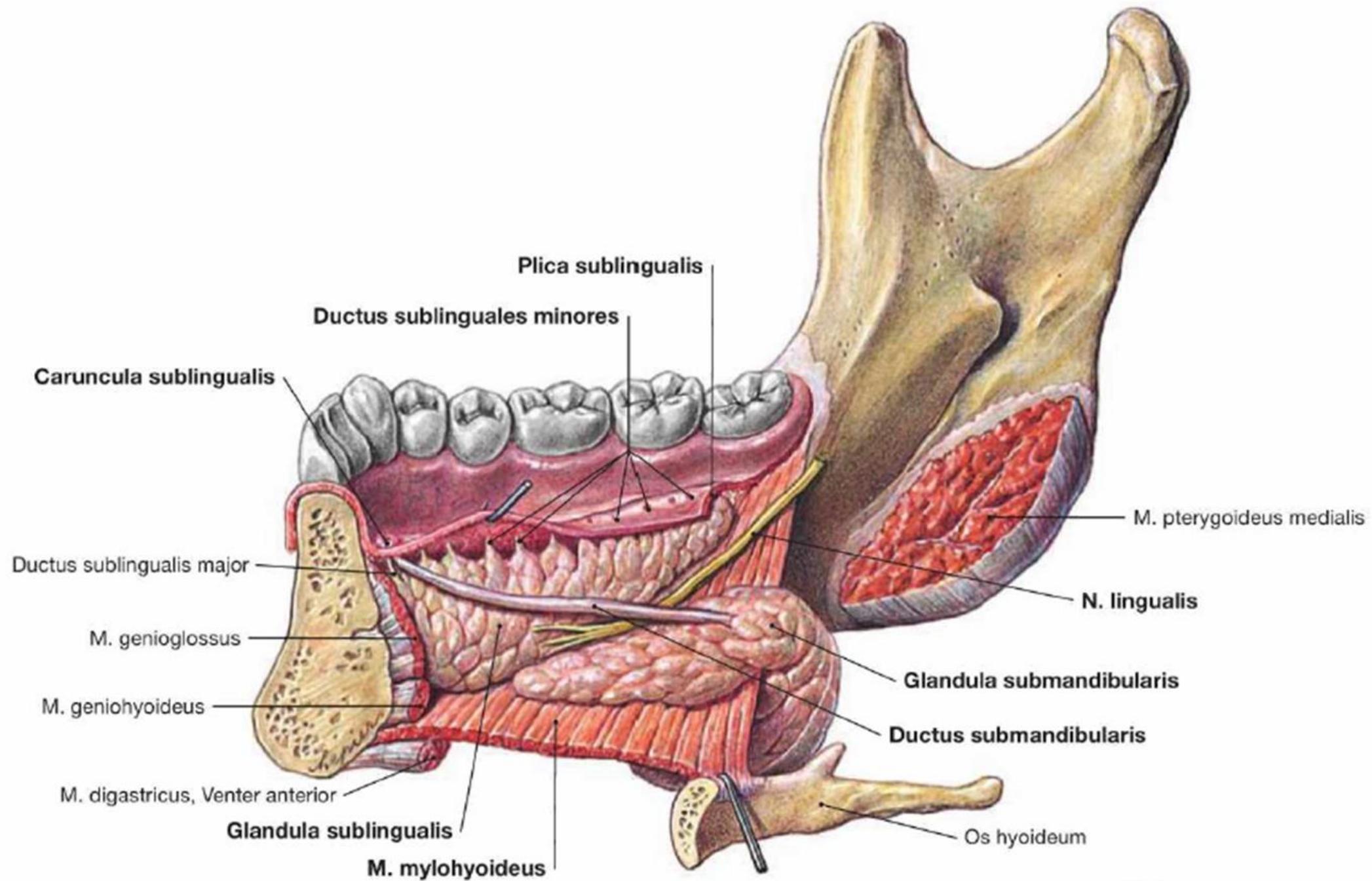
هي أصغر الغدد اللعابية الثلاث الرئيسية مؤلفة من مجموعة من الغدد التي تشكل كتلة ممتدة في قاع الفم، تتبارز في قاع الفم مشكلة ما يدعى بالطية تحت اللسانية، وتزن تقريباً 2غ، لونها وردي فاتح، وهي غدة ذات إفراز مختلط مع سيطرة الإفراز المخاطي، ويعتبر إفرازها هو الأقل من ناحية كمية الإفراز الاعتيادي.

* الموقع والمجاورات:

تقع في أرض الفم بين الفك السفلي والعضلة الذقنية اللسانية، وفوق الخط الضرسى اللامي، حيث تتوضع في الحفيرة تحت اللسانية الكائنة على الوجه الباطن لجسم الفك السفلي.

* القنوات تحت اللسانية sublingual ductus:

لها عدد من الأقنية الصغيرة (8-20 قناة) أكبرها تدعى قناة بارتولين **Bartholin** بينما تدعى القنوات الأخرى بقنوات ريفينيوس Rivinus، تنشأ هذه الأقنية من السطح العلوي للغدة وتفتح بمعظمها افرادياً على جوف الفم في مستوى الطية تحت اللسانية، لكن يمكن أن تتحد عدة قنيات بقناة واحدة (بارتولين) تصب إلى جوار انفتاح قناة الغدة تحت الفك السفلي، أو قد تصب قنياتها مباشرة على قناة الغدة تحت الفك.



الغدد اللعابية الصغيرة Minor Salivary Glands

وهي قليلة الأهمية لقلة إفرازها مقارنة مع الغدد اللعابية الكبيرة, ويفرغ إفرازها بواسطة قنيات مفرغة تفتح رأساً على السطح الخارجي للغشاء المخاطي وهي تقسم حسب توزيعها إلى:

أ- **الغدد الشفوية Labial gland**: تتوضع في الطبقة تحت المخاطية، ذات أحجام مختلفة ولها أقنية قصيرة وفتحات صغيرة جداً وهي **غدد مختلطة**.

ب- **الغدد الدهليزية الخدية Buccal gland**: تتوضع في مخاطية الخد وهي **أيضاً مختلطة**.
(الغدد الشفوية والدهليزية غدد مختلطة يغلب عليها الصفة المخاطية)

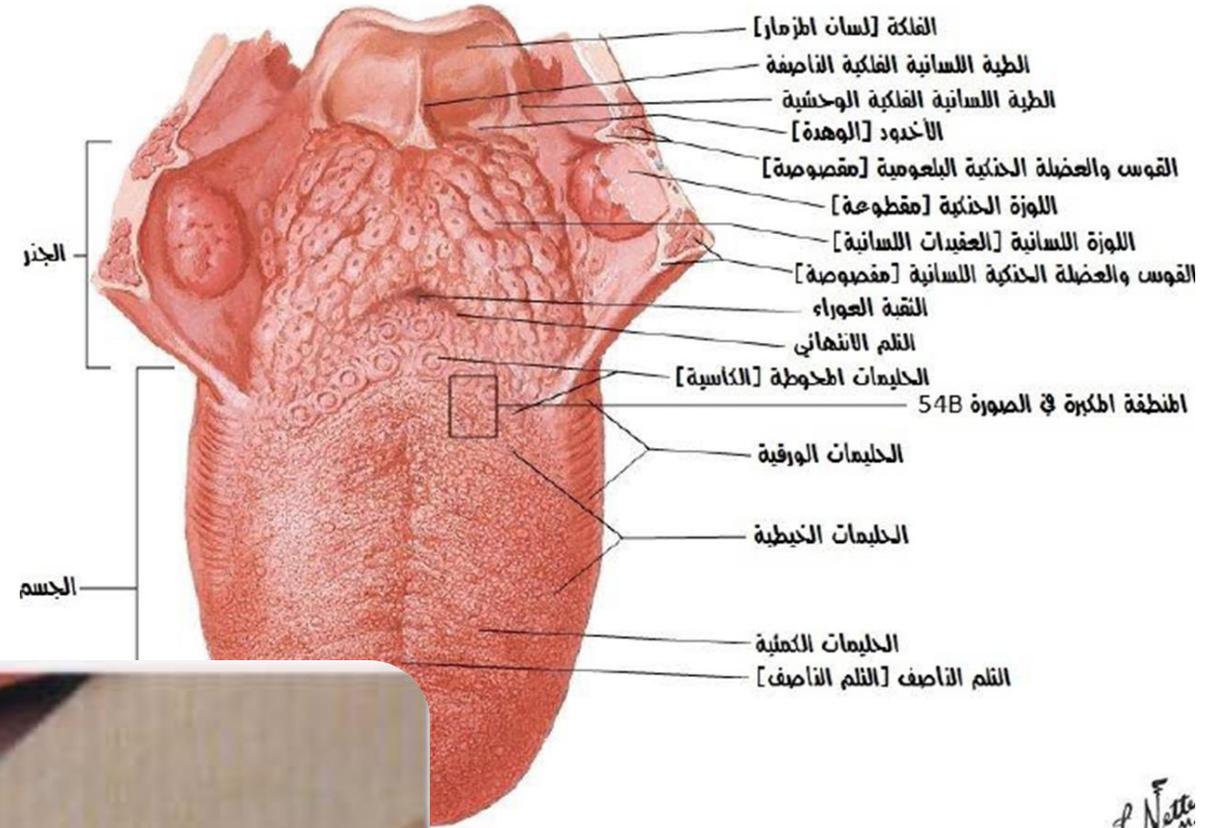
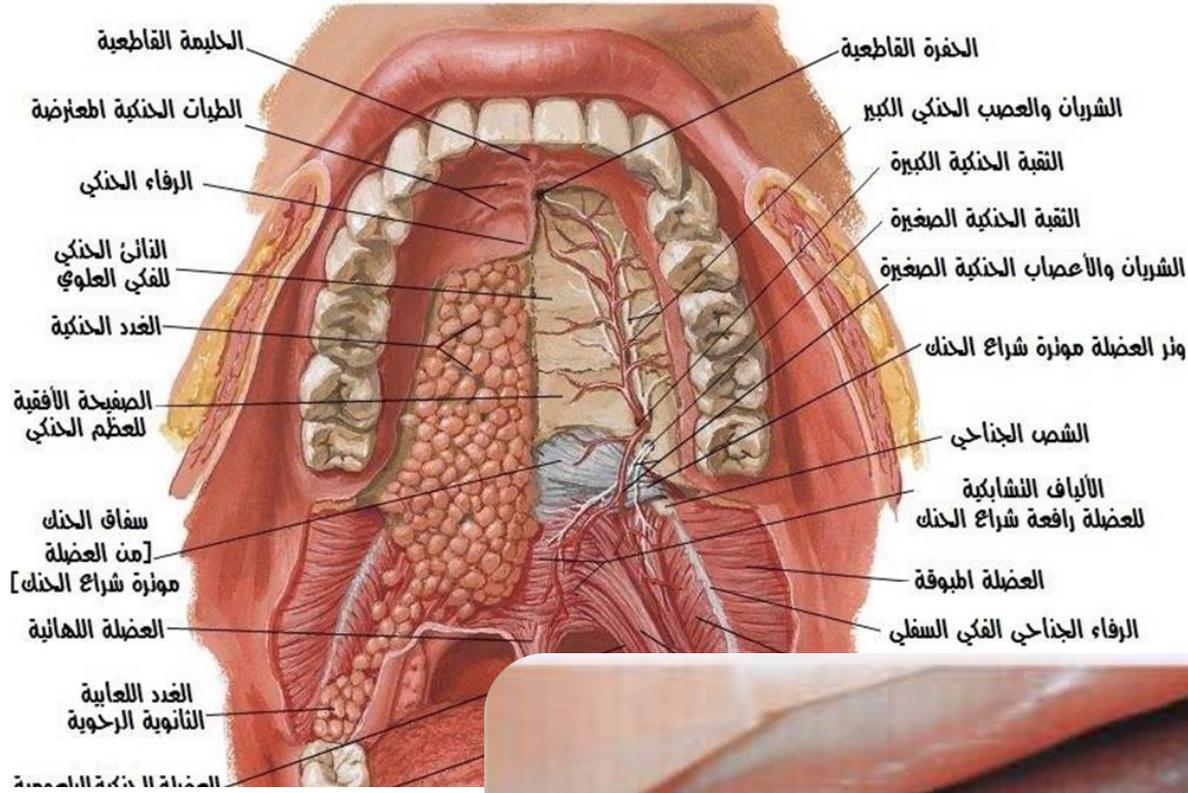
ج - **الغدد الحنكية Palatine gland**: تتوضع في قبة الحنك الصلبة والحنك الرخو واللهاة, وهي غدد من نموذج **مخاطي صرف**.

د- **الغدد اللسانية Lingual gland**: تتوضع بشكل جانبي وخلفي بالنسبة للحليمات الكأسية ومفررها ذو **طبيعة مخاطية صرفة** وتفتح أقنتيها على السطح العلوي للسان. وهي نوعان:

الأمامية: تتوضع بالقرب من ذروة اللسان وتكون منزرعة في عضلات اللسان وهي **غدد مختلطة** ولها قنوات صغيرة تفتح على السطح السفلي للسان قرب لجامه وتدعى بـ **بلاندين نون** Blandin nuhn.

اللسان الوجه الظهري

سقف الفج - الحنك الصلب والحنك الرخو منظر امامي



الخلفية: وهي إما مخاطية أو مصلية.

تتوضع الغدد المخاطية اللسانية الخلفية و الغدد المصلية اللسانية الخلفية أو غدد فون إيبنر **Von-Ebner** تحت الحليمات الكأسية وتفتح أقنتيها في غؤور هذه الحليمات, وتعد من أهم الغدد اللعابية الصغيرة.

آفات الغدد اللعابية

1. الشذوذات الخلقية (التطورية).
2. الاضطرابات الوظيفية.
3. الأمراض الالتهابية والانسدادية.
4. الآفات اللمفاوية البشرية الحميدة.
5. الآفات الكيسية.
6. الأورام.

أولاً: الشذوذات الخلقية (التطورية) للغدد اللعابية

Congenital (Developmental) Abnormalities of Salivary Glands

غياب الغدد اللعابية وهي حالة نادرة وإن حدثت فإنها تصيب غالباً مجموعة واحدة فقط من الغدد اللعابية، وهذا الغياب إما أن يكون وحيداً أو ثنائياً الجانب، وقد تترافق هذه الحالات مع غياب الغدد الدمعية. وكذلك الانسداد أو فقدان الولادي لأقنية الغدد اللعابية وهي حالة نادرة أيضاً ويمكن أن تصيب أياً من الغدد اللعابية وقد تؤدي إلى تشكل كيس وهو أحد أسباب تشكل الكيس الضفدعي، وإن التوضع الخاطئ لمكان فوهة الغدة اللعابية قد يؤدي إلى تهيج القناة اللعابية أو التهابها.

يمكن مشاهدة النسيج اللعابي التائهة أو المنبوذة ليس لها أي أهمية سريرية، ومثال عنها ما يسمى الفجوة الفكسية اللعابية (الكيس العظمي الكامن) وهو آفة ولادية تتمثل بوجود نسيج غدي لعابي غالباً من الغدة تحت الفك، تائه متوضع في فجوة عميقة شبه بيضوية على السطح اللساني من جسم الفك السفلي بين القناة السنية السفلية والحافة السفلية للفك أمام الزاوية مباشرة، وهي غالباً تكون مفردة وتصيب الرجال أكثر من النساء، يجب تفريقها عن الكيس الرضي، ولا تحتاج لأية معالجة.

ثانياً: اضطرابات الإفراز اللعابي

1. نقص أو انعدام الإفراز

إن نقص إفراز اللعاب هو تعبير عن إصابة في نسيج الغدد اللعابية أو في تعصيبها الإفرازي ، وهذه الحالة قد تكون عامل مسبب لسوء التغذية وتعدد الإصابات بالنخور إضافة إلى الإنتانات والإصابات الفطرية ثم الاختلالات الهضمية. ينجم عنه جفاف ,احتقان، التهاب الصوارين، وبالضغط اليدوي على الغدد اللعابية نلاحظ ندرة أو غياب إفراز اللعاب, وكذلك نلاحظ أن زمن ذوبان قطعة سكر في الفم متطاولة, كما نجد أن PH اللعاب أقل من 6 .

* الأسباب:

1- دوائية (كالأدوية العصبية النفسية)

1. المعالجة الشعاعية للرأس والعنق.

2. متلازمة Sjogren.

3. الساركويد.

4. أسباب ثانوية أخرى (أورام – متلازمات- أمراض استقلابية- عصبية- خوف.....)

* المعالجة: سببية باستبعاد العامل المسبب وعرضية عن طريق مسيلات اللعاب أو اللعاب البديل مع التأكيد على الوقاية من الإصابات الفطرية وعلاج النخور.

2- فرط إفراز اللعاب: Salivation:

وهو زيادة مبالغ فيها في إفراز اللعاب حيث يقدر إفراز اللعاب بشكل طبيعي بمعدل (2-3) سم³/د بعد التنبيه الطعامي يلاحظ فرط إفراز لعاب غزير وخاصة أثناء الليل الذي قد يزعج النوم (نوبات سعال), مع احتمال حدوث اضطراب في حاسة الذوق.

* الأسباب:

1. أسباب فموية بلعومية (أورام فم وبلعوم، التهاب فم ولثة...).
 2. أسباب هضمية (التهاب مري، سرطان مري، سرطان معدة ، قرحات....).
 3. انسمامات (دوائية أو استقلابية)
 4. أسباب عصبية (باركنسون - آلام الوجه - الصرع.....).
 5. بعض أورام الغدد الصم (سكري - سوء عمل الغدة الدرقية....).
- * **المعالجة:** سببية إن أمكن, أما المعالجة الدوائية المؤقتة فتكون بإعطاء أدوية مثل بعض مضادات الحساسية كمجفف للمفرز اللعابي مثل هيدروكلورايد بروميتازين).

علم الغدد الصم اللعابي:

من المعروف أن بعض الهرمونات تلعب دوراً في الإفراز اللعابي, فاستئصال قشر الكظر مثلاً يؤدي إلى زيادة نسبة البروتينات الغنية بالبرولين PRP على حساب الأميلاز في اللعاب النكفي, كما أن استئصال الغدة الدرقية يسبب تناقصاً في مستويات الأميلاز وال-PRP.

ومن جهة أخرى فإن المعالجة بعقار الديكساميثازون يترافق بإنقاص الإفراز اللعابي نحو 75% بينما يؤدي إعطاء التيروكسي إلى تحريض زيادة الإفراز اللعابي بمقدار 55%.

كما يلاحظ تبدلات في تركيز الغلوكوز وفي الحموضة اللعابية خلال الدورة الطمثية و أثناء الحمل.

خلاصة: مما تقدم نجد أن آلية إفراز اللعاب تتضمن مرحلتين (لعاب أولي ولعاب نهائي) وأن مراقبة هذه الآلية تكون عصبية ذات تأثيرات ناحية أو بعيدة أو قد تكون هرمونية.

ثالثاً: الأمراض الالتهابية والانسدادية Obstruction & Inflammation

الآفات الانسدادية Obstructive Diseases

أ- الحصيات اللعابية Sialolithiasis.

ب- السدادات المخاطية Mucous Plugs.

ج- التضيقات وتضيق القناة اللعابية Strictures and Stenosis.

د- الأجسام الغريبة Foreign bodies.

ر- الأسباب خارج الأقنية Extraductal.

- الأمراض الالتهابية الجرثومية والفيروسية: Viral and Bacterial Inflammatory Diseases

منها النكاف (التهاب الغدة النكفية الوبائي) Mumps. و التهاب الأقنية اللعابية ، وداء السل و داء

السااركوييد و داء الفطر الشعاعي Actinomycosis وأمراض متنوعة (سيلان - سفلس.....).

- الآفات الانسدادية: ويحدث ألم حاد وتورم في المنطقة الغدية خاصة أثناء تناول وجبات الطعام

واختفاء التورم بين الوجبات ليعود عند الوجبة التالية.

ينجم الانسداد القنوي عن واحدة أو أكثر من الأسباب التالية :

1. سدادات مخاطية.

2. حصيات لعابية إن تشكل الحصيات اللعابية كثيرة المصادفة في الغدد اللعابية وأقنيتها المفرغة ولا

سيما قناة الغدة تحت الفك وتكون المعالجة بإزالة هذه الحصيات.

* هذا وإن إصابة الغدة تحت الفك بنسب أكبر من غيرها يعود إلى الأمور التالية:

• قناة الغدة تحت الفك قطراً وأطول وأقل انتظاماً في الوقت نفسه مما يساعد على التركيز والتكثيف في مجرى القناة.

• لعاب الغدة تحت الفك أكثر قلوية ويحوي أملاح الكالسيوم والفوسفات بنسب أكبر.

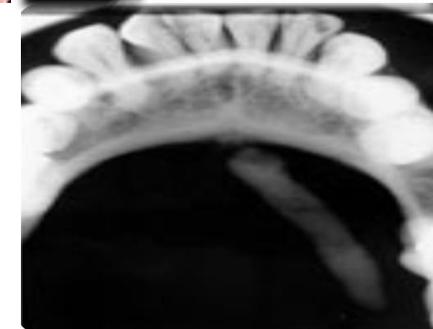
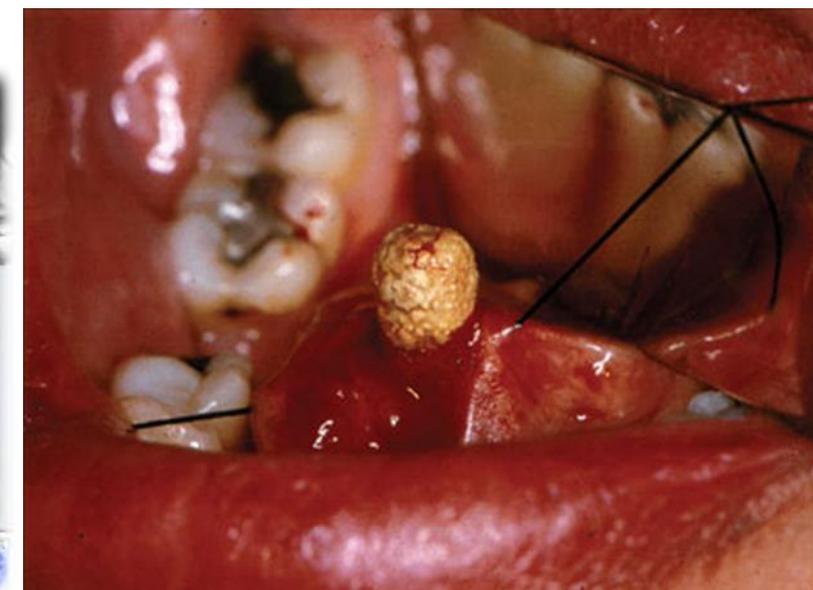
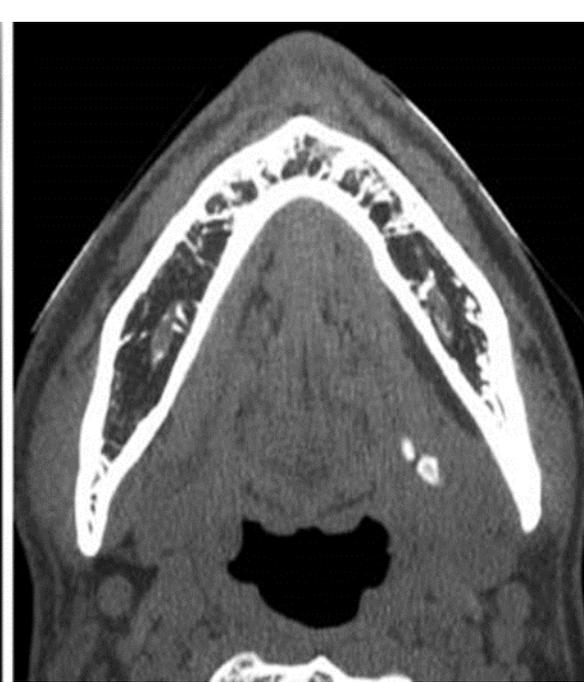
• لعاب الغدة تحت الفك يحوي كمية كبيرة من المخاطين مما يجعله أكثر لزوجة وأكثر التصاقاً حول الأجسام الأجنبية.

• جريان لعاب الغدة تحت الفك يسير بعكس الجاذبية.

• انفتاح فوهة الغدة تحت الفك في قاع الفم يجعلها أكثر تعرضاً للرض والتخريش والإنتانات من غيرها من الأقنية الأخرى.

3. تضيق قنوي.

4. أسباب خارجية (التقرح أو الأورام).



2 - الأمراض الالتهابية الجرثومية والفيروسية:

1. الإنتانات بالحماة الراشحة: النكاف Mumps

ويعتبر هذا المرض من الأمراض الحادة والكثيرة العدوى، وأكثر ما تتأثر به هي الغدة النكفية، ويطرافق أحياناً مع إصابة أعضاء حيوية أخرى داخل الجسم كالخصيتين والمبيضين لذلك فهو يعتبر مرضاً جهازياً أكثر منه موضعياً.

* الموجودات السريرية:

يصيب فيروس النكاف عادة الأطفال بعمر 4 - 14 سنة رغم تأثيره في كل الفئات العمرية ، وعندما يصيب البالغين نلاحظ أن هناك ميل كبير لتطور المضاعفات. ينجم هذا المرض عن الإصابة.

يتميز هذا الإنتان بشكل رئيسي بالانتباج الحاد أحادي أو ثنائي الجانب، فترة الحضانة تستمر من 2-3 أسابيع حيث يكون هذا المرض مسبقاً ببدء الصداع وحمى معتدلة وإقياء وألم تحت الأذن ومن ثم تظهر بعد ذلك الأعراض الرئيسية للمرض .

الأعراض الجهازية تتضمن: انفعال نفسي، ونقص الشهية، وصداع، وقشعريرة، وحمى، وألم في العضلات

1. ألم مباشر في الخدين ولأسيما حين المضغ ويزداد هذا الألم بتناول الحوامض (مهيجات الإفراز

اللعابي).

2. يمتد هذا الانتباج أمام الأذن وأسفلها وخلفها قليلاً.

3. يصعب المضغ والبلع و لا يكون الألم شديداً إذا بقي المصاب في حالة راحة

4. تنتبج المجاري المفرغة وتصبح بارزة.

5. ترتفع شحمة الأذن، وهي من العلامات المميزة الهامة.

6. يبدأ الانتباج بالهمود تدريجياً بعد 7-10 أيام.



من اختلاطاته التهاب الخصية ويحدث عادة بعده 5-7 أيام بعد التهاب الغدة النكفية ويقتصر هذا الاختلاط على المرضى البالغين. التهاب المبيض والثدي عند الإناث.

* **الوبائية:** هذا المرض معدٍ جداً، وأكثر ما يكون تأثيره الوبائي قبل وحين ظهور الأعراض، حيث توجد الحمة الراشحة في لعاب المريض وينتشر المرض بطريق التماس والرذاذ اللعابي، تصادف وافدات النكاف في المدارس وبخاصة في فصلي الربيع والشتاء.

* **المعالجة:** عرضية وتشمل الراحة التامة في الفراش، وتناول مسهل لطيف والانتباه لصحة الفم، وللتخلص من الألم تستعمل حمامات فموية وتؤخذ السوائل بشكل كاف والمسكنات، ولقد استعمل لقاح مكون من معلق الحمات الراشحة المسببة للنكاف غير الفعالة أعطى نتائج جيدة، هذا وإن الإصابة بداء النكاف تعطي مناعة طويلة الأمد ضد هذا المرض عند اليافعين.

التهاب الغدد اللعابية الجرثومي

التهاب الغدد اللعابية القيحي إما أن يكون حاد أو مزمن، وتتعرض له جميع الغدد اللعابية دون استثناء مع ملاحظة أن الغدة النكفية أكثر تعرضاً للإصابة.

* الأسباب:

1. إنتان مجاور في الحفرة الفموية.
2. اختلاط لإنتانات عامة كالجدري، الحمى القرمزية، تجرثم الدم.
3. نتيجة انسداد الغدة أو القناة بحصاة أو غيرها.
4. الاضطرابات الاستقلابية.

داء الفطر الشعاعي Actinomycosis:

هو مرض نادر الحدوث عامله الفطر الشعاعي، يوجد العامل الممرض في الفم بصورة طبيعية ولكن حدوث تقرحات في الفم أو تنخرات سنية أو التهاب لوزات مزمن يساعد على تنشيطه وانتشاره.

* سببه دخول الفطر من فوهة قناة ستيون، تكون الإصابة عادة من النوع المزمن ترافقها خراجات متعددة تتحد لتشكل خراجاً كبيراً ضمن الغدة، يتتوسر على الجلد أو باطن الفم أو عظم الفك، وتخرج من فوهة الناسور ذرات صفراء اللون عبارة عن تجمعات فطرية تسمى بذرات الكبريت.

* الأعراض: تورم وألم في المنطقة المصابة قد يتتوسر بالإضافة إلى أعراض إصابة في الرئة بسبب الاستنشاق أو في الأمعاء بسبب الابتلاع.

* المعالجة: التفجير الجراحي وإعطاء جرعات عالية من البنسلين أو التتراسكلين ولمدة من 6-24

شهرًا.



رابعاً: الآفات اللمفاوية البشرية الحميدة

:Benign Lymphoepithelial Lesion

ويندرج تحت هذا العنوان آفتين هما:

أ- داء ميكولايز Mikulicz Disease.

ب-تتاذر جوغرن Sjogren Syndrome.

علماً أن طبيعة هذه الآفات مجهولة وغير متفق عليها فبعض المراجع يعتبرها مرضاً التهابياً، والبعض يصنفها مع أمراض المناعة الذاتية، والبعض الآخر يعتبرها ورمية.

أ- داء ميكولايز Mikulicz Disease:

هو عبارة عن آفة تصيب الغدد اللعابية والغدد الدمعية بدون وجود اضطرابات جهازية مرافقة و غالباً ما تكون الإصابة وحيدة الجانب، تضيق الشقوق الجفنية الناتجة عن ضخامة الغدد الدمعية .

- سريرياً: ضخامة متناظرة بالغدد اللعابية والدمعية (وحيدة الجانب) ويحصل جفاف بالعين الذي يؤدي إلى التهاب أنف جاف والتهاب بلعوم وحنجرة جاف، وقد تشترك الغدد اللعابية الصغيرة بالإصابة حيث نجد ضخامة ظاهرة في مخاطية الفم، ولكن بشكل عام يتصف هذا المرض بخلوه من الألم ولكن في الحالات المتقدمة قد تترافق الآفة أحياناً مع انزعاج موضعي بسيط مع بعض الألم وحدوث جفاف في حفرة الفم.
- المعالجة: قد ينتهي هذا الداء بصورة تلقائية عفوية، ومن الممكن تثبيط الارتشاح اللمفاوي باستخدام مثبطات المناعة، وقاية العين من أشعة الشمس والغبار. رفع مستوى العناية بالصحة الفموية

ب- تنادر جوغرن Sjogren Syndrome:

يصيب الإناث بنسبة 95% وغالباً ما يكون ثنائي الجانب, يتظاهر بتورم الغدد اللعابية بالجانبين, جفاف فم, التهاب ملتحمة وقرنية, التهاب جاف في الأنف والبلعوم والحنجرة والتهاب مفاصل رثواني.

العمر المتوسط للإصابة 50 سنة, وليس من الضروري ظهور الثلاثي العرضي (إصابة عينية, إصابة غدد لعابية, إصابة جهازية) حتى نشك بتناذر جوغرن, ولكن ظهور مركبتين عرضيتين يكفي للشك.

وقد لوحظ أن هذا المرض يحدث بشكلين:

الشكل البدئي: ويصيب الغدد خارجية الإفراز فقط, دون وجود أية اضطرابات أخرى, ويؤدي لحدوث جفاف فم

xerostomia, وجفاف بالعين xerophthalmia.

الشكل الثانوي: ويتضمن بالإضافة للمتلازمة المجففة, أمراض المناعة الذاتية كالتهاب المفاصل الرثواني والذئبة الحمامية الجهازية.

* إصابة الغدد اللعابية: غالباً ما تصاب النكفتين, وبدرجة أقل باقي الغدد اللعابية, يشكو المريض من جفاف و حس

حرقة بالفم, صعوبة في التكلم والمضغ, والتهاب غدد ومخاطية متكرر, كما نشاهد نخور عنقية وتوضع قلع منتشر حول

أعناق الأسنان ولسان متشقق والتصاقات في الأنسجة الفموية وانتانات فموية متكررة و بخاصة بالمبيضات البيض .

* **المعالجة:** لا توجد معالجة شافية لتناذر جوغرن ، والمعالجة تكون بوصف قطرات عينية تحوي ميتيل سيللوز لترطيب العين كبديل عن الدمع, أما علاج جفاف الفم فيكون بزيادة أخذ السوائل، واستخدام مسيلات اللعاب كالليمون، سكر نبات، أومضغ علكة، أوبإجراء غسولات فموية تحوي غليسرين والذي يعمل كمفرز لللعاب وطلاء للغشاء المخاطي الجاف، وأحياناً نلجأ إلى اللعاب البديل.



خامساً: الآفات الكيسية

وهي إما وراثية أو مكتسبة:

أ- الكيسات الولادية **Congenital Cysts**: تشاهد عند الرضيع كيسات قنوية تشخص بالتصوير الظليل, ولا تحتاج للمعالجة ما لم تحدث إنتان متكرر.

ب- الكيسات المكتسبة **Acquired Cysts**: أو ما يسمى بالكيسات المخاطية Mucoceles يمكن أن تترافق مع الآفات اللمفاوية البشرية أو الرضوض أو الالتهابات أو الحصيات أو الأورام.

1. قيلة مخاطية نضحية Extravasation Mucocele.

2. كيسة مخاطية احتباسية Retention Mucocele.

❖ الكيسة المخاطية النضحية:

وهي أكثر ما تشاهد على الشفة السفلية, ولكن يمكن مشاهدتها على المخاطية الدهليزية أو قاع الفم أو أي مكان آخر ضمن الفم, وهي تحدث نتيجة انصباب لعابي في النسيج الضام المحيطي.

* **المعالجة**: يجب استئصال الكيس المخاطي بالكامل مع الغدة اللعابية الموافقة, حيث أن شق الكيس وإفراغ محتواه لا يفي بالغرض لأنه سوف يعود للتشكل فور التئام مكان الشق.



ج- الكيس الضفدعي Ranula:

وهو كيسة احتباسية تتوضع في أرض الفم وتنشأ من أقنية الغدة تحت اللسان.

* سريراً: يظهر الكيس الضفدعي على شكل انتباج رقيق الجدران ، مزرق، شفاف, يتوضع في قاع الفم بين جذر اللسان والفك الأسفل وفي منتصف المسافة بينهما تقريباً, وقد تصل الكيسة إلى حجم كبير متوغلة في التراكيب العميقة لأرض الفم, وقد تؤدي إلى رفع اللسان نحو الأعلى مما يؤثر على النطق والبلع وأحياناً التنفس.

غالبا يظهر بصورة سطحية تشف فيه الطبقة المخاطية المغطية للكيس وتعطي لونا أزرق.

* العلاج: إجراء التكوية هي الخيار الأمثل حيث يتم استئصال الجدار الأمامي العلوي من الكيس وخياطة الجدار الكيسي مع الغشاء المخاطي لأرض الحفرة الفموية، حيث يصعب الاستئصال الكامل لهذه الأكياس بسبب تشعباتها، وتعالج أيضا باستئصال الكيسة مع الغدة كاملة.

سادساً: أورام الغدد اللعابية

- تشكل أورام الغدد اللعابية ما يقارب نسبة 1% من مجموع أورام الرأس والعنق. وتشكل أورام الغدة النكفية حوالي 80% من مجموع أورام الغدد اللعابية، و10-15% على حساب الغدة تحت الفك، والباقي يكون على حساب الغدة تحت اللسان والغدد اللعابية الصغيرة.
- تصادف هذه الأورام غالباً في الأشخاص متوسطي الأعمار بين 20-40 سنة ولكنها تصادف كذلك في الأطفال والشيوخ وقد تبدأ منذ الولادة وتستمر بالنمو مع تقدم العمر.
- وتتصف الأورام السليمة بنموها البطيء وسلامة الجلد المغطي لها وسلامة العصب الوجهي، أما الأورام الخبيثة فهي سريعة النمو وقد تلتصق بالجلد والجوار، وقد تتقرح أيضاً، وتؤدي غالباً إلى شلل في جذع أو فروع العصب الوجهي، وإلى نقائل ناحية ومعممة.

أولاً: الأورام السليمة

الورم الغدي متعدد الأشكال (الورم المختلط السليم) pleomorphic Adenoma (Benign Mixed Tumor):

أشيع أورام الغدد اللعابية ، يشكل حوالي 50% من مجمل أورامها و90% من جميع أنواع أورامها السليمة.

لا تزال أسباب هذا الورم مجهولة حتى الآن ربما يكون المنشأ بشروي، حيث يعتقدون أنه ناتج عن

تحريض الخلايا البشرية في القناة الغدية بمحرضات مجهولة والمتفق عليه أن النسيج الضام لا يشارك في

هذا الورم.

* سريريا: تكثر مصادفة الأورام المختلطة في الغدة النكفية بشكل أكبر من باقي الغدد تليها الغدة تحت الفك

ثم الغدد اللعابية الصغيرة.

الصفات السريرية للورم المختلط للغدد اللعابية:

1- مستدير أملس ومفصص ويتحرك بسهولة أثناء الجس إذا كان سطحياً بينما يكون ثابت نوعاً ما في حال توضع بالعمق.

2- يبدأ صغيراً وينمو ببطء وبدون ألم, وإذا زاد حجمه يؤدي إلى انضغاط الأعصاب مع ألم متقطع ، ونادراً ما يحدث شلل وجهي، أما إذا وصل حجمه لمقاييس كبيرة فقد يحدث تقرح للجلد المغطي للورم وهو نادر.

3- إن درجة النكس لهذه الأورام مرتفعة والسبب في ذلك ميل الورم لاختراق المحفظة.

5- لا تبدي الأورام المختلطة التصاقاً عميقاً بالنسج المحيطة أو بالجلد المغطي وتتصف أورام قبة الحنك المختلطة بالتصاقها بالعظم دون غزوها له.

• **المعالجة:** تقوم على الاستئصال الكامل للورم مع حفظته لضمان عدم النكس، وتعتبر المعالجة

الشعاعية مضاد استطباب لأن هذه الأورام مقاومة للأشعة.

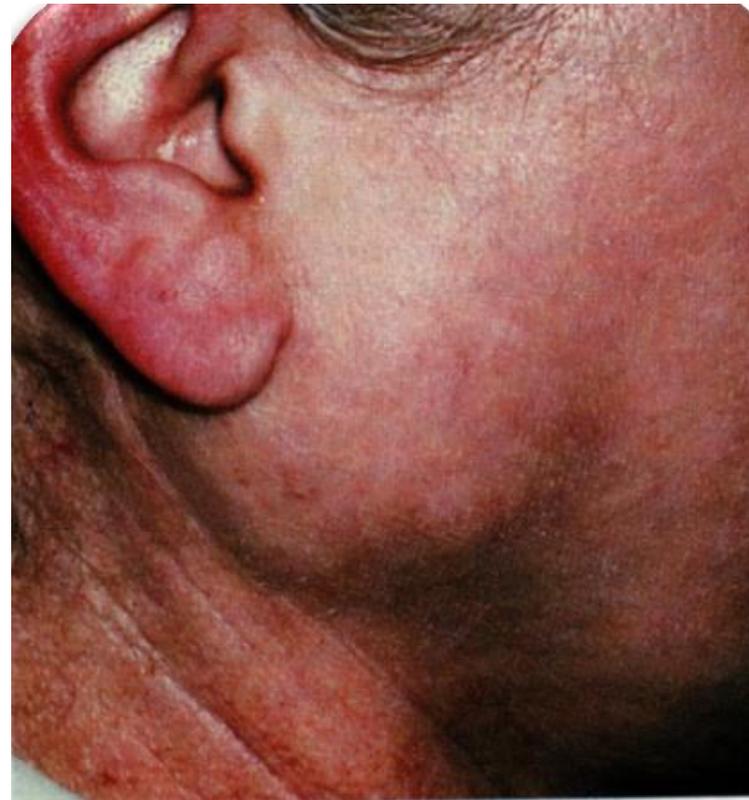
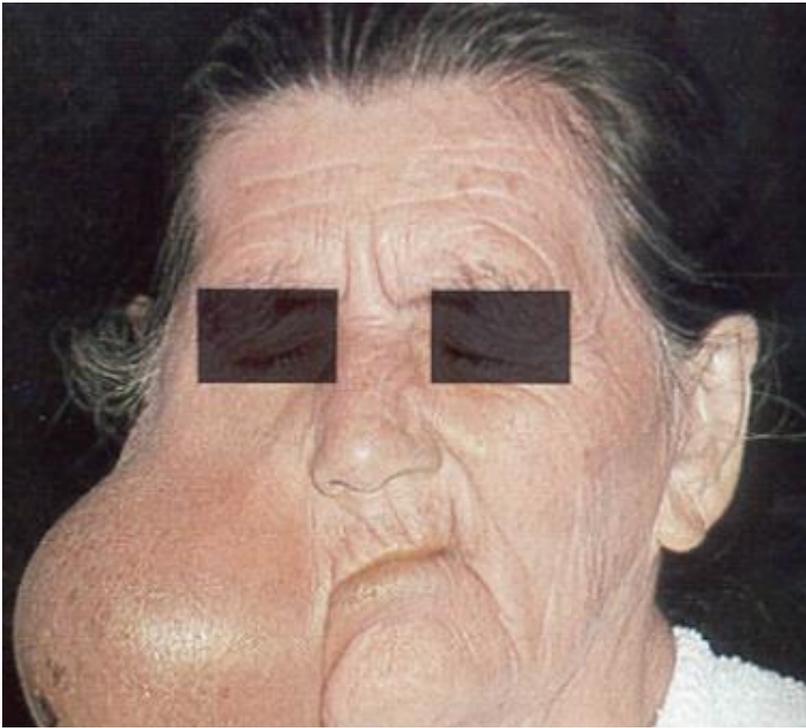


Figure 4-1
MIXED TUMOR OF PAROTID

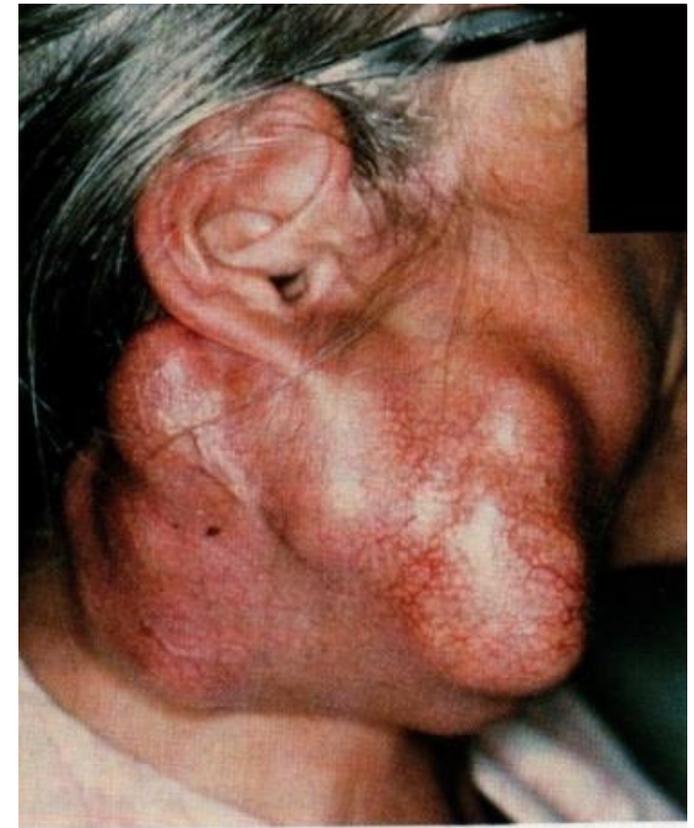


Figure 4-2
RECURRENT MIXED TUMOR

Mixed tumor

2- الأورام الغدية وحيدة الشكل Monomorphic Adenoma:

استخدم هذا المصطلح للتعبير عن مجموعة من الأورام الغدية السليمة والتي تظهر صورة مجهرية وحيدة الشكل مقارنة بالمظهر المختلط في الورم الغدي متعدد الأشكال.

إن هناك العديد من الأورام التي تتدرج ضمن هذا الإطار وهي:

a. الورم اللمفاوي الغدي (ورم وارطون).

b. الورم الغدي المحب للحمض.

c. الورم الغدي قاعدي الخلايا.

d. الورم الغدي القنيوي.

3- الورم الغدي الكيسي الحليمي اللمفاوي Papillary cyst adeno Lymphoma

الورم الغدي اللمفاوي Adenolymphoma

ورم وارطون : Warthin's tumor

يلي الأورام المختلطة من حيث نسبة الحدوث وهو ثاني أورام الغدة النكفية السليمة شيوعاً، ويعتقد بأنه لا يصيب بقية الغدد اللعابية ويشاهد في الغدة تحت الفك، يظهر عند متوسطي العمر والمسنين من الرجال، ويشاهد في الطرفين بنسبة 10%، وهي أورام بطيئة النمو تحتاج حوالي سنتين أو ثلاث لتظهر، والألم عرض غير شائع فيها.

يظهر الورم بشكل انتفاخ لين ويصبح مؤلماً و متموجاً إذا حدث فيه التهاب، مقاييسه لا تتجاوز (2-4 سم) ولا تبدي الغدة المصابة أي اضطراب وظيفي، وغالباً ما يكون الورم سطحي جداً ويتوضع تحت محفظة الغدة النكفية أو ينشأ من خلالها، وهو ثابت غير متحرك على الجس.

- **العلاج:** المعالجة المقبولة لهذا الورم هي الاستئصال الجراحي، ويمكن إجراؤه دون تأذي العصب الوجهي خاصة عندما تكون الآفة صغيرة وسطحية، ويكون هذا الورم مغلف بمحفظة ليفية تحيط بكل عناصره، ونادراً ما ينكس بعد الاستئصال.

4- الورم الغدي المحب للحمض Acidophilic adenoma

- ورم سليم نادر الحدوث ، وهو آفة صغيرة حميدة أكثر ما تحدث في الفص السطحي للنكفة ، وقد يشاهد في الغدة تحت الفك والغدد الدمعية ، وهو يشكل (1%) من أورام الغدد اللعابية.
- **سريرياً:** يبدو بشكل كتلة عقيدية أو مفصصة محاطة بمحفظة ، ولا يترافق بحدوث ألم ، يعتبر آفات المسنين إذ تندر مشاهدته قبل الستين من العمر، يصيب النساء أكثر من الذكور، حجمه من 3/5-سم، ولا يبلغ عادة مقاييس ضخمة، ولا يمكن تمييزه بصفاته السريرية عن أورام الغدد اللعابية الأخرى.

* **المعالجة:** المعالجة المختارة هي الاستئصال ولا يميل الورم للنكس، والتحول الخبيث غير شائع.

5- الورم الغدي القاعدي : Basal Cell Adenoma

وهو الأكثر شيوعاً بين الأورام وحيدة الشكل.

- يميل هذا الورم للحدوث أولاً في الغدد اللعابية الرئيسية وبشكل خاص في الغدة النكفية ، كما لوحظ إصابة الغدد اللعابية الصغيرة مع التوضع الغالب في الشفة العليا, يشاهد غالباً عند الكهول (فوق 60 سنة), وهناك ميل لإصابة الذكور بنسبة 5:1 من الإناث، وهي أورام غير مؤلمة وتنمو ببطء.

*** العلاج:** يعتبر الاستئصال الجراحي مع هامش نسيجي سليم علاجاً كافياً وهو نادر النكس.

6- الورم الغدي القنيوي Canalicular Adenoma:

وهو شكل مختلف ومتميز من الورم الغدي وحيد الشكل. ينشأ هذا الورم في الغدد اللعابية داخل الفم، وفي الحالات الأكثر خصوصية في الشفة العلوية، وعلى أية حال فقد عرفت حالات توضع فيها الورم في قبة الحنك، والمخاطية الدهليزية ، والشفة السفلية.

- يكون هذا الورم الحميد أكثر شيوعاً عند المرضى فوق الستين من العمر، وليس هناك ميل لجنس معين، ويتميز بالنمو البطيء والحدود الواضحة، ويكون عبارة عن عقيدة صلبة غير ثابتة ويمكن تحريرها عبر النسيج لمسافة قليلة كما في الشفة.

* المعالجة: من الممكن معالجته بإجراء استئصال جراحي بسيط والنكس نادر الحدوث.

ثانياً: الأورام الخبيثة

الورم المختلط الخبيث، الورم الغدي متعدد الأشكال الخبيث: Malignant Mixed Tumor, Malignant Pleomorphic Adenoma

وهو عبارة عن اتحاد ثنائي من ورم مختلط سليم وتنشؤ خبيث. ينشأ هذا الورم من النسيج البشري الغدي، ويشكل 2-5% من أورام الغدد اللعابية.

* **سريراً:** القصة النموذجية لهذه الأورام هي ظهور كتلة بطئية النمو تبدي زيادة مفاجئة صاعقة في

نموها، وهي العلامة السريرية الوحيدة الدالة على الخباثة، حيث أن فترة بدء تشكل كتلة الورم وحتى

تشخيص الخباثة هي 10 – 18 سنة، ويزداد احتمال التحول الخبيث في الورم المختلط السليم كلما طالت فترة الورم.

يلتصق الورم الخبيث مع البنى التحتية له مثل الجلد أو الغشاء المغطي له، وهذا ينطبق على جميع آفات

الغدد اللعابية الخبيثة، وقد يلاحظ فرط توعية الجلد، مع تقرح على السطح، مؤلم مع إصابة في العصب

الوجهي، وتكون الآفة ثابتة غير متحركة، وقد تظهر عقد في العنق.

- **المعالجة:** يتطلب هذا الورم معالجة هجومية مشتركة من الجراحة متبوعة بالمعالجة الشعاعية وذلك لتجنب النكس، ويجب تشجيع المرضى المصابين بورم مختلط سليم على إجراء الجراحة باكراً لتجنب حدوث الاستحالة الخبيثة في مرحلة متأخرة.

2-السرطان الكيسي المشبه بالغدي: Adenoid Cystic Carcinoma:

سرطان غدي خبيث واسع الانتشار يشكل حوالي 6% من مجموع أورام الغدد اللعابية, وهو أقل شيوعاً من الكارسينوما المخاطية البشرية في الغدة النكفية, ولكنه الورم الخبيث الأشيع في الغدة تحت الفك والغدد اللعابية الصغيرة، يشاهد عند الرجال والنساء بنفس النسبة وفي حوالي العقد الرابع والخامس من العمر. * سريريا: يظهر غالباً على شكل كتلة غير عرضية, وتكون الأعراض الظاهرة في نسبة قليلة من الحالات على شكل كتلة مؤلمة, شلل ناجم عن إصابة العصب الوجهي في حال إصابة الغدة النكفية. عيانياً يكون الورم عادة فصيصي وحيد محاطاً بمحفظة بشكل جزئي أو غير محاط بمحفظة.

إن السير السريري للكارسنيوما الغدانية الكيسية فريد ولا يشبه بقية سرطانات الغدد اللعابية نظراً لنموه البطيء والمستمر . يجتاح كافة عظم قبة الحنك, و في حال إصابة النكفة أو الغدة تحت الفك فتكون ملتصقة بشدة مع النسيج المجاورة, قاسية ومقرحة للجلد الساتر.

*** العلاج:** الاستئصال الجراحي الجذري مع المعالجة الشعاعية الداعمة ، وبسبب التطور المستمر والبطيء لهذا الورم فإن المتابعة الطويلة الأمد إجبارية في تقييم نتائج المعالجة.



3- السرطان المخاطي المشبه بالبشري: Mucoepidermoid Carcinoma

وهو الورم الأكثر شيوعاً في الغدة النكفية, حيث يشكل هذا الورم 6-9% من مجموع أورام الغدد اللعابية الرئيسية. وكما يشير اسمه فإنه يتألف من نوعين من الخلايا, هي الخلايا المفترزة للمخاط والخلايا شبه البشرية .

* سريريا: تميل الآفات **قليلة الخبث** إلى النمو البطيء وتكون غير مؤلمة, كما أنها أورام صغيرة نادراً ما يزيد قطرها عن (5 سم) , ومحاطة جزئياً بمحفظة, وغالباً ما تحتوي على بنيات كيسية تمتلئ بمواد لزجة شبيهة بالمخاط , فتبدو مشابهة في مظهرها السريري **القبيلة المخاطية** ولا سيما في المنطقة خلف الرحوية, وعلى الرغم من أن الآفات منخفضة الدرجة قد تسلك سلوك الورم السليم , إلا أنها تمتلك القدرة على الغزو الموضعي والانتقالات.

أما في الآفات **شديدة الخبث** فيلاحظ النمو السريع, كما تكون أصلب وغير متحركة, كما يشاهد الألم الذي قد يترافق مع الشلل الوجهي عند إصابة الغدة النكفية, وتكون عادة أكبر مع محفظة أقل.

على الرغم من وجود محفظة أحياناً فإن الورم غالباً ما يميل للانتشار و قد تحدث نقائل إلى العظام والأحشاء
وقد اكتشف حديثاً وجود لهذا الورم في عظم الفك وبشكل بدئي Central Mucoepidermoid Carcinoma of
.the Jaw

*** المعالجة:** تعالج الأورام منخفضة الدرجة بالجراحة الواسعة فقط, أما المتوسطة وعالية الدرجة فتعالج
بالجراحة الجذرية متبوعة بالمعالجة الشعاعية، ويفضل فقط في الحالات عالية الدرجة استئصال العقد
اللمفاوية الرقبية بسبب انتشار الورم إلى العقد في ثلثي الحالات, أما في حالة الدرجة المنخفضة والمتوسطة
فلا حاجة لذلك.

4- السرطان ذو الخلايا الغدية Acinic Cell Carcinoma

يشكل 1% من مجموع أورام الغدد اللعابية, 90 – 95 % من هذه الأورام تنشأ على حساب الغدة النكفية والباقي على حساب الغدة تحت الفك و نادراً الغدة اللعابية الصغيرة, وهو توزع غير مثير للاستغراب, لأن هذه الأورام مؤلفة من خلايا مصلية والموجودة بشكل غالب في الغدة النكفية , يصيب النساء أكثر من الرجال وذلك في العقد الثالث من العمر.

تبدي هذه الأورام سيراً سليماً في السنوات الباكرة وتشبه في مظهرها السريري الورم المختلط إلى حد كبير وتميل إلى تشكيل محفظة وفصيصات.

*** العلاج:** معالجة جراحية بالاستئصال مع المحافظة على العصب الوجهي و يوصى بتسليخه مع تسليخ العقد اللمفاوية أيضاً , ولم تعط المعالجة الشعاعية أية قيمة علاجية.

5- السرطان المشبة بالبشرة (ذو الخلايا الحرشفية): (Epidermoid Carcinoma (Squamous Cell Carcinoma)

ورم خبيث قليل المصادفة في الغدد اللعابية, أكثر ما يصيب الغدة النكفية والغدة تحت الفك, كما يظهر أحياناً في الغدد اللعابية الصغيرة.

يبدو هذا الورم بشكل كتلة غير محدودة قاسية غير متحركة, وقد تؤدي لتقرح الجلد الساتر.

* الإنذار: سيء جداً والنكس سريع وصاعق.

* المعالجة: جراحية بالاستئصال ولكن بسبب النكس السريع تعتبر المعالجة الشعاعية مع الجراحة

أكثر فعالية في هذا النوع من أورام الغدد اللعابية.

الأورام الضامة في الغدد اللعابية:

كل الأورام التي تم بحثها ناشئة على حساب النسيج البشري أو البرانشيم الغدي ، وهي تشكل الأغلبية الساحقة لأورام الغدد اللعابية ، ولكن يمكن وبشكل نادر أن تنشأ أورام سليمة وخبثية في الغدد اللعابية على حساب النسيج الضام أو الوريقة المتوسطة منها:

1. الورم العرقي الدموي.

2. الورم العصبي.

3. الورم الشحمي.

4. الورم اللمفاوي.

5. الورم الصباغي الخبيث.

6. الورم العفلي الليفي.